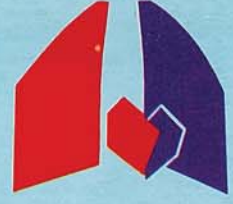


Toraks Derneği Yayın Organıdır. Aralık 1996, 1(2)

# Toraks Bülteni



|                                      |           |
|--------------------------------------|-----------|
| Toraks Derneği: Yeni Hedefler        | <b>3</b>  |
| Toraks Derneğinden Haberler          | <b>5</b>  |
| Çalışma Grupları Yönetmeliği         | <b>9</b>  |
| Yeni Üyelik Sistemi Hakkında         | <b>9</b>  |
| Göğüs Hastalıkları Uzmanlık Eğitimi  | <b>20</b> |
| Avrupa Solunum Derneği Hakkında      | <b>22</b> |
| ERS Yıllık Kongresinden Notlar       | <b>23</b> |
| Tütün ve Sağlık: Hekimin Sorumluluğu | <b>28</b> |
| Verem Danışma Kurulu Kararları       | <b>33</b> |
| Toraks Derneği 2. Bahar Toplantısı   | <b>46</b> |

## TORAKS DERNEĞİ

**Yönetim Kurulu:** Prof.Dr. Y. İzzettin Barış (Başkan), Prof.Dr. Ali Kocabaş (Genel Sekreter), Prof.Dr. Haluk Türktaş (Mali Sekreter), Prof.Dr. Tuğrul Çavdar, Prof.Dr. Ülkü Bayındır, Prof.Dr. Şinasi Yavuzer, Dr. Sadettin Çıkrıkçioğlu

**Denetim Kurulu:** Prof.Dr. Eyüp S. Uçan, Prof.Dr. Mecit Süerdem, Prof.Dr. Orhan Arseven

**Onur Kurulu:** Prof.Dr. İlhan Vidinel, Prof.Dr. Nezihe Enacar, Prof.Dr. Kemal Sözer, Dr. Mahmut Ortakaya, Prof.Dr. Hilmi Gürses

**Genel Merkez:** Prof.Dr. İzzettin Barış. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı. Sıhhiye/Ankara.  
Tlf.: (0-312) 324 37 16, Fax: (0-312) 310 08 09

**Genel Sekreterlik:** Prof.Dr. Ali Kocabaş. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı. Balcalı/Adana.  
Tlf.: (0-322) 338 64 31, 338 60 60/3129 Fax: (0-322) 338 64 31

## TORAKS BÜLTENİ

Toraks Derneğinin ücretsiz yayın organıdır. Yılda iki sayı yayınlanır.

Toraks Derneği adına sahibi : Prof.Dr. İzzettin Barış  
Yayına Hazırlayan : Prof.Dr. Ali Kocabaş  
Dizgi-Mizampaj : Nursema Gültepe  
Baskı : Kemal Matbaası A.Ş., Adana

Yayınlanan yazıların sorumluluğu yazarlarına aittir.

Toraks Bülteni, Ciba-Geigy İlaç ve Kimya Ürünleri San. ve Tic. A.Ş.'nin katkılarıyla yayınlanmaktadır,

## TORAKS DERNEĞİ: YENİ HEDEFLER

Değerli Meslektaşlarım,

Toraks Bülteninin 2. sayısı ile tekrar sizlerle birlikte olmaktan mutluluk duyuyorum.

Toraks Bülteninin ilk sayısının yayınlanmasından sonra geçen altı ay içinde 1. Yıllık Kongremizi ve 2. Genel Kurulumuzu başarı ile gerçekleştirmiş bulunmaktayız.

Toraks Derneği, kuruluşunun 4. yılını tamamladığı şu günlerde 10 ildeki şubeleri ve toplam 928 üyesi ile solunum hastalıkları alanında en büyük uzmanlık örgütü haline gelmiştir. Bunu sağlayan tüm üyelerimizi ve şubelerimizi içtenlikle kutluyorum. Toraks Derneği artık, örgütlenmesini ve kuruluş aşamasını tamamlamış durumdadır. Şimdi derneğimiz yeni bir aşamaya gelmiş, yeni bir sürecin içine girmiştir.

Toraks Derneğinin yeni hedefleri nelerdir? Toraks Derneğinin bundan sonraki temel hedefi, kurumsallaşmadır. Derneğin, demokratik, katılımcı ve en üretken niteliğe kavuşturulmasıdır. Bunun için de, Genel Merkez, Şubeler, Çalışma Grupları ve Üyeler arasında uyumlu bir işbirliğinin ve eşgüdümün sağlanması gerekmektedir. Önümüzdeki dönemde bu yeni hedeflere de ulaşacağımıza içtenlikle inanıyorum.

Toraks Derneği, solunum hastalıkları alanındaki bilimsel bilgiyi izlemek, yaymak, uluslararası bilgi üretimine katkıda bulunmak ve konu ile ilgili ulusal sorunlara çözümler üretmek amacıyla kurulmuştu. Daha şimdiden, ulusal tüberküloz kontrol programının oluşturulmasında ve ulusal astım programının biçimlenmesinde Toraks Derneği belirleyici bir rol oynamaktadır. Sigara karşıtı çalışmalarda ve "Tütün mamüllerinin zararlarının önlenmesine dair kanunun" çıkışında önemli katkılar sağlamıştır. Önümüzdeki günlerde akciğer enfeksiyonları, akciğer kanserleri, KOAH ve göğüs cerrahisi alanlarında da benzer etkinlikleri görebileceğiz.

Toraks Derneği bugün, solunum hastalıkları alanında çalışan çok sayıda araştırmacının bir araya geldiği ve ortaklaşa üretme davranışı sergiledikleri bir örgüt haline gelmiştir. Göğüs Cerrahisi Çalışma grubunda bulunan arkadaşlar bunun çok güzel örneklerini sergilemektedirler. Yakında, solunum hastalıkları alanında çalışan fizyologları, patoloğları, radyologları, enfeksiyon hastalıkları uzmanlarını ve epidemiyologları da aramızda görmekten ve onlarla birlikte çalışmaktan onur duyacağız.

İkinci Genel Kurul'dan sonra geçen altı ay içinde, Toraks Derneği 10. şubesi Bursa'da açıldı ve çalışma gruplarının işleyişine önemli katkılarda bulunacağına inandığımız "Çalışma Grupları Yönetmeliği" çıkarıldı.

Bu yıl için neler planladık? Bu yıl içinde yeni dergi ve kitaplar çıkarmayı hedefliyoruz. Bilimsel yayınları ve araştırmaları desteklemek amacıyla bir seri ödüller vereceğiz. Üyelik sistemimizi yeniden gözden geçirerek daha dinamik bir Toraks Derneği oluşturmaya çalışıyoruz. 9-13 Nisan 1996 tarihlerinde İzmir'de Toraks Derneği 2. Bahar Toplantısını yapıyoruz. Tüm bu gelişmeleri Bültenin diğer sayfalarında ayrıntılarıyla öğrenmeniz mümkün.

Bültenin bu sayısında, yakın ilişkiler içinde olduğumuz Avrupa Solunum Derneği (ERS) ve bu örgütün İsveç'te yapılan son yıllık kongresi ile ilgili haberleri bulacaksınız. Göğüs Uzmanlık eğitiminin düzenlenmesinde ne gibi gelişmeler oluyor, verem danışma kurulunun aldığı kararlar nelerdir gibi sorularınızın yanıtlarını da Bültenin ileriki sayfalarında bulabileceksiniz. Ayrıca dünyanın en saygın uzmanlık örgütlerinin (ACCP, ATS, CTS, ERS, IUATLD) hazırladığı "Sigara ve Sağlık: Hekimin Sorumluluğu" başlıklı bir özel raporu da bültenimizde yer verdik.

Daha nitelikli ve daha üretken bir Toraks Derneği, sizlerin katkıları ile gerçekleşebilecektir. Toraks Bülteni bu gelişmelerle ilgili olarak tarihe not düşmektedir.

Yeni Bültenlerde görüşmek dileğiyle saygılarımı sunar, Genel Merkez Yönetim Kurulu adına tüm üyelerimizin yeni yılını en iyi dileklerle kutlarım.

Prof.Dr. Ali Kocabaş  
Genel Sekreter



*Toraks Derneği: Yeni Hedeflere Doğru*

## TORAKS DERNEĞİNDEN HABERLER

### Toraks Derneği 1. Yıllık Kongresi

Toraks Derneği 1. Yıllık Kongresi 6-10 Mayıs 1996 tarihlerinde Nevşehir'de Hotel Dedeman'da yapıldı. Kongrenin ilk iki gününde Avrupa Solunum Okulu (European Respiratory School) ile birlikte 4 kurs düzenlendi. Solunum Fonksiyon Testleri, Noninvaziv Mekanik Ventilasyon, Pediatrik Astım, Mesleki Akciğer Hastalıklarında Radyolojik Değerlendirme konularında yapılan bu kurslara 150'den fazla üyemiz katıldı. 8'i ERS'den toplam 17 uzman, bu kurslarda eğitici olarak görev aldı. ERS başkanı Prof. Yernault eğitici olarak, Prof. Peto da konuşmacı olarak kongreye katıldı. Daha sonraki üç



J.C. Yernault (ERS Başkanı)



Toraks Derneği 1. Yıllık Kongresi Açılış Töreni



1. Yıllık Kongre Açılış Töreni



R. Peto (İngiltere)

günde ise, 10 konferans, 8 panel, 4 yuvarlak masa toplantısı ve 2 klinik olgu tartışması yapıldı. Kongrede 311 bildiri sunuldu. Kongre boyunca öğle saatlerinde çalışma gruplarının toplantıları yapıldı ve kongrenin son günü çalışma gruplarının faaliyetleri tartışıldı. 550'den fazla üyenin katıldığı 1. Yıllık Kongre, yüksek bilimsel düzeyi ve organizasyonu yönünden gerek üyelerimiz gerekse yabancı konuklarca oldukça başarılı bulundu. Kongrenin son gününde Avrupa Solunum Okulu yöneticileri ile yapılan değerlendirme toplantısında, bundan sonraki yıllarda ERS ile Toraks Derneği arasında daha yakın işbirliğinin sağlanması yönünde görüş birliğine varıldı.

## Toraks Derneği 2. Genel Kurulu

Toraks Derneği 2. Olağan Genel Kurulu, 11 Mayıs 1996 günü Hacettepe Üniversitesi Merkez Kampüsü R Salonunda yapıldı. Toplam 96 delegeden 71'inin katıldığı Genel Kurulda, Toraks Derneğinin son iki yıllık çalışmaları değerlendirildi ve bundan sonraki hedefler konusunda önerilerde bulunuldu. 2. Genel Kurulda:

a. Toraks Derneği Genel Merkez Yönetim Kurulu üye sayısının 7'den 9'a çıkartılmasına,

b. Derneği giriş aidatı ve yıllık aidatın 1997 ve 1998 yılları için 1 milyon TL'ye çıkartılmasına karar verildi.

c. Toraks Derneğinin Bursa'da 10. şubesinin açılması konusunda çaba gösterilmesi ve,

d. Derneğin kurumsallaşması konusunda gerekli girişimlerde bulunulması, çalışma grupları yönetmeliğinin çıkartılması ve derneğin bilimsel dergiler yayınlaması konusunda yeni yönetim kuruluna önerilerde bulunuldu.

Genel Kurulda, Yönetim Kurulu üyeliklerine Prof.Dr. İzzettin Barış (Hacettepe Üniversitesi), Prof.Dr. Ali Kocabaş (Çukurova Üniversitesi), Prof.Dr. Haluk Türktaş (Gazi Üniversitesi) Prof.Dr. Tuğrul Çavdar (İstanbul Üniversitesi), Prof.Dr. Ülkü Bayındır (Ege Üniversitesi), Prof.Dr. Şinasi Yavuzer (Ankara Üniversitesi) ve Dr. Sadettin Çıkrıkçioğlu (SB Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Merkezi) yeniden seçildiler.

Yeni yönetim kurulu üyeleri kendi içlerinde görev bölümü yaptılar. Prof.Dr. İzzettin Barış Genel Başkanlığa, Prof.Dr. Ali Kocabaş Genel Sekreterliğe, Prof.Dr. Haluk Türktaş Mali Sekreterliğe seçildiler.

**Tablo 1.** Toraks Derneği Üyelerinin Şubelere Göre Dağılımı (Aralık 1996)

| Şubeler       | Üye Sayısı No (%) |
|---------------|-------------------|
| 1. İstanbul   | 311 (33.5)        |
| 2. Ankara     | 233 (24.0)        |
| 3. İzmir      | 145 (15.6)        |
| 4. Adana      | 69 ( 7.4)         |
| 5. Diyarbakır | 43 ( 4.6)         |
| 6. Konya      | 38 ( 4.1)         |
| 7. Eskişehir  | 35 ( 3.8)         |
| 8. Erzurum    | 32 ( 3.4)         |
| 9. Samsun     | 25 ( 2.7)         |
| 10. Bursa     | 7 ( 0.8)          |
| <b>Toplam</b> | <b>928 (100)</b>  |

**Tablo 2.** Toraks Derneği Üyelerinin Uzmanlık Dallarna Göre Dağılımı (Aralık 1996)

| Uzmanlık Dalı                   | Üye Sayısı No (%) |
|---------------------------------|-------------------|
| 1. Göğüs Hastalıkları Uzmanı    | 426 (45.9)        |
| 2. Göğüs Hastalıkları Asistanı  | 230 (24.8)        |
| 3. Göğüs Cerrahisi Uzmanı       | 134 (14.4)        |
| 4. Göğüs Cerrahisi Asistanı     | 81 ( 8.7)         |
| 5. Dispanser Hekimi (pratisyen) | 17 ( 1.8)         |
| 6. Diğer uzmanlık dalları       | 40 ( 4.3)         |
| <b>Toplam</b>                   | <b>928 (100)</b>  |

## Toraks Derneği Bursa Şubesi Açıldı

2. Genel Kurulun önerisi ve Yönetim Kurulunun kararıyla, Toraks Derneğinin 10. şubesi Bursa'da açıldı. Bursa, Balıkesir, Çanakkale ve Yalova illerinden sorumlu olmak ve merkezi Bursa'da bulunmak üzere açılan Toraks Derneği Bursa Şubesine, kurucu üye olarak Doç.Dr. Mehmet Karadağ, Yrd.Doç.Dr. Eser Gürdal Yüksel ve Dr. Esra Kunt Uzaslan atandı. 12 Aralık 1996 günü resmi kuruluşunu tamamlayan Toraks Derneği Bursa Şubesinin adresi: Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Görükle/Bursa'dır.

## Yeni Yayınlar

Yönetim Kurulu, 1997 yılı içerisinde iki bilimsel dergi çıkarmaya karar vermiştir. Toraks Dergisi ismiyle yayınlanacak ilk dergide derleme yazıların yer alması düşünülmektedir. Buna ek olarak, ERS tarafından yayınlanan European Respiratory Topic isimli derginin Türkçeye çevrilerek veya aynen yayınlanması hedeflenmektedir. Bu konudaki çalışmalar sürmektedir.

Çalışma Grupları Yönetmeliğinde de belirtildiği gibi, şubeler ve çalışma grupları tarafından Toraks Derneği adına yayınlanması istenilen yayınlar, bundan sonra bir inceleme kurulu tarafından değerlendirildikten sonra belirlenen bir format içinde Toraks Derneği adına yayınlanabilecektir.

## Ödüller

Yönetim Kurulu, solunum hastalıkları alanında çalışan araştırmacılara destek olmak ve ulusal sorunların çözümüne katkıda bulunmak amacıyla bir seri ödül programını kabul etmiştir. Buna göre:

1. Yönetim Kurulunca belirlenen üç konuda, üyelerimizce önerilen çalışma projelerinden üçüne, (her birine 1000 ABD\$ olmak üzere) katkıda bulunulmasına,
2. TÜBİTAK tarafından ilan edilen 1. sınıf uluslararası dergilerde 1997 yılında yayınlanmış araştırma makalelerine (her birine 250 ABD \$'lık) ödül verilmesine.
3. Avrupa Solunum Derneği (ERS), Amerikan Toraks Derneği (ATS) ve Amerikan Göğüs Uzmanları Derneği (ACCP)'nin 1997 yılı içerisinde yapacakları kongre veya yıllık toplantılarda oral sunum olarak kabul edilen 3 bildiriye (her birine 250 ABD\$'lık) destek sağlanmasına,
4. Toraks Derneği Yıllık Kongrelerinde sunulan bildiriler arasından seçilen ilk 3 bildiriye sırasıyla 250, 150 ve 100 ABD\$'lık ödül verilmesine,
5. Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi bilim dallarının gelişmesine katkıda bulunan kişilere hizmet ödüllerinin verilmesine karar verilmiştir.

1997 yılında uygulanacak ödül programı ile ilgili yönetmelik, Toraks Bülteninin bundan sonraki sayısında yayınlanacaktır.

## Üyelikler Yenileniyor

Yönetim Kurulu, tüm üyeliklerin Ocak 1997'den itibaren yenilenmesine karar vermiştir. Üyelik sistemini kontrol altına almak, aktif üyelere oluşmuş bir uzmanlık örgütü oluşturmak, yeni üyelik ücretlerini hayata geçirmek ve üyelerimizin çalışma grupları ile ilgili tercihlerine esneklik sağlamak amacıyla alınan bu karar, Ocak 1997'de uygulamaya sokulacaktır. Buna göre, Toraks Derneğinin tüm üyeleri, Bülten'e ek olarak vereceğimiz yeni üyelik kayıt formunu doldurup, 1997 yılı üyelik aidatını (1 milyon TL) ödeyerek üyeliğini yenileyecek ve kendisine üyelik kartı verilecektir. Üyelik kartına sahip olan üyelerimiz, Toraks Derneği Çalışma Gruplarında çalışabilecek, Toraks Bülteni ve Derneğin yayınlacağı diğer dergileri ücretsiz olarak alacak ve Toraks Derneğinin aktivitelerine indirimli ücretlerle katılacaklardır. Toraks Derneği 2. Bahar Toplantısında bu karar uygulamaya sokulacaktır. O nedenle tüm üyelerimizin en geç 1 Nisan 1997'ye kadar üyeliklerini yenilemelerini ve Toraks Derneği Şube yöneticilerinin bu konuda etkin bir çaba göstermelerini bekliyoruz. 1997 yılı Ocak ayından itibaren Derneğe üye olacak üye adaylarının ise, 1 milyon TL giriş aidatı, 1 milyon TL de 1997 yılı üyelik aidatı ödemeleri gerekmektedir. Üyeliklerini yenilemeyen üyeler için şube yönetimlerinin tüzüğün 6/c maddesini bir an önce uygulamalarını bekliyoruz. Şimdilik 1997-1998 yılları için düşünülen bu uygulamaların, 1999 yılından itibaren her yıl tekrarlanması hedeflenmektedir. Böylece, ERS, ATS, ACCP ve benzeri tüm uluslararası örgütler gibi, etkin ve canlı bir uzmanlık örgütü oluşturmak istenmektedir.

## Çalışma Grupları Yönetmeliği Yayınlandı

Yönetim Kurulu, Çalışma Gruplarının etkinliklerini düzenleyen bir yönetmeliği kabul etti. Bültenin diğer sayfalarında yayınlanan bu yönetmeliğe göre çalışma grupları, "...Genel Merkez tarafından oluşturulan ve Genel Merkeze bağlı olarak çalışan bilimsel kurullar" olarak tanımlanmaktadır. Bu kurullar yılda en az iki kez toplanmak, tüm etkinliklerinde Genel Merkezi bilgilendirmek ve gerektiği durumlarda etkinlikleri için Genel Merkezin onayını almak durumundadırlar. Çalışma Grupları, bu gruplarda çalışmak isteyen üyeler tarafından iki yıl için seçilen yürütme kurulları tarafından yönetilirler. Şubeler çalışma grupları oluşturamazlar, fakat çalışma grupları değişik şehirlerde birimler/temsilcilikler oluşturabilir ve değişik konularda alt çalışma grupları oluşturabilir.

Ocak 1997'den itibaren üyeliklerini yenileyen üyelerimiz, üye kayıt formlarında 1. tercih olarak belirttikleri çalışma gruplarının aktif üyeleri olacaklardır. Bu üyeler, 9-13 Nisan 1997'de yapılacak Toraks Derneği 2. Bahar Toplantısı sırasında Çalışma Gruplarının yeni yöneticilerini seçimle belirleyeceklerdir. 2. Bahar Toplantısı sırasında bir gün (12 Nisan Cumartesi) sadece Çalışma Gruplarının toplantıları için ayrılmıştır. Tüm üyelerimizin, üyeliklerini yenilerken, çalışma grupları konusundaki tercihlerini "Çalışma Grupları Yönetmeliği"ni okuyarak yapmalarını öneriyoruz.

## Akciğer Patolojisi Çalışma Grubu

Yönetim Kurulumuz, Akciğer Patolojisi başlıklı yeni bir çalışma grubunun oluşturulmasına karar vermiştir. Bu alanda çalışan araştırmacıların (klinikyenlerin ve patoloğların) biraraya gelmesini sağlayacak olan çalışma grubunun geçici başkanlığına Prof.Dr. İlhan Tuncer (Çukurova Üniversitesi) atanmıştır. Şube yöneticilerinin konuyu şube sorumluluk alanında bulunan patoloji uzmanlarına duyurmaları ve ilgili kişileri üye kaydetmeleri yararlı olacaktır.

## Belge

**Toraks Derneği Çalışma Grupları Yönetmeliği**

Toraks Derneği Genel Merkez Yönetim Kurulu'nun 21 Ekim 1996 tarihinde yaptığı toplantıda kabul edilmiştir. Biri geçici olmak üzere 15 maddeden oluşmuştur.

1. Çalışma Grupları, Toraks Derneği tüzüğünde belirtilen amaçları gerçekleştirmek üzere Toraks Derneği Genel Merkezi tarafından gerekli görülen konularda oluşturulan ve Genel Merkeze bağlı olarak çalışan bilimsel kurullardır.

2. Toraks Derneği'nin tüm üyeleri ilgi duydukları konularda oluşturulmuş Çalışma Gruplarına üye olabilirler. Toraks Derneği üyeleri, iki yılda bir üyeliklerini yenilemek amacıyla doldurdıkları üye kayıt formunda ilgi duydukları üç çalışma grubunu önem sırasına göre belirtirler. Üyeler, birinci tercihlerinde belirttikleri çalışma gruplarında oy hakkına sahiptirler ve bu çalışma grubunun yürütme kuruluna seçilebilirler. İkinci ve üçüncü olarak tercih ettikleri çalışma gruplarının aktivitelerine katılabilirler, fakat oy hakkına sahip değildirler ve bu grupların yürütme kurullarına seçilemezler.

3. Çalışma Grubu üyeleri:

a. Asil üyeler: Üye kayıt formlarında birinci tercihlerinde ilgili çalışma grubunda çalışmak için başvuruda bulunan üyelerdir.

b. İzleyici üyeler: Üye kayıt formlarında ilgili çalışma grubunu ikinci ve üçüncü tercih olarak belirten üyeler.

c. Davetli üyeler: Çalışma Grubunun çalışmalarına katkıda bulunması düşünülen ve bu nedenle grup toplantılarına katılmaları için Grup Yürütme Kurulunun kararı üzerine Grup Başkanı tarafından davet edilen Toraks Derneği üyesi olan veya olmayan araştırmacılar.

4. Çalışma Gruplarının Yönetimi: Çalışma Grubunun asil üyeleri, grubun çalışmalarını yürütmek amacıyla kendi içlerinden, bu alandaki çalışmaları ile bilinen 5 kişiyi seçerek Çalışma Grubu Yürütme Kurulunu oluştururlar. Yürütme kurulu üyeleri, kendi içlerinde görev bölümü yaparak, Yürütme Kurulu Başkanı ve Sekreterini seçerler. Grup çalışmaları, Yürütme Kurulu aracılığıyla sürdürülür ve kararlar oy çokluğu ile alınır. Çalışma Grubunu, Grup Başkanı veya yetki verdiği bir diğer yürütme kurulu üyesi temsil eder. Çalışma Grubu Yürütme Kurulu üyelerinin seçimi iki yılda bir tekrarlanır. Yürütme Kurulu başkanları üstüste iki dönemden fazla seçilemezler.

5. Çalışma Grupları, her yıl en az 2 kez toplanmak durumundadır. Bu toplantılarda alınan kararlar, en geç 10 gün içerisinde Genel Sekreterliğe bildirilir. Alınan kararlar, Çalışma Grubunun kayıtlarında (Çalışma Grubu Karar Defteri, Gelen-Giden Evrak Defteri) belirtilir ve toplantıya katılan yürütme kurulu üyelerince imzalanır. Bir yıl içerisinde yapılan toplantıların yarıdan fazlasına mazaretsiz olarak katılmayan Yürütme Kurulu Üyelerinin üyelikleri düşer. Bu durumda Genel Merkeze bilgi verilir ve Genel Merkez Yönetim Kurulu denetiminde yeni yürütme kurulu üye veya üyeleri için seçim yapılır.

6. Çalışma Gruplarının görevleri şunlardır:

a. Genel Merkez ve Şubelerince düzenlenen toplantılarda panel/sempozyum/konferans gibi etkinliklerde bulunmak ve bu etkinlikleri organize etmek,

b. Genel Merkez Yönetim Kurulunca önerilen konularda ve Dernek Tüzüğünde belirtilen amaçlar doğrultusunda bilimsel etkinliklerde bulunmak ve eğitim çalışmaları yapmak,

c. Çalışma alanlarına giren konularda araştırmalar yapmak,

d. Çalışma alanlarına giren konularda araştırma protokolları, uygulama protokolları ve teknik dökümanları hazırlamak,

7. Çalışma grupları, Şube yönetim kurulları tarafından kendilerine yapılan bilimsel toplantı (panel, konferans, sempozyum vb) önerilerini, Grup Yürütme Kurulunda görüşüp karar alır. Bu kararlarını Genel Merkeze bilgi için bir yazı ile bildirirler.

8. Çalışma grupları, 6.maddede belirtilen etkinlikleri gerçekleştirmek için Genel Merkez yönetim Kuruluna teklifte bulunmak ve bu kurulun onayını almak durumundadır. Bunun için, etkinlikler ile ilgili önerilerini, Çalışma Grubu Başkanı imzalı bir ön yazı, Çalışma Grubu Yürütme Kurulu Kararlarının bir örneği ve kapsamlı bir öneri yazısı (amaç, yöntem, sorumlular, organizasyon, bütçe, destekleyen kuruluşlar vb) ile Genel Sekreterliğe iletmek ve Genel Merkezin önerileri doğrultusunda da ilgili etkinliği biçimlendirmek durumundadırlar. Genel Merkez, bu önerileri en kısa sürede yanıtlamak durumundadır.

9. Çalışma Grupları, başka dernek veya kuruluşlarla ilişkilerini Genel Merkez Yönetim Kurulunun onayı ve aracılığıyla sağlar. Genel Merkez Yönetim Kurulu, gerekli gördüğü durumlarda bu ilişkileri kurmak, geliştirmek ve organize etmek için Çalışma Grubu Yürütme Kurulu üyelerine, Toraks Derneği adına yetki verir.

10. Çalışma Grupları tarafından hazırlanan her türlü döküman, Genel Merkez Yönetim Kurulunun onayı alındıktan ve Genel Merkez Yayın Kurulunun yayın ilkeleri çerçevesinde biçimlendirdikten sonra Toraks Derneğinin resmi yayını niteliği kazanır ve basılabilir.

11. Toraks Derneği Genel Merkezi, dernek

tüzüğünde belirtilen amaçlar doğrultusunda Çalışma Grupları tarafından önerilen ve Yönetim Kurulunca uygun bulunan tüm etkinliklerini destekler, bu etkinliklerin organizasyonuna katkıda bulunur ve maddi katkı sağlar.

12. Toraks Derneği bünyesinde sadece Genel Merkeze bağlı çalışma grupları oluşturulur, Şubeler düzeyinde çalışma grupları kurulamaz. Fakat, daha verimli ve organize çalışabilmek amacıyla, her bir Çalışma Grubu değişik Şehirlerde birimler veya temsilcilikler oluşturabilir. Bu birimler veya temsilcilikler, Çalışma Grubu Yürütme Kurullarının denetimi altında görev yaparlar ve buldukları kentlerde Yürütme Kurullarının kendilerine verdikleri görevleri yerine getirirler. Grup Yürütme Kurulu, bu birimler veya temsilcilikler ile doğrudan ilişki kurar ve tüm ülke düzeyinde çalışmalarını organize edebilir.

13. Çalışma Grubu Yürütme Kurulu, gerekli durumlarda Alt Çalışma Grupları oluşturabilir ve bu kararlarını Genel Sekreterliğe bildirirler. Belirtilen alt gruplarda çalışmak isteyen asil üyeler, kendi içlerinde seçimle Alt Grup Başkanlarını seçerler. Alt grup Başkanı veya Başkanları, çalışmalarında Çalışma Grubu Yürütme Kuruluna karşı sorumludurlar ve bu kurulun denetimi altında çalışırlar.

14. Toraks Derneği Genel Merkez yönetim Kurulu, yeni çalışma grupları oluşturabilir, grup çalışmalarının yönetmelik hükümlerine uygunluğunu izler ve çalışma grupları hakkında karar verir.

15. Geçici madde. Bu yönetmelik hükümleri 1 Kasım 1996 tarihinden itibaren geçerlidir. Nisan 1997'de yapılacak Çalışma Grubu organlarının seçimlerine kadar, yönetmelikte belirtilen Yürütme Kurullarının işlevleri, halen mevcut bulunan Çalışma Grubu Yönetim Kurullarınca yerine getirilir.

## Ulusal Astım Programı Hazırlama Çalışmaları



Astım Çalışma Grubu

1992'de yayınlanan "Uluslararası Astma Tedavisi Konsensus Raporu" dünyadaki bir çok ülkenin kendileri için ulusal boyutta astma raporları hazırlamasına zemin yaratmıştır. Bu düşünce ile; gelişmiş ve zengin ülkeler ile gelişmekte olan ve nisbeten fakir ülkeler amacı aynı olan ancak farklılıklar içeren çeşitli raporlar yayınlamıştır. 1996'da Derneğimizce "Bronş Astması Tanı ve Tedavi Rehberi" uzman ve pratisyen hekimlere yönelik olarak iki ayrı biçimde basılmış ve dağıtılmıştır. Daha sonra da konu ile ilgili hekimlere hasta ve asistan eğitim slayt setleri de gönderilmiştir.

Bu raporun dağıtımını sonrasında astma ile ilgili bazı kuruluşlar bizlere çeşitli fırsatlarda kendi dilek, düşünce ve yorumlarını iletmiştir. Derneğimiz de bu düşünceden yola çıkarak hazırladığı raporunu ulusal düzeyde tartışmaya açmış ve konu ile ilgili bütün uzmanlık dernekleri ile resmi ve gönüllü kuruluşları bu tartışmaya davet etmiştir. Bu toplantıların ilki 23 Kasım 1996 günü saat 13.00-18.00 arası Hacettepe Üniversitesi

Merkez Kampüsü S salonunda yapılmıştır. Yirminin üzerinde resmi ve gönüllü kuruluş temsilcisi buraya hazırladıkları raporlar ile gelerek yeni oluşturulacak olan "Ulusal Astma Tedavisi Konsensus Raporu" için tartışmaya katılmıştır. Toplantı bazı bakış farklılıklarına rağmen oldukça olumlu bir havada geçmiştir.

Bu toplantıya davet edilenler ve "Uluslararası Astma Tedavi Konsensus Raporu"nu hazırlayan GINA (Global Initiative for Asthma) ekspert komitesinden üç bilim adamı 20 Aralık

1996 günü İstanbul'da Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Profesörler Kurulu Salonunda saat 15.00-19.00 arasında tekrar toplanarak uluslararası tecrübelerin ışığında konuyu tekrar tartışmışlardır. Bu uzmanlar komitesine GINA adına; Prof.Dr. L. Fabbri (ERS başkanı), Prof.Dr. M.R. Patridge ve Prof.Dr. J. Bousquet katılmıştır. Çok yararlı geçen bu toplantıda hem uluslararası tedavi konsensusunu hazırlayanlar tecrübelerini aktarmış hem de ülkemizdeki uzmanlar çeşitli konularda görüşler almışlardır. 21 Aralık'ta da konu ile ilgili herkese açık olarak tekrarlanan bir sempozyumun sonunda hazırlanan bir basın toplantısı ile konunun önemi kamuoyuna duyurulmuştur. Böylelikle Derneğimiz öncülüğünde yeniden hazırlanacak olan "Ulusal Astma Tedavisi Konsensus Raporu" çalışmaları önemli bir aşama katetmiştir. Yeni raporun Derneğimizin Bahar Toplantısına yetiştirilmesi planlanmıştır. Derneğimiz Bronş Astması Çalışma Grubuna başkanları Prof.Dr. F. Erkan'ın şahsında başarılar dileriz.

(F. Kalyoncu)

## Sigarayı Bıraktırma Yöntemleri Kursu Yapıldı

Toraks Derneği Sigara ve Sağlık Kolu 11-12 Ekim tarihleri arasında İstanbul'da "Sigarayı Bıraktırma Yöntemleri" konusunda iki kurs düzenlemiştir. Konuşmacı olarak Avustralya'nın New South Wales Üniversitesi Halk Sağlığı Okulu Öğretim Üyesi Associate Prof. Robyn Richmond katılmıştır. Robyn Richmond başta Avustralya olmak üzere dünyanın bir çok ülkesinde uygulanmakta olan kendisinin geliştirdiği "Smokescreen" projesi kapsamında konuyu ele almıştır.

11 Ekim 1996 tarihinde "Genel Pratisyen ve Uzman Hekimler için Sigarayı Bıraktırma Yöntemleri" kursu yapılmıştır. Kursa yüze yakın uzman ve pratisyen katılmıştır. Kurs sırasında "Smokescreen" projesi doğrultusunda Avustralya'da kullanılan hasta ve hekim eğitim dökümanları Toraks Derneği tarafından Türkçe'ye tercüme edilip bir kitap halinde basılarak, isteyen hekimlere dağıtılmıştır. Bu yöntemle göre sigara içicisi; bırakmaya hazır, kararsız, bırakmaya hazır olmayan, olmak üzere gruplara ayrılmakta ve her grubun tedavisi ayrı yönlendirilmektedir. Sigara içicisine tanı aşamasında bir kaç anahtar soru sorarak hangi gruba girdiği saptanmaktadır. Daha önce önerilen bıraktırma yöntemlerine göre bu yöntem, gerçek hedef kitleyi belirleyerek başarı oranını arttırmaktadır. Her aşamadaki içiciye verilecek bilgilendirme ve eğitim broşürleri toplu halde daha önce belirtilen kitapta bulunmaktadır. Kurs sırasında video gösterisi ile de örnek hastalara tanı ve tedavi yaklaşımları sunulmuştur. Bununla birlikte, örnek vakalar katılımcılar ile tartışılmıştır. Yarım gün süren bu kurs katılımcılar tarafından oldukça yararlı bulunduğu, kurs öncesi ve sonrası dağıtılan anketler ve değerlendirme formlarından anlaşılmıştır.

12 Ekim 1996 tarihindeki ikinci kurs tıp fakültelerindeki ve diğer eğitimcilere yönelik

olmuştur. Tıp öğrencisinin eğitimi sırasında sigara konusunda öğrenmesi gerekenler, bunların aktarılma yöntemleri ve öğretileceği eğitim dönemi tartışılmıştır. Yine Robyn Richmond tarafından hazırlanan eğitimciye yönelik kitapçık katılımcılara dağıtılmıştır. Ülkemizin çeşitli yörelerindeki tıp fakültelerinden öğretim üyelerinin katıldığı bu kurs da oldukça verimli geçmiştir.

Toraks Derneği Sigara ve Sağlık Kolu bu kursun organizasyonu sırasında bazı deneyimler elde etmiş olup, buna göre öneriler aşağıda sunulmuştur:

1. Katılan hekimlerin hepsi kursun çok yararlı olduğunu ancak katılırken bunu tahmin etmediklerini belirtmişlerdir. Yüksek bir olasılıkla, ülkemizde bir çok hekim aynı sıkıntıları yaşamamasına rağmen, sigara bıraktırma yöntemleri konusunda pratik ve yararlı bilgiyi nerden alacağını bilmemektedir. Bu nedenle, bu kurslara patentli bir isim verilmeli, mümkünse telif hakkı olmalı ve yöresel olarak tekrar edilerek daha çok hekime ulaştırılmalıdır.

2. Eğitim materyali süre darlığı nedeniyle tek bir kitapta bastırılmıştır. Ancak gelecek yıllarda, Avustralya'da olduğu gibi her hastaya verilecek materyal ayrı ayrı Türk kültürüne adapte edilmiş çizimler ile (halen haçlı seferlerini konu alan karikatürler vardır ve bu izleyicilerin tepkisine yol açmıştır) süslenerek basılmalı ve değişik broşürlerden oluşan set merkeze bir kutu içinde sunulmalıdır. Sigara ve Sağlık Kolu bu düzenlemeler için girişimde bulunmaktadır.

3. Halihazırda planlanmakta olan Uluslararası Sigara Bıraktırma projesi için Türkiye, Toraks Derneği ile başvuruda bulunmuş olup ilk ön görüşmelerde prensip olarak Türkiye'nin katılımı benimsenmiştir.

(E.Dağlı)

Belge

**Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun**

Kanun No. 4207 Kabul Tarihi: 7.11.1996

Amaç

MADDE 1.— Bu Kanunun amacı, kişileri tütün ve tütün mamullerinin zararlarından, bunların alışkanlıklarını özendirici reklam, tanıtım ve teşvik kampanyalarından koruyucu tertip ve tedbirler almaktır.

Tütün ve tütün mamullerinin içilmesi yasaklanan yerler

MADDE 2.— Sağlık, eğitim-öğretim ve kültür hizmeti veren yerler ile kapalı spor salonlarında ve toplu taşımacılık yapılan her türlü nakil vasıtaları ve bunların bekleme salonlarında, kamu hizmeti yapan kurum ve kuruluşlardan beş veya beşten fazla kişinin görev yaptığı kapalı mekanlarda tütün ve tütün mamullerinin içilmesi yasaktır.

Bu gibi mahallerde tütün ve tütün mamullerinin içilebilmesi için ayrı yerler tahsis edilir. Tahsis edilen yerden, sigara içilmeyen mahallere duman gidişini engelleyecek, havalandırma, tecrit etme gibi tedbirler alınır.

Diğer yasaklar

MADDE 3.— Tütün ve tütün mamullerinin isim, marka veya alametler kullanılarak her ne suretle olursa olsun reklam ve tanıtımının yapılması veya bunların kullanılmasını teşvik ve özendirici kampanyalar düzenlenmesi yasaktır.

Onsekiz yaşından küçüklere tütün ve tütün mamulleri satışı yapılamaz.

Uyarılar

MADDE 4.— Tütün ve tütün mamullerinin içilmesinin yasaklandığı yerlerde, yasağı ve buna uymamanın sonuçlarını belirten uyarılar asgari on santimetrelik puntolarla herkes tarafından görülebilir yerlere asılır veya yazılır. Bu uyarıların yapılmasından ilgili yerlerin yetkili veya amiri durumundaki kişi veya kişiler sorumludur.

Türkiye’de üretilen veya ithal edilen tütün ve tütün mamulleri paketinin üzerinde açıkça görülebilir ve rahatça okunabilir şekilde, “Yasal uyarı: Sağlığa zararlıdır” ibaresi konulur. Bu ibareyi taşımayan tütün ve tütün mamulleri ithal edilemez ve satışa çıkarılamaz.

Gümrük hattı dışı eşya satış mağazalarında satılan veya yolcu beraberinde yurda sokulan tütün ve tütün mamulleri hakkında ikinci fıkra hükmü uygulanmaz.

Türkiye Radyo ve Televizyon Kurumu ve özel televizyon kurumları ayda en az doksan dakika tütün ve tütün mamulleri alışkanlığının zararları konusunda uyarıcı ve eğitici mahiyette yayınlar yapmak zorundadır.

Yasağa uymayanlar hakkında işlem

MADDE 5.— Tütün ve tütün mamullerinin içilmesinin yasaklandığı ve yasağa ilişkin yazılı uyarıların bulunduğu yerlerde tütün

ve tütün mamulleri içenlere, ilgili yerin yetkilisi veya amiri durumundaki kişi tarafından yazılı uyarı gösterilmek suretiyle yasağa uyması, aksi takdirde o yeri terk etmesi gerektiği bildirilir. Bu bildirimle rağmen tütün ve tütün mamulleri içenler genel zabıta marifetiyle o yerden uzaklaştırılır.

#### İdari para cezası

MADDE 6.— Bu kanunun 4'üncü maddesinin birinci fıkrasındaki zorunluluğu yerine getirmeyen tütün veya tütün mamullerinin içilmesinin yasaklandığı yerin memur olmayan yetkilisi veya amiri hakkında on milyon lira para cezası verilir.

Bu Kanunun 5'inci maddesine göre uyarıda bulunmayan tütün ve tütün mamullerinin içilmesinin yasaklandığı yerin memur olmayan yetkilisi veya amiri hakkında on milyon lira para cezası verilir. Uyarıya rağmen tütün veya tütün mamulü içen kişi hakkında da aynı ceza uygulanır.

Bu Kanuna göre sorumluluğu yerine getirmeyen memurlar hakkında ilgili mevzuat hükümleri uygulanır.

#### Adli para cezası

MADDE 7.— Bu Kanunun 3'üncü maddesinin birinci fıkrası ile 4'üncü maddesinin ikinci fıkrası hükümlerine aykırı hareket edenlere on milyon liradan beşyüz milyon liraya kadar ağır para cezası verilir. Tekerrür halinde bu cezanın yukarı haddine hükmolunur.

#### Para cezasına ilişkin hükümler

MADDE 8.— 6'ncı maddede yazılı para cezaları o yerin en büyük mülki amiri tarafından verilir. Para cezalarına dair kararlar ilgililere Tebligat Kanunu hükümlerine göre tebliğ edilir. Bu Kanuna göre verilen idari para cezaları 6183 sayılı Amme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkında Kanun hükümlerine göre mahallin en büyük mal memurluğunca tahsil edilir. İdari para cezalarına karşı yedi gün içinde sulh ceza mahkemesine itiraz edilebilir.

GEÇİCİ MADDE 1.— Bu Kanunun yayımı tarihinden önce Türkiye'de üretilen veya ithal edilen tütün ve tütün mamullerinin bir yıl süreyle 4'üncü maddenin ikinci fıkrasında belirtilen şart aranmaksızın satışlarına devam olunur.

GEÇİCİ MADDE 2.— Bu Kanunun 2'nci maddesinin ikinci fıkrası gereğince ayrı yer tahsisi, 3'üncü maddede yasaklanan reklam panolarının kaldırılması ve 4'üncü maddesinin birinci fıkrası gereğince yapılması gereken işler Kanunun yayımı tarihinden itibaren bir yıl içinde yerine getirilir.

#### Yürürlük

MADDE 9.— Bu Kanun yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

#### Yürütme

MADDE 10.— Bu Kanun hükümleri Bakanlar Kurulu tarafından yürütülür.

25/11/1996

## Göğüs Cerrahisi Çalışma Grubu Toplantıları



Göğüs Cerrahisi Çalışma Grubu İstanbul Toplantısı

4-8 Kasım 1996 tarihlerinde Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalında ve Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Merkezinde "Toraks Cerrahisinde Ameliyat Uygulamaları" başlıklı toplantılar yapılmıştır. Türkiye'nin değişik merkezlerinden 35 kursiyerin katıldığı bu toplantıların sabah bölümlerinde vaka takdimleri yapılmış, daha sonra kursiyerler ameliyatlara davet edilmiştir. Ameliyatlara katılamayan kursiyerlerin kapalı devre TV sistemi ile operasyonları izlemeleri sağlanmıştır.

Kursta ağırlıklı olarak özefagus cerrahisi, torasik outlet sendromu, bronş kanserleri, VATS ve tüberküloz cerrahisi konuları işlenmiştir. Kursiyerler açısından oldukça yararlı geçen bu toplantıların tekrarlanacağı bildirilmiştir. 20 Aralık 1996'da İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesinde yapılan "Akciğer Kanseri Evrelemesinde Konsensus Toplantı"sında, konu ile ilgili gelişmeler ve ülkemizdeki uygulamalarda karşılaşılan sorunlar tartışılmıştır.

(M. Yüksel)

## Verem Danışma Kurulu Toplandı

Sağlık Bakanlığı'nın daveti üzerine değişik üniversite, eğitim hastanesi, dispanser, sağlık müdürlükleri ve sektörlerde çalışan 70'den fazla uzman, 2-3 Temmuz 1996'da Ankara'da bir toplantı yaptılar. "Verem Danışma Kurulu Toplantısı" olarak adlandırılan bu toplantıda, Ulusal TB Kontrol Programı, TB Tedavisi, Koruyucu Hizmetler, Eğitim ve Laboratuvar Tanı Yöntemleri konularında uzmanlardan birer rapor hazırlanması istendi. Bu konularda oluşturulan komisyonlar iki gün boyunca çalışarak, sorunlar ve çözüm yolları konusunda raporlar düzenlendiler. Çok kısa sürede hazırlanmasına rağmen oldukça verimli geçen bu toplantıda, ulusal TB Kontrol Programı açısından önemli kararlar alındı. Sağlık Bakanlığı'nın resmi belgeleri arasına katılan bu raporların hayata geçirilmesi için Toraks Derneği üzerine düşeni yapacaktır. Bu amaçla, toplantıda alınan kararları Bültenin

ileriki sayfalarında yayınlıyoruz. Buna ek olarak, ilgili raporları Toraks Derneği 2. Bahar Toplantısında tartışmaya açıyoruz. Ulusal TB Kontrol Programı adı altında yapılacak workshopda, bu raporları üyelerimizin görüşlerine sunup ayrıntılı olarak tartışmayı amaçlıyoruz. Bu tartışmalar ışığında son şekline kavuşacak olan raporlar, ulusal TB kontrol programının oluşmasına önemli katkılarda bulunacaktır.

Sağlık Bakanlığı'nca 9 Ocak 1997'de Ankara'da düzenlenen ve Sağlık Bakanı'nın da katıldığı 2. toplantıda, bu raporlar konusunda Sağlık Bakanlığının henüz hiçbir girişimde bulunmadığı üzüntüyle izlenmiştir. Verem Savaş Daire Başkanlığına yeni atanan ve Toraks Derneği Tüberküloz Çalışma Grubu Sekreteri olan Doç.Dr. Şeref Özkara'dan bu konuda iyi haberler bekliyor ve kendisine başarılar diliyoruz.



Verem Danışma Kurulu Toplantısı

## KAYBETTİKLERİMİZ

**Doç.Dr. Oya Örüç**  
(1955-1996)

Derneğimizin kuruluşunda sıcak desteği ile hep yanımızda bulunan ve ilk üyelerimizden olan sevgili arkadaşımız Oya'yı kaybettik. 1955 yılında Ankara'da doğan, ilk ve orta öğrenimini bu şehirde tamamlayan Oya, 1978 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesini bitirdi. Onunla beraber Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Kliniğinde ihtisasa başladık. Nihat, Yurdanur ve onunla geçen güzel yıllarımızı unutmak mümkün değil. 1983'te uzmanlığımızı aldıktan sonra herbirimiz başka kentlere gittik. O Ankara'da Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Merkezinde kaldı. Her Ankara'ya gelişimizde mutlaka uğradığımız sıcak bir dost olarak kaldı. Kendisi kısa sürede şef yardımcısı, şef ve doçent oldu. İnsan sıcaklığını, hoşluğunu ve sevecenliğini hiç kaybetmedi. Can ve Çağla, böyle bir anneye, sevgili Engin de böyle bir eşe sahip olmakla ne kadar şanslı idiler. Seni unutmayacağız sevgili Oya.

**Dr. Zülfü S. Özgen**  
(1914-1996)

1914 Yılında İstanbul'da doğan, 1938 yılında İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun olan Dr. Özgen, İstanbul Üniversitesi Tedavi Kliniğinde Tüberküloz ve Göğüs Hastalıkları ihtisasını tamamladıktan sonra 1950 yılında Heybeliada Sanatoryumunda uzman hekim olarak göreve başladı. O tarihten itibaren Türkiye'de tüberkülozla savaşımın her aşamasını canlı olarak yaşayan ve yönetici olarak görev yapan Dr. Özgen'i 13 Kasım günü kaybettik. Uzun yıllar İstanbul Verem Savaş Derneği ve Türkiye Ulusal Verem Savaş Dernekleri Federasyonu başkanlığını yürüten Dr. Özgen, ileri yaşına rağmen Ekim ayında Paris'te yapılan IUATLD ve Marmaris'te yapılan Tüberküloz kongrelerine katılmıştı. Ulusal tüberküloz tarihimizin önemli isimlerinden biri olan Dr. Özgen'i kaybetmekten büyük üzüntü duyduk.

## KONGRE TAKVİMİ

|  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| Toraks Derneği 2. Bahar Toplantısı                                       | 9-13 Nisan 1996, İzmir                |
| Sigara ve Sağlık Ulusal Kongresi   | 29-30 Mayıs, 1996, İstanbul           |
| TÜSAD 24. Ulusal Kongresi  | 8-11 Haziran 1997, İstanbul           |
| Amerikan Allerji ve İmmunoloji Akademisi Toplantısı                      | 21-26 Şubat, San Francisco, ABD       |
| Uluslararası Pediatrik Solunum Konferansı                                | 16-19 Mart 1997, Sidney, Avustralya   |
| Uluslararası Evde Mekanik Ventilasyon Konferansı                         | 5-7 Mart 1997, Lyon, Fransa           |
| Uluslararası Yoğun Bakım ve Acil Tıp Sempozyumu                          | 18-21 Mart 1997, Brüksel, Belçika     |
| 5. Uluslararası Solunumsal Endoskopi Kongresi                            | 7-10 Mayıs 1996, Barselona, İspanya   |
| Amerikan Toraks Derneği (ATS) Toplantısı                                 | 20-24 Mayıs 1997, San Francisco, ABD  |
| 4. Uluslararası Torokoskopi ve Video Yardımlı Torasik Cerrahi Sempozyumu | 24-26 Mayıs 1997, Sao Paulo, Brezilya |
| Uluslararası Toraks Cerrahisi Kongresi                                   | 1-8 Haziran 1997, Atina, Yunanistan   |
| Avrupa Allerji ve Klinik İmmunoloji Kongresi                             | 1-4 Haziran 1997, Rodos, Yunanistan   |
| Thomas L. Petty Aspen Akciğer Konferansı                                 | 4-7 Haziran 1997, Aspen, ABD          |
| 18. Avrupa Mikobakteriyoloji Derneği Yıllık Kongresi                     | 17-18 Haziran 1997, Cordoba, İspanya  |
| 6. Uluslararası BAL Konferansı   | 24-27 Haziran 1997, Corfu, Yunanistan |
| 4. Dünya Sarkoidozis ve Diğer Granümatöz Hastalıklar Konferansı          | 17-19 Eylül 1997, Essen, Almanya      |
| Avrupa Solunum Derneği (ERS) Yıllık Toplantısı                           | 20-24 Eylül 1997, Berlin, Almanya     |
| Global Akciğer Sağlığı Konferansı ve İUATLD Yıllık Toplantısı            | 1-4 Ekim 1997, Paris, Fransa          |
| Lancet Astım Konferansı  | 9-10 Ekim 1997, Tours, Fransa         |
| 16. Uluslararası Allerji ve Klinik İmmunoloji Kongresi                   | 19-24 Ekim 1997, Cancun, Meksika      |
| Avrupa Onkoloji Kongresi   | Ekim, 1997, Atina, Yunanistan         |

## GÖĞÜS HASTALIKLARINDA UZMANLIK EĞİTİMİ

Prof.Dr. Tuğrul Çavdar

A- Uzmanlık eğitiminin belirli standartlara bağlanması için yapılan çalışmalar son 2 seneden beri sürdürülmekte olup son aşamasına gelmiştir.

1- Bu çalışmalar ilkönce İstanbul Tabip Odası'nın İstanbul'da Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde topladığı Uzmanlık Eğitimi Kurultayı ile başlamıştır. Bu toplantıda Gümrük Birliği'ne girişle birlikte (1996 başı), Türkiye'de Uzmanlık Eğitiminde Avrupa Birliği standartlarına uyulması gerekliliği vurgulanmıştır. Avrupa Uzman Hekimler Birliği'nde (U.E.M.S.) Türkiye'yi gözlemci üye olarak temsil eden (bu görevi üstlenen) Türk Tabipler Birliği bir seri toplantı tertiplemiştir.

2- Bu toplantılar bazı bölümlere toplanabilir

a) T.T.B.'ce seçilmiş uzmanlık derneklerinin birer temsilci ile iştirak ettiği geniş katımlı toplantılar, T.T.B. bu dernekleri seçerken bunların üye sayısı, bilimsel etkinlikleri, mesleki etkinlikleri, yayınları ve eskiliklerine göre karar vermiştir.

b) Aynı disiplinde mevcut birden fazla dernekten birinin üzerinde o disiplinin tek temsilci derneği olarak anlaşılması veya mevcut iki derneğin birer temsilci vermesi ile her bir uzmanlık dalı için ikişer temsilcinin iştirak ettiği toplantılar.

Göğüs Hastalıkları uzmanlık dalında T.T.B. tarafından gerçek temsilci olarak kabul edilen iki dernek hemen ilk toplantıdan itibaren anlaşarak Solunum Araştırmaları Derneği Dr. Mustafa Yaman, Toraks Derneği Dr. Tuğrul Çavdar tarafından temsil edilmişlerdir.

c) Ankara'da toplanan 2. Uzmanlık Eğitimi Kurultayı'na kadar bir iki uzmanlık dalı hariç dernekler arasındaki problemler halledilmiş ve bu toplantı da her uzmanlık dalı 2'şer üye ile temsil edilmiştir.

Bu toplantıda:

- Ankara'daki temasları yürütecek bir yürütme kurulu teşekkül etmiş.

- Uzmanlık dernekleri temsilcilerinden oluşan

Kurula Uzmanlık Dernekleri Koordinasyon Kurulu (U.D.K.K.) ismi verilmiş.

- Sağlık Bakanlığı'nın hazırladığı tamamen Bakanlığın güdümünde olan fakat, yaptırım etkinliği olan denetleme ve müfredat kurulları ihtiva eden taslağın değiştirilmesi için temaslara geçilmesi ve bunları yürütme kurulunun takip etmesine karar verilmiştir.

d) Bu toplantılar sonraki dönemde yürütme kurulunun isteği üzere bir veya iki ayda bir yapılmıştır.

B- U.D.K.K. ve yürütme kurulunun bir senelik çalışması sonunda memleketimizde sivil kuruluşların belki de ilk başarısı diyebileceğimiz yeni bir uzmanlık eğitimi taslağı oluşmuş ve Sağlık Bakanlığı'nca gerekli prosedüre başlanmıştır.

Bu taslakta şu esasların belirleneceği görülmektedir:

-Bugüne kadar çoğu Sağlık Bakanlığı'nca seçilen (en eski iki tıp fakültesi GATA ve TTB



delegeleri dışında) üyelerden oluşan ve tamamen Bakanlığın güdümünde olan Uzmanlık Yürütme Kurulu bundan böyle;

- Sağlık Bakanlığı
- Üniversiteler (2 yerine 5-6 fakültenin temsilcisi ile)
- Ve Uzmanlık Derneklerinin hemen hemen eşit sayıda üye ile temsil edildikleri özerk bir teşekkül olmaktadır. Ve bu kuruldan başka gene bu üç ünitenin eşit temsil edildiği, yaptırım gücü olan uzmanlık veren birimleri denetleme, öğreticileri değerlendirme, eğitim şartlarını vasıflarını belirleme etkinliği olan özerk iki kurul
- denetleme ve
- müfredat kurulları oluşturulmaktadır.

C- Son devrede

1) Uzmanlık dernekleri temsilcilerinin seçiminde U.D.K.K.'nin etkin olabilmesi için bu kurulun kurumsallaşması gereği düşünülmüş. U.D.K.K.'da kabul edilen, U.D.K.K.'nin seçimlerini ve çalışmasını düzenleyen bir yönerge T.T.B. genel kurulunda da kabul edilip bu kurul T.T.B.'nin bir organı olmuştur.

2) Sağlık Bakanlığı'nın son bir hamle ile yüksek sağlık şurasını kullanarak uzmanlık süre ve kapsamlarını bir oldu bitti ile belirleme isteği gene U.D.K.K. ve yürütme kurulunun müdahalesi ile önlenmiştir.

Uzmanlık süreleri, kapsamları yan dalları ve rotasyonlarını düzenleyen çalışmalar U.D.K.K.'da bitmiş olup, yönergeye göre

seçilen dokuz kişilik yürütme kurulunda son şekli verilecektir.

D- Son olarak bazı hususları, belirtmek gereklidir.

1) Uzmanlık dalımız bir Ana Dal olarak kabul edilmiştir.

- Süresi 5 yıldır

- 1.5 sene Dahiliye (belirlenmiş dallarda) 6 ay Kardiyoloji, 2'şer ay Radyoloji Yoğun Bakım, Göğüs Cerrahisi Rotasyonları vardır.

- Allerjik Hastalıklar, Solunumsal yoğun bakım yan dalları kabul edilmiştir. Derneklerimizin teklif ettiği Torasik Onkoloji yan dalı, U.D.K.K. genel kurulunda tekrar görüşülecektir.

2)- Her uzmanlık alanı için (Uzmanlık Dernekleri, Üniversiteler, Sağlık Bakanlığı'ndan seçilecek eşit sayıda üye ile oluşacak Tedrisat Kurulu Uzmanlık eğitiminin ve öğretim birimlerinin şartlarını öğreticilerin vasıflarını belirleyecek etkili kuruldur. Bu kurul seçilip işlerlik kazandığı zaman dalımızın uzmanlık eğitimi belirli standartlara kavuşacaktır.

3)- Yukarıda belirtilen kurul derneklere gerçekleştirilmez ise bir BOARD için başlangıç olabilecektir.

4)- Dalımızdaki iki derneğin U.D.K.K.'da birer asil birer yedek üyesi mevcuttur.

5)- Tıpta Uzmanlık eğitiminin belirli standartlara ve özerkliğe sahip olabilmesi için katedilen mesafenin hala çok kısa olduğu olumlu bir sonuç için daha çok çalışmamız gerektiği kanısındayız.

### Yayınlar

GENEL PRATİSYEN VE  
UZMAN HEKİMLER İÇİN  
SİGARAYI BIRAKTIRMA YÖNTEMLERİ  
(Robyn Richmond)

TIP EĞİTİMCİLERİ İÇİN  
SİGARAYI BIRAKTIRMA YÖNTEMLERİ  
ÖĞRETİMİ  
(Robyn Richmond)

Not: Sigara ve Sağlık Kolu tarafından Türkçeleştirilerek yayınlanan yukarıdaki kurs notları, Genel Sekreterlikten temin edilebilir. İlk kitabın fiyatı 1 milyon TL, ikinci kitabın fiyatı ise 500 bin TL'dir. Bu ücretleri Toraks Derneği Genel Merkezinin aşağıda belirtilen banka hesabına yatırdığınızı gösteren banka dekontu ile başvurduğunuzda, ilgili yayınlar adresinize gönderilecektir (Vakıflar Bankası, Çankaya Şubesi, Hesap No: 2016079)

**AVRUPA SOLUNUM DERNEĞİ (ERS) ÜZERİNE***Prof.Dr. Ülkü Bayındır'la Röportaj*

**TORAKS BÜLTENİ** —Sayın Bayındır, ERS ve Türkiye delegeliği hakkında bizi bilgilendirir misiniz?

**Yanıt** —European Respiratory Society (ERS), Avrupa'da uzun yıllardan beri faaliyet gösteren iki büyük derneğin 1990 yılında birleşerek Londra'da ortak bir kongre düzenlemesiyle kurulmuştur. Bu eski derneklerden birisi Societas Europaea Pneumologica (SEP), diğeri de Societas Europensis Physiologiae Clinicae Respiratoriae (SEPCR) dir. ERS bugün Avrupa'nın en büyük göğüs hastalıkları derneği olup her yıl yaptığı kongre dünyadaki en önemli "respiratuar toplantılar"dan birisini oluşturmaktadır. Stockholm'deki son kongreye 7000'in üzerinde katılım olmuştur, katılım her yıl %15 artmaktadır. ERS'nin halen "European Respiratory Journal", "European Respiratory Review" ve "Respiratory Topics" adlı periyodik yayımlanan dergileri ve yılda iki defa, belirli konularda yayınladığı "monograph"ları vardır. Türkiye ilk defa 1993 yılında delege düzeyinde temsil edilebilecek bir ilişki kapasitesine ulaşmıştır. Yapılan seçim sonrasında 1993-1997 arasında görev yapmak üzere ulusal delege olarak ben seçildim.

**TORAKS BÜLTENİ** — Derneğin Türkiye ile olan ilişkileri konusunda neler söyleyeceksiniz?

**Yanıt** —Türkiye'deki meslektaşlarım giderek artan bir dinamizm içinde batıya açılmaya çalışıyorlar. Türk hekimlerinin batılı meslektaşlarından hiçbir eksikleri yoktur. Kendilerine yol gösterildiği ve belirli örnekler

oluşturulduğu takdirde inanılmaz bir tempoda ürün vermeye ve etkin olmaya başlıyorlar. 1987'de Amsterdam'da yapılan SEP kongresinde Türkiye'den tek katılımcı ve tek bildiri vardır. 9 yıl sonra Stockholm'de yapılan ERS kongresinde 81 bildiri sunulmuş ve 150'nin üzerinde katılım olmuştur. Son yıllarda bildiri sunularına ek olarak, oturma başkanlıkları ve Grand Round üyelikleri almaya başladık. 1996 ilkbaharında ERS'nin bir kolu olan "European School of Respiratory Medicine-ESRM", Nevşehir'de yapılan Toraks Derneği I. Ulusal Kongresine, kendi aralarında çok ünlü sekiz uzmanını göndererek Türk uzmanları ile birlikte 4 konuda kurs vermişlerdir. 1997 ve 1998 için Solunum Araştırmaları Derneği ve Toraks Derneği Ulusal Kongrelerine yine benzer katkıları konusunda prensip anlaşmasına varmış durumdayız. Bu katkılarda tüm masraflar ERDS tarafından karşılanmaktadır. Ayrıca "1995 Fellowship awards" kapsamında İstanbul'dan iki genç araştırmacımıza 2'şer ay süre ile, yurt dışında eğitim görmeleri amacı ile 5.000'er İsviçre Frangı eğitim desteği sağlamışlardır.

**TORAKS BÜLTENİ** —Konu ile ilgilenen arkadaşlarımız ERS'ye üye olmak isterlerse veya derneğin aktiviteleri konusunda ayrıntılı bilgi sahibi olmak isterlerse kendilerine ne önerirsiniz?

**Yanıt** —Mümkün olduğu kadar çok meslektaşımın ERS'ye üye olması Türkiye'nin bu dernek nezdindeki etkinliğini, dolayısıyla batıdaki etkinliğini arttıracaktır, ayrıca ERS üyesi arkadaşlarıma tüm yayınlar ücretsiz olarak gönderilecek ve kongrelere indirimli fiyatla katılacaklardır, ayrıca isterlerse "American Thoracic Society (ATS)"ye indirimli olarak üye olabileceklerdir. Bu konuda ayrıntılı bilgi isteyenler için Paris'teki Fax numarası (33) 1 45443311 olup arzu edenler doğrudan benim adresime "Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Bornova-İzmir"e yazıp bilgi alabilirler.

**AVRUPA SOLUNUM DERNEĞİ KONGRESİNDEN NOTLAR***Prof.Dr. İzzettin Barış***Non-pulmoner Transplantasyon Sonu Akciğer Enfeksiyonları**

Bu tür transplantasyonlardan sonra, alıcının T hücrelerindeki kusurdan; Pneumocystitis Carinii, Legionella, Nocardia, Mycobacteria, fungus, virüs, toxoplasma ve strongiloides enfeksiyonları, nötrofillerdeki fonksiyonel kusurdan; bakteriyel ve fungal enfeksiyonlar ve gamma globulin düşüklüğünden de streptokok ve influenza enfeksiyonları ortaya çıkabilmektedir. T hücrelerindeki kusur, genellikle solid organ naklinden; nötrofil kusuru, bu tür organ naklinden, rejeksiyon ve kemik iliği transplantasyonundan sonra görülür. Gamma globulin düzeyindeki azalma ise çoğu kez kemik iliği ve böbrek naklinden sonra ortaya çıkmaktadır.

1990 yılından sonra enfeksiyonlar için yapılan profilaksi; karaciğer, kalp, böbrek ve kemik iliği nakillerinden sonraki pulmoner enfeksiyonlarda %50'nin üzerinde azalmaya sebep olmuştur. Profilaksik rejim, enfeksiyon yapan etkene göre değişmektedir. Örneğin; Anti-viral profilaksi, Herpes Simplex'e karşı, hem verici ve hem de alıcının negatif olması durumunda ACYCLOVIR ile yapılmaktadır. Cytomegalovirus (CMV) için eğer verici (+), alıcı (-) ise Gancyclovir, Acyclovir veya gammaglobulin veya bunların kombinasyonu deneniyor. Tedavi süresi hakkında bir fikir birliği yoksa da 2 hafta ile 3 aylık süre uygundur. Bu tür tedavinin cytolytic uygulama sırasında yapılmasında fikir birliği vardır. Anti-bakteriyel tedavi, preoperatif 24-28 saat sonra geniş spektrumlu ajanlarla yapılır. Karaciğer ve kemik iliği nakillerinde neomycin veya polymycin ile barsak dekontaminasyonu öneriliyor. Anti-fungal profilaksi, kemik iliği naklinde kesin olmak şartıyla ve bazen karaciğer ve akciğer nakillerinde fluconazole, itroconazole ve

amphotericin oral veya düşük dozlarda IV yolla verilebilir. Pneumocystitis Carinii enfeksiyonundan korunmak için SMX-TMP 6-12 ay süre kullanılıyor. Protozoal enfeksiyonlarında korunma verici (+), alıcı (-) kalp nakillerinde Pyramethamine veya Folinici Acide ile yapılmaktadır. Anti-mikobakteriyel profilaksi, INH ile 6-9 ay sürede tüberkülin reaksiyonu pozitif olup da, tedavi görmemiş hastalarda ve karaciğer transplantasyonunda ise ameliyattan 1 ay sonra yapılır.

Transplantasyon sonu pnömonileri genellikle grafitin iyi çalışmadığı durumlarda ve daha önce akciğer hastalığı olanlar görülüyor. Bunlar erken veya geç dönemde ortaya çıkabilir. CMV pnömonisi, allogenik kemik iliği nakillerinin yarısında görülebiliyor. Bunlarda, sino-pulmoner enfeksiyonlar ise geç dönemlerinde meydana geliyor. Böbrek nakillerinde mikobakteriyel ve nocardial; kalp nakillerinde toxoplasma, karaciğer nakillerinde ise viral enfeksiyonlar (adenovirus, herpes) belirgindir.

Akciğer dışı organ nakillerinden sonra görülen pulmoner enfeksiyonlarda radyolojik anormallikler, diffüz, fokal veya nodüler olabilmektedir. Birincisi, P.Carinii, tüberküloz veya viral kökenli olabilir. Tanımları için bronkoalveoler lavaj veya transbronkoskopik akciğer biyopsisi gerekir. Fokal infiltrasyonların sebebi çoğunlukla, bakteriyel, tüberküloz veya cryptococcal enfeksiyonlarına bağlıdır. Bunlarda, 24-28 saati geçmemek şartıyla ampirik tedavi uygulanabilir. Nodüler görüntüler, fungal enfeksiyonlarda olur ve tanı için, transtorasik iğne veya açık akciğer biyopsisi gerekir.

### Transplantasyon sonu gelişen malign hastalıklar:

Batıda takip edilen 70.000 organ naklinin 8.000'de başta Kaposi Sarkomu ve lenfoma olmak üzere birçok malign hastalıkların görüldüğü anlaşılmıştır. Bunların oluşmasında, uygulanan bağışık sistemi baskılayıcı ilaçlar, EBV ve HHV-5 enfeksiyonlarının etkili oldukları gösterildi. Bu tümörler, agressif bir davranış gösterir. Kalp-akciğer nakillerinin aşağı yukarı %10'unda sonradan tümöral gelişim bulunmuştur. Bu oran böbrek ve kemik iliği nakillerinde %1'i altındadır.

Transplantasyon sonu lenfomaların, cyclosporin, azothiopyrine ve cyclophosphamide gibi ilaçların kullanışı ve EBV virüsün eşliği ile geliştiği, daha çok ektranodal yerleşim gösterdiği, değişik bir morfoloji sergilediği immüniteyi baskılayıcı ilaçların kesilmesine yanıt verdiği biliniyor. Kaposi sarkomunun %62'sinin deri ve oral mukozada, %38'inin ise iç organlarda (akciğer, gastro-intestinal kanal) lokalizasyon gösterdiği anlaşıyor.

### Kemik iliği nakilleri sonunda görülen bronşiolitis obliterans ve idyopatik pnömoni sendromu:

Kemik iliği nakillerinin %40-50'sinde pulmoner komplikasyonlar görülmektedir. Bunların en önemlisi, obstriktif hava yolu hastalığı olan Bronşiolitis Obliterans'tır. Daha çok allogenik nakillerden sonra ortaya çıkmakta ve PFM ve FEV1'de düşme ile anlaşılmaktadır. Red olayının görüldüğü GVHD durumunda ve nakilde 50-500 gün arasında öksürük, nefes darlığı ve wheezing gibi yakınmalarla birlikte, krepitasyon ve spirometrik ölçümlerde obstrüksiyon delilleri bulunur. Olguların %80'inde akciğerler radyolojik olarak normaldir. Bu hastalığın oluşmasında, tekrarlayan aspirasyonlar, alıcının epitel hücrelerinin vericinin stotoksik T lenfositlerine karşı reaksiyonu veya bilinmeyen enfeksiyonlar sorumlu tutulmaktadır. Tedavide, kronik GVHD önlenmesi, P.Carinii profilaksisi, yüksek dozda steroid ve bundan

da yanıt alınamıyorsa, azothiopyrine (3 mg/kg, maksimum 200 mg) ve semptomatik olarak bronş açıcılar kullanılır. Hastaların takibinde FEV1 ölçümlerinin önemi vardır.

İdyopatik Pnömoni Sendromu, kemik iliği nakli olan hastaların %3-11'inde görülen, mikrobik bir olay olmamasına karşın, yaygın alveoler zedelenmenin delili olan multilober infiltrasyon ve A-aO2 gradientinin artmasıyla karakterli bir tablodur. Vakalarda, aşağı hava yolu veya akciğer parankima enfeksiyonu, biyopsi ve otopsilerle bile gösterilememiştir. Nakilden ortalama 21 gün sonra ortaya çıkar ve kronik GVHD daha sık bulunur. Akciğer fonksiyon testlerinde restriktif kusur ve difüzyonda azalma vardır. Obstrüksiyon yoktur.

İdyopatik pnömoni sendromunun gelişmesinde kullanılan ilaçlar, bilinmeyen enfeksiyonlar veya immünolojik mekanizmada kusur olabileceği iddia ediliyor. Steroid tedavisine yanıt yoktur ve mortalitesi %50-80 arasında değişmektedir.

### Karaciğer transplantasyonu ve akciğerler:

Karaciğer nakillerinin preoperatif (Hipoksemia), peroperatif (Hemodinamik) ve erken/geç postoperatif (Enfeksiyon, atelektazi gibi) komplikasyonları olabiliyor. Kronik karaciğer hastalarında, pulmoner kan basıncında düşme, hava yolu obstrüksiyonu, plevral effüzyon, interstitiel akciğer fibrosisi ve %30 gibi yüksek oranda, değişik mekanizmalara bağlı, orta derecede hipoksemi ile karakterli, özel bir tablo olan Hepato-Pulmoner Sendrom görülür. Ancak hipoksemi, olası karaciğer-akciğer hastalığı, hepato-pulmoner sendrom, ascitis, non-kardiogenik pulmoner ödem kökenli olabilir.

Hepato-Pulmoner Sendrom, sık görülmesi, ilerleyici özelliği ve yaşam için tehlikeli olması, tıbbi tedaviye yanıt vermemesi ve ancak karaciğer nakli ile düzelmesi ilgi çekicidir. Bu tür hastalarda, plevrada spider şeklinde küçük arterio-venöz fistüller, intraparakimal şantlarla birlikte diffüzyon kusuru vardır. Kronik karaciğer hastalığı olan bir kişide

dispne olsun olmasın, Platypnea veya Ortodexoxia ile birlikte parmaklarda çomaklaşma varsa, mevcut hipoksemi oksijen tedavisi ile düzelmeyorsa ve A-a O<sub>2</sub> gradienti yüksekse bu sendrom akla gelmelidir. Hemodinamik çalışmalarda, sistemik kan basıncı düşük, pulmoner arter basıncı normal veya düşük, kardiak debi yüksek vasküler hipoksemik yanıt düşük bulunur. Tanıda, sağdan sola şantın radionüclit elemanlarla veya ekokardiografi ile gösterilmesinin önemi vardır.

Hepato-pulmoner sendromun gelişmesinde, kronik karaciğer hastalığı ? portal hipertansiyon ? karaciğer yetmezliği - vazodilatasyon ? hiperdinamik sirkülasyon ilişkisi vardır.

Bir kronik karaciğer hastasında, arteriyel hipoksemi veya buna bağlı klinik görüntüler (Platypnea/ortodeoxia) varsa, karaciğer disfonksiyonu stabil olsa dahi, transplantasyon düşünülmelidir.

### **Akciğerin Hacim Azaltma Cerrahisi (Lung Volume Reduction Surgery)\***

**Tarihçe:** Akciğerlerin hacim azaltma cerrahisi (AHAC) veya batı ülkelerinde "Lung Volume Reduction Surgery" diye anılan ilk kez 1950 yılında Brantigan ve Mueller tarafından amfizemli hastalara yapılmıştır. Amaçları, torakotomi ile birden fazla segmentel rezeksiyon yaparak, geride kalan akciğerlerin elastik basıncını düzeltmek, bronşların etrafındaki basıncı arttırarak, onların ekspirasyon sırasında erkenden kapanmasını, kollapsını önlemektir. Bu girişimin %27 mortalitesine, hava kaçakları ve diğer komplikasyonlar nedeniyle bu tür ameliyatlar terk edilmiştir. Ancak son yıllarda AHAC tekrar gündeme gelmiştir. Tıptaki ilerlemelere paralel olarak, akciğer ameliyatlarının süresinin kısalması, anestezi tekniklerinde gelişme, yoğun bakım ünitelerinin bulunuşu, kesilen yerlerin Stapling ve araya domuz perikardının konularak dikilmesiyle hava kaçaklarının önlenmesi, vakaların objektif kriterlerle seçilmesi ve laser kullanılması bu tür ameliyatların tekrar gündeme gelmesine sebep olmuştur. Öncülük edenlerin başında Cooper ve Peterson, Wakabayashi, McKenna ve ekibi, ile Keenan ve arkadaşları gelmektedir.

**Ameliyat Teknikleri:** Akciğerlerin hacim azaltma cerrahisi, tek tarafta veya iki tarafta birden; torakotomi veya VATS (Video Assisted Thoracoscopic Surgery) ile yapılmaktadır.

Rezeksiyon ve ablasyonda Stapler veya Laser uygulanmaktadır. Tercih edilen laser kaynağı Nd: YAG türündedir. Ameliyat tekniği, operatörün tercihine göre değişmekteyse de, çoğu kez alt lob lezyonlarında VATS ile Stapling, üst loblarda torakotomi, yaygın lezyonlarda bilateral VATS ile birlikte Stapling veya Laser, daha önce plörodezis geçirmiş veya plevrasında yapışıklık olanlarda torakotomi tercih edilmektedir. Hasta için daha az invazif olduğu için tek veya iki taraflı VATS-Stapling tercih edilen tekniktir. Ameliyat esnasında en hastalıklı bölge tercih edilmek şartıyla bir akciğerin %20-30'u rezeke edilir. Ameliyat sırasında, geride kalan bölgenin tekrar ekspansiyonunu önlemek için akciğer yüzeyinde yaygın skarifikasyon yapılır. Keza, aşırı rezeksiyon yapılmasını önlemek için de anestetist zaman zaman akciğeri şişirerek kontrolü sağlar.

**Ameliyat Sonu Bakım:** Ameliyattan sonra erken ekstübasyon vakaların %90'ında yapılabilmektedir. Ortaya çıkan bronkospazmı gidermek için bronkodilatatör ilaçlar ve steroidler kullanılır. Hava kaçağı olguların %30-48'inde görüldüğünden su altı drenajı ortalama 5 gün devam eder. Genellikle negatif suction yapılmaz. Eğer üst lob sahasında boşluk (space) varsa bir kaç gün 10 cm H<sub>2</sub>O suction uygulanabilir. Hastaların %9-16'ında post-operatif pnömoni ve %2-5'inde

ise gastro-intestinal komplikasyonlar görülebiliyor. Respiratör gerektirecek solunum yetmezliği %2.5-13, tekrar torakotomi ise %2.5-10.5 oranlarında rastlanıyor. Altmış günden önce erken mortalite %2.5-5.5, geç mortalite ise %2-7.1 civarındadır. Çoğunlukla stafilokok ve psödomonas enfeksiyonlarından korunmak için post-operatif geniş spektrumlu antibiyotiklerle koruma yapılmaktadır.

Burada unutulmaması gereken önemli nokta, ameliyatların yapıldığı merkezlerin en modern şartlara sahip olmasıdır.

**Klinik Seyir:** Genellikle placebo etkisinden olacak, hastaların bildirdikleri subjektif iyilik hissi, objektif iyilik kriterlerinden daha yüksektir. Eğer ameliyat sonu değerlendirmeleri, spirometri, AKG, istirahat ve eforunda DLCO, kantitatif V/Q sintigrafisi, ölü saha ölçümleri, sağ ve sol kalb fonksiyonları, intrensik PEEP ölçümü ve solunum kaslarının gücü ile ölçülerek yapıldığında sonuçlar istatistiksel olarak önemli bulunsa bile, ameliyatın potansiyel riski göze alındığında klinik olarak önemli olmayabiliyor.

Çoğunlukta bazı bilim adamları, AHAC'sini koroner arter by pass ameliyatı sonuçlarına benzetmektedir. Ameliyat olan hastalar her ne kadar 5 yıla varan sürede iyilik hissetseler de, objektif kriterlerle sağlanan iyilik 1 yıl sürmektedir.

#### **AHAC Hangi Mekanizmalarla Yararlı Oluyor:**

Bilindiği gibi, normalde akciğerlerin elastik recoil denilen ve onun inspirasyonda gerilerek genişlemesinde, ekspirasyonda ise düzenli bir şekilde yavaş yavaş sönmesinden sorumlu basıncı 25-35 cm. H<sub>2</sub>O'dur. Bu basınç, amfizemli hastalarda bilinen patolojik değişiklikler nedeniyle, 20'nin altına, hatta 10'a bile düşebiliyor. İntraplevral basınç ise normalde -5 cm. H<sub>2</sub>O'dur. Bu basınç amfizemli hastalarda pozitif değerlere (20 cm. H<sub>2</sub>O) ulaşır. Alveol içindeki basınç, plevral basınç ile elastik recoil basıncının toplamıdır. Bu basınç ile akciğerlerdeki hava, ekspirasyon sırasında

bronşlardan dışarı atılıyor. Bronşlardaki basınç ağıza yaklaştıkça azalır ve bir noktada plevral basınca eşit olur. Akım yavaşlar ve durur. Amfizemli bir hastada hem intraplevral hem de elastik recoil basınç 10 cm. H<sub>2</sub>O ise, alveol basıncı 20 cm. H<sub>2</sub>O olacak ve bu basınçla ekspirasyonda hava dışarı atılacaktır. Ekspirasyon, akciğer volümü azalmadan, sonlanacaktır. Bunun nedeni, alveol basıncının düşük olması ve bronşları geren, açık tutan radial basıncın azalmasına bağlı olarak bronş çaplarının daralması ve neticede hava yolu direncinin artmasıdır. AHAC'si bir nevi esnekliğinin kaybetmiş yayların sıkıştırılarak, gerginliklerini, arttırmaktır. Bunun sonunda hem recoil basınç, dolayısıyla alveol basınç ve hem de bronşları açık tutan radial basınç artacaktır. Sonunda, ekspirasyondaki hava akımında artma, akciğer volümünde azalma, hiperinflation'da azalma olur. İnspirasyon kasları daha az zorlanmaya maruz kalır, solunum işi azalır, yorulma derecesi düşer. Diyafragma lifleri eski düzene girer. İntrensik PEEP dediğimiz, içeri giren havanın tam olarak çıkmaması sonunda alveol basıncının pozitif kalması hali de ortadan kalkar.

AHAC sonunda ventilasyon sahalarının artması, VQ dengesizliğinin geçmesi, baskıdaki akciğer kısımlarının tekrar açılmasıyla PO<sub>2</sub> yükselir. Ölü boşluk ventilasyonunun düşmesiyle de PCO<sub>2</sub> düşer. Sonunda sağ kalb fonksiyonları düzelir ve hastanın egzersiz toleransı artar.

**Preoperative Hasta Seçimi:** Akciğer hacim azaltma cerrahisinin en önemli bölümüdür. Burada, tıbbi, anatomik ve yapısal, fizyolojik-fonksiyonel, kardiorespiratuvar rehberlere gereksinim vardır.

**Tıbbi Rehberler:** Amfizemli hasta, maksimal tıbbi tedaviyi almış olmalıdır. Bunun içine, beta 2 adrenerejik agonist, ipratropium bromide, teofillinle bronkodilatasyon; uygun antibiyotikler, steroid ve pulmoner rehabilitasyon girer. Bütün bunlara rağmen

İLERİ DERECEDE DISPNEİKSE, YAŞAMI KISITLI FAKAT EGZERSİZ PULMONER REHABİLİTASYONA UYGUNSA AHAC'a aday olabilir. Burada dispne'nin derecesinin Fletcher'in tarifine göre değerlendirilmesi gerekiyor. Nefes darlığı, aynı yaş, cins ve fizik yapıdaki sağlam eşle kıyaslandırılır.

Grade 1: Hasta eşi gibi, düz yolda yürürken, yokuş ve merdiven çıkarken nefes darlığı çekmez.

Grade 2: Hasta düz yolda yürürken eşi gibi olmasına karşın, yokuşta merdiven çıkmada dispneiktir.

Grade 3: Hasta, düz yolda yürürken bile eşi gibi değil, dispneiktir.

Grade 4: Hasta düz yolda 100 yard (Ortalama 90 m.) dinlenmeden yürüyemiyor.

Grade 5: Hasta, soyunurken, konuşurken bile dispneiktir.

Dispne ile risk tayininde 6 dakikalık yürüme mesafesi de kriter olarak kullanılıyor. Eğer aday, bu sürede 122 m.'den az yol almışsa riskli gruba girer.

Ayrıca hastanın aday olabilmesi için, 75 yaşın altında olması, ameliyatın riskinin, komplikasyonlarının, sonuçlarının bilincinde olması ve OLUR (consent) vermelidir.

Buna karşın sigara içiyorsa veya sigarayı bırakalı 6 aydan az süre geçmişse; pürülan balgam çıkıyorsa, yani bronş hastalığı varsa, daha önce aynı tarafta torakotomi veya plörodezis geçirmişse, ameliyat riskini arttıran başka bir sistemik bozukluk, koroner arter hastalığı, beslenme kusuru varsa, respiratöre bağımlıysa ve yüksek dozda steroid alma zorunluluğu varsa AHAC UYGUN DEĞİLDİR.

Anatomik ve yapısal rehberlik için, P-A ve lateral akciğer filminde, toraksın arka-ön çapının artıp artmadığı, retrosternal ve retrokardiak parlaklık, hiperinflasyon, diafragma düzleşmesi, omuzların yüksek konumu ve arka kostaların angulasyonu gibi amfizemin radyolojik bulguları iyi değerlendirilmeli. Akciğer CAT'i standart,

HRCT, Positron emission CAT şeklinde olabilir. Bunda amaç, operatöre rezeke edeceği akciğer kısımlarını göstermektir. Tercih edilen, hedef sahaların heterogeneus olmasıdır. Yani, amfizemli sahalar tercih edilir. Büllöz bölge, komşu sağlam akciğer dokusunu kompresyon atelektazisine sokuyorsa, ameliyat için uygundur. Buna karşın Vanishing Lung denilen, bir akciğerin tamamen amfizemli sahalarla kaplı olması, normal özellikte akciğer kısımlarının olmaması, AMAÇ için uygun değildir. Amfizemli ve sağlam kısımların belirlenmesinde kantitatif V/Q sintigrafisinden de yararlanılır. Yukarıdaki görüntüleme yöntemleriyle, bronşektazi, plevral kalınlaşma ve skarlaşma varsa olgu AMAÇ'a uygun değildir. Keza, göğüs kafesi anormallikleri de arzu edilmez.

Hastaların değerlendirilmesinde fizyolojik, fonksiyonel çalışmalara gereksinim vardır. Ameliyat olacak hastanın FEV1'i beklenenin %35'inden düşük olmalıdır. Pletismografi ile ölçülmek şartıyla RV, beklenenin en az %250'si; TLC, beklenenin en az %125'i, RV/TLC oranının %60'dan yukarı ve DLCO'nun beklenenin % 50'sinden az olması gerekiyor. Buna karşın eğer FEV1 değeri beklenenin %50'sinden yukarı; RV %150'den az, TLC %100'den düşük ise, hastanın ameliyatına gerek yoktur. Hastada önemli derecede CO<sub>2</sub> retansiyonu, örneğin PaCO<sub>2</sub> 55-60 mm.Hg. üstünde ise ameliyat tercih edilmez. PaCO<sub>2</sub>'si 50 mm.Hg.'nin üstünde, DLCO'su %25'in altında olan hastaların %83'ünde cerrahi sonuç kötü olmuştur. Bir hastada istirahattaki PaO<sub>2</sub> 45 mm.Hg.'nin altında ise ameliyat riski yüksektir.

Akciğerlerin hacim azalması cerrahisinde, iyi bir kardiovasküler değerlendirme yapmak gerekir. Ameliyat olacak kişinin sağ ve sol kalp fonksiyonları normal olmalıdır. Önemli derecede pulmoner hipertansiyonu olmamalıdır.

\*: Bu yazı, European Respiratory Society'nin 7-11 Eylül 1996 tarihleri arasında Stockholm'da düzenlediği kongredeki AHAC ile ilgili sempozyum, oral sunumlardan, Chest Dergisi'nin Temmuz 1996 sayısındaki 5 yazıdan ve Current Opinion in Pulmonary Medicine isimli derginin Mart 1996 sayısındaki makalelerinden yararlanılarak hazırlanmıştır.

## ÖZEL RAPOR

### TÜTÜN VE SAĞLIK: HEKİMİN SORUMLULUĞU

#### *Tütün ve Sağlık Ortak Komitesi Raporu*

*American College of Chest Physicians (Amerikan Göğüs Uzmanları Koleji), American Thoracic Society (Amerikan Toraks Derneği), Asia Pasific Society of Respirology (Asya-Pasifik Solunum Derneği), Canadian Thoracic Society (Kanada Toraks Derneği), European Respiratory Society (Avrupa Solunum Derneği), International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (Uluslararası Tüberküloz ve Akciğer Hastalıkları ile Savaş Derneği)*

Tütün kullanımı ve özellikle sigara içimi genel olarak toplum ve tıp çevreleri tarafından temel bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir. Son zamanlarda, hekimler ve tıp derneklerinin bu soruna yönelmek ortak ödevleri olmuştur. Hekimler ve mesleki örgütleri sigara içimi ile ilgili önlemlerinin etkili bir şekilde alınmasına katkıda bulunmalıdır. Bu konu oldukça karmaşık olup, tıp pratiğini birkaç şekilde etkilemektedir. Aşağıdaki bildirge altı uluslararası kuruluş tarafından geliştirilmiş olup hekimin hem topluma, hem hastasına olan sorumluluklarını ortaya koymaktadır.

#### **SİGARA İÇİMİ VE HALK SAĞLIĞI**

##### **SİGARA İÇİCİSİ**

Tütün kullanımı, gelişmiş ülkelerde en önemli tek önlenebilir sağlık tehdidi olup, bütün dünyada önemli bir erken ölüm nedenidir. Tütüne bağlı ölüm kayıtlarının olduğu ülkelere bakıldığında 1985'te yaklaşık 1.7 milyon kişinin sigara içimi nedeniyle öldüğü belirlenmiş, 1995'te ise 2.1 milyon kişinin öldüğü tahmin edilmektedir. 1990-1999 arası, 5-6 milyonunun Avrupa Topluluğunda, 5-6 milyonunun Amerika Birleşik Devletlerinde, 5 milyonun eski Sovyetler Birliği'nde, 3 milyonun Doğu Avrupa'da, 2 milyonun da dünyanın başka yerlerinde olmak üzere toplam 21 milyon kişinin tütüne bağlı bir nedenle öleceğini tahmin edilmektedir. Bu ölümlerin yarısından fazlası 35-69 yaş grubundaki kişilerde gerçekleşecektir. Bu durum 1990'larda 35-69 yaş arası ölümlerin %30'unun, (yaşlılarda ölümlerin %15'i) sigaraya bağlı bir nedenle olacağını

göstermektedir (en fazla erken ölüme yol açan tek neden). Ayrıca, sigara içme insidansının gelişmekte olan ülkelerde giderek artması sigara -ilişkili hastalıklarda yeni bir salgının ortaya çıkacağını göstermektedir.

Sigara birçok hastalığın ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Akciğer kanserinde %87, kronik obstruktif akciğer hastalıklarında (KOA) %82, koroner kalp hastalığında %21 ve felçlerde %18 oranında ölümlerden sigara sorumlu tutulmaktadır. Nikotine bir kez bağımlı olunca, sigara içicisinin, kanser, solunum yolu, kardiovasküler hastalıklara yakalanma riski de artmaktadır. Belirgin solunumsal semptomlar olmaksızın, sigara içenlerde aşağı solunum yollarının kronik enflamasyonu ile solunum fonksiyonlarında yaşla ilişkili düşmede hızlanma olmaktadır.

##### **SİGARA İÇMEYEN**

Tütün dumanının tehlikesi sadece sigara içicisine sınırlı değildir. Çevresel tütün dumanı akciğer kanser riskini %30 arttırmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde yılda 3000 vakanın çevresel tütün dumanı nedeniyle akciğer kanseri olduğu tahmin edilmektedir. Süt çocukları ve sigara içmeyen ancak kronik olarak uterus içinde ve daha sonra çevresel tütün dumanına maruz kalan çocuklarda solunum yolu hastalıkları, malignensi, diğer sağlık sorunları daha sık görülmekte ve bu çocuklar daha sık hastaneye yatarak okuldan daha fazla geri kalmaktadır. Sigara içmediği halde dumanına maruz kalan erişkinlerde de daha fazla solunum yolları bulguları olmakta ve hastalık nedeniyle daha çok işe gidememektedirler.

### SİGARA İÇİMİNİN BIRAKILMASI

Sigaranın bırakılması, hızla hem semptomlarda hem de patofizyolojik olarak son derece önemli olumlu değişikliklere neden olmakta ve sigaraya bağlı ortaya çıkan birçok hastalık riskini dramatik olarak azaltmaktadır. Bıraktıktan bir yıl sonra koroner arter hastalıkları riski %50 azalmakta, 15 yıl içinde bu hastalıktan ölme riski sigara içmeyeneye eşdeğer olmaktadır. Akciğer kanseri, KOAH ve felç riski de giderek ancak daha yavaş olmak üzere azalmaktadır. Sigarayı bıraktıktan 10-14 yıl sonra akciğer kanseri olma riski hiç sigara içmemiş insanın düzeyine inmektedir. Sigarayı bırakma akciğer fonksiyonları üzerinde, özellikle genç kişilerde olumlu etki göstermekte; yaşa bağlı olarak solunum fonksiyonlarında görülen düşme sigara içmeyenlerin düşme hızına inmektedir. Son veriler 35 yaşından önce bırakmanın daha yararlı olduğunu göstermektedir.

### NİKOTİN BAĞIMLILIĞI

Tütün ürünlerindeki nikotin yüksek bağımlılık yapan bir maddedir. Kokain, morfin ve alkol ile karşılaştırıldığında sigaranın, tesadüfen kullanmayı denemiş kişilerde bağımlılık yaratma olasılığı daha fazladır. Sağlık çalışanları tarafından uyarılsa bile nikotin bağımlıları nikotinden uzak durmayı ve tekrar başlamamayı zorlukla başarabilirler. Nikotin, bağımlılık yapıcı bir madde olup, piyasada serbestçe satılan tütün ürünlerinde çocuklar ve erişkinlerde bağımlılık sağlamak için yeterli miktarda bulunmaktadır. Bütün tütün ürünleri bağımlılık yapabilmekte olup, ancak sigara dumanının akciğerlere çekilmesi ile en konsantre nikotin dozu alınmakta ve bu da hızla beyine ulaşmaktadır.

### HEKİM HASTA İLİŞKİSİ

Her doktordan; toplum, tıp çevresi, hastaları tarafından, mümkünse hastalığı önlemesi; hastalık gelişirse uygun olan en iyi tedaviyi yapması beklenir. Bu, bütün hekimlere, hastalarına sigara içip içmediklerini sorma ve o hikayeye dayanarak gerekli bilgileri sağlama zorunluluğu getirmektedir. Sigara içmeyen hastalar, sigara-ilişkili hastalıkların riskini

azaltmak için, bu davranışları yönünden yöreklendirilmelidir. Sigara içen hastalardan ise daha ayrıntılı öykü alınmalıdır. Ayrıca, neden ve ne kadar içtiği, bırakmayı deneyip denemediği, solunum semptomları, akciğer kanseri, obstruktif akciğer hastalığı, kardiovasküler hastalıklar için ilave risk faktörü olup olmadığı sorulmalıdır. Sigarayı bırakmanın yararlarını ve kişisel risk faktörlerini tartışmak, sigarayı bıraktırmak için yardım etmek, yüksek kaliteli hasta bakımının zorunlu öğeleri olmuştur.

Pediatristlerin, kadın-doğum uzmanlarının ve aile hekimlerinin genç ebeveynleri ve çocukları etkilemek için özel bir fırsatları vardır. Hamile kadınların tütünün hem kendileri hem fetüs üzerindeki zararlı etkileri konusunda aydınlatılması, çocukların sigara içen anne-baba nedeniyle solunum yolu hastalıklarının artacağı bilgisinin aktarılması, birçok kadını daha bağımlı olmadan sigarayı bırakma konusunda motive edecektir. Pediatristler ve aile hekimleri, çocuklar anlayacak yaşa geldiklerinde, sigaranın zararlı etkileri konusunda danışmanlık vermelidirler.

### HEKİMLER VE SİGARAYI BIRAKMAK

Hekimler, sigara içen tüm hastalarına sigara içmenin tıbbi risklerini ve sigara bırakma ile riskin azalacağını anlatmalıdırlar. Hekimler, bırakmayı desteklemeli ve özel bıraktırma programları ve kendi kendine yardım, davranışsal ve farmakolojik yaklaşımlar önermelidirler. Birçok davranışsal program geliştirilmiş olup, hekimler lokal olarak mevcut kaynakları kullanabilmelidirler.

Sigara bırakmanın farmakolojik yaklaşımı nikotin tedavisidir. Nikotin tedavisi yoksunluk bulgularının hafiflemesini sağlayarak, bırakma oranlarını arttırır. Tedavide kullanılan nikotine bağımlılık yapabilir. Bu bağımlılık özelliği preparatın dozu ile ilgilidir. Transdermal nikotin preparatları ve poliakrileks ciklet çok az bağımlılık yapıcı özelliğindedir. Nazal spreyler ve inhalerler gibi geliştirilmekte olan yeni sistemler, daha büyük bağımlılık yapıcı etkiye sahip olabilir. Fakat, bu etkileri, tütün ürünlerinin yaptığı bağımlılık yapıcı etkiden daha düşük olacaktır.

## HEKİMLERİN ÖRNEK OLMA ROLÜ

Şu andaki ve gelecek hekimler hastalarına ve toplumlara örnek oluşturmalarıdır. Hekimler kendileri sigara içmeyerek ve çalıştıkları yerleri dumansız hale getirerek örnek model oluşturmalarıdır. Olumsuz sağlık etkinliklerinin bilinmesine rağmen, sigara içme bazı ülkelerde hala hekimler arasında sık görülen bir davranıştır. Genellikle hekimler arasında sigara içme oranları genel toplumu yansıtmalarına rağmen, birçok ülkede hekimler genel toplumdan daha az içerler. Halka sağlık bilgisi ve eğitimi veren hekimlerin doğru bir imaj sergilemek üzere, sigara içme oranlarının azaltılması önemlidir. Hekimin hastasına hiçbir suretle sigara içmenin zararlı olmadığı fikrini vermemeli, dolayısıyla hastasının önünde sigara içmemelidir. Tıbbi dernekler hekimin bu rolünü kabul eden politikalar izlemelidir. Hastanelerde ve sağlık hizmeti verilen tüm yerlerde sigara içilmesinin yasaklanması, zorunlu olmalıdır. Bu kurallar tıbbi dernekler tarafından desteklenmelidir.

## Tıp Eğitimi

Tıp öğrencileri, hemşirelik, sağlık teknik okulu öğrencilerine eğitimlerinin ilk yılından itibaren sigaranın olumsuz etkileri, nikotinin bağımlılık yapıcı etkisi, müstakbel hastalarının sigara içmemesi için yapılacaklar veya sigara bırakma yöntemleri öğretilmelidir.

## Sigara İçmenin Önlenmesi

Çocukluk yıllarında sigaraya başlayanların nikotin bağımlılığına daha fazla aday oldukları genel olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle hastalığa karşı korumak gençlerin eğitimi ile başlar. Sigara reklamlarının bu yaş grubuna yöneltilmemesi gerekliliği de açıktır.

Maalesef tütün endüstrisi genç içicileri tuzağa düşürmek için kurnazca stratejilerinde ısrar etmektedir. Karikatür karakterleri kullanılmakta, genç, atletik, yakışıklı erkek ve kadınların bu sigara markalarını çekici bulduklarını gösteren reklamlar yapılmaktadır. Hekimler ve tıbbi örgütler bu uygulamalara karşı çıkmalıdır.

## SOSYAL HAREKET

Birçok ülke sigara içmenin sosyal etkilerini göreyerek yasalar ve kurallar belirlemiştir. Bu tip politikaların amaçları şunlardır:

- 1) Sigara içilmesinin ve nikotin bağımlılığının önlenmesi.
- 2) Halen sigara içmekte olanlar arasında sigaranın bırakılması.
- 3) Sigara içmeyenleri korumak.

Bu tip politikalar aşağıdakileri içerir:

- a) Sigara vergileri
- b) Reklam kısıtlamaları.
- c) Gençlere ve çocuklara sigara satışının kısıtlanması,
- d) Umumi yerlerde sigara içilmesinin kısıtlanması,
- e) İşyerlerinde dumansız alanların yaratılması,
- f) Tütün ürünlerinin içeriği ve paketlenmesi ile ilgili kuralların konulması,
- g) Halk eğitimi,
- h) Tütün üreticisine yardım,
- ı) Uluslararası tütün ticaretinin kısıtlanması,
- j) Sigara paketlerinde sağlık uyarıları,
- k) Çocuklara yönelik paket çıkartılmasının yasaklanması,

Bu konularda hekimlerin özel bir rolü vardır. Hekimler vatandaşlık görevleri dışında, sağlığını etkileyen konularda liderlik yapmak durumundadırlar. Halk sağlığını, kanunların ve kuralların etkilediğini göz önünde tutarak bu konulardaki tartışmalara bireysel olarak veya örgüt olarak katılmalıdırlar.

## Tütün Vergilerinin Arttırılması

Sigara vergilendirilmesi en etkili yöntemlerden biridir. Sigara fiyatlarının arttırılmasının sigara içenlerin ve sigaraya başlayanları azalttığı gösterilmiştir. Sigara tüketimini azaltmak üzere vergi artışı desteklenmelidir. Tütün fiyatları hem yüksek tutulmalı hem de enflasyon ve gelir artışı hızından daha hızlı

yükseltmelidir. Sigara fiyatlarında %10'luk bir artış tüketimde %5'lik bir düşmeye neden olur.

Birçok hükümet gelirini sigara vergisinden elde eder. Gelirler tütün önlenmesi eğitim programları, medya kampanyaları, fakirlere sigara bıraktırma, tütün ekicilerinin başka ürünlere yönelmesi için kullanılmalıdır. Bu arada fiyat arttırılmasının kaçakçılığı arttırmaması için önlemler alınmalıdır.

#### **Tütün Reklamlarının Her Türünün ve Promosyonun Engellenmesi**

Tütün reklamı ve promosyonu çocukların sigaraya başlamasını ve tütün üretimini arttıran etkenler olarak gösterilmiştir. Her türlü tütün reklamı ve promosyonu engellenmelidir.

Bunlar; tütün endüstrisinin logosunu kullanarak ve bedava sigara ve kupon dağıtarak desteklediği spor etkinliklerini kapsamalıdır.

#### **Çocukların Tütün Ürünlerine Ulaşmasının Durdurulması**

Bütün sigara içenlerin yaklaşık %90'ı sigara içmeye 18 yaşından sonra başlarlar. Dolayısı ile genç insanlar tütün ile ilgili bilgilere tam olarak sahip olmadan ve karar verme yetileri gelişmeden nikotin bağımlılığına yakalanmış olurlar. Yasalar tütün satışlarının gençlere kısıtlanmasını ve bunu satan bayilere özel ruhsatlar verilmesini sağlamalıdır. Tütün satışı yapan cihazlar çocuklara açık olduğundan kullanılması yasaklanmalıdır.

#### **Umumi Yerlerde ve İşyerlerinde Sigara İçilmesinin Kısıtlanması**

Sigara içmeyenlerin istemsiz tütün dumanına maruz kalmalarını önlemek ve ispat edilmiş sağlık tehlikelerinden koruyabilmek için sigara içilmesi tüm umumi yerlerde, toplu taşıt araçlarında, spor sahalarında, işyerlerinde ve restoranlarda engellenmelidir.

#### **Tütün Ürünlerinin İçeriğinin ve Paketlenmesinin Düzenlenmesi**

Tütün ürünleri aşırı bağımlılık yapan nikotin maddesini içermektedir. Bu nedenle, içeriği ve paketlenmesi bazı düzenlemelere tabi

tutulmalıdır. Ayrıca tütün ürününün paketinde nikotin bağımlılık yapıcı özelliği ve tütün zararları ile ilgili bilgi açıkça yazılmalıdır.

#### **Tütün ile İlgili Halk Eğitiminin Yaygınlaştırılması ve Etkinliğin Arttırılması**

Tütün reklamlarının ikna edici özelliği nedeni ile halk, güçlü ve yanlış yönlendirici mesajlara maruz kalmaktadır. Nikotinin bağımlılık yapıcı özelliği bıraktırma yöntemleri ve önemi konusunda halk sağlığı eğitimi belirginleştirerek yapılmalıdır.

#### **Sigara Bıraktırma Servislerinin Yaygınlaştırılması ve Ulaşılabilir Olması**

Sigara bıraktırma, sağlığı olumlu yönde etkilemesine rağmen sigara bıraktırma servisleri birçok sağlık kuruluşlarında yetersiz kalmaktadır. Davranış yöntemleri ve ilaç tedavisi dahil olmak üzere etkili sigara bıraktırma teknikleri hem genel hem özel sağlık hizmeti veren kuruluşlarda uygulanmalıdır.

#### **Tütün Ekicilerinin Ürün Değiştirmelerine Yardım**

Hükümetler tütün ekimine destek vermeyi durdurmalı ve ekicilere diğer ürünlere dönmeleri için yardım sağlamalıdır.

#### **Uluslararası Tütün Ürünleri Ticaretinin Düzenlenmesi**

Tütün satışları için uluslararası ticaret politikaları uygulanmamalıdır.

#### **SONUÇLAR**

Tütün kullanımı, özellikle sigara içilmesi bütün dünyada en önemli önlenebilir hastalık ve erken ölüm nedenidir. Hem sigara içenler hem de çevresel tütün dumanına maruz kalan sigara içmeyenler tehlike altındadır. Sigaranın bırakılması riski azaltır. Nikotinin bağımlılık yapıcı özelliğinin bırakmayı zorlaştırmasına rağmen hem tıbbi yöntemlerin hem de sigara içilmesinin kontrolüne yönelik sosyal yaptırımların önemli yararları vardır. Hekimler tedavi yöntemlerini sunarak sigara içilmesinin kontrolünde aktif rol oynamalıdır. Yine hekimler hem kişisel olarak hem tıbbi örgütler aracılığıyla bu konudaki tartışmalara

katılmalıdırlar. Sigara içmek toplum sağlığına yönelik önemli bir tehdit olması nedeni ile hekimler tütün kontrolü için yapılan çalışmalarda aktif ve kuvvetli bir rol almalıdırlar.

(Çev: E. Dağlı)

(x) *Chest* 1995; 108:1118-1121

#### KAYNAKLAR

- 1) Peto R, Lopez AD, Boreham J, et al. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. *Lancet* 1992;339:1268-78
- 2) US Dept of Health and Human Services. Reducing the health consequences of smoking: 25 years of progress. A Report of the Surgeon General, Office of Smoking and Health, Washington, DC: US Government Printing Office, 1989: DHHS Publication No. (CDC) 89-8411
- 3) Environmental Protection Agency. Respiratory health effects of passive smoking: lung cancer and other disorders. Washington, DC: US Government Printing Office, 1993: NIH Publication No. 93-3605
- 4) White JR, Froeb HF, Kulik JA. Respiratory illness in nonsmokers chronically exposed to tobacco smoke in the work place. *Chest* 1991; 100:39-43
- 5) Health benefit of smoking cessation: a report of the Surgeon General. Washington: US Department of Health and Human Services, 1990; DHHS Publication No (CDC) 90-84416
- 6) Kawachi I, Colditz GA, Stampfer MJ. Smoking cessation in relation to total mortality rates in women. *Ann Intern Med* 1993;119:992-1000
- 7) Ockene JK, Kuller LH, Svedsen KH, et al. The relationship of smoking cessation to coronary heart disease and lung cancer in the multiple risk factor intervention trial (MRFIT). *Am J Public Health* 1990; 80:957-58.
- 8) Sherill DL, Holberg CJ, Emrigh PL, et al. Longitudinal analysis of the effects of smoking onset and cessation on pulmonary function. *Am J Respir Crit Care Med* 1994; 149:591-97.
- 9) US Dept of Health and Human Services. The health consequences of smoking: nicotine addiction. Centers for Disease Control, Washington, DC: US Government Printing Office, 1988; DHHS Publication No. (CDC) 88-8406.
- 10) US Dept of Health and Human Services. Preventing tobacco use among young people. Centers for Disease Control and Prevention. Office on Smoking and Health, Washington, DC: US Government Printing Office, 1994: DHHS Publication No. 017-001-00491-0.
- 11) Henningfield JE, Clayton R, Pollin W. Involvement of tobacco in alcoholism and illicit drug use. *BR J Addiction* 1990;85:279-92.
- 12) Issues concerning nicotine-containing cigarettes and other tobacco products. Food and Drug Administration, Drug Advisory Committee, Meeting 27; Aug 2, 1994.
- 13) Henningfield JE, Stapleton JM, Benowitz NL, et al. Higher levels of nicotine in arterial than in venous blood after cigarette smoking. *Drug and Alcohol Depend* 1993;33:23-9.
- 14) Fiore MC, Jorenby DE, Baker TB. Tobacco dependence and the nicotine patch: clinical guidelines for effective use. *JAMA* 1992; 268:2687-94.
- 15) Masironi R. The smoking habits of European doctors: news insights. *Future Directions in Nicotine Replacement Therapy*; Paris, 1993.

### ERS Yıllık Toplantısı İsveç'te Yapıldı



ERS Yıllık Toplantısına Katılan Bir Grup Türk Delege

Avrupa Solunum Derneği (European Respiratory Society) yıllık toplantısı 7-11 Eylül 1996 tarihlerinde Stokholm'de yapıldı. Dünyanın değişik ülkelerinden 7400 delegenin katıldığı bu toplantıya, 100'den fazla Türk delege de katıldı. Bu toplantı ile ilgili olarak Prof. Barış'ın izlenimlerini Bültenin diğer sayfalarında bulacaksınız. ERS Toplantılarına Türk delegelerin her yıl artan sayıda katılmaları ve bu yıl 81 bildiri sunmaları, Toraks Derneği tarafından sevinçle karşılanmaktadır. Derneğimiz, solunum hastalıkları alanında dünyanın sayılı kongrelerinden biri olan ERS Yıllık Toplantılarına üyelerimizin aktif olarak katılmalarını beklemektedir.

## VEREM DANIŞMA KURULU KARARLARI (2-3 Temmuz 1996, Ankara)

### ULUSAL TÜBERKÜLOZ KONTROL PROGRAMI DEĞERLENDİRME KOMİSYONU RAPORU

*Prof. Dr. Hilmi Gürses, Prof. Dr. Hayati Bilgiç, Prof. Dr. Ali Kocabaş Prof. Dr. Elif Dağlı, Prof. Dr. Zeki Kılıçaslan, Prof. Dr. Orhan Öger, Prof. Dr. Erhan Ekinci, Doç. Dr. Abdullah Sayiner, Dr. Şennur Özteke, Dr. Aytaç Köstem, Dr. Osman Faik Topçu, Dr. Nurettin Silahtar, Dr. Nedret Emiroğlu, Dr. Talat Bahçebaşı, Dr. Oya Zeren Afşar, Dr. Köksal Solmazoğlu, Dr. Necdet Bayar, Dr. Filiz Becerik, Uzm. Yrd. Nevin Uysal, Güler Koçak, Hülya Keskin*

1991 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından hazırlanan yeni tüberküloz kontrol programı, global tüberküloz sorununun esas olarak dünya'daki tüberkülozlu hastaların %50 den azının saptanması ve saptanan hastaların da %50 den azının tedavi ediliyor olması gerçeği üzerine dayandırılmıştır. Nitekim, DSÖ tüm ülkelerde mevcut hastaların 2000 yılına dek en az %70 inin saptanmasını ve yayma (+) hastaların da en az %85'inin tedavi edilmesini ön görmektedir. Bu amaca yönelik olarak, önce var olan hastaların saptanarak etkili şekilde tedavi edilmesini sağlayacak programlar oluşturulması, ancak bundan sonra vaka bulma çalışmalarına ağırlık verilmesi önerilmiştir. Önerilen yeni programda, BCG aşısı tüberküloz kontrol programı içinde değerlendirilmemekte, bu uygulama yalnızca yüksek prevalanslı ülkelerde, genişletilmiş aşılama programı çerçevesinde ele alınmaktadır. Tüberküloz kontrol programları süreklilik gösterme, en uç birimlere dek ulaşabilme, ulusal gereksinimlere uygun olarak biçimlendirilme ve birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilme özelliklerini taşımalıdır.

Türkiye'de 1950'lerin başında kitlesel aşı kampanyaları ve sınırlı ölçekte olgu bulma çalışmaları ile uygulamaya sokulan tüberküloz kontrol programı ancak 1960'dan sonra

devlet tarafından üstlenilmiştir. Daha sonraki yıllarda açılan göğüs hastalıkları hastaneleri, Verem Savaş Dispanserleri (VSD) ile bu çalışmaların etkinliğinin artırılması amaçlanmıştır. Nitekim, 1950- 1970 yılları arasında sürdürülen bu çalışmalar ile tüberkülozun epidemiyolojik durumunda anlamlı iyileşmelerin olduğu gözlenmektedir. Fakat 1970'li yıllardan sonra, bu çalışmaların etkinliğinin azaldığı ve tüberküloz enfeksiyon riskinde önemli artışların bulunduğu bildirilmiştir. 1982 yılında tüberküloz prevalansına yönelik yurt düzeyinde yapılan kadastro çalışmasından sonra, ulusal düzeyde tüberkülozun durumunu sorgulayan çalışmaların yapılmadığı görülmektedir. Son beş yılda değişik merkezlerde yapılan çalışmalarda ülkemizde primer ve sekonder direncin yüksek düzeylerde bulunduğu ve VSD'lerinde tüberküloz tanı ve tedavisinde ciddi sorunları bulunduğu bildirilmiştir. Yapılan son bir çalışmada, tüberkülozlu hastaların %65'inden hiçbir bakteriyolojik incelemenin yapılmadığı, 9 aylık tedaviye alınan yeni vakaların ancak %19'unun tedavisini başarı ile tamamlayabildiği görülmüştür. VSD'ler dışındaki sağlık kuruluşlarında saptanan hastaların sayısı ve tedavi sonuçları konusunda bilgimiz yoktur. Günümüzde Türkiye'deki tüberkülozun epidemiyolojik durumu ile ilgili aşağıdaki değerlendirmeler yapılabilir:

a) Türkiye'de var olan tüberkülozlu hastaların %50'den azı VSD lerce saptanabilmekte ve bu kuruluşlarca saptanan hastaların da ancak %40-50 si tedavi edilebilmektedir.

b) Türkiye'de tüberkülozun epidemiyolojik durumu ve yıllar içindeki seyri konusunda yeterli ve güvenilir veriler bulunmamaktadır.

c) Türkiye'de tüberküloz tanı ve tedavi çalışmaları çok farklı kuruluşlarda denetimsiz ve büyük bir karmaşa içinde sürdürülmektedir.

d) Türkiye'de tüberkülozlu bir hastanın tanı ve tedavisi için yaklaşık 1000 dolarlık bir harcama yapılmasına karşılık, beklenenin çok altında bir tedavi başarı oranının saptanması dispanserlerde sürdürülen tanı ve tedavi çalışmalarında ciddi bir işletmecilik sorunu bulunduğunu düşündürmektedir.

Daha açık anlatımla, ülkemizde veremin artışına yol açan nedenler şu şekilde sıralanabilir.

I) Hastaların yeterince izlenememesi

ii) İlaçların yeterli miktarda ve zamanında alınamaması

iii) Balgam tetkiki yetersizliği

iv) Akibeti meçhul ve işbirliği yapmayan hastaların çok olması

v) Temaslı muayenelerinin yetersizliği

vi) Düzensiz ilaç kullanımı

vii) Tüberküloz tanı ve tedavisini yürüten sağlık kuruluşları arasında eşgüdüm, denetim, ve merkezi planlama eksikliği

viii) Personelin eğitim ve motivasyon eksikliği

ix) Hastaların kayıt, ihbar sistemindeki yetersizlikler, dispanser çalışma etkinliğinin değerlendirme ve denetim eksikliği

x) Güncel sosyoekonomik değişiklikler

Mevcut durum, Türkiye'de binlerce tüberküloz hastası ve ailelerinin gereksiz yere acı çekmesine yol açmakta ve ortaya çıkan kronik dirençli vakalar nedeniyle ülke ekonomisine ve halk sağlığına ciddi yükler getirmektedir. Bu durum ülkemizde tüberküloz tanı ve tedavi

çalışmalarında acil önlemler alınması gerekliliğini göstermektedir.

Komisyonumuz, bu sorunların çözümü için aşağıdaki önlemlerin alınmasını gerekli bulmuştur:

1) Türkiye'de tüberküloz tanı ve tedavi çalışmalarının tek merkezden yürütülmesi ve koordinasyonunu sağlayacak şekilde 5368 sayılı yasanın ivedilikle güncelleştirilmesi. Bu yasa ile:

a) Tüberküloz ile savaş çalışmalarında bir merkezi birimin kurulması

b) Bölgelerde il ya da bölge sorumlularının, ilçelerde ise ilçe sorumlularının tesis edilmesi, merkezi birimde ve il/bölge birimlerinde danışma kurullarının oluşturulması ( Bu danışma kurulları farklı yapılanma gösteren tüm sağlık kuruluşlarının - SSK, Milli Savunma Bakanlığı, PTT- banka hekimlikleri vb. - temsilcilerinden oluşur)

c) İlaçların tek elden temini ve kullanımını sağlamak amacıyla bunların serbest satışının yasaklanması ve yalnızca belirlenmiş birimlerce verilmesi ya da renkli reçete uygulamasının başlatılması

d) Ulusal tüberküloz kontrol programında, pasif vaka bulma yöntemi ile vaka saptanması ve tüm hastalara kısa süreli tedavinin uygulanması

e) Tanı ve tedavi konusunda sorumluluk verilen tüm birimlerde laboratuvarlar için gerekli alt yapının sağlanması

f) Bu yapılanma içinde değişik düzeydeki birimlerin görev ve sorumlulukları:

I) Merkezi birim:

1) Ulusal tüberküloz programının değerlendirilmesi, monitorizasyonu ve uygulama basamaklarının planlanması

2) Ulusal tüberküloz programının koordinasyonu ve kontrolü. Ara ve periferik düzeyde sağlık bakanlığının diğer birimleri ile (özellikle genel laboratuvar, genişletilmiş immunizasyon programları, halk sağlığı sorumluları) bu koordinasyonun etkin bir şekilde yapılmasının sağlanması

3) Ulusal tüberküloz programı için gerekli kaynakların temini ve dağıtılması. Bu bağlamda, ilaçlar için merkezi ilaç deposu (ilaçların siparişi, dağıtımı, depolanması, perifer ve ara seviyelere dağıtılan ilaçların kontrolü) kurulması ve laboratuvar malzemeleri için laboratuvar hizmetleri veren birimleri ile işbirliğine gidilmesi

4) Olguların saptanması, tedavisi ve takibinin sağlıklı dökümantasyonu ve verilerin düzenli olarak değerlendirilmesi

5) Ulusal tüberküloz programında görev alan personelin eğitimi

ii) Ara birim (Bölge ya da il bazında):

1) Görevlerini yerine getirmede merkezi tüberküloz ünitesi (MTÜ) ile sıkı işbirliği içinde olma

2) İl-ilçelerde tüberküloz kontrolunda görev alan birimler arasında koordinasyonunu sağlamak ve tüberküloz olgusunu saptama ve tedavi etme ile ilgili sorumlu personeli denetleme

Ara düzey olarak en az üç ayda bir birimleri denetleme

Kötü performansı olan birimlere özel dikkat verme ile, bu ziyaretler sırasında olgu saptama ve tedavide o bölge için özelliği olabilecek yerel problemleri tartışmak ve önerilerde bulunmak

3) Ara düzey olarak, periferik seviye ile işbirliği içinde ilde/bölgede eğitim programları düzenlemek, çalışanlara hizmet içi eğitim vermek

4) Saptanmış olgular ve bu olguların sonuçları hakkında istenilen raporları takip etmek, incelemek, denetlemek, aksaklıkları anında bölgesel düzeyde düzeltmek, düzeltilemiyorsa, MTÜ'ne bildirmek; tüm bölge ya da il bazından gelmiş raporları değerlendirmeden geçirerek MTÜ'nün dikkatine sunmak

5) Bölgesel düzeyde olgunun saptanması ve tedavisinden sorumlu birimler ile birim içinde ya da birim dışında hizmet veren laboratuvarlar arasında sıkı koordinasyon sağlamak

iii) Periferik düzeydeki (ilçe düzeyinde) birim:

1) Ulusal tüberküloz programının (UTP) ilçe sağlık hizmeti veren tüm birimlerde sağlıklı bir şekilde uygulanmasını sağlamak

2) a. İlçedeki tedaviyi kontrol etmek. Özellikle UTP'nin belirlediği tedavi rejimlerine uyumu gözlemek

b. Tedavi altındaki hastaların sağlık personeli tarafından yakın olarak takibi ve kontrolünü izlemek

c. Öngörülen gerekli tedavi süresi içinde rejimlerin uygulanmasını ve tedavi edilen hastaların tedaviden çıkarılmasını gözlemek

d. Tedavi esnasında önerilen aralıklarla balgam analizi yapmak

e. Herhangi bir nedenle tedavide başarısızlığa uğrayan hastalar hakkında il sorumlusunun haberdar olmasını sağlamak

3) Birinci basamak hekimliği ile eşgüdüm oluşturarak hem tedavi izlenimi hem de kuşkulu olguların bir üst birime sevkini sağlamak

4) İlçedeki laboratuvarları düzenli olarak denetlemek ve yeni tanı konulmuş balgam yayma (+) olguların uygun kemoterapiye verdikleri yanıtları kontrol etmek

5) İlçedeki tüberküloz kayıtlarının doğru ve güncel olup olmadığını kontrol etmek; vaka saptamada ve tedavide hazırlanmış dökümanların düzenli ve doğru olarak doldurulduğunu denetlemek

6) İlaçlar, laboratuvar malzemeleri, balgam kapları ve formlar gibi ilçe için gerekli olan malzemeleri sağlamak ve bunları ilçedeki sağlık ünitelerine dağıtmak

## TEDAVİ KOMİSYONU RAPORU

Özesmi M, Özkara Ş, Atabey F, Balkan ME, Cindoğlu E, Çalışır HC, Çağlar E, Çağlayan B, Çelik P, Çirak AK, Doda J, Ekim N, Genç-Kuzuca İ, Işık R, İmecik O, Kosku M, Nadirler F, Öcal A, Özgüven H, Özkaraş O, Özlü T, Peşkersoy C, Saygı A, Şipit T, Yıldırım N.

## I. TANIMLAR

Ortak bir dil kullanabilmek için öncelikle sık kullanılan terimlerin tanımlanmasına ihtiyacımız vardır. Bu, hastaların sınıflandırılmasında da yararlı olacaktır.

Yeni vaka (taze vaka): daha önce antitüberkülo ilaç kullanmamış ya da bir aydan az tüberküloz tedavisi almış hastalardır.

Nüks (Relaps): daha önce bir hekim tarafından tüberküloz saptanıp tedavisi başarıyla tamamlanmış yani basil menfiliği sağlanmış olan hastada üç yıl içinde tüberküloz tanısı yeniden konulursa, yani balgamda basil müspet hale gelirse nüks (relaps) kabul edilir.

Tedavi başarısızlığı (İngilizce kaynaklarda "failure): yeni tanı konulmuş tüberküloz hastasında tedavinin başlangıcından beş ay sonra ya da daha sonra alınan örneklerde (balgam, vd) mikroskopik ya da kültür ile basil gösterilebiliyorsa; ya da kemoterapi başladıktan sonra 2 aydan fazla, 5 aya kadar tedaviye ara vermiş ve basil müspet bulunmuşsa bu hastada tedavi başarısızlığı vardır.

Kronik vaka: gözetimli olarak yeniden-tedavi rejimini tamamladıktan sonra hala basil müspet olan hastadaki tüberkülozdur. Yeni vaka tedavi edildikten sonra relaps ya da tedavi başarısızlığı nedeniyle ikinci kez tedavi edilirse (yeniden-tedavi, "retreatment") ve tedavi bitiminde hala basil müspet ise kronik vaka tanımına girmektedir.

Dirençli vaka: en az bir antitüberkülo ilaca dirençli olan hastaya dirençli vaka denilir. Bu, Mycobacterium tuberculosis'in o ilaçtan etkilenmeyeceği anlamına gelir.

Primer ilaç direnci: Daha önce antitüberkülo ilaç kullanmamış ya da bir aydan daha az süre

kullanmış hastanın basiline görülen ilaç direncine denilir.

Başlangıç (inisial) ilaç direnci: Yeni ve ilaç direnci olan bir tüberküloz hastasının daha önce tüberküloz tedavisi görüp görmediği konusunda kesin bilgi sahibi değilsek "başlangıç" ilaç direnci terimini kullanmak daha uygun olacaktır. Ülkemizde hastaların tıbbi kayıtlarının tutulmaması nedeniyle, hastanın daha önce kullandığı ilaçları ancak kendisi hatırlarsa ya da kaydetmişse bilebiliriz. Bu nedenle Türkiye'de primer direnç yerine başlangıç ilaç direnci teriminin kullanılması önerilir.

Kazanılmış (sekonder) ilaç direnci: daha önce tüberküloz tedavisi verilmiş hastada görülen ilaç direncidir.

Çok ilaca dirençli tüberküloz (ingilizce kaynaklarda "multi drug-resistant tuberculosis"): izoniyazid ve rifampisine direnç ya da bunlarla birlikte diğer ilaç ya da ilaçlara dirençli çıkaran vakalardır.

Doğrudan gözetimi tedavi (DGT): ilaçların her dozunu hastaya görerek yutturmak şeklinde tanımlayabiliriz. İngilizce kaynaklarda "directly observed treatment (DOT)" olarak geçmektedir.

## II. YENİ VAKADA TEDAVİ:

Tüberküloz tedavisi kombine ilaçlarla, yeterli süre ve kesintisiz bir tedavidir. Tedavi başarısızlığında yeni tedavi uygulanır.

1. Tanının öncelikle bakteriyolojik olarak konulması gerekir. Bunun için mikroskopik ve kültür incelemesi için üç balgam örneği alındıktan sonra tedaviye başlanmalıdır. Türkiye'deki ilaç direnci oranlarının yüksek olması nedeniyle kültürde üreme olan her örnekten duyarlılık testi yapılması önerilir.

2. Tedavi süresi: Tüberküloz tedavisinin süresi dokuz aydır. Seçilmiş hastalarda bu tedavi altı aya indirilebilir ya da 12 aya çıkarılabilir. Akciğer dışı tüberkülozda da bu kural geçerlidir.

3. Tedavide kullanılacak ilaçlar: Yeni vakada ilk tüberküloz tedavisinde izoniyazid (INH), rifampisin (RİF), pirazinamid (PZA), streptomisin (SM) ve etambutol (EMB)'den oluşan major ilaçlar kullanılmalıdır. Başlangıç tedavisinde önerilen rejim: iki ay İNH, RİF, PZA, SM, idame tedavide de duyarlılık testi yapılmamışsa İNH, ve RİF, PZA verilerek tedavi süresi tamamlanır. İlk iki aydan sonra basilin İNH ve RİF'e duyarlı olması durumunda idame tedavisi İNH ve RİF ile yapılır. Tedavi sürerken bir ya da iki ilaç eklenmemelidir.

4. Çocuk tüberkülozunda: Milier ve menenjit tüberkülozda başlangıçta dört ilaç (İNH, RİF, PZA, EMB) iki ay verilir, 10 ay İNH ve RİF ile idame tedavisi uygulanarak toplam 12 süreyle ilaç verilir. Milier ve menenjit dışı çocuk tüberkülozunda ilk iki ay İNH, RİF, PZA ve idame döneminde 4 ay İNH, RİF verilerek tedavi toplam 6 aya tamamlanır.

5. Hastaların ilk tedavisine verem savaş dispanserlerinde (VSD) ayaktan başlanabilir. Fakat olanak varsa hasta hastaneye yatırılarak tedaviye başlanmalıdır.

6. Hastaların tedavi sırasında izlenmesi: Hastaların izlenmesinde öncelikle bakteriyoloji olmak üzere, radyolojik ve klinik bulgular kullanılmalıdır. Bu izlem, basil menfileşene kadar ayda bir, menfileşmeden sonra iki ayda bir yapılmalıdır. Tedavi başlangıcında hastanın karaciğer enzimleri, bilirubin, serum kreatinini, tam kan sayımı ve trombosit sayımı yapılmalıdır. Tedavi süresince hastalar yan etkiler açısından izlenmeli, yan etkiler hastalara anlatılmalı ve her kontrolda bu yan etkilerin olup olmadığı sorulmalıdır. İlaç toksisitesi ile ilgili yakınma varsa laboratuvar tetkiki yapılmalıdır; yoksa rutin olarak yan etki aramak için laboratuvar tetkiki yapılması gerekli değildir.

7. Duyarlılık testi yapılan hastalarda tek başına İNH, PZA, EMB ya da SM direnci tedavi

sonuçlarını etkilememektedir. Bu nedenle tedavi değişikliği yapmak gerekmemektedir. Birden fazla ilaç direnci ya da tek başına rifampisin direnci saptanan yeni hastalar, dirençli-kronik hastaların tedavi edildiği merkezlerde (bkz III-2) tedavi edilmelidir. Başarısız olan veya başarısızlığa doğru gittiğine inanılan tedavilere hiç bir zaman bir veya iki yeni ilaç eklenmemelidir.

8. Hastaların tedavi sonrasında izlenmesi: Tedavi sonlandırıldıktan sonra hastaların 3,6,12,24 ve 36. aylarda kontrolleri yapılmalıdır. Ayrıca hastanın tüberkülozla ilgili yakınmaları olunca hemen başvurması da istenmelidir.

9. Basil saptanamayan tüberküloz şüpheli hastaların tedavilerine ampirik olarak başlanmamalı, tanısal amaçla göğüs hastalıkları hastanesine sevkedilmelidirler.

10. Kayıt ve bildirim sistemi: Tüberküloz hastalarının bildirimlerinde yaşanan sorunlar ve tanı alan tüm hastaların izlenebilmesi amacıyla birinci grup tüberküloz ilaçlarının (İNH, RİF, PZA, SM, EMB) özel renkli bir reçete ile satılması gereklidir. Tüberküloz tedavisini özel hekim ve kurumlar da yapabilir fakat hastaların ihbar edilmesi zorunludur. Tedavi hangi kurumda başlanırsa başlansın tüberküloz hastalarının demografik özellikleri, klinik-radyolojik-bakteriyolojik bulguları ve tedavi kayıtları VSD'lerinde olmalıdır. Hasta kayıtlarının VSD'lerinde ya da Verem Savaş Daire Başkanlığı tarafından saklanması ve imha etme işlemlerine son verilmesi Türkiye koşullarında çok önem taşımaktadır. Bilgisayar kayıtlarıyla hastaların izlenmesi de önem taşımaktadır. Bu amaçla bir otomasyon ağı kurulmasının yararlı olacağı açıktır.

11. Kurumlararası ilişkiler: Göğüs hastaneleri ve laboratuvarlar kültür ve direnç sonuçlarını VSD'lerine bildirmelidirler. Göğüs hastaneleri ile VSD'leri arasındaki hasta sevki, hasta bildirim, hasta izlemi ile ilgili sorunların çözümlenmesi amacıyla ilişkilerin geliştirilmesi yararlı olacaktır. Elektronik iletişim sistemlerinin kurulması hızlı ve güvenli bir bilgi alış-verişi açısından önerilir. SSK ve Milli Savunma Bakanlığına bağlı kurumlarda,

üniversite ve devlet hastanelerinde ve diğer kurumlarda tanı konulan tüberküloz hastalarının da VSD'lerine bildirilmesi, bu hastaların izlenmesinde VSD'lerinin görev alması gereklidir.

12. Doğrudan gözetimli tedavi, tedavi başarısı ve hasta uyumu açısından değişik ülkelerde önemli başarılar kazanmış bir yöntemdir. İntermittan tedavinin de günlük tedavi kadar başarılı sonuç vermesi bu tedavinin esasını oluşturur. Hastalara her ilaç dozunu götürüp yutturmak şeklindeki bu tedaviye ilişkin ülkemizde uygulama yoktur. Bu konuda pilot çalışmalar yapılarak sonuçlarının alınması ve konunun yeniden değerlendirilmesi önerilir.

### III. NÜKS DİRENÇLİ VE KRONİK VAKALAR:

1. Nüks hastalarında duyarlılık testleri yapılması gereklidir (hastanın duyarlılık testlerinin yapılabildiği bir merkezde tedavisi önerilir). İlk tedavi ilaçları uygun bir bileşim ise (INH, RİF, PZA içeren rejimler) yeni tedaviye aynı ilaçlar ile başlanır. İlk tedavisinde kullanılan ilaçlar bilinmiyorsa İNH, RİF, PZA, EMB ve SM'den oluşan beş ilaçlı tedavi başlanır. İkinci ayın sonunda SM kesilerek duyarlılık testi sonuçları beklenir. Tüm ilaçlara duyarlı ise İNH ve RİF ile tedavi dokuz aya tamamlanır. Direnç varlığında buna uygun tedavi kararı verilir.

2. Tedavi başarısızlığı olan hastaların yeniden tedavisi ve kronik vakaların tedavisi, (tıbbi ve cerrahi tedavi) bu konuda uzmanlaşmış eğitim hastanelerinin özel kliniklerinde yapılır. Bu hastane ve kliniklerin adları Verem Savaş Daire Başkanlığınca yayımlanır. Bu hastaların tedavisine (VSD ve özel kurumlar da dahil) diğer kurumlarda başlanamaz. Tedaviyi yürüten hastane klinikleri tedaviyi sonlandırana kadar hastayı yatırarak ya da ayaktan izlemelidirler. Gerek görürlerse VSD'leri ile işbirliği yaparlar. Bu hastalar için sağlanan ilaçlar ilgili kliniklerin denetiminde kullanılmalıdır.

3. Tedavi başarısızlığı olan ve kronik hastaların tedavisinde genel ilkeler şunlardır:

a. Bu hastalara uygulanacak tedaviler kişiye özel olmalıdır.

b. Bu hastaların önceki tedavi ilaçları ve daha önce uygulanan tedavilere gösterdikleri uyum ayrıntılı olarak öğrenilmelidir. Bu nedenle hastaların daha önceki kayıtları çok büyük önem taşımaktadır.

c. Bu hastaların tedavilerinde daha önce kullanılmamış ve tedavi öncesi yapılan ilaç hassasiyet testlerinde hassas olduğu saptanan en az üç yeni ilaç kullanılmalıdır. Bu sayının dört ya da daha fazla olmasının yararlı olacağı belirtilmiştir.

d. Bu hastaların tedavilerinde kullanılan ilaçlar daha zor tolere edilebildiklerinden ve daha toksik olduklarından bu hastalar daha yakından takip edilmelidir ve tedavileri doğrudan gözetim altında uygulanmalıdır.

e. Bu hastaların tedavi süreleri kültürler menfileştikten sonra 12 ile 24 ay arasında olabilir. Nüks (relaps) riskini azaltmak için bu sürenin mümkün olduğunca uzun tutulması önerilir. Parenteral ilaçlar 4-6 ayda kesilebilir.

f. Tedaviye yanıtın en iyi göstergesi bakteriyolojik cevap olduğundan bakteriyolojik takip çok önemlidir. Klinik ve radyolojik yanıt ancak yardımcı araçlardır.

g. Bu hastaların psikolojik ve sosyal sorunlarıyla mutlaka ilgilenilmeli ve çözümler bulunmaya çalışılmalıdır. Hastaların tedavi süresince ailelerine ekonomik destek sağlanmalıdır.

h. Tedavide cerrahi de bir destek unsur olarak dikkate alınmalıdır.

### IV. İLAÇ SAĞLANMASI:

1. Sağlık Bakanlığı (Verem Savaş Daire Başkanlığı) birinci sıra, ikinci sıra ve deneme tüberküloz ilaçlarını yeterli miktarda, sürekli ve düzenli sağlamalıdır. Bu ilaçlar şunlardır:

Birinci sıra ilaçlar: İzoniyazid, rifampisin, pirazinamid, streptomisin ve etambutol.

Diğer ilaçlar: Etiyonamid/protionamid, kanamisin, cycloserin (veya terizidone),

viomisin, capreomisin, rifabutin, PAS, thiasetazone, ofloksasin, amikasin, clofazimin, amoksisilin+klavulonat/sulbactam+ampisilin. Ayrıca parenteral izoniyazid, rifampisin, etambutol ve PAS ile ilaçların pediatrik formlarının da sağlanması gereklidir.

2. Tüberküloz ilaçlarının da lepra ve sıtma ilaçları gibi normal ilaç politikaları dışında değerlendirilmeleri gereklidir.

#### V. ETİK SORUNLAR:

1. Kronik vakaların artık tedavi edilemez olduğuna karar verilince bu hastaların

hastanede çok uzun süreler yatırılması olanaksız ve gereksiz hale gelmektedir. Bu hastaların evlerine yollanmaları da toplum sağlığı açısından sorun oluşturmaktadır. Konuya çözüm bulunması hukuki ve tıbbi etikle ilgili uzmanların da yer aldığı bir toplantıda tartışılmalıdır.

2. Tüberküloz hastalarının tedavisiyle uğraşan sağlık çalışanları ve hekimler risk altındadır. Özellikle de dirençli ve kronik tüberkülozular daha büyük bir risk oluşturmaktadırlar. Bu nedenle bu grup personel ve hekimlere teşvik niteliğinde ek ödeme gündeme getirilmelidir.

### KORUYUCU HİZMETLER KOMİSYONU RAPORU

*Prof.Dr. Kemal Agun, Prof.Dr. Ayhan Göçmen, Prof.Dr. Ayten Egemen, Prof.Dr. Eyüp Sabri Uçan, Dr. Ahmet Refik Erem, Dr. Beyhan Çakar, Dr. Necdet Kuyucu, Dr. Emin Dünder, Dr. Birhan Altay, Dr. Cengiz Balaban, Necdet Erece*

Tüberkülozdan korunmanın üç temel ögesinin bulunduğu vurgulanmıştır.

1) Basil pozitif olguların tam ve etkili tedavilerinin sağlanarak enfeksiyon havuzunun büyümesinin önlenmesi.

2) Henüz enfekte olmamış pediatrik yaş grubundaki bireylerin tüberküloza karşı BCG aşısı ile bağışık hale getirilmesi.

3) Enfeksiyon havuzunda yer alan risk gruplarındaki bireylerde kemoproflaksi uygulanarak hastalık gelişiminin önlenmesi

#### BCG

BCG aşısı 118 ülkede tavsiye niteliğinde uygulanmakta olup 64 ülkede ise zorunlu aşıdır. 0-5 yaş arasındaki çocuklarda enfeksiyon insidansının %1'in üzerinde olduğu ülkelerde yapılması önerilmektedir. Ülkemizde bu oran %5 olduğu için BCG'nin gerekliliği bugün için tartışılmaz niteliktedir, mutlaka uygulanmalıdır.

Yenidoğanda BCG'nin yapılması komplikasyonların artmasına, düşük koruyuculuk oranlarına ve cildin ödemli olması nedeniyle teknik zorluklara neden olmaktadır. Bu nedenle aşı 2 ay tamamlandığında yapılmalıdır. BCG aşısı diğer aşılarla birlikte aynı anda yapılabilir. Eğer hekim, ailenin sosyo kültürel düzeyi nedeniyle çocuğun daha sonra sağlık kuruluşlarına getirilmeyebileceğinden, aşının yapıp yapılamayacağından kuşku duyarsa aşı doğumdan hemen sonra da yapılabilir. 3 aya kadar aşı direk, daha sonraki günlerde ise mümkünse tüberkülin testi uygulanarak, tüberkülin testi negatif ise yapılmalıdır. Aşı yapıldıktan 2 ay sonra 5 TU PPD-S ile Mantoux tekniği ile yapılan tüberkülin testi negatif bulunursa aşı tekrarlanmalıdır.

BCG aşısı mutlaka bu konuda gerekli eğitimi almış bir sağlık personeli tarafından yapılmalıdır. Diğer canlı aşılarla olduğu gibi BCG aşısı da; immün yetmezlik durumunda ve semptomatik HIV enfeksiyonlularda yapılmamalıdır.

BCG'nin akciğer tüberkülozundan korunmada etkili olmadığı ancak özellikle pediatrik yaş grubunda milier ve menenjit tüberkülozdan korunmada etkili olduğu çok sayıda araştırmayla kanıtlanmıştır. İngiltere ve ABD'deki çalışmalarda aşının koruyuculuğunun 10 yıl sonra %70-80, 23 yıl sonra %75 olduğu gösterilerek rapelin gereksiz olduğu vurgulanmıştır. Bu veriler aşılama ile oluşan hafıza T lenfosit gruplarının varlığına dayandırılmaktadır. Ülkemizde BCG aşısı 4 kez uygulanmaktadır. Ancak ülkemizde yapılan çok sayıdaki çalışmada 3. ve 4. rapellerin yapılma oranlarının %5'in altında olduğu ve amaca hizmet etmediği gösterilmiştir. Tüm bu veriler ışığında 4 kez aşılamanın yararsız ve gereksiz olduğu 2. ayda yapılan ilk aşıya ek olarak ilkökul birinci sınıfta 2. BCG aşısının yapılmasının yararlı olduğu kanısına varılmıştır. İlkokul 1. sınıftaki öğrencilerde eğer daha önce yapılmış olan BCG skarı varsa aşı direk uygulanabilir. BCG skarı olmayan çocuklarda ise aşı tüberkülin testi negatif ise uygulanmalıdır.

BCG aşısının ticari olarak Pasteur, Tokyo, Kopenhag ve Glaxo kökenli suşları mevcuttur. Ülke bazında aşı temin edilirken DSÖ'nün suş önerileri, güvenilirlik ve maliyet unsurları gözönüne alınarak tercih edilmeli ve yıllar içerisinde standardizasyonu koruyarak kıyaslanabilir veriler elde etmek amacıyla suş değiştirilmemesine özen gösterilmelidir.

BCG aşısına ait komplikasyonlar dikkatle izlenmeli ve bildirilmelidir. Aşı yan etki, izlem ve bildirim kayıt düzeni oluşturulmalıdır. BCG aşısına bağlı nonsüpre lenfadenopati varlığında sadece izlem yeterlidir. Lenfadenopati süpre ise iğne aspirasyonu yapılmalı; cerrahi ya da medikal tedaviden kaçınılmalıdır. Eğer çok nadiren gözlenen osteomyelit, dissemine veya miliyer tüberküloz gibi ciddi veya sistemik komplikasyonlar varsa antitüberkülo tedavi uygulanmalıdır.

#### KEMOPROFLAKSI

Tüberkülin testi Mantoux tekniği ile 5 TU PPD-S yapılarak 72 saat sonra endürasyon ölçümü ile uygulanmalıdır. Erişkin yaş grubunda 10

mm'nin üzerindeki indürasyonlar pozitif kabul edilmeli, eğer immünsüpresyon varsa (HIV enfeksiyonu, immünsüpressif tedavi) sınır 5 mm olmalıdır. Çocukluk yaş grubunda ise BCG'lilerde 15 mm, BCG'sizlerde 10 mm, malnütrisyonlularda ise 5 mm sınır olarak alınmalıdır. BCG sayısı artımı ile PPD indürasyonu artımı ve sınır değerinin gerçekte ne olması gerektiği tartışmaya açık ve araştırmaya değer bir konu olarak görülmüştür. Tüberkülin virajı denilebilmesi için bir sonraki tüberkülin testinde; 35 yaşın altında 10 mm'den, 35 yaşın üzerinde ise 15 mm'den daha fazla indürasyon artışı gereklidir.

#### Kemoproflaksi;

1) ARB pozitif hasta ile yakın temaslılar (özellikle ev içi temaslılar)da tüberkülin testi yapılmalı ve akciğer grafisi çekilmelidir. Akciğer grafisi ile aktif akciğer tüberkülozu ekarte edildikten sonra tüberkülin testi sonucu ne olursa olsun yaş grubuna bakılmaksızın kemoproflaksi uygulanmalıdır. Tüberkülin testi negatif olanlarda 3 ay sonra test yinelenmeli yine negatifse çocuğun enfekte olmadığı kabul edilerek ilaç kesilip BCG aşısı yapılmalı, pozitifse kemoproflaksi sürdürülmelidir. Ülkemizde varolan tüberkülozlu basil pozitif hastaların en az 4 kati kemoproflaksi uygulanması gerekirken büyük şehirlerde bile bu oran 1'in altındadır. Kemoproflaksi ülkemizde tüberküloz savaşında en fazla gözardı edilen konuyu oluşturmaktadır. Bu nedenle basil pozitif hastanın tanısının konulduğu kurum ev içi taramayı yapmalı ve ilgili verem savaş dispanserine hasta bilgileri ile birlikte bu konuda da bilgi vermelidir. Temaslı muayenesinin uzmanlık eğitimi veren kurumlarda yapılması asistan eğitimi açısından son derecede yararlı olacaktır. Aktif akciğer tüberkülozlu ve temaslılarının bildirim zorunludur eğer bildirilmemişse yasal yaptırımlar uygulanmalıdır.

2) Tüberkülin virajı olanlar (bir sonraki tüberkülin testinde 35 yaşın altında 10 mm'den, 35 yaşın üzerinde 15 mm'den fazla indürasyon artışı gösterenler)

3) Tüberkülin pozitif ve risk grubunda yer alan hastalar: Diabetes Mellitus, immünsüpresyon, kortikosteroid tedavi görenler (3 haftadan daha uzun ve günlük 15 mg'dan daha yüksek dozda), gastrektomi, obezite için intestinal bypass cerrahisi, malabsorbsiyon sendromları, malnütrisyon, kronik alkolizm, silikozis ve kömür madencileri pnömokonyozisi, beslenme bozukluğuna yol açan orofarenks ve üst gastrointestinal sistem kanserleri, lösemi, lenfoma, son dönem böbrek hastalığı, islahavleri ve huzur evlerinde yaşayanlar.

#### 4) HIV pozitif kişiler

Kemoproflakside kullanılan temel ilaç İsoniazid'dir. Altı ay süreyle çocuklarda 5-10 mg/kg (erişkin dozunu aşmamalı), erişkinlerde 300 mg/gün uygulanmalıdır. Tedavi süresi immünsüprese hastalarda 1 yıl olmalıdır. Ülkemizdeki İsoniazid primer direncinin %10 düzeyinde olması, süre uzadıkça hasta uyumunun azalması, maliyet, toksisite gibi birbirlerine zıt faktörler gözönüne alınarak 3 ay süreyle İsoniazid+Rifampisin ile kemoproflaksi yapılması tartışmaya açık araştırmaya değer bir konu olarak değerlendirilmelidir. Eğer indeks olgunun İsoniazide dirençli olduğu biliniyorsa kemoproflaksi 6 ay süreyle günde 10 mg/kg Rifampisin verilerek yapılmalıdır. 35 yaşın üzerinde kemoprofilaksi yapılmasında risk/yarar oranı gözetilmelidir.

35 yaşın üzerinde olanlar, alkol kullananlar, uzun süreli başka ilaçlar kullananlar isoniazide bağlı hepatoksisite riski taşırlar. Bu olgularda aylık karaciğer enzimleri izlemi yapılmalıdır.

#### HASTANE ENFEKSİYONUNDAN KORUNMA

Erişkin tüberkülozunda reinfeksiyonun sanıldığından daha yüksek oranda (1/3) gözlenmesi nedeniyle dirençli tüberkülozlu hastalar, direnç patterni bilinmeyen ya da

ilaçlara duyarlı hastalarda aynı odada yatırılmamalıdır. Hastalar ultraviyole lambalı, negatif basınçlı, split klimalı odalarda yatırılmalıdır. Basil pozitif tüm hastalar ve hasta odasına giren tüm sağlık personeli mikroorganizmanın geçişini önleyen, nispeten ucuz HEPA filtreli maskeler kullanmalıdır. Yatan tüm hastalar ve yardımcı sağlık personeli infeksiyonun bulaşı ve önlenmesi konusunda eğitilmelidir. Bu eğitim mutlaka sözel ve hastalara hastalıkları ile ilgili yazılı materyal verilerek yapılmalıdır.

Göğüs hastalıkları kliniklerinde, dispanserlerde ve tüberküloz laboratuvarlarında çalışan tüm sağlık personelinin işe girerken ve periyodik olarak akciğer grafileri ve tüberkülin testleri yılda bir defa yapılmalı; tüberküloz enfeksiyonu ve hastalığı dikkatle araştırılmalıdır. Tüberkülin virajı saptananlarda kemoproflaksi uygulanmalıdır. Bu hastalar "meslek hastalığı" olarak kabul edilmelidir.

#### ENFEKTE POPÜLASYONUN BELİRLENMESİNE YÖNELİK TARAMALAR

Ülkemizde halen uygulanmakta olan askere alınacak gençlere, üniversite öğrencilerine, çeşitli iş kollarındaki fabrika çalışanlarına mikrofilm ve tüberkülin testi taramalarının sürdürülmesi emek, zaman, para kaybına neden olduğu ve birçok çalışmada yararsız bulunduğu göz önüne alınarak terkedilmesi önerilir. Okul kayıtlarında ve askere alınırken aşı kaydının esas alınması yararlı olacaktır. Mikrofilm ve tüberkülin taramaları, enfeksiyon havuzunda yer alan maden ocakları, akıl hastaneleri, islahaneler, hapishaneler gibi risk gruplarına yoğunlaştırılmalıdır. Askere alınırken tüberkülin testinin yapılması gereksizdir, ancak aktif vaka saptanmasına yönelik olarak mikrofilm taramaları sürdürülmelidir.

## LABORATUVAR TANI METODLARI KOMİSYONU RAPORU

*Doç. Dr. Ayşe Yüce, Doç. Dr. Recep Öztürk, Uz. Dr. Ayşe Özsöz, Uz. Dr. Tevfik Koral Hoca, Uz. Dr. Feyzullah Gümüşlü, Uz. Dr. İnci Özşölen, Yrd. Doç. Ahmet Akkaya, Dr. Kaya Köksalan*

Ülkemizde tüberkülozun laboratuvar tanısında başta eğitimli tecrübeli kadro, araç-gereç ve yöntemlerin standardizasyonu konusunda mutlaka düzeltilmesi gereken ciddi sorunlar vardır.

Bilindiği gibi günümüzde tüberkülozun kesin tanısı tüm dünyada hala altın standard olarak kabul edilen kültürde bakterinin üretilmesidir.

Çok ilaca direncin giderek arttığı ülkemizde hemen her olguda standartlara uygun direnç testlerinin yapılması gerekliliği ortadadır.

Kültür ve direnç testlerinin çok önemli olduğu bu konuda klinikçi ile mikrobiyolog arasında işbirliği hemen hemen yok gibidir. Bu toplantıya sadece 5 mikrobiyologun katılması da bunun açık delilidir. Ülkemizin olanaklarını dikkate alarak belirlenen kaliteden sapmaksızın mutlaka bir laboratuvar seviyelenendirilmesinin yapılması zorunludur.

ATS (Amerikan Göğüs Cemiyeti)'nin belirlediği; hangi laboratuvarın neyi yapıp yapmayacağını belirlenmesi ve bu saptamadan sonra belirlenen seviyeye uygun olarak laboratuvarların personel, araç-gereç ve diğer gereksinimlerin sağlanması vazgeçilemeyecek koşullardır.

Bu genel bakış açısına göre önerilerimizi şöyle sıralayabiliriz.

1. a) Ülkemizde bulunan 256 Verem Savaş Dispanserinde ve gerek görüldüğünde olanak sağlanması koşulu ile bu işi yapabilecek sağlık ocaklarında direkt BK bakışı yapılmalı. Ancak Mycobacterium tuberculosis hava yolu ile bulaşan bir bakteri olduğu için tüm dünyada olduğu gibi biyolojik emniyet (güvenlik kabini sınıf 1) sağlanması gereklidir.

b) Alınan örneklerin bölge tüberküloz

laboratuvarlarına gönderilebilmesi için standartlara uygun bir taşıma sistemi kurulmalıdır. Bu amaçla mutlaka 3 korumalı (iç içe 3 kaptan oluşan, ağız vidalı kapaklı, sızdırmaz özellikteki kaplar.) taşıma kapları temin edilmelidir.

c) Ülkemizde mevcut 21 bölge tbc. laboratuvarı ATS'nin 2. seviye olarak belirlediği laboratuvar sistemine kavuşturulmalıdır. Bu laboratuvarlar standartlara uygun olarak direkt BK- kültür ve direnç testlerini yapabilecek şekilde düzenlenmelidir. Bu amaçla mutlaka;

- a) Biyolojik güvenlik kabini (Sınıf 2)
- b) Hassas terazi
- c) Etüv
- d) Otoklav
- e) Derin dondurucu (-20 C)
- f) Santrifüj
- g) Membran filtrasyon cihazı
- h) Boya setleri
- ı) Koagülatör

gibi cihazlar sağlanmalıdır. Ayrıca bu laboratuvarlarda;

- 1 Mikrobiyolog
- 2 Eğitimli teknisyen
- 3 Yardımcı personel görevlendirilmelidir.

d) Bu laboratuvarların hepsinde standardı sağlamak üzere bir tüberküloz laboratuvar el kitabı hazırlanmalıdır. Belirli aralıklarla yerinde eğitimin yanı sıra, en az yılda bir kez merkezi eğitimle sorunlar tartışılıp yenilikler öğretilmelidir.

Ancak R.S.H. Enstitüsü eleman ve araç-gereç yönünden desteklenerek bir referans

laboratuvarı haline getirilirse, burası bölge tbc. laboratuvarlarının ihtiyacı olan;

kültür besiyerleri

ilaçlı besiyerleri

filtre edilmiş su

boya setlerini temin edebilir.

Bu sağlanırsa bölge tbc. laboratuvarları için önerilen koagülatör, membran filtrasyon cihazı, derin dondurucu ve hassas teraziye gerek kalmayacaktır.

e) Referans laboratuvarları;

Bu laboratuvarlar Sağlık Bakanlığı tarafından kurulmalıdır. Tüberkülozun laboratuvar tanısında farklı alanlarda uzmanlaşmış kişilerin denetiminde değişik bölümleri içermeli, farklı konvansiyonel yöntemler, hızlı yöntemler, epidemiyolojik ağırlıklı moleküler teknikler, moleküler direnç araştırma teknikleri, kromatografik analizler, hayvan modelleri gibi değişik konularda ileri çalışmalar yapabilmelidir. Konu ile ilgili değişik üretimler, özellikle PPD üretimi yapmalıdır.

Bu laboratuvar, bölge tbc. laboratuvarlarının kalite kontrollerini sağlayabilecek bir yapıya kavuşturulmalıdır.

## 2. Laboratuvar Eğitimi

Tüberkülozla mücadelede tüm kurumların etkin katılımını sağlamak için bu kurumlarla yakın bir ilişkiye girilmelidir.

Bu bağlamda Verem Savaşı Daire Başkanlığının, tüberkülozun laboratuvar tanımı ile uğraşan değişik kurumların hangi seviyede eğitim verebileceklerini saptaması yerinde olacaktır. Belirlenen bu kurumlar gerekli görüldüğü hallerde, kişilerin meslek içi eğitimlerinin tamamlanmasını sağlar.

Tüberküloz laboratuvarlarında görevlendirilen kişilerin mutlaka belli aralıklarla eğitilmesi ve eğitim sonunda kriterleri iyi belirlenmiş bir sertifika almaları sağlanmalıdır.

## 3. Standardizasyon Sorunları

Standardizasyonu sağlamanın en iyi yolunun yukarıda belirtildiği gibi açık ve ayrıntılı bir şekilde yazılmış "Tüberküloz Laboratuvar Kitabı" ile mümkün olabileceği inanıyoruz. Ülkemizde standardizasyonu sağlamak amacı ile; kültür çalışmaları için Löwenstein-Jensen besiyerini; direnç testleri için belli dilüsyonlar yapılmak koşulu ile proporsiyon yöntemini öneriyoruz.

Ancak; olanağı olan kurumlar Middlebrooke veya Bactec yöntemini kullanabilir.

Rapor standardizasyonu sağlanmalıdır. Direkt BK (negatif, 1+,2+,3+ vs.) şeklinde belirtmeli, kültürde kullanılan besiyeri, direnç yapılmışsa yöntemi; kullanılan ilaçlar ve miktarları raporda yazılmalıdır.

## 4. Yeni Yöntemler

DNA Hibridizasyon

PCR

LCR (Ligas zincir reaksiyonu)

HPLC ve benzeri araştırma tetkiklerinin günlük uygulamada kullanılmasını önermiyoruz. Bu tetkikler yalnızca araştırma amacıyla kullanılmalıdırlar.

Görüldüğü gibi tüberküloz tanısında klinik mikrobiyoloji laboratuvarlarına son derece önemli görevler düşmektedir. Tbc.'un kontrolü birçok işbirliğinin mutlaka sağlanmasının zorunluluğu gerçeği göz önüne alınmalı ve bu amaçla ulusal ve uluslararası toplantılara klinik mikrobiyologların da mutlaka çağırılması sağlanmalıdır.

## EĞİTİM KOMİSYONU RAPORU

*Prof. Dr. Tuğrul Çavdar, Prof. Dr. Altay Şahin, Prof. Dr. Necla Özdemir, Prof. Dr. Ferit Koçoğlu, Doç. Dr. Sadık Ardıç, Doç. Dr. Firuz Çilingiroğlu, Yrd. Doç. Dr. Arzu Mirici, Dr. Meltem Altınörs, Dr. Suna Üner, Dr. Oben Üner, Uzm. Dr. Asiye İnan, Uzm. Dr. Mecit Çiçek, A.T. Uzm. Yrd. Şükran Coşkun, Nuray Çamlıbel*

1- Komisyonumuz, sağlık çalışanları dışında, halkın ve hastaların tüberküloz eğitimini de incelemesi gereklidir. Ve konumuz bu yönde genişletilmiştir.

2- Sağlık çalışanlarının tüberküloz eğitimi,  
-Hekim dışındaki personelin eğitimi,  
-Hekimlerin tüberküloz eğitimi,

2-1 Yardımcı personel için daha evvel mevcut olan el kitapları tekrar kullanılmalı.

2-1-1 Bu kitaplarla ve dispanser, hastanede mevcut özel eğitim birimlerinde bu personel özel eğitime tabi tutulmalıdır.

2-1-2 Bu eğitimde bilhassa arşiv hizmetinde görevli personel üzerinde durulmalı. Hatta bunlar kartlarda meydana gelebilecek olası hataları bile belirleyebilecek şekilde yetiştirilmelidir.

2-1-3 Bu personelin eğitimi bir işbirliği eğitimi olarak düzenlenmelidir. Yani bu personel hasta düzeyinde hangi ünitelerle temas edeceğini, örneğin hastayı nereye sevk edeceğini, hasta yakınlarını taraması için nasıl hareket edeceğini bilmelidir.

Halen mevcut polikliniklerde tespit edilen hastadan farklı bir davranış gerektiği bilinci, bütün sağlık personeli eğitiminde "tüberküloz hastası" için verilmelidir.

Yani: Tüberkülozda hastayı tespit ile, tedavi vermekle bu iş bitmiyor, hatta yeni başlıyor.

2-1-4 Hemşirelerin bu yönden eğitimleri mezuniyet öncesinde tüberküloz hemşireliği olarak verilmeli;

Mezuniyet sonrası, hizmet içi eğitim olarak devam etmelidir.

2-1-5 a) Hemşire eğitiminde (laborant eğitiminde de) PPD tatbikatı; BCG eğitimi yapılmalıdır.

b) Özel verem savaş ziyaretçi eğitimi tekrar başlatılmalıdır.

2-1-6 Sağlık personeli hizmet içi eğitiminin standart olabilmesi için;

-Eğitim dispanseri ayrılmalı

-Belirli programı olan kurslar verilmelidir.

2-1-7 Verem mücadele personeli içinde en önemli yerlerden biri olan bakteriyoloji teknisyenlerinin eğitimi, özel laboratuvarında olmalıdır.

Dispanser Laboratuvarı- Bölge Laboratuvarı-Referans Laboratuvarı olarak bir kontrol mekanizması işlemelidir.

2-1-8 Bu eğitim standartlarının kontrolü, Verem Savaşı Daire Başkanlığı'na bağlı bir kurulca yapılmalıdır.

2-1-9 Bu eğitimin görsel olması yönünde çalışılmalı ve yukarıdaki bölümle birlikte bir dökümantasyon ünitesi kurulmalıdır.

2-1-10 İstanbul'daki Ethien Berthet eğitim merkezi, Ankara Hıfzısıhha Tüberküloz okulu, hekim eğitimi yanında, bu yardımcı personelin eğitimiyle de meşgul olmalıdır.

2-1-11 Eğitilmiş personel eğitildiği konuda kullanılmalıdır.

3- Hekim eğitiminde tüberküloz eğitimini Üniversite - Üniversite sonrası olarak ele alacağız.

Üniversitelerin özerk olduğu göz önüne alınmalıdır. Bu konuda tespit ettiğimiz hususlar ancak tavsiiye niteliğindedir.

3-1 Üniversitelerde tüberküloz ders yükü artırılmalı, tanı ve tedavide standartlar tespit edilerek muhakkak verilmelidir.

"Mesela radyolojik görüntü setleri tespit edilerek talebe gösterilmelidir.

3-1-1 Tüberküloz eğitiminde korunma, epidemiyoloji ve toplumsal problemlere yer verilmelidir.

3-1-2 Tüberküloz hastasının tanı ve tedavisinin tesbiti ile hekimin işinin büyük ölçüde yeni başlayacağı bilinci genç hekime verilmelidir.

İhbar, takip ve tarama kavramları genç hekime öğretilmelidir.

3-1-3 Mezuniyet öncesi eğitimde bir tüberküloz hastanesi rotasyonu ve halk sağlığı eğitimi içerisinde dispanser hekimliği eğitimi tavsiyeye uygun görülmüştür.

3-1-4 Mümkün olan en yüksek oranda hasta yakalamanın ve mümkün olduğu kadar yüksek oranda tedavi neticesinin Verem Savaşının en büyük gayesi verilmelidir.

3-2-1 Yukarıdaki şart temin edilemez ise yoğun tüberküloz kursları düşünülmelidir.

3-4 Sürekli tıp eğitimi kursları, 1. basamak hekiminin tüberküloz eğitimi özendirici tedbirler yanında zorunluluklarla genişletilerek yaygınlaştırılmalıdır. Burada bilimsel ve meslek derneklerinden de faydalanılmalıdır.

3-4-1 Yukarıdaki eğitimlerde, üniversite eğitiminde olduğu gibi işbirliği ve takip kavramı yerleştirilmeye çalışılmalıdır.

3-4-2 Dispanser hekimlerinin eğitimi, bu eğitimin standardizasyonu ve kontrolü yeniden ele alınmalı, bunun için bütün sağlık sektörlerinden faydalanılmalıdır.

Bu standart 2-1-7'de belirtilen kurulla denetlenebilir.

4- Halkın tüberküloz eğitimi de sağlıklı insan eğitimi ve hasta eğitimi olarak ele alınmalıdır.

4-1 Sağlıklinin eğitimi medyanın bu konuda eğitilmesinden sonra yapılabilir.

-Göz alıcı spotlar

-Akılda kalan sloganlar

-Ve ufak dramalarla yapılabilir. Ve bunlar güncel olmalıdır.

Bu eğitim, kampanyalar yanında, süregen olmalıdır. Ve diğer sektörlerden de istifade edilmelidir.

4-1-1 Halkta bu hastalık hakkında mevcut yanlış kanılar silinmelidir.

4-2 Hastanın eğitimine tanıyı koyan hekim başlamalı, hastanede hemşire, doktor ikilisi devam etmelidir.

Hasta ailesinde tarama sırasında veya gezici hemşire ile bu eğitim yapılmalıdır.

Hasta, hastalığı, tedavisi, ilaçların yan etkileri yönünden bilgilendirilmeli, hasta ve ailesi toplumun baskı ve kısır görüşlerinden kurtarılmalıdır.

4-2-1 Bu konuda sosyal çalışmacılardan yararlanılmaya başlanmalıdır.

4-2-2 Hasta ve ailesine verilecek döküman, kısa (tek sayfa) ve sevimli olmalıdır.

5- Eğitim ünitelerinde tüberküloz konusundaki araştırmalar, tüberkülozla savaşa destek olacak şekilde;

Epidemiyoloji-veri eksiklikleri-plan aksaklıkları, DOTS üzerine kaydırılmalı ve bunlar desteklenmelidir.

Bakanlık-Bilimsel Dernekler-Üniversite işbirliği sağlanmalıdır.

Son olarak şunu belirtmek isteriz ki, bu eğitimin uygulanabilir olması için; Dernek-Dispanser- Bakanlık ve üniversitelerin tam bir işbirliği ile Verem Savaşı yeniden bir yapılanmaya gitmelidir.

**TORAKS DERNEĞİ 2. BAHAR TOPLANTISI**

**9-13 Nisan 1997**

**Büyük Efes Oteli Kongre Merkezi, İzmir**

**KURSLAR**

**(9-10 Nisan, 1997)**

Girişimsel Bronkoskopi  
Klinik Fizyoloji  
Toraks Radyolojisi  
Volüm Küçültme Cerrahisi

**TOPLANTILAR**

**(11-13 Nisan, 1997)**

Volüm Küçültme Ameliyatı (Panel)  
Çocuk Tüberkülozu (Panel)  
Bronşektazi (Panel)  
Timus Hastalıkları (Panel)  
Tarımsal Uygulamalar ve Akciğerler (Panel)  
Kronik Solunum Yetmezliğinde Evde Uzun Süreli Bakım (Panel)  
Toraks Travmaları (Panel)  
Ulusal Tüberküloz Kontrol Programı (Workshop)  
Göğüs Hastalıkları Uzmanlık Eğitiminde ve  
Akademik Yükseltmelerde Standardizasyon (Workshop)  
Tıpta İnternet Kullanımı (Workshop)  
Ulusal Astım Programı (Workshop)  
Yaşam Kalitesi Anketleri (Konferans)  
Tütün ve Ekonomisi (Konferans)

**Çalışma Grupları Toplantısı**

**(12 Nisan, 1997)**

**Düzenleme: Toraks Derneği İzmir Şubesi**

Prof. Dr. Atilla Akkoçlu, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı  
Başkanı, İnciraltı/İzmir. Tlf.: (0-232) 278 33 73 Fax: (0-232) 259 97 23

Organizatör Kuruluş: United Expo Turizm A.Ş.  
1391 Sokak No.: 10/B, 35220 Alsancak/İzmir. Tlf.: (0-232) 464 27 41 Fax: (0-232) 464 27 42

## **TORAKS DERNEĞİ ŞUBELERİ**

**ADANA ŞUBESİ:** Prof.Dr. Ali Kocabaş (Başkan)  
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Balcalı/Adana  
Tlf/Fax: (0-322) 338 64 31

**ANKARA ŞUBESİ:** Prof.Dr. Numan Ekim (Başkan)  
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Beşevler/Ankara  
Tlf: (0-312) 214 10 00/6119, Fax: (0-312) 212 90 19

**BURSA ŞUBESİ:** Doç.Dr. Mehmet Karadağ (Başkan)  
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Görükle/Bursa  
Tlf/Fax: (0-224) 442 81 49

**DİYARBAKIR ŞUBESİ:** Doç.Dr. Recep Işık (Başkan)  
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Diyarbakır  
Tlf: (0-412) 248 81 41, 248 85 04, Fax: (0-412) 248 80 40

**ESKİŞEHİR ŞUBESİ:** Prof.Dr. Necla Özdemir (Başkan)  
Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Eskişehir  
Tlf: (0-222) 239 29 79/7066-7070, Fax: (0-222) 239 47 14

**ERZURUM ŞUBESİ:** Doç.Dr. Arzu Mirici (Başkan)  
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Erzurum  
Tlf: (0-442) 233 11 22/1539, Fax: (0-442) 218 67 82

**İSTANBUL ŞUBESİ:** Prof.Dr. Feyza Erkan (Sekreter)  
İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, 34390 Çapa/İstanbul  
Tlf: (0-212) 635 27 08

**İZMİR ŞUBESİ:** Prof.Dr. Atilla Akkoçlu (Başkan)  
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İnciraltı/İzmir  
Tlf: (0-232) 278 33 73, Fax: (0-232) 259 97 23

**KONYA ŞUBESİ:** Prof.Dr. Oktay İmecik (Başkan)  
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya  
Tlf: (0-332) 323 26 00, 323 26 44, Fax: (0-332) 323 26 43

**SAMSUN ŞUBESİ:** Dr. Remzi Karşı (Sekreter)  
Verem Savaş Dispanseri, İstiklal Caddesi No: 129, 55060 Samsun  
Tlf: (0-362) 230 62 63, 231 21 55, Fax: (0-362) 431 44 14

Hemen ve 12 saat boyunca güçlü bronkodilatasyon

# Foradil

Formoterol

Yeni jenerasyon inhaler  $\beta_2$ -agonisti



**Takdim Şekli:** Formoterol fumarat: Herbir püskürtmede 12 mcg formoterol veren ölçülü doz inhaler. **Endikasyonları:** Hava yollarında reversibl obstrüktif hastalığı olan hastalarda bronkokonstriksiyonun önlenmesi ve tedavisi, egzersizin veya alerjenlerin neden olduğu bronkospazmın önlenmesinde kullanılır. **Kullanım Şekli ve Dozu:** Yetişkinler ve çocuklar (6 yaş ve üzeri): Düzenli idame tedavisi: Günde 1-2 doz. Gerekirse, haftada 2 günden fazla olmamak üzere, günde 12' mcg'lık 1-2 doz ilave edilebilir. Egzersizin veya alerjenlerin neden olduğu bronkospazma karşı profilaksi: Söz konusu durumdan 15 dakika önce 1-2 doz uygulanır. **Kontrendikasyonları:** Preparatın bileşimindeki herhangi bir maddeye karşı aşırı duyarlık durumunda kullanılmamalıdır. **Uyarılar / Önlemler:** İskemik kalp hastalığı, kardiyak aritmiler, özellikle üçüncü derece atriyoventriküler blok, şiddetli kardiyak dekompanasyon, idyopatik subvalvüler aortik stenoz, hipertrofik obstrüktif kardiyomiyopati, tirotoksikoz, QT entervalinde bilinen veya şüphe edilen uzama, diabetes mellitus durumlarında dikkatle uygulanmalıdır. Hamilelik ve emzirme döneminde kullanımından kaçınılmalıdır. Steroid tedavisine Foradil almaya başladıktan sonra, değişiklik yapılmaksızın, devam edilmelidir. Saklama koşullarına kesinlikle uyulmalıdır. Sempatomimetikler, ksantin türevleri steroidler, diüretikler, dijital,  $\beta$ -blokerler ile etkileşim olabilir. **Yan Etkiler:** Bazen: Tremor, palpasyonlar, baş ağrısı. Ender: Kas krampları, kas ağrısı, taşikardi, ajitasyon, sersemlik, bronkospazmada şiddetlenme, orofaringeal iritasyon. **Ticari Şekilleri:** Foradil aerosol inhaler 50 ve 100 dozluk bir adet ölçülü dozlu inhaler içeren kutularda. Reçete ile satılır. Daha fazla bilgi için "Ciba-Geigy İlaç ve Kimya Ürünleri Sanayi ve Ticaret A.Ş. PK: 245 Beşiktaş 80693 İstanbul" adresine başvurunuz.

ciba

