

# 19.

## Ulusal İç Hastalıkları Kongresi

Sueno Deluxe Hotel & Kongre Merkezi  
Belek / Antalya  
www.ichastaliklari2017.org



11-15  
Ekim  
2017



# KONGRE GAZETESİ

13 Ekim 2017, Cuma

## AÇILIŞ OTURUMU GERÇEKLEŞTİRİLDİ



Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği (TİHUD) tarafından bu yıl 19.'su gerçekleştirilen Ulusal İç Hastalıkları Kongresi açılış oturumu kongre katılımcılarının yoğun ilgisiyle gerçekleştirildi. Saygı duruşu ve İstiklal Marşı okunması ile başlayan oturumda konuşan Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği Yönetim Kurulu Başkanı Dr. Kerim Güler, Kongre programı oluşturulurken yeniliklere önem verildiği 2017'nin neler getirdiği, farklı alanlarda katılımcılara geniş konu ve alanlarında deneyimli konuşmacılar tarafından oluşturulmuş olan bilimsel programın kaliteli bir şekilde sunulduğunu belirterek, geçtiğimiz aylarda hayatını kaybeden TİHUD yönetim kurulu üyesi Dr. Mert Özbakkaloğlu'nu anarak sözlerini noktaladı. Ardından kürsüye gelen Dr. İhsan Ertenli, Dr. Serhat Ünal ve Dr. Tufan Tükek'in konuşmalarıyla açılış oturumu son buldu.

## ÜRİK ASİT DOST MU, DÜŞMAN MI?



Hiperürisemi serum ürik asit düzeyinin 6.8 mg/dl'den yüksek olması olarak tanımlanır. Bu düzeyin üstünde çözünürlük eşiği aşılmış olur ve ürik asit kristalleri oluşur. Uzun süren asemptomatik hiperürisemi sonrası akut gut artriti ortaya çıkar. Akut gut artriti inflamazom ve IL-1 aracılı bir inflamasyondur. Atağın geçmesinden sonra ataksız ara dönem ve sonrasında kronik gut artriti dönemi ortaya çıkar. Uzun süren hiperürisemi ayrıca böbrekte taş oluşumuna ve ürik asit nefropatisine neden olur. Klasik bilinen bu seyir dışında son yıllarda hiperürisemi ve kardiyovasküler hastalıklar arasında önemli bir ilişki olduğu ortaya konmuştur. Gutlu hastalarda

kardiyovasküler mortalite artışı, hiperürisemi-hipertansiyon ilişkisi ve ürik asit düşürücü tedavi ile kan basıncında düşme bu ilişkinin yoğun araştırılan başlıklarıdır. USG ve DECT gibi yeni tanı yöntemleri ile dokularda ürik asit birikiminin asemptomatik dönemde de olduğunu gösterilmesi ve yeni ilaç çalışmaları ile gut ve hiperürisemi tedavisinde önemli değişiklikler ortaya çıktı.

Akut gut atağı kolşisin, NSAİ veya kortizon ile tedavi edilebilir. Bunlara direnç olan hastalarda IL-1 antagonistleri etkilidir. Yeni kılavuzlara göre ilk atak sonrası ürik asit 8mg/ üzeri ise veya 40 yaş altında atak ortaya çıkmışsa ürik asit düşürücü tedavi başlanması önerilmektedir. Hedef ürik asit düzeyini 6 mg/dl altına indirmek olmalıdır. Allopurinolün yeterli olmadığı veya kullanılmadığı durumlarda Feboxostat kullanılabilir. Allopurinolden daha etkilidir ve karaciğerden metabolize olduğu için orta derecede böbrek yetmezliğinde kullanılabilir. Profilaksi için kolşisin tercih edilmelidir. En az 6 ay süreyle kullanılmalıdır.

Diyetle ürat en fazla %10-15 düşer. Bu nedenle katı diyetten kaçınılmalıdır.

**Prof. Dr. İhsan Ertenli**

*Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği Genel Sekreteri*

## ALTAY'DAN KEYİFLİ KONSER

Ünlü şarkıcı Altay özenle seçilmiş repertuarı ve keyifli sahne şovuyla 19. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi açılış kokteylinde kongre katılımcılarına eğlenceli anlar yaşattı.



# İMMUNSÜPRESSİF HASTALARDA HEPATİT B VİRÜS REAKTİVASYONU



Dünya genelinde 350 milyondan fazla insan hepatit B virüsü (HBV) ile infektidir. Her yıl yaklaşık 620 bin insan HBV'ye bağlı siroz ve hepatosellüler kanser nedeniyle ölmektedir. Ülkemizde yaklaşık 3 milyon insan HBV ile infektidir. Kronik hepatit B enfeksiyonu tedavi edilmediğinde 5 yıllık sürenin sonunda vakaların %8-20'si siroza ilerlemektedir.

Kronik HBV enfeksiyonunda kanda HBsAg, Anti-HBc ve HBV DNA pozitif ve karaciğerde nekroinflamasyon vardır. Occult HBV enfeksiyonunda ise HBsAg negatif, anti-HBc ve HBV DNA pozitifdir. İmmün sistemi normal olan bireylerde inaktif HBV enfeksiyonu ve occult HBV enfeksiyonu ciddi kronik hepatite neden olmaz iken immünsüpressif hastalarda HBV DNA'da ciddi artışlar ve ALT yükselmesi ile kendini gösteren hepatitik alevlenmeler olabilmektedir. Bu durumda bazen karaciğer yetmezliğine kadar ilerleyebilmektedir. Günümüzde gerek romatizmal gerekse malign hastalıklar nedeniyle immünsüpressif ilaçların kullanımı çok yaygınlaşmıştır. Bu hasta gruplarında HBV enfeksiyonunun varlığının bilinmesi alevlenmenin önlemesi

adına son derece önemlidir. Özellikle bazı immünsüpressif ilaç gruplarında HBV alevlenme olasılığı %20'nin üzerine çıkmaktadır. Klinik olarak HBV reaktivasyonu tanısı, HBV DNA negatif iken pozitifleşmesi ya da HBV DNA düzeyinde 10 kat artış olması veya ALT de 100 IU/L artış ile konulmaktadır. Alevlenme durumunda klinik bulgular ortalama 16 haftada ortaya çıkmaktadır. HBV reaktivasyon riski; HBsAg (+)/Anti-HBc(+) olup rituximab, ofatumumab alanlarda %20'den yüksek iken HBsAg(-)/antiHBc (+) <10 mg prednisolon 4 haftadan fazla kullananlarda <%1'den düşük düzeydedir. Doğal bağışıklık sonrası anti-HBs pozitif bireylerde bile güçlü immünsüpressif kullanımı sonrası %4 HBV reaktivasyonu bildirilmiştir. Çünkü doğal bağışıklık gelişmiş (Anti-HBs ve Anti-HBc pozitif) bireylerde karaciğer dokusunda %5 oranında HBV DNA pozitifliği saptanmıştır. HBV reaktivasyonundan korunmada tenofovir ve entekavir gibi 3. kuşak oral antiviral ilaçlar daha üstündür. Profilaksi tedavisi immünsüpressif tedaviden 1 hafta önce başlanmalı ve immünsüpressif tedavinin bitiminden 6 ay sonrasına kadar devam edilmelidir. HBV DNA takibi yapıp yükselme durumunda antiviral tedavi vermek profilaksiye alternatif bir yaklaşım değildir. Immünsüpressif tedavi alacak her hastaya HBV taraması yapılması prevalansın %2'nin üzerinde olduğu

topluluklarda maliyet etkin bir yaklaşımdır. Bizim ülkemizde de HBV prevalansı %4 olduğu için her immünsüpressif tedavi alacak hasta mutlaka HBV açısından taramalıdır. Taramada mutlaka HBsAg ve Anti-HBc birlikte bakılmalıdır. Çünkü Anti-HBc pozitifliği virüsle karşılaşmanın göstergesidir. HBsAg negatif anti-HBc pozitif bireyler immünsüpressif tedavi alacak olurlarsa HBV reaktivasyon riski %4 düzeyindedir. Sadece HBsAg negatifliği kişinin virüsle karşılaşmadığını delili olarak kabul edilmemelidir. Eğer bir hastada reaktivasyon gelişirse de potent bir antiviral ajan başlanmalı, destek tedavisi verilmeli kemoterapi ve hepatotoksik ilaçlar kesilmelidir. Hasta karaciğer fonksiyon testleri, protrombin zamanı ve HBV DNA takibine alınmalıdır. Reaktivasyonu önlemek için her immünsüpressif tedavi başlanacak hastada HBV enfeksiyonu açısından tarama yapılmalı ve pozitif ise risk kategorisine göre antiviral profilaksiye alınmalıdır. HBV negatif ise ileri dönemlerdeki bulaş riskine karşılık aşılanma yapılmalıdır.

**Prof. Dr. Birol Özer**

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı

## ANEMİ, ÖZELLİKLE DE DEMİR EKSİKLİĞİ ANEMİSİ ÖNEMLİ BİR HALK SAĞLIĞI SORUNUDUR



Aneminin ülkemizde ve dünyada önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu yadsınamaz bir gerçektir. Dünya nüfusunun dörtte biri anemik olup, bunların yarısının da demir eksikliğine bağlı olduğu bilinmektedir. Demir eksikliği anemisinin (DEA) sıklığı yaşa ve cinsiyete göre değişmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre Hemoglobinin (Hb), 15 yaşın üstünde erkekte 13g/dl altında, 15 yaşın üstünde ve gebe olmayan kadında 12 g/dl nin altında, gebelerde ise 11 g/dl'nin altındaki değerler anemi olarak ifade edilir. Hb ve depo demirinin düzeyine göre demir eksikliği iki evrede tanımlanmaktadır. Anemi olmadan demir eksikliğinin varlığı ve aneminin eşlik ettiği demir eksikliği.

a) Demir eksikliği: Vücudun toplam demirinin azalması olarak bilinir ve ölçülebilir demir deposu (ferritin) düşük iken Hb değeri yaşa ve cinsiyete göre hala normal sınırlardadır. b) Demir eksikliği anemisi: Depo demirinin eritropoezi yeterince demir açısından besleyememesi sonucu Hb değerinin yaşa ve cinsiyete göre düşük olmasıdır.

Aneminin vücutta yaptığı esas değişiklik doku ve organlara oksijen taşıma kapasitesinin azalması, doku ve organlarda oksijen azlığıdır. Buna bağlı olarak anemisi olan kişilerde yorgunluk, bitkinlik, efor kapasitesinde azalma, çarpıntı nefes darlığı ve solukluk görülebilmektedir. Anemi olmadan demir eksikliği varlığında ise huzursuzluk, sinirlilik, huzursuz bacak sendromu, yorgunluk ve bitkinlik olabilmektedir. Bu durumda da hastanın şikayetlerinin ağırlığına göre tedavi verilebilmektedir.

Demir eksikliği anemisinin gelişmesini kolaylaştırıcı risk faktörleri ve klinik tablolar mevcuttur. Bazı yaş dönemleri ve özel durumlarda DE/DEA'si daha sık görülebilmektedir. Süt çocukluğu ve puberte gibi hızlı büyüme dönemlerinde, gebelik ve emzirme gibi ihtiyacı arttırdığı durumlarda demir eksikliği/anemisi gelişebilmektedir. Yaşlılarda ise sindirim sisteminden kan kaybı yanında diğer vitamin eksiklikleri de durumu daha da karmaşıklaştırmaktadır.

Postmenapozal kadınlarda ve erkeklerde özellikle yaşlı nüfus grubunda anemi ve özellikle demir eksikliği oluşmuş ise çok dikkatli olmak gerekmektedir. Tedaviye başlamadan önce mutlaka neden ortaya konmalıdır. Bir diğer altın kural ise, tedavi ihtiyacı aciliyet göstermeyen olgularda eritrosit transfüzyonundan kaçınmaktır. Bir olguya derinlemesine tanısal işlem yapmadan transfüzyon yapmak büyük bir hatadır. Transfüzyon tanısal işlemi 3-4 hafta geciktirmek demektir. Hasta kendini iyi hissedebilir ama aslında hastaya zarar verilmiş olmaktadır.

Aneminin eşlik eden hastalıklarla birlikte olması (konjestif kalp yetersizliği gibi) o hastalığın seyrinde değişiklikler oluşturmada ve hatta ölüm riskini de arttırabilmektedir. Felç geçiren veya konjestif kalp hastalığı olan yaşlı hastalarda görülen kansızlıkların hastalarda ölüm oranının arttırdığı gösterilmiştir. Bu nedenle kronik hastalığı olanlarda demir eksikliği/anemisi oluşumuna izin vermemek, oluşmuş ise de acilen tedavisini yapmak gerekmektedir.

Gebelik dönemi demir eksikliği açısından oldukça önemlidir. Annede demir eksikliğinin olması bebekte de demir eksikliği oluşturmada ve bebeğin merkezi sinir sistemi gelişiminde demir eksikliğine bağlı sorunlar ortaya çıkarabilmektedir. Zekâ düzeyi düşük ve motor fonksiyonları az olan bebekler doğabilmektedir. Bu nedenler planlı gebelikler öncesi annenin demir durumu gözden geçirilmeli ve yeterli destek yapılmalıdır. Her gebelik döneminde yaklaşık 1000 mg demir kaybı olmaktadır. Sağlıklı bir genç kadında vücut demir miktarının yaklaşık 4000 mg olduğu kabul edilirse her gebelik kadının demir deposunun yaklaşık %25'ini tüketmektedir. Çoklu veya demir desteksiz ardışık gebelikler büyük risk oluşturmaktadır. Gebelerde koruyucu veya tedavi olarak öncelikle oral demir tedavisi önerilmektedir. Fakat uyumsuzluk veya intolerans olduğu zamanlarda ise ikinci ve üçüncü zaman dilimlerinde damar içi demir tedavisi uygulanabilmektedir.

İleri yaşta demir eksikliğinde ise, temel sorun altta yatan nedenin bir habis hastalık olup olmamasıdır. Bu yaş grubunda tanısal işlemleri mutlaka yapmak gerekmektedir.

Tedavi edilmesi gerekiyorsa öncelikle oral preparatlar denenmelidir. Ancak yaşlı grubun gençlere göre daha fazla intoleran olduğu ve polifarmasi nedeniyle demir preparatları ile etkileşim için de olan ilaçlar kullanması nedeniyle damar içi demir kullanma olasılığı daha fazladır.

Oral demir tedavisinde preparat seçimi dünyada olduğu gibi bizde de kafa karışıklığı yaratmaktadır. Kontrendikasyon olmayan olgularda altın standart oral ferröz sülfat preparatları ile tedaviye başlanmalı ve günlük elemeter demir dozu 100-200 mg/gün olmalıdır. Hastaların yaklaşık %70'inde sindirim sistemi yan etkileri olmakta ve %30'u tedaviyi yarım bırakmaktadır. Bu nedenle hastalar yakından izlenmeli ve gerektiğinde preparat diğer demir tuzları değiştirilmeli, günlük doz azaltılmalı ve tedavi süresi uzatılmalıdır. Kısacası bireyselleştirilmiş tedavi prensipleri göz önüne alınmalıdır. Ancak son yıllarda yapılan araştırmalarda günlük düşük ve bölünmüş dozların daha etkili olduğu yani 60-80 mg/gün ve gün aşırı dozların aynı etkililikte olduğu ve yan etkilerinin ise az olduğu gösterilmiştir. Damar içi uygulamalarda ise son geliştirilen moleküllerle korkulan alerjik yan etkilerin sıklığının en az düzeye indirildiği ve güvenle yüksek doz tedavi verilebildiği duruma gelinmiştir.

Demir eksikliğinde anemi oluşmadan da tedavi edilmesi gerektiği, aneminin öncelikle ferröz sülfat preparatları ile oral olarak yapılması gerektiği, yan etkilerinin yüksek olması nedeniyle kişiselleştirilmiş tedavi uygulanması gerektiği ve tam endikasyonu varlığında damar içi preparatları önlemlerini alarak çekinmeden uygulanması gerektiği unutulmamalıdır.

**Prof. Dr. Ahmet Muzaffer Demir**

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD Hematoloji BD

## GOLD 2017 NE DEĞİŞTİ ? REHBERDE EKSİK OLANLAR



GOLD KOAH için hazırlanan küresel bir rehber. 2017 güncellemesi çıkmadan tanımda değişiklik olacağı, tanıda solunum fonksiyon testlerinin yerinin değişeceği ve tedavide inhale steroidlerin (IKS) kısıtlanacağı dedikoduları konuşuldu. Rehber yayınlandığında bunun pek de öyle olmadığı anlaşıldı.

KOAH tanımında 2016'da yer alan inflamasyon sözcüğü kalkmakla beraber, detayda kronik inflamasyonun sistemikliği rehberde güçlü bir şekilde vurgulanıyordu. Yine solunum fonksiyon testleri KOAH tanısında olmazsa olmaz yerini koruyordu. Ancak KOAH şiddet sınıflamasında

FEV1 tablodan çıkartılmıştı. Doğrusu bu pratikte kolaylık sağladı. Semptomatik olup, FEV1'i çok düşük olmayan olguları, birde sık alevleniyorsa 2016'da sınıflamada zorluk çekiyorduk. 2017'de semptom ve alevlenme temelli bir şiddet sınıflaması yapıldı.

GOLD 2016'da daha güçlü olarak yer alan IKS/LABA ve üçlü kombinasyonların 2017'de ilk bakışta yerini LABA, LAMA ve LABA/LAMA'lara bıraktığı izlenimi var. Ancak kısa etkili bronkodilatör kullanımı gereksinimini hafif alevlenme olarak tanımlayan GOLD 2017, bu tanımla bir çok hastayı sık alevlenen olarak sınıflamaya yol açabilir. Ve çoklu ilaç kullanımını engellemek yerine arttırabilir.

GOLD 2017'nin önceki GOLD'lar da olduğu gibi sorunun

temelinde çok önemli bir neden olan sosyoekonomik sorunlar ve hava kirliliğine yeterince vurgu yapmadığı da açık. Son yıllarda güçlü olarak anlaşıldı ki, KOAH yoksulun hastalığı ve yine görüldü ki kirlenen havamız KOAH'ın yaygınlığını artırıyor.

**Prof. Dr. Çağlar Çuhadaroğlu**

Acıbadem Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

# DOĞRU VE SAĞLIKLI NASIL BESLENELİM?



*“Geçmişte dünyamız insanı, açlık ve yetersiz beslenme yüzünden hayatını kaybederken; günümüzde ise yanlış beslenme sebebiyle kronik hastalıklarla mücadele etmektedir.”*

Sağlıklı ve doğru beslenme, diyetin bir parçası olmasından ziyade ömür boyu süren yaşam tarzı olmalıdır. Şüphesiz ki, kronik hastalıkları önlemenin en iyi yolu da budur. Gıdamız aynı zamanda ilacımız olmalıdır. Gıda çeşitliliği, besin yoğunluğu, besin miktarı her zaman göz önünde bulundurulması gereken temel kavramlardır. Besinler olabildiğince doğal hali ile tercih edilmelidir. Şeker katılmış gıdalardan, doymuş yağlardan ve tuz alımından uzak durulmalıdır.

Tabağımızda protein, sebze, meyve ve tam tahıllı gıdalar bulunmalı ve süt ürünleri ile tamamlanmalıdır. Tabağımızın protein veya yağ kısmında ¼'ünde balık, tavuk eti, kırmızı et, yumurta veya peynir yer almalı, haftada en az 2 kez balık yenmeli, mümkün olduğunca az yağlı et tüketilmelidir. Tam tahıllı besinler bölümünde beyaz ekmeğe yerine tam tahıl ekmeği, tabağın ¼'ünü geçmeyecek şekilde pilav (tercihen bulgur), makarna, patates (haşlama), börek bulunabilir. Tabağın yarısını sebze yemeği ve salata kaplamalıdır. İçerdikleri vitamin ve mineral dışında, ayrıca posa sayesinde tokluk sağlarlar. 1 kilo sebze yemeği için 2 yemek kaşığı zeytinyağı konulmalıdır.

Meyve posa, vitamin ve mineral yönünden zengindir. Meyve günde 3 porsiyona kadar tüketilebilir. Ara öğün olarak tercih etmek daha sağlıklıdır. Ancak sınırsız alınması fruktoz birikimi ile karaciğer yağlanmasına yol açabilir. Günlük beslenme süt, yoğurt, ayran veya kefir ile desteklenmelidir. Bu şekilde sadece kemik sağlığı değil; bununla birlikte kas, barsak mikrobiyotası ve antioksidan kapasiteye de katkıda bulunmuş oluruz.

Sanayi devriminden sonra dünyada sağlıksız yağ ve rafine şeker tüketimi artmış; lif alımı azalmış ve sağlıksız pişirme teknikleri gelişmiştir. Bu durum şüphesiz kronik ve metabolik hastalıkların artışına sebep olmuştur. Ancak geçmişten günümüze gelen, belki de mutlak geleceğe miras bırakılması gereken Akdeniz usulü beslenme halen, bu grup hastalıkların önlenmesinde en etkin seçenektir. Sebze ve meyvelerin ağırlıklı olduğu, yağlardan zeytinyağının ve zeytinin tercih edildiği, balık etinin, tahıl ve sütün yoğun tüketildiği, kabuklu yemişlerin yer aldığı, şarabın dengeli tüketildiği beslenme şeklidir. Bol zeytinyağı tüketen bu bölge insanlarında, kalp damar hastalıklarının diğer bölgelere göre daha az görülmesi “Akdeniz paradoksu” olarak nitelendirilmiştir. İspanya'dan literatüre katkıda bulunan PREDIMED çalışmasında kardiyovasküler açıdan riskli ve çoğu diyabetli olan 7447 olgu, 3 gruba ayrılmış; bir grup düşük yağlı beslenirken; diğer gruplardan biri sınırsız zeytinyağı, diğeri ise sınırsız fındık-badem-ceviz ağırlıklı beslenmiş ve 5 yıl takip edilmiştir. Çalışma sonu düşük yağlı beslenen grupta, akut myokard infarktüsü ve ona bağlı ölümler, stroke daha fazla görülürken; total mortalite de fark görülmemiştir. Bu

sonuç kardiyovasküler korunma ve inme açısından sağlıklı yağın, özellikle zeytin ve zeytinyağının önemini desteklemiştir. Temmuz 2016'da yayınlanan en az 1 yıllık kontrollü çalışmaların yer aldığı metaanalizde de, Akdeniz diyeti ve bu grupta yer alan limitsiz sağlıklı yağ alımının kardiyovasküler olayları %29, tip 2 diyabeti %30 ve meme kanserini %57 azalttığı ortaya çıkmıştır. Zeytinyağı tekli doymamış yağ asidi ve polifenolik bileşikler içermektedir. Zeytinyağındaki tekli doymamış yağ asidi olan oleik asit oksitlenmeye karşı dayanıklıdır. Zeytinde bulunan olopein maddesi de LDL'yi oksitlenmekten korumaktadır. Akdeniz beslenme tarzında total kolesterolü arttıran doymuş yağın az olması, oksidasyona dayanıklı zeytinyağı içermesi, kan pıhtılaşmasını önleyici alfa linoleik asitten zengin olması, LDL kolesterol oksidasyonunu önleyici antioksidanlardan zengin olması (E vitamini, C vitamini, karotenoidler, flavonoidler) nedeniyle koroner kalp hastalığı ve kanserden koruyucu olarak kabul edilmektedir. Bu sebeple metabolik sendromlu hastalar için en çok önerilmesi gereken beslenme tarzı olmalıdır. Metabolik sendrom tanısı alan hastada onaylanmış farmakolojik bir ajanın olmadığı ve Akdeniz tipi beslenme programının metabolik sendromun tüm tanı komponentleri üzerine etkisi olduğu düşünülürse, bu mirasa daha fazla sahip çıkmanın önemi ortaya çıkmaktadır.

**Prof. Dr. Şevki Çetinkalp**

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı

**SARJÖR**

Mobil cihazlarınızı kongre alanında yer alan güvenli şarj ünitelerinde şarj edebilirsiniz.

**KongreTV**

“KONGREDE NE VARSA, KONGRE TV'DE DE VAR”

- Katılımcı ve Konuşmacı Röportajları,
- Bilimsel ve Sosyal Programdan Görüntüler,
- Aktüel Video Klipler ve Duyurular...

Kongre Tv Rehberi	
Calista Luxury Resort Hotel	Info 2
Papillon Belvil	Kanal 1
Sueno Hotels Deluxe	Kanal 3
Titanic Deluxe	Info 2
Regnum Carya	Kanal 2

## GEBELİK VE NEFES DARLIĞI



Akciğer hastalıkları gebede ölüme sebebiyet verme açısından ilk sıralarda yer almaktadır. Akciğer hastalıklarının en önemli yakınmasından olan nefes darlığına gebelerde oldukça sık rastlanmaktadır. Nefes darlığı herhangi bir hastalığa bağlı olmaksızın sırf gebeliğin kendisine

bağlı olabildiği gibi kişide önceden mevcut olan hastalığa ya da yeni gelişen kalp yada akciğer problemlerine bağlı olabilmektedir

Normal gebelerin %60-70'inde hava açlığı da denilen bir cins nefes darlığı görülmektedir. Bu birinci ya da ikinci üç ayda başlasa da ikinci üç ayda artmakta, son üç ayda nispeten artış olmaksızın aynı şekilde seyretmektedir. Neden olarak rahmin büyümesi düşünülmektedir. Ancak son üç ayda daha az olması ya da artış göstermemesi nedeniyle kesin neden bilinmemektedir.

Gebede nefes darlığı başladığında olası pek çok hastalığı düşünmek gereklidir. Gelişen nefes darlığının özelliğine göre değişik hastalıklar akla gelebilir. Örneğin gebeliğe bağlı nefes darlıkları yavaş bir başlangıç göstermektedir. Oysaki akciğere pıhtı atması, akciğerin sönməsi ya da kalple ilgili bazı hastalıklarda nefes darlığı ani başlangıç gösterir. Yine gebeliğe bağlı nefes darlığında öksürük ve hırıltı gibi bulgular

yoktur. En sık astımda ve kalp hastalıklarında hırıltının eşlik etmesi dikkat çekicidir. Gebedeki öksürük akut solunum yolu enfeksiyonlarının en yaygın bulgusudur. Gebeliğe bağlı nefes darlığında akciğerler muayenede normaldir. Hırıltı duyulması bu yaş grubunda havayolu darlığına işaret eder ve sıklıkla altında astım veya akut bronşit yatar. Gebede zatüre geliştiğinde de akciğerlerde normal olmayan sesler duyulabilir. Gebe hastanın balgamından kan gelmesi, yan ağrısının olması, ateş, iltihaplı balgam çıkarması hastalık bulgusu olarak düşünülmelidir.

Öykü ve muayene nefes darlığı ile başvuran çoğu gebede doğru teşhise götürür. Solunum fonksiyon testleri ve akciğer filmi ilave bilgiye gereksinim duyulduğunda olguların çoğunda istenebilecek ilk testlerdir.

Akciğer filmi çekilmesi ile bebeğin aldığı radyasyon miktarı oldukça düşüktür ve bebek için olumsuz sonuçlar bilinmemektedir. Yine de mutlaka gebede film çekerken annenin karın bölgesi için koruyucu kullanılarak çekim yapılmalıdır. Akciğer filmi ile gebede zatüre ya da diğer akciğer hastalıklarına dair bilgi elde edilmektedir. Akciğere pıhtı atılımından şüphelenilirse çekilen akciğer sintigrafisi de bebek için risk yaratmaz. Bilgisayarlı tomografi ile de benzer biçimde bebeğin aldığı radyasyon düşüktür. Ancak annenin meme dokusunun bu dönemde radyasyona hassas olduğu unutulmamalıdır.

Gebeler için en korkulan durum nefes darlığının solunum

yetmezliğine ilerlemesidir. Gebelerde solunum yetmezliği oranı %0,1-%0,2 civarındadır. Gebeliğe bağlı nedenler, gebelikte riskli artan hastalıklar gebeyi solunum yetmezliğine sokabilir. Bu nedenle erken ve doğru teşhis ve hızlı tedavinin başlaması hayati önem taşımaktadır. Gebelerin bebeği düşünerek herhangi bir tetkik yapılamaz yanılıgıyla hekime geç başvurmaması, hekimlerin tanı ve tedavide gecikmeleri solunum yetmezliği için risk yaratmaktadır.

Sonuç olarak gebelik akciğer fonksiyonlarını etkileyerek nefes darlığı duygusu yaratabilmektedir. Ancak nefes darlığı, pek çok hastalığa da eşlik edebilir ve anne ve bebek için hızla tanı ve tedavi gerektirecek durumların habercisi olabilir. Çünkü bebeğin gelişimi annenin oksijenlenmesine bağlıdır. Bunda herhangi bir bozulma bebek için sıkıntı doğurur. O yüzden gebelerde nefes darlığına dikkatle yaklaşılmalıdır. Gebelik öncesi akciğer hastalıkları değerlendirilmelidir. Yeni gelişen nefes darlıklarında erken tanı yöntemleri ve uygun tedavi kısa süre uygulanmalı, anne ve bebek yakından takip edilmelidir.

**Doç. Dr. Sema Canbakan**

Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

# ELEKTRONİK SİGARA DA ZARARLIDIR!



Elektronik sigaranın sağlık üzerine olumsuz etkileri ve sigara bırakmadaki etkinliği bu konudaki oturumumuzda enine boyuna tartışılacaktır. Mevcut bilimsel kanıtlar, e-sigaranın hiç de sanıldığı kadar masum olmadığını göstermektedir. Çok uzun etkili zararlarını henüz bilmemekteyiz, bildiğimiz zararları kullanmamamız gerektiğini zaten göstermektedir. Belki sigara gibi klasik tütün ürünleri ile karşılaştırdığımızda öne çıkan yararları olabilir mi şüphesine düşebiliriz! Ama kesin olarak söyleyebileceğimiz bir şey varsa o da sağlığımıza çeşitli şekillerde zararlı olduğudur, nasıl mı? İşte size gazete haberleri;

**Prof. Dr. Uğur Gönüllü**

Liv Hospital Ankara, Göğüs Hastalıkları Bölümü



**Yüzünüzde patlayabilir**



**Cebinizde patlayabilir**



**Öldürebilir**

## Kongre Medya

BİLİMSEL VE SOSYAL TÜM KONGRE AYRINTILARI KONGRE MEDYA EKРАНLARINDA



- Sosyal Medya Paylaşımları,
- Dünya ve Türkiye'den Son Dakika Haberleri,
- Fotoğraf Galerileri,
- Bilimsel ve Sosyal Program Duyuruları

**HEPSİ VE DAHA FAZLASI İÇİN, KONGRE MEDYA EKРАНLARINI TAKİP EDİN**

## SONER OLGUN iyi bayramlar

13 Ekim 2017, Cuma - Saat: 21:00  
Sueno Deluxe Hotel & Ay Yıldız Amfi Tiyatro

19. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi kapsamında gerçekleştirilecek konserde sizleri de aramızda görmekten mutluluk duyacağız.

TİHUD Yönetim Kurulu



Hilal Mahallesi Cezayir Cad. No:13, 06550 Yıldız, Çankaya - ANKARA / TÜRKİYE  
T: +90 (312) 440 50 11 • F: +90 (312) 441 45 64

Başöğretmen Cd. Mor Orkide Sk. No:3 K.Bakkalköy,Ataşehir-İSTANBUL/TÜRKİYE  
T: +90 (216) 594 58 26 • F: +90 (216) 594 57 99

Mansuroğlu Mah. 295/2 Sk. Ege Sun Plaza A Blok No:762 Bayraklı - İZMİR / TÜRKİYE  
T: +90 (232) 486 03 03 • F: +90 (232) 486 03 70

