

21

Ulusal İç Hastalıkları Kongresi

Titanic Deluxe Hotel & Kongre Merkezi
Belek / Antalya

www.ichastaliklari.org

09 - 13
Ekim
2019



11 Ekim 2019, Cuma

KONGRENİN İLK GÜNÜ AÇILIŞ OTURUMU İLE TAMAMLANDI

Bilimsel programın ilk günü sonunda yapılan Açılış Oturumu; Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği (TİHUD) Yönetim Kurulu Başkanı Prof. Dr. Kerim Güler, TİHUD Genel Sekreteri Prof. Dr. İhsan Ertenli ve Kongre Genel Sekreteri Prof. Dr. Tufan Tükek'in konuşmaları ile gerçekleştirildi.



ÜRİK ASİT DOST MU, DÜŞMAN MI?

Değerli meslektaşlarım,

Yirmibirinci Ulusal İç Hastalıkları Kongremize hoş geldiniz. Her sene olduğu gibi bu sene de dolu dolu bir kongre yaşıyoruz. Dünyanın her köşesinden bir oturma ile kongremize başladık. A ve B salonlarını birlikte kullanarak 1500 kişilik katılımı perioperatif değerlendirme ilk oturumumuz oldu. Gün boyu tüm oturumlar ve uydur sempozyumlar yoğun ilgi ile takip edildi. Akşamımız da Grup Mega Band'ın coşkulu sahnesi ile renklendi. Bu akşam da sevgili Yonca Lodi bizlerle beraber olacak.

Ben bugün konuşacağım gut tedavindeki doğrular ve yanlışlardan bahsetmek istiyorum. 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 inflamasyon ve IL-1 aracılı bir inflamasyondur. Atığın 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.

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 Febxostat 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. Gut hiperürisemiye bağlı metabolik bir hastalıktır ve tedavide hedefimiz ömür boyu ürik asit düzeylerini < 6 mg/dl tutmaktır. Nu nedenle ürik asit düzeyi takip edilerek ürik asit düşürücü tedavinin dozu ayarlanmalıdır. Hedef düzeye ulaşıldıktan ve ataksız 3-6 ay geçtikten sonra profilaktik kolşisin tedavisi kesilmelidir.

Prof. Dr. İhsan Ertenli

Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği Genel Sekreteri

DİVERTİKÜLİT



Divertikülit sık karşılaşılan anlamlı morbidite ve sağlık harcamalarına neden olan bir hastalıktır. Divertikülozis prevalansı ileri yaş ile birlikte artar, 60 yaş üstü Amerikalılarda divertikülozis prevalansı %50'nin üzerindedir. Divertiküllerin %73'ü sigmoid, %5'i sağ kolonda yer alır. Divertikülozisi olan hastaların yaşa mboyu divertikülit riski %10-25 arasında değişmektedir. Her 33 erkekten biri, her 20 kadından biri yaşamı boyunca bir kez divertikülit nedeniyle hastaneye başvurmaktadır. Ortalama başvuru yaşı 63 olup, %16 hasta 45 yaş altındadır. Hafif karın ağrısından abdominal sepsis gibi ciddi komplikasyonlara kadar uzanan geniş bir klinik spektruma sahiptir. Komplikasyon gelişme oranı %12 civarında olup bunların da yaklaşık %70'ini flegmon ve abseler oluşturur. Divertikülit rekürrenslerle seyreden bir hastalıktır. Genç yaş, hastalık şiddeti, kolon tutulumunun yaygınlığı, divertikülit aile

öyküsü, sigara, erkek cinsiyet, obezite rekürrens için önemli risk faktörleridir. Komplikasyonlar genellikle ilk atakta gelişir, 4. ataktan sonra komplikasyon riski %0'a kadar düşer. Divertikülit atağı sonra IBS ve fonksiyonel barsak hastalığı riski 2.5- 5 kat artar. Kırmızı et ve yağ ağırlıklı beslenme, obezite, sigara içimi divertikül riskini artırır. Fındık ve çekirdekli ürünler sanılanın aksine divertikülit riskini artırmaz. Diyet fiber, meyve tüketimi ve egzersiz riski azaltır. NSAİİ, kortikosteroidler, immünsüpressifler, opiate analjezikler riski artırıcı, statinler, metformin, kalsiyum kanal blokerleri ve D vitamini azaltıcı rol oynar. Patogeneizde genetik, diyet, yaşam stili ve ilaçların mikrobiyatayı değiştirerek barsakta inflamasyona neden olduğu düşünülmektedir. Sol alt kadranda ağrı, >50 yaş, ateş, kusmanın eşlik etmediği bulantı, divertikülit öyküsü olan bir hastada CRP >50 mg/dL ise divertikülit tanısı için pozitif prediktif değeri %92'dir. İlk atakta tanıyı doğrulamak için batın görüntülemesi yapılabilir. Atak geçtikten en az 4-8 hafta sonra kolonoskopi yapılmalıdır, akut atak sırasında kolonoskopi yapmak sakıncalıdır. Tedavi hastalığın şiddeti ve komplikasyonların

varlığına göre belirlenir. Komplike olmayan divertikülitte clear diyet, ağrı için parasetamol tedavisi yeterli olur. İyileşme 2-3 gün içinde olmaz ise antibiyotik başlanmalıdır. Komplike divertikülitte ise antibiyotik ilk seçenektir. Antibiyotik tedavisinde monoterapide moxifloksasin, meropenem, kombine tedavide ciprofloksasin ve metranidazol 4-7 gün süre ile verilmelidir. Perforasyon, abse, darlık ya da fistül gibi komplikasyonların varlığında cerrahi tedavi uygulanmalıdır. Atak iyileştikten sonra %40 hastada bir yıl devam eden hafif orta şiddette karın ağrısı olabilir. Birinci atakta komplikasyon riski en yüksektir. Hastaların %80'i tek atak geçirmektedir. Rekürrensi önlemede meselamin, rifaximin ve probiyotiklerin yararı gösterilememiştir. NSAİİ kullanımından kaçınılmalı, ancak kardiyovasküler sekonder korunma için aspirin alıyorsa aspirin kesilmemelidir. Atak sayısı profilaktik cerrahi için bir kriter değildir. Divertikülit geçiren hastalarda özel bir takibe gerek yoktur.

Prof. Dr. Birol Özer

Başkent Üniversitesi Gastroenteroloji Bilim Dalı



PULMONER TROMBOEMBOLİZMDE GÜNCEL GELİŞMELER

Klinik olarak; derin ven trombozu(DVT) ve pulmoner embolizm(PE) şeklinde ortaya çıkan venöz tromboembolizm, akut kardiyovasküler hastalıklı ölümler içinde miyokard infarktüsü ve inmeden sonra 3. sırada yer almaktadır. Bu hastaların % 34'ü akut olaydan sonra aniden veya birkaç saat

içinde ölmektedir ve ancak %7'sinde, ölümden önce PE tanısı konulmaktadır. Global veriler, son 15 yıl içinde pulmoner tromboembolizm yıllık insidans hızlarındaki artışa karşılık, etkin tedaviler ve sunulan rehberlere giderek artan uyum sayesinde mortalite hızlarının düşmekte olduğunu göstermektedir.

Son 5 yıl içinde bu konuda başlıca öne çıkan gelişmeler şu şekilde özetlenebilir;

- Görüntülemelerde V/Q SPECT(ventilation/perfusion single photon emission tomography) yönteminin non-diyagnostik sintigrafik rapor oranlarını ciddi olarak azaltması,

- D-dimer testinin yaşlılarda yaşa göre ayrılmış cutt-off değerleri ile kullanımı,

- Tedavide non-K vitamini oral antikoagülanların(NOAK) giderek artan kullanımı ve gerçek yaşamda etkinlik- güvenlik verilerinin birikmesi,

- Tedavi öncesi risk değerlendirmesi ile ayaktan tedavi / erken taburculuk kriterlerinin geliştirilmesi ve HoT-PE (Home Treatment of Pulmonary Embolism) çalışması

- Ayaktan tedavi edilecek düşük riskli PE olgularında önceden saptanmış sağ ventrikül disfonksiyonunun prognostik önemi,

- Yine risk değerlendirmesi ile hipotansiyon ve/veya şok tablosu olmaksızın sağ ventrikül disfonksiyonu gelişen submasif PE olgularının orta-yüksek riskli olarak tanımlanması ve özellikle PEITHO çalışması sonuçlarına göre bu grupta, dekompanasyon riski taşıyan hastalarda trombolitik tedavi kriterlerinin yeniden belirlenmesi,

- İndeks olgu ve nüks için risk faktörlerinin mevcut veriler altında yeniden değerlendirilmesi ve uzatılmış tedavi kararı verilmesi gereken durumların tanımlarında önemli değişiklikler,

- Kanser olgularının uzatılmış tedavisinde NOAK kullanımı ile ilgili veriler,

- Masif ve submasif PE olgularında; kateter trombektomi yöntemleri ve düşük doz trombolitik infüzyonu konusunda veri birikimi,

- Tedaviye refrakter ciddi hemodinamik bozukluğu bulunan masif PE olgularında kateter veya cerrahi embolektomiye kadar ECMO (venoarterial-extracorporeal membrane oxygenation) ve NO(nitrik oksid) kullanımı.

- Yüksek riskli ve seçilmiş orta riskli hastaların takiplerde farklı disiplinlerden uzmanların oluşturduğu “PE müdahale ekiplerinin” yaygınlaştırılması.

Avrupa Kardiyoloji Derneği(ESC) ve Avrupa Solunum Derneğinin(ERS) ortak olarak kısa zaman önce yayımladığı “2019 Akut Pulmoner Embolizm Tanı ve Tedavi Rehberi” yukarıda belirtilen konularda güncel veriler, değerlendirmeler ve öneriler içermektedir.

Tüm katılımcılara başarılı bir kongre dileğiyle...

Prof. Dr. Orhan Arseven

İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Kongre Medya

BİLİMSEL VE SOSYAL TÜM KONGRE AYRINTILARI KONGRE MEDYA EKRANLARINDA

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

HEPSİ VE DAHA FAZLASI İÇİN, KONGRE MEDYA EKRANLARINI TAKİP EDİN



HASTA GÜVENLİĞİ İÇİN KONUŞUN!

Hasta güvenliği, hastanın tıbbi hatalardan ve tıbbi bakım sırasında meydana gelebilecek kazalar sonucu oluşabilecek zararlardan uzak olması durumu olarak tanımlanmaktadır. Maalesef, son 20 yıldır ortaya konulan tüm verilere ve atılan tüm sistemsel adımlara rağmen, tıbbi hatalar halen en sık morbidite ve mortalite nedenleri arasında yer almaktadır. Evet, bir çok hasta fayda görmek ve iyileşmek için yattığı hastaneden ya da başvurduğu poliklinikten zarar görerek çıkmaktadır. Tıbbi hatalar arasında tanı hataları, ilaç hataları, sağlık bakımı ilişkili enfeksiyonlar, yanlış hastaya işlem yapılması ve girişimsel hatalar ilk sıralarda yer almaktadır. Tek bir hata genelde hasta güvenliğini yaralayan bir kazaya yol açmaz. Ancak sistemde zayıf noktaların ard arda gelmesi ya da kişilerin kurumsal

hasta güvenliği ilkelerini umursamamaları sonucunda ortaya çıkan sorunlar bir kaza olarak hastaya ulaşır. Hastaların kimlik doğrulamasının uygun şekilde yapılması, etkin iletişim ortamları geliştirilmesi, yüksek riskli ilaçların güvenliğinin sağlanması, doğru hastaya, doğru tarafından, doğru uygulama ile girişim yapıldığından emin olunmasını sağlayacak taraf işaretleme ve kritik mola gibi güvenli cerrahi uygulamalarına uyulması, sağlık bakımı ilişkili enfeksiyon riskinin azaltılması için gerekli önlemlerin alınması ve düşmelerin önlenmesi ile ilgili kurumsal politikalar oluşturulması ile bir çok tıbbi hatanın önüne geçilebilmektedir. Tanı hataları, tıbbi hatalar arasında özel bir vurguyu hak etmektedir. Çoğunlukla klinik muhakeme süreçlerinde verilen yanlış kararlarla ilişkili olan tanı hataları arasında ‘Büyük Üç’ olarak adlandırılan inme ve myokard infarktüsü gibi damarsal olayların, enfeksiyonların ve kanserlerin en sık kaçırılan ölümcül tanılar olarak önde geldiği görülmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü, kişilerin sağlık sistemi içerisinde maruz kaldıkları hata ve kazalara ve bunların sağlık sistemine getirdiği yüke dikkat çekmeyi ve güvenli bir sağlık sistemi için kurumları bir an önce harekete geçirmeyi amaçlayan bir kampanya çağrısı yapmıştır.

İlk defa bu yıl 17 Eylül günü kutlanan “Dünya Hasta Güvenliği Günü” çerçevesinde hasta güvenliğinin küresel bir sağlık önceliği olduğu vurgusu ile küresel düzeyde etkinlikler yürütülmüştür. “Hasta güvenliği için konuşun!” sloganı ile hem hastaların hem de sağlık sistemi içinde hizmet veren herkesin tıbbi hataları ve ihmalleri önlemek için çekinmeden konuşmalarının önemine vurgu yapılmıştır.

Prof. Dr. Mine Durusu Tanrıöver

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

ANJİÖÖDEM: NASIL TANIYALIM? NASIL TEDAVİ EDELİM?



Anjioödem klinikte mutlaka atak şeklinde ortaya çıkar ve ortalama üç gün içinde kendiliğinden düzelir.

Anjioödem, derinin ve mukoza altındaki dokunun ataklar halinde lokal olarak şişmesidir. Bu şişlikler genellikle bağ dokusunun zayıf olduğu vücut bölgelerinde ya da submukozal dokuda gelişir ve ortalama 72 saat içinde kendiliğinden düzelir. Başlıca kapiller geçirgenlik artışı ve vazodilatasyonun neden olduğu bu şişliklerin mekanizmasında iki mediyatör söz konusu olabilir: histamin ya da bradikinin. Anjioödem iki ayrı mediyatör nedeniyle gelişebildiğini bilmek, tedavi yaklaşımını belirlediği için önemlidir.

Histaminerjik anjioödemde ürtiker tabloya eşlik edebilir. Böyle bir hastada ilk olarak anafilaksi olup olmadığı mutlaka değerlendirilmelidir.

Histaminerjik anjioödem, temel olarak mast hücresinden salınan histaminin etkisiyle ortaya çıkar ve klinik tabloya

ürtiker plakları sıklıkla eşlik eder. Etiyolojide Tip I aşırı duyarlılık mekanizmasına yol açabilen ilaçlar, besinler ve böcek sokmaları gibi sebepler sıklıkla mevcuttur. Ayrıca non-steroid anti-inflamatuvar ilaçlar, radyokontrast maddeler, soğuk maruziyeti gibi direkt mast hücre uyarısına yol açan sebepler de bulunabilir. Tedavide hastaya antihistaminikler ve kortikosteroidler verilir. Bu tabloda hastanın anafilaksi geçirme ihtimali mutlaka göz önünde tutulmalıdır. Klinik tablonun anafilaksi olduğu düşünüldüğünde ise tedaviye adrenalın uygulamasıyla başlanmalıdır.

Bradikinerjik anjioödem tedavisinde adrenalın, yüksek doz kortikosteroid ve antihistaminiklerin yeri yoktur.

Bradikinerjik anjioödemler ise ACEI'lerine bağlı anjioödemler, otoimmün hastalıklar ya da maligniteler gibi bazı hastalıkların varlığında gelişen akiz anjioödemler, herediter anjioödem ve sebebin bulunamadığı idiyopatik anjioödemler olarak sınıflanır. Bradikinerjik anjioödemde adrenalın, antihistaminik ve kortikosteroidler etkisiz kalır. Akut tedavide C1 INH ekstresi ve icatibant; bu ilaçlara ulaşmak mümkün değilse taze donmuş

plazma önerilir. Bradikinerjik anjioödemde profilaksi sadece herediter anjioödemde söz konusudur. Anabolizan steroidler, antifibrinolitik ajanlar, C1 INH ve ABD ve Avrupa'da yeni kullanım onayı alan ancak henüz ülkemizde bulunmayan monoklonal antikor olan lanadelumab kullanılır. ACEI'ne bağlı anjioödemde mutlaka hastanın kullanmakta olduğu ACEI kesilmelidir. Endikasyonu varsa anjiotensin reseptör blokleri, ACEI yerine verilebilir. Akut atak tedavisi, diğer bradikinerjik anjioödemlerden farklı değildir.

Ağız içi mukozasında gelişen anjioödem, en acil anjioödem durumudur.

Acil birime başvuran bir hastada anjioödem 'dişlerin gerisinde' yani ağız mukozası içinde ise hastada her an asfiksi riski olduğundan hızla müdahale gereklidir ve tüm semptomlar düzeline kadar hasta müşahade altında tutulmalıdır. Aksi ispat edilinceye kadar hastayı anafilaksi olarak değerlendirmek gerekir.

Prof. Dr. Aslı Akkor Gelincik

İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Alerji Bilim Dalı



ÖMRÜMÜZDEN ÇALAN HIRSIZ: UYKUSUZLUK

Uyku insan yaşamının kabaca üçte birini kapsayan bir davranıştır ve insan uykusu sırasında günlük yaşamdan kopar. Uyku bizi üretkenlikten ya da eğlenceden alıkoyan bir düşman mıdır? Uyku yaşamımızdan bir süreyi

çalıyor denebilir mi? Thomas Edison'un dediği gibi uykuyu zaman kaybı mıdır? Uykuda yaşamda geçireceğimiz zamanımızı kaybediyormuşuz gibi gözüke de asıl gerçek, uykusuzluğun sağlıklı yaşamımızı çaldığıdır. Beynin düzgün çalışması için uykuyu şarttır. Uzun süreli uykuyu yoksunluğu çok ciddi bilişsel ve fiziksel bozulmalara yol açar. Uykuyu vücudun denge ve onarımının sağlanması, ısı düzenlemesi ve enerji korunması gibi işlevlere yardımcıdır.

Günümüzde elektrik kullanımının yaygınlaşması ile bol ışıklı bir ortamda bulunma, televizyon, bilgisayar, akıllı telefonlar nedeniyle insanlar eskiye göre daha kısa süre uyumaktadır.

Bu durumun yanı sıra çok sayıda insan uykusuzluk sorunu yaşamaktadır.

Uykusuzluk –insomnia çaba gösterilmesine karşın nitelik ve nicelik açısından yeterli uykunun sağlanamadığı; uyanırken huzursuzluk veya yorgunluğun eşlik ettiği sık görülen bir klinik tablodur. Uykusuzluk uykuya dalmada güçlük, uykuyu sürdürmede güçlük, sabah çok erken uyanma veya dinlendirici olmayan uykusu şeklinde olabilir. Birçok olguda bunların birden fazlası bir arada bulunabilir. Aynı hasta hem uykuya dalmada güçlükten hem de uykunun kesintiye uğramasından yakınabilir.

Uykusuzluk yorgunluk, enerji kaybı, konsantrasyon güçlüğü, günlük yaşamda (işte, okulda) performans düşüklüğü gibi sorunlara neden olur; ayrıca çeşitli tıbbi ve duyu durum bozuklukları gibi ruhsal hastalıklara yol açabilir.

Uykusuzluk süresine göre akut ya da kronik olabilir. Kısa süreli, akut uykusuzluk çok sık karşılaşılan bir durumdur. Günlük

yaşamda endişe, stres, heyecan yaratan durumlar kısa sürede, tedavisiz düzelebilen uykusuzluğa yol açar. Kronik uykusuzluk herhangi bir nedene bağlanamayan primer insomnia veya başka bir hastalık ya da duruma ikincil sekonder insomnia (komorbid insomnia) olarak ayrılır.

Uykusuzluğun değerlendirilmesinde uykuyu özellikleri, günlük davranışlar, tıbbi ve psikiyatrik öykü, diğer uykuyu bozukluklarının belirtileri, ilaçlar sorgulanmalıdır.

Uykusuzluğun etkin tedavisi bilişsel-davranışçı yaklaşımlar ve farmakolojik tedavileri kapsar. Kognitif-davranışçı yaklaşımlar uykuyu hijyeni eğitimi, uyaran kontrolü, uykuyu sınırlaması tedavisi, gevşeme eğitimi ve bilişsel tedaviyi içerir. Uykusuzluk tedavisinde ilaçlar gerekli en düşük doz ve gerekli en kısa süre ile sınırlanmalıdır

Prof. Dr. Hakan Kumbasar

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

GRİP: ÖNEMİ GİTTİKÇE ARTAN KÜRESEL EPİDEMİ



2018 dünya nüfusunun ~7.5 milyar olduğu kabul edilmektedir. Grip; kuzey yarımkürede ekim-mayıs arası (soğuk sonbahar-kış-ilkbahar) ~6 aylık sürede tolumun ~%10'nunda görülmektedir. “Yüksek influenza aktivitesi” ise ocak-şubat ve mart aylarındadır.

Her yıl olan küresel epidemi önemli morbidite ve moratlite nedenidir. Dünyada her yıl bir milyar grip vakası meydana gelmektedir. Son bir modelleme çalışmasında küresel ölçekte yıllık mortalite ~500.000 dolaylarındadır (mortalite: ~1/1000). Morbidite ve mortalite ise yüksek riskli hastalarda daha fazla görülmektedir.

Yüksek riskli hastalar;

1-Yaş bağımlı risk

Çocuklar (<5 yaş, özellikle <2 yaş) ve Yaşlılar ≥65 Y

2- Kronik hastalığı olanlar

DM

Kronik Akc hastalığı (KOA / Astım / Amfizem)

Kalp yetersizliği / KAH (Akut KVO'ları presipite eder) Siroz

Sigara bağımlısı (40 paket yıl)

Aspleni (fonksiyonel / anatomik)

KBY / Nefrotik sendrom

İmmündefektler (tüm kanserler / HIV)

Nörolojik hastalıklar: Parapleji, inme, kas atrofisi vs

4-Gebeler ve doğum sonrası 2 hafta

5-Sağlık çalışanları

6-ASA alanlar (<18 Y): Grip olurlarsa Reye sendromu olabilirler

7-Morbid obezler (VKİ ≥40)

8-Bakımevinde yaşayanlar

Bu hastalara grip aşısı her yıl ekim ayının 2. yarısında yaptırılmalıdır. Riskli grupta yer alan hastalar (aşı yaptırmış olsalar da) grip kliniği ile grip mevsiminde başvurlarsa mümkünse grip testi yaptırılmalı (burun veya boğaz sürüntüsünde; direkt immüno floresan testi veya multiplex PCR) ve oral antiviral verilmelidir. Gebelerde gebelik haftasına bakılmaksızın inaktif aşı yapılır. Gebe grip kliniği ile başvurursa yine gebelik haftasına bakılmaksızın oral antiviral verilmektedir.

Prof. Dr. Ali Mert

Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları AD

BİRKÖYVARUZAKTA
KÖY OKULLARINA YARDIM PROJESİ

Kullanım fazlası tüm kırtasiye, çanta, kitap vb. ürünlerinizi, SERENAS organizasyonlarında etkinlik merkezinde bulunan depolarımıza; diğer organizasyonlarda artan ürünlerinizi ise “SERENAS KÖY OKULLARINA YARDIM PROJESİ” etiketiyle “Güneşevler mahallesi, 141. cadde 18/A Hasköy / ANKARA” adresine Kargo* ile bağışlayabilirsiniz...

* Köy Okullarına bağışlarınızı YURTIÇİ Kargo ile “SERENAS Uluslararası Turizm Kongre Organizasyon A.Ş.” ismine “ALICI ÖDEMELİ” gönderebilirsiniz.

25 Yıl
SERENAS GROUP
www.serenasgroup.com



KONTRAST İLE İLİŞKİLİ AKUT BÖBREK HASARI

Günümüzde rutin pratikte karşılaşılan önemli sorunlardan biri kontrast ile ilişkili akut böbrek hasarıdır. Kontrast kullanılarak yapılan tanı ve tedavi amaçlı işlemlerin yaygınlaşması sonucunda bu klinik tablo ile ilgili farkındalık giderek artmıştır. Kontrast ajana bağlı gelişebilecek akut böbrek hasarının önlenmesi için neler yapılması gerektiği yıllardır üzerinde çalışılan bir konudur. Geçen yıl yayınlanan çok merkezli, randomize ve kontrollü bir çalışma olan PRESERVE (Prevention of Serious Adverse Events Following Angiography) çalışması bu konudaki sorularımıza önemli yanıtlar vermiştir. Bu çalışmaya elektif

olarak anjiyografi yapılan ve renal komplikasyon riski yüksek olan 5177 hasta alınmıştır. Bu hastaların yaklaşık %81'i diyabetik idi ve evre 3 – 4 kronik böbrek hastalığı tanıları vardı. Hastalar hem intravenöz %1.26 sodyum bikarbonat ve intravenöz %0.9 sodyum klorür gruplarına, hem de oral asetilsistein ve oral plasebo gruplarına randomize edilmişlerdir. Çalışmanın birincil sonlanım noktası 90 günlük takip boyunca ölüm, diyaliz gereksinimi veya böbrek işlevlerinde azalmanın birleşik sonlanımı, ikincil sonlanım noktası ise kontrast ile ilişkili akut böbrek hasarı idi. Bu çalışmanın sonucunda, intravenöz sodyum bikarbonat tedavisi verilen hastalarla intravenöz sodyum klorür tedavisi verilen hastalar arasında birincil ve ikincil sonlanım noktaları açısından bir farklılık gözlenmedi. Ayrıca oral asetilsistein tedavisi plaseboya

göre daha üstün bulunmadı. Dolayısıyla, kontrast ile ilişkili akut böbrek hasarından korunmada %0.9 sodyum klorür verilmesinin yeterli olduğu anlaşılmaktadır.

Kontrast verilmesi gereken hastaların riskleri iyi bir şekilde değerlendirilmeli, birlikte kullanılmakta olan nefrotoksik ilaçlar mümkünse kesilmeli, olabilecek en düşük hacimlerde kontrast kullanılmalı ve işlem sonrası hastalar yakından takip edilmelidir.

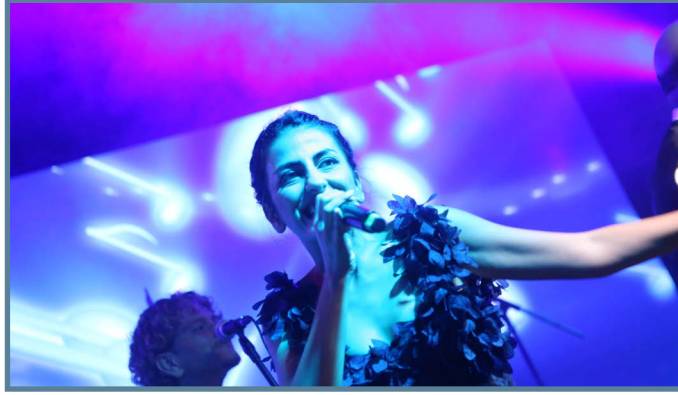
Prof. Dr. Tevfik Ecdar

*Demiroğlu Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları
Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı*



KEYİFLİ AKŞAM

Eternity Bar'da yapılan Açılış Kokteyli'nde buluşan katılımcılar, Grup Mega Band'ın 80 ve 90'lı yıllardan unutulmaz parçalar ve yeni şarkılardan oluşan repertuarını beğeni ile izlediler.



KONSER YONCA LODİ

11 Ekim 2019, Cuma – Saat 21:00
Titanic Deluxe Hotel / Eternity Bar

21. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi kapsamında
düzenlenecek olan konserimizde sizleri de
aramızda görmekten mutluluk duyarız.

TIHÜD Yönetim Kurulu



Hilal Mahallesi Cezayir Cd. 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

www.serenas.com.tr
f t i / SerenasGroup

