

%83.2'sinin başvuru sırasında, travma öyküsü haricinde ek şikayeti yoktu. Geri kalan grupta en sık şikayet karın ağrısı idi (%13.3). Başvuru sırasında yapılan ultrasonografilerde 1 olguda intrauterin ex fetüs tespit edildi. Hastaların hospitalizasyon oranı %5.2 olarak gerçekleşti. Minör travma olgularının hiçbirisinde travma sonrası erken dönemde (1 hafta içerisinde) abortus, fetal kayıp ya da preterm doğum meydana gelmedi.

**Sonuç:** Gebelikte minör travmaların sonuçları genel olarak olumlu olsa da, bu durumun bazen fetüs ya da anne açısından ciddi komplikasyonlara yol açabileceği akılda tutulmalı ve tüm gebeler travma önleyici tedbirler konusunda antenatal dönemde bilgilendirilmelidir.

**Anahtar sözcükler:** Gebelik, travma, tedavi

### PB-129

#### Acil servikal serklaj: Gebelik sonuçları ve doğum şekli üzerine etkisi

Yunus Çavuş<sup>1</sup>, Ahmet Uysal<sup>2</sup>, Deniz Balsak<sup>1</sup>, Zuat Acar<sup>1</sup>, Zehra İnce<sup>1</sup>, Fatma Uysal<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Diyarbakır Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Diyarbakır; <sup>2</sup>Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Kadın Doğum Bilim Dalı, Çanakkale; <sup>3</sup>Konak Kadın Doğum Hastanesi Radyoloji Bölümü, İzmir

**Amaç:** Acil servikal Serklaj (ECC)'in etkinliği ve doğum şekli üzerindeki etkisini değerlendirmek.

**Yöntem:** Nisan 2007 ve Temmuz 2011 ayları arasında Diyarbakır Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi ve Seferihisar Necat Hepkon Devlet Hastanesi'ne başvurup Acil servikal serklaj yapılan 20 hasta retrospektif analize dahil edilmiştir.

**Bulgular:** Acil Servikal Serklaj sırasında, ortalama gebelik yaşı, servikal uzunluk ve servikal dilatasyon sırasıyla 21.4±2.2 hafta, 4.3±0.8 cm ve 11±2.4 mm'dir. Prosedür zamanı ile doğum haftası arasındaki ortalama süre 13.8 ± 4.9 hafta oldu ve bu süre bir canlı gebelik (p<0.05) korumak için yeterlidir. Bu çalışmada, 12 hastada (%60) vajinal doğum ve sekiz (%40) CS ile doğum yaptı. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p=0.371). Doğum sırasında gebelik haftası olarak bakıldığında >36 haftada %55, >32 haftada %70 ve %80'i >28 hafta doğum yaptı. Toplam canlı doğum oranı %90 idi.

**Sonuç:** Acil Servikal Serklaj fetusun yeterli canlılığı kazanması için yeterli zaman sağlamaktadır. Acil servikal serklaj doğum şeklini belirlemede farklılık kazandırmamaktadır. Doğum şekli acil servikal serklaj ile ilişkili değildir.

**Anahtar sözcükler:** Acil servikal serklaj, kurtarma serklajı, doğum şekli

### PB-130

#### Gebelikte risk değerlendirme

Akgül Kuru Oktay<sup>1</sup>, Burcu Kasap<sup>2</sup>

<sup>1</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir; <sup>2</sup>Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Muğla

Negatif bir olayın olma olasılığıyla ilgili bir terim olan risk, gebelik açısından normal koşullarda olması beklenmeyen ancak önceden var olan ya da gebelikte gelişebilecek bazı komplikasyonların ortaya çıkma olasılığını ifade eder. Gebelikte risk değerlendirilmesi; gebenin, fetusun veya doğum sonrası yenidoğanın, doğum öncesi bakım amaçlarına ulaşmak açısından herhangi bir riske sahip olup olmadığına karar verilmesine yardımcı olan süreçtir. Dünya genelinde ülkelerin ekonomik ve sağlık insan gücü kaynaklarının etkin kullanımı açısından farklı bakım düzeyi gerektiren gebelerin doğru tanımlanması amacıyla gebelerin risk durumlarını belirlemeye yarayan risk değerlendirme sistemleri geliştirilmiştir. Değerlendirilen durum ve değerlendirme metodları yıllar geçtikçe değişmesine rağmen, maternal bakımda risk değerlendirme ve yönetimi önemli bakım komponenti olmaya devam etmiştir. Günümüze kadar geliştirilen obstetrik risk değerlendirme, risk faktörlerinin basit olarak toplamı esasına dayanmaktadır. Birinci düzey olarak tanımlanan obstetrik risk değerlendirme, olumsuz perinatal sonuç riskini klinik değerlendirme ile saptama yöntemidir. İkinci düzey risk değerlendirme, tek bir risk faktörünün varlığı veya yokluğu esasına dayanmaktadır. Bu risk değerlendirmesinde bütün risk faktörlerinin sonuç üzerinde eşit etkiye sahip olduğu varsayıldığından gebelerin büyük çoğunluğu yüksek riskli olarak hesaplanmaktadır. Üçüncü düzey risk değerlendirmesinde ise, farklı risk faktörlerinin sonuç üzerinde de farklı etkiye sahip olduğunu belirtmek amacıyla her bir risk faktörüne o faktörün istatistiksel ağırlığına göre puan verilmektedir ve klinik olarak yapılan değerlendirmeden daha etkilidir. Gebelik fizyolojik bir durum olmasına karşın, annenin sağlık düzeyini yükseltmek, gebelik komplikasyonlarının zamanında tanı ve tedavisini sağlamak, anneyi eğitmek, doğuma hazırlamak açısından gebelik döneminde risk değerlendirmesinin yapılması gereklidir. Bu uygulamaların toplumun temeli olan annelerin ve toplumun geleceği olan çocukların sağlığını daha yaşamın başlangıcında güvence altına alacağı açıktır.

**Anahtar sözcükler:** Gebelik, risk değerlendirme, gebelik komplikasyonu

### PB-131

#### Dünyada ve Türkiye'de perinatal mortalite

Akgül Kuru Oktay<sup>1</sup>, Burcu Kasap<sup>2</sup>

<sup>1</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir; <sup>2</sup>Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Muğla

Perinatal dönem gebeliğin geç dönemini (22. gebelik haftası ve sonrası), doğum süresini ve postnatal ilk yedi günü kapsayan bir dönemdir. Perinatal mortalite uluslararası kıyaslamalarda ülkelerin sağlık düzeylerinin belirlenmesi açısından kullanılan önemli bir ölçüttür. Aynı zamanda anne ve yenidoğanın doğum öncesi, doğum esnası ve doğum sonrasında aldığı hizmetin kalitesini gösteren önemli bir parametredir. Perinatal mortalitenin %99'u gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir. Perinatal mortalite hızı gelişmiş ülkelerde bin canlı doğumda 10 iken, gelişmekte olan ülkelerde bin canlı doğumda 50'dir. Dünyada, bebeklik dönemi ölümlerinin yaklaşık üçte ikisi ilk ay içinde, bunların üçte ikisi ilk haftada, ilk haftadaki ölümlerin üçte ikisi de ilk 24 saatte ortaya çıkmaktadır. Az gelişmiş ülkeler veya gelişmekte olan ülkelerde prematürite, asfiksi, ölü doğumlar ve enfeksiyonlar perinatal mortalitenin en önemli nedenleri iken gelişmiş ülkelerde perinatal mortalite en sık prematüriteye ve konjenital anomalilere bağlıdır. Dünyada neonatal mortalite nedenlerinin %29'unu preterm doğum, %25'ini enfeksiyon(sepsis,pnömoni), %3'ünü tetanoz, %2'ini diyare, %22'sini asfiksi, %7'sini konjenital anomaliler oluşturmaktadır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA-2008)'na göre perinatal mortalite hızı binde 19'dur. Yüksek eğitilmiş kadınlar düşük eğitimlilere göre daha az perinatal ölüm deneyimine sahiptir. Refah düzeyi düşük olan hanelerde perinatal ölüm hızı daha yüksektir. Neonatoloji Derneğinin 1999'da yaptığı çalışmada perinatal mortalite hızı binde 34.9 olarak saptanmıştır. Perinatal mortalite nedenleri ölü doğum, prematürite, konjenital malformasyon ve perinatal asfiksi olarak görülmüştür. Perinatal mortalite ülkemizde hala yüksek düzeydedir. Perinatal mortalitenin irdelenmesi, fetus ve yenidoğan ölümlerinde rol alan faktörlerin belirlenerek, bunlara yönelik tedbirlerin geliştirilmesine olanak sağlayacaktır.

**Anahtar sözcükler:** Perinatal mortalite, perinatal dönem, ölüm hızı

### PB-132

#### Çukurova bölgesinde gebelik terminasyonunu etkileyen faktörler

Özer Turan<sup>1</sup>, Ebru Tarım<sup>2</sup>, Hakan Kalaycı<sup>2</sup>, Halis Özdemir<sup>2</sup>

<sup>1</sup>St. Paul's School, Brooklandville, Maryland, USA; <sup>2</sup>Başkent Üniversitesi Adana Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Ünitesi, Adana

**Amaç:** Obstetrik ultrasonografinin yaygınlaşması sonucu fetal anomalilerin erken tanısı mümkün olmaktadır. Ultrasonografide saptanan anomalilerin cinsine göre hastalara terminasyon seçeneği sunulabilmektedir. Ancak fetal anomalilere

terminasyon yaklaşımı; anne-babanın eğitimi, yaşı, gebelik sayısı, gelir düzeyi, inançları, yaşanılan bölge, tedavi gebelikleri ve fetusun gebelik haftalarından etkilenmektedir.

**Yöntem:** Bu çalışma Mayıs 2013-Ağustos 2013 tarihleri arasında Başkent Üniversitesi Adana Uygulama ve Araştırma Hastanesi Perinatoloji ünitesinde gerçekleştirildi. Gebeliğin ilk 20 haftasında başvuran 202 hastaya anket yapılmıştır. Anket soruları; hastalar ultrasonografiye girmeden önce tek araştırmacı tarafından soruldu.

**Bulgular:** Hastaların ortalama yaşı 30.43±5.00 (17-42) idi. %42.6 hasta ev hanımı idi. Ortalama gelir düzeyi 2800±1550 (800-8500) TL idi. %13.9 hastanın gebeliği tedavi ile elde edilmişti. %80.7 hasta planlayarak gebe kalmıştı. %68.8 hasta down sendromu gibi kromozomal anomali riskleri durumunda amniyosentez yaptırabileceğini belirtirken, %66.3 hasta anormal sonuç durumunda terminasyonu seçmiştir. Doğum sonrası bebeğin ameliyat olması, uzun süre hastanede kalması gereken ve hayati riski olan bir hastalığının varlığında (ciddi kalp hastalığı, barsak veya akciğer hastalıkları gibi) %67.3 hasta gebelik terminasyonu yaptırabileceğini belirtmiştir. Ancak hastaların %100'ü hafif kalp hastalıklarında terminasyon düşünmemiştir. Gebelik haftası terminasyon kararını etkiler mi sorusuna %66.3 hasta gebeliğin üçüncü ayında yakalanan büyük anomalilerde sonlandırma kararını daha rahat verebileceğini belirtmiştir.

**Sonuç:** Çukurova bölgesinde Down sendromu gibi kromozomal hastalıklarda veya doğum sonrası ciddi bakım gerektiren bebek sahibi olacak anne babaların çoğu terminasyon fikrine sıcak bakmaktadır. Erken tanı terminasyon kararında oldukça önemlidir.

**Anahtar sözcükler:** Obstetrik ultrasonografi, anne-baba eğitimi, kromozomal anomali, terminasyon

### PB-133

#### Omfalofagus ikiz gebelik: Olgu sunumu

Didem Alkaş, Hakan Kalaycı, Halis Özdemir, Tayfun Çok, Ebru Tarım

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Adana

**Konunun önemi:** Yapışık ikizler, ovulasyon sonrası 13-15. günlerde monozigotik embriyonun tam olmayan ayrışmaması sonucu oluşmaktadır. Monozigotik ikizlerin yaklaşık 1/100'ünde izlenmektedir. Omfalofagus ikizlerine %18 oranında rastlanmaktadır. Yapışık ikizlerde organlar çeşitli derecelerde paylaşılmaktadır. Kardiyak birliktelik sıklıkla izlenmez. Omfalofagus ikizlerinde karaciğer %80, terminal ileum ve kolon ise %33 oranında paylaşılır. Sıklıkla omfalofaguslara