

# 15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-TARTIŞMALI POSTERLER-

## TARTIŞMALI POSTERLER

# 15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-TARTIŞMALI POSTERLER-

PT-001

## AKUT DEHİDRATASYONDA DEĞERLENDİRME KRİTERİ OLARAK VENA KAVA İNFERİOR ÇAPI VE İNEN AORT ÇAPI ÖLÇÜMÜNÜN İNCELENMESİ

Oguzhan Ay<sup>1</sup>, Gülşen Yalçın<sup>2</sup>, Ramazan Cahit Temizkan<sup>2</sup>, Kenan Kocabay<sup>3</sup>, Ömer Önbaş<sup>4</sup>,

<sup>1</sup> Düzce Devlet Hastanesi, Düzce, Türkiye

<sup>2</sup> Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Acil Kliniği, Düzce, Türkiye

<sup>3</sup> Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Kliniği, Düzce, Türkiye

<sup>4</sup> Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Kliniği, Düzce, Türkiye

**Giriş ve Amaç :** Akut dehidratasyon günümüzde tedavi edilebilen en önemli çocukluk çağı mortalite sebeplerindedir. Dünyanın her yerinde basit yöntemler kullanılarak çok hızlı şekilde tedavi edilebilir. Tanısı klinik izlem ile konulmaktadır. İkinci değerlendirmede hastalardan tetkikler alınabilmektedir. Dehidratasyonlu hastaların tanı ve tedavisi öznel değerlendirme ile yapılmaktadır. Bu çalışmada dehidratasyonla gelen hastaların dehidratasyon derecesi non-invaziv bir yöntem olan yatak başı ultrasonografi (USG) ile değerlendirildi. Yatak başı ultrasonografi, temel bir eğitim ile uygulanabilirliği yüksek bir yöntemdir ve akut dehidratasyonun tanı ve tedavisinde nesnel bir yöntem olarak kullanılması amaçlandı. Akut dehidratasyonlu hastalarda fizik muayene bulguları nesnel olarak dehidratasyon değerlendirmesinde çok anlamlı olmadığından dolayı yeni bir değerlendirme kriteri olarak Vena Kava Inferior ve İnen Aort çapları ölçüldü.

**Yöntem :** Bu çalışma Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Çocuk Acil servisinde Ocak-Aralık 2016 tarihleri arasında başvuran 68 çocuk hastada yapıldı. Bunların 34'ü akut gastroenterit sonucu ortaya çıkan ve intravenöz sıvı desteği ihtiyacı olan akut dehidratasyonlu hastalardır, diğer 34 vaka sağlıklı, dehidrate olmayan Kontrol Grubudur. Kontrol Grubu basit sebeplerle polikliniğe başvuran yaş ve cinsiyeti hasta grubuna yakın olgulardan oluşturuldu. Görüntüleme yöntemi olarak ksifoid çıkıntının altından transvers düzlemde yatakbaşı USG ile vena Kava inferior ve inen aorta çapları anteroposterior olarak ölçüldü. Çalışma için belirlediğimiz standardize edilmiş sıvı tedavisi alan hastalar çalışmaya alındı. Hasta Grubunun tedavisi öncesinde ve sonrasında İnen Aort Çapı (İAÇ) ve Vena Kava Inferior Çapları (VKİÇ) ölçüldü. Kontrol Grubunda İAÇ ve VKİÇ bir kez ölçüldü. Tedavi öncesi rutin alınan tetkikler çalışmaya alındı.

**Bulgular :** Toplamda 68 hasta değerlendirildi. Hasta ve Kontrol Grubu arasında yaş, cins ve ağırlık olarak anlamlı fark yoktu. Klinik değerlendirmede Hasta Grubunda idrar çıkışı, mukoza hidrasyonu ve susama hissinde artma Kontrol Grubuna göre yüksek anlamlıydı ( $p<0,001$ ). Gözyaşı varlığı ise yine anlamlı  $p(0,011)$  değeri bulundu. Hasta Grubunun tedavi öncesi ve sonrası klinik değerlendirmesinde ise susama hissi ( $p:0,039$ ) mukoza hidrasyonu ( $p<0,001$ ), gözyaşının olması ( $p:0,031$ ), idrar miktarının olması ( $p:0,007$ ) anlamlıydı. VKİÇ ölçümleri ve VKİÇ/İAÇ oranında Hasta ve Kontrol Grubun karşılaştırıldığında yüksek anlamlı  $p (<0,001)$  değeri elde edildi. Hasta Grubunda da tedavi öncesi ve sonrası ölçümleri karşılaştırıldığında yine yüksek anlamlı  $p (<0,001)$  değeri tespit edildi.

**Tartışma ve Sonuç :** VKİÇ ve VKİÇ/İAÇ ölçümlerin de dehidratasyon derecelendirilmesinde, tanı ve tedavi yönünde umut verici sonuçlar elde edildi. Akut dehidratasyonun değerlendirmesinde VKİÇ ve VKİÇ/İAÇ oranı kullanılabilirliği mümkün yeni bir yöntem olarak önerildi.

**Anahtar kelimeler :** Akut dehidratasyon, akut gastroenterit, yatak başı ultrasonografi, Vena Kava Inferior Çapı, İnen Aort çapı.

PT-002

## AIRWAY PRESSURE RELEASE VENTİLATION (APRV)'DE ÇOCUK YOĞUN BAKIMDA İZLEDİĞİMİZ HASTALARIMIZDAKİ DENEYİMLERİMİZ

Nuri Alaçakır<sup>1</sup>,

<sup>1</sup>SBÜ Erzurum Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi

**Giriş :** Mekanik ventilasyon, akut respiratuar distres sendromu (ARDS) olan hastalar için önemli bir yaşam desteği olmakla birlikte, bölgesel alveoler aşırı gerilmeye ve / veya tekrarlayan alveoler kollapse (atelectrauma) dolayı akciğer hasarına neden olabilir. APRV ilk kez 1985 yılında tanımlanmış, ventilatördeki hastanın uzun süre pozitif basınç tutulup kısa süreli ekspirasyon ile havasının boşaltılmasına izin verilen, ventilasyon modelidir. APRV ilgili randomize kontrollü çalışma olmaması sık kullanımında bir engeldir. Daha önceki tüm çalışmalarda APRV endikasyonu kesin sınırlarla belirlenmemiştir, başlangıç modu olarak kullanılması önerilmemiştir. Erzurum da çocuk yoğun bakım kliniğinde daha öncesinde 6 adet 2. basamak yatağı ile hizmet verirken, Nisan 2017 de yeniden yapılandırma yapıldı. Kliniğimiz 6 adet 3. Basamak, 12 adet 2. Basamak, ve 10 adet 1.basamak (çocuk palyatif yatağı) olarak hizmet veriyor. Biz de 3. Basamak yoğun bakım servisinde APRV'de izlediğimiz hastaların verilerini retrospektif olarak tarayarak bu çalışmayı planladık.

**Gereç-Yöntem :** Kliniğimiz 3. Basamak çocuk yoğun bakım ünitesi açıldıktan sonra yatan hastalarımızın dosyalarını geriye dönük inceledik. Tüm yatışlardan ventiletöre bağlanan hastaları saptadık. Bu hastaların dosya kayıtlarında ARDS tanısı olan hastalarımızdan APRV ihtiyacı olanların klinik özelliklerini topladık.

**Bulgular :** Kliniğimize 1 yıllık süreçte 240 hasta izledik, üçüncü basamak yoğun bakım ruhsatı aldıktan sonra Nisan 2017-Nisan 2018 arası, bu hastaların 186'sı çeşitli sebeplerle invaziv mekanik ventilasyon desteği aldı. Hastalarımızdan 9 tanesi ağır ARDS nedeniyle APRV modunda ventilatör desteği almıştı. Hastaların 5'i erkek, yaş ortalaması 2,5 (6 ay-12 yaş) yıldı. Ortalama APRV süresi 64,5 sa, toplam ventilatörde kalım süresi 12 gündü. (İki hasta primer hastalıkları nedeniyle halen trakeostomi ile ev tipi ventilatörde) APRV desteğine rağmen hipoksi nedeniyle 1 hastamıza ECMO uygulandı. Hastalarımızdan 5 tanesi tedavi sırasında ex oldu. ECMO desteği de alan bir hastamız ise ECMO ve APRV den ayrılmasına rağmen primer hastalığına bağlı (ağır kombine immün yetmezlik tanılı hasta sepsisten ex oldu) kaybedildi. APRV desteğinden ayrılabilen 3 hastamız ise (3/9-%33) halen hayatını sürdürmektedir.

# 15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-TARTIŞMALI POSTERLER-

**Sonuç :** Son 30 yıldır kullanılmaya başlayan APRV son yıllarda ARDS'de sık tercih edilen yeni bir ventilasyon modudur. Kullanılmaya başlandığından beri bir çok çalışmada bazı klinik parametrelerde özellikle hipokside düzelme bildirilmiştir. Bizde ağır ARDS olgularımızın tamamında APRV ile hipoksemide anlık düzelme gördük. Literatürden APRV ile uzun dönem hayatta kalıma etkisi olmadığı genel kabul görmüştür. Bizim olgularımızdan 4'ü (4/9-%44) APRV sonrası klasik ventilasyonda izlenebildi. Bunlardan 3 ü ise halen hayatını sürdürmektedir. Bu inceleme ışığında ülkemizde çok merkezli bir çalışma planlayıp ağır ARDS olgularında APRV kullanımı ile ilgili standardizasyonu tartışmak istiyoruz.

**Anahtar Kelimeler:** APRV, ARDS, çocuk yoğun bakım

PT-003

## ÇOCUK YOĞUN BAKIMDA BEYİN ÖLÜMÜ TANISI ALAN VAKALAR

Tuğba Güler<sup>1</sup>, Nuri Alaçakır<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> SBÜ Erzurum Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi

**Giriş :** Organ nakli, 1900'lerin başlarında gelişen devrim niteliğinde bir tedavi yöntemidir. Geri dönüşümsüz organ kaybı yaşayan insanlara ikinci bir yaşam şansı tanımaktadır. 1950'li yıllarda ilk başarılı böbrek nakliyle başlayan süreç, karaciğer nakli ile devam etmiştir. Günümüzde tüm solid organ nakilleri, 10 kg altı hastalar dahil her yaş grubunda etkin bir şekilde uygulanmaktadır. Canlı verici ya da kadavradan organ nakli olabilmektedir. Kadavra donörler beyin ölümü gerçekleşmiş ve organları nakile kadar uygun destek ile işlevsel tutulan vericilerdir. Kadavradan organ alıp kullanmak ulusal yasalara, dini inanışlara ve hastane kurallarına göre bölgesel farklılıklar göstermektedir. Tüm dünyada kadaverik nakillerin artırılması yönünde çalışmalar sürmektedir. Erzurum da çocuk yoğun bakım kliniğinde daha önesinde 6 adet 2. basamak yatağı ile hizmet verirken, Nisan 2017 de yeniden yapılandırma yapıldı. Kliniğimiz 6 adet 3. Basamak, 12 adet 2. Basamak, ve 10 adet 1.basamak (çocuk palyatif yatağı) olarak hizmet veriyor. Biz de 3. Basamak yoğun bakım servisinde beyin ölümü tanısı alan hastaların demografik verileri ve klinik özelliklerini retrospektif olarak taramayı planladık.

**Gereç-Yöntem:** Kliniğimiz 3. Basamak çocuk yoğun bakım ünitesine açıldıktan sonra beyin ölümü tanısı alan olguların klinik özelliklerini topladık. Beyin ölümü tanısı alımı sürecinde hangi kriterleri kullandığımızı ve bu hastaların donör olup olmadığını geriyedönük inceledik.

**Bulgular :** Kliniğimize 1 yıllık süreçte izlediğimiz 240 hastanın 9'u beyin ölümü tanısı almıştı. Vakalarımızın 4 erkek (4/9-%44), yaş ortalaması 8,5 yaş (3-15 yıl) idi. İki hastada yüksekten düşme, 5 hastada trafik kazası, 1 hastada suikid girişimi (ası) sonrası beyin ölümü gerçekleşti. Ağır skolyozu olan son hastamızda ise evde yaşadığı kardiyak arrest ve ardından uzamış CPR sonrası beyin ölümü saptandı. Beyin ölümünü saptamada 3 hastamıza doğrulayıcı ek test gereksinimi oldu. Bu hastalardan ikisine CT anjiyo yapılırken, diğer hastamıza PET CT yapılarak beyin ölümü tanısı doğrulandı. Beyin ölümü saptanan vakalardan 2 (2/9-%22) tanesi organ donörü oldu.

**Sonuç :** Beyin ölümü, tüm beyin ve beyin sapı işlevlerinin geri dönüşümsüz olarak kaybedilmesidir. Çocuklardaki beyin ölümü tanısı son yıllarda artmaktadır. Çocuk yoğun bakım ünitelerindeki teknolojik gelişmeler beyin ölümü gerçekleşen potansiyel donörlerin uygun bakımını sağlamıştır. Hastanemiz kayıtlarında 2012-2017 arası beyin ölümü tanısı alan vaka sayısı 3. basamak çocuk yoğun bakım ünitesi kurulduktan (Nisan 2017) sonra geçen bir yıllık sürede tanı alan vaka sayısına eşittir. Ayrıca kliniğimizde son bir yılda beyin ölümü tanısı alan vaka sayısının toplam izlenen hasta sayısına oranı ve bu vakalardan organ donörü olma durumu ülkemiz verilerine uyum benzerdir. Bu veriler ışığında çocuk yoğun bakım kliniklerinin gelişiminin organ naklinde önemini bir kez daha hatırlatmak, kadavradan organ naklini artırmak için yapılması gerekenleri tartışmak amaçlı bu sunuyu hazırladık.

**Anahtar kelimeler :** Beyin Ölümü, Çocuk Yoğun Bakım, Organ Donörü

PT-004

## KUDUZA KARŞI BAĞIŞIKLAMA İHTİYACI

Halise Akça<sup>1</sup>, Can Demir Karacan<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Çocuk Acil BD

**Giriş :** Kuduz, özellikle az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerde önemli bir halk sağlık sorunudur. İnsan ve memeli hayvanların çoğunda görülen zoonotik, akut, ilerleyici viral bir ensefalomyelit tablosudur. Temas sonrası bulaştırma riski açısından türler arasında fark bulunmaktadır. Köpekler risk bakımından orta grupta yer almasına rağmen kuduzun bulaşmasındaki en önemli aracılarıdır. Kuduzda inkübasyon süresi çok değişken olduğundan, riskli temas sonrasında aradan geçen süreye bakmaksızın temas kategorize edilerek uygun profilaksiye olabildiğince erken başlanmalıdır. Temas profilaksisinde en önemli adım yara bakımı ve 3 günlük antibiyotik profilaksisidir. Tetanoz ve kuduz aşısı / immünglobulini rehberin önerdiği şemaya uygun yapılmalıdır. Kuduz immünglobulini hemen uygulanmadığı durumlarda ilk doz aşısı uygulamasından sonra en geç 7 gün içinde yapılmalıdır. Bu çalışmada, hastanemiz Çocuk Acil Polikliniği'ne başvuran ve kuduz şüphesi bulunan olguların aşılama şemasını araştırmak amaçlanmıştır.

**Gereç-Yöntem :** Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Polikliniği'ne, 01 Ocak – Temmuz 2018 tarihleri arasında, kuduz virüsü ile temas riski nedeniyle başvuran hastaların medikal kayıtları geriyedönük olarak incelendi. Hastaların demografik bilgileri, yaralanma yerleri, maruziyet kaynakları, tetanoz / kuduz aşısı ve immünglobulin yapıma oranları kayıt altına alındı.

**Bulgular :** Altı aylık sürede toplam 244 hasta kuduz virüsüyle temas riski nedeniyle hastanemize başvurdu. Hastaların yaş ortalaması 7,8 ± 4,4 yıl ve % 53'ü kızdı. Yaralanma yeri sırasıyla üst ekstremitelere % 57,1, alt ekstremitelere % 19,5, yüz % 9,1, gövde % 5,2 ve birden

# 15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

## -TARTIŞMALI POSTERLER-

fazla yerin yaralanması % 9,1 idi. Maruziyet kaynağının % 61,6'sı kedi, diğerleri köpekti. Aylara göre bakıldığında vaka sayısının Nisan ayından itibaren arttığı görüldü. Tetanoz aşısı 36 hastaya (%14,8) yapıldı, tetanoz immünglobulin ihtiyacı olmadı. Kuduz aşısı toplam 790 adet yapıldı. Hastaların sadece 124'ü (% 50,8) aşı takvimini tamamladı, diğerleri ya eksik bıraktı ya da başka merkezde devam etti. Kuduz immünglobulinini 86 (%35,2) hastaya yapıldı.

**Sonuç :** Çocukluk çağı aşılama şemasında tetanoz aşısı bulunması sayesinde temas riskli vakaların çoğunda tetanoz aşısına gerek kalmamaktadır. Yaralanmaların çoğunun kedi aracılıklı ve üst ekstremitelerde olması nedeniyle çocukların bu hayvanları severken yaralandığı yorumunu yapabiliriz. Ülkemiz kuduz yönünden hala endemik bir bölgedir. Kuduz, ölümlü sonuçlanan bir hastalık olduğundan, korunma yaklaşımları hayat kurtarıcıdır. Kuduz klinik bulguları geliştikten sonra, özgün bir tedavisi yoktur. Kuduz hastalığının önlenmesinde, başıboş hayvanlarla mücadele, maruz kalımdan sonra aşı ve immünglobulin tedavisi, toplumun hastalık ve korunma konusunda eğitimi önem kazanmaktadır.

**Anahtar kelimeler :** aşı, çocuk, kuduz

### PT-005

#### ÇOCUK YOĞUN BAKIM'DA TRAKEOSTOMİ AÇILMIŞ HASTALARIN RETROSPEKTİF ANALİZİ: TEK MERKEZ, 10 YILLIK DENEYİM

Ülkem Koçoğlu Barlas<sup>1</sup>, Hasan Serdar Kihir<sup>2</sup>, Osman Yeşilba<sup>3</sup>, Mey Talip Petmezci<sup>1</sup>, Nihal Akça<sup>1</sup>, Esra Şevketoğlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Bakırköy Doktor Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

<sup>3</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Giriş :** Trakeostomi, solunum yolu açıklığını sağlamaya yönelik uygulanan en eski cerrahi uygulama yöntemlerinden biridir. Çocuklarda en sık olarak sistemik ya da üst ve alt solunum yolu hastalıklarına bağlı uzamış entübasyon durumlarında, entübasyonu sonlandırarak, sedasyon süresini kısaltmak ve solunum iş yükünü azaltmak amacıyla uygulanır. Bu çalışmada çocuk yoğun bakım ünitemizde yatarken trakeostomi açılan hastaların demografik verilerinin derlenmesi, aile memnuniyetlerinin öğrenilmesi ve trakeostominin hastaların hastane yatış sayılarına etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Gereç-Yöntem :** Bu çalışmada 01.01.2006-31.12.2016 yılları arasında Bakırköy Doktor Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi çocuk yoğun bakım ünitesine yatan 2602 hastadan trakeostomi açılan 86 hastanın 80 tanesinin demografik verileri retrospektif olarak derlendi. 6 hastanın dosyasına ulaşılamadığı için çalışma dışı bırakıldı. Hastaların yaşları, cinsiyetleri, kronik hastalıkları, yoğun bakıma yatış nedenleri, eski hastane yatış sayıları, mekanik ventilasyon süreleri, reentübasyon sayıları, trakeostomi öncesi ve sonrası yatış süreleri, erken dönem komplikasyonları incelendi. Hastaların ailelerine ulaşılarak trakeostomiden memnun kalıp kalmadıkları, trakeostomi açılmadan önce ve sonra hastane yatış sayısı arasında fark olup olmadığı ve genel olarak yaşadıkları olumlu-olumsuz durumlarla ilgili bilgi alındı.

**Bulgular :** Hastalarımızın 41 tanesi erkek, 39 tanesi kızdı. Erkeklerin yaş ortalaması 46.98 (1-209) ay, kızların yaş ortalaması 43.44 (1-205) aydı. Mevcut kronik hastalıklarına göre 34 tanesini (%42.5) Nörolojik Sistem Hastalıkları; 20 tanesini (%25) Kas-İskelet Sistemi Hastalıkları; 9 tanesini (%11.25) Doğumsal Metabolik Hastalıklar; 4 tanesini (%5) Sendromik Durumlar; 3 tanesini (%3.75) Maligniteler; 1 tanesini (%1.25) Travma hastası; 1 tanesini (%1.25) Kronik Akciğer Hastalığı; 1 tanesini (%1.25) Kalıtsal Hematolojik Bozukluk; 1 tanesini (%1.25) Kronik Böbrek Hastalığı; 1 tanesini (%1.25) Enfeksiyon Hastalığı oluştururken 5 hasta (%6.25) herhangi bir kronik hastalığı olmadan yoğun bakıma yatırılmıştı. Hastaların 75 tanesinde (%93.75) yatış nedeni solunum sıkıntısı, 3 tanesinde (%3.75) şoktu (hipovolemik ve septik şok). Hastaların 1 tanesi (%1.25) kardiyopulmoner resüsitasyon sonrası 1 tanesinde (%1.25) planlı olarak trakeostomi yapılmak amacıyla yatırılmıştı. 78 hastaya (%97.5) trakeostomi elektif koşullarda ameliyathane şartlarında, 2 hastaya ise (%2.5) acil şartlarda yatak başı açılmıştı. 27 hastanın (%33.75) daha önce hastane yatışı yoktu. 15 hastanın (%18.75) daha önce 1 kez, 8 hastanın (%10) daha önce 2 kez, 30 hastanın (%37.5) ise daha önce 3'den fazla sayıda hastane yatışı bulunmaktaydı. 5 hasta (%6.25) non-invaziv mekanik ventilasyonda, 75 hasta (%93.75) invaziv mekanik ventilasyonda takip edilmisti. Bu 75 hastanın mekanik ventilatörde kalış süresi ortalama 22.47 gün olup, trakeostomi öncesi ortalama yatış günü 24.41 (3-67) gün, trakeostomi sonrası ise 29.76 (1-169) gündü. Hastaların 51 tanesi (%63.75) sadece 1 kez entübe olup, reentübasyon ihtiyacı olmamış, 9 tanesi (%11.25) 1 kez, 15 tanesi (%18.75) 2 kez, 5 tanesi ise (%6.25) 3'den fazla kez reentübe olmuşlardı. Erken dönemde 79 hastada (%98.75) herhangi bir komplikasyonla karşılaşılmazken, sadece 1 hastada (%1.25) postoperatif erken dönemde komplikasyon gelişmişti (pnömotoraks). Hastaların 9 tanesi (%11.25) kaybedilirken 71 tanesi (%88.75) eve taburcu edilmişti. Çalışma dahilinde 41 hastanın ailesine telefon ile ulaşıldı. Buna göre 8 aile (%19.5) taburculuk sonrası ya başka bir yoğun bakım ünitesine yatmak zorunda kalmaları ya da kısa süre sonra yaşanan kayıplar nedeniyle trakeostomi durumunu değerlendiremedi. 23 aile (%56) trakeostomiden memnun olduğunu, 10 (%24.5) aile ise memnun olmadığını belirtti. Ailelerin memnun olmama nedenleri arasında, verilen eğitimi yetersiz bulma, bir problem dahilinde hastaneye ulaşım zorluğu ve takiplerde trakeostominin kapatılabileceği söylenmesine rağmen kapatılamaması en sık sebepler gibi görünmekteydi. Memnun ve memnun olmayan grupta istatistiksel olarak tek anlamlı fark yaş ortalamalarında bulundu. Memnun olmayan grubun yaş ortalaması memnun grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktü (p:0.018). Ulaşılan 41 hastanın 13 tanesi (%32) servisimize ilk yatışları olması nedeniyle değerlendirme yapamazken 18 hasta (%44) trakeostomi öncesi ve sonrası arasında yatış sayısı bakımından azalma olduğunu, 4 hasta (%10) artma olduğunu, 6 hasta (%14) ise değişiklik olmadığını belirtmişlerdir. Yatış sayısı azalan, artan ve değişmeyen grupların trakeostomi öncesi ve sonrası hastane yatış adedi dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir (p:0.028). Yatış sayısı artmış olan grupta trakeostomi açılmadan önce de hastane yatış sayısı yüksek bulunmuştur.

**Sonuç :** Trakeostomi özellikle kronik hastalığı olan çocuklarda solunum yolu ile ilgili yaşanan problemleri azaltması nedeniyle tercih edilen bir uygulamadır. Bizim çalışmamızda da en çok trakeostomi açılan grup solunum sıkıntısı nedeniyle servisimize yatırılan nörolojik hastalığı olan çocuklar olmuştur. Aileler için trakeostomi ilk başta karşı çıkılan bir fikir olmakla birlikte çalışmamızda özellikle

# 15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-TARTIŞMALI POSTERLER-

büyük çocuk yaş grubunda %56 gibi bir hasta memnuniyetine ulaştık. Memnun olmayan grup daha çok küçük çocuk yaş grubu olup, ailelere verilen eğitimin artırılması ve bu hastaların hastanelere ulaşım kolaylığının sağlanması ile memnuniyetin artacağını düşünmekteyiz. Trakeostomi açılan hastalarda her ne kadar hastane yatış sayısı azalmasına rağmen (%44) daha önce yatış sayısı fazla olan hastalarda bu oranın değişmediğini görmekteyiz. Zaten fazla hastane yatışı olan hastalarda trakeostomi dışı solunum yolu koruyucu yöntemlerin geliştirilmesi bu hastalarda fayda sağlayabilir. Bu bakımdan daha çok çalışma ve gözlemin gerektiği kanaatindeyiz.

**Anahtar Kelimeler:** çocuk, memnuniyet, trakeostom

**PT-006**

## ÇOCUK ACİLE ATEŞ NEDENİYLE BAŞVURAN 0-6 YAŞ GRUBU ÇOCUKLARDA ANNELERİN YAKLAŞIMININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Suzan Celloğlu<sup>1</sup>, Suzan Celloğlu<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fak Çocuk Acil BD

**Giriş :** Giriş : Amaç: Çocuklarda ateşli durumun tedavisi kolay olmasına rağmen bilinçsizce, yerinde ve zamanında yapılmayan uygulamalar, olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir. Bu çalışmada annelerin çocuklarında ateş yönetimi ile ilgili bilgi, tutum ve ilk yapılan uygulamalarının değerlendirilmesi amaçladık

**Gereç-Yöntem :** Gereç-Yöntem : Gereç ve Yöntemler: Araştırma, 1 Mart -30 Haziran 2018 tarihlerinde ESOGUTF Hastanesi Çocuk Acil Servisine yüksek ateş(>38.5) nedeniyle getirilen 200 çocuk hastanın anneleri ile görüşülerek prospektif olarak yapıldı. Veriler annelerin sosyo-demografik özellikleri ve ateş yönetimi ilgili bilgi, tutum ve uygulamalarını saptamak üzere hazırlanan soru anket formu ile görüşme yapılarak toplandı.

**Bulgular :** Bulgular : Hastaların % 21.5 i 0-1 yaş, %78.5 i ise 1-6 yaş aralığındaydı ve % 50.5 i erkekti. Annelerin % 72 si 18-35 yaş,%56 sı 35 yaş üzeriydi %79 şehir içi,%13 ilçe ve köy,% 16 sı şehir dışından gelmişti ve % 30.5 u çalışan anneydi, Ebeveynlerin eğitim düzeyi %31.5 lise,%15,5 ilkokul,% 25.5 üniversite mezunuydu ve %5 okumayazma bilmiyordu. Annelerin %55 i dokunarak,% 35.5 u termometre ile ölçerek,% 9.5 u görünümüne bakarak çocuklarının ateşlendiğine karar vermişti. % 59.5 u koltukaltı derece (digital,kağıt,civa),% 9.7 si kulak termometresi ile % 19.9 infra red ateş ölçer kullanmıştı.% 36.5 u ilk ateşi çıktığında,% 50 si ilk gün,% 13.5 ilk günden sonra derece ile ateş ölçmüştü. %31.1 oranında 30 dak daha erken,%43.4, 30 dak arayla,%17.3 ü bir saatte ara ile ateş ölçümü tekrarı yaparken % 6 sı 1 saatten daha uzun sürede tekrarlayan ateş ölçümü yapmıştı. İlk bir saatteki müdahale olarak % 41.5 ılık duş aldırma, 28.5 ıslak bezle silme,9.5 ateş düşürücü şurup,% 11 sirkeli su,% 1.5 buzlu su,% 1 kolonya ve alkol ile silerek müdahale ettiklerini belirtmişlerdir İlk acil başvurularında bizim tarafımızdan ölçülen ateş değerleri %1 oranında 40 derecenin üzerinde hasta varken,%58 hastanın 38.5 derecenin üzerindeydi. Hastaneye başvurmadan önceki 6 saatte % 96 sı ateş düşürücü vermişti ve bu ilaçların %73,5 parasetamol şurup,% 23 İbuprofen içeren ilaçlardı.%94 ü doktora danışmada ilaca başladıklarını belirtmişti.Ailesinde de febril konvulsiyon öyküsü olan(%15) ve kronik hastalığı olan (%18.5) çocuklara daha erken ateş düşürücü verildiği saptandı.(p<0.05). Bu bilgileri % 54.5 sağlık personelininden,% 17.5 komşu ve akrabalarından,% 21.5 basın ve internetten aldıklarını ifade etmişlerdi. Çocuğun ateşi çıktığında %36.5 i hemen,% 50 si ilk günde bir sağlık kuruluşuna başvurmuşlardı. Yaptığımız istatistik sonucu eğitim seviyesi ile orantılı olarak ilk ateş yükselişinde ilaç verme oranının azaldığı saptandı (%31.3 -% 66,7)(p<0.05)İlaçları daha önceden evlerinde bulduranların % 99 u doktor reçeteliyken % 1 oranında eczaneden alınmıştı.

**Sonuç :** **Sonuç :**Bu çalışma sonucunda anneler arasında geleneksel uygulamalara başvurmanın azaldığını gözlemledik. Sağlık çalışanlarının ailelere ateşin tanımı, nedenleri, yüksek ateşin belirtileri, ateşli çocuğun evde bakımı, yapılacak ilk uygulamalar ve hangi durumda sağlık kuruluşuna başvurmaları gerektiği konularında, annelerin ateşe yönelik korkularının azaldığı ve hatalı uygulamalarının önlenildiği görüşüne vardık.

**Anahtar kelimeler :** Ateş yönetimi; çocuk, anne bilgi ve uygulamaları

**PT-007**

## ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK YOĞUN BAKIM BİLİM DALI EKSTRAKORPÖREAL KARDİYOPULMONER RESÜSİTASYON (ECPR) DENEYİMLERİ

Tanıl Kendirli<sup>1</sup>, Berfin Bilgiç<sup>2</sup>, Evren Özçınar<sup>3</sup>, Ebru Azapağası<sup>1</sup>, Mehmet Çakıcı<sup>3</sup>, Oktay Perk<sup>1</sup>, Çağlar Ödek<sup>1</sup>, Çağdaş Baran<sup>3</sup>, Melih Timuçin Doğan<sup>4</sup>, Burcu Arıcı<sup>3</sup>, Zeynep Eyileten<sup>3</sup>, Tayfun Uçar<sup>4</sup>, Ercan Tutar<sup>4</sup>, Semra Atalay<sup>4</sup>, Rüçhan Akar<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup> Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

<sup>3</sup> Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Ankara

<sup>4</sup> Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı,Çocuk Kardiyolojisi Bilim Dalı, Ankara

**Giriş :** Ekstrakorporeal kardiyopulmoner resüsitasyon (ECPR), konvansiyonel resüsitasyon sırasında ya da spontan dolaşımın 20 dakikadan uzun süre sağlanmadığı tekrarlayan arrest durumlarında, ECMO desteğine başlanmasıdır. Kardiyovasküler cerrahi sonrası gelişen arrestler, ventriküler fibrilasyon gibi aritmilere bağlı gelişen arrestler, toksin, hipotermi gibi geri döndürülebilir bir nedene bağlı gelişen arrestler ECPR'dan en yüksek faydayı gören hasta gruplarını oluşturmaktadır. Biz bu poster ile kliniğimizin ECPR konusundaki deneyimlerini paylaşmak istiyoruz.

**Gereç-Yöntem :** Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi'nde Eylül 2014 ile Kasım 2017 tarihleri arasında görülen

# 15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

## -TARTIŞMALI POSTERLER-

ECPR vakaları retrospektif olarak incelendi. Demografik veri olarak hastaların yaşı, cinsiyeti ve primer tanısı; klinik veri olarak resüsitasyon süresi, ECMO süresi, ECMO kanülasyon yeri ve sağkalım oranları incelemeye alındı. İstatistiksel analiz SPSS 20.0 yazılımı ile yapıldı.

**Bulgular :** Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi'nde Eylül 2014-Ocak 2018 tarihleri arasında 15 ECPR vakası vardı. Bu vakaların ortalama yaşı 60 ay, ortalama vücut ağırlığı 18 kg idi. Vakaların hepsi hastane içi arrest vakalarıydı. Arrestlerin %80'i kardiyak, %20'si nonkardiyak nedenlerle idi. Arrest nedenleri vakaların %46'sında disritmi, %13'ünde sepsis, %13'ünde düşük kardiyak debi, %6'sında kanama, %6'sında havayolu problemiydi. ECPR, 8 hastada YBÜ'de, 7 hastada ameliyathanede uygulandı. Resüsitasyonun ortalama 78.dakikasında ECMO kurulabildi. Ortalama ECPR süresi 90 dakika idi. ECMO kanülleri 7 hastada femoral ven-femoral artere, 2 hastada santral, 3 hastada internal juguler ven-karotid artere yerleştirildi. 3 hastada kanül yerleştirilemedi. 2 hastada ECMO döngüsü sağlanamadı. (1'i santral, 1'i femoral ven-femoral arter). ECMO 10 hastada (%66) başarılı şekilde çalıştı; bu hastaların 5'i (%50) hastaneden taburcu olana kadar sağkaldı. ECPR sonrası ECMO süresi 12 ila 18 gün arasında idi.

**Sonuç :** ECPR, geri dönüşümlü nedenlere bağlı gelişen kardiyak arrestlerde ve uzamış resüsitasyon uygulaması gerektiren arrestlerde, sağkalımı arttırmakta ve nörolojik sekeli azaltmaktadır. Bu nedenle, hastanemizde olduğu gibi 3.basamak yoğun bakım ünitesine sahip tüm hastanelerin, 24 saat boyunca ECPR uygulamaya hazır bir ekip ve donanımına sahip olması faydalı olacaktır.

**Anahtar kelimeler :** ekstrakorporeal kardiyopulmoner resüsitasyon, ECPR, ECMO, CPR

### PT-008

#### ÇOCUK ACİL SERVİSTE YÜKSEK AKIŞLI NAZAL KANÜL OKSİJEN TEDAVİSİ BAŞARISIZLIĞI ÖNGÖRÜLEBİLİR Mİ: 524 ÇOCUK OLGUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Şule Demir<sup>1</sup>, Murat Anıl<sup>1</sup>, Gamze Gökalp<sup>1</sup>, Emel Berksoy<sup>1</sup>, Gülşah Demir<sup>1</sup>, Şefika Bardak<sup>1</sup>, Gülşen Yalçın<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SBÜ İzmir Tepecik SUAM, Çocuk Acil Kliniği

**Giriş :** Yüksek akışlı nazal kanül oksijen tedavisi (YANKOT), solunum sıkıntısı olan hastalarda son yıllarda kullanılmaya başlanmış, etkili ve invaziv olmayan bir yöntemidir. Bu çalışmanın amacı, çocuk acil servisinde YANKOT uygulanan hastalarda, tedavi sonucunu öngörmeye kullanılabilecek parametreleri saptamaktır.

**Gereç-Yöntem :** Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Kliniğinde 01.01.2016-01.04.2018 tarihleri arasında, basit oksijen uygulama yöntemlerinin (nazal oksijen, basit oksijen maskesi, rezervuarlı oksijen maskesi) başarısız kaldığı solunum sıkıntısı ve/veya solunum yetmezliği nedeniyle YANKOT başlanan hastaların dosyaları geriye dönük olarak incelenmiştir. Kliniğimizde YANKOT için standart bir tedavi protokolü uygulanmaktadır. Olguların tanıları solunum sistemi hastalıkları ve diğerleri (kardiyovasküler, gastrointestinal, hematolojik-onkolojik, metabolik-endokrin) şeklinde 2 ana gruba ayrıldı. Bir üst basamak solunum destek tedavisine (invaziv olmayan mekanik ventilasyon, invaziv mekanik ventilasyon) geçilen olgularda "YANKOT başarısız" kabul edildi. YANKOT başarılı ve başarısız olgular karşılaştırıldı.

**Bulgular :** Toplam 524 olgu (ortanca yaş: 13 ay; ÇDA: 6-30 ay; minimum: 1 ay, maksimum: 231 ay; 292 erkek/232 kız) çalışmaya dahil edildi. 484 (%92,4) olguda solunum sistemi, 24'ünde (%4,6) metabolik/endokrin, 8'inde (%1,5) kardiyovasküler, 5'inde (%1) santral sinir sistemi, 2'sinde (%0,4) hematolojik/onkolojik ve 1'inde (%0,2) gastrointestinal sistem patolojisi mevcuttu. İzlem sonunda 105 hastanın (%20) çocuk yoğun bakım ünitesine, 376 hastanın (%71,8) çocuk servisine yatırıldı. Altmış iki olguda (%11,8) YANKOT başarısız oldu. Toplam 7 hasta (%1,3) kaybedildi. YANKOT'a bağlı komplikasyon gözlenmedi. Başarılı ve başarısız gruplar karşılaştırıldığında hasta yaşı, YANKOT endikasyonu, pH, bikarbonat, laktat, lökosit, nötrofil, hemoglobin, CRP ve prokalsitonin düzeyleri açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p<0,05). Lojistik regresyon analizinde solunum dışı nedenlerle YANKOT başlanması, yüksek laktat düzeyi ve akciğer grafisinde patolojik bulgu varlığı YANKOT başarısızlığını öngörmeye en anlamlı parametreler olarak saptandı.

**Sonuç :** YANKOT, çocuk acil servisine başvuran solunum sıkıntılı olgularda etkin ve güvenilir bir oksijen destek yöntemidir. Akciğer dışı patolojilerde, dolaşım bozukluğunun ön planda olduğu durumlarda ve radyolojik bulgu veren akciğer hastalıklarında etkinliği azalmaktadır.

**Anahtar kelimeler :** Solunum sıkıntısı, solunum yetmezliği, oksijen tedavisi, yüksek akışlı nazal kanül

### PT-009

#### KRİTİK HASTA ÇOCUKTA PLAZMA DEĞİŞİM TEDAVİSİNDE SANTRİFÜJ VE FİLTASYON YÖNTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Ayşe Filiz Yetimakman<sup>1</sup>, Selman Kesici<sup>1</sup>, Murat Tanyıldız<sup>1</sup>, Benan Bayrakçı<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, Ankara

**Giriş :** Terapötik plazma değişimi (TPE) kritik hasta çocuklarda son yıllarda farklı endikasyonlarla giderek daha yaygın kullanılabilir hale gelmiştir. Tedavide kullanılan yöntem, hasta ile ilgili faktörlerden çok genellikle ünitenin olanakları ile belirlenmektedir. Hem santrifüj yönteminin hem de filtrasyon yönteminin etkin yöntemler olduğu bilinmekle birlikte bildiğimiz kadarıyla literatürde iki farklı yöntemle yapılan plazma değişim tedavisinin klinik sonuçlarını karşılaştıran pediyatrik çalışma bulunmamaktadır.

**Gereç-Yöntem :** Ankara'da bulunan iki farklı merkezde Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi'nde 2009-2016 yılları arasında TPE uygulanan 100 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Bunlardan 55 hastaya santrifüj yöntemiyle plazma değişimi uygulanmış, 45 hastada ise filtrasyon yöntemi kullanılmıştır. Çalışmamızda bu iki grup ayrıca TPE yapılmasını gerektiren tanılarına göre alt gruplara ayrılmıştır [1-Trombotik Mikroangiopati Grubu (sepsis, DİK, TİÇÖY(Trombositopeni ilişkili çoklu organ yetmezliği), HÜS) 2- HLH+MAS (Hemofagositik

# 15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

## -TARTIŞMALI POSTERLER-

Lenfhistiyozitoz+ Makrofaj Aktivasyon Sendromu) Grubu 3- İntoksikasyonlar Grubu 4- Nörolojik Tanılar Grubu ] Gruplar arasında demografik veriler, yatışın ilk 24 saatinde PRISM (Pediatric Risk of Mortality) skorları, tedavi öncesi ve sonrası PELOD skorları, TPE endikasyonları, kullanılan replasman sıvıları, kayıtlı komplikasyonlar, ventilatörde kalma süresi, yoğun bakımda yatış süresi, hastane-de yatış süresi ve sağ kalım oranları incelenmiştir.

**Bulgular :** Santrifüj ve Filtrasyon grupları arasında yaş ortalaması ve cinsiyet açısından anlamlı fark saptanmadı. Her iki grupta da tedavi sonrası PELOD skorlarında tedavi öncesine göre anlamlı düşüş saptandı. Medyan PRISM skor Filtrasyon grubunda daha yüksek ( $p=0,004$ ) ve iki grup arasında tedavi öncesi medyan PELOD skorları arasında anlamlı fark olmamasına ( $p=0,49$ ) rağmen Filtrasyon grubunda sağ kalım oranı Santrifüj grubuna göre daha yüksek bulundu( $p=0,003$ ). Ayrıca Filtrasyon grubunda nörolojik tanılar ile TPE uygulanan hastaların oranı Santrifüj grubuna göre anlamlı yüksek bulundu( $p=0,046$ ). Santrifüj grubunda Trombotik mikroanjyopati grubu tanılar ile TPE uygulanan hastaların oranı Filtrasyon grubuna göre anlamlı yüksek bulundu( $p=0,03$ ). Nörolojik tanılar grubunda median PRISM Filtrasyon grubunda anlamlı yüksek olmakla birlikte( $p=0,03$ ) ventilatörde kalınan gün sayısında Santrifüj grubuna göre anlamlı bir fark saptanmadı ( $p=0,78$ ) Trombotik Mikroanjyopati ve HLH+MAS alt grupları içinde tedavi öncesi medyan PELOD skorları Santrifüj grubunda daha yüksek ( $p=0,022$ ,  $p=0,02$ ) olmasına rağmen iki grup arasında sağ kalımda anlamlı fark saptanmadı.

**Sonuç :** Çalışmamızda iki farklı merkezden alınan hasta grupları demografik olarak benzer olmakla birlikte medyan PRISM skor daha yüksek olan Filtrasyon grubunda sağ kalım Santrifüj yöntemine göre yüksek bulunmuştur. Çalışmamızın amacı heterojen hasta grubunda tedavide kullanılacak hangi yöntemin ideal yöntem olduğunu saptamak değil, alta yatan tanı - tedavi yöntemi ilişkisinin tedavi başarısını etkiliyor olabileceğine hem araştırmacılar hem de klinisyenlerin dikkatini çekmektir. Trombotik mikroanjyopati grubundaki hastalar içinde Santrifüj grubunda daha yüksek PELOD skorları olmasına rağmen sağ kalımın Santrifüj-Filtrasyon grupları arasında benzer olmasının; büyük multimerlerin filtre por büyüklüğü nedeniyle kısıtlı olarak uzaklaştırılabilmemesinden kaynaklanıyor olabileceği düşüncesindeyiz. Bu teorinin kanıtlanması için trombotik mikroanjyopati grubundaki hastalarla yapılacak randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** kritik hasta çocuk, plazma değişim tedavisi

### PT-010

#### TÜRKİYE'DE ÇOCUK YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE SÜREKLİ EEG MONİTORİZASYONU İLE İLGİLİ ANKET ÇALIŞMASI

Ayşe Filiz Yetim�akman<sup>1</sup>, Selman Kesici<sup>1</sup>, Benan Bayrakçı<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, Ankara

**Giriş :** Çocuk yoğun bakım ünitelerinde 24 saat sürekli EEG monitorizasyonu nöbet takibi, kontrolü ve antiepileptik ilaçların titrasyonu yanısıra sedasyon ve anestezi derinliğinin değerlendirilmesi amacıyla da kullanılabilir. Kritik hasta çocuklarda 24 saatlik elektroensefalografi monitorizasyonu kullanımını inceleyen çalışmalar mevcut olmakla birlikte bu verilerin ülkemizde yoğun bakım pratiğinde ne ölçüde yer bulunduğunu saptamak ve klinik uygulamadaki değişiklikleri döküm etmek amacıyla ulusal bir anket çalışması planlanmıştır.

**Gereç-Yöntem :** Ankete davet Türkiye çapında Çocuk Yoğun Bakım Üniteleri sorumlu hekimlerine e-posta adreslerine gönderilen davet ile yapılmıştır. İnternet anket platformu üzerinden kurulmuş olan ve 10 adet çoktan seçmeli sorudan oluşan anket katılım bağlantısı 1 ay boyunca katılıma açık kalarak yanıtlar toplanmıştır.

**Bulgular :** Ankete Türkiye'de bulunan 25 çocuk yoğun bakım ünitesinden katılım sağlanmıştır. Ünitelerinde sürekli EEG monitorizasyonu yapıldığını belirten 14 üniteden 10'u yılda 10'dan fazla hastada sürekli EEG monitorizasyonu yapıldığını belirtti. Yine bu ünitelerden 7'si hastabaşı monitöre eklenmiş modül ile, 14'ü taşınabilir EEG cihazı ile yapıldığını bildirdi. Üç ünite sürekli EEG monitorizasyonunun video eşliğinde yapılabildiğini kaydetti. Monitorizasyon yapılan ünitelerin %14'ünde tüm kafa travması hastalarında, %64'ünde akut bilinç değişikliği olan kafa travması hastalarında, %14'ünde anestezi derinliğinin değerlendirilmesinde, %57'sinde merkezi sinir sistemi patolojileri (inme, enflamasyon, otoimmünite, enfeksiyon, beyin malformasyonları, tümörler, HIE), %28'inde yapısal olmayan akut nörolojik durumlar (sepsis, metabolik bozukluklar, farmakolojik sedasyon, toksinler, kas gevşetici uygulaması) ve tamamında nöbet sonrası bilinç değişikliği devam eden hastalarda ve status epileptikus nedeniyle takip edilen hastalarda yapıldığını bildirildi. Sürekli EEG monitorizasyonu kayıtlarında değerlendirilen veri olarak en fazla, nöroloji uzmanı tarafından yapılan 24 saatlik kayıta nöbet varlığı, süresi ve tipinin değerlendirilmesi bildirilirken (14 merkez), 8 merkezde anestezi derinliğinin değerlendirilmesi için kullanım bildirilmiştir. Merkezlerin çoğunda monitorizasyon süresi tanımlı bir süre ile kısıtlanmamış, 13 merkezde monitorizasyon süresinin klinik duruma göre değişken olduğu bildirilirken 5 merkezde elektriksel nöbet kontrolünün sağlanmasının sürede belirleyici olduğu belirtilmiştir. 11 merkezde SEM takibine göre nöbet tedavisinin titre edildiği bildirilmiştir.

**Sonuç :** Anket sonucunda, dünyada olduğu gibi ülkemizde de çocuk yoğun bakım ünitelerinde sürekli EEG monitorizasyonu kullanım endikasyonları, değerlendirme yöntemleri ve tedavideki yerinin merkezler arasında farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Pediatrik literatürde endikasyon ve yöntemle ilgili veriler kesin önerilerde bulunmayı mümkün kılmadığından; gelişmekte olan ülkeler sınıfındaki ülkemizde kaynakların uygun kullanımına katkıda bulunmak amacıyla, ülke çapında prospektif çalışmalar ışığında ülkemize özgü öneri ve rehberler geliştirilmesinin faydalı olacağını öngörüyoruz.

**Anahtar kelimeler :** çocuk yoğun bakım ünitesi, sürekli EEG monitorizasyonu

# 15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-TARTIŞMALI POSTERLER-

PT-011

## ŞANLIURFA EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ ÇOCUK YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ'NDE YATARAK VİRAL SOLUNUM YOLU ETKENLERİ AÇISINDAN TETKİK EDİLMİŞ OLAN HASTALARIMIZIN DEĞERLENDİRMESİ

Süleyman Geter<sup>1</sup>, Ayşe Filiz Yetimakan<sup>1</sup>, Eylem Kırıl<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup>Şanlıurfa Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi, Şanlıurfa

**Giriş :** Alt solunum yolu enfeksiyonları çocuk hastalarda önemli mortalite ve morbidite sebebi olmaya devam etmektedir ve ağır enfeksiyon tablosunda hastaneye yatan hastalar genellikle 5 yaşın altındaki hastalardan oluşmaktadır. Viral etkenlere bağlı hem komplike alt solunum yolu enfeksiyonları hem de miyokardit, aritmi gibi tablolar çocuk yoğun bakım ünitelerinde tedavi edilmektedir. Ancak bu etkenlerin saptanması maliyetli ve panellere ulaşmak her zaman mümkün olmadığından hastalar uzun süreli ampirik antibiyotik tedavileri ile izlenmektedir.

**Gereç-Yöntem :** Şanlıurfa Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi'nde 2017-2018 yıllarında enfeksiyon hastalıkları, kardiyak patoloji ve nedeni bilinmeyen ani kardiyak arrest nedeniyle yatarak tedavi edilmiş olan 54 hastadan viral solunum yolu paneli İl Halk Sağlığı Müdürlüğü aracılığıyla Real-time PCR yöntemiyle çalışılmış, bu hastaların demografik bilgileri, kronik hastalık durumu, mortalite, solunum desteği, antibiyoterapi, yoğun bakım yatış süresi bilgileri tüm hasta grubunda değerlendirilmiş ve viral etken saptanan ve saptanmayan grup arasında karşılaştırma yapılmıştır.

**Bulgular :** Tüm hastaların 27'si erkek (%50) ve 27'si (%50) kız ve hastaların yaş ortalaması 14,62 ay ±29,88 idi. Hastalarımızın %37' sinde altta yatan bir hastalık mevcut; Viral etken saptanan hasta sayısı 36 (%66,7) idi. Saptanan viral etkenler RSV1/2 18 hasta(%50), rhinovirus 10 hasta(%27), coronavirus 3 hasta, bocavirus 5 hasta, metapnömovirus 2 hasta, parainfluenza 2 hasta ve influenza tip b 1 hastada bildirilmiş; 24(%44) hastada yatışın herhangi bir döneminde sekonder bakteriyel enfeksiyon etkenleri gösterilmiştir. Viral etken saptanan hastalar(R1) ile diğer hastalar(R0) arasında yaş ortalaması, kilo ortalaması, altta yatan veya kronik hastalık oranı, PRISM skor ortalaması ve Glasgow koma skoru ortalaması arasında anlamlı fark saptanmadı. Tüm hastaların yoğun bakımdaki yatış süreleri ortalama 23,83±22,67 gün idi (R1 grubunda 22,11±19,05 – R0 grubunda 27,27±28,93) Tüm hastaların 28'inin (%51) mekanik ventilatör, 41 hastanın (%75) ise yatış boyunca herhangi bir dönemde yüksek akışlı nazal kanül ile oksijen tedavisi ihtiyacı olmuştur. Ventilatör ve yüksek akışlı oksijen kullanım oranları ve sürelerinde R1 ve R0 grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Yine bu iki grup arasında antibiyotik kullanma süresi, yoğun bakımda yatış süresi ve mortalite oranı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.

**Sonuç :** Ünitimizde enfeksiyon hastalıkları ile yatan hasta oranı aylara göre %25 ile %75 arasında değişmekte olup, buna karşın 9 aylık sürede takip edilen 1419 hastadan sadece 54'ünde(%3) viral panel gönderilmiştir. Kısıtlı olanaklardan dolayı mümkün olduğunca seçilmiş vakaların viral enfeksiyon açısından tetkik edilebildiği ünitimizde gönderilen panellerde pozitiflik oranı %66 ile literatürdeki bildirimlerin üzerindedir. Bu durum gerçekte pozitiflik oranının daha yüksek olabileceğini düşündürmektedir. Hastalık ağırlık oranı, mortalite ve solunum desteği ihtiyacı diğer hastalara oranla düşük olmayan ve antibiyotik tedavisine cevap vermeyen bu enfeksiyon etkenlerinin hızlı saptanması uzun süreli antibiyotik kullanımı ve gereksiz ek tetkik yapılmasını önleyebilir.

**Anahtar Kelimeler:** çocuk yoğun bakım ünitesi, solunum yolu enfeksiyonları, viral etkenler

PT-012

## VÜCUT AĞIRLIĞI 5 KG ALTINDAKİ ÇOCUKLARDA ULTRASON EŞLİĞİNDE SANTRAL VENÖZ KATATER YERLEŞTİRİLMESİ

Dilek Altun<sup>1</sup>, Ahmet Arnaz<sup>2</sup>,  
<sup>1</sup>İstanbul Acıbadem, Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi SHMY, Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, İstanbul  
<sup>2</sup>Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kalp ve Damar Cerrahisi AD, İstanbul

**Giriş :** Çalışmamızda, Mart 2015-Ekim 2015 tarihleri arasında, vücut ağırlığı 5 kg altında olup konjenital kalp cerrahisi nedeni ile ameliyata alınan ve yoğun bakımda takip edilen, santral kataterizasyon gereken hastalarda, ultrason görüntüleme eşliğinde internal jugular ven kataterizasyonunun teknik başarısını, komplikasyon oranını, katater yerleştirme hızını retrospektif olarak araştırmayı amaçladık.

**Gereç-Yöntem :** Çalışmamıza konjenital kalp cerrahisi nedeni ile alınan ya da kalp damar cerrahisi (KVC) yoğun bakım servisimizde takip ettiğimiz, vücut ağırlığı 5 kg altındaki 70 pediyatrik hasta çalışmaya dahil edildi. Kataterizasyon işlemi, US kullanımını bilen, en az 3 yıllık deneyimi olan 2 anestezi uzmanı tarafından gerçekleştirildi. Kataterizasyon sırasındaki hazırlık süresi, ponksiyon süresi, toplam süre, ponksiyon sayısı, işlem sırasında herhangi bir komplikasyon (arter ponksiyonu, pnömotoraks, birden fazla ponksiyon gerekliliği, hematom oluşumu) gelişip gelişmediği ve başarı oranı kaydedildi. İşlem süresi olarak, iğnenin cilde girişyle kılavuz tel üzerinden kateterin yerleştirilmesine kadar geçen süre alındı (Figür.I-II). Başarı oranı ve kataterizasyon süresini etkileyen faktörlerin istatistiksel değerlendirilmesi için Student's t ve log regresyon testleri kullanıldı. Kataterizasyon sırasında ultrason görüntüleri



# 15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-TARTIŞMALI POSTERLER-



Karotis Arter  
İnternal Juguler Ven

**Figür I:** İnternal juguler ven ve karotis arterin ultrason görüntüleri



İnternal Juguler Ven içerisinde  
İğne Ucu

**Figür II:** Katater iğne ucunun ultrasonla internal juguler ven içerisindeki görüntüsü

**Bulgular :** Katater yerleştirme başarısı % 92 olarak saptandı. Beş hastada (% 5.7) işlem başarısızlıkla sonuçlandı. Beş hastada (%6) komplikasyon gelişse de pnömotoraks yalnızca 1 hastada saptandı. İşlemin tamamlanması için gereken toplam süre  $214 \pm 0,48$  sn bulundu. Hastaların vücut ağırlığı ile katater yerleştirme süresi arasında negatif korelasyon bulundu ( $p < 0.05$ ). 20 hastanın (%28.6) yaşı 30 günün altında olup 14 hastanın (%20) vücut ağırlığı 3 kg altında idi. Ameliyathane ortamında ve ilk kez kataterizasyon yapılacak hastalarda kataterizasyon süresi yoğun bakım ortamındaki kataterizasyon süresine oranla daha kısa olarak saptandı ( $p < 0.05$ ).

**Sonuç :** Çalışmamızda, ultrason kullanımı ile santral ven kataterizasyonunun özellikle 5 kg altındaki pediatrik hastalarda, kısa sürede, düşük komplikasyon oranı ve yüksek başarı oranı ile yapılabileceği kanısına varıldı.

**Anahtar Kelimeler:** Pediatrik Hasta, Ultrason, Santral Kataterizasyon

PT-014

## ÇOCUK ACİLDE ADLİ RAPOR YAZMAYI BİL(M)İYOR MUYUZ?

Okan Yılmaz<sup>1</sup>, Nükhet Aladağ Çiftdemir<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Edirne

**Giriş :** Adli nitelikli olgular, sıklıkla adli muayenenin ilk basamağını oluşturan sağlık kuruluşlarının giriş kapısı olarak görülen acil servislere karşımıza çıkmaktadır. Acil serviste çalışan hekimlerin; hastaya muayene ve gerekli tıbbi müdahaleyi uygulama sorumluluğu yanında, olayın adli olgu niteliği taşıyıp taşımadığını değerlendirme, adli olgu ise adli makamlara bildirimde bulunma yükümlülüğünü de taşımaktadır. Yapılan birçok çalışma adli tıp uzmanları dışında verilen adli raporların eksik ve hatalı olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada çocuk hekimleri açısından çoğu zaman sıkıntı ve endişeye neden olan adli raporların düzenlenmesindeki hata ve eksikliklerin belirlenmesi, mevcut genelge ve yasalar ile uluslararası standartlar çerçevesinde tartışılması ile bu konuda hekimlerin sorumluluklarının vurgulanması da amaçlanmıştır.

**Gereç-Yöntem :** Çocuk Acil Servisi'ne Ocak 2014-Haziran 2017 tarihleri arasında başvuran ve tam kayıtlarına ulaşılabilen 505 olgu geriye dönük olarak incelendi. Hastaların bilgileri, hasta yatış epikriz formlarından ve adli tıp arşivinden geriye dönük olarak tarandı ve hasta bilgileri kaydedildi. Çocuk acil servisine travma olguları kabul edilmediği için çalışmamızda travma tanılı olgular yer almamaktadır. Hastaların adli raporları incelendi. Raporlardaki eksik bilgiler, hayati risk değerlendirilmesi, raporun kati/geçici olma durumu kaydedildi. İstatiksel analizleri yapıldı.

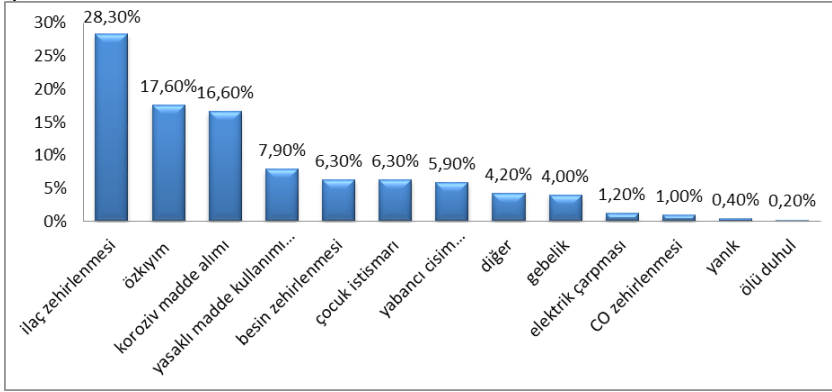
**Bulgular :** Çocuk Acil Servise başvuran 50.538 hastadan 518'i (%1) adli olarak değerlendirilmişti. Bu adli olgulardan 505 hastanın bilgilerine ulaşıldı. Adli olguların dağılımı incelendiğinde en fazla ilaç zehirlenmesi olgularının %28,3 oranında (n:143) görüldüğü tespit edildi. Bunu %17,6 (n:89) oranı ile öz kıyım, %16,6 (n:84) oranı ile koroziv madde alımı, %7,9 (n:40) oranı ile yasaklı madde kullanımı ve/veya şüphesi, %6,3 (n:32) oranı ile besin zehirlenmesi, %6,3 (n:32) oranı ile çocuk istismarı, %5,9 (n:30) oranı yabancı cisim aspirasyonu/yutulması, %4,2 (n:21) oranı ile diğer, %4 (n:20) oranı ile gebelik, %1,2 (n:6) oranı elektrik çarpması, %1 (n:5) oranı ile CO zehirlenmesi, %0,4 (n:2) oranı ile yanık, %0,2 (n:1) oranı ile ölü duhul olguları sırasıyla izlenmekteydi (Şekil 1). Çalışmamızda hastaların ortalama başvuru yaşının  $7,86 \pm 6,26$  yıl olduğu ve başvuru sıklığının 5 yaş altı grupta yüksek olduğu görüldü. Düzenlenen adli raporların % 87,1'i geçici rapordur. Raporların doldurulmasındaki eksikliklere bakıldığında %44,8'inde (n:226) psikiyatrik muayene, %18,6'ında (n:94) rapor saati, %18,3'ünde (n:92) tetkikler, %17'sinde (n:86) tıbbi özgeçmiş, %12,9'unda (n:65) rapor özelliği (geçici-kati) ve sistemik muayene, %9,7'inde (n:49) muayene koşulları (uygun ortam, muayenede bulunan kişiler, muayene edilenin giysileri), %9,5'inde (n:48) doğum tarihi, 35 %6,9'unda (n:35) baba adı, %6,5 (n:33)'ünde doğum yeri, %3,6'sında (n:18) tıbbi şikayet, %1'inde (n:5) hekim ad-soyad, ve hekim imzası kısımlarının doldurulmadığı saptandı. Ayrıca koroziv madde alımı kodunun %25 oranında yanlış girildiği tespit edildi.

# 15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-TARTIŞMALI POSTERLER-

Şekil 1



## Adli olguların dağılımı

**Sonuç :** Geçici raporların fazla olması ve olası hatalar, adli işlemlerin uzamasına, kesin rapor için hastane başvurularının artmasına ve sonuçta iş gücü kaybına neden olmaktadır. Acil serviste çalışan hekimlerin adli olgulara kesin rapor düzenleyemeyeceği yönündeki görüş ve eğilimlerinin hiçbir gerekçesi bulunmamaktadır. Burada mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim programlarının yeterli olmaması gerçeği ile karşı karşıya kalınmaktadır. Bütün bu sorunlar, Adli Tıp uzmanlık alanı ile koordineli bir çalışma ve bu konudaki eğitim programlarının düzenlenmesi ile asgari düzeye indirgenebilir. 2005'de yürürlüğe giren genelgede adli rapor düzenlemesinde önerilen, tüm sağlık kurumlarında uygulamada birliktelik sağlanmasını amaçlayan standart formlar hazırlanmıştır. Buna rağmen hala eksik verilerin olduğu tespit edilmiştir. Adli raporlardaki eksiklik ve hata oranlarının daha da düşürülmesi ve hatta tamamen ortadan kaldırılması için mezuniyet öncesi adli tıp eğitimine ayrılan süre ve emeğin artırılması, mezuniyet sonrası eğitimlere, asistan eğitimlerine devam edilmesi, seminerlerde bilgi kazandırmanın yanı sıra, hekimlerimize adli olgulardaki sorumluluklarını iyice kavrayacak formasyonların eğitim sürecine aktarılması gerektiğini düşünmekteyiz.

**Anahtar kelimeler :** çocuk acil, adli olgular, adli rapor

## PT-015

### EKSTRAKORPOREAL DESTEK TEDAVİSİ UYGULANAN HASTALARIN ÖZELLİKLERİ VE PROGNOZU ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Güntülü Şık<sup>1</sup>, Agageldi Annayev<sup>1</sup>, Asuman Demirbuğa<sup>1</sup>, Bahar Temur<sup>3</sup>, Selim Aydın<sup>3</sup>, Halil İbrahim Demir<sup>2</sup>, Ersin Ereğ<sup>3</sup>, Agop Çıtak<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Yoğun Bakım BD, İstanbul

<sup>2</sup> Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Kardiyoloji BD, İstanbul

<sup>3</sup> Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi AD, İstanbul

**Giriş :** Ekstrakorporeal membran oksijenasyonu (ECMO), ciddi kardiyopulmoner yetersizliği olan, medikal tedaviye dirençli hastalarda uygulanan tedavi yöntemidir, hastalarda geçici kardiyopulmoner destek sağlar. Çocuk hastalarda kullanım sıklığı gittikçe artmaktadır. Kliniğimizde ECMO uygulanan hastaların özelliklerini ve prognozu etkileyen faktörleri sunduk.

**Gereç-Yöntem :** Ekim 2015- Eylül 2018 tarihleri arasında Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Yoğun Bakım ünitesinde ECMO destek tedavisi uygulanan 18 yaş altındaki tüm hastalar (n=30) retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların demografik özellikleri, ECMO endikasyonları, kanülasyon öncesi ve kanülasyonun 24. saatinde laboratuvar değerleri kaydedildi.

**Bulgular :** Toplam hasta sayısı otuzdu. Hastaların ortalama yaşı 41,31±53,35 aydı, %56,66'sı (n=17) erkekti. Ortalama ECMO süresi 9.0±7.6 gündü. Otuz hastanın 6'sında venovenöz (VV) ECMO, 24 hastada venoarteriyel (VA) ECMO uygulandı (Tablo 1). Kanülasyon için en sık sağ karotis arter ve juguler ven kullanıldı. ECMO'dan ayrılma ve hayatta kalma oranı sırası ile %70 (n=21) ve %66,6 (n=20) idi. On hasta (%33,3) kardiyak nedenlerle, 12 hasta (%40) solunumsal nedenlerle ve 8 hasta (%26,6) sepsis nedeniyle ECMO'ya bağlandı (Tablo 2). Yirmidört hastaya VA ECMO, 6 hastaya VV ECMO yapıldı. VA yapılan 16 hasta (%66,6), VV yapılan 4 hasta (%66,6) hayatta kaldı. En sık ECMO endikasyonu hipoksemik solunum yetmezliğiydi (n=12). Kardiyak nedenler arasında en sık karşılaşılan akut myokarditi (n=5). Mortalitenin en yüksek olduğu grup sepsis nedeniyle ECMO'ya bağlanan hastalardı, hastaların 6 tanesi kaybedildi, kaybedilen hastaların 5 tanesinde hematolojik hastalık vardı (fanconi aplastik anemisi, AML, talasemi majör). Sekiz hastaya ECMO'ya bağlanmadan önce CPR uygulanmıştı. Dört hastada kanülasyon sırasında CPR'a devam edildi (E-CPR). Bu hastaların 2 tanesi hayatta kalırken 2 tanesi kaybedildi. Yirmibeş hastaya (% 83,3) ECMO devresinden sürekli renal replasman tedavisi (SRRT) uygulandı. Hayatta kalan hastalar pediyatrik serebral performans kategorisine göre sınıflandırıldığında 4 hastada hafif, 2 hastada orta nörolojik etkilenme saptandı. Diğer hastalar nörolojik sekelsiz olarak taburcu edildi. Altı hastada hemorajik (20%), 1 hastada nörolojik (0.33 %), 3 hastada (10%) mekanik komplikasyon görüldü. Hemorajik komplikasyonlar; kateter etrafında kanama, nazofaringeal kanama, hematüri, hemotoraks ve intrakranial kanamaydı. Nörolojik komplikasyon; 1 hasta da intrakranial enfaktti. Mekanik komplikasyonlar kanülde delinme, dekanülasyon ve rekanülasyon gerektiren pozisyon bozukluğuydu. Hiçbir hastada set değiştirmeye gerek kalmadan kanüller değiştirildi. Hayatta kalan ve kalmayan hastalar karşılaştırıldığında yaş, kilo ve cinsiyet açısından fark yoktu. İki grup arasında kanülasyon öncesi ve kanülasyonun 24.saatinde bakılan kalp tepe atımı, arteriyel kan basıncı, parsiyel arteriyel oksijen basıncı, lökosit, hemoglobin ve trombosit değerleri arasında fark saptanmadı. Ancak kanülasyon öncesi pH (p=0,034), lökosit (p=0,029), C reaktif protein (p=0,045), kreatinin (p=0,047), klor (p=0,001) ve kanülasyonun 24.saatinde pH (p=0,0001), bikarbonat (p=0,014), laktat (p=0,002), klor (p=0,0001) değerleri ile ECMO'ya bağlanma zamanı sonuçları etkileyen faktörlerdi (Tablo 3).

# 15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-TARTIŞMALI POSTERLER-

**Tablo 1**

Yaşayan n:20	Kayıp n:10	p	
Yaş (ay)	38,17±46,64	47,61±67,53	0,757*
Kilo (kg)	12,65±9,92	10,55±7,01	0,816
Bağlanma Süresi (Saat)	3,85 (2,88-18,75)	31,3 (5,05-53,35)	0,012*
VIS	61 (41,25-178,75)	157 (112,38-165,75)	0,115
CRP	4,13 (1,025-7,85)	7,73 (5,68-19,71)	0,045*
PCT	8,59 (2,163-24,275)	9,09 (2,515-102,85)	0,697
Albumin	2,51±0,79	2,1±0,8	0,325*
Troponin-I	2,8 (0,3855-13,966)	3,65 (0,938-27,65)	0,739
CK-MB	84 (48,5-236)	183,5 (82,33-533)	0,279
LFEV	27 (18,75-50)	47,5 (18-54,25)	0,441
PRISM	23 (15-30)	24 (19-31)	0,689
PELOD	21 (12-32)	21 (20-28,75)	0,851

**Tablo 2**

hasta sayısı	hayatta kalanlar (n)	(%)	
Kardiyak nedenler			
-Konjenital kalp hastalığı	3	2	66,6
-Akut myokardit	5	4	80
-Direncili aritmi	1	1	100
-Kardiyomyopati	1	1	100
Respiratuar nedenler			
-Hipoksemik solunum yetersizliği	12	10	83,3
Diğer			
-Sepsis	8	2	25

# 15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-TARTIŞMALI POSTERLER-

Tablo 3. ECMO başlangıç ve 24. saat laboratuvar değerleri

Tablo 3. ECMO başlangıç ve 24. saat laboratuvar değerleri

	Yaşayan n:20	Kayıp n:10	p	
KTA	Başlangıç	166,71±37,45	163,25±33,91	0,827*
	24.saat	121,53±19,52	129±32,2	0,477*
	p†	0,0001	0,005	
pH	Başlangıç	7,16±0,14	7,03±0,14	0,034*
	24.saat	7,38±0,04	7,15±0,14	0,0001*
	p†	0,0001	0,086	
Bikarbonat	Başlangıç	18,09±7,73	15,3±6,01	0,379*
	24.saat	21,82±5,12	15,55±6,01	0,014*
	p†	0,007	0,924	
Laktat	Başlangıç	5,1 (2,13-6,85)	6,1 (3,9-10,5)	0,610†
	24.saat	1,8 (1,3-2,25)	4,5 (2,93-9,6)	0,002†
	p‡	0,002	0,441	
Üre	Başlangıç	35 (26,5-57,5)	36,5 (19,75-70,25)	0,838#
	24.saat	32 (11-62,5)	26 (14-93,25)	0,884#
	p‡	0,420	0,999	
Kreatin	Başlangıç	0,7 (0,38-0,86)	0,98 (0,72-1,20)	0,047#
	24.saat	0,54 (0,40-0,78)	0,64 (0,55-1,04)	0,157#
	p‡	0,138	0,515	
Albumin	Başlangıç	2,78±0,78	2,33±0,69	0,175*
	24.saat	3,12±0,49	2,48±0,64	0,064*
	p†	0,093	0,131	
Klor	Başlangıç	103,89±4,84	111,67±4,9	0,001†
	24.saat	102,94±3,76	112,67±6,42	0,0001†
	p†	0,148	0,412	
LDH	Başlangıç	716,5 (462,75-2293,75)	317 (201-3979,5)	0,391†
	24.saat	710 (413-1797)	2721 (1448-7593)	0,039†
	p‡	0,110	0,999	

\*Bağımsız t testi (Ort±SS) †Eşlendirilmiş t testi ‡Mann Whitney U testi (Median IQR)

‡Wilcoxon testi

(KTA, kalp tepe atımı)

\*Bağımsız t testi (Ort±SS) †Eşlendirilmiş t testi ‡Mann Whitney U testi (Median IQR) ‡Wilcoxon testi(KTA; kalp tepe atımı, LDH; laktat dehidrogenaz)

**Sonuç :** Ağır kritik hastada ECMO hayat kurtaran destek tedavi yöntemidir. Sepsis nedeniyle ECMO uygulanan hastalar mortalitenin en yüksek olduğu gruptur, ayrıca bu hastalarda immun yetmezliğin veya kronik hastalığın eşlik etmesi riski daha da arttırır. Ağır septik şoktaki hastaların ECMO uygulanabilen merkezlere sevinde gecikme, ECMO uygulamasına rağmen mortaliteyi arttırmaktadır. Erken başlangıçlı ECMO'nun sonuçları iyileştirdiğini göstermekle beraber, hasta kabulünde lökositöz, düşük pH, yüksek CRP, yüksek kreatinin ve hiperkloreminin prognozu olumsuz etkileyen faktörlerden olduğunu savunmaktayız.

**Anahtar kelimeler :** ekstrakorporeal membran oksijenasyonu, myokardit, hipoksik solunum yetmezliği

PT-016

## ÇOCUK HASTALARDA 25-OH VİTAMİN D VE C-REAKTİF PROTEİN DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ: D VİTAMİNİ EKSİKLİĞİ ENFEKSİYONLARA ZEMİN HAZIRLIYOR MU?

Muhammet Mesut Nezir Engin <sup>1</sup>, Önder Kılıçaslan <sup>1</sup>, Kenan Kocabay <sup>1</sup>,

<sup>1</sup> Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Düzce

**Giriş :** D vitamini seviyelerindeki düşüklük gelişmiş ülkelerde yetişkin nüfusun % 50'sine kadar varmaktadır. Düşük D vitamini için en önemli nedenler güneşe maruz kalma yetersizliğidir, bu da D vitamininin prekürsörünün yetersiz üretimine neden olur. D vitamini reseptörü, monositler ve T-yardımcı hücreleri gibi bağışıklık hücreleri üzerinde bulunur. Bu nedenle, D vitamininin bağışıklık ve inflamasyon üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir. Enflamasyonun, hücre büyümesi, doku hasarı, pankreatik beta-hücre yetmezliği ve bunun etkisi üzerindeki etkisi ile çeşitli kompleks bozukluklarda rol oynadığı bilinmektedir. D vitamini ve inflamasyon arasındaki ilişkiyi araştırılan önceki çalışmalar da tutarsız sonuçlar görülmüştür. D vitamini eksikliği ülkemizde yaygındır ve birçok hastalık ile ilişkilendirilmiştir. Çalışmamızın amacı çocuk hastalarda vitamin D ve C-reaktif protein (CRP) düzeyleri arasındaki ilişkiyi değerlendirerek vitamin D'nin sistemik inflamasyon üzerinde inhibitör etkisi olup olmadığını araştırmaktır.

**Gereç-Yöntem :** Bu retrospektif çalışmada, Ocak 2015-Mayıs 2018 tarihleri arasında Düzce Üniversitesi Hastanesi başvuran ve herhangi bir nedenle 25-OH Vitamin D ve CRP düzeylerine bakılan 18 yaş altı 2051 hasta alındı. Hastalar D vitamini düzeylerine göre 4 gruba ayrıldı: Grup 1: < 10 ng/mL; Grup 2: 10-19 ng/mL; Grup 3: 20-29 ng/mL ve Grup 4: >30 ng/mL.

**Bulgular :** Hastalar gruplandırıldığında 25-OH Vitamin D düzeyi 30 mg/dL olan 1112 hasta vardı. Vitamin D ve CRP arasındaki korelasyon +0,054 regresyon katsayısıyla anlamlı değildi (p=0,014).

# 15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-TARTIŞMALI POSTERLER-

**Sonuç :** Literatüre bakıldığında D vitamini ile CRP arasında negatif ilişki olduğunu gösteren çok sayıda yayın bulunmaktadır. Ancak, bizim çalışmamızda literatürün aksine D vitamini ile CRP arasında herhangi bir ilişki tespit edilemedi. D vitamini eksikliğinin enfeksiyona zemin hazırlamadığı düşünülse de yapılacak çalışmalara ihtiyaç olduğu görülmektedir. Bununla birlikte bu sonuçlar D vitamininin immünolojik sistem üzerindeki etkilerinin deneysel ve klinik olarak daha iyi araştırılması gerektiği fikrini vermektedir.

**Anahtar kelimeler :** Vitamin D, CRP, Çocuk Hasta

**PT-018**

## ARDS TEDAVİSİNDE NON-İNVAZİF MEKANİK VENTİLASYONUN ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Mehmet Çeleğen<sup>1</sup>, Selman Kesici<sup>1</sup>, Benan Bayrakçı<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi

**Giriş :** Akut Solunum Sıkıntısı Sendromu (ARDS), pediatrik yoğun bakımlarda halen ciddi sağlık problemi olmaya devam etmektedir. Patofizyolojisinde artmış pulmoner vasküler geçirgenliği takiben akciğer ağırlığında artış ve havalanan akciğer dokusunun azalması ile karakterizedir. Klinik belirtileri hipoksi, göğüs röntgeninde opasiteler ile akciğer kompliyansında azalma ve fizyolojik ölü alanda artıştır (1). ARDS etyolojisinde görülen en sık neden sepsis ile bakteriyel ve viral ajanların neden olduğu pnömonidir, diğer görülen etiyolojiler arasında bronşiolit, aspirasyon pnömonisi, majör travma, pulmoner kontüzyon, yanıklar, akut pankreatit, boğulma ve maligniteler yer alır (2,3). ARDS, alveolar hasarlanma sonucu meydana gelir (4). Alveolar hasarlanma, tümör nekroz faktör, interlökin (IL) -1, IL-6 ve IL-8 gibi pro-inflamatuar sitokinlerin salınmasına neden olur (5-10). Bu sitokinler, nötrofilleri akciğerlere çeker, akciğer de aktif hale gelen nötrofiller reaktif oksijen türevi ve proteazlar gibi toksik mediyatörleri salarak alveolar epitelyumun ve kapiller endotelin zarar görmesine neden olur(11). Zarar gören endotelden proteinler vasküler boşluğa geçerek intersisyumda sıvı birikmesine neden olurlar. İntersisyum da biriken sıvı alveolar epitele zarar vererek hücrelerin içinin kanlı, proteinli sıvı ile dolmasına neden olurlar (12). ARDS tedavisinde asıl hedef, dokuya yeterli oksijen sunumunun sağlanmasıdır. Bunun için yeterli oksijen doygunluğunu sağlayacak hemoglobin konsantrasyonu ve yeterli kardiyak outputun oluşturulması gerekmektedir. ARDS de hipoksiyi düzeltebilmek için sıklıkla mekanik ventilasyon desteğine ihtiyaç duyulmaktadır. ARDS tedavisinde; konvansiyonel ventilatörler, high frequency ossilatuary ventilatörler ve non-invaziv ventilasyon stratejileri kullanılmaktadır. Noninvazif mekanik ventilasyon (NIMV) genellikle yüz ya da nazal maske ile uygulanan bir destek tedavisidir. Uygun hastalarda NIMV uygulaması ile hastaya invazive mekanik ventilasyon tedavisi sırasında oluşabilecek barotrauma, volutrauma, atelektotravma ve oksitravma diğer komplikasyonların oluşmasını engeller ve havayolu savunma mekanizmaları korunurken hastanın konforu da bozulmaz (13). NIMV oksijenizasyonu artırırken, dispneyi ve solunum iş yükünü azaltır (14,15). Çalışmamızın amacı ARDS tanılı hastalarda NIMV kullanımının etkinliğinin değerlendirmektir.

**Gereç-Yöntem :** Restrospektif yapılan bu çalışmaya 2015 Nisan ayı ile 2017 Mayıs ayları arasında Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesine ARDS tanısıyla yatan ve başlangıç mekanik ventilatör seçimi NIMV olan 18 yaş altı 23 hasta dahil edilmiştir. Beş hasta aşağıdaki nedenlerden dolayı çalışmaya alınmamıştır: PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> yrk30100, yaş >18 yaş, hemodinamik instabilite. ARDS tanısı; bilinen klinik hasardan sonraki ilk yedi günde gelişen hipoksis ve radyolojik değişikliklerin olması, solunum yetmezliğinin kalp yetmezliği ile açıklanamaması, PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> < 300 kriterlerine göre konulmuştur. ARDS PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> oranlarına göre PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> oranı >200 ve yrk30300 mmHg olan hafif, PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> oranı >100 ve yrk30200 mmHg olan orta, PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> oranı yrk30100 mmHg olan ise ciddi ARDS olarak sınıflandırılmıştır. NIMV uygulamaları the GE Datex-Ohmeda Engström Carestation marka mekanik ventilatörler kullanılarak nasal prong ve yüz maskeler ile uygulanmıştır. Ekspiratuar pozitif havayolu basıncı (EPAP), 4–6 cm Hykrk230'dan başlatılıp hipoksisi düzelen kadar maksimum 15 cm Hykrk230'a kadar artırıldı. İspiratuar pozitif havayolu basıncı (İPAP)'da 4–6 cm Hykrk230 ile başlanıp klinik yanıt, takipnenin azalması, elde edilene kadar tedricen artırılmıştır. İPAP da maksimum 15 cm Hykrk230 değeri geçilmemiştir. NIMV'e sadece nasal ve oral sekresyonları temizlemek için ara verilmiştir. Takipnenin, hipoksinin, solunumsal asidozun düzelmemesi, dolaşım bozukluğunun varlığı ve exhaust olması NIMV için başarısızlık olarak tanımlandı ve hasta entübe edilerek invazive mekanik ventilasyon tedavisine geçildi. Hastalara alta yatan etiyolojiye yönelik standart tedavi rejimleri uygulandı. Beslenme için enteral yol tercih edildi. Pediatrik yoğun bakım ünitesinden taburcu oluncaya veya ölüne kadar takip edildiler. Veri Toplanması: Tüm hastaların ARDS için alta yatan etiyolojiyi içeren temel demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri; solunum sayısı, kalp tepe atımı, kan basıncı, eşlik eden hastalıkları, kültür sonuçları, NIMV tedavi süreleri, hastanın yatışındaki ilk 24 saatte hesaplanan pediatric risk of mortality 2 (PRISM 2) skoru kaydedildi. Laboratuvar parametrelerinden; pH, kısmi karbon dioksit basıncı (PaCO<sub>2</sub>), bikarbonat, laktat ile başvurudaki ve 24. saatteki kısmi oksijen basıncı (PaO<sub>2</sub>), oksijen saturasyonu (SpO<sub>2</sub>), fraction of inspired oxygen (FiO<sub>2</sub>), PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>, SpO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> ile NIMV'deki EPAP, İPAP ayarları kaydedildi. İstatistik: Veriler SPSS 18.0 istatistik paket programı (SPSS, Chicago, IL) ile analiz edildiler. Verilerin dağılım şekli Shapiro – Wilk testi ile değerlendirildi. Kantitatif değişkenler normal olarak dağıtılmış veriler için ortalama ± SD olarak gösterilmiştir, diğerleri için median and interquartile aralıklar olarak gösterilir. Normal dağılım gösteren kantitatif gruplar arasındaki farklar Student t testi ile değerlendirildi. Anormal olarak dağıtılmış veriler için Mann-Whitney U-testi kullanıldı. Parametreler arasındaki ilişkiler Pearson veya Spearman'ın korelasyon testi kullanılarak değerlendirildi. P değeri

**Bulgular :** Yirmi sekiz hastaya ARDS tanısı konuldu. Beş hasta aşağıdaki nedenlerden dolayı çalışmaya dahil edilmediler (ciddi ARDS, PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> < 0.009). Başlangıç laktat değerleri de NIMV tedavisi başarısız olan grupta daha yüksektir (p:0.005). pH NIMV tedavisi başarılı olan grupta daha yüksektir (p:0.002). Başlangıç ve 24. saatteki mekanik ventilatördeki EPAP ve İPAP değerleri NIMV tedavisi başarısız olan grupta daha yüksek bulunmuştur (p:0.001). PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> oranı NIMV tedavisi başarılı olan grupta daha yüksektir(p:0.001). SpO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> oranı NIMV tedavisi başarılı olan grupta daha yüksektir (p:0.001). NIMV tedavi süresi de başarılı olan grupta daha uzundur (p:0.001)

**Sonuç :** Mevcut çalışmamızda NIMV uygulaması ile ARDS tanısı alan hastaların yaklaşık olarak %35'i invaziv mekanik ventilasyon desteğine ihtiyaç duymadan tedavi edildi. Tedaviden fayda gören hastaların başlangıç PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> oranları fayda görmeyenlerden daha yüksek olması, başlangıç NIMV destek ayarlarının, EPAP ve İPAP, daha düşük olması fayda gören hastaların kliniklerinin daha iyi olduğunu göstermektedir. Inderpaul Singh Sehgal ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada da NIMV tedavisinden fayda gören hastaların %44'ünde hafif ve orta düzey ARDS tanılı hastalar olduğu gösterilmiştir (17). NIMV desteği ile hastaların

# 15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

## -TARTIŞMALI POSTERLER-

oksijenizasyonunu gösteren PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> oranlarında tüm hastalarda artış olduğu görüldü. Ancak başlangıç PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> oranları düşük olan hastalar tedaviden fayda görmediler. Chawla ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada şok ve düşük PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> oranı düşük olan hastaların NIMV tedavisinden fayda görmedikleri gösterildi (18). ARDS'li hastalarda NIMV tercih edilirken hastalar çok özenli seçilmelidir. Sadece iki veya daha az organ sistemi tutulumu olan hafif ve orta derecede ARDS'si olup NIMV tedavisi uygulanmış hasta grubunda yapılan çalışmada başarı oranı %44 olarak elde edilmiştir. Ayrıca, bu çalışmada, NIMV tedavisi başarısız grubundaki 23 hastanın 19'u ölürlen, NIMV tedavisi başarılı olan grupta ise ölüm olmamıştır (17). Bizim çalışmamızda ise NIMV tedavisi başarılı olan tüm hastalar yaşarken, başarısız olan hastalardan sadece bir tanesi yaşadı. Tedaviden fayda gören hastaların PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> oranlarının fayda görmeyen gruptakilere göre daha yüksek olması daha önce yapılan çalışmalarda vurgulanan mortalite ile ARDS'nin şiddeti arasında doğru orantı olduğunu desteklemektedir. Bazı çalışmalarda, NIMV tedavisi alan ARDS'li hastalarda mortalitenin en önemli nedeni olarak refrakter hipokseminin dışında ciddi sistemik hastalığı gösteren mortalite skorlarının yüksek olması gösterilmektedir (19,20,21). Bununla beraber NIMV tedavisinin entübasyonu geciktirdiği için mortaliteyi artırabileceği düşünülmektedir (22,23,24). Çalışmamızda NIMV tedavi süresi, tedaviden fayda gören grupta daha uzun saptandı. Hastaların 24. saatteki bakılan oksijenizasyonu değerlerinde, PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> ve SpO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>, NIMV tedavisinden fayda görmeyen hastalarda kötüleşme olması nedeniyle erken dönemde entübe edilerek invaziv tedaviye geçildi. Çalışmamızda da mortalitesi yüksek olan hastaların PRISM skorunun daha yüksek olduğu saptanmıştır. Akut solunum yetmezliği gelişen immün süpresif hastalar sıklıkla mekanik ventilatör desteğine ihtiyaç duyarlar. NIMV desteği solunum yetmezliği gelişen immün süpresif hastalarda ilk basamak solunum destek tedavisidir (25). Erken NIMV tedavisi uygulanması immünsüpresif hastalarda oldukça faydalı olmaktadır, entübasyon bu hastalarda enfeksiyon riskini ve mortaliteyi çok artırmaktadır (26,27,28). Çalışmamızdaki hastaların sadece 2 tanesi immün süpresif tedavi almış olup bunların tamamı da NIMV tedavisinden fayda gördüler. İmmün süpresif tedavi almış olan hastalardan 6'sı NIMV tedavisinden fayda gördü. NIMV tedavisinden fayda görmeyen hastaların tamamı immün süpresif tedavi aldı. Sonuç olarak başlangıç PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> oranları daha iyi olan PRİMS skorları düşük olan hastalar tedaviden fayda görmüştür. Çalışmanın az sayıda hasta ile yapılmış olması çalışmanın kısıtlayıcı basamaklarından biri olup daha geniş hasta grubu ile yapılmaya ihtiyaç duymaktadır.

**Anahtar kelimeler :** ARDS, Non-İnvasiv Mekanik Ventilasyon

### PT-019

#### ARREST OLMADAN YAPILAN ENDOTRAKEAL ENTÜBASYONUN KLİNİK SONUÇLARI DAHA İYİ

Berna Akgün<sup>1</sup>, Murat Anıl<sup>1</sup>, Emel Berksoy<sup>1</sup>, Gamze Gökalp<sup>1</sup>, Nazike Özbay<sup>1</sup>, Şule Demir<sup>1</sup>, Gülşen Yalçın<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SBÜ İzmir Tepecik SUAM, Çocuk Acil Kliniği

**Giriş :** Bu çalışmada, çocuk acil servisinde endotrakeal entübasyon (EE) yapılmış hastaların klinik sonuçlarını etkileyen parametrelerin saptanması amaçlanmıştır.

**Gereç-Yöntem :** SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Kliniği'nde 2010-2016 yılları arasında EE yapılmış çocuk olgular geriye dönük olarak değerlendirildi. Olguların taburcu olurken klinik durumları Glaskow Outcome Score'a (GOS) göre skorlandı (1: ölüm; 2: bitkisel hayat; 3: şiddetli sakatlık; 4: hafif sakatlık; 5: iyi klinik sonuç). GOS sonucu 1-2 olanlar "kötü sonuç" ve 3-5 olanlar ise "iyi sonuç" olarak gruplandırıldı.

**Bulgular :** Toplam 99 olgu (ortanca yaş: 17 ay; 25-75 persentil: 8-68 ay; %54,5 erkek, %45,5 kız) çalışmaya dahil edildi. 54 (%54,5) olgunun altta yatan kronik hastalığı vardı. Etiyolojide en sık nedenler şok (28 hasta), solunum yetmezliği (24 hasta), travma (20 hasta) ve status epileptikustu (16 hasta). Olguların 50'si (%50,5) kaybedildi. 63 (%63,6) olgu "kötü sonuç" olarak kategorize edildi. Hızlı ardışık entübasyon uygulananlarda canlı taburcu olma oranı %77,6 (38 olgu), kardiyak arrest olgularında %22,4'dür (p<0,001). Kaybedilen hastaların lökosit, nötrofil, alanin transaminaz (ALT), aspartat transaminaz (AST), üre, kreatinin, potasyum ve laktat düzeyleri daha yüksek (p<0,05); kan pH, bikarbonat ve baz fazlalığı daha az saptandı (p<0,05). Ölen hastalara birden çok adrenalin ve bikarbonat yapma sıklığı daha fazlaydı (p<0,05). GOS'a göre "kötü sonuç" (63 olgu; %63,6) grubu "iyi sonuç" grubu ile karşılaştırıldı. Hızlı ardışık entübasyon uygulananlarda iyi klinik sonuç ile taburcu olma oranı daha yüksekti (%80,6'a karşılık %19,4) (p<0,001). GOS'a göre iyi ve kötü sonuç olarak kategorize edilenlerin trombosit, AST, ALT, üre, kreatinin, potasyum, pH, bikarbonat ve baz fazlalığı değerleri anlamlı düzeyde farklıydı (p<0,05). GOS ile uygulanan adrenalin sayısı arasında negatif yönde anlamlı korelasyon saptandı (p<0,001; r: -0,617).

**Sonuç :** Kardiyak arrest olmadan uygulanan EE'nun klinik sonuçları daha olumlu olmaktadır

**Anahtar kelimeler :** endotrakeal entübasyon, hızlı ardışık entübasyon, kardiyak arrest

# 15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-TARTIŞMALI POSTERLER-

PT-020

## HASTANE ÖNCESİ PEDIATRİK STATUS EPILEPTİKUS TEDAVİSİNDE AMBULANS EKİPLERİNİN TERCİH ETTİĞİ İLAÇLAR: ÇOCUKLARDA İLERİ YAŞAM DESTEĞE EĞİTİMİ (ÇİLYAD) EĞİTİMİ YETERLİ Mİ?

Şebnem Arslan<sup>1</sup>, Volkan Ergün<sup>1</sup>, Ebru Şener Araz<sup>1</sup>, Kubilay Arslankeçecioglu<sup>1</sup>, Erkan Güvenç<sup>1</sup>, Murat Anıl<sup>2</sup>,

<sup>1</sup> İzmir İl Sağlık Müdürlüğü 112 Ambulans Servisi

<sup>2</sup> SBÜ İzmir Tepecik SUAM, Çocuk Acil Kliniği

**Giriş** : Bu çalışmanın amacı ambulans ekiplerinin pediatrik status epileptikustakii anti-epileptik ilaç tercihlerini ve ÇİLYAD kursunun bu tercihlere etkisini araştırmaktır.

**Gereç-Yöntem** : Çalışma İzmir'de 112'e Acil Sağlık Hizmetleri'ne ambulanslarda çalışan sağlık personeline yüzyüze anket yöntemiyle yapılmıştır. Katılımcılara dört farklı yaş grubunda (1 ay – 1 yaş, 1-5 yaş, 5-12 yaş, 12-18 yaş) status epileptikus kliniğinde olgular soruldu. Her bir olgu için iki farklı alt grup vardı: Damar yolu açık değil ve damar yolu açık. İzmir 112 Eğitim Birimi eğitmenleri ile anket sonuçlarının olası nedenleri tartışıldı.

**Bulgular** : 288 kişi ankete katıldı. 1 ay-1 yaş arasındaki çocukta doğru ilaç tercihi %89,9'du (en çok rektal diazepam). ÇİLYAD eğitimi alanların doğru cevap verme oranı daha yüksekti ( $p<0,05$ ). Damar yolu açık olanlarda ise doğru yanıt oranı %30,2'di (en çok damar yolu açık olmasına karşın rektal diazepam). ÇİLYAD eğitimini son 3 yıl içinde alanlarda oran daha yüksekti ( $p<0,05$ ). Yaşı 1-5 yaş arasındaki damar yolu açık olmayan çocukta doğru cevap oranı %84'ti (en çok rektal diazepam). ÇİLYAD eğitimini son 3 yıl içinde alanlarda oran daha yüksekti ( $p<0,05$ ). Damar yolu açıksa doğru cevap oranı %37,5'ti (damar yolu açık olmasına karşın en çok rektal diazepam). Yaşı 5-12 arasında damar yolu açık olmayan çocukta doğru cevap oranı %43,4'dü (en çok kas içi diazepam). ÇİLYAD eğitimini son 3 yıl içinde alanlarda oran daha yüksekti ( $p<0,05$ ). Damar yolu açıksa doğru cevap oranı %44,8'di (en çok intravenöz diazepam). Yaşı 12-18 arasında damar yolu açık olmayan çocukta doğru cevap oranı %25 (en çok kas içi diazepam). Damar yolu açıksa doğru cevap oranı %56,3'tü (en çok intravenöz diazepam). ÇİLYAD eğitimi alanlarda doğru cevap oranı daha yüksekti ( $p<0,05$ ). İzmir 112 Eğitim Birimi eğitmenlerinin anket sonuçlarını değerlendirmesi sonucunda, antiepileptik ilaçlar konusunda bilgi eksikliği ve bu ilaçların solunum depresyonu yapma ihtimali ilaç tercihlerini etkilediği düşünüldü.

**Sonuç** : Ambulans ekiplerinin pediatrik status epileptikuslu olgularda, ilaç tercihlerindeki doğruluk oranı yeterli değildir. ÇİLYAD kursu ihtiyaçlara göre yeniden düzenlenmelidir.

**Anahtar kelimeler** : Antiepileptik ilaç, Hastane öncesi, status epileptikus

PT-022

## KRİTİK HASTALARIN ÇOCUK YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNE GEÇ KABUL EDİLMELERİ MORTALİTEYİ ARTTIRMAKTADIR

Caner Turan<sup>1</sup>, Ali Yurtseven<sup>1</sup>, Eylem Ulaş Saz<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Acil Bilim Dalı, İzmir

**Giriş** : Yoğun bakımın (YB) uygun şekilde kullanılması, kritik hastaların önemli bir kısmında sağkalımı arttırmakta; buna karşın YB izleminde gecikme olması hastanın hayatta kalma şansını riske sokabilir. YB ünitesine kabul edip etmeme kararı subjektiftir ve yatak kapasitesi de dahil olmak üzere birçok faktör bunu etkilemektedir. Yatak olmaması YB'ın hastayı reddetmesinin en sık nedenlerinden biri iken, diğer faktörler arasında primer tanı, komorbiditeler, yoğun bakım bağımlılığı olması, kıdemli yoğun bakım uzmanı tarafından triyaj yapılması yer almaktadır ve bu durum hastanın acil serviste (AS) "aşırı uzun süre" kalması ile sonuçlanmaktadır. Bu çalışmanın amacı, çocuk YB ihtiyacı olan ancak AS'te tedavi edilen hastaların karakteristik özelliklerini analiz etmek ve çocuk YB ünitesinin hastayı kabul etme ya da reddetme kararları ile ilişkili faktörleri ile mortalite oranlarını saptamaktır.

**Gereç-Yöntem** : Üçüncü basamak çocuk AS'e Ocak 2015-Aralık 2017 tarihleri arasında başvuran kritik hasta çocuklar retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Hastaların demografik özellikleri, tanıları, yapılan uygulamalar ve komplikasyonlar, ağırlık dereceleri, AS ve YB yatış süreleri, ve taburculuk durumları toplandı. Laboratuvar sonuçları, ve diğer bilgiler analiz edilerek pSOFA ve PELOD skorları hesaplandı. İlk sonuç olarak, AS başvurusunun ilk günündeki ölüm ya da YB'a yatışı karşılaştırıldı. İkincil sonuç olarak ise, 7 gün içindeki mortalite ve hospitalizasyon süresinin uzunluğu incelendi. Etik kurul onayı alındı.

**Bulgular** : Çalışma süresinde çocuk YB ünitesine kabul edilen 113 hasta çalışmaya dahil edildi; AS'de geçirilen median süre 3 saat (IQR 2.0–6.8) olarak saptandı. Hastalarının çoğu (%74.3) ilk 6 saat içinde YB ünitesine transfer edilmişti. Bu hastaların pSOFA ve PELOD skorları daha yüksekti; bronkopnömoni, status epileptikus ve septik şok tanıları daha fazlaydı ve  $\geq 6$  saatten sonra transfer edilenlere göre daha az komorbiditeleri mevcuttu. İlk 6 saat içinde YB'a transfer edilen hastaların mortalitesinin daha düşük ve YB ve hastanedeki yatış sürelerinin daha kısa olduğu görüldü. AS'deki 6. saatten sonra, AS'de kalış süresinin uzaması ile mortalite arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ve mortalite artış oranı %1.4/saat olarak saptandı (OR 1.014,95% CI 1.00–1.03) ( $p < 0.001$ ). Hastaların 27'si (%32.1) "Çok uzun süre" AS'de kaldı. Bu hastalarda diğerlerine göre daha fazla komorbidite mevcuttu ve çoğunlukla nöbet koşullarında başvurmuşlardı. Çalışma süresince 26 hasta öldü; bunların 7'si AS'de bekleme periyodunda gerçekleşti. YB ünitesine transfer edilen ve edilmeyen hastaların AS'de ortalama kalış süreleri, sırasıyla, 5.8 (0.5-77) ve 13 (0.5-131) saat olduğu görüldü. Ölen hastaların median pSOFA ve PELOD skorları yaşayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptandı (sırasıyla, 12[9-16] ve 18[2-32] vs 6[0-10] ve 2[0-32] ; $p<0.001$ ). Genel olarak, YB yatışı ile mortalitenin azalması istatistiksel olarak anlamlıydı ( $p<0.001$ ).

**Sonuç** : Kritik hasta çocuklar, YB yatışı öncesinde ortalama 3 saatlerini AS'de geçirmekte ve %32'si 6 saatten 131 saate kadar AS'de beklemektedir. Bu çalışmada, AS'deki uzamış kalış süresi ile hastanın sonucu/prognozu arasında ters ilişki olduğu görüldü.

# 15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-TARTIŞMALI POSTERLER-

Bulgularımız doğrultusunda, AS'de kalış/hospitalizasyon süresinin ayarlanması ya da risk değerlendirmesi için prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır. .

**Anahtar kelimeler** : yoğun bakım, kritik hasta, triyaj, çocuk acil

**PT-024**

## YILAN SOKMASI OLGULARIMIZIN KLİNİK SEYİRLERİ İLE NÖTROFİL-LENFOSİT ORANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Nagehan Aslan<sup>1</sup>, Merve Sapmaz<sup>2</sup>, Dinçer Yıldızdaş<sup>1</sup>, Özden Özgür Horoz<sup>1</sup>, Faruk Ekinci<sup>1</sup>, Sevcan Bilen<sup>3</sup>, Hayri Levent Yılmaz<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, Adana

<sup>2</sup> Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Adana

<sup>3</sup> Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Acil Bilim Dalı, Adana

**Giriş** : Yılan zehirinin amputasyona kadar ilerleyebilen kompartman sendromu gibi ciddi lokal etkilerin yanı sıra, kardiyotoksik, nörotoksik, nefrotoksik etkileri de mevcuttur. Nötrofil-lenfosit oranı inflamasyonun tanınmasında ve progresyonunda kullanılabilen yeni bir biyomarkerdir. Biz burada yılan sokması nedeni ile izlediğimiz hastaların klinik sonuçları ve nötrofil-lenfosit oranları (NLO) arasındaki ilişkiyi incelemek istedik.

**Gereç-Yöntem** : Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk acil ve çocuk yoğun bakım birimlerine, Temmuz 2012-Temmuz 2017 yılları arasında başvuran toplam 61 hastanın demografik özellikleri, klinik bulguları ve komplikasyonları, hastanede yatış süreleri retrospektif olarak tarandı. Başvurudaki (NLO1), 12.saatteki (NLO2), taburculuktaki (NLO3) nötrofil-lenfosit oranı ve mean platelet volüme (MPV) değerleri kaydedildi. Yılan sokmasının mevsimi, sokma bölgesi, gelişen klinik bulgular, toksik etkiler, komplikasyonlar kaydedildi. Spesifik tedavi yaklaşımları (antihistaminik, steroid, antivenom), tetanoz immünizasyonları değerlendirildi. Hastalar ısırılmanın ciddiyetine göre evre 0, 1, 2, 3 olarak sınıflandırıldı. Çalışma için Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi etik kurulundan onay alındı.

**Bulgular** : Hastaların 46'sı erkek (%75,4) olup, ortalama yaş 128,5±58,7 ay (min: 12-max: 210) idi. Hastaların 20'si (%32,8) üst, 40'ı (%65,5) alt ekstremitede, 1'i (%1,7) boyun bölgesinden ısırılmıştı. Ortalama hastaneden yatış süresi 3.5±2.6 gündü. Ortalama NLR1 was 12,4±8,8, ortalama NLR2 7,1±4,9, ortalama NLR3 2,3±1,1, ortalama MPV was 8±1,5 fL idi. Hastaların 41'i (%67,2) evre 0 ve evre 1'de idi ve hafif zehirlenme grubu olarak sınıflandırıldı. Geri kalan 20 hasta (%32,8) evre 3 ve evre 4'te idi ve ciddi zehirlenme grubu olarak sınıflandırıldı. Lokal bulgular 49 (%80,3), sistemik bulgular 17 (%27,8) hastada saptandı. En sık lokal bulgu şişlik, en sık sistemik bulgu taşikardi idi. Olgularda yılan maruziyet en sık Temmuz (%24,5) ve Eylül (%22,9) aylarında saptandı. Tüm hastalara tetanoz immünizasyonu uygulandı. Toplam 44 hastaya (%72,1) antivenom uygulandı, hiçbir hastada antivenom ilişkili komplikasyon saptanmadı. Selülit veya tromboflebit gelişen 23 hastaya (%37,7) antibiyoterapi uygulandı. Çalışmamızda hastanede yatış süresi ile NLO1 arasında pozitif korelasyon saptadık. NLO1 arttıkça hastanede yatışın uzadığını (r:0.377, p:0.003) ve yılan sokmasının evresinin arttığını saptadık (p:0.08). Çalışmamız yılan sokmasının evresi arttıkça hastanede yatış süresinin uzadığını göstermiştir (p<0.001). Ciddi zehirlenme grubu ile kıyaslandığında hafif zehirlenme grubunun NLO3 düzeyi anlamlı olarak düşüktü (p:0.01). Hastaların 1'inin (%1,6) kolunda kompartman sendromu gelişti ve fasyotomi uygulandı. Bu hastanın NLO1 düzeyi 39.1 idi ve gruptaki en yüksek NLO1 idi. Hastaların hiç birinde mortalite tespit edilmedi. Bizim çalışmamız NLR1 ile uzamış hastane yatışı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir pozitif korelasyon saptadı. Yılan sokmasının ciddiyeti ve evresi arttıkça başvurudaki NLO düzeyinin arttığı görüldü. Bu durumu yılan zehirinin inflamasyona sekonder olarak NLO düzeyini artırdığı yönünde yorumladık. MPV ve yılan sokmasının ciddiyeti arasında herhangi bir ilişki saptamadık.

**Sonuç** : Nötrofil-lenfosit oranı, akut koroner sendrom, obezite, Tip 1 diabetes mellitus ve dermatolojik, romatolojik hastalıklar gibi sistemik inflamasyonun ön planda olduğu hastalıkların tanısı ve progresyonun izlenmesinde kolaylıkla kullanılabilir. Çok sayıda çalışmada, artmış NLO ve MPV ile inflamasyon arasındaki ilişki bildirilmiştir. Elbey ve ark. yılan ısırması ile takip edilen erişkin hastalarda artmış yüksek NLO ile komplikasyonlu seyir ve uzamış hastanede yatış süresi arasında ilişki saptamışlardır. Yılan sokması olan çocuk hastaları içeren başka bir çalışmada NLO, MPV ve yılan sokmasının ciddiyeti arasında bir ilişki saptanmamıştır. Bildiğimiz kadarıyla bizim çalışmamız, yılan sokması olan pediatrik hastalarda NLO ile uzamış hastane yatışı arasında pozitif korelasyon saptayan ilk çalışmadır. Başvurudaki NLO düzeyinin ciddi klinik seyir ve uzamış hastane yatışını öngörme açısından önemli bir biyomarker olduğunu düşünmekteyiz. Daha büyük hasta grupları ile yapılacak prospektif çalışmalar literatüre sağlayacağı katkılar açısından önemli olacaktır.

**Anahtar kelimeler** : çocuk, inflamasyon, nötrofil-lenfosit oranı, yılan sokması

**PT-025**

## ACİL SERVİSE GÖĞÜS AĞRISI NEDENİYLE BAŞVURAN ÇOCUKLAR ve BU OLGULARDA SAPTANAN KARDİYAK SORUNLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Taner Kasar<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Ordu Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji, Ordu

**Giriş** : Çocuk kardiyoloji ve genel pediatri pratiğinde göğüs ağrısı sık karşılaşılan bir durumdur. Çocuklarda göğüs ağrısı çoğunlukla kardiyak dışı nedenlere bağlı olarak gelişir. Ancak aile üyeleri ve çocukta ciddi endişeye yol açmaktadır. Bu nedenle etiyolojik nedenin süratle tespit edilmesi, doğru tedavinin uygulanması ve ciddi kardiyak patolojilerin belirlenmesi bakımından önemlidir. Bu çalışmada çocuk acil servisi tarafından çocuk kardiyoloji kliniğine yönlendirilen göğüs ağrısı yakınması nedeniyle başvuran çocuklarda etiyolojik nedenlerin araştırılması amaçlandı.



# 15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-TARTIŞMALI POSTERLER-

**Tablo 1**

Saptanan Patolojiler	n (%)
Mitral kapak prolapsusu	21 (%37.5)
Miyoperikarditler	4 (%7.1)
Akut Romatizmal Kardit	4 (%7.1)
Pulmoner hipertansiyon	2 (%3)
Hipertrofik Kardiyomiyopati	2(%3)
Pnömo-perikardiyum	2(%3)
Perikardiyal effüzyon	2(%3)
Sol Ventrikül non-conpaction	2(%3)
Biküspit aort kapak- Aort stenozu	1(%1.7)
Dilate Kardiyomiyopati	1(%1.7)
Aritmi	15(%26.7)
-Supra ventriküler taşikardi	6 (%10.7)
-Wolf Parkinson White sendromu	4 (%7.1)
-Ventriküler Ekstra Sistol	4 (%7.1)
-Tam Atrioventriküler blok	1(%1.7)

**Tablo 1. Kardiyak nedenli göğüs ağrısı düşünülen hastalarda tespit edilen ekokardiyografik ve elektrokardiyografik patolojiler**

**Gereç-Yöntem :** Çalışma 1 Eylül 2017 ve 1 Eylül 2018 tarihleri arasında çocuk acil servisine göğüs ağrısı şikayeti ile başvurup, çocuk kardiyoloji ile konsulte edilen yaşları 5-18 yıl arasında değişen olgular üzerinde prospektif olarak gerçekleştirildi.

**Bulgular :** Üçyüzseksen üç olgu çalışmaya dahil edilmişti. Olguların çoğunun daha çok pubertal dönemdeki çocuklardan oluştuğu saptandı (Pubertal erkekler %60, kızlar ise %67). Olgularda ayrıca çarpıntı %18.2 , senkop %7.3 , baş ağrısı %0.5 , atralji %0.5 ve yaygın kas veya eklem ağrısı %10 oranında göğüs ağrısına eşlik etmekteydi. Olguların etiyolojik nedenleri değerlendirildiğinde; %69.6'sı idiyopatik ve psikolojik nedenler; %14.6'sı kardiyak patolojileri; %6.3'u kas-iskelet sistemi; %4.2'si sindirim sistemi ve %5.3'ünü solunum sistemi sorunları oluşturmaktaydı. Kardiyak nedenli göğüs ağrısı (n=56) düşünülen hastalarda tespit edilen ekokardiyografik ve elektrokardiyografik patolojiler Tablo 1'de gösterilmiştir.

**Sonuç :** Göğüs ağrısı çocuk acile başvuruların sık nedenlerinden biridir. Detaylı alınan bir anamnez ile desteklenen fizik muayene ve EKG'sinde anormal bulgusu olmayan hastalarda kardiyak nedenler büyük olasılıkla dışlanabilmektedir. Ani başlangıçlı, egzersizle ilişkili, senkop ya da baş dönmesi eşlik eden, veya pozitif aile öyküsü olan olgularda kardiyak nedenler ön planda düşünülerek ileri tetkik amaçlı çocuk kardiyoloji bölümüne yönlendirilmesi gerekmektedir.

**Anahtar kelimeler :** Göğüs ağrısı, çocuk, etiyoloji

# 15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-TARTIŞMALI POSTERLER-

PT-026

## ÇOCUK TRAVMA HASTALARINDA PNÖMOMEDIASTİNUM SIKLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

İlhan Uz<sup>1</sup>, Turgay Yılmaz Kılıç<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, İzmir

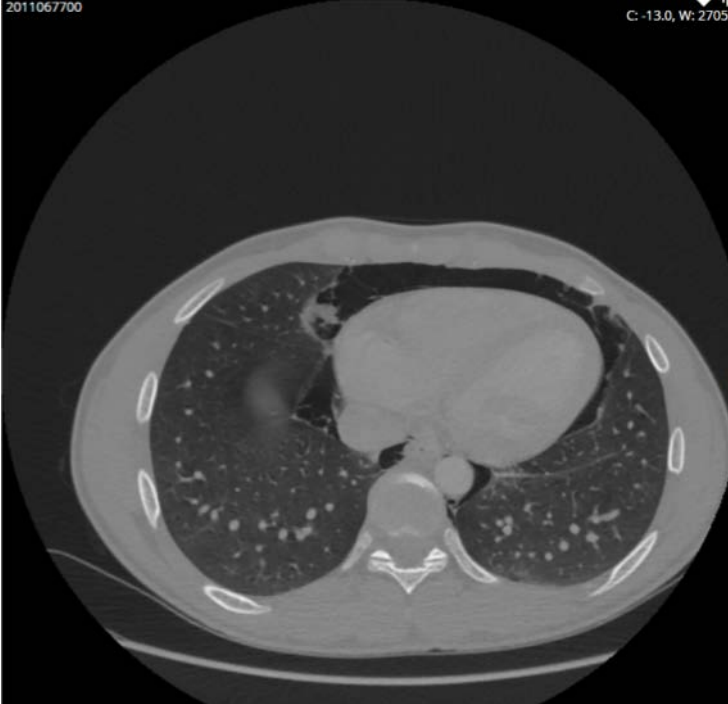
<sup>2</sup> SBÜ Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İzmir

**Giriş** : Spontan ve travmatik olarak ikiye ayrılan pnömomediastinum (PM), mediastende hava bulunmasıdır. Olası komplikasyonları açısından morbidite ve mortalitesi yüksek bir klinik durum olduğu düşünülmektedir. Bu çalışma ile çocuk yaş grubunda travmatik PM sıklığı ve mortalite oranlarının araştırılması amaçlandı.

**Gereç-Yöntem** : Eylül 2015– Eylül 2018 tarihleri arasında travma sonucu acil servise başvuran, 0-17 yaş arası 57.654 hasta hastane otomasyon sisteminden geriye dönük olarak tarandı. Toraks bilgisayarlı tomografisinde PM saptanan hastalara ait veriler incelendi.

**Bulgular** : 7 hastada PM saptandı (Resim 1). Hastaların tümü erkek ve yaş ortalaması 14.4±2.7 yıl idi. Travma mekanizmaları incelendiğinde; 2 hastanın yüksekten düşme, 2 hastanın bisiklet-motorsiklet kazası, 2 hastanın araç içi trafik kazası ve 1 hastanın darp sonucu yaralandığı tespit edildi. Hastanede kalış süresi ortalama 4.2±2.1 gün olarak hesaplandı. Bir hastaya hemopnömotoraks nedeniyle tüp torakostomi, bir hastaya da trakeabronşial rüptür nedeniyle kontrol amaçlı bronkoskopi yapıldığı tespit edildi. En sık eşlik eden yaralanmalar pnömotoraks (n=4), cilt altı amfizem (n=3) ve karaciğer laserasyonu(n=2) idi. Hastaların tamamının hastaneden şifa ile taburcu olduğu saptandı. Hastaların kısa ve uzun dönem takiplerinde komplikasyon görülmedi.

**Resim 1. Toraks bilgisayarlı tomografide aksial kesitte pnömomediastinuma ait görüntü.**



**Sonuç** : Travma sonucu başvuran çocuk yaş grubunda PM nadirdir. Çalışmamızda travmatik PM prevalansı 1.2/10.000 idi. Klinik çok değişkendir ve potansiyel letal bir durum olması nedeni ile hızlı tanı önemlidir. Pnömomediastinumlu hastalar monitorize edilerek yakın takip edilmelidir. Tedavide yaklaşım çoğunlukla koruyucu (istirahat, ağrı kesici, antibiyoterapi ve valsalva manevrasından kaçınma) ve destek amaçlı olmalıdır. Ciddi komplikasyonlar için mediastinal iğne aspirasyonu, servikal mediastinotomi, trakeostomi veya acil torakotomi yöntemleri kullanılabilir. Erken tanı, yakın takip, yeterli ve uygun tedavi ile pnömomediastinuma bağlı mortalite ve morbidite gelişimi önlenabilir.

**Anahtar kelimeler** : Acil servis, Pnömomediastinum, Travma

PT-027

## ARTERİOVENÖZ ECMO YAPILAN HASTALARDA LEVOSİMANDAN İLE WEAN SONUÇLARI : 5 YILLIK DENEYİM

Mutlu Uysal Yazıcı<sup>1</sup>, Zeynelabidin Öztürk<sup>1</sup>, Esra Koçkuzu<sup>1</sup>, Mehmet Çeleğen<sup>1</sup>, Benan Bayrakçı<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi

**Giriş** : Levosimendan, ciddi kalp yetmezliğinin tedavisinde kullanılan inotropik ve vazodilatör etkilere sahip bir kalsiyum sensitizördür. Diğer klasik inotropilerden farkı miyokard oksijen tüketimini arttırmamasıdır.

# 15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-TARTIŞMALI POSTERLER-

2013-2017 ecmo verileri

2013-2017 ECMO Verileri					
	Toplam	Wean		Taburcu	
<b>Yenidoğan</b>					
Pulmoner	(9**)	2	%22	2	%22
Kardiyak	2*(10**)	1	%50	0	%0
E-CPR	0	-	-	-	-
Toplam	14	3	%21	2	%14
<b>Pediyatrik+erişkin</b>					
Pulmoner	4	2	%50	1	%25
Kardiyak	39	20	%51	16	%41
E-CPR	7	5	%71	4	%57
Toplam	50	27	%54	21	%42
Toplam	64	30	%47	21	%36

**\*BAT,jaten stunn,Ebstein;modifiye B-T şant,stunn\*\*konjenital diafragma hernisi**

**Gereç-Yöntem** : VA-ECMO hastalarında levosimendan kullanımının wean üzerine olan etkisini araştırmak için 2013-2017 arasında ECMO yaptığımız hastaları inceledik. materyal-metod: Bizim ünitemizde kalp damar cerrahisi ile ortak protokolümüz santral AV ecmo kanülasyonu yapılarak; tüm yenidoğan, çocuk, erişkin ECMO yaptığımız hastalar çocuk yoğun bakım ünitesinde izleniyor.2013-2017 yılları arasında toplam 64 hastaya VA ECMO uygulandı.Ecmo hastalarına planlanan wean'den 24 saat önce levosimendan verildi. Levosimendan **öncesi ve sonrası laktat, kardiyak index, mixt venöz oksijen saturasyonu ve flow değerleri kaydedildi.**

**Bulgular** : 64 VA ecmo uygulanan hastaların 30'u (47%)wean oldu,21 hasta(36%) taburcu oldu. (tablo:1)Kardiyak index  $2.63 \pm 0.5$  to  $3.8 \pm 0.8$  L/min/m<sup>2</sup> (p = 0.005) yükselirken; mix venöz oksijen saturasyonu % 60.0 'dan %70.5 (p = 0.006) ve laktat seviyesi 3.5to 1.6 mmol/L (p = 0.004) geriledi.

**Sonuç** : levosimendan, eşzamanlı ECMO tedavisi ile yeterli son organ perfüzyonu sağlandığında sağkalımı geliştirebilir.Levosimendan tedavisonrası ecmo'daki hastaların cardiac indexi artmış, laktat seviyesi düşük ve mixt venöz oksijen saturasyonunu yükselmiş bulduk. Levosimendan inotropilerden ve ecmo'dan wean de yardımcı rol oynayabilir.

**Anahtar kelimeler** : Levosimendan, ECMO, wean

PT-028

## 49 YATAKLI ÇOCUK YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE TRAKEOSTOMİ AÇILAN HASTALARIN KLİNİK VE TAKİP ÖZELLİKLERİ

Eylem Kırıl<sup>1</sup>, Ayşe Filiz Yetimakman<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı

**Giriş** : Son yıllarda hastaların yoğun bakım olanaklarındaki gelişmeler, mekanik ventilatörde kalış süresi ve evde hasta bakım konusunda tecrübelerin artması ile birlikte trakeostomi açılan hasta sayısında artış olmuştur. Burada sosyoekonomik düzeyin çok düşük olduğu Şanlıurfa ili 49 yataklı Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi'nde trakeostomi endikasyonları, trakeostomi açılma süresi ve komplikasyonları hakkındaki deneyimlerimizin paylaşılması planlandı.

**Gereç-Yöntem** : Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitemizde Haziran 2017 ve Ağustos 2018 tarihleri arasında trakeostomi açılan 31 hastaya ait demografik ve klinik bilgiler retrospektif olarak kayıtların taranması ile elde edilmiştir.

**Bulgular** : Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde 2017-2018 yılları arasında 1665 hasta yatırılmış olup, toplam 34 trakeostomili hasta izlenmiştir. Üç hastanın trakeostomisi başka bir sağlık kuruluşunda takıldığı için çalışmaya dahil edilmemiştir. 31 hastanın 16'sı (%51.6) erkek, 15'i (%48.4) kız olup medyan yaş 17 (1-160 ay) aydır. Trakeostomi açılması için birinci endikasyon nöromuskuler hastalıklar(21 hasta, % 67.7) ikinci endikasyon ise hipoksik iskemik sekel sonrası (9 hasta, %29) idi. Hastalarda trakeostomi endikasyonu sıklıkla uzamış entübasyon/ev tipi ventilasyona hazırlık (28 hasta, %90.3) idi. İki hastaya (% 6.4) hastaya üst hava yolu obstrüksiyonu, bir hastaya (%3.2) hastaya travma sonrası trakesotomi açılması gerekmiştir. Hastalarımızda trakeostomi öncesi hastanede yatış süresi medyan 35 gündür, trakeostomi açılması sonrası yoğun bakımda yatış süresi medyan 64 gündür. Gecikmiş trakeostominin başlıca nedeni ebeveynlerin ilk planda işlemi kabul etmemesidir. Trakeostomi açılması işlemine bağlı olarak beş hastada komplikasyon gözlenmiştir(bir hastada trakeostomi yerinde darlık, 2 hastada trakeostomi kanülü etrafında kanama ve akıntı, 1 hastada kanülün karınaya dayanması, 1 hastada pnömotoraks). Trakeostomi takılan hastalarımızın uzun dönem takibinde 6 hasta (%19.3) kaybedilmiş olup, hiçbir trakeostomi veya trakeostomiye bağlı yan etkiler nedeniyle kaybedilmemiştir. Üç hasta oda havasında oksijen, 28 hasta ev tipi mekanik ventilatör desteği ile taburcu edilmiştir.

**Sonuç** : Sonuç olarak, günümüzde nörolojik hastalıklar trakeostomi açılması için en sık neden olup, yoğun bakım koşullarında yapıldığında düşük mortalite ve morbidite oranına sahip bir işlemdir. Şanlıurfa ilimizde uzamış yatış süresi için en önemli sorun geniş aile yapısı nedeniyle işlemi kabul etmemesi, sık elektrik kesintisi ve evde solunum desteği için verilen aile eğitimiydi.

**Anahtar kelimeler** : trakeostomi, evde bakım

# 15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-TARTIŞMALI POSTERLER-

PT-029

## ÇOCUKLARDA İNVAJİNASYON : 10 YILLIK MERKEZ DENEYİMİ

Merve Karaman Yılmaz<sup>1</sup>, Deniz Karakaya<sup>2</sup>, Aytaç Göktuğ Yaylacı<sup>2</sup>, Meltem Koloğlu<sup>3</sup>, Deniz Tekin<sup>2</sup>,

<sup>1</sup> Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

<sup>2</sup> Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Acil Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

<sup>3</sup> Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

**Giriş :** İnvajinasyon, infant ve küçük çocuklarda akut intestinal obstrüksiyonun en sık nedenlerinden birisidir. En sık 6-24 ay arası bebeklerde görülmektedir. Erkek çocuklarda kızlara göre daha sık görülmektedir. İnvajinasyonda klasik triad; karın ağrısı, kusma ve çilek jölesi şeklinde rektal kanamadır. Fizik muayenede olguların 2/3'ünde ele gelen palpable kitle saptanır. Ancak bu dört kardinal bulgu olguların ilk başvurusunda çoğunlukla eş zamanlı saptanmaz. Ultrasonografi ilk tanı metodu olarak kullanılmakta ve aynı zamanda redüksiyon tedavisi için kılavuzluk yapmaktadır. Klasik invajinasyonda belirgin bir etyolojik faktör yoktur. Tüm olguların %2-12'sinde invajinasyona yol açan bir hedef nokta vardır. Meckel divertikülü en sık görülen hedef noktadır. İnvajinasyonda tanı ve tedavideki gecikmeler bağırsakta nekroz, perforasyon, peritonit ve sepsise kadar uzanan bir dizi istenmeyen sonuçlara neden olabilmektedir. Tedavi edilmeyen invajinasyon vakaları fatal seyredebilir. Tedavide günümüzde baryumlu, hidrostatik veya pnömotik redüksiyon yöntemleri cerrahinin önüne geçmiş durumdadır. Redüksiyon yöntemleri ile başarı sağlanamaz ise vakit kaybetmeden cerrahi yönetime başvurulmalıdır. Bu çalışmada Çocuk Acil polikliniğimize Ocak 2008-Ağustos 2018 tarihleri arasında başvuran, tanı ve tedavisi yapılmış invajinasyon olgularının retrospektif olarak değerlendirilmesi yapılmıştır.

**Gereç-Yöntem :** Ocak 2008-Ağustos 2018 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Acil Polikliniği'ne başvuran ve invajinasyon tanısı alan 237 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Bu hastaların medikal kayıtları retrospektif olarak taranarak; hastalar, demografik bilgileri (yaş, cinsiyet), başvuru şikayetleri (karın ağrısı, kusma, kanlı dışkılama ve huzursuzluk) ve bulguları, başvurdıkları mevsim, semptomların başlangıç zamanı, tanı ve tedavi yöntemleri, sonografik invajinasyon tipi ve postoperatif komplikasyonlar açısından değerlendirilmiştir.

**Bulgular :** İnvajinasyon nedeni ile tedavi edilen olguların demografik ve klinik açıdan özellikleri Tablo-1'de özetlenmiştir. Olgularımızın 140'ı erkek (%59), 97'si kız(%41)dı. E:K oranı 1.44 olarak bulundu. Olguların yaş ortalaması 2,72 yaş (0,37-13,21 yaş) idi. Olguların %46'sı 2 yaşından küçüktü. Hastaların 207 'si (%87.3) başvuru sırasında ilk, 30'u (%12,7) ise tekrarlayan invajinasyon tanısı aldı. Hastaların başvuru zamanlarına bakıldığında belirgin mevsimsel farklılık bulunmamakla birlikte hastaların %32'si ilkbaharda tanı almışlardı. Şikayetlerin başlangıcından tanı anına geçen süreye bakıldığında hastaların 199 tanesi(%84) 24 saatten kısa sürede, 38'i (%16) 24 saatten uzun sürede tanı almışlardı. Olguların en sık başvuru şikayetleri; kusma (%75.9) ve karın ağrısı(%70.9) idi. Bu şikayetleri sırasıyla; huzursuzluk(%17.7) ve kanlı dışkılama(%13.9) izlemekteydi. İnvajinasyon vakalarında görülen klasik triad; karın ağrısı, kusma ve çilek jölesi şeklinde rektal kanama; yalnızca 13 hastada (%11.3) mevcuttu. Yapılan fizik muayenede 11 olguda(%4.6) karında kitle tespit edildi. Toplam 177 hastanın invajinasyon tipi kayıtlarda saptandı. En sık; 51 hastada (%21,5) ileoçekal invajinasyon saptandı. İnvajinasyon tipleri sırasıyla; ileokolik 48(%20.3), ileoileal 46 (%19.4), kolokolonik 26(%11) ve jejejunal 6(%2.5) olarak bulundu. Olguların 20'sinde (%8) invajinasyona neden olan bir hedef nokta tespit edildi. En sık görülen Meckel divertikülü 6(%2.5) hastada saptandı. Meckel divertikülü dışında hastalarda hedef nokta olarak; lenfadenopati, henoch-schönlein purpurası, akut apendisit, duplikasyon kisti, juvenil polip, yabancı cisim(madeni para), nöroblastom ve burkitt lenfoması saptandı. 9 (%3.8) hastada rotavirüs gastroenteriti izleminde invajinasyon tespit edildi. İnvajinasyon olgularının izleminde 38 hastada(%16) spontan rezolüsyon gözlemlendi. Hastaların tedavisinde, 187 olguda (%78) klinik yakınmaların yeni başlamış olması ve genel durum iyiliği nedeni ile USG eşliğinde hidrostatik redüksiyon denendi. Bu hastaların %84'ünde invajine segment başarı ile açıldı. Hidrostatik redüksiyonun başarısız olduğu 23 hastaya manuel redüksiyon, 6 hastaya ise rezeksiyon yapıldı. Olguların tedavi yöntemleri tablo-2 de görülmektedir. Olguların tedavi sonrası hospitalizasyon süresine bakıldığında ortalama hospitalizasyon süresi 4.12 gündü(2-30gün). Hastaların 182'si(%76.8) 5 günden kısa sürede taburcu edildi. Postoperatif 2 hastada (< %1) komplikasyon gelişti. Olguların birinde perforasyon diğerinde ise anastomoz kaçağı saptandı.

# 15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-TARTIŞMALI POSTERLER-

Tablo- I ve Tablo-II

Tablo I. İnvajinasyon nedeniyle takip edilen olguların özellikleri

Özellik	n(%)
Cinsiyet	
Kız	97(40,9)
Erkek	140(59,1)
Sikayet	
Kusma	180(75,9)
Karın ağrısı	168(70,9)
Huzursuzluk	42(17,7)
Rektal kanama	33(13,9)
Klinik Bulgular	
Abdominal kitle	11(4,6)

Tablo II. İnvajinasyon tanısı alan hastaların tedavi yöntemleri

Tedavi Biçimi	n(%)
Spontan Rezolüsyon	38(16)
Hidrostatik Redüksiyon	187(78,9)
Başarılı Redüksiyon	158(66,7)
Manuel Redüksiyon	23(9,7)
Cerrahi Rezeksiyon	6(2,5)
Manuel Redüksiyon	7(3)
Cerrahi Rezeksiyon	5(2,1)
<b>Toplam</b>	<b>237(100)</b>

## İnvajinasyon nedeniyle takip edilen olguların özellikleri ve tedavi yöntemleri

**Sonuç :** İnvajinasyon çocukluk çağında sık görülen akut karın nedenlerinden biridir. Tanı ve tedavide gecikme sonucunda ciddi komplikasyonlara; hatta mortaliteye neden olabilmektedir. Hastalarda karın ağrısı, kusma ve çilek jölesi şeklinde kanlı dışkılamadan oluşan klasik triad başvuruda sıklıkla bulunmamaktadır. Klasik prezentasyon olmaması tanı gecikmelerine yol açabilmektedir. Klinik şüphe durumunda olgunun ultrasonografi ile en kısa sürede değerlendirilmesi gerekmektedir. Erken tanı; invajinasyon olgularının hidrostatik veya pnömotik redüksiyon yöntemleri ile tedavi şansını artırır. İki yaş altı olgularda genellikle bir hedef nokta olmamasına rağmen; iki yaş üzerinde farklı klinik durumların hedef nokta oluşturarak invajinasyon ile prezente olabileceği düşünülmeli ve etyolojik faktörler gözden geçirilmelidir.

**Anahtar kelimeler :** akut batın, çocukluk çağı, invajinasyon

PT-030

## İLAÇ İNTOKSİKASYONU İLE BAŞVURAN ERGENLERDE ÖZKİYIM İLİŞKİLİ RİSK FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Meltem Dinleyici<sup>1</sup>, Eylem Kırıl<sup>2</sup>, Ahmet Sami Yazar<sup>3</sup>, Sabiha Şahin<sup>3</sup>,

<sup>1</sup> Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Sosyal Pediatri Bilim Dalı

<sup>2</sup> Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, Şanlıurfa

<sup>3</sup> İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

<sup>4</sup> Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk Acil Bilim Dalı

**Giriş :** Özkıym tüm dünyada çocuklarda ve erişkinlerde önemli toplum sağlığı problemleri arasında yer almaktadır. Ergenlik döneminde özkıym düşüncesi ve girişimi -özellikle de tekrarlayan özkıym girişimi- ile ilişkili risk faktörlerinin ve erken belirleyicilerinin belirlenmesi büyük önem taşımaktadır. Bu çalışmada ilaç zehirlenmesi tanısıyla çocuk yoğun bakım servisinde yatırılarak tetkik ve tedavi olan ergen özkıym olgularının demografik ve özkıym ile ilişkili faktörlerin ve özellikle tekrarlayan özkıym girişimi olgularının ilişkili faktörlerinin belirlenmesi planlandı.

**Gereç-Yöntem :** Çalışmaya Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Acil Ünitesi ve Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Ünitesine ilaç zehirlenmesi tanısıyla ardışık başvuran 12-17 yaş arasında ki 80 özkıym (12 erkek, 68 kız) olgusu dahil edildi. Tüm olguların demografik özellikleri, özkıym için alınan ilaç içeriği ve miktarı, daha önceden kronik organik ya da psikiyatrik hastalık varlığı, ilaç kullanımı ve daha önceden özkıym girişimi not edildi. Çalışmaların istatistik analizi için SPSS for Windows (16.0, Chicago, IL) paket programı kullanıldı. p değerinin <0,05 olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi

**Bulgular :** Çalışmaya dahil edilen 80 olgunun medyan yaşı 16 yaş idi ve olguların %86,2'si halen okula devam etmekteydi. Hastaların aldığı ilaç sayıları değerlendirildiğinde, olguların %46,2'sinin 20'den fazla ilaç aldığı öğrenildi. Hastaların %47,5'inde birden fazla grup

# 15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

## -TARTIŞMALI POSTERLER-

ilaç (2-6 farklı grup ilaç) alım öyküsü vardı. Hastaların almış olduğu ilaçların dağılımında %24,8'i analjezik/antipiretik ilaçlar, %20,3'ü antidepresan ilaçlar, %17,8'i kombine anti-gribal ilaçlar, %9,5'i antibiyotik ilaçlar aldığı öğrenildi. Hastaların özkıyım için aldıkları ilaçların %46,2'si kendisine ait, %22,5'i annesine ait, %10'u ise aynı evde yaşayan büyükanne-dedeye ait ilaçlar ile özkıyım girişiminde bulunduğu öğrenildi. Olguların %30,4'ünde daha önceden psikiyatrik bir tanı olup, ilaç kullanmakta idi. Olguların %26,2'sinde daha önceden özkıyım girişimi öyküsü mevcut idi (2-6 kez). Tekrarlayan özkıyım girişiminde bulunan olguların, ilk kez özkıyım girişiminde bulunanlara göre daha çok kendi ilaçları ile özkıyım girişiminde bulunduğu ( $p<0,05$ ), daha çok psikiyatrik ilaç alımı öyküsünün olduğu ( $p<0,05$ ), okula devam etmeyen olgularda daha sık olduğu saptandı ( $p<0,01$ ). Çalışmamızda yeniden özkıyım girişimi olan olgularda cinsiyet farkı saptanmazken, tekrarlayan özkıyım girişiminde bulunan olguların kendi ilaçları ile özkıyım girişiminde bulunma oranlarının yüksek olduğu, psikiyatrik ilaç kullanım öyküsünün ve dolayısı ile psikiyatrik hastalık tanısı alma sıklığının daha fazla olduğu ve bu olgularda okul terk durumunun daha yüksek olduğunu saptadık.

**Sonuç :** Bu çocukların evde daha çok kendilerine ait ilaçlar ile yeniden özkıyım girişiminde bulunmaları, ailelere bu aşamada büyük görev düştüğünün altını çizmektedir ve başta ilaç güvenliği olmak üzere ailenin ihmali de önemli bir rol oynamaktadır. Bu çocukların kullanmış olduğu ilaçların ve diğer ilaçların ev içinde saklanması ve güvenliğinin sağlanması ebeveynlerce sağlanmalıdır ve özkıyım ile ilişkili ilaçlara erişim konusunda da düzenlemelere gereksinim duyulmaktadır.

**Anahtar kelimeler :** özkıyım, risk faktörleri

PT-032

### MANYETİK REZONANS GÖRÜNTÜLEME İÇİN UYKUSUZ BIRAKILAN ÇOCUK HASTALARDA OKSİDATİF STRES DÜZEYİ ARTIYOR MU?

Halit Halil<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.

**Giriş :** Giriş: Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) gereken pediatrik hastalarda işlem sırasında hasta hareketlerinin görüntü kalitesini olumsuz etkilemesi sebebiyle pediatrik hastalar için genellikle sedasyon veya anestezi gerekli olabilmektedir. Başarılı sedasyon veya anestezi sağlamak için çocuk hastalardan en az 4 saatlik uykusuzluk istenmektedir. Uykusuzluk çocuk hastalarda oksidatif/antioksidatif düzey üzerine etkili olabilir. Oksidatif stres; hücrel metabolizma sırasında oluşan hidroksil radikali, süperoksit radikali ve hidrojen peroksit gibi reaktif oksijen türlerinin artışı (ROS) ile onları detoksifiye eden, antioksidanların yetersizliği sonucu oluşan oksidatif dengenin bozulması olarak tanımlanır. Oksidatif stresteeki artış sonucunda oluşan reaktif oksijen türleri hücre içi lipid, protein ve DNA gibi makromoleküllere hasar vererek hücre zedelenmesine ve hücre ölümüne neden olur. Oksidatif stres, birçok kronik hastalığın patogenezinin sorumludur. Literatürde, etki mekanizmalarına yönelik çok sayıda araştırma yapılmakta olup, birçok hastalığın patogenezi ile ilişkili olduğu halen güncelliğini koruyan bir alandır. Oksidan/antioksidan dengenin değerlendirilmesinde farklı belirteçler kullanılmaktadır. Bunlar içinde en güncel olanlarından biri Erel ve ark.'nın geliştirdiği yöntemdir. Bu yöntemde serum nativ tiyol, total tiyol ve disülfid parametreleri ölçülmektedir ve disülfid/tiyol, disülfid/total tiyol ve nativ tiyol/total tiyol oranları ve indeksleri hesaplanır. Literatürde, uykusuzluk süreleri ile oksidatif stres arasındaki ilişkiyi araştıran bir çok hayvan çalışması yapılmıştır. Uykusuz bırakılan deney hayvanlarında oksidatif streste ciddi bir dengesizlik olduğu ve potansiyel doku hasarına yol açabileceği rapor edilmiştir. Bildiğimiz kadarıyla pediatrik hastalarda uykusuzluk süreleri ile oksidatif stres arasındaki ilişkiyi araştıran herhangi bir çalışma yayınlanmamıştır. Çalışmamızın amacı uykusuz bırakılan çocuk hastaların oksidatif stres düzeylerini belirleyerek, uykusuzluk süreleri ile oksidatif stres arasındaki ilişkiyi araştırmaktır

**Gereç-Yöntem :** Çalışmamız Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 18 Nisan 2018 ile 3 Eylül 2018 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Yaşları altı ay ile 6 yaş arasında değişen, çeşitli sağlık nedenlerinden dolayı manyetik rezonans görüntüleme çekimi ihtiyacı olan ve çekim sırasında hareketlerinin görüntü kalitesini olumsuz etkilemesi öngörülen (kooperasyon kurulamayan, ajite ve anksiyeteli olan) ve çekim öncesi başarılı sedasyon veya anestezi sağlamak için en az dört saat uykusuz bırakılan çocuk hastalar çalışmaya dahil edildi. Çalışmaya dahil edilen hastalar çekim öncesi pediatri doktoru tarafından değerlendirilip fizik muayeneleri yapıldı. Yüksek ateş, akut solunum yolu enfeksiyonu, ishal, kusma şikayetleri olan veya majör konjenital anomalisi olan veya kronik hastalığı nedeniyle sürekli ilaç kullanan hastalar çalışmaya alınmadı. MRG çekimi öncesi uykusunu tam alan ve çekim sabahı aldığı saatinde uyanan hastalar kontrol grubu olarak belirlendi. Çekim öncesi en az 4 saat uykusuz bırakılan hastalar çalışma grubu olarak belirlendi. Sedasyon veya anestezi için hastalara, damar yolu açılırken 3 ml kan örneği alındı, 1 saat sonra 10 dakika boyunca 5000 rpm de santrifüj edildikten sonra oksidatif stress düzeyi çalışılana kadar -20 °C'de tutuldu. Oksidatif sters düzeyi Erel Kiti ve yöntemi ile ölçüldü. Ölçülen parametreler nativ tiyol, total tiyol ve disülfid serum düzeyleri ve disülfid/tiyol, disülfid/total tiyol ve nativ tiyol/total tiyol oranlarıdır.

**Bulgular :** Bulgular: Hastanemiz Çocuk Acil Kliniği'ne MRG çekirmek amacıyla 18 Nisan ile 3 Eylül 2018 tarihleri arasında başvuran 95 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların 56'sı (%58,9) erkek, 39'u (41,1) ise kız çocuklardı. Hastaların ortanca (IQR) yaşı 2,0 (2,0) yıl, ortanca (IQR) vücut ağırlığı 13,0 (7,0) kg idi. MRG'den önce ortanca (IQR) uykusuzluk süresi 8,0 (4,0) saat idi. Nativ tiyol, total tiyol ve disülfid serum düzeyleri uykusuz hastalarda kontrol hastalarına göre daha düşüktü. En az dört saat uykusuz hastalarda ortanca (IQR) nativ tiyol düzeyi 557,3(75,0) µmol/L, total tiyol düzeyi 609,4 (85,1)µmol/L ve disülfid düzeyi 24,57 (10,0) µmol/L idi. Kontrol hastalarında ortanca (IQR) nativ tiyol düzeyi 573,2 (109,0) µmol/L, total tiyol düzeyi 623,9 (133,1) µmol/L ve disülfid düzeyi 24,7(13,0) µmol/L idi. Her iki grup arasında serum nativ tiyol, total tiyol ve disülfid düzeyleri arasında anlamlı istatistiksel farklılık saptanmadı (Nativ tiyol ( $p=0,304$ ), total tiyol ( $p= 0,304$ ) ve disülfid düzeyleri ( $p= 0,803$ )). Disülfid/tiyol, disülfid/total tiyol ve nativ tiyol/total tiyol oranları uykusuz hasta grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek idi fakat gruplar arasında oranların ortalamaları açısından anlamlı bir istatistiksel farklılık saptanmadı ( $p= 0,90$ ). En az dört saat uykusuz olanlarda uykusuzluk süresi ile disulfid düzeyi arasında orta derecede korelasyon saptandı ( R: -0,541 P: 0,025). Uykusuzluk süresi ile total tiyol arasında da istatistiksel olarak sınırda olsa da orta derecede korelasyon trendi saptandı ( R: -0,461 P: 0,063).

# 15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

## -TARTIŞMALI POSTERLER-

Tablo 1. Çalışma (en az dört saat uykusuz bırakılan) ve kontrol gruplarının disülfid/tiyol düzeylerinin karşılaştırılması.  
Değişken

Değişken	Çalışma grubu		p
	Kontrol grubu	Median(IQR)	
Nativ tiyol ( µmol/L)	557,3(75,0)	573,2 (109,0)	(p= 0,850)
Total tiyol ( µmol/L)	609,4 (85,1)	623,9 (133,1)	(p= 0,854)
Disülfid ( µmol/L)	24,7(13,0)	24,57 (10,0 )	(p= 0,437)
Disülfid/tiyol*100	4,56(1,48)	4,47(1,91)	(p= 0,385)
Disülfid/total tiyol*100	4,16(1,20)	4,10(1,70)	(p= 0,385)
Nativ tiyol/total tiyol*100	91,63(2,30)	91,78(2,60)	(p= 0,385)

### IQR: Interquartile range

**Sonuç :** Sonuç: MRG çekimi için en az dört saat uykusuz bırakılan çocuklarda oksidatif stress düzeylerinin değerlendirilmesinde kullanılan nativ tiyol, total tiyol ve disülfid serum düzeylerinde ve disülfid/tiyol, disülfid/total tiyol ve nativ tiyol/total tiyol oranlarında artma trendi saptanmıştır. Bu ilişkinin daha iyi aydınlatılabilmesi için daha çok hasta içeren ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar kelimeler :** Çocuk, Oksidatif stress, Uykusuzluk.

# 15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-TARTIŞMALI POSTERLER-

## PT-033

### ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ASİSTANLARI TARAFINDAN ÇOCUK MAKETİNDE YAPILAN TRAKEAL ENTÜBASYONDA C-MAC® VİDEOLARİNGOSKOP VE DİREK LARİNGOSKOP GEREÇİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Ayşe Berna Anıl<sup>1</sup>, Murat Anıl<sup>2</sup>, Fatih Durak<sup>1</sup>, Ümüt Altuğ<sup>1</sup>, Gökçen Özçifçi<sup>1</sup>, Gülşen Yalçın<sup>2</sup>, Şule Demir<sup>2</sup>

<sup>1</sup> İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, İzmir

<sup>2</sup> SBÜ İzmir Tepecik SUAM, Çocuk Acil Kliniği, İzmir

<sup>3</sup> SBÜ İzmir Tepecik SUAM, Çocuk Yoğun Bakım Kliniği, İzmir

**Giriş :** Endotrakeal entübasyon ile yapılan ileri havayolu yönetimi çocuk ileri yaşam desteğinin çok önemli bir parçasıdır. Entübasyon kararı verilen hastalar mümkün olan en hızlı şekilde ve doğru teknikle entübe edilmelidirler. Bu çalışmanın amacı, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencileri tarafından çocuk maketi üzerinde yapılan endotrakeal entübasyon işleminde yapılan video laringoskop ve standart direk laringoskopun etkinliklerinin karşılaştırılmasıdır.

**Gereç-Yöntem :** SBÜ İzmir Tepecik Sağlık Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Kliniği uzmanlık öğrencilerinin çocuk maketi üzerinde yaptıkları endotrakeal entübasyon girişimleri incelenmiştir. Çocuk maketine, her bir katılımcı tarafından C-MAC PM® Video laringoskop (Karl Storz GmbH & Co. KG Tuttlingen, Germany) ve standart laringoskop kullanılarak 2 defa endotrakeal entübasyon denemesi yapılmıştır. Başarılı girişim oranı, glottisi görme zamanı, endotrakeal tüp yerleştirme süresi, toplam süre, Cormack-Lehane puanı ve uygulayıcının cihazı değerlendirme puanı (1 çok kötü, 10 çok iyi) saptanmıştır. Videolarinoskop ve direk laringoskop sonuçları karşılaştırılmıştır.

**Bulgular :** Toplam 52 uzmanlık öğrencisi (ortanca kıdem: 21 ay; çeyrek değerler aralığı: 12-36 ay) çalışmaya katıldı. Video ve direk laringoskop gruplarındaki başarılı entübasyon sayısı aynıydı (her iki grupta da 48 /52 başarılı entübasyon, p >0,05). Glottis görme ve toplam işlem süresi açısından iki grup arasında fark saptanmadı (p>0,05). Tüp yerleştirme süresi video laringoskop grubunda daha kısa saptandı (7,9'a karşılık 5,8 saniye; p<0,05). Cormack-Lehane Puanınının 1 olma durumu video laringoskop grubunda daha fazlaydı (%51'e karşılık %86,3; p<0,05). Katılımcılar video laringoskopa daha yüksek puan verdiler (7'e karşılık 8; p<0,05).

**Sonuç :** Çocuk sağlığı ve uzmanlık öğrencileri gerek video laringoskop gerekse standart direk laringoskop ile yaptıkları çocuk endotrakeal entübasyonunda yüksek oranda başarılıdır. Video laringoskop ile daha iyi bir görüntü elde edilmekte ve kullanıcılar tarafından daha çok beğenilmektedir.

**Anahtar kelimeler :** Direk laringoskopi, video laringoskop, çocuklarda endotrakeal entübasyon

## PT-034

### Çocuk Yoğun Bakım Ünitemizde Takip Edilen Hastalarda Mortaliteyi Etkileyen Faktörler

MERVAN BEKDAŞ<sup>2</sup>, NİMET KABAKUŞ<sup>3</sup>,

<sup>1</sup> Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Yoğun Bakım BD, Adana

<sup>2</sup> Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Bolu

<sup>3</sup> Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Nörolojisi BD, Bolu

**Giriş :** Çocuk yoğun bakım üniteleri (ÇYBÜ), yaşamı tehdit altında olan mortalitesi yüksek çocukların takip ve tedavi edildikleri özellikli birimlerdir. Bu çalışmadaki amacımız ÇYBÜ'lerinde mortaliteyi erkenden gösterebilecek basit ve pahalı olmayan inflamasyon parametrelerinin olup olmadığını incelemektir.

**Gereç-Yöntem :** Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk yoğun bakım ünitesine (ÇYBÜ) 2014 ve 2015 yıllarında yatırılan hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi. Demografik özellikler, yatış nedenleri, laboratuvar bulguları, yatış süreleri, çıkış durumları ve ölüm nedenleri kaydedildi. Nötrofil/lenfosit (NLO), Platelet/lenfosit (PLO) ve CRP/MPV değerleri hesaplandı.

**Bulgular :** 2 yıllık dönemde ÇYBÜ'mizde takip edilen 670 hasta çalışmaya dahil edildi. Tedavi görenlerin 25'i (%3.7) ölmüştür. ÇYBÜ'ye yatan hastaların hematolojik-onkolojik hastalık, sepsis ve çoklu organ yetmezliği gibi tanılara sahip olması mortaliteyi etkileyen faktörlerdir. Hipoalbuminemi, hiperlaktatemi ve PLO yüksekliği mortaliteyi etkileyen faktörler olarak tespit edildi.



# 15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-TARTIŞMALI POSTERLER-

Tablo1

**Tablo 2: Mortaliteyi tahmin etmede kullanılabilir parametrelerin özelliklerinin karşılaştırılması**

Özellikler	Cut-off değeri	Taburcudaki saptanma*	Ölende saptanma*	Sensitivite	Spesifite	OR	p	%95 CI
<b>GKS</b>	< 9	6.7	84	96	91	73.5	<0.001	24.1-223.7
<b>PELOD</b>	>7	3.6	96	100	96.1	649	<0.001	84.1-5007.5
<b>PIM2</b>	> 90	2.1	100	100	98.2	3.2	<0.001	2-5.3
<b>PRISM</b>	> 12	4	92	96	94.8	273	<0.001	61.1-1221.6
<b>Albümin</b>	<3.4	29.9	76.2	76.1	70.1	7.5	<0.001	2.5-21.8
<b>Laktat</b>	>1.9	11.5	94.7	100	64.3	138	<0.001	17.5-1094.9
<b>PLO</b>	>3.9	31	76	80	68.9	7	<0.001	2.7-17.9
<b>CRP/MPV</b>	>0.32	47.3	84	84	52.7	5.8	<0.001	1.9-17.2

**Sonuç :** Serum albümin seviyesinin 3.4'ün altında ve laktatın 1.9'un üzerinde olması mortaliteyi göstermede anlamlıdır. Mortaliteyi göstermede ayrıca PLO için 3.9 ve CRP/MPV için 0.32 cut-off değerleri yüksek sensitiviteye ve orta-düşük spesifiteye sahiptir. ÇY-BÜ'ye yatan hastaların hematolojik-onkolojik hastalık, sepsis ve çoklu organ yetmezliği gibi tanılara sahip olması, hipoalbuminemi, hiperlaktatemi ve PLO değerlerine sahip olması mortaliteyi etkileyen en önemli faktörlerdir.

Tablo 2

**Tablo 1: Hastaların laboratuvar sonuçlarının karşılaştırılması**

	Taburcu olanlar (n= 645)	Ölenler (n= 25)	p
<b>WBC</b>	11.2±5.6x10 <sup>3</sup>	11.3±7.5 x10 <sup>3</sup>	0.89
<b>Nötrofil</b>	7.4±17.5 x10 <sup>3</sup>	8.4±6.8 x10 <sup>3</sup>	0.79
<b>Lenfosit</b>	3.3±2.1 x10 <sup>3</sup>	2.2±2.2 x10 <sup>3</sup>	0.015
<b>MPV</b>	8±1.2	8±1.4	0.66
<b>PLT</b>	317.3±123.47 x10 <sup>3</sup>	276.8±199.46 x10 <sup>3</sup>	0.037
<b>HGB</b>	12±1.8	11.2±2.4	0.05
<b>NLO</b>	3.5±6.8	5.8±5.7	0.037
<b>PLO</b>	10.5±34.9	63±133.1	<0.001
<b>CRP/MPV</b>	2.2±4.9	7±12	0.001
<b>Albumin</b>	3.7±0.7	3±0.7	<0.001
<b>Laktat</b>	2.1±1.8	4.4±4.2	<0.001

**Anahtar kelimeler :** Çocuk, yoğun bakım, mortalite, risk faktörü, PLO

# 15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-TARTIŞMALI POSTERLER-

PT-035

## KIRK DOKUZ YATAKLI ÇOCUK YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE İNVAZİV ARAÇ İLİŞKİLİ HASTANE ENFEKSİYONLARININ BİR YILLIK SEYRİNİN PERSONEL DEĞİŞİMİ İLE İLİŞKİSİ

Ayşe Filiz Yetimakman<sup>1</sup>, Eylem Kırıl<sup>1</sup>, Melek Hamidanoğlu<sup>2</sup>,

<sup>1</sup> Şanlıurfa Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi, Şanlıurfa

<sup>2</sup> Şanlıurfa Eğitim Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği, Şanlıurfa

**Giriş :** Çocuk yoğun bakım yatak sayılarının ihtiyacın altında olduğu ülkemizde hem kaynakların verimli kullanımı hem de mortaliteyi ve morbiditeyi azaltmak açısından hastane enfeksiyonlarının kontrolü önemlidir. Yoğun bakım ünitelerinde tecrübesiz personelin de mortaliteyi artırıcı etken olduğu bilinmektedir. Ünitemizde hastane enfeksiyon kontrolünde bir yıllık süreçte ne kadar başarılı olduğunu saptamak ve ilerleyen zamanda daha başarılı kontrol sağlamak amacıyla çocuk yoğun bakım uzman doktoru ve hastane enfeksiyon kontrol komitesinin koordinasyon halinde çalışarak enfeksiyon sürveyans ve kontrol çalışmaları yaptığı bir yıllık dönemde ünitenin aylara göre enfeksiyon hız ve dansitesindeki değişiklikler ile bunun personel değişikliği ile ilişkisi incelenmiştir.

**Tablo 1-Aylara göre enfeksiyon sayısı, hız ve dansitesindeki değişim**

Enfeksiyon sayısı	Enfeksiyon hızı	Enfeksiyon dansitesi	
Haziran	2	2,94	1,9
Temmuz	5	8,06	4,9
Ağustos	2	2,59	2,4
Eylül	3	4,34	4,76
Ekim	4	7,14	5
Kasım	0	0	0
Aralık	2	3,38	2,55
Ocak	2	2,89	1,86
Şubat	5	6,84	4,58
Mart	4	3,41	3,24
Nisan	7	8,04	5,84
Mayıs	10	10	8,2

**Tablo-2 Aylara göre yeni doktor ve hemşire sayısı**

Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	
Yeni doktor	(-)	(-)	(-)	1	2	2	(-)	(-)	(-)	2	6	2
Yeni hemşire	(-)	(-)	1	1	19	(-)	(-)	(-)	1	(-)	2	1

**Gereç-Yöntem :** Hem medikal hem de cerrahi tanılarla ikinci ve üçüncü düzey hastaların takip edildiği Çocuk Yoğun Bakım ünitesinde 2017 Haziran-2018 Mayıs ayları arasında invaziv araç ilişkili hastane enfeksiyonu tanımına uyan enfeksiyon vakaları hastanemiz Enfeksiyon Kontrol Komitesi ile birlikte kayıt edilmiştir. Bu süre içinde hastalar ile ilgili demografik bilgiler, hastalık skorları, tanıları, yatış süreleri, hastane enfeksiyonlarının tipi, sayısı, hızı ve dansitesi ile üreyen etkenler ile direnç durumu kayıt edilmiştir. Belirtilen zaman diliminde Mart ayından itibaren ünitenin yatak kapasitesi 41 yataktan 49 yatağa çıkarılmış, Şubat ayından itibaren iki çocuk yoğun bakım uzman doktoru görev yapmaya başlamıştır. Ünitelerde çalışan uzman doktor ve hemşire ekibinde aylık değişiklikler devam etmiştir. Tüm hastalara yapılan günlük vizitler ile hasta yatış ve çıkış endikasyonları, ventilatörden ayrılma kararı ile antibiyoterapi ve kültür yönetimi Çocuk Yoğun Bakım uzman doktoru tarafından belirlenmeye devam etmiştir. Üniteye sürekli steril spanç temini sağlanmış, ventilatör ısıtıcı-nemlendirici ünitelerindeki eksikler giderilmiş, invaziv araçların ve girişimlerin gerekliliği her vizitte denetlenerek azaltılmaya çalışılmıştır. Temizlik personeli denetimleri artırılarak yüzey temizliğinde floresan jel ile işaretleme sistemi uygulanmıştır. Genel yoğun bakım uygulamaları ile ilgili eğitimlerin yanı sıra el hijyeni, steril aspirasyon, santral kateter kullanımı ve girişimler sırasında antiseptik kurallara uyulması konusunda personel eğitimi yapılmıştır. Çalışmamızda aylara göre enfeksiyon sayılarındaki değişiklikler ve bunların personel değişikliği ve yatak sayısındaki artış ile ilişkisi incelenmiştir.

**Bulgular :** Bir yıl içinde ünitemizde 909 hastanın verileri komite tarafından kaydedilerek sürveyans yapılmış, 34 adet hastane enfeksiyonu kaydedilmiştir. Bunlardan aylara göre izlenen hastaların enfeksiyon sayıları, hızları ve dansiteleri Tablo-1'de verilmiştir. Ayrıca aylara göre değişen hemşire ve doktor sayısı da Tablo-2'de gösterilmiştir. Yatak sayısının artırıldığı aydan önce ve sonra enfeksiyon sayı, hız ve dansite ortalamasında artış izlenirken bunlardan yalnızca aylık enfeksiyon sayı ortalamasındaki artış istatistiksel olarak anlamlı idi (p=0,01) Çocuk yoğun bakım uzman doktor sayısının tek ve iki kişi olduğu ilk sekiz ay ve son dört ay arasında enfeksiyon hız ve dansite ortalamasında anlamlı bir değişiklik saptanmadı (p=0,08, p=0,054). Hemşire sayısının en yüksek olduğu (toplam 85) Kasım ayında hiç enfeksiyon kaydedilmemiştir. Daha önce ünitelerde çalışmamış olan 6 doktorun görevlendirildiği Nisan ayında enfeksiyon sayı, hız ve dansitesinde artış izlenmiştir. İlk 6 ay ve son 6 ay arasında toplam yatış günü/hasta sayısı oranlarının ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı artış olmadığı (p=0,73) halde enfeksiyon sayısındaki azalma yılın ikinci yarısında sürdürülemediği görülmüştür.

# 15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

## -TARTIŞMALI POSTERLER-

**Sonuç :** Daha önce yaptığımız çalışmada iki aylık sürede yapılan karşılaştırmada eğitimlerin artırılması ve yatış sürelerinin kısaltılmasıyla enfeksiyon oranlarında azalma görülebileceği gösterilmiş olmasına rağmen bir yıllık süreçte, eğitimler aralıklarla tekrarlandığı ve yatış süresinde anlamlı artış olmadığı halde enfeksiyon oranlarında düşüş yıl boyunca sürdürülemedi. Hemşire sayısının en yüksek olduğu dönemde enfeksiyonların sıfıra indirilebildiği görülmüştür. Bu konuda en önemli belirleyici faktörün personel sayısı ve yoğun bakım doktor ve hemşire ekibinde tekrarlayan değişiklikler yaşanması olduğu düşüncesindeyiz. Yoğun bakım personelinin sabit kişilerden oluşması yalnızca hastane enfeksiyonlarının azaltılması değil diğer istenmeyen olayların da yaşanmasını önlemek ve ayrıca tekrarlayıcı personel eğitimine olanak vererek yoğun bakımda hasta bakım kalitesini artırmak açısından da önemlidir.

**Anahtar kelimeler :** kritik hasta çocuk, hastane enfeksiyonu, invaziv araç ilişkili hastane enfeksiyonları

### PT-036

#### PEDİATRİK ACİL SERVİSTE KOMPLİKE APANDİSİTİN BELİRLENMESİNDE NÖTROFİL-LENFOSİT ORANI VE TROMBOSİT-LENFOSİT ORANININ ROLÜ

Binnaz Çelik<sup>1</sup>, Hülya Nalçacıoğlu<sup>2</sup>, Mustafa Özçatal<sup>3</sup>, Yasemin Altuner Torun<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Kayseri Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Pediatri Kliniği

<sup>2</sup> Kayseri Şehir Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Çocuk Nefroloji Departmanı

<sup>3</sup> Kayseri Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Cerrahisi Kliniği

**Giriş :** Çocuklarda komplike ve komplike olmayan apandisit saptanmasında yardımcı olarak başlangıç hematolojik parametrelerin olası klinik faydalarını değerlendirmek amaçlandı.

**Gereç-Yöntem :** 2015'ten 2016'ya kadar akut apandisit için küratif cerrahi geçiren 334 pediatrik hasta retrospektif olarak incelendi. Hastalar histopatolojik raporlara dayanarak komplike veya komplike olmayan apandisit olarak sınıflandırıldı. Klinik bulgular ve temel hematolojik parametrelerden lökosit sayısı, nötrofil yüzdesi, trombosit sayısı, nötrofil-lenfosit oranı (NLR), trombosit-lenfosit oranı (PLR), ortalama trombosit hacmi, kırmızı hücre dağılım genişliği (RDW), trombosit dağılım genişliği (PDW) grupları arasında karşılaştırıldı.

**Bulgular :** Komplike akut apandisit 36 (% 10.8) hastada bulundu. Komplike apandisitte WBC (p <.001), nötrofil yüzdesi (p <.001), NLR (p <.001), PLR (p =.004) komplike olmayan gruba göre daha yüksek iken, RDW, MPV, PDW düzeylerinde anlamlı fark bulunmadı. ROC eğrilerinin analizi, WBC için 14.870 hücre / mm<sup>3</sup> (eğri altındaki alan [AUC], 0.675; duyarlılık,% 86.1; özgüllük,% 41.6), NLR için 10.4 (AUC, 0.717; duyarlılık, %61.1, özgüllük,% 73.2), PLR için 284 (AUC, 0.647; duyarlılık,% 42; özgüllük,% 86) komplike akut apandisit belirlenmesinde en iyi kestirim değerleri olarak bulundu.

**Sonuç :** Bu çalışma, daha yüksek NLR ve PLR düzeylerine sahip akut apandisitli hastalarda komplikasyon gelişme olasılığının daha yüksek olabileceğini göstermiştir. Klinisyenlerin acil servisteki yüksek riskli akut apandisit hastalarını tespit etmelerine yardımcı olmak için fizik muayene, görüntüleme çalışmaları ve diğer laboratuvar testleri ile birlikte NLR ve PLR kullanılmasını öneririz.

**Anahtar kelimeler :** Akut Apandisit, Komplike, Nötrofil-Lenfosit Oranı, Platelet-Lenfosit Oranı, Pediatri

### PT-037

#### SOL AKCİĞER ATELEKTAZİLERİNİN TEDAVİSİNDE YENİ BİR YÖNTEM: ÇİFT TÜP İLE TRAKEAL ASPİRASYON

Zeynelabidin Öztürk<sup>1</sup>, Benan Bayrakci<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, Ankara

**Giriş :** Atelektazi yoğun bakım ünitelerinde sık karşılaşılan önemli bir sorundur. En sık karşılaşılan şekli, pulmoner sekresyonların neden olduğu havayolu tıkanıklığına bağlı rezorpsiyon atelektazisidir. Atelektazi tedavisi için göğüs fizyoterapisi başta olmak üzere birçok yöntem tanımlanmıştır. Sol ana bronş trakeadan sağa göre daha açılı ayrıldığı için sol taraftaki sekresyonların aspirasyonu sağa göre daha zordur. Bu durum sıklıkla sol taraflı akciğer atelektazilerin tedavisinde başarısızlığa neden olmaktadır. Tedavide göğüs fizyoterapisi başarısız olduğunda bronkoskopi gündeme gelmektedir; ancak bu işlem deneyimli ekip, malzeme gerektirmekte, zaman almakta ve maliyeti artırmaktadır. Burada çift tüp ile trakeal aspirasyon yöntemiyle başarıyla tedavi edilen, sol akciğer atelektazisi olan sekiz hasta sunuyoruz.

**Gereç-Yöntem :** Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesinde Haziran 2017 – Mart 2018 arasında yatan ve sol akciğerde atelektazi saptanan sekiz hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastalara çift tüp ile trakeal aspirasyon yapılmıştır. Birinci tüp kör bir şekilde trakeadan ilerletilmiş ve sağ ana bronşa gittiği varsayılmıştır. Ardından ikinci tüp ilerletilmiştir. İlk tüp sağ ana bronşu doldurduğundan ikinci tüpün sol ana bronşa ilerlediği varsayılmıştır. Önce ikinci sonra ilk tüp aracılığıyla aspirasyon yapılmıştır. İşlemden sonra akciğer filmi çekilerek atelektazilerin açılıp açılmadığı kontrol edilmiştir.

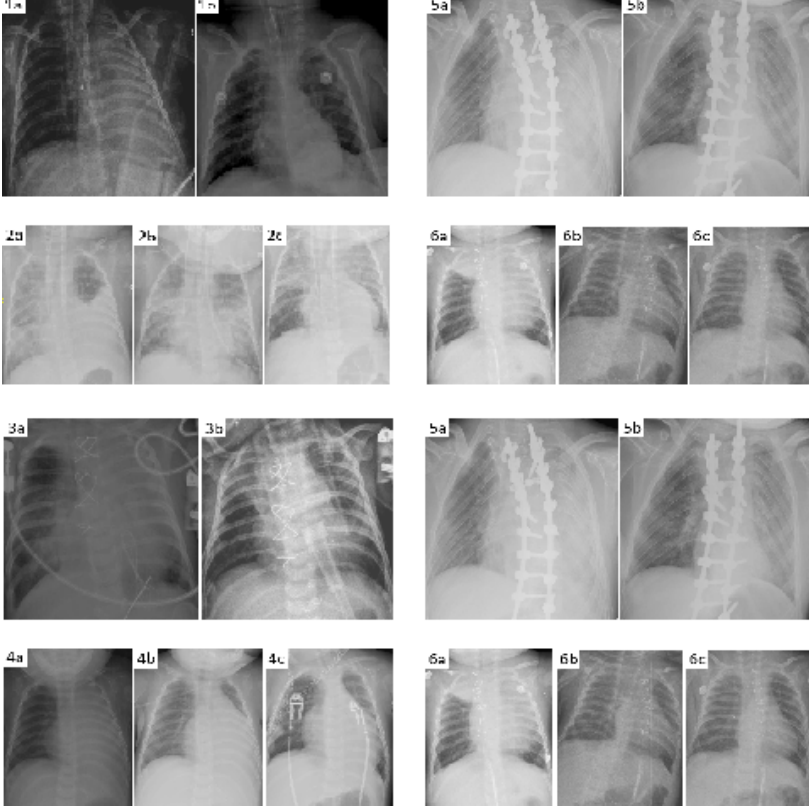
**Bulgular :** Yaşları 45 gün ile 16 yaş arasında değişen, mekanik ventilasyon uygulanmayan, invaziv ya da non-invaziv mekanik ventilasyon uygulanan, çeşitli nedenlerde yoğun bakım ünitesinde yatan ve sol akciğerde atelektazi saptanan sekiz hastaya yukarıda tarif edilen yöntem ile trakeal aspirasyon uygulandıktan sonra çekilen akciğer filmlerinde hastaların tümünün sol akciğer atelektazisinin açıldığı görülmüştür (şekil 1). Hastaların hiçbirinde komplikasyon olmamıştır.

# 15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-TARTIŞMALI POSTERLER-

Şekil 1.



Sol akciğer atelektazisi olan hastaların çift tüp ile trakeal aspirasyon yapılmadan önce (a) ve yapıldıktan sonra (b, c) çekilen akciğer filmleri.

**Sonuç :** Çift tüp ile trakeal aspirasyon yönteminin, sol akciğer atelektazilerinin tedavisinde az maliyetli, etkin, güvenli, pratik ve hızlı bir yöntem olduğu düşünülmüştür.

**Anahtar kelimeler :** atelektazi, bronkoskopi, göğüs fizyoterapisi, trakeal aspirasyon

PT-038

## PEDİATRİK YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE MORTALİTE BELİRTECİ; LAKTAT KLİRENSİ

Özlem Saraç Sandal<sup>1</sup>, Sevgi Topal<sup>1</sup>, Hasan Ağin<sup>1</sup>, Ünal Utku Karaarslan<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr.Behçet Uz Çocuk Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım, İzmir

**Giriş :** Çocuk yoğun bakım pratiğinde biyobelirteçlerin tanımlanması mortalite ve morbiditeyi öngörmek açısından önemlidir. Kan laktat düzeyi hastanın başvuru anındaki klinik durumunun ciddiyeti hakkında fikir sağlasa da tek ölçümle laktat düzeyinin mortalite riskini belirleme gücünün sınırlı olduğu bilinmektedir. Bu durum tedavi başladıktan sonra hasta izleminde laktat klirensinin önemini arttırmaktadır. Bu çalışmada laktat değeri >3 üzeri olan hastalar çalışmaya alınmış olup 6. ve 24.saatteki laktat klirens değerlerinin mortalite ile ilişkisinin kıyaslanması amaçlanmıştır. İkincil amaçlar ise laktat klirensine göre erken hedefe yönelik tedavi protokolleri oluşturulması ve risk sınıflaması yapılmasıdır.

**Gereç-Yöntem :** İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Hastanesi Çocuk yoğun bakım ünitesinde Ocak 2015-Aralık 2017 arasında izlenen 971 hasta taranarak başvuru sırasındaki kan laktat düzeyi >3 mmol/lit olan 172 hasta çalışmaya dahil edildi. Laktat yüksekliği ile seyreden metabolik hastalık tanısı olanlar ve 28. günden sonra ölen hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Hastaneye başvuru sonrası 6. saat laktat klirensi ve 24. saat laktat klirensinin 28. Gün mortalitesini öngörme gücü PRİSM-4 ve pSOFA skorları ile ROC analizi kullanılarak karşılaştırıldı.

**Bulgular :** Çalışmaya alınan 172 hastanın median yaşı 12 (IQR:80) ay olup izlem sırasında ilk 28 gün içinde kaybedilen hasta sayısı 44 olarak saptandı. Ölen hastalarda 6.saat laktat klirensi [median:11,7 (IQR:59)] yaşayan hastalara (median 36,4 (IQR: 47)) göre anlamlı düşük saptandı (p=0,002). ROC analizinde 6.saat laktat klirensi sınır değeri %22, 24.saat laktat klirensi eşik değeri %30 olarak saptandı. Altıncı saat laktat klirensi sensitivitesi %63,6 spesifite %69,5 olarak saptandı (AUC:0,66 p:0,0005). Yirmidördüncü saat laktat klirensinin sensitivitesi %52, spesifitesi %80,5 saptandı (AUC:0,65 p: 0.004). Altıncı ve 24. Saat laktat klirensi arasında mortaliteyi öngörmeye belirleyicilik ve ayrımcılığı benzer bulundu (p=0,69). Altıncı saat laktat klirensi ile pSOFA ve PRİSM-4 skorlarının mortaliteyi öngörme gücü arasında fark izlenmedi (p=0,06 vs p=0,08). PRİSM-4 ve pSOFA skorlarının mortaliteyi öngörmedeki gücü benzer saptandı(p=0,9)

**Sonuç :** Laktat klirensinin 6. saatte < %22 altında olması pediatrik yoğun bakım ünitesinde mortaliteyi öngörmeye PRİSM-4 ve pSOFA

# 15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

## -TARTIŞMALI POSTERLER-

skoru ile benzer performans göstermektedir. Bu yüzden mortalite ve klinik gidişi öngörme ve erken tedavi stratejileri belirlemede kullanılabilir. Bununla birlikte çalışmamızda laktat klirensinin sensitivite ve spesivitesi düşük saptanmış olması nedeniyle klirensin eşik değerlerini belirlemek ve validasyonu için daha fazla ve çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar kelimeler :** laktat klirensi, PRISM skoru, mortalite, yoğun bakım, pSOFA

### PT-039

### ÇOCUK ACİL SERVİSLERDEKİ CİDDİ, ÖNLENEBİLİR BİR SAĞLIK SORUNU: ÇOCUKLUK ÇAĞI ZEHİRLENMELERİ

Gamze Gökalp<sup>1</sup>, Emel Berksoy<sup>1</sup>, Murat Anıl<sup>1</sup>, Şule Demir<sup>1</sup>, Gülşah Demir<sup>1</sup>, Şefika Bardak<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Giriş :** Dünya genelinde her yıl 1 000 000'dan fazla çocuk hayatını önlenemez kazalar nedeniyle kaybetmektedir. Ölüm nedenleri incelendiğinde trafik kazaları, yanıklar ve boğulmadan sonra dördüncü sırada zehirlenmeler gelmektedir. Tüm dünyadaki veriler göz önüne alındığında bu oran %15 olarak saptanmıştır. WHO (World Health organization) verilerine göre 2012 yılında 45 000'i 20 yaşından küçük olmak üzere 350 000 birey zehirlenmeler nedeniyle hayatını kaybetmiştir. Bu oran gelişmiş ülkelerde 100 000'de 0,5 iken gelişmekte olan ülkelerde 100 000'de 2 olarak saptanmıştır. Çocuk acil servislerine zehirlenme şikayeti ile başvuran olgu sayısı çok fazla olmakla beraber çalışmalar göstermiştir ki bunların %85 kadarı non-toksik alımlardır. Çocukluk çağı zehirlenmeye en sık neden olan sebepler sorgulandığında; reçeteli/reçetesiz ilaçlar, evde kullanılan temizlik malzemeleri, gaz yağı, tiner gibi kimyasallar, zehirli gazlar ve böcek-tarım ilaçları olarak sayılabilir. Maruz kalınan maddenin cinsi, derişimi, dozu, maruziyet yolu, beraberinde olabilecek ek zehirlenmeler ne kadar önemli ise çocuğun altta yatan hastalıkları, beslenme durumu, ailenin sosyoekonomik durumu, geniş aile olup olmaması, ebeveynlerin eğitim durumları, çocuklarına gösterdikleri özenli bakım, olguların genetik zemini de o kadar önemlidir. Ayrıca olguların sağlık merkezine ulaşana kadar geçen süre, uygulanan müdahaleler de uzun dönem prognoz açısından önem taşımaktadır. Biz de böylesine ciddi sonuçlara neden olabilen bir halk sağlığı sorunu olan çocukluk çağı zehirlenmelerinin bölgemizdeki sıklığını ortaya koyarak risk faktörlerini belirleyip alınacak önlemler konusunda yol gösterici olabilmesi noktasından yola çıkarak bu çalışmayı yapmayı amaçladık.

**Gereç-Yöntem :** Bu çalışma geriye dönük gözlemsel tanımlayıcı bir araştırma olarak planlandı. Üçüncü basamak bir eğitim ve araştırma hastanesinin çocuk acil servisine 2017 yılı boyunca zehirlenme şikayeti ile başvuran 0 gün-18 yaş arası verilerine ulaşılan tüm olgular çalışmaya dahil edildi. Verilere hastane otomasyon sisteminden ulaşıldı. Yerel etik kurul onayı alındı. Olguların hangi maddeden ne kadar aldıkları, bu maddeleri nereden buldukları, başvuru anındaki semptomları, fizik muayene bulguları, laboratuvar verileri, hastanede kalış süreleri, aldıkları tedaviler araştırıldı. Veriler SPSS 20.0 paket programında analiz edildi. Verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde oran, frekans, ortalama, standart sapma, ortanca, en düşük ve en yüksek değerleri hesaplandı. değişkenlerin dağılımı Kormokov Simirnov testi ile ölçüldü. Olgulara kazara zehirlenen ve intihar girişimi amacıyla olanlar olarak iki gruba ayrıldı, gruplar arasındaki ilişki ki kare analizi ve ki kare varsayımı sağlanamadığında Fisher'in kesin testi ile analiz edildi. Risk faktörlerini değerlendirmek için Pearson Korelasyon analizi ve etki düzeyi tek değişkenli ve çok değişkenli Logistik regresyon analizi ile yapıldı, p<0,005 anlamlı kabul edildi.

**Bulgular :** Çalışma pediatrik travma ve pediatrik zehirlenme vakalarını da karşılayan üçüncü basamak bir eğitim ve araştırma hastanesi çocuk acil servisinde yapıldı. Çalışma dönemini kapsayan 1 yıllık sürede 0 gün-18 yaş arası toplam 181254 hasta başvurusu oldu. Bu hastaların 1233'ü zehirlenme yakınması ile başvurdu. Hastane otomasyon sisteminden ulaşılan verilerinde eksiklik olan olgular dışlandığında toplam 453 olgu ile çalışma yapıldı. Bunların 202'si (%46,4) kız, 233'ü (%53,6) erkek olarak saptandı. Hastaların yaş ortalaması 51,12 ay (SD±53,59 2-204 ay) olarak saptandı Maruz kaldıkları ajanlar sorgulandığı zaman; 211 (%46,6) olgunun evde kullanılan temizlik ürünlerine, 172 (%38) olgunun ilaçlara, 23 (%5,1) olgunun böcek ve tarım ilacına, 15 (%3,3) olgunun inhaler toksik gazlara, 11 (%2,4) olgunun kozmetik, 8 (%1,8) olgunun yasa dışı maddelere maruz kaldığı saptandı. Evde kullanılan temizlik ürünleri olarak en sık 150 (%33,1) olgu ile koroziv maddeler, 2. Olarak 43 (%9,5) olgu ile non-koroziv deterjanlar, 3. olarak da 18(%4) olgu ile uçucu hidrokarbonlar saptandı. Alınan ilaçlar incelendiğinde 41 (%9,1) olgunun analjezik aldığı, 42 (9,2) olgunun psikotrop ilaç (antidepresan, antipsikotik ve sedatif-hipnotik ajanlar) aldığı, 20 (%4,4) olgunun kardiyovasküler sistem üzerine etkili ilaç aldığı öğrenildi. (Tablo 2) Zehirlenmenin oluş mekanizmasına bakıldığında 377 (%83,2) olgunun kazara alım olduğu, 47 (10,4) olgunun özkırıyım girişimi olduğu saptandı. Maruziyet yolu incelendiğinde ise 410 (%90,5) olgunun per oral yol ile, 19 (%4,2) olgunun inhalasyon ile zehirlendiği ortaya çıktı. 427 (%94,8) olgunun hayatında karşılaştığı ilk zehirlenme vakası olduğu öğrenildi. Zehirlenmenin nerede olduğu sorulduğunda ise 425 (%93,8) olgunun ev içinde olduğu bunların da 330'unun (%72,8) mutfakta, 34 (%7,5)olgunun da çocuk odasında olduğu görüldü. Özellikle yanlışlıkla alım sonucu meydana gelen zehirlenmelerin en sık sebeplerinden olduğu ve alınan maddelerin orijinal ambalajında olup olmadığı araştırıldığında ise 286 (%45,8) maddenin orijinal ambalajında olmadığı görüldü. Orijinal ambalajında olanların ise %95'inin kilimli kapaklarda olmadığı saptandı. Acil servise başvurulduğunda 76 (%16,8) olgunun zehirlenmeye ait semptomu ve 30 (%6,9) olgunun fizik muayenede patolojik bulgusu vardı. Zehirlenme gerçekleşikten sonra acil serviste yapılan ilk müdahale yapılanaya kadar geçen süre ortanca 60 dakika (min. 2, maks. 204 dk) olarak saptandı. Acil serviste yapılan tedaviler incelendiğinde 116 (25,6) olguya gastrik lavaj, 140 (%30,9) olguya aktif kömür ve 9 (%2) olguya spesifik antidot uygulandı. (tablo 3) Bu olgularda 5'i parasetamol alan olgular olup uygulanan antidot N-Asetilsistein, 4'ü organik fosfor alan olgular olup antidot olarak atropin ve pralidoksimdi. Hiçbir olguya ekstrakorpeal yollar ile detoksifikasyon uygulanmadı. Hastaların ne kadar süre ile acil serviste izlendiği araştırıldığında 106 (%23,4) olgunun acil serviste 6 saatten kısa, 129 (%28,5) olgunun 6-24 saat, 191 (%42,2) olgunun 24 saatten uzun izlendiği gözlemlendi. 7 (%1,5) olgunun pediatrik yoğun bakım desteği gerekti. Hiçbir olgu ekstitus ile sonuçlanmadı. 24 saatten uzun izlenen hastalar incelendiğinde ortalama 50 saat(±26 saat max. 168 saat) olduğu yoğun bakım ihtiyacı olan olgular ise 2-50 gün arasında değiştiği ortanca 2 gün olarak belirlendi. Yaş küçüldükçe gözlem süresi uzadığı saptandığı (p:0.04), semptomatik olma durumunun arttığı (p:0,008) fizik muayenede patolojik bulguların arttığı (p:0,11) saptandı. Hastanın başvuru anında semptomatik olması ve fizik bakımının anormal olması ile maddenin orijinal ambalajında olmaması, zehirlenmenin gerçekleştiği yer arasında anlamlı bir korelasyon saptanmadı. Ancak semptomatik olması ve fizik bakı anormalliği arasında anlamlı olarak pozitif yönde orta düzeyde korelasyon saptandı. (p<0,001, r:0,5) Yapılan lojistik regresyon modeline göre olgunun 24 saatten uzun izlenmesini; demir içeren pre-

# 15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

## -TARTIŞMALI POSTERLER-

perat alması 3,99 kat, sedatif-hipnotik ajan alması 1,18 kat, başvuru anında semptomatik olması 5,97 kat, laboratuvar anormalliğinin olması 3,8 kat, aktif kömür uygulanmış olması 6,4 kat arttırdığı saptandı. Olguları kazara alan grup (grup1) ve intihar girişimi olan grup (grup2) olarak ikiye ayırarak incelediğimiz zaman grup 2'de kız cinsiyetin anlamlı olarak daha yüksek olduğu ve grup 2'nin yaş ortalaması anlamlı olarak daha büyük olduğu bulundu ( $p<0,001$ ), ( $p<0,001$ ). Grup 2'deki olguların daha semptomatik olduğu, daha uzun süre izlendiği saptandı ( $p<0,002$ ,  $p<0,001$ ). Grup 2'nin daha çok ilaçlar ile zehirlendiği saptandı ( $p<0,001$ ). grup 1'in ev içerisinde daha çok mutfakta zehirlendiği bulundu ( $p<0,001$ ). Yoğun bakım izlemi gerektiren 8 hastanın ikisi keyif verici madde alımı ile acil servise başvurmuş, GKS düşük olması nedeniyle bilinci açılıncaya kadar genel destek tedavisi almıştır. Dört tanesi organik fosfatlı insektisit oral yolla alarak başvurmuş, aktif kömür, atropin ve pralidoksim uygulanarak destek tedaviler sonucu normale gelerek taburcu edilmiştir. Bir olgu ise yine keyif verici amacıyla butan gazı inhale etmesi sonucu ani olarak ventriküler fibrilasyona girmiş ve kardiyak arrest olmuş ve resüstasyon uygulanmıştır, postresüstasyon 50 gün yoğun bakımda izlendikten sonra ağır nörolojik sekelli olarak taburcu edilmiştir.

**Sonuç :** Bu çalışma acil servise başvuran zehirlenme olgularının demografik ve klinik özelliklerini incelemek amacıyla yapılmıştır. Literatür incelendiği zaman buna benzer çalışmalar mevcuttur. Bu konunun bu kadar sık incelenmesinin sebebi de hiç şüphesiz ki toplum sağlığı açısından ciddi bir sorun olmasıdır. Özellikle kazara meydana gelen zehirlenmelerde yaşın küçük olması bir risk faktörü olarak görülmektedir. Sonuç olarak; küçük yaş grubunda erkek olmak kazara zehirlenme, büyük yaş grubunda kız olmak intihar girişimi açısından risk faktörüdür. Özellikle küçük yaş grubunda evde bulunan korozif ve non-korozif temizlik maddeleri ile temas en sık zehirlenme sebebidir. Yaşın küçük olması, başvuru anında semptomatik olması ve fizik muayenede ve laboratuvar parametrelerinde patolojik bulguların saptanması, demir içeren ürünler ve sedatif-hipnotik ajanlar ile zehirlenme olması, aktif kömür uygulanmış olması izlem süresini uzatır. Buradan yola çıkarak; zehirli ürünlerin çocukların ulaşamayacağı kilitli bölmelerde saklanması gerektiği konusunda bilgilendirici ve eğitici yayınların yapılmasının ve tehlikeli ürünlerin korumalı paketlerde satılması konusunda girişimler yapılmasının istenmeyen sonuçları azaltacağı kanaatindeyiz. kaynaklar

tablo 1

	n	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kız	202	46,4
Erkek	233	53,6
<b>Toplam</b>	<b>453</b>	<b>100</b>
<b>Yaş (ay)</b>		
0-12	84	18,5
12-36	185	40,8
36-72	72	15,9
72-144	41	9,1
>144	48	10,6
<b>bilinmiyor</b>	<b>23</b>	<b>5,1</b>

Tablo 1: grubun yaş ve cinsiyete göre dağılımı

# 15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-TARTIŞMALI POSTERLER-

Tablo 2

	n	%
<b>Maruz kalınan maddeler</b>		
İlaçlar	172	38
Kardiyovasküler sistem üzerine etkili olanlar		4,4
antidepresanlar		2,1
antipsikotikler		0,9
Sedatif-hipnotikler		1,2
analjezikler		4,1
GİS üzerine etkili		1,5
Respiratuvar sisteme etkili		0,8
Antidiyabetikler		0,3
Kolşün		0,2
Kortikosteroidler		0,1
Antibiyotikler		0,8
Vitaminler		0,6
Demir içerenler		0,2
Östrojen içerenler		0,8
Anti epileptikler		0,2
Antineoplastikler		0,2
Dişerjanlar	211	46,6
Korosif maddeler		15,0
Volatil hidrokarbonlar		1,8
Korosif olmayan maddeler		4,3
İnhalan toksik gazlar	15	3,3
Alkol ve deriveleri	12	2,6
Insektisitler	23	5,1
Kozmetik ürünler	11	2,42
Yasa dışı maddeler		0,8
Bilinmiyor		1,3
Toplam		46,6

Tablo 2: Maruz kalınan maddeler (GİS: Gastro İntestinal Sistem)

Anahtar Kelimeler: çocuk acil servis, zehirlenme, klinik çalışma

PT-040

## PEDİATRİK PALYATİF BAKIM ÜNİTESİ GEREKSİNİMİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Gürkan Bozan<sup>1</sup>, Hasan Bora Ulukapı<sup>1</sup>, Ener Çağrı Dinleyici<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Eskişehir Osmangazi Tıp Fakültesi, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı

<sup>2</sup> Eskişehir Osmangazi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

**Giriş :** Son 20 yılda, pediatrik palyatif bakım yeni bir tıbbi uzmanlık alanı olarak görülmeye başlanmıştır. 2013 yılında Amerikan Pediatri Akademisi pediatrik palyatif bakım için hedefleri, kılavuzu, önerilerini içeren bir bildiri yayınlamıştır (1). Pediatrik palyatif tıp hayatı ciddi derecede tehdit eden, hayatı kaçınılmaz şekilde kısaltan durumlar ve hayat sonu bakımı konusunda yenidoğanların, çocukların ve adölesanların birçok sorununa çözümler üretmeye çalışmaktadır (2). Pediatrik palyatif tıbbin fiziksel, psikolojik, sosyal, günlük hayattaki ve ruhsal sorunlarını azaltmak, çocuğun hayat kalitesini ve hayattan aldığı zevki artırmanın yanı sıra ailesinin hastalık ve kayıp sürecinde fonksiyonel olabilmesini sağlamak; hastaların, ailelerinin ve sağlık personelinin yeterli bilgi sahibi olarak karar vermesini sağlamak; çeşitli bilim dallarının kordinasyonunu sağlamak gibi amaçları vardır (3-6). Palyatif bakımı ekibinin minimum gereksinimi olarak kabul edilen hekim, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, dini görevli ve terapistten oluşan ekibin ülkemizde palyatif bakımın gerektirdiği kordinasyon içinde çalışması için çalışmalar henüz yapılmamıştır (7). Modern dünyada çocukların ebeveynlerinden uzun yaşaması beklenmektedir fakat genetik veya konjenital, nöromusküler, solunumsal hastalıklar, ileri derece prematüre doğumun getirdiği komorbiditeler, kanser ve travma gibi durumlar bu durumu değiştirmektedir. Palyatif bakım alan çocuklar için bu süreçte trakeostomi, gastrostomi, santral venöz kateter, ventriküloperitoneal şant gibi tıbbi teknolojilerden yardım alınmaktadır (8). Önceki çalışmalarda palyatif bakım alan ve almayan hastaların tıbbi harcamaları kıyaslandığında kaybedilen hastalarda palyatif bakım alanlarda maliyetin daha az olduğu gösterilmişken yaşayan hastalarda maliyetin daha fazla olduğu gösterilmiştir (9). Palyatif bakım yapılan hastaların yoğun bakım ünitesindeki takiplerindeki kan, idrar, solunum sekresyonu ve beyin omurilik sıvısı (BOS) kültürlerinde saptanan patojenler ve antibiyoterapilerinin detayı hakkında kapsamlı çalışmalar yapılmamıştır. Palyatif bakım sürecindeki antibiyotik direncine katkı gözardı edilmemelidir. Amaç: Pediatrik yoğun bakım ünitesinde palyatif bakım gerektiren hastaların ülkemizdeki durumuyla ilgili çalışmalar az sayıdadır. Bu hastaların ülkemizdeki tanı profili, sık kullanılan tıbbi teknolojiler, maliyet ve antibiyoterapi hakkında bilgi kısıtlıdır. Bu çalışmayla tek merkezdeki pediatrik yoğun bakım ünitesinde palyatif bakım gerektiren hastaların tanıları, yoğun bakım takip süreleri, uygulanan cerrahi işlemler, kültür üremeleri, antibiyoterapiler ve maliyet hakkında veriler elde edilip uluslararası palyatif bakım uygulamalarının ülkemizde ne şekilde uygulanabileceği hakkında görüş edinilmesi amaçlanmıştır.

# 15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-TARTIŞMALI POSTERLER-

**Tablo 1: Hastaların tanı türleri**

Tanı türü	N	%
Nöromusküler	8	57,14
Konjenital	7	50,00
Perinatal sekel	5	35,71
Malignite	1	7,14
Suda boğulma	1	7,14

**Tablo 2: Hastalara yapılan cerrahi işlemler**

Cerrahi işlem	N	%
Trakeostomi	10	71,42
Santral venöz kateter	9	64,28
Gastrotomi	8	57,14
Nissen fundoplikasyonu	4	28,57
Ventriküloperitoneal şant	4	28,57
Diğer	5	35,71

**Tablo 3: Kültürlerde saptanan patojenler**

Patojen	N	%
Staphylococcus epidermidis	12	85,71
Pseudomonas aeruginosa	11	78,57
Klebsiella pneumonia	9	64,28
Acinetobacter baumannii	9	64,28
Staphylococcus haemolyticus	8	57,14
Escherichia coli	5	35,71
Serratia marcescens	5	35,71
Stenotrophomonas maltophilia	4	28,57
Staphylococcus aureus	4	28,57
Enterobacter cloacae	4	28,57
Enterococcus faecalis	3	21,42
Staphylococcus hominis	3	21,42
Achromobacter spp	2	14,28
Corynebacterium spp.	2	14,28
Klebsiella oxytoca	2	14,28
Enterobacter faecium	2	14,28
Enterobacter aerogenes	2	14,28
Morganella morganii	1	7,14
Streptococcus sanguinis	1	7,14
Staphylococcus schleiferi	1	7,14
Pseudomonas putida	1	7,14
Citrobacter koseri	1	7,14
Proteus vulgaris	1	7,14
Serratia plymuthica	1	7,14
Pantoea agglomerans	1	7,14
Burkholderia cepacia	1	7,14
Pseudomonas alcaligenes	1	7,14
Candida glabrata	1	7,14
Candida albicans	1	7,14

**Gereç-Yöntem** : Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesinde Mayıs 2016 – Eylül 2018 tarihleri arasında Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde 70 günden fazla yatan hastaların tıbbi kayıtları geriye dönük olarak değerlendirildi. Bu hastalar Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde yatış süreleri, tanıları, cerrahi işlem geçirip geçirmediği, kültür üremeleri, antimikrobiyal tedavileri ve maliyet açısından değerlendirildi.

**Bulgular** : Çalışmamıza dahil edilen 14 hastanın 8'i (%57,14) erkek 6'sı (%42,85) kızdı. Yenidoğan ve çocuk yoğun bakım ünitesindeki (YBÜ) ortalama yatış süresi 179,35 gündü. Hastaların 3'ü (%21,42) tüm yaşamları boyunca YBÜ'de takip edilmiş-



# 15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

## -TARTIŞMALI POSTERLER-

ti. Hastaların 11'i (%78,57) YBÜ'de kaybedildi. Hastaların 7'si (%50,00) yaşamlarının %25 veya daha fazlasını YBÜ'de geçirmişti. Hastaların 8'inde (%57,14) nöromuskuler hastalık tanısı mevcuttu. Hastaların 5'i (%35,71) perinatal dönemde ortaya çıkan durumların sekeli nedeniyle takip edilmekteydi. Hastaların 7'sinde (%50,00) konjenital bir hastalık veya anomali mevcuttu. Hastaların biri (%7,14) malignite, biri (%7,14) de suda boğulma nedeniyle takip edilmişti. Hastaların 10'una (%71,42) trakeostomi, 9'una (%64,28) santral venöz kateter, 8'ine (%57,14) gastrotomi açılmıştır bunların 4'ünde eş zamanlı Nissen fundoplikasyonu yapılmıştır. Hastaların 4'üne (%28,57) ventriküloperitoneal şant takılmıştır. Hastaların 1'inde hiçbir kültürde üreme saptanmamıştır. Karbapenemaz üreten patojen üremesi olan 3 hasta saptanırken her hastada geniş spektrumlu beta laktamaz üreten patojen üremesi saptandı. Hastaların 11'inde (%78,57) Pseudomonas aeruginosa, 9'unda (%64,28) Klebsiella pneumonia, 9'unda (%64,28) Acinetobacter baumannii, 5'inde (%35,71) Serratia marcescens, 4'ünde (%28,57) Stenotrophomonas maltophilia üremesi saptandı. Hastaların 2'sinde (%14,28) Candida spp. üremesi saptandı. Hastalarda en fazla 19 en az 3 çeşit antibiyotik ve antifungal tedavi kullanıldı. Ortalama 11 çeşit antibiyotik ve antifungal tedavi kullanıldı. 12 (%85,71) hastada meropenem ve teikoplanin, 10 (71,42) hastada sefotaksim, vankomisin ve kolistin, 8 (%57,14) hastada amikasin kaspofungin ve flukonazol tedavileri kullanıldı.

**Sonuç :** Pediatrik palyatif bakımla ilgili Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımları (10) ve Royal College of Paediatrics and Child Health'in (RCPCH) rehberi (11) dünyadaki pediatrik palyatif bakımla ilgili temeli oluşturmaya başlamıştır. Ancak bu prensipler üzerinden geliştirilen sağlık sistemi uygulaması henüz yaygınlaşmamıştır. Bunun en önemli sebebi dünyada ve ülkemizde özel palyatif bakım ihtiyaçlarının ve kapsamının düzenlenmesinin yetersiz olmasıdır. Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde takip edilen ve palyatif bakım gerektiren hastalar ülkemizde zaten yetersiz olan yoğun bakım yatak sayısının önemli bir kısmını işgal etmektedir. Bu hastaların erken tanımlanması ve kategorize edilmesi ve bunlara yönelik palyatif bakım servislerinin açılmasının teşvik edilmesi yoğun bakımların üzerindeki yoğun hasta yükünü önemli derecede azaltacaktır ve gerçekten acil kritik hastaların yoğun bakımda izlenmesine olanak sağlayacaktır. Bu hastaların bakım ve takibinin normal yoğun bakımlarda devam etmesi hastane enfeksiyonlarının, antibiyotik direncinin ve tedavi masraf ve giderlerinin artmasına, yoğun bakım personelinin konsantrasyon ve motivasyonunda azalmaya neden olmaktadır. Çocuk palyatif bakım servislerinin açılması ve yaygınlaşması hem bu olumsuzlukların azalmasına hem de çocuğun ebeveynleriyle daha fazla vakit geçirmesine ve sosyal hayata daha fazla adapte olmasına olanak sağlayacaktır. Yoğun bakım ünitemiz üniversite düzeyinde şehrimiz ve komşu illere hizmet veren tek yoğun bakım servsidir. Bu nedenle bulgularımızda görülebildiği gibi çoğunluğu nöro-metabolik sorunları olan ve yenidoğan döneminden itibaren hiç hastaneden ayrılmayan çocukların takipleri ve yoğun bakım ihtiyacı sevisimizce karşılanmakta, bu hastalar yaşamlarına devam ettikleri sürece sevisimizde yatmakta ve zaten kısıtlı olan yoğun bakım yatak sayısını işgal etmektedir. Bu hastaların diğer servislere devri veya taburculuğu, hastane enfeksiyonları ve antibiyotik dirençleri nedeniyle uzamaktadır. Biz bu çalışmamızda pediatrik yoğun bakım ünitesinde takip edilen ve palyatif bakım gerektiren hastaların özelliklerinin tek merkezdeki deneyimimizi paylaştık. Çok merkezli ve örneklemi daha büyük olan çalışmalarla ülkemizdeki pediatrik palyatif bakımın niteliği daha da iyi belirlenebilecektir. Bu şekilde hem hasta özelinde hem de halk sağlığı bakış açısından en doğru yol izlenecektir.

**Anahtar kelimeler :** Palyatif bakım, hastane enfeksiyonu, antibiyotik direnci, maliyet.

### PT-041

## KAWASAKİ HASTALIĞI'NDA KORONER ARTER TUTULUMU PREDİKTÖRÜ OLARAK ORTALAMA TROMBOSİT HACMİ, PLATELETKRİT VE N-TERMINAL BRAİN NATRİÜRETİK PEPTİD'İN KULLANIMI

Caner Turan<sup>1</sup>, Gamze Eman<sup>2</sup>, Eser Doğan<sup>3</sup>, Ali Yurtseven<sup>1</sup>, Eylem Ulaş Saz<sup>1</sup>,

<sup>1</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk Acil Bilim Dalı, İzmir

<sup>2</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İzmir

<sup>3</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk Kardiyoloji Bilim Dalı, İzmir

**Giriş :** Kawasaki hastalığı (KH) çocukluk çağıının sıklıkla karşılaşılan vaskülitlerinden biridir. Hastalığın tanısı ateş, (5 günden uzun süren), ekstremitelerde periferindeki değişiklikler, polimorf ekzantem, bilateral konjunktival konjesyon, orofarenks mukozasındaki değişiklikler ve servikal lenfadenopatiden oluşan ana kriterlerin beşinin olması ile konulmaktadır. Beş günden uzun süren ateşin varlığında klinik bulguların üçünün saptanması ve diğer olası nedenlerin dışlanması durumunda atipik KH'dan söz edilir. KH'nı diğer akut, ateşli, çocukluk çağı hastalıklarından ayırmaya ve kardiyak tutulumu öngörmeye yardımcı olabilecek güçlü belirteçlere ihtiyaç vardır. Bu çalışmada amaç, atipik KH'nın erken tanısında kullanılan biyokimyasal belirteçlerin değerini incelemek, koroner arter tutulumunun prediktörü olarak ortalama trombosit hacmi (MPV), plateletkrit (PCT) ve N-Terminal Brain Natriüretik Peptid (NT-proBNP)'nin araştırılmasıdır.

**Gereç-Yöntem :** Ocak 2015 ile Aralık 2017 tarihleri arasında çocuk acil servise başvuran ve atipik KH tanısı almış 60 hasta ve aynı dönemde başvuran ve demografik özellikleri benzeyen 50 sağlıklı çocuk çalışmaya retrospektif olarak alınmıştır. Tedavi öncesinde tüm çocuklara transtorasik ekokardiogram (EKO) yapılmış olup koroner arterlerde opasite, ektazi, dilatasyon ya da anevrizma (koroner arter çapı <5 mm, 5-8 mm ve >8 mm) olması koroner arter tutulumu olarak (KAT) kabul edilmiştir. Tüm olguların demografik özellikleri, başvuru yakınmaları, klinik bulguları ve MPV, PCT, RDW, lökosit, trombosit, nötrofil, lenfosit sayıları, eritrosit sedimentasyon hızı (ESH), C-reaktif protein (CRP) ve NT-proBNP gibi laboratuvar test sonuçları veri toplama formlarına işlendi. Uygulanan tedavi şekilleri, dozları ve klinik süreç içinde gelişen komplikasyonlar da kaydedildi. Hastaların tamamının 1 ay sonraki kardiyoloji poliklinik kontrollerinde yapılan kontrol EKO raporları da ayrıca incelendi. Etik kurul onayı alındı. Tüm istatistiksel analizler SPSS Statistics 22.0 v. yazılımı kullanılarak yapıldı ve istatistiksel anlamlılık p <0.05 olarak belirlendi.

**Bulgular :** Hastaların %51,7'si erkek, ortalama yaş 2,7 yıl (min 3 ay-maks 9 yıl) ve 9'u (%15) infanttı. Başvuru yakınmaları, sırasıyla, ateş yüksekliği (%100), döküntü (%28,7) ve non-pürülan konjonktivit (%25) olup, ortalama ateş yüksekliği süresi 7 gün (SD±3.35) olarak bulunmuştur. Hastaların başvuru öncesinde aldıkları tanılar, sırasıyla, üst solunum yolu enfeksiyonu (ÜSYE) (%65), akut tonsillit (%13,3), akut gastroenterit (%10), idrar yolu enfeksiyonu (%6,7) şeklindeydi ve %71,7'si antibiyotik kullanılmaktaydı. Otuz dört hastada (%56,7) koroner arter tutulumu (KAT) saptandı. KH olan çocuklardaki ortalama MPV değeri sağlıklı çocuklara göre anlamlı derecede düşük iken (sırasıyla, 5.80 fl - 8.29 fl; p<0.001); PCT ve NT-proBNP değerleri anlamlı yüksek olarak bulunmuştur (sırasıyla, %0.266

# 15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

## -TARTIŞMALI POSTERLER-

– %0.227, p=0.031; 381.7 pg/mL - 48.5 pg/mL, p=0.000). KAT olan hastalarda MPV değerleritutululum olmayan hastalara göre anlamlı derecede düşük; NT-proBNP düzeyleri ise anlamlı derece yüksek olarak saptanmıştır (sırasıyla, p=0,002; p=0.000); PCT değerinde ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. NT-proBNP düzeyi, atipik KH'nın KAT olanlarını saptamada bir tanı belirteci olarak çalışıldığında ise cut-off değer: 267.5 pg/mL olarak bulunmuştur (p=0.000, [sensitive: %91.2, spesifite %94]). Başlangıçta KAT olan olguların yarısına yakınına (n=16, %47) bir ay sonraki kontrol EKO'da KAT bulgusu devam ediyordu. Tanı aşamasında ve tedavi öncesinde yapılan ve EKO'su normal olarak rapor edilen 26 olgudan sadece 1 (%3.8) tanesinde 1 ay sonra anevrizma gelişmiştir.

Sonuç : Atipik KH'nda KAT riski klasik KH'a göre daha fazladır. KH'nın tanısında MPV ve PCT, kullanımda olan diğer klasik laboratuvar testlerine ek olarak fayda sağlayabilir. Özellikle EKO yapılamayan veya tanıda şüphe duyulan durumlarda KAT tutulumunun erken belirteci olarak NT-proBNP kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: kawasaki, koroner lezyon, MPV, PCT, NT-ProBNP

### PT-042

### ÇOCUK YOĞUN BAKIM ÜNİTEMİZE YABANCI CİSİM ASPİRASYONU NEDENİYLE YATAN OLGULARIMIZIN DEĞERLENDİRİLMESİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Nagehan Aslan<sup>1</sup>, Dinçer Yıldızdaş<sup>1</sup>, Önder Özden<sup>2</sup>, Ahmet Yöntem<sup>1</sup>, Selçuk Kılıç<sup>2</sup>, Özden Özgür Horoz<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Yoğun Bakım, Adana

<sup>2</sup> Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Adana

**Giriş :** Yabancı cisim aspirasyonu her yaş grubunda görülmekle birlikte çocukluk çağında özellikle 1-3 yaş arasında, %60-80 sıklıkta karşımıza çıkar. Çocuklarda yabancı cisim aspirasyonu acil değerlendirme ve yaklaşım gerektiren bir durumdur ve 3 yaş altı çocuklarda kazaya bağlı ölümlerin dördüncü en sık nedenidir. Ani başlangıçlı öksürük ve morarma en sık başvuru semptomlarıdır ve erkek cinsiyette daha sık bildirilmektedir. Havayolunun kısmi ya da tam tıkanıklığına bağlı olarak ateletaksi, pnömotoraks gibi önemli komplikasyonlara neden olabilir. Klinik gidiş, aspire edilen materyalin türü, lokalizasyonu ve neden olduğu havayolu tıkanıklığının derecesi, çocuğun yaşı ve olaydan sonra sağlık merkezine başvuru süresine bağlı değişir. Ön-arka akciğer (PA-AC) grafisi tanıda çoğunlukla yeterlidir. Tanıda gecikme olması durumunda morbidite ve mortalite riski artar. Rijid bronkoskopi, yabancı cisim aspirasyonunda tanı ve tedavide kullanılmaktadır. Biz bu çalışmada, hastanemize başvurup yabancı cisim aspirasyonu tanısı alan ve rijid bronkoskopi uygulanan çocuk hastaların demografik özellikleri, yabancı cisimlerin tipi, lokalizasyonu, işlem sırasında ve sonrasındaki komplikasyon oranlarını literatür bilgileri ışığında değerlendirmeyi hedefledik.

**Gereç-Yöntem :** Tek merkezli, geriye dönük bir araştırma olan çalışmada Ocak 2016-Ağustos 2018 arasında, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yabancı cisim aspirasyonu ön tanısı ile rijid bronkoskopi uygulanıp, operasyon sonrası çocuk yoğun bakım ünitesinde izlediğimiz 102 olgunun medikal kayıtları geriye dönük olarak incelendi. Kayıtları yetersiz olan 15 hasta çalışma dışı bırakıldı ve çalışma 87 hasta ile yapıldı. Olgular yaş, cinsiyet, ilk başvuru yeri, başvuru süresi, başvuru şikayetleri, fizik muayene bulguları, radyolojik incelemeler, yabancı cismin özelliği ve yerleşim yeri, hastanede ve yoğun bakımda yatış süreleri açısından değerlendirildi. SPSS versiyon 21.0 paket programı kullanıldı. Kategorik ölçümler sayı ve yüzde olarak, sayısal ölçümler ise ortalama ve standart sapma (gerekli yerlerde ortanca ve minimum - maksimum) olarak özetlendi. Çalışma için Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi klinik araştırmalar etik kurulundan onay alındı.

**Bulgular :** Çalışmaya toplam 87 hasta alındı. Olguların 37'si kız (%42,5) olup, kız/erkek oranı:1:1,3 idi. Ortalama yaş 33.73±39.44 (5-202) ay idi. Ortalama hastaneye başvuru süresi 6.26±21.22 saattir ve 31 hasta (%35,8) ilk 24 saat içerisinde hastaneye getirilmişti. Altmış yedi (%77,1) olgunun ilk başvuru yeri dış merkez olup, olgular yabancı cisim aspirasyonu ön tanısı ile hastanemize sevk edilmişlerdi. Tedaviye dirençli pnömoni nedeni ile sevk edilen ve yabancı cisim saptanan hastaların sayısı 2 (%2,3) idi. Hastaların ortalama yoğun bakım yatış süresi 1,8±4,8 (1-40) gün ve ortalama hastaneye yatış süresi 3,7±6,8 (1-51) gün idi. En sık başvuru semptomu (%74,7) ani başlayan öksürüktü. Semptomlar ve fizik muayene bulguları Tablo-1'de verildi. Aspire edilen yabancı cisim, hastaların %62,1'inde organik, %12,6'sında inorganikti. Yirmi hastada (%25,3) bronkoskopide yabancı cisim saptanmadı (Tablo-2). En sık aspire edilen materyal %19,5'lik oran ile fıstık idi. Adolesan 4 kız hasta eşarp bağlarken ağzında tuttuğu iğneyi aspire ettiği için bronkoskopi yapıldı (Resim-1). İlginc olarak bir hastamızda taş ve bir hastada parazit aspirasyonu (Video-1) mevcuttu. Hastaların 41 (%47,1)'inde PA-AC grafisi normal idi. Sadece 2 (%2,3) hastada PA-AC grafisine ek olarak bilgisayarlı toraks tomografisi ile görüntüleme yapıldı. Bu olgulardan biri karton parçası aspire eden, diğeri de dış merkezde tedaviye dirençli pnömoni nedeni ile entübe edilen ve bilateral pnömotoraksı olan hasta idi. Tüm olgulara genel anestezi altında, rijid bronkoskopi yapıldı. En sık yabancı cisim lokalizasyonu 27 (%31) olguda sağ ana bronş idi. Radyolojik görüntüleme bulguları ve yabancı cisim lokalizasyonları Tablo-3'te verildi. Olguların hiçbirinde bronkoskopi sonrası komplikasyon gelişmedi ve mortalite saptanmadı.

Sıklık	Yüzde (%)	
Organik	54	62,1
Fıstık	17	19,5
Ayçiçeği	15	17,2
Fındık	6	6,8
Havuç	2	2,3
Ceviz	2	2,3
Ceviz kabuğu	1	1,1
Elma sapı	1	1,1

# 15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-TARTIŞMALI POSTERLER-

Erik çekirdeği	1	1,1
Badem	1	1,1
Kavun çekirdeği	1	1,1
Kuru fasulye	1	1,1
Kiraz sapı	1	1,1
Mısır tanesi	1	1,1
Parazit	1	1,1
Tavuk parçası	1	1,1
Yer fıstığı	1	1,1
Yumurta kabuğu	1	1,1
İnorganik	11	12,6
İğne	4	4,5
Bilye	1	1,1
Kalem ucu	1	1,1
Karton parçası	1	1,1
Parfüm kapağı	1	1,1
Taş	1	1,1
Tespih tanesi	1	1,1
Oyuncak parçası	1	1,1
Yabancı cisim yok	22	25,3

Sıklık	Yüzde (%)	
PA-AC grafisi		
Hava hapsi	44	50,6
Normal	41	47,1
Atelektazi	15	17,2
Mediastinal kayma	9	10,4
Opasite	4	4,6
Pnömotoraks	2	2,3
Bilgisayarlı Tomografi	2	2,3
Bronkoskopi		
Sağ ana bronş	27	31
Yok	22	25,3
Sol ana bronş	14	16,1
Trakea	9	10,3
Özefagus	6	6,9
Her iki ana bronş	4	4,6
Sağ ana bronş ve trakea	3	3,4
Yetersiz bilgi	2	2,3

Semptom	Sıklık	Yüzde (%)
Öksürük	65	74,7
Solunum sıkıntısı	54	62
Morarma	40	45,9
Dirençli akciğer enfeksiyonu	2	2,2
Semptomsuz	10	11,4
Fizik muayene		
Tek taraflı azalmış akciğer sesleri	29	33,3
Ronküs	24	27,5
Stridor	17	19,5
Ral	5	5,7
Yok	32	36,7

# 15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-TARTIŞMALI POSTERLER-



Scarf pin-related Hijab syndrome

**Sonuç :** Yabancı cisim aspirasyonu çocuklar için yaygın ev kazası nedenleri arasındadır. Hastalar tipik olarak beslenirken veya oyuncakları ile oynarken, aniden başlayan öksürük ve solunum sıkıntısı öyküsü ile sağlık kuruluşuna getirilir. Yutma ve öğürme reflekslerindeki yetersizlik ve yemek yerken hareketli olmaları nedeni ile özellikle 3 yaş altı çocuklarda ve erkek cinsiyette daha sıktır. Çalışmamızdaki ortalama yaş ve kız/erkek oranı literatür bilgileri ile uyumlu idi. Aspire edilen yabancı cisimlerin, ülkelerin beslenme alışkanlıklarına, sosyokültürel ve dini özelliklerine göre değişiklik gösterdiği düşünülmektedir. Mısır, Türkiye ve Yunanistan'da ay çekirdeği, kabak çekirdeği ve karpuz çekirdeği en yaygın aspire edilen yabancı cisim iken, Güney Asya ve Çin'de en sık kemik aspire edildiği bildirilmiştir. Son yıllarda müslüman toplumlarda eşarp takarken iğneyi dudakları arasında tutan ve o esnada konuşup, gülerken iğneyi aspire eden adolesan kız hastalar artan sıklıkta bildirilmektedir. Bu durum literatürde son zamanlarda 'Scarf pin-related Hijab syndrome' olarak anılmaktadır. Bizim çalışmamızda aspire edilen yabancı cisimlerin %57,4'ü organikti ve en sık aspire edilen materyal fıstık (%19,5), ikinci sıklıkta ise ay çekirdeği (%17,2) idi. Bununla birlikte en büyüğü 202 aylık olan 4 adolesan hastada 'Scarf pin-related Hijab syndrome' saptandı. Hastalarımızın bir tanesi parkta koşarken aniden öksürmeye başlayan ve annesine bir şey yuttuğunu söyleyip kusan 3 yaşında bir erkek hasta idi. Öksürüğü dirençli seyretmesi üzerine yapılan bronkoskopide hastanın her iki bronşunda parazit larvaları görülüp lavaj yapıldı. Hastaya toplam 3 kere bronkoskopik lavaj yapılması ve intravenöz antibiyoterapi uygulanması gerekti. Yine ilginç olarak 1 hastamızda taş aspirasyonu görüldü. Tanı risk grubuna giren hastalarda detaylı öykü, fizik muayene ve destekleyici radyolojik bulguların varlığı ile şüphe duyulması ve ardından yapılan rijid bronkoskopide yabancı cisim çıkarılması ile konulabilmektedir. Ancak hastaların semptomsuz olabileceği veya fizik muayene ve radyolojik bulgularının negatif olabileceği unutulmamalıdır. Çalışmamızda %11,4 hasta semptomsuzdu, %36,7 hastanın fizik muayenede akciğer dinleme sesleri doğal ve %47,1 hastanın PA-AC grafisi normaldi. Çalışmamızda en sık başvuru semptomu (%74,7) literatürle uyumlu olarak ani başlangıçlı öksürüktü. Yaptığımız literatür taramasında çalışmamızla benzer şekilde en sık fizik muayene bulgusu tek taraflı azalmış akciğer sesleri veya ronküs olan çalışmalar mevcutken, en yaygın fizik muayene bulgusu normal akciğer sesleri olan hastaların sunulduğu çalışmalara da rastladık. En sık bildirilen radyolojik bulgular ise hava hapsi, atelektazi ve mediastinal şift idi. Bizim hastalarımızın en sık akciğer dinleme bulgusu tek taraflı azalmış akciğer sesleri (%33,3) ve en sık radyolojik bulgu PA-AC grafisinde tek taraflı hava hapsi (%50,6) idi. Çocuklarda kronik öksürük ve uygun tedavi ile düzelmeyen veya sık tekrarlayan akciğer enfeksiyonu ile başvuran olgularda ayırıcı tanıda yabancı cisim aspirasyonu her zaman akılda tutulmalıdır. Bizim de 2 olgumuz tedaviye dirençli pnömoni nedeni ile sevk edilmişti. Bir olgu, dış merkezden dirençli pnömoni tedavisinin 8. gününde sevk edilen entübe, bilateral pnömotoraksı olan ve mekanik ventilatörde yüksek tepe basınçlarıyla ventile edilen, 10 aylık bir hasta idi. Hastada yaş grubu nedeni ile ön planda yabancı cisim düşünülmemiştir ancak öykü detaylandırıldığında 4 yaşında abisi olduğu ve abinin hastaya çekirdek verdiği öğrenildikten sonra hastaya yapılan bronkoskopide sağ ana bronştan ayçekirdeği çıkarıldı. İzleminde pnömotoraks gerileyen hastanın ekstübasyonu denendi ancak uzamış entübasyona bağlı subglottik stenoz gelişen ve ekstübasyonu tolere edemeyen hastaya trakeostomi açıldı. Hasta 9 ay sonra dekanüle edildi. İkinci hasta da aynı şekilde tedaviye dirençli pnömoni nedeni ile çocuk yoğun bakıma kabul edilip, izleminde hipoksi, hiperkarbi nedeni ile entübe olan, aileden alınan detaylı öykü ile kiraz yerken morarması olduğu öğrenilen ve rijid bronkoskopi ile kiraz parçası çıkarıldıktan sonra yüksek akımlı nazal kanül oksijen desteği ile ekstübe edilen 14 aylık hasta idi. Radyopak yabancı cisimler direkt grafide tespit edilebilir. Bununla birlikte radyolusen yabancı cisme bağlı olarak direkt grafide atelektazi, havalanma farklılığı gibi bulgular saptanabilir. Aspirasyon şüphesi olup akciğer grafisi normal olan ve dinleme bulgusu olmayan, semptomsuz hastalarda bilgisayarlı toraks tomografisi tanı için kullanılabilir. Çalışmamızda sadece 2 hastada ek görüntüleme olarak bilgisayarlı tomografiye ihtiyaç duyulmuştur. Ancak çalışmamızda hastaların %98'inde öykü, fizik muayene ve PA-AC grafisi ile tanı koyabildiğimizi ve bilgisayarlı tomografinin neden olduğu radyasyon maruziyetini göz önüne alarak biz, yüksek duyarlılık ve özgüllüğüne rağmen yabancı cisim aspirasyonu tanısında rutin bilgisayarlı tomografi kullanımının gerekli olduğunu düşünmüyoruz. Sol ana bronş, trakeaya sağ ana bronşa göre daha keskin bir açı ile bağlanır. Bu anatomik durum yabancı cisim aspirasyonunun sağ ana bronşa olmasına zemin hazırlar. Hastalarımızda da literatürle uyumlu olarak en sık (%31) sağ ana bronştan yabancı cisim çıkarıldı. Hasta sayısının az olması ve dosya kayıtlarındaki yetersizliklerden dolayı verilerine ulaşılamayan hastaların olması makalemizin kısıtlayıcı faktörleri arasında sayılabilir. Daha geniş hasta grubunda, ileriye dönük olarak yapılacak çalışmaların daha faydalı olabileceğini düşünmekteyiz. Sonuç olarak yabancı cisim aspirasyonunun öncelikle önlenmesi gerekmektedir. Bununla birlikte yabancı cisim aspirasyonu tanısında en önemli aşama şüphelenmektir. Fizik muayene ve radyoloji bulguları normal olsa dahi yabancı cisim aspirasyonu düşündüren herhangi bir şüpheli öykü, veya uygun antibiyoterapiye dirençli pnömoni varlığında, özellikle 0-3 yaş arası çocuklarda bronkoskopi tanı ve tedavi açısından hayat kurtarıcı olacaktır.

**Anahtar kelimeler :** aspirasyon, bronkoskopi, hava yolu obstrüksiyonu

# 15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-TARTIŞMALI POSTERLER-

PT-043

## GERÇEK BAKTERİYEMİ Mİ YOKSA KONTAMİNASYON MU? ÇOCUK ACIL SERVİSDE ALINAN KAN KÜLTÜRÜNDE KONTAMİNASYONUN ÖNGÖRÜCÜ FAKTÖRLERİ

Emel Atas Berksoy<sup>1</sup>, Eda Karadağ Öncel<sup>3</sup>, Sema Bozkaya Yılmaz<sup>1</sup>, Şule Demir<sup>1</sup>, Gamze Gökalp<sup>1</sup>, Gülşah Demir<sup>1</sup>, Şefika Bardak<sup>1</sup>, Nisel Yılmaz<sup>3</sup>, Dilek Yılmaz Çiftdoğan<sup>4</sup>, Murat Anıl<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SBÜ Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Acil Kliniği

<sup>3</sup>SBÜ Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Kliniği

<sup>3</sup>SBÜ Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Klinik Mikrobiyoloji

<sup>4</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Çocuk Enfeksiyon Kliniği

**Giriş :** Bu çalışmada Çocuk Acil Servise başvuran ve bakteriyemi düşünülen hastalarda gerçek bakteriyemi ve kontaminasyonu etkileyen faktörlerin saptanması amaçlanmıştır.

**Gereç-Yöntem :** Bu retrospektif-kesitsel çalışma 2013-2017 yıllarında Çocuk Acil Servise başvuran, olası bakteriyemi nedeniyle kan kültürü alınan, daha sonra geriye dönük olarak klinik ve laboratuvar bulguları ile gerçek bakteriyemi olan hastalarla bakteriyemi tanısının yanlış olduğu düşünülen hastalar ile yapıldı. Çalışmaya yenidoğan dönemi dışındaki 1 ay-18 yaş aralığında olan çocuk hastalar dahil edildi. Hastaların yaşları, cinsiyetleri, uyukları, aşılama durumları, fizik muayene bulguları, Çocuk Değerlendirme Üçgeni (ÇDÜ), beyaz küre sayısı, C-reaktif protein (CRP), prokalsitonin, kan kültüründe üreyen mikroorganizmalar, eşlik eden diğer organ enfeksiyonları, bakteriyemi gelişimi için risk faktörleri varlığı, yoğun bakım ve servise yatış durumları ve yatış süreleri kaydedildi.

**Bulgular :** Belirtilen tarihler arasında kan kültürü pozitifliği bulunan 449 hasta çalışmaya dahil edildi. 165'i (%36.7) gerçek bakteriyemi iken, 284'ündeki (%63.3) kan kültürü üremesi kontaminasyon olarak değerlendirildi. Etkenlerin %65'i gram pozitif, %35'i gram negatifti. Bakteriyeminin daha büyük yaşta çocuklarda, aşısı olmayan ya da tamamlanmamış olanlarda, ÇDÜ anormal olanlarda, başvuru sırasında ateş yüksekliği olanlarda, risk faktörü bulunanlarda daha sık olduğu saptandı (sırasıyla p<0.001, p=0,018, p<0.001, p<0.001, p=0,002). Laboratuvar verileri incelendiğinde; beyaz küre, CRP ve prokalsitoninin bakteriyemi olanlarda istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek olduğu görüldü (sırasıyla p=0.001, p<0.001, p<0.001). Bakteriyemi düşünülen hastaların büyük kısmının servise ya da yoğun bakıma yattığı görülürken, kontaminasyon saptanan olguların daha sıklıkla acilden taburcu edildiği görüldü (p<0.001). Lojistik regresyon analizinde erkek cinsiyetin, başvuruda ateş yüksekliği ve CRP değerinin gerçek bakteriyemi için risk faktörü olduğu saptandı.

**Sonuç :** Çocuk acil serviste kan kültürü isteminde yalancı pozitif bakteriyemi oranlarını düşürmek için hastaların aşılama durumları, eşlik eden hastalıkları, yüksek ateş varlığı ve ÇDÜ'nin sorgulanması gereklidir. Ayrıca çok çeşitli klinik özellikler arasında; yüksek ateş ve CRP çocuk acil serviste alınan kan kültürlerinde gerçek bakteriyemi oranlarını artırmak adına hangi hastalardan kan kültürü alınacağına dair iyi birer gösterge olabilirler.

**Anahtar Kelimeler:** acil, bakteriyemi, çocuk, kontaminasyon

PT-044

## ZEHİRLENME TEDAVİSİNDE TERAPÖTİK PLAZMA DEĞİŞİMİ; TEK MERKEZ DENEYİMİ

Murat Özkale<sup>1</sup>, Yasemin Özkale<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana Dr.Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk Yoğun Bakım

**Giriş :** Son yıllarda zehirli maddelerin detoksifikasyonunu artırmak, hızla vücuttan uzaklaştırmak ve hastalarda hızlı klinik iyileşme elde etmek için çeşitli ekstrakorporeal yöntemler kullanılmaktadır. Hangi yöntemin seçileceği toksik maddenin özelliği ve uygulanacak yöntemin erişilebilirliğine bağlıdır. Karar aşamasında toksik maddenin proteine bağlama kapasitesi, suda çözünürlüğü, dağılımı hacmi ve eliminasyon şekli önemlidir. Bilgi ve deneyimlerin artması, teknik donanım ve ekipmanların geliştirilmesi ile terapötik aferez uygulamaları dünyada ve ülkemizde Çocuk Yoğun Bakım ünitelerinde giderek artan ileri tedavi yöntemlerinden birisi olmuştur. Terapötik plazma değişimi (TPD) birçok immünolojik ve toksikolojik hastalıkta kullanılan ekstrakorporeal olarak kanı temizleyen bir tedavi yöntemidir. Toksik maddelerin kendileri veya aktif metabolitleri plazmaferez işlemi ile vücuttan uzaklaştırılmaktadır. Ancak TPD'nin zehirlenme olgularında kullanımıyla ilgili veriler yeterli değildir. Amerikan Aferez Cemiyeti'nin (ASFA) 2016 kılavuzunda yılan ısırıkları ve mantar zehirlenmeleri dışındaki zehirlenmelerde TPD endikasyonu bulunmamaktadır. Bununla birlikte kılavuzda, özellikle yüksek oranda proteine bağlanan ilaçlarda TPD tedavisinin faydalı olabileceği belirtilmektedir. Bu çalışmamızda, Çocuk Yoğun Bakım ünitemizde zehirlenme tanısı ile TPD uygulanan hastaların klinik özellikleri, uygulama endikasyonları, komplikasyonları, uygulama süreleri ve yöntemlerini, hasta prognozunu ve işlemin güvenilirliğini incelemeyi amaçladık.

**Gereç-Yöntem :** Bu çalışma, Ağustos 2011-Mayıs 2018 yılları arasında Başkent Üniversitesi Adana Dr.Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde zehirlenme tanısıyla yatırılıp TPD yapılan 14 hastayı içermektedir. Hastalara ait demografik, klinik ve laboratuvar verileri hasta dosyaları ve hastane otomasyon sistemi kayıtlarından elde edildi. Terapatik plazma değişimi ilişkili komplikasyonlar, işlem sırasında ve sonrasında kayıt altına alındı.

**Bulgular :** Çalışmaya sekizi kız (%57.1), altısı erkek (%42.9) toplam 14 hasta alındı. Hastaların yaş ortalaması 10,35 ±6,27 yıl(1-16 yaş) idi. TPD'nin bir hastada karbamezepin, iki hastada amitriptilin, bir hastada ağır metal zehirlenmesi, bir hastada kalsiyum kanal blokeri, bir hastada mantar, bir hastada parastemol, altı hastada çoklu ilaç içimi ve bir hastada botulismus nedeni ile uygulandığı görüldü. Hastalarda vasküler yol olarak %71.4 femoral ven, %28.6 internal juguler venin kullanıldığı tespit edildi. Hasta başı ortalama işlem sayısı 2 seans olup (1-8 seans) toplam 28 seans TPD yapıldığı görüldü. Replasman sıvısı olarak %71.4'de (10/14) taze donmuş plazma %28.5'inde (4/14) taze donmuş plazma +albümin kullanıldı. TPD işlemine bağlı major komplikasyon görülmezken katater

# 15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-TARTIŞMALI POSTERLER-

tıkanması, ürtiker ve hipotansiyon en sık görülen minor komplikasyonlardı. Sekiz hastanın mekanik ventilatör desteği aldığı, %85'nin tamamen iyileştiği, bir hastaya karaciğer transplantasyonu yapıldığı saptandı. Kalsiyum kanal blokleri alan bir hastanın ise kaybedildiği tespit edildi. Çalışmamızdaki hastaların hiçbiri TPD işlemine bağlı hayatını kaybetmemiştir.

**Sonuç :** Günümüzde TPD zehirlenme vakalarında umut verici bir tedavi yöntemidir. TPD'nin hemodiyaliz, hemoperfüzyon ve hemofilt-rasyona göre üstünlüğü hızlı etkili, toksik maddenin molekül büyüklüğünden bağımsız işlevi ve işlem için santral katater yerine büyük periferik damarların kullanılabilmesidir. Ancak çocuklarda TPD'nin zehirlenme olgularında kullanımıyla ilgili klinik çalışmalar oldukça kısıtlı olup daha çok vaka bildirimleri mevcuttur. Amerikan Aferez Cemiyeti'nin (ASFA) 2016 kılavuzunda özellikle yüksek oranda proteine bağlanan ilaçlarda TPD tedavisinin faydalı olabileceği belirtilmektedir. Literatürde TPD'nin amitriptilin, teofilin, karbamazepin, dil-tiazem, verapamil, amlodipin, propranolol, L-tiroksin gibi proteine yüksek oranda bağlanan ilaç zehirlenmelerinde, cıva gibi ağır metal ve mantar zehirlenmelerinde etkinliğini savunan olgu sunumları mevcuttur. Yılmaz ve arkadaşları organofosfor zehirlenmesinde TPD tedavisi ile hem klinik iyileşme hemde kan seviyesinde etkili düşüş bildirirken, Nenov ve arkadaşları TPD'nin dimetoat içeren organofosfor zehirlenmesinde yararlı olmadığını iddia etmişlerdir. Dişel ve arkadaşları ise çalışmalarında TPD'nin, özellikle geleneksel tedavilere rağmen klinik kötüleşmesi olan zehirlenme olgularında kullanılmasını önermekte, TPD'nin sadece zehirin ortadan kaldırılmasında değil, aynı zamanda solunum depresyonu gibi uzamış zehirlenme semptomları olan hastalarda taze donmuş plazma ile kolinesterazın değiştirilmesinin faydalı olduğu şeklinde görüş bildirmişlerdir. Çalışmamızda TPD'nin bir hastada karbamazepin, iki hastada amitriptilin, bir hastada ağır metal zehirlenmesi, bir hastada kalsiyum kanal blokleri, bir hastada mantar, bir hastada parastemol, altı hastada çoklu ilaç içimi ve bir hastada botulismus nedeni ile uygulandığını ancak organofosfor zehirlenmesi nedeni ile TPD yapılan hastamızın olmadığını gördük. Klinik olarak destek tedavilerine yanıt vermeyen ya da tedavi altında iken kötüleşen, öyküsünde çoklu ilaç alımı olan hastalarımızda TPD tedavisi sonrası kliniklerinin daha iyi olduğunu ancak verapamil zehirlenmesi nedeni ile izlediğimiz bir hastamızın tüm destek ve tekrarlayan TPD tedavisine rağmen kaybettiğimiz görüldü. Çalışmamızda teknik imkansızlıklardan dolayı hastalarda TPD öncesi ve sonrası her hastada toksik madde yada ilaç düzeyi bakılmamış dolayısıyla toksik maddelerin temizlenmesi biyokimyasal analizlerle kanıtlanmamıştır. Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde yatan geleneksel tedavilere yanıt vermeyen kritik zehirlenme olguların tedavisinde TPD kullanımı önemli bir destek tedavisidir ve klinik iyileşmede önemli rol oynar. Bu hastalarda endikasyon doğrultusunda TPD kararı almak hayat kurtarıcı olabilir. Doğru endikasyonla birlikte replasman sıvısı seçimi, işlem bilgisi, deneyimli ekibin uygulaması TPD etkinliğini artırmakta ve komplikasyon oranını azaltmaktadır. Bu konuda ileride kapsamlı yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar kelimeler :** Zehirlenme, ekstrakorporal, terapötik plazma değişimi

**PT-045**

**AĞIR ALT SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONUNDA VİRAL ETYOLOJİNİN YERİ: NİÇİN ÖNEMLİ?**

Yasemin Özkale<sup>1</sup>, Murat Özkale<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana Dr.Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Adana

**Giriş :** Viral etkenlere bağlı ciddi alt solunum yolu enfeksiyonları, her yıl çok sayıda hastane yatışına neden olmakta ve mortaliteyle seyretmektedir. Son yıllarda bilinen etkenlerin dışında akut solunum yetersizliği tablosuna yol açan yeni solunum yolu virüsleri ( metapneumovirus (MPV), koronavirüs, bokavirüs vb.) tanımlanmıştır. Son çalışmalarda bu yeni viral enfeksiyon etkenlerinin klinik ve epidemiyolojik özellikleri üzerinde durulmaktadır. Yeni viral ajanların saptanması onların patolojik potansiyellerinin belirlenmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Etkenlerin tespit edilmesi, ağır solunum yetmezliğinde benzer klinik tabloda çocuk yoğun bakım ünitesine yatan hastalara yaklaşımı kolaylaştıracak, hastalığın şiddeti, tedavisi ve prognozu yönünden ışık tutacaktır. Uygun korunma ve tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi, sağlık personelinin eğitimi ve toplumun bilinçlendirilmesi yanında, her bölgenin kendi epidemiyolojik verilerini belirleyerek güncellemesi de gerekmektedir. Bu çalışmanın amacı, ağır yada çok ağır alt solunum yolu enfeksiyonu tablosunda çocuk yoğun bakım ünitemize yatan ve viral solunum yolu virusu tespit edilen hastalarda; klinik özelliklerini, laboratuvar bulgularını ve demografik özelliklerini geriye dönük olarak gözden geçirmek ve bölgesel verilerin güncellenmesini sağlamaktır.

**Gereç-Yöntem :** 01.01.2013-30.05.2018 tarihleri arasında Başkent Üniversitesi Adana Dr. Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde solunum yetmezliği tablosunda yatırılarak izlenen ve etyolojide viral solunum yolu virusu tespit edilen hastaların dosyaları geriye dönük incelenerek klinik, laboratuvar bulguları, tedavileri ve demografik özellikleri kaydedildi.

**Bulgular :** Yaşları 1-156 ay arasında değişen, 89'u erkek 64'ü kız 153 hasta çalışmaya alındı. Hastaların %35'nin 6 ay ve altında, %55'nin ise 1 yaş altında olduğu görüldü. Hastaların 133'ünde (%87) alt solunum yolu enfeksiyonları belirtilerine neden olabilecek tek viral etken saptandı. Tek etken olarak; respiratuar sinsityal virüs (RSV) %33'lük oranla (51/153) en sık saptanan virüs oldu. Otuz hastada rinovirüs, 13 hastada MPV, 11 hastada parainfluenza virüs (PIV), 10 hastada boca virus (%6.5), dokuz hastada (%5,8) adenovirus, dokuz hastada (%5,8) influenza virüsü diğer viral etkenler idi. Birden fazla viral etkenin aynı hastada birlikteliğine bakıldığında; üç hastada RSV-rinovirüs birlikteliği, üç hastada adenovirus-rinovirüs, iki hastada rinovirüs-bocavirüs, iki hastada influenza-RSV, bir hastada parainfluenza-bocavirüs, bir hastada adenovirus-RSV, bir hastada MPV -RSV, bir hastada rinovirüs- MPV, bir hastada bocavirus- koronavirüs, bir hastada adenovirus- bocavirus, bir hastada influenza -bocavirus, bir hastada RSV-bocavirus birlikteliği, bir hastada RSV rinovirüs ve bir örnekte de bocavirus-rinovirüs-koronavirüs birlikteliği saptanmıştır. On bir hastanın mekanik ventilatör desteği aldığı tespit edildi. Risk faktörü olarak 14 hastada prematürite, 19 hastada düşük doğum ağırlığı, 15 hastada ise hem prematürite hemde düşük doğum ağırlığı olduğunu, %34 hastanın ise öyküsünde tekrarlayan alt solunum yolu enfeksiyonu olduğu kaydedildi. Gastroözafajial reflü ve epilepsinin en sık eşlik eden hastalıklar olduğu izlendi. Aylara göre yatışların en sık şubat (%16) ve mart (%16) aylarında olduğunu, %61 hastaya yatışında oseltamivir ve tüm hastalara antibiyotik tedavisi başlandığını gördük.

**Sonuç :** Çocukluk çağında solunum yetmezliği ve buna neden olan viral alt solunum yolu enfeksiyonları çocuk yoğun bakıma yatış nedenlerinin önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Etkenler coğrafi bölgeye, mevsimlere, toplumun sosyo-kültürel özelliklerine ve yaş grubuna göre farklılıklar göstermektedir. Uygun korunma ve tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi, sağlık personeli eğitimi ve toplumun bilinçlen-

# 15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-TARTIŞMALI POSTERLER-

dirilmesi yanında her bölgenin kendi epidemiyolojik verilerini belirleyerek güncellemesi gerekmektedir. Bölgesel verilerin solunum yolu enfeksiyonlarından korunma açısından üzerinde yoğun çalışmaların yapıldığı aşı geliştirmesine de yol göstereceğine inanmaktayız.

**Anahtar kelimeler :** Solunum, virus, etyoloji

**PT-046**

## TRAKEOSTOMİ VE GASTROSTOMİ AÇILAN HASTADA AİLE EĞİTİMİ

Meryem Nihal Yersel<sup>1</sup> , Nazım Fırat<sup>1</sup> , Muhterem Duyu<sup>1</sup> , Senanur Yavuz<sup>1</sup> , Özlem Bozkurt<sup>1</sup> , Zeynep Karakaya<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi -Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi

<sup>2</sup> Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi-Çocuk Hastalıkları Anabilim Dalı

**Giriş :** Trakeostomi, solunum yetmezliği nedeniyle nefes almayı kolaylaştırmak için nefes borusuna bir delik açılması ve içine bir boru( kanül) yerleştirilmesi işlemidir. Hastalarda hava yolu açıklığını sürdürmek ve değerlendirmek hemşirelik bakımında öncelikli sorumluluklarından biridir. Endotrakeal tüp veya trakeostomi kanülü ile hava yolu açıklığı yapay bir yol ile sağlandığında hemşirelerin bu işlemlerin endikasyonlarına, komplikasyonlarına ve bakımına dair tüm bilgilere sahip olması yaşamsal öneme sahiptir. Gastrostomi ağız yoluyla gıda alamayan hastaların beslenmesini sağlamak amacıyla karın duvarından geçirilen esnek bir tüpün mideye yerleştirilmesi işlemidir. Perkütan endoskopik gastrostomi (PEG), gastrointestinal sistemi normal olan ve genellikle uzun süreli enteral beslenme ihtiyacı olan çocuklarda tercih edilen oldukça basit, ucuz, etkili ve komplikasyon oranı düşük bir yöntemdir. Trakeostomi ve gastrostomi bakımı hijyen açısından son derece önemlidir. Bu hastaların eve taburculuğunda, yakınlarının trakeostomili ve gastrostomili hasta bakımı hakkında eğitim almaları gerekir. Bu çalışma ile Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi'nde trakeostomi ve PEG açılan hastalarda gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi için hastaların yatışları sürecinde gerekli eğitim ve hazırlıkların verilmesinin önemi vurgulanmıştır.

### Trakeostomi ve PEG bakımı yapılmış hasta



# 15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-TARTIŞMALI POSTERLER-

## aile eğitim konuları

**AİLE EĞİTİM KONULARI**

Aspirasyon nasıl yapılır?

Aspirasyon sırasında dikkat edilmesi gereken hususlar nelerdir?

Nazogastrik sonda(wardsa) bakımı ve nazogastrik sonda ile evde karşılaşılabilecek sorunlar nelerdir?

Gastrotomi (wardsa) bakımı ve Gastrotomili hastada hastadaevde karşılaşılabilecek sorunlar nelerdir?

Evde kullanılmak olan tıbbi cihaz ve sarf malzemeler eksiksiz sağlandı mı?

Kullanılacak cihazlar hakkında bilgilendirme yapıldı mı? *Evet*

Evde kullanılacak tıbbi cihazlar nelerdir?

**3İBAP AŞARJLI ASPİRATÖR**

MAMA MAKİNASI  PULSE OKSİMETRE

OKSİJEN KONSANTRATÖRÜ  SOLUNUM CİHAZI

**OKSİJEN TUPU**

Cihazların arıza yapması durumunda ulaşabileceğim telefon numaraları var mı?

Pulseoksimetre cihazı nedir ve hasta için neden gereklidir, Normal oksijen ve kalp atış hızı aralıkları hasta için belirtildi mi?

Acil durumda yapılması gerekenler konusunda eğitim verildi mi?

Taburculuk sonrası kontrol ve izlemler ile ilgili bilgilendirme yapıldı mı?

**Olgu :** 11 yaşında erkek hasta yüksekten düşme ve multiple travma tanısı ile entübe olarak çocuk yoğun bakım ünitesine devir alındı. Hasta ağır travmatik beyin hasarına bağlı olarak opere edildi. Hastanın stabilizasyonu sağlandıktan sonra bilinç bulanıklığı sebebiyle yatışının 11. gününde hastaya trakeostomi ve perkutan endoskopik gastrotomi (PEG) açıldı. Yatışının 13. gününde hastanın ailesine eğitim hemşiresi tarafından evde bakıma yönelik eğitim vermeye başlandı. Aile ile birlikte eğitim hemşiresi tarafından eğitim saatleri planlandı. Hastanın ailesine trakeostomi bakımı, steril aspirasyon, ağız bakımı, perine bakımı, acil durumda yapılması gerekenler, PEG' ten besleme ve ilaç verme, nabız ve oksijenizasyon takibi gibi konularda eğitimler verildi. Eğitim hemşiresi tarafından aile eğitim formu oluşturularak, hasta bakımına yönelik öğretilen konuların takibi sağlandı. Hastanın evde bakımına yönelik ailenin yeterlilik düzeyi eğitim hemşiresi tarafından değerlendirildi. Hastanın evde kullanacağı sarf malzemelerin ve makinelerin temini sağlandı. Hasta 17 günlük eğitim sürecinden sonra taburcu edildi.

**Sonuç :** Travma, dünyada ve ülkemizde önemli sağlık sorunlarından biridir. Kafa travması çocuklarda mortalite ve morbidite sorunları arasında yer almaktadır. Günümüzde, travma nedeni ile hasara uğrayan beyin dokusuna yönelik özel bir tedavi yöntemi bulunmamaktadır. Bu nedenle ağır kafa travması geçiren hastalarda, kafa travmasına bağlı spontan solunumu sürdürmemeye, beslenmede yetersizlik ya da gereksinimden az beslenme ve bilinç bulanıklığı gibi komplikasyonlar meydana gelmektedir. Hastamızda bilinç değişikliği geliştiği için gastrotomi ve trakeostomi açılmıştır. Hasta evde bakım hastası olduğu için eğitim hemşiresi tarafından aileye aspirasyon, gastrotomiden besleme ve bakıma yönelik eğitimler verilmiştir. Ailelerin öğrenim düzeylerini ölçen aile eğitim formları oluşturulmuştur. Hasta ebeveynlerinin yeterlilik düzeyi eğitim hemşiresi tarafından değerlendirilmiştir. Aile eğitimi bittikten sonra hasta taburcu edilmiştir. Sonuç olarak trakeostomi ve PEG açılan hastaların ailelerine verilen evde bakıma yönelik eğitim ile hasta yakınlarına kazandırılan doğru bilgi ve beceri sayesinde hastaların yaşam standartlarında artış gözlenmiştir.



# 15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-TARTIŞMALI POSTERLER-

eğitim formu

	T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ		T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ															
	ÇOCUK YOĞUN BAKIM TRAKEOSTOMİLİ HASTA HEMŞİRE EĞİTİM FORMU																	
	TARİH:	08-16	16-08	TARİH:	08-16	16-08	TARİH:	08-16	16-08	TARİH:	08-16	16-08	TARİH:	08-16	16-08	TARİH:	08-16	16-08
1	STERİL ELDİVEN GİYME	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2	ASPIRASYON İÇİN GEREKLİ MALZEMELERİ SAYABİLME	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3	SF + AMBU	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4	ASPIRASYON İŞLEMİ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5	TRAKEOSTOMİ PEDİ DEĞİŞTİRME	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
6	PEG BAKIMI	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
7	PEG'DEN İLAÇ VERME	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
8	İLAÇ HAZIRLAMA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
10	OKSİJEN TÜRÜ KULLANIMI?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
11	OKSİJEN TÜRÜ NE İŞE YARAR? HANGİ DURUMLARDA KULLANILIR?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
12	OKSİJEN KONSANTRATÖRÜ NEDİR? NE İŞE YARAR?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
13	ASPIRATÖRÜN BASINÇ ARALIĞI KAÇ OLMALIDIR?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
14	ASPIRATÖR KAVANÖZÜNÜN TEMİZLİĞİ NASIL YAPILIR?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
15	PULSE - OKSİMETRE CİHAZI HANGİ DEĞERLERİ GÖSTERİR?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
16	SATURASYONUN NORMAL ARALIĞI NEDİR?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
17	KALP TEPE ATIMLARININ(NABİZ) NORMAL ARALIĞI NEDİR?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
18	CİHAZLARDAN HERHANGİ BİRİ ARIZALDIĞINDA NE YAPILIR?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
19	TRAKEOSTOMİ KANÜL DEĞİŞİMİ NASIL YAPILIR?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
20	KANÜL NE KADAR SIKLIKTA DEĞİŞTİRİLİR?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Anahtar kelimeler : trakeostomi, PEG, aile eğitimi

PT-047

## TRAKEOSTOMİLİ PEDIATRİK HASTALARIN EVDE BAKIM SÜRECİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Gülhan Şimşit<sup>1</sup>, Meltem Yetim Tezel<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, Samsun

**Giriş :** Yoğun bakımlardaki teknolojilerin gelişmesi ile birlikte birçok hastada iyileşme belirtileri görülmesine rağmen bir grup iyileşemeyecek düzeydeki kronik hastalığa sahip hastaların devamlı olarak bir solunum desteğine ihtiyacı olduğu görülmektedir. Aynı zamanda bu grup hastalar sürekli bakım desteğine de ihtiyaç duymaktadır. Özellikle çocuk yoğun bakım hastalarında bu süreç çocuğun ailesi ile birlikte devam ettirilmesi gereken bir sürece dönüşmüştür. Son zamanlarda kronik bir hastalığa sahip çocuğun ventilasyon tedavisinin sürdürülmesi için çocuk yoğun bakım ekibi ile işbirliği sağlanarak ailenin evde bakım süreci için gerekli olan cihazlar temin edilmektedir. Solunum desteğinin sağlanması için özellikle solunum yetmezliği nedeniyle hastanın nefes almasını kolaylaştırmak için hastalara trakeostomi takılarak ev tipi mekanik ventilatör cihazları ile taburculukları gerçekleştirilen hastaların bakım vericilerine trakeostomili hasta bakımı hakkında eğitim verilmesi gerekir. Evde bakım sürecinde hasta ve bakım vericilerinin karşılaşılabileceği pek çok fiziksel, duygusal, sosyal ve çevresel sorunlar görülebilmektedir. Bu çalışma trakeostomili pediatrik hastaların bakım sürecinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

**Gereç-Yöntem :** Araştırma 13.04.2018-24.09.2018 tarihleri arasında Samsun ilinde bulunan üniversite hastanesinin çocuk yoğun bakım ünitesinde trakeostomi takılan 27 trakeostomili çocuğun evde bakım vericisinin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Veriler literatür doğrultusunda hazırlanan 35 sorudan oluşan anket formu kullanılarak pediatrik hastaların bakım vericilerinden toplanmıştır. İlgili kurumdan yazılı ve araştırmaya katılan çocukların yakınlarından bilgilendirilmiş onam alındıktan sonra anket formu ilgili tarihler arasında uygulanmıştır. Verilerin istatistiksel analizi, bilgisayar ortamında SPSS 21.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Veriler ortalama, ortanca ve yüzde şeklinde sunulmuştur.

**Bulgular :** Araştırmada trakeostomili çocukların %70,4'ünün kız, %29,6'sının erkek olduğu belirlenmiş olup yaş ortalaması 69,59±45,14 (6-156ay) aydır. Çocukların %18,5'i epilepsi (n=5), %14,8'i SMA (n=4), %22,2'si metabolik hastalık (n=6), %44,4'ünün nörolojik hastalığa sahip olduğu belirlendi. Çocukların %14,8'inin sosyal güvencesinin olmadığı, %59,3'ünün il merkezinde yaşadığı, %96,3'ünün bakım vereninin annesi olduğu, bakım vericisinin yaş ortalaması 35,41±6,41(25-51 yaş) yaştır. Çocukların trakeostomili olarak yaşama süreleri 59,26±43,86 (3-130ay) aydır. Evde olan 4 hastanın yaşam süreleri ise sırasıyla 1, 20,30 ve 60 ay olarak belirlenmiştir. Çocuklara bakım verenlerin %96,2'sinin ev hanımı olduğu, %55,6'sının yaşam ilkököl, %7,42'nin üniversite mezunu olduğu, %37'sinin 2 çocuğa sahip olduğu, 1100-3500 TL gelirinin olduğu, %92,6'sının çocuğunun hayati bulgularını değerlendirmede kendini yeterli bulduğu, %55,6'sının en az üç odası olan bir evde yaşadığı, %63'ünün evlerinin kendilerine ait olduğu, %51,9'unun evin ısınmasını soba ile sağladığı, %51,9 trakeostomili çocuğun kendisine ait bir odasının olduğu belirlendi. Bakım vericilerin %7,4'ünün hipertansiyonu olduğu ve %100'ü çocuklarının bakımına tüm gününü ayırdıklarını ifade etmiştir. %85,2'si çocuklarını evden dışarıya hiç çıkarmadıklarını, %14,8'i haftada sadece 1 gün dışarıya çıkardıklarını belirtmiştir. Bakım verenlerin %48,1'i çocuğunun bakımı ile ilgili herhangi bir kurumdan yardım almadığını, %37'si aile hekiminden, %14,8'i ise hemşireden yardım aldığını, %81,5'i çocuğuyla ilgili bir sorunla karşılaştığında taburcu olduğu hastaneyi aradığı, %96,3'ü ise taburcu olduğu hastaneye başvurduğu, %81,5'i çocuğunu hastaneye ambulans ile götürdüğü, %74,1'inin ev tipi mekanik ventilatör ile ilgili bir problem yaşamadığı, en yakın sağlık kuruluşuna mesafenin 1-20km olduğu, %40,7'sinin hastaneden çıktıktan sonra 2 kez hastaneye başvurduğu, bakım vericinin %7,4'ünün psikolojik destek aldığı, %11,1'inin psikiyatrik ilaç kullandığı belirlenmiştir.

# 15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-TARTIŞMALI POSTERLER-

**Sonuç :** Çalışmamızda trakeostomili çocuklar da en çok görülen tanı nörolojik hastalıklardır. Trakeostomili çocukların çoğu aile ile birlikte odasını paylaştığı, sosyo ekonomik düzeylerinin standartların altında olduğu görülmüştür. Çocuğun bakımını annelerin üstlendiği ve bakım için tüm günlerini ayırdıkları sonucuna ulaşılmıştır. Çocuğun bir sorunu olduğunda taburcu oldukları kurumu tercih ettikleri ve ulaşım için 112'yi aradıkları saptanmıştır. Diğer sağlık kuruluşlarının trakeostomili hastalara hizmet verebilir seviyeye ulaşmasıyla birlikte ailelerinde iş gücünün azalacağını düşünmekteyiz. Trakeostomili hastalar için yataklı bakım merkezinin olması ailenin sosyal hayatında kendilerine zaman ayırmasını sağlayacaktır.

**Anahtar kelimeler :** Çocuk yoğun bakım, trakeostomi, bakım veren, bakım verici, pediatri, evde bakım

PT-048

## ÇOCUK HASTALARDA ORBİTA KIRIKLARININ KLİNİK DEĞERLENDİRMESİ

Deniz Karakaya<sup>1</sup>, Aytaç Göktuğ<sup>1</sup>, Merve Karaman<sup>1</sup>, Berna Uçan<sup>2</sup>, Ömer Suat Fitöz<sup>2</sup>, Deniz Tekin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi, Çocuk Acil, Ankara

<sup>2</sup>Ankara Üniversitesi, Radyoloji, Ankara

**Giriş :** Çocuklarda orbital kırıkların klinik belirleyicileri ile ilgili veriler sınırlıdır. Biz çalışmamızda çocuk hastalarda orbital kırıklar için risk faktörlerini ve çocuklarda orbital kırıkların belirtilerini ve semptomlarını tanımlamayı amaçladık.

**Gereç-Yöntem :** Orbital kırığı değerlendirmek için beyin BT, orbital BT ve maxillofasial BT (bilgisayarlı tomograf) tetkiki yapılan 18 yaşından küçük çocuklar retrospektif olarak incelendi. Çalışmaya haziran 2013 ile haziran 2018 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi çocuk acil kliniğine travma ile başvuran hastalar dahil edildi. Orbital kırığın varlığı, elektronik tıbbi kayıtlarda bir radyolog tarafından BT'nin yorumu kullanılarak değerlendirildi.

**Bulgular :** Çalışma süresince maxillofasial, orbital ve kranial BT uygulanan 46 çocukta orbita kırığı vardı. Ortalama yaş 6.7 yıl idi. En küçük hasta yaşı 3 ay, en büyük hasta 17 yaş 11 ay idi. Travmanın nedeni 5 hastada (%10.8) cisim çarpması, 28 hastada (%60.8) yüksekten düşme, 3'ünde (%6.5) darp, 6 hastada (%6) araç dışı trafik kazası, 2 hastada (%4.3) araç içi trafik kazası, 2 hastada (%4.3) duran cisime çarpma idi. Hastaların 32'sinde (%69.5) travma paterni yüksek enerjili idi. 34 hastada (%73.9) ödem, hemraji, ekimoz gibi herhangi bir göz bulgusu mevcuttu. 14 hastada (%30.4) bilinç bulanıklığı, uykuya meyil, bulantı gibi sistemik şikayetler mevcuttu. Hiçbir klinik bulgu olmadan orbita kırığı saptanan 7 hasta (%15.2) mevcuttu. Yalnızca 2 hastada (%4.3) orbita kırığı nedeniyle operasyon gereksinimi olmuştu. 9 hastada (%19.5) ise multiple travmaya bağlı ortopedi, beyin cerrahisi ve KBB tarafından orbita kırığı dışında operasyon ihtiyacı olmuştu. 2 hastada bilateral orbital kırık mevcuttu. 18 hastada (%39.1) deplase kırık mevcuttu. Hastaların 25'inde (%54.3) multiple facial travma mevcuttu. Hastaların 10'unda (%21.7) intrakranial kanama (5 hastada subgaleal hematoma, 2 subdural, 1 hastada epidural, 1 hastada subperiostal, 1 hastada subaraknoid kanama) eşlik etmekteydi.

**Sonuç :** BT ile orbita kırığı tanısı alan çocuk hastalarda, hiçbir klinik bulgu olmadan da orbita kırığı saptanan 7 hasta (%15.2) mevcuttu. Orbita kırığı tanısı ile izlenen hastaların yalnızca 2'sinde operasyon gereksinimi olmuştu. Orbital hassasiyet, şişlik veya ekimozun yokluğunda hiçbir hastada operasyon gereksinimi olan orbita kırığı olmadı.

**Anahtar Kelimeler:** orbita, kırık, pediatri, travma, bilgisayarlı tomografi

PT-049

## ROTAVİRÜS VE ADENOVİRÜS AKUT GASTROENTERİTLERİNİN KLİNİK VE EPİDEMİYOLOJİK KARŞILAŞTIRILMASI: FARK VAR MI?

Hale Çitlenbik<sup>1</sup>, Batuhan Küçükali<sup>2</sup>, Elif Tuğçe Tunca Küçükali<sup>2</sup>, Emel Ulusoy<sup>1</sup>, Ali Öztürk<sup>1</sup>, Nihan Şık<sup>1</sup>, Durgül Yılmaz<sup>1</sup>, Murat Duman<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Acil Bilim Dalı, İzmir

<sup>2</sup> Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

**Giriş :** Akut gastroenteritler (AGE), çocukluk çağında önemli morbidite ve mortalite nedenlerinden biridir ve çocuk acil servis başvurularının büyük bir bölümünü oluşturmaktadır. Çocukluk çağında en sık viral nedenlere bağlı AGE'ler görülür, rotavirüs ve enterik adenovirus sık saptanan etkenlerdir. Çalışmamızda, rotavirus ve adenovirus AGE'lerinin klinik ve epidemiyolojik bulgularının araştırılması ve karşılaştırma yapılması planlanmıştır.

**Gereç-Yöntem :** Çalışmamıza, 2013-2018 yılları arasında, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi çocuk acil servisinde, akut gastroenterit olarak değerlendirilen ve dosyaları geriye doğru incelenerek dışkıda rotavirüs veya adenovirüs antijeni pozitif saptanan 630 hasta dahil edildi. Hastaların demografik verileri, başvurudaki mevsim, kusma varlığı, günlük kusma sayısı, vücut sıcaklığı, dehidratasyon derecesi, komplikasyon olup olmadığı, hastanede yatış süreleri ve laboratuvar bulguları kaydedildi.

**Bulgular :** Çalışmaya alınan hastaların %81'inde (n:510) rotavirüs, %17,3'ünde (n:109) adenovirüs, %1,7'sinde (n:11) rotavirüs+adenovirüs antijeni pozitif saptandı. Rotavirüs AGE'lerinin yaş ortancası 24 ay (IQR: 12-48 ay), adenovirüs AGE'lerinin ise 36 ay (IQR: 12-48 ay) saptandı ve anlamlı istatistiksel fark görülmedi. Her iki grup arasında cinsiyet açısından fark saptanmadı. Rotavirüs ishalinin ilkbahar ve kış mevsiminde (sırasıyla; %43,1, %32,5) daha yüksek oranda olduğu, adenovirüs ishalinin ise yıl boyu eşit dağılım gösterdiği görüldü. Rotavirüs AGE'leri adenovirus AGE'lerine göre daha yüksek oranda ateş yüksekliğine sahipti. (%34,3, %17,4) (p:0,001). Rotavirüs AGE'lerinde kusma şikayetinin daha çok (sırasıyla; %81,6 ve %56) ve günlük kusma sayısının daha yüksek (ortanca değer

# 15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-TARTIŞMALI POSTERLER-

sırasıyla; 4 ve 2) olduğu görüldü (sırasıyla; p

**Sonuç :** Çalışmamızda, rotavirus ishallerinin mevsimsel dağılım gösterdiği, rotavirüse bağlı ishallerde ateş yüksekliği, kusma, günlük kusma sayısı ve dehidratasyonun adenovirüs ishallerine göre daha yüksek oranda gözlemlendiği saptanmıştır. Hasta yaklaşımlarında ve izleminde bu epidemiyolojik verilerin kullanılması doğru klinik yaklaşım açısından yarar sağlayacaktır.

**Anahtar kelimeler :** Çocuk, akut gastroenterit, rotavirüs, adenovirüs

**PT-050**

## **AĞIR PEDIATRİK AKUT RESPIRATUAR DİSTRES SENDROMU HASTALARINDA KURTARICI TEDAVİ OLARAK AIRWAY PRESSURE RELEASE VENTİLATION**

**Nazik Yener<sup>1</sup>, Ferhan İren<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı

**Giriş :** Akut Respiratuar Distres Sendromu (ARDS), pulmoner gaz değişiminde bozukluğa yol açarak ağır hipoksemik solunum yetmezliğine neden olan, tanı ve tedavi seçeneklerindeki gelişmelere rağmen mortalite ve morbiditesi yüksek seyreden bir tablodur. Pediatrik ARDS'ye neden olan hastalığın ortadan kaldırılması tedavinin temelini oluşturmakla birlikte, hastalığı kontrol altına almada mekanik ventilasyon (MV) büyük önem taşımaktadır. Mekanik ventilasyonda hedef iyatrojenik akciğer hasarını en aza indireyecek düzeyde oksijenizasyonu sağlamak ve karbondioksiti temizlemektir. PARDS hastaları için herhangi bir modun üstünlüğü gösterilememiştir. Çocuklarda da erişkinlerde olduğu gibi düşük tidal hacim uygulanması önerilmektedir. Airway pressure release ventilation (APRV), 1987 yılında havayolu basıncının düzenli aralıklarla kısa süreli olarak serbestleştirildiği bir mod olarak Stock ve ark. tarafından tarif edilmiştir. Bu mod zaman tetiklemeli, zaman döngülü ve basınç limitli soluklar sağlamaktadır. APRV uzun süreli (Tyüksek) ve yüksek inspiratuar basınç (Pyüksek) uygulayarak uygun tidal hacim ve alveolar "recruitment" sağlamaktadır. Zaman döngülü olarak kısa süreli (Tdüşük) ve düşük basınç (Pdüşük) uygulaması ile ekspirasyon ve karbondioksit atılması sağlanmaktadır. Yetişkin ARDS'li hastalarda erken veya akciğer koruyucu ventilasyonu başarısız olduğunda APRV denenmekte ancak etkinliği ile ilgili sonuçlar çelişkilidir. Çocuklarda ise PARDS de APRV uygulamaları ile ilgili deneyim son derece sınırlıdır. Bu çalışmada kliniğimizde izlediğimiz ağır PARDS'li çocuk hastalarda kurtarma tedavisi olarak uyguladığımız APRV sonuçlarını sunduk.

**Tablo 1**

Hasta 1	Hasta 2	Hasta 3	Hasta 4	Hasta 5
Entübasyon öncesi destek	BiPAP	BiPAP	BiPAP	BiPAP
APRV öncesi MV mod	SIMV+PS	SIMV+PS	SIMV+PS	SIMV+PS
En yüksek PIP	29	30	29	30
En yüksek PEEP	11	10	12	10
MAP	18	16	19	18
APRV başlangıç ayarları	Tyüksek:3,6sn Tdüşük:0,4sn Pyüksek:27 MAP:20	Tyüksek:3,4sn Tdüşük:0,45sn Pyüksek:28 MAP:21	Tyüksek:3,6sn Tdüşük:0,4sn Pyüksek:24 MAP:19	Tyüksek:3,6sn Tdüşük:0,4sn Pyüksek:28 MAP:22
APRV süresi (gün)	15	17	9	24
APRV sonrası mod	SIMV+PS	SIMV+PS	SIMV+PS	SIMV+PS
Toplam MV süresi (gün)	15	17	9	24
Ekstübasyon	başarılı	başarılı	başarılı	başarılı
Sonuç	BiPAP ile taburcu edildi	exitus	taburdu	exitus

### **Hastaların ventilasyon parametreleri**

**Gereç-Yöntem :** Ocak 2017 ile Ocak 2018 tarihleri arasında 11 yataklı düzey 3 çocuk yoğun bakım kliniğinde 4 hastamızda toplam 5 APRV uygulamamız mevcuttu (4 nolu hastamıza farklı zamanlarda 2 kez APRV uyguladık.) Hastalarımızın hepsinde pediatrik akut akciğer hasarı konsensusu sınıflandırılmasına göre ağır ARDS mevcuttu. Hastaların tümünde öncelikle Pplato basıncı

**Bulgular :** Tüm hastalarımızın altta yatan hastalığı mevcuttu. Hastaların tümü entübasyon öncesi non invaziv olarak BiPAP desteği almıştı. 2 nolu hastamızda şiddetli bronkospazm atakları gözledik ve ventilasyonunda çok zorlandık. APRV öncesi SIMV modunda iken bu hastamızda iki taraflı pnömotoraks gelişti ve göğüs tüpü takıldı. Tüm hastalarımızda APRV modunda ventilasyon sağladık ve ekstübe edebildik. Hastaların APRV modu sırasındaki kan gazı değerlerinde öncekilere göre kötüleşme olmadı. Hiçbir olguda APRV sırasında ek komplikasyon yaşanmadı. 2 ve 4 nolu hastalarımız ARDS dışı nedenler-

# 15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-TARTIŞMALI POSTERLER-

le exitus oldu. Hastalarımız mekanik ventilasyon parametreleri Tablo 1 de görülmektedir. APRV moduna geçince P yüksek değerlerimiz SIMV modundaki PIP değerlerinden daha düşük ancak MAP değerlerimizin çok daha yüksek olduğunu gözledik.

**Sonuç :** Çocuklarda PARDS de akciğer koruyucu ventilasyonda başarısız olduğumuz 4 hastada APRV ile hastaların ventilasyonunu sağladık ve MV'den ayrılabilirdiler. APRV modunda P yüksek değerlerimiz SIMV deki PIP'ye kıyasla daha düşükken MAP değerlerimiz daha yüksekti.

**Anahtar kelimeler :** **Pediyatrik ARDS,APRV,Akciğer koruyucu MV**

**PT-051**

## ÇOCUK YOĞUN BAKIM ÜNİTEMİZDE TRAKEOSTOMİ AÇILAN HASTALARIMIZIN RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ

Nazik Yener<sup>1</sup> , Fatma Alaçam<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, Samsun

<sup>2</sup> Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Samsun

**Giriş :** Yenidoğan ve çocuk yoğun bakım (ÇYB) ünitelerinin yaygınlaşması ve teknolojideki gelişmelere paralel olarak son yıllarda çocuklarda trakeostomi endikasyonları belirgin değişiklikler göstermiş ve hastaların sedasyon ihtiyacını azaltması, pulmoner sekresyonların temizliğinin daha etkin yapılabilmesi, mekanik ventilatördeki (MV) takip süresi ve yoğun bakım yatış gün sayısı üzerine olan olumlu katkılarından dolayı trakeostomi ÇYB ünitelerinde sıkça başvurulan bir cerrahi prosedür haline gelmiştir. Trakeostomi uygulaması çocuk hastalarda, erişkinlerle karşılaştırıldığında daha yüksek mortalite ve morbiditeye sahiptir. Bu çalışmada çocuklarda trakeostomi endikasyonları, trakeostomi açılma süresi, komplikasyonlar ve sonuçları hakkındaki deneyimlerimizi paylaşmak amaçlanmıştır.

**Gereç-Yöntem :** Bu çalışmaya Ocak 2006 - Ocak 2018 tarihleri arasında OMÜ Tıp Fakültesi, ÇYB kliniğindeki takipleri sırasında Cerrahi Trakeostomi (CT) uygulanan 204 hasta dahil edildi.

**Bulgular :** Hastaların 113 (%55,4)'ü erkek, 91 (%44,6)'i kız idi. Ortalama yaşları 4 yaş (ortanca 16 ay) olup %60,8'i 2 yaşının altındaydı. En sık trakeostomi nedeni %74,5 oranla uzun süreli entübasyon ihtiyacı idi. Hastalarımızın sadece %5,4'üne acil şartlarda trakeostomi işlemi uygulanmıştı. Trakeostomi öncesi hastaların ortalama mekanik ventilasyon süreleri 30,3 (0-175 gün) idi. Trakeostomi sonrası 137(%67,2) hastada CT ile ilişkili herhangi bir komplikasyon tespit edilmemişken, sıklık sırasına göre kazara dekanülasyon, pnömoni, granülasyon dokusu oluşumu ve kanama olmak üzere 67 (%32,8) hastamızda çeşitli komplikasyonlar gelişti. 57 (%27,9) hasta CT öncesi uzun süreli MV de izlenmiş iken CT sonrasında MV den ayrılabilirdi. 25 (%12,3) hasta CT sonrası işlem ile ilişkisiz çeşitli nedenlerle exitus oldu. 104 (%51) hasta ev tipi MV ile taburcu oldu. Hastalarımızdan 16'sı (%7,8) dekanüle olurken 65'i(%31,8) halen trakeostomisi ile yaşamına devam etmektedir.

**Sonuç :** Trakeostomi çocuk yoğun bakım yatak kapasitesinin sınırlı olduğu ülkemizde kronik hasta yükünü hafifletme açısından iyi bir çözümdür. Hastaların mekanik ventilatörden ayrılabilme ve dekanülasyon şansı olmakta ancak bunlar mümkün olmazsa ev tipi MV ile taburcu olabilmektedirler.

**Anahtar kelimeler :** **trakeostomi,çocuk yoğun bakım, komplikasyon,dekanülasyon**

**PT-052**

## ÇOCUKLARDA TRAKEOSTOMİ SONRASI RUTİN AKCİĞER GRAFİSİ GEREKLİ MİDİR?

Nazik Yener<sup>1</sup> , Fatma Alaçam<sup>2</sup> , Şükrü Paksu<sup>1</sup> , İrem Sarı<sup>3</sup> , Meltem Ceyhan Bilgici<sup>3</sup> ,

<sup>1</sup> Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, Samsun

<sup>2</sup> Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı , Samsun

<sup>3</sup> Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi Çocuk Radyoloji Bilim Dalı, Samsun

**Giriş :** Kritik hastaların sedasyon ihtiyacını azaltması, pulmoner sekresyonların temizliğinin daha etkin yapılabilmesi, mekanik ventilatör (MV) takip süresi ve yoğun bakım yatış gün sayısı üzerine olan olumlu katkılarından dolayı trakeostomi çocuk yoğun bakım (ÇYB) ünitelerinde sıkça başvurulan bir cerrahi prosedür haline gelmiştir. Trakeostomi uygulaması çocuk hastalarda, erişkinlerle karşılaştırıldığında daha yüksek mortalite ve morbiditeye sahiptir. Gerek yetişkin ve gerekse çocuklarda cerrahi trakeostomi (CT) sonrası rutin akciğer grafisi çekilmesinin gerekliliği konusunda görüş birliği yoktur. Yetişkinlerde son yıllarda akciğer grafisinin rutin çekilmemesi ancak fizik muayenede bulgu varsa çekilmesi görüşü ön plana geçmiştir. Bu çalışmada çocuklarda CT sonrası rutin akciğer grafisi çekilmesi gerekliliği araştırılmıştır.

**Gereç-Yöntem :** Çalışmaya Ocak 2012 ile Ocak 2018 tarihleri arasında OMÜ Tıp Fakültesi ÇYB ünitesinde yatışı esnasında CT açılmış olup akciğer grafisine ulaşılabilen 120 hasta dahil edildi. Pediyatrik Radyoloji uzmanı tarafından CT sonrası ilk 8 saatte çekilen akciğer grafileri tekrar gözden geçirildi ve grafide gözlenen bulgular kaydedildi.

**Bulgular :** 120 hastanın 112' sinde (%93,5) post operatif çekilen akciğer grafisinde yeni bir bulguya rastlanmadı. Grafisinde bulgu tespit edilen 8 (%6,5) hastadan 7 sinde daha önce olmayan pnömonik infiltrasyon, diğer 1 hastada da trakeostomi kanülünde malpozisyon görüldü. Bu hastada kanül sağ ana bronşa ilerlemiş ve sol akciğerde atelektaziye yol açmıştı. Grafi öncesi bu hastada solda solunum seslerinin duyulamadığı gözlemine kaydedilmişti. Hiçbir hastada pnömotoraks gözlenmedi.

# 15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-TARTIŞMALI POSTERLER-

**Sonuç :** Sonuç olarak çalışmamızda trakeostomi sonrası rutin olarak çekilen akciğer grafilerinde klinik muayeneye ek acil müdahale gerektirecek bir patolojiye rastlanmamıştır. Çocuklarda data trakeostomi işlemi sırasında bir sorunu yaşanmamışsa hastanın muayenesinde yeni bulgu yoksa, gerek maliyet ve gerekse radyasyon maruziyeti nedeniyle her hastada rutin akciğer çekilmesi gerekli değildir diye düşünmekteyiz.

**Anahtar kelimeler :** trakeostomi, çocuk yoğun bakım, komplikasyon, akciğer grafisi

**PT-053**

## ÇOCUK YOĞUN BAKIMDA VENTİLATÖR İLİŞKİLİ PNÖMONİ ORANLARINDA FİZİKSEL ÇEVRENİN İYİLEŞMESİNİN ETKİSİ

Sevgi Topal<sup>1</sup>, Hasan Ağin<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım Bölümü

**Giriş :** Ventilatör ilişkili pnömoni (VIP), yoğun bakım hastalarında mekanik ventilasyona (MV) başladıktan 48-72 saat sonra gelişen nozokomiyal pnömoni olarak tanımlanmaktadır [1]. Ventilatör ilişkili pnömoni (VIP) bu hastalarda gelişen tüm enfeksiyonların >% 90'ını oluşturur ve gelişiminin patogeneğinde, üst solunum ve gastrointestinal sistemde bakteriyel kolonizasyon ile sekresyonların alt solunum yoluna aspirasyonu önemli bir rol oynar [2,3]. Ventilatör ilişkili pnömoni tanısı için altın standart tanı yöntemi yoktur [4]. Hastanemizde VIP tanısı için CDC kriterleri (Centers for Disease Control and Prevention) kullanılmaktadır. Çocuk yoğun bakım ünitelerinde VIP önemli bir sorundur ve artan morbidite, mortalite ve uzamış hastanede kalış süresine yol açar. Alta yatan hastalığın şiddeti, genetik sendrom varlığı, tetkik amaçlı ÇYBÜ'nin dışına çıkmış olması, kan kültürü pozitifliği olması, antibiyotik kullanım öyküsü, bronkoskopi, immunsupresyon, immunsupresif ilaç kullanımı, nöromusküler bloke edici ilaçların kullanımı, gastrik aspirasyon, trakeostomi, enteral nutrisyon, uzamış ÇYBÜ ve hastanede kalış süresi, 3 gün ve daha uzun süre MV'de izlenmiş olma, asit baskılayıcı tedavi alması, nöromusküler hastalıklar, vazoaaktif ilaçlar ve histamin H2 reseptör blokerlerinin kullanımı ve nazooentral tüpün varlığı artmış VIP riski ile ilişkilidir [5,6,7]. Yoğun bakım ünitesinin (YBÜ) fiziksel durumu da VIP gelişme sıklığında önemlidir ve hasta başına düşen bakım veren hemşire sayısı, yoğun bakım odalarındaki lavabo sayısı, HEPA filtre varlığı, yatak başına düşen alan gibi faktörler yoğun bakım ünitelerinin hasta bakımının kalitesini etkileyebilir. Hastanemizi yeni binaya taşıdıktan sonra fiziksel durumu değişmiştir. Bu raporda, farklı bir binadaki daha iyi şartlara sahip yeni bir ÇYBÜ'ne geçmenin VIP oranını değiştirip değiştirmediğini değerlendirmeyi amaçladık.

**Tablo 1: Hastanemiz çocuk yoğun bakım ünitesindeki VIP oranlarının karşılaştırılması**

Tarih	Hastanede yatan toplam hasta sayısı	Toplam yatış günü	Toplam ventilatör günü sayısı	VIP Sayısı	Ventilatör kullanım oranı	VIP hızı
01.05.2013 -31.08.2015	1271	19293	11200	66	0.58	5.89
01.09.2015 -31.12.2017	607	19486	13323	38	0.68	2.85

**VIP: ventilatör ilişkili pnömoni, VIP hızı: VIP sayısı X1000 / ventilatör günü**

**Gereç-Yöntem :** Materyal ve Metod VIP tanımı: Ventilatör ilişkili pnömoni tanımı Centers for Disease Control and Prevention and The National Healthcare Safety Network (CDC / NHSN) kriterleri kullanıldı. Bu tanım, göğüs radyografileri, vücut sıcaklığındaki değişiklikler, kan lökosit sayısı, oksijenasyon, pulmoner oskültasyon ve pulmoner sekresyonların varlığını içerir [8]. Çalışmanın tasarımı: Değişim öncesi ve sonrası; 01.05.2013 - 31.08.2015 tarihleri arasında ÇYBÜ'ne yatan ve VIP tanısı alan hastaların sayısını 01.09.2015 - 31.12.2017 tarihleri arasındakilerle karşılaştırdık. Fiziksel koşullar değişmeden önceki 27 aylık süre içinde ÇYBÜ'ne kabul edilen hastaların sayısının 1271 olduğu görüldü. Toplam hastanede kalış süresi 19293 gün, toplam ventilatörde kalış süresi 11200 gün, VIP tanısı alan hastaların sayısı 66, ventilatör kullanım oranı 0.58 ve VIP hızı 5,89 saptandı. Fiziksel koşullar değiştiikten sonraki 27 aylık süre içinde ÇYBÜ'ne kabul edilen hastaların sayısının 607 olduğu görüldü. Toplam hastanede kalış süresi 19486 gün, toplam ventilatörde kalış süresi 13323 gün, VIP tanısı alan hastaların sayısı 38, ventilatör kullanım oranı 0.68 ve VIP hızı 2,85 saptandı.

**Bulgular :** Bizim çalışmamızda, taşınma öncesi ve sonrası VIP oranları arasındaki farklılıkları analiz etmek için MedCalc versiyon 18.2.1 kullanıldı. Değerlendirmeler oranların karşılaştırması şeklinde yapıldı. Yeni binaya taşınmadan önce ve taşındıktan sonra VIP oranları arasında anlamlı fark saptandı (p: 0,0044, % 95 CI: 1,02 - 4,819). Taşınmadan önce 24 çocuk yoğun bakım hastasına toplam 10 hemşire bakım veriyordu; taşındıktan sonra toplam 12 hemşire her 12 saatlik vardiyada 24 hastaya bakım vermeye başladı. Hasta başına düşen hemşire sayısı artmıştır. Çocuk yoğun bakım ünitemizde, yeni binaya taşınmadan önce 4-5 hasta için ortak kullanılan sadece bir tane lavabo vardı, ancak taşındıktan sonra el yıkamak için her bir lavabo 2 hasta için kullanılmaya başlandı. Yeni yerine taşınmadan önce, taşınabilir aspirasyon cihazları ortak olarak kullanılmaktaydı fakat yeni yerinde her hasta için ayrı bir aspirasyon cihazı mevcuttur. Yeni yerine taşınmadan önce merkezi klima ve HEPA filtre yoktu ve pencereler açılabilirdi; taşındıktan sonra merkezi klima sistemi ile değiştirildiği için dışarı açılan bir pencere sistemi bulunmamaktadır. Çocuk yoğun bakım ünitesi, yeni binasına taşınmadan önce toplam 183,00 m2 alana 24 çocuk yoğun bakım yatağı yerleşmiş durumdaydı. Yatak başına 7.60 m2'lik bir alan vardı. Taşındıktan sonra toplam 387,80 m2 alana toplam 24 çocuk yoğun bakım yatağı yerleştirilmiş ve yatak başına 16.16 m2 alan mevcuttur.

**Sonuç : Tartışma:** Ventilatör ilişkili pnömoni, enfeksiyöz ajanlarla meydana gelen pulmoner parankimin inflamasyonudur. Başvuru anında, pnömonik infiltrasyon olmadığı gösterilen hastalarda 48 saatten fazla MV uygulanması sonrasında pnömoni gelişmesiyle VIP tanısı konmaktadır [9]. Ventilatör ilişkili pnömoni'ye bağlı ölüm oranı yüksektir ve % 33 ile % 71 arasında değişmektedir [10]. Neden olan patojenler; mekanik, hormonal ve diğer koruyucu mekanizmalardaki zayıflama ile beraber gastrik kavite veya sinüslerden orofaringeal sekresyonların aspirasyonu, plevra gibi komşu bölgelerden mikroorganizmaların yayılması, solunum cihazlarının kullanımı sırasında kontamine aerosollerin solunması ile akciğerlere yayılır. Mekanik ventilatör, kritik hastalığı olan ve ÇYBÜ'nde solunum sıkıntısı olan hastalar için gerekli ve hayat kurtarıcı bir tedavidir [11]. Bu hastalar VIP gibi komplikasyonlar için yüksek risk

# 15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

## -TARTIŞMALI POSTERLER-

altındadır [12]. Çocuk yoğun bakım ünitesinde VIP; mortalite, morbidite ve hastanede kalış süresini arttırabilir. Hastane ilişkili enfeksiyon sıklığı yüksek olan ülkelerde, enfeksiyon kontrol uygulamaları ve sürveyans çalışmaları, hasta güvenliğini artırma ve yaşamı tehdit eden yan etkilerin azaltılmasında önemlidir. Çocuk yoğun bakım ünitesi hastalarında VIP insidansı, çeşitli çalışmalarda % 3-50 arasında değişmektedir ve VIP önleme bundle programlarının uygulanması ve verilen tıbbi tedavi farklılıkları VIP sıklığını değiştirir [14,15]. Enfeksiyon önleme stratejileri, VIP sıklığını azaltmada önemlidir. El hijyeni ve koruyucu eldiven kullanımı VIP prevalansını azaltır. Hastanın başı, yatağında 30-45 derece yukarda tutulmalı ve gastrik distansiyondan kaçınılmalıdır. Ventilator devreleri ve bağlantıları gereksiz yere değiştirilmemelidir. Uzun süreli MV gereken hastalara trakeostomi planlanmalıdır. Personel eğitimine ek olarak, hastane bakım sürveyansı da gereklidir [16]. Çocuk yoğun bakım ünitesindeki hemşirelerin niteliğine ve sayısına göre, VIP sıklığı azalmaktadır [18]. İnvaziv uygulamaların sıklığı ve yöntemi de VIP gelişimini etkiler. Hastanemizde BAL almak için mini BAL tekniği kullanılmıştır. İç içe 2 kateter kullanılması kontaminasyon riskini azaltır [19]. Yoğun bakım ünitemizi yeni binaya taşıdıktan sonra, ortak cihazlarla aspirasyon her hasta için ayrı aspirasyon cihazı kullanılması şeklinde değiştirildi. Bu durum VIP sıklığını azaltmada etkili olabilir. Hastanemizde nemlendirme sistemi, mekanik ventilator setleri ve kullanılan BAL tekniği ile ilgili yeni binaya taşınmadan önce ve taşındıktan sonraki 27 ay arasında herhangi bir fark yoktur. Pena-Lopez ve ark. ventilator bundle uygulaması ile VIP ve ventilator ilişkili trakeobronşit riskinin azaldığını bildirmiştir. Ventilator ilişkili enfeksiyonların trakeostomili hastalarda daha sık görüldüğü ve bu hastalarda koruyucu önlemlerin etkisinin daha fazla olduğu saptanmıştır [20]. Hastanemizde de benzer ventilator bundle uygulamaları bulunmaktadır ve yeni binamıza taşınmadan önce ve sonra bu uygulamalarda herhangi bir değişiklik yapılmadı. Çocuk yoğun bakım ünitesinde erken VIP önleme stratejilerinin uygulanması, mortaliteyi azaltmak için önemlidir. Yeni binamıza taşınma sonrasında başka tedavi modalitelerinde herhangi bir değişiklik olmasa da; yatak başına düşen m<sup>2</sup>'de artış, her hasta için ayrı bir aspirasyon cihazının kullanılması, hemşire başına düşen hasta sayısında azalma, merkezi klima sisteminin kullanımı ve el yıkamada hasta başına düşen lavabo sayısının artması VIP sıklığında önemli azalma ile ilişkili bulundu. Sonuç: Çocuk yoğun bakım ünitesinde ventilator ilişkili pnömoni, kan dolaşımı enfeksiyonlarından sonra en sık görülen ikinci enfeksiyondur ve mortalite ve morbiditeyi ve hastanede kalış süresini uzatır. Fiziksel koşullardaki değişimin, tedavi stratejilerinde önemli bir değişiklik olmadan, VIP sıklığında azalmaya neden olduğunu gösteren çalışmamızda; VIP sıklığının, VIP'ye bağlı ölüm oranının ve hastanede kalış süresinin, enfeksiyon kontrol önlemlerinin daha etkili bir şekilde uygulanmasıyla azaltılabileceğini düşündürmektedir.

**Anahtar kelimeler :** enfeksiyon kontrolü, hastane enfeksiyonları, ventilator ilişkili pnömoni, yoğun bakım

**PT-054**

### **FLOROSKOPİ KULLANILMADAN FOLEY KATETER YARDIMI İLE ÖZEFAGUSTAN PARA ÇIKARILMASI**

Önder Özden<sup>1</sup>, Sevinç Akhmedova<sup>1</sup>, Şeref Selçuk Kılıç<sup>1</sup>, Sevcan Bilen<sup>1</sup>, Ünal Zorludemir<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Çukurova Üniversitesi, Çocuk Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Adana

**Giriş :** Çalışmada, çocuklarda özofagusta takılan paranın acil serviste, floroskopi kullanılmadan, foley kateter yardımı ile çıkarılması yönteminin güvenilirliğinin araştırması amaçlandı.

**Gereç-Yöntem :** Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Bölümü tarafından tedavi edilmiş olan, 2016-2018 yılları arasında özofagusuna para takılan 35 çocuğun dosya bilgileri ve radyolojik kayıtları retrospektif olarak değerlendirildi. Özefagustan para çıkarılması işlemi, Çocuk Acil Servisinde ketamin ile sedasyon sonrası uygulandı. İşlem sonrası, kontrol akciğer grafisi çekildi. Kontrol grafisi normal olan ve sedasyon etkisi geçikten sonra taburcu edildi.

**Bulgular :** Değerlendirilen hastaların 13' ü erkek 16'sı kız cinsiyette ortalama yaşı 3 (1-13) yıl saptandı. Olguların para yutma sonrası hastaneye başvuru süresi ortalama 50 (30-90) dakika olarak saptandı. Paranın özofagusta bulunduğu yer, akciğer grafisinde; 25' i üst 1/3 te, 2'si orta 1/3 te, 2'si alt 1/3 te saptandı. Paranın çıkarılması sırasında kullanılan foley kateter boyutu ortalama 10 (8-14) F saptandı. Olguların işlem maliyeti ortalama 90 (75-253) YTL bulundu. Hastaların başvuru saatlerinin %27'sinin saat 8-16, %59'unun 16-24, %14'ünün 24-08 saatleri olduğu saptandı. Yirmi dokuz olgudan 25'inde para foley kateter yardımı ile çıkarıldı. Dört olguda para foley kateter denenmesine rağmen çıkarılamadı. Üç olguda işlem sonrası çekilen akciğer grafisinde yabancı cisim midede saptandı. Bir olguda yabancı cismin para değil yassı pil olduğu anlaşıldı ve kontrol özefagoskopi yapıldı. Olguların hiçbirinde işlem sonrası komplikasyon gelişmedi.

**Sonuç :** Acil serviste floroskopi yapılmadan foley kateter yardımı ile özofagustan para çıkarılması güvenli bir yöntem olarak düşünülmektedir. İşlem öncesi yutulan materyalin para olup olmadığı dikkatli bir şekilde sorgulanmalı ve sadece uygun hastalarda uygulanmalıdır.

**Anahtar kelimeler :** Özefagus, Foley kateter, Para çıkarılması, Yabancı cisim

**PT-055**

### **KARBONMONOKSİT ZEHİRLENMESİ OLAN ÇOCUKLARDA TİYOL-DİSÜLFİD DENGESİ**

Medine Aysin Taşar<sup>1</sup>, Zahide Yalaki<sup>1</sup>, Murat Alışık<sup>2</sup>, Özcan Erel<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara SUAM, Çocuk Kliniği, Ankara

<sup>2</sup> Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Biyokimya Bilim Dalı, Ankara

**Giriş :** Karbonmonoksit (CO) tüm dünyada en sık görülen ve en ölümcül zehirlenme nedenidir. Disülfid / doğal tiyol oranı, genel oksidatif durum için bir göstergesi olarak tanımlanmıştır. Bu çalışmanın amacı, akut CO zehirlenmesinde oksidatif durumun tiyol-disülfid çiftleri arasındaki homeostazın değerlendirilmesi ile gösterilmesidir.

**Gereç-Yöntem :** Çocuk acil servisinde akut karbonmonoksit zehirlenmesi tanısı konan 0-18 yaş arası 36 hasta çalışmaya alındı.

# 15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

## -TARTIŞMALI POSTERLER-

Çalışmaya alınan hastalardan başvuru anında (n=30), 6. saat (n=29) ve 24. saatte (n=18) kan alındı ve – 80 °C’de saklandı. Erel tarafından geliştirilen kalorimetrik yöntemle doğal tiyol, total tiyol ve disülfid düzeyleri ölçüldü.

**Bulgular :** Hastaların başvuru anı, 6. saat ve 24. saat, doğal tiyol, total tiyol ve disülfid düzeyleri, disülfid/ doğal tiyol ve disülfid/ total tiyol oranları arasında istatistiksel ilişki saptanmadı (p>0,05).

**Sonuç :** Bu çalışma, CO zehirlenmesi olan çocuk hastalarda tiyol-disülfid dengesinin etkilenmediğini göstermiştir.

**Anahtar kelimeler :** Karbonmonoksit zehirlenmesi, Çocuk, Tiyol-disülfid dengesi, Oksidan-antioksidan sistem

### PT-057

#### HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ECMO MERKEZİ ECPR DENEYİMİ

Zeynelabidin Öztürk<sup>1</sup> , Selman Kesici<sup>1</sup> , Murat Tanyıldız<sup>2</sup> , Filiz Yetimakman<sup>3</sup> , Mutlu Uysal Yazıcı<sup>4</sup> , Esra Koçkuzu<sup>1</sup> , Mehmet Çeleğen<sup>1</sup> , Sultan Göncü<sup>1</sup> , Sinan Yavuz<sup>1</sup> , Ulaş Kumbasar<sup>5</sup> , Benan Bayrakci<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup> Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi, Mersin

<sup>3</sup> Şanlıurfa Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi, Şanlıurfa

<sup>4</sup> Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi, Ankara

<sup>5</sup> Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

**Giriş :** Kardiyopulmoner arrest olup 5-30 dakikalık resüsitasyona yanıt vermeyen hastalarda ekstrakorporeal destek gündeme gelmektedir. Ekstrakorporeal kardiyopulmoner resüsitasyon ('extracorporeal cardiopulmonary resuscitation, ECPR') kararı vermek için hastanın sorunu geri dönebilir olmalı ve hasta iyi resüsite edilmiş olmalıdır. ECMO için kontrendikasyon oluşturan bütün durumlar ECPR için de kontrendikedir. Extracorporeal Life Support Organization (ELSO) güncel verilerine göre pediatrik ve neonatal ECPR ile sağkalım oranları %40 civarındadır. Merkezlerin ECPR verilerini paylaşmasının başarıyı artıracak uygulamaların geliştirilmesine yardımcı olacağını düşünmekteyiz.

**Gereç-Yöntem :** Hacettepe Üniversitesi Hastanelerinde ECPR uygulanmış 10 çocuk ve 1 erişkin hastanın verilerini sunuyoruz.

**Bulgular :** Yaşları 6 ay – 14 yıl arasında değişen 10 çocuk ve 57 yaşında 1 erişkin hastaya ECPR yapılmıştır. Altı hasta kardiyomiopati (5 dilate, 1 restriktif), 1 hasta dirençli aritmi, 1 hasta miyokardit, 1 hasta hava embolisi, 1 hasta konjenital kalp hastalığı nedeniyle ameliyattan sonra düşük kardiyak output sendromu, 1 hasta da masif rektal kanama tanılarlarıyla izlenmekte iken kardiyopulmoner arrest olmuş ve hastalara ECPR uygulanmıştır. En sık karşılaşılan komplikasyon 4 hastada görülen kanama olmuştur. Bir hastada uç iskemisi, 1 hastada kapiller kaçak sendromu ve yaygın ödem karşılaşılan diğer komplikasyonlar olmuştur. Bir hastaya kalp nakli yapılmış, 2 hastaya da sol ventrikül destek cihazı takılmıştır. Yedi (%64) hasta ECMO'dan ayrılabilmiş, 5 (%45) hasta taburcu olabilmıştır.

**Sonuç :** ECPR, endikasyonu doğru seçilip uygulandığında hayat kurtarıcıdır. Hastalarımızda görüldüğü gibi birçok nedenle kardiyopulmoner arrest olmuş hastada uygulanabilmektedir. Dikkat edilmesi gereken en önemli noktalardan biri altta yatan nedenin geri dönebilir olmasıdır. Altta yatan neden iyileşirse de ventriküler destek cihazları ile hastaların ECMO'dan ayrılabilmesi mümkün olabilmekte ve hastalar kalp nakli için bekleyebilmektedir. ECPR sonuçlarımızın ELSO sonuçlarından daha iyi olduğu görülmüştür. Başarılı bir ECPR programımızın olması memnuniyet vericidir.

**Anahtar kelimeler :** çocuk, ekstrakorporeal kardiyopulmoner canlandırma, ekstrakorporeal membran oksijenizasyonu

### PT-058

#### EKSTRAKORPOREAL MEMBRAN OKSİJENİZASYONU BAĞLI KRİTİK HASTALARIN UÇAKLA TRANSPORT DENEYİMLERİMİZ

Serhan Özcan<sup>1</sup> , Tanıl Kendirli<sup>1</sup> , Merve Havan<sup>1</sup> , Oktay Perk<sup>1</sup> , Melih Doğan<sup>2</sup> , Mehmet Çakıcı<sup>3</sup> , Evren Özçınar<sup>3</sup> , Çağlar Ödek<sup>1</sup> , Tayfun Uçar<sup>2</sup> , Ercan Tutar<sup>2</sup> , Semra Atalay<sup>2</sup> , Zeynep Eyileten<sup>3</sup> , Rüçhan Akar<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Ankara Üniversitesi, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup> Ankara Üniversitesi, Çocuk Kardiyolojisi Bilim Dalı, Ankara

<sup>3</sup> Ankara Üniversitesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Ankara

**Giriş :** Ekstrakorporeal Membran Oksijenizasyonu (ECMO) standart tedavilere refrakter kardiyak ve solunum yetmezliği olan hastalarda kullanılan hayat kurtarıcı bir tedavidir. ECMO tedavisi gereken hasta ECMO yapılamayan bir merkezde ise ECMO yapılabilen merkeze uygun koşullarla nakledilmelidir. ECMO ihtiyacı olan hastaları nakletmek çok risklidir çünkü bu hastalar çoğunlukla hemodinamik olarak stabil değildir. Gelişmiş ülkelerde karayolu, helikopter ve uçakla ECMO transferi yapılabilmektedir. Burada hastanemiz ECMO transport ekibi tarafından uçakla transport edilen 4 hasta sunulmaktadır.

**Gereç-Yöntem :** Ünitimize 2016-2018 yılları arasında uçakla yapılan ECMO transferi retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Hastaların buldukları merkezden havaalanına ve havaalanından ünitemize kadar kara ambulansıyla nakledilirken; illerarası nakil uçakla yapılmıştır. Hastalardan 3'ü 112 Acil Servis Uçak ambulansları ve 1'i jet uçağa gerekli ekipman sağlanıp yapılmıştır. Hastaların yaş, tanısı, ECMO tipi, ECMO endikasyonu, transfer nedeni, transferde komplikasyon varlığı, toplam ECMO süreleri bilgileri alınmıştır. Sonuçlar mortalite, transferde mortalite ile değerlendirilmiştir.

# 15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-TARTIŞMALI POSTERLER-

**Bulgular** : Hastanemiz ECMO transport ekibi tarafından 2016-2018 yılları arasında uçakla 4 hasta transferi yapılmıştır. Hastaların hepsi kız cinsiyetli. Ortanca yaş 95 ay (14-204ay) idi. Hastalardan 2'si fulminan miyokardit, 1 hasta dilate kardiyomyopati, 1 hasta aritmi + TGA tanısıyla takip edildi. Hastaların hepsine VA ECMO kuruldu. Hastalardan 2'sine kardiyak nedenle ECMO kurulurken, 2 hastaya E-CPR nedeniyle ECMO kuruldu. Hastalardan 3'üne buldukları merkezde ECMO kurulamadığı için 1 hasta ECMO kurulduktan kalp nakil programına alınması için nakledildi. ECMO 3 hastada hastanemiz ECMO Nakil Ekibi tarafından kurulurken 1 hastanın ECMO'su bulunduğu merkezdeki kardiyovasküler cerrahi bölümünce kuruldu. Hastaların bulunduğu merkezlerin hastanemize mesafesi ortalama 645,1 km (405-955km) idi. Hastaların transportu sırasında teknik ve tıbbi komplikasyon yaşanmadı. Ortanca ECMO süresi 6,5 gün (2-11 gün) idi. Hastaların hiçbirinde transferde mortalite görülmedi. Hastalar nakledildikten sonra 3 hasta kaybedildi, bir hasta yaşadı. Hastalardan 2'sinin ölüm nedeni uzayan KPR ile ilişkili beyin ölümüyken birisinde sepsis ve MODS idi.

**Sonuç** : Uzun mesafeli ECMO transferi çocuk hastalar için gelişmiş ülkelerde bile belli merkezlerce yapılabilmektedir. Bulunduğu ilde pediatrik ECMO kurulamayan ancak ECMO ihtiyacı olan kritik çocuk hastaların yönetimi için hastayı kabul eden merkez tarafından ECMO kurulup, havayolu ile transportu hayat kurtarıcı olabilir.

**Anahtar kelimeler** : Çocuk, ECMO, Uçak, Transport

PT-059

## EV TİPİ MEKANİK VENTİLATÖR İLE İZLENEN ÇOCUK HASTALARDA DÜŞÜK KEMİK MİNERAL DANSİTE SIKLIĞI VE RİSK FAKTÖRLERİ

İlknur Tolunay<sup>1</sup>, Dinçer Yıldızdaş<sup>1</sup>, Özden Özgür Horoz<sup>1</sup>, Bilgin Yüksel<sup>2</sup>, İhsan Turan<sup>2</sup>, Engin Melek<sup>3</sup>, Bahriye Atmış<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, Adana

<sup>2</sup> Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Endokrinoloji Bilim Dalı, Adana

<sup>3</sup> Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Nefroloji Bilim Dalı, Adana

**Giriş** : Kemik gelişimi fetal hayattan başlayıp adolesan döneme kadar uzanan bir süreç olup hormonlar, ilaçlar, çevresel faktörler tarafından olumsuz yönde etkilenmektedir. İskelet sistemi büyüme gelişme döneminde olan çocuklar için olumsuz etkiler osteoporoz ile sonuçlanmaktadır. Çocuklarda osteoporoz tanısının 2 kriteri düşük kemik mineral dansite (DKMD) saptanması ve kemik kırığı gelişmesidir. Düşük kemik mineral dansite, yaş ve cinsiyete göre z-skorunun ykrk302 olmasıdır. Kemik kırığı ise alt ekstremitelerde uzun kemiklerinde kırık veya vertebral kompresyon kırığı veya 2 veya daha fazla üst ekstremitelerde kırığından en az birinin gelişmesi olarak tanımlanmaktadır. Çocukluk çağında serebral palsi, spina bifida ve duchenne muskuler distrofinin kemik kaybı ve kırığa en sık neden olan nöromusküler hastalıklardır. Serebral palsili hastalar DKMD açısından immobilité, yetersiz beslenme, güneş ışığına yetersiz temas, düşük kalsiyum alımı, düşük vitamin D düzeyi ve antikonvülsan kullanımı gibi pek çok risk faktörüne sahiptir ve bu hastalarda kemik kırığı normal popülasyona göre daha sık gözlenmekte, mortalite ve morbiditeyi arttırmaktadır. Ev tipi ventilatörde izlenmekte olan hastalar DKMD ve kemik kırıkları için serebral palsi olgularında bildirilen risk faktörlerinin tamamına sahip hasta grubu olup bu hastalara ilişkin veriler literatürde mevcut değildir. Bu çalışmada ev tipi ventilatör ile izlenen hastalarda DKMD'ye yol açan risk faktörleri araştırılacaktır.

**Gereç-Yöntem** : Ocak 2014 ve Aralık 2015 tarihleri arasında çocuk yoğun bakım ünitemize izlem, tetkik, tedavi için yatırılan ev tipi ventilatördeki trakeostomili 30 hasta retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Hastalara ait yaş, cinsiyet, altta yatan hastalık, kullanmakta olduğu ilaçlar, kemik mineral dansite sonuçları ve düşük kemik mineral dansite için önleyici tedavi alıp almadığı, kemik kırığı öyküsü hastaların arşiv dosyaları ve bilgisayar sisteminden elde edilmiştir. Çalışma için T.C. Çukurova Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 13.05.2016 tarihinde onay alınmıştır. İstatistiksel analiz: Statistical Package for Social Sciences" version 20 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) programı ile yapılmıştır. Çalışma grubundaki değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum) hesaplanmıştır.

**Bulgular** : Hastaların %30 (9/30)'u kız, %70 (21/30)'i erkek olup yaş ortalaması 90,06 ay (15-197 ay) idi. Çalışmaya dahil edilen hastaların %33,3 (10/30)'ü motor fonksiyon sınıflama skoru IV, %66,7 (20/30)'si motor fonksiyon sınıflama skoru V olup tamamı immobil hastalar idi. Hastaların %60 (18/30)'unda düşük kemik mineral dansite saptandı ( z skoru ykrk30 2). Hastaların %10 (3/30)'da z-skoru  $\pm 2$  arasında iken hastaların %30 (9/30)'na kemik mineral dansite ölçümü yapılmamıştı. Düşük kemik mineral dansite saptanan 18 hastanın %77,7 (14/18)'si antiepileptik ilaç kullanmaktaydı ve % 72,2 (13/18)'sinin kan 25(OH) vitamin D düzeyi normal sınırlarda idi. Kemik kırığı olan 4 hastada düşük kemik mineral dansite saptandı. Bu 4 hastanın kan 25(OH) vitamin D düzeyi normal sınırlardaydı ve 3'ü antiepileptik kullanmaktaydı. Çalışmaya dahil edilen hastaların %43,4 (13/30)'ü bifosfanad tedavisi almaktaydı.

**Sonuç** : İmmobilizasyon ve antiepileptik kullanımı ev tipi ventilatörde izlenen çocuk hastalarda düşük kemik mineral dansite gelişimi için risk faktördür. Bu hastalarda vitamin D ve kalsiyum desteği sağlanmalı, hastalar düşük kemik mineral dansite açısından takip edilmeli ve daha ileri tedaviler açısından değerlendirilmelidir.

**Anahtar kelimeler** : antiepileptik, düşük kemik mineral dansite, ev tipi ventilatör, immobilizasyon



# 15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-TARTIŞMALI POSTERLER-

PT-060

## ÇOCUK YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNE İZLENEN HASTALARDA MANTAR ENFEKSİYONLARI VE FLUKANAZOL KULLANIMI

İlknur Tolunay<sup>1</sup>, Ümit Çelik<sup>1</sup>, Orkun Tolunay<sup>1</sup>, Ulaş Özdemir<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Adana

**Giriş :** Kritik hastalarda artmış sistemik inflamatuvar yanıt, hücresel immün yetmezlik, immün supresif tedaviler, geniş spektrumlu antibiyotik kullanımı mantar enfeksiyonlarına eğilim yaratmaktadır. Candidemi için diğer risk faktörleri steroid kullanımı, total parenteral beslenme, peritonit, abdominal cerrahi, mekanik ventilasyon tedavisi, santral venöz kateter varlığı, hemodiyaliz gerektiren böbrek yetmezliği ve multifokal mantar kolonizasyonu olarak rapor edilmekle birlikte en riskli durumların antibiyotik ve steroid kullanımı, nötropeni ve kemoterapi olduğu bildirilmektedir. Nazokomial enfeksiyonlarda tedavinin temelini erken ve etkili ajanların başlanması oluşturduğundan dokümanite edilmiş candidiasis veya şüpheli enfeksiyon durumlarında azol içeren tedaviler ivedilikle başlanmalıdır. Bu çalışmada çocuk yoğun bakım ünitemizde flukonazol kullanımı, mantar enfeksiyonu sıklığı etyolojik faktörler ve prognozu belirlemek amaçlanmıştır.

**Tablo 1: Hastaların tedavi yaklaşımı ve kültür sonuçları**

Ampirik tedavi %72,7 (24/33)	Kesin tedavi %27,3 (9/33)	
Kültür pozitif (19/33) %57,6	10 hasta	9 hasta
Kültür sonuçları	KK*(C. Albikans) +TAK** (C. Tropikalis) İK***+TAK (C. Albikans) İK+KK (C. Crusei) İK (C. Albikans) KK (C. Parapsilozis) KK (C. Albikans) KK (C. Parapsilozis) KK (C. Tropikalis) KK (C. Albikans) İK (C. Albikans)	Yara Yeri Kültürü (C. Crusei) İK (C. Albikans+C. Kefyr) TAK (C. Tropikalis) İK (C. Albikans) İK (C. Tropikalis) İK (C. Tropikalis) KK (C. Psilosis) KK (C. Albikans)
Kültür negatif (14/33) %42,4	14 hasta	-

**KK\*:** Kan Kültürü

**TAK\*\*:** Trakeal Aspirat Kültürü

**İK\*\*\*:** İdrar Kültürü

**Tablo 2: Hastalara ait etyolojik faktörler**

Flukonazol başlanan hastalar (33 hasta)	Üreme saptanan hastalar (19 hasta)	
Santral venöz kateter (+)	% 81,8 (27/33)	% 84,2 (16/19)
Üriner kateter (+)	% 60,6 (20/33)	% 63,2 (12/19)
Entübasyon (+)	% 78,7 (26/33)	% 84,2 (16/19)
İmmün yetmezlik	% 69,7 (23/33)	% 26,3 (5/19)
Nötropeni	% 27,3 (9/33)	% 26,3 (5/19)
Trombositopeni	% 48,5 (16/33)	% 36,8 (7/19)
Tedavi öncesi antibiyotik ?3 gün 4-7 gün ?8 gün	% 21,2 (7/33) % 18,2 (6/33) % 60,6 (20/33)	% 21,0 (4/19) % 15,8 (3/19) % 63,2 (12/19)
C- reaktif protein	% 87,9 (29/33)	%78,9 (15/19)

# 15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-TARTIŞMALI POSTERLER-

**Tablo 3: Hastaların tedavi başarısı ve mortalite durumu**

Tedavi başarılı (24/33)	Tedavi başarısız (9/33)	Prognoz (33/33)	
Taburcu	22 hasta	1 hasta*	23 hasta
Eksitus	2 hasta**	8 hasta	10 hasta

\*: Flukonazol tedavisi başarısız olan ve amfoterisin B ile tedavi edilen hasta

\*\* : Flukonazol tedavisi başarılı olmasına rağmen enfeksiyon dışı nedenle

**Gereç-Yöntem :** Retrospektif olarak planlanan bu çalışmaya 18.Eylül.2017 ve 01.Eylül.2018 tarihleri arasında Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi çocuk yoğun bakım ünitesinde izlenmiş olan 1 ay 18 yaş arası hastalar arasında flukonazol tedavisi uygulanmış olan hastalar dahil edilmiştir. Hastaların demografik verileri, klinik bulgular, laboratuvar ve kültür sonuçları ile klinik gidişatı bilgisayar verilerinden ve hemşire gözlemlerinden elde edilmiştir. Flukonazol başlanan hastalarda tedavi ampirik veya kesin tedavi olmak üzere 2 gruba ayrılmış olup tedavi başarısı şu şekilde tanımlanmıştır: Başarılı tedavi: İntravenöz tedavinin tamamlanmasından 7 gün sonra hayatta kalma, tüm semptom ve bulguların (ateş gibi) kaybolması; intravenöz azol tedavisinin uygulanması sırasında veya tedavinin tamamlanmasından sonra 7 gün içinde mantar enfeksiyonlarının alevlenmesinin yokluğu; radyografi, bronkoskopi, endoskopi veya diğer prosedürlerle saptanan tüm atfedilebilir semptom ve belirtilerin tümünün kaybolması; tedavi sonunda fungal patojenler için kültür negatifliği.

**Bulgular :** Retrospektif olarak taranan 853 hastanın %3,8 (33/853)'ine flukonazol uygulanmıştı. Çalışmaya dahil edilen hastaların %72,7 (24/33)'si erkek, %27,3 (9/24)'ü kız, yaş median 27 (minimum: 2- maksimum: 144) ay idi. Hastaneye yatış nedeni %33,3 (11/33) sepsis, %18,2 (6/33) pnömoni, %18,2 (6/33) onkolojik/ hematolojik malignite, %12,2 (4/33) doğuştan kalp hastalığı, %9,1 (3/33) hipoksik iskemik ensefalopati idi. Derin boyun enfeksiyonu, Tay Sachs hastalığı ve serebral vaskülit olan 1 hasta mevcut idi. Flukonazol hastaların %72,7 (24/33)'sine ampirik olarak; %27,3 (9/33)'ünde kültürde üreme saptanması üzerine kesin tedavi için başlanmıştı. Ampirik tedavi başlanan 10 hastada daha sonra kültürde üreme tespit edilmişti (Tablo 1). Flukonazol uygulanmış olan hastaların %81,8 (27/33)'inde santral venöz kateter, %60,6 (20/33)'sında üriner kateter mevcut olup %78,8 (26/33) hasta entübe olarak takip edilmekteydi. Hastaların %69,7 (23/33)'sinde immün yetmezlik mevcut olup 9 hasta nötropenik idi. Hastaların %48,5 (16/33)'inde, üreme tespit edilen hastaların %36,8 (7/19)'ünde trombositopeni izlendi. Hastaların %87,9 (29/33)'unda C-reaktif protein yüksekliği mevcut idi. Flukonazol başlanmadan önce hastaların %60,6 (20/33)'sı ykrk318 gün, %18,2 (6/33)'si 4-7 gün, %21,2 (7/33)'si ykrk303 gün antibiyotik almıştı (Tablo 2). Flukonazol tedavisi üreme tespit edilen hastalarda 14 gün, üreme tespit edilmeyen hastalarda 7-10 gün devam edilmiştir. Hastaların %72,7 (24/33)'sinde tedavi başarılı olarak kabul edildi. Tedavi başarısızlığı 9 hastada gözlemlenmiş olup 1 hastada flukonazol tedavisine rağmen üreme devam ettiği için amfoterisin B' ye geçilmiş; 8 hasta flukonazol almakta iken eks olmuştur. Flukonazol kullanmakta olan hastalarda mortalite %30,3 (10/33) bulunmuştur (Tablo 3).

**Sonuç :** İmmünyüpresif hastalar, santral venöz kateteri olan hastalar ve ykrk318 gün antibiyotik kullanmakta olan hastalarda akut faz belirteçlerinin yüksek olması ve trombositopeni mantar enfeksiyonu açısından uyarıcı olmalıdır. Son yıllarda Non Candida suşlarda artış olduğu rapor edilmesine rağmen C. Albicans en sık üreyen mikroorganizmadır. Mortaliteyi etkilediği için riskli hastalarda ampirik flukonazol kullanımı düşünülmelidir.

**Anahtar kelimeler :** Çocuk yoğun bakım, flukonazol, mantar enfeksiyonu

PT-061

**ÇOCUK YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE İZLENEN HASTALARDA TRANSAMİNAZ YÜKSEKLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: SIKLIK, ETYOLOJİ, PROGNOZ**

İlknur Tolunay<sup>1</sup>, Orkun Tolunay<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Adana

**Giriş :** Karaciğer protein sentezi, toksin, ilaç metabolizması ve bağışıklık sisteminde önemli rol oynar. Hipoksik, toksik ve inflamatuvar durumlar karaciğerin salgı, sentez ve/veya temizlik fonksiyonlarını bozarak kaogulopati, enfeksiyon riskinde artış, hipoglisemi ve akut böbrek yetmezliği gibi sistemik komplikasyonların gelişmesine neden olmaktadır. Hepatositlerin hasarlanması aminotransferazların artışı ile kendini göstermekte olup geri dönüşlü olabilir veya hücre ölümü ile sonuçlanabilir. AST karaciğere özgü olmayıp iskelet kası, kalp, akciğer, beyin, böbrek, pankreas, eritrosit ve lökositlerde de üretilmektedir. Aksine ALT başlıca karaciğerde üretilmekte olup normal ALT düzeyleri genellikle karaciğer hasarını dışlamaktadır. Kritik hastalar pek çok açıdan monitörize edilmekte ve kan testleri ile takip edilmektedir. Ancak standart laboratuvar incelemelerinin özgüllüğü düşük olduğundan bu hastalarda karaciğer hasarını belirlemek sorun olmaktadır. Ayrıca, karaciğer fonksiyonlarını tanımlamak için kullanılan kriterlerin heterojen olması klinisyenin hepatik biyokimyasal anormallikleri yorumlamasını zorlaştırmakta, karaciğer hasarı gölgede kalmakta veya gözden kaçmaktadır. Kritik hastalarda karaciğer hasarının kötü prognoz ile ilişkili olduğu bilinmesine karşın çocuk hastalarda karaciğer hasarının sıklığı, derecesi, etyolojisi ve prognoza ilişkin literatürde yeterli veri bulunmamaktadır. Bu çalışmada, çocuk yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda karaciğer fonksiyon testleri yüksekliği sıklığı, etyolojisi ve klinik prognozu incelemek amaçlanmıştır.

# 15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-TARTIŞMALI POSTERLER-

**Tablo 1: ALT yüksekliğinin nedenleri ve hastaların klinik sonuçları**

Tüm hastalar (sayı=58)	Akut karaciğer hasarı (sayı=26, %44,8)	Akut karaciğer disfonksiyonu (sayı= 20, %34,5)	Akut karaciğer yetmezliği (sayı= 12, %20,7 )	
Yaş (ay) median (min-maks)	20 (2-201)	25.5 (2-175)	20 (3-201)	18 (2-192)
Cinsiyet Kız Erkek	16 (% 27.6) 42 (% 72.4)	11 (% 42.3) 15 (% 57.7)	2 (% 10) 18 (% 90)	3 (% 25) 9 (% 75)
ALT yüksek gün sayısı median ( min-maks)	7 (2-20)	7.5 (3-16)	5.5 (2-18)	8.5 (2-20)
Organ yetmezliği ? 3 organ ?4 organ	46 (%79.3) 12 (%20.7)	24 (% 92.3) 2 (% 7.7)	13 (% 65) 7 (% 35)	9 (% 75) 3 (% 25)
KC hasarının nedeni Enfeksiyon Toksin/ilaç Metabolik Karaciğer hastalığı Hipoksi	20 (% 34.5) 7 (% 12.1) 3 (% 5.2) 6 (% 10.3) 22 (% 37.9)	12 (% 46.2) 2 (% 7.7) 2 (% 7.7) - 10 (% 38.5)	6 (% 30) 1 (% 5) - 3 (% 15) 10 (% 50)	2 (% 16.7) 4 (% 33.3) 1 (% 8.3) 3 (% 25) 2 (%16.7)
En yüksek ALT (u/L) median (min-maks)	302 (91-11404)	160 (61-753)	392 (95-8830)	3017 (129-11404)
Sonuç Taburcu sevk Ex	36 (% 62.1) 1 (% 1.7) 21 (% 36.2)	20 (% 76.9) - 6 (%23.1)	10 (% 50) - 10 (% 50)	6 (% 50) 1 (% 8.3) 5 (% 41.7)

**Gereç-Yöntem :** Retrospektif olarak planlanan bu çalışmaya 01.Temmuz.2017 ve 01.Temmuz.2018 tarihleri arasında Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Eski adı Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi) çocuk yoğun bakım ünitesine izlenmiş olan 1 ay 18 yaş arası hastalar arasından yaşa göre AST, ALT değeri yüksek olan hastalar dahil edilmiştir. Yaşa göre transaminazların normal değerleri standart textbook kullanılarak belirlenmiştir. Hastaların demografik verileri, laboratuvar sonuçları ve prognoza ait bilgiler bilgisayar epikrizinden ve hemşire gözlemlerinden elde edilmiştir. Hastalar laboratuvar sonuçları ve klinik durumlarına göre akut karaciğer hasarı, akut karaciğer disfonksiyonu veya akut karaciğer yetmezliği olarak 3 gruba ayrılmıştır: Akut karaciğer hasarı: AST ve ALT'nin yaşa göre yüksek olmasıdır. Laboratuvar testleri ile izlem önerilmektedir. Akut karaciğer disfonksiyonu: Akut karaciğer hasarı olan hastalarda bilirubin veya INR artışı eşlik etmesi durumudur. Hiperbilirubinemi ve koagülopati uygun şekilde tedavi edilmektedir Akut karaciğer yetmezliği: Ensefalopati, koagülopati, sarılık, intrakranial hipertansiyon bulgusu olan hastalardır. Öncesinde bilinen karaciğer hastalığı olan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. Çalışma için Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 04,07,2018 tarihinde, karar no:221 etik kurul onayı alınmıştır. İstatistiksel yöntem: Çalışmanın istatistiksel analizi Statistical Package for Social Sciences' version 20 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) programı ile yapılacaktır. Çalışma grubundaki sayısal ölçümlerin normal dağılım varsayımını sağlayıp sağlamadığı Shapiro Wilk testi ile test edilecek, sayısal verilerden parametrik olanların tanımlayıcı istatistikleri; ortalama  $\pm$  standart sapma, non-parametrik olanların ortanca (minimum-maksimum) olarak hesaplanacak, kategorik veriler ise yüzde (%) olarak verilecektir. Kategorik ölçümlerin gruplar arasında karşılaştırılmasında Ki Kare testi kullanılacak olup, gruplar arasında sayısal ölçümlerin karşılaştırılmasında varsayımların sağlanması durumunda Bağımsız gruplarda T testi, varsayımların sağlanmaması durumunda ise Mann Whitney U testi ve ikiden fazla grubun karşılaştırılmasında ise One-Way ANOVA kullanılacaktır. Anlamlılık sınırı  $p < 0,05$  olarak kabul edilecektir

**Bulgular :** Retrospektif olarak taranan 771 hastanın %7,52 (58/771)'sinde AST ve ALT yüksekliği saptanmıştır. Hastaların %72,4 (42/58)'ü erkek, % 27,6 (16/58)'si kız, yaş median 20 (minimum: 2- maksimum: 201) ay idi. Hastalarda AST ve ALT yüksekliği nedenleri %37,9 (22/58) hipoksi, %34,5 (20/58) enfeksiyon, %12,1 (7/58) toksin/ilaç, %10,3 (6/58) karaciğer hastalığı, %5,2 (3/58) metabolik hastalıklar olarak bulunmuştur. Hastalarda ALT yüksekliği median 7 (minimum:2-maksimum:20) gün devam etmiştir. Hastaların %44,8 (26/58)'inde akut karaciğer hasarı, %34,5 (20/58)'inde akut karaciğer disfonksiyonu, %20,7 (12/58)'sinde akut karaciğer yetmezliği saptanmıştır. Gruplar arasında ALT yüksekliğinin derecesi açısından anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Yaş, cinsiyet, ALT yüksekliğinin devam ettiği gün sayısı ve mortalite açısından fark saptanmamıştır. Hastaların %20,7 (12/58)'sine 4 veya daha fazla sayıda organ yetmezliği eşlik etmekte olup %62,1 (36/58)'i taburcu edilmiş %36,2 (21/58)'si eks olmuştur. Akut karaciğer yetmezliği nedeni ile 1 hasta dış merkeze sevk edilmiş olup nakil başarılı ile gerçekleştirilmiştir (Tablo 1).

**Sonuç :** Karaciğer enzim yüksekliği çocuk yoğun bakım ünitesinde izlenmekte olan hastalarda sık gözlenmekte, mortalitesi yüksek durumlara eşlik etmektedir. En sık hipoksi ve enfeksiyonlar olmak üzere toksin ve ilaçlar karaciğer hasarına yol açmaktadır. Transaminaz yüksekliğinin nedeni sadece takip gerektiren transaminaz yüksekliğinden nakil gerektiren karaciğer yetmezliğine kadar oldukça geniş bir spektrumda dağılmaktadır. Hastalarda klinik gidişatı etkilediğinden hasarın derecesine uygun tedaviyi planlayabilmek için tanıyı erken koymak, etyolojiyi belirlemek, hasarın derecesini sınıflandırmak gerekmektedir.

**Anahtar kelimeler :** Akut karaciğer hasarı, çocuk yoğun bakım, transaminaz

# 15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-TARTIŞMALI POSTERLER-

PT-062

## ÇOCUK HASTALARDA LAKTAT YÜKSEKLİĞİ, LAKTAT KLİRENSİ VE PROGNOZ İLE İLİŞKİSİ

İlknur Tolunay<sup>1</sup>, Dinçer Yıldızdaş<sup>1</sup>, Ahmet Yöntem<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, Adana

**Giriş :** Mortalitesi yüksek kritik çocukların erken tespit edilmesi, uygun müdahalenin zamanında yapılmasına imkan tanıyarak klinik prognozu iyileştirmektedir. Son yıllarda yaşanan gelişmelere rağmen kritik hastada mortaliteyi tahmin etmek için yeterli belirteç bulunmamaktadır. Laktat doku perfüzyonu, hücrel hipoksi için belirteç olarak kullanılmakta olup laktat yüksekliği mortalite ile ilişkili bulunmuştur. Ancak seri laktat ölçümleri ile karşılaştırıldığında tek bir laktat ölçümünün belirteç olarak değeri tartışmalıdır. Septik çocuklarda laktat klirensi mortaliteyi göstermekte tek bir laktat ölçümünden daha etkili bulunmuştur. Farklı çalışmalarda laktat klirensi için farklı cutt-off değerleri bildirilmektedir. Bir çalışmada laktat klirensi %30 cutt-off değerinin %75 sensitif, %90 spesifik olduğu gösterilmiştir. Bir başka çalışmada laktat klirensi %34,7 değeri %87,5 sensitif, %96,55 spesifik bulunmuştur. Laktat klirensinde her %10'luk artışın mortaliteyi %11 azalttığı bildirilmiştir. Düşük laktat klirensi mortalite ile ilişkilidir. Bu çalışmamızda çocuk yoğun bakım ünitesinde izlenen hastalarda laktat yüksekliği nedenleri, laktat klirensi, etyolojik faktörler ve prognoz ile ilişkisini araştırmak amaçlanmıştır.

**Gereç-Yöntem :** Çocuk yoğun bakım ünitemizde prospektif olarak, 01. Şubat. 2017- 01. Mart. 2018 tarihlerinde (Tip A) laktat düzeyi >2 mmol/L olan hastalar çalışmaya dahil edilmiş olup hastalardan 0 saat (laktat düzeyi >2 mmol/L) ve 6 saat sonra kayıt altına alınacak bilgiler aşağıda belirtilmiştir: • Yaş, cinsiyet, PRISM III, PELOD skoru • Çocuk yoğun bakım ünitesine yatış nedeni • Vücut ısısı, kalp atım hızı, sistolik, diastolik, ortalama kan basıncı, O<sub>2</sub> saturasyonu, santral venöz basınç (CVP), arter kan gazı, kapiller geri dolum zamanı, tam kan sayımı, karaciğer böbrek fonksiyon testleri, prokalsitonin (PCT), laktat düzeyi, laktat klirensi\* değerleri • İlk 6 saat sıvı durumu • Antibiyotik ve inotrop kullanımı, kan ürünleri transfüzyonu, invaziv veya noninvaziv mekanik ventilatör desteği, ekstrakorporal tedavi uygulanma durumu • Çocuk yoğun bakımda yatış süresi, sağ kalım durumu \*Laktat klirensi: (ilk laktat-6. saat laktat/6. saat laktat) x100 Araştırma için T.C. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 10. 02. 2017 tarihinde etik kurul onayı alınmıştır. İstatistiksel Yöntem Çalışmanın istatistiksel analizi Statistical Package for Social Sciences® version 20 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) programı ile yapılmıştır. Çalışma grubundaki sayısal ölçümlerin normal dağılım varsayımını sağlayıp sağlamadığı Shapiro Wilk testi ile test edilmiş, sayısal verilerden parametrik olanların tanımlayıcı istatistikleri; ortalama ± standart sapma, non-parametrik olanların ortanca (minimum-maksimum) olarak hesaplanmış, kategorik veriler ise yüzde (%) olarak verilmiştir. Kategorik ölçümlerin gruplar arasında karşılaştırılmasında Ki Kare testi kullanılmış olup, gruplar arasında sayısal ölçümlerin karşılaştırılmasında varsayımların sağlanması durumunda Bağımsız gruplarda T testi, varsayımların sağlanmaması durumunda ise Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Anlamlılık sınırı p<0,05 olarak kabul edilecektir.

**Bulgular :** Bu çalışmada, 1069 hasta arasından (Tip A) laktat yüksekliği saptanan 43 (%4) hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların %56 (24/43)'sı erkek, %44 (19/43)'ü kız, yaş 49,4 ± 44,7 (3 - 152) ay, çocuk yoğun bakım ünitesinde yatış süresi 13,65± 11,57 (2-54) gün idi. Çocuk yoğun bakım ünitesine yatış tanısı %34,9'u (15/43) konjenital kalp hastalığı, %30,2'si (13/43) pnömoni/akut respiratuar distress sendromu, %20,9'u (9/43) sepsis, %9,3'ü (4/43) postoperatif hasta, %4,7'si (2/43) postarest hasta idi. Hastaların %88,4 (38/43)'ü mekanik ventilatörde izlenmişti; 5 hastaya ekstrakorporal yöntemler (2 hastaya hemodiyafiltrasyon, 3 hastaya ekstrakorporal membran oksijenizasyon) uygulanmıştı. Hastaların çocuk yoğun bakım ünitesine kabul edilmesinde ilk bir saat içerisinde kayıt edilen bazal laktat düzeyi 5,01 ±3,01 (2,2 - 14,9) olup laktat düzeyi ve mortalite arasında istatistiksel olarak anlamlı bir doğru orantı var idi (p <0,05). Laktat klirensi %67,4 (29/43) hastada %30'un üzerinde, %20,9 (9/43) hastada %10 ve 30 arasında, %11,6 (5/43) hastada %10'un altında bulunmuştur. Çalışmaya dahil edilen hastalarda mortalite %25,6 (11/43) idi. Mortalite ve laktat klirensinin istatistiksel olarak anlamlı derecede ters orantılı olduğu gösterilmiştir (p <0,01). Taburcu olan hastaların hiçbirinde laktat klirensi %10'dan düşük değil iken eksitus olan hastaların %45,5'inde laktat klirensi %10'dan düşük bulunmuştur. Laktat klirensi için cutt of değeri %30 kabul edildiğinde, taburcu olan hastaların %81,2'sinde laktat klirensi %30'dan büyük iken eksitus olan hastaların sadece %27,7'sinde laktat klirensi %30'dan büyük idi. Hastalara yatışın ilk saati içerisinde hesapladığımız beklenen mortalite skorları ile gerçekleşen mortalite uyumlu olup PRISM III ve PELOD laktat yüksekliği olan hastalarda klinik prognoz için uygun bir belirteç gibi görünmektedir (p <0,05). Hastalarda 6. saat kalp hızının yaşa göre taşikardik ve 6. saat sistolik arteriyel kan basıncının yaşa göre düşük olması mortalite ile ilişkili bulunmuştur (p <0,05). Tedavinin 6. saatinde kapiller geri dolum zamanı 2 saniyeden uzun olan hastalarda mortalite daha yüksek bulunmuştur (p <0,01). Yaş, cinsiyet, yatış nedeni, PCT, 6. saat ölçülen CVP, 6 saatlik sıvı dengesi ve mekanik ventilasyon ihtiyacı ile mortalite arasında ilişki bulunmamıştır.

**Sonuç :** Son yıllarda yapılan çalışmalar, laktat klirensinin tek bir laktat ölçümüne göre mortaliteyi göstermekte daha başarılı olduğu gösterilmiştir. Munde ve ark'na göre mortalitesi en yüksek hastalar laktat klirensi %30'da düşük ve PRISM III skoru 30'dan büyük olan vakalardır. Benzer şekilde bizim çalışmamızda da hem laktat klirensi hem de beklenen mortalite skoru gerçekleşen mortalite ile uyumlu olup laktat yüksekliği olan hastalarımızda PRISM III, PELOD ve laktat klirensinin mortalite için anlamlı belirteç olduğu gösterilmiştir. Nguyen ve ark tarafından yapılan çalışmada laktat klirensinin hemodinamik parametrelerden bağımsız olarak mikrosirkülasyon için önemli bir gösterge olduğu, laktat klirensinde her %10 artışın mortaliteyi %11 arttırdığı gösterilmiştir. Bizim çalışmamızda laktat klirensi %10'dan düşük olan hastalarda mortalite %45,5 iken laktat klirensi %30'dan düşük hastalarda mortalite %72,8 bulunmuştur. Laktat klirensinin yüksek olması klinik gidişat için olumlu yönde bir belirteçtir. Sepsiste altın saatler olarak bilenen ilk 6 saat içinde yapılacak sıvı tedavisi, inotrop ve hemodinamik monitorizasyon hastalarda mortalite ve morbiditeyi belirlemektedir. Tedavi sırasındaki hedefler kapiller dolum zamanı ≤2 saniye, yaşa göre normal kan basıncının sağlanması, santral ve periferik nabızlar arasında fark olmaması, sıcak ekstremiteler, idrar çıkımı 1 ml/kg/saatten fazla olması ve normal bilinç durumu olmalıdır. Çalışmamızda hastaların 6. saat kalp hızının yaşa göre taşikardik ve 6. saat sistolik arteriyel kan basıncının yaşa göre düşük olması mortalite ile ilişkili bulunmuştur (p <0,05). Tedavinin 6. saatinde kapiller dolum zamanı 2 saniyeden uzun olan hastalarda mortalite daha yüksek olup sonuçlarımız literatür ile uyumludur (p <0,01). Yaş, cinsiyet, yatış nedeni, PCT, 6. saat ölçülen CVP, 6 saatlik sıvı dengesi ve mekanik ventilasyon ihtiyacı ile mortalite arasında ilişki bulunmamıştır. Uygun sıvı resüstasyonu septik hastalarda tedavinin ilk basamağını oluşturmakta olup mortaliteyi etkilemektedir. Bizim çalışmamızda sıvı dengesi ve CVP ile mortalite arasında ilişki bulunmamıştır. Literatür ile uyumlu olmayan bu sonuç, hasta grubumuzun büyük kısmını oluşturan septik hastalar ile ARDS hastaları ve doğuştan kalp hastalığı olan hastaların farklı sıvı hedefleri olması ile açıklanabilir. SONUÇ Laktat yüksekliği çocuk hastalarda hastalığın ciddiyeti, kötü nörolojik sonuçlar, çoklu organ yetmezliği

# 15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

## -TARTIŞMALI POSTERLER-

ve mortalite için önemli bir belirteç olarak kabul edilmektedir. Laktat düzeyi ve PRISM III skoru mortaliteyi tahmin etmekte tek başına laktat düzeyine göre daha iyi bir göstergedir. Laktat düzeyinin 2 mmol/L'nin üzerinde olması %94 sensitif, %24 spesifite ile mortaliteye işaret etmektedir. Bizim sonuçlarımız da literatür ile benzer olup laktat düzeyi ve mortalite istatistiksel olarak anlamlı derecede doğru orantılıdır. Bazal laktat düzeyinin 2 mmol/L'nin üzerinde olması kritik hastada klinik gidişatın kötü olması açısından önemli bir belirteçtir.

**Anahtar kelimeler :** çocuk, laktat, laktat klirensi

### PT-065

#### ÇOCUK ACIL SERVİSİNDE ÜRİNER SİSTEM ENFEKSİYONU TANISI ALMIŞ 2 YAŞ ALTI ÇOCUKLARDA ANTİBİYOTİK DİRENCİNİN ARAŞTIRILMASI

Esen Besli<sup>1</sup>, Şeyma Köksal<sup>1</sup>, Samet Paksoy<sup>1</sup>, Demet Kangel<sup>1</sup>, Asuman Kırıl<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup>İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Giriş :** Ateş nedeniyle acil servise getirilen iki yaş altı çocuklarda üriner sistem enfeksiyonu (ÜSE) en sık akla gelmesi gereken hastalıklardan biridir. Süt çocukluğu döneminde  $\geq 38$  °C ateşi olan çocukların %30'unda ÜSE bildirilmektedir. Yapılan çalışmalarda; 1 ay-2 yaş arası çocuklarda ÜSE sonrası %3-15 renal parankimal bozukluk görülmüştür. Bu nedenle hızlı tanı ve etkili tedavi oldukça önemli olup özellikle süt çocukluğu döneminde tanı zorluğu nedeniyle dikkat edilmesi gereklidir. Hızlı ve etkili tedavinin ÜSE'ye bağlı komplikasyonların gelişmesini önemli ölçüde önlediği bilinmektedir, buradaki en önemli zorluk ampirik tedavi seçimini zorlaştıran, uygunsuz ve çok geniş spektrumlu antibiyotik kullanımına bağlı gelişen dirençli mikroorganizmalardır. Farklı ülkelerden yapılan çalışmalarda ampirik tedavide öncelikle tercih edilen sefalosporin grubu antibiyotiklere dirençli mikroorganizmaların hızla arttığı bildirilmektedir. Bu çalışmada çocuk acil servisinde ÜSE tanısı ile hastaneye yatırılan 2 yaş altı çocuklarda antibiyotik direnç profilinin araştırılması amaçlandı.

**Gereç-Yöntem :** Ocak 2016-Ocak 2018 tarihleri arasında Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Acil servisinde ÜSE tanısı alan 132 hastanın geriye dönük antibiyogramları incelendi ve eşlik eden üriner sistem anomalileri bakıldı. ÜSE tanısı, idrar analizinde piyüri ( $\geq 10$  mm<sup>3</sup> lökosit) ve katater ile alınan idrar örneğinde tek bir patojen bakterinin  $\geq 50.000$  cfu/mm<sup>3</sup> koloni üremesi ile konuldu. Çalışmaya ilk defa ÜSE tanısı almış, bilinen üriner sistem anomalisi ya da kronik hastalığı olmayan hastalar alındı. Hastaların klinik, demografik ve diğer medikal bilgilerine hastane kayıt sisteminden ulaşıldı. Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Ortalama, Standart sapma, frekans) yanısıra niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Ki-Kare testi, Fisher's Exact Ki-Kare testi, Continuity (Yates) Düzeltmesi ve Fisher Freeman Halton testi kullanıldı. Anlamlılık p<0.05 düzeyinde değerlendirildi.

**Bulgular :** Çalışmaya alınan 128 hastanın yaş ortalaması %61,7 (79) 1-6 ay, %28,1 (36) 6-12 ay, %10,2 (13) idi. %53'ü (68/128) kız iken %47 si (60/100) erkekti. Saptanan üropatojenler en sık %63,3 (79) Escherichia Coli (E.Coli) ve %28,1 (36) Klebsiella idi. E.Coli'nin antibiyotik dirençlerine bakıldığında trimetoprim sülfametaksazol (TPM-SMX) %37, seftriakson %49,2, sefiksim %52,5, seftazidim %30,4, sefuroksim %51,3, sefuroksim aksetil %51,3, siprofloksasin %18,2 amoksisilin klavulonik asit %59,1 direnci görüldü. Klebsiella'da antibiyotik direnç oranı ise; TPM-SMX %33,3, seftriakson %66,7, sefiksim %65,4 seftazidim %69,6, sefuroksim %60, sefuroksim aksetil %58,8, siprofloksasin %33,3 amoksisilin klavulonik asit %40,6 idi. 128 hastanın 117'sine (%91) üriner sistem ultrasonografisi (USG) yapılmış olup %32,5'inde patolojik bulgu (pelvikaliektazi, konjenital anomali, taş gibi) görüldü. ÜSE öncesi antibiyotik kullanımı, yaş ( $\leq 6$  ay, 6-12 ay, 12-24 ay), USG'de üriner sistem anomalisi ile antibiyotik direnci arasındaki ilişkiye bakıldığında; gerek E.Coli gerek Klebsiella'ya karşı antibiyotik direnci açısından anlamlı bir fark bulunmadı. (p>0.05) Çalışmamızın ana kısıtlaması tek merkezli olmasıydı. Ayrıca, son bir yıl içinde antibiyotik kullanımı bilgisine elektronik reçete sisteminden ulaşılmış olup hastaların reçete edilmiş olan bu antibiyotikleri kullanıp kullanmadıkları net olarak değerlendirilemedi.

**Sonuç :** Acil serviste ÜSE tanısı alan; altta yatan herhangi bir üriner sistem anomalisi, üriner sistem hastalığı, predispozan faktörü olmayan hastaların yaklaşık yarısında, ampirik tedavide en sıklıkla başlanan sefalosporin grubu antibiyotiklere direnç saptanması dikkat çekicidir. Bu durum, komplikasyon riski oldukça yüksek olan ÜSE gibi hastalıklarda ampirik tedaviyi zorlaştırmakta, ileri düzey antibiyotikleri kullanmayı mecbur kılmaktadır. ÜSE tedavisinde sefalosporin dışında diğer alternatif antibiyotik seçeneklerinin göz önünde bulundurulması akılcıdır. Ülkemizde, özellikle sefalosporinler başta olmak üzere, antibiyotiklerin artan bilinçsiz kullanımı ve hekimler tarafından basit çocukluk çağı hastalıklarında bile geniş spektrumlu gereksiz antibiyotik reçete edilmesinin önlenmesi gerektiği bu çalışmada vurgulandı.

**Anahtar Kelimeler:** çocuk acil, antibiyotik, 2 yaş altı, direnç, sefalosporin

### PT-068

#### UZAMIŞ YOĞUN BAKIM YATIŞI OLAN ÇOCUKLARIN AİLE ZİYARET SIKLIKLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER; PİLOT ÇALIŞMA

Bahar Keleş<sup>1</sup>, Nilüfer Yalındağ Öztürk<sup>1</sup>, Emel Uyar<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Marmara Üniversitesi Çocuk Yoğun Bakım İstanbul

**Giriş :** Aile ziyaretleri, PICU'daki bakımın önemli bir parçasıdır. PICU kuralları, aileler için günde iki kez belirlenen ziyaret saatlerine sahiptir. Tıbbi bakım alanındaki gelişmelere bağlı olarak, kronik ventilatör bağımlılığı olan çocuk sayısı artmaktadır. Trakeostomi prosedürünün reddi, kalış süresini uzatır ve bu da ebeveynin tedavi ve bakıma katılımını etkileyebilir. Bu çalışmada, ventilatör bağımlı çocuklarda uzun süre PICU kalışlarında ebeveyn ziyaret sıklığını araştırmayı amaçladık.

**Gereç-Yöntem :** Çalışmamız, Ekim 2017 - Kasım 2017 arasında 14 yataklı bir PICU'da yapılan prospektif bir gözlemsel pilot çalışmaydı. Hastaların kalış zamanı 1 aydan uzun süre olarak tanımlandı. Uygun hastalar tespit edildi. Aile ziyaretleri 42 gün boyunca,

# 15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

## -TARTIŞMALI POSTERLER-

hemşire gözlemine sabah-akşam ziyaret saatlerinde hemşire tarafından kayıt edildi. Nadir ziyaretlerin olası sebepleri soruldu.

**Bulgular :** Birimdeki 14 hastanın 7'si (2 erkek, 5 kız) uzun süre kalmışlardır. Ortanca yaş 18 ay (IQR: 17) idi. Çalışma anındaki ortalama kalış süresi 183 gündü. Uzun süreli yatışı olan hastaların % 86'sında nöromüsküler / nörometabolik hastalık vardı. Ziyaret sayıları Tablo' da gösterilmektedir. Bir outlier olan A hastası hariç, haftada ortalama ziyaret 2 kattan daha azdı (1,86). Nadiren düşük ziyaretlerin nedeni ebeveynlerin çalışması % 14,1, ev- hastane arası uzak mesafe % 28,6, evdeki sorumluluklar (diğer çocuklar)% 42,8, mali sorunlar % 42,8 ve aile çatışmaları % 42,8 idi.

aile ziyaret sıklıkları

	Visiting frequency of parents						
	Patient A	Patient B	Patient C	Patient D	Patient E	Patient F	Patient G
1st week	14	2	2	1	3	5	1
2nd week	14	2	-	1	3	4	1
3rd week	14	1	-	1	4	5	1
4th week	12	1	-	2	3	3	1
5th week	12	2	-	2	2	2	2
6th week	14	2	-	2	-	5	1
Visits mean ± SD	13.3±1.0	1.7±0,5	0.3±0.8	1.5±0.5	2.5±1.3	4.0±1.3	1.2±0.4

**Sonuç :** Bu pilot çalışma, uzamış yatışı olan ventilatör bağımlı çocukların, aileleri tarafından daha az ziyaret edileceğini göstermektedir. Seyrek ziyaret sebepleri, ileride ki geniş çaplı çalışmaların uygulanmasını ve palyatif ve entegratif bakım ünitesi gerekliliğinin vurgulanmasını gerektirir.

**Anahtar kelimeler :** Aile ziyareti, kronik ventilatör desteği, uzun süreli yoğun bakım yatışı

PT-069

### TÜKENMİŞLİK İÇİN ERKEN DEĞİL Mİ?

Bahar Keleş<sup>1</sup>, Nilüfer Yalındağ Öztürk<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Marmara Üniversitesi Çocuk Yoğun Bakım İstanbul

**Giriş :** Pediatrik Yoğun Bakım Üniteleri (PICU) oldukça stresli, hızlı tempolu ortamlardır. Hemşirelerin tükenmişliği, iş verimliliğini azaltır, sağlık bakımı ile ilgili hataların potansiyelini artırır.

**Gereç-Yöntem :** Bu çalışma PICU hemşirelik ekibi tarafından doldurulmuş bir ankettir (Maslach Tükenmişlik Endeksi).

**Bulgular :** bulgular eklenen resimlerde dir. Katılımcıların Demografik Tanımları Tükenmişlik deneyimi

### Katılımcıların Demografik Tanımları

# 15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-TARTIŞMALI POSTERLER-

	data	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	21	100%
Erkek	0	-
<b>Yaş</b>		
22-25 yaş	14	66,6%
26-28 yaş	5	23,8%
29-31 yaş	2	9,5%
<b>Medeni Hal</b>		
Bekar	18	85,7%
Evli	3	14,3%
<b>Çocuk Sahibi mi?</b>		
Evet	0	-
Hayır	21	100%
<b>Kiminle Yaşiyor</b>		
Yalnız	5	23,8%
Evli, Çocuk yok	3	14,3%
Aile ile Birlikte	11	52,3%
Arkadaşları ile Birlikte	2	9,5%
<b>Eğitim Durumu</b>		
Hemşirelik Lisans Programı	20	95,2%
Master(Yüksek Lisans)	1	4,8%
<b>Hemşirelik Deneyimi (yıl)</b>		
0-1 yıl	7	33,3%
1-3 yıl	7	33,3%
3-5 yıl	5	23,8%
5-10 yıl	2	9,5%
<b>Hemşire Devir Oranımız (1 Yıllık)</b>		
Ocak 2017 - Aralık 2017		
input	+9	

## Tükenmişlik deneyimi

Tanımlayıcı Önlemler	MBI alt ölçekleri		
	Kişisel Başarı	Mental Yorgunluk	Duyarsızlaşma
Min- max puan	22-85	41-90	50-82
mean	61,37	74,4	63,2
SD	21,18	15,99	21,18
IQR	35	24	35

**Sonuç :** Yeni hemşirelerin çalışma koşullarına düzgün uyum sağlamaları için yeterli zaman ve rehberliğe ihtiyaçları vardır. Hemşirelerimiz genç ve çoğunluğu 3 yıldan az tecrübeye sahiptir. MIB'de göreceli deneyimsizlik duygusal tükenme nedeniyle diğer alt ölçeklere göre daha belirgindir. Bunun nedeni, kendini algılayan yüksek stres seviyesi ve iş yükü deneyim düzeyiyle orantısızdır.

**Anahtar kelimeler :** çocuk yoğun bakım hemşireleri, tükenmişlik

PT-070

## ÇOCUKLARDA AKUT MİYÖZİT: ENDİŞELENMELİ MİYİZ?

Ayla Akca Çağlar<sup>1</sup>, Aysun Tekeli<sup>1</sup>, Halit Halil<sup>1</sup>, Nilden Tuygun<sup>1</sup>, Can Demir Karacan<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SBÜ Ankara Dr. Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları SUAM Çocuk Acil Kliniği

**Giriş :** Çocukluk çağının selim akut miyoziti (ÇSAM), genellikle okul öncesi çocuklarda viral enfeksiyonlardan sonra 1-5 gün içinde ortaya çıkan baldır ağrısı, yürüme güçlüğü ve serum kreatinin fosfokinaz (CPK) yüksekliği ile karakterize selim seyirli bir klinik tablodur. Bu çalışmada öncesinde tamamen sağlıklı olan ve viral enfeksiyon sonrasında miyozit gelişen hastaların klinik ve laboratuvar sonuç-

# 15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-TARTIŞMALI POSTERLER-

ları değerlendirildi.

**Gereç-Yöntem** : Hastanemizin çocuk acil kliniğine Ocak 2016-Ocak 2018 tarihleri arasında başvuran ve ÇSAM tanısı konulan hastalar geriye dönük olarak tarandı.

**Bulgular** : 42 hastanın 29'u (%69) erkek ve ortalama yaşı  $76,21 \pm 29,63$  ay (7-174 ay) idi. Viral enfeksiyon semptomlarının başlangıcından ortalama  $4,64 \pm 2,47$  gün sonra %95,2'si miyalji ve %64,3'ü yürüyememe şikayeti ile başvurdu. Semptomlarını dile getiremeyecek kadar küçük olan 7 aylık bir olgu enfeksiyon sonrası tespit edilen aspartat aminotranferaz (AST) yüksekliğine yönelik bakılan CPK değeri yüksek saptanarak tanı aldı. Hastaların serum CPK değerleri ortalama 3858 IU/L (1003-16411), CPK düşme hızı saatte ortalama 58,12 IU/L ve CPK düzeyinin normal sınıra düşme zamanı ortalama 96 saat idi. İnfluenza B en sık saptanan viral etyolojik ajandı. CPK değeri 1500 IU/L'nin üzerinde tespit edilen hastaların cut-off AST değerinin saptanması için yapılan ROC eğrisi analizinde kesim değer 92 U/L olarak bulundu (sensitivite %85,7, spesifite %83,3) (AUC =0,952 p<0,001).

**Sonuç** : Viral enfeksiyonlardan sonra ani gelişen baldır ağrısı ve yürüyememe yakınmalarında nörolojik muayene normalken CPK düzeyinin yüksek olması durumunda ÇSAM düşünülmelidir. Semptomlarını dile getiremeyen infant yaş grubu ayrıca değerlendirilmelidir. CPK düzeyi çok yüksek değerlerde olsa dahi bu selim seyirli durumda rabdomiyoliz ve böbrek yetmezliği beklenmemektedir.

**Anahtar kelimeler** : miyozit, çocuk, kreatin fosfokinaz

PT-071

## ÇOCUK ACİL KLİNİĞİNE GASTROİNTESTİNAL KANAMA İLE BAŞVURAN OLGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Aysun Tekeli<sup>1</sup>, Ayla Akca Çağlar<sup>1</sup>, Halit Halil<sup>1</sup>, Can Demir Karacan<sup>1</sup>, Nilden Tuygun<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> TC Sağlık Bakanlığı SBÜ Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Acil Kliniği, Ankara

**Giriş** : Gastrointestinal sistem (GİS) kanaması çocukluk çağında her yaşta karşımıza çıkabilen ve nedene yönelik tedavi gerektiren önemli bir acil sorundur. Bu çalışmada çocuk acil kliniğimize GIS kanaması ile başvuran hastaların demografik ve laboratuvar özelliklerini, kanamanın nedenlerini ve endoskopi sonuçlarını araştırmayı amaçladık.

**Gereç-Yöntem** : Çocuk acil kliniğimize Ocak 2017-Ocak 2018 tarihleri arasında GIS kanaması ile başvuran 1ay-18 yaş arası hastaların kayıtları geriye dönük incelendi. Demografik ve laboratuvar bulguları ile etiyolojik nedenler, endoskopi ve kolonoskopi sonuçları ve tedavi yöntemleri incelendi.

**Bulgular** : GİS kanamalı 67 hastanın yaş ortalaması  $79,2 \pm 67$  ay, %52.2'si kız idi. 50 hastada (%74,6) hematemez, 17'sinde (%25.4) melena veya hematokezya saptandı. İlaç kullanımı 30 (%44.7), ÜSYE 23 (%34.3), kusma 20 (%29.8) ve karın ağrısı 12 hastada (%17.9) mevcuttu. Endoskopi uygulanan 49 (%73.1) hastanın 16'sı (%32.6) normalken; 13'ü (%26.5) gastrik erozyon, 6'sı (%12.2) gastrit, 5'i (%10.2) gastrik ülser, 4'ü (%8,1) özefagusta erozyon, birer hasta ise duodenal ülser ve reflü özefajiti tanısı aldı. Kolonoskopi ile kolon ve rektosigmoidde erozyon (2), terminal ileumda ülser (1) ve derin rektal fissür (2) tespit edildi. Eritrosit transfüzyonu yapılan hastaların 2'sinde meckel divertikülü kanaması, 2'sinde sepsis, 1 tanesinde ise gastrik erozyona bağlı kronik kan kaybı mevcuttu.

**Sonuç** : GIS kanaması ile acil servise başvuran hastalarda kanama genellikle akut ve kendini sınırlayıcı olmakla birlikte acil tanı ve tedavi gerektiren durumlar da mevcuttur. Acil stabilizasyon sonrası hastaya nedene yönelik yaklaşım önemli olup çalışmamızda enfeksiyonlar ve ilaç kullanımı en sık risk faktörü bulunmuştur. Tanısal yaklaşımda endoskopik girişim gerekliliği ve zamanının belirlenmesi, uygun tedavilerin zamanında ve etkin biçimde gerçekleştirilmesi önemlidir.

**Anahtar kelimeler** : Acil, Gastrointestinal, Kanama

PT-072

## ÇOCUK ACİL SERVİSTE TEDAVİ REDDİ

Aysun Tekeli<sup>1</sup>, Ayla Akca Çağlar<sup>1</sup>, Halit Halil<sup>1</sup>, Can Demir Karacan<sup>1</sup>, Nilden Tuygun<sup>1</sup>

<sup>1</sup> TC Sağlık Bakanlığı SBÜ Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Acil Kliniği, Ankara

**Giriş** : Çocuk Acil Serviste tedavi reddi hekim ve hasta için önemli bir sorundur. Hastalar acil tıbbi tedaviyi herhangi bir zamanda reddedebilir. Ancak çocuklar bilgilendirilmiş rıza veremez ve tedaviyi reddedemez. Tedaviye rıza, ebeveynlerin çocuklarının sağlığı yararına izin vermesi gerektiğini ifade eder. Çocuklar için ebeveyn veya yasal vasiler tıbbi tedaviyi reddetme hakkına sahiptir. Çocuk acilde çalışan hekimler; ebeveynlere tanı, tedavi seçenekleri ve olası yan etkileri, alternatif tedaviler hakkında ayrıntılı bilgi vermelidir. Acil servis yoğunluğu içerisinde buna zaman ayırarak doğru iletişim ve paylaşarak karar vermek hastaların kaygılarını azaltmak için önemlidir. Bu çalışmada acil servise başvuran ebeveynlerin muayene sonrası çocuklarının tedavisini reddetme nedenlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

**Gereç-Yöntem** : Çocuk acil polikliniğimize Mart 2016 ve Mart 2018 yılları arasında başvuran ve muayene sonrası tedaviyi reddeden hastaların kayıtları geriye dönük incelendi. Hasta bilgileri için elektronik verilerden yararlanıldı. Ebeveynleri tarafından tedavileri reddedilen ve hastaneyi terk eden hastaların demografik, laboratuvar bulguları ve tanıları ile tedaviyi reddetme nedenleri incelendi.



# 15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-TARTIŞMALI POSTERLER-

**Bulgular :** İki yıllık dönemde 118 ebeveyn tedaviyi reddetmiştir. Hastaların 72'si (%61) erkek, 46'sı (%39) kız idi. 107 (%90.6) hasta Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı, kalanı yabancı uyruklu idi. 111 (%94) hasta Ankara'dan, 7 (%6) hasta il dışından başvurmakta idi. 14 hasta yenidoğan, 25 hasta 1-3 ay arası, 46 hasta 3-24 ay arası, 33 hasta ise 2-18 yaş arasında idi. Hastalar içerisinde en sık iki tanıyı alt solunum yolu enfeksiyonu (ASYE) 46 (%38.9) ve odağı belli olmayan ateş 14 (%11.8) oluşturmaktaydı. Diğer tanılar; ilaç zehirlenmeleri (5), konvülsiyon (4), döküntü(3) , idrar yolu enfeksiyonu (3), akut gastroenterit (3), kusma(1), senkop(1) idi. 71 hasta evde tedavisine devam etmek, 24 hasta ise başka merkezde takip ve tedavisini yaptırmak istediği için tedaviyi reddetmiştir. Başka merkeze başvurmak isteyen 3 hasta takipli olduğu merkeze başvurmak üzere hastanemizden ayrılmıştır. 16 (%13.5) hasta lomber ponksiyon girişimini kabul etmeyerek tedaviyi reddetti. LP reddeden hastaların 12'si odağı belli olmayan ateş, diğerleri 9 aylık komplike febril konvülsiyon, 4 aylık afebril konvülsiyon, 8.5 ve 13 yaşlarında menenjit şüphesi olan hastalardı. Bu hastalardan 3'ü aynı gün içinde tekrar başvurup yatış yapıldı. Huzursuzluk şikayeti ile başvuran 1 aylık ve kanlı kusma ile başvuran 7 yaşındaki hastaların aileleri kan tetkiki yaptırmak istemedi. Akut gastroenterit sonucu hafif dehidratasyonu olan 16 aylık hasta ile 5 ve 13 aylık ASYE tanılı bebeklerin aileleri damaryolu açtırmak istemediği için tedavilerine hastanede devam edilemedi. Senkop nedeniyle başvuran 1 hasta konsültasyon sonucunu beklemek istemediği ve 1 hastanın da yanında kalacak uygun refakatçisi olmadığı için tedaviyi reddetti. Tedaviyi reddeden hastaların 56'sı (%47.4) tekrar hastanemize kontrol veya başka sağlık sorunları ile başvurdu. 33 hasta aynı şikayetler ile 24 saat içinde tekrar hastanemize başvururken bunların 11'i (%9.3) hastanemizde uygun servislere yatırıldı. Diğer hastalar ayaktan takiplerine devam ettiler. Kontrollere gelen 22 hastanın en sık tanısı ASYE (%45.4) idi. Tekrar başvurarak yatırılan 4 hasta yenidoğan (sepsis, döküntü, kanlı kusma, apne tanısı olan), 2 hasta ateş, diğerleri ASYE, orta derece dehidratasyonu olan akut gastroenterit, olası menenjit, hipokalsemi ve uygun refakatçisi olmayan brusella tanılı hastalar idi.

**Sonuç :** Çalışma sonuçları ebeveynlerin sosyoekonomik durumunun ve hastanenin fiziksel koşullarının tedavi reddi için temel nedenler olduğunu göstermiştir. İkinci en sık tedavi red nedeninin lomber ponksiyon girişimi ve vasküler girişime bağlı olduğu dikkati çekmektedir. Girişimler ile ilgili olası yan etkiler ailelerde korkulara neden olup, hastada ağrı olasılığı hastaların tedaviyi reddetme kararı vermesine yol açmıştır. Ayrıca girişimsel işlem onam formunda olası komplikasyonları kabul ederek formu imzalamak ailelerin vazgeçmesine neden olmuş ancak bir kısmı evde düşününce tekrar başvurmuştur.

**Anahtar kelimeler :** Acil, Red, Tedavi

**PT-073**

## 0-6 YAŞ ARASINDAKİ ÇOCUKLARDA TRAVMA DIŞI EV KAZALARININ ÖNLENMESİ

Murat Doğan<sup>1</sup> , Mehmet Adnan Öztürk<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Erciyes Üniversitesi, Çocuk Acil Bölümü, Kayseri

**Giriş :** Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre kaza; insan iradesi dışında ani şekilde oluşan, bedensel ve ruhsal hasara yol açan beklenmeyen bir olaydır . Kazalar genellikle yaşandıkları yere göre (ev, işyeri, trafik gibi) sınıflandırılırlar. Ev kazaları; evin içerisinde, bahçesinde veya çevresinde meydana gelen kazalardır . Korunulması mümkün olmaları, sık rastlanılmaları, ölüm veya sakatlığa yol açabilmeleri ve yol açtıkları yüksek hastalık yükleri nedeniyle ev kazaları önemli halk sağlığı sorunlarından biridir. Türkiye'de ev kazalarının sıklığı hakkında kesin bir sayı yoktur fakat yapılmış bazı araştırmalara göre, tüm kazaların %18-25'ini ev kazalarının oluşturduğu ve bunların da %45.4'ünün 0-6 yaş arasındaki çocuklarda görüldüğü belirlenmiştir. Bu yaş grubundaki çocuklar; zamanlarının çoğunu evde geçirmeleri, çevreyi keşfetme isteği, meraklı olmaları, devamlı hareket etmeleri, çevresel risklere açık olmaları, her şeyi ağızına götürme istekleri, yaşam alanlarının çocuklara göre düzenlenmemiş olması, kazalardan kendilerini koruyabilecek gelişimsel beceriye yeterince sahip olamamaları nedeniyle ev ortamında kazaya uğrama oranı en yüksek grubu oluşturmaktadır. Bu araştırma, 0-6 yaş grubu çocuklarda travmatik olmayan ev kazalarını etkileyen faktörlerin ve kazaları önleme yöntemlerinin araştırılması amacıyla yapıldı.

**Gereç-Yöntem :** Ocak-Aralık 2017 tarihleri arasında Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Acil Servisi'ne travma dışı ev kazası nedeniyle başvuran 335 olgu değerlendirilmiştir. Çalışmanın evrenini 0-6 yaş grubu oluşturmaktadır. Veriler literatür ışığında geliştirilen bir soru formu aracılığıyla toplandı. Bu formda çocuklara ve aileye ait özellikler ve çocukların ev kazası geçirme durumu ile ilgili bilgileri sorgulayan sorular yer aldı. Araştırma verileri SPSS istatistik programı ile değerlendirilmiştir. Veriler, SPSS 18.0 istatistik programı kullanılarak sayı, yüzdelik dağılım, ortalama ve ki-kare testi ile değerlendirildi. Anlamlı p değeri <0.05 olarak kabul edildi. Tüm ailelerden çalışma için onam alınmıştır. Çalışma için Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan onay alınmıştır.

**Bulgular :** Çalışmamızda ev kazası erkek çocuklarda ve 24-48 ay aralığında daha fazlaydı. Evdeki çocuk sayısı arttıkça ev kazası oranı da artmaktaydı. Ailelerin çoğunluğu çekirdek aile yapısında ve apartman dairesinde yaşıyordu. Ev kazasının tipi olarak en sık ilaç içme (% 45.8) saptanmış olup sonrasında sırasıyla korozif madde içimi (% 28), yabancı cisim yutma ve aspirasyonu (% 26.2). Ebeveynlerin % 82.1'i ev kazasının nedenini aile kaynaklı nedenler (ihmal-dikkatsizlik) olarak belirtti. Anne ve babanın eğitim düzeyi ile ev kazası sıklığı arasında pozitif korelasyon mevcuttu. Çalışmadaki annelerin % 96.5'i çalışmıyordu ve babaların ise % 97.9'u çalışmıyordu. Anne (%56.1) ve babanın yaşı (% 54.9) küçüldükçe kaza sıklığının arttığını tesbit edildi. Anne yaşı artışı, çalışmayan anne oranı artışı ve ailenin eğitim düzeyi düşüklüğüyle ihmal/dikkatsizliğe bağlı ev kazası anlamlı şekilde artmaktaydı (p<0.001). Ailelerin % 88.7'si ev kazasından korunmanın mümkün olduğunu ve ailelerin tamamı ev kazası konusunda bilgi almadıklarını belirttiler.

**Sonuç :** Araştırma bulguları doğrultusunda; 0-6 yaş grubu çocuklarda ev kazalarının % 82.1'inin nedenleri ailesel kaynaklıydı ve ev kazalarının önlenmesi amacıyla annelere/ailelere ve bakım verenlere 0-6 yaş grubundaki çocukların gelişimsel özellikleri, ev kazaları risk faktörleri, ev kazalarını önlemeye yönelik güvenlik önlemleri ve ilkyardım uygulaması konusunda eğitim verilmesini önermekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Çocuk, ev kazası, önlem

# 15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-TARTIŞMALI POSTERLER-

PT-074

## ÇOCUK ACİL SERVİSİMİZE BAŞVURAN MANTAR ZEHİRLENMESİ OLGULARI

İlknur Bodur<sup>1</sup>, Betül Öztürk<sup>1</sup>, Ayla Akca Çağlar<sup>1</sup>, Aysun Tekeli<sup>1</sup>, Nilden Tuygun<sup>1</sup>, Can Demir Karacan<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SBÜ Ankara Dr. Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları SUAM Çocuk Acil Kliniği

**Giriş :** Ülkemizde besin zehirlenmeleri hala önemli bir halk sağlığı sorunudur. Mantarlar çoğunlukla iyi seyirli ve gastrointestinal bulguların ön planda olduğu zehirlenme tablosuna neden olsalar da ölümcül olabilen mantar zehirlenmelerini iyi yönetebilmek ancak bunların yaptığı klinik tabloları bilmekle mümkün olur. Amanita (Amanita phalloides, Amanita verna, Amanita ocreata) ve Gallerina türleri ile ağır seyirli klinik tablolar ortaya çıkabilir. Ancak klinik tanımlama toksikolojik tanımlamadan daha kullanışlıdır. Mantar zehirlenmelerinin erken belirtileri ve bulguları bulantı, kusma, karın ağrısı, ishal, taşikardi, hipotansiyon ve elektrolit dengesizliğidir. Tedavide mide yıkanması mümkünse ilk saat içinde yapılmalıdır. Aktif kömür tedavisi toksinin emilimini engeller. Penisilin amatoksinin hepatosite girmesini engeller ve plazma proteinlerinden ayrılmasını sağlayarak renal yolla atılımına yardımcı olur. Silibinin amatoksinin hepatositlerce tutulmasını engeller. N-asetil sistein hepatoprotektif ve antioksidan etkilidir. Bu çalışmada Çocuk acil polikliniğimize mantar yedikten sonra bazı yakınmalar nedeniyle başvuran hastaların demografik verilerini, klinik süreç ve sonuçlarını incelemeyi amaçladık.

**Gereç-Yöntem :** SBÜ Ankara Dr. Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları SUAM Çocuk Acil Kliniği'ne Aralık 2008- Eylül 2018 tarihleri arasında mantar zehirlenmesi ile başvuran 65 olgunun dosyaları geriye dönük olarak incelendi. Olguların yaşları, başvuru yakınmaları ve klinik bulguları, semptomların başlama zamanı, hastaneye başvuru zamanları, fizik inceleme bulguları, tam kan sayımı, glukoz (70-110 mg/dl), alanin aminotransferaz (ALT 5-45 U/L), aspartat aminotransferaz (AST 5-45 U/L), protrombin zamanı (PT 10-14 sn), parsiyel tromboplastin zamanı (PTT 25-40 sn) değerleri, serum elektrolit düzeyleri, uygulanan tedaviler, hastanede kalış süreleri ve prognozları kaydedildi.

**Bulgular :** Olguların 35'i kız (%53,8), 30'u (%46,2) erkek idi. Başvuru anında yaş ortalaması 8,34±4,48 yaş (min 9 ay-maks 17 yaş) idi. Semptomların başlama zamanı ort saati 5,25±10,29 saat (min 30 dk- maks 72 saat) olup 46 hastada (%71) semptomlar ilk 6 saat içinde başlamıştı. Hastaneye başvurma saati ortalama 7, 05± 1,01 saat (min 30 dakika –maks 72 saat) idi. Olguların 53'ünde (%81,5) gastrointestinal semptomlar (en sık kusma %76), 17'sinde (%26) santral sinir sistemi semptomları mevcuttu. Bir hastada görme bozukluğu, 1 hastada idrar inkontinansı, 1 hastada ateş saptandı. Üç hastada (%4,5) kolinerjik bulgular, 6 hastada (%9,2) akut bilinç değişikliği tespit edildi. Üç hastanın glaskow koma skalası (GKS) 14, iki hastanın GKS 6, bir hastanın GKS 8 idi. Bir hastanın alt ekstremitelerde derin tendon refleksleri alınmadı ve 1 hastada batin muayenesinde hassasiyet saptandı. Laboratuvar bulguları değerlendirildiğinde; kan glukoz düzeyleri ortalama 107±22 (min 72-max 243) olup hiçbir olguda hipoglisemi saptanmadı, hiperglisemisi olan olgunun izleminde kan şekeri düzeyleri tedavisiz normal sınırlara geriledi. Üç olgu (%4,5) dışında transaminaz düzeyleri normal sınırlar arasında saptandı. Transaminaz değerleri yüksek olan hastalardan birinde koagülasyon testlerinde de uzama mevcut idi. Olguların tam kan sayımında beyaz küre sayımı beş hastada 15.000/mm<sup>3</sup>'ün üzerinde, üç hastada 15.000/mm<sup>3</sup>'ün üzerinde idi. Hastaların 41'ine (%65) mide lavajı, 55'ine (%84) aktif kömür uygulandı. 20 (% 30,7) hastaya penisilin tedavisi, 4 (%6) hastaya N-asetil sistein, 3 (%4,5) hastaya silibinin, 1 hastaya ampisilin ve laksatif tedavisi uygulandı. Bir hastaya invajinasyon tanısıyla baryum redüksiyon tedavisi yapıldı. Hastalar 3 ±1,5 gün ( minimum 1 gün –maximum 9 gün) yatırılarak izlendi. Karaciğer yetmezliği tanısı ile sevk edilen 1 hasta dışında olguların hepsi şifa ile taburcu edildi.

**Sonuç :** Mantar zehirlenmeleri çocukluk yaş grubunun önlenilebilir mortalite ve morbidite nedenlerindedir. İlk 6 saatte başlayan semptomların varlığı genellikle selim seyirlidir. Muskarinik veya antikolinerjik semptomlar görülebilir. Latent periyodun ardından semptomların geç başladığı olgularda 24 saat sonra ağır karaciğer yetmezliği gelişebilir. Hastaneye mantar alımından 72 saat sonra başvuru yapan ve karaciğer yetmezliği gelişen hasta dışında mantar zehirlenmesi olgularımızın hepsinin takipleri şifa ile sonuçlanmıştır. En iyi sonuçlar tedavi ilk 36-48 saat içinde uygulandığında elde edildiği göz önüne alındığında mantar zehirlenmesi ile ilgili toplumsal eğitimin ve erken sağlık kuruluşuna başvuranın önemi bir kez daha ortaya çıkmıştır.

**Anahtar kelimeler :** çocuk, acil, mantar, zehirlenme

PT-075

## ÇOCUKLUK YAŞ GRUBUNDA ENFEKSİYON DIŞI MAKSİLLOFASİYAL ACİLLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Emel Ulusoy<sup>1</sup>, Coşkun Armağan<sup>2</sup>, Aykut Çağlar<sup>1</sup>, Anıl Er<sup>1</sup>, Fatma Akgül<sup>1</sup>, Hale Çitlenbik<sup>1</sup>, Durgül Yılmaz<sup>1</sup>, Murat Duman<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Acil Bilim Dalı

<sup>2</sup> Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

**Giriş :** Pediatrik travmalar içerisinde izole fasiyal yaralanmalar daha az sıklıkta görülmektedir. Ancak yüz bölgesi olması ve estetik kaygılara yol açması nedeni ile acil servis başvurularının önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Literatürde çocukluk yaş grubunda tüm fasiyal yaralanmaların değerlendirildiği sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmada amacımız maksillofasiyal yaralanma ile gelen olguların verilerini sunmak ve ileri müdahale gereksinimi olan hastalara dikkat çekmektir.

**Gereç-Yöntem :** Bu çalışmaya Ocak 2011- Aralık 2015 yılları arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Acil Servisinde maksillofasiyal alanda enfeksiyon dışı patoloji saptanan, Kulak burun boğaz (KBB), Plastik ve rekonstrüktif cerrahi ve Göz Bölümleri ile birlikte değerlendirilen 0-18 yaş aralığındaki hastalar alındı. Hastane bilgisayar sistemi üzerinden ilgili bölümlere yazılan 7525 konsültasyon incelendi. Enfeksiyon nedeni ile yazılan veriler ve tekrarlı konsültasyon verileri çıkarılarak 2926 hasta çalışmaya alındı. Hastaların demografik verileri, travma mekanizmaları, bilgisayarlı tomografi sonuçları, eşlik eden yaralanmaları, uygulanan tedaviler ile yatış ve izlem sonuçları kayıt edildi.

**Bulgular :** Yaş ortancası 5,0 (2,0-10,0) olan hastaların % 63,1'i (1846 olgu) erkek, % 36,9'u (1080 olgu) kızdı. Hastaların %33,8'i Göz,

# 15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

## -TARTIŞMALI POSTERLER-

% 18,3'ü KBB ve %47,9'u Plastik ve rekonstrüktif cerrahi bölümlerine danışıldı. Travma mekanizmaları arasında en yüksek oranda düşme/ çarpma (%69,3), yabancı cisim varlığı (%13,2), araç içi ve dışı trafik kazası (%6) olduğu görüldü. Hastaların %49,3'ünde lase-rasyon, %15,5'inde fraktür, %15,3'ünde yumuşak doku travması ve 13,8'inde yabancı cisim, %5'inde koroziv yaralanma ve % 3,6'ında yanık olduğu görüldü. Bilgisayarlı tomografi tetkiki 548 olguya (%18,7) çekildi. Fraktür saptanan 455 olgunun %58,4'ünde nazal, %20 ,4'ünde çoklu yüz kemiği, %5,7'inde maksiller ve %5,7'inde mandibular fraktür olduğu belirlendi. Ek yaralanma saptanan 130 (%0,4) hastada en sık ekstremitelerde (37 olgu, %28,4), çoklu vücut bölgesi (35 olgu, %26,9) ve izole intrakranial (34 olgu, %26,1) yaralanma mevcuttu. Maksillofasiyal yaralanmalara %1,8 oranında (54 olgu) intrakranial yaralanma eşlik etmekteydi ve bu olguların %77,7'inde kafatası kemik fraktürleri, %38,8'inde intrakranial kanamalar, %9,2'inde kontüzyon ve %5,5'inde beyin ödemi mevcuttu. Yatırılarak tedavi edilen 170 hastanın çoğunda ek yaralanma saptandı (p= 0,000). Hastaların yalnızca %3,4'üne major cerrahi, % 2,9'una redük-siyon uygulandı. İzlemine devam edilen 2862 hastanın %98,3'ü sekelsiz, %0,5'i organ kaybı, %0,6'ı mortalite ile sonuçlandı. Mortalite ile sonuçlanan hastaların 5'i araç dışı trafik kazası, 4'ü araç içi trafik kazası ve 10'u düşme ile getirilen vakalardı. Major cerrahi veya kardiyopulmoner resüsitasyon uygulanan, organ kaybı ya da mortalite ile sonuçlanan hastaların çoğunda ek yaralanma mevcuttu (p= 0,000, p= 0,000, p= 0,003 ve p= 0,000; sırasıyla).

**Sonuç :** Çalışmamız maksillofasiyal yaralanmaların önemli bir kısmında ileri müdahale gereksinimi olmadığını göstermiştir. Ancak maksillofasiyal acillerde vücudun başka bir bölgesinde ek yaralanma olması halinde organ veya yaşam kaybı ile sonuçlanabileceği ve ayrıntılı müdahalenin yapılabileceği bir merkeze yönlendirilmesi konusunda uyarıcı olması açısından önem taşımaktadır.

**Anahtar kelimeler :** Travma, çocuk, maksillofasiyal

### PT-076

### ÇOCUK YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE KANDİDEMİ VE RİSK FAKTÖRLERİ

Mutlu Uysal Yazıcı<sup>1</sup> , Ebru Azapağası<sup>1</sup> , Fatma Nur Öz<sup>2</sup> , Furkan Dombaloğlu<sup>3</sup> , Erhan Özel<sup>3</sup> , Selman Kesici<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Dr. Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım, Ankara

<sup>2</sup> Dr. Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Anabilim dalı, Ankara

<sup>3</sup> Dr. Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim dalı, Ankara

<sup>4</sup> Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım Anabilim dalı, Ankara

**Giriş :** Fungal enfeksiyon sıklığı son yıllarda artış göstermektedir. Hastane kaynaklı fungal enfeksiyonların büyük bir kısmı kandida türleri ile oluşmaktadır. Günümüzde kronik hastalık ve invaziv işlem sıklığındaki artış ile beraber, yoğun antibakteriyel tedavi uygulamaları sonucunda kandidemi görülme oranı artmaktadır. Kandida türleri, hastane kökenli kan akım enfeksiyonlarında (KAE), koagülaz negatif Stafilokok (KNS), Staphylococcus aureus ve enterokoklardan sonra dördüncü sıklıkta görülmekte ve ciddi mortalite, morbiditeye neden olmaktadır. Santral kateter ilişkili KAE'de ise KNS'nin ardından ikinci sıradadır. Uygun tedavi yöntemlerine rağmen, yenidoğanlarda ve süt çocuklarında ölüm oranları %40-50'lere ulaşabilmektedir. Bu çalışmada çocuk yoğun bakım ünitesinde izlenen ve C.albicans ve non-albicans türlerine bağlı kandidemi gelişen olguların demografik, laboratuvar ve risk faktörleri açısından değerlendirilmesi amaçlandı.

**Gereç-Yöntem :** Çalışmaya 2010-2018 tarihleri arasında çocuk yoğun bakım ünitesinde yatan 1 ay-18 yaş arası kandidemi gelişen 18 hasta alındı. Kandidemi tanısı Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi tarafından belirlenen surveyans tanı kriterlerine göre konuldu. Kan kültüründe en az bir kandida türünün saptanması ve beraberinde ateş, hipotermi, lökositoz, akut faz reaktanlarında yükseklik, taşikardi ve hipotansiyon gibi enfeksiyon bulgularının olması kandidemi olarak değerlendirildi. Hastada santral venöz kateter (SVK) varlığında başka bir enfeksiyon odağı olmaksızın, aynı zamanda periferik kandan ve SVK'den alınan kan kültüründe aynı kandida türünün izole edilmesi ve kateter kanında ven kanına göre en az iki saat önce üreme olması kateter ile ilişkili kan akımı enfeksiyonu olarak tanımlandı. Her hasta için demografik veriler, klinik ve laboratuvar bulguları ve uygulanan girişimleri içeren form dolduruldu. Veriler retrospektif olarak değerlendirildi. İstatistiksel değerlendirme için Pearson ki kare, Mann Whitney ve Fischer test uygulaması yapıldı.

**Bulgular :** Çalışmamıza 2010-2018 yılları arasında Çocuk yoğun bakım ünitesinde yatan ve kandidemi tanısı alan 18 hasta dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 11.5 ay (min: 1 ay max: 40 ay), %61.1'i kız, %38.9'u erkekti. Kandidemi risk faktörlerinden 16 hastada kateter, 1 hastada intraabdominal cerrahi öyküsü mevcutken, immünsüpresyon tedavi alan hasta yoktu. Kandidemi sırasında hastaların hepsi invaziv mekanik ventilasyonda izlenirken; mekanik ventilatörde ortalama kalış süresi 33 gün bulundu. Mekanik ventilasyonda izlenen hastaların ortalama 13. gününde (min:1 max: 150gün) üreme saptanırken, kateter takıldıktan 20 gün (min:3 max: 48gün) sonra üreme görüldü. Kateterde üreme görüldükten sonra ilk 2 gün içinde kateter çekildi. En sık C. parapsilosis ürettiği görüldü. Çalışmamızda kandidemi mortalitesi %44.4 olarak bulundu. Nötropenik olan hastalarda, olmayanlara göre mortalite daha yüksekti ancak bu istatistiksel olarak anlamlı saptanmadı. İntraabdominal cerrahi yapılan ve kandidemi gelişen 1 hasta kaybedildi. C. albicans üreyenlerin %57.1 kaybedilirken, non-albicans kandidemisi olanların %36.4'ü eksitus oldu. Çocuk Yoğun Bakım yatışının ortalama 40.5. gününde (min: 3 max: 270 gün) ve kandida üremesi olduktan ortalama 13.5 gün sonra hastalar kaybedildi.

**Sonuç :** Çalışmamızda çocuk yoğun bakım ünitesine mantar enfeksiyonlarının önemini ve mortalitesinin ne kadar yüksek olduğunu bir kez daha göstermiş olduk. Kandidemiye yol açan risk faktörlerinin ortadan kaldırılması, üreme olduktan sonra kateterin hızlıca çekilmesi, çocuk yoğun bakımda yatış sürelerinin kısaltılması kandida mortalitesini azaltabilir.

**Anahtar kelimeler :** pediatri yoğun bakım, kandidemi, risk faktörleri, mortalite

# 15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-TARTIŞMALI POSTERLER-

PT-077

## ÇOCUK YOĞUN BAKIMDA MEKANİK KALP DESTEK CİHAZI KULLANIMI, TEK MERKEZ DENEYİMİMİZ

Merve Havan<sup>2</sup>, Tanıl Kendirli<sup>2</sup>, Serhan Özcan<sup>2</sup>, Mehmet Çakıcı<sup>3</sup>, Evren Özçınar<sup>3</sup>, Melih Timuçin Doğan<sup>2</sup>, Zeynep Eyiletin<sup>3</sup>, Tayfun Uçar<sup>2</sup>, Ercan Tutar<sup>2</sup>, Ahmet Rüçhan Akar<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Yoğun Bakım

<sup>2</sup> Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Kardiyolojisi Bilim Dalı, Ankara

<sup>3</sup> Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyovasküler Cerrahi Bilim Dalı, Ankara

**Giriş :** Mekanik kalp destek cihazları (MKDC) son dönem kalp yetmezliği olan hastalarda belirgin klinik düzelme sağlamanın yanı sıra hastaları kalp transplantasyonuna hazırlıkta köprü görevi görmektedir. Daha önce yapılan çalışmalarda MKDC kullanımı ile acil kalp nakil listesinde bekleyen hasta listesinde mortalitenin belirgin oranda azaldığı ve hastaların hayatta kalma oranının yaklaşık dört kat arttığı belirtilmiştir. Biz bu çalışmada kliniğimizde uyguladığımız MKDC ile ilgili deneyimimizi bildirmeyi amaçladık.

**Gereç-Yöntem :** Aralık 2013- Haziran 2018 tarihleri arasında Çocuk Yoğun Bakım Ünitimizde MKDC ile izlenen hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların demografik özellikleri, preoperatif dönemdeki klinik verileri, yoğun bakımda kalma süreleri, mekanik ventilasyon ve ekstrakorporeal membran oksijenizasyonu (ECMO) ihtiyaçları ve kullanım süreleri, intraoperatif komplikasyonlar, postoperatif dönem yoğun bakımda kalma süreleri, mekanik ventilasyon ve ECMO ihtiyaçları ve kullanım süreleri, postoperatif dönemde karşılaşılan erken ve geç dönem komplikasyonlar, sağkalım ve mortalite değerlendirildi.

**Bulgular :** Çalışma süresi boyunca MKDC ile 12 (1 hasta 2 kez, toplam 13) hasta izlendi. Hastaların yaş ortalaması 12,5 (4-17) yaş idi. Çalışmaya alınan hastalardan 1 hastaya Total Yapay Kalp, 1 hastaya Berlin Heart, diğer hastalara sol ventrikül destek cihazı (LVAD) (1 hastaya Heart Mate3, 9 hastaya Heart Ware) takıldı. Hastaların hepsinin tanısı dilate kardiyomyopatiydi. Hastalardan sadece 1 tanesi preoperatif dönemde yoğun bakımda izlenmedi. Preoperatif dönem ortalama yoğun bakım yatış süresi 27,2 (1- 150) gündü. Preoperatif dönemde 9 hasta mekanik ventilasyon destek tedavisi aldı, 7 hasta ECMO desteği altında izlendi, ortalama mekanik ventilasyonda izlenme süresi 20 (1-124) gün, ECMO' da kalma süresi 7,2 (1-13) gündü. İntraoperatif dönemde, 2 hastada pulmoner hipertansiyon gelişti. Hastaların postoperatif dönem ortalama yatış süresi 32 (1-182) gündü. Postoperatif dönemde hastaların hepsi mekanik ventilasyon desteği aldı, 6 hasta (1 hasta 2 kez) ECMO desteği altında izlendi, ortalama mekanik ventilasyonda izlenme süresi 19,3 (1-120) gün, ECMO' da kalma süresi 9 (1-13) gündü. Postoperatif en sık komplikasyon erken dönemde kanama (7 hasta), geç dönemde tromboz (8 hasta) ve enfeksiyonu (6 hasta). 3 hasta (%25) kalp nakli oldu (MKDC ile bekleme süresi ortalama 16 ay), 5 hasta (%41,6) cihaz desteği altında kaybedildi (ortalama 1,5 ay). Bunlardan 2 hasta sağ ventrikül yetmezliği ve pulmoner hipertansiyona bağlı kardiyojenik şok, 1 hasta cihaz içi tromboz, 1 hasta çoklu organ yetmezliğine (MODS) bağlı olarak kaybedildi. Transplantasyon yapılan 3 hastadan 2 tanesi (cerrahi komplikasyon ve sepsis sonrası çoklu organ yetmezliği (MODS) nedeniyle) kaybedildi. 4 hasta (%33) ise halen MKDC desteği altında (ortalama 21,7 ay) takip edilmekte ve halen transplantasyon için sıra beklemekte.

### LVAD Takılan Hastalarımız



**Sonuç :** Son dönem kalp yetmezliği olan hastalarda MKDC yaşam kalitesini ve sağkalımı artıran kanıtlanmış en etkin tedavi yöntemidir. Kalp nakline köprü olacak önemli bir araçtır.

**Anahtar kelimeler :** Berlin Heart, ECMO, Mekanik Kalp Destek Cihazı, LVAD, Son dönem kalp yetmezliği

# 15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-TARTIŞMALI POSTERLER-

PT-078

## ÇOCUK ACİLDE VÜCUT AĞIRLIĞI TAHMİNİNDE HANGİ YÖNTEM ETKİN: ANNE TAHMİNİ, HEMŞİRE TAHMİNİ, PAWPER TAPE, YAŞA DAYALI FORMÜL

Nazike Özbay<sup>1</sup>, Muhammet Kavlakçı<sup>1</sup>, Didem İlhan<sup>1</sup>, Sema Kaplan<sup>1</sup>, Murat Anıl<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>SBÜ İzmir Tepecik SUAM, Çocuk Acil Kliniği

**Giriş :** Çocukluk çağında hastaya uygulanacak olan tedavilerin neredeyse tamamı vücut ağırlığına göre değişmektedir. Bu nedenle ağırlığın doğru ve hızlı saptanması çok önemlidir. Bu çalışmada ağırlık tahmin aracı olan PAWPER TAPE, hasta yakınının beyanı, deneyimli hemşirenin tahmini ve ağırlık formülünün hastanın gerçek ağırlığını öngörmedeki yerini araştırmak amaçlanmıştır.

**Gereç-Yöntem :** SBÜ Tepecik SUAM Çocuk Acil Kliniği Gözlem Ünitesinde izlenen yaşı 3 ay-12 yaş arasındaki çocuklar değerlendirilmeye alındı. Hastaların vücut ağırlığı konusunda anne tahmini, görevli hemşirenin tahmini, PAWPER TAPE ile ağırlık tahmini ve formüller (yaş 3-12 ay için [(yaş + 9) / 12], 1-6 yaş için yaş x 2 + 8; 7-12 yaş için [(yaş x 7) - 5] / 2) ile ağırlık tahmini değerlendirildi; bu değerler hastanın acilde tartılan ağırlığı (altın standart) ile karşılaştırıldı. Değerlendirilen parametre ile altın standart arasında One-sample T Test uygulandı. p<0,05 anlamlı kabul edildi.

**Bulgular :** Toplam 51 olgu değerlendirildi (ortanca yaş: 48 ay, minimum 2 ay, maksimum 144 ay, 22 kız %43,1/29 erkek %56,9). Değerlendirmeyi yapan hemşirelerin mesleki deneyimi ortanca 10 yıld (minimum 6 yıl, maksimum 25 yıl). Altın standart ile karşılaştırıldığında PAWPER farkı 0,05±2,1 (p>0,05), hemşire tahmini 0,11±2,8 (p>0,05), anne tahmini 0,4±1,2 (p: 0,030), formül 0,06±5,1 (p>0,05) olarak saptandı.

**Sonuç :** Deneyimli çocuk acil hemşiresi, PAWPER TAPE ve formüller vücut ağırlığı tahmininde etkindir. Ancak annenin tahmini yeterli güvenilirlikte değildir.

**Anahtar Kelimeler:** vücut ağırlığı, PAWPER TAPE, hemşire tahmini, anne tahmini, ağırlık tahmin formülü

PT-079

## PEDİATRİK AKUT SOLUNUM SIKINTISI OLGULARINDA NÖTROFİL LENFOSİT ORANI VE PLATELET LENFOSİT ORANI

Merve Mısırlıoğlu<sup>1</sup>, Özden Özgür Horoz<sup>1</sup>, Faruk Ekinci<sup>1</sup>, Vahide Nagehan Aslan<sup>1</sup>, Rıza Dinçer Yıldızdaş<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Yoğun Bakım, Adana

**Giriş :** Akut respiratuar distres sendromu (ARDS), alveolokapiller membranın bozulmasına bağlı olarak gelişen ve her iki akciğerde diffüz infiltrasyona yol açarak pulmoner gaz değişim bozukluğu ve ağır hipoksemik solunum yetmezliğine neden olan tablodur. Nötrofil/lenfosit oranı (NLO), tam kan sayımındaki nötrofil ve lenfosit değerleri kullanılarak hesaplanır ve son zamanlarda popülaritesi artan, romatolojik, dermatolojik, kardiyak, endokrinolojik pek çok inflamatuvar hastalıkta progresyonu ve mortaliteyi öngörebilen, kolay ulaşılabilen, yeni bir biyomarkerdir ve inflamasyonun şiddetini gösterdiği düşünülmektedir. Platelet/lenfosit oranı (PLO) ise inflamatuvar hastalıklar ve malignitelere inflamatuvar süreci, hastalık aktivitesini, tedaviye yanıtı ve prognozu tahmin etmede kullanılmaktadır. Akut respiratuar distres sendromu, günümüzde dünya genelinde yaygın ve önemli bir klinik sorun olarak kabul edilmekte, mortalite ve morbiditesinin oldukça yüksek olduğu bilinmektedir. Hastalığın şiddetinin üzerine etkili faktörlerin saptanması, kötü klinik gidiş ve organ yetmezliğinin ön görülmesini ve gerekli tedavi manüplasyonları ile tedbir alınmasını sağlar. Bu çalışmada ARDS'li hastalarda NLO ve PLO değerlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Gereç-Yöntem :** Çocuk yoğun bakım ünitemizde, Ocak 2016 ile Ağustos 2018 tarihleri arasında ARDS tanısı ile yatan hastaların demografik özellikleri, hastalık ciddiyet skorları (PIM2, PRISM3, PELOD), yoğun bakım yatış ve yoğun bakımdan taburculuktaki tam kan sayımı tetkikindeki lökosit, lenfosit, nötrofil ve platelet ölçümleriyle NLO, PLO değerleri, ARDS evreleri, ARDS tedavi yaklaşımları (noninvaziv ve invaziv mekanik ventilasyon, sürfaktan, yüksek frekanslı osilatör ventilasyon (YFOV), ve prone pozisyonu), mekanik ventilasyon süresi ve yoğun bakım yatış süresi retrospektif olarak kaydedildi. Çalışma için Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi klinik araştırmalar etik kurulundan onay alındı. İstatistiksel analizler için SPSS versiyon 21.0 (IBM SPSS) programı kullanıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu One-Sample Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi. NLO ve PLO normal dağılım göstermediği için minimum, maksimum ve median değerleri verildi. Sonuçlar ortalama ±standart sapma olarak bildirildi. Akut respiratuar distres sendromu evreleri ile NLO ve PLO değerleri arasındaki ilişkiye Kruskal Wallis testi ile bakıldı. Yoğun bakım yatış süresi, mekanik ventilasyon süresi, PLO, NLO ve PELOD arasındaki ilişki Spearman's rho korelasyon testi ile değerlendirildi. Anlamlılık düzeyi p

**Bulgular :** Çocuk yoğun bakım ünitesinde son 2 yıllık süreçte, ARDS tanısı ile izlenen 34 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 75±70,7 (min:4, max:204) ay olup, 17'si kız (%50) idi. Glasgow koma skalası 3 ve 12 arasında kaydedildi ve ortalaması 7±2 idi. Hastalık ciddiyet skorları değerlendirildiğinde, PIM2 skoru ortalama 20,5±9,3 (min:6-max:48), PRISM3 skoru ortalama 23,20±9,4 (min:7,8-max:51), PELOD skoru ortalama 24±15,9 (min:6-max:90) idi. Ortalama yoğun bakım yatış süresi 25±18,8 (min:4-max:90) gün iken, ortalama mekanik ventilasyon süresi 13,4±10,1 (min:3-max:40) gün idi. Hastaların nötrofil, lenfosit, trombosit, NLO1, NLOt, PLO1 ve PLOt sonuçlarının minimum, maksimum ve ortalama değerleri Tablo-1 de verildi. Akut respiratuar distres sendromu nedeniyle takip edilen hastalarımızın, çocuk yoğun bakım ünitemizde mortalite oranı %5,9 idi. Hastaların 12'si (%35,3) hafif ARDS, 16'sı (%47,1) orta ARDS ve 6'sı (%17,6) ağır ARDS olarak sınıflandırılırken, 33 hastaya (%97,1) invaziv mekanik ventilasyon ve 1 hastaya (%2,9) noninvaziv mekanik ventilasyon uygulanmıştı. Tedavide 5 (% 14,7) hastada YFOV uygulanmış, 15 hastada (%37,5) sürfaktan verilmiş ve 5 hasta (%14,7) prone pozisyonuna alınmıştır. Cinsiyetler arasında NLO ve PLO açısından fark görülmedi (p>0,05).Yatışta bakılan NLO1 değeri ile ARDS evreleri arasında anlamlı ilişki saptandı (p=0,033). Ağır ARDS'de median NLO oranı 6,34 iken hafif ARDS'de 2,32 idi. Hafif ve ağır ARDS kıyaslandığında ağır ARDS'de NLO1 daha yüksekti (p=0,007). Ağır ARDS'de NLO1 değeri orta ve hafif evredekinden istatistiksel anlamlı yüksek bulundu (p=0,03). Hafif, orta ve ağır ARDS gruplarında NLO1 ile NLOt değerleri arasında

# 15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

## -TARTIŞMALI POSTERLER-

anlamli fark saptanmadı. Benzer şekilde hafif, orta ve ağır ARDS gruplarında PLO1 ve PLOt değerleri arasında fark yoktu. Hasta yaşlarıyla ilişkisine bakıldığında hasta yaşı ile NLO1 ve NLOt arasında pozitif korelasyon saptandı ve yaş arttıkça NLO'nun arttığı görüldü. Yatıştaki NLO1 değeri ile PELOD skoru arasında orta şiddette bir korelasyon mevcuttu ve istatistiksel olarak anlamlı idi ( $r=0,45$ ,  $p=0,026$ ). Mekanik ventilasyon süresi ve yoğun bakım yatış süresi ile NLO ve PLO arasında korelasyon saptanmadı. Mortalite oranının düşük olması (%5,9;  $n=2$ ) olması nedeniyle mortalite üzerine etki eden faktörler incelenememiştir.

Tablo1

**Tablo-1:**Birinci gün ve yoğun bakımda taburcu göründeki tarı kan sayıru parametreleri ile NLO ve PLO değerleri

	Minimum	Maximum	Ortalama±SD
WBC1	1,700	45,430	13,973±11,231
WBCt	,200	29,670	11,820±6,348
ANS1	,700	34,050	9,768±8,834
ANS1t	,100	53,000	8,866±9,677
ALS1	,200	54,901	4,554±9,448
ALS1t	1,000	9,410	3,078±2,229
PLT1	47,000	655,000	273,205±150,224
PLT1t	30,000	830,000	329,823±203,681
NLO1	,190	32,880	5,622±7,071
NLO1t	,320	21,100	4,190±5,051
PLO1	4,200	1586,000	202,004±275,989
PLO1t	22,100	482,000	138,130±98,439

WBC: white blood cell; ANS: Absolüt nötrofil sayısı; ALS: absolüt lenfosit sayısı; PLT:Platelet; NLO:Nötrofil-

lenfosit oranı; PLO: Platelet-lenfosit oranı

**Sonuç :** Akut respiratuar distres sendromu, güçlü bir inflamatuvar yanıtın sonucu olarak alveol epitelinde ve akciğer endotelinde hasar oluşmasıdır. İnflamatuvar yanıt ile kapiller geçirgenlik artar, endotel ve epitel hücreleri zedelenir, mikrotrombüsler oluşur, ventilasyon-perfüzyon bozulur, sonuç olarak alveol ödemi, azalmış akciğer kompliyansı ve dirençli hipoksi görülür. Nonkardiyojenik akciğer ödemi, ağır hipoksi ve akciğer grafisinde yaygın bilateral infiltrasyon mevcuttur. Kemik iliğindeki kök hücrelerinin farklılaşması sonucu lökositler, eritrositler, trombositler üretilmektedir. Lökositler serinin yoğunluğu yaşa göre değişmekle birlikte büyük çoğunluğunu nötrofiller oluşurmaktadır. Enflamasyon durumunda lenfosit sayısı azalırken, nötrofil ve trombosit sayısında ise artış meydana gelir. Nötrofil sayısında artış, apoptozisin gecikmesi, nötrofillerin demarjasyonu ve büyüme faktörleri ile kök hücrelerin uyarılması sonucu meydana gelmektedir. Nötrofil-lenfosit oranının, inflamasyonun şiddetini gösterdiği düşünölmektedir. Pediatrik hasta gruplarında yapılan çok sayıda çalışmada artmış NLO ve PLO ile inflamasyon arasında ilişki bildirilmiştir. Henoch-Schonlein Purpurası, astım, akut piyelonefrit, akut apandisit, vezikuloöretal reflü, atopik dermatit, obezite, Tip 1 diabetes mellitus gibi sistemik inflamasyonun ön planda olduğu hastalıkların tanısı ve progresyonun izlenmesinde NLO ve PLO kolaylıkla kullanılabilir . Bununla birlikte yoğun bakım hastalarında NLO'nun mortalite ve morbiditeyi etkileyen bir faktör olduğu saptanmıştır. Bir çalışmada pnömoni nedeniyle yoğun bakıma yatan hastalarda NLO yüksek olanlarda mortalite oranının arttığı gösterilmiştir. Erişkin ARDS hastalarında yapılan bir araştırmada ise yüksek NLO'nun kritik hastalarda, kötü klinik gidişle ilişkisi olduğu saptanmış ve prognostik faktör olduğu ve ARDS'li hastalarda 28 günlük mortaliteyi tahmin etmek için bağımsız bir faktör olduğu saptanmıştır . Bir diğer erişkin çalışmasında miliyer tüberküloz olup, ARDS gelişen hastalarda NLO'nun mortalite ve ARDS gelişimi için yararlı bir biyobelirteç olabileceği bildirilmiştir . Biz yaptığımız Pubmed tabanlı bir araştırmada literatürde çocuk yaş grubunda ARDS ve NLO, PLO ilişkisini inceleyen yayına rastlamadık. Bildiğimiz kadarı ile çalışmamız çocuk yoğun bakımda ARDS nedeni ile yatan hastalarda NLO ve PLO ilişkisi üzerine yapılmış ilk çalışmadır. Sonuçlarımız yatışta bakılan NLO1 ile ARDS şiddeti arasında anlamlı ilişki olduğunu göstermiştir. Çalışmamızda ağır ARDS'de NLO1 değeri orta ve hafif evredekinden istatistiksel anlamlı olarak yüksekti ( $p=0,03$ ). Hastalarımızın NLO1 değerleri ile PELOD skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı, orta düzeyde bir korelasyon mevcuttu ( $r=0,45$ ,  $p=0,026$ ). Enflamasyonlarda sayısı değişen bir diğer hematolojik parametre de trombosittir. Trombosit sayısı sadece akut enflamasyonlar durumunda değil, kronik inflamatuvar hastalıklarda da artmaktadır. İnflamatuvar hastalıklar ve kanserde inflamatuvar süreci, hastalık aktivitesini, tedaviye yanıtı ve prognozu tahmin etmekte kullanılabilen PLO'nun mortalite ve morbiditeyi etkilediğini gösteren veriler mevcuttur. Çalışmamızda hafif, orta ve ağır ARDS hastalarının PLO1 ve PLOt değerleri arasında fark yoktu. Bununla birlikte PLO ile PELOD skoru, meka-

# 15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

## -TARTIŞMALI POSTERLER-

nik ventilasyon süresi ve yoğun bakım yatış süresi arasında da korelasyon saptanmaması nedeni ile PLO çalışmamızda bir prognostik faktör olarak bulunmamıştır. Sonuç olarak; ağır hipoksik solunum yetmezliğiyle giden ARDS'de NLO, hastalık şiddetini tespit etmede kullanılabilecek kolay ulaşılabilen ve kompleks hesap gerektirmeyen ve ucuz bir parametredir. Çalışmamızın sonuçlarına göre biz, NLO'nun ARDS tanılı kritik hasta çocuklarda kötü klinik gidişi öngörme açısından kullanılabileceğini düşünmekteyiz. Özellikle daha geniş hasta grupları ile yapılacak, prospektif çalışmalar ARDS ve NLO ilişkisinin aydınlatılmasında fayda sağlayacaktır.

**Anahtar kelimeler :** Akut respiratuar distres sendromu, çocuk, nötrofil, lenfosit, trombosit

**PT-080**

### ÇOCUK YOĞUN BAKIMDA TRAKEOTOMİ AÇILAN VAKALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Muhammed Furkan Bakkal<sup>2</sup>, Selman Kesici<sup>1</sup>, Umut Kaygusuz<sup>3</sup>, Nilden Tuygun<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Hacettepe ÜTF, Çocuk Yoğun bakım Bilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup> Antalya EAH, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Antalya

<sup>3</sup> Denizli DH, KBB, Denizli

<sup>4</sup> Dr.Sami Ulus EAH, Çocuk Acil Bilim Dalı, Ankara

**Giriş :** Trakeotomi, servikal trakea ön duvarının cerrahi olarak açılması yolu ile yeni bir hava yolu oluşturulmasıdır. Solunum yolu tıkanıklıklarında acil olarak uygulanan ve hayat kurtarıcı olabilen bir işlemdir. Yoğun bakım hastalarında ise hem hastanın yoğun bakımda takibini kolaylaştıran hem de hastayı orotrakeal entübasyonun yol açabileceği komplikasyonlardan koruyan bir işlem olması nedeni ile günümüzde rutine girmiş bir uygulamadır. Ülkemizde pediatrik trakeotomiler konusunda oldukça sınırlı sayıda araştırma bulunduğundan; çalışmamızda hastanemiz çocuk yoğun bakım ünitesinde (ÇYBÜ) uygulanmış olan trakeotomilerin geriye d.nük olarak değerlendirilmesi ve tanımlayıcı bir çalışma olarak literatüre kazandırılması amaçlanmıştır.

**Gereç-Yöntem :** Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi pediatri alanında eğitim ve hizmet veren üçüncü basamak bir dal hastanesidir. ÇYBÜ 2009 yılından itibaren on beş yatak ile hizmet veren 1 ay-18 yaş arası kritik hastaların izlendiği ve ülkenin her yerinden yoğun bakım ihtiyacı olan hastaların kabulünün yapıldığı bir merkezdir. Ocak 2015 tarihinden itibaren çocuk yoğun bakım uzman hekimi tarafından, öncesinde ise genel pediatri uzman hekimi tarafından idare edilmektedir. Bu çalışma ÇYBÜ'nin açılmasıyla birlikte Ocak 2009 – Ağustos 2016 tarihleri arasında trakeotomi uygulanan hastaların geriye dönük incelendiği tanımlayıcı bir çalışmadır. Hastanenin tıbbi arşivi geriye dönük olarak incelendiğinde ÇYBÜ'nde yatan ve trakeotomi uygulanan toplam 89 hasta çalışmaya dâhil edilmiştir. Trakeotomi, servikal trakea ön duvarının cerrahi olarak açılması yolu ile yeni bir hava yolu oluşturulması işlemi için; trakeostomi ise bu işlem sonucunda oluşan açıklığın kendisini tariflemek için kullanılmıştır. Trakeotomi endikasyonu çocuk yoğun bakım, genel pediatri ve kulak burun boğaz uzman hekimleri tarafından birlikte konulmuştur. Tüm elektif trakeotomilerde işlem öncesi anne-baba onamı alınmıştır. Acil trakeotomilerde ise en az iki uzman hekim onayı ile işlem yapılmıştır. Trakeotomi işlemi ÇYBÜ'nde lokal sedasyon anestezi altında veya ameliyathanede genel anestezi altında uygulanmıştır. 23 Trakeotomilerin tümü kulak burun boğaz uzman hekimi tarafından uygulanmıştır. En az bir pediatri asistan hekimi ve bir hemşire işleme eşlik etmişlerdir. İşlem sonrası hastalar iki yönlü(ön-arka) akciğer grafisi ile değerlendirilmiştir. Hastaların tıbbi kayıtları demografik bilgileri, trakeotomi endikasyonları, trakeotomi uygulanma yeri (ameliyathane veya ÇYBÜ), trakeostomi açılma zamanı (acil veya elektif), trakeotomi öncesi ve sonrası ventilatörde takip süreleri, ventilatörden ayrılma, komplikasyon gelişimi ve oranları, toplam hastanede yatış süresi, işlem öncesi laringoskopi uygulanması, dekanülasyon ve mortalite açısından incelenmiştir. Pnömotoraks, trakeal rüptür, müdahale gerektirecek masif kanama, işlemle ilişkili arrest ve eksitus trakeotomiyle ilgili ciddi komplikasyon olarak kabul edildi. Veriler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences Inc; Chicago, IL, ABD) 15.0 paket programı kullanılarak istatistiksel olarak analiz edildi.

**Bulgular :** 89 hasta çalışmaya dâhil edilmiştir. Çalışmamızda en sık trakeotomi endikasyonu uzamış entübasyon olarak tespit edilmiştir. Bir hastada taburculuk sonrası trakeotomi ile ilişkili mortalite izlenmiş olup hiç bir hastada taburculuk öncesi trakeotomi ile ilişkili mortalite izlenmemiştir. Hastaların %48'inde komplikasyon görülmüş; ciddi komplikasyon oranı ise %5,6 olarak bulunmuştur. İki yaş altında komplikasyon riskinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızda trakeotominin yoğun bakım şartlarında da güvenle uygulanabileceği gösterilmiştir. Trakeotominin ventilatöre bağlanma süresini kısalttığı, uzamış entübasyona bağlı gelişen komplikasyon oranlarını azalttığı, taburculuğu kolaylaştırarak ve yatış sürelerini kısaltarak tedavi maliyetlerini düşürdüğü saptanmıştır. Ayrıca, kliniğimizde her geçen yıl trakeotomi öncesi ventilatörde takip sürelerinin ve hastanede yatış sürelerinin kısaltıldığı tespit edilmiş olup çocuk yoğun bakım uzmanı tarafından izlenen hastalarda bu durum daha belirgin olarak gözlenmiştir. Çocuk yoğun bakım uzmanı tarafından takip edilen hastalarda komplikasyon ve mortalite oranlarının da daha düşüktür.

**Sonuç :** Trakeotomi seçilmiş hastalarda uygun endikasyonla uygulandığında ağır hastalığı olan hastaların çocuk yoğun bakımdan taburculuğuna olanak veren güvenli bir işlemdir.

**Anahtar kelimeler :** Trakeotomi, Çocuk Yoğun Bakım

# 15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-TARTIŞMALI POSTERLER-

PT-081

## ÇOCUK YOĞUN BAKIM UZMANI VARLIĞININ ÇOCUK YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ SONUÇLARINA ETKİSİ

Selman Kesici<sup>1</sup>, Benan Bayrakçı<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hacettepe ÜTF, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı

**Giriş :** Gelişmiş ülkelerde pediatrik yoğun bakım ünitelerinin organizasyonu 30 yıl önce tamamlanmış ve bakım kalitesi ile ilgili birçok çalışma yapılmıştır. Ülkemizde 2011 yılında Çocuk Yoğun Bakım(ÇYB) eğitim programı başlamıştır. 2014 yılında ilk öğrenciler mezun olmuş ve eğitim programının ilk mezunu Sağlık Bakanlığı hastanesine atanmıştır. ÇYB uzmanı bu hastaneye atanmadan önce bu hastanede ÇYB uzmanı olmaması uzman öncesi ve sonrası ÇYB sonuçlarının karşılaştırmasına olanak vermiştir. ÇYB uzmanının varlığının ÇYB'lerde bakım kalitesini iyileştirdiğini gösteren birçok çalışma vardır. Gelişmiş ülkelerde ÇYB uzmanı veya ÇYB'nin bir ÇYB uzmanı tarafından yönetilmesi meselesi tartışma konusu değildir. Bu ülkelerde ÇYB konsültan hekiminin hastanede 24 saat kalmasının etkisi incelenmiştir Bu çalışmada ÇYB uzmanı varlığının ÇYB sonuçlarına etkisi araştırılmıştır.

**Gereç-Yöntem :** Çalışma Dr. Sami Ulus EAH'nin 16 yataklı üçüncü basamak yoğun bakımında gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya Ocak 2013- Aralık 2016 tarihleri arasında ÇYB'e yatan hastalar dahil edilmiştir. ÇYB uzmanı Ocak 2015 tarihinden itibaren çalışmaya başlamış ve bu tarihten önceki dönem ÇYB uzmanı öncesi, bu tarihten sonraki dönem ÇYB uzmanı sonrası olarak tanımlanmıştır. Bu iki dönem yatan hasta sayısı, hastaların kabul edildiği yer, hastaların yaş ortalaması, cinsiyet, kalış süresi, mekanik ventilasyon uygulanan hasta sayısı, ortalama mekanik ventilatör zamanı, trakeotomi uygulanan hasta sayısı, trakeotomi öncesi ortalama mekanik ventilatör zamanı, santral venöz kateter takılan hasta sayısı, diyaliz, plazma değişimi ve ECMO uygulanan hasta sayıları, nozokomiyal enfeksiyonlar ve mortalite oranları açısından karşılaştırılmıştır. Çalışma döneminde üniteye çalışan hemşire, asistan doktor ve diğer yardımcı sağlık personeli sayısında, ünitenin fiziksel özelliklerinde değişiklik olmamıştır.

**Bulgular :** Çalışma süresince toplam 1787 hasta ÇYB'e kabul edildi. Hastaların 513'ü (% 28.7) ÇYB uzmanı öncesi dönemde, 1274'ü (71.3) ÇYB uzmanı sonrası dönemde başvurdu. Hastaların yaş ortalaması, ÇYB uzmanı öncesi ve sonrası dönemde sırasıyla 62,2 (1- 216) ay ve 66,2 (1-216) ay idi. Erkek /kız oranı, ÇYB uzmanı öncesi ve sonrası dönemde sırasıyla 1 ve 1,1 idi. ÇYB'nin hasta kabul kaynakları ulusal acil çağrı servisi (112), yataklı servisler ve ameliyat sonrası hastalardı. ÇYB uzmanı öncesi dönemde 227 hasta (% 44,2) 112'den, 275 (% 53,6) yataklı pediatri servisinde, 11 (% 2.1) hasta ise ameliyat sonrası ÇYB'e kabul edildi. ÇYB uzmanı sonrası dönemde 736 hasta (% 57,7) 112'den, 366 (% 28,7) yataklı pediatri servisinde, 172 (% 13,5) hasta ise ameliyat sonrası ÇYB'e kabul edildi Hastaların ortalama ÇYB yatış süreleri ÇYB uzmanı öncesi ve sonrası dönemde sırasıyla 14,7 ve 6,3 gün idi. Toplam 759 hasta (% 42,4) çalışma periyodunda mekanik ventilatöre bağlandı. Mekanik ventilasyon uygulanan hastaların 229'u (% 30,1) ÇYB uzmanı öncesi dönemde, 530'u (% 69,9) ÇYB uzmanı sonrası dönemde mekanik ventilatörde takip edildi. Mekanik ventilasyon uygulanan hasta oranı, ÇYB uzmanı öncesi ve sonrası dönemde sırasıyla% 44.6 ve% 41.6 idi. ÇYB uzmanı öncesi dönemde, ortalama mekanik ventilatör süresi 21.1 gündü ve ÇYB uzmanı sonrası dönemde bu süre 8 gün idi. Trakeotomi 73 hastaya (39 hasta ÇYB uzmanı öncesi, 34 hasta ÇYB uzmanı sonrası dönemi) uygulandı ve trakeotomi öncesi ortalama mekanik ventilatör süresi sırasıyla ÇYB uzmanı öncesi ve sonrası 29.2 gün ve 16.6 gündü. Santral venöz kateter uygulaması 726 (40.6) hastaya uygulandı. ÇYB uzmanı öncesi dönemde 156 (% 21.4) santral venöz kateter uygulandı ve ÇYB uzmanı sonrası dönemde 570 (% 78.6) hastaya santral venöz kateter uygulandı. Çalışma süresince 68 hastaya sürekli veno-venöz hemodiyafiltrasyon (CVVHDF) uygulandı. CVVHDF alan 68 hastadan 17'si (% 25) ÇYB uzmanı öncesi dönemde, PCC 51'i (% 75) ÇYB uzmanı sonrası dönemde takip edildi. Plazma değişimi uygulanan 41 hastanın 36'sına (%87,8) bu tedavi ÇYB uzmanı sonrası dönemde uygulandı. ÇYB uzmanı öncesi dönemde sadece bir hastada ECMo uygulanmış iken ÇYB uzmanı sonrası 13 hastada ECMO tedavisi kullanılmıştır. Hastaların 193'ünde (%10.8) ÇYB kalışları sırasında nozokomiyal enfeksiyon saptandı. 193 hastanın 143'ü (% 74) ÇYB uzmanı öncesi dönemde, 50'si (% 26) ÇYB uzmanı sonrası dönemde takip edildi. Nozokomiyal enfeksiyon oranı, ÇYB uzmanı öncesi ve sonrası dönemde sırasıyla% 27.8 ve% 3.9 idi. Nozokomiyal enfeksiyon insidans yoğunluğu, ÇYB uzmanı öncesi ve sonrası dönemde sırasıyla 1000 hasta günde 19.7 ve 6.2 idi. Hastaların ortalama PRISM skorları ÇYB uzmanı öncesi ve sonrası dönemde sırasıyla 7,6 ve 8,2 idi. İki dönem için hesaplanan standart mortalite hızları 0,9 ve 0,45 idi. Çalışma süresince toplam 163 hasta (ÇYB uzmanı öncesi 73 hasta, ÇYB uzmanı sonrası 90 hasta), kaybedildi. Mortalite oranı ÇYB uzmanı öncesi ve sonrası dönemde sırasıyla% 14.2 ve% 7 idi.

**Sonuç :** ÇYB uzmanının varlığı yatan hasta sayısı, ortalama ÇYB kalış süresi, mekanik ventilasyon uygulanan hasta sayısı, ortalama mekanik ventilatör zamanı, trakeotomi uygulanan hasta sayısı, trakeotomi öncesi ortalama mekanik ventilatör zamanı, santral venöz kateter takılan hasta sayısı, diyaliz, plazma değişimi ve ECMO uygulanan hasta sayıları, nozokomiyal enfeksiyonlar ve mortalite oranlarında istatistiksel anlamlı değişikliğe neden olmuştur. ÇYB'de prognozu etkileyen en önemli parametre ünitenin ÇYB uzmanı tarafından yönetilmesidir.

**Anahtar kelimeler :** çocuk yoğun bakım uzmanı, prognoz

PT-082

## TÜRKİYE'DE ÇOCUK YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE PEDIATRİK AKUT RESPIRATUAR DİSTRES SENDROMU YÖNETİMİ: ANKET ÇALIŞMASI

Resul Yılmaz<sup>1</sup>, Kanıta Dayalı Tıp Çocuk Yoğun Bakım Grubu<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı Konya

<sup>2</sup> Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi

**Giriş :** Enfalmasyon ve hipoksemi ile akut akciğer hasarı ilk olarak 1994 tanımlanmıştır.[1] Bu tanımlamaya göre Hafif olan duruma akut akciğer hasarı (ALI) daha ağır formuna ise Akut Respiratuar Distres Sendromu (ARDS) denmiştir. [1] Ancak 2012 yılında Berlin'de gözden geçirilen tanımlama ile ALI tanımlamadan çıkarılmış, hafif, orta, ağır ARDS tanımlanmıştır. [2] Hem çocuk hem de erişkinler için ortak tanım yapılmıştır.[2, 3] Akciğer hasarının ilk tanımlandığı tarihten itibaren çok çeşitli tedavi stratejileri uygulanmıştır.(Yüksek ?



# 15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

## -TARTIŞMALI POSTERLER-

Düşük tidal hacim, Düşük? yüksek PEEP, Akciğer koruyucu stratejiler... ) Bu uygulamalar ile erişkinlerde mortalitenin azaldığı saptanmıştır, çocuklarda ise erişkin deneyimleri temel alınmaktadır. [4-7] Yönetiminin hayati önemi olan ARDS'nin aynı çocuk yoğun bakım ünitesinde bile farklı şekilde uygulandığı gözlenmektedir.[8, 9] ARDS'nin tedavi ve yönetimin uluslararası rehberlere göre yapılması çok yararlı olabilecektir. ARDS'nin karmaşıklığı özellikle çocuklarda ortak- kabul edilmiş kuralların oluşturulmasını güçleştirmektedir, yine bu nedenle çocuklarda ARDS araştırması yapmak oldukça zordur, ancak hayati ciddiyeti bulunan ARDS hakkında bilgiyi arttırmak ve tedavilerimizi iyileştirmek önem taşımaktadır. [10-12] Bu araştırmada Türkiye'de çocuk yoğun bakım ünitelerinde pediatrik ARDS yönetiminin nasıl uygulandığını ve uluslararası uygulamalar ile uyumunun belirlenmesi amaçlanmıştır.

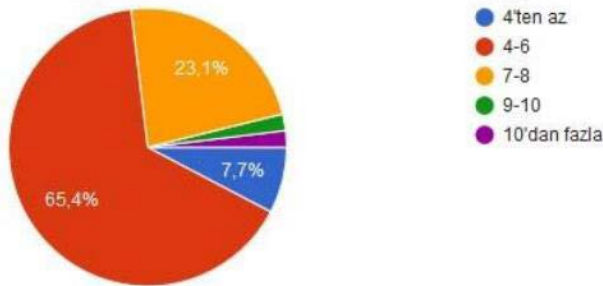
**Gereç-Yöntem :** Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu onayını takiben TC Sağlık bakanlığından Türkiye'de ruhsatlandırılmış 2. ve 3. Seviye Çocuk yoğun bakım Ünitelerinin listesi temin edildi. Listede Nisan 2018 itibarı ile 111 ünite bulunmaktadır. Bunlardan bir kısmı onay almasına rağmen hasta almamaktadır, 4 tanesi ise yalnızca pediatrik kardiyak cerrahi hastalarına postoperatif hizmet vermektedir. Geri kalan 100 ünitenin sorumlularına/çalışanlarına oluşturulmuş olan anket online email /telefon ile iletilmiştir. Anket literatür taraması sonucu saptanan konuları içeren sorulardan oluşmuştur.[7, 9] Anket farklı ventilasyon modları, basınç ve hacim limitleri, HFOV, iNO, prone pozisyon, ECMO ve diğer tamamlayıcı yöntemlerin kullanımını sorgulamaktadır. Veriler tanımlayıcı istatistikler ile sunulmuştur.

**Bulgular :** Pediatrik Akut Respiratuar Distres Sendromu (pARDS) ile ilgili ülkemizde yaptığımız araştırmada Sağlık Bakanlığı listesinde verilen 111 kurumdan, farklı şehirlerden %34.6'sı devlet üniversitesi hastaneleri, %32.7'si eğitim araştırma hastaneleri ve %25'i devlet hastaneleri olmak üzere 52 anket sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcıların %42.3'ü çocuk yoğun bakım uzmanıyken % 42.2'si genel pediatri uzmanı diğer katılımcılar ise çocuk yoğun bakım asistanı, asistan doktor, çocuk kardiyoloji uzmanı, genel pediatri asistanı şeklindedir. Yapılan bu araştırmada; •pARDS tanısı için katılımcıların %38.5'i Berlin Kriterlerini %26.9 American European Consensus Conference kriterlerini, %28.8 kriter kullanmadığını belirtmiştir. •Aylık pARDS'yle takip edilen hasta sayısı en çok %94.2 oranıyla 1-5 arasındayken en az %1.9 oranıyla 6-10 arasında tespit edilmiştir. •pARDS tedavisinde en yaygın kullanılan ventilasyon modu %73.1 ile basınç kontrollüyken ondan sonra en yaygın kullanılan ise %13.5 oranıyla hacim kontrollü ventilasyon modudur. •Katılımcıların %82.7'si Non İnvazif Mekanik Ventilasyon kullanırken %17.3'ü kullanmadığını belirtmiştir. •Katılımcıların %78.8'i Permisif Hiperkapni/ Permisif hipoksemi uygularken %21.2'si uygulamıyor. •pARDS tedavisinde ekspiryum sonu pozitif basıncı (PEEP)'ni %69.2 çocuk yoğun bakım ünitesi 10-15cmH2O arasında tutarken %17.3'i 10 cmH2O'un altında tutmaktadır. •Sorumlu hekimlerin %65.4 PARDS tedavisinde tidal volümü 4-6(ml/kg) arasında tercih ederken en az % 4 oranıyla 9-10 ve 10 cmH2O üzerinde tercih etmektedir. •Hekimlerin %73.1'i hacim kazandırma manevraları yaparken %26.9'u bu manevraları uygulamamaktadır. •pARDS tedavisinde %61.5 HFOV cihazını kullanıyor buna karşılık %38.5 bu cihazı kullanmıyor. •Yardımcı tedaviler tabloda sunulmuştur.

### PARDS tedavisinde tidal volümü hangi aralıkta tercih ediyorsunuz?

(ml/kg)

52 yanıt



# 15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-TARTIŞMALI POSTERLER-

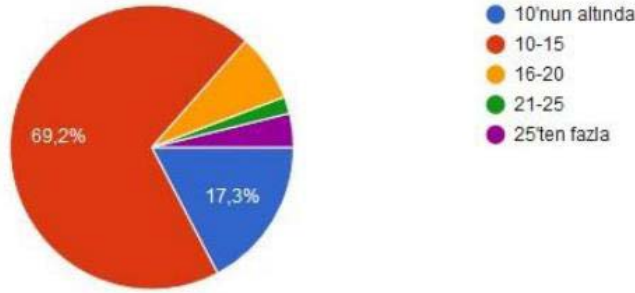
## Aylık PARDS'yle takip edilen hasta sayınız kaçtır?

52 yanıt



## PARDS tedavisinde ekspiryum sonu pozitif basıncı (PEEP) hangi aralıkta tutuyorsunuz? (cm H2O)

52 yanıt



**Sonuç :** Ülkemizde PARDS yönetiminde; %69,2 oranında PEEP ( Pozitif ekspiryum sonu basınç) değeri 10-15 cmH2O olup güncel uluslararası kriterlere uygundur. [13] Alveollerin kapanmasını önlemek için PEEP tavsiye edilmektedir, ancak pediatrik ARDS'de net bir öneri oluşmamıştır. 20 cmH2O üzerinde değerler 3 (%5,9) üniteye verilmişken 10 cmH2O altında değerler 9 (%17,6) üniteye uygulanmaktadır. Daha önce bildirilen araştırmalarda da benzer sonuçlar verilmiştir. [9, 13] %92,3 oranında Cuff'lı endotrakeal tüp kullanılmaktadır. PARDS'de akciğer kompliansı azaldığından yeterli ventilasyonu sağlayabilmek için kaflı endotrakeal tüple entübe edilmesi gerekmektedir[14]. Bu konuda uluslararası uygulamalara göre uyum oldukça iyidir[8]. Ülkemizde %73,1 oranında basınç kontrollü ventilasyon modu kullanılmaktadır. Hedef tidal hacim %65,4 oranında 4-6 ml/kg olarak belirlenmiştir. PARDS hastaları için herhangi bir modun üstünlüğü gösterilmemiştir. [15-17]Konvansiyonel mekanik ventilasyonda basınç hedefli veya volüm hedefli ventilasyon modlar kullanılabilir.[15] Ekibin deneyimli olduğu modun kullanılması önerilmektedir. [16, 17] Tedavide düşük tidal volüm uygulanması önerildiği göz önüne alındığında 2/3 üniteye başarı sağlanmıştır.[18] %98,1 oranında sedasyon ve analjezi uygulanmaktadır. İnvazif mekanik ventilasyon uygulanan hastalarda sedasyon ve analjezi mekanik ventilasyon ile senkronizasyon ve toleransı sağlamak amacıyla kullanılır. Diğer yandan solunum işini, oksijen sunumunu ve tüketimini optimize etmede de yardımcı olur.[19]Finlandiyada yapılan bir araştırmada çocukların % 79'unda sedasyon uygulanmıştır.[7] %82,7 oranında noninvazif mekanik ventilasyon uygulanmaktadır. Noninvazif mekanik ventilasyona bağlı komplikasyonların invazif mekanik ventilasyona göre çok daha az olması ve daha az sedatif ilaç kullanılabilmesi gibi avantajları nedenleriyle giderek daha popüler mekanik ventilasyon seçeneği olmuştur. [20] %1,9 oranında NAVA kullanılmaktadır. NAVA'nın daha düşük hava yolu basınçlarında oksijenasyonunu artırdığını ve standart ventilasyona kıyasla daha uzun süren tedavilerde sedatif kullanımını azalttığını ortaya konulmuştur.[21] Bu bilgiler ışığında NAVA kullanımı konusunda geride olduğumuzu söyleyebiliriz. Sonuç olarak ülkemizde PARDS yönetimi uluslararası rehberlere uyum konusunda ortalamanın üzerindedir. Çocuk yoğun bakım hastası tanı ve tedavisinde görev alan hekimlerin güncel rehberler eşliğinde eğitilmesi bu uyumu daha da arttıracak ve pARDS olgularının prognozuna olumlu katkı sağlayabilecektir.

**Anahtar kelimeler :** pediatrik akut solunum sıkıntısı sendromu, yönetim, tedavi

# 15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-TARTIŞMALI POSTERLER-

PT-083

## ÇOCUK ACİL SERVİSİNDE ROTAVİRÜS İLİŞKİLİ AKUT GASTROENTERİTLER: BİR VAKA-EŞLEŞTİRME ÇALIŞMASI

Damla Hanalioğlu<sup>1</sup> , Fatmanur Can<sup>1</sup> , Filiz Özdemir<sup>1</sup> , Halil İbrahim Yakut<sup>1</sup> , Emine Dibek Mısırlıoğlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Hematoloji ve Onkoloji, Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Acil Birimi, Ankara

**Giriş :** Bu çalışmanın amacı, üçüncü basamak bir çocuk hastanesi acil polikliniğine Rotavirüs ilişkili akut gastroenterit nedeniyle başvuran olguların, Rotavirüs ilişkisiz akut gastroenterit olgularıyla laboratuvar parametreleri, hastanede kalış süreleri, hastanede yatış sıklığı ve ilk başvuru takip eden 72 saat içerisinde tekrarlayan acil servis başvuruları açısından incelenmesi amaçlandı.

**Gereç-Yöntem :** Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Hematoloji ve Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Acil Polikliniğine 1 Ocak – 30 Haziran 2018 tarihleri arasındaki 6 aylık dönemde üç ya da daha fazla kez kusma ve/veya ishal nedeniyle başvuran <18 yaş hastalar retrospektif olarak incelendi. Bu hastalar arasından dışkı Rotavirüs antijeni pozitif saptanan olgular çalışma grubu (n=149) olarak belirlendi. Benzer nedenle başvuran ve dışkı Rotavirüs antijeni negatif saptanan, rastgele seçilmiş yaş ve cinsiyet eşleştirmesi yapılmış eşit sayıda hasta ise kontrol grubu olarak belirlendi. Her iki grup hasta için yaş, cinsiyet, laboratuvar özellikleri (kan gazı incelemesi, biyokimya analizleri), hastanede kalış süreleri, taburculuk veya yatış durumları ve ilk başvuru takip eden 72 saat içerisinde acile tekrar başvuru durumları kaydedildi.

**Bulgular :** Çalışma süresince üç veya daha fazla sayıda kusma ve/veya ishal nedeniyle çocuk acile servisine başvuran 2834 hastadan dışkıda Rotavirüs antijeni çalışıldı. Dışkı Rotavirüs antijen pozitifliği %5,3 (n= 149) olarak saptandı. Yaş (2,9±2,0 yıl vs. 3,0 ± 2,1 yıl, p=0,657) ve cinsiyet (%53 erkek vs. %55 erkek, p=0,816) açısından iki grup arasında fark yoktu. Rotavirüs grubunda kusma ve ishal birlikteliği kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha sıklıkla (%87 vs. %55, p>0,001). Antibiyotik kullanımı, karın ağrısı, ateş açısından ise iki grup arasında fark bulunmadı. Dehidratasyon bulguları Rotavirüs grubunda daha sıklıkla (%57 vs. %27,5, p<0,001). Laboratuvar parametrelerinde hemoglobin (12,5±1,3 g/dL vs. 12,1±1,2 g/dL, p=0,012), pH (7,37±0,06 vs. 7,39±0,06, p=0,009), HCO<sub>3</sub> (15,7±3,5 mmol/L vs. 17,4±3,5 mmol/L, p<0,001), BUN (31,9±16,0 mg/dL vs. 25,4±11,3 mg/dL, p<0,001) ve ürik asit (7,0±2,8 mg/dL vs. 5,7±2,5 mg/dL, p<0,001) değerleri iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bulundu. Rotavirüs antijeni pozitif grupta 8 hastada ek olarak Adenovirüs ve/veya amip saptandı. Hastanede kalış süreleri karşılaştırıldığında, Rotavirüs grubunun hastanede kalış süresinin anlamlı olarak daha uzun olduğu görüldü (12,3±14,2 saat vs. 7,4±10,3 saat , p=0,018). Yatış gerektiren olguların oranı Rotavirüs grubunda anlamlı (%37,6 vs %18,1, p<0,001) olarak daha yüksek bulundu. Tekrarlayan acil servis başvuruları da Rotavirüs grubunda daha yüksek oranda (%13,4 vs. %5,4, p=0,027) gerçekleşti.

**Sonuç :** Çocukluk çağında sık görülen Rotavirüs ilişkili akut gastroenterit nedeniyle başvuran hastalarda kusma, ishal birlikteliği ve dehidratasyon ön planda olup Rotavirüs pozitifliği hastanede kalış süresinin daha uzun olmasıyla ve tekrarlayan hastane başvurularıyla ilişkili bulunmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Rotavirüs, akut gastroenterit, kusma, ishal

PT-084

## ÖLÇTÜĞÜM KAN BASINCI GERÇEK Mİ? YATAK BAŞINDAKİ YAYGIN ÇELİŞKİ İÇİN PİLOT BİR ÇALIŞMA

Emel Uyar<sup>1</sup> , Nilüfer Yalındağ Öztürk<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Marmara Üniversitesi Pendik EAH., Çocuk Yoğun Bakım BD., İstanbul

**Giriş :** Kan basıncı ölçümleri kritik hastaların takibi için hayati önem taşır. Non-invaziv kan basıncı monitörizasyonu genellikle osilasyon yöntemi ile gerçekleştirilir. Bu çalışmanın amacı, hipertansif değerleri olan hastalarda kas spazmı olması yada olmaması durumlarında otomatik osilasyon yöntemi ile kan basıncı takibinin güvenilirliğinin araştırılmasıdır.

**Gereç-Yöntem :** Bu çalışma, üçüncü düzey çocuk yoğun bakım ünitemizde Eylül 2017-Aralık 2017 arasında gerçekleştirilmiş prospektif gözlemsel pilot bir çalışmadır. Osilasyon yöntemiyle yüksek kan basıncı ölçüldüğü hallerde yatak başında hemşire tarafından ikinci kontrol ölçümleri alınmıştır. İlk alınan ölçümler kontrol ölçümleriyle doğrulandığında, ölçümler oskültasyon yöntemi ile ve tek uygulayıcı(Doktor) tarafından gerçekleştirilmiştir. Demografik, laboratuvar ve klinik verileri (eşlik eden kas spazmları da dahil edilerek) kayıt altına alınmıştır.

**Bulgular :** Çalışma süresince, 6 hastadan toplam 100 ölçüm alınmıştır. Hastaların çoğunluğu (%66) kadın hastalardan oluşmaktadır. Demografik ve ilişkili veriler Tablo1 de gösterilmiştir. Osilasyon ve oskültasyon yöntemleriyle alınan ölçüm sonuçları Tablo2 de gösterilmiştir. Sistolik kan basıncı ve diastolik kan basıncı ölçümleri için korelasyon katsayıları sırasıyla r =-0.01 (p= 0.922) ve r= 0.33 (p= 0.001) olarak belirlenmiştir. Ölçümlerin %71 inde kas spazmları gözlenmiştir. Kas spazmlı sistolik kan basıncı ölçümleri değerlendirildiğinde iki metod arasında bir korelasyon olmadığı (r= 0.12, p= 0.313) gösterilmiştir. Kas spazmı olmayan durumlarda osilasyon yöntemi ve oskültasyon yöntemi arasında bir korelasyonun var olduğu (r = 0.39, p= 0.001) gösterilmiştir.

# 15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-TARTIŞMALI POSTERLER-

Tablo 1

Hasta	Teşhis	Yaş	Ağırlık (Kg)	AHT	Sedasyon	AEİ	Baklofen	Renal USG	TFT
1	NMH	1yaş	9	-	-	+	-	N	N
2	NMH	1yaş	10	-	-	+	+	G1RPD	N
3	SMA	1yaş	12	-	-	-	-	N	N
4	HLH	1yaş	12	-	+	+	-	N	N
5	NMH	2yaş	18	-	-	+	+	N	N
6	NMH	5ay	6	+	-	-	-	N	N

AHD: antihipertansif ilaç; AED: antiepileptik ilaç; TFT Tiroid fonksiyon testi; NMH: nöromusküler hastalık; SMA: spinal musküler atrofi; HLH Hemofagositik lenfo histiyositoz; G1RPD: grade 1 renal parankimal hastalık; N: normal

Tablo 2:

	SKB mean	SKB med (IQR)	DKB mean	DKB med (IQR)
<b>Osilasyon yöntemi</b>	139±18	134 (128-145)	80±13	78.5 (71-89.5)
<b>Oskültasyon yöntemi</b>	110± 8	110 (105-115)	64±6	65 (60-70)
<b>Delta basıncı</b>		25 (14-35.5)		15.5 (7-26)

SKB: Sistolik kan basıncı; DKB: Diastolik kan basıncı

Her iki yöntem ile kan basıncı ölçümleri

**Sonuç :** Kas kasılmaları ve tonus artışı, standart osilasyon yöntemi ile takip edilen nöromusküler hastalarda hatalı kan basıncı ölçümlerine neden olabilmektedir. Optimal bir yaklaşım için, hipertansif ölçümlerin oskültasyon yöntemiyle doğrulanması gerekmektedir. Ölçümlerin doğrulanması medikal anksiyete ve gereksiz müdahaleleri önleyebilir.

**Anahtar kelimeler :** Kan basıncı, ossilasyon yöntemi, oskültasyon yöntemi

PT-085

## YENİ KURULAN BİR MERKEZDE BİR YILLIK ÇOCUK KALP VE DAMAR CERRAHİSİ DENEYİMİ

Emrah Şişli<sup>1</sup>, Osman Yeşilbaş<sup>3</sup>, Serdar Epçaçan<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Çocuk Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Van

<sup>3</sup> Çocuk Yoğun Bakım, Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Van

<sup>3</sup> Çocuk Kardiyoloji Kliniği, Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Van

**Giriş :** Birçok KDC uzmanı, 2012 yılında yan dal uzmanlığı olarak tanımlanan ve hayata geçirilen Çocuk Kalp ve Damar Cerrahisi (ÇKDC) yan dal uzmanlığını tamamlamış ve zorunlu hizmet yükümlülüğü kapsamında görevini gerçekleştirmektedir. ÇKDC merkezlerinin oluşturulmakta olduğu doğu illerinde ÇKDC uzmanları, merkezleri faal hale getirmek için çaba sarf etmekte, multi-disipliner çalışma prensibine dayanarak klinik kurmaktadır. Amacımız bu özetle yeni kurulan bir merkezde tek cerrah tarafından gerçekleştirilen ÇKDC olgularını özetlemektir.

**Gereç-Yöntem :** İlk aşamada ÇKDC ile erişkin KDC hasta grupları ve çalışma düzenleri birbirinden ayrı olarak planlandı. Elektif hastalar için haftanın belli gününde, acil hastalar için hasta başında gerçekleştirilmek üzere Çocuk Kardiyoloji ve ÇKDC Ortak Konseyi

# 15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

## -TARTIŞMALI POSTERLER-

düzenlendi ve faal hale getirildi. ÇKDC hastalarının peri-operatif ve post-operatif dönemde takip ve tedavileri konusunda deneyimi olan Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanlarından iki uzman hekim, ÇKDC hastalarının takip ve tedavileri için görevlendirildi. Ameliyat sonrası yoğun bakım ihtiyacı olan hastaların takip ve tedavileri, ÇKDC uzmanları ile birlikte Çocuk Yoğun Bakım uzmanları, Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanları ve Çocuk Kardiyoloji uzmanları ile multi-disipliner olarak gerçekleştirildi. Yenidoğan hastaların post-operatif dönemdeki takip ve tedavileri için ise Yenidoğan uzmanı multi-disipliner ekibe dahil edildi. ÇKDC servis ve polikliniğinin kurulmasının akabinde ÇKDC'ne münhasır ameliyathane belirlendi. Ameliyathane için gerekli olacak cerrahi el aletleri ve sarf malzemeleri ile birlikte, nitrik oksit, millrinon, ekstra-korporeal membran oksijenizasyon (ECMO) cihazı ve sarf malzemelerinin temini sağlandı. 14 Eylül 2017 – 26 Eylül 2018 tarihleri arasında merkezimizde ÇKDC olguları geriye dönük olarak toplandı. Toplam 41 hastanın demografik ve antropometrik verileri ile birlikte klinik ve operatif verileri elde edildi. Hastaların ameliyat kompleksite sınıflamasında "risk adjustment for congenital heart surgery" (RACHS) skorlaması kullanıldı. Sonlanım noktası olarak hastane-içi mortalite oranları elde edildi.

**Bulgular :** 14 Haziran 2017 yılında ÇKDC uzmanı göreve başlamış, tüm hazırlıklar yaklaşık 3 ay içerisinde tamamlanarak 14 Eylül 2017 tarihinde ilk açık kalp ameliyatı yapılmıştır. Toplam 41 hastadan oluşan çalışma topluluğunun yaş ortancası 1.02 yıl (minimum 1 gün – maksimum 17.1 yıl) idi. Hastaların 22'si (%53.7) erkekti. Hastaların üçünde (%7.3) fenotipik Down sendromu mevcut iken 12 (%29.3) hasta yenidoğan idi. Çalışma topluluğunun demografik ve klinik verileri Tablo 1'de özetlenmiştir. Toplam 41 hastada 45 ameliyat gerçekleştirildi (Tablo 2). Otuz iki (%78) hasta kardiyak tanı nedeniyle opere edilirken dokuz (%22) hasta vasküler nedenlerle opere edildi. Kardiyak hastaların çoğunluğu %29.3 oranı ile RACHS-3 sınıfında hastalardı. RACHS-4 kategorisinde olan üç hasta, il-dışına sevk olamayacak durumda hemodinamik instabilitesi olması nedeniyle opere edildi. Fallot tetralojisi nedeniyle tam düzeltme operasyonu gerçekleştirilen iki hastada post-kardiyotomi sendromu nedeniyle santral veno-arteriyel ECMO desteğine ihtiyaç duyuldu. Bir hastada 4 gün, diğer hastada ise 7 günlük ECMO desteği sonrası iki hastada ECMO'dan başarı ile ayrıldı. Hastane-içi mortalite oranı %9.8 (n=4) idi. Hastane-içi mortalite gelişen hastaların dördü de kardiyak nedenlerle cerrahi girişim yapılan hastalardı. Vasküler nedenle opere edilen hastaların hiçbirinde mortalite gözlenmedi. RACHS-1 ve RACHS-2 kategorisinde mortalite görülmezken RACHS-3'te 2/12 (%16.7), RACHS-4'te ise 1/3 (%33.3) hastada mortalite gelişmiştir. Hastane-içi mortalite gelişen hastaların klinik özellikleri tablo 3'de özetlenmiştir.

**Sonuç :** Çocuk Kalp ameliyatlarının gerçekleştirildiği merkezler için dünyada önerilen hastane-içi mortalite oranı %10'un altı, hatta çok ileri merkezlerde %1-5 arasındadır. Hastane-içi mortalite oranımız %9.8 idi ve %10'un altındaydı. Yeni merkez kurulması aşamasında önerilen, RACHS zorluk sınıflamasına göre zorluk derecesi düşük (RACHS-1) olan ameliyathanelerle başlayıp giderek zorluk derecesinin artırılarak ilk yılın sonunda RACHS-3'e, sonraki yıl içerisinde tekrar kademeli olarak zorluk derecesini artırarak RACHS-6 düzeyindeki ameliyathanelere gerçekleştirilmesidir. Ancak bu uygulamanın, düşük sayıda Çocuk Kalp ve Damar Cerrahisi Uzmanının atandığı merkezlerde yürütülmesinin, özellikle de yüksek doğum oranları ile birlikte yüksek prevalans'ta doğumsal kalp hastalığı ile dünya gelen hastaların olduğu bölgelerde pek mümkün olmamaktadır. Mortalite görülen 4 hasta da il-dışına sevk olamayacak düzeyde hemodinamik instabilite nedeniyle son çare olarak acilen ameliyata alındı ancak postoperatif dönemde çoklu-organ yetmezliği ve sepsis başta olmak üzere nedenlerle kaybedildiler. Çocuk Kalp ameliyatlarının gerçekleştirildiği merkezlerde aktif bir biçimde, endikasyonlar doğrultusunda hem kardiyak nedenlerle hem de solunumsal nedenlerle ECMO uygulaması mutlak gereklidir. TUKMOS'ta Çocuk Yoğun Bakım uzmanlığı eğitim müfredatı içerisinde "yapay dolaşım desteği gerektiren durumlar" ve "ECMO kateterizasyonu" başlıkları altında eğitim almaktadırlar. ECMO uygulamaları konusunda ÇKDC ile birlikte Çocuk Yoğun Bakım uzmanlarının da aktif bir biçimde ECMO takip ve tedavisinin her aşamasına vakıf olmalı, ECMO takip ve tedavisini yönlendirebilmeli, klinik karar alınması aşamasında aktif bir rol üstlenmelidir. ÇKDC merkezi kurulması aşamasında multi-disipliner çalışmanın geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır. Çocuk Yoğun Bakım uzmanlarının buldukları destek ise tartışmasız çok fazladır. Hastaların takip ve tedavilerinde ortak karar alınması, hastanın akıbeti konusunda çok büyük önem taşımaktadır. Yurt-dışı ülkelerde örnekleri olmakla birlikte ülkemizde resmi olarak Çocuk Kardiyak Yoğun Bakım uzmanlığı tanımlanmış değildir. Böyle bir yan dal uzmanlığının tanımlanması ile daha spesifik ve etkin bir yoğun bakım çalışma düzeni kurulabilir. ÇKDC'nin TUKMOS müfredatında sadece doğumsal kalp hastalıkları konuları bulunmasına rağmen vasküler nedenlerle cerrahi gerektiren hastalar aciliyetine bakılmaksızın ÇKDC bölümüne yönlendirilmektedir. Özellikle vasküler travma hastalarında altın saat olarak bilinen 6 saatlik süreçte iskemi-reperfüzyon hasarının en aza indirilmesi ve ekstremiteler için ekstremiteler reperfüzyonunun sağlanması büyük önem taşımaktadır. Çalışma topluluğumuzda toplam 5 hasta (vasküler travma 2 hasta, PDA kapama cihazı embolizasyonu 2 hasta), il-içi ve il-dışı diğer merkezlerden sevk ile kabul edilmiştir. Bu hastaların, altın zamanın kaybının engellenmesi amacıyla, ÇKDC'nin olduğu bir merkeze sevk edilmesinde ısrar edilmemeli, en yakın KDC kliniğinin olduğu merkeze yönlendirilmelidirler. Çocuk Kardiyoloji uzmanlarının terapötik kateterizasyon işlemlerini güvenle yapabilmesi için, cihaz embolizasyonu veya iatrojenik vasküler travma gelişmesi durumlarında acil cerrahi gerekliliği açısından ÇKDC desteğine mutlak ihtiyaç duyulmaktadır. Çalışma topluluğumuzda iki hasta PDA kapama cihazı embolizasyonu nedeniyle başarılı bir şekilde opere edildi. Bir hastada cihaz, sağ iliak artere embolize olmuş ve cihazın kateterizasyonla geri alınması sırasında arteriyel diseksiyona sebep olmuştur. Hastaya ilio-iliak bypass gerekmiş ve operasyon başarılı bir şekilde gerçekleştirilmiştir (Resim 1). Yine üzerinde durulması gereken nokta multi-disipliner çalışma prensibinin etkin bir biçimde uygulanmasının önemidir. Sonuç olarak, bulgularımız doğrultusunda söylenebilir ki ÇKDC'nin hasta çeşitliliği fazladır ve böylesine hasta çeşitliliğinin fazla olduğu, ölüm riskinin yüksek olduğu ÇKDC kliniğinin kurulması ve etkin bir biçimde çalışması ancak Çocuk Yoğun Bakım Uzmanının da multi-disipliner çalışma düzeni içerisinde aktif olarak yer aldığı merkezlerde sağlanabileceği kanaatindeyiz.

**Tablo 1**

Değişken	n (%)
Ameliyat sınıfı	
Kardiyak	32 (78)
Vasküler	9 (22)
RACHS-1	
1	11 (26.8)
2	5 (12.2)
3	12 (29.3)

# 15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

## -TARTIŞMALI POSTERLER-

4	3 (7.3)
Cerrahi prosedürler	
Tam düzeltme	21 (51.2)
Vasküler onarım	4 (9.8)
Modifiye Waterston şant	2 (4.9)
Modifiye Blalock-Tausig şant	2 (4.9)
Pulmoner arteriyel banding	2 (4.9)
PDA cihazı çıkarılması	2 (4.9)
Arteriyovenöz fistül oluşturulması	2 (4.9)
Femoral embolektomi	1 (2.4)
Modifiye Waterston şant + Modifiye Brock prosedürü	1 (2.4)
Arkus aorta rekonstrüksiyonu	1 (2.4)
Tümör debulking	1 (2.4)
Tüp perikardiyostomi	1 (2.4)
Santral ECMO	1 (2.4)

**Tablo 2**

Has-ta	Yaş	Kilo	Tanı	Cerrahi	Exitus
1	6.9 ay	5.5 kg	AVSD, Sepsis, ARDS, Kalp yetmezliği	Pulmoner arteriyel banding	MOF
2	4 gün	3 kg	Arkus aorta hipoplazisi, ABY	Arkus aorta rekonstrüksiyonu	Sepsis, MOF
3	11.5 ay	10 kg	Viral miyokarditis (Human herpes virüs)	Santral veno-arteriyel ECMO	ARDS, Sepsis, MOF
4	1 gün	2.9 kg	Kardiyak rabdomiyom	Tümör debulking	Sepsis

**Tablo 3**

Değişken	n (%)
Yaş, yıl*	1.02 (1 gün – 17.1 yıl)
Cinsiyet	
Kız	19 (46.3)
Erkek	22 (53.7)
Yenidoğan	12 (29.3)
Down sendromu	3 (7.3)
Tanılar	
ASD	4 (9.8)
ASD ± PAPVD	4 (9.8)
TOF	4 (9.8)
Vasküler travma	4 (9.8)
Triküspid atrezisi	2 (4.9)
DORV	2 (4.9)
Aort koarktasyonu	2 (4.9)
Aort koarktasyonu + Arcus hipoplazisi	2 (4.9)
AVSD	2 (4.9)
Embolize PDA cihazı çıkarılması	2 (4.9)

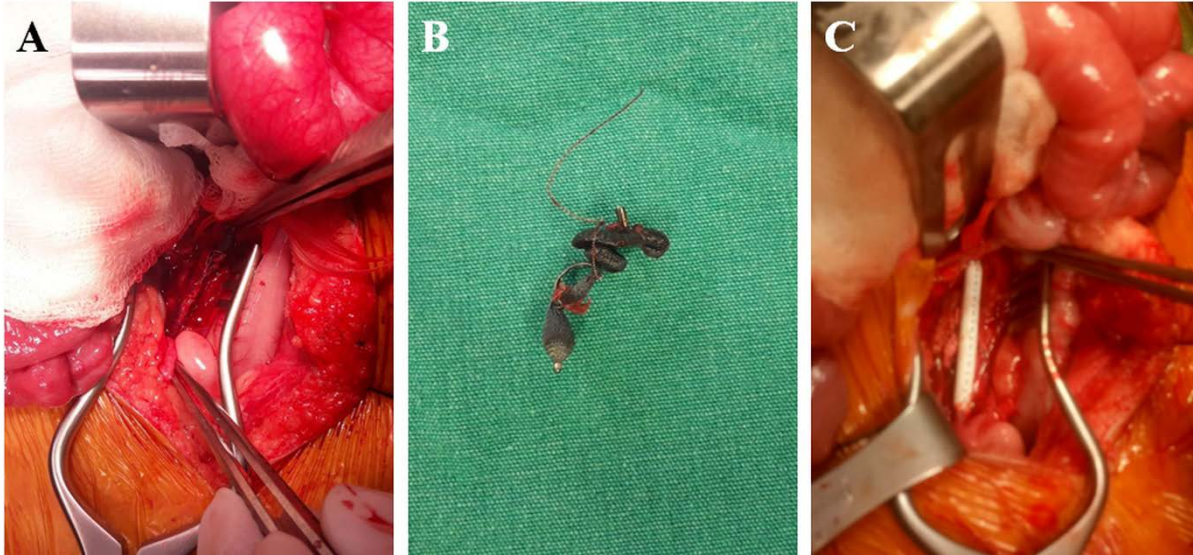
# 15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-TARTIŞMALI POSTERLER-

Kronik böbrek yetersizliği	2 (4.9)
PDA	2 (4.9)
DORV + AVSD	1 (2.4)
SADM	1 (2.4)
Arkus aorta hipoplazisi	1 (2.4)
Akut arteriyel oklüzyon	1 (2.4)
Pulmoner sling	1 (2.4)
VSD – Pulmoner atrezi	1 (2.4)
Viral miyokarditis	1 (2.4)
Kardiyak rabdomiyoma	1 (2.4)
Malign perikardial efüzyon	1 (2.4)

Resim 1



Sağ common iliak arter vertikal olarak açıldı ve PDA kapama cihazı ile birlikte snare kılavuz teli çıkarıldı (A,B). Sağ internal iliak arter ligasyonu ile birlikte 4mm PTFE tüp greft ile ilio-iliak bypass yapıldı (C).

**Anahtar kelimeler :** Pediatric open heart surgery, Pediatric vascular surgery, Mortality

PT-086

## ÜNİVERSİTE HASTANESİ ÇOCUK ACIL SERVİSİNE BAŞ AĞRISI İLE BAŞVURAN VE GÖRÜNTÜLEME YAPILAN OLGULAR:TEK MERKEZLİK DENEYİM

Tuğba Ayçiçek <sup>1</sup>, Nazik Yener <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Samsun

<sup>2</sup> Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Yoğun Bakım BD, Samsun

**Giriş :** Baş ağrısı, çocuk acil başvuruları nedenleri arasında önemli yer tutmaktadır ve gerek ailelerin beklentisi gerekse malpraktis korkusu ile bu olgulara gereksiz görüntüleme yapılabilmektedir. Bu çalışma ile Ondokuz Mayıs Üniversitesi Çocuk Acil Servisi' ne baş ağrısı ile başvuran ve görüntüleme yapılan olgularda eşlik eden şikayet, fizik muayene ve görüntüleme yöntemlerinde saptanan patolojilerin retrospektif incelenmesi, klinik bulgularla ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Gereç-Yöntem :** Bu çalışmada Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Acil Servisi'ne 1 Ocak 2010 ile 31 Aralık 2017 tarihleri arasında baş ağrısı şikayeti ile başvuran ve görüntüleme yapılan olgular retrospektif incelendi. Başvuru sırasında daha önce intrakranial patoloji tanısı alanlar, geçirilmiş intrakranial cerrahi öyküsü olanlar, nöromotor gelişme geriliği olanlar ve travma öyküsü olan olgular çalışma dışı bırakıldı.

# 15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

## -TARTIŞMALI POSTERLER-

**Bulgular :** Ocak 2010 ile Aralık 2017 arasında Çocuk Acil Servis 'ine 2608 baş ağrısı olgusu başvurmıştı. Çalışmaya alınma kriterlerini sağlayan 127 (% 4,8) olguya Beyin Manyetik Resonans (MRI) ve/veya Beyin Bilgisayarlı Tomografisi (BT) istenmişti. Olguların 113 (% 89) tanesine Beyin MRI, 33 (% 26) tanesine Beyin BT, 19 tanesine (% 15) ise hem Beyin MRI hem de Beyin BT çekilmişti. Olguların 64' ü (% 50,4) erkek, 63' ü (% 49,6) kız olup yaş ortalaması 11,5±3,92 yıl (2 yaş 7 ay-17 yaş 10 ay) idi. Olguların 91' inde (%71,6) fizik muayene bulgusu saptanmamıştı. En sık eşlik eden bulgular 50 hastada (%39,4) kusma, 30 hastada (%23,6) ateş, 16 hastada %12,6) menengismus idi (Tablo 1). Hastaların 75' inde (%59) şiddetli baş ağrısı vardı. Baş ağrısı 53 olguda (41,7) frontal bölgede, 38 olguda (%29,5) temporal bölgede, 25 olguda (%19,7) oksipital bölgede olup olguların 6 ' sı (%4,7) fokal baş ağrısı tariflemişti. Görüntüleme yöntemlerinde en sık saptanan bulgular 25 hastada (%19,7) minimal serebellar tonsiller herniasyon, 22 hastada (%17,3) adenoid vegetasyon, 17 hastada (%13,4) sinüziti (Tablo 2). Görüntüleme yapılan hastaların 28 ' inde (%22) acil tedavi veya müdahale gerektiren bulgu olup en sık görülen patolojiler 9 hastada (%32) menenjit-ensefalit , 7 hastada (%25) trombüs, 4 hastada (%14,2) intrakranial kitle idi (Tablo 3). Bu Olguların 11 ' i (%39,2) kız, 17 ' si (%60,8) erkekti. Görüntüleme yöntemlerinde acil tedavi veya müdahale gereken patoloji saptanan bu hastaların 16 ' sında (%57) şiddetli baş ağrısı olup 3 tanesinde (%10,7) baş ağrısı fokal idi. Nörolojik bulgu ise hastaların 18 ' inde (% 64,2) tespit edilmişti. En sık görülen nörolojik bulgular 8 olguda (%28,5) menengismus, 6 olguda (%21,4) bilinç değişikliği ve 4'er olguda (%14,2) kranial sinir paralizisi ile serebellar testlerde bozulma idi (Tablo 3). Bu olguların 15 tanesi (% 53,5) göz bölümüne konsülte edilmiş, 3 tanesinde (% 10,7) papil ödem saptanmıştı. Bu hastaların 21 tanesine (% 89,2) medikal tedavi uygulanmış, 4 tanesi (% 14,2) Beyin Cerrahisi bölümü tarafından opere edilmiş, 3 tanesi (% 10,7) ise yine Beyin Cerrahisi bölümü tarafından takibe alınmıştı. Beyin MRI ve Beyin BT ' de patoloji saptanmayan ve Çocuk Acil Servisi' ne baş ağrısı şikayeti ile tekrarlayan başvuruları olan 4 hasta daha sonraki takiplerinde Sistemik Lupus Eritamatozus, Ailevi Akdeniz Ateşi, Behçet ve depresif bozukluk tanısı almıştı.

**Tablo 2.**

Bulgu	n (%)
Serebellar tonsiller herniasyon	25 (19,7)
Adenoid vegetasyon	22 (17,3)
Sinüzit	17 (13,4)
Atraknoid kist	11(8,6)
Menenjit-Ensefalit	9 (7)
Retansiyon kisti	8 (6,3)
Trombüs	7 (5,5)
Gliozis	4 (3)
Arteriovenöz malformasyon	4 (3)
İntrakranial kitle	4 (3)

### Beyin MRI ve/veya Beyin BT Bulguları

**Tablo 1.**

Bulgu	n (%)
Kusma	50 (39,3)
Ateş	30 (23,6)
Menengismus	16 (12,5)
Bulanık görme	16 (12,5)
Bilinç değişikliği	10 (7,8)
Kas güçsüzlüğü	7 (5,5)
Serebellar testlerde bozulma	7 (5,5)
Baş dönmesi	7 (5,5)
Üst solunum yolu enfeksiyonu	6 (4,7)
bulgular	

### Baş ağrısına eşlik eden bulgular



# 15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-TARTIŞMALI POSTERLER-

Tablo 3.

Bulgu	n (%)
Menenji smus	8 (28,5)
Bilinç değişikliği	6 (21,4)
Kranial sinir paralizisi	4 (14,2)
Ataksi	3 (10,7)
Kas güçsüzlüğü	2 (7)
Pupiller anomali	1 (3,5)
Nistagnus	1 (3,5)
Duyu kaybı	1 (3,5)
Senkop	1 (3,5)
Dismetri	1 (3,5)
Baş dönmesi	1 (3,5)
Konvulsiyon	1 (3,5)

## Acil Tedavi veya Müdahale Gerektiren Olgulardaki Nörolojik Bulgular

**Sonuç :** Yaptığımız çalışmada baş ağrısı ile başvuran ve görüntüleme yapılan 127 hastanın 28 'inde (% 22) acil tedavi veya müdahale gerektiren patolojik bulgu tespit edilmişti. Görüntüleme yapılan bu 127 olgunun 18' inde (% 14) nörolojik bulgu mevcuttu. Diğer en sık eşlik eden bulgular ise ateş ve kusma idi. Olguların 75 'ine (% 59) ise tedavi verilmemişti. Baş ağrısı ile Çocuk Acil Servisi ' ne başvuran olguların klinik ve fizik muayene bulgularının daha iyi değerlendirilmesinin gereksiz görüntüleme sayısını azaltacağını düşünmekteyiz.

**Anahtar kelimeler :** baş ağrısı, manyetik rezonans görüntüleme, çocuk acil

## PT-087

### YENİDOĞAN YOĞUN BAKIMDAN ÇOCUK YOĞUN BAKIMA TRANSFER: GEREKLİ Mİ?

Utku Karaarslan<sup>1</sup>, Hasan Ağin<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Behçet Uz SUAM, Çocuk Yoğun Bakım Kliniği, İzmir

**Giriş :** Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde izlenen hastaların bir kısmı gelişen komplikasyonlar ve tedavilerinin uzaması nedeniyle çocuk yoğun bakım ünitelerine transferi talep edilmektedirler. Ciddi komorbiditesi olan hastaların kabulü çocuk yoğun bakım ünitelerinde mortalite oranlarını ve hasta yatış sürelerini ve hastane kaynaklı enfeksiyon riskini artırmaktadır. Bu çalışmanın amacı Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinden Çocuk Yoğun Bakım ünitesine transfer edilen olguların demografik verilerinin incelenmesidir.

**Gereç-Yöntem :** Bu çalışmada İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde 2008 -2018 yılları arasında Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinden nakil alınarak izlenen hastalar değerlendirilmesi planlandı. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinden direkt olarak Çocuk Yoğun Bakım Ünitesine transfer olan hastalar ve Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinden taburculuk ya da yataklı servise nakil sonrası 48 saat içinde klinik bozulma nedeniyle Çocuk Yoğun Bakım Ünitesine yatırılan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastane otomasyon sistemi retrospektif olarak taranarak hastaların doğum şekli, cinsiyet, gestasyonel hafta, yatış süresi, yenidoğan yatış tanıları, komplikasyon ve komorbiditeler, uygulanan cerrahi işlemler, transfer sırasında mevcut olan enfeksiyonlar ve mortalite verisi analiz edildi.

**Bulgular :** Çalışmaya dahil edilen 22 hastanın median gestasyonel yaşı 38(IQR:2) hafta, NSVY/Sezaryen doğum oranınının 8/14 olduğu saptandı. Hastaların 5(%22,7)'inin yenidoğan yoğun bakım taburculuğu sonrası 48 saat içinde başka servislerden nakil alındığı saptandı. Hastaların %81,8'inin yatış tanılarının santral sinir sistemi ve solunum sistemi patolojileri ile genetik anomaliler olduğu saptandı. Çocuk yoğun bakıma yatış sırasında hastaların median düzeltilmiş yaşı 7(IQR: 6) hafta olarak saptandı. Çocuk yoğun bakım ünitesinde ilk 7 gün içinde exitus olan hastalar analiz dışı bırakıldığında vakaların %38,9'unun 1 aydan uzun süre yattığı saptandı (median yatış günü 14(IQR: 118)). 14(%63,7) hastanın devam eden santral sinir sistemi ve solunum sistemi patolojileri nedeniyle çocuk yoğun bakım ünitesinde yatırıldığı anlaşıldı. Çocuk yoğun bakıma yatırılan hastaların %27,3'ünün transfer sırasında Vankomisin dirençli enterokok ile kolonize olduğu saptandı. Çocuk yoğun bakım izlemi sırasında yaşayan 6(%33,3) hastaya trakeostomi, gastrostomi gibi kalıcı girişim uygulandığı saptandı. Bu hasta grubunun çocuk yoğun bakım ünitesindeki mortalite oranınının %22,7; toplam mortalite oranınının ise %63,6 olduğu saptandı.

**Sonuç :** Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinden nakil alınan hastaların enfeksiyon oranları, genel tıbbi gereksinimleri ve mortalite oranları çocuk yoğun bakım ünitesinde izlenen genel popülasyondan daha yüksektir. Bu sebeple trakeostomi, gastrostomi gibi kalıcı destek ihtiyacı olan yenidoğanlara bu desteğin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde iken sağlanması, yoğun bakımlar arası hasta nakil oranının en aza indirilmesi uygun olacaktır.

**Anahtar kelimeler :** Yenidoğan yoğun bakım, hasta nakli, komorbidite

# 15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-TARTIŞMALI POSTERLER-

PT-088

## KOMPLİKE VE NON-KOMPLİKE APANDİSİT AYRIMINDA LABORATUVAR TESTLERİNİN TANISAL DEĞERİ

Gülser Esen Besli<sup>1</sup>, Merve Çetin<sup>1</sup>, Çiğdem Ulukaya Durakbaşı<sup>2</sup>, Şeyma Özkanlı<sup>3</sup>,

<sup>1</sup> İstanbul Medeniyet Üniv. Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup> İstanbul Medeniyet Üniv. Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Cerrahisi Kliniği, İstanbul

<sup>3</sup> İstanbul Medeniyet Üniv. Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

**Giriş :** Akut apandisit, pediatrik yaş grubunda en sık karşılaşılan ve tanı konmasında zaman zaman güçlükle yaşanabilen acil cerrahi durumlardan biridir. Özellikle perforasyon, plastrone ya da gangrenöz gibi komplike olan apandisit olgularının tanısının gecikmeden konup hızla cerrahi planlanması morbidite ve mortalitenin en aza indirilmesinde çok önemlidir. Bu çalışmada cerrahi ve histopatolojik olarak akut apandisit tanısı doğrulanmış olan hastalarda, komplike ve non-komplike apandisit ayrımında laboratuvar testlerinin yol gösterici değerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

**Gereç-Yöntem :** Çalışmaya Çocuk Acil Servisimizde 1 Ocak 2016 - 1 Ağustos 2018 tarihleri arasında akut apandisit ön tanısı ile opere edilip, histopatolojik ve cerrahi olarak apandisit tanısı doğrulanmış olan 403 hasta alındı. Hasta verileri geriye dönük olarak incelendi. Hastaların yaş, cinsiyet, hastanede yatış süreleri, bazal serum sodyum ve CRP düzeyleri, tam kan sayımında lökosit ve nötrofil sayıları sonuçları kaydedildi. Hastalar kesin tanısına göre "non-komplike apandisit, grup I" ve "komplike apandisit, grup II" olarak iki gruba ayrıldı. Perforasyon, generalize peritonit, batın içi abse, plastrone ya da gangrenöz apandisit saptanan hastalar komplike apandisit olarak değerlendirildi. Hastaların demografik özellikleri (yaş, cinsiyet) ve hastanede yatış süreleri iki grup arasında karşılaştırıldı. Hasta grupları arasında lökosit (>10.000/uL), sola kayma (nötrofil>7.500/uL), hiponatremi (Na<0.5mg/dl) açısından fark olup olmadığı karşılaştırıldı. Ayrıca kan lökosit, nötrofil, CRP ve bazal Na kantitatif değerleri gruplar arasında karşılaştırıldı. Anlamlı fark olan parametreler için komplike apandisit öngörme açısından cut-off değerleri, duyarlılık ve özgüllük yüzdeleri belirlendi.

**Bulgular :** Çalışmaya alınan 403 hastanın 273'ü (%67.7) erkek, 130'u (%32.3) kız, hastaların yaş ortalaması ise 11.39±3.58 (en küçük yaş 1, en büyük yaş 18) idi. Yatış süreleri 1 ile 29 gün arasında değişmekte olup, ortalaması 4.02±3.18 gün idi. Hastaların sadece 2'sinde (%0.5) yoğun bakım yatışı mevcuttu. Hastaların 158'i (%39.2) non-komplike apandisit (grup I) ve 245'i (%60.8) komplike apandisit (grup II) idi. İki hasta grubu arasında yaş ortalamaları ve cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı (p>0.05). Hastanede yatış süresi, grup II'de grup I'e göre anlamlı olarak uzun bulundu (4,59±3,65 güne karşılık 3,13±1,95 gün, p:0.000; p2.81 mg/dl olarak bulundu (duyarlılık %53.1, özgüllük %70.5). Lökosit, sola kayma ve hiponatremi açısından gruplar arasında farklılık saptanmadı (p>0.05) (Tablo 1). Ancak Grup II'nin bazal serum Na düzeyi, grup I'den anlamlı düşük bulundu (136,11±3,03'e karşılık 136,96±2,54, p:0.004; p

Tablo 1:

**Kesin tanı grupları arasında hiponatremi, lökosit, sola kayma ve CRP yüksekliği parametrelerinin değerlendirilmesi**

		Kesin tanı grup		Total	p
		Non-komplike apandisit	Komplike apandisit		
		n (%)	n (%)		
Hiponatremi	Var	29 (%18,4)	62 (%25,3)	91 (%22,6)	0,103
	Yok	129 (%81,6)	183 (%74,7)	312 (%77,4)	
Lökosit	Var	134 (%84,8)	211 (%86,1)	345 (%85,6)	0,714
	Yok	24 (%15,2)	34 (%13,9)	58 (%14,4)	
Sola Kayma	Var	129 (%81,6)	206 (%84,1)	335 (%83,1)	0,524
	Yok	29 (%18,4)	39 (%15,9)	68 (%16,9)	
CRP yüksekliği	Normal	53 (%34)	41 (%17,1)	94 (%23,7)	0,000*
	Yüksek	103 (%66)	199 (%82,9)	302 (%76,3)	

Ki-kare test

\*p<0.05

# 15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-TARTIŞMALI POSTERLER-

Tablo 2:

Kesin tanı grupları arasında bazal serum Na, lökosit, nötrofil ve CRP parametrelerinin değerlendirilmesi

	Kesin tanı		Total	p
	Non-komplike apandisit	Komplike apandisit		
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
Bazal serum Na (mEq/L)	136,96±2,54	136,11±3,03	136,44±2,88	<sup>1</sup> 0,004*
Lökosit	15796,2±5029,9	16048,6±5335,2	15949,6±5212,7	<sup>1</sup> 0,636
Nötrofil	12609,5±4945,8	12877,9±4985,6	12772,7±4965,6	<sup>1</sup> 0,597
CRP (mg/dl) <sub>(medyan)</sub>	3,1±4,72 (1,1)	6,11±7,24 (3,1)	4,92±6,53 (2,2)	<sup>2</sup> 0,000*

<sup>1</sup>Student t test    <sup>2</sup>Mann whitney U test    <sup>3</sup>Ki-kare test    \*p<0.05

**Sonuç :** Acil serviste akut apandisit ön tanısı ile izlenen hastalarda, serum CRP pozitifliği (>2.81mg/dl) ve bazal Na düzeyinin ykrk-30138mEq/L olması, komplike apandisit varlığını öngörme ve erken cerrahi müdahale açısından yol gösterici laboratuvar parametreleridir.

**Anahtar kelimeler :** Apandisit, Komplike Apandisit, Non-Komplike Apandisit, Çocuk Acil

PT-089

## ÇOCUK YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN ENTERAL BESLENME İŞLEMİNE YÖNELİK UYGULAMALARININ İNCELENMESİ

Havva Huyelmas<sup>1</sup>, Nihal Özdamar<sup>1</sup>, Ayşegül Yıldız<sup>1</sup>, Nuriye Turgut<sup>1</sup>, Naile Bozalp<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Dr. Behçet Uz Çocuk Cerrahisi ve Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

**Giriş :** Bu çalışma; enteral beslenmenin en sık uygulandığı yerlerden biri olan yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin enteral beslenen hastalara yönelik uygulamalarının incelenmesi amacıyla yapılmış tanımlayıcı bir çalışmadır. S. B. Ü. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde çalışan 40 hemşire ile yapılmıştır.

**Gereç-Yöntem :** Çalışmamızda Uysal N. ve arkadaşlarının "Hemşirelerin Enteral Beslenme İşlemine Yönelik Uygulama ve Kayıtlarının İncelenmesi" isimli çalışmaları için geliştirdikleri "Gözlem Formu" kullanılmıştır. Enteral beslenen her bir hastadaki bakım uygulamaları bir gözlem olarak kabul edilmiştir. Veri toplama sürecinin sonunda toplam 160 gözlem yapılmıştır. Hemşirelerin bakım uygulamalarını gerçekleştirdikleri sırada toplanan veriler "Gözlem Formu"na kaydedilmiştir. Çocuk Yoğun Bakım Ünitesindeki toplam 40 hemşire ile çalışmaya %100 katılım sağlanmıştır. Bu hemşirelerin %15'i lise, %80'i lisans, ve %5'i yüksek lisans mezunudur. Veriler toplandığında üniteye yatan 24 hastanın 10'u enteral beslenmekte idi. Enteral beslenen hastaların biri PEG, 9'u NG tüp yoluyla beslenirken bu hastaların da ikisinde beslenme pompası kullanılmakta idi.

**Bulgular :** Hemşirelerin %86,25'i tüp sabitlemeyi düzgün yaptığı ortaya çıkmıştır. %13,75'i ise flasterleri ya göze çok yakın geniş şekilde ya da burunu yukarıya çektiler yaparak yapmıştır. Tespiti düzgün yapanların flaster sabitlik kontrolü de yaptıkları ortaya çıkmıştır. Hemşirelerin tamamı beslenme setini günlük değiştirip üzerine tarih yazmıştır, bu hemşirelerin %98,75'i bunu gözleme kaydetmiştir, %1,25'i ise gözleme kaydetmeyi atlamıştır. Hemşirelerin % 84,38'i ilaç/besin vermeden önce ya da her beslenme öncesinde veya belirli aralıklarla GRV kontrolü yapmaktadır. GRV kontrolü yapan hemşirelerin %100'ü bunu kaydetmektedir. Hemşirelerin tümü beslenme sırasında hasta başını 30-45° yükseğe kaldırmaktadır. Beslenme pompasıyla beslenen tek hasta olduğundan bu hastaya bakan 16 kişinin %100'ü besini uygun hızda göndermiştir. Hemşirelerin %100'ü besini oda ısısında hastaya vermekte, besinin arkasından su verip ve kalan besini uygun ısıda saklamaktadır. Hemşirelerin %2,5'i beslenme tüpünden ilaç verdikten sonra tüpü yıkamayı ihmal etmektedir. Hemşirelerin %5'i tüp takılış tarihini ve tüp numarasını kaydetmeyi unutmaktadır.

**Sonuç :** Kanıta dayalı uygulamalarda, enteral beslenmenin yoğun bakım hastalarında iyileşmeyi hızlandırdığı görülmüştür. Bu yoğun bakım hemşirelerinin enteral beslenmeye ilişkin gözlemlerine dayanarak bilgi eksikliğinin olmadığı, hemşirelerin yoğun bakım hastası için enteral beslenmenin önemini bildiği fakat bazı uygulama eksiklikleri olduğu ortaya çıkmıştır. Bu konularla ilgili hizmet içi eğitimlerin artırılması önerilebilir. Eksik konular ve hatalı uygulamalar üzerinde tekrarlar yapılması yararlı olacaktır. \* S. B. Ü. Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Ve Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi Hemşireleri

**Anahtar kelimeler :** enteral beslenme, çocuk yoğun bakım, hemşire

# 15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-TARTIŞMALI POSTERLER-

PT-090

## KEMİK İLİĞİ TRANSPLANTASYONU SONRASI GELİŞEN KOMPLİKASYONLAR NEDENİ İLE ÇOCUK YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE İZLENEN HASTALARIN SAĞKALIMI ÜZERİNE ETKİ EDEN FAKTÖRLERİN RETROSPEKTİF OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

Leyla Telhan<sup>1</sup>, Yöntem Yaman<sup>2</sup>, Burcu Gizem Teber<sup>1</sup>, Esra Yayla<sup>1</sup>, Ceren Sultan Altay<sup>1</sup>, Murat Elli<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Medipol Üniversitesi Hastanesi, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup> Medipol Üniversitesi Hastanesi, Çocuk Hematoloji Ve Onkoloji Bilim Dalı, İstanbul

**Giriş :** Kemik iliği transplantasyonu(KİT), maligniteler, immün yetmezlikler, non-malign hematolojik ve metabolik hastalıkların tedavisinde her geçen gün kullanımı artan küratif bir tedavi seçeneğidir. Kök hücre nakli olan hastalar aynı zamanda immün mekanizmalar, hazırlık rejimlerinde kullanılan ilaçlara bağlı toksisite ve uzun hastanede kalış sürelerine bağlı olarak nakil ilişkili mortalite ve morbidite açısından yüksek risk taşımaktadır ve yaşamı tehdit eden komplikasyonlar nedeniyle yoğun bakım ihtiyacı olabilmektedir.

**Gereç-Yöntem :** Çalışmamızda 2015 ve 2018 yılları arasında Medipol Üniversitesi Hastanesi Pediatrik KİT Ünitesi'nde KİT yapılan 200 hastadan YBÜ takibi gerektirecek komplikasyon gelişen 58 hastanın yoğun bakıma yatış sebepleri ve prognozu etkileyecek olası faktörler retrospektif olarak değerlendirildi.

**Bulgular :** Yoğun bakıma yatan hastaların %37'si kız, %62'si erkekti. Hastalarda en sık gelişen komplikasyon enfeksiyon olarak saptanırken, yoğun bakımda takip gerektiren en sık komplikasyon ise solunum yetmezliği ve sepsisti. Hastalarımızın %80'ine GVHD profilaksisi uygulanmış olup %30 unda GVHD gelişmiştir. Post-KİT hastaların yoğun bakıma yatış sıklığını istatistiksel olarak anlamlı etkileyen faktörler; erkek cinsiyet, primer tanının malignite olması, KİT türü, PRESS, solunum yetmezliği ve sepsis gelişmesi idi. Sağkalım üzerine olumsuz etkiye sebep olan değişkenler ise primer tanının malignite veya immün yetmezlik olması, mekanik ventilasyon desteği ihtiyacının olması ve yüksek PRISM skoru idi.

**Sonuç :** Kemik iliği nakli yapılan hastaların yaşamı tehdit eden komplikasyonlar açısından yakın takibi, pediatrik yoğun bakım ünitesine (YBÜ) erken kabul protokollerinin geliştirilmesi ve yeterli destek tedavilerin uygulanması hastaların sağ kalımının artırılmasında önemli rol oynayacaktır. Bu çalışma ile KİT yapılan hastalarda gelişebilecek komplikasyonlara dikkat çekmek ve bu hastaları değerlendiren yoğun bakım gereksinimini belirleyici bir bakış açısı sağlanması amaçlanmaktadır.

**Anahtar kelimeler :** Kemik iliği transplantasyonu, yoğun bakım, sağ kalım

PT-091

## PEDİYATRİK KARDİYAK CERRAHİ SONRASI EKSTRAKORPOREAL MEMBRAN OKSİJENATÖRÜ TAKILAN HASTALARDA ORGAN DİSFONKSİYONU VE MORTALİTE İLİŞKİSİ

Nihal Sırakaya Erese<sup>1</sup>, Nurgül Yurtseven<sup>1</sup>, Filiz Coşkun<sup>1</sup>, Hüseyin Karadağ<sup>2</sup>, Suna Yaka<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> SBÜ Dr Siyami Ersek Kalp Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Kliniği

<sup>2</sup> SBÜ Dr Siyami Ersek Kalp Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Pediatrik Kardiyoloji Kliniği

**Giriş-Amaç:** Bu çalışmanın amacı, venö-arteriyel (VA) Ekstrakorporeal membran CMO cihazı takılan hastalarda, organ disfonksiyonu ile mortalite arasındaki ilişkiyi göstermektir.

**Gereç-Yöntem :** Hastanemizde Ocak 2015 - Haziran 2017 arasında ECMO cihazı takılan 63 pediatrik hasta grubu incelenmiştir ve hastalar 30 günlük mortaliteye göre iki gruba ayrılmıştır: Grup 1: 30 gün içinde mortal seyreden hastalar(n:47), Grup 2: Yaşayan hastalar (n:16). Hastaların kreatinin, BUN (bloodureanitrogen), ALT (alaninaminotransferaz), AST (aspartataminotransferaz), total ve direkt bilirubin ve platelet düzeyleri 1.gün (T1), 2.gün (T2), 4.gün (T3), 5. Gün (T4), ECMO'dan ayrılma günü (Tson) ile en düşük değerler (Tmin) ve en yüksek değerler (Tmax) olarak kaydedilmiştir.

**Bulgular :** Gruplar karşılaştırıldığında Grup 1 hastalarında T1, T2, T3, Tmin ve Tmax zamanlarında kreatinin ölçümleri, Tson, Tmin ve Tmax zamanlarında BUN ölçümleri istatistiksel olarak anlamlı yüksek iken, albümin düzeyleri T2, Tson, Tmin ve Tmax zamanlarında albümin düşüktür (p<0,05). Grup 1 hastalarında T3 zamanında total bilirubin, Tson, Tmin ve Tmax zamanlarında direkt bilirubin düzeyleri Grup 2 hastalarına göre anlamlı olarak yüksekti (p=0,05). Grup 1'de T3, T4, Tson zamanlarında AST, Tmin zamanlarında ALT ölçümleri Grup 2'ye göre anlamlı olarak yüksekti. (p<0,05). Grup 2 hastalarında Tmin ve Tmax platelet düzeyleri eksitus olan hastalara göre anlamlı olarak yüksekti (p<0,05). Hastaların 36 (%57,1) ECMO'dan ayrılmıştır. ECMO'dan ayrılan hastalarda sağ kalım 16 hasta ile %25.4 'dü. Özellikle böbrek ve karaciğer disfonksiyonunu gösteren laboratuvar verileri ECMO sonrası sağ kalım ve mortaliteyi göstermede etkili bulundu.

**Sonuç :** ECMO sırasında gelişen organ disfonksiyonları mortaliteyi arttırmaktadır. Bu disfonksiyonların zamanında tanınması ve buna göre müdahale edilmesi ECMO'daki sağ kalımı artırabilir.

**Anahtar kelimeler :** Pediatrik Kalp Cerrahisi, ECMO, Mortalite

# 15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-TARTIŞMALI POSTERLER-

PT-092

## ÇOCUK YOĞUN BAKIM ÜNİTEMİZDEKİ SÜREKLİ RENAL REPLASMAN TEDAVİSİ UYGULAMALARIMIZ

Serhat Emeksiz<sup>1</sup>, Oktay Perk<sup>1</sup>, Yasemin Men Atmaca<sup>1</sup>, Ganime Ayar<sup>1</sup>, Halil İbrahim Yakut<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> S.b.ü. Ankara Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hematoloji Ve Onkoloji Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi, Ankara

**Giriş :** Sürekli renal replasman tedavisi (SRRT) kritik hastada hemodinamik dengeyi koruyarak sürekli sıvı ve solut yükün uzaklaşmasını sağladığı için tercih edilen böbrek destek tedavi yöntemidir. Akut böbrek yetmezliği, ciddi elektrolit bozukluğu, hemodinamik denge ile birlikte aşırı sıvı yükü, üremi, ciddi metabolik asidoz, metabolik hastalık, zehirlenme durumlarında uygulanabilir. Bu çalışmamızda çocuk yoğun bakım ünitesinde SRRT endikasyonlarını, prognoza etkisini ve komplikasyonlarını değerlendirmeyi amaçlıyoruz.

**Gereç-Yöntem :** Hastanemiz çocuk yoğun bakım ünitesinde 1 Eylül 2016- 1 Eylül 2018 tarihleri arasında SRRT uygulanan hastalar değerlendirildi.

**Bulgular :** Çalışmaya 68 hasta dahil edildi. Hastaların 30'u kız (%44), 38'i erkekti (%56). Yaş ortalaması 64,2 ay (minimum 2 ay, maksimum 190 ay), ortalama vücut ağırlığı; 14,2 kg (minimum 4 kg, maksimum 70 kg) idi. 21 (%30) hasta kronik hastalığa sahipti. 44 (%65) hastaya sıvı yükü ve akut böbrek yetmezliği nedeni ile, 14 (%20) hastaya metabolik hastalık nedeni ile, 10 (%15) hastaya da ilaç intoksikasyonu nedeni ile SRRT yapıldı. 48 (%70) hastaya hemodiyaliz, 20 (%30) hastaya ise hemodiyafiltrasyon uygulandı. Hastaların antikoagülasyonu heparin ile sağlandı. 50 (%73) hastada internal jugular ven, 18 (%27) hastada femoral ven diyaliz kateteri için kullanıldı. En sık karşılaşılan komplikasyonlar setin tıkanması, hipotermi, ve hipotansiyondu. SRRT ile ilişkili komplikasyonlar ile mortalite arasında bir ilişki saptanmadı (p>0.05). Diyaliz ve replasman solüsyonu olarak laktat içermeyen solüsyonlar kullanıldı. Set değiştirme süresi ortalama 46,2 saattir ( minimum 8 saat , maximum 96 saat). Hastaların 16'sı (%23.5) ex oldu.

**Sonuç :** Çocuk yoğun bakım ünitelerinde, kritik hasta tedavisinde SRRT kullanımı giderek artmaktadır. En sık endikasyon sıvı yüküdür ve mortalite ile ilişkilidir. Endikasyonu erken belirleyerek tedavinin erken başlanması mortalite oranını azaltacağını düşünmekteyiz.

**Anahtar kelimeler :** Sürekli Renal Replasman Tedavisi, Sıvı Yükü, Çocuk Yoğun Bakım

PT-093

## ÇOCUK ACİLE BAŞVURAN TEKNOLOJİ DESTEKLİ ÇOCUKLARIN İNCELENMESİ

Ahmet Ziya Birbilin<sup>1</sup>, Damla Hanalioğlu<sup>1</sup>, Selvinaz Yıldırım<sup>2</sup>, Özlem Tekşam<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hacettepe Üniversitesi, Çocuk Acil Bilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup>Hacettepe Üniversitesi, Çocuk Acil Hemşireliği, Ankara

**Giriş :** Teknoloji destekli çocuklar, altta yatan kronik hastalıklarına bağlı olarak ventriküloperitoneyal (V/P) şant, venöz kateter, gastrotomi tüpü, trakeostomi veya ev tipi mekanik ventilatör gibi kalıcı veya geçici cihaz kullanan çocuklardır. Akut sağlık sorunları nedeniyle acil servise sık olarak başvuran bu hastaların, aynı zamanda altta yatan hastalıkları ve kullandıkları cihazlar nedeniyle düzenli bölüm kontrollerine de gelmeleri gerekmektedir. Günümüzde giderek sayıları artan bu hastaların uzun süreli takiplerinin nerede, nasıl ve kimler tarafından verilmesi gerektiği ile ilgili net bir bilgi ve hazırlık bulunmamaktadır. Ancak birçok cihaz kullanmaları, aspirasyon ihtiyaçları ve devamlı oksijen kullanmaları gibi nedenlerle hastaneye başvuruları ve hastane içindeki nakillerinde zorluklarla karşılaşıldığından, kontrolleri sırasındaki hizmetlerini de acil servislerden almaktadırlar. Bununla birlikte çok sayıda bölüm tarafından takip edilen ve karmaşık tanıları olan bu hastaların, acil servislerde değerlendirilmesi zaman ve iş gücü kaybına neden olmaktadır. Çünkü giderek artan sayıda hasta başvurusunun olduğu acil servislerde özel bakım isteyen bu gibi hastaların bulunması, akut tedavi ihtiyacı olan hastaların tedavisinde aksamalara neden olabilmektedir. Ayrıca kalabalık ortamlarda bakılan bu hastaların enfeksiyon alması ihtimali de artmaktadır. Bu çalışmanın amacı; çocuk acil servisimize başvuran teknoloji destekli hastaların demografik bilgileri, yıllara göre başvuruları ve acil serviste uygulanan tanı ve tedavi ile ilgili girişimleri değerlendirildi.

Tablo  
Kullandıkları cihazlar

Araçlar	Geliş (n:169)	Ayrılış
112	351(%78,7)	358(%80,2)
Kendi aracı	95(%21,3)	85(%19,1)
Özel ambulans	0	3 (%0,7)

Tablo  
Hastaneye geliş şekilleri

Cihazlar	Hasta sayısı(n=59)
Ev tipi mekanik ventilatör +PEG	37 (%62,7)
Ev tipi mekanik ventilatör+N/G	13 (%22)
Trakeostomi+N/G	3 (%5,1)

# 15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

## -TARTIŞMALI POSTERLER-

Trakeostomi	2(%3,4)
PEG	2(%3,4)
Ev tipi MV	1 (%1,7)
Ev tipi mekanik ventilator+N/G+ VP şant	1(%1,7)

**Gereç-Yöntem :** Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Acil servisine Ocak 2016- Mart 2018 tarihleri arasında başvuran teknoloji destekli çocuklar retrospektif olarak incelendi. Hastaların kullandığı cihazlar, acile geliş ve ayrılış şekilleri, primer tanıları, destek kullanma nedenleri, başvuru şikayetleri, hastayı takip eden bölümler ve acil servis ile diğer polikliniklere yıllık başvuru sayıları, acilde kalış süreleri, yatışları ve yatış süreleri, beslenme şekilleri ve acilde yapılan işlemler incelendi. Acilde yapılan işlemler ise kanül değişimi, antibiyotik verilmesi, konsültasyon istenmesi, N/G takılması, PEG takılması, CRP ve diğer işlemler olarak sınıflandırıldı.

**Bulgular :** Acil servise yapılan 59 hastanın 446 başvurusu incelendi. 59 hastanın 34'ü (%57.6) erkek, 25'i (%42.4) kızdı. Başvuru yaşları ortalama 63.7 aylık (ortanca 43 ay); en küçük hasta 2 aylık, en büyük hasta 210 aylıktı. En çok başvuru yapan hasta 49 başvuru yapmıştı. 16 hastanın ise 4 kez veya daha fazla başvurusu vardı. Hastaların 19 farklı ilden başvurduğu görüldü (Tablo 1). En çok başvuru Ankara'dan (349 başvuru- %78.3) idi. Hastalar en fazla ev tipi mekanik ventilator ve PEG kullanmaktaydı (Tablo 2). Hastaların 352'si (%80) 112 ile hastaneye geldi ve ayrıldı (Tablo 3). Hastaların 33 farklı tanısı vardı. En çok SMA (n=9) ve serebral palsi (n=5) tanısı olduğu görüldü. (Tablo 4). Başvuruların 235'i (%52,7) rutin takipleri için, 211'i (%47.3) aktif şikayeti olması nedeniyleydi. Hastaların en sık şikayetleri ise; 94'ü (%42,2) solunum sıkıntısı ve satürasyon düşüklüğü, 57'si (%25,6) gastrostomi ve gastrointestinal sistem şikayetleri ve 26'si (%11,6) genitoüriner sistem şikayetleriydi. Hastaları 23 farklı bölüm takip ediyordu (Tablo 5). Nöroloji (n=46) göğüs hastalıkları (n=40), KBB (n= 45), gastroenteroloji (n=38), kardiyoloji (20) en sık hasta takip eden bölümlerdi. Her hastayı en az 1 ve en fazla 8 bölüm takip ediyordu (ortanca 5 bölüm). Başvurularında hastalar ortalama olarak bir bölüme danışıldı. Hastalara başvurularında 585 işlem uygulandı. Başvuru başına ortalama 1.3 işlem uygulandı. 284 (%48,5) başvuruda takipli oldukları bölümlerden konsültasyon istendi. 151(%25,8) başvuru sırasında antibiyotik tedavisi başlandı. 86 (%14,7) başvuru sırasında kanül değişimi uygulandı. 25 (%4,2) başvuru sırasında nazogastrik sonda değişimi, 25 (%4,2) kez PEG değişimi, 14 (%2,3) kez de diğer işlemler uygulandı. Hastaların 324'ü (%72,8) aynı gün taburcu oldu. 139 (%26,4) başvuru hastaneye yatırıldı. Yatışları sonrası 19 hasta acil serviste tedavilerini tamamlayarak taburcu oldu. Hastaneye yatan 19 (%13,6) hasta ise yoğun bakıma yatırıldı. Acilde kalış süresi en fazla 5 gündü. Yatırılan hastalar ise ortalama 14,4 gün; (en az 2, en fazla 85 gün) hastanede yattılar. Hastaların PEG ile 43'ü (%72,9) N/G ile 13'ü (%22), oral olarak 3'ü (%5,1) besleniyordu.

**Sonuç :** Teknoloji destekli çocuklar çok farklı tanıların olması, pek çok bölüm takibinde olmaları ve devamlı bakım almak üzere rutin kontrollere gelme ihtiyaçları nedeniyle sık olarak hastaneye başvurmaktadır. Ancak aldıkları tüm hizmetleri beraberinde bulunan ekipmanlarla birlikte almak zorunda kaldıkları için hemen daima acil servislere başvurmakta ve bu nedenle acilde kalış süreleri de beklenenden uzun sürebilmektedir. Hastaların çok farklı ekipmanlar kullanması nedeniyle değerlendiren doktorun deneyimli olması da oldukça önemlidir. Giderek sayıları artan ve çok disiplinli olarak takibi gereken bu hastaların uzun süreli bakımlarının nasıl verileceği konusunda çözümler üretmek oldukça önemlidir. Bu çözümler arasında; hastalara evde bakım olanaklarının sağlanması, bu bakımı verecek sağlık personelinin eğitilmesi, acil servislere yapılan bazı girişimlerin ikinci basamak merkezlerde yapılmasının sağlanması, hizmetlerin sürekliliği için buldukları şehirlerde bakım almalarının sağlanması, nakil sürecinin kolaylaştırılması ve rutin takipler için daha yapılandırılmış bir bakım planının oluşturulması sayılabilir. Aynı zamanda altta yatan hastalıklarına ait izlem planına ek olarak aşı, beslenme, büyüme ve gelişmelerinin takibi de ihmal edilmeksizin eklenmeli; hastalara ve ailelerine psikolojik değerlendirme ve destek de verilmesi unutulmamalıdır. Sonuç olarak; teknoloji destekli çocuklara her yönüyle bütüncül yaklaşılması onların yaşam kalitelerini arttıracaktır. Bu sayede kaynakların daha iyi kullanılması da mümkün olacaktır. Ancak daha fazla sayıda yapılacak çalışma ile bu hastalara sunulan bakım hizmetlerinin değerlendirilmesi ve iyileştirilmesi için çözüm önerilerinin belirlenmesine ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Çocuk acil, Teknoloji destekli çocuk, Ev tipi mekanik ventilatör, Evde bakım, Palyatif bakım

# 15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-TARTIŞMALI POSTERLER-

PT-094

## ÇOCUK ACİL SERVİSİNE BAŞVURAN BEYAZ KÜRE YÜKSEKLİĞİ OLAN HASTALARIN İNCELENMESİ

Ahmet Ziya Birbilin<sup>1</sup>, Selen Hürmüzlü<sup>3</sup>, Selin Taşar<sup>3</sup>, Halil İbrahim Yakut<sup>3</sup>, Emine Dibek Mısırlıoğlu<sup>2</sup>,

<sup>1</sup> Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi, Çocuk Acil Bilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup> Ankara Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eah, Çocuk Acil Ünitesi, Ankara

<sup>3</sup> Ankara Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eah, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

**Giriş :** Acil servise başvuran çocuklarda en fazla istenen tetkik tam kan sayımıdır. Tam kan sayımında beyaz küre sayısı 15.000/mm<sup>3</sup> üzerinde olması lökositoz, genellikle bakteriyel enfeksiyonu düşündürür. Ancak çok yüksek beyaz kürenin (ÇYBK) (>25.000/ mm<sup>3</sup>) farklı nedenleri ve ciddi bakteriyel enfeksiyon ile ilişkisi olabilmektedir. Bu çalışmanın amacı, acil servise başvuran ve çok yüksek beyaz küre sayısı olan 1 ay-18 yaş hastalar ile beyaz küre yüksekliği olan hastaların etiyoloji ve ciddi bakteriyel enfeksiyonlar açısından değerlendirilmesidir.

Tablo 1

Tanımlar

Tanımlar	%Çok Yüksek Beyaz Küre (BK>25.000/ mm <sup>3</sup> ) n:423 n %	%Beyaz küre yüksekliği (BK:15.000-24.999/mm <sup>3</sup> ) n:532 n %
Gastroenterit	107 (25.3)	117 (22.0)
Pnömoni	53 (12.5)	58 (10.9)
Tonsillit	39 (9.2)	69 (13)
İdrar yolu enfeksiyonu	32 (7.6)	59 (11.1)
Akut apandisit	20 (4.7)	32 (6)
Otit	18 (4.3)	26 (4.9)
Üsye	17 (4)	42 (7.9)
Lenfadenit	14 (3.3)	23 (4.3)
Bronşiolit	11 (2.6)	16 (3.0)
Diyabetik ketoasidoz	9 (2.1)	0 (0)
Epilepsi	9 (2.1)	4 (0.8)
Bakteriyemi	8 (1.9)	0(0)
Menenjit	8 (1.9)	0 (0)
İntoks	7 (1.6)	7 (1.3)
Malignite	4 (0.9)	1 (0.2)
İnvazyon	4 (0.9)	3 (0.6)
Kawasaki	3 (0.7)	0 (0)
Diğer	60 (14.4)	75 (14)

**Gereç-Yöntem :** Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Çocuk Acil servisine 1 Ocak 2016-31 Aralık 2016 tarihlerinde başvuran yaşları 1ay-18 yaş arasında olan ve beyaz küre sayısı 25.000/mm<sup>3</sup> üzerinde olan hastalar çalışmaya dahil edildi. Kontrol grubu olarak, yaş ve cinsiyet olarak çok yüksek beyaz küre sayısı olan hastalarla benzer beyaz küre sayısı 15.000-24.999/mm<sup>3</sup> olan hastalar alındı. Hastaların demografik bilgileri, başvuru şikayetleri, ateş varlığı, laboratuvar bulguları, hastane yatışı, tanı ve tedavileri değerlendirildi. Laboratuvar bulguları; beyaz küre sayısı, absolü lökosit sayısı, absolü lenfosit sayısı, platelet sayısı, C-reaktif protein (CRP), tam idrar tetkiki, posterior-anterior akciğer grafileri, kan kültürü, idrar kültürü ve BOS kültürleri sonuçları kayıt edildi. Hastalar tanılarına göre; bakteriyemi, bakteriyel menenjit, pnömoni, idrar yolu enfeksiyonu, septik artrit, mastoidit, osteomyelit, derin doku enfeksiyonları ciddi bakteriyel enfeksiyon (CBE) olarak gruplandırıldı.

**Bulgular :** Çalışma süresince çocuk acil servise başvuran 138.383 hasta oldu. Bakılan tam kan sayımından 4502 (%3.2) hastada beyaz küre yüksekliği ve bunların 423'ünde (%9.5) çok yüksek beyaz küre yüksekliği vardı. Yaş ve cinsiyeti benzer küre sayısı 15.000-24.999/mm<sup>3</sup> arasında olan 532 hasta kontrol grubu olarak belirlendi. Çok yüksek beyaz küre yüksekliği olan hastaların yaş ortancası 44.3 ay (1.1 ay- 215.2 ay) ve kontrol grubunun yaş ortancası 51 ay (1ay - 215 ay) dı. ÇYBK grubun 255'i (%60.3) erkek, 168'i (%39.7) kızdı. Kontrol grubunda ise 295'i (%55.%) erkek, 237'si (%44.5) kızdı. (p=0.12) ÇYBK olan grupta 227 (%53.7) hastanın ateşi vardı. Kontrol grubunda ise 275 (%51.7) hastanın ateşi vardı. İstatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. (p=0.5) Beyaz küre ortalamaları ÇYBK'da 27900 + 24.140 /mm<sup>3</sup> (en düşük 25.000/mm<sup>3</sup> en yüksek 400.000/mm<sup>3</sup> ) iken kontrol grubunda 19.600 + 2.908/mm<sup>3</sup> en düşük (15.000/mm<sup>3</sup>, en yüksek 24.800/mm<sup>3</sup> ) olarak tespit edildi. CRP değerleri ÇYBK olan grupta 0.01 ile 39 mg/dl (ortanca 1.45 mg/dl), kontrol grubunda ise 0.0 ile 36 mg/dl (ortanca 1.91mg/dl) arasında değişmekteydi. Beyaz küre sayısı ile CRP (r:0.83 p:0.001) ve platelet (r:0.276 p:0.01) sayıları arasında pozitif korelasyon vardı. Bütün hastalarda 64 farklı tanı tespit edildi. ÇYBK olan hastaların 107'si (%25.3) gastroenterit, 53'ü (%12.5) pnömoni, ve 39'u (%9.2) tonsillitti. (Tablo-1). Tüm hastalardan 268'ünde (%28.1) CBE tesbit edildi. ÇYBK grubunun 124'ünde (%29.3) CBE tesbit edildi. Kontrol grubunun ise 144'ünde (%27.1) CBE tesbit edildi. (p=0.46) Çalışma

# 15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

## -TARTIŞMALI POSTERLER-

grubumuzda ateşi yüksek ve CRP si pozitif olan 431 hasta vardı. Ateşi yüksek ve CRP pozitif hastalarda ÇYBK olan 183 hastanın 90'ı (%49.2) CBE bulundu. İlimli Beyaz küre yüksekliği, ateş ve crp pozitifliği olan 248 hastadan 87'sinde (%35.1) CBE vardı. (P=0.004) ÇYBK ile CBE (p=0.001) arasından istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. CBE olan ve olmayan gruplar karşılaştırıldığında CRP pozitifliği (p=0.001), hastaneye yatış (p=0.001) ve ateş (p=0.001) arasında anlamlı ilişki bulundu. Beyaz küre aşırı yüksekliği ile yatış arasında anlamlı ilişki bulundu.(p=0.001) 376 (%39.4) hasta hastaneye yatırıldı. Hastaneye yatış ile ÇYBK (p

**Sonuç :** ÇYBK olan hastalarda, enfeksiyona bağlı nedenlerin daha sık olduğu görülmüş. Malign hastalıklar ise daha nadir tesbit edildi. Beyaz küre aşırı yüksekliği acile başvuran hastalarda ciddi bakteriyel enfeksiyonu düşündürmekte tek başına yeterli değildir. Eşlik eden ateş yüksekliği veya CRP pozitifliği gibi bulgular ile desteklendiğinde ÇYBK'li hastalarda CBE açısından dikkat edilmeli. ÇYBK'si olan hastaların hastaneye yatışlarının daha fazla olduğu tesbit edildi.

**Anahtar kelimeler :** Ateş, Ciddi bakteriyel enfeksiyon, Çok yüksek beyaz küre sayısı,

**PT-095**

### ÇOCUK ACIL SERVİSİNE 72 SAAT İÇİNDE TEKRAR GELEN HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Funda Kurt<sup>1</sup>, Damla Hanalioğlu<sup>2</sup>, Fatmanur Can<sup>3</sup>, Fatma Kurtipek<sup>3</sup>, Halil İbrahim Yakut<sup>1</sup>, Emine Mısırlıoğlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Ankara Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji EA Hastanesi, Çocuk Acil Kliniği, Ankara

<sup>2</sup> Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Acil Bilim Dalı, Ankara

<sup>3</sup> Ankara Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji EA Hastanesi, Çocuk Kliniği, Ankara

**Giriş :** Acil servis muayeneleri sonrası kısa süre içinde yeniden acil servis başvuruları olabilmektedir. Bu çalışmada, hastanemiz çocuk acil servisine ilk 72 saat içinde yeniden başvuran hastaların özelliklerinin belirlenmesi amaçlanmıştır

**Gereç-Yöntem :** Hastanemiz çocuk acil servisine 2016 ve 2017 yılında başvurmuş olan hastalardan, 72 saat içinde tekrar başvurusu olan hastalar retrospektif olarak incelendi.

**Bulgular :** Acil servise 72 saat içinde toplam 753 hastanın başvurduğu saptandı. Hastaların 441'i (% 58.6) erkek cinsiyette ve % 96'sı Türk vatandaşı idi. Yenidoğan döneminde 5 (% 0.7) hasta, 1 ay-1yaş arası 227 (% 30.1), 1-4 yaş arası 319 (% 42.4), 5-11 yaş arası 146 (% 19.4), 12-18 yaş arası 56 (% 7.4) hasta vardı. Hastaların % 23.9'unun hafta içi mesai saatleri içinde, % 76.1'i mesai saatleri dışında ve hafta sonu başvurduğu saptandı. Hastaların 284'ü (% 37.7) 08:00-16:00 arasında, 357'si (% 47.4) 16:00- 00:00 arasında, 112'si (% 14.9) 00:00- 08:00 arasında başvurmuştu. Acil servise yeniden başvuruların; 184'ü (% 24.4) ilk 24 saat içinde, 372'si (% 49.4) 24-48 saat içinde, 197'sinin (% 26.2) 48-72 saat içinde olduğu saptandı. Başvuru tanıları sırasıyla enfeksiyöz nedenler 248 (% 32.9), solunumsal nedenler 231 (30.7), gastrointestinal nedenler 171 (% 22.7), alerjik nedenler 36 (% 4.8), diğer nedenler 54(% 4.8) idi. Hastaların 685'i (% 90.9) acil poliklinikte değerlendirilerek eve gönderilmişken 45'i (% 6.0) acil servise, 11'i (% 1.5) çocuk servisine, 3'ü (% 0.4) yoğun bakım servisine yatırılarak izlenmişti.

**Sonuç :** Acil servise yeniden başvurular özellikle ilk 48 saat içinde, yaşamın ilk 4 yılında, enfeksiyon hastalıkları ve solunum hastalıkları nedeniyle sıklıkla olabilmektedir. Acil servis değerlendirilmesinde bu hasta grubunun eve gönderilirken bilgilendirilmeleri ve ilk 72 saat içinde kontrole çağrılmaları uygun olacaktır.

**Anahtar kelimeler :** Acil servis, çocuk, yeniden başvuru

**PT-096**

### ÇOCUK ACIL POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN ORGANİK ASİDEMİ HASTALARININ ÖZELLİKLERİ İLE AKUT METABOLİK KRİZ TANISI İLE İLİŞKİLİ KLİNİK VE LABORATUVAR PARAMETRELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Yılmaz Yıldız<sup>1</sup>, Leman Akcan Yıldız<sup>2</sup>, Emine Pektaş<sup>1</sup>, Berrak Bilginer Gürbüz<sup>1</sup>, Ahmet Ziya Birbilen<sup>2</sup>, Damla Hanalioğlu<sup>2</sup>, Ali Dursun<sup>1</sup>, Ayşegül Tokatlı<sup>1</sup>, Turgay Coşkun<sup>1</sup>, Özlem Tekşam<sup>2</sup>, Hatice Serap Sivri<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi, Çocuk Metabolizma Bilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup> Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi, Çocuk Acil Bilim Dalı, Ankara

**Giriş :** Akriba evliliklerinin %20-25 sıklığında olduğu ülkemizde, otozomal resesif geçişli kalıtsal metabolik hastalıklar, özellikle çocukluk yaş grubunda önemli bir sağlık sorunudur. Organik asidemiler, akut ataklarla seyretmesi ve acil tedavi edilmediğinde kalıcı nörolojik hasara neden olabilmesi nedenleriyle, çocuk acil polikliniklerinde hızla tanınmalı ve tedavi edilmelidir. Organik asidemilerde tanı; sonuçlanmaları uzun zaman alabilen ve birçok merkezde yapılamayabilen karmaşık metabolik ve genetik tetkiklerle kalsa da, akut metabolik krizin acil koşullarında tanınabilmesi için basit klinik ve laboratuvar belirteçlere ihtiyaç bulunmaktadır. Akut metabolik krizin tanısı ve tedavisi için çeşitli rehberler yayınlanmış olsa da tanı için altın standart ölçütler mevcut değildir. Akut metabolik krizde görülebilen beslenmeme, kusma gibi klinik bulgular özgül olmayıp solunum yolu enfeksiyonu, gastroenterit ya da idrar yolu enfeksiyonları gibi, çocuk acil polikliniklerinde sık rastlanan tablolar da ortaya çıkabilmektedir. Bu çalışmada, çocuk acil polikliniğine başvuran dallı zincirli organik asidemi tanılı hastaların akut metabolik kriz sırasındaki klinik ve laboratuvar özelliklerinin incelenmesi, bu yolla metabolik kriz ile ilişkili klinik ve laboratuvar parametrelerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

**Gereç-Yöntem :** Çalışmaya, Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Çocuk Acil Polikliniği'ne 1 Ocak 2014 – 31 Aralık 2017'yi kapsayan 4 yıllık süreçte başvuran, dallı zincirli organik asidemi tanısını önceden almış 0-18 yaş arasındaki hastalar dahil edilmiş olup veriler, hastane kayıtlarından retrospektif olarak elde edilmiştir. Klinik ve laboratuvar bulguları organik asidemilerin bulguları ile örtüşebileceği için, eşlik eden kronik böbrek hastalığı olanlardan başvuru sırasında glomerüler filtrasyon hızı 25 ml/



# 15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

## -TARTIŞMALI POSTERLER-

dk/1.73m<sup>2</sup>'nin altında olan hasta başvuruları çalışma dışı bırakılmıştır. Aynı hastanın mükerrer başvuruları, bağımsız olarak değerlendirilmiştir. Akut metabolik kriz varlığı, aşağıdaki gibi tanımlanmıştır: Akçaağaç şurubu idrar hastalığında (MSUD); A. Başka bir nedenle açıklanamayan ve akut gelişen bilinç bulanıklığı ya da motor bozukluk (ataksi, distoni, opistotonus vb.) VEYA B. Aşağıdaki laboratuvar ölçütlerinden en az birinin eşlik ettiği ve akut gelişen beslenememe, beslenme reddi, ya da persistan kusma B1. Ketonüri ya da ketoasidüri (bebeklerde en az +, daha büyük çocuklarda en az ++) B2. Plazma lösin düzeyi > 500 nmol/ml. Metilmalonik asidemi (MMA) ve propionik asidemide (PA); A. Başka bir neden ile açıklanamayan ve akut gelişen bilinç bulanıklığı, metabolik strok ya da hemofagositik lenfositosis (HLH) alevlenmesi VEYA B. Aşağıdaki laboratuvar ölçütlerinden en az birinin eşlik ettiği ve akut gelişen beslenememe, beslenme reddi, ya da persistan kusma B1. Artmış anyon açıklı metabolik asidoz (anyon açığı > 16 mEq/l iken pH < 7,35) B2. Ketonüri (bebeklerde en az +, daha büyük çocuklarda en az ++) B3. Hiperammonemi Akut metabolik krizde olan hastalara ilişkin nominal ve sayısal verilerin tanımlayıcı istatistikleri sayı, yüzde, ortalama, ortanca ile ifade edilmiştir. Akut metabolik krizde olan ve olmayan hastaların klinik ve laboratuvar özellikleri arasındaki farklar, t-testi, Mann-Whitney U testi ve ki-kare testleri ile incelenmiştir. İstatistiksel yöntemlerle anlamlı bulunan parametreler arasında en önemli bağımsız parametreleri incelemek için geriye doğru eleme yöntemi ile lojistik regresyon modeli oluşturulmuştur.

**Bulgular :** Çalışma süresinde çocuk acil polikliniğine başvuru ölçütlerini sağlayan 70 hastanın toplam 334 başvurusu olup tanılarının MSUD, MMA, PA ve izovalerik asidemi (İVA) oldukları tespit edilmiştir. Yalnızca 5 İVA hastası 7 kez başvurmuş olduğu için istatistiksel analizlere İVA hastaları dahil edilmemiştir. MSUD: Çalışma süresince akçaağaç şurubu idrar hastalığı (MSUD) tanılı 29 hastanın 115 kez çocuk acil başvurusu olmuştur. 115 başvurunun %73'ü erkek olup toplam %76'sında mental retardasyon, %50'sinde epilepsi, %39'unda tekrarlayan hisli, komorbidite olarak saptanmıştır. Tüm MSUD başvurularında en sık izlenen belirti ve bulgular sırasıyla solunum yolu enfeksiyonu belirtileri (öksürük, burun akıntısı, boğaz ağrısı vb, toplam %63,5), ateş (%35,7), beslenememe/iştahsızlık (%30,4) ve halsizlik (%23,5) idi. Başvuruların %13,0'ında bilinç değişikliği, %7,8'inde akut motor bozukluk mevcuttu. En sık saptanan laboratuvar bulguları ketonüri (%33,3) ve hiperürisemi (%21,7) olup ketoasidüri, tetkik edilebilen 25 başvurunun %56'sında pozitif idi. Başvurularda en sık konan tanılar üst solunum yolu enfeksiyonu (%43,5), akut metabolik kriz (35 başvuru; %30,4), alt solunum yolu enfeksiyonu (%12,2) ve akut gastroenterit (%10,4) idi. 115 başvurunun 61'i (%53) muayene ve tetkikler sonucunda ayakta taburcu edilirken 27'si (%23,5) acil serviste 1 gece izlenmiş, 27'si (%23,5) daha uzun süre hastanede yatırılmıştır. 3 hasta (%2,6) yoğun bakım ünitesine yatırılmış ve diyaliz yapılmıştır (2 aralıklı hemodiyaliz, 1 devamlı venovenöz hemodiyafiltrasyon [CVVH]); eksitus olan hasta yoktur. Akut metabolik kriz ölçütlerini karşılayan 35 başvuru ile karşılamayan 80 başvuru karşılaştırıldığında, krizin tanımında bulunan beslenememe, bulantı/kusma, akut hareket bozukluğu ve bilinç değişikliği varlığının yanı sıra halsizlik ve dehidratasyon da akut metabolik kriz varlığı ile ilişkili bulunmuştur (p<0,05). Metabolik krizdeki hastalarda, krizde olmayanlara göre pCO<sub>2</sub> (35,2 – 39,45 mmHg) ve serum klor (101 – 104 mEq/l) düzeyleri anlamlı ölçüde daha düşük, anyon açığı (12,0 – 9,9 mEq/l) ve serum ürik asit (5,51 – 3,11 mg/dl) düzeyleri anlamlı ölçüde daha yüksek bulunmuştur (p<0,05). Hastaların diğer klinik (ateş, başvuru sırasındaki ek tanı vb.) ve laboratuvar (kan pH, bikarbonat ve laktat düzeyleri vb.) parametreleri ise kriz varlığı ile ilişkili bulunmamıştır. Lojistik regresyon modelinde kriz varlığı ile en çok ilişkili parametreler beslenememe / iştahsızlık, halsizlik, anyon açığı ve ürik asit olarak bulunup bu parametreler, krizi %80,6 toplam doğruluk, %88,4 seçicilik ve %69 duyarlılıkla predikte etmektedir. MMA: Metilmalonik asidemi tanılı 20 hastanın 94 kez başvurusu olmuştur. 94 başvurunun %71'i kız hasta olup toplam %70'inde mental retardasyon, %34'ünde kronik böbrek hasarı, %13'ünde epilepsi komorbidite olarak saptanmıştır. Tüm MMA başvurularında en sık izlenen belirti ve bulgular sırasıyla bulantı-kusma (%74,5), beslenememe/iştahsızlık (%47,9), solunum yolu enfeksiyonu belirtileri (%44,7), ateş (%31,9), dehidratasyon (%26,6) ve halsizlik (%22,3) idi. Başvuruların %5,3'ünde bilinç düzeyinde azalma mevcuttu. Başvurularda en sık konan tanı akut metabolik kriz olup (30 başvuru, %31,9) diğer tanılar üst solunum yolu enfeksiyonu (%19,1), idrar yolu enfeksiyonu (%13,8) ve kronik böbrek hasarının akut dekompanzasyonu (%10,6) idi. 9 hasta (%9,6) yoğun bakım ünitesine yatırılmış ve 6 hastaya diyaliz yapılmıştır (1 aralıklı hemodiyaliz, ikisine çoklu organ yetmezliği nedeniyle olmak üzere 5 başvuruda CVVH). Metabolik krizde olmayan iki hasta eksitus olmuştur. Bu iki hastanın birinde tedavi komplikasyonu olarak izolösin eksikliği gelişmiş olup buna bağlı cilt ve mukozaların koruyucu bariyer özelliklerinin ortadan kaybolmasıyla sepsis ve çoklu organ yetmezliği gelişmiştir. Diğer hasta, MMA'ya ikincil kronik karaciğer hastalığı ve kronik nötrojeni komorbiditeleri ile izlenmekte olup E. coli sepsisi ve çoklu organ yetmezliği nedeniyle eksitus olmuştur. Akut metabolik kriz ölçütlerini karşılayan 30 başvuru ile karşılamayan 64 başvurunun klinik ve laboratuvar özellikleri karşılaştırıldığında, krizin tanımında bulunan beslenememe, bilinç değişikliği, bikarbonat düşüklüğü (<15 mmol/l), artmış anyon açığı (<16 mEq/l) ve ketonüri varlığının yanı sıra hızlı veya derin solunum, dehidratasyon, hipokarbi (<35 mmHg) ve hiperürisemi de akut metabolik kriz varlığı ile ilişkili bulunmuştur (p<0,05). Metabolik krizdeki hastalarda, krizde olmayanlara göre pH (7,30 – 7,38), pCO<sub>2</sub> (26,8 – 34,4 mmHg), bikarbonat (15,4 – 21,0) ve serum klor (101,3 – 104,2 mEq/l) düzeyleri anlamlı ölçüde daha düşük; anyon açığı (19,8 – 13,0 mEq/l) ve serum ürik asit (8,34 – 5,57) düzeyleri anlamlı ölçüde daha yüksek bulunmuştur (p<0,05). Başvuruda alınan tanılardan kriz varlığı ile ilişkili bulunan tek tanı kronik böbrek hastalığının akut dekompanzasyonu olup hastaların diğer klinik (ateş, diğer enfeksiyon bulguları, karın ağrısı, ishal vb.) ve laboratuvar (hücre sayımları, laktat düzeyleri vb.) parametreleri ile başvuruda aldıkları diğer tanımlar (solunum yolu enfeksiyonu, sepsis vb.) ise kriz varlığı ile ilişkili bulunmamıştır. Lojistik regresyon modelinde kriz varlığı ile en çok ilişkili parametreler, pH ve pCO<sub>2</sub> olarak belirlenmiştir. PA: 16 propionik asidemi hastası çalışma süresi boyunca 118 kez başvurmuştur. 118 başvurunun %58,5'i erkek hasta olup toplam başvuru oranının %74,6'sında mental retardasyon, %40,7'sinde HLH öyküsü, %17,8'inde epilepsi, %5,9'unda dilate kardiyomiopati komorbiditeleri mevcut bulunmuştur. Tüm PA başvurularında en sık izlenen belirti ve bulgular sırasıyla bulantı-kusma (%66,1), solunum yolu enfeksiyonu belirtileri (%56,8), beslenememe/iştahsızlık (%39,8), halsizlik (%38,1) ve ateş (%34,7) idi. Başvuruların %11,9'unda bilinç düzeyinde azalma mevcuttu. Başvurularda en sık konan tanı akut metabolik kriz (65 başvuru, %55,1) ve üst solunum yolu enfeksiyonu (%29,7) olup diğer tanımlar nadir idi. Bu süreçte 6 hasta yoğun bakım ünitesine yatırılmış ve 4 hastaya diyaliz yapılmıştır (1 aralıklı hemodiyaliz, 3 CVVH). 1 hasta metabolik kriz sonucu eksitus olmuştur. PA'da akut metabolik kriz ölçütlerini karşılayan 65 başvuru ile karşılamayan 53 başvurunun klinik ve laboratuvar özellikleri karşılaştırıldığında, krizin tanımında bulunan beslenememe, bulantı-kusma, bilinç değişikliği, bikarbonat düşüklüğü (<15 mmol/l), artmış anyon açığı (<16 mEq/l) ve ketonüri varlığının yanı sıra ateş olmaması, halsizlik, hipokarbi (<35 mmHg) ve hiperürisemi de akut metabolik kriz varlığı ile ilişkili bulunmuştur (p<0,05). Metabolik krizdeki hastalarda, krizde olmayanlara göre pH (7,397 – 7,414), pCO<sub>2</sub> (33,3 – 38,3 mmHg), bikarbonat (21,40 – 24,25 mmol/l), laktat (1,90 – 2,65 mmol/l), serum sodyum (137,3 – 139,2 mEq/l) ve serum klor (100,1 – 103,7 mEq/l) düzeyleri anlamlı ölçüde daha düşük; serum kreatinin (0,43 – 0,37), anyon açığı (16,2 – 12,3 mEq/l) ve serum ürik asit (7,11 – 4,14 mg/dl) düzeyleri anlamlı ölçüde daha yüksek bulunmuştur (p<0,05). Başvuruda alınan tanımlar, diğer klinik (solunum yolu enfeksiyon bulguları, karın ağrısı, ishal vb.) ve laboratuvar (hücre sayımları vb.) parametreleri ile kriz varlığı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Lojistik regresyon modelinde kriz varlığı ile en çok ilişkili parametre, beslenememe/ iştahsızlık varlığı olarak belirlenmiştir.

# 15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-TARTIŞMALI POSTERLER-

**Sonuç :** Çalışmanın sonuçlarına göre, akut metabolik krizin tanımlarındaki klinik ve biyokimyasal parametrelere ek olarak; MSUD'de halsizlik ve dehidratasyon krizde daha sık görülmekte olup kriz sırasında pCO<sub>2</sub> ve klorda anlamlı azalma, anyon açığı ve ürik asit düzeylerinde anlamlı artış izlenmekte; MMA'da hızlı/derin soluk alıp verme, buna bağlı hipokarbi, dehidratasyon ve hiperürisemi krizde daha sık görülüp kriz sırasında klor düzeyinde anlamlı azalma, ürik asit düzeyinde anlamlı artış izlenmekte; PA'da ise halsizlik, hipokarbi ve hiperürisemi krizde daha sık görülüp kriz sırasında sodyum ve klor düzeylerinde anlamlı düşme, kreatinin düzeyinde bir miktar ve ürik asit düzeyinde anlamlı artış izlenmektedir. Dehidratasyona bağlı yükselebileceği bilinen ürik asit, katabolizmanın da bir belirtisi olup, ilk kez bu çalışmanın verilerine göre organik asidemilerin akut krizlerinde kriz ile ilişkili bir biyokimyasal belirteç olarak öne çıkmaktadır. Ayrıca dehidratasyon, MSUD ve MMA'da kriz ile ilişkili bulunmuştur. Dehidratasyon; beslenmede azalma, kusma, artmış organik asitlere bağlı diürez ve artmış ventilasyona bağlı insensibl kayıp artışı gibi kriz sırasında görülebilecek birçok durumun bileşkesi olarak ortaya çıkabileceğinden, kriz varlığı ile ilişkili olması beklenebilen bir bulgudur. Ailelerinin çocuklarının "halsiz" olduklarını tarif etmeleri, özellikle MSUD ve PA'da akut metabolik kriz açısından acil hekimi için uyarıcı olmalıdır. Eksitus olan üç hastadan ikisinin akut metabolik kriz dışındaki nedenlerden dolayı eksitus olması dikkat çekicidir. Hastaların eşlik eden akut ve kronik komorbiditeleri de kriz varlığından bağımsız olarak dikkatle değerlendirilmelidir. Çalışma sonuçlarının; acil serviste hızla tanınıp derhal tedavi edilmesi gereken bir hasta grubunu oluşturan organik asidemili hastaların; akut metabolik krizde olup olmadığını anlamak için kullanılan klinik ve laboratuvar parametrelerinin yorumlanmasında ve tedavilerinin planlanmasında yol gösterici olabileceği düşünülmektedir.

**Anahtar kelimeler :** Organik Asidemi, Akut Metabolik Kriz, Çocuk

PT-097

## BEŞ GÜNDEN UZUN ATEŞ İLE ÇOCUK ACİL POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN DEĞERLENDİRMESİ

Pınar Kahyaoğlu<sup>2</sup>, Mustafa Şenol Akın<sup>2</sup>, Ahmet Ziya Birbilen<sup>2</sup>, Damla Hanalioğlu<sup>2</sup>, Özlem Tekşam<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Hacettepe Üniversitesi, Çocuk Acil Polikliniği, Ankara

**Giriş :** Ateş, ailelerin en çok endişe duydukları ve nedenini bir an önce bilmek istedikleri bir yakınmadır. Bu nedenle çocuk acil polikliniğine başvuruların önemli bir bölümünü ateşi olan çocuklar oluşturmaktadır. Ateş, üst solunum yolu enfeksiyonu, akut otit, tonsillit, idrar yolu enfeksiyonu gibi sık görülen enfeksiyöz nedenlere bağlı olabileceği gibi; menenjit, pnömoni, septik artrit, osteomyelit ya da sepsis gibi daha ciddi invaziv bakteriyel enfeksiyonlara bağlı olarak da görülebilir. Sıklıkla enfeksiyöz nedenlere bağlı olarak görülse de; romatolojik, hematolojik ve onkolojik malignansiler de ateşe neden olabilir. Özellikle beş günden uzun süren ateş varlığında ise, enfeksiyonlar da dahil olmak üzere çok geniş bir yelpazede ayırıcı tanı yapılması gerekebilir.

**Gereç-Yöntem :** Bu çalışmada çocuk acil polikliniğine 5 günden uzun süren ateş şikayeti ile Temmuz/2016 ile Nisan/2018 arasında çocuk polikliniğine başvuran hastaların klinik ve laboratuvar sonuçları prospektif olarak değerlendirildi.

**Bulgular :** Çalışma süresi içinde 142 hasta, beş günden uzun süren ateş nedeniyle başvurdu. Hastaların 88'i kız, 54'ü erkek; ortalama yaşı 52 ay (3-210 ay) olarak saptandı. Başvuru sırasındaki ateşli gün sayısı ortalama 8 gün (5-60 gün) idi. Ateş ile ilişkili olan hastalıkların dağılımı; % 80,3 enfeksiyöz, % 11,3 romatolojik hastalıklar, % 4,2 malignite olarak saptandı; % 4,2'sinin nedeni saptanamadı. Romatolojik hastalıkların ortalama ateş süresinin 8 gün, malignansilerde ortalama ateş süresinin 11 gün devam ettiği görüldü. Hastaların %36'sı hastaneye yatırıldı, %27'si antibiyotik tedavisi aldı. Enfeksiyöz etkenler içerisinde %20 hastada EBV saptandı. Sekiz hastada Kawasaki, altı hastada malignite, dört hastada ise immün yetmezlik saptandı. Hastaneye yatırılan hastaların hemoglobinin, sedimentasyon (ESR), C-reaktif protein (CRP), laktat dehidrogenaz (LDH), alanin aminotransferaz (ALT), gama glutamil transferaz (GTT), kan albümin, sodyum, fosfor, kalsiyum düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p<0,05).

**Sonuç :** Ateş şikayeti ile başvuran hastalar daima dikkatle değerlendirilmeli; beş gün ve daha uzun süren ateş varlığında hastaların yakın takip edilmesi ve hatta klinik muayene bulguları doğrultusunda yatırılarak araştırılması gerekmektedir. Klinisyenlerin uzamış ateş şikayeti ile başvuran hastalarda enfeksiyöz nedenlerin yanında diğer nedenleri de mutlaka göz önünde bulundurması oldukça önemlidir.

**Anahtar kelimeler :** ateş, çocuk, acil, EBV, Kawasaki, malignensi

PT-098

## ÇOCUK ACİL PERSPEKTİFİNDEN OKÜLER TRAVMALAR

Damla Hanalioğlu<sup>1</sup>, Orkun Aydın<sup>1</sup>, Bahri Ünal<sup>1</sup>, Ahmet Ziya Birbilen<sup>1</sup>, Leman Yıldız<sup>1</sup>, Özlem Tekşam<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hacettepe Üniversitesi, Çocuk Acil Bilim Dalı, Ankara

**Giriş :** Oküler yaralanmalar, çocuklarda kalıtsal olmayan monoküler görme kaybının en sık nedeni olup, pediatrik oküler travma ilişkili ciddi veya tam görme kaybı insidansı farklı çalışmalarda %2-14 olarak bildirilmiştir. Ancak pediatrik oküler travmaları çocuk acil servis perspektifinden inceleyen sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmanın amacı, üçüncü basamak travma merkezi olan bir üniversite hastanesi çocuk acil servisine başvuran oküler travmaların demografik, klinik, radyolojik özelliklerini, yönetimlerini ve kısa vadede klinik sonuçlarını incelemektir.

**Gereç-Yöntem :** Retrospektif olarak hasta kayıtları incelenerek Ocak 2017 – Ağustos 2018 tarihleri arasında görülen tüm pediatrik hastalar (yenidoğan – 18 yaş) belirlendi. Bunlar içerisinden International Classification of Diseases 10'da belirtilen oküler yaralanma ilişkili tanı kodları girilmiş olan hastalar seçildi. Hastalara ait tıbbi kayıtlar, yaş, cinsiyet, hastaneye getirilme şekli, etkilenen göz, yaralanma mekanizması, oküler yaralanma tipi, yapılan görüntülemeler, uygulanan müdahaleler, bu müdahalelerin nerede yapıldığı (ameliyathane veya acil servis) ve varsa istenen konsültasyonlar incelendi.

# 15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

## -TARTIŞMALI POSTERLER-

**Bulgular :** Bu 2 yıllık periyotta, oküler travma nedeniyle başvuran 72 çocukta saptanan 76 oküler yaralanma değerlendirildi. Otuz yedi (%51) hastada sol göz, 31 hastada (%43) sağ göz, dört (%5,6) hastada ise her iki göz de etkilenmişti. Erkeklerin kızlardan daha sık başvurduğu görüldü (E/K: 45/27). Hastaların ortanca yaşı 8,4 yıl (yaş aralığı 10 ay – 17,9 yıl) idi. En sık yaralanma mekanizmaları künt travma (50, %69,4) ve yabancı cisim (18, %25) idi. En sık üç yaralanma tipi ise periorbital kontüzyon/abrazyon/iritasyon (38, %57,8), konjunktival abrazyon/iritasyon (15, %20,1) ve göz kapağı laserasyonu (14, %19,4) olup; 18 (%25) hastada tek travmatik olay neticesinde birden fazla tipte göz yaralanması olduğu görüldü. En sık kullanılan görüntüleme yöntemi bilgisayarlı tomografi idi (n=15, %20,8). İki hastada orbita manyetik rezonans görüntüleme yapıldı. Hastaların büyük çoğunluğuna (64, %88,9) oftalmoloji konsültasyonu istendi. On hastanın ileri tetkik ve tedavisi için hastaneye yatışları yapıldı. Bunlardan ikisinde post-travmatik optik nöropati tespit edilerek yüksek doz metilprednizolon tedavisi uygulandı. Dört hasta, ikisi “blow out” kırığı, biri glob rüptürü ve biri de penetran göz travması nedeniyle opere edildi. Kalan hastalar oftalmoloji servisinde topikal tedavilerle izlendi. Hiçbir hastada anoftalmi veya kısa dönemde kalıcı görme kaybı veya diğer bir sekel görülmedi.

**Sonuç :** Hastaların çoğu ayakta izlenmek üzere taburcu edilmiş olsa da oküler travmalar maksillofasiyal travmalar içinde önemli bir yere sahiptir. Cerrahi gereksinimi olabilecek hastalar dışında özellikle oküler travması olan çocuklar travmatik optik nöropati riski nedeniyle yakın takip edilmelidir.

**Anahtar kelimeler :** Çocuk acil, oküler travma

**PT-099**

### BÖBREK NAKLİ YAPILAN OLGULARIMIZIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ayhan Yaman<sup>1</sup>, Sinem Polat<sup>1</sup>, Ozan Özkaya<sup>2</sup>, Ümit Özçelik<sup>3</sup>, Ayhan Dinçkan<sup>3</sup>

<sup>1</sup> İstinye Üniversitesi Bahçeşehir Liv Hospital, Çocuk Yoğun Bakım, İstanbul

<sup>2</sup> İstinye Üniversitesi Bahçeşehir Liv Hospital, Çocuk Nefroloji, İstanbul

<sup>3</sup> İstinye Üniversitesi Bahçeşehir Liv Hospital, Organ Nakil Bölümü, İstanbul

**Giriş :** Son dönem böbrek yetmezliği nedeni ile olan hemodializ veya peritoneal diyaliz uygulanan pediatrik yaş gurubu hastalar, büyüme-gelişme problemi başta olmak üzere, çok farklı sağlık problemleri ile karşı karşıyadırlar. Bu grup hastaların normal yaşamlarına dönmelerini sağlayabilen, en uygun tedavi seçeneği böbrek transplantasyonudur. Pediatrik alıcılara özgü cerrahi teknik, ameliyata uyum veya çocukların henüz tam gelişmemiş immünolojik yapıları gibi sorunlar transplantasyon işlemini erişkin hastalara göre daha da zorlaştırmaktadır. Bu çalışmada böbrek nakli nedeniyle postop çocuk yoğun bakımda izlenen hastalar retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

**Gereç-Yöntem :** İstinye Üniversitesi Bahçeşehir Liv Hospital çocuk yoğun bakım ünitesinde son dönem böbrek yetmezliği nedeniyle böbrek nakli yapılan olgular retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Çalışmaya Ocak 2018 ile Eylül 2018 tarihleri arasında postop süreçte çocuk yoğun bakım ünitesinde yatan hastalar alınmıştır.

**Bulgular :** 9 aylık süre içerisinde 19 çocuk hastaya böbrek nakli yapıldı. Hastaların ortalama yaşları: 117 ay(R,20-228). Ortalama vücut ağırlıkları 28.5kg (R, 9-62) idi. Hastaların %58 (11hasta) erkekti. 18 hasta canlı vericiden nakil oldu. 1 hastaya da kadavradan böbrek nakli yapıldı. 1 Hasta dışında tüm hastalar çocuk yoğun bakıma ekstübe halde kabul edildi. Entübe halde kabul edilen hasta postop 36. Saatte ekstübe edildi. Hastaların hepsinde postop dönemde hiperglisemi gözlemlendi ve insülin tedavisi verildi. Tüm hastalar postop dönemde poliürikti. Mayileri çıkardığı +insensiblenin ½ SF verildi. Entübe halde çocuk yoğun bakıma kabul edilen hastada 24 saat inotrop desteği olarak adrenalin ve noradrenalin verildi. Tüm hastalara immunsupresif olarak takrolimus, mikofenolik asit ve prednisolon verildi. Çocuk yoğun bakımda ortalama yatış süreleri 2.7gün (R,2-5). Tüm hastalar iyilik hali ile organ nakil servisine devredildi.

**Sonuç :** Böbrek nakli olan çocuk hastalarımızda en sık karşılaştığımız sorunlar poliüri ve hiperglisemiydi. Böbrek nakli olan çocuk hastalar çocuk yoğun bakım ünitelerinde takip edilmesi morbidite ve mortaliteyi önemli oranda azaltır.

**Anahtar kelimeler :** Son dönem böbrek yetmezliği, Böbrek nakli, Çocuk yoğun bakım

**PT-100**

### ÇOCUK ACIL SERVİSİNE PENETRAN TRAVMA NEDENİYLE BAŞVURAN HASTALARIN RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ

Damla Hanalioğlu<sup>1</sup>, Orkun Aydın<sup>1</sup>, Bahri Ünal<sup>1</sup>, Leman Yıldız<sup>1</sup>, Ahmet Ziya Birbilin<sup>1</sup>, Özlem Tekşam<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hacettepe Üniversitesi, Çocuk Acil Bilim Dalı, Ankara

**Giriş :** Penetran travmalar, cildin kesici ya da delici aletlere bağlı olarak delinmesi sonucunda oluşan yaralanmalar olup, tüm travmatik yaralanmaların %5-15'ini oluşturur. Bu yaralanmalar basit yüzeysel laserasyonlardan derin çoklu organ yaralanmalarına kadar geniş bir spektrumda görülebilir. Yaralanmanın kendisi genellikle görülür olsa da, ilişkili yaralanmaların belirlenmesi künt karın travmalarından daha zor olabilir. Bu çalışmada, çocuk acil servisine penetran travma nedeniyle başvuran hastaların klinik sonuçlarının, yaralanmanın gerçekleşme nedenine göre (kendine zarar verme, şiddete maruz kalma ve kaza) karşılaştırılması amaçlandı.

**Gereç-Yöntem :** Çalışmada, Ocak 2015 – Ağustos 2018 tarihleri arasında çocuk acil polikliniğine penetran travma nedeniyle başvuran olgular incelendi. Hastalar ICD10 tanı kodları ve adli olgu bildirim tutanakları kullanılarak belirlendi. Yaralanmanın gerçekleşme nedeni; kendine zarar verme, şiddete maruz kalma ve kaza olarak sınıflandırıldı ve klinik sonuçlar bu sınıflamaya göre değerlendirildi. Mekanik ventilasyon ihtiyacı, yoğun bakım ünitesine yatış, cerrahi gereksinim, doku ve/veya nöromotor kayıp ağır ve ölüm ciddi penetran travma olarak tanımlandı.

**Bulgular :** Ocak 2015 – Ağustos 2018 tarihleri arasında 72 hasta (62 erkek, 10 kız) penetran travma nedeniyle çocuk acil servisi-

# 15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

## -TARTIŞMALI POSTERLER-

ne başvurdu. Kaza nedenli penetran travma 36 hastada (%50), şiddete maruz kalma neticesinde ortaya çıkan penetran travma 33 hastada (%45,8) görüldü. Üç hastada penetran travma, kendine zarar verme davranışı sonucunda ortaya çıktı ve bu hastalardan biri kaybedildi. Hastaların yaş ortalaması  $15,1 \pm 3,8$  yıl (yaş aralığı 1-17,9 yıl) idi. Ateşli silah yaralanması 22 hastada (%30,6), bıçakla yaralanma 42 hastada (%58,3) ve diğer delici cisimle yaralanma 8 hastada (%11) görüldü. En sık yaralanan üç anatomik bölge ekstremite (n=44), toraks (n=11) ve abdomen (n=11) idi. On hastada ciddi penetran travma vardı. Çoğunun yaralanma mekanizması ateşli silah yaralanmasıydı (n=7, %70). Bu hastalardan ikisinde intrakraniyal ateşli silah yaralanması, ikisinde abdomen yaralanması, ikisinde göğüs yaralanması, kalanlarında ise ekstremiteyi tehdit eden yaralanma mevcuttu. İntrakraniyal yaralanması olan bir hasta beyin ölümü gerçekleşerek eksitus oldu. Kendine zarar verme davranışı neticesinde gerçekleşen yaralanma ağır travma açısından en yüksek riske sahipti (%67).

**Sonuç :** Bu çalışmada, kendine zarar verme davranışının çocuklarda penetran travmaların nadir karşılaşılan bir nedeni olduğu, ancak, kendine zarar verme davranışı neticesinde görülen yaralanmaların daha ciddi ve daha kötü seyirli olduğu gösterilmiştir.

**Anahtar kelimeler :** Ateşli silah yaralanması, bıçaklanma, çocuk acil, penetran travma

### PT-101

#### ÇOCUK ACİLE BAŞVURAN HASTALARDA A-AKUT MİYOKARD HASARINA NEDEN OLAN ETYOLOJİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ahmet Ziya Birbilen<sup>1</sup>, Işıl Erdogan<sup>3</sup>, İzzet Erdoğan<sup>3</sup>, Hakan Aykan<sup>2</sup>, Özlem Tekşam<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hacettepe Üniversitesi, Çocuk Acil Bilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup> Hacettepe Üniversitesi, Çocuk Kardiyoloji Bilim Dalı, Ankara

<sup>3</sup> Hacettepe Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

**Giriş :** Çocukluk çağının kardiyak acilleri erişkinlerle karşılaştırıldığında oldukça nadirdir. Erişkin yaş grubunda göğüs ağrısı ile başvuran hastaların %10-20'si akut miyokard enfarktüsü (AME) tanısı almaktadır. Çocuk ve adolesanlarda ise göğüs ağrısı sık bir acil başvuru nedeni olmakla birlikte nadiren kardiyak bir patolojiye sekonder gelişmektedir. Ancak göğüs ağrısıyla başvuran çocuk hastada kardiyak patoloji olması ihtimalinin belirlenmesi ve tanısal araştırmalar sırasında alınan troponin düzeylerinin önemiyle ilgili olarak sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. Bu çalışma ile acile başvuran ve troponin yüksekliği saptanan hasta grubunda miyokard hasarına neden olabilecek etiyolojiler ve bunların dağılımı incelenmektedir.

**Gereç-Yöntem :** Çocuk Acil Polikliniğine başvuran hastaların verileri retrospektif olarak incelendi. Ocak 2012- Aralık 2016 tarihleri arasında Çocuk acil polikliniğine çeşitli şikâyetlerle başvurarak muayene edildikten sonra istenen tetkikler arasında troponin değerleri yüksek olan hastalar hastane veri sistemi kullanılarak tarandı. Troponin yüksekliği saptanan başvuruların acil kabul notları, yatışı yapılmışsa epikrizleri incelenerek hastaların yaşı, cinsiyeti, başvuru şikayeti, tıbbi geçmişi, başvuru sırasındaki fizik muayene bulguları, istenen tetkik sonuçları, servis ya da yoğun bakım ünitesinde yatış gerekliliği, ekokardiyografi bulguları, konulan tanı ve verilen tedavileri incelendi.

**Bulgular :** Troponin yüksekliği tesbit edilen 193 hasta verilerine ulaşıldı. Hastaların 113'ü (%58.5) erkek, 80'i (%41.5) kız hastaydı. Troponin yüksekliğine neden olan etiyolojiler; kardiyak 73 (%38), zehirlenme 60 (%31.1), sebebi bilinmeyen 29 (%15), enfeksiyon 7 (%3.6), kronik böbrek yetmezliği 5 (%2.6) ve diğer nedenler 19 (%9.3) hastada tesbit edildi. Kardiyak nedenler ise miyokardit tanılı 39 (%54), aritmi nedenli 15 (%20), konjenital kalp hastalıklarına bağlı 11 (%15), kardiyomyopatilerle ilişkili 8 (%11) hastada tesbit edildi. İntoksikasyonlar incelendiğinde ise; CO zehirlenmesi 32 (%53), ilaç alımı 15 (%25), acı elma yağı içme 3 (%5), elektrik çarpması (%5), sentetik kannabinoidler 2 (%3), organofosfat zehirlenmesi 2 (%3) ve diğer nedenler ile 3 (%5) hasta olduğu görüldü.

**Sonuç :** Çocuk acil servisinde kardiyak nedenli hastalıklar erişkinlere oranla sık görülmesine de, farklı şikâyetlerle başvuran hastalarda kardiyak etkilenmenin dışlanması için kardiyak enzim sıklıkla istenen laboratuvar testleri arasında yer almaktadır. Çalışmamızda troponin yüksekliği tesbit edilen hastaların önemli bir kısmının altta yatan kalp hastalığı ya da miyokardit ile ilişkili ya da zehirlenmeye bağlı olduğu görüldü.

**Anahtar kelimeler :** kardiyak enzim, miyokardit, zehirlenme,