

16.



Ulusal İç Hastalıkları Kongresi

Titanic Deluxe Hotel & Kongre Merkezi
Belek / Antalya

www.ichastaliklari2014.org

15-19
Ekim
2014

KONGRE GAZETESİ

17 Ekim 2014, Cuma

PROF. DİNÇER FIRAT, AÇILIŞ TÖRENİNDE ANILDI

YÜKSEK TANSİYONDA EĞLENCE

Saat henüz 8 olmamışken tıklım tıklım dolan salonları, stant aktiviteleri, ikramları, kalabalıkları ağırlayan kahve molaları ile, yorucu ama verimli bir kongre günü geride kaldı. Yoğun katılım ile gerçekleşen bilimsel oturumların ardından kongre katılımcıları ve endüstri temsilcileri BlueNote Orkestrası'nın sahne aldığı Açılış Kokteyli'nde buluştular. Biraraya gelen katılımcılar hem günü değerlendirme hem de BlueNote Orkestrasının ezgileri ile eğlenme fırsatını yakaladılar.



16. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi Açılış Oturumu, Prof. Dr. Dinçer Fırat Anısında gerçekleşti. Saygı Duruşu ve İstiklal Marşı'nın ardından söz alan Prof. Dr. Serhat Ünal, Prof. Dr. Dinçer Fırat'ın CV'sini okuyarak, anısına hazırlanan film gösterimini gerçekleştirdi. Prof. Dr. Erdal Akalın, hem Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği'nin kuruluş hikayesini, hem de yaptığı sunumda Prof. Dinçer Fırat'ı, kendi sözleri ile katılımcılara anlattı. Prof. Dr. İhsan Ertenli ve Prof. Dr. Nuran Akdemir'in katkılarından Prof. Dinçer Fırat anısına gerçekleşen bölüm sona erdi.

Açılış Töreni'nin 2. bölümünde ise Prof. Dr. Serhat Ünal, TİHUD'un uluslararası işbirlikleri, EFIM ile birlikte öncülük ettikleri Erişkin Aşılama Koalisyonu konusunda katılımcıları bilgilendirdi.

Prof. Dr. Erdal Eskioğlu, TİHUD'un Türkiye'de yönettiği proje, etkinlik ve hizmetler konusunda bilgi verirken; son olarak söz alan Prof. Dr. Mert Özbakkaloğlu ise, 16. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, bilimsel ve sosyal programı hakkında bir sunum gerçekleştirdi.

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**



Değerli Meslektaşlarım,

16. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi'nde kongre düzenleme kurulu ve şahsım adına sizlerle birlikte olmaktan duyduğumuz mutluluğu sizlerle paylaşıyorum.

Kongremiz bu yıl da her yıl olduğu gibi sizlerin de katkıları ile hem bilimsel hem de sosyal açıdan başarılı olacaktır.

İç Hastalıkları Kongrelerinin en güzel yönü, bizleri bir araya getirmesi ve alanımızla ilgili sorunları, önemli konuları tartışma olanağı sağlaması ve çözüm yollarını bulmamıza yardımcı olmasıdır. Bu kongremizde de ana iç hastalıkları konuları ile ilgili yeni gelişmeler ve bu gelişmelerin ışığında problem olan konuların güncel çözüm yolları irdelenecektir. Bilimsel program içerisinde

16 panel ve 21 konferans, 24 adet seçilmiş sözlü sunumun yer aldığı 6 sözlü bildiri oturumu ve 15 adet uydu sempozyum yer almaktadır. Kongremizde sergilenmek üzere gönderilen 587 çalışmadan bilimsel kurul tarafından değerlendirilen ve seçilen 460'si poster olarak sunulacaktır.

Bilimsel programda konuşma yapacak olan değerli meslektaşlarımızın bilgi ve deneyimlerini sizlerle paylaşacakları konuları ne kadar heyecan, dikkat ve özveri ile hazırladıklarını biliyorum ve hepsine ayrı ayrı teşekkür ediyorum. Ve inanıyorum ki sizlerde daha önceki kongrelerde olduğu gibi bu kongreden de bilgi ve deneyimlerinizi arttıracaksınız. Bilimsel kurulumuz kongre program ve aktivitelerinin belli bir koordinasyon içerisinde yapılmasını benimsemiş ve her konuda olduğu gibi bu konuda da kurumsallaşmanın önemine inanmıştır. Kongremizin bilimsel programı ve konuşmacıların belirlenmesi uluslararası kongrelerdeki güncel konular ve ülke gerekliliklerimiz göz önüne alınarak TİHUD yönetim kurulu, 16. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi Bilimsel Kurulu ve kongre düzenleme kurulu tarafından hazırlanmıştır. Bu konuda büyük bir özveri ile bizlere önemli katkılarda bulunan ve bu işin mutfağında bilgi, deneyim ve görüşlerini bizlerle paylaşarak bizlere güzel geçeceğinden emin olduğumuz bu programı ortaya çıkaran değerli öğretim üyelerimize düzenleme kurulu adına yürekten teşekkür ediyorum.

Kongremize destek veren bütün ilaç firmalarına, kongremizin güzel olması için büyük gayret sarf eden Serenas Group'a, kısaca 16. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi'nde emeği geçen herkese ve buradaki varlıkları ile kongremizin gerçekleşmesini mümkün kılan tüm katılımcılarımıza, hepinize en içten teşekkürlerimi sunarım.

Prof. Dr. Sedat Kiraz
Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği
Yönetim Kurulu ve Kongre Düzenleme Kurulu Üyesi

ANTİKOAGÜLAN UYGULAMALARINDA GÜVENLİK SORUNLARI



Antikoagülanların iyi bilinen ve en korkulan güvenlik sorunu kanama olup, kanamaların yönetimi hemen daima öncelikli olmuştur. Bireylerin tromboz ve kanama risklerini değerlendirebilen puanlama sistemlerin bulunması ve klinik çalışmalarda geçerliliklerinin ispatlanması en az yeni oral antikoagülanların keşfi kadar önemlidir. Kimin antikoagülan ilaç kullanması gerektiği, kimin kanama riskinin yüksek olabileceğini öngörmek günlük pratiğe çok büyük katkı sağlayacaktır. Hastaların başlangıç kanama risklerinin bilinmesi kanama yönetimi için önemlidir. Hastanın yaşı, eşlik eden hastalıkların varlığı ve kanama yüküsü oldukça önemlidir.

Toplumumuz yaşlanma oranının arttığı dikkate alındığında gelecekte antikoagülan ihtiyacı olacak ve kanama riskinin yüksek olacağı bir nüfusla karşılaşmış olacağız. Antikoagülanla bağlı kanamaların yönetimi daha da önem kazanacaktır. Uzun yıllardır kullanılan klasik heparin (KH), varfarin ve düşük molekül ağırlıklı heparinlerin (DMAH) kanamaya yol açmaları ve oluşan kanamaların yönetimi konusunda bilgi birikimi oldukça fazladır. KH protemin sülfat ile kolaylıkla %100'e yakın oranda nötralize edilebilirken, DMAH'ler protaminle ancak %60 oranında nötralize edilebilmektedirler. Protamin kullanımının da çok mahsum olmadığı unutulmalıdır. Varfarinin ise nötralizan ajanı mevcut olmayıp vitamin K uygulaması ve taze dondurulmuş plazma ile varfarinin etkisi yok edilmeye çalışılmaktadır. TDP yerine viral transmisyon açısından daha güvenli ve varfarinin etkisini dakikalar içinde düzeltebilen protrombin kompleks konsantrelerini (PCC) kullanmak gereklidir. Varfarin kullanan hasta izlemi yapan her merkezde PCC'ye mutlaka kolay ulaşılabilir olması zorunludur.

Başlangıçta varfarinin yerini alması için araştırılan ama hızlı etki başlangıcı ve yarılanma ömürlerinin kısa olması nedeniyle akut antikoagülasyonda da etkili olan yeni oral antikoagülanlar bulunmuştur. İlk klinik çalışmaları yaklaşık 5 yıl önce yayınlandığından bu ilaçlar artık yeni oral antikoagülanlar olarak adlandırılmamaktadır. Antikoagülan etkileri için antitrombin gibi herhangi bir moleküle ihtiyaç duyulmadığından bu ilaçlara direk oral antikoagülanlar (DOAK) adı verilmiştir. DOAK'lar trombin inhibitörleri (dabigatran) ve Faktör Xa inhibitörleri (rivaroksaban, apiksaban ve edoksaban) olarak iki ana gruba ayrılırlar. Gerek trombin ve gerekse FXa inhibitörlerinin direkt ilacın etkisini yok edebilecek nötralizan bir antidot mevcut değildir. Bu nedenle ilacın etkisini ortadan kaldırmak için farmakolojik ve/veya non-farmakolojik uygulamalar yapılır. Kusturma, aktif kömür uygulaması ve hemodiyaliz gibi genel yöntemler yanında, TDP, PCC ve aktive PCC uygulaması önerilmektedir. Bu grup ilaçların kanama açısından en büyük avantajlarının yarılanma ömürlerinin kısa olmasıdır. Normal böbrek ve karaciğer işlevi olan bireylerde bir doz atlama ile ilaç kandan uzaklaştırılabilir. Dabigatran ve FXa inhibitörleri için özgül antidot geliştirilmiş ve faz III çalışmaları başlamıştır.

Özet olarak antikoagülan kullanmak isteyen meslektaşlarıma birkaç altın kuralı önermek istiyorum.

- 1) Hastanızın antikoagülan ihtiyacının olup olmadığını mutlaka objektif yöntemlerle ve/veya risk değerlendirmeleri ile yapınız (görüntüleme yöntemleri ve/veya risk skorlama sistemleri).
- 2) Hastanızın kanama riskinin değerlendirilmesini yapınız.
- 3) Hastanızın eşlik eden hastalığının olup olmadığını saptayınız.
- 4) Mutlaka karaciğer ve böbrek fonksiyonlarını inceleyiniz.
- 5) Hastanızı trombotik atak ve kanama konusunda bilgilendiriniz.
- 6) DOAK'ların kullanımında laboratuvar izlemi gerekmez. Ancak hastanız çok kilolu veya çok zayıf ise, böbrek-karaciğer işlevleri bozulmuş ise, 80 yaşından büyük ise laboratuvar izlemi gerekebilir. Dabigatran için dilüe trombin zamanı ve ekarin pıhtılaşma zamanı önerilmektedir. FXa inhibitörleri için daha zor yapılabilen her ilaca özgü olması gereken anti-FXa aktivitesi ölçümü yapılmalıdır.
- 7) Gebelik ve çocukluk döneminde DOAK'ların kullanımı ile ilgili veri mevcut değildir.

Antikoagülasyonun başarılı olmasında en önemli etkenlerden biri ise hasta ve hasta yakınlarının bilgilendirilmesi ve tedaviye uyum göstermeleridir. Özellikle yaşlı ve bakıma ihtiyacı olan hasta grubunda antikoagülan kullanımına ayrı bir özen gösterilmelidir.

Prof. Dr. Ahmet Muzaffer Demir
Trakya Üni. Tıp Fakültesi, Hematoloji Bilim Dalı



SADECE ÇOCUKLUKTA DEĞİL, YAŞAM BOYU AŞILAMA!

Yıllarca esas olarak çocukluk çağı hastalığı olarak kabul edilmiş hastalıklar günümüzde erişkinleri de etkilemekte ve hatta ölüm nedeni olmaktadır.

Yaşla beraber ortaya çıkan 'immün yaşlanma', çocukluk çağında bağışıklık kazanılmış birçok hastalığa karşı erişkin yaşlarda korunmasız kalınmasına neden olur. Ülkemizde yapılmış olan bilimsel çalışmalar da çocukluk çağına ait kabul edilen bir çok infeksiyon hastalığının artık erişkinler için de (belki daha da yüksek oranda) bir tehdit olduğunu, çocukluk çağı aşılamaındaki dünya standartlarının üzerindeki başarıma rağmen erişkin aşılama konusunda hedeflerin oldukça uzağında olduğumuzu göstermektedir. Örneğin, hastanemizin iç hastalıkları ve geriatri polikliniklerine başvuran erişkinlerin antikor düzeylerine bakıldığında %96'sının difteri, %90'ının boğmaca ve %77'sinin tetanoza karşı tekrar bağışıklanması gerektiği gösterilmiştir.

Aşılammamış çok fazla kişinin olduğu toplumlarda, bulaşıcı hastalık hızla yayılır ve infeksiyonun salgınlar şeklinde ortaya çıkmasına neden olur. Örneğin, Amerika Birleşik Devletleri'nde kızamığın 2000 yılı

ında ortadan kalktığı kabul edildikten sonra kızamık aşılamaındaki gerileme ile beraber, kızamık tekrar ortaya çıkmış ve 2010 yılından itibaren kızamık vakaları her geçen yıl artmaya devam etmiştir.

Erişkin aşılamaının hedefleri arasında sadece aşı olan erişkini değil, dolaylı etkileri ile çocukları korumak ve toplumsal bir bağışıklık oluşturmak da vardır. Boğmacada 'koza stratejisi' olarak adlandırılan yöntemde anne, baba, bakıcı, yenidoğan yoğun bakım hemşireleri ve doktorlarının aşılamaıyla, henüz bağışıklığı oluşmamış ve boğmacanın ölümcül izleyebileceği yenidoğan bebekler korunabilir.

Erişkinlerin aşısı kabullenmesi ve erişkin aşılama oranlarının artırılabilmesi için öncelikle doktorların rol model olmaları, aşıya güvenmeleri, aşılamaın 'rutin' bir davranış olduğunun kabullenilmesi, yaşam boyu aşılama kavramının yerleştirilmesi ve her doktor ziyaretinin erişkinler için bir aşılama fırsatına dönüştürülmesi gerekmektedir.

Doç. Dr. Mine Durusu Tanrıöver
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD, Genel Dahiliye BD

HEYECANI PAYLAŞIN!

Kongre Coşkusu, Sosyal Medyada da Yaşanıyor...
INSTAGRAM ve **TWITTER**
Paylaşımınızda
#ichastaliklari
Etiketi ile Sosyal Medyada
Yerinizi Alın...

Kongre TV

Kongre Hakkında Herşey, Kongre TV Ekranlarında...

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

"KONGREDE NE VARSA, KONGRE TV'DE DE VAR"

KONGRE TV YAYINLARI KONGRE MERKEZİNDE YER ALAN EKRANLARDA, OTEL ODANIZDA, MOBİL UYGULAMA İLE CEP TELEFONLARINIZDA...

TITANIC DELUXE HOTEL : 3 KANAL
MARITIM PINE BEACH: 2. KANAL
SPICE HOTEL: 7. KANAL
ELA QUALITY RESORT: 69. KANAL
SUSEŞİ HOTEL: 54. KANAL

YouTube
KongreTV

www.youtube.com/kongretv



BEYAZ MUHTEŞEM BİR RENKTİR

Prof. Dr. Sadi Güleç

Bazen bir şeyler yazmanızı isterler, siz de yazarsınız. Şu an yaptığım tam olarak bu. Kongre gazetesine yazı yazıyorum. Aksi gibi ne yazacağım hakkında en ufak bir fikrim yok. Sizler de şu anda bilmediğim yazımın, bilinmeyen giriş kısmındasınız.

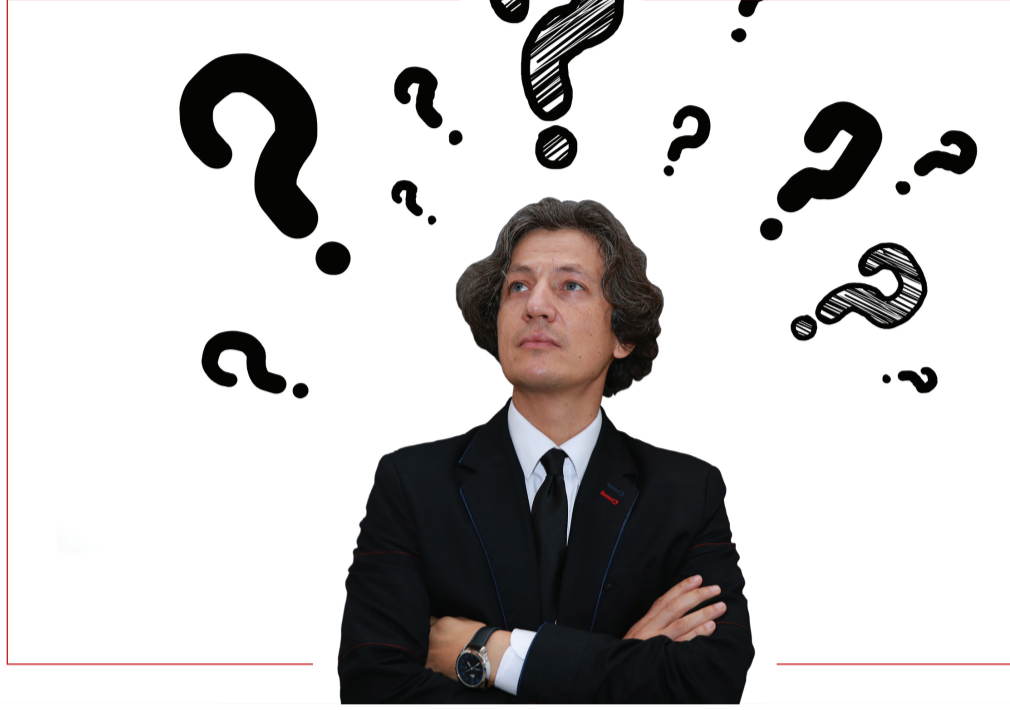
Bildiğim tek şey böyle devam ederse daha fazla okumayacağımız. Zorlar-sam süslü ve merak uyandıran bir iki cümleye daha tahammül edersiniz belki. Belki de bu yaptığım şey daha önce yapılmamış olduğundan, yani birileri 'benim ne yazdığım haberi bile yok, öylesine tuşlara basıyorum' demediğinden, benim demiş-diyor olmamdan etkilenmişsinizdir. Kendimi bildim bileli ağzım iyi laf yapmıştır. Bir çok arkadaşım ve biricik eşim hep haksız olduğum konularda ne yapıp edip haklı çıkışıma şahit ve de sinir olmuşlardır. İyi de bundan size ne? Dedim ya gerçekten laf çevirip ilham perisinin rastgele seçtiğim bir kelimenin peşine takılarak beni ve tabii ki sizi bu sıkıcı durumdan kurtarmasını bekliyorum. Bir düşünürün ne dediğini falan söyleyerek iki üç satırlık daha zaman kazanmam mümkün aslında. Ama tam düşünür dediğim anda aklıma bir şey geldi. Gelin biraz onun peşinden gidelim. Şimdi iki düşünür düşünün.

Bir tanesi çok iyi düşünür olsun. Hatta o kadar iyi bir düşünür olsun ki, dünyada düşünülebilecek her şeyi çoktan düşünmüş olsun. Diğer düşünür ise sizin bizim düşündüğümüzden taş çatalasa bir iki şey daha fazla düşünmüş olsun. O da bizden daha iyi düşünür olduğundan değil de bizden daha çok zamanı olduğundan öyle olsun. İşte bu sözde düşünür ile gerçek düşünür televizyonda bir konuyu tartıştıklarında, sözde düşünür kiskanı-lası konuşma yeteneği sayesinde en iyi kendisinin düşündüğüne hepimizi ikna ederir. Hatta tartışmayı izleyenler dünyanın en

iyi düşünürünün hiç de öyle düşünmediğini, torpille fahşunu düşünürler.

şünebilen biri olan ekrana çıkmış Gerçek düşünür, nebildiğinin elli-

heykeltraşa, heykeltraş; çizdiğini anlatamayan ressam, ressam denmezmiş. Şairler matematikten, fizikçiler heykelden anlar imişler. Komple insan olmak istemişler ve yaşamları boyunca buna çabalamışlar.



de biri kadar konuşamadığından, düşünememiş durumuna düşmüştür. Durumu özetleyen bir özlü söz söyleme becerim olsaydı 'Önemli olan düşünceler değil, düşüncelerin dile getirilişi biçimidir' demek isterdim. İşte böyle bir becerisi olan Oruç Aruoba yıllar önce söylemiş bu özlü sözü.

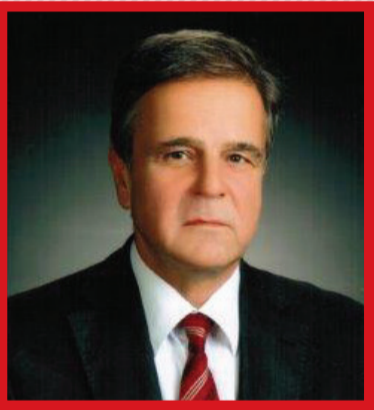
Antik çağda belagat (konuşma, hitap etme sanatı) devrin üniversitelerinin en önemli dersiymiş. Hekimlerin, sanatçıların, düşünürlerin olmazsa olmazıydı. Düşüncesini ifade edemeyen

lubiyetlerimizin ardı arkası kesilmiyordu.

Beyaz muhteşem bir renktir. Tüm renkleri barındırır. Beyaz önlük de sadece hekimliği değil birçok rengi barındırır-barındır-malıdır. Hadi şimdi bir hekim hayal edelim. Mevcut sisteme inat hem bilen, hem düşünen; bildiğini ve düşündüğünü anlatınca dinleten; tıbbi sevdiği kadar sanatı da seven, çok renkli-donanımlı bir hekim.

Hayali bile güzel oldu...

KAN BASINCI DEĞİŞKENLİĞİ VE KLİNİK YANSIMASI: TEDAVİ STRATEJİMİZİ ETKİLEMELİ Mİ?



Kardiyovasküler hastalıklar tüm dünyada ölümlerin bir numaralı sorumlusudur. Hipertansiyon, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde, inme, koroner kalp hastalığı, kalp yetmezliği, periferik damar hastalığı ve kronik böbrek hastalığı gibi kardiyovasküler hastalıklar için en önemli risk faktörlerinden birisidir. İskemik kalp hastalığına ve inmeye bağlı mortalite riski sistolik kan basıncının (SKB) her 20mmHg ve diyastolik kan basıncının (DKB) her 10mmHg artışıyla 2 katına çıkmaktadır. Yükselen kan basıncı değerlerinin (ve ortalamasının) zararı ve antihipertansif tedavi ile yüksek KB'ını düşürmenin yararları günümüzde iyi bilinmektedir ve tüm kılavuzlarda yerini almıştır. İyi anlaşıl-mamış bir konu hipertansiyonun hangi mekanizma(lar) ile hedef organ hasarına yol açtığıdır.

Kan basıncı devamlı aynı düzeyde seyreden bir parametre değildir: 24 saatlik kısa dönemde (atımdan atıma, dakikadan dakikaya, saatten saate, gündüzden geceye) ve daha uzun dönemde (günler, haftalar, aylar, mevsimler ve yıllar arasında) dalgalanmalar gösterir. Kan basıncındaki bu iniş çıkışlar (ortalama değerden sapmalar) günümüzde kan basıncı değişkenliği (KBD) olarak tanımlanmaktadır ve KBD'nin tanımlanmasında standart sapma, standart sapmanın spektral analizi, ağırlıklı standart sapma varyasyon katsayısı, ortalama gerçek değişkenlik, "smoothness index" gibi parametreler kullanılmaktadır. Kan basıncı değişkenliği bir arka plan gürültüsü ya da rastgele oluşan bir durum değildir: Günümüzde henüz tam anlaşılmamış dışsal (ekstrinsik) çevresel faktörlerin, davranışların ve içsel (intrinsik) kardiyovasküler düzenleyici mekanizmaların (santral nöral, nöral refleks ve hormonal) kompleks etkileşimi sonucu meydana gelmektedir. Ayrıca klinik çalışmalar, kan basıncı değişkenliğinin hipertansif kişilerde normotansiflere göre daha fazla olduğunu göstermektedir.

Kan basıncı yükselmesine bağlı olarak ortaya çıkan hedef organ hasarından ve olumsuz kardiyovasküler sonuçlarından temel olarak ortalama kan basıncı değerinin bizzat kendisi sorumlu olsa da, gözlemsel çalışmalar ve büyük çalışmaların post-hoc analizlerinde kan basıncı değişkenliğinin de bu olumsuz sonuçlara katkısı olduğu belirlenmiştir. Gerçekten kısa ve uzun dönem artmış kan basıncı değişkenliği; kardiyak, vasküler, renal hasarın oluşumundan, ilerlemesinden, şiddetinden ve mortalite artışından ortalama kan basıncı değerinden bağımsız olarak sorumlu görünmektedir.

Antihipertansif tedavide hedef, kan basıncını düşürmenin yanı sıra kan basıncı değişkenliğini de azaltmak olmalıdır sorusunun yanıtı (her ne kadar ilaç grupları arasında da kan basıncı değişkenliği üzerine olan etkileri açısından farklılık görürse de) henüz kesinlik kazanmamıştır. Farklı ilaçların kan basıncı değişkenliği üzerine olan etkilerini belirlemek üzerine planlanan ve devam eden çalışmaların sonuçlarını beklemek uygun görünmektedir.

Prof. Dr. Giray Kabakçı
Hacettepe Üni. Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı



HEMŞİRELİK PROGRAMI

On altıncısını gerçekleştirdiğimiz Ulusal İç Hastalıkları Kongresi Hemşirelik Oturumları'nda sizlerle bir arada bulunmaktan mutluluk duymaktayız. Dört gün sürecek olan kongremiz, güncel iç hastalıkları hemşireliği konularına yönelik konferans, panel ve bildiriler içermektedir. Kongrenin hemşirelik oturumunun ilk gününde Prof. Dr. Aysel Badır, Doç. Dr. Hatice Çiçek ve Uzm. Hem. Ayşe Arkan Dönmez'in koordinatörlüğünde "Koroner Yoğun Bakım Hemşireliği Kursu" başarılı bir şekilde etkin bir katılımı gerçekleştirilmiştir. Tüm katılımcılara ve kursun yürütülmesinde emeği geçen tüm konuşmacılara teşekkürlerimizi sunuyoruz.

Kongremizin hemşirelik programı kapsamında "Hastane Ortamında Hemşirelerin Yaşadığı Riskler ve Çözüm Önerileri" konulu 1 Beyin Fırtınası Oturumu, "İç Hastalıkları Hemşireliği Teorik ve Klinik Eğitiminde Farklı Yaklaşımların Kullanımı", "Damar Yoluna Dikkat: Rehberler Eşliğinde Kanıta Dayalı Uygulamalar", "Ağrı Yönetiminde Engelleri Aşmak", "Hasta Eğitiminde Uzaktan Eğitimin (E-Learning) Kullanımının Semptom Yönetimine Etkisi", "Sağlıkta Teknolojinin Kullanımı: Hemşire Neresinde? Teknolojinin Getirdikleri-Gö-türdükleri", "Geriatrik Kanserlerde Kemoterapi Uygulaması ve Yönetimi", "Yaşam Sonu Bakım: Dünyadaki Modeller ve Ülkemizdeki Durum" başlıklarından oluşan 7 konferans gerçekleştirilecektir.

Ayrıca farklı üniversite ve hastanelerden 13 konuşmacının yer aldığı "Hemşirelikte Kanıta Dayalı Uygulamaların Kullanımı", "Kronik Hastalıklarda Öz Yönetim", "Romatolojik Hastalıklarla Yaşam", "Sık Görülen Kronik Hastalıklarda Rehabilitasyon Hemşireliği" başlıklarından oluşan 4 panel gerçekleştirilecektir.

Programımızda ilk kez, ülke genelinde İç Hastalıkları Hemşireliği öğretim üye ve elemanlarının tanıtıldığı "İç Hastalıkları Hemşireliğinin Soyağacı" başlıklı bir oturum yer almaktadır.

İç Hastalıkları Kongresi hemşirelik oturumlarına gönderilen bildiri sayısı 1998 yılında 10 iken, 2010 yılında 122'ye ve 2014 yılında 18'i sözel, 142'si poster olmak üzere 160'a ulaşmıştır. Son yıllarda kongremize gönderilen bildirilerin sayısı ile birlikte niteliğinin de geliştiği görülmektedir. İç hastalıkları hemşireliği literatürüne önemli katkılar sağlayan bu araştırmalar, katılımcılara yeni bakış açıları kazandırdığı gibi, bakım ve eğitim hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesine de katkılar sağlayacaktır.

Şahsım, düzenleme kurulu ve bilimsel kurul adına, hemşirelik oturumlarına verdiği destek için Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği'ne ve kongremize gösterilen ilgi için tüm katılımcılara teşekkür ediyor, verimli bir kongre geçirmemizi diliyorum.

İç Hastalıkları Hemşireleri olarak, bizlere destek ve katkılarını esirgemeyen Prof. Dr. Dinçer Fırat hocamızı saygı ve rahmetle anıyoruz.

Prof. Dr. Nuran Akdemir
Hemşirelik Programı Başkanı

MIDDLE EAST RESPIRATORY SYNDROME CORONAVIRUS



Epidemiyolojisi: Bu virusun kaynağının de-veler olduğu kanıtlanmıştır. İnsanlardan başka hayvanları da enfekte edebilir. Hastalığın insandan insana

bulaşması nezle ve gripte olduğu gibidir (ana bulaş yolu damlacık yolu). Hastalık Arabistan yarımadasında (Suudi Arabistan, Ürdün, Katar ve Birleşik Arap Emirlikleri) endemiktir. MERS-CoV ilk kez 2012'de Sudi Arabistan'da rapor edilmiştir. Arap yarımadası dışı ülkelerde de (İtalya, Almanya, Fransa, İngiltere ve ABD'de) doğrulanmış olgular vardır. Ülkemizde günümüze kadar kanıtlanmış olgu (importe=dış kaynaklı) yoktur. Mart 2012-9 Haziran 2014 tarihleri arasında tanısı laboratuvar ile doğrulanmış ve DSÖ'ne rapor edilen 699 MERS hastası vardır ve bunlardan 209 (~%30)'u ölmüştür.

Kliniği: Kuluçka süresi 7-14 gündür ve kliniği gribe benzer. Yalnız mortalite oranı (~%30) gribe göre (1/1000) çok yüksektir. Ölüm nedeni pnömoni ve ARDS'dir.

Tanı: Genellikle üst solunum yolu örneklerinde (nazofaringeal) ve orofaringeal sürüntü ya da nazofaringeal aspirat moleküler tanı yöntemiyle (rRT-PCR) konulmaktadır.

Korunma ve tedavi: Kanıtlanmış olgularda; standart izolasyon önlemleri, temas izolasyon önlemleri ve solunum izolasyon önlemleri uygulanmalıdır. Hasta mümkünse negatif basınçlı odaya alınmalıdır. Sağlık personeli N95 maskesi ve hasta ise cerrahi maske takmalıdır. DSÖ(WHO); giriş kapılarında spesifik bir tarama ve herhangi bir ülke için seyahat veya ticari kısıtlama önermemektedir. Ülkelere akut solunum yolu enfeksiyonları sürveyanslarını sürdürmelerini tavsiye etmektedir. Sağlık çalışanlarına dikkatli olmaları önerilmiştir. Hastalığın endemik olduğu ülkelerden dönen kuşkuyla yolculara MERS-CoV için tahlil yaptırılmalıdır Suudi Arabistan Sağlık Bakanlığı MERS-CoV salgını döneminde Hac ve Umre ziyaretleri için Aşağıdaki riskli grupların seyahat planlarını ertelemelerini istemiştir; <12 yaş ve >65 yaş üstü kişiler, kronik hastalığı olanlar, immün yetmezliği olanlar ve gebeler. Henüz MERS-CoV enfeksiyonunun özel bir tedavisi yoktur.

Güncel bilgilere ulaşma ve izlenecek yol: MERS-CoV hastalığı ile ilgili tüm güncel bilgilere TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve WHO/MERS-CoV summary updates'den ulaşabilirsiniz.

Eğer MERS-CoV enfeksiyonu toplantısına katılırsanız toplantı sonrası 'iyi ki bu oturma katılmışım' diyeceğinizden eminim

Prof. Dr. Ali Mert
İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi
İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı



ahmet KANNECİ
müzik dinletisi
17 Ekim 2014, Cuma
Saat 21:00'da sizlerle!



SONER OLGUN
iyi bayramlar
17 Ekim 2014, Cuma | 22:30
TITANIC DELUXE HOTEL ETERNITY BAR



BASINÇ KONTROL ALTINDA



İRRESARTAN REBEVEA PLUS
İRRESARTAN & HİDROKLOROTİYAZİD

Kısa Ürün Bilgisi

ÜRÜN ADI: REBEVEA PLUS Film Tablet **FORMÜLÜ:** Her bir film tablet 150/12,5 mg - 300/12,5 mg - 300/25 mg irbesartan / hidroklorotiyazid içerir. **FARMAKOLOJİK ÖZELLİKLERİ:** Irbesartan anjiyotensin-II reseptörlerinin AT1 alt tipinin güçlü, oral olarak aktif ve selektif antagonistidir. Irbesartan, kaynağı ya da sentez yolundan bağımsız olarak AT1 reseptörlerinin aracılık ettiği anjiyotensin-II etkilerini bloke eder. Anjiyotensin-II (AT1) reseptörlerinin selektif olarak antagonize edilmesi, plazma renin ve anjiyotensin-II düzeylerinin yükselmesine ve plazma aldosteron konsantrasyonunun azalmasına neden olur. Irbesartan, anjiyotensin-II'yi oluşturan ve bradikininin inaktif metabolitlerine parçalayan bir enzim olan ADE (anjiyotensin dönüştürücü enzim) (kininaz II) enzimini baskılamaz. Hidroklorotiyazid, bir tiazid diüretiktir. Tiazidler, elektrolitlerin renal tübüllerdeki geri emilim mekanizmasını etkileyerek, sodyum ve klorür atılımını doğrudan artırır. Hidroklorotiyazidin diüretik etkisi plazma hacmini azaltır, plazma renin etkinliğini artırır, aldosteron sekresyonunu artırır, sonuçta üreter potasyum ve bikarbonat kaybını artırır, serum potasyumunu azaltır. **ENDİKASYONLARI:** REBEVEA PLUS esasen hipertansiyon tedavisinde kullanılır. Bu kombinasyon, tek başına irbesartan veya hidroklorotiyazid uygulamasıyla kan basıncının yeterli oranda kontrol altına alınmaması durumunda kullanılır. **KONTRENDİKASYONLARI:** REBEVEA PLUS in bileşimindeki herhangi bir maddeye aşırı duyarlılığı olanlarda kullanılmamalıdır. Gebelikte ve laktasyonda kullanımı kontrendikedir. Ciddi böbrek yetmezliği (kreatinin klirensi < 30 ml / dak.), refrakter hipokalemi, hiperkalemi, ciddi karaciğer yetmezliği, biliyer siroz anurisi ve kolestaz da kullanılmamalıdır. **UYARILAR / ÖNEMLER:** Diyetle tuz kısıtlaması, diyare veya kusma gibi yoğun diüretik tedavi sonucu sıvı ve/veya sodyum kaybı olan hastalarda, özellikle ilk dozdan sonra semptomatik hipotansiyon görülebilir. REBEVEA PLUS in böbrek fonksiyon bozukluğu olan hastalarda kullanılması durumunda, serum potasyum ve kreatinin düzeylerinin periyodik olarak izlenmesi önerilmektedir. REBEVEA PLUS ile tedavi sırasında özellikle böbrek yetersizliği, diyabetik böbrek hastalığına bağlı aşikar proteinüri ve/veya kalp yetmezliği durumunda hiperkalemi görülebilir. Riskli hastalarda serum potasyumunun yakın takibi önerilmektedir. REBEVEA PLUS ile lityumun kombine kullanımı tavsiye edilmez. Akut hipotansiyon, azotemi, oligüri veya nadiren akut böbrek yetersizliği ile karşılaşılabılır. Anjiyotensin II reseptör antagonistleri (AIIIRA) gebelikte kullanılmamalıdır. Gebelik kategorisi: D'dir. **YAN ETKİLER / ADVERS ETKİLER:** Baş dönmesi, bulantı/kusma, yorgunluk, ortostatik baş dönmesi, ortostatik hipotansiyon, kas-iskelet ağrısı yaygın görülen yan etkilerdir. Böbrek fonksiyon bozuklukları, baş ağrısı, tinnitus, tat değişikliği, hiperkalemi gibi yan etkiler de görülebilir. **KULLANIM SEKİLİ VE DOZU:** Tek başına hidroklorotiyazid veya 150 mg irbesartan ile kan basıncı kontrol altında tutulamayan hastalarda REBEVEA PLUS 150/12,5 mg Tablet tedavisine başlanabilir. 300 mg irbesartan tedavisi veya REBEVEA PLUS 150 mg/12,5 mg ile kan basıncı yeterli oranda kontrol altında tutulamayan hastalarda, REBEVEA PLUS 300/12,5 mg film tablet kullanılabilir. REBEVEA PLUS 300 mg/12,5 mg ile kan basıncı yeterli oranda kontrol altında tutulamayan hastalara, REBEVEA PLUS 300 mg/25 mg uygulanabilir. REBEVEA PLUS film tablet yemeklerle ile veya yemeklerden bağımsız olarak kullanılabilir. **TİCARİ TAKDİM SEKİLİ VE FİYATI:** REBEVEA PLUS 150/12,5 mg film tablet, 28 film tabletlik PVC/PE/PVDC/Alüminyum folyo blisterde. (Ruhsat no: 07.05.2013 - 250/71) 10,52 TL, REBEVEA PLUS 300/12,5 mg film tablet, 28 film tabletlik PVC/PE/PVDC/Alüminyum folyo blisterde. (Ruhsat no: 07.05.2013 - 250/72) 15,96 TL, REBEVEA PLUS 300/25 mg film tablet, 28 film tabletlik PVC/PE/PVDC/Alüminyum folyo blisterde. (Ruhsat no: 07.05.2013 - 250/73) 15,96 TL. **RUHSAT SAHİBİ:** Pharmactive İlaç San. ve Tic. A.Ş. Mahmutbey Mah. Dilmenler Caddesi No:19/3 Bağcılar-İstanbul. Son güncelleme Eylül 2013. Recete ile satılır. Daha geniş bilgi için Pharmactive İlaç San. ve Tic. A.Ş. Bağcılar-İstanbul adresine başvurunuz.



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

Şerif Ali Mahallesi Pakdil Sokak No:5
Y.Dudullu, Ümraniye-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

