

4.Solunum Okulu

Limak Cyprus Deluxe Hotel, KKTC

28 Nisan - 1 Mayıs 2018

KONUŞMA ÖZETLERİ

DAVET

Akademik Solunum Derneği olarak 28 Nisan-1 Mayıs 2018 tarihinde Kıbrıs Limak Cyprus Deluxe Hotel’de gerçekleştirmeyi planladığımız “4. Solunum Okulu’nda” teorik ve pratik eğitimin iç içe geçtiği kurslarla yapılanmış bir program hazırlamayı amaçladık. Bu yılki ana temalarımız alerji/atopi, interstisyel akciğer hastalıkları, göğüs hastalıklarında girişimsel tanı ve tedavi yöntemleri, sigara ve akciğer kanseri, zor astım, KOAH’da güncel tedaviler, OSAS ve kronik solunum hastalıklarında pulmoner rehabilitasyon.

Okulumuzun vazgeçilmez unsuru multidisipliner yaklaşım her zamanki gibi kurslarımızın yapıtaşlarında her aşamada kendini gösterdi. Farklı disiplinlerin bakış açısını sizlerle paylaşarak ve bu disiplinlerdeki eğitimcilerle bir araya gelerek kalıcı bilgiye ulaşmayı hedefliyoruz.

Her yıl tekrarladığımız Solunum Okulu’nun, 2018 de de sizlerle güçlü ve verimli geçeceği inancıyla tüm “Solunum Okulu Dostlarını” buluşmaya davet ediyoruz.

Olgu sunumu oturumlarımızda görevli hekimlerimiz kongre haklarını kullanmadan katılma olanağı sağlamış olacaklar, bu nedenle son bildiri gönderim tarihinden önce olgularını web sitemizden <http://www.akademiksolunum.org.tr/> adresine göndermelerini rica ederiz.

Akademik Solunum Derneği

Düzenleme Kurulu

Dernek Başkanı

Prof. Dr. Bülent Tutluoğlu

Solunum Okulu Başkanı

Prof. Dr. Birsen Pınar Yıldız

Okul Sekreteri

Uzm. Dr. Mesut Bayraktaroğlu

Bilimsel Kurul

Akın Eraslan Balcı

Bahattin Çolakoğlu

Canan Akman

Günay Aydın Tosun

Haluk Çokuğraş

Kamil Kaynak

Mahir İğde

Mehmet Ada

Murat Toprak

Nail Yılmaz

Selim Badur

Teyfik Turgut

Turhan Ece

***BİLİMSEL
PROGRAM***

4. Solunum Okulu

Limak Cyprus Deluxe Hotel, KKTC
28 Nisan - 1 Mayıs 2018

4. SOLUNUM OKULU LİMAK CYPRUS DELUXE HOTEL, KKTC 28 NİSAN- 1 MAYIS 2018

28 NİSAN 2018, CUMARTESİ

09:00-09:40	KONFREANS 1 : GÖĞÜS DEFORMİTELİ HASTAYA YAKLAŞIM <i>Prof. Dr. Akın Erarslan Balcı</i>
09:40-10:00	Kahve Molası
10:00-12:00	KURS 1 : ETKİLİ İLETİŞİM ve SUNUM TEKNİKLERİ Kurs Sorumlusu: <i>Doç.Dr. İbrahim Sayın</i>
12:00-14:00	Öğle Yemeği
14:00-15:15	Genel Poster Tartışmaları
15:15-16:00	KONFERANS 2: Bronskopide Görüntüler Eşliğinde Temel Patolojiler <i>Prof.Dr. Mustafa Yaman</i>
16:00-19:00	KURS 2: RADYOLOJİ KURSU Kurs Sorumlusu: <i>Prof. Dr. Canan Akman</i> PA ve Yan AC Grafisi Okurken Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar Toraks BT'de Temel Lezyonlar, Nodüllere Yaklaşım İnterstisyel Akciğer Hastalıkları, Mediasten Değerlendirme Plevral Lezyonlara Yaklaşım, Pulmoner Emboli Tanısı
19:00	AÇILIŞ TÖRENİ

4. Solunum Okulu

Limak Cyprus Deluxe Hotel, KKTC
28 Nisan - 1 Mayıs 2018

29 NİSAN 2018, PAZAR	
09:30-11:00	PANEL 1: KOAH'DA GÜNCEL PRATİKLER Oturum Başkanları: <i>Prof. Dr. Birsen Pınar Yıldız, Prof. Dr. Sema Umut</i>
09:30-09:50	Gold Kılavuzunda Son Değişiklikler <i>Prof. Dr. Nurhayat Yıldırım</i>
09:50-10:10	Multimorbid KOAH'lı Hastaya Yaklaşım <i>Prof. Dr. Bülent Tutluoğlu</i>
10:10-10:30	KOAH'da Beslenme <i>Dr. Ayşe Bahadır</i>
10:30-10:50	KOAH'da Girişimsel Tedavi Yöntemleri <i>Prof. Dr. Turhan Ece</i>
10:50-11:00	TARTIŞMA
11:00-11:30	Kahve Molası
11:30-12:30	KURS 3: PRATİK YAKLAŞIMLARLA BİRLİKTE PULMONER REHABİLİTASYON KURSU Kurs Sorumluları: <i>Prof. Dr. Bülent Tutluoğlu, Burcu Camcıoğlu</i> Pulmoner Rehabilitasyonda Temel Kavramlar, Uygulamalar KOAH Olgularında Akut Atakta Rehabilitasyon Uygulamaları ve Sonuçları KOAH Olgularında Stabil Dönem Uygulamaları ve Sonuçları
12:30-13:30	Öğle Yemeği
13:30-15:00	KURS 4: PRATİK YAKLAŞIMLARLA BİRLİKTE PULMONER REHABİLİTASYON KURSU Kurs Sorumluları: <i>Prof. Dr. Bülent Tutluoğlu, Burcu Camcıoğlu</i> Pulmoner Rehabilitasyonda Pratik Yaklaşımlar Güncel Bilgiler Işığında Ne Zaman ? Kime? Ne Yapalım?
15:00-15:30	Kahve Molası
15.30-17:30	KURS 5: PRATİK UYGULAMALAR İLE SOLUNUM FONKSİYON TESTİ VE DİFÜZYON TESTİ KURSU Kurs Sorumluları: <i>Prof. Dr. Sema Umut, Prof. Dr. Nurhayat Yıldırım, Dr. Atilla Uysal, Dr. Gökhan Erdoğan</i>

4. Solunum Okulu

Limak Cyprus Deluxe Hotel, KKTC
28 Nisan - 1 Mayıs 2018

30 NİSAN 2018, PAZARTESİ	
09:00-10:30	PANEL 2: ALERJİ TANI VE TEDAVİSİNDE SON GELİŞMELER Oturma Başkanları: <i>Prof. Dr. Bahattin Çolakoğlu, Doç. Dr. Kurtuluş Aksu</i>
09:00-09:20	Alerji Tanısında Kullanılan Testler <i>Prof. Dr. Bahattin Çolakoğlu</i>
09:20-09:40	İlaç Alerjisi <i>Doç. Dr. Mahir İğde</i>
09:40-10:00	Alerji Tedavisinde Monoklonal Antikorlar <i>Doç. Dr. Kurtuluş Aksu</i>
10:00-10:20	Astım ve Koagülasyon <i>Dr. Arzu Didem Yalçın</i>
10:20-10:30	TARTIŞMA
10:30-11:00	Kahve Molası
11:00-11:40	KONFERANS 3: GİRİŞİMSSEL BRONSKOPİDE SON GELİŞMELER <i>Prof. Dr. Turhan Ece</i>
11:40-12:20	KONFERANS 4: KRONİK ÖKSÜRÜK <i>Prof. Dr. Bülent Tutluoğlu</i>
12:20-12:30	TARTIŞMA
12:30-13:30	Öğle Yemeği
13:30-15:00	PANEL 3: SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONLARI Oturma Başkanları: <i>Prof. Dr. Murat Toprak, Prof. Dr. Ahmet Başustaoğlu</i>
13:30-13:50	Solunum Yolu Mikrobiyotası <i>Yrd. Doç. Dr. Ayşe Seyer Çağatan</i>
13:50-14:10	Akut ve Kronik Rinosinüzitlere Yaklaşım <i>Prof. Dr. Murat Toprak</i>
14:10-14:30	Viral ve Atipik Pnömoniler <i>Dr. Mesut Bayraktaroğlu</i>
14:30-14:50	Hastane Enfeksiyonları ve Korunma Yöntemleri <i>Prof. Dr. Ahmet Başustaoğlu</i>
14:50-15:00	TARTIŞMA

4. Solunum Okulu

Limak Cyprus Deluxe Hotel, KKTC
28 Nisan - 1 Mayıs 2018

1 MAYIS 2018, SALI	
09:30-11:00	PANEL 4: UYKUDA SOLUNUM BOZUKLUKLARI Oturum Başkanları: <i>Prof. Dr. Tevfik Turgut, Prof. Dr. Bahadır Üskül</i>
09:30-09:55	Yeni Başlayanlar için Temel Polisomnografi <i>Prof. Dr. Tevfik Turgut</i>
09:55-10:20	Uyku Bozuklukları Sınıflandırılması <i>Dr. Şenay Aydın</i>
10:20-10:45	OSAS ve Horlama Cerrahisi Ne Zaman ve Nasıl Yapalım? <i>Prof. Dr. Murat Toprak</i>
10:45-11:00	TARTIŞMA
11:00-11:30	Kahve Molası
11:30-12:15	AKILCI İLAÇ KULLANIMI <i>Prof. Dr. Ahmet Başustaoğlu</i>
12:15-13:15	POSTER TARTIŞMALARI Oturum Başkanı: <i>Prof. Dr. Akın Erarslan Balcı</i>
13:15	KAPANIŞ TÖRENİ

***KONUŞMA
ÖZETLERİ***

28 NİSAN 2018, CUMARTESİ

09:00-09:40 GÖĞÜS DEFORMİTELİ HASTAYA YAKLAŞIM

Prof. Dr. Akın Erarslan Balcı

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

Pektus ekskavatum, pektus karinatum, poland sendromu, sternal defektler, iskelet anomalileriyle beraber olanlar şeklinde sınıflandırılırlar.

Pektus Ekskavatum:

En sık anterior göğüs duvarı deformitesidir. 1/300-1/400 erkek/kız 3:1 sternum alt kostal kartilajlarla birlikte posteriora çukurlaşır. Eşlik eden hastalıklar ;

- Kas iskelet deformiteleri
- En sık eşlik eden skolyoz. Erken düzeltmeyle iyileşir
- Marfan
- Turner
- Poland
- Prune-Belly
- Astım
- Konjenital kalp hastalıkları
- Nörofibromatozis, Tübero Skleroz,
- Konjenital diyafragma hernileri

Etiyoloji: Kostaların kartilaj kesimlerinin anormal büyümesi ve beraberinde sternumu arkaya doğru çekmesidir. Kardiyopulmoner değişikliklerde hastalığa eşlik eder.

Klinik: Büyümenin hızlı olduğu erken ergenlik döneminde semptomlar başlar. Psikolojik problemler eşlik eder.

1.TEDAVİ:Cerrahinin amacı toraksın normal gelişimine izin vermek, Sternumun akciğer ve kalbe yaptığı baskıya engel olmak, postürü düzeltmektir.

Çekilen iki yönlü grafiyle basının derecesi ve akciğer ile kalbin ne kadar etkilendiği izlenir. En uygun operasyon yaşı 5-8'dir. Deforme kartilaj (kıkırdak

kaburga) kısımları çıkarılır, sternuma uygun açı verilir, sternumdan destek geçilerek uygun pozisyonda fiks edilir. Operasyon yöntemleri; Ravitch ve Nuss'tur.

Pektus Karinatum (güvercin göğsü):

Göğüs ön duvarı öne doğru çıkıntı yapmaktadır (protrüzyon), simetriktir. Kondrogladiolar(%90), kondromanubrial tipleridir. Bunlara kas iskelet deformiteleri ve konjenital kalp hastalıkları eşlik eder. Ekskavatumun tersine ileri yaşlarda ortaya çıkar. Tedavi Ravitch yöntemi gibidir. Çoğu zaman başarılıdır.

Ekskavatum ve karinatum operasyonlarından sonra görülen komplikasyonlar:

- Pnömotoraks
- Atelektazi
- Yara enfeksiyonu
- Lokal doku nekrozu
- Hematom

Poland Sendromu:

- Pektoralis major kasının yokluğu veya hipoplazisi
- Pektoralis minör, serratus, eksternal oblik, latissimus, infraspınatus ve supraspinatus aplazi veya hipoplazisi
- Amasti, athelia
- Aksiller kılınmanın olmayışı
- Kosta anomalileri, agenezi (2-5)
- Kol, önkol kısa olması, el parmaklarında hipoplazi, brakidaktili, sindaktili

Sternum defektleri:

Basit sternal kleft (yarık), ektopia Kordis, torasik ektopia kordis, toraabdöminal ektopia kordis (Cantrell pentalojisi), servikal ektopia kordisten oluşur.

NADİR GÖRÜLEN ANOMALİLER:

Asfiksik torasik distrofi = Jeune hastalığı, spondilotorasik distrofi = Jarcho-levine sendromu, serebro-kosto-mandibular sendromlardan oluşur.

10:00-12:00 ETKİLİ İLETİŞİM ve SUNUM TEKNİKLERİ

Doç. Dr. İbrahim Sayın

*Bakırköy Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi,
KBB Bölümü Anabilim Dalı*

Etkili iletişim mesleğimiz yanında; hayatımızın her aşamasında gerekli olan bir beceridir. Kazanılması ve geliştirilmesi gerekli olan bu beceri, birden çok alt özelliği bir arada bulundurmakta olup iletişim kurulacak kişinin anlaşılması, mesajın doğru bir içerik ile hazırlanması, doğru bir ses tonu ve beden dili ile sunulmasını içerir. Mesleki olarak hastalar, hasta yakınları ve akademik çevre ile iletişimde temel olan bu beceriler iletişim kurulan kişinin mesajlarının doğru anlaşılacak, daha az stresli ve sağlıklı etkileşimi sağlar. Etkili sunum teknikleri de etkili iletişimin bir parçası olup özellikle akademik hayatta bilimsel verilerin sunulması ve kişisel imajın güçlenmesi için gerekli tekniklerdir.

Anahtar kelimeler: iletişim, sunum teknikleri, beden dili

29 NİSAN 2018, PAZAR

10:10-10:30 KOAH'DA BESLENME

Dr. Ayşe Bahadır

**Yedikule Göğüs Hastalıkları, Göğüs Cerrahisi Eğitim ve
Araştırma Hastanesi**

KOAH'ın sistemik bir hastalık olması, hastalığın ileri dönemlerinde gelişen kilo kaybı ve kas atrofisinin solunum kasları üzerindeki etkisinin bilinmesi son yıllarda KOAH'ın yönetiminde beslenmenin önemini arttırmıştır. Malnutrisyon kaşeksi, sarkopeni, kilo kaybı ile birliktedir. KOAH'ta kaşeksi nedenleri arasında doku hipoksisi, yaşlanma, fiziksel egzersiz, istirahat metabolik hızın artması, kronik inflamatuvar süreç ve kullanılan ilaçlar yer almaktadır ve bu durum solunum fonksiyonlarının bozulmasına, egzersiz kapasitesinin azalmasına ve alevlenme riskinin artmasına, yaşam kalitesinin bozulmasına, mortalite ve morbidite artışına neden olmaktadır. İleri evre KOAH'lı hastaların %25-40'ında beslenme bozukluğu vardır. FEV1 < %50 olan olgularda klinik olarak anlamlı (3 ay içinde %5 veya 6 ay içinde %10 kilo kaybı) görülmüştür. GOLD evre 2-3 hastaların %25, GOLD evre 4 hastaların %35'de kas erimesi (Yağsız kitle indeksi erkeklerde <16kg/m², kadınlarda <15kg/m²) bulunmuştur. Stabil KOAH'lılarda hastalığa özel düşük karbonhidrat, yüksek yağ içerikli oral nutrisyon eklerinin standart veya yüksek protein, yüksek enerji içerikli ürünlerin verilmesine avantajı yoktur (Kanıt B). Meyve ve sebzeden yoğun beslenme KOAH gelişiminin engellenmesine katkı sağlayabilir. Nutrisyonel destek sağlamak malnutrisyonu olan ciddi KOAH hastalarında tedavi yaklaşımının bir parçası olmalıdır. Stabil KOAH hastalar için özel bir diyet yoktur. İstemsiz kilo kaybı olan hastalarda, enerji ve proteinden zengin diyetler ve besin takviyesi önerilir. KOAH hastalarının farklı yeme problemlerinin sık olabileceği düşünülerek, bireye özgü beslenme planı göz önünde bulundurulmalıdır.

11:30-12:30 KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE AKUT ATAHTA ve STABİL DÖNEMDE PULMONER REHABİLİTASYON

Dr. Öğr. Üy. Burcu Camcıoğlu

*Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve
Rehabilitasyon Bölümü*

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) morbiditenin en önemli nedenlerinden biridir ve 2020'de tüm dünyada ölümlerin en büyük üçüncü nedeni olması beklenmektedir. KOAH, genellikle ilerleyici ve tam olarak geri döndürülemeyen hava akımı kısıtlanması ile karakterizedir. KOAH'lı hastalar artmış nefes darlığı, öksürük, balgam üretimi ve hava akımı obstrüksiyonu gibi kötüleşen semptomlarla karakterize alevlenmeler yaşayabilirler. KOAH'ta akut alevlenmeler hastaneye yatışlara sebep olarak sağlık sistemlerine ağır bir yük getirmektedir. Pulmoner rehabilitasyon (PR), KOAH yönetiminde önemli bir yaklaşımdır ve hastaların fiziksel ve psikolojik durumlarını iyileştirmek ve sağlığın iyileştirilmesi için uzun süreli davranışları teşvik etmek, egzersiz kapasitesini, nefes darlığını, günlük yaşam aktivitelerini ve yaşam kalitesini iyileştirmek amaçlanmaktadır. PR alevlenmelere bağlı hastane yatışlarını ve dolayısıyla sağlık bakım harcamalarını azaltmaktadır. PR'den sonraki hastane yatış sayılarının rehabilitasyon öncesi hastane yatışlarından daha düşük gösterilmiştir. Ayrıca, standart bakım ve tedavi ile karşılaştırıldığında da, hastane başvuru sayıları rehabilitasyon ile azaltılabilmektedir. KOAH'ın tüm evrelerindeki hastalar için hem akut alevlenme döneminde hem de stabil dönemde PR uygulamaları hastaneye yatışın ve alevlenmelerin azaltılması, dispnenin azaltılması, egzersiz kapasitesinin ve yaşam kalitesinin artırılması için büyük önem taşımaktadır.

13:30-15:00 GÜNCEL BİLGİLER IŞIĞINDA PULMONER REHABİLİTASYON UYGULAMALARI

Dr. Öğr. Üy. Burcu Camcıoğlu

*Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve
Rehabilitasyon Bölümü*

Pulmoner rehabilitasyon, kronik solunum hastalarının fiziksel, emosyonel durumlarını düzeltmeyi ve sağlığı geliştirici kalıcı davranışları sağlamayı hedefleyen, hasta değerlendirilmesini takiben bireysel olarak belirlenen egzersiz eğitimi, eğitim ve davranış değişikliği gibi yaklaşımları içeren, kapsamlı, interdisipliner uygulamalar bütünüdür. Modern ve etkili pulmoner rehabilitasyon programları global, multidisipliner, bireyselleştirilmiş ve hastalığın sadece akciğer bileşenine değil, bir bütün olarak hastaya yönelik kapsamlı bir yaklaşım kullanmaktadır. Hastaların kapsamlı değerlendirilmesi başarılı bir pulmoner rehabilitasyon programının başlangıç noktasıdır. Pulmoner değerlendirme; medikal dosyanın incelenmesi, subjektif değerlendirme, göğüs muayenesi, solunum ve periferik kas kuvvetinin ölçülmesi, submaksimal ve maksimal egzersiz kapasitesinin değerlendirilmesi, fiziksel aktivite seviyesinin belirlenmesi, günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, yorgunluk ve psikososyal statünün değerlendirilmesini içermektedir. Pulmoner rehabilitasyon değerlendirmesi sonrasında bireyin ihtiyaçlarına uygun yaklaşımlar seçilerek bireye özgü program oluşturulması gerekmektedir. Egzersiz eğitimi, etkili pulmoner rehabilitasyon programının temel taşı olarak kabul edilmesine rağmen, kronik akciğer hastalığı olan bireylerde psikososyal ve yaşam tarzı değişikliklerinin yanı sıra, bozuklukların ve semptom yükünün yönetilmesi için göz önünde bulundurulması gereken diğer birçok bileşen vardır. Bu bileşenler; hasta ve aile eğitimi, dispne azaltıcı yaklaşımlar ve enerji koruma teknikleri, havayolu temizleme teknikleri, aerobik ve dirençli egzersiz eğitimi, solunum kas eğitimi, denge eğitimi ve fiziksel aktivite danışmanlığını içermektedir.

15:30-17:30 PRATİK UYGULAMALAR İLE SOLUNUM FONKSİYON TESTİ ve DİFÜZYON TESTİ KURSU

Doç. Dr. Mehmet Atilla Uysal

*Yedikule Göğüs Hastalıkları, Göğüs Cerrahisi Eğitim ve
Araştırma Hastanesi*

Solunum fonksiyon testleri (SFT) standart cihazlar kullanarak akciğer fonksiyonlarını ölçmeye yönelik yapılan manevralardır. SFT; akciğeri etkileyen bir hastalığın olup olmadığını, bilinen bir hastalığın akciğer fonksiyonları üzerine etkisini, meslek veya çevresel faktörlerin akciğer üzerine etkilerini, tedavi başarısını, ameliyat için risk belirlenmesi, işgörmezlik veya maluliyet değerlendirmesi ve akciğer sağlığı veya hastalığı konusunda epidemiyolojik/ klinik araştırmalar amacı ile yapılır.

Gazların solunum zarından geçme yeteneği difüzyon kapasitesi olarak tanımlanır. Karbonmonoksit Difüzyonu Testi, DLCO olarak tanımlanır. DLCO/VA veya KCO; Her bir birim alveol hacmi başına CO difüzyon kapasitesidir. Difüzyon kapasitesini etkileyen birçok faktör vardır. Bu faktörler içinde en önemlisi kandaki Hemogloblin düzeyidir. DLCO'yu arttıran nedenlerden başlıcaları; alveolar hemoraji, polisitemi ve sağdan sola şanttır. DLCO' azaltan başlıca nedenler; anemi, intestisyel akciğer hastalıkları, akciğerin hacim kaybı ve pulmoner ödemdir. VA, başlıca amfizem ile artarken, DLCO/VA düşmektedir.

DLCO ve DLCO/VA' sonuçlarını yorumlamada; doğru bir test yapıldığından emin olunmalı, DLCO spirometrik ölçümlerle ve akciğer volümleriyle birlikte yorumlanmalı, DLCO ile VA arasında doğrusal ilişki olmadığı akılda tutulmalı ve hastanın kliniği ve radyolojisi beraber değerlendirilmelidir.

PRATİK UYGULAMALAR İLE SOLUNUM FONKSİYON TESTİ

Tıbbi Tek. Gökhan Erdoğan

Anadolu Sağlık Merkezi

Spirometrelerin ve spirometre testinin kalitesi sağlık hizmeti sunumunda önemli bir yere sahiptir. Test kalitesini ise belirleyen en önemli unsur cihaz-tekniker-hasta koordinasyonudur. Testin nasıl yapılması gerektiği konusunda ATS ve ERS dernekleri 2005 yılında ilk olarak önerilerini ortak yayınlamışlar, rapor formatlarının standardizasyonu için Ekim 2017'de tekrar güncellemişlerdir. Bu doğrultuda laboratuvarlarda bir standardizasyon için hangi test yöntemlerinin kullanıldığı, test kalitesi için ise kalibrasyon en önemli konulardır. Spirometreler hangi türde olursa olsun doğruluğunun ve güvenilirliğinin verifiye edilmesi gerekmektedir. Bu nedenle 3 L kalibrasyonun günlük yapılması spirometrenin bir kalite kontroldür. Ortam koşulları olan vücut ısısı, atmosfer basıncı ve hava yolundaki doymuş su buharına (BTPS) düzeltmesi kalibrasyon denetimi sırasında yapılmalıdır. Cihaz tarafından otomatik düzeltilmiyorsa manuel olarak ölçülen değerlerin cihaza girilmesi %10'a kadar oluşabilecek yanlış sapmaların önüne geçmiş olacaktır. SFT referans değerleri çalışılmamış olan ülkemiz için 40'tan fazla ülkeyi kapsayan ve geniş yaş aralığında prediksyon sunan GLI 2012 normlarının kullanımı, mevcutta kullandığımız ECCS ormlarına göre daha güvenli bir prediksyon sunabilmektedir. Özellikle z-skor ve LLN (lower limit normal) piktogramlarının ve test kalite raporunun raporda sunumu hem teknisyene rehberlik edecektir hem de yorumlayıcıya kolaylık sağlayacaktır.

30 NİSAN 2018, PAZARTESİ

09:00-09:20 ALERJİ TANISINDA KULLANILAN TESTLER

Prof. Dr. Bahattin Çolakoğlu

İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Astım, allerjikt rinit/rinosinüzit, atopik dermatit, besin allerjisi, arı ve lateks allerjileri, ilaç ve metal allerjileri, ürtiker, anjioödem ve anafilaksi gibi pek çok farklı klinik tablo alerjik hastalıklar arasında sayılabilir ve sıklıkları tüm dünyada giderek artmaktadır.

Allerjik hastalıkların tanısında sırasıyla ayrıntılı bir anamnez, fizik muayene ve laboratuvar testleri kullanılır.

Laboratuvar

Allerjik hastalıkların tanısında allerjeni veya tetikleyici ajanı saptayabilmek için laboratuvar testlerine başvurulur. Bu testler temel olarak in vivo ve in vitro olarak iki başlık altında toplanır.

İn vivo testler; prik, intradermal ve yama deri testlerini ve bronşiyal, nazal, oral, konjunktival, kutanöz ve parenteral provokasyon testlerini içerir.

İn vitro testler; total (periferik kanda) ve nazal eozinofil sayısı ve serumda total ve spesifik IgE düzeylerini kapsar.

Deri testleri

Günlük allerji pratiğinde yaygın olarak kullanılan bu testler basit, ucuz ve yüksek oranda duyarlıdır ve hızlı sonuç verirler. Prik, intradermal ve yama testlerini içermektedir. Scratch yani çizme testi önerilmemektedir.

Burada unutulmaması gereken nokta, deri testleri kişinin sadece alerjene duyarlı olduğunu göstermektedir.

Deri prik testleri, IgE aracılı olduğu düşünülen allerjik reaksiyonların teşhisinde ilk yapılması gereken testlerdir. Özgüllükleri yüksektir ancak intradermal testlere göre daha az duyarlıdırlar. Solunum yolu allerjik hastalıklarını, besin, arı ve lateks allerjisini ve bazı ilaç aşırı duyarlılık reaksiyonlarında tetikleyici ilacı saptamada kullanılırlar. O antijene özgü IgE'lerin derideki varlığını gösteren bir yöntemdir.

Deri prik testleri tek kullanımlık, ucu 1 mm boyutunda porlu lansetler kullanılarak yapılır. Allerjen damlatıldıktan sonra uygun lansetler ile delme işlemi yapılır. Delme işlemi sırasında epidermis geçilmemeli ve kanatılmamalıdır. Her bir allerjen arasında en az 2 cm mesafe bulunmalıdır. Fazla allerjen işlemiden 1 dakika sonra kurutma kağıdına emdirilerek alınır. 3 mm ve üzerindeki kabarıklık pozitif olarak kabul edilir.

Besin allerjisi teşhisinde ilk olarak yine prik testi kullanılır. Duyarlılık ve negatif prediktif değeri yüksek ($>90\%$), özgüllük ve pozitif prediktif değeri zayıftır ($50-85\%$). Standart olarak bulunan ticari preparatlarla yapılabileceği gibi 'prik to prik' olarak adlandırılan yöntemle yani direk besinin kendisi ile de prik testi yapılabilir. Besin allerjisinde allerjeni saptamak için serumda spesifik IgE düzeyi ölçümü de yapılabilmektedir. Ancak, tarama testlerinde bazı kimselerde besin spesifik IgE yüksek bulunduğu halde hiçbir semptomla rastlanmamaktadır.

Intradermal testler (İD), İnsülin enjektörü ile, İğnenin eğik ucu deriye bakacak şekilde, 45° açı ile, Subepidermal kapiller yatağa ulaşmayacak, 0.01-0.05 mL hacimde allerjen solüsyonu ile 2-3 mm kabarcık yapacak şekilde uygulanır. Ancak anafilaksi riski vardır. Dolayısıyla öncesinde prik test yapıp negatif sonuçlanması durumunda intradermal test yapılmalıdır. Intradermal teste prik testin 100-1000 kat dilüe edilmiş formu ile başlanır. Testten sonra en az 20 dakika hasta gözlenir. İD testlerin sonuçları; eritem yoksa ya da kontrolden küçük ise negatif, eritem >21 mm ya da 3-4 mm ödem var ise +, 4-5 mm eritem-ödem varsa ++, eritem ve ödem 8 mm'den fazla ancak psödopod gelişmemişse +++, eritem, ödem ve psödopod gelişmiş ise ++++ olarak yorumlanır.

Allerjik astım veya allerjik rinit teşhisinde Avrupa'da inhaler alerjenlerle deri prik testi Amerika'da ise intradermal testler kullanılmaktadır.

4. Solunum Okulu

Limak Cyprus Deluxe Hotel, KKTC
28 Nisan - 1 Mayıs 2018

Allerji testleri yapılırken dikkat edilmesi gereken bazı hususlar vardır. Her hastaya “bilgilendirme ve rıza formu okutulup” imzalatılır. Yüksek düzeyde yalancı pozitiflik ve sistemik (anafilaktik) reaksiyon (SR) ihtimali nedeniyle besin allerjenleriyle İD test önerilmez. Allerjik şikayetlerin yoğun olduğu dönemlerde (yaygın vizing, şiddetli burun tıkanıklığı ve akıntısı, vb.), aşırı bitkinlik, ateşli hastalık gibi durumlarda İD test yapılmamalıdır. Gebelikte, bebeklik döneminde ve hastanın kendisini yeterince ifade edemediği erken çocukluk evresinde İD test önerilmez. Genel yaklaşım, çocuklarda gerekmedikçe İD test uygulanmaması yönündedir. Klasik AH₁’lerin en az 3 gün, uzun etkili AH₁’lerin, trisiklik antidepresanların ve fenotiyazin türevlerinin en az 7 gün önce kesilmiş olması gereklidir. Sistemik KS ve immünsüpresifler de sonucu (özellikle geç reaksiyonları) etkileyebilir. Gelişebilecek bir SR ihtimalini arttırması ve/veya SR tedavisinde kullanılan ajanlara cevabı azaltması nedeniyle, ACE ve MAO inhibitörü ve β bloker kullanımının da bırakılmış olmasına dikkat edilmelidir. İşlem, SR’a uygun girişimlerde bulunulabilecek donanımı olan ortamlarda, hekim tarafından ya da hekim gözetiminde uygulanmalıdır. Test odasında mutlaka TA aleti, O₂ tüpü ve maskesi, laringeal tüp, enjektör, İV set ve solüsyonlar, adrenalin, AH₁, KS ampul ve salbutamol inhaler bulunmalıdır. Bazen deri testinden 1-2 saat sonra başlayıp, 6-12 saatte en yüksek değerine ulaşan ve 24-48 saat içinde gerileyen geç reaksiyonlar (GR) olabilir. Bunların klinik önemi tartışmalıdır. Yine de, solunum yolu allerjenleriyle uygulanan İDT negatif sonuçlanır, ancak hastanın şikayetleri solunum yolu allerjisi varlığını düşündürüyorsa, hastaya test bölgesini yıkamaması ve sonucu etkileyebilecek ilaç kullanmaması söylenir (bkz. Madde 5); 24 ve 48. saatlerde yeniden değerlendirme yapılarak GR’larla klinik bulgular arasındaki bağlantı ortaya konmaya çalışılır. Özellikle (tip 1 immünolojik reaksiyon dışındaki mekanizmalarla gelişen) ilaç allerjilerinin tanısında GR’lar (6, 24, 48 saat, hatta bir hafta sonra yapılacak değerlendirmeler) teşhis için ipuçları sağlayabilir.

İn Vitro Testler

Periferik eozinofili; periferik kanda eozinofil sayısının $450/\text{mm}^3$ ‘ün üzerinde olmasıdır. Allerjik hastalıklarda periferik eozinofil sayısı yaklaşık olarak $450-1500/\text{mm}^3$ arasındadır. Eozinofili adrenokortikoidlerin etkisine bağlı olarak diüurnal fark gösterebilir. Yani gece en yüksek sabah en düşük seviyede saptanabilir. Eozinofil sayısı stres durumlarında ve bazı enfeksiyonların seyri

4. Solunum Okulu

Limak Cyprus Deluxe Hotel, KKTC
28 Nisan - 1 Mayıs 2018

sırasında azalırlar. KS'ler eozinopenik etki gösterirler (eozinofil apoptozisi ?). Eozinofiller öncelikle dokuda yerleşik lökositlerdir ve periferik kan eozinofil sayısı, etkilenen dokulardaki eozinofil tutulumunun genellikle tam bir göstergesi değildirler.

Nasal eozinofili; erişkinde nasal lavajda $>10-25$ (100 hücre saymak gerekir) eozinofil bulunması olarak tanımlanır. Polen mevsiminde artar, mevsim öncesinde ise en düşüktür. Allerjik rinit semptomları ile çok uyumludur. Topikal KS tedavisine cevabın iyi bir göstergesidir: tedavi ile azalır. Viral ve vazomotor rinit gibi diğer rinit nedenlerinin ayırımında kullanılabilir.

Serum total IgE seviyesi büyük oranda yaşa bağımlıdır (10-15 yaşta maksimum düzeye ulaşır). Normal serum total IgE düzeyi: 2-100 IU/mL'dir (total IgE 1 IU/L = 2.4 ng/L) dir. Atopik kişilerde atopik olmayanlara göre daha yüksek olma eğilimindedir. Ancak teşhis koyduran serum konsantrasyonu yoktur.

Allergen spesifik IgE, deri testlerinin güvenilirmez veya tehlikeli olabildiği durumlarda yani anafilaksi riski ya da allerjen ile önceden hayatı tehdit eden reaksiyon öyküsü varsa, şiddetli dermografizm ve aktif dermatit gibi derinin anormal durumları söz konusu ise ve şiddetli ani tip alerjik reaksiyondan sonraki 2-4 haftalık dönemde görülen mast hücre mediatör kaybının refraktör döneminde ise teşhis amaçlı kullanılabilir. Ayrıca ilaç kesilemiyorsa veya kesildikten sonra etkinliğini yitirmesi için gerekli sürenin uzun olması durumunda, parazitlere bağlı yüksek total IgE seviyesi varlığı (Yüksek total IgE mast hücrelerini doygunlaştırabilir ve yalancı negatif deri testlerine neden olabilir), mental ve fiziksel bozukluklara bağlı olarak görülebilen hasta uyumsuzluğu söz konusu ise kullanılabilirler.

Sonuç olarak günlük pratikte allerjik hastalıkların tedavisinde kullanılan çok çeşitli testler bulunmaktadır. Bu testler gerekli hastalara doğru bir şekilde uygulanmalı ve sonuçlar klinik durumla karşılaştırılarak değerlendirilmelidir.

09:20-09:40 İLAÇ ALERJİSİ

Doç. Dr. Mahir İğde

Samsun Eğitim Araştırma Hastanesi

Penisilinler, ampicillin and amoxicillin, cephalosporins, monobactams, carbapenems, ve beta-lactamase inhibitörleri hep birlikte penisilin ilaçları ailesini oluşturur. Bu gruptaki ilaçların hepsinde ortak beta-lactam ve thiazolidine halka yapısı vardır. Farklı yan zincirlerle birbirlerinden farklılaşırlar. Görüldüğü üzere enfeksiyon tedavisinde çok geniş bir alanda kullanılmaktadırlar.

Hastaların yaklaşık %10'bir kısmı penisilin alerjisi olduğuna ifade etmesine karşın bunların %90'lık bir kısmında gerçekte penisiline karşı alerji değil tolerans olduğu görülmüştür.

Penisilin alerjileri tip 1'den tip 4'e kadar her türlü alerjik reaksiyona sebep olabilmektedir. Ancak gerçek manada hayatı tehdit eden ve klinik olarak anlamlı olanları, IgE'nin sebep olduğu Tip 1 hipersensitivite reaksiyonlarıdır. Özellikle yüksek doz penisilin tedavisi alanlar ve sık sık penisilin aln 20 ile 49 yaş arasındaki ciddi reaksiyonlar açısından risk altındadır.

Penicilin anafilaksisi görülme insidansı 0.02% to 0.04% arasındadır. En sık raporlanan alerjik reaksiyon ise cilt döküntüleridir. Penisilin testi pozitif olanlar dahil olmak üzere penisiline karşı gelişmiş olan IgE'ler her sene %10 azalmaktadır. Yani 10 yıl sonar gerçekten penisilin alerjisi olanlarda bile tolerans gelişmektedir. Ki alerji olduğu söylenelerin %90 lık bir kısmında alerjini olmaması, çoğu zaman viral enfeksiyonların sebep olduğu döküntülerin bile penisilin alerjisi olarak yorumlanması toleransı olan bir çok hastanın gereksiz yere penisilin almayıp çok daha güçlü antibiyotikler kullanmasına neden olmaktadır.

Peki ne yapılmalı? Öncelikle dikkatli bir hikaye ile: Risk faktörleri, alerjik reaksiyon olduğu düşünülen kliniğin özellikleri, verilen alerji tedavisi ve alınan yanıt, hikayenin tarihi dikkatlice sorgulanmalı, dikkatli bir fizik muayene

4. Solunum Okulu

Limak Cyprus Deluxe Hotel, KKTC
28 Nisan - 1 Mayıs 2018

yapılmalı. Bu süreçten sonra Beta-laktam antibiyotik alerjisi olma olasılığı olan vakalarda alerji şüphesini ortadan kaldırmak için deri testi yapılmalıdır. Penisiline bağlı olarak makülopapüler veya “morbiliiform” deri döküntüleri olan bireylerde anafilaksi riski düşük olmakla beraber bu konularda hasta öyküleri güvenilir olmayacağı için bu hastalarada deri testi yapılması uygun olur. Deri testleri; kesinleşmiş anafilaksi, Stevens-Johnson sendromu, toksik epidermal nekroliz veya interstisyel nefrit gelişmiş olan olgularda yapılmamalıdır.

Bu şekilde penisilinlerin gereksiz yere kullanılmamasının önüne geçilerek hem tedavi maliyetleri azaltılabilir, hem de dirençli ve ciddi mortaliteye yol açabilen mikroorganizmaların gelişmesi engellenebilir.

**09:40-10:00 ALERJİ TEDAVİSİNDE MONOKLONAL
ANTİKORLAR**

Doç. Dr. Kurtuluş Aksu

Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları Hastanesi

Standart astım tedavisinin detayları ulusal ve uluslararası rehberlerde mevcuttur. Tüm astımlı hastalarda inhaler cihazlarını doğru kullandıklarından ve tedaviye uyumlarının tam olduğundan emin olunmalıdır. GINA basamak 4 tedaviye rağmen semptom kontrolü sağlanamayan yada bu tedaviye rağmen alevlenme yaşayan ağır astımlı olgularda add-on tedavi olarak anti-IgE (omalizumab) ve anti-interlökin-5 (mepolizumab, reslizumab, benralizumab) tedaviler “Kanıt A” düzeyinde önerilmektedir. Anti-IgE (Omalizumab) ağır allerjik astımlı hastalarda önerilir. Astım kontrolünü ve yaşam kalitesini artırır. Ağır astım ataklarını azaltır, sistemik kortikosteroid gereksinimini azaltır. Güvenli ancak pahalıdır. Omalizumab allerjik olmayan ağır astımda da efektif olabilir. Ancak bu endikasyon dışı kullanımı deneyimli merkezlerde ve vaka bazlı olmalıdır. Anti-IL-5 tedaviler ağır eozinofilik astımda alevlenmeleri yarı yarıya azaltır. Yapılan çalışmalarda ciddi yan etki görülmemiştir. Ancak uzun dönem etkinlikleri için zamana ihtiyaç vardır. Dupilumab, IL-4 ve IL-13’ün etkilerini inhibe eder. Dupilumab’ın faz 2b çalışmasında eozinofil değerlerinden bağımsız olarak orta-ağır astımlı hastalarda astım alevlenmelerini azalttığı gösterilmiştir. T2 yüksek astım her 3 ağır astımlı hastanın 2’sinde mevcuttur. Her 3 ağır astımlı hastanın 1’inde ise T2 inflamasyon bulunmaz. Bu hasta grubu için halen gösterilmiş biyolojik bir tedavi bulunmamaktadır. Tezepelumab’ın (anti-TSLP) faz 2 çalışmasında persistan kontrolsüz astımda T2 durumdan bağımsız olarak astım alevlenmeleri azalttığı gösterilmiştir.

10:00-10:20 *ASTİM ve KOAGÜLASYON*

Dr. Arzu Didem Yalçın

Asthma Therapy

*Arzu Didem Yalcin, M.D., Allergy and Clinical Immunology Unit, Antalya
Training and Research Hospital, Antalya, Turkey.*

ABSTRACT

KEYWORDS: *Omalizumab, asthma, IL-1 β , IL-8, sTRAIL, sCD200, eosinophil cationic peptid, fractional exhaled nitric oxide*

Since the discovery of IgE in 1967, the mechanisms of immediate-type hypersensitivity and allergy have been increasingly unraveled. IgE binds to the high-affinity IgE.Fc receptor (Fc ϵ RI) on mast cells and basophils and mediates inflammatory cascades of the allergic response [1]. The mechanism of action of omalizumab in the treatment of asthma is believed to be multifactorial, and includes effects mediated through altered production of redox metabolites, and regulation of production of known inflammatory proteins [2-5]. It is conceivable that mast cells residing in the nasal lining, lower airway, other areas of the mucosal tracts, and in the skin, differ in tryptase and chymase content, sensitivity, receptor regulation, and life span [6,7].

Most asthmatic individuals respond satisfactorily to inhaled corticosteroids and β -adrenergic agonists; however, 5-10% of them have severe, persistent symptoms that respond poorly to such treatment[8,9].

References

Kim B, Eggel A, Tarchevskaya SS, et al. Accelerated disassembly of IgE-receptor complexes by a disruptive macromolecular inhibitor. *Nature*. 2012 Oct 28. doi: 10.1038/nature11546.

Yalcin AD, Bisgin A. Anti-IgE Therapy in Severe Allergic Conditions. *Journal of Allergy and Therapy*. 2012.doi:10.4172/2155-6121.1000120

Yalcin AD, Bisgin A, Gorczynski RM. IL-8, IL10, TGF- β and GCSF levels were increased in severe persistent allergic asthma patients with the anti-IgE treatment. *Mediators inflammation* 2012, doi:10.1155/2012/720976.

Yalcin AD, Gumuslu S, Parlak GE, et al. Systemic Levels Of Ceruloplasmin Oxidase Activity In Allergic Asthma And Allergic Rhinitis. *Immunopharmacology And Immunotoxicology* 2012;1-7 .doi:10.3109/08923973.2012.697902.

Yalcin AD, Bisgin A. The Relation of sTRAIL Levels and Quality of Life In Omalizumab Using Severe Persistent Allergic Asthma Patients. (WISC 2012: WAO Outstanding Abstract Award) *Med Sci Monit* 2012;18(8);LE9-10.

Chang, T. W. Developing antibodies for targeting immunoglobulin and membrane bound immunoglobulin E. *Allergy Asthma Proc*. 2006: 27; S7–S14.

Chang, T. W., and Shiung, Y. Y. Anti IgE as a mast cell stabilizing therapeutic agent. *J. Allergy Clin. Immunol*. 2006;117: 1203–1212.

Adcock LM, Caramori G, Chung KF. New targets for drug development in asthma. *Lancet*, 2008;372(9643);1073 - 1087, doi:10.1016/S0140-6736(08)61449-X.

Heaney GL ,Robinson DS. Severe asthma treatment: need for characterising patients. *Lancet*, 2005; 365(9463) ;974 - 976, doi:10.1016/S0140-6736(05)71087-4. ce.

13:30-13:50 SOLUNUM YOLU MİKROBİYOTASI

Yrd. Doç. Dr. Ayşe Seyer Çağatan

Girne Amerikan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

S. pneumoniae, H. influenzae, M. cattarhalis, S. aureus, virüsler ve bakteri-virüs kombinasyonları, solunum yolu enfeksiyonlarından sorumlu potansiyel patojenler (patobiyontlar) olarak bilinmektedirler. Otitis mediada koruyucu etkiye sahip Corynebacterium ve Dolosigranulum varlığındaki azalma, patobiyontların varlığındaki artış ile ilişkilendirilmiştir. Pnömoni ile ilişkili ölümlerden sıklıkla S.pneumoniae (%33) ve H.influenzae tip b (%16) sorumlu olsa da, viral pnömonide M.lacunata'nın, bakteriyel pnömonide ise S.pneumoniae, H.influenzae ve M. catarrhalis'in üst solunum yollarında arttığı dikkat çekmektedir. Kistik fibrozis tablosunda P. aeruginosa, S.aureus, S.pneumoniae, H.influenzae ve Burkholderia cepacia patojenler iken, mikrobiyal çeşitliliğin azalması ile P. aeruginosa varlığı hastalığın şiddetini belirlemektedir. Bronkopulmoner displazi gelişecek bebeklerin solunum mikrobiyotasında artmış Klebsiella ve Staphylococcus bolluğu mevcut olup, Ureaplasma spp varlığı ile hastalığın şiddetinin artması ilişkili görülmüştür. Yaşamın erken dönemlerinde H. influenzae, M.catarrhalis ve S. pneumoniae ile kolonizasyonun, kalıcı hırıltılı solunum ile ilişkili olabileceği ve bu durumun yaşamın ilk 5 yılında astıma dönüşebileceği öne sürülmektedir. Antibiyotik kullanımının bu etkisi astım hastalarının yüksek mikrobiyal çeşitliliği olması durumunda daha iyi akciğer fonksiyonlarının gözlemlenmesi ile de desteklenmektedir. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) 'nda yaygın patojenler; Pseudomonas, Streptococcus, Prevotella, Haemophilus'dur. KOAH'ın akut alevlenme dönemlerinde antibiyotik veya inhale steroid tedavilerinin, kümülatif etki ile akciğer mikrobiyotasının kompozisyonunu, hastalığın şiddeti ve sıklığını uzun süreli olarak değiştirdiği öne sürülmektedir. Mikrobiyotadaki bu değişimlerin, hastalığın nedeni mi sonucu mu olduğu hala netlik kazanamamıştır.

14:10-14.30 VİRAL ve ATİPİK PNÖMONİLER

Dr. Mesut Bayraktaroğlu

**Yedikule Göğüs Hastalıkları, Göğüs Cerrahisi Eğitim ve
Araştırma Hastanesi**

Pnömoni bir mikroorganizmanın akciğerlere ulaşması ve çoğalması sonucu akciğerlerde enfeksiyon gelişmesidir. Pnömoniler anatomik lokalizasyona (lobar, bronkopnömoni), etiyolojik ajana (bakteriyel, viral, fungal, paraziter), klinik seyre (tipik, atipik), gelişme yeri ve immün duruma (toplum kökenli, hastane kökenli, bağışıklığı baskılanmış hastada) göre farklı şekillerde sınıflandırılabilir.

Toplumda gelişen pnömonilerde tipik ve atipik olarak nitelenen mikroorganizmalar neden olabilmektedir. Atipik tanımlaması mikroorganizmaların hem farklı yapısal özelliklerinin olması (hücre duvarı bulunmaması) hem de diğer bakterilerden göreceli farklı klinik tablolara yol açmalarından kaynaklanmaktadır. Klasik atipik pnömoni etkenleri Mycoplasma pneumonia, Chlamydia pneumonia, Legionella pneumonia'dır. Makrolid grubu antibiyotikler tedavide çoğunlukla etkilidir.

Son yıllarda SARS, H5N1, H1N1, Mers-CoV salgınlarıyla viral pnömoniler önem kazanmıştır. Yaygın ya da dağınık infiltrasyon şeklinde olan bakteriyel pnömonilerden ayrımı çok zordur. En sık etkenler İnfluenza A ve B, adenovirüs, parainfluenza, RSV, Herpes grubu virüslerdir. Tedavi sıklıkla destek ve semptomatik tedavi şeklindedir ancak bazı vakalarda spesifik antiviral tedaviler önerilmektedir.

**14:30-14:50 HASTANE ENFEKSİYONLARI ve KORUNMA
YÖNTEMLERİ**

Prof. Dr. Ahmet Başustaoğlu

Ankara Başkent Üniversitesi, Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

Günümüzde gittikçe önem kazanan hastane enfeksiyonları, modern tıbbın en önemli problemleri arasında ilk sırada yer almaktadır. Hastanede kalış süresinde uzama, morbiditede artış, yaşam kalitesinde bozulma, mortalitede artış, iş gücü ve üretkenlik kaybı ve maliyette artışa neden olmaktadır.

Sağlık çalışanları, enfeksiyon etkenlerine karşı EKK önerileri doğrultusunda enfeksiyonları önleyici tedbirleri alarak hastadan personele, personelden hastaya, hastadan hastaya ve hastaneden topluma bulaşı önlemek zorundadır. Hedef sıfır enfeksiyon olmalıdır. Ancak günümüzdeki bilimsel yaklaşımla hastane enfeksiyonlarının tamamının önlenemez olduğunu söylemek mümkün değildir. Hızını azaltmak ve önlemeye çalışmak çok daha bilimsel ve gerçekçi bir yaklaşım olacaktır.

Unutulmamalıdır ki aksi ispat edilmediği sürece her Hastane Enfeksiyonu, temel enfeksiyon kontrol kurallarına uyulduğu takdirde önlenmesi mümkün olan bir tıbbi hata olarak kabul edilmelidir. ABD ve Fransa başta olmak üzere bir çok ülke hastane enfeksiyonlarında maliyeti geri ödememe kararı almışlardır.

Kontrol ve korunma önlemlerini; izolasyon önlemlerini standart önlemler ve bulaşmayı önleyici önlemler olarak ikiye ayırabiliriz. Standart Önlemler Hastanedeki hastaların, tanısına ve enfeksiyonu olup olmamasına bakılmaksızın bütün hastalara uygulanan el hijyeni ve KKE kullanımı, sterilizasyon ve dezenfeksiyon, tıbbi atık yönetimi gibi önlemlerdir. Bulaşma Yoluna Yönelik Önlemler temas izolasyon önlemleri, damlacık izolasyon önlemleri ve hava izolasyon önlemleri şeklinde gruplandırılır. İzolasyon önlemleri ve önemi konusunda sağlık personeli, hastalar ve hasta yakınları Enfeksiyon Kontrol Ekibi tarafından bilgilendirilmelidir.

1 MAYIS 2018, SALI

**09:30-09:55 YENİ BAŞLAYANLAR İÇİN TEMEL
POLİSOMNOGRAFİ**

Prof. Dr. Tevfik Turgut

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Polisomnografi, uyku ile ilgili parametrelerin laboratuvar ortamında tüm gece boyunca kaydedilmesini sağlayan bir tanı yöntemidir. Bunun için standart olarak kullanılan parametreler:

Elektroensefalografi (EEG),

Elektrookulografi (EOG),

Elektromiyografi (EMG) - submentalis ve tibialis,

Oro-nazal hava akımı,

Torako-abdominal hareketler,

Oksijen saturasyonu,

Elektrokardiyografi (EKG),

Vücut pozisyonu

Ayrıca hastanın davranışları da kamera ile kayıt altına alınır. Polisomnografi için özel bir alan, ekipman ve personel gerekir.

Uyku evrelerinin skorlaması:

Uyku başlıca iki dönemden oluşur. REM uykusu (rapid eye movements- hızlıgöz hareketleri) ve nREM uykusu (evre 1-3). Uyku nREM uykusu ile başlar. Bu bölüm tüm uykunun yaklaşık %75-80'nini oluşturur ve 3 bölümden oluşur.

REM uykusu uykunun %20-25'ini kapsar. Bu bölümde döneme adını veren hızlı göz hareketleri görülür. Tüm vücutta kas tonusu azalır, kalp atımları ve

4.Solunum Okulu

Limak Cyprus Deluxe Hotel, KKTC
28 Nisan - 1 Mayıs 2018

solunum düzensizleşir ve beyin aktivitesi ve metabolizması artar. Bu evrede görülen rüyalar hatırlanır.

Uyku evrelerini skorlayabilmek için polisomnografide en az iki EEG, sağ ve sol göz için birer EOG ve submental EMG kanallarına ihtiyaç vardır. Uyku evrelerini skorlamada EEG'deki dalgalardan yararlanılır.

Solunumsal olayların skorlaması:

Apne: 10 sn veya daha fazla süreyle ağız ve burundan hava akımının durmasıdır. 3 tip apne vardır. Obstrüktif, santral ve miks

Hipopne: Hava akımının azalmasıdır.

Aurosal (Uyanayazma): Uyku sırasında, daha yüzeysel uyku evresine ya da uyanıklık durumuna ani geçişlerdir.

09:55-10:20 UYKU BOZUKLUKLARI SINIFLANDIRILMASI

Dr. Şenay Aydın

**Yedikule Göğüs Hastalıkları, Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Uyku ve Klinik Elektronörofizyoloji Laboratuvarı, Nöroloji**

Hastalıkların sınıflandırılması klinisyen için hastalığın tedavi ve takibinde yol göstericidir, aynı zamanda patogeneze ve prognoz hakkında önemli bilgiler verir. Uyku bozuklukları hastalıkları ile ilgili ilk tanımlamalar World Health Organization (WHO) tarafından 1978 yılında yayınlanan “International Classification of Diseases, Ninth Revision (ICD-9)” sınıflamasında yer almıştır. Uyku bozuklukları hastalıkları ile ilgili ilk sınıflama ise 1979 yılında “American Sleep Disorders Association” tarafından “Diagnostic Classification of Sleep and Arousal Disorders” adı ile yayınlanmıştır. 1990 yılında Amerikan Uyku Tıbbı Akademisi (American Academy of Sleep Medicine-AASM) tarafından “Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflaması (International Classification of Sleep Disorders- ICSD-I)” adı altında 4 alt başlıkta ve 84 uyku bozukluğu tanımlaması yapılmıştır. Ancak sınıflandırmadaki düzensizlik nedeniyle 2005’te ciddi revizyonlar yapılarak ICSD-II yayınlanmıştır. Şubat 2014’de son yayınlanan üçüncü baskısı “ICSD-3” uyku bozukluğu kılavuzunun tamamen gözden geçirilmiş bir versiyonudur. ICSD-3 ile 85 uyku bozukluğu sınıflama içinde tanımlanmıştır. Temel uyku bozuklukları insomni, uyku ile ilgili solunum bozuklukları, hipersomni ile seyreden merkezi bozukluklar, sirkadiyen ritim uyku-uyanıklık bozuklukları, parasomniler, uyku ile ilişkili hareket bozuklukları ve diğer uyku bozukluklarını içeren yedi ana kategoriden oluşmaktadır. Bu versiyonda izole semptomlar her bölümün sonuna eklenmiş ve insomni, uyku ile ilgili solunum bozuklukları, narkolepsi ve parasomni alt gruplarında modifikasyonlar yapılmıştır.

11:30-12:15 AKILCI İLAÇ KULLANIMI

Prof. Dr. Ahmet Başustaoğlu

Ankara Başkent Üniversitesi, Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

Günümüzde enfeksiyon hastalıkları, modern tıbbın en önemli problemleri arasında ilk sırada yer almaktadır. Türkiye OECD 2015 raporuna göre dünyada antibiyotik kullanımında ilk sırada yer almaktadır. Toplumda ve hastanede kazanılan enfeksiyon hastalıkları akılcı olmayan antimikrobiyal tedavilerin kullanılması sonucu ortaya çıkan çoklu direnç nedeniyle tedavi edilememekte ve belki de hasta kaybedilmektedir. Akılcı antimikrobiyal tedavi; sağ kalım, komplikasyon ve kronikleşmenin önlenmesi, hastalık şiddet ve süresinin kısaltılması açısından önemlidir. Antibiyotikler en fazla suiistimal edilen ilaçlardır.

İdeal antibiyotik kullanımı için; doğru tanı sonrası doğru antibiyotik; doğru yoldan, doğru dozda, doğru aralıklarla, doğru süreyle verilmelidir. Antibiyotik kullanımı için, mikrobiyolojik olarak kanıtlanmış bakteriyel bir enfeksiyon tanısı konmuş olmalıdır.

Etkinliği bilinen bir antibiyotik yerine maliyeti daha yüksek ve yeni olan bir antibiyotiğin seçilmesi, gerekli olmadığı halde aynı anda birden fazla antibiyotiğin kullanılması, kültür sonucuna uygun olmayan antibiyotik kullanımı da antibiyotiğin uygunsuz kullanımına örneklerdir.

Tüm antibiyotik reçetelerinin çoğunlukla solunum yolu enfeksiyonları için düzenlendiğini gösterilmiştir. Birçok solunum yolu enfeksiyonu antibiyotik gerektirmeyen viral enfeksiyonlar olduğu bilinmektedir. İşte bu gereksiz kullanım bakterilerde antibiyotik direncini ortaya çıkartmakta ve çoklu dirençli mikroorganizmalar ortama yayılmaktadır. Gıda sanayisinde antibiyotik kullanımı bu direnci artmasında rol oynayan diğer önemli bir faktördür.

Bakteriyel enfeksiyonlara karşı en önemli silahımız olan antibiyotiklere direnç gelişimini önlemek için antibiyotikleri doğru kullanma konusunda toplum olarak farkındalığımızı artırmamız gerekmektedir.

4. Solunum Okulu

Limak Cyprus Deluxe Hotel, KKTC

28 Nisan - 1 Mayıs 2018



AKADEMİK
SOLUNUM
DERNEĞİ

Akademik Solunum Derneği

Aksaray Mah. Yokuş Çeşmesi Sok. Berk Apt.

No: 34 D: 4 Cerrahpaşa-İstanbul

Telefon: +90 212 588 90 75

Gsm: +90 533 954 63 86

E-posta: ekesen@topkon.com

ORGANİZASYON SEKRETARYASI



Topkon Kongre ve Etkinlik Hizmetleri

Zühtüpaşa Mah. Rifatbey Sok. No: 24

34724 Kalamış-Kadıköy / İstanbul

Tel: +90 216 330 90 20

Faks: +90 216 330 90 05