



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi

ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

26-29 EYLÜL 2019

Sheraton Çesme Hotel, Resort and Spa, İzmir



**KONUŞMA VE BİLDİRİ ÖZETLERİ
KİTABI**



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI

KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Değerli Meslektaşlarımız

26-29 Eylül 2019 tarihleri arasında, Sheraton eşme Hotel, İzmir’de düzenlenecek olan Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi, ‘‘Uluslararası Kadın Doğum ve ocuk Hastalıkları Kongresi’’ ne siz değerli meslektaşlarımızı davet etmekten mutluluk ve heyecan duymaktayız.

Günümüzde sağlıklı bir gebelik dönemi, doğum şekli, yaşamın erken dönemlerinden itibaren uygun beslenme ve bağışıklama yaklaşımları ile devam eden çocukluk dönemi toplum ve ülke sağlığı için son derece önemlidir. Bu bilgi çerçevesinde ülkemizde ilk defa bir arada Kadın Doğum ile ocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hekimlerine yönelik olarak düzenlenen ‘‘Uluslararası Kadın Doğum ve ocuk Hastalıkları Kongresinde’’ her iki alandaki temel konulardaki son ve güncel bilgilerin paylaşılması hedeflenmektedir. Kongremizin kurslarla zenginleştirilmiş bilimsel programına ek olarak Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi’nin katkıları ile Azerbaycan, Kazakistan, Özbekistan, Kırgızistan, Ukrayna ve Gürcistan’dan katılacak Kadın Doğum ve ocuk uzmanları ile bölgemizde yeni işbirliklerine ve st seviyede bilgi paylaşımına olanak sağlanacağını düşünüyoruz. Uluslararası katılımlı olan kongremize katılacak misafir hekimler için kongre boyunca eş zamanlı eviri yapılacaktır. Bu kongrenin ana hedefi sağlıklı gebeliğin önemi, perinatal önemli morbidite ve mortalitelerin azaltılması ve uzun dönemde görülen sık çocukluk ağı hastalıklarına yönelik en güncel veri ve bilgilerin kılavuzlar ve öneriler eşliğinde katılımcılara sunulmasıdır. Bundan sonraki hedefimiz ise alanında ilk olan bu kongreye her sene ulusal ve uluslar arası katılımı arttırarak, kongremizin devamlılığını sağlamaktır.

Çok güzel bir mevsimde, ülkemizin önemli bir turizm merkezi olan eşme’de gerçekleştireceğimiz bu kongrede sık görülen gebelik ve çocukluk dönemi hastalıkları ve sorunlarına pratiğe yönelik güncel bilimsel verilerin paylaşılması hedeflenmektedir. Kongremizde hem yurt içi hem de yurt dışından katılacak meslektaşlarımızın bilimsel çalışmalarını paylaşabilmesi amacıyla sözel ve poster bildiri sunumları yapılacak, dereceye giren bildiriler ödüllendirilecektir.

Uluslararası Kadın Doğum ve ocuk Hastalıkları Kongresinde sizlerin değerli destekleriniz ve katkılarınız büyük önem taşımaktadır. Tüm meslektaşlarımızı ve ilaç endüstrisini 26-29 Eylül 2019 tarihleri arasında eşme’de düzenleyeceğimiz ve bilimsel bir şölen şeklinde geçmesini planladığımız kongremize davet ediyoruz.

Kongre Eş Başkanı

Prof. Merih ÇETİNKAYA

Kongre Eş Başkanı

Doç. Dr. şirin GÜVEN

Kongre Genel Sekreteri

Dr. Öğr. Üyesi Aynur FEYZİOĞLU



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



**ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ**

Kurullar

Uluslararası Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Kongresi

**DÜZENLEYEN KURULUŞ
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
AVRASYA SAĞLIK VE SOSYAL ARAŞTIRMALAR UYGULAMA VE ARAŞTIRMA
MERKEZİ**

ONURSAL BAŐKAN

Prof. Dr. Cevdet ERDÖL

KONGRE EŞ BAŞKANLARI

Prof. Dr. Merih ÇETİNKAYA
Doç. Dr. Şirin GÜVEN

KONGRE SEKRETERİ

Dr. Öğr. Üyesi Aynur FEYZİOĞLU

DÜZENLEME KURULU

Prof. Dr. Murat ELEVİLİ
Prof. Dr. İsmail ÖZDEMİR
Prof. Dr. Derya BÜYÜKKAYHAN
Prof. Dr. Merih ÇETİNKAYA
Prof. Dr. Sagynbu ABDUVALIEVA
Prof. Dr. Amrillo INOTATOU
Doç. Dr. Şirin GÜVEN
Dr. Öğr. Üyesi Aynur FEYZİOĞLU



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

KURS PROGRAMI

26 Eylül, Perşembe

13:30 - 18:00	YENİDOĞAN HASTALARINA GÜNCEL VE PRATİK YAKLAŞIMLAR KURSU KURS BAŞKANLARI: <i>Ayşegül Zenciroğlu, Sinan Uslu</i>
13:30 - 14:00	Doğum Odası Yaklaşımı ve Kord Klemleme - <i>Ayşegül Zenciroğlu</i>
14:00 - 14:30	Non-İnvaziv Solunum Desteği - <i>Senem Alkan Özdemir</i>
14:30 - 15:00	Non-İnvaziv Sulfaktan Uygulamaları - <i>İstemihan Çelik</i>
15:00 - 15:30	KAHVE MOLASI
15:30 - 16:00	Neonatal Hiperbilirubinemi: Tanı Tedavi ve İzlem Önerileri - <i>Cüneyt Tayman</i>
16:00 - 16:30	Neonatal Hipoglisemi: Yaklaşımında Güncel Öneriler - <i>Emrah Can</i>
16:30 - 17:00	KAHVE MOLASI
17:00 - 17:30	Hipotermi: Kime, Ne Şekilde, Ne Kadar Süre ? - <i>Özgül Salihoglu</i>
17:30 - 18:00	Kritik Konjenital Kalp Hastalığı Taraması - <i>Sinan Uslu</i>
13:30 - 18:00	NEFROLOJİK ACİLLER KURSU KURS BAŞKANLARI: <i>Ozan Özkaya, Ayhan Yaman</i>
13:30 - 13:50	Akut Böbrek Zedelenmesi - <i>Belde Kasapdemir</i>
13:50 - 14:10	Yenidoğanda Akut Böbrek Zedelenmesi - <i>Canan Aygün</i>
14:10 - 14:30	Şok - <i>Ayhan Yaman</i>
14:30 - 14:50	KAHVE MOLASI
14:50 - 15:10	Hiponatremik Hastaya Yaklaşım - <i>Demet Eğlenoğlu Alaygut</i>
15:10 - 15:30	Hipernatremik Hastaya Yaklaşım - <i>Alper Soylu</i>
15:30 - 15:50	Hipopotasemik - Hiperpotasemik Hastaya Yaklaşım - <i>Nida Temizkan Dinçel</i>
15:50 - 16:10	KAHVE MOLASI
16:10 - 16:30	Hematüri Yönetimi - <i>Hasan Dursun</i>
16:30 - 16:50	Böbrek Taşı ve Renal Konik Yönetimi - <i>Ozan Özkaya</i>
16:50 - 17:10	2017 APA Hipertansiyon Kılavuzu ve Hipertansif Kriz Yönetimi - <i>Selçuk Yüksel</i>
17:10 - 17:30	KAPANIŞ / SERTİFİKA TÖRENİ
13:30 - 17:30	ÇOCUK SAĞLIĞININ KÖŞE TAŞLARI KURSU KURS BAŞKANI: <i>S. Songül Yalçın</i>
13:30 - 14:00	Tanışma Kurstan Beklentilerimiz
14:00 - 14:40	Emzirme Mucizesi, Neden Emzirmeli ? - <i>S. Songül Yalçın</i>
14:40 - 15:00	Memeli Sütleri Arasındaki Farklar Nelerdir ? - <i>Suzan Yalçın</i>
15:00 - 15:15	SORU & CEVAP
15:15 - 15:30	KAHVE MOLASI
15:30 - 16:10	Aşılama Prensipleri, Aşılama Sorunları ve Çözümleri - <i>Sevtap Velipaşaoğlu</i>
16:10 - 16:50	Uyku Sorunları ve Çözümleri - <i>Emel Örün</i>
16:50 - 17:10	SORU & CEVAP
17:10 - 17:30	Kursun Değerlendirilmesi



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

13:30 - 18:30	NEONATAL RESÜSİTASYON GÜNCELLEME KURSU (ULUSLARARASI KATILIMCILAR İÇİN) KURS BAŞKANI: <i>Merih Çetinkaya</i>
13:30 - 13:45	Açılış ve Tanışma
13:45 - 14:30	1. Ders (Açılış ve Kurs Öncesi) - <i>Serdar Cömert</i>
14:30 - 15:15	2. Ders (1, 2 ve 3. Dersler) - <i>Dilek Burbut</i>
15:15 - 15:30	KAHVE MOLASI
15:30 - 16:30	3. Ders (4, 5, 6 ve 7. Dersler) - <i>Demet Oğuz, Aysun Boğa, Emel Ataoğlu</i>
16:30 - 17:15	4. Ders (8, 9 ve 10. Dersler) - <i>Leyla Bilgin</i>
17:15 - 17:30	KAHVE MOLASI
17:30 - 18:30	Grup Sunumları, Kursun Değerlendirilmesi ve Sertifika Töreni
13:30 - 18:30	ALERJİ-İMMÜNOLOJİ-ALGOLOJİ KURSU OTURUM BAŞKANI: <i>Emine Dibek Mısırlıoğlu, İsmail Reisli, Ruhiye Reisli</i>
13:30 - 13:45	Açılış ve Tanışma
13:45 - 14:15	Astım Çocuklarda Astım Tanı ve Tedavisine Güncel Yaklaşım - <i>İlknur Bostancı</i>
14:15 - 14:45	Besin Alerjisi İnek Sütü Protein Alerjisinde Tanı ve İzlem - <i>Emine Dibek Mısırlıoğlu</i>
14:45 - 15:15	Anafilaksi Çocuklarda Anafilaksi ve Yönetimi - <i>Can Naci Kocabaş</i>
15:15 - 15:30	KAHVE MOLASI
15:30 - 16:00	J Project Toplantısı: Sık Hastalanan Çocuğa Yaklaşım - <i>İsmail Reisli</i>
16:00 - 16:30	Primerİmmün Yetmezliklerin Bulguları ve Tedavisi - <i>Nesrin Gülez</i>
16:30 - 16:45	KAHVE MOLASI
16:45 - 17:15	Gebelerde Ağrı Tedavisi - <i>Ruhiye Reisli</i>
17:15 - 17:45	İlk Üç Yaşta Anestezi ve Nörotoksosite - <i>Nurten Bakan</i>
17:45 - 18:00	Kursun Değerlendirilmesi

26 Eylül, Perşembe

13:30 - 17:00	KADIN DOĞUM AÇIL OBSTETRİK KANAMA KURSU KURS BAŞKANI: <i>İsmail Özdemir</i>
13:30 - 15:10	OTURUM 1 OTURUM BAŞKANLARI: <i>İsmail Özdemir, Levent Yaşar</i>
13:30 - 13:50	Atoni Kanamasında Medikal Tedavi - <i>Levent Yaşar</i>
13:50 - 14:10	Atoni Kanamasında Kompresyon Sütürleri - <i>Süleyman Salman</i>
14:10 - 14:30	Atoni Kanamasında Balon Tamponat Uygulaması - <i>Nida Bayık</i>
14:30 - 14:50	Atoni Kanamasında Arter Ligasyonları - <i>Murat Ekin</i>
14:50 - 15:10	SORU & CEVAP
15:10 - 15:20	KAHVE MOLASI
15:20 - 17:00	OTURUM 2 OTURUM BAŞKANLARI: <i>Ateş Karateke, İbrahim Polat</i>
15:20 - 15:40	Sezaryen Skar Gebeliği Tanı ve Yönetimi - <i>İsmail Özdemir</i>
15:40 - 16:00	Plasenta İnvazyon Anomalisi Tanı ve Yönetimi - <i>Ateş Karateke</i>
16:00 - 16:20	Uterin Rüptür Tanı ve Yönetimi - <i>Aykan Yücel</i>
16:20 - 16:40	Obstetrik Kanamaya Bağlı DIC Tanı ve Yönetimi - <i>İbrahim Polat</i>
16:40 - 17:00	SORU & CEVAP



ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

BİLİMSEL PROGRAM

27 Eylül, Cuma

SAAT	SALON A	SALON B
07:00 - 08:30	SÖZEL BİLDİRİLER OTURUM BAŞKANLARI: Ferhan Karademir, Abdülkadir Bozaykut, Veli Mihmanlı, Levent Yaşar, Esra Şevketoğlu, Emrah Can	
08:30 - 09:30	AÇILIŞ PROGRAMI	
09:30 - 11:00	MİKROBİYOTA VE GASTROİNTESTİNAL HASTALIKLARDA ÖNEMİ OTURUM BAŞKANLARI: Coşkun Çeltik, Olcay Yasa	İNTRAUTERİN GELİŞME GERİLİĞİ VE GEBELİKTE HİPERTANSİF DURUMLAR OTURUM BAŞKANLARI: Rıza Madazlı, Halil Aslan
09:30 - 09:50	Anne&Çocuk Sağlığında Mikrobiyota Flavia Indrio	IUGR ve SGA Ayırımının Önemi Alper Tanrıverdi
09:50 - 10:10	Antibiyotiklerin Mikrobiyotaya Etkisi Şirin Güven	Erken ve Geç IUGR Yönetimi Rıza Madazlı
10:10 - 10:30	Fonksiyonel GİS Hastalıklarında Mikrobiyota Ömer Faruk Beşer	Erken ve Geç Preeklampsi Yönetimi Halil Aslan
10:30 - 10:50	Çocuklarda Kanıta Dayalı Probiyotik Kullanımı Nazan Dalgıç	Eklampsi ve HELLP Sendromu Yönetimi Veli Mihmanlı
10:50 - 11:00	SORU & CEVAP	SORU & CEVAP
11:00 - 11:15	KAHVE MOLASI	
11:15 - 12:45	HİPOKSİK İSKEMİK ENSEFALOPATİ ÖNLENEBİLİR Mİ: FARKLI GÖZLERDEN AYNI BAKABİLMEK OTURUM BAŞKANLARI: Esin Koç, Çağrı Gülümser	ÇOCUK ACİL VE YOĞUN BAKIMDA SIK GÖRÜLEN PROBLEMLERE YAKLAŞIM OTURUM BAŞKANLARI: Murat Duman, Esra Şevketoğlu
11:15 - 11:35	Obstetrisyen Gözüyle Serebral Palsi: Öngörülebilir mi? Önlenebilir mi? Atalay Ekin	Solunum Sıkıntısında Yatak Başı Ultrasonografi Murat Duman
11:35 - 11:55	Yenidoğancı Gözüyle Serebral Palsi: Öngörülebilir mi? Önlenebilir mi? Canan Aygün	Sepsis ve Septik Şok Yönetimi Esra Şevketoğlu
11:55 - 12:15	Gebelikte İntrapartum Hipoksi Engellenebilir mi? Çağrı Gülümser	Kafa Travmasına Yaklaşım Eylem Ulaş Saz
12:15 - 12:35	Çocuk Nörolojisi Gözüyle Serebral Palsi: Klinik ve Takip Nihal Olgaç Dündar	Nöbet ve Statuslu Çocukta Güncel Öneriler Muhterem Duyu
12:35 - 12:45	SORU & CEVAP	SORU & CEVAP
12:45 - 13:15	UYDU SEMPOZYUMU Pişik ve Atopik Dermatit'te Yeni Ne Var? Güldane Koturoğlu	
13:15 - 14:00	ÖĞLE YEMEĞİ	
14:00 - 15:30	ÇOCUK NEFROLOJİDE SIK KARŞILAŞILAN SORUNLARA GÜNCEL BAKIŞ OTURUM BAŞKANI: Rezan Topaloğlu	GEBELİKTE TARAMA TESTLERİ OTURUM BAŞKANLARI: Atıl Yüksel, Recep Has
14:00 - 14:20	Neonatal Hidronefroza Yaklaşım. Ne zaman ? Hangi Tetkik ? Salih Kavukçu	Güncel Gestasyonel Diyabet Taramaları, Tanı Kriterleri ve Yönetim Recep Has
14:20 - 14:40	İdrar Kaçıran Çocuk Ozan Özkaya	Antenatal Tarama Testleri ve Yorumlanması Fuat Akercan
14:40 - 15:00	Üriner Sistem Enfeksiyonlarına Güncel Yaklaşım Oğuz Söylemezoğlu	cf - DNA'da Güncel Bilgiler ve Verilecek Danışmanlığın Önemi Atıl Yüksel
15:00 - 15:20		Anti-D İmmunglobulin (Rhogam) Uygulamasında Güncel Durum Esma Sarıkaya
15:20 - 15:30	SORU & CEVAP	SORU & CEVAP



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

15:30 - 16:00	KAHVE MOLASI	
16:00 - 17:30	PREMATÜRE BEBEKLERDE SIK GÖRÜLEN MORBİDİTELER <i>OTURUM BAŞKANLARI: Nuray Duman, Ali Bülbül</i>	GEBELİKTE BESLENME VE EGZERSİZ <i>OTURUM BAŞKANLARI: Semra Kayataş, Özlem Moraloğlu Tekin</i>
16:00 - 16:20	Güncel RDS Yönetimi <i>Yekta Öncel</i>	Gebelik ve Laktasyon Döneminde Beslenme ve Vitamin Desteği <i>Fisun Vural</i>
16:20 - 16:40	Bronkopolmoner Displazi (BPD) Önlem ve Tedavisi için Güncel Öneriler <i>Fuat Emre Canpolat</i>	Maternal Obezitenin Gebeliğe Etkileri ve Gebelikte Egzersiz <i>Semra Kayataş</i>
16:40 - 17:00	Prematüre Retinopatisinde (ROP) Tanı, İzlem ve Tedavi <i>Melek Akar</i>	Gebelikte Antikoagülan Kullanımı: Kimlere ve Nasıl? <i>Özlem Moraloğlu Tekin</i>
17:00 - 17:20	Fonksiyonel GİS Hastalıklarında Mikrobiyota <i>Ömer Faruk Beşer</i>	Özbekistan'da Kadınların Üreme Sağlığı: Başarılar ve Beklentiler <i>Mahmuda Kattahodjaeva</i>
17:20 - 17:30	SORU & CEVAP	SORU & CEVAP
18:00 - 19:30	SÖZEL BİLDİRİLER <i>OTURUM BAŞKANLARI: Seda Geylani Güleç, Fuat Emre Canpolat, Çağrı Gülümser, Atalay Ekin, Sinan Uslu, Hasan Dursun</i>	



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

28 Eylül, Cumartesi

SAAT	SALON A	SALON B
08:00 - 09:00	SÖZEL BİLDİRİLER OTURUM BAŞKANLARI: Deniz Öztekin, Ahmet Demir, Emine Dibek Mısıroğlu, Kayı Eliaçık, İlke Mungan Akın, Leyla Bilgin	
09:00 - 10:30	GEBELİK, ÇOCUKLUK VE ÖZEL DURUMLARDA BAĞIŞIKLAMA OTURUM BAŞKANLARI: Vefik Arıca, Tanju Çelik	PRETERM DOĞUMLARA YAKLAŞIM OTURUM BAŞKANLARI: İsmail Özdemir, Serkan Güçlü
09:00 - 09:20	Gebelikte Grip Aşılması <i>Metehan Özen</i>	Preterm Doğumun Önlenmesinde Medikal Tedavi <i>Cem Dane</i>
09:20 - 09:40	Çocukluk Çağı Rutin Aşı Takvimi <i>Songül Yalçın</i>	Serklaç: Kime, Ne zaman? <i>İsmail Özdemir</i>
09:40 - 10:00	Çocuk ve Adölesanlarda Rutine Girmeyen Aşılar: Önerelim mi? <i>Eda Karadağ Öncel</i>	Preterm Prematür Membran Rüptüründe Güncel Tedavi <i>Cüneyt Eftal Taner</i>
10:00 - 10:20	Prematüre Bebek Aşılması <i>İlke Mungan Akın</i>	Periviabl Gebeliklere Yaklaşım <i>Deniz Öztekin</i>
10:20 - 10:30	SORU & CEVAP	SORU & CEVAP
10:30 - 11:00	KAHVE MOLASI	
11:00 - 12:30	ADÖLESAN VE ÇOĞUL GEBELİKTE ÖZEL DURUMLAR OTURUM BAŞKANLARI: Nilgün Kültürsay, Muzaffer Sancı	ÇOCUKLARDA SIK GÖRÜLEN KARDİYOLOJİK SORUNLARA GÜNCEL YAKLAŞIM OTURUM BAŞKANLARI: Murat Eleveli, Alper Güzeltaş
11:00 - 11:20	Çoğul Gebeliklerde Neonatal Komplikasyonlar <i>Nilgün Kültürsay</i>	Çocuklarda KMP Tanı ve Prognoz <i>Dilorom Akhmedova</i>
11:20 - 11:40	Çoğul Gebeliklerde Obstetrik Komplikasyonlar <i>Mehmet Özeren</i>	Çocuklarda Sık Görülen Aritmiler ve Yaklaşım <i>Mehmet Karacan</i>
11:40 - 12:00	Çoğul Gebeliklerde Doğum Yönteminin Seçimi <i>Farid Fatkulin</i>	Kardiyovasküler Hastalıkların Tanı ve Tedavisinde Klinik ve Genetik Yaklaşım <i>Dinara Sadykova</i>
12:00 - 12:20	Adölesan Gebelikler ve Sorunları <i>Yusuf Üstün</i>	Kalp Yetmezliğinde Yaklaşım <i>Timur Meşe</i>
12:20 - 12:30	SORU & CEVAP	SORU & CEVAP
12:30 - 13:15	UYDU SEMPOZYUMU Otoinflamatuvar Hastalıkların Ne Kadar Farkındayız? Sistemik Juvenil İdiyopatik Artrit (SJIA) Hastalığını Tanıyalım: Zorluklar ve Fırsatlar <i>Betül Sözeri</i> Olgular Işığında Kriyopirin İlişkili Periyodik Sendromlar (CAPS) <i>Nuray Aktay Ayaz</i>	
13:15 - 14:00	ÖĞLE YEMEĞİ	
14:00 - 15:30	ANTENATAL VE POSTNATAL BAKIM OTURUM BAŞKANLARI: Nilgün Köksal, Ahmet Demir	YENİDOĞANDA BİLGİ PAYLAŞIMLARI OTURUM BAŞKANLARI: Güner Karatekin, Derya Büyükkayhan
14:00 - 14:20	Antenatal Steroidler: Kime, Ne zaman ve Tekrarı? <i>Sermet Sağol</i>	Yenidoğan Endotel Disfonksiyonu ve Erken Yaş Nörogelişimsel Sonuçlar <i>Saadat Huseynova</i>
14:20 - 14:40	Nöroprotektif Amaçlı Magnezyum Sülfat Kullanımı <i>Sabahattin Altunyurt</i>	Gebelikte CMV Enfeksiyonu Olan Annelerin Bebeklerinde Beyin Hasarı <i>Samaya Ali-Zada</i>
14:40 - 15:00	Prematüre Bebeklerde İntraventriküler Kanamadan Koruma <i>Fahri Ovalı</i>	Kırgızistan'da Yenidoğan Bakımı <i>Sagynbu Abdulvalieva</i>
15:00 - 15:20	Kırgızistan'ın Güney Bölgesinde Fetal Gelişim Anomalileri <i>Gulbara Tashiyeva</i>	Bilateral Cheiloplasti ve Aşırı Aksiller Protrüzyonlu Yenidoğanların Ortodonti Hazırlığı <i>Amrillo Inoyatov</i>
15:20 - 15:30	SORU & CEVAP	SORU & CEVAP



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

15:30 - 16:00	KAHVE MOLASI	
16:00 - 17:30	SIK KARŞILAŞILAN PEDIATRİK ENDOKRİNOLOJİK VE METABOLİK HASTALIKLAR OTURUM BAŞKANLARI: Alev Hasanoğlu, Aysun Bideci	EVRENSEL BİR SORUN OLARAK SEZARYAN OTURUM BAŞKANLARI: Yaprak Üstün, Jamila Gurbanova
16:00 - 16:20	Büyüme Geriliğine Yaklaşım <i>Bumin Dündar</i>	Sezaryenin Modern Yöntemleri <i>Larisa Fatkullina</i>
16:20 - 16:40	Hipoglisemik Çocuğa Metabolizma Gözüyle Yaklaşım <i>Hasan Önal</i>	Sezaryen: Kazakistan Cumhuriyeti'ndeki Sorunlar ve Çözümler <i>Alla Mareyeva</i>
16:40 - 17:00	D Vitamini: Güncel Son Öneriler <i>Behzat Özkan</i>	Ülkemizde Sezaryen Oranları ve Çözüm Önerileri <i>Yaprak Üstün</i>
17:00 - 17:20	Obez Çocuğa Yaklaşım <i>Esra Deniz Papaty Çakır</i>	Azerbaycan'da Tıbbi Kürtaj <i>Jamila Gurbanova</i>
17:20 - 17:30	SORU & CEVAP	Kazakistan'da Perinatal Mortalitenin Denetlenmesi <i>Nishankul Bozhbanbayeva</i>
18:00 - 19:00	SÖZEL BİLDİRİLER OTURUM BAŞKANLARI: Saliha Şenel, Adem Karbuz, Cüneyt Eftal Taner, Muzaffer Sancı, Vefik Arca, Serdar Cömert	

29 Eylül, Pazar

	SALON A	SALON B
07:30 - 09:00	SÖZEL BİLDİRİLER OTURUM BAŞKANLARI: Ahmet Sami Yazar, Çağatay Nuhoğlu	
09:00 - 10:30	İSTİSMAR VE BAĞIMLILIK OTURUM BAŞKANLARI: Saliha Şenel, Sami Hatipoğlu	BEBEK BESLENMESİNDE DOĞRULAR OTURUM BAŞKANLARI: Merih Çetinkaya, Yasemin Akın
09:00 - 09:40	Anne Sütü İçeriği: En Güncel Bilgiler <i>Sertaç Arslanoğlu</i>	Çocuk İstismarı <i>Çağatay Nuhoğlu</i>
09:40 - 10:20	İnternet, Televizyon ve Sosyal Medya Bağımlılığı <i>Gül Karaçetin</i>	Tamamlayıcı Beslenmede Doğrular ve Yanlışlar <i>Nafiye Urgancı</i>
10:20 - 10:30	SORU & CEVAP	SORU & CEVAP
10:30 - 11:00	KAHVE MOLASI	
11:00 - 12:00	ENFEKSİYONLAR VE TEDAVİ OTURUM BAŞKANLARI: Adem Karbuz, İlker Devrim	KLİNİSYEN VE CERRAH BAKIŞ AÇISIYLA KISA BARSAK SENDROMU OTURUM BAŞKANLARI: Aytekin Kaymakçı, Nafiye Urgancı
11:00 - 11:25	Çocuklarda İnvaziv Mantar Enfeksiyonları <i>İlker Devrim</i>	Çocuk Gastroenteroloji Bakış Açısı <i>Maşallah Baran</i>
11:25 - 11:50	Akılcı Antibiyotik Kullanımı <i>Adem Karbuz</i>	Cerrah Bakış Açısı <i>Melih Akın</i>
11:50 - 12:00	SORU & CEVAP	SORU & CEVAP
12:00	KAPANIŞ	



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI

KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

KONUŞMACI CV'LERİ



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Prof. Dr. Abdulkadir BOZAYKUT

Doğum: 1954

Lisans, Tıp Fakültesi Atatürk Üniversitesi, 1977

Tıpta Uzmanlık, Zeynep Kamil Hastanesi, Sağlık Bakanlığı, 1984

Başasistanlık, Zeynep Kamil Hastanesi, Sağlık Bakanlığı, 1987

Klinik Őefliđi, Zeynep Kamil Hastanesi, Sağlık Bakanlığı, 2001

Doçent Dr., Zeynep Kamil Hastanesi, Sağlık Bakanlığı, 2006

Prof. Dr. Zeynep Kamil Hastanesi, Sağlık Bakanlığı, 2017



SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



**ULUSLARARASI
KADIN DOğUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ**

Prof. Dr. Alper GÜZELTAŞ

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Mehmet Akif Ersoy GKDC Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Çocuk Kardiyoloji Eğitim Sorumlusu*



Afyonkarahisarda 1973 yılında doğdu. 1995 Yılında Cerrahpaşa Tıp Fakóltesinden Mezun oldu. 2000 yılında Bakırköy K.Doğum ve Çocuk Hastalıkları EAH'nde Çocuk Uzmanı oldu. 2005-2008 yılları arasında Cerrahpaşa Tıp Fakóltesi Çocuk Kardiyoloji uzmanlık eğitimini tamamladı. 2012 yılında Doçent , 2018 yılında Profesör oldu. 2009 yılından itibaren Sağlık Bilimleri Üniversitesi Mehmet Akif Ersoy Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışmaktadır. Evli ve 2 çocuk babasıdır.

Doğuştan ve edinsel kalp hastalılıklarının tanı ve tedavisinde kateter anjiyografi ile yapılan girişimler özel ilgi alanıdır. Uluslararası dergilerde yayımlanmış yüyirmi makalesi ve uluslararası kongrelerden sunulmuş yüzden fazla bildirisi mevcuttur. Türk Pediatrik Kardiyoloji ve Kalp Cerrahisi Derneği yönetim kurulu üyesidir.



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI

KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Prof. Dr. Aykan YÜCEL

1994 yılında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'ni bitirdim. 1999 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında uzmanlık eğitimimi tamamladım. 2011 yılında Perinatoloji Yan Dal Uzmanlığımı aldım. 2011 yılında Doçentlik ünvanını, 2017 yılında Profesörlük ünvanını almaya hak kazandım. Halen Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezinde Perinatoloji nitesinde çalışmaktayım.



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Uz. Dr. Aysun BOĞA



Doğum yeri/ Tarihi : 10.03.1977 / Mecitözü / ÇORUM

Eğitimi:

1. İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, 1993 /1999
2. Haydarpaşa Lisesi, İstanbul, 1990/1993
3. Ali Nihat Tarlan İlköğretim Okulu, İstanbul, 1982/1990

Uzmanlık Eğitimi :

1. İstanbul Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği Ocak 2002/Mayıs 2006
2. İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Histoloji ve Embrioloji ABD Haziran 2000/Ocak 2002

Eğitim Faaliyetleri ve Görevlendirmeler:

1. Denver II gelişimsel tarama testi uygulayıcısı (2006 KASIM 'DAN İTİBAREN)
2. Bebek Dostu kuruluşlar ulusal değerlendirmecisi (2014 HAZİRAN' DAN İTİBAREN)
3. Anne sütünün teşviki ve bebek dostu kuruluşlar eğitici eğitimcisi (2014 HAZİRAN' DAN İTİBAREN)
4. Temel Yenidoğan Bakımı Eğitimcisi (2015 EKİM 'DEN İTİBAREN)
5. NRP eğitimcisi (2015 ARALIK'TAN İTİBAREN)
6. Bebek ölümleri inceleme komisyonu üyesi (2016 OCAK - 2016 ARALIK)
7. GİDR uygulayıcısı (2017 MARTTAN İTİBAREN)
8. BAYLEY testi uygulayıcısı (2017 MAYISTAN İTİBAREN)
9. NRP Kurs sorumlusu (2017 KASIM DAN İTİBAREN)
10. 2. Düzey Yenidoğan Yoğun Bakım Sertifikası
11. Çocuk Yoğun Bakım Sertifikası



ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Prof. Dr. Behzat ÖZKAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Dr. Behçet Uz ocuk Hastalıkları Hastanesi Pediatrik Endokrinoloji nitesi Eğitim Sorumlusu

Doğum yeri ve yılı: Sürmene/Trabzon, 05/05/1964

Medeni durumu: Evli ve iki ocuk babası

ğrenim Durumu:

1970-75: Aşağı Ovalı İlkokulu, Sürmene/Trabzon

1976-81: Sürmene Lisesi

1983-89: Erciyes Üniversitesi Tıp fakültesi, Kayseri.

Zorunlu hizmet: 1989-90: Kalecik Sağlık Ocağı Çelikhan/Adıyaman

Akademik nvanlar:

1990-94: Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri ABD Araştırma Görevlisi

Aralık 1994: Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri Uzmanlığı.

Aralık 1994-Eylül 1995: 9 ay süre ile Pediatri Uzmanlığı

Eylül 1995: Pediatri ABD'da Yard. Doçentlik.

Ocak 1996-Haziran 1998: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatri ABD Endokrinoloji ve Metabolizma Bilim Dal'ında Yan Dal İhtisası

Kasım 1998: Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatri Anabilim Dalı Endokrinoloji ve Metabolik Hastalıklar Bilim Dal'nın kurulması.

Kasım 2000: Doçentlik bilim sınavında başarı

Ocak 2006: Profesörlük kadrosuna atanma

Mart 2012-Ekim 2012: İzmir Katip elebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimlik

Kasım 2012-Haziran 2017.: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İzmir İli Güney Bölgesi Genel Sekreterliği CEO (Genel sekreter.)

Yabancı dili: İngilizce (Advanced)

nceki idari görevi: 2000-2004: Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastaneleri Başhekim yardımcılığı

Yurtdışı niversitelerde alışma:

Joslin Diabet Center/University of Maryland, Baltimore/Maryland/USA.2002. (İnsülin pump therapy in children with diabetes)

Division of Endocrinology, Departments of Pediatrics, John's Hopkins University, Baltimore/Maryland/USA. 2002 (Metabolic bone diseases)

Üyesi Olduğu Bilimsel Kuruluşlar:

Milli Pediatri Derneği Danışma Kurulu yeliği (2016-....)

Milli Pediatri Derneği Merkez Kurulu yeliği (2010-2015)

ocuk ve Adolesan Diyabetikler Derneği Erzurum Şube Başkanlığı (2000-2012)

European Pediatric Endocrinology Society (2000-....)

Amerikan Endokrinoloji Cemiyeti The Endocrine Society (1999-....)

Pediatrik Endokrinoloji Diyabet Derneği (1998-....)

TC. Sağlık Bakanlığı Bilimsel Heyet yelikleri

Türk-Yemen Sağlık İşleri Koordinatörlüğü (2009-2010)

Sağlık Bakanlığı Vitamin D Eksikliğini nleme Bilimsel Kurul yeliği (2003-...)

Sağlık bakanlığı doğumsal hipotiroidizm tarama programı uygulama geliştirme bilimsel kurul yeliği (2003- ...)

Türkiye iyot eksikliğini nleme programı uygulama ve geliştirme bilimsel kurul yeliği (2003- ...)

Halen İzmir Dr. Behçet Uz ocuk Hastalıkları Hastanesi Pediatrik Endokrinoloji nitesi Eğitim Sorumluluğu görevlerine devam etmekteyim.



ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

BAZI BİLİMSEL YAYINLAR

1. **SCI-EXPANDED (Science Citation Index), SSCI (Social Science Citation Index), AHCI (Arts and Humanities Citation Index) tarafından dergilerde yayınlanan makedeler**
1. Tunç S, Demir K, Tükün FA, Topal C, Hazan F, Sağlam B, Nalbantoğlu Ö, Yıldız M, **Özkan B.** MELANOCORTIN-4 RECEPTOR GENE MUTATIONS IN A GROUP OF TURKISH OBESE CHILDREN AND ADOLESCENTS. *J Clin Res Pediatr Endocrinol.* 2017 Feb 20. doi: 10.4274/jcrpe.4225.
2. Sari E, Bereket A, Yeşilkaya E, Baş F, Bundak R, Aydın BK, Darcan Ş, Dündar B, Büyükinan M, Kara C, Adal E, Akıncı A, Atabek ME, Demirel F, Çelik N, **Özkan B,** et al. Anthropometric findings from birth to adulthood and their relation with karyotype distribution in Turkish girls with Turner syndrome. *Am J Med Genet A.* 2016 Apr;170(4):942-8.
3. Gülez P, Korkmaz HA, Özkök D, Can D, **Özkan B.** Factors Influencing Serum Vitamin D Concentration in Turkish Children Residing in İzmir: A Single-Center Experience. *J Clin Res Endocrinol.* 2015;7(4):294-300.
4. Katipoğlu N, Kaprapınar TH, Demir K, Köker SA, Nalbantoğlu Ö, Ay Yılmaz, Korkmaz HA, Oymak Y, Yıldız M, Özcan E, Tunç S, Hazan F, Vergin C, **Özkan B.** A Case with Infantile-Onset Pancytopenia and Hyperglycemia Associated with SLC19A2 Mutation. *J Clin Res Endocrinol.* 2015;7(suppl 2):77-92.
5. Korkmaz HA, Yıldız M, Hazan F, Demir K, Tunç S, Elmas ÖN, **Özkan B.** 46,XY Complete Gonadal Dysgenesis: A Case Report. *J Clin Res Endocrinol.* 2015;7(suppl 2):77-92.
6. Tunç S, Demir K, Hazan F, Kırbıyık Ö, Soyaltın E, Elmas ÖN, Yıldız M, Korkmaz HA, **Özkan B.** A Case with Acrodysostosis and Hormone Resistance. *J Clin Res Pediatr Endocrinol.* 2015; 7(suppl 2): 77-92.
7. Demir K, Elmas ÖN, Karaer K, Korkmaz HA, Yıldız M, Tunç S, **Özkan B.** Genetic Diagnosis Using Whole Exome Analysis in Two Cases with Malignant Infantile Osteopetrosis. *J Clin Res Pediatr Endocrinol.* 2015;7(suppl 2): 77-92.
8. Korkmaz HA, Karaarslan U, Eraslan C, Atila D, Hazan F, Barışık V, Ata ES, Etlik Ö, Yıldız M, **Özkan B.** Screening of PROP-1, LHX2, and POU1F1 Mutations in Patients with Ectopic Posterior Pituitary Gland. *J Clin Res Pediatr Endocrinol.* 2015;7(suppl 2):77-92.
9. Anık A, Çatlı G, Abacı A, Korkmaz HA, Demir K, Altıncık A, Sarı E, Yeşilkaya E, Tuhan HÜ, **Özkan B,** et al. Investigation of Genes That are Defined with New Generation Sequence Analysis in Children/ Adolescents Followed with Maturity Onset Diabetes of the Young. *J Clin Res Pediatr Endocrinol.* 2015;7(suppl 2):77-92.
10. Ünlüer EE, **Özkan B,** Topal FE, Altiner NN. A case of luftsichel sign for left upper lobe collapse. *J of Emergencies Trauma and Shock.* 2015;8(4):235-236.



ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

11. **Özkan B**, Ünlüer EE, Akyol PY, Karagöz A, Bayata MS, Akoğlu H, et al. Stethoscope versus point-of-care ultrasound in the differential diagnosis of dyspnea: a randomized trial. *European Journal of Emergency Medicine*. 2015;22(6):440-3.
12. Nalbantoğlu Ö, Demir K, Korkmaz HA, Büyükinan M, Yıldız M, Tunç S, **Özkan B**. A novel mutation of Amh in three siblings with persistent Mullerian duct syndrome. *J Pediatr Endocrinol Metab*. 2015; 28(11-12):1379-82.
13. Demir K, Nalbantoğlu Ö, Karaer K, Korkmaz HA, Yıldız M, Tunç S, **Özkan B**. Genetic diagnosis using whole exome analysis two cases with malignant osteopetrosis oh infancy. *J Clin Res Pediatr Endocrinol*. 2015;7(4):356-357.
14. Demir K, Yıldız M, Elmas ÖN, Korkmaz HA, Tunç S, Olukman Ö, Hazan F, Özkan KU, **Özkan B**. Two different patterns of mini-puberty in two 46,XY newborns with 17 β -hydroxysteroid dehydrogenase type 3 deficiency. *J Pediatr Endocrinol Metab*. 2015;28(7-8):961-5.
15. Anık A, Çatlı G, Abacı A, Sarı E, Yeşilkaya E, Korkmaz HA, Demir K, altıncık A, Tuhan HÜ, Kızıldağ S, **Özkan B**, et al. Molecular diagnosis of maturity-onset diabetes of the young (MODY) in Turkish children by using targeted next-generation sequencing. *J Pediatr Endocrinol Metab*. 2015;28(11-12): 1265-71.
16. Demir K, Kattan WE, Zou M, Durmaz E, BinEssa H, Nalbantoğlu Ö, Al-Rijjal RA, Meyer B, **Özkan B**, Shi Y. Novel CYP27B1 gene mutations in patients with vitamin D-dependent rickets type 1A. *PLoS One*. 2015;10(7):e0131376.
17. Yeşilkaya E, Bereket A, Darendeliler F, Baş F, Poyrazoğlu ř, Aydın BK, Darcan ř, Dünder B, Büyükinan M, Kara C, Sarı E, Adal E, Akıncı A, Atabek ME, Demirel F, Çelik N, **Özkan B**, et al. Turner syndrome and associated problems in Turkish children: A multicenter study. *J Clin Res Pediatr Endocrinol*. 2015;7(1):27-36.
18. Darendeliler F, Yeşilkaya E, Bereket A, Baş F, bundak R, Sarı E, Aydın BK, Darcan ř, Dünder B, Büyükinan M, Kara C, Mazıcıoğlu MM, Adal E, akıncı A, Atabek ME, Demirel F, Çelik N, **Özkan B**, et al. Growth curves for Turkish girls with turner syndrome: results of the turkish turner syndrome study group. *J Clin Res Pediatr Endocrinol*. 2015;7(3):183-191.
19. Korkmaz HA, Edgünlü T, Eren E, Demir K, Çakır EDP, Çelik SK; **Özkan B**. GPR30 gene polymorphisms are associated with gynecomastia risk in adolescents. *Horm Res Paediatr*. 2015;83:177-182.
20. Cayir A, Turan MI, Ozkan O, Cayir Y, Kaya A, Davutoglu S, **Ozkan B**. Serum vitamin D levels in children with recurrent otitis media. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2014;271:689-693.
21. Korkmaz HA, Demir K, Kılıç AK, Terek D, Arslanoğlu S, Dizdarer C, **Özkan B**. Management of



ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

- central diabetes insipidus with oral desmopressin lyophilisare in infants. Journal of Pediatric Endocrinology&Metabolism. 2014; 27(9-10):923-7.
22. Elmas ÖN, Demir K, Soylu N, Çelik N, **Özkan B**. Importance of insülin immunoassays in the diagnosis of factitious hypoglycemia. J Clin Pediatr Endocrinol. 2014;6(4):258-261.
23. Elmas ÖN, Demir K, Soylu N, Çelik N, **Özkan B**. Importance of Insulin Immunoassays in the Diagnosis of Factitious Hypoglycemia. J Clin Res Pediatr Endocrinol. 2014;6(4):258-261.
24. Korkmaz HA, **Özkan B**, Terek D, Dizdärer C, Arslanoğlu S. Neonatal Seizure as a Manifestation of Unrecognized Maternal Hyperparathyroidism. J Clin Res Pediatr Endocrinol. 2013;5(3):206-8.
25. Mutlu M, Çayır A, Çayır Y, **Özkan B**, Aslan Y. Vitamin D and hyperbilirubinaemia in neonates. HK J Paediatr (new series). 2013;18:77-81.
26. Şimşek DG, Ayçan Z, Özen S, Çetinkaya S, Kara C, Abalı S, Demir K, Tunç Ö, Uçaktürk A, Asar G, Baş F, Çetinkaya E, Aydın M, Karagüzel G, Orbak Z, Şıklar Z, Altıncık A, Ökten A, **Özkan B**, et al. Diabetes care, glycemic control, complications, and concomitant autoimmune diseases in children with type 1 diabetes in Turkey: a multicenter study. J Clin Res Pediatr Endocrinol. 2013;5(1):20-26.
27. Korkmaz HA, **Özkan B**, et all. A case of turner syndrome with concomitant transient hypogammaglobulinaemia of infancy central diabetes insipidus. J Clin Res Pediatr Endocrinol. 2013;5(1):62-64.
28. Cayır A, Turan MI, Cayır Y, **Özkan B**. The effect of levothyroxine therapy on vitamin D and bone mineral density. Health MED. 2013;7(7):2040-2044.
29. Malkoç I, Mazıcıoğlu MM, **Özkan B**, Kondolot M, Kurtoğlu S, Yeşilyurt H. Height, Weight and Body Mass Index Percentiles of Children Aged 6-14 Years Living at Moderate Altitudes. J Clin Res Pediatr Endocrinol. 2012;4(1):14-20.
30. **Özkan B**, Konak B, Çayır A, Konak M. Anogenital Distance in Turkish Newborns. J Clin Res Pediatr Endocrinol. 2011;3(3):122-125.
31. Taskın M, **Özkan B**, Atıcı O, Aydoğan MN. Utilization of chicken feather hydrolysate as a novel fermentation substrate for production of exopolysaccharide and mycelial biomass from edible mushroom morchella esculenta. International Journal Of Food Sciences And Nutrition. 2011:1-6.
32. Hatun Ş, **Özkan B**, Bereket A. Vitamin d deficiency and prevention: Turkish experience. Acta Pædiatrica. 2011.
33. **Özkan B**, Çayır A, Koşan C, Alp H. Cystinosis presenting with findings of bartter syndrome. J Clin Res Pediatr Endocrinol. 2011;3(2):101-104.
34. **Özkan B**. Nutritional rickets. Journal Of Clinical Research In Pediatric Endocrinology. 2010;2(4):137-



ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

- 143.
35. Ceyhan M, Yildirim I, Ferraris O, Bouscambert-Duchamp M, Torunoğlu Ma, **Ozkan B**, et al. Serosurveillance study on transmission of H5N1 virus during a 2006 avian influenza epidemic. *Epidemiol Infect.* 2010; 1-7.
36. Bereket A, Cesur Y, **Özkan B**, Adal E, Turan S, Onan SH, et al. Circulation insulin like growth factor binding protein 4(IGFB-4) is not regulated by parathyroid hormone and vitamin d in vivo: evidence from children with rickets. *Journal Of Clinical Research İn Pediatric Endocrinology.* 2010;2(1):17-20.
37. **Özkan B**, Döneray H, Keskin H. The effect of vitamin d treatment on serum adiponectin levels in children with vitamin d deficiency. *Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology.* 2009;1(6):256-61.
38. Döneray H, **Özkan B**, Özkan A, Koşan C, Orbak Z, Karakelleoğlu C. The clinical and laboratory characteristics of vitamin d intoxication in children. *Turk J Med Sci.* 2009;39(1):1-4.
39. Guran T, Turan S, **Ozkan B**, Berrak SG, Canpolat C, Dagi T, et al. Cushing's syndrome due to a non-adrenal ectopic adrenocorticotropin-secreting ewing's sarcoma in a child. *J Pediatr Endocrinol Matab.* 2009;22(4):363-8.
40. Baroncelli GI, Bereket A, Kholly ME, Audi L, Cesur Y, **Ozkan B**, et al. Rickets in the middle east: role of environment and genetic predisposition. *J Clin Endocrinol Metab.* 2008; 93(5):1743-1750.
41. **Ozkan B**, Doneray H, Karcan M, Vançelik S, Yildirim ZK, Ozkan A, et al. Prevalence of vitamin d deficiency rickets in the eastern part of turkey. *European Journal Pediatrics.* 2009; 168(1):95-100. (2009 yılında yayınlanan beslenme alanında en iyi üçüncülük hero baby beslenme ödülü)
42. Bereket A, Turan S, Elçioğlu N, Hacıhanefioğlu S, Memioğlu Saka N, Ercan O, Arslanoğlu I, Işgüven P, Yıldız M, Can S, Ozerkan E, Coker M, Darcan S, **Ozkan B**, et al. Adult height in turkish patients with turner syndrome without growth hormone treatment. *Turk J Pediatr.* 2008;50(5):415-7.
43. Doğan N, **Ozkan B**, Boga I, Kizilkaya M, Altindag H. A successful treatment of avian influenza infection in Turkey. *J Trop Pediatr.* 2008;55(4): 268-271.
44. Bora G, **Ozkan B**, Dayangaç-Erden D, Erdem-Yurter H, Coşkun T. Vitamin D receptor gene polymorphisms in turkish children with vitamin d deficient rickets. *Turk J Pediatr.* 2008;50(1):30-3.
45. Capoglu I, Ozkan A, **Ozkan B**, Umudum Z. Bone turnover markers in patients with type 2 diabetes and their correlation with glycosylated hameglobin levels. *The J. Of International Medical Research.* 2008;36(6):1-10.
46. Doneray H, **Ozkan B**, Erdoğan F, Salman AB. Bilateral galactoceles in a male infant. *Turk J Med Sci.*



ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

2008;38(5):481-483.

47. Tatar A, Ocak Z, Doneray H, Işık E, Yeşilyurt A, **Özkan B**, Öztaş S. Seckel syndrome with spontaneous chromosomal instability. Turk J Med Sci. 2008;38 (1):77-81.
48. Cingöz S, **Özkan B**, Dönerey H, Sakızlı M. Familial pericentric inversion chromosome 3 and R448C mutation of CYP11B1 gene in Turkish kindred with 11 beta hydroxylase deficiency. J Endocrinol Invest. 2007; 30:285-291.
49. Hatun Ş, Bereket A, **Özkan B**, Çoşkun T, Köse R, Çalikoğlu AS. Free vitamin D supplementation for every infant in Turkey. Arch Dis Child. 2007; 92:373-374.
50. Cingöz S, **Özkan B**, Dönerey H, Sakızlı M. Familial pericentric inversion chromosome 3 and R448C mutation of CYP11B1 gene in turkish kindred with 11 β - hydroxylase deficiency. J. Endocrinol Invest. 2007; 30:285-291.
51. Ertekin V, Selimoglu A, Donerat H, Orbak Z, **Özkan B**. Prevalence of celiac disease in a sample of turkish children and adolescents with type 1 DM. J Clin Gastroenterol. 2006;40(7):655-56.
52. Ertekin V, Selimoglu MA, **Özkan B**. Idiopathic pulmonary hemosiderosis in children with celiac disease. Respiratory medicine. 2006;100:568-569.
53. Ermiş B, Yıldırım A, Ors Z, Tastekin A, **Özkan B**, Akcay F. Influence of smoking on serum and milk malondialdehyde, superoxide dismutase, glutathione peroxidase, and antioxidant potential levels in mothers at the postpartum seventh day. Biological Trace Element Research. 2005;105(1-3):27-36.
54. **Özkan B**, Ermiş B, Tastekin A, Doneray H, Yıldırım A, Örs R. The effect of smoking on Leptin levels in neonatal and maternal serum and breast milk. Endocrine Research. 2005;31:177-183.
55. Hatun S, **Özkan B**, Orbak Z, Doneray H, Cizmecioglu F, Toprak D, Calikoglu AS. Vitamin D deficiency in early infancy. J Nutrition. 2005;135(2):279-82.
56. Ermiş B, Altinkaynak B, Yıldırım A, **Özkan B**. Influence of smoking on serum and milk of mothers, and their infant's serum insulin-like growth factor-I and insulin-like growth factor binding protein-3 levels. Hormone research. 2004;62(6):288-92.
57. **Özkan B**, Bereket A, Turan S, Keskin S. Aditonal of orlistat to conventional treatment in adolescent with severe obesity. European Journal of Pediatrics. 2004;163(12):738-741.
58. Kosan C, **Özkan B**. Once daily use of colchicine in children with familial mediterranean fever. Clinical pediatrics. 2004;43(7):605-608.
59. **Özkan B**, Olgun H, Ceviz N, Polat P, Taysi S, Orbak Z, et al. Assessment of goiter prevalence, iodine status and thyroid functions in school age children of rural Yusufeli district in eastern Turkey.



ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Turkish Journal of Pediatrics. 2004;46(1):16-21.

60. Varoglu E, **Ozkan B**, Ak C, Kantarcı AM, Ezirmek N, Yıldırım M, Seven B, Akcay F. Bone scan findings in idiopathic hyperphosphatasia. Clinical Nuclear Medicine. 2004;29(8):519-521.
61. Ceviz N, **Ozkan B**, Olgun H, Polat P, Aksoy H. Left ventricular systolic and diastolic functions in children living in a moderate-severe iodine deficiency area. Journal of pediatric Endocrinology&Metabolism. 2004;17(2):197-201.
62. Ermiş B, Ors R, Tastekin A, **Ozkan B**. Cushing's syndrome secondary to topical corticosteroids abuse. Clinical Endocrinology. 2003;58(6):795-797.
63. Orbak Z, Ertekin V, Akcay F, **Ozkan B**, Ors R. Serum leptin levels in neonatal bacterial septicemia. Journal of Pediatric Endocrinology&Metabolism. 2003;16(5):727-731.
64. Olgun H, Ceviz N, **Ozkan B**. A case of dilated cardiomyopathy due to nutritional vitamin D deficiency rickets. Turkish Journal of Pediatrics. 2003;45(2):152-154.
65. Orbak Z, Orbak R, **Ozkan B**, Ökten A. GAPO syndrome: First patients with partially empty sella. Journal of Pediatric Endocrinology&Metabolism. 2002;15(6):865-868.
66. Kaya A, Tasyaran MA, Erol S, Ozkurt Z, **Ozkan B**. Anthrax in adults and children: A review of 132 cases in Turkey. European Journal of Clinical Microbiology&Infections. 2002;21(4):258-261.
67. Kosan C, Topaloglu AK, **Ozkan B**. Chronic mercury intoxication simulating pheochromocytoma: Effect of captopril on urinary mercury excretion. Pediatrics International. 2001;43(4):429-430.
68. **Ozkan B**, Topaloglu AK, Bilginturan N. A practical GnRH analogue (triptorelin) stimulation test to distinguish constitutional delay of puberty from hypogonadotropic hypogonadism in prepubertal boys. Turkish Journal of Pediatrics. 2001; 43(2):114-117.
69. Dursun A, Aliefendioğlu D, **Ozkan B**, Coskun T. Carnitinuria in rickets due to vitamin D deficiency. Turkish Journal of Pediatrics. 2000; 42(4):278-280.
70. Ceviz N, **Ozkan B**, Eren S, Örs R, Olguntürk R. A case of isotretinoin embryopathy with bilateral anotia and Taussig-Bing malformation. Turkish Journal of Pediatrics. 2000;42:239-241.
71. **Ozkan B**, Kaya O, Akdag R, Unal O, Kaya D. Suprapubic bladder aspiration with or without ultrasound guidance. Clinical Pediatrics. 2000;39(10):625-626.
72. Demir E, Bereket A, **Ozkan B**, Topcu M. Effect of alendronate treatment on the clinical picture and bone turnover markers in chronic idiopathic hyperphosphatasia. Journal of Pediatric Endocrinology&Metabolism. 2000;13(2):217-221.
73. **Ozkan B**, Bereket A. Excessive growth in a girl with Weaver syndrome. Journal of Pediatric Endocrinology&Metabolism. 2000;13(8):1147-1153.



ULUSLARARASI
KADIN DOğUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

74. **Ozkan B**, Orbak Z, Doneray H. Thyroid agenesis associated with phalangeal anomaly. Journal of Pediatric Endocrinology&Metabolism. 2000;13(1):99-100.
75. **Ozkan B**, Ceviz N, Akdag R. Do we need different hypertension limits for children living at an intermediate altitude? Clinical Pediatrics. 1999;38(4):254-56.
76. Alp H, Orbak Z, Salman B, Ciftcioglu MA, **Ozkan B**. A patient with extra-adrenal retroperitoneal paraganglioma and review of the literature. Journal of Pediatric Endocrinology&Metabolism.1998;11(6):763-765.
77. Mete E, Dilmen U, Energin M, **Ozkan B**, Guler I. Calcitonin therapy in vitamin D intoxication. Journal of Tropical Pediatrics. 1997;43(4):241-242.
78. Koşan C, Sepetçigil O, Çayır A, Kaya A, **Özkan B**. Evaluation of physical growth in patients with familial mediterranean fever. Nobel Medicus. 2013;9(2):21-25.
79. Çayır A, **Özkan B**, Aksoy Y, Alp H, Gök A, Erdil A. Congenital megaprepuce. Turkish J Pediatr Dis. 2013;7(1):23-25.
80. Taştekin A, Örs R, **Özkan B**, Deniz O. A rare cause of neonatal hypotonia: non-ketotic hyperglycinemia. Tr Journal of Medical Sciences. 2002;73-75.
81. **Özkan B**, Ceviz N, Büyükavcı M. Marfan's Syndrome. Tr Journal of Medical Sciences. 1999;29:195-197.
82. **Özkan B**, Akdağ R. Factor VII Deficiency. Tr Journal of Medical Sciences.1997;24:375-377.
83. Orbak Z, Altınkaynak S, Energin M, **Özkan B**, Selimoğlu M, Alp H. Prevalence and etiological classification of short stature in the primary schools in Erzurum. Tr Journal of Medical Sciences.1995;24:113-117.
84. **Ozkan B**, Akdağ R, Karakelleoğlu C, Alp H, Ceviz N, Energin M. Arterial blood pressure values in a school-age population in Erzurum: Relation with age sex, weight, height and ponderosity index. Tr Journal of Medical Sciences.1994;22:171-177
85. Demir K, van Gucht AL, Büyükinan M, Çatlı G, Ayhan Y, Baş VN, Dünder B, **Özkan B**, Meima ME, Visser WE, Peeters RP, Visser TJ. Diverse Genotypes and Phenotypes of Three Novel Thyroid Hormone Receptor- α Mutations. J Clin Endocrinol Metab. 2016 Aug;101(8):2945-54.
86. Korkmaz HA, Demir K, Hazan F, Yıldız M, Elmas ÖN, **Özkan B**. Association of Wolfram syndrome with Fallot tetralogy in a girl. Arch Argent Pediatr. 2016 Jun 1;114(3):e163-6.
87. Parıltay E, Hazan F, Ataman E, Demir K, Etlik Ö, Özbek E, **Özkan B**. A novel splice site mutation of FGD1 gene in an Aarskog-Scott syndrome patient with a large anterior fontanel. J Pediatr Endocrinol Metab. 2016 Sep 1;29(9):1111-4.



ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

88. Kara M, Orbak Z, Döneray H, **Ozkan B**, Akcay The Relationship Between Skinfold Thickness and Leptin, Ghrelin, Adiponectin, and Resistin Levels in Infants of Diabetic Mothers. Fetal Pediatr Pathol. 2016 Aug 25:1-7.
89. Karti O, Nalbantoglu O, Abali S, Tunc S, **Ozkan B**. The assessment of peripapillary retinal nerve fiber layer and macular ganglion cell layer changes in obese children: a cross-sectional study using optical coherence tomography. Int Ophthalmol. 2016 Oct

SCI,SSCI ve AHCI dışındaki indeks ve özler tarafından taranan dergilerde yayınlanan makaleler

1. Eser U, Ünlüer EE, Sivaslıoğlu A, **Özkan B**. How to prevent non-emergent presentations to emergency department? Medical Journal of Aegean Clinics. 2015;53(2):81-85.
2. **Özkan B**, Kaya A, Erdil A, Turan MI, Büyükavcı M, Tan H. Intracranial haemorrhage in a patients diagnosed with idiopathic thrombocytopaenic purpura and diabetic ketoacidosis. West Indian Med J. 2015;64(4):458.
3. Kaya A, Çayır A, Orbak Z, Oral A, Demir B, Döneray H, **Özkan B**. Thyroid cancer in children of estern Anatolia. West Indian Medical Journal. 2014;1(2):51.
4. **Özkan B**, Kaya A, Erdil A, Turan Mİ, Büyükavcı M, Tan H. Intracranial hemorrhage in a patient diagnosed with idiopathic thrombocytopenic purpura and diabetic ketoacidosis. West Indian Medical Journal. 2014-015.
5. Çayır A, Kaya A, Davutoğlu S, Küçükaslan İ, **Özkan B**. Cushing's syndrome due to topical steroid. West Indian Med J. 2013; 62(1):104.
6. Koşan C, Sepetçigil O, Çayır A, Kaya A, **Özkan B**. Evaluation of physical growth in patients with familial mediterranean fever. Nobel Medicus. 2013;9(2):21-25.
7. Cayir Y, Cayir A, Turan MI, Dal G, **Ozkan B**. Diabetic ketoacidosis with concomitant brucella arthritis. Euras J Fam Med. 2013;2(2):89-91.
8. Çayır A, **Özkan B**, Aksoy Y, Alp H, Gök A, Erdil A. Congenital megaprepuce. Turkish J Pediatr Dis. 2013;7(1):23-25.
9. **Özkan B**. Nutritional rickets in Turkey. The Eurasian Journal Of Medicine. 2010;42:86-91.
10. Doneray H, **Ozkan B**, Caner I, Ozkan A, Karakelleoglu C. Intra gastric alendronate therapy in two infants with vitamin d intoxication: A new method. Clin Toxicol (Phila). 2008;46(4):300-2.
11. Döneray H, Orbak Z, **Özkan B**. Bone turnover markers and bone mineral density in boys with



ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

- constitutional delay of puberty. 6. International Congress of Tropical Pediatrics; 2002 September. 26-30; Ankara, Turkey.
12. Taştekin A, Örs R, **Özkan B**, Deniz O. A rare cause of neonatal hypotonia: non-ketotic hyperglycinemia. Tr Journal of Medical Sciences. 2002;73-75.
13. Kaya MD, Yeşilyurt H, **Ozkan B**, Capoglu I, Akdag R. Anthropometric measurements in adolescents living at intermediate altitude: the relationship between head circumference and socioeconomic status. Maccabe PT, Hanson MA, Robertson SA, editors. Contemporary Ergonomics. 2000.
14. **Özkan B**, Büyükavcı M, Energin M, Dirican Me, Alp H, Akdağ R. Comparison of three different vitamin D3 treatment regimens (300.000 IU PO, 300.000 IU IM and 600.000 IU PO) in nutritional rickets. The Endocrine Society's 82nd Annual Meeting; 2000 June 21-24; Toronto, Canada.
15. **Ozkan B**, Topaloğlu Ak, Bilginturan N. A practical GnRH analogue (triptorellin) stimulation test to distinguish constitutional delay of puberty from hypogonadotropic hypogonadism in prepubertal males. The Endocrine Society's 82nd Annual Meeting; 2000 June 21-24; Toronto, Canada
16. **Özkan B**, Ceviz N, Büyükavcı M. Marfan's Syndrome. Tr Journal of Medical Sciences. 1999;29:195-197.
17. **Özkan B**, Akdağ R. Factor VII Deficiency. Tr Journal of Medical Sciences. 1997;24:375-377.
18. Orbak Z, Altınkaynak S, Energin M, **Özkan B**, Selimoğlu M, Alp H. Prevalence and etiological classification of short stature in the primary schools in Erzurum. Tr Journal of Medical Sciences. 1995;24:113-117.
19. **Ozkan B**, Akdağ R, Karakelleoğlu C, Alp H, Ceviz N, Energin M. Arterial blood pressure values in a school-age population in Erzurum: Relation with age sex, weight, height and ponderosity index. Tr Journal of Medical Sciences. 1994;22:171-177
20. Cayir Y, Cayir A, Turan MI, Dal G, **Ozkan B**. Diabetic ketoacidosis with concomitant brucella arthritis. Euras J Fam Med. 2013;2(2):89-91.

HAKEMLİ DERGİLERDE YAYINLANAN ÇALIŞMALAR
(TÜRKÇE)

1. Kızıl EG, İncazlı SB, Erken S, Güntürkün F, **Özkan B**. Hemşirelerin görevlerini bilme, benimseme ve yerine getirme durumları: İzmir örneği. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2015;12(3):215-223.



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

2. Baççioğlu A, Söğüt A, Kılıç Ö, Beyhun NE, Çayır A, **Özkan B**. İlköğretim okulu öğretmenlerinin besin alerjisi konusunda bilgi düzeyleri ve davranışları. *Asthma Allergy Immunol.* 2013;11:185-192.
3. Çayır A, **Özkan B**, Döneray H, Kaya A, Orbak Z. Glikoz tolerans testinde kullanılan dekstroza monohidratın 1,75 g/kg ve 1,92 g/kg sonuçlarının karşılaştırılması *Türkiye Klinikleri J Med Sci.* 2013;33(1):299-300.
4. Ünal T, **Özkan B**, Çayır A, Kaya A, Orbak Z. Serum 25(OH) D vitamini düşüklüğü çocukluk çağı pnömonileri için bir risk faktörü müdür? *Dicle Tıp Dergisi.* 2012;39(4):531-535.
5. Koşan C, Sepetçigil O, Çayır A, Kaya A, **Özkan B**. Ailevi akdeniz ateşi olan çocuklarda kemik metabolizmasının değerlendirilmesi. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi.* 2012;6(3):139-145.
6. Döneray H, **Özkan B**. Sık görülen genital sistem yapısal farklılıkları. *Türkiye Klinikleri.* 2011; 7:3.
7. **Özkan B**, Döneray H. D vitamini iskelet sistemi dışı etkileri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi.* 2011;54:99-119
8. Orbak Z, Hatun Ş, **Özkan B**, Döneray H, Çizmecioğlu F, Toprak D. Erken bebeklik döneminde D vitamini yetersizliğinin özellikleri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi.* 2005;48(1):8-13.
9. Bereket A, **Özkan B**, Kurtuluş S. Turner sendromunda tanı ve tedavi. *Ulusal Pediatrik Endokrinoloji Derneği Uzlaşma Raporu. Çocuk Dergisi.* 2005;5(2):81-86.
10. **Özkan B**, Döneray H. Mikropenis. *Sendrom Dergisi.* 2003;94-104.
11. **Özkan B**, Bilgen E, Orbak Z, Aktaş E, Ceviz N, Karakelleoğlu C. Erzurum'da 7-12 yaş grubu okul çocuklarında guatr sıklığı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi.* 2002;45(4).
12. Yiğit H, Kardaş F, **Özkan B**. Tüberküloz Artrit. *Göztepe Tıp Dergisi.* 2002;17:237-238.
13. Alp H, **Özkan B**, Ertekin V, Altınkaynak S, Yiğit H, Döneray H. Çocukluk çağında Brusellozis: 27 vakanın değerlendirilmesi. *Çocuk Dergisi.* 2001;1:110-114.
14. **Özkan B**, Koşan C, Deniz O, Kılıçarslan B. Çocukluk çağında civa zehirlenmesi: Beş kardeş vakanın takdimi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi.* 2000;43:229-232.
15. Koşan C, **Özkan B**, Caner İ. Laringeal ödemle seyreden bir deli bat bat zehirlenme vakası. *Yeni Tıp Dergisi.* 2000; 17(3):158-159.
16. **Özkan B**, Orbak Z, Karakelleoğlu C. Kongenital Generalize Lipodistrofi: Berardinelli-Seip sendromu (Ayın vakası). *Yeni Tıp Dergisi.* 2000;17(1):101-102.
17. **Özkan B**, Büyükavcı M. Klippel-Trenaunay sendromu. *Yeni Tıp Dergisi.* 2000;17(1):41-42.
18. **Özkan B**. Sabah Hiperglisemileri. *Diamed Dergisi.* 2002:22-26.
19. Ceviz N, Akman M, Örs R, Salman B, **Özkan B**. Gastrointestinal sistem anomalili olgularda kalp hastalıklarının sıklığı ve mortalite üzerine etkisi. *Pediyatrik Cerrahi Dergisi.* 2000;14:122-125.



ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

20. Ceviz N, **Özkan B**, Akdağ R. Akut romatizmal ateş tanısı alan hastalarımızın değerlendirilmesi. Yeni Tıp Dergisi. 2000;17(4):200-205.
21. Alp H, **Özkan B**, Cebeci H, Orbak Z, Döneray H, Karakelleoğlu C. Akut İmmun Trombositopenik Purpura: Yüksek doz intravenöz metilprednizolon tedavisi ile farklı dozlarda intravenöz immunglobulin tedavilerinin karşılaştırılması. Klinik Bilimler&Doctor. 2000;6:219-222.
22. Alp H, **Özkan B**, Altınkaynak S, Orbak Z, Yiğit H, Ertekin V. Erzurum'da sokakta çalışan çocukların sosyodemografik özellikleri. Türk Pediatri Arşivi. 2000;35:119-123.
23. **Özkan B**, Büyükavcı M, Energin M, Dirican ME, Alp H, Akdağ R. Nutrisyonel Ricketste farklı tedavi şekillerinin (300.000 Ü oral, 300.000 Ü intra-müsküler ve 600.000 Ü oral vitamin D) karşılaştırılması. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2000;43:30-35. (Endo 2000 Meeting Toronto, Canada toplantısında sunulmuştur)
24. **Özkan B**, Orbak Z, Ertekin V, Alp H, Koşan C. Üriner sistem enfeksiyonlu çocuklarda üriner trakt anomalilerin görülme sıklığı. Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi. 1999;31(4):161-164.
25. **Özkan B**, Bilginturan N. Testotoksikozise bağlı puberte prekoks vakası. Yeni Tıp Dergisi. 1999;16:217-219.
26. **Özkan B**, Ceviz N, Akdağ R. Geç başlangıçlı ve hiperglisemik ketoasidozis ile getirilen bir propiyonik asidemi vakası. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 1999;42:523-528.
27. **Özkan B**, Bilginturan N. Primer hipotroidizm ve puberte prekoks vakası. Yeni Tıp Dergisi. 1999;16(4):217-219.
28. **Özkan B**, Akdağ R. Gecikmiş Puberte: tanı, ayırıcı tanı ve tedavisi. Genel Tıp Dergisi. 1999;9(1):27-31.
29. **Özkan B**, Tan H, Orbak Z, Döneray H. İnsuline bağımlı diyabetes mellituslu olgularımızın epidemiyolojik özellikleri (1990-1999). Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 1999;31:57-60.
30. **Özkan B**, Selimoğlu S, Alp H, Birgen E, Taşyaran M. Çocukluk çağında şarbon: 27 vakanın değerlendirilmesi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 1999;42:367-374.
31. **Özkan B**, Büyükavcı M, Aksoy H, Tan H, Akdağ R. Erzurum'da 0-3 yaş grubu çocuklarda nutrisyonel rikets sıklığı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 1999;42:389-396. (Endo 2000 meeting Toronto, Canada toplantısında sunulmuştur)
32. Özbey İ, **Özkan B**, aksoy Y, Biçgi O, Polat Ö: Hipertroidili çocuk ve adolesanlarda işeme bozuklukları: Ürodinamik değerlendirme. Türk Üroloji Dergisi. 1999;25(2):182-186.
33. Bilginturan N, **Özkan B**. Tip I Diyabetes mellitus'ta uzun süreli tedavisi. Katkı Pediatri Dergisi. 1997;18:49-62.



34. Örs R, **Özkan B**, Dilmen U. İnfantil kolik tedavisinde simetikon: çift kör plasebo kontrollü bir çalışma. Yeni Tıp Dergisi. 1996; 13(2):77-80.
35. **Özkan B**, Karakelleoğlu Ş, Akdağ R, Orbak Z, Ceviz N. Erzurum ili ilkokul çocuklarında kalp üfürümleri prevalansı ve etyolojik dağılımı. Karadeniz Tıp Dergisi. 1996;9(3): 160-163.
36. **Özkan B**, Karakelleoğlu Ş, Ceviz N, Taşdemir H, Akdağ R. İlkokul çocuklarında hipertansiyon: sıklığı ve etyolojisi. Türkiye Tıp Dergisi. 1996;2(3):102-106.
37. Ünüvar N, Varoğlu E, Akdağ R, Akçay F, **Özkan B**, Taştekin G, et al. İnsüline bağımlı diyabetes mellitus'ta bölgesel beyin kan akımı değişikliklerinin TC-99 m-HMPAO beyin spect ile değerlendirilmesi. Klinik Gelişim. 1995;8:4058-4062.
38. Karakelleoğlu Ş, Şahin M, İka İ, Tekin S, **Özkan B**, Alp N. Diyabetes Mellitus'ta Ekokardiyografi ile Sol ventrikül fonksiyonlarının İncelenmesi. MN Kardiyoloji.1995;2:14-18.
39. Akdağ R, Ceviz N, **Özkan B**, Akyüz M. Çocuklarda acil müdahale için intraosseos yolun kullanımı. 5 vaka takdimi. Atatürk Üniversitesi Tıp Bülteni. 1994;26(3-4):569-574.
40. **Özkan B**, Akdağ R, Ceviz N, Kaya O. Proksimal özofagial atrezi- distal trakeo-özofagial fistül (ayın vakası). Yeni Tıp Dergisi. 1994;11(5):39-40.
41. Kalaycı AG, **Özkan B**, Taşdemir HA, Şahin S. Prune-Belly sendromu: Bir vaka takdimi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 1993;36:279-284.



SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI

KADIN DOğUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Prof. Dr. Bumin Nur DÜNDAR

İlk-orta ve lise eğitimini Denizli’de tamamlamış, daha sonra Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesini bitirmiştir. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesinde ocuk Sağlık ve Hastalıkları alanında uzmanlık eğitimine başlamış, ocuk Endokrinolojisi alanında yan dal eğitimini de aynı üniversitede tamamladıktan sonra; 2003 yılında Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde Yardımcı Doçent Doktor olarak göreve başlamış ve aynı yıl ocuk Endokrinoloji Bilim Dalı’nı kurmuştur. 2006 yılında Doçentlik unvanını alan Dündar, 2011 yılında İzmir Katip elebi Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde ocuk Sağlık ve Hastalıkları Anabilim Dalı Profesör kadrosuna atanmıştır. 2006-2014 yılları arasında “ocuk Endokrinolojisi ve Diyabet Derneği” Yönetim Kurulu yeliği ve Genel Sekreterlik görevini yürüten Dündar, Türk Pediatri Kurumu Isparta Őubesini kurmuş ve uzun süre Yönetim Kurulu Başkanlığını yapmıştır. Kuruculuğunu yaptığı Büyüyen ocuk Derneği Yönetim Kurulu Başkanlığı görevini sürdürmektedir. Bir dönem “Kabi International Growth Study” Ulusal Board yeliğine seçilmiştir. European Society for Pediatric Endocrinology ve Endocrine Society yeliği de bulunan Dündar, 2008 yılında İstanbul’da yapılan Avrupa ocuk Endokrin Kongresi başta olmak üzere, birçok uluslararası ve ulusal kongre ve sempozyumların organizasyonlarında yer almıştır. 2011 yılında Kıbrıs’ta yapılan “47. Türk Pediatri Kongresi”nde Eş Başkanlık, 2014 yılından beri yapılan “Sağlıklı Büyüyen ocuk Sempozyumları” ve 2018 yılındaki “Sağlıklı Büyüyen ocuk Kongresinde” başkanlık yapmıştır. 2012-2019 yılları arasında İzmir Katip elebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı ve İK Etik Kurullar Genel Kooordinatrlğ görevlerini sürdürmüştür. ocuk Vakfı’nın ocuk Sağlık Danışma kurulu üyesidir. ocuk ve Medeniyet dergisinin editörleri arasında yer almaktadır. ocuk Endokrinoloji ve Diyabet Derneği’nin web sitesi olan, Türkiye’nin ocuk endokrinolojisi ile ilgili en kapsamlı ve en çok ziyaretçi alan “cocukendokri diyabet.org” internet sitesini kurmuş ve uzun dönem editörlüğünü yapmıştır. Türkiye’nin ilk ocuk Endokrinoloji ile ilgili web sitesi olan “cocukendokrin.net” ve ocuk sağlık ile ilgili konularda yayın yapan izmirpediatri.org internet sitelerinin kurucusudur ve editörlüğünü yapmaktadır. Dündar ayrıca “ocuk Endokrin Diyabet Magazin Dergisi”ni yayın hayatına sokmuş ve genel yayın yönetmenliğini yürütmüştür. İzmir Katip elebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisini yayın hayatına sokmuş ve 2 senedir editörlüğünü yapmaktadır. Dündar’ın, 100’ uluslararası yayın olmak üzere 300’den fazla yayın ve bildirisi, 1 adet kitap editörlüğü ve 12 adet kitap bölüm yazarlığı, SCI ve SCI-E kapsamındaki uluslararası dergilerde 897, google akademik verilerine göre 1368 atfı bulunmaktadır. 2019 yılında SBÜ Tepecik EAH’de verilen bilimsel ödüllerde en yüksek H indeksi dalında birincilik dl almıştır. 2013-2017 yılları arasında İzmir Kuzey Bölgesi Diyabet Koordinatörlüğü görevini yürütmüştür. Şubat 2015 tarihinde İzmir Katip elebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Fakülte Yönetim Kuruluna seçilmiştir. 2015 yılından itibaren 4 sene boyunca İzmir Katip elebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi dekanlık görevini yürütmüştür. 2013-2018 yılları arasında Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi ocuk Kliniği Eğitim Sorumlusu olarak görev yapmış, Eylül 2011’den beri İzmir Katip elebi Üniversitesi Tıp Fakültesi ocuk Sağlık ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı, görevini sürdürmektedir. Evli ve iki ocuk sahibidir.



SAKLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI

KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Prof. Dr. Canan AYGÜN

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Neonatoloji Bilim Dalı

İlk, orta ve lise öğrenimimi TED Ankara Koleji'nde tamamladıktan sonra Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde tıp eğitimine başladım, 1992'de mezun oldum. 1997'de Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde ocuk Sağlığı ve Hastalıkları uzmanı, 2001'de Neonatoloji uzmanı oldum. 2001-2003 yıllarında Ankara zel Bayındır Hastanesi'nde Neonatoloji uzmanı olarak çalıştım. 2003'de Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Neonatoloji Bilim Dalında göreve başladım ve halen bu niversitede Neonatoloji Bilim Dalı Başkanı olarak görev yapmaktayım. Türkçe ve İngilizce Tıp eğitiminde aktif olarak görev alıyorum.

Web of science kapsamı dergilerde 54 uluslararası yayınım vardır. Çalışmalarım ağırlıklı olarak beslenme, nosokomial enfeksiyonlar, intrauterin büyüme ve etkileyen faktörler, akut renal hasar, D vitamini eksikliği ve bunun sonuçları üzerindedir.

Özellikle ilk 1000 gün, prematüre doğumların azaltılması ve prematüre bebeklerin bakım standartlarını nykseltilmesi konusunda farkındalığı arttırmak için eğitim çalışmaları yapmaktayım.



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI

KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Doç. Dr. Cem DANE

26 Ağustosta İzmir'de doğdum. İlk, orta, lise ve niversite eğitimimi doğduğum Őehirde aldım. Gittiğim okullar: Halitbey İlkokulu, Hacı Őakir Eczacıbaşı Ortaokulu, Karataş Lisesi ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi. Üniversiteden mezun olduktan sonra İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalında ihtisasımı tamamladım. İhtisasımdan sonra Jinekolojik Endoskopi eğitimi için Belçika'da 3 ay kaldım. Askerlik görevimi Etimesgut Hava Hastanesinde yaptım. Daha sonra Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesinde göreve başladım. Doçent olduktan sonra Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi yandal uzmanı oldum. Şu anda S.B.., Sultangazi Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniği Eğitim Sorumlusu ve İdari Sorumlusu olarak çalışmaktayım.



SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI KADIN DOğUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Prof. Dr. Coşkun ÇELTİK

Eğitim

- Tıp Fakültesi Lisans/Yüksek Lisans Eğitimi: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi (1982-1988)
- ocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Eğitimi: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi (1994-1999)
- ocuk Gastroenteroloji Uzmanlık Eğitimi (2005-2010)

Akademik ve İdari Görevler:

- ocuk Servisi Sorumlu Hekimi (2001-2005, 2010-2012, 2012-2015)
- Tıp Fakültesi Eğitim Koordinatörlüğü (2005, 2008-2010, 2014-2015)
- ocuk Gastroenteroloji Bilim Dalı Başkanı (2008-2010, 2012-2015, 2016-)
- ocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı (2016-2016)
- ocuk Gastroenteroloji Kliniği Eğitim Sorumlusu (2016-Halen)

Çalıştığım Yerler

- Harrankapı Sağlık Ocağı ve Kızılay Kan Merkezi, şanlıurfa (1988-1990)
- 70. Piyade Tugayı Cizre Keşif Taburu Reviri, şırnak (1990-1991)
- Saruhanlı ilçesi Hacır Rahmanlı Sağlık Ocağı, Manisa (1991-1994)
- Trakya niversitesi ocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı ve ocuk Gastroenteroloji Bilim Dalı, Edirne (1994-1999, 1999-2005, 2008-2010)
- İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi ocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Bilim Dalı ve ocuk Karaciğer Nakli Merkezi (2005-2008)
- Gaziantep ocuk Hastanesi (2010-2012)
- Vakıf ve özel sağlık kurumları, İzmir (2012-2016)
- TC. Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi (2016-Halen)

Uluslararası Yayın sayısı: 33

Ulusal Yayın sayısı: 28

Uluslar arası Atıf Sayısı: 376



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI

KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Doç. Dr. Cüneyt Eftal TANER

Doğum Yeri ve Tarihi : 1959 İzmir – TÜRKİYE

EĞİTİM DURUMU

Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Perinatoloji Uzmanı	2011
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi , Kadın Hast. ve Dogum Anabilim Dalı, Doçent Doktor	1994
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi , Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzman Doktor	1990
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi , Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı, Asistan Doktor	1985
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Doktor	1983

İŞ DENEYİMİ

Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Perinatoloji Eğitim Sorumlusu	2019
Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Eğitim Sorumlusu	2016-2018
Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Eğitim Sorumlusu - İdari Sorumlu	2015
Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Eğitim Sorumlusu	2014
Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Şefi – Eğitim Görevlisi	2000-
Obstetri , Jinekoloji, Perinatoloji , İnfertilite ve Üreme Endokrinolojisi , Onkoloji, Ürojinekoloji Klinikleri Yönetimi	
SSK Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uzman Doktor – Doçent Doktor	1996-2000
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi , Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı Doçent Doktor	1994-1995
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi , Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı Uzman Doktor	1990-1991

BİLİMSEL ÇALIŞMALAR

Yurtdışı bilimsel dergilerde yayınlanmış 60 adet Bilimsel Çalışma
Yurtiçi dergilerde yayınlanmış 119 adet Bilimsel Çalışma
Yurtdışı kongrelerde sunulmuş 13 adet Bilimsel Çalışma
Yurtiçi kongre ve sempozyumlarda yayınlanmış 128 adet Bilimsel Çalışma
30 defa yurtdışı kongre ve sempozyumlara katılım, 116 adet yurtiçi kongre ve sempozyumlara katılım



SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI

KADIN DOğUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Doç. Dr. Çağatay NUHOğLU

*ocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakóltesi
Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ocuk Kliniği İdari ve Eğitim Sorumlusu*



1990 Yılında İstanbul Tıp Fakóltesinden mezun oldu. 1990-1994 Yılları arasında İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesinde **ocuk** Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlık eğitimini aldı. Zorunlu hizmetini Alemdaę Anaocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezinde yaptı. Bir yıl **şişli** Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görev yaptıktan sonra 1999 yılında Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesine tayin oldu. **İki** kez kısa süreli geçici görevle Doğu hizmetine gitti; Hakkari Devlet Hastanesi ve **şırnak** Beytüşşebap Devlet Hastanesinde **alıştı**. 2001 yılında Haydarpaşa Numune’de başasistan oldu. 2010 Yılında merkezi sınavla **řef** yardımcılığı görevine atandı. Vekil **şeflik** yaptı. 2012 yılında doçent oldu, klinik **şefi** olarak görevlendirildi. Halen **ocuk** kliniği idari ve eğitim sorumluluğu görevini sürdürürken, Döner Sermaye **İnceleme** Heyeti **üyeliği**, Enfeksiyon Kontrol Komitesi **Üyeliği**, Transfüzyon Komitesi **Üyeliği** yanı sıra Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı ve TR-Dizin’de yer alan Haydarpaşa Medical Journal’ın editörlüğünü yapmaktadır.



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Uzm. Dr. Demet OĞUZ

Doğum Tarihi 31-07-1976

EĞİTİM BİLGİLERİ

- 2015- S.B.Ü. Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi Neonatoloji Uzmanı
- 2011-2015 Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakóltesi Neonatoloji Yan dal Asistanı
- 2010-2011 İstanbul Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı
- 2007-2010 İstanbul Özel Safa Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı
- 2005-2006 Giresun Bulancak Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı
- 2000-2005 Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Pediatri asistanı
- 1993-1999 İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakóltesi
- 1990-1993 Yeşilköy 50. Yıl Lisesi

SEMİNER, KURSLAR ve KONGRELER

- 32. Pediatri Günleri ve Pediatri Hemşireliği Günleri
- 2013-2014-2015-2016-2017-2018 UNEKO katılımı
- 2016 Etkili Sunum Teknikleri Kursu
- 2016 Çocuk Dostları Kongresi
- 2016 6th“International Conference on Clinical Neonatology” Torino İtalya
- 2016 TND Neonatologlar için Hedefe Yönelik Ekokardiyografi Kursu ve Uygulayıcı Sertifikası
- 2016-2017 İstanbul, Azerbaycan ve Kırgızistan, Kaakistan, Moğolistan Yenidoğan Canlandırma Eğitimi programlarında eğitici

YABANCI DİL

İyi derece İngilizce

Yandal Uzmanlık tarihi : 20-05-2015



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Dilek BURBUT

KİŞİSEL BİLGİLER

- İsim: Dilek Burbut
- Doğum Yeri: Zonguldak
- Doğum Tarihi: 11.01.1972
- Uyruğu: T.C
- Medeni Durumu: Evli 2 Çocuklu
- Telefon: 0 538 343 61 61
- E-posta: dilekburbut@gmail.com

İŞ TECRÜBELERİ

- 1990-1991 Kars /Akyaka – Üçpınar Köyü Sağlıkkevi
- 1991 Özel Kadıköy Vatan Hastanesi
- 1992 Özel İncirli Hastanesi
- 1993 Özel Kadıköy Şifa Hastanesi
- 1994 SSK Zonguldak Bölge Hastanesi
- 1996 SSK Göztepe E.A.H
- 2010 Fatih Sultan Mehmet E.A.H
- 2011 İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü AÇSAP Şubesi
- 2012 İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü Çocuk Ergen Kadın ve Üreme Sağlığı Hizmetleri Şubesi (halen)

ÖĞRENİM DURUMU

- Lisans

YABANCI DİL VE DÜZEYİ

- Orta Düzey

BİLGİSAYAR BECERİLERİ

- MS Office (iyi düzeyde)

SORUMLU OLDUĞU PROGRAMLAR (Organizasyon ve Eğitimci)

- NRP (Neonatal Resusitasyon Programı)
- Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı
- Yenidoğan Yoğun Bakım Hekim Kursu
- Çocuk Acil Hekim Kursu
- Çocuk Yoğun Bakım Hekim Kursu
- Gelişimsel Kalça Displazisi Programı
- Kritik konjenital Kalp Hastalıklarının Taranması Programı
- Temel Yenidoğan Bakım Eğitimi Programı

POSTER, BİLDİRİ, ÇALIŞMALAR, KURULLAR

1. 2012- 2013 yılı İstanbul İli NRP(Neonatal Resusitasyon Programı) Eğitimlerinin Değerlendirilmesi (Sözlü Bildiri)
2. Neonatal Resusitasyon Programı Kitabı 2013 yılı güncellemesi hazırlıkları (yazar)
3. 2.Fetal Hayattan Çocukluğa İlk 1000 Gün Gebe ve Çocuk Beslenmesi(Çalıştay Üyesi)
4. 3.Ulusal 2. Uluslararası Ebelik Kongresi (Sözlü Sunum)
5. 1.Çocuk Dostları ve Yenidoğan Kongresi (Bilimsel Kurul)



ULUSLARARASI

KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

6. 5. Ulusal Ana ocuk Sağlığı Kongresi (Sözlü sunum-Poster)
7. TTN (Yenidoğanın Geçici Taşipnesi) Poster sunum
8. oğul Gebelikler Poster Sunum
9. İstanbul Anne Ölümlerini Önleme Sempozyumu (Sempozyum Sekreteri)
10. 2. İstanbul Anne Ölümlerini Önleme Sempozyumu (Hazırlama Kurulu)
11. TEMAS (Emzirme ve Anne Sütü Gönüllüleri Derneği) Kurucu Üye İstanbul Şube Başkanı
12. Türk Telekom Anne ocuk Sağlığı Bilgi Hattı 0 800 219 00 00 (Proje hazırlığı ve hayata geçirilmesi)
13. “Çekmeköy İlçesinde Yaşayan 0-24 Ay Arası ocukları Olan Annelerin Anne Sütü ve Tamamlayıcı Beslenme Konusunda Bilgi/ Tutum ve Davranışları” çeşitli pediatri ve beslenme kongrelerinde 6 defa atıfta bulunuldu.
14. İstanbul Üniversitesi 37. Pediatri Günleri (Sözlü Bildiri)
15. 3.Fetal Hayattan ocukluğa İlk 1000 Gün Gebe ve ocuk Beslenmesi (Sözlü Bildiri)
16. “Gebe ve emziren kadınlara yapılan EMZİREN ANNELER İÇİN SÜTLÜ İÇECEK desteğinin kadın/ anne ve bebeğin beslenme durumu ile bebeğin gelişimi üzerine etkisi” adlı süren bir alışma
17. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı (Anne Sütünün Teşviki ve Tamamlayıcı Beslenme) Bilimsel Kurul Üyesi
18. 2. Uluslararası Sağlık Bilişim Zirvesi (Sözlü Bildiri) Türk Telekom Anne ocuk Sağlığı Bilgi Hattı 0 800 219 00 00
19. 37. ÇAPA Pediatri Günleri Kongresi (Sözlü Bildiri)
20. 59. Milli Pediatri Kongresi (Poster Bildiri)
21. 1.Gebelik, Doğum ve Lohusalık Kongresi, “Nrp’de neler değişti?”
22. 3. Uluslararası Bütünleşik Sağlık ve Bakım Kongresi “Temel Yenidoğan Bakımı”
23. 26. UNEKO “YENİDOĞAN HEMŞİRELİĞİ ALIşTAYI RAPORUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ” Sözlü Bildiri
24. Uluslararası Katılımlı ocuk Hastalıkları Akademisi” NRP Eğitici Eğitimi “ Konuşmacı
25. 5.TÜRK TIP DÜNYASI KURULTAYI TÜRKİYE ANNE ÇOCUK VE ERGEN SAĞLIĞI ENSTİTÜSÜ ALIşTAYI “ ocukluk ağı Obezitesinin Önlenmesi”
26. 7. ocuk Dostları Kongresi “Nrp’ de Yenilikler”
27. 4.Uluslararası Bütünleşik Sağlık ve Bakım Kongresi “Yenidoğan Sempozyumu”
28. 7. İlk 1000 Gün Kongresi “İstanbul ilinde 2018 yılında düzenlenen ‘Yenidoğan Canlandırma Programı (NRP)’ eğitimlerinin değerlendirilmesi” Sözlü Bildiri
29. Sağlık Bakanlığı, TİKA, AİD İşbirliği ile 2013- 2019 yılları arasında Azerbaycan, Nahçıvan, Özbekistan, Gine Cumhuriyeti (Yenidoğan Sağlığı Eğitimleri)

DERNEK VE KULÜP ÜYELİKLERİ

- Aid (Uluslararası Doktorlar Birliği)
- TEMAS (Emzirme ve Anne Sütü Gönüllüleri Derneği) İstanbul Şube Başkanı



SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI

KADIN DOğUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Doç. Dr. Eda KARADAğ ÖNCEL

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tepecik SUAM, ocuk Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği



2005 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. ocuk Sağlığı ve Hastalıkları alanında ihtisasını 2010 yılında Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde tamamladı. 2010-2013 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi ocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı'nda yan dal ihtisasını tamamladı. 2013-2017 yılları arasında aynı hastanede ocuk Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı olarak görev yaptı.

2017 yılında Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tepecik SUAM'da ocuk Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı olarak göreve başladı, 2018 Nisan ayında doçent doktor ünvanını aldı. Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı AD'da Epidemiyoloji yüksek lisansını 2019 yılında tamamladı. 2018 yılından itibaren Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tepecik SUAM ocuk Enfeksiyon Kliniği Eğitim Görevlisi olarak görev yapmaktadır.

Dr. ncel'in 54' uluslararası indekslerde olmak üzere 100'n üzerinde bilimsel makalesi bulunmaktadır. Atıf sayısı 475 ve h-endeksi 12'dir.

Evli ve bir kız annesidir.



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Uzm.Dr. Emine Olcay YASA



Nevşehir 1953 Doğumlu, Evli 1 ocuk Annesi

EĞİTİM DURUMU:

Lise ğretim: Ankara Kız Lisesi

Fakülte: 1970-1976 İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi

İhtisas: 1977-1981 İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi ocuk Sağlığı Ve Hasta

MESLEKİ HİZMETLER:

1982-1988 : Serbest Muayene Hekimliği

1988 - : SSK Göztepe Eğitim Ve Araştırma Hastanesine Başasistanlık

: Ssk Göztepe Eğitim Ve Araştırma Hastanesi şef Yardımcılığı

Halen İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde
Eğitim Görevlisi

ÜYE OLDUĞU MESLEKİ DERNEKLER:

Türk Pediatri Derneği, Milli Pediatri Derneği, Antibiyotik Ve Kemoterapi (Ankem) Derneği,

Febril Nötropeni Derneği, Pediatrik Febril Nötropeni Derneği, ocuk Enfeksiyon Ve Bağışıklama

Derneği, Pediatrik Probiyotik -Prebiyotik Derneği



ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Prof. Dr. Esin KOÇ

DOĞUM TARİHİ : 9 Ocak 1962
DOĞUM YERİ : İzmir
UYRUĞU : T.C.
MEDENİ HALİ : Evli, bir çocuklu
YABANCI DİL : İngilizce
GÖREVİ : Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, ocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı,
Gazi Hastanesi, Beşevler, Ankara

ÖĞRENİM DURUMU

İlk ğrenim (1968-1973) : Ankara Teğmen Kalmaz İlkokulu

Orta ğrenim (1973-1977) : TED Ankara Koleji

Lise (1977-1980) : TED Ankara Koleji

Yüksek ğrenim (1980-1986) : Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

MEZUNİYET SONRASI ÇALIŞMALARI

Uzmanlık : Dr. Sami Ulus ocuk Hastanesi, Pediatri ihtisası (1987-1991)

Mecburi hizmet : Dr. Muhittin lker Acil Yardım Hastanesi (1991- 1992)

Yan dal Uzmanlığı : Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Neonataloji Uzmanlığı (1992- 1994)

Mecburi hizmet : Dr. Zekai Tahir Burak Doğumevi (1994-1995)

Öğretim görevliliği : Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, ocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı
(Eylül 1995- Nisan 1996)

Öğretim yeliği : Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, ocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı
Yardımcı Doçent (Nisan 1996-1997)

Doçent (Kasım 1997)

Profesör (Şubat 2003)

UZMANLIK SONRASI EĞİTİMİ

- Karl Franzens niversitesi ocuk Kliniği, Yenidoğan nitesi, Avusturya (Ekim 1994-Ocak 1995)
- Johns Hopkins niversitesi ocuk Kliniği, Yenidoğan Yoğun Bakım nitesi, ABD (Nisan 1996)
- Future Directions in Neonatal Neuroscience: From Cell Biology to Clinical Trial, University of Bristol, İngiltere. (Nisan 1998)



ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Ödül: Wyeth VIII.Bilimsel Araştırma Yarışması Birincilik dl (1995)

ÜYE OLDUĞU BİLİMSEL ORGANİZASYONLAR

- Türk Neonatoloji Derneği (Başkan)
- European Union of Neonatoloji and Perinatoloji Societies (Yönetim kurulu yesi)
- Union of Mediterranean Neonatal Societies
- Türkiye Milli Pediatri Cemiyeti
- Türk Pediatri Kurumu
- Türk Tabipler Birliği

İDARİ GÖREVLER

- Gazi Üniversitesi Neonatoloji Bilim Dalı Başkanlığı
- Türk Neonatoloji Derneği Başkanlığı
- Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Yönetim Kurulu yeliği
- Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 4 Koordinatörlüğü

Yurtdış ı yay ın: 82

At ıf: 669



**ULUSLARARASI
KADIN DOğUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ**

Prof. Esmā SARIKAYA



Dr. Sarikaya earned her M.D. in 1996 from Istanbul University Faculty of Medicine Istanbul, Turkey. Dr. Sarikaya became specialist in Obstetrics and Gynecology in Zeynep Kamil Maternity and Women's Health Teaching Hospital in Istanbul, in 2002.

Dr. Sarikaya is working as Prof. in Yıldırım Beyazıt University School of Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology in Ankara since 2012.

Dr. Sarikaya is also the founding president of the Turkish Maternity, Child and Adolescent Health Institute since 2016 July. Health Institutes of Turkey (TUSEB) was established in 2014 and operates in conjunction with the Turkish Ministry of Health. TUSEB aims at improving science and technology in health sciences in Turkey. It shall support existing research institutions and researchers and also establish its own research infrastructure. For its objectives, TUSEB will co-operate with national and international institutions and researchers. With this purpose in mind, 6 institutions are established. Turkish Maternity, Child and Adolescent Health Institute (TAESE) conducts and supports research in Turkey on fetal, infant and child development; maternal, child and family health; reproductive biology and population issues; and medical rehabilitation. The mission of TACESE is to enhance lives throughout all stages of human development, from preconception through adulthood, and to improve the health of children, adults, families and communities. Main researches will focus on prenatal genomics with the goal of advancing noninvasive prenatal DNA screening and diagnosis to develop new therapies for genetic disorders that can be administered prenatally.

Dr. Sarikaya has contributed to over 100 national and international articles.

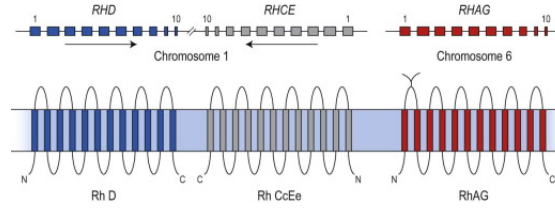
Current Practices of Anti-D Immunglobulin

Human red blood cells carry many antigens on their surfaces. The most important of these belong to the ABO and the Rh system. There are five main Rh antigens D, C, c, E, and e.

Two separate genes for the Rh system are found on chromosome 1p36.11

- **RHCE** (CE or ce antigens)
- **RHD**, (D antigen)

ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

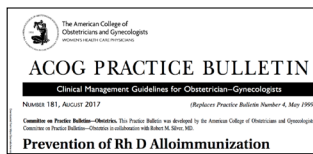


Individuals with no D antigen present on their red blood cells are labeled as “Rh (D) negative” and their proportion varies between ethnic groups:

- 15% in whites
- 6% in blacks
- %1 in Asians

Hemolytic disease of the newborn (HDN) is caused by maternal IgG antibody crossing the placenta, binding to the fetal RBCs, destruct, cause anemia. Before the use of prophylactic anti-D, fetal brain damage due to kernicterus and even death (erythroblastosis fetalis) was common. Rh sensitization occurs when an Rh- mother has Rh+ child and is exposed to the fetal blood.

Prophylaxis for HDN: Advances in the prevention of HDN have been one of the great success of modern obstetrics. The postpartum administration of anti-D reduced the rate of alloimmunization from 13–16% to 0.5–1.8%. The risk was further reduced to 0.14–0.2% with the addition of routine antepartum prophylaxis.



The following recommendations are based on good and consistent scientific evidence (Level A):

- ▶ Prophylactic anti-D immune globulin should be offered to unsensitized Rh D-negative women at 28 weeks of gestation. Following birth, if the infant is confirmed to be Rh D positive, all Rh D-negative women who are not known to be sensitized should receive anti-D immune globulin within 72 hours of delivery.

The following recommendations are based on limited or inconsistent scientific evidence (Level B):

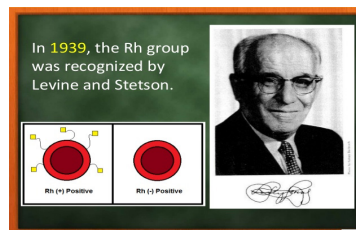
- ▶ Administration of Rh D immune globulin is recommended with all invasive diagnostic procedures such as chorionic villus sampling or amniocentesis in Rh D-negative women when the fetuses could be Rh D positive.

The following recommendations are based primarily on consensus and expert opinion (Level C):

- ▶ External cephalic version (regardless of success) is associated with a 2–6% risk of fetal-maternal hemorrhage, and anti-D immune globulin is indicated for unsensitized Rh D-negative patient.
- ▶ It is reasonable to administer anti-D immune globulin to Rh D-negative women who are suspected of molar pregnancy and who undergo uterine evacuation.
- ▶ Although the risk of alloimmunization is low, the consequences can be significant, and administration of Rh D immune globulin should be considered in cases of spontaneous first-trimester miscarriage, especially those that are later in the first trimester.
- ▶ Because of the higher risk of alloimmunization, Rh D-negative women who have instrumentation for

their miscarriage should receive Rh D immune globulin prophylaxis.

- ▶ Rh D immune globulin should be given to Rh D-negative women who have pregnancy termination, either medical or surgical.
- ▶ Administration of Rh D immune globulin for all cases of ectopic pregnancy in Rh D-negative women is recommended.
- ▶ Anti-D immune globulin is recommended for Rh D-negative women who experience antenatal hemorrhage after 20 weeks of gestation.
- ▶ Anti-D immune globulin should be administered to Rh D-negative women who have experienced abdominal trauma.
- ▶ Anti-D immune globulin should be administered to Rh D-negative women who experience fetal death in the second or third trimester.

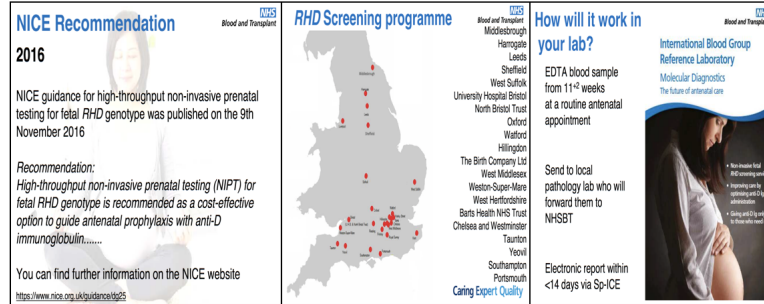


- 1970s, postpartum anti-D prophylaxis
- 1990s, combined pre-and postpartum anti-D prophylaxis
- Le Van Kim et al. (1992) cloned the RHD gene.
- Bennett et al. (1993) DNA testing can be used to determine RhD type in CVS or amniotic cells
- Cartron (1994) the desirability of an early and safe prenatal diagnosis of Rh status
- 1994 fetal blood group genotyping the detection of D genomic sequences by PCR in fetal DNA

ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

samples from CVS or amniocentesis.

- Lo et al. (1998) a noninvasive method of determining fetal RhD status by analyzing maternal plasma.
- 2001 Fetal D typing on cffDNA standart care in England later extenden to K,C,c,E blood groups
- 2015 introduction as routine screening test in NHS England



NICE Recommendation 2016
Blood and Transplant

NICE guidance for high-throughput non-invasive prenatal testing for fetal RHD genotype was published on the 9th November 2016

Recommendation:
High-throughput non-invasive prenatal testing (NIPT) for fetal RHD genotype is recommended as a cost-effective option to guide antenatal prophylaxis with anti-D immunoglobulin.....

You can find further information on the NICE website
<https://www.nice.org.uk/guidance/sg65>

RHD Screening programme
Blood and Transplant

Participating hospitals:
Middlesbrough
Harrogate
Leeds
Sheffield
West Suffolk
University Hospital Bristol
North Bristol Trust
Oxford
Walsley
Hillingdon
The Birth Company Ltd
West Midlands
Weston-Super-Mare
West Hertfordshire
Bath Health NHS Trust
Chelsea and Westminster
Taunton
Yeovil
Southampton
Plymouth
Caring Expert Quality

How will it work in your lab?
Blood and Transplant

International Blood Group Reference Laboratory
Molecular Diagnostics
The future of antenatal care

EDTA blood sample from 11th weeks at a routine antenatal appointment

Send to local pathology lab who will forward them to NHSBT

Electronic report within <14 days via Sp-ICE

Non-Model Refd
RHD screening service
* Screening can be performed by ultrasound only
* Screening can be performed by ultrasound only

Strategies of selective administration of Rh D immune globulin

- If paternity is certain and the father is known to be Rh D negative, antenatal prophylaxis is unnecessary
- Noninvasive determination of fetal Rh status through the analysis of cell-free DNA. Up to 40% of Rh D-negative pregnant women will carry an Rh D-negative fetus. In this clinical situation, antenatal prophylaxis is unnecessary

Some parts of the world now are using ccf- DNA testing to ascertain the fetal Rh D status and to establish candidates for antenatal anti-D immune globulin prophylaxis because:

- 40% of infants of Rh D-negative women will be Rh D negative,
- Potential Shortage of Anti-D Immune Globulin. Legislative restrictions for immunization of D-negative volunteers with accredited D-positive RBCs
- 30% of persons with Rh-negative blood never develop Rh incompatibility, even when challenged with large volumes of Rh-positive blood.
- The incidence of Rh incompatibility in the Rh- mother who is also ABO incompatible is reduced dramatically to 1-2%
- Concerns about the unwarranted exposure of the pregnant women to a plasma- based product Since 1985, all plasma used for the production of anti-D has been tested for viral infections and has been manufactured without mercury-containing thimerosal since 2001
- Although it is still expensive to run NGS analyses, the cost is continually falling.
- Fetal Rh D status determination in the first trimester has a sensitivity greater than 99% and a specificity of greater than 95%.

Other sources of anti-D immune globulin have been explored. A monoclonal antibody (Roledumab) and a recombinant antibody mixture (Rozrolimupab) are being designed for prevention of HDN.



ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Doç. Dr. Esra Deniz Papatya Çakır

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı Çocuk Endokrinoloji Uzmanı



Doğum Tarihi: 24.06.1973

Derece	Bölüm/program	Üniversite	Yıl
LİSANS	Tıp Fakültesi	Erciyes Üniversitesi	1990-1997
TIPTA UZMANLIK	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi	1998-2003
YAN DAL UZMANLIĞI	Çocuk Endokrinolojisi	Uludağ Üniversitesi Çocuk Endokrinolojisi	Mart 2008--2011
DOÇENTLİK	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Bakirköy Dr.Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Mart 2017--

Tıpta Uzmanlık Tezi Başlığı (özeti ekte) ve Danışmanı:

2-15 Yas Arası Çocuklarda Hepatit A Seroprevalansı

Tez Danışmanı: Dr.Tülay Olgun

Yan Dal Uzmanlık Tezi Başlığı (özeti ekte) ve Danışmanı:

ÇOCUK ENDOKRİNOLOJİ POLİKLİNİĞİNDE HİPOGONADİZM NEDENİYLE ÖSTROJEN REPLASMAN TEDAİSİ ALAN HASTALARIN LİNEER BÜYÜME VE PÜBERTE İLERLEME DURUMUNUN RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ

Tez Danışmanı: Prof.Dr.ÖMER FARUK TARIM

GÖREVLER:

GÖREV UNVANI	GÖREV YERİ	YIL
ÇOCUK ENDOKRİNOLOJİSİ DOÇENT DR.	Bakirköy Dr.Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi ÇOCUK ENDOKRİNOLOJİSİ	2017--
ÇOCUK ENDOKRİNOLOJİSİ UZMAN DR	Bakirköy Dr.Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi ÇOCUK ENDOKRİNOLOJİ UZMANI	2014-2017
ÇOCUK ENDOKRİNOLOJİSİ UZMAN DR	Bursa Dörtçelik Çocuk Hastalıkları Hastanesi ÇOCUK ENDOKRİNOLOJİ UZMANI	2013-2014
ÇOCUK ENDOKRİNOLOJİSİ UZMAN DR	Mersin Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ÇOCUK ENDOKRİNOLOJİ UZMANI	2012-2013
ÇOCUK ENDOKRİNOLOJİSİ UZMAN DR.	Bursa Dörtçelik Çocuk Hastalıkları Hastanesi ÇOCUK ENDOKRİNOLOJİ UZMANI	2011-2012



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI

KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

YAN DAL ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Endokrinolojisi	2008-2011
UZMAN DR.	Çanakkale Aывacık İlçe Devlet Hastanesi	2006-2008
UZMAN DR.	Özel Haznedar Sağlık Hastanesi	2005-2006
UZMAN DR.	Malatya Hekimhan İlçe Devlet Hastanesi	2004-2004
ASİSTAN DR	Şişli Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI KLİNİĞİ	1998-2003
LİSANS	ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	1990-1997

BİLİMSEL KURULUŞLARA ÜYELİKLER:

Çocuk Endokrinolojisi ve Diyabet Derneği

European Society for Pediatric Endocrinology



SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



**ULUSLARARASI
KADIN DOğUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ**

Prof. Dr. Fahri OVALI



İstanbul Tıp Fakóltesi'ni 1985 yılında bitirdi. Ardından aynı fakólte'de çocuk sağlığı ve hastalıkları ihtisası yaptı (1991). 1993-2003 yılları arasında İstanbul Tıp Fakóltesi yenidoğan ünitesinde, 1995 yılında ABD Minneapolis Çocuk Hastanesinde, 2003-2005 yıllarında Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakóltesinde görev yaptı. 1996'da doçent, 2003'te profesör oldu. Neonatoloji yan dal uzmanı olan Fahri Ovalı, 2005-2015 arasında Zeynep Kâmil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Eğitim Sorumlusu ve Bařhekim olarak görev yaptıktan sonra İstanbul Medeniyet Üniversitesi'nde göreve başladı. 2008-2013 yılları arasında Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK) üyesi, 2006-2016 arasında Adli Tıp Kurumu ihtisas kurulu üyesi, 2013-2019 arasında Türk Neonatoloji Derneği yönetim kurulu üyesi de yapan Dr. Ovalı'nın 200'den fazla uluslararası ve ulusal yayını ile editörlüğünü yaptığı ve yazdığı ve birçoğu baskıları yapılan başta "Neonatoloji" ana kitabı olmak üzere "Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri", "NeoCep", "Yenidoğan Enfeksiyonları" gibi 10'dan fazla kitabı, "Yenidoğan ilaç rehberi, Neo-ilaç" adıyla bilinen mobil uygulaması mevcuttur. Dr. Ovalı hâlen İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakóltesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim dalı başkanı olup özel ilgi alanları prematüre bebeklerdeki serebral otoregulasyon ve kranial ultrasonografidir.



SAKLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



**ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ**

Doç. Dr. Fisun VURAL

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune SUAM, Kasın Hastalıkları ve Doğum Kliniği



1972 anakkale doğumlu. İlk ve orta öğrenimini Çanakkale'de tamamladı. skdar Kız Lisesi 1989 mezunu. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden (1989-1996) mezun oldu. İhtisasını Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında tamamladı (1997-2002).

Çalıştığı kurumlar; Kocaeli 100.yıl Doğumevi Başhekimlik (2002-2003), Gölcük Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanlığı (2003-2012), Haydarpaşa Numune SUAM Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği (2013-halen).

Haydarpaşa Numune SUAM Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği İdari ve Eğitim sorumlusu olarak görev yapmaktadır. İlgili alanları; rojinekoloji, pelvik taban cerrahisi, infertilite, laparoskopi. Evli, 3 ocuk annesi ve iyi derecede İngilizce biliyor.



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI

KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Uzm. Dr. Fuat Emre CANPOLAT

1975 Elazığ doğumlu

1999 Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi mezunu

2005 Pediatri Uzmanı

2009 Neonatoloji Uzmanı

2009 Öğretim Görevlisi Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

2013 Doçent

2011-2019 Zekai Tahir Burak Neonatoloji Kliniği

2019-Halen Ankara Şehir Hastanesi Neonatoloji Kliniği İdari Sorumlusu

SCI ve SCI-e listesinde olan 132 (WOS 127) Uluslar arası yayını bulunmaktadır.

WOS Raporuna göre h indeksi 18'dir.



ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Doç. Dr. Hasan DURSUN

Doğum tarihi : 01.08. 1970
Doğum yeri : Akçadağ-Malatya, Türkiye
Evlilik durumu: Evli
Çocuk sayısı : Bir

EĞİTİM VE MESLEKİ BİLGİLERİ

İlkokul : Akçadağ Uzunkasım İlkokulu, 1975-1980

Ortaokul : Malatya Gazi Lisesi (Ortaokulu), 1984-1987

Lise : Malatya Lisesi, 1987-1990

Üniversite : İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, 1990-1996

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlığı:
Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, 1997-2002

Çocuk Nefrolojisi Uzmanlığı:
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Nefrolojisi Bilim Dalı, 2002-2005

Doçentlik
Başkent Üniversitesi Adana UAM 09.10.2013

Devlet Hizmet Yükümlülüğü:
Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2005-2008
Dr.Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi:2008-2012
Başkent Üniversitesi Adana Uygulama Eğitim ve Araştırma Hastanesi: 2012-2015
Halen çalıştığı kurum: SB Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi: 2015-

YABANCI DİLİ

İngilizce

ULUSLARARASI YAYINLARI

- 1.Ergenekon E, Gucuyener K, **Dursun H**, Erbas D, Ozturk G, Koc E, Atalay Y. Nitric Oxide Production in Newborns under phototherapy. Nitric Oxide2002; 6: 69-72.
- 2.**Dursun H**, Bayazit AK, Buyukcelik M, Iskit S, Noyan A, Apbak A, Gonlusen G, Anarat A Aggressive Angiomyxoma in Aggressive Angiomyxoma In A Child With Chronic Renal Failure. Pediatr Surg Int. 2005; 21:563-565.
- 3.**Dursun H**, Kucukosmanoglu O, Noyan A, Özbarlas N, Buyukcelik M, Soran M, Bayazit AK, Anarat A. Mitral Annular Calcification And Brown Tumor Of Rib In A Child With Chronic Renal Failure. Pediatr Nephrol 2005; 20: 673-675
- 4.**Dursun H**, Bayazit AK, Buyukcelik M, Soran M, Noyan N, Anarat A. Associated Anomalies In Children With Congenital Solitary Functioning Kidney. Pediatr Surg Int; 21: 456-459.
- 5.Buyukcelik M, Satar N, **Dursun H**, Bayazit Y, Bayazit AK, Soran M, Noyan A, Anarat A. A Child With Beckwith-Wiedemann Syndrome And Posterior Urethral Valves. Genet Couns 2005; 16: 41-44
- 6.Buyukcelik M, Satar N, Celik U, Yıldızdas D, **Dursun H**, Soran M, Anarat A. An unusually cause of pleural effusion; urinothorax in a child with urinary stone disease. Pediatr Nephrol 2005; 20:1487-1489.
- 7.Bideci A, Camurdan MO, Cinaz P, **Dursun H**, Demirel F. Serum zinc, insulin-like growth factor-I and



insulin-like growth factor binding protein-3 levels in children with type 1 diabetes mellitus. J Pediatr Endocrinol Metab. 2005;18:1007-1011.

8. Buyukcelik M, Cengiz N, **Dursun H**, Soran M, Bayazit AK, Noyan A, Anarat A. Intravenous pulse cyclophosphamide therapy in focal segmental glomerulosclerosis. Clin Nephrol. 2006; 65: 7-12.

9. Simsek B, Bayazit AK, Ergin M, Soran M, **Dursun H**, Kilinc Y. Renal amyloidosis in a child with sickle cell anemia. Pediatr Nephrol. 2006 ; 21: 877-879.

10. **Dursun H**, Noyan A, Matyar S, Buyukcelik M, Soran M, Cengiz N, Seydaoglu G, Attila G, Bayazit AK, Anarat A. Endotelial nitric oxide synthase gene intron 4 a/b VNTR polymorphism in children with APSGN. Ped Nephrol 2006; 21:1661-1665.

11. Celik US, Noyan A, Bayazit AK, Buyukcelik M, **Dursun H**, Anarat A, Attila G, Matyar S. ACE gene polymorphism in Turkish children with nephrotic syndrome. Ren Fail. 2006;:401-403.

12. **Dursun H**, Noyan A, Cengiz N, Attila G, Buyukcelik M, Soran M, Seydaoglu G, Bayazit AK, Anarat A. Changes in osmolal gap and osmolality in children with chronic and end-stage renal failure. Nephron Physiol. 2007;105:19-21.

13. **Dursun H**, Bayazit AK, Cengiz N, Seydaoglu G, Buyukcelik M, Soran M, Noyan A, Anarat A. Ambulatory blood pressure monitoring and renal functions in children with a solitary kidney. Pediatr Nephrol. 2007;22:559-564.

14. **Dursun H**, Cinaz P, Bideci A, Güven A, Aybay C, Elbeg S. Serum levels of sL-selectin and tumor necrosis factor- α in children with type 1 diabetes mellitus. Acta Diabetol 2007; 44: 1-5.

15. Genc G, **Dursun H**, Sarac A, Dalgic B. Papillon-lefevre syndrome with congenital hepatic fibrosis. Mymensingh Med J. 2007;16(2 Suppl): S63-66.

16. Kahraman A, **Dursun H**, Hatipoglu S, Kural B, Sahin M, Birgul K, Akyol MB. Non-dipping phenomenon in children with monosymptomatic nocturnal enuresis. Pediatr Nephrol 2013; 28:1099-1103.

17. **Dursun H**, Noyan A, Matyar S, Buyukcelik M, Soran M, Cengiz N, Bayazit AK, Seydaoglu G, Attila G, Anarat A. Association of eNOS Gene Intron 4 a/b VNTR Polymorphism with Nephrotic Syndrome in Children. Gene 2013;522:192-195.

18. Ekinci Z, Candan C, Alpay H, Canpolat N, Akyuz SG, Gündüz Z, Dursun I, Bek K, **Dursun H**, Isiyel E, Oktem F, Tabel Y, Akil I, Delibaş A, Gulleroglu K, Akinci N, Dincel N, Ozkaya O, Soylemezoglu O. Hemolytic uremic syndrome outbreak in Turkey in 2011. Turkish J Pediatrics 2013; 55: 246-252.

19. Colakoglu S, **Dursun H**, Cengiz N, Bulat MC, Noyan A. The African variant of BKV in a Turkish renal transplant patient. Diagnostic Microbiology and Infectious Disease 2014; 79: 245-246.

20. Noyan A, Parmaksiz G, **Dursun H**, Ezer SS, Anarat R, Cengiz N. Urinary NGAL, KIM-1 and L-FABP concentrations in antenatal hydronephrosis. J Pediatr Urol. 2015; 11: 249.

21. Höcker B, Zencke S, Pape L, Krupka K, Köster L, Fichtner A, Dello Strologo L, Guzzo I, Topaloglu R, Kranz B, König J, Bald M, Webb NJ, Noyan A, **Dursun H**, Marks S, Ozcakar ZB, Thiel F, Billing H, Pohl M, Fehrenbach H, Schnitzler P, Bruckner T, Ahlenstiel-Grunow T, Tönshoff B. Impact of Everolimus and Low-dose Cyclosporin on Cytomegalovirus Replication and Disease in Pediatric Renal Transplantation. Am J Transplant. 2015: 27.

22. Höcker B, Zencke S, Krupka K, Fichtner A, Pape L, Dello Strologo L, Guzzo I, Topaloglu R, Kranz B, König J, Bald M, Webb NJ, Noyan A, **Dursun H**, Marks S, Yalcinkaya F, Thiel F, Billing H, Pohl M, Fehrenbach H, Bruckner T, Tönshoff B. Cytomegalovirus Infection in Pediatric Renal Transplantation and the Impact of Chemoprophylaxis With (Val-)Ganciclovir. Transplantation. 2015: 21.

23. Parmaksiz G, Noyan A, **Dursun H**, İnce E, Anarat R, Cengiz N. Role of new biomarkers for predicting renal scarring in vesicoureteral reflux: NGAL, KIM-1, and L-FABP. Pediatr Nephrol. 2016; 31: 97-103.



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Doç. Dr. ibrahim POLAT

1975-1978 Pertevniyal Lisesi Mezunu
1978-1984 İ İstanbul Tıp Fakültesi Mezunu
1984-1986 Mecburi hizmet, SSK Zonguldak zlmez-Dilaver Sağlık İstasyonu
1986-1990 SSK Bakırköy Doğumevi Kadın Hastalıkları-Doğum İhtisası
1991-1992 Gölcük Deniz Hastanesinde Askerlik
1992-... SSK Bakırköy Kadın ve ocuk Hastalıkları EAH ve Doğumevi, 2011 Kanuni Sultan Süleyman EAH...
2006 – remeye Yardımcı Tedavi Sertifikası
2011- Yeni ihdas edilen Perinatoloji Yan Dal Uzmanlığı
2016-2017 Kadın hastalıkları- Doğum kliniği idari sorumlusu
2018-... Kadın hastalıkları- Doğum kliniği Eğitim ve idari sorumlusu
2017-... Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezi (YTM) nite Sorumlusu

İlgi alanları: Plasenta adezyon anomalileri, Sezaryen skar gebelik, infertilite ve tüp bebek uygulamaları

Bilimsel Kuruluşlara yelikler

1. TSRM, ÜREME SAĞLIĞI VE İNFERTİLİTE DERNEĞİ, ye, 2001.
2. JİNEKOLOJİK ENDOSKOPİ DERNEĞİ, ye, 2002.
3. TÜRK JİNEKOLOJİ VE OBSTETRİK DERNEĞİ, ye, 2003.
4. TÜRK PERİNATOLOJİ DERNEĞİ, ye, 2004.
5. OBSTETRİK VE JİNEKOLOJİK ULTRASONOGRAFİ DERNEĞİ, ye, 2005.
6. İSTANBUL JİNEKOLOJİ VE OBSTETRİK DERNEĞİ, ye, 1993.

Çok sayıda yerli ve yabancı makaleleri, kitap çevirisi ve eviri yardımcı editörlüğü, kongre başkanlıkları, tez danışmanlıkları, yerli-yabancı dergilerde hakemlikleri mevcuttur.



ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Prof.Dr İsmail İŞLEK

Doğum tarihi ve yeri: 5.1.1960, Kütahya
İlk Okul: Azot İlk Okulu, 1967-1971, Kütahya
Orta okul: Maltepe Orta okulu, 1971-1974, Kütahya
Lise: Kütahya Lisesi, 1971-1974, Kütahya

Derece	Bölüm/Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Tıp Fakültesi	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi	1983
Tıpta Uzmanlık Öğrenciliği:	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Samsun	1986-1990
Doçentlik	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Hacettepe Üniv. Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara	1995
Profösörlük	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Ondokuz Mayıs Üniv. Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Samsun	2003
Yandal Uzmanlığı	Çocuk Romatolojisi	Ondokuz Mayıs Üniv. Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Samsun	2010

Zorunlu hizmet: Gerze Merkez Sağlık Ocağı, Gerze, Sinop Eylül,1983- Mart, 1986

Vatani görevi : Sivas Askeri Hastanesi, 1993

Tıpta Uzmanlık Tezi Başlığı ve Danışmanı : Askariasis ile demir eksikliği anemisi arasındaki ilişki, 1990, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Samsun. Prof. Dr. Şükrü Küçüködük

Görevler:

Görev Unvanı	Görev Yeri	Yıl
Asistan Dr.	Ondokuz Mayıs Üniv. Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Samsun	1986-1990
Öğretim Görevlisi	Ondokuz Mayıs Üniv. Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Samsun	1991
Yard.Doç.Dr.	Ondokuz Mayıs Üniv. Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Samsun	1991-1995
Doçent Dr.	Ondokuz Mayıs Üniv. Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Samsun	1995-2003
Profesör Dr.	Ondokuz Mayıs Üniv. Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Samsun	2003-2010
İdari sorumlu ve Eğitim görevlisi	Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği	2010
Yöneticilik	Samsun EAH, Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Başhekimliği	2010-2012
İdari sorumlu ve Eğitim görevlisi	Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği	2012-2016



SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI

KADIN DOğUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Yönetilen Doktora Tezleri/Sanatta Yeterlik alışmaları : 12

Projelerde Yaptığı Görevler : 1

Editörlük : -

Rotasyon alışmaları:

1.2.1992-30.4.1992: İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatrik Nefroloji Bilim Dalı, İstanbul

1.2.1999-30.4.1999: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatrik Nefroloji ve Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

7.9.2001-7.11.2001: University of South Carolina, Department of Pediatric Nephrology, Columbia SC, USA

18.07.2005–09.08.2005: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Pediatrik Romatoloji Polikliniği, İstanbul

DERGİLERDE HAKEMLİK (Reviewer):

1. Pediatric Rheumatology
2. Iranian Journal of Pediatrics
3. Northern Clinics of Istanbul

Bilimsel Kuruluşlara Üyelikler :

1. Milli Pediatri Derneği, Ankara
2. ocuk Nefrolojisi Derneği, Ankara
3. ocuk Romatolojisi Derneği, Ankara
4. Lösemili ocuklar derneği, Samsun
5. ocuk Dostları Derneği, İstanbul

Yayın Sayısı:

1. SCI, SCI expanded: 41
2. Yurtiçi dergi makale: 59
3. Atıflar: 620



**ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ**

Doç. Dr. Leyla BİLGİN



Kurum Bilgileri

Birim: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ümraniye SUAM
Bölüm: Dahili Tıp Bilimleri
Ana Bilim Dalı: Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Eğitim Bilgileri

Fakülte: Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi (1993)
Tıpta Uzmanlık: SBÜ, Zeynep Kamil EAH, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları 1993-1997)
Yan dal Uzmanlık: İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Neonatoloji Bilim Dalı (2002-2005)

Mesleki Deneyim

Görev Unvanı	Görev Yeri	Yıl
Pediyatri Asistanı	Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi-İSTANBUL	1993-1997
Pediyatri Uzmanı	Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi-İSTANBUL	1998-2002
Yenidoğan (Neonatoloji) Yan dal Asistanı	İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi- İSTANBUL	2002-2005
Yenidoğan (Neonatoloji) Uzmanı	Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi-İSTANBUL	2005- 2007
Yenidoğan (Neonatoloji) Uzmanı	Sağlık Bakanlığı Nenehatun Kadın Doğum Hastanesi-ERZURUM (ZORUNLU HİZMET)	2007-2008
Yenidoğan (Neonatoloji) Uzmanı	Sağlık Bakanlığı Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi-İSTANBUL	2009-2010
Yardımcı Doçent Dr.	Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi-İSTANBUL	2010 (4 ay)
Yenidoğan (Neonatoloji) Uzmanı	Sağlık Bakanlığı Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji ve Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi-ANKARA	2010-2012
Doçent Dr.	Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi-İSTANBUL	2012-2015
Doçent Dr. (Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Sorumlusu)	Sağlık Bakanlığı Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi-İSTANBUL	2015-



Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI

KADIN DOğUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Dr. Maşallah BARAN

İzmir Katip elebi niversitesi ocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD ğretim yesi Masallah Baran, İstanbul Tıp Fakültesi mezunudur. 2005-2009 yılları arasında Ege niversitesi ocuk Gastroenteroloji BD'da yandal eğitimini tamamlamış ve Karaciğer Nakil Programı'nda çalışmıştır. 2010 yılında Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Türkiye'nin ilk başarılı ocuk ince bağırsak naklini gerçekleştiren ekibinde görev almıştır. 2010 yılından beri çocuklarda bağırsak rehabilitasyonu ve bağırsak nakli alanında aktif olarak çalışmaktadır. Miami Pediatrik Bağırsak Transplantasyonu Merkezinde gözlemci olarak 2016 yılında bulunmuştur. Halen Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi'nde ocuk Gastroenteroloji Kliniği direktörlüğü yapmaktadır ve Organ Nakli Merkezi'nde çalışmaktadır.



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI

KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Prof. Dr. Mehmet KARACAN

1974 yılında Sakarya'da doğdu. İlk-orta-lise öğrenimini Sakarya'da tamamladıktan sonra Selçuk Üniversitesi Tıp fakültesinde eğitimine başladı, 1998 yılında mezun olduktan sonra aynı yıl Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi ocuk Sağlıkı Hastalıklarında asistanlık eğitimine başladı. 2003 yılında uzmanlık eğitimini tamamladıktan sonra 4 yıl ocuk Sağlıkı Hastalıkları uzmanı olarak çalıştı. 2007 yılında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi ocuk Kardiyoloji Bilim Dalında yan dal eğitimine başladı, mezuniyet sonrası 2011 yılında Gaziantep ocuk Hastanesinde mecburi hizmete atandı. 2012 yılında doçentlik sınavında başarılı oldu, 2013 yılında mecburi hizmeti sonrası Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne geçiş yapan ve 2 yıl Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesinde ocuk Kardiyoloji uzmanı olarak görev yaptı. 2015 yılında ocuk Elektrofizyoloji eğitimi için İstanbul Medipol niversitesi ocuk ve Genetik Aritmi Merkezi'nde göreve başladı. 2 yıllık eğitimin ardından 2017 yılında Sağlık Bilimleri niversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesine geçiş yaptı. Halen aynı kurumda girişimsel ocuk elektrofizyoloji ve genetik aritmi alanında çalışmakta olup, 2018 yılında profesörlüğe atandı. Evli olup iki ocuk babasıdır.



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI

KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Doç. Dr. Melek AKAR

26.01.1976'da Ankara'da doğdu. Lise ğrenimini Ankara zel Yüce Fen Lisesi'nde tamamladı. 1999 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirdikten sonra 2004 yılında Dr. Sami Ulus Kadın Doğum ocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde ocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı ünvanını aldı. 2008-2011 arasında Ankara Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Neonatoloji yan dal uzmanlık eğitimini tamamladı. 2011-2013 yıllarında Diyarbakır ocuk Hastanesi'nde neonatoloji yan dal uzmanlığı devlet hizmeti ykmllđđn yerine getirdi. 2013 yılında İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde neonatoloji uzmanı olarak göreve başladı. 2015 yılında neonatoloji başasistanı; 2017 yılında neonatoloji doçenti ve 2018 yılında SBÜ Yenidoğan Eğitim Görevlisi ünvanını aldı. İngilizce bilmektedir. Türk Neonatoloji Derneği yesidir. Evli ve iki ocuk annesidir.



ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Uzm. Dr. Muhterem DUYU

Doğum Yeri : İzmir
Ünvanı : Uzman Doktor

Öğrenim Durumu:

Derece	Bölüm/Program	Üniversite	Yıl
Tıpta Lisans	Tıp Fakültesi	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi	2005
Tıpta uzmanlık	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi	2011
Tıpta Yandal Uzmanlık	Çocuk Yoğun Bakım	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi	2015

Yüksek Lisans Tezi:

'Çocukluk Çağı Lösemilerinde MicroRNA Ekspresyonunun Lösemi Tipi, Tedaviye Yanıt ve Prognoz ile İlişkisinin Değerlendirilmesi' (Tubitak Projesi: 109S076)

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Özgür Çoğulu

Görevler:

Görev Ünvanı	Görev Yeri	Yıl
Ar. Gör.	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Bornova-İZMİR	2006- 2011
Uzman Dr.	Kırkağaç Devlet Hastanesi	2011 (4 ay)
Uzman Dr.	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, Bornova- İZMİR	2011- 2015
Uzman Dr.	Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi, Kadıköy- İSTANBUL	2015-



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI

KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Doç. Dr. Murat EKİN

1992 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. Kadın hastalıkları ve doğum uzmanlığını Ankara Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesinden aldı. Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde eğitim görevlisi olarak çalıştı. 2013 yılında Kadın Hastalıları ve Doğum Doçenti oldu. 2017 yılından itibaren Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Bakırköy Dr.Sadi Konuk Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi kadın hastalıkları ve doğum kliniğinde çalışmaktadır. 2017-2019 arasında Kurum eğitim koordinatörlüğü yapmıştır. Halen Bakırköy Bölgesi acil obstetrik kanama müdahale ekibinde görev yapmaktadır. İlgili alanları Reprodüktif endokrinoloji, Minimal invazif cerrahi ve rojinekolojidir.



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI

KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Prof. Dr. Nafiye URGANCI

Doğum tarihi:21.01.1960

Yabancı dil bilgisi: İngilizce

Görev yeri: Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

E-posta adresi: nafiyeurganci@yahoo.com

İŞ TECRÜBESİNE AİT BİLGİLER

1984-1987 Aralık : Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi,Anatomi ABD–Pratisyen Hekim

1987-1991: Şişli Hamidiye Etfal E.A.H. Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Asistan Doktor

1991-1994: Şişli Hamidiye Etfal E.A.H. Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Başasistanlık

1994-1997: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Hastalıkları Gastroenteroloji ABD Yandal asistanlığı

1997-2006: Şişli Hamidiye Etfal E.A.H. Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Gastroenteroloji Uzmanı

2006-2017: Şişli Hamidiye Etfal E.A.H. Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Gastroenteroloji Doçenti

2017-2018: Şişli Hamidiye Etfal E.A.H. Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Profesörü

Yayınlar :

A. Uluslararası hakemli dergilerde yayınlanan makaleler 75

C. Ulusal dergilerde yayınlanan makaleler 59



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Doç. Dr. Nesrin GÜLEZ

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı- Çocuk İmmünoloji Doçenti İmmünoloji – Allerji Eğitim Görevlisi

1969 yılında Manisa da doğdum. İlk-orta ve lise öğrenimimi Manisa da tamamladım. 1986 -1992 yılları arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesinde öğrenim gördüm. 1992-1993 yılları arasında Çorum Merkez Ana çocuk Sağlığı merkezinde pratisyen hekim olarak görev aldım. 1993 Aralık ayında Dr. Behçet Uz Çocuk Has. Ve Cerrahisi EAH de Çocuk sağlığı ve Hastalıkları Asistanlığına başladım. 1998 yılında Çocuk Sağlığı ve Hastalıklar Uzmanı oldum. 1998 yılında göreve başladığım Karşiyaka Ana Çocuk Sağlığı Merkezinde Çocuk Sağlığı ve Hastalıklar Uzmanı olarak 3 yıl görev yaptım. Burada iken Polio eradikasyon çalışmalarında bizzat görev yaptım. 2001 yılında Dr. Behçet Uz Çocuk Has. ve Cerrahisi EAH de Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları. **Başasistanlık** sınavına girerek başarılı olup Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Başasistanı olarak göreve başladım. 2007 yılına kadar Yenidoğan Yoğun Bakım, Enfeksiyon Hastalıkları ve Acil Servis de başasistan olarak çalıştım. 2003 yılından itibaren İmmünoloji Polikliniğinde aktif olarak çalışmaya başladım. Flow-sitometrik tanı konusunda eğitim aldım ve primer immün yetmezliklerin tanısında flow sitometrik değerlendirmeye başladım. 2007 Ekim ayında Ege Ü. Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD Çocuk İmmunolojisi Yan dal asistanlığına başladım. Primer immünoloji konusunda bir çok araştırmada görev aldım. 25 Şubat 2011 de **Pediatric İmmünoloji yandal uzmanlığı** aldım. Dr. Behçet Uz Çocuk Has. ve Cerrahisi EAH ne Çocuk sağlığı ve Hast. **Pediatric İmmünoloji uzmanı** olarak atandım. Aynı yıl **Pediatric Romatoloji** polikliniğinde görevlendirildim. **8 şubat 2013 de Pediatric İmmünoloji Doçentlik** ünvanını kazandım. O tarihten bu yana **Pediatric İmmünoloji yandal eğitimi vermekteyim**. 3 yandal asistanı ve bir çok pediatri asistanının sınav jürilerinde yer aldım. **14/5/2014 de Çocuk Allerji- İmmünoloji Eğitim Görevlisi** ünvanı olarak halen bu görevime devam etmekteyim. Romatoloji polikliniğinde 2011-2016 yılları arasında romatoloji hastalarına hizmet verdim. Çocuk İmmünoloji polikliniği, İmmünoloji Servisinde aktif olarak çalışmalarım sürmekte. Erciyes Üniversitesi Pediatri günleri, Uludağ Üniversitesi Pediatri Kongresi, Ulusal Allerji ve Klinik İmmünoloji, Klinik immünoloji Kongreleri ve J. Project (uluslararası immünoloji sempozyumu) nda İmmünoloji dalında konuşmalarım oldu. 3. Klinik İmmünoloji Kongresi 2017 de Düzenleme Kurulunda yer aldım.

Yardımcı Doçentlik Tarihi : (Başasistanlık): 2001-2007

Doçentlik Tarihi : 8/02/2013 - Halen

Yönetilen Yüksek Lisans ve Doktora Tezleri

1-Ailevi Akdeniz Ateşi (FMF)'li Türk Pediatric Hasta Popülasyonunda FMF İçin Uluslararası Şiddet Skorum Sistemi(ISSF)'nin Geçerlilik ve Değerliliği

2-Sublingual ve subkutanöz immünoterapi uygulanan allerjik rinit ve astimli çocukların klinik ve laboratuvar bulguları ile tedavi maliyetlerinin karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi; 3-Down Sendromlu Hastaların İmmünolojik açıdan değerlendirmesi

Yayınlar

Uluslararası hakemli dergilerde yayınlanan makaleler (SCI & SSCI & Arts and Humanities)

A1- F.Genel, F. Atlıhan, N.GüleZ, AG Sjöholm, L Skattum, L Truedsson, "Properdin deficiency in a boy with fulminant meningococcal septic shock", *Acta Paediatrica (ISI)*, 1498-1504. pp., 2006 , DOI: 10.1080/08035250600603008

A2- F. Vardar, S.Pehlivan, H.Onay, F. Atlıhan, N. Güliz, C. Özkınay, F.Özkınay, "Association Between Mannose Binding Lectin Polymorphisms and Predisposition to Bacterial Meningitis", *The Turkish Journal of Pediatrics (ISI)*, 270-273 pp., 2007

A3-N.GüleZ, N.Edeer Karaca, G.Aksu, N. Kütükçüler, "Increased Percentages of Autoantibodies in Immunglobulin A-deficient Children do not Correlate With Clinical Manifestations", *Autoimmunity (ISI)*, 74-79 pp., 2009 , DOI: 10.1080/08916930802375711

A4-N. Kütükçüler, N.GüleZ, "The outcome of patients with unclassified hypogammaglobulinemia in early childhood", *Pediatric Allergy and Immunology*, 693-698 pp., 2009 , DOI: 10.1111/j.1399-



3038.2008.00845.x

- A5-**NE Karaca, G Aksu ,F Genel , N Gülez , S Can, Y Aydinok, S Aksoylar, E Karaca, I Altuglu, N Kutukculer., "Diverse phenotypic and genotypic presentation of RAG1 mutations in two cases with SCID", Clinical and Experimental Medicine, 339-342 pp., 2009 , DOI: DOI: 10.1007/s10238-009-0053-1
- A6-** NE Karaca, G Aksu, B Yıldız, N Gülez , B Turk, T Dereli, N Kutukculer., "Relapsing polychondritis in a child with common variable immunodeficiency", International Journal of Dermatology, 525-528 pp., 2009 , DOI: 10.1111/j.1365-4632.2009.03809.x
- A7-**NE Karaca, A. Durandy, N Gülez , G Aksu, N Kutukculer ., "Study of patients with Hyper-IgM type IV phenotype who recovered spontaneously during late childhood and review of the literature", Eur J Pediatr, [Epub ahead of print pp., 2011 , DOI: doi: 10.1007/s00431-011-1400-2.
- A8-** NE KARACA, N. Gülez, G.Aksu, B. Yıldız, E. Azarsız, N. Kutukculer., "New laboratory findings in Turkish patients with transient hypogammaglobulinemia of infancy", Iranian journal of allergy, asthma and immunology, 237-243 pp., 2010 , DOI: false
- A9-** NE. Karaca, G. Aksu, C. Oztürk, N. Gülez, N.Kütükcüler, "Granulomatous pyoderma preceding chronic recurrent multifocal osteomyelitis triggered by vaccinations in a two-year-old boy: a case report", J Med Case Reports, 325(5) pp., 2010 , DOI: 10.1186/1752-1947-4-325
- A10-** E. Azarsiz, N. Gülez, N Edeer Karaca , G Aksu, N Kutukculer ., "Consanguinity rate and delay in diagnosis in Turkish patients with combined immunodeficiencies: a single-center study", Journal of Clinical Immunology (ISI), 106-111 pp., 2011 , DOI: 10.1007/s10875-010-9472-8
- A11-** N. Gülez, F. Genel, F. Atlihan , B Gullstrand , L Skattum, L Schejbel , P Garred ,L Truedsson ., "Homozygosity for a novel mutation in the C1q C chain gene in a Turkish family with hereditary C1q deficiency.", Journal of Investigationonal Allergology and Clinical Immunology (ISI), 255-258 pp., 2010 , DOI: false
- A12-** G Aksu, N. Gülez, E. Azarsiz, N Edeer Karaca, N Kutukculer, "Determination of cut-off titers and agreement between immunofluorescence and immunoblotting methods for detecting antinuclear antibodies in children", Journal of Clinical Laboratory Analyses, 230-236 pp., 2010 , DOI: 10.1002/jcla.20391
- A13-** N. Edeer-Karaca, N. Gülez, G. Aksu, N. Kütükcüler N., "Common variable immunodeficiency: familial inheritance and autoimmune manifestations in two siblings.", Turk J Pediatr (ISI), 89-93 pp., 2010
- A14-** N Kutukculer , N Gülez, N Karaca, G Aksu, A Berdeli . ., "A novel Y331X nonsense mutation in TNFRSF1A gene in two unrelated Turkish families with periodic fever syndrome.", International Journal of Immunogenetic, 21-25 pp., 2010 , DOI: 10.1111/j.1744-313X
- A15-** F. Genel, F.Atlihan, S.Targan, N. Gülez, Ş. Hacıkara, İ. Karaca., "Fulminant ameobiasis in a child, with recurrent multiple amoebic liver abscesses and pleuropulmonary complications.", Annals of Tropical Paediatrics (ISI), 267-269 pp., 2004 , DOI: 10.1179/027249304225019019
- A16-** C Ozturk, O Halicioğlu, I Çoker, **N Gulez**, S Sutçuoğlu, N Karaca , G Aksu, N Kutukculer ., "Association of clinical and genetical features in FMF with focus on MEFV strip assay sensitivity in 452 children from Western Anatolia, Turkey", Clinical rheumatology (ISI), 493-501 pp., 2012 , DOI: 10.1007/s10067-011-1876-1
- A17-** Genel F, Atlihan F, Gulez N, Kazanci E, Vergin C, Tumay Terek D, Cengel Yurdun O. Evaluation of adhesion molecules CD64, CD11b and CD62L in neutrophils and monocytes of peripheral blood for early diagnosis of neonatal infection. World J Pediatr. 2011 Aug 27. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 21874613.
- A18-**Karaca NE, Gulez N, Aksu G, Azarsiz E, Kutukculer N. Does OM-85 BV prophylaxis trigger autoimmunity in IgA deficient children? Int Immunopharmacol. 2011 Nov;11(11):1747-51. Epub 2011 Jul 21. PubMed PMID: 21771668.
- A19-**Kutulculer N, Karaca NE, Azarsiz E, Aksu G, Gulez N. Immunoglobulin light chain levels can be used to determine disease stage in children with juvenile idiopathic arthritis. Clin Lab Sci. 2011 Spring;24(2):93-8. PubMed PMID:21657141.
- A20-** Gulez N, Aksu G, Berdeli A, Karaca N, Tanrıverdi S, Kutukculer N, Azarsiz E. X-Linked Lymphoproliferative Syndrome and Common Variable Immunodeficiency May Not Be Differentiated



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

by SH2D1A and XIAP/BIRC4 Genes Sequence Analysis. Case Report Med. 2011;2011:121258.

A21- Kutukculer N, Gulez N, Karaca NE, Aksu G, Berdeli A. Three different classifications, B lymphocyte subpopulations, TNFRSF13B (TACI), TNFRSF13C (BAFF-R), TNFSF13 (APRIL) gene mutations, CTLA-4 and ICOS gene polymorphisms in Turkish patients with common variable immunodeficiency. J Clin Immunol. 2012 Dec;32(6):1165-79. doi: 10.1007/s10875-012-9717-9.

A22- Yılmaz U, Gülez N, Cubukçu D, Güzel O, Akinci G, Oztürk A. Recurrent peripheral facial palsy in a child with familial mediterranean Fever. Pediatr Neurol. 2013 Oct;49(4):289-91. doi: 10.1016

A23- Kutukculer N, Gulez N, Karaca NE, Aksu G, Berdeli A. Novel mutations and diverse clinical phenotypes in recombinase-activating gene 1 deficiency. Ital J Pediatr. 2012 Mar 16;38:8. doi: 10.1186/1824-7288-38-8.

A24- Sozeri B, Gulez N, Aksu G, Kutukculer N, Akalin T, Kandiloglu G. Pesticide-induced scleroderma and early intensive immunosuppressive treatment. Arch Environ Occup Health. 2012;67(1):43-7. doi: 10.1080/19338244.2011.564231.

A25- Bahceci SE, Genel F, Gulez N, Nacaroglu HT. Coexistence of hereditary angioedema in a case of familial Mediterranean fever with partial response to colchicine. Cent Eur J Immunol. 2015;40(1):115-6

A26- Clinical, laboratory and molecular approach to ten children with congenital neutropenia. Neslihan Edeer Karaca, Güide Aksu, **Nesrin Gülez**, Elif Azarsız, Kaan Kavaklı, Christoph Klein, Necil Kütükçüler. Journal of Clinical research in Pediatric Endocrinology 2016; 3, 4(1):7-12

A27- Comparison of efficacy once-and twice- daily colchicine dosage in pediatric patients with familial Mediterranean fever-a randoized controlled noninferiority trial. Polat A, Acikel C, Sozeri B, Dursun I, Kasapcopur O, **Gulez N**, Simsek D, Saldır M, et al.;FMF Arthritis Vasculitis and Orphan Disease Research in Pediatric Rheumatology (FAVOR). Arthritis Res Ther. 2016 Apr 7;18:85. doi: 10.1186/s13075-016-0980-7.

A28- Deducator of cytokinesis 8 regulates signal transducer and activator of transcription 3 activation and promotes T(H)17 cell differentiation. Keles S, Charbonnier LM, Kabaleswaran V, Reisli I, Genel F, **Gulez N**, Al-Herz W, et al. J Allergy Clin Immunol. 2016 May 24. pii: S0091-6749(16)30352-9.

A29- Karaca NE, Aksu G, Ulusoy E, Aksoylar S, Gozmen S, Genel F, Akarcan S, Gulez N, Hirschmugl T, Kansoy S, Boztug K, Kutukculer N. Early Diagnosis and Hematopoietic Stem Cell Transplantation for IL10R Deficiency Leading to Very Early-Onset Inflammatory Bowel Disease Are Essential in Familial Cases. Case Reports Immunol. 2016;2016:5459029. PubMed PMID: 27699073;

A30- Sozeri B, Gulez N, Ergin M, Serdaroglu E. The experience of canakinumab in renal amyloidosis secondary to Familial Mediterranean fever. Mol Cell Pediatr. 2016 Dec;3(1):33. doi: 10.1186/s40348-016-0058-2.

A31- Nacaroglu HT, Bahçeci Erdem S, **Gülez N**, Ünsal Karkıner CŞ, Devrim İ, Genel F, Köker MY, Can D. **Tuberculosis masked by immunodeficiency: a review of two cases diagnosed with chronic granulomatous disease.** Tuberk Toraks. 2017 Mar;65(1):56-59.

Uluslararası diğer hakemli dergilerde yayınlanan makaleler

1. Kutukculer N, Goksen D, Gulez N, Karaca NE, Aksu G, et al. (2012) Evaluation of Growth and Bone Metabolism in Adolescent Patients with Common Variable Immunodeficiency. J Immunodeficient Disor 1:2.

Ulusal hakemli dergilerde yayınlanan makaleler

1. N. Umutlu, P. Gülez, E. Kayserili, C. Vergin., "Homozigot Beta Talasemi Majorlu Olgularda Konvansiyonel Tedavi", Ege Pediatri Bülteni, 7-12 pp., 1997 , DOI:
2. N. Umutlu, P. Gülez, E. Kayserili, R. Ortaç, İ. Karaca, Canan. Vergin, F. Atlıhan., "Paraparezi İle Başvuran Bir Nöroblastoma Olgusu.", Acta Oncologica Turcica, 95-97 pp., 1997
3. Aydoğan, S. Altınöz, Z. Arıkan, N. Umutlu, N. Ölçer., "Posttravmatik Bakteriyel Meninjitli Olguların Değerlendirilmesi.", İnfeksiyon Dergisi (Turkish Journal of Infection), 213-215 pp., 1997
4. P. Gülez, E. Kayserili, M. Hızarcıoğlu, N. Umutlu, C. Vergin, N. Bayındır., "İki Kardeşte Konjenital Hepatik Fibrozis ve İnfantil Polikistik Böbrek Birlikteliği", Türkiye Klinikleri Pediatri Dergisi, 184-187 pp., 1997
5. F. Genel, F. Atlıhan, M. Bak, Ş. Targan, Ş. Paytoncu, F. Fidan, N. Umutlu., "Hastanede Yatan



- Olgularda Malnütrisyon ve Anemi Prevalansı", *T Klin J Peditr*, 173-177 pp., 1997
6. P. Gülez, E. Kayserili, N. Umutlu, C. Vergin, F. Atlıhan., "Modifiye ALL BFM 90 Protokolü İle Tedavi Sonuçlarımız", *Pediyatrik Onkoloji Sempozyumu Kitabı*., 56-60 pp., 1999
 7. G. Serdaroğlu, E. Serdaroğlu, S. Arslanoğlu, R.Ortaç, N. Umutlu, E. Kayserili, P. Gülez, C. Vergin. ., "Veno-occlusive Disease of The Liver After Chemotherapy for Acute Lymphoblastic Leukemia: A Case Report", *Turkish Journal of Cancer*, 136-140 pp., 1999
 8. S. Arslanoğlu, M.Hızarcıoğlu, N. Umutlu, N.Uran, E. Kayserili, P.Gülez, C. İnan, "Moyamoya Hastalığı", *T Klin J Peditr*., 101-105 pp., 2000
 9. N. Umutlu, F. Atlıhan, P.Gülez., "Response to Recombinant Hepatitis B Vaccine in Children Receiving Anticancer Chemotherapy.", *Medical Journal of Ege University*, 73-78 pp., 2001
 10. N. Gülez,H.Ağın, Ş. Çalkavur, Y. Ergüdenler, F. Genel, M. Bak., "Ağır Kombine İmmun Yetmezlik: Olgu sunumu.", *ADÜ Tıp Faültesi Dergisi*, 25-27 pp., 2003
 11. N. Gülez, H. Ünsal, F. Genel, Ş. Targan, F. Atlıhan., "Salmonella Menenjitisi: Bir Olgu Sunumu", *İzmir Tepecik Hast Derg*., 63-66 pp., 2005
 12. H.Ağın, Ş. Targan, N. Gülez, F. Genel, F.Atlıhan, "Status Epileptikus Kliniği İle Başvuran Akut İzoniazid Zehirlenmesi.", *İzmir Tepecik Hast Derg*., 149-153 pp., 2006
 13. N. Gülez, P.A. Gerçek, F. Genel, Ş.Targan, F.Atlıhan., "Meningokoksemili olgularda Niklasson skorlamasının prognostik değeri", *İzmir Tepecik Hastanesi Dergisi*, 19-23 pp., 2006
 14. N. Gülez, F. Genel, F. Atlıhan, Ş. Targan., "Candida Albicans Meningitis Associated With Intracranial Hemorrhage", *Marmara Medical Journal*, 37-42 pp., 2007
 15. H. Ağın, B. Büber, H.t Apa, S. Asilsoy, N.Gülez, F. Atlıhan., "Çocuklarda Yabancı Cisim Aspirasyonu.", *Ege Peditri Bülteni*, 101-106 pp., 2007
 16. H. Ağın, H. Gerçek, A. Kutlu, N. Gülez, F.Atlıhan., "Topikal Siklopentenat Kullanımına Bağlı Gelişen Deliryum Tablosu: Bir Vaka Takdimi.", *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 39-42 pp., 2008
 17. Banu Gülcan Onur, Füsün Atlıhan, *Demet Can*, Suna Asilsoy, Gülez Nesrin, Ağın Hasan. Akut bronşiolit tedavisinde salbutamol, nebülize steroid ve sistemik steroidin karşılaştırılması.İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Has. Dergisi 2011;1-2:sf58-62 doi:10.5222/buchd.2011.058
 18. Pamir Gülez, Hasan Ağın, Hurşit Apa, Nesrin Gülez, Murat Hızarcıoğlu, Ertan Kayserili.Çocuklarda ila zehirlenmelerinin değerlendirilmesi. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Has. Dergisi 2011;1-3:sf 105-109. Doi: 10.5222/buchd.2011.105
 19. Selcen Kundak, Ecem İpek Öner, Özlem İnce Bağ, Selda Aksu alkan, Malk Ergin, Ahmet Afşin Kundak, Nesrin Gülez.Sülfasalazin ile birlikte amoksisillin kullanımına bağlı gelişen bir Dress Sendromu: Bir olgu sunumu. Türkiye Klinikleri J Dermatol.Türkiye Klinikleri J Dermatol 016;26(3):184-90Doi:10.5336/dermato.2015-49144
 20. Neslihan Edeer Karaca, Güzide Aksu, Nesrin Gülez, Elif Azarsız, Kaan Kavaklı, Christoph Klein, Necil Kütükçüler. Konjenital Nötropenili On Çocukta Klinik, Laboratuvar ve Moleküler İncelemeler Desteğinde Tedavi veTakibe Yaklaşım.J Pedit Res 2016;3(1):7-12 DOI:10.4274/jpr.19480
 21. Neslihan EDEER KARACA, Güzide AKSU, Nesrin GÜLEZ, Necil KÜTÜKÇÜLER..Kronik Granülomatöz Hastalıkta Katalaz-Pozitif Bakteri ve Mantar İnfeksiyonları Yanısıra Mikobakteriyel İnfeksiyonlar. *Ege Peditri Bülteni* **2010, 17 (1): 1-9**
 22. Sait Karaman, Nesrin Gülez, Semiha Bahçeci Erdem, Hikmet Tekin Nacaroğlu, Ferah Genel. Süt çocukluğunun geçici hipogamaglobulinemisinde beş yıllık deneyim.İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi 2016; 6(3):209-214 doi:10.5222/buchd.2016.209



ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Uluslararası atıflar: Toplam 503 adet 2014 yılından bu yana 362 atıf almıştır.
Ulusal & Uluslararası Projeler

PROJE ADI	KURUM	TARİH	GÖREV	PROJE TÜRÜ	ARDEB NO
Primer İmmün Yetmezlik Hastalıklarının İleri Yöntemlerle Erken Dönemde Tanısı İçin Alt Yapı Oluşturulması Proje	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi	2009	Araştırmacı	Alt yapı projesi	No: 09-TIP-054
Sık Değişken İmmün Yetmezlik Tanısı Almış Hastaların Klinik,labratuvar Ve Genetik Olarak Değerlendirilmesi	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi	2010	Araştırmacı	Prospektif araştırma	Proje No: 10-TIP-078
Kronik İshal Yakınması İle Başvuran Olgularda Otoantikör Pozitifliği.	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi	2010	Araştırmacı	Prospektif araştırma	Proje no:10-TIP-003
Doğal immünitinin kalıtsal inhibisyonu: Yeni gen defektleri ve bu konudaki moleküler genetik yaklaşımlar Neutronet-Erare Almanya Merkezi olmak üzere çok merkezli uluslararası çalışma	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi	2011	Araştırmacı	Prospektif araştırma	No.19-Nisan-2011-814
Ailevi Akdeniz Ateşinde mikroRNAların etkisinin değerlendirmesi.	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi		Araştırmacı	Prospektif araştırma	Etik Kurul 28.03.2015 13-2/6
Yaygın Değişken İmmün Yetmezlik Tanısı İle İzlediğimiz Hastaların Özellikleri ve Gelişen Komplikasyonlar	SBÜ Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Ve Cerrahisi Eğit. Ve Araşt. Hastanesi	2014-2015	Yönetici	Retrospektif çalışma	Etik Kurul 26/11/2015 2015-1609
Yaygın Değişken İmmün Yetmezlik İle Sınıflandırılmamış antikor eksikliği olan hastalarda B lenfosit alt gruplarının önemi Hastaların Özellikleri ve Gelişen Komplikasyonlar	SBÜ Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Ve Cerrahisi Eğit. Ve Araşt. Hastanesi	2016-2017	Araştırmacı	Retrospektif çalışma	Etik Kurul 22/09/2016 2015-1308
Allerjik rinit ve astımlı hastalarda sublingual ve subkutan immünoterapi uygulanan çocukların klinik ve kabaratuvar bulguları ile tedavi maliyetlerinin karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi	SBÜ Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Ve Cerrahisi Eğit. Ve Araşt. Hastanesi	2017	Yönetici	Prospektif araştırma	Etik Kurul 27/04/2017 2017/05-06



ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

FMF tanısı alan Türk çocuklarda ISSF skorlarını değerlendirmesi	SBÜ Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Ve Cerrahisi Eğit. Ve Araşt. Hastanesi	2016	Yönetici	Prospektif araştırma	Etik Kurul 20/10/2016 2016/14-01
0-18 yaş Arasında Sağlıklı Türk Çocuklarında B hücre Alt Gruplarının Dağılımı	SBÜ Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Ve Cerrahisi Eğit. Ve Araşt. Hastanesi	20017-2018	Sorumlu Araştırmacı	Prospektif çalışma	25/05/2017 2017/07-01 Çalışma devam ediyor
Ailevi Akdeniz Ateşi tanılı hastalarda anti- IL1 ajanların uzun dönem etkileri	SBÜ Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Ve Cerrahisi Eğit. Ve Araşt. Hastanesi	2017	Sorumlu Araştırmacı	Kesitsel retrospektif çalışma	27/04/2017 2017/05-07
2018/223 Beta Laktamilaç Alerjisinde Hangi Testle, Hangi Sıklıkta Tanı Koyabiliyoruz?	SBÜ Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Ve Cerrahisi Eğit. Ve Araşt. Hastanesi	2018	Yardımcı araştırmacı	Kesitsel retrospektif çalışma	Karar No:2018/18-05
2019/263 Çocukluk Çağında İlk Astım Semptomlarının Ortaya Çıkma Zamanı ve Tanı Konulma Yaşının Belirlenmesi	SBÜ Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Ve Cerrahisi Eğit. Ve Araşt. Hastanesi	2019	Yardımcı araştırmacı	Kesitsel retrospektif çalışma	Karar No:2019/12-13
2019/264 Alerjen İmmünoterapi Uygulanan Çocukların Ebeveynlerinin Farkındalık Düzeyi	SBÜ Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Ve Cerrahisi Eğit. Ve Araşt. Hastanesi	2019	Yardımcı araştırmacı	Prospektif çalışma	Karar No:2019/03-07
2019/265 Besin Alerjisi Tanısı Alan Çocuklarda Baklagil ve Ağaç Fındıkları Alerjilerinin Sıklığının ve Klinik Prezantasyonunun Belirlenmesi	SBÜ Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Ve Cerrahisi Eğit. Ve Araşt. Hastanesi	2019	Yardımcı araştırmacı	Prospektif çalışma	Karar No:2019/08-05
2019/267 Astımlı Çocuklarda Astım Farkındalığı	SBÜ Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Ve Cerrahisi Eğit. Ve Araşt. Hastanesi	2019	Yardımcı araştırmacı	Prospektif çalışma	Karar No:2019/12-14

Ödüller

1-F. Vardar, S Pehlivan, H Onay, F Atlıhan, N Gülez, C Özkınay, F Özkınay. Association between Manno Binding Lectin polymorphisms and predisposition to bacterial meningitis. 40. Türk Pediatri Kongresi, İstanbul, 327, 2004. **(sözel bildiri ödülü aldı)**

2-Necil Kütükçüler, Neslihan E. Karaca, Elif Azarsız, Güzide Aksu, Nesrin Gülez. İmmunoglobuline light chain levels can be used to determine disease stage in children with juvenile idiopathic arthritis. Clin lab Sci 2011;24(2): 93-98. **American Society For Clinical Laboratory Science**, tarafından



Distunguished Author Award Research and Report ödülü aldı.2012

3- Rukiye Bulut, Gülcan Kirişçi, Ömer Akçal, Selime Özen, İdil Akay Hacı, İlke Taşkırđı, Canan Şule Karkiner, Salih Gözmen, Murat Sürücü, Nesrin Gülez, Ferah Genel.' Subkutan İmmunglobulin Replasmanı Uygulanan Primer İmmun Yetmezlik Hastalarında Serum İmmunglobulin G Düzeylerinin Değerlendirilmesi ' 5.KLİNİK İMMÜNOLOJİ KONGRESİ, 20-23 Mart 2019, Antalya Poster ödülü 3. cülük

4- İdil Akay Hacı1, Esra Toprak Kanık1, Semiha Bahçeci Erdem2, İlke Taşkırđı1, Ömer Akçal1, Selime Özen1, Canan Şule Ünsal Karkiner1, Nesrin Gülez1, Ferah Genel1, Demet Can3 .Pediatrik Yaş Grubunda Etiyoloji, Tanı ve Tedavi Yönetimi İle 9 Yıllık Anafilaksi Deneyimimiz 'DR.BEHÇET UZ ÇOCUK KONGRESİ , 28 Şubat- 01 Mart 2019 , Poster Ödülü 1. cılık

Kongre ve konferanslarda konuşmacı ya da oturum başkanlığı

1. İmmün yetmezlikte yönetim ve tedavi.XXIII. Alerji ve Klinik İmmünoloji Kongresi 18-22 Kasım 2017 Antalya
2. PİY ve Romatoloji Oturumu Başkanlığı. 3. Klinik İmmünoloji Kongresi 8-12 Nisan 2017, Çeşme İzmir
3. Allerjide T Hücre. XXII. Alerji ve Klinik İmmünoloji Kongresi 8-12 Ekim 2016 Bodrum
4. Olgularla ağır kombine immün yetmezliğe yaklaşım - (**PNP eksikliği**) 31 Mart - 03 Nisan 2016 Antalya. Klinik İmmünoloji Kongresi
5. İmmünolojik Testler ve Değerlendirme 12. Uludağ Pediatri Kış Kongresi 13 - 16 Mart 2016 Uludağ BURSA
6. Familial Akdeniz Ateşi. Buz 2015 Kış Okulu 25-27 Kasım 2015 İzmir.
7. Olgularla Antikor Bozuklukları . 1. Klink immünoloji kongresi 09-12 Nisan 2015 Antalya
8. Ateşe immünoloji penceresinden bakış. Erciyes Üniversitesi Pediatri Günleri 14 haziran 2014
9. Normal İmmunglobulin Düzeyleri ile Giden Antikor Bozuklukları 101. J. Project Meeting 12-14 Mart 2014 Antalya
10. Aşı Çizelgesi ve Özel Durum Aşıları . Buz 2014 Kış Okulu 26-28 Kasım 2014 İzmir
11. Ateşli ve Sık enfeksiyon geçiren bir olgu. Pediatrik Romatoloji Derneği- Asistan Eğitim Toplantısı 19,04,2014 İzmir
12. Olgu Sunumu Blau Sendromu 4. Klinik İmmünoloji Kongresi 4.Klinik İmmünoloji Kongresi, 11-14 Nisan 2018, Antalya.
13. İmmün yetmezlikte rutin aşılama XXV. Ulusal Allerji Ve Klinik İmmunoloji Kongresi, 17-21 Kasım 2018
14. Sözel Bildiri oturum başkanlığı. 'DR.BEHÇET UZ ÇOCUK KONGRESİ , 28 Şubat- 01 Mart 2019 , İzmir



ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Uzm. Dr. Nida DİNÇEL

Doğum Tarihi: 07 Ağustos 1976

Öğrenim Durumu:

Derece	Bölüm/Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Tıp Fakültesi (İNG.)	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İngilizce	1992-1999
Tıpta Uzmanlık	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Dr.Behçet Uz Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi	2003-2008
Yan Dal Uzmanlık	Nefroloji	Ege Üniversitesi	2009-2012

Tıpta Uzmanlık Tez Başlığı ve Danışmanı:
Otistik Çocuklarda Serum Nerve Growth Faktör (NGF) Düzeyi, 2008
Tez Danışmanı Dr. Aysel Öztürk – Klinik Şefi

Yan dal Uzmanlık Tez Başlığı ve Danışmanı:
Renal Displazi-Hipoplazili Hastaların Klinik Özellikleri ve Uzun Dönem İzlemleri
Tez Danışmanı: Prof. Dr. Sevgi Mir

Görevler:

Görev Unvanı	Görev Yeri	Yıl
Pratisyen Hekim	Afyon Zübeyde Hanım Doğum ve Çocuk Hastanesi İzmir Balçova Verem Savaş Dispanseri	2001-2003 2003-2003
Pediyatri Uzmanı	Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2008-2009
Pediyatrik Nefroloji Uzmanı	İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediyatri Bölümü	2012-2013
Pediyatrik Nefroloji Uzmanı	Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji- Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi Nefroloji Polikliniği	2013-2016
Pediyatrik Nefroloji Uzmanı	Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji- Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi Kök Hücre Laboratuvarı	2013-2014
Pediyatrik Nefroloji Uzmanı	Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2016-

Projelerde Yaptığı Görevler:

1. Steroide Dirençli Nefrotik Sendrom İçin Klinik Kayıt Ve Ailesel/ Sendromik SRNS'in Genetik Araştırması (Podonet ,Clinical, Genetic and Experimental Research into Hereditary Diseases of the Podocyte). Proje Numarası: 2010-10-4/21, Yardımcı Araştırmacı
2. Pediyatrik Diyalizde (Periton Diyalizi ve Hemodiyaliz) Girişimsel Uygulamalar. Proje Numarası: 2011-TIP-098, Yardımcı Araştırmacı
3. Podositopatilerden Nefrotik Sendromdaki Proteinüri ile Podosit Genlerinin Mutasyon ve Ekspresyon İlişkisi. Proje Numarası: 2011-11-7/16, Yardımcı Araştırmacı
4. İzmir' in Böbrek Araştırması ve Tuz (İMBAT). Proje Numarası: 2012-12-6/14, Yardımcı Araştırmacı
5. Tekrarlayan İdrar Yolu Enfeksiyonu (T.İYE) Olan Çocuklarda Enfeksiyon Atağı Sırasında, Tedavi Öncesi ve Sonrası Dönemde İdrar Nerve Growth Factor (NGF) Düzeylerinin Araştırılması ve NGF Düzey Değişikliklerinin Mesane Disfonksiyonuna Bağlı Gelişen T.İYE' larının Tanısında İnvaziv Bir İnceleme Olan Ürodinamik Çalışma Yerine Kullanılabilecek Noninvaziv Bir Biomarker Olabileceğinin Gösterilmesi, Proje Numarası: 2013-061, Sorumlu



Araştırmacı

6. Enuresis Nokturnal Çocuk Hastalarda İdrar ve Serum Gap Kavşak Protein Ekspresyon Değişiklikleri. Proje Numarası: 2013-062, Sorumlu Araştırmacı

7. Aşırı Aktif Mesane Saptanan Olgularda Tedavi Öncesi ve Sonrası Serum ve İdrarda Konnexin-43 Düzeyinin Değerlendirilmesi ve Tedavide Etkinliğinin Belirlenmesi. Proje Numarası: 2013-063, Sorumlu Araştırmacı

8. Baş Ağrısı Şikayeti İle Başvuran Çocuklarda Hipertansiyon Sıklığı Ve Risk Faktörlerinin Belirlenmesi, Zeynep Göçmez, Ünsal Yılmaz, Serdar Sarıtaş, Fatma Devrim, Nida Dinçel . Yardımcı Arştırmacı 2018/ 247

İdari Görevler :

-Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji EAH Klinik Araştırmalar

-Etik Kurul Üyesi

- Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Başasistanlık Sözlü Sınav Jüri Üyeliği, Eylül 2015 Ankara

- Türkiye Milli Pediatri Derneği İzmir Şube Denetleme Kurulu Yedek Üyesi

Ödüller:

-Prof. Sezai Bedrettin Tümay MAKALE BİRİNCİLİK ÖDÜLÜ, TÜRK PEDIATRİ KURUMU, 2015

- one of the best abstracts presented in the recent ESPN , Long-Term Outcome And Treatment Practices In Distal Renaltubular Acidosis. 51 st Annual Scientific Meeting of the European Society for Paediatric Nephrology. 3-6 October 2018, Antalya, Turkey.Pediatric Nephrology. P 232

Bilimsel Kuruluşlara Üyelikler:

Türk Pediatri Kurumu

Türkiye Milli Pediatri Derneği

Pediatri Uzmanlık Akademisi Derneği (PUADER)

İdrar Yolu Enfeksiyonu Mücadele Derneği (İYEM)

Çocuk Nefroloji Derneği (ÇND)

Türk Nefroloji Derneği (TND)

Türk Böbrek Vakfı

Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği (THBHD)

Türkiye Organ Nakli Kuruluşları Koordinasyon Derneği

Transplantasyon İmmünolojisi ve Genetiği Derneği (TİGED)

European Paediatric Association (EPA)

European Renal Association-Eurepean Dialysis and Transplantation Association (ERAEDTA)

The Transplantation Society (TTS)

Cell Transplant Society (CTS)

International Society of Nephrology (ISN)



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Verdiği lisans ve lisansüstü düzeydeki dersler:

Akademik Yıl	Dönem	Dersin Adı
2011-2012 Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi	Güz/ İlkbahar	6.sınıf İdrar Yolu Enfeksiyonu 6.sınıf Hipertansiyon 5.sınıf Reçete Dersi 4.sınıf Sistemik Muayene 3.sınıf Prepodotik ve Hasta Başı Eğitimi
2012-2013 İzmir Şifa Üniversitesi Tıp Fakültesi	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilimdalı Pediatri Araştırma Görevlisi- Pediatri Uzmanları Eğitimi	Nefrotik Sendrom Tanı Genetik Patogenez ve Klinik Yaklaşım Hipertansiyon Tanısal Yaklaşım ve Tedavi Modaliteleri Henoch- Schönlein Vaskülit, Böbrek Tutulumu Tanı ve Tedavide Son Dönem Yaklaşımlar Akut Böbrek Yetmezliği Yeni Tanı Kriterleri- Pediatri Dışı Yoğun Bakım Deneyimleri ve Yönetimi
2013-2016 Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji- Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi	Pediatri Araştırma Görevlisi- Pediatri Uzmanları Eğitimi	Hipertansiyon Tanısal Yaklaşım ve Tedavi Modaliteleri Akut Böbrek Yetmezliği Enürezis Nokturna Mesane Disfonksiyonları

ESERLER

A.Uluslararası hakemli dergilerde yayımlanan makaleler:

A1. Sozeri B, Mir S, Kara OD, Dincel N. Growth impairment and nutritional status in children with chronic kidney disease. Iran J Pediatr, Sep 2011; Vol 21 (No 3), Pp: 271-277

A2. Bulut İ.K., Mir S, Sozeri B, Bulut M.O, Sen S, Dincel N. The outcome results in children with Immunglobulin A nephropathy: Single center experience. Int J Nephrol Renovasc Dis. 2012;5:23-8. doi: 10.2147/IJNRD.S24684. Epub 2012 Jan 20

A3. Sozeri B, Mir S, Berdeli A, Dincel N, Sarsik B. Genetic deficiency of complement factor H in a Turkish patient with membranoproliferative glomerulonephritis type II. Iran J Kidney Dis. 2012 Mar;6(2):149-53.

A4. Bulut İ.K, Dincel N, Mir S, Kabasakal C, Sozeri B, Sen S, Zeytinoglu A. Clinical experience in pediatric renal transplant recipients with BK virus nephropathy. Journal of Nephrology and Renal Transplantation: JNRT 2012; 4(2):19 – 26

A5. Dinçel N, Bulut K.İ, Sezer Ö.T, Mir S, Hoscoskun C. Clinical everolimus experience in pediatric renal transplant patients. Transplant Proc. 2013 Apr;45(3):913-6. doi: 10.1016/j.transproceed.2013.02.076

A6. Ekinci Z, Candan C, Alpay H, Canpolat N, Akyuz SG, Gündüz Z, Dursun İ, Bek K, Dursun H, İsyel E, Öktem F, Tabel Y, Akil İ, Delibaş A, Gulleroglu K, Akinci N, Dincel N, Özkaya O, Söylemezoglu O. Hemolytic uremic syndrome outbreak in Turkey in 2011. Hemolytic Uremic Syndrome in Turkey. The Turkish Journal of Pediatrics 2013; 55: 246-252

A7. Dinçel N, Resorlu B, Unsal A, Tepeler A, Silay M.S, Armağan A, Diri A, Sancaktutar A.A, Ziyapak T, Mir S. Are small residual stone fragments really insignificant in children? J Pediatr Surg. 2013 Apr;48(4):840-4. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2012.07.061



- A8. Dinçel N, Ünalp A, Kutlu A, Öztürk A, Uran N, Ulusoy S. Serum Nerve Growth Factor Levels In Autistic Children, in Turkish Children. *Indian J Med Res*; 2013;138(6): 900-3.
- A9. Dincel N, Mir S, Berdeli A, Bulut İK, Sozeri B. Does NPHS1 Polymorphism Modulate P118L Mutation in NPHS2; A Case Report and Review of the Literature, *Saudi J Kidney Dis Transpl*, 2013; 24(6):1210-13
- A10. Dinçel N, Bulut İK, Biçer H, Mir S. Mesane disfonksiyonları tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonlarının ne kadarından sorumludur? *Turk Arch Ped* 2013; 48(2):110-6. DOI: 10.4274/tpa.1007
- A11. Sözeri B, Deveci M, Dinçel N, Mir S. The early cardiovascular changes in pediatric patients with systemic lupus erythematosus, *Lupus. Pediatr Nephrol*. 2013 Mar;28(3): 471-6. doi: 10.1007/s00467-012-2342-2. Epub 2012 Nov 8
- A12. Dincel N, Bicer H, Gün Z.H, Mir S. Natural Course of Children with Dysplastic and Hypoplastic Kidney. *World Journal of Nephrology and Urology*. doi.org/10.4021/wjnu122w
- A13. Dincel N, Bulut İK, Ozdemir K, Sozeri B, Gun ZH, Mir S, Alper H. Importance of Ultrasound Imaging In Pheochromocytoma In A Child: Case Report And Review of Literature. *Int J Clin Pediatr*. 2013; 2(2):78-82
- A14. Dincel N, Ozdemir K, Kara OD, Yılmaz E, Gun ZH, Berdeli A, Mir S. CoQ10 Supplementation; A New Treatment Modality In Steroid-Resistant Nephrotic Syndrome With Unknown Molecular Etiology. *International Journal of Medicine and Biomedical Research* 2014;3(3), 146-154
- A15. Kara OD, Dincel N, Bulut İK, Ozdemir K, Yılmaz E, Gun ZH, Hoscoskun C, Sozeri B, Mir S. Infectious Complications in Pediatric Renal Transplant Patients. *World J Nephrol Urol*. 2014; 3(2): 92-99. DOI: 10.4021/wjnu159w
- A 16. Ozdemir R, Yılmaz E, Dincel N, Sozeri B, Ozdemir K, Berdeli A, Mir S. Fc Gamma Receptor Polymorphism: A Risk Factor for Urinary Tract Infections. *Asian Journal of Biomedical and Pharmaceutical Sciences*. 2014; 04 (30):19-25. DOI: 10.15272/ajbps.v4i29.441
- A 17. Bulut İK, Dincel N, Bulut MO, Sozeri B, Rala S, Kayacan G, Gun ZH, Mir S. Risk Factors for Vesicoureteral Reflux in Children with Upper and Lower Urinary Tract Infections. *British Journal of Medicine and Medical Research* 2014; 4(9): 1864-72
- A18. Sozeri B, Yılmaz E, Dincel N, Gozuoglu G, Ozdemir K, Bulut İK, Gun ZH, Mir S. (2014) Urine Matrix Metalloproteinase-3 Level as a Biomarker for Monitoring in Familial Mediterranean Fever Attacks. *J Nephrol Ther* 2014; 4 (3): 164. doi: 10.4172/2161-0959.1000164
- A19. Yılmaz E, Dincel N, Gozuoglu G, Ozdemir K, Berdeli A, Mir S. A Case With Congenital Nephrotic Syndrome Having E117K Mutation: Is This a Polymorphism? or Mutation?" *J Nephrol Ther* 2014; 4:4 Doi: 10.4172 /2161-0959.1000178
- A20. Mir MS, Sozeri B, Demir M, Ozdemir K, Gun ZH, Dincel N, Gozuoglu G, Yılmaz E, Kaplan BI. Cardiovascular Functional and Structural Changes in Children with Primary Hypertension. *Minerva Pediatrica* 2014 68(1), 27-35.
- A21. Ozdemir K, Dincel N, Yılmaz E, Yaman B, Gozuoglu G, Mir S. Treatment



of oral Kaposi sarcoma by sirolimus in renal transplanted children: case report and literature review. Global Advanced Research Journal of Medicine and Medical Science (GARJMMS) Vol. 3(7) pp. 052-158, July 2014

A22. Kara OD, Dincel N, Bulut IK, Yılmaz E, Ozdemir K, Gozuoglu G, Bicer H, Mir S. Success of Continuous Veno-Venous Hemodiafiltration Treatment in Children Monitored in the Intensive Care Units. Renal Failure; 2014; 36(9), 1411-1415.

A23. . Kaplan Bİ, Kara OD, Özdemir K, Dinçel N, Yılmaz E, Bulut MO, Sözeri B, Biçer H, Mir MS. Are we late for the diagnosis of acute kidney injury in the intensive care units in pediatric patients? - A preliminary, retrospective observational study among 66 patients. Minerva Pediatrica, 2016 Aug;68(4):256-61.

A24. Ozdemir K, Mir SM, Dincel N, Bozabalı S, Bulut IK, Yılmaz E, Sozeri B. Bioimpedance for assessing volume status in children with nephrotic syndrome. Turkish Journal of Medical Sciences 2015;45, 339-344.

A25. Özdemir K, Yılmaz E, Dinçel N, Bozabalı S, Apaydın S, Gun Z, Sözeri B, Mir MS. The association of clearance of middle and large molecular weight substance with arterial stiffness and left ventricular mass in children receiving renal replacement therapy. Minerva Pediatrica 2015 Apr 30. [Epub ahead of print]

A26. Yılmaz E, Dinçel N, Sözeri B, Ozdemir K, Kaplan Bİ, Mir MS. Familial Mediterranean fever in children from the Aegean region of Turkey: gene mutation frequencies and phenotype-genotype correlation. Turkish Journal Of Medical Sciences 2015; 45, 1198-1206., Doi: 10.3906/sag-1402-1

A27. Kaplan Bİ, Özdemir K, Bulut MO, Dinçel N, Yılmaz E, Hoscoskun C, Mir MS. Hyperlipidemia is an important problem in pediatric renal transplant recipients.. Indian Journal of Scientific Research and Technology 2015; 3(5), 29-36.

A28. Kara OD, Özdemir K, Dinçel N, Kutlu A, Yılmaz E, Cantürk G, & Mir S. Monosemptomatik Enurezisli Çocuklarda ve Annelerinde Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi Evaluation of Life Qualities On Children with monosymptomatic Enuresis Nocturia. J Contemp Med. 2015; 5(2): 83-87

A29. Dinçel N., Yılmaz, E., Kaplan Bulut, İ., Hacıkara, Ş., Mir, S. The long-term outlook to final outcome and steroid treatment results in children with idiopathic nephrotic syndrome. Renal failure.2015; 37(8), 1267-1272.

A30. Özdemir K, Dinçel N, Berdeli A, Mir MS. Can urinary nerve growth factor and brain derived neurotrophic factor be used in the diagnosis and treatment follow-up of bladder dysfunction in children?. Urol J. 2016 Jun 28;13(3):2690-6

A31. Özdemir K, Dincel N, Kara, OD, Yılmaz E, Gözüoğlu G, Mir S. Effect of treatment choice on survival in a case with meningococemia and multiorgan failure. Dicle Tip Dergisi. 2016;43(1)

A32. Zeytinoglu A, Turhan A, Keskinoglu A, Aksoylar S, Dincel N, Deveci B, Utkun E, Mir S. The first two ganciclovir resistant cytomegalovirus isolates from kidney and pediatric stem cell transplant recipients in Turkey. J Immunol Clin Microbiol. 2016; 1(3): doi: 10.5455

A33. Devrim F, Serdaroğlu E, Çağlar İ, Oruç Y, Demiray N, Bayram N, Ağin H, Çalkavur S, Sorguç Y, Dinçel N, Ayhan Y, Yılmaz E, Devrim İ. The Emerging Resistance in Nosocomial Urinary Tract Infections: From the Pediatrics Perspective Mediterr J Hematol Infect Dis. 2018 Sep 1;10(1):e2018055. doi: 10.4084/MJHID.2018.055.



B.Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında (Proceedings) basılan bildiriler :

B1. Sozeri B, Mutlubas F, Dincel N, Bulut I, Mir S. Clinical features and outcome of minimal change disease in children: A single center study. 3rd Congress Of Nephrology Of Bosnia And Herzegovina With International Participation, Sarajevo, Bosna- Hersek. Mayıs 2010, Abstract Book PP- CN6:30

B2. Sozeri B, Kara OD, Dincel N, Keskinoglu A, Kabasakal C, Hoscoskun C, Mir S. The factors effecting graft survey in pediatric renal transplantation: A single center study. XXIII International Congress of The Transplantation Society, Vancouver, Kanada. Ağustos 2010, On-Site Program Abstract:525:1899

B3. Mutlubaş F, Mir S, Berdeli A, Dincel N. Specific Podocin Mutations with Clinical Features in Steroid-Resistant Nephrotic Syndrome in Turkish Children. XXIII International Congress of The Transplantation Society, Vancouver, Kanada. Ağustos 2010, On-Site Program Abstract:418:98

B4. Kara OD, Dincel N, Sozeri B, Mir S. Are we late for diagnosis of acute kidney injury in the intensive care units. 15th Congress of the International Pediatric Nephrology Association, Ağustos 2010, New York, PEDIATR NEPHROL (2010) 25(9): 1945

B5. Sozeri B, Kara OD, Dincel N, Devenci M, Mir S. The early cardiovascular risk markers in primary hypertensive children, 15th Congress of the International Pediatric Nephrology Association, Ağustos 2010, New York, PEDIATR NEPHROL (2010) 25(9): 1960

B6. Sozeri B, Dincel N, Kara OD, Mir S, Gokben S. Recurrent cranial nerve VI palsy as a rare initial presentation of systemic lupus erythematosus. 17 th Pediatric Rheumatology European Society Congress, Eylül 2010, Valencia, İspanya, Abstract Book:186

B7. Sözeri B, Mir S, Berdeli A, Dincel N. Might there be an association between lamin A/C mutation and polycystic kidney disease in patients with dilated cardiomyopathy 44th Annual Scientific Meeting of the European Society for Pediatric Nephrology Eylül 2011, Dubrovnik, Hırvatistan. PEDIATR NEPHROL (2011) 26:1710

B8. Kara OD, Sozeri B, Mir S, Berdeli A, Dincel N. The effect of mutations NR3C2 in children with primary hypertension. 44th Annual Scientific Meeting of the European Society for Paediatric Nephrology Eylül 2011, Dubrovnik, Hırvatistan. PEDIATR NEPHROL (2011) 26:1591-1731

B9. Dinçel N, Kara O.D, Keskinoglu A, Mir S. Is the Effectiveness of Continue Venovenous Hemodiafiltration Related to Rife Criteria and Etiology of Renal Failure? 44th Annual Scientific Meeting of the European Society for Paediatric Nephrology Eylül 2011, Dubrovnik, Hırvatistan. PEDIATR NEPHROL (2011) 26 (9):1618

B10. Berdeli A, Mir S, Nalbantoğlu S, Atan M, Tigli D, Dinçel N. DNA Sequence Variants of NPHS2 gene in 674 children with SRNS. 44th Annual Scientific Meeting of the European Society for Paediatric Nephrology Eylül 2011, Dubrovnik, Hırvatistan. PEDIATR NEPHROL (2011) 26 (9):1664

B11. Bulut İ.K, Dinçel N, Sözeri B, Mir S. Risk Factors and Prevalence of Anemia in Children with Renal Transplant Recipients. The 45th Annual Meeting. Eylül 2012, Krakow, Polanya. PEDIATR NEPHROL (2012) 27:1772

B12. Dinçel N, Berdeli A, Mir S Quantitative mRNA Expression of Podocyte Proteins in Children with Steroid Resistant Nephrotic Syndrome. The 45th Annual Meeting. Eylül 2012, Krakow, Polanya. PEDIATR NEPHROL (2012) 27:1721



- B13. Conkar S, Mammadov V, Dinçel N, Mir S. Doe the degree of antenatal hydronephrosis can be a prognostic marker? The 45th Annual Meeting. Eylül 2012, Krakow, Polanya. *Pediatr Nephrol* (2012) 27:1652
- B14. Ekinci Z, Candan C, Alpay H, Canpolat N, Akyuz SG, Gündüz Z, Dursun İ, Bek K, Dursun H, Isiyel E, Öktem F, Tabel Y, Akil İ, Delibaş A, Gulleroglu K, Akinci N, Dincel N, Özkaya O, Söylemezoglu O Hemolytic uremic syndrome outbreak in Turkey in 2011. The 45th Annual Meeting. Eylül 2012, Krakow, Polanya. *Pediatr Nephrol* (2012) 27:1676
- B15. Conkar S, Dinçel N, Mir S. High sensitive CRP value in the diagnosis of childhood nondipper hypertension. The 45th Annual Meeting. Eylül 2012, Krakow, Polanya. *Pediatr Nephrol* (2012) 27:1737
- B16. Dinçel N, Özdemir K, Sozeri B, Mir S. Bladder dysfunction/ recurrent urinary tract infection: which is the cause? The 45th Annual Meeting. Eylül 2012, Krakow, Polanya. *Pediatr Nephrol* 2012; 27 (9):1756
- B17. Bulut İ.K, Dinçel N, Mir S. Prevalence of hyperlipidemia in Pediatric Renal Transplant Recipients. The 45th Annual Meeting. Eylül 2012, Krakow, Polanya. *Pediatr Nephrol* (2012) 27:1827
- B18.Özdemir K, Dincel N, Sozeri B, Mir S. The Role of Treg Cells in Pediatric Patients With Idiopathic Nephrotic Syndrome. 49th ERA-EDTA Congress. Mayıs 2012, Paris, Fransa. *Nephrology Dialysis Transplantation* (2012) 27 (Supp 2): 537-549.doi:10.1093/ndt/gfs250
- B19.Dincel N, Berdeli A, Mir S, Akyig F. The Relationship Between Glomerulosclerosis And mRNA Expression of Genes Encoding Podocyte Proteins In Children with Steroid Resistant Nephrotic Syndrome. 49th ERA-EDTA Congress. Mayıs 2012, Paris,Fransa. *Nephrology Dialysis Transplantation* (2012) 27 (Supp 2): 538 doi: 10.1093/ndt/gfs250
- B20.Dinçel N, Kutlu A, Bulut İK. Nocturnal Enuresis / Daytime Incontinence : Which one has really psychological source? Another point of view! The 27th Congress of the International Pediatric Association, Ağustos 2013, Melbourne, Avusturalya. Final Programme: 311
- B21.Dinçel N, Berdeli A, Mir S. E117K Mutation of NPHS1; Does It Really A Pathogenic Mutation? ISN World Congress Of Nephrology, Mayıs- Haziran 2013, Hong Kong. Abstract Book: MO022
- B22.Özdemir K, Dinçel N, Sozeri B, Berdeli A, Mir S. Importance of Genetic Diagnosis In Early Diagnosis of Alport Syndrome: ISN World Congress of Nephrology, Mayıs- Haziran 2013, Hong Kong. Abstract Book: MO015
- B23.Özdemir K, Dinçel N, Sozeri B, Mir S. The Evaluation of The Bioimpedance Spectroscopy in The Determination of Volume Status of Children with Nephrotic Syndrome: ISN World Congress of Nephrology, Mayıs- Haziran 2013, Hong Kong Abstract Book: MO085
- B24. Canturk K, Dinçel N, Bulut İK, Sen S, Mir S. Evaluation of Diagnostic and Treatment Response in Cases with Antibody Mediated Rejection: A Single Centre Experience: 3rd ESOT Basic Science Meeting, 2013 France. Abstracts: 122
- B25. Ozdemir K, Mir S, Dinçel N, Berdeli A. Can Urinary NGF and BDNF be Used in the Diagnosis and Treatment Follow-up of Bladder Dysfunction in Children? 47th ESPN



Annual Scientific Meeting of the European Society for Pediatric Nephrology.29(9), 1804-1804. September 2014 Porto

B26. Özdemir K, Dinçel N, Yılmaz E , Gozuoglu G, Yaman B, Mir S. Treatment of Oral Kaposi Sarcoma by Sirolimus in a Child with Renal Transplantation: Case Report and Literature Review. 14th Congress of the Middle East Society for Organ Transplantation in Istanbul, 241-241. (Poster),September 10-13, 2014.

B27. Kutlu A, Dinçel N, Özcanlı MD, Özdemir K, Ardıç ÜA, Mir S. Psychiatric Profiles of Children and Teenagers After Renal Transplantation and Related Factors. 14th Congress of the Middle East Society for Organ Transplantation in Istanbul, September 10-13, 2014.

B28. Turhan, A., Keskinöglü, A., Aksoylar, S., Büke, Ç., Dinçel N., Deveci, B., ... & Özbaran, M. (2014, March). Three ganciclovir resistant CMV isolates from transplant recipients reported in Turkey. In 8th Cuban Congress on Microbiology and Parasitology, 5th National Congress on Tropical Medicine and 5th International Symposium on HIV/ aids infection in Cuba.

B29. Yılmaz, E., Dinçel, N., Bulut İK Hacıkara, Ş., Berdeli, A., Mir, S. (2015). SP023Mutations In Infantil Nephrotic Syndrome and Worse Prognostic Results of E117k Polymorphism In NPHS1. Nephrology Dialysis Transplantation, 30(suppl 3).

B30. Dinçel, N., Yılmaz, E, Hacıkara, Ş., Bulut İK , Mir S. SP915 The Long Term Outlook To Final Outcome And Steroid Treatment Results In Children With Idiopathic Nephrotic Syndrom. Nephrology Dialysis Transplantation, 30(suppl 3)

B31. Elmaoğulları S, Demirel F, Tepe D, Dinçel N, Tayfun M, Uçaktürk SA, Gürbüz F, Jayne H. Fanconi bickel Fanconi-Bickel Syndrome due to a Novel SLC2A2 Mutation Presenting with Transient Neonatal Diabetes. ESPE Abstracts (2015) 84 P-3-719

B32. Devrim F, Serdaroğlu E, Çağlar İ, Oruç Y, Demiray N, Bayram N, Ağın H, Çalkavur S, Sorguç Y, Dinçel N, Ayhan Y, Yılmaz E, Devrim I. The Emerging Resistance in Nosocomial Urinary Tract Infections: From the Pediatrics Perspective. ESPN Abstracts 2018 P-448

B33. Devrim F, Serdaroğlu E, Çağlar İ, Demiray N, Oruç Y, Sorguç Y, Bayram N, Ayhan Y, Ağın H, Çalkavur S, Yılmaz E, Dinçel N, Kara OD, Devrim I. Nosocomial Urinary Tract Infection In Pediatrics; Etiology And Antibiotic Susceptibility Results. ESPN Abstracts 2018 P-448

B34.NT Dincel, Yılmaz E, Devrim F, C Basaran, Kemer S, Kara OD, Nalbantoğlu O, Arslan G, Karagoz K, E Serdaroglu, Ozkan B.Lower urinary tract dysfunction and insülin resistance. Is there a really correlation between them? 51st Annual Scientific Meeting of the European Society for Paediatric Nephrology. 3-6 October 2018, Antalya, Turkey. Pediatric Nephrology P 72

B35.Yılmaz E, NT Dincel, C Basaran, Kemer S, Nalbantoğlu O, Arslan G, Ozkan B, E Serdaroglu. Obesity-related hypertension in children.51st Annual Scientific Meeting of the European Society for Paediatric Nephrology. 3-6 October 2018, Antalya, Turkey. P- 233

B36. Yılmaz E, NT Dincel, C Basaran, Arslan G, Devrim F, Kemer S, Kara OD, Nalbantoğlu O, Ozkan B, E Serdaroglu.Is There A Possibility To Prevent Progression Of Obesity Related Chronic Kidney Disease; Microalbuminuria. 51st Annual Scientific Meeting of the European Society for Paediatric Nephrology. 3-6 October 2018, Antalya, Turkey. P 141

B37. Alkaç AY, C Basaran, NT Dincel, Yılmaz E, Kara OD, Gozmen SK, Devrim F, Kemer S, Bak M, E Serdaroglu. Involution Of Multicystic Dysplastic Kidney And Growth Of Contralateral Kidney. 51st Annual Scientific Meeting Of The European Society For Paediatric Nephrology. 3-6 October 2018, Antalya, Turkey. P 111



ULUSLARARASI
KADIN DOğUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

B38. Topalakcı E, Serdaroğlu E, Gözmen SK, Başaran C, Yılmaz E , Dincel NT, Kara OD. Evaluation of somatic and kidney growth in children with solitary kidney: retrospective cohort study. 51 st Annual Scientific Meeting of the European Society for Paediatric Nephrology. 3-6 October 2018, Antalya, Turkey. Pediatric Nephrology P 108

B39. Yılmaz E, NT Dincel, C Basaran, Kemer S, Kara OD, Cakil A, E Serdaroglu. Ambulatory blood pressure monitoring in autosomal dominant polycystic kidney disease in children. 51 st Annual Scientific Meeting of the European Society for Paediatric Nephrology. 3-6 October 2018, Antalya, Turkey. Pediatric Nephrology. P 232

B40. Kutlu A, Dinçel N, Özcan MD, Özdemir K, Ardıç ÜA, Mir S. Psychiatric profiles of children and teenagers after renal transplantation and related factors. 6th International Congress on Psychopharmacology

C. Yazılan kitaplar veya kitaplarda bölümler :

C1. Sözeri B, Dincel N, Mir S. (2011). An Overview of the Amyloidosis in Children with Rheumatic Disease, Amyloidosis - An Insight to Disease of Systems and Novel Therapies, Dr. Işıl Adadan Güvenç (Ed.), ISBN: 978-953-307-795-6, InTech

D. Ulusal hakemli dergilerde yayımlanan makaleler :

D1. Sözeri B, Kara OD, Dincel N, Keskinoglu A, Mir S. İlköğretim Okulu Çocuklarında Asemptomatik İdrar Yolu Enfeksiyonlarının Prevalansı Ve Tanısal Daldırma Testlerinin Yeri. Yeni Üroloji Dergisi, 2009; 5(3): 137-140

D2. Dinçel N, Sözeri B, Kara O.D., Mir S. İnatçı Hematüride Nadir bir Neden: Üretoraji. Ege Pediatri Bülteni 2010; 17 (2): 99-102

D3. Gülez P, Hızarcıoğlu M, Dinçel N. Viseral Leishmaniasis ile birlikte Hemofagositik Sendrom: İki Olgu Sunumu. Çocuk Enfeksiyon Dergisi 2011; 5(3):106-109

D4. Özdemir K, Sözeri B, Mir S, Dinçel N. Drug-Induced Sarcoid-Like Granulomatous Interstitial Nephritis in a Patient with JIA. Paediatr Rheum. 2012; 1(4): 231-236

D5. Sözeri B, Dinçel N, Berdeli A, Mir S. The IL-1 receptor antagonist gene polymorphism in Turkish patients with Juvenile Idiopathic Arthritis. Annals of Paediatric Rheumatology, 2012; 1(1): 36-42

D6. Dinçel N, Özdemir K, Mir S. İzmir Bölgesinde Nefrolitiazis İle İzlenen Çocukların Demografik Ve Klinik Özellikleri. Contemp Med. 2012; 2(2): 77-81

D7. Sözeri B, Kaplan Bulut İ, Dincel N, Mir S. Tekrarlayan VII. kranial sinir felci ile tanı alan nadir bir sistemik lupus eritamotозuslu olgu. Zeynep Kamil Tıp Bülteni 2012; 43(3): 120-123

D8. Görgel SN, Köse O, Dincel N, Girgin C. Çocuklarda monosemptomatik enürezisi tedavi etmeli miyiz. Yeni Üroloji Dergisi 2013; 8(3), 22-27

D9. Bulut İK, Dinçel N, Bulut MO, Sözeri B, Özdemir K, Orhan MF, Mir S. Risk Factors and Prevalence of Anemia in Children With Renal Transplant. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi 2014; 8(1)

D10. Dinçel N, Köse O, Mir S. Çocuklarda Primer Mesane Boynu Disfonksiyonu: Derleme. Türkiye Klinikleri J Nephrol 2014;9(1)

D11. Yılmaz E, Dinçel N, Bulut İK, Mir S. Hepatorenal Sendrom (HRS):Derleme. J Contemp Med. 2014; 4(2): 214-21.



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

D12. Yılmaz E, Dinçel N, Bulut İK, Mir S. Periton Diyaliz Sıvıları: Derleme. Zeynep Kamil Tıp Bülteni 2014; 45 (2):

D13. Özdemir K, Kara OD, Dinçel N, Bulut İK, Yılmaz E, Mir S. Effect of erythropoietin use on mean platelet volume in children undergoing chronic dialysis. Journal of Clinical and Experimental Investigations 2014; 5(3),415-419.

D14. Koç N, Gündüz M, Ünal Ö, Taktak A, Dinçel N. Konjenital Nefrotik Sendromlu Bir Olguda Ağır Hiperlipideminin Tıbbi Beslenme Tedavisi. Bes Diy Derg 2015;43(3): 270-273

D15. Ozdemir K, Koksoy AY, Dincel N. Approach to Familial Hematuric Diseases. Turkiye Klinikleri J Pediatr. doi: 10.5336/pediatr.2016-51679. Derleme

E. Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan poster ve bildiri kitaplarında basılan bildiriler

E1. Gülez P, Hızarcıoğlu M, Dinçel N, Kışla M. Vitamin D Bağımlı Raşitizm Tip 2: Olgu Sunumu 53. Türkiye Milli Pediatri Kongresi Ekim 2009 Muğla, Bildiri Kitabı: P-175

E2. Gülez P, Hızarcıoğlu M, Dinçel N, Aydoğmuş G. Visseral Laishmaniasis ile Birlikte Hemofagositik Sendrom: Olgu Sunumu 53. Türkiye Milli Pediatri Kongresi Ekim 2009 Muğla, Bildiri Kitabı: P-070

E3. Hızarcıoğlu M, Dinçel N, Gülez P. Hiperimmunglobulin D Sendromu: Bir Olgu Sunumu 53. Türkiye Milli Pediatri Kongresi Ekim 2009 Muğla, Bildiri Kitabı: P-152

E4. Dinçel N, Gülez P, Hızarcıoğlu M, Kışla M. Hipereozinofilinin Ender Nedenlerinden Biri: Toxocariasis 53. Türkiye Milli Pediatri Kongresi Ekim 2009 Muğla, Bildiri Kitabı: P-071

E5. Kara OD, Dincel N, Sozeri B, Mir S. Yoğun bakım ünitelerinde akut böbrek hasarı tanısında gecikiyor muyuz?. 6. ulusal çocuk nefroloji kongresi, Ekim 2010, Ankara, Bildiri Kitabı: 9

E6. Sozeri B, Kara OD, Dincel N, Keskinoglu A, Kabasakal C, Hoscokun C, Mir S. Çocukluk döneminde böbrek naklinde graft fonksiyonunu etkileyen faktörler. 6. ulusal çocuk nefroloji kongresi, Ekim 2010, Ankara, Bildiri Kitabı: 76

E7. Mir S, Berdeli A, Dincel N, Kara OD, Sozeri B, Yavascan O, Serdaroglu E, Aksu N, Öner A, Anarat A, Donmez O, Yıldız N, Sever L, Tabel Y, Dusunsel R, Sonmez F, Çakar N, Bak M. Türk çocuklarında podosin mutasyonlarının fenotipik genotipik özellikleri. 6. ulusal çocuk nefroloji kongresi, Ekim 2010, Ankara, Bildiri Kitabı: 30

E8. Mir S, Dincel N, Sozeri B, Kara OD, Kabasakal C, Keskinoglu A. İdiopatik Nefrotik sendromda uzun süreli prednisolon tedavisinin prognostik etkisi. 6. ulusal çocuk nefroloji kongresi. Ekim 2010, Ankara, Bildiri Kitabı: 29

E9. Yılmaz E, Sozeri B, Mir S, Berdeli A, Kara OD, Dincel N. Ailevi Akdeniz ateşi hastalarında MEFV mutasyonlarının araştırılması ve klinik bulgularla ilişkisinin incelenmesi. 6. ulusal çocuk nefroloji kongresi, Ekim 2010, Ankara, Bildiri Kitabı: 106

E10. Sozeri B, Yılmaz E, Dincel N, Kara OD, Mir S. Çocukluk çağında FMF atakları sırasında idrar MMP-3 düzey değişikliklerinin araştırılması. 6. ulusal çocuk nefroloji kongresi, Ekim 2010, Ankara, Bildiri Kitabı: 105

E11. Mir S, Berdeli A, Dincel N, Mutlubas F, Kara OD, Sozeri B. NPHS2 mutasyonunda



sahip FSGS olgularının renal transplant sonrası klinik izlemi. 6.ulusal çocuk nefroloji kongresi, Ekim 2010, Ankara, Bildiri Kitabı: 78

E12.Dinçel N, Yılmaz E, Biçer H, Mir S.Yineleyen İdrar Yolu Enfeksiyonunda Mesane Fonksiyon Bozukluğunun Rolü. 7. Ulusal Çocuk Nefroloji Kongresi, Ekim 2012, İzmir, Bildiri Kitabı: P-41

E13. Kaplan Bulut İ, Dinçel N, Özdemir K, Atay Y, Mir S. Pediatrik Hastalarda Devamlı Venövenöz Hemodiyafiltrasyon Etkinliği, 29. Ulusal Nefroloji, Hipertansiyon, Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi, Kasım 2012, Antalya, Bildiri Kitabı: P-78

E14.Kaplan Bulut İ, Dinçel N, Hoşçoşkun C, Mir S. Renal Transplantasyonlu Çocuk Hastalarda Enfeksiyon Sıklığı, 29. Ulusal Nefroloji, Hipertansiyon, Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi, Kasım 2012, Antalya, Bildiri Kitabı: P-148

E15.Kaplan Bulut İ, Dinçel N, Hoşçoşkun C, Mir S. Renal Transplantasyonlu Çocuklarda İdrar Yolu Enfeksiyonu, 29. Ulusal Nefroloji, Hipertansiyon, Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi, Kasım 2012, Antalya, Bildiri Kitabı: P-148

E16. Özdemir K, Dinçel N, Bulut İK, Mir S. Mesane Disfonksiyonunda Eğitimin Rolü. 2. Olgu Panayırı, Mart 2013, Kayseri, Bildiri Kitabı: PS-23

E17. Bulut İK, Dinçel N, Bulut MO, Hoscokun C, Mir S. Çocuklarda Böbrek Nakli Sonrası Hipertansiyon Prevalansı. 4. Ulusal TİGED kongresi, Nisan 2013,Çeşme, Bildiri Kitabı: P-21

E18. Özdemir K, Dinçel N, Şen S, Mir S. Antikor Aracılı Rejeksiyon Tanılı Olguların Tanısal ve Tedavi Yanıtlarının Değerlendirilmesi: Tek Merkez Deneyimi. 4. Ulusal TİGED kongresi, Nisan 2013,Çeşme, Bildiri Kitabı: P-22

E19. Dinçel N, Kutlu A, Bulut İK. Nokturnal Enuresis/ Gündüz İnkontinansı: Hangisi Gerçekte Psikolojik Kökenli? Bir Başka Bakış Açısı. 15. Ulusal Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Kongresi, Nisan 2013, Antalya, Bildiri Kitabı: PS-53

E20. Mir S, Dincel N, Bulut İK. Primer İdiopatik Nefrotik Sendromlu Çocuklarda Uzun Dönem Sonuçları. 30. Ulusal Nefroloji, Hipertansiyon, Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi, Kasım 2013, Antalya. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi 2013; 22(3): 80

E21. Dinçel N, Orhan MF, Bulut İK, Özdemir K, Esen Ş, Gözüoğlu G, Mir S. Kronik Diyaliz Hastalarında Eritropoetin Uygulaması Tromboza Neden Olur mu? 1. Marmara Pediatri Kongresi, Ocak 2014, İstanbul. Program ve Özet Kitabı: 60

E22. Dinçel N, Özdemir K, Orhan MF, Bulut İK, Gözüoğlu G, Mir S. Meningokoksemili Olguda Tedavi Seçiminin Sağlık Üzerine Etkisi. 1. Marmara Pediatri Kongresi, Ocak 2014, İstanbul. Program ve Özet Kitabı: 61

E 23. Kara OD, Özdemir K, Dinçel N, Kutlu A, Yılmaz E, Canturk G, Mir MS(2014). Monosemptomatik Enürezisli Çocuklarda ve annelerinde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. 8.Ulusal Çocuk Nefroloji Kongresi

E 24. Özdemir K, Mir MS, Dinçel N, Berdeli A (2014). Mesane disfonksiyonlu çocuklarda tanı ve tedavi izleminde NGF ve BDNF kullanılabilir mi?. 8. Ulusal Çocuk Nefroloji Kongresi

E 25. Devrim F, Kemer S, Başaran C, Gözmen Sk, Kara Od, Yılmaz E, Dincel Nt, Serdaroğlu E .Poststreptokoksik Glomerülonefritli Bir Olgu Sunumu. Ege Pediatri Günleri (18 Aralık 2017) P02



E 26. Çırpanlı G, Devrim F, Başaran C, Kemer S, Dincel N, Serdaroglu E .Ayrıntılı Anamnez Ve Kan Basinci Ölçümünün Kronik Böbrek Hastalığının Erken Tanısındaki Önemi. Ege Pediatri Günleri (18 Aralık 2017) P-11

E 27. Torun R, Devrim F, Başaran C, Kemer S, Kara Od, Dinçel N, Serdaroglu E. Monosemptomatik Enürezis Nokturna Kronik Böbrek Hasarlanmasına Yol Açar Mi? Ege Pediatri Günleri (18 Aralık 2017) P-12

E 28. Kemer S, Başaran C, Devrim F, Ozmen Sk, Yilmaz E, Dinçel N, Serdaroglu E. D Vitamini Hipervitaminozuna Sekonder Gelişen Nefrokalsinozis Ege Pediatri Günleri (18 Aralık 2017) P-15

E29. Devrim F, Başaranc, Dinçel N, Yılmaz Eb, Kara Od, Serdaroglu. Peritonitte Nadir Görülen Etkenler. 4.Çocuk Nefroloji Olgu Panayırı (3-4 Kasım 2017)

F. Diğer Yayınlar:

Ulusal ve uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan sözlü bildiriler:

F1. Sozeri B, Kara OD, Dincel N, Devci M, Ozdemir Y, Gozuoglu G, Mir S. Primer Hipertansiyonlu Çocuklarda Erken Kardiyovasküler Değişiklikler. 6.Ulusal Çocuk Nefroloji Kongresi, 2010, Ankara, Bildiri Kitabı SS-8

F2. Sozeri B, Mir S, Dincel N, Kara O.D. Early Cardiovascular changes in Pediatric Patients with SLE " XLVII ERA EDTA Congress, 2011, Prague, Czech Republic. NDT Plus (2011) 4(Supp2) doi:10.1093/ndtplus/4.S2.61

F3. Dinçel N, Özdemir K, Berdeli A, Mir S. E117K Mutasyonlu Konjenital Nefrotik Sendrom Olgusu: Polimorfizm mi? Mutasyon mu? 2. Olgu Panayırı, 2013, Mart Kayseri, Bildiri Kitabı SS-1

F4. Özdemir K, Dinçel N, Sozeri B, Berdeli A, Mir S. Alport Sendromunun Erken Tanısında Genetik Tanının Önemi; 15. Ulusal Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Kongresi, Nisan 2013, Antalya, Bildiri Kitabı SS-34

F5. Özdemir K, Mir S, Sozeri B, Dinçel N, Apaydın Ş. Kronik Hemodializ Tedavisi Alan Çocuklarda Kardiyovasküler Tutulumdan Orta- Büyük Moleküller mi Sorumlu?;15. Ulusal Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Kongresi, Nisan 2013, Antalya, Bildiri Kitabı SS-33

F6. Özdemir K, Dinçel N,Yılmaz E, Kara OD,Gözüoğlu G, Mir MS (2015). Meningokoksemitli Olguda Tedavi Seçiminin Sağlıkım Üzerine Etkisi. 3. Çocuk Nefroloji Olgu Panayırı, (Kontrol No: 2722287)

F7. Elmaoğulları S, Demirel F, Tepe D, Dinçel N, Tayfun M, Uçaktürk SA, Gürbüz F, Jayne H. Geçici Yenidoğan Diyabeti Tanısı Alan Yeni Tanımlanmış SLC2A2 Mutasyonuna Bağlı Fanconi-Bickel Sendromlu Bir Olgu. Olgu Sunumları 2015 - Çocuk Endokrinolojisi ve Diyabet

F8. PD Simsek, E Serdaroglu, Dincel ND, C Basaran, Yilmaz E, Kara OD, Gozmen SK, Kemer S,Devrim F. Comparison Of Ambulatory Blood Pressure Monitoring And Standart Blood Pressure Measurement In Children With Bilateral Renal Scarring Due To Urological Disease. PEDIATRIC NEPHROLOGY, 2018; 33: (10) P:1831-1831. 51st Annual Scientific Meeting of the European Society for Paediatric Nephrology. 3-6 October 2018, Antalya, Turkey. Pediatric Nephrology. Oral presentation O-P 35

F9. Renal Abse Ve Akut Fokal Pyelonefrit ile Başvuran İki Olgu Sunumu.

Cemaliye Başaran, Fatma Devrim, Ebru Yılmaz, Orhan Deniz Kara, Nida Dinçel, Erkin Serdaroglu. 4.Çocuk Nefroloji Olgu Panayırı (3-4 Kasım 2017) (sözel sunum)



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI

KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

F10. Sergio Camilo Lopez Garcia, Drta Consortium. Long-Term Outcome And Treatment Practices In Distal Renaltubular Acidosis. 51st Annual Scientific Meeting of the European Society for Paediatric Nephrology. 3-6 October 2018, Antalya, Turkey. Pediatric Nephrology. Oral presentation O-26

Ulusal Kongrelerde ve Toplantılarda Yapılan Konuşmalar

- Türk Nefroloji Derneği Yandal Eğitim Kursu , Steroid Dirençli Nefrotik Sendrom Genetiği, 2010
- 1.Trans Focus Toplantısı, Kronik Allograft Nefropatisi Klinik Bulgular ve Tedavi Yaklaşımlar, 2012
- CAN'lı buluşmalar, Böbrek Transplantasyonunda Certican Deneyimi: Ege Üniversitesi Pediatrik Organ Nakli nitesi Everolimus Deneyimleri, 2011
- İdrar Yolu Enfeksiyonu Derneği Ana- Baba Okulu Eğitimcisi, 2010-2011
- Ege niversitesi ocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Aktivasyon Programı, ocuklarda rodinami Endikasyonları, rodinamik İnceleme ve Değerlendirme, 2011
- 9. Ulusal ocuk Nefroloji Kongresi, 2016 Nefrokalsinozisli ocuğun Değerlendirilmesi
- NEFROTİK SENDROMDA TEDAVİ YAKLAşIMLARI-TRANSPLANTASYON, 3-4 Kasım 2016 .Poster Başkanlığı



ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Prof. Dr. Nihal Olgaç DÜNDÜR

Derece	Bölüm/Program	Üniversite	Yıl
Yüksek Lisans	Tıp Fakültesi	Hacettepe Üniversitesi (İngilizce)	1989-1996
Doktora/S. Yeterlik/ Tıpta Uzmanlık	Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD	Dokuz Eylül Üniversitesi	1996-2001
Tıpta Yan Dal Uzmanlığı	Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD Çocuk Nörolojisi BD	Akdeniz Üniversitesi	2006-2009
Görev Unvanı	Akademik Görev Yeri	Yıl	
Yrd.Doç.Dr.	Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD	2006-2012	
Yrd.Doç.Dr. (geçici görevli)	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD Çocuk Nörolojisi BD	2006-2009	
Yrd.Doç.Dr.	Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD Çocuk Nörolojisi	2009-2012	
Yrd.Doç.Dr. Doç.Dr.	İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2012-2013	
Doç.Dr.	İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2013-halen	
Prof.Dr.	İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2017-halen	

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi ve İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Nöroloji Bilim Dallarının kurulması

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı Başkanlığı 2012-halen
Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Nörolojisi Kliniği Eğitim ve İdari sorumluluğu
2013-halen

Ulusal, uluslar arası yayınlar, basılan bildiriler, sci, sci-e ve diğer atıflar, yönetilen tezler, projeler
Çocuk Nörolojisi Derneği, Büyüyen Çocuk Derneği, ICNA (International Child Neurology
Association), Türk Pediatri Derneği üyelikleri



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI

KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Prof. Dr. Nilgün KÜLTÜRSAY

1988-1989'da Amerika Birleşik Devletleri, Case Western Reserve niversitesinde Neonatoloji eğitimi almıştır. 1991 yılından beri kurucusu olduğu Ege Üniversitesi Neonatoloji Bilim Dalı Başkanı ve ğretim yesi olarak görev yapmaktadır. Binlerce tıp ğrencisi, yüzlerce pediatri asistanı, onlarca yenidoğan yan dal asistanının yetişmesine emek vermiştir. Türkiye'de Neonatal Resusitasyon Programının yerleşmesinde, Anne sütünün desteklenmesi, Bebek Dostu Hastaneler konularında nc çalışmalar yapmıştır. Ülkemizde yenidoğan sağlığı konusunda ulusal, uluslararası kongre, sempozyum düzenlenmesi, pediatri, yenidoğan uzmanları ve yoğun bakım hemşirelerinin meslek içi eğitimi konusunda uzun yıllardır yoğun çaba harcamıştır. Uluslararası indekslere giren 160, Türkiye'nin önemli dergilerinde yayınlanmış Türkçe 200'den fazla yayını, yenidoğan sağlığı ile ilgili kitapları ve sayısı binlere ulaşmış uluslararası ve ulusal kongrelerde bildiri kitaplarında yer almış poster ve sözlü bildirisi bulunmaktadır. Ulusal ve uluslararası 38 bilimsel ödül sahibidir. H indeksi 24 dr. Pediatri, Neonatoloji, Perinatoloji konusunda ülkemizdeki çeşitli meslek derneklerinde ve ayrıca ocuk ve yenidoğan sağlığı ile ilgili sosyal derneklerde aktif olarak çalışmıştır. Halen Pediatri Yeterlik Kurulu yesi ve Sürekli Mesleki Gelişim Komisyonu Başkanıdır.



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Prof. Dr. Ozan ÖZKAYA
İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi

Prof. Dr.Ozan Özkaya 1968 yılında doğdu. Ortaöğrenimini Zonguldak TED Koleji'nde yaptı. 1992 yılında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirdi. 1998 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ihtisasını, 2002 yılında aynı üniversitede Çocuk Nefrolojisi yan ihtisasını tamamladı. 2002 yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi 'nde yardımcı doçent olarak göreve başladı. 2004 yılında Doçent, 2011 yılında aynı üniversite de profesör oldu. 2011 yılında Çocuk Romatoloji uzmanı ünvanını alarak çocuk romatoloji bilimdalını kurdu.2012 yılında New York Üniversitesi Langone Medical Center, Pediatrik romatoloji ünitesinde bulundu., 2015-2017 yılları arasında Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çocuk Kliniği Eğitim sorumlusu olarak görev yaptıktan sonra 2017 yılında İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğretim üyesi olarak göreve başladı. Halen Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilimdalı Başkanlığı görevini yürütmekte olup, İstinye Üniversitesi Liv Bahçeşehir Hastanesi ve Ulus Liv Hospital'da görev yapmaktadır.

Üriner Sistemin doğumsal anormallikler (VUR, hidronefroz, UP, darlık vs) üriner sistem taşları, idrar kaçırma , nefrotik sendrom, glomerülofritler, ailevi Akdeniz Ateşi, vaskülitler ve çocukluk çağının diğer romatizmal hastalıkları özel ilgi alanıdır. Uluslararası dergilerde 100, ulusal dergilerde yayınlanmış dergilerde 27 adet makalesi olup, bu makalelere 2400 atıf yapılmıştır.



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Prof.Dr. Salih KAVUKÇU

1982 Yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. ocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık eğitimini Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi ocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda 1989 yılında tamamladı. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi ocuk Nefroloji – Romatoloji nitesinde 1991 – 1992 yıllarında çalıştı. Daha sonra Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi ocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda yardımcı doçent olarak çalışmaya başladı. 1993 yılında ocuk sağlığı ve hastalıkları doçenti, 1997'de ocuk nefroloji uzmanı, 1999'da ocuk sağlığı ve hastalıkları profesörü, 2011'de ocuk romatoloji uzmanı unvanı aldı. 1995 – 2000 yılları arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Hemodiyaliz ve Transplantasyon Enstitüsü Müdür Yardımcısı olarak görev yaptı. Aynı niversitede 1998 yılında kurulan ocuk Nefroloji Bilim Dalı'nın başkanlığını 2016 yılına dek sürdürdü. 2012-2016 da Balıkesir niversitesi ve 2012-2018 de KKTC Yakın Doğu niversitesi'nde eğitim aktivitelerine katılmıştır. Halen Dokuz Eylül niversitesi ocuk Nefroloji ve Romatoloji Bilim Dalları'nda ğretim yesi olarak görev yapmaktadır. Uluslararası dergilerde yayınlanmış 200' aşkın yayında katkısı vardır ve başlığı "Olgu rnekleri ile ocuk Hastalıkları" "2005" ve "Olgu rnekleri ile Tanıdan Tedaviye ocuk Hastalıkları" "2017" başlıklı iki ders kitabının editörüdür.



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



**ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ**

Prof. Dr. Saliha ŞENEL

ocuk Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlık eğitimini Dr Sami Ulus ocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde 2001 yılında tamamladı. 2010 yılında Klinik Őef Yardımcısı, 2011 yılında ocuk Acil Uzmanı, 2012'de ocuk Sağlığı ve Hastalıkları Doçenti ünvanlarını aldı. 2014 yılında Yıldırım Beyazıt Universitesi ocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda ğretim yeliğine başladı. 2018 yılında Profes r oldu. 2016 yılından bu yana Dr Sami Ulus Kadın Doğum, ocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesinde Pediatri Eğitim sorumlusu olarak çalışmaktadır.

Uluslararası ve ulusal dergilerde çok sayıda makalesi; uluslararası ve ulusal kongrelerde çok sayıda bildirisi mevcuttur. Ulusal ve uluslararası dergilerde edit rl k, edit r yardımcılığı ve danışma kuruluğu yelikleri yapmaktadır.



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI

KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Prof. Dr. Selçuk YÜKSEL

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi ocuk Nefroloji ve ocuk Romatoloji Bilim Dallarının kurucusu olup halen adı geçen Bilim Dallarının Başkanı olarak görev yapmaktadır (2009 – devam etmektedir). Pamukkale Tıp Dergisi (Pamukkale Medical Journal) Baş Editörüdür.

Eğitim:

1984 Pertevniyal Lisesi

1990 İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

1998 Ankara SSK ocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi (ocuk Sağlığı ve Hastalıkları İhtisası)

2006 Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, ocuk Nefroloji ve ocuk Romatoloji Bilim Dalı (ocuk Nefroloji ve ocuk Romatoloji Yan Dal İhtisası)

İlgi Alanları

İdrar Yolu Enfeksiyonları, Üriner Sistemin Doğumsal Anormallikleri, Hipertansiyon, Hematüri, Proteinüri, Nefritik Sendrom, Nefrotik Sendrom, İdrar Kaçırma, Kalıtsal Böbrek Hastalıkları, Periton Diyalizi, Hemodiyaliz, Tübülointerstisyel Hastalıklar, Böbreğin Kistik Hastalıkları, Jüvenil İdyopatik Artrit, Ailesel Akdeniz Ateşi, Behçet Hastalığı, Otoinflamatuvar Hastalıklar, Eklem Hipermobilitesi, ocukluk ağının Diğer Romatizmal Hastalıkları, Vaskülitler, Sistemik Lupus Eritematozus.

Mesleki Üyelikler

European Dialysis and Transplant Association

European Society for Paediatric Nephrology

International Pediatric Nephrology Association

ocuk Nefroloji Derneği

Türk Nefroloji Derneği

ocuk Romatoloji Derneği

ocuk Romatizma ve Böbrek Hastalıkları Derneği

Transplantasyon ve İmmunoloji Derneği

Türk Pediatri Derneği



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



**ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ**

Doç. Dr. Semra KAYATAŞ

1995'de Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu.

1995-1998 yıllarında Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyodiagnostik Kliniği'nde, 1998-2002 yıllarında Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde asistanlık eğitimini sürdürerek 2002'de uzmanlığını aldı ve aynı hastanede 2009 yılına kadar uzman doktor olarak çalıştı.

2009'da Zeynep Kamil Kadın ve ocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi IVF Kliniği sertifikasyon programına katıldı ve sonrasında aynı hastanenin Jinekolojik Endoskopi ve İnfertilite Kliniği'nde göreve devam etti, bu süre içinde ileri düzey laparoskopik uygulamalar yaptı. 2014'te Doçentlik nvanı aldı.

2015'de Zeynep Kamil Kadın ve ocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi IVF Kliniği Eğitim Görevlisi oldu.

2017 tarihinden itibaren Sağlık Bilimleri Üniversitesi Zeynep Kamil Kadın ve ocuk Hastalıkları Hastane Başhekimliği görevini yürütmektedir.



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI

KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Doç. Dr. Senem ALKAN ÖZDEMİR

21.12.1982 tarihinde Aydın'da doğdum. 2000 yılında Aydın Adnan Menderes Anadolu Lisesi'nden mezun oldum. 2006 yılında Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldum. 2011 yılında Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları uzmanı olmaya hak kazandım. Aynı yıl İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Neonatoloji yan dalına başladım. 2015 yılında Neonatoloji yan dalını tamamlayarak mecburi hizmet görevimi yerine getirmek üzere İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Neonatoloji Uzmanı olarak atandım. 2018 yılında Neonatoloji Doçenti ünvanını aldım. Halen SBÜ İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Neonatoloji Uzmanı olarak çalışmaktayım.



ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Doç. Dr. Serdar CÖMERT

Doğum Tarihi: 28/01/1973

Öğrenim Durumu:

Derece	Bölüm/Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İngilizce Bölümü	İstanbul Üniversitesi	1994
Y. Lisans	Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İngilizce Bölümü	İstanbul Üniversitesi	1996
Tıpta Uzmanlık	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Dr.Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2000
Yan Dal Uzmanlık	Neonatoloji	Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2008
Doçentlik	Neonatoloji		2013

Tıpta Uzmanlık Tezi Başlığı (özeti ekte) ve Danışman(lar)ı :

Tez başlığı: Yenidoğanda Nutrisyonel Durum Değerlendirilmesi; Antropometrik Ölçümler İle Kordon Serum Protein Düzeylerinin Karşılaştırılması

Tez danışmanı: Prof.Dr.Ayça Vitrinel

Yandal Uzmanlık Tezi Başlığı (özeti ekte) ve Danışman(lar)ı :

Tez Başlığı: Preterm Bebeklerde Plasental Histolojik Koryoamnionit ile Neonatal Morbidite ve Mortalite İlişkisi

Tez danışmanları: Prof.Dr.Asiye Nuhoglu, Doç.Dr.Sinan Uslu

Görevler:

Görev Unvanı	Görev Yeri	Yıl
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Asistan Dr.	Sağlık Bakanlığı Dr.Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi	1996-2000
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzman Dr.(Başasistan)	Sağlık Bakanlığı Dr.Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2000-2008
Neonatoloji Yan Dal asistan Dr.	Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2008-2011
Neonatoloji Uzman Dr. (Devlet Hizmeti Yükümlüsü)	Sağlık Bakanlığı Süleymaniye Kadın Hastalıkları ve Doğum Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2011-2013
Neonatoloji (idari sorumluluğu)	Sağlık Bakanlığı Süleymaniye Kadın Hastalıkları ve Doğum Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2013-halen
Neonatoloji doçentliği		08.10.2013
Neonatoloji(eğitim görevlisi)	Sağlık Bakanlığı Süleymaniye Kadın Hastalıkları ve Doğum Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Mayıs 2014-halen



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Yönetilen Yüksek Lisans Tezleri :

1. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları **Uzmanlık Tezi (Dr.Ebru Şenol-2012, Süleymaniye Doğum ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği)**

Tez Başlığı: Prematüre Bebeklerde Ekstrauterin Büyüme Geriliği ve Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi

2. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları **Uzmanlık Tezi (Dr.Fatih Varol-2012, Süleymaniye Doğum ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği)**

Tez Başlığı: Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Prematüre Retinopatisi Saptanan Olguların Değerlendirilmesi ve ROP oluşumuna Etki Eden Risk Faktörlerinin İncelenmesi

3. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları **Uzmanlık Tezi (Dr.Tuba Yıldız-2012, Süleymaniye Doğum ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği)**

Tez Başlığı: 1500 gr'ın Altındaki Prematüre Bebeklerde CRIB-II, SNAP-PE-II ve NTISS Mortalite Skorumlarının Karşılaştırılması

4. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları **Uzmanlık Tezi (Dr.Şükrü Aydemir-2012, Süleymaniye Doğum ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği)**

Tez Başlığı: Prematüre Bebeklerde Tam Enteral Beslenmeye Geçiş Zamanı ve Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi

İdari Görevler :

1. İstanbul Avrupa yakası **"Anne Ölümelerini İnceleme Komisyonu Üyeliği"** (2011-halen)

2. **Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteleri Tıbbi Denetimi (18-22/06/2012);** Anadolu yakasında 18 Özel, Devlet ve Üniversite Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinin denetlenmesi ve toplanan bilgilerin rapor halinde sunulması)

3. **Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteleri Tescil Denetimi (13-06-2011)**

4. Süleymaniye Doğum ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi **Enfeksiyon Kontrol Komitesi Üyeliği** (2011-halen)

5. Süleymaniye Doğum ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi **Akılcı Antibiyotik Kullanımı Komitesi Üyeliği** (2011-halen)

6. Süleymaniye Doğum ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi **Transfüzyon Komitesi Üyeliği** (2011-halen)

7. Süleymaniye Doğum ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi **İhale Komisyonu Üyeliği** (2011-halen)

Bilimsel Kuruluşlara Üyelikler :

Türk Neonatoloji Derneği

Milli Pediatri Derneği

Ödüller :

1. Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü adına **'Yenidoğan Canlandırma Programı'** kapsamında eğitimlerin yaygınlaştırılması adına gösterdiğiniz eğitim desteği için verilmesi uygun görülen **'Teşekkür Belgesi'**.

Son iki yılda verdiği lisans ve lisansüstü düzeydeki dersler (Açılmışsa, yaz_döneminde verilen dersler de tabloya ilave edilecektir):



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

ESERLER

A. Uluslararası hakemli dergilerde yayımlanan makaleler :

- A1.** Can E, Bülbül A, Uslu S, Bolat F, Cömert S, Nuhoğlu A. **Early Aggressive Parenteral Nutrition Induced High Insulin-like growth factor 1 (IGF-1) and insulin-like growth factor binding protein 3 (IGFBP3) Levels Can Prevent Risk of Retinopathy of Prematurity.** Iran J Pediatr. **2013** Aug;23(4):403-10.
- A2.** Bolat F, Comert S, Bolat G, Kucuk O, Can E, Bulbul A, Uslu HS, Nuhoglu A. **Acute kidney injury in a single neonatal intensive care unit in Turkey.** World J Pediatr. **2013** Nov;9(4):323-9. doi: 10.1007/s12519-012-0371-3. Epub 2013 Nov 14.
- A3.** Comert S, Ağzikuru T, Akin Y, Telatar B, Tan PD, Ergen SG, Dervişoğlu P. **The Cost Analysis of Preterm Infants From a NICU of a State Hospital in Istanbul.** Iran J Pediatr. **2012**;22(2):185-90.
- A4.** Telatar B, Comert S, Vitrinel A, Erginoz E, Akin Y. **The effect of maternal anemia on anthropometric measurements of newborns.** Saudi Med J. **2009**;30(3):409-12.
- A5.** Bolat F, Uslu S, Bolat G, Comert S, Can E, Bulbul A, Nuhoglu A. **Healthcare-associated Infections in a Neonatal Intensive Care Unit in Turkey.** Indian Pediatr. **2012** Apr 1. pii: S097475591100892-1. [Epub ahead of print].
- A6.** Uslu S, Kumtepe S, Bulbul A, Comert S, Bolat F, Nuhoglu A. **A comparison of magnesium sulphate and sildenafil in the treatment of the newborns with persistent pulmonary hypertension: a randomized controlled trial.** J Trop Pediatr. **2011**;57(4):245-50.
- A7.** Uslu S, Ozdemir H, Bulbul A, Comert S, Can E, Nuhoglu A. **The evaluation of polycythemic newborns: efficacy of partial exchange transfusion.** J Matern Fetal Neonatal Med. **2011**;24(12):1492-7.
- A8.** Uslu S, Ozdemir H, Bulbul A, Comert S, Bolat F, Can E, Nuhoglu A. **A comparison of different methods of temperature measurements in sick newborns.** J Trop Pediatr. **2011**;57(6):418-23.
- A9.** Akin Y, Comert S, Turan C, Unal O, Piçak A, Ger L, Telatar B. **Increasing low birth weight rates: deliveries in a tertiary hospital in istanbul.** Iran J Pediatr. **2010**;20(3):284-90.
- A10.** Can E, Bülbül A, Uslu S, Comert S, Bolat F, Nuhoğlu A. **Effects of aggressive parenteral nutrition on growth and clinical outcome in preterm infants.** Pediatr Int. **2012** Aug 13. doi: 10.1111/j.1442-200X.2012.03713.x. [Epub ahead of print].
- A11.** Uslu S, Ozdemir H, Comert S, Bolat F, Nuhoglu A. **The effect of low-dose heparin on maintaining peripherally inserted percutaneous central venous catheters in neonates.** J Perinatol. **2010**;30(12):794-9.
- A12.** Akin Y, Comert S, Turan C, Piçak A, Ağzikuru T, Telatar B. **Macrosomic newborns: a 3-year review.** Turk J Pediatr. **2010**;52(4):378-83.
- A13.** Akin Y, Ağzikuru T, Comert S, Atilkan P, Erdağ GC, Telatar B. **Hospitalizations for pediatric intoxication: a study from Istanbul.** Turk J Pediatr. **2011**;53(4):369-74.
- A14.** Telatar B, Comert S, Vitrinel A, Erginöz E. **Anthropometric measurements of term neonates from a state hospital in Turkey.** East Mediterr Health J. **2009**;15(6):1412-9.
- A15.** Akin Y, Ercan O, Telatar B, Tarhan F, Comert S. **Hypospadias in Istanbul: incidence and risk factors.** Pediatr Int. **2011** Oct;53(5):754-60. doi: 10.1111/j.1442-200X.2011.03340.x.
- A16.** Bolat F, Uslu S, Bülbül A, Comert S, Can E, Baş EK, Güran O, Nuhoğlu A. **Yenidoğan yoğun bakım biriminde hastane kökenli kan akım enfeksiyonları.** Turk Arch Ped. **2011**;46:137-43.
- A17.** Telatar B, Vitrinel A, Comert S, Erginöz E, Tutkun E, Akin Y. **Gebelerde Sigara Kullanımının**



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Yenidoğanın Antropometrik Ölçümleri Üzerine Etkisi. Nobel Med. **2010**;6(2):15-19.

A18. Comert S, Akin Y, Vitrinel A, Telatar B, Ağzikuru T, Gözü H, Bircan R, Turan S. A mutation in thyroid hormone receptor beta causing "resistance to thyroid hormone" in a neonate. Minerva PEDIATR. **2010**;62(4):419-22.

A19. Bulbul A, Bolat F, Comert S, Demirin H, Tanik C, Bulbul L, Nuhoglu A, Dokucu Aİ. Persistent hyperinsulinemic hypoglycemia with left ventricular hypertrophy and dysrhythmia: a case report. Fetal PEDIATR Pathol. **2010**;29(3):165-71.

A20. Can E, Bulbul A, Uslu S, Demirin H, Comert S, Bolat F, Nuhoglu A. A case of Seckel syndrome with Tetralogy of Fallot. Genet Couns. **2010**;21(1):49-51.

A21. Comert S, Vitrinel A, Akin Y, Mutlu GY, Tokuc G, Bakir B. Abdominal mass in a neonate: hepatoblastoma. Indian J PEDIATR. 2007;74(10):956-8.

A22. Comert S, Vitrinel A, Akin Y, Canturk O, Cetinkaya E, Aksoy F. Cerebral infarctions manifesting as neonatal seizure. J Coll Physicians Surg Pak. 2007; 17(9):574-6.

A23. Comert S, Vitrinel A, Gursu HA, Deniz NC, Akin Y. Subacute sclerosing panencephalitis presenting as acute disseminated encephalomyelitis. Indian J PEDIATR. 2006;73(12):1119-21.

A24. Bircan Z, Katar S, Batum S, Yavuz AY, Comert S, Vitrinel A. The Effect of Albumin and Furosemide Therapy on Hemostatic Parameters in Nephrotic Children. Int PEDIATR. 2001;16(4):235-37.

A25. Comert S, Girit N, Yavuz A, Vitrinel A. School Performance, Physical Activity and Knowledge about Asthma among children with Asthma. Euro Asthma Forum 2000;6:7-8.

B. Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında (Proceedings) basılan bildiriler :

- 22. Ulusal Neonatoloji Kongresi, 10-12 Nisan 2014. "Neonatal Hidronefroz" konulu Kongre Sunumu.
- 21. Ulusal Neonatoloji Kongresi, 10-13 Nisan 2013; Sözlü bildiriler.
 - o **Prematüre Bebeklerde Prematüre Retinopatisi ve İlişkili Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi.** Fatih Varol, Gamze Özgürhan, **Serdar Cömert**, Nedim Samancı, Tutku Özdoğan, Müjde Tuba Çöğürlü, Ebru Şenol
 - o **CRIB II, SNAP-PE II ve NTISS Skorlama Sistemleri ile Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Mortalite Riskinin Belirlenmesi.** Müjde Tuba Çöğürlü, Gamze Özgürhan, **Serdar Cömert**, Nedim Samancı, Tutku Özdoğan, Fatih Varol, Şükrü Aydemir

B1. Uslu S, Ozdemir H, Bülbül A, Comert S, Can E, Bolat F. XXII European Congress of Perinatal Medicine konferansı dahilinde "The Journal of Maternal-Fetal Neonatal Medicine, Book Of Abstracts" bildiri kitapçığındaki "The Evaluation of Polycythemic Newborns Performed Partial Exchange Transfusion: To do or not to do?", 558 pp., Granada, İspanya, Mayıs **2010**.

B2. Can E, Bülbül A, Uslu S, Comert S, Bolat F, Nuhoglu A. 2nd International Congress of UENPS konferansı dahilinde "Early Human Development Supplement" bildiri kitapçığındaki "Evaluation of two different types of parenteral nutrition on early growth of preterm infants", 121 pp., İstanbul, Türkiye, Kasım **2010**.

B3. Bolat F, Uslu S, Bülbül A, Can E, Comert S. 2nd International Congress of UENPS konferansı dahilinde "Early Human Development Supplement" bildiri kitapçığındaki "Severe Hyperbilirubinemia due to bilateral adrenal hemorrhage in the newborn: a case report", 26 pp., İstanbul, Türkiye, Kasım **2010**.



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

B4. Comert S, Akın Y, Gözü H, Bircan R, Turan S, Vitrinel A. 25th International Congress of Pediatrics konferansı dahilinde "25th International Congress of Pediatrics Book of Abstracts" bildiri kitapçığındaki "**A mutation in thyroid hormone receptor beta causing resistance to thyroid hormone in a neonate**", 73 pp., Atina, Yunanistan, Ağustos **2007**.

B5. Telatar B, Comert S, Vitrinel A, Erginöz E, Akın Y. 25th International Congress of Pediatrics konferansı dahilinde "25th International Congress of Pediatrics Book of Abstracts" bildiri kitapçığındaki "**The effect of maternal anemia on anthropometric measurements of newborns**", 81 pp., Atina, Yunanistan, Ağustos **2007**.

B6. Ağzıkuru T, Ağzıkuru S, Comert S, Akın Y, Vitrinel A. 25th International Congress of Pediatrics konferansı dahilinde "25th International Congress of Pediatrics Book of Abstracts" bildiri kitapçığındaki "**Cerebral Cyst Hydatid Caused by Echinococcus granulosus**", 50 pp., Atina, Yunanistan, Ağustos **2007**.

B7. Comert S, Soran M, Katar S, Vitrinel A, Bircan Z. European Society of Pediatric Nephrologists Congress konferansı dahilinde "Pediatric Nephrology Book of Abstracts" bildiri kitapçığındaki "**Intravenous Cyclophosphamid for childhood steroid-dependent Nephrotic syndrome**", 69 pp., Helsinki, Finlandiya, Haziran **2000**.

B8. Bircan Z, Katar S, Batum S, Yılmaz AY, Comert S, Vitrinel A. European Society of Pediatric Nephrologists Congress konferansı dahilinde "Pediatric Nephrology Book of Abstracts" bildiri kitapçığındaki "**The effect of albumin and furosemide therapy on hemostatic parameters in nephrotic children**", 62 pp., Helsinki, Finlandiya, Haziran, **2000**.

B9. Akın Y, Topsakal M, Comert S, Vitrinel A. XVII European Congress of Perinatal Medicine konferansı dahilinde "Prenatal and Neonatal Medicine Book of Abstracts" bildiri kitapçığındaki "**The assessment of the hemoglobin and hematocrit values of the healthy term newborns in our region**", 62 pp., Porto, Portekiz, Haziran **2000**.

B10. Comert S, Girit N, Yılmaz AY, Vitrinel A. ESSOP 1999 Annual Congress of the European Society for Social Pediatrics konferansı dahilinde "ESSOP 1999 Programme and abstracts Book" bildiri kitapçığındaki "**The School Performance, Physical activity level and knowledge about asthma among asthmatic children**", 41 pp., İstanbul, Türkiye, Ekim **1999**.

C. Yazılan uluslararası kitaplar veya kitaplarda bölümler :

C1. 'Gomella TL, Cunningham MD, Eyal FG, Tuttle D. Neonatology: Management, Procedures, On-Call Problems, Diseases, and Drugs. Sixth Edition, Philadelphia:Mc Graw Hill,2009.; Kitabının çevirisi; 'Çoban A, İnce Z. Neonatoloji: Tedavi, Girişimler, Sık Karşılaşılan Sorunlar, Hastalıklar ve İlaçlar. Birinci baskı, İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık,2012.'

Kitap Çevirisinden Bölümler:

Polisitemi ve Hiperviskozite. In: Çoban A, İnce Z(eds). Neonatoloji: Tedavi, Girişimler, Sık Karşılaşılan Sorunlar, Hastalıklar ve İlaçlar. Birinci baskı, İstanbul:İstanbul Medikal Yayıncılık; 2012:645-8.

C2. Cömert S. Böbrek Yetersizliği. In: Çoban A, İnce Z(eds). Neonatoloji: Tedavi, Girişimler, Sık Karşılaşılan Sorunlar, Hastalıklar ve İlaçlar. Birinci baskı, İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 2012:648-52.

C3. Cömert S. Respiratuar Sinsityal Virüs. In: Çoban A, İnce Z(eds). Neonatoloji: Tedavi, Girişimler, Sık Karşılaşılan Sorunlar, Hastalıklar ve İlaçlar. Birinci baskı, İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 2012:652-4.

C4. Cömert S. Rh Uyuşmazlığı. In: Çoban A, İnce Z(eds). Neonatoloji: Tedavi, Girişimler, Sık Karşılaşılan



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Sorunlar, Hastalıklar ve İlaçlar. Birinci baskı, İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 2012:654-9.

C5. Cömert S. Yenidoğan Konvülsiyonları. In: Çoban A, İnce Z(eds). Neonatoloji: Tedavi, Girişimler, Sık Karşılaşılan Sorunlar, Hastalıklar ve İlaçlar. Birinci baskı, İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 2012:659-65.

C6. Cömert S. Sepsis. In: Çoban A, İnce Z(eds). Neonatoloji: Tedavi, Girişimler, Sık Karşılaşılan Sorunlar, Hastalıklar ve İlaçlar. Birinci baskı, İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 2012:665-73.

C7. Cömert S. Yenidoğan Cerrahi Hastalıkları: Karın İçi Kitleler. In: Çoban A, İnce Z(eds). Neonatoloji: Tedavi, Girişimler, Sık Karşılaşılan Sorunlar, Hastalıklar ve İlaçlar. Birinci baskı, İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 2012:673-4.

C8. Cömert S. Yenidoğan Cerrahi Hastalıkları: Karın Duvarı Defektleri. In: Çoban A, İnce Z(eds). Neonatoloji: Tedavi, Girişimler, Sık Karşılaşılan Sorunlar, Hastalıklar ve İlaçlar. Birinci baskı, İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 2012:674-7.

C9. Cömert S. Yenidoğan Cerrahi Hastalıkları: Gastrointestinal Sistem Obstrüksiyonu. In: Çoban A, İnce Z(eds). Neonatoloji: Tedavi, Girişimler, Sık Karşılaşılan Sorunlar, Hastalıklar ve İlaçlar. Birinci baskı, İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 2012:677-81.

C10. Cömert S. Yenidoğan Cerrahi Hastalıkları: Havayolu, Trakeobronşial Ağaç ve Akciğerlerin Hastalıkları. In: Çoban A, İnce Z(eds). Neonatoloji: Tedavi, Girişimler, Sık Karşılaşılan Sorunlar, Hastalıklar ve İlaçlar. Birinci baskı, İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 2012:681-6.

C11. Cömert S. Yenidoğan Cerrahi Hastalıkları: Retroperitoneal Tümörler. In: Çoban A, İnce Z(eds). Neonatoloji: Tedavi, Girişimler, Sık Karşılaşılan Sorunlar, Hastalıklar ve İlaçlar. Birinci baskı, İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 2012:686-7.

C12. Cömert S. Yenidoğan Cerrahi Hastalıkları: Ürolojik Bozukluklar. In: Çoban A, İnce Z(eds). Neonatoloji: Tedavi, Girişimler, Sık Karşılaşılan Sorunlar, Hastalıklar ve İlaçlar. Birinci baskı, İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 2012:687-92.

C13. Cömert S. Sifilis. In: Çoban A, İnce Z(eds). Neonatoloji: Tedavi, Girişimler, Sık Karşılaşılan Sorunlar, Hastalıklar ve İlaçlar. Birinci baskı, İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 2012:692-5.

C14. Cömert S. Trombositopeni ve Trombosit Disfonksiyonu. In: Çoban A, İnce Z(eds). Neonatoloji: Tedavi, Girişimler, Sık Karşılaşılan Sorunlar, Hastalıklar ve İlaçlar. Birinci baskı, İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 2012:695-9.

C15. Cömert S. Tiroid Hastalıkları. In: Çoban A, İnce Z(eds). Neonatoloji: Tedavi, Girişimler, Sık Karşılaşılan Sorunlar, Hastalıklar ve İlaçlar. Birinci baskı, İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 2012:699-704.

C16. Cömert S. TORCH Enfeksiyonları. In: Çoban A, İnce Z(eds). Neonatoloji: Tedavi, Girişimler, Sık Karşılaşılan Sorunlar, Hastalıklar ve İlaçlar. Birinci baskı, İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 2012:704-17.

C17. Cömert S. Yenidoğanın Geçici Taşipnesi. In: Çoban A, İnce Z(eds). Neonatoloji: Tedavi, Girişimler, Sık Karşılaşılan Sorunlar, Hastalıklar ve İlaçlar. Birinci baskı, İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 2012:717-20.

C18. Cömert S. Ureoplasma Urealyticum Enfeksiyonu. In: Çoban A, İnce Z(eds). Neonatoloji: Tedavi, Girişimler, Sık Karşılaşılan Sorunlar, Hastalıklar ve İlaçlar. Birinci baskı, İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 2012:720-2.

C19. Cömert S. İdrar Yolu Enfeksiyonu. In: Çoban A, İnce Z(eds). Neonatoloji: Tedavi, Girişimler,



ULUSLARARASI KADIN DOğUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Sık Karşılaşılan Sorunlar, Hastalıklar ve İlaçlar. Birinci baskı, İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 2012:722-3.

C20. Cömert S. Varisella Zoster Enfeksiyonu. In: Çoban A, İnce Z(eds). Neonatoloji: Tedavi, Girişimler, Sık Karşılaşılan Sorunlar, Hastalıklar ve İlaçlar. Birinci baskı, İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 2012:723-9.

C21. Custer JW, Rau RE. Harriet Lane Handbook.18th Edition, Kidlington: Elsevier; 2010.'Kitabının çevirisi;

'Bereket G, Akçay T. Harriet Lane El Kitabı. 18. baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2012.'**Kitap Çevirisinden Bölümler:**

Nuhoğlu A, Cömert S. Neonatoloji. In: Bereket G, Akçay T(eds). Harriet Lane El Kitabı. 18. baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2012:481-505.

D. Ulusal hakemli dergilerde yayımlanan makaleler :

D1. S.Uslu, F.Bolat, E.Can, **S.Cömert**, A.Nuhoğlu, "**Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Hastane Enfeksiyonlarını Önleme Çalışmaları**", Bakırköy Tıp Dergisi, 1-7 pp., **2010** .

D2. F.Bolat, S.Uslu, A.Bülbül, **S.Cömert**, E.Can, A.Nuhoğlu, "**Yenidoğan Ünitemizde İndirekt Hiperbilirübinemi Tanısı ile Yatırılan Term Yenidoğan Bebeklerin Değerlendirilmesi**", Çocuk Dergisi, **2010**

D3. F.Bolat, A.Bülbül, S.Uslu, **S.Cömert**, E.Can, A.Nuhoğlu, "**Nadir bir konjenital anomali, anoftalmi/ mikroftalmi: Olgu sunumu**", Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni, 32-34 pp., **2010**

D4. F.Bolat, S.Uslu, **S.Cömert**, A.Dindar, A.Bülbül, A.Nuhoğlu, "**Yenidoğanda Supraventriküler taşikardi vakası:Güncel tedavi yaklaşımı**", Çocuk Dergisi, 51-54 pp., **2010**

D5. F.Bolat, S.Uslu, A.Bülbül, **S.Cömert**, E.Can, A.Nuhoğlu, "**Yenidoğan döneminde karbonmonoksit intoksikasyonu:vaka sunumu**", Çocuk Dergisi, 47-50 pp., **2010**

D6. N.A.Gül, **S.Cömert**, T.Ağzıkuru, A.Vitrinel, Y.Akın, B.Telatar, N.Girit, "**Perinatal Asfiksi Olgularının 7 yıllık Değerlendirilmesi**", Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi, 77-83 pp., **2010**

D7. R.G.Y.Mutlu, A.Vitrinel, T.Ağzıkuru, **S.Cömert**, G.Ç.Erdağ, Y.Akın, "**Antiepileptik tedavi alan çocuklarda serum hormon düzeyleri**", Ege Tıp Dergisi, 47-50 pp., **2008**

D8. B.Telatar, A.Vitrinel, Y.Akın, **S.Cömert**, "**Hastanemiz Sağlam Çocuk Polikliniğinden İzleneren Bebeklerde Anne sütü ile Beslenme Durumu**", Bakırköy Tıp Dergisi, 144-147 pp., **2008**

D9. E.Çetinkaya, T.Ağzıkuru, **S.Cömert**, A.Vitrinel, N.A.Gül, F.Aksoy, Y.Akın, "**Konservatif Tedavi ile Gerileyen Bir Konjenital Kistik Adenomatoid Malformasyon Olgusu**", Bakırköy Tıp Dergisi, 73-73 pp., **2008**.

D10.H.A.Gürsu, A.Vitrinel, **S.Cömert**, T.Ağzıkuru, F.Aksoy, Y.Akın, G.Ç.Erdağ, "**Neonatal Sepsisli Olgularımızın Prospektif Değerlendirilmesi**", Bakırköy Tıp Dergisi, 89-93 pp., **2007**

D11. **S.Cömert**, A.Vitrinel, N. Ayça Gül, F.Aksoy, Y.Akın, T.Ağzıkuru, G.Ç.Erdağ, "**Yenidoğanda Ciddi Solunum Sıkıntısı nedeni: Bir Laringo-trakeomalasi olgusu**", Bakırköy Tıp Dergisi, 104-105 pp., **2006**

D12. **S.Cömert**, Ö.Kılıç, B.Telatar, T.Ağzıkuru, Y.Akın, A.Vitrinel, "**Yenidoğanda Kan Değişiminin Sütçocukluğunda Hematolojik Parametrelere Etkisi**", Bakırköy Tıp Dergisi, 123-6 pp., **2006**

D13. R.G.Y.Mutlu, **S.Cömert**, A.Vitrinel, T.Ağzıkuru, N. Ayça Gül, F.Aksoy, Y.Akın, "**Bir Merkezin Yenidoğan Mortalite Verileri**", Bakırköy Tıp Dergisi, 47-49 pp., **2006**.

D14. Ö.Kılıç, A.Vitrinel, **S.Cömert**, F.Aksoy, Y.Akın,, "**Preterm Bebeklerde Tiroid Fonksiyonları**",



ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Çocuk Dergisi, 161-166 pp., 2006

D15. N.Çiçek, A.Vitrinel, **S.Cömert**, G.Ç.Erdağ, F.Aksoy, Y.Akın, "Prematüre Bebeklerin İzlem Sonuçları", Türk Pediatri Arşivi, 33-38 pp., 2005

D16. V.Kartal, A.Vitrinel, Ö.Kılıç, **S.Cömert**, T.Ağzıkuru, Y.Akın,, "Çocukluk çağı Pnömonilerinde *Mycoplasma Pneumonia'*nın rolü", Çocuk Forumu, 6-9 pp., 2005

D17. Ö.Kılıç, T.Ağzıkuru, **S.Cömert**, N.Çiçek, A.Vitrinel, Y.Akın, "Hemolitik üremik sendrom:4 olgu sunumu", Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi, 108-110 pp., 2004

D18. A.Vitrinel, N.Çiçek, Z.Yürük, **S.Cömert**, B.Ezengin, Y.Akın, "Konvülsiyon ve nöromotor gelişim geriliği olan çocuklarda doğum anamnezinin önemi", Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi, 218-220 pp., 2004

D19. G.Epik, A.Vitrinel, Ö.Kılıç, **S.Cömert**, T.Ağzıkuru, G.Ç.Erdağ, Y.Akın, "2-12 Yaş Arası Çocuklarda Vücut Kitle İndeksi Ölçüm Sonuçlarının Değerlendirilmesi", Çocuk Forumu, 35-41 pp., 2004.

D20. F.Aksoy, A.Vitrinel, **S.Cömert**, Y.Akın, Z.Yürük, "Yenidoğan Konvülsiyonlarının Değerlendirilmesi", Zeynep Kamil Tıp Bülteni, 145-149 pp., 2004

D21. T.Ağzıkuru, A.Vitrinel, **S.Cömert**, G.Ç.Erdağ, F.Aksoy,Y.Akın, "Hipoksik İskemik Ensefalopatide İzlem", Zeynep Kamil Tıp Bülteni, 33-39 pp., 2004

D22. Ö.S.Uluçer, G.Ç.Erdağ, A.Vitrinel, Y.Akın, F.Aksoy, **S.Cömert**,, "Asfiksinin Term Yenidoğanlarda Bilirübin Düzeyine Etkisi", Zeynep Kamil Tıp Bülteni, 29-32 pp., 2004

D23. **S.Cömert**, A.Vitrinel, G.Ç.Erdağ,, "Çocuklarda A Grubu Beta-hemolitik Streptokoklarla Oluşan Enfeksiyonlar", Çocuk Forumu, 13-21 pp., 2004

D24. **S.Cömert**, T.Ağzıkuru, N.Çiçek, A.Vitrinel, F.Aksoy, Y.Akın, "Yenidoğanda Nutrisyonel Durum Değerlendirilmesi; Antropometrik Ölçümler ile Kordon Serum Protein Düzeylerinin Karşılaştırılması", Çocuk Forumu, 22-26 pp., 2004

D25. A.Şeker, G.Tokuç, A.Vitrinel, S.Öktem, **S.Cömert**, "Menenjitli Vakalarda Beyin Omurilik Sıvısındaki Enzimatik Değişimler", Çocuk Dergisi, 56-62 pp., 2003

D26. G.Çiler, **S.Cömert**, G.Tokuç, Y.Akın, E.Şan, A.Vitrinel,, "Konvülsiyon ve Akut Bakteriyel Menenjit Arasındaki İlişki", Türk Aile Hekimliği Dergisi, 9-11 pp., 2002

D27. L.Ger, S.Öktem, A.Vitrinel, S.Cömert, Z.Bircan, "Renal ultrasonografi bulguları ile nefrotik sendrom ilişkisinin incelenmesi", Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi, 18-19 pp., 2002

D28. R.M.Aydın, S.Cömert, S.Öktem, G.Çiler, Y.Akın, A.Vitrinel, "Kan Grup Uyuşmazlığına Bağlı Yenidoğan Sarılığı Vakalarımızın Retrospektif İncelenmesi", Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi, 92-95 pp., 2000

D29. A.Y.Yılmaz, **S.Cömert**, A.Ögetman, A.Vitrinel, "Antikonvülsif ilaçlara bağlı osteomalazi: olgu sunumu", Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi, 29-31 pp., 2000

D30. N.A.Gül, **S.Cömert**, T.Ağzıkuru, B.Telatar, Y.Akın, A.Vitrinel, N.Girit. "Perinatal Asfiksi Risk Faktörleri", Çocuk Dergisi, 186-190 pp., 2007



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI

KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Prof. Dr. Serkan GCL

1971 yılında İzmir’de doğdum. 1988 yılında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi’nde tıp eğitimime başladım. 1994 yılında İstanbul Tıp Fakültesi’nden mezuniyetimi takiben 07.11.1994 tarihinde Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesinde Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD’da uzmanlık eğitimime başladım. 30.04.1999 tarihinde uzmanlık eğitimimi tamamlayıp Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanı oldum ve Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesinde Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD’da uzman doktor olarak çalışmaya başladım. Aynı klinikte 2000 yılında Yardımcı Doçent, 2006 yılında doçent ve 2011 yılında profesör kadrosunda çalıştım.

2003 yılında Amerika Birleşik Devletleri “University of Maryland Medical System Center for Advanced Fetal Care” de visiting fellow olarak çalıştım.

Halen İzmir Tınaztepe Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı’nda çalışmaktayım.

Evli ve 2 ocuk babasıyım.



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI

KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Doç. Dr. Veli MİHMANLI

SBÜ Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Eğitim Sorumlusu



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI

KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Prof. Dr. Yaprak ÜSTÜN

Liseyi Ankara Atatürk Anadolu Lisesi'nde, tıp eğitimini Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesinde, uzmanlık eğitimini kadın hastalıkları ve doğum alanında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde tamamladı.

2002-2003 yılları arasında Van Yüzüncü Yıl niversitesi'nde yardımcı doçent, 2003-2009 yılları arasında Malatya İnönü niversitesinde çalıştı. 2009-2013 yılları arasında Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesinde şef yardımcısı olarak görev aldı. 2013-2015 yılları arasında Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümünde anabilim dalı başkanı olarak görev yaptı. 2007 yılında İnönü niversitesi'nde doçentlik, 2013 yılında Bozok niversitesi'nde profesör unvanını aldı. 2010 yılında, Londra Kings College'da Prof. Kypros Nicolaidis'in direktrlğndeki Harris Birthright Research Centre for Fetal Medicine'de gözlemci olarak çalıştı. Sağlık Bakanlığı "Acil Obstetrik Bakım Klinisyen Kursu" programında eğitici olarak görev aldı. Dünya Sağlık rgt HRP Politika ve Koordinasyon Komitesinde 2012-2014 yılları arasında ulusal geçici danışman olarak görev aldı. Halen Journal of the Turkish-German Gynecological Association Dergisi editörlüğünü yürütmektedir. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve reme Sağlığı Daire Başkanlığı Anne lmleri Merkez İnceleme Komisyon yesi ve Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Ankara Şubesi başkanıdır. Yayınlanmış 200' aşkın uluslararası ve ulusal araştırması mevcuttur. Evli ve bir ocuk annesidir.



SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI

KADIN DOğUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Doç. Dr. Mehmet Yekta ÖNCEL

İzmir Kâtip elebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, ocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Neonatoloji Bilim Dalı



2004 yılında Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. ocuk Sağlığı ve Hastalıkları alanında ihtisasını 2009 yılında Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde tamamladı. Aynı yıl devlet hizmet yükümlüsü olarak Ankara ocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde ocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı olarak göreve başladı. Aynı hastanede 1 yıl boyunca ocuk Yoğun Bakım nitesi'nin sorumlu hekimi olarak görev yaptı. 2010-2014 yılları arasında Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Neonatoloji yan dal ihtisasını tamamladı. 2014-2017 yılları arasında aynı hastanede Neonatoloji Uzmanı olarak görev yaptı.

2017 yılından itibaren İzmir Kâtip elebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Neonatoloji Bilim Dalı ğretim yesi ve İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Kliniği Eğitim Sorumlusu olarak görev yapmaktadır.

Dr. ncel ulusal ve uluslararası birçok dergide editör kurulu yeliği, yayın kurulu yeliği ve dergi hakemlikleri yapmaktadır. Ayrıca 76'sı uluslararası olmak üzere 100'n üzerinde bilimsel makalesi bulunmaktadır. Atıf sayısı 1170 ve h-endeksi 17'dir

Evli ve bir kız babasıdır.



SAKLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI

KADIN DOğUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Prof. Dr. Yusuf ÜSTÜN

1996 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesinden birincilikle mezun olduktan sonra 1997-2001 tarihlerinde Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Asistanlığı yaptı ve 2001 yılında Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı oldu. 2002-2003 tarihleri arasında Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD'nda Yardımcı Doçent olarak, 2003-2006 tarihleri arasında İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD'nda Yardımcı Doçent olarak 2006-2009 tarihleri arasında İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD'nda Doçent olarak çalıştı. 2009-2012 yılları arasında Medicana Ankara hastanesinde çalıştı. 2006 yılında İnönü niversitesi'nde doçentlik ünvanını, 2012 yılında Düzce niversitesi'nde profesör ünvanını aldı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve reme Sağlığı Daire Başkanlığı Anne lmleri Merkez İnceleme Komisyon yesidir. Sağlık Bakanlığı "Acil Obstetrik Bakım Klinisyen Kursu" programında eğitici olarak görev yaptı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve reme Sağlığı Daire Başkanlığının yürüttüğü "Evlilik ncesi Danışmanlık Rehberi" hazırlama komitesi, "Gebe Bilgilendirme Sınıfı Eğitim Kitabı" Bilim Kurulu yesidir. TJOD, TSRM, Jinekolojik Onkoloji Derneği, Türkiye Maternal Fetal Tıp Derneği yesidir. Yayınlanmış 50'yi aşkın uluslararası ve 100' aşkın ulusal araştırması mevcuttur.



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI

KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

KONUŞMA ÖZETLERİ



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

HİPERNATREMİ

Alper SOYLU

Hipernatremi serum sodyum konsantrasyonunun $>145/150$ mmol/L olması olarak tanımlanır. Çocuklarda sık görülmemekle birlikte ağır hipernatremide, özellikle serum sodyum düzeyinin hızlı ve büyük değişikliklerinde, ciddi nörolojik komplikasyonlar gelişebilir.

Hipernatremi 3 temel mekanizma ile gelişebilir: 1) Aşırı tuz alımı (uygun hazırlanmayan bebek formulaları, sodyum bikarbonat kullanımı, deniz suyu içme, hipertonic parenteral salin), 2) Su kaybı [santral veya nefrojenik diyabetes insipitüs (DI); insensible sıvı kaybına yol açan prematürite, radyant ısıtıcı, fototerapi; yetersiz su tüketimi], 3) Su ve sodyum kaybı (kusma, diyare, ozmotik katartik gibi gastrointestinal kayıp; yanık ve terleme gibi deriden kayıp; ozmotik diüretikler, displastik böbrek, obstrüktif üropati ve akut tübüler nekrozun iyileşme süreci gibi renal kayıp).

Çocuklarda hipernatremide ateş, taşipne, kas güçsüzlüğü, huzursuzluk, tiz sesle ağlama, uykusuzluk, letarji ve koma gibi santral sinir sistemi semptomları ön plandadır. Nöbetler genellikle uygunsuz sodyum yüklenmesi veya hızlı rehidratasyon durumunda görülür. Hipernatremi çocuklarda çoğunlukla dehidratasyon ile birliktedir. Ancak, intravasküler volüm görece korunduğundan dehidratasyonun klinik bulguları daha hafiftir; kan basınçları ve idrar çıkışları daha iyidir. Bu nedenle, kliniğe geldiklerinde dehidratasyon dereceleri daha fazladır. Hücre içi sıvı kaybı nedeni ile karın cildi çekildiğinde hamurumsu bir his oluşturur.

Hipernatremik çocuğun değerlendirilmesinde öncelikle volüm durumu belirlenmelidir. Su kaybına bağlı hipernatremide dehidratasyon bulguları, tuz zehirlenmesi durumunda ise volüm yüklenmesi bulguları görülebilir. Renal su kaybı olan hastalarda idrar miktarı azalmamıştır ve dansitesi düşüktür. Ekstrarenal kayıp söz konusu ise idrar konsantrasyonu artmış, miktarı azalmıştır. İdrarda fraksiyonel sodyum atılımı (FE_{Na}) hipernatremik dehidratasyonda azalmış iken tuz zehirlenmesinde artmıştır. Diyabetes insipitüs düşünüldüğünde su kısıtlama testi ve desmopressin asetat ile nefrojenik ve santral DI ayırımı yapılması düşünülmelidir. Kombine su ve sodyum kaybı olduğunda idrar analizi ile renal ve ekstrarenal patolojiler ayırt edilebilir. Ekstrarenal kayıplarda idrar miktarı azalır, konsantrasyonu artar ve sodyum korunur (idrar $Na < 20$ mmol/L, $FE_{Na} < \%1$).

Yavaş gelişen hipernatremide beyin hücrelerinde oluşan idiojenik ozmoller hücre içi ozmolaritesini arttırarak hücre içi su kaybını önlenmeye çalışır. Hipernatremi hızla düzeltilirse su beyin hücrelerine girerek beyin ödemi, nöbet ve komaya neden olabilir. Bu nedenle hipernatremi hızlı düzeltilmemelidir. Düzeltme hızı 0.5 mmol/kg/saat (12 mmol/24 saat) olmalı ve serum sodyum düzeyi sık aralıklarla izlenmelidir. Hızlı düşme sonucu beyin ödemeine bağlı nöbet gelişir ise hipotonik sıvı infüzyonu durdurulmalı ve $\%3$ hipertonic salin infüzyonu uygulanmalıdır.

Hafif-orta hipernatremik dehidratasyonlu çocukların çoğu oral rehidratasyon sıvısı ile tedavi edilebilir.



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI

KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Ağır hipernatremik dehidratasyonda ilk öncelik intravasküler hacmin düzeltilmesidir. Bunun için tekrarlayan izotonik salin infüzyonları (10-20 mL/kg) gerekebilir. Serum sodyum düzeyinin düşme hızı replasman sıvısının sodyum içeriği, verilme hızı ve devam eden serbest su kaybı ile belirlenir. Serbest su kaybı şu formüle göre hesaplanır:

Serbest su kaybı = [(Mevcut sodyum - 145) / Mevcut sodyum] x Vücut ağırlığı x 0.6

Bununla birlikte hipernatremik dehidratasyonlu çoğu hasta yaklaşık ½ normal salin kadar sodyum içeren sıvının, idame sıvısının %20-30 fazlası hızında uygulanması ile tedavi edilebilir. Saf su kaybı olan hastalarda daha hipotonik sıvı gerekebilir (0.2 normal salin).

Akut hipernatremi genellikle sodyum yüklenmesine bağlıdır ve idiojenik ozmoller henüz oluşmadığından hızlı düzeltilebilir. Bu durumda sodyumsuz intravenöz sıvı uygulanmalıdır (%5 dekstroz). Hafif vakalarda kıvrım diüretiği eklenmesi ile fazla sodyum ve su uzaklaştırılır ve volüm yüklenmesi nlenebilir. Ağır vakalarda ise diyaliz gerekebilir.



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

UTERİN RUPTÜR

Prof. Dr. Aykan YÜCEL

Uterin ruptür nadir görülen peripartum bir komplikasyondur. Skarsız uterusta 10.000' de 2 olguda görülürken uterin skar varlığında görülme sıklığı 10.000'de 20'lere çıkmaktadır. Nadir görülen bir obstetrik acil olmakla birlikte anne ve fetüs için katastrofik sonuçlara yol açabileceği akılda tutulmalıdır. Terme yaklaştıkça uterin distansiyon ve artmış uterin aktivite nedeniyle uterin ruptür riski artar. Aşağıdaki risk faktörlerinin bir ya da daha fazlasının varlığı riski artırır:

- Uterin ruptür öyküsü
- Uterin skar varlığı
 - o Sezaryan ya da histeretomi öyküsü
 - o Uterin kaviteye girilen miyomektomi öyküsü
 - o Ektopik gebelik nedeniyle kornual rezeksiyon öyküsü
- Geçirilmiş sessiz uterin perforasyon (küretaj, histereskopi)
- Uzamış uterin taşisistol (yüksek doz oksitosin, prostaglandin)
- Artmış uterin distansiyon
 - o Çoğul gebelik
 - o Polihidramnioz
- Operatif vajinal doğum (yanlış forseps ya da vakum kullanımı)
- Grandmultiparite
- Plasenta perkrata
- Uzamış obstrükte eylem

Uterin ruptürün klinik semptom ve bulguları yavaşça ya da birdenbire olabilir. Daha önce sezaryan öyküsü olan hastalarda eylem denenmesi sırasında fetal kalp trasesi değişiklikleri uterin ruptür açısından en önemli uyarıcı işaretlerdir. Daha önce sezaryanı olan olan hastalarda uterin ruptür sonucu fetal ölüm, hipovolemik şok ve vajinal kanama görülebilir.

Uterin ruptür semptom ve bulguları:

- Fetal kalp trasesi bozuklukları
 - o Varyabl/geç deselerasyonlar
 - o Bradikardi
- Vajinal kanama
- Uterin aktivitede değişiklik
- Fetal seviyenin kaybı
- Uterin insizyon yerinde ağrı
- Hipotansiyon/taşikardi

Klinik prezentasyon ruptürün yerine göre de değişir. Örneğin mesaneyi içine alan bir ruptürde birdenbire başlayan hematüri görülebilirken serviks ve üst vajinayı kapsayan bir ruptür ağır kanamayla prezente olabilir.



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Bradikardi uterin ruptürde en sık görülen klinik bulgulardandır. Varyabl ya da geç deselerasyonlar bradikardiden önce görülebilir. Fetal kısımların uterin ruptürden çıkması sonucu fetusun seviyesi kaybolabilir. Farklı karakter ve lokasyonda abdominal ağrı ve eşlik eden abdominal kanama görülür. Ruptür sonrası tipik olarak uterin kontraksiyonlar kesilir ve uterin hassasiyet gelişir. Fetal kısımların dışı çıkması sonucu uterusun palpe edilen şeklinde değişiklikler görülebilir. Uterin ruptürün tipik tanısı laparotomide uterin tabakaların tamamen ayrılmış olduğunun gözlenmesi ile konur.

Aşağıdaki faktörlerinin varlığında uterin ruptür sonrası kötü maternal ya da perinatal sonuç riski artar:

- Üç ve daha fazla sayıda sezaryen öyküsü
- Klasik, T ya da J insizyon öyküsü
- Ruptür alanının laterale ya da aşağıya uzaması
- Uterin ya da servikal damarları kapsaması
- Ruptürün plasental implantasyon alanına uzaması
- Fetusun peritoneal kaviteye ekstrüde olması
- Parsiyel ya da komplet abrupsiyo bulunur
- Nonreassuring FHR trasesi varlığında 20 dakikanın ötesinde doğum
- Uterin skar yokken ruptür
- Grandmultiparite
- Aşırı ve uzamış taşisistol

Uterin ruptürde ayırıcı tanıda aşağıdakiler dikkat etmek gerekir:

- Plasental abrupsiyo (abdominal ağrı, kanama, FHR değişiklikleri)
- İntraamniyotik enfeksiyon (abdominal ağrı, kanama, FHR değişiklikleri)
- Başka kökenli intraabdominal kanama
- KC ruptürü (şiddetli preeklampsi?)
- Splenik arter anevrizması
- Diğer

Hastanın hemodinamik durumu değerlendirilip acil replasman ve destek tedavisi sonrası uterin ruptür cerrahisinde hemoraji kontrol edilir, diğer organ hasarları özellikle üriner sistem kontrol edilir ve defekt onarılır. Hasarın yeri ve dağılımına göre ve hastanın gelecekteki fertilitate arzusuna göre optimal onarım tekniği belirlenir. İntraoperatif hemodinamik stabilitenin sağlanabilirliği cerrahi açıdan onarım ya da histerektomi seçimi yaparken belirleyicidir.

Uterin ruptür sonrası gebelikte rekürrens oranları %22-100 arası bildirilmiştir. Uterin fundus tutulumunda risk en fazladır. Optimal doğum zamanlaması net değildir. Fundal ruptür öyküsü varlığında 34-35.haftalarda pulmoner matüriteye bakıp doğum planlanmasına dair veri mevcuttur. Alt segment ruptür öyküsünde 36-37 haftada sezaryan ile doğum planlanmalıdır.



YENİDOĞAN CANLANDIRMASINDA GÖĞÜS KOMPRESYONU

Uz.Dr.Aysun BOĞA, Doç. Dr. Serdar CÖMERT

Göğüs kompresyonunu; yenidoğan canlandırmasında kalbin pompalama kabiliyetinin yeterli olmadığı durumlarda uygulanır. Yenidoğanda bradikardisinin asıl nedeni hipoksi olduğu için kompresyon kararı almadan önce etkin şekilde ventilasyon uygulanmış olmalıdır. 30 saniye etkin pozitif basınçlı ventilasyona rağmen KAH 60 atım/dakikanın altında ise göğüs kompresyonuna başlanmalıdır. Teknikte her iki elin başparmakları proksimal eklemde kırık olarak bası dik uygulanacak şekilde sternum üzerine konur ve diğer parmaklar sırtta destek sağlar. Etkin bir kompresyon için belli bir bası derinliği sağlanmalıdır. Göğüs ön arka çapının 1/3'ü, en düşük hasar riskiyle en etkili kompresyonu sağlayacaktır. Her 3 kompresyona 1 ventilasyon eşlik edecek biçimde, 2 saniyede bir döngü tamamlanmalıdır. 60 saniye kompresyon ve ventilasyon etkin şekilde uygulandıktan sonra kalp atım hızına bakılır KAH 60-100 atım/dakika arasında ise; göğüs kompresyonu durdurulur, ventilasyon sürdürülür.KAH 60 in altında ise ilaç uygulamasına geçilir.

YENİDOĞAN CANLANDIRMASINDA İLAÇLAR

Yenidoğan canlandırmasında ilaç her 1000 term veya geç preterm doğumun bir ila üçünde gerekir. En sık kullanılan ilaç Adrenalin'dir.Adrenalin ; 30 saniye etkin pozitif basınçlı ventilasyon uygulandıktan sonra eğer kalp atım hızı dakikada 60'ın altında ise pozitif basınçlı ventilasyon ve kompresyona başlanıp , 60 saniye sonra kalp atım hızı dakikada hala 60 atımın altında ise 0,1-0,3 ml / kg uygulanır. Uygulanacak Adrenalin konsantrasyonu 1/10000 lik olmalıdır. Uygulama yolu olarak umbilikal ven, intratrakeal yol ve kemik içi yol kullanılabilir. Gerekli durumlarda 3-5 dakikada bir tekrarlanabilir. Volüm genişleticiler bebeğin canlandırmaya yeterli yanıt vermediği ve aynı zamanda şok bulguları ya da akut kanama öyküsü olması durumunda kullanılır. Volüm genişletici olarak serum fizyolojik (anemi şüphesinde O rh- eritrosit süspansiyonu) 10-20 ml /kg olarak umbilikal venden yada kemik içi yoldan uygulanır



ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

GÜNCEL D VİTAMİNİ EKSİKLİĞİ

Prof. Dr. Behzat ÖZKAN

D vitamini, kalsiyumun barsaktan emilimi ve normal kemik mineralizasyonun için gerekli bir pro-hormondur. Çocuklarda D vitaminin eksikliği ve yetersizliği sınır değerler için; 2015 yılında Pediatrik Endokrinoloji ve Diabet Derneği tarafından D vitamini eksikliği için <15 ng/mL, D vitamini yetersizliği için 15-20 ng/mL, normal değerler için ise >20 ng/mL olarak belirlerken; 2016 yılında bu değerler Global fikir birliği raporunda D vitamini eksikliğini <12 ng/mL, D vitamini yetersizliğini 12-20 ng/mL, normal değerini de >20ng/mL olarak revize edilmiştir.

Maternal D vitamini eksikliği erken çocukluk döneminde kemik doku, solunum sistemi hastalıkları ve enfeksiyonlar gibi bir çok hastalığa zemin hazırlayabilmektedir.

D vitamin eksikliği büyüyen kemik dokuda yetersiz mineralizasyona yol açarak rikets gelişimine neden olur. D vitamin düşüklüğü, hipokalsemiye, hipofosfatemiye, sekonder hiperparatiroidiye, kemik dokudan kalsiyum rezorpsiyonuna, epifiz plağında deformasyona, osteopeni veya kemik kitlesinde azalmaya neden olur. Yetersiz mineralizasyon sonucu büyüme plağı genişler, metafizyel sınır düzensizleşir, kemik kırıkları ve osteoporoz gelişir. D vitamin eksikliğinde kraniotabes, geniş fontanel, frontal bossing, kaput quadratum, diş çıkarmada gecikme, mine hipoplazisi, uzun kemik uçlarında genişleme, raşitik rozari, Harrison oluğu, göğüs deformitesi, pnömoni,'O' bacak, orantısız boy kısıalığı gibi kemik dokuya ait klinik bulgulara yol açarken, hipokalsemik konvülzyon, kalp yetmezliği, kardiyomiyopati, anemi, pansitopeni, kabızlık, organomegali ve gelişme geriliği gibi kemik doku dişi bulgulara da yol açmaktadır.

Koyu renkli olanlar, vegan diyet uygulayanlar, kronik böbrek ve karaciğer yetmezliği olanlar, malabsorpsiyon sendromları, kronik hastalar, gebeler, maternal D vitamini eksikliği bakımından riskli infantlar, prematüreler, osteopenisi olanlar, granülomatöz hastalıkları olanlar, obezler, kanser (lenfomalar) hastaları, ALP ve/veya PTH düzeyi yüksek olanlar da D vitamin eksikliği bakımından taranmalıdır.

D vitamini eksikliğine bağlı riketsin tedavisinde amaç, biyokimyasal, klinik ve radyolojik bulguları düzeltmek, tükenmiş D vitamin depolarını yerine koymaktır. D vitamin tedavisi uzun süreli düşük doz tedavi veya stoss D vitamini tedavisi şeklinde uygulanabilir. Nutrisyonel rikets de en az 3 ay süre ile 0-1 yaş arasında 2000 IU/gün, 1-12 yaş arasında 3000-6000IU/gün, 12 yaş üzerinde 6000IU/gün D vitamin ve 500mg/gün oral kalsiyum desteği verilmelidir. Uzun süreli düşük doz D vitamini tedavisinin en önemli yan etkisi uyum problemidir. Stoss D vitamini, 3 aydan kk çocuklarda önerilmez. Üç-12 ayda 50.000-150.000 IU, 12 yaş üstünde 300.000 IU (bölünmüş dozlarda) uygulanır. Uyum problemi olanlarda stoss D vitamini tedavi tercih edilmelidir.

Erken yrsn ya da erken dişi çıksın diye gereksiz şekilde yüksek doz D vitamini (300-600.000IU)



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI

KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

verilmesi, bacak eğriliği olan vakalara yeterli inceleme yapılmadan defalarca "stoss tedavi" yapılması, yenidoğan ve ilk 6 aydaki bebeklerde tek doz gereksiz 300.000 ünite verilmesi D hipervitaminozuna yada D vitamini intoksikasyonuna yol açabilir. D vitamini hipervitaminozunda, 25-OHD 100 ng/ml'in üzerinde intoksikasyonun da ise 25-OHD 150 ng/ml'in üzerindedir.

D vitamini eksikliğine karşı korunmada, gebeliğin 3. ayından itibaren 9 damla/gün, pretermelerde en az 1 yaşına kadar 400IU/gün, bütün bebeklere nasıl beslendiklerine bakılmaksızın doğumu izleyen ilk günlerden itibaren günde en az 400IU, 1 yaşından sonra 600 IU/gün risk taşıyan adolesan kızlar başta olmak üzere, ergenlik döneminde 600-1000 IU/gün, D vitamini verilmelidir. Önerilen profilaktik dozun serum D vitamini düzeyini 20 ng/ml'nin üzerine çıkarması yeterlidir. Kemik doku dışı etki için yüksek doz D vitamini kullanılmasına ihtiyaç yoktur.



ULUSLARARASI
KADIN DOğUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

BÜYÜME GERİLİğINE YAKLAşIM

Prof. Dr. Bumin N. DÜNDAR

İzmir Katip elebi Üniversitesi Tıp Fakültesi ocuk Endokrinoloji BD

Büyüme geriliği boyun ve/veya kilonun yaşa ve cinse göre 3 veya 5 persentilin altında olması olarak tanımlanmaktadır. Beslenme yetersizlikleri hem kilo hem de boy kısalığına neden olabileceğinden büyüme geriliği olan çocukların nutrisyonel yönden değerlendirilmeleri son derece önemlidir. Boya göre ağırlığı %90'nın üzerinde olan boy çocuklarda öncelikle boy kısalığına yönelik tetkikler yapılmalıdır. Boya göre ağırlığı % 90'nın altında olan çocuklarda boy kısalığı olsa bile öncelikle malnutrisyona yönelik değerlendirme yapılması gereklidir.

Büyüme geriliği olan olgularda öncelikle iyi bir öykü alınmalıdır. Hastanın doğum tartısı ve boyu, gebelik yaşı sorulmalıdır. Özellikle ilk 2 yaşta beslenme anamnezi, psikosozal evre, kronik hastalık öyküsü, ailenin puberte başlama yaşı sorgulanmalıdır. Ailede boy kısalığı olup olmadığı sorulmalıdır. Fizik inceleme inspeksiyonla başlar. Bazı sendromlarda görülen dismorfik bulgular, vücut oranları, solukluk, karın şişliği vb bulgulara öncelikle dikkat edilmelidir. Hastanın boy, tartı, vücut oranları ve ilk 5 yaşta baş çevresi mutlaka kaydedilmelidir. Vücut oranlarının bozuk olması iskelet displazilerini düşündürür. Tartının boya göre daha düşük olması olmasa bile önceki izlemleri mevcut ve ilk başta ağırlık kaybı n plandaysa malnutrisyonu bir kronik hastalık varlığını ve psikosozal nedenleri akla getirir. Büyüme hormonu eksikliği (BH), Cushing, hipotiroidi gibi endokrin nedenlerde ve iskelet displazilerinde tartı boya göre artmıştır. Bunun dışında fizik muayenede dismorfik bir sendrom veya belirli bir hastalığa ilişkin özgül klinik bulgular saptanabilir. Orta hat defektlerinde BH eksikliği olabilir. sonradan olan büyüme duraklamasında görme alanı ve göz dibi muayenesi yapılmalıdır.

Laboratuvar incelemede kemik yaşı mutlaka değerlendirilmelidir. Boyu kısa olan bir çocukta kemik yaşının kronolojik yaşa eş veya normal sınırlar içinde olması, çocuğun büyüme potansiyelinin az olduğunu gösterir ve genetik boy kısalığı, iskelet displazileri, IUBG, sendromlar, kromozom bozuklukları gibi büyümede intrensek bir defekt olduğu düşünülür. Kemik yaşı geri ise, yapısal boy kısalığı, malnutrisyon, psikosozal nedenler, kronik hastalıklar veya endokrin nedenler akla gelmelidir. Bu ocukların büyüme potansiyeli daha iyidir ve uygun tedavi ile hedef boylarına ulaşma olasılığı vardır. Kronik hastalık araştırmasına yönelik rutin tetkikler mutlaka yapılmalıdır. Bunlar tam kan sayımı, tam idrar tahlili, eritrosit sedimentasyon hızı, sodyum, potasyum, üre, kalsiyum, fosfor, alkalin fosfataz, albumin, karaciğer fonksiyon testleri, kan pH, dışkı tetkiki, tüberkülin testi (ve gerekirse akciğer grafisi) olarak sayılabilir. liak hastalığına yönelik antigliadin veya antiendomisiyum antikorlar da ilk istenecek tetkikler arasındadır. Vücut oran bozukluğu durumunda iskelet displazileri açısından iskelet grafileri çekilir. Boyu kısa her kız ocuğunda Turner sendromunu dışlamak için serum kromozom analizi istenmelidir. IGF-I tayini BH eksikliği açısından ilk istenecek tetkiklerdendir. IGF-I'in normal ortalama değerden 2 SD' dan daha düşük olması BH eksikliğini % 75 oranında düşündürür. IGF-I SD'nin - 1 ve - 2 arasında olması durumunda BH eksikliği kuşkuludur. IGF-I'in normal düzeyini değerlendirirken



çocuğun yaşı ve puberte durumunu göz önüne almak gerekir. Malnutrisyonda, hipotiroidide, Çöliak, Crohn gibi hastalıklarda IGF-I düşük düzeydedir. Tiroid hormonlarının boy kısalığında rutin olarak bakılması önerilir. Büyüme hormonu eksikliği düşünülüyorsa bazal BH düzeyi bakmanın bir yararı yoktur. Mutlaka insulin hipoglisemisi, L-dopa, klonidin gibi BH uyarıcılarını verip BH düzeylerine bakmak gerekir. En az iki uyarılı BH testinde BH düzeyi değerlendirilir.

Boy kısalığı ile karşılaşan bir hekimin bunun normalin bir varyantı olan yapısal veya ailevi boy kısalığı mı yoksa patolojik bir boy kısalığı mı olduğunun mutlaka ayrımını yapması gerekir. Yapısal boy kısalığında tipik büyüme eğrisi, kemik yaşı geriliği, sıklıkla beraberinde puberte gecikmesi ve aile öyküsü, diğer nedenlerin dışlanması tanı koydurtur. Ailevi boy kısalığında kısa ebeveynler, normal büyüme hızı, normal kemik yaşı tanıyı düşündürür. Bunun dışındaki nedenler patolojik boy kısalıklarına yol açar.

SORULAR:

Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Boy kısalığı olan tüm kız çocuklarında karyotip analiz istenmelidir
- b) Büyüme hormonu eksikliğinde kemik yaşı geridir
- c) Konstitusyonel (yapısal) büyüme geriliği ve puberte gecikmesi genelde erkeklerde görülür
- d) Büyüme hormonu uyarı testleri ötroid halde yapılmalıdır
- e) Ailevi boy kısalığında kemik yaşı geridir

cevap: e

Boy kısalığı ve puberte gecikmesi olan 15 yaşında bir kız hastada hangi tetkik öncelikli değildir?

- a) FSH;LH; Estradiol
- b) Sol el bilek grafisi
- c) Karyotip analizi
- d) Kraniyal MRI
- e) FT4, TSH

cevap: d



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SEREBRAL PALSİ ENGELLENEBİLİR Mİ? ÖNGÖRÜLEBİLİR Mİ? Neonatolog Bakış Açısı

Prof. Dr. Canan AYGÜN

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Neonatoloji Bilim Dalı

Perinatal ve neonatal bakımdaki gelişmelere rağmen, hipoksik iskemik ensefalopati (HİE) halen neonatal mortalitenin ve uzun dönemde ağır nörogelişimsel sekinin, özellikle de serebral palsinin (SP) prematürelilik ile birlikte başlıca sorumlusudur. Term bebeklerde HİE sıklığı gelişmiş ülkelerde 1-2/1000, gelişmekte olan ülkelerde ise 2-13/1000'dir. Gelişmiş ülkelerde bile HİE sonrası mortalite %15, SP %10-15, uzun dönem nörogelişimsel sorun oranı %40'tır.

Yenidoğancılar olarak bebeğe ancak doğum sonrasında müdahale edebilmekteyiz. Doğum salonundaki bilinçli ve etkin resüsitasyon bu yaklaşımın temelidir. Postnatal sorunlarla ilgili olarak doğumdan sonra bebekte solunum sıkıntısı ya da kardiyovasküler kollaps bulgularının erken dönemde tanınması, doğum salonundan başlayarak devamlı pozitif hava yolu basıncı (CPAP) uygulamaları, bu bebeklerin uygun şekilde ve bilinçli nakli postnatal gelişen HİE'yi engelleyebilir. Ülkemizde halen birçok erken term bebek doğum sonrası yaşadıkları solunumsal sorunlar iyi yönetilmediğinden, sevk merkezine ulaşıncaya kadar postnatal asfiksiye maruz kalmaktadır.

Etkilenmiş yenidoğanlar yoğun bakım ünitesine ulaştıklarında, HİE'ye bağlı uzun dönem sekelleri engellemek amacıyla yapılan uygulamalar şunlardır:

1. Destek tedavisi: Kan basıncı stabil tutulmalı, normoglisemi sağlamaya dikkat edilmelidir. Kan basıncı stabil olan bebeklerde minimal enteral beslenme başlanabilir. Sıvı-elektrolit dengesizlikleri yakından izlenmeli; eşlik eden akut renal hasarlanma da olacağından sodyum dengesi yakından izlenmelidir. Uygun oksijenlenme gerekirse mekanik ventilasyonla sağlanmalı, nabız oksimetresi ve kapnograflar ile bebeğin kan oksijen ve CO₂ düzeyleri yakından izlenmeli, "hipo" ve "hiper" lerden uzak durulmalıdır.
2. Terapötik hipotermi (TH): Beyin yapılarının, özellikle de derin dokuların ve bazal ganglionların sıcaklığını 32-34 °C'ye kadar düşürmeyi amaçlayan; günümüzde HİE için önerilen tek efektif, ve güvenli nöroprotektif yöntemdir (Kanıt düzeyi 1A). Vücut sıcaklığındaki her 1^oC düşüş metabolizmayı % 6-8 yavaşlatarak beynin glukoz ve oksijen gereksinimini azaltır. Terapötik hipoterminin, HİE'deki etki mekanizmaları Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Terapötik Hipotermi Etki Mekanizmaları

Beyinde ATP ve oksijen tüketimi azalır
Apoptoz ve nekrozu inhibe eder
Hücre içine iyon ve su girişini engelleyerek, ozmotik hücre ödemi engeller
Depolarizasyonu geciktirir ve hücre membran potansiyeli kaybını önler
Sekonder enerji yetmezliğini engeller
• İnflamatuvar kaskadı baskılar, sitokin salınımını ve nötrofil infiltrasyonunu önler



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

- | |
|---|
| • Eksitatör aminoasit, nitrik oksit ve serbest oksijen radikallerinin oluşumunu azaltır |
| • Lipid peroksidasyonunu baskılar |
| • Hücre içinde Ca birikimini azaltır |
| • Mitokondriyal hasarı azaltır |

Terapötik hipotermi uygulaması için birbirine üstünlüğü olmayan iki yöntem vardır: Selektif baş soğutması ve total vücut soğutması. Hipotermi tedavisi basit gibi görünse de, bebeklerin deneyimli ellerde izlenmesi ve hipotermimin ilk altı saat içinde başlanması son derece önemlidir. Term yenidoğanlarda Türk Neonatoloji Derneği (2018) TH endikasyonları Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Hipoksik İskemik Ensefalopatili Bebeklerde Terapötik Hipotermi Endikasyonları

Gebelik yaşı ≥ 36 hafta
İlk 6 saat içinde
• Kord kan gazında ya da doğumdan sonraki ilk saat içinde $pH \leq 7,0$ veya $BE \leq -16$
• 10. dakika Apgar skoru < 5 veya devam eden resusitasyon ihtiyacı
• Klinik değerlendirmede orta veya ağır ensefalopati.

Yakın tarihli bir meta-analizde (11 çalışma, 1500 bebek) HİE'li bebeklerde TH'nin mortaliteyi azalttığı, 18- 24 ayda nörogelişimin daha iyi olduğu ve sekelsiz yaşam oranlarının arttığı gösterilmiştir. "Number needed to treat" 7'dir.

3. Magnezyum sülfat: Hipotermiyle birlikte kullanıldığında etkili olabilir.
4. Nöbetlerin kontrolü ve anti-konvülzan tedavi
5. Anti-inflamatuar ve immünomodilatör ajanlar
6. Anti-oksidan ajanlar: Melatonin, N-asetil sistein
7. Eritropoetin
8. Kök hücre tedavisi
9. Xenon: Hipotermiyle birlikte kullanıldığı çalışmalar vardır.

Konuşmanın başlığı olan "Serebral palsy engellenebilir mi?" sorusunun yanıtı neonatolog bakış açısıyla "Tabii ki engellenebilir" olacaktır. Günümüzde HİE'nin en sık nedeninin bebeğin anne karnında maruz kaldığı sorunlar olduğu bilinmektedir. Bu nedenle HİE'nin engellenmesinde ağır yük kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının omuzlarındadır. Ne yazık ki bebeğin intrauterin dönemde ya da doğum sırasındaki izlemi insanlık için bilgisayar teknolojisi ya da uzay araştırmaları kadar önemli bulunmamış ve bu konuda anne-fetus-hekim üçlüsünden herhangi birinin yararına uzun yıllardır hiçbir teknolojik değişiklik olmamıştır. Fetoskoptan NST'ye geçilmiş ve bir "duraklama devri" başlamıştır. HİE'nin intrauterin dönemde ve doğum anında erken tanınip önlemlerin alınması için gerekli teknolojinin geliştirilmesi konusunda tüm uzmanların emek harcamaları gereklidir.

KAYNAKLAR

1. <http://www.neonatology.org.tr/neonatoloji/tani-ve-tedavi-protokolleri/>
2. Martinello K, Hart AR, Yap S, Mitra S, Robertson NJ. Management and investigation of neonatal encephalopathy: 2017 update. Arch Dis Child FNE 2017;102: F346-F358.



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

YENİDOĞANLARDA AKUT BÖBREK ZEDELENMESİ

Prof. Dr. Canan AYGÜN

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Neonatoloji Bilim Dalı

Akut böbrek zedelenmesi (ABZ) böbrekte ani gelişen fonksiyon kaybına bağlı olarak glomerüler filtrasyon hızında (GFH) düşme ve buna bağlı asit-baz ve sıvı-elektrolit dengesinin kaybını tanımlar.

Yenidoğanlarda doğumda böbrek damar direncinin yüksek, GFH'nin düşük, plazma renin aktivitesinin yüksek olması ve azalmış interkortikal perfüzyona bağlı olarak ABZ zedelenmesi riski yüksektir. Özellikle de prematürelde immatür renal fonksiyonlara bağlı olarak risk artar.

Sıklık: Sıklığı seçilen gruba (term/prematüre, asfikstik, septik, postoperatif) bebekler ya da kullanılan farklı ABZ skorlamasına göre (KDIGO, AKIN, pRIFLE) değişiklik gösterir. Bu konuyla ilgili olarak yapılmış çok merkezli bir çalışmada tüm yenidoğan yoğun bakım ünitesi (YYBÜ) yatışlarında sıklığı 22-29 haftalık bebeklerde %47.9, 29- 36 haftalıklarda %18.3, 36 hafta ve üzerinde doğmuş bebeklerde %36,7 olarak bulunmuştur¹

Etiyoloji: Tablo'da gösterilmiştir.

Tablo: Yenidoğanlarda akut böbrek zedelenmesi nedenleri

PRERENAL (%80)	RENAL (%10-15)	POSTRENAL (%5)
<ul style="list-style-type: none">HipovolemiSepsisHipotansiyonKonjenital kalp hastalıklarıHipoalbuminemiİlaçlar: NSAİ, ADE inhibitörleri	<ul style="list-style-type: none">Akut tübüler nekroz: Sepsis, iskemiRenal arter/ven trombozuİlaçlar: Aminoglikozidler, vankomisin..Primer renal sorunlar: PKD, intertstisyel/ glomerularSGA doğum	<ul style="list-style-type: none">İntrinsik obstrüksiyon: Mantar topuDış obstrüksiyon: TümörlerKonjenital obstrüksiyon: PUVTravmatik kateterizasyon

Tanı: Birçok olguda ABZ'nin non-oligürik olması tanıyı zorlaştırır. ABZ tanısında kullanılan kreatinin böbrek fonksiyonlarının %25-50'si kaybolmadan yükselmez. Ayrıca ilk günde bebeğin serum kreatinin düzeyi anne ile koreledir (0.8-1.2 mg/dl). Bu nedenle idrar çıkışı ve serum kreatinin düzeyleri dışında biyobelirleyiciler üzerinde çalışmalar yapılmaktadır (KİM-1, NGAL, sistatin-C gibi)²

Tedavi: Mümkünse altta yatan sorunun tedavisi (sepsis, mantar topu ya da PUV gibi) esastır. Ancak genellikle yenidoğanlarda birden çok sorun aynı anda birlikte bulunur. Tedavide sıvı-elektrolit dengesi sağlanmaya çalışılır. Günlük tartı ve aldığı-çıkarttığı takibi yapılmalıdır. Hiponatremi ve hiperkalemi siktir. Hiperfosfatemi ve metabolik asidoz tabloya eşlik edebilir. Beslenme konusunda hassas davranılmalı, nefrotoksik ilaçlardan kaçınılmalıdır. Destek tedaviye rağmen ciddi elektrolit dengesizliği, metabolik asidoz devam ediyorsa ya da anüriye bağlı ciddi yüklenme tablosu, hipertansiyon söz konusuysa renal replasman tedavisi (RRT) gerekir. Periton dializi, aralıklı hemodializ, devamlı renal



replasman tedavisi kullanılan tedavi yöntemleridir³. Çocuk nefroloji ile işbirliği hasta yönetim kalitesini yükseltecektir.

Prognoz: Yenidoğanlarda ABZ mortalitesi arttırır. AWAKEN çalışmasında ABZ'li olgularda mortalite, olmayanlardan beş kat daha fazladır. Yine birçok çalışmada ABZ'nin hastanede kalış süresini uzattığı da gösterilmiştir. Yakın dönem komplikasyonlar dışında, yenidoğan döneminde ABZ yaşayan bebeklerin erken çocukluk çağından itibaren kronik renal yetmezlik gelişimi açısından izlenmesi önerilir^{4,5}.

Kaynaklar

1. Jetton JG, Boohaker LJ, Sidethi SK ve ark. Incidence and outcomes of neonatal acute kidney injury (AWAKEN): a multicentre, multinational, observational cohort study. Lancet Child Adolesc Health. 2017 Nov; 1: 184-194.
2. Jetton JG, Askenazi DJ. Acute kidney injury in the neonate. Clin Perinatol. 2014;41:487-502
3. Ronco C, Garzotto F, Brendolan A ve ark. Continuous renal replacement therapy in neonates and small infants: development and first-in-human use of a miniaturised machine (CARPEDIEM). Lancet.2014;383:1807-1813.
4. Crump C, Sundquist J, Winkleby MA, Sundquist K. Preterm birth and risk of chronic kidney disease from childhood into mid-adulthood: national cohort study. BMJ 2019;365:l1346
5. Luyckx VA, Perico N, Somaschini M, ve ark. A developmental approach to the prevention of hypertension and kidney disease: a report from the low birth weight and nephron number working group. Lancet. 2017; 390 (10092): 424-428.



ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

PRETERM DOĞUMUN ÖNLENMESİNDE MEDİKAL TEDAVİ

Doç. Dr. Cem DANE

20 ile 36 gebelik haftaları arasındaki doğumlar erken doğum olarak tanımlanır. Preterm eylemin tanısı, düzenli uterus kontraksiyonlarına eşlik eden servikal dilatasyon veya silinmede değişiklik, ya da ilk başvuruda düzenli kontraksiyonlar ve 2 cm'den fazla servikal dilatasyon gibi klinik kriterlere dayanmaktadır. Klinik olarak preterm eylem tanısı koyulan kadınların % 10'undan azı 7 gün içinde doğum yapar. Erken doğum yapacak olan preterm eylemdeki kadınların belirlenmesi zordur. Kontraksiyonlar erken doğumun en sık farkedilen öncüsüdür. Bu nedenle, uterus kontraksiyonlarının durdurulması tedavinin en önemli odak noktasıdır. Miyometriyal kontraksiyonların engellenmesi için magnezyum sülfat, kalsiyum kanal blokerleri, oksitosin antagonistleri, nonsteroid antienflamatuar ilaçlar (NSAİİ) ve beta adrenerjik reseptör agonistleri gibi birçok ilaç kullanılmaktadır. Kanıtlar, antenatal steroid uygulanmasına olanak sağlamak amacıyla gebeliğin kısa süreli olarak (48 saate kadar) uzatılması için ilk basamak tokolitik tedavi olarak beta adrenerjik reseptör agonistleri, kalsiyum kanal blokerleri veya nonsteroid antienflamatuarların kullanılmasını desteklemektedir.

Tokolitik tedavi genellikle 48 saate kadar etkili olduğundan, doğumun 48 saat geciktirilmemesinden fayda görecektir. Fetüslere sahip gebeler tokolitik tedavi almalıdır. Erken doğumun önlenmesi için tokolitik kullanımının üst sınırı genellikle 34 haftadır. Tokolitik ve steroid tedavisi ile ilişkili olası riskler nedeniyle, bu ilaçların kullanımı spontan erken doğum riski yüksek olan preterm eylemdeki kadınlarla sınırlı olmalıdır. Gebeliğin uzamasına bağlı maternal ve fetal riskler ya da ilaçların riskleri, erken doğumun risklerinden daha fazlaysa tokoliz kontrendikedir.

Erken doğum yapanlarda yenidoğan sonuçlarının iyileştirilmesi için en faydalı girişim antenatal kortikosteroid verilmesidir. Yedi gün içinde doğum riski olan 24 ile 34. haftalar arasındaki gebelere tek doz kortikosteroid önerilir. Membran rüptürü ya da çoğul gebelik olup 7 gün içinde doğum riski olan hastalara, 24 ile 34. haftalar arasında tek doz kortikosteroid önerilir. Membranların durumuna bakılmaksızın 23. Gebelik haftasından itibaren, 7 gün içinde erken doğum riski olan gebelere tek doz kortikosteroid yapılması düşünülmelidir.

Erken gözlemsel çalışmalar prenatal magnezyum sülfat maruziyeti ile nörolojik morbidite sıklığında azalma olduğunu öne sürmüştür. Nöroproteksiyon amaçlı verilen magnezyum sülfatla ilgili mevcut klinik çalışmaların sonuçları toplandığında, doğum öncesi magnezyum sülfat verilmesinin serebral palsy olasılığını azalttığı düşünülmektedir.

Tokolitik tedavi, antenatal kortikosteroid ve nöroproteksiyon amaçlı magnezyum sülfat verilmesi veya hastanın tersiyer merkeze sevk edilmesine olanak tanımak için gebeliğin kısa süreli olarak uzatılmasını sağlayabilir. Tokoliz tedavisinin yenidoğan sonuçları üzerine doğrudan olumlu etkisi olduğunu gösteren kanıt yoktur ve tokoliz ile gebeliğin uzatılması yenidoğan için istatistiksel olarak anlamlı fayda sağlamaz.



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI

KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Erken doğumun önlenmesinde ve yenidoğan sonuçlarının iyileştirilmesinde tokolitiklerle idame tedavisi etkili değildir ve bu amaçla kullanılması önerilmez. İdame tedavi olarak gebeliği uzatmada plaseboya st nl đ  kanıtlanan tek tokolitik atosibandır.

Özellikle 32. gebelik haftasından önce intrauterin bakteriyel enfeksiyon preterm eylemin önemli bir nedenidir. Enfeksiyonun veya enflamasyonun kontraksiyonlarla ilişkili olduğu ne s r lm şt r. Membranları intakt olan preterm eylem olgularında antibiyotikler gebeliği uzatmak veya yenidoğan sonuçlarını iyileştirmek için kullanılmamalıdır.

Sonuç olarak; gebeliği uzatmak için önerilen farmakolojik tedaviler; uterus kontraksiyonlarını engellemek için tokolitik ilaç kullanımı ve intrauterin bakteriyel enfeksiyonların tedavisi için antibiyotik kullanımıdır. G n m özde yenidoğan sonuçlarını net olarak iyileştirdiği d ř n ölen tedaviler, fetal akciğer ve diğer organların gelişimi için kortikosteroidler ve fetal n roprotektif amaçlı kullanılan magnezyum s lfattır.



ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

PRETERM PREMATÜR MEMBRAN RÜPTÜRÜNDE GÜNCEL TEDAVİ

Cüneyt TANER

Preterm PROM 23 hafta ile 37+0 haftalarında görülen PROM'dur. Preterm doğumların 1/3'ü ile ilişkilidir. Prevalans tüm gebeliklerde %3 civarındadır. Daha önce PPRM hikayesi olması, genital traktüs enfeksiyonları ve birden fazla trimesterde kanama olması risk faktörleridir. Tanıda anamnez önemlidir. Muayene steril spekulum ile yapılır. USG sonrası azalmış amniyotik sıvı varsa ve tanı kesin değil ise laboratuvar testleri uygulanır. 34 hafta önce PPRM'lu gebelerde bekleme tedavisi yararlıdır ancak enfeksiyon, ablatio, kordon prolapsusu ve kompresyonu riskleri vardır. Antibiyotik profilaksisi ile korioamnionit ve neonatal morbidite azaltılabilir. Azitromisin 1 gr p.o. ve ampicilin 2 gr i.v. 4x1 48 saat verilir, sonrasında amoksisilin 500 mg 3x1 p.o. 5 gün devam edilmelidir. Tokoliz, kortikosteroidler için 48 süreyle verilebilir. Kortikosteroidler ile neonatal mortalite, RDS, intraventriküler kanama, nekrotizan enterokolit, neonatal solunum destek süresi azalır ve maternal- neonatal enfeksiyon artışı izlenmez.

Hastaneye yatırılan olgular enfeksiyon açısından yakın izlenmelidir. Genital HSV ve HIV'de bekleme tedavisi tartışmalıdır. Serklajlı gebelerde enfeksiyon bulguları varsa veya 32 hafta geçildiyse serklaj alınmalıdır. Amniyoinfüzyonun yararı ispat edilmemiştir. Progesteron tedavisi verilmesi latent dönemi uzatmamaktadır. Progesteron alan bir gebede PPRM geliştirse progesteron tedavisi kesilir. Asemptomatik gebelerde enfeksiyon taraması yapılması ve pozitif olanlara antibiyotik verilmesi PPRM'u engellemez. Hikayede PPRM varsa progesteron verilebilir. İntauterin enfeksiyon, ablatio plasenta, kord prolapsusu veya kord kompresyonu varsa fetüs hemen doğurtulmalıdır. Anne ve fetüs stabil ise ≥ 34 ise risk ve avantajlar konuşularak doğum indüklenmelidir. Kontraendikasyon yoksa spontan veya indüklenmiş vajinal doğum yaptırılır. Sezaryen standart endikasyonlar varlığında uygulanır. Stabil hastalarda 37. haftaya dek beklenebileceği ileri sürülse de riskler açısından beklemek tavsiye edilmemektedir.



ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

ÇOCUK İSTISMARI OLGULARINDA HEKİMİN YOL HARITASI

Doç. Dr. Çağatay NUHOĞLU

Dünya Sağlık Örgütü'nün 1999 tanımına göre "çocuk istismarı" (child abuse) veya çocuğa karşı kötü muamele; sorumluluk, güven ve yetenek ile ilgili genel durumuna, sağlığına, yaşamına, gelişimine, değerine zarar verebilen, fiziksel ve/veya duygusal kötü davranış, cinsel istismar, ihmal ve her türlü ticari çıkar için çocuğun kullanılmasını içeren tüm saldırgan davranışlardır. Çocuk ihmali de istismar olarak kabul edilir. Çocuğun beslenme, sağlık, barınma, giyim, korunma ve gözetim gibi yaşamsal gereksinimlerinin çocuğa bakmakla yükümlü kişi(ler) tarafından, daha geniş anlamda da sağlık, eğitim, sosyal yardım ve güvenlik kurumlarını içeren devlet tarafından karşılanmaması olarak tanımlanır.

Fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar ve ihmal çocuk istismarının tiplerini oluştururlar. Fiziksel İstismar; Çocuğun, kendisine bakmakla yükümlü olan bireylerden fiziksel zarar görmesi, bedensel bütünlüğünün bozulmasıdır. Cinsel İstismar; Bir erişkinin, psiko-sosyal gelişimini tamamlamamış, küçük yaşta bir çocuğu cinsel doyum için kullanmasıdır. Duygusal istismar ve ihmal, çevredeki yetişkinlerin gerçekleştirdiği, çocuğun kişiliğini zedeleyici, duygusal gelişimini engelleyici eylem ya da eylemsizliklerdir.

Sakat çocuklar, evlilik dışı doğan, hızlı sosyokültürel değişim içinde büyüyen, savaşın olduğu ülkelerde yaşayan çocuklar, çok çocuklu aile çocukları, üvey ebeveynle yaşayan çocuklar, eğitimsiz, kendisi de istismar görmüş kişilerin çocukları, aile içi geçimsizlik, ailede ruhsal hastalık öyküsü olan ve istenmeyen gebelik sonrası doğmuş çocuklar, düşük sosyoekonomik seviye, alkol veya uyuşturucu kullanımı, genç ebeveyn ve tek ebeveyn olması istismar için risk faktörleridir.

Şüpheli durumda çocuğun acil müdahale gerektiren bir durumu var mı, hızlı sistemik muayene yapılması uygun olur. Kanama, şok vb. varsa önce yaşam kurtarıcı girişimler gerçekleştirilip hasta stabilize edilmelidir. Şartlar uygunsa çocuk hastaneye yatırılmalıdır. Şartla uygun değilse adli makamlara bildirip mümkünse sivil giyimli kolluk kuvvetleri aracılığıyla uygun bir merkeze sevk edilmelidir. Çocuk İzlem Merkezi veya Çocuk Koruma Merkezi idealdir. Bu merkezlerden olumlu yanıt alınamazsa çocuk olgu kabul edebilecek en yakın hastaneye sevk yapılmalıdır.

İstismara uğradığı halde iyi bir değerlendirme yapılmadan eve gönderilen çocukların, daha sonra %5-10'unun öldürüldüğü, %35-50'sinin ise ciddi hasara uğradığı, sakat kaldığı gözlenmiştir. Bu nedenle hekim, şüpheli ver vakada çocuğa sahip çıkmalı, onun hem doktoru hem de avukatı olmalıdır.



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

YENİDOĞAN CANLANDIRMASINDA POZİTİF BASINÇLI VENTİLASYON

Uz. Dr. Demet OĞUZ, Uz. Dr. Emel ATAÖĞLU

Yenidoğan akciğerinin ventilasyonu neonatal canlandırmada en önemli basamaktır. Ventilasyon için kendi şişen balon, anestezi balonu ve T-parça canlandırıcı kullanılabilir. Başlangıç basamaklarını tamamladıktan sonra, bebek solumuyorsa (apnedeysel) ya da iç çekiyorsa ya da solunumu olmasına rağmen kalp atım hızı dakikada 100 atımın altında ise PBV uygulamak gerekir. Hastanın solunumu var, KTA dakikada 100 atım veya üzerinde ve serbest akış oksijen ya da CPAP'a rağmen bebeğin satürasyonları hedef değerlere ulaşmıyorsa PBV uygulanabilir. Ventilasyon için doğru boyda maske seçilmeli ve yüze hava sızdırmadan oturmalıdır. Maskeyi yüze yerleştirirken tek el veya iki el tekniği kullanılabilir. İki el tekniğinde bir kişi maskeyi yerinde ve başı doğru pozisyonunda tutarken diğer takım üyesi balonu sıkır. Otubeş hafta ve üstündeki bebeklerde canlandırma başlangıcı için oksijen konsantrasyonu %21 daha küçükler için %21-30 arasında olmalıdır. Akış ölçer 10L/dk'ya ayarlanmalıdır. PBV'nin başarılı olduğunun en önemli göstergesi kalp hızında yükselmenin olmasıdır. Stetoskop, nabız oksimetre veya EKG monitörüyle kalp hızı izlenmelidir. PBV'ye bebeğin yanıtı 2 ayrı değerlendirme ile yapılır; ilk kalp hızı değerlendirmesi PBV'ye başladıktan sonra 15. saniyede yapılır. Kalp hızı yükseliyorsa; PBV'ye devam edilmeli ve diğer bir 15 saniye sonrasında ikinci kez değerlendirilmelidir. Kalp hızı yükselmiyorsa; göğüs hareketleri kontrol edilmelidir. Kalp hızı yükselmiyor, göğüs hareketi var ise PBV'ye devam edilmelidir ve 30 saniyeye tamamlanmalıdır. Kalp hızı yükselmiyor, göğüs hareket etmiyorsa göğüs hareketini sağlayana dek ventilasyon düzeltici hareketler (MRSOPA) yapılmalıdır. Göğüs hareketleri ve akciğer ventilasyonu sağlandığında 30 saniye süreyle PBV'ye devam edilmelidir. Göğüs hareketini sağlayan ve akciğerleri şişiren PBV'den sonra (30.sn) bebeğin 2. kalp hızı değerlendirmesi yapılmalıdır. Kalp hızı ≥ 100 atım /dk ise bebeğin solunum eforuna göre PBV'nin basınç ve hızı kademeli olarak azaltılıp sonlandırılabilir. Kalp hızı 60-100 atım/dk ise PBV'ye devam edilmelidir. Tercihen alternatif solunum yolundan yapılan ve göğüs hareketini sağlayan 30 saniye pozitif basınçlı ventilasyona rağmen bebeğin kalp atım hızı dakikada 60'ın altında kalıyorsa oksijen konsantrasyonunu %100'e çıkartılıp göğüs kompresyonuna başlanmalıdır. Bebek spontan soluyor ve kalp atım hızı dakikada en az 100, ancak zorlu solunumu veya düşük oksijen satürasyonu varsa CPAP yardımcı olabilir.

YENİDOĞAN CANLANDIRMASINDA ALTERNATİF HAVA YOLLARI

Ventilasyon için alternatif hava yolları endotrakeal tüp ve laringeal maskedir. PBV etkisiz ise ya da uzun sürecekse veya göğüs kompresyonu gereksinimi varlığında alternatif solunum yolu açılmalıdır. Göğüs kompresyonu öncesi entübasyon girişimi başarılı olmazsa laringeal maske kullanılabilir. Entübasyon için 2,5-3 ve 3,5 numara tüpler kullanılır (4.0 ET tüp NRP malzeme listesinden çıkarılmıştır). Uygun boyutta tüp, ağırlığa ya da gestasyonel haftaya göre seçilir. Tüpün trakeada olduğunun en iyi göstergesi, kalp atımının hızla artmasıdır. Bunun yanında solukta karbondioksit varlığı da tüpün trakeada olduğunu gösterir. Bu amaçla karbondioksit saptayıcılar kullanılabilir. Tüp ucunun tahmini derinliğini belirlemek için NTM yöntemi ve gebelik yaşı ya da doğum ağırlığına göre hazırlanmış olan bir tablolarından faydalanılabilir. NTM, yani nazal septum-tragus mesafesi hem term, hem de preterm bebeklerde kullanılabilir. Nazal septumdan tragusa olan mesafe ölçülür, bulunan değere 1



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI

KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

eklenmesiyle, dudak kenarında olması gereken santimetre değeri bulunmuş olur. Laringeal maske balon maskenin yüze oturtulamadığı ağız, dudak, damağı içeren doğumsal anomaliler, alt çene küçüklüğüne yol açan durumlar,maske ile ventilasyonun etkisiz kaldığı, entübasyonun başarılamadığı durumlarda kullanılabilir. Laringeal maskenin yumuşak doku travması, hava kaçağı sonucu gastrik distansiyon gibi komplikasyonları olabilir.



ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

NRP GÜNCELLEME

Prof. Dr. Merih ÇETİNKAYA, Hem. Dilek BURBUT

1-2. Dersler

- Güncelleme süreci
- Akış çizelgesi ve başlangıç basamakları
- Ventilasyon, kompresyon ve alternatif havayolu
- İlaçlar ve bakım düzeyleri
- Preterm bebek
- Ekip çalışması
- Uygulamalar
- Sertifika sınavı

NEDEN GÜNCELLEME

- Canlandırma ve yenidoğan canlandırması konusunda bilgi ve deneyimin artması
- Değişen kavramlar
- Gelişen eğitim bilim

GÜNCELLEME KONULARI

- Deprese bebeklerde kordon klempenmesi geciktirilmeli mi?
- Doğum salonunda yenidoğanın ısı kontrolü en iyi nasıl gerçekleştirilir?
- Mekonyumlu deprese bebekte entübasyon ve aspirasyon işe yarar mı?
- Doğum salonunda prematüre bebekler için oksijen nasıl kullanılmalıdır?
- Doğum salonunda prematüre bebeğin ilk solukları nasıl verilmelidir?

NRP'de değişmeyenler;

- § Antenatal değerlendirme
- § Canlandırmaya hazırlık-malzeme kontrolü
- § Canlandırmanın öngörülmesi
- § Başlangıç basamakları
- § Ventilasyon...ventilasyon...PBV endikasyonları...
- § Ekip çalışması ...

Değişiklikler;

Antenatal değerlendirme-ön toplantı (doğum öncesi sorulacak 4 soru)

Ekip çalışması ve iletişim. (ön toplantı)

- Yetersiz iletişim ve kötü ekip çalışması doğum odasında önlenebilir bebek ölümlerinin en sık nedenidir.
- Etkin bir koordinasyon karışıklık ve yetersizlik durumunun önlenmesi ve başarılı bir canlandırma için gereklidir.

Doğum öncesi 4 soru sorulmalıdır.

1. Tahmini gebelik haftası nedir?
2. Kaç bebek beklenmekte?
3. Amniyotik sıvı berrak mı?
4. Ek risk faktörü mevcut mu?



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

CANLANDIRMA ÖNCESİ ÖN TOPLANTISI

- Perinatal risk faktörlerini değerlendir
- Ekip liderini belirle
- Görev dağılımını yap
- Girişim ve uygulamaları kayıt edecek kişiyi belirle
- Hangi malzeme ve cihazların gerekeceğini belirle
- Destek gerektiğinde nasıl hareket edileceğini belirle

3. DERS

YENİDOĞAN BAKIMININ BAŞLANGIÇ BASAMAKLARI

- Göbek kordonu klemplenmesi
Doğumda canlandırma gereksinimi olmayan term ve prematüre bebeklerde en az 30 sn kord klemplenmesinin geciktirilmesi önerilmektedir. Doğumda canlandırma ihtiyacı olan bebekler için kord klemplenme geciktirilmesi yönünde uyarı yok <29 GH prematüre bebekler için rutin kord sağılması önerilmiyor. Kordon klemplenmesinin geciktirilmesi doğum öncesi kararlaştırılmalıdır.

- Yenidoğanın ilk değerlendirilmesi

Hızla 3 soru sorulur:

Term mi?

Tonusu iyi mi?

Solunumu var mı veya ağlıyor mu?

- Yenidoğan bakımının başlangıç basamakları
 - ◊ Bebeğin ısıtılması
 - ◊ Pozisyon verilmesi
 - ◊ Gerekiyorsa hava yolunun temizlenmesi
 - ◊ Kurulanması
 - ◊ Taktik uyaran verilmesi
- Başlangıç basamaklarına bebeğin yanıtının değerlendirilmesi
- Solunum
- Kalp Hızı değerlendirme: Stetoskopi- 6 saniye süreyle - Atım/dakika olarak belirlenir. Göbek kordonu palpasyonu: Yeterince güvenilir değildir. Kalp hızı muayene ile belirlenemezse ve bebek deprese ise Nabız oksimetre veya EKG monitörü bağlanmalıdır

- Santral siyanoz / zorlu solunum varlığında yapılacaklar

Sağlıklı bebekte doğum sonrası ilk dakikalarda görülebilir. Gözle değerlendirme yanıltıcı olabilir. Oksijenlenmeyi değerlendirmek için nabız oksimetresi kullanılmalıdır. SPO₂ hedeften düşükse ve artmıyorsa oksijen verilmelidir.

- Nabız oksimetre kullanımı ve sonuçların yorumlanması
- Oksijen desteği
- CPAP uygulaması

Bebek soluk alıyor ve kalp hızı en az 100 atım/dk ise düşünülmemelidir. Anestezi balonu veya T-parça canlandırıcı kullanılarak verilebilir . CPAP kendi şişen balon ile uygulanamaz.

- Mekonyumlu amniyotik sıvı varlığında ne yapılmalı

Mekonyumlu boyalı amniyotik sıvı: Deprese yenidoğanlarda Trakeal aspirasyon için rutin entübasyon önerilmez. Deprese mekonyumlu bebekte başlangıç basamakları ve ventilasyon öncelikli düşünülmemelidir.



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

ÇOCUK VE ADOLESANLARDA RUTİNE GİRMEYEN AŞILAR: ÖNERELİM Mİ?

Doç. Dr. Eda KARADAĞ ÖNCEL

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tepecik SUAM, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği

Çocukların aşılınması çok önemli ve maliyet etkin halk sağlığı girişimlerinden birisi olmuştur. Birleşmiş Milletler Binyıl Gelişim Hedefleri (United Nations Millennium Development Goals) nin sağlıkla ilgili beklentilerinden biri olan 2015 yılında 5 yaş altı çocuk ölümlerini 2/3 oranında azaltma hedefi, mevcut aşılarda dünya genelinde yaygın olarak aksatılmadan kullanılıp çocuklarda aşılama oranlarının %90'a çıkarılmasıyla birlikte olanaklı olabilecektir. Çok geniş bir bağışıklama programına sahip ülkemizde halen rutinde uygulanmayan ancak birçok dernek ve kuruluş tarafından önerilen, çocukluk çağında uygulanan dört aşı mevcuttur. Bunlar; rotavirüs, meningokok, influenza ve human papilloma virüs aşılardır.

Rotavirüs aşılı

Rotavirüs dehidratasyona yol açan şiddetli gastroenteritin bütün dünyada çocuklar arasında en sık görülen nedenidir. Hastalık dünyada ortalama 500 bin çocuk ölümüne yol açar, bütün ishale bağlı ölümlerin (2.4-3.2 milyon ölüm) %20'sini oluşturur. Rotavirus enfeksiyonları özellikle 3-24 aylık çocuklarda daha ağır seyretmeye meyillidir. Rotavirüs enfeksiyonları için primer korunma etkin ve güvenilir rotavirüs aşılının uygulanmasıyla sağlanabilir. Rotavirüs aşılı rutinde 2. aydan itibaren; 2 ay (1-2 ay) arayla 2 doz (monovalan rotavirüs aşısı; rotarix®) veya 3 doz (pentavalan rotavirüs aşısı; rotateq®) şeklinde uygulanır.

Meningokok aşılı

Meningokoklar, invaziv meningokokal hastalığa yol açarak mortalite ve morbiditeye neden olan dünya genelinde önemli bir sağlık sorunudur. Enfeksiyonların büyük çoğunluğu 6 serogrup (A, B, C, Y, X ve W) ile oluşmaktadır. Ülkemizde en sık görülen menenjit etkeni olup ve menenjit nedenlerinin %82'sini oluşturmaktadır. Her yıl dünyada yaklaşık 500.000 meningokok olgusu ortaya çıkmakta ve yaklaşık 50.000 ölüme neden olmaktadır. Fatalite hızı menenjit gelişen olgularda %5-10, sepsis gelişen olgularda ise %15-20'ye ulaşmaktadır. Ülkemizde olguların büyük çoğunluğunu 0-5 yaş arası çocuklar oluşturmakta ve ölümler de en sık bu yaş grubunda görülmektedir. Ülkemizde MenACWY-DT aşısı (Menactra®), MenACWY-CRM (Menveo®) ve MenACWY-TT (Nimenrix®) olmak üzere üç 4 bileşenli konjuge meningokok aşısı mevcuttur. Meningokok serogrup B'ye yönelik MenB aşısı (Bexsero®) Kasım 2018 tarihinden itibaren ülkemiz Sağlık Bakanlığı'ndan onay almıştır.

İnfluenza Aşılı

İnfluenza virüsü; tüm dünyada oluşturduğu ciddi hastalık yükü ve sebep olduğu ölümler nedeniyle dikkatle izlenmesi gereken bir enfeksiyon etkeni olarak tanımlanmaktadır. İnfluenza virüslerinin yapısal özelliklerine bağlı olarak sürekli antijenik ve genetik değişimlere uğraması ve bunun sonucunda epidemik ve pandemiler oluşturabilme riski nedeniyle virüslerin sürekli izlenmesi ve virüs suşlarının tanımlanması önemlidir. İnfluenza aşılı inaktif ve canlı-atenüe olmak üzere iki tiptir, dünya genelinde yaygın olarak kullanılan inaktif aşılardır. Günümüzde lisanslı influenza aşılı trivalan veya



**ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ**

kuadrivalandır. ABD’de 6 aylık ve daha büyük herkesin her yıl influenza aşısı olması önerilmektedir. Özellikle altta yatan hastalıkları nedeniyle influenza komplikasyonları riski artmış olan tüm ocuk ve adolesanlara uygulanmalıdır.

HPV aşıları

Dünya genelinde 200’n üzerinde HPV tipi mevcuttur. Bunlardan HPV 6 ve 11 servikal kanser riskini artırmaz (OR=1) ve düşük riskli olarak anılır. Yüksek riskli olanlar ise servikal kanser riskini artıran 16, 18, 45, 31, 33, 52, 58, 35, 59, 56, 51, 39, 68, 73, 82 tipleridir. Bunlardan zellikle HPV 16 servikal kanser riskini neredeyse 500 misli artırmaktadır ve bazı yayınlarda dünya genelinde en potent kanserojenler arasında gösterilmektedir. Tüm servikal kanserlerin %97’sinde HPV virüsü mevcuttur. HPV’ye karşı korunmada en etkin yöntem aşıdır. HPV’ye karşı etkili  aşı (Cervarix®, Gardasil® ve Gardasil 9®) bulunmakla birlikte, 9 valanlı aşının henüz ülkemizde ruhsatı bulunmamaktadır. Bu aşılardan Cervarix® tip 16 ve 18; Gardasil® tip 6, 11, 16 ve 18; Gardasil 9® ise tip 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 ve 58 antijenlerini içermektedir. Cervarix® 0, 1, 6; Gardasil® ise 0, 2, 6. ay şemalarıyla uygulanır. Ülkemizde Cervarix® 9 yaş ve zeri, Gardasil® ise 9 – 26 yaş arasında uygulama için ruhsatlıdır. Diğer adölesan aşıları ile eş zamanlı olarak uygulanabilir.



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

BRONKOPULMONER DİSPLAZİ KORUNMA VE TEDAVİ

Emre CANPOLAT

Bronkopulmoner displazi (BPD), prematüre bebeklerin önemli bir komplikasyonu olmaya devam etmekte ve önemli mortalite ve morbiditeye neden olmaktadır.

- BPD'yi tanımlamak için birkaç farklı tanım kullanılmıştır. Literatürü değerlendirilirken, özellikle farklı çalışmalar arasında veri karşılaştırılması ve sonuçların eldeki klinik durum için geçerli olmasını sağlamak amacıyla kullanılan tanımların ve bunların sınırlamalarının iyi bilinmesi önemlidir. Yeni sınıflamaya göre BPD evre I, II, III ve IIIA olarak evrelendirilmektedir. BPD nedeniyle ölen bebekler, nazal kanül kullanılan hastalar da sınıflamaya eklenmiş olup ve radyolojik görünümün de kanıt olarak tanıyı desteklemesi gündeme gelmiştir.
- <1250 g doğan bebekler, BPD vakalarının yüzde 97'sini oluşturur. Aşırı preterm bebeklerde (gebelik yaşı <28 hafta) BPD insidansı yaklaşık yüzde 40'tır ve risk azalan gebelik yaşı ile birlikte artar.
- Doğum sonrası 36. haftada oksijen ihtiyacına dayanarak klinik tanı koyarız, pratikte uygulanması en kolay olanı budur. Oksijen doygunluğunun oda havasına yerleştirilmesinden sonraki 60 dakika içinde yüzde 90'ın altına düşmesi durumunda, oksijen desteği gerekliliğini belgeleyen tanı, fizyolojik testler ile doğrulanır.
- BPD etiyojisi çok faktörlüdür ve antenatal (intrauterin büyüme kısıtlaması, maternal sigara içimi) ve / veya postnatal faktörler (örn. mekanik ventilasyon, oksijen toksisitesi ve enfeksiyon) nedeniyle akciğer gelişimi ve dokunun zedelenmesini içerir
- İki haftalıkken FiO₂'si 25'lik bir oksijeninin üzerinde oksijen desteği gerektiren bebekler BPD gelişimi için önemli risk altındadır.
- BPD'nin fizik muayene bulguları değişiklik gösterse de, etkilenen bebeklerin çoğu takipneiktir. Diğer bulgular, retraksiyonlar, raller ve benzeri kaciğer seslerinin duyulmasıdır.
- BPD'li bebeklerde akciğer grafisinde, atelektazi, düzensiz infiltrasyonlar ve / veya pulmoner ödemi yansıtan kaba interstisyel bir patern içeren bulgular görülebilir.
- Ağır BPD hastaları, önemli kardiyopulmoner anormallikler nedeniyle hipoksemik ve hiperkapniktir. Bunlar arasında, azalmış akciğer hacimleri, artmış hava yolu direnci, azalmış komplians, anormal ventilasyon dağılımı ile hava hapsi ve hiperinflasyonla sonuçlanan düzensiz solunum yolu obstrüksiyonu ve artmış vasküler direnç sayılabilir.
- BPD'li bebeklerin çoğu ilk iki ila dört ay boyunca yavaş yavaş iyileşir. Şiddetli hastalığı olanlar uzun süre mekanik ventilasyon geçirebilir ve pulmoner hipertansiyon ve kor pulmonale gelişebilir.



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

OBEZİTE

Doç. Dr. Esra Deniz PAPATYA ÇAKIR

Yağ dokusunda ve diğer organlarda sağlığı bozacak şekilde anormal ve aşırı miktarda yağ birikmesi şeklinde tanımlanan obezite; tüm dünyada önemli bir halk sağlığı sorunudur. Obezite prevalansı arttıkça, obezite ile birlikte görülen hastalıkların da prevalansı da artmaktadır. İki yaşından büyük tüm çocuklarda en azından yılda bir kez VKİ değerlendirilmelidir. VKİ percentil değerleri; ülkemiz verileri ile hazırlanan ya da Centers of Disease Control (CDC) VKİ percentil eğrileri ile değerlendirilir.

- Obezite vucut kitle indeksinin (VKİ) 95. percentil (yaşa ve cinsiyete göre) veya +2 SDS olmasıdır.
- Fazla kilolu olma: VKİ = 85-95 percentil veya +1,5 SDS ile +2 SDS arasında olmasıdır.
- Morbid obez: VKİ +3,5 SDS olmasıdır (18 yaş ve üstü için VKİ 40)
- 3 yaş altı çocuklarda "obezite" terminolojisi kullanılmadığından, çocuğun yaşına göre olması gereken kilonun 85.percentilin üzerinde olması fazla kilolu olarak adlandırılmaktadır.

Obezitenin en sık ratlanan nedeni aşırı kalori alımı ve fiziksel aktivitenin yetersizliğine bağlı olan ekzojen obezitedir. Klinik pratikte, ekzojen obezite ile endokrinolojik nedenlere ve genetik nedenlere bağlı obezitenin ayırt edilmesi gerekir. Ekzojen obezitesi olan hastalarda obezite ile ilişkili olabilecek diğer hastalıkların değerlendirilmesi gerekir.

Sağlam çocuk muayenelerinde VKİ en azından yılda bir kez değerlendirilmelidir. En sık ekzojen obezite görülür.

Obezite ile birlikte olan komorbiditelerin değerlendirilmesi gereklidir.

Ayrıntılı öykü alınmalı ve fizik muayene yapılmalıdır.

Boy kısalığı ve büyüme hızında yavaşlama endokrin ya da genetik nedenlere bağlı obeziteyi düşündürür.

Kaynaklar

1. Styne DM, Arslanian SA, Connor EL, Farooqi IS, Murad MH, Silverstein JH, Yanovski JA. Pediatric Obesity-Assessment, Treatment, and Prevention: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2017 Mar 1;102(3):709-757.
2. Akıncı A, Uçkun Kitapçı A, Bilir P, Taşçılar E, Ercan O, Törel Ergür A, Şen Y, Bideci A, Sangün Ö, Eren H, Okur H, Çayır A, Çelik N. Obezite. *Çocuk Endokrinolojisinde Uzlaş.* Düzenleyenler: Saka N, Akçay T. İstanbul. Nobel Tıp Kitabevi 2015
3. Practical Algorithms in Pediatric Endocrinology. Z. Hochberg (ed). 2nd revised edition. Basel, Karger, 2007



PREMATÜRELERDE İNTRAVENTRİKÜLER KANAMANIN ÖNLENMESİ

Prof. Dr. Fahri OVALI

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, ocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi. İstanbul

Prematüre bebeklerde ortaya çıkan nörolojik bozuklukların en önemli nedenlerinden birisi germinalmatriks-intraventriküler kanamalardır (İVK). Bu kanamalar, hidrosefali, parenkimal infarkt, serebral palsy, mental retardasyon, kognitif bozukluklar gibi ciddi sekellere yol açabilir. Germinal matriks, 24-36 haftalar arasında lateral ventriküllerde, kaudo-talamik çentik bölgesinde bulunan, ince ve frajil damarlardan zengin bir yapıdır. İnvasküler faktörler (hızlı volmreplasmanı, hipertansiyon, hipotansiyon sonrası gelişen reperfüzyon, venöz basınç artışı, serebral kan akımının otoregulasyonunun bozukluğu, hipoksemi, hiperapni, pıhtılaşma bozuklukları) veya ekstravasküler faktörler (yetersiz destek doku, fibrinolitik aktivite, enfeksiyonlar ve inflamasyon, nöbetler, genetik faktörler) kanamaları kolaylaştırır. Gebelik yaşı ne kadar küçükse İVK gelişme riski o kadar fazladır. Kanamaların çoğu ilk 24-48 saat içinde meydana gelir. Gelişmelere paralel olarak genel olarak İVK hızlarında azalma gözlenmekle beraber Evre 3-4 kanama sıklığı zaman içinde aynı kalmıştır. Prematüre bebeklere belirli bir protokol dahilinde kranial ultrasonografi (KUS) yapılarak İVK'ların erken tanınması mümkündür. İVK'lardan korunmak ve en alt düzeye indirebilmek için spesifik bir önlem olmamakla beraber, risk faktörlerinin azaltılması ve hasarın ilerlemesinin nlenmesine yönelik olarak antenatal, intrapartum ve postpartum dönemde önlemler alınabilir. Antenatal steroidlerin, diğer faydalarının yanı sıra İVK'dan koruyucu olduğu gösterilmiştir. Sezeryan ile doğumun da bazı çalışmalarda İVK'dan koruyucu olabileceği belirtilmiştir. Preeklampatik anne bebeklerinde İVK daha az görülmektedir. Doğumun, yoğun bakım ünitesinin olduğu hastanede yapılması ve bebeğin transport edilmemesi de koruyucudur. Kordonun geç klampe edilmesi veya kordon sızazlanması ile E3-4 İVK azalır. Doğumdan sonra uygun resüsitasyon yapılması, hava yolunun açık tutulması ve uygun ventilasyon yapılması ile başın orta hatta tutulması önemlidir. Kvz kapağının aılması, topuk delinmesi ve yüksek sesle konuşma gibi girişimler serebral kan akımında ciddi artışlara neden olarak İVK riskini artırdığı için bu davranışlardan kaçınmak gerekir. Surfaktan ve nCPAP kullanımı, ventilasyonu düzelttiği için faydalıdır. Entübasyon girişimleri arttıkça İVK riski de artar. Oksijen radikal hasarına neden olacağı için fazla oksijen verilmesinden de kaçınılmalıdır. Preterm bebeklerde serebral kan akımının otoregulasyonu yetersizdir ve basınç değişikliklerinden kolayca etkilenir. Kan basıncı oynamalarının fazla olması ve hipotansiyon tedavisi sonrasında İVK riski arttığı için mümkün olduğunca stabil bir kan basıncının sağlanması gerekir. Kalpte aşırı afterload artışına bağlı olarak venöz basınçların yükselmesi önlenmelidir. Bazı durumlarda permisif hipotansiyon faydalı olabilir. PDA'nın erken tedavisi ile İVK riskinde bir miktar azalma görülmüştür. Profilaktikfenobarbital ve indometasin kullanımı ile ağır İVK riski azalır. Taze donmuş plazma, K vitamini, antitrombin, rFVIIa ve eritropoetin kullanımının İVK riskini azaltmadığı gösterilmiştir. İVK'yı erken dönemde tahmin etmek ve gerekli önlemleri daha dikkatli alabilmek için bazı skollama sistemleri geliştirilmiş olmasına rağmen henüz tam olarak validasyonları yapılmamıştır. Prematreliğin nlenmesi, prematürelerin uygun şartlarda ve dikkatli şekilde bakılması ve düzenli KUS yapılması ile İVK riskini minimuma indirmek mümkün gzlmektedir.



GEBELİKTE ve LOHUSALIK DÖNEMİNDE BESLENME ve VİTAMİN DESTEĞİ

Fisun VURAL

Gebelik döneminde hem annenin artan metabolik ihtiyacı hem de büyümekte olan bebeğin ihtiyaçları besinlerden karşılanır. İyi beslenme makro (protein, karbonhidrat , yağ) ve mikro (vitamin, mineral) besin öğelerini içeren dengeli ve yeterli beslenmedir. Annenin ve fetusun artan metabolik ihtiyacını karşılamak için gebelikte günlük ekstra 300 kalori alınmalıdır. Günlük kalori ihtiyacının %45-60 'ı karbonhidrat %30'u ise yağlardan oluşmalıdır. Bu değer gebe olmayanlarla aynıdır. Protein ihtiyacı ise gebelikte artar. İkinci trimesterde 7-9 gr, son trimesterde günlük 23-29 g ek protein ihtiyacı vardır.

Öğünler 3 ana öğün 3 ara öğün olarak karbonhidrat, yağ ve proteinden dengeli olacak şekilde düzenlenmelidir. Karbonhidratlardan basit şekerler yerine lifli ve kompleks yapıli şekerler tercih edilmeli, yağlardan ise doymamış (tereyağı, et,süt), tek zincirli doymuş (zeytinyağı) ve çok zincirli doymuş yağlar (balık, ayçiçeği, pamuk, yerkıstığı yağı) eşit oranda alınmalıdır. Protein alımında komplete proteinler olarak bilinen süt, et, yumurta gibi ürünler 9 esansiyel aminoasit içerdikleri için tercih edilmelidir.

Gebelikte fazla kilo alımı preeklampsi, diyabet yatkınlığı, preterm doğum, anemi, fetal gelişme geriliği, artmış fetomaternal morbidite gibi olumsuz perinatal sonuçlar ile ilişkili bulunmuştur. Normal VKİ (vucüt kitle indeksi) sahip olarak gebe kalan hastalar gebelik süresince 11-16 kg almalıdır. Düşük VKİ olan hastalar 18 kg, artmış VKİ olanlar 9-11 kg, obez olanlar 5-9 kg almalıdır.

Lohusanın salgıladığı süt (780 ml/gün) tükettiği besinlerin bir ürünüdür. Loğusa sadece anne sütü vererek günlük 500kcal enerji kaybeder. Sağlıklı beslenen bir kadında 170 kcal depolardan alınır, geriye kalan 330 kcal besinlerden karşılanmalıdır. Gebe ve emziren kadınların sıvı gereksinmesi artan hücre dışı sıvı hacmi, fetüs gereksinmesi, amniyotik sıvı ve anne sütü salgılanması gibi nedenlerle artmaktadır. Gebe ve emziren kadınların 750-1000 ml ek sıvı alınması önerilir.

Anemi,preterm doğum,düşük doğum ağırlığı,artmış fetomaternal mortalite ile ilişkilidir.Epidemiyolojik çalışmalar gebeliğin başlangıcında kadınların %41'inde anemi olduğunu bildirmektedir. Dünya Sağlık Örgütü her gebenin 30-60 mgr elementer demir kullanmasını önermektedir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından tüm gebe ve lohusalara demir ve vitamin D desteği verilmektedir. 16. gebelik haftasından itibaren 40-60 mg/gün elemental demir desteğine başlanması ve doğum sonrası da 3 ay devam edilmesi önerilir. Vitamin D gebeliğin 12. haftasından itibaren, serum düzeyine bakılmaksızın 1200 IU başlanır ve doğum sonrası 6.aya kadar devam edilir.

Bebeğin iskelet yapısının gelişimi, annenin kemik kütesinin korunması ve osteoporozdan korunma için gebelik ve lohusalık döneminde kalsiyum (1000 mg/gün) alınmalıdır. Süt ve süt ürünlerinin tüketilmesi yeterlidir, eğer diyetle yeterli kalsiyum alımı olmuyorsa kalsiyum takviyesi düşünülebilir.

Gebe ve emziren kadınlarda iyot gereksinmesi artmaktadır. 1998 yılında tuzun iyotlanması konusunda yasal düzenleme yapılarak sofralık tuzların iyotlanması zorunlu hale getirilmiştir. Ancak sadece tuz ile



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI

KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

alınan iyot gebelik ve lohusalık döneminde yeterli olmayabilir. Özellikle çeşitli nedenlerle tuz alımının kısıtlanması gereken gebe ve emziren kadınlarda iyot gereksinmesi (200- 250 mcg/gün) mutlaka karşılanmalıdır.

Beslenme danışmanlığı sırasında; alkol ve sigara kullanmamaları , kafeinin günde 200 mg dan fazla alınmaması, Vitamin A'nın günlük 5000 üniteden fazlasının teratojen olduğu, haftada 2 den fazla balık tüketiminin çevresel toksinler açısından zararlı olabileceği, pastörize edilmemiş süt ürünleriyle, iyi yıkanmamış sebze-meyveler ve buzdolabında saklanan şarküteri ürünleriyle geçebilecek mikroorganizmalar konusunda bilgi verilmesi gerekir.



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

ÇOCUKLARDA HEMATÜRİ YÖNETİMİ

Hasan DURSUN

Hematüri idrarda kan bulunmasıdır. Makroskopik hematüri çıplak gözle görülebilen durum iken mikroskopik hematüri ise dipstikle veya idrar sedimenti ile ortaya konur. Makroskopik hematürinin araştırılması mikroskopik hematüriye göre farklılıklar gösterir. Glomerüler kaynaklı makroskopik hematüri genellikle kahverengi, çay rengi ya da kola rengi gibi tarif edilir. Alt üriner sistem kaynaklı hematüri ise pembe ya da kırmızı renkli idrara yol açar. Acile başvuran çocuklarda makroskopik hematüri insidansı 1.3/1000 olarak bulunmuştur. Anlamlı mikroskopik hematüri tanısı ise 2-3 hafta süre içinde yapılan en az üç idrar incelemesinde bir büyük büyütme alanında 5 veya daha fazla eritrosit ile karşılaşılması halinde konulur. Mikroskopik hematüri daha çok nefrologları ilgilendiren bir durumdur. Çocuklarda 6-15 yaş arası %1-2 oranında iki ya da daha fazla idrar örneğinde mikroskopik hematüri ile karşılaşmıştır. Dipstik testi ile hematüri saptanan çocuklarda mikroskopi ile hematüri kesinleştirilmelidir. Çünkü idrar rengini değiştiren birçok durum dipstik testinde yanlış pozitif sonuç verebilir.

Kan böbreğin glomerül, renal tübül veya intertisyumundan; üreter mesane üretra gibi böbrek dışından da kaynaklanıyor olabilir. Proteinüri, eritrosit artıkları ve deforme olmuş eritrositler genellikle bir glomerüler hasarı işaret eder. Renal papillalar mikrotrombüs ya da anoksi sonucunda zarar görmüş olabilir. Renal parenkimal hastalığı olanlarda sistematik enfeksiyonlar boyunca ya da orta derecede bir egzersizden sonra geçici bir hematüri ile karşılaşılabilir. Burada önemli olan hematürinin glomerüler ya da non-glomerüler olduğuna karar verilmesidir.

Çocuklarda hematürinin çok fazla nedeni vardır. Tablo 1'de çocuklarda sık görülen hematüri nedenleri gösterilmiştir.

Tablo 1: Çocuklarda hematürinin sık görülen nedenleri

Glomerüler hastalıklar:	Diğer:
<ul style="list-style-type: none">• IgA nefropatisi,• Benign familyal hematüri,• Alport Sendromu,• Akut poststreptokoksik glomerulonefrit,• Membranoproliferatif glomerulonefrit,• Sistemik lupus eritematozus• Membranöz glomerulonefrit• Henoch-Schönlein purpurası,• Hemolitik üremik sendrom	<ul style="list-style-type: none">• Nefrolitiazis• Hiperkalsiüri,• Yapısal anomaliler;• Konjenital anomaliler,• Polikistik böbrek hastalıkları,• Vasküler anomaliler (AVM, hemanjiom)• Travma,• Tümörler• Tedaviye bağlı: Penisilin,• siklofosfamid, klorpromazin, torazin
Enfeksiyonlar: <ul style="list-style-type: none">• Bakteriyal,viral• Tüberküloz• Hematolojik• Orak hücreli anemi,• Von Willebrand hastalığı• Renal ven trombozu,• Trombositopeni	



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Çocuklarda hematüri saptandığında bazen biyopsi yapmak gereklidir. Özellikle glomerüler kaynaklı olduğu düşünülen durumlarda biyopsi yapmak gerekebilir. Tablo 2'de hematürili çocuklarda biyopsinin endikasyon ve kontrendikasyonları görülmektedir.

Tablo 2: Hematürili çocuklarda biyopsinin endikasyon ve kontrendikasyonları

Biyopsi Endikasyonları	Biyopsi Kontrendikasyonları
Kesin endikasyonlar <ul style="list-style-type: none">*Steroid dirençli nefrotik sendrom*Persistan, ortostatik olmayan proteinüri*Persistan glomerüler hematüri*Atipik seyir gösteren ve tedaviye yanıtız akut glomerülonefrit*Hızlı seyirli glomerülonefrit*Akut böbrek yetmezliği nefrotik veya nefritik sendrome bağlı*Sistemik hastalıkların böbrek tutulumu olduğunda*Bilinmeyen nedene bağlı KBY*Transplante böbrek disfonksiyonu	Kesin kontrendikasyon <ul style="list-style-type: none">* Kontrol altına alınamamış koagülasyon anormallığı* Şiddetli hipertansiyon* Tek böbrek* Akut piyelonefrit
Rölatif endikasyonlar <ul style="list-style-type: none">*Tedaviye cevabı değerlendirme*Nefrotoksisiteyi değerlendirme*Transplantasyonda protokol biyopsisi	Rölatif kontrendikasyon <ul style="list-style-type: none">*Şiddetli azotemi* Anatomik anormallikler* Koagülopati* Antikoagülan ilaç alımı* Kronik piyelonefrit* Tümörler* Gebelik* Aşırı obezite* Böbrek etrafında hematoma* Makroskopik hematüri* Ciddi böbrek etrafında hematoma* AV fistül* Cerrahi girişim gerekliliği* Hasta kaybı

Asemptomatik izole mikroskopik hematüri en yaygın görülen hematüri türüdür. Genellikle geçicidir ve önemli klinik hastalık ile ilişkili değildir. Hematüri devam ederse, müteakip değerlendirme idrar kültürü, idrar kalsiyum/kreatinin oranının ölçümü ve hematüri için ebeveynlerin ve kardeşlerin test edilmesini gerekir. Gözlem süresince semptomlar, hipertansiyon, proteinüri veya makroskopik hematüri gelişirse, daha kapsamlı değerlendirme gereklidir.



ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

OBSTETRİK KANAMAYA BAĞLI DİK TANI VE YÖNETİMİ

İbrahim POLAT

Dissemine intravasküler koagülasyon (DİK), hemostazda ince ayarın patolojik olarak bozulması sonucu çıkan durumdur. Pıhtılaşma kaskadının yoğun aktivasyonu, yaygın bir şekilde tromboza neden olur ve bunun sonucunda trombosit ve pıhtılaşma faktörlerinde azalma-aşırı trombolizis oluşur. Sonuç kanama, tromboz ve/veya multiorgan yetmezliğidir. DİK'li hastada yönetim tartışmalıdır ve canlı bir fetus varlığında yönetim daha da komplikedir.

Bir çalışmada gebede sıklık, 10.000 de 12,5 saptanmış (Callaghan WM, Obstet Gynecol 2012). Özel gebelik komplikasyonları olan kadınlarda DİK sıklığı daha yüksek olabilir. AS embolisi olgularının yaklaşık 2/3'ünde, HELLP olgularının %22'sinde (çoğu dekolmanlı) DİK gözlenmiştir.

DİK tek başına olmaz. Tetikleyen durumlar vardır. DİK öncesi bu durumlar şunlardır:

1. Abrupsiyo plasenta %37
2. Postpartum kanama (PPH) %29
3. PE/Eklampsi/HELLP %14
4. Akut yağlı karaciğer %8
5. AS embolisi %6
6. Sepsis (septik ab, IU enfek) %6
7. IUMF

Ağır postpartum kanama (PPK), DİK ile birlikte olabilir ama kendisi genellikle DİK nedeni değildir. DİK'te kanama, trombosit ve pıhtılaşma faktörlerinin harcanmasından, fibrin pıhtı oluşumundan ve trombosit agregasyonunu engelleyen fibrin yıkım ürünlerinin büyük miktarlarda üretilmesinden dolayıdır. Ağır PPK(atoni, laserasyon), kanama koagülopatisi veya dilusyonel koagülopati oluşturacak şekilde, pıhtılaşma faktörlerini ve trombositleri hızlı bir şekilde ve ciddi olarak azaltır. Bununla birlikte gerçek DİK, büyük laserasyonlardan (servikal, vaginal, uterin) dolayı olan PPK ile veya büyük miktarlarda doku faktörü salgılanan plasenta akreta(PA) ile birlikte olabilir. Doğum ve plasentaların ayrılmasından sonra normal olarak, pıhtılaşma kaskadını ve trombin oluşumunu aktive eden doku faktörü desidua tarafından maternal kana salgılanır. Büyük yırtıklar ve PA, normalden çok daha fazla miktarlarda doku faktörü salınımı ile birlikte olabilir, ki bu da plasental ayrılma sonucu başlayan yoğun intravasküler pıhtılaşma olayını artırır ve bazan da gerçek DİK'e neden olur.

Klinik olarak hastada ağır kanama (vaginal, intrauterin, intraabdominal) ve/veya ciltten (ör: İV bölgeler) veya mukozadan (ör: hematüri) yaygın sızıntı şeklinde kanamalar olabilir. Bazı hastalarda şok belirtileri (taşikardi, hipotansiyon, zayıf periferik nabız, değişik mental durum, soğuk ekstremiteler, azalmış nabız basıncı(<25mmHG)) ve /veya organ disfonksiyonuna ait belirtiler (akut böbrek yetersizliği, karaciğer yetersizliği, akut AC hasarı, nörolojik disfonksiyon) olabilir.



DİK'in gebelikle ilgili birçok nedeni, anamnez ve fizik muayeneden açıkça anlaşılır. Neden açık şekilde bulunamıyorsa, malignite, KC yetmezliği ve sepsis bulguları araştırılmalıdır.

DİK'in değerlendirilmesi, başlangıç tedavisi ile aynı zamanda gerekebilir. Özellikle kanama devam ediyor, şok veya fetal distres varsa bu daha da geçerlidir. Maternal vital bulgular, idrar çıkışı ve kan kaybı yakından takip edilir.

DİK KLİNİK BİR TANIDIR. Çok sensitif ve spesifik bir test yoktur. Gebe kadında DİK'e neden olabilecek bir durum (dekolman,vs...) ile birlikte trombositopeni, koagulasyon faktörlerinin tknetimi (uzamış PT ve aPTT, düşük fibrinojen) ve fibrinolizisin (artmış D dimer) laboratuvar bulguları varsa, ve bu bulgular açıkça başka bir nedeni göstermiyorsa, AKUT DİK tanısı konulur.

Laboratuvar bulguları:

1. TROMBOSİTOPENİ
2. UZAMIş PT ve aPTT, artmış INR
3. HİPOFİBRİNOJENEMİ
4. ARTMIş D-DİMER
5. Uzamış TT.

Skorlama sistemleri obstetride rutin kullanılmamaktadır.

Yönetimde anahtar öğeler, altta yatan bozukluğu tespit ve tedavi etmek ve destekleyici bakım yapmaktır. Gebelerin çoğu intrapartum kanar, bu nedenle kan ürünleri ile kan kaybının karşılanması kritiktir. Aslında bir replasman tedavisi uygulanır. Eksik kan ürünlerini yerine koymak esastır. Erken girişim önemlidir.



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

8. DERS CANLANDIRMA SONRASI BAKIM

Leyla KARADENİZ

Doğum sonrası bakım bebeğe gereken izlem ve müdahalelerin yoğunluğuna göre ikiye ayrılır.

1. Olağan Bakım

Yenidoğanların yaklaşık %90'ında canlandırma gereksinimi olmaz. Bu bebekler anne- bebek bağlanmasını ve erken emzirmeyi sağlamak için annelerinden ayrılmadan olağan yenidoğan bakımı almalıdır.

2. Canlandırma Sonrası Bakım

Doğumdan sonra serbest akış oksijen veya PBV gerektiren bebekler ise daha yakından izlem gerektirir. Bu bebeklerin kardiyak ve solunum monitorizasyonunun yapılabildiği, vital bulguların sık sık izlenebildiği bir birimde tutulması gereklidir.

Canlandırma gereksinimi olan bebeklerde gelişebilecek sorunlar

Yenidoğan canlandırmasını izleyen dönemde birden fazla organda bozukluk meydana gelebilir.

- Nörolojik: Apne, nöbetler, huzursuzluk
- Solunum: Takipne, inleme, çekilmeler, burun kanadı solunumu, pnömotoraks
- Kardiyovasküler: Hipotansiyon, taşikardi
- Böbrek: İdrar çıkışında azalma, ödem
- Gastrointestinal: Beslenme intoleransı, kusma
- Endokrin – Metabolik: Metabolik asidoz, hipoglisemi, hipokalsemi, hiperpotasemi, hiponatremi
- Hematolojik: Anemi, trombositopeni

Terapötik hipotermi (soğutma) ne zaman düşünülmelidir?

36 haftadan büyük, orta-ağır Hipoksik ensefalopati tanısı alan bebeklere canlandırma sonrası terapötik hipotermi başlanmalıdır. Ölüm ve nörolojik sekeli azalttığı gösterilmiştir.

9. DERS

ÖZEL DURUMLAR

- Pnömotoraks ya da plevral sıvı olasılığının değerlendirilmesi
- Yaşamı tehdit eden pnömotoraks ya da plevral sıvının tedavisi
- Hava yolu tıkanıklığı olan yenidoğana yaklaşım
- Canlandırmayı güçleştirebilen konjenital akciğer anomalilerine yaklaşım
- Maternal narkotik ya da anestezi kullanımı nedeniyle yenidoğanda yol açtığı komplikasyonlara yaklaşım
- Doğum salonu dışı canlandırmada uygulama esasları



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Pnömotoraks

- Küçük hava kaçakları ile karşılaşılabilir, kendiliğinden iyileşebilir
- Tansiyon pnömotoraks bebeğin durumunu kötüleştirebilir

Plevral Sıvı

- Daha az rastlanır

Pnömotoraks ve plevral sıvı dışında solunum seslerinin azaldığı diğer durumlar;

- Yetersiz ventilasyon tekniği
- Endotrakeal tüpün yanlış yerleşimi
- Pnömotoraks / Plevral sıvı varlığı
- Trakeal tıkanıklık
- Konjenital diyafragma hernisi
- Pulmoner hipoplazi/ agenezi
- Kalpte genişleme
- PBV cihazında kaçak/ bozuk ekipman

Robin Sekansı

Çene ileri derecede küçük ve geridedir. Dil solunum yolunu tıkayabilir. Doğumda solunum sıkıntısı olabilir.

Koanal Atrezi

Burun deliklerinin birinin ya da her ikisinin birden tıkalı olmasıdır. Bebekler ağlamadıkları sürece ağızdan rahat nefes alamazlar. Kuşku durumlarda kateterle bakılmalıdır.

Konjenital Diyafragma Hernisi

Diyafragmanın tam olarak kapanmaması sonucu, batin organlarının göğüs boşluğuna geçmesidir. Maske ile PBV yapılmamalıdır.

Pulmoner Hipoplazi

Göğüste yer kaplayan kitle gibi durumlara veya uzun süren şiddetli oligohidroamniyoza bağlı olarak gelişebilir. Doğumda bebeğin göğsü küçük ve çan şeklinde olabilir. Ventilasyon için yüksek basınçlar gerekebilir, pnömotoraks riski yüksektir.

Spontan Solunumun Başlamaması

Annenin narkotik alması veya anneye verilen ve bebeği etkileyen sedatif ilaçlar solunumun baskılanmasına neden olabilir. Bu durumda nalokson kullanımı yenidoğan için güvenli değildir.

Doğum Salonu Dışındaki Canlandırma Uygulamaları

Yenidoğan dönemi boyunca bebeklerin canlandırılmasında ilk öncelik, yer gözetmeksizin bebeğin ventilasyonunun düzeltilmesi ve sürdürülmesidir.



ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

10. DERS

PREMATÜRE BEBEKLERİN CANLANDIRMASI VE İZLEMİ

Prematüre yenidoğanlar, canlandırma işlemleriyle meydana gelebilecek hasarlara karşı daha hassas olduklarından gecikmeden canlandırmaya başlanmalı ve hasarlayıcı işlemlerden kaçınılmalıdır. İlk dakikaların iyi yönetimi, erken ve uzun dönem komplikasyonların önlenmesi açısından çok önem taşır. Prematüre bir bebeği canlandırırken ek kaynaklar gerekir. Bebeğin vücut ısısının korunması önceliklidir. Preterm bebeklerin ventilasyonu zordur. Eğer bebek spontan soluyorsa öncelikle CPAP uygulanmalıdır. Oksijen kullanımında çok dikkatli olunmalı ve hedef satürasyon aralıklarına uyulmalıdır. Preterm bebeğin canlandırmasında alınacak ek önlemlerle akciğer ve beyin hasarını azaltmak mümkün olabilecektir.



ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

KISA BAĞIRSAK SENDROMU

Prof. Dr. Maşallah BARAN

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Gastroenteroloji Hepatoloji ve Beslenme BD, İzmir

İntestinal yetmezlik:

Gastrointestinal traktın (GIT) beslenme ve hidrasyonu desteksiz (oral veya İV) sürdürmede yetersiz kalmasıdır. Gastrik ve pankreatik yetmezlik ile birlikte veya onlarsız intestinal yetmezlik oluşabilir. Bu durumda normal gastrik ve pankreatik fonksiyonu olan olguda ciddi intestinal kayıp intestinal yetmezliğe neden olur. Bu durum kısa bağırsak sendromu (KBS) olarak tanımlanır. Eğer hastada pankreatik ve gastrik disfonksiyon varsa daha az intestinal kayıp intestinal yetmezliğe neden olmaktadır. Bunun yanında mide ve pankreasın major rezeksiyonu ciddi malabsorbsiyona, intestinal kayıp olmaksızın neden olur.

İnce bağırsaklarda gıda emilimi alınan gıdaya göre değişim gösterir. Su, besinler ve elektrolitlerin aktif transportuna pasif olarak eşlik eder. Na transportu elektrokimyasal gradient yaratarak yanında karbonhidrat (kh) ve aminoasit (a.a) alınımını sağlar. Burada net absorpsiyon sadece bu duruma bağlı değil aynı zamanda taşınan materyelin geri kaçışı ile de ilişkilidir. Jejunumda interepitelyal aralıktan geri kaçış daha fazladır. Sıvı emilimi bu nedenle ileuma göre daha azdır. Jejunumda sıvı %44 emilirken ileumda %70 e çıkmaktadır. Na alımı ise jejunumda %13 iken ileumda %72 dir. Bu nedenle ileum sıvı ve elektrolit emiliminde önemlidir. Kolonda ise su emilimi %90 a ulaşmaktadır.

Yağların %80'i bağırsağın ilk 60 cmlik kısmında gerçekleşir . Burada kh'lardan oluşan kısa zincirli yağ asitleri (kya) önemli rol oynar. KYA kısa bağırsak sendromlu olgularda kolona daha fazla ulaşmaktadır. Bu nedenle kbs olgularda kolon önemli bir organ haline gelmektedir. İleum B12 ve safra emilim yeridir. İleum rezeksiyonunda safra havuzu azalır ve safra kolona daha fazla geçer bu durumda hem yağ emilimi azalır, hem de kolona geçen safra su ve tuz emilimini olumsuz etkiler ve diyareye neden olur.

İntestinal rezeksiyonu etkileri:

İnce bağırsak rezeksiyonundan sonra gastrin salınımı çok artar, sonuçta artmış sekresyon, pankreatik enzim aktivitesini olumsuz etkiler ve gıda emilimini azalır. Bu durumda asit sekresyonu azaltmak gıda emilimini olumlu etkiler. Bunun yanında mide motilitesi ileal rezeksiyonda belirgin artar ve transit zaman kısalır. Bu durumda kolon önemli bir yavaşlatıcıdır.

Sıvı ve elektrolit emilimi: Proksimal rezeksiyon olan hastada ileum ve kolon olması durumunda sıvı elektrolit bozukluğuna neden olmaz, ileum rezeksiyonu sıvı ve tuz emilimi üzerine belirgin olumsuz etki yapar. Kolon rezeksiyonu da ileri derece su ve elektrolit imbalansı yaratır.

Besin emilimi:

Sadece jejunum rezeksiyon yapıldığında ileum adaptasyonu ile bir çok görevi yüklenerek malabsorbsiyon oluşmaz, ancak ileum rezeksiyonunda ise ciddi steatore meydana gelmektedir. Yağ



ULUSLARARASI KADIN DOğUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

ve kh malabsorbsiyonu %50-70 azalırken, protein emilimi %80 azalmaktadır. KBS olgularında Ca, Zn, Mg ve P absorpsiyonu kalan bağırsak uzunluğu ile korele olmadan azalmaktadır, PN (parenteral nütrisyon) desteği kaçınılmazdır.

İntestinal adaptasyon:

Rezeksiyon sonrası kalan bağırsak uzunluğu absorbtif yeteneğini artırır. Beslenme adaptasyonda en önemli unsurdur, aksi halde bağırsak istirahati sözkonusudur. PN bağırsağın istirahat halinde iken uzun süre beslenme desteği sağlar. İleum rezeksiyonunda buradan salınan hormonlar salgılanamaz ve jejunuma ekstra yük oluşturmazken, jejunumun rezeksiyonu durumunda ise ileumun yükü artmaktadır. İleoçekal valv postprandial GIT motilite regülasyonunda ve sekresyonunda rol almaktadır. Bakteriyel aşırı çoğalma içv yokluğunda artmaktadır.

Bağırsak mukozasında atrofi ancak PN 1 aydan uzun sürerse meydana gelmektedir. Rafine sıvı gıdalar ve modifiye gıdaların gıs uyarımı da modifiyedir. Sıvı modifiye gıdalarla beslenme, solid beslenme ile karşılaştırdığında relatif bir hipoplazi oluşturmaktadır. Aminoasit absorpsiyonu mukozal fonksiyon ve kütlede nonspesifik artışa neden olmaktadır. Disakkarid alımının hidrolizi takiben mukozal büyüme, stimülasyon ve büyümesi üzerine etkisi, monosakkaridlere göre daha fazladır.

Sonuçta bağırsak kullanılmadığında atrofi oluşur. Bu da pankreatik, biliyer, hormonal stimülasyonun azlığına bağlıdır. Kısa zincirli yağ asit yanında vit A, Zn ve glutamin daha az etkili trofik faktörlerdir

İV sıvı ve elektrolit: Erken dönemde hastaların ciddi sıvı ihtiyacı nedeniyle iv olarak sıvı ve elektrolit kayıpları desteklenmelidir. Na, K, Mg yerine konulmalıdır. Oral alım artışı ile iv sıvı azaltılır.

Oral beslenme:

Eğer erişkin bir hastada 100 cm üzerinde jejunum varsa normal diyet ile beslenme başlanmalı, bu hastada yalnızca 100 cm altında jejunum kalmışsa diet alımı ve likit, başlangıçta sıvı kaybını artırır. Eğer çok az bir ince bağırsak kalmışsa başlangıçta izotonik beslemek için glukoz-elektrolit sıvısı (ORS) verilmelidir. Sıvı emilimi düzelince, yeterli Na emilimi ile karbonhidrat emilimi ağızdan tuz desteği verilerek sağlanabilir. Progressif beslenme takiben yapılmalıdır. Diyette laktoz olmaması tercih edilmelidir. Ancak laktozsuz beslenme erken osteoporoz riskini artırır. Vit B12 desteği PE sağlanmalıdır. Erken dönemde düşük yağ içeriği yararlıdır çünkü uzun zincirli yağ asitleri (LCT) kolonda su sekresyonunu artırır.

Enteral beslenme bağırsak stimülasyonu ve adaptasyonu için esansiyeldir. Çok kısa segment bağırsak varsa yüksek stoma çıkışı nedeni ile haftalarca beklemek gerekebilir. Bu hastalarda büyük porsiyonlu ve kısıtlanmadan beslenme ör yağlı gıdalar, konsantre şekerler, lif, süt (laktoz intoleransı) stomadan ciddi çıkışa neden olur. Bu hastalarda belirli bir plan içersinde su alımı sağlanarak ilerlenmelidir. Çoğu jejunostomili hasta su ve tuz desteğine ihtiyaç duyar. Bu hastaların ORS ile sıvı kaybı ve tuz kaybı yerine konulmalıdır. ORS'de Na içeriği 90-120 mmol/l olması tercih edilir.

Polimerik besinleri monomerik ürünlere göre intestinal adaptasyonda daha etkin bulunmuştur.



**ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ**

Glutamin enterositlerin önemli enerji kaynağıdır. İntestinal adaptasyonda önemli rol oynar. Diyet lif mukozal kütleyi arttırmada, disakkaridaz aktivitesinde artışta etkin bulunmuştur. Anne sütü varsa ilk tercih olmalıdır. Enteral besinler başlangıçta infüzyon şeklinde verilmelidir. Eğer output artışı ve intolerans görülürse seçilmiş olgularda pankreatik enzim replasmanı düşünülebilir. Kolonu olan olgularda lifli enteral ürün kolonik kalori emilimi için yararlıdır.

Orta zincirli yağ asitleri (MCT) ile zenginleştirilmiş beslenmede kalori desteği sağlanabilir. Yapılan çalışmada MCT alan olguların kolonu yoksa fark olmadığı, kolonu olan olgularda kolondan da emilerek kalori desteği sağladığı belirtilmiştir. Kolonu olmayan olgularda protein ve kh emiliminin azaldığı belirtilmiştir. Kolonu olan ve olmayan KBS olgularda karşılaştırmasında yüksek kh diyet kolonu olan olgularda dışkı çıkışını azaltırken, kolonu olmayan olgularda arttığı görülmüştür.

Sonuç olarak KBS kalan bağırsak segmentine ve uzunluğuna göre beslenme yöntemi tercih edilmelidir. Hastalarda adaptasyon sağlanmasında beslenme yönetimi ve ostomi çıkışının kontrol altına alınmasına yardımcı diğer medical tedavilerle birlikte uzun soluklu bir izlem gereklidir. Bu süreçte hastaların enfeksiyon ve organ disfonksiyonu açısından özellikle karaciğer ve böbrek fonksiyonlarını da izlemek gerekmektedir.



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

ÇOCUKLARDA SIK GÖRÜLEN RİTİM PROBLEMLERİ VE YAKLAŞIM

Prof. Dr. Mehmet KARACAN

Disritmi veya aritmi, kalbin ileti sistemindeki anormlalikler sonucu ortaya çıkan kalp ritim bozukluklarıdır. Aritmiler kalbin kontraksiyonunu etkileyerek kalp yetmezliğine neden olabilir.

Çocuklarda en sık karşılaşılan ritim bozuklukları sinüs taşikardisi, atriyal veya ventriküler kaynaklı erken vurular, supraventriküler taşikardi, ventriküler taşikardi ve atriyoventriküler bloklar sayılabilir. Bazı ritim bozuklukları acil tedavi gerektirirken, bazıları tedavi gerektirmediğinden, ritim bozukluğunun doğru olarak tanımlanması önemlidir.

Atriyum veya ventrikül kaynaklı erken veya ekstrasvurular, çocuklarda yine sık görülen ritim bozukluklarından. Atriyal erken vurular hemodinamiyi pek etkilemediğinden genellikle tedavi gerektirmez. Ventriküler erken vurular ise, sıklığına, eforla artış gösterip göstermemesine/ventriküler taşikardiye neden olmasına göre tedavi gerektirebilir. Bu nedenle VES saptandığında VES sıklığı, efora yanıtı, VES'in lokalizasyonu, couplet/VT olup olmadığı araştırılmalıdır. Tedavi gerektirenlerde medikal tedavi ve merkezin tecrübesine göre ablasyon tedavisi gerekebilir.

Sinüs taşikardisi, çocuklarda en sık taşikardi nedenidir. Sempatik aktivasyon sonucu sinüs ritminin hızlanması olarak tanımlanır. Ateş, enfeksiyon, kanama, ajitasyon, hipertiroidi gibi nedenlerle ortaya çıkar. Tedavi altta yatan nedene yöneliktir.

Supraventriküler taşikardi, çocuklarda en sık semptomatik taşikardi nedenidir. Çeşitli mekanizmalarla farklı tipte SVT'ler ortaya çıkabilmektedir. En sık reentri mekanizması ile taşikardi ortaya çıkar ve Atriyoventriküler Nodal Reentran Taşikardi (AVNRT) ve Atriyoventriküler Reentran Taşikardi (AVRT) en sık görülen taşikardi türleridir. Üçüncü sıklıkta ise atriyal taşikardiler ortaya çıkmaktadır. SVT'ler, taşikardi esnasında EKG'de p dalgası olmaması veya anormal morfolojisi ile sinüs taşikardisinden ayırt edilir. Acil tedavisi hastanın hemodinamsine göre yapılmaktadır. Tedavide hemodinamisi stabil hastalarda vagal uyarılar, adenozin kullanılırken, hemodinamisi bozuk hastalarda kardiyoversiyon gerekmektedir. Okul çağı sonrası ortaya çıkan SVT'ler kendiliğinden gerilemeyeceğinden, yaşı/kilosu uygun hastalarda üç boyutlu haritalama yöntemleri kullanılarak radyofrekans veya kriyo ile ablasyon işlemi başarıyla yapılmaktadır.

Ventriküler taşikardi, çocuklarda nispeten seyrek görülmele birlikte SVT'ye göre daha ciddi bir taşikardi türüdür. Ventriküler taşikardi, geniş QRS taşikardi olarak tanımlanmakla birlikte, geniş QRS taşikardilerin büyük bir kısmını aberan (fonksiyonel dal bloklü) SVT'ler oluşturduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Bu nedenle ventriküler taşikardi ile aberan SVT ayırımı için çeşitli kriterler kullanılmakta olup, en sık kullanılan kriterler AV diskordans, pozitif/negatif konkordans, atipik aks, füzyon atım sayılabilir. Acil tedavisinde lidokain ile medikal tedavi veya hemodinami stabil değilse kardiyoversiyon yapılması gereklidir. Uzun süreli tedavisinde aritmik ilaçlar ve ablasyon tedavisi



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI

KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

yapılmaktadır.

Üç tip atriyoventriküler blok olup, II. derece tip II, ileri ikinci derece AV blok ve III. derece AV bloklar bradikardiye veya uzun pause'lere neden olarak hemodinamiyi etkilemektedir. Çocuklarda hemodinamiyi etkileyebilecek en sık AV blok, komplet AV bloktur. Doğuştan olabildiği gibi akkiz olarak da kardiyak cerrahi sonrası ortaya çıkabilmektedir. Tedavide, blok geçici bir nedene bağlı ise geçici; düzelmesi beklenmeyen bir nedene bağlı ise de kalıcı kalp pili takılması gerekmektedir.

Genetik aritmiler, sıklıkla asemptomatik seyreden, semptomatik olanlarda ise senkop, kardiyak arrest, ani ölümlerle seyreden, ventriküler aritmilerle karakterize genetik geçişli hastalık grubudur. Çocuklarda en sık görülen başlıca iki tip genetik aritmi Uzun QT sendromu ve Katekolaminerjik Polimorfik Ventriküler Taşikardi (CPVT)'dir. QTc değeri kızlarda 450 ms, erkeklerde 440 ms üzerine ölçülen hastalar, eforla ortaya çıkan senkopu olan hastalar, ailesinde 40 yaş altında ani ölüm öyküsü olan hastalar genetik aritmiler yönünden incelenmeli, gerekli önlemler alınmalıdır.



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

PREMATÜRE RETİNOPATİSİNDE TANI, İZLEM VE TEDAVİ

Melek AKAR

Prematüre retinopatisi (ROP) prematüre bebeklerde retinal damarların anormal proliferasyonuna bağlı oluşan fizyopatolojik bir durumdur. Yenidoğan bakımındaki gelişmelere bağlı olarak küçük prematüre bebeklerin yaşama şanslarının artması görme sorunlarına ve körlüğe neden olabilen ROP'un daha sık bir sorun olarak karşımıza çıkmasına neden olmaktadır. Hastalığın erken tanınması, zamanında ve uygun şekilde tedavisi görme kaybını engelleyerek çocuğun gelişimsel sürecine katkıda bulunmakta ve yaşam kalitesini arttırmaktadır.

Prematüre retinopatisininin gelişmesinde pek çok etiyolojik faktör düşünülmüşse de en iyi bilinen risk faktörleri doğum ağırlığı (DA) ve gestasyon haftasının (GH) düşük olmasıdır.

Gelişmiş ülkelerde ROP ağırlıklı olarak 28 haftanın altında doğan pretermilerin sorunuken; gelişmekte olan ülkelerde 34 haftaya kadar ağır ROP geliştiği bildirilmektedir.

Amerikan Pediatri Akademisi ve Amerikan Oftalmoloji Akademisi'nin önerilerine göre $DA \leq 1500$ gram ve/veya $GH \leq 30$ hafta doğan tüm bebekler ile $GH > 30$ hafta; $DA: 1500-2000$ gram arasında olup ROP açısından risk taşıyan bebeklerin taranması önerilmektedir. Türk Neonatoloji Derneği $GH \leq 32$ hafta veya $DA \leq 1500$ gram doğan tüm bebekler ile $GH > 32$ hafta veya $DA > 1500$ gram olup kardiyopulmoner destek uygulanmış veya bebeği takip eden klinisyenin ROP gelişimi açısından riskli gördüğü bebeklerin taranmasını önermektedir.

Hastaların ilk oftalmolojik muayenesi $GH < 27$ hafta olan bebeklerde postmenstrüel 30-31. haftada; ≥ 27 olanlarda ise postnatal 4. Haftada yapılmalıdır. ROP muayene takviminde postmenstrüel yaş (gestasyonel yaş + kronolojik yaş) kullanılır. İlk muayenenin bebek taburcu olmadan yapılması önerilmektedir.

İlk muayene neonatolog/pediatrist sorumluluğundadır. İzlemin aralığı, süresi ve tedavi kararını oftalmolog verir.

Retinal vaskülarizasyon zon III'te ise 2-3 haftada bir; zon II'de ise en az 2 haftada bir muayene tekrarlanır. Zon I'de ise ilerleme gösterip göstermediğine göre haftada en az bir muayene ile izlenir ve bulgulara kötüleşme saptanırsa veya preplus hastalık saptanırsa muayeneler izleyen hekimin gerek gördüğü şekilde sıklaştırılır. ROP saptanmamış bebeklerde retinal vaskülarizasyon tamamlandığında izlem muayenesinin sonlandırılma kararı verilmelidir.

Lazer fotokoagülasyon standart tedavi yöntemidir. Tedavide amaç avasküler periferik retina alanlarının ablasyonudur. Zon I'de evre 1 veya evre 2 ROP ve "artı" hastalık; zon I'de evre 3 ROP; zon II'de evre 2 veya evre 3 ROP ve artı hastalık durumlarında lazer tedavisi endikedir. Agresif posteriyor



**ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ**

ROP olgularında mümkün olan en kısa süre içerisinde; agresif olmayan durumlarda ise 48-72 saat içerisinde tıbbi girişimlere başlanmalıdır.

Bevacizumab (Avastin ®), Ranibizumab (Lucentis ®) ve Aflibercept (Eylea®), anti- vasküler endotelial growth faktör (anti-VEGF) ajanlar olup ROP tedavisinde alternatif tedavi yöntemini oluşturmaktadırlar. İntravitreal enjeksiyon şeklinde uygulanırlar. Zon I veya posteriyor zon II'de ROP varlığında; agresif posteriyor ROP'ta; makülanın halen vaskülarize olmadığı durumlarda; retinanın görülmesini zorlaştıracak durumların varlığında ve genel durumu laser tedavisini kaldıramayacak kadar sorunlu bebeklerde anti-VEGF ajanlar ROP tedavisinde ön planda tutulabilir.

Prematüre retinopatisi subtotal veya total dekolmana ilerlerse retinal ayrılmayı önlemek ve görmeyi korumak için vitreoretinal cerrahi girişimler yapılır.

Hastalığın seyri değişken olup zon 1 başlangıçlı, hızlı seyirli hastalık, "artı" hastalık ve retina dekolmanı kötü prognoz belirtileridir. Zon II başlangıçlı ve yavaş seyirli hastalık genellikle tam iyileşme veya parsiyel, retinal skar ile sonuçlanır. Zon III başlangıçlı olanlar en iyi prognozu gösterir ve tam iyileşme görülür.

Uygun izlem ve tedaviye rağmen prematüre bebeklerde körlükle sonuçlanabilen görme problemleri gelişebilir. Prematüre doğan tüm bebekler okul öncesi döneme kadar görme, kırma kusuru, şaşılık açısından takip edilmelidir.



ULUSLARARASI
KADIN DOğUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

NÖBET VE STATUSLU ÇOCUKTA GÜNCEL ÖNERİLER

Dr. Muhterem DUYU

Epileptik nöbet beyinde anormal, aşırı aktivite sonucu oluşan bazı belirti ve bulgular olarak tanımlanmaktadır. Basit nöbet, 5 dk'dan daha kısa süreli nöbet aktivitesi; uzamış nöbet 5-30 dk arası süren nöbet aktivitesi; status epileptikus ise 30 dk'dan uzun sürmek kaydıyla 1. sürekli nöbet aktivitesi 2. nöbetler arasında bilinç düzeyinde tam açılma olmaksızın iki ya da daha fazla nöbet aktivitesi durumlarından birinin olması olarak tanımlanmaktadır. 30 dk. süren nöbet temeline dayanan konvulziv status epileptikus kalıcı beyin hasarına neden olabilmektedir. Bu riskler nedeniyle status tedavi protokollerinde 5 dk tanımlaması sıklıkla yer almaktadır.

Status epileptikusta mortalite, çocuklarda %3'ten daha az olmakla birlikte, erişkin yaş grubunda %30 üzerine kadar çıkabilmektedir. Tedavide amaç, hem klinik hem de elektriksel nöbet aktivitesini, uygun ve zamanında yaklaşımla sonlandırabilmek ve böylece mortalite ve morbiditeyi azaltmaktadır. Temel kritik yaklaşım ve prensipler arasında solunumun desteklenmesi, kan basıncının sürdürülmesi, damaryolu açıklığını sağlanması, altta yatan hastalığın tanı ve tedavisi yer almaktadır.

Amerikan Epilepsi Derneğinin konvulziv status epileptikus rehberinde pediatrik hasta grupları için özel değerlendirmeler ve öneriler yapılmıştır. IV lorazepam ve diazepam kullanımının, en az 5 dk süren nöbeti durdurmada yüksek etkinliği olduğu belirtilmiştir. Rektal diazepam, IM midazolam, intranasal midazolam, bukkal midazolamın etkili olabileceği bildirilmiştir. Başlangıç tedavisinde IV valporik asit, levetiracetam, fenitoin ve fenobarbital için yetersiz kanıt düzeyi sunulmuştur. Valporik asit ve fenobarbital, IV kullanımda benzodiazepin türevlerine başarısızlık durumunda ikincil tedavi olarak benzer etkinlikte bulunmuştur. Levetiracetam ve fenitoin için ise yeterli kanıt düzeyi bulunamamıştır. Antikonvulzan tedavide en önemli yan etkilerden birisi solunum depresyonudur. Status epileptikusta benzodiazepin kullanımına bağlı solunum depresyonu erişkin hastalardan daha az sıklıkla görüldüğü gösterilmiştir.

Çocuklarda IV diazepam ile lorazepamın, birincil tedavide eşit etkinlikte olduğu bildirilmektedir. IV yol sağlanamamışsa, alternatif yoldan midazolam uygulamaları (IM/intranasal/bukkal), IV/rektal diazepam uygulamasından daha etkili bulunmuştur. Birincil sıra standart antikonvulzanlarla nöbetin durdurulmasında başarısızlık olması durumunda ikincil basamak antikonvulzanlarla başarı sansı daha az olduğu görülmektedir. Status epileptikusta başlangıç tedavisi, nöbet süresi 5 dakikaya ulaştığında başlamalı, 20 dk içinde sonlandırılması hedeflenmelidir. Başlangıç tedavi seçiminde benzodiazepinler, etkinlik, güvenlik ve tolere edilebilirlik açısından önerilen ilaçların başında gelmektedir. Birincil sıra ilaçlarda benzodiazepinler dışında, IV fenobarbital uygulaması alternatif ilaç olarak değerlendirilebilir. Hastane dışında oluşan durumlarda ya da damar yolu aılamadığı koşullarda rektal/bukkal/nasal benzodiazepin kullanımı önerilmektedir. Uzamış status epileptikusta (20-40 dk) fenitoin, vaproik asit, levetiracetam ilaçların birbirine üstünlüğünü gösteren kanıt bulunmamaktadır. Bu ilaçların bulunamaması durumunda fenobarbital kullanılabilir. Dirençli status epileptikusta (40 dk'dan



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI

KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

uzun süren) ncl sıra ilaçlarla tedavi kontrolünü sağlama başarısı, birincil ve ikincil sıra ilaçlara göre daha azdır. İkincil sıra ilaçların tekrarlayan dozlarla uygulanması, tiopental, midazolam ya da propofol gibi ilaçların anestetik dozlarda kullanımı değerlendirilebilir.

Benzodiazepin dirençli status epileptikusta optimal ikinci düzey ajan ile ilgili elde yeterli kanıt bulunmamaktadır. The Established Status Epilepticus Trial (ESETT) isimli bir çalışma grubunun halen devam ettirdiği bir çalışmada, benzodiazepin dirençli status epileptikusta fentioin, levatiracetam ve valproik asitin etkinliği karşılaştırılmaktadır. Çalışmanın sonuçları literatüre önemli katkı sağlayacaktır.



ULUSLARARASI
KADIN DOğUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

ATONİ KANAMASINDA ARTER LİGASYONLARI

Murat EKİN

Doğum sonrası kanama obstetrik bir acil durumdur. Hem yüksek, hemde düşük gelirli ülkelerde anne ölümlerinin ilk beş nedeninden biridir. Zamanında tanı ve uygun yönetim anne kaybını önlemek için kritik öneme sahiptir. Gebeliğin sonlarında terin arter kan akımı 500 ila 700 mL / dk'dır. Plasenta ayrılmasından sonra hemostaz iki mekanizmanın kombinasyonu ile kontrol edilir: Bunlar myometrial kontraksiyon ile plasental yatağı besleyen damaların kompresyonu ve lokal desidual ve sistemik hemostatik faktörlerin aktive olmasıdır. Anormal plasantasyon, plasenta dekolmanı, ağır preeklampsi ve intrauterin ölüm gibi major risk faktörlerinin varlığında bu iki mekanizmanın bozulması veya travmaya bağlı postpartum kanama ortaya çıkar. Gebelikteki hemodinamik değişiklikler nedeniyle hastanın dolaşımındaki kanın 25%'i veya >1500 ml kan kaybı oluşmadan tansiyon ve nabzında belirgin bir değişim olmayabilir. Bu nedenle hekim kanama hususuna uyanık olmalıdır zira kanama birçok hekimi tarafından iyimser olarak hafife alınmaktadır.

Kanama; tıbbi tedavilere ve uterin balon tampon uygulamalarına rağmen devam ederse, uterin kan akışını azaltmaya yönelik cerrahi tekniklerin uygulanması gerekir. Sezaryen esnasında, kanmayı durdurmaya yönelik arter ligasyonları sıklıkla vajinal doğum yapılan hastalara göre daha erken uygulanmaktadır ancak normal doğum sonrasında gelişen postpartum kanama olgularında laparotomiye geçme konusunda geç kalınmamalıdır.

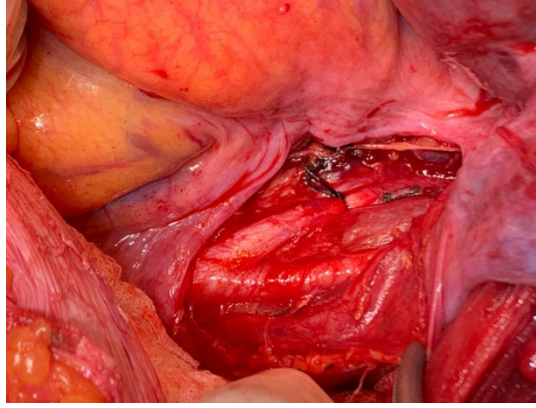
Uterin kan akımını azaltmak için Günümüzde, en yaygın kullanılmakta olan teknikler O'Leary strdr. Bu teknikte kısaca. Uterin arterler palpasyonla tanımlanır ardından uterus yukarı doğru yükseltilir. 0 veya 1 numara emilebilir sütürle büyük bir kunt uçlu iğne ile uterus damarlarının yaklaşık 2 cm medialinden myometrium içinden anteriordan girilip geçirilir. İğne, broad ligamandaki avasküler alandan çıkarılarak, uterin damarlara bağlanır. Bu işlem üreterin st veya alt seviyesinde uygulanabilir. Kanamanın devam etmesi durumunda kademeli olarak uterusun kanlanmasına katkıda bulunan uterin arterin vajinal dalı ve ovarian arterlerde bağlanarak uterus devasklarize edilebilir. İşlem esnasında üreterlerin özellikle aşağı seviyede uygulanacak igasyonlarda anatomik seyrinin görülmesi faydalı olacaktır.

İnternal iliak arter ligasyonu (IIAL) deneyim gerektiren nispeten daha zor bir işlemdir. Postpartum kanama yönetiminde Bakri balon tamponadı, uterus kompresyon sütürleri ve uterin arter embolizasyonu gibi tekniklerin gelişmesi ile etkinliği tartışmalı hale gelmekle birlikte halen kısıtlı kaynaklara sahip doğum ünitelerinde yaşam kurtarıcı bir prosedür olamaya devam etmektedir. Atoni kanaması yanında anormal plasantasyon olgularında uterusun korunması amaçlanıyorsa; kanamayı azaltmak amacıyla veya histerektomi sonrası durmayan pelvik kanamaların kontrolünde kullanılabilir. Bilateral internal iliak (hipogastrik) arter ligasyonu (IAL), pelvik damarlarda nabız basıncını yüzde 85 ve kan akış hızını yüzde 50 azaltarak plasental yatakta pıhtı oluşumuna zaman kazandırır. Plasenta akreata olgularında kollateral damarlar nedeniyle prosedürün yetersiz kalabileceği unutulmamalıdır.

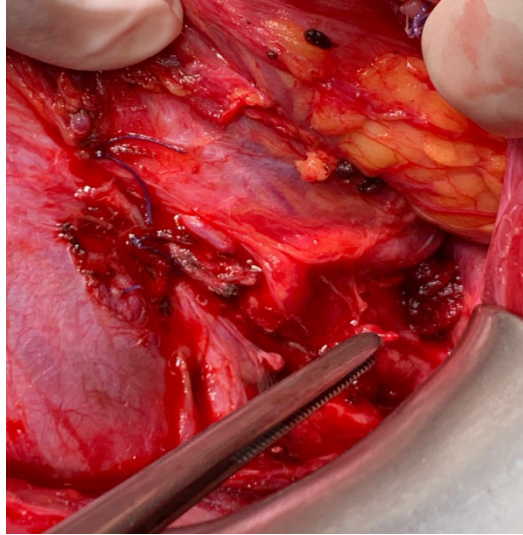


ULUSLARARASI KADIN DOğUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

iliak arterin ligasyonunda damarın posterior dalının korunması önerilir. Prosedürde en sık yapılan hatalar yanlışlıkla external iliak arterin bağlanması ve inferiorda komuşuluk eden ancak çoğu zaman fark edilemeyen internal iliak venin yaralanmasıdır. Bu nedenle damar bağlandıktan sonra alt ekstremitte nabızları kontrol edilmeli diseksiyon esnasında dikkatli davranılmalıdır. Değişik çalışmalarda damar ligasyonlarının başarısı 36%-96% arasında (medyan 92%) bildirilmiştir. Utersun aşrı derecede devaskularize edilmesi, birlikte kompresyon sütürlerinin kullanılması, infertilite, nekroz, pyometra ve intrauterin adezyon gibi komplikasyonlara sebep olabilir.



Sağ internal iliak arter ligasyonu



Sol A.Uterina ligasyonu

Üreter



ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

TAMAMLAYICI BESLENME YAPLAN HATALAR

Nafiye URGANCI

SBU Şişli Hamidiye Etfal EAH Çocuk Gastroenteroloji

Doğumdan başlayarak iki yaşına kadar büyüme çok hızlı olduğundan makro ve mikro besin ihtiyacı oldukça fazladır. Bu dönem ayrıca beyin gelişiminin %90'nın tamamlandığı ve bağırsak mikrobiyotasının erişkin floroya benzerlik gösterdiği oldukça önemli bir dönemdir. Bu nedenle bu dönemdeki beslenme hem büyüme gelişmenin sağlanması yanı sıra erişkin dönem sağlığının belirleyicisi olarakta önem taşımaktadır. Bebeğin beslenmesinde ilk 6 ay sadece anne sütü yeterli iken altı aydan sonra tek başına anne sütü bebeğin ihtiyaçlarını karşılayamayamamaktadır. Tamamlayıcı beslenme dönemi, anne sütünün ya da anne sütü yerine verilen formülaların tek başına yetersiz kaldığı, anne sütü ve/veya formula yanında sıvı, yarı katı ya da katı besinlerin verilmeye başlandığı ve aile ile benzer olarak sofraya besinlerini tüketmeye başladığı, 24 aylık olana kadar geçen dönemdir. Bu dönemde ilave edilecek besinler bebeğin aynaya uygun olarak ayarlanırken besinlerin miktarı, içeriği ve çeşitliliği ileri yaşlarda gelişecek olan tat duygusu, besin seçimi ve yeme davranışı yanısıra diyabet, hipertansiyon ve obezite gibi hastalıkların da öncülü olacağından hem çocuk hemde aileleri için oldukça önemlidir.

Tamamlayıcı Beslenmeye Geçişte Sık Rastlanan Hatalı Yaklaşımlar

- 1- Bazı aileler bebeklerine farklı tatları alışmaları için 6. aydan önce ek besin başlamaktadırlar. Oysa bebekler anne sütü annenin yediği besinler ile ilişkili olarak değişkenlik gösteren farklı tatlara alışkındırlar,
- 2- Gece sık uyanan bebeklere ya da 4. ayda emdikten sonra hemen uykuya geçmeyen bebeklere anne sütün yetmediği düşüncesi ile formula veya 6. aydan önce tamamlayıcı besinler verilmektedir. Oysa bu durumda bebeğin kilo alımı, uykuya geçişteki uygulamalar ve doğru teknik ile emzirip emzirmedeği değerlendirilmelidir.
- 3- Bazı bebekler tek başına anne sütü ile beslenirken ayda 1-1,5 kg alabilmektedir. Anneler bu durumda hızlı kilo alan bebeklerin şişmanlamasını önlemek için tamamlayıcı besinlere erken geçmektedir. Çalışmalarda evde hazırlanan besinlerin enerji, yağ, protein oranı iyi ayarlanamadığında obezite gelişebileceği bildirilmektedir. Oysa anne sütü ile beslenme ilk önceleri hızlı kilo aldırır bile sonra kilo alımının yavaşladığı bununda obeziteye karşı koruyucu olduğu bilinmektedir..
- 4-6. aydan önce tamamlayıcı besine başlandığında anne sütü ile beslenme süresi azalabilir. Bu nedenle Tamamlayıcı beslenmeye mümkünse erken başlanmamalı, annenin beslenmesi sorgulanmalı, beslenmesi iyi olmayan annelerin beslenmesi düzenlenmeli, vitamin ve mineral desteği yapılmalıdır.

Tamamlayıcı Beslenme

Kaliteli bir tamamlayıcı beslenme uygulanması için beş kural oldukça önemlidir
Zamanında,Uygun, Yeterli, Güvenli, Keyifli

Tamamlayıcı beslenmeye başlanma;

- 1- **Zamanında** ; Tamamlayıcı beslenmeye en erken 4 ayda fizyolojik gelişme doğrultusunda



(gastrointestinal, renal, nörolojik gelişim) başlanmalıdır

Amerikan Pediatri Akademisi ve Avrupa Pediatric Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Derneği (ESPGHAN) 4-6. aylarda, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ise 6. aydan sonra tamamlayıcı beslenmeye başlanmasını önermektedir

2- **Uygun:** Bebeğin mide hacmi genel olarak 30 ml yani erişkine göre oldukça küçük olduğundan mide kapasitenin verimli kullanılması gerekir . Bu nedenle enerjisi yüksek, proteini yeterli ve mikrobesein içeriği olan çeşitli besinlerden oluşan gıdalar verilmelidir. Amerikan Gıda ve Tarım Organizasyonu 9 farklı gıdanın (1-Tahıl, kök, yumrular 2- Baklagiller, fındık, fıstık, 3- Süt ve süt ürünleri, 4- Yumurta, 5- Et, balık, tavuk , 6 –Yağlar , 7- A vitaminden zengin sebze-meyveler , 8- diğer meyveler 9- Diğer sebzeler) verilmesini önermektedir.

3- **Yeterli;** Tamamlayıcı beslenmeye 4-6 aylıkken, günde 1 kez, 1-2 çay kaşığı ile yumuşak, püre kıvamında besinler ile başlanabilir, miktar yavaş yavaş artırılır Tamamlayıcı beslenmeden gelmesi gereken günlük enerji 6-8 aylarda 200kcal, 9 -11 aylarda , 300 kkal ve 12-23 aylarda 550kcal dir. Genel olarak tamamlayıcı besinlerin 1 gr'da 1-1.5kcal enerji bulunması önerilmektedir. Öğün sayısı 6-8 aylarda 2, 9-11 aylarda 3, 12-24 aylarda 3 ana , 1-2 ara öğün olmalıdır.

4- **Güvenli;** Besinler hijyenik koşullarda, temiz su ile yıkandıktan sonra hazırlanmalı, uygun koşullarda temiz araçlarla sunulmalı.

Alerjik olabilen yumurta, balık, fındık, fıstık, ve deniz ürünleri alerji öyküsü olanlarda 1 yaşından sonra yada 6 aydan sonra anne sütü ile birlikte tattırma şeklinde küçük porsiyonlarda verilmelidir.

Bitki çayları, şekerli içecekler, konserve gıdalar, hazır çorba ve meyve suları, şekerli yoğurt, peynir, tuzlu baharatlı yiyecekler , yuvarlak sert gıdalar , pişmemiş havuç, üzüm ve infantil botulizme neden olan bal 1 yaşından önce verilmemelidir.

5-**Keyifli:** Anne bebek ilişkisi çok önemlidir. Anne bebeğinin açlık tokluk durumunu göz önüne alarak ve bebeğini beslenme faaliyetine teşvik ederek, göz teması kurarak, sözel veya fiziksel baskı yapmaksızın sabırla ve keyifle beslemeye çalışmalıdır. Beslenme sırasında bebeğinin yüz halarını inceleyerek yemeği reddinde ısrarcı olmamalı, tekrar denemelidir.

Sonuç olarak tamamlayıcı beslenme dönemi, bebeğin nöromotor gelişimi ve isteği doğrultusunda, yaşamın 4-6. ayları arasında anne sütü ya da formula dışında sıvı, yarı katı ve katı besinlerin başlandığı, bebeğin büyümesi ve gelişimi için derece önemlidir.



ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

PRİMER İMMÜN YETMEZLİKLERDE BULGULAR VE TEDAVİ

Doç. Dr. Nesrin GÜLEZ

İmmün sistem vücudun içinden ve dışından gelebilecek herhangi bir zararlı organizmaya karşı vücudu savunmakla görevli biyolojik sistemdir. İnfeksiyonlara karşı korur, malignite gelişimini ve otoimmüniteyi engeller. Herhangi bir antijene karşı gelişen immün yanıt fonksiyonunu tamamladıktan sonra, eğer bu yanıtta daha fazla ihtiyaç duyulmuyor ise gerekli mekanizmalar devreye girer ve immün sistem dinlenme haline geçer. Eğer birey genetik sebeplerle enfeksiyöz patojenlere yetersiz yanıt verirse, self antijenlere uygunsuz yanıt verirse veya kendi kontrol mekanizmasını çalıştıramazsa primer İmmün yetmezlik (PİY) olarak değerlendirilir.

Bir hastada PİY düşündürülen en önemli bulgu enfeksiyondur. Ancak iyi bir anamnez, genel görünüm (dismorfik bulgular, büyüme gelişme geriliği, şiddetli egzema..) ve fizik muayene bulguları (lenfadenomegali, lenf nodu yokluğu, hepatosplenomegali, ağızda aft, iyileşmeyen vaskülit, granülom, abse..) ile PİY tanısına gidebiliriz. Bir çocuk hekimini kolaylıkla değerlendirebileceği birinci basamak testleri sonrası ön tanı ile hasta İmmünoloji konsültan hekimine yönlendirilmelidir. Bu testler; tam kan sayımı, periferik yayma (mutlak lenfosit, nötrofil ve trombosit sayıları), kantitatif immünglobulin değerleri (IgG, M, A, IgG subgrup), gecikmiş tip hipersensitivite testleri, akciğer görüntülemesi (timus...), C3, C4, CH50 ve Nitroblue tetrazolium testi ya da yapılabiliyorsa phagoburst testidir. Bu bulgu ve testler sonucunda PİY şüphesi olan hastalar tanı alıcı testler için İmmünoloji uzmanına yönlendirilmelidir. Hasta PİY tanısı aldıktan sonra ve PİY sınıflamasına göre dahil olduğu grup belirlendikten sonra tedavi planlanır.

Tedavide ise hastanın dahil olduğu PİY grubuna göre

- Anti enfeksiyöz ajanlar,
- İmmünglobulinler,
- Aşılar,
- Biyolojik ajanlar,
- Enzim replasmanı,
- Gen tedavisi,
- Hemapoetik kök hücre transplantasyonu (HSCT) uygulanmaktadır.

Hastanın bundan sonraki izlemine ise pediatrist ve immünolog ortak olarak yürütmelidir.



ÇOCUK NÖROLOJİSİ GÖZÜYLE SEREBRAL PALSİ: KLİNİK VE TAKİP

Prof. Dr. Nihal OLGAÇ DÜNDAR

İzmir Katip elebi Üniversitesi Tıp Fakültesi ocuk Nöroloji Bilim Dalı, Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Serebral palsi tanım olarak gelişmekte olan veya immatür beyinde, ilerleyici olmayan bozukluklara bağlı aktivite kısıtlılığına sebep olan kalıcı, hareket ve duruş bozukluğudur. Duyu, algı, biliş, iletişim, davranış bozuklukları, epilepsi ve ikincil kas-iskelet sistemi problemleri motor bozuklukları ile sıklıkla beraber görülür. Doğum ağırlığı ve doğum haftasına göre değişmekle birlikte sıklığı binde iki olarak bildirilmiştir. Etiyolojide preterm ve term bebeklerde antenatal, perinatal, postnatal ve multiple risk faktörleri tanımlanmıştır. Tanı için ilk altı ay içerisindeki erken belirtiler; emme ve yutma zorluğu, aşırı ve anlamsız ağlama, letarji, yaygın spontan motor aktivite anormallikleri, ilkel reflekslerin kaybolmaması, 3. aydan sonra başparmağın avuç içinde olması, gülmenin gecikmesi, anormal tons, duruş, konvülsiyon ve gelişim basamaklarına geç ulaşma, 6 aydan sonraki erken belirtiler; gelişim basamaklarına ulaşmada gecikme, ilkel reflekslerin kaybolmaması, el tercihinin olması, anormal hareket paterni, gövde ataksisi olması, parmak ucuna basma, W pozisyonunda oturma, istemsiz hareketler, elde nesnelere spastik yaklaşım, spastisite, derin tendon reflekslerinde artış ve patolojik reflekslerin varlığıdır. Yapılan bir metaanalizde; klinik ve görüntüleme yöntemleri ile düzeltilmiş yaşı 5 ay altı, GMs (Prechtl's Assessment of General Movements) değerlendirmesi ile birlikte MRG >%95 doğrulukla, düzeltilmiş yaşı 5 ay st HINE (Hammersmith Infant Neurological Examination) ile birlikte MRG >%90 doğrulukla yenidoğan dönemindeki riskin saptanabileceği öngörülmüştür.

Motor bulgulara göre serebral palsi sınıflaması; Piramidal (spastik hemipleji, kuadripleji, dipleji), ekstrapiramidal (diskinetik), ataksik-hipotonik ve mikst tip şeklinindedir. Fonksiyonel olarak; Kaba Motor Fonksiyon Sınıflama Sistemi, El Becerileri Sınıflandırma Sistemi, İletişim Fonksiyonu Sınıflandırma Sistemi ile hastalar değerlendirilmektedir. Komormid durumlar; kronik ağrı, epilepsi, zihinsel engel, kas-iskelet sistemi problemleri (kalça çıkığı), davranış bozuklukları, uyku bozuklukları, fonksiyonel körlük ve işitme kaybıdır.

Riskli bebeklerin, serebral palsi hastalarının erken tanınması ve sorunlarına erken tedavi yaklaşımı ideal sonuç için çok önemlidir. İzlemde ocuk nöroloji, göğüs hastalıkları, gastroenteroloji, nefroloji uzmanı, ocuk gelişimi ve konuşma terapisti, psikiyatris, psikolog, ortopedi uzmanı, fizik tedavi uzmanı, fizyoterapist, diyetisyen, KBB uzmanı, odyolojist, diş hekimi, göz hastalıkları uzmanı, beyin cerrahi uzmanı gibi disiplinlerin birlikte yaklaşımı gereklidir. İlaç tedavisi olarak; spastisite için dantrolen sodyum, benzodiyazepin, baklofen, botoks, rijidite ve distoni için levodopa, karbamazepin, triheksifenidil, kore ve atetoz için benzodiyazepin, levodopa, nöroleptikler, nöbetler için antiepileptikler kullanılmaktadır.



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

ÇOĞUL GEBELİKLERDE NEONATAL KOMPLİKASYONLAR

Prof. Nilgün KÜLTÜRSAY
Ege Universitesi, İzmir, Türkiye

oğul gebelikler 1990'lardan itibaren annelerin doğum yaşında ve infertilite tedavilerinin kullanımında artış nedeniyle artmıştır. Doğal yollardan oluşan gebeliklerde 1/80 ikiz, 1/7000 z, 1/600000 dördüz olasılığı vardır. Yardımlı reme teknikleri (YÜT) kullanıldığında çoğul gebelik sıklığı %15-40 arasında değişmektedir. YÜT oğul bebeklerinde en büyük oran ikizlerdedir. Bu oran ikiz: %44.5, z: % 9.3,  4: %0.6 olmaktadır. Türkiye'de çoğul gebeliklerin %75'i YÜT rndr.

ABD'de zler ve daha fazla sayıda olan çoğul bebekler 1998 yılında 193.5/100,000 canlı doğum olarak pik yaptıktan sonra transfer edilebilecek embryo sayısı kısıtlandığı için 2015'de 103.6/ 100,000 canlı doğum oranına düşmüştür. Ancak ikiz oranları artmaya devam etmiştir.

oğul gebelikler prematürite, düşük doğum ağırlığı ve neonatal mortalite açısından yüksek risklidirler. oğul gebelikler prematüre doğumların % 20'sinden sorumludurlar. İkizlerin yarısı, z ve drdzlerin % 90'ı prematüre ve düşük doğum ağırlıklıdırlar. ACOG ikiz, z ve drdzler için ortalama doğum haftasını 35.3, 32.2 ve 29.9 hafta olarak belirtmiştir. İkizlerde %14-25, z ve drdzlerde % 50-60 oranında intrauterin büyüme kısıtlılığı gelişir. Yenidoğan Yoğun Bakım (YDYB) yatışları ikiz, z ve drdzler için %25, %75, % 100 oranında ve yatış süreleri 18, 30, 58 gündür. 2016 yılında Japonya'da çoğul gebeliklerin yarıdan fazlası (% 57) YDYB yatışı gerektirmiştir. Yoğun bakım yataklarının % 20'sinde çoğul bebekler yatmıştır.

Serebral palsy (CP) riski ikizlerde 4 kat, zlerde 17 kat artar. Genelde CP için en anlamlı risk faktörleri düşük doğum kilosu ve prematürite iken ikizlerin dezavantajı özellikle terme yakın daha belirgindir: Embyogenezde ikiz olmanın kendisi başlı başına risktir.

Tekiz bebeklerle karşılaştırıldığında, çoğul gebelikler sonucu doğan bebeklerin perinatal mortaliteleri 5.3 kat artmıştır. İlk 1 yaşta mortalite ikizlerde 7 kat, zlerde 20 kat artar. Konjenital malformasyonlar tekiz %1.4, ikiz %2.7, z %6.1 oranında yani ikizlerde 1.5-3 kat artar. oğul gebeliklerde uzun süreli sorunlar olarak sosyalizasyon sorunları, davranış bozuklukları, gelişim geriliği ve anne babalarda tükenme, depresyon, anksiyete tanımlanmıştır.

Türkiye'de Türk Neonatoloji Derneği adına 2006 yılında yaptığımız çok merkezli çalışmada YÜT uygulamaları ile artan çoğul gebeliklerin yarattığı riskleri saptamıştık. 2010 yılında transfer edilecek embryo sayısı kısıtlandıktan sonra 2013 yılında tekrarladığımız çok merkezli çalışmada YÜT bebeklerinde z oranlarında azalmaya rağmen ikizlik oranlarının yüksek devam ettiği gösterildi. oğul gebeliklerin 2006 yılında %63' YÜT ertesini doğarken bu oran 2013'de % 33'e düşmüştü. Ancak hala YDYB'da bakılan çoğul gebelik ürünü bebeklerin % 65.5'i YÜT bebeği idi. Çoklu regresyon analizinde YÜT ile ilişkili tek faktör ÇOĞUL GEBELİK olarak saptandı.

oğul gebelikler başta anne-baba ve çocuklar olmak üzere tüm topluma fiziksel, psikososyal ve finansal yükler getirmektedir.

Amacımız TEK SAĞLIKLI BEBEK olmalıdır.



FONKSİYONEL GİS HASTALIKLARINDA MİKROBİYOTA

Doç. Dr. Ömer Faruk BEŞER

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

ocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme B.D.

Fonksiyonel sindirim sistemi hastalıkları (FSSH) bebek büyüdükçe ve geliŐtikçe düzelme eğiliminde olan, organik olmayan, tekrarlayan yakınmaların olduğu bir grup hastalığı içermektedir. Birçok olgu besleme pratiğinin incelenmesi ve düzenlenmesi ile tedavi edilebilmektedir. FSSH tanısı ROME IV tanı kriterlerine göre koyulmaktadır. Süt ocukluğu döneminde karşılaşılan FSSH'ler regürjitasyon, infantil kolik, kabızlık, diskezi, fonksiyonel ishal, siklik kusma sendromu ve bebeklik dönemi ruminasyonudur. Büyük ocuklarda ise fonksiyonel bulantı ve kusma, fonksiyonel karın ağrısı bozuklukları ve fonksiyonel dıŐkılama bozuklukları baŐlıkları altında on farklı bozukluk tanımlanmıştır.

FSSH fizyo-patolojisinde birçok durum suçlanmaktadır. Birincil ve/veya ikincil olarak mikrobiyota bileŐenlerinin deđiŐiminin patolojide rol oynadığı son dönemde yapılan birçok yayında ne sürülmektedir. Sağlıklı bir bağırsak mikrobiyotası Firmicutes, Bacteroidetes, Actinobacteria, Proteobacteria, Verrucomicrobia ve Fusobacteria bulundurur. Yenidoğanda n planda Bifidobacterium spp. bulunmaktadır. Bacteroidetes ve Firmicutes; liflerin ve polifenollerin sindirim ve metabolizmasında görevli ana bakterilerdir. Lactobacillus, Leuconostoc spp. ise ana laktik asit bakterileridir. Mikrobiyota ve immün parametrelerin olgunlaŐması yaklaşık 2 yaş civrındadır. Bu olgunlaŐmada bebeğin ve annenin beslenme içeriği, doğum Şekli, antibiyotik kullanımı, kent/kırsal yaşama durumu gibi birçok etken rol oynamaktadır. Mikrobiyota birçok etkiyle devamlı değişmektedir, yaşamın ilk 2 yılında deđiŐime çok açıktır. Yüksek yağlı, karbonhidratlı diyetin sürekli olarak alınması disbiyozise neden olup obezite, diyabet ve kolorektal kanser vb. durumlara yol açabilmektedir. Bağırsak mikrobiyotasının bileŐimi ve iŐlevi çeşitli sağlık ve hastalık fenotiplerine pozitif veya negatif olarak etki edebilmektedir.

Herhangi bir nedenle oluşan disbiyozis hem immün yanıtın, hem de gastrointestinal sistem motilitesinin bozulmasına yol açarak FSSH semptomlarının ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Henüz A kanıt düzeyinde olmasa da, bazı klinik çalışmalarda probiyotik desteğiyle FSSH semptom sürelerinin ve Şiddetinin azaldığı gösterilmiştir. FSSH tedavi ve proflaksisinde mikrobiyotanın etkisinin tam olarak ortaya koyulabilmesi için çalışmalara ihtiyaç vardır.



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

NEONATAL HİDRONEFROZA YAKLAŞIM

Prof. Dr. Salih KAVUKÇU

Antenatal hidronefroz (AH), böbrek pelvisinin intrauterin dönemde genişlemesidir.

Postnatal seyri: Geçici/Fizyolojik (izole hidronefroz) (%41-88) **üreteropelvik** darlık (%10-30), vezikoüreteral reflü (VUR)(%10-20), **üreterovezikal** darlık (%5-10), multikistik displastik **böbrek** (%4-6), **çift toplayıcı sistem - üreterosel** (%2-7), posterior **üretral** valf (%1-2) ve diğerleri (ektopik **üreter**, **üretral** atrezi, prune belly sendromu, polikistik **böbrek** hastalıkları, renal kistler)(%1 den az) olabilir. AH **ağır** derecesi ile VUR **dışındaki** postnatal patolojilerin ağırlığı arasında korelasyon pozitifdir. Antenatal **dönem**de 28 haftadan küçük gestasyon yaşına sahip olanların pelvis ön-arka çapı 4-6 mm ise **hafif**, 7-10 mm ise **orta**, 10 mm'den büyük ise **ağır**; 28 hafta ve daha ileri gestasyon yaşına sahip olanların pelvis ön-arka çapı 7-9 mm ise **hafif**, 10-15 mm ise **orta**, 15 mm'den büyük ise **ağır** hidronefrozdan **söz edilir. İzlemede üçüncü trimesterde gerileme olursa postnatal değerlendirmeye gerek yoktur.**

İkinci trimesterde dilatasyonlar **üçüncü** trimesterde; **üçüncü** trimesterdaki dilatasyonlar postnatal dönemde değerlendirilir. İkinci trimesterdaki **ağır olgular 3-4 hafta**, **üçüncü** trimesterdaki **ağır olgular** da 2-3 hafta içinde tekrar kontrol edilir.

AH tanısı ile erken doğum yaptırılmamalıdır. Kongenital malformasyonların **eşlik ettiği** gebelik sonlandırılabilir. Alt **üriner** sistem obstrüksiyonlarında, böbrek fonksiyonları, fetal idrarda, sodyum, klor, kalsiyum, osmolalite ve beta2 mikroglobulin **düzeyleri değerlendirilebilir; gerekirse** intrauterin cerrahi yaklaşımlar yapılarak, bilateral hidronefroz giderilebilir.

İlk postnatal USG, doğumdan 48 saat sonra yapılmalıdır. Oligohidramnion, bilateral **yüksek derece** dilatasyon, **üretral** obstrüksiyon varsa USG hemen yapılır.

AH ikinci postnatal USG, ilk postnatal USG normal olsa da gerekir.

Postnatal USG "Society for Fetal Urology" (SFU) sınıflaması ile yapıldığında, **SFU1 ve unilateral SFU2 de enfeksiyon ve renal hasar riski düşüktür. Bu hastalara voiding sistoüretrografi (VSU) ve fonksiyonel sintigrafi gerekmez. Profilaktik antibiyotik kullanılmaz.** İlk yıl 3-6 ayda bir, 1-3 yaşlar arası her 6 ayda bir, 3-6 yaşlar arasında yıllık izlem önerilir.

SFU3 ve bilateral SFU2 de enfeksiyon ve renal hasar riski orta derecededir. Bu hastalara VSU gerekli, ancak sintigrafik değerlendirme her zaman önerilmez. Profilaktik antibiyotik (amoksisilin 10 mg/kg/gün tek doz) kullanılır. İlk yıl 1. ayda kontrol yapılır daha sonra izlem yukarıdaki gibidir. **SFU4 de enfeksiyon ve renal hasar riski yüksektir. Bu hastalara VSU ve fonksiyonel sintigrafi gerekir. Profilaktik antibiyotik kullanılır.** Görüntülemeler sonucuna göre izlem veya cerrahi yaklaşım planlanır.



Son yıllarda “idrar yolları genişleme sınıflandırması” önerilmektedir. Buna göre prenatal USG de pelvis ön-arka çapı 16-27 hafta: 4.0-6.9 mm; \geq 28 hafta: 7.0-9.9 mm ve parankimal (minör) kaliks genişlemesi, parankimal incelme, parankimal görünüm patolojisi (EKO \uparrow , KMD \downarrow , kortikal kistler), üreter genişlemesi, mesane patolojisi (duvar kalınlığı \uparrow , ureterosel, posterior uretra dilatasyonu) oligohidroamnioz yoksa “**düşük riskli**”, pelvis ön-arka çapı 16-27 hafta: 7 mm, \geq 28 hafta: 10 mm ve / veya yukarıdaki patolojilerin biri eşlik ediyorsa “**yüksek riskli**” olgulardan söz edilir.

Postnatal değerlendirmede, USG de pelvis ön-arka çapı: 10-14.9 mm ve sadece Santral (major) kaliks genişlemesi eşlik ediyor veya etmiyorsa “**düşük risk**”, pelvis ön-arka çapı: \geq 15 mm ve periferal (minör) kaliks genişlemesi ve/veya üreter genişlemesi eşlik ediyorsa “**orta risk**” ve pelvis ön-arka çapı: $>$ 15 mm ve parankim incelmeleri/anormal ve/veya mesane patolojisi eşlik ediyorsa “**yüksek risk**” gruplarından söz edilir.

Düşük riskte 1-6 ay, orta riskte 1-3 ay, yüksek riskte 1 ay aralıklı izlem önerilmekte, **VSU ve antibiyotik profilaksisi** yüksek riskte önerilmekte, fonksiyonel sintigrafi düşük riskte önerilmemektedir. **Profilaksi ve VSU** düşük ve orta risk grubunda, fonksiyonel sintigrafi de orta ve yüksek risk grubunda **klinisyen seçimine bırakılmaktadır**. Yaklaşım bireyseldir.



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

AMERİKAN PEDIATRİ AKADEMİSİ 2017 ÇOCUK ÇAĞI HİPERTANSİYON KILAVUZU

Prof. Dr. Selçuk YÜKSEL

ocuk Nefroloji Bilim Dalı, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş

Çocukluk ağı hipertansiyonuna (HTN) olan ilgi, “ocuklarda ve Ergenlerde Hipertansiyonun Teşhisi, Değerlendirilmesi ve Tedavisi zerine Dördüncü Rapor” un yayınlanmasından bu yana artmıştır ⁽¹⁾. İlgili literatürün güncellenmiş ve kapsamlı bir gözden geçirmesi olan bu kılavuz Amerikan Pediatri Akademisi (APA) tarafından pediatrik HTN'nin teşhisi, değerlendirilmesi ve yönetimi ile ilgili konularda bir güncelleme sağlamak için geliştirilmiştir⁽²⁾. Bu kılavuz öncelikle ayaktan izlem ve tedavi ortamında ocuk ve ergenlere bakan klinisyenlere yöneliktir.

Yeni kılavuza neden ihtiyaç duyuldu?

Bu sorunun cevabı 5 temel noktada açıklanabilir;

1. 2004 yılında yayınlanan dördüncü rapordan⁽¹⁾ bu yana ocukluk HTN olan ilgide önemli artış olması
2. Çocuklarda HTN sıklığında artış görülmesi
 - a. Çocuklarda HTN sıklığı; % 3.5
 - b. Yüksek kan basıncı (KB) olarak nitelendirilen riskli grup sıklığı; % 10 -% 11
3. Obezite sıklığının artması ve ona bağlı HTN prevalansının artması
4. Çocukluk ağında yüksek KB'nın yetişkinlerde HTN ve kardiyovasküler hastalık riskini arttırdığının bilinmesi
5. HTN'li gençler de bile, hızlanmış damar yaşlanmasına dair kanıtların ortaya çıkarılması

Yeni kılavuzun bir önceki kılavuza göre önemli farkları

1. “Pre-hipertansiyon” terimi “yüksek KB” terimi ile değerştirilmiştir
2. Normal kilolu çocuklara dayanan yeni normatif pediatrik kan basıncı (BP) tabloları ilave edilmiştir
3. Daha ileri değerlendirmeye ihtiyaç duyulan KB değerleri olan çocukların belirlenmesi için basitleştirilmiş bir tarama tablosu ilave edilmiştir
4. Ergenlerde (≥ 13 yaş) basitleştirilmiş bir Kan Basıncı sınıflandırması içermektedir ki bu yeni Amerikan Kalp Birliği ve Amerikan Kardiyoloji Koleji yetişkin Kan Basıncı kılavuzlarıyla uyumludur
5. Anormal kan basınlıların ilk değerlendirme ve tedavisine ilişkin önerilerin kolaylaştırılmıştır
6. Pediatrik hipertansiyonun teşhisinde ve tedavisinde yaşam içi kan basıncı izleminin (YİKBİ) nemi ön plana çıkarılmış ve revize edilmiştir
7. Yeni tanı konmuş hipertansiyonlu pediatrik hastaların değerlendirilmesinde ekokardiyografinin ne zaman yapılacağına dair revize edilmiş öneriler (genellikle sadece ilaç tedavisine başlamadan önce) ve sol ventrikül hipertrofinin gözden geirilmif tanımasını içermektedir
8. Eski kılavuzda obez çocuklar nomogramlara dahil edilmişti, bu klavuz yalnızca sağlıklı çocukların ölümlerine göre oluşturulan nomogramları içermektedir

HTN'in tanımı (1-18 Yaş)

Dikkat edilmelidir ki, normatif veriler bir oskültasyon tekniği kullanılarak toplanmıştır, osilometrik



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

aygıtlar kullanılarak veya YİKBİ'den elde edilen ölçümden farklı değerler ortaya koyabilir.

Tablo 1. Kan Basıncı Kategori ve Aşamalarının Güncel Tanımları

1yaş - < 13 yaş Çocuklar için	≥13 yaş Çocuklar için
Normal KB: < 90. Yüzdelerik dilim	Normal KB: < 120/<80 mm Hg
Yüksek KB: ≥ 90. yüzdelerik dilim ile < 95. yüzdelerik dilim arası veya 120/80 mm Hg ile < 95. yüzdelerik dilim (hangisi daha düşükse)	Yüksek KB: 120/<80 ile 129/<80 mm Hg
Evre 1 HTN: ≥ 95. yüzdelerik dilim ile <95. yüzdelerik dilim + 12 mm Hg, veya 130/80 ile 139/89 mm Hg arası (hangisi daha düşükse)	Evre 1 HTN: 130/80 ile 139/89 mm Hg
Evre 2 HTN: ≥ 95. yüzdelerik dilimdeki değer + 12 mm Hg, veya ≥ 140/90 mm Hg (hangisi daha düşükse)	Evre 2 HTN: ≥140/90 mm Hg

Tablo 2. Erkek Çocuklarda Yaş ve Boy Yüzdesine Göre KB Düzeyleri

Yaş (yıl)	Kan Basıncı Yüzdelerik Dilimi	Sistolik Kan Basıncı (mm Hg)							Diastolik Kan Basıncı (mm Hg)						
		Boy Yüzdelerik Dilimi veya Ölçülen Boy							Boy Yüzdelerik Dilimi veya Ölçülen Boy						
		5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%	5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%
1	Height (in)	30.4	30.8	31.6	32.4	33.3	34.1	34.6	30.4	30.8	31.6	32.4	33.3	34.1	34.6
	Height (cm)	77.2	78.3	80.2	82.4	84.6	86.7	87.9	77.2	78.3	80.2	82.4	84.6	86.7	87.9
	50th	85	85	86	86	87	88	88	40	40	40	41	41	42	42
	90th	98	99	99	100	100	101	101	52	52	53	53	54	54	54
	95th	102	102	103	103	104	105	105	54	54	55	55	56	57	57
	95th + 12 mm Hg	114	114	115	115	116	117	117	66	66	67	67	68	69	69
2	Height (in)	33.9	34.4	35.3	36.3	37.3	38.2	38.8	33.9	34.4	35.3	36.3	37.3	38.2	38.8
	Height (cm)	86.1	87.4	89.6	92.1	94.7	97.1	98.5	86.1	87.4	89.6	92.1	94.7	97.1	98.5
	50th	87	87	88	89	89	90	91	43	43	44	44	45	46	46
	90th	100	100	101	102	103	103	104	55	55	56	56	57	58	58
	95th	104	105	105	106	107	107	108	57	58	58	59	60	61	61
	95th + 12 mm Hg	116	117	117	118	119	119	120	69	70	70	71	72	73	73
3	Height (in)	36.4	37	37.9	39	40.1	41.1	41.7	36.4	37	37.9	39	40.1	41.1	41.7
	Height (cm)	92.5	93.9	96.3	99	101.8	104.3	105.8	92.5	93.9	96.3	99	101.8	104.3	105.8
	50th	88	89	89	90	91	92	92	45	46	46	47	48	49	49
	90th	101	102	102	103	104	105	105	58	58	59	59	60	61	61
	95th	106	106	107	107	108	109	109	60	61	61	62	63	64	64
	95th + 12 mm Hg	118	118	119	119	120	121	121	72	73	73	74	75	76	76
4	Height (in)	38.8	39.4	40.5	41.7	42.9	43.9	44.5	38.8	39.4	40.5	41.7	42.9	43.9	44.5
	Height (cm)	98.5	100.2	102.9	105.9	108.9	111.5	113.2	98.5	100.2	102.9	105.9	108.9	111.5	113.2
	50th	90	90	91	92	93	94	94	48	49	49	50	51	52	52
	90th	102	103	104	105	105	106	107	60	61	62	62	63	64	64
	95th	107	107	108	108	109	110	110	63	64	65	66	67	67	68
	95th + 12 mm Hg	119	119	120	120	121	122	122	75	76	77	78	79	79	80
5	Height (in)	41.1	41.8	43.0	44.3	45.5	46.7	47.4	41.1	41.8	43.0	44.3	45.5	46.7	47.4
	Height (cm)	104.4	106.2	109.1	112.4	115.7	118.6	120.3	104.4	106.2	109.1	112.4	115.7	118.6	120.3
	50th	91	92	93	94	95	96	96	51	51	52	53	54	55	55
	90th	103	104	105	106	107	108	108	63	64	65	65	66	67	67
	95th	107	108	109	109	110	111	112	66	67	68	69	70	70	71
	95th + 12 mm Hg	119	120	121	121	122	123	124	78	79	80	81	82	82	83
6	Height (in)	43.4	44.2	45.4	46.8	48.2	49.4	50.2	43.4	44.2	45.4	46.8	48.2	49.4	50.2
	Height (cm)	110.3	112.2	115.3	118.9	122.4	125.6	127.5	110.3	112.2	115.3	118.9	122.4	125.6	127.5
	50th	93	93	94	95	96	97	98	54	54	55	56	57	57	58
	90th	105	105	106	107	109	110	110	66	66	67	68	68	69	69
	95th	108	109	110	111	112	113	114	69	70	70	71	72	72	73
	95th + 12 mm Hg	120	121	122	123	124	125	126	81	82	82	83	84	84	85



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Yaş (yıl)	Kan Basıncı Yüzdeleri Dilimi	Sistolik Kan Basıncı (mm Hg)							Diastolik Kan Basıncı (mm Hg)						
		Boy Yüzdeleri Dilimi veya Ölçülen Boy							Boy Yüzdeleri Dilimi veya Ölçülen Boy						
		5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%	5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%
7	Height (in)	45.7	46.5	47.8	49.3	50.8	52.1	52.9	45.7	46.5	47.8	49.3	50.8	52.1	52.9
	Height (cm)	116.1	118	121.4	125.1	128.9	132.4	134.5	116.1	118	121.4	125.1	128.9	132.4	134.5
	50th	94	94	95	97	98	98	99	56	56	57	58	58	59	59
	90th	106	107	108	109	110	111	111	68	68	69	70	70	71	71
	95th	110	110	111	112	114	115	116	71	71	72	73	73	74	74
	95th + 12 mm Hg	122	122	123	124	126	127	128	83	83	84	85	85	86	86
8	Height (in)	47.8	48.6	50	51.6	53.2	54.6	55.5	47.8	48.6	50	51.6	53.2	54.6	55.5
	Height (cm)	121.4	123.5	127	131	135.1	138.8	141	121.4	123.5	127	131	135.1	138.8	141
	50th	95	96	97	98	99	99	100	57	57	58	59	59	60	60
	90th	107	108	109	110	111	112	112	69	70	70	71	72	72	73
	95th	111	112	112	114	115	116	117	72	73	73	74	75	75	75
	95th + 12 mm Hg	123	124	124	126	127	128	129	84	85	85	86	86	87	87
9	Height (in)	49.6	50.5	52	53.7	55.4	56.9	57.9	49.6	50.5	52	53.7	55.4	56.9	57.9
	Height (cm)	126	128.3	132.1	136.3	140.7	144.7	147.1	126	128.3	132.1	136.3	140.7	144.7	147.1
	50th	96	97	98	99	100	101	101	57	58	59	60	61	62	62
	90th	107	108	109	110	112	113	114	70	71	72	73	74	74	74
	95th	112	112	113	115	116	118	119	74	74	75	76	76	77	77
	95th + 12 mm Hg	124	124	125	127	128	130	131	86	86	87	88	88	89	89
10	Height (in)	51.3	52.2	53.8	55.6	57.4	59.1	60.1	51.3	52.2	53.8	55.6	57.4	59.1	60.1
	Height (cm)	130.2	132.7	136.7	141.3	145.9	150.1	152.7	130.2	132.7	136.7	141.3	145.9	150.1	152.7
	50th	97	98	99	100	101	102	103	59	60	61	62	63	63	64
	90th	108	109	111	112	113	115	116	72	73	74	74	75	75	76
	95th	112	113	114	116	118	120	121	76	76	77	77	78	78	78
	95th + 12 mm Hg	124	125	126	128	130	132	133	88	88	89	89	90	90	90
11	Height (in)	53	54	55.7	57.6	59.6	61.3	62.4	53	54	55.7	57.6	59.6	61.3	62.4
	Height (cm)	134.7	137.3	141.5	146.4	151.3	155.8	158.6	134.7	137.3	141.5	146.4	151.3	155.8	158.6
	50th	99	99	101	102	103	104	106	61	61	62	63	63	63	63
	90th	110	111	112	114	116	117	118	74	74	75	75	75	76	76
	95th	114	114	116	118	120	123	124	77	78	78	78	78	78	78
	95th + 12 mm Hg	126	126	128	130	132	135	136	89	90	90	90	90	90	90
12	Height (in)	55.2	56.3	58.1	60.1	62.2	64	65.2	55.2	56.3	58.1	60.1	62.2	64	65.2
	Height (cm)	140.3	143	147.5	152.7	157.9	162.6	165.5	140.3	143	147.5	152.7	157.9	162.6	165.5
	50th	101	101	102	104	106	108	109	61	62	62	62	62	63	63
	90th	113	114	115	117	119	121	122	75	75	75	75	75	76	76
	95th	116	117	118	121	124	126	128	78	78	78	78	78	79	79
	95th + 12 mm Hg	128	129	130	133	136	138	140	90	90	90	90	90	91	91
13	Height (in)	57.9	59.1	61	63.1	65.2	67.1	68.3	57.9	59.1	61	63.1	65.2	67.1	68.3
	Height (cm)	147	150	154.9	160.3	165.7	170.5	173.4	147	150	154.9	160.3	165.7	170.5	173.4
	50th	103	104	105	108	110	111	112	61	60	61	62	63	64	65
	90th	115	116	118	121	124	126	126	74	74	74	75	76	77	77
	95th	119	120	122	125	128	130	131	78	78	78	78	80	81	81
	95th and 12 mm Hg	131	132	134	137	140	142	143	90	90	90	90	92	93	93
14	Height (in)	60.6	61.8	63.8	65.9	68.0	69.8	70.9	60.6	61.8	63.8	65.9	68.0	69.8	70.9
	Height (cm)	153.8	156.9	162	167.5	172.7	177.4	180.1	153.8	156.9	162	167.5	172.7	177.4	180.1
	50th	105	106	109	111	112	113	113	60	60	62	64	65	66	67
	90th	119	120	123	126	127	128	129	74	74	75	77	78	79	80
	95th	123	125	127	130	132	133	134	77	78	79	81	82	83	84
	95th and 12 mm Hg	135	137	139	142	144	145	146	89	90	91	93	94	95	96
15	Height (in)	62.6	63.8	65.7	67.8	69.8	71.5	72.5	62.6	63.8	65.7	67.8	69.8	71.5	72.5
	Height (cm)	159	162	166.9	172.2	177.2	181.6	184.2	159	162	166.9	172.2	177.2	181.6	184.2
	50th	108	110	112	113	114	114	114	61	62	64	65	66	67	68
	90th	123	124	126	128	129	130	130	75	76	78	79	80	81	81
	95th	127	129	131	132	134	135	135	78	79	81	83	84	85	85
	95th and 12 mm Hg	139	141	143	144	146	147	147	90	91	93	95	96	97	97
16	Height (in)	63.8	64.9	66.8	68.8	70.7	72.4	73.4	63.8	64.9	66.8	68.8	70.7	72.4	73.4
	Height (cm)	162.1	165	169.6	174.6	179.5	183.8	186.4	162.1	165	169.6	174.6	179.5	183.8	186.4
	50th	111	112	114	115	115	116	116	63	64	66	67	68	69	69
	90th	126	127	128	129	131	131	132	77	78	79	80	81	82	82
	95th	130	131	133	134	135	136	137	80	81	83	84	85	86	86
	95th and 12 mm Hg	142	143	145	146	147	148	149	92	93	95	96	97	98	98



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Yaş (yıl)	Kan Basıncı Yüzdeleri Dilimi	Sistolik Kan Basıncı (mm Hg) Boy Yüzdeleri Dilimi veya Ölçülen Boy							Diastolik Kan Basıncı (mm Hg) Boy Yüzdeleri Dilimi veya Ölçülen Boy						
		5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%	5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%
		Height (in)	64.5	65.5	67.3	69.2	71.1	72.8	73.8	64.5	65.5	67.3	69.2	71.1	72.8
Height (cm)	163.8	166.5	170.9	175.8	180.7	184.9	187.5	163.8	166.5	170.9	175.8	180.7	184.9	187.5	
50th	114	115	116	117	117	118	118	65	66	67	68	69	70	70	
90th	128	129	130	131	132	133	134	78	79	80	81	82	82	83	
95th	132	133	134	135	137	138	138	81	82	84	85	86	86	87	
17	95th and 12 mm Hg	144	145	146	147	149	150	150	93	94	96	97	98	98	99

• Kan Basıncı değerlendirmelerini Tablo 1'teki şemaya göre aşamalandırmak için yüzdeleri kullanın (yüksek BP: ≥ 90 . Yüzdeleri değer; evre 1 HTN: ≥ 95 . Yüzdeleri değer ve evre 2 HTN: ≥ 95 . Yüzdeleri değer + 12 mm Hg). Bu tabloda 50., 90. ve 95. yüzdeleri değerler normal kilolu çocuklar (BMI < 85 . yüzdeleri) bazında kuantil regresyon kullanılarak elde edilmiştir.

Tablo 3. Kızlarda Yaş ve Boy Yüzdelerine Göre KB Düzeyleri

Yaş (yıl)	Kan Basıncı Yüzdeleri Dilimi	Sistolik Kan Basıncı (mm Hg) Boy Yüzdeleri Dilimi veya Ölçülen Boy							Diastolik Kan Basıncı (mm Hg) Boy Yüzdeleri Dilimi veya Ölçülen Boy						
		5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%	5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%
		Height (in)	29.7	30.2	30.9	31.8	32.7	33.4	33.9	29.7	30.2	30.9	31.8	32.7	33.4
Height (cm)	75.4	76.6	78.6	80.8	83	84.9	86.1	75.4	76.6	78.6	80.8	83	84.9	86.1	
50th	84	85	86	86	87	88	88	41	42	42	43	44	45	46	
90th	98	99	99	100	101	102	102	54	55	56	56	57	58	58	
95th	101	102	102	103	104	105	105	59	59	60	60	61	62	62	
95th + 12 mm Hg	113	114	114	115	116	117	117	71	71	72	72	73	74	74	
1	Height (in)	33.4	34	34.9	35.9	36.9	37.8	38.4	33.4	34	34.9	35.9	36.9	37.8	38.4
Height (cm)	84.9	86.3	88.6	91.1	93.7	96	97.4	84.9	86.3	88.6	91.1	93.7	96	97.4	
50th	87	87	88	89	90	91	91	45	46	47	48	49	50	51	
90th	101	101	102	103	104	105	106	58	58	59	60	61	62	62	
95th	104	105	106	106	107	108	109	62	63	63	64	65	66	66	
95th + 12 mm Hg	116	117	118	118	119	120	121	74	75	75	76	77	78	78	
2	Height (in)	35.8	36.4	37.3	38.4	39.6	40.6	41.2	35.8	36.4	37.3	38.4	39.6	40.6	41.2
Height (cm)	91	92.4	94.9	97.6	100.5	103.1	104.6	91	92.4	94.9	97.6	100.5	103.1	104.6	
50th	88	89	89	90	91	92	93	48	48	49	50	51	53	53	
90th	102	103	104	104	105	106	107	60	61	61	62	63	64	65	
95th	106	106	107	108	109	110	110	64	65	65	66	67	68	69	
95th + 12 mm Hg	118	118	119	120	121	122	122	76	77	77	78	79	80	81	
3	Height (in)	38.3	38.9	39.9	41.1	42.4	43.5	44.2	38.3	38.9	39.9	41.1	42.4	43.5	44.2
Height (cm)	97.2	98.8	101.4	104.5	107.6	110.5	112.2	97.2	98.8	101.4	104.5	107.6	110.5	112.2	
50th	89	90	91	92	93	94	94	50	51	51	53	54	55	55	
90th	103	104	105	106	107	108	108	62	63	64	65	66	67	67	
95th	107	108	109	109	110	111	112	66	67	68	69	70	70	71	
95th + 12 mm Hg	119	120	121	121	122	123	124	78	79	80	81	82	82	83	
4	Height (in)	40.8	41.5	42.6	43.9	45.2	46.5	47.3	40.8	41.5	42.6	43.9	45.2	46.5	47.3
Height (cm)	103.6	105.3	108.2	111.5	114.9	118.1	120	103.6	105.3	108.2	111.5	114.9	118.1	120	
50th	90	91	92	93	94	95	96	52	52	53	55	56	57	57	
90th	104	105	106	107	108	109	110	64	65	66	67	68	69	70	
95th	108	109	109	110	111	112	113	68	69	70	71	72	73	73	
95th + 12 mm Hg	120	121	121	122	123	124	125	80	81	82	83	84	85	85	
5	Height (in)	43.3	44	45.2	46.6	48.1	49.4	50.3	43.3	44	45.2	46.6	48.1	49.4	50.3
Height (cm)	110	111.8	114.9	118.4	122.1	125.6	127.7	110	111.8	114.9	118.4	122.1	125.6	127.7	
50th	92	92	93	94	96	97	97	54	54	55	56	57	58	59	
90th	105	106	107	108	109	110	111	67	67	68	69	70	71	71	
95th	109	109	110	111	112	113	114	70	71	72	72	73	74	74	
95th + 12 mm Hg	121	121	122	123	124	125	126	82	83	84	84	85	86	86	
6	Height (in)	45.6	46.4	47.7	49.2	50.7	52.1	53	45.6	46.4	47.7	49.2	50.7	52.1	53
Height (cm)	115.9	117.8	121.1	124.9	128.8	132.5	134.7	115.9	117.8	121.1	124.9	128.8	132.5	134.7	
50th	92	93	94	95	97	98	99	55	55	56	57	58	59	60	
90th	106	106	107	109	110	111	112	68	68	69	70	71	72	72	
95th	109	110	111	112	113	114	115	72	72	73	73	74	74	75	
95th + 12 mm Hg	121	122	123	124	125	126	127	84	84	85	85	86	86	87	
7	Height (in)	45.6	46.4	47.7	49.2	50.7	52.1	53	45.6	46.4	47.7	49.2	50.7	52.1	53
Height (cm)	115.9	117.8	121.1	124.9	128.8	132.5	134.7	115.9	117.8	121.1	124.9	128.8	132.5	134.7	
50th	92	93	94	95	97	98	99	55	55	56	57	58	59	60	
90th	106	106	107	109	110	111	112	68	68	69	70	71	72	72	
95th	109	110	111	112	113	114	115	72	72	73	73	74	74	75	
95th + 12 mm Hg	121	122	123	124	125	126	127	84	84	85	85	86	86	87	



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Yaş (yıl)	Kan Basıncı Yüzdeleri Dilimi	Sistolik Kan Basıncı (mm Hg)						Diastolik Kan Basıncı (mm Hg)							
		Boy Yüzdeleri Dilimi veya Ölçülen Boy						Boy Yüzdeleri Dilimi veya Ölçülen Boy							
		5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%	5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%
8	Height (in)	47.6	48.4	49.8	51.4	53	54.5	55.5	47.6	48.4	49.8	51.4	53	54.5	55.5
	Height (cm)	121	123	126.5	130.6	134.7	138.5	140.9	121	123	126.5	130.6	134.7	138.5	140.9
	50th	93	94	95	97	98	99	100	56	56	57	59	60	61	61
	90th	107	107	108	110	111	112	113	69	70	71	72	72	73	73
	95th	110	111	112	113	115	116	117	72	73	74	74	75	75	75
	95th + 12 mm Hg	122	123	124	125	127	128	129	84	85	86	86	87	87	87
9	Height (in)	49.3	50.2	51.7	53.4	55.1	56.7	57.7	49.3	50.2	51.7	53.4	55.1	56.7	57.7
	Height (cm)	125.3	127.6	131.3	135.6	140.1	144.1	146.6	125.3	127.6	131.3	135.6	140.1	144.1	146.6
	50th	95	95	97	98	99	100	101	57	58	59	60	60	61	61
	90th	108	108	109	111	112	113	114	71	71	72	73	73	73	73
	95th	112	112	113	114	116	117	118	74	74	75	75	75	75	75
	95th + 12 mm Hg	124	124	125	126	128	129	130	86	86	87	87	87	87	87
10	Height (in)	51.1	52	53.7	55.5	57.4	59.1	60.2	51.1	52	53.7	55.5	57.4	59.1	60.2
	Height (cm)	129.7	132.2	136.3	141	145.8	150.2	152.8	129.7	132.2	136.3	141	145.8	150.2	152.8
	50th	96	97	98	99	101	102	103	58	59	59	60	61	61	62
	90th	109	110	111	112	113	115	116	72	73	73	73	73	73	73
	95th	113	114	114	116	117	119	120	75	75	76	76	76	76	76
	95th + 12 mm Hg	125	126	126	128	129	131	132	87	87	88	88	88	88	88
11	Height (in)	53.4	54.5	56.2	58.2	60.2	61.9	63	53.4	54.5	56.2	58.2	60.2	61.9	63
	Height (cm)	135.6	138.3	142.8	147.8	152.8	157.3	160	135.6	138.3	142.8	147.8	152.8	157.3	160
	50th	98	99	101	102	104	105	106	60	60	60	61	62	63	64
	90th	111	112	113	114	116	118	120	74	74	74	74	74	75	75
	95th	115	116	117	118	120	123	124	76	77	77	77	77	77	77
	95th + 12 mm Hg	127	128	129	130	132	135	136	88	89	89	89	89	89	89
12	Height (in)	56.2	57.3	59	60.9	62.8	64.5	65.5	56.2	57.3	59	60.9	62.8	64.5	65.5
	Height (cm)	142.8	145.5	149.9	154.8	159.6	163.8	166.4	142.8	145.5	149.9	154.8	159.6	163.8	166.4
	50th	102	102	104	105	107	108	108	61	61	61	62	64	65	65
	90th	114	115	116	118	120	122	122	75	75	75	75	76	76	76
	95th	118	119	120	122	124	125	126	78	78	78	78	79	79	79
	95th and 12 mm Hg	130	131	132	134	136	137	138	90	90	90	90	91	91	91
13	Height (in)	58.3	59.3	60.9	62.7	64.5	66.1	67	58.3	59.3	60.9	62.7	64.5	66.1	67
	Height (cm)	148.1	150.6	154.7	159.2	163.7	167.8	170.2	148.1	150.6	154.7	159.2	163.7	167.8	170.2
	50th	104	105	106	107	108	108	109	62	62	63	64	65	65	66
	90th	116	117	119	121	122	123	123	75	75	75	76	76	76	76
	95th	121	122	123	124	126	126	127	79	79	79	79	80	80	81
	95th + 12 mm Hg	133	134	135	136	138	138	139	91	91	91	91	92	92	93
14	Height (in)	59.3	60.2	61.8	63.5	65.2	66.8	67.7	59.3	60.2	61.8	63.5	65.2	66.8	67.7
	Height (cm)	150.6	153	156.9	161.3	165.7	169.7	172.1	150.6	153	156.9	161.3	165.7	169.7	172.1
	50th	105	106	107	108	109	109	109	63	63	64	65	66	66	66
	90th	118	118	120	122	123	123	123	76	76	76	76	77	77	77
	95th	123	123	124	125	126	127	127	80	80	80	80	81	81	82
	95th + 12 mm Hg	135	135	136	137	138	139	139	92	92	92	92	93	93	94
15	Height (in)	59.7	60.6	62.2	63.9	65.6	67.2	68.1	59.7	60.6	62.2	63.9	65.6	67.2	68.1
	Height (cm)	151.7	154	157.9	162.3	166.7	170.6	173	151.7	154	157.9	162.3	166.7	170.6	173
	50th	105	106	107	108	109	109	109	64	64	64	65	66	67	67
	90th	118	119	121	122	123	123	124	76	76	76	77	77	78	78
	95th	124	124	125	126	127	127	128	80	80	80	81	82	82	82
	95th + 12 mm Hg	136	136	137	138	139	139	140	92	92	92	93	94	94	94
16	Height (in)	59.9	60.8	62.4	64.1	65.8	67.3	68.3	59.9	60.8	62.4	64.1	65.8	67.3	68.3
	Height (cm)	152.1	154.5	158.4	162.8	167.1	171.1	173.4	152.1	154.5	158.4	162.8	167.1	171.1	173.4
	50th	106	107	108	109	109	110	110	64	64	65	66	66	67	67
	90th	119	120	122	123	124	124	124	76	76	76	77	78	78	78
	95th	124	125	125	127	127	128	128	80	80	80	81	82	82	82
	95th + 12 mm Hg	136	137	137	139	139	140	140	92	92	92	93	94	94	94
17	Height (in)	60.0	60.9	62.5	64.2	65.9	67.4	68.4	60.0	60.9	62.5	64.2	65.9	67.4	68.4
	Height (cm)	152.4	154.7	158.7	163.0	167.4	171.3	173.7	152.4	154.7	158.7	163.0	167.4	171.3	173.7
	50th	107	108	109	110	110	110	111	64	64	65	66	66	66	67
	90th	120	121	123	124	124	125	125	76	76	77	77	78	78	78
	95th	125	125	126	127	128	128	128	80	80	80	81	82	82	82
	95th + 12 mm Hg	137	137	138	139	140	140	140	92	92	92	93	94	94	94



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

• Kan Basıncı değerlendirmelerini Tablo 1'teki şemaya göre aşamalandırmak için yüzdeler kullanın (yüksek BP: ≥ 90 . Yüzdeler; evre 1 HTN: ≥ 95 . Yüzdeler ve evre 2 HTN: ≥ 95 . Yüzdeler + 12 mm Hg). Bu tabloda 50., 90. ve 95. yüzdeler normal kilolu çocuklar (BMI < 85 . yüzdeler) bazında kuantil regresyon kullanılarak elde edilmiştir.

Basitleştirilmiş Kan Basıncı Tablosu

Tam kan basıncı tabloları karmaşıktır. Bu nedenle pratikte kullanımı kolay tablolar geliştirilmiştir. Bu tablolar kan basıncı değerlerinin ilk taramasında kullanım için oldukça kolaydır. Bu yeni tablo ilk KB taraması için basitleştirilmiş bir tablodur. Boy ve cinsine göre 5. yüzdeler dilim ile KB değeri içinde 90. yüzdeler dilimi esas alır, böylelikle tablodaki değerler > 99 negatif prediktif bir değer elde edilmesini sağlar. Yüksek KB veya HTN'yi kendi başına teşhis etmek için kullanılmamalıdır.

13 yaşından büyük ergenler için, artmış KB'nin saptanması için tıpkı yetişkin kurallarına uygun cinsiyetten bağımsız olarak basitleştirilmiş tabloda 120/80 mm Hg eşik değeri kullanılır.

Yaş (yıl)	KB, mm Hg			
	Erkek Çocuklar		Kız Çocuklar	
	Sistolik	Diastolik	Sistolik	Diastolik
1	98	52	98	54
2	100	55	101	58
3	101	58	102	60
4	102	60	103	62
5	103	63	104	64
6	105	66	105	67
7	106	68	106	68
8	107	69	107	69
9	107	70	108	71
10	108	72	109	72
11	110	74	111	74
12	113	75	114	75
≥ 13	120	80	120	80

Kan Basıncı Ölçüm Sıklığı

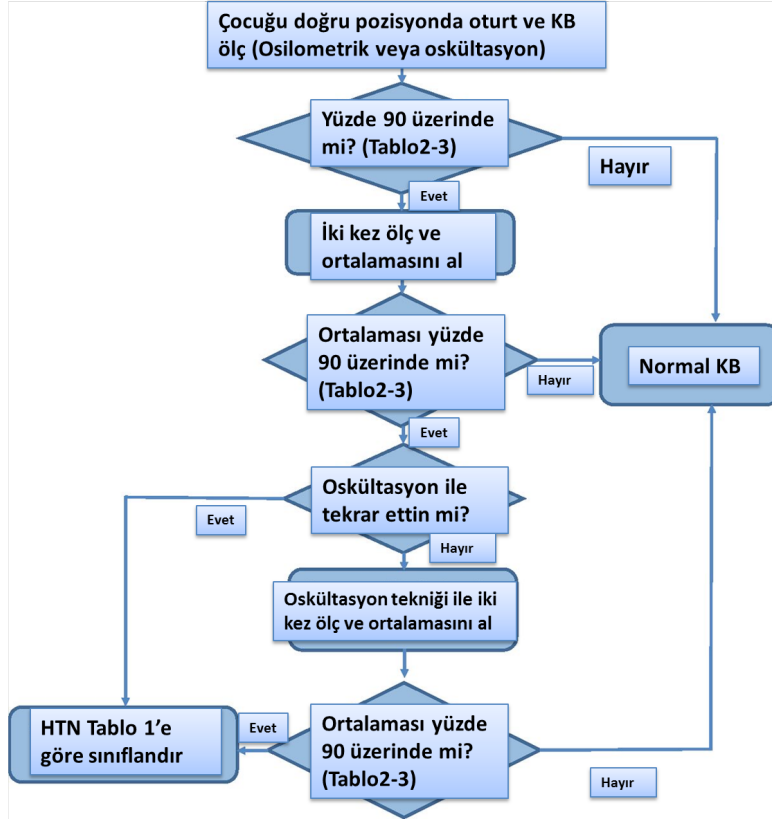
Rutin KB ölçümüne başlamak için hangi yaşın uygun olduğu belirsizdir. Bugüne kadar elde edilen veriler, önleme ve müdahale çabalarının erken başlaması gerektiğini göstermektedir. Risk faktörleri mevcut değilse, sadece yıllık ölçüm önerilir. Bu nedenle KB 3 yaşından büyük çocuk ve ergenlerde yıllık ölçülebilir. Obezite, KB'yi arttırdığı bilinen ilaçlar alan, böbrek hastalığı olan, koarktasyon öyküsü veya diyabet öyküsü olan 3 yaşından büyük tüm çocuk ve ergenlerde, her sağlık kontrolünde KB ölçülmelidir.

Çocukluk çağında KB muayeneler arasında ve hatta aynı muayene sırasında bile önemli ölçüde değişebilir. Bu nedenle, klinisyen HTN tanısı koymadan önce tekrar ölçümler ile hastayı değerlendirmelidir.

Hipertansiyonun Teşhisi

Muayenehane ortamında eğitilmiş sağlık profesyonelleri tarafından oskültasyon yöntemi ile teyit edilmiş ve en az 3 farklı ziyarette 95. yüzdeler dilimin üzerinde olan kan basıncı ölçümleri varsa HTN tanısı konulmalıdır.

ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ



KB Kategorisi (Tablo 1)	KB ölçme sıklığı	Yaşam stili önerileri (Ağırlık ve Beslenme)	Alt ve Üst Ekstremitenin KB Ölç	YİKBi ^a	Tanısal Değerlendirme ^b	Tedavi Başlama ^c	İlgili uzmana yönlendirme
Normal	Yıllık	X	—	—	—	—	—
	İlk ölçüm	X	—	—	—	—	—
Yüksek KB	İkinci ölçüm: 6 ay içinde tekrar et	X	X	—	—	—	—
	Üçüncü ölçüm: 6 ay içinde tekrar et	X	—	X	X	—	X
Evre 1 HTN	İlk ölçüm	X	—	—	—	—	—
	İkinci ölçüm: 1-2 hafta içinde tekrar et	X	X	—	—	—	—
Evre 2 HTN ^d	Üçüncü ölçüm: 6 ay içinde tekrar et	X	—	X	X	X	X
	İlk ölçüm	X	X	—	—	—	—
Evre 2 HTN ^d	İkinci ölçüm: tekrar et, ilgili uzmanlık kliniğine 1 hafta içinde yönlendir	X	—	X	X	X	X

X, önerilen müdahale; —, uygulanamaz. a. Bir tanı değerlendirmesine başlamadan önce HTN'yi onaylamak için bir YİKBi yapılır. b. Önerilen araştırmalar için Tablo b'e bakınız. c. Tedavi, bir birinci basamak sağlık kuruluşu veya uzman tarafından başlatılabilir. d. Hasta semptomatik ise veya KB 95. yüzdeleri değer + 30 mm Hg'den daha fazlaysa (veya bir ergende > 180/120 mm Hg), bir acil servise gönderin.



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Tablo b. Önerilen araştırmalar

Hasta popülasyonu	Tarama testleri
Tüm hastalar	Tam idrar tetkiki
	Biyokimya paneli (elektrolitler, üre ve kreatinin)
	Lipid profil (açlık veya tokluk HDL ve total kolesterol)
	Renal ultrasonografi 6 yaştan küçüklere veya anormal idrar bulgusu olanlara veya anormal renal fonksiyonlulara
Obez (BMI >95.yüzdellik dilim) çocuk veya adolesanlarda, yukarıdakilere ilave olarak	Hemoglobin A1c
	AST ve ALT (Karaciğer yağlanması için)
	Açlık lipid panel (dislipidemi için)
	Açlık serum glukoz yüksek diyabet riski olanlar için
Öykü, fizik muayene ve ilk çalışmaların sonuçları temelinde yapılabilecek isteğe bağlı testler	TSH
	İlaç kullanımı
	Uyku çalışmaları (Eğer horlama, gündüz uyuklama, veya bildirilen bir apne öyküsü)
	Tam kan sayımı, Özellikle büyüme geriliği olanlar veya anormal renal fonksiyonu olanlar

Poliklinikte Kan Basıncı Ölçümüne Göre Tedavi Yaklaşımları:

Normal Tansiyon

KB normal ise veya tekrar ölçümlerden sonra normalleşiyorsa (<90 p), başka bir işlem yapmanıza gerek yoktur.

Bu hastalara standart yaşam tarzı önerileri verin (beslenme, uyku, fiziksel aktivite vb.). Bir sonraki rutin kontrol ziyaretinde KB'yi tekrar kontrol edin.

Yüksek Kan Basıncı

- KB yükselmişse
 - Her ziyarette yaşam tarzı önerileri verin
 - 6 ayda KB'yi yeniden kontrol edin (oskültasyon yöntemi ile)
- Eğer KB 6 ay sonra hala yüksekse
 - Üst ve alt ekstremitelerde KB'sini kontrol edin
 - 6 ayda KB'yi yeniden kontrol edin (oskültasyon yöntemi ile)
- Eğer KB 12 ay sonra hala yüksekse (3 zaman noktası)
 - YİKBİ incelemesi yap (tanısal araştırmadan önce)
 - Tanısal araştırma yap
 - Üst Uzmana yönlendirmeyi düşün (Aile hekimleri için)
- KB herhangi bir noktada normalleşirse, yıllık taramaya geri dönün

Evre 1 Hipertansiyon

- Evre 1 HTN ve hasta asemptomatik ise
 - Her ziyarette yaşam tarzı önerileri
 - 1-2 hafta içinde KB'yi tekrar kontrol edin (oskültasyon yöntemi ile)
- KB 1-2 hafta sonra hala evre 1 HTN ise
 - Üst ve alt ekstremitelerde KB'sini kontrol edin
 - KB'yi 3 ayda tekrar kontrol edin (oskültasyon yöntemi ile)
- KB 3 ziyaretten sonra hala evre 1 HTN ise
 - YİKBİ (teşhis değerlendirmesinden önce)
 - Tanısal araştırma yapın

ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

- Üst uzmana yönlendirmeyi düşün
- Tedaviye başla (birinci basamak veya uzman)

Evre 2 Hipertansiyon

- KB Evre 2 HTN ve hasta asemptomatik ise
 - Uygunsa, her ziyarette yaşam tarzı önerileri
 - Üst ve alt ekstremitte KB'sini kontrol edin
 - KB'i tekrar kontrol edin veya 1 hafta içinde uzman yönlendirin
- KB 1 hafta sonra hala evre 2 HTN ise
 - YİKBİ (teşhis değerlendirmesinden önce)
 - Tanısal araştırma yapın
 - Tedaviye başla (birinci basamak hekimi, alt uzman)
 - 1 hafta içinde ilgili uzmana yönlendirmeyi düşünün

Eğer hasta semptomatik ise veya KB 95. yüzdilik değerin > 30 mm Hg üzerinde ise (veya bir ergende > 180/120), acil servise yönlendirin.

Yaşam İçi Kan Basıncı İzlemi (YİKBİ):

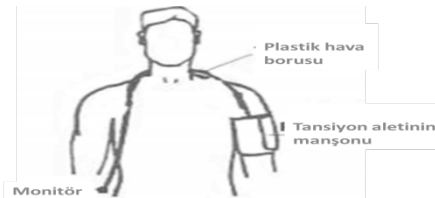
Hasta 24 saat boyunca sürekli bir KB manşonu takar

Ölçümler 20-30 dk aralıkla yapılır

Birçok günlük aktivite durumunda KB'i ölçülebilir

Ev, okul, uyanık, uyku

Gece ve gündüz arası sirkadian KB değişimlerini gösterir



	YİKBİ	Poliklinikte
Normal	Normal	Normal
Sürekli HTN	Yüksek	Yüksek
Beyaz Önlük HTN	Normal	Yüksek
Maskeli HTN	Yüksek	Normal

YİKBİ Beyaz önlük hipertansiyonu ve maskeli hipertansiyonu ayırmada faydalıdır
Hipertansif hedef organ hasarı ile yakın ilişkilidir



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Yüksek riskli popülasyonlarda uygulama gerekli olan bir durumdur:
Kronik böbrek yetmezliği, diabetes mellitus, aort koarktasyonu, solid organ nakli gibi

Hipertansiyonu Doğrulamak için Yaşam İçi Kan Basıncı İzleme

Poliklinik ölçümlerinde KB 1 yıl boyunca yüksek veya 3 klinik ziyareti sırasında Evre 1 HTN olan çocuklarda ve ergenlerde HTN'nin doğrulanması için yapılmalıdır. Poliklinik ortamındaki ölçümlerde HTN tanısı alan çocuklar ve ergenlerde beyaz önlük hipertansiyonundan şüpheleniliyorsa YİKBİ incelemesi yapılmalıdır. Tanı, ortalama sistolik kan basıncı (SBP) ve diyastolik kan basıncı (DKB) <95.p ve SKB/DKB yüklerinin <% 25 varlığına dayanır.

YİKBİ'nin rutin uygulaması, HTN şiddetini değerlendirmek ve hedef organ hasarı riskinin arttığını gösteren anormal sirkadiyen BP paternlerinin olup olmadığını belirlemek için yüksek riskli koşulları olan çocuklarda ve ergenlerde şiddetle göz önünde bulundurulmalıdır.

Evde Tansiyon Ölçümü

Pediyatrik çalışmalar poliklinik veya YİKBİ dışındaki ortamlarda alınan KB ölçümlerinin HTN tanısı koymak için yeterince güvenilir olmadığını göstermektedir.

Uygulamada endişeler:

Az sayıda normatif değerler olması

Çocuklar için onaylanmış az sayıda cihaz olması

Manşon boyutları ile ilgili sıkıntılar

KB'nı değerlendirmek için hangi zaman aralığında kaç ölçüm gerektiğine dair fikir birliği olmaması

Evde KB izlemi, HTN, maskeli veya beyaz önlük HTN teşhis etmek için kullanılmamalı, ancak HTN teşhisi konulduktan sonra poliklinik ve YİKBİ ölçümlerine faydalı bir yardımcı olabilir.

Okul Tansiyon Ölçümü

Okul ölçümlerinin kullanımını destekleyen kanıtlar sınırlıdır.

Araştırmada yararlı olmasına rağmen, yetersiz kanıtlar ve yerleşik protokollerin eksikliği nedeniyle, HTN'yi teşhis etmek için okul temelli ölçümlerin rutin kullanımı önerilemez.

Bununla birlikte, okul temelli KB ölçümü, resmi değerlendirme gerektiren çocukları tanımlamak için yararlı bir araç olabilir ve HTN tanısı konmasında yardımcı olabilir.

Not: Okul temelli sağlık klinikleri çocuk birinci basamak bakım sistemlerinin bir parçası olarak kabul edilir ve bu yorumlar onlar için geçerli değildir.

Hipertansiyon tipleri

Primer Hipertansiyon

ABD de çocuklarda HTN'nin baskın nedeni primer HTN'dur

Karakteristik özellikleri:

≥6 yaş; HTN'nin pozitif aile öyküsü; obezite / kilolu(overweight)



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

KB yükselmesinin şiddeti, birincil ve ikincil HTN arasında benzerdir.

Diyastolik HTN sekonder nedeni öngörür

Sistolik HTN primer HTN öngörür

6 yaşından büyük çocuklar ve ergenler, HTN için pozitif bir aile geçmişine sahiplerse, aşırı kilolu veya obezlerse ve / veya ikincil bir neden düşündürülen öykü veya fizik muayene bulguları yoksa, HTN'nin ikincil nedenleri için kapsamlı bir değerlendirmeye gerek duyulmaz.

Sekonder Nedenler:

Renal / Renovasküler

Sekonder HTN'li çocukların retrospektif vaka serilerine göre

Renal parankimal hastalığı veya böbrek yapısal anormallikler bu grupta % 34-76 oranındadır

Renovasküler hastalıklar % 12 -% 13 arasındadır

Böbrek kaynaklı olanlar özellikle 6 yaş altı çocuklar arasında daha sıktır

Aort Koartasyonu

Koartasyon, aortik arkın konjenital anomalisidir

Nörofibromatozis, Williams sendromu, Alagille sendromu ve Takayasu arteriti gibi çeşitli sendromları olan çocuklar, abdominal aort koartasyonu riski altındadır

Onarılmış aort koartasyon öyküsü olan çocuklar arasında HTN prevalansı, re-koartasyon kanıtı olmayanlar arasında bile % 17 ila % 77'dir

Hasta değerlendirme

HTN tanısı doğrulandıktan sonra, hasta aşağıdakilerle değerlendirilmelidir:

Altta yatan sebebi belirlemek

Komorbidity durumları değerlendirmek

Değerlendirme şunları içermelidir:

Hasta ve aile öyküsü

Fizik muayene

Laboratuvar ve görüntüleme çalışmaları

Öykü ve Fizik muayene; Yüksek KB için değerlendirilen çocuk ve ergenlerde, perinatal öykü, uygun beslenme öyküsü, fiziksel aktivite öyküsü, psikososyal öykü ve aile öyküsü almalı ve HTN'nin ikincil nedenlerini düşündürülen bulguları belirlemek için iyi bir fizik muayene yapılmalıdır.

Fizik inceleme; HTN'nin altta yatan ikincil nedenlerini veya HTN'nin hedef organ etkilerini belirlemek için inceleme yapılmalıdır.

Klinik pratik uygulama Tablo'da detaylı olarak verilmiştir.



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Vücut Sistemi	Bulgu, Öykü	Muhtemel etyoloji
Vital işaretler	Taşikardi	Hiperthiroidizm
	Azalmış alt ekstremitte nabızı;	Feokromasitoma
	KB'da üst ekstremiteden düşük alt ekstremitte	Nöroblastom
Gözler	Propitosis	Hiperthiroidizm
	Retinal değişiklikler ^a	Ciddi HTN, büyük olasılıkla sekonder HTN ile birliktelik
Kulak Burun boğaz	Adenotonsillar hipertrofi	Uyku-Solunum problemleri
	Horlama	Uyku apnesi
Boy, Ağırlık	Büyüme geriliği	Kronik böbrek yetmezliği
	Obezite (yüksek BMI)	Cushing sendromu
	Trunkal obezite	Insulin direnç sendromu
Baş, Boyun	Elfin yüzü	Williams sendromu
	Ay dede yüzü	Cushing sendromu
	Tiromegali, guatr	Hiperthiroidizm
	Perdeli boyun	Turner sendromu
Cilt	Soluk, kızarma, terleme atakları	Feokromasitoma
		Cushing syndrome
	Akne, hirsutizm, stria	Anabolik steroid suistimali
	Café-au-lait spot	Nörofibromatosis
	Adenoma sebaceum	Tuberos sklerosis
	Malar raş	Sistemik lupus
Hematolojik	Akantosis nigrikans	T2DM
	Solukluk	
Göğüs, Kalp	Orak hücre anemisi	Renal hastalık
	Göğüs ağrısı	
	Çarpıntı	
	Egzersiz dispnesi	Kalp hastalığı
	Geniş aralıklı meme başları	Turner sendromu
	Kalpde üfürüm	Aort koarktasyonu
	Frotman	Sistemik lupus (perikardit)
	Apikal kabarıklık ^a	Kollajen vasküler hastalık
Abdomen		Sol ventrikül hipertrofisi
	Abdominal kitle	Wilms tümör
	Epigastrik, bögürde üfürüm	Nöroblastoma
		Feokromasitoma
		Renal arter stenozu
		Polikistik böbrek hastalığı
Genitouriner	Palpabl böbrekler	Hidronefroz
	Ambigus veya erkeksi genitalia	Multikistik displastik böbrek
	İdrar yolu enfeksiyonu	Kongenital adrenal hiperplasi
	Vesikoureteral reflü	
Ekstremiteler	Hematuri, ödem, halsizlik	
	Abdominal travma	Renal hastalık
Ekstremiteler	Eklem şişliği	Sistemik lupus
		Kollajen vasküler hastalık
	Kas güçsüzlüğü	Hiperaldosteronizm
		Liddle sendromu



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Vücut Sistemi	Bulgu, Öykü	Muhtemel etyoloji
Nörolojik, metabolik	Hipokalemi, baş ağrısı, sersemlik, poliuri, nokturi	Reninoma Monogenik HTN sebepleri (Liddle syndrome, AME (apparent mineralocorticoid excess) GRA, (glucocorticoid-remediable aldosteronism)
	Kas güçsüzlüğü, hipokalemi	

Sol Ventrikül Hipertrofisi ve Ekokardiyografi

Çocukluk çağı HTN> sinde sol ventrikül hipertrofisinin prevalansı (LVH)% 30-40'tır

LVH, KB ve vücut kitle indeksinden bağımsız olarak kardiyovasküler riski artırır

2004 Dördüncü Rapor HTN tanısı sırasında ekokardiyografi yapılmasını önermişti

LVH varsa, antihipertansif ilaçların başlama endikasyonu sözkonusudur

Tedavi etkinliğini değerlendirmek için seri ekokardiyografi uygundur

HTN'nin farmakolojik tedavisi göz önüne alındığında, kardiyak hedef organ hasarını (sol ventrikül kitlesi, geometri ve fonksiyon) değerlendirmek için ekokardiyografinin yapılması önerilir.

Yeni kılavuzda LVH tanımları güncellenmiştir:

> 51 g / m^{2.7} veya erkeklerde > 115 g / vücut yüzey alanı(VYA) , kızlarda > 95 g VYA

LVH veya anormal sol ventrikül fonksiyonu olan hastaları izlemek için ekokardiyografiyi tekrarlayın

Sık ekokardiyografi çekimi, LVH olmadığında veya anormal sol ventrikül fonksiyonu yokluğunda önerilmez

Genel Tedavi Hedefleri

HTN tanısı alan çocuk ve ergenlerde, farmakolojik olmayan ve farmakolojik tedavi ile hedef, SKBve DKB'de <90 p, ≥13 yaş ergenlerde <130/80 mm Hg'ye düşürmektir.

Yaşam Tarzı Müdahaleleri

Bir çocuk veya ergende yüksek KB veya HTN teşhisi sırasında, KB'yi azaltmaya yardımcı olmak için ilk planda klinisyenler DASH (Hipertansiyonu Durdurmak İçin Diyet Yaklaşımları) diyeti hakkında tavsiyede bulunmalı ve orta ila şiddetli fiziksel aktiviteyi haftada en az 3 ila 5 gün (seans başına 30-60 dakika) önermelidir.

Farmakolojik Tedavi

Aşağıdaki durumlarda antihipertansif ilaçlar reçetelenmeli:

Hasta en az 6 ay yaşam tarzı değişikliğinde başarısız olduysa

Semptomatik HTN varsa

Açıkça değiştirilebilir bir risk faktörü olmayan (örneğin obezite) bir hastada Evre 2 HTN varsa

1. sırada olması önerilen ilaçlar ajanlar:

Anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörü veya anjiyotensin reseptörü bloke edici (ARB)



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Uzun etkili kalsiyum kanal bloker

Tiazid diüretik

Kronik böbrek hastalığı veya diyabette:

ACE inhibitörü veya ARB

Yaşam tarzı değişiklikleri başarısız olan hipertansif çocuklarda ve ergenlerde, özellikle ekokardiyografide LVH, semptomatik HTN veya açıkça değiştirilebilen bir faktör olmadan evre 2HTN varsa, klinisyenler ACE inhibitörü, ARB, uzun etkili kalsiyum kanalı blokleri veya tiazid diüretik ile farmakolojik tedaviyi başlamlıdır

Tedavi Takibi ve İzlemesi

Antihipertansif ilaçlar ile tedavi edilen hastalar, hedef KB'ye ulaşana kadar doz ayarları için her 4-6 haftada bir, ardından her 3-4 ayda bir görülmelidir.

Yaşam tarzı değişikliği ile tedavi edilen hastalar, KB azalmasının başarısını değerlendirmek ve farmakolojik tedaviye olan ihtiyacı yeniden değerlendirmek için sadece 3-6 ayda bir görülmesi uygundur.

YİKBİ ile İzleme ve Tedavisi

YİKBİ, HTN'li çocuklarda ve ergenlerde, özellikle klinik ve / veya evde yapılan KB ölçümleri tedaviye yetersiz yanıt gösterdiğinde, tedavinin etkinliğini değerlendirmek için kullanılabilir.

Kronik Böbrek Hastalığı

KBH olan çocuklar ve gençler, her tıbbi karşılaşmada HTN açısından değerlendirilmelidir.

Hem KBH hem de HTN'li çocuklar veya ergenler, YİKBİ ile 24 saatlik ortalama arter basıncını <50 p düşürmek için tedavi edilmelidir.

KBH'li ve HTN öyküsü olan çocuk ve ergenler muayene ölçümlerinde KB yüksek olmasa bile en az yılda bir kez MH (maskeli HTN) için YİKBİ ile değerlendirilmelidir.

Diyabet

Tip 1 diabetes mellituslu veya tip 2 diabetes mellituslu çocuklar ve ergenler, her tıbbi muayenede HTN için değerlendirilmeli ve KB ≥ 95 p veya ≥ 13 yaş ergenlerde $> 130/80$ mm Hg ise tedavi edilmelidir.

Hipertansiyon ve Spor

Hipertansiyonun egzersiz yaparken ani ölüm riskini arttırdığına dair kanıt yoktur.

Fiziksel aktivite ve gelişmiş fiziksel formda olma HTN nun tedavilerdendir.

HTN tedavisi spor performansını artırır.

Bununla birlikte, LVH veya başka bir hedef organ hasarı varsa, KB kontrol altına alınana kadar rekabetçi sporlardan vazgeçilmelidir.

HTN'li çocuklar ve ergenler, hipertansif hedef organ etkileri ve KV riski değerlendirildikten sonra rekabetçi sporlara katılabilir.

HTN'li çocuklar ve ergenler, rekabetçi sporlara katılmadan önce evre 2 eşik değerlerinin altına KB



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

düşürmek için tedavi almalıdır.

Hayati Tehdit Eden Belirtileri Olan Şiddetli Hipertansif Hastalar İçin Faydalı Uygulamalar				
İlaç	Sınıf	Doz	Uygulama şekli	Açıklamalar
Esmolol	β-adrenerjik bloker	100-500 mcg/kg/ dakika	Intravenöz infüzyon	Kısa etkili, sürekli infüzyonu tercih edilir. Derin bradikardiye neden olabilir
Hydralazine	Direkt vazodilatör	0.1-0.2 mg/kg/doz (0.4 mg/kg'a kadar /doz başına)	Intravenöz, intramuskular	Taşikardi neden olur İntravenöz bolus verildiğinde her 4 saatte bir ver
Labetalol	α- and β-adrenerjik bloker	Bolus: 0.20-1.0 mg/kg/ doz (40 mg'a kadar/ doz başına) Infüzyon: 0.25-3.0 mg/kg her saat	Intravenöz bolus veya infüzyon	Astım ve bariz kalp yetmezliği göreceli kontrendikasyonlardır
Nicardipine	Kalsiyum kanal bloker	Bolus: 30 mcg/kg, 2 mg' a kadar /doz başına Infüzyon: 0.5-4 mcg/kg /dakika	Intravenöz bolus veya infüzyon	Refleks taşikardiye neden olabilir. Siklosporin ve takrolimus seviyelerini artırır
Sodium nitropruside	Direkt vazodilatör	Başlangıç: 0-3 mcg/kg /dk Maximum: 10 mcg/kg /dk	Intravenöz infüzyon	Uzun süre (> 72 saat) kullanımda veya böbrek yetmezliğinde siyanür seviyelerini izleyin; veya sodyum tiyosülfat ile birlikte uygulanır

Daha Az Önemli Belirtileri Olan Ciddi Hipertansif Hastalar İçin Faydalı Uygulamalar				
İlaç	Sınıf	Doz	Uygulama şekli	Açıklamalar
Clonidine	Merkezi α-agonist	2-5 mcg/kg /doz, 10 mcg/kg /doza kadar her 6-8 saatte bir	Oral	Yan etkileri kuru ağız ve uyuşukluktur.
Fenoldopam	Dopamin reseptör agonisti	0.2-0.5 mcg/kg / dk, 0.8 mcg/kg / dk kadar uygulanabilir	Intravenöz infüzyon	Daha yüksek dozlar KB'yi daha da düşürmeden taşikardiye kötüleştirir
Hydralazine	Direkt vazodilatör	0.25 mg/kg / doz, 25 mg/ doza kadar her 6-8 saatte bir	Oral	Yarı ömür, genetik olarak belirlenmiş asetilasyon oranlarına göre değişir
Isradipine	Kalsiyum Kanal bloker	0.05-0.1 mg/kg / doz, 5 mg/doza kadar her 6-8 saatte bir	Oral	Azol antifungal ajanları alan hastalarda KB'de abartılı azalma görülebilir.
Minoxidil	Direkt vazodilatör	0.1-0.2 mg/kg /doz, 10 mg/doza kadar her 8-12 saatte bir	Oral	En etkili oral vazodilatör, uzun etkili

Kaynaklar

1. National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents. The fourth report on the diagnosis, evaluation, and treatment of high blood pressure in children and adolescents. Pediatrics. 2004;114(2, suppl 4th Report):555-576pmid:15286277.
2. FlynnJT, KaelberDC, Baker-SmithCM, et al; SUBCOMMITTEE ON SCREENING AND MANAGEMENT OF HIGH BLOOD PRESSURE IN CHILDREN. Clinical Practice Guideline for Screening and Management of High Blood Pressure in Children and Adolescents. Pediatrics. 2017; 140(3):e20171904.



EFFECTS OF MATERNAL OBESITY ON PREGNANCY AND EXERCISE IN PREGNANCY

Assoc. Dr. Semra KAYATAŞ ESER

SBU Zeynep Kamil Women and Child Diseases Training and Research Hospital Chief Physician

Standard pregnancy-specific definition of obesity is not present. Pregnant women are often considered obese or nonobese based on their prepregnancy BMI ($>30\text{kg/m}^2$).

Prevalence of obesity in pregnant women 30%. Also 40% of women gain an excessive amount of weight during pregnancy. 1/4 of pregnancy complications (eg, gestational hypertension, preeclampsia, gestational diabetes, preterm birth) are attributable to maternal overweight/obesity. Offspring are also at increased risk of childhood and adult obesity.

Pregnancy is associated with altered immunity and inflammation. There is increase in pro-inflammatory cytokines, decrease in anti-inflammatory cytokines, such as adipokine and adiponectin. The physiologic state of chronic inflammation in obesity affects systemic immunity and metabolism, and may be associated with several of the complications associated with maternal obesity.

Obesity is a disease that can lead to cardiovascular diseases, hypertension, diabetes, breathing problems, joint disorders and some types of cancer. Women who are obese before pregnancy are more likely to experience complications both during their pregnancy (maternal) and their babies. Obesity is an important factor in increasing pregnancy complications and fetal and neonatal morbidity. Fetal complications; obesity reduces the detection of fetal anomalies by at least 20 percent compared with women with a normal BMI.

Accurate nuchal translucency measurement may be more difficult to obtain. Evaluation of cardiac and craniofacial structures are most difficult also. Use of a low-frequency transducer and a narrow sector width may also help to increase tissue penetration and improve imaging success. Maternal obesity is associated with an increased risk of a range of structural anomalies; neural tube defects, spina bifida, cardiovascular anomalies etc. Stillbirth, SGA, LGA rate increases due to maternal obesity. Maternal obesity and excessive weight gain during pregnancy have long-term health effects for the offspring.

Maternal complications: maternal and perinatal risks are related to the degree of obesity and there is evidence of a 'dose effect' of higher BMI on the complications during pregnancy, Hypertension, preeclampsia doubled with each 5 to 7 kg/m^2 increase in prepregnancy BMI. Also for every 1 kg/m^2 increase in BMI, GDM increased by 0.92%. Preterm birth relation is controversial.

Slower labour progression, increased forceps or vacuum vaginal delivery, birth injury, postpartum infection and increased rate of wound disruptions are intrapartum complications.

Obesity is a risk factor for anesthesia-related maternal death.



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI

KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

What we do? Multidisciplinary team is needed as; the obstetric provider, high-risk pregnancy specialist, registered dietician, and, during labor and delivery, the anesthesiologist. Prepregnancy; diet, exercise, behavior modification, bariatric surgery is suggested. During pregnancy; discuss appropriate weight gain (OMI guideline), diet, exercise. Exercise reduces the risk of obesity and associated comorbidities (GDM, C/S). Obese women should start with low-intensity, short periods of exercise and gradually increase (20-30 minutes, 3-5days/week of low-moderate-intensity). Walking is best, safe throughout the nine months, swimming, low-impact aerobics and pilates. It is important for mother and baby health that nutrition and exercise counseling continues after birth.



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

NONİNVAZİV VENTİLASYON

Senem ALKAN ÖZDEMİR

Noninvazif solunum desteği (NIV) spontan solunumu olan hastayı entübe etmeden uygulanan solunum destek tedavisidir. Endotrakeal tüp yokluğunda nazal hava yolu açıklığına sağlanan destek şekilleri NCPAP (nazal sürekli hava yolu basıncı), bilevel pozitif hava yolu basıncı (BiPAP, SiPAP, NIPPV), noninvaziv yüksek frekanslı ventilasyon, noninvaziv nöral olarak düzenlenmiş ventilasyon (NIV-NAVA) ve yüksek akışlı nazal kanül uygulamaları sayılmaktadır. Doğum odasında, RDS tedavisinde, prematüre apnesinde, postoperatif solunum desteği, aspirasyon sendromları, pnömoni tedavisinde ve postektübyasyon durumlarında noninvaziv solunum desteğine ihtiyaç duyulur.

NCPAP en sık kullanılan NIV yöntemi olup, endikasyonları alttaki gibi sıralanabilir.

- Üst hava yolu işlevlerini kolaylaştırır,
- Endotrakeal entübasyondan korur,
- Fonksiyonel rezidüel kapasiteyi ve optimal ventilasyon perfüzyon dengesinin optimal olmasını sağlar.
- Apnenin azaltılmasında etkindir.

NCPAP kullanılan akım kaynağı ve cihaza göre ikiye ayrılır: 1. Sabit 2. Değişken akımla uygulanabilir. Sadece iki ayar parametresi bulunmaktadır. 1. PEEP ve 2. FiO₂. Başlangıç ayarları için hastanın gereksinimine uygun %21-40 arasında FiO₂ ile 5-8 cmH₂O önerilmektedir.

Bir diğer NIV yöntemi ise NIPPV'dir. NIPPV en basit tanımıyla NCPAP üzerine belirli bir hızda PIP uygulanması olarak tanımlanabilir. NIPPV, değişken basınçla kullanılan bir NIV yöntemidir. Konvansiyonel ventilatörde kullanılan tüm ayar parametreleri NIPPV uygulamalarında kullanılır; PEEP, PIP, hız, inspirasyon zamanı ve FiO₂ ayarlanır. NIPPV uygulamalarının amacı; NCPAP başarısızlığı durumunda hastaların entübe edilmesi yerine ventilatöre bağlanmanın önüne geçilmesidir. NIPPV başlangıç ayarları; PEEP: 4-6 cm H₂O, PIP: 15-25 cmH₂O, IT: < 0.5 sn, hız: 10-40/dk, akım: 6-10 L/dk ve hedef saturasyonu oluşturan minimum FiO₂ değeri ile ayarlanır.

BiPAP ve SiPAP inspirasyon ve ekspirasyon üzerine iki farklı düzeyde basınç desteği uygulanmasıdır. Değişken akım ilkesi sayesinde, akım inspirasyonda artar, ekspirasyonda azalır. Alveolar açılmayı ve gaz alışverişini kolaylaştırır. Aralıklı basınç değişimi solunumu uyarır, apne sıklığını azaltır. Son 12 saat içinde maksimum ayarlarda ve surfaktan verilmiş olmasına rağmen, hedef saturasyonu tutturabilmek için FiO₂ gereksiniminin > %40 olması, pH<7.20 ve pCO₂>60 mmHg olması, son 24 saatte dört ve/veya dörtten fazla apne atağı görülmesi ve hemodinamik açıdan instabilite durumunda NIPPV/BiPAP başarısız olarak kabul edilir.

NIV kullanarak yenidoğan solunum desteğinde başarılı olabilmenin anahtar noktalarının başında doğru ara yüz kullanımı gelmektedir. Nazal maske kullanımı, kısa binazal pronglarla oluşan nazal hasarı oldukça azaltmaktadır. Benzer şekilde etkinliğinin olduğunu gösteren çalışmaların sayısı da gittikçe artış göstermektedir.



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI

KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Nazal HFO, son yıllarda yenidoğan ünitelerinde kullanımı giderek artan bir NIV'dir. CO₂ atılımında diğer NIV yöntemlerinden başarılı olduğunu gösteren çalışmalar olsa da daha fazla yayına ihtiyaç bulunmaktadır. NHFO ayarlarının; MAP CPAP basıncı ile benzer olacak şekilde, amplitüd titrasyonun olduğu değerde, frekans 10 Hz ve IT:50/50 olacak şekilde ayarlanması uygun gzlmektedir.

Yüksek akım hızlı nazal kanül, bir CPAP olmayıp uygulama kolaylığı nedeniyle NCPAP'ın yerine kullanımı denenmektedir. 2-8L/dk hız ile sabit akım, dar ve burun deliğinin yarısını kapatan bir kanülden verilir. Nazofaringeal l boşluğu temizler, inspiratuar direnci azaltır, sabit olmayan bir PEEP oluşturur. Bu uygulama ile oluşturulan PEEP sabit olmayıp, ancak akım hız- basınç ilişkisi tahmin edilebilir.

Sonuç olarak, NIV yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde en sık kullanılan ventilasyon şeklidir. Doğru mod ve doğru ayarlarla en uygun cihaz ve ara yüz ile kullanılmalıdır. Asla unutulmamalıdır ki, noninvaziv solunum desteği başarısını arttıran bakım gereklilikleri yerine getirilerek uygulandığında, endotrakeal tüp ve ventilatör ilişkili hasarı nleme şansı verir.



ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

UTERİN KOMPRESYON SÜTÜRLERİ

Süleyman SALMAN

Amaç:

- Uterus içindeki **damar sistemini bası altına almak**
- **Kime:**
- **Atoni**
- **Plasenta previa**
- Arter bağlamaktan **daha basit ve daha az deneyim** gerektirir
- Öncesinde uterus iki elle sıkıştırılarak kanamanın durup durmadığı kontrol edilmeli
- Çok sayıda UKS var
- RKÇ yok
- Başarı genel olarak **%91,7**
- **Komplikasyonları var**
- **Fertilite konusunda uzun süreli takip gerekiyor**
- **B-Lynch.....(1997)..... Christopher Balogun-Lynch**
- **Hayman.....2002**
- **Cho.....2000**
- **Pereira.....2005**
- **Hackhetal.....U süturları.....2007**
- **Ouahba**
- **Matsubara-Yano**
- **Meydanlı**

Akbayır

Hayman (2002)

Makino-Takeda (2012)

- 3 vaka
- 1 previa
- Uterin inversiyon
- 1 başarısız lynch
- Daha sonra +13 vaka
- 1 histerektomi
-

Pereira tekniği (2005)

- Transver ve longitudinal sütürler seroza-myometriumdandan geçer
- Kaviteye girilmez
- Kavite kontrolü yapılamaz
- Enfeksiyon riski az

- Amaç: IU sineşiyi engellemek
- Nonabsorbabl sütür
- UA'den 2 cm içeriden geçiş, 2 sütür
- Pubiste bağlama
- 24-48 saat sonra sütür alınıyor
- 15 vaka, %100 başarı
- 1 vaka 3 saat sonra, kanama ve TAH



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI

KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

B- LYNCH

- Tanımlanan ilk kompresyon sturu
- Dikey bir sturdur
- İlk 5 vakada %100 başarı
- n-arka duvardan tam kat geçilmez



ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

EKLAMPSİ VE HELLP SENDROMU YÖNETİMİ

Veli MİHMANLI

Eklampsi; preeklampsi semptom ve bulguları olan gebelerde antepartum veya postpartum dönemde epilepsi veya diğer konvülziyon nedenlerine bağlı olmaksızın gelişen tonik klonik nöbetler ve/veya koma halidir. Maternal ve fetal morbidite / mortalite riski yüksek olduğundan obstetrik acil bir durumdur. Az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde daha yüksek oranda görülür. Risk faktörleri sıklıkla düşük sosyoekonomik düzey, siyah ırk, nulliparite, preeklampsi öyküsü, aile öyküsü, maternal yaşın >40 veya <18 olması, Kr. Hipertansiyon, Kr. böbrek yetmezliği, antifosfolipid sendromu, diabetes mellitus, yüksek vücut kitle indeksi, hidrops fetalis ve çoğul gebelik'tir. Sıklıkla hipertansiyon, baş ağrısı, görme bozuklukları, sağ st kadran ve epigastrik ağrı eşlik eder. Eklamptik nöbetlerin %59'u antepartum, %20'si intrapartum, %21'i ise postpartum dönemde görülür. Tedavide temel prensipler; respiratuvar ve KVS i destekleyerek maternal hipoksiyi, maternal travma ve aspirasyonu, nöbet tekrarını önlemek, serebrovasküler hasarı engellemek için ciddi hipertansiyonu kontrol altına almak, DİK ve benzeri komplikasyonlarla mücadele etmek ve doğumu planlamak olmalıdır. Antikonvilzan olarak tercih edilen ilaç MgSo4'tır. Genellikle tercih edilen yöntem, MgSO4 'ın 4 - 6 Gram / 5- 15 dakika IV yükleme dozunu takiben idame olarak 2gr/h sürekli İV infüzyonudur. Mg'un önerilen tedavi edici düzeyi 4.3-8.4 mg/dl' dir. Tedavi esnasında Mg toksisitesi açısında solunum sayısı(>12), derin tendon refleksleri ve idrar çıkışı (>100ml/4h) takibi yapılmalıdır. Diyastolik kan basıncı>105-110mmHg veya sistolik kan basıncı ≥160mmHg ise antihipertansif başlanmalıdır. Doğum şekli kararı obstetrik endikasyonlara göre verilir ve .tercihen vajinaldır. 32-34 haftadan küçük, indüksiyon için serviksin uygun olmadığı gebelerde öncelikle sezaryen düşünülebilir. Sonraki gebeliklerde eklampsi gelişim riski %2'dir.

HELLP sendromu; Gebe ve postpartum kadınlarda; hemoliz, yüksek KC enzim değerleri ve düşük trombosit sayısı ile karakterize ilk defa 1982 de Weinstein tarafından tarif edilen gebelerin %0.1-0.2 sinde görülen bir sendromdur. Preeklampsinin ağır bir formunu temsil etmekle birlikte %15-20 hastada proteinüri ve hipertansiyon olmadığından iki hastalık arasındaki ilişki tartışmalıdır. En yaygın bulgu ve semptomlar, proteinüri, hipertansiyon, epigastriyum ve sağ st kadran ağrısı, bulantı/kusma, başağrısı ve görme bozukluğudur. Genellikle 28-36.gebelik haftalarında tanı konulur. Tanı kriterleri; hemoliz (periferik yaymada şistosit ve burr cell, serum bilirubin ≥1.2 mg/dL, haptoglobin ≤ 25 mg/dL - LDH ≥2), yüksek KC enzimleri (AST veya ALT ≥2 kat) ve trombositopeni (<100,000 /L) dir. Ayırıcı tanıda gebeliğin akut yağlı karaciğeri, trombotik trombositik purpura, gebelikle ilişkili hemolitik üremik sendrom ve SLE düşünülmelidir. Dissemine intravasküler koagülasyon, plasenta dekolmanı akut böbrek yetmezliği, pulmoner ödem, subkapsüler/intraparenkimal KC hematomu, retina dekolmanı gibi maternal ve fetal morbidite/mortalite nin yüksek olduğu komplikasyonlar sebebiyle tedavi ve takip için maternal ve fetal yoğun bakım şartlarının sağlanması önemlidir. HELLP sendromu tanısı konulduğunda MgSO4 ve şiddetli hipertansiyon varlığında antihipertansif tedavi başlanır. Fetus nonviable veya ≥34 hafta ise maternal stabilizasyon sonrası doğum planlanır. Fetus<34 hafta ise akciğer matürasyonu için betametazon uygulaması önerilir. Maternal prognoz genellikle iyidir. Fetal prognoz ise gebelik haftasına ve doğum ağırlığına bağlıdır.



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



**ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ**

ÜLKEMİZDE SEZARYEN ORANLARI VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Prof. Dr. Yaprak ÜSTÜN

SBÜ Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Ülkemizde her yıl yaklaşık 1.300.000 doğum olmaktadır ve sezaryen ile doğum oranı 2003 yılından itibaren giderek artmıştır. 2017 yılı sezaryen ile doğum oranı %53 olarak saptanmıştır. OECD lkeleri içinde sezaryen oranı en yüksek lke Türkiye'dir. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de artan sezaryen oranları önemli bir halk sağlığı problemi haline gelmiştir. Herhangi bir ameliyat gibi, sezaryen ameliyatının da kısa ve uzun vadede riskleri mevcuttur ve bu riskler mevcut doğumun sonrasında da, annenin, çocuğun sağlığını ve gelecek gebelikleri de etkiler.

Sezaryen oranlarının azaltılmasında etkili olduğu bilinen yöntemler şunlardır (şekil 1):

Doğum ncesi dönemde; gebe bilgilendirme sınıf/okulları, doğuma hazırlık kurs/sınıfları ile hastanın hazırlanması, gevşeme ve solunum egzersizleri eğitimlerinin verilmesi,

Doğumda; ağrısız doğumun desteklenmesi, psikososyal destek, sabır ve doğal sürece saygı, gereksiz müdahaleden kaçınmak, doğum indüksiyonunu gereksiz yere uygulamamak, yeni standartlara göre doğumun ilerlemesini ve evrelerini değerlendirmek, devamlı monitrizasyondan kaçınmak, doğum sırasında ebe/hemşire desteği sağlanması.



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

GÜNCEL RDS YÖNETİMİ

Doç. Dr. Mehmet Yekta ÖNCEL

İzmir Kâtip elebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, ocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Neonatoloji Bilim Dalı

SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Kliniği

Respiratuvar Distres Sendromu (RDS) doğumdan kısa süre sonra ortaya çıkan, daha çok preterm bebeklerde görülen, akciğerin immatüritesi ve primer olarak surfaktan eksikliğine bağlı gelişen pulmoner yetmezlik tablosudur. RDS, prematüre bebeklerde solunum sıkıntısının en sık rastlanan ve preterm doğum ilişkili en önemli mortalite ve morbidite sebebidir. Hastalığın sıklığı ve şiddeti gebelik haftası ile ters orantılıdır. Türk Neonatoloji Derneği'nin 2016-2017 verilerine göre RDS insidansı 32 hafta altı prematüre bebeklerde %70,3 iken 28 hafta ve altındakilerde %86,5' dir. RDS'ye neden olan asıl fizyopatolojik mekanizma surfaktan eksikliği ile anatomik ve yapısal immatritedir.

RDS klinik olarak, doğum sonrası erken dönemde takipne, retraksiyon, inleme ve siyanozun eşlik ettiği solunum sıkıntısı bulguları ile ortaya çıkar. Solunum yetmezliği kan gazı değerleri ile tespit edilebilir ve tanı akciğer grafisinde klasik buzlu cam ve hava bronkogramları görüntüsü ile desteklenir. Ekzojen surfaktan tedavisinin RDS'li prematüre bebeklerde mortalite ve morbiditeyi azalttığı bilinmektedir. Surfaktan tedavisinin plasebo ile karşılaştırıldığı çalışmalarda, RDS şiddetinin, mortalite, bronkopulmoner displazi gibi orta-uzun dönem pulmoner morbiditelerin ve hava-kaçağı riskinin azaldığı gösterilmiştir.

Türk Neonatoloji Derneği RDS ve Surfaktan Tedavi Rehberi (2018) nerilerine göre;

- RDS tedavisinde doğal surfaktanlar tercih edilmelidir.
- Erken kurtarma surfaktan tedavisi standart yaklaşım olmalıdır ancak antenatal steroid tedavisi almamış ≤ 26 hafta bebekler veya stabilizasyon için doğum salonunda entübasyon ihtiyacı olan prematüre bebeklere surfaktan doğum salonunda uygulanabilir.
- RDS'li bebeklere surfaktan tedavisi mümkün olan en erken zamanda uygulanmalıdır. FiO_2 ihtiyacının ≥ 40 olduğu durumda surfaktan tedavisi düşünülmelidir. RDS kliniğine yönelik non-invaziv solunum destek tedavisi alan hastalarda ortalama havayolu basıncı (MAP, PEEP) > 7 cm H₂O olduğuunda surfaktan uygulanması düşünülmelidir
- Erken kurtarma tedavisinde başlangıç dozu olarak 200 mg/kg *poraktant alfa* kullanıldığında 100 mg/kg *beraktant* ve *poraktant alfaya* göre mortalite ve tekrarlayan doz surfaktan uygulamasında azalma sağlanır.
- Surfaktan, CPAP (sürekli pozitif havayolu basıncı) başarısızlığı olan bebeklerde INSURE (INtubation SURfactant Extubation) yöntemi ile uygulanabilirken spontan solunum çabası iyi olan ve CPAP altında stabil bebeklere surfaktan uygulama yöntemi olarak LISA/MIST (less invasive surfactant administration / minimally invasive surfactant therapy), INSURE yöntemine alternatif olarak kullanılabilir.
- Respiratuvar distres bulguları düzelmeyen ve FiO_2 ihtiyacı > 40 olan bebeklere tekrarlayan surfaktan dozları (en fazla 3 kez) uygulanabilir.



Avrupa RDS Tedavi Kılavuzu 2019 güncellemesine göre;

- RDS tanısı alan bebeklere hayvan kaynaklı surfaktan preparatı verilmelidir. (A1)
- Erken kurtarma surfaktan tedavisi standart olmalıdır. (A1)
- Doğum salonunda stabilizasyon için entübasyon gerektiği gibi surfaktan ihtiyacı olan durumlarda surfaktan verilmelidir. (A1)
- RDS tedavisinde 200 mg/kg poraktant alfa 100 mg/kg poraktant alfa ve beraktanttan üstündür. (A1)
- En az 6 cm H₂O CPAP altında olan bebeklerde FiO₂ ihtiyacı >0.3 ve durumu kötüleştiğinde surfaktan verilmelidir. (B2)
- Spontan soluyan CPAP altındaki bebeklerde eğer klinisyenin deneyimi varsa tercih edilen surfaktan uygulama tekniği LISA olmalıdır. (B2)

Sonuç olarak; akciğer olgunlaşmasını hızlandırmak için antenatal steroid uygulanması, uygun doğum odası canlandırma politikaları, doğum salonunda itibaren CPAP uygulanması, daha nazik ventilasyon yöntemlerinin kullanılması, surfaktan tedavisinin erken ve kurtarıcı olarak uygulanması, diğer medikal ve destekleyici tedaviler (antibiyotikler; sıvı, ısı ve beslenme yönetimi; kan basıncı, perfüzyon ve patent duktus arteriozus yönetimi) ile RDS ilişkili morbidite ve mortalite günümüzde anlamlı olarak azalmıştır.



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

ADÖLESAN GEBELİKLER

Prof. Dr. Yusuf ÜSTÜN

SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

Adölesan terimi çocukluktan erişkinliğe geçiş anlamında kullanılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü adölesanı 10-19 yaş grubu olarak tanımlamaktadır.

Dünyada gebeliklerin % 11'i 15-19 yaş aralığında ve bu gebeliklerin çoğunluğu gelişmemiş ülkelerdedir. 2017 TÜİK verilerine göre ülkemizde adölesan gebelik oranı % 5,4'tür. Adölesan gebelik, kırsal alanda ve eğitim seviyesi düşük kadınlar arasında daha yüksek oranda görülmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda adölesan dönemde gebe kalan kızların önemli bir bölümünün eğitim düzeyinin sekiz yıl ve altında olduğu saptanmıştır.

Abortus, erken doğum tehdidi, gebelikte hipertansiyon, düşük doğum ağırlığı, konjental anomali riski, müdahaleli doğum, HIV riski, malaria, yetersiz antenatal bakım adölesan gebeliğin riskleri arasındadır. Erken doğum tehdidi normal popülasyona göre 3-4 kat daha sık görülmektedir. Anemi adölesan gebelikleri komplike edebilen diğer bir durumdur. Değişik çalışmalarda bu gebeliklerde anemi oranının % 76'lara çıktığı bildirilmiştir. Folik asit, kalsiyum, magnezyum, vitamin E ve B₁₂ eksikliği de sık görülmektedir. Adölesan gebeliklerde besinler için fetus ile anne arasında yarış olması sonucu normal büyüme işlevinin bozulmasının görülen olumsuzlukların bir nedeni olduğu düşünülmektedir. Bir çalışmada adölesan doğumlar içinde görülen en sık komplikasyonun mekonyum aspirasyon sendromu ve ardından respiratuar distress sendromu olduğu bildirilmiştir. Ölü doğum ve yenidoğan ölümleri, adölesan gebeliklerde 20-29 yaş gebeliklere oranlara % 50 daha fazladır. Postnatal ölüm oranı da daha fazla görülmektedir. Adölesan gebelerde sigara ve bağımlılık yapıcı madde kullanımına daha yüksek oranda rastlandığı ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların daha fazla görüldüğü bildirilmektedir. Adölesan gebeler postpartum dönemde, postpartum kanama, endometrit, obstetrik fistüller, postpartum depresyon açısından artmış risk taşımaktadır. 15 yaşından önce gebelik teşhisi konulanların daha fazla risk taşıdığı unutulmamalıdır.

Özetle, adölesan gebe, gebelik, doğum ve sonraki süreçte fiziksel ve ruhsal açıdan desteğe ihtiyaç duyar. Adölesanlar gebeliklerinin sıklıkla takipsiz olduğu ve bunun sonucunda anne ve bebekte morbidite ve mortaliteye neden olabileceği bildirilmektedir. Adölesan gebe için antenatal bakımın erken başlaması ve çıkabilecek risklere yönelik tedbirlerin zamanında alınması hayati önem taşır. Gençlere acil korunma konusunda bilgi verilmesi ve yöntemle kolay ulaşılabilirliğinin sağlanması ile istenmeyen gebeliklerin ve düşüklerin azaltılabileceği unutulmamalıdır.



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI

KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

POSTER SUNUMLAR



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

PS-002

Rudimenter Horn Gebeliği 'Olgu Sunumu'

Ferhat Yasin ÖZKAYA, Op.Dr.F.Nur ÇETİNKAYA, Op.Dr.Başak CINGILLIOĞLU, Doç.Dr.Veli MİHMANLI
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Özet: Ektopik gebelik ovumun uterin kavite dışında yerleşmesiyle oluşur. Üreme çağı kadınlarda önemli bir morbidite ve mortalite sebebidir. Gelişmiş ülkelerde ilk trimester hamileliklerde gebeliğe bağlı ölümlerin en önemli nedenidir[9].Bizim olgumuzda uterin rudimenter hornda ektopik gebeliği olan hastanın tanı ve tedavisini sunuyoruz.

Abstract: Ectopic pregnancy occurs when the ovum is located outside the uterine cavity. Reproductive age is an important cause of morbidity and mortality in women. It is the most important cause of pregnancy related deaths in first trimester pregnancies in developed countries [9]. In our case, we present the diagnosis and treatment of ectopic pregnancy in uterine horn.

Giriş: Unikornuat uterus müllerian kanallardan biri normal geliştiği halde, karşı taraftaki kanalın gelişiminin tamamen veya tama yakın bir şekilde kesintiye uğraması sonucu meydana gelir Unikornuat uterusların yaklaşık %90'ında nonkomünikan ve endometrial kavite içeren rudimenter horn mevcuttur.Unikornuat uterus genel popülasyonda 4020 de 1 olarak görülmekle birlikte [1] bunların %84 ü non-komünikan türdedir.[2-4]

Biz bu olgu sunumunda non komünikan unikornu uterusu olan G2P1 C/S,son adet tarihi (SAT:15w + 2d) ile uyumsuz 8 hafta+1 günlük FKA+ kornual ektopik gebeliğe sahip bir hastanın tanı ve tedavisini sunacağız.

Vaka Sunumu: 31 yaşında G2P1 C/S SAT:15w+2d olan hasta dış merkezdeki muayene ve BHCG sonucu neticesinde ektopik gebelik ön tanısıyla hastanemize refere edildi.

Yapılan ultrasonografide endometriyal kavite 13mm,düzensizdi ve içerisinde GS tespit edilmedi. Uterus unikornuat görünümde izlendi. Sol adneksiyal alanda uterin kornda olduğu düşünülen, CRL:17.4mm (8W+1D)'lik FKA+ fetüs içeren ektopik odak izlendi. Sağ adneksiyal alan doğal izlendi. Hasta kornual gebelik ön tanısıyla ileri tetkik ve tedavi açısından servisimize interne edildi. Fizik muayenesinde batin rahat, akut karın bulguları yoktu ve spekulum muayenesinde vajinal kanama izlenmedi.

Hastanın giriş BHCG değeri : 76702

Hastaya cerrahi kararı verildi. Hasta bilgilendirildi ve cerrahi onam alındı.

Operasyona laparoskopik olarak başlandı. 1 adet 10mm trokar ve 2 adet 5 mm trokar girildi.



Eksplorasyonda uterus unikornu izlendi ve solda yaklaşık 6 cm ektopik odağın olduğu rudimenter bir horn izlendi. Rudimenter horna ait bir tuba ve sol over izlendi. Sağ adneks normal görünümde idi. Batın içerisinde serbest mayi-kanama izlenmedi. 5 mm Ligasure yardımıyla rudimenter horn ekize edildi. Takiben sol salpenjektomi yapıldı. Rudimenter horn eksizyonundan sonra kalan myometriyal doku incelmış izlendi bunun üzerine myometriyuma 2 adet vicryl no:1 ile sütür konuldu. Sol taraftaki 5 mm trokar 10 mm ile değiştirildi ve buradan içeriye endobag girildi. Batın içinde piyes endobag içine alındı ancak büyük olduğu için monopolar hook yardımıyla cutting modalitesinde ikiye bölündü ve kamerayla izlenerek 10 luk trokar yerinden trokarla birlikte batın dışına alındı. Kanama kontrolü sonrası batın içi izotonik ile yıkandı ve aspire edildi. Erken postop komplikasyon gelişmeyen hasta yatağına alındı. Postop 1. Gününde alınan BHCG:23773 olarak izlendi. Rutin postop takiplerinde özellik olmayan hasta postoperatif 3.gününde şifa ile poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.

Postop 20. Günde patoloji sonucu: Ektopik odak, eksizyonel biyopsi;

- immatür fetal elemanlar, dejenere ödemli koryon villusları,iltihaplı nekrotik desidua olarak raporlandı. Poliklinik kontrolünde BHCG postop 34. Gününde negatifleşti.

Tartışma: Konjenital uterin anormallikleri, Mullerian veya paramesonefrik kanalların embriyolojik anomalisinden kaynaklanan normal anatomiden sapmalar olarak tanımlanır. % 4-7 prevalanslı benign durumlardır. Anomalinin türüne ve derecesine bağlı olarak, spontan düşük, hayatı tehdit eden uterus rüptürü, erken doğum, fetal malprezentasyon, artmış sezaryen oranları ve intrauterin fetal büyüme kısıtlaması ile ilişkili olduklarından; üreme sonuçları üzerinde önemli bir etkisi vardır.

Bu anomalinin dört alt tipi vardır: (1) Rudimenter horn bulunmayan izole unikornuat uterus; (2) Uterusla bağlantılı olmayan (non-komunikan) ve endometrial kavite içermeyen rudimenter horn; (3) Uterusla bağlantılı olmayan (non-komunikan) ve endometrial kavite içeren rudimenter horn ve (4) Uterusla bağlantılı (komunikan) ve endometrial kavite içeren rudimenter horn.

Unicornuate uterus, Müllerian kanallarından birinin kısmi veya tam gelişimsel başarısızlığından kaynaklanır. Bir kanalın kısmi gelişimi, rudimenter bir uterus boynuzuna yol açarken, kanalın tamamen yokluğu izole bir hemi uterusu yol açar [3]. ESHRE / ESGE sınıflandırma sistemi[8], anatomik sapmanın ciddiyetine göre uterus anomalilerinin kategorize edilmesini sağlar [5]. Anomaliler, aynı embriyolojik kökenden kaynaklanan uterusun anatomik sapmalarını ifade eden aşağıdaki şekildeki ana sınıflara ayrılır. Bizim olgumuzda uterus unikornuat ve uterusla bağlantılı bir rudimenter horn vardı.

Rudimenter horn gebeliklerin bildirilmiş insidansı 76.000 ila 150.000'de 1'e değişmektedir [6]. Ektopik bir hamileliğin non-komunikan bir boynuzda gerçekleştiği durumlarda, spermin transperitoneal göçünün gerçekleştiğine inanılmaktadır [7]. İnsidans rakamlarındaki değişkenlik tanıdaki güçlüklerden kaynaklanmaktadır. Uterin horn serviks ile bağlantılı olsa bile, boynuzun tamamen laparoskopik olarak çıkarılması tavsiye edilir. rudimenter bir horn da hamilelik teşhisi yapıldığında, hayatı tehdit eden uterin rüptürüyle ilgili endişeler nedeniyle acil cerrahi en sık önerilen müdahaledir.

Anahtar Kelime Rudimenter Horn, Ektopik Gebelik, Laparoskopik Ektopik Horn Eksizyonu



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

PS-003

30.Gebelik Haftasında Etiyolojisi Bilinmeyen İlk Konvülsiyon Eklampsi? Epilepsi?

Ferhat Yasin ÖZKAYA, Op.Dr.Ahmet KILIÇKAYA, Doç.Dr.Veli MİHMANLI, Op.Dr.Başak CINGILLIOĞLU
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Özet: 20. gebelik haftasından büyük, konvülsiyon ile gelen bir gebede konvülsiyona neden olabilen durumlar içerisinde ilk akla gelen eklampsi olsa da diğer nedenler ekarte edilmelidir. Bizim olgumuzda 30. gebelik haftasında acil servise hayatının ilk konvülsiyonunu geçiren bir hasta sunuldu ve hastanın tetkikleri sonucunda epilepsi etiyolojisi anlaşılamadı ancak eklampsi de ekarte edilemediği için maternal morbidite ve mortalite göz önünde bulundurularak C/S ile gebelik sonlandırıldı. Hasta daha sonra ara yoğun bakım ünitesinde ve sonrasında ileri tetkik ve tedavi için nöroloji servisinde takip edildi.

Burada ilk konvülsiyon ile gelen ve etiyolojisi bilinmeyen bir gebelik+konvülsiyon olgusu sunuyoruz.

Abstract: Although eclampsia that comes to mind in cases that can cause convulsion in a pregnant woman with convulsion older than 20th week of gestation, other causes should be ruled out. In our case, a patient who had the first convulsion of her life at the 30th gestational week was presented and the etiology of epilepsy could not be understood as a result of the patient's examinations, but the pregnancy was terminated with C / S considering that the eclampsia could not be ruled out. The patient was then followed up in the intensive care unit and then in the neurology ward for further examination and treatment.

We present a case of pregnancy + convulsion who presented with the first convulsion and whose etiology was unknown. We present a case of pregnancy + seizure with unknown etiology.

GİRİŞ: Konvülsiyon, ömür boyu popülasyonun yüzde 8 ila 10'unu etkileyen bir olaydır [1,2]. Nöbetler, tüm acil servis hastalarının yüzde 1 ila 2'sini oluşturur ve bunların yaklaşık dörtte biri ilk nöbet olarak gelir[3]. Bir hastanın ilk nöbetini değerlendirmedeki birincil amaç, nöbetin tedavi edilebilir bir sistemik süreçten mi yoksa merkezi sinir sisteminin içsel işlev bozukluğundan mı kaynaklandığını ve ikincisi ise, temel beyin patolojisinin doğasının sonucunu belirlemektir. Eklampsi ise kesin nedeni açıkça anlaşılmamıştır. eklampsi, yeni bir başlangıçlı tonik-klonik, fokal veya multifokal nöbetlerin diğer nedensel koşulların yokluğunda (örneğin, epilepsi, serebral arteriyel iskemi ve enfarktüs, intrakranial kanama, ilaç kullanımı) ortaya çıkmasına dayanan klinik bir tanıdır.[5]

Olgu: 23 yaşında kadın hasta, nöbet şikayetiyle acil servise getirildi ve bilinen 30 haftalık gebeliği olduğu için acil kadın doğuma yönlendirildi. Hastanın bilinci kapalı, TA: 120/80mm/hg,nabız:95atım/dk, ateş: 36,8C, olarak ölçüldü. Hastanın generalize tonik klonik nöbet geçirdiği izlendi.bilinci kapalı olduğundan hastadan anamnez alınamadı. Hastanın ailesinden alınan anamnezinde; hayatında geçirmiş ilk nöbet olduğu öğrenildi.G4P31NSD,2C/S ile doğum yaptığı,normal doğumun preterm eylem olduğu ve bebeğin doğum sonrası ex olduğu öğrenildi. Hastanın özgeçmişinde bir özellik yoktu. Hasta ön planda eklampsi ve epileptik nöbet açısından değerlendirildi ancak epilepsiyi açıklayabilecek etioloji saptanmadı;.konvülsiyon dışında eklampsi tanısını destekleyecek tetkik sonucu izlenmedi. Takiplerinde TA: 120/80mm/hg---120/70 mm/hg ---130/80 mm/hg nabız:95atım/dk---98atım/dk



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

—96atım/dk ateş:36,8C ölçüldü.. Rutinlerinde: wbc:6000/ul plt:125000/ul hb:9,5mg/dl hct:30,1% idi tarnsaminazlarda yükselme görülmedi ve tam idrar tetkikinde proteinüri saptanmadı.. Hastanın bilininin açılmaması üzerine nörolojinin önerisiyle 3 ampul fenitoin yüklendi. Konvülsiyonun devam etmesi üzerine MgSO4 yükleme (6g) ve idame 2g/h başlandı. Hastanın acil Diffüzyon MR ile değerlendirilmesinde MR'ın Santral pontin miyelozis ile uyumlu olduğu ama bunun nöbete sekonder gelişmiş oluşabileceği düşünüldü.

Nöroloji hekimi tarafından konsültasyon cevabı olarak hastanın 'ilk nöbet' ön tanısı ile değerlendirildiği ve epilepsi tanısının şu anki bulgularla konulamayacağı eklampsi şüphesinin devamı halinde tedavinin kadın doğum hekimi tarafından karar verilmesi gerektiği şeklinde kapatıldı.

Hastanın obstetrik muayenesinde; vajinal muayenede dilatasyon yok, ultrasonografide 30 w ile uyumlu fetal biyometri, plasenta grade 1 matürasyonda fka+ AFI yeterli olarak değerlendirildi.

Nst reaktif toko negatif idi. Hastanın konvülziyonun devam etmesi ve eklampsi ayrımının net olarak yapılamaması üzerine hasta acil C/S ye alındı.1.dk APGAR skoru 8 olan kız bebek canlı baş gelişle doğurtuldu. Operasyon sırasında ve sonrasında erken komplikasyon izlenmedi.

Hasta C/S sonrası postiktal dönemde nöroloji tarafından yeniden değerlendirildi. Nörolojik muayenesinde bilinç kapalı pupiller midriyatik, bilateral ışık refleksi doğal faysal asimetri yok. Lateralizan motor defisiti yok olarak değerlendirildi.

Hasta SAK, sinüs venöz trombozu, intoksikasyon, intrakranyal enfeksiyon ayırıcı tanısı açısından kranial BT, kranial MR ve kranial MR venografi ile değerlendirildi. Lomber ponksiyon yapıldı. Diffüzyon MR da pons santralinde, her iki serebellar hemisfer medialde, orta serebellar pedinkül düzeyinde; supratentorial kesitlerde sol parietookspital bileşke düzeyinde subkortikal beyaz cevherde Osmotik demiyelinizasyon sendromunu düşündüren lezyon alanları izlendi.

Kranyel Venografide: özellik yok

Postop kan tetkiklerinde wbc:18000 /ul hb:9,7mg/dl hct:31%, plt:229000 /ul amilaz:212 U/l ast:39 U/l hastanın bilinç durumunda dalgalanmalar devam etti ve postop 1. Günde bilinci açık nörolojik muayenesi normaldi.

Kranial BT de intra ve ekstraaksiyal yer kaplayıcı lezyon izlenmedi .Hemorajik veya enfarkt lehine değerlendirilebilecek lezyon izlenmedi. Kemik yapılarında patoloji saptanmadı. Subaraknoid-ventriküler sistem doğal izlendi. EEG de uzun süren nöbete bağlı serebral anoksiye sekonder bulgular izlendi. LP'unda özellik yoktu

Hastaya keppra 500 mg tb 2*1, iespor 1g 2*1 başlandı. Nöbet etyolojisinin araştırılması ve yakın takibi açısından hasta genel yoğun bakım ünitesi 1. düzeye transfer edildi. Hasta 4 gün YBÜ ünitesinde ve sonrasında 3 gün nöroloji servisinde takip edildi.Takipleri sırasında 2 kez deha EEG ile tetkik edildi. İlk yapılan EEG status olarak değerlendirildi.Yaygın diken dalgalarda görüldü. Daha sonraki kontrol EEG lerinde diken dalgalarda azalma izlendi ve nonspesifik elektiksel aktivite olarak yorumlandı.

Ve bulgular oturmuş olacağı için 1 hafta sonra kranyal görüntüleme 3 hafta sonra EEG tekrarı planlandı.



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Yinelenen eeg de patolojik bulgu saptanmadı ve yapılan görüntülemelerinde patolojik özellik yoktu. postop 8. gününde hastada obstetrik komplikasyon görülmedi ve hasta taburcu edildi.

Tartışma: Preeklampsi 20. Gebelik haftasından büyük gebede hipertansiyon ile birlikte proteinüri veya trombostopeni, KCFT de yükselme veya böbrek yetmezliği gibi end organ bozukluğu ile giden bir tablodur. Eklampsi,ise yeni bir başlangıçlı tonik-klonik, fokal veya multifokal nöbetlerin diğer nedensel koşulların yokluğunda (örneğin, epilepsi, serebral arteriyel iskemi ve enfarktüs, intrakranial kanama, ilaç kullanımı) ortaya çıkmasına dayanan klinik bir tanıdır. Eklamptik nöbetlerin nörolojik nedeni açıkça anlaşılmamıştır.

Bizim olgumuz normotansifti ve bilinç kapalı bir halde geldiği için anamnez alınamadı.ancak tetkiklerinde proteinüri ve end organ bozukluğunu düşündürecek trombostopeni, KCFT yüksekliği, kreatinişn yüksekliği yoktu.

Olgumuz 30. Gebelik haftasında yeni başlangıçlı generalize tonik klonik nöbet ile gelmişti. Kadınların çoğu, ilk eklamtik nöbetten önceki saatlerde primer belirti / semptomlara sahiptir. En sık görülen öncül belirtiler ve yüzdesi [7]:

- Hipertansiyon (yüzde 75)
- Baş ağrısı (sürekli frontal veya oksipital baş ağrıları veya yıldırım baş ağrıları) (yüzde 66)
- Görme bozuklukları (scotomata, görme kaybı [kortikal körlük], bulanık görme, diplopi, görme alanı kusurları [örneğin, homonymous hemianopsia], fotofobi) (yüzde 27)
- Sağ üst kadranda veya epigastrik ağrı (yüzde 25)
- Asemptomatik (yüzde 25)

Sonuç olarak 3. Trimestrda 'ilk konvülsiyon' ile bilinci kapalı halde acil servise getirilen ve sonrasında tarafımıza refere edilen hastanın eklampsi-epilepsi açısından ayırıcı tanısı tam olarak yapılamamış olup, klinik eklampsi şüphesi ekarte edilemediği için gebeliğin sonlandırılması kararı alınmıştır.

Hastanın daha sonra yapılan tetkiklerinde epilepsi,intakranyal enfeksiyon, venöz tromboz gibi konvülsüyona neden olan durumlar incelenmiş ama hasta hakkında kesin tanıya varılamamıştır. Hastaya keppra tedavisinin devamı önerilmiş ve poliklinik kontrolüyle taburculuğu yapılmıştır. Bunun gibi vakalarda klinik şüphe olduğu için gebeliğin sonlandırılması makul bir seçenek olsa dahi fetüsün anne karnında miada kadar beklemesi de bir seçenek olacağından ayırmanın yapılması için nöroloji ve kadın doğum hekiminin birlikte karar vermesi gerektiğini düşünmekteyiz. Bununla ilgili daha çok olgu ve çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelime Gebelikte İlk Konvülsiyon,Eklampsi,Epilepsi



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

PS-005

Göçün Öngörülemeyen Obstetrik Sonuçları

Mehmet Tolga Özkan, Mustafa Ulubay, Ramazan Erda Pay, Kazım Emre Karaşahin
S.B.Ü. Gülhane Tıp Fakültesi

Giriş - Amaç: Araştırmamız olgu sunumu tipinde olup Mayıs 2019 tarihinde fakültemizin Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniğinde doğum yapan takipsiz bir gebe hakkındadır.

Araştırmada olgunun anomalili doğum yapma sebeplerine ışık tutabilecek veriler hakkında literatür taraması Pubmed üzerinden yapıldı.

Olgu: 3. çocuğuna 35 hafta 6 günlük gebeliği olan takipsiz hasta aktif eylemde kliniğimize başvurup doğumunu gerçekleştirdi. Yenidoğan multipl anomalili izlendi, etkin resüsitasyona rağmen 1 saat içerisinde ex duhul kabul edildi.

Sonuç: Günümüz şartlarında, düzenli antenatal takibi olmayan göçmen gebelerle daha sık karşılaşabileceğimiz göz önünde bulundurulmalıdır. Antenatal takipteki eksiklikler, özellikle de olgumuzda olduğu gibi kimyasal maruziyet şüphesi, doğum sonrası bebekte ciddi morbidite ve mortalite sebebi olabilmektedir. Çevresel etkenler kaynaklı önümüzdeki yıllarda daha kompleks hastalıkların oranı da artacağından, multidisipliner epidemiyolojik çalışmaların önemi vurgulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, Kimyasal maruziyeti, Göç, Anomalili doğum

Kaynaklar:

Al-Sabbak, M., Ali, S. S., Savabi, O., Savabi, G., Dastgiri, S., & Savabieasfahani, M. (2012). Metal contamination and the epidemic of congenital birth defects in Iraqi cities. *Bulletin of environmental contamination and toxicology*, 89(5), 937-944. Hakeem, O., & Jabri, S. (2015). Adverse birth outcomes in women exposed to Syrian chemical attack. *The Lancet Global Health*, 3(4), e196. Savabieasfahani, M., Ali, S. S., Bacho, R., Savabi, O., & Alsabbak, M. (2016). Prenatal metal exposure in the Middle East: imprint of war in deciduous teeth of children. *Environmental monitoring and assessment*, 188(9), 505. Manduca, P., Naim, A., & Signoriello, S. (2014). Specific association of teratogen and toxicant metals in hair of newborns with congenital birth defects or developmentally premature birth in a cohort of couples with documented parental exposure to military attacks: observational study at Al Shifa Hospital, Gaza, Palestine. *International journal of environmental research and public health*, 11(5), 5208-5223.



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

PS-006

Üriner Luteinizan Hormon Ölçüleriyle Ovulasyon Zamanının Belirlenmesi

Fatma Horasan Altıntaşoğlu

Op. Dr. Fatma Horasan Altıntaşoğlu Kadın Doğum Muayenehanesi

Giriş - Amaç: İnfertilite, 12 siklus boyunca, korunmadan ve yeterli sayıda cinsel ilişkide bulunulmasına karşın gebelik oluşmaması olarak tanımlanmaktadır. İnfertilitede problem yaklaşık %40 olasılıkla kadında, %40 durumda erkekte, %20 durumda da hem kadın hem de erkekte bulunmaktadır. İnfertilite için tetkik yapılan çiftlerin yaklaşık %10'unda ise gebelik oluşmaması için bariz bir neden bulunamaz. 1985'te Stranger ve ark. yüksek serum LH seviyeleri olan kadınların IVF başarısının anlamlı olarak düşük olduğunu gösterdiler. Fertilizasyon, klivaj ile gebelik oranları LH konsantrasyonlarıyla yakından ilişkili bulunmuştur. Yüksek serum LH konsantrasyonları izlenen kadınlara oositlerin erken dönem atreziye olduğunun düşünülmesine sebep olan yüksek fragmantasyon ve asimetric klivajların incelenmesi ve gebelik oranlarının düşük bulunması; foliküler fazda yüksek LH'un fertilitiyi olumsuz etkilediği hipotezini desteklemiştir.

Bu çalışmada Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine infertilite şikayeti ile başvuran 52 kadın incelemeye alınmıştır. Ovulasyon tayini ve zamanın belirlenmesi için kullanılan çeşitli yöntemlerden dört tanesinin (BBT, serum LH ve progesteronu, üriner LH ölçümleri ve endometrial biopsi) etkinliği değerlendirildi. Spontan veya indüklenmiş edilmiş ovulasyonlu sikluslarda idrarda ve serumda LH ölçümleri, luteal faz endometrial biyopsileri yapıldı. Tüm hastalarda ovulasyonun varlığı, luteal faz progesteron düzeyleri ve endometrial biyopsi örnekleri ile doğrulandı.

Yöntem - Gereçler: İnfertilite şikayeti ile başvuran 52 kadının siklusları 28-32 gün arasında ve yaş ve ortalaması 27 olarak tespit edilmiştir. Spontan ya da indüklenmiş ovulasyonlu sikluslarda üriner LH ölçümleri, midluteal serum LH ve progesteron ölçümleri (menstruasyonun 14. ve 21. günleri), bazal beden ısı ölçümleri ile luteal faz endometrial biyopsileri yapıldı. Tüm hastalarda ovulasyonun varlığı, luteal faz progesteron seviyeleri ve endometrial biyopsi örnekleriyle doğrulandı. Üriner LH ölçümleri, kolorimetrik olarak üriner LH ölçümü yapan bir tes kiti ile gerçekleştirildi. Hormon analizleri radioimmunoassay yöntemi ile gerçekleştirildi. Ölçümlerde Amersham firmasının kitleri kullanıldı. Bazal beden ısı ölçümleri için ise, hastalara tüm siklus günlerini içeren kartlar verildi. Menstruasyonun birinci gününden, diğer menstruasyonun başlangıcına kadar her gün sabah yataktan kalkmadan (saat 08:00) oral ya da koltuk altı aldığı beden ölçümünü kaydetmesi istendi.

Bulgular: Bazal beden ısısının en düşük olduğu nokta ile kolorimetrik testin dekolorizasyonunun başladığı nokta arasındaki ilişki karşılaştırıldığında şu sonuçlar alındı (Tablo 1). Bu zaman aralığı ovulasyonu önceden haber veren 24-36 saatlik bir periyoddur.

18 olguda (%35) bazal beden ısısının en alt noktası dekolorasyon gününde yani 0. günde tespit edildi.



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Diğer bir ifadeyle LH pikinden 1 gün önce ortaya çıktı. 12 olguda (%23) bazal beden ısısının en alt noktası +1. günde, yani LH pikinden 1 gün sonra ortaya çıktı. 7 olguda (%13) ise bazal beden ısısının en alt noktası +2. günde yani LH pikinden 2 gün sonra ortaya çıktı.

Menstruasyonun 14. ve 21. günlerinde alınan kan örneklerinde serum LH ve progesteron ölçümleri yapılan 52 olguya ait ölçümlerin ortalama değerleri Tablo 2'de gösterilmiştir.

Luteal yetmezliği olan dört hasta belirlendi. Bu olguların luteal faz serum progesteron düzeyleri 5ng/ml. nin altında ve endometrial biopsi sonuçlarında en az iki günlük bir maturasyon eksikliği mevcuttu.

Luteal yetmezliği olan hastalara ait bulgular Tablo 3'te özetlenmiştir.

Luteal yetmezliği olan bu olgularımızda serum progesteron düzeyleri 5 ng/ml.nin üstüne çıkmadığı gibi, serum LH düzeyleri 6.3 mIU/ml.nin üstüne çıkmadı.

Serum LH değerlerinin normali 5-20 mIU/ml. Olmasına rağmen bu değerler ovulatuvar fazda 3 kat artar. Geç luteal fazda ise ortalama LH düzeyi 7.6 mIU/ml.dir. Progesteronun normal serum değerleri ise 0.1-27.8 ng/ml. olarak bildirilmiştir. Serumda LH piki oluşan 48 olgunun üçünde yanlış negatif sonuç vermiştir.

a (48)= Her iki teste göre pozitif olanlar

b (1)= Diagnostik teste göre pozitif , referans teste göre negatif olanlar

c (39)= Diagnostik teste göre negatif, referans teste göre pozitif olanlar

d (4)= Her iki teste göre negatif olanlar

Duyarlılık (Sensitivity)= $a/a+c = 48/51 = 0.94 = \%94$

Seçicilik (Specificity)= $d/b+d = 4/5 = 0.80 = \%80$ olarak bulunmuştur.

Sonuç: Çalışmamızda aynı hasta grubundan aynı siklus içerisinde menstruasyonun 14. ve 21. günlerinde iki kez serum progesteron ve LH ölçümleri yapılmış olup, bu ölçümlerin ortalamaları ve standart sapmaları Tablo 9'da verilmiştir. Serum progesteronunun birinci ölçüm ortalaması ve standart sapması 7.2 ± 1.8 ; ikinci ölçüm ortalaması ve standart sapması 8.3 ± 2.4 olarak bulunmuştur. Serum LH'nin birinci ölçüm ortalaması ve standart sapması 7.3 ± 1.6 ; ikinci ölçüm ortalaması ve standart sapması ise 8.7 ± 2.4 olarak bulunmuştur.

Birinci ve ikinci ölçümler arasındaki farklılığının anlamlılık analizi için paired t testi (eşleştirilmiş t testi) yapılmış ve $p < 0.0005$ olarak bulunmuştur. Yani bizim hasta grubumuzda birinci ve ikinci hormon ölçümleri arasında yeterli bir artış ortaya çıkmış ve p değeri anlamlı olarak bulunmuştur.

52 hastanın sadece dördünde yeterli LH ve progesteron artışı olmamış, aynı dört hastada üriner LH dekolorizasyonu da gözlenmiştir. Bu dört hastaya ait bulgular Tablo 9'da gösterilmiştir. Ayrıca serumda LH piki pozitif olarak bulunmuştur. Serum LH piki oluşan 48 hastanın üçünde üriner LH dekolorizasyonu gözlenememiştir. Serumda LH artışı ortaya çıkıp, üriner LH ölçümlerinde dekolorizasyon görülmeyen üç hasta tespit edilmiştir. Üriner LH piki için bu kolorimetrik yöntemle sensitivite (duyarlılık) %94, spesifite (özgünlük) %80 olarak bulunmuştur.

Liley Llyod ve arkadaşlarının çalışmasında, yalnızca sabah ilk idrar örneklerinde LH piki tayini oranını %87 olarak bulmuşlardır. Aynı çalışmacılar sabah ilk idrar örnekleri ve akşam örneklerinin birlikte incelenmesi ile bu oranı %99 olarak bulmuşlardır (Lloyd ve Coulam, 1989).



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI

KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Günümüzde beklenen ovulasyonun en güvenilir indikatörü olarak LH eğrisinin başlangıcı kabul edilmektedir (Paz, Yogev, Gottreich, Rotem, Yavetz ve Hononnai, 1990; Gregoriou, Kassanos, Vitoratos, Papadias ve Zourlas, 1990; Shoupe, Mishell, Lacarra, Lobo ve Horenstein, 1989; Djahanbakhch ve Maguiness, 1990; şahmay, Hekim, Eğeci ve Atas, 1987; Garcia, Jones ve Wright, 1981; Djahanbakhch, Mc Neilly, Hobson ve Templeton, 1981; Lasley, Stabenfeldt, Overstreet, Hanson, Czekala, Munro ve Coralie, 1985; Arısan, 1989).

Anahtar Kelimeler: Üriner lüteinizan hormonu, ovulasyon, infertilite

Kaynaklar:

Paz G, Yogev L, Gottreich A, Rotem R, Yavetz H, Hononnai ZT. Determination of Urinary Luteinizing Hormone for Prediction of Ovulation. Gynecol Obstet Invest 1990; 29: 207-210. Gregoriou O, Kassanos D, Viitoratos N, Papadias C, Zourlas PA. Clinical efficacy of LH color: a new home ovulation test. Int. Gynecol. Obstet 1990; 32: 141-143. Shoupe D, Mishell DR, Lacarra M, Lobo RA, Horenstein J. Correlation of Endometrial Maturarion with four methods of estimating day of ovulation. Obstet Gynecol 1989; 73: 88. şahmay S, Hekim N, Eğeci Y, Atas T. İdrarda LH lm ile ovulasyon zamanlaması. Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi 1987; 1: 49-53.



PS-007

A Rare Presentation of Behçet's Disease Detected Postoperatively

Yusuf Alper Kara, Fatma Tuğba Güvenç, Derya Erdoğan, Asuman Gürkan
SBÜ Dr. Sami Ulus EAH

Giriş - Amaç: Behçet disease is a rare vasculitic disorder that consists of a triple-symptom complex of recurrent oral aphthous ulcers, genital ulcers, and uveitis [1]. The onset is insidious with peak age of onset in young adulthood (25–30 years), but also occasionally in children before the age of 16 years in 4-26% of cases [2]. Also Behçet's Disease (BD) may present with its common symptoms, it may be appeared with the delayed healing of the wounds caused by environmental factors. We aimed to present a 16-year-old boy with diagnosed as BD after a hydrocelectomy operation.

Yöntem - Gereçler: Case Report

Bulgular: 16 years old male presented to the hospital with the complaint of a swelling on the left scrotum. Physical examination was concordant with left noncommunicating hydrocele and hydrocelectomy operation was planned.

Under general anaesthesia, left hydrocelectomy of Winkelmann procedure performed via scrotal raphe incision that sutured subcuticularly. There were no complications postoperative 24 hour-follow-up until discharge.

On the postoperative 4th day the patient presented to the emergency room with the complaint of dehiscence and serous leak of incision (Figure 1). Daily wound dressing applied for 12 days but there was not a sign of healing. Wound culture taken in the first presentation to the hospital was negative. Incision revised via nonabsorbable suture. 2 days after revision of the incision, the patient presented again with the dehiscence of the wound again and also, he had ulcerations on the scrotum. As a result of recurrent wound dressing, there were ulcerations on the scrotum (Figure 2). Because of the genital ulcerations, it's thought that the case could be a rheumatological disorder, so the patient consulted to rheumatology and dermatology. The patient hospitalised, an aphthous lesion occurred in oral mucosa of the patient during the patient's hospital stay (Figure 3). After a deeper medical history taken from the patient, he before had recurrent aphthous lesion in mouth and erythematous lesions concordant with erythema nodosum on the skin of his leg. Dermatology, rheumatology and ophthalmology consultations made. There was no sign of uveitis in ophthalmological examination. Clinical findings were supporting BD although pathergy test was negative. Local wound care and oral colchicine prescribed. On the follow up period, healing of the wound seen and genital ulcerations were disappearing day by day. There were no surgical complaints on 12 months follow up and the patient followed by rheumatology since he diagnosed as BD.

Sonuç: Behçet's Disease (BD) is a multisystem disease characterised by mucocutaneous and



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

ophthalmological manifestations. Recurrent oral aphthae and genital ulcerations, erythema nodosum, papulopustular lesions, thrombophlebitis and positivity of pathergy test is evaluated to diagnose BD [3]. The patient reported in this case had oral aphthae, genital ulcerations and a history of erythema nodosum which make the diagnose as BD.

Hydrocele surgery is one of the most frequent surgical approach of the inguinal region in children. After surgery there is a 0,6 – 1,4% rate of dehiscence of the incision reported [4, 5]. It is an unexpected complication unless the patient has a connective tissue disease or deficiency of local hygiene. The most expected causes of this situation are wound infections, age of younger than 12 months, median abdominal incision, history of emergent surgery. As less expected causes are concomitant systemic diseases like diabetes, anemia, vasculitis [4].

In this case, the patient's lesions and history suggests BD. After the investigations the diagnose becomes more clear and proper treatment was given to the patient. After the treatment healing of the incision seen and there weren't any other complications. And also, the other lesions like oral aphthae and genital ulcers of the patient were healed.

Recurrent wound dehiscence is a rare entity to be seen in children. In the patients with similar history, the causes written in this case report are must investigated and eliminated. There is not a BD case presented after a surgical approach with a wound dehiscence in the English literature. Behçet's Disease (BD) should also be kept in mind in patients with deficient wound healing, history of surgical interventions and different ulcer lesions after surgery.

Anahtar Kelime: Behcet Syndrome, Skin Manifestations, Surgery

Kaynaklar:

Behcet Syndrome, Skin Manifestations, Surgery



ULUSLARARASI KADIN DOğUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

PS-009

Suçiçeği ve Komplikasyonlarının Değerlendirilmesi

Cüneyt Uęur¹, Doç. Dr. Aysu Züleyha Say²

¹Saęlık Bilimleri Üniversitesi Konya SUAM

²İstanbul Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi / Pediatri Kliniği
(Emekli oldu)

Giriş - Amaç: Bu çalışmada polikliniğe başvuran ve komplikasyon nedeniyle servise yatırılan suçiçeği olgularının geriye dönük değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem - Gereçler: Bu çalışmada Ocak 2000-Ocak 2003 tarihleri arasında Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği polikliniğine başvuran 676 suçiçeği olgusunun poliklinik kayıtları ve servise yatırılanların hasta dosyaları incelendi. Polikliniğe başvuranlar yaş, cinsiyet ve mevsimsel dağılım yönünden; servise yatırılanlar ise hastaneye yatış oranı, yaş, cinsiyet, mevsimsel dağılım, ortalama hastanede kalış süresi ve komplikasyon tipi yönünden araştırılarak kayıt edildi.

Bulgular: Polikliniğe başvuran 676 suçiçeği olgusunun yaş ortalaması 5.04 ± 3.13 yıl; %53'ü erkek, %47'si kız; mevsimsel dağılımı: %35.4 ilkbahar, %20.8 yaz, %12.1 sonbahar, %31.7 kış bulundu. Olgulardan %5.8'inin (39) komplikasyon nedeniyle servise yatırıldığı saptandı. Servise yatırılan hastaların yaş ortalaması 2.08 ± 1.93 yıl; %61.5'i erkek, %38.5'i kız; mevsimsel dağılımı: %30.8 ilkbahar, %23.1 yaz, %12.8 sonbahar, %33.3 kış ; ortalama hastanede kalış süresi 8.00 ± 6.86 gün olarak bulundu. En sık yatış sebebi bronkopnömoni (%43.6), ikinci sıklıkta sekonder bakteriyel deri enfeksiyonu (%15.4), üçüncü sıklıkta febril konvulziyon (%10.3) idi.

Sonuç: Suçiçeğinin genelde selim seyirli olduğu, klinik olarak kolay tanı konulduğu, komplikasyon nedeniyle servise yatırılan hasta oranının düşük olduğu, komplikasyon gelişen hastalarda ağır morbiditeye rastlanmadığı ve mortalitenin görülmediği tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Suçiçeği, komplikasyon, çocuk



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

PS-010

Yenidoğan Döneminde Solunum Sıkıntısının Nadir Bir Nedeni: Tek Taraflı Koanal Atrezi

Deniz Camcı Erten, Mehmet Yekta ncel, Melek Akar, zgn Uygur, Defne Engür
SBÜ, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş - Amaç: Konjenital burun anomalilerinden biri olan koanal atrezi, posterior nazal açıklığın olmamasıdır. Tipik fizik muayene bulgusu ağlama ile düzelen siyanozdur. Burada beslenme sırasında gelişen solunum sıkıntısı ile geç dönemde başvuran ve tek taraflı koanal atrezi saptanan bir olgu sunulmuştur.

Yöntem - Gereçler: On sekiz yaşında annenin 1. gebeliğinden 1. yaşayan olarak 39. gestasyonel haftada sezeryan ile 3000 gram ağrlığında doğan kız bebek. Öyküsünden dış merkezde doğduğu ve doğum sonrası bir komplikasyon gelişmeden 48 saatlikken taburcu edildiği öğrenildi. Postnatal 24 günlük olgu, beslenme esnasında gelişen solunum sıkıntısı nedeniyle başvurduğu dış merkezden koanal atrezi ön tanısı ile hastanemize yönlendirildi. Olgunun yoğun bakım izleminde oral beslenme esnasında ve oda havasında dahi solunum sıkıntısı olduğu görüldü. Nazogastrik sonda ile nazal açıklık kontrol edildiğinde sondanın sol taraftan ilerlemediği görülen hasta, intranasal endoskopik görüntüleme ile tek taraflı koanal atrezi tanısı aldı. Eşlik edebilecek anomaliler açısından sistem taramaları yapılan hastada ek anomali saptanmadı. Cerrahi müdahale ile koanal açıklık sağlandı, oral beslenme başlandı. Post-op takibinde komplikasyonu olmayan hasta adaptasyonu tamamlandıktan sonra şifa ile taburcu edildi.

Bulgular: Konjenital burun anomalilerinden biri olan koanal atrezi, posterior nazal açıklığın kapalı olmasıdır. Olgumuzda da görüldüğü gibi genel popülasyonda kızlarda daha sıktır (1) ve 7000 canlı doğumda bir görülmektir(2). Genellikle pterygoid tabakanın kemiksel anomalileriyle ve midfasiyal gelişim anomalileriyle ilişkili olabilmektedir. Koanal atrezi izole bir anomali olabileceği gibi multipl bir anomalinin de bir parçası olabilir. Fasiyal, nazal ve palatal deformiteler, konjenital kalp hastalıkları, polidaktili, iris veya retina bozuklukları, entelektüel bozukluklar, dış kulak anomalileri, özefagus atrezisi, kraniosinoz , trakeozefageal fistül, meningoel sıklıkla eşlik edebilen anomalilerdir. Olgumuzda yapılan sistemik incelemelerde ek anomali saptanmamıştır. Olgumuzda da görüldüğü gibi koanal atrezi doğum sonrası solunum sıkıntısı, beslenirken gelişen solunum sıkıntısı ve morarma, ağlarken semptomların düzelmesi ile prezente olur. Koanal atrezi düşünülen vakaların hava yolunun açık tutulması ve sonda ile beslenmesi yapılacak ilk müdahaledir. Kesin tedavi transnazal delik açma veya endoskopik yöntemle posterior nazal septum rezeksiyonu ile mümkündür.

Sonuç: Koanal atrezi, erken tanı konulması gereken önemli bir konjenital anomalidir. Tüm yenidoğanlara doğum salonunda nazal açıklık kontrolü mutlaka yapılmalıdır. Tek taraflı olan olgularda tanı gecikebilir. Yenidoğan döneminde solunum sıkıntısıyla başvuran hastalarda ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken bir tanıdır.

Anahtar Kelime: Koanal atrezi, Solunum sıkıntısı, Yenidoğan

Kaynaklar: Koanal atrezi, Solunum sıkıntısı, Yenidoğan



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

PS-011

Savaş, Göç ve Sağlık: Sosyal Çalışmaların Rolü

Kayı Eliaçık¹, Emel Berksoy¹, Şefika Bardak¹, Ali Kanık², Aysun İnan³, Meryem Badem⁴, Mehmet Helvacı⁵

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Acil Eğitim Kliniği, İzmir, Türkiye

²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D, Türkiye

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sosyal Servis, İzmir, Türkiye

⁴İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D, Türkiye

⁵Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İzmir, Türkiye

Giriş - Amaç: Savaşların sonucunda sığınmacı olma durumu, göçün en kötü biçimidir. Suriye’de devam eden iç savaş, milyonlarca insanı göçe zorlamış ve birçok Suriye’li ülkelerini terk ederek en yakın sınır komşusu olan Türkiye’ye sığınmıştır. Günümüzde Türkiye, barınak, sağlık ve eğitim hizmetlerine ücretsiz erişim sağlayan, çoğu Suriye kökenli sığınmacılara ev sahipliği yapmaktadır. Ülkemiz coğrafi konumu, sosyal yapısı ve tarihi geçmişi nedeniyle sıklıkla göç almaktadır. Birleşmiş Milletler Sığınmacılar Örgütü’nün 2019 verilerine göre fazla sığınmacıya ev sahipliği yapan ülke Türkiye’dir. Afet ve Acil Durum Yönetimi Kurumu raporlarına göre, Türkiye’de kayıtlı mevcut Suriyeli sayısı 3,630,575’tir. Türkiye ayrıca, diğer uluslardan da 300,000’den fazla bireye ev sahipliği yapmaktadır. Çok sayıda sığınmacının bulunması ise önemli bir sağlık sorunudur ve Sağlık Bakanlığı tarafından bu konuda büyük çaba harcanmaktadır. Bu çalışmanın amacı, hastanemizde yatırılarak çeşitli sosyal sorunlar nedeniyle sosyal hizmet uzmanlarına konsülte edilen sığınmacıların çocuklarını ve yapılan sosyal çalışmaları incelemektir.

Yöntem - Gereçler: Ocak 2012- Aralık 2018 tarihleri arasında hastanemizde yatırılan ve Sosyal Hizmet Birimi’ne konsülte edilen sığınmacı ailelerin çocuklarına ait veriler retrospektif olarak gözden geçirildi. Çalışmaya katılan olguların sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, doğum yeri), tıbbi tanıları, sosyal konsültasyon nedenleri ve sosyal hizmet uzmanı’nca yapılan çalışmalar ve sorunların sınıflandırması kaydedildi ve değerlendirildi.

Bulgular: Çalışma süresince toplam 88 çocuk olgu Sosyal Hizmet Birimi’ne konsülte edildi. Olguların ortanca yaşı 10 ay idi (çeyrekler arası aralık 60,5). Olguların yaklaşık yarısını kız çocukları oluşturmaktaydı. Olguların 2’si İran (%2,3), biri Afganistan (%1,1) kökenliken, 85 Suriye kökenli olgunun (%96,5) 48’i (%54,5) Türkiye, 37’si (%42) Suriye doğumlu idi. Sosyal Hizmet Birimi’ne yapılan konsültasyonların başlıca nedenleri sosyal ve ekonomik sorunlar olarak belirlendi. Olguların 48’i (%54,5) sosyal nedenler, 37’si (%42) ekonomik nedenler ve üçü (%3,4) istismar ve ihmal şüphesi nedeniyle sosyal hizmet birimine konsülte edildi. Değerlendirme sonrası 52 olgunun (%59,1) yoksulluk, sosyal güvence eksikliği, evsizlik gibi sosyoekonomik sorunlarla karşı karşıya olduğu belirlendi. Yaşanan diğer sorunlar; tedaviye ve/ya da hastaneye uyumsuzluk (17 olgu, %19,3), aile ya da çevre ile sorunlu ilişki (8 olgu, %9,1), istismar ve / ya da ihmal şüphesi (üç olgu, %3,4), yasal sorunlar (sekiz olgu, %9,1)



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI

KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

olarak saptandı.

Sonuç: Türkiye'nin sağlık sisteminde sığınmacıların çoğu sosyal güvenceye sahiptir. Sosyal hizmetin temel nedeni sosyal ve ekonomik sorunlardır. Özellikle, ocuk istismarı, ihmali ve cinsiyet ayrımcılığı önlenmelidir. Bunun için sağlık hizmetleri, sosyal hizmetler ve güvenlik hizmetleri ile işbirliği içinde olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: ocuk sağlığı, g, savaş, sosyal alışma



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

PS-012

Uzamış Sarılık Etiyolojisinde Nadir Bir Neden: Minör Kan Grubu (Anti-C) Uygunsuzluğu

Oğuz Demiroğlu¹, Melek Akar², Meltem Koyuncu Arslan², Sümer Sütçüoğlu², Fırat Ergin²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Kliniği

Giriş - Amaç: Yenidoğanın hemolitik hastalığı, eritrositler üzerinde yer alan antijenlere karşı oluşan antikörlerin fetüse geçmesi nedeni ile ortaya çıkan bir hastalıktır. Günümüzde Rh uyumsuzluğu nedeni ile Rh immünglobulinlerin yaygın olarak kullanılması sonucunda anti-D dışındaki antikörlerin neden olduğu minör kan grubu uygunsuzluğuna bağlı yenidoğanın hemolitik hastalığının önemi ve sıklığı giderek artmaktadır. Klinik bulgular, yenidoğanın hafif sarılığında başlayıp ağır hidrops fetalis olgularına kadar değişen bir spektrumda izlenmektedir. Term gebeliklerde 14; preterm bebeklerde 21 günü geçen sarılık uzamış sarılık olarak tanımlanmaktadır. Burada minör kan gruplarından C antijeni uygunsuzluğuna bağlı uzamış sarılık gelişen bir yenidoğan nadir görülmesi nedeniyle sunulmuştur.

Yöntem - Gereçler: 32 yaşında G2P1Y1A0 anneden 37. gebelik haftasında sezaryen ile 2200 gr doğan kız bebek 16 günlükken solukluk ve sarılık şikayeti ile getirildi. Prenatal ve natal öyküsünde özellik bulunmayan olgunun anne ve babası arasında akrabalık belirtilmedi. Olgunun fizik muayenesinde solukluk ve ikter dışında patolojik bir bulguya rastlanmadı. Annenin kan grubu: A Rh(+), bebeğin kan grubu A Rh(+), Direkt coombs (+) saptandı. Hemogloblin: 8.1 mg/dL ve retikülositozu olan olgunun diğer hemogram parametreleri olağandı. Periferik kan yayması hemoliz ile uyumlu idi. Total Bilirubin: 22.2 mg/dL, direkt bilirubin:1.59 mg/dl; karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri ve serum elektrolitleri olağandı. Olgu uzamış sarılık olarak değerlendirildi.

Bulgular: Uzamış sarılık etiyolojisine yönelik olarak bakılan tiroid fonksiyon testleri, glukoz 6 fosfat dehidrogenaz enzim düzeyi normal olarak bulundu. İdrarda redükten maddesi (-) olan olgunun idrar kültüründe üreme saptanmadı. Olgunun minör kan grupları D+, C+, E+, c+, e+ Kell-; annenin minör kan grupları D+, E+, c+, e+, C-, Kell- ve indirekt coombs 3+ olarak saptandı. Olgunun uzamış sarılığının C antijeni uygunsuzluğuna bağlı olarak geliştiği düşünüldü. Eritrosit transfüzyonu yapıldı, fototerapi ve intravenöz immünglobulin verildi. Kontrol total bilirubin düzeyi 12 mg/dl olan olgu kontrole gelmek üzere taburcu edildi.

Sonuç: Uzamış sarılık yenidoğan döneminde sık karşılaşılan bir durumdur. Günümüzde özellikle minör kan grubu uygunsuzluklarına bağlı olarak gelişen hemolitik aneminin neden olduğu uzamış sarılıkların önemi giderek artmaktadır. Daha önceleri hafif anemi ile seyrettiği düşünülen minör kan grubu uygunsuzluklarının ciddi fetal ve neonatal komplikasyonlara yol açabileceği de bildirilmektedir. Bu nedenle uzamış sarılık şikayeti ile gelen yenidoğan bebeklerde olası minör kan grubu uygunsuzlukları açısından dikkatli olunmalıdır.

Anahtar Kelime: anti-C uygunsuzluğu, uzamış sarılık, yenidoğan



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

PS-013

Nadir Bir Anomali: Ensefalosel

Aykut ZN¹, Melek AKAR², Meltem KOYUNCU ARSLAN², zgn UYGUR², Deniz GNLAL², Mehmet Yekta NCEL³

¹Sađlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi, ocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

²Sađlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Kliniği

³İzmir Katip elebi niversitesi, ocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Neonatoloji Bilim Dalı

Giriş - Amaç: Ensefalosel, intrakraniyal yapıların, kalvariyal ve dural bir defekten kraniyum dışına doğru kese şeklinde çıktığı doğumsal bir anomalidir. Ensefalosele yol açan anterior nöropor kapanma defektinin, paraaksiyel mezodermal gelişme yetersizliğinden kaynaklandığı ve nöroektoderm ve kutanöz ektoderm arasındaki yapışıklıklarla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Kraniyumda en fazla oksipital alanda yerleşen ensefaloseller ciddi morfolojik bozukluğa sebep olurlar, bakımları zordur, tedavi olarak cerrahi girişim gerektirmektedirler. Burada nadir görülen bir anomali olması nedeniyle ensefalosel tanısı almış bir olgunun sunulması amaçlanmıştır.

Yöntem - Gereçler: Olgunun poster sunumu olması nedeni ile geliş fizik muayene bulguları, yapılan tetkik ve tedavileri ile sunulmuştur.

Bulgular: Yirmi dört yaşında annenin ikinci gebeliğinden yaşayan ikinci bebek olarak 37 +5 gestasyonel haftasında normal spontan vajinal yol ile doğan kız olgu ensefalosel tanısıyla yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Annenin gebeliğinde düzenli takibi yapılmamış ve herhangi bir ilaç kullanma öyküsü yoktu. Anne ve baba arasında akrabalık belirtilmedi. Olgunun fizik muayenesinde oksipital bölge yerleşimli 4x4 cm'lik fluktuasyon veren ensefalosel kesesi mevcuttu. Hastanın dört ekstremitesinde hareket mevcuttu ve ek nörolojik defisiti yoktu. Batın ultrasonografisinde dalakta basit kist; ekokardiyografide patent foramen ovale saptandı. Hasta postnatal 2. gününde opere edildi ve postnatal 15. gününde komplikasyonsuz olarak taburcu edildi.

Sonuç: Nöral tüp defektleri, spina bifida occulta gibi tamamen sessiz bir kliniğin yanı sıra ensefalosel gibi yaşamı tehdit edebilen bir anomali olarak da karşımıza çıkabilen geniş spektrumlu bir doğumsal anomali grubudur. Konsepsiyon ncesi ve sonrası folat takviyesi görülme insidansını azaltmaktadır. Ülkemizde nöral tüp defeklerini nleme ve prenatal dönemde tarama programlarıyla görülme sıklığı azalsa da, takipsiz gebelikler nedeniyle hala önemini koruyan bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Burada nadir görülmesi nedeniyle bir ensefalosel olgusu sunulmuştur.

Anahtar Kelime: ensefalosel, nöral tüp defekti, yenidoğan



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

PS-014

Tedavi İle Hızlı Nörolojik Düzelmeye Gösteren B12 Eksikliği: Olgu Sunumu

Dilek Orbatu¹, Deniz Akça¹, Sezin Aşık Akman², Demet Alaygut³, Oya Baltalı⁴

¹ SBÜ Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

² SBÜ Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji ve Hepatoloji Kliniği

³ SBÜ Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Nefroloji Kliniği

⁴ SBÜ Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sosyal Pediatri

Giriş - Amaç: B12 vitamini bir çok organ sistemi için gereklidir. Eksikliğinde hematolojik, nörolojik, gastrointestinal, dermatolojik ve kardiyolojik bulgular oluşabilir. Bu olgu sunumunda 4.5 aylık, B12 eksikliğine bağlı hipotonisite ve gelişme geriliği gösteren bir infant sunulmuştur.

Yöntem - Gereçler: 4,5 aylık kız olgu emmeme ve kilo alamama yakınmaları ile başvurdu. 2 aylık iken bronkopnömoni tanısı ile hastaneye yatırıldığı, 3.5 aylık iken benzer şikayetlerle demir eksikliği tanısı aldığı öğrenildi. Şikayetlerinin devam etmesi üzerine hastanemize başvuran olgunun 10 yaşında işitme engelli bir kız kardeşi olduğu öğrenildi. 2500 gr doğum ağırlığı olan ve miad doğan olgunun sadece anne sütü aldığı, annenin et ve et ürünleri tüketmediği belirtildi. Fizik muayenesinde, vücut ağırlığı 4500 gr (3-10p), boy 59 cm (10 percentil), baş çevresi 39.5 cm (10-25 p) saptandı. Aksiller vücut ısısı 38,1° C, orofarinks hiperemikti. Çevre ile ilgisiz, hipotonik, apatik ve soluk görünümde idi. Laboratuvar incelemelerinde Hgb : 5.7 gr/dL, Hct: %18, MCV: 91.9 fL , RBC: 2.10⁶/dL, RDW: 24.5, Ferritin 4 ng/mL, BK: 4800 PLT: 290000, Retikülosit: %1,3, B 12 vit: 52.8 pg/mL (126-523) , 25-OH D vit: 37 ng/mL , Folat: 19,8 ng/mL, Ferritin: 4 ng/mL, total demir bağlama kapasitesi : 308, demir : 80 ug/dL ,transferrin satürasyonu: 6,19 ug/dL, homosistein: 184 umol/L (015), periferik kan yaymasında, anizositoz, poikilositoz, gözyaşı hücresi, makrositoz, hipersegmentasyon görüldü. Annenin B12 vitamin düzeyi 86 pg/mL idi. İdrar incelemesi, karaciğer fonksiyon testleri, böbrek fonksiyon testleri, serum elektrolitleri, kalsiyum, fosfor, kan şekeri düzeyleri normal idi. Hastaya ve annesine intramusküler vitamin B12 tedavisi, hastaya ayrıca oral demir tedavisi başlandı.

Bulgular: Tedavinin ilk beş günü hergün, sonraki hafta gün aşırı, ardından iki hafta süre ile haftada iki kez, daha sonra ayda bir kez 100 microgr /gün uygulama şeklinde tedavi planı yapıldı. Tedavinin 5. Gününde başını tutmaya başlayan olgunun kas tonusu hızla normale döndü, çevreye ilgisi ve aktivitesi arttı, emme isteği ve beslenmesi normale döndü. Tedavinin 10. Gününde Hb: 7.5 gr/dl, Hct: %23, MCV: 86.6 fl saptandı.

Sonuç: İnfantlarda B12 eksikliğinin nörolojik bulgularla gelebileceği ve erken tanınarak etkin bir şekilde tedavi edilebileceğine dikkat çekmek istedik.

Anahtar Kelime: B12 eksikliği, infant, hipotoni



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

PS-016

Nadir Bir Birliktelik: Vacterl Asosiasyonu ile Hidrosefali

Hüseyin Üstün¹, Melek Akar¹, Defne Engür¹, Deniz Gönülal¹, Özgün Uygur¹, Meltem Koyuncu Arslan¹, Fırat Ergin¹, Sümer Sütçüoğlu¹, Mehmet Yekta Öncel²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Kliniği

²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Neonatoloji Bilim Dalı

Giriş - Amaç: VACTERL asosiasyonu; vertebral, anorektal, kardiyak, trakeoözafagial, renal ve ekstremitte anomalilerinin bir arada görüldüğü klinik bir tablodur. Tanısı bütün bu bulgulardan en az 3 tanesinin görülmesiyle konulur. Sıklığı 1/10000- 1/40000 canlı doğum olarak bildirilmektedir. VACTERL asosiasyonuna nadiren hidrosefali de eşlik edebilir. Burada VACTERL asosiasyonu ile birlikte hidrosefalisi olan bir olgu nadir görülmesi nedeniyle sunulmuştur.

Bulgular: Yirmibeş yaşındaki annenin birinci gebeliğinden 38. gestasyonel haftada sezaryen ile 3020 gr olarak doğan kız bebeğin prenatal dönemde polihidramniyoz ve hidrosefali nedeniyle takipte olduğu, anne ve babası arasında akrabalık bulunmadığı öğrenildi. Doğum salonunda orogastrik sondanın mideye kadar ilerletilememesi nedeniyle çekilen kontrastlı grafide özofagus atrezisi tespit edilen olgunun babygramında sol radius aplazisi saptandı. Ekokardiyografisinde atriyal septal defekt ve ventriküler septal defekt tespit edilen olgunun batın ultrasonografisi normal olarak değerlendirildi. Kranial manyetik rezonans görüntüleme her iki lateral ventrikül ve 3.ventrikülde ileri derecede hidrosefalik dilatasyon ve beyin parankiminde inceltme saptandı. Mevcut bulgularla VACTERL asosiasyonu ve hidrosefali birlikteliği düşünülen olguya ventriküloperitoneal şant takıldı. Şant sonrası ameliyat bölgesinden beyin omurilik sıvısı sızıntısı olan ve gerilemeyen hastanın şanti çıkarılarak ekstraventriküler drenaja alındı. İzlemde ventrikülit gelişen olguya intravenöz vankomisin, meropenem ve intratekal vankomisin başlandı. Olgu postnatal 105. gününde kardiyopulmoner arrest nedeniyle eksitus oldu.

Sonuç: VACTERL asosiasyonu çok farklı klinik prezentasyonlarla ve farklı sendromlarla birlikte karşımıza çıkabilir. Bu asosiasyonun nadir birlikteliklerinden birisi de hidrosefalidir. VACTERL asosiasyonu tanısı ile izlenen olgularda bu birlik de akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelime hidrosefali, VACTERL asosiasyonu, yenidoğan



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

PS-018

Çocukluk Çağı Peroneal Sinir Tuzak Nöropatisi

Salman Alazab¹, Gül Gültekin¹, Emine Ergül Sarı², Ulvi Çiftçi³, Sadık Sami Hatipoğlu²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Pediatri Kliniği

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroşürurji Kliniği

Giriş-Amaç: Peroneal sinir tuzaklanması alt ekstremitenin sık görülen periferik sinir hasarlanmalarından biridir. Genelde; travma, cerrahi ve postural nedenlere bağlıdır. Tuzak nöropatilerin görülme sıklığı 25-30 ve 40-60 yaş grubunda artmaktadır. Biz çocukluk çağında peroneal sinir tuzak nöropatisi olan hastayı sunduk.

Yöntem - Gereçler: Çalışmamız olgu sunumudur. Hasta dosyası kullanılarak ve hasta yakını aranarak bilgi edinilmiştir.

Bulgular: Ondört yaşında erkek hasta, son 3 gündür sol ayakta güçsüzlük ve adım atamama şikayetiyle çocuk acil servisimize başvurdu. Anamnezinde travma ve enjeksiyon öyküsü olmayan hastanın yapılan nörolojik muayenesinde sol ayak bileği dorsifleksiyonu 1/5, sol ayak başparmağı dorsifleksiyonu 1/5 ve sol ayak üstü 2/3 his kaybı tespit edildi. Etiyolojiye yönelik kranial, lomber, servikal ve torakal manyetik rezonans görüntüleme yapıldı. Tanısal görüntüleme sonuçları normal olarak değerlendirildi. Fibular manyetik rezonans görüntüleme sonucu patellar kondromalazi lehine değerlendirilen hastanın elektromiyografisinde; solda fibula başı 2 cm proksimalinden itibaren sol peroneal sinir fokal nöropatisi şeklinde raporlandı. Hastaya beyin cerrahisi tarafından kruris manyetik rezonans görüntülemesi yapıldı ve sonucunun normal gelmesinin ardından; cerrahi müdahale önerildi. Fibula başında basıya maruz kalan peroneal sinire dekompresyon ve izotonik ile nöroliz yapıldı. İntraoperatif ve postoperatif herhangi bir komplikasyonu olmayan hasta, postoperatif 2. günde taburcu edildi. Hastaya postoperatif erken dönemde fizik tedavi başlandı. Takiplerinde postoperatif 8. günde his kaybının tamamen gerilediği görüldü. Postoperatif 25. günde motor kayıp belirgin gerilemiş olup, sol ayak bileği dorsifleksiyon 3/5 olarak tespit edildi.

Sonuç: Peroneal sinir nöropatilerinde fizik tedavi, ortopedik araçlar ve yürümenin faydası gösterilmiştir. Tedavi başarısında disfonksiyonun şiddeti çok önemlidir. Cerrahi dekompresyon; genellikle takip ile iyileşmeyen hastalarda göz önünde bulundurulsa da, bizim olgumuzda erken cerrahi müdahale ile başarı elde ettik. Sonuç olarak; peroneal sinir tuzaklanmasının çocukluk çağında da görülebildiği akılda bulundurulmalı ve multidisipliner yaklaşım ile gerekirse erken dönemde cerrahi müdahale ile tedavi planlanmalıdır.

Anahtar Kelime: peroneal sinir, tuzak nöropati, elektromiyografi, nöroliz, düşük ayak, çocukluk çağı



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

PS-023

Gebelikte Karbamazepin Kullanımına Bağlı Nadir Bir Yan Etki: Büyük Arter Transpozisyonu

Gizem Doğan¹, Melek Akar², Fırat Ergin², Tülay Demircan¹, Mehmet Yekta Öncel³

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Kliniği

³İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Neonatoloji Bilim Dalı

Giriş - Amaç: Epilepsi sık karşılaşılan nörolojik hastalıklardan birisidir. Epilepsili kadınlarda gebelikte geçirilen nöbetler ve kullanılan antiepileptik ilaçlar fetüsün sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Antiepileptik ilaçların teratojen etkileri klinisyenin ilaç seçimini belirleyen en önemli kriterlerden biridir. Gebelikte monoterapi olarak düşük yan etki profili nedeniyle en sık karbamazepin ve lamotrijin tercih edilmektedir. Karbamazepinin gebelikte kullanımının güvenli olduğu düşünülmekle birlikte az sayıda çalışmada karbamazepine bağlı fetusta majör malformasyonlar gelişebileceği de bildirilmektedir. Burada takipsiz, karbamazepin kullanan epilepsili gebenin, doğum sonrası izleminde büyük arter transpozisyonu (BAT) tanısı alan bebeği sunulacaktır.

Yöntem - Gereçler: Bu poster sunumunda bir çalışma sunulmamıştır, olgu sunumu yapılmıştır. Bulgular kısmında olgu anlatılmaktadır.

Bulgular: 24 yaşında, epilepsi nedeniyle karbamazepin kullanan, gebeliği süresince herhangi bir perinatolojik muayeneye gitmeyen annenin, üçüncü gebeliğinden üçüncü yaşayan olarak 35. gestasyon haftasında, sezaryen ile 2595 gram doğan erkek bebeğin, annesinin gebelikte nöbet geçirmediği ve diğer kardeşlerinin sağlıklı olduğu öğrenildi. Fizik muayenesi takipne ve santral siyanoz dışında olağan olan olgunun vücut ağırlığı, boy ve baş çevresi 10-50 percentildeydi. Olgunun akciğer grafisinde akciğer parankimi normal olmakla birlikte yumurta kalp kalp görünümü mevcuttu. Ekokardiyografisinde BAT ve patent duktus arteriosus saptanan olguya prostoglandin E1 infüzyonu başlandı. Arteriyel switch operasyonuna alınan olguya operasyon sırasında bradikardi nedeniyle kalp pili takıldığı öğrenildi. Ameliyat sonrası entübe olarak yenidoğan yoğun bakım servisine yatırılan olgunun izleminin birinci saatinde kardiyak arrest gelişmesi nedeniyle resüsitasyon uygulandı ancak yanıt alınmadı.

Sonuç: Karbamazepin düşük yan etki profili nedeniyle gebelikte en sık kullanılan antiepileptiktir. Ancak karbamazepin folik asit antagonisti olması nedeniyle nadir de olsa nöral tüp defektlerine ve kardiyak anomalilere neden olabilmektedir. Bu nedenle karbamazepin kullanan gebelerin olası majör malformasyon riski açısından yakın izlemi gereklidir.

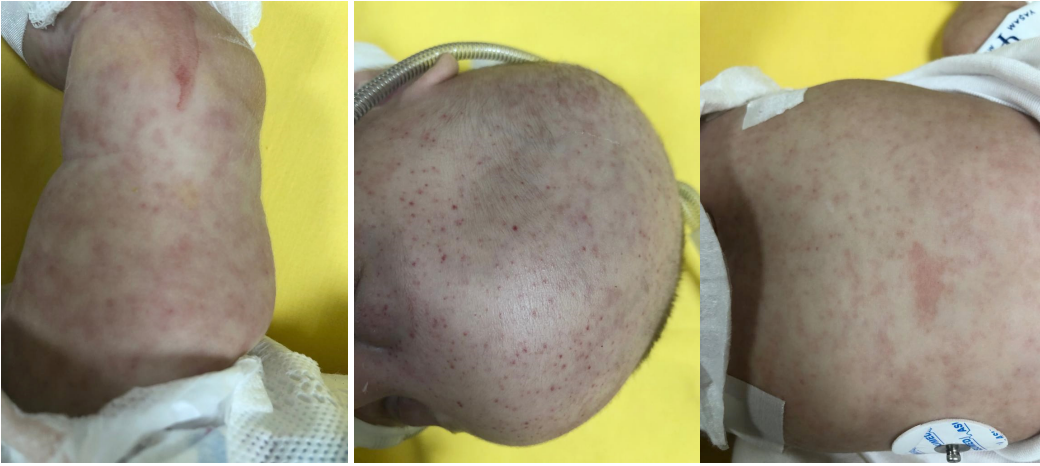
Anahtar Kelime: doğumsal kalp hastalığı, karbamazepin, yenidoğan

PS-024

Meningokoksemi Kliniğinde Gelen ve Israrlı Trombositopeni ile Prezente Olan CMV Hastalığı ve Gansiklovir Tedavisi

Mehmet YAN, Özlem ÜZÜM, Mehmet HELVACI

Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik E.A.H. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği



Giriş - Amaç: Sitomegalovirus (CMV) virüsünün etken olduğu enfeksiyonlar tüm dünyada yaygın olarak görülmektedir. Aynı zamanda; CMV konjenital enfeksiyonlara neden olmaktadır ve bu olguların %90'ı asemptomatik iken %10'u semptomatiktir. CMV enfeksiyonunda intrauterin gelişme geriliği, prematurite, hepatoplenomegali, sarılık, trombositopeni, purpura, mikrosefali, intrakranial kalsifikasyon gibi bulgular görülmektedir. Bu makalede solunum sıkıntısı, ateş ve yaygın peteşial döküntü ile gelen ciddi CMV enfeksiyonu sonucu ağır trombositopenisi gelişen bir olgu sunulmuştur.

Bulgular: Bilinen Down Sendromu, Endokardiyal Yastık Defekti tanıları olan 2 aylık kız olgu, ateş yüksekliği, solunum sıkıntısı ile başvurdu. Fizik muayenesinde uyku hali, yaygın peteşial döküntüleri ve cutis marmoratusu mevcuttu, kapiller dolum zamanı iki saniyenin üzerindeydi. Tam kan sayımında: hemoglobin 10.6 gr/dL; beyaz küre sayısı 16600/uL; platelet sayısı 189000/uL olarak tespit edildi. Böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri normal, C-reaktif proteini 4.2 mg/L, prokalsitonin ise 0.02 ng/mL idi. Olgu soğuk septik şok olarak kabul edildi, serum fizyolojik yükleme tedavileri yapıldı. Santral sinir sistemi enfeksiyonu, meningokoksemi ön tanıları ile lomber ponksiyonu yapıldı. Beyin omurilik sıvı (BOS) örneği santral sinir sistemi enfeksiyonu ile uyumlu bulunmadı. Kan, idrar ve BOS kültürü alınarak, septik şok tanısı ile sefotaksim ve vankomisin tedavileri başlandı, almakta olduğu enapril ve spirinolakton tedavilerine devam edildi. Kültürlerinde üreme olmadı ve izleminde kliniğinin düzelmesine rağmen platelet sayısındaki düşüklük (en yüksek 79000/uL, en düşük 39000/uL) devam etti, ayrıca hemoglobin değeri 7.8 gr/dL'ye geriledi, karaciğer fonksiyon testleri ise yükseldi (AST: 136 U/L, ALT: 126 U/L). Olgunun viral serolojileri gönderildi. CMV IgM pozitif ve CMV DNA 4006 Kopya/mL olarak tespit edildi. CMV enfeksiyonu tanısı ile gansiklovir tedavisi başlandı. Olgunun immunglobulin değerleri ve lenfosit sayısı normal saptandı. Tedavinin takibinde tam kan sayımı değerleri, karaciğer



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI

KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

fonksiyon değerleri normal sınırlarda seyretti, CMV DNA kopya sayısı negatif saptandı. Konjenital CMV enfeksiyonu için yapılan taramalarda intrakranial kalsifikasyon veya göz bakısında koryoretinit saptanmadı, taburculuk sonrası için işitme testi planlandı. Anneden gönderilen CMV IgG değeri yüksek, Ig M negatif saptandı. Erişkin İntaniye ile görüşülüp konjenital CMV dışlandı. Kliniği gansiklovir tedavisi sonrası düzelen olgu, kardiyolojik değerlendirme ve ameliyat amacı ile çocuk kardiyoloji bölümüne devredildi.

Sonuç: CMV enfeksiyonu immün yetmezliği ve/veya ek kronik hastalığı olan çocuklarda, kontrol edilmesi zor trombositopeni, pnömoni veya karaciğer yetmezliğini içeren yaşamı tehdit edici semptomatik bir hastalığa sebep olurken, sağlıklı çocuklarda çoğunlukla subklinik seyreden, tedavi gerektirmeyen kendi kendine sonlanan bir kliniğe sebep olur. Klinik gelişen olgularda gansiklovir tedavisi önerilmektedir, ayrıca bazı çalışmalarda asemptomatik üç ayın altındaki olgularda tedavi önerilmektedir. Bizim olgumuz da ise mevcut kronik ve genetik hastalıkları nedeni ile CMV enfeksiyonu kliniğini ağır geçirmiş, ancak erken dönemde başlanan tedavi ile hızlı bir yanıt alınmıştır.

Anahtar Kelime: CMV, Gansiklovir, Down Sendromu, Trombositopeni, Meningokoksemi



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

PS-025

Kell Uygunluğuna Bağlı İmmün Hidrops Fetalis: Olgu Sunumu

Elif Yiğit Gülşahin¹, Melek Akar¹, Mehmet Yekta Öncel², Defne Engür²

¹SBÜ, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Kliniği

²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Yenidoğan Bilim Dalı

Giriş - Amaç: Hidrops fetalis periton, plevra, perikard ve cilt altı gibi fetal kompartmanlardan iki yada daha fazlasında sıvı birikimi olarak tanımlanmaktadır. Hemen tamamı non immün mekanizmalarla meydana gelmekle birlikte nadiren immün nedenlerle de hidrops fetalis meydana gelebilmektedir. Burada nadir bir immün hidrops nedeni olan Kell uygunluğuna bağlı hidrops fetalis gelişen bir olgunun sunumu amaçlanmıştır.

Bulgular: 25 yaşındaki sağlıklı anneden 32^{2/7} gestasyon haftasında sezaryen ile doğan olgu hidrops fetalis nedeniyle entübe halde yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatırıldı. VA:3070g(90p), boy:45 cm(50p), baş çevresi:34 cm(50p) olan olgunun anne ve babası arasında akrabalık ve polihidramniyoz öyküsü belirtilmedi. Fizik muayenesinde asit ve özellikle labium majuslerde olmak üzere yaygın cilt ödemi mevcuttu. Plevral efüzyonu olmayan hastanın ekokardiyografisinde mitral yetmezlikle birlikte perikardiyal efüzyon tespit edildi. Hemoglobini 6,7 gr/dl olan olgunun periferik yayması hemoliz ile uyumlu idi. Retikülosit sayısı %12 olarak bulundu. Anne ve bebek arasında kan grubu uygunluğuna yoktu. Direkt coombs (-) idi. TORCH paneli negatif olan olgunun kromozom analizi 46, XX olarak raporlandı. Parvo virüs serolojisi (-) saptanan olgunun annesi ile arasında Kell ve E subgrup uygunluğuna tespit edildi. Olguya indirekt hiperbilirubinemi nedeniyle kısa süreli fototerapi uygulandı. Çocuk hematoloji ile konsülte edilen olguya 1gr/kg dozda iki gün süre ile intravenöz immün globülin verildi. Parasentez ve uygun destek tedavileri ile asiti ve perikardiyal efüzyonu düzeldi. Postnatal 8. gününde tam enteral beslenen, 16. gününde ekstübe edilen olgu 20. gününde taburcu edildi.

Sonuç: Hidrops fetalis nadiren immün mekanizmalarla meydana gelir. İmmün mekanizmalar içinde en sık kan grubu uygunluğuna göre görülür. Kell immünizasyonuna bağlı olgular %5 sıklıkta bildirilmekle birlikte anne ve bebek arasında kan grubu uygunluğuna olmayan ve immün nedeni hidrops gelişen olgularda Kell subgrup uygunluğuna ayırıcı tanıda mutlaka akla getirilmelidir.

Anahtar Kelime Hidrops Fetalis, Kell Uygunluğuna

Kaynaklar: Giblett ER. Blood group antibodies causing hemolytic disease of the newborn. Clin Obstet Gynecol 1964;10:1044-1055 2 Appelman Z, Lurie S, Juster A, Borenstein R. Severe hemolytic disease of the newborn due to anti-c. Int J Gynaecol Obstet 1990;33:73-75 3 Bowman JM, Pollock JM, Manning FA, Harman CR, Menticoglou S. Maternal Kell blood group alloimmunization. Obstet Gynecol 1992;79:239-244 4 Shurin SB.



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

PS-026

Vezikoüreteral Reflünün Spontan Dzelmesine Etki Eden Faktörler

Neslihan Yılmaz, Selçuk Yüksel

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, ocuk Nefroloji Bilim Dalı

Giriş - Amaç: Çocukluk ağında vezikoüreteral reflü (VR) aracılık ettiği reflü nefropatisi ve onun istenmeyen sonuçlarından dolayı özellikle ocuk nefroloji kliniklerinde yakın takip edilen bir sorundur. VR'n spontan düzelmesi üzerine etkili faktörlerin başında reflü derecesi ve tanı yaşının geldiği kabul edilmektedir (1). Bu kesitsel geriye dönük çalışmada VR tanısı ile takip edilen hastaların spontan dzelmelerine olumlu ya da olumsuz etki etmesi muhtemel risk faktörlerinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem - Gereçler: Çalışmaya Eylül 2009 - 2019 yılları arasında kliniğimizde VR tanısı ile izleme alınmış hastalar geriye dönük incelendi. Dhil edilme kriterleri olarak; tanı anında renal sintigrafisi (DMSA) ve ayrıntılı üriner ultrasonografisi (US) olmak, her ay kontrole gelmiş olup aylık tam idrar tetkiki ve idrar kültürü incelemesi yapılmış olmak, en az 1 yıllık izlem sonunda VR değerlendirilmesi için ikinci kez işeme sisto-retrografisi (İSG) ekilmiş olmak kabul edildi. Hastaların demografik özellikleri, alt üriner sistem semptomlarının (aciliyet, gündüz kaçırma, tutma manevraları, kabızlık) varlığı, hangi antibiyotik proflaksisini aldığı, roterapi uygulanıp uygulanmadığı, antikolinergik alıp almadığı (oksibutin ve ya tolterodin), izlem süreleri, araya giren alt ve st üriner sistem enfeksiyonları, tanı yaşı ve VR'n son durumu kaydedildi. VR derecelendirilmesinde Uluslararası VR sınıflaması dikkate alınırken (I-V derece), ikincil nedene bağlı VR' olan hastalar (nörojen mesane, posterior üretral valv, eşlik eden konjenital obstrüksiyon) alışmaya dâhil edilmedi. Her bir böbrek nitesi üzerinden yapılan değerlendirmede kontrol İSG'de VR derecesinin en az 1 derece gerilemesi iyileşme, VR'n ortadan kalkması tam düzelme olarak tanımlandı. Bununla birlikte en az 1 yıl sonra çekilen İSG'de aynı böbrek ünitesinde düzelme olmaması ya da VR derecesinde artış olması kötüleşme olarak değerlendirildi.

Bulgular: Tanımlamalara uygun 285 hasta (114 kız, 66 erkek) alışmaya alındı. Ortalama tanı yaşı 3,25±3 yıl, ortalama izlem süresi 36±8 ay olarak belirlendi. Çalışma sonunda VR'l renal ünitelerin %46'sında tam düzelme, %21'inde iyileşme, %26'sında reflü derecesinde değişiklik olmazken, ve %7'sinde kötüye gidiş saptandı. Cinsiyetin, tanı yaşının (1yaş ≤, 1-5 yaş ve >5 yaş), takip süresinde tekrarlayan alt üriner sistem enfeksiyonlarının, alt üriner sistem disfonksiyonu varlığının, ilk başvuruda artmış mesane duvar kalınlığının hem hafif VR, hem de ağır VR'de iyileşme ya da kötüleşmeye anlamlı bir katkısı olmadığı saptandı. Tanı dönemindeki DMSA'da anormal bulgu olmasının ise iyileşmeye istatistiksel anlamlı düzeyde olumsuz etki yaptığı belirlendi. Tanı döneminde normal DMSA bulgusu olan hastaların %76'sında, anormal DMSA bulgusu olanların ise %61'inde tam düzelme ya da iyileşme olduğu görüldü (p=0,04).



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI

KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Sonuç: İlk değerlendirme esnasında DMSA'da patolojik bulgu olmasının VR'n düzelmesine önemli düzeyde olumsuz etkisi olduğu belirlendi.

Anahtar Kelime: Vezikoüreteral reflü, renal hasar, prognoz.

Kaynaklar: 1. Schwab CW Jr, Wu HY, Selman H, Smith GH, Snyder HM 3rd, Canning DA. Spontaneous resolution of vesicoureteral reflux: a 15-year perspective. J Urol. 2002;168(6):2594-9.



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

PS-027

Kısa Barsak Sendromu Tanılı Hastada Nazokomiyal Rotavirüs Enfeksiyonu

Adnan Barutçu

Halfeti Devlet Hastanesi/Şanlıurfa

Giriş - Amaç: Rotavirüsler; 5 yaş altı çocuklardaki ishalin en önemli etkenlerinden biridir. Rotavirüsle ilişkili hastaneye yatışların yaklaşık 1/3'ü nazokomiyal infeksiyonlardır (1). Bulaşıcılığı yüksek, dirençli virüsler olduklarından kolayca yayılıp, ciddi sıvı kaybı ve elektrolit bozukluklarına sebep olabilirler. Bu çalışmada akut bronkopnömoni nedeniyle yatırılan kısa barsak sendromlu hastada, gelişen nazokomiyal rotavirüs olgusu sunulmuştur.

Yöntem - Gereçler

Olgu: 2,5 yaşında Suriyeli erkek hasta; 3 gündür balgamlı öksürük, nefes darlığı, ateş şikayetiyle Ocak 2019'da acil servisimize başvurdu. Vücut sıcaklığı: 38,7 °C, solunum sayısı: 55/dk, nabız: 130/dk, tansiyon ölçümü: 100/60 mmHg idi. Akciğerlerde bilateral sekretuar ve ince raller, ronküsleri vardı. WBC:12800/mm³, Hgb:10g/dl, Hct:31,9, Platelet:491000/mm³, CRP:40,2mg/dL (N:0-5), karaciğer, böbrek fonksiyonları, kan gazı tetkikleri normaldi. Akciğer grafisinde parakardiyak infiltrasyonları belirgindi. Özgeçmişinde miadında vajinal yolla 2900 gr. komplikasyonsuz doğduğu, 6. aydan itibaren kabızlık şikayetlerinin başladığı, 1,5 yaşında ileus nedeniyle Suriye'de opere olduğu, kolostomi açıldığı, kısa barsak sendromu tanısı aldığı öğrenildi. Soygeçmişinde özellik olmayan hasta akut bronkopnömoni tanısıyla Pediatri Servisi'ne yatırıldı. Sefuroksim aksetil, klaritromisin, salbutamol, budesonid tedavileri başlandı. Yatışının 4. gününde tekrar ateşi ve 3 kez kusması olan hastaya semptomatik tedavi verildi. Yatışının 5. gününde kolostomi yerinden bol sulu, pis kokulu ishali gelişti. Antibiyoterapiye veya kısa barsak sendromuna bağlı olabileceği düşünülüp probiyotik desteği başlandı. Antibiyoterapileri kesildi. Yatışının 6. gününde kolostomi torbası, bol sulu gaita çıkışı nedeniyle sık sık değiştirilen, kolostomi yerinde yara oluşan hastanın WBC:9800/mm³, Hgb:9,5 g/dl, Hct:29,2, Platelet:580000/mm³, CRP: 6,3, AST:93mg/dl, ALT:75U/L, Na:126mg/dl, K:2,7mg/dl, kan gazında PH:7,16, PCO₂:28,8, HCO₃:10,3, BE:-16,4 saptandı. Gaitada rotavirüs antijeni pozitif saptandı. Hidrasyonu arttırıldı, sodyum bikarbonat desteği verildi. Çinko tedavisi eklendi. Yatışının 13. gününde tetkikleri normale dönen, ishali gerileyen, oral alımı düzelen hasta taburcu edildi.

Sonuç: Rotavirüs; çocuklarda kış aylarında sık rastlanan, yüksek oranda nazokomiyal olabilen ve sağlık sistemi üzerinde ciddi mali yük oluşturan önemli infeksiyonlardandır. Bu hastalarla ilgilenen sağlık personelinin taşıyıcılık oranları yüksektir (2). El yıkama, temas izolasyonu kurallarına özen gösterme ve rotavirüs aşılması morbiditeyi azaltmada çok önemlidir.

Anahtar Kelime: Akut gastroenterit, çocukluk çağı, kısa barsak sendromu, nazokomiyal, rotavirüs



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

PS-028

Büyüme Geriliği Nedeniyle Takip Edilen ve Tekrarlayan Kemik Kırıkları Sonrası Tanı Konulabilen Osteogenezis İmperfekta

Adnan Barutçu

Halfeti Devlet Hastanesi/Şanlıurfa

Giriş - Amaç: Osteogenezis imperfekta; tip 1 kollajenin yapı veya sentez bozukluğuna bağlı olarak gelişen, çocukluklarda yaygın osteoporoz ve buna bağlı kemiklerde frajilite, kırıklar ve deformiteler yapabilen, karakteristik olarak; mavi sklera, işitme kaybı, gelişim bozuklukları, eklem laksitesi ve dentinogenesis imperfekta ile seyreden otozomal dominant kalıtım gösteren bir bağ dokusu hastalığıdır. Sadece kemik kırıklarına eğilimin arttığı hafif formlardan, postnatal birkaç saatte ölüme neden olabilen formlara kadar değişen geniş bir spektrum gösterebilmektedir (1).

Yöntem - Gereçler

Olgu Daha önce bilinen bir hastalığı olmayan 1,5 yaşında erkek hasta Temmuz 2017'de iştahsızlık, kilo alamama ve boy kısalığı şikayetleriyle Pediatri Polikliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde; normal vajinal yol ile miadında 3. gebelikten 3. yaşayan olarak 3300 gr. komplikasyonsuz olarak doğan hastanın; akut gastroenterit ve akut bronşiolit tanılarıyla daha önce iki kez hastanede yatarak tedavi olduğu öğrenildi. Soygeçmişinde ailede bu şikayetlerine benzer kimse olmadığı, anne ve baba arasında uzaktan akrabalık bağı bulunduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde; vücut ağırlığı: 8 kg. (<3p), boyu: 72 cm. (<3p), baş çevresi: 45 cm. (<3p), ön fontanel 1x0,5 cm açık olup, tetkiklerinde hemogram, biyokimya, kan gazı değerlerinde özellik yoktu. Tiroid fonksiyon testleri, çölyak antikorları, 25-OH VİT. D3, immünglobulin değerleri normal sınırlardaydı. Hastaya enteral beslenme ürün desteği başlandı ve takibe alındı. Kontrollere düzenli gelmeyen hasta Ocak 2018'de evde koltuktan düşme sonrası sol bacakta şişlik, hassasiyet şikayetiyle başvurdu. Direk grafisinde sol femurda fraktür görülen (Resim 1) hastanın bacağı Ortopedi tarafından alçıya alındı. Bundan 3 gün sonra babası kucağında taşırken sağ bacağına ani şişme ve hassasiyet gelişen hasta tekrar polikliniğimize başvurdu. Direk grafisinde bu kez sağ femur orta hatta fraktür tespit edilen (Resim 2) hasta Ortopedi tarafından opere edildi. Hafif mavi-gri sklerası görülen, akciğer grafisinde kostalarda kallus formasyonları ve şekil bozuklukları görülen (Resim 3) hastaya bakılan tüm gen dizi analizi sonucu osteogenezis imperfekta Tip-1 olarak raporlandı. Çocuk Endokrinolojisi tarafından ayda bir pamidronat tedavisi başlanan hastanın 6 aylık süreçte her iki bacakta ve kollarda tam 14 kez tekrarlayan kemik fraktürleri oluştu. Hastamız şu anda multivitamin desteği, enteral beslenme ürünleri ve aylık pamidronat tedavisi kullanmaktadır. Kas gücü ve hareket becerilerinde artış görülmekle birlikte son 4 aydır herhangi bir fraktürü gelişmeden düzenli takiplerine devam edilmektedir.

**ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ**



Resim-1: Sol femurda transvers fraktür



Resim-2: Sağ femurda transvers fraktür



Resim-3: Vertebralarda hafif konkavlaşma ve kostalarda kallus formasyonu



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI

KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Sonuç: Osteogenezis imperfekta tekrarlayan kırıklar nedeniyle yaşam kalitesini bozan kalıtsal bir hastalıktır. Kendine has karakteristik bulguları olup, dikkatli bir öykü ve fizik muayene bulguları ile tekrarlayan kemik fraktürleri olan hastalarda akla ilk gelmesi gereken hastalıklardan biridir. Son yıllarda sıklıkla kullanılan pamidronat tedavisinin küratif olmasa da klinik semptomların düzelmesinde belirgin rol oynadığı raporlanmıştır (2,3). Bu çalışmada büyüme geriliği açısından takip ve tedavi edilen, tekrarlayan kemik fraktürleri geliştikten sonra osteogenezis imperfekta tanısı alan bir olgu sunulmuştur.

Anahtar Kelime Büyüme geriliği, osteogenezis imperfekta, pamidronat, tedavi, tekrarlayan kemik fraktürü



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

PS-029

Çocuk Hastalara Birinci Basamakta Yazılan Parenteral Antibiyotiklerin Mevsimlere Göre İncelenmesi

Narin Akıcı¹, Volkan Aydın², Başak Dönertaş³, Ahmet Akıcı²

¹Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı, İstanbul

³Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı, Eskişehir

Giriş-Amaç: Parenteral ilaçlar, uygulamaları/hazırlanmaları için uzman sağlık personelinin gerektirmesi, komplikasyon riski, pahalı olmaları vb. nedenlerle sınırlı kullanılması gereken ilaçlardır. Antibiyotiklerin bu şekilde çocuklarda kullanımı çeşitli avantaj ve dezavantajlara sahiptir ve kullanım paternlerinin bilinmesi akılcı ilaç kullanımı açısından kritik önem taşır. Bu çalışmada aile hekimlerince çocuklara yazılan parenteral antibiyotiklerin yaş grupları özelinde mevsimlere göre karşılaştırılması amaçlandı.

Yöntem - Gereçler: Türkiye'nin 32 ilinden, her bir takvim ayına ait 100'er adet parenteral ilaç içeren toplam 12 aylık birinci basamak reçetesi basit örnekleme yöntemiyle rastgele seçildi ve bunların içinde <18 yaş hastalara ait reçetelerdeki antibiyotikler incelendi. Parenteral antibiyotiklerin mevsimsel kullanımı, bu ilaçların reçete edildiği çocukların "yenidoğan/süt çocuğu, çocuk ve ergen" yaş gruplarına göre karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmada <18 yaş çocuklara yazılmış olan ve parenteral ilaç içeren toplam 5965 reçetenin %74,7'sinde (n=4453) parenteral antibiyotik bulunduğu belirlendi. Yaş gruplarının tamamında antibiyotik içeren reçetelerin, antibiyotik içermeyen reçetelere göre daha fazla olduğu ve bu bakımdan yapılan karşılaştırmada yenidoğan/süt çocuğu ve çocuklardakine kıyasla ergenlerde anlamlı olarak daha az parenteral antibiyotik reçete edildiği saptandı (sırasıyla %78,6 ve %79,9'a karşı %61,5; p<0,0001). Tüm yaş gruplarında parenteral antibiyotik içeren reçetelerin en fazla Ocak-Mart döneminde yazıldığı bulundu. Tüm mevsimlerde parenteral antibiyotik içeren reçetelerin diğer yaş gruplarına göre en az yazıldığı grubun ergenler olduğu tespit edildi (p<0,0001). Yenidoğan/süt çocuğu ve çocuk gruplarına yazılan parenteral antibiyotik yüzdesi, Temmuz-Eylül dönemi haricinde benzer bulundu. Bu dönemde yenidoğan/süt çocuğu grubunda parenteral antibiyotik içeren reçete yüzdesinin (%80,3), çocuk yaş grubundakine (%74,2) göre anlamlı olarak daha fazla olduğu saptandı (p<0,05).

Sonuç: Çocuk hastalara aile hekimleri tarafından en sık reçetelenen parenteral ilacın küçük yaş gruplarında daha belirgin olmak üzere genel olarak antibiyotikler olduğu dikkati çekmektedir. Parenteral antibiyotiklerin tüm çocuklara en sık kış aylarında reçete edildiği ve bunun yaz aylarına doğru genel olarak bir düşüş eğilimi sergilemesine karşın yenidoğan/süt çocuğu grubunda bu düşüşün gerçekleşmediği anlaşılmaktadır.

Anahtar Kelime Parenteral ilaç, Parenteral antibiyotik, Çocuklar, Ergenler, Mevsimsellik



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

PS-031

Nadir Görülen Bir Olgu Sunumu: Phace Sendromu

Nur Hilal Gencer, Özlem Üzüm, Mehmet Helvacı

SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Giriş - Amaç: Hemanjiomlar vasküler endotel hücrelerden kaynaklı konjenital benign tümörlerdir. (1)Hemanjiyomlar çocukluk çağında en sık görülen deri lezyonlarıdır. Genellikle yaşamın ilk haftasında ortaya çıkarlar, hızla büyürler ve daha sonra da kendiliğinden gerilerler. Hemanjiomlara benzeyen damarsal malformasyonlar ise doğumda fark edilir, çocuğun büyümesiyle orantılı olarak büyür ve hemanjiomların aksine kalıcı lezyonlardır. (2) Frieden ve ark. 1996 yılında, geniş yüz hemanjiyomu olan iki olguları yanında önceden yayınlanmış benzer lezyonlu 41 olguyu irdeleyerek yeni bir nörokutanöz sendrom tanımlamışlardır. Bu sendrom PHACE sendromu olarak isimlendirilmiştir.(3) Bu sendromun ana bulguları;posterior fossa anomalileri, hemanjiomlar, arteriyel anomaliler, kardiyak anomaliler ve göz anomalileridir. (4) Burada, yüzünde geniş hemanjiyomu bulunan, bu lezyona eşlik eden beyin arka çukur malformasyonu (sol serebellarhemisferhipoplazisi) veaort interruption gibi yapısal anomalili bir olgu sunulmuştur.

Yöntem - Gereçler: İki yaş kız çocuğu, polikliniğimize yüzünde geniş kırmızı kabarıklık nedeniyle getirildi. Doğumda sol yüz yarımında ve boynunda kırmızı lekeler farkedilmiş, hamilelik ve doğumda herhangi bir sorun olmamıştı. Ailenin ilk çocuğu olup anne baba arasında akrabalık yoktu. Fizik muayenesinde, sol göz çevresi, burun, üst dudak, boyun ve kulakta bazıları plak, bazıları ise maküler dönemde olan hemanjiomlar saptandı.(Resim 1) Vücudun başka bölgelerinde lezyonlara rastlanmadı. Nörolojik muayenede motor gelişimi yaşına göre geriydi. Diğer sistem bulguları ile ayrıntılı göz muayenesi normal olarak değerlendirildi. Laboratuvar bulgularında; kan sayımı, kanama ve pıhtılaşma zamanı normaldi.Lezyonların yerleşimini saptamak için kraniyal magnetik rezonans (MR) tetkiki yapıldı.MR’da”posterior fossa da sol serebellar hemisfer hipoplazisi,4. Ventrikül malforme görünümde, sol serebellopontin köşede 14x13 mm boyutlu hemanjiom izlenmektedir. Corpus callasum disgenезisi ve buna bağlı ventriküler sistem morfolojisi dismorfik görünümdeydi. (Resim2-3)Ekokardiyografide aort interruption ve küçük PDA saptandı. Hasta özellikle belirgin motor geriliği nedeniyle hipotonikti ve solunum sıkıntısı yaşamaktaydı. Hastanın tekrarlayan alt solunum yolları enfeksiyonu nedeniyle sık hastaneye yatışı mevcuttu.

Bulgular: İnfantilhemanjiyom (IH), endotel hücrelerinin anormal proliferasyonu ve anormal damar yapısı ile karakterize lezyonlarla seyreden infantil çağın (1 ay - 1 yaş) en sık rastlanan vasküler neoplazisidir ve benign vasküler tümörler arasında yer almaktadır. .Hemanjiomlara bazı yapısal ve damar anomalilerinin eşlik edebileceği daha önce birkaç olguda bildirilmiştir.(5)Son yıllarda ise özellikle geniş yüzlü hemanjiomlarına beyin arka çukur malformasyonlarının eşlik edebileceğine dikkat çekilmiştir.(6)Frieden ve ark. Geniş yüz hemanjiomlu toplam 43 olgunun %74’ünde özellikle DWM olmak üzere merkezi sinir sistemi malformasyonları, %41’inde arteriyel, %26’ında kardiyak ve aorta, %23’ünde göz anormallikleri, %3’ünde ise ventral gelişim defektinin olduğunu saptamışlardır.



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

(3)Bu olguların çoğunun kız (%88) olduğunu ve ailesel bir eğilimin olmadığını bildirerek, yeni bir sendrom olan PHACE sendromu'nu tanımlamışlardır.

Yapısal anomalilerle hemanjiyomların birlikte görülmelerinin nedeni henüz açıklanamamıştır. Damar malformasyonlarında beklenen beyin arka çukur malformasyonlarının veya damar anomalilerinin yüz hemanjiomlarına nasıl eşlik ettiği henüz açıklanamamıştır.

Olgumuzun cinsiyeti, geniş yüz hemanjiomuna eşlik eden beyin arka çukur malformasyonları ve internal karotid arter anomalisi yanında PDA'nın varlığı PHACE sendromunu düşündürdü. Yüzeysel hemanjiyomlara visseral organlardaki hemanjiyomlar eşlik edebildiği bilinmektedir.4

Sonuç: Sonuç olarak, yüzünde geniş hemanjiyomlu olgular fontanelin açık olduğu dönemlerde kraniyal ultrasonografiyle beyin malformasyonları açısından taranmalı, gerekirse MR çekilmelidir. Ayrıca bu olgularda kalp, büyük arter ve göz anomalileri beklenebilir. Bu olgularda solunum yollarına hemanjiyomların olabileceği ve tıkanıklığa yol açabileceği unutulmamalıdır. DWM saptanan olgular ise hidrosefali gelişme riski nedeniyle yakın izlenmelidir.

Anahtar Kelime Hemanjiom , PHACE sendromu

Kaynaklar

- 1-) Hao Yang^{1,2} · DongLai Hu¹ · Qiang Shu² · XiaoDong Guo¹, Efcacyand adverseeffects of oral propranolol in infantilehemangioma: a metaanalysis of comparativestudies, World Journal of Pediatrics : 2 May 2019 / Accepted: 26 June 2019
- 2-) Mulliken JB, Glowacki J. Hemangiomasandvascularmalformations in infantsandchildren: A classificationbasedendothelialcharacteristic. PlastReconstrSurg 1982; 69: 412-420.
- 3-)FriedenIJ, ReeseV, CohenD. PHACEsyndrome. Theassociationof posteriorfossa brainmalformations, hemangiomas, arterianomalies, coarctation of the aorta andcardiacdefects, andeyeabnormalities. ArchDermatol 1996; 132: 307-311.
- 4-) Nicole S. Stefanko ,Maria-Laura Cossio ,JuliePowell, FrancineBlei,OliviaDavies ,Ilona J. Frieden, Maria C. Garzon, Christine T. Lauren, MohitMaheshwari, Catherine C. McCuaig, DeniseMetry, SumaiyaSalman,Beth A. Drolet, Dawn H. Siegel, Natural history of PHACE syndrome: A survey of adultswith PHACE PediatricDermatology
- 5-) Reese V, Frieden IJ, Paller AS. Et al. Association of facial hemangiomaswith Dandy Walker and other posterior fossa malformations. J Pediatr 1993; 122: 379-384.
- 6-) Schneeweiss A, Blieden LC, Shem-Tov A et al. Coarctation of the aorta withcongenitalhemangioma of thefaceandneckandaneurysmordilatation of a subclavianorinnominateartery. Chest 1982; 82: 186-187.
- 7-)Opitz JM, Gilbert EF. Cnsanomaliesandthemid-line as a 'developmentalfield'. Am J MedGenet. 1982; 12: 177-186.



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

PS-033

Intravenöz İmmünglobulin Tedavisinin Önemli Bir Yan Etkisi: Aseptik Menenjit

Fatma Zehra Öztek Çelebi¹, Meltem Akçaboy¹, Sabina Imamgulyeva¹, Emine Özçelik¹, Gönül Tanır², Saliha Şenel¹

¹Dr. Sami Ulus Kadın-Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

²Dr. Sami Ulus Kadın-Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği

Giriş - Amaç: Intravenöz İmmünglobulin (İVİG) tedavisi immün yetmezliklerin yanı sıra çocukluk çağındaki pek çok inflamatuvar, nörolojik, romatolojik, hematolojik hastalıklarda başvuru olan önemli bir tedavi yöntemidir. Bu tedavinin pek çok yan etkisi bulunmaktadır. İVİG'e bağlı aseptik menenjit İVİG tedavisinin nadir görülen bir komplikasyonudur. Burada İVİG tedavisinden 2 gün sonra aseptik menenjit gelişen bir olgu nadir olması nedeni ile sunuldu.

Yöntem - Gereçler: 9 yaşındaki erkek hasta ateş, göğüs ağrısı, karın ağrısı şikâyeti ile başvurdu. Hastanın öyküsünden şikâyetlerinin 8 gündür devam ettiği bu şikâyetlerle başvurduğu hastanede yatırılarak tedavi edildiği fakat geniş spektrumlu antibiyotik tedavisine rağmen ateşinin gerilememesi üzerine hastanemize sevk edildiği öğrenildi. Fizik muayenede tüm kalp odaklarında duyulan 3/6 şiddetinde sistolik üfürüm ve perikardiyal frotman sesi saptandı. El ve ayak tabanlarında soyulması vardı. Laboratuvar tetkiklerinde; beyaz küre sayısı 11100/µL, hemoglobün 10,4 g/dL; trombosit sayısı 694000/µL; CRP 85 mg/dL, eritrosit sedimentasyon hızı 102 mm/saat idi. Ekokardiyografide sol atrium arka duvarda 15 mm, sağ atrium komşuluğunda 11 mm'lik septal efüzyon izlendi. Hasta 5 günden uzun süren ateşi, ellerde ve ayak tabanlarında soyulması ve perikarditi olduğu için öncelikle atipik kawasaki hastalığı olarak değerlendirildi. Hasta 2 gr/kg tek sefer İVİG tedavisi aldı. İVİG tedavisinin bitiminden 2 gün sonra hastanın tekrar ateşi ve baş ağrısı oldu. Baş ağrısı şikâyetinden saatler sonrasında fizik muayenesinde ense sertliği saptandı. Hastanın kranial MR görüntülemesi normal idi. Bunun üzerine hastaya lomber ponksiyon yapıldı. Beyin omurilik sıvısı (BOS) makroskopik olarak pürülan görünümdeydi. BOS glukozu 49 mg/dL, BOS proteini 93,9 mg/dL, BOS hücre sayısı 2500 lökosit/mm³ idi. BOS'tan yapılan gram boyamada mikroorganizma görülmedi. BOS'un mikroskopik incelemesinde ise bol beyaz küre ve %60 oranında lenfosit hâkimiyeti vardı. BOS kültürü ve bakteriyel BOS PCR sonucu çıkana kadar hastaya menenjit dozunda meropenem ve vankomisin tedavisi başlandı. Hastanın ateşi 48 saat sonra düştü. BOS kültüründe üreme olmayan, bakteriyel BOS PCR negatif olarak saptanan hasta İVİG sonrası aseptik menenjit olarak değerlendirildi.

Sonuç: İVİG tedavisi çeşitli endikasyonlar ile sıkça kullanılmaktadır. Sık görülen istenmeyen etkileri ateş, huzursuzluk, "flushing", hipo/hipertansiyon, baş ağrısı, bulantı, kusma, döküntü, kaşıntı, öksürük, bronkospazm, abdominal kramp, göğüs ağrısı, artralji ve miyaljidir. Ciddi yan etkileri ise akut renal yetmezlik, akut miyokard enfarktüsü, aritmi, anafilaksi, derin ven trombozu, pulmoner emboli, plevral efüzyon ve aseptik menenjittir. Ciddi yan etkileri nedeni ile İVİG tedavisi uygun endikasyonla dikkatli bir şekilde verilmeli ve tedaviden sonra gelişen baş ağrısı, kusma ve ateş şikâyetlerinin varlığında İVİG ilişkili aseptik menenjit akla gelmelidir.

Anahtar Kelime aseptik menenjit, İVİG, Kawasaki Hastalığı



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

PS-034

Chlamydomphila Pneumoniae Enfeksiyonunun Olağandışı Bir Prezantasyonu Olarak Akut Hemorajik Perikardit

Fatma Zehra Öztekin Çelebi¹, Ali Fettah¹, Şule Yeşil¹, Tamer Yoldaş², Gönül Tanır³, Meltem Akçaboy⁴, Hüsniye Yücel⁴, Emine Polat⁴, Saliha Şenel⁴,

¹Dr. Sami Ulus Kadın-Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Hematolojisi-Onkolojisi Kliniği

²Dr. Sami Ulus Kadın-Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji Kliniği

³Dr. Sami Ulus Kadın-Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği

⁴Dr. Sami Ulus Kadın-Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Giriş - Amaç: *Chlamydomphila pneumoniae*; çoğunlukla hafif veya asemptomatik seyreden solunum yolu enfeksiyonlarına neden olan bir patojendir. Bununla birlikte *C. pneumoniae*'nin ciddi solunum yolu hastalığı ve hatta ölüm ile ilişkili olduğunu gösteren bazı raporlar da vardır. Yine *C. pneumoniae*'nin akut miyokardit, perikardit ve endokardite de neden olduğu bildirilmiştir. Burada perikardiyal ve plevral efüzyon ve toplum kökenli pnömoni ile başvuran ve klamidyal enfeksiyon tanısı konulan olgu nadir olması nedeni ile sunuldu.

Olgu: 13 yaşında bir erkek hasta göğüs ağrısı ve sol omuzda ağrı şikâyeti ile hastanemize başvurdu. Bu şikâyetlerden 3 hafta önce ateşsiz öksürük şikâyeti olup geçmişti. Fizik muayenede hastanın kalp seslerinin ve her iki akciğerin bazal loblarında solunum seslerinin azaldığı saptandı. Laboratuvar tetkiklerinde hemoglobün 13,7 g/dl, beyaz küresi 12890/µL, trombositler 465.000/ µL, eritrosit sedimantasyon hızı 13 mm/s, CRP 75,5 mg/L, ürik asit 12,8 mg/dL ve LDH 359 IU/L idi. Akciğer grafisinde bilateral plevral efüzyon ve infiltrasyon vardı, kardiyak silüet genişlemişti. Toraks ultrasonografisinde sağ hemitoraksta 42 mm kalınlığında plevral efüzyon, sol hemitoraksta 28 mm kalınlığında plevral efüzyon saptandı. Yapılan torasentezde eksuda vasıflı hemorajik plevral sıvı elde edildi. Ekokardiyografide perikardiyal efüzyon saptandı. Masif perikardiyal efüzyonu nedeniyle subksifoidal perikardiyal tüp drenajı yapıldı. Perikardiyal efüzyon kültüründe üreme olmadı ve sitolojik incelemede malign hücreye rastlanılmadı. Etyolojiye yönelik yapılan tetkiklerinde PPD ve IGST testi negatif, maligniteler açısından yapılan kemik iliği incelemesi olağandı. Bakılan romatolojik belirteçler negatifti. Enfeksiyöz etkenlere yönelik yapılan tetkiklerden *C. pneumoniae* Ig M ve G serumda pozitif saptandı.

Hastanın yatışı sırasında, toplum kökenli pnömoni için ampirik olarak seftriakson tedavisi başlandı. Seftriakson tedavisinin üçüncü gününde atipik etkenlere yönelik olarak tedaviye klaritromisin ilave edildi. Hastanın klinik seyri, klaritromisin tedavisinin üçüncü gününde düzelmeye başladı. Perikardiyal



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI

KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

ve plevral efüzyonu, hastaneye yatışının 13. gününde tamamen düzeldi. Taburculuğundan 2 hafta sonra tekrarlanan *C. pneumoniae* serolojisinde IgG titresinde artış; IgM titresinde ise düşüş tespit edildi.

Tartışma: *C. pneumoniae* hemorajik perikardiyal ve plevral efüzyon ve pnömonili hastalarda etyolojide akla gelmelidir. Şüphelenilen hastalarda tedaviye makrolid tedavisi eklenmelidir.

Anahtar Kelime *C. pneumoniae*, perikardiyal efüzyon, plevral efüzyon, pnömoni



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

PS-035

Tedaviye Yanıtsız İnfantil Astım Olgusu

Adnan Barutçu

Halfeti Devlet Hastanesi/Şanlıurfa

Giriş - Amaç: Yabancı cisim aspirasyonu (YCA), nefes alma esnasında ağız veya burun yolu ile alınan bir cismin trakeobronşial sisteme kaçmasıdır. YCA, ani gelişen üst solunum yolu tıkanıklıklarının en sık nedenidir (1,2). Olguların %75'inden fazlası 1-3 yaş arası çocuklarda görülür ve bu yaş grubu ölümlerin %7'sinden sorumludur (3). Eğer YCA'nın tanısı erken konur ve müdahale edilirse genellikle minumun komplikasyonla karşılaşılırken; geç kalınan vakalarda tekrarlayan pnömoniler, akciğer apsesi ve bronşiektaziye kadar farklı ve ciddi komplikasyonla karşılaşılabilir (3-5).

Olgu: Daha önce bilinen infantil astım tanısı olan 2,5 yaşında erkek hasta Ocak 2018'de; 2 gündür başlayan öksürük ve hırıltılı nefes alıp verme şikayeti ile acil servise başvurmuş. Hastaya amoksisilin-klavulonik asit ve parasetamol tedavileri reçete edilmiş. Şikayetleri devam eden hasta 2 gün sonra tekrar acil servise başvurmuş, kullanmakta olduğu antibiyoterapiye devam etmesi ve Pediatri poliklinik kontrolüne gitmesi önerilmiş. Ertesi gün Pediatri Polikliniği'ne başvuran hastanın özgeçmişinde; miadında, normal vajinal yol ile komplikasyonsuz olarak 3200 gr. doğduğu, 1,5 yaşında astım tanısı aldığı, düzenli olarak montelukast sodyum, flutikazon propiyonat tedavileri kullandığı öğrenildi. Soygeçmişinde; babasının astım hastası olduğu, anne baba akrabalığı olmadığı öğrenildi. Vücut sıcaklığı: 37,7 °C, nabız: 130/dk, solunum sayısı: 36/dk idi. Fizik muayenesinde; hafif burun kanadı solunumu mevcut olup, akciğerlerde sekretuar ve ince krepitan ralleri, yer yer ronküsleri vardı. CRP: 24,1 mg/dL (N:0-5) olup bunun dışındaki hemogram ve biyokimya tetkiklerinde özellik yoktu. Akciğer grafisinde kostalarda hafif düzleşme görülen hasta servise yatırılıp sefuroksim aksetil ve klaritromisin antibiyoterapileri başlandı. Salbutamol ve budesonid nebul tedavileri verildi. Prednizolon tedavisi başlandı. Saturasyonları oda havasında %89 olan hastaya maske ile oksijen başlandı. Yatışının 3. gününde hışıltısı artan, takipnesi gerilemeyen ve tedaviye rağmen kliniği iyileşmeyen hastanın kontrol akciğer grafisinde sağ akciğerde sola göre havalanma artışı farkedildi (Resim-1). Muayenede sağ akciğerde solunum seslerinin hafif azalmış olduğu saptandı. Öyküsü derinleştirildiğinde 1 hafta önce köyde babaannesi ile ceviz yediklerini, hastanın ceviz yerken kısa süreli moraracak kadar öksürdüğünü, şikayetlerinin ondan sonra başladığını babaannesinin hatırlaması ve belirtmesi üzerine hastada yabancı cisim aspirasyonu düşünüldü. Çocuk Cerrahisine yönlendirilen hastaya bronkoskopi yapıldı. Sağ akciğer ana bronşundan 2 adet ceviz parçası çıkarıldı. Tedavisi tamamlanan ve taburcu edilen hasta, 1 hafta sonra poliklinik kontrolüne geldiğinde herhangi bir şikayeti olmayıp, fizik muayenesi tamamen normaldi.



ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ



Resim-1: Sağ akciğerde havalanma artışı

Sonuç: YCA; süt çocukluğu ve erken çocukluk döneminde sık görülebilen ve zamanında müdahale edilmediğinde morbidite ve mortalite oranı yüksek, hayatı tehdit edebilen bir durumdur. YCA olan hastaların %50'sinde tipik aspirasyon öyküsü bulunmayabilir. Bu çocuklarda, ilk öksürük nöbetine tanık olunmamış olabilir veya ailelerin bu semptomların önemini anlayacak kadar medikal bilgisi olmayabilir. Atipik veya uzamış solunum bulguları hekim için uyarıcı olmalı, klinik ve radyolojik bulgular olası YCA açısından dikkatlice değerlendirilmelidir. Burada; infantil astım tanısı ile izlenmekte olan ve bronkodilatatör tedaviden fayda görmeyen, tekrarlayan hastane başvuruları sonrası akciğer grafisi bulguları ve anamnezin derinleştirilmesiyle birlikte YCA düşünülüp tanısı konulan bir olgu sunulmuştur.

Anahtar Kelime Yabancı cisim aspirasyonu, çocukluk çağı, hışıltı, infantil astım

Kaynaklar

1. Çapan N, Alıcı İO. Trakeobronşial yabancı cisim aspirasyonu. Solunum Hastalıkları 2009; 20 (1): 39-42.
2. Köktürk O. Üst solunum yolu obstrüksiyonu. Ekim N, Türkaş H, eds. Göğüs Hastalıkları Acilleri, Ankara: Bilimsel Tıp, 2000; 87-105.
3. Sırmalı M, Türüt H, Kısacık E, at al. Çocukluk çağı trakeobronşial yabancı cisim aspirasyonu. Tıp Araştırmaları Dergisi 2005; 3 (2): 8-12.
4. Yalçinkaya İ. Trakeobronşial yabancı cisim aspirasyonları. In: Ökten İ, Güngör A (eds). Göğüs Cerrahisi Ankara: 2003; 689-98.
5. Yıldızeli B, Yüksel M. Trakeobronşial yabancı cisim aspirasyonları. In: Yüksel M, Kalaycı NG (eds). Göğüs Cerrahisi, İstanbul: 2002; 677- 89.



ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

PS-036

Nadir Görülen Bir Mikroskopik Hematüri Nedeni: Nefronofitizi

Ebru Yılmaz, Nida Dinçel, Fatma Devrim

S.B.Ü. Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji

Olgu: On beş yaşında erkek hasta mikroskopik hematüri nedeniyle başvurdu. Üriner sistem ultrasonografisinde sol üreter orifis düzeyinde 6 mm çapta polipoid lezyon ve sol böbrek de grade 1 HN izlenmiş olup renal pelvis AP çapı 11 mm ölçüldü. Her iki böbrek medüllasında evre 1 nefrokalsinozis ile uyumlu ekojenite artışı izlendi. Fizik muayenesinde özellik yoktu, vital bulguları olağan sınırlardaydı. Özgeçmişinde yenidoğan döneminde D vitamini ampul kırıp içirme öyküsü vardı. Anemisi nedeniyle yapılan tetkiklerinde alfa talasemi heterozigot mutasyon saptandı. Olgu ön planda D vitamini kullanımına bağlı nefrokalsinozis olarak değerlendirildi. Geliş kreatinin 1 mg/dl olup metabolik taş idrar kan tetkikleri normal sınırlarda bulundu. Yapılan batın MRG değerlendirmesinde polipoid lezyon izlenmedi. Voiding sistoüretogram tetkikinde mesane normaldi, vezikoüreteral reflüsü yoktu. DMSA görüntülemesinde geri plan aktivitesi yüksekti, bilateral kortikal fonksiyon kaybına sekonder ılımlı renal yetmezlik ile uyumlu değerlendirildi. İzlemede makroskopik hematüri geliştiren hastanın kreatinin değeri 2,8 mg/dl olarak artması üzerine hastaya renal biyopsi yapıldı. C3, C1q, Fibrinojen, IgG, IgA ve IgM negatif olarak saptandı. Histopatolojik ve histokimyasal incelemede glomerüllerden 15'i global ve globale yakın sklerotiktir. Diğer glomerüllerde de periglomerüler fibrozis/hyalinozis, Bowman kapsülünde kalınlaşmalar, kapiller yumaklarda mezengial matriks artışları ve segmental sklerozis/hyalinozis, tubulointerstisyel alanda yaygın yapısal düzensizlik izlendi. Proksimal tüplerde yer yer genişlemeler, bazı distal tüplerde ektatik dilatasyonlar ve tubul duvarlarında kalınlaşmalar, vasküler yapılarda genel olarak arter ve arteriol duvarlarında hyalinozis ve intimal fibrozis izlendi. Kronikleşen glomerülonefrit ve intersisyel nefrit olarak raporlandı. Mevcut görüntüleme ve biyopsi bulgularıyla nefronofitizi olabileceği düşünöldü. Hasta, kronik böbrek yetmezliği evre 2 olarak hipertansiyonuna yönelik destek tedavisi altında izlemine devam etmektedir. Olguyu, hematüri etiyojisine yönelik basit nedenlerle yetinilmeyip, ileri tetkik yapılması gerekliliğini vurgulamak için sunmaktayız.

Anahtar Kelime mikroskopik hematüri, nefrokalsinozis, nefronofitizi



ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

PS-037

Mikroskopik Hematüri ile Giden Fibronektin Glomerülopati Nefropatisi

Ebru Yılmaz, Nida Dinçel, Fatma Devrim, Şükran Keskin Gözmen, Erkin Serdaroğlu
S.B.Ü. Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji

Olgu: Dört buçuk yaşında bilinen hastalığı olmayan kız hasta 3 gün önce başlayan karın ağrısı nedeniyle acil servise başvurusunda mikroskopik hematürisinin saptanması nedeniyle yapılan tetkiklerinde C3 düşüklüğü bulunması üzerine yatırıldı. Hastanın üst solunum yolu enfeksiyonu öyküsü, bilinen hastalığı, ilaç kullanım öyküsü, alt üriner sistem disfonksiyonu yoktu. Fizik bakışı ve vitalleri olağandı. Özgeçmişinde aralıklı olarak ve yatışında lökopeni ve lenfopeni olması nedeniyle periferik yayması değerlendirildi, malignite düşündürecek bulgusu yoktu. Olası immun yetmezlik açısından değerlendirildi. FMF mutasyon analizi normaldi, total IgE:6,92, Seum amiloid A sı negatif, immunglobülinlerinden IgG -2sds nin altındaydı. Viral seroloji paneli, direkt coombs testi ve ASO negatif, ANA, dsDNA, tiroid otoantikörleri negatif bulundu. Lenfosit panelinde lenfosit sayısı 5-10 persantil değerleri arasında olup CD19+ hücreler oransal olarak düşük sayısal olarak 5-10 persantil değerleri arasında, NK hücreleri sayısal ve oransal 5 persantil değerleri altında, diğer lenfosit alt grupları sayısal olarak normal aralıkta saptandı. Non- nefrotik düzeyde proteinüri ve mikroskopik hematürisi nedeniyle yapılan böbrek biyopsisinde C3, C1q, Fibrinojen, IgG, IgA ve IgM negatif saptanmıştır. Histopatolojik ve histokimyasal incelemede glomerüllerde yer yer minimal mezengial matriks ve hücre artışı gözlemlendi, sklerozis ve/veya hyalinozis yoktu. Elektron mikroskopisinde glomerül bazal membran iç sınırının yer yer elektrolüsen genişleme bölgeleri nedeniyle düzensiz olduğu ve subendotelial paramezengial konumda kalınlığı yaklaşık 10-15 nm olarak ölçülen fibriller ve epitelyum hücrelerinin pedisellerinde hafif obliterasyon izlendi. Kapillerlerde özellik görülmedi. Hastanın fibrillerinin 10-16 nm arasında olmasından dolayı öncelikle fibronektin glomerülopati nefropatisi, fibriler glomerülonefrit olabileceği düşünüldü. Etiyolojik tetkikleri devam etmektedir. Son derece nadir görülen olguyu sunmamızın nedeni postenfeksiyöz glomerülonefrit kanıtları olmayan mikroskopik hematüri ve kompleman düşüklüğü ile giden olgularda elektron mikroskopisi incelenmesini de içeren böbrek biyopsisi yapılması gerekliliğini vurgulamaktır.

Anahtar Kelime Mikroskopik Hematüri, Fibronektin Glomerülopati Nefropatisi



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

PS-039

Nedeni Bilinmeyen Ateşli Bir ocukta Salmonella Sepsisi

Emine Olcay Yasa, Ayberk zkavaklı, Sila Yılmaz, Hazal Ceren Tuğrul, Semanur Ceylan
Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi ocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD

Giriş - Amaç Salmonella; GiSi etkileyen bir enfeksiyondur. Bakteri tipik olarak hayvan ve insan bağırsağında yaşar, oral-fekal yolla, kontamine su-yiyecekler aracılığı ile bulaşır. Semptomlar bulantı, kusma, ishal, ateş, karın ağrısı ve kanlı dışkılamadır. İshal süresi ortalama 2-7 gündür ancak 1 ayın üzerine çıkabilir. Hastalık tifoid ateş olarak kendini gösterebilir ve mortalitesi artar. Turist ishali olarak adlandırılan gastroenterit salgınlarında önemli rol oynar, uzun sürebilir ve nedeni bilinmeyen ateşe yol açabilir.

8 aydır Pakistanda yaşayan, uzun süreli aralıklı ishali ve ateşli olan bu olgu, nedeni bilinmeyen ateş ve seyahat aracılı ishale yaklaşım amacıyla sunulmuştur.

Olgu: Önceden bilinen hastalığı olmayan 16 yıl 9 aylık erkek hasta 8 aydır Pakistanda yaşıyor. Aralıklı ishal + ateş şikayeti dışında başka bir bulgu yok. Ateşi son 1 hafta boyunca yüksek seyreden hasta acil servisimize başvurdu. Hasta ateş etiyolojisi açısından ocuk enfeksiyon kliniğine yatırıldı. Muayenesinde nörolojik, kardiyovasküler ve solunum sistemi muayeneleri doğal, batında ise bağırsak sesleri hiperaktif. CRP:8.98 mg/dl, SDM 31mm/sa, WBC:6.39 10³/uL, PNL:4.31 10³/uL, LYM:1.56 10³ /uL, biyokimya, koagülasyon parametreleri ve TİT normal. Belirli enfeksiyonların endemik olduğu bölgede yaşama ksnden dolayı hastada öncelikle kalın yayma ile sıtma ekarte edildi, Dengue ateşli ve Salmonella enfeksiyonu için kan ve dışkı örnekleri gönderildi. İdrar kültürü ve hemokültür alınarak seftriakson tedavisine başlandı. Viral serolojiler, hepatit markerları, kardiyak markerlar, gaita kültürü ve mikroskopisi, gaitada Clostridium Difficile Toxin A, Brucella aglütinasyon testleri, leptospira antijeni ve GGK testleri gönderildi. Gönderilen viral serolojiler negatif olarak sonuçlandı. Kardiyoloji konsültasyonu yapıldı ve patoloji saptanmadı. Ateşli devam eden hastada kültürler sık tekrarlandı. Gaita kültürlerinde üreme olmadı. Tedavisinin 4. Gününde hemokültürde meropenem duyarlı, seftriaksona dirençli Salmonella Enterica Spp. remesi oldu. Meropenem başlandı. Devam eden ateş nedeniyle HLH taraması yapıldı, negatif bulundu. Leptospira, Brucella ve Clostridium Difficile taramaları negatif sonuçlandı. Ateş ve klinik bulguları düzelen hasta 14 günlük meropenem tedavisi sonrası taburcu edildi, kontrolde sağlıklıydı.

Sonuç: Seyahat ilişkili gastroenterit nedenlerinden biri olan Salmonella, hastada çok belirgin gastroenterite neden olmadan septisemi ile kendini gösterebilir. Nedeni bilinmeyen ateş ve ishalde yakın zamanda seyahat ks ve bölgenin endemik enfeksiyonları sorgulanmalıdır.

Anahtar Kelime: Salmonella, Nedeni Bilinmeyen Ateş, Seyahat İlişkili İshal



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

PS-041

Akut Romatizmal Ateş Tedavisinin Nadir Bir Komplikasyonu: Reye Sendromu

Murat Muhtar Yılmaz, Gamze Vuran, Timur Meşe, Engin Gerçeker, Cüneyt Zihni
SBÜ İzmir Dr Behçet Uz Suam

Giriş - Amaç: Ülkemizde edinsel kalp hastalığının en sık nedeni olan akut romatizmal ateş (ARA) tedavisinde artrit ve hafif kardit vakalarında asetilsalisilik asit (ASA) tedavisi ilk tercih olarak kullanılmaktadır. Nadir de olsa ASA kullanımı sırasında geçirilen viral enfeksiyonlara bağlı Reye sendromu görülebileceği bildirilmektedir. Biz de burada ARA kardit tanısıyla ASA tedavisi alan, izleminde Reye sendromuna bağlı hepatik ensefalopati gelişen olgumuzu sunuyoruz.

Yöntem - Gereçler: Son 2 haftadır sol ayak bileğinde ve sol dizinde ağrı yakınmasıyla dış merkeze başvuran, antibiyotik tedavisine rağmen bulguları gerilemeyen 6 yaşında kız hasta acil servisimize başvurdu. Öyküsünden 1 ay önce st solunum yolu enfeksiyonu geçirdiği öğrenilen olgunun fizik bakısında apekte 1/6 sistolik üfürümü mevcuttu, güncel muayenesinde artrit bulguları olmamasına rağmen yakın dönemde artraljisi olduğu öğrenildi. Diğer sistem bakıları olağandı.

Bulgular: Tetkiklerinde lökositoz, akut faz reaktanlarında yükseklik (sedimantasyon:43mm/st) ve ASO:1760 saptanan olgunun elektrokardiyografisi normal, ekokardiyografisinde mitral yetmezlik 0-1 derece (jet akım 15 mm, posterolateral yönde) saptanması zerine ARA kardit tanısıyla servisimize yatırıldı. Boğaz kültürü alındı, benzatin penisilin-G yapılarak ardından 80 mg/kg/gün'den ASA tedavisi başlandı. Kontrol akut faz reaktanlarının gerilemesi üzerine yatışının 7. gününde tedavisi ayaktan devam edecek şekilde taburcu edildi. Bir hafta sonra karın ağrısı, kusma, halsizlik yakınmasıyla polikliniğimize başvuran olgunun muayenesinde bilinci açık, halsiz görünümde, batın muayenesi olağan, 1/6 sistolik üfürümü devam etmekteydi. Tetkiklerinde metabolik asidozu, hiperamonyemesi, karaciğer fonksiyon testlerinde ve koagulasyon parametrelerinde yüksekliliği mevcuttu. İzleminde bilincinde hızlı kötüleşmesi olan olgu hepatik ensefalopati tablosunda yoğun bakıma sevk edildi. Basvurusundan 3 gün önce hafif ateş, öksürük yakınması olduğu öğrenilen olguda ön planda Reye sendromu dşnld. Yoğunbakım izleminde entübe olmayan olguya N-asetilsistein ve laktuloz tedavileri başlandı. Yatışının 3.gününde bilinci tamamen düzeldi. Karaciğer fonksiyon testleri normale dönen olguya naproksen tedavisi başlanarak izlemine devam edildi.

Sonuç: Reye sendromu karaciğerin yağlı dejenerasyonuyla seyreden akut, noninflamatuvar ensefalopati tablosudur. Karın ağrısı, kusma, dehidratasyon, bilinç değişikliliği ve komaya giden bir tablo oluşturmaktadır. Özellikle influenza ve su çiçeği enfeksiyonlarının tetiklediği bilinmektedir. Yapılan araştırmalarda reye sendromlu >%80 olguda aspirin kullanım öyküsünün bildirilmesi üzerine çocuklarda viral enfeksiyonlar sırasında aspirin kullanılmaması önerilmiştir. Kawasaki ve ARA tedavisinde halen ASA ana tedavi olarak kullanılmaktadır. Bu nedenle bu hastalarda ASA tedavisi sırasında karaciğer fonksiyon testleri yakından izlenmeli, hastalar viral enfeksiyon sırasında ilaç kullanımıyla ilgili bilgilendirilmelidir.

Anahtar Kelime: Akut Romatizmal Ateş, Asetil salisilik asit, Reye Sendromu



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

PS-042

Geçirilmiş Özefagus Cerrahisi Öykülü Çocuklarda Özefagusda Yabancı Cisim

Olga Devrim Ayvaz, Ayşenur Celayir, Bekir Erdeve
SBÜ, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları EAH)

Giriş - Amaç: Özefagus atrezili olgularda gerek ailenin katı gıdayı yedirme çabaları gerekse anastomoz darlığı veya fibrozisi nedeniyle darlık bölgesinde yabancı cisimler takılabilmektedir. Çalışmamızda, yabancı cisim yutma nedeni ile başvuran özefagus cerrahisi olgular değerlendirildi.

Yöntem - Gereçler: Ocak 2004-Ocak 2019 yılları arasında opere edilmiş özefagus atrezili olgularımızdan yabancı cisim yutma nedeniyle özefagoskopi gerekenlerin demografik özellikleri retrospektif olarak değerlendirildi. Dış merkezde anastomozdaki yabancı cisim çıkarıldıktan bir gün sonra ağır pnomotoraks ile kliniğimizde interne edilen olgumuz bu çalışmaya dahil edilmemiştir.

Bulgular: Özofagus atrezisi nedeniyle opere olan ve yaşayan 137 hastadan 10(%7.3)'una yabancı cisim yutma nedeniyle 21 kez özefagoskopi yapıldı. Hastaların yaş ortalaması 32,10ay(min:10-max:72) olup 7'si(%70) erkek, 3'ü(%30) kızdı.

Altısında (%60) Fistül ligasyonu ile primer özofagus onarımı, ikisinde gastrik tüp replasmanı yapılmıştı. Üçünde(%30)özefagus dilatasyonu gerekmişti; birinde 6 dilatasyondan sonrası rezeksiyon+anastomoz, birinde antireflü cerrahisi yapılmıştı. Dokuz(%90)'u yutma güçlüğü, 4(%40)'ü kusma, 1'i yutkunurken öğürme, 1'i hipersalivasyonla başvurdu. Beşinde(%50) yabancı cisim yutma(meyve suyu poşeti, para, havuç, erik çekirdeği, sakız) öyküsü mevcuttu. Üçünde şikayetleri bir aydır varken 7'si ortalama 2.gün(min:1-max:5) başvurmuştu.

Birinde direkt grafide paranın özefagusta olduğu görüldü, özefagografi yapılan 6 olgudan dördünde yabancı cisim düşürdü. Serebral palsili birinde uyumsuzluk, yutmama nedeniyle efektif olmadı, biri opak maddeyi içer içmez erik çekirdeğiyle birlikte kustu.

Özefagoskopilerinde 2'sinde yabancı cisim saptanmazken, 5'inden organik gıda, birinden Şam fıstığı kabuğu, birinden para, birinden sakız+kağıt parçası çıkarıldı. Yedisinde yabancı cisim anastomoz bölgesindeydi; 4'ünde anastomoz darlığı mevcuttu, dilatasyon yapıldı. Birinde travmatik pnömotoraks gelişirken tüp torakostomi gerekmedi.

Takiplerinde beşi tekrar aynı nedenle başvurmuştu, 3'ünde re-özefagoskopide yabancı cisim saptanmadı, birinde 2 kez(elma, erik çekirdeği), birinde 6 kez(organik gıda+karpuz çekirdeği, organik gıda+sakız, üç kez kağıt parçaları) çıkarılmıştı. Ortalama yatış süresi 2,8 gün (min:2-max:5)'dü.

Sonuç: Özofagus atrezili olguların yarı katı/katı gıdalara geçişlerinin çiğnemeyi ve yutmayı öğrendiği beşli yaşlardan sonraya olması gerektiği ebeveynlere anlatılmış olmasına rağmen özofagus anastomoz bölgesinde takılan gıdalardan olguların yaşlarına uygun gıdalarla beslenilmediği görülmektedir.

Anahtar Kelime: Özefagoskopi, özefagus atrezisi, yabancı cisim yutma



ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

PS-043

Erken Başlanan CVVHDF Tedavisi ile Son Dönem Böbrek Yetmezliğine Gidişi Önlene Akut Böbrek Hasarlı Atrofik Böbrek Olgusu

Nida Dinçel¹, Ebru Yılmaz¹, Fatma Devrim¹, Cüneyt Zihni², Gamze Vuran², Engin Gerçeker², Timur Meşe²

¹ S.B.Ü. Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji

² S.B.Ü. Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji

Olgu: 17 yaş kız olgu opere fallot tetralojisi, infektif endokardit, atrofik böbrek tanıları ile takipli iken antibiyoterapinin 12. gününde idrar çıkışında azalma ve böbrek fonksiyon testlerinde artış nedeni ile nefrolojiye danışıldı. Hidrasyon ve diüretik tedavisi ile idrar çıkışı arttı. Hastanın BUN :47,3 serum kreatinin değeri 4.6 mg/dl olup, almakta olduğu antibiyotik dozları GFR'e göre ayarlandı. Mevcut durumu ile diyaliz ihtiyacı olmadı. Ancak izlemde boş bakma, sorulan soruları geç cevaplama, bas sallama benzeri hareketler ve ellerde uyuşma başladı. Nörolojik değerlendirmesinde derin tendon refleksleri dört yönlü canlı, kranial sinir muayenesi normal olup, bilinç koopere değildi. Ardından sol kolda klonik atımlar başladı. Renal nedenler ile diyaliz endikasyonu olmasa dahi, üremik ensefalopatinin dışlanamaması, ayırıcı tanıda ensefalit, sepsis yer alması nedeni ile sürekli venö hemodiyafiltrasyon (CVVHDF) tedavisi başlandı. Kranial görüntülemesi olağan gelen olguda intoksikasyon ekarte edildi. CVVHDF tedavisinin 24. Saatinde olgunun bilinci tamamen açıldı. Nörolojik bir problemi olmadı. CVVHDF tedavisi 48. Saatte sonlandırıldı. İzlemde hastaya 2 hafta süre ile aralıklı hemodiyaliz uygulandı. Böbrek fonksiyon testleri göreceli düşen olgunun hemodiyaliz tedavisi sonlandırıldı. Hastaneye yatış öncesi bazal kreatinin değeri 0,9 mg/dl olan olgu, taburculuk sonrası (20.günde) serum kreatinin değeri tedavisiz 1.6 mg/dl ye gerilemiş şekilde izlenmektedir.

Sonuç: Sepsis, multiorgan yetmezliği veya diğer non renal endikasyonlarda CVVHDF tedavisinin etkinliği literatürde kanıtlanmış olup, tedaviye erken başlanması prognozu olumlu yönde etkilemektedir. Olgumuz atrofik böbrek olması nedeni ile geçirdiği akut böbrek hasarından sonra kronik böbrek hasarına ilerleme riski, hatta son dönem böbrek yetmezliği riski oldukça yüksek bir hasta idi. Ancak 2 haftalık diyaliz tedavisi sonrası böbrek fonksiyon testleri gerileyip, tekrar diyaliz ihtiyacı olmadı. Nörolojik herhangi bir sorunu da kalmayan olgudaki başarıyı erken dönemde başladığımız CVVHDF tedavisine bağladık. Bu olguyu erken tedavinin önemini ve non renal endikasyonların pediatristler tarafından unutulmamasını vurgulamak amaçlı sunduk.

Anahtar Kelime: CVVHDF, non renal endikasyon, akut böbrek hasarı



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

PS-044

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Adenoviral Konjonktivit Salgını ve Salgın Kontrolü

Eren Çağan

Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş - Amaç: Adenovirüs çift sarmallı DNA virüstür. İnsanlarda hastalığa neden olan 50 den fazla serotipi mevcuttur. Adenovirüs infantlarda ve küçük çocuklarda %5 civarında ateşli hastalığa yol açar. Yenidoğan yoğun bakımlarda (YYBÜ) farklı serotipler ile salgınlar bildirilmiştir. Bu salgınlar genelde konjonktivit ve/veya pnömoni şeklinde ortaya çıkmaktadır. Hastalar asemptomatik olarak da kalabilmektedir. Bu çalışmada dördüncü basamak YYBÜ'de meydana gelen adenoviral konjiktivit (AVK) salgının ortaya çıkışı, yayılımı ve salgının nasıl kontrol altına alındığı incelenmiştir.

Yöntem - Gereçler: Bir Eğitim ve Araştırma hastanesi YYBÜ'de 23 Temmuz- 22 Ağustos tarihleri arasında yatan tüm hastaların kayıtları incelendi. Tüm YYBÜ çalışanlarını klinik verileri kaydedildi. Veriler retrospektif değerlendirilmekle beraber tüm hastalar ve YYBÜ çalışanları ilk olgunun tanı aldığı andan itibaren izleme alındı. AVK tanısı göz muayenesinde tipik bulgular ile konuldu.

Bulgular: Salgının meydana geldiği ünite ikisi izolasyon odası olmak üzere 30 yataklı dördüncü basamak bir YYBÜ idi. Toplam 32 hemşire, üç yenidoğan uzmanı, üç pediatri asistanı ve on temizlik personeli çalışmaktaydı. Gece shiftlerinde ise sekiz hemşire, iki temizlikçi ve bir doktor nöbetçi olarak çalışmaktaydı.

İlk AVK gözlerinde kızarıklık, şişlik, pürülan akıntı ve ödem olan dört prematüre bebek de tespit edildi. Bu dört hastaya haftalık olarak ROP muayenesi yapılmaktaydı. Bu olgulara tanı konulmadan önce AVK tanısı alan hasta bebeklerden birinin annesinin de AVK tanısı aldığı öğrenildi. Bu anne bebeğini düzenli bakım vermekte ve beslemekteydi. İlerleyen dönemlerde iki hafta içinde beş hemşire, iki hasta ve bir radyoloji teknisyenine daha AVK tanısı konuldu.

Tanı alan hastalar sıkı temas ve damlacık izolasyonuna alındı ve kohortlandı. Herhangi bir klinik semptomu olan YYBÜ çalışanlarına hemen göz muayenesi yaptırıldı. Şüpheli olan çalışanlar 3-5 gün üniteden uzaklaştırıldı. Bu süre sonrasında herhangi bir muayene bulgusu olmayan personel çalışmaya devam ettirilirken hastalık bulgusu olanlar komplet iyileşme sağlanana kadar üniteden uzaklaştırıldı. Herhangi bir semptomu olan hasta yakınlarının üniteye girişi sınırlandırıldı. Adenovirüsün standart dezenfektanlara dirençli olması nedeniyle el hijyenine enfeksiyon kontrol altına alınan kadar su ve sabun ile devam edildi. Kinik durumu uygun hastalar taburcu edildi veya servislere gönderildi. ROP muayenesinde kullanılan araçların sterilizasyon ve dezenfeksiyonu tekrar gözden geçirildi. Poliklinikte kullanılan aletlerin serviste kullanılmasına izin verilmedi. Ortam günlük olarak altı saatte bir 1500 ppm çamaşır suyu ile temizlendi. Hasta alımı durduruldu. Mevcut önlemlere son tanı alan olgudan



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI

KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

sonraki iki hafta devam edildi. Bu süreçte hiçbir hasta kaybedilmedi. Ancak bir hemşirede korneal tutulum ile komplike oldu.

Sonuç: Adenovirüs virülansı oldukça yüksektir. Ayrıca standart olarak kullanılan dezenfektanlara direçlidir. Bu nedenle standart önlemlere ek olarak yüksek düzey dezenfektan ile çevre temizliğinin yanında su ve sabun ile el yıkama gerektirmektedir. Bu tip virüsler için etkin antiviral tedavi olmaması nedeniyle enfeksiyon kontrol önlemleri daha da önem kazanmaktadır. Bu çalışmada olduğu gibi salgınların kontrolünde standart önlemlerin yanında ajan spesifik tedbirler gerektirdiği için enfeksiyon kontrol ekibi, hastane yönetimi, çalışanlar ve hasta yakınları arasında sıkı ve süregelen işbirliği sağlanması önemlidir.

Anahtar Kelime Adenovirüs, Konjonktivit, Yenidoğan, Salgın



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI

KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SÖZEL SUNUMLAR



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-001

İşitme Engeli Tespit Edilen Çocuklarda Predispozan Faktörlerin Değerlendirilmesi

Yakup Çağ
SBÜ Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş - Amaç: Bu çalışmada merkezimizde tarama testleri sonrasında işitme engeli tespit edilen çocuklarda predispozan faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem - Gereçler: Ocak -Aralık 2015 tarihleri arasında bir yıl süre içerisinde işitme engeli tanısı konulan 97 hasta geriye doğru olarak taranmıştır. Tüm çocuklara ilk tarama Otoakustik emisyon(OAE) testi yapıldıktan sonra bu testten geçemeyenler işitsel beyinsapı yanıtı(ARB) testine tabi tutularak ikinci tarama yapılmıştır. Nihayetinde işitme eşikleri ve işitme kaybının türü belirlenerek kesin tanıları konulmuştur. İşitme engeli tanısı alan hastaların yaş, cinsiyet, gibi demografik verilerinin yanısıra, altta yatan (Prematürite, yenidoğan yoğun bakımda kalma durumları, konjenital anomaliler, ailede işitme kaybı öyküsü vs.) predispozan faktörler ve cihaz önerilip önerilmediği durumlar kaydedilmiştir. Elde edilen veriler istatistiksel olarak analiz edilmiştir.

Bulgular: İşitme engeli olan 97 vakanın 59'u (%61) erkekti. İşitme engeli tanısı alan çocukların tanı alma yaş (ay) dağılımları median (IQR) 6 (4-10) olarak tespit edildi. Çocukların 91'inde (%94) sağ kulakta işitme kaybı tespit edilirken (62 (%68) vakada ağır derecede sensörinöral işitme kaybı (SNİK), 13 (%14) vakada orta derecede SNİK, 16 (%17.6) vakada hafif derecede SNİK, 7 (%7.7) vakada mikst tipte işitme kaybı) 90 (%93) vakada sol kulakta (61 (%68) vakada ağır derecede SNİK, 13 (%14.5) vakada orta derecede SNİK, 16 (18) vakada hafif derecede SNİK, 8 (%9) vakada mikst tipte) işitme kaybı tespit edilmiştir. Öte yandan çocukların 84'ünde (%87) bilateral işitme kaybı varken 13'ünde (%13) çocukta tek taraflı işitme kaybı olduğu görülmüştür. Yetmişüç (% 5) çocuğa bilateral işitme cihazı önerilirken 1(%1) çocuğa sadece sağ kulak için, 2 (%2) çocuğa sadece sol kulak için işitme cihazı önerilmiştir. Yirmibir (%22) çocuk ise takibe alınmıştır.

Predispozan faktörler araştırıldığında 34 (%35) vakanın çeşitli nedenlerle (12 (%35) vaka hiperbilirubinemi, 22(%65) vaka prematürite, respiratuar distres sendromu hipoksi, v.s gibi nedenlerle yeni doğan yoğun bakım ünitesinde (YDYBÜ) yatarak tedavi gördükleri anlaşılmıştır. Ondokuz (%20) çocuğun aile bireylerinde işitme kaybı öyküsü olduğu tespit edildi.

Onaltı (%16) vakada down sendromu, spina bifida, corpus collosum agenezisi gibi çeşitli konjenital anomaliler olduğu görüldü. Yirmisekiz (%29) vakada herhangi bir predispozan faktör tespit edilmedi.

Sonuç: Bu çalışma, hiperbilirubinemi, prematürite, Respiratuar distres sendromu, hipoksi, v.s gibi çeşitli nedenlerle YDYBÜ'nde tedavi gören bebekler başta olmak üzere ailede işitme engeli öyküsü olan bebekler ve konjenital anomalilerle doğan bebekler işitme engeli açısından yüksek risk grubunda olduğunu göstermiştir.

Anahtar Kelime işitme engeli; çocuklar; predispozan faktörler; tarama



ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-002

Somali Mogadishu'da Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Çocuk Kliniğinde Alınan İdrar Kültürlerinin Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Cüneyt Uğur

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Konya SUAM Pediatri

Giriş - Amaç: Bu çalışmada, idrar kültüründe üreyen mikroorganizma türlerinin ve bunların antibiyotik duyarlılık ve direnç durumlarının geriye dönük olarak değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem - Gereçler: Bu çalışmaya Mogadishu Somali Türkiye Recep Tayyip Erdoğan Eğitim ve Araştırma Hastanesinin çocuk servisi ve polikliniklerinden 2015-2018 yılları arasında idrar kültürü istenen ve kültüründe üreme olup antibiyogram yapılan 39 hasta dahil edildi. Otamasyon sistemi üzerinden bu hastaların demografik verileri, üreyen mikroorganizma türleri ve antibiyogram sonuçları tespit edilerek kaydedildi.

Bulgular: Hastaların 25'i kız (% 64.1), 14'ü erkek (% 35.9) idi. Hastaların yaşlarının medyan değeri 3.0 (6.1) yıl olup, yaş aralığı 1 ay-17 yıl idi. En sık üreyen mikroorganizma % 56.4 ile Escherchia coli (E. coli) idi. Bunu Klebsiella pneumonia (% 15.4), Proteus mirabilis (% 5.1), Pseudomonas aeruginosa (% 5.1), Burkholderia cepacia (%5.1) takip etmekte idi. E. Coli'nin antibiyotik direnci en fazla, % 90.9 oranı ile ampisilin ve TMP-SMX'a karşı bulundu. Bunları sırasıyla sefuroksim (% 86.4), seftriakson (% 77.3), siprofloksasin (% 63.6) direnci izlemekte idi.

Sonuç: Literatürde bu bölge ile ilgili bu konuda yapılmış bir çalışmaya rastlanmadı. Bu bölgedeki üriner sistem enfeksiyonunun ampirik tedavisinde amoksisilin-klavulonat oral olarak ve amikasin, imipenem, gentamisin ve sefoksitin ise parenteral olarak seçilebilecek antibiyotiklerdir. Ayrıca belli aralıklarla bölgesel enfeksiyon etkenlerinin ve bunların antibiyotik duyarlılıklarının değerlendirilmesi gerektiği kanaatine varıldı.

Anahtar Kelime Somali, çocuk, idrar kültürü, antibiyotik duyarlılığı



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-003

Pediyatri Polikliniğine Başvuran Hasta Ebeveynlerinin ocuklarına Dair Boy Ve Kilo Algılarının Değerlendirilmesi

Münevver Tuğba Temel

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediyatri ABD

Giriş - Amaç: Büyüme geriliği, genel anlamda çocuğun kendi yaş ve cinsiyetine uygun büyümeyi göstermemesi olarak tanımlanır. Her toplumun büyüme normalleri vardır ve bunlar büyüme eğrileri ile gösterilir. Beslenme davranışları ve uygulamaları çocukların sağlıklı büyümeleri üzerinde önemli belirleyicilerdir. Çocukların beslenme davranışlarının şekillenmesinde ise ebeveynlerin, çocuklarının kilo durumlarını nasıl algıladıkları oldukça önemlidir. Çocukluk döneminde beslenme ve kilo durumuna ilişkin gerçekleştirilecek müdahalelerin etkili olabilmesi için erken tanı ve ailelerin katılımı önemli rol oynamaktadır. Çalışmamızda Pediyatri polikliniğine getirilen ve altta yatan herhangi kronik bir hastalığı olmayan çocukların doğum tarihleri, boy ve kilo ölümleri ile ebeveynlerinin sözel olarak ifade ettiği yaş, kilo ve boy değerleri karşılaştırıldı. Bu araştırma ebeveynlerin çocuklarının kilo, boy ve yaş durumuna ilişkin görüşlerinin belirlenmesi amacıyla, tanımlayıcı bir araştırma olarak yapılmıştır.

Yöntem - Gereçler: Bu alışmaya Gaziantep niversitesi şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi pediyatri polikliniğine 2019 Nisan ayı içerisinde başvuran 2-17 yaş arası, herhangi bir kronik hastalığı bulunmayan ve rastgele seçilen 198 hasta dahil edildi. Öncelikli olarak hastaların boy ve kilo ölümleri yapılıp, BMI(Body mass index) değerleri hesaplanmıştır. İkinci aşamada ise ebeveynlerin çocuklarının boy ve kilo durumlarına ilişkin görüşlerinin belirlenmesi amacı ile literatürden yararlanılarak çocukların boy ve kilo durumuna ilişkin sorular ve ailelerin eğitim ve akrabalık durumlarının yer aldığı anket formu kullanılmıştır.

Bulgular: İstatistik sonuçlarına göre ebeveynlerin çocuklarının yaşlarını doğru bildiği saptanmıştır. BMI ile ebeveynlerin yaş algısı karşılaştırıldığında obez olan çocukların ebeveynleri, yaş söylemlerinde istatistiksel olarak anlamlı seviyede hatalılardı. Ebeveynlerin çocuklarının kilosuna yönelik algılarının BMI ile karşılaştırılmasında görülen anlamlı farklılık genel olarak ebeveynlerin kilo algısının yanlış olduğunu göstermiştir. Ebeveynlerin eğitim durumlarıyla çocuklarının yaş bilgisinin doğruluğu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Sonuç: Çalışmamızda ebeveynlerin büyük bir bölümünün, çocuklarının kilo durumlarını yanlış olarak algıladığı belirlenmiştir. Ebeveynlerin çocuklarının kilo durumlarını doğru algılamaları, sağlıklı bir büyüme için anahtar role sahiptir. Bu nedenle sağlık bakımı verenlerin ebeveynlerin çocuklarının kilo algılarına ilişkin daha dikkatli olmaları, doğru bilgilendirme ve danışmanlık yapmaları önem taşımaktadır.

Anahtar Kelime Ebeveyn, algı, ocuk



SS-004

Rahatsızlığa Dayanabilmenin ve Doğuma Karşı Tutumun Doğum Şekli Belirlenmesindeki Rolü

Tevfik Berk Bildacı¹, Sabri Berkem Ökten¹, Anıl Gündüz²

¹Başkent Üniversitesi İstanbul Hastanesi

²İstanbul Kent Üniversitesi Klinik Psikoloji

Giriş - Amaç: Türkiye’de doğuma yönelik korku ile ilgilenen çalışma sayısı oldukça azdır. Bu çalışma ile kişilerin Türkiye’de vajinal doğum (VD) veya sezaryen (CS) isteklerinin şekillenmesinde kaygının rolü araştırılacaktır.

Yöntem - Gereçler: Başkent Üniversitesi İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesine 01/2017 – 09/2018 yılları arasında başvuran ve anket çalışmasını kabul eden gebeler ile planlanan prospektif gözlemsel bir çalışmadır. Rahatsızlığa dayanma ölçeği (RDÖ) ve doğum tutum ölçeği (DTÖ) anketleri 28-32. gebelik haftaları arasında vakalar ile karşılıklı doldurulmuştur. Bu çalışmaya anket doldurma döneminde VD isteyen ve doğum şekli olarak VD gerçekleştiren 30 adet vaka ile (Grup A), VD istemi bulunan ancak doğum zamanında kişisel korkulara bağlı olarak anne isteği doğrultusunda CS işlemi uygulanmak zorunda kalınan 29 vakalık hasta grubu (Grup B) seçilmiştir. Anket skorlarındaki ortalama değerlerin karşılaştırılmaları kullanılmıştır.

Bulgular: Her iki grup arasında DTÖ ortalamaları (A: 1,72 vs B: 2,17 p:0,006) açısından anlamlı farklar tespit edilmiştir. RDÖ’de ise her iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (A: 3,02 vs B: 3,22 p:0,393).

Sonuç: RDÖ’ye nazaran DTÖ anketi kişilerin VD ile ilgili kaygılarını ölçerek CS istenmesindeki kaygıyı ortaya çıkarmada daha etkindir.

Anahtar Kelime Gebelik, Anksiyete, Doğum



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-005

Sekiz Aylık Bebeğe Korneada Yabancı Cisim: Bir Olgu Nedeniyle Kırmızı Refle Testinin Önemi

Ruhan Özer

Medipol Üniversitesi Çamlıca Hastanesi

Giriş - Amaç: Tüm yaş gruplarında olduğu gibi çocuk hasta grubunda da ayrıntılı öykü ve sistemik muayene tanısalyaklaşımaya yön verme ve doğru tanıya ulaşmada çok önemlidir. Çocukluk dönemindeki göz patolojilerinin birçoğuna erken tanı koyulamaz ve tedavisine başlanmaz ise ilerleyen dönemde tedavide ciddi zorluklara hatta kalıcı hasarlara neden olabilmektedir. Erken çocukluk çağı tarama testlerinden birisi olan kırmızı refle testi çocuk sağlığı izlemlerinde fizik muayenenin zorunlu bir parçasıdır. Test görmeyi ve yaşamı tehdit edebilecek retinoblastom, sistemik hastalıkların göz bulguları olan katarakt, glokom veya yüksek dereceli kırma kusurlarının ortaya konulmasında büyük öneme sahiptir. Bu bağlamda bir olgu üzerinden kırmızı refle testinin önemini vurgulamak istedik.

Yöntem - Gereçler: Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniğinde rutin kontrolü için başvuran 8 aylık kız bebekte kırmızı refle arama değerlendirilmesi yapıldı. Kırmızı refle testi karartılmış odada, direkt oftalmoskop 30-45 cm mesafeden hastanın gözüne tutularak, oftalmoskopun lens gücü sıfır ayarına getirilerek yapıldı.

Bulgular: Hastamız AG, 8 aylık kız bebek, polikliniğimize rutin sağlık kontrolü için başvurdu. Hastamızın antropometrik ölçümleri normal persentil aralığında, yapılan sistemik fizik muayenesinde özellik yoktu. Kırmızı refle değerlendirilmesinde sağ göz saat 9 hizasında gri opasite farkedildi. Göz konsültasyonu istendi ve korneada yabancı cisim tanısı ile genel anestezi altında yabancı cisim çıkarıldı. Takiplerinde erken ve geç komplikasyon gözlenmedi.

Sonuç: Ülkemizde kılavuzlar doğrultusunda yenidoğan bebeklerin hastaneden taburcu edilmeden önce diğer sistemlerin muayenesi ile birlikte kırmızı röfle değerlendirilmesi çocuk hekimleri tarafından yapılmaktadır. Daha sonra 1. ay bebek sağlığı izleminde çocuk göz hekimleri tarafından pupil dilate edilerek değerlendirilmektedir. Kırmızı refle testi her iki gözde renk, saydamlık ve şiddet olarak eşitse ve reflende opasite ve lökokori yoksa normal kabul edilmelidir. Yenidoğan döneminde ve 1. ay göz hekimi değerlendirilmesinde kırmızı refle normal olsa bile 4 yaşa kadar rutin çocuk sağlığı izlemlerinde tekrar değerlendirilmelidir. Bizim olgumuzda olduğu gibi korneada yabancı cisim henüz komplikasyonlar gelişmeden rutin muayene sırasında tanı alma şansı bulacaktır. Ayrıca kırmızı reflende saptanacak asimetri, kırma kusuru ve şaşılık tespit edilmesi durumunda erken tanı ve tedavi ile çocuğun bilişsel gelişimine olacak olumsuz etkiler önlenebilecektir.

Anahtar Kelime kırmızı refle, korneada yabancı cisim, çocuk sağlığı izlemi



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-006

Tip 1 Diyabetli Çocuklarda; Intensif İnsülin, Esnek İnsülin ve İnsülin Pompa Tedavilerinin Metabolik Parametreler Üzerine Etkilerinin Karşılaştırılması

Mehmet Karacı, Gürol Güleçol
Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğt. Araş. Hast.

Giriş - Amaç: Tip 1 diyabetes mellitus (T1-DM) çocukluk yaş grubunda sık görülen kronik bir hastalıktır. Bu çalışmada; kliniğimizde izlenen hastalarda geleneksel insülin tedavisi (GIT), esnek insülin tedavisi (EIT) ve insülin infüzyon pompa tedavisinin (IIPT) metabolik, klinik parametreler ve yaşam kalitesi üzerinde oluşturacağı etkilerin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem - Gereçler: Çalışmaya kliniğimizde takip edilmekte olan 28 (14 kız, 14 erkek) tip 1 diyabetli hasta alındı. Tüm hastalar çoklu doz insülin tedavisi ile sabit diyet almaktaydı. İlk aşamada tüm hastalara karbonhidrat sayımı öğretilerek esnek insülin tedavisine geçildi. Altı ay süreyle esnek insülin tedavisi aldıktan sonra, istekli olan sekiz hastada IIPT uygulamasına geçildi. Her dönem öncesi ve sonrasında hastaların HbA1c değerleri, hipoglisemi sıklıkları, bazal/bolus/total insülin ihtiyaçları, kan lipid düzeyleri, glukometre ve sürekli cilt altı kan şekeri izlem cihazı (SCKİ) ile ölçülen glukoz düzeyleri, vücut kitle indeksi (VKİ) SDS ve yaşam kalitesi skorları karşılaştırıldı.

Bulgular: Toplam 28 hastanın yaş ortalaması $12,9 \pm 2,59$ ve ortalama diyabet süresi $5,1 \pm 2,88$ yıldır. Olguların EIT dönemindeki HbA1c ve açlık ortalama kan şekerleri, GIT dönemine göre anlamlı düşük saptandı ($p:0,001$ ve $p:0,024$). SCKİ değerleri, VKİ SDS, hipoglisemi sıklığı, insülin dozları, kan lipid seviyeleri açısından ise iki tedavi metodu arasında anlamlı fark saptanmadı. Yaşam kalitesinin ağrı ve mental sağlık parametrelerinde EIT döneminde anlamlı düzelme tespit edildi ($p:0,027$ - $p:0,019$). IIPT ise; olguların HbA1c değerlerinde, GIT dönemine göre anlamlı azalma saptanırken ($p:0,012$); EIT dönemine göre anlamlı fark saptanmadı ($p:0,123$). IIPT dönemindeki hipoglisemi sıklıklarında diğer iki döneme göre anlamlı azalma saptandı ($p:0,033$). VKİ SDS, insülin dozları, lipid düzeyleri (LDL kolesteroldeki artış haricinde) üç dönem arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). IIPT sonrası hastaların yaşam kalitesi incelendiğinde; genel sağlık ve mental sağlık parametrelerinde EIT ve GIT dönemlerine göre anlamlı düzelme saptandı ($p:0,029$ - $p:0,034$).

Sonuç: EIT ve IIPT; tip 1 diyabetli çocuk ve adölesanlarda geleneksel tedavi yöntemlerine göre metabolik parametreler ve yaşam kalitesi açısından önemli iyileşmeler sağlamaktadır. IIPT'nin ayrıca hipoglisemi sıklıklarını azalttığı saptanmıştır. Her iki tedavi yöntemi de tip 1 diyabetli çocuk ve adölesanlarda güvenle kullanılabilen tedavi yöntemleri olarak gözükmektedirler.

Anahtar Kelime: Tip 1 diyabet, esnek insülin tedavisi, insülin infüzyon pompa tedavisi, yaşam kalitesi



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-007

Atipik Seyirli Bir Kawasaki Hastalığı Olgusu: Ateş Düşükten Sonra Koroner Anevrizma Gelişir mi?

Gamze Vuran, Murat Muhtar Yılmaz, Timur Meşe, Engin Gerçeker, Süleyman Nuri Bayram, İlker Devrim, Cüneyt Zihni
SBÜ İZMİR DR BEHÇET UZ SUAM

Giriş - Amaç: Erken sütçocukluğu döneminde Kawasaki Hastalığı'nın atipik yada inkomplet prezentasyonu daha sık görülmekte, bu durum hastaların tanısının gecikmesine ve koroner arter tutulumunun daha sık görülmesine neden olmaktadır. Ancak hastalığın olmazsa olmaz bulgusu ateştir ve koroner tutulum ateşin uzamasıyla ilişkilendirilmektedir. Biz burada 3 aylık oldukça atipik seyretmiş bir Kawasaki Hastalığı (KH) olgusu sunmaktayız.

Olgu: Dil bağı operasyonu sonrası ateş yakınmasıyla dış merkeze başvuran, pnömoni tanısıyla antibiyotik tedavisi alan 3 aylık erkek olgu, ateşinin 4.günde devam etmesi ve döküntüsü olması üzerine acilimize yönlendirildi.

Bulgular: Fizik bakısında ateşi, taşikardisi, fontanel bombeliği ve ekstremitelerde makulopapüler tarzda döküntüsü vardı. Tetkiklerinde; lökositoz, akut faz reaktan yüksekliği, trombositoz, anemisi mevcuttu. Tam idrar tahlili normal, akciğer grafisi normaldi. Ekokardiyografik incelemesinde anormallik saptanmamış, koroner arterler normal olarak izlenmişti. BOS biyokimyası normaldi, BOS direk bakısında 50 lökosit/mm³ saptandı. Olguda tam tedavi olmamış bakteriyel menenjit düşünülerek antibiyotik tedavisi başlanılmıştı. Hastalığın başlangıcının 5. gününde ateşi gerilemişti. Yatışının 2.gününde tekrarlanan ekokardiyografisi normaldi. Bundan sonra ateşsiz seyreden olgunun izleminde konjoktiviti olması, akut faz reaktanlarının antibiyoterapiye rağmen gerilememesi, hipoalbumineminin gelişmesi, karaciğer fonksiyon testlerinin yükselmesi üzerine yatışının 10. gününde tekrarlanan ekokardiyografisinde sol ana koroner arterde fuziform dilatasyon (4.9 mm), sağ koroner arterde ise 4.8 mm sakkuler anevrizma izlendi. Bunun üzerine olguya atipik kawasaki tanısı konularak 2 gr/kg'dan intravenöz immunglobulin (IVIG) ve 80 mg/kg'dan asetilsalisilik asit (ASA) tedavisi başlandı. Koroner trombüs oluşumunu engellemeye yönelik düşük molekül ağırlıklı heparin tedaviye eklendi. Tedavinin 7. gününde akut faz reaktanlarında belirgin gerileme olması üzerine ASA dozu 5 mg/kg/g'e düşülerek ayaktan izlenmek üzere taburcu edildi.

Sonuç: Kawasaki Hastalığı, özellikle erken süt çocukluğu döneminde oldukça atipik seyretmektedir. Nedeni bulunamayan 5 günden uzun süren ateş durumunda ekokardiyografi ile koroner arterlerin değerlendirilmesi önerilmektedir. Son yıllarda yayınlanan olgu sunumlarında <5 gün süren ateş ve eşlik eden klinik semptomların olduğu hatta hiç ateşin eşlik etmediği KH olguları bildirilmiş ve bu olgularda da koroner arter tutulumunun yüksek oranda olduğu belirtilmiştir. Güncel literatürler ışığında 5 günden az süren ateşle başvuran olgularda KH düşünülmesi mi yada ateşin düşmesi koroner arterlerde inflamasyonun durduğunu gösterir mi? sorularına verilebilecek net bir yanıt maalesef yoktur. Spesifik diagnostik bir testin yada patognomik klinik bulguların yokluğunda bu soruların cevaplanması hala zor gözükmektedir.

Anahtar Kelime Atipik Kawasaki sendromu,



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-008

Prenatal Takiplerinde Maternal Sitomegalovirus İmmunglobulin M Seropozitifliği Saptanan Yenidoğanların Değerlendirilmesi: 1 Yıllık Verilerimiz

İlkay Er

S.B.Ü Kocaeli Derince EAH- Yenidoğan

Giriş - Amaç: Sitomegalovirus (CMV), en yaygın intrauterin enfeksiyona yol açan virustur. Fetus gebelik boyunca enfekte olabilir, ilk trimesterde hasar daha ağırdır. Konjenital enfeksiyon primer veya reaktivasyon sonrası gelişir. Olguların %90'ı asemptomatik, %10'u semptomatiktir. Trombositopeni, intrakranial kalsifikasyonlar, mikrosefali, hepatosplenomegali, sensörinöral işitme kaybı en sık karşılaşılan klinik bulgulardır. Doğumda asemptomatik olanların %10-15'inde daha sonra sekel gelişir. Burada hastanemizde doğan, prenatal takiplerinde maternal CMV immunglobulin M (Ig M) seropozitifliği saptanan yenidoğanların verileri sunulmuştur.

Yöntem - Gereçler: Hastanemizde Ocak-Aralık 2018 tarihleri arasında maternal CMV Ig M seropozitifliği nedeniyle takibe alınan olgular ve planlanan tetkikler retropektif olarak değerlendirildi. Bebeklerin izleminde anne serolojileri tekrar incelendi, detaylı fizik muayeneleri yapıldı ve vücut persantilleri belirlendi. Kan parametreleri, CMV serolojisi-PCR, iki yönlü kafa grafisi, kafa ve batin ultrasound (USG) istendi. Sensorinöral işitme testi yapıldı ve göz bulgularına bakıldı. Gerekliyse ileri kranial görüntüleme planlandı.

Bulgular: Toplam 16 yenidoğan (9 kız, 7 erkek) takibe alınmıştı. Annelerin ortalama yaşı $26\pm 0,9$ idi. Sosyoekonomik düzeyleri değişkendi, 10 tanesinde gebeliğin ilk 3 ayında seropozitiflik saptanmıştı. İzlemede tüm annelerde CMV Ig M negatifliği ve aviditenin yükseldiği görüldü.

Bebeklerin ortalama gebelik haftası 37 ± 6 , doğum kilosu 2807 ± 333 gramdı. Altısı prematürite ve geçici solunum sıkıntısıyla, 2'si gebelik haftasına göre küçük (SGA) ve mikrosefali tanısıyla izlenmişti. Tümünde kan parametreleri, USG ve göz bulguları normal, CMV Ig M negatifti. Dördünün kafa grafisinde kalsifikasyon gözlemlendi, beyin tomografi (BT) bulguları normaldi. Kan/idrar CMV PCR negatif, işitme testinden geçen 13 bebek izleme alındı.

Ebeynlerinde akrabalık olan, CMV tetkiki negatif simetrik SGA'lı bebeğin metabolik-genetik tahlilleri planlandı. İdrar CMV PCR'ın düşük pozitif olması dışında bulguları normal olan prematüre asemptomatik bir bebekten tetkik ve işitme testi tekrarı istendi. Mikrosefalik yenidoğanın ise BT'sinde hipomiyelinizasyon, magnetik rezonans görüntülemesinde pakigri, lizensefali saptandı. İdrar CMV PCR pozitif, tek kulağı işitme testinden kalan hastaya gansiklovir tedavisi başlandı.

Sonuç: Hastanemizde bir yıllık süreçte semptomatik konjenital CMV enfeksiyon oranımız %6,3'dü. Etkilenenlerde santral sinir sisteminde periventriküler kalsifikasyonlar, migrasyon defektlerinden pakigri ve lizensefali önemli bulgulardır. Mikrosefali, işitme kaybı, serebral palsy ve nöbetler kalıcı nörolojik hasarlardandır. Semptomatik yenidoğanlarda uzun dönem prognoza etkileri tam bilinmemekle beraber, özellikle işitme kaybını azalttığı veya engellediğinden gansiklovir tedavisi önerilmektedir.

Asemptomatik yenidoğanlar işitme kaybı başta olmak üzere olası sekeller açısından yakın takibe



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

alınmıştır.

Olgu No	Cinsiyet	GH	DVA, gr	Anne Ig M sero-pozitiflik zamanı	FM bulgusu	Bebek Anti CMV IgM	Ung.	KC FT	Kranial X-ray kalifikasyon	Kranial ve Batın USG	İşitme (BERA)	BT*/MR	Göz	İdrar*/Kan* CMV pcc	Tedavi
1	Kız	37	3000	İlk 3 ay	Yok	Negatif	N	N	+	N	Geçli	N*	N	Negatif	Takip
2	Erkek	34 ¹	2170	İlk 3 ay	Yok	Negatif	N	N	?	N	Geçli	N*	N	Negatif	Takip
3	Kız	38 ³	3470	Son 3 ay	Yok	Negatif	N	N	+	N	Geçli	N*	N	Negatif	Takip
4	Kız	38	2300	Son 3 ay	Yok	Negatif	N	N	?	N	Geçli	N*	N	Negatif	Takip
5	Erkek	37	2500	Son 3 ay	Yok	Negatif	N	N	Yok	N	Geçli	-	N	Negatif	Takip
6	Erkek	39 ³	3590	İlk 3 ay	Yok	Negatif	N	N	Yok	N	Geçli	-	N	Negatif	Takip
7	Erkek	39 ⁴	3300	Son 3 ay	Yok	Negatif	N	N	Yok	N	Geçli	-	N	Negatif	Takip
8	Kız	36	2380	İlk 3 ay	Yok	Negatif	N	N	Yok	N	Geçli	-	N	Negatif	Takip
9	Kız	36 ⁴	2630	İlk 3 ay	Yok	Negatif	N	N	Yok	N	Geçli	-	N	Negatif	Takip
10	Kız	38 ⁵	2600	İlk 3 ay	Yok	Negatif	N	N	Yok	N	Geçli	-	N	Negatif	Takip
11	Erkek	38 ⁶	3400	Son 3 ay	Yok	Negatif	N	N	Yok	N	Geçli	-	N	Negatif	Takip
12	Kız	40	3500	İlk 3 ay	Yok	Negatif	N	N	Yok	N	Geçli	-	N	Negatif	Takip
13	Erkek	37	3000	İlk 3 ay	Yok	Negatif	N	N	Yok	N	Geçli	-	N	Negatif	Takip
14	Kız	38	2070	Son 3 ay	Şimetrik SGA/Mikro-sefali	Negatif	N	N	Yok	N	Geçli	-	N	Negatif	Takip
15	Kız	34	2000	İlk 3 ay	Yok	Negatif	N	Hip. ot. bul.	Yok	N	Geçli	N*	N	İdrar: 150 U/ml	Tek tek tetkik, vakit takip
16	Erkek	39 ³	3200	İlk 3 ay	Mikrosefali	Negatif	N	Hip. ot. bul.	Yok	N	Tek Kulak Kaldu	Hipomiyelinizasyon/Pakizri-lizensefali	N	İdrar: 874* IU/ml	Ganc yclo vir

Anahtar Kelimeler: yenidoğan, maternal CMV Ig M seropozitifliği, mikrosefali



ULUSLARARASI KADIN DOğUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-009

Gebelerde Oral Glukoz Tolerans Testine Bakış Ve Etkileyen Faktörler?

Emre Destegül¹, Servet Gençdal²

¹Nięde Üniversitesi, Tıp Fakóltesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD

²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

Giriş - Amaç: Bu çalışmamız da gebelikte glukoz yükleme testini kabul etmeyen olguların demografik bulguları ile testi kabul etmeme nedenlerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem - Gereçler: Bu çalışma Niğde Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine ocak 2019-haziran 2019 tarihleri arasında, 24-28. gebelik haftalarında oral glukoz yükleme testi (OGTT) önerilen, ancak testi kabul etmeyen gebelerle yapıldı. Gebelere kliniğimiz tarafından oluşturulan anket soruları soruldu ve cevaplar kaydedildi. Verilerin analizinde frekans, yüzde, ortalama, standart sapma, Kruskal-wallis ve Mann-whitney U testi ve Spearman korelasyon analizi kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya toplam 299 gebe dahil edildi. Gebelerin yaş ortalaması 26.88 ± 5.59 idi. Ortalama gebelik haftası 25.4 ± 3.12 idi. Çalışmamız da en sık OGTT yaptırmama nedeni testin gereksiz olduğu için (%40) bulundu. Önce ki gebeliklerinde OGTT yaptıran gebelerin şimdi ki gebeliğinde OGTT yaptırmama nedenleri incelendiğinde %42.9'si testin gereksiz olduğunu düşündüğü için, %4.3'ü testin uygulanmasının zor olduğunu düşündüğü için, %24.5'i basın da testin zararlı olduğu söylendiği için, %12.3'ü doktoru tarafından testin önerilmediği için, %12.3 düzenli takiplerinin yaptırmadığı için, %3.7 test hakkında yeterince bilgilendirilmediği için testi yaptırmadığını ifade etti. Gestasyonel Diyabet Mellitus(GDM) öyküsü olan gebelerin en sık (%40) OGTT'yi reddetme nedeni ise çeşitli basın yayın organlarında testin zararlı olduğu söylendiği içindi. Bu durum belki de daha önce ki gebeliklerin de GDM ile ilişkili komplikasyon yaşamamalarından kaynaklı yada bu komplikasyonlarla ilişkili bilgi eksikliğinden kaynaklı olabilir. Üniversite mezunu olmayanların en sık OGTT yaptırmama nedeni olarak testin uygulanmasının zor olduğunu düşünmesi görüldü. Üniversite mezunu olan gebelerin en sık (%23.1) test yaptırmama nedeni olarak basın yayın organlarında testin zararlı olduğu söylendiği için olduğu görüldü.

Sonuç: Sonuç olarak bu çalışma az sayıda denekle olsa da Niğde ilimiz de kliniğimize başvuran gebelerin şeker yükleme testine bakışlarını ve ön yargılarını ortaya koymasından önemli bir çalışmadır. Bu sonuçlardan hareketle ulusal baz da sağlık bakanlığının öncülüğünde ilgili branş dernekleri ile koordine halde, gebelere şeker yükleme testi daha kapsamlı anlatılarak olası ön yargıların kırılacağı kanaatindeyiz.

Anahtar Kelime: Gebelik, Gestasyonel Diyabet; şeker Yükleme Testi



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-010

Henoch Schönlein Purpurası tanılı Hastaların Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi

Derya Güder

Sancaktepe Eğitim ve araştırma Hastanesi

Giriş - Amaç: Henoch-Schönlein purpurası (HSP), dokularda immunglobulin A içeren immunkomplekslerin birikmesiyle karakterize küçük damarların en sık görülen sistemik vaskülitidir. Klinik seyir,eş zamanlı multisistem tutulumlarının eşlik ettiği, özellikle vücudun alt yarısına lokalize nontrombositopenik, palpe edilebilen purpuralar ile karakterizedir. Henoch-Schönlein purpurasının yıllık insidansı 100.000 çocukta 22,1olarak bildirilmiştir. Henoch-Schönlein purpurası sıklıkla bir enfeksiyonla ilişkilidir ve bir çok enfeksiyon ajanı patogeneizde rol oynayabilir. Henoch-Schönlein purpuralı çocukların %90'ından fazlasında hastalık kendiliğinden düzelebildiğinden dolayı ilk olarak destek tedavisi verilmelidir. Sık relaps görülmesine ve hastalığın aktif periyodunda böbrek tutulumunun görülmesine rağmen uzun dönemde hastalığın prognozu iyidir.

Yöntem - Gereçler: Bu retrospektif çalışmada, Haziran 2007 ile Haziran 2015 tarihleri arasında Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde takip edilen Henoch-Schönlein purpurası tanısı almış hastaların tıbbi kayıtları incelendi. Veriler Henoch-Schönlein purpurası tanısı almış 88 hastadan (1-17yaş arası) retrospektif olarak elde edildi.

Bulgular: İlkbahar, yaz, sonbahar ve kış aylarında HSP görülme sıklıkları sırasıyla %31.8, %21.6, %21.6 ve % 25 olarak bulundu. Hastalardaki eklem tutulumu, gsatrointestinal tutulum, böbrek tutulumu ve skrotal tutulum ise sırasıyla %79 (n:79), %31.8 (n:28), %29.5 (n:26) ve %2.2 (n:2) idi. Eklem tutulumu olan hastaların %59'unda artrit şeklinde idi (n:52). Hematüri böbrek tutulumlu hastaların %95'inde tespit edilirken, hematüri ve proteinüri birlikteliği bu hastaların %65'inde saptanmıştır (n:17). Proteinüri bu hastaların sadece birinde nefrotik düzeyde idi. Hematürik hastaların % 95'inde hematüri mikroskopik düzeydeidi Hastaların yaklaşık %50'sinde HSP öncesinde üst solunum yolu enfeksiyonu mevcuttu. Hastaların %98.9'unda deri döküntüleri vardı (n:87). Ve bu hastaların %5'inde purpura kalıcı (bir aydan uzun süreli) idi (n:4). Döküntüler en sık alt ekstremitte ve ayak bileğinde izlendi.

Sonuç: 1. Hastaların cinsiyet dağılımı, hastalığın mevsimsel dağılımı, HSP'ni tetikleyebilecek muhtemel risk faktörleri açısından tespit ettiğimiz sonuçlar literatüre yakın bulundu.

2. CRP, ASO, C3 ve C4 değerleri ile sistem tutulumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı.

3. ESR yüksek bulunan hastaların eklem tutulumu açısından anlamlı risk oluşturduğu tespit edildi.

4. HSP'li hastalarda FMF sıklığının arttığı tespit edildi.

5. Hastaların yaş grupları ile tedavi grupları arasında ve yaş grupları iletedavi süreleri arasında anlamlı bir ilişki saptandı. Buna göre hasta yaşı arttıkça tedavi süreleri ve NSAİİ ve/veya steroidin yer aldığı kombine ilaç tedavisi ihtiyacının arttığı görüldü.

6. HSP tanısı alan 11 hastaya cilt biyopsisi yapılmış ve biyopsi sonuçları lökositoklastik vaskülit ile uyumlu bulunmuştur.

Anahtar Kelime henoch-schönlein,purpura,lökositoklastik vaskülit



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-011

Otizm Spektrum Bozukluğu Tanısı Alan Olguların Ailelerinin Polikliniğe Başvuru Şikayetleri

Müslüm Kul
Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş - Amaç: Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB)'nin tanınmasında klinik belirtilerin bilinmesi kadar diğer bir önemli nokta da ailenin çocuk ile ilgili başvuru şikayetlerinin bilinmesidir. Bu çalışmada, OSB tanısı konulan olguların, polikliniğe başvuru sırasında, aileleri tarafından ifade edilen şikayetleri belirlenerek, otizmin erken tanısında uyarıcı olabilecek yakınmaların tespit edilmesi hedeflenmiştir. Çalışmanın temel amacı, sağlık çalışanları için hastalığın erken tanısında uyarıcı olabilecek şikayetlerin belirlenmesidir.

Yöntem - Gereçler: Çalışmaya Temmuz 2018- Temmuz 2019 tarihleri arasındaki bir yıllık dönemde, Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniklerinde DSM-5 tanı ölçütlerine göre değerlendirilerek OSB tanısı konulan olgular dahil edilmiştir. OSB tanısı, ardışık iki veya daha fazla görüşme ve ikinci bir çocuk ve ergen psikiyatristi değerlendirmesi sonucunda konulmuştur. Tanı aşamasında tüm hasta ailelerine Değiştirilmiş Erken Çocukluk Dönemi Otizm tarama Ölçeği (M-CHAT/ Modified Checklist for Autism in Toddlers) uygulanmıştır. Tanı sürecine veri sağlamak için olguların tamamı çocuk gelişim uzmanı tarafından Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE) kullanılarak değerlendirilmiştir. Bilgiler, hastaların hastanemizdeki elektronik kayıtlarından retrospektif olarak taranarak elde edilmiştir. Verilerin istatistik analizi SPSS 22.0 programı kullanılarak yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya toplam 99 hasta dahil edilmiştir. Çalışmaya alınan olguların %76'sı erkek (n=75) iken %24'ü kız (n=24) çocuğuydu. Hastaların ortalama tanı yaşı 37 aydı. Ailelerin %8 (n=8)'inin tanı anında herhangi bir şikayetinin olmadığı; ailenin sosyal çevresi ve/veya sağlık personelinin yönlendirmesi ile polikliniğe başvurduğu görüldü. Başvuru anında ailelerin %92'si en az bir şikayet bildirmişti. Şikayet bildiren grupta, en sık görülen şikayet %83 ile konuşma gecikmesiydi. Diğer şikayetler ise sırasıyla; akranları ile uygun sosyal ilişkiler kuramama %39, aşırı hareketlilik %37, ismine bakmama %33, komut alamama %25, değişikliklere direnç, aynılıkta ısrar gibi rutinlere bağlılık %23, dönen nesnelere ilgi %21, kendi etrafında dönme %19, durduğu yerde sallanma %17, yalnızlığı yeğleme %16, göz teması kuramama %14, sosyal oyun oynayamama %12, hayali oyun oynayamama %11, yabancılara kaygısız gitme %10, parmak ucunda yürüme %7, yüksek sese hassasiyet %6 şeklindedir.

Sonuç: Sağlık çalışanlarının, OSB olgularının başvuru yakınmalarını bilmesi ve bu konudaki farkındalığının artması, bu olguların erken tanısına ve dolayısıyla erken tedavisine katkı sağlayarak daha iyi bir işlevselliğin kazanılmasına yardımcı olacaktır. OSB açısından uyarıcı olan birçok belirtinin, aileler tarafından düşük oranda şikayet olarak belirtildiği akılda tutulmalı ve en sık başvuru nedeni olan konuşma gecikmesi olguları otizm açısından değerlendirilmeye yönlendirilmelidir.

Anahtar Kelime otizm, başvuru şikayetleri



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-012

Çocuk Anneler

Berrin Göktuğ Kadioğlu

SBU Erzurum BEAH Kadın Hastalıkları ve Doğum

Giriş - Amaç: Adölesan dönem, bireyde fiziksel, cinsel ve psikososyal olgunlaşmanın başladığı, hızlı bir şekilde gelişim ve değişimin yaşandığı süreçtir. Dünya sağlık örgütü tarafından 10-19 yaşları arası adölesan dönem olarak tanımlanmıştır. Cinsel istek ve aktivitelerin, cinsel yolla bulaşan hastalıkların, erken gebeliklerin arttığı potansiyel tehlikeleri de beraberinde getiren bir dönemdir(1). Adölesan gebelikler, tüm dünyada önemli bir halk sağlığı problemidir. Dünyadaki kadın nüfusunun yaklaşık %25'ini etkilemektedir. TNSA 2013 verilerine göre adölesan gebelik oranı % 0.46'dır(2). TÜİK verilerine göre, adölesan doğurganlık hızı 2013'de binde 19 iken 2018'de binde 13 olarak bildirilmiştir(3). İlk adet yaşı, erken evlilikler, eğitim düzeyi, ekonomik düzey, aile yapısı adölesan gebeliklerin oluşmasında etkilidir(4). Bu da birtakım riskleri beraberinde getirmektedir. Düşük, anemi, hipertansiyon, erken doğum, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, düşük doğum ağırlığı, prematürite, kongenital anomaliler, sezaryen ve müdahaleli doğum oranlarında artış, perinatal mortalitede artış bunlar arasındadır(5). Adölesan gebeliklerde maternal mortalite oranı ve erken doğum oranı yetişkinlere göre daha yüksek bulunmuştur. Adölesanların fetal büyüme ve gelişmeye ilaveten kendi büyüme ve gelişmeleri de devam ettiği için gerekli vitamin ve mineral eksiklikleri de yetişkin gebelere göre fazladır. Bu anemiyi artırmaktadır(6). Adölesan gebelerdeki sezaryen oranları çalışmalarda farklı bulunmuştur. Yüksek olduğunu gösteren çalışmalar olduğu gibi değişmediğini bildiren çalışmalar da vardır(7).

Amaç: Önemli bir sağlık problemi olan adölesan gebeliklerin hastanemizdeki sıklığını belirlemek ve istatistiklere katkıda bulunmak amaçlanmıştır.

Yöntem - Gereçler: Bu araştırma Ocak 2010- Temmuz 2019 arasında Doğu Anadolu Bölgesi' ndeki bir kadın doğum hastanesine başvurmuş olan adölesan gebelerin verileriyle retrospektif olarak yapılmıştır. Bu dönemdeki tüm doğum ve düşüklerle kıyaslama yapılmıştır.

Bulgular: Araştırmada adölesan gebelerin yaş ortalaması 17 ± 0.8 , doğumdaki gebelik haftası 38 ± 2.3 , bebeklerin ortalama kilosu 2915 ± 509.5 olarak tespit edildi. Adölesan doğumlar tüm doğumların % 5.2'i, adölesan düşükler tüm düşüklerin % 1.51 'iydi. Sezaryen oranı tüm doğumlarda % 35.7 iken adölesan doğumlarda % 21.3'dü. Hemoglobinin ortalaması doğuma gelen adölesan gebelerde 12.40 ± 1.44 g/dl, olarak tespit edildi. Yine doğuma gelen adölesan gebelerin % 81.43'ünün ilk gebeliği idi. Düşük oranları tüm yaş gruplarına göre adölesan gebelerde % 1.51 idi. Bu gruptaki adölesan gebelerin yaş ortalaması 17 ± 0.8 , hemoglobinin ortalaması 13.37 ± 1.19 idi. Eğitim durumlarına bakıldığında % 55 ilkokul, %12 ortaokul, %6 lise mezunu olup %27 eğitim almamıştı veya okulu bırakmıştı. Üniversiteye başlamış olan hiç yoktu.

ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Tablo 2: Yıllara göre adölesan gebelerde düşük oranları

Yıl	Yaş	Tüm *düşükler (n/yıl)	Adölesan düşükler	
			(n/yıl)	%
2010		2731	79	2,89
2011		2706	15	0,55
2012		2819	18	0,64
2013		2787	48	1,72
2014		2732	41	1,50
2015		2647	57	2,15
2016		2788	48	1,72
2017		2602	33	1,27
2018		2840	27	0,95
2019		1297	25	1,93
toplam	17±0.9	25949	391	1,51

Tablo 1: Yıllara göre adölesan gebelerde doğum oranları

Yıl	Yaş Ort ±SD	Gebelik sayısı(%)		Doğum Haftası	Tüm doğumlar (n/yıl)			Ad doğumlar (n/yıl)				Kilo (gr) ±SD	
		İlk	2 / ↑		VD	CS	%	Total	VD	CS	%		Total
2010				5053	3276		8329				519		
2011				5807	2561		8368				544		
2012				5551	2917		8468				466		
2013				5553	3127		8380				453		
2014				5526	3180		8706				459		
2015				5620	2776		8396				432		
2016				5797	3069		8866				450		
2017				4840	3130		7970				338		
2018				4409	3002		7411				300		
2019*				2135	1487		3622				131		
Toplam	17±0.8	81.43	18.57	38±2.3	50291	28025	36	78316	3220	872	21.3	4092	2915±509.5

Sonuç: Adölesan gebelikler, hem anne ve bebek sağlığını tehdit etmesi, hem de bireyin eğitim sürecine engel olması nedeniyle sağlık ve sosyo-kültürel açıdan hala bölgemizin önemli bir sorunu olmaya devam etmektedir.

Anahtar Kelime: adölesan, gebelik, doğum

Kaynaklar:

1. WHO (2005) Adolescent Pregnancy. Issues in Adolescent Health and Development. Department of Child and Adolescent Health and Development, WHO, Geneva.
2. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara, Türkiye 2013
3. TÜİK 2018.
4. Demirgöz M, Canbulat N. Adölesan gebelikler. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2008; 28(6): 947-52
5. Melekoğlu R, Evrüke C, Kafadar T ve ark. Adölesan gebeliklerin perinatal sonuçları. J Turk Soc Obstet Gynecol. 2013; 10 (4): 213- 9
6. Leftwich HK, Alves MV. Adolescent Pregnancy. Pediatr Clin North Am. 2017;64(2):381-88
7. Azevedo WF, Diniz MB, Fonseca ES, Azevedo LM, Evangelista CB. Complications in adolescent pregnancy: systematic review of the literature. Einstein (Sao Paulo). 2015; 13(4): 618-26.



SS-013

The Effect of Seasonal Temperature Changes on Gestational Diabetes Mellitus Prevalence

Sedat Akgol¹, Bekir Kahveci², Mehmet Sukru Budak³

¹Department of Obstetrics and Gynecology, Health Sciences University, Kanuni Sultan Süleyman Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey

²Department of Obstetrics and Gynecology, Health Sciences University Diyarbakır Gazi Yaşargil Education and Research Hospital, Diyarbakır, Turkey

³Department of Obstetrics and Gynecology, Dicle University, Diyarbakır, Turkey

Objective: To investigate the effect of seasonal variations in ambient temperature on gestational diabetes mellitus(GDM) prevalence.

Method: Approval for the study was granted by the Local Ethics Committee. A retrospective evaluation was made of the results of patients at 24-28 weeks gestational of pregnancy who underwent a GDM screening at the Health Sciences University Gazi Yaşargil Training and Research Hospital in Diyarbakır, which is a city warm and dry in summer and cold and rainy in winter, between January 2017 and December 2017. Pregnant women were divided into four groups according to the season they were screened for GDM. A comparison was made in terms of the prevalence of GDM among pregnant women screened for diagnosis of GDM in different seasons.

Results: Of 3618 pregnant women screened, 7.5% (n = 272) were diagnosed with GDM. Seasonal distribution of GDM pregnancies in Table 1. The seasonal distribution of the GDM cases was 6.4% (n = 54) in winter, 8.3% (n = 78) in spring, 9.2% (n = 84) in summer and 6.1% (n = 56) in autumn. A significant difference was observed in terms of seasonal distribution (p

Table 1: Seasonal distribution of GDM pregnancies

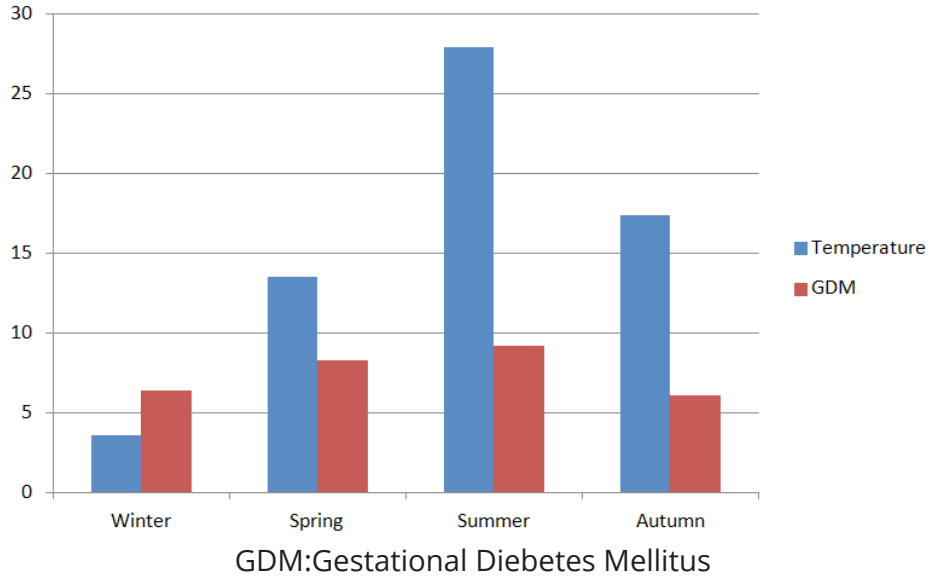
	Winter n=848	Spring n=939	Summer n=915	Autumn n=916	Overall n=3618	p
Age(years),[mean±SD]	27.6±6.0	27.75±6.1	27.66±6.2	27.71±6.2	27.68±6.1	0.931
Gravida,[mean±SD]	2.59±1.72	2.59±1.71	2.57±1.69	2.58±1.71	2.59±1.71	0.998
Average temperatures, °C		3.6	13.5	27.9	17.4	15.6 ----
GDM, n (%)	54 (%6.4)	78 (%8.3)	84 (%9.2)	56 (%6.1)	272(%7.5)	0.033

GDM:Gestational diabetes mellitus, SD: standard deviation, °C: celsius, *Chi-Square p<0.05



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Figure 1: The distribution of seasonal temperature averages and GDM rates



Conclusion: The results of this study demonstrated that seasonal temperature changes have a significant effect on GDM prevalence. However, further studies are needed to better demonstrate this relationship.

Keywords: Gestational diabetes mellitus, seasonal temperature, prevalence.



ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-015

**A baby with achondroplasia born from a woman with achondroplasia:
Prenatal ultrasonographic findings and postpartum follow-up**

Dr. Onur Güralp
Carl von Ossietzky University Oldenburg, Germany

Giriş - Amaç: Achondroplasia is a kind of dwarfism with autosomal dominant inheritance and is caused by a mutation in fibroblast growth factor receptor 3 (*FGFR3*) gene. If the father is healthy and the mother has achondroplasia, there will be a 50% chance of passing the disorder onto their child every pregnancy.

In achondroplasia the ossification is defective. The people with achondroplasia have a short stature with short-limbs but average-size trunk. Other ultrasonographic features may include broad, short hands and feet, thoracolumbar kyphosis and macrocephaly with a prominent forehead and mid-face hypoplasia. A potentially serious complication of achondroplasia is spinal stenosis, which may cause abnormal venous drainage and hydrocephalus.

Yöntem - Gereçler Case:

A 42 years-old primipara with achondroplasia was referred to our prenatal outpatient clinic with suspicious ultrasonographic findings for fetal achondroplasia in the 28+3 gestational week (GW). She had a height of 124 cm and gestational diabetes and hypothyroidism. Her husband had a height of 182 cm and had no health problems. They have a healthy son, born per cesarean section.

Bulgular: The routine second-trimester detailed fetal anatomy ultrasound examination in the 21 GW was within normal limits. The ultrasonographic examination in the 28+3 GW showed a singleton fetus with an estimated fetal weight of 1034 g (<3rdcentile) with polyhydramnios and normal fetomaternal doppler indices. The fetal biometry measurements were as follows: BPD = 83.4 mm (>95thcentile); HC=303.6 mm (>95thcentile); AC=233.9 mm (40thcentile); right FL=42.2 mm (<5thcentile); left FL=41.8 mm (<5thcentile); right and left humerus=41,0 mm and 41,5 mm (both <5thcentile). The length of ulna, radius, tibia and fibula were within normal limits on both sides.

The hands and feet as well as the vertebral column and thorax appeared normal in density and form. The craniofacial profile showed a very prominent forehead.

The parents refused to have a prenatal invasive diagnostic test. After two weekly follow-ups until 38+3 GW, the patient had a repeat cesarean section with spinal anesthesia. The newborn had a birthweight of 2938 g, length of 49 cm and a head circumference of 37 cm, with short limbs, a narrow thorax, brachydactyly and relative macrocephaly.

Molecular-genetic analysis of *FGFR3* gene showed a heterozygous mutation in c.1138G>A (p.Gly380Arg). The karyotype was detected as 46,XY in cytogenetic analysis.



SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI

KADIN DOğUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

MRI-Scan at 9 months showed slightly dilated subarachnoid space and narrow foramen magnum and spinal cord in the neck without any sign of increased pressure in the brain. The neurological examination was within normal limits.

Sonuç: The feten with achondroplasia may appear normal in the routine second trimester fetal anatomy ultrasound screening between 18th and 22nd GW nevertheless suspicious ultrasound findings may be detected in the late second or early third trimester. The definitive diagnosis is performed with a genetic examination.

Anahtar Kelimeler: Achondroplasia; Ultrasound; FGFR3; genetic abnormality



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-016

Bir – 36 Aylık Akut Odağı Olmayan Ateşli Çocuklarda Demografik, Klinik Özellikler ve Laboratuvar Parametrelerinin Gizli Bakteriyemi ve Klinik Olarak Belirsiz Ciddi Bakteriyel Enfeksiyonları Saptamadaki Değeri

Ayşegül Şahiner¹, Gönül Tanır²

¹Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²Dr. Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları, Ankara, Türkiye

Giriş - Amaç: Akut odağı olmayan ateşli çocuklarda en önemli sorun kalıcı sekel ve mortalite gelişim riskini önlemek amacı ile gizli bakteriyemi ve ciddi bakteriyel enfeksiyon (CBE) tablolarının tanınmasıdır. Çalışmamızda akut odağı olmayan ateş tanısı ile hastaneye yatırılan hastalarda gizli bakteriyemi ve CBE'ü saptamada kullandığımız tanı yöntemlerini geriye dönük olarak değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem - Gereçler: Bu çalışma Ocak 2008 ile Aralık 2012 tarihleri arasında hastanemiz enfeksiyon hastalıkları kliniği'nde yatırılarak izlenen hastaların dosyaları retrospektif olarak taranarak gerçekleştirildi. Hastaların demografik verileri ile ateş, ateş süresi ateşe eşlik eden bulgular, fizik muayene bulguları gibi klinik verileri ve tam kan sayımı, periferik yayma, CRP, ESH değerlendirildi. Bu klinik ve laboratuvar bulgularının CBE ve gizli bakteriyemi riskini belirlemedeki etkinliği araştırıldı. Akut faz reaktanları ve ateş yüksekliği için kesim değerleri belirlenip bu parametrelerin CBE ve gizli bakteriyemi saptamadaki anlamlılığı incelendi.

Bulgular: Çalışmaya alınan 148 hastanın 45 (%30,4)'inde CBE ve gizli bakteriyemi saptandı. Ciddi bakteriyel enfeksiyon ve gizli bakteriyemi saptanan ve saptanmayan hastalar arasında toksik granülasyon, beyaz küre sayısı, mutlak nötrofil sayısı (MNS), CRP düzeyi ve ESH açısından anlamlı fark saptanırken diğer parametreler açısından fark saptanmadı. $MNS \geq 10000/mm^3$, CRP düzeyinin ≥ 20 mg/L ve ESH ≥ 30 mm/saat olmasının CBE ve bakteriyemi belirlemede anlamlı olduğu saptandı.

Sonuç: Odağı olmayan ateşli hastalarda gizli bakteriyemi tanısını koyduracak mükemmel bir test olmamakla birlikte gizli bakteriyemi ve CBE'yi belirlemede beyaz küre sayısı, MNS, ESH, CRP önemli değere sahiptir.

Anahtar Kelime ateş, gizli bakteriyemi, ciddi bakteriyel enfeksiyon

Kaynaklar:

1. Klein JO. The febrile child and occult bacteremia. The New England journal of medicine. 1987;317(19):1219-20. Epub 1987/11/05.
2. Slater M, Krug SE. Evaluation of the infant with fever without source: an evidence based approach. Emergency medicine clinics of North America. 1999;17(1):97-126, viii-ix. Epub 1999/04/02.
3. Baraff LJ. Management of fever without source in infants and children. Annals of emergency medicine. 2000;36(6):602-14. Epub 2000/11/30.



ULUSLARARASI
KADIN DOğUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

4. Ishimine P. Fever without source in children 0 to 36 months of age. *Pediatric clinics of North America*. 2006;53(2):167-94. Epub 2006/04/01.
5. Kuppermann N. The evaluation of young febrile children for occult bacteremia: time to reevaluate our approach? *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 2002;156(9):855-7. Epub 2002/08/29.
6. Pena BM, Harper MB, Fleisher GR. Occult bacteremia with group B streptococci in an outpatient setting. *Pediatrics*. 1998;102(1 Pt 1):67-72. Epub 1998/07/04.
7. Kuppermann N. Occult bacteremia in young febrile children. *Pediatric clinics of North America*. 1999;46(6):1073-109. Epub 2000/01/12.
8. Nield LS, Kamat D. Fever without a focus. In: Kliegman RM, Stanton BF, editors. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 20 ed. Philadelphia: Elsevier; 2016. p. 1280-7.
9. Prober CG, Srinivas NS, Mathew R. Central Nervous System Infections. In: Kliegman RM, Stanton BF, editors. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 20 ed. Philadelphia: Elsevier; 2016. p. 2936-48.
10. Dagan R, Sofer S, Phillip M, Shachak E. Ambulatory care of febrile infants younger than 2 months of age classified as being at low risk for having serious bacterial infections. *The Journal of pediatrics*. 1988;112(3):355-60. Epub 1988/03/01.
11. Mintegi S, Benito J, Sanchez J, Azkunaga B, Iturralde I, Garcia S. Predictors of occult bacteremia in young febrile children in the era of heptavalent pneumococcal conjugated vaccine. *European journal of emergency medicine : official journal of the European Society for Emergency Medicine*. 2009;16(4):199-205. Epub 2009/07/14.
12. Jaffe DM, Tanz RR, Davis AT, Henretig F, Fleisher G. Antibiotic administration to treat possible occult bacteremia in febrile children. *The New England journal of medicine*. 1987;317(19):1175-80. Epub 1987/11/05.
13. Baker MD. Evaluation and management of infants with fever. *Pediatric clinics of North America*. 1999;46(6):1061-72. Epub 2000/01/12.
14. Rothrock SG, Green SM, Harper MB, Clark MC, McIlmail DP, Bachur R. Parenteral vs oral antibiotics in the prevention of serious bacterial infections in children with *Streptococcus pneumoniae* occult bacteremia: a meta-analysis. *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*. 1998;5(6):599-606. Epub 1998/07/11.
15. Bass JW, Steele RW, Wittler RR, Weisse ME, Bell V, Heisser AH, et al. Antimicrobial treatment of occult bacteremia: a multicenter cooperative study. *The Pediatric infectious disease journal*. 1993;12(6):466-73. Epub 1993/06/01.
16. Machado BM, Cardoso DM, de Paulis M, Escobar AM, Gilio AE. Fever without source: evaluation of a guideline. *Jornal de pediatria*. 2009;85(5):426-32. Epub 2009/10/16.
17. Ishimine P. The evolving approach to the young child who has fever and no obvious source. *Emergency medicine clinics of North America*. 2007;25(4):1087-115, vii. Epub 2007/10/24.
18. Pulliam PN, Attia MW, Cronan KM. C-reactive protein in febrile children 1 to 36 months of age with clinically undetectable serious bacterial infection. *Pediatrics*. 2001;108(6):1275-9. Epub 2001/12/04.
19. Lee GM, Harper MB. Risk of bacteremia for febrile young children in the post-Haemophilus influenzae type b era. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 1998;152(7):624-8. Epub 1998/07/17.
20. Berezin EN, Iazzetti MA. Evaluation of the incidence of occult bacteremia among children with fever of unknown origin. *The Brazilian journal of infectious diseases : an official publication of the*



- Brazilian Society of Infectious Diseases. 2006;10(6):396-9. Epub 2007/04/11.
21. McGowan JE, Jr., Bratton L, Klein JO, Finland M. Bacteremia in febrile children seen in a "walk-in" pediatric clinic. The New England journal of medicine. 1973;288(25):1309-12. Epub 1973/06/21.
 22. Baker MD, Fosarelli PD, Carpenter RO. Childhood fever: correlation of diagnosis with temperature response to acetaminophen. Pediatrics. 1987;80(3):315-8. Epub 1987/09/01.
 23. Teach SJ, Geil PA. Incidence of bacteremia, urinary tract infections, and unsuspected bacterial meningitis in children with febrile seizures. Pediatric emergency care. 1999;15(1):9-12. Epub 1999/03/09.
 24. Trainor JL, Hampers LC, Krug SE, Listernick R. Children with first-time simple febrile seizures are at low risk of serious bacterial illness. Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine. 2001;8(8):781-7. Epub 2001/08/03.
 25. Carstairs KL, Tanen DA, Johnson AS, Kailes SB, Riffenburgh RH. Pneumococcal bacteremia in febrile infants presenting to the emergency department before and after the introduction of the heptavalent pneumococcal vaccine. Annals of emergency medicine. 2007;49(6):772-7. Epub 2007/03/06.
 26. Wilkinson M, Bulloch B, Smith M. Prevalence of occult bacteremia in children aged 3 to 36 months presenting to the emergency department with fever in the postpneumococcal conjugate vaccine era. Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine. 2009;16(3):220-5. Epub 2009/01/13.
 27. Peltola H, Jaakkola M. C-reactive protein in early detection of bacteremic versus viral infections in immunocompetent and compromised children. The Journal of pediatrics. 1988;113(4):641-6. Epub 1988/10/01.
 28. Hsiao AL, Chen L, Baker MD. Incidence and predictors of serious bacterial infections among 57- to 180-day-old infants. Pediatrics. 2006;117(5):1695-701. Epub 2006/05/03.
 29. Kuppermann N, Malley R, Inkelis SH, Fleisher GR. Clinical and hematologic features do not reliably identify children with unsuspected meningococcal disease. Pediatrics. 1999;103(2):E20. Epub 1999/02/02.
 30. Bachur RG, Harper MB. Predictive model for serious bacterial infections among infants younger than 3 months of age. Pediatrics. 2001;108(2):311-6. Epub 2001/08/03.
 31. Gombos MM, Bienkowski RS, Gochman RF, Billett HH. The absolute neutrophil count: is it the best indicator for occult bacteremia in infants? American journal of clinical pathology. 1998;109(2):221-5. Epub 1998/05/16.
 32. van de Vyver A, Delpont EF, Esterhuizen M, Pool R. The correlation between C-reactive protein and toxic granulation of neutrophils in the peripheral blood. South African medical journal = Suid-Afrikaanse tydskrif vir geneeskunde. 2010;100(7):442-4. Epub 2010/09/09.
 33. Wiwanitkit V. CRP and toxic granulation. South African medical journal = Suid-Afrikaanse tydskrif vir geneeskunde. 2010;100(9):546; author reply Epub 2010/09/09.
 34. McCarthy PL, Jekel JF, Dolan TF, Jr. Comparison of acute-phase reactants in pediatric patients with fever. Pediatrics. 1978;62(5):716-20. Epub 1978/11/01.



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-018

Çocuk Yoğun Bakımda İzlenen Şilotoraks Olgularının Analizi

Muhterem Duyu
Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş - Amaç: Şilotoraks tanımı, lenfatik sıvının intraplevral boşlukta birikmesi durumu için kullanılmakla birlikte torasik duktusun ve lenfatik dallarının travmatik veya nontravmatik sebeplerle bütünlüğündeki bozulma veya kanalın tıkanması sonucu meydana gelir. Tedavi edilmediğinde, lenfatik sıvı kaybına bağlı olarak nutrisyonel yetmezlik, sıvı elektrolit dengesizliği ve immun yetmezlik tablosu oluşabilmektedir. Tanıda torasentezle elde edilen plevral sıvının süt renginde olması, 110 mg/dL'den yüksek trigliserid düzeyi, 1'den küçük kolesterol/trigliserid oranı önemli kriterlerdir. Bu bildiriye Çocuk yoğun bakım ünitemizde farklı klinik bulgular ve etiyojiler ile tedavi gören hastalarımızın, tedavi sürecinde gelişen şilotoraks tabloları ele alınarak, farklı etiyojoloji ve tedavi yaklaşımlarına dikkat çekmek amaçlanmıştır.

Yöntem - Gereçler: Çocuk yoğun bakım ünitemizde 2015-2018 yılları arasında şilotoraks nedeni ile izlenen olguların vaka serisi olarak sunulması planlanmıştır.

Bulgular: Olgu1.

2 aylık erkek hasta hışıltılı infant tanısıyla 3.servis yatışında aspirasyon pnömonisi ön tanısı ile yutma disfonksiyonu açısından tetkik edildi. Akciğer grafisinde sağ üst zonda atelektazi ve toraks tomografisinde özofagus ve trakeayı çevreleyen double aortic arc ve akciğerlerde bilateral atelektaziler ile sağ akciğerde konsolidasyon görüldü. Baryum özofagografide trakeal aspirasyon ve midözofagusta dıştan bası saptandı. Kardiyovasküler düzeltme operasyonu sonrası ilk günde toraks dreninden şilöz geleni olması üzerine TPN'a geçildi. Şilöz gelenleri gerileyen hastada enteral beslenme ile şilotoraks tekrarladı. Somatostatin infüzyonu ile tekrar enteral beslenme denendiğinde şilöz vasıfta gelenleri tekrarlamadı. Takibin 5.gününde hasta servise devredildi.

Olgu2.

Prematüre doğum öyküsü ile düzeltilmiş yaşı 4 ay olan Down Sendrom, geniş VSD, RSV pnömonisi tanılarıyla entübe takip etmekte olduğumuz erkek hastanın takibinde akciğer grafisinde effüzyon ve batında asit farkedildi. Toraks dreni takıldı; süt kıvamındaki plevral sıvının analizinde trigliserid düzeyi:346mg/dL, kolesterol/trigliserid oranı:0,1 görüldü. Şilotoraks tanısıyla enteral beslenme kesilip, total parenteral nutrisyona (TPN) geçildi. Ekokardiyografisinde kardiyak fonksiyonları normaldi. Parenteral beslenmeyle şilöz vasfı gerilemeyen hastada somatostatin infüzyonu sonrası plevral sıvı seröz hale geldi, enteral beslenmesi orta zincirli trigliserid içerecek şekilde düzenlendi. Şilöz mayisi tekrarlamadı.

Olgu3.

5 yaş 5 aylık yaş erkek hasta basit soğuk algınlığı semptomları ile ayaktan tedavi aldıktan sonra solunum sıkıntısı ile başvurusunda, grafide sağ akciğerde diffüz opasite, toraks ultrasonunda 12cm



effüzyon saptanarak toraks tüpü takıldı. Kontrol grafilerde mediasten geniş, toraks tomografisinde timus yaşa göre büyük, heterojen ve vaskülaritesi artmış görülüp çok sayıda, yağlı hilusu izlenemeyen lenfadenopatiler saptandı. Eksüda karakterdeki plevral sıvıda atipik lenfositler görüldü. Tims biyopsi patolojisinde timoma ile lenfoma ayırıcı tanıları dşnld. Takibinin 15.gününde plevral mayisi makroskopik süt kıvamına dönüştü, trigliserid: 598 mg/dL ve kolesterol/trigliserid oranı:0,07 saptanarak şilotoraks ile uyumlu bulundu. TPN'a geçilmesi ile sıvının tekrar seröz hale geldiği görüldü, enteral beslenmesi orta zincirli trigliserid içerecek şekilde düzenlendi. şilotoraksı tekrarlamadı. Lenf nodu biyopsisi T hücreli lenfoma olarak sonuçlandı. Yoğun bakım ihtiyacı kalmayan hasta ocuk ematoloji ve Onkoloji Servisimize devredildi.

Sonuç: Travmatik ve nontravmatik pek çok etiyoloji ile ortaya çıkabilen şilotoraks olgularında tedavide öncelikle şilöz vasıflı plevral efüzyonun drene edilerek solunum eforunun azaltılması, ardından orta zincirli trigliserid içeren enteral diyet ve/veya total parenteral beslenme, somatostatin veya oktreotid uygulaması gibi konservatif yöntemler denenir. Bunların başarılı olmadığı durumlarda veya travmatik etiyolojilerde duktusun invaziv tedavi yaklaşımları gündeme gelir. şilotoraksın gecikmiş tedavi sonucunda morbidite ve mortalitesi yüksek olup, ciddi olarak ele alınması gereken bir patoloji olduğu unutulmamalıdır.

Anahtar Kelime şilotoraks, ocuk yoğun bakım



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-019

Konjenital Kalp Hastalığı Olan Süt Çocuklarının 18 Aylık Prospektif İzlemi

Pınar Yılmazbaş¹, Ahmet İrdem²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Pediatri Kliniği

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Pediatri Kliniği, Çocuk Kardiyoloji Bölümü

Giriş - Amaç: Konjenital kalp hastalığı, kalpte doğum sırasında bulunan yapısal bozukluklardır. Tüm dünyada yüz canlı doğumda bir oranında görülmektedir (8-10/1000). Yaklaşık 1000 canlı doğan bebekten 3'ü özel bakım ya da müdahaleye ihtiyaç duyarken, yine yaklaşık 1000 bebekten 5'inin ise çocuk kardiyoloji uzmanları tarafından takip edilmeleri gerekir (1,2,3). Bu çalışmada amacımız çocuk kardiyoloji polikliniğe üfürüm nedeni ile başvurmuş ve konjenital kalp hastalığı tanısı almış olan hastaların ne oranda takibe geldiğini belirlemek ve 18 aylık takiplerinde kardiyak defektlerini prospektif olarak izlemektir.

Yöntem - Gereçler: Eylül 2017- Şubat 2018 tarihleri arasında Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kardiyoloji Polikliniğine kardiyak üfürüm nedeni ile yönlendirilmiş olan, yaşları 0-8 ay arasındaki 161 hastanın ekokardiyografi sonucunda almış oldukları tanılarını poster sunumu olarak sunmuştuk*. Çalışmaya alınan 161 hastanın 102'sinde konjenital kalp hastalığı tespit edilmişti. Bu çalışmamızda konjenital kalp hastalığı olan 102 hasta Nisan 2019 tarihine kadar 18 ay takibe alındı. Ventriküler septal defekt(VSD) tanısı alan hastalar defektleri kapanana kadar 3-6-9-12 ve 18. aylarda, diğer kardiyak defekti olan hastalar (PFO:patent foramen ovale, PDA: patent duktus arteriosus, ASD: atrial septal defekt, periferik pulmoner stenoz, valvuler septal hipertrofi, valvuler pulmoner darlık) ise defektleri kapanana kadar 6-12 ve 18. aylarda takibe çağırıldı. Hastaların ne kadarının kardiyoloji polikliniğine takibe geldiği, kaçının kardiyak defektinin düzeldiği ve kardiyak defektlerinin düzleme zamanı (ay) kaydedildi.

Bulgular: Hastaların yaşları 3-188 gün arasında değişmekte, ort:68,9 gün idi. Hastalarda üfürüm duyulma zamanı: 0-188 gün, ort:30,8 gün idi. Hastaların ilk üfürüm duyulduktan sonra kardiyoloji polikliniğine ulaşma zamanı: 18-46 gün, ort: 32,3 gün idi. Hastaların 59'unda ekokardiyografi bulgusu normal idi. Yüz iki hastada (%63.7) konjenital kardiyak bir defekti mevcut idi. Takibe çağırılan 102 hastadan 22'si baştan itibaren takibe gelmedi, 5'i sadece 1 kez takibe geldi ancak kardiyak defektleri düzelmemiş idi. Hastaların 75 (%73.5)'i 18 ay takip edildi. VSD tanısı alan 13 hastadan 4'ünün perimembranöz VSD'si mevcut idi ve 1 hastanın defekti (%25) 18. Ayda kapanmamıştı. Müsküler VSD saptanan 9 hastanın 2'sinin (%22.2) defekti 18. Ayda kapanmamıştı. ASD tanısı alan 10 hastadan 4'ünün (%40) defekti 18. ayda devam etmekteydi. PFO saptanan 45 hastadan 4'ünün (%8.8) defekti 18. Ayda devam etmekteydi. PDA saptanan 10 hastanın 1'inin defekti 18. Ayda devam etmekteydi. Periferik pulmoner stenoz tanısı alan 21 hastadan 4'ünün (%19.0) defekti 18. Ayda devam etmekteydi. Septal Hipertrofisi bulunan 2 hastadan 1'inin defekti 6. Ayda, diğerininki 12. Ayda düzeldi. Valvuler pulmoner darlık saptanan 1 hastanın ekokardiyografi bulgusu 12 aylık iken normal saptandı. Hastaların 27



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI

KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

(%36)'sinde birden fazla kardiyak defekt mevcut idi. Tüm defekterin %16.6'sı 18. Ayda düzelmemiş idi.

Sonuç: Sonuç olarak yaşamın erken döneminde kardiyak üfürüm duyulan hastaların büyük çoğunluğunda konjenital kalp hastalığı eşlik etmekte idi. Çalışmamıza dahil edilen doğumsal kalp hastalığı olan hastaların %73.5'inin takibe geldiği gözlenmiştir. Bu oran daha önceki çalışmalardan daha yüksek orandadır (2). Hastaların 18 aylık takibinde lezyonların % 83.4'ünün kapandığı, % 16.6'sında devam ettiği görülmektedir. Basit konjenital kalp hastalığı olan vakaların erişkin döneme kadar uzun dönem takibinin yapıldığı bir çalışmada bu vakalarda mortalitenin normal popülasyona göre yüksek olduğu gösterilmiştir. Ve bu vakalarda ölüm nedenlerinin ani beklenmeyen ölüm olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmanın sonucunda basit konjenital kalp hastalığı olan hastalar için takip programlarının oluşturulmasının gerektiği sonucuna varılmıştır (3). Bizim alışmamızda da vakaların %16.6'sında lezyonların devam ettiğinin görülmesi bu hastaların takibinin önemli olduğunu bir kez daha hatırlatmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Konjenital kalp hastalığı, süt çocuğu, izlem



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-020

Konjenital Kalp Hastalığı Olan Yenidoğanlarda Akut Böbrek Hasarı

Özgün Uygur¹, Özge Altun Köroğlu¹, Ertürk Levent², Eser Sözmen³, Fırat Ergin¹, Yüksel Atay⁴, Mete Akısü¹, Mehmet Yalaz¹, Nilgün Kültürsay¹

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Neonatoloji Bilim Dalı

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Pediatrik Kardiyoloji Bilim Dalı

³Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı

⁴Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı

Giriş - Amaç: Konjenital kalp hastalıkları (KKH) olan olgularda yenidoğan döneminde akut böbrek yetmezliği gelişebilmektedir. Yenidoğanlarda oligüri böbrek fonksiyonlarını değerlendirmede ve böbrek yetmezliği tanısını koymada tek başına yeteri derecede duyarlı değildir (1-3). Ancak kritik olmayan KKH olan bebeklerde de akut renal hasar gelişmekle birlikte tanı için bu bebeklere ait idrarda bakılan belirtgeçlere ait bir çalışma bulunmamaktadır (4). Bu çalışmada, kritik olmayan KKH olan olgularda akut renal hasar sıklığını ve idrarda bakılan biyokimyasal belirtgeçlerin değerlerini belirlemek amaçlanmıştır.

Yöntem - Gereçler: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Yenidoğan Ünitesi'nde izlenen, gestasyonel yaşı 34 haftanın üzerinde olan ve doğum ağırlığı 1500 gram üzerinde olan olgular çalışmaya dahil edildi. Kardiyak hastalığı dışında genetik sendromu olanlar, kriterleri karşılamayan ve aile onamı olmayan olgular çalışmadan dışlandı.

Çalışmaya KKH olmayan sağlıklı yenidoğanlar (Kontrol-Grup1) ile KKH olan ve operasyon gerekmeyen (Grup 2-2A: asiyanotik, 2B: siyanotik) olgular alındı. Tüm gruplarda olgulardan postnatal 24-48.saatte kan ve idrar toplandı. İdrar örneklerinden Nötrofil jelatinaz bağlantılı lipokalin (NGAL), Böbrek hasar molekülü (KIM-1), Sistatin C, İnterlökin(IL)-18 düzeyleri çalışıldı. Serum kreatinin düzeyi ve diürez kullanılarak Risk-Hasar-Yetersizlik-Kayıp ve Son dönem böbrek yetmezliği (neonatal RIFLE (nRIFLE)) ve neonatal KDIGO (nKDIGO) evreleri belirlendi.

Bulgular: Çalışmaya toplam 62 olgu dahil edildi. Gruplara göre demografik veriler arasında anlamlı fark saptanmadı. Gruplar arası 24-48.saatte alınan idrardaki belirtgeçlerin düzeyleri incelendiğinde KIM-1, NGAL ve IL-18 düzeylerinde anlamlı fark saptanmadı. Sistatin C düzeylerinin siyanotik KKH olan olgularda kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek olduğu saptandı (p=0.004). Çalışmaya alınan olguların Grup 2A'da %8,7'sinde ve Grup 2B'de %6,3'ünde böbrek hasarı gelişirken kontrol grubunda böbrek hasarı gelişmedi. Yenidoğan döneminde akut böbrek hasarı tanısında serum kreatinin düzeyinde artış ve idrar miktarında azalma gibi standart klinik kriterlerin duyarlılığının düşük olması nedeniyle özellikle yaşamın ilk haftasında akut böbrek hasarı tanısını koymak zordur (5). Yenidoğanda akut böbrek yetmezliği konusuna olan ilgi ve bu konudaki çalışmalar yeni belirtgeçlerle birlikte giderek artmaktadır.



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Literatürde opere olan KKH olan bebeklerde de Sistatin C düzeyinin renal hasarı öngörmede etkili olduğu bilinmektedir. Çalışmamızda idrarda Sistatin C değerleri kontrol grubunda en düşük değerlerde bulundu. Opere olmayan siyanotik KKH olan olgularda ise kontrol grubuna göre bu değer anlamlı olarak yüksekti.

Sonuç: Literatürde ilk kez opere olmayan KKH olgularında idrarda belirtgeçlerle böbrek fonksiyonları araştırılmış ve bu hastalık grubuna ait idrardaki biyokimyasal belirtgeçlerin düzeyleri belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Akut böbrek hasarı, kardiyovasküler cerrahi, konjenital kalp hastalığı, yenidoğan



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-021

Term Yenidoğan Apnesi ile Konsulte Edilen Hastaların Klinik İzlem Sonuçları

Pınar Arıcan¹, Pınar Gençpınar², Elif Yiğit¹, Mehmet Yekta Öncel³, Melek Akar⁴, Nihal Olgaç Dünder²

¹İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Nöroloji Kliniği

²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Çocuk Nöroloji Bilim Dalı

³İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Neonatoloji Bilim Dalı

⁴İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Neonatoloji Kliniği

Giriş - Amaç: Yenidoğan apnesi, solunumun 20 saniyeden daha uzun süre ile duraklaması veya bradikardi, siyanoz, solukluk ve / veya belirgin hipotoni ile ilişkili daha kısa süreli solunum duraklaması olarak tanımlanmaktadır. Term yenidoğanlarda apne sıklığı yaklaşık 1/1000'dir. Bu çalışmada, apne ile başvuran, sağlıklı yenidoğanların nörogelişimsel sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem - Gereçler: Bu çalışmaya, Ocak 2014- Şubat 2018 tarihleri arasında çocuk nöroloji kliniğimize neonatal apne tanısı ile konsulte edilen ve en az bir yıl süre ile takip edilen hastalar dahil edildi. Hastaların demografik verileri, klinik bulguları, laboratuvar testleri (tam kan sayımı, C-reaktif protein, serum elektrolitleri, kan glukozu, tandem kütle spektrometresi), beyin görüntüleme, elektroensefalografi (EEG), ekokardiyografi (EKO) ve elektrokardiyografi (EKG) sonuçları değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan 59 hastanın 26'sı (%44) kız, 33'ü (%56) erkek; apne ile başvuru medyan yaşı 8 gündü (IQR: 3-16). Tüm hastalarda tam kan sayımı, C-reaktif protein, serum elektrolitleri ve kan glukozu normaldi. Tandem kütle spektrometresi 9 hastada bakılmıştı ve sonuçları normaldi. Nörogörüntüleme (kranial ultrasonografi ve / veya manyetik rezonans görüntüleme) bulguları 58 (% 98) hastada normaldi. Sadece bir hastada, kranial manyetik rezonans görüntülemede sağ temporal lobda kanama saptandı. Elektroensefalografi çekilen 57 hastanın 54'ünde (% 95) normaldi. Anormal EEG bulguları olan 3 (% 5) hastada antiepileptik ilaç başlandı. Kırk dokuz hastada kardiyolojik değerlendirmeler yapıldı. Herhangi bir EKG anormalliği saptanmadı. Anormal EKO bulguları 19 hastada (% 23) bulundu. Hiçbir hastada tekrarlayan apne atakları görülmedi. Klinik izlem medyan süresi 34 ay (IQR: 24-41) idi. Tüm hastalarda normal nöromotor gelişim gözlemlendi.

Sonuç: Çalışmamızda, en sık görülen apne prezentasyonu kısa çözümlenmiş açıklanamayan olay (BRUE) idi. Çalışmamız, diğer yönlerden sağlıklı term yenidoğan bebeklerde apneik olayların büyük çoğunluğunun kendi kendini sınırlandırdığını ve müdahale gerektirmediğini gösterdi.

Anahtar Kelimeler: apne, nörogelişim, yenidoğan.



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-022

Kabızlık Nedeni İle Getirilen 1-6 Ay Arası Süt Çocuklarının Değerlendirilmesi

Barış Erdur, Elif Güdeloğlu
SBÜ Dr Behçet Uz Çocuk Hastanesi

Giriş - Amaç: Çocukluk çağında kabızlık sık karşılaşılan bir sorun olmasına rağmen, hayatın ilk aylarında görülen kabızlık aileleri endişelendirmekte, tanı ve tedavi aşamalarında klinisyenlerin aklını karıştırabilmektedir. Bu çalışmada kabızlık nedeni ile getirilen 1- 6 ay arası süt çocuklarının etiyolojik ve klinik açıdan incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem - Gereçler: Nisan 2013 ile Nisan 2018 tarihleri arasında İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi çocuk gastroenteroloji polikliniğine kabızlık yakınması ile getirilen 1-6 ay arası olguların dosyaları retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Kabızlık nedeni ile getirilen 126 olgunun 24'ü infantil diskezi olarak değerlendirildiğinden çalışmaya alınmadı. Çalışmaya ortalama yaşı $4.9 \pm 1,1$ ay olan 102 olgu (53 erkek, 49 kız) dahil edildi. Olguların 13'ü (%12,7) yalnızca anne sütü ile beslenirken, 62 si (%60,8) anne sütü ve mama, 27'si (%26,5) yalnızca mama ile besleniyordu. 6 olguda (%5,9) ilk 24 saatte mekonyum çıkışı olmamıştı. 13 olguda büyüme geriliği, 15 olguda anal fissür saptandı. Olguların 98'i (%96) fonksiyonel kabızlık, 3'ü Hirschprung hastalığı, 1'i hipotiroidi tanısı aldı. Hirschprung hastalığı tanısı alan olguların hepsinde ilk 24 saat içinde mekonyum çıkışı olmamıştı ve büyüme geriliği mevcuttu. Olguların 70'ine yalnızca beslenme önerilerinde bulunulurken, 32 olguya (%31,3) ise ek olarak probiyotik verilmişti. Probiyotik verilen olguların 26'sının (%81,2) düzenli kontrole geldikleri, 19'unda (%73) kabızlık yakınmasının düzeldiği; yalnızca beslenme önerileri yapılan 70 olgunun ise 38'inin (%54,2) kontrole geldiği ve bunların 27'sinde (%71) kabızlık yakınmasının düzeldiği görüldü.

Sonuç: Kabızlığı olan süt çocuklarının büyük çoğunluğunun formül mama aldığı görülürken, yalnızca anne sütü alanlar oldukça az orandadır. Tüm çocukluk çağı gibi, 1-6 ay arası süt çocuklarında da kabızlık çok büyük oranda fonksiyoneldir. İlk 24 saat içerisinde mekonyum çıkışının olmaması ve büyüme geriliği Hirschprung hastalığı için uyarıcı olabilir. Probiyotikler tedavi başarısını anlamlı olarak arttırmasa da probiyotik reçetesi verilen ailelerin kontrollere daha yüksek oranda geldiği görülmüştür.

Anahtar Kelime Süt çocukları, Kabızlık, Etiyoloji, Tedavi



ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-023

Nöral Tüp Defekti Tanısı İle İzlenen Yenidoğan Bebeklerin Nörogelişimsel Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Gülşah Çetin¹, Melek Akar¹, Mine İnal Akkaya¹, Mehmet Helvacı¹, Nihal Olgaç Dünder², Fırat Ergin¹, Özgün Uygur¹, Sinem Akbay³, Nail Özdemir¹, Meltem Koyuncu Arslan¹, Mehmet Yekta Öncel²

¹Sbü İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, İzmir

³Manisa Şehir Hastanesi

Giriş - Amaç: Bu çalışmada T.C Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Merkezi Yenidoğan Kliniği'nde nöral tüp defekti tanısı ile izlenen ve taburcu edilen yenidoğan bebeklerin demografik verilerinin belirlenmesi ve 12-18. aylarda Bayley Bebekler İçin Gelişimsel Değerlendirme Ölçeği III ile nörogelişimsel sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem - Gereçler: T.C Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Kliniği'nde Ocak 2015-Aralık 2016 tarihleri arasında nöral tüp defekti tanısı ile yatırılarak izlenen ve çalışmaya alınmayı kabul eden term yenidoğan olgular çalışmaya alındı. Kontrol grubunu ise farklı nedenlerle pediatri polikliniklerine başvurmuş benzer demografik verilere sahip ve çalışmaya alınmayı kabul eden sağlıklı term yenidoğanlar oluşturdu. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen, prematüre doğum öyküsü (gestasyon haftası

Bulgular: Çalışmaya toplam 57 olgu dahil edildi (Hasta grubu grubu=27; kontrol grubu=30). Çalışma ve kontrol grubunun demografik verileri ve nörogelişimsel değerlendirme zamanı benzer bulundu. Hasta grubunun Bayley Bebekler İçin Gelişimsel Değerlendirme Ölçeği III'e göre bilişsel, dil ve motor bileşik skoru kontrol grubundan anlamlı olarak daha düşük saptandı (p

Sonuç: Bu çalışma nöral tüp defektlerinin nörogelişimsel sonuçları olumsuz yönde etkilediğini göstermiştir. Ventriküloperitoneal şant gereksinimi olan olguların nörogelişimsel prognozu şant takılmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha kötüdür.

Anahtar Kelime: Nöral tüp defekti, nörogelişim, yenidoğan



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-024

Gelişimsel Kalça Displazisi Tarama Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Hasan Hüseyin Yılmaz¹, Özgün Uygur², Melek Akar², Mehmet Yekta Öncel¹, Bumin Dünder¹, Mehmet Helvacı¹

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi

²İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Kliniği, İzmir

Giriş - Amaç: Gelişimsel Kalça Displazisi, pediatrik yaş grubunda yer alan anomaliler içinde sık görülen sorunlardandır. Çalışmamızın amacı yenidoğan polikliniğine başvuran hastalarda GKD tarama sonuçlarını değerlendirmektir.

Yöntem - Gereçler: Çalışmaya; Temmuz 2015-Temmuz 2017 arasında İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Polikliniği'ne başvurup kalça USG taraması yapılan bebekler alındı. Genetik sendromu, nöromuskuler hastalık, nöral tüp defekti gibi doğumsal anomalileri olan bebekler çalışmaya dahil edilmedi. Risk faktörleri ve muayene bulguları incelendi. Tüm yenidoğanlara yaşamının 4-6. haftasında kalça USG yapılırken immatür olarak değerlendirilenlere bir ay sonra kontrol kalça USG yapıldı. İstatistiksel analiz yöntemleri kullanılarak karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya 244'ü kız (%44,1), 309'u erkek (%55,9) olmak üzere toplam 553 yenidoğan alındı. Ortalama doğum haftası $36,97 \pm 3,59$ hafta, ortalama doğum ağırlığı $3015,41 \pm 792,88$ gram saptandı. İmmatür kalça, 32 olguda sağ (%16,1), 81 olguda sol (%40,7) ($p < 0,01$) kalçada saptandı. Çalışmamızdaki bebeklerin ilk kalça USG sonuçlarına göre 354'sinde tip 1 kalça, 199'sinde tip 2a (immatür) kalça saptandı. Bu immatür kalça tanılı bebeklerin kontrol USG tetkiklerinde yalnızca bir bebekte kalça displazisi (tip 2b) geliştiği görüldü. Çalışmamızda GKD oranımız %0,18 iken immatür kalça oranımız %2,7 idi. İmmatür kalça bulguları ile kız cinsiyet ve sol kalça tutulumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulundu.

Sonuç: Sonuç olarak, çalışmamızda GKD insidansımızın literatürle uygunluk gösterdiği belirlendi. Kız cinsiyet ve sol kalça tutulumunun immatür kalça ile anlamlı ilişki gösteren risk faktörleri olduğu saptandı. Diğer risk faktörlerinin anlamlı ilişki göstermemesi, olgularımızın sadece tip 2a kalçalardan oluşmuş olması ve izlemde düzelmiş olmalarına bağlı olabilir. Ayrıca anlamlı ilişki saptanmayan faktörler hakkında literatürde de çelişkili sonuçlar mevcuttur. Bu çalışma ile ünitemizin geriye dönük sonuçları detaylı bir şekilde incelenmiştir. Dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli bir sorun olan GKD'nin sıklığının ve buna neden olan risk faktörlerinin ortaya konması için daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelime: Gelişimsel kalça displazisi, immatür kalça, kalça ultrasonografisi, yenidoğan



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-025

18-40 Yaş Grubu Reprodüktif Çağdaki Kadınlarda Premenstrüel Sendrom (Pms) Sıklığının Belirlenmesi, Hangi Belirtilerin Hangi Sıklık ve Şiddette Görüldüğünün Saptanması ve Premenstrüel Sendrom ile Sosyokültürel Değişkenler Arasındaki İlişki

Taner Mirza

Dr Ali Kemal Belviranlı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi,Konya

Giriş - Amaç: 18-40 yaş grubu reprodüktif çağdaki kadınlarda premenstrüel sendrom (PMS) belirti ve sıklığının belirlenmesi, hangi belirtilerin hangi sıklık ve şiddette görüldüğünün saptanması ve tedavisinin ona göre planlanması , premenstrüel sendrom ile sosyo-kültürel değişkenler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesidir.

Yöntem - Gereçler: Bu çalışmada kliniğimize başvuran reprodüktif çağdaki daha önce bilinen bir jinekolojik hastalığı ve herhangi bir geçirilmiş jinekolojik operasyonu olmayan 150 kadın üzerinde yapılmıştır. Katılımcılara adet öncesi bulguları değerlendirme formu adı altında 4'ü sosyodemografik, 2'si menstrüel siklus ile ilgili, 14'ü semptomlar ve derecelerini, 5'i semptomların günlük hayata etkilerini içeren premenstrüel symptoms screening tool test uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmadaki kadınlarda en sık görülen premenstrüel semptomlar kızgınlık/asabiyet, bitkinlik/enerji eksikliği ve endişe/gerginlik şeklinde sıralanmıştır. Premenstrüel sendrom kadınların yaşam kalitesini düşürmekte ve bu düşme 21-32 yaş arasındaki kadınlarda daha belirgindi.

Sonuç: Premenstrüel sendrom toplumda yaygın görülen bir durumdur. Premenstrüel sendromun tedavi edilebilir bir durum olduğu belirtilmelidir. Bu konudaki bilgilendirme arttırılırsa doktora başvurma oranı arttırılabilir ve böylece premenstrüel sendrom insidansı düşürülüp kadınların yaşam standartları yükseltilerek premenstrüel sendromdan kaynaklanan işgücü kaybı engellenebilir.

Anahtar Kelime: Premenstrüel sendrom, Premenstrüel sendrom sıklık ve şiddet, sosyo-kültürel ilişki

Kaynaklar

- 1.Karadağ F.Adet öncesi disforik bozukluk.Psikiyatri dünyası 2001;5:11-14
2. Bölükbaş N., Tiryaki N., (2003)"öğrencilerin Premenstruel Sendrom Hakkında Bilgi,tutum ve Davranışları", Hemşirelik Forumu Dergisi, 6:3,44-49.
3. Coughlin, P.C., (1990).:Premenstruel syndrome:How marital satisfaction and role choice affect symptom severity, Social Work, 35:4,July,p.351-5, (1990).
4. Leon S. , Robert H.G., Nathan G. K., (1989), :The Premenstrual Syndrome, Clinical Gynecologic Endocrinology an Infertility, Fourth Edition,Williams&Wilkins
5. Kocatepe K. "Premenstruelsendrom" <http://www.jinekoloji.net/pms.html>. Erişim.
6. Demir B., Algül L.Y., Güven E.S.G.,2006, " Sağlık çalışanlarında Premenstruel



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI

KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

sendrom insidansı ve etkileyen faktörlerin araştırılması" Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hast. Ve Doğum A.B.D. Diyarbakır.

7. Musal B,Uçku Ő,Aksakoğlu H,Balaban C.Narlıdere bölgesinde 15-49 yaş grubundaki evli kadınlarda premenstrüel semptomların belirlenmesi. Jinekoloji ve Obstetride Yeni Görüş ve Gelişmeler 1992;3:61-64

8. Kısa S,Zeyneloğlu S,Güler N.niversite ğrencilerinde premenstruel sendrom görülme sıklığı ve etkileyen faktörler.Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2012;284-97

9. Erbil N,Karaca A,Kırış T.Investigation of premenstrual syndrome and contributing factors among university students.Turk J Med Sci 2010;40:565-73

10. Kebabçılar A,Taner C,Başoğul ,Okun G.İzmir Ege Doğumevi ve kadın hastalıkları eğitim ve araştırma hastanesi hastalarındaki premenstrüel sendrom prevalansı ve etkileyen faktörler.F..Sağ. Bil.Tıp Derg. 2012;26(3):111-114

11. zkan, S. (1993), Psikiatrik Tıp: Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi. İstanbul;216-20

12. Johnson ,S.R., (1987), The Epidemiology and social Impact of Premenstrual symptoms. Clin. Obstet. And Gynecol; 30(2):367-76



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-026

Rotavirus Gastroenteriti Olan Çocuklarda Transaminaz Yüksekliği Sıklığı Ve Klinik Seyir İle İlişkisi

Barış Erdur , Cihan Topal

SBÜ Dr Behçet Uz Çocuk Hastanesi

Giriş - Amaç: Bu çalışmada Rotavirüs ilişkili akut gastroenterit ile başvuran 1 ay-5 yaş arası çocuklarda hepatik transaminaz yüksekliğinin sıklığının araştırılması; transaminaz yüksekliği olan olgular ile olmayan olgularda hastalığın klinik seyirinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem - Gereçler: Çalışmaya Eylül 2016 ile Eylül 2018 yılları arasında SBÜ Dr Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Rotavirüs gastroenteriti tanısı alan 1 ay-5 yaş arası çocuklar alındı. Hastaların geriye dönük olarak dosyalarından demografik, klinik, laboratuvar özellikleri kaydedildi. Hastalar transaminaz değerlerinde yükseklik olanlar ve olmayanlar olarak iki gruba ayrıldı. Gruplar arasında hastalığın klinik seyri karşılaştırıldı. Bu karşılaştırmada "Vesikari Rotavirüs ishal klinik ağırlık skoru", hastanede yatış süresi ve yoğun bakım gereksinimi parametreleri kullanıldı. Çalışma için Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan onay alındı.

Bulgular: Çalışmaya toplam 188 hasta dahil edildi. Bu hastaların 105'i (%55,9) erkek ve 83'ü (%44,1) kız idi. Hastaların yaş ortalaması 19,52±15,9 ay, yaş ortanca değeri 13 ay idi. Başvuru anında AST yüksekliği olan 43 hasta (%22) ve ALT yükseliği olan 40 hasta (%21) saptandı. AST ve ALT değerlerinin 5-10 kata kadar yükselebildiği görüldü. Ateş yüksekliği hastaların %40,9'unda mevcuttu. Hastaların en sık olarak %23,9'unda 3 gün yatış gerekirken %7,6 hastada yoğun bakım yatışı ve 6 günden uzun süre yatış gerekti. Ateş yüksekliği uzun süreli hastaneye yatış ve yoğun bakım yatışları ile ilişkili bulundu. Transaminaz yüksekliği olan olgular olmayanlar ile karşılaştırıldığında, vesikari skoruna göre daha ciddi hastalık ile ilişkili bulundu (p=0.04). Transaminaz yüksekliği ishal sayısı ve dehidratasyon derecesi ile ilişkili bulunurken; ateş yüksekliği, uzun süre hastanede yatış ve yoğun bakım yatışları ile ilişkili bulunmadı.

Sonuç: Rotavirüs enfeksiyonu sırasında her 5 olgudan birisinde transaminaz yüksekliği görülebilmektedir. Rotavirüs enfeksiyonu sırasında görülen transaminaz yüksekliği her ne kadar vesikari skoruna göre ciddi hastalık ile ilişkili görülse de, çoğunlukla korkulması gereken ciddi tablolara işaret etmediğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelime: Rotavirus, transaminaz yüksekliği, çocuk, klinik seyir

ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-027

İlk Trimester Açlık Kan Şekeri Ve 75 Gr Oral Glukoz Tolerans Testi Parametrelerinin Makrozomiye Öngörmedeki Tanısal Değeri

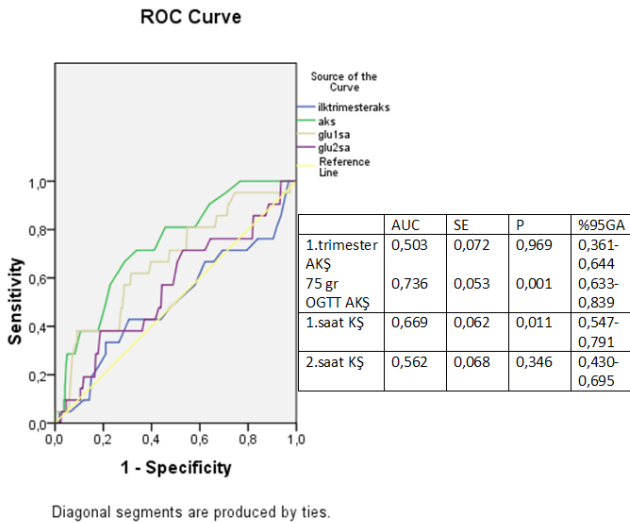
Necati Hançerlioğulları

Sbü Ankara Dr.Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Suam

Giriş - Amaç: Bu çalışmada, ilk trimesterde rutin gebelik kontrolü için başvurup 24-28 gebelik haftaları arasında 75 gr oral glukoz tolerans testi (OGTT) yapılan diyabetik ve nondiyabetik gebelerde ilk trimester açlık kan şekeri (AKŞ) ve OGTT parametrelerinin makrozomiye (doğum ağırlığı ≥ 4000 gr) öngörmedeki tanısal değerini araştırmayı amaçladık.

Yöntem - Gereçler: 2014-2015 yılları arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr.Zekai Tahir Burak Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Antenatal polikliniğine başvuran 20-39 yaşları arasında pregestasyonel diabeti ve herhangi bir sistemik hastalığı olmayan (astım, epilepsi, hipo-hipertiroidi, romatolojik, v.b. gibi) ve multivitamin veya antianemik dışında ilaç kullanmayan, tekil gebeliği olan ve fetal anomalisi olmayan, 24-28.haftalar arasında 75 gr OGTT yaptıran 240 gebe kadın retrospektif olarak incelendi. Preterm doğum yapan hastalar çalışma dışında tutuldu. Hastaların yaş, beden kitle indeksi, gebelikte alınan kilo, doğum haftası, doğum ağırlığı, doğum şekli, ilk trimester AKŞ, 75 OGTT sırasında bakılan açlık, 1.saat ve 2.saat KŞ düzeyleri ile gestasyonel diyabetes mellitus (GDM) tanısı alıp almadıkları kaydedildi. Hastalar GDM ve makrozomi durumlarına göre gruplandırılarak karşılaştırıldı. KŞ düzeylerinin makrozomiye öngörmedeki rolleri ROC eğrisi analizi ve lojistik regresyon metodu ile değerlendirildi.

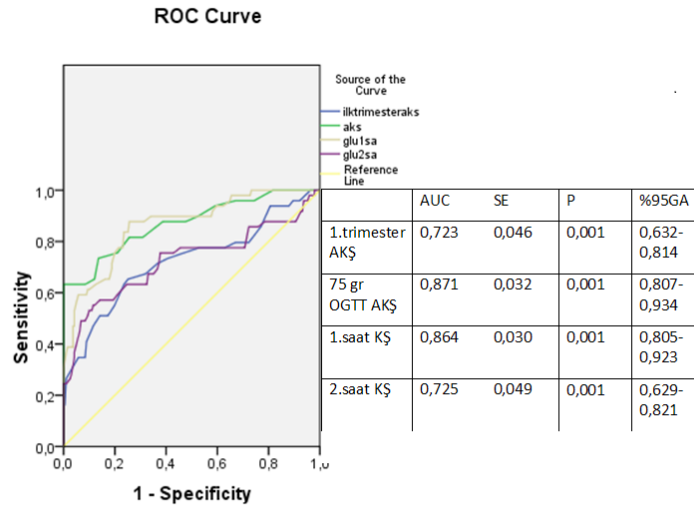
Bulgular



Çalışmaya dahil edilen 240 hastadan 49 (%20,4)'ü GDM tanısı alırken, makrozomik infant doğuran 21 (%8,9) hasta olduğu hesaplandı. İlk trimester AKŞ ve 75 gr OGTT'ye ait tüm KŞ düzeylerinin GDM'yi istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir şekilde öngörücü değere sahip oldukları görüldü (tüm

ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

$p < 0,001$) (Tablo 1, Şekil 1). Makrozomik infant doğuran hastalar arasında yaş bakımından istatistiksel anlamlı fark saptanmadı. Ancak, beden kitle indeksi ($26,3 \pm 4,0$ vs $4,6 \pm 3,8$ kg/m^2 , $p: 0,048$) ve doğum haftalarının ($39,1 \pm 1,1$ vs $38,2 \pm 2,1$ hafta, $p: 0,045$) makrozom grubu lehine istatistiksel olarak düşük düzeyde de olsa anlamlı olduğu görüldü (Tablo 2). Ayrıca erkek cinsiyetin makrozomi grubunda daha yaygın olduğu tespit edildi [$14(\%66,7)$ vs $92(\%42,0)$, $p: 0,030$]. ROC eğrisi analizi ise sadece 75 gr OGTT öncesi bakılan AKŞ [AUC, $0,736(\%95 \text{ GA}, 0,633-0,839)$, $p < 0,001$] ve 1.saat KŞ [AUC, $0,669(\%95 \text{ GA}, 0,547-0,791)$, $p: 0,011$] düzeylerinin makrozomiye öngörebileceği saptandı (Şekil 2). Hem GDM hem de makrozomi durumuna göre ayrılan gruplarda doğum ağırlığı ve KŞ düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmadı ($p > 0,05$). Makrozomik infantları predikte eden risk faktörlerine ait çok değişkenli lojistik regresyon analizi, 75 gr OGTT öncesi bakılan AKŞ, 1.saat KŞ, gebelik haftası ve fetal cinsiyetin makrozomi için anlamlı risk faktörleri olduğunu gösterdi (Tablo 3).



Diagonal segments are produced by ties.

Tablo 1. GDM ve GDM olmayan gebelerin klinik ve laboratuvar bulgularının karşılaştırılması

	GDM grubu (n:49)	GDM olmayan grup (n:191)	p
Yaş (yıl)	29,0 \pm 4,1	27,1 \pm 6,1	0,038
BKİ(kg/m ²)	26,8 \pm 3,2	24,2 \pm 3,8	0,001
Alınan kilo(kg)	13,9 \pm 4,5	12,7 \pm 5,1	0,259
1. trimester AKŞ(mg/dl)	93,4 \pm 12,0	84,7 \pm 7,1	<0,001
75 gr OGTT AKŞ(mg/dl)	92,9 \pm 10,6	79,3 \pm 5,6	<0,001
1. saat KŞ(mg/dl)	163,9 \pm 33,8	115,7 \pm 28,5	<0,001
2. saat KŞ(mg/dl)	122,9 \pm 35,4	97,7 \pm 20,7	<0,001
Doğum haftası (hafta)	37,7 \pm 1,2	38,5 \pm 1,7	<0,001
Doğum kilosu(gram)	3290 \pm 854	3284 \pm 508	0,654
Makrozomi n(%)	11/49(22,4)	10/191(5,2)	<0,001
Doğum şekli n(%)			0,057
CS	29(59,2)	84(44)	
NDK	20(40,8)	107(56)	
Cinsiyet n(%)			0,279
Kız	24(49)	110(57,6)	
Erkek	25(51)	81(42,4)	

BKİ: Beden kitle indeksi, OGTT: oral glukoz tolerans testi, KŞ: kan şekeri, CS: sezaryen, NDK: normal doğum. Veriler ortstandart sapma veya sayı (yüzde) olarak sunuldu. $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Tablo 2. Makrozomik infant doğuran ve doğurmayan gebelerin klinik ve laboratuvar bulgularının karşılaştırılması

	LGA grubu (n:21)	GDM olmayan grup (n:219)	p
Yaş (yıl)	27,6±5,8	27,0±6,2	0,646
BKİ(kg/m ²)	26,3±4,0	24,6±3,8	0,048
Alınan kilo (kg)	13,5±4,0	12,9±5,1	0,631
1.trimester AKŞ (mg/dl)	86,9±10,1	86,4±9,0	0,842
75 gr OGTT			
AKŞ (mg/dl)	89,0±10,1	81,4±8,5	<0,001
1.saat KŞ (mg/dl)	146,7±41,8	123,5±34,2	0,004
2.saat KŞ (mg/dl)	107,4±25,8	102,4±26,5	0,409
Doğum haftası (hafta)	39,1±1,1	38,2±2,1	0,045
Doğum kilosu (gram)	4260±293	3146±525	<0,001
Doğum şekli n(%)			0,005
CS	16(76,2)	97(44,3)	
NDK	5(23,8)	122(55,7)	
Cinsiyet n(%)			0,030
Kız	7(33,3)	127(58,0)	
Erkek	14(66,7)	92(42,0)	

BKİ: Beden kitle indeksi, OGTT: oral glukoz tolerans testi, KŞ: kan şekeri, CS:sezaryen, NDK:normal doğum. Veriler ort±standart sapma veya sayı (yüzde) olarak sunuldu.p <0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Sonuç: Hem ilk trimester AKŞ hem de tüm 75 gr OGTT parametreleri GDM 'yi öngörücü değere sahiptir. Ancak GDM dışında herhangi bir risk faktörü olmayan gebeleri de içeren termde doğum yapmış hasta grubunda 75 gr OGTT öncesi ölçülen AKŞ ve 1. saat KŞ düzeyleri fetal makrozomiye öngörebilir.

Anahtar Kelime: gestasyonel diyabet, makrozomi, 75 gr OGTT, açlık kan şekeri, risk faktörleri



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-029

Anne ve Baba Yaşı ÇAKUT Gelişimi Üzerine Etkili midir?

Dilek Orbatu¹, Alper Soylu², Salih Kavukçu²

¹ SBÜ Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

² Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Nefroloji Bilim Dalı

Giriş - Amaç: ÇAKUT gelişimi genetik, epigenetik ve çevresel faktörlerin etkileşimi ile gelişmektedir. Bu çalışma ile çocukluk çağında önemli bir morbidite nedeni olan, ilerleyen dönemde kronik böbrek hastalığına yol açabileceği düşünülen bu tanı için ebeveyn yaşının etkisi araştırıldı.

Yöntem - Gereçler: Çalışma geriye dönük olarak 2013-2018 yıllarını içerecek şekilde Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Nefroloji ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Klinikleri tarafından planlandı. Antenatal dönemde ÇAKUT tanısı almış infantların ÇAKUT tipi (hidronefroz, ektopi, agenezi, multistik displastik böbrek, çift toplayıcı sistem, ureteropelvik darlık, hipoplazi) ve doğum esnasında anne ve baba yaşlarına retrospektif ulaşıldı. Aynı şekilde bu yılları kapsayacak şekilde ÇAKUT tanısı olmayan sağlıklı doğumlar da kontrol grubunu oluşturmak üzere çalışmaya dahil edildi.

Bulgular: Toplam 714 ÇAKUT tanısı olan (Grup 1), 1485 ÇAKUT dahil başka ek anomalisi olmayan (Grup 2) sağlıklı infant verisi elde edildi. Her iki grubun yaş ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi. Grup 1 deki olgulardan ÇAKUT tipine ulaşılabilen toplam 644 infantın 492 (%76.3)' sinde hidronefroz saptandı. Anne yaşı ile ÇAKUT arasındaki ilişki bulunmazken, baba yaşı ile hidronefroz ve hipoplazi arasında anlamlı ilişki bulundu (p değerleri sırası ile p=0,023 korelasyon katsayısı -0,146 ve (p=0,012) korelasyon katsayısı 0,146).

Sonuç: Paternal yaş ile renal hipoplazi ve hidronefroz arasında ilişki bulunmuştur. Benzer amacı araştıran ve benzer sonuca ulaşan bir çalışmaya literatürde rastlanmamıştır.

Anahtar Kelime: ÇAKUT, anne yaşı, baba yaşı



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-030

Çocuk Acile Akut Skrotal Ağrı Nedeni ile Başvurular: Beş Yıllık Deneyimimiz

Ayla Akca Çağlar, Derya Erdoğan, Nilden Tuysun

SBÜ Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Kliniği, Ankara

Giriş - Amaç: Çocuklarda akut skrotal ağrı, acile başvuruların önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Akut skrotal ağrı tüm çocukluk çağında görülebilmekte ve başta testis/apendiks testis torsiyonu, epididimoorşit, olmak üzere hidrosel, travma, herni, varikozel ile ilişkili olabilmektedir. Özellikle testis torsiyonunun testis kaybına ve ileri yaşlarda infertiliteye neden olması bakımından erken tanı ve tedavisi önemlidir. Bu çalışmada akut skrotal ağrı ile başvuran hastaların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem - Gereçler Üçüncü basamak hizmet veren hastanemizin çocuk acil polikliniğine Mayıs 2014- Mayıs 2019 yılları arasında akut skrotal ağrı şikayeti ile başvuran 0-18 yaş arasındaki hastalar geriye dönük olarak incelendi. Hastaların yaşları, şikayetlerin süresi, skrotal/doppler ultrasonografi sonuçları, hastaların almış oldukları tanılar ve tedaviler değerlendirildi.

Bulgular: Toplam 238 başvuru dahil edildi. Başvuruların yaş ortalaması $8,97 \pm 4,60$ yaş (min 26 gün- maks 18 yıl) idi. Hastaların şikayetlerinin başlamasından ort 33,7 saat sonra acile başvurdukları tespit edildi. Başvuruların %35,0'ında epididimoorşit, %15,6'sında skrotal travma, %14,8'inde testis/apendiks testis torsiyonu, %9,3'ünde herni, %3,8'inde akut skrotal ödem, %3,4'ünde diğer patolojiler saptanmış iken %18,1'inde skrotal ağrıya neden olabilecek herhangi bir bulguya rastlanmadı. Hastaların tümü skrotal/doppler ultrasonografi ile değerlendirildi. Hastaların %53,6'sına medikal tedavi, %13,5'ine cerrahi tedavi uygulandı. Testis torsiyonu tanısı alan 16 hastanın 10'una detorsiyon işlemi uygulanmış iken 5 hastaya orşiektomi yapıldı, 1 hasta tedaviyi red etti. Orşiektomi yapılanların detorsiyon işlemi uygulanan hastalara göre semptomların başlangıcından ortalama 21 saat daha geç başvurdukları gözlemlendi ($p=0,018$).

Sonuç: Beş yıllık akut skrotal ağrı ile başvuran olgularımızın çoğunluğunda epididimoorşit gibi inflamatuvar patolojiler tespit edilmiş olsa da %6'sında testis torsiyonu geliştiği ve bu hastaların yaklaşık üçte birinde olayın testis kaybı ile sonuçlandığı göz önüne alındığında akut skrotal ağrı yakınması ile başvuran hastaların aksi tespit edilene dek testis torsiyonu olarak kabul edilmesi ve vakit kaybetmeden acilen değerlendirilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelime: Akut skrotal ağrı, çocuk, epididimoorşit, testis torsiyonu,

Kaynaklar

1. Varga J, Zivkovic D, Grebeldinger S, Somer D. Acute scrotal pain in children--ten years' experience. Urol Int. 2007;78(1):73-7.
2. Ayvaz OD, Celayir AC, Moralioglu S, Bosnali O, Pektas OZ, Pelin AK, Caman S. Four-year retrospective look for acute scrotal pathologies. North Clin Istanb. 2016 Jan 10;2(3):182-188.
3. Sidler D, Brown RA, Millar AJW, Rode H, Cyves S: A 25-year review of the acute scrotum in children.



SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI

KADIN DOğUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

S Afr Med J 1997; 87: 1696– 1698.

4. Pillai SB, Besner GE: Pediatric testicular problems. *Pediatr Clin North Am* 1998; 45 (4): 813.

5. Stehr M, Boehm R: Critical validation of colour Doppler ultrasound in diagnostics of acute scrotum in children. *Eur J Pediatr Surg* 2003; 13: 386–392.



SS-031

Toxoplasma Gondii Serology in Suicide Attempts of Adolescents

Hüsniye Yücel¹, Saliha Şenel²

¹SBÜ Ankara Dr. Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı

²Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

Objective: Latent toxoplasmosis has been linked to several psychiatric problems. We aimed to investigate any possible correlation between suicide attempts and Toxoplasma seropositivity in adolescents.

Materials and method: This is a case control study conducted between January 2018 and December 2018. A total of 27 adolescents who had attempted suicide were included in the study. 26 healthy children of a similar age range and sex ratio were taken as the control group. Toxoplasma IgM and IgG antibody levels were compared.

Results: Of the suicide group; 17 were female and 10 were male. The mean age was 15,9 ±1,4 (13,5-17,9) years. There was no difference between the patient and control groups in terms of gender and age ($p>0.05$). Toxoplasma seropositivity was 3.7% (1/27) in the suicide group and 3.8% (1/26) in the control group. There was no statistically significant difference between the two groups in terms of the presence of anti-Toxoplasma antibodies ($p>0.05$). Comparison of Toxoplasma IgG titers between our case and control groups did not reveal any statistically significant difference ($p>0.05$).

Conclusion: Our study revealed no significant correlation between Toxoplasma seropositivity and suicide attempts in adolescents.

Further comprehensive studies with larger sample sizes in this age group are required for a better understanding of whether there is a causal relation between Toxoplasma seropositivity and suicide.

Keywords: Toxoplasmosis, suicide, adolescent



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-032

Akut Batın Hastasında Ayırıcı Tanı Olarak Over Torsiyonu

Fatih Keskin¹, Nagihan Saz Tan²

¹Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi

²Kent Hastanesi Bayraklı Tıp Merkezi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

Giriş - Amaç: Karın ağrısı genelde basit bir şikayet gibi algılansa da bazen ciddi akut patolojilerin işareti olabilir. Bu nedenle akut ve kronik karın ağrısı iyi bir anamnez, fizik muayene ve görüntüleme yöntemleri ile ayırt edilmelidir. Çünkü akut batın acilen tanısı konulup yönetilmesi gereken bir durumdur. Akut batın denilince akla ilk gelen patolojilerden birisi apandisit olsa da kadınlarda jinekolojik sorunlar da mutlaka akılda tutulmalıdır. Çünkü akut pelvik ağrıya acil opere edilen hastaların yaklaşık %2.7 sinin nedeni over torsiyonudur. Hastanemize karın ağrısı ile başvurmuş olan over torsiyonu tanısı operasyon esnasında konulan hasta olgu sunumu olarak paylaşılmıştır.

Yöntem - Gereçler: 24 yaşında, nullipar hasta hastanemiz polikliniğine karın ağrısı nedeniyle başvurdu. Yapılan muayenesinden sonra ultrasonografik (USG) görüntülemesinde görüntülemesinde sonografik patoloji saptanmaması, laboratuvar değerlerinin normal izlenmesi üzerine hasta evine gönderildi. 10 gün sonra hasta hastanemiz acil servisine karın ağrısı, kusma şikayeti ile tekrar başvurdu. Acil serviste yapılan muayenesinde batın sağ alt kadranda ağrı laboratuvar incelemede beyaz küre (WBC) yüksekliği izlendi. Hastadan istenen USG görüntülemede anlamlı patolojik görünüme rastlanmadı. Hastanın Tomografik (BT) görüntülemesi yapıldı. Görüntüleme sonucu uterus ve overler normal izlendi ancak 12 mm çapa ulaşan nonkomprese dinamik barsak ansı izlendiği için akut apandisit açısından anlamlı olarak değerlendirilip operasyon için yatırıldı. (resim 1) Yapılan tanısal laparoskopik gözlemede appendiks normal, sağ over torsiyone, ödemli ve yaklaşık 10 cm boyutlarında izlendi. (resim 2) Operasyona jinekolojik olarak devam edildi. Hastaya laparoskopik sağ over detorsiyonu ve sağ salpenjektomi yapıldı, douglasa dren konularak operasyon sonlandırıldı. Hasta 3 gün boyunca takip edildi, drenden geleni olmayan genel durumu iyi olan hasta postoperatif 3. gününde taburcu edildi. Operasyon sonrası 20. gününde kontrole gelen hastanın herhangi bir şikayeti yoktu ve yapılan ultrason görüntülemesinde overin boyutları 44x26mm ile normal sınırlarda ve overin kanlanması normal olarak izlendi. (resim 3)

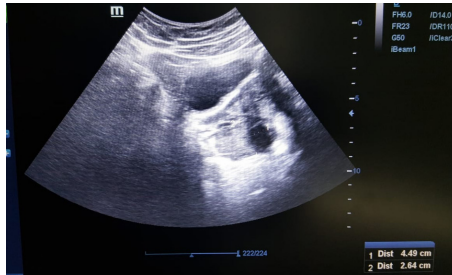
ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ



Resim 1: BT görüntüsü



Resim 2: Operasyon görüntüsü, sağ over hemorajik görünümde ve boyutları artmış



Resim 3: Operasyon sonrası 20. günde ultrason görüntüleme overin görünümü

Bulgular: Adneksiyal torsiyon, adneksin vasküler pedikülü etrafında kısmi veya tam rotasyonu sonucu olarak ortaya çıkan klinik durum olarak tanımlanır ve bu durum overi, fallop tüpünü veya her ikisini de içerebilir. Bu durum adneksiyel ödem, iskemi ve nihayetinde nekroza yol açar. Geri dönüşümsüz hasara neden olmak için gerekli iskemi süresi için literatürde net olarak veri bulunmamaktadır. Adneksiyel torsiyon sağ adneksiyal alanda biraz daha sık (% 65) görülür. Adneksiyel torsiyon tanısı zordur ve yüksek klinik şüphe tanı için kritik önemdedir. Adneksiyel torsiyon tipik olarak akut, tek taraflı alt karın ağrısı ile kendini gösterir. Ağrının karakteri keskin bir vasıfta olup torsiyonun derecesine bağlı olarak aralıklı veya sürekli olabilir. Ağrıya eşlik eden bulantı hissi sıklıkla (% 60) görülmekle birlikte kusma da ortaya çıkabilir.

Hastaların ilk başvuru anındaki klinik tablosu diğer patolojik durumları taklit edebilir. Adneksiyel torsiyonun ayırıcı tanısında pelvik kist veya kitle, pelvik inflamatuvar hastalık, over kist rüptürü, dejenere myom, ektopik gebelik, apandisit, divertikülit ve ürolitiazis yer almalıdır. Adneksiyel torsiyonun teşhisinde yardımcı olacak spesifik laboratuvar testi yoktur. Adneksiyel torsiyon ile başvuran



hastaların % 20-56'sında yüksek beyaz küre sayısı (>12 bin/ mm^3) tespit edilmiştir. Nekroz mevcutsa CRP seviyesinin yükselmesi daha olasıdır, ancak bu aynı zamanda spesifik olmayan bir belirteçtir. Klinik özelliklerin duyarlılığı ve özgüllüğü düşüktür. Bu nedenle akut karın ağrısı ile başvuran tüm kadınlarda adneksiyal torsiyon ayırıcı tanıda akılda bulundurulmalıdır. Tanı konulmasında doktorun klinik şüphesinin ön planda olması önemlidir.

Torsiyon hastalarında erken tanı koymak ve müdahale etmek organ fonksiyonunun korunması açısından önemli olmakla beraber, tanı koymada bazı güçlükler mevcuttur. Doppler USG ile preoperatif adneksiyal torsiyon tanısının %87 oranında konabileceğini bildiren yayınlar olmakla birlikte kan akımı kaybını %60 ile %73 arasında bildiren çalışmalar da mevcuttur. Bilgisayarlı Tomografi ve Manyetik Rezonans (MR) görüntüleme USG ile benzer tanı gücüne sahiptir. USG daha hızlı ulaşılabilir ve ucuz olmasından dolayı ilk tercih edilen yöntemdir. Acil ve ayırıcı tanısı gereken vakalar için BT ve MR görüntülemeler kullanılabilir.

Akılda tutulması gereken en önemli nokta; torsiyon tanısı için adneksiyel kitle olması şart değildir. Adneksiyel torsiyonun kesin tanısı ve tedavisi için önerilen yaklaşım şekli öncelikle tanısal laparoskopidir. Yönetiminde eğer viable bir over visualize ediliyorsa konservatif yaklaşıp detorsiyon önerilmektedir.

Bizim olgumuzda laboratuvar testleri ve görüntüleme yöntemleri ile ayırıcı tanıya ulaşamamamız üzerine tanısal laparoskopi operasyonu ile tanı koyduk ve tedaviyi tamamladık.

Sonuç: Over torsiyonunun kesin tanısını klinik olarak koymak her ne kadar zor olsa da dikkatli bir fizik muayane , anamnez ve görüntüleme ile zamanında müdahale edilebilir. Primer risk faktörü özellikle 5 cm ve üzeri adneksiyel bir kitle varlığı olsa da kitle olmaksızın da görülebilir. Kadın hastalarda over torsiyonu ayırıcı tanıda mutlaka akılda tutulmalıdır. Tanı konulmasında doktorun klinik şüphesinin ön planda olması önemlidir.

Anahtar Kelime: Akut Batın, Over Torsiyonu, Laparoskopi, Koruyucu Cerrahi



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-033

Anemi Varlığı Özkıyım Eylemi İçin Bir Risk Faktörü Olabilir Mi?

Gamze Gökalp¹, Emel Berksoy², Şefika Bardak², Tuğçe Nalbant², Şule Demir², Gülşah Demir², Mehmet Helvacı³

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, İzmir, Türkiye

²SBÜ Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Acil Kliniği, İzmir, Türkiye

³SBÜ Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İzmir, Türkiye

Giriş - Amaç: Adolesan yaş grubunda özkıyım ile ilgili düşünceler oldukça sıktır. Özkıyım girişimine yol açabilecek sosyal, psikolojik, tıbbi pek çok neden olabilir. Depresyon varlığı da başlı başına bir nedendir. Biz de buradan yola çıkarak çok sık rastlanan önlenebilir tıbbi bir neden olan anemik olma durumu ile özkıyım girişimi ve majör depresyon arasında bir ilişki olup olmadığını araştırmayı hedefledik.

Yöntem - Gereçler: Bu çalışma, çocuk acil servisine 01.01.2017-31.12.2017 tarihleri arasında özkıyım girişimi nedeniyle başvuran 0-18 yaş arası hastalar ve aynı yaş aralığında çalışmaya katılmayı kabul eden sağlıklı olgulardan oluşmuş, olgu-kontrol çalışması olarak dizayn edilmiştir. Her iki grubun demografik ve klinik verileri ile tam kan sayımı değerleri değerlendirilmiş ve iki grubun verileri karşılaştırılmıştır. Veriler SPSS paket programında analiz edilip, $p < 0,05$ 'in altındaki değerler anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya 110 olgu, 120 kontrol olmak üzere toplam 230 olgu dahil edildi. Kontrol grubunda 111'i(%92,5) olgu grubunun 105'ü (%95,4) kızdı. Olgu grubunun yaş ortalaması $15,1 \pm 2$ kontrol grubununki $15,7 \pm 1,3$ olup yaş ve cinsiyet açısından her iki grup arasında fark bulunmamaktadır. Tüm grubun serum hemoglobin düzeyi ortalaması $12,3 \pm 1,3$ (7,5-15) g/dl, kontrol grubunun ortalaması $12,5 \pm 1$ (10-14) g/dl saptanırken, olgu grubunun ortalaması $12,1 \pm 1,6$ (7,5-15) g/dl olarak saptandı. ($P=0,001$) Psikiyatrik hastalık varlığı yönünden değerlendirildiğinde majör depresyon tanısı alanların, olmayanlara göre hemoglobin, ortalama eritrosit hacmi, ortalama eritrosit hemoglobin konsantrasyonu düzeyleri anlamlı olarak daha düşük saptandı. (Sırasıyla $p < 0,01$, $p=0,07$ ve $p=0,02$)

Sonuç: Özkıyım girişiminde bulunan grupta anemi daha yüksek olarak saptandı. Özkıyım girişiminde bulunan ve majör depresyon tanısı alanlarda majör depresyonu olmayanlara göre daha yüksek oranda anemi saptandı.

Anahtar Kelime: Adolesan çağ, özkıyım eylemi, anemi



SS-034

Febril Konvülziyon Geçiren Ve Geçirmeyen Ateşli Hastalarda Pentraksin-3' Ün Değişimi

Şefika Bardak¹, Mine Cinbiş², Yaşar Enli³

¹İzmir SBÜ Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi

²Pamukkale Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.B.D

³Pamukkale Üniversitesi, Biyokimya A.B.D

Giriş - Amaç: Febril konvülziyon çocukluk çağında en sık görülen konvülziyon tipidir. Hastalarda ve ailelerde ciddi anksiyeteye neden olan febril konvülziyonların, pek çok risk faktörü bilinmesine rağmen gelişimi öngörülememektedir. Pentraksin-3 uzun pentraksinler ailesine dâhil olan, yeni nesil bir akut faz reaktanıdır. Bu çalışmada ateş yüksekliği ile başvuran hastalarda serum Pentraksin-3 düzeyinin febril konvülziyon için risk faktörü olup olmadığının gösterilmesi amaçlandı.

Yöntem - Gereçler: Araştırmamızda bir üniversite hastanesi çocuk acil polikliniğine getirilen 35 febril konvülziyonlu (basit/komplike) hasta ile yaş ve cinsiyet bakımından benzer, kronik hastalığı ve sürekli ilaç kullanımı olmayan, asıl yakınması üst solunum enfeksiyonuna bağlı ateş yüksekliği olan 35 hasta değerlendirildi. Tüm hastaların serum Pentraksin-3, üre, kreatinin, elektrolitler, C-reaktif protein, beyaz küre değerleri kaydedildi.

Bulgular: Febril konvülziyon geçiren hasta ve kontrol grubu arasında yaş ve cinsiyet açısından istatistiksel olarak farklılık yoktu ($p>0,05$). Her iki grup arasında serum üre, kreatinin, elektrolitler, C-reaktif protein, beyaz küre değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Febril konvülziyon geçiren hasta grubunda başvuru sırasında bakılan serum glukoz **düzeyi $115,6\pm 23,6$ mg/dL**, kontrol grubunda ise $96,5\pm 15,4$ mg/dL ($p<0,001$) saptandı. Hasta grubunda serum glukoz **düzeyi anlamlı olarak daha yüksek saptandı. Her iki grupta da tüm hastaların kontrol glukoz düzeyleri bir saat sonraki kontrolde normale döndü. Serum Pentraksin-3 düzeyi** febril konvülziyon geçiren hasta grubunda ortalama $4,8\pm 2,5$ ng/ml, kontrol grubunda ise $4,1\pm 2,3$ ng/ml bulundu. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0,05$). Pentraksin-3 düzeyi ile C-reaktif protein düzeyi ve beyaz küre sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı.

Sonuç: Bulgularımız Pentraksin-3 düzeyinin febril konvülziyon gelişiminin bir göstergesi olamayacağını düşündürmektedir.

Anahtar Kelime Febril konvülziyon, Pentraksin-3



SS-035

Çocuk Yoğun Bakımda Önemli Bir Yatış Nedeni Olan Akut Bilinç Değişikliği Tanılı Hastaların Değerlendirilmesi

Fatih Varol¹, Fatih Aygün²

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, İstanbul

Giriş - Amaç: Bilinç kişinin kendisinden ve çevresinden haberdar olması olarak tanımlanmaktadır. Akut bilinç değişikliği (ABD) acil bir durum olup prognoz etiyolojiye göre değişiklik gösterir.^(1,2)Çift taraflı talamus veya hipotalamik lezyonlarında korteks ile olan ilişki bozularak ABD gelişirken, ilaçlar ve metabolik hastalıklar hem korteks hem de ARAS fonksiyonları baskılayarak ABD'ne neden olur.⁽³⁾Akut bilinç değişikliği çocukluk çağında önemli bir acil başvuru nedenidir. Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl, yaklaşık 750,000 çocuk acil servise ABD tanısı ile başvurmaktadır.⁽⁴⁾ Akut bilinç değişikliği yapısal (birincil) ve sistemik (toksik metabolik) nedenler olarak iki ana başlıkta sınıflandırılmaktadır. Etiyolojik neden ne olursa olsun hızlı ve etkin tedavi edilmediğinde morbiditesi ve mortalitesi yüksektir. Tedavide en önemli nokta yaşamsal bulguların erken sağlanması ile ABD'ne neden olan birincil hasarın azaltılması ve sonradan gelişebilecek ikincil hasarın önlenmesidir.^(1,2) Ülkemizde çocuk yoğun bakıma (ÇYB) yatan hastalardaki ensefalopati sıklığı ve nedenleri ile ilgili yeterli bir veri yoktur. Bu çalışmada ÇYB'a ABD nedeniyle yatırılan hastaların demografik ve prognostik faktörlerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem - Gereçler: Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi ÇYB Ünitesi'ne 15 Ekim 2016 ile 1 Temmuz 2017 tarihleri arasında yatırılan hastaların verileri geriye dönük olarak incelendi. Hastaların yaşları, cinsiyetleri, tanıları, başvuru sırasında ateş durumu, yoğun bakım yatış süresi, entübasyon ve mekanik ventilatör gereksinimi, yatışı sonrasında ABD tedavisine yönelik kullanılan ilaçlar, cerrahi gereksinimi ve mortalitesi incelendi. Akut bilinç değişikliği nedenleri yapısal (birincil serebral bozukluklar) ve toksik metabolik (sistemik bozukluklar) nedenler olmak üzere iki gruba ayrılarak karşılaştırıldı. Daha öncesinde nörolojik hastalığı, epilepsi ve febril konvülsiyon tanısı olan hastalar çalışmaya alınmadı. Akut bilinç değişikliği gelişen hastaların izleminde febril konvülsiyon ve epilepsi tanısı konulması durumunda da çalışma dışı bırakıldı. İstatistiksel analizde SPSS programı (21.0 sürümü, IBM Company, SPSS Inc.) kullanıldı. Sürekli değişkenler ortanca (minimum-maksimum), kategorik veriler ise sıklık (n) ve yüzde (%) şeklinde belirtildi. İki grup arasındaki farklılıkların istatistiksel anlamlılığının değerlendirilmesinde ANOVA testi kullanıldı. İki nominal değişken arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde Pearson ki kare testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık p değerinin 0,05'in altı olarak kabul edildi. Çalışma Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik kurulunun 737 numaralı kararı ile onaylanmıştır. Hastalarımızın klinik ve laboratuvar verilerinin çalışmamızda kullanılması amacıyla sözlü onam alındı.

Bulgular: Çalışmamızda toplam 272 hasta dosyasına ulaşıldı ve 58 hastanın ABD nedeniyle ÇYB



yatırıldığı saptandı. Hastaların 29'u (%50) erkek, 29'u (%50) kız hastaydı. Yaş dağılımları iki ay ile 15 yıl arasında olup ortanca yaş 3 yıldır. Yirmi üç (%39.7) hastanın yatışında ateş de eşlik ediyordu. Ateşi olan hastaların 11'inde septik şok, 10'unda ise meningoensefalit tanısı konuldu. Yoğun bakım yatış süresinin ortanca değeri 5 (1-90) gündü. Hastaların 27'si (%46.6) entübe edilip mekanik ventilatöre bağlandı. İlaç tedavisi olarak 37 (%63.8) hastaya hipertonic salin ve 30 (%51.7) hastaya da antiepileptik tedavi uygulandı. Üç hastaya ekstraventriküler drenaj kateteri takıldı. İki hastaya kafa içi basıncı düşürmek için dekompresif kraniektomi yapıldı. Metabolik hastalık şüphesi olup etiyolojisi tam açıklanamayan ve beyin ödemi olan bir hastada heniasyon gelişti ve eks oldu. Akut bilinç değişikliği ile ÇYB'a yatırılan hastaların etiyolojisine irdelendiğinde 17'sinde (%29.3) septik şok ve dolaşım bozukluğu, 11'inde (%19) intrakraniyal kanama ve iskemi, 10'unda (%17.2) meningoensefalit, dokuzunda (%15.5) metabolik nedenler ve yedisinde (%12.1) ise ilaç intoksikasyonu ve diğer nedenler (%6.9) saptandı. Hastalarımızın demografik özellikleri Tablo-1'de görülmektedir.

Hastalar yapısal (birincil serebral) ve sistemik (toksik metabolik) nedenler olmak üzere iki gruba ayrılıp karşılaştırıldığında; PRISM-III skoru, inotrop ilaç ihtiyacı, eşlik eden ateş ve mortalite açısından istatistiksel anlamlı farklılık yoktu (Tablo-2). Kızlarda toksik-metabolik nedenler fazla iken, erkek hastalarda birincil serebral nedenler daha fazlaydı (p:0.017). Yapısal nedene bağlı ABD grubunun yaş ortanca değeri 0.9 yıl (2 ay-15 yıl) iken sistemik nedenli ABD grubunda 5 yıl (1 ay-15 yıl) olup sonuçlar istatistiksel olarak anlamlıydı (p:0.016). Yapısal nedenli ABD grubunda yoğun bakım yatış süresinin ortanca değeri 7 (2-90) gün, sistemik nedenli ABD grubunda yatış süresi 2 (1-90) gün olup, sonuç istatistiksel olarak anlamlıydı (p:0.049). Mekanik ventilatöre bağlanma açısından bakıldığında ise yapısal grupta 19 hasta ventilatöre bağlanırken sistemik grupta sekiz hasta bağlanmıştı (p:0.016). Anti-epileptik kullanımı yapısal grupta 24 hasta iken sistemik grupta altı hasta olup sonuç istatistiksel olarak anlamlıydı (p<0.001).



ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Tablo-1. Akut Bilinç Değişikliği İle Yoğun Bakıma Yatırılan Hastaların Demografik Dağılımı

	n (%)=58
Cinsiyet	
Kız	29 (%50)
Erkek	29 (%50)
Başvuru sırasında ateş	23(%39.7)
Entübasyon ve Mekanik Ventilator Kullanılan	27 (%46.6)
Kullanılan ilaç	
İnotrop	19 (%32.8)
Mannitol	18 (%31.0)
Hipertonik Salin	37 (%63.8)
Pentotal	5 (%8.6)
Steroid	11 (%19.0)
Antiepileptik	30 (%51.7)
Hastaların Tanıları	
Septik şok ve dolaşım yetmezliği	17 (%29.3)
Kanama ve İskemi	11 (%19)
Meningoensefalit	10 (%17.2)
Metabolik nedenler	9 (%15.5)
İlaç intoksikasyonu	7 (%12.1)
Diğer	4 (%6.9)
Ekstraventriküler drenaj	3 (%5.2)
Dekompresif kraniektomi	2 (%3.4)
Sekel Kalan Hasta	21 (%36.2)
Mortalite	1 (%1.7)
	Ortanca (minimum-maksimum)
Yaş (yıl)	3 (2 ay-15yıl)
Yoğun Bakım Yatış Süresi (gün)	5 (1-90)



ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Tablo-2 Etiyolojisine Göre Akut Bilinç Değişikliğinin Karşılaştırılması

Etiyolojik Neden	Primer Serebral (yapısal) (n=31)	Toksik ve Metabolik (sistemik) (n=27)	p
Cinsiyet			
Kız	11 (%35.5)	18 (%66.7)	0.017
Erkek	20 (%64.5)	9 (%33.3)	
İnotrop kullanımı	11 (%35.5)	8 (%29.6)	0.636
Mekanik ventilatör gereksinimi	19 (%61.3)	8 (%29.6)	0.016
Ateş varlığı	13 (%41.9)	10 (%37.0)	0.704
Anti-epileptik kullanımı	24 (%77.4)	6 (%22.2)	<0.001
Sekelli iyileşme	19 (%61.3)	2 (%7.4)	<0.001
Mortalite	1 (%3.2)	0 (%0)	0.179
	Ortanca (minimum-maksimum)		
Yaş (yıl)	0.9 (2 ay-15 yıl)	5 (1 ay-15 yıl)	0.016
PRISM-III skoru	25 (6-58)	20 (6-55)	0.759
Yatış süresi (gün)	7 (2-90)	2 (1-90)	0.049

Sonuç Bu çalışmada ABD tanısı ile ÇYB'a yatırılan hastalar retrospektif olarak incelendi ve yapısal beyin hasarına bağlı ABD gelişen grupta mekanik ventilatör gereksinimi, anti-epileptik kullanımı ve sekel gelişme sıklığı daha fazlaydı. Yapısal beyin hasarı grubunda yaş anlamlı düşük, yatış süresi de anlamlı uzundu. Kafa içi basınç artışı (KİBA) çocukluk çağında birçok nedene bağlı gelişen, acil müdahale ve tedavi edilmediğinde mortalite ve morbiditesi yüksek bir klinik durumdur. Tedavide amaç hem KİBA'nı kontrol etmek hem de neden olan birincil hastalığın düzeltilmesidir. Bu doğrultuda KİBA'ın düşürülmesinde ilaç tedavisi olarak en sık hipertonic salin ve mannitol kullanılmaktadır.⁽⁸⁾ Ayrıca oluşabilecek konvülsiyonların engellenmesi, gerekirse hastanın barbitürat komasına sokulması, ortalama arter basıncının yaşına uygun aralıkta tutularak ideal serebral perfüzyon basıncının sağlanması uygulanması gereken tedavi yaklaşımlarındandır. Bu nedenle serebral perfüzyon basıncını kontrol etmek için inotropik ilaç kullanmak gerekebilir. Steroid tedavisi tümör ve abse gibi sınırlı ödemi olan hastalarda önerilmektedir.^(9,10) Medikal tedavilere yanıtız hastalarda ise ektraventricüler drenaj sistemi (EVDS) veya dekomresif kraniyektomi gibi cerrahi müdahale yapılması gerekebilir.⁽⁹⁾ Yoğun bakım ünitemizde ABD tanısı ile yatırılan ve KİBA düşündüğümüz hastalarda medikal tedavi olarak en



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

sık hipertonic salin kullanıldı. Bu hastaların diğerk bir ortak noktasıda antiepileptik gereksinimlerinin fazla olmasıydı. Üç hastaya EVDS ve iki hastaya da dekompresif kraniyektomi yapılmak zorunda kalındı. Bir hasta tüm medikal tedavilere rağmen KİBA ve sonrasında gelişen beyin ödemi nedeniyle eks oldu. Hastaların neredeyse üçte birinde çeşitli düzeylerde nörolojik sekel kaldı. Hastaneden taburcu olan 21 sekelli hastanın uzun dönem izleminde dördü öldü. Böylece toplamda 58 hastanın beşi kaybedilmiş oldu. Ölen bu beş hastanın da ortak noktası yapısal yani birincil serebral nedenlere bağlı ABD ile ÇYB'a yatırılmış olmasıydı. Ölen diğerk dört hastadan ikisi inme, diğerk ikisi de beyin kanaması tanılıydı. Literatüre bakıldığında da ABD'ne bağlı mortalite ve morbiditenin yüksek olduğu ve etiolojinin mortalitede önemi bildirilmektedir. ⁽¹¹⁾

Sistemik nedene bağlı gelişen ensefalopatinin en sık nedenlerden birisi de sepsistir. ^(12,13,14) Septik ensefalopati olarak bilinen bu durum merkezi sinir sisteminin (MSS)'nin sepsis ile ilişkili olarak etkilenmesine bağlı uyku halinden deliryuma kadar değışen belirtiler ile seyreden ve mekanizması tam olarak açıklanamayan bir nörolojik bozukluktur. Bu durum sıklıkla çoklu organ yetmezliğı olan septik şok hastalarında görülür. ^(15,16) Bizim çalışmamızda da 17 hastada septik şok ve dolaşım bozukluğu vardı. Yoğun bakıma yatışı sırasında ateşli olan 23 hastaların 10'una meningoensefalit ve 11'ine de septik şok tanısı konuldu. Bu hastaların tümüne ensefalopati etiyojisine yönelik kraniyal görüntüleme ve lomber ponksiyon yapıldı. Sonrasında tüm hastalar Çocuk Nöroloji Poliklinik takibine alındı.

Akut bilinç değışikliğı yapısal ve sistemik nedenlere bağlı olarak iki gruba ayrılıp sınıflandırıldığında gruplar arasında PRISM-III skoru, inotrop kullanımı, eşlik eden ateş varlığı ve mortalite arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmadı (Tablo-2). Cinsiyet olarak kızlarda sistemik nedenler fazla iken erkek hastalarda yapısal nedenlerin sık olduğu görüldü. Yapısal nedene bağlı ABD grubunun yaş ortalaması daha düşük olup istatistiksel anlamlıydı. Yaş farklılığının nedenini doğuştan metabolik hastalıkların, travma ve merkezi sinir sistemi enfeksiyonlarının küçük çocuklarda daha fazla olmasına bağlı olabileceğini düşündük.

Yapısal nedenli ABD grubunda yoğun bakım yatış süresi istatistiksel anlamlı olarak yüksekti. Yapısal nedenli ABD grubunda daha fazla mekanik ventilatör ihtiyacının olması ve bu hasta grubunun sekel oranının yüksek olması yatış süresinin uzun olmasına neden olduğunu sonucuna varıldı. Sekelli iyileşmenin neredeyse tamamı yapısal ABD olan hastalarda görüldü. Anti-epileptik kullanımı da yapısal grupta anlamlı yüksekti. Çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar doğrultusunda ABD olan hastalarda etiyojik neden yapısal yani birincil serebral kaynaklı ise prognozun kötü, sekel oranının yüksek ve hastanede yatış süresinin uzun olacağını söyleyebiliriz.

Sonuç olarak, ÇYB hastalarında ABD sık karşılaşılan, mortalite ve morbiditeyi artıran nörolojik bir bozukluk olup, etiyojisi hastanın prognozunu belirleyen önemli bir etkidir.

Anahtar Kelime: akut bilinç değışikliğı, ensefalopati, çocuk yoğun bakım



SS-036

Hipoksik İskemik Ensefalopatiye Maruz Kalmış Yenidoğan Ratlarda Likofelon'un Nöroprotektif Etkisi

Serkan Kırık¹, Erdal Tařkın², Necmiye Canacankatan³

¹Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi

²Fırat Üniversitesi Tıp Fakóltesi Neonatoloji BD

³Mersin Üniversitesi Eczacılık Fakóltesi / Biyokimya Anabilim Dalı

Giriş - Amaç: Hipoksik iskemik ensefalopati (HİE) prenatal, natal ve postnatal faktörlerin etkisiyle oluşan ve sistemik hipoksi sonucu serebral kan akımının azalmasıyla gerçekleşen beyin hasarıdır. Tıp alanındaki tüm gelişmelere rağmen HİE' ye bağlı mortalite ve morbidite oranı halen yüksek olarak gözlenmektedir.

Günümüzde HİE tedavisinde sadece hipotermi destekleyici tedavi olarak mevcuttur. Bu çalışmadaki amacımız daha önceki HİE tedavi çalışmalarında tek başına siklooksijenaz inhibitörlerinin ve/veya tek başına lipoksijenaz inhibitörlerinin başarısı gösterilemediğinden, hem COX hem de LOX dual inhibitörü olan likofelonun HİE tedavisindeki etkisini göstermektir.

Yöntem - Gereçler: Bu amaçla Wistar cinsi sıçanlar kullanıldı. Deney hayvanları her grupta 7 hayvan olacak biçimde 4 gruba ayrıldı. Hİ grubundaki sıçanlara karotis ligasyonu uygulanarak hipoksiye maruz bırakıldı. Sonrasında gruplara likofelon, likofelon + allopurinol ve serum fizyolojik verildi. Deney sonunda sıçanlar anestezi altında dekapite edildi. Ardından sıçanların beyin dokuları hızla çıkarılıp TUNEL teknikleri uygulanarak boyandı. Sıçanlardan spektrofotometrik yöntemle Kaspaz 3, Kaspaz 8, Kaspaz 9 aktivitesi çalışıldı.

Bulgular: Çalışmamızda likofelonun apoptozisi kontrol grubuyla karşılaştırıldığında azalttığı tespit edildi. Kaspaz aktivitesi likofelon grubunda allopürinol+likofelon grubuna göre düşük tespit edildi.

Sonuç: Çalışmamızda likofelonun hipoksik iskemik hasar sonrası gecikmiş nöronal hasar incelendiğinde kaspaz aktivitesini ve apoptozisi azaltması yeni bir umut kaynağı olarak düşünöldü.

Anahtar Kelime: Hipoksik iskemik ensefalopati



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-037

Çocuk Acil Servisimize Başvuran İntihar Girişimlerinin Değerlendirilmesi

Aysun BOĞA

Sancaktepe EAH, Çocuk Kliniği

Giriş - Amaç: Günümüzde ergen intiharlarının sıklığı maalesef giderek artmaktadır. Çalışmamızda intihar girişimi olgularını değerlendirerek demografik özelliklerini belirlemeyi amaçladık.

Yöntem - Gereçler Nisan 2018- Haziran 2019 tarihleri arasında acil kliniğimize başvuran intihar girişimi olgularının dosyaları retrospektif olarak incelendi. Olguların yaş, cins, başvuru ayı, başvuru süresi ve zamanı, alınan ajan, bulgular, uygulanan tedavi yöntemleri, izlem süreleri ve yeri ile, varsa çocuk psikiyatri değerlendirmeleri kayıt edildi.

Bulgular: 15 aylık süre içerisinde izlenen 62 intihar girişimi vakası incelendi. Başvuruların 52'si (%83,9) kız, 10'u (% 16,1) erkekti. Olguların yaş ortalaması 179 ay idi. En küçük olgu 98 aylıktı. En fazla başvurunun 168-180 ay aralığındaki kızlarda olduğu görüldü. Vakaların % 47 si ilkbahar mevsiminde, 16:00-24:00 saat aralığında başvurmuştu. İlaç alımı ile hastaneye geliş zamanı arasındaki süre ortalama 200 dk idi. % 69,4 tekli ajan alımı, % 30,6 çoklu ajan alımı vardı. En sık (%25) Merkezi Sinir Sistemini etkileyen ilaçların alındığı tespit edildi. Başvuruda %93 hasta asemptomatikti. % 53,2 olguya destek tedavisiyle beraber aktif kömür ve mide lavajı uygulandı. Hastaların %74,2 si Acil serviste, % 25,8' yataklı klinikte izlendi.5 hastanın sevk edildiği görüldü. En sık sevk nedeni monitorizasyon ve yakın takip için yoğun bakım ihtiyacı olması idi. Çocuk psikiyatri değerlendirmesi yapılan hastalardan 4 hastanın mükerrer kez girişimleri vardı. Mükerrer girişimi olan vakaların 3 ü psikiyatrik tanı almıştı. İki vakanın ise ikiz kardeş olduğu öğrenildi.

Sonuç: İntihar kişinin kültürel, toplumsal, ruhsal ve ekonomik problemleri sonucunda istemli olarak yaşamını sonlandırmasıdır. Ülkemizde de önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Demografik özelliklerin belirlenmesiyle istenmeyen bu durumların önlenmesi ergenleri koruma çabalarında önemlidir. Çalışmamızda çocukların çoğunun psiyatrik rahatsızlığı olmadığı görülmüştür. Bu durum ergenin aile, okul ve çevresiyle ilgili sorunların giderilmesiyle intiharına engel olunabileceğini düşündürmektedir. Çocuk kliniği dışından diğer çalışmalara bakıldığında özellikle çocuk psikiyatrisi tarafından yapılan yayınlarda altta yatan psikiyatrik hastalıkların daha çok olması, çoğu çalışmanın klinikte yatan ve çocuk psikiyatrisi tarafından takip edilen hastalar üzerinde yapılmış olmasıyla açıklanabilir. Alınacak önlemler arasında ebeveyn eğitimi, okul aile iş birliği, özellikle eğitimdeki sınav kaygılarını azaltılması, sosyalleşmek için ergene imkan ve vakit tanınması önemlidir. Ayrıca intihar girişimde bulunan ergenin ilk olarak başvurduğu çocuk acil servislerinin düzenlenmesi, çocuk psikiyatri uzmanlarıyla iletişimlerinin sağlanması gereklidir. Bu konuda daha anlamlı ve güvenilir bilgi edinmek için daha geniş kapsamlı araştırmalara ihtiyaç vardır

Anahtar Kelime Ergen ,İntihar ,Çocuk Acil



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-038

Çocukluk Çağı Biküspid Aortik Kapak Takip Sonuçları ve Aortik Ölçümlerin Değerlendirilmesi: Tek Merkez Deneyimi

Şeyma Kayalı, Alkım Aktaş
Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş - Amaç: Biküspid aortik kapak , en sık doğumsal kalp hastalığı olup, aort stenozu , asendan aorta dilatasyonu ve aort kapak yetersizliği gibi durumlarla ilişkisi iyi bilinmektedir. Bununla beraber, çocukluk çağında hastalık gidişatı ile ilgili sınırlı bilgi bulunmaktadır. Bu nedenle, burada biküspit aort kapak tespit edilen çocuklarda, ekokardiyografik olarak değerlendirilen aortik ölçümlerin yanı sıra, takip sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem - Gereçler: Ocak 2016- Ağustos 2019 tarihleri arasında başvuran ve biküspit aort kapak tanısı alan olguların, tek çocuk kardiyoloji uzmanı tarafından gerçekleştirilen ekokardiyografik değerlendirmeleri retrospektif olarak değerlendirildi. Asendan aorta, sinus valsalva, aortik anulus ölçümleri ve z skoru değerlendirmeleri yanı sıra aortik kapakta yetersizlik, stenoz ve eşlik eden ek kardiyak anomali varlığı incelendi. Takip süresi içerisinde, anjiyografik girişim ve/veya operasyon gerektiren olgular kayıt edildi.

Bulgular: Çalışmada değerlendirilen 60 hastanın 47'si (%78) erkek idi. Ortalama yaş 10.9 yıl olarak tespit edildi. Son pediatrik kardiyoloji kontrolünde toplam 41 hastada (%68.3) aortik kapak yetersizliği mevcut iken, bu hastaların 8'inde (%13.3) orta ve ağır kapak yetersizliği tespit edildi. Toplam 25 (%41.7) hastada aort stenozu varlığı izlenirken, yalnızca 4 hastaya takip süresi içerisinde balon valvuler anjioplasti işlemi yapıldı. Aortik kapak replasmanı hiçbir hastaya takip süresince yapılmadı. Çalışma grubunun ortalama asendan aorta z skoru +1,14 olarak bulundu. On hasta (%16.6) ölçümünün z skoru +2'nin üzerinde olması nedeniyle asendan aorta dilatasyonu olarak kabul edildi. Takip süresince hiçbir hastada, infektif endokardit, aort disseksiyonu veya kalp nedenli ölüm saptanmadı .

Sonuç: Biküspit aort kapak bulunan çocuklarda primer kardiyak olaylar; erişkinlere göre daha nadir görülmekle beraber, genellikle aortik kapak stenozu ve yetersizliği ile ilişkilidir. Hafif ve orta düzeyde asendan aorta dilatasyonu çocuklarda yaygın görülmekle beraber, klinik gidişatı genellikle iyidir. Bununla birlikte biküspit aort kapak tespit edilen çocukların klinik izlem ve takibi, ciddi kardiyak olayların erken tespit ve tedavisi açısından önem taşımaktadır.

Anahtar Kelime: aort dilatasyonu,biküspid aort kapağı, çocuk, ekokardiyografi,konjenital kalp hastalığı



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-039

Üriner Enfeksiyonlarda Etkenlerin Görülme Oranı

Abdülkadir Bozaykut, Fatma Ceren Kırıl, Özge Yatır Alkan
Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş - Amaç: İdrar yolu enfeksiyonları (İYE), çocukluk çağıının sık görülen önemli bir sağlık problemidir. İYE, çocuklarda en sık karşılaşılan ikinci enfeksiyon ve en sık görülen genitoüriner hastalıktır(1). İYE lerin en sık klinik başvuru semptomu ateş olmakla birlikte, özellikle 2 yaş altı çocuklarda müphem klinik tablo nedeniyle piyelonefrit ve sistit ayrımı net bir şekilde ortaya konulamamaktadır. Yine bu müphem tabloya bağlı olarak hastane başvuruları gecikmekte, hastalığın komplike olmasına sebebiyet verebilmektedir. Çocukluk çağıında geçirilen üst üriner sistem enfeksiyonlarının sebep olabileceği böbrek hasarlanması, ilerleyen dönemlerde hipertansiyon ve böbrek yetmezliğine yol açabilmektedir(2).

Ayrıca İYE ler rekürrens özelliği de gösterebilmektedir. Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda ilk defa İYE geçiren kız çocukların ilk bir yılda %30 unda, ilk beş yıl içinde ise %50 sinde İYE rekürrensi görülmektedir(3). Özellikle rekürren İYE lerde altta yatan vezikoüreteral reflü, obstrüksiyon gibi anatomik bozuklukların olması başta kronik böbrek yetmezliği olmak üzere üriner komplikasyonların gelişmesine zemin hazırlamaktadır(4). Ülkemizde çocukluk yaş grubunda kronik böbrek yetmezliği etiolojisinde tekrarlayan İYE atakları ile kendini gösteren vezikoüreteral reflü hastalığı ilk sırayı almaktadır. Bu nedenle tekrarlayan İYE olgularında uygun görüntüleme yöntemleriyle erken tanı ve tedavi renal hasarlanmanın önüne geçilmesini sağlayabilmektedir.

Bu çalışmada Zeynep Kamil Kadın Doğum ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları kliniğimizde İYE tanısıyla yatarak tedavi alan 100 vakanın idrar kültürlerini etkene yönelik olarak inceleyerek, çocukluk yaş grubunda en sık rastlanan mikrobiyolojik etkenleri ve altta yatan anatomik patolojileri ortaya koymayı amaçladık.

Yöntem - Gereçler: Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi süt çocuğu ve büyük çocuk kliniklerinde idrar yolu enfeksiyonu tanısı ile 01.08. 2018-01.08.2019 yılları arasında yatarak tedavi alan 100 hastanın dosyaları geriye dönük taranarak yaş, cinsiyet, enfeksiyon etkeni ve üriner ultrasonografi bulguları ve tedavilerine yönelik olarak incelendi.

Bulgular: Süt çocuğu ve büyük çocuk kliniklerimizde 2018-2019 yılları arasında toplam 100 hasta yatarak idrar yolu enfeksiyonu tedavisi almıştı. Bu hastaların 75 tanesi süt çocuğu (%75), 25 tanesi büyük çocuktan (%25).

Büyük çocuk servisinde yatarak idrar yolu enfeksiyonu tedavisi alan hastalar cinsiyete yönelik olarak gruplandığında 20 tanesi kız(%80), 5(%20) tanesi erkekti. Ortalama yatış süresi 5-10 gün arasıydı. 25 hastanın 14 ünün idrar kültüründe üreme saptandı (%56). 12 hastada etken E.Coli idi(%85). Diğer sorumlu etkenler 1 hastada Metisilin resistans koagülaz negatif stafilokok, 1 hastada Klebsiella



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

pneumonia idi.

İdrar kültüründe etken gösterilen 14 hastanın 5 tanesinde anlamlı üriner ultrasonografi bulgusu mevcuttu (%35). 2 hastada bilateral böbrek parankiminde grade 1 ekojenite artışı, 1 hastada unilateral grade 2 ektazi, 1 hastada bilateral grade 2 ektazi, 1 hastada sağda grade 3 solda grade 4 ektazi mevcuttu.

İdrar kültüründe etken gösterilemeyen 11 hastanın 5 inde anlamlı üriner ultrasonografi bulgusu mevcuttu (%45). 1 hastada sol böbrek atrofik sağ böbrek ektopik, 2 hastada unilateral grade 2 ektazi, 1 hastada unilateral kalkül, 1 hastada bilateral böbrek parankiminde grade 1 ekojenite artışı mevcuttu. Süt çocuğu servisinde yatarak idrar yolu enfeksiyonu tedavisi alan hastalar cinsiyete yönelik olarak gruplandırıldığında 37 tanesi kız(49), 38 tanesi erkekti (%51). Ortalama yatış süresi 5-10 gün arasıydı. 75 hastanın 49 unun idrar kültüründe üreme saptandı (65). 26 hastada etken E.Coli idi (%53). Diğer sorumlu etkenler sırasıyla 11 hastada Klebsiella pneumonia (%22), 2 hastada Proteus mirabilis (%4), 2 hastada Enterobacter (%4), 2 hastada Geniş spektrumlu beta laktamaz üreten E.coli (%4), 1 hastada Enterococcus faecalis(%2), 1 hastada Morganella morgani(%2), 1 hastada Streptococcus agalactia(%2), 1 hastada E.coli ve Pseudomonas aeruginosa(%2), 1 hastada Klebsiella ve Enterobacter(%2), 1 hastada Citrobacter (%2) idi.

İdrar kültüründe etken gösterilen 49 hastanın 13 tanesinde anlamlı üriner ultrasonografi bulgusu mevcuttu (%26). 5 hastada unilateral grade 2 ektazi, 1 hastada bilateral böbrek parankiminde grade 1 ekojenite artışı, 1 hastada toplayıcı sistemde grade 1 ektazi, 1 hastada mesane duvar kalınlığı, 1 hastada grade 3 hidronefroz , 1 hastada unilateral grade 4 ektazi, 1 hastada bilateral kalkül, 1 hastada patent urachus , 1 hastada sol böbrekte ekojen granül mevcuttu.

İdrar kültüründe etken gösterilemeyen 26 hastanın 3 ünde anlamlı üriner ultrasonografi bulgusu mevcuttu(%11). 1 hastada unilateral grade 2 ektazi, 1 hastada grade 3 hidronefroz, 1 hastada bilateral böbrek parankim ekojenitesinde grade 1-2 artış mevcuttu.

Tedavilere yönelik tarandığında 39 hastada gentamisin, 22 hastada seftriakson, 20 hastada sefuroksim, 7 hastada amikasin, 5 hastada meropenem, 3 hastada ertapenem, 3 hastada ampisilin sulbaktam, 1 hastada seftazidim ile kür sağlandığı görüldü.

Sonuç: Çocukluk çağı üriner enfeksiyonları erken teşhis ve iyi tedavi edilmediği takdirde renal yetersizliğe yol açabileceği için önemli bir klinik durumdur.Çocukluk çağı İYE lerde tüm yaş gruplarında E. Coli en sık etken olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle 1 yaş altı tüm ateşli İYE lerde ve her yaş grubundaki rekürren İYE lerde alta yatabilecek anatomik problemler radyolojik görüntüleme yöntemleriyle araştırılmalıdır.

Anahtar Kelime idrar yolu enfeksiyonları, ateş, vezikoüreteral reflü



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-040

Maligniteli Çocuk ve Ergenlerde Kendi Hastalıklarına Yönelik Tutumun ve Tutumu Etkileyen Faktörlerin Saptanması

Emine Türkkın

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş - Amaç: Kronik hastalıklarda, çocukların kendi hastalıklarına yönelik geliştirdikleri tutum, hastalıkla başetmeyi ve tedaviye uyumu etkilemekte, negatif tutum geliştiren çocukların iyileşme süreci aksamaktadır. Çocuklarda hastalıklarına yönelik tutumun ölçülmesi ve tutumu etkileyen faktörlerin saptanması bu nedenle önemlidir. Maligniteli çocuklar ve ergenlerde, kendi hastalıklarına yönelik tutumun ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlandı.

Yöntem - Gereçler: Araştırma, tanımlayıcı tipte olup, bir eğitim ve araştırma hastanesinin, çocuk hematoloji ve onkoloji kliniğinde tedavi gören çocuk ve ergen hastalar araştırmanın örneklem grubunu oluşturdu. Araştırma verilerinin toplanmasında, "Sosyodemografik veri toplama formu" (SVF) ve "Çocuğun Kendi Hastalığına Yönelik Tutumu Ölçeği" (ÇKHYTÖ) kullanıldı. SVF, çocuklar ve ailelerine ait (çocuğun yaşı, cinsiyeti, annenin yaşı, annenin eğitim durumu, babanın yaşı, babanın eğitim durumu), ilk tanıdan beri geçen süre, tedavi evresi (yoğun tedavi-indüksiyon tedavisi/yoğun olmayan- idame tedavisi) gibi bilgileri saptamak için oluşturulan soruları içermektedir, ÇKHYTÖ ise kronik hastalığa sahip çocuklar için geliştirilen (1), çocuğun kendi başına doldurabileceği, beşli likert tipi değerlendirmeye sahip 13 maddeden oluşan bir ölçektir. Maddelerin puan ortalaması 1-5 arasında değişmekte, 1 ve 2 negatif, 3 nötral, 4 ve 5 ise pozitif tutumu göstermektedir. Gerekli izinler alındıktan sonra, tedavi gören çocuklara, servis veya poliklinikte buldukları sırada yüzyüze görüşme yöntemi ile ölçekler sunuldu ve sonuçlar SPSS programı ile istatistik değerlendirmeye alındı, %95 güven aralığında, $p < 0.05$ anlamlı kabul edildi.

Bulgular: 105 çocuğun, 58 i kız (%55), 47 si erkek (%45), yaş ortalamaları 14.6 (9-19 yaş) saptandı. ÇKHYTÖ puan ortalaması 2.3 ± 0.6 olarak belirlenerek negatif tutum saptanmış oldu. Sosyodemografik özellikler ile ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, yaş, cinsiyet, baba eğitim durumu, anne ve baba yaşı ile ölçek puanı arasında anlamlı ilişki saptanmazken ($P > 0.05$), annenin eğitim durumunun yüksekliği, ilk tanıdan beri geçen zaman, tedavinin yoğun evrede olmaması test puanlarını anlamlı olarak pozitif etkilemekteydi ($P < 0.05$).

Sonuç: Bilgimiz dahilinde, maligniteli çocuklarda ilk defa bu araştırmada çocukların kendi hastalıklarına karşı tutumları belirlendi. Kısıtlı sayıda, diğer kronik hastalıkları olan çocuklarda yapılmış araştırmalar vardır. ÇKHYTÖ, kronik hastalıklı çocuklar için Austin ve Huberty (1), tarafından geliştirilmiş, Ersun (2) tarafından epileptik çocuklarda Türkçe geçerliliği yapılmıştır. Çelebi (3) epileptik çocuklarda bizimkine benzer negatif tutum, Kahraman ve Bolışık (4) ise diyabetli çocuklarda nötr tutum bildirdiler. Negatif tutumu olan maligniteli çocuklarda, anne eğitim seviyesinin, tanıdan beri geçen zamanın ve tedavi yoğunluğunun önemi bu çalışmada ortaya çıkmıştır. Ölçeğin sadece maligniteli çocuklara özel



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI

KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

değil, kronik hastalıklar için geliştirilmiş genel bir ölçek olması ve hasta sayısının yüksek olmaması, çalışmanın kısıtlı yönleri olmakla birlikte, bir pilot çalışma olarak ilk defa maligniteli çocukların kendi hastalıklarına negatif bakış açısını ve bunu nelerin etkilediğini yansıtmaları açısından değerli olduğunu düşünmekteyim .Negatif tutumun hangi hastalarda olduğunun tedavinin başında saptanıp gerekli önlemlerin alınması , tedavi uyumu ve başarısı için gereklidir.

Anahtar Kelime Malignite, kendi hastalığına yönelik tutumu ölçeği, çocuk



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-041

Fertilite Koruyucu Yaklaşım Olarak Radikal Abdominal Trakelektomi Uygulanan Hastaların Klinikopatolojik Özellikleri-Sağkalım Analizi

Hamdullah Sözen

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın

Giriş - Amaç: Radikal abdominal trakelektomi serviks kanseri hastalarında uygulanan fertilitite koruyucu yaklaşımlardan biridir. Operasyon teknik olarak gelecekte fertilitite koruma avantajı sağlamak ile beraber literatüre göre rekürrens ihtimali radikal histerektomi ile aynıdır. Bu çalışmada kliniğimizde radikal abdominal trakelektomi yönteminin uygulandığı hastalardaki klinikopatolojik özellikler belirlenmesi, sağkalım analizi ve fertilitite sonuçlarının saptanması amaçlanmıştır.

Yöntem - Gereçler: Kliniğimizde 2009-2019 yılları arasında serviks kanseri tanısı bulunan ve radikal abdominal trakelektomi cerrahi prosedürü uygulanan 8 hastanın klinik-patolojik özelliklerini belirlemek, sağkalım analizi uygulamak ve yöntemin bu hastaların gelecek fertilitesine olan etkileri belirlemek için retrospektif inceleme yapılmıştır.

Bulgular: Ortanca takip süresi 86 ay olarak hesaplanmıştır. Hastaların ortanca yaşı 33 bulunmuştur. Hastaların %75 inde gebelik öyküsü bulunmamakta sadece bir hasta daha önceden doğum yapmış bulunmaktaydı. Hastaların %50'si evli idi. Preoperatif magnetik rezonans incelemede hastaların sadece ikisinde 2cm ve üstü tümör saptanmıştı. Patoloji piyesinde yine sadece 2 hastada tümör boyutu en yüksek çapı 2 cm üzeri olarak bulundu. Hastaların %50'si skuamöz hücreli karsinom olarak ve %37.5'inde lenfovasküler invazyon müsbet olarak rapor edilmiştir. Bir hasta Evre1a2, 5 hasta Evre 1b1, 1 hasta Evre IIa1 olarak evrenmiştir. İki hasta (%25) nüks geliştirmiş olup bu hastaların biri vagina bir diğeri pelvik yan duvardan nüks etmiştir. Bir hasta takiplerinde vefat etmiş olup 5 yıllık ortalama sağkalım %87.5 ile dünya literatürü ve radikal histerektomi sağkalımı ile eşittir. Hastalardan lenfovasküler invazyon tutulumu olan 3 hastanın ikisi (%66) nüks geliştirmiş olup lenfovasküler invazyon olmayan grupta (5 hasta) nüks izlenmemiştir. Sadece 3 hasta gebe kalmak için yardımcı üreme tekniklerine başvurmuş bu oran operasyon tarihinde evli hastalarda (%75) iken operasyon tarihine bekar olan hastalarda %0 dır. Operasyon sonrası komplikasyon olarak bir hastada servikal stenoz, bir hastada tubaovaryan abse, bir hastada da prematur menapoz izlenmiştir.

Sonuç: Radikal Abdominal Trakelektomi sağkalım olarak radikal histerektomi kadar başarılı bir yöntemdir. Bu yöntemde kliniğimizde yapılan araştırma sonucu lenfovasküler saha invazyonu rekürrens gelişim riskini artırmaktadır. Fertilitite devamlılığı amaçlanan bu yöntemin özellikle medeni durumu evli olan hastalarda daha yüksek motivasyon ile benimsendiği ve gebelik elde etmek için yardımcı üreme tekniklerine bu grup hastalarca daha sık başvurulduğu gözlenmiştir

Anahtar Kelime: Serviks kanseri



ULUSLARARASI KADIN DOğUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-042

Primer Dismenore Hastalarında Nötrofil Lenfosit ve Platelet Lenfosit Oranlarının Ağrı Skoru ile Karşılaştırılması

Mustafa Taş

Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi

Giriş - Amaç: Çalışmamızda Acıbadem Kayseri Hastanesi'ne başvuran dismenore olarak da bilinen ağrılı menstrüasyon, sağlık, sosyal ve ekonomik etkileri olan, sık görülen jinekolojik hastalıklardan biridir. Çalışmamızın amacı primer dismenore hastalarında Nötrofil Lenfosit (NL) ve Platelet Lenfosit (PL) Oranlarının ağrı skoru ile karşılaştırılmak ve NL veya PL oranlarının ağrı tedavi takibinde kullanmak.

Yöntem - Gereçler: Çalışmamızda Acıbadem Kayseri Hastanesine başvuran dismenore tanısı almış menstrüasyonun ilk 4 günündeki hastalardan (80 hasta) alınan tam kan sayımı parametreleri ile kontrol grubunda 80 sağlıklı kadında ağrı skorlamasına dayanarak verbal derecelendirme skoru (VDS) ile dismenore dereceleri (hafif-orta-ciddi) karşılaştırılması hedeflendi. Çalışmanın etik kurulu Acıbadem Üniversitesi etik kuruldan alındı. NLO ve PLO hastaların bakıldı ve SPSS 15.0 ile karşılaştırıldı. Grupların VDS ile bu oranları arasında korelasyon testi yapıldı.

Bulgular: Kontrol grubuna göre NL ve PL anlamlı olarak yüksekti ($p<0.05$). Diğer hematolojik parametreler arasında fark yoktu. VDS skoru kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksekti ($p<0.05$). NLO ve PLO arasında sperman korelasyon testi yapıldığında orta derecede anlamlı korelasyon mevcuttu (%66, $p<0.001$).

Sonuç: Yapılmış birçok çalışmada primer dismenorenin inflamasyonla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bundan dolayı antiinflamatuvarlar tedavide birinci tercihtir. Son yıllarda NLO ve PLO nun inflamatuvarı göstermede etkin olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada NLO ve PLO anlamlı olarak kontrol grubuna göre primer dismenoreli hastalarda yüksekti. Daha fazla hasta içeren çalışmalara ihtiyaç olsa da gerek ağrı skoru ile pozitif ilişkisi gerekse kontrol grubuna göre fark çıkmasından dolayı NLO ve PLO primer dismenore de biyokimyasal belirteç olarak kullanılabilir. Özellikle tedavi takibinde tedaviye cevap olup olmadığı hakkında bilgi verebilir.

Anahtar Kelime: Dismenore,verbal derecelendirme skoru , NLR, PLR



ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-043

Rotavirus Kaynaklı Akut Gastroenterit Tanılı Beş Yaş Ve Altındaki Çocuklarda Hastanede Yatış Süresini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

Narin Akıcı, Şeyma Ş. Kara
Haydarpaşa Numune EAH, Çocuk Kliniği

Giriş - Amaç: Rotavirus, çocuklarda akut gastroenterit nedenleri arasında ilk sıralarda yer alır ve önemli mortalite ve morbidite sorunlarına yol açar. Bu çalışmada rotavirus gastroenteriti tanısıyla hastanede yatan küçük çocuklarda "hastanede yatış süresi"ni etkileyen unsurların incelenmesi amaçlandı.

Yöntem - Gereçler: İstanbul'da Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniğine rotavirus antijeni (+) akut gastroenterit tanısıyla yatırılarak tedavi altına alınmış olan ve başka herhangi bir hastalığı olmayan beş yaş ve altındaki toplam 194 çocuk olgu araştırmaya retrospektif olarak dahil edildi. Çocukların hastanede yatış süreleri, çocukların bazı demografik özelliklerine, laboratuvar değerlerine, rotavirus aşısı yaptırma ve anne sütü alma durumlarına göre karşılaştırıldı.

Bulgular: Çocukların %59,3'ü erkek, yaş ortalaması $24,4 \pm 16,4$ ay, %17,0'si rotavirus aşılı idi. Çocukların hastanede ortalama yatış süreleri $3,1 \pm 1,9$ gündü (en kısa 1, en uzun 10 gün). Anne sütü alım süresi 6 aydan az olan çocukların daha uzun süre alanlardan, rotavirus aşısı olmayan çocukların aşıllılardan, kan grubu "A" olan çocukların diğer kan gruplarına sahip olanlardan, gaitasında lökosit görülen çocukların bu tetkikinde lökosit görülmeyenlerden, hastanede yatış sürelerinin daha uzun olduğu saptandı ($p < 0,05$). Hipopotasemi, hastanede yatış süresini anlamlı derecede artıran bir komplikasyondur ($p < 0,05$).

Sonuç: Rotavirus kaynaklı akut gastroenterit tanısıyla hastanede yatan küçük çocukların beşte birinden azının rotavirus aşılı oldukları anlaşılmaktadır. Çalışmada rotavirus aşısı yaptırmamış olmanın, kısa süre anne sütü almanın ve "A" kan grubu olmanın hastanede yatış süresini olumsuz etkileyen unsurlar olduğu; gaitada lökosit varlığının ve gelişebilecek hipopotaseminin söz konusu riski artırabileceği ortaya kondu. Bu tespitler, rotavirus kaynaklı akut gastroenteritli küçük çocukların tanı ve takip sürecinde göz önünde bulundurulması gereken kritik durumlara işaret etmektedir.

Anahtar Kelime: Akut diyare, Çocuk, Rotavirus, Aşı, Yatış süresi



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-044

Acil Serviste Çocukluk Çağı Ölümlerinin Değerlendirilmesi

Özgü Hançerli, Serkan Doğan, Esin Yıldız Aldemir, Utku Murat Kalafat, Özgü Hançerli, Merih Çetinkaya, Başar Cander

SBÜ.Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş - Amaç: Dünya Sağlık örgütü verilerine göre 5 yaş altı ölümlerin 5,6 milyondan fazla olduğu görülmektedir. Ölen çocuk sayısı ve ölüm nedenlerinin bilinmesi, toplumun sağlık durumunu yansıtan bir gösterge olup, koruyucu ve tedavi edici hekimlik alanlarında ileriye dönük önlemlerin planlanmada önemlidir. Bu çalışmanın amacı acil servise başvuran çocuk hastaların ölüm nedenlerini, demografik özelliklerini ve maliyet analizlerini inceleyerek ölüm oranlarını azaltacak önlemlerin belirlenmesini sağlamaktır.

Yöntem - Gereçler: Bu retrospektif çalışma, İstanbul S.B.Ü. Kanuni Sultan Süleyman EA hastanesi Acil servisinde yapıldı. Çalışmaya 01.01.16-31.06.18 tarihleri arasında acil servise başvuran 0-18 yaş hastalar alındı. Arrest olarak gelip ölü kabul edilen ve başvuru sonrası ilk 24 saat içinde ölen hastalar saptandı.

Bulgular: Acil serviste ilk 24 saatte gerçekleşen 82 ölüm vakasının ortalama yaşı $5,5 \pm 6$ yıl (0,03-204 ay) olup, %47,6'sı kız, %52,4'ü erkekti. En sık başvuru kış mevsimindeydi (Kış %35,4; ilkbahar %25,6; yaz %24,4; sonbahar %14,6). Ölümün %61'i mesai saati sonrası (16:00-08:00 saatleri) gerçekleşmişti. Olguların %68,3'ü 112 aracılığıyla, %31,7'si kendi imkanlarıyla başvurmuştu. Ölümün %69,5'i acil servise arrest olarak gelen hastalarda gerçekleşmiş, kalan %30,5 hasta acil servise başvuru sonrası ilk 24 saatte ölmüştü. Arrest halde gelen vakaların büyük kısmı 112 ile gelmişti ($p=0,036$) ve bunların %80'i ilk bir saatte ölmüşken arrest halde gelmeyenlerde bu oran %12 olup fark anlamlıydı ($p=0,001$). Olguların %74,4'ü travma dışı nedenlerle, %25,6'sı travma nedeniyle başvurmuştu. Travma vakalarının %90,5'i künt ($n=19$) travmaydı ve bunların %57,9'u yüksekte düşmeydi. Travma dışı nedenle başvuranların %39,3'ü kardiyak hastalıklar, %36,1'i solunumsal hastalıklar, %13,1'i santral sinir sistemi hastalığı, %8,2'si metabolik hastalık, %1,6'sı gastrointestinal hastalık ve %1,6'sı intoksikasyonlar nedeniyle olmuştu. Travma ve travma dışı sebeplerle ölenler arasında cinsiyet açısından fark yoktu. Travma nedeniyle ölenlerin daha çok yaz aylarında, travma dışı sebeplerle ölenlerin daha çok kış aylarında başvurduğu görüldü ancak fark istatistiksel olarak anlamlılık sınırındaydı ($p=0,05$). Travma dışı nedenlerle ölümler ilk 1 saat içinde gerçekleşirken travma ile başvuranlar 1-3 saat arasında ölmüştü. Geliş nedeni travma olan olguların maliyeti ($639,4 \pm 331$ TL), geliş nedeni travma dışı olan olgulara göre ($280,2 \pm 185,2$ TL) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p < 0,001$).

Sonuç: Bu çalışmada pediatri acil serviste ölen vakaların büyük kısmının solunumsal ve kardiyak sebepler başta olmak üzere travma dışı sebeplerle kış aylarında öldüğünü, travmaya bağlı ölümlerin ise daha çok yaz aylarında gerçekleştiğini ve travma dışı ölümlerin muhtemelen acile geç ulaşım nedeniyle ilk 1 saatte öldüğünü gösterdik. Travma nedeniyle ölümlerin maliyetini daha yüksek bulduk.

Anahtar Kelime: Acil servis, Ölüm, Pediatri



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-045

Preterm Prematür Membran Ruptürü Sonrası Amniyotik Membran İyileşmesi

Emre Ekmekci¹, Servet Gençdal²

¹Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş - Amaç: Preterm prematür membran ruptürü (PPROM), gebeliklerin yaklaşık% 1-3'ünde meydana gelmektedir ve erken doğumların önde gelen nedenidir. Prematürite ne kadar fazla olursa, neonatal morbidite ve mortalite de o kadar artmaktadır. Eğer PPRM 34. gebelik haftasında veya daha sonrasında ortaya çıkarsa gebeliğin sonlandırılması önerilen yönetim şeklidir (1). Birçok çalışmada amniyosentez sonrası amniyotik membran iyileşme (amniotic membranous resealing) oranları bildirilmiş olsa da, spontan membran ruptüründen sonra amniyotik membran iyileşme oranları hakkında çok fazla veri yoktur (2). Bu çalışmada amaç 20-34 hafta arası PPRM ile komplike olan gebeliklerde amniotik membran spontan iyileşme oranlarını tanımlamaktır. Ayrıca amniyotik membran iyileşmesi ile ilgili faktörler de değerlendirildi.

Yöntem - Gereçler: Çalışmaya Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Ağustos 2018 - Mayıs 2019 tarihleri arasında 20-34 hafta arası PPRM ile komplike olmuş, herhangi bir nedenle gebelik terminasyonu yapılmamış ve klinikte yatarak takip edilen tekil gebelikler dahil edildi. Hastalar ek endikasyon olmadığı sürece 34. gebelik haftasına kadar klinikte yatarak takip edilmiştir. Spontan amniyotik membran iyileşmesi gelişen olgularda hastalar 10 günlük izlem sonrası taburcu edilmiş ve gebelik spontan travay başlayana kadar izlenmiştir. Primer amaç PPRM sonrası spontan amniyotik iyileşme oranlarının tanımlanması idi. Amniyotik iyileşme için en iyi bekleme süresinin tespiti ikinci amaç olmuştur. Gebelik sonuçları spontan amniyotik iyileşme olan ve olmayan gruplarda değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya PPRM tanısı spekulum muayenesi ya da amniyotik sızıntı testleri ile doğrulanmış toplam 114 hasta dahil edildi. Bunlardan 6 olguda membran ruptürü sırasında gebelik yaşı 24 hafta öncesi ve 98 olguda ise 24 - 34 hafta arasıydı. 7 olguda spontan amniyotik membran iyileşmesi gerçekleşti. Amniyotik membran iyileşmesi olan olguların hepsinde amniyotik mayi gelişiminin kesilmesi membran ruptüründen sonraki ilk hafta içerisinde meydana gelmişti. Spontan membranöz iyileşme olan grupta daha uzun gebelik süreleri ve daha iyi yenidoğan sonuçları izlendi.

Sonuç: Membran ruptürü sonrası amniyotik membranları iyileştirmek için büyük çabalar sarf edilmiştir. Ancak yine de bu alanda her hangi bir başarı sağlanamamıştır. Spontan amniyotik membran iyileşmesi PPRM sonrası bu hasta grubu için en iyi şans gibi görünmektedir. PPRM sonrası özellikle viabilite sınırında ya da altında olan olgularda gebelik sonlandırma kararı vermeden önce en azından 48 saat süre ile amniyotik membran iyileşmesi açısından süre tanınması iyi bir seçenek olarak görünmektedir.



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI

KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Anahtar Kelime Preterm prematür membran rüptürü, gebelik sonucu, amniyotik iyileşme

Kaynaklar

1. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. The lancet. 2008;371(9606):75-84.
2. Gezer A, Parafit-Yalciner E, Guralp O, Yedigoz V, Altinok T, Madazli R. Neonatal morbidity mortality outcomes in pre-term premature rupture of membranes. Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2013;33(1):38-42.



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-046

İnvajinasyonda Yaş, Cins, Başvuru Süresi ile Morbiditenin İlişkisi

Olga Devrim Ayvaz, Cengiz Gül, Ayşenur Celayir
SBÜ, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları EAH

Giriş - Amaç: İnvajinasyon erken tanı konulup tedavi edilmezse yüksek morbidite ve mortaliteye sahiptir. Bu çalışmada, invajinasyonlu olgularda yaş, cins, başvuru zamanı ile morbidite arasındaki ilişkinin ortaya konulması amaçlandı.

Yöntem - Gereçler: Ocak 2013-2019 tarihleri arasında invajinasyon tanısıyla opere edilen hastaların kayıtları geriye dönük olarak değerlendirildi.

Bulgular: Altı yıllık sürede 16'sı kız(%31,4), 34'ü(%66,7) erkek toplam 51 olgu invajinasyon nedeniyle opere edilmişti. Ortalama yaş 24,8ay(1ay-16yaş) olup bir yaş ve altı 31(%60,8) olgunun ortalama yaşı 8±2,88 ay(1ay-12ay) idi. Başvuruda karın ağrısı 40'ında(%78,4), safralı kusma 30'unda(%58,8), rektal kanama 24'ünde(%47,1) mevcuttu. Semptomların başlama süresi ortalama 1,45gün(1-5gün) olup başvuru sıklığı Haziran ve Mart aylarında sırasıyla %19,6, %15,7 en yüksekti. 20'sinde(%39,2) invajinasyon kitlesi palpe edilmekteydi. Operasyonda invajinasyon tipi; iliokolik 44(%86,3), ileoileal 5(% 9,8), kolokolik 1(%2), jejunoileal 1(%2) olup invajinasyon segmentinin uzunluğu ortalama 85mm (14mm-400mm) idi. Ek olarak Meckel divertikülü 2(% 3,9) hastada mevcuttu. Operasyonda 40'ında(%78,4) manuel redüksiyon yapıldı, 9'unda(% 17,6) başlangıçtaki invajinasyonun spontan redüksiyon olduğu gözlemlendi. 38'inde(%74,5) appendektomi gerekti. 3.gün ve 1.gün başvuran iki olguda(%3,9) redüksiyonda perforasyon gelişti; 6 aylık olguda leading point yoktu, 16 yaşındaki olguda leading point olarak LAP mevcuttu. Ameliyat sonrası ortalama 5,25gün (2gün-17gün) taburcu edildiler. Mortalite veya invajinasyon tekrarı görülmedi. Postoperatif takipleri 45'inde(%88,2) sorunsuzdu. Dış merkezde başarısız pnömotik redüksiyon sonrası tarafımıza yönlendirilmiş 6 aylık erkek hastada manuel redüksiyon sonrası 3.gün barsak perforasyonu gelişti. 8 aylık erkek hastada 2,5.ay, brid ileusu nedeniyle operasyon gerekti. 31 aylık kız hastada yara yeri enfeksiyonu gelişti. 6 aylık ve 10 aylık iki erkek hastada erken dönem karın ağrısı nedeniyle yatırılarak gözlem gerekti. 35 aylık erkek hastanın terminal ileum kalınlaşmasının ultrasonik takiplerinde düzelmesi uzun sürdü. Morbid hastaların ortalama başvuru süreleri 1,33gün ile morbid olmayanların hastaların ortalama başvuru sürelerinin 1,47 gündü.

Sonuç: Erken başvuru ve erken tanı konulması invajinasyonda morbidite ve mortaliteyi azalttığı bilinmektedir; ancak çalışmamızda morbiditesi yüksek olan bir yaş altı erkek olgularımızın ortalama başvuru süresi ile morbid olmayanların karşılaştırılmasında anlamlı farklılık saptanmadı (p=0,412).

Anahtar Kelime: İnvajinasyon, morbidite, çocuk



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-047

Hemanjiom Yeri ve Propranolol Uygulama Yaşı Tedavi Başarısını Etkiler mi?

Olga Devrim Ayvaz, Cengiz Gül, Tuğçe Merve Orbay, Sırma Mine Tilev, Ayşenur Celayir
SBÜ, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları EAH

Giriş - Amaç: Propranolol, kapiller vazokonstrüksiyon, endotel hücrelerinde apoptozis artışı ve vasküler endotelial büyüme faktörlerinde azalma ile hemanjiomların küçülmesini sağlar; kullanım kolaylığı, yan etkilerinin azlığı, ekonomik oluşu ve tedaviye hızlı yanıt alınması hemanjiom tedavisinde tercih nedenidir. Bu çalışmada, hemangiomun tedavisinde propranolol uygulamasının sonuçlarını değerlendirildi.

Yöntem - Gereçler: Ekim 2016-Nisan 2019 arasında hemanjiom nedeniyle propranolol tedavisini alan hastalarda retropektif yapıldı. (Kardiyolojik muayene/ekokardiyografi; transfontanel/abdominal ultrason; lezyon ultrason/Doppler ultrasonu sonrası kliniğimizde yatırılarak oral 0,5mg/kg/gün propranolol tedavisi başlanılan olguların vital bulguları, kan basıncı ve kan şekeri takibine göre ilaç dozu 2 mg/kg/gün'e çıkılmaktadır. Aylık kontrollerinde hemanjiomun küçülmesi ve soluklaşma başarılı sayılmaktadır, üç aylık takipte küçülme olmazsa, tedavi başarısız kabul edilerek propranolol kesilmektedir).

Bulgular: Yaşları 6 gün ile 16 yıl arasında değişen 31 olgunun 19'u(%61,3) kız, 12'si(%38,7) erkekti; bir yaş altındaki 24(%77,4)'ünden 3'ünde(%9,7) prenatal karaciğer hemanjiomu saptanmıştı. Hemanjiomlar 17'sinde(%) baş-boyunda, 4'ünde(%) gövdesinde, 4'ünde(%) genital-glutealde, 4'ünde(%) iç organlarda, 3'ünde(%9,7) ekstremitelerde bulunmaktaydı. Hemanjiom boyutları 1cm² altında 3(%9,7), 1-3cm² arasında 16(%51,6), 3-6cm² arasında 9(%29), 6cm²'den büyük 3(%9,7) hasta bulunmaktaydı.

PFO 12'sinde(38.4%), ASD 1'inde(%3,2), MY 1'inde(%3,2), PDA 1'inde (%3,2), hafif AY 1'inde(%3,2), hafif PS 1'inde(%3,2) mevcuttu. Fontaneli açık 23 olguda Transfontanel Ultrason normaldi. Yenidoğan döneminde hipoglisemi öykülü olgu Mozaik Down Sendromluydu. Tüm hastaların yatışta ilk gün tansiyonları stabil seyretti ancak iki hastada 2. ve 3.gün hipotansiyon geliştiğinden doz azaltıldı; kan şekeri takipleri tüm olgularda stabildi.

Üçü baş-boyun biri gövde hemanjiomu olan 7, 8, 29 ve 90 aylık 4(%12,9) hastada tedavi etkisiz bulundu ve 3 aylık tedavi sonrası ilaç dozu azaltılarak kesildi. Tedaviye cevap veren 27 hastada boyutlardaki azalma stabilize olduğunda (ortalama 6.ayda) ilaç dozu azaltılarak kesildi, bir hastanın tedavisi 18 ay sürdü. Olgulardan 3'ünde(%9.6) ilaç dozunda azaltma yapıldığında lezyonda büyüme saptanması nedeniyle cerrahi önerildi.

Sonuç: Propranolol, hastaların vital bulguları, kan şekeri ve tansiyon takiplerinin yakın takibi ile karaciğer hemanjiomlarında dahi başarıyla uygulanabilir; tedavi başarısı yaş ve hemanjiom yerinden bağımsızdır.

Anahtar Kelime: Hemanjiom, Çocuk, Propranolol



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-048

Multipl Jejuno-İleal Atrezide Multipl Anastomoz ve Distal Stoma Refeeding Metodu

Serpil Sancar

Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş - Amaç: Multiple barsak atrezisi nadir görülen, ağır formları kısa barsak sendromu ile sonuçlanabilen morbiditesi yüksek bir yenidoğan cerrahi hastalığıdır. Multipl jejunoileal atrezi nedeniyle multipl anastomozla cerrahi tedavi uygulanan, beslenmesi ve barsak adaptasyonu distal stoma refeeding ile desteklenen ve kısa barsak sendromu olmadan sağaltımı sağlanan bir olguyu sunmayı amaçladık.

Yöntem - Gereçler: Yenidoğan multipl barsak atrezisi cerrahisinde uygulanan cerrahi yöntem ve distal stoma refeeding uygulamasının sonuçları bir olgu ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Antenatal megakolon tanılı 37 hafta miyadında 2860 gr yenidoğanın doğum sonrası fizik muayenede belirgin batın distansiyonu mevcuttu. Çekilen ayakta direkt batın grafisi distalde gaz geçişi olmayan proksimalde geniş barsak ansı olarak değerlendirildi. Akut batın tanısı ile laparotomi yapıldı. Treitzdan 35 cm distalde jejunal atrezi ileri derecede dilate proksimal jejunum vardı. Atrezi distali çekuma kadar birbirine fibröz bantlarla bağlı 6-7 adet sosis şeklinde 2 -3 cm çapında iki ucu kapalı barsak segmentleri ile kör sonlanıyordu ve bu segment torsiyone görünümdeydi. Proksimal dilate atonik segment daraltıldı. Distalde her iki ucu kapalı atretik barsaklar bir feeding üzerine iki ucu açılarak dizildi ve nekrotik birkaç barsak alanları eksize edilerek tüm atretik segmentler uç uca anastomoz yapıldı. Distal uç ileostomi olarak ağızlaştırıldı. Hastanın postoperatif 2. gün ileostomi getireni oldu ve altıncı gün beslendi. Proksimal stomadan gelen barsak içeriğinin distal stomadan verilmesi olarak uygulanan distal stoma refeeding yöntemi ile içeriğin emilimi ve distal barsak adaptasyonu sayesinde TPN uygulanmaksızın kilo alımı sağlandı. Postoperatif 6. ayda stoma kapatıldı. Beslenme, büyüme ve gelişimi yaşına uygun persentilde devam etmektedir.

Sonuç: Multipl atrezilerde ilk uygulanan cerrahide kullanılabilir tüm barsak segmentlerine özen gösterilmesi ve takibinde barsak adaptasyon sürecinde distal stoma refeeding yönteminin uygulanması kısa barsak sendromunu önlemede etkili olabilir.

Anahtar Kelime: Distal stoma refeeding, multipl intestinal atrezi, kısa barsak sendromu



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-049

Kısıtlı Gelişim Şüphesi Olan Fetuseda İlk Biyometri ve Doppler İndeks Ölçümlerinin Tanı ve Öngörü Gücü

Semir Köse

Buca Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi

Giriş - Amaç: Fetal gelişim kısıtlılığı şüphesi ile değerlendirilen olgularda ilk biyometrik ölçümlerin ve üç arteriyel sahadan elde edilen Doppler indekslerinin tanı ve öngörü gücünün test edilmesi hedeflenmiştir.

Yöntem - Gereçler: Ağustos 2016-Ocak 2019 arasında gestasyonel yaşa göre küçük fetus (GYGKF) / fetal gelişim kısıtlılığı (FGK) şüphesi ile konsültasyon istenen olgulara ait datanın retrospektif kesitsel bir analizi yapılmıştır.

Bulgular: İlk sonografik muayenede GYGKF/FGK öntanısı alan 352 olgudan 246'sı (%69.9) doğumda 10.persentilin altında (<10.p) ağırlığa sahipti. Erken başlangıçlı FGK olgularında tanısız doğruluk en yüksek idi; 30.gebelik haftasından önce konsulte edilen olguların %82.3'ü doğumda <10.p idi. Doğumda <10.p ağırlıkta olma tanısı için, karın çevresinin <10.p ölçülmesi en yüksek duyarlılığa (%81.9), tahmini fetal ağırlığın <3.p olması ise en yüksek özgüllüğe sahip fetal ölçümler idi. Biyometrik ölçümlere Doppler indekslerinin eklenmesi duyarlılığı azaltmış özgüllüğü ise arttırmıştır. En az bir Doppler anormalliğine sahip olgu sayısı gerçek pozitiflerde (doğumda <10.p) yalancı pozitiflerden (doğumda ≥10.p) daha yüksek sıklıkta idi; %36.9' a karşılık %22.6; p=0.008. Geç başlangıçlı GYGKF/FGK olgularında serebroplasental oran (SPO)<5 persentil olması yenidoğan yoğun bakım (YYB) ihtiyacı riskinde artış ile ilişkili bulunmuştur; OO:6.42 (%95 GA 2.24-18.40); p= 0.001.

Sonuç: İlk biyometrik ölçümler GYGKF/FGK tanısında yüksek duyarlılığa sahiptir. Doppler bulguları tanısız ve prognostik bilgiler sağlamıştır. SPO<5.p bulgusu fetal distres nedenli sezaryen doğum ve YYB ihtiyacı öngörüsünde önemli bir bulgu olarak saptanmıştır.

Anahtar Kelime Gestasyonel yaşa göre küçük fetus, gebelik yönetimi, fetal gelişim kısıtlılığı, fetal distres, serebroplasental oran



ULUSLARARASI
KADIN DOğUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-050

Vaccination Status in the Childhood and Families Level of Knowledge about Vaccination

Esra Polat¹, Feyza Yıldız²

¹Saęlık Bilimleri Üniversitesi Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Pediatrik Gastroenteroloji, İstanbul

²Saęlık Bilimleri Üniversitesi Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Pediatri, İstanbul

Background: The trends about vaccination and families' attitudes and level of knowledge is not assessed in detail previously in our country.

Material and Methods: A questionnaire was conducted in the pediatric clinics of our hospital to 100 consecutive mothers whose children were hospitalized and over 12 months old.

Results: Of the children, 48%(n=48) were female. The mean ages of the participant children, mothers and fathers were 4.56±2.5, 29.23±4.74 and 32.93±5.47, respectively. The birth orders of the children included were as follows: first born(n=60), second born(n=33), third born(n=6), and fifth born(n=1). Of the mothers, 23 had no literacy, 65 had primary school graduates, and 12 had high school or college graduates. Greatest ratio of the mothers and fathers were housewives(n=90) and self-employed(n=73), respectively. To the question "When does first vaccination given to a newborn?", 25 mothers answered "just after birth" while 36 replied "the first month". "When is the last routine vaccination conducted for children?" was mostly answered as "2 years old"(n=28) and "in the primary school"(n=27) by the mothers. The most memorable place where vaccination was conducted were health centers(n=93) while the most remembered vaccination was tuberculosis(n= 53). Of the mothers, 55% knew that some of the vaccinations were paid. The most familiar paid vaccination was varicella (n=24). Only 21% of the mothers confessed to get paid vaccination to their children and 26% participated in mass vaccination campaigns. Just 74% of the children had completed their all vaccinations while 26% had incomplete immunization.

Conclusion: The ratio of full vaccination is still far under the targeted 90-95%. More education is needed for childhood immunization with proper information strategies that are appropriate with the educational status of the mothers.

Keywords: children, pediatrics, vaccination, immunization, mother, questionnaire



ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-051

Parvovirus B19 Enfeksiyonu ile İlişkili Papülo Purpurik Eldiven Çorap Sendromu (Olgu Serisi)

Eren ÇAĞAN

Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş - Amaç: Papulo-purpurik eldiven çorap sendromu (PPEÇS) viral enfeksiyonlara karşı gelişen idiosenkrazik bir reaksiyondur. Bu sendrom *Parvovirus B19* başta olmak üzere, HHV6, *Kızamık, Koksaki B6* gibi bir çok virus ile ilişkilidir. Özellikle fizik muayenede purpurik lezyonlar hekimler için edişe verici bir durumdur. Bu hastalar genellikle meningokoksemi, Henoch Schönlein purpurası, immün trombositopenik purpura ve lösemi gibi tanılar ile ileri merkezlere yönlendirilmekte ve çok sayıda tetkik ve tedavi yapılmaktadır. Bu çalışmada amaç dikkatli bir fizik muayene, anamnez ve basit laboratuvar yöntemiyle tanı konabilecek az bilinen bu hastalığa dikkat çekmektir.

Yöntem - Gereçler: Ocak 2014 ve Haziran 2019 tarihleri arasında Gaziantep Çocuk Hastanesi ve Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Enfeksiyon Kliniği PPEÇS tanısı ile izlenen hastaların kayıtları geriye dönük olarak değerlendirildi.

Bulgular: PPEÇS tanısı konulan 11 hasta değerlendirildi. Bu hastaların % 82'si erkek, %18'i kız hastaydı. Ortalama yaş on üçtü. Tüm hastalar PPEÇS dışındaki ön tanılar ile yönlendirilmişti. Tüm hastalarda çeşitli seviyelerde ellerinde ve ayaklarında peteşiyal döküntü vardı. Hastaların % 45 eritem, %36 ateş , %36 oral lezyon, %36 gövdede döküntü, %36 ağrı, % 36 ödem, %36 prodromal semtomlar, %27 kaşıntı ve %27 lenfadenomegali vardı. Üç (%27) hastada lenfopeni, iki (%18) hastada hafif trombositopeni vardı. Dokuz hastada *Parvovirüs B19* Ig M pozitif saptanırken iki hastaya klinik olarak tanı konuldu. Hiçbir hastanın benzer hasta ile temas öyküsü yoktu. Tüm hastalarda kontrollerinde tam remisyon görüldü.

Sonuç: PPEÇS klinik olarak ağır hastalık düşündüren klinik semptomlarla ortaya çıkması nedeniyle hem hekim hem de hasta yakınlarında büyük kaygı oluşturmaktadır. Bu hastalığın klinisyenler tarafından tanınması gereksiz tetkik, tedavi yapılmaması ve gereksiz sevklerin önlenmesi açısından önemlidir.

Anahtar Kelime: Çocuk; İnsan Parvovirüs B19; Papülo-Purpurik Eldiven Çorap Sendromu; Peteşi



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-052

Prematüre Bebeklerde Hemoglobın Düzeyi ile Bronkopulmoner Displazi İlişkisi

Pelin DOĞAN

S.B.Ü. Bursa Yüksek İhtisas EAH

Giriş - Amaç: Bronkopulmoner displazi (BPD) pretermelerde sık görülen bir kronik akciğer hastalığıdır. Son yıllarda yenidoğan bakımındaki tüm gelişmelere rağmen preterm bebekler için halen önemini korumaktadır. BPD'nin patogenezeine birçok faktör etki etmektedir. Bu çalışmada, farklı zamanlarda alınan kan hemoglobın (Hb) düzeyinin preterm bebeklerdeki BPD gelişimi ile ilişkisini göstermek ve BPD gelişimini öngörmeye bir belirteç olarak kullanılıp kullanılamayacağını araştırılması hedeflenmiştir.

Yöntem - Gereçler: Retrospektif kohort şeklinde düzenlenen çalışmaya hastanemizin yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan 32 gestasyon haftasının altında doğan preterm bebekler dahil edilmiştir. Yatışı sırasında bronkopulmoner displazi alan hastalar grup 1, diğer hastalar grup 2 olmak üzere 2 grup belirlenmiştir. Hastaların kapiller Hb düzeyleri doğdukları ilk gün, 7. gün ve 14. gün olmak üzere toplam 3 kez kayıt edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya dışlanma kriterlerine göre değerlendirildikten sonra 65'i BPD, 93'ü BPD olmayan toplam 158 hasta alınmıştır. Grupların hemoglobın düzeyleri karşılaştırıldığında BPD gelişen grubun doğum hemoglobın ve 7.gün hemoglobın düzeylerinin anlamlı düzeyde daha düşük olduğu görülmüştür ($p < 0.05$). BPD'yi etkileyen faktörlerin incelenmesinde modele gruplar arasında farklı çıkan değişkenler ile doğum ve 7. gün Hb değerleri eklenmiştir. Tek değişkenli olarak yapılan analizde doğumda Hb anlamlı bulunmasına rağmen modele koyulduğunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$). Lojistik regresyon analizinde 7.gün Hb düzeyinin diğer değişkenlerin etkisi düzeltilerek analize dahil edildiğinde de istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (OR=0,468 %95CI (0,302-0,723), $p=0.001$). Doğum Hb değeri için ROC analizi uygulandığında "cut-off" değeri 18mg/dl belirlendiğinde; bu değer için duyarlılık %55, özgüllük %66 ve AUC değeri 0.61 olarak saptandı ($p < 0.05$). Yedinci gün Hb değeri için ROC analizi uygulandığında "cut-off" değeri 16.3 mg/dl belirlendiğinde; bu değer için duyarlılık %86, özgüllük %51 ve AUC değeri 0.74 olarak saptandı ($p < 0.05$). Doğum ve 7. Gün Hb ROC eğrileri karşılaştırıldığında 7.gün Hb değerinin BPD yi öngörmeye anlamlı düzeyde farklı olduğu görüldü ($p=0.009$)

Sonuç: Biz bu çalışmada yaşamın ilk günlerinde ölçülen hemoglobın düzeylerinin hastalarda BPD gelişimi ile ilişkisini gösterdik. Özellikle doğumda ve 7. günde ölçülen Hb seviyesi düşük olan çocuklarda BPD gelişiminin daha fazla olduğunu gözlemledik. Böylece Hb seviyesinin farklı mekanizmalarla akciğer dinamiklerine ve solunum sistemine etkisi olabileceğini değerlendirdik. Tüm bunlar sonucunda, Hb düzeyi BPD gelişimi için risk oluşturabilir ve Hb düzeyine bakılarak BPD gelişim ihtimali öngörülebilir.

Anahtar Kelime: bronkopulmoner displazi, hemoglobın, preterm



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-053

Prematüre Bebeklerde Bronkopulmoner Displaziyi Öngörmeye Eritrosit Dağılım Genişliğinin Önemi

İpek GÜNEY VARAL

S.B.Ü Bursa Yüksek İhtisas EAH

Giriş - Amaç: Bronkopulmoner displazi (BPD) prematürelilik ile ilişkili en önemli kronik pulmoner morbidite ve mortalite nedenlerinden biridir. Özellikle çok düşük doğum ağırlıklı (ÇDDA) bebeklerin yaşama oranları arttıkça, BPD gelişimi açısından risk altında olan hastaların sayısı da artmaktadır. Bu çalışmada eritrosit dağılım genişliğinin (RDW) BPD gelişimini öngörmeye bir belirteç olarak kullanılabilirliğinin araştırılması hedeflendi.

Yöntem - Gereçler: Retrospektif kohort şeklinde düzenlenen çalışmaya hastanemizin yenidoğan yoğun bakım ünitesinde (YYBÜ) yatarak tedavi görmüş, ≤ 32 gestasyon hafta olan vakalar dahil edildi. Çalışma kohortu izlemde BPD gelişen premature infantlar ve izlemde BPD gelişmeyen kontrol grubu olmak üzere 2 gruba ayrıldı. Hastaların demografik verileri ve postnatal ilk 3 saat içinde alınan tam kan parametreleri kaydedildi ve bu değerler ile BPD arasındaki ilişki araştırıldı.

Bulgular: Altı aylık süre içerisinde ≤ 32 gestasyon hafta 232 prematüre bebek YYBÜ'ne yatırılarak tedavi gördü ve dışlanma kriterleri sonrasında bu hastaların 78'i çalışmaya dahil edildi. BPD grubunda kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, doğum gestasyon haftası ve doğum ağırlığı oranlarının belirgin olarak daha düşük olduğu izlendi (sırasıyla; $p=0.001$, $p=0.002$). BPD grubunda maternal preeklampsi izlenme oranı kontrol grubuna göre anlamlı daha yüksek izlendi ($p=0.04$). Çalışma gruplarının hemogram parametreleri değerlendirildiğinde BPD grubundaki RDW değerlerinin kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu izlendi ($p=0.002$). Multivariate lojistik regresyon analizi ile modele BPD gelişimi üzerine etkili diğer değişkenler dahil edildiğinde doğumdaki RDW düzeyinin (OR= 11.986, %95CI 2.494-57.602, $p=0.002$) ve invazif mekanik ventilasyon süresinin (OR=1.429, %95 CI 1.127-1.811, $p=0.003$) anlamlı BPD prediktörü olduğu izlendi. Doğum RDW değeri için ROC analizi uygulandığında "cut-off" değeri %18 belirlendiğinde; bu değer için duyarlılık %81.5, özgüllük %84.78 ve AUC değeri 0.845 olarak saptandı ($p < 0.001$).

Sonuç: Çalışmamızda prematüre infantlarda RDW değerinin BPD yi öngörmeye önemli bir parametre olduğu izlendi. BPD açısından daha riskli bebeklerin erken dönemde tespit edilmesi önemlidir çünkü özellikle hayatın ilk haftasında BPD den koruyucu tedavi stratejilerin uygulanması hastaların uzun dönem sonuçlarını olumlu yönde etkileyecektir. RDW değeri gibi kolay erişilebilir ve maliyeti düşük olan ve BPD yi öngörmeye kullanılabilecek bir parametrenin prematüre infant izleminde kullanılması oldukça pratik bir yöntem olacaktır.

Anahtar Kelime bronkopulmoner displazi, eritrosit dağılım genişliği, preterm



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-054

Göğüs Ağrısı Şikâyeti ile Çocuk Kardiyolojisi Polikliniğine Başvuran Hastaların Değerlendirilmesi

Tunç Tunçer, Mehmet Karacı, Şirin Güven
Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Sancaktepe EAH

Giriş - Amaç: Göğüs ağrısı, çocuk hastalıkları, çocuk acil ve çocuk kardiyolojisi polikliniklerine sık başvuru nedenidir. Etiyolojide kardiyak nedenler çok düşük oranda rol oynamakla beraber yapılan tüm tetkiklere rağmen hastaların önemli bir kısmı idiyopatik olarak nitelendirilmektedir. Çalışmamızda bilinen etiyojik nedenler saptanmakla beraber daha çok veri içeren analitik çalışmalara zemin hazırlayabilecek olası bir ilişkiden de bahsetmeye çalıştık.

Yöntem - Gereçler Mart 2018 ile Haziran 2019 tarihleri arasında polikliniğe göğüs ağrısı şikâyeti ile başvuran hastalar dosya tarama yöntemi ile geriye dönük olarak değerlendirildi. Tüm hastalara fiziki muayene, ekg, telekardiyografi ve ekokardiyografik değerlendirme yapıldı.

Bulgular: Saptanan 706 hastanın % 42'si erkek, %58'i kız idi. Yaş ortalaması 11 yaş 8 ay, en küçük hasta 4 yaş 8 aylıktı. Hastaların %63'ünde herhangi bir patoloji saptanmaz iken % 10 kas iskelet sistemi, %15 pulmoner sistem özellikle astım, % 7 gastrointestinal sistem özellikle reflü, % 3 kardiyak kaynaklı ve % 2 psikojenik nedenler olarak sınıflandırıldı. Kardiyak nedenler içinde mitral kapak prolapsusu %33, mitral yetersizlik % 27, aort stenozu %20, miyokardit %10, aritmiler % 7 ve diğer nedenler %3 olarak saptandı. Sadece kardiyak nedenli ağrılarda ağrı karakteri baskı tarzında, eforla ilişkili, beraberinde presenkop, senkop, nefes darlığı, terleme ve siyanoz mevcuttu. İlginç ve rastlantısal olarak muayene ve tetkikler sonrasında idiyopatik olarak değerlendirilen 67 hastanın polikliniğe başvurmadan önce vitamin b12 düzeylerinin çalışılmış olduğu fark edildi. Bu hastalara çocuk kardiyoloji polikliniğine başvurmadan önce genel pediatri polikliniklerinde çabuk yorulma, halsizlik gibi şikâyetler nedeni ile vitamin B12 düzeyleri çalışılmıştı. 67 hastanın 15 tanesinde göğüs ağrısı şikâyeti ile başvurduklarında vitamin B12 vitamini eksikliği tespit edilmişti ve tedavi sonrası kontrole geldiklerinde göğüs ağrısının geçtiği saptandı. Hatta bir hasta B12 tedavisi sonrası göğüs ağrısının geçtiğini ancak tekrar B12 vitamini eksikliği geliştiğinde yeniden göğüs ağrılarının başladığını ifade etti.

Sonuç: Göğüs ağrısı, çocuk ve adölesanlarda sık karşılaşılan bir yakınma olup prospektif çalışmalarda poliklinik ve acil başvurularının % 0.25 ila % 0.6'sını kapsamaktadır (1,2). Nadiren kalp kaynaklı olup ağırlıklı idiyopatik nedenler %12-61, kas iskelet sistemi % 7-69, solunum sistemi %13-24, gastrointestinal sistem % 3-7, psikojenik %5-9 ve kardiyak nedenler % 2-5 şeklindedir (3). Bulgularımız literatür ile uyumludur ancak hali hazırda literatürde göğüs ağrısı ve vitamin B12 eksikliğinden bahseden bir çalışma bulunmamaktadır. Çalışmamızda fark ettiğimiz göğüs ağrısı ve vitamin B12 eksikliği birlikteliğinin olası ilişkisinin ortaya konabilmesi için daha çok verinin toplandığı analitik bir çalışma yapmayı planlamaktayız.

Anahtar Kelime göğüs ağrısı



ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-055

Patients With Complex Chronic Conditions and Their Palliative Care Needs in a Pediatric Tertiary Care Hospital in Turkey

Fatma Zehra Öztekin Çelebi, Saliha Şenel

Dr. Sami Ulus Kadın-Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları EAH

Introduction and Aim: Health care of children with complex chronic conditions (CCC) constitutes an evolving and a challenging part of practices in pediatrics. These children need end-of-life services such as palliative care. Pediatric palliative care (PPC) centers, which are needed all over the world, are very few in Turkey. The aim of this study was to identify the frequency of patients with CCC among all hospitalized children at our general pediatrics services and to describe the demographics, diagnosis, clinical spectrum, long term care needs and mortality data of patients with CCC.

Materials and Methods: The hospitalizations in 2018 at general pediatrics services in Dr. Sami Ulus Maternity, Children's Health and Diseases Training and Research Hospital were screened retrospectively. Patients' hospitalization diagnoses, gender, age, comorbid conditions, number of emergency admissions in 2018, pediatric intensive care unit (PICU) needs, mortality rates, the number of hospitalizations in 2018 were investigated.

Results: A total of 1591 patients were hospitalized for 2083 times. 145 of 1591 patients (9%) had CCC. Patients with CCC were hospitalized for 472 times (472/2083, 23% of all hospitalizations). The median number of emergency admissions and the median number of hospitalizations in patients with CCC was significant higher than those in patients without CCC. The median length of stay in patients with CCC was longer than the median length of stay in patients without CCC. Significant more patients with CCC needed PICU admission than the patients without CCC. Mortality during hospitalization was 10% (n=15) in patients with CCC and 0% in patients without CCC. 36 of the patients with CCC were in need of respiratory support. 34 of the patients were fed with nasogastric tube and 17 of them were fed via percutaneous endoscopic gastrostomy.

Conclusion: Patients with CCC hospitalized frequently and longer; had increased emergency and PICU admissions; and special long-term care needs. Pediatricians who pioneer care children with CCC need education, training and coordinated support to ensure qualified care to these patients.

Keywords: complex chronic condition, home health care service, pediatric palliative care



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-056

Penisilin Alerjisi Ön Tanılı Otuz Sekiz Olgunun Değerlendirilmesi

Eren ÇAĞAN

Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş - Amaç: İlaçlara karşı oluşan immünolojik reaksiyonlar ilaç alerjisi olarak adlandırılmaktadır. İlaç alerjileri çoğunlukla cilt bulguları ile ortaya çıkmaktadır. Penisiline karşı ilaç reaksiyonu %1-10 arasında bildirilmektedir. Ancak yaşamı tehdit eden anaflaktik reaksiyon yaklaşık %0.03 civarındadır. Hastaların yaklaşık %10 kadarı penisilin alerjisi olduğunu iddia etmektedir. Ancak çalışmalarda bu hastaların yaklaşık %90'unda penisiline karşı alerjisi olmadığı gösterilmiştir. Ülkemizde çok sayıda hasta kendisi ve/veya sağlık profesyonelleri tarafından penisilin alerjisi olduğu düşünülerek son derece etkin ve ucuz ilaç tedavisinden mahrum kalmaktadır. Bu çalışmanın amacı penisilin alerjisi olduğunu iddia eden hastaları gerçek bir alerjik reaksiyon olup olmadığını değerlendirmektir.

Yöntem - Gereçler: Ocak 2016 ve Mayıs 2019 tarihleri arasında penisilin alerjisi olduğunu söyleyen hastalar değerlendirildi. Hastanın fizik muayene bulguları, laboratuvar bulguları, enjeksiyon öncesi sonrasındaki şikayet ve bulguları incelendi. Hastanın alerji tanısı almadan önce ve aldıktan sonra kullandığı antibiyotikler sorgulandı.

Bulgular: Bilgileri net olarak elde edilen 38 hasta çalışmaya dâhil edildi. Hastaların tümüne enjektabl penisilin reçete edilmişti. On dört hastada enjeksiyon öncesi yapılan deri testinde şüpheli reaksiyon olması, 15 hastada enjeksiyon sonrası baygınlık hissi olması, dört hastada enjeksiyon yerinde şişlik, kızarıklık olması, üç hastada döküntü olması, bir hastada dudak çevresinde, ellerde ve ayaklarda morarma ve soğukluk olması, iki hastada aşırı ajitasyon olması nedeniyle penisilin alerjisi düşünülmüştü. Hastaların dokuzuna tanı sonrasında tekrar depo penisilin uygulaması yapıldığı ve herhangi bir reaksiyon olmadığı, 25 hastanın ise oral ve/veya parenteral beta laktam antibiyotik kullandığı ancak hiçbir reaksiyon gelişmediği öğrenildi. Dört hasta beta laktam antibiyotik almamakla birlikte alerjik reaksiyon düşünülmeydi.

Sonuç: Tıbbi uygulama pratiğinde ilaç uygulaması sonrasında gelişen reaksiyonların çoğu alerji olarak değerlendirilmektedir. Bu kanı penisilin için oldukça yaygındır. Bu çalışma ile gösterilmiştir ki enjeksiyon öncesi yapılan deri testlerinin penisilin alerjisini göstermekteki yeri sınırlıdır ve iyi bir klinik değerlendirme ile ileri tetkikler gereksizdir hastaların penisilin alerjisi olup olmadığına büyük oranda karar verilebilir.

Anahtar Kelime alerji, anaflaksi, çocuk, penisilin



SS-057

Does Maternal Serum Resistin/Lipocalin 2 Levels Differ Between Gestational Diabetes Mellitus And Controls? How Does BMI Affect Resistin and Lipocalin 2 Levels?

Gülşah Tiryaki Güner¹, Sezin Aksakal¹, Salim Erkaya¹

¹ Department of Perinatology, University of Health Sciences Etlik Zubeyde Hanım Women's Health Training and Research Hospital, Ankara

Objectives: The objective of our study is to determine whether there is a difference between pregnant women diagnosed with Gestasyonel Diabetes Mellitus (GDM) and healthy controls in terms of resistin and lipocalin-2 levels between the 24-28th weeks of pregnancy. Second objective is to determine whether there is a difference in terms of resistin and lipocalin-2 levels when both groups (GDM and healthy pregnant) are classified according to their BMI (normal, overweight, obese).

Methods: The study included 75 singular pregnant women diagnosed with GDM between 24th-28th week of their pregnancy and 75 singular non-diabetic pregnant women at Etlik Zubeyde Hanım Women's Health Training and Research Hospital's outpatient clinics. This study was conducted with the approval of Ethics Committee of Health Sciences University Etlik Zubeyde Hanım Women's Health Training and Research Hospital's (Approval No: 2017/05). Body Mass Index (BMI), demographic data, ultrasonographic measurements, serum resistin and lipocalin-2 levels of surveyed individuals were measured. Both groups of patients were divided into 3 groups in accordance to BMI as normal ($BMI \leq 25$ kg/m²), overweight ($25 > BMI < 30$ kg/m²) and obese ($BMI \geq 30$ kg/m²). We investigated whether there was a difference in the levels of resistin and lipocalin-2 within these 3 groups.

Results: The age, body weight and BMI of GDM group were significantly higher than healthy controls. There was no statistically significant difference between GDM group and controls in terms of gravida, parity, living child, abortus and number of stillbirth, previous birth type, height, pregnancy weight, blood type, smoking status and placenta placement ($p > 0.05$) (Table 1). Lipocalin-2 levels of GDM group was significantly higher than healthy controls ($p < 0.05$). There was no statistically significant difference of resistin values between GDM group and controls. ($p > 0.05$). There was no statistically significant difference between BMI groups in terms of both resistin and lipocalin-2 values in both GDM and control group ($p > 0.05$) (Table 2).



ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Table 1: Between GDM Patients and Control Group Distribution of Some Descriptive and Clinical Characteristics

	GDM (n=75)	Control (n=75)	p
Age (year) , mean±SD (min-max)	31.4±4.9 (18-42)	27.8±5.2 (18-40)	<0.001*
Gravida , mean±SD (min-max)	2.5±1.3 (1-7)	2.4±1.3 (1-7)	0.386**
Parity , mean±SD (min-max)	1.1±1.0 (0-6)	1.0±1.0 (0-4)	0.584**
Living child , mean±SD (min-max)	1.1±1.0 (0-6)	1.0±1.0 (0-4)	0.522**
Abortion mean±SD (min-max)	0.4±0.6 (0-3)	0.3±0.6 (0-3)	0.060**
Stillbirth mean±SD (min-max)	0.01±0.11 (0-1)	0.05±0.28 (0-2)	0.309**
Ectopic Pregnancy , n (%)	0	2 (2.7)	----
Previous Birth n (%)			
SVD	28 (53.8)	29 (60.4)	0.507#
CS	24 (46.2)	19 (39.6)	
Body Weight(kg) , mean±SD (min-max)	74.9±11.7 (40-100)	71.6±13.3 (50-120)	0.043**
Height(cm) , mean±SD (min-max)	159.2±6.3 (145-180)	161.5±6.6 (149-179)	0.051**
BMI (kg/m2) , mean±SD (min-max)	29.5±4.4 (19.0-39.1)	27.4±4.8 (18.9-44.1)	0.006*
Normal Weight, n (%)	11 (14.7)	29 (38.7)	
Overweight, n (%)	34 (45.3)	27 (36.0)	0.003#
Obese, n (%)	30 (40.0)	19 (25.3)	
During pregnancy Taken Weight , mean±SD (min-max)	7.12±4.3 (0-18)	7.2±3.8 (0-15)	0.904*
Blood Group , n (%)			
A rh (+)	24 (32.0)	29 (38.7)	0.393#
A rh (-)	5 (6.7)	3 (4.0)	0.719##
B rh (+)	8 (10.7)	10 (13.3)	0.615#
B rh (-)	1 (1.3)	1 (1.3)	1.000#
AB rh (+)	3 (4.0)	8 (10.7)	0.117#
0 rh (+)	30 (40.0)	23 (30.7)	0.232#
0 rh (-)	4 (5.3)	1 (1.3)	0.367##
Smoking Status n (%)			
No smoking	61 (81.3)	66 (88.0)	0.346#
Smoking	9 (12.0)	4 (5.3)	
Used Before Pregnancy	5 (6.7)	5 (6.7)	
Placental placement , n (%)			
Anterior	36 (48.0)	39 (52.0)	
Posterior	31 (41.3)	27 (36.0)	
Right lateral	5 (6.7)	4 (5.3)	0.800#
Left lateral	3 (4.0)	5 (6.7)	
Family History , n (%)	37 (49.3)	0	<0.001#
GDM in previous pregnancy(n=143) , n (%)	15 (21.7)	0	<0.001#

SD: Standart deviation; n: number of pregnant women; %:Column Percantage; BMI: :Body Mass Index; *Student's T Test; **Mann-Whitney U Test; #Chi-Square Test; ##Fisher Exact Test



ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Table 2: Distribution of Resistin and Lipocalin-2 Values among BMI Groups in pregnant with GDM and Control Group

		Resistin mean±SD	Lipocalin 2 mean±SD
GDM (n=75)		699.4±218.5	2.86±0.94
Control (n=75)		664.3±259.0	2.51±1.17
	p	0.178**	0.044*
GDM	BMI (N)		
	Normal (11)	635.3±184.3	2.40±0.64
	Overweight(34)	722.0±218.6	3.00±0.78
	Obese(30)	697.3±231.6	2.87±1.14
	p	0.363 °	0.183 °
Control	BMI (N)		
	Normal(29)	615.7±233.1	2.16±1.09
	Overweight(27)	661.9±212.1	2.63±1.06
	Obese(19)	741.9±351.0	2.85±1.34
	p	0.551 ° °	0.104 °

SD: Standard deviation; n: number of pregnant women; BMI:Body Mass Index; *Student's T Test; **Mann-Whitney U Test ° One-way analysis of variance (ANOVA); ° ° Kruskal Wallis Test

Conclusion: Looking at the literature it was the first prospective study that investigate the presence of resistin and lipocalin 2 values in pregnant women with GDM. Maternal serum lipocalin-2 levels are significantly increased in pregnant with GDM. Resistin levels of GDM are increased than controls but this rise is not statistically significant. In addition, lipocalin-2 and resistin levels were not associated with BMI in both GDM and control groups. These results suggest that the blood levels of resistin and lipocalin-2 may not only directly related to the amount of adipose tissue, but also related to the other sources, especially placenta. Maternal BMI may not contribute to plasma resistin and lipocalin-2 levels during pregnancy. More prospective studies are needed to understand the role of these and other adipokines in the pathogenesis of gestational diabetes.

Key Words: RESİSTİN, LİPOKALİN 2,GDM,BMI



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-058

Çocuklarda Lösemi ve Lenfoma İnsidansı ve Genel Yaşam Süreleri 2002 -2016, Antalya

Oya DİRİCAN, Ünal Hülür
Antalya İl Sağlık Müdürlüğü

Giriş - Amaç: Amacımız, ilimizde hematolojik kanserlerin insidans eğilimini görmek ve bazı prognostik faktörlerin sağ kalım üzerine etkilerini incelemektir.

Yöntem - Gereçler: Antalya ikametli 2002-2016 yıllarında kanser tanısı alan 0-14 yaş çocuklardan oluşan veri kaynağı, toplum temelli, aktif sistemle veri toplayan Antalya Kanser Kayıt Merkezinin veri tabanıdır (Can-Reg4 Programı). Kanser türü sınıflamasında Uluslararası Çocuk Kanserleri Sınıflaması (ICCC?) kullanılmıştır. İnsidans hızları Can-Reg4 programı üzerinden milyonda olarak hesaplanmaktadır ve dünya nüfusu kullanılmaktadır (Yaşa Standardize Hız, YSH). Kayıtlarda belirlenen bazı prognostik faktörlerin 1 yıllık, 5 yıllık ve 10 yıllık kümülatif sağ kalım (KSK) ve genel sağ kalım (GSK) üzerine etkileri araştırıldı. Sağ kalım süreleri yıl olarak hesaplandı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Ki-Kare bağımsızlık testi, GSK analizleri ile sağ kalım eğrilerinin elde edilmesinde Kaplan-Meier yöntemi kullanıldı ve Log-rank testi ile karşılaştırma yapıldı. Log-rank testi ile p değeri 0.05'in altında olan prognostik faktörler çok değişkenli analize alındı. Çok değişkenli analiz Cox-regresyon testi ile yapıldı. Sonuçlar % 95 güven aralığında, anlamlılık $p < .05$ düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular: 2002-2016 yılları arasında Antalya'da 0-14 yaş arasında, toplam 897 çocuk lösemi ve lenfoma yeni tanı almış olup, bunların %77.3'ü lösemi; (693 çocuk; %63.3 erkek) ve %22.7'si lenfomadır (204 çocuk; %63.7 erkek). Lösemilerin %70.0'i lenfoid lösemi, lenfomaların %35.4'ü hodgkin lenfomadır. Yaş ortalamaları 6.4 ± 4.1 olup; ortalanca takip süresi 2.0 ± 4.5 (ortalama 4.0, min 0.0 yıl, maks 16.0) yıldır. Lösemi en fazla 1-4 yaş grubunda (%45.3) ve 5-9 yaş grubunda (%30.7); lenfoma ise en fazla 5-9 yaş grubunda (%42.2) ve 10-14 yaş grubunda (%37.7) gözlenmiştir. 2002-2016 arasında lösemi ve lenfoma insidanslarının erkeklerde artış eğiliminde olduğu, kızlarda paralel seyrettiği görülmüştür (Grafik 1,2). Lösemili çocuklardan, tanı konma yaşı küçük olanlarda ($p < 0.002$), tanı süresi kısa olanlarda ($p < 0.0001$) ve B hücreli lösemili vakalarda ($p < 0.0001$) hayatta kalanların oranının daha fazla olduğu görülmüştür. Lösemide GSK süresi (6.0 ± 0.3), lenfomada (6.0 ± 0.7) olarak bulunmuştur. Lösemide tanı yaşı ve cinsiyet GSK süresini etkilemezken; myelodisplastik sendromluların daha az GSK süresinin (2.0 ± 0.5) olduğu görülmüştür ($p = 0.024$). Lösemide 1-, 5- ve 10 yıllık KSK oranları sırasıyla %73.7, %50.5 ve %19.0 iken; lenfomada %73.6, %55.2 ve %21.1 idi. Cox regresyon analizi ile hastalıkların prognozu üzerine etkili faktörlere bakılmış ve lösemide GSK süresini etkilediği görülen faktörler 10-14 yaş grubunda olmak ve myelodisplastik send. iken, lenfomadaki tek istatistiksel olarak anlamlı bulunan prognostik faktör misc lenforetiküler alt tipe ait olmak olmuştur (Grafik 3,4).

Sonuç: Antalya'da çocuklarda en sık görülen kanserler hematolojik kanserlerdir. Bu sonuçlar, literatürde bildirilen sonuçlara paralel özelliktedir. Ebeveynler ile birinci basamak sağlık çalışanlarına



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI

KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

bu kanserlerin belirti ve bulgularının tanıtılması, erken tanı açısından etkili olacaktır. Çocukluk ağı hematolojik kanserlerinde sağ kalımı etkileyen çok sayıda diğer prognostik faktörler mevcuttur. Sağ kalımı daha isabetli tahmin etmek amacıyla diğer prognostik faktörleri de içeren bir çalışma planlanabilir.

Anahtar Kelime ocukluk ağı, lösemi, lenfoma, insidans, sağkalım, prognostik faktörler



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-059

İkinci Basamak Devlet Hastanesinde Malign/SüperRefraktör Status Epileptikus Olgularında Tedavi Zamanlamaları ve Prognoz

Ayşe İpek Polat
Mardin Devlet Hastanesi

Giriş - Amaç: Status epileptikus(SE) önemli bir nörolojik acildir.Nöbetin 30 dakikadan(dk) uzun sürmesi SE olarak tanımlanır.Uygun ve yeterli dozda tedaviye rağmen 24 saatten uzun sürmesi Malign/Süperrefraktör Status Epileptikus(MSE) olarak tanımlanır.Çalışmamızda SE/MSE olgularının yönetimindeki deneyimimizi ve uyguladığımız antiepileptik ve anestezi tedavilerin süre ve prognozlarını değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem - Gereçler: 2017 Mayıs-2018 Kasım tarihleri arasında Mardin Devlet Hastanesine başvuran 58 SE olgusunun kayıtları retrospektif incelendi.Olguların özellikleri,hastalıkları,tedaviler,başlanma zamanları,dozları,süreleri,nöbet bitiminde durumları kaydedildi.Altısı(%10.3) Malign/Süperrefraktör Status Epileptikus (MSE) idi.SPSS 15 programı kullanılarak tanımlayıcı analizler ve nonparametrik testler uygulandı

Bulgular: Yaşları 7 ay-12 yıl arası(ortalama(ort) 4.3 ± 2.4 yıl) değişen 52 SE ve 6 MSE olgusu çalışmaya alındı.Yirmi olgu(%34.5) kızdı.SE olguları sınıflandırıldığında 52 olgunun(%89.7) jeneralize konvulzif, 5'inin(%8.6) fokal başlayıp bilateral jeneralize konvulzife ilerleyen grupta olduğu, 1 olgunun(%1.7) epilepsiya parsiyalis kontinua olduğu görüldü. Olguların 20'sinde(%34.5) kronik nörolojik hastalık mevcuttu.Olgulara kullanılan tedaviler benzodiazepin (diazepam ve midazolam), fenitoin, levetirasetam, tiyopental, propofol, topiramet, ketamin, IVIG ve steroid idi.Acile gelene kadar geçen süre 3-20 dk idi(ort 10.6 ± 2.8 dk).İlk benzodiazepin uygulama zamanı 1-5 dk idi.Fenitoin yükleme tedavisi başlanma süresi 2-15 dk idi(ort 5.6 ± 2.1 dk).Levetirasetam yükleme tedavisi başlanma süresi 5-27 dk idi(ort 13 ± 9.5 dk).Midazolam infüzyonu başlanma süresi 15-37 dk idi(ort 30.8 ± 8.1 dk).Tiyopental infüzyonu başlanma süresi 50 - 65 dk idi(ort 60.8 ± 5.4 dk).MSE olgularının 3'ü Febril Hastalık İlişkili SE(FIRES) uyumluydu.Diğer MSE olguları altta serebral palsy, nörometabolik hastalık ve hidrosefalisi olan,çoklu antiepileptik alan olguları.MSE olgularının nöbet süresi 2-30 gün arasında idi(ort 14.3 ± 12.9 gün).MSE olgularının 4'ü sadece IVIG,6'sı IVIG+steroid tedavilerini almıştı.Steroid başlanma zamanı 5 -12 gündü(ort 7.7 ± 3.4 gün).IVIG başlanma zamanı 3-6 gündü(ort 4 ± 1.2 gün).Beş olguda(%8.6) sekel gelişti,2 olgu(%3.4) kaybedildi.Eksitus olan 2 olgu da MSE grubundandı.Nöbet sonunda sekel gelişen veya eksitus olan olgular ile klinik durumunda kalıcı bir kötüleşme olmayanlar tedavilerin başlangıç zamanları açısından karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı fark bulunmadı

Sonuç: Status epileptikus olguları yüksek morbidite ve mortalite nedeniyle hızla tedavi edilmelidir. Hızlı müdahale, uygun ve etkin tedavi ile SE olgularında sekelsiz iyileşme görülmektedir.Ancak MSE olgularında bir süreden sonra etkin tedaviye rağmen sekel kalmaktadır.Özellikle FIRES kliniğindeki MSE olgularında çeşitli tedavilere yanıt geç olmaktadır,sekel olasılığını artmaktadır.SE/MSE için geliştirilen tedavi algoritmalarının yanında FIRES zemininde MSE gelişen olguların tedavi planlamaları için çalışmalara ihtiyaç vardır

Anahtar Kelime status epileptikus, sürerefraktör status epileptikus, tedavi, prognoz



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-060

Vulvar Agresif Anjiomiksoma

Volkan Karataşlı, Muzaffer Sancı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş - Amaç: Agresif anjiomiksoma, çok nadir görülen bir yumuşak doku tümördür. Kadınlarda en sık olarak pelvik ve perineal bölgede görülmektedir. Literatürde vulvar bölgede görülen, çok geniş boyutlara ulaşmış olgu sayısı azdır.

Yöntem - Gereçler: Bu çalışmada vulvar agresif anjimiksoma nedeni ile cerrahi gerçekleştirilen bir olgu sunulmaktadır.

Bulgular: Kırk altı yaşında olgu (G_2P_2 , vücut kitle indeksi: $22,8 \text{ kg/m}^2$) vulvar kitle nedeni ile jinekolojik onkoloji polikliniğine başvurdu. Hastanın mide kanseri nedeni ile subtotal gastrektomi öyküsü mevcuttu. Operasyon sonrası kemoterapi ve radyoterapi alan hastanın takiplerinin olağan olduğu belirlendi. Özgeçmişinde kronik hastalık öyküsü yoktu. Hastanın yapılan jinekolojik muayenesinde sol labium majorden dışarıya uzanım gösteren gross ($20 \times 15 \times 15 \text{ cm}$ 'lik) kitle saptandı (Resim 1). Yüzeysel doku ultrasonografisinde heterojen iç yapıda, multipl izoekoik solid nodüler lezyonlardan oluşan kitlesel lezyon izlendi. Çekilen abdominopelvik manyetik rezonans görüntüleme sol iskioanal fossa düzeyinden itibaren kaudale doğru büyüme gösteren, anal kanal düzeyinde orta hattı aşan $17 \times 13 \times 14 \text{ cm}$ boyutlarında heterojen iç yapılı, yoğun kontrastlanan kitle lezyonu saptandı. Hastaya cerrahi geniş eksizyon uygulandı (Resim 2). Postoperatif herhangi bir komplikasyon gerçekleşmedi. Patoloji raporlarında tümör agresif anjiomiksoma olarak belirlendi. Cerrahi sınırlar salimdi. Yapılan immünohistokimyasal analizlerde desmin: diffüz pozitif, aktin: damarlar çevresinde yoğunlaşan myoid hücrelerde pozitif, östrojen reseptörü: diffüz pozitif, progesteron reseptörü diffüz pozitif, CD34: vasküler endotelial hücrelerde pozitif, S100: negatif olarak saptandı. Rekürrens riski nedeni ile östrojen ve progesteron reseptörleri pozitif olan olguya Gonadotropin serbestleştirici hormon (GnRH, goserelin, 3.6 mg depot, ayda bir) analogu başlandı. Hastanın postoperatif 4. ay sonrası klinik takiplerinde sorunu olmadı.

Sonuç: Vulvar agresif anjiomiksoma çok nadir görülen bir durumdur. Bu nedenle klinik ve prognostik önemi belirlenememiştir. Geniş cerrahi eksizyon ile tedavi önerilmektedir, ancak adjuvan tedavi seçenekleri belirsizdir. Lokal rekürrens riski nedeni ile reseptör pozitifliği saptanan hastalarda, GnRH analogları adjuvan uygun tedavi seçenekleri arasında yer alabilmektedir

Anahtar Kelime agresif anjiomiksoma, vulvar kanser



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-061

Pediyatrik Onkoloji Hastalarının Hepatit A ve Hepatit B Aşı Yanıtları Açısından Değerlendirilmesi

Deniz Kızmazoğlu¹, Dilek Orbatu², Demet Alaygut², Oya Baltalı³

¹ SBÜ Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Onkoloji Kliniği

² SBÜ Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Ço Kliniği

³ SBÜ Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sosyal Pediatri Bölümü

Giriş - Amaç: Pediyatrik maligniteler bugün gelişmiş ülkelerde en sık görülen ikinci en sık ölüm nedenidir. Son 30 yılda survival oranları kemoterapi, ameliyata dayalı multidisipliner yaklaşım, radyoterapi, hematopoetik kök hücre nakli ve destek tedavileri sayesinde belirgin artış göstermiştir. Kemoterapinin önemli bir dezavantajı bağışıklığı baskılaması ve bunun tedavi bittikten sonra 6-12 aya dek uzamasıdır. Bu aşuların etkinliğini olumsuz yönde etkiler ve koruyucu serum antikor titrelerinin tamamen veya kısmen kaybı ile sonuçlanır. Bu çalışmanın amacı, pediyatrik kanser tanılı çocuk hastaların tedavi öncesi ve tedavi sonrası bakılmış hepatit A ve B aşı antikor titrelerini, yapılan aşı veya immunglobulin tedavilerini ve tedavi sonrası süreçte aşı yanıtlarını etkileyen faktörleri incelemektir.

Yöntem - Gereçler: SBÜ Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Onkoloji ve Sağlıklı Çocuk Polikliniklerinde 2011-2018 yılları arasında takip edilen onkolojik tanıya sahip çocukların dosya verilerinin geriye dönük olarak incelenmesi yapıldı. Hastalara ait tanı yaşı, cinsiyet, primer tanı, tanıdan sonra kemoterapiye kadar geçen ortalama gün süresi, tanı anındaki anti HBs titresi, tedavi öncesi Hepatit B aşısı ve Hepatit B Ig verilme durumu, anti HAV durumu, tedavi öncesi Hepatit A aşılması, tedavi süresi, tedavi sonrası ikinci değerlendirme de anti HBs titresi, anti HAV Ig, açısından değerlendirildi.

Bulgular: Toplam 123 olguya ulaşıldı. 74'ü (% 60.2) erkekti. Tanı yaşı ortalama 98.2 ± 66.2 (0.5-214) ay idi. Primer tanılarına bakıldığında 50 (% 40.7) lösemi 27 (%22.0) lenfoma, 46 (%37.4) solid tümör idi. Tedaviye başlama süresi ortalama 9.3 ± 26.2 (1-172) gün bulundu. Tedavi öncesi Hepatit B serolojisi negatif olan 41 olgunun hepsine hepatit B Ig verilmişti. 65 tane anti HAV IgG negatif olan olguya ise Hepatit A aşılması yapılmıştı. Tedavi süresi ortalama 14.8 ± 9.0 (1.54-39.6) ay olarak tesbit edildi. Hepatit B ve Hepatit A serolojilerine bakılan hastalar 4 gruba ayrıldı. Grup 1 tedavi öncesi negatif / tedavi sonrası negatif olanlar, Grup 2 tedavi öncesi negatif/ tedavi sonrası pozitif olanlar, Grup 3 tedavi öncesi pozitif / tedavi sonrası negatif olanlar, Grup 4 tedavi öncesi pozitif / tedavi sonrası pozitif olanlar şeklinde gruplandı. Bu gruplarda cinsiyet, primer tanı ve tedavi süresi ile ilişki değerlendirildi. Hepatit B için erkek cinsiyette Grup 3 de anlamlı fark vardı ($p= 0.039$) Erkek cinsiyette tedavi sonrası serolojide negatifleşme yüksekti. Grup 4 de ise kızlarda pozitifleşme anlamlı yüksekti. Tedavi süresi ve primer tanı ile anlamlı bir ilişki bulunmadı. Hepatit A için ise primer tanı, cinsiyet ile ilişkili bir anlamlılık yok iken tedavi süresi uzadıkça negatifleşme oranının anlamlı olduğu bulundu ($p=0.021$)

Sonuç: Bu çalışma sonuçlarına göre antikor kaybı Hepatit B aşılması için erkek cinsiyette daha belirgin bulunmuştur. Hepatit A için ise tedavi süresi ile antikor kaybı daha belirgin olmaktadır.

Anahtar Kelime: pediyatrik malignite, aşı, serolojik yanıt



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-062

Fetal Aritmiler; Tek Merkez Deneyimlerimiz

Ayşe Şimşek

İzmir Buca Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi

Giriş - Amaç: Fetal aritmilerin değerlendirilmesinin önemi geçtiğimiz son otuz yıl içerisinde giderek artmıştır. Fetal aritmilerin birçoğunun iyi karakterli olduğu bilinmesine rağmen, bazılarının fetal hidrops ve ölüme yol açmasından dolayı fetal dönemde aritmilerin takip ve tedavisi önemlidir (1). Fetal aritmilerin çoğu rutin ultrasonografik inceleme yada fetal ekokardiyografi uygulaması sırasında tanı alırlar. Bizim bu çalışmadaki amacımız da kliniğimizde son 4 yıl içerisinde kadın doğum uzmanı tarafından rutin ultrasonografide tespit edilip yönlendirilen ve aynı zamanda kontrol amaçlı yaptığımız fetal ekokardiyografiler sırasında fetal aritmi tanısı koyduğumuz hastaların; tanı, tedavi ve prognoz yönünden değerlendirilmesidir.

Yöntem - Gereçler: Hastanemiz çocuk kardiyoloji polikliniğinde Eylül 2015- Mayıs 2019 tarihleri arasında yapılan fetal ekokardiyografiler geriye yönelik olarak değerlendirildi. Fetal aritmi tanısı koyulan hastalar kaydedildi. Fetal aritmisi olan hastaların tanı koyulduğu gestasyonel haftaları, gönderilme nedenleri ve tanıları kaydedildi. Ekokardiyografik incelemede M-mod, doppler yöntemi ve 2 boyutlu inceleme yapıldı. Fetal aritmiler; ektopik atımlar (10 normal atımda en az bir kez ekstrasuru olması), taşiaritmiler (20 -40. gestasyon haftaları arasında 180/dk üzerinde fetal kalp hızı) ve bradiaritmiler (fetal kalp hızı 110/dk altında) olarak 3 gruba ayrıldı (2).

Bulgular: Eylül 2015- Mayıs 2019 tarihleri arasında kliniğimizde 3848 hasta fetal ekokardiyografi ile değerlendirilmiş olup 28 hastada fetal aritmi izlenmiştir. Fetal aritmi tanısı koyulan hastaların ortalama gestasyonel haftaları 31,5 hafta (22-39 hafta) idi.

En sık olarak 21 hastada (%75) düzensiz kalp ritimli (ektopik atımlar) (supraventriküler ve ventriküler erken atımlar) aritmiye rastlanmıştır. Fetal kalp hızı 180' in üzerinde olan 5 hastada (%17,8) fetal taşikardi izlenmiş, fetal kalp hızı 110/ dk altında olan 2 hastada (% 7,1) ise fetal bradikardi izlenmiştir. İzole ektopik atımları olan 21 bebekte ek kardiyak bir anomali ve kalp yetmezliği bulgusu, hidrops bulgusu izlenmemiştir. Ektopik atımları olan hastaların ortalama gestasyonel haftası 33 hafta idi. Bu hastalardan 18'i hastanemizde doğum yapmış ve doğum sonrası supraventriküler yada ventriküler erken atımlarının tekrarlamadığı izlenmiştir.

Bradikardisi olan 2 bebekten birincisi gestasyonel yaşı 37 hafta, kalp hızı 100-110/ dk aralığında idi. Yapısal bir kalp anomalisi ve kalp yetmezliği bulguları olmaması nedeni ile doğuma kadar takip edildi. İkinci bebekte ise gestasyonel yaş 22 hafta, kalp hızı 55-60/dk, sol atriyal izomerizmin olduğu yapısal kalp anomalisi mevcut idi. Hasta konsey amacı ile yönlendirildi.

Fetal taşikardi tanısı koyduğumuz hastalardan 1 tanesi 38.gebelik haftasında görüldü ve kliniğimizde doğdu. Doğum sonrasında supraventriküler taşikardinin (SVT) devam etmesi nedeni ile hastamıza medikal tedavi uygulandı ve aritmisi sonlandırıldı. 1 hastada 32.haftada kalp hızı 300/dk, bir hastada 36. haftada taşikardi ve hidrops gelişmiş olması, diğer 2 hastamızda gestasyonel haftalarının düşük olması, medikal tedaviye başlanması amacı ile ileri bir merkeze yönlendirildi.



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Tablo 1. Fetal aritmi tipleri ve hasta sayıları

Aritmi tipi	Hasta sayısı	Sıklık(%)	Eşlik eden kalp hastalığı
Taşikardi	5	%17,8	-
	1		Fetal hidrops
	4		-
Bradikardi	2	%7,1	-
	1		Sol atriyal izomerizm
	1		-
Düzensiz kalp ritmi (Ektopik atım)	21	%75	-

Sonuç Fetal dönemde aritmi insidansı yaklaşık olarak %0,6-%2 arasında bildirilmektedir (3) . Bazı çalışmalarda fetal dönemdeki aritmi insidansı 3. Basamak merkez olmaları ve hastaların özellikle refere edilmesi nedeni ile bildirilmemektedir. Ancak bizim kliniğimizde kardiyak anomali ve aritmi riski açısından hem düşük riskli, hemde yüksek riskli hastaların değerlendirilmesi ve 3. basamak bir merkez olmamız nedeni ile insidans bildirmek istedik. Bizim çalışmamızda fetal aritmi insidansını %0,7 olarak bulduk.

Fetal ektopik atımlar klinik pratikte en sık gördüğümüz ritm anormallikleridir. Bizim hasta grubumuzda da %75'lik oran ile en sık gördüğümüz aritmi grubunu oluşturmuştur. Atriyal erken vurular ventriküler erken vurulara kıyasla daha sık karşımıza çıkmaktadır. Ektopik atımlara bağlı fetal taşikardi geliştirme riski %0,5-1 arasındadır (3). Kuplet şeklinde atriyal ekstrasvuruların olması halinde fetal taşikardi riski % 10'lara çıkmaktadır (4). Bu hasta gruplarında medikal tedavi önerilmemekle birlikte, hastaların gelişebilecek supraventriküler taşikardi (SVT) açısından haftalık takibi önerilmektedir. Hastaların prognozlarına baktığımızda büyük bir kısmının iyi seyirli olduğunu görmekteyiz. Bizim hasta grubumuzda da ektopik atımları olan hastalarda ek kardiyak bir anomali izlenmemiş olup doğum sonrası ritm bozukluklarının düzeldiği görülmüştür.

Fetal taşikardi genellikle kalp hızının devamlı olarak 180/ dk üzerinde olması ile karakterizedir. En yaygın taşikardi formu supraventriküler taşikardi (SVT), atriyal flutter , sinüs taşikardisi ve ventriküler taşikardidir. Bu gibi durumlarda yaygın olarak kalp hızı 200/ dk üzerindedir. Kalp hızı 180-200/dk arasında ki durumlarda annenin stimülan ilaç kullanımı, maternal tirotoksikoz, amnionit ve sistemik fetal hastalıklar gibi durumları düşünmeliyiz. Bizim hasta grubumuzun %17,8 ni fetal taşikardili hastalar oluşturmuştur. Olgularımızın hepsinde kardiyak anatomi normaldi. Bir hastamızda fetal hidrops gelişimi izlendi. Literatürde fetal SVT ye bağlı % 56 oranında hidrops gelişimi bildirilmiştir. (5)

Fetal bradikardisi olan bebeklerin yaklaşık %50' de kalp anomalisi eşlik etmektedir. En sık olarak da sol atriyal izomerizm ile birliktelik göstermektedir.(1) Bizim hastalarımızdan bir hastada sol atriyal izomerizm ve bradikardi izlenmiş olup hastanın medikal abortus yapıldığı öğrenilmiştir. Yapısal olarak normal kardiyak yapıya sahip olan hastalarda da en sık maternal SSA /Ro ve SSB/La antikoru nedeni olarak bildirilmektedir.

Sonuç olarak çalışmamızda fetal ekokardiyografinin yapısal kalp hastalıklarında olduğu kadar aritmilerin saptanmasında da önemli bir tanı yöntemi olduğu, hastayı izlemede önemli rol oynadığı, fetal aritmiler içerisinde ektopik atımların en sık olarak izlendiği ve bu grup aritmilerin prognozunun iyi olduğu sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelime: fetal aritmi, fetal ekokardiyografi, prenatal teşhis



Kaynaklar:

1. Maeno Y, Hirose A, Kanbe T, Hori D. Fetal arrhythmia: prenatal diagnosis and perinatal management. The journal of obstetrics and gynaecology research. 2009;35(4):623-9.
2. Sekarski N, Meijboom EJ, Di Bernardo S, Ksontini TB, Mivelaz Y. Perinatal arrhythmias. European journal of pediatrics. 2014;173(8):983-96.
3. Wacker-Gussmann A, Strasburger JF, Cuneo BF, Wakai RT. Diagnosis and treatment of fetal arrhythmia. American journal of perinatology. 2014;31(7):617-28.
4. Wiggins DL, Strasburger JF, Gotteiner NL, Cuneo B, Wakai RT. Magnetophysiologic and echocardiographic comparison of blocked atrial bigeminy and 2:1 atrioventricular block in the fetus. Heart rhythm. 2013;10(8):1192-8.
5. Moodley S, Sanatani S, Potts JE, Sandor GG. Postnatal outcome in patients with fetal tachycardia. Pediatric cardiology. 2013;34(1):81-7.



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-063

Ekim 2017- Ekim 2018 Döneminde Akut Solunum Yolu Enfeksiyonu Nedeniyle Hastanede Yatan Kistik Fibrozis Hastalarında İnfluenza Sıklığı ve Aşılama Oranları

Gökçen Kartal Öztürk, Aykut Eşki, Esen Demir, Figen Gülen
Ege Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Çocuk Göğüs Hastalıkları BD

Giriş - Amaç: İnfluenza, 3-5 milyon/yıl kişide enfeksiyona neden olan, çocuklarda ve altta yatan hastalığı olanlarda komplikasyon ve ölümlerle sonuçlanabilecek bulaşıcı bir hastalıktır. İnfluenza enfeksiyonlarına bağlı komplikasyon riski özellikle kronik akciğer hastalığı olan çocuklarda artmıştır. Kronik akciğer hastalığı olan çocuklarda, olmayanlara göre influenza enfeksiyonuna bağlı hastanede yatış oranlarının 5 kat yüksek olduğu gösterilmiştir. Kistik fibrozisli (KF) çocuklarda influenza enfeksiyonuna bağlı hastanede yatış riskinin 12.97/1000 kişi-yıl olarak yüksek olduğu bildirilmiştir. İnflenzaya karşı aşılama, mevsimsel salgınları kontrol altına almak için birincil stratejidir. Grip aşısının kronik akciğer hastalığı olan çocuklarda güvenli ve etkili olduğu kanıtlanmıştır.

Çalışmamızda Ekim 2017- Ekim 2018 tarihleri arasında, akut solunum yolu enfeksiyonu nedeniyle hastaneye yatırılan KF'li çocuk hastalarda influenza sıklığını ve KF'li hastalarımızda aynı dönemde influenza aşılama sıklığının araştırılmasını planladık.

Yöntem - Gereçler: Ege Üniversitesi Çocuk Göğüs Hastalıkları Bölümü'nde Ekim 2017- Ekim 2018 tarihleri arasında solunum yolu enfeksiyonu nedeniyle yatışı yapılan KF'li hastalar çalışmaya alındı. Hastaların demografik verileri, klinik ve laboratuvar bulguları, solunum yolu enfeksiyon etkenleri incelendi.

Ünitemizde KF'li hastalara her yıl Ekim-Kasım ayları arasında influenza ile aşılama önerilmektedir. Hastaların influenzaya karşı aşılıp aşılanmadıkları tıbbi dosyalarından incelendi. Tıbbi dosyasında aşılama ile ilgili bilgisi olmayan hastalar telefon ile arandı. Hastanemizde influenza virüsleri, solunum yolu virüsleri içerisinde panel şeklinde PCR yöntemi ile bakılmaktadır.

Bulgular: Ünitemizde Ekim-Aralık 2017 tarihinde altı ayın üstünde 100 KF hastası takip edilmekteydi. Ekim 2017-Ekim 2018 arasında 28 hasta (toplam 57 yatış) solunum yolu enfeksiyonu nedeniyle hastaneye yatırılarak tedavi edilmişti.

Olguların 16'sı (%52.1) kız, 12'si (% 47.9) erkekti. Median yaşları 57 aydı (6-320). Kolonizasyon 21 (%75) hastada mevcuttu ve en sık mikroorganizmalar P.aeruginosa ve S.aureus'tu. En sık semptom öksürük iken, en sık bulgu solunum sayısında artışı. Yatışların 31'inde (%54.3) solunum yolu virüsleri saptanmıştı. En sık yatışlar sonbahar (21 yatış, %36.8) ve kış (15 yatış, %26.3) aylarında gözlemlendi. İnfluenza 57 yatıştan 3'ünde (%5.2) etken olarak saptandı. İki hastada influenza A ve bir hastada



ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

influenza B virüsü mevcuttu. Ekim-Aralık 2017 arasında kliniğimizdeki KF'li tüm hastaların influenza aşılama oranı %24'tü. Çalışmaya alınan hastaların aşılama oranı ise %21.4'tü. Aralık 2017- Mart 2018 tarihleri arasında 16 yatıştan 11'inde antiviral tedavi başlanmıştı. İnfluenza ile yatış bir hastada Aralık 2017, iki hastada Ocak 2018 tarihlerindeydi. İnfluenza enfeksiyonu saptanan hastaların hepsinde ateş bulunmaktaydı. Aralık 2017-Mart 2018 arasındaki yatışlarda (N:13) üç hasta oksijen ve bir hasta yüksek akımlı oksijen desteği alırken, influenza enfeksiyonu olan hastalardan (N:3) birine maske ile oksijen, diğerine ise yüksek akımlı oksijen desteği verilmişti.

Sonuç: İnfluenza enfeksiyonlarına bağlı komplikasyon riski ve hastaneye yatış oranı kronik akciğer hastalığı olan çocuklarda artmıştır. Grip aşısı bu çocuklarda güvenle kullanılmaktadır. Kronik akciğer hastalığı olan çocuklara her yıl grip aşısı yaptırılması önerilmelidir.

Anahtar Kelime Kistik fibrozis, influenza, aşılama
Kaynaklar



ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-065

Evaluation of Patients with Acute Rheumatic Fever According to the Revised Jones Criteria

Duygu Tunçel, Nimet Cındık, Şirin Güven

SBÜ ÜEAH Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları,
Çocuk Kardiyoloji Bölümü

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlığı ve Hastalıkları , Klinik Sorumlusu

Giriş - Amaç: Acute rheumatic fever (ARF) is the most common cause of acquired heart disease in children and young adults all of the world, especially in developing countries. In the present study, we aimed to compare the diagnostic values of World Health Organization 2004 (WHO 2004) and revised Jones criteria (2015) in patients .

Yöntem - Gereçler: We evaluated retrospectively 40 patients followed with ARF between January 2015 and August 2016 at Health Sciences University, Umraniye Training and Research Hospital, Department of Pediatrics. Patient's clinical and laboratory findings were obtained from the hospital information system (HIS) records. A total of 40 patients who completed the WHO 2004 and revised Jones criteria were included in the study.

Bulgular: The mean age of the patients was 10.9 ± 2.8 (median 11.5) years. Arthritis was found in 77.52% of the patients and carditis in 55.0% of the patients. Evaluation of patients according to the moderate and high-risk populations Revised Jones Criteria 47.5% (N = 19) of the patient was diagnosed as ARF, however according to the low risk populations criteria 40% (n = 16) patients were diagnosed as ARF.

Sonuç: Diagnostic criteria in the areas where ARF is endemic or epidemic are not enough sensitive, thus leading to an increase in the number of rheumatic heart disease because of the lack of secondary prophylaxis. Jones criteria were updated and established for two different groups as moderate-high-risk and low-risk populations. Our results suggested that the use of new criteria for moderate/high-risk populations increases the sensitivity of ARA diagnosis. Using revised criteria ARF diagnosis was not missed in 3 patients.

The use of revised 2015 Jones criteria in moderate and high risk populations as Turkey will provide more accurate diagnosis than WHO 2004 and low-risk population criteria.

Anahtar Kelime Acute rheumatic fever, children, carditis



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-066

Bebeklerde Umbilikal Polip ve Umbilikal Granulom: Tedavisi ve Literatürün Gözden Geçirilmesi

Sabriye Dayı
Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş - Amaç: Çalışmanın amacı umbilikal hastalıklardan granulom ve polip tedavisi yapılan hastaların sonuçlarını, demografik özelliklerinin sunulması ve literatürün gözden geçirilmesidir.

Yöntem - Gereçler: 2017-2019 tarihleri arasında umbilikal granulom için gümüş nitrata koterizasyon yapılan bebekler ve lokal anestezi krem uygulandıktan sonra umbilikal polip eksizyonu yapılan bebekler retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Umbilikal granulom 49 bebekte (24 kız bebek, 25 erkek bebek) koterize edildi. Yaş aralığı 11gün-171 gün idi. Umbilikal polip 64 bebekte (30 kız bebek-34 erkek bebek) eksize edildi. Yaş aralığı 11 gün-150 gün idi.

Umbilikal granulom poliklinikte gümüş nitrat kalem uygulamasıyla koterize edilirken, umbilikal polip ise lokal anestezi krem (lidokain-prilokain) uygulayıp etkilemesi için 1 saat beklettikten sonra eksize edildi. Eksize edildikten sonra damar kısmına ise gümüş nitrat kalem uygulaması yapıldı. Umbilikal granulom 2 bebekte 2. kez gümüş nitrata koterize edilirken, umbilikal polip eksizyonu sonrası yeni bir uygulama yapmak gerekmedi. Polip eksizyonu sırasında bebeklerde ağrı skorlamasında ağrı saptanmadı. Aileye 3.gün pansumanı kaldırıp banyo yaptırması önerildi. Hiçbir bebekte kanama, infeksiyon gelişmedi. Sadece paracetamol supposituar ya da şurup kullanması önerildi. Analjezik ihtiyacı olmadığını düşündükleri için hiçbir aile tarafından analjezik verilmediği öğrenildi.

Sonuç: Umbilikal polip ve granulomun intestinal mukoza kalıntısı olan konjenital bir lezyon olduğu düşünülmektedir. Umbilikal polip tanısı tam olarak konulduğunda yalnız koterizasyon yapılmadan lokal anestezi krem ile, bebek ve doktor açısından oldukça konforlu olarak eksize edilebilir. Oldukça sık rastlanan umbilikal polip ve granulomun ailelerin sıklıkla sorduğu göbek kordonunun bağlanmasıyla bağlantısı var mı sorusu ise bölümler arası ortak bir çalışma ile farklı cevaplar bulabilecektir.

Anahtar Kelime umbilikal polip; umbilikal granulom; bebek



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-067

Çocuklarda Over Kaynaklı Kitleler: Çocuk Onkoloji Deneyimi

Deniz Kızmazoğlu, Zühal Önder Siviş
SBÜ İzmir Tepecik EAH Çocuk Onkoloji Kliniği

Giriş - Amaç: Over kaynaklı kitleler çocukluk çağında nadir görülen patolojilerdir. Hastalar genellikle patolojik tanı sonrası çocuk onkoloji polikliniklerine yönlendirilir. Kliniğimizde izlenen bu olgular ile ilgili bilgi paylaşımı amaçlanmıştır.

Yöntem - Gereçler: Kliniğimizde 2000-2019 yılları arasında over kitesi nedeni ile takip ve tedavi edilen 45 kız olgunun kayıtları geriye dönük incelendi.

Bulgular: Hastaların ortanca tanı yaşı 12 yaş (1 ay-17,5 yaş) idi. Sadece bir hastanın prenatal tanısı vardı. Başvuru yakınmalarına baktığımızda karın ağrısı %62 (28/45), karında şişlik %31 (14/45), kusma %13 (6/45), hirsütizm %7 (3/45) sıklıkta idi. Hastaların 23'ü prepubertal, kalan 22'si postpubertal dönemdeydi. Yakınmaların başlangıcından tanıya dek geçen ortanca süre 3 hafta (0 hafta-1 yıl) idi. Hastaların %30'u (13/45) akut batın tablosu ile başvurmuş ve torsiyon mevcuttu. Kitle yerleşimi %51 sağ over, 48 sol over; bir hastada ise bilateral idi. Hastaların %87'sinde tanı yöntemi cerrahi idi ve bu hastalar bize cerrahi sonrası yönlendirilmişti. Uygulanan cerrahi yöntemi sadece 5 hastada over koruyucu iken, diğer 34 hastada ooforektomi yapıldığı görüldü. Hastaların tanılarına baktığımızda %67'si benign iken %33'ü malign idi. Tanı dağılımı: 1 over torsiyonu, 6 basit over kisti, 1 seröz kistadenom, 1 musinöz kistadenom, 19 matür teratom, 1 immatür teratom, 2 seks kord stromal tümör, kalan 14 malign germ hücreli tümör idi. Hastaların ortanca izlem süresi 41 ay (3 ay-18 yıl) idi. Üç hastada cerrahi sonrası nüks görüldü ve recerrahi uygulandı. Tanısı malign olan hastaların ikisi kemoterapiye rağmen kaybedildi.

Sonuç: Gastrointestinal yakınmalarla başvuran kız hastalarda over ilişkili sorunların ayırıcı tanıda düşünülmesi gerekir. Çocuklarda görülen over kitlelerinin çoğunluğunu germ hücreli tümörler oluşturur. Teratomlar çocuklardaki over tümörlerinin çoğunluğunu oluşturur, genellikle benignidir. Radyolojik olarak USG ve gerekli ise MRG tercih edilir. Abdominopelvik kitle varlığı, olası malignite riski nedeni ile ayrıntılı klinik ve patolojik değerlendirmeyi gerektirir. Fertilitate ve normal pubertenin sağlanabilmesi için güncel yaklaşım over koruyucu cerrahi olup, son gelen 5 olgumuzda uygulanmıştır. Tekrar etme riski nedeni ile olguların cerrahi sonrası izlemi de önem taşımaktadır.

Anahtar Kelime Over kitleleri, İzlem, Tedavi



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-068

Demir Eksikliği Anemisi Olan Doğumsal Siyanotik Kalp Hastalıklı Çocuklarda Demir Tedavisi Öncesi ve Sonrası Pro-BNP Düzeyleri ve Kardiyak Fonksiyonların Karşılaştırılması

Adnan Barutçu¹, Sevcan Erdem², Fadli Demir², Saliha Barutçu³, Göksel Leblebisatan⁴

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

²Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Kardiyolojisi Bilim Dalı

³Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı

⁴Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Hematolojisi Bilim Dalı

Giriş - Amaç: Çocukluk çağında en sık görülen hematolojik hastalık, demir eksikliğine bağlı yetersiz hemoglobin sentezi ile karakterize demir eksikliği anemisidir (DEA).¹ Anemisi olan kalp hastalıklı çocuklarda ise kan dolaşımını sağlayan faktörler de etkilendiğinden, özellikle bazı kalp hastalıklarında normal dolaşımın hemodinamisi de değiştiğinden bu durum çok daha fazla önem arz eder. Siyanotik doğuştan kalp hastalığı (SDKH) olan bir hastada normal hemoglobin, göreceli anemik durumu gösterir. Hemoglobin düzeyi 15 g/dl olan siyanotik kalp hastasında, DEA tanısı çok kolay atlanabilmekte ve yetersiz oksijenizasyon nedeniyle klinik bulgular artmaktadır. Bu çalışmanın amacı; DEA olan SDKH'li çocuklarda demir tedavisi sonrası NT-proBNP düzeyleri ve kardiyak fonksiyonların karşılaştırılmasıdır.

Yöntem - Gereçler: Eylül 2015 - Mart 2016 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Kardiyoloji Bilim Dalı polikliniğine başvuran, SDKH tanılı, DEA saptanan altı ay ile 17 yaşları arasındaki 26 hasta ile çalışma tamamlanmıştır. Anemiye neden olacak düzeyde kanama bulguları olan, son bir hafta içinde kan transfüzyonu alan, son üç ay içinde demir tedavisi almış olan, son bir ay içinde enfeksiyon geçiren, değerlendirildiği dönemde operasyon planlanan (üç aydan daha kısa süre içinde) ve çalışmaya katılmak istemeyen hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. Demir eksikliği saptanan hastalara 5 mg/kg/gün, iki dozda olacak şekilde iki değerlikli demir tedavisi oral olarak başlandı. Demir tedavisinin yemeklerden yarım saat önce aç karnına verilmiş olmasına özen gösterildi. Ailelere demir ilacının kullanımı, sürekliliği ve yan etkileri konusunda bilgi verildi. Hastaların ilk geliş ve üçüncü ay kontrollerinde; demografik verileri, tam kan sayımı, periferik yayma, retikülosit, serum demir, total demir bağlama kapasitesi, ferritin düzeyleri, transferrin saturasyonları, NT-proBNP düzeyleri ve Ekokardiyografi bulguları değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 57,7± 54,6 (median: 34,5) aydı. Demir tedavisi öncesi ve sonrası; hemoglobin, hematokrit, MCV, MCHC, demir, ferritin, transferin saturasyonu, oksijen saturasyonu değerleri tedavi sonrası istatistiksel olarak anlamlı derece artmıştır. RDW ve NT-proBNP düzeyleri yüksekliği kontrol sonuçlarında anlamlı olarak düşmüştür. Ekokardiyografi bulgularından; sol ventrikül sistolik fonksiyonlarından sol ventrikül EF ölçümlerinin ve sağ ventrikül diastolik çap ölçümlerinin değerlendirilmesinde sınırda anlamlı farklılık saptanmıştır. Sağ ventrikül diastolik volüm ölçümlerinin karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Sol ventrikül doku dopplerinde; MPİ ölçümlerinde 0. gün ile 90. gün arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Diğer EKO bulgularında



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI

KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

anlamli farklılık saptanmamıştır.

Sonuç: Siyanotik DKH olan hastalarda DEA siktir ve tedavisi hastaların mortalite ve morbiditesi açısından büyük önem taşımaktadır. Demir tedavisinin kardiyak bulgularda iyileşme yaptığı saptanmış olup, SDKH'da DEA'nın atlanmaması önemlidir. Demir tedavisi sonrası anlamli düşüş gösteren NT-proBNP düzeyi takipte daha sık kullanılabilir. Ancak daha kesin yargılara varabilmek için geniş kapsamlı ve prospektif pek çok çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelime: Siyanotik doğuştan kalp hastalığı, demir eksikliği anemisi, NT-proBNP, ekokardiyografi



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-069

Nöral Tüp Defekti Tanısıyla Opere Edilen Hastalarda Yenidoğan Sepsisinin Belirlenmesinde Nötrofil Lenfosit Oranı Prognostik Bir Faktör müdür?

Fırat Ergin¹, Özgün Uygur¹, Gizem Doğan¹, Melek Akar¹, Mehmet Yekta Öncel²

¹İzmir SBÜ Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Kliniği)

²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Yenidoğan Kliniği)

Giriş - Amaç: Nöral tüp defektleri (NTD), yenidoğan döneminde en sık görülen doğuştan anomalilerden biridir. Bu çalışmanın amacı, NTD operasyonu yapılan hastalarda erken sepsis tanısında Nötrofil lenfosit oranının (NLR) önemini belirlemektir.

Yöntem - Gereçler: Bu çalışmada; Grup A, sepsisi olan ameliyat edilmiş NTD hastalarından ve Grup B sepsisi olmayan ameliyat edilen NTD hastalarından oluşmuştur. Bu grupların NLR ve PLR değerleri karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya NTD'li toplam 59 hasta alındı. Hastaların 9'una sepsis tanısı kondu. Gruplar arasında; WBC, CRP ve NLR seviyeleri Grup A'da en yüksekti ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı, PLR seviyesi de Grup A'da en yüksek bulundu, ancak gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. Değerler arasında; NLR'deki belirgin artış özellikle belirgindi ve antibiyoterapi ile normal seviyelere geriledi (p: 0.002). Çalışmamızda tüm gruplar ameliyat sonrası elde edilen enfeksiyon belirteçleri için ROC eğrisi analizi ile değerlendirildi. NLR için eğri altındaki alan (AUC), Grup A ve kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, 0.926 olarak bulundu (p <0.001). NLR için cut-off değeri% 88,9 duyarlılık ve% 87,5 özgüllük ile 3.97 olarak hesaplandı.

Sonuç: Bildiğimiz kadarıyla, çalışmamız NTD tanısıyla ameliyat edilen septik yenidoğanların erken dönemde değerlendirmesinde NLR kullanımını değerlendiren ilk çalışmadır. NLR'nin sepsis tanısında erken dönemde, yaygın olarak kullanılan bir belirteç olan CRP'den daha duyarlı ve spesifik olarak bulunmuştur. Yine de yaşamın erken döneminde sepsis tanısında NLR'nin önemini belirlemek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelime: Nöral tüp defektleri; Nötrofil lenfosit oranı; Yeni doğan; sepsis;



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-070

Konjenital Kalp Hastalığı Nedeniyle Opere Olan Yenidoğanlarda Nötrofil Lenfosit Oranı Sepsis için Prognostik Bir Faktörü mü?

Fırat Ergin¹, Özgün Uygur¹, Elif Yiğit Gülşahin², Melek Akar¹, Mehmet Yekta Öncel³

¹İzmir SBÜ Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Kliniği)

²İzmir SBÜ Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları)

³İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Yenidoğan Kliniği)

Giriş - Amaç: Konjenital Kalp Hastalıkları (KKH) yenidoğan döneminde en sık görülen doğuştan anomalilerden biridir. Bu çalışmanın amacı, KKH nedeniyle opere edilen hastalarda erken sepsis tanısında Nötrofil lenfosit oranının (NLR) önemini belirlemektir.

Yöntem - Gereçler: Bu çalışmada; Grup A, KKH tanısıyla opere olan ve sepsis olmayan hastalardan ve Grup B, sepsis olan KKH ile opere olan hastalardan oluşturuldu. Çalışmaya KKH'li 52 hasta dahil edildi.

Bulgular: Gruplar arasında; NLR ve diğer akut faz reaktan seviyeleri Grup A'da istatistiksel olarak daha yüksekti. Değerler arasında; NLR'deki anlamlı artış özellikle dikkat çekiciydi ve antibiyoterapi ile normal seviyelere geriledi ($p < 0.001$). Çalışmamızda tüm gruplar ameliyat sonrası elde edilen enfeksiyon belirteçleri için ROC eğrisi analizi ile değerlendirildi. NLR için eğri altındaki alan (AUC), Grup A ve Grup B'ye kıyasla 0.919 olarak bulundu ($p < 0,001$). NLR için cut-off değeri% 90 duyarlılık ve% 92,9 özgüllük ile 4.78 olarak hesaplandı.

Sonuç: Bildiğimiz kadarıyla, bu tanıyla opere edilen septik yenidoğanların erken değerlendirmesinde NLR kullanımını değerlendiren ilk çalışmadır. NLR'nin sepsis tanısında erken dönemlerde yaygın olarak kullanılan bir belirteç olan CRP'ye göre daha sensitif ve spesifik olduğu dikkat çekmektedir. Yine de yaşamın erken döneminde sepsis tanısında NLR'nin önemini araştırmak için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelime Konjenital Kalp Hastalığı; Yenidoğan Sepsisi; Nötrofil Lenfosit Oranı;



ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-071

Aberrant Right Subclavian Artery Prevalence in An Unselected Population and Association with Down Syndrome

Seçil Karaca Kurtulmuş
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş - Amaç: The aim of this study was to evaluate the prevalence of an aberrant right subclavian artery (ARSA) in an unselected population in the second trimester, and the association between an ARSA and chromosomal and structural defects.

Yöntem - Gereçler: This retrospective study was conducted among women undergoing routine mid-trimester fetal ultrasound scan and fetal echocardiography between 18 and 22 weeks of gestation during the period between January 2018 and May 2019. All of the fetuses were evaluated for the presence of ARSA and other sonographic markers associated with fetal aneuploidy. Postnatal outcome was obtained in all cases.

Bulgular: Totally 7329 fetuses were recruited. Aberrant right subclavian artery was detected in 21 fetuses (0,28%). In sixteen of these cases ARSA was an isolated finding. In the remaining five, ARSA was accompanied with other soft markers including four with pyelectasia and one with choroid plexus cyst. Fetal karyotype analysis with invasive prenatal diagnosis offered to all patients those having an ARSA. Only six of the patients accepted invasive procedures, of those who accepted prenatal diagnosis, all had normal fetal karyotype. The fetus who had ARSA and choroid plexus cyst together was diagnosed with Down syndrome postnatally. All of the other fetuses were diagnosed healthy postnatally. Cardiac or structural anomalies were not observed in any of these fetuses.

Sonuç: Although it can be considered as a weak marker, the second trimester diagnosis of an ARSA should prompt a detailed search for additional soft markers and structural defects and karyotype analysis must be offered especially to the patients who have additional sonographic findings.

Anahtar Kelime: aberrant right subclavian artery, Down syndrome



SS-072

Cesarean Section: Problems and Solutions in the Republic of Kazakhstan

Alla Mireyeva, Lazzat Nurseitova
NJSC Kazakh National Medical University

Background: The Republic of Kazakhstan exceeded the psychologically important threshold of 15%. To monitor maternal and perinatal morbidity and mortality in the Republic of Kazakhstan adopted an operational plan. Kazakhstan continues on increasing the number of natural births in women after cesarean section. Objectives: To develop and implement prognostic criteria for the functional viability of the lower uterine segment to increase the frequency of natural birth in women with uterine scar after one cesarean section. To determine the parameters and prognostic significance of sonographic assessment of the functional viability of the lower uterine segment on the eve of childbirth in pregnant women with uterine scar.

Study Design: An ultrasound scan was performed on 392 pregnant women with uterine scar for 10-12 days to 40 weeks of pregnancy. The thickness of the anterior wall, the anteroposterior size of the lower segment and the cervix length were measured. All women underwent a morphological study of biopsies of uterine scar tissue during repeated surgery. A biomechanical model was created that describes the relationship between the strength of the stressed state of uterine muscular shell and the value of intracavitary pressure.

Results: Of 392 pregnant women, 207 had a wealthy scar and 185 were insolvent according to ultrasound data. Of 207 women with a wealthy scar, 159 agreed to TOLAC, and 48 insisted on CS. Out of 159 TOLAC women, VBAC was achieved in 73.6% of cases and 26.4% had repeated cesarean section for various obstetric complications. Out of 185 women with an insolvent scar, 175 received CS with morphology confirmation in 174, and 10 pregnant women received VBAC. With a wealthy uterine scar, the thickness of anterior wall of the lower segment was 3.46 ± 0.05 mm; the anteroposterior size of the lower uterine segment was 82.44 ± 0.28 mm; the cervix length was 36.83 ± 0.54 mm. With an insolvent uterine scar, the thickness of the anterior wall of the lower segment was 2.69 ± 0.05 mm, the anteroposterior size of the lower uterine segment was 76.86 ± 0.40 mm, and the cervix length was 41.87 ± 0.49 mm. The difference was respectively [0.77; 95% CI, 0.76 to 0.78; P = 0.00001], [5.58; 95% CI, 5.51 to 5.65; P = 0.00001], [-5.04; 95% CI, -5.14 to -4.94; P = 0.00001]. According to ultrasound, a continuous contour of the anterior wall of the lower segment was observed in all 207 women with a wealthy scar. Out of 185 patients with an insolvent scar, defects in the anterior wall of the lower uterine segment were detected in 75 women [RR 0.41, 95% CI: 0.34-048]. Pregnant women with a wealthy scar were more likely to give birth naturally than women with an insolvent scar [OR = 165.13].

Conclusion: The proposed method of ultrasound examination allows to predict the outcome of labor in women with uterine scar after one previous cesarean section.

Key Words: cesarean, cervix, pregnancy, ultrasound, uterine scar



ULUSLARARASI KADIN DOğUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-073

Doksan Gün ve Altı Ateşli İnfantlarda Ciddi Bakteriyel Enfeksiyon Sıklığının Farklı Skorlama Sistemleri ile Değerlendirilmesi

Eren Erseven, Eylem Ulaş Saz
Ege Üniversitesi Tıp Fakóltesi

Giriş - Amaç: Özellikle 90 gün ve altındaki infantların ciddi bakteriyel enfeksiyon (CBE) için yüksek risk taşıması kanıta dayalı bir algoritm gereksinimi doğurmuştur. Acil servise ateş yüksekliği nedeniyle başvuran infantlar değerlendirilirken, CBE (bakteriyemi, idrar yolu enfeksiyonu, menenjit gibi) veya ciddi viral (herpes simplex virüs) enfeksiyon için yüksek risk taşıyıp taşımadığı ve ampirik antimikrobiyal tedavi-hospitalizasyon ihtiyacının olup olmadığının belirlenmesi amaçlanmaktadır.

Bu çalışmada, 90 gün ve altında ateş yüksekliği yakınması olan hastaların yönetim kullanılan Step-by-Step, Lab-score ve diğer algoritmelerin CBE saptanmasındaki duyarlılığı, özgülüğü ve kullanılabilirliğini değerlendirdik.

Yöntem - Gereçler: Çocuk acil servise 1 Ocak 2017-1 Ocak 2019 arasında ateş yüksekliği nedeni ile başvuran 90 gün ve altındaki infantlar retrospektif olarak çalışmaya alındı. Olguların klinik özellikleri ve laboratuvar verileri (lökosit, nötrofil, serum prokalsitonin (PCT), C-reaktif protein (CRP) ve tam idrar analizi) gözden geçirildi. Kan kültüründe bakteriyel bir patojen izole edilmesi, idrar, dışkı ve serebrospinal sıvı kültürlerinden herhangi birinde patojen saptanması CBE olarak tanımlandı. Ek olarak klinik ve laboratuvar bulguları pnömoniyi destekliyorsa bu da CBE olarak kabul edildi.

Bulgular: Doksan gün ve altındaki 459 ateş yüksekliği ($>38^{\circ}\text{C}$) olan infant çalışmaya alındı. Ortalama yaş 46,8 gün ve % 54,5'i erkekti. CBE saptanan 66 (%14,4) olguda; idrar yolu enfeksiyonu (%9,2), bakteriyemi (%3,7), pnömoni (%1,3) ve menenjit (%0,2) bulunmaktaydı.

CBE için Step-by-Step yaklaşımı ile 66 infanttın 61'i yakalandı. Step-by-Step algoritminin sensitivitesi %92,4(%95CI, 89,3-97,6), spesifitesi %90,1(%95CI, 85,4-95,7) ve negatif prediktif değeri %98,6(%95CI, 97,4-99,6) olarak saptandı. Lab-skoru algoritminin sensitivitesi %88,5(%95CI, 83,7-91,6), spesifitesi %89,8(%95CI, 84,7-93,4) ve negatif prediktif değeri %87,9(%95CI, 82,4-93,2) olduğu görüldü. Hastaların %20'si kliniğe, 28'i (%5,9) yoğun bakım ünitesine yatırıldı.

Sonuç: Geliştirilmiş puanlama ve yaklaşımların hiçbiri mükemmel değildi. Step-by-Step, Lab-score ve diğer güncel yaklaşımların negatif prediktif değerleri yüksek olmasına rağmen, hekimler dikkatli seri değerlendirme, kısa gözlem süresi ve bazı yardımcı testlerin tekrarlanarak kullanılması gerektiğini akılda tutmalıdır.

Anahtar Kelime infant, ateş, ciddi bakteriyel enfeksiyon



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-074

Antidotunun Var Olması Her Zehirlenmede Kullanılacağı Anlamına Gelmez: Parasetamol Zehirlenmelerinde Endikasyonsuz Antidot Kullanımı

Caner Turan, Eylem Ulaş Saz
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş - Amaç: Parasetamol zehirlenmeleri pediatrik ilaç zehirlenmeleri arasında en sık görülenlerden biridir. Pediatrik zehirlenmelerde bi modal dağılım mevcuttur. İlk yaş aralığı 2-5 yaş; ikinci yaş aralığı ise ergenlik dönemidir. Hastaların çoğunda sadece gastrointestinal dekontaminasyon yöntemleri gerekli olurken nadiren antidot (N-Asetilsistein) (NAC) endikasyonu doğmaktadır. Bu çalışmada alındığı iddia edilen doz (mg/kg) ile kan parasetamol düzeyinin karşılaştırılması ve sevk edilen hastalara başlanmış olan antidotun endikasyon doğruluğunun araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem - Gereçler: Bu alışma, Haziran 2015-Ocak 2018 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi ocuk Acil Serviste yapılmıştır. Çalışmaya parasetamol zehirlenmesi ile başvuran 18 yaş altındaki tüm hastalar retrospektif olarak dahil edilmiştir. Hastaların demografik özellikleri, acil servise gönderen merkez, almış olduğu parasetamol şekli ve miktarı, zehirlenme sebebi (kaza/zkiyım), başvuru sırasındaki fizik muayene bulguları, laboratuvar sonuçları, ilaç alımı-acil servise başvuru süresi, gastrointestinal dekontaminasyon ya da antidot uygulanıp uygulanmadığı, kan parasetamol düzeyi (4-8-12-16-24. saatlerde), acil servisteki izlem süresi ve sonuçları değerlendirildi. Toksik dozda zehirlenme ve acil servise sevk endikasyonları (<6 yaş sevk endikasyonu >200mg/kg) >150mg/kg ya da >7,5gr olarak kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan toplam 117 hastanın 80'i (% 68.3) kız olup yaş ortalaması 8.97±6.0 idi. Acil servis başvurularının %57.1'i mesai saatleri dışındaydı. Altı yaş altındaki (%53.2) zehirlenmelerin %100' kaza sonucu ve %88'i süspansiyon ile olmaktayken, adölesan grupta %100' zkiyım nedeni ve tablet ile gerçekleşmiş olup %73'nde çoklu ilaç alımı mevcuttu. İlaç alımından acil servise başvuruya kadar geçen süre ortalama 2.6 saat (min-maks 20dk-20saat). Alındığı iddia edilen total parasetamol miktarı ortalama 4.9gr (min-maks 375mg-19.5gr) ve 138±51.9 mg/kg idi. Sadece 1 hastada iatrojenik intravenöz parasetamol zehirlenmesi mevcuttu. Hastaların %53.3' sevk ile gelmişken, bunların %90.2'sine aktif kömür, %68.3'ne gastrik lavaj ve %48.8'ine de intravenöz NAC uygulanmıştı. NAC başlananların çoğunda alındığı iddia edilen doz >150mg/kg idi (p=0.003). Hastaların %89'unda 4. saat parasetamol düzeyi görülürken, <6 yaş ve adölesanların ortalama kan parasetamol düzeyleri arasında fark yoktu (sırasıyla, 28/31.1 mcg/ml). Alındığı iddia edilen parasetamol dozu ile 4. saat ilaç kan düzeyi arasında herhangi bir ilişki saptanmadı. NAC başlanıp sevk edilenlerin sadece 7'sinde (%35) tedaviye devam edilirken, toplamda hastaların %10'unda NAC kullanılmıştır. Hastaların 116'sı (%99.1) şifa ile taburcu edilirken bir hasta parasetamole sekonder toksik hepatit nedeniyle karaciğer transplantasyonu uygulanmıştır.

Sonuç: Çalışmamızda, çoğu hastanın ilk 8 saat içerisinde düzey bakılan bir hastaneye sevk edilmesine rağmen endikasyonsuz intravenöz antidot aldığı görülmüştür. Kan düzeyi bakılamayan ya da bakılan bir merkeze ilk 8 saat içerisinde sevki mümkün olmayan hasta grubunda (toksik alımlarda, >150 mg/kg) antidot kullanılmalıdır.

Anahtar Kelime parasetamol, zehirlenme, NAC, antidot



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-075

Kritik Hastaların Çocuk Yoğun Bakım Ünitesine Kabulündeki Gecikme Mortaliteyi Arttırmaktadır: Hastalığın İlerlemesi mi? Geç Kabul mü?

Caner Turan¹, Eylem Ulas SAZ¹, Pınar Yazıcı Özkaya²

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk Acil Bilim Dalı

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı

Giriş - Amaç: Yoğun bakımın (YB) uygun şekilde kullanılması, kritik hastaların önemli bir kısmında sağkalımı arttırmakta; buna karşın YB izleminde gecikme olması hastanın hayatta kalma şansını riske sokabilir. YB ünitesine kabul edip etmeme kararı subjektiftir ve yatak kapasitesi de dahil olmak üzere birçok faktör bunu etkilemektedir. Yatak olmaması YB'ın hastayı reddetmesinin en sık nedenlerinden biri iken, diğer faktörler arasında primer tanı, komorbiditeler, yoğun bakım bağımlılığı olması, kıdemli yoğun bakım uzmanı tarafından triyaj yapılması yer almaktadır ve bu durum hastanın acil serviste (AS) "aşırı uzun süre" kalması ile sonuçlanmaktadır.

Bu çalışmanın amacı, çocuk YB ihtiyacı olan ancak AS'te tedavi edilen hastaların karakteristik özelliklerini analiz etmek ve çocuk YB ünitesinin hastayı kabul etme ya da reddetme kararları ile ilişkili faktörleri ile mortalite oranlarını saptamaktır.

Yöntem - Gereçler: Üçüncü basamak çocuk AS'e Ocak 2015-Aralık 2017 tarihleri arasında başvuran kritik hasta çocuklar retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Hastaların demografik özellikleri, tanıları, yapılan uygulamalar ve komplikasyonlar, ağırlık dereceleri, AS ve YB yatış süreleri, ve taburculuk durumları toplandı. Laboratuvar sonuçları, ve diğer bilgiler analiz edilerek pSOFA ve PELOD skorları hesaplandı. İlk sonuç olarak, AS başvurusunun ilk günündeki ölüm ya da YB'a yatışı karşılaştırıldı. İkincil sonuç olarak ise, 7 gün içindeki mortalite ve hospitalizasyon süresinin uzunluğu incelendi. Etik kurul onayı alındı

Bulgular: Çalışma süresinde çocuk YB ünitesine kabul edilen 113 hasta çalışmaya dahil edildi; AS'de geçirilen median süre 3 saat (IQR 2.0-6.8) olarak saptandı. Hastalarının çoğu (%74.3) ilk 6 saat içinde YB ünitesine transfer edilmişti. Bu hastaların pSOFA ve PELOD skorları daha yüksekti; bronkopnömoni, status epileptikus ve septik şok tanıları daha fazlaydı ve ≥ 6 saatten sonra transfer edilenlere göre daha az komorbiditeleri mevcuttu. İlk 6 saat içinde YB'a transfer edilen hastaların mortalitesinin daha düşük ve YB ve hastanedeki yatış sürelerinin daha kısa olduğu görüldü. AS'deki 6. saatten sonra, AS'de kalış süresinin uzaması ile mortalite arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ve mortalite artış oranı %1.4/saat olarak saptandı (OR 1.014,95% CI 1.00-1.03) ($p < 0.001$). Hastaların 27'si (%32.1) "Çok uzun süre" AS'de kaldı. Bu hastalarda diğerlerine göre daha fazla komorbidite mevcuttu ve çoğunlukla nöbet koşullarında başvurmuşlardı. Çalışma süresince 26 hasta öldü; bunların 7'si AS'de bekleme periyodunda gerçekleşti. YB ünitesine transfer edilen ve edilmeyen hastaların AS'de ortalama kalış süreleri, sırasıyla, 5.8 (0.5-77) ve 13 (0.5-131) saat olduğu görüldü. Ölen hastaların median pSOFA ve PELOD skorları yaşayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptandı (sırasıyla, 12[9-16] ve 18[2-32] vs 6[0-10] ve 2[0-32]; $p < 0.001$). Genel olarak, YB yatışı ile mortalitenin azalması istatistiksel olarak anlamlıydı ($p < 0.001$).



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI

KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Sonuç: Kritik hasta ocuklar, YB yatışı öncesinde ortalama 3 saatlerini AS'de geçirmekte ve %32'si 6 saatten 131 saate kadar AS'de beklemektedir. Bu alışmada, AS'deki uzamış kalış süresi ile hastanın sonucu/prognozu arasında ters ilişki olduğu görüldü. Bulgularımız doğrultusunda, AS'de kalış/hospitalizasyon süresinin ayarlanması ya da risk değerlendirmesi için prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelime: kritik hasta, mortalite, pediatrik acil, pediatrik yoğun bakım



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-076

Çocuk Acil Serviste Prosedural Sedo-Analjezi Uygulamaları: Tek Merkez Deneyimi

Eren Erseven, Eylem Ulaş Saz
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş - Amaç: Prosedural sedo-analjezi (PSA), ağrılı-rahatsızlık veren tanısal ve tedavi edici işlemler sırasında, anksiyoliz, analjezi, sedasyon ve motor kontrolü sağlamak için ilaç kullanılmasıdır. Çalışmanın birincil amacı, çocuk acil serviste sedo-analjezik olarak kullanılan ilaçların (kloralhidrat, benzodiazepin, deksmedetomidin ve ketamin) klinik güvenilirliğini ve etkinliğini karşılaştırmaktır. İkincil olarak PSA endikasyonları ve farklı dozlardaki yan etkileri değerlendirildi.

Yöntem - Gereçler: Çocuk acil serviste 01 Ocak 2018-31 Aralık 2018 tarihleri arasında PSA gerektiren olgular retrospektif olarak değerlendirildi. PSA uygulaması pediatri asistanı veya uzman hekim tarafından yönetildi. Demografik özellikler, tanı, endikasyonlar, PSA tipleri-dozları (mg/kg), revize edilmiş FLACC-ağrı-skoru ve Ramsey-sedasyon-skoru, sedatif etkinliği, ayılma süreleri-paternleri ve yan etkileri kaydedildi.

Bulgular: Çalışmada 196 olguya 256 defa PSA uygulandı. Ortalama yaş 11 ay (1-192 ay), %68,7'si 2 yaşın altında ve 122'si (%61,6) erkekti. Olguların %3,6'sına basit analjezi, %17,3'üne sedasyon uygulandı. PSA uygulananların %50,5'inde hafif ağrılı, %32,1'inde orta dereceli ağrılı işlemler, %17,3'ünde ise ağrısız bir işlem yapıldı. Endikasyonlar; yüksek akımlı nazal kanül oksijen (YANKO) tedavisi (%43,4), elektroensefalografi (EEG) (%23,2), lomber ponksiyon (%19,2), endotrakeal entübasyon (%10,2) ve radyolojik görüntüleme (%10,1) idi. Olguların %67,3'ünde tek ilaç (%46,7'si kloralhidrat), %20,4'ünde ilaç kombinasyonları (%44,1 deksmedetomidin + kloralhidrat) uygulandı. PSA uygulaması olguların %69,4'ünde başarılı olmasına rağmen %30,6 olguda ilaç tekrarı gerekti. PSA ajanları olarak sırasıyla kloralhidrat (%40,8; oral/rektal: 16/62), intravenöz midazolam (%24,5) ve deksmedetomidin (%22,4) tercih edildi. Pediatri asistanları kloralhidrat, uzman hekimler ise deksmedetomidin ve midazolamı daha çok tercih etti ($p<0,05$). Ortalama RSS, ilaç uygulandıktan sonra 5-10-20-30 ve 60. dakikada sırasıyla 1-2-3-3-3 idi. İlk seçenek olarak midazolam ve kloralhidrat kullanıldığında ilaç tekrarı ihtiyacı yüksek bulundu ($p<0,05$). Çalışma süresince komplikasyon veya yan etki görülmedi.

Sonuç: PSA, hasta konforunu artırma ve işlemleri kolaylaştırmada güvenli ve etkilidir. Hekimler deneyimleri ve ilaç komplikasyonlarına göre PSA uygulamaktadır. Etkinlik, uyanma süresi, komplikasyonlar ve karsinojen etki gibi yan etkiler düşünülerek PSA ajanı tercih edilmelidir.

Anahtar Kelime prosedural sedo-analjezi, sedasyon, analjezi, PSA, çocuk



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-077

Kawasaki Hastalığı'nda Koroner Arter Tutulumu Prediktörü Olarak Ortalama Trombosit Hacmi, Plateletkrit ve N-Terminal Brain Natriüretik Peptid'in Kullanımı

Caner Turan¹, Eser Doğan², Eylem Ulaş Saz¹

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Acil Bilim Dalı

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Kardiyoloji Bilim Dalı

Giriş - Amaç: Kawasaki hastalığı (KH) çocukluk çağının sıklıkla karşılaşılan vaskülitlerinden biridir. Hastalığın tanısı ateş (5 günden uzun süren), ekstremitelerde periferindeki değişiklikler, polimorf ekzantem, bilateral konjunktival konjesyon, orofarenks mukozasındaki değişiklikler ve servikal lenfadenopatiden oluşan ana kriterlerin beşinin olması ile konulmaktadır. Beş günden uzun süren ateşin varlığında klinik bulguların üçünün saptanması ve diğer olası nedenlerin dışlanması durumunda atipik KH'dan söz edilir. KH'nı diğer akut, ateşli, çocukluk çağı hastalıklarından ayırmaya ve kardiyak tutulumu öngörmeye yardımcı olabilecek güçlü belirteçlere ihtiyaç vardır. Bu çalışmadaki amaç, atipik KH'nın erken tanısında kullanılan biyokimyasal belirteçlerin değerini incelemek, koroner arter tutulumunun prediktörü olarak ortalama trombosit hacmi (MPV), plateletkrit (PCT) ve N-Terminal Brain Natriüretik Peptid (NT-proBNP)'nin araştırılmasıdır.

Yöntem - Gereçler: Ocak 2015 ile Aralık 2017 tarihleri arasında çocuk acil servise başvuran ve atipik KH tanısı almış 60 hasta ve aynı dönemde başvuran ve demografik özellikleri benzeyen 50 sağlıklı çocuk çalışmaya retrospektif olarak alınmıştır. Tedavi öncesinde tüm çocuklara transtorasik ekokardiyogram (EKO) yapılmış olup koroner arterlerde opasite, ektazi, dilatasyon ya da anevrizma (koroner arter çapı <5 mm, 5-8 mm ve >8 mm) olması koroner arter tutulumu olarak (KAT) kabul edilmiştir. Tüm olguların demografik özellikleri, başvuru yakınmaları, klinik bulguları ve MPV, PCT, RDW, lökosit, trombosit, nötrofil, lenfosit sayıları, eritrosit sedimentasyon hızı (ESH), C-reaktif protein (CRP) ve NT-proBNP gibi laboratuvar test sonuçları veri toplama formlarına işlendi. Uygulanan tedavi şekilleri, dozları ve klinik süreç içinde gelişen komplikasyonlar da kaydedildi. Hastaların tamamının 1 ay sonraki kardiyoloji poliklinik kontrollerinde yapılan kontrol EKO raporları da ayrıca incelendi. Etik kurul onayı alındı. Tüm istatistiksel analizler SPSS Statistics 22.0 v. yazılımı kullanılarak yapıldı ve istatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ olarak belirlendi.

Bulgular: Hastaların %51,7'si erkek, ortalama yaş 2,7 yıl (min 3 ay-maks 9 yıl) ve 9'u (%15) infanttı. Başvuru yakınmaları, sırasıyla, ateş yüksekliği (%100), döküntü (%28,7) ve non-pürülan konjonktivit (%25) olup, ortalama ateş yüksekliği süresi 7 gün ($SD \pm 3.35$) olarak bulunmuştur. Hastaların başvuru öncesinde aldıkları tanılar, sırasıyla, üst solunum yolu enfeksiyonu (ÜSYE) (%65), akut tonsillit (%13,3), akut gastroenterit (%10), idrar yolu enfeksiyonu (%6,7) şeklindeydi ve %71,7'si antibiyotik kullanmaktaydı. Otuz dört hastada (%56,7) koroner arter tutulumu (KAT) saptandı. KH olan çocuklardaki ortalama MPV değeri sağlıklı çocuklara göre anlamlı derecede düşük iken (sırasıyla, 5.80 fl - 8.29 fl; $p < 0.001$); PCT ve NT-proBNP değerleri anlamlı yüksek olarak bulunmuştur (sırasıyla, %0.266



- %0.227, $p=0.031$; 381.7 pg/mL - 48.5 pg/mL, $p=0.000$). KAT olan hastalarda MPV değerleritutulum olmayan hastalara göre anlamlı derecede düşük; NT-proBNP düzeyleri ise anlamlı derece yüksek olarak saptanmıştır (sırasıyla, $p=0,002$; $p=0.000$); PCT değerinde ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. NT-proBNP düzeyi, atipik KH'nın KAT olanlarını saptamada bir tanı belirteci olarak çalışıldığında ise cut-off değer: 267.5 pg/mL olarak bulunmuştur ($p=0.000$, [sensitive: %91.2, spesifite %94]). Başlangıçta KAT olan olguların yarısına yakınında (n=16, %47) bir ay sonraki kontrol EKO'da KAT bulgusu devam ediyordu. Tanı aşamasında ve tedavi öncesinde yapılan ve EKO'su normal olarak rapor edilen 26 olgudan sadece 1 (%3.8) tanesinde 1 ay sonra anevrizma gelişmiştir.

Sonuç: Atipik KH'nda KAT riski klasik KH'a göre daha fazladır. KH'nın tanısında MPV ve PCT, kullanımda olan diğer klasik laboratuvar testlerine ek olarak fayda sağlayabilir. Özellikle EKO yapılamayan veya tanıda şüphe duyulan durumlarda KAT tutulumunun erken belirteci olarak NT-proBNP kullanılabilir.

Anahtar Kelime kawasaki, koroner arter tutulumu, NT-ProBNP, ateş



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-078

Ventrikülo-Peritoneal Şant Disfonksiyonunu Öngörmede Dört Kesitlik Sınırlandırılmış Beyin Bilgisayarlı Tomografisi Kullanılabilir mi?

Ali Yurtseven, Cenk Eraslan, Eylem Ulaş Saz
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş - Amaç: Son yıllarda giderek artan hidrosefali olgularının en önemli tedavisi ventrikülo peritoneal (V-P) şant takılmasıdır. Ancak V-P şant takıldıktan sonra, 10 yıl içinde %80 olguda disfonksiyon gelişebilmektedir. V-P şant disfonksiyonu acil girişim gerektiren, mortalite ve morbiditesi yüksek bir durumdur ve acilen tanınıp V-P şantın revize edilmesi gerekmektedir. V-P şant tanısında altın standart Beyin Bilgisayarlı Tomografisidir (BBT). Standart BBT bilindiği gibi yüksek oranda radyasyon maruziyeti yaratan ortalama 35-40 kesiten oluşan bir görüntüleme yöntemidir. Oysa V-P şant disfonksiyonunda, 4. ventrikül, 3. ventrikül, lateral ventrikül ve bazal ganglionların olduğu dört kesitin değerlendirilmesinin yeterli olabileceği ve radyasyon maruziyetinin belirgin şekilde düşürülebileceği belirtilmektedir. Çalışmamızın amacı dört kesitlik sınırlandırılmış BBT'nin V-P şant disfonksiyonunu ön görmede kullanılabilirliğinin belirlenmesidir.

Yöntem - Gereçler: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Acil Servis'ine 1 Ocak 2013-31 Aralık 2017 tarihleri arasında başvurup V-P şant disfonksiyonu ön tanısıyla BBT çekilen tüm olguların, demografik ve medikal özellikleri ile BT sonuçları hasta dosyalarından elde edilen veriler doğrultusunda geriye dönük olarak incelendi. Her hasta için, önceden çekilmiş olan beyin BT'lerden, 4. ventrikül, 3. ventrikül, lateral ventrikül ve bazal ganglionların olduğu dört kesiten oluşan bir sınırlandırılmış BBT hazırlanıp, her birine bir numara verilerek ayrı bir CD ye kaydedildi. Nöroradyolog kör bir şekilde, oluşturulmuş olan sınırlandırılmış BBT'leri yorumlayıp her bir hastanın ventrikülo-peritoneal şant disfonksiyonu olup olmadığı değerlendirildi. Bu değerlendirme sonrasında sınırlandırılmış BBT sonuçlarıyla, standart BBT sonuçları karşılaştırılarak, sınırlandırılmış BBT'nin V-P şant disfonksiyonunu belirlemedeki sensitivitesi ve spesifitesi saptandı.

Bulgular: Çalışmaya alınan 164 hastanın %52'si erkekti ve ortalama yaşları 54±24 aydı. İlk V-P şant takılma yaşı 14 ay iken, 98 (%60) olguda öncesinde V-P şant revizyonu yapılmıştı. Elli (%40) olguda ağır prematurite söz konusuydu. İlk V-P şant takılmasının altında yatan etiyoloji incelendiğinde; hastaların 43 (%18)'ünde intrakranial kanama, 36 (%15)'inde konjenital hidrosefali, 32 (%13)'ünde meningomyelose, 30 (%12)'unda beyin tümörü mevcuttu. Kusma (n:45, %19) ve nöbet geçirme (n:28, %12) en sık başvuru şikayetleriydi. Yapılan batın ultrasonunda 16 (%10) olguda psödokist tespit edilirken, 60 olguya klinik ve radyolojik değerlendirme sonucu V-P şant revizyonu yapıldı. Altın standart tüm BBT göre sınırlandırılmış BBT'nin V-P şant disfonksiyonunu belirlemede sensitivitesi %62 iken spesifitesinin %97 olduğu tespit edildi. Yöntemin pozitif prediktif değeri (PPD) %97 ve negatif prediktif değeri % 58 saptandı.

Sonuç: V-P şant disfonksiyonunu belirlemede sınırlandırılmış BBT'nin spesifitesi yüksektir. Bu tip hastalarda ilk olarak sınırlandırılmış BBT'nin çekilip, klinik şüphe halinde standart BBT'nin çekilmesi hastaları büyük oranda radyasyon maruziyetinden kurtaracaktır.

Anahtar Kelime Hidrosefali, Ventrikülo-peritoneal şant, Sınırlandırılmış beyin bilgisayarlı tomografisi



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-079

Rotavirüs Gastroenteritlerinin Çocuk Acile Yansıması

Tuğçe Kurtaraner, Esin Yıldız Aldemir, Bilge Aydın Behram
Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş - Amaç: Rotavirüs enfeksiyonları,çocukluk çağında görülen,yüksek mortalite ve morbidite ile izlenen gastroenteritlerin en sık etkeni olup,Acil servise başvurularda 5 yaş altında sıklık daha yüksektir.Çalışmamızda Rotavirüs gastroenteritlerinin sıklığını,hastaneye yatış ve izlem sürelerini retrospektif olarak inceledik.

Yöntem - Gereçler: Hastanemiz çocuk acil bölümününe 1 Ocak 2018-1 Ocak 2019 tarihleri arasında akut gastroenterit tanısıyla başvuran ve gaytada Rotavirüs antijen testi yapılip,pozitif saptanan 223 hastanın verileri geriye dönük incelendi. Gayta örnekleri immünokromatografik yöntem (Rotavirus and Adenovirus Combo Rapid Test Cassette (feces), Biotech,INC,USA) kullanılarak incelendi.

Bulgular: Akut gastroenterit tanısıyla 3963 hasta başvurdu. Bu hastaların 223(%5,62)'ünde gaytada Rotavirüs antijeni pozitif bulundu. Rotavirüs ve adenovirüs birlikteliği %0,08 oranında saptandı. Ortalama yaş 3,06 idi.Olguların %57,3'ü 2 yaş altındaydı. .Başvuruların en sık ilkbahar ve kış aylarında (Şubat-Mart-Nisan), yaz aylarında (Temmuz-Ağustos)ise en az sıklıkta olduğu gözlemlendi. Yapılan labaratuvar tetkiklerinde 133 hastadan hemogram bakıldı.Sadece 2 hastada lökopeni,5 hastada trombositopeni, 5 hastada hafif trombositoz saptandı.154 hastadan bakılan kan gazı sonuçlarında hastaların %4,4'ünde HCO₃ düzeyi 10 meq/lit'nin altında,%21,5'inde HCO₃ düzeyi 10-15 meq/lit ve %2,2'sinde pH düzeyinin 7,25' in altında olduğu bulundu. 150 hastanın incelenen biyokimya sonuçlarına göre; hastaların %11,2'sinde hiponatremi, %39,5'inde hiperkloremi, %8,5'inde BUN yüksekliği, %1,3'ünde kreatinin yüksekliği ve %29,1'inde CRP yüksekliği saptandı.Enfeksiyon nedeniyle hastaneye tekrarlayan başvurular incelendiğinde; hastaların %26,4'ünün iki veya daha fazla başvurusunun olduğu saptandı. Olguların %60'ının ayaktan tedavi aldığı, %8,9'unun çocuk acil gözlem odasına ve %6,2'sinin de yataklı servise yatırıldığı belirlendi.

Sonuç: Çalışmamızda iki yaş altında Rotavirüs gastroenteritlerinin sıklığının ve hastaneye yatış gereksiniminin arttığı görülmektedir. Sıklık mevsimsel değişkenlik gösterirken Şubat,Mart ve Nisan aylarında daha fazla izlenmekte olduğu saptandı.Hastaneye yatışı olan hastaların büyük bir kısmı çocuk acil servis odasında izlenmiş olduğu da göz önünde bulundurulursa Çocuk Acilimizin Rotavirüs gastroenteritlerinin takip ve tedavisinde anlamlı bir rol oynadığını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelime Rotavirüs,Gastroenterit,Hospitalizasyon



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-080

Çocukluk Çağı Kalıtsal Nöromusküler Hastalıklarında Genetik Tanı Yaklaşımları ve Sonuçları

Berk Özyılmaz

Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi, Genetik Hastalıklar Tanı Merkezi

Giriş - Amaç: Kas güçsüzlüğü, motor korteks' ten başlayıp, beyin sapı ve omurilikten ön boynuz hücrelerine, periferik sinirlere, nöromusküler bileşkeye ve son olarak kas dokusuna kadar uzanan herhangi bir noktada bir lezyondan kaynaklanabilir. Kazanılmış ve kalıtsal sebepleri vardır. Nöromusküler hastalıklar kliniklerinde en sık karşılaşılan kalıtsal sebepleri aşağıdaki gibidir:

Motor Korteks' te: Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS) (4/100.000);

Beyin sapı ve spinal korddaki motor nöronlarda: Spinal Musküler Atrofi (SMA) (1/10.000);

Periferik Sinirlerde: Charcot-Marie-Tooth Hastalığı (CMT1A) (1/3300);

Nöromusküler Bileşke' de: Myasthenia gravis (MG) (20/100.000);

Kas Dokusunda:

Myotonik Distrofi Tip I (DM1) (1/8000),

Duchenne MD (DMD)/Becker MD (BMD) (1/3500),

Facio-Scapulo-Humeral MD (FSHD) (1/8333)

Limb-Girdle MD (LGMD) (0.56-5.75/100.000),

Konjenital Myopatiler (CM) ve

Konjenital Musküler Distrofiler (CMD)

Yöntem - Gereçler: Bu sık görülen kalıtsal nöromusküler hastalıkların tanısı için hastalık etyopatogeneze bağlı olarak farklı moleküler genetik tanı yaklaşımları uygulanmaktadır.

Bu raporda Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Nöromusküler Hastalıklar Birimi ve Genetik Hastalıklar Tanı Merkezi tarafından takip edilen, kalıtsal nöromusküler hastalıklara sahip olduğu düşünülen hastalara uygulanan yaklaşım ve elde edilen sonuçlar sunulmaktadır.

Bulgular: Tepecik Genetik Hastalıklar Tanı Merkezi' nde günümüze kadar **SMA** tanısıyla 252 hasta; **CMT1A** 98 hasta; **DM1** tanısıyla 102 hasta; **DMD/BMD** tanısıyla 139 hasta; **LGMD** tanısıyla 74 hasta; **CM** tanısıyla 51 hasta ve **CMD** tanısıyla 30 hasta moleküler genetik yöntemlerle değerlendirilmiştir. Bu sebeplerle değerlendirilmiş olan toplam **746 hastanın 195' inde (%26,1)** tanıya ulaşılmıştır.

Sonuç: Nöromusküler hastalıkların tanısı multidisipliner çalışma gerektiren bir konudur. Klinik ve histopatolojik verilerin yönlendirdiği genetik testler ile en yüksek tanı oranlarına ulaşılması mümkün olmaktadır.

Anahtar Kelime nöromusküler, moleküler, genetik, sma, dmd



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-081

0-7 Yaş Arasında İdrar Yolu Enfeksiyonu Geçiren Çocukların Demografik Özellikleri ve Vesikoüreteral Reflü Varlığı

Hilal Durmaz Şimşek¹, Zehra Esra Önal², Derya Güder¹

¹Sağlık Bakanlığı Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Giriş - Amaç: Çocuklarda idrar yolu enfeksiyonu, sık karşılaşılan önemli sağlık sorunlarından biridir. Tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları kronik piyelonefrite, hipertansiyona ve kronik böbrek yetersizliğine neden olabilmektedir. Ülkemizde kronik böbrek yetersizliğinin en önemli nedenlerinden biri de İYE'ye sekonder gelişen reflü ve kronik piyelonefrittir.

Bu çalışmada, Haydarpaşa Numune Hastanesi Çocuk Nefroloji Kliniğine başvuran çocuklarda İYE'nin risk faktörleri, etiyolojisi, klinik bulguları, etkenleri, eşlik eden patolojileri ve İYE'de görüntüleme yöntemlerinin rolü araştırıldı.

Yöntem - Gereçler: Çalışma Ocak 2015 ile Nisan 2017 tarihleri arasında İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Pediatrik Nefroloji polikliniğine başvuran çocuk hastaların dosyalarının retrospektif analizi ile gerçekleştirildi. Çalışma için 120 hastanın yaş, cinsiyet gibi demografik verileri ile birlikte idrar yolu enfeksiyonu ile ilgili parametreleri elde edildi. Elde edilen veriler istatistiksel olarak analiz edildi. Analizler MedCalc Statistical Software version 12.7.7 Programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: Hastaların 92(%76,7) kız 28 (%23,3) erkek ve yaş ortalaması 35,2 ay idi. Etken patojen olarak en sık E.coli / 77,5 ve sırasıyla diğer etkenler Enterekok ve Klebsiella idi. Hastaların üriner sistem USG'lerin 18;3 de hidronefroz ve % 21,8'inde diğer anomaliler tespit edildi. Hastaların VCUG değerlendirmesinde ise % 40,7 oranında VUR vardı. DMSA sintigrafisinde ise % 69,2'de tek taraflı renal skar tespit edildi. Sintigrafide skar varlığı ile reflü derecesi arasında istatistik olarak anlamlı bir ilişki bulundu(P>0.05).

Sonuç: Sonuç olarak tekrarlayan ve ateşli İYE olan çocukların oldukça yüksek oranlarda renal skarlanmalarının olması sebebiyle erken dönemde tanı, etkin tedavi ve düzenli takiplerin uzun dönem komplikasyonların önemli oranda azalması bakımından çok önemlidir.

Anahtar Kelime: Tekrarlayan İYE, Vesikoüreteral reflü (VUR), renal skar, risk faktörleri

Kaynaklar

1. Osman Dönmez Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Nefroloji Bilim Dalı, Bursa Cocuklarda-Idrar-Yolu-Enfeksiyonlari-DerlemeJ Curr Pediatr 2003



2. (<http://millipediatri.org.tr/Uploads/EditorImages/files/kilavuz-13.pdf>)
3. Elijah Paintsil Update on recent guidelines for the management of urinary tract infections in children: the shifting paradigm Current Opinion in Pediatrics. 25(1):88-94, FEB 2013 DOI: 10.1097/MOP.0b013e32835c14cc Author Information: Departments of Pediatrics and Pharmacology, Yale School of Medicine, New Haven, Connecticut, USA Issn Print: 1040-8703
4. Jones KV, Asscher AW: Urinary tract infection and vesicoureteral reflux. In Edelmann CM (ed). Pediatric Kidney Disease Second edition. Volume II Little, Brown and Company. Boston, Toronto, London 1992: 1943-91.)
5. Joseph J. Zorc,^{1,*}Darcie A. Kiddoo,² and Kathy N. Shaw Diagnosis and Management of Pediatric Urinary Tract Infections Clin Microbiol Rev. 2005 Apr; 18(2): 417-422. doi: 10.1128/CMR.18.2.417-422.2005 PMID: PMC1082801
6. Murky Waters. Friedman A, Management of UTI in Children: Pediatrics. 2016;138(1)
7. Keren R, Imaging and treatment strategies for children after first urinary tract infection. Opin Pediatr.Curr 2007;19(6):705
8. Keren R, Shaikh N, Pohl H, Gravens-Mueller L, Ivanova A, Zaoutis L, Patel M, deBerardinis R, Parker A, Bhatnagar S, Haralam MA, Pope M, Kearney D, Sprague B, Barrera R, Viteri B, Egigueron M, Shah N, Hoberman A Risk Factors for Recurrent Urinary Tract Infection and Renal Scarring. Pediatrics. 2015;136(1):e13. Epub 2015 Jun
9. Hoberman A, Chao HP, Keller DM, Hickey R, Davis HW, Ellis D JPrevalence of urinary tract infection in febrile infants. Pediatr. 1993;123(1):1)
10. Hansson S, Jodal U.Urinary tract infection. In: Avner ED, Harmon WE, Niaudet P(eds) Pediatric Nephrology, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2004; 5: 1007-1027.
11. Linshaw M. Asymptomatic bacteriuria and vesicoureteral reflux in children. Kidney Int 1996; 50: 312-29
12. Childs SJ, Egan RJ. Microbiology and Epidemiology in Recurrent Lower Urinary Tract Infections. Infect Urol 1998; 11: 88-92
13. Rushton HG. Urinary tract infections in children; epidemiology, evaluation, and management. Pediatr Clin North Am 1997; 44: 1133-69
14. Chang SL, Shortliffe LD. Pediatric Urinary Tract Infections. Pediatr Clin N Am; 2006: 379-400
15. NICE Clinical Guidelines (2007). Urinary tract infection in children: Diagnosis, treatment and long-term management. Retrieved May 23, 2014, from <http://publications.nice.org.uk/urinary-tract-infection-in-children-cg54>.
16. Bauer R, Kogan BA. New Developments in the Diagnosis and Management of Pediatric UTIs. Urol Clin N Am 2008; 35: 47-58
17. Bensman A, Dunand O, Ulinski T. Urinary tract infections. In: Pediatric Nephrology (6th edn), Avner ED, Harmon WE, Niaudet P, Yoshikawa N (eds). Springer-Verlag, Berlin Heidelberg 2009, pp 1299-1310.
18. Kliegman, Robert; Nelson, Waldo E (Waldo Emerson), 1898-1997Textbook of pediatrics. 19th ed. / [edited by] Robert M. Kliegman ... [et al.]. Philadelphia, PA : Elsevier/Saunders, c2011
19. Shaikh, Nader MD, MPH*; Morone, Natalia E. MD, MSct; Bost, James E. PhD‡; Farrell, Max H. Prevalence of Urinary Tract Infection in Childhood: A Meta-Analysis BS‡Pediatric Infectious Disease Journal: April 2008 - Volume 27 - Issue 4 - pp 302-308
20. Stull TL¹, LiPuma JJ., Med Clin North Am. 1991 Mar;75(2):287-97. Epidemiology and natural history of urinary tract infections in children.



21. Wettergren B, Jodal U, Jonasson G. Acta Paediatr Scand. 1985 Nov;74(6):925-33. Epidemiology of bacteriuria during the first year of life
22. Shaw KN, Gorelick M, McGowan KL, Yakscoe NM, Schwartz JS Prevalence of urinary tract infection in febrile young children in the emergency department. Pediatrics. 1998;102(2):e16
23. Davies HD; Canadian Paediatric Society, Infectious Disease and Immunization Committee. Bag urine specimens still not appropriate in diagnosing urinary tract infections in infants. Paediatr Child Health 2004;9(6):377-8
24. Bacius V, Verrier-Jones K. Urinary tract infection. In: Cochat P (ed). European Society for Pediatric Nephrology Handbook. Medcom, Lyon 2002: 153-57
25. Travis LB, Brouhard BH. Infection of urinary tract. Prentice Hall International, Stamford, CT, 1996.
26. Langley JM, Hanakowski M, Leblanc JC. Unique epidemiology of nosocomial urinary tract infection in children. Am J Infect Control 2001;29:94-8.
27. Hansson S, Brandstrom P, Jodal U, Larsson P. Low bacterial counts in infants with urinary tract infection. J Pediatr 1998; 132: 180-2
28. Sobel JD. Pathogenesis of urinary tract infection. Infect Dis Clin North Am 1997; 11: 531-49
29. Majd M1, Rushton HG, Jantusch B, Wiedermann BL Relationship among vesicoureteral reflux, P-fimbriated Escherichia coli, and acute pyelonephritis in children with febrile urinary tract infection J Pediatr. 1991 Oct;119(4):578-85.
30. Marild S, Wettergren B, Hellstrom M, et al. Bacterial virulence and inflammatory response in infants with febrile urinary tract infection or screening bacteriuria. J Pediatr 1988; 112: 348-54)
31. Ferda Tunçkanat Üriner Sistem İnfeksiyonu Patogenezi nde Konakçı Savunma Mekanizmalarının Rolü Klimik Derg , Cilt 7, Sayı: 1 , 1994, s:24-28
32. Olcay Neyzi, Türkan Ertuğrul, Pediatri cilt 2, s1490
33. Chambers ST, Kunin CM Isolation of glycine betaine and proline betaine from human urine. Assessment of their role as osmoprotective agents for bacteria and the kidney. J Clin Invest. 1987 Mar;79(3):731-7.
34. Chick S, Harber MJ, Mackenzie R, Asscher AW Infect Immun. Modified method for studying bacterial adhesion to isolated uroepithelial cells and uromucoid. 1981 Oct;34(1):256-61.
35. Sobota AE, Apicella LL Reduction in the anti-adherence activity of Tamm-Horsfall protein with increasing concentration of calcium.. Urol Res. 1991;19(3):177-80)
36. Reinhart H1, Obedeau N, Hooton T, Stamm W, Sobel J Urinary excretion of Tamm-Horsfall protein in women with recurrent urinary tract infections. J Urol. 1990 Nov;144(5):1185-7.
37. Reinhart HH1, Spencer JR, Zaki NF, Sobel JD Quantitation of urinary Tamm-Horsfall protein in children with urinary tract infection Eur Urol. 1992;22(3):194-9
38. Ruggieri MR1, Levin RM, Hanno PM, Witkowski BA, Gill HS, Steinhardt GF Defective antiadherence activity of bladder extracts from patients with recurrent urinary tract infection J Urol. 1988 Jul;140(1):157-9.
39. Bryant RE, Sutcliffe MC, McGee ZA. Human polymorphonuclear leukocyte function in urine. Yale J Biol Med. 1973 Apr;46(2):113-24
40. Steadman R, Topley N, Jenner DE, Davies M, Williams JD Type 1 fimbriate Escherichia coli stimulates a unique pattern of degranulation by human polymorphonuclear leukocytes.. Infect Immun. 1988 Apr;56(4):815-22
41. Perry A, Ofek I, Silverblatt FJ. Enhancement of mannose-mediated stimulation of human



- granulocytes by type 1 fimbriae aggregated with antibodies on Escherichia coli surfaces. Infect Immun. 1983 Mar;39(3):1334-45
42. Norden CW, Green GM, Kass EH Antibacterial mechanisms of the urinary bladder. J Clin Invest. 1968 Dec;47(12):2689-700
43. Kaijser B, Larsson P, Olling S, Schneerson R. Protection against acute, ascending pyelonephritis caused by Escherichia coli in rats, using isolated capsular antigen conjugated to bovine serum albumin. Infect Immun. 1983 Jan;39(1):142-6.
44. Rene P, Silverblatt FJ Serological response to Escherichia coli pili in pyelonephritis. Infect Immun. 1982 Aug;37(2):749-54.
45. Salit IE1, Hanley J, Clubb L, Fanning S The human antibody response to uropathogenic Escherichia coli: a review. Can J Microbiol. 1988 Mar;34(3):312-8.
46. Schaeffer AJ, Radvany RM, Chmiel JS Human leukocyte antigens in women with recurrent urinary tract infections. J Infect Dis. 1983 Sep;148(3):604
47. Roberts JA. Mechanisms of renal damage in chronic pyelonephritis (reflux nephropathy). Curr Topic Pathol 1995; 88:265-87
48. Marget W, Mar PJ. Scand What is the role of lipid A in the development of pyelonephritis? A hypothesis. J Urol Nephrol Suppl. 1987;104:93-6
49. Shaikh N, Morone NE, Lopez J, Chianese J, Sangvai S, D'Amico F, Hoberman A, Wald ER Does this child have a urinary tract infection JAMA. 2007;298(24):2895
50. Feldman AS, Bauer SB Diagnosis and management of dysfunctional voiding. Curr Opin Pediatr. 2006;18(2):139
51. Hellström A, Hanson E, Hansson S, Hjälms K, Jodal U Association between urinary symptoms at 7 years old and previous urinary tract infection. Arch Dis Child. 1991;66(2):232
52. Gould CV, Umscheid CA, Agarwal RK, Kuntz G, Pegues DA, Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009. Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee Infect Control Hosp Epidemiol. 2010;31(4):319
53. Hoberman A, Charron M, Hickey RW, Baskin M, Kearney DH, Wald ER Imaging studies after a first febrile urinary tract infection in young children. N Engl J Med. 2003;348(3):195
54. Erdoğan Ö, Öner A. Çocukluk çağı idrar yolu enfeksiyonları. T Klin Pediatri 2002; 11: 221-35
55. Zorc JJ, Kiddoo DA, Shaw KN Diagnosis and management of pediatric urinary tract infections. Clin Microbiol Rev. 2005;18(2):417)
56. Smellie JM, Poulton A, Prescod NP Retrospective study of children with renal scarring associated with reflux and urinary infection. BMJ. 1994;308(6938):1193)
57. Türk Milli Pediatri Derneği- Çocuk Nefroloji Derneği- Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarında Tanı ve Tedavi Klavuzlar-13-Aralık-2014
58. Wald ER. Cystitis and pyelonephritis. In: Feigin and Cherry's Textbook of Pediatric Infectious Diseases, 7th ed, Cherry JD, Harrison GJ, Kaplan SL, et al (Eds), Elsevier Saunders, Philadelphia 2014. p.535
59. Winberg J, Andersen HJ, Bergström T, Jacobsson B, Larson H, Lincoln K Epidemiology of symptomatic urinary tract infection in childhood. Acta Paediatr Scand Suppl. 1974
60. Wettergren B, Jodal U, Jonasson G Epidemiology of bacteriuria during the first year of life. Acta Paediatr Scand. 1985;74(6):925
61. Linshaw M Asymptomatic bacteriuria and vesicoureteral reflux in children Kidney Int. 1996;50(1):312



ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

62. Childs SJ, Egan RJ. Microbiology and Epidemiology in Recurrent Lower Urinary Tract Infections. *Infect Urol* 1998; 11: 88-92.
63. Tumer N, Nebigil I. Asymptomatic urinary tract infection in childhood. *Eur J Pediatr* 1992; 151:308-309.
64. Fitzgerald A, Mori R, Lakhanpaul M Interventions for covert bacteriuria in children *Cochrane Database Syst Rev*. 2012
65. Ballouhey Q, Fourcade L, Couve-Deacon E, Cros J, Lescure V, Bahans C, Chainier D, Garnier F, Guignonis V *Urology*. 2016;95:171. Epub 2016 Jun 8 Urine Contamination in Nontilet-trained and Uncircumcised Boys.
66. Vaillancourt S, McGillivray D, Zhang X, Kramer MS To clean or not to clean: effect on contamination rates in midstream urine collections in toilet-trained children. *Pediatrics*. 2007;119(6):e1288
67. Labrosse M, Levy A, Autmizguine J, Gravel J Evaluation of a New Strategy for Clean-Catch Urine in Infants. *Pediatrics*. 2016 Sep;138(3) Epub 2016 Aug 19
68. Lavelle JM, Blackstone MM, Funari MK, Roper C, Lopez P, Schast A, Taylor AM, Voorhis CB, Henien M, Shaw KN Two-Step Process for ED UTI Screening in Febrile Young Children: Reducing Catheterization Rates. *Pediatrics*. 2016;138(1)
69. Wald ER To bag or not to bag. *J Pediatr*. 2005;147(4):418
70. Tosif S, Baker A, Oakley E, Donath S, Babl FE Contamination rates of different urine collection methods for the diagnosis of urinary tract infections in young children: an observational cohort study. *J Paediatr Child Health*. 2012;48(8):659
71. PRYLES CV, ATKIN MD, MORSE TS, WELCH KJ Comparative bacteriologic study of urine obtained from children by percutaneous suprapubic aspiration of the bladder and by catheter. *Pediatrics*. 1959;24:983
72. Hardy JD, Furnell PM, Brumfitt W Comparison of sterile bag, clean catch and suprapubic aspiration in the diagnosis of urinary infection in early childhood. *Br J Urol*. 1976;48(4):279.
73. Chon CH, Lai FC, Shortliffe LMD. Pediatric urinary tract infections. *Pediatr Clin North Am* 2001; 48: 1441-49
74. Graham JC, Galloway A. The laboratory diagnosis of urinary tract infection. *J Clin Pathol* 2001; 54: 911-19
75. Walsh TJ, Hsieh S, Grady R, Mueller BA. Antenatal hydronephrosis and the risk of pyelonephritis hospitalization during the first year of life. *Urology* 2007;69:970-974.
76. Gorelick MH, Shaw KN. Screening tests for urinary tract infection in children: A meta-analysis. *Pediatrics* 1999; 104:e54.
77. Huicho L, Campos-Sanchez M, Alamo C. Metaanalysis of urine screening tests for determining the risk of urinary tract infection in children. *Pediatr Infect Dis J* 2002; 21:1.
78. Finnell SM, Carroll AE, Downs SM, the Subcommittee on Urinary Tract Infection. Technical Report-
-Diagnosis and Management of an Initial UTI in Febrile Infants and Young Children. *Pediatrics* 2011
79. P Hoberman A, Wald ER, Reynolds EA, Penschansky L, Charron pyuria and bacteriuria in urine *M J Pediatr*. 1994;124(4):513
80. Roberts KB Urinary tract infection: clinical practice guideline for the diagnosis and management of the initial UTI in febrile infants and children 2 to 24 months. Subcommittee on Urinary Tract Infection, Steering Committee on Quality Improvement and Management, *Pediatrics*. 2011;128(3):595. Epub 2011 Aug 28



ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

81. Khursheed Ahmed Wani,1Mohd Ashraf, 2Javaid Ahmed Bhat,3Nazir Ahmed Parry,4Lubna Shaheen,5 and Sartaj Ali BhatPaediatric Urinary Tract Infection: A Hospital Based Experience| Clin Diagn Res. 2016 Oct; 10(10): SC04-SC07
82. Nelson CP, Johnson EK, Logvinenko T, Chow JS Ultrasound as a screening test for genitourinary anomalies in children with UTI. Pediatrics. 2014;133(3):e394. Epub 2014 Feb 10
83. Massanyi EZ, Preece J, Gupta A, Lin SM, Wang MH Utility of screening ultrasound after first febrile UTI among patients with clinically significant vesicoureteral reflux. Urology. 2013;82(4):905. Epub 2013 Jun 14.
84. Reaffirmation of AAP clinical practice guideline: The diagnosis and management of the initial urinary tract infection in febrile infants and young children 2-24 months of age. Pediatrics. 2016;138(6):e20163026
85. Shaikh N, Craig JC, Rovers MM, Da Dalt L, Gardikis S, Hoberman A, Montini G, Rodrigo C, Taskinen S, Tuerlinckx D, Shope T Identification of children and adolescents at risk for renal scarring after a first urinary tract infection: a meta-analysis with individual patient data.JAMA Pediatr. 2014;168(10):893
86. Jones KV, Asscher AW: Urinary tract infection and vesicoureteral reflux. In Edelmann CM (ed). Pediatric Kidney Disease Second edition. Volume II Little, Brown and Company. Boston, Toronto, London 1992: 1943-9
87. Downs SM UTI and watchful waiting: the courage to do nothing.Downs SM Pediatrics. 2014 Mar;133(3):535-6. Epub 2014 Feb 1
88. Shaikh N, Spingarn RB, Hum SW Dimercaptosuccinic acid scan or ultrasound in screening for vesicoureteral reflux among children with urinary tract infections. Cochrane Database Syst Rev. 2016;7:CD010657. Epub 2016 Jul 5
89. Stein R, Dogan HS, Hoebeke P, Kočvara R, Nijman RJ, Radmayr C, Tekgül S Urinary tract infections in children: EAU/ESPU guidelines Eur Urol. 2015;67(3):546
90. Schnadower D, Kuppermann N, Macias CG, Freedman SB, Agrawal D, Mao J, Dayan PS, Outpatient management of young febrile infants with urinary tract infections. American Academy of Pediatrics Pediatric Emergency Medicine Collaborative Research Committee UTI Study Group Pediatr Emerg Care. 2014 Sep;30(9):591-7
91. Edlin RS, Shapiro DJ, Hersh AL, Copp HL J Antibiotic resistance patterns of outpatient pediatric urinary tract infections. Urol. 2013 Jul;190(1):222-7. Epub 2013 Jan 2
92. Bryce A, Hay AD, Lane IF, Thornton HV, Wootton M, Costelloe C Global prevalence of antibiotic resistance in paediatric urinary tract infections caused by Escherichia coli and association with routine use of antibiotics in primary care: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2016;352:i939. Epub 2016 Mar 15
93. Hoberman A, Wald ER, Hickey RW, Baskin M, Charron M, Majd M, Kearney DH, Reynolds EA, Ruley J, Janosky JE Oral versus initial intravenous therapy for urinary tract infections in young febrile children.Pediatrics. 1999;104(1 Pt 1):79
94. Strohmeier Y, Hodson EM, Willis NS, Webster AC, Craig JC Antibiotics for acute pyelonephritis in children.Cochrane Database Syst Rev. 2014
95. Neuhaus TJ, Berger C, Buechner K, Parvex P, Bischoff G, Goetschel P, Husarik D, Willi U, Molinari L, Rudin C, Gervaix A, Hunziker U, Stocker S, Girardin E, Nadal D Randomised trial of oral versus sequential intravenous/oral cephalosporins in children with pyelonephritis. Eur J Pediatr. 2008;167(9):1037. Epub 2007 Dec 12



ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

96. Bonsu BK, Shuler L, Sawicki L, Dorst P, Cohen DM Susceptibility of recent bacterial isolates to cefdinir and selected antibiotics among children with urinary tract infections. *Acad Emerg Med.* 2006;13(1):76. Epub 2005 Dec 19
97. Jackson MA, Schutze GE, The Use of Systemic and Topical Fluoroquinolones COMMITTEE ON INFECTIOUS DISEASES *Pediatrics.* 2016 Nov;138(5)
98. Edlin RS, Shapiro DJ, Hersh AL, Copp HL Antibiotic resistance patterns of outpatient pediatric urinary tract infections. *J Urol.* 2013 Jul;190(1):222-7. Epub 2013 Jan 28
99. Bryce A, Hay AD, Lane IF, Thornton HV, Wootton M, Costelloe C Global prevalence of antibiotic resistance in paediatric urinary tract infections caused by *Escherichia coli* and association with routine use of antibiotics in primary care: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2016;352:i939. Epub 2016 Mar 15
100. Neal D, Rodriguez G, Hanson JA. Fluconazole treatment of fungal urinary tract infection in pediatric patients. *Infec Med* 1996; 13: 177-79
101. Hewitt IK, Pennesi M, Morella W, et al Antibiotic prophylaxis for urinary tract infection-related renal scarring: A systematic review *Pediatrics.* 2017;139(5)
102. Gordon I, Barcovics M, Pindoria S, Cole TJ, Wolf AS. Primary vesicoureteric reflux as a predictor renal damage in children hospitalized with urinary tract infection: A systematic review and meta-analysis. *J Am Soc Nephrol* 2003; 14: 739-44.
103. Williams G, Lee A, Craig J. Antibiotics for the prevention of urinary tract infection: A systematic review of randomized controlled trials. *J Pediatr* 2001; 138: 868-74
104. Huang YY, Chen MJ, Chiu NT, Chou HH, Lin KY, Chiou YY Adjunctive oral methylprednisolone in pediatric acute pyelonephritis alleviates renal scarring *Pediatrics.* 2011;128(3):e496. Epub 2011 Aug 15
105. Sharifian M, Anvaripour N, Karimi A, Fahimzad A, Mohkam M, Dalirani R, Gholikhani F, Rafiee MA. The role of dexamethasone on decreasing urinary cytokines in children with acute pyelonephritis. *Pediatr Nephrol.* 2008;23(9):1511. Epub 2008 Jun 13
106. Jepson RG, Williams G, Craig JC Cranberries for preventing urinary tract infections. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;10:CD001321. Epub 2012 Oct 17
107. Schwenger EM, Tejani AM, Loewen PS Probiotics for preventing urinary tract infections in adults and children *Cochrane Database Syst Rev.* 2015
108. Hiraoka M, Hori C, Tsukahara H, Kasuga K, Ishihara Y, Kotsuji F, Mayumi M Vesicoureteral reflux in male and female neonates as detected by voiding ultrasonography. *Kidney Int.* 1999;55(4):1486
109. Yeung CK, Godley ML, Dhillon HK, Gordon I, Duffy PG, Ransley PG The characteristics of primary vesico-ureteric reflux in male and female infants with pre-natal hydronephrosis. *Br J Urol.* 1997;80(2):319
110. Roussey-Kesler G, Gadjos V, Idres N, Horen B, Ichay L, Leclair MD, Raymond F, Grellier A, Hazart I, de Parscau L, Salomon R, Champion G, Leroy V, Guignonis V, Siret D, Palcoux JB, Taque S, Lemoigne A, Nguyen JM, Guyot C J Antibiotic prophylaxis for the prevention of recurrent urinary tract infection in children with low grade vesicoureteral reflux: results from a prospective randomized study. *Urol.* 2008;179(2):674. Epub 2007 Dec 20
111. Skoog SJ, Peters CA, Arant BS Jr, Copp HL, Elder JS, Hudson RG, Khoury AE, Lorenzo AJ, Pohl HG, Shapiro E, Snodgrass WT, Diaz M Pediatric Vesicoureteral Reflux Guidelines Panel Summary Report: Clinical Practice Guidelines for Screening Siblings of Children With Vesicoureteral Reflux and



- Neonates/Infants With Prenatal Hydronephrosis. *J Urol.* 2010;184(3):1145
112. Sjöström S, Sillén U, Bachelard M, Hansson S, Stokland E Spontaneous resolution of high grade infantile vesicoureteral reflux. *J Urol.* 2004 Aug;172(2):694-8; discussion 699.
113. Godley ML, Desai D, Yeung CK, Dhillon HK, Duffy PG, Ransley PG BJU The relationship between early renal status, and the resolution of vesico-ureteric reflux and bladder function at 16 months. *Int.* 2001 Apr;87(6):457-62
114. van Eerde AM, Meutgeert MH, de Jong TP, Giltay JC Vesico-ureteral reflux in children with prenatally detected hydronephrosis: a systematic review. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2007;29(4):46
115. Willemsen J, Nijman RJ Vesicoureteral reflux and videourodynamic studies: results of a prospective study *Urology.* 2000;55(6):939
116. Guarino N, Casamassima MG, Tadini B, Marras E, Lace R, Bianchi M Natural history of vesicoureteral reflux associated with kidney anomalies. *Urology.* 2005;65(6):1208
117. Singh-Grewal D, Macdessi J, Craig J Circumcision for the prevention of urinary tract infection in boys: a systematic review of randomised trials and observational studies. *Arch Dis Child.* 2005;90(8):853. Epub 2005 May 12
118. Shaikh N, Craig JC, Rovers MM, Da Dalt L, Gardikis S, Hoberman A, Montini G, Rodrigo C, Taskinen S, Tuerlinckx D, Shope T Identification of children and adolescents at risk for renal scarring after a first urinary tract infection: a meta-analysis with individual patient data. *JAMA Pediatr.* 2014;168(10):893
119. Shaikh N, Ewing AL, Bhatnagar S, Hoberman A Risk of renal scarring in children with a first urinary tract infection: a systematic review. *Pediatrics.* 2010;126(6):1084.
120. Shaikh N, Spingarn RB, Hum SW Dimercaptosuccinic acid scan or ultrasound in screening for vesicoureteral reflux among children with urinary tract infections. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;7:CD010657. Epub 2016 Jul 5



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-082

Orak Hücre Anemili Hastalarda Serebral Sessiz Enfarkt Sıklığı ve Klinik Önemi

Ezgi Nafile Sayman¹, Göksel Leblebisatan², Şerife Leblebisatan³

¹Sağlık Bakanlığı Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

²Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hematolojisi Bilim Dalı

³Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Kliniği

Giriş - Amaç: Orak hücre anemili hastalarda görülebilen komplikasyonlardan birisi yüksek mortalite ve morbidite oranına sahip, ciddi bir komplikasyon olan serebral enfarkt. Serebral sessiz enfarkt ise serebral enfarktın klinik bulguları ortaya çıkmadan önce görülen damarsal problemler ve beyin dokusundaki iskemik değişikliklerdir. Bu çalışma invaziv olmayan yöntemlerle serebral sessiz enfarktın saptanması, yatkınlık oluşturan faktörlerin belirlenmesi amacı ile Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hematoloji Polikliniğinde takipli olan orak hücre anemili hastalarda serebral sessiz enfarkt araştırmak üzere yapılmıştır.

Yöntem - Gereçler: Bu çalışmaya Çukurova Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Hematoloji polikliniği tarafından takipli daha önce serebral enfarkt geçirmemiş ve nörolojik muayenesi doğal 5-31 yaş arası 54 hasta dahil edildi. Hastaların tam kan sayımı, hemoglobin elektroforezi, AST, ALT, BUN, CRE, demir, TIBC ve ferritin düzeyleri için kan ve serum örnekleri alındı, ÇÜTF Balcalı Hastanesi merkez laboratuvarında mevcut sistemde bulunan otoanalizörde çalışıldı. Hastanemiz Radyodiagnostik Anabilimdalı içerisindeki manyetik rezonans cihazı ile hastalara beyin MRG ve difüzyon MRG çekildi. Elde edilen veriler istatistiksel olarak karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 54 orak hücre anemili hastanın 6'sında (%11,1) Serebral sessiz enfarkt (SSE) saptanmıştır. SSE saptanan ve saptanmayan iki grup arasında yapılan karşılaştırmalarda yaş, cinsiyet, fizik muayene bulguları ve alınan tedaviler açısından istatistiksel bir fark saptanmadı. SSE saptanan hastalarda HbS değerleri % 86,2±4,4 iken SSE saptanmayan hastalarda HbS değerleri % 76,4±10,6 idi. SSE saptanan hastalarda HbS değeri istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptandı (p=0,014). HbS için yapılan ROC analizi ile hastanın HbS ölçüm değeri 83.25'in üstünde ise, hastanın MRG sonucunda % 80.2 (% 95 GA 67.4-93.0) olasılıkla, %83.3 sensitivite ve % 75 spesifite ile SSE varlığı saptandı (p=0.017). HbSS ve HbS-β⁰ genotip var olan hasta grubunda SSE varlığı diğer orak hücre sendromlarına göre anlamlı oranda yüksek bulundu. (p=0,038). Her iki grubun tam kan sayımı sonuçları karşılaştırıldığında beyaz küre, trombosit ve retikülosit sayısı; hemoglobin ve hematokrit düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Ancak SSE saptanan hastaların MCV değerleri 98,5±11,8 fL iken; SSE saptanmayan grubun MCV değerleri 86,4±11,2 fL olarak bulundu. SSE saptanan hastaların MCV değerleri SSE saptanmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptandı (p=0,035).

Sonuç: Çalışmamızda ise risk faktörü olarak hastaların klinik ve laboratuvar incelemeleri yapıldığında



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

homzigot hemoglobin SS/ hemoglobin S- β^0 genotipi varlığı, MCV yüksekliği ve HbS yüksekliği saptanmıştır. **Çalışmamız literatüre bakıldığında ülkemizde OHA'lı çocuklarda yapılan serebral sessiz enfarkt varlığını inceleyen az sayıda çalışmadan biridir.** Serebral sessiz enfarkt varlığının orak hücre anemisi hastalarında erken dönemde ileride oluşabilecek aşikar bir inmenin habercisi olabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelime: orak hücre anemisi, serebral sessiz enfarkt, MRG, serebral enfarkt, çocuk, inme

Kaynaklar:

1. Al-Salem A. Medical and surgical complications of sickle cell anemia Springer 2015;(1)1-7
2. Hahn EV, Gillespie EB. Sickle cell anemia: report of a case greatly improved by splenectomy. Experimental study of sickle cell formation. Archives of Internal Medicine. 1927;39(2):233-254.
3. Lanzkowsky P. Manual of pediatric Hematology and Oncology Fifth Edition Elsevier 2011;(8) 200-228
4. Hebbel RP. Pathobiology of sickle cell disease. Hematology Basic Principles and Practice (Hoffman R, Benz EJ, Shattil SJ). 5th ed. Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone 2009; 565-576
5. Ingram VM. Gene mutation in human hemoglobin: the cell chemical difference between normal and sickle cell hemoglobin. Nature 1957; 180: 326.
6. Harmening DM. The Hemoglobinopathies. Clinical Hematology and Fundamentals of Hemostasis. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2008:173-192.
7. Weatherall DJ, Clegg JB. Inherited haemoglobin disorders: an increasing global health problem. Bull World Health Organ 2001;79:704-12.
8. Alouch JR, Kılınç Y, Aksoy M et al. Sickle cell anemia among EtiTurks: hematological, clinical and genetic observations. Brit J Haematol 1986; 64:1: 45-9.
9. Arcasoy A, Canatan D. Dünyada ve Türkiye'de talasemi ve hemoglobinopatiler. Ulusal Hemoglobinopati Konseyi-Sağlık Bakanlığı, 2. baskı. Antalya-Türkiye 2003;11-19. 66
10. Cavvali-Sforza LL, Menozzi P, Piazza A. Maps. In: Cavvali-Sforza LL, Menozzi P, Piazza A (eds). The History and Geography of Human Genes. 1994.
11. Tüzmen Ş, Scheter A N. Genetic Diseases of Hemoglobin: Diagnostic methods for elucidating Sickle Cell Mutations. Blood Reviews 2001; 15:19-25.
12. Ingram VM. A specific chemical difference between the globins of normal human and sickle cell anemia hemoglobin. Nature 1956; 178:792-94.
13. Kılınç Y. Orak Hücre Anemisi:Tanı, Takip, Tedavi ve Transfüzyon. Ed. Canatan D. DNA ve Hemoglobinler: Tanı ve Tedavi. Ankara 2008; 255-262.
14. Stuart MJ, Nagel. Sickle cell disease. Lancet 2004; 364:1343-1360
15. Bookchin RM, Lew VL. Sickle red cell dehydration: mechanisms and interventions Curr Opin Hematology 2002;9:107-110
16. Nagel RL. Origin and dispersion of sickle gene. In: Embury SH, Hebbel RP, Mohandas N, Steinberg SM, (eds). Sickle Cell Disease: Basic Principles and Clinical Practice. New York: Raven Press Ltd, 1994: 174-183.
17. Yüksel, R. Homozigot Hbss Erişkin Orak hücre anemili hastalarda Serum pedf Düzeyleri ile Hscrp arasındaki ilişkinin incelenmesi. Uzmanlık tezi, Tıbbi Biyokimya anabilim Dalı, hatay, 2014; 3 s.
18. Noguchi CT, Schechter aN. The intracellular polymerization of sickle hemoglobin and its relevance to sickle cell disease. Blood 1983;58:1057-68.



19. Hoffman R, Benz Jr EJ, Shattil SJ. In: Benz Jr EJ, Shattil SJ, et al (eds). Hematology Basic Principles and Practise. 5th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone Elsevier, 2009: 565-602.
20. Antmen AB. Orak Hücre Anemisi. Türk Ped Arşivi2009; 44 Özel Sayı:39-42.
21. Wang W, Lukens JN. Sickle cell anemia and other sickling syndromes. Wintrobe's Clinical Hematology. 10th Ed, Middle East Edition, Baltimore: Williams and Wilkins Company 1999;1347-1397.
22. Ballas SK. Sickle cell anemia: Progress in Pathogenesis and treatment. Drugs, 2002;62(8):11431172.
23. Bunn HF. Pathogenesis and treatment of sickle cell disease. N Eng J Med, 1997;337:762-769.
24. Ataga KI, Orringer EP. Renal abnormalities in sickle cell disease. Am J Hematol 2000; 63(4):205-211.
25. Mankad VN. Sickle cell disease and other disorders of abnormal hemoglobin, In: Miler R, Baehner RL (eds). Blood Disease of Infancy and Childhood. 7th ed, St Louis: Mosby, 1995: 415- 49.
26. Seakins M, Gibbs WN, Milner P, Bertles JF. Erythrocyte Hb-S concentration An important factor in the low oxygen affinity of blood in sickle cell anemia. Journal of Clinical Investigation. 1973;52(2):422.
27. Canatan D. Orak Hücre Anemisi. XXX. Ulusal Hematoloji Kongresi, 7. Mezuniyet Sonrası Eğitim Kursu. İstanbul-Türkiye 2003; 93-99.
28. Mary EE. Hereditary Hemolytic Anemias North Carolina: McGraw Hill Companies Inc 2000; 1382-1387.
29. Nawroyh PP, Bank I, Handley D, et al. Tumor necrosis factor/cachectin interacts with endothelial cell receptors to inducerelease of interleukin-1. J Exp Med 1986; 163:1363-1367.
30. Schnog J, Duits A, Muskiet F, Ten Cate H, Rojer R, Brandjes D. Sickle cell disease; a general overview. Neth J Med. 2004;62(10):364-374.
31. Vichinsky E. Understanding the pathophysiology and treatment of pulmonary injury in sickle cell disease, Hematology(Am Soc Hematol Educ Program) 2002; 16-22
32. Stapczynski JS, Martin GA. Hematologic Emergencies. In: Stone CK, Humphries RL Eds. Current Emergency&Treatment. 5th Ed, USA: McGraw Hill Companies Inc 2004; 788-823.
33. Wang WC. The pathophysiology, prevention, and treatment of stroke in sickle cell disease. Current opinion in hematology. 2007;14(3):191-197.
34. Adams RJ, McKie VC, Hsu L, et al. Prevention of a first stroke by transfusions in children with sickle cell anemia and abnormal results on transcranial Doppler ultrasonography. New England Journal of Medicine. 1998;339(1):5-11.
35. Balkaran B, Char G, Morris JS, Thomas PW, Serjeant BE, Serjeant GR. Stroke in a cohort of patients with homozygous sickle cell disease. The Journal of pediatrics. 1992;120(3):360-366.
36. Topley JM, Rogers DW, Stevans MCG et al. Acute splenic sequesatration and hypersplenism in the first 5 years in homozygous sickle cell disease. Arch Dis Child 1981; 56: 765 - 769
37. Aquino VM, Norwell JM, Buchanan GR. Acute splenic complications in children with sickle cell-hemoglobin C disease. J Pediatr 1997; 130: 961-965
38. Orringer EP Fowler WG Jr, Owens CM et al. Case report: splenic infarction and Acute splenic sequesatration in adults with hemoglobin SC disease, Am J Med Sci 1991;302: 374-379
39. Fernandes AP, Januário JN, Cangussu CB, Macedo DL, Viana MB. Mortality of children with sickle cell disease: a population study. J Pediatr (Rio J) 2010; 86(4):279-284.
40. Leikin SL. The aplastic crisis of sickle disease: occurrence in the several members of families within a short period of time. Am J Dis Child 1957; 93: 128.
41. Pattison JR, Jones SE, Hodgson J, Davis LR, White JM, Stroud CE, Murtaza L. Parvovirus infections and hypoplastic crises in sickle-cell anaemia. Lancet1981; 21(1):664-5.



ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

42. Saarinen UM, Chorba TL. Human parvovirus B19 induced epidemic acute red cell aplasia in patients with hereditary hemolytic anemia. *Blood* 1986; 67:1411.
43. Sauntharajah Y, Vichinsky EP. Sickle cell disease- Clinical features and management. *Hematology Basic Principles and Practice* (Hoffman R, Benz EJ, Shattil SJ). 5th ed. Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone 2009; 577-601.
44. Kim KY, Karayalcin G, Rosner F, Aballi A. Pancytopenia in a patient with sickle cell anemia. *Am J Dis Child* 1975; 129(10):1195-6.
45. Dover G, Platt O. Sickle cell disease. In: Nathan D, Orkin SH, Ginsburg D, Look AT (eds). *Hematology of Infancy and Childhood*. (sixth edition). WB Saunders Company, Philadelphia, 2003; 790- 841.
46. Maurer HS, Vida LN, Honig GR. Homozygous sickle cell disease with coexistent hereditary spherocytosis in three siblings. *J Pediatr* 1972; 80(2):235-42.
47. Maurer HS, Vida LN, Honig GR. Homozygous sickle cell disease with coexistent hereditary spherocytosis in three siblings. *J Pediatr* 1972; 80(2):235-42.
48. Alperin JB. Folic acid deficiency complicating sickle cell anemia. A study on the response to titrated doses of folic acid. *Arch Intern Med* 1967; 120(3):298-306.
49. Burnett AL. Therapy insight: Priapism associated with hematologic dyscrasias. *Nat Clin Pract Urol*, 2005; 2(9):449-56.
50. Kato GJ. Priapism in Sickle-Cell Disease: A Hematologist's Perspective. *The journal of sexual medicine*. 2012; 9(1):70-78.
51. Luban NL, Leikin SL, August GA. Growth and development in sickle cell anemia. Preliminary report. *Am J Pediatr Hematol Oncol* 1982; 4(1):61-5.
52. Singhal A, Davies P, Wierenga KJJ, et al. Is there an energy deficiency in homozygous sickle cell disease? *Am J Clin Nutr* 1997; 66:386-390.
53. Singhal A, Thomas P, Cook R, Wierenga K, Serjeant G. Delayed adolescent growth in homozygous sickle cell disease. *Archives of disease in childhood*. 1994; 71(5):404-408.
54. Claster S, Vichinsky EP. Managing sickle cell disease. *Bmj*. 2003; 327(7424):1151-1155.
55. Embury S, Vichinsky E. Sickle cell disease. In: Hoffman R, Benz Jr. EJ, Shattil SJ, et al., eds. *Hematology: Basic Principles and Practice*. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2000:510-554.
56. Adams RJ. Stroke prevention and treatment in sickle cell disease. *Arch Neurol* 2001; 58: 565-568
57. Abboud MR, Cure J, Granger S et al. Magnetic resonance angiography in children with sickle cell disease and abnormal transcranial Doppler ultrasonography findings enrolled in the STOP study. *Blood*; 103: 2822-2826
58. Hoppe C, Klitz W, Noble J, Vigil L, Vichinsky E, Stayles L. Distinct HLA associations by stroke subtype in children with sickle cell disease *Blood*. 2003; 101:2865- 2869
59. Özyürek R. Hemoglobinopatilerde Kardiyak Komplikasyonlar. In: Canatan D, ed. *DNA ve Hemoglobinler: Tanı ve Tedavi*. Ankara 2008:175-177.
60. Martin CR, Johnson CS, Cobb C, Tatter D, Haywood LJ. Myocardial infarction in sickle cell disease. *J Natl Med Assoc* 1996; 88(7):428-32.
61. Embury SH. Sickle cell anemia and associated hemoglobinopathies. In: Goldman L, Bennett JC, Eds. *Cecil Textbook of Medicine*. 21st Edition, Philadelphia: WB Saunders Company, 2000: 893-905.
62. Cowitz W, Eubig C, Balfour IC, et al. Exercise-induced cardiac dysfunction in sickle cell anemia. A radionuclide study. *Am J Cardiol* 1983; 51: 570-575.
63. Martins WA, Mesquita ET, Cunha DM et al. Doppler echocardiographic study in adolescents and



- young adults with sickle cell anemia. *Arq Bras Cardiol* 1999; 73: 469-474.
64. da Silva Junior GB, Libório AB, Daher EDF. New insights on pathophysiology, clinical manifestations, diagnosis, and treatment of sickle cell nephropathy. *Annals of hematology*. 2011;90(12):1371-1379.
65. Şimşek B, Bayazit AK, Ergin M, Soran M, Dursun H, Kilinc Y. Renal amyloidosis in a child with sickle cell anemia. *Pediatr Nephrol*2006; 21(6):877-9.
66. Kılınç Y, Kümi M, Tanyeli A. Orak hücre anemisinde karaciğer fonksiyonları. *Cerrahpaşa Tıp Fak Der* 1989; 20:171-178
67. Johnson CS, Omata M, Tong MJ, Simmons JF Jr, Weiner J, Tatter D. Liver involvement in sickle cell disease. *Medicine (Baltimore)* 1985; 64(5):349-56.
68. Rosenblate HJ, Eisenstein R, Holmes AW. The liver in sickle cell anemia. A clinical-pathologic study. *Arch Pathol*1970; 90(3):235-45.
69. Reynolds J. Radiologic manifestations of sickle cell hemoglobinopathy. *JAMA*. 1977;238(3):247-250.
70. Minniti CP, Eckman J, Sebastiani P, Steinberg MH, Ballas SK. Leg ulcers in sickle cell disease. *Am J Hematol* 2010; 85(10):831-3.
71. Sidman JD, Brownlee RE, Smith WC, Fry TL. Orbital complications of sickle cell disease. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 1990; 19(2):181-184.
72. Di Nuzzo DV, Fonseca SF. Sickle cell disease and infection. *Jornal de pediatria*. 2004;80(5):347-354.
73. Powars D, Overturf G, Turner E. Is there an increased risk of Haemophilus influenzae septicaemia in children with sickle cell anemia? *Pediatrics* 1983; 71: 927- 31
74. Johnston RB Jr, Newman SL. Serum opsonins and the alternate pathway in sickle cell disease. *N Eng J Med* 1973; 288: 803.
75. Engh CA, Hughes JL, Abrams RC, Bowerman JW. Osteomyelitis in the patient with sickle-cell disease. *J Bone Joint Surg Am*1971; 53(1):1-15.
76. Epps CH jr, Bryant DD 3rd, Coles MJ, Castro O. Osteomyelitis in patients who have sickle-cell disease. *Diagnosis and management JBJS Am*.1991; 73:1282-94.
77. Steven MC. Use of Protein Electrophoresis to detect Allozyme variation:Hemoglobin A versus S. (Erişim:http://www.mun.ca/biology/scarr/Hemoglobin_Electrophoresis.html) 2009.
78. Kılınç Y. Hemoglobinopatilerde prenatal tanı. *Türkiye Klinikleri Pediatrik Bilimler Hemoglobinopatiler Özel Sayısı*. 2007;3(10):11-16.
79. <http://hatayhalksagligi.gov.tr/talasemi.php?dil=tr&sayfa=sayfa&no=talasemi-4>
80. Gilles HM, Fletcher KA, Hendrickse RG, Lidner R, Reddy S, Allan N. Glucose 6 phosphate dehydrogenase deficiency, sickling and malaria in African children in South Western Nigeria. *Lancet* 1967; i: 138- 40.
81. Emmel VE: A study of the erythrocytes in a case of severe anemia with elongated and sickle shaped red blood corpuscles. *Archives of Internal Medicine* 1917; 20: 586- 98.
82. Allison AC. The distribution of sickle cell trait in East Africa and elsewhere, and its apparent relationship to the incidence of subtertian malaria. *Transactions of Royal Society Of Tropical Medicine and Hygiene*. 1954; 48: 312- 318.
83. Türk Hematoloji Derneği. Orak hücre anemisi tanı ve tedavi kılavuzu;Ulusal Tedavi kılavuzu. VI. Bölüm Türk Hematoloji Derneği. 2011; 53-63.
84. Charache S, Terrin ML, Moore RD, et al. Effect of hydroxyurea on the frequency of painful crises in sickle cell anemia. *New England Journal of Medicine*. 1995;332(20):1317-1322.



ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

85. Kılınç Y, Antmen B, Serbest M, Şaşmaz İ, Tanyeli A. Hydroxiurea for sickle cell crises in childhood. Paper presented at: ISH-EHA Combined Haematology Congress, British Journal of Haematology 1998.
86. Paul RN, Castro OL, Aggarwal A, ONeal PA. Acute chest syndrome: sickle cell disease. European journal of haematology. 2011;87(3):191-207.
87. Ünal S. Orak hücreli anemide komplikasyonlara yaklaşım. Paper presented at: 5. Uluslararası Talasemi Yaz Okulu 2008; Antalya.
88. Kirkham FJ. Therapy Insight: stroke risk and its management in patients with sickle cell disease. Nature Clinical Practise Neurology 2007; 3: 264-268.
89. Switzer JA, Hess DC, Nichols FT. Pathophysiology and treatment of stroke in sickle cell disease : present and future. Lancet Neurol 2006; 5:501-512
90. Buchanan ID, James-Herry A, Osunkwo I. The other side of abnormal: a case series of low transcranial Doppler velocities associated with stroke in children with sickle cell disease. Journal of pediatric hematology/oncology. 2013;35(7):543-546.
91. Letvin NL, Linch DC, Beardsley GP, McIntyre KW, Nathan DG. Augmentation of HbF production in anemic monkeys by hydroxyurea. N Engl J Med 1984;310:869-873.
92. Serjeant GR, Serjeant BE, Mohan JS, Clare A. Leg ulceration in sickle cell disease: Medieval medicine in a modern world. Hematol Oncol Clin North Am 2005; 19:943-956.
93. Aikimbaev K, Güvenç B, Canataroğlu A, Canataroğlu H, Başlamışlı F, Oğuz M. Value of duplex and color doppler ultrasonography in the evaluation of orbital vascular flow and resistance in sickle cell disease. Am J Hematol 2001; 67(3):163-167.
94. Sayag D, Binaghi M, Souied EH, Querques G, Galacteros F, Coscas G, Soubrane GEur J. Retinal photocoagulation for proliferative sickle cell retinopathy: a prospective clinical trial with new sea fan classification. Ophthalmol 2008; 18(2):248-254.
95. Johnson FL, Look AT, Gockerman J, Ruggiero MR, Dalla-Pozza L, Billings FT 3rd. Bone-marrow transplantation in a patient with sickle-cell anemia. N Engl J Med 1984; 311(12):780-3.
96. Walters MC, Patience M, Leisenring W, et al. Bone marrow transplantation for sickle cell disease. N Engl J Med 1996; 335:426-28.
97. Bhatia M, Walters M. Hematopoietic cell transplantation for thalassemia and sickle cell disease: past, present and future. Bone marrow transplantation. 2008;41(2):109-117.
98. Çetinkaya DA. Orak Hücreli Anemide Hematopoetik Kök Hücre Transplantasyonu. 12. Mersin pediatri günleri hemoglobinopati sempozyumu. 2007; 113.
99. Atz AM, Wessel DL. Inhaled nitric oxide in sickle cell disease with acute chest syndrome. Anesthesiology. 1997;87(4):988-990.
100. Oppert M, Jorres A, Barckow D, Eckardt K, Frei U, Kaisers U. Inhaled nitric oxide for ARDS due to sickle cell disease. Swiss medical weekly. 2004;134(11/12):165-167.
101. Weiner DL, Hibberd PL, Betit P, Cooper AB, Botelho CA, Brugnara C. Preliminary assessment of inhaled nitric oxide for acute vaso-occlusive crisis in pediatric patients with sickle cell disease. Jama. 2003;289(9):1136-1142.
102. Vermeer SE, Longstreth Jr WT, Koudstaal PJ. Silent brain infarcts: systematic review. Lancet Neurol 6: 611-619, 2007.
103. Kase CS, Wolf PA, Chodosh EH, Zacker HB, Kelly-Hayes M, Kannel WB, et al. Prevalence of silent stroke patients presenting with initial stroke: The Framingham Study. Stroke 20:850-852, 1989.
104. Kobayashi S, Okada K, Koide H, Bokura H, Yamaguchi S. Subcortical silent brain infarction as a



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

risk factor for clinical stroke. *Stroke*. 28(10):1932-9, 1997.

105. Bernick C, Kuller L, Dulberg C, Longstreth Jr WT, Manolio T, Beauchamp N, et al. Silent MRI infarcts and the risk of future stroke: the cardiovascular health study. *Neurology* 57:1222-1229, 2001.

106. Vermeer SE, Hollander M, van Dijk EJ, Hofman A, Koudstaal PJ, Breteler MM. Silent brain infarcts and white matter lesions increase stroke risk in the general population: the Rotterdam Scan Study. *Stroke* 34:1126-1129, 2003.

107. Vermeer SE, Prins ND, den Heijer T, Hofman A, Koudstaal PJ, Breteler MMB. Silent brain infarcts and the risk of dementia and cognitive decline: the Rotterdam Scan study. *N Engl J Med* 348: 1215-1222, 2003.

108. Lopez OL, Jagust WJ, Dulberg C, Becker JT, DeKosky ST, Fitzpatrick A, et al. Risk factors for mild cognitive impairment in the Cardiovascular Health Study Cognition Study: part 2. *Arch Neurol* 60:1394-1399, 2003.

109. Lim JS, Kwon HM. Risk of "silent stroke" in patients older than 60 years: risk assessment and clinical perspectives. *Clin Interv Aging*. 7;5:239-51, 2010.

110. Pantoni L. Cerebral small vessel disease: from pathogenesis and clinical characteristics to therapeutic challenges. *Lancet Neurology* 9(7):689-701, 2010.

111. Kırcan K, Pınar P, Çe P, Bilgin R, Gedizlioğlu M. Sessiz beyin infarktli olgularda koroner arter hastalığının irdelenmesi. *Türk Nöroloji Dergisi* 16: 95-101, 2010.

112. Kohara K, Fujisawa M, Ando F, et al. MTHFR gene polymorphism as a risk factor for silent brain infarcts and white matter lesions in the Japanese general population: the NILS-LSA study. *Stroke* 34: 1130-1135, 2003.

113. Masuda J, Nabika T, Notsu Y. Silent stroke: pathogenesis, genetic factors and clinical implications as a risk factor. *Curr Opin Neurol* 14: 77-82, 2001.

114. Fisher CM. Lacunar stroke and infarcts: a review. *Neurology* 32: 871- 876, 1982.

115. Howard G, Wagenknecht LE, Cai J, Cooper L, Kraut MA, Toole JF. Cigarette smoking and other risk factors for silent cerebral infarction in the general population. *Stroke*. 29(5):913-7, 1998.

116. Serizawa M, Nabika T, Ochiai Y et al. Association between PRKCH gene polymorphisms and subcortical silent brain infarction. *Atherosclerosis* 2008; 199:340-5.

117. Kim OJ, Hong SH, Oh SH et al. Association between VEGF polymorphisms and homocysteine levels in patients with ischemic stroke and silent brain infarction. *Stroke* 2011; 42:2393-402.

118. Han IB, Kim OJ, Ahn JY et al. Association of methylenetetrahydrofolate reductase (MTHFR 677C>T and 1298A>C) polymorphisms and haplotypes with silent brain infarction and homocysteine levels in a Korean population. *Yonsei Med J* 2010; 51:253-60.

119. Krishnan V, Collop NA. Gender differences in sleep disorders. *Curr Opin Pulm Med*. 12(6):383-9, 2006.

120. Vermeer SE, van Dijk EJ, Koudstaal PJ, Oudkerk M, Hofman A, Clarke R, Breteler MM. Homocysteine, silent brain infarcts, and white matter lesions: The Rotterdam Scan Study. *Ann Neurol*. 51(3):285-9, 2002.

121. Miwa K, Hoshi T, Hougaku H, Tanaka M, Furukado S, Abe Y, Okazaki S, Sakaguchi M, Sakoda S, Kitagawa K. Silent cerebral infarction is associated with incident stroke and TIA independent of carotid intima-media thickness. *Intern Med* 49(9):817-22, 2010.

122. Cantelmo NL, Babikian VL, Samaraweera RN, Gordon JK, Pochay VE, Winter MR. Cerebral microembolism and ischemic changes associated with carotid endarterectomy. *J Vasc Surg* 1998; 27:



**ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ**

1024-31

123. Kastrup A, Nagele T, Groschel K, et al. Incidence of new brain lesions after carotid stenting with and without cerebral protection. *Stroke* 2006; 37: 2312-16.
124. European Carotid Surgery Trialists' Collaboratory Group. Randomised trial of endarterectomy for recently symptomatic carotid stenosis: final results of the MRC European Carotid Surgery Trial (ESCT). *Lancet* 1998; 351: 1379-87.
125. North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial Collaborators. Beneficial effect of carotid endarterectomy in symptomatic patients with high-grade carotid stenosis. *N Engl J Med* 1991; 325: 445-53.
126. Uehara T, Tabuchi M, Mori E. Risk factors for silent cerebral infarcts in subcortical white matter and basal ganglia. *Stroke*. 30(2):378-82,1999.
127. Quercioli A, Mach F, Montecucco F. Inflammation accelerates atherosclerotic processes in obstructive sleep apnea syndrome (OSAS). *Sleep Breath*. 14(3):261-9, 2010.
128. McArdle N, Riha RL, Vennelle M, Coleman EL, Dennis MS, Warlow CP, Douglas NJ. Sleep-disordered breathing as a risk factor for cerebrovascular disease: a case-control study in patients with transient ischemic attacks. *Stroke*. 34(12):2916-21, 2003.
129. Ohene-Frempong K, Weiner SJ, Sleeper LA, et al. Cerebrovascular accidents in sickle cell disease: rates and risk factors. *Blood* 1998; 91: 288-94.
130. Kim NK, Choi BO, Jung WS, Choi YJ, Choi KG. Hyperhomocysteinemia as an independent risk factor for silent brain infarction. *Neurology*. 61(11):1595-9, 2003.
131. Morrison AC, Fornage M, Liao D, Boerwinkle E. Parental history of stroke predicts subclinical but not clinical stroke: the Atherosclerosis Risk in Communities Study. *Stroke* 2000; 31: 2098-102.
132. Nishibayashi M, Miyamoto M, Miyamoto T, Suzuki K, Hirata K. Correlation between severity of obstructive sleep apnea and prevalence of silent cerebrovascular lesions. *J Clin Sleep Med*. 4(3):242-7, 2008.
133. Matsui T, Arai H, Yuzuriha T, Yao H, Miura M, Hashimoto S, Higuchi S, Matsushita S, Morikawa M, Kato A, Sasaki H. Elevated plasma homocysteine levels and risk of silent brain infarction in elderly people. *Stroke*. 32(5):1116-9, 2001.
134. Leonards CO, Ipsen N, Malzahn U, Fiebach JB, Endres M, Ebinger M. White matter lesion severity in mild acute ischemic stroke patients and functional outcome after 1 year. *Stroke*. 43(11):3046-51, 2012
135. Fazekas F, Chawluk JB, Alavi A, Hurtig HI, Zimmerman RA. MR signal abnormalities at 1.5 T in Alzheimer's dementia and normal aging. *AJR Am J Roentgenol*. 149(2):351-6, 1987.
136. Oh SH, Kim NK, Kim SH, Kim JK, Kim HS, Kim WC, Kim OJ. The prevalence and risk factor analysis of silent brain infarction in patients with first-ever ischemic stroke. *Journal of the Neurological Sciences* 293: 97-101, 2010.
137. Price TR, Manolio TA, Kronmal RA, et al. Silent brain infarction on magnetic resonance imaging and neurological abnormalities in community dwelling older adults. *Stroke* 28: 1158-1164, 1997.
138. Price TR, Manolio TA, Kronmal RA, et al. Silent brain infarction on magnetic resonance imaging and neurological abnormalities in community dwelling older adults. *Stroke* 28: 1158-1164, 1997.
139. Longstreth WT Jr, Bernick C, Manolio TA, Bryan N, Jungreis CA, Price TR. Lacunar infarcts defined by magnetic resonance imaging of 3660 elderly people: the Cardiovascular Health Study. *Arch Neurol* 55: 1217-1225, 1998.



SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI

KADIN DOğUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

140. Rosano C, Kuller LH, Chung H, Arnold AM, Longstreth WT Jr, Newman AB. Subclinical brain magnetic resonance imaging abnormalities predict physical functional decline in high-functioning older adults. *J Am Geriatr Soc* 53: 649–654, 2005.

141. Capampangan DJ, Wellik KE, Parish JM, Aguilar MI, Snyder CR, Wingerchuk D, Demaerschalk BM. Is obstructive sleep apnea an independent risk factor for stroke? A critically appraised topic. *Neurologist*. 16(4):269-73, 2010



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-083

Fetal Kalpte Ekojenik Odak Görülmesi Gebelik Distresini Artırıyor mu?

Kayı Eliaçık¹, Tülay Demircan², Özgün Yorgancı³

¹Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

²Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kardiyoloji Bölümü

³Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Neonatoloji Bölümü

Giriş - Amaç: Fetal kalpte ekojenik odak kalbin papiller kasının ekojenitesinin artması sonucu oluşur. Normal fetüslerin %2-5'inde görülmektedir. Çalışmalarda kötü perinatal sonuç ve özellikle Down sendromu riskini artırıp artırmadığı konusunda değişik sonuçlar verilmektedir. (1)

Çalışmamızda kadın doğum hekimi tarafından fetal kalpte ekojenik odak tanısı ile fetal ekokardiyografi için gönderilen gebelerdeki anksiyete durumunu ve hiperekojenik odağın anksiyeteyi artırıp artırmadığını değerlendirmek istedik.

Yöntem - Gereçler: Fetal kalpte hiperekojenik odak nedeni ile yönlendirilen gebelere fetal ekokardiyografi işlemi öncesi anket uygulandı. Hastalarla yüz yüze görüşülerek öncelikle çalışma anlatıldı ve sözlü onamları alındı. Çalışma, Nisan-Temmuz 2018 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Benzer yaş ve gebelik haftasında ek bulgusu olmayan tarama amaçlı gönderilen gebeler kontrol grubu olarak alındı. Durumluluk ve sürekli kaygı ölçeği ve Tilburg gebelikte distres ölçeği uygulandı. Durumluluk ve sürekli kaygı ölçeğinde elde edilen puanlar 20- 80 arasında değişmektedir. Ölçeğin değerlendirilmesinde, büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan düşük kaygı seviyesini ifade etmekte ve uygulamalarda belirlenen ortalama puan seviyesi 36 ile 41 arasında değişmektedir. Tilburg gebelik ölçeği için olumsuz duygulanım ve eş katılımı olmak üzere iki alt boyutu bulunmaktadır. Ölçek için kesme noktaları kullanılmaktadır Ölçekten alınabilecek toplam puanın belli kesme noktasının (28 ve üzeri) üzerinde olması distres açısından risk altında olan gebeleri belirlemektedir. Alt boyutlar için kesme noktaları, eş katılımı alt boyutu için 10 ve üzeri, olumsuz duygulanım alt boyutu için 22 ve üzeridir (2).

Bulgular: Fetal kalpte hiper ekojenik odak (HEO) saptanan 38 ve 50 normal gebe (kontrol grubu) çalışmaya dahil edildi. Fetal kalpte ekojenik odak saptanan gebelerin yaş ortalaması 28.76 ± 5.89 (18-40), sağlıklı gebe grubunun 29.37 ± 6.42 (17-44) idi. Her iki grubun durumluluk, sürekli kaygı ölçeği ve Tilburg distres ölçeği sonuçları tabloda verildi.



Tablo 1:HEO ve kontrol grubu gebelerin durumluk kaygı ve Tilburg distres ölçeği skorlarının karşılaştırılması

	HEO(ortalama±SDS)	Kontrol (ortalama±SDS)	P
Durumluluk	40,08±6,53	42,8±6,67	0,056
Sürekli	47,41±7,63	47,71±5,77	0,838
Olumsuz Duygulanım	9,31±5,77	10,69±5,89	0,290
Eş Katılımı	4,62±2,70	4,81±3,41	0,788
Toplam tilburg	13,94±6,69	15,55±6,90	0,290

HEO: Hiperekojenik odak

Sonuç: Fetal kalpte hiperekojenik odak olan gebelerdeki anksiyete seviyesi ile olmayan gebeler arasında anlamlı fark saptanmadı. Ülkemizde gebelikte anksiyete çalışmalarında %30' lara varan oranlar bildirilmiştir (3). Depresyon ve anksiyeteyi etkileyen faktörler gebelerin yaşları, medeni durumları, çocuk sayıları, eğitim seviyeleri, sigara, alkol ve madde kullanımı, gebeliğin kaçınıcı trimesterde olduğu, gebeliğin istemli olup olmadığı gibi sosyodemografik özelliklerdir(3). Fetal kalpte görülen hiperekojenik odağın bu anksiyete düzeyini etkilemediğini tespit ettik fakat çalışma küçük bir hasta grubu ile yapılmış olup daha büyük serili çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır

Anahtar Kelime gebelik, fetal, kalp, ekojenik, odak

Kaynaklar

1. Bromley B, Lieberman E, Laboda L, Benaceraff BR. Echogenic intracardiac focus: a sonographic sign for fetal Down syndrome. *Obstet Gynecol* 1995;86:998- 1001.
- 2.Çapık A, Pasinlioğlu T. Validity and reliability study of the Tilburg Pregnancy Distress Scale into Turkish. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2015; 22:2669.
3. Caliskan D, Oncu B, Kose K, Ocaktan ME, Ozdemir O. Depressions coresand associated factors in pregnantandnon-pregnantwomen: A communitybasedstudy in Turkey. *J PsychosomObstetGynaecol* 2007Dec;28(4):195-200.



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-084

Çocuk Gastroenteroloji Polikliniğimize Başvuran Annelerin Anksiyete Düzeyleri ve İlişkili Durumların Değerlendirilmesi

Betül Aksoy¹, Yeliz Ç. Appak¹, Gonca Özyurt², Gülşen Uzun³, Maşallah Baran^{1,4}

¹SBÜ, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Gastroenteroloji Kliniği, İzmir

²Katip Çelebi Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, , İzmir

³SBÜ, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İzmir

⁴Katip Çelebi Üniversitesi Çocuk Gastroenterolojisi Bilim Dalı, İzmir

Giriş - Amaç: Çocuk gastroenterolojisi, gastrointestinal sistemdeki birçok organı etkileyen ve kronik seyirli şikayetler ile tekrarlayan başvuruların olabildiği bir alandır. Çocuk gastroenteroloji polikliniğine başvuran annelerin anksiyete düzeyleri literatürde daha önce değerlendirilmemiştir. Olgularda her zaman semptom ile ilişkili organik patoloji saptanamamakta, bazı tanılarda tedavi yanıtı ve şikayetlerin tekrarı aileler için güçlükler doğurabilmekte ve annelerin kaygısı artabilmektedir. Bu nedenlerle çalışmamızda bu annelerin anksiyete düzeyleri ile ilişkili olası bulguların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem - Gereçler: Mayıs- Ağustos 2019 tarihleri arasında çocuk gastroenteroloji polikliniğimize ilk kez başvuran 18 yaş altındaki olgular ve anneleri çalışmaya dahil edildi. Olguların şikayetleri, şikayetlerinin süresi, antropometrik incelemeleri, sosyodemografik verileri, ailede hastalık öyküsünün varlığı ve takiplerinde aldıkları tanılar kaydedildi. Annelere Spielberger Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (STAI-S ve STAI-T) uygulandı. Annelerin Kaygı Envanteri skorları hesaplanarak durumluk ve süreklilik anksiyete düzeyleri değerlendirildi. Hastaların sosyodemografik- klinik özellikleri ve tanılarına göre annelerinin anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkisi değerlendirildi. Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde SPSS (The Statistical Package for Social Sciences) 20.0 paket programı kullanıldı. İstatistiksel olarak $p < 0.05$ olan değerler anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya 68 (%72 kız) olgu dahil edildi. Olguların yaş ortalaması 11.3 ± 5.9 ve annelerin yaş ortalaması 38.6 ± 7.1 idi. Olguların sosyodemografik verileri tablo 1'de özetlenmiştir. Annelerin durumluk ve sürekli kaygı envanteri skorları ortalaması sırasıyla $42 \pm 7,5$ ve $48,6 \pm 7,4$ saptandı. Çocukların bakımında olguların 32'inde (%47) anneye en az bir yardımcı mevcuttu ve en sık yardımcı kişi baba (%41) idi. Olguların bakımında yardımcısı olan ve olmayan annelerin anksiyete düzeyleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (STAI-S $p = 0,129$, STAI-T $p = 0,917$). Annelerin 10'u (%14,7) çalışmaktaydı. Çalışan ve çalışmayan annelerin anksiyete düzeyleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (STAI-S $p = 0,134$, STAI-T $p = 0,988$). En sık başvuru şikayetleri dispeptik yakınmalar (%26,5) ve karın ağrısı (%23,5) idi. Olguların şikayetlerine göre annelerin anksiyete düzeyleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (STAI-S $p = 0,442$, STAI-T $p = 0,868$). Şikayet süresi üç ay ve daha kısa olan 31 (%45) ve üç aydan daha uzun olan 37 (%55) olgu mevcuttu. Şikayet sürelerine göre annelerin anksiyete düzeyleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (STAI-S $p = 0,671$, STAI-T $p = 0,635$). Olguların 35'i (%51,5)



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

organik, 29'u (% 42,6) fonksiyonel gastrointestinal sistem hastalıkları ve 4'ü (%5,9) beslenme bozuklukları tanısı almıştı. Organik ve fonksiyonel gastrointestinal sistem hastalığı tanısı alan olguların annelerinin anksiyete düzeyleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (STAI-S $p=0,511$, STAI-T $p=0,984$).

Tablo 1. Demografik veriler

	n (%)
Cinsiyet	
Kız	49 (%72,1)
Erkek	19 (%27,9)
Yaş (mean±SDS)	11.3 (±5,9)
Anne yaşı (mean±SDS)	38,6 (±7,1)
Anne Eğitim Düzeyi	
Okur yazar değil	4 (%5,9)
İlköğretim	42 (%61,8)
Lise	13 (%19,1)
Üniversite	9 (%13,2)
Başvuru Şikayeti	
Dispepsi	18 (%26,5)
Karın ağrısı	16 (%23,5)
Kabızlık	10 (%14,7)
Transaminaz yüksekliği	6 (%8,8)
Kilo alamama	5 (%7,4)
İshal	5 (%7,4)
Kusma	4 (%5,9)
Vücut ağırlığı z skoru (median/min-max)	-0.3 (-3,9 – 5,2)
Boy z skoru (median/min-max)	0.03 (-3-2,5)
Boya göre ağırlık (mean±SDS)	102 (±23,5)

Sonuç: Çocuk gastroenteroloji polikliniğimize başvuran hastaların annelerin hem durumluk anksiyete düzeyi hem de süreklilik anksiyete düzeyi yüksek bulunmuştur bu durum çocukların yaşadığı şikayetlerle ilişkili olarak annelerin kaygılarının arttığını düşündürmektedir ancak başvuran hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri ile annelerinin anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkisi saptanmamıştır. Daha çok vakanın katılımı ve annelerin özelliklerinin daha detaylı incelenmesi ile anksiyetenin ilişkili olduğu durumlar ortaya çıkarılabilir.

Anahtar Kelime: Anne, çocuk, anksiyete, çocuk gastroenterolojisi



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-085

Çocukların Hemşirelere Karşı Olan Güven Ölçeği' Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması

Gülsüm Gülcenbay, Türkan Turan
Pamukkale Üniversitesi

Giriş - Amaç: Hemşire-çocuk güven ölçekleri hakkında yapılan araştırmalar yurt dışında az sayıda bulunurken ülkemizde bulunmamaktadır. Araştırmanın amacı "Çocukların Hemşirelere Karşı Olan Güven Ölçeği" Türkçe versiyonun geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmaktır. Özellikle çocuklar ve ailelerle yakın ilişkide olan pediatri hemşireleri ve aile merkezli bakım için ölçeğin yarar sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca çocukların hemşirelere olan güvenlerini arttırmak amacıyla, tedavi ortamlarındaki müdahalelerin etkililiğini değerlendirmek için kullanılacaktır.

Yöntem - Gereçler: Araştırmaya il merkezinde bulunan 8 ilk ve orta öğretim okulundan 9 ve 12 yaş arasında olan 211 öğrenci dahil edilmiştir. Denizli İl Millî Eğitim Müdürlüğü'nden gerekli izinler alınmıştır. Verilerin toplanması için; tüm ailelere imzalatılmak üzere birer adet bilgilendirilmiş onam formu ve aile veri toplama formu gönderilmiştir. Öğrencilere güven ölçeği ve öğrenci veri toplama formu uygulanmıştır. Kapsam geçerliliği için kapsam geçerlilik indeksi hesaplanmış, yapı geçerliği için verilerin faktör analizi için uygunluğu Kaiser-Meyer-Olkin değeri ile Barlett's testi kullanılarak incelenmiş, açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Güvenirlik için iç tutarlık analizlerinden; madde toplam güvenirliği ve Cronbach Alfa değerine bakılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya toplam 211 öğrenci katılmıştır. Öğrencilerin okuduğu sınıflara göre dağılımı incelendiğinde; çoğunluğu %54,3 (n=120) ile 4. Sınıf öğrencilerinin oluşturduğu görülmüştür. Araştırmaya katılan öğrencilerin yaşlarının ortalaması $10,35 \pm 0,97$ 'dir. Cinsiyete göre dağılımları incelendiğinde ise %52,2 (n=111) ile erkelerin çoğunlukta olduğu görülmektedir. Ölçeğin iç güvenilirlik Cronbach alfa değeri 0,721 bulunmuş Ölçeğin madde toplam korelasyon değerleri 0.27-0.47 arasında bulunmuştur. Yapı geçerliği için, verilerin faktör analizi için uygunluğu; Kaiser-Meyer-Olkin testi sonucu 0,74 ve Barlett's testi sonucu anlamlı çıkmıştır. Açıklayıcı faktör analizi sonrasında ölçek 3 alt boyutlu olarak, toplam varyansın %56,76'sını açıklamıştır. Lisrel ile yapılan doğrulayıcı faktör analizi sonucunda ölçeğin uyumluluk değerleri; RMSEA=0,000, p0.005, ki-kare=465,98 bulunmuştur.

Sonuç Çocukların Hemşirelere Karşı Olan Güven Ölçeği' Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması sonucunda ölçeğin ülkemiz için geçerli ve güvenilir olduğu belirlenmiştir.

*Bu araştırma, Pamukkale Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinatörlüğü tarafından desteklenmiştir (proje no:2018SABE040).

Anahtar Kelime: Hemşire, Çocuk, Güven



Kaynaklar

1. Aykanatı, B., Gözen, D. (2014). Çocuk Sağlığı Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım Yaklaşımı. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.
2. Bernath, M., S., Feshbach, N., D. (1995). Children's Trust: Theory, Assessment, Development And Research Directions. Applied & Preventive Psychology. 4:1-19.
3. Bricher, G. (1999). Paediatric Nurses, Children And The Development Of Trust, Journal Of The Clinical Nursing.
4. Conk, Z., Başbakkal, Z., Balyılmaz, H., Bolişik, B. (2013). Pediatri Hemşireliği. Ankara: Akademisyen.
5. Çavuşoğlu, H. (1992). Kronik ve Ölümcül Hastalık Kavramları İle Hematolojik Ve Onkolojik Sorunu Olan Çocuk Ve Hemşirelik Bakımı. Ankara: Hürbilek.
6. Çavuşoğlu, H. (2013). Çocuk Sağlığı Hemşireliği 1. Ankara: Sistem Ofset.
7. Çelik, E., H., Yılmaz, V. (2016). LISREL ile Yapısal Eşitlik Modellemesi. Ankara: Anı Yayıncılık.
8. Eken., C. (2015). SPSS ve MedCalc Uygulamalı Klinik İstatistik. Ankara: Dünya Tıp Kitapevi
9. Gallup. Honesty/Ethics In Profession. <https://news.gallup.com/poll/1654/honesty-ethics-professions.aspx> Erişim: 03.08.2018.
10. Gastmans, C., Dierckx D., C., B., Schotsmans, P. (1998). Nursing Considered As Moral Practice: A Philosophical-Ethical Interpretation Of Nursing. Kennedy Inst Ethics J.
11. Govier, T. (1992). Trust, Distrust, And Feminist Theory. A Journal Of Feminist Philosophy. <https://doi.org/10.1111/j.1527-2001.1992.tb00695.x>
12. Hall, J., Nayar, S. (2014). Building Trust To Work With Children After A Severe Traumatic Accident. Contemporary Nurse. 46:161-169. Doi: 10.5172/Conu.2014.46.2.161
13. Karadağlı, F. (2016). Profesyonel Hemşirelikte Etik. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 3:197-200.
14. Nortvedt, P. (1998). Sensitive Judgement: An Inquiry Into The Foundations Of Nursing Ethics. Sage Journals. <https://doi.org/10.1177/096973309800500502>
15. Rothenberg, J., K., Woods, E., E., ,Betts R., L. (2015). Development Of A Scale To Assess Children's Trust In General Nurses. Journal For Specialist In Pediatric Nursing. Doi:10.1111/jspn.12126
16. Salmela, M., Aronen, E. T., Salanterä, S. (2011). The Experience Of Hospital-Related Fears Of 4- To 6-Year-Old Children. Child: Care, Health And Development. Doi:10.1111/j.1365-2214.2010.01171.x
17. Seçer, İ. (2017). SPSS ve LISREL ile Pratik Veri Analizi. Ankara: Anı Yayıncılık.
18. Sellman, D. (2006). The Importance Of Being Trustworthy Nursing Ethic. Doi: 10.1191/0969733006ne860oa
19. Türk Dil Kurumu (TDK). Güven. http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=tdk.gts.5b675a9a10ee42.33333472 Erişim: 03.08.2018
20. Yiğit, R. (2009). Çocukluk Dönemlerinde Büyüme ve Gelişme. Okul Çocuklarında Fiziksel Büyüme. Ankara: Sistem Ofset.



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-086

Düşük Apgar Skoru ile Doğan Term Bebeklerin Nörogelişimini Etkileyen Faktörler

Gökalp Rüstem Aksoy¹, Şirin GÜVEN²

¹Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi

²Sancaktepe Şehit Prof.Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş - Amaç: Çalışmamız kord kanı pH değerleri ve 5.dakikadaki düşük Apgar skoru değerleri ile yenidoğanlardaki erken ve geç sonuçlar arasındaki ilişkiyi belirlemeyi amaçlamaktadır. Bu amaçla Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'ne 1 Ocak 2013 ile 1 Ocak 2015 tarihleri arasında kabul edilen ve 1. dak Apgar skoru beşin altında olan olgular incelendi.

Yöntem - Gereçler: Çalışmamızda Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği Yenidoğan Yoğunbakım'ına 1 Ocak 2013 - 1 Ocak 2015 tarihleri arasındaki 2 yıllık süre içerisinde yatırılan 1. Dakika apgar skoru beşin altında olan term 50 yenidoğan retrospektif ve prospektif olarak değerlendirildi. Olgular gestasyon yaşı, doğum ağırlığı, cinsiyet, Apgar skorları, kordon kan gazları, 24. saat biyokimyasal değerleri, tam enteral beslenmeye geçiş süreleri, hastanede yatış süreleri, sepsis, kranial görüntüleme, konvülsiyon, inotrop ihtiyacı, EKO, soğutma uygulanan hastalar, BERA, Denver II ve mortalite oranı yönünden değerlendirildi.

Olguların seçiminde aşağıdaki kriterler kullanıldı:

A. Çalışma grubu için çalışmaya alınma kriterleri:

- 1) 1. Dakika apgar skorunun beşin altında olması
- 2) Term olması (38-40 hafta gestasyonel yaşa sahip olması)
- 3) AGA- Doğum ağırlığı gebelik yaşına uygun

Çalışma grubu için dışlanma kriterleri:

- 1) SGA- Gebelik yaşına göre küçük
- 2) Preterm olması,
- 3) Ağır konjenital anomali, derin anemi gibi durumların bulunması,
- 4) Çoğul gebelik.

Hastaların kordon kan gazında pH, bikarbonat, BE, laktat değerlerine bakıldı. 24. saatte kanda Alanin Aminotransferaz (ALT), Aspartat Transferaz (AST), üre, kreatinin, ürik asit, LDH, Kreatin Kinaz (CK), sodyum (Na) ve kan şekeri değerlerine bakıldı. Hastaların tam enteral beslenmeye geçiş süreleri, hastanede yatış süreleri, sepsis (erken/geç), konvülsiyon, inotrop ihtiyacı, soğutma uygulanan hastalar kaydedildi. Hastalara yatışlarında EKO ve kranial görüntülemeleri yapıldı. Taburculuk sonrası tekrar çağırılarak BERA ve 2 yaşında Denver II testleri yapıldı.

Hasta yakınlarından imzalanmış bilgilendirilmiş onam formu alındı. Denver testi hastanemizde deneyimli Çocuk Gelişim Uzmanı tarafından yapıldı.

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

(IBM SPSS, Türkiye) programı kullanıldı. Parametrelerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilks testi ile değerlendirilmiş ve parametrelerin normal dağılıma göstermediği saptanmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma, frekans) yanısıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Fisher's Exact Ki-Kare testi ve Continuity (Yates) Düzeltmesi ve kullanıldı. Anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular: Çalışma 1 Ocak 2013 ve 1 Ocak 2015 tarihlerinde, 32'si (%64) erkek, 18'i (%36) kız olmak üzere toplam 50 çocuk ile yapılmıştır.

5. dakika Apgar < 7 altında olan bebeklerde konvülsiyon görülme oranı (%30.8), Apgar skoru ≥ 7 olan bebeklerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti ($p:0.004$; $p < 0.01$). Mortalite açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p > 0.05$). pH < 7, Kreatinin düzeyi > 1 mg/dl olan bebeklerde mortalite oranı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti.

Sonuç: Çalışmaya 1 Ocak 2013 ve 1 Ocak 2015 tarihleri arasında ÜEAH 'de doğan ve YDYBÜ'e yatırılan, 1.dakika Apgar < 5, 5. dakika Apgar < 7 altında olan bebekler dahil edilmiştir. Bebeklerin 32'si (%64) erkek, 18'i (%36) kız olmak üzere toplam 50 çocuk ile yapılmıştır. Bebeklerin 44'ü (%88) sezeryan, 6'sı (%12) normal doğum ile dünyaya gelmiştir.

Bebeklerin kordon kan gazları, 24 saatinde alınan KCFT, LDH, ürik asit, kreatinin, CK ları kaydedildi. 5. dakika Apgar skorları, pH < 7 ve < 7.2 olarak alınan cutoff değerlerin erken ve geç sonuçları incelendi, ayrıca asfiksiye bağlı olarak artan AST, ALT, LDH, CK, kreatinin gibi biyokimyasal değerlerdeki değişiklikleri araştırdık. Erken dönem neonatal prognoz olarak konvülsiyon geçirme, inotrop ihtiyaçları, hipotermi ihtiyacı, sepsis, fulleneteral beslenmeye geçiş süresi ve yatış süreleri incelendi. Geç prognoz olarak ise 2 yaşındaki Denver II testleri incelendi.

5.dakikadaki Apgar skoru 7'den küçük olan bebeklerde konvülsiyon görülme oranı Apgar skoru 7 ve üzerinde olan bebeklerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti. Apgar skoru 7 ve üzerinde olan bebeklerde konvülsiyon gözlenmedi. Apgar skoru 7'den küçük olan bebeklerin sepsis oranları da daha yüksekti, bu da hastanede yatış sürelerini uzatmaktadır. Sonuçlarımız 5 dakika Apgar düşüklüğünün konvülsiyon geçirme sıklığını arttırsa da 2 yaşında Denver testine etkisi olmadığını göstermektedir.

pH düzeyini 7.2' den düşük olan bebeklerde sadece inotrop ihtiyacı, pH düzeyi 7.2 ve üzerinde olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti. Bunu da asidozun myokard üzerine olumsuz etkilerine bağladık. pH düzeyi 7 nin altında olan bebeklerde ise konvülsiyon geçirme, inotrop ihtiyacı, sepsis oranı pH düzeyinin 7 ve üzerinde olan bebeklerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı.

BE < -12 olan bebeklerde inotrop kullanımı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti, fakat 2 yaşında Denver II testini etkilemediğini gözledik. Kord BE değerleri geç dönem sonuçlarını öngörmede yararlı bir parametre olmadığını düşünmekteyiz Bizim çalışmaya dahil ettiğimiz bebekler termidi ve hiçbir



bebekte intraserebral kanama saptamadık.

Kandaki ürik asit ve kreatinin düzeyleri ile asfiksini korelasyonunu araştırdık. Çalışmamızda kan ürik asit düzeyi $>8\text{mg/dl}$ olan bebeklerde konvülsiyon ve sepsis görülme oranları, ürik asit düzeyi normal olan bebeklerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti, full enteral beslenmeye geçiş süresi uzundu ve Denver II testi sonucunun normal olmama oranı da anlamlı düzeyde yüksekti. Mortalite açısından farklılık saptamadık.

Kreatinin düzeyi $>1\text{mg/dl}$ olan bebeklerde konvülsiyon oranı, inotrop ihtiyacı oranı, sepsis oranı, mortalite ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti. Sonuçlarımız kan kreatinin ve ürik asit düzeylerinin asfiksidede gelişebilecek konvülsiyonun erken tanınmasında ve geç nörolojik sekellerin öngörülmesinde yol gösterici olabileceklerini göstermektedir.

Apgar skorlama sistemi tek başına erken ve geç prognozu belirlemede yeterli değildir. 5. Dakika Apgar skoru, kordon kan gazı ve 24. saat biyokimyasal değerlerin birlikte değerlendirilmesi erken ve geç prognozu öngörmede faydalı olabilmektedir

Anahtar Kelime: Perinatal asfiksi, Hipoksik İskemik Ensefalopati, Apgar skoru, kord kan gazı

Kaynaklar

T.C. Sağlık Bakanlığı Anadolu Kuzey Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Düşük Apgar Skoru ile Doğan Term Bebeklerin Nörogelişimini Etkileyen Faktörler, Dr. Gökalp Rüstem Aksoy (Uzmanlık Tezi)



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-087

Term Bebeklerin Doğum Odasındaki Serebral Oksijenizasyon Değerleri- Ön Rapor

Özgün Uygur¹, M.Yekta Öncel^{1,2}

¹ Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Kliniği, İzmir

² İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Neonatoloji Bilim Dalı, İzmir

Giriş - Amaç: Yenidoğanın doğum odasındaki geçiş sürecini aydınlatmak amaçlı yapılan çalışmalar son yıllarda artmaktadır. Yaşamın ilk dakikalarında oksijen satürasyonunun nabız oksimetresiyle izlemi bebeğin doğum odasındaki sürecinin sonraki yaşamına etkisi nedeniyle önemlidir. Ancak bu altın dakikaların serebral oksijenizasyona etkisi konusundaki bilgiler halen yetersizdir. Bu çalışmada doğum odasında term bebeklerin serebral oksijenizasyonunun değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem - Gereçler: Bu çalışmaya 1 Haziran 2019-30 Haziran 2019 tarihleri arasında doğan term bebekler dahil edildi. Tüm olguların kord kan gazları alınarak doğar doğmaz sağ el bileğinden Massimo nabız oksimetre probu takılarak oksijen satürasyonu ve kardiyak nabız değerleri kaydedildi. Eş zamanlı INVOS near-infrared spektroskopi cihazı frontal bölgeye takılarak bölgesel serebral doku oksijenizasyon (crSO₂) değerleri ilk 15 dakikada sürekli, 30. ve 60.dakikalarda kaydedildi. Konjenital anomalisi olan olgular, aile onamı olmayan olgular çalışmadan dışlandı. Çalışma için lokal etik komiteden etik kurul onayı alındı.

Bulgular: Bu prospektif çalışmaya toplam 24 term olgu dahil edildi. Olguların ortalama gestasyonel haftası 38,25± 1,11 (37-41) hafta iken ortalama doğum kilosu 3492,08± 555,56 gram, ortalama boyu 50,15± 1,70 cm, ortalama baş çevresi 35,33±1,32 cm idi. Medyan Apgar skoru 1.dakika 8(7-8), 5.dakika 9(7-9) saptandı. Çalışmaya alınan olguların 14 tanesi erkekti (%58,3).

Olguların serebral doku oksijenizasyon (crSO₂), kardiyak nabız ve oksijen satürasyonu değerleri Tablo 1’de özetlendi. İzlemde ilk 15 dakikadan sonra 6 bebek solunum sıkıntısı nedeni ile non-invaziv mekanik ventilasyon desteğine alınırken, bir bebek entübe edildi.



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Tablo 1. Olguların doğum odasında crSO₂, kardiyak nabız ve oksijen satürasyonu değerleri.

Dakika	crSO ₂ (%)	Kardiyak nabız (dk)	SaO ₂ (%)
1.dakika	59,7±19,2	157,3±21,6	82,4±7,4
2.dakika	62,2±18,9	159,6±19,0	82,8±7,9
3.dakika	64,0±18,8	158,8±19,5	85,2±7,7
4.dakika	65,6±16,3	160,3±16,1	85,8±8,3
5.dakika	69,8±14,3	157,7±19,1	87,3±8,7
6.dakika	71,3±13,6	162,6±15,4	88,5±7,4
7.dakika	72,2±10,7	162,9±13,2	88,6±8,0
8.dakika	74,5±11,6	160,7±17,1	90,7±2,3
9.dakika	73,9±10,8	159,6±16,8	90,8±7,9
10.dakika	78,9±12,3	162,5±13,3	91,9±6,3
11.dakika	78,8±11,0	158,4±18,6	93,9±6,5
12.dakika	77,4±9,7	160,6±15,5	94,4±5,1
13.dakika	80,1±9,1	157,6±17,8	95,0±4,7
14.dakika	80,8±8,4	160,3±15,2	95,7±3,2
15.dakika	82,7±8,0	158,4±14,6	96,9±2,9
30.dakika	80,7±7,6	153,6±16,7	97,7±2,4
60.dakika	80,1±6,0	146,3±10,7	97,9±1,9

İzlemde doğarken sorunu olmayıp ilk 15 dakikadan sonra solunum sıkıntısı gelişen olgularda gelişmeyenlere göre 1-12.dakikalar arası oksijen satürasyon değerleri arasında anlamlı fark saptanmazken 1.-12.dakika arasındaki tüm dakikalarda aynı bebeklerin crSO₂ değerleri solunum sıkıntısı gelişmeyenlere göre anlamlı olarak daha düşüktü ($p<0,05$).

Sonuç: Çalışmamızda doğum odasında serebral monitorizasyonla geçiş süreci hakkında daha detaylı bilgi edinilmeye çalışılmıştır. Oksijen satürasyon değerlerinden bağımsız olarak izlemde 15.dakikadan sonra solunum sıkıntısı gelişen olgularda yaşamın ilk dakikalarında serebral oksijenizasyonunun daha düşük saptandığı bu ön sonuçlar dikkat çekicidir.

Anahtar Kelime: Doğum odası, nabız oksimetre, serebral oksijenizasyon, yenidoğan



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-088

Yenidoğan Yoğun Bakımda Milrinon Deneyimlerimiz

Aslı Okbay Güneş, Elif Özalkaya, Handan Hakyemez Toptan, Hakan Çakır, Sevilay Topçuoğlu, Nilgün Karadağ, Güner Karatekin

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

Giriş - Amaç: Yenidoğan bebeklerdeki milrinon endikasyon, yan etki ve tedavi başarı oranını değerlendirmek.

Yöntem - Gereçler: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi yenidoğan yoğun bakım servisine Ocak 2015-Haziran 2019 tarihleri arasında yatan, milrinon tedavisi almış olan yenidoğanlar retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Milrinon alan 25 yenidoğanın ortalama doğum ağırlıkları 2220 ± 1020 gr, doğum haftaları 35 ± 4 hafta idi. Milrinon başlama endikasyonları; pulmoner hipertansiyon $n=14$ (%56), kalp yetmezliği $n=9$ (%36), postligasyon sendromu $n=1$ (%4) ve laktat yüksekliği $n=1$ (%4) idi. Milrinon gün sayısı 3 gün (1-5) idi. Milrinon ile birlikte 1,2,3 ve 4 inotrop alan hasta sayısı sırası ile $n=4$ (%16), $n=7$ (%28), $n=5$ (%20), $n=7$ (%28) idi. Milrinon ile birlikte inhale nitrik oksit, intravenöz (IV) iliomedin, inhale iliomedin alan hasta sayısı sırasıyla $n=8$ (%32), $n=12$ (%48) $n=15$ (%60) idi. Milrinon yan etkileri hipotansiyon $n=9$ (%36), taşikardi $n=3$ (%12), patent duktus arteriosus $n=2$ (%8), intraventriküler hemoraji $n=1$ (%4), trombositopeni $n=7$ (%28), azotemi $n=5$ (%20) sıklıkta saptandı. Ölüm sıklığı $n=17$ (%68) idi. Ölen hastalardan 3'ü (%18) kalp yemezliği, 12'si pulmoner hipertansiyon (%70,5), 1'i (%5) postligasyon sendromu, 1'i (%5) laktat yüksekliği olan hastalar idi. Ölen hastaların 8'i (%47) 4'lü inotrop, 8'i (%47) inhale nitrik oksit, 11'i hem IV hemde inhale iliomedin almakta (%64) idi. Yaşayan 8 hastanın 6'sı (%75) konjestif kalp yetmezliği, 2'si (%25) pulmoner hipertansiyon tanılı hastalar idi. Yaşayan hastalardan sadece 1'i (%12,5) hem iv hemde inhale iliomedin alırken, 4'lü inotrop yada nitrik oksit alan hasta yoktu.

Sonuç: Yenidoğanda milrinon kullanım endikasyonları başlıca pulmoner hipertansiyon ve konjestif kalp yetmezliğidir. En sık yan etkisi hipotansiyondur. Milrinon tedavi başarı oranın; pulmoner hipertansiyon endikasyonu ile, çoklu inotrop, inhale nitrik oksit veya iliomedin alan hastalardan çok kalp yetmezliği tanısı ile çoklu inotrop, inhale nitrik oksit veya iliomedin almayan yenidoğanlarda yüksek olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelime Milrinon, Yenidoğan



ULUSLARARASI KADIN DOğUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-089

Yenidoğanların Non-İnvaziv Mekanik Ventilasyon ile İzleminde ve İnvaziv Ventilasyon İhtiyacını Öngörmeye Akciğer Ultrasonografisinin Yeri

Aslı Okbay Güneş, Nilgün Karadağ, Sevilay Topçuoğlu, Handan Hakyemez Toptan, Hakan Çakır, Elif Özalkaya, Güner Karatekin
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Neonatoloji Kliniği, İstanbul, Turkey

Giriş - Amaç: Bu çalışmanın amacı solunum yetmezliği olan yenidoğanlarda invaziv mekanik ventilasyon (İMV) ihtiyacını ve non-invaziv mekanik ventilasyon (NİMV) başarısızlığını öngörmeye akciğer ultrasonografisi (AUS)'nin yerini araştırmaktır.

Yöntem - Gereçler: İleriye dönük, kesitsel olarak planlanan çalışma için etik kurul onayı alındı. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine solunum yetmezliği nedeni ile yatırılan ve NİMV desteğine ihtiyaç duyan yenidoğanlar AUS ile değerlendirildi. Ultrasonografik inceleme için yüksek rezolüsyonlu 7.5-10 MHz frekanslı Philips marka lineer prob kullanıldı. Hastaların akciğerleri ilk 0-24 saat içerisinde ve izlemede 24-48 saatlerde AUS ile değerlendirildi. Akciğer ultrasonografi bulguları ve skorlarının NİMV başarısızlığını ve İMV ihtiyacını öngörmedeki yeri araştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya 90 yenidoğan alındı. Gestasyon haftaları ve doğum ağırlıkları sırasıyla 38 (36-39) hafta, 3020 (2227-3477) gram idi. Çalışmaya alınan hastaların 31'i (%34.4) kız, 59'u (% 65.6) erkek idi. Akciğer grafisi AUS bulgularına göre, 52'sine (% 57.8) yenidoğan geçici taşipnesi (YDGT), 33'üne (% 36.7) konjenital pnömoni, 4'üne (% 4.4) solunum distresi sendromu ve 1 (% 1.1) hastaya da pnömotoraks tanısı konuldu. Akciğer ultrasonografi incelemesi ile direkt grafiye kıyasla daha kısa süre içerisinde yenidoğanların akciğerlerinin değerlendirilebildiği görüldü ($p < 0.001$). Çalışmaya alınan hastaların akciğer ultrasonografi skorları yatışta AUS1 4 (5-6) ve takipte AUS2 2 (4-5) idi. Non-invaziv mekanik ventilasyon başarısızlığı 15'inde (% 16.7) görüldü. Bu hastaların AUS1 skorları 6 (5-8), AUS2 skorları 4 (4-6) idi. Hem AUS1 hem AUS2 skorları İMV ihtiyacı olan yenidoğanlarda daha yüksek saptandı (sırasıyla $p_{AUS1} = 0.001$, $p_{AUS2} = 0.0001$). Akciğer ultrasonografi skorları ile mekanik ventilatörde izlem, antibiyotik kullanımı, hastanede kalış süreleri ve çekilen akciğer grafisi sayıları arasında doğrusal ilişki olduğu görüldü ($r = 0.2-0.4$, $p < 0.05$). Doğum şeklinin YDGT tanılı yenidoğanlarda AUS skorlarına etkisi incelendiğinde anlamlı bir fark görölmedi ($p_{AUS1} = 0.329$, $p_{AUS2} = 0.968$, $p > 0.05$). Solunum yetmezliği olan hastalarda gerek yatış AUS1 skorlarının ($r = 0.76$; 95% CI, 0.646-0.875; $p = 0.02$), gerekse izlem AUS2 skorlarının ($r = 0.786$; 95% CI, 0.684-0.887; $p = 0.001$) İMV ihtiyacını öngörmeye yararlı olduğu saptandı. Sınır AUS1 skorunu 4 aldığımızda %93 sensitivite ve %51 spesifite ile AUS'unun NİMV tedavisi alan yenidoğanlarda İMV ihtiyacını saptayabildiği görüldü.

Sonuç: Solunum yetmezliği bulguları gösteren yenidoğanlarda akciğer ultrasonografi bulguları invaziv ventilasyon ihtiyacını öngörmeye etkilidir.

Anahtar Kelime: Akciğer ultrasonografisi, mekanik ventilasyon, solunum sıkıntısı, yenidoğan



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-090

Apendektomi Yapılan Çocuk Hastaların Alvarado ve Samuel Skorları

Serpil Sancar

Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş - Amaç: Bu çalışmada, akut apandisit (AA) tanısıyla ameliyat olan hastaların Alvarado Skoru (AS) ve Samuel Skoru (SS) sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem - Gereçler: Ocak 2018-Ocak 2019 tarihleri arasında Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Cerrahi Kliniğinde AA tanısı ile ameliyat edilen hastaların AS, SS ve ameliyat bulguları değerlendirildi. Hastalar AS ≤ 6 , 7-8 ve 8-10 olmak üzere üç gruba; SS ≤ 5 , ≥ 6 olmak üzere 2 gruba ayrıldı. Skor değerleri ile ameliyat bulguları karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışma tarihleri arasında 339 hasta AA tanısı ile ameliyat edilmiştir. Bu hastalardan 92'sinin ameliyat öncesi değerlendirmesinde AS ve SS skorları hesaplanmıştır. Skorları hesaplanan hastalar çalışmaya alınmıştır. Hastaların yaş ortalaması 11,9 (3-17) idi. Ameliyat edilen 92 hastanın sırasıyla skorları: AS ≤ 6 (n=4), AS 7-8 (n=61); AS 8-10 (n=27), SS ≤ 5 (n=3), SS ≥ 6 (n=89) olarak bulundu. Ameliyat bulgusu olarak 56 hastada akut apandisit, 28 hastada perfore apandisit gözlemlendi. Negatif apendektomi %8,6 saptandı. Perfore apandisitlerin AS ve SS değerleri 8 ve üzerinde idi.

Sonuç: AS ve SS çocuklarda akut apandisit tanısında kullanılabilir bir skor yöntemidir. Skorlama başarısı parametrelerin doğru değerlendirilmesi, ayrıntılı ve doğru anamnez ve fizik muayenenin uygun bir şekilde yapılmasına bağlıdır.

Anahtar Kelime: akut apandisit, Alvarado skoru, Samuel skoru



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-091

Sünnet Sonrası Zeytinyağı Uygulaması

Sabriye Dayı¹, Yılmaz Ata²

¹Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı, Bursa Özel Ceylan Hastanesi

Giriş - Amaç: Zeytinyağı yemeklerde, kosmetiklerde, farmakolojik birçok alanda kullanımda olan bir yağdır. Sünnet sonrası zeytinyağı kullanımında enfeksiyon sıklığının son derece az olması nedeniyle zeytinyağının mikrobiyal üreme üzerine etkileri araştırıldı.

Yöntem - Gereçler: Zeytinyağı kullanılarak kanlı agar ve eosin-metilen-blue (EMB) agarda Staphilococcus Epidermidis ve E.colinin üremesi araştırıldı.

Bulgular: İlk aşamada marketten alınan zeytinyağı, kanlı agar ve EMB agarda geceboyu kültür yapıp bakteriyel üreme açısından kontrol edildi. Bakteriyel üreme saptanmadı.

İkinci aşamada Staphilococcus Epidermidis ve E.colinin suşlarından süspansiyon hazırlanıp 5 ml zeytinyağına konuldu. Ertesi gün bu karışımdan örnekler alınıp kanlı agar ve EMB agara direk ekim yapıldı. Aerobik şartlarda gece boyu kültürlerde üreme olmadığı gözlemlendi.

Üçüncü aşamada aynı bakteriler kanlı agar EMB agara direk ekimleri yapıldı. Daha sonra agar yüzeylerine bir damla zeytinyağı ve serum fizyolojik ayrı noktalara damlatılarak 37 derece etüvde bekletildi. Plakların tüm yüzeylerinde üreme varken zeytinyağı konulan bölgede üreme yoktu. Buradan alınan sürüntü mikroskopta incelendiğinde herhangi bir bakteri saptanmadı.

Son aşamada her iki bakteri ayrı ayrı kanlı agar ve EMB agara ekildi. Agar plaklarında 2-3 mm kuyucuklar açıldı. Kuyucuklara zeytinyağı ve serum fizyolojik konulup 37 derecede yine etüvde gece boyu bekletildiler. Zeytinyağı konulan çukurda eksilmeden duruyordu diğer bir deyişle ortama diffüze olmamıştı.

Sonuç: Bu çalışmalar zeytinyağının antimikrobiyal etkisini söylemede yeterli olmasa da, bakterinin üremesi için gereken aerob ortamı engelleyerek bir inhibisyon yaptığı düşünülebilir. Bu nedenle sünnet sonrası penise zeytinyağı damlatılması enfeksiyon oranının düşüklüğünü açıklayabilir.

Anahtar Kelime zeytinyağı; sünnet; enfeksiyon



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-093

Nörokutanöz Mosaisizm: Ito Hipomelanozlu Olgu

Emel nsür

Acıbadem Üniversitesi, Acıbadem Kayseri Hastanesi

Giriş - Amaç: Hipomelanozis Ito (HI) ciltte dairesel helezonik hipopigmentasyon alanları ile karakterize konjenital nörokutanöz hastalıktır. Ito hipomelanozu ayrıca 'incontinentia pigmenti achromians' olarak da bilinir. Sporadik mutasyonlar ya da kromozomal mozaizm nedeni ile ortaya çıkan bu hastalıkta bulgular genellikle yenidoğan döneminde ya da onu izleyen erken çocukluk döneminde tespit edilir. Sıklıkla gövde ve bacaklarda tek veya çift taraflı olabilen lezyonlar dama tahtası şeklinde hipopigmente alanlar oluşturur. Başlıca nöbetler ve mental retardasyonun izlendiği sinir sistemi patolojilerinin yanında, görme ve işitme defektleri, diş hastalıkları, kas-iskelet sistemi anomalileri, konjenital kalp hastalıkları HI olgularının yak-laşık %30 'unda rapor edilmiştir. Bulgular çok daha dramatik bir tablo olan incontinentia pigmentinin son evresine benzemekle beraber kalıtım şekli ve öncesinde inflamatuvar bir süreç olmaması ile ayırt edilebilir.

Olgu: 2,5 yaşında erkek hasta doğumdan sonra belirmeye başlayan vücutta renk değişikliği şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Sağlıklı, G1P1 anneden miadında, normal spontan vajinal yol ile 3200 gram olarak doğan hasta doğum sonrası ilk günlerde konulan Patent Duktus Arteriosus (PDA) tanısı ile ocuk kardiyolojisi tarafından 1 yaşına kadar takip edilmiş sonrasında takipten çıkarılmıştır.Özgeçmişinde başka herhangi bir tıbbi özelliği olmayan hastanın soy geçmişinde de özellik saptanmadı.

Fizik Muayene- Bulgular: Fizik muayenesinde genel durum iyi, koopere, oryante olan hastanın kilo (14 kg), boy (93 cm) %50 persentilde ve baş çevresi (54 cm) > 97.persentilde saptandı.Diğer sistemik muayenesinde özellik olmayan hastanın tipik olarak Blaschko çizgilerine uyan dağılımda yerleşen lineer, üst ekstremitte ve kollarda ters U şeklinde, gövde de girdap izlenimi veren sarmal yapıda, sırtta belirgin olarak V tarzında şekiller oluşturan hipopigmente maküler görünüm tespit edildi. Baş evresi 97. Persantilin üstünde olan hastanın psikomotor gelişimi normal idi. Hastanın yapılan kan biyokimyası ve idrar tetkikleri, Batın USG si normal olarak değerlendirildi.Olgunun yapılan beyin manyetik rezonans (MR)görüntülemesinde; prepontin sisterna anteriorunda orta hattın hemen sağında 18mmX16mm ve sağ serebellar hemisfer anterior inferiorunda 4X2cm ebadında 2 araknoid kist ile uyumlu bulgular tespit edildi. Göz ve diş hastalıkları konsültasyonu alınan hastada normal muayene bulguları rapor edildi. Tipik öykü, fizik muayene bulguları, ek olarak araknoid kistler ve PDA saptanan hastada klinik olarak HI tanısı konuldu.

Sonuç: HI nadir görülen, cilt bulguları ön planda olan, birlikte (%30 oranında) görülebilen ek patolojiler nedeni ile takip ve tedavi gerektiren, genellikle öykü ve fizik muayene bulguları ile tanı koyulan nörokutanöz bir hastalıktır. Olgumuz; ender görülen bir hastalık olması ile birlikte tüm vücudu kaplayan çarpıcı cilt bulguları olan ocuklarda HI 'da ayırıcı tanıda düşünülmesi amacı ile görsel olarak sunulmak istendi.

Anahtar Kelime Nörokutanözis, Mosaisizm, Blaschko izgileri



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-094

Böbrek Nakli Sonrası Hastaların Psikolojik Profilleri ve Süregelen Sorunlar

Orhan Deniz Kara¹, Aslı Kantar¹, Fatma Devrim¹, Sevgin Taner², Ayşe Kutlu³, İpek Kaplan Bulut², Ebru Yılmaz¹, Nida Dinçel¹

¹ S.B.Ü. Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji

² Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Nefroloji

³ S.B.Ü. Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Psikiyatri

Giriş - Amaç: Böbrek nakli tüm yaş gruplarında son dönem böbrek hastalıkları için kurtarıcı bir tedavi seçeneğidir. Böbrek nakli beklemek, kronik böbrek hastalığının yaşamda getirdiği zorluklar, komplikasyonlar ve diyaliz süreçleri bu hasta grubunda depresyon, anksiyete, yaşam kalitesinde bozulmalara yol açmaktadır. Ancak böbrek nakli sonrasında da %25 oranında depresyon veya anksiyetenin devam ettiği çalışmalarda gösterilmiştir. Çocuk ve genç yaş grubunda ise böbrek naklinin öncesi ve sonrası ruhsal sorunlar çok incelenmemiştir. Çalışmamızda ülkemizde kronik böbrek hastalıkları sonrasında nakil olmuş çocuk ve ergenlerin psikolojik profillerini ve ilişkili değişkenleri saptamayı amaçladık.

Yöntem - Gereçler: 60 böbrek nakli olmuş çocuk ve ergen çalışmaya alınmıştır. Olgular; çalışmacılar tarafından hazırlanan sosyodemografik bilgi formu yanında, Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ), STAI-II, Scl 90 VE Sosyal işlevsellik ölçeklerini doldurmuşlardır.

Bulgular: Sosyoekonomik duruma göre tek anlamlı sonuç kötü sosyoekonomik statüye sahip aileleri olan vakaların Scl 90 obsesyon puanlarında gözlenmiştir. Kullanılan immünsüpresif ilaç sayısı ile ADÖ, STAI ve scl90 ilişkisine baktığımızda; kullanılan immünsüpresif ilaç sayısı arttıkça ölçeklerde gözlenen değerler artmasına karşın anlamlı ilişki ADÖ roller ve Scl90 obsesyon alt ölçeği arasında oluşmaktadır. Donör değişkeni dikkate alındığında; donörü akraba olanların Scl depresyon ve anksiyete alt ölçek puanları arasında anlamlı fark vardır. Yani akrabadan organ alanlar depresif ve anksiyete semptomları daha fazla göstermektedir. Yine donör değişkeni dikkate alındığında akrabadan organ alan vakalarda ADÖ ve STAI arasında fark saptanmamıştır. Ancak tüm vakalarda ADÖ ilgi, roller ve davranış kontrolü alt ölçeklerinde aile işlevinin daha kötü bulunmuştur.

Sonuç: Çalışmamızın sonuçları böbrek nakli bekleyen hastalarda gözlenen sorunların nakil sonrası da devam ettiğini göstermektedir. Böbrek nakli son dönem böbrek hastalarının en iyi, en hedeflenen ve en kesin tedavisi olduğu halde nakil sonrası dahi psikolojik sorunlar aşılamamaktadır. Çalışmayı sunmaktaki amacımız bu psikolojik profillere dikkat çekerek, böbrek hastalıklarında erken tanının ve son dönem böbrek yetmezliğine ilerlemenin önlenmesinin önemini tekrar tekrar vurgulamaktır.

Anahtar Kelime Böbrek Nakli, Transplant, Psikolojik Profil



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-095

Rombensefalosinapsis: Olgu Sunumu

Ayşegül kszoğlu

Zekai Tahir Burak Kadın Sağlık Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş - Amaç: Rombensefalosinapsis posterior kranial fossanın nadir görülen kongenital malformasyonudur. Serebellar vermisin hipogenezi veya agenezisi, serebellar hemisferlerin füzyonu, dentate nükleus ve superior serebellar pediküllerin appozisyonu veya füzyonu ile karakterizedir. Literatürde ilk vaka Obersteiner tarafından tanımlanmıştır. Klinik ve manyetik rezonans görüntüleme bulguları vaka sunumlarından elde edilen bilgilerle sınırlıdır. Biz 26. gebelik haftasında Rombensefalosinapsis tanısı almış olgumuzla ender görülen bu malformasyona dikkat çekmek istedik.

Olgu: 26 yaşında, G2P1Y1 olan gebe, hastanemiz polikliniğine 26 haftalık gebe iken başvurdu. Obstetrik muayenesi ve rutin tetkikleri normaldi. Yapılan obstetrik ultrasonografide 26 haftalık tek canlı gebelik, fetal kranial incelemede; serebellar hemisferler füzyone görünümde, transserebellar çap 15 mm olup normalden küçük, lateral ventriküller ve korpus septum pellucidum doğal olarak değerlendirildi. Genetik inceleme hasta izni olmadığı için yapılamadı. Gebelik takipleri normal seyreden hasta 38. gebelik haftasında sezaryen ile 1.dk apgarı 7, 5.dk apgarı 9 olan, 3240 gr canlı erkek bebek doğurdu. Postnatal yapılan kranial manyetik rezonans görüntülemede her iki serebellar hemisferlerin füzyon gösterdiği, vermisin izlenmediği görüldü. Bu bulgular rombensefalosinapsis lehine değerlendirildi. Bebek 10 aylık olduğunda kraniosinostoz nedeniyle opere edildi. Hastanın 3 yaşında iken yapılan gelişimsel değerlendirilmesinde; bilişsel, ince ve kaba motor ve dil alanlarındaki becerilerin yaşına uygun gelişim göstermediği tespit edildi. Hastanın takipleri halen devam etmektedir.

Bulgular: Rombensefalosinapsis serebellumun nadir görülen bir malformasyonudur. Literatür vaka sunumları ile sınırlıdır. Bu malformasyon Obersteiner tarafından 1914 yılında 28 yaşında intihar eden bir hastanın postmortem incelenmesi sonrası tanımlanmış, Truwit ve Savolainen tarafından 1991 yılında ilk kez canlı vakalarda rapor edilmiştir. Günümüzde görüntüleme yöntemlerindeki gelişmeler Rombensefalosinapsis tanısının prenatal dönemde de konabilmesine olanak sağlamıştır.

Rombensefalosinapsis vakalarının çoğu erken çocukluk döneminde tanı alır ve pek çok hasta çocukluk çağında kaybedilir, az sayıda hasta ileri yaşlara ulaşır. Klinik bulgular supratentorial anomalilerle ilişkilidir ve hastadan hastaya değişkenlik gösterir. Klinikte trunkal / extermite ataksisi, kas hipotonisi, spastisite, anormal göz hareketleri, şaşılık, dizartri, istemsiz baş sallama hareketleri denge bozuklukları, nöbetler ve gelişme geriliği görülür. Diğer bulgular; optik sinir atrofisi, spastik kuadriparezi, davranış bozuklukları, disartri, apraksi ve mental retardasyondur. MR bulguları ile klinik arasında çoğu zaman uyum gözlenmez.

Rombensefalosinapsis posteror fossa yapılarının izole bir malformasyonu olarak görülebileceği gibi



ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

hidrosefali, ventrikülomegali, corpus callozumun disgenezisi, septum pellucidumun yokluğu, talamik füzyon, temporal lop hipoplazisi, optik kiazma hipoplazisi ve kranial sütürlerin sinostozisi gibi multipl malformasyonlarla birlikte görülebilir.

Ultrasonografi ile prenatal dönemde rombensefalosinapsis tanısını koymak zordur, serebellar vermis izlenmez, serebellum normalden küçüktür. Tanı kranial manyetik rezonans görüntüleme bulguları ile konur. Aksiyel ve koronal planlarda serebellar hemisferlerin füzyonu sonucu basıklaşmış tek loplu serebellum, normalde yarımay şeklinde olan 4. ventrikülün eşkenar dörtgen veya anahtar deliği görünümü alması izlenir.

Sonuç: Rombensefalosinapsis nadir görülen bir malformasyondur. Prenatal dönemde de tanısı mümkündür. Nadir olarak görülse de, rombensefalosinapsis, serebellar malformasyonların ayırıcı tanısında mutlaka akılda bulundurulmalıdır .

Anahtar Kelime Rombensefalosinapsis, malformasyon, prenatal tanı



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-096

Bir Eğitim Araştırma Hastanesinde Çalışan Annelerde Emzirme Durumu

Yavuz Demirçelik, Hacer Örsdemir Hortu, Özlem Üzüm, Kayı Eliaçık, Mehmet Helvacı
Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Giriş - Amaç: Anne sütü bebek beslenmesindeki en doğal ve referans sayılan üründür. Amerikan Pediatri Akademisi ve Dünya Sağlık Örgütü ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslenmeyi, devamında en az 1 yıl olmak üzere anne ve bebek istediği sürece emzirmeyi önermiştir. Anne sütü ile beslenme en iyi büyüme, gelişme ve psikososyal sonuçları sağlar. Emzirme aynı zamanda anne ve bebek arasındaki duygusal bağlantıyı zenginleştirir.

Emziren annelerin bir kısmı emzirme döneminde çalışmaya tekrar başlamaktadır. Bunlardan bazıları emzirmeyi sürdürmekte zorluk çekmekte ve emzirmeyi erken dönemde bırakmak zorunda kalmaktadır.

İşverenler emzirmeyi desteklemeli, emziren anneler için süt sağmaya uygun koşullar sağlamalıdır. Çalışmamızın amacı, bir eğitim araştırma hastanesinde çalışan annelerin emzirme koşullarını araştırmaktır.

Yöntem - Gereçler: Çalışma grubu olarak üç yaşından küçük çocuğu olan ve Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan anneler seçilmiştir. Araştırmaya katılan annelere, araştırmacılar tarafından hazırlanan, emzirme süreleri, işlerine geri dönme süreleri, emzirme izinleri, süt sağma gibi sorulardan oluşan toplam 18 soru ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği soruları sorulmuştur.

Bulgular: Çalışma süresince hastanede 51 çalışan anneye ulaşıldı. Katılımcıların yaş ortalaması $33,5 \pm 3,5$ yıl idi. Annelerin 30 (%58,8)'unun emzirme eğitimi aldığı görüldü. Annelerden 18 (% 35,3) 'inin, bebeği altı ay veya altı aydan küçük iken işe geri döndüğü tespit edildi. Sadece anne sütü alma ortalama süresi $5,4 \pm 1,23$ aydı. Çalışan annelerden 24 (% 47,1) 'ünün süt sağma imkanı olmadığı, 27 (% 52,9) 'sinin sütünü sağma imkanı olduğu, ancak sadece 8 (% 15,6) 'inin iş yerinde süt sağım odası olduğu öğrenildi. İlk altı ay sadece anne sütü alan bebeklerin oranı % 74,5 olarak saptandı. Sadece anne sütü alma süresi ve ek gıdaya başlama zamanı, emzirme eğitimi alan ve almayan annelerde karşılaştırıldı ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (sırasıyla $p=0,810$; $0,694$; $0,377$). İşe dönüş süresi ile sadece anne sütü alma ve emzirme süresi karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (sırasıyla $p=0,680$, $p=0,865$). Çalışan annelerden 29 (% 56,9)'unun emzirme döneminde formül mama kullandığı görüldü. Sadece anne sütü veren anneler ile formül mama veren anneler karşılaştırıldığında formül mama veren annelerin işe daha erken dönemde döndüğü (7.24 ± 5.79 ay; 10.15 ± 6.30 ay, $p=0,036$) görüldü. Toplam anne sütü verme süresi ile çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p=0,441$).



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI

KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Sonuç: Çalışma sonuçları; doğum izni süresinin, daha fazla formül mama kullanmaktan kaçınmak ve ilk 6 ay sadece anne sütü almanın desteklenmesi için daha uzun olması gerektiğini destekledi. Emzirmenin desteklenmesi için işverenler, emziren annelere daha iyi koşullar sağlamalıdır.

Anahtar Kelime emziren anne, çalışan anne, emzirme, anne sütü



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-097

2011-2017 Yılları Arasında Varisella Enfeksiyonu Tanısı Almış Hastaların Yaş Gruplarına Göre Değişimi

Kamile Ötiken Arıkan, Mehmet Ceyhan
İzmir Behçet Uz çocuk Hastanesi

Giriş - Amaç: Varisella aşısı 1970'li yıllardan beri bulunmuş olmasına rağmen halen dünyada pek az ülkenin rutin aşı takviminde yer almaktadır. On iki ay-12 yaş arasındaki tüm sağlıklı çocuklarda tek doz, 13 yaşından büyük sağlıklı adolesan ve erişkinlere 4-8 hafta arayla çift doz aşı yapılmaktadır. ACIP, 12 yaşından küçükler için de çift doz aşı yapılmasını önermiştir. Türkiye'de 2013 yılından itibaren 1 yaşında tek doz suçiçeği aşısı yapılmaktadır.

Yöntem - Gereçler: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 2011-2017 yılları arasında varisella enfeksiyonu tanısı konan 1237 hastanın kayıtları retrospektif olarak incelenmiş, hastaların sosyodemografik özellikleri, başvuru tarihleri kayıt edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya Ocak 2011- Aralık 2017 tarihleri arasında varisella tanısı almış median yaşı: 72 ay (21 gün-724 ay) olan, 647'si erkek (%52,3), 590'ı kız (%47,7) toplam 1237 hasta dahil edilmiştir. Tanı anında 139 hasta 0-1 yaş aralığında, 248 hasta 2-4 yaş aralığında, 572 hasta 5-10 yaş aralığında, 171 hasta 11-18 yaş aralığında, 31 hasta 19-40 yaş aralığında, 9 hastanın 41 yaş üstünde olduğu bulunmuştur. Dört yüz elli dört hasta (%36,6) kış mevsiminde, 355 hasta ilkbaharda (%28,7), 256 hasta (%20,7) yaz mevsiminde, 172 hasta (%13,9) sonbaharda tanı almıştır ($p<0,05$). 2011 yılından 2017 yılına doğru yaş gruplarına göre 0-1 yaş grubu, 5-10 yaş grubu ve 11-18 yaş grubundaki vaka sayılarının istatistiksel anlamlı olarak artmış olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Sonuç: Ülkemizde 2013 yılından itibaren 1 yaşındaki çocuklara tek doz olarak uygulanan varisella aşılması sonrasında aşı yapılmamış olan komplike olma riski yüksek olarak kabul edilebilecek 0-1 yaş, 11 yaş üstü çocuklarda ve okul çağı çocuğu olan 5-10 yaş grubunda artmış olarak bulunmuştur. Bu veriler 2. doz varisella aşısının rutin aşı takvimine eklenmesinin gerekliliğini göstermektedir.

Anahtar Kelime Varisella, ikinci doz aşı, yaş grupları

Kaynaklar

14. Lope A, Schmid S, Stephanie Bialek S. VPD Surveillance Manual, CDC Manual for the Surveillance of Vaccine-Preventable Diseases, 5th Ed., 2011.
15. Köse Ü, Özgüven AA, Ecemiş T, Akçalı S, Lağarlı T, Onağ A. Manisa ilinde yaşayan 7-15 yaş grubundaki çocuklarda suçiçeği seroprevalansı. Ege Tıp Derg 2011; 50:187-91.
16. Dilli D, Dallar Y, Önde U, Doğan F, Yağcı S. Ergenlerde kızamık, kızamıkçık, kabakulak ve suçiçeği seroprevalansı. Çocuk Derg 2008; 8:172-8.
17. Türkmen M, Buğdaycı R, Sönmez M. 0-12 yaş çocuklarda suçiçeği enfeksiyonu geçirme sıklığı. Çukurova Univ Tıp Fak Derg 2001; 26:137-41.



SS-098

Carpal Tunnel Syndrome During the Third Trimester of Pregnancy

Ahmet Ero¹, Gülsemin Ertürk Çelik²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²Türkiye Cumhuriyeti Gençlik ve Spor Bakanlığı

Aim: This study aimed to assess the severity of symptoms and functional impairment of carpal tunnel syndrome (CTS) in pregnancy; and to investigate the relationship between the change of median nerve cross-sectional area (CSA) which is measured using USG and the severity of CTS.

Methods: In this cross-sectional study, in which participants were classified into two groups: presence and absence of indicative signs and symptoms of CTS. Severity of symptoms and functional status was assessed by the Boston Carpal Tunnel Questionnaire. USG was performed by multiplanar technique of static and dynamic evaluation. The CSA of median nerve and carpal tunnel at immediately proximal to the carpal tunnel inlet, and carpal tunnel inlet/outlet level was measured by one physician. Association between USG and indicative signs and symptoms of CTS was estimated using fisher's exact test.

Results: Altogether, 435 women were recruited and 83 presented indicative signs and symptoms of CTS, resulting in a prevalence of 19.08%. USG was not able to distinguish indicative signs and symptoms of CTS groups. Both the severity of the symptoms and the impairment of the manual function were mild. Multiparity (OR = 1.4, 95%CI 1.3, 1.8, P= 0.008), gestational diabetes mellitus (OR = 1.8, 95%CI 1.5, 2.1, P < 0.001) and maternal age were associated with indicative signs and symptoms of CTS.

Conclusions: Although the severity of symptoms and functional impairment of CTS were relatively mild, health care professionals should be aware of the high prevalence. Further studies are needed to assess the value of USG as a diagnostic method for CTS during pregnancy.

Key Words: Carpal tunnel syndrome, median nerve cross-sectional area, pregnancy



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-099

Antenatal Hidronefroz Tanılı Hastaların Değerlendirilmesi

Sevgin Taner¹, Ahmet Keskinoglu¹, Sena Turk², İpek Kaplan Bulut¹, Caner Kabasakal¹,

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi ocuk Nefroloji Bilim Dalı

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi ocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş - Amaç: Antenatal hidronefroz gebeliklerde %1-4,5 sıklıkla görülebilen yaygın bir durumdur. Ciddi riner sistem patolojilerinin bir habercisi olabilir. Bu çalışmada antenatal dönemde hidronefroz tanısı alan hastaların değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem - Gereçler: Antenatal dönemde hidronefroz tanısı almış ve sonrasında Ege niversitesi ocuk Nefroloji biriminde takip altına alınan 63 hasta çalışmaya dahil edildi.

Bulgular: Hastaların 47'si (%74,6) erkek, 16'sı (%25,4) kız cinsiyette idi. Ortalama izlem süreleri 31,4 aydı. On beş hastada (%24,6) preterm doğum öyküsü mevcuttu. Hastaların 32'sinde (%50,8) sol taraflı hidronefroz, 25'inde (%41,3) bilateral hidronefroz, 5'inde (%7,9) sağ taraflı hidronefroz mevcuttu. İzlemede hastaların 24' (%38,1) reteropelvik darlık (UPD), 17'si (%27,1) posterior üretral valv (PUV), 14' (%22,2) vezikoüreteral reflü (VUR), 6'sı (%9,5) reterovezikal darlık (UVD) tanısı aldı. 2 hastanın hidronefrozu izlemede kendiliğinden düzeldi. Elli-sekiz hastanın hidronefrozu 1. ayda, 47 hastanın hidronefrozu 1. yılda devam etmekteydi. Hastaların %47,6'sının operasyon ihtiyacı oldu. PUV tanılı hastalarının %100' cerrahi operasyon geçirmiş olup, UVD tanılı hastaların %66,7'sinin, UPD tanılı hastaların %25'inin, VUR tanılı hastaların ise %21,4'ünün cerrahi operasyon ihtiyacı oldu. Hidronefroz derecesi SFU (Society for Fetal Urology) grade 1 ve grade 2 olan hastalar hafif hidronefroz, grade 3 ve Grade 4 olan hastalar ağır hidronefroz olarak gruplandırıldı. Hafif hidronefrozu olan hastaların %18'inin, ağır hidronefrozu olan hastalarinsa %77,4'ünün cerrahi operasyon ihtiyacı olup bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p<0,001). Hastaların tanı anındaki ortalama kreatinin düzeyleri 0,37±0,17 mg/dL, ortalama eGFR düzeyleri 102±33 ml/dk/1,73m² olup, son kontrolde ortalama kreatinin düzeyleri 0,45±0,43 mg/dL, ortalama eGFR düzeyleri 115±31 ml/dk/1,73m² idi. Ağır hidronefrozu olan hastaların son kontrolde ortalama eGFR düzeyleri 101±30 ml/dk/1,73m² olup, hafif hidronefrozu olanlara göre anlamlı düşüktü (p<0.001).

Sonuç: Antenatal hidronefroz tanılı hastalar renal fonksiyonlar açısından dikkatle izlenmelidir. Ağır hidronefrozu olan hastalar cerrahi ihtiyaç yönünden değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelime: antenatal hidronefroz, hidronefroz, vezikoüreteral reflü, posterior üretral valv, üreterovezikal darlık



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-100

İstanbul'da Özel Bir Hastaneye Başvuran Kadınların CMV Enfeksiyonu Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi

İsmail Gönen¹, Zehra Çağla Karakoç²

¹İstinye Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları B.D.

²İstinye Üniversitesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji B.D.

Giriş - Amaç: Sitomegalovirüs (CMV) *Herpesviridae* familyasından, toplumda yaygın olarak edinilen bir enfeksiyondur. Sağlıklı bireyler arasında CMV enfeksiyonu genellikle belirti vermez. Bununla birlikte, CMV doğuştan geçirildiğinde, ciddi sekillere neden olabilir. Konjenital CMV enfeksiyonlarının yaklaşık % 20'si mikrosefali, işitme kaybı, görme kaybı, beyin felci, nöbet bozuklukları veya bilişsel bozukluk dahil olmak üzere kalıcı sakatlıklara neden olur. Konjenital CMV prevalansı Down sendromu, fetal alkol sendromu ve spina bifidadan daha yüksektir. Hastaneye başvuran kadınların Sitomegalovirüs (CMV) farkındalığını değerlendirmek ve hamilelikte CMV taramasına yönelik tutumları belirleyerek bu duruma etki eden faktörleri araştırmayı amaçladık.

Yöntem - Gereçler: 2017 yılının ilk 4 ayı boyunca İstanbul Liv Hospital Ulus Hastanesinde Kadın Doğum ve Çocuk Polikliniğine başvuran 391 kadınla yüz yüze görüşülerek CMV enfeksiyonu hakkında bilgi ve tutumlarının değerlendirildiği 12 sorudan oluşan anket uygulanmıştır. Sonrasında CMV enfeksiyonu hakkında bilgi verilip, hamileyken CMV enfeksiyonu taraması yaptırmak isteyip istemediği sorgulanmıştır.

Bulgular: Çalışmamıza katılan 391 kadının yaş ortalaması 38,2 yıldır, %50,9'u üniversite ve üstü eğitim almıştı, %85,6'sının bir veya daha fazla çocuğu vardı. Anketimize katılanların %87,7 'si Down Sendromu, %77,5'i HIV/AIDS hakkında bilgi sahibi olduğunu ifade ederken sadece % 22,3'ü daha önce CMV enfeksiyonunu duymuştu. Benzer şekilde yanıt verenlerin %69,2'si CMV enfeksiyonundan nasıl korunacağını, %76,8'i hamileyken bebeğe geçebileceğini, %75,9'u bebeğinde kalıcı hasara sebep olabileceğini bilmiyordu. Dikkat çekici bir şekilde CMV hakkında bilgi aldıktan sonra, katılımcıların hemen hemen üçte ikisi (%64,6) hamileyken CMV enfeksiyonu taraması yapılmasını istemediklerini ifade etmişlerdir.

Sonuç: Kadınlar arasında CMV'nin temel farkındalığı düşük olmasına karşın, riskler hakkında daha fazla şey öğrendikten sonra, hamileyken CMV taramasını desteklemedi. Maruz kalma risklerini nasıl azaltabilecekleri ve gelecekte CMV taraması yapmak isteyip istemediklerine karar vermeleri için Türkiye'de İstanbul gibi metropol bir kentte yaşayan kadınların CMV enfeksiyonu hakkındaki bilgilerinde önemli eksikleri olduğunu tespit ettik. Birkaç ülkede CMV eğitimini veya tarama programlarını teşvik eden kurumlar bulunmaktadır. Bu konuda başta T.C. Sağlık Bakanlığı olmak üzere ilgili STK'lar ve Bilimsel Kuruluşların kadınlarımızın bilgi ve tutumlarının değiştirilmesine yönelik daha çok çalışma yapmasına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelime Konjenital, CMV, Enfeksiyonu, Kadınlar, Bilgi ve Tutum



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-101

Yenidoğan Döneminin İzole Supraventriküler Ekstrasistollerinde İzlem ve Prognostik Özellikleri

Alper Güzeltaş, Hasan Candaş KAFALI, Yakup ERGÜL

T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp Ve Damar Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş - Amaç: Sık izole supraventriküler ekstrasistollü (SVE) yenidoğan hastalar sıklıkla asemptomatik olup, çoğunlukla rutin yenidoğan muayenesi sırasında tanınırlar. Ayrıca günümüzde önemli bir kısmı prenatal dönemde tanı almaktadır. Eşlik eden supraventriküler taşikardisi (SVT) olmayan, Ekokardiyografide tespit edilmiş hemodinamik olarak anlamlı bir doğuştan kalp hastalığı bulunmayan hastaların çoğunda SVE'ler izlemde medikal tedaviye ihtiyaç göstermeden kaybolur ya da önemli ölçüde azalarak herhangi bir soruna yol açmazlar. Yenidoğanın izole SVE'leri oldukça iyi bir prognoza sahiptir. Ancak aberasyon ile iletilerek geniş QRS'e neden olan SVE'lerin ventriküler ekstrasistoller (VES) ile karışması nedeniyle, ve iletilmeyen SVE'lerin atriyoventriküler (AV) bloklar ile karışması nedeniyle tanı konulmasında zorluk çekilen durumlar olabilir. Ayrıca özellikle eşlik eden kardiyak tümörlere bağlı gelişen SVE'lerde prognoz daha kötüdür.

Yöntem - Gereçler: Merkezimiz çocuk kardiyoloji aritmi bölümünün elektronik kayıtları retrospektif olarak incelenmiş ve 2013-2019 yılları arasında merkezimize başvuran ve takibe alınan SVE tanılı hastalar değerlendirmeye alınmıştır. Eşlik eden doğuştan kalp anomalisi olan hastalar (ince PDA ve PFO hariç) ve SVE ile birlikte nonsustained ya da sustained SVT'si olan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır.

Bulgular: 2013-2019 yılları arasında merkezimize başvuran, çalışmaya katılma kriterlerini karşılayan, kayıtları tam olan 15 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların 8 tanesi kız idi (% 53). Ortanca kilo 3,3 kg (2,8kg-4,2kg arasında) idi. Hastaların merkezimize başvuru anındaki ortanca yaşı 7 gün (1-36 gün arasında) idi. 6 hastada prenatal tanı yapılmışken, kalan 9 hastada tanı rutin muayene sırasında tesadüfen konulmuştu. Postnatal dönemde tanı alan hastaların yaş ortancası 4 gün (1-18 gün arasında) idi. Tanı anında yapılan 24 saatlik holter EKG tetkikinde saptanan SVE sıklığı ortanca değeri % 6 (%0,54-% 28 arasında) iken, 12 hastada takipte ortanca 4 ay sonra (1-23 ay arasında) tüm SVE'ler kaybolmuştu. 2 hastada SVE sıklığında azalma izlenirken (bir hastada 6 ay sonunda % 4,6 sıklıktan % 2,49 sıklığa ve bir hastada 7 ay sonunda % 16,9 sıklıktan % 12,3 sıklığa), eşlik eden multiple kardiyak rabdomyomu bulunan bir hastada ise SVE sıklığı 10 ay sonunda % 4,5'tan % 27,5'a çıkmıştı. Tanı anında yapılan Ekokardiyografi ile 3 hastada ince patent duktus arteriozus (PDA), 7 hastada patent foramen ovale (PFO) ve bir hastada multiple kardiyak rabdomyomlar saptanmıştır. Ortanca 6 aylık takip süresi sonunda (3-45 ay arasında) SVE'leri kontrolde tamamen kaybolan 4 hastanın tekrar takibe gelmediği, SVE'leri tamamen kaybolan 5 hastanın belli bir izlem süresi sonunda takipten çıkarıldığı, SVE'leri azalın iki hasta ve SVE'lerinde artış olan hasta dahil, toplam 6 hastanın takibinin halen devam ettiği saptanmıştır. İzlemde iki hastada kısa süreli medikal tedavi kullanıldığı (bir hastada propranolol ve bir hastada propafenon, sırasıyla 2 ve 3 aylık sürelerle), SVE sıklığında artış



ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

olan kardiyak rbdomyomlu hastada halen propranolol tedavisinin devam edildiği saptanmıştır.

Sonuç: Supraventriküler ekstrasistoller, özellikle yenidoğan dönemimde ve izole görüldüklerinde, genelde asemptomatik seyirli olup, oldukça iyi prognoza sahiptirler ve herhangi bir tedavi gerektirmeden, izlemde tamamen ya da büyük oranda kaybolma eğilimindedirler. Konjenital kalp hastalıklarına ya da kardiyak tümörlere eşlik eden SVE'ler ise istisna oluştururlar.

Anahtar Kelime: yenidoğan, supraventriküler ekstrasistol

Kaynaklar

1. Analysis of 2017 Holter records in pediatric patients. Ayabakan C, Ozer S, Celiker A, Ozme S. Turk J Pediatr. 2000 Oct-Dec;42(4):286-93.
2. Blocked atrial bigeminy presenting with bradycardia. Akdeniz C1, Tanidir IC, Tuzcu V. Congenit Heart Dis. 2012 Sep-Oct;7(5):E82-4. doi: 10.1111/j.1747-0803.2012.00646.x. Epub 2012 Apr 2.
3. Evaluation of fetal cardiac arrhythmias. Ultrasound findings and neonatal outcome. Calvin SE1, Gaziano EP, Bendel RP, Knox GE, Brandt DG. Minn Med. 1992 Dec;75(12):29-31.
4. Atrial flutter and nonconducted bigeminy premature atrial contraction in a neonate with cardiac rhabdomyoma. Ergül Y, Öztürk E1, Güzeltaş A. Turk Kardiyol Dern Ars. 2018 Jun;46(4):313-317. doi: 10.5543/tkda.2017.72177.
5. Cardiac rhabdomyomas in tuberous sclerosis: clinical symptoms and course in 18 cases diagnosed in childhood. Article in Spanish. Jiménez Casso S1, Benito Bartolomé F, Sánchez Fernández-Bernal C. An Esp Pediatr. 2000 Jan;52(1):36-40.



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-102

Jinekolojik Hastalarda Uniportal VATS ile Pnömotoraks Tedavisi

Suzan Temiz, Ömer Faruk Demir, Ömer Önal
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi AD.

Giriş - Amaç: Pnömotoraks visseral ve parietal plevra yaprakları arasında plevral alanda serbest hava birikmesi olarak tanımlanır(1,2). Pnömotoraks; acil cerrahi müdahale yapılmadığı zaman hayati riskler içerebilen bir durumdur. Burada nadir olarak görülen Katamenial pnömotoraks ve gebe hastada gelişen pnömotoraks olgularının uniportal VATS ile cerrahi tedavisinin sunulması amaçlanmıştır.

Yöntem - Gereçler: Cerrahi yöntem; Uniportal VATS işlemi, tüp torokostomi uygulanan eski insizyon yerinden veya 5. interkostal aralıkta orta aksiller hattın yaklaşık 3 cm'lik cilt altı kesisi ile toraksa girilerek yapılan bir cerrahi yöntemdir.

Bulgular: Olgu 1

Subplevral büllerin veya bleblerin spontan rüptürü sonucu oluşan spontan akut pnömotoraks gebelikte nadiren görülmektedir(3,4). Literatürde sınırlı vaka bildirilmekle birlikte hamilelikte insidansı 1,2-6/100000 olarak tespit edilmiştir(5).

27 yaş, 34 haftalık gebe; göğüs ağrısı ile acil servise başvurdu. Koruma önlemleri sonrasında çekilen grafide; sol hemitoraksta 4 kot altında pnömotoraks hattı görünmekte olduğu için hastaya sol tüp torokostomi uygulandı, 6. gününde taburculuğu yapıldı. Doğumdan yaklaşık 2 ay sonra hasta nefes darlığıyla acil servise değerlendirildi. Grafide pnömotoraksı mevcuttu; 48 saat sürekli O₂ ile takip edildi. Takiplerin de pnömotoraks görünümünde azalma olmaması sebebiyle sol Uniportal VATS yapıldı; apekteki büllöz alan görüldü; wedge rezeksiyon ve apikal plörektomi yapıldı. Takibinin 5. gününde poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.

Gebelikte gelişen pnömotoraksın tedavisi için belirlenmiş bir rehber bulunmamaktadır. Hastamızın 4 yıldır aktif şikayeti olmamakla birlikte polikliniğimizde takiplerine devam edilmektedir.

Olgu 2

Katamenial pnömotoraks(KP) menstürasyondan 72 saat önce veya sonrasında meydana gelen nadir tekrarlayan spontan pnömotoraks nedenidir(6).

45 yaşında bayan hasta nefes darlığı, göğüs ağrısı nedeni ile acil servise başvurdu. Hastanın pnömotoraksı olması üzerine konsülte edildi. Öyküsünden sağ hemitoraksta 3. spontan pnömotoraks atağı olduğu öğrenildi. İlk iki atağında dış merkezde takip edilmişti. Özgeçmişinde ve soy geçmişinde özellik yoktu. Menstrüasyonun birinci günü başlayan şikâyetleri olmaktadır. Hastaya Uniportal VATS ile wedge rezeksiyon ve apikal plörektomi yapıldı.

KP 32-35 yaş arasında sık görülür(7-8-9-10). %85-%95 unilateral ve sağ toraksta görülür(11). Etyopatogenezi tam olarak açıklanamamıştır, teoriler sunulmuştur; fizyolojik, migrasyon, mikroembolik-metastatik ve diyafragmatik pasaj teorisi. Hastamızın pelvik endometriozis öyküsü



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

yok. Öykü ve menstrüasyon siklusu ile korele pnömotoraks atağının olması nedeni ile ön tanıda düşünöldü. Uzun dönem rekkürensleri azaltmak için cerrahinin hormonal tedaviden etkili olduğu çalışmalar bulunmaktadır(12). Hastanın; 2 yıldır takiplerinde yeni gelişen atağı olmadı.

Sonuç Çok nadir olsa da gebe bir hastada; hem annenin hem bebeğın risk altında olabileceğı; spontan pnömotoraks gelişebileceğı göz önünde bulundurulmalıdır. Katamenial pnömotoraks ender görölen, çoğunlukla selim seyirli ancak yine de ölümcül potansiyeli olan bir durumdur.

Küçük insizyondan yapılabilir olması, postop ağrının düşük olması nedeniyle katamenial pnömotoraks veya gebe hastada gelişen pnömotoraks; estetik kaygı,küçük insizyon ve düşük ağrı sergilemesi nedeniyle; yaklaşık 3 cmlık insizyondan yapılan Uniportal VATS ile pnömotoraks cerrahisi jinekolojik hastalarda güvenle uygulanan bir yöntemdir.

Anahtar Kelime: Jinekoloji, Pnömotoraks, Uniportal VATS

Kaynaklar

1. Luh SP. Diagnosis and treatment of primary spontaneous pneumothorax. Review: J Zhejiang Univ Sci B 2010;11:735-44.
2. Kul C, Üçvet A, Gürsoy S, Tözüm H. Spontan pnömotoraksta operatif tedavi. İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi 2009;23,1: 31-5.
3. Mohammadi A, Ghasemi Rad M, Afrasiabi K. Spontaneous pneumothorax in pregnancy: a case report. Tuberk Toraks 2011;59(4):396-8.
4. Annaiah TK, Reynolds SF. Spontaneous pneumothorax-a rare complication of pregnancy. J Obstet Gynaecol 2011;31(1):80-2
5. Macduff A, Arnold A, Harvey J; BTS Pleural Disease Guideline Group. Management of spontaneous pneumothorax: British Thoracic Society Pleural Disease Guideline 2010. Thorax 2010;65(Suppl 2):ii18-31
6. Cowl CT, Dunn WF, Deschamps C. Visualization of diaphragmatic fenestration associated with catamenial pneumothorax. Ann Thorac Surg 1999;68(4):1413-1414
7. Alifano M, Roth T, Broët SC, Schussler O, Magdeleinat P, Regnard JF. Catamenial pneumothorax: a prospective study. Chest 2003; 124: 1004-1008.
8. . Alifano M, Jablonski C, Kadiri H, Falcoz P, Gompel A, Camilleri-Broet S, Regnard JF. Catamenial and noncatamenial, endometriosis-related or nonendometriosis-related pneumothorax referred for surgery. Am J Respir Crit Care Med 2007; 176: 1048-1053
9. Marshall MB, Ahmed Z, Kucharczuk JC, Kaiser LR, Shrager JB. Catamenial pneumothorax: optimal hormonal and surgical management. Eur J Cardiothorac Surg 2005; 27: 662-666.
10. Joseph J, Sahn SA. Thoracic endometriosis syndrome: new observation from an analysis of 110 cases. Am J Med 1996; 100: 164-170
11. AC, Coonar AS, Lang-Lazdunski L. Catamenial pneumothorax: surgical repair of the diaphragm and hormone treatment. Ann R Coll Surg Engl 2006; 88: 547-549.
12. Joseph J, Sahn SA. Thoracic endometriosis syndrome: new observation from an analysis of 110 cases. Am J Med 1996; 100: 164-170



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-103

İnfertil Olguların Değerlendirilmesi

Fatma Horasan Altıntaşoğlu, Arzu Avcı

Giriş - Amaç: İnfertilite ve doğurganlık problemleri, uzun yıllardır üzerinde araştırma yapılan ve dünyadaki çiftlerin % 8-12'sini etkileyen önemli bir klinik problemdir (1). İnfertilite, reproduktif dönemdeki bir çiftin herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanmadan, en az bir yıl boyunca düzenli cinsel ilişkiye rağmen gebeliğin meydana gelmemesi şeklinde tanımlanmaktadır (2,3). İnfertilite süresinden bağımsız olmak üzere 35 yaşın üzerindeki, adet düzensizliği olan, pelvik infeksiyon ya da endometriozis öyküsü olan kadınlarda değerlendirmeler yapılması önerilmektedir (3). İnfertilitenin üreme döneminde çiftlerin %10-15'ini etkilediği tespit edilmiştir. İnfertil çiftlerde problemin %40'ı kadına, %40'ı erkeğe, %20'si ise çiftlerin her ikisine de aittir (4,5,6). İnfertilite kliniklerine yapılan başvuruların son yıllarda artış gösterdiği, bu artışın, tanı ve tedavi yöntemlerinin artışı ve iyi sonuçların elde edilmesiyle paralellik görüldüğü söylenebilir.

İnfertilite prevalansı coğrafi bölge ve sosyo-ekonomik koşullara göre değişmektedir. Örneğin; bazı Afrika topluluklarında infertilite oranı %50 civarındayken, bazı batı Avrupa ülkelerinde %12'dir. Benzer şekilde, bu oranların %3,5-%16,7 arasında olduğu gelişmiş ülkeler ile %6,9-%9,3 arasında olduğu daha az gelişmiş ülkelerde arasında da farklılıklar gözlenmektedir. Özellikle Batı ülkelerinde infertilitenin en sık görülen risk faktörü yaş, Afrika'da ise cinsel yolla bulaşan hastalıklardır (7,8).

İnfertiliteye neden olan temel faktörler; üreme sistemi hastalıkları, hormonal bozukluklar, yaş, alkol tüketimi, sigara, immunolojik bozukluklar, cinsel şiddet, stres, obezite, beslenme ve başarılı gebelik şansını azaltan herhangi bir kronik hastalık olarak sıralanmaktadır (9). İnfertilitede erkek faktörü, sperm kalitesindeki değişikliklerden kaynaklanabilir. Bu sorunlardan en önemlileri düşük sperm konsantrasyonu (oligospermi), zayıf sperm hareketliliği (astenospermi) ve sperm morfolojisidir (teratospermi) (10). Kadınlarda ise infertilitenin; ovulasyon problemleri, fallop tüpü hasarı veya endometriozis gibi anatomik problemlerden kaynaklanabileceği belirtilmiştir (11). Ayrıca uterin myom, polip, uterin anomaliler, adezyonlar da doğurganlığı azaltabilir (12).

Endometriozis, ektopik endometrial implantlar nedeniyle gelişen, iyi huylu östrojen bağımlı bir enflamatuar hastalıktır. Endometriozis, doğurganlık çağındaki kadınların % 10-15'inden fazlasını etkilemektedir (11). Pelvik anatomi deforme olarak pelvik adezyon gibi mekanik adezyon ve bazı immunolojik faktörlerin etkisiyle fertilite azalmaktadır. Bu yapışmalar, oosite zarar vermekte, sperm hareketliliğini azaltmakta, fertilizasyon bozukluğuna neden olmaktadır. İnfertil kadınların hastalığı geliştirme olasılığı daha yüksektir. Ancak hastalıkların doğurganlık üzerindeki etkisiyle ilgili çok fazla tartışma ortaya atılmıştır. Angiogenetik büyüme faktörleri, enflamatuar sitokinler ve anormal genler, endometriozis ile ilişkili kısırılık etiyolojik faktörleri arasındadır (13).

Araştırmalar, infertilite riskinin yaşlandıkça arttığını göstermektedir (11). Genç bireylerin infertiliteye yönelik bilgisi umut verici olup, hamilelik döneminde sağlığın korunmasına ve geliştirilmesine katkı sağlamaktadır (14). Araştırmalar, yaşın doğurganlıkta önemli bir rol oynayabileceğini göstermektedir. Kadınlar için 30 yaş öncesi ve erkekler için 35 yaş öncesi dönemde, gebeliğin daha yüksek başarı şansına sahip olduğu belirlenmiştir (15). 12 inseminasyon siklusuna kadar yapılan gözlemler, gebelik



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

oranının 31 yaş altındaki kadınlarda %74, 31-35 yaş arası kadınlarda %62, 35 yaş üzerindeki kadınlarda ise %54 olduğunu göstermiştir. In vitro fertilizasyon (IVF) embriyo transferi programlarında da yüksek yaşın gebelik oranlarına yönelik benzer olumsuz etkisi görülmüştür. Canlı doğum ile sonuçlanan embriyo transfer oranı kadın yaşı 35'in altında olduğunda %44.9, kadın yaşı 35-37 olduğunda %37.3, kadın yaşı 38-40 olduğunda %26.6, kadın yaşı 41-42 olduğunda %15.2, 43-44 olduğunda %6,7 olarak bulunmuştur. İlerleyen yaşın fertiliteye olumsuz etkileri nedeniyle 35 yaşın üzerindeki kadınlarda 6 aylık infertilite süresi, değerlendirilmenin ve tedavinin başlaması için yeterlidir ve bu yaş grubunda değerlendirme ve tedavi için geç kalınmaması gerektiği önerilmektedir (16).

Yardımcı üreme tekniklerinin gelişmesine paralel olarak infertilite tedavisinin başarı oranları artmaya başlamıştır. Tedavi yöntemlerinden; ovulasyon indüksiyonu yolu ile; intrauterin inseminasyon ve ART infertilite tedavisinin temelini oluşturmaktadır. Intrauterin inseminasyon, diğer yardımcı üreme tekniklerine göre ucuz, kolay uygulanabilir ve daha az invazif olması nedeniyle en sık kullanılan tedavi yöntemlerinden biri olarak kabul edilmektedir (17). Intrauterin inseminasyon tedavisi, küçük hacimlerde konsantre edilen motil spermatozoanın serviksini geçilerek doğrudan intrauterin kavite içine verilmesi yöntemidir. Böylece motil spermatozoa ovulasyon sonrası oosite kolaylıkla ulaşmaktadır (18).

Yöntem - Gereçler: Bu çalışmada, 2016-2019 yılları arasında, özel kadın hastalıkları doğum ve tüp bebek muayenehanemize, çocuk sahibi olma isteğiyle başvuran hastaların bulgu ve sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Hastaların tümünden ayrıntılı anamnez, fizikmuayene, rutin biokimya, hormon testleri istenmiştir. 35 yaş üstündeki olgulara, meme ultrasonografisi ve akciğer grafileri, erkeklerde spermogram taramaları ve kronik sigara kullananlarda akciğer grafileri istenmiştir.

103 adet infertil olgunun değerlendirilmesinde, SPSS istatistik analiz programı kullanılmıştır. Bulgular %95 ($p < 0,05$) anlamlılık seviyesinde yorumlanmıştır. Veri analizinde tanımlayıcı istatistiklerden yüzde ve frekans kullanılırken, hastaların yaş gruplarına göre üreme hormonlarından Folikül Stimulan Hormon (FSH), estradiol (E2), Luteinizan Hormon (LH) değerlerine ait ortalamalarının farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla ANOVA testi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya dahil edilen 103 hastanın yaş frekansları ve yüzdeleri Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1 Araştırmada Yer Alan Hastaların Yaşlarına Göre Dağılımı

Yaş	N	%
18-24	7	7,0
25-31	25	25,0
32-38	48	48,0
39 ve üzeri	23	23,0
Toplam	103	100,0

Tablo 1'de görüldüğü gibi, 18-24 yaş grubunda yer alan hastaların sayısının 7 (%7), 25-31 yaş grubundaki hastaların 25 (%25), 32-38 yaş grubunda olan hastaların 48 (%48) ve 39 yaş ve üzeri grubunda yer alan hastaların ise 23 (%23,0) olduğu belirlenmiştir. Ayrıca her ovulasyon zamanına göre belirlenen her 3 hastadan 1'inin 31 yaşının altındaki bireyler olduğu söylenebilir.



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Tablo 2 Araştırmada Yer Alan Hastaların İnfertil Sürelerine Göre Dağılımı

İnfertilite Süresi (YIL)	N	%
2	10	9,7
3	11	10,7
4	33	32,0
5	18	17,5
6	17	16,5
7	6	5,8
8	6	5,8
10	1	1,0
15	1	1,0
Toplam	103	100,0

Tablo 2’de görüldüğü gibi, infertilite sürelerine göre hasta sayılarına bakıldığında, bulgu sonuçlarından bazıları şu şekildedir. İnfertilite süresi 2 ve 3 yıl olan hastaların sayısı 21 (%21,9), 4 ve 5 yıl infertilite süresine sahip hastaların sayısı 51 (%45,8) ve 5 yılın üzerinde infertil süresine sahip hastaların ise 31 (%32,3) olarak bulunmuştur. Bu durumda, yapılan araştırmaya yönelik genel olarak hastaların her 3 kişiden 1’inde 4 yıl olarak görüldüğü söylenebilir.

Tablo 3 Araştırmada Yer Alan Hastaların Erkek Tedavisine Göre Dağılımı

Erkek Tedavi	N	%
Var	93	90.3
Yok	10	9.7
Toplam	103	100,0

Tablo 3’te görüldüğü gibi, erkek tedavileri uygulananların 93 kişi (%90.3), tedavi uygulanmayanların ise 10 kişi (% 9.7) olduğu görülmüştür.

Tablo 4 Araştırmada Yer Alan Hastaların Spermogram Test Durumlarına Göre Dağılımı

Spermogram	N	%
Kruger<14	42	41,2
Kruger>14	60	58,8
Toplam	102	100,0

Tablo 4’te görüldüğü gibi, tüm hastaların ayrıntılı sperm analizleri yapılmıştır. Hastaların spermogram testlerinin 60 (%58,8)’inin yapıldığı ve sonuçlarının iyi olduğu, 42 (%41,2) hastanın Kruger değerleri 14 değerinin altında çıktığı ve görülmüştür. Tabloda yer almayan 1 olgumuzda, erkekten, lokal anestezi altında epididim ponsiyonu ile sperm alınabilmıştır. Bu olguda, taze ve donmuş embrio transferlerinden gebelik elde edilememiştir.

Tablo 5 Araştırmada Yer Alan Hastaların Uygulanan Tedavi Durumlarına Göre Dağılımı

Uygulanan Tedavi	N	%
koitus	45	43,7
IUI	34	33,0
ART	24	23,3
Toplam	103	100,0



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

IUI= intrauterin inseminasyon
ART= asiste reproduktif teknikler

Tablo 5'te görüldüğü gibi, hastalara uygulanan tedavi türlerinin 45 (%43,7)'i koitus, 34 (%33,0)'u aşılama ve 24 (%23,3)'ü ART olarak gerçekleşmiştir. Bu durumda, yaklaşık her 4 hastadan 1'ine uygulanan tedavi türünün ART olduğu söylenebilir.

Tablo 6. Hastaların Endometrial Scratch (endometrial hasarlanma) Patoloji Bulguları

Endometrial hasarlama	N	%
Kronik Endometrit	21	20,4
Sekretuar Endometrium	23	22,3
Proliferasyonda endometrium	59	57,3
Toplam	103	100,0

Tablo 6'da görüldüğü gibi, hastaların incelenen endometrial örnekleme sonuçlarında; kronik endometrit belirlenen 21 (%20,4) hasta, sekresyonda endometrium belirlenen 23 (%22,3) hasta, proliferatif endometrium belirlenen 59 (%57,3) hasta olduğu görülmüştür.

Tablo 7 Araştırmada Yer Alan Hastaların SİS İnceleme Bulguları

SİS	N	%
Var	85	82,5
Yok	18	17,5
Toplam	103	100,0

SİS = salin infüzyon sonografi

Tablo 7'de görüldüğü gibi, hastaların 85 (%82,5)'inde SİS işlemi uygulandığı ve 18 (%17,5)'inde var olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 8 Araştırmada Yer Alan Hastaların Prognozu

Prognoz	N	%
Kimyasal Gebelik	16	15,5
Gebelik Devam	13	12,6
Canlı Doğum	27	26,2
Negatif	47	45,6
Toplam	103	100,0

Tablo 8'de görüldüğü gibi, araştırmaya katılan hastaların; gebelik prognozlarına bakıldığında, 16 (%15,5) hastada kimyasal gebelik görüldüğü, 13 (%12,6) hastanın gebeliğinin devam ettiği, 27 (%26,2) hastanın canlı doğum yaptığı ve 47 (%45,6) hastanın ise HCG değerlerinin negatif çıktığı belirlenmiştir.



ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Tablo 9 Araştırmada Yer Alan Hastaların Yaş Gruplarına Göre İnfertil Sürelerine Yönelik ANOVA Testi Bulguları

	Yaş	N	%	Ortalama	Std. Sapma	F	p
İnfertilite Süresi	18-24	6	6,45	3,00	0,89	2,117	0,104
	25-31	24	25,81	4,79	1,79		
	32-38	46	49,46	5,11	2,18		
	39 ve üzeri	27	18,28	4,59	1,80		
	Toplam	103	100,00	4,80	2,00		

Tablo 9'da görüldüğü infertil süreleri belirlenmiş hastaların yaş gruplarına bakıldığında 6 (%6,45) hastanın 18-24 yaş arasında, 24 (%25,81) hastanın 25-31 yaş arasında, 46 (%49,46) hastanın 32-38 yaş arasında ve 27 (%18,28) hastanın 39 yaş üzerinde olduğu görülmüştür. Ayrıca yaş gruplarına göre incelenen infertil sürelerinin ortalamalarına bakıldığında yaş grupları arasında infertil süre farkları olduğu belirlenmiştir. Bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p:0,104 > 0,05$) görülmüş ve bu ortalamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığına karar verilmiştir. Bu durumda yaşa göre infertil süresi incelendiğinde hastaların yaşları fark etmeksizin infertil sürelerinin birbirine benzer olduğu söylenebilir.

Tablo 10 Araştırmada Yer Alan Hastaların Yaş Gruplarına Göre FSH, E2 ve AMH, LH Değerlerine Yönelik ANOVA Karşılaştırma Bulguları

	Yaş	N	%	Ortalama	Std. Sapma	F	p
FSH	18-24	6	7,14	7,55	2,37	0,854	0,468
	25-31	23	27,38	7,78	2,37		
	32-38	37	44,05	8,07	1,09		
	39 ve üzeri	18	21,43	10,01	10,28		
	Toplam	84	100,00	8,37	4,98		
E2	18-24	6	7,41	76,94	81,33	2,689	0,049
	25-31	21	25,93	56,92	12,74		
	32-38	37	45,68	53,83	11,69		
	39 ve üzeri	17	20,99	43,88	21,18		
	Toplam	81	100,00	54,25	25,86		
AMH, LH	18-24	3	9,38	2,25	1,43	0,733	0,541
	25-31	4	12,50	0,88	0,30		
	32-38	20	62,50	1,27	1,38		
	39 ve üzeri	5	15,63	1,18	1,04		
	Toplam	32	100,00	1,30	1,25		

Tablo 10'da görüldüğü gibi, FSH değerleri ölçülen hastaların yaş gruplarına bakıldığında 6 (%7,14) hastanın 18-24 yaş arasında, 23 (%27,38) hastanın 25-31 yaş arasında, 37 (%44,05) hastanın 32-38 yaş arasında ve 18 (%21,43) hastanın 39 yaş üzerinde olduğu görülmüştür. Ayrıca yaş gruplarına göre ölçülen FSH değerleri ortalamalarına bakıldığında yaş grupları arasında FSH değerleri arasında fark olduğu belirlenmiştir. Ancak ortalamalar arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p=0,468 > 0,05$). Bu durumda yaşa göre FSH değerleri incelendiğinde hastaların yaşları fark etmeksizin FSH değerlerinin birbirine benzer olduğu söylenebilir.

E2 değerleri ölçülen hastaların yaş gruplarına bakıldığında 6 (%7,41) hastanın 18-24 yaş arasında,



21 (%25,93) hastanın 25-31 yaş arasında, 37 (%45,68) hastanın 32-38 yaş arasında ve 17 (%20,99) hastanın 39 yaş üzerinde olduğu görülmüştür. Ayrıca yaş gruplarına göre ölçülen E2 değerleri ortalamalarına bakıldığında yaş grupları arasında E2 değer arasında fark olduğu belirlenmiştir. Bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p:0,049<0,05$) görülmüş ve bu ortalamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğuna karar verilmiştir. Bu durumda yaşa göre E2 değerleri incelendiğinde 18-24 yaş arasında yer alan hastaların E2 değerlerinin diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olması beklenmektedir.

LH değerleri ölçülen hastaların yaş gruplarına bakıldığında 3 (%9,38) hastanın 18-24 yaş arasında, 4 (%12,5) hastanın 25-31 yaş arasında, 20 (%62,5) hastanın 32-38 yaş arasında ve 5 (%15,63) hastanın 39 yaş üzerinde olduğu görülmüştür. Ayrıca yaş gruplarına göre ölçülen AMH, LH değerleri ortalamalarına bakıldığında yaş grupları arasında LH değer arasında fark olduğu belirlenmiştir. Bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p:0,541>0,05$) görülmüş ve bu ortalamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığına karar verilmiştir. Bu durumda yaşa göre LH değerleri incelendiğinde, hastaların yaşları fark etmeksizin LH değerlerinin birbirine benzer olduğu söylenebilir. **Sonuç** Çalışmada IVF olgularında 17 hastanın 9'unda dondurulmuş embriyo transferi gerçekleştirilmiştir. Bu 17 hastanın 9 tanesinde embriyo gelişiminin 3. gününde, 8 tanesinde ise 5. gününde transfer işlemi yapılmıştır. Başarısız IVF olgularında 4 olgunun dondurulmuş embriyoları hala mevcuttur. Uygun koşullarda blastosist gelişiminin görüldüğü 4., 5. ve 6. günlerde transfer gerçekleştirilmesi tercih edilmektedir. Hastaların yaşlarına göre değerlendirme yapıldığında, infertilite süresinin değişmediği ve bu durumun hastaların diğer fiziksel özelliklerinden kaynaklanabileceği belirlenmiştir. Hastaların yaşına göre FSH ve LH değerlerinin anlamlı olarak farklılık göstermediği belirlenmiştir. Ayrıca ilerleyen yaşlarda FSH değerlerinin artış gösterdiği, FSH ve E2 değerlerinin lineer olarak değiştiği görülmüştür. Çalışmamızla uyumlu olarak yaşlanma ile birlikte FSH değerlerinde önemli artışların ve E2 seviyesinde lineer değişimin görüldüğü diğer literatür araştırmalarında da gösterilmiştir. (19, 20, 21, 22). Grisendi ve ark. (2014) FSH ve östradiol serum seviyeleri ile yaş arasında doğrusal bir ilişki gözlemleyerek, FSH seviyesinin her yaş için 0.11 IU arttığını belirtmişlerdir. Gallo ve ark. (2018) kadınların yaşının FSH düzeyleriyle pozitif, LH düzeyleri ile negatif ilişkili olduğunu göstermiştir. Osaikhuwuomwan ve ark. (2018) FSH değerlerinin yaşla arttığını ve en genç yaş grubunun daha yüksek yaş gruplarına oranla over stimülasyonuna yeterli yanıt verebilmek amacıyla daha düşük menopozal gonadotropin gerektirdiğini belirlemişlerdir. Hansen ve ark. (1996) 40 yaş altındaki 33 kadının FSH değerlerinin yaşa göre belirlenen farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını tespit etmişlerdir (23). Bunun nedeninin, hasta grupları arasındaki yaş farklılıklarının az olmasından kaynaklandığı söylenebilir. IVF sikluslarında yüksek yaş grubundaki kadınlar daha az sayıda oosit üretme eğilimindedir ve bunlardan elde edilen embriyolar düşük implantasyon potansiyeline sahiptir (24, 25).

Diğer yandan hastaların yaşına göre incelenen E2 test sonuçlarının, genç yaş grubuna ait hastalarda orta yaş ve üzeri hastalara göre daha yüksek çıktığı söylenebilir. Wen ve ark. (2009) çalışmamıza benzer şekilde E2 değerlerinin yaşa göre anlamlı olarak farklılaştığını, 13 yaş üzeri bireylerde bu değerlerin daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir (26). Bunun nedeninin, 13 yaş civarının cinsel gelişimin başlangıcı olmasından kaynaklandığı söylenebilir.

En fazla tercih edilen tedavi yöntemleri sırasıyla koitus, IUI ve ART olarak sıralanmıştır. Çalışmalarda IUI'nın ART ve IVF yöntemlerine göre ucuz, kolay uygulanabilir ve daha az invazif olması nedeniyle en sık kullanılan tedavi yöntemlerinden biri olduğu çalışmamıza uygun şekilde desteklenmiştir (17, 27, 28, 29). IUI'nın başarısında hasta grubunu doğru seçme, yaş, tubal geçirgenlik, infertilite süresi, total



motil sperm sayısı, sperm morfolojisi ve preovulatuvar follikül sayısının önemli olduğu ilave edilmiştir (27). Endometrial bulgular incelendiğinde, çalışmamıza benzer şekilde Yürük-Günay (2005) 26 hastada sekretuar endometrium, proliferatif endometrium, atrofik endometrium, kronik endometrit gibi patolojik olmayan sonuçlar elde etmiştir (30).

Endometriozisli hastalarda IUI yönteminin en düşük gebelik oranlarına yol açtığı belirlenmiştir (29). Buradan hareketle endometriozise sahip olgularda IUI'nın rutin kullanımı önerilmemektedir.

Anahtar Kelime: Infertility, LH, FSH, HCG, E2, intrauterine insemination, ART

Kaynaklar

1. Kumar N, Singh AK. Trends of male factor infertility, an important cause of infertility: A review of literature. *J. Hum Reprod Sci.* 2015; 8(4): 191-196.
2. Speroff L, Fritz M.A. Kadın İnfertilitesi. Editörler, Demirtürk F, Çalışkan AC. *Klinik Jinekolojik Endokrinoloji ve İnfertilite.* Güneş Kitabevi, 2007; 27: 1025.
3. Boyar Hİ. Kadın infertilitesi ve endokrinolojik hastalıklar. *Dicle Tıp Dergisi* 2013; 40(4): 700-703.
4. World Health Organization. Towards more objectivity in diagnosis and management of male infertility. *Int J Androl.* 1987; 7: 1-53.
5. Bell K. An overview of assisted reproduction in Australia and directions for social research. *Australian Journal of Emerging Technologies and Society* 2006; 4: 15-27.
6. Kırca N, Pasinlioğlu T. İnfertilite Tedavisinde Karşılaşılan Psikososyal Sorunlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2013; 5(2): 162-178.
7. Boivin J., Bunting L., Collins JA., Nygren KG. International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Hum Reprod.* 2007;22(6):1506-12.
8. Roupá Z, Polikandrioti M, Sotiropoulou P, Faros E, Koulouri A, Wozniak G, Gourni M. Causes of Infertility in Women at Reproductive Age. *Health Science Journal* 2009; 3(2): 80-87.
9. Deyfoul N, Mohamaddoost T, Hoseini M. Infertility-Related Risk Factors: A Systematic Review. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences* 2017; 5(1): 24-29.
10. Harris ID, Fronczak C, Roth L, Meacham RB. Fertility and the Aging Male. *Rev Urol.* 2011; 13(4): 184-190.
11. Sabarre KA, Khan Z, Whitten AN, Remes O, Phillips KP. A qualitative study of Ottawa university students' awareness, knowledge and perceptions of infertility, infertility risk factors and assisted reproductive technologies (ART). *Reprod Health J.* 2013; 10(41): 1-10.
12. Palihawadana TS, Wijesinghe PS, Seneviratne HR. Aetiology of infertility among females seeking treatment at a tertiary care hospital in Sri Lanka. *Ceylon Med J.* 2012; 57(2): 79-83.
13. Macer ML, Taylor HS. Endometriosis and infertility: a review of the pathogenesis and treatment of endometriosis associated infertility. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2012; 39(4): 535-549.
14. Li C, Meng CX, Zhao WH, Lu HQ, Shi W, Zhang J. Risk factors for ectopic pregnancy in women with planned pregnancy: a case-control study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2014; 181: 176-182.
15. Sarvari A, Heidari M, et al. Effect of environmental risk factors on human fertility. *J Reprod Infertil.* 2010; 11(4): 211-225.
16. Committee on Gynecologic Practice of American College of, O., Gynecologists, and M. Practice Committee of American Society for Reproductive. Age-related fertility decline: a committee opinion. *Fertil Steril* 2008; 90(5): 154-155.
17. Erdoğan S, Çoğendez E, Eken M, Keyif B, Erdoğan B, Kaya E. Kontrollü Ovulasyon İndüksiyonu ve



Intrauterin İnseminasyon Tedavisi Alan İnfertil Hastalarda Gebelik Oranlarını Etkileyen Faktörler. İKSST Derg. 2015; 7(1): 1-7.

18. Cohlen BJ, Velde ER, Kooij RJ, Looman CWN, Habbema JD. Controlled ovarian hyperstimulation and intrauterine insemination for treating male subfertility: a controlled study. Human Reproduction 1998; 13(6): 1553-1558.
19. Bribiescas RG. Age-related differences in serum gonadotropin (FSH and LH), salivary testosterone, and 17-beta estradiol levels among Ache Amerindian males of Paraguay. Am J Phys Anthropol 2005; 127(1): 114-121.
20. Grisendi V, Spada E, Argento C, Plebani M, Milani S, Seracchioli R, Volpe A, La Marca A. Age-specific reference values for serum FSH and estradiol levels throughout the reproductive period, Gynecological Endocrinology 2014; 30(6): 451-455.
21. Gallo MV, Ravenscroft J, Carpenter DO, Schell LM, Akwesasne Task Force on the Environment. Persistent organic pollutants as predictors of increased FSH:LH ratio innaturally cycling, reproductive age women. Environmental Research 2018; 164: 556-564.
22. Osaikhuwuomwan J, Osemwenkha A, Iribhogbe O, Aziken M, Orhue A. The Effect of Female Age on the Outcome of Intrauterine Insemination Treatment in a Public Hospital-Assisted Reproduction Technology Unit. Niger J Clin Pract 2018; 21: 988-992.
23. Hansen LM, Batzer FR, Gutmann JN, Corson SL, Kelly MP, Gocial B. Evaluating ovarian reserve: follicle stimulating hormone and oestradiol variability during cycle days 2–5. Hum Reprod. 1996; 11: 486-489.
24. Spandorfer SD, Avrech OM, Colombero LT, Palermo GD, Rosenwaks Z. Effect of parental age on fertilization and pregnancy characteristics in couples treated by intracytoplasmic sperm injection. Hum Reprod. 1998; 13: 334-338.
25. George K, Kamath, MS. Fertility and age. J Hum Reprod. Sci. 2010; 3(3): 121-123.
26. Wen SL, Xu JP, Chen LS, Ma B, Zhang JC, et al. FSH, LH, PRL, E2 and T in 8-17 year old males: investigation and analysis. Zhonghua Nan Ke Xue 2009; 15(10): 906-910.
27. şahin G, Tavmergen-Göker EN, Akdoğan A, Tavmergen E. İntrauterin İnseminasyon (IUI) Sikluslarında Ovulasyon İndüksiyonu. TJRMS 2017; 1(1): 36-41.
28. Abdelkader AM, Yeh J. The potential use of intrauterine insemination as a basic option for infertility: a review for technology-limited medical settings. Obstet Gynecol Int 2009; 2009: 584837.
29. Ahinko-Hakamaa K, Huhtala H, Tinkanen H. Success in intrauterine insemination: the role of etiology. Acta Obstet Gynecol Scand 2007; 86(7): 855-860.
30. Yürük-Günay T. Anormal Uterin Kanamalar ve Atipisiz Basit Endometrial Hiperplazilerde Levonorgestrel Salgılayan Rahim İçi Sistem (MİRENAÒ) ile Tedavi Etkinliğinin Araştırılması. Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-105

Kanguru Bakımının Anne Üzerindeki Etkileri

Demet Terek, Elif Erol, Nalan Yalçın Baltacı, Mahmut Çelik, Özge Altun Köroğlu, Mehmet Yalaz, Mete Akisu, Nilgün Kültürsay

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Yenidoğan Bilim Dalı

Giriş - Amaç: Kanguru bakımı, anne ve bebek etkileşimini sağlayan hem anne hem bebek için birçok yararları bulunan bir yöntemdir. Anne sütü ile beslenme süresini artırmakta, uyku periyodlarını düzenlemekte, bebekle yakın temas kurulmasını sağlayarak anne ve bebek bağını artırmaktadır. Bu çalışmada kanguru bakımının annelerin üzerindeki etkilerinin araştırılması planlandı.

Yöntem - Gereçler: Bu çalışmada, yoğun bakım ünitemizde kanguru bakımı yapan annelere (n=40) kanguru bakımı sırasında hissettikleri duygular ile ilgili sorular soruldu. Bunun için anket formu oluşturuldu ve kanguru bakımı sonrasında annelere uygulandı.

Bulgular: Çalışmaya katılan bebeklerin ortalama doğum ağırlığı 1878 ± 764 , ortalama gestasyonel haftası 32 ± 3.4 idi.

Kanguru bakımı yapılan hastaların %60'ı nazal modda, 5 hasta entübe idi. Hastaların %55'i oragastrik sonda ile enteral beslenmekte idi. Otuz dört hastanın daha önce kanguru bakımı konusunda bilgisi yoktu. Hastaların % 97.5'ine (n=39) ilk 24 saatten sonra kanguru bakımını verildiği saptandı. Kanguru bakımının olması gereken süresi annelere sorulduğunda, annelerin %80'nin bebek ve annenin kendini iyi hissettiği sürece olması gerektiği, %97 hastanın bebekle beraber olmanın tedirginlik yaratmadığı, %67.5 bebekle beraberken rahatladığı, %50' sinin sütünde artış olduğu saptandı. Hemşireler ile nasıl bağlantı kurduğu sorulduğunda; bilgi verildiği(n=7), kitapçık verdiği ve bilgilendirdiği(n=5), kanguru bakımı süresince yardımcı ve destek olduğu (n=9), rahat hissetmesini sağladığı (n= 8) belirtildi. Annelere kanguru bakımının bebekte nasıl bir değişiklik yaptığı sorulduğunda; % 65 hastanın bebeğin daha sakin hissettiği, %70 hastanın bebeğinin kendisini hissettiğini belirtildi.

Sonuç: Kanguru bakımı, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde anne ve bebek bağının ve aile temelli bireysel bakımın sağlanmasında, anne sütünün artırılmasında çok önemli bir yer tutmaktadır. Ailelerin bu konu hakkında bilgilendirilmesi temel bir hak olarak kabul edilmelidir.

Anahtar Kelime anne, bebek, bakım, kanguru



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-106

Preterm Bebeklerin Emme Becerilerinin Artırılmasının Desteklenmesinde Finger Feeding ve Enjektörle Beslenme Yöntemlerinin Karşılaştırılması

Demet Terek, Emel Buldur, Elif Erol, Nalan Yalçın Baltacı, Özge Altun Köroğlu, Mehmet Yalaz, Mete Akisu, Nilgün Kültürsay
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Yenidoğan Bilim Dalı

Giriş - Amaç: Yenidoğan Yoğunbakım Ünitesinde taburculuk kriterleri arasında emme becerilerinin kazanılması önemlidir. Çalışmamızda preterm bebeklerin emme becerilerinin artırılmasının desteklenmesinde finger feeding (parmakla beslenme) ve enjektörle beslenme yöntemlerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem - Gereçler: Çalışma prospektif randomize kontrollü olarak planlandı. Grup1 (n:35) finger feeding yöntemi ile Grup2 (n:35) enjektör yöntemi ile beslenen bebeklerden oluşmaktadır. Her iki grubu oluşturan bebeklere günde 4 defa 20 dakika belirlenen yöntem ile beslenme denenerek, alamadıkları miktar oragastrik sonda ile takviye olarak verildi. Uygulama öncesi ve sonrası bebeklerin yenidoğan konfor davranış ölçeği (YKDÖ) skoru, saturasyon, nabız, solunum sayısı, vücut ısısı, ne kadar anne sütü alabildiği, kusma, tam emmeye geçiş süreleri ve taburculuk zamanları kayıt edildi.

Bulgular: Grup 1 ve 2 arasında gestasyonel yaş (31.7 ± 2.4 hafta, 32.2 ± 1.7 hafta; $p>0.05$) ve doğum ağırlığı (1804 ± 495 gr, 1803 ± 498 gr; $p>0.05$) açısından fark yoktur. Çalışma grubuna (Grup1) beslenme sonrası uygulanan YKDÖ, konfor ve distres tahmini skorları açısından kontrol grubuna (Grup2) göre anlamlı şekilde fark saptandı. ($p<0.05$). Memeye geçiş süreleri çalışma grubunun kontrol grubuna göre daha kısa olduğu görüldü (19 ± 15 gün, 30 ± 10 gün; $p<0.05$), çalışma grubundaki bebeklerin kontrol grubuna göre daha erken taburcu oldukları belirlendi (25 ± 17 gün, 36 ± 13 gün; $p<0.05$). Beslenme öncesi ve sonrası kaydedilen vital bulgular açısından gruplar arası anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0.05$).

Sonuç: Parmak ile beslenen grupta tam memeye geçiş süreleri (19 ± 15 gün, 30 ± 10 gün; $p<0.05$) ve taburculuk sürelerinin daha erken (25 ± 17 gün, 36 ± 13 gün; $p<0.05$), konfor düzeylerinin daha düşük olduğu belirlendi. Ancak iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmadı. Bu konu ile ilgili daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelime: finger feeding, anne sütü, preterm, konfor.



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-107

Genç Erişkin Kadınlarda Fenotiplerine Göre Polikistik Over Sendromu Sıklığı

Halenur Bozdağ

Sultan AbdülHamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş - Amaç: Polikistik over sendromu (PKOS) 1935' de Stein ve Leventhal tarafından tanımlandı. (1) Hastalığın tanı kriterleri ilk olarak 1990 yılında National Institutes of Health (NIH) tarafından belirlendi. Günümüzde tanıda en sık kullanılan Rotterdam Kriterleri, 2003 yılında European Society for Human Reproduction and Embryology (ESHRE) ve American Society for Reproductive Medicine (ASRM) desteğinde gerçekleştirilen çalışmada yeniden tanımlandı. Bu kriterler: 1) Oligo/anovulasyon (O) ya da (OAD), 2) Klinik ve/veya biokimyasal hiperandrojenemi (H) ya da (HA) ve 3) Ultrason da polikistik overler (P) ya da (PCOM) olarak bildirildi. Üç kriterden ikisinin varlığı PKOS tanısı için yeterli kabul edildi. (2) Rotterdam kriterleri, 2012 yılına gelindiğinde NIH desteği ile oluşturulan toplantıda tartışmaya açıldı ve PKOS'nun 4 farklı fenotipte değerlendirilmesi uygun bulundu. PKOS fenotip prevalanslarının epidemiyolojik çalışmalarla belirlenmesi öneri olarak bildirildi. (3)

Genç yetişkin yaş grubu 18-26 yaş aralığındaki popülasyonu tanımlamaktadır. Bu yaş grubunun sağlık, ekonomi ve diğer alanlarda yapılan araştırma ve planlamalarda ayrıca değerlendirilmesi önerilmektedir. (4) Bu yaş popülasyonunda, hastalıkların prevalansının bilinmesi ve bu doğrultuda alışkanlıklarının düzenlenmesi kişinin gelecekteki sağlık beklentisini ve yaşam kalitesini etkileyecektir. PKOS ile ilişkili olduğu bildirilen obezite ve Tip2 diyabeti de içeren metabolik fonksiyon bozuklukları yaşam tarzı ve sağlık alışkanlıklarının değiştirilmesi ile engellenebilir. Genç yetişkin yaş grubunda PKOS fenotip prevalansını saptamak, kişilerin gelecekteki yaşam kalitesine katkı sunacak ve bu yönde düzenlemelerin planlamasına olanak tanıyacaktır.

Bu çalışma ile genç yetişkin kadın grubunda polikistik over sendromu fenotiplerinin sıklığını saptamayı amaçladık.

Yöntem - Gereçler: Bu çalışma retrospektif, kesitsel, klinik bir çalışma olarak düzenlendi. Kadın hastalıkları polikliniğimize Ağustos 2018-Temmuz 2019 tarihleri arasında başvuran 8603 hastanın kayıtları değerlendirildi. Başvuruda 18-26 yaş grubunda olan 1400 hasta çalışmaya dahil edildi. Hasta tanıları sisteminden ICD kodu ile polikistik over sendromu, hirsutizm, akne, adet düzensizliği, oligomenore, amenore tanıları tarandı. Rotterdam 2003 kriterlerini karşılayan hastalar polikistik over sendromu olarak kabul edildi.

Aşırı androjen ortamı yaratan durumlar (Cushing sendromu, androjen salgılayan tümörler, konjenital adrenal hiperplazi vb) ve diğer oligo/anovulatuvar ovulasyon bozuklukları (hipogonadotropik hipogonadizm, prematür overyan yetmezlik gibi hipergonadotropik hipogonadizm durumları, hiperprolaktinemi) çalışma dışı bırakıldı.

PKOS olguları fenotiplerine göre gruplandırıldı. Buna göre Fenotip 1: Oligo/anovulasyon + hiperandrojenizm + polikistik overler (OAD + HA + PCOM); Fenotip 2: Oligo/anovulasyon + hiperandrojenizm (OAD + HA); Fenotip 3: Hiperandrojenizm + polikistik overler (HA +PCOM); Fenotip



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

4: Oligo/anovulasyon + polikistik overler (OAD + PCOM) olarak tanımlandı. Bu fenotiplerin sıklıkları hesaplandı. Gruplar, klinik ve laboratuvar bulguları açısından karşılaştırıldı.

İstatistik

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için R 3.6 programı kullanıldı. Niceliksel değişkenlerin normal dağılıp dağılmadığı Shapiro Wilk's, QQ, PP ve yoğunluk grafikleriyle incelendi. Değişkenlerin normal dağılım ve grupların frekanslarındaki dağılımın farklılık göstermesi sebebiyle niceliksel değişkenler medyan ve standart sapma ile özetlendi ve değişkenlerin gruplar arası karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis test kullanıldı. Anlamlı bulunan değişkenler için ikili karşılaştırmalar yapıldı ve Bonferroni düzeltmesi ile elde edilen p değerlerine göre sonuçlar yorumlandı. Niteliksel değişkenler frekans ve yüzdelerle özetlenirken, fenotiple ilişkileri Fisher'in kesinlik testi ile test edildi. Sonuçlar anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 130 PKOS' lu olgunun, 38'i fenotip 1 (%29.2), 4'ü fenotip 2 (%3.1), 48'i fenotip 3 (%36.9) ve 40'i fenotip 4 (%30.8) bulundu. Fenotip gruplarının klinik ve laboratuvar özellikleri tablo olarak sunuldu.

Tablo: Genç yetişkin kadınlarda polikistik over sendromunun fenotip dağılımı, fenotiplerin klinik ve laboratuvar özelliklerinin karşılaştırması

	FENOTİP 1 N=38(29.2%)	FENOTİP 2 N=4(3%)	FENOTİP 3 N=48(36.9%)	FENOTİP 4 N=40(30.8%)	P değeri
Yaş (yıl) Ortalama \pm SS	21 \pm 2.47	20 \pm 1,63	22 \pm 2	21 \pm 2.4	0.421
VKİ (kg/m ²) Ortalama \pm SS	25.8 \pm 5.4	23.6 \pm 0	21.7 \pm 5.3	21.8 \pm 3.6	0.495
Düzensiz menstrüel siklus n(%)	37 (37.8)	4 (4.1)	20 (20.4)	37 (37.8)	<0.001
Oligomenore n(%)	37 (44.6)	4 (4.8)	2 (2.4)	40 (48.2)	<0.001
Amenore n(%)	1	0	0	0	0.323
Hirsutizm/Akne n(%)	38 (41.8)	4 (4.4)	48 (52.7)	1 (1.1)	<0.001
FG skor Ortalama \pm SS	8 \pm 1.6	8 \pm 0.5	7 \pm 1.9	0 \pm 1.34	<0.001
FSH (mIU/mL) Ortalama \pm SS	4.7 \pm 1.2	5.05 \pm 0.67	5 \pm 1.4	4.9 \pm 1.3	0.513
LH (mIU/mL) Ortalama \pm SS	4.2 \pm 2.1	3.48 \pm 0.84	4.6 \pm 2	4.5 \pm 2.16	0.277
E2 (pg/mL) Ortalama \pm SS	37.5 \pm 9.9	37.5 \pm 8.6	32 \pm 11.2	32 \pm 13.8	0.586
TSH (mikroIU/mL) Ortalama \pm SS	1.5 \pm 1.01	2.32 \pm 0.6	1.82 \pm 0.88	1.6 \pm 1.02	0.441
sT3 (pg/mL) Ortalama \pm SS	2.8 \pm 0.42	2.7 \pm 0.6	2.6 \pm 0.51	2.92 \pm 0.6	0.341
sT4 (ng/dL) Ortalama \pm SS	0.96 \pm 0.2	0.99 \pm 0.1	0.98 \pm 0.16	1.01 \pm 0.15	0.666
Prolaktin (ng/mL) Ortalama \pm SS	12.2 \pm 4.5	11.6 \pm 4.3	12.9 \pm 4.7	14 \pm 5.2	0.749
DHEAS (μ g/dL) Ortalama \pm SS	372.4 \pm 114	342 \pm 184.9	412 \pm 126.5 ^a	305.2 \pm 137.8 ^a	0.038 ^a

VKİ: Vücut Kitle İndeksi; FG skoru: Ferriman-Gallwey skoru; FSH = folikül stimulan hormon; LH = luteinizan hormon; E2= estradiol; TSH= tiroid stimulan hormone; sT3: serbest triiyodotironin; sT4; serbest tiroksin; PRL = prolaktin; DHEAS: dehidroepiandrosteron sülfat; TT = Total testosteron.

Sonuç: Polikistik over sendromunun toplumda prevalansı, Rotterdam 2003 kriterlerine göre %6 ile 21,



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

NIH 1990 kriterlerine göre ise %5 ile 10 arasında değişmektedir. (5) PKOS fenotiplerine göre prevalans çalışması ise oldukça azdır. Türkiye’de yapılan iki çalışmada, PCOM+OAD+HA fenotip sıklığı ortalama %44 olarak bildirilmektedir. Diğer fenotipler ve sıklıkları sırasıyla: HA+OAD fenotipi için %6.89 - 22.84, PCOM+OAD için %18.90-24.13, HA+PCOM fenotipi için %14.17-25.28 olarak bildirilmektedir. (6, 7) Hindistan’da yapılan bir çalışmada en büyük grup %65.6 oranı ile PCOM+OAD+HA fenotipi olarak bildirilmektedir. Bunu PCOM+OAD (%22,2); HA+OAD (%11,2) ve HA+PCOM (%0,9) fenotipleri takip etmektedir. (8)

PKOS fenotiplerinin sıklığını araştıran çalışmalar literatürde kısıtlı sayıdır. Yapılan çalışmalarda doğurganlık çağındaki kadın popülasyonuna ait sonuçları bildirmektedir. Genç erişkin popülasyonda PKOS fenotip sıklığını araştıran çalışmamız bu özelliği ile bir ilktir. Bu çalışmanın sonucuna göre hiperandrojenik özelliklerin bulunduğu fenotipler olguların yaklaşık %70’ini kapsamaktadır. Kadınlarda androjen artışının eşlik ettiği hastalıklar açısından bu hastalar hayatlarının erken dönemlerinden itibaren risk altında görünmekte.

Özel yaş gruplarındaki PKOS fenotiplerinin sıklığını ve fenotip özelliklerinin uzun dönem etkilerini araştıran çalışmaların literatüre katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

Sonuç: Genç erişkin kadınlarda en sık görülen PKOS fenotipi, %36.9 sıklıkla hiperandrojenizm + polikistik over morfolojisi tipidir.

Anahtar Kelime: Fenotip, Hiperandrojenizm, Oligo/anovulasyon, Polikistik over, Polikistik over sendromu

Kaynaklar

- 1) Stein, IF, Leventhal, NL. Amenorrhea associated with bilateral polycystic ovaries. Am J Obstet Gynecol 1935; 29:181.
- 2) The Rotterdam ESHRE/ASRM-sponsored PCOS consensus workshop group, Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome (PCOS), Human Reproduction, Volume 19, Issue 1, January 2004, Pages 41–47.
- 3) National Institutes Of Health Evidence-based Methodology Workshop on Polycystic Ovary Syndrome December 3–5, 2012.
- 4) Institute of Medicine and National Research Council. 2015. Investing in the Health and Well-Being of Young Adults. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/18869>.
- 5) Criteria, prevalence, and phenotypes of polycystic ovary syndrome. Lizneva, Daria et al. Fertility and Sterility, Volume 106, Issue 1, 6-15.
- 6) Yilmaz M, Isaoglu U, Delibas IB, Kadanali S. Anthropometric, clinical and laboratory comparison of four phenotypes of polycystic ovary syndrome based on Rotterdam criteria J Obstet Gynaecol Res. 2011.
- 7) Kucur, S. K., Yüksel, B., Seven, A., Polat, M., Keskin, N., & Aksoy, A. N. (2016). Farklı Dört Polikistik Over Sendromu Fenotipinin Klinik Ve Laboratuvar Değerlerinin Karşılaştırılması. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi, 7(26).
- 8) Kar S. Anthropometric, clinical, and metabolic comparisons of the four Rotterdam PCOS phenotypes: A prospective study of PCOS women. J Hum Reprod Sci. 2013;6(3):194–200.



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-108

Özofagus-Mide-Duedonum Floroskopi İncelemeleri-10 Yıllık Deneyim

Çiğdem Üner

Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş - Amaç: 10 yıllık süre içerisinde gerçekleştirdiğimiz ÖMD tetkikleri, sayısı, patolojik sonuçların analizi ve kullanılan ortalama radyasyon dozunun değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem - Gereçler: 2008-2018 yılları arasında gerçekleştirilen 1137 ÖMD tetkiki gözden geçirilmiştir.

Bulgular: Gözden geçirilen 10 yıllık ÖMD tetkiklerinde tanılar; 22 malrotasyon (1.9%), 17 özofagial vasküler kompresyon (1.4 %), 14 duedonal veb (1.2%), 10 hiatal herni (0.8%), 7 süperior mezenterik arter basısı (0.6%), 6 hipertrofik pilor stenozu (0.5%), 3 akalazyaya(0.2%), 3 trakeoözofagial fistül (%0.2) olarak saptandı. Her bir floroskopik inceleme ortalama 0.3 mSv efektif doza sahipti .Her bir ÖMD tetkikinin güncel maliyeti ise 115 Türk Lirası (21 dolar) idi.

Sonuç: Yaptığımız tetkiklerin patolojik çıkan 83 (%7) tetkik sayısının normal sonuçlanan tetkiklere oranla çok az olması, maliyet ve hasta radyasyon dozları göz önüne alındığında, ÖMD tetkik istem değerlendirmelerinin gözden geçirilmesi, çocuk hastalarımızın gereksiz radyasyon almaması ve artan maliyetlerin engellenmesi açısından önemlidir.

Anahtar Kelime: Özofagus-Mide-Duedonum grafisi, floroskopi

Kaynaklar:

- 1.Mahadevappa Mahesh, Fluoroscopy: Patient Radiation Exposure Issues,Radiographics 2001,
2. A. Sulieman, Estimation of effective dose and radiation risk in pediatric barium studies procedures. Applied Radiation and Isotopes,2017.



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-109

4. Aydan İtibaren Demir Desteği Uygulaması Başlanan 12-24 Aylık Çocuklarda Demir Eksikliği Anemisi Sıklığının Değerlendirilmesi

Özge Gücüyeter¹, Çiğdem Sağ², Narin Akıcı³

¹Sağlık Bakanlığı Gerede Devlet Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş - Amaç: Demir eksikliği tüm dünyada çocuklarda en sık görülen nutrisyonel eksikliklerdendir. Eğer demir eksikliği şiddetli ve kronikse, anemi, psikomotor ve kognitif fonksiyonların bozulması gibi önemli klinik sonuçlara yol açabilir. Bu nedenle demir eksikliği anemisini önlemek amacıyla özellikle gelişmekte olan bir çok ülkede 4. aydan itibaren tüm anne sütü ile beslenen çocuklara demir profilaksisi uygulanmaktadır. Ülkemizde de "Demir gibi Türkiye" projesi kapsamında 4 aylık tüm bebeklere aile sağlığı merkezleri tarafından ücretsiz olarak demir profilaksisi başlanmaktadır. Bu çalışmada Sağlık Bakanlığı'nın demir profilaksisi uygulamasına rağmen, toplumda demir profilaksisinin kullanım sıklığını ve demir eksikliği anemisi sıklığının bu uygulamayla halen devam edip etmediğini araştırmayı amaçladık.

Yöntem - Gereçler: Bu çalışma ile Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'ne 01 Ocak 2015 -01 Ocak 2017 tarihleri arasında herhangi bir sebeple başvurup tetkik edilirken hemoglobin değeri 11.5 altında saptanmış 12-24 aylık yaş grubundaki çocuklarda; Sağlık Bakanlığı'nın 2004 yılında "Demir gibi Türkiye Projesi Genelgesi" kapsamında başlattığı, aile sağlığı merkezleri tarafından 4-12 ay arası her bebeğe profilaktik amaçlı ücretsiz olarak verilen demir desteğinin kullanımı araştırılmıştır. Çalışmaya 48 kız, 52 erkek olmak üzere hemoglobin değeri 11,5 tan küçük Meintzer indexi 14 ün üzerinde olan 100 sağlıklı bebek alınmış, demir profilaksisini düzenli olarak kullanmış, hiç kullanmamış ve düzensiz olarak kullanmış hastalarda hemoglobin, hematokrit, RBC, MCV değerleri karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya 12-24 aylık yaş grubunda 48 i kız 52 si erkek olmak üzere 100 vaka dahil edildi. 100 vakanın 29 u düzenli olarak demir profilaksisi almış, 16 sı düzensiz ve az miktarda demir profilaksisi almış 55 vaka ise kusma, kabızlık, ilaç kullanmak istememe gibi nedenlerle hiç demir profilaksisi almamıştı. Çalışmaya katılan vakalardan demir profilaksisi almış olan 29 vakanın ortalama HGB :11,28 HTC:33,83 RBC:4,44 MCV:76,4 olarak saptandı. Demir profilaksisini düzensiz olarak kullanmış 16 vakanın ortalama HGB:10,87 HTC:32,4 RBC:4,29 MCV:75,8 olarak saptandı. Demir profilaksisini hiç kullanmamış 55 vakanın sonuçları ise ortalama HGB:9,9 HTC:30 MCV:72,9 RBC:4,2 olarak saptandı. Kullanıma göre HGB dağılımı açısından istatistiksel anlamlı farklılık vardır. (Kruskal-Wallis p<0,05) Bu farklılık, tüm ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlıdır. (Mann-Whitney U p<0,016 Bonferroni düzeltmesi)

Sonuç: Düzenli olarak demir profilaksisi kullanan çocuklarda demir eksikliği anemisi sıklığı ve derinliği



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI

KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

azalmaktadır. Bu nedenle Sağlık Bakanlığı 'nın 4. aylıktan itibaren demir profilaksisi uygulamasına rağmen bu uygulamaya toplumda uyulmamaktadır, demir profilaksisi toplumda yaygın olarak kabul görmemiş ve demir eksikliği anemisi sıklığı devam etmektedir.

Anahtar Kelime Demir eksikliği anemisi, demir profilaksisi



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-110

Bir Eğitim Araştırma Hastanesinde Maya Üremesi Olan Olguların Değerlendirilmesi: Üç Yıllık Deneyim

Çiğdem Arabacı¹, Adem Karbuz²

¹T.C.Sağlık Bakanlığı Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi, Mikrobiyoloji Laboratuvarı

²T.C.Sağlık Bakanlığı Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği

Giriş - Amaç: *Candida* türlerinin etken olduğu kan akımı enfeksiyonları, hastanede yatan hastalarda önemli morbidite ve mortalite nedenidir. Son yıllarda non-*albicans Candida* türleri özellikle de *Candida parapsilosis complex* hastanelerde en sık görülen tür olarak karşımıza çıkmaya başlamıştır. Bu çalışmada steril vücut bölge kültürlerinde maya üremesi olan çocuk hastalardan izole edilen *Candida* türlerinin ve diğerlerinin dağılımı, hastaların demografik özellikleri, risk faktörleri, klinik sonuçları ve izole edilen *Candida* suşlarının antifungal direnç durumu araştırılmıştır.

Yöntem - Gereçler: T.C. Sağlık Bakanlığı Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniğinde Temmuz 2016-Temmuz 2019 yılları arasında steril vücut bölge kültürlerinde maya üremesi saptanan çocuk hastaların retrospektif olarak demografik, mikrobiyolojik ve klinik verileri incelendi. Kan kültürü otomatize BACTEC FX (Becton Dickinson, Diagnostic Instrument System, Sparks, USA) sistemiyle çalışıldı. Üreyen maya kolonileri, Phoenix™ - 100 (Becton Dickinson, Diagnostic Instrument System, Sparks, USA) otomatize sistemi ile tür düzeyinde tanımlandı. Antifungal duyarlılık çalışması için, kolorimetrik olarak minimum inhibitör konsantrasyon (MİK) sınır değerlerini saptayan Sensititre Yeast One Panel (Trek Diagnostic Systems, USA) ticari kiti kullanıldı. Bu kit ile suşların amfoterisin B, kaspofungin, flukonazol, itrakonazol, vorikonazol, posakonazol ve flusitozin, anidulafungin, mikafungin için minimum inhibitör konsantrasyonu mikrodilüsyon yöntemiyle belirlendi.

Bulgular: Üç yıllık dönemde yenidoğan dönemi dahil çocuk hastaların steril vücut bölgelerinden alınan kültürlerinde 22 maya sinyali alındı. Biri doku kültüründen, geriye kalanı kan kültüründen elde edildi. İki tanesinde *Saccharomyces cerevisiae*, diğerlerinde *Candida* spp türleri tespit edildi. *Candida* türleri tespit edilen yirmi hastanın 4'ü kız, 16'sı erkek idi. 12 hasta 3 yaşın altında iken, 5 hasta on yaş ve üzerinde idi. Risk faktörleri arasında kateter kullanımı, TPN alımı, GIS operasyonu, altta yatan hastalık, geniş spektrumlu antibiyotik kullanımı mevcuttu. Sekiz hastada *Candida albicans*, 12 hastada *Candida non-albicans* tespit edildi. *Candida non-albicans* tipleri içerisinde 9 tane ile *Candida parapsilosis complex* en sık saptanan tür iken, diğerleri *Candida lusitanae* (2) ve *Candida krusei* (1) idi. *Candida* türlerinin antifungal duyarlılıklarında tüm *C. albicans* izolalarında flukonazol MİK 0.25-1 µg/ml arasında ve hepsinin duyarlı olduğu görüldü. Ekinokandin MİK 0.25-2 µg/ml ve duyarlı, azol türevlerinin MİK değerlerinin oldukça düşük ve duyarlı olduğu saptandı. *C. parapsilosis complex* kökenlerinde ise flukonazol MİK 0.25-1 µg/ml ve ekinokandin MİK 0.5-2 µg/ml arasında ve duyarlı olduğu bulundu. Tüm *Candida* türlerinde amfoterisin B MİK 0.25-0.5 µg/ml idi.

Sonuç: Çalışmamızda özellikle tek başına *C. parapsilosis complex* olmak üzere *albicans* dışı *Candida* türleri daha yüksek oranda saptandı. Maya olarak sinyal alınan iki hastada *Saccharomyces cerevisiae*



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI

KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

saptanması, özellikle gelişi güzel probiyotik kullanan hastalarda bu maya türünün de dikkate alınması gerekliliğini gösterdi. Tespit edilen risk faktörleri açısından daha önceki çalışmalarda bildirilenlere göre bir farklılık saptanmadı. Antifungal duyarlılık açısından *C albicans* ve *C parapsilosis complex* türlerinin hepsinde flukonazol duyarlılığının devam ettiği görüldü.

Anahtar Kelime maya, candida, ocuk



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-111

Antenatal Hidronefrozlu Üreteropelvik Bileşke Darlığı Tanısı Alan Olguların Hidronefroz Şiddet Skorlaması ile Değerlendirilmesi

Gökçen Erfidan, Eren Soyaltın¹, Tunç Özdemir², Seçil Arslansoyu Çamlar¹, Demet Alaygut¹, Fatma Mutlubaş¹, Belde Kasap Demir³

¹ Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Nefroloji Kliniği

² Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Cerrahi Kliniği

³ İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Çocuk Nefroloji ve Romatoloji Kliniği

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik EAH

Giriş - Amaç: Çalışmamızın amacı Antenatal hidronefroz (ANH) ile takipli olup postnatal dönemde üreteropelvik bileşke darlığı (UPD) saptanan hastaları, Babu ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş Hidronefroz Şiddet Skorlaması (HŞS) ile değerlendirmektir.

Yöntem - Gereçler: Son 10 yıl içerisinde kliniğimizde ANH nedeniyle takip edilerek UPD tanısı alan olgular değerlendirildi. Tek taraflı hidronefroz olguları çalışmaya alındı. Bilateral hidronefrozu olan, vezikoüreteral reflü(VUR), atnalı böbrek, tek böbrek, hidroüreter, üreterovezikal bileşke darlığı(UVD) saptanan olgular çalışmaya dahil edilmedi. Hastaların ilk çekilen renal ultrasonografi raporları ve renogram görüntüleri tekrar değerlendirildi. Diferansiyel renal fonksiyon (DRF), Drenaj eğri paterni (DEP) ve SFU evresi olmak üzere 3 parametre üzerinden puanlama yapılarak toplam HŞS skoru belirlendi. Buna göre 0-4 puan "hafif", 5-8 puan "orta", 9-12 puan "ağır" olarak sınıflandı. Klinik izlem sonuçları ise "gerileme" (evre 1 hidronefroz veya hidronefrozun kaybolması), "devam etme" (evre 2-3 hidronefroz) ve "cerrahi girişim"(en az 2 parametrede kötüleşme olması durumunda karar verildi) olarak üç grupta incelendi. HŞS ve klinik izlem sonuçları karşılaştırıldı.

Bulgular: Toplam 57 olgu analiz edildi. 1 olgu atnalı böbrek, 4 olgu VUR, 7 olgu bilateral HN, 4 olgu UVD saptanması ve 12 olgunun renogram görüntülerine ulaşılabilmesi üzerine çalışmaya dahil edilmedi. Toplam 28 olgu çalışmaya alındı. 4 olguda(%14,2) gerileme, 5 olguda(%17,8) devam etme, 19 olguda (%67,8) cerrahi girişim grubunda sınıflandı. Sırasıyla HŞS skorları 5,5; 5,4 ve 7,2 idi. hafif grubundaki 5 olgunun 1'i, orta grubundaki 20 olgunun 15'i ve ağır grubundaki 3 olgunun hepsi cerrahi girişim gerektirdi.

Sonuç: Hidronefroz Şiddet Skorlaması, ilk değerlendirmede hafif veya ağır gruba giren olgular için belirgin prediktif değeri olabilir. Bu çalışmada çelişkili grup orta grubundaki olgular idi. ilk değerlendirmede HŞS skoru >6 puan olan hastalar için takiplerinde cerrahi girişim riskinin daha yüksek olduğu söylenebilir.

Anahtar Kelime hidronefroz, yenidoğan



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-112

2-18 Yaş Arası Çocuklarda İçecek Tüketim Profili

Medine Özge Özer, Can Demir Karacan, Hüsnüye Yücel, Eyüp Sarı, Saliha Şenel
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, SUAM

Giriş - Amaç: Hastanemize başvuran çocukların ve adölesanların içecek tercihlerinin ve miktarlarının sağlıklı beslenme önerilerine uygunluğunun değerlendirilmesi ve içecek tüketimleri ile vücut kitle indeksi arasında ilişkinin araştırılması hedeflenmiştir.

Yöntem - Gereçler: Genel Pediatri Polikliniklerine 01.04.18-30.05.18 arasında başvuran 2-18 yaş sağlıklı/gönüllü 496 çocuk çalışmaya dahil edildi. Katılımcılara sosyodemografik özellikler, içecek tüketimlerine ilişkin çoktan seçmeli, boşluk doldurmalı sorulardan oluşan anket yüzyüze görüşme tekniği ile uygulandı. Boy ve kilo ölçümleri dijital tartı ile yapıldı.

Bulgular: Katılımcı 496 çocuğun %48'i kız, %52'si erkekti. Ortalama yaşları $8,61 \pm 4,2$ yılı. 2-5 yaş çocuklarda tüketilen içecekler sırasıyla su, süt, ayran, hazır meyve suyu, siyah çay, taze sıkılmış meyve suyu, gazlı içecekler, maden suyu ve soda, bitki çayı, soğuk çay ve kahve çeşitleri idi. 5-12 yaş çocukların içecek profili de 2-5 yaş çocuklarınkine benzerdi. 12-18 yaş adölesanların tükettiği içecekler sırasıyla su, ayran, hazır meyve suyu, gazlı içecekler, siyah çay, süt, maden suyu, soğuk çay, kahve türleri, taze sıkılmış meyve suyu, enerji içeceği, bitki çayları ve alkollü içeceklerdi. Süt tüketim oranı, anne eğitimi, gelir seviyesi ile pozitif ilişkili, taze sıkılmış meyve suyu tüketim oranı ise anne eğitimi, baba eğitimi ve gelir seviyesi ile pozitif ilişkiliydi. Gazlı içecek tüketimleri, baba eğitimi ve gelir seviyesi ile negatif ilişkili; hazır meyve suyu tüketimleri anne eğitimi, baba eğitimi ve gelir seviyesi ile negatif ilişkili; siyah çay tüketimleri ise anne eğitimi ve baba eğitimi ile negatif ilişkiliydi. 12 yaş altındaki çocuklar hiç alkollü içecek tüketmemiş, adölesanların ise %9,8'i en az 1 kez tüketmişti.

Sonuç: Çalışmamız da sudan sonra en yaygın tüketilen içeceklerin süt, ayran ve hazır meyve suyu olduğu görüldü. Adölesanların ise ayran, hazır meyve suları, ve gazlı içecekleri yaygın tükettiği ve su tüketimin diğer yaş gruplarına göre daha yetersiz olduğu saptandı. Siyah çay, süt, hazır meyve suyu ve taze sıkılmış meyve suyu tüketimlerinin özellikle anne ve babanın eğitim düzeyi olmak üzere ailelerin sosyodemografik özelliklerinden etkilendiği belirlendi.

Anahtar Kelime adölesan, çocuk, içecek



SS-113

Pediatristlerin Otizm Spektrum Bozukluğu Konusundaki Farkındalıklarının Değerlendirilmesi

Gülce Çitil¹, Esra Çöp², Hüsniye Yücel¹, Saliha Şenel¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Ankara

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Ankara

Giriş - Amaç: Otizm spektrum bozukluğunun (OSB) prevalansı günümüzde en yaygın gelişimsel bozukluklardan biri olarak kabul edilmektedir. OSB hastalarında erken tanı, uygun davranışsal terapi ve rehabilitasyon tedavisi prognozu önemli ölçüde etkiler. Pediatristler, OSB'nin belirti ve semptomlarını tanıyabilmeli, erken tanı koymak ve bozukluğu erken aşamada tedavi edebilmek için semptomların varlıklarına dikkat etmelidirler. Çalışmamızda pediatri uzmanlık öğrencileri ve pediatri uzmanlarının OSB konusundaki bilgi düzeyi; inanış ve deneyimlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem - Gereçler: Ankara Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Mart 2019 tarihinde, gönüllü toplam 101 pediatri uzmanı ve ilk yılını tamamlamış pediatri uzmanlık öğrencisi çalışmaya dahil edildi. Katılımcılara demografik verilerin sorgulandığı ve ayrıca OSB hakkında iki bölümden oluşan toplam 35 maddelik çoktan seçmeli anket yüz yüze görüşme tekniği ile uygulandı. Tanı ile ilgili birinci bölüm DSM-V 'e göre düzenlendi. Bilgi, inanış ve deneyimler ile ilgili ikinci bölümde ise katılımcıların tecrübeleri ile ilgili bilgi almak amaçlı çok karıştırılan ve tartışılan konular hakkındaki maddelerle düzenlendi.

Bulgular: Katılımcıların %76,2'si kadın % 23,8'i erkekti. Katılımcıların ortalama yaşı $33,1 \pm 7,6$ yıl; ortanca yaş 30 yıl idi (25-59). %55,4'ü pediatri uzmanlık öğrencisi, %44,6'sı pediatri uzmanı idi. Birinci bölümden (tanı ölçütleri ile ilgili bölüm) tüm katılımcıların aldıkları ortalama puan 10 üzerinden $5,78 \pm 1,65$ idi. Pediatri uzmanlık öğrencilerinin birinci bölümden aldığı ortalama puan $5,35 \pm 1,5$ idi. Pediatri uzmanlarının aldığı ortalama puan ise $6,31 \pm 1,68$ idi. Birinci bölümde alınan puanlar açısından pediatri uzmanları ve pediatri uzmanlık öğrencileri arasında istatistiksel fark bulundu ($p < 0,05$). İkinci bölümden (bilgi, inanış, deneyim ile ilgili bölüm) tüm katılımcıların aldığı ortalama puan 25 üzerinden $14,04 \pm 3,07$ idi. Pediatri uzmanlık öğrencilerinin birinci bölümden aldığı ortalama puan $13,69 \pm 3$ idi. Pediatri uzmanlarının aldığı ortalama puan ise $14,48 \pm 3,15$ idi. İkinci bölümde alınan puanlar açısından pediatri uzmanları ve pediatri uzmanlık öğrencileri arasında istatistiksel fark bulunmadı ($p > 0,05$).

Sonuç: Çalışmamızda, pediatri uzmanlarının ve uzmanlık öğrencilerinin OSB ile alakalı bilgi ve farkındalıklarının yetersiz olduğu saptanmıştır. Erken tanı ve erken müdahalenin prognozda bu kadar önem arzettiği bir hastalık grubunda, farkındalığın az olması üzerinde düşünülmesi gereken ve acil önlem alınması gereken bir konudur. Bu nedenle OSB konusundaki bilgi düzeylerini artırmak için ders programlarında OSB konusuna daha çok yer vererek, gerekirse tekrarlayan kurslarla, seminerler ile



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI

KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

bilgiler pekiştirilerek, OSB'li çocuklarla karşılaşma ihtimali en çok olan pediatristlerimizin farkındalığını artırmak öncelikle hastaya olmak üzere, ailesine ve içinde beraber yaşadığımız topluma oldukça fayda sağlayacaktır.

Anahtar Kelime: Otizm, Otizm Spektrum Bozukluğu, Pediatrist, Farkındalık



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-114

2 Ay – 2 Yaş Arasında İlk Kez Ateşli İdrar Yolu Enfeksiyonu Geçiren Çocuklarda E.Coli Dışı ya da ESBL Pozitif Üremenin İzlem Sonuçları

Mustafa KAVRUK1, Belde Kasap Demir2

¹SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi

Giriş - Amaç: Bu retrospektif çalışma ile 2 ay–2 yaş arasında ilk kez ateşli idrar yolu enfeksiyonu (İYE) geçiren çocuklarda *E.coli* dışı ya da ESBL pozitif üremenin sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Sonuçlar ile Tepecik Çocuk Nefroloji Kliniği İYE Kılavuzu'nda güncelleme yapılması planlanmıştır.

Yöntem - Gereçler: Çalışmaya 01.01.2017-01.01.2018 tarihleri arasında 2 ay-2 yaş arasında ilk kez ateşli İYE geçiren ve kılavuzumuza göre izlenmiş olan olgular alınmıştır. Olgulara ait bilgiler arşiv verilerinden toplanmıştır. Olgular *E.coli*/*E.coli* dışı üremesi olanlar ve ESBL pozitif ve negatif olanlar şeklinde gruplanarak demografik, laboratuvar ve radyolojik veriler gruplar arasında karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Çalışmamıza %44,8'si kız %55,2'si erkek olmak üzere toplam 277 olgu dahil edildi. *E.coli* dışı mikroorganizma ile İYE geçiren grupta (n:73) erkek olgular daha fazla saptandı (p <0,001). Akut faz reaktanlarından C-reaktif protein (CRP) değerinin; *E.coli*'nin neden olduğu İYE'lerde *E.coli* dışı etkenlere kıyasla, normal ultrasonografi (USG) bulgusu olan İYE'lerde anormal USG bulgusu olanlara kıyasla anlamlı olarak daha yüksek saptandı (sırası ile p=0,027 ve p=0,045). Anormal USG bulgusu saptanan olgularda, ilk İYE görülme yaşı anlamlı olarak daha düşük bulundu (p= 0,041). İleri dereceli (Evre IV-V) vezikoüreteral reflü (VUR) saptanma oranı *E.coli* dışı grupta daha yüksek bulundu (p=0,035). *E.coli* dışı etken üremesinin anormal USG bulunma riskini 2,83 kat arttırdığı görüldü. İleri evre VUR saptanan olgularda lökosit sayısı istatistiksel olarak yüksek saptandı (p=0,012). Dimerkaptosüksinik asit (DMSA) sintigrafisi anormal olanlarda üre değerleri normal aralıkta olmasına rağmen istatistiksel olarak yüksek saptandı (p=0,014). Anormal DMSA saptanan olgularda anormal USG ve VUR görülme oranı artmıştı (p<0,001). Tekrarlayan İYE görülen olgularda üre değerleri tek İYE geçirenlere kıyasla normal aralıkta olmasına rağmen anlamlı olarak daha yüksek saptandı (p=0,045). Tekrarlayan İYE olan olgularda, tek İYE geçirenlere kıyasla anormal USG bulgusu daha fazla saptandı (p<0,001). Anormal USG bulgusunun anormal DMSA riskini 7,52 kat, tekrarlayan İYE riskini 5,15 kat arttırdığı görüldü.

Sonuç: Sonuç olarak *E.coli* dışı mikroorganizmalara bağlı gelişen İYE'lerde altta yatan renal patoloji sıklığı ve şiddetinin daha fazla olduğu, ancak kılavuzumuzda alınan önlemler bu olasılığı kapsadığı için değişikliğe gerek olmadığı, ESBL pozitifliğinin sonuçları değiştirmedeği görüldü.

Anahtar Kelime Çocuklar, genişlemiş spektrumlu beta laktamaz, görüntüleme yöntemleri, idrar yolu enfeksiyonu, klinik özellikler, risk faktörleri



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-115

Gebelikte HPV Neden Sorgulanmalı?

Mehmet Emin Güneş¹, Murat Alan²

¹SBU Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, İzmir

²İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş - Amaç: Gebelik öncesi yapılan bakım tek bir kere yapılan kontrolden ibaret olmayıp hastaların doğan çocuklarının sağlığını koruma bilincini öğretmeyi çabalayan ve bu dönemde yapılan birçok önerisinde kendi yararına olan bir süreçtir. Bu süreçte hastalardan ayrıntılı öykü alınıp ayrıca eşininde dinlenip gerekirse onunda muayene yapılmasının faydalarının olabileceği kanaatindeyiz. Kendilerinin sağlıklı olduğunu düşünen gebe bireylerde yapılan HPV yüksek tip genotip taraması yaparak serviks kanserine neden olduğu ispatlanmış bu viral hastalığı araştırmak, gerekli görülen hastalarda ve uygun biçimde alındığı taktirde, serviks kanserinin önlenmesinde en güçlü araçlardan biri olarak kabul görecektir. Kadının, eşinin ve bebeğinin gebeliğe ve gebelik sonrası dönemde uygun ve sorunsuz hayatlarını sürdürmesi prenatal ve gebelik bakımının temel amacı olmalıdır. Gebelikteki bakımın temel amacı birincil koruma uygulayabilmektir; yani anne ve çocuk sağlığını etkileyebilecek olumsuzlukları ortadan kaldırmak aynı zamanda annelerin ve bebeklerin daha sağlıklı olmasını başarmaktır. Bu çalışmada cinsel yola bulaşan hastalıklardan HPV 'nin gerekli hastalarda tarama programına katılabilmesinin öneminde değindik.

Yöntem - Gereçler: Bölgesinde anne ve çocuk sağlığı yönünden oldukça aktif ve çevre illerden gelen hastalarla yaklaşık 4 milyon nüfusa hitap eden tersiyer bir merkez olan Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesinde gebe polikliniklerinde değerlendirilen hastalar gerek duyulması halinde HPV onkogenik yüksek tip belirlenmesi için yine aynı hastanede bulunan onkoloji merkezinde değerlendirilmek üzere araştırılmaktadır. Bu araştırma için için ayrı bir fırça kullanılıp ve HPV DNA testi çalışılmak üzere Tıbbi Mikrobiyoloji Laboratuvarına gönderilmektedir. HPV-DNA testi real-time polimeraz zincir reaksiyonu yöntemi (Cobas® 4800 HPV Amplification/Detection Kit, Roche Diagnostics, A.B.D.) ile çalışılan örnekler elektronik ortamda obstetrisyenlere ulaştırılmaktadır.

Bulgular: Pozitif bulunan örnekler HPV-16, HPV-18 ve diğer HR (yüksek risk, tip 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68)-HPV olarak tiplendirilmektedir. Sonuçlar ilgili doktor tarafından değerlendirilip tanı tedavi yönetim aşamaların hepsi aynı merkezde sağlanmaktadır. Bu olguların takip ve yönetimi perinatoloji ve onkoloji merkezlerinde değerlendirmesi yapılip gerekli danışmanlık hizmetleri gene aynı merkezde verilmektedir.Hasta uygun zamanda ve gerekli gebelik bakımları sağlandıktan sonra doğuma yönlendirilmesi sağlanmaktadır.Diğer hastanelerdende merkezimize gebelikte yapılan muayenede şüpheli HPV lezyonları açısından değerlendirilmesi amacıyla hastalar gelmekte ve bu hastaların tedavi ve izlemleri yapılmaktadır.

Sonuç: Servikal kanserlerin hemen hemen tamamı insan papilloma virusuna (HPV) bağlı olarak ortaya çıkar. Ülkemizde kullanılma oranı yüksek olmayan kondom ve bariyer önlemleri riski azaltır,



ULUSLARARASI KADIN DOğUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

ancak tam olarak koruyucu değildir. Daha çok geen yetişkinlerde görülen bu hastalığın cinsel yaşam tarzında ortaya çıkan değişikliklere bağlı olarak son yıllarda arttığı görülmektedir. Servikal kansere neden olan HPV tipleri bölgesel değişiklikler göstermekle birlikte vakaların %70-80' inden HPV-16 ve HPV-18 sorumludur. Cinsel olarak aktif herkes onkojenik HPV ile temas riski taşımaktadır. Genellikle cinsel aktivite sırasında deriden deriye temas yoluyla bulaşır. Kondom ve bariyer önlemleri riski azaltır, ancak tam olarak koruyucu değildir. Hpv de gebede güncel yaklaşım şudur. Hastalığın karsinojenik etkisini azaltmak için erken tanı ve tedavi önemlidir. FDA'ya göre HPV aşısının gebelikte kullanımı kategori B'ye uymaktadır. İnsanlarda yeterli çalışma bulunmamaktadır. HPV aşısı laktasyonda güvenle kullanılabilir .Sağlık alışanları cinsel yolla bulaşan hastalık riskini rutin olarak değerlendirmeli ve buna göre danışmanlık veya bulaşan başka stratejiler (doğum sonrası aşılama vb) uygulamalıdır. Bireyleri ve dolayısıyla toplumu bilinçlendirmek açısından bakıldığında, bu yazı içinde tartışılan konu ülkemizde verilecek gebelik öncesi ve gebelikte verilen bilgilendirme hizmetlerinin içinde yer alması gerektiği kanaatindeyiz.

Anahtar Kelime: gebelik,hpv,bakım

Kaynaklar

- 1.Amanda T, Alison F. Human papillomavirus (including vaccines). *Obstetr Gynecol Reprod Med* 2007; 17: 324-329.
2. Stanley M. Immunobiology of HPV and HPV vaccines. *Gynecol Oncol* 2008; 109: 15-21
- 3.Bosch FX, Lorincz AT, Munoz N, Meijer CJ, Shah KV. The casual relation between human papilloma virus and cervical cancer. *J Clin Pathol* 2002; 55: 244-265.
4. Frazer IH. Prevention of cervical cancer trough papilloma virus vaccination. *Nat Rev Immunol* 2004; 4: 46-55.
5. Cogliano V, Baan R, Straif K, Grosse Y, Secretan B, El Ghissassi F. Carcinogenicity of human papillomaviruses. *Lancet Oncol* 2005; 6: 204.
6. Kulasingam SL, Hughes JP, Kiviat NB. Evaluation of human papillomavirus testing in primary screening for cervical abnormalities: comparison of sensitivity, specificity, and frequency of referral. *JAMA*. 2002;288:1749- 1757.
7. Seslor JW, Mahony JB, Kaczorowski J, Lytwyn A, Bangura H, Chong S. Prevalans and predictors of human papillomavirus infection in women in Ontario, Canada. *CMAJ*. 2000;163:503-508



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-116

Çocuk Acildeki Yenidoğanlar

Ezgi Nafile Sayman, Mehmet Cengiz, Öznur Eser, Sümeyra Gedik Çalışkan, Aysun Boğa
Sancaktepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Giriş - Amaç: Yenidoğan dönemi, tüm çocukluk dönemleri içerisinde ayrı bir öneme sahiptir. Yenidoğanların acile başvuru zamanları ve nedenlerinin tespit edilmesi önemlidir. Çalışmamızda acil kliniğimize başvuran yenidoğanların demografik özelliklerini belirlemeyi amaçladık.

Yöntem - Gereçler: Mart 2019- Mayıs 2019 tarihleri arasında acil kliniğimize başvuran 1 ila 28 gün arasındaki bebeklerin dosyaları retrospektif olarak incelendi. Olguların yaş, cins, başvuru nedeni ve acil servisten çıkış durumları kayıt edildi.

Bulgular: 3 aylık süre içerisinde acil kliniğimize başvuran 708 yenidoğan incelendi. Başvuruların 352 'si kız, 359 'u erkekti . İlk üç başvuru şikayetlerine bakıldığında; 251 olguda sarılık, 122 olguda huzursuzluk ve ağlama , 95 olguda solunum sistemi bulguları vardı. Olguların %66,2'si 8 gün ve üzerindeki , %23,6'sı 4 ila 7 gün , % 9,9'u 1 ila 3 gün arasındaki yenidoğanlardı. Fizik muayene ve laboratuvar bulguları sonucunda 614 bebek önerilerle taburcu edilirken , 94 bebeğin yatırılarak izlendiği görüldü. Yatırılarak tedavi edilen bebeklerin %62,1'i yenidoğanın indirek hiperbilirubinemisi idi. Diğer vakalar sepsisli 18 olgu , solunum sistemi hastalıkları olan 14 olgu, gastroenterit ve dehidratasyonu olan 4 olgu idi . Yenidoğan indirek hiperbilirubinemisi ile tedavi altına alınan 59 bebeğin 46' sının 4 -7 gün arasındaki , sepsis nedeniyle yatırılarak izlenen 18 bebeğin ise 11' inin 8 gün ve üzerindeki yenidoğanlar olduğu görüldü.Solunum sistemi hastalıkları 14 olguyla 8 gün ve üzerindeki bebeklerde en sık yatış nedeni idi.

Sonuç: Doğumu izleyen ilk 28 gün, bebeğin dış dünyaya adapte olmaya çalıştığı ,fizyolojik değişimlerin olduğu bunun yanında savunma sistemlerinin de tamamen gelişmediği bir dönemdir. Yenidoğanlar bu özellikleriyle diğer çocukluk dönemlerinden farklı normal değerlere ve sorunlara sahiptir. Bu durumların hekimler tarafından bilinmesi zaman kaybedilmeden doğru ve hızlı tedavi yaklaşımının seçilmesi önemlidir. Çocuk acil servislerine başvuran yenidoğanlar için günümüzde rutin bir uygulama yoktur. Bu ayrıcalıklı dönem bebeklerinin acil servislerde bekletilmemesi için triyaj sisteminde düzenlemeler yapılması düşünülebilir. Yapılmış bir çok çalışmada olduğu gibi bizim çalışmamızda da en sık başvuru nedeni sarılıktır. İndirek hiperbilirubinemi nedenleri çok çeşitli olsada taburculukta beslenme eğitiminin verilmesi , taburculuk bilirubin değerlerine rutin olarak bakılıp risk faktörlerine göre bebeklerin kontrole çağırılması acil başvurularını azaltacaktır. Yine acil serviste uygun vakalarda transkutan olarak bilirubin ölçen cihazların kullanımı düşünülebilir. Bu cihazların hemen sonuç vermesi , maliyetinin venöz ölçümlere göre daha düşük olması ve bebeğe invaziv bir işlem gerektirmemesi önemli avantajlarıdır. Çalışmamızda sepsisin ikinci sıklıkta yatış nedeni olduğu görülmüştür. Başvuru zamanına ve şikayetlerine bakıldığında geç sepsisin daha fazla olduğu ,bebeklerin çok farklı şikayetler ile çocuk acile getirildiği görülmektedir.Yedi gün sonrasında



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI

KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

en sık yatış nedeni olan solunum sistemi hastalıklarının, aspirasyon konjenital malformasyon gibi durumların akılda tutulması gereklidir. Sonuç olarak yenidoğanların acil servise başvuru zamanları ve nedenlerinin tespit edilmesi, fizik muayene ve laboratuvar tetkiklerinin ivedilikle değerlendirilmesi bu bebeklerde mortalite ve morbiditeyi düşürmede önemlidir.

Anahtar Kelime: Yenidoğan, Acil, ocuk



SS-118

Our Perinatal Results in Intrahepatic Cholestasis in Pregnancy

Mustafa Behram

Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Araştırma Hastanesi Perinatoloji Kliniği

Giriş - Amaç: Intrahepatic cholestasis (GIB) of pregnancy is a liver disease characterized by widespread pruritus and cholestasis occurring in the late half of pregnancy and continuing until delivery (1). Genetic, hormonal and environmental factors are responsible for its pathogenesis (2). According to epidemiological studies, the incidence varies regionally. Its incidence ranges between 0.1% and 1.5% in Europe, North America and Australia (3). In the pathophysiology, estrogen increased during pregnancy is thought to cause a defect in the placental passage of bile acids. High estrogen levels act on NTCP (Nataurocholate co-transporting polypeptide) and BSEP (even pure export pump), preventing the sulphation and transport of bile acids. Progressive increase in serum transaminase and bile acid levels indicating liver function are common laboratory findings. The fasting total serum bile acids above 10 $\mu\text{mol} / \text{L}$ in spectrophotometric analysis is diagnostic. Again, the fasting value of more than 40 $\mu\text{mol} / \text{L}$ is also a guide for the severity of the disease. In addition, elevated liver enzymes (ALT, AST), GGT, Alkaline phosphatase, Glutathione S-transferase, LDL cholesterol level increased from 16 weeks, Hyperbilirubinemia (up to 6mg / dL), Elevated cholic / chenodeoxycholic acid levels and Glycine / It is observed that taurine values decrease (4).

The last trimester, with the highest levels of pregnancy hormones, is the most common period when the clinician admits to the clinic with GIB clinical picture. It is known that progesterones, especially sulphated progesterones, facilitate intrahepatic cholestasis (5). Environmental factors include geographical regions, climatic and nutritional conditions that vary by region. It has been reported to develop more frequently in winter and in cold climates (6). Low selenium levels lead to hepatocyte damage by damaging the antioxidant capacity of the liver, which can lead to intracellular bile acid accumulation, leading to pregnancy cholestasis (7).

Maternal complications are rare. Prematurity, low birth weight, perinatal death, meconium aspiration syndrome, fetal distress in labor, fetal and neonatal arrhythmia can be seen in fetal and neonatal aspects. The probability of recurrence in other subsequent pregnancies is over 50% (8). Itching is the most common complaint caused by the finding, especially in the last three months of pregnancy. Bile acids accumulated in hepatocytes affect neurotransmitter concentrations and accumulate at the nerve endings, causing itching. Jaundice and oily defecation are less common than pruritus. Itching usually begins on the palms and soles of the hands and spreads to other parts of the body. Although birth is generally recommended over 37 weeks, it may vary according to maternal and fetal clinical conditions (9).

The methods used in the treatment improve the symptoms and have no effect on the pathogenesis. Within 48 hours postpartum, the clinical findings of GIK usually improve (10). Because the liver is an



organ that constantly regenerates itself, the hepatic damage indicated by transaminases is temporary. Although the majority of patients return to pre-pregnancy transaminase levels by the end of the puerperal period, cases with laboratory improvement over one year have been reported (11,12). Ursodeoxycholic acid (UDCA) is the most commonly used drug in treatment, and other treatment options include bile-binding preparations such as S-adenosyl methionine (SAM), cholestyramine, and antihistamines for itching. Plasmapheresis can be performed in selected cases that start in the early weeks and are resistant to medical treatment (13,14).

In this study, we aimed to review the etiology and management of 31 patients with intrahepatic cholestasis (29 singleton and 2 twins) with perinatal outcomes in our clinic in the light of current literature.

Yöntem - Gereçler: This study retrospectively evaluated the perinatal results of 31 cases (29 singleton and 2 twins) admitted to the Perinatology Clinic of Kanuni Sultan Süleyman Training and Research Hospital between January 2018 and June 2019. All of the patients included in the study consisted of late II and III trimesters. Ursodeoxycholic acid was started (3x250 mg) by hospitalization at the time of increased complaints of pregnant women with intrahepatic cholestasis, and discharged twice a week to make a biophysical profile if her complaints regressed. All pregnant included in the study were scheduled for delivery in 37 weeks. Then, laboratory tests were repeated at 8 weeks postpartum. If the disease did not regress, he was referred to the gastroenterology clinic.

Patients with intrahepatic cholestasis were followed up with weekly NST, blood pressure, sugar monitoring and biochemistry tests. During the follow-up, patients with abnormal NST findings, or those whose liver enzymes did not decrease despite treatment, and those who had no clinical itch complaints, were hospitalized. Biophysical profile was applied twice a week to all patients. Antihistaminic and ursodeoxycholic acid were given to the patients to relieve itching symptoms. Cases with any dermatological disease that may cause itching, cholestatic pattern liver tests ALT (Alanine Transaminase and AST (Aspartate Transaminase) > 40 U / L, Cases with viral hepatitis findings (negative HbSAg, anti-HBc and anti-HAV) Cases with gallbladder and liver pathology were excluded from the study.

Intrahepatic cholestasis cases were evaluated in terms of preterm labor, fetal distress at birth, meconium amniotic, perinatal mortality (intrauterine fetal death + neonatal death) and newborn complications.

SPSS 23.0 (SPSS Inc., Chicago, Illinois, USA) was used for statistical analysis. Numerical data were expressed as mean \pm standard deviation, range of distribution (smallest-largest), and categorical data as percentage (%).

Bulgular: In this study, 29 (93.5%) of 31 cases diagnosed as intrahepatic cholestasis were singleton and 2 (6.5%) were twin pregnancies. All of the pregnant women were in the late II and III trimesters. The mean gestational age at diagnosis was 31.25 ± 4.78 and 95% Confidence Interval (CI) was 31.57-34.45. Table I shows the demographic distribution of the cases (Table 1).



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

In this study, 17 (54.8%) of the 31 cases were primigravit and the remaining 14 cases (45.2%) were multiparous and previously pregnant women. Eight of 14 previously delivered cases had a history of intrahepatic cholestasis in their previous pregnancy. Twenty-two (71%) of 31 patients presented to our clinic with itchy palms and soles, especially at night, and the remaining 9 (29%) reported general itching.

Table 1. Demographic Characteristics of Cases

	Mean / n (%)	%95 confidence interval
Age	29,28±5,43	26,67-32,89
Gravier	2,25±1,51	1,67-2,59
Parity	0,75±0,96	0,31-0,89
Pregnancy Week in Diagnosis	31,25±4,78	31,57-34,45

Serum aminotransferase elevation was detected in 18 (58.1%) and total and direct billuribin elevation was detected in 7 (22.6%) of the patients included in the study. Serum bile acid level was > 40 µmol in 5 (16.1%) of 31 cases, 20-40 µmol in 9 (29%) cases and 10-20 µmol in 17 (54.8%) cases (Table 2).

Table 2. Results of the serum bile acid values of the cases

Serum Bile Acid	n (%)
>40 µmol (severe)	5 (%16,1)
20-40 µmol (moderate)	9 (%29)
10-20 µmol (mild)	17 (%54,8)

Jaundice was found in only 4 (12.9%) of the 31 cases. In addition, preeclampsia with high blood pressure and proteinuria in 2 (6.5%) of 29 singleton pregnancies and gestational diabetes developed in 2 (6.5%) cases (Table 3).

Table 3. Complications in Cases

	n (%)
Hand and foot itching	22 (%71)
General Itching	9 (%29)
Jaundice	4 (%12,9)
preeclampsia	2 (%6,5)
Gestational Diabetes	2 (%6,5)
Serum Aminotransferase Height	18 (%58,1)
Total And Direct Height Of Billuribin	7 (%22,6)

Of the 17 cases (54.8%) who were primigravid, 5 (16.1%) delivered C / S and 12 (38.7%) delivered spontaneously. Of the 14 multiparous (45.2%) cases, 5 (16.1%) had recurrent C / S, 9 (29%) had spontaneous birth and 2 (6.5%) had normal C / S. In addition, spontaneous preterm delivery (3 cases singleton pregnancy and 1 case twin pregnancy) developed in 4 (12.9%) of 31 cases.



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

In the study, nausea and vomiting were observed in 3 (9.7%) of UDCA cases (3x250 mg). UDCA was initiated (3x250 mg) and hospitalized at the time of increase in complaints of pregnant women with intrahepatic cholestasis (3x250 mg) and discharged twice a week to make a biophysical profile.

UDCA is initiated even though serum bile acid and aminotransferase levels are normal in patients diagnosed with intrahepatic cholestasis in our clinic and especially with palpation and itching of the feet at night. Only 7 (22.6%) of the 31 patients underwent UDCA treatment despite normal laboratory results. Although the complaints of 4 patients regressed, 3 patients received additional medical treatment. Laboratory tests of these patients were repeated weekly.

As a result of our study, preterm labor, fetal distress at birth, meconium amnion, perinatal mortality (intrauterine fetal death + neonatal death) and newborn complications occurred in patients with intrahepatic cholestasis.

Sonuç: Intrahepatic cholestasis 2-3 of pregnancy. is a cholestatic disease characterized by increased serum aminotransferases and elevated bile acid levels. Bile acids cannot be completely excreted from the liver and clinical findings develop as a result of retention. While it is seen in 0.1-1.5% of pregnancies in most parts of Central and Western Europe and North America, it is seen in 5-15% of pregnancies in Chile, Bolivia, Scandinavia and Baltic countries (15). Although the cause of intrahepatic cholestasis is unknown, it has been suggested that estrogen plays an important role in its development (16). With high estrogen concentrations during pregnancy, sulphation of bile acids is impaired and excretion is not possible. Familial clustering, ethnic and geographical variation and high recurrence rates in subsequent pregnancies support a genetic predisposition for intrahepatic cholestasis. Some estrogens, especially 17 D-D-glucuronidine and sulfated progesterone metabolites are known to cause cholestasis (17). Furthermore, estrogens inhibit the bile acid transporter expression of basolateral and liver cells in the channel by transcriptional mechanisms in vitro. Only the disease occurs during pregnancy and after the pregnancy, the disease improves rapidly (18). The primary goal of pharmacological treatment of intrahepatic cholestasis in pregnancy is to alleviate maternal symptoms and to improve fetal outcome. While intrahepatic cholestasis rarely occurs before the 25th week of gestation, signs and symptoms usually occur after the 30th week of gestation in approximately 80% of the cases (19).

In 80% of cases of intrahepatic cholestasis due to pregnancy, the findings occur after 30 gestational weeks in the third trimester (20). It is very rare that it occurs before the 25th gestational week. Early-onset cases may be resistant to medical treatment, and in these cases various treatments such as plasmapheresis may be tried (13). All of the cases in our study were in II and III trimesters. Similarly, in our cases, the gestational week at diagnosis was between 31-34 weeks in the third trimester. Spontaneous preterm delivery (3 cases singleton pregnancy and 1 case twin pregnancy) occurred in 12.9% of 31 cases.

In cases of intrahepatic cholestasis due to pregnancy, widespread pruritus without significant skin lesions is the most common symptom. Skin lesions occur secondary to itching (21). Hyperbilirubinemia and jaundice may be seen in the majority of cases as a result of retention of conjugated bilirubin so that the total plasma level does not exceed 4-5 mg / dl (22). In our study, serum aminotransferase



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

elevation was detected in 58.1% of the cases and total and direct bilirubin elevation was found in 22.6% of the cases. In addition, jaundice was found in only 12.9% of the cases.

Cholestasis makes changes in glycogen metabolism in liver and skeletal muscles (23,24). In recent studies, it also points out that intrahepatic cholestasis in pregnancy does not directly have an effect on fetal mortality, but has an indirect effect by increasing the risk of gestational diabetes or preeclampsia (25). In our study, gestational diabetes was detected in only 2 (6.5%) cases.

The risk of preterm labor, fetal distress and perinatal mortality increases in patients with intrahepatic cholestasis. In some series, preterm delivery rates have been reported as 44% and fetal mortality as 11-20% (26). The etiology of fetal mortality and morbidity in intrahepatic cholestasis is not fully understood; however, there are opinions that link this situation to the toxic effect of serum bile acids (27). Changes in trophoblasts and villous edema have been suggested to impair the function of the placenta by reducing blood flow in the intervillous area. Rioseco et al. (28) showed a 3-fold increase in the incidence of preterm delivery in intrahepatic cholestasis cases and a 2-fold increase in the presence of meconium in amniotic fluid. In our study, intrahepatic cholestasis cases, preterm labor, fetal distress at birth, meconium amnion, perinatal mortality (intrauterine fetal death + neonatal death) and neonatal complications were found to be compatible with other studies.

Various topical and systemic agents have been used in the treatment of gestational cholestasis. The treatments used are mostly aimed at reducing maternal symptoms and do not improve physiopathology. Today, the most commonly used drug is ursodeoxycholic acid. It both reduces the level of bile acids and reduces the level of bile acids in the amniotic fluid and cord blood by reducing the passage of bile acids through the placenta (29). However, ursodeoxycholic acid works in approximately 60% of cases (2). In our study, ursodeoxycholic acid treatment was applied to all patients.

In conclusion, intrahepatic cholestasis of pregnancy is a pregnancy-specific liver disease whose physiopathology has begun to be elucidated by molecular biological mechanisms in intrahepatic cholestasis. Intrahepatic cholestasis of pregnancy should be kept in mind when a common pruritus is detected in a pregnant patient due to possible complications. In addition, intrahepatic cholestasis of pregnancy may have an indirect effect on fetal mortality by increasing the risk of gestational diabetes by disrupting carbohydrate metabolism. However, there is a need for studies in which larger studies are examined.

Anahtar Kelime: Intrahepatic Cholestasis, Pregnancy, Perinatal

Kaynaklar

1. Joshi D, James A, Quaglia A, Westbrook RH, Heneghan MA. Liver disease in pregnancy. *Lancet* 2010;375(9714):594-605.
2. Kurt A, Ecevit A, Kisa B, Anuk D. Neonatal outcomes of pregnant women with intrahepatic cholestasis. *Journal of Perinatology* 2011;19(1):10-4
3. Henderson CE, Shah RR, Gottimukkala S, Ferreira KK, Hamaoui A, Mercado R. Primum non nocere:



- how active management became modus operandi for intrahepatic cholestasis of pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 2014 ;211:189-96
4. Glantz A, Marschall HU, Mattsson LA. Intrahepatic cholestasis of pregnancy: Relationships between bile acid levels and fetal complication rates. Hepatology 2004;40:467-74.
 5. Lammert F, Marschall HU, Glantz A, Matern S. "Intrahepatic cholestasis of pregnancy: molecular pathogenesis, diagnosis and management". J Hepatol 2000;33: 1012-21.
 6. Reyes H. Review: Intrahepatic cholestasis. A puzzling disorder of pregnancy. Journal of Gastroenterology and Hepatology 1997;12:211-216
 7. Rook M, Vargas J, Caughey A, Bacchetti P, Rosenthal P, Bull L. Fetal outcomes in pregnancies complicated by intrahepatic cholestasis of pregnancy in a Northern California cohort. PLoS One 2012;7:28343
 8. Garcia-Flores J, Canamares M, Cruceyra M, et al. Clinical value of maternal bile acid quantification in intrahepatic cholestasis of pregnancy as an adverse perinatal outcome predictor. Gynecol Obstet Invest 2015;79:222-8.
 9. Silver, R.M. et al. (2014). Bile acids in a multicenter, population-based case-control study of stillbirth, Am J Obstet Gynecol. 2014 May; 210(5): 460.e1-460.e9.
 10. Wensink MJ. The risk of infant and fetal death by each additional week of expectant management in intrahepatic cholestasis of pregnancy by gestational age: various objections. Am J Obstet Gynecol 2016;215:807-8.
 11. Geenes V, Williamson C. Intrahepatic cholestasis of pregnancy. World J Gastroenterol 2009;15:2049-2066.
 12. Mei Y, Gao L, Lin Y, et al. Predictors of adverse perinatal outcomes in intrahepatic cholestasis of pregnancy with dichorionic diamniotic twin pregnancies. J Matern Fetal Neonatal Med 2019;32:472-6.
 13. Warren JE, Blaylock RC, Silver RM. Plasmapheresis for the treatment of intrahepatic cholestasis of pregnancy refractory to medical treatment. Am J Obstet Gynecol 2005;192(6):2088-9
 14. van der Woerd WL, van Mil SW, Stapelbroek JM, Klomp LW, van de Graaf SF, Houwen RH. Familial cholestasis: progressive familial intrahepatic cholestasis, benign recurrent intrahepatic cholestasis and intrahepatic cholestasis of pregnancy. Best Pract Res Clin Gastroenterol 2010;24(5):541-53
 15. Yang J, Chen C, Liu M, Zhang S. Women successfully treated for severe intrahepatic cholestasis of pregnancy do not have increased risks for adverse perinatal outcomes, Medicine (Baltimore). 2019 Jul; 98(27): 16214.
 16. Vallejo M, Briz O, Serrano MA, Monte MJ, Marin JJ. Potential role of trans-inhibition of the bile salt export pump by progesterone metabolites in the etiopathogenesis of intrahepatic cholestasis of pregnancy. Journal of Hepatology 2006;44:1150-7
 17. Friberg AK, Zingmark V, Lyndrup J. Early induction of labor in high-risk intrahepatic cholestasis of pregnancy: what are the costs. Arch Gynecol Obstet 2016;294:709-14.
 18. Jin J, Pan SL, Huang LP, et al. Risk factors for adverse fetal outcomes among women with early-versus late-onset intrahepatic cholestasis of pregnancy. Int J Gynaecol Obstet 2015;128:236-40
 19. Martineau M, Raker C, Powrie R, et al. Intrahepatic cholestasis of pregnancy is associated with an increased risk of gestational diabetes. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2014;176:80-5.
 20. Lo JO, Shaffer BL, Allen AJ, et al. Intrahepatic cholestasis of pregnancy and timing of delivery. J Matern Fetal Neonatal Med 2015;28:2254-8.



21. Ovadia C, Williamson C. Intrahepatic cholestasis of pregnancy: recent advances. Clin Dermatol 2016;34:327-34.
22. William's obstetric. Chapter 50: Diseases of liver, pancreas, gall bladder. 2008.
23. Lang C, Schäfer M, Varga L, Zimmermann A, Krähenbühl S, Krähenbühl L. Hepatic and skeletal muscle glycogen metabolism in rats with short-term cholestasis. J Hepatol 2002;36(1):22-9.
24. Dixon PH, Williamson C. The pathophysiology of intrahepatic cholestasis of pregnancy. Clin Res Hepatol Gastroenterol 2016;40:141-53.
25. Marschall HU, Wikstrom SE, Ludvigsson JF. Intrahepatic cholestasis of pregnancy is not associated with intrauterine fetal death but with gestational diabetes and preeclampsia. Journal of Hepatology 2012;56:225-388.
26. ArreseM, Reyes H. Intrahepatic cholestasis of pregnancy: A past and present riddle. Annals of Hepatology 2006;5: 202- 5.
27. Monte MJ, Morales AI, Arevalo M, et al. Reversible impairment of neonatal hepatobiliary function by maternal cholestasis. Hepatology 1996;23:1208- 17
28. Rioseco AJ, Ivankovic MB, Manzur A, Hamed F, Kato SR, Parer JT, et al. Intrahepatic cholestasis of pregnancy: A retrospective case-control study of perinatal outcome. Am J Obstet Gynecol 1994; 170: 890- 5



ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-119

Zor Hava Yolu Beklenen Çocuk Hastada Bilateral Pnömotoraks ve Hava Yolu Yönetimi

Nilüfer Coşkun, Esra Adıyeke, Nurten Bakan,

Sancaktepe Şehit Prof.Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi , Anestezi ve Reanimasyon Kliniği

Giriş - Amaç: Zor entübasyon ciddi hayati komplikasyonlarla seyredabilen ve sık görülen klinik bir tablodur. Bu olgumuzda zor entübasyon olarak değerlendirdiğimiz hastamızda, havayolunu sağlamada yaşadığımız zorlukları ve gelişen komplikasyonları ve tüm süreci paylaşmak istedik.

Yöntem - Gereçler: 14 yaş erkek hasta, bir yıl önce servikal spinal cord tumor operasyonu geçirmiş. GKS:15 şuur açık, koopere, ASA 1, Mallampati 3, boyun ekastansiyonu kısıtlı olan hasta elektif spinal dar kanal operasyonu için ameliyathaneye alındı. (Zor entübasyon hazırlıkları yapılarak) İndüksiyon sonrası maske ile havalanan, 3 kez orotrakeal entübasyon denenilen ancak entübe edilemeyen (ağız açılmadığı için) hasta, Fiberoptik bronkoskop (FOB) ile değerlendirildi. Dil kökü ödemli ve inflame idi, vokal kordlar geçilemedi (trakeal darlık). Desatüre olan hastada bradikardi gelişmesi üzerine, acil trakeotomi açıldı. Sağ hemitoraksın solunuma daha az iştirak ettiği gözlemlendi, dinlemekle solunum sesleri de azalan hastada, çekilen akciğer grafisinde bilateral pnömotoraks tespit edildi ve bilateral dren yerleştirildi. Bilinç açık, koopere spontan solunum eforu başlayan hasta hemodinamisinin stabil olması üzerine, operasyon ertelendi ve yoğun bakım servisine alındı. 1 gün sonra yeniden operasyona alınan hasta, postop bilinç açık koopere trakeotomize şekilde yoğun bakım ünitesine alındı. 5. günde toraks drenleri çekildi, 10 gün trakeotomisi kapatıldı. 13. günde servise alınan hasta 15.günde sekelsiz taburcu oldu.

Sonuç: Sonuç olarak, zor entübasyon beklenen olgularda, zor hava yolu algoritmasının gözden geçirilerek zor hava yolu enstrümanlarının hazır bulundurulması, olası komplikasyonları göz önünde bulundurularak, yakın takip ve tedaviyle istenmeyen sonuçlar oluşmayacaktır.

Anahtar Kelime Zor Hava Yolu, Entübasyon



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-120

Parsiyel Histeroskopik Rezeksiyon Sonrası Vajene Doğan Submüköz Myom

Dr. Meriç Balıkoğlu, Dr. Tuğçe Pınar Barış, Dr. Dilber Filiz, Dr. Burak Bayraktar, Doç. Dr. Bülent Yılmaz
Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş - Amaç: Uterusun en sık görülen benign tümörü myoma uteridir. Anormal kanama, pelvik ağrı, çevre organlara bası, infertilite gibi şikayetlere sebep olur. (Vlahos et al., 2017) FIGO(International Federation of Gynecology and Obstetrics) myomu 0-8 arasında evrelendirmiştir. Tip 0-1-2 olanlar (submüköz) histeroskopik olarak rezekte edilebilir. (Piecak and Milart, 2017) 3 cm'den büyük boyuttaki myomlara yapılacak olan histeroskopik rezeksiyonlara multiple seanslar gerekebilir. (Havryliuk et al., 2017)

Bu makalede histeroskopik yetersiz eksizeyon yapılan FIGO tip 1 submüköz myomun spontan servikal protrüzyonunun sunulması planlanmıştır.

Yöntem - Gereçler: 35 yaşında , 8 yıldır evli, Gravida 2 Parite 0 Abort 2, Sekonder infertilite ve menometroraji sebebiyle kliniğimize başvuran hastaya yapılan preoperatif ultrasonografi ve salin infüzyon sonografisinde intrakaviter 45x51 mm boyutlarında submüköz myom ile uyumlu görünüm izlendi. Menorajiyi tedavi etmek,fertilitesine katkıda bulunmak ve kanamaya sebep verebilecek patolojinin histolojik incelemesinin yapılabilmesi amacıyla hastaya operatif histeroskopi yapıldı. Hastaya operasyon öncesi gece ve operasyon sabahı birer adet vajinal misoprostol uygulandı.. Gözlemlerde her iki ostium ve fundus izlendi, myom ile uyumlu görünüm uterus ön alt segmentte internal servikal os kısmına kadar uzanmakta ve kaviteyi doldurmaktaydı. Misoprostol kullanımına bağlı serviks çok geniş olması ve servikal sıvı kaçağının fazla olması nedeniyle histeroskopik rezektoskop ile rezeksiyon suboptimal oldu. 30 dakikalık sürede 9000 cc %1,5 glisin solüsyonu kullanılarak operatif histeroskopi işlemine son verildi.

Bulgular: Hastanın patoloji sonucu myoma uteri olarak geldi. İkinci seans operatif histeroskopi planlanan hastanın pre-operatif spekulum muayenesinde servikal ostan protrüde yaklaşık 4 cm vajene doğmuş myom tespit edildi. Transvaginal ultrasonografide serviksten protrüde ve serviksi oklüde eden 40 mm'lik myom nüvesi izlendi. Uygun anestezi hazırlığı ile protrüde olan myom tenekulum ile tutulup rotasyon yaptırılarak myomektomi yapıldı. Komplikasyon gelişmedi.

Sonuç: Yetersiz histeroskopik rezeksiyon yapılan submüköz myomlar spontan servikal/vajinal atılıma uğrayabilirler.

Anahtar Kelime Submüköz myom, histeroskopik myomektomi,

Kaynaklar

Havryliuk, Y., Setton, R., Carlow, J.J., Shaktman, B.D., 2017. Symptomatic Fibroid Management: Systematic Review of the Literature. JSLS 21, e2017.00041. <https://doi.org/10.4293/JSLS.2017.00041>
Piecak, K., Milart, P., 2017. Hysteroscopic myomectomy. Menopausal Rev. 16, 126-128. <https://doi.org/10.1089/mpr.2017.16.126>



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI

KADIN DOğUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

doi.org/10.5114/pm.2017.72757 Vlahos, N.F., Theodoridis, T.D., Partsinevelos, G.A., 2017. Myomas and Adenomyosis: Impact on Reproductive Outcome. *BioMed Res. Int.* 2017, 1-14. <https://doi.org/10.1155/2017/5926470>



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-121

Kutanöz Mastositozlu Çocuklarda Oksidan/Antioksidan Kapasite

Ayşegül Ertuğrul¹, İlknur Bostancı¹, Özcan Erel²

¹ Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı, Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

² T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Şehir Hastanesi

Giriş - Amaç: Mastositoz; mast hücrelerinin anormal proliferasyonu ile karakterize, deri, kemik iliği, gastrointestinal sistem, karaciğer, dalak ve lenf nodu gibi organların infiltrasyonu ile giden, farklı kliniklerle prezante olabilen bir hastalıktır. Mastositozun pediatrik popülasyonda en sık görülen formu cilde sınırlı olan kutanöz mastositoz formudur. Oksidan/antioksidan dengenin oksidanlar lehine değişimi "oksidatif stres" olarak adlandırılır. Son dönemde yapılan çalışmalarda oksidatif stresin mastositozun etiyolojisinde rol oynayabileceği ileri sürülmüştür. Bu çalışmada kutanöz mastositoz ile sağlık ile kontrol grubu arasındaki total oksidan/antioksidan ve tiyol-disülfid dengesinin karşılaştırılarak aralarındaki olası ilişkinin araştırılması planlanmıştır.

Yöntem - Gereçler: Çalışmamız prospektif ve kesitsel tasarlanmıştır. Bölümümüzde tanı almış ve takip edilen, 0-18 yaş arası 36 kutanöz mastositoz hastası çalışmaya dahil edildi. Kontrol grubu olarak onamı alınan aynı yaş ve cinste sağlıklı çocuklar poliklinikten rastgele seçildi. Total tiyol, native tiyol, disülfid ve İskemi modifiye albümin seviyeleri plazmada otomatik spektrofotometrik bir yöntem kullanılarak değerlendirildi. İstatistiksel analizlerde $P < 0,05$ anlamlı olarak kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen hastaların yaş ortalaması \pm SD 58 ± 42 aydı ve %61'i erkekti. Hastaların %75'i makulopapuler kutanöz mastositoz, %25'i soliter mastositomaydı. Hastaların klinik olarak %65'i remisyona çeşitli evrelerindeydi. Hastaların triptaz düzeyi ortancası (çeyrekler arası aralık) 4.05 (3.2-5.4) idi. Hastalarda bakılan native tiyol ($393.97 \pm 45.28 \mu\text{mol/L}$), total tiyol ($439.44 \pm 59.82 \mu\text{mol/L}$), disülfid seviyeleri $23.06 \pm 4.41 \mu\text{mol/L}$, Disülfid/Native tiyol*100 (5.89 ± 0.98) ve Disülfid/Total tiyol *100 (5.25 ± 0.78) oranları, Native/Total tiyol *100 (89.48 ± 1.56) oranları ve İskemi modifiye albümin (İMA) [(0.65 ± 0.21) absorbans ünite] ile kontrol grubu (sırasıyla $374.20 \pm 86.47 \mu\text{mol/L}$, $425.87 \pm 91.33 \mu\text{mol/L}$, $22.85 \pm 4.98 \mu\text{mol/L}$, 6.13 ± 1.14 , 5.44 ± 0.92 , 89.11 ± 1.84 , 0.74 ± 0.23 absorbans ünite) arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p > 0.05$). Hastaların tanıları, mediyatör salınım bulguları varlığı ve hastalık remisyona durumuna göre tiyol-disülfid dengesi açısından değerlendirildiğinde anlamlı fark saptanmadı ($p > 0.05$).

Sonuç: Çalışmamızda, pediatrik kutanöz mastositoz etyopatogenezini aydınlatmak üzere değerlendirilen inflamasyon ve oksidatif stres göstergesi tiyol-disülfid dengesi ve İMA düzeylerinde sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Anahtar Kelime çocuk, mastositoz, oksidan kapasite



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI

KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Kaynaklar

1. Update on diagnosis and treatment of mastocytosis. Brockow K, Ring J. Curr Allergy Asthma Rep. 2011 Aug;11(4):292-9. doi: 10.1007/s11882-011-0199-
2. Review. PMID: 21523372 2. Oxidative stress markers are increased in patients with Mastocytosis, S. Gangemi, P. L. Minciullo, D. Magliacane, S. Saitta, S. Loffredo, A. Saija, M. Cristani, G. Marone & M. Triggiani.
3. Hochman DJ, Collaco CR, Brooks EG. Acrolein induction of oxidative stress and degranulation in mast cells. Environ Toxicol 2014;29:908-915.
4. Erel O, Neselioglu S. A novel and automated assay for thiol/disulphide homeostasis. Clinical Biochemistry 2014; 47(18): 326-332.



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-122

Preterm Bebeklerde Retinopati Muayenesi Sırasında Oral Sukroz Uygulamasının Serebral Hemodinami Üzerine Etkileri

Didem Arman

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş - Amaç: Prematüre retinopatisi (ROP) erken doğan bebeklerde retinal damarların anormal proliferasyonuna bağlı oluşan ve patogenezi tam olarak bilinmeyen fizyopatolojik bir durumdur. Gestasyonel yaşı 32 hafta altı ve doğum tartısı 1.5 kg'dan düşük olan bebeklere prematüre retinopatisi taraması yapılması önerilmektedir. Yapılan çalışmalarda hem tarama öncesi kullanılan ilaçlara hem de tarama muayenesinin kendisine bağlı bir takım komplikasyonlar görülmektedir. Prematüre retinopatisi muayenesi ağırlı bir işlem olarak bilinmektedir. Amacımız prematüre bebeklerde ROP muayenesi esnasında oral sükroz uygulamasının serebral hemodinami üzerine etkisini araştırmaktır.

Yöntem - Gereçler: Çalışmamız retinopati için oftalmolojik muayene yapılan prematüre bebeklerin dahil edildiği vaka kontrollü bir çalışmadır. İşlem öncesinde çalışma grubundaki (Grup 1, n=21) bebeklere 0.5 mL/kg %24 sükroz verilirken, kontrol grubundakilere (Grup 2, n=20) 0.5 mL/kg steril su verildi. Ortalama akım ölçümleri Doppler USG ile sağ ve sol orta serebral arterden (MCA) yapıldı. Bölgesel oksijen saturasyonu (rSO₂) ölçümleri NIRS ile gerçekleştirildi (INVOS 5100; Covidien Somanetics, Troy, MI). Serebral doku oksijenasyonu (rSO₂-C) ölçümü NIRS problemlerinin alın bölgesine yerleştirilmesi ile yapıldı. Kalp hızı ve oksijen saturasyon değerleri hastabaşı monitorizasyonu ile sürekli olarak kaydedildi.

	Grup 1 (Sükroz uygulanmayan) (n=20)	Grup 2 (Sükroz uygulanan) (n=21)	p
Gestasyonel yaş, ortalama ± SD	29.82±0.53	30.38±0.46	0.437
Doğum tartısı, ortalama ± SD, g	1221±57	1241±55	0.80
Cinsiyet (Erkek/Kız), n	12/8	12/9	NS
Muayene esnasında postnatal yaş (gün), (ortalama ± SD)	29.55±0.30	29.10±0.21	p.227

Bulgular: Çalışma ve kontrol grubunun demografik özellikleri (Group 1, n = 20 ve Group 2, n = 21) Tablo 1'de verilmiştir. Grublardaki bebekler benzer gestasyonel yaş (30.11 ± 2.2 hafta), doğum tartısı (1231 ± 253 g) ve muayene esnasında postnatal güne (29.32 ± 1.1 gün) sahiptiler. Muayene öncesinde kalp hızı ve oksijen saturasyon değerleri iki grupta da benzerdi. Sükroz verilen grupta, muayene sırasında ve sonrasında, kalp hızının anlamlı derecede düşük olduğu ve oksijen saturasyon



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI

KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

değerlerinin de anlamlı yüksek olduğu tespit edildi ($p=0.047$; $p=0,023$, $p=0,034$; 0.027). Serebral kan akımı ölçümlerinde, muayene öncesi ve sonrasında iki grup arasında (tepe sistolik volüm, ortalama sistolik volüm, diastol sonu volüm) anlamlı fark saptanmadı ($p=0.24$; $p=0,50$, $p=0,22$; 0.36 , $p=0,78$; $0,48$). Muayene öncesinde, sırasında ve sonrasında NIRS (rSO₂) lmleri açısından da iki grup arasında fark tespit edilmedi ($p=0.64$, $p=0,26$ and $p=0,72$).

Sonuç: Preterm bebeklerde ROP muayenesi sırasında oral sukroz uygulamasının kalp hızı ve oksijen saturasyon değerlerini olumlu biçimde etkilediğini tespit ettik. Çalışmamızda sukroz verilen grupta, kalp hızı ve oksijen saturasyonu değerleri etkilense de, serebral NIRS ve Doppler USG lmlerinin etkilenmediğini gördük. Bu durum ROP muayenesi sırasında serebral otoregülasyonun etkilenmediğini göstermektedir.

Anahtar Kelime preterm; prematüre retinopatisi; ağrı; serebral kan akımı; sukroz



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-123

Anestezi Tipi ile Yenidoğan Erken Dönemi ve Oksidatif Stres Parametreleri Arasında İlişki Var mı?

Nilüfer Coşkun¹, Timuçin İmddoğlu², Esra Adıyke¹, Şirin Güven⁴, Nurten Bakan¹, Özcan Erel³, Almıla Şenat³,

¹Sancaktepe Prof Dr İlhan Varank EAH Anestezi ve Reanimasyon Kliniği/ İstanbul

²Sancaktepe Prof Dr İlhan Varank EAH Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi/İstanbul

³Ankara Şehir Hastanesi Biyokimya Kliniği

⁴Sancaktepe Prof Dr İlhan Varank EAH Çocuk Hastalıkları Kliniği/ İstanbul

Giriş - Amaç: Stresin pekçok nedenle oluşabildiği ve metabolizmayı olumsuz etkilediği bilinmektedir. Doğum; gerek psikolojik gerek patofizyolojik yollarla anne ve bebek için stres oluşturabilmektedir. Çalışmamızda; farklı doğum yöntemlerinin (normal, spinal anestezi , genel anestezi) anne ve bebek üzerine etkilerini karşılaştırmayı amaçladık.

Yöntem - Gereçler: 18-45 yaş arası ASA 1-2 38-40 gebelik haftasında 90 kadın hasta çalışmaya alındı. Hastalar 3 eşit gruba ayrıldı. Grup N;elektif normal doğum (n=30) ,Grup S; elektif spinal anestezi (n=30), Grup G; elektif genel anestezi (n=30). Tüm hastalar standart monitorize edildi. Her gruba kendi içinde standart protokol uygulandı. Bebek çıktıktan sonra , kord kanı alınarak; kan gazı ve oksidatif stres parametreleri (N-Thiol, Tthiol, IMA, Katalaz) çalışıldı. Bebek özellikleri; doğum kilosu, APGAR 1-5, Total Bilirubin, Solunum sıkıntısı (TDT), bebek O₂ ihtiyacı, ilk 24 saatte kilo kaybı, bebek sPO₂ ve KTA bebek çıktıktan sonra değerlendirildi. Grup N'de doğum başladığında, Grup S ve G'de anestezi öncesi, bebek çıktıktan sonra 1. dk, 5, dk ve 10. dk TA, Nabız, sPO₂ değerlerine bakıldı. Sonuçlar gruplar arasında istatistiksel olarak karşılaştırıldı. p<0.05 anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Baktığımız tüm parametreler , klinik olarak normal sınırlardaydı. Yenidoğan kan gazında: Laktat, pCO₂, Na değerleri, APGAR 1. dk, kordon kanı oksidatif stres faktörlerinden IMA değerleri açısından gruplar arasında istatistiksel farklılık vardı.

Sonuç: Çalışmamızda doğum yöntemi açısından, 3 grup arasında klinik olarak fark bulunmadı. Normal gebeliği fizyolojik olarak düşünürsek, spinal ve genel anestezinin yenidoğan üzerinde stres açısından olumsuz etkisi olmadığı, bu konuda daha geniş çalışmalara gerek olduğu kanaatine varıldı.

Anahtar Kelime Stres, doğum, yenidoğan, oksidatif stres parametreleri



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-125

Kadın Hastalıkları ve Doğum Pratiğinde Tıbbi Uygulama Hataları

Orhan Meral

S.B.. İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş - Amaç: Malpraktis, Latince kökenli “Male (hata)” ve “Praxis (uygulama)” kelimelerinden türemiş olup sağlık uygulamalarında “Tıbbi Uygulama Hatası” olarak karşımıza çıkmaktadır. Dünya Tabipler Birliği (WHO) Tıbbi Uygulama Hatası’nı (malpraktis), “hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar” olarak tanımlamaktadır. Sağlık hizmetinin sunumu esnasında sağlık personelinin uyguladığı müdahale sonucu hastalığının normal seyirinin dışına çıkması, hastanın yaşam kalitesinin düşmesi, morbidite ve mortaliteye yol aması halinde tıbbi uygulama hatası iddiası ile karşı karşıya kalınması söz konusu olmaktadır.

Tıptaki “Komplikasyon” kavramı ile hukuktaki “Kabul edilebilir risk” kavramları eşdeğer kavramlardır. Eğer ortaya çıkan bir komplikasyon zamanında fark edilmemişse, fark edilmesine rağmen gerekli önlemler alınmamışsa ve/veya fark edilip önlem alınmasına rağmen tıbbi kurallara uygun müdahale edilmemişse tıbbi uygulama hatasından söz edilmektedir.

Hekimler yaptıkları tıbbi işlem nedeniyle hasta ve yakınlarına, adli ve idari birimlere karşı sorumludur. Tıbbi uygulama hatası iddiasıyla ilgili ortaya çıkan zararın komplikasyon mu yoksa tıbbi uygulama hatası mı olduğunu belirlemek, incelemelerin en önemli aşamasıdır. Zararın, zen ve dikkat yükümlülüğünün yerine getirilmemesi, yani kusurlu davranış sonucu ortaya çıkmış olması durumu “tıbbi uygulama hatası” olarak değerlendirilmektedir. Aksi durumda, yükümlülüklerin yerine getirilmesine rağmen ortaya çıkan istenmeyen sonuç, tıbbın kabul ettiği risk içinde olup komplikasyon olarak kabul edilir.

Tıbbi hatalar genel olarak; tanıda yapılan hatalar, tanı koymakta gecikme, gerekli tetkiklerin yapılmaması, güncel olmayan tedavi yöntemlerinin kullanılması, tetkik sonuçlarına uygun olmayan tedavi uygulanması, tedavide yapılan hatalar, ilaç doz veya verililişinde hatalar, tedavinin uygulanmasında gecikme, koruyucu tedavide hatalar, tedaviden sonra yetersiz takip olarak karşımıza çıkmaktadır.

Yöntem - Gereçler: Tıbbi hataların temel nedenleri; tıbbi uygulamada bulunan sağlık personelinin yetersizliği, hasta ve/veya yakınlarıyla olan iletişim eksikliği, yanlış politikalar, idari yönetim hataları, personel ve tıbbi alet/cihaz eksikliğidir.

Kadın hastalıkları ve doğum klinikleri tıbbi hata riski yüksek özellikli birimler arasında yer almaktadır. Bu branşta en çok karşılaşılan tıbbi hata iddialarının, ameliyat öncesi ve sonrası gelişen komplikasyonlar, over kisti/over torsiyonu gibi acil durumların tanı ve tedavisinde gecikme, fertilitte kaybına neden



olunması, cerrahi komplikasyonlar (zellikle komşu organ ve damar yaralanmaları), batında yabancı cisim unutulması, malignitelerin tanı ve tedavisinde gecikme, acil sevk sırasında ortaya çıkan sorunlar, hasta ve ailesini aydınlatma eksikliği, yazılı onam eksikliği, kayıt tutulmasında eksiklikler, icap nöbetine gelmemek, hastayı yetkisiz kişiye devretmek, ilaç uygulama hataları ve hastane enfeksiyonları olduğu belirtilmiştir.

Kadın hastalıkları ve doğum alanında hasta ve/veya hasta yakınlarının yakınma nedenleri ise; abortus, ektopik gebelik, amniyon sıvı embolisi, preeklampsi, eklampsi, erken membran rüptürü, miyad geçmesi, plasenta anomalileri (plasenta previa, dekolman plasenta, plasenta accreta vs.), postpartum kanama, perine yırtığı, sistemik hastalıklar görülen annelerin kendileri ya da fetüsün uğradığı zarar, bebekteki anomalinin fark edilememesi veya geç fark edilmesi, doğum esnasında bebeğin maruz kaldığı hipoksi, anne bebekte meydana gelen doğum travmaları (bebeği düşürme, brakriyel pleksus lezyonu ve/veya klavikula kırıkđı, forseps uygulamasına bağlı yaralanmalar) şeklinde sıralanmaktadır.

Bulgular: Yüksek Sağlık şura'sı dosyalarının araştırıldığı bir çalışmada; yargıya yansıyan tıbbi uygulama hatası iddiaları neticesinde görüş istenen dava dosyalarının tıp uzmanlık dallarına göre dağılımı incelendiğinde %34,2 ile Kadın Hastalıkları ve Doğum branşının açık ara nde olduğu, Adli Tıp Kurumu'ndan görüş istenen başka bir çalışmada; dava dosyalarının tıp uzmanlık dallarına göre dağılımına bakıldığında %20,7 ile yine Kadın Hastalıkları ve Doğum branşının açık ara nde olduğu ve bunların %90'ını gebelik takibi ve doğumlarla ilgili şikayetlerin oluşturduğu bildirilmiştir.

Sadece lkemizde değil dünya genelinde de benzer sonuçların olduğu görülmektedir. Amerika'da tıbbi uygulama iddiasıyla açılan davaları %50'sinin kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarına karşı açıldığı, en sık şikayet edilen uzmanlık alanının %20 ile kadın hastalıkları ve doğum olduğu, riskin en yüksek olduğu uzmanlık alanlar arasında kadın hastalıkları ve doğum branşının en riskli branş olduğu, İtalya'da en çok dava açılan branşın %37 ile kadın hastalıkları ve doğum bildirmiştir.

Sonuç: Tıbbi uygulama hatası iddiası ile karşılaşma riskinin, son yıllarda hekimlerin Tıpta Uzmanlık Sınavı ile uzmanlık alanını belirlemede etkili olan faktörlerden biri olduğu vurgulanmaktadır. Tıbbi uygulama hatası iddiası yüksek olan kadın hastalıkları ve doğum son yıllarda hekimler tarafından daha az tercih edilirken, bu tarz iddiaların çok daha az olduğu branşlar daha çok tercih edilir olmuştur. Son yıllardaki tıpta uzmanlık sınavı yerleştirme puanlarının branşlara göre dağılımı bu sonucu açıkça ortaya koymaktadır. Giderek artan tıbbi uygulama hatası iddiaları hekimlerin kadın hastalıkları ve doğum hekimliğini daha az tercih etmesine, çoğu kadın hastalıkları ve doğum hekiminin de birçok pratik işlemden uzaklaşmasına ve defansif tıbbi yönelmesine neden olmaktadır.

Anahtar Kelime: Tıbbi uygulama hatası, Malpraktis, Kadın Hastalıkları ve Doğum



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-126

Maternal Plazmada Hücre Dışı Serbest Fetal DNA'nın Non-İnvaziv Fetal RHD Genotiplendirmesindeki Etkinliği

Mustafa Erkan Sarı¹, Mehmet Murat Seval¹, Halil Karabulut², Ajlan Tükün², Acar Koç¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, ANKARA

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genetik Anabilim Dalı, ANKAKARA

Giriş - Amaç: Çalışmamızda, maternal kanda serbest fetal DNA genotiplendirmesiyle, bu amaçla yapılan invaziv yöntemlere ait riskleri ortadan kaldırmayı, Rh D(-) fetüs taşıyan Rh D(-) gebelere aynı zamanda finansal anlamda da ekstra bir yük getiren gereksiz yere immünglobin profilaksisi yapılmasının risklerini ortadan kaldırmayı amaçladık.

Yöntem - Gereçler: Çalışmada ortalama gebelik haftası 14,3 (12-30) olan ve Rh uygunsuzluğu bulunan 71 gebenin periferik venlerinden alınan kanlarından ayrılan plazmalarından real-time kantitatif PCR yöntemi (RQPCR) ile RHD genine ait 7 ve 10 nolu ekzonlar çoğaltıldı. Her ekzon için, iki ayrı PCR oturumunda olmak üzere, gerçekleştirilen ikişerli iki reaksiyondan toplam 8 reaksiyon içerisinde en az üç örnekte amplifikasyon sağlanması durumunda ($C_t < 39$) sonuç pozitif olarak değerlendirildi. 71 yenidoğanın tayin edilen serolojik kan grubu, PCR sonuçlarımızla istatistiki olarak karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya alınan hastaların ortalama yaşları 25,2 ve ortalama gebelik haftası 14,13 (12-30 hft) idi. Toplam 71 yenidoğanın serolojik kan grubu tayini sonrası, 50 bebeğin Rh (+), 21 bebeğin Rh(-) olduğu belirlendi. Çalışmamızda 44 gebenin PCR sonucunu RHD (+) olarak ve 18 gebenin PCR sonucunu da RHD (-) olarak doğru tespit ettik. Fakat 6 gebede yalancı negatif ve 3 gebede de yalancı pozitif sonuçlar elde ettik. Buradan sensitivite %88, spesifite %85,71, pozitif prediktif değer(PPV) %93,62 ve negatif prediktif değer(NPV) de %75 olarak hesaplandı. Toplamda doğruluk oranı ise %87,32 olarak bulundu. İkinci trimester örnekleri içerisinde 24 hafta ve üzerinde kan örneği alınmış gebelerde ise %100 doğruluk elde edildi. Her iki trimesterde kan örneği alınmış gebeler değerlendirildiğinde 2 gebede birinci trimester örneği PCR sonucu "yalancı negatif" olarak değerlendirilirken ikinci trimester örnekleri doğru olarak "pozitif" bulundu.

Sonuç: Güncel çalışmalarda Rh uygunsuzluğu bulunan gebelerde maternal kanda serbest fetal DNA'nın genotiplendirmesinde real-time PCR'in yüksek sensitivite ve spesifite ile kullanılabildiği gösterilmiştir. Özellikle yalancı negatif olarak bulduğumuz grupta materyal örneklerinin daha ilerleyen haftalarda alınmasının artan fetal DNA miktarlarıyla orantılı olarak sensitiviteyi artıracaklarını düşünmekteyiz. Yalancı pozitif olan grupta da özellikle kontaminasyon, göz önünde bulundurulması gereken bir durum olarak görünmektedir.

Anahtar Kelime: Fetal DNA, Rh uygunsuzluğu, PCR



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-127

Stres Üriner İnkontinans Olgularının Değerlendirilmesinde Ultrasonografik Üretra Rotasyon Açıları ve Mesane Boynu Yerdeğişimi Ölçümlerinin Rolü

Alper Türkoğlu, Ayşe Deniz E. Coşkun, Sevcan Arzu Arıncan, Fisun Vural
Haydarpaşa Numune SUAM, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

AMAÇ: Transperineal ultrasonografi ile ölçülebilen symphysis pubis üretra arası açı (alfa), posterior üretrovezikal açı (beta) ve mesane boynu yer değişimi ölçümlerinin stres inkontinansı olan ve olmayan olgulardaki farklarını ortaya koymayı amaçladık.

YÖNTEM: Bu prospektif gözlemsel çalışma Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine 30.05.2019 ve 30.07.2019 tarihleri arasında ayaktan başvuran hastalarda gerçekleştirilmiştir. Anamnez ve stres testi ile stres inkontinansı saptanan (n=50) ve saptanmayan (n=50) hastalar çalışmaya dahil edildi. Aşırı aktif mesanesi olan, genital prolapsusu olan, komplike üriner inkontinansı olan ve ek hastalığı olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Jinekolojik muayene sonrasında hastalara mesane doluluğu 150-300 cc iken interlabial alandan transperineal yöntemle symphysis pubis üretra arası açı (alfa), posterior üretrovezikal açı (beta) ve mesane boynunun symphyzise olan mesafesi istirahat ve valsalva ile ölçülerek farkları hesaplandı. Q tip test açısı ölçüldü.

BULGULAR: Stres inkontinansı olan ve olmayan olgular arasında demografik özellikler (yaş, parite, vücut kitle indeksi, zor doğum, makrozomik doğum ve menopoz durumu) kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

Stres inkontinansı olan ve olmayan olguların istirahat anındaki alfa ve beta açıları benzer bulunmuştur (p>0,05). Ancak, stres inkontinansı olan grupta valsalva manevrası sonrası hem alfa hem de beta açıları istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p=0,000).

Stres inkontinanslı olguların R alfa (alfa valsalva- alfa istirahat açısı), R beta açısı (beta valsalva- beta istirahat açısı), ve mesane boynu yer değişimi değerleri, stres inkontinansı olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p=0,000).

Tüm vakalarda Q tip test açısı ile R alfa (r=0,89, p=0,000) ve R beta açısı (r=0,773, p=0,000) değerleri arasında pozitif yönlüve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır.

SONUÇ: Stres inkontinansı olanlarda valsalva manevrası ile alfa, beta, R alfa, R beta ve mesane boynunun yer değişimi anlamlı olarak artmaktadır. Stres inkontinansın değerlendirilmesinde transperineal ultrasonografi maliyetsiz ve noninvazif bir yöntemdir. Klinik uygulamaya girebilmesi için geniş ölçekli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Stres üriner inkontinans, transperineal ultrasonografi, üretral mobilite, üretra rotasyon açıları, mesane boynu yer değişimi



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-128

Ergenlerde Yürütücü İşlevler, Davranışsal Aktivasyon ve İnhibisyon Sistemleri ile Duygu Düzenleme Güçlüğü Arasındaki İlişki

Aynur Feyzioğlu, Gülşah Balaban
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Giriş - Amaç: Bu çalışmada ergenlik döneminde yürütücü işlevler, davranışsal aktivasyon ve davranışsal inhibisyon sistemleri ile duygu düzenleme güçlüğü arasındaki ilişkinin araştırılması, anne ve babanın eğitim düzeyinin değişkenler üzerindeki etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem - Gereçler: Çalışmaya 12-18 yaş aralığında (ort=15,03, ss=1,6), 15 kız ve 15 erkek olmak üzere toplam 30 sağlıklı ergen katılmıştır. Katılımcılar ve ebeveynleri çalışma ile ilgili bilgilendirildikten sonra onam formu imzalatılmıştır. Yapılan bu çalışmada dorsolateral prefrontal korteks hasarlarına duyarlı Wisconsin Kart Eşleme Testi (WKET), orbitofrontal korteks hasarlarına duyarlı Stroop testi, ödül ve ceza pekiştiricilerine duyarlılığı ölçen Davranışsal İnhibisyon ve Davranışsal Aktivasyon Ölçeği (DİS/DAS ölçeği) ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği kullanılmıştır. Ayrıca çalışmaya demografik bilgi formu eklenmiştir. Veri analizinde öncelikle Kolmogorov-Smirnov analizi yapılmış ve verilerin normal dağılıma sahip olmadıklarının belirlenmesi üzerine değişkenler arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ve Mann Whitney-U analizi ile incelenmiştir.

Bulgular: Yapılan analiz sonucunda WKET testi 'tamamlanan kategori sayısı' alt boyutu ile DAS toplam puanı arasında .40 ($p<.05$) ve DAS 'Eğlence arayışı' alt boyutu arasında .42 ($p<.05$); WKET testi 'perseveratif hata yüzdesi' alt boyutu ile Duygu Düzenleme Güçlüğü 'Farkındalık' alt boyutu arasında -.01($p<.01$); WKET testi 'kavramsal düzey tepki sayısı' alt boyutu ile DAS 'eğlence arayışı' alt boyutu arasında .36 ($p<.05$); Stroop testinde 'süre farkı' alt boyutu ile DAS toplam puanı arasında -.54 ($p<.01$), DAS 'ödül duyarlılık' arasında -.47 ($p<.01$) ve DAS 'eğlence arayışı' alt boyutu ile -.37 ($p<.05$); DİS alt ölçeği ile Duygu Düzenleme Güçlüğü ölçeğinde bulunan 'kabul etmeme' alt boyutu arasında .41($p<.05$) ve 'amaç' alt boyutu arasında .39 ($p<.05$), 'strateji' alt boyutu ile .47 ($p<.01$) ve duygu düzenleme ölçeği toplam puanı ile .46 ($p<.01$) korelasyon olduğu belirlenmiştir. Yapılan Mann Whitney-U testi analizi sonucunda anne eğitim düzeyi ilkökul ve lise olan katılımcıların DİS puanı ($z=-2.2$), Duygu Düzenleme Ölçeği 'kabul etmeme' alt boyutu ($z=-2.1$) ve 'strateji' alt boyutu ($z=-2.3$) puanlarında .05 düzeyinde anlamlı fark olduğu görülmüştür. Baba eğitim düzeyi ilkökul ve üniversite olan katılımcıların WKET 'perseveratif hata yüzdesi' alt boyutu puanının anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir ($z=-2.3$, $p<.05$).

Sonuç: Sonuç olarak WKET testinin belirli alt boyutları ile DAS puanı ve duygusal tepkilerin farkındalığının düşük olması arasında korelasyon olduğu belirlenmiştir. DİS puanı ile duygu düzenleme güçlüğü arasında pozitif korelasyon olduğu saptanmıştır. Stroop testinde 'süre farkı' alt boyutunun DAS puanı ile negatif korelasyona sahip olduğu tespit edilmiştir. Buna ek olarak anne ve baba eğitim düzeyinin davranışsal inhibisyon ve aktivasyon sistemleri, duygu düzenleme güçlüğü ve perseveratif tepkiler



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI

KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

zerindeki etkileri ortaya konmuştur. Alanyazında bu alanda yapılan çalışma sayısının çok kısıtlı olduğu görülmektedir. Bu alışma ile ergenlerde yürütücü işlev fonksiyonları ile DİS/DAS sistemleri ve duygu düzenleme güçlüğü arasındaki ilişkiye dair değerli bilgiler sunulmaktadır.

Anahtar Kelime: Ergenlik dönemi, WKET, Stroop testi, Davranışsal Aktivasyon Sistemi, Davranışsal İnhibisyon Sistemi, Duygu Düzenleme Güçlüğü



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-129

Ergenlerde Deri Kıvrım Kalınlıkları ile Kan Basıncı İlişkisi

İzzet Erdal^{1*}, Sıddıka Songül Yalçın¹, Didem Gençal²

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sosyal Pediatri Bilim Dalı, Ankara; ²Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye.

Amaç: Obezite; tüm dünyada sıklığı artan bir sağlık sorunu olup; hipertansiyon başta olmak üzere, obezite ile ilişkili ikincil sağlık sorunlarında da artış görülmektedir. Vücut yağ oranının tespiti için sıklıkla antropometrik ölçümler kullanılmaktadır. Kullanılan antropometrik ölçümler ile vücut yağ oranının artışı ve bu artışa bağlı gelişen ikincil sağlık sorunlarının oluşma riski arasında ilişki kurulabilmektedir. Çalışmamızda amaç, deri kıvrım kalınlığı ölçümleri ile kan basıncı ölçümlerinin karşılaştırılarak, deri kıvrım kalınlıkları (DKK) ölçümünün hipertansiyon risk belirteci olarak değerini ortaya koymaktır.

Metod: İl Milli Eğitim Müdürlüğü tarafından onayı takiben Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Sosyal Pediatri Ünitesi tarafından Kasım 2017 - Mart 2018 tarihleri arasında yürütüldü. Seçilen okulun 7 ve 8. Sınıf öğrencilerinin ailelerine çalışma hakkında bilgi notları gönderildi. Onam veren ailelerin çocukları çalışmaya alındı. Çocukların vücut ağırlığı, boy, kan basıncı ve üç ayrı bölgeden DKK (biceps, triceps ve suprailiak) ölçüldü. DKK'nin çalışma grubunun %85'in üzerinde olma durumunun YKB ya da HT görülme oranlarına etkisi lojistik regresyon ile değerlendirildi ve odds oranı ile %95 güven aralıkları hesaplandı. Karıştırıcı faktörler kontrol edilerek DKK yüksek olma durumunun hem sistolik hem diastolik hem de genel yüksek kan basıncı ve hipertansiyon olma sıklığı üzerine etkisi çoklu lojistik regresyon analizi ile incelendi.

Bulgular: Çalışmaya daha önce belirlenen okulda okuyan 12-13 yaşlarında kız ve erkek 544 öğrenci dahil edildi. Erkeklerin %25,4'ü fazla kilolu, %16,8'i obez, kızların %25,4'ü fazla kilolu, %9,4'ü obez olarak saptandı. Katılımcıların %12,7'sinde yüksek kan basıncı, %14,9'unda evre 1 hipertansiyon, %2,6'sında evre 2 hipertansiyon saptandı. DKK ölçümleri 85 persentilin üzerinde olan çocuklarda yüksek kan basıncı ve hipertansiyon bulunma olasılığının arttığı saptandı. Deri kıvrım kalınlığı ölçümlerinin kan basıncı yüksekliği ile pozitif ilişkisinin çocuğun yaşı, yaşa göre boy z skoru ve anne-baba yaşı kontrol edildiğinde de kızlarda tüm ölçümlerde devam ettiği görülürken erkeklerde bu ilişki sadece suprailiak DKK ölçümünde saptandı.

Sonuç olarak, DKK ölçümleri ile hipertansiyon arasında cinsiyete bağlı bir ilişki vardır.

Anahtar Kelimeler: adolesan, kan basıncı, deri kıvrım kalınlığı, obezite



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-130

Bilateral Tüp Ligasyonu Ve Menopoz Yaşı İlişkisi

Sevcan Arzu Arınkan¹, Fisun Vural¹

¹Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

AMAÇ: On iki ay boyunca vaginal kanamanın kesilmesi durumunda menopoz tanısı düşünülmelidir. Tanı, yüksek FSH seviyesi, vazomotor semptomların varlığı ve/veya menstruel siklüsteki değişiklikler ile konulur.

Menopozun ortalama yaşı dünya çapında 49 ile 52 arasındadır. Erken menopoz önemli bir halk sağlığı sorunudur. Sebep ne olursa olsun, doğal menopozun ortalama yaşından önce bir yaşta menopoz yaşayan kadınların erken morbidite ve mortalite riski taşıdıkları düşünülmektedir. Kırkbeş yaşından önce menopoz yaşayan ve hormon tedavisi almayan kadınlarda risk faktörleri artar. Uzun süreli sağlık riskleri erken ölüm, kardiyovasküler problemler, nörolojik hastalık, osteoporoz ve bozulmuş cinsel fonksiyondur.

Menopoz zamanını etkileyen çeşitli genetik, hormonal ve çevresel pekçok faktör vardır. Overlerin beslenmesi başlıca overyan arterden olmaktadır ancak sekonder olarak uterin arterden gelen kollateral dallarla ile de beslenme sağlanmaktadır. Bu sebeple histerektominin over fonksiyonu üzerindeki olası negatif etkisi ve özellikle de over fonksiyonunun erken kaybına sebep olabileceği düşünülmektedir.

Biz de bu çalışmamız ile bilateral tüp ligasyonu olan ve olmayan kadınlar arasında ortalama menopoz yaşı açısından fark olup olmadığını araştırmayı amaçladık.

YÖNTEM: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi menopoz polikliniğine Ocak 2019- Temmuz 2019 tarihlerinde başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden menopozda olan 300 kadın dahil edildi. Tüm hastalara rutin olarak anamnez, fizik muayene ve ultrason muayenesi yapıldı. Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanıldı.

BULGULAR: Çalışmaya yaşları 39 ile 90 yaş arasında değişmekte olan toplam 300 kadın dahil edildi. Yaş ortalaması 56,4±8,2 yıl, parite ortalaması 3±1,7'dir. En küçük menopoz yaşı 29, en büyük ise 58'dir. Ortalama menopoz yaşı ise 47±5 yıldır. Kadınların %51,3'ü (n=154) ilköğretim, %11,3'ü (n=34) üniversite mezunu iken %14,3'ü (n=43) hiç eğitim almamıştır. Sigara kullanım oranı ise %26,7 (n=80)'dir. Erken menopoz oranı %25,7 (n=77) olmakla birlikte erken menopoz olan olguların %44,7'sinde (n=34) ailede 1. dereceden akrabalarında erken menopoz öyküsü mevcuttur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p= 0,000). Erken menopoz olan kadınların %41,6'sı (n=34) bilateral tüp ligasyonu öyküsü vardı. Erken menopoz ile bilateral tüp ligasyonu öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamadı (p=0,217). Bilateral tüp ligasyonu olan kadınların ortalama menopoz yaşı 46,8±4,8



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI

KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

yıl iken bilateral tüp ligasyonu olmayan kadınlarınki $46,9 \pm 5,1$ yıldır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,831$).

SONUÇ: Fallop tüpleri üzerinde yapılan cerrahilerde over kanlanması ve invazyonunun etkilenmesi sebebiyle over rezervi üzerinde negatif etki oluşabileceği düşünülmektedir. Bizim çalışmamızda bilateral tüp ligasyonu olan ve olmayan olgular arasında ortalama menopoz yaşı açısından bir fark saptanmadı. Salpenjektominin over rezervi üzerindeki sonuçları ise tartışmalıdır. Bu konuda daha kapsamlı prospektif çalışmalar yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar kelimeler: Menopoz; Tüp ligasyonu; Erken menopoz; Menopoz yaşı



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-131

Maternal Aneminin ve Gravida Sayısının Plasenta Ağırlığı ve Çocuk Ağırlığına Etkileri

Nurdan Tekgöl

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği,
ÇİDEM Ergen Sağlığı Ünitesi

Giriş: Bu çalışmada maternal anemi ve gravida sayısının plasenta ve çocuk ağırlığına olası etkilerini araştırmak amaçlanmıştır. Çalışma Kasım 1997- Haziran 1998 tarihleri arasında İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisine doğum eyleminin başlaması nedeniyle başvuran term gebeler üzerinde yürütülmüştür.

Materyal ve Yöntem: Herediter kan hastalığı, sistemik hastalık, hemorajik diatezi olmayan, sürekli kan kaybına yol açabilecek gastrointestinal sistem hastalığı bulunmayan, üçüncü trimester kanaması olmayan, erken membran rüptürü olmayan, hemolitik anemi ve Rh uyumsuzluğu olmadığı laboratuvar tetkikleri ile kanıtlanmış 68 gebe çalışmaya dahil edilmiştir. Gebelerden doğumun 1. evresinde venöz kan örneği alınarak hemoglobin değerleri ölçülmüş, doğumdan sonra çocuk ve plasenta ağırlıkları tartılmıştır. Anemi sınırı olarak hemoglobin değeri 10 gr/dl kabul edilmiştir.

Bulgular: Yaş ortalaması 27.4 yıl olan gebe grubumuzda anemi insidansı %27 olarak saptandı. Maternal anemi ile plasenta ağırlığı arasında R değeri negatif 0.23 olan zayıf bir korelasyon, plasenta ağırlığı ile çocuk ağırlığı arasında ise R değeri 0.65 olan kuvvetli bir pozitif korelasyon bulundu.

Sonuç: Maternal aneminin çocuk ağırlığı ve plasenta ağırlığı üzerinde önemli bir etkisi olmadığı, ancak aneminin multipar gebelerde %31.8 ve primipar gebelerde %8.3 oranları ile önemli bir antenatal sorun olduğu bulunmuştur.

THE EFFECT OF MATERNAL ANEMIA AND NUMBER OF GRAVIDA TO THE PLACENTA WEIGHT AND CHILD WEIGHT

ABSTRACT

Introduction: The aim of this study was to investigate the possible effects of maternal anemia and gravida on placenta and child weight. The study was carried out between November 1997 and June 1998 in İzmir Atatürk Training and Research Hospital 2nd Obstetrics and Gynecology Department.

Material and Method: 68 pregnant women with hereditary blood disease, systemic disease, hemorrhagic diathesis, non-gastrointestinal system disease that could lead to continuous blood loss, no third trimester hemorrhage, no premature rupture of membranes, hemolytic anemia and laboratory tests without Rh incompatibility were included in the study. . A venous blood sample was taken from the pregnant women in the first stage of labor and hemoglobin levels were measured.



SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi



ULUSLARARASI

KADIN DOğUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

The hemoglobin value as anemia limit was accepted as 10 g / dl.

Results: Anemia incidence was 27% in our pregnant group with a mean age of 27.4 years. There was a weak correlation between maternal anemia and placental weight with a negative R value of 0.23, and a strong positive correlation between placental weight and child weight with a R value of 0.65.

Conclusion: Maternal anemia has no significant effect on child weight and placental weight, but anemia has been found to be an important antenatal problem with 31.8% in multiparous pregnant and 8.3% in primipara pregnant.



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

SS-132

Çocuk Acil Servisine Başvuran Komplike Febril Nöbeti Olan Çocukların Değerlendirilmesi

Ahmet Ziya Birbilen¹, Selen Hürmüzlü², Selin Taşar³, Halil İbrahim Yakut¹, Emine Dibek Mısırlıoğlu¹

¹Ankara Şehir Hastanesi

²Yozgat Şehir Hastanesi

³Muş Hasköy Devlet Hastanesi

Giriş ve Amaç: Febril nöbet (FN) çocuk acil başvurularının önemli bir kısmını oluşturur. Febril nöbetlerin çoğu kısa süren, kendi kendini sınırlayan, jeneralize tonik klonik vasıfta olan ve aynı gün içinde tekrar etmeyen basit febril nöbet (BFN) şeklinde iken bir kısmı 24 saatte birden fazla tekrarlar, 15dk dan uzun sürer veya fokal nöbet vasfında olur ve komplike febril nöbet (KFN) olarak tanımlanır. KFN geçirmiş hastaların değerlendirilmesinde en önemli basamak santral sinir sistemi enfeksiyonu ekartasyonu olduğundan hastaların tetkik süreci uzun ve kapsamlı olmaktadır. Bu çalışmanın amacı çocuk acilde KFN nedeniyle değerlendirilmiş hastaların demografik, klinik ve laboratuvar özelliklerini ortaya koymak, bu hastalarda lomber ponksiyon (LP), EEG ve kranial görüntüleme sıklığı ile klinik sonuçlar arasındaki ilişkiyi belirlemektir.

Yöntem: Çalışmaya 1 Ocak 2016-1 Temmuz 2018 tarihleri arasında acile servise febril nöbet geçirerek başvuran hastalar taranarak KFN tanımını karşılayan hastalar dahil edildi. Hastaların demografik bilgileri, nöbet şekli ve süresi, ateş odağı, derecesi ve süresi, fizik muayene bulguları gibi klinik özellikleri; laboratuvar parametreleri, lomber ponksiyon ve kranial görüntüleme sıklığı-sonuçları, anti epileptik ve antibiyotik başlama durumu bunların arasındaki ilişki değerlendirildi. Çalışma retropektif olarak yürütüldü. Hastalara ait verilere hastane otomasyon sisteminden ulaşıldı.

Bulgular: Acil servise 1 Ocak 2016- 1 Temmuz 2018 tarihleri arasında başvuran 353.377 hasta arasından 1152 (%0.32) hastanın FN geçirdiği, 113 (%9.8) hastanın da KFN tanımını karşıladığı görüldü. Hastaların 68'i (%60.8) erkek, ortalama yaşı 23.8±14.3 aydı. 40 (%35.4) hastanın özgeçmişinde FN geçirme, 42 (%37.1) hastanın ailesinde FN öyküsü vardı. 50 hastanın (%44.2) 24 saatten kısa süredir, 29 hastanın (%25.7) 24 saatten uzun süredir ateşi vardı. 34 (%30.1) hastanın ise ateş süresi bilinmiyordu.

Hastaların 85'i (%75.2) nöbetin 24 saat içinde tekrarlaması, 25'si (%22.1) nöbet süresinin 15 dakikadan uzun sürmesi, 3(%2.7)'ü sadece fokal nöbet geçirmesi nedeniyle KFN kabul edildi. Hastaların 89'u (%78.8) jeneralize tonik klonik tipte 8'i (%7.1) fokal nöbet, 5'i (%4.4) tonik nöbet, 5'i (%4.4) atonik nöbet 6'si(%5.3) diğer türlerde nöbet geçirmiş olduğu saptandı. KFN hastalarının 31'ine (%27.4) LP yapıldı. 3 (%9.6) işlem travmatik oldu. 1 hastada kontaminasyon düşünülen iki farklı türde bakteri kolonisi üremesi oldu. Diğer BOS kültürlerinde üreme olmadı. 46 (%40.7) hastaya kranial görüntüleme yapıldı.

Görüntülemelerin 8'i (%17) hastaya bilgisayarlı tomografi (BT), 38'i (%84) manyetik rezonans görüntüleme (MRG) olduğu, 1 (%2.2) hastaya hem MRG hem BT çekildiği görüldü. 3(%6.5) hastada



ULUSLARARASI
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

nöbete sebep olabilecek patolojik bulgu (ensefalit, fibrom, venoz malformasyon) tespit edildi. 66 (%58.4) hastaya EEG yapıldı. EEG çekilenlerin 10'unda (%15.1) epileptiform bozukluklar saptandı. KFN hastalarından 40'ına (%35.4) antiepileptik tedavi başlandı.

Sonuç: Febril nöbet hastalarının küçük bir kısmını KFN hastaları oluşturur. Ancak KFN hastaları kapsamlı tetkik gerektirmeleri ve uzun izlem ihtiyacı nedeniyle acil servisler açısından önemlidirler.

KFN hastalarının değerlendirme sürecinde santral sinir sistemi enfeksiyonunu dışlamak çok önemli bir noktayı oluşturmaktadır. Hastada uzun süren post-iktal dönem, bilinç değişikliği veya nörolojik muayenede anormal bulgular gibi santral sinir sistemi enfeksiyonu telkin edecek bulguların varlığında LP yapılması klinik gerekliliktir. Ancak her hasta grubunda olduğu gibi komplike febril nöbeti olan hastalarda da klinik karar sadece laboratuvar bulgularına göre verilmemeli her hasta kendi özelinde LP, EEG veya görüntüleme endikasyonları açısından tartışılmalıdır. Böylelikle acilde hastaların klinik yönetimlerinde hastaya zarar vermeden endikasyon dışı tetkiklerin ve uzun izlem sürelerinin önüne geçilebilir.

SS-133

The Outcome of Fetal Intra-abdominal Vein Varixes in a Tertiary Center

Salim Sezer

Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş - Amaç: To investigate the outcome of fetuses with fetal umbilical vein varix

Yöntem - Gereçler: We represent a retrospective analysis of 14 pregnant woman diagnosed with fetal intra-abdominal umbilical vein varix (FIUVV) between December 2014 and December 2018. This study was conducted in Sağlık Bilimleri University, Kanuni Sultan Süleyman Teaching and Research Hospital. When a fetus is diagnosed with FIUVV a detailed fetal ultrasound and fetal echocardiography is performed. We performed continuous ultrasound and cardiotocographic monitoring, from admission to the delivery.

Bulgular: A total of 14 fetuses were diagnosed as fetal intra-abdominal umbilical vein varix. Maternal average age was 28.5 and the average of gestational age at the time of diagnosis was 27 weeks. 5 out of 14 fetuses had additional ultrasound abnormalities with a % 35 rate (table 1). Termination of pregnancy was offered to a patient with sacral agenesis but the family did not accept the termination. All fetuses survived until birth.

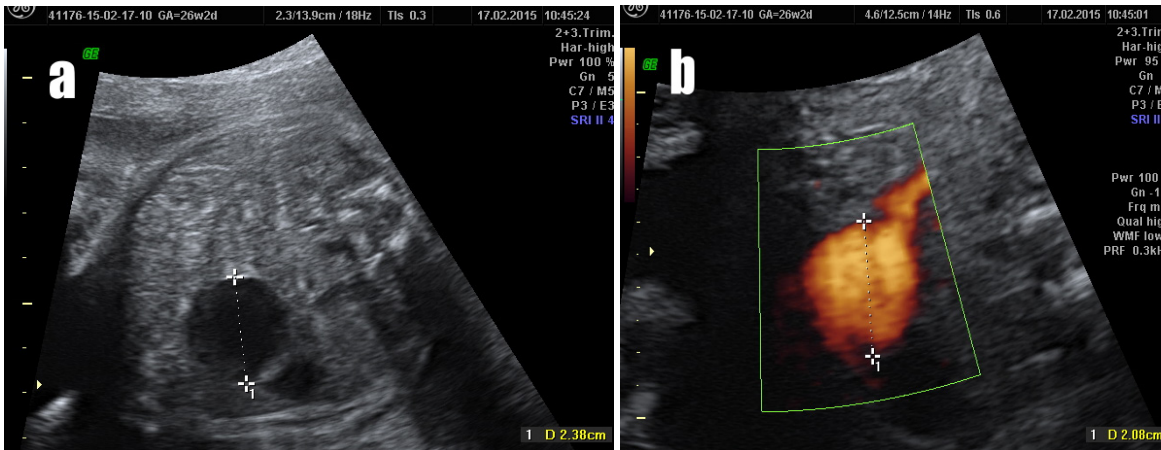


Figure 1: An intra-abdominal umbilical vein varix. a: b mode, b: varix is highlighted on power Doppler



ULUSLARARASI KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI KONGRESİ

Table 1: Characteristics of cases of fetal intra-abdominal umbilical vein varix

Patient no	age	Gestational age (weeks)	Associated findings	UV diameter
1	28	28	Shortened long bones	11,5
2	35	29	isolated	9,8
3	31	32	Dv agenesis, IUGR	9,4
4	19	28	isolated	10
5	23	21	isolated	11,3
6	34	26	Isolated	9,6
7	24	24	Sacral agenesis, PLSVC	10,4
8	37	26	isolated	10,5
9	20	23	hydroureteronefrosis	12,2
10	28	31	isolated	23,8
11	32	30	isolated	10,6
12	36	28	Mild ventriculomegaly	9,2
13	27	26	Isolated	12,4
14	25	27	isolated	11

Dv: Ductus Venosus, IUGR: intrauterine growth restriction, PLSVC: persistent left superior vena cava.

Sonuç Fetal intra-abdominal umbilical vein varix (FIUVV) is a rare congenital malformation characterized by focal dilatation of the umbilical vein with a diameter of greater than 9 mm. It is an anechoic oval-shaped mass that mimicking a cyst so a characteristic flow of vein or a turbulent flow appearance with color Doppler will be helpful for diagnosis.

In a meta-analysis of 17 studies with a total 167 patients, the mortality rate of isolated FIUVV is % 4,8. (1). Unlike this study, E di Pasquo at al. published a meta-analysis and demonstrated that isolated FIUVV is not associated with fetal mortality. (2) % 19 of the FIUVV cases have additional sonographic abnormalities and in this non-isolated group intrauterine fetal demise rate is % 7 so a detailed fetal anatomic assessment is mandatory.

In this study if FIUVV is not isolated the prognosis is variable due the the associated abnormalities, if the condition is isolated, prognosis is favorable.

Keywords: prenatal diagnosis, umbilical vein varix, congenital abnormalities

Kaynaklar:

1- Beraud, E., Rozel, C., Milon, J., & Darnault, P. (2015). Umbilical vein varix: Importance of ante-and post-natal monitoring by ultrasound. *Diagnostic and interventional imaging*, 96(1), 21-26. di Pasquo, E., Kuleva, M., O'gorman, N., Ville, Y., & Salomon, L. J. (2018). Fetal intra-abdominal umbilical vein varix: retrospective cohort study and systematic review and meta-analysis. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 51(5), 580-585

Organizasyon Sekretaryası



Rubikon Turizm Organizasyon
Nispetiye Caddesi Peker Sokak Peker Apt.
No:3 Kat:3/7 Etiler – Beşiktaş / İstanbul
Tel: 0212 288 55 32(pbx)
Faks: 0212 288 55 62
E-mail: info@rubikonturizm.com
www.rubikonturizm.com