

www.taeder2022.org

# TAEDER

## Multidisipliner Güz Akademisi

Aile Hekimleri, Pediatri Hekimleri,  
Dahiliye Hekimleri'nin katılımları ile



“PEDIATRİDEN GERİATRİYE  
HER YAŞTA SAĞLIK”

1 - 4 KASIM  
2022  
ELEXUS RESORT HOTEL, K.K.T.C.



BİLDİRİ ÖZETLERİ KİTABI



# TAEDER Multidisipliner Güz Akademisi

Aile Hekimleri, Pediatri Hekimleri, Dahiliye Hekimleri'nin Katılımları ile



**"PEDIATRİDEN GERİATRİYE HER YAŞTA SAĞLIK"**

## İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	3
KONGRE DÜZENLEME KURULU	4
BİLİMSEL PROGRAM	5
KONUŞMA ÖZETLERİ	9
SÖZLÜ BİLDİRİLER	61

**Değerli Meslektaşlarımız,**

Bu yıl 1-4 Kasım 2022 tarihleri arasında KKTC Elexus Resort Hotel'de gerçekleştireceğimiz Multidisipliner Güz Akademisi'nde siz değerli meslektaşlarımızı aramızda görmekten büyük bir onur, mutluluk ve heyecan duymaktayız.

Günümüzde, yaşam biçiminin sağlığı önemli ölçüde etkilediği ve sağlıklı yaşam biçimi değişiklikleriyle pek çok kronik hastalıkta morbidite ve mortalitenin azaltılabildiği bilinmektedir. Anne karnından başlayarak çocuğun sağlığının şekillendirilmesinin hem kişinin erişkinlik döneminin hem de gelecek nesillerin sağlığının en önemli belirleyicisi olduğu bilinmektedir. Bireyleri geleceğe ruhsal ve fiziksel yönden daha sağlıklı ulaştırabilmenin hekim olarak en önemli sorumluluklarımızdan biri olduğu bilinciyle bu kongremizde "Pediatriyen Geriatriye Her Yaşta Sağlık" teması işlenmektedir.

Kongremizde, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İç Hastalıkları, Göğüs Hastalıkları, Kardiyoloji, Enfeksiyon Hastalıkları ve Aile Hekimliği branşlarında günlük pratikte sıklıkla karşılaştığımız akut ve kronik hastalıkların tanı, tedavi ve takip süreçleri ile ilgili konuların güncellenmesine katkı sağlamayı amaçlamakla birlikte, sağlığın geliştirilmesinde bireyin sağlıklı olmasını etkileyen/belirleyen, kolaylaştırıcı veya zorlaştırıcı çevresel, sosyal ve ekonomik faktörleri de tartışmayı amaçlamaktayız.

Siz değerli hekimlerimiz tarafından özenle seçilip titizlikle hazırlanmış bildiriler ve klinik uygulamalar sırasında karşılaştığınız ilginç öğretici vakalar ile kongremizin bilimsel yönünün güçleneceği inancıyla poster ve bildirimlerinizi beklemekteyiz.

Türk Pediatri Kurumu'nun da destekleri ile birlikte bilgi ve deneyimlerimizi paylaşacağımız, dostluklarımızı pekiştireceğimiz kongremize, bundan önce olduğu gibi desteklerinizi ve katkılarınızı bekler TAEDER olarak saygılarımızı sunarız. Kongreye göstereceğiniz ilgi için şimdiden teşekkür ederiz.

Keyifli bir bilimsel ortamda hep birlikte güzel bir kongre geçirmeyi diler, hep birlikte bu güzel mevsimde KKTC'de görüşmekten mutluluk duyarız.

Saygılarımızla,

**Prof. Dr. Ozan ÖZKAYA**

**Kongre Başkanı**

**Prof. Dr. Şirin GÜVEN**

**Kongre Eş Başkanı**



## KURULLAR

### **Kongre Başkanları**

Prof. Dr. Ozan ÖZKAYA

Prof. Dr. Şirin GÜVEN

### **Kongre Düzenleme Kurulu**

Prof. Dr. Tevfik ECDER

Prof. Dr. İsmet TAMER

Prof. Dr. Nurdan URAŞ

Prof. Dr. Dilek ARMAN

Prof. Dr. Ömer Faruk BEŞER

Doç. Dr. Kenan BARUT

Doç. Dr. Nil TEKİN

Dr. Selami BÜLÜN

Dr. Hüseyin AYDIN

*Kongre düzenleme kurulu sıralaması unvanlara göre gerçekleştirilmiştir*



## BİLİMSEL PROGRAM

## 1 KASIM 2022 -SALI KURS PROGRAMI

## A Salonu

## Beslenme ve Doğum Sonrası Bakım Kursu

13.00-13.30	<b>Açılış</b> <b>Ozan Özkaya</b> Kongre Başkanı <b>Şirin Güven</b> Kongre Eş Başkanı
	<b>DOĞUM SALONUNDA YENİDOĞAN</b> Kurs Başkanları: <b>Nurdan Uraş, Şirin Güven</b>
13.30-14.00	Doğum odasında ve doğum sonrası yenidoğanın bakımı ve yönetimi <b>Serpil Tanrıverdi</b>
14.00-14.30	Yenidoğan taramaları <b>Nevin Uygur</b>
14.30-15.00	Kahve Molası
	<b>YENİDOĞAN BESLENMESİ VE MİKROBİYOTA</b> Başkanlar: <b>Nevin Uygur, Serpil Tanrıverdi</b>
15.00-15.30	Emzirme danışmanlığı ve emzirmede sık karşılaşılan sorunlar <b>Nurdan Uraş</b>
15.30-16.00	Erken dönem mikrobiyota modülasyonu <b>Şirin Güven</b>
16.00-16.15	Sonuç ve Kapanış

**2 KASIM 2022 -ÇARŞAMBA BİLİMSEL PROGRAM**

A SALONU	
08.45-09.00	<b>AÇILIŞ</b> <i>Ozan Özkaya Kongre Başkanı</i>
09.00-09.30	<b>Tıp Tarihi ve Etik</b> <i>Kadircan Keskinbora</i>
	<b>Uzmanına Danışalım</b> <b>Oturum Başkanları:</b> <i>Şirin Güven, Ahmet Sami Yazar</i>
09.30-10.00	<b>Fe eksikliği anemisi</b> <i>Tiraje Celkan</i>
10.00-10.45	<b>Uydu Sempozyumu</b> <b>Oturum Başkanı:</b> <i>Tevfik Ecdar</i> <b>B12 Vitamini: Yokluğu da fazlası da dert</b> <i>Tiraje Celkan</i>
10.45-11.00	Kahve Molası
	<b>Uzmanına Danışalım</b> <b>Oturum Başkanı:</b> <i>Canan Seren</i>
11.00-11.30	<b>Approach to the child with developmental delay</b> <i>Colleen Kraft</i>
11.30-12.00	<b>İnek sütü alerjisi</b> <i>Esra Polat</i>
12.00-13.30	Öğle Yemeği
13.30-14.15	<b>Uydu Sempozyumu</b> <b>Oturum Başkanı:</b> <i>Ozan Özkaya</i> <b>Klinikte ekstra fark yaratan mineral: magnezyum</b> <i>Belma Doğan Güngen</i>
	<b>Geriatrik Popülasyonda Diz ve Kalça Artrozunun Yaşam Kalitesine Etkisi ve Tedavi Planlaması ?</b> <b>Oturum Başkanları:</b> <i>İsmet Tamer, Nil Tekin</i>
14.15-14.45	<b>Ameliyat edelim?</b> <i>Haluk Çabuk</i>
14.45-15.15	<b>Hayır, ameliyat etmeyelim</b> <i>Berna Tander</i>
	<b>Uzmanına Danışalım</b> <b>Oturum Başkanı:</b> <i>Haluk Çabuk</i>
15.15-15.45	<b>Çocuklarda sık görülen ortopedik sorunlar</b> <i>Fuat Bilgili</i>
15.45-16.05	Kahve Molası
	<b>Uzmanına Danışalım</b> <b>Oturum Başkanı:</b> <i>Canan Seren</i>
16.05-16.35	<b>Yaşama sağlıklı başlamanın basamakları</b> <i>Nurdan Uraş</i>
16.35-17.05	<b>Obez bağırsak mikrobiotası ve sonuçları: Çözüm akdeniz diyeti olabilir mi?</b> <i>Murat Baş</i>
17.05-18.00	<b>Sözlü Bildiri Oturumu</b> <b>Oturum Başkanları:</b> <i>Dilek Arman, Manolya Kara</i> <b>S-01 6678, S-02 3516, S-03 7756, S-04 7379, S-05 5463</b>

**3 KASIM 2022 - PERŞEMBE BİLİMSEL PROGRAM**

A SALONU	
	<b>Uzmanına Danışalım</b> <b>Oturum Başkanları:</b> <i>Berna Tander, Adil Can Güngen</i>
09.00-09.30	<b>Toplumsal eğilimler ve akılcı antibiyotik kullanımı</b> <i>Dilek Arman</i>
09.30-10.00	<b>Pediatriden geriatriye ağrı yönetimi</b> <i>Kader Keskinbora</i>
10.00-10.45	<b>Uydu Sempozyumu</b> <b>Moderatör:</b> <i>Nurdan Uraş</i> <b>Omega 3 ile sağlıklı başlangıç, sağlıklı gelecek</b> <i>Canan Seren</i>
10.45-11.15	<b>Kahve Molası</b>
11.15-12.00	<b>Uydu Sempozyumu</b> <b>Oturum Başkanları:</b> <i>Şaban Sarıkaya, Ozan Özkaya</i> <b>Olgularla tartışalım: Bezlenmekten başka çare yok mu?</b> <b>Çocuklarda çözüm önerileri</b> <i>Ozan Özkaya</i> <b>Erişkinlerde çözüm önerileri</b> <i>Şaban Sarıkaya</i>
12.00-13.30	<b>Öğle Yemeği</b>
	<b>Oturum Başkanı:</b> <i>Ozan Özkaya</i>
13.30-13.50	<b>Professionalism</b> <i>Khalaf Gargary</i>
13.50-14.35	<b>Uydu Sempozyumu</b> <b>Oturum Başkanı:</b> <i>Murat Sütçü</i> <b>Üst solunum yolları enfeksiyonları ve öksürük tedavisinde alternatif yaklaşım</b> <i>Manolya Kara</i>
14.35-14.55	<b>Kahve Molası</b>
	<b>Uzmanına Danışalım</b> <b>Oturum Başkanı:</b> <i>Canan Seren, Esra Polat</i>
14.55-15.25	<b>Çocuklarda idrar yolu enfeksiyonu</b> <i>Cengiz Candan</i>
15.25-15.55	<b>Olgularla çocuklarda kas eklem ağrısına yaklaşım</b> <i>Ozan Özkaya</i>
	<b>Çocuklarda sık görülen sorunlar</b> <b>Oturum Başkanı:</b> <i>Manolya Kara</i>
15.55-16.25	<b>Çocuklarda kırmızı bayraklar</b> <i>Ahmet Sami Yazar</i>
16.25-16.55	<b>Döküntülü Hastalıklar</b> <i>Murat Sütçü</i>
16.55-17.25	<b>Hipotonik infant</b> <i>Gülcan Akyüz</i>
17.25-17.55	<b>Erken ergenliğe yaklaşım</b> <i>Hilal Sekizkardeş</i>
17.55-18.30	<b>Sözlü Bildiri Oturumu</b> <b>Oturum Başkanları:</b> <i>Murat Sütçü, Ruhan Özer</i> <b>S-06 8320, S-07 3612, S-08 4933, S-09 4359</b>

**4 KASIM 2022 -CUMA BİLİMSEL PROGRAM**

A SALONU	
	<b>Birinci Basamakta Sık Görülen Sorunlar</b> Oturum Başkanları: İsmet Tamer, Nil Tekin
08.30-09.00	<b>Yaşlı hastanın beslenme sorunlarına yaklaşım</b> Nil Tekin
09.00-09.30	<b>Erişkin hipertansif hastanın yönetimi</b> Tefik Ecder
09.30-10.00	<b>Diabetik hastanın yönetimi</b> Kubilay Ükinç
10.00-10.30	<b>Tiroid bozukluklarına yaklaşım</b> İsmet Tamer
10.30-11.00	Kahve Molası
	<b>Uzmanına Danışalım</b> Oturum Başkanları: Tefik Ecder, Murat Sütçü
11.00-11.30	<b>Çocuk beslenmesinde yanlışlar ve doğrular</b> Ruhan Özer
11.30-12.00	<b>Ateşli hastaya yaklaşım</b> Dilek Arman
12.00-12.30	<b>KAPANIŞ</b>



**TAEDER**

**Multidisipliner Güz Akademisi**

Aile Hekimleri, Pediatri Hekimleri, Dahiliye Hekimleri'nin Katılımları ile

1 - 4 KASIM  
2022



**"PEDIATRİDEN GERİATRİYE HER YAŞTA SAĞLIK"**

# KONUŞMA ÖZETLERİ



## HASTA ÇOCUKTA KIRMIZI BAYRAKLAR

Doç Dr Ahmet Sami Yazar

VM Medicalpark Pendik Hastanesi

Hasta çocuklarda acil durumları bilmek tüm doktorlar için elzem bir durumdur. Bu sunumda hasta çocuklardaki önemli ve acil durumlar irdelenmiştir. Hasta bebeği veya çocuğu tanımak için ayrıntılı öykü alınması ve sistemik muayene gereklidir. Çocuklar küçük yetişkinler değildir.

Hasta çocuğun değerlendirmesinde çocuk değerlendirme üçgeni kullanılır:

- Appearance:** (Görünüm) Çocuğun çevre ile etkileşimi, Avutulabilirlik, Bakış, Konuşma, Gözle ilişki kurma, Uygun konuşma veya ağlama, Kas tonusunu içeren (**ÇABUK** sınıflaması) kullanılabilir.
- Breathing:** (Solunum Çabası) Anormal hava yolu sesleri, anormal pozisyon (duruş), çekilmeler, burun kanadı solunumu, siyanoz olup olmaması kontrol edilir.
- Circulation:** (Dolaşım) Solukluk, soğukluk, aşırı terli cilt, benekli ve alacalı cilt görünümü ile değerlendirilir.

Çocuğun hızlı değerlendirmesi bittikten sonra CPR ihtiyacı olup olmadığı değerlendirilir. Eğer varsa **ABCDE** ve acil stabilizasyona geçilir. Yoksa **ikincil değerlendirme** (Öykü, Fizik Muayene) ve sonra **üçüncül değerlendirme** (Laboratuvar ve Görüntüleme) yapılır.

### Ciddi solunum ve dolaşım bozukluğunda kırmızı bayraklar:

Nabız>220/dak, KDZ>2 saniye, Solunum hızı >60/dakika, Hipotansiyon >1 yaş:= 70 + (2X yaş)

### Ateşli Çocukta Kırmızı Bayraklar:

Yaş < 3ay; Ateş <3 ay 38 C; Ateş >3 ay 39.5 C; Toksik görünüm, taşikardi, taşipne, huzursuzluk, WBC< 5000/μL; WBC>15.000/μL , Ateş süresi >4 gün , Ateş odağı olmaması

Ateşli olan çocuk 8-21 gün arası ise Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'ne(YDYBÜ) yatırılır, lomber ponksiyon yapılır, kan; BOS ve idrar kültürü alınarak tedaviye başlanır.

22-28 gün arası ise YDYBÜ'ne yatırılır. WBC>11000 μL, ANC> 4000 μL, Prokalsitonin >0.5 ng/ml ise BOS bakılır.

29-60 gün arası ise hastaneye yatırılır, hemogram, idrar, kan tetkikleri yapılır. Odak yoksa BOS bakılır.

Ateş ile başvuruda ayırıcı tanılar arasında Üst ve alt solunum yolu enfeksiyonları, idrar yolu enfeksiyonları, akut gastroenteritler, sepsis, Kawasaki hastalığı ve menenjit bulunur.

### Karın ağrısı olan çocukta kırmızı bayraklar:

Safralı kusma, ateş, orta hattan uzakta lokalize ağrı, kanlı ishal, değişen bağırsak alışkanlıkları, gece uykudan uyandıran ağrı, idrar ve dışkı ,inkontinansı, sistemik semptomlar.

İnfanıl kolik; ilk 3 ayda en sık görülen fonksiyonel gastrointestinal bozukluktur.

**İnfanıl kolikte kırmızı bayraklar:** Taşipne, taşikardi, dispne, solukluk, siyanoz, bozuk perfüzyon, anormal nörolojik muayene, gelişme geriliği, ateş, zayıf emme, kanlı gaita, fışkırır tarzda kusma ve safralı kusmadır.

### Kusma ile başvuran çocukta kırmızı bayraklar:

Safralı kusma, abdominal hassasiyet, hematemez, fışkırır tarzda kusma, dehidratasyon, şok veya Kafa içi basınç artışı bulguları ile beraber olmasıdır.



Allerjik acillerden gıda allerjisi başlı başına bir halk sağlığı sorunudur. Çocukların yaklaşık %8'ini etkiler, Bu durum erişkinlerin de yaklaşık %10'unu etkileyen bir durumdur. Allerjik çocukların %40'ında çoklu gıda allerjileri görülür. Son 20 yılda gıda ilişkili anafilaksi başvurularının 0-14 yaş arasındaki çocuklarda 3 kat arttığı rapor edilmiştir.

Anafilaksi: Ani olarak (dakikalar-saatler içerisinde) ortaya çıkan deri, mukoza veya her ikisini de tutan belirtilere (yaygın ürtiker, kaşıntı, kızarıklık, dudak, dil veya uvulada ödem) eşlik eden en az biri:

- Solunum sıkıntısı, hışıltı, wheezing, stridor, bronkospazm ve hipoksemi
- Kan basıncında düşme veya uç organ fonksiyon bozukluğu (hipotoni, kollaps, senkop, inkontinans)

Öksürük ateşten sonra en sık görülen şikayettir. Akut öksürük 4 haftadan kısa süren öksürüktür. **Kronik öksürük** 4 haftadan uzun sürer ve **kırmızı bayrakları**:

Anormal oskültasyon bulguları: Astım, bronşit, yabancı cisim aspirasyonu,

Ani başlayan boğulma ile öksürük: Yabancı cisim aspirasyonu

Dispne: Kronik akciğer hastalıkları ya da kardiyak nedenler

Beslenme ile ilişkili: Trakea – ösefageal fistül, Gastro-ösefageal reflü, aspirasyon

Hemoptizi: Süpüratif hastalık, vasküler anormallikler

Gelişme geriliği: Kronik akciğer veya kardiyak nedenler

**Solunum Sisteminde kırmızı bayraklar:**

Hızlı solunum, apne ; hışıltılı solunum, stridor; çekilmeler (subkostal, interkostal, supraklaviküler); mental durum değişiklikleri

Göğüs ağrısı nedenleri: %42 idiyopatik; %36 kas-iskelet sistemi ağrıları; %7 solunumsal; %3 gastro-intestinal sebepler; %10-15 arası psikojenik; %1-5 kardiyak nedenlerdir.

**Göğüs ağrısında kırmızı bayraklar:**

Eforla gelen ağrı; EKG anormallikleri; Pozitif aile öyküsü; stres ve sesle uyarılan senkop; anormal öykü ve kardiyak muayene

Çocuklarda Baş ağrısı: Çocuklarda en sık neden migren ve gerilim tipi baş ağrısıdır. Kronik ilerleyici baş ağrısı araştırılması gereken ciddi baş ağrısı türüdür.

**Baş ağrısında kırmızı bayraklar:**

Uykudan uyandıran baş ağrısı; anormal veya fokal nörolojik belirti ve semptomlar; ilk ve çok şiddetli başlayan akut baş ağrısı; 6 yaşından küçük çocuklarda baş ağrısı; baş ağrısının seyrinin kötüleşmesi; pozisyonel ve ıkmına ile artan baş ağrısı, Baş ağrısının karakterinin değişmesi; Sistemik belirtiler ile olan baş ağrısı.

**Döküntülü hastalıklarda kırmızı bayraklar:**

Deride soyulma; peteşi ve veya purpura, ürtiker (solunum sıkıntısı ile) ; ateş ve sistemik bulgular ile olması

Döküntülü hastalıklarda kaçırılmaması gereken tanılar: Meningokokal septisemi, Henoch-Schönlein Purpurası; İdiyopatik trombositopenik purpura; Lösemi; Anafilaksi; Toksik şok sendromu; Kawasaki hastalığı



### OMEGA-3 İLE SAĞLIKLI BAŞLANGIÇ - SAĞLIKLI GELECEK

**Prof. Dr. CANAN SEREN**

*Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Neonatoloji Bilim Dalı*

Bebeğin anne karnında geçirdiği 280 güne, ilk iki yaştaki günler eklendiğinde çocuk sağlığı için sihirli sayımız olan **"İlk 1000 gün"**e ulaşırız. İlk 1000 gün sağlığın anne karnında başlayan bir süreç olduğunu, sağlıklı bireyler için bu dönemden başlayarak planlama yapılması gerektiğini anlatan bir kavramdır. İlk 1000 gün kimine göre bir fırsat, kimine göre duyarlılık penceresidir. Bu dönemde çocuk hekimleri olarak bizi umutlandıran düşünce, özellikle beslenmede yapılan iyileşmenin epigenetik değişikliklerle daha sağlıklı ve çocukluk ve erişkinlikle sonuçlanma umududur. Bu konuşmada ilk 1000 günde omega-3 desteği konusundaki son bilgiler paylaşılacaktır:

Anne karnında bebeğin beyni inanılmaz bir değişim geçirir:

Nörogenez hızı dakika 100 bin hücredir. 3. trimesterde dakikada 40 bin sinaps, saniyede 1 milyondan fazla yeni nöral bağlantı oluşur!! Bebek yaklaşık 85 milyar nöron, 240 trilyon sinaps ile doğar, kullanılmayan sinapslar ilk yıl içinde hızla kaybolur.

İntrauterin yaşamda beyinde DHA birikimi özellikle son trimesterde çok hızlıdır. 3. trimester hızlı büyüme ve depolama zamanıdır

- DHA birikim hızı: ~45 mg/kg/ gün
- Araşidonik Asit (AA) birikim hızı: ~210 mg/kg/gün
- Prematüre bebekler bu birikimden mahrum olurlar
- Doğumdan sonraki ilk haftada hem DHA hem de AA düzeyleri düşüktür ve bu düzeyler gestasyonel yaşla bağlantılıdır
- Doğumdan sonra bu düşme devam eder

### ANNE SÜTÜ HER BEBEK İÇİN İDEAL BESİNDİR

Yağlar ve çoklu doymamış yağ asitleri (LCPUFA) lar anne sütünün kuru ağırlığında laktozdan sonra ikinci sıradadır ve bebeğin enerji gereksiniminin büyük kısmını karşılar (Toplam yağ anne sütünün %3.9'u, toplam enerji gereksiniminin % 40-50'si). Anne sütünün total yağ içeriği anne diyetinden bağımsız ve sabittir. Ancak yağ asitlerinin oranı annenin beslenmesi, çoğul/sık doğum, sigara, genetik faktörlerle bağlantılıdır. Anne sütü DHA düzeylerini annenin diyeti belirler (%0.2-0.3 ile >%1). Anne sütü AA düzeyleri ise anne diyetinden bağımsızdır ve tüm AS yağlarının 0.4-0.5%'ünü oluşturur

İlk 1000 günde beyin gelişimi çok hızlıdır ve insan beyni vücuduna göre büyüktür. Yenidoğanlarda tüm enerjinin 60-70%'ini beyin kullanır. Anne sütündeki DHA beyin için enerji kaynağından çok yapı taşıdır ve anne sütündeki yüksek düzeyler daha iyi nörogelişim/ görme keskinliği ile bağlantılıdır. Çok düşük doğum ağırlıklı bebekler yetersiz AA ve DHA rezerviyle doğarlar. Bu grup nörogelişimsel açıdan da riskli olduğundan, yağ asidi takviyesi konusunda birçok çalışma yapılmış; düşük DHA düzeylerinin bronkopulmoner displazi (BPD), düşük AA düzeylerinin ise ROP ile bağlantılı olduğu gösterilmiştir. Ancak, beklenmedik olarak tek başına omega-3 desteğinin BPD olgularını arttırdığı da saptanmıştır. Prematüre bebeklere verilen DHA desteği erken dönemde nörogelişimsel sonuçları ve/veya görme



keskinliğini olumlu etkilese de, iki yaş ve sonrasında bu etkiler belirgin değildir.

Anne karnında gelişen bebeğin daha sağlıklı olması için gebelikte ve erken çocuklukta omega-3 desteğiyle ilgili birçok çalışma yapılmaktadır. Çift kör RKÇ bir çalışmada anne gebelikte balık yağı ve D vitamini desteği aldığı anda < 3 yaş çocuklarda krup sıklığının azaldığı gösterilmiştir. Bu çalışmada 736 gebe, 4 gruba ayrılmış ve 24. gebelik haftasından doğumdan sonra 1. hafta sonuna kadar:

- Yüksek doz vitamin D (2,800 IU/gün) ve PUFA içeren balık yağı (2.4 gram),
- Yüksek doz vitamin D ve zeytinyağı
- Standart doz vitamin D (400 IU/gün) ve balık yağı verilmiştir.

Çocuklar üç yaşına kadar izlendiğinde 97 krup vakası saptanmış; zeytinyağı alan grupta oran %17 iken, balık yağı alanlarda %11 olduğu görülmüş ve %38'lik bir azalma saptanmıştır (Brustad N, European Respiratory Society International Congress Barcelona, İspanya, 2022).

Yine Danimarka'da gebelere balık yağı verilmesiyle çocukluk çağı astım olgularında azalma olduğu saptanmıştır (Bisgaard H, NEJM).

Gebelerde düşük omega-3 düzeyleri doğum öncesi/sonrası depresyonuyla bağlantılıdır. Gebelere omega-3 takviyesiyle depresif belirtilerin azaldığı gösterilmiştir. Peripartum depresyon anne-bebek bağlanmasını şiddetle bozan bir durumdur ve annede depresif semptomların azalması bebeğin ruhsal gelişimini olumlu etkileyecektir. Yine, balık yağı kaynaklı omega-3 tüketimiyle erken doğum ve preeklampsinin de azalabileceği gösterilmiştir (Reis G, Nutrients, 2022).

Peki Danimarka, İspanya gibi çok balık tüketen ülkeler bile balık yağı desteği ile ilgili çalışmalar yaparken, ülkemizde gebelerde ve erken çocuklukta balık yağı desteği gerekli midir?

Avrupa'da kişi başına yıllık ortalama balık tüketimi 24 kilo iken Türkiye'de 7 kilodur. Doğu ve Güneydoğu Anadolu'da kişi başı yıllık tüketim yarım kiloya kadar düşmektedir. Hayatında hiç balık yememiş kadın ve çocuklar vardır. Bu nedenle ilk 1000 günde hem annenin hem de bebeğin öncelikle beslenme yoluyla (balığı yiyerek), eğer balığı tüketemiyorsa içeriği belli, güvenilir balık yağlarıyla desteklenmesi yararlı olacaktır.

## Approach to Developmental Delay in Practice

**Dr. Colleen Kraft,**

*Professor of Pediatrics at the Keck School of Medicine, University of Southern California, Children's Hospital Los Angeles.*

### Slide 2. Learning Objectives

1. Recognize that developmental delay is common and why families may not discuss this with you.
2. Identify the history, physical findings, and evaluation of developmental delay in children.
3. Commit to using one screening tool and have one resource for families for referral for developmental delay.

### Slide 3.

We will discuss:

- The Pediatrician Advantage
- Developmental Surveillance and Screening
- Screening tools
- Evaluation of Delay
- Connection to resources

### Slide 4

Pediatricians have:

- Trusted relationship with patients and families
- Longitudinal view of child's development
- Knowledge of local community, including
  - Preschools
  - Schools
  - Therapy Centers

Slide 5: Developmental delay is common and is present in 12-15% of all children, but is usually not the reason families come for the visit

Slide 6: What are the steps to recognizing developmental delay?

- Developmental Surveillance—The "Third Leg" of Pediatrics
- Developmental Screening
- Medical Evaluation when appropriate
- Referral to Therapy Resources
  - Physical Therapy
  - Occupational Therapy
  - Speech/Language Therapy
  - Behavior Therapy and Parent training



Slide 7: We learn developmental milestones of children. The change we need to make in practice is recognizing if our patients are meeting these milestones, even when they come to see us for other reasons—fever, cough, pain, other illness.

Slide 8: Our first patient

- Three years old
- Presents with fever to 39 degrees and cough for three days
- He is in a stroller because he doesn't walk yet
- He has several words, communicates with parents, speech is hard to understand

Slide 9:

Developmental surveillance should happen at every visit. It has five components: Elicit parent concerns; Document developmental milestones, Observe the child, identify risks and protective factors, maintain an accurate record of development over time.

Slide 10:

Next steps, beyond evaluating the acute illness:

- Ask about parent concerns
- Obtain child's Birth history
  - 36 week gestation
  - Difficult delivery
- Family history
  - No other family members with similar symptoms

Slide 11:

Obtain the child's developmental history:

- Was not able to sit independently until 18 month
- Can roll and move about when prone
- Does not pull to stand
- Still needs some head support
- Understands what parents say, difficulty with speech

Obtain the child's medical history:

- Had seizures shortly after birth, none after 12 months
- Was on phenobarbital which was discontinued after 12 months
- Recurrent pneumonia

Slide 12:

What medical workup should be obtained?

- MRI of brain
- EEG
- Chest X-ray
- Consultation with Neurology if abnormality



- Consultation with Pulmonary if abnormality
- Genetics if suspect family history

Slide 13:

Where to refer this child for ongoing care?

- Physical Therapy
  - Strength building
  - Spasticity
  - Adaptive equipment
- Chest physiotherapy
- Speech Therapy
  - dysarthria

Slide 14:

Let's discuss our next patient:

- 28 months old
- Injured his arm after a fall from a tree
- He is very active and often runs away from parents
- Left forearm has mid-shaft swelling and patient is not using it

Slide 15:

What do you find on developmental surveillance?

- Child doesn't make eye contact
- Child isn't acting like his arm is in pain
- His only speech is repeating words that his parents say

Slide 16:

After you treat his arm fracture:

- Parent concerns: this is their first child and they wonder if his development is normal
- Birth and medical history: child was born at term, no medical complications and he is healthy
- He has a cousin with autism and one with intellectual disability

Slide 17:

Child's developmental history:

- No single words by 16 months
- No spontaneous 2-word phrases by 24 months
- Lack of response to name
- Poor coordination of eye gaze with other communicative behaviors (such as gestures)
- Avoids eye contact
- Repetition of words or phrases

Slide 18 and 19:

Developmental screening with an example of the M-CHAT (Modified Checklist of Autism in Toddlers) in Turkish



Slide 20:

What's difference between developmental surveillance, screening, and assessment?

- \* Ongoing developmental surveillance is continued observation of a child over time. It gives you a longitudinal understanding of the child's growth.
- \* Developmental screening is a snapshot of a child at a single point in time. It complements ongoing surveillance. One doesn't replace the other.
- \* The results of a screening may indicate that other, more in-depth assessments, often done by specialists, are necessary.

Slide 21:

DSM-5 Criteria for Autism:

**Persistent deficits in each of 3 areas** of social communication and interactions

**PLUS at least 2 of 4 types** of restricted, repetitive behaviors

- The DSM-5 includes course specifiers that help describe the variation in symptoms of individuals with ASD<sup>2</sup>
- Course specifiers include the presence or absence of intellectual impairment, language impairment, catatonia, and known genetic or environmental etiologic factors<sup>2</sup>

Slide 22:

Medical workup for this child:

- Hearing
- Review growth parameters
- MRI and EEG only if indicated
- Genetic testing?

Slide 23:

Referral for Treatment:

- Local Therapists
  - Behavior
  - Speech and Language
  - Occupational therapy
- Autism Specific Preschools
- Private preschools that serve children with disabilities
- Family Advocates or Advocacy/support groups

Slide 24:

An example of a family support group for kids with autism in Turkey.



## İNEK SÜTÜ ALERJİSİ

ESRA POLAT

İnek sütü protein allerjisi (İSPA), besin allerjisinin infantil dönemde ve 3 yaş altı çocuklarda en sık görülen şekli olup, süt proteinine karşı immun mekanizmalarla tetiklenen bir reaksiyondur. Bu reaksiyon immunoglobulin E (IgE) 'ye bağlı, IgE bağımsız (non-IgE) ya da mikst yollar ile gerçekleşir. IgE aracılıklı reaksiyon atopi, alerjik rinit, astım şeklinde ortaya çıkar. Non-IgE mekanizmalar ile gelişen reaksiyonlar ise esas olarak gastrointestinal tutulum şeklinde karşımıza çıkar. Semptomlar allerjen alımından sonra dakikalar içinde (2 saate kadar) ya da gecikmiş reaksiyon (72 saate kadar) şeklinde ortaya çıkabilir; Prognoz genel olarak iyidir. Tanı semptomatik değerlendirme, tanısal eliminasyon diyeti sonrasında sorumlu antijenin diyetten tekrar sokularak semptomların yeniden ortaya çıkması (oral challenge) ile konur.

Anne sütü alan bebeklerde; annenin diyetinden tüm süt ve süt ürünleri çıkarılır. Anneye kalsiyum desteği verilerek Anne emzirmeye devam etmesi yönünde teşvik edilir. Eğer bebek herhangi bir tamamlayıcı beslenme veya ilaç alıyorsa, bunlar inek sütü proteini içermemelidir. Öykü, hızlı reaksiyonu destekliyorsa maternal eliminasyon diyetinin sadece 3 ila 6 gün sürdürülmesi gerekir. Gecikmiş reaksiyonlardan şüpheleniliyorsa (örneğin, alerjik proktokolit), diyet 14 güne kadar sürdürülmelidir. Semptomlarda gerileme olmaması durumunda inek sütü protein allerjisi dışındaki tanılar açısından yeniden değerlendirilmelidir.

Semptomlar düzelirse, annenin diyetine yeniden inek süt ve ürünleri eklenir (challenge); semptomlar yeniden ortaya çıkarsa tanı doğrulanır. Anne sütü almayan bebeklerde inek sütü bazlı formula ve gıdalardan kaçınılmalı, diğer memeli süt proteinlerini (keçi, koyun, eşek) içeren destekler verilmemelidir. Bu durumda ileri derecede hidrolize formülalar; ciddi semptomların varlığında ise tam hidrolize formülalar tercih edilmelidir. Ek gıdaya geçilme zamanı geciktirilmemelidir. Endüstriyel olarak üretilen soya, pirinç, badem, hindistan cevizi sütü nutrisyonel ihtiyaçları karşılamada yeterli olmadığı için önerilmez.

Bu hastalarda, 1 yaşında yaklaşık %50 oranında, 3 yaşında %75'in üzerinde tolerans gelişir. Özellikle bir yaşı aşan inek sütü protein allerjisi varlığında nutrisyonel destek göz ardı edilememeli, diyetisyen desteği sağlanmalıdır.

## HİPOTONİK İNFANT

## GÜLCAN AKYÜZ

Kasların gerilmeye karşı gösterdiği dirence tonus denir. Çeşitli nedenlere bağlı olarak bu direncin azalmasına ise hipotoni denir. Normal tonusun sağlanması için santral ve periferik sinir sisteminin sağlam olması önemlidir. Fazık tonus:Ekstremiteler kaslarının harekete karşı direncidir. Boyun, sırt, gövde kaslarının pasif harekete karşı direnci (aksiyel) ise postural tonus olarak adlandırılır.

Etiyolojilerine göre genel olarak hipotoniler iki gruba ayrılır;

1.Santral Hipotoni :(%60-80)Belirgin kas güçsüzlüğünün eşlik etmediği (non paralitik grup) hipotonidir.

2.Periferik Hipotoni(%15-30)Belirgin kas güçsüzlüğünün olduğu hipotonidir.

Hipotoni santral sinir sistemi (serebral korteks,bazal ganglionlar, beyin sapı,serebellum, spinal kord) veya periferik sinir sisteminin (ön boynuz hücreleri,periferik sinir, nöromusküler bileşke ve kasların ) hastalıklarına bağlı ortaya çıkabilir.

## HİPOTONİN DEĞERLENDİRİLMESİ

## 1.ÖYKÜ:

Ayrıntılı anamnez alınmalıdır.

İleri anne yaşı, annede sistemik hastalıklar ve (Diyabetes mellitus,epilepsi..)ilaç kullanımı (Antiepileptikler), annede tanısız miyotonik distrofi,anne karnında hareket azlığı, polihidramniyos /oligohidramniyos öyküsü, makat geliş, ,doğum travması, doğumda hipoksi olup olmadığı, canlandırma yapılıp yapılmadığı, apgar skoru yenidoğan döneminde beslenme- solunum problemleri, mekanik ventilasyon ihtiyacı,hipotonin seyri (ilerleyici/statik/daha iyiye gidiyor) sorgulanmalıdır.

Hastanın soygeçmişinde akraba evliliği,ani ölüm,ailede nöromusküler hastalık,anne-baba yaşı not edilmelidir.

## 2.FİZİK MUAYENE

Myopatik yüz görünümü hipotonik infantların çoğunda görülür. Büyük dil /Organomegali depo hastalıklarında, dilde fasikülasyon ön boynuz motor nöron hastalıklarında, pitozis/ekternal oftalmopleji myastenik sendromlarda, katarakt/pigmenter retinopati,renal kistler peroksisomal hastalıklarda,lens dislokasyonu Molibden kofaktör Eksikliği/Sülfid Oksidaz eksikliğini düşündürür. Ayrı Meme Başları konjenital glikolizasyon defektlerini veya lipodistrofileri akla getirmelidir.

Fizik muayene bulgularına dayanarak hipotonin santral mi ,periferik mi olduğu konusunda fikir sahibi olunabilir.

Hastalarda hipotonin değerlendirilmesinde bir takım manevralar bulunmaktadır.

**Traksiyon manevrası:** Supin pozisyonda el bileklerinden tutulup kaldırıldığında sırt, baş ve ekstremitelerin konumuna bakılır.

**Eşarp belirtisi:** Sırt üstü pozisyonda, infantın elinden tutularak vücudun diğer tarafına doğru çekilir. Normalde dirsek gövde orta hattını geçmez.



**Ventral süspansiyon(horizontal asma):** İnfant göğüs ve karın hizasından yere paralel olarak tutulur, ilk 6 haftada kollar ve bacaklar sarkar. 6-16. haftalarda baş omuz ile aynı hizada olmalıdır.

**Axillar süspansiyon:** İnfant koltuk altından tutulup kaldırılır. Hipotonik infantlar elden kayar gibi bacaklar aşağı sarkar.

Fizik muayenede artmış DTR, klonus, ekstansör Babinski yanıtı,normal kas tonusu santral hipotoniye desteklerken, azalmış ya da alınamayan derin tendon refleksi, dilde fasikülasyon, paralitık postür hipotonik bir bebekte periferik hipotoniye destekler.

Konjenital malformasyonlar,deformiteler ve dismorfik bulguların varlığı genetik (sendromik) hastalıklarla (Down Send,Prader Willi Sendromu,Angelman Sendromu, Joubert Sendromu...) beraber olan santral hipotoniye düşündürür.

### 3.ETİYOLOJİK İNCELEME:

Santral hipotonide öyküde SSS hasarı, global gelişim geriliği,mental retardasyon, bilinç değişikliği,e-pilepsi,dismorfik görünüm, mikrosefali, diğer organ malformasyonları, kortikal fisting (Baş parmağın diğer parmaklar tarafından sıkıca sarılması), alt ekstremitelerde çaprazlama hareketi izlenir. Kas gücü genelde normal, DTR artmış veya normal (hayatın ilk günlerinde DTR olmayabilir) ve aksiyal hipotoni (ekstremitelerde korunmuş tonus) ön plandadır.Periferik hipotonide ise azalmış aksiyel ve ekstremitelerde tonusu izlenir.

Ön boynuz hücre tutulumu (SMA)'lı hastalarda jeneralize güçsüzlük, fasikülasyon izlenirken, derin tendon refleksi alınamaz ve hastalar alert ve çevre ile ilgilidir.

Periferik sinir tutulumu olan periferik hipotonide ise Distal güçsüzlük proksimalden belirgin , DTR azalmış veya yok , ± fasikülasyon izlenir.

Nöromusküler bileşke tutulumu var ise göz kapağında düşüklük, göz hareketlerinde bozukluk ve bulber güçsüzlük (beslenme ve solunum problemleri) görülürken DTR normaldir.

Kas hastalığı söz konusu ise güçsüzlük proksimal kaslarda belirgin ,ve DTR azalmıştır.

Artrogripoz'da eklemelerde hareket kısıtlılığı ve kontraktürler görülür.

### YAŞLARA GÖRE SANTRAL HİPOTONİ NEDENLERİ

#### YENİDOĞAN DÖNEMİ

Sistemik hastalık: en sık (KKY, sepsis, hipotiroidi, genetik-metabolik hastalıklar, elektrolit ve glukoz imbalansı, ilaç kullanımı)

#### Sendromik Hipotoni

1. Down sendromu
2. Prader Willi Sendromu: Ağır hipotoni, beslenme güçlükleri, hafif dismorfik özellikler
3. Zellweger Sendromu(Serebrohepatorenal Sendrom) : Ağır hipotoni, HSM, renal kistler, dismorfik özellikler, nöbet, renal kistler
4. Serebral Disjenezi : Şizensefali,Lizensefali,Korpus Kallozum Agenezisi

### SÜT ÇOCUKLUĞU DÖNEMİ

Serebral palsy: Spastisite başlangıcı öncesi birkaç ay gevşek kalıyorlar. (HİE, İVK, PVL, beynin gelişim-



sel malformasyonları, TORCH)

Nörodejeneratif hastalıklar:

GM1 Gangliosidozlar (Tay Sachs/Sandhoff)

GM2 Gangliosidozlar

Canavan Hastalığı

## PERİFERİK HİPOTONİ

### YENİDOĞAN DÖNEMİ

Travma: Doğumla ilişkili spinal kord travması

Neonatal miyotonik distrofi

Neonatal miyasteni: Beslenme problemleri, emme güçlüğü, solunum sıkıntısı

Konjenital miyopati: Santral kor miyopati

### SÜTÇOCUKLUĞU DÖNEMİ PERİFERİK HİPOTONİ

1. SMA TİP 1 (Werdnig Hofman Hastalığı): Çevreyle ilgili, tipik çan göğsü, paradoksal solunum, dilde fasikülasyon, DTR yok
2. İnfantil botulizm
3. Konjenital miyasteni: Apne nedeni
4. Herediter sensorimotor nöropatiler
5. Myopatiler
  - Konjenital Musküler Distrofiler Örn Fukuyama musküler distrofi
  - Mitokondriyal Myopatiler
  - Konjenital Myopatiler (Nemalin Myopati, Myotubuler Myopati)
  - Metabolik Myopatiler (Glikojen Depo Hastalığı tip2 Pompe)

### Santral+Periferik Hipotoni Yapan durumlar

1. Motor ünite hastalığına bağlı asfiksi
2. Konjenital musküler distrofiler
3. Mitokondriyal ensefalomiyopatiler
4. Lökodistrofiler
5. Peroksizomal hastalıklar
6. Nöroaksonal distrofi .....

### LABORATUVAR

Etiyolojinin aydınlatılmasında santral nedenli hipotoni düşünülen olgularda kranial MR/BT ve kromozom analizi öncelikle yapılmalıdır. Kromozom analizi Down Sendromu, delesyon ve duplikasyonlar hakkında bilgi verir. Klinik şüphe duyulan olgularda ise SMA gen analizi yapılmalıdır. Kranial görüntüleme ile serebral disgeneneziler, SSS'i yapısal maformasyonları ve tutulum olan bölgeler gösterilebilir.

Periferik kökenli hipotonilerin aydınlatılmasında metabolik tarama (Tandem mass, kan-idrar aminoasit, idrar organik asit) laktat, pirüvat, amonyak ürik asit, çok uzun zincirli yağ asitleri ,CK öncelikle

bakılmalıdır. Yine EMG nöropatik ya da myopatik tutulumun ayırt edilmesinde ,sinir iletim hızı anormalliklerinin saptanması,motor ünite potansiyellerindeki amplitüd ve konfigürasyon anomalilerinin saptanmasında önemlidir. Tanıda kas biyosisi diğer incelemeler yetersiz olduğunda özel immünohistokimyasal boyalar ve elektron mikroskopisi aracılığıyla tanıya katkıda bulunur.

Spinal Muskuler Atrofi (SMA) tedavisi olan bir periferik hipotoni nedeni olması nedeniyle erken dönemde tanınması ve erken tedavi başlanması çok önemlidir.SMA hastalığı SMN1 geninin 7.ve 8. ekzonunun homozigot delesyonundan kaynaklanır. Heterozigot delesyonlar hastalığa neden olmaz. Her insanda SMN1 geni ile hemen hemen aynı ancak daha az fonksiyonel olan SMN2 geni de bulunmaktadır. SMN2 kopya sayısı insanlar arasında değişiklik göstermektedir vekopya sayısı ne kadar fazla ise hastalığın seyri o derece hafif olmaktadır. Ülkemizde SMA hastalığının görülme sıklığı tam olarak bilinmemekle birlikte yıllık yeni vaka sayısının ortalama 150 civarında olduğu tahmin edilmektedir. Şu anda yaklaşık 3000 civarında hasta SMA tanısı ile izlenmektedir. SMA ülkemizde 2021 Aralık sonu itibari ile taşıyıcı çiftleri belirlemek ve böyle bir durumda genetik danışma vermek amacıyla evlilik öncesi tarama programına alınmıştır. Mayıs 2022 tarihi itibariyle de hastalık yenidoğan tarama programına alınmıştır. Yapılan çalışmalarda erken tanı ve tedavinin hastalığın seyrini önemli ölçüde değiştirdiği gösterilmiştir.

SMA hastalığında sınıflama hastalığın başlangıç yaşı ve klinik bulgulara göre yapılır ve beş gruba ayrılır.

- 1.Tip 0: Hastalık anne karnında başlar, doğumda ventilatör desteği ihtiyacı vardır.Yaşam beklentisi 6 aydan azdır.
- 2.Tip 1 SMA (Werdnig Hofman Hastalığı): İlk 6 ayda bulgu verir desteksiz oturamaz ve yaşam beklentisi 24 ay altındadır.
- 3.Tip 2 SMA: 7-18 ayda tanı alır oturur ama yürüyemez yaşam beklentisi yaklaşık 20-30 yıldır.
- 4.Tip 3 SMA: 18ay-30 yaş arasında tanı alır desteksiz yürür, normal yaşam beklentisi vardır.
5. Tip 4 SMA: 30 yaş üstünde erişkin dönemde izlenir, normal yaşam süresi vardır.

Son yıllardaki tedavi seçenekleri ile SMA hastalığının bu doğal klinik seyri değiştirilmektedir

SMA tedavisinde SMN proteinin ekspresyonunu arttırmak amaçlanır. Bu amaçla günümüzde 3 tip tedavi seçeneği bulunmaktadır.

1. SMN-antisense oligonükleotit(Nusinersen) 2016 yılında FDA onayı aldı. İntratekal uygulanır.
2. Risdiplam (oral tedavi)
3. Gen terapisi (onasemnogene) 2 yaş altındaki SMA tip 1 hastalarda vektör bazlı adeno-associated virüs (AAV) gen terapisi.

## Erken Ergenliğe Yaklaşım

### HİLAL SEKİZKARDEŞ

Puberte kızlarda 8 – 13, ortalama 10 yaş civarında, erkeklerde 9 – 14, ortalama 11,5 yaş civarında başlayan sekonder seks özellikleri olarak adlandırılan fiziksel değişiklikler ve psikososyal gelişimdir.

Puberte kişiden kişiye varyasyon göstermekle birlikte 1.5 – 4 yıl (ortalama 2 – 2.5 yıl) sürer.

Prekoks puberte ise bu belirtilerin kızlarda 8 yaşından önce, erkeklerde ise 9 yaşından önce ortaya çıkmasıdır.

Prekoks pubertenin etiolojisi çok geniş olmakla birlikte, iki ana gruba ayrılabilir.

1. GNRH (Gonadotropin salgılayıcı hormone) bağımlı, diğer adıyla santral prekoks puberte
2. GNRH (Gonadotropin salgılayıcı hormone) bağımsız, diğer adıyla periferik prekoks puberte

Santral prekoks puberte grubunda İdyopatik, beyin tümörleri, serebral palsi, hidrosefali, CNS travma ve enfeksiyonları, radyasyon, hipotalamik hamartoma, subaraknoid kist, nörofibromatoz 1, tüberoz skleroz, septo-optic dysplasia, kisspeptin/kisspeptin reseptör mutasyonları sayılabilir.

Periferik prekoks puberte grubunda, özellikle kız çocukları için, over kistleri, over tümörleri, östrojen salgılayan adrenal tümörleri, McCune Albright Sendromu, eksojen östrojen maruziyeti, Peutz-Jegher sendromu, primer hipotiroidizm ve aromataz fazlalığı sayılabilir.

Periferik prekoks puberte grubunda, erkek çocukları için konjenital adrenal hiperplazi,

Familyal testotoksikoz, Leydig hücre tümörü, Hcg salgılayan tümörler, androjen salgılayan adrenal tümörleri, eksojen testosteron maruziyeti ve primer hipotiroidizm sayılabilir.

#### **Tanı:**

#### **Biyokimyasal tetkikler**

Bazal LH 0.3 U/L (ultra- sensitive assay) olması ergenliğin başladığı yönünde destekleyicidir. Ayrıca östrojen veya testostere yükselmiştir. Hormon seviyeleri ile klinik bulgular arasında uyumsuzluk olması durumunda GnRH stimülasyon testi yapılabilir. 100 µg/m<sup>2</sup> IV gonadorelin acetate, Ferring® IV infüzyonunu takiben 30, 40, 60. dakikalarda LH ve FSH ölçümleri yapılır.

Serum LH 5 U/L veya pik anında LH/ FSH oranı 0.66 olması santral ergenlik yönünde destekleyicidir.

Periferik prekoks vakalarında östrojen veya testostere yükselmiş, bununla birlikte LH ve FSH basıkılmıştır.

#### **Kemik yaşı**

Greulich and Pyle Atlası kullanarak tayin edilir. Sol el ve el bileğindeki kemiklerin ossifikasyon merkezleri incelenir. Kemik maturasyonunun ne oranda tamamlandığını ve kalan büyüme potansiyeli hakkında bilgi verir. Ayrıca öngörülen erişkin boyu tahmini yapılabilir. Öngörülen erişkin boy, çocukların hedef boyu yani genetik potansiyeli ile karşılaştırılarak boyda kayıp olup olmadığı hakkında bilgi sahibi olunur.



## **Pelvik ultrason**

Uterus ve over boyutlarında artış ergenlik yönünde destekleyicidir. Uterus uzunluğunun 35-40 cm'l geçmesi, endometrial kalınlığın görünür olması, overlerin pubertal boyutlara ulaşması (2ml) ergenlik için destekleyicidir. Over solid veya kistik lezyon varlığı tespiti için de kullanılır.

## **İdyopatik Santral Prekoks Puberte**

Altta organik bir neden olmaksızın hipotalamik-hipofiz-gonadal aks'ın aktifleşmesidir. Prekoks puberte ile prezente olan tüm kızların %80-90'nı oluşturur. Progresif ergenlik gelişimi gözlenir ve şu bulgularla seyreder;

- ▶ Linear büyüme hızı > 6 cm/yıl
- ▶ İleri kemik yaşı (Kemik yaşı  $\geq$  2 yıl Takvim yaşı)
- ▶ Puberte evresinde hızlı ilerleme (< 6 ayda Tanner evre atlama)
- ▶ Öngörülen erişkin boyu < Hedef boyu
- ▶ Hipofiz MRI organik lezyon yokluğu

İdyopatik Santral Prekoks Puberte tedavisinde, ergenliğin durdurulması amacıyla GnRH reseptör agonistleri kullanılır. 1 veya 3 aylık IM enjeksiyonlar ile vücutta sürekli ve pulsatil olmayan GnRH salınımı sağlanır. Düzenli kullanım sonrası GnRH reseptörlerinin internalizasyonu ve hipofiz desensitizasyonu gerçekleşir

Santral prekoks puberte ile sıklıkla karışan ancak normal varyantlar olarak kabul edilen birçok durum mevcut. Bunlardan bazıları;

### ▶ **Prematür Adrenarş**

Adrenal korteksin erken aktivasyonu olarak tanımlanır. Pubis ve koltukaltı kıllanması, erişkin tipi ter kokusu ve akne gelişmesi izlenir. Linear büyüme hızı ve kemik yaşı artmış olabilir

Testiküler ve peniste büyüme yoktur. Biyokimyasal olarak DHEA-S (dihidroepiandrosteron-sulfat) 30 to 150  $\mu\text{g}/\text{dL}$  seviyelerine çıkar ancak FSH, LH, östrojen ve testosteron prepubertaldir.

Nadiren, prematür adrenarşlı vakaların %3-5'inde altta yatan neden olarak nonklasik konjenital adrenal hiperplazi, daha nadiren de virilizan adrenal tümörler bulunur.

### ▶ **Benign Prematür Telarş**

Progres olmayan, izole meme büyümesidir. Linear büyüme hızı ve kemik yaşı normal

Memedeki büyüme fuktuasyon gösterebilir. Sıklıkla 2 yaş öncesi dönemde görülür.

### ▶ **Lipomasti**

Obezitede sıkça rastlanan bir bulgudur, gerçek meme dokusu yoktur, supin pozisyonda muayene yararlı olur.

### ▶ **Yenidoğanda Telarş/Vajinal Kanama**

Yüksek seviyedeki maternal östrojen kaynaklı çekilme kanamasıdır

### ▶ **Yenidoğanda Genital Kıllanma**

İnce ve düz, labia veya skrotum üzerinde yoğunlaşmış kıllanmadır. Genelde klinik anlam taşımaz





### Fonksiyonel over folikül kistleri:

Otonom fonksiyonel over folikül kistleri prepubertal kız çocuklarında periferal prekoks pubertenin en sık nedenidir. Prepubertal kız çocuklarının 2-5%'inde overlerde kist bulunur, bu kistlerin 5%'i de fonksiyoneldir (genelde >2cm periferal prekoks puberte ilişkili). ~89% vakada takip eden 6 ay içinde spontoon rezolüsyon görülür. Sıklıkla transiyenttir, bazen tekrarlar.

### McCune Albright sendromu

Nadir görülen bir hastalıktır. 3 ana bulgudan oluşur ve klinik olarak tanı konur.

1. Periferik prekoks puberte
2. Deri lezyonları: Café-au-lait lekeleri
3. Fibröz displazi: kemiklerde kistik/sklerotik lezyonlar

GNAS geninde somatic-aktive edici mutasyon sonucu postreseptör G stimülatör protein (Gs) alfa subunit otonom fonksiyon kazanır. Endokrin ve çeşitli dokularda intrasellüler sinyal yolları aktivasyonuna neden olur. 3 ana bulgunun dışında tirotoksikoz, büyüme hormonu fazlalığı (gigantizm/acromegaly) veya Cushing sendromu görülebilir.

Meme büyümesi olmaksızın ani başlayan vaginal kanama veya akut meme büyümesi ile prezente olur. Unilateral, östrojen üreten over kistlerinin rezolüsyonunu takiben östrojen çekilme kanaması gerçekleşebilir.

Tedavisinde amaç östrojen konsantrasyonunu düşürmektir. Bu amaçla aromataz inhibitörleri (Androjen → Östrojen) – *letrozol* kullanılır. Ayrıca hedef organda östrojen etkisini azaltmak için östrojen antagonist/agonist (tamoksifen) kullanılabilir.

### Familyal testotoksikoz

LH reseptör geninde active edici mutasyon sonucunda oluşur. Prematür Leydig hücre hiperplazisi ve testosteron artışı gerçekleşir. Erken çocukluk döneminde virilizasyon, peniste büyüme, pubik kıllanma, eriskin tipi ter kokusu ile prezente olur. Maskulinizasyon derecesine kıyasla uygunsuz düşük testis volümü mevcuttur. Kadın taşıyıcılar klinik olarak etkilenmez çünkü overlerde östrojen üretimi için hem LH hem de FSH reseptör uyarımı gereklidir. Bu hastalarda kombinasyon tedavisi uygulanır. Aromataz inhibitörü (Testolakton) antiöstrojen etkisiyle, östrojenin epifiz kapanmasındaki etkisini engeller. Antiandrojen (Spironolakton) tedaviye eklenir.

## **BİRİNCİ BASAMAKTA SIK GÖRÜLEN SORUNLAR: TİROİD HASTALIKLARINA YAKLAŞIM**

**Prof. Dr. İsmet TAMER**

Tiroid hastalıkları, genel olarak hormon üretim azlığına ya da aşırı üretimine bağlı semptomlarla seyreden ve ülkemizde klinik pratikte sıklıkla karşılaşılan sorunlardır. Tiroid bezi tarafından salgılanan T3 ve T4 hormonlarının normal miktarda üretimi için yeterli iyot alımı gereklidir. Tiroid hormonları, normal büyüme ve gelişme yanı sıra kardiyovasküler sistem başta olmak üzere vücudun bir çok homeostatik fonksiyonlarını düzenler.

Dikkatli yapılacak bir tiroid muayenesi ve ile bezdeki büyüme, hassasiyet ve nodül varlığı gibi bulgular saptanabilir. Ayrıntılı bir öykü ve sistemik muayene ile tiroid hastalıklarına bağlı belirti ve semptomlar fark edilebilir. Birinci basamakta tiroid fonksiyonlarını değerlendirmede uygun maliyetli ve en hassas tetkik TSH ölçümüdür. Tek başına ölçüldüğünde, tiroid dışı hastalıklar veya tiroid hormon direnci gibi durumlardan ötürü yanıltıcı olabileceğinden TSH ile birlikte serbest T4 (sT4) düzeyi de ölçülmelidir. Tiroid hastalıklarının tanı ve takibinde ultrasonografi, tiroid ince iğne aspirasyon biyopsisi ve sintigrafi yaygın olarak kullanılmaktadır. Biyopsinin gerektiği durumlarda, deneyimli bir uzman tarafından ve ultrason eşliğinde yapılması önerilmektedir.

Tiroid hormonlarının yetersiz salgılanmasına bağlı gelişen hipotiroidi tiroid bezi kaynaklı ise primer hipotiroidi, TSH salgısının yetersizliği sonucu gelişmişse sekonder hipotiroidi olarak adlandırılır. Nadir görülen tersiyer hipotiroidi ise hipotalamustan salgılanan TRH yetersizliği kaynaklıdır. Serbest T4 ve T3 normal iken TSH'nın yüksek olduğu duruma subklinik hipotiroidi denir.

Kanda tiroid hormonlarının herhangi bir nedenle artmasına tirotoksikoz, tiroid bezinin aşırı hormon üretmesine ise hipertiroidi denir. Primer hipertiroidi Graves hastalığı, toksik multinoduler guatr, toksik adenom gibi durumlara bağlı gelişebilir. Sekonder hipertiroidi TSH salgılayan hipofiz adenomu ve tiroid hormonuna direnç sendromu gibi nedenlere bağlı daha nadir bir durumdur. Normal tiroid hormon düzeyleri ile birlikte TSH'nın düşük olması durumuna subklinik hipertiroidi denir.

Hipotiroidi tanısı almış ve tedavi altındaki bir hastanın takibi, eğer TSH ölçümü yapılabiliriyorsa, birinci basamak hizmeti verilen kurumlarda yapılabilir. Tirotoksik durumların ayırıcı tanı, takip ve tedavisinin ise endokrinoloji veya iç hastalıkları uzmanlarınca yapılması daha uygun olacaktır. Ancak hipertiroidi belirtilerinin fark edilmesi, tedavi altındaki hastaların takibi ve tedavilerin yan etkilerinin izlenmesi birinci basamak hekimlerinin de sorumluluğundadır.



## Tıp Tarihi ve Etiğinde Doğru Bilinen Yanlışlardan Örnekler

Prof. Dr. H. Kadircan KESKİNBORA

Bahçeşehir Ü. Tıp F. Tıp Tarihi ve Etik AD Başk.

İlk örneğimiz Tıbbın babası olarak kabul edilen Hipokrat:

Bodruma 10 km uzaklıktaki Kos (İstanköy) adasında MÖ 460'ta doğmuş, ilk tıp derslerini de hekim olan babasından almıştır. MÖ. 377-370 arasında bir tarihte Teselya'da ölmüştür.

Hakkında o kadar çok öykü yazılmış bir o kadar ve efsaneler yaratılmıştır ki, mitolojik Sağlık Tanrısı Atası «Aesculap» soyundan olduğu kabul edilmeye başlanmış. ???

- [Ancestry of mythologic Health God(Aesculap)]

Geleneksel olarak tıbbın babası olarak kabul edilir. İdeal hekim olarak yüzyıllarca süren saygınlığı karşısında - - **Hipokrat'ın gerçek yaşamını, hakkında anlatılan sonraki hikayelerden ayırmak çok zordur.** Encyclopedia Britannica'da da bu aşağıdaki şekilde ifade edilir:

*"Difficult to isolate the facts of Hippocrates' life from the later tales told about him to assess his medicine accurately in the face of centuries of reverence for him as the ideal physician."*

1. <https://www.britannica.com/biography/Hippocrates>
2. Encyclopedia Britannica <https://website-cdn.wakelet.com/wake/73920600-e942-4fc5-8981-9b411251a5f6>

Adını taşıyan ve çoğu **kendisi tarafından yazılmayan** yaklaşık **60 tıbbi yazı (bazı kaynaklarda72)** günümüze ulaşmıştır. *(About60medicalwritingshavesurvivedthatbearhis name, most of which were not written byhim.)*

Hipokrat Tıbbı - Corpus Hippocraticum - Belki bir kaç Hipokrat'a ait; oysa, öğrencileri veya diğer hekimler tarafından yazılmıştır.

Tıbbi uygulamada etik standart işaret etmesi, özellikle de kendisinin yazdığından şüphelenilen Hipokrat Yemini nedeniyle saygı görmüştür.

"primum non nocere" Hipokrat'a ait değildir. 1860 gibi yakın bir tarihte, Dr. Thomas Inman'a aittir.

Hipokrat'ın teorik yaklaşımı ve tıbbi uygulamaları, o dönemin felsefe anlayışına, özellikle Empedokles'in doktrinlerine dayanmaktadır.

Empedokles-4element:hava,su,toprakveateş-makrokozmosolarak-insanvücudu-küçük bir evren modeli olarak mikro kozmos olarak adlandırılır.

*"The documents which explicate Hippocratic Medicine are called as Corpus Hippocraticum. May be a few of them are belong to Hippocrates, they are written by his students or other physicians. "primum non nocere" (first of all don't harm) is not being to Hippocrates. The saying is attributed to Thomas Inman, as recently as 1860. Hippocrates' theoretical approach and medical practices are based on the concept of the philosophy on that period, especially on*



*Empedocles' doctrines. Empedocles- 4 elements: air, water, earth and fire - as macro cosmos - human body - as a little model of universe. Thus, it is called as micro cosmos."*

**Kaynak:** Daniel K Sokol. First do no harm revisited. BMJ 2013;347:f6426

Hekimler için Davranış Kuralları, Hipokrat yazılarının en iyi bilinenidir; ancak, **kökeni Mısır olabilir ve erken Hint tıbbında hekimler benzer bir yemin etmişlerdi.**

Tıp Bilimi için, Hipokrat yazılarında ifade edilen, dini veya doğaüstü açıklamalardan arınmış rasyonel tutumlar önemli bir aşamadır.

Ancak, tıbbi düşüncede büyük bir ilerlemeyi temsil eden bu açıklamalara, ancak yüzyıllarca süren aşamalı gelişmelerden sonra ulaşıldı.

### RADYUM KIZLARI

On sekizinde bir kız, Mae Kaene, 1924'ün yazında birçok akranının çalışmakta olduğu Waterbury Saat Fabrikası'ndaki işine başlamıştı. İş hayli kolay görünmekteydi: Kol saatleri kadranlarını fırçayla karanlık ortamda parıltıyan boyayla boyama işi...

Geliri kötü sayılamazdı, haftada kırk saat çalışarak on sekiz doları alacaktı. Ayrıca, boyadığı her saat kadranı için de ek sekiz sent geliri olacaktı.

Karanlıkta parlayan bu gizemli boya, radyoaktif radyum tuzlarıyla çinko karışımıydı. Karışımdaki radyumun atomları parçacık salıyor, çinko atomları enerjisini daha yüksek seviyeye arttırarak titreşimlerini sağlayıp ortama yeşil benzeri bir renkte ışınım oluşturmuyordu.

Nevarki Mae, buyeni işinde mutsuzdu. Akranları, saatlerinkadranlarını dikkatle düzenle boyama için uğraşır, boyaya daldırdıktan sonra fırçalarının uçlarını dudaklarıyla sivrileştirerek rakam boyarlardı. Mae ise, acı boya tadıyla, pütür pütür kıvamından hoşlanmaz, ağzına fırça sokmak istemezdi. Tabii ki, saatler düzgün boyayamaz, ayrıca çok yavaş boyayabilirdi. Mesainin sonunda arkadaşları artan boyayı parlatmak üzere dişleriyle saçlarına; ısı ısı manikürlütürnakları olsundiye artan boyayı tırnaklarında sürerlerdi. Daha iler gidip, lüks parfümeri dükkanlarında mucize radyumlu güzellik kremleri, tonik ve diğer ürünlere paraları yetmeyeceğinden yüzleriyle boyunlarına da bu boyalardan sürerlerdi. Mae ise, ne boya tatmak ne de boyaya dokunmak isterdi.

Ustabaşı, bir süre sonra, günde 8 tane kadranı boyayabilen Mae'ye, başka işe başvurmasını önerdi, çünkü diğerleri hemen hemen 100 tane kadranı bir günde boyayabiliyorlardı. Mae, işini zaten sevmemişti, bunu fırsat bilip kadranları boyama işini bırakarak şirkette yönetim biriminde memurluğa geçti.

Pudra ve kremleri yüzlerine süren kadınlar ışıltıyor, radyum ile gençleşeceklerini zannediyorlardı. Radyumun sağlığı ve vücütünü geleceğidüşünü lüyordu, hastaları iyileştireceğine inanmış hekimler, hastalara radyumlu ilaç veriyorlardı.

Geceleyinkadranı görünensaathayli ilgi topluyor, yıllık radyum lusaatsatış birkaç milyon u geçiyordu. Diğer radyumlu malzemeler de bilhassa ABD'de satılıyordu. Marie Curie, gelen patent tekliflerini "Radyum benim değil, insanlığın malıdır" diyerek geri çeviriyordu.

Mae'nin iş değiştirmesinin üstünden fazlaca zaman geçmemişti ki, boyama işindeki arkadaşları birer ikişer esrarengiz hastalıklara geçirmeye başladılar. Ağzında yara açılanlar, dişleridökülenler, çenelerinde kemik erimesi olanlar, birçoğunda tedavi edilemeyen ileri derecede kansızlıklar görülmeye başlandı.

Çene kemiklerinde yahut başka kemiklerinde erimeler oluyor, sebep yokken kemik kırılmaları veya parçalanması oluyor yada tümörleredönüşmeye başlıyordu. 1924 senesibiterken fabrikadaki işçilerden



7 tanesi sözü geçen hastalıklardan ötürü ölmüş bulunuyordu. Ölüm ve hastalıklar dikkat çekici artış göstermesine rağmen, bu 19. asır mucize keşfi olarak kabul gören radyoaktif radyumun, bu esrarengiz hastalıklara neden olduğu kimsenin aklına gelmiyordu.

1930'larda saat üreten fabrikalarda işçiler, saat göstergeleri rakamlarını radyumlu boyayla boyamak için, fırçaları dilleri ve dudaklarıyla incelterek boyardı. Bu işçiler, peş peşe hastalanarak ölünce, radyumun kansere neden olduğu anlaşıldı, fakat birçok insan acılar çekerek öldü.

İşte, bu işçi genç kızlar, "Radium Girls - Radyum Kızları" olarak bilinir.

**Kaynak:** Muslim A. Jameel, Kadircan Keskinbora. Radyum Kızlarındaki Gizemli Hastalık. Herkese Bilim ve Teknoloji. 296. Sayı, 5 Kasım 2021.

### TIP ETİĞİNDE SIK YAPILAN YANLIŞLAR

- İntihal -Korsanlık
- Sahtecilik
- Çarpıtma
- Tekreryayım
- Dilimleme
- Haksızıazarlık
- Uydurmacılık (fabrikasyon-falsifikasyon)
- Tarafliyyayın (çıkar çatışması - ticari)
- İnsan ve hayvan etiğinesaygısızlık
- ✓ Özensiz Araştırma, DisiplinsizAraştırma
- ✓ Makale Yazımında dürüstlük dışı eylemler - masa başında yazılanlar, veri tahrifivb
- ✓ Yazarlık Sorunları, yazar sırası sorunu- kişilerin statüsünden bağımsız olarak değerlendirilmeli, ortak bir kararla - Haksız yazarlık (ikram yazarlığı), yayın ve atıf sayılarını arttırmak için karşılıklı anlaşmalar, aktif katkısı bulunan kişileri yazarlar arasınakatmamak
- ✓ Bölümde yazılan her makale sonunda bölüm başkanının/klinik şefinin (hocanın) adını yazma zorunluluğu!!!! - Haksızıazarlık
- ✓ Ulusal/Ulus.Ar.basılanmakaleninUlus.Ar./Ulusaltercümesininbaşkabirdergidebastırılması
- Duplikasyon - Tekreryayım
- ✓ Salamizasyon(Dilimleme)
- ✓ İntihal (plagiarizm -aşırımacılık) - Eser/Fikir Hırsızlığı
- ✓ Denemeler ve deneyler

### Bilim Dünyasını Şaşırtan Dolandırıcılık (A Fraud That Shook The World Of Science)

1981 sonbaharı - ABD bilim, akademi ve tıp dünyası - nahoş bir skandalla sarsıldı: Yale Tıp F. Endok. Ar. Şefi, Dr. Philip Felig ve çalışma arkadaşı Dr. Vijay R. Soman

Dr. Helena Wachslicht-Robard adında tanınmamış bir araştırmacının bir çalışmasını intihal etmişlerdi



Dr.Felig200ref.makalesiyazan,birdüzineakademiködüllü,N.I.H.,Am.Diab.Assoc.veFound. March of Dimes'tan önemli araştırma fonları –

Daha da kötüsü de çalışmanın içine çarpıtılmış veriler koydukları gibi (Sahtecilik ve Çarpıtma)

Felig, Dr. Wachslight-Robard'ın çalışmasının saygın bir yayın kuruluşu olan New England Journal of Medicine tarafından da reddedilmesini sağlamıştı. (Hile)

N.I.H. Kurumunda (Felig'e ödenek de vermekte) çalışan genç araştırmacı Dr. Wachslight-Robard,

Özgün bir olay konusundaki araştırmalarının sonuçlarının yayımlanması için New England Journal of Medicine'e göndermişti.

Buna göre anoreksi hastalarında alyuvarları, normalden çok daha fazla sayıda insülin molekülüne bağlanma eğilimi gösteriyordu ve buda onların metabolizmalarının şekerin normal insanlardan çok daha etkin biçimde özümstedikleri anlamına geliyordu.

Hastalar; davranış terapisiyle tedavi edildiklerindeyse yeniden iştahlarını buluyorlar ve bu durum sona eriyordu.

Bu da şeker metabolizması üzerinde psikiyatrinin rol oynadığını gösteriyordu. Makale, New Eng J of Medicine tarafından red edildi

Bu kararı veren/verdirten Felig olmuştu. (Hile)

Bundan kısa bir süre sonra, Felig ve arkadaşı Soman benzer bir makale yayımlamışlardı (İntihal)

Bu makalede yaptıklarını anlatan incelemelerin de tamamen uydurulmuş olduğu ortaya çıktı. (Uydurmacılık)

Bu durumda Felig otoritesinden yararlanarak kimseyi belli etmeden Wachslight-Robard'ın çalışmasını çalmış ve onu üstlenebilmek için de araştırmacıyı yaptığı çalışmada yararlanmaktan yoksun bırakmıştı. (Eser/fikir hırsızlığı -İntihal)

Daha da ciddi olarak, N.I.H.'ten Dr. Jesse Roth bir kurnazlıkla skandalı önlemeye çalışmıştı. (Dürüstlüğe aykırı)

Çocukluk arkadaşı olan Felig'e çalışmasında Wachslight-Robard'dan söz ederek onun çalışmasının kendisinininkinden önce olduğunu vurgulamasını önermişti.

Böylece gururu okşanmış olacağından Dr. Wachslight-Robard şikâyetçi olmaktan vazgeçebilirdi.

Bu da Felig ve Soman'ın hırsızlığının üzerini örtmek anlamına geliyordu ve Roth da bunun bedelini ödedi. (Suçun üstünü örtmek – hem etik hem adli ihlal)

Onun saygınlığı da böylece lekelenmiş oluyordu. Şikâyet, araştırma, sorgu, soruşturma vs. sonunda:

- Olayın gelişimi üç yıl sürmüştü, sonunda patlak verdiğinde de işler sarpasarmıştı.
- **Topluluğun en saygın üyelerinden biri, bir araştırmacıyla ilgili olarak intihal, sahtecilik, hile ve dürüstlük dış hareketlerden hüküm giymişti. İki arkadaşıda bu olaydan dolayı ceza aldı.**
- ABD Akademik Dünyasında, birden fazla saygın araştırma yetkilisinin adları kirlenmiş, kariyerleri tehlikeye girmiş ve **kamuoyunun gözünde genel olarak bilimsel dürüstlüğe şüphe düşmüştü.**
- New York Times, **bu konuda uzun bir araştırma yayımladı ve başlıca suçluların kocaman fotoğraflarını bastı.**



**Kaynak: A Fraud That Shook The World Of Science.** <https://www.nytimes.com/1981/11/01/magazine/a-fraud-that-shook-the-world-of-science.htmlprint> on Nov. 1, 1981, Section 6, Page 42

«**Etik Mahcubiyet, mahkumiyettenbeterdir**» Dr.Kadircan Keskinbora

## HAYVANLAR ÜZERİNDE HER TÜRLÜ DENEYİ YAPABİLİRİZ !!!!

Deneysel araştırmalarda hayvanların kullanımı, tıbbın gelişimine paraleldir.

### «Vivisection»

Modern toplumlarda hayvan deneylerine ilişkin mevzuat, az çok tanımlanmış belirli resmi (örneğin lojistik, teknik) talepler ve etik ilkeler karşılandığında bunun etik olarak kabul edilebilir olduğu varsayımına dayanmaktadır.

"3Rs" : deneyleri ikame etmek (replace), azaltmak (reduce) ve iyileştirmek (refine) için tüm çabalar üstlenilmeli. 4. R -'reddetme - refusal' veya 'sorumluluk - responsibility'

Araştırmanın gerekçesi

Personel ve araştırmacılar: araştırmacılar gözetimleri altındaki hayvanları kullanan tüm bireylerin deneysel yöntemler ve çalışılan türün bakımı, bakım idamesi, yönetimi ve barındırılması konusunda açık talimat almalarını sağlamalıdır.

Deneyselprosedürler: hayvanlarınrefahınayönelikinsanidüşünce,hayvanlarıiçerentümprosedürlerin tasarımına ve yürütülmesine dahil edilmelidir.

**Kaynak:** Lee,K.H.,Lee,D.W.&Kang,B.C.The'R'principlesinlaboratoryanimalexperiments.Lab Anim Res 36, 45(2020).

## İNSANLAR ÜZERİNDE DENEMELER, DENEYLER

İnsanların katılımını içeren biyomedikal araştırmaların yürütülmesi, haysiyet, bedensel bütünlük, özerklik ve mahremiyet gibi değerlerle ilgili çeşitli etik kaygıları içerir. Bu etik kaygılar:

katılımcı güvenliği, bilgilendirilmiş rıza

gizlilik gibi konularla ilgili özel yasal hükümler

içeren karmaşık bir düzenleyici aygıtı dönüştürülmüştür.

**Kaynak:** M B Kapp. **Ethical and legal issues in research involving human subjects: do you want a piece of me?** J Clin Pathol 2006;59:335–339.

- **Nazi Deneyleri**
- **Tuskegee Syphilis Experiment**
- **Gelişmekte Olan Ülkelerde Hâlâ Etik Olmayan Klinik Araştırmalar Yürütülüyor (Unethical Clinical Trials Still Being Conducted in Developing Countries)**
- <https://www.wemos.nl/en/unethical-clinical-trials-in-africa-2/>
- **Afrika'da Etik Olmayan Klinik Araştırmalar- 'Afrika'da Klinik Araştırmalar' raporunu okuyun (Clinical Trials In Africa- Read the report 'Clinical trials in Africa')**
- [https://www.wemos.nl/wp-content/uploads/2017/07/JH\\_Wemos\\_Clinical-Trials\\_v5\\_def.pdf](https://www.wemos.nl/wp-content/uploads/2017/07/JH_Wemos_Clinical-Trials_v5_def.pdf)
- The other reports can be found: **Egypt, South Africa, Zimbabwe, Kenya**
- **Binlerce Hindli etik olmayan klinik deneylerde ölüyor (Thousands of Indians die in unethical clinical tri-**



als)

- <https://www.thenationalnews.com/world/asia/thousands-of-indians-die-in-unethical-clinical-trials-1.770992>

Son on yılda binlerce Hintli etik olmayan klinik denemelerde öldü, bu denemelerin düzenlenmesini iyileştirmeye yönelik bir dava altı yıldır Yargıtay'da çözülmeyen sürükleniyor.

Swasthya Adhikar Manch (SAM) adlı kar amacı gütmeyen bir kuruluş tarafından elde edilen hükümet verilerine göre, Ocak 2005 ile Kasım 2017 arasında, uyuşturucu denemeleri ve araştırmaları sırasında 4.967 kişi öldü. 20.000 küsur insan daha bu tür denemelerde 'adverse' tepkiler aldı.

### ETİK İHLALLERİ ÖNLEMeye YÖNELİK ÖNERİLER

Seçkin bilim insanları bilim üretirken ve yayınlarken dürüst olmalıdır.

Araştırmacılar, araştırma metodolojisi ve araştırma etiği konusunda bilgi ve duyarlılık kazanmalı Bu konularda sürekli ve zorunlu eğitimler planlanmalı

Araştırmacı, yazar, editör, danışman ve yayınevinin sorumlulukları belirlenmeli, görev tanımları yapılmalıdır.

Denetleme mekanizmaları geliştirilmelidir. Niçin bu kadar önemsememiz gerekir? Çünkü:

**Bir tıbbi araştırmanın bilimsel ve etik yönden geçerli ve güvenilir olması sadece editörleri ve bilim toplumunu değil, tüm toplumu ilgilendirir.**





## ÜST SOLUNUM YOLLARI ENFEKSİYONLARI VE ÖKSÜRÜK TEDAVİSİNDE ALTERNATİF YAKLAŞIMLAR

Doç Dr Manolya Kara

Üst solunum yolu enfeksiyonlarının (ÜSYE) çoğu viral enfeksiyonlardır. Üst solunum yolu akut viral enfeksiyonlarının en sık görüleni ise soğuk algınlığıdır. Genel olarak hafif seyirli olan ve kendi kendine de iyileşen soğuk algınlığı, dünyada en çok iş ve okul devamsızlığına yol açan hastalık olarak bilinir. Çocuklar bu solunum yolu viruslarına çok duyarlıdır çünkü;

- Çeşitli virüslere karşı immünite kazanmamışlardır.
- Çocukların hijyen kurallarına uyumları iyi değildir.
- Okul ve yuvada bol miktarda virus saçan çocuklarla sıkı temastadırlar.

Soğuk algınlığı yılın tüm zamanında görülebilirken tipik olarak sonbahar ve kış aylarında farklı viral etkenlerle oluşur. Ülkemizin de bulunduğu kuzey yarım kürede Eylül ayında rinovirus (RV) enfeksiyon **sıklığı artar. Bunu Ekim ve Kasım** aylarında parainfluenza (PİV) takip eder. Kış aylarında respiratuar sinsisyal virus (RSV), influenza virüs (İV), koronavirüslerin artışı karakteristiktir. Adenovirüs soğuk algınlığı sezonu boyunca düşük oranda görülmeye devam eder. Sezon Mart-Nisan aylarında küçük dalgalanmalar halinde rinovirüs enfeksiyonları ile sona erer. Enterovirüs daha sık olarak yaz aylarında etken olarak saptanır.

Virüs yayılımı el, havayolu ile küçük partiküllerin (aerosol) inhalasyonu (damlacık) ve **büyük partiküllerle yakın temas sonucu gerçekleşir**. Kişiden kişiye bulaşta birlikte geçirilen temas ve virusun miktarı önemlidir. Deneysel çalışmalarda RV'nin en sık bulaş yolu elden ele kısa süreli temas olup bunu enfekte konjonktiva ve nazal mukoza ile temas izler. Damlacık yoluyla bulaş RV yayılımında etkisiz iken İV ve koronavirüsde **söz konusudur**. Rinovirus insan elinde 2 saat süre ile kalabilir.

Viral saçılma inokulasyondan 3 gün sonra semptomların ortaya çıktığı dönemde pik yapar. Düşük düzeylerde viral saçılma 2 haftaya kadar devam edebilir. **İnkübasyon süresi 48-72 saattir**.

### Patofizyoloji

Soğuk algınlığındaki bulgular çoğunlukla virusun direk solunum yolun hasarından ziyade doğal immün sistemin enfeksiyona yanıtı sonucu oluşur. Semptomlar virüs inokulasyonundan 1-2 gün sonra görülür. Nazal veya konjonktival mukozada bulunan virüsler nazofarenkstekki epitel **hücre reseptörlerine bağlanır ve hücre içine girer**. Enfekte hücreler IL- 8 'inde (polimorf nüveli **lökositleri (PNL) çeker**) bulunduğu sitokinler salgılar. Çok sayıda lökosit nazal sekresyon **içinde birikir ve** mukosilyer klerens yavaşlar. Semptomların ağırlık derecesi mukozadaki IL-8 konsantrasyonuyla koreledir. Burun akıntısında beyazdan sarı-yeşile renk değişimi PNL artışı nedeniyle olup bakteriyel enfeksiyon anlamına gelmez. Renk değişimi PNL varlığına (sarı-beyaz) veya PNL enzim aktivitesine (yeşil) işaret edebilir. Rinovirüs enfeksiyonlarında bilinmeyen bir nedenle vasküler permeabilite artar. Bu da albumin ve bradikinin salınımına neden olarak soğuk algınlığı semptomlarına katkıda bulunur. Bradikinin rinit ve boğaz ağrısına neden olduğu gösterilmiştir.

### Klinik özellikler

Altı yaşından küçük çocuklar yılda 6-8 kez soğuk algınlığına yakalanır ve ortalama hastalık süresi 14 gündür. Daha büyük çocuklarda soğuk algınlığı sıklığı (2-4) ve süresi (7 gün) daha azdır. Soğuk



algnılığı bulguları kısmen yaş, viral etkene bağlı olarak hastadan hastaya değişir. Süt çocuklarında en sık semptom ateş ve burun akıntısıdır. Ek bulgular olarak huzursuzluk, beslenme güçlüğü, iştah kaybı ve uykusuzluk görülebilir. Okul çocuklarında ise nazal konjesyon, burun akıntısı ve öksürük daha belirgindir. Diğer bulgu ve belirtiler arasında boğaz ağrısı (tipik erken bulgudur), ses kısıklığı, baş ağrısı, irritabilite, uyku bozukluğu, iştah kaybı, ön servikal adenopati ve konjunktival kızarıklık yer alır. Komplike olmayan bir otitte orta kulak bozuklukları yaygındır. Hastaların üçte ikisinde orta kulakta anormal basınç hissedilir. Bu durum östaki borusu tıkanıklığı ve/veya orta kulak ve östaki borusu mukazasının viral enfeksiyonu sonucu oluşabilir.

Rinovirus enfeksiyonlarının %75'inde burun akıntısı veya farenjit semptomları vardır. Genelde ilk semptom ağrılı veya kaşıntılı boğazdır; bunu nazal obstrüksiyon ve burun akıntısı izler. Öksürük olguların %30'unda vardır ve burun semptomlarından sonra başlar. Öksürük burun semptomları azalmaya başladığı dördüncü veya beşinci gün şiddetini artırır. Genelde bir haftada tüm bulgular kaybolur, %25 olguda semptomlar ikinci haftaya uzar. Fizik muayenede artmış burun akıntısı ön plandadır. Burun akıntısı rengi ve kıvamı hastalık seyrinde değişebilir; sinüzit veya bakteriyel süper-enfeksiyona işaret etmez.

#### **Tedavi:**

Soğuk algnılığının hem primer tedavisinde hem de sekonder komplikasyonları önlemede antibiyotik tedavisinin yeri yoktur.

#### **Antiviral tedavi**

Soğuk algnılığına neden olan virüsler arasında influenza dışında antiviral tedavi mevcut değildir. Çocuklarda influenza enfeksiyonunu önleme ve tedavisinde nöroaminidaz inhibitörleri kullanılmaktadır. Hastalığın 48 saati içinde kullanılırsa klinik seyri hafifletebilir ve hastalık süresini kısaltır. Enfekte hücrelerden virüs salınımını yavaşlatır. Ülkemizde bulunan nöroaminidaz inhibitörleri osetalmavir ve zanamavir olup influenza A ve B tedavisinde kullanılmaktadır. Osetalmavir oral olarak 5 gün süre ile kullanılmakta olup Amerika Birleşik Devletlerde tedavi için 2 hafta üzerindeki tüm yaşlarda profilaksi için ise 1 yaş üzerine onaylanmıştır. Zanamavir 7 yaş üzeri çocuklarda inhalasyon yolu ile 5 gün kullanılır.

#### **Semptomatik Tedavi:**

Çocuklarda, tedavi başarısını saptayacak güvenilir sübjektif veya objektif parametreler olmadığından semptomatik tedavinin başarısı tartışmalıdır. Semptomatik tedavi göreceli olarak ucuzdur bunun yanında zararlı etkileri olabilmektedir.

Yeterli sıvı alınımı sekresyonların azalmasına sağlar ve solunum yolları mukozasının iyileşmesini hızlandırır. Sıcak içeceklerin solunum mukozası üzerine yatıştırıcı etkisi olup nazal mukus akışını artırır, solunum sekresyonlarını gevşeterek atılımını kolaylaştırır. Sıcak içecekler çocuk ve süt çocuğunun yaş grubuna uygun olmalıdır. Topikal salin yararlı olabilir, ucuzdur buna karşın iyileşmeyi geciktirme gibi zararlı etkileri de olabilir. Nazal kaviteye salin uygulanımı rahatsız edici nazal sekresyonları ortadan kaldıracaktır, mukosiliyer klirensi düzeltir ve vazokonstrüksiyona yol açar. Yan etkileri nazal irritasyon ve burun kanamasıdır. Süt çocuklarında burun tıkanıklığının giderilmesi ve bu sayede bebeğin daha rahat beslenmesi ve uyuması çok önemlidir. İzotonik tuzlu su damlaları ve burnun yavaşça temizlenmesi yararlıdır.

Altı yaş altı çocuklarda antipiretikler/analjezikler hariç diğer ilaçların kullanılmasından kaçınılmalıdır. Altı ile 12 yaş arası çocuklarda ise antipiretikler/analjezikler hariç önerilmemektedir. On iki yaş üstü çocuklarda dekonjestanlar nazal semptomlarda rahatlatma sağlayabilir.



Topikal dekonjestanlar hızlı etki sağlamak açısından yararlıdır ancak 3-5 günden uzun kullanılmaları «rebound» burun tıkanıklığına neden olabilir. Altı ay ile 24 ay arasındaki süt çocuklarında 4-6 saatte bir fenilefrinli burun damlaları uyku zamanında ve uyumasını sağlamak için kullanılabilir. 2-6 yaş arası çocuklarda ise daha uzun etkili bir ajan olan ksilometazolin veya oksimetazolin pediatrik burun damlası 8-12 saatte bir verilebilir. Altı yaşından büyük çocuklara ise bu ajanlar sprey şeklinde verilebilir. İntranazal glukokortikoidlerin nazal semptomlar üzerine herhangi bir yararı gösterilememiştir.

Soğuk algınlığı tedavisinde antihistaminik tedavi önerilmemektedir. Ne sadece antihistaminik tedavi ne de antihistaminik kombinasyonlu tedaviler nazal semptom ve öksürük tedavisinde etkisi yoktur ve beraberinde sedasyon, iritabilite, solunum depresyonu, halusinasyon gibi yan etkileri bulunur. Kodein ve dekstrometorfan gibi antitusif ilaçlar hem etkinliği gösterilmemiş olması hem de toksisite ihtimali bulunduğu için önerilmemektedir. Soğuk algınlığı tedavisinde vitamin C tedavisinin hastalık süresi ve şiddeti üzerine etkisi gösterilememiş olup kullanımı önerilmemektedir. Benzer olarak çinkonun da etkinliği olmayıp yan etkileri sıktır.

Son yıllarda yapılan çalışmalar ÜSYE'lerin tedavisinde doğal arayışların etkinliğini araştırmaktadır. Bu çalışmalarda antiinflamatuvar ve antitussif özelliği sayesinde en yüz güldürücü sonuçlar bal ile elde edilmiştir. Randomize kontrollü çalışmaların metaanalizinde bal kullanımı dekstrometorfan ve hiçbir şey kullanmamaya kıyasla öksürük sıklığını, şiddetini ve süresini kısaltmıştır. Benzer şekilde propolis, antimikrobiyal, immünmodülatör ve yara iyileştirici özellikleri sebebiyle yüzyıllardır tedavi amaçlı kullanılmaktadır. Son yıllarda propolisin antioksidan ve antikanser özelliği de ön plana çıkmıştır. Herbal takviyelerin ilaç olarak çocuklarda kullanılabilmesi için şüphesiz ki çok sayıda randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.



## Çocuklarda döküntülü hastalıklara yaklaşım

**Doç. Dr. Murat Sütçü**

Çocuklarda döküntülü hastalıklar sık poliklinik başvurularından biridir. Pediatri genelinde deri hastalıklarından ayırma da tecrübe ve bilgi gereksinimine ihtiyaç duyulur. Alerjik hastalıklar dışında çoğu neden enfeksiyon hastalıklarıdır. Birçoğunda etken virüsler olup ve kendilerini sınırlandıran selim bir hastalık tablosudur. Fakat nadir de olsa hayatı tehdit eden sistemik bakteriyel enfeksiyonların bir sunum şekli olarak da karşımıza çıkabilirler. Bu duruma örnek olarak meningokoksemi, bakteriyel sepsis olguları gösterilebilir.

Döküntülü hastalıkların tanısında en önemli adım fizik muayenedir. Fizik muayene ve anamnez ile hastalıkların neredeyse tamamına tanı konulabilir. Döküntü türünü tanımlamak ve ayırıcı tanısını doğru yapmak klinisyeni doğru tanıya götürmede yardımcıdır. Döküntülerin çoğu maküler, papüler, veziküler, peteşi-purpura olarak sınıflandırılır. Ateşli bir çocukta peteşiyal döküntüler aksi ispat edilinceye kadar meningokoksemi bulgusu olarak kabul edilmelidir.

Ateşin eşlik ettiği diğer döküntülü hastalıklar arasında kızamık, kızamıkçık, kızıl, suçiçeği, eritema enfeksiyozum, roseola infantum, Epstein-Barr virüs enfeksiyonları, sitomegalovirüs (CMV) enfeksiyonları, Kawasaki hastalığı ve ülkemiz için Kırım-Kongo kanamalı ateşi ayırıcı tanıda yer alır.

## Yaşlı Hastanın Beslenme Sorunlarına Yaklaşım

**Doç. Dr. Nil Tekin**

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tepecik SUAM Evde Sağlık Birimi*

### Yaşlanan Dünya, Yaşlanan Türkiye

Dünya nüfusu giderek yaşlanmaktadır. Dünya nüfusunun 2017 yılında %8,9'unu yaşlı nüfus oluştururken %32,2 ile Monako, %27,9 ile Japonya ve %22,1 ile Almanya en yüksek yaşlı nüfus oranına sahip ülkeler olarak dikkat çekmektedir. Türkiye İstatistik Kurumunun 2021 verilerine göre 65 yaş üstü nüfusun % 9,7 olduğu görülmektedir. Doğuşta beklenen yaşam süresi 78,6 iken, erkeklerde 75,9 yıl, kadınlarda ise 81,3 yıl olduğu belirtilmektedir. 65 yaş ve üstü nüfusun 0-64 yaş arasındaki nüfusa oranının %7'den %14'e geçiş süresi Fransa'da 115 yılda, İsveç'te 85 yılda gerçekleşirken, 2012 yılından itibaren Türkiye'de yalnızca 27 yılda gerçekleşmesi beklenmektedir. Bu da ülkemiz için sürecin diğer ülkelere oranlara çok daha hızlı olduğunu ortaya koymaktadır.

Kronik hastalıklar hızla artmaktadır, tedavilerindeki gelişmelerin sonucu olarak bu hastalıklar tam olarak iyileşme ile sonuçlanmasa da yaşam süresi uzamaktadır. Yaşlılarda görülen bazı hastalıkların bireyin yetisinde belirgin azalmalara neden olduğu bilinmektedir. Tüm hastalıkların yönetiminde temel hedefin fonksiyonların aynı düzeyde kalmasının veya iyileştirilmesinin sağlanması ile yaşam kalitesinin yüksek tutulmasıdır.

Yaşlı hastanın değerlendirmesinde; hastanın fiziksel durumu, ruhsal durumu, sosyal durumu, bakım alma süreci, günlük yaşam aktiviteleri, beslenme alışkanlıkları, beslenme durumunun gözlenmesi, kronik hastalıklar, akut hastalıklar ve sıvı elektrolit bozuklukları önemlidir.

### Yaşlılarda Beslenme

Yaşlılarda günlük vitamin ve mineral alımı genellikle gereksinimin altındadır. Bilişsel fonksiyonlarda kayıp, yara iyileşmesinin gecikmesi, anemi ve enfeksiyonlara eğilime neden olur.

Giderek artan yaşlı popülasyonu ile birlikte beslenme sorunlarının önemi de artmaktadır. Yaşam alanlarına göre ele alındığında toplumda yaşayan yaşlıların %5-10'unda, kurumlardaki yaşlıların %30-85'inde, hastanede yatan yaşlıların ise %30-65'inde beslenme yetersizliğinin olduğu bildirilmiştir.

Beslenme desteğinin yetersizliği, oral ve dental problemler, çiğneme veya yutmayı engelleyen nörolojik bozukluklar, kronik hastalıklar, bellek sorunları, depresyon, alkolizm ve çoklu ilaç kullanımında vitamin mineral eksiklikleri görülebilir ve destek gerekebilir. Günlük gereksinimi olan besin öğelerini sindirim kanalı yoluyla temin edemeyen hastalarda, bu durum uzun sürecekse, beslenme destek tedavisi yapılması gereklidir. Amaç besin öğelerinin tamamını hemen sunmak değil, bağırsağı beslemek, intestinal savunma işlevini uyarmaktır. Beslenme destek tedavisinde gereksinimin belirlenmesi gerekir. Hastanın stabilizasyonu kadar, beslenme durumu da önemlidir. Beslenme ne kadar kötü ise destek o kadar hızlı olmalıdır. Beslenme desteğinde temel amaçlar;

- Yaşam süresi ve yaşam kalitesinin artırılması
- Komplikasyonların azaltılması,
- Malnutrisyonun önlenmesi,



- Mortalitenin azaltılması,
- Kısa dönemde hücrel fonksiyonların restorasyonu,
- Uzun dönemde kaybedilen dokuların yerine konulmasıdır.

Malnütrisyon ile birlikte yaşlı hastada belirgin riskler de artmaktadır. Yaşlı hastada malnütrisyon yoksa toplam infeksiyon riski %10.1 iken, malnütrisyon mevcut ise risk %19.4'e çıkar. Malnütrisyonlu hastalar hastaneye %80 daha sıklıkla başvurmak zorunda kalırlarken, hastane infeksiyonu riski %7'den %45'e yükselmektedir. Ayrıca malnütrisyonlu hastaların hastanede yatış süresi uzamakta ve basınç yarası riski de artmaktadır.

Yaşlı hastalar için öneriler:

- Diyet öyküsünün alınması,
- Mevcut hastalıkları ve kullandığı ilaçlar hakkında bilgi
- Ağırlık değişimleri (son dönemde kayıplar,VKI, ideal kilo)
- Hastanın beslenmesinin yakın takibi,
- Hastanın yeterli destek alıp almadığının takibi,
- FM'de Antropometrik ölçümler: BKİ ve bel/kalça çevresi oranı, kol çevresi vb.,
- Kas gücünün ölçülmesi (el dinometresi )
- Laboratuar tetkiklerinin yapılmasıdır.

Son altı ayda %10'dan fazla kilo kaybı, beden kitle indeksinin  $18.5 \text{ kg/m}^2$ 'den küçük olması, subjektif global değerlendirme testine göre evre C ve üzeri malnütrisyon, nütrisyon risk taraması 2002 testine göre  $\geq 3$  skor ve/veya mini nütrisyonel değerlendirme ilk test  $< 12$  ve toplam skor  $< 23.5$  olduğunda malnütrisyon ve/veya malnütrisyon riskinden bahsedilebilmektedir.

Uygun tarama testlerinden bir veya birden çoğunun kullanılarak malnütrisyon tanısı konulmalı, sonrasında hangi yolun uygun olduğu belirlenerek, günlük kalori açığı beslenme destek tedavisi için uygun ürünler belirlenerek karşılanmalıdır.

Hastanın genel olarak beslenme açısından değerlendirilmesinde ilk olarak çığnemede bir problemin olup olmadığı, dişlerin durumu incelenmelidir. Yutma güçlüğü de özellikle demans hastalarında olduğu gibi önemlidir. Çünkü demansın ileri evresinde yutma güçlüğü meydana gelmesi nedeniyle hastalar oral beslenemediğinden enteral beslenmeye geçiş yapılması gerekli olabilmektedir.

### **Yaşlılarda Enteral Beslenme Desteği:**

Besinlerin oral veya tüple verilmesi enteral beslenme olarak tanımlanır. İleri evrede kronik hastalık süreci olan, yatağa bağımlı hastalarda oral beslenme bozulurken tüple beslenme gerekli olabilmektedir. Demans hastaları bu gereksinimlerin olduğu önemli bir grubu oluşturmaktadır.

Demans hastaları için;

- Şekerli gıdalara dikkat edilmelidir.
- Saklanmış, bayatlamış gıdalara dikkat edilmelidir.
- Yiyecekler düzenlenmeli; tüm yiyecekleri aynı anda koymadan, elle yenebilecek yiyecekler seçilmelidir.
- Oral alımın bozulma sürecine dikkat edilmelidir.



- Sürecin aileyle paylaşılması önemlidir.

Oral alımın beş-yedi günden daha uzun süre bozulduğu veya bozulması beklenen hastalarda başlanması gerekmektedir. Ayrıca malnütrisyonlu hastalarda bu desteğin daha erken sağlanması gerekmektedir. Üç gün içinde ağızdan tam doz beslenmeye başlaması beklenmeyen tüm kritik hastalarda beslenme desteği başlatılmalıdır. Kronik hasta izleminde araya giren özellikle akut enfeksiyonlarda bu konu basınç yaralarının oluşumunun engellenmesi açısından önemlidir. Yaşlılarda bilinç kaybı, özellikle ileri evre demans hastalarında yutma güçlüğü olanlarda enteral beslenmeye başlamak gerekir.

a) *Ağız yoluyla enteral beslenme*

Zenginleştirilmiş normal gıdalar,

Sıvılaştırılmış normal gıdalar,

Destek Tedavi Ürünlerinin Kullanımı

b) *Tüple enteral beslenme*: Oral alamayan hastalarda gastrik erişim öncelikle tercih edilen yoldur. Mide boşalmasında sorun olmayan, midede obstrüksiyon ya da fistül bulunmayan, işlevsel mideye sahip hastalarda enteral beslenme gastrik olarak başlanır.

b) Nazogastrik - Nazoduodenal - Nazojejunal: Nazogastrik ya da nazoenterik tüple beslenme yeterli oral alımı sağlanmayan evde bakım hastaları ile orofaringeal ve özofageal bozukluklar nedeniyle yiyecek alamayan hastalarda endikedir. Ciddi gastrointestinal disfonksiyonu olan hastalarda ise kontrendikedir.

c) *Gastrostomi / jejunostomi*

d) *Perkütan endoskopik gastrostomi (PEG)*

Enteral beslenmeye 4 haftadan daha uzun süre gereksinim olduğunda PEG uygulaması tercih edilmelidir. PEG/PEJ tüpünün yerleştirilmesi kolaydır ve güvenlidir; hasta tarafından daha iyi tolere edilir.

*Enteral Beslenmede Görülen Komplikasyonlar;*

- Mekanik. İritasyon, tüpün yerinden oynaması, tıkanması, aspirasyon
- Metabolik. Dehidratasyon, aşırı hidrasyon, elektrolit dengesizliği, hiperglisemi
- Gastrointestinal. Bulantı, kusma, diyare, abdominal distansiyon

### **Enteral Beslenme Destek Tedavisi Nasıl Düzenlenir?**

Öncelikli olarak hastanın beslenme ihtiyacı belirlenir. Hastanın bilinç düzeyi, beslenme desteğinin kısa ya da uzun süreli olduğunun belirlenmesi, gıdaları (sıvı, yumuşak, katı) yutma becerisi, aspirasyon riski, hastanın sevdiği ve tercih ettikleri, evde bakım verenlerin talepleri değerlendirilmelidir.

Günlük enerji ihtiyacı hesaplanır. Oral alabilen hastalara içilebilir, oral besin destek ürünleri başlanır. Beslenme ürününün seçiminde aroması, enerji içeriği, osmolaritesi, elektrolit, karbonhidrat, lipid, protein içerikleri ve çeşidi, Lifli ya da lifsiz oluşu etkilidir.

Ürünler;

- 1) Standart ürünler 2) Yüksek kalorili ürünler 3) Proteinden zengin ürünler 4) Diyabetik ürünler 5) Liften zengin ürünler 6) Elemental-Semi-elemental ürünler 7) İmmun modülasyon yapan ürünler 8) Glutamin içeren ürünler 9) Modüler ürünler 10) Hastalığa özel ürünler seçilebilir.

Entereal beslenme destek tedavisinde ürünlerin verilme şekli;

1-Aralıklı İnfüzyon

2-Bolus İnfüzyon

3-Sürekli İnfüzyon yapılabilir.

### **Enteral Beslenmede İzlem**

Günlük elektrolit, glukoz düzeyi, antropometrik ölçümler ile hasta beslenme yönünden değerlendirilir. Diyare, konstipasyon, abdominal distansiyon, kusma ve midede fazla miktarda rezidü kalması açısından hastanın sürekli izlemi, önerilir. PEG kanülü bakımı, pansumanlarının değişimi ve beslenme sırasında enfeksiyon açısından dikkatli olunmalıdır. En önemli önlem doğru el yıkama işlemidir.

### **Güncel Durum:**

-NG kullanımları aylar, yıllar sürüyor

-PEG: Perkütan Endoskopik Gastrostomi kullanımı az.

- PEG ile uygulamada aspirasyon pnömonisi azalıyor, konforlu, hemşirelik uygulamalarında benimseniyor,

-İstisnalar, dev ülserler, anesteziyi kaldıramayanlar NG devam

- Akut ve kronik hastalıkta beslenmenin önemi giderek daha fazla biliniyor.

### **Uygulamada Yaşanan Sorunlar :**

Uygulama teorikten farklı işliyor. Araya giren enfeksiyonlar sorunun çözümünü geciktirebiliyor.

-Ağız ve diş sağlığı konusu önemli.

-Beslenme destek tedavisine yaklaşımda farklılıklar

-Mama anlayışı gözden geçirilmeli.

-Oral alımı bozulmayana mama raporu çıkarılamaz ön yargıları

-Enteral beslenme destek tedavisinde seçilen ürünlerin raporlandırılmasındaki güçlükler

-PEG takılması ve beslenmede yaşanan sorunlar

\*Sorunumuz PEG yerinde enfeksiyon. \* Sürekli hasta PEG'ini çıkartmaya çalışıyor.

\*Sorunumuz PEG kanülü çıktı. \* Sorunumuz PEG den tekrar oral beslenmeye geçme talepleri, ayrıntılı bilgi.

\* Ürünlerin ve torbaların temini, saklanması ve uygun şekilde verilmesi

-Öncelikler bilinmelidir.

Özellikle demans, Parkinson Hastalığı, ALS gibi oral beslenmenin bozulduğu kronik nörolojik hastalıklarda tüple beslenen yaşlılara gelişmiş bir bakımevinde uzun süreli izlem ve bakım verilebilmektedir.

Tüple beslenmede enfeksiyon, yerinden çıkma gibi komplikasyonların önlenmesine yönelik, eğitici hemşirelerce katta çalışan hemşirelere eğitim desteğinin sağlanması önerilebilir.

### **Çözüm Önerileri:**

-Artan gereksinimlerin iyi bilinmesi,



- Eğitim olanaklarının geliştirilmesi,
- Nitelikli ve eğitilmiş insan gücünün sayısının bakım alanlarında artırılması
- Basamaklar arası işbirliği,
- Gelişmiş ülkelerde hasta tercihleri için talimatların önceden hazırlanması önerilmektedir.
- Bu dönemde uygulanan beslenme destek tedavilerinin etkinliğinin değerlendirilmesinde hastanın yanı sıra hasta yakınlarının ve bakım verenlerin de birlikte değerlendirilmesi önemlidir. Malnutrisyon konusunda birinci basamak sağlık hizmetlerinin yanı sıra, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde de farkındalığın artırılması önerilir.

#### **Kaynakça:**

- Atlı T, Bahar Z., Borman P., Dik A., Doruk H., Kitiş Y. , Özdemir K., Özgöbek H. R. , Tekin N., Uyar M., Ülger Z., Yiğit S., Yürüyen M. 'Bakım Modelleri'. Türkiye Yaşlı Sağlığı Raporu: Güncel Durum, Sorunlar ve Kısa ve Orta Vadeli Çözümler. Mehmet Akif Karan, İlhan Satman (Editörler). Bayt Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım, ss.321-382, 2021.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK) 2017, 2021. İstatistiklerle Yaşlılar. <http://www.tuik.gov.tr> adresinden 25.09.2022 tarihinden ulaşılmıştır.
- Türkiye'de Geriatrik Hizmetler", Tufan İ, Durak M.(eds). Gerontoloji-Bakım Sağlık içinde, PP 441-459, Nobel, Ankara, 2018.
- T. C. Başbakanlık (2005), Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma 9- Sosyal Güvenlik Reformu: Sorunlar ve Çözüm Önerileri, Ankara, Başbakanlık Basımevi, s. 35.
- Tekin N, "Evde Bakım ve Yaşlılık", Ünlüoğlu İ, Saatçi E. (eds), Aile Hekimliğinde Evde Bakım içinde, PP.71-88, Akademi Yayınevi, İstanbul, 2015.
- Gündoğdu RH. Evde Nutrisyon Desteği. İç Hastalıkları Dergisi 2010; 17: 257-267.
- Yaşlıda Malnütrisyon ve Tedavisi. Arıçoğlu, S., (ed). Bilimsel Tıp Yayınevi, 2007, Ankara.
- Mengel MB, Schwiebert LP. Dementia in Family Medicine and Prevention 2009; 511.
- Tekin N. İleri evre Alzheimer hastasında gülümsemenin önemi 'Demans tedavisi nereye kadar sürdürülmeli?' Akademik Geriatri Dergisi 2010; 2(2): 131-133.
- Gürkan A, Gülseven B. Enteral Beslenme: Bakımda Güncel Yaklaşımlar. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2013;16:2
- Saka B, Enteral Beslenme Destek Ürünleri. İç Hastalıkları Dergisi 2010; 17: 203-207.

## EMZİRME DANIŞMANLIĞI VE EMZİRMEDE SIK KARŞILAŞILAN SORUNLAR

**Prof. Dr. Nurdan Uraş**

*İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Neonatoloji Bölümü*

Anne sütü doğumdan sonra ilk 6 ay süresince bebeğin fizyolojik ve psikososyal gereksinimlerini tek başına mükemmel biçimde karşılamaktadır, ayrıca emzirme anne ve bebek bağının erken dönemde kurulmasında önemli rol oynamaktadır. Bebeğin ilk altı ay tek başına anne sütü ile beslenmesi, altıncı aydan sonra uygun tamamlayıcı besinlerle birlikte emzirmenin en az iki yaşın sonuna kadar sürdürülmesi; bebeğe ve anneye sayısız yararlar sağlar. Anne sütü ile beslenmenin yararları, yalnızca süt çocuğu dönemi ile sınırlı kalmayıp, ileri yaşam sağlığı üzerine olan etkileri de bilinmektedir.

Dünyada ve ülkemizde emzirme oranları yıllar içinde artış gösterse de henüz hedef düzeyin çok altında seyretmektedir. Sağlık çalışanının "emzirme" konusunda duyarlılaştırılması, bilgi düzeyinin artırılması, "emzirme danışmanlığı" konusunda beceri kazandırılması ve toplumun bu konudaki duyarlılığının artırılması anne sütü ile beslenmenin yaygınlaştırılmasında etkin bir yoldur.



## YAŞAMA SAĞLIKLI BAŞLAMANIN BASAMAKLARI

**Prof. Dr. Nurdan Uraş**

*İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Neonatoloji Bölümü*

Sağlıklı yaşamın birinci basamağı intrauterin dönemde yeterli fetal beslenme yani "fetal programlama"dır. Doğumun vajinal yolla gerçekleşmesi ile bifidobakter ve laktobasillus grubu bakteriler kolonda hızla çoğalır. Sağlıklı yaşam ve kronik hastalıkların önlenmesinde bu bakteriler önemli olduğu için yaşama sağlıklı başlamanın ikinci basamağı da vajinal doğumdur. Doğumu takiben en kısa sürede bebeğin anne sütü ile beslenmesi bifidobakter egemen bir barsak florası yaratacağından yaşama sağlıklı başlamanın üçüncü basamağı yeterli süre anne sütü ile beslenmedir.

Fetüsün gelecekteki sağlığını programlamada annenin gebelik öncesi ve gebelikteki beslenmesi (fetal programlama) önemli yere sahiptir. Sağlık personelleri, erişkin dönemde rastlanılan hastalıkların görülme sıklığını azaltmada fetal gelişimi etkileyen faktörleri belirlemeli, takip etmeli ve etkin tedavi uygulamalıdır. Vajinal doğum ile annenin florasındaki tüm bakterileri alan bebekte; probiyotik bakterilerin egemen olması nedeniyle sağlıklı yaşam programı mükemmel işleyecektir. Sağlık personelleri, vajinal doğumun bebeğe-anneye faydaları konusunda aileye danışmanlık yapmalıdır. Anne sütü non-patojen mikroorganizmaları içeren ve bebeğin en ideal mikrobiyota gelişimine katkı sağlayan tek besindir. Bu mikrobiyota çocuk ve erişkin sağlığını programlamada anahtar rol oynar. Bu nedenle ülkemizde emzirmeyi teşvik programlarının sıklığı artırılmalıdır.

## ÇOCUK BESLENMESİNDE YANLIŞLAR VE DOĞRULAR

**RUHAN ÖZER**

Çocuk beslenmesinin kritik dönemleri vardır.

1. Yaşamın ilk 2 yılında beslenme, büyümeyi yakalama döneminde beslenme
2. Okul öncesi dönemde beslenme
3. Pubertede beslenme

Anne sütü ya da formül mama ile beslenen bir bebekte tamamlayıcı besinlere başlanması için bebeğin baş-boyun kontrolünün tamamlanmış, anne ve çevre ile ilişki kuruyor, tepkilerini veriyor olması, destekli oturuyor, çiğneme ve yutma koordinasyonunu tamamlamış olması gereklidir.

Bebek beslenmesinde en sık yapılan hata, tamamlayıcı besinlere başlanınca anne sütünün kesilmesidir. Anne sütünün tamamlayıcı beslenme döneminde de devam ettirilmesi önemlidir. Anne sütü ile beslenmeye en az 2 yıl devam edilmesi teşvik edilmelidir.

Çünkü annenin diyetinde olan farklı tat ve aromalar bebeğin yeni tatlara daha açık olmasını sağlayacak, dolayısıyla neofobi daha az gelişecektir.

### **Oyun Çocuğunda Beslenme Önerileri**

**Öğün süresince çocuğun yemek masasında oturmalı ve televizyon izlememeli** Bir yetişkin yemek süresince çocuğa masada eşlik etmeli ve onu gözlemlemeli, Yemeklerin küçük parçalara bölünmesine özen gösterilmeli, Yiyecekler, çocuğun çiğneyebileceği ve yutabileceği şekilde iyi pişmiş olmalı, **Çok küçük taneli ve yutması zor besinler** verilmemeli, araçta yolculukta çocuk beslenmemeli

### **Oyun/Okul Çocukları Neler Yemeli?**

#### **Çeşitlilik önemli:**

Her çocuk 6-23 ay arası 7 temel besin grubunun en az 4 tanesinden her gün tüketmeli.

1. Hububat, yumru kök (soğan gibi) ürünler
2. Baklagiller, fındık, ceviz
3. Süt ürünleri (süt, yoğurt, peynir)
4. Etler ( kırmızı et, balık, kümes hayvanları ve karaciğer/organ etleri)
5. Yumurta
6. A vitamininden zengin meyve ve sebzeler
7. Diğer sebze ve meyveler

Vejeteryan diyet nutrisyonel destek ya da zenginleştirilmiş ürün kullanılmadıkça gereksinimleri karşılamaz.

**Proteinler:** Et, tavuk, balık, yumurta, süt, süttten üretilen **gıdalar(peynir, yoğurt, ayran)**, Okul öncesi günde bir yumurta, iki bardak süt veya yoğurt(veya bir bardak, bir bardak yoğurt), bir-iki köfte kadar et veya bunun yerine bir porsiyon kuru baklagiller(mercimek, kuru fasülye, nohut vb) alması yeterli

**Karbonhidratlar:** Enerji kaynağı / Tahıllar(buğday, yulaf, arpa, çavdar, mısır, pirinç) ve patates gibi bazı



sebzeler

**Yağlar:** Büyüme için gerekli, Yemeklerin zeytinyağı ile pişirilmesi ve salatalara zeytinyağı eklenmesi önerilir

**Meyve ve Sebzeler:** ESPGHAN ve CDC barsak mikrobiyotasının **düzenlenmesi, kabızlığı önlenmesi**, mikrobeyinleri içermesi, yağ ve tuz içeriğinin olmaması nedeni ile obezite ve hipertansiyonu önlemesi nedeni ile çocukların lifli gıdaları tüketmesini önermekte, Günde 4-5 porsiyon sebze-meyve öneriliyor.

### Beslenme Problemleri, Zorlukları, Bozuklukları

**Beslenme Bozukluğu:** Sebebi her ne olursa olsun, bir çocuğun yeme ve içme zorluğu yaşayarak yetersiz beslenmesi durumudur.

Neofobi ya da yanlış algı nedir? Neofobi: Çocuğun tadını bilmediği yeni gıdalara karşı besin reddi olarak tanımlanmaktadır. %40-60 oranında görülür. 18-24 ay da pik yapar, azalarak kaybolur. Yeni besinler, özellikle keskin tatlı sebze denemelerinde sık karşımıza çıkar. Tekrarlayan denemelerde düzelir. Ailelere eğitim verilir. Baskı yapılmadan, sabırla yeni bir besini farklı periyotlarda 8-15 kez teklif edilmelidir.

**İştah:** Yiyeceklere karşı duyulan istek

**İştahsızlık:** Klinik olarak iştah azlığı veya iştah kaybı ve yiyecek alımının azalması ile karakterizedir. Dünya Sağlık Örgütü Tanımı: Beslenme bozukluğu/iştahsızlık durumu: Herhangi bir organik patolojisi olmayan, çocuklar için yeterli bakımın ve yeterli besin kaynağının varlığında görülebilen beslenme güçlüğü, besin reddi ve aşırı seçicilik olarak tanımlanmaktadır.

### Seçici beslenme ("Picky Eater")

Hem tanıdığı hem de yeni olan/ilk defa denenilen bir çok gıdayı reddeder. Büyüme normal ise beslenme bozukluğu olarak alınmayabilir. %5.8-59 bildirilmiştir. Aile yediği çeşitlerin az olduğunu ifade eder. 1 yaş altını picky eater olarak tanımlamak şüphelidir. Yemeği görüntü, koku, tat, kıvam, sıcaklık gibi nedenlerden dolayı seçerler. Seçici Beslenme Risk faktörleri efektif anne sütü beslenmesinin yapılmamış olması, yeme baskısı, 6. aydan önce gıdaya başlanması, çiğnenecek gıdaların geç verilmesidir.

Besin seçiciler Hafif selektifler: Normal büyürler. Nutrisyonel eksiklik görülmez Gelişimleri normaldir. Sorun ebeveynin sabrının taşım zor kullanması olur. Bu çocuklarda depresyon, kaygı bozukluğu veya farklı davranış bozuklukları ortaya çıkmaktadır.

Ağır besin seçiciler: 5-15 kadar besin türü ile beslenirler. Nutrisyonel eksiklik bulguları olabilir. Otizm bunların en ağır formudur ( %90'ında beslenme sorunu görülür çoğunluğu bu türdedir)

### Seçici Beslenme Tedavi

- 1.Yüksek derecede seçiciliği olan çocuklarda tat saklama yöntemi ("fading"): Sevdiği besin içerisinde sevmediğinden çok az katıp oranı giderek arttırma
2. Aynı anda verme: Sevdiği bir gıdayı sevmediği bir gıda ile aynı anda verme: (Kaşığa yarı yarıya yerleştirmek, sevdiğinin arasına gizlemek, karıştırmak)
3. Besinleri zincirleme: Birbirine yakın tatlara sıralı geçiş ile çeşitliliği yavaş yavaş arttırma
4. Nörolojik engelli çocuklarda: Oromotor konuşma ve yutma terapisi gerekebilir.

### Oyun/Okul Çocuğunda Fazla Beslenme Nedenleri

### **Çocuğu rahatlatmak veya uyutmak için beslemek**

Büyük porsiyonlar sunmak

"Tabağını temizleme" ısrarı

Yemek ile ceza-ödül

Yemek yemeye zorlama

**Sık atıştırmaya izin verme "Ebeveynler sağlıklı besinleri seçip sunmalı, çocuklar aralarından seçip ne kadar yiyeceklerine karar vermeli "**

### **Bebeklere verilmeyecek ya da dikkat edilmesi gereken gıdalar:**

Daha önceden tuz ve baharat konulmuş yiyecekler veya konserve sebzeler ( Sodyum içeriği fazla)

Yüksek nitrat içeren gıdalar (ıspanak, turp, şalgam)

Boğulmaya yol açabilecek gıdalar (şeker, küçük kurabiye, mısır, kuruyemiş, çekirdekli meyveler, sosis, cips, kuru üzüm)

Alerji yapabilecek gıdalar (çikolata, kakao, fıstık)

Sindirilmesi zor gıdalar (salam, kızarmış gıdalar, baharatlı gıdalar)

Bir yaş öncesi bal verilmemeli (botilizm riski)

Bitkisel çaylar

12 aydan önce inek sütü ile beslenme

### **Tamamlayıcı gıdanın kıvamı nasıl olmalıdır?**

6 aylık bebekte püre

7 aylık pütürlü

8 aylık "parmak besinleri" ile kendini besleyebilir.

9 aylık küçük parçalara bölünmüş aile besinleri

Aspirasyon riskine karşı fındık, üzüm, çiğ havuç rondodan geçirilmeden bebeğe verilmez.

### **Güvenli yiyecek hazırlama**

En az 70 C de pişirilmeli

Piştirilmiş gıda saklanmamalı, taze tüketilmeli

Mümkün değilse diğer öğüne kadar 10 C altında saklanmalı

Tekrar ısıtırken 70 C de ısıtılmalı

### **Çiğ ve pişmiş yemek teas ettirilmemeli**

Meyve-sebze çiğ tüketilecekse çok iyi yıkanmalı ve soyulmalı

Güvenli su kullanılmalı

Biberon kullanımından mümkün olduğunca kaçınılmalı

Kimyasal kontaminasyon, pestisitlerden uzak tutulmalı



Anne yemek hazırlığı öncesi ellerini sabunla çok iyi yıkanmalı, yemeği hazırlayacağı suyu önceden kaynatmalıdır ve bekletmeden kullanılmalıdır. Biberon yerine kaşık veya bardak kullanımının enfeksiyon riskini % 50'den fazla azalttığı saptanmıştır.

### **Organik gıda önerelim mi?**

Besin değerinde bir üstünlük olduğuna dair kanıt yok.

Organikler tercih edilebilir (maliyet?)

GDO'lu ürünler XXX

### **Fast Food ürünler?**

Vitamin A ve C, kalsiyumdan fakirdir.

Liften fakir, tuzdan zengindir.

### **Kalsiyum kaynakları**

Süt ve süt ürünleri, somon, brokoli, portakal, zenginleştirilmiş kahvaltılıklar (Ergen beslenmesi)

### **Tüm çocuklar için beslenme önerileri**

Sıvı tüketim sıklığı ve miktarı belirlenmeli. Yemekten bir saat önce veya yemek sırasında tüketilen sıvı sınırlandırılmalıdır. Yaşa uygun beslenme yapılmalı. Yemek porsiyonları annenin isteğine göre değil, çocuğun gereksinimine göre ayarlanmalıdır. Büyüme geriliği olacağı için öğünlerin kalori içerik açısından zenginleştirilmelidir. Öğünlerde 15 dakika içinde beslenmeye başlanmalı, yemek süresi 20-30 dakika ile sınırlanmalıdır. Aileler beslenme sırasında sakın bir tavır takınılmalı. Sağlıklı öğünler halinde beslenme için model olmalı. TV, ipad ve ya telefon gibi dikkat dağıtıcılar kullanılmamalıdır. Büyük çocuklarda yemeği arttırıp obesite riskini arttırmakta, küçük çocuklarda ise yeme miktarını azaltmaktadır. Bir öğünde bir besin reddedilirse farklı bir besin denenmeli, o da reddedilirse yemesi için çocuk zorlanmamalıdır. Reddedilen besin aralıklarla çocuğa tekrar sunulmalıdır. Kendi beslenmesi için yüreklendirilmelidir.

### **Hastalık sırasında ve sonrasında beslenme**

En sık yapılan hata, hastalık ve nekahat döneminde artmış gereksinimin göz ardı edilmesi. Hastalık sırasında sıvı miktarı arttırılmalıdır. Anne sütü daha fazla verilmelidir. Bebeğin sevdiği besinler yumuşak kıvamda, iştah açıcı şekilde sunulur ve çeşitlendirilerek verilmelidir.

Yapılan çalışmalar, çocukluk ve ergenlik dönemindeki diyet alımının, yetişkinlik döneminde izlenen diyet davranışları ve alışkanlıklarını oluşturduğunu göstermiştir. Çocuklara sağlıklı beslenme alışkanlıklarını kazandırmak, gıda etiketlerini anlamalarını öğretmek, sağlıklı seçimler yapabilecek beslenme bilinci oluşturacaktır.

## DOĞUM ODASINDA VE DOĞUM SONRASI YENİDOĞANIN BAKIMI VE YÖNETİMİ

### SERPİL TANRIVERDİ

Sağlıklı bir gebeliğin sağlıklı bir bebeğin doğumu ile sonlanabilmesi için anne gebeliğinin başından itibaren düzenli olarak izlenmeli, doğum da anne ve bebek sağlığı açısından gerekli müdahalelerin yapılabileceği donanıma sahip merkezlerde gerçekleşmelidir.

Bir yenidoğanın postnatal hayata sorunsuz geçiş yapabilmesi, fetal evreden başlayan ve özellikle doğum sonrası ilk dakikalara uzanan dikkatli bir izlem ve doğru yaklaşımlar gerektirir.

Yenidoğanların çoğu bu evreleri sorunsuz atlatır ve doğum salonunda yapılan kurulama, uyarı ve ısıtma gibi küçük desteklerle postnatal hayata sağlıklı geçiş yapar. Ancak term bebeklerin % 5'i, pre-term bebeklerin daha büyük bir yüzdesi, plasental sorunlara ya da bazı fetal malformasyonlara bağlı olarak, bu evreyi atlatabilmek için ciddi doğum salonu desteklerine gereksinim duyar.

Antenatal izlem riskli durumların doğum öncesi saptanarak gerekli doğum salonu hazırlıklarının yapılabilmesi, doğum sonrası girişimlerinin belirlenmesi, ekip ve gerekli teçhizatın hazır bulundurulması açısından çok önemlidir. Doğum salonunda yapılacak yanlış ve yetersiz uygulamalar, bebeği yaşam boyu etkileyecek önemli morbiditelere, hatta mortaliteye neden olabilir.

### DOĞUMA HAZIRLIK

- **Prenatal öykü**

Prenatal risk faktörlerinin olup olmadığı ile ilgili bilginin doğum öncesi anneden veya kadın doğum hekiminden öğrenilmesi, doğum sırasında veya hemen sonrasında, bebekte ortaya çıkabilecek ve acil müdahale gerektirecek problemleri belirleme açısından önemlidir (Tablo 1).





Tablo 1. Prenatal /Intrapartum Risk Oluşturan Maternal Durumlar ve Yenidoğana Etkisi

<u>PRENATAL RİSKLER</u>	<u>YENİDOĞANA ETKİSİ</u>
Maternal diyabet	Hipoglisemi, hipokalsemi, makrozomi, kardiyomiyopati
Rh uyumsuzluğu	Anemi, hidropik doğum
Intrauterin hareketlerin azlığı	Hipotonik bebek
Preeklampsi-eklampsi	Prematüre doğum, hipoksik doğum
Çoğul gebelik	Prematüre doğum, IUBG, hipoksik doğum
Postterm doğum	Doğum travması, hipoksik doğum, MAS
Polihidramniyoz	Ösefagus atrezisi
Oligohidramniyoz	Renal anomaliler, akciğer hipoplazisi
Erken membran rüptürü	Erken sepsis
Anne yaşı <19 veya >35 yıl	IUBG, kromozom bozuklukları, Hipoksik doğum
Fetal ultrasonografide önemli fetal malformasyon veya doğumsal kalp anomali	Hipoksik doğum, apne, dispne ve/veya hipotoni, aritmi
Takipsiz gebelik	Her şey olabilir
Fetal bradikardi	Hipoksik doğum
Fetal ultrasonografide mekonyum görülmesi	Hipoksik doğum, MAS
Annede koryoamniyonit	Prematüre doğum, erken sepsis, fetal inflamatuvar cevap
<u>INTRAPARTUM RİSKLER</u>	<u>YENİDOĞANA ETKİSİ</u>
Hızlı gerçekleşen doğum	Intrakraniyal kanama
Kordon sarkması, dolanması	Hipoksik doğum
Erken plasental ayrılma	Hipoksik doğum, prematüre doğum
Ani gelişen fetal bradikardi (<60/dk)	Hipoksik doğum
Forseps/vakumla doğum	Doğum travması, sefal hematom, kaput suksadaneum
Maternal ateş	Fetal taşikardi, doğumda solunum depresyonu
Doğumdan 4 saat önce anneye narkotik analjezik verilmesi	Solunum çabası olmayan ve deprese doğan bebek

Doğum öncesi şu 4 soru sorulmalıdır:

- (1) Gebelik yaşı nedir?
- (2) Amniyon sıvısı berrak mı?
- (3) Başka risk faktörleri var mı?
- (4) Göbek kordonu klepleme zamanı ile ilgili plan nedir?

• Doğum öncesi sorulacak "Kaç bebek bekleniyor?" sorusu NRP-8.baskı- 2021AAP programında "Göbek kordonu klepleme zamanı ile ilgili plan nedir?" olarak değiştirilmiştir.

- Prematüre doğum nedeniyle doğum salonuna alınmış gebeler için antenatal steroidin yapılıp

yapılmadığı mutlaka sorulmalıdır. [2018 TND-RDS Rehberi]

Riskli doğumlarda, doğum öncesi pediatrist ve kadın doğum uzmanını içeren bir perinatal konseyin oluşturularak bebekte beklenen risklerin ve yapılması gerekenlerin belirlenmesi, bebeğin mortalite ve morbidite riskinin azaltılması için önemlidir.

- **Doğumda yenidoğan açısından kimler bulunmalı?**

Doğum öncesi öngörülemeyen, doğum sırasında ani gelişen ve bebekte canlandırma gerektiren durumlar için, herhangi bir risk faktörü bildirilmese bile her doğumda canlandırmanın başlangıç basamaklarını ve PBV uygulamayı bilen sertifikalı bir kişinin bulunması gereklidir.

Riskli doğumlarda bu sayı, NRP sertifikalı ve canlandırma basamaklarını tam olarak uygulayabilen bir kişinin de doğum salonunda bulunmasıyla iki olarak belirlenmelidir. Çoğul gebeliklerde bu sayı, her bebek için en az iki kişi olacak şekilde hesaplanmalıdır.

- **Doğum salonunda bulunması gereken malzemeler ve ısı düzeni**

Yenidoğanlarda doğum sonrası hızla transepidermal ısı kaybı oluşur. Doğum salonu soğuk olduğunda, annenin vücut sıcaklığı ve dolaylı olarak fetüsün sıcaklığı da düşer, bebek dış ortama daha düşük vücut sıcaklığıyla doğar. Önerilere göre doğum salonlarının sıcaklığı 23-25°C olmalı, radyant ısıtıcı ve kuvöz doğum öncesi açılarak hazırlanmalıdır.

Doğum salonunda bulunması gereken malzemeler Tablo 2'de gösterilmiştir.



**Tablo 2.** Yenidoğan Canlandırması için Gereken Malzeme Listesi

<b>Aspirasyon malzemesi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Puar</li> <li>• Mekanik aspiratör</li> <li>• Aspirasyon kateterleri 5F veya 6F, 8F, 10F, 12F veya 14 F</li> <li>• 8 Fr beslenme sondası ve 20 mL şırınga</li> <li>• Mekonyum aspirasyonu için ara parça</li> </ul>	<b>Umbilikal ven kateterizasyon malzemesi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Steril eldivenler</li> <li>• Makas ya da bistüri bıçağı</li> <li>• Antiseptik hazırlık solüsyonu (Povidon iyot)</li> <li>• Flaster</li> <li>• Umbilikal kateterler 3,5 Fr, 5 Fr</li> <li>• Üçlü musluk</li> <li>• Enjektörler – 1, 3, 5, 10, 20, 50 mL</li> <li>• İğneler – 25, 21, 18 numara</li> </ul>
<b>Balon maske malzemesi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Term ve prematüre ölçülerinde maskeler</li> <li>• 250-270 ml hacimli ve valvli balon</li> <li>• Oksijen kaynağı</li> <li>• Hava kaynağı</li> <li>• Akış ölçer</li> <li>• Oksijen-Hava karıştırıcı ve hortumları</li> <li>• Nabız oksimetresi ve oksimetre probu</li> <li>• T-parça canlandırıcı</li> </ul>	<b>İlaçlar</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adrenalin; 1:10.000 (0,1 mg/mL) 1, 0,5 ve 0,25 mg ampullerden sulandırılarak (distile su) hazırlanmış</li> <li>• Volüm genişletici; izotonik kristaloit (serum fizyolojik veya Ringer laktat) 100 veya 250 mL</li> <li>• Dekstroz %10 - 250 mL</li> <li>• Yıkamalar için serum fizyolojik</li> <li>• Distile su</li> </ul>
<b>Entübasyon malzemesi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Laringoskop ve No 0 (prematüre) ve No 1 (term) düz bıçaklar</li> <li>• Laringoskop için yedek lamba ve piller</li> <li>• Endotrakeal tüpler (iç çapı 2,5- 3,0- 3,5 ve 4,0 mm olan)</li> <li>• Stile (isteğe bağlı)</li> <li>• Makas</li> <li>• Flaster ya da endotrakeal tüp tutucu</li> <li>• Alkollü gazlı bez</li> <li>• Karbondioksit saptayıcı (mümkünse)</li> <li>• Laringeal maske</li> <li>• Orofaringeal kanül 5F ya da 6F</li> </ul>	<b>Diğer</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eldiven, şapka ve diğer kişisel koruyucular</li> <li>• Göbek klemp</li> <li>• Radyant ısıtıcı</li> <li>• Canlandırma işlemi için düzgün, sert yüzey</li> <li>• Saat (kronometre isteğe bağlı)</li> <li>• Isıtılmış havlular</li> <li>• Steteskop (yenidoğan tamburlu tercih edilir)</li> <li>• Flaster</li> <li>• Kalp monitörü ve elektrodlar (mümkünse)</li> <li>• Interosseöz iğne (isteğe bağlı)</li> </ul>
<b>İleri derecede prematüre bebekler için</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Polietilen plastik torba (büyük boy)</li> <li>• Değişik boy CPAP kanülleri, ventilatör seti</li> <li>• Servise gönderilirken bebeğin vücut sıcaklığını koruyabilmek için transport kuvöz (mümkünse ventilatörlü)</li> <li>• 00 nolu laringoskop bıçağı</li> </ul>	

## SAĞLIKLI YENİDOĞANDA DOĞUM SALONU UYGULAMALARI

Doğumu gerçekleşen bebekte hemen şu üç sorunun yanıtlanmasız gerekir:

1. Term mi?
2. Tonusu iyi mi? (alt ve üst ekstremitesi semifleksiyon postüründe mi?)
3. Solunum çabası var mı veya ağlıyor mu?

• Prenatal öyküsünde risk faktörü olmayan bebeklerde bu üç sorunun hepsi EVET ise bebek, canlandırma girişimi gerektirmeyen sağlıklı bebek kabul edilmeli ve doğum salonunda sağlıklı bebekler için yapılacak diğer uygulamalara geçilmelidir.

- **Kurulama ve hipotermimin önlenmesi**

Yenidoğanlarda normal vücut sıcaklığı 36,5- 37,5°C, hipotermi < 36,0°C, hipertermi >38°C olarak kabul edilmektedir.

Term bebekler doğum sonrası, başından başlayarak kuru ve ılık çarşafarla kurulanmalı, ıslanan çarşaf lar bebekten uzaklaştırılmalı, başa kulakları da içine alacak şekilde şapka giydirilmelidir.



- **Göbek kordonunun klemlenme zamanı ve yöntemi**

Araştırma sonuçlarına göre, term bebeklerde kordon klemlenmesinin en az 30-60 saniye (120 saniyeye kadar uzatan yayınlar vardır) geciktirilmesi, ilk aylarda hemogloblin düzeyini ve demir depolarını yüksek tutmak açısından yararlı olmakta, ileri aylarda geç klemlenme uygulanan bebeklerde, demir eksikliği anemisi daha az görülmektedir.

Ayrıca postnatal hayata sorunsuz geçen preterm bebeklerde de kordonun geç klemlenmesi, eritrositlerin artması, transfüzyon gereksiniminin azalması açısından yararlı bulunmuştur. Bu nedenle, ACOG'un 2020'de güncellenen önerilerinde term ve sağlıklı doğan preterm bebeklerde kordonun doğum sonrası en az 30-60 saniye bekletildikten sonra klemlenmesi önerilmiştir. Geç klemlenmenin term ve preterm bebeklerde polistemi ve ciddi olmayan hiperbilirubinemi dışında bir yan etkisi saptanmamıştır.

Kordon steril eldiven giyilerek, ciltten 4-5 cm uzaklıkta bağlanır ve steril bir bistüri ile kesilir. Hastane ortamlarında uygun malzeme sağlanarak kesilen kordonlar için antiseptik kullanmaya gerek yoktur. Kuru ve açık bırakmak yeterlidir.

Sağlıklı term bebekler yüzü anneye gelecek şekilde anne gövdesi üzerine yatırılarak cilt teması sağlanmalı ve sırtı ılık çarşafla örtülmelidir. Bu bebekleri solunum desteği gerekmediği sürece radyant ısıtıcı altına yatırmaya gerek yoktur.

- **Göz bakımı**

Yenidoğanların vajinal kanaldan aldıkları enfeksiyon etkenleri nedeniyle profilaksi amacıyla göz bakımı önerilmektedir.

- **K vitamini uygulaması**

K vitamini karaciğerde koagülasyon faktörlerinin sentezi için önemli bir vitamindir. Maternal kaynaklı K vitamininin plasental yolla fetüse geçişi çok düşük olup sağlıklı yenidoğanlarda kordon kanı düzeyleri, belirlenebilen alt limit olan 0,02 ng/mL'nin de altındadır. Anne sütündeki vitamin K düzeyi de düşüktür.

Randomize kontrollü çalışmalar doğumda K vitamini uygulamasının, erken ya da klasik hemorajik hastalıktan koruduğunu kesin olarak göstermiştir. Halen önerilen, term bebeklere doğumda veya ilk gün tek doz İM 1mg uygulama şeklindedir.

Kısıtlı sayıdaki çalışmalar, tek İM uygulamanın oral uygulamaya kıyasla daha etkili olduğunu ortaya koymaktadır.

- **Hepatit-B Aşısı Uygulaması**

Yenidoğan bebeklere hepatit B aşısının ilk dozu doğumda yapılmalıdır ve seri genellikle 6-18 aylıkken tamamlanır.

Doğum ağırlığı <2000 g olan bebeklerde aynı şekilde immunoprofliaksiyle yapılmalı ancak ilk hepatit B dozu sayılmadan aşılama 3 doz daha olacak şekilde uygulanmalıdır.

- Bebeğin antropometrik ölçümleri; ağırlık, boy ve baş çevresi ölçümleri alır.
- Yenidoğanın monitörizasyonu yapılır. SPO2 ve kalp tepe atımı ölçülür.

## **ERKEN TEN TENE TEMAS**

Her anne ve sağlıklı bebek arasında sakın bir ortamda kesintisiz ten tene temas sağlanmalıdır. Erken temasa kordon klemlenmeden önce veya doğumdan sonraki ilk birkaç dakika içinde başlanmalıdır.



## Ten tene temasın anne ve bebek için yararları

- Anne ve bebeği sakinleştirir, bebeğin kalp atışını ve solunumunu dengelemeye yardımcı olur.
- Annenin vücut ısısı bebeği sıcak tutar.
- Bebeğe metabolik adaptasyon ve kan şekerinin dengelenmesine yardımcı olur.
- Bebeği ilk tutan kişinin annesi olması, bebeğin annesinin normal vücut florası ile kolonize olmasını sağlar.
- Bebeğin ağlamasını azaltır, böylece stres ve enerji kullanımını azaltır.
- Anne ile bebeğin birbirine bağlanmasını kolaylaştırır.
- Bebeğin kendi kendine memeyi bulmasını, yerleşmesini ve etkili emmeye başlamasını kolaylaştırır.

## EMZİRMEYİ BAŞLATMAYA YARDIM

Bebek annenin göğsünde ten-tene temas halindeyken memenin kokusu bebeği meme ucuna doğru yönlendirir. Annenin bu ön beslenme davranışlarını ve ipuçlarını tanımasına yardımcı olunur. Bebek tipik olarak bir dizi ön beslenme davranışı gösterir;

- Ellerini ağızına götürmek ve emme hareketleri yapmak,
- Sesler çıkarmak ve eliyle meme başına dokunmak,
- Memeye doğru yönelerek aranır,
- Meme başını bulur ve ağızını genişçe açıp yerleşir.

İlk emzirme bir beslenmeden çok tanışma olarak değerlendirilmelidir. Daha sonraki emzirmelerde annenin pozisyon, memeye yerleştirme, beslenme işaretleri ve ihtiyaç duyacağı diğer becerileri öğrenmesi için anneye yardım sağlanır. Annenin kendine güven duyması için desteklenmesi gerekir.

## EMZİRMEYİ DESTEKLEYEN UYGULAMALAR

- Hamile kadınlar ve aileleri emzirmenin önemi ve yönetimi konusunda bilgilendirmek
- Doğumdan sonra anne ile bebeğin aynı odada kalması
- Bebeğin her istediğinde emzirilmesi
- Tıbbi zorunluluk olmadığı sürece yenidoğana anne sütünden başka herhangi bir yiyecek ve içecek verilmemesi
- Biberon ve emzik kullanımı ve riskleri konusunda annelere danışmanlık hizmeti verilmesi

## ULUSAL YENİDOĞAN TARAMA PROGRAMI

Bu programda 6 hastalık için tarama testi yapılmaktadır. Fenilketonüri, Konjenital Hipotiroidi, Biyotidinaz Eksikliği, Kistik Fibrozis ve Konjenital Adrenal Hiperplazi taraması için biyokimyasal, Spinal Müsküler Atrofi (SMA) taraması için ise moleküler genetik yöntemler kullanılmaktadır.

Bu program kapsamında doğan tüm bebeklerin kan örneği sağlık kurumundan ayrılış yapmadan önce son anda alınmalı, aileye ilk hafta içerisinde aile hekimliği ya da bir sağlık kuruluşunda yeniden kan örneği aldırması söylenir.

- Kan almadan önce aileye bilgi verilir, numune kağıdındaki ilgili yerler eksiksiz doldurulur.
- Kan almadan önce eldiven ve maske giyilir.



- Bebeğin topuğu 2-3 dk. ısıtılır.
- Resimdeki gibi topuğun iç ve dış yan kısımlarından filtre kağıdındaki tüm daireler dolacak şekilde kan alınır.
- Yenidoğan bebeklerin 24. saatinde Konjenital Kalp Hastalığı Tarama Şemasına uygun olarak tarama yapılır. Normal dışı değerlerde hekim bilgilendirilir.
- Bebeğin sarılık taraması ve risk durumuna göre sonraki izlem planı, postnatal yaş transkutan veya total bilirubin değerlerinin takibi yapılır.

**TABURCULUK**

Doktor onayı ile taburculuğu planlanmış bebek için aileye taburculuk eğitimi verilir. Aileye bebeğe uygulanan girişimler, aşı kartı, kontrol günü randevusu, kalça USG randevusu, göbek bakımı, emzirme eğitimi içeren Taburculuk Formu verilir.



## Erken dönem mikrobiyota modülasyonu

**Prof. Dr. Şirin GÜVEN**

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sancaktepe EAH*

Doğum sırasında ve sonrasında anneden ve diğer çevresel kaynaklar gelen mikroorganizmalar bebeği kolonize eder. Genetik, çeşitli çevresel faktörler ve yaşam olayları, mikrobiyal toplulukları daha da şekillendirerek onları her vücut bölgesine ve her bireye özel hale getirir.

Bebek-bağırsak mikrobiyota simbiyozu doğumdan itibaren kurulur ve hayatın ilk birkaç yılında şekillenir. Bu dönemde bebekler hızla büyür, boy, kilo ve baş çevresi büyük artışlar gösterir. Aynı dönemde metabolik organlar, nörolojik/bilişsel gelişim, bağışıklık sistemi, sindirim sistemi geliştikçe ve olgunlaştıkça büyük değişikliklerden geçerler.

Mikrobiyom bileşiminin hayatın ilk birkaç yılında dinamik olarak değiştiği ve birçok doğum öncesi ve doğum sonrası çevresel ve konak ile ilgili faktörden etkilenebildiği iyi bilinmektedir.

Bağırsak mikrobiyotasının gelişimi konak ve çevresel faktörler (diyet ve yaşam tarzı gibi) arasındaki karmaşık bir etkileşim ile düzenlenir. Yenidoğan mikrobiyomunun oluşumunu ve olgunlaşmasını etkileyen önemli erken yaşam olayı emzirmedir. Anne sütündeki HMO' lar, bebek bağırsaklarında Bifidobacteri açısından zengin bir mikrobiyota oluşumunu teşvik eder. HMO'ların birincil işlevi prebiyotik olarak hizmet etmektir, bebeğin bağırsağında faydalı mikrobiyotanın oluşmasını kolaylaştırırlar. “Bifidus faktörü” olarak adlandırdıkları HMO'lar, Bifidobacterium bifidum tarafından tüketilir ve büyümesini teşvik eder (1,2). Sezaryen ve erken doğum gibi riskli doğum vakalarında, erken yaşamda antibiyotik maruziyeti durumunda gecikmiş Bifidobakteriyel kolonizasyon bildirilmiştir. İlginç bir şekilde, Bifidobakterilerin geçişi doğumdan önce maternal faktörlerden etkilenir. Hamilelik sırasında aşırı kilo almış kadınların bağırsaklarında normal kilo almış hamile kadınlara kıyasla daha az sayıda Bifidobacteri ve Bacteroides türleri saptanmıştır. Özellikle, bebeklerde Bifidobacterium bolluğunun azalması, astım ve obezite dahil olmak üzere kronik hastalıklarla ilişkilidir. Yaşam süreci boyunca Bifidobakteri seviyeleri, bağışıklık olgunlaşmasındaki kilit aşamalarla uyumludur ve konağın sağlığı ile ilişkilidir. Dışkı pH'sı ile ölçülen Bifidobakterilerin kaybı ve bağırsak mikrobiyomunda değişiklikler, alerjik ve otoimmün hastalıkların artan insidansı için ikna edici bir açıklamadır.

Erken yaşam, bebek bağırsak mikrobiyotasının gelişimi ve insan sağlığı için temel bir dönemi temsil eder. Bağırsak mikrobiyotasının bileşimindeki değişiklikler kısa ve uzun vadeli hastalıklarla ilişkilendirildi. Diyet bağırsak mikrobiyotasını ve konak metabolizmasını önemli ölçüde etkilediği gösterildi (3).

Özetle, Prebiyotikler ve / veya probiyotikler ile bağırsak mikrobiyotasının modülasyonu insan sağlığını iyileştirmede umut verici bir yaklaşım olarak görülmekte. Bu bağlamda, Bifidobakteriler sağlığa olumlu etkileri nedeniyle güçlü probiyotikler olarak kabul edilir. Bifidobakteriler immünomodülatör etkileri yanı sıra, ürettikleri metabolitler ile diğer bağırsak mikroorganizmaları ile etkileşime girerek bağırsak homeostazını sürdürmede katkı sağlarlar (4). Bebeğin bağırsaklarında baskın olmaları, HMO'lerle simbiyotik ilişkileri ve sağlığa yararlı etkileri göz önüne alındığında, Bifidobakteriler bebekler ve çocuklar için ideal probiyotikler olarak kabul edilir (5).







## ERİŞKİN HİPERTANSİF HASTANIN YÖNETİMİ

**Prof. Dr. Tefik Ecdar**

*İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi*

Hipertansiyon önemli bir halk sağlığı sorunudur. Hipertansiyonu olan hastalarda kardiyovasküler morbidite ve mortalite riskinin artmış olduğu çok sayıda epidemiyolojik çalışmada gösterilmiştir. Bu nedenle hipertansiyonu olan hastalarda tedavinin birincil amacı uzun dönemdeki toplam kardiyovasküler hastalık riskini mümkün olduğu kadar azaltmaktır. Bunun için yüksek kan basıncı değerlerini düşürmek ve eşlik eden tüm geriye döndürülebilir risk faktörleri ile mücadele etmek gerekir.

Tablo 1'de 2019 yılında güncellenen Türk Hipertansiyon Uzlaşma Raporu'na göre genel popülasyonda klinik kan basıncı düzeylerine dayanan sınıflandırma gösterilmiştir.

**Tablo 1.** Klinik kan basıncı düzeylerine göre kan basıncı sınıflandırması

Kategori	Sistolik Kan Basıncı (mm Hg)		Diyastolik Kan Basıncı (mm Hg)
Normal	<120	ve	<80
Artmış	120-139	ve/veya	80-89
Hipertansiyon	≥140	ve/veya	≥90
Evre 1	140-159	ve/veya	90-99
Evre 2	≥160	ve/veya	≥100

Hipertansiyon tanısı konan tüm hastalarda, gerek ikincil bir neden olup olmadığını anlayabilmek, gerekse de eşlik eden risk faktörlerini belirlemek için yapılması gereken temel bazı tetkikler vardır. Bunlar arasında tam kan sayımı, tam idrar incelemesi, açlık kan glukozu, kanda kreatinin, sodyum, potasyum, ürik asit ve lipid profilinin bakılması, tahmini glomerüler filtrasyon hızının hesaplanması ve elektrokardiyografi çekilmesi yer alır. Ayrıca diyabetik hastalarda idrarda albümin atılımı tayin edilmelidir. Bunların dışında hastanın klinik durumuna göre idrarda albümin atılımı, alanin aminotransferaz, aspartat aminotransferaz, kalsiyum, tiroid uyarıcı hormon (TSH), oral glukoz tolerans testi ve ekokardiyografik inceleme yapılabilir.

Sekonder hipertansiyon açısından araştırılması gereken hastalar aşağıda özetlenmiştir:

1. Öyküde sekonder hipertansiyonu düşündürecek durumlar
  - a) Ailede böbrek hastalığı öyküsü
  - b) İlaç kullanımı: nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar, dekonjestanlar, oral kontraseptifler, meyan kökü şurubu, kokain, amfetamin, glukokortikoidler, eritropoetin, siklosporin)
  - c) Kas güçsüzlüğü gibi hiperaldosteronizm belirtileri
  - d) Horlama: Uyku apnesi
  - e) Terleme epizotları, baş ağrısı, anksiyete, çarpıntı gibi feokromositoma belirtileri



2. Dirençli hipertansiyonu olan hastalar: Biri diüretik olmak üzere üç farklı sınıftan antihipertansif ilacı yeterli dozda kullanmasına rağmen kan basıncı kontrol altına alınamayan hastalar,
3. Antihipertansif tedavi altındayken kan basıncı kontrolü aniden bozulan hastalar
4. Otuz yaşından önce hipertansiyon tanısı alan hastalar
5. Kan basıncı düzeyine göre beklenenden daha ağır hedef organ hasarı gelişmiş hastalar
6. Anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörleri veya anjiyotensin reseptör blokerleri (ARB) kullanımı sonrası kreatinin düzeylerinde ciddi yükselme (>%30) olan hastalar
7. Rutin laboratuvar incelemelerinde hipokalemi saptanan hastalar.

Hipertansiyonu olan hastalarda eşlik eden risk faktörlerinin saptanması, hedef organ hasarı olup olmadığının belirlenmesi ve kardiyovasküler riski artıran başka hastalıkların varlığının ortaya konması çok önemlidir. Bu şekilde belirlenecek risk durumuna göre hastanın kan basıncı hedefine ve öncelikli tercih edilecek ilaçlara karar verilir. Tablo 2'de Uluslararası Hipertansiyon Derneği'nin 2020 yılında güncellenmiş kılavuzunda yer alan risk tablosu yer almaktadır.

**Tablo 2.** Hipertansiyonu olan hastalarda eşlik eden risk faktörlerine, hipertansiyon ile ilişkili organ hasarına ve diğer hastalıklara göre risk sınıflaması

Diğer risk faktörleri, HOH veya hastalık	Yüksek-Normal		Evre 1	Evre 2	
	SKB 130 – 139 mmHg DKB 85 – 89 mmHg		SKB 140 – 159 mmHg DKB 90 – 99 mmHg	SKB ≥160 mmHg DKB ≥90 mmHg	
Başka risk faktörü yok	Düşük		Düşük	Orta	Yüksek
1 veya 2 risk faktörü	Düşük		Orta	Yüksek	
≥3 risk faktörü	Düşük	Orta	Yüksek	Yüksek	
HOH, evre 3 KBH, diyabet, kardiyovasküler hastalık	Yüksek		Yüksek	Yüksek	

*HOH: Hipertansiyon ile ilişkili organ hasarı; SKB: Sistolik kan basıncı; DKB: Diyastolik kan basıncı; KBH: Kronik böbrek hastalığı*

## Tedavi

Hipertansiyonu olan tüm hastalarda yaşam tarzı değişiklikleri önerilmelidir.

### Yaşam Tarzı Değişiklikleri

1. İdeal vücut ağırlığına gelinmesi
2. Tuz kısıtlaması: Günlük sodyum alımı 2–2.4 g (5–6 g tuz) ile sınırlandırılmalıdır.
3. Sağlıklı beslenme: Hipertansiyon hastalarının beslenmesinde ağırlıklı olarak sebze ve meyve, az yağlı besinler, tam tahıl, sebze kaynaklı protein ve haftada en az iki kez balık yer almalıdır. Çabuk tüketilen, işlenmiş ve aşırı yağ, rafine şeker ve tuz içeren yiyeceklerin tüketiminden kaçınılmalıdır.
4. Tütün kullanımının bırakılması
5. Alkol kullanımının kısıtlaması: Hipertansif hastaların alkol kullanması önerilmez. Eğer kullanıyorlarsa erkekler için en fazla 20–30 g/gün etanol, kadınlar için en fazla 10–20 g/gün



etanol ile sınırlanmalı ve daha fazla miktarda alkol tüketmemeleri öğütlenmelidir.

6. Hareketli yaşam: Hastalara yaşına ve fiziksel durumuna uygun şekilde düzenli fiziksel aktivite/ egzersiz yapması önerilmelidir. Genel olarak haftada en az beş kez 30 dakikadan az olmayan aktivite yapılmalıdır. Buna ek olarak gün boyunca da hareketli bir yaşam öğütlenmelidir.
7. Stres yönetimi: Davranışların düzenlenmesi ve gevşeme teknikleri hakkında önerilerde bulunulmalıdır.

### İlaç Tedavisi

2019 yılında güncellenen Türk Hipertansiyon Uzlaş Raporu'na göre ek bir hastalığı olmayan hipertansif bireylerde ilaç tedavisine dört grup ilaçtan [ACE inhibitörü, ARB, kalsiyum kanal blokeri (KKB) veya diüretik] herhangi biri veya kombinasyonu (ACE inhibitörü ve ARB kombinasyonu hariç) başlanabilir. Özel indikasyonlar (konjestif kalp yetersizliği, koroner arter hastalığı, angina pectoris) varlığında beta bloker verilmesi tavsiye edilir. İlaç seçiminde her bir ilacın kullanılacak hasta için kontraindikasyon oluşturup oluşturmadığı mutlaka dikkate alınmalıdır (Tablo 3).

**Tablo 3.** Antihipertansif ilaçların kontraindikasyonları

İlaç	Kesin kontraindikasyon	Göreceli kontraindikasyon
Diüretikler (tiyazid veya tiyazid benzerleri)	Gut	Metabolik sendrom, glukoz intoleransı, gebelik, hiperkalsemi, hipokalemi
Kalsiyum kanal blokerleri (dihidropiridinler)	Yok	Taşarritmi, kalp yetersizliği
Kalsiyum kanal blokerleri (verapamil, diltiazem)	AV blok (2. veya 3. derece, trifasiküler blok), ciddi sol ventrikül sistolik disfonksiyonu	
ACE inhibitörleri	Gebelik, anjiyonörotik ödem, hiperkalemi, iki taraflı renal arter darlığı	Gebelik planı olan kadınlar
Anjiyotensin reseptör blokerleri	Gebelik, hiperkalemi, iki taraflı renal arter darlığı	Gebelik planı olan kadınlar
Beta blokerler	Astım, AV blok (2. veya 3. derece)	Metabolik sendrom, glukoz intoleransı, sporcu veya aktif kişiler, KOAH

ACE: Anjiyotensin dönüştürücü enzim; AV: Atriyoventriküler; KOAH: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı

Antihipertansif tedaviye tek bir ilaçla veya kombinasyon ile başlanabilir. Kombinasyon tedavisinde ilk basamakta ACE inhibitörü/ARB + KKB veya ACE inhibitörü/ARB + diüretik önerilir. Eğer bu kombinasyon ile kan basıncı kontrol altına alınamazsa ACE inhibitörü/ARB + KKB + diüretik kombinasyonuna geçilir.

### Özel Hasta Gruplarında Hipertansiyon Tedavisi:

**Yaşlılar:** Yaşı  $\geq 80$  olan hipertansiyon hastalarında tedavi başlama eşiği sistolik kan basıncı  $\geq 150$  mmHg, tedavi hedefi 130–140 mmHg'dir. Yaşlılarda ( $\geq 65$  yaş), ilaç tercihinde dört grup ilaçtan (diüretikler, KKB, ACE inhibitörü ve ARB) herhangi biri veya kombinasyonu (ACE inhibitörü ve ARB hariç) kullanılabilir. Özellikle düşük yaşıllarda veya ortostatik hipotansiyon riski olanlarda tedaviye tek ilaçla başlanması, doz artışlarının ve kombinasyona geçişlerin daha yavaş yapılması (düşük başla yavaş artır) önerilir.



*Diyabetikler:* Kan basıncı  $\geq 140/90$  mm Hg ise ilaç tedavisine başlanmalıdır. Tedavide tüm yaş gruplarında diyastolik kan basıncının 70–80 mm Hg arasında tutulması önerilir. Sistolik kan basıncı hedefi ise,  $>65$  yaş olgularda 130–140 mmHg,  $\leq 65$  yaş olgularda 120–130 mm Hg'dir. Diyabetiklerde tedaviye tek ilaçla başlanacaksa ACE inhibitörü veya ARB grubu ilaçlardan birinin seçilmesi önerilir.

*Koroner arter hastaları:* Koroner arter hastalığı olan bireylerde kan basıncı 140/90 mm Hg üzerinde tedaviye başlanmalıdır. Tedavide tüm yaş gruplarında diyastolik kan basıncının 70–80 mm Hg arasında tutulması önerilir. Sistolik kan basıncı hedefi ise,  $>65$  yaş olgularda 130–140 mm Hg,  $\leq 65$  yaş olgularda ise 120 – 130 mm Hg'dir. Koroner arter hastalığı olan bireylerde tedavide tercih edilecek ilaç grupları beta bloker, ACE inhibitörü, ARB veya KKB'dir.

*Kronik böbrek hastaları:* Kronik böbrek hastalarında tedavi eşiği 140/90 mm Hg'dir. Tedavide tüm yaş gruplarında diyastolik kan basıncının 70–80 mm Hg arasında tutulması önerilir. Sistolik kan basıncı hedefi ise,  $>65$  yaş olgularda 130–140 mm Hg,  $\leq 65$  yaş olgularda ise 120–130 mm Hg'dir. Kronik böbrek hastalarında tedaviye ACE inhibitörü veya ARB grubu ilaçlar ile başlanması önerilir. Böbrek fonksiyon testleri (özellikle kan kreatinin ve potasyum düzeyi) yakından takip edilmelidir.

#### Kaynaklar

1. Aydoğdu S, Güler K, Bayram F et al: 2019 Turkish Hypertension Consensus Report. Turk Kardiyol Dern Ars 2019;47(6):535-546.
2. Unger T, Borghi C, Charchar F et al: 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. Hypertension 2020; 75: 1334-1357.

**TAEDER**

**Multidisipliner Güz Akademisi**

Aile Hekimleri, Pediatri Hekimleri, Dahiliye Hekimleri'nin Katılımları ile

1 - 4 KASIM 2022



**"PEDIATRİDEN GERİATRİYE HER YAŞTA SAĞLIK"**

# SÖZLÜ SUNUMLAR



S-01

**Sarkoidozun Erken Tanısında Akciğer Grafisinin Duyarlılığı: Değişim Kaçınılmaz mı?****Aysu Sinem Koc**<sup>1</sup>, Güray Öncel<sup>2</sup>, Özlem İnce<sup>3</sup>, Fidan Yıldız<sup>4</sup>, Şenol Kobak<sup>5</sup><sup>1</sup>İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları, İstanbul<sup>2</sup>SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji, İzmir<sup>3</sup>Batı Anadolu Central Hospital, Radyoloji, İzmir<sup>4</sup>Okan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları, İstanbul<sup>5</sup>İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları-Romatoloji, İstanbul

**Deneyim ve hedefler:** Sarkoidoz, kazeifiye olmayan granülomlarla karakterize kronik granülomatöz bir hastalıktır. Konvansiyonel akciğer grafisi hastalığın tanı, evreleme ve izleminde önemli bir yere sahiptir. Bilgisayarlı tomografi sarkoidozun yaygınlığını, komplikasyonlarını ve ayırıcı tanısını belirlemek için kullanılan ikinci basamak bir görüntüleme yöntemidir. Bu çalışmada sarkoidozun erken tanısında konvansiyonel akciğer grafisinin duyarlılığını belirlemeyi ve bilgisayarlı tomografi (BT) ile karşılaştırmayı amaçladık.

**Metotlar:** Tek merkezde takip edilen 109 sarkoidoz hastası çalışmaya dahil edildi. Tüm hastaların demografik, klinik, laboratuvar ve radyolojik verileri kaydedildi. Tanı anında çekilen akciğer grafisi ve bilgisayarlı tomografi görüntülemeleri incelendi.

**Sonuçlar:** 109 hastanın 81'inin aynı merkezde çekilen akciğer grafisi ve BT görüntülemesine ulaşıldı. 81 sarkoidoz hastasının 23'ü (%28.4) erkek, 58'i (%71.6) kadındı. Ortalama hasta yaşı 46.4 yıl ve ortalama hastalık süresi 3.8 yıldır. Konvansiyonel akciğer grafisi 30 hastada (%37) tanı anında normal kabul edilirken, bu hastaların hepsinde BT görüntülemesinde sarkoidoz ile uyumlu bulgular vardı. Sarkoidozun erken tanısında BT görüntüleme akciğer grafisine göre duyarlılığı daha yüksek saptandı (p=0.001). Ayrıca BT'nin, hastalığın yaygınlığını ve komplikasyonlarını saptamada daha üstün olduğu görüldü.

**Kararlar:** Konvansiyonel akciğer grafisinin BT'ye göre sarkoidozun erken tanısında duyarlılığı daha düşük bulundu. Hastalığın klasik evrelemede kullanılan akciğer grafisinin düşük duyarlılığı ve özgülüğü nedeniyle hastalığın klasik evrelemedeki yeri yeniden değerlendirilmeli, güncel görüntüleme yöntemleri ile geliştirilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Akciğer grafisi , Bilgisayarlı tomografi , Sarkoidoz

S-02

### SARS-COV-2 Enfeksiyonunda Febril Konvülziyonla Karışan Hareket Bozukluğu

**Didem Can**<sup>1</sup>, Gülcan Akyüz Yücel<sup>1</sup>, Şirin Güven<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Prof. Dr. İlhan Varank Sancaktepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Deneyim ve Hedefler:** Çocuklarda Covid-19 nörolojik belirtilerle de ortaya çıkabilmektedir. Febril nöbet beraberliği çok sık olmasa da görülen bir klinikdir, ateş odağı netleşmemiş febril konvülziyon düşünülen çocukta Covid-19 PCR örnekleme mutlaka yapılmalıdır.

**Metotlar:** 2 yaş 11 aylık, 4 gündür ateşi 39 dereceyi bulan kız çocuk, gece uyku halindeyken 4 kez, yaklaşık 1 dakika süren, aralıkları en fazla 90 dk olan, tüm vücutta kasılma anamneziyle acile getirildi. Acilde takibi esnasında üst ve alt ekstremitelerde tonik kasılmaları ve ellerde bükülme benzeri hareketleri vardı. Hastanın bu dönemler dışında genel durumu iyi, bilinci açık, aktifti. Fizik muayenede ateş:37 C, spO2:100, nabız:110, tansiyon:95/65 idi. Fizik muayenede ağız içi aftöz lezyonlar, posterior servikal bölgede 1x1 cm boyutunda mobil lenf nodu, 3/6 sistolik kardiyak üfürüm dışında özellik yoktu. 38 haftalık gebelik sonrası 2680 gr, C/S yolla doğmuş, ASD (atrial septal defekt) ve VSD (ventriküler septal defekt) nedeni çocuk kardiyoloji, astım nedeni çocuk allerji takipli çocuğun, mevcut ilaç ve inhaler kullanımı yoktu.

Hasta ilk olarak komplike febril nöbet olarak değerlendirilip levetiresetam tedavisi başlanarak servise yatırıldı. Servis takibinde son 24 saatte 9 kez 15-45 sn süren tonik distonik kasılmaları olması üzerine takiplerine çocuk yoğunbakım ünitesinde devam edildi. Yoğunbakımda levetirasetam, fenobarbital, ampirik seftriakson ve asiklovir tedavileriyle intravenöz infüzyon tedavisi aldı. Tonik distonik kasılmaları kontrol altına alınan hasta servise devir alındı. Hastanın tetkiklerinde WBC:7840/ul, Neu:3610/ul, Lym:1930/ul, Prokalsitonin:0,35ug/l, CRP:20,9mg/l, BOS mikroskopisinde wbc:2, rbc:0, BOS multipleks PCR negatif, kan, idrar, gaita ve bos kültürlerinde üreme olmadı. Hastanın uzun süren ateşi olması nedeniyle alınan Covid-19 PCR sonucu pozitif olarak tespit edildi. Hastanın difüzyon MR incelemesi ve EEGsi normal olarak değerlendirildi. Nörolojik muayenede bulgusu kalmayan, kasılmaları devam etmeyen hasta, fenobarbital ve levetiresetam tedavilerine devam ederek taburcu edildi ve ilk kontrolde fenobarbital tedavisi azaltılarak kesildi.

**Sonuçlar:** Covid-19 çocuklarda uzamış ateş, konvülziyon, inme, ensefalit ve hareket bozukluğu gibi çok çeşitli klinik bulgulara neden olabilir. Burada komplike febril konvülziyon gibi değerlendirilip daha sonraki takiplerinde Covid-19'a bağlı hareket bozukluğu tanısını düşündüğümüz hastamızı paylaşmak istedik. Bu hastalarda otoimmün ensefalit ve MOG antikor birlikteliği de görülebilmektedir. Bu açıdan hastamızın tetkikleri gönderilmiş olup sonuçları beklenmektedir.

**Kararlar:** Sütçocukluğu döneminde Covid-19 enfeksiyonu geçiren çocukların, febril konvülziyonla gelebileceği gibi atipik nörolojik bulgularla da başvuruabileceği akılda bulundurularak, benzer klinik tabloda Covid-19 PCR testi ve diğer markerlar mutlaka gönderilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Covid-19, febril konvülziyon, tonik distonik hareket bozukluğu

S-03

### **Büyük Çocukta Akut Baş Ağrısı ve Herpes Menenjit Olgusu Sunumu**

**Eliz Güler**, Gülcan Akyüz Yücel, Şirin Güven

Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank EAH, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları İstanbul, Türkiye

**Deneyim ve hedefler:** Çocukluk çağında baş ağrısı önemli bir semptomdur. Baş ağrısı ile gelen çocuğa sistematik yaklaşım gerekmektedir. Baş ağrısının primer (migren, gerilim tipi baş ağrısı) veya sekonder (viral üsye, sinüzit, menenjit, beyin tümörü) olarak ayırt edilmesi ayırıcı tanıda hayati önem taşır ve bu ayırımı yapmak için baş ağrısının özelliklerini çok dikkatli izlemek lazım. Büyük çocuklarda özellikle akut baş ağrısı menenjitlerde daima var olan semptomdur. Leptomeninkslerin inflamasyonu olarak tanımlanan menenjitler etkenine göre bakteriyel ve aseptik olarak ikiye ayrılırlar. Aseptik menenjitler ise viral ve viral olmayan etkenlere göre ikiye ayrılırlar. Bazı durumlarda, anlatacağımız vakada olduğu gibi, sadece akut ve progresif bir baş ağrısı ve eşlik eden günde 1 defa kusma aseptik menenjitin klinik tablosunu oluşturabilmektedir.

#### **Metotlar:** Olgusu

11 yaş, miyadında doğan, YDYB yatışı olmayan erkek hasta, 10 gün devam eden baş ağrısı şikâyeti ile akut sinüzit tedavisi alıyor. Kusma, günde 1 defa olmak üzere, ve persistan, gece uykudan uyandıran baş ağrısı yakınmaları devam ediyor. Ateş eşlik etmiyor, nörolojik muayenesi normal, meningeal iritasyon bulgusu yok. Çekilen beyin BT de sol temporal lobda gyrus komşuluğunda hipodens lezyon izlenmiş olup, kraniyal MR görüntüleme de aynı alanda 2. 3x2 cm boyutlarında kistik lezyon saptanıyor. Yapılan kraniyal difüzyon MR, MR anjiyografi ve venografi tetkikleri normal. Başvuruda CRP, hemogram, biyokimya, TFT ve vitB12 değerleri normal. KİBAS ve psödotümör serebri ekarte ediliyor. Hastaya LP yapılıyor-BOS hücre sayımında RBC 238/mm<sup>3</sup>, WBC 236/mm<sup>3</sup> olup 99. 1% mononükleer hücre hakimiyeti mevcut. BOS multipleks menenjit PCR paneli çalışılıyor ve HHV-7 düşük pozitif bulunuyor. BOS kültüründe üreme olmuyor. Böylelikle hasta herpes/aseptik menenjit tanısını alıyor ve asiklovir 30 mg/kg/g ve seftriakson 65 mg/kg/g tedavisine başlanıyor. Tedavinin 7. günde kontrol LP alınıyor -WBC 39/mm<sup>3</sup> RBC 0/mm<sup>3</sup> 100% mononükleer hücre hakimiyetinde, BOS kültüründe üreme yok, HHV-7 PCR ve diğer multipleks PCR etkenleri negatif saptanıyor. Asiklovir tedavisi 14 güne tamamlanıyor.. Çocuğun klinik bulgularında gerileme görülüyor.

**Sonuçlar:** Viral/herpes menenjiti erken tanı konulması ve tedaviye başlanması gereken hastalık olduğundan gerek mortalite gerek komplikasyon açısından erken teşhis ve tedavi çok önemli. Gösterdiğimiz olguda acil servise akut baş ağrısı ve kusma ile başvuran büyük çocukta aseptik menenjit teşhisi konulması ve bunun atipik bir klinik tablo ile prezente olması baş ağrısının tek semptom olarak önemini vurgulamaktadır.





S-04

## İzotretinoin Embriyopatisi Olan Prematüre Yenidoğanda Taussig-Bing Anomalisi

Nurdan Uraş<sup>1</sup> **Sait İlker Uslu<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Neonatoloji Bölümü

**Deneyim ve hedefler:** Çift çıkışlı sağ ventrikül (ÇÇSV), morfolojik olarak sağ ventrikülden çıkan büyük arterlerle karakterize konjenital kalp malformasyonudur. ÇÇSV ve subpulmonik ventriküler septal defekt (VSD) birlikteliği Taussig-Bing anomalisi olarak adlandırılır. İzotretinoin, retinoidler olarak bilinen teratojenlerdir. İntrauterin maruziyetinde izotretinoin embriyopatisi olarak adlandırılan kraniofasiyal, kardiyak ve merkezi sinir sistemi anomalilerine neden olabilir. En riskli dönem konsepsiyondan sonraki 2 ile 5. haftalar olmakla birlikte, gebeliğin herhangi bir döneminde maruziyet embriyopati riskine neden olabilmektedir.

**Metotlar:** Otuzüçüncü gebelik haftasında fetal distres nedeniyle sezaryenle 2550 gram olarak doğan bebek, postnatal 11. günde, tanımlanmamış kardiyak anomaliler nedeniyle tarafımıza sevk edildi. Öyküsünden, annenin gebeliğinin ilk ayında kistik akne için 40 mg/gün izotretinoin kullandığı, gebelik takibinin olmadığı öğrenildi. Fizik muayenede hafif yüz asimetrisi, sağ gözde pitozis, dış kulak kanalı darlığı ile birlikte bilateral anotisi, posterior helikal çukurlar, dar eğimli alın, mikrognati, basık burun kökü ve oküler hipertelorizm izlendi. (Resim 1) Oskültasyonda kalp apeksinde 3/6 derece sistolik üfürüm duyuldu. Ekokardiyogramda sağ ventrikülden çıkan 2 büyük arter tespit edildi. Aortun sağ ventrikülün önünden çıktığı ve sağa doğru olan pulmoner arter arkının solda, ince ve uzun görünümde olduğu görüldü. Proksimal arkus 4.0 ve distal arkus 4.1 mm olarak ölçüldü. Ekokardiyografide Taussig-Bing anomalisi, subpulmoner VSD, D-malpoze büyük damar arter ilişkisi, patent duktus arteriyozus, patent foramen ovale tanısı koyuldu. (Resim 2) Karyotip normal dişi olarak saptandı. Tedavide inotrop ve diüretik ilaçlar kullanıldı. Konjestif kalp hastalığı sonucu hasta 59. günde kaybedildi.

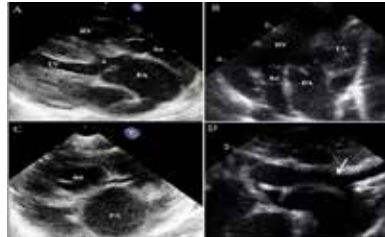
**Sonuçlar:** Taussig-Bing anomalisi 9/100000 sıklığında görülmektedir. Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte yapılan bir çalışmada, fetal dönemde izotretinoine maruz kalan 154 gebe kadının 21'inde malformasyon görülmüş ve bu fetüslerin 8'inde konotrunkal kalp malformasyonları ve aortik ark anomalileri saptanmıştır. Literatürde izotretinoinin yaklaşık %30 oranında büyük konjenital bozukluklara neden olduğu bildirilmektedir. Hamile bir kadının günlük 0.5-1.5 mg/kg izotretinoin alması teratojen kabul edilir.

**Kararlar:** Bu yazıda ilk trimesterde izotretinoin maruziyetine bağlı Taussig-Bing malformasyonu ve anotisi olan bir yenidoğan olgusunu sunarak, gebelikte izotretinoin kullanımından kaçınılması gerektiğini vurgulamak istedik.

**Anahtar Kelimeler :** embriyopati , izotretinoin , Taussig-Bing anomalisi



**Resim 1:** Hastanın fizik muayene bulguları



**Resim 2:** Hastanın ekokardiyografi bulguları

**S-05****ADOLESANLARDA İNTERNET BAĞIMLILIĞI VE OBEZİTE ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ****Funda Yıldız<sup>1</sup>**<sup>1</sup>İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

**Giriş:** Adolesan dönemi, çocukluktan genç yetişkinliğe geçişi kapsayan fizyolojik, psikolojik ve bilişsel bir değişim sürecidir. Bu çalışmanın amacı adolesanların internet bağımlılık durumunu değerlendirmek ve internet bağımlılığı ile fiziksel özellikler arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

**Materyal ve Metod:** Bu araştırma kesitsel bir çalışmadır. Çalışmaya İstinye Üniversite Hastanesi çocuk sağlığı polikliniğine Aralık 2021-Ağustos 2022 tarihleri arasında rutin kontrol amaçlı başvuran ve herhangi bir kronik hastalığı olmayan 12-18 yaş arası 370 adolesan dahil edildi. Adolesanların desimal yaş, cinsiyet ve antropometrik ölçümleri kaydedildi. Adolesanlar vücut kitle indeksi persentil değerine göre normal kilolu, fazla kilolu ve obez olarak gruplandırıldı. Adolesanlara 20 sorudan oluşan Young İnternet Bağımlılığı Ölçeği uygulandı. Test sonucuna göre de ortalama internet kullanıcısı, sınırlı belirti gösteren internet kullanıcısı ve patolojik internet kullanıcısı olarak 3 gruba ayrıldı.

**Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen 370 adolesanın ortanca yaşı 15,1 (%25-75 persentil 13,9-16,4) desimal yıl olup 195'i (%52,7) erkekti. Adolesanların 115'i (%31,1) normal kilolu, 135'i (%36,5) fazla kilolu ve 120'si (%32,4) obezdi. Kız ve erkek cinsiyet arasında kilo durumu açısından anlamlı bir fark yoktu ( $p=0,741$ ). Young İnternet Bağımlılığı Ölçeği sonucuna göre adolesanların 33'ü (%8,9) patolojik internet kullanıcısı, 274'ü (%74,1) sınırlı belirti gösteren internet kullanıcısı iken 63'ü (%17) normal internet kullanıcısı idi. Kız ve erkek cinsiyet arasında internet bağımlılığı açısından anlamlı bir fark yoktu ( $p=0,700$ ). Obezlerde normal internet kullanıcı durumu anlamlı olarak az saptanırken, normal kilolu adolesanlarda normal internet kullanıcısı olma durumu anlamlı fazla bulundu. ( $p<0,001$ ). Ölçek skoru ve vücut kitle indeksi arasında pozitif ve iyi derecede korelasyon saptanmış olup istatistiksel olarak anlamlıydı ( $r=0,617$ ,  $p<0,001$ ). Bu durum internet bağımlılık düzeyi arttıkça vücut kitle indeksinin arttığını göstermektedir.

**Sonuç:** Adolesanlarda internet bağımlılığı büyük önem arzeden ciddi bir halk sağlığı sorunu haline gelmektedir. İnternet bağımlılığının azaltılması ve adolesanların sağlıklı bir geleceğinin olması açısından önlem ve müdahaleler mümkün olduğunca erken alınmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** adolesan, internet bağımlılığı, obezite



S-06

## Otuzbeş Günlük Rektus Femoris Piyomyoziti Tanısı Alan Bir Olguda Görüntülemenin Önemi

Nurdan Uraş<sup>1</sup>, Sait İlker Uslu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Neonatoloji Bölümü

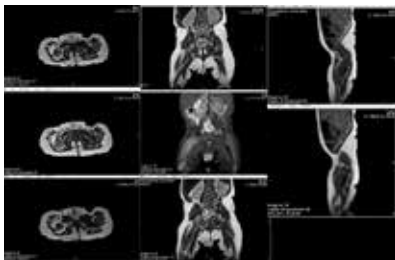
**Deneyim ve hedefler:** Piyomyozit, kasların süpüratif ve subakut bakteriyel enfeksiyonudur. Özellikle kalça eklemi kaslarını etkiler ve septik artrit ile benzer klinik özellikler gösterir. Manyetik rezonans en kullanışlı tanı aracıdır ve kastaki erken değişiklikleri tespit edebilir. Tedavisi, drenajlı veya drenajsız etkene yönelik uygun antibiyoterapidir. Bu yazımızda septik artrit bulguları ile gelen, manyetik rezonans görüntüleme ile rektus femoris piyomyoziti tanısı konulan 35 günlük bir olgu sunuldu.

**Metotlar:** 35 günlük erkek hasta kalça ve sağ ekstremitesinde hareketsizlik şikayeti ile polikliniğe başvurdu. Öyküsünden 5 gündür ateş, huzursuzluk ve emmede azalmanın olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde koltuk altı ısısı 38.2°C, kalp hızı 128/dakika ve solunum sayısı 36/dakikaydı. Pasif kalça ekstansiyonu ve sağ kalça fleksiyonu, iç ve dış rotasyonlar ağrılıydı. Ultrasonda kalça efüzyonu veya periost kalınlaşması tespit edilmeyen olgunun manyetik rezonans görüntülemesinde T1 koronal ve T2 aksiyal/koronal kesitlerde sağ kalça ekleminde sinovyal efüzyon izlendi. Aynı zamanda sağ kalça eklemi seviyesinden sağ uyluk orta kısmına kadar uzanan bölgede rektus femoris ve vastus lateralis kaslarının düzlemlerinde inflamatuvar sinyaller tespit edildi.(Resim 1) Semptomları devam ettiğinden ve inflamatuvar belirteçler yüksek kaldığından, hastaneye yatışında başlanmış olan ampisilin-sulbaktam ve amikasin antibiyoterapisi dört gün sonra vankomisin olarak değiştirildi ve tedaviye 14 gün devam edildi. Yatışının 8. haftasında kalça eklemindeki hareket kısıtlılığı tamamen düzeldiği için hastaya abse drenajı yapılmadı.

**Sonuçlar:** Neonatal pelvik piyomyozitin klinik ve laboratuvar bulguları septik kalça osteoartritiyle benzer özellikler gösterir. Kalça ekleminde hareket kısıtlılığı olan septik görünümü yeni doğanlarda ön tanıda septik osteoartrit akla gelmesine rağmen, ultrasonla periost kalınlaşması ve özellikle kalça ekleminde efüzyon tespit edilemezse, pelvik osteomyelit veya piyomyozit gibi alternatif teşhisler düşünülmeli ve daha ileri görüntüleme çalışmaları yapılmalıdır. En değerli tanı yöntemi gadolinyum ile güçlendirilmiş manyetik rezonans görüntülemesidir.

**Kararlar:** Tedavide özellikle *Stafilococcus aureus*'a etkili antibiyotikler seçilmeli ve en az 14-21 gün boyunca devam edilmelidir. Olgumuzda olduğu gibi tedaviye yeterli klinik yanıt alınmadığı durumlarda glikopeptidler gibi daha geniş spektrumlu antibiyotiklerin tercih edilmesi gerektiği akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler :** manyetik rezonans , piyomyozit , *Stafilococcus aureus*



**Resim 1:** Hastanın Manyetik Rezonans Görüntülemesi

S-07

### ASİMETRİK AĞLAYAN YÜZLÜ BİR YENİDOĞAN OLGU SUNUMU

Nadire Bozköylü Ece<sup>1</sup>, Eliz Güler<sup>1</sup>, Mehmet Karacı<sup>1</sup>, Şirin Güven<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank EAH, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul, Türkiye

**GİRİŞ:** Asimetrik ağlayan yüz, konjenital depresör anguli oris kasının tek taraflı agenezi ya da hipoplazisi sonucu oluşan bir anomalidir. Genelde alt yüz yarısını tutan bu klinik tablo literatürde "doğumsal tek taraflı alt dudak felci" ve "doğumsal asimetrik ağlayan yüz" olmak üzere iki ayrı antite olarak tanımlanmıştır. İstirahatte alt dudak ve ağız açıklığı simetrik olmasına rağmen, ağlama veya gülme esnasında tek taraflı olarak aşağı ve dışa hareket kısıtlılığı söz konusudur. Yüzün diğer mimik kasları normaldir. Canlı doğumların 1/160'ında görülen bu malformasyon çoğunlukla izole bir anomali olarak kliniğe yansır. Ancak başta kardiyovasküler sistem olmak üzere servikofasiyal, kas-iskelet, solunum, genitoüriner ve santral sinir sistemine ait pek çok majör anomaliyle de birlikteliği tanımlanmıştır. Bu olguda diğer sistemlerde anormallikleri olmayan, asimetrik ağlayan yüzü olan bir günlük erkek bebek sunuldu.

**OLGU:** Anamnezinde 40 yaşındaki annenin G3P3, 36+5 hafta ile uyumlu sezeryan doğum ile, 2930 gr, erkek olarak hastanemizde birinci dakika Apgar skoru 8, beşinci dakika Apgar skoru 9 olarak doğdu. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde, doğum ağırlığı; 2930 gr (50p), boy; 49 cm (50-75 p), baş çevresi; 36 cm (50-75p), vücut ısısı: 36.5 oC, solunum sayısı: 50/dk, kalp tepe atımı: 120/dk, kan basıncı: 75/49 (62) mmHg idi. Yüzünde ağlarken asimetrik görünüm vardı. Sol dudak köşesi aşağı çekiliyor, diğer sitem ve nörolojik muayenesi tamamen normal görüldü.

Laboratuvar tetkikleri, hemogram, biyokimya, testleri normal olarak değerlendirildi. Radyolojik tetkikleri, kranial-batın ultrasonografi, direk akciğer grafisi normaldi. Kardiyovasküler incelemede, ekokardiyografide : PDA (ince), PFO saptandı. 3 ay sonra kontrol önerildi.

**SONUÇ:** Yenidoğan döneminde asimetrik ağlayan yüzü olan hastalarla karşılaşıldığında musculus depresör anguli oris kasının hipoplazisi ya da agenezisi akılda tutulmalıdır. Hastalığa eşlik edebilecek diğer sistemlerle ilgili anomaliler olabileceği gibi çoğu zaman selim bir durumdur. Musculus depresör anguli oris kası hipoplazisinin tanısı öykü fizik muayene bulguları ile kolayca konulabilir.

S-08

**Nadir Bir Abdominal Kitle Nedeni: İmperfore Himene Bağlı Gelişen Hidrokolpos****Sait İlker Uslu<sup>1</sup>**, Murat Çakar<sup>2</sup>, Nurdan Uraş<sup>1</sup><sup>1</sup>İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Neonatoloji Bölümü<sup>2</sup>İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Bölümü

**Deneyim ve hedefler:** Vajinanın konjenital tıkanıklıklarında maternal östrojenler tarafından uyarılan servikal ve vajinal salgıların dışarı çıkamayarak proksimal vajen ve uterus içinde birikmesine hidrokolpos denir. En sık sebebi imperfore himen olmakla birlikte, vajinal septum, distal stenoz ve vajinal atrezi diğer konjenital nedenler arasında yer alır. Literatürde ailesel olgular bildirilmesine rağmen, imperfore himen çoğunlukla sporadik olarak görülür ve insidansı yaklaşık olarak % 0.014 - % 0.01'dir. Bu yazımızda abdominal kitle nedeni olarak imperfore himene bağlı hidrokolpos saptanan bir yenidoğan olgusu sunuldu.

**Metotlar:** Miadında elektif sezaryenle 3275 gram olarak doğan kız bebeğin yapılan doğum salonu muayenesinde batın distansiyonu, orta hatta umblikusun altına kadar uzanan kitle, intakt, gergin ve dışarıya doğru protrude olan himen saptanması üzerine tarafımıza sevk edildi. (Resim 1) Laboratuvar tetkiklerinde böbrek fonksiyon testleri ve serum elektrolitleri normal aralıklarda saptandı. Yapılan abdominal ultrasonografide pelvis orta hatta 62x58 mm boyutlarında kalın cidarlı yoğun içerikli doppler vasküler aktivite göstermeyen, servikovajinal bileşke ile devamlılık gösteren kistik lezyon izlendi. (Resim 2) Sol böbrekte pelvikalksiyel sistem belirgin saptandı. Pelvis ap çapı 7 mm ölçüldü. Manyetik rezonans görüntüleme benzer büyüklükte kistik kitle, mesane süperioruna kadar uzanım gösteren uterus, sıvı ile dolu endometrial kavite ve serviks izlendi. Üriner retansiyon gelişmemesi için çocuk cerrahisi tarafından yaklaşık 150 mililitrelik yoğun içerikli hemorajik sıvı aspire edildi. Ertesi gün basit insizyonla himenotomi operasyonu uygulandı. Takiplerinde abdominal distansiyonu gerileyen ve ultrasonografide pelvikalksiyel sisteminin gerilediği görülen hasta 7. gününde taburcu edildi.

**Sonuçlar:** Himen, normalde perfore olması gereken mezodermal dokunun embriyolojik kalıntısıdır. İmperfore himen müllerian sistem kanalizasyonunun tamamlanamamasından ortaya çıkan alçak seviyeli vajinal obstrüksiyonunun bir nedenidir. Genellikle izole bir anomali olmasının yanında genitoüriner sistem anomalileri ile birlikte bulunabilir. Yenidoğan döneminde muayenede karında kitle saptanan kız bebeklerde ayırıcı tanıda imperfore himen ve buna bağlı hidrokolpos akla getirilmelidir. Tanıda ilk tercih edilecek görüntüleme yöntemi abdominal ultrasonografidir. Pelvik MR, ek anomalilerin gösterilmesinde tanıya yardımcı olmaktadır.

**Kararlar:** Tanı konulan olgularda hızlıca vajinal açıklığın sağlanması, obstrüktif üriner komplikasyonların gelişmemesi için çok önemlidir.

**Anahtar Kelimeler :** abdominal ultrasonografi , hidrokolpos , imperfore himen

**Resim 1:** Protrüde imperfore himen**Resim 2:** Abdominal USG Görüntüsü

S-09

### ASLA KAÇIRILMAMASI GEREKEN BİR ACİL: ASEPTİK MENENJİT

Ece Köseoğlu<sup>1</sup>, Gülcan Akyüz<sup>1</sup>, Şirin Güven<sup>1</sup>, Didem Can<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

**Deneyim ve Hedefler:** Pediatrik hastalarda aseptik menenjit çok çeşitli klinik tablolarla karşımıza çıkabilmektedir. Aseptik menenjit; virüslerin neden olduğu, meninkslerin akut ve/veya kronik seyirli inflamatuvar hastalığıdır. Bilinen hastalığı olmayan tamamen sağlıklı olan; 3 hafta önce evde kusma ve sonrasında bayılma şikayeti ile getirildiği acil serviste status epilepticusa giren ve ileri tetkiklerinde aseptik menenjit tanısı alan hasta 7 günlük antibiyotik tedavisi sonrasında taburcu edilmiş. Hasta taburculuğunun 10. gününde sağ kolda uyuşma şikayeti ile tekrar acil servise başvurdu. Hastanın yapılan tetkiklerinde yine aseptik menenjit tanısı aldı. Hedefimiz menenjitli hastada tanı ve tedavi sürecinde daha dikkatli olunması, hatta gerektiğinde obsesif davranılması, ikinci bir görüş istenmekten çekinilmemesine dikkat çekmektir.

#### Metod

- o 16 yaşında erkek hasta
- o Yakınma: Sağ elde uyuşma
- o Özgeçmiş: 3 hafta önce hasta evde ailesi tarafından etrafa kusmuş şekilde yerde baygın bulunmuş; götürüldüğü acil serviste status epilepticusa giren hastaya ileri tetkiklerinde aseptik menenjit tanısı konulmuş ve 7 gün seftriakson ve asiklovir tedavisi aldıktan sonra hasta taburcu edilmiş. Aşılari tam. Ailesiyle yaşıyor. Yurtdışına seyahat öyküsü yok. 6 hafta önce otobüs ile ildışı seyahat öyküsü mevcut.
- o Soygeçmiş: Özellik yok
- o Fizik Muayene: Nörolojik muayenesi normal. Ense sertliği yok, meninks irritasyon bulgusu yok. Diğer sistem muayeneleri normal.
- o Görüntüleme:
  - o Beyin MR difüzyon: difüzyon kısıtlılığı saptanmadı.
  - o Kontrastlı beyin MR: menenjit lehine tutulum saptanmadı o Kontrastsız beyin BT: normal.
- o Laboratuvar: WBC:6.2 10<sup>3</sup>/uL, NEU:4.0 10<sup>3</sup>/uL, LY:1.5 10<sup>3</sup>/uL, PLT:188 10<sup>3</sup> /dl, CRP:2.6 mg/l, glukoz:93 mg/dL bulundu. o BOS: rengi: berrak, BOS basıncı: normal, BOS glukoz:58 mg/L, BOS mikroskopisinde lökosit saptandı, bakteri saptanmadı. BOS kültüründe bakteri üremesi olmadı. BOS hücre sayısı: WBC:123 /mm<sup>3</sup>, LY:114 /mm<sup>3</sup>. HSV PCR: negatif saptandı.
- o Tedavi: Seftriakson, vankomisin ve asiklovir başlandı. Seftriakson ve vankomisin 14; asiklovir 21 güne tamamlandı.

**Sonuçlar:** Aseptik menenjit hastaları baş ağrısı, ateş, mide bulantısı-kusma gibi daha hafif klinik tablolar dışında nöbet hatta status epilepticusa varan bir klinik tablo ile karşımıza çıkabilmektedir. Aseptik menenjit tanısından şüphelendiğimizde kanda mutlaka tam kan sayısı, CRP, KCFT, BFT, elektrolitler, glukoz, protein bakılmalıdır. Kontrastlı MR çekilmeli, Herpesvirüs/enterovirüs düşündüreren tutulum araştırılmalıdır. Kontrendikasyon yoksa lomber ponksiyon yapılmalı; BOS hücre sayısı,



BOS mikroskopisi, BOS kültürü, glukoz ve protein bakılmalıdır(eşzamanlı kan tahlili de alınmalıdır). Aseptik menenjit tedavisi acildir. Olası etkenlere ve kişinin altta yatan koşullarına yönelik olarak en geç 30 dakika içinde tedaviye başlanmalıdır.

**Kararlar:** Aseptik menenjit tedavi edilmediğinde komplikasyonları çok ağır olduğundan ayırıcı tanısı çok iyi yapılmalı, gerekli tetkikler yapıldıktan sonra tedavisi hemen başlanmalı ve tedavinin yeterli doz ve sürede verildiğinden emin olunmalıdır.