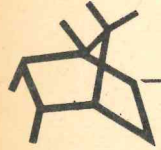


GLUTRIL



Diabet tedavisinde son
aşama niteliğini taşıyan
"GLUTRIL" Roche
Ensulin sekresyonunu
zamanında
ve
gerekli miktarda
stimüle eder.

ROCHE'un
bazı üstünlükleri:

Glutril ortalama 8 saatlik yarılanma müddetine sahiptir.

Glutril gastro-intestinal sistemden düzenli olarak % 98 oranında rezorbe olur.

Glutril inaktif metabolitler halinde süratle itrah edilir.

Glutril birikme tevhit etmez.

Glutril diabet vak'alarında artan kan lipid seviyesini düşürür.

Glutril ile hipoglisemi riski minimaldir.

Glutril obolitik etkilidir.

Glutril ile tedavi sırasında alkole tahammülsüzlük gözlenmemiştir.

atob

ANKARA TABİP ODASI BÜLTENİ



İÇİNDEKİLER

- Odadan Haberler
 - Meyak Kesintilerini İstemiyoruz
 - Nöbet Paraları
 - I. Halk Sağlığı Kurultayı Karar Özetleri
- Dr. Turhan Temuçin (Birleşsek mi?)
- Dr. İhsan Ünlüer (Karikatür)
- Dr. Nusret H. Fişek (Halkımıza Sağlık Hizmetlerini Nasıl Götürebiliriz?)
- Bilimsel Yazı Özetleri
- Araştırma/Derleme
 - Diyarbakır'ın Beş Sağlık Ocağındaki Trahom Prevalansı (Dr. Şeref İnalöz)
 - Çocuk Ölümünde Beslenmenin Rolü (Dr. Ayşe Baysal)
 - Antimikrobik İlaçlar Arasındaki Etkileşme Tipleri ve Klinik Bakımından Önemli Etkileşmeler (Dr. Oğuz Kayaalp)
 - Sağlıklı ve Hastalıklı Gingiva (J. Harold Jones, M.D.)
 - Akut Otitis Media ve Anjin
- Bilgimizi Yoklayalım

A T O B

Türk Tabipleri Birliği
Ankara Tabip Odası
Aylık Yayın Organı

Sahibi
Ankara Tabip Odası
adına Başkan
Dr. Hamdi ÖĞÜŞ

Yazışleri müdürü
Orhan AYBERS

Teknik Sekreter
Cevdet DURANOĞLU

İstanbul Temsilcisi
İsmail UZGİDEN

Kapak
Sinan Bora YÜCEL

Yönetim Yeri
Hanımeli sok. 16/2
Sihhiye / Ankara
12 25 58

Dizgi:

MAYA
Matbaacılık Yayıncılık
Ltd. Şti.

Baskı: ÇABA Matbaası

Sayısı 10 TL. Yıllık Abone
100 TL. Öğrencilere Yıllık
abone 60 TL. Dış ülkelere
12 S (Normal posta)

Yayımlanan yazılardaki gö-
rüş ve düşünceler yazarları-
na aittir. Ankara Tabip
Odası ve ATOB'u bağlamaz

İlan Tarifesi

İLK SAYIDA...

Şu anda elinizde tutmakta olduğumuz dergi 3000 adet basılmıştır. Ankara dışında Bursa, Diyarbakır ve Adana'da da dağıtılmaktadır. Çağdaş teknolojinin en son yeniliklerinden yararlanılarak dizilip basılmıştır. Bütün bunlar, şimdilik tam belli olmamakla birlikte Ankara Tabip Odası'na epeyce yüklü bir faturaya malolacaktır.

Bunların da dışında her ay 64 sayfalık bir tıbbi - bilim-
sel derginin sayfalarını dolduracak kadar yazı bulmak, oldukça zor bir işe benzetilmektedir. Hele bu yazıların bilimsel niteliğinin kaybolmamasına özen göstermek ayrı bir sorundur.

Ne var ki, Ankara Tabip Odası Bülteni'nin ilk sayısı bir ay gibi kısa bir zamanda hazırlanmış, yazılar toplanmış, matbaalarla görüşülmüş, reklam ve abone işleri planlanmış ve görüşmeler yapılmıştır. Bu arada, bütün bu işler aşağı yukarı tamamlanana kadar ATOB bir tasarım seviyesinde tutulmuş, hiç kimse veya kuruluşla taahhüde girilmemeye dikkat edilmiştir. Burada Ankara Tabip Odası yöneticilerinin ve ATOB'da çalışanların ele aldıkları kriter şu olmuştur. "Eğer bir ayda 64 sayfalık bir derginin ilk sayısı hazırlanabilirse, bu derginin daha sonraki sayıları aynı süre içinde çok daha kolaylıkla hazırlanabilir".

Sonuçta görülmüştür ki, biraz amatör ruh, biraz profesyonelce çalışma alışkanlığı, sistemli bir şekilde bir araya getirilirse, aylık bir dergiyi çıkarmak mümkün olacaktır. İşte bu anlaşıldıktan sonradır ki, gerekli mukaveleler imzalanmıştır. Böylece ATOB yayın hayatına girmiştir.

ATOB yüksek tirajlı yabancı tıbbi dergilerden biri değildir. Bunu ATOB'dan beklemek de olanaksızdır. Ama ATOB bir "vaka takdimi" dergisi de olmayacaktır. Ciddi araştırma ve derlemeler için her yazara sayfalarımız açıktır. Hele halkımızın diğer temel sorunlarının ayrılmaz yandaşı olan halk sağlığı, koruyucu hekimlik gibi konuların, hekimler ve halk arasında daha iyi anlaşılıp yaygınlaşmasını amaçlayan yazıların, bu dergide ayrı bir yeri olacaktır.

ATOB hekimlik sorunlarının hekimler arasında, halkın sağlık sorunlarının ise hekimler ile halk arasındaki diyaloga çözülebileceğine, en azından bazı yaklaşımlar sağlayabileceğine inanmaktadır.

Elinizdeki dergi iyi niyetli bir girişimin ürünüdür. Pek çok iyiniyetli girişimin başına gelen "yayımına bir süre ara vermek" durumunun ATOB'un da kaderi olmaması sizlerin elindedir. Bu dergiye yazı, derleme, mektup ve abone gibi farklı yardımlarımızla, birşeyler yapmak olanağı doğacaktır.

İlk yayımımızda pek çok eksiklikler vardır. Bu sayının sizin istediğiniz gibi bir dergi olmadığını lütfen düşünmeyiniz. Çünkü bu savı "bizim de istediğimiz gibi değildir."

odadan haberler

MEYAK Kesintilerini İstemiyoruz!

Beş yıldır tüm devlet memurlarının maaşlarından yüzde 5 oranında kesilen ve MEYAK adlı kurumda toplanacağı bildirilen paralar konusunda mesleki örgütler ve memur derneklerinin son zamanlarda bazı girişimleri olmaktadır. Ankara Tabip Odası da bu çalışmalara katılmaktadır. Bu konuda 17.8.1975 tarihinde yayınlanan bir basın bildirisini aşağıda sunuyoruz.

Değerli Basın Mensupları

Yasası dahi çıkarılmadan MEYAK adı altında tüm kamu personelinin maaşından % 5 kesilmektedir. 657 sayılı yasanın bazı maddelerini değiştiren ve yeni ek maddeler getiren 1327 sayılı yasanın 190. maddesinde şöyle deniyor; "Devlet Memurlarının ek sosyal sigorta, konut, dinletme kampları ve diğer ihtiyaçlarını karşılamakta yardımcı olmak, tasarruflarını yurt kalkınmasına yararlı olacak verimli sahalarda değerlendirmek üzere bu kanun yayımı tarihinden itibaren en geç bir yıl içinde çıkarılacak özel bir kanunla "Devlet Memurları Yardımlaşma Kurumu" Kurulur". Ne var ki aradan beş yıl geçmiş olmasına karşın bir yılda çıkarılması öngörülen yasa bugüne dek çıkarılmamıştır.

YASANIN ÇIKARILMA İSTEMİNİN NEDENLERİ

lenme yerleri açmak olsaydı, emekli sandığı yasasında yapılacak ileriye dönük değişikliklerle bunlar memurların lehine sağlanabilirdi. Aslında yasa, egemen güçlerin içine düştüğü ve kapitalist sistemin doğal sonucu olan çeşitli krizlerin geçiştirilmesine katkıda bulunmak amacıyla çıkarılmak istenmiştir. Nitekim o günden bugüne dek yapılan uygulamalar da bunu kanıtlamaktadır.

MEYAK KESİNTİLERİ NE KADARDIR?

MEYAK kesintilerinin kesilmeye başladığı 1970 yılından bugüne değin 12. derecedeki 3 çocuklu bir memurdan 5.956, 10. derecedeki aynı durumdaki bir memurdan 6.774., 7. derecedeki bir memurdan 10.575, 4. derecedeki bir memurdan 16.584, 3. derecedeki bir memurdan ise 19.731.- TL.sı kesilmiştir. 1 Mart

Ancak bu beş yıl içindeki fiyat artışları nedeniyle biriken bu para reel değerinden (1974 yılı fiyatları dikkate alındığında) 800 milyon lira kaybetmiştir.

MEYAK KESİNTİLERİ NEREDE BİRİKMEKTE VE NASIL KULLANILMAKTADIR?

Yasası çıkarılmadan zorla elimizden alınan bu paralar Merkez Bankasında toplanmaktadır. Toplanan bu paraların kesinlikle nerelerde kullanıldığını hiç kimse bilmemektedir. Ancak bilinen, biriken bu fonların büyük bir kısmının dolaylı ya da dolaysız yollardan özel girişimcilerin kredilendirilmesine aktarıldığıdır. Hasta çocuğuna ilaç, hastasına doktor bulamayan, evine et, süt, şeker alamayan, gecekondularda oturan, çocuğunu okula gönderemeyen fakir fukaradan zorla kesilen bu paralarla parabalalarının paralarına para katılmakta, halkımızı daha iyi sömürmeleri, zulüm ve tahakkümlerini artırmaları için peşkeş çekilmektedir. Zorla kesilen bu milyarlar artık memurun özlük çıkarları doğrultusunda kullanılamayacaktır. Çünkü milyarlar parabalalarının boğazına akmıştır.

MEYAK KESİNTİLERİ NASIL DUR- DURULABİLİR?

Biz kamu kesiminde çalışanları temsil eden demokratik meslek kuruluşları olarak MEYAK kesintilerinin derhal durdurulmasını istiyoruz. Çünkü hukuk dışı ve zorla maaşlarımızdan kesilen bu paralarımız emperyalizmle bütünleşen halkımıza zulmeden, geri kalmışlığımızın nedeni olan

gillere ve T.B.M.M.ne başvurmasını sağlayacağız. Ayrıca bu hukuk dışı kesintilerin derhal durdurulması için Danıştay'a başvuracağız

BİRİKEN PARALARIMIZI GERİ ALACAĞIZ

MEYAK'ta biriken paralarımız 5 milyara ulaşmıştır. Bu paralarımızın faizleriyle ve enflasyon sonucu paranın düşme değeri de gözönünde tutularak bugünkü geçerli değeri üzerinden derhal geri verilmesini istiyoruz.

Bütün yasal ve demokratik yollardan yararlanarak yurt düzeyinde toplantılar, mitingler, yürüyüşler yapacağız. Bu kesintiler sona erinceye dek tüm olanaklardan yararlanarak ve diğer demokratik kuruluşlarla da güçbirliği yaparak sonuna dek mücadelemizi sürdüreceğiz.

Egemen güçler, MEYAK Yasasını bu girişimlerimiz sonucu çıkarma yoluna gidebilirler. Biz Kamu Personelinin demokratik kuruluşları olarak egemen güçlerin çıkarlarına yönelik MEYAK yasasının kesinlikle karşısındayız.

Kamu personelinin gerçek temsilcileri olan biz demokratik kuruluşlar; egemen güçlerin her türlü baskısına, tahakkümüne, zulmüne, kıyımına, saldırısına demokratik güçbirliği içinde karşı koyacağız.

Orman Mühendisleri Odası
Sağlık Memurları Derneği
TÜTED
TÜM-DER

Nöbet paraları

Hekimliğin bir çok uğraşından farklı bir yanı da sıklıkla nöbet gibi zorunlu bir fazla çalışma durumu ile karşı karşıya bulunmasıdır. Büyük sorumlulukların yüklenildiği bu nöbetlerde hekimler, özellikle asistanlar, ayda çoğu kez 100 saati aşan, bazan 200 saate yaklaşan fazla çalışma yapma durumu ile karşılaşmaktadırlar. Bunun yanında yalnızca belirli bir maaş ile yetinme, bu emeklerinin karşılığını alamama durumunda bırakılmışlardır.

Asistanların şu anda içinde buldukları durum "gayriinsani" olarak nitelendirilebilir. İki işgünü arasında bir de nöbet tutan asistan, çoğu kez 36 saat gibi çok uzun bir süre dinlenmeksizin çalışmakta, nöbet tuttuğu günler her ayın ortalama bir haftasını kapsamaktadır. Bazı hastahanelerde bu, aylık nöbet tutarını bir arada tutmak gibi çağdışı düzeylere erişmektedir.

Bu nöbetler çoğu kez sağlığa aykırı koşullarda tutulmakta, uykusuzluk ve yorgunluk gibi etkenler özellikle nöbetten sonraki gün çalışma verimini düşürmekte ve hasta sağlığını da tehlikeye atabilmektedir.

FAZLA ÇALIŞMANIN SINIRI NE OLMALIDIR?

Bu konudaki yanıtı, bize 1475 sayılı "İş yasası" vermektedir. İşçile-

çalışma yapılacak günlerin toplamının da bir yılda 90 günü geçmeyeceği, fazla çalışılan her saate düşen ücretin yüzde 50 zamlı olacağı ve üstelik fazla çalışma için işçinin muvafakatının alınmasının zorunlu olduğunu bildirmektedir. Bir günde 3 saatten fazla çalışma sağlığa aykırı görülmüştür.

MEMURLARDA DURUM NEDİR?

İşçilerin örgütlenecek aldıkları bu haklar memurlara verilmemiştir. 632 sayılı Devlet Memurları Yasasına göre daha önce çalışma sınırlı iken şimdi bu sınır kaldırılmıştır. Saat ücreti her yılki Bütçe Kanununda saptanmaktadır ki 1975 yılı için saptanan fazla çalışma saat ücretleri 2 - 15 TL arasında değişmektedir. Üçüncü derecedeki ve yukarıdaki memurlar fazla çalışma yapamadıklarından, 4. derecedeki bir memur çalıştığı her fazla saat başına 15 TL almaktadır.

SAĞLIK KURUMLARINDA

SSYB ve SSK hastanelerinde saat başına göre hesaplanmayan, niceliği hastaneden hastaneye değişen ve sık sık da ödenmesinden vazgeçilen bir fazla çalışma ücreti vardır. Bu da ayda çoğu kez 150 - 200 TL gibi gülünç bir düzeyde kalmaktadır. Üstelik yeni çıkan bir yönetmelik bu işe tuz biber ek-

7 / 9493 sayılı kararname ile kabul edilen "Fazla Çalışmanın Uygulama Esaslarını Gösterir Yönetmeliğin Anayasaya aykırı olan ve açıkça angarya niteliğini taşıyan 5. maddesinde "...çalışma saatleri içinde ve DIŞINDA yürütülen nöbet hizmetleri fazla çalışma sayılamaz" denilmektedir.

NE YAPACAĞIZ?

Tüzüğün 5. maddesinin iptali için Danıştay'a açılan örnek davalar izlenmektedir. Ankara Tabip Odası'nca bu konudaki çalışmalar tamamlan-

mış olup, kısa bir süre içinde gerekli girişimlerde bulunulacak, davalar açılacaktır.

Bunun yanında örgütlü bir biçimde yasal direniş haklarımızı kullanacağız. Demokratik mücadelemizi sürdüreceğiz.

Birer kafa ve beden işçisi olan bizler emeklerimizin karşılığını söke söke alacağız.

Haklılığımıza güveniyoruz ve inanıyoruz.

Ankara Tabip Odası Başkanı
Dr. Hamdi ÖĞÜŞ

Münhal işler

Aşağıdaki münhal işler İş ve İşçi Bulma Kurumu Ankara Şubesi Müdürlüğü'nün Ankara Tabip Odası'na 19.9.1975 tarihinde bildirdiği işlerdir. Sayın meslektaşlarımızdan konuyla ilgilenenlerin bu müdürlük ile ilişki kurmaları gerektiği duyurulur.

Aranılan Eleman	Adedi	İşin mahiyeti	Ücreti
Pratisyen hek.	2	Bakanlık dispanseri	Personel Kanunu
Nörolog	1	" "	" "
Kadın - doğum müt.	1	" "	" "
Dahiliye müt.	2	" "	" "
Cildiye müt.	2	" "	" "
Göz hast. müt.	1	" "	" "
Üroloji müt.	1	" "	" "
Genel Cerrahi müt.	1	" "	" "
K.B.B. müt.	1	" "	" "

(Not... Bu gibi münhal işler konusunda bilgi alındıkça üyelerimize de duyuru yapılacaktır. Dileğimiz, üyelerimizin haberdar oldukları münhal işleri Ankara Tabip Odası'na duyurarak bundan diğer meslektaşlarının

I. Halk Sağlığı Kurultayı

karar özetleri

26 - 28 Haziran 1975



1. HALK SAĞLIĞI KURULTAYI 26 - 28 HAZİRAN - ANKARA

Soldan sağa: Veli LÖK, Engin TONGUÇ, Nevres BAYKAN, Nusret FİŞEK, Ergin ATASÜ, Rahmi DİRİCAN, Neuzat EREN, Aydın KÖYMEN

ANKARA TABİP ODASINCA DÜZENLENEN HALK SAĞLIĞI KURULTAYI'NIN İLK GÜNÜ ÖZETİ

"Bulaşıcı Hastalıklar ve Barsak İnfeksiyonlarının Ülkemizdeki durumu, Ülke koşullarına uygun olarak alınması gereken tedbirler" konusunda aşağıda belirtilen noktalarda görüş birliğine varılmıştır.

Halk Sağlığına ilişkin tüm sorunlar gibi, barsak infeksiyonları ve diğer bulaşıcı hastalıklar da, ülkenin tüm sosyal ve ekonomik sorunlarından soyutlanamaz. Toplumsal sorun ve dengesizlikler, gelir düşüklüğü ve gelirin dengesiz dağılımı, sonuçlarını en önce halkın sağlığı üzerinde gösterirler.

Bu nedenle, sağlığın korunması, sağlık düzeyinin yükseltilmesi ve sürdürülmesi konularında başarılı olabilmek, Ülkenin düzenine, sosyal ve ekonomik kalkınması ve huzuruna doğrudan bağlıdır.

Sağlık konusunda bireylerin tek tek davranışının toplamı, toplumsal davranışı oluşturmaz. Toplumsal davranış, sosyoloji kuralları uyarınca oluşur. Sağlık konusunda bireysel tutum ve davranışlar, toplumsal davranışa ancak ve ancak yön verebilir. Bu nedenle sağlıklı ya da sağlıksız olmak bir toplumsal durumdur.

geçerli önerilerde bulunabilmek için, herşeyden önce hastalıkların yaygınlık durumunu tam olarak bilmek zorunludur. Bu zorunluğu karşılayabilmek için alınacak öncelikler, aynı zamanda, bulaşıcı hastalıkların azalmasına da yönelik önceliklerdir. Bu konuda yapılması gereken işler şöyle sıralanabilir.

Hekimlerin büyük kent, kentsel bölge ve kırsal bölgelerde, dengeli dağılımı mutlaka sağlanmalıdır. Üç büyük kentte her 500 kişiye bir hekim düşerken, sosyalleştirilmiş doğu bölgelerinde, yer yer 18.000 kişiye bir hekim düşmektedir. Bu durum sosyal adaletsizliğin belirtilerinden biridir.

Kamu sektöründe çalışan hekimlerin özel muayenehane açmaları kesinlikle önlenmelidir.

Hekimlere, serbest hekimlik yaptıklarında elde edecekleri kazançta yakın bir ücret verilmelidir.

Serbest hekimlik, tamamen arz ve talep ilişkilerine dayalı bir düzende çalışmaktadır. İnsan sağlığı böyle bir ticaretin konusu olamaz. Serbest hekimlik uygulamalarının etkili bir biçimde denetlenmesi zorunludur.

Hekimlik uygulamalarında önemli oranda yanlış teşhis, buna bağlı olarak ihbar eksikliği ve ilaç israfı vardır. Bu durumun asıl nedeni hekimlik hizmetine yeterli bir laboratuvar desteğinin sağlanmamış olmasıdır. Yurt düzeyinde yayılmış teşhis laboratuvarları kurulmalı ve bu laboratuvarlar mutlaka işletilmelidir. Bu kuruluşlara yeterli sayı ve eğitim düzeyinde personel sağlanmalıdır.

Bulaşıcı barsak hastalıklarının kökeninde çevre kirlenmesi, özellikle su - helâ, besin atık kanalizasyon ve barınak sağlığı konuları yatmaktadır. Köyden kente göç sorunu sonucu ortaya çıkan gecekondu bölgeleri, bu sorunları ağırlaştırmaktadır. Acil olarak köyden kente göçü dengeleyen ve şehir planlaması hizmetlerine ağırlık veren politikaların uygulanması gerekmektedir.

Su ve çevre sağlığı sorunu ile ilgilenen 32 kuruluş enflasyon ve kargaşa demektir. Bu kuruluşların çoğunun birbirinden haberleri bile yoktur. Bir iş birliği sağlanmalıdır. Bu işbirliğinin lideri, konu kişinin sağlığı olduğu için S.S.Y.B. olmalıdır.

Belediyelerin, sınırlı gelirleri arasından sağlık hizmetine ayırdıkları ödeneklerin harcanması, çağdaş koruyucu hekimlik ilkelerinden uzak ve plansızdır. Bu konuda belediyelere rehberlik yapılmalıdır. Unutulmamalıdır ki belediye hizmetlerin pek çoğu sağlık hizmetleridir.

Genel bütçeden sağlık işlerine ayrılan pay, geri kalmış ülkelerle karşılaştırıldığında bile, çok azdır. Bu pay artırılmalı, ayrıca, artırılan payın etkin bir biçimde harcanmasında özen gösterilmelidir.

Bulaşıcı hastalıklar ve barsak enfeksiyonları ile savaş, tüm diğer hekimlik hizmetleri, bir ekip hizmetidir. Ekipde görevli tüm kişilere, bu arada hekimlere sosyal güvenlik hakları ve hakça bir rotasyon sistemi uygulanmalı, sağlanmalıdır.

Çevre koşullarının bozukluğu, sindirim sistemi enfeksiyonlarının yaygınlığında barsak parazitlerinin de önemli oranda yayılması sonucunu da

Son olarak, sağlığa ilişkin kanunlar (Belediyeler Kanunu dahil) yeniden gözden geçirilmeli, günün koşullarına uydurulmalıdır. Bundan sonra, tüm kuruluşlar, yeni bir işbirliği ve liderlik anlayışı ile, temel neden olan bozuk çevre koşullarının düzeltilmesine yeniden eğilmelidirler.

ANKARA TABİP ODASINCA DÜZENLENEN HALK SAĞLIĞI KURULTAYI'NIN İKİNCİ GÜN TARTIŞMALARI ÖZETİ

Ana ve çocuk ölümleri ve ülke koşullarına uygun alınabilecek tedbirler konusunda aşağıda belirtilen noktalarda görüş birliğine varılmıştır:

A - Ana ve çocuk sağlığı hizmetleri bir koruyucu hizmet verme biçimidir. Bu nedenle ana ve çocuk sağlığı hizmetlerini başta aile planlaması olmak üzere diğer koruyucu hekimlik hizmetlerinden ayrı düşünmek, ayrı ele almak bilimsel ve ülke koşullarına uygun bir düşünüş değildir. İnsan ve çevresi bir bütündür. Ana ve çocuk ölümlerini azaltmak için alınması gereken insan ve çevresine yönelik öncelikleri de bir bütün olarak ele almak gerekir.

B - Ülkemizde ana ve çocuk sağlığı konusunda, doğru sonuçlara götürecek, ülke çapında veriler yoktur. Bu durum kayıt ve ihbar eksikliğinden doğmaktadır. Doğru kayıt ve ihbar iyi sağlık bakımının şaşmaz ölçüsüdür. O halde ülkemizde ana ve çocuk sağlığı hizmetleri yetersizdir. %153'e varan bebek ölüm hızı ile onbinde 15'e varan ana ölüm hızı, bu hizmetlerin yetersiz oluşunun yadsınamaya- cak belirtileridir.

C - Büyük kent, kentsel bölge, gecekondu bölgesi ve kırsal bölgeler arasında, Ana ve Çocuk ölümleri yönünden önemli farklar vardır. Gelir ve eğitim düzeyi farkları da, ana ve çocuk ölümlerini artırmaktadır. Bu bulgular, toplumsal dengesizliklerin ana ve çocuk ölümlerini de doğrudan etkilediğini göstermektedir.

D - Anayı ve çocuğu ölüme götürecek hastalık ya da olay başladığı anda, hekimin, anayı ya da çocuğu kurtarmak için çok az zamanı vardır. Bu zaman içinde, ana ya da çocuğu bir sağlık kuruluşuna taşımak ölüm riskini artırmaktadır. O halde hekim hastasının kolay ulaşabileceği bir yerde olmalıdır. Diğer bir anlatıyla, hekimleri yurt düzeyine dengeli bir biçimde yaymak, ana ve çocuk ölümlerini azaltmak için zorunludur.

E - Ana ve çocuk sağlığı hizmetleri koruyucu hekimlik hizmetlerinden olduğu için, tedavi edici eğilimi fazla olan uzman hekimlerin bu hizmette görevlendirilmesi doğru değildir. Bu hizmeti yürütebilecek düzeyde mezuniyet sonrası eğitimi görmüş pratisyen hekimlerin ya da halk sağlığı uzmanlarının görevlendirilmesi, hizmetin asıl yönü olan KORUYUCULUK görevinin daha iyi yapılmasını sağlayacaktır.

F - Ana ve Çocuk Sağlığı merkez istasyonları büyük kentlerde ve büyük

Bu ana koşulların ışığında alınması gereken öncelikler şöyle sıralanabilir:

1 - Tıp ve yardımcı sağlık personeli eğitiminde, ülke koşullarına uygun personel yetiştirecek değişiklikler yapılmalıdır.

2 - Sağlık kalkınmasında herşeyi hekimden beklemek yanlıştır. Öğretmen, muhtar, imam, kaymakam, vali ve tüm yöneticiler, halk liderleri bu kalkınma çabalarına katılmalıdır. Ve uyumlu-planlı bir çalışma düzeni kurulmalıdır.

3 - Muhakkak hekim hizmeti olması gerekmeyen pek çok görev vardır. Bu görevleri yardımcı sağlık personeline kaydırmak bir zorunluk haline gelmiştir.

4 - Hekim ve personelin tam gün çalışmalarının sağlanması zorunludur. Ayrıca her derecedeki görevliler için görev belirlenmesi (job description) yapılmalı ve her görevlinin ürettiği hizmet denetlenmelidir. DENETİMSİZ HİZMET DÜŞÜNÜLEMEZ.

5 - Hükümet Tabipliklerine bağlı olarak görev yapan, sayıları 6000'i bulan köy grup ebelerinin ürettikleri hizmetin yok var sayılabilecek kadar az olduğu saptanmıştır. Bu 6000 ebeyi verimli çalışabilecek görevlere atamalı, bu çalışmayan insan gücünden yararlanılmalıdır.

6 - Tüm personele örgün eğitim ve işbaşında eğitim uygulanmalı, bu personelin de halka, bilimsel anlamına uygun eğitim yapması sağlanmalıdır. Ayrıca, her düzeydeki okullarda analık ve çocuk bakımı eğitimine önem verilmelidir.

7 - Sahada çalışan hekim ve yardımcı personele, merkezde çalışana oranla daha çok ücret ödenmelidir.

8 - Ana ve Çocuk Sağlığı hizmetleri bir mediko sosyal hizmettir. Bu ikili hizmetten ancak medikal olanı sınırlı olarak yapılabilmektedir. Sosyal hizmet de, medikal hizmet kadar önemlidir. Bu hizmet aynı zamanda bir çok kanunlarla bir kamu görevi olarak devlete yüklenmiştir. Devletin bu görevini yerine getirmesi kaçınılmaz bir zorunluk olmuştur.

9 - Perinatal ölüm hızı, eksik saptamalara rağmen bir hayli yüksektir. Bu, doğum öncesi bakımın yetersizliğini gösterir. Bu bakım sağlanmalıdır. Bu konuda yapılacak eğitimin en etkili olduğu zamanlar, evlilik öncesi ve doğum sonrasıdır. Eğitime bu zamanlarda ağırlık verilmelidir.

10 - Çok genç yaşta, 20 yaştan küçük evlenen kadınlarda, ana ve çocuk ölümlü hızları, görece olarak yüksektir. Evlilik yaşını daha ileri yaşlara götürecek öncelikler alınmalıdır.

12 - Beslenme bozukluğu, bebek ölümlerini de hazırlayıcı bir etken olarak çok önemli rol oynamaktadır. Beslenme bozukluğundan ölmeyip-yaşayan çocuklarda ise zeka gerilikleri ortaya çıkmaktadır. Beslenme eğitime ve iyi beslenmeyi sağlayacak yüksek sosyo-ekonomik düzeye ulaşma çabalarına ağırlık verilmelidir. Çocuklarda gözlenen kötü beslenme hastalığının önemli nedenlerinden birisi de istenmeyen gebelik sonucu doğan çocuklardır. Bu bulgu da aile planlaması hizmetlerinin önemini gösteren bir bulgudur.

13 - En önemli sorun yönetimin, özellikle personel kullanma düzeninin bozuk olmasıdır. Sağlık yönetimi ve personel kullanma düzeni, günlük politikanın etkilerinden mutlaka kurtarılmalıdır.

14 - Serbest hekimlik, koruyucu hizmetleri engelleyen bir durumdadır. Serbest hekimliği kısıtlayıcı öncelikler uygulanmalıdır.

15 - Toplumun ekonomik ve kültürel düzeyini yükseltecek, ulusal gelirin halka yönelik hizmetlerin yatırımında kullanılmasını sağlayacak köklü tedbirler alınmalıdır.

ANKARA TABİP ODASINCA DÜZENLENEN BİRİNCİ HALK SAĞLIĞI KURULTAYININ ÜÇÜNCÜ GÜN TOPLANTISININ ÖZETİ

Ankara Tabip Odası'nca düzenlenen Birinci Halk Sağlığı Kurultayı'nın "Genel Sağlık Politikası"na ayrılan üçüncü gününde panele ve kurultaya katılan üyeler arasında yapılan tartışmalar sonunda aşağıda belirtilen konularda görüş birliğine varılmıştır:

A- Önce POLİTİKA sözcüğünün tartışması yapılmıştır. Politika sözcüğünden, kişinin kendisini, kendisi ile yakın çevresi ve kendisi ile tüm dünya arasındaki ilişkiler konusunda tutarlı bir düşüncesi olması anlamının anlaşılması gerektiği kararlaştırılmıştır. Sağlık politikası sözcüğünün kişilerin sağlıklı ya da sağlıksız olmalarının çevrelerinin ve bu çevrede yaşayan diğer kişilerin sağlıklı ya da sağlıksız olması, kendi sağlıklarının da çevreyi etkilemekte olması durumunun kişilerce açık ve seçik olarak algılanması anlamını taşıdığı saptanmıştır. Devletin Genel Sağlık Politikası sözcüklerinden de aşağıdaki anlamın çıkarılması gerektiği konusunda düşünce ve anlayış birliğine varılmıştır:

Devlet sağlık politikası şu anda sağlık açısından ne durumda bulunulduğunun saptanması, nereye varılması gerektiğinin ortaya konması, varılmak istenen amaçlara hangi yöntem, plan ve programlarla varılacağına bir karara bağlanması ve uygulanması olarak anlaşılmalıdır.

1- Sağlık hizmetlerinden herkesin, olanakların elverdiği ölçüde ve eşit olarak yararlanması DOĞUŞTAN KAZANDIKLARI BİR HAKTIR. Ancak bu hak, ülkemizde, herkese eşit olarak verilmemektedir.

2- Herkesin sağlık hizmetlerinden eşit olarak yararlanması, ülkemizde liberal bir düzenle sağlanamaz. Liberal düzen yapısı gereği kâr ve zarar, arz ve talep ilişkilerine göre işler. İnsan sağlığı böyle bir ticaretin konusu olamaz. İNSAN SAĞLIĞI, ÜZERİNDEN GELİR SAĞLANAN, TİCARET YAPILAN, BİR META GİBİ DÜŞÜNÜLEMEZ. Bu nedenle ülkemizde SAĞLIK HİZMETLERİNİN DEVLETLEŞTİRİLMESİ ZORUNLUDUR.

3- Sağlık hizmeti yapmak üzere, yeni mesleklerin yaratılmasından sakınılmalıdır. Ancak, hekim dışındaki sağlık personeline, MUHAKKAK HEKİMLERİN YAPMASI GEREKMEYEN bazı hizmetler verilmelidir. Bu görev devrinin yapılacağı hekim dışındaki sağlık personeli titizlikle seçilmeli, eğitilmeli ve denetlenmelidir.

4- Hekimlerin uzmanlaşmalarını yavaşlatacak bir politika izlenmelidir. Hekimlerin, uzmanlaşmadan önce, belli bir zaman, kırsal ve gelişmemiş bölgelerde çalışmış olmaları, bir koşul olarak aranmalıdır. Uzmanlaşmadan sonra da, böyle bölgelerde çalışma zorunluğu konmalıdır.

5- Nerede ve hangi görevi yaparsa yapsın, hekimlerin görevleri dört ana başlıkta toplanabilir. Tıp eğitimi, bu başlıklara göre yeniden düzenlenmelidir. Bu dört ana görev şunlardır:

Yönetici hekimlik görevleri,
Koruyucu hekimlik görevleri,
İyileştirici hekimlik görevleri,
Adli hekimlik görevleri.

Kurultay, yukarıda belirtilen hekimlik görevlerinin önem sırasına göre sıralanmış olduğu konusunda da düşünce ve inanç birliğine varmıştır.

6- Tüm sağlık personelinin okul içi eğitimleri, ülke koşullarına uygun olarak yeniden saptanmalıdır. Bu iş yapılırken, hekimi sahada çalıştıran kuruluşların yöneticileri ile Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın sahada çalışan personelinin düşüncelerine başvurmak gerekli ve zorunludur. Tüm sağlık personeline belirli aralıklarla okul sonrası eğitimi de uygulanmalıdır.

7- Hekimler ve diğer sağlık personelinin çalışma koşulları gün/saat ve gün/hasta sayısı gözönüne alınarak yeniden düzenlenmelidir. Tüm sağlık per-

8- Kamu sektöründe çalışan sağlık personeline, hakça yürütülen, uygulanan bir rotasyon sistemi uygulanmalıdır. Sağlık yönetimi ve personel atanması işlemleri, günlük politikanın etkilerinden MUTLAKA KURTARILMALIDIR.

9- Hekimlerin hastalarına koydukları tanıları, hekimlik uygulamaları ve yazdıkları reçetelerin ülke koşullarına, çağdaş hekimlik biliminin gereklerine göre, hekim meslek odalarının denetlenmeli, bu konudaki başıbozukluğa bir son verilmelidir.

10- Sağlık hizmetlerinin finansmanı milli bütçeden karşılanmalıdır. Genel sağlık sigortası ve benzeri uygulamalar, dengesizliği artırıcı ve iyileştirici hizmet veren hekimlere haksız ve fazla gelir sağlamadan öte bir yarar sağlayamayacaktır.

SAYIN MESLEKTAŞIMIZ. Ankara Tabip Odası Bülteni ancak sizin ilgisizliği yayını sürdürülebilir. Bu ilginin en kesin göstergesi ATOB'un abone sayısı ile belli olacaktır.

ATOBA
abone
olun

Abone şartları: Yıllık100 TL
Öğrencilere yıllık..... 60 TL

Sayın meslektaşımız, abone bedellerini T.C. Ziraat Bankası Necatibey şubesindeki 630/84 numaralı hesaba göndermekle dergimizin yaşamasına

dr. turhan temuçin

Birleşsek mi?

Geçen ay içinde Sağlık Bakanı Sayın Kemal Demir, Numune Hastanesinin doktorlarını konferans salonunda toplamış, tüm ciddiyeti ve belirgin bir üzüntü ile konuşuyordu:

"Tekrar ediyorum sayın meslektaşlarım, bunların sayısı çok azdır. Kendini hastalarına ve şerefli işine adanmış arkadaşlarıma oranla bunların sayısı çok azdır. Ama bu kişiler, hakları olmadığı halde halkın sağlığı ile oynuyorlar ve hepimizi kamu oyu önünde küçük düşürüyorlar. Bu çirkin işi demeyeceğim, bu işden öğreniyorum diyeceğim."

Ankara Tabip Odası dört yıldan beri muayenehane hekimliği ile kamu görevi yapan hastahane hekimliğinin birbirinden ayrılmasını savunmuştur. Neden mi? İşte en yetkili ağız olan sağlık bakanının şu yukardaki söylediklerinden ötürü. Bunu yalnız Bakan mı söylüyor? Hayır. Sokaktaki vatandaş, evinizde konduğunuz olan dost, alışveriş ettiğiniz bakkal ve kaloriferinizi yakan kapıcı da söylüyor bunu.

Kim yapar bu işi. Gerçekten de sayıları çok az olan ama suyun başını tutmuş olan üç-beş soysuz. Üç-beş soysuz, Hipokrat yeminine sadık onbinlerin adını da kötüye çıkarıyor. Hastasına kendi kanını verecek kadar yücelmiş, hastasının başında sabahlamış ve hiç karşılık beklemeden kendisini hastalarına adanmış Türk doktorunun yanında bir kaç aç gözlü haramzade, çalışıyor ha, çalışıyor. Hastasının sağlığını çalışıyor, meslektaşlarının onurunu çalışıyor.

Ve siz bunları söylediğiniz zaman da ne gariptir ki sizi Türk hekimlerine hakaret etmekle suçluyorlar ve açıyorlar doymaz ağızlarını:

"—Komünist, anarşist, düzen yıkıcı!"

diye diye öyle bir yere geldiler ki, alın işte en yetkili ağız da onlara aynı sözleri söyledi:

"—İğreniyorum bu işlerden," dedi.

Haydi şimdi; desenize Sağlık Bakanına da aynı sözleri, ne durursunuz bre düzen savunucusu düzenbazlar!

Halkın sağlık düzenini kendi çıkar düzenleri için yıkan üç-beş madrabazı halka duyurmak ve onları içimizden almak neden kötü bir şey oluyormuş anlamıyorum. Neden buna karşı çıkarız bilinçsiz olarak, neden:

"—Aman kimse duymasın, aman söylemeyelim, aman herkese rezil olmayalım" deriz.

Bunları içimizde saklamak, bunlara daha fazla edepsizlik yapma olanağı sağlamak olmuyor mu?

Bunları içimizden atmak halka karşı bir görev olmaz mı ve bunları işleyemez hale getirdiğimizde halk:

"—Bravo benim hekimime, içinde kötülerini tutmuyor," demez mi?

Haa, nasıl olur da hekimin arasında kötüler olduğunu duyurmuşuz. Hekimin arasında da kötüler olacaktır elbette. Çünkü kötü, mesleklerin değil insanların arasından çıkmaktadır. Hekimin rüşvet alırken yakalanması, mühendisin betonu, çimentoyu, demiri çalanı, polislin suçlularla ortaklık yapması, askerinin vatana ihanet eden olduğu gibi hekimin hastasının sağlığına saygı duymayacağı ve hastasının canına ameliyat masasında pazarlık keseni de olacaktır. Önemli olan böyle olanın bulunması değil, böyle olanların aramızda tutulması ve korunmasıdır.

Şimdi burda birleşiyor muyuz? Tutmayacak mıyız hastasının sağlığına saygı duymayan, hastahanelerle muayenehaneler arasında hava koridorları oluşturmuş adamları aramızda?

O zaman bu konuda birleşelim derim. Sağcı solcusu orta solcusu her

dr. ihsan ünlüer



yazılar

Halkımıza sağlık hizmetlerini nasıl götürebiliriz?

DR. NUSRET H. FİŞEK

GİRİŞ

Sağlık hizmeti alanında yirminci yüzyılın ikinci yarısındaki en önemli gelişme sağlık hizmetinden yararlanmanın bir insan hakkı oluşunun kabul edilmesidir. Bu gerçek, Türkiye Büyük Millet Meclisince de kabul edilen, Dünya Sağlık Teşkilâtı Anayasası'nda şu şekilde belirtilmiştir:

"İrk, din, siyasi inanç, sosyal ve ekonomik durum ayrıcalığı yapmadan her insanın sağlığı erişilebilecek en yüksek düzeye ulaştırılmalıdır."

Bu ilke "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun" da da "herkesin sağlık hizmetinden eşit şekilde yararlanması" deyimini ile yer almıştır.

Yukarıda belirtilen amaca nasıl erişilir? sorusunu cevaplandırabilmek için sağlık hizmetlerini tanımlamak ve örgütlenme ilkesini saptamak gerekir.

SAĞLIK HİZMETLERİ

Sağlık hizmetleri koruma, tedavi ve rehabilitasyon olarak üç grupta toplanır. Koruma ve tedavi hizmetleri de aşağıdaki şekilde alt dallara ayrılır.

Sağlığı koruyucu hizmetler:

Ülkemizde sözü geçen bir çok hekim ve yönetici koruyucu hekimlik hizmetini hâlâ, Birinci Dünya Harbinden önce kabul edilen çerçevede anırlar. Bunlara göre koruyucu hekimlik hizmetleri bulaşıcı hastalıklarla savaş için çevreyi olumlu hale getirmek ve aşılama programları uygulamaktır. Zamanımızda koruyucu hizmetleri iki temel gruba ayırmak zorunluğu vardır.

Çevreye yönelik hizmetler:

Suların kontrolü, atıkların yok edilmesi, vektörler ile savaş ve besin kontrolü gibi hizmetler.

Kişiyeye yönelik hizmetler:

Tedavi hizmetleri:

Gelişmiş batı ülkelerinde ve sosyalist ülkelerde tedavi hizmetlerini inceleyenler - halkın kültüründen gelen davranışı, hükümet ve sigorta kurumlarının koyduğu kurallar sonucu - bu hizmetlerin iki basamaklı bir sistem olarak geliştiğini görür.

İlk basamak, Evde - ayakta tedavi hizmeti (Primary care):

Bu basamakta köy ve mahallelere dağılmış hastaları evde ve ayakta tedavi eden tek başına (single-handed practitioner), grup halinde (group practice) ve sağlık merkezlerinde çalışan hekimler vardır. Uzmanlaşmanın en ileri olduğu ülkelerden biri olan Amerika Birleşik Devletlerinde kırsal bölgeden en büyük şehirlere kadar her 2000 kişiye bir evde ve ayakta hasta tedavi eden genel pratisyen vardır. İngiltere ve diğer batı ülkelerinde de durum aynıdır. Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliğinde evde-ayakta tedavi hizmeti yürütülen örgütlerde 800-1000 kişiye bir hekim düşmektedir. Az gelişmiş ülkelerde, ner hizmet gibi, evde-ayakta tedavi hizmeti de gelişmemiştir. Bu ülkelerin çoğu sınırlı kaynaklarını hastaneciliğe yöneltmiştir. Bundan ayrı tutulacak yalnız Çin Halk Cumhuriyetidir. Çin Halk Cumhuriyeti çıplak ayaklı doktor (Bare-Foot Doctor) diye tanınan, sadece sık görülen hastalıkları tedavi etmesini bilen düşük düzeyde eğitim görmüş hekimler yetiştirerek sorununu çözmüştür.

İkinci basamak, Hastahane tedavi hizmeti (Secondary Care):

Gelişmiş ülkelerde hastahaneler gelişmeden çok önce evde-ayakta tedavi hizmetleri toplum içine yerleşmişti. Hastahaneler bu temelin üstünde ikinci bir basamak olarak gelişmiş ve ilk basamak hizmetlerini tamamlayan bir hizmet olmuştur. Sağlık hizmetleri gelişmiş ülkelerin hemen hepsinde evde ve ayakta tedavi yapan hekimlere görünmeden kimse hastahaneye gitmez veya gidemez. Ancak, ilk basamak-taki hekim lüzum görürse hastahaneye yollar. Örnek olarak Federal Alman Cumhuriyeti, İngiltere ve Sosyalist ülkeler gösterilebilir. Federal Almanya'da zenginlere bakan klinik şefleri hariç hastahane uzmanları konsültasyon için dahi ayaktan hasta muayene edemezler.

ÖRGÜTLENME İLKELERİ:

Sağlık hizmetlerini tanımladıktan sonra örgütlenme ilkelerini de kısaca gözden geçirelim.

Kişiyeye yönelmiş koruyucu hekimlik hizmetleri ile ilk basamak tedavi hekimliği hizmetlerini entegre etmek:

erken teşhis ve tedavi, çocukları bulaşıcı hastalıklara karşı aşılama, gebe ve çocukların nasıl besleneceklerini öğretmek, aşırı doğurganlığı önlemek için halkı eğitmek ve uygulamaya yardım etmektir. Gebe kadın ve çocuklar için koruyucu hizmetler ile tedavi hizmetlerini ayırmak demek; iki örgüt kurmak ve yukarıdaki hizmetleri yapanların rastladıkları hastaları bir diğer hekime yollaması demektir. Böyle bir ayırım yapmak doğru değildir. Çünkü bu yola gidilirse işgücü israfı olur ve sağlık harcamaları gereksiz olarak artar. Özellikle az gelişmiş ülkeler için bu kabul edilemeyecek bir özenti olur. Bunun yanında az gelişmiş ülkelerde halkın hastalandığı zaman kendisini tedavi etmeyen bir örgüte ilgi ve inancı azalır.

Yaşlılarda kanser, diyabet ve hipertansiyon gibi hastalıkların erken teşhis ve tedavisi için yapılan koruyucu hekimlik hizmetlerinde de durum aynıdır.

Sağlık hizmetlerinden yoksun ülkelerde, değil koruyucu hizmetler için halkın eğitilmesi, tedavi hizmetinden yararlanması için de eğitilmesi gereklidir. Halk eğitiminde en verimli yol kişinin inandığı bir kimsenin yüz yüze yaptığı eğitimidir. Bu işi en iyi halk sağlığı hemşireleri ve ebeler yapar. Toplum içinde hem tedavi hem de koruyucu hekimlik hizmetleri için örgütlenme zorunluğu integrasyonun ikinci nedenidir. Bu gereksinme yeni bir hemşirelik uygulamasına yol açmıştır: Çok yönlü bölge hemşireliği (multi-purpose district nursing).

Geleneksel hekimlik hizmetlerinden bazılarını diğer sağlık personeline devretmek:

Zamanımızda yeni tıp meslekleri doğmakta, hemşirelere hasta bakımı yanında başka sağlık hizmetleri de verilmektedir. Örneğin Amerika Birleşik Devletlerinde yardımcı hekimler (medical assistant) yetiştirilmektedir. Bunlar ameliyathanelerde asistan hizmeti ve köylerde bir hekime gerektiği zaman telefon ederek hekimlik yapmaktadır. Rusya'da "Feldsher" yardımcı hekimler Çarlık döneminden beri kullanılmaktadır. Kanada'da kuzeydeki küçük yerleşme yerlerine yollanan halk sağlığı hemşirelerine gerekli eğitimden sonra en sık görülen hastalıkları teşhis ve tedavi yetkisi verilmektedir.

Koruyucu hizmetlerde hemşire ve ebelerin kullanılması daha yaygındır. Aşılama programları, sağlık eğitimi hizmetleri ve normal ve şüpheli vakaları ayırarak şüphelileri hekime yollama amacı ile periyodik muayenelerin yapılması gün geçtikçe hemşirelik hizmeti olmaktadır. Bu ~~çözü~~ uygulama özellikle hekim sayısı az olan ülkeler için zorunludur. Ancak ~~gerek~~ tedavi gerekse koruyucu hizmette çalıştırılan hekim dışı sağlık personelinin başarılı olmaları hekimler tarafından denetilmeleri, desteklenmeleri ve hizmet başında eğitilmeleri ile mümkündür.

Ekip hizmeti ve koordinasyon:

Tabiatı ile bu ekip de kendi kendine yeterli değildir. Çevreye yönelmiş hizmetleri yürüten örgütler ile hastanelerle, laboratuvarlar ile işbirliği yapması gerekmektedir.

Sağlık hizmetinin devlet hizmeti oluşu:

Bir hizmet halkın hakkı olunca, bu hizmetten yoksun olanlara hizmet götürmek devletin görevi olur. Bu nedenle zamanımızda sağlık hizmeti devlet hizmeti sayılmaktadır. Devletlerin bu görevlerini yapmada gösterecekleri başarı, özellikle az gelişmiş ülkelerde, politik düzenlerine bağlıdır.

Liberalist düzen hekimliğin geleneksel düzenidir. Çağlar boyu hekimler parası olanlara ücret karşılığı baka gelmişlerdir. Bu nedenle hizmetin yayılışı arz ve talep kanununa bağlıdır. Hekim, talep olan yerde, kendisine en fazla kazanç sağlayan yerde hizmetini hastalarına sunar. Halk hastalıktan korunma için ücret ödemediğinden hekim bu işe önem vermez. Ülkemizde bu gün sağlık hizmetlerinin aldığı biçim liberalizmin tabii bir sonucudur. Amaç, herkese eşit hizmet götürme ve koruyucu hekimliğe önem vermek ise bunun tek yolu liberalist düzeni değiştirmek ve sorunu toplumcu bir görüş ile ele almaktır. Bu yaklaşımın ilkeleri de her çeşit sağlık harcamasının vergi veya sigorta primi olarak halktan toplanan paralar ile karşılama, hekimin ve diğer sağlık personelinin bütün gücünü devletin ödeyeceği belli bir ücret karşılığı halk hizmetine sunmasıdır.

TÜRKİYE İÇİN ÇÖZÜM YOLU

1960 yılında tüm halka eşit sağlık hizmeti götürmek isteyenler sağlık hizmetlerini sosyalleştirilmesi kanununu hazırlarken yukarıdaki ilkelerden hareket etmişlerdir. Biliyoruz ki bu Kanunda hekimlerin ve bütün sağlık personelinin mukavele ile tam süre istihdam ilkesi kabul edilmiş ve liberalist uygulamaya son verilmiş istenmiştir.

Sağlık ocakları tedavi ve koruyucu hekimlik hizmetlerinin entegre edildiği temel birimlerdir. Bu birimlerde, hekim, hemşire, sağlık memuru ve köy ebelerinden kurulu bir ekip hizmet görür.

Sağlık ocağı ekibinin önderi olan hekimin görevleri evde-ayakta hasta tedavi hizmetini yürütmek ve koruyucu hizmetleri edimli olarak yürüten yardımcı sağlık personelinin denetlemek, desteklemek ve iş başında eğitmektir. Hekimden sonra ekibin en önemli üyesi halk sağlığı hemşireliği ve ebelerlik hizmetlerini yürüten köy ebeleridir. Bu gün için kendilerinden beklenen hizmetler şunlardır:

. Halka beslenme, sağlık hizmetinden yararlanma, gebe ve çocuk bakımı, ev hijyeni gibi konularda eğitim yapmak.

. Ölüm, doğum, göç ve şüpheli bulaşıcı hastalık vakalarını haber vermek.

. Görevini yapmak için evleri ziyaret ederek herkesi hizmetten yararlanmaya alıştırmak.

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinde ocaklar daha büyük bir örgütün parçası olarak ele alınmıştır. Tedavi hizmetleri için ocakların hastane ve laboratuvar ile sıkı işbirliği yapması ve diğer hizmetler için de sağlık müdürlükleri tarafından desteklenmesi öngörülmüştür.

Bu yazıyı bir sorunun cevabını aramakla sonuçlandırmak isterim. Halk için bu kadar yararlı bir sistem ne için başarı ile uygulanamıyor?

Neden bütçe darlığı ve personel yetersizliği midir? Hayır. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi kanununun en başarılı uygulandığı yer Etimesgut Eğitim Bölgesidir. Bu bölgede 4000 kişiye bir hekim düşmekte ve sağlık ocaklarında kişi başına yılda 60.-TL. harcanmaktadır. Ülkemizde 2000 kişiye bir hekim düşmekte ve devletin kişi başına tüm harcaması 3000.-TL civarındadır.

Başarısızlığın temel nedeni 1965 den bu yana hükümeti yönetenlerin liberalist eğilimleridir. 1965 yılında siyasi iktidar sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi programından vazgeçmeyi düşünmüş, ancak, doğuda halkın hizmeti çok benimsediği görülünce vazgeçilmiştir. Son on yılda sosyalleştirmenin geliştirileceği planlara ve hükümet programlarına alınagelmiştir. Buna karşı gerekli tedbirler uygulanmayarak program yozlaştırılmıştır.

Diğer bir neden de hekim dahil personelin hizmetin gerektirdiği eğitimi görmemiş olmalarıdır. Özellikle hekimler ekip liderliği ve personeli işbaşında eğitime konularında yetiştirilmedikleri için personeli ve malzemesi tam olan ocaklarda da hizmet beklenen düzeye ulaşamamıştır.

bilimsel yazı özetleri

bu ayın derlemesi

Yapay kan

(Scientific American ve Science dergilerinden derlenmiştir.)

Bu yazı; memelilerin su ya da benzer bir sıvı içinde yaşayıp yaşayamayacağını araştırmak üzere yapılan bir takım çalışmaların getirdiği ilginç gelişme ve sonuçları gözden geçirmektedir. Çalışmalar, hava yerine kısa bir süre için bir sıvının solunabileceğini gösteren bir dizi deneyle başladı.

Elektrolitler yönünden plazmanın eşi olan ve yüksek basınç altında fazla miktarda O₂ çözmesi sağlanmış bir ortam içine atılan fareler, sıvı yüzüne çıkmaları tel bir örgü ile önlendiğinde, ilk panik anları geçer geçmez sıvıyı ritmik bir biçimde solumaya başladılar ve farelerin büyük bir kısmı kısa bir süre yaşadı. Daha uzun süre yaşayamamalarının nedeni, sıvıda yeterli düzeyde çözünemeyen O₂ yanında, kanda aşırı miktarda CO₂ birikmesi idi. Solunan sıvı, eşit hacimdeki soluk havasının % 60'ı kadar CO₂ çözebiliyordu ve bu da havanın iki katı hacimde sıvı solumak gerektiğini gösteriyordu. Ayrıca sıvının viskozitesi nedeniyle solunum sırasındaki direnç arttığından solunum için harcanması gerekli güç 36 kata çıkıyordu. Kabaca 60 kez fazla enerji gerektiren bu sıvı soluma işleminde, sıvı yeteri kadar O₂ ve CO₂ taşıyamamaktadır. Bununla birlikte 5 atm. basınç altında oksijeni zenginleştirilmiş serum fizyolojikte, deney olarak kullanılan 6 köpekten biri 24 dakika sıvı soluyarak yaşayabilmiştir.

Böyle bir problemin çözülmesi için viskozitesi az, fakat O₂ ve CO₂ çözü-

çılmaktadır. Ayrıca hızlı olarak su yüzüne çıkma, çok iyi bildiğimiz vurgun (Casion hastalığı) olayına yol açmaktadır. Hava yerine sıvı soluyan bir canlıda bu olaylar görünmeyecek, uygun bir sıvı soluyan bir dalgıç 500 metre gibi olanaksız görülen derinliklere dalıp hızla su yüzüne çıkabilecektir. Bunu kanıtlamak için yapılan bir deneyde sıvı soluyan bir fare üzerindeki basınç 3 saniye içinde 30 atmosferden normal atmosfer basıncına düşürülmüş, fare üzerinde hiç bir kötü etki gözlenmemiştir. Bu basınç azalması, 250 metre deniz derinliğinden saatta 300 km. hızla su yüzüne çıkışa karşılıktır. Böyle bir olanağı sağlayacak solunum sıvısı uzay yolculuklarında da işe yarayacak, solunum sıvısı içinde yüzen astronotun çok ani hızlanma ve yavaşlamalara dayanabilmesi söz konusu olacaktır.

Böyle olağanüstü olanaklar sağlayan bir solunum sistemi geliştirmek için yapılan çalışmaların ürünü, perfluoro birleşiklerinden oluşan bir ailedir. Serum fizyolojik ve plazma hacimlerinin % 3'ü, kan ise hacminin % 20'si kadar O₂ çözebildikleri halde tipik bir perfluoro birleşiminde bu oran % 40'tır ve CO₂'i ise kandan en az iki kat daha fazla çözer. 1966'da Cincinnati Üniversitesinden Clark Jr. bu gibi çözeltilere atılan ve sıvı yüzüne çıkmaları önlenen farelerin bu sıvıyı soluyarak saatlerce yaşadıklarını ve "normal atmosfere" kavuşan farelerde herhangi bir hastalık belirtisi olmadığını gösterdi. Bu sonuçlar, söz konusu sıvının kan gibi dokulara O₂ taşıyabileceğini düşündürdü, fakat aynı sıvı intravenöz verildiğinde kanla geçimsizliği ve embolilere neden olduğu görüldü. Bir surfactan (yüzey gerilimini azaltıcı) eklenmesiyle madde emülsiyon haline getirildi ve bu kötü yan etkisi önlenildi. Harvard'dan Geyer, bir rastlantı sonucu, polioksimetilen - polioksipropilen polimerlerinden oluşan ve "Pluronic'ler" adı verilen bir grup maddenin organik fazı emülsiyon haline getirmekle kalmayıp kan hacmini genişletici özelliğe de sahip olduğunu gösterdi. Bunların molekül ağırlıkları 8.000 - 14.000 arasındadır. Toksikiteyi düşük olup LD₅₀, kg başına 10 gramdır ve bir çok surfactan'ın aksine eritrositlerin hemolizine neden olmazlar. On mikron gibi büyük çaptaki partiküller kılcal damarları tıkadıkları için, küçültme amacıyla bunlara hazırlanırken alifatik bir zincir takılmaktadır. Çaptaki ileri derecede küçülme ise viskoziteyi arttırmaktadır. Bunun için organik faz azaltılır ya da nişastanın hidrosietil türevleri eklenir. En iyi sonuçlar 0.2 mikron çapındaki partiküllerle alınmıştır. Böyle bir karışım artık ayrıca "yapay kan" olma görevini de üstlenebilecektir. Virginia'dan Rosenblum, farelerin kanının % 75'ini, Clark ise köpeklerin kanının % 90'ını perfluoro birleşikleri ile değiştirmiş ve başarılı sonuçlar almışlardır. Geyer ise daha da ileri giderek sıçanların kanının tamamını bu birleşiklerle değiştirmiş, herhangi bir hastalık ve yeniden kan yapımında bir bozuklukla karşılaşmamıştır. Bununla birlikte perfluoro birleşikleri özellikle karaciğer ve dalakta birikmeye meyillidirler. Clark'ın daha sonra kullandığı perfluorodekalin ve perfluorometildekalin bu özelliği göstermemektedir. Başka bir sorun da emülsiyonun hazırlanışı sırasında kullanılan sonikasyon (ultrasonik titreştirme) yönteminin perfluoro birleşiklerini parçalayıp toksik florür iyonunu açığa çıkarmasıdır. Bundan sakınmak üzere kullanılan mekanik titreştirme yönteminde ise partiküller yeteri kadar küçük hazırlanamamaktadır. Fakat bu ve benzeri sorunlar artık çok önemli olmaktan çıkmıştır.

Perfluoro birleşikleri, kanın diğer görevlerini başaramamakla birlikte trafik kazaları, açık kalp ameliyatı gibi ağır müdahaleler ve fizyolojik deneyler için kullanılabilir. Geçici bir "yapay kan" ve yazının başında sözü edilen konular için uygun bir solunum ortamı olma yolunda oldukça umut vericidir. Transfüzyonlarda kan grubu uyumu gibi bir sorunun ortadan kalkması, her canlıya birer "ha-

AKUT MYOKARD İNFARKTÜSÜ TEDAVİSİNDE GLUKOZ, İNSÜLİN, POTASYUM VE MAGNEZYUMUN DEĞERİ

Cazan, V. ve ark. MED. INTERNA (Buc.): 26(5); 565, 1974

Akut myokard infarktüsünün komplikasyonlarını önleyici bir tedavi yöntemi bulma amacıyla yapılan bir çalışmada; glukoz, insülin ve potasyum (GİK) çözeltileri ile glukoz, insülin, potasyum ve magnezyum (GİKMg) çözeltilerinin hastalığın prognozuna etkileri araştırılmıştır. Otuz hastaya aralıklı olarak ve myokard infarktüsünün ilk 72 saatında, 1000 ml. % 10'luk serum glukoz, 20 ünite insülin ve günde 55 mEq potasyum verilmiştir. Yaş ve cins dağılımı ile hastalığın başlangıcındaki klinik durumları aynı özellikleri gösteren ve kontrol grubu olarak kabul edilen 40 hastaya ise bu tedavi yöntemi uygulanmamıştır.

Hastalarda görülen komplikasyonların sıklığında bir azalma (p 0.01) ve özellikle kardiyojenik şok ve konjestif kalp yetmezliği insidansında bir düşme gözlenmiştir. Ölüm oranında da bir düşme olması (%17.5'a karşı % 12.5) ve hastayı daha erken mobilize etme olanağının bulunması nedeniyle bu tedavi yönteminin geniş çapta kullanılacağı umulmaktadır.

TROMBOFLEBİT: BEHÇET SENDROMUNUN KARDİNAL BİR BELİRTİSİ

Haim, S. ve ark. ACTA. DERM. VENEREOL. (Stockh.): 54(4); 299, 1974

Behçet sendromlu 36 vakanın 16'sında (% 44) venlerde patoloji orta-

zeyel gezici tromboflebit bulunmuş 3 hastada ise V. cava superior ve inferior'u tutan patoloji saptanmıştır. 11 hastada fibrinolitik aktivite araştırılmış, 5 hastada fibrinojen miktarında dikkate değer artma, 3'ünde ise euglobulin erime zamanında önemli bir uzama bulunmuştur. Venlerin olaya katılmasının, Behçet sendromunun kardinal bir belirtisi olduğu ileri sürülmekte ve fibrinolizi arttırıcı tedavinin olayı kontrolde yer alabileceği belirtilmektedir.

PENİSİLİNİN İNTRAVENÖZ VERİLMESİYLE GÖRÜLEN NÖRO-TOKSİK BELİRTİLER

Fossieck, B.Jr. ve ark. J. CLIN. PHARMACOL.: 14; 504, 1974

Penisilin direkt olarak serebral kortekse uygulanması, beyin içine enjeksiyonu, frontal sinüslere uygulanması ve ventriküller içine enjeksiyonundan sonra nörotoksik belirtiler ortaya çıktığını gösteren gözlemler vardır. Bu derlemede, araştırmacılar intravenöz penisilin G uygulaması sırasında görülen 46 vakalık bir nörotoksikite insidansından söz açmaktadırlar. Bildirilen hastaların yaşı 1 ay ile 89 yaş arasında değişmektedir. Hastaların büyük bir kısmında böbrek fonksiyonları bozuk olarak bulunmuştur. Bir kısmı da daha önce yan etkisi böbrekler üstüne olan antibiyotik kullanmıştır. Nörotoksik bulgu ve belirtiler penisilin G uygulamasından 8 saat ile 9 gün sonra ortaya çıkmıştır. Kardiyopulmoner baypas yapılırken penisilin alan hastalarda anestezi kesildikten sonra konvulsiyonlar başlamıştır.

Hastalarda en sık rastlanan klinik bulgu miyoklonustur. Sözü edilen

Myoklonus	31
Grand mal nöbetler	26
Koma	18
Hiperrefleksi	4
Hallüsinasyonlar	2
Asteriksiz	2
Dizde klonus	1
Disfaji	1

Belirtiler penisilin tedavisinin kesilmesinden 12 - 72 saat sonra kesilmeye başlamıştır. Antikonvülsanlar (fenobarbital, difenilhidantoin ve diazepam) etkisiz bulunmuş, yalnız 4 vaka da paraldehid miyoklonik aktivite üzerinde iyileştirici etki göstermiştir. Hastaların 11'i nörotoksik belirtiler gösterirken ölmüşlerdir.

Nörotoksitenin gelişmesi için penisilin G'nin santral sinir sisteminde aşırı miktarda birikmesi gerekmektedir ve bu birikim iki şekilde açıklanmaktadır:

1) Direkt olarak uygulanan penisilin birikmeye uğramaktadır.

2) Tedavi sırasında devamlı olarak yüksek serum penisilin düzeyinin sağlanmasından dolayı, penisilin fizyolojik yolla kan - beyin engelini aşmasına bağlı olarak birikim oluşmaktadır. Bu durum ciddi infeksiyonlarda penisilin çok yüksek dozlarda (günde intravenöz olarak 3 - 100 milyon ünite kadar) kullanılması halinde bir tehlike kaynağı olmaktadır. Devamlı olarak yüksek derişimde penisilin infüzyonu, beyin - omur sıvısından penisilinün temizlenmesini sağlayan aktif transport mekanizmasının doymasına neden olduğu için penisilin santral sinir siste-

Penisilin G toksisitesi, sefalotin, kloksasilin, oksasilin, karbenisilin ve sefalosporinler için de bildirilmiştir.

Şunlar tavsiye edilmektedir:

1 - Yüksek dozda penisilin alacak hastalarda böbrek fonksiyonlarının devamlı kontrolü yapılmalıdır.

2 - Penisilin devamlı perfüzyonla değil belirli aralıklarla uygulanmalıdır.

(Hacettepe Farmakoloji ve Toksikoloji Bülteni'nden alınmıştır.)

LİZOLESİTİN: MİDE ÜLSERİ PATOGENEZİNDE BİR FAKTÖR

Johnson, A.G. ve McPermott, S.J.-GUT: 15(9); 710, 1974

Pankreas suyu ile safranin duodenumda karışması ile lizolesitinler oluşmaktadır. Mide ve duodenum ülserli hastalardan ve kontrol olarak da normal kişilerden geceleri aralıklı olarak mide suyu örnekleri alınmış ve lizolesitin değerleri ölçülmüştür. Mide ülserli hastalarda lizolesitin derişimlerinin en yüksek olduğu değerlerin ortalaması (444 mikrogram/ml.); kontrol grubundakilerden (34 mikrogram/ml. ve 18 mikrogram/ml.) önemli derecede yüksek bulunmuştur. Duodenal ülserli hastalarda bulunan değer ise normal ya da normal değer çok az üzerindedir. Gastrik ülserli hastalarda bulunan değerler, deneysel olarak gastrik mukoza bariyerini harabiyete uğratabilecek kadar yüksektir. Lizolesitin, gastrik mukoza bariyerinin parçalanması ve böylece gastrik ülserlerin oluşmasında, safra tuzları kadar ve da

RİFAMPİSİN VE ORAL KONTRA- SEPTİFLER

Pignet, B. ve ark. NOUV. PRESSE. MED.
2; 115, 1974

Oral kontraseptif kullanan kadınlardan Rifampisin (Rifadin, Rifam, Rifocin, Rimactan) alanlarda gebe kalma olayları bildirilmiştir. Yıllarca aynı hapı komplikasyonsuz olarak kullanan kadınlarda da aynı durumun görülmesi, rifampisinin bu "gebe kalma başarısızlığından" sorumlu olduğunu göstermektedir. Rifampisinin karaciğerde mikrozomal seviyede etkisini gösterdiği ve bu etkinin, ilaç alındıktan hemen sonra başladığı gösterilmiş, bu antibiyotigi alan kadınlarda, ilaca başlandıktan 12 - 19 gün gibi kısa bir süre sonra kanamaların azaldığı ya da kesildiği bildirilmiştir. Bazı araştırmacılar, 6 gün süre ile günde 600 mg. Rifampisin alındığında, karaciğerde ethynyl oestradiol'un hidrosilasyonunun 4 katı hızlandığını göstermişlerdir.

Bu gibi durumlarda; östrojen dozunun arttırılmasının, daha da iyisi başka bir antitüberküloz ilacın (ya da başka bir gebelik önleyici yöntemin) kullanılmasının uygun olacağı belirtilmektedir.

ERKEĞE ÖZGÜ KONTRASEPTİF: 5 TİYO - D - GLUKOZ

Anonim, SCIENCE: 186; 431, 1974

Testisler ve bazı tümörlerinin şeker kullanımı vücudun diğer dokularından farklıdır ve sperm yapabilmeye yeteneği, testis hücreleri tarafından emilen D - glukoz miktarı ile dolaysız olarak ililidir. Otto Warburg 50 yıl

rak kullanılması sonucu bazı tümörlerin oluştuğunu keşfetmiştir.

Bu iki sürecin biyokimyasal temeli hala bilinmemekle birlikte D - glukoz metabolizmasındaki bir bozukluğun, hem spermatogenezis hem de tümör oluşumunda bir bozukluğa yol açacağı düşünülebilir. Yeni bulgular bu düşüncenin gerçekleşebileceğini göstermektedir. Purdue Üniversitesi'nden Roy L. Whistler, D - glukozun kükürtlü bir benzeşi olan 5 - tiyo - D - glukozun farelerde hem bir erkek kontraseptifi hem de bir anti tümör etken olarak etki edebildiğini bildirmiştir.

5 - tiyo - D - glukozun spermatogenezisi inhibe ettiğinin gösterilmesi erkek kontrasepsiyonu konusunda şimdiye kadar elde edilen en büyük gelişmedir. Diyabetik erkeklerde impotans insidansının artmış, sperm sayısının azalmış, sperm motilitesinin bozulmuş olduğunu ve testislerin germinal epitelinde atrofinin görüldüğünü bildiren bir çok yayın vardır. Benzer sonuçları, pankreasları kimyasal ya da cerrahi olarak çıkarılmış sıçanlarda da görme olanağı vardır. Whistler'e, şeker kullanımının önlenmesinin spermatogenezisi inhibe edebileceğini düşündüren bu bulgulardır.

5 - tiyo - D - glukoz ilk kez 8 yıl önce Whistler tarafından sentez edilmiştir. Genellikle hayvanlarda toksik değildir, farelerdeki LD₅₀'si (farelerin % 50'sini öldüren doz) 14 gr/kg'dır. İnsan için öldürücü dozun ise bir kilogram dolayında olduğu söylenebilir. Tiyo - şekerin % 95'i altı saat içinde değişmeden atılır. Kalan kısmının hücre zarında D - Glukozun aktif emilimini kompetitif olarak inhibe ettiği Whistler tarafından gösterilmiştir. (Bir

kısmı hücreye girebilir ve hücre içi enzimleri tarafından fosforlanır. Böylece oluşan monofosfat, glikolitik yolaktaki enzimlerden biri olan fosfoglukomatazin kuvvetli bir inhibitördür. Yüksek doz tiyo - şekerle bağlı toksik belirtilerin glukoz metabolizmasındaki tam önlemeye bağlı olduğu söylenebilir. Bir dereceye kadar ufak dozlarda (50 mg/kg'a kadar) tiyo - şeker farelerde diyabete benzer bir durum oluşturur. Bu etki kısa sürelidir fakat yinelenen dozlarla devam ettirilebilir.

Farelerde en düşük etkin doz olan 33 mg/kg ile gözlenebilen tek etki testislerde atrofi ve spermatogeneziste tam bir inhibisyonudur. Bu farelerde libidoda azalma olmaz fakat dişileri döleyemezler. Etkilerinin tümüyle tersinir olduğu görülmüştür. Yedi hafta tiyo - şeker alan hayvanlar normal diyete döndükten 4 - 8 hafta sonra testisler normal fonksiyonlarını kazanırlar, fareler dişileri döleyebilirler. Doğan yavruların ve iki kuşak sonrasının normal ölçülerde ve sağlıklı olduğu görülmüştür.

(Hacettepe Farmakoloji ve Toksikoloji Bülteninden alınmıştır.)

TİROTOKSİKOZUN LİTYUM KARBONAT İLE TEDAVİSİ

Lazarus, J. H. ve ark. - LANCET: 16; 1160, 1974

Tiroid fonksiyonu normal kimselerde lityum karbonat tedavisi sırasında guatr ve hipotiroidizm olduğu bilinmektedir. Psikiyatride lityum tedavisi sırasında görülen bu yan etki hipotiroidizm tedavisinde lityum

Bu çalışmada uzun süreden beri tirotoksikozlu olan 11 hastaya tek ilaç olarak lityum karbonat (günde bir kez 800 - 1200 mg., p.o.) verilmiştir. Tedavinin başlamasından iki hafta sonra 8 hasta ötiroid hale gelmişlerdir. Serum tiroksin iyodu ve triiyodotironin düzeyi bu sırada % 35 oranında azalmıştır. Radyoaktif iyod alımının normale dönmesi için en az 6 - 8 haftalık bir tedavi süresi gerekmiştir. Mutlak iyot alımı değerinde bariz bir azalma görülmekle birlikte, plazmanın inorganik iyot derişiminde belirgin bir değişme gözlenmemiştir. Tedavi kesildikten sonra 1 - 4 hafta içinde 7 hastada nüks gözlenmiştir. Lityum karbonat tedavisi sırasında bazı hastalarda bulantı, kusma, tremor, kişiliğini yitirme duygusu gibi yan etkiler saptanmıştır.

Sonuç olarak lityumun, tirotoksikozlu hastalarda tiroid fonksiyonunu hızla düşürdüğü, bu etkinin tedavisi sırasında devam ettirildiği, "escape" görülmediği, fakat bu tedavinin hastalığın gidişini ogeştirmeyip yalnız supresyon yaptığı belirtilmektedir. Bu duruma göre lityum karbonat, tiyokarbamid türevi ilaçlara ve iyodürlere allerji gösteren hastalarda, bu ilaçların yerine başarı ile kullanılabilir.

(Hacettepe Farmakoloji ve Toksikoloji bülteninden alınmıştır.)

DEMİR EMİLİMİNİN TETRASİKLİN TARAFINDAN ÖNLENMESİ

Heinrich, H.C. ve ark. - KLIN. WSCHR.: 52 (10); 493, 1974

Tetrasiklinin 500 mg.lık tedavi dozlarının 50 Fe ile işaretli ve 50 mg

demir depoları boşalmış kişilerde incele-
lenmiştir. Emilen radyoaktif demirin
bütün vücutta toplanma miktarı, sıvı
bir organik sintilatör yardımıyla ölçül-
müştür. Eğer tetrasiklin; birlikte sulu
bir çözelti halinde verilirse, 59 Fe'nin
emiliminde, normal kişilerde % 78-
19, demir depoları boşalmış kimseler-
de ise % 56 ± 14 oranında inhibisyon
yapmaktadır. Tetrasiklin ve demir, bir-
likte fakat ayrı kapsüllerde verilirse
emilimi önleme, normal kişilerde % 32
± 20, demir depoları boşalmış kişiler-
de ise % 40 ± 8 oranında olmaktadır.

Tetrasiklin, demir emiliminin
etkin bir önleyicisidir ve demirle te-
davi dozlarında dayanıklı chelate'
lar yaparak bu etkisini göstermektedir.
Bu nedenle tetrasiklin tedavilerinde
demir ya da diğer metalik katyonları
içeren preparatlar hiç bir zaman be-
raber verilmemelidir. Üç saatlik bir ara
ile ilaçların verilmesi, tetrasiklin - de-
mir etkileşmesinden kaçınmak için ye-
terlidir.

AMNİYON SIVISINDA GLÜKOZ DERİŞİMİ VE DİYABETİK GEBE- LİKTEKİ ÖNEMİ

Archimant, G. ve ark. AMER. J. OBSTET.
GYNEC.: 119 (5) ; 596, 1974

Onaltı normal ve 19 diyabetik
gebe kadın üzerinde yapılan bir çalış-
mada doğumdan 1 - 6 gün önce bütün
deneklerden amniyon sıvısı ve 20 va-
kada aynı zamanda anne kanı alınmış
ve sütün örneklerde glukoz derişimi
ölçülmüştür. Her yeni doğanda, yaşa-
mının ilk ve 4. dakikalarında Apgar

lik yaşı arasında bir korrelasyon bulu-
namamıştır. ASGD değerleri, diyabe-
tiklerde normal gruptakilerden daha
yüksektir. Yazarların sonuçları ayrıca
yaşamın ilk ve 5. dakikalarındaki Apgar
sayılarıyla ASGD değerleri arasında
önemli bir zıt korrelasyon olduğunu
($p < 0.05$) göstermiştir. Bu bulgular
amniyon sıvısının bir belleme sistemi
gibi olduğunu ve keseye bir kez giren
glukozun orayı çok yavaş terkettiğini
düşündürmektedir. Buna göre, bir
ASGD değeri yalnız o andaki maternal
hiperglisemiyi değil, fakat ayrıca daha
önce oluşan hiperglisemiyi de yansı-
tmaktadır. Amniyon sıvısının bu (bel-
lek) özelliğini ne kadar süre ile koruya-
bildiği bilinmemektedir.

FAHİŞELERDE HEPATİTİS B ANTİJENİ VE ANTİKORU PREVA- LANSI

Papaevangelou, G. ve ark. - BRIT. MED.
J. : 2(5913); 256, 1974

Yazarlar, 293 fahişede ve kont-
rol olarak da sosyoekonomik düzeyi
düşük 379 gebe kadında Hepatitis
B antijeni (HBAg) ve antikorunu
(HBAb) araştırmışlardır. HBAG, fa-
hişelerde % 4.4, kontrol grubunda ise
% 3.3 oranında bulunmuştur. HBAb
prevalansı da fahişelerde, kontrol gru-
bundan önemli derecede ($p < 0.001$)
yüksek (% 56.7 ve % 24.5) bulunmuş-
tur. HBAb prevalansı her iki grupta da
yaşa bağımlılık göstermektedir. Hepa-
titis B virus enfeksiyonu fahişelik süre-
siyle birlikte önemli derecede art-
maktadır. İnfeksiyonun fahişelerde
fazla görülmesi ve dağılımı. Hepatitis

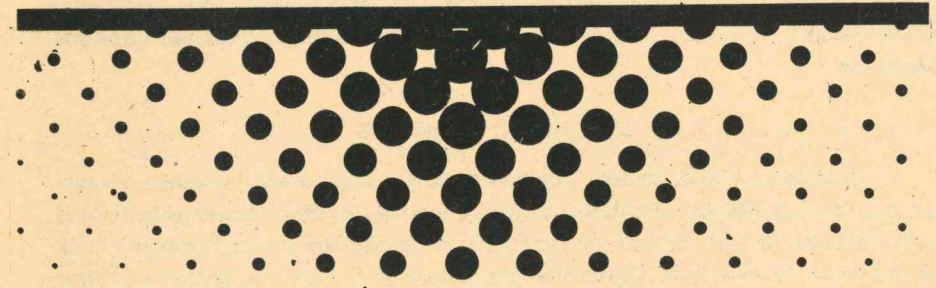
3151 DİYABETİK OTOPSİDE ÖLÜM NEDENLERİ

Goto, Y., Sato, S.I. ve Masuda, M. - TO-
HOKU J. EXP. MED. : 112 (4); 339, 1974

2754 primer diyabetikte ölüm
nedenleri araştırılmış ve aşağıdaki
sonuçlar alınmıştır: Diyabetik koma
% 4.5, arteriyosklerotik kardiyovas-
küler hastalıklar % 41.2 (renal % 19.3,
serebral % 11.1, koroner % 6.5), infek-
siyonlar % 19.4 (tüberküloz % 4.6, ak-
ciğer % 5.8, üriner sistem % 3.3, safra
yolları % 1.0), malign tümörler % 15.9
(mide % 3.9, akciğer % 3.7), çeşitli
nedenler % 15.2. Diyabetik koma ilk
on yaş içinde en sık görülen nedendi
ve yaş arttıkça azalıyordu. Amerika
ve Avrupa yayınlarıyla karşılaştırıldığı

zaman, diyabetik nefropati insidansı
daha yüksek, iskémik kalp hastalıkları
insidansı ise düşük bulundu. Japon-
ya'da yağın besin olarak az kullanıl-
masının iskémik kalp hastalığı insidan-
sını azalttığı düşünüldü. Diyabetik glo-
merüloskleroz 3. ve 6. onyıllar arasın-
da ve özellikle kadınlarda yüksekti.
Bu diyabetik serideki serebral infark-
tüs insidansı genel popülasyondan
önemli derecede yüksekti, fakat sereb-
ral kanamalarda herhangi bir fark yok-
tu.

397 vaka sekonder diyabet ola-
rak kabul edildi (% 12.6). Bunların
sıralanması şöyledi: Pankreas Ca. 96,
Pankreatit 25, Karaciğer sirozu 175;
Hemokromatoz 22, Endokrin hasta-
lıklar 16 ve Steroid diyabet 63.



Ripamisin

(Rifampicin) Kapsül

Gram (+) ve Gram (-) mikroorganizmalar
ile Mycobacterium tuberculosis'e:

- Sür'atli tesir,
- Yüksek doku konsantrasyonu,
- Kesin sonuç.

Ticari Şekli: 150 mg. 8 ve 16 Kapsül
300 mg. 8 Kapsül



DEVA HOLDİNG A.Ş.

Büyükdere Bulvarı No. 45 Beşiktaş İSTANBUL Tel. 48 42 40

araştırma/derleme

Diyarbakır'ın beş sağlık ocagındaki trahom prevalansı

DR. ŞEREF İNALÖZ

Halk Sağlığı Kürsüsü Öğretim Görevlisi - Göz Mütahassısı

1965 Yılı Kasım ayından beri sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği ilimizde, 1972 yılında MERMER, 1973 yılında KOCAKÖY, 1974 yılında KAĞITLI, BAĞDERE ve KÜÇÜKAKÖREN Sağlık Ocakları bir protokolle Fakültemiz Halk Sağlığı Kürsüsüne bağlanmıştır. Bu Sağlık Ocakları bölgesindeki 39 ilkokulda 1975 yılında Trahom taraması yapılmıştır.

Köyler, kuruluş itibariyle ova köyleri olup, arazi ekseriyetle köylünün, bazı köylerde de ağa'nın mülkiyetindedir.

Tarama yapılan bölgedeki ilkokullar iki dersaneli ve beş sınıflı olup bazıları (sabah - akşam) ikili eğitim yapmaktadır. Okulların hepsinde öğretmen mevcuttur.

MATERYEL VE METOD

Okullarda yapılan trahom taramaları, tarama günü okulda bulunan öğrenciler üzerinde yapılmıştır. Okullarda 2128 öğrenci kayıtlı olup tarama günleri okullarda bulunmayan 555 öğrenci ile aynı yaşta olup okullara kayıtlı olmayan çocuklar muayene edilmemiştir. Öğrenciler yaş itibari ile 7 - 14 yaş grubunu oluşturmaktadır.

Kürsümüze bağlı olmayan Sağlık Ocakları bölgesindeki bazı ilkokullarda da trahom taraması yapılmıştır. Ancak bu ilkokullardaki öğrencilerde tespit edilen bulgular Kürsümüz bölgesi ilkokullardaki tarama neticesine dahil edilmemiştir.

Tarama esnasında mevcut öğrenciler sırayla göz muayenesinden geçirilmiş, gereğinde lupla bakılmıştır: Özellikle trahom I ve trahom II devresinde olanlardan preparatlar alınıp gimza ile boyanmış ve mikroskopik inceleme yapılmıştır. Bazı trahomlular ile sağlam ve konjonktivitlilerden göz sürüntüsü alınmıştır. Hastalar Mac.Callan sınıflandırmasına göre tasnif edilmiştir.

BULGULAR

Yapılan 1573 göz muayenesinde 418 aktif trahom tespit edilmiştir (% 26). Tespit edilen aktif trahomların yarısı silik seyreden trahom özelliğindedir. Tablo I de belirtildiği üzere 199 şifa bulmuş vak'a vardır. Aktif trahomların 101 tanesi 1'inci devre, 42 tanesi 2'nci devre, 275 tanesi 3'ncü devrededir. Bu arada trahoma

Taramada aktif trahom tespit edilen öğrencilerin okul numaraları adı ve soyadları tedavi cetvellerine yazılarak öğretmenlere verildi. İlaç tatbikatının nasıl yapılacağı ve cetvelin nasıl doldurulacağı hususunda öğretmenler eğitildi.

Trahomlu öğrencilere oksitetrasiklin'nin % 1'lik pomadı ve kloramfenikolün % 1'lik pomadı tatbik edildi ve tedavi yönüne gidildi. Ayrıca trahom ve kişisel temizlik hakkında eğitim yapıldı.

Tedavi şekli, UNICEF'in domisilin entermitant şeklidir. (Yalnız aktif trahomlu olan öğrencilere verilen pomad ayda birbirini takip eden beş gün sabah-akşam altı ay müddetle göze konacak, altı ay istirahatle geçecek) Hastalara ayrıca göz damlaları (Optamid, Furasin, Vizin) de verildi.

TARTIŞMA

Her ne kadar bu araştırma Diyarbakır bölgesinin tümünü temsil etmezse de % 26 civarında trahomlu bulmamız oldukça manidardır. Bu oran ortalama değerdir. Bazı okullarda daha da yükselebildiği gibi bazı okullarda da oldukça düşüktür. Yine Mac.Callan tasnifine göre Tr.I ve Tr.II nin tespit edilmesi halen trahomda bulaşma olduğunu göstermektedir ki bu halk sağlığı açısından oldukça önemlidir. Diğer taraftan dikkatimizi çeken en önemli hususlar trahom oranı yüksek olan bu bölgede, çevre sağlığı (su, hela, çöp) ve kişisel hijyen koşullarının da oldukça geri olduğunun saptanmasıdır.

Çocuk ölümlerinde beslenmenin rolü

DR. AYŞE BAYSAL

Hacettepe Üniversitesi

Ev Ekonomisi Y.Okulu

Beslenme ve Diyetetik Böl.

Bugün dünyada en az 100 milyon çocuğun yetersiz ve dengesiz beslenmekte olduğu tahmin edilmektedir. Bunların büyük çoğunluğu gelişmekte olan ülkelerdedir. Bunların bir bölümü yetersiz ve dengesiz beslenme yüzünden ölmekte kalanlardan büyük çoğunluğu ise fiziksel ve mental gelişme geriliği göstermekte ve hastalıklara karşı duyarlı bir durumda bulunmaktadırlar.

Ölüm istatistikleri toplumun beslenme durumu hakkında yeterli bilgiler vermekten uzaktır. Çünkü çocuk ölüm nedeni olarak çoğunlukla enfeksiyon hastalıkları gösterilmektedir. Halbuki gerçekte bunun arkasındaki esas neden malnütrisyonudur. Genellikle çok ağır malnütrisyon durumları ölüm nedeni olarak gösterilmektedir. Yeter-

ÜLKEMİZDE ÇOCUKLARDAKİ BESLENME SORUNLARI

Ülkemizde çocuklarda görülen en önemli yetersiz ve dengesiz beslenme sorunlarının başında protein-kalori malnütriyonu, demir yetersizliği anemisi, ve raşitizm ile riboflavin ve A vitamini yetersizlikleri gelmektedir.

Türkiye koşullarına göre geliştirilmiş ağırlık standartlarına (2) göre 0-6 yaş grubu çocuklarda fiziksel büyüme geriliği gösterenlerin oranı tablo 1'de gösterilmiştir. Bu grup çocuklardan ileri derecede protein-kalori yetersizliği (marasmus, kuşaşiorakor, marasmik kuşaşiorakor) görülenler bölgelere göre değişmektedir. Bu gibi hastalıklara daha çok kentlerin sağlık hizmeti götürülmemiş gecekondu semtleri ile iç, doğu ve güney doğu bölgelerimizdeki köylerde rastlanmaktadır. İleri derecede malnütriyonlu çocukların hastane tedavisi yapılması gerekirken köylerde ve gecekondularda bu çocuklar kendi hallerine bırakılmaktadır.

Tablo:1
Sıfır-Altı Yaş Grubu Çocukların Ağırlık ve Boy
Ölçülerinin Standartlara Göre
Durumu

Araştırma Yapılan Yöre	Yıl	Ağırlığı standardın altında olanların %'si	Orta Derecede malnütriyonluların %'si	İleri derecede malnütriyonluların %'si
Ankara-Etimesgut köyleri	1973	27	2	0
Ankara-Gecekondu	1973	34	7	2
Edirne-il, ilçe,köy	1971	27	5	0
Rize-il, ilçe,köy	1970	17	0	0
Trabzon-il, ilçe, köy	1970	17	0	0
Giresun-il, ilçe,köy	1970	23	0	0
D.bakır-il, ilçe,köy	1969	39	—	..
Mardin-il, ilçe,köy	1969	36	—	2-5
Urfa-il ilçe köy	1969	22	—	..

İstanbul bölgesinde yapılan araştırmada (3) Amerika Birleşik Devletlerinde geliştirilen boy ve ağırlık standartlarına göre Rami-gecekondu semtinde çocukların % 29.5'i, İstranca köyündekilerin % 46.8'i malnütriyonlu bulunmuştur. Kentin sosyo-ekonomik durumu iyi olan semtlerindeki çocukların büyümesi ise standartlara uygundur.

Okul öncesi yaş çocuklarında görülen beslenme yetersizliğine bağlı sağlık sorunlarından ikincisi anemidir. Anemi, köylerde ve gecekonduda yaşayan çocuklarda sık görülmektedir (4). Raşitizm de küçük çocuklar için önemli sağlık sorunlarından. Raşitizm sıklığının % 5 - 16 arasında değiştiği bildirilmektedir (5). Raşitizm daha çok bilgisiz fakat gelir durumu orantılı olarak iyice olan aile çocuklarında görülmektedir. Ayrıca iklim ve çevre koşulları nedeni ile güneşten yeterince yararlanamayan gruplarda da raşitizm yüksek oranda görülmektedir.

A, C ve B₂ vitamini yetersizliklerine bağlı belirtiler 0 - 6 yaş grubu çocuklardan çok, okul çocuklarında daha sık görülmektedir (6,7,8). Örneğin riboflavin yetersizliğine bağlı dudak lezyonları (keylozis, angular stenotitis), 0 - 6 yaş çocuklarında çok az görülmesine karşın, çocuklar okul yaşına geldikleri zaman aşağı yukarı yarısında bu belirtilere rastlanmaktadır (9).

KÜÇÜK ÇOCUKLARDAKİ YETERSİZ VE DENGESİZ BESLENMENİN ETKİLERİ:

Çocuk ölümlerine etkisi: İlk yaşlardaki yetersiz ve dengesiz beslenme bebek ve çocuk ölümlerinin nedenlerinden biridir. Yalnız yetersiz ve dengesiz beslenmenin çocuk ölümlerine ne derecede etki ettiği konusunda yeterli istatistik veriler yoktur. Çünkü beslenme yetersizliğinin en önemli etkisi diğer hastalıkların oluşumuna zemin hazırlaması ve hastalığın seyrini ağırlaştırmasıdır. Böylece bebekken ölen çocukların ölüm nedeni olarak bu hastalıklar gösterilmektedir. Beslenme yetersizliğinin ölüm nedeni olarak gösterilmesi sadece ağır derecedeki malnütriyon içindir.

Kansu, (10) Turhal bölgesinde 0 - 1 yaş arasında ölen çocuklardan % 3.2 sinin, 1 - 4 yaşlarında ölenlerden de % 3.7 sinin ağır malnütriyonlardan dolayı öldüklerini rapor etmiştir. Etimesgut bölgesinde sıfır yaşındaki ölümlerin nedenleri arasında yetersiz ve dengesiz beslenme dördüncü, 1 - 4 yaş arasındaki ölümlerde ise üçüncü sırayı aldığı bildirilmiştir (11). Bu bölgede, Sıfır yaşı için pnömoniler, 1 - 4 yaş arası için ise kızamık ölüm nedenleri arasında birinci sırayı almaktadır. Sıfır - dört yaşlarındaki tüm ölümlerin % 4.8'i beslenme yetersizliğinden olmaktadır.

Bu yaş grubu çocuk ölümlerinin başında yer alan kızamık günümüzde yeterli ve dengeli beslenmiş çocuklar için ağır bir hastalık bile değildir. Pnömonilerin ise genellikle kızamık gibi hastalıkların iyi tedavi edilememesi ve vücudun dirençsiz oluşundan ileri geldiği bilinmektedir. Bu gibi enfeksiyonlar yeterli ve dengeli

Bu gibi enfeksiyon hastalıkları esnasındaki beslenmede ölümlerin oluşmasında önemli bir etkidir. Hastalık sırasında bazal metabolizma hızı, vücuttan azot ve diğer besin öğeleri kaybı olduğundan çocuğun besin gereksinimleri artmaktadır. Buna karşın hasta çocuk uygun bir beslenme düzeninden yoksun kalmaktadır. Örneğin, köylerde kızamıklı çocuklara şerbet verilip C vitamini kaynağı meyve ve meyve suları, protein kaynağı süt ve yoğurt gibi besinlerin kısıtlandığı gözlenmiştir. Bu durumda zaten dirençsiz olan çocuk enfeksiyon stresine karşı koyma gücünü iyice yitirmekte ve sonuçta ölmektedir. Bu nedenle yetersiz ve dengesiz beslenme, çocuk ölümlerinin birincil (primer) nedeni sayılmaktadır. Buna göre Etimesgut bölgesindeki rakamları kullanırsak yetersiz ve dengesiz beslenme 0 - 4 yaş grubu çocuk ölümlerinin % 4.8 inin birincil ve % 19.1 inin de ikincil nedenidir.

Yetersiz ve dengesiz beslenme ile çocuk ölümleri arasındaki ilişki Türkiye gibi gelişmekte olan diğer ülkelerde de benzer durum göstermektedir.

Güney ve Orta Amerika Ülkelerinin tümünü içine alan bir incelemede, yetersiz ve dengesiz beslenmenin, 0 - 5 yaş arasındaki ölümlerin % 8'inin birincil ve % 46'sının ikincil nedeni olduğu bulunmuştur. (13)

Diğer bir incelemede bazı ülkelerde 5 yaşından önceki ölümlerde yetersiz ve dengesiz beslenmenin etkisi (birincil ve ikincil neden olarak) tablo 2 deki gibi gösterilmiştir (14).

Tablo 2

Ülkeler	Yetersiz ve dengesiz beslenmeye bağlı (birincil + ikincil) ölüm oranı %
Mısır A. Cumhuriyeti	76.4
Peru	50.5
Meksika	49.1
Guatemala	51.2
Filipinler	46.8
Japonya	15.2

Buna göre beş yaşından önceki ölümlerin en önemli nedeni yetersiz ve dengesiz beslenmedir.

Ekonomiye etkisi: İleri derecedeki malnütrisyonluların hastanelerde tedavisi gerekir. Guatamala'da yapılan bir araştırmada (13) her bir malnütrisyonlu çocuğun 90 günlük hastane tedavisinin 600 dolara mal olduğu bulunmuştur. Bir çocuktaki malnütrisyonu önlemek için yapılması gereken harcama ise 7 - 10 dolar civarındadır. Böylece yetersiz ve dengesiz beslenme gereksiz sağlık harcamalarına yol açmaktadır. Buna yetersiz ve dengesiz beslenmeden dolayı fiziksel ve mental yönden sakat kalanların ilerideki bakımı da eklenirse ekonomik kaybın ne kadar yüksek olduğu anlaşılabilir.

Fiziksel gelişmeye etkisi: Çocukluk çağında yetersiz ve dengesiz beslenen çocuklar daha sonraki yıllarda yeterli ve dengeli beslenme koşullarına kavuşamadıkları takdirde normal büyüme standartlarına ulaşamamaktadırlar. Bunun yanında bebekken ağır malnütrisyonlu olan çocuklar iyi bir beslenme tedavisi ile normal büyüme standartlarına kavuşturulabilmektedir.

Mental gelişmeye etkisi: Dünyanın birçok yerinde yapılan araştırmaların sonuçları ilk yaşlardaki yetersiz ve dengesiz beslenmenin mental gelişme geriliğine yol açtığını işaretlemektedir (15). Genellikle yetersiz ve dengesiz beslenen ve düşük sosyo-kültürel düzeyde yaşayan çocukların mental gelişimleri yeterli ve dengeli beslenen ve sosyo-kültürel düzeyleri yüksek olanlardan daha geride kalmaktadır. Bunun yanında benzer sosyo-kültürel düzeyde yaşayan çocuklardan ilk yaşlarda malnütrisyonlu olanların mental gelişimi, olmayanlardan daha geridir (9).

ÇOCUKLARDAKİ YETERSİZ VE DENGESİZ BESLENME SORUNLARININ NEDENLERİ:

Küçük çocuklardaki yetersiz ve dengesiz beslenme sorunlarının nedenlerinin başında çocuğun bakımından sorumlu annelerin bilgisizliği, ilgisizliği ve kendilerinin yeterli ve dengeli beslenme koşullarından yoksun oluşları gelmektedir. Malnütrisyon, daha çok sütü yetersiz ve çok çocuklu annelerin çocuklarında görülmektedir. Bu annelerin bir çoğu yeterli ve dengeli beslenme koşullarına sahip değildir ve birçoğu ağır işlerde çalışmaktadırlar. Bu yüzden bir kaç çocuktan sonra yeteri kadar süt üretememekteyiz. İki üç çocuktan sonra gelen her çocuk anneler için bir yük olmaktadır. İstenmeden doğan çocuklar, annelerden beslenmeleri ve bakımları için bir ilgi görmemektedirler. Annelerle konuştuğumuzda ; "şu çocuğa biraz bakmalısın, yoksa ölecek" dendiği zaman "keşke bir an önce ölse de, o da ben de kurtulsam" diyen annelere rastlanabilmektedir. Ayrıca, sık gebelik ve doğumlar yetersiz ve dengesiz beslenme ile birlikte anne sağlığını olumsuz olarak etkilediğinden anneler daha da ilgisiz ve güçsüz kalmaktadırlar. Annelerin bir çoğu ilk çocuklarında sütlerinin yeterli olduğunu, 5-6 çocuktan sonra ise hiç sütleri olmadığını belirtmektedirler.

Anne sütünün yetersiz olduğu durumlarda çocuğa verilmesi gereken

utacak en önemli besin süttür. Özellikle yaz aylarında süütün saklanma koşulları yetersiz olduğundan "ishal yapar" korkusu ile çocuğa verilmek istenmemektedir. Ayrıca bazı kimselerin "süt kaynatılınca tüm değerini yitirir" gibi sözleri, iyi temizlenmemiş süütün çocuğa verilmesine yol açmakta, böylece bu yanlış yargı daha da kuvvetlenmektedir. Yine annelere çocuklarına muhalebi verilmesi şeklindeki öneriler de özellikle yaz aylarında köylerde uygulanma alanı bulunamamaktadır. Bunun yanında, çocuk için, özellikle kırsal alanlarda, anne süütünün yerini alıcı en iyi besin yoğurt olmasına karşın birçok anne "emzirdiği sütü keser ve bebeğin midasını ekşitir" düşüncesi ile bundan kaçınmaktadır.

Bu konuda yeteri kadar süt üretimi ve süt fiyatları da önemlidir. Bazı ülkelerde küçük çocuklardaki malnütrisyondan önlenmesinde en etkin yolun yaygın bir eğitimle birlikte süt üretimini artırıp fiyatlarını düşürerek çocukların bu besin grubundan daha çok yararlandırılması olduğu bildirilmektedir (16).

Çocuklardaki yetersiz ve dengesiz beslenme sorunlarının nedenlerinin biri de annelerin ek besine başlama ve verilecek ek besin türü konusundaki bilgisizlikleri ve yanlış uygulamalarıdır. Özellikle köylerde annelerin bir bölümü uzun süre bebeklerini yalnız kendi sütleri ile beslemekte ek besine zamanında başlamamaktadırlar. Bilindiği gibi süt üretimi yeterli düzeyde olsa bile anne sütü dördüncü aydan sonra miktar ve kalite yönünden bebeğin besin gereksinimlerini tam olarak karşılayamamaktadır. Böylece çocuk yarı aç bir durumda yaşamını sürdürmek zorunda kalmaktadır. Bunun yanında aç kalan çocuğu tatmin için beslenmeye fazla katkısı olmayan, besin değeri çok düşük şeyler verilmektedir. Örneğin, aklıktan ağlayan çocuğa tülbent içinde lokum emdirilmesi, şekerli çay içirilmesi, yemeklerin yalnız suyunun verilmesi geniş çapta uygulanmaktadır.

Annelerin, diğer bir bölümü zamanında ek besinlere başlamaktadırlar. Yalnız daha önce söylendiği gibi verilen ek besinin miktar ve kalite yönünden çocuğun beslenmesine olan katkısı sınırlı kalmaktadır. Örneğin, Etimesgut köysel bölgedeki annelerin % 86'sı, Ankara kentinin Bağcılar gecekondulu mahallesindeki-lerin ise % 78'i altı aydan önce bebeklerine ek besin vermeye başlamaktadırlar (8). Ek besinlerin başında sulu süt ile karıştırılmış pirinç unu, nişasta ve bisküvi gelmektedir. Yalnız verilen süt miktarı çok yetersizdir. Sıfır-beş yaş arasındaki çocuklardan gecekonduda % 54'ü köylerde % 48'ine verilen günlük süt ve yoğurt miktarı 200 gramdan azdır.

Bebeklerin C vitamini gereksinmesini karşılamak için uygun zamanda sebze ve meyve verilen çocuk oranı köylerde % 33, gecekonduda % 26'dır. Süütün sağlayamadığı demirin karşılanması için et, yumurta ve kuru baklagillerden uygun zamanda yararlanabilen çocuk sayısı daha da azdır.

Bu tür beslenme uygulaması bebeklerin uzun süre yarı aç kalmalarına ve sonuçta çeşitli derecede malnütrisyondan oluşmasına yol açmaktadır.

göre gerçek çocuk maması özelliğini taşımamaktadır. Örneğin, pirinç unu ve nişasta bir çok anne tarafından mama diye kullanılmaktadır. Annelerin büyük çoğunluğu bunları sulu sütle karıştırarak veya yalnız su ile kullanılmaktadırlar. Mama tüzüğüne uygun şekilde hazırlanmış olan karışımların iyi kalitede olanları çok pahalıdır. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının öncülüğü ile geliştirilen, Türkiye Süt Endüstrisi Kurumu tarafından yapıp satışı sunulan "sek mama"nın besin değeri yüksektir. Yalnız bu gibi yeni karışımların halka iyice anlatılması, kullanılarak etkinliğinin gösterilmesi gerekir. Bu mamanın çocuk sağlığı ile ilgili kimselere iyi tanıtılmadığı için pek kabullenilmediği görülmüştür. Bu nedenle çocuk için kullanılacak besinin, halkın bildiği ve alıştığı besinler olması, yeni karışımlar gerekiyorsa, bunun uygulamalı olarak ilgililere ve halka tanıtılması zorunludur.

ÇOCUKLARIN YETERLİ VE DENGELİ BESLENMESİ İÇİN GEREKLİ KOŞULLAR :

Küçük çocukların yeterli ve dengeli beslenmelerini sağlamak için herşeyden önce toplumun sosyo-ekonomik ve kültürel düzeyinin yükseltilmesi zorunludur. Beslenme, tüm sosyo ekonomik sorunların bir bölümü olarak düşünülmelidir. Çocukların beslenme durumlarının düzeltilmesi konusunda alınacak özel önlemler şöyle özetlenebilir:

1. Süt üretimi artırılmalı ve fiyatı yükseltilmemelidir. Doğacak fiyat farkı devletçe karşılanmalıdır. Hayvansal proteini süt olarak sağlamak sığır ve koyun eti olarak sağlamaktan çok daha ucuzdur. Örneğin, hesaplamalara göre 1 kg. protein elde etmek için sığıra 21 kg. ineğe (süt proteini için) ve tavuğa (et ve yumurta proteini için) 4 - 5 kg. yem gereklidir (17). Bu nedenle hayvansal protein açığını kapamada kümes hayvanları ve çocuk besini için süt üretimine öncelik tanınmalıdır. Bu gerçekleştirilene kadar "sekmama" sağlık personeli ve halka gereği gibi tanıtılmalı kullanma şekli uygulamalı olarak gösterilmelidir.

2. Beslenme konusundaki yanlış uygulamaları ve bilgisizlikleri önlemek için yaygın ve etkin bir beslenme eğitim programı uygulanmalıdır. Beslenme eğitimi kısa aralıklarla, konferans, seminer şeklinde gerçekleştirilemez. Beslenme eğitimi sürekli olmalı ve sağlık örgütünün günlük çalışan hekim, hemşire ve ebeler öğrenimleri sırasında eğitilmeli ve çalışmaları sırasında da sürekli olarak yardım ve destek görmelidirler. Sağlık ocağı, sağlık evi, ana çocuk sağlığı merkezi gibi yerlere baş vuran annelere çocuklarını nasıl beslemeleri gerektiği yapılarak gösterilmeli ve gösterilenlerin uygulanma durumu izlenerek pekiştirilmelidir. Malnütrisyondan sık görüldüğü ülkelerde "Beslenme İyileştirme Merkezleri" gibi çalışmalar yapılmaktadır. Ülkemizde Sağlık Ocakları, Sağlık Evleri ve Ana-Çocuk Merkezlerinde küçük çocuk için gerekli yoğurt, sekmama ve süt tozu gibi besinlerle bölgeye uygun sebze ve meyvelerden bulundurmamak

beslenme uzmanı veya diyetisyeni" görevlendirilmelidir. Bu kimseler bölge ve ailelerin koşullarına en uygun besinlerin neler olduğunu, bunların bebeğe uygun olarak hazırlanma şekillerini araştırıp uygulamayı yapacak olanları yetiştirip denetleyerek sağlık ocakları ve evlerinde, ana-çocuk sağlığı merkezlerinde uygulamalı eğitim yapılmasının gerçekleşmesinde yardımcı olurlar.

3. Bebeklerin yeterli ve dengeli beslenebilmeleri için her doğan çocuğun anne tarafından ilgi görmesi zorunludur. Bunun için de annelerin arzu ettikleri kadar ve arzu ettikleri zaman çocuk sahibi olmalarında yardımcı olunmalıdır. Aile planlaması yine kısa sürelerde gerçekleştirilecek bir işlem değildir. Bugün ülkemizde kadınların büyük çoğunluğu çok çocuk (3 ten fazla) istememektedirler. Bu konuda sağlık ocaklarına ve sağlık evlerine büyük görev düşmektedir. Ebeler annelerle sürekli ve etkin şekilde işbirliği yaparlar ve bu çalışmaya hekimler yardımcı olursa bu sorunun çözümünde gelişme olabilir.

4. Toplumumuz her geçen gün sanayi toplumuna dönüşmekte bunun sonucu olarak da anneler ev dışında çalışma zorunda kalmaktadırlar. İlk yaştaki bebek için en iyi besin anne sütü olduğuna göre çalışan annelerin en azından altı ay çocuklarını emzirme olanağı bulmaları sağlanmalıdır. Altı aydan sonra da çocuğun bakım ve beslenmesi gelişmiş ellere değil, bilgili ellere bırakılmalıdır. Bunun için emzikli kadın çalıştıran kurumların kreş açmaları, belirli saatlerde annelerin burada çocuklarını emzirmeleri sağlanmalıdır. Bu kreşlerde yeterli ve dengeli beslenme kuralları uygulanmalı, anneler de bu konuda eğitilerek evlerinde çocuklarını bu kurallara göre beslemeleri sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Bengoa, J.M.: The problem of Malnutrition, WHO Chronicle 28:3 Jan, 1974.
2. Köksal, O.: Türkiye Koşullarına Göre Hazırlanmış Normal Ağırlık ve Boy Uzunluğu Değerleri, Mimograf, 1972.
3. Neyzi, O. Gürson, C.T.: İstanbul Bölgesi Çocuklarının Beslenme Durumu. Besin Simpozyumu Raporu TBTA Ankara, 1969.
4. Ulusal Beslenme ve Sağlık Araştırması, Araştırmacılar Ön Raporu (yayınlanmamış) Ankara, 1974.
5. Köksal, O.: Türk Halkının Beslenme Durumu, Sorunları ve Nedenleri. XXII Milli Türk Tıp Kongresi Raporu. Türkiye Tıp Akademisi, 1972.
6. Özgür, T.: Okul Çocuklarında A Vitaminozlar ve Önlenme Çareleri. Besin Simpozyumu TBTA, Ankara, 1969.
7. Thomson, J.C.: Reports on a Nutrition Survey in Turkey. WHO, Geneva, 1956.
8. Baysal, A.: Kentleşme ve Mevsimlere Göre Beslenme Durumunda Değişmeler. Beslenme ve Diyet Dergisi 4:1 1975.

10. Kansu, C.A. Infant mortality in Turkish Villages. The Turkish J. Pediatrics 3:129, 1961.

11. H.Ü. Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Bölümü. Etimesgut Sağlık Bölgesinin 1970-1972 Yılları Faaliyeti Raporu, Ankara, 1973.

12. Serimshaw, N.S., Taylor, E.C., Gordon, E.J.: Interaction of Nutrition and Infection. WHO Monograph Series No: 57 Geneva, 1968.

13. Berg, A.: The Nutrition Factor. The Brookings Institution 1775. Mass. Ave. N.W. Washington, D.C. 1973.

14. WHO, World Health Statistics, 1967, WHO Geneva, 1970.

15. Gravioto, J. and Cicardie, R.E. The Longterm Consequences of Protein-calorie Malnutrition. Nutrition Reviews 29: 107, 1971.

16. Stapleton, T. Infant Feeding in the People's Republic of China - PAG Bulletin Cilt: 4, No: 4 1974. United Nation, New York.

17. A.Ü. Veteriner Fakültesi, Besin Simpozyumu, Ankara, 1975.

Antimikrobik ilaçlar arasındaki etkileşme tipleri ve klinik bakımından önemli etkileşmeler

DR. S. OĞUZ KAYAALP

Antibiyotik kombinasyonunun bakteriyüremesini inhibe edici (bakteriyostatik) ya da bakterileri öldürücü (bakterisid) etkisinin derecesi, antibiyotiklerin tek başlarına gösterdikleri bu etkilerin derecesi ile karşılaştırılarak antibiyotikler arasındaki etkileşmenin üç şekilde olabildiği saptanmıştır:

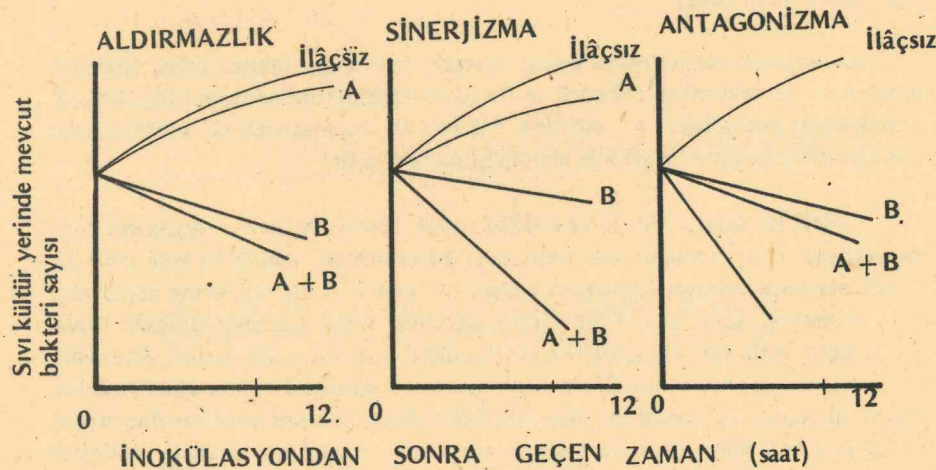
ADİTİF ETKİ VE SİNERJİZMA: İki ilacın bir arada uygulanmasıyla elde edilecek etki, bunların tek başlarına kullanılmaları hallerinde elde edilecek bireysel etkilerin cebirsel toplamına eşitse, bu şekildeki bir etkileşme aditif etki ya da sumasyon adını alır. Eğer kombinasyonun etkisi bireysel etkilerin toplamından daha fazla ise, bu şekildeki etkileşmeye sinerjizma adı verilir. Sinerjistik tipte etkileşme gösteren iki ilacın kombinasyonu, deneysel ya da klinik infeksiyonları, ilaçların tek başlarına gösterecekleri etkinin cebirsel toplamından beklenene oranla çok daha etkin bir şekilde tedavi eder. Sinerjizma tarzında etkileşme gösteren iki antibiyotik kombine edildiğinde, tek başlarına belirli bir süre içinde öldürdükleri bakteri sayısının toplamından daha fazla bakteriyi öldürürler. Buna göre sinerjistik kombinasyonlarda bakteriyi öldürme hızı, tek başlarına kullanıldıklarından çok daha yüksektir.

sinerjistik tipte etkileşme gösteren antimikrobik ilaçların bir arada kullanılması fayda sağlayabilir.

ANTAGONİZMA: Antibiyotik kombinasyonunun etki kuvveti, buna giren antibiyotiklerden en kuvvetlisinin tek başına gösterdiği etkiden daha düşük ise kombinasyonu oluşturan antibiyotiğin antagonist etki gösterdiği söylenebilir. Bu şekilde bir etkileşme gösteren iki antibiyotiği bir arada kullanmak hasta için zararlı olur.

ALDIRMAZLIK: (endiferans) Bazan kuvvetli bir antibiyotiğe daha az kuvvetli bir antibiyotiğin eklenmesi birincinin antibakteriyel etki kuvvetinde belirgin bir artma ya da azalma oluşturmaz. Başka bir deyimle kuvvetli antibiyotik diğerinin varlığına karşı kayıtsız kalır. O halde aldırmaazlık halinde kombinasyonun etki kuvveti, komponentlerden en kuvvetlisinin etki kuvvetine aşağı yukarı eşittir. Bu şekilde bir etkileşme gösteren iki antibiyotiğin bir arada kullanılması belirli bir bakteriye karşı etki kuvvetinde artma olmaksızın spektrumun genişlemesini sağlayabilir.

İnvitro yöntemlerle yapılan duyarlılık testlerinde elde edilen sonuçlara dayanılarak, ilaçlar bazı ölçütlere göre değerlendirilebilir. Halihazırda revaçta bulunan bir değerlendirme yöntemine göre, kombinasyon, ilaçların tek başlarına gösterdikleri etkinin 4 katı daha fazla etki gösterirse sinerjizmadan bahsedilir. Aksine, kombinasyon tek başına kullanılan ilaçlardan 4 kez ya da daha yukarı oranda daha az etkin ise etkileşmenin antagonist tipte olduğu kabul edilir. Bu iki sınır arasında etki gösteren kombinasyonda aldırmaazlık tipinde bir etkileşmenin varlığı kabul edilir. İnvivo deneylerde ya da klinik incelemelerde bu şekildeki nicel kesin ölçütlerle ayırım yapmak pratik olarak mümkün olmaz. Sayılan 3 çeşit etkileşme şematik olarak Şekil 1'de gösterilmiştir.



(Şekil 1) Antimikrobik ilaçlar (A ve B) arasındaki etkileşme şekilleri.

konusu olamaz. Başlıca iki etken, antibiyotiklerin ortamdaki derişimi ve bakteri cinsi (hatta suşu) iki antibiyotik arasındaki etkileşmeyi önemli derecede etkiler.

Antagonizma, antibiyotikler ortamda zayıf bir antibakteriyel etki göstermeye yetecek kadar düşük derişimlerde oldukları zaman en belirgin derecededir (1.). Kombinasyonu oluşturan antibiyotiklerin derişimi artırıldığı takdirde antagonizma zayıflar ya da kaybolur. Bunun pratik önemi şudur; klinikte infeksiyon hastalıklarında, antibiyotikler yüksek dozda kullanıldıklarında, antagonist olan bir kombinasyon aldırmaaz hale getirilebilirse de böyle bir işlem ile bu kombinasyonu bariz bir sinerjistik etki gösterecek duruma getirmek genellikle olanaksızdır. Buna karşılık, başlangıçta belirli bir bakteri karşısında aldırmaazlık gösteren bir kombinasyon, antibiyotiklerin derişimini arttırmak ya da oranını değiştirmekle sinerjistik hale getirilebilir.

Antibiyotik kombinasyonları bazı bakteri cinslerine karşı sinerjistik etki gösterdikleri halde diğer bazılarına karşı antagonist etki gösterebilirler (2.). Ayrıca, aynı bakteri cinsinin farklı suşları antibiyotik kombinasyonları tarafından farklı şekillerde etkilenebilirler. Örneğin, gentamisin çeşitli antibiyotiklerle yaptığı kombinasyonların proteus mirabilis, Aerobacter, Klebsiella, Pseudomonas aeruginosa suşlarından bazılarına karşı sinerjistik, diğer bazılarına karşı ise antagonistik etki gösterdiği invitro olarak saptanmıştır (3.).

Antibiyotikler arasında etkileşme olaylarının diğer bir önemli özelliği invitro ve invivo olarak saptanan etkileşme tiplerinin birbirine uymamasıdır. Bu uygunsuzluğun nedenleri vardır. En basitinden invitro olarak yüksek derişimlere çıkılabilemesi bu uygunsuzluğa neden olabilir. İnvitro üreme ortamı ile invivo üreme ortamının kimyasal ve besleyici özelliklerindeki farklar da bu bakımdan etkili olabilirler. Nitekim penisilin ve streptomisin kombinasyonu tamponlanmış su içine ekilen Streptococcus faecalis suşu üzerinde aldırmaaz tipte bir etkileşme gösterdiği halde, buyona ekilen aynı suş üzerinde sinerjistik tipte bir etkileşme gösterir. Gelişme ve üreme ile ilgili olanaklar bakımından su ile buyon arasındaki benzer bir fark, invitro üreme ortamları ile vücut sıvıları arasında da bulunabilir.

KLİNİKTE SİNERJİSTİK ETKİLEŞME GÖSTERDİĞİ SAPTANAN KOMBİNASYONLAR:

(1) Penisilinler + streptomisin: Antagonizma gösterdiği saptanmamış güvenilir bir kombinasyondur. Enterokokusların ve Streptokokus viridans'ın yaptığı subakut bakteriyel endokardit'in tedavisinde kullanılır. Kanda toksik olmayan düşük derişimlerde, ne streptomisin ve ne de penisilin G genellikle enterokokları öldüremez, sadece bakteriyostatik etki gösterebilir, fakat bu derişimlerde kombine olarak verildiklerinde kuvvetli bakterisid etki yaparlar. Ancak bazı hallerde kombinasyonun sinerjistik şekilde etkileşme göstermediği de gözlenmiştir. Nitekim

streptomisinin etkisine dirençli olduğu saptanmıştır. Bu durum nedeniyle kombine tedaviye başladıktan sonra hastanın serumunun hastalık etkeni bakterie karşı yeterli bakterisid etki gösterip göstermediğinin kontrol edilmesine gerek vardır. Enterokokların yaptığı infeksiyonlarda ampisilin ve streptomisin kombinasyonunun da sinerjizma gösterdiği saptanmıştır.

Penisilinler ve streptomisin birbirinin antibakteriyel etkilerini antagone etmediklerinden, enterokoklar ve streptokoklara karşı olduğu şekilde kuvvetli bir sinerjistik etkileşme göstermeseler bile diğer bazı duyarlı bakteri infeksiyonlarında kullanılabilirler. Bu durumda kombinasyonun faydası esas olarak antimikrobik spektrumun genişlemesi şeklinde kendini gösterir. Söz konusu kombinasyon ve aşağıda sayılan diğer kombinasyonların etkileşme mekanizmasından ayrı bir başlık altında söz edilecektir.

(2) Streptomisin + isoniazid: (paraaminosalisilik asid ya da etambutol) Bu ilaçların ikili ya da üçlü kombinasyonları tüberküloz tedavisinde daha yüksek bir klinik etkinliğe sahiptir. Bunda kısmen rolü olan bir etmen, PAS ve İNAH'ın streptomisine karşı mutad olarak hızlı bir şekilde oluşan direnci önlemesidir. Fibrokavernöz akciğer tüberkülozu, miliyer tüberküloz ve tüberküloz menenjitte bu ilaçların tek başlarına antibakteriyel etkileri tatmin edici bulunmamıştır. Buna karşılık kombinasyon halinde bu hastalıklarda yüksek bir oranda iyileşmeye neden olurlar (1.). Tüberküloz menenjitte tek başına streptomisin kullanıldığı zaman hastalıktan kurtulanların oranı % 30'dan daha düşük bulunmuştur. Üçlü kombinasyon ile tedavi edilen hastalarda ise bu oran aşağı yukarı % 85'e yükselmiştir.

Direnç oluşumundaki gecikme dışında, söz konusu kombinasyonun yarar sağlamasında diğer bazı faktörler daha rol oynar. İsoniazid'in hücre içine streptomisine göre çok daha kolay bir şekilde girmesi nedeniyle orada streptomisinin etkisini arttırdığı ileri sürülmüştür. PAS ve isoniazid'in her ikisi de asetillenerek vücutta biyotransformasyona uğrarlar. Bu olayı yapan asetil koenzim A'ya karşı aralarındaki rekabet nedeniyle, ortamda PAS'ın bulunması isoniazid'in asetillenmesini azaltır, onun kandaki düzeyini ve devam süresini artırır.

(3) Trimetoprim + sulfametoksazol: Bu iki ilaçtan ilki esas olarak on yıl kadar önce antimalaryal bir ilaç olarak çıkartılmıştır. 1:5 oranındaki kombinasyonlarının bazı bakterilere karşı optimal bir sinerjistik etkileşme gösterdiği saptanmıştır. Kombinasyon bir çok gram negatif basile ve gram pozitif koklara karşı kuvvetli bakterisid etki yapar ve Plasmodium falciparum'a karşı da etkilidir.

Kural olarak iki bakteriyostatik ilacın kombinasyonu aditif ya da aldırılmaz etkileşme gösterdiği halde söz konusu ilaçtan başka diğer sulfonamid türevlerinin etkileri de trimetoprim tarafından potansiyalize edilir. Ancak sulfonamidler içinde sulfametoksazol, oral verililişi takiben emilimi, kan düzeyinin seyri ve eliminasyon hızı bakımından trimetoprime en fazla benzeyen ilaç olduğu için tera-

TABLO I
SİNERJİSTİK ve ANTAGONİST İLAÇ KOMBİNASYONLARINA AİT GENELLEME
(Kabine 1972)

Kombinasyona örnek	Etkileşme şekli	Mikroorganizmaların türü	İlaçlara örnek
İ bakterisid	Sinerjistik	Streptokokuslara karşı	Penisilin+streptomisin
İ bakteriyostatik	Aditif veya aldırılmaz	Pek çoğuna karşı	Bakterisidlerin çoğu
İ bakteriyostatik	Aditif veya aldırılmaz	Pek çoğuna karşı	Bakteriyostatiklerin çoğu
	Sinerjistik	Çoğuna karşı	Sulfonamidler+trimetoprim
	Antagonist	Az sayıdaki gram pozitif ve gram negatif bakterilere karşı	Eritromisin+Linkomisin Eritromisin+kloramfenikol Linkomisin+kloramfenikol Novobiosin+tetrasiklin
İ bakterisid ilaç	Antagonist	Pnömonakalara karşı	Penisilin tetrasiklin
İ bakteriyostatik	Aditif veya aldırılmaz	Pek çoğuna karşı	Kombinasyonların çoğu
		Proteus	Polimiksiner+sülfonamidler
		Brucella	Streptomisin+tetrasiklin
	Sinerjistik	Streptokoklar	Penisilin+eritromisin
		Salmonella	Ampisilin+kloramfenikol

bronşitli hastalarda oluşan akut hecmelere karşı bu kombinasyonun, ampisilin ve tetrasiklinden daha üstün olduğu bildirilmiştir (7,8.). Tifo tedavisinde en az kloramfenikol kadar etkili olduğu iddia edilmişse de (9.), şimdiye kadar incelenen vaka sayısının az olması nedeniyle bunu ihtiyatla karşılamak gerekir. Nitekim daha yeni bir incelemede söz konusu kombinasyonla tedavi edilen 103 tifolu çocukta elde edilen sonuçlarla, kloramfenikolla tedavi edilen 140 tifolu çocukta elde edilen sonuçlar karşılaştırılmış ve kloramfenikol'un halen tifo tedavisinde en iyi ilaç olma özelliğini koruduğu sonucuna varılmıştır (10.)

(4) Penisilin ya da ampisilin+penisilinaza dirençli penisilinler: Penisilinaz ya da sefalosporinaz gibi beta-laktamaz grubu enzimleri salgılayan gram negatif basiller ve bazı stafilokok suşları, penisilin G ve ampisilini hidroliz ederek etkisizleştirdiklerinden, bu iki penisilin türevi ile diğer bazı türevlerin böyle bakterilerle oluşan enfeksiyonlar üzerinde etkisi yoktur. Aslında, bu bakterilerin beta-laktamaz enzimleri başka bir ilaç tarafından inhibe edilirse bu takdirde söz konusu penisilin türevleri bakterisid etki gösterebilir. Bu noktadan hareketle beta-laktamaz enzimlerine dayanıklı metisilin, oksasilin, kloksasilin, dikloksasilin ve flukloksasilin gibi penisilin türevleri ya da sefalotin, sefaloridin ve sefalekssin gibi sefalosporin türevlerinin yukarıda sayılan enzime dayanıksız penisilinlerle kombinasyonu klinikte başarı ile kullanılmaya başlanmıştır. Beta-laktamazlara dayanıklı penisilinler ve sefalosporinler enzim moleküllerinin aktif yerlerine karşı fazla affinite gösterdiklerinden bu yerlere bağlanarak onları inhibe ederler; bu ilaçlarla yeterli bir enzim inhibisyonu sağlamak için yüksek dozda kullanılmaları gerekir. Ampisilin'in kloksasilin ile kombinasyonu halinde E. coli ve Staph.aureus'a karşı (11.) ve metasilin ile kloksasilin'in çeşitli gram negatif bakterilere karşı (12.) ve penisilin G, ya da ampisilin'in kloksasilin ya da metisilin ile kombinasyonu Ps.aeruginosa, Klebsiella, E.coli bakterilerinin sorumlu olduğu idrar yolları enfeksiyonlarına karşı (13.) başarı ile kullanılmışlardır. Penisilinler genellikle idrarda konsantr oldukları için orta derecedeki dozları ile bile idrar yolları enfeksiyonlarının tedavisinde idrarda yeterli derişime erişmek kabil olmaktadır. Sefalosporinler; penisilinaza dayanıklı olmakla beraber enzimin aktif yerlerine karşı affiniteleri, enzime dayanıklı penisilinlere oranla zayıf olduğundan söz konusu kombinasyonlarda tercih edilmezler.

(5) Ampisilin + gentamisin ya da sefalotin + gentamisin kombinasyonları: E.coli, Klebsiella, enterobakterler, Ps.aeruginosa ve Proteuslar gibi çeşitli gram negatif bakterilerin denenen suşlarının 1/3 - 1/2'sine karşı invitro deneylerde sinerjistik tipte bir etkileşme gösterdikleri saptanmıştır (14.). Klebsiella grubuna karşı da etkili olması dolayısıyla sefalotin+gentamisin kombinasyonu diğer kombinasyonlara göre daha fazla oranda etkili bulunmuştur. Bu kombinasyonların enfeksiyon vakalarında kullanılmaları halinde elde edilen başarının derecesi, enfeksiyon etkeni ile invitro yapılan duyarlık testinin sonucu ile yakından paralellik göstermiştir.

(6) Streptomisin ya da kloramfenikol + sülfonamidler: Bu sekildeki bir

TABLO 2
BAZI YENİ ANTİBİYOTİKLER ARASINDAKİ İN VİTRO ETKİLEŞMELER
(Derrington, 1971)

Etkileşme tipi	Mikroorganizma	Kombine edilen antibiyotikler	
		1 inci grup	2 nci grup
Sinerjizma	Koliformlar (E.Coli, Klebsiella, Enterobakteriler) (12 suş)	Ampisilin	Kanamisin
		Sefaloridin	Gentamisin
	Proteus mirabilis (5 suş)	Penisilin	Streptomycin
		Sefaloridin	Kanamisin
Antagonizma	Pseudomonas (6 suş)	Tetrasiklin	Gentamisin
		Karbenisilin	Gentamisin
	Stafilokoklar (Koagülaz-pozitif) (5 suş)	Metisilin	Fusidin
		Penisilin	Streptomisin
	Stafilokoklar	Ampisilin	Kanamisin
Kloksasilin		Gentamisin	
Kloramfenikol		Linkomisin	

Kombinasyon birinci gruptaki bir ilaç ve ikinci gruptaki bir ilaç ile yapılır.

gibi sülfonamidler tercih edilir. Kombinasyona giren ilaçlar tam tedavi dozunda verilmelidir.

(7) Tetrasiklinler+streptomisin: Bruselloz tedavisinde tercih edilen bir kombinasyondur. Hastalıkta nüks oranını azaltmaktadır (1.). İki ilaç arasında memeli hücreleri içinde bir sinerjistik etkileşme oluşması muhtemel görülmüştür (15.). Pseudomonas enfeksiyonlarının da oksitetrasiklin + streptomisin kombinasyonu ile tedavi edilebileceği bildirilmiştir.

(8) Kloramfenikol+streptomisin ya da tetrasiklinler: Klebsiella pneumoniae pnömonisinin tedavisinde en yüksek klinik etkinliği gösteren bir kombinasyondur.

(9) Penisilin+sülfonamidler: Bu kombinasyonun, piyasada çeşitli müstahzarlar halinde bulunmasına ve tedavi pratiğine girmiş bulunmasına rağmen klinik etkinlik bakımından invivo incelendiğine dair kontrollü bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu şekildeki kombinasyonların karma yöntemle incelenmesine dair sonuçlar iki ilacın çoğunlukla sinerjizma gösterdiğini ortaya koymuştur.

Yukarda sözü edilen genel kurallar ışığı altında sülfonamidlerin bakteriyostatik etkilerinin yavaş başlaması dolayısıyla, penisilinler dahil bakterisidler antagonize etmeleri genellikle beklenemez. Bu durum, bakterisid ilaç başlangıçta ve yüksek dozda verildiği takdirde daha da geçerlidir.

(10) İncelenen diğer sinerjistik etkileşmeli kombinasyonlar: Karbenisilin ile gentamisin, polimiksin ya da kolistin'in üçünden birinin kombinasyonu, Pseudomonas enfeksiyonlarında tek başına karbenisilin'e göre daha etkili bulunmuştur (16.). Ancak karbenisilin ve gentamisin gram negatif bakterilere ve özellikle Pseudomonas aeruginosa'ya etkili antibiyotikler olup invitro testlerde kombinasyonları sinerjizma göstermekte ise de bu kombinasyonla klinik enfeksiyonların tedavisinde her zaman iyi sonuç alınmayabilir.

Karbenisilin'in invitro deneylerde sulu ortamda ya da klinikte uygulanmasını takiben plazmada yüksek derişimlerde bulunması halinde gentamisinin kimyasal olarak etkisizleşmeye neden olduğu gösterilmiştir (17.). Fusidin, eritromisin, novobiosin ya da rifampin'in üçünden birinin kombinasyonu ile metisilin'e dirençli stafilokok enfeksiyonlarında sayılan ilaçların tek başına kullanılmasına göre daha üstün sonuç alınmıştır (18.) Eritromisin düşük derişimlerde bakteriyostatik bir ilaçtır, fakat yüksek derişimlerde streptokoklara karşı bakterisiddir. Bundan dolayı bu bakterilere karşı eritromisin ve penisilin kombine halde sinerjistik tipte bir etkileşme gösterebilirler (19.). Fazla oranda sepsise neden olabilen gram negatif basilleri oluşturan koliform bakteriler Proteus ve Pseudomonas...

KLİNİK YA DA DENEYSEL ENFEKSİYONLARDA ANTAGONİSTİK ETKİLEŞME GÖSTERDİĞİ SAPTANAN KOMBİNASYONLAR:

Pnömokoksik menenjitte penisilin'in geniş spektrumlu bir antibiyotik ile bir arada verilmesi klinik etkinliğinde azalmaya neden olur. Sadece penisilin ile tedavi edilen bir hasta grubunda ölüm oranı % 30, buna karşılık penisilin klortetrasiklin kombinasyonu ile tedavi edilen başka bir hasta grubunda ölüm oranı % 79 bulunmuştur (23.). Bu durum daha sonra Olsson ve ark. (24.) tarafından doğrulanmıştır. Bakteriyel menenjit vakalarında ampisilin, kloramfenikol ve streptomisin kombinasyonunun tek başına ampisiline göre daha az etkili olduğu da saptanmıştır (25.). Bu araştırmacılar bakteriyel menenjitli 246 çocukta inceleme yapmışlar, sözü edilen kombinasyonun kullanılması hallerinde mortaliteyi % 10.5 olarak bulmuşlardır. Halbuki tek başına ampisilin tedavisi uygulanan vakalarda mortalite % 4.3 olmuştur. Diğer bazı çalışmalarda eritromisin, kloramfenikol ve linkomisin'in aralarında kombinasyonu bazı bakterilere karşı antagonistik tipte bir etkileşme göstermiştir (19.).

Kızıl tedavisinde penisilin'e ek olarak klortetrasiklin kullanılması klinik şifa üzerinde bariz bir etki göstermekte ise de bakteriyolojik şifayı geciktirebilmektedir. Bu duruma göre penisilin ile tetrasiklinler arasında invivo bir antagonizma vardır.

H.influenzae menenjiti tedavisinde klortetrasiklin'e ek olarak streptomisin ya da bir sülfonamid kullanılırsa ateşin ve beyin-omurilik sıvısındaki hücre sayısının daha geç düştüğü saptanmıştır.

Farelerde deneysel beta-hemolitik streptokok enfeksiyonlarında penisilin ve kloramfenikol'un tek başlarına ileri derecede antibakteriyel etki gösterdikleri halde kombine olarak uygulandıklarında birbirlerinin etkisini antagonize ettikleri bulunmuştur (26.). Deneysel pnömokok enfeksiyonlarında da kloramfenikol penisilin'in etkisini antagonize etmektedir (27.).

* (Hacettepe Farmakoloji ve Toksikoloji Bülteninden, Prof.Dr.O.Kayaalp'in izniyle alınmıştır.)

KAYNAKLAR

1. Weinstein, L. The Pharmacological Basis of Therapeutics'de (cd: L.S. Goodman ve A. Gilman), sayfa 1171. Macmillan, New York, 1965.
2. Jawetz, E. ve J.B. Gunnison: Antibiot. Chemother. 2; 243, 1952.
3. Bulger, R.J. ve W.M.M. Kirby. Am. J. Med. Sci. 246; 107, 1963
4. Jawetz, E. ve Sonne, New Engl. J. Med. 274; 710, 1966
5. Swartz, D.E. ve W.H. Ziegler, Postgrad., Med. J. Suppl. 45; 32, 1969.
6. Stanford, B.C. Med. J. Austral. 1; 526, 1971

9. Akkinkuğbe, O.O. ve ask E.A.Lewis D. Montefiore ve A.O. Okubadejo, Brit. Med. J. 3;721, 1968
10. Scragg, J.N. ve C.J. Rubidge, Brit. Med. J. 3; 738, 1971
11. Nishida, M. ve Y. Mine, J.Antibiot. 22; 144, 1969.
12. Mc Kee, W.M. ve M. Turck, Antimicrob. Agents Chemother. 7;705, 1967:
13. Sabath, L.D., H.A. Elder, C.E. Mc. Call ve F. Finland. New Engl. J. Med. 277; 232, 1967.
14. Kiastersky, J. ve ask, R. Cappel, G., Swings ve L. Vandenborne, A. J. Med. Sci. 262; 283, 1971.
15. Richardson, M. ve J.N. Holt. J. Bacteriol. 84; 638, 1962
16. Smith, C.E., P.E. Dans, J.N. Wilfert ve M. Finland, J. Infect. Dis, 119; 370, 1969.
17. Mc Laghlin, J.E. ve D.S. Reeves, Lancet 1; 161, 1971.
18. Jensen, K. ve H.C.A. Lassen, Quart. J.Med. 38; 91, 1969.
19. Kabins, S.A., J. Am. Med. Ass. 219; 206, 1972.
20. Hodgins, U.G. ve J.P. Sanford, Am. J.Med. 39; 952, 1965.
21. Weinstein, L. ve A.S. Klainer. New Engl. J. Med. 274; 950, 1966
22. Weil, M.H. Diagnosis and Treatment of Shock'ta. Ed.: Weil and Shubin S. 211, Williams and Wilkings, Baltimore, 1967.
23. Lepper, M.H. ve H.F. Dowling: Arch. Intern. Med. (Chicago) 88; 489, 1951
24. Olsson, R.A., J.C. Kirby ve M.J. Romanski, Ann. Intern. Med. 55; 545, 1961.
25. Mathies, A.W. ve ask J.M. Leedom, D. İver, P.F. Wehrl ve B. Portnoy. Antimicrob. Agents Chemother. 7; 216, 1967.
26. Jawetz, E. ve R.S. Speck, Proc. Soc. Exp. Biol. 74; 103, 1950.
27. Wallace, J.F., R.H. Smith, M. Garcia ve R.G. Petersdorf. J. Lab. Clin. Med. 70; 408, 1967.

Sağlıklı ve hastalıklı gingiva

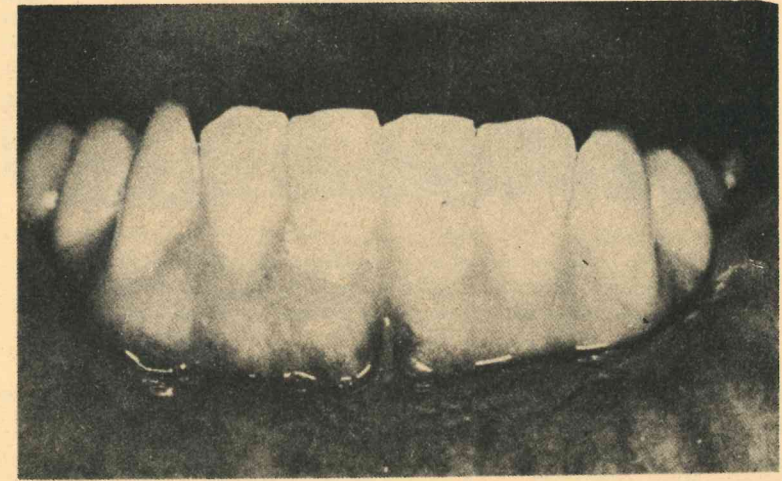
J. Harold Jones, M.D.
Manchester Üniversitesi, Oral Tıp Profesörü
(The Practitioner, Mart 1975)

Bu yazı normal gingivanın görünüşünü ve gingival hastalıkların daha çok sık görülen şekillerini tanımlamak için yazılmış olup, çok gerekli ve tıbbi bilgileri ayrıntısız olarak ele almaktadır.

Genel olarak, tüm oral müköz zarları ya da diş etlerinden başka ağzın diğer kısımlarını da tutan hastalıklar alınmamıştır.

NORMAL YAPI

Gingiva, (şekil 1) döşeyici ağız mukozasının, dişlerin boyunları çevresinde bir kuşak oluşturan ve çene kemiklerinin alveoler çıkıntılarını örten parçasıdır.



Şekil 1) İyi bakımlı dişetleri. İnce, sivri uçlu interdental papillalara dikkat ediniz.

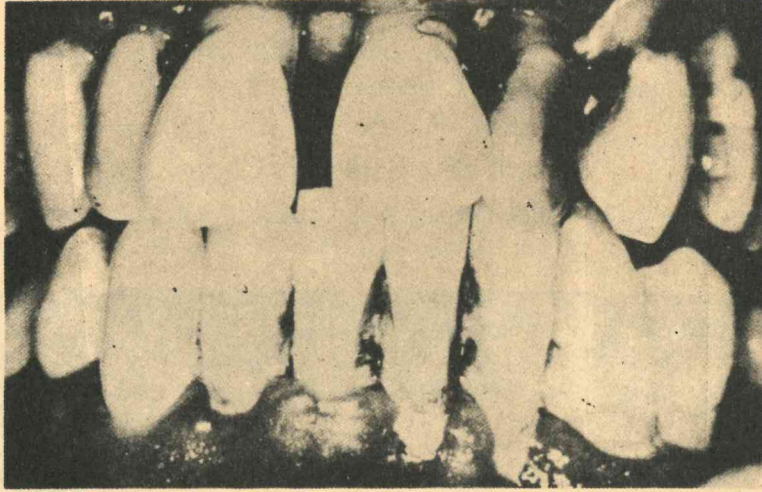
Dişe en yakın olan kısma genellikle "serbest gingiva" denir. Ağıza bakan kısmı keratinize, diş bakan kısmı ise keratinize olmayan çok katlı yassı epitel ile örtülüdür.

kemiğe sıkı bir biçimde yapışması nedeniyle "yapışık gingiva" denen kısımla devam eder.

KRONİK GİNGİVİTİS VE PERİODONTİTİS

Çok iyi bakımlı da olsa bir erişkinin ağzının hiçbir zaman gingival iltihaplardan tümüyle arınmış olmadığını söylemek büyük bir olasılıkla doğrudur.

Bu nedenle, şekil 1'de görülen ağızda bile, gingivitin hiç olmazsa histolojik kanıtlarını bulmak mümkündür. Çocukların ve erişkinlerin aşağı yukarı % 90'ı klinik olarak belirgin gingivitten yakınrlar. Bu olay birçok erişkinde periodontal bağlar ve alveoler kemiği de etkisi altına alır. Sonunda da dişler gevşerler, sallanırlar ve sayıları azalır. İlerlemiş şeklinde (şekil 2) bu iltihabi olay daha uygun bir de-



Şekil 2) Periodontal bağ ve destekleyici kemiğin de olaya katıldığı gingivit. Bazı dişler dökülmüştür. Mamafî dikkatli bir tedavi ile azımsanmayacak bir estetik ve fonksiyonel iyileşme sağlanabilecektir.

yimle periodontitis adını alır, çünkü artık periodontal bağları ve alveoler kemiği tutmuştur. Bu erişkin nüfustaki diş kaybının en büyük nedenidir. Gingivitisin en önemli nedeni dişlerin yüzeyinde oluşan bakteriyel bir tabakanın birikmesidir. Bu tabaka salyadan oluşan glikoprotein bir zar olarak başlar ve hemen sonra bakteriler tarafından kaplanır. Etkin bir diş fırçalama alışkanlığı yoksa, plak hızla ilerler ve birkaç gün sonraki kaçınılmaz sonuç gingivitisdir. Diş fırçalama tekniğinin iyi olmaması, fırçanın diş yüzeyinin her yerine ulaşamaması ya da gingivanın daha önce harabiyete uğraması nedeniyle diş fırçalamanın istenen etkisi elde edilemeyebilir. Sert besinleri ısıрма, diğer lokal iritanlar ve ağızdan soluma ile puberte, gebelik ve diyabete benzer sistemik etmenler gingivitise eğilimi artırır.

Hastalığın ilerleyişi ile hasta nefesinin kokmasından ve hoş gitmeyen bir taddan şikâyet etmeye başlar. Fakat iltihapta şiddetlenme olmadıkça ağrı yoktur. Muayenede dişler boyunca "cep"lerin oluştuğu görülür. Bu cepler diş etiyle diş arasında ya da dişin uzunluğu boyunca derinlemesine uzanırlar. Ve hatta dişin kemikle olan yakın ilişkisini kesebilirler. Bunlarda bakteri kümeleri birikir ve iltihabın artarak hastalığın ilerlemesini körükler. Bakteri plağının bu cepler içindeki iltihabi olay ya da cep oluşması görülmeyen periodontal iltihap zaman zaman apseleşme şeklinde hecmeler gösterir ki, bu durumlarda şiddetli ağrı ve apsenin diğer bulguları vardır. Buna "parodontal apse" adı verilir.

Derinde yerleşmiş apseler kemik yoluyla drene olabilirler ve diş çürüklerini, diş pulpasının iltihaplarını izleyen dentoalveoler apseyi taklit edebilirler. Parodontal apsenin farklı bir tedavi gerektirmesi nedeniyle ayırım yapma önemlidir. Parodontal apseler çok köklü dişlerin kökleri arasında ve asıl diş gövdesinin altında görülebilirler. Yukarıda sözü edilen değişiklikler, diş destekleyen alveoler kemiğin progresif kaybı sonunda da dişlerin gevşemesi ve dökülmesine yol açar.

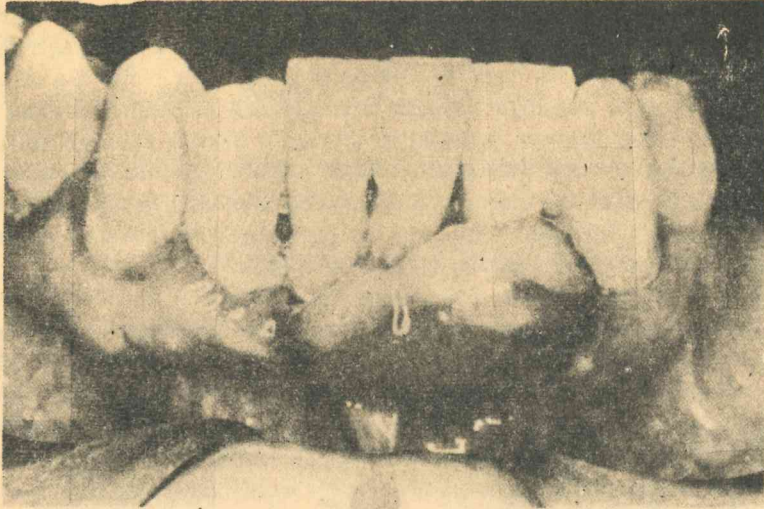
Gittikçe daha kötü görünüş kazanırlar ve sallanmaları kullanılabilirliklerini azaltır. Bu aşama çoğu kez basit bir çekimle sonuçlanır.

Gingivitisle başa çıkmada önemli olan "önleme"dir. Okullarda ağız sağlığı derslerinin ya da diş tabibinin hastalara tavsiyelerinin denenmiş büyük yararları vardır. Birçok antibakteriyel gargaralar ve diş macunlarına eklenen bir dizi madde hala kullanılmakta ya da sınanmaktadır. Fakat gingivitis tedavisi "kusursuz bir ağız hijyeni sağlamaktır" denebilir. İlk olarak diş yüzeyleri, birikmiş olan bütün bakteri plaklarından temizlenir. Nisbeten basit olan bu işlem, genellikle hatırı sayılır bir iyileşmeye yolaçar. Bunun hasta üzerindeki etkisi büyüktür ve onu bu yönüde bağlar. Daha sonra daha yüksek standartta bir ağız hijyeni sağlaması ve hastalığın daha fazla ilerlemesine engel olmaya yöneltecek durumları yaratmak için, birtakım cerrahi işlemler tavsiye edilebilir. Dişleri taşlama gibi basit işlemlerin bile, geçici bir bakteriyemi yapabileceğini göz önünde bulundurmalıdır ve romatizmal ya da konjenital kalp hastalığı olan kimselerde, (ki bunlar bakteriyel endokardit tehlikesi altındadırlar) bu tip işlemlerden hemen sonra antibiyotik uygulamak gerekir.

GİNGİVAL BÜYÜME

Gingivaların büyümesi genelleşmiş, ya da bir epuliste olduğu gibi (şekil 3) yerleşmiş olabilir. Genelleşmiş gingival büyüme genellikle kronik gingival ya da periodontal iltihaplara bağlıdır. Ve dağılıma neden olan etkenlerle ilişkilidir. Bu yüzden, iltihaba neden olarak ağızdan solumanın etken olduğu bir durumda büyüme üst ön dişlerin dış kısmında kısıtlı kalmıştır.

Puberte, gebelik ve hormon tedavisinin çeşitli şekillerinin de iltihaba katkısı bulunur ve gingival büyüme görülür. Gebelikte ufak, vasküler epulisler hiç de olağandışı değildir. Bunlar genellikle etmenlere karşı bir cevap niteliğindedirler ve loğusalıkta ufalırlar. Genelleşmiş gingiva büyümelerine hidantoin grubu gibi anti-epileptik ilaç alan epileptiklerde, raşitizmde, löseminin bazı şekillerinde ve seyrek olarak kalıtsal bir nitelik olarak rastlanabilir. Epulisler genellikle fibröz ni-



Şekil 3) İlerlemiş periodontitis ile ilişkili bir fibröz epulis. Köpek dişleri iyice serbestleşmiştir

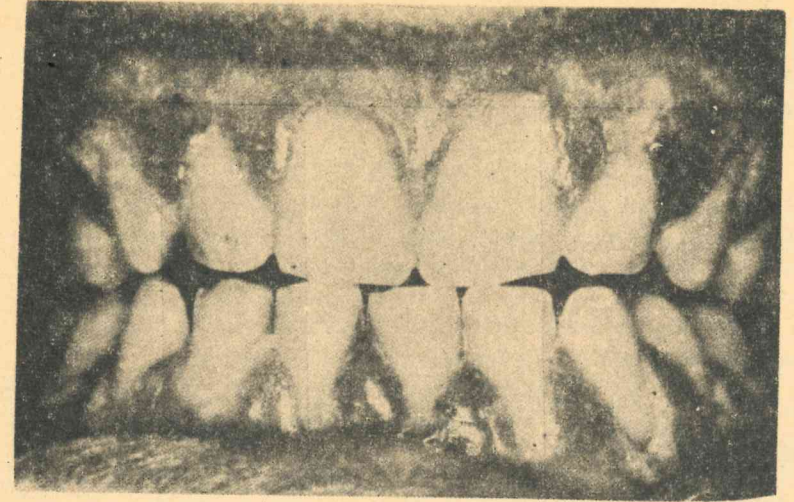
tü etki ve davranışları yoktur. Nadiren periferik bir "kahverengi tümör", daha olağan olan dev hücreli epulisi taklit edebilir ve hiperparatiroidizm tanısı konma olasılığı olduğundan, çene kemiklerinde dev hücreli oluşumlar bulunan hastalarda daha ileri bir takım araştırmalar gereklidir.

Gingival dokunun tümörleri çok sık görülmez. Skuamöz papillom gibi iyi huylu tümörlere zaman zaman rastlanır. Diş etlerinde ayrıca skuamöz karsinom da görülebilir. Fakat bu dil ya da ağız tavanındaki kadar sık değildir. Gingival skuamöz karsinomlar ülseratif ya da ekzofitik siğilimsi görünümde olabilir. Bazan yanındaki dişte sallanma ve gevşeme ile birlikte görülür. Bunlar bazan tümüyle masum bazı lezyonları taklit edebildiklerinden herhangi bir gingival şişmede, çıkarılan kısmın mutlaka histopatolojik incelenmesi yapılmalıdır.

AKUT HERPETİK GİNGİVOSTOMATİT

Bu herpes virus infeksiyonunun genç çocuklarda görülen fakat adolesanlarda ve genç erişkinlerde de rastlanabilen bir primer şeklidir. Hastanın sıklıkla ateşi yükselir, genel bir kırıklık ve baş dönmesinden şikayetçidir. Ağız ağrılıdır ve hastanın genel durumu düzelineye kadar birkaç gün devam eder. Ağız muköz zarı önceleri şiş ve kırmızıdır. (şekil 4). Fakat kısa bir süre sonra kısmen diş etleri ve dil üzerinde bulunan ufak veziküller belirir. Bunlar bir gün içinde çatlarlar ve çok sayıda yuvarlak, çevresi grimsi bir kabukla çevrili ağrılı ülserler oluşturur. 10 - 14 gün içinde eskar oluşmaksızın iyileşirler. Hastalığın akut devresinde bölgesel lenfadenopati olabilir. Akut herpetik gingivostomatit kişiden kişiye, duyarlı ebeveynin ve hekimin derisine inokülasyonla geçer. Yine de kısmi tehlike altında olan primer ekzematlı çocuklarda ve çok küçük çocukları çapraz enfeksiyondan korumak için dikkat etmek gerekir.

Bazan oral lezyonların ikincil enfeksiyonlarını önlemek için antibiyotikler

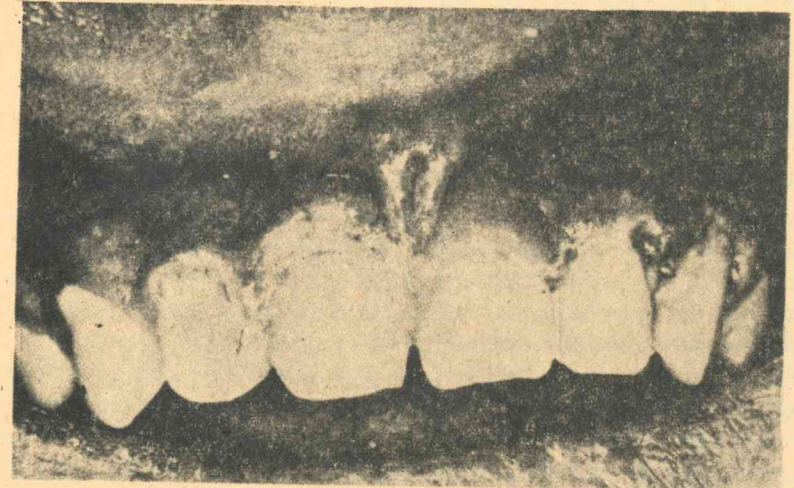


Şekil 4) Akut herpetik gingivostomatit. Dişetleri şiş, kırmızı ve küçük ülserler mevcut.

AKUT NEKROTİZAN GİNGİVOSTOMATİT (Vincent Gingiviti)

Bu, genç erişkinlerde ve daha çok erkeklerde görülen ve sıkça rastlanan bir hastalıktır.

Hastalar kamaşmadan, diş fırçalama ve yemek sırasında diş etlerindeki kanamadan yakınır. Muayeneyi yapan klinisyen, kötü bir ağız kokusu ve karakteristik olan interdental papillaların uçlarını güdük bırakan nekroz ve ülserasyonla karşılaşabilir. (şekil 5)



Şekil 5) Akut nekrotizan ülseratif gingivit. Interdental papillanın kolonlaştığı, dişin yanındaki gingivanın ülserleştiği görülüyor.

Hastanın çok ilerlediği vakelerde lenf dokümanı...

Vücut sıcaklığının arttığı ya da diğer sistemik hastalık belirtilerinin ortaya çıktığı durumlarda teşhis kuşkuludur ve akut herpetik gingivostomatit ya da infeksiyöz mononükleoz gibi olasılıklar göz önünde bulundurulmalıdır. Gingival ülserasyon ayrıca agranülositoz, löseminin bazı şekilleri ve sitotoksik ilaç alanlarda da görülebilir.

Oral treponemalar, fizobakteriler ve benzerlerinin, yerel direncin azaldığı durumlarda hastalığı oluşturduğu düşünülmüştür. Ağız hijyenini ihmal, besin kırlıntılarının birikmesi ve dişlerin fazla sayıda olması bu hastalığa zemin hazırlayabilir. Sigara içme, sistemik rahatsızlıklar, duygusal ve fizik stresler gibi faktörler de etkili olur.

Tedavi sistemik ve lokaldir. İki için metronidazol ya da penisilin, ikincisi için ise yüzeysel temizlik ve diş temizleyici yöntemler önerilir.

Daha ileri bir ağız hijyeni uygulaması genellikle gereklidir ve hastalık sonucu oluşan deforme diş ve sağlıksız diş etlerinin u'ak cerrahi yöntemlerle düzeltilmesi faydalı olabilir.

Daha önceki yayınların tersine, hastalığın daha çok endojen olduğu ve bu- laşıcı olmadığı kabul edilmektedir.

DESKUAMATİF GİNGİVİTİS

Gingivanın ağıza bakan kısmının altındaki dokudan aynen ve seyrek olarak rastlanan lezyonların hepsini (deskuamatif gingivitis) başlığı altında toplama eği- limi vardır.

Gingivitisin bu şeklinin olduğu hastalar ağırlı ve duyarlı diş etlerinden şikâyetçidirler ve muayenede diş etleri üzerinde büllerin ve yüzeysel erozyonların oluştuğu görülür. Dişlerin hemen yakınındaki diş eti bölgesinin gingivitisin olağan şeklinde olduğu gibi bu durumdan fazla etkilenmediği fakat birkaç milimetre ötede olayın başladığı sıklıkla göze çarpar.

Deskuamatif gingivitis erozif ya da büllöz lichen planusta, benign müköz zar penfigoidinde ve diğer büllöz hastalıklarda görülür. Uygun bir teşhis için penfigus vulgaris gibi çeşitli hastalıkları bir tarafa atmak ve asıl hastalığı kontrol altına almak için uzun süre tedaviyi sürdürmek gereklidir.

SİSTEMİK HASTALIKLARDA GİNGİVA

Gingivitis ve periodontitisten yakınan hastaların büyük bir kısmında bun- lara sistemik hastalıklar neden olmazlar. Gebelik ve benzeri durumlar gingiviti- sin genişlemesini ters bir biçimde etkilerler ve sonunda gebe kadının yüksek standartta ağız hijyenine kavuşma umudu vardır. Erken gebelikte bir diş heki- minin konsültasyonu hasta için gereklidir.

Vitamin C eksikliği (skorbüt) dışındaki ve ağızın diğer kısımlarını ilgilendiren beslenme bozuklukları diş etlerini pek etkilemez. Skorbütde diş etleri şiş- kindir ve süngerimsi görünümündedir. Hafif bir dokunmayla kolayca kanar. Periodon- tal bağların harabiyeti nedeniyle dişler dökülebilir. Bu değişiklikler dişlerin bulun- duğu duruma kısıtlıdır.

Löseminin bazı şekillerinde özellikle akut miyelositik lösemide gingival hiperplazi vardır. Ülsere olan gingivitis sıklıkla arka molar diş çevresinde başlar.

Sonuncusunda, interdental papilla kanın damar dışına çıkmasıyla geniş- lemiş olup koyu mavi-kırmızı bir renk gösterir.

Diabetin gingiviti arttırdığı ve periodontal iltihabı ilerlettiği, gingival has- talıkların ve sonuçlarının diabetikler ve sınır vakalarda diabetik olmayanlardan daha ağır olduğu bilinmektedir.

Bununla birlikte yeterince kontrol altında bulunanlarda bu sorun yok sayılabilir. Şurası vurgulanmalıdır ki, yukarıda verilen örneklerin yansırı hastaların büyük bir kısmında, yüzeysel tedaviye cevap veren ve yerel etkenlerle oluşan gingivitis görülür. Sistemik nedenli gingivitis gingival hiperplazi ya da ülserasyon bir kuraldan çok istisnadır.

SONUÇLAR

Gingivitis ile mücadelede esas problem, hastayı hergün diş yüzlerindeki bakteriyel plağı uzaklaştırıcı basit ve bireysel tedbirler almaya yöneltmektir. Bu kişisel ilgi, dişhekimlerinin kontrolü altındaki "diş hijyencileri" tarafın- dan daha iyi yönlendirilip etkinleştirilebilir. Tedavi planı lokal cerrahi metotlarla hasta dokuları uzaklaştırıp, basit temizlik kurallarının yeterli olabileceği bir durumu sağlayıcı tedbirleri içerebilir.

Pek sık olmamakla birlikte, gingivadaki değişiklikler daha ciddi lokal veya sistemik hastalıkların belirtilerini gösterebilir. Bu durumda altta yatan hastalığı ekarte etmek için dikkatli incelemeler gerekir.

Akut otitis media ve anjin

F.W.O'GRADY (Mikrobiyoloji Profesörü, Nottingham Üniversitesi, City Hospital, Nottingham)

H.P.LAMBERT (Mikrobik Hastalıklar Profesörü, Londra Üniversitesi)

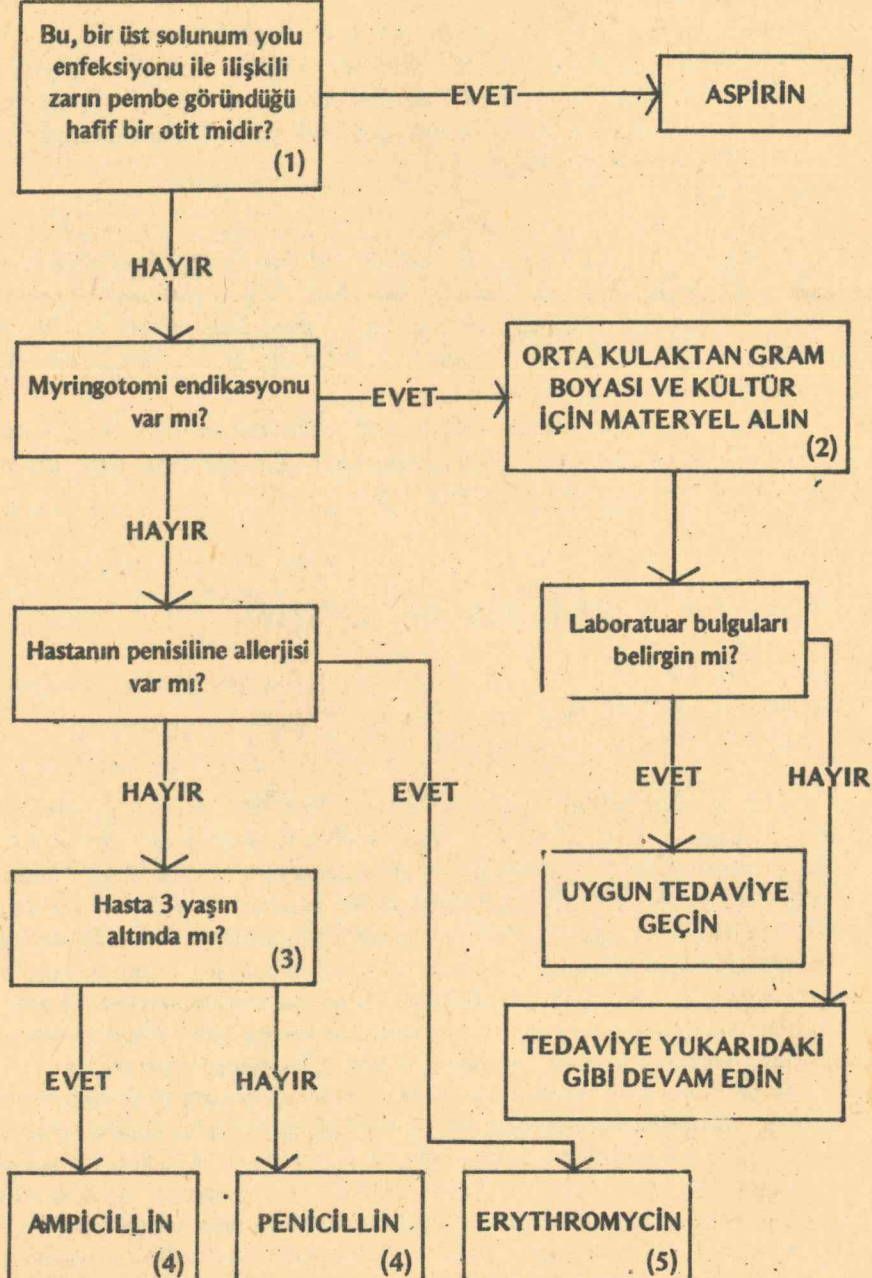
R.H.J.BEGENT (Tıbbi Registrar, St George's Hospital, Londra)

Bu yazı "The Practitioner" adlı derginin Mart 1975 sayısından tercüme edilerek, alınmıştır. Yazı aslında Türkçeye tercümesi oldukça güç bir başlık, "Sensible Prescribing" başlığı altındaki bir seri yazının üçüncüsüdür. Yazı, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz kürsüsü mütehassıs Doktorlarından Dr. SUPHI MÜDERRİS tarafından gözden geçirilerek, notlara ve ilaç listelerine bazı ilâveler yapılmıştır.

Yazarlar, bu seri yazılarının başında her sayıda şunları hatırlatmaktadır. "Bir hastalığı tedavi etmek için birkaç doğru yol vardır. Ama bunu yaparken seçilen yanlış tedavi yolları ve uygunsuz ilâçlarla yanlışlar yapma olanağı çok daha yüksektir. Demek ki mantıklı bir temelde bir reçete yazma alışkanlığı edin- mek, hele günlük işlerin karışıklığı içinde, yapılması muhtemel pekçok yanlışları önleyecektir. Bu yazı serisinden amaç ezberlenecek bir tedavi şeması veya "en doğru" tedavi yöntemini ortaya koymak değildir. Amaç sadece mantıklı dü- şünmeyi ve ondan sonra reçete yazma alışkanlığını doktorlara kazandırmaktır."

Yazarların amaç ve düşünceleri ne olursa olsun, hazırladıkları yazılar o kadar derli toplu ve o kadar sağlamdır ki, bundan faydalanmak isteyenler için...

AKUT OTİTİS MEDİA



AKUT OTİTİS MEDİA

1- Otitis media tedavisinde çok çeşitli pratikler vardır. Ama pek çok doktor solunum enfeksiyonuyla ilişkili kataral otitte çocuklara antibiyotik vermemektedirler.

(İLAVE): Bu durumda antihistaminikli ilaçlar ve nazal dekonjestanlar kullanılmalıdır.

2- Zardan dışarı çıkan eksudayı, almaya dikkat edin. Dış kulak yolundan özeye bulaşacak mikroplar, enfeksiyondan sorumlu mikroplar olmayabilir.

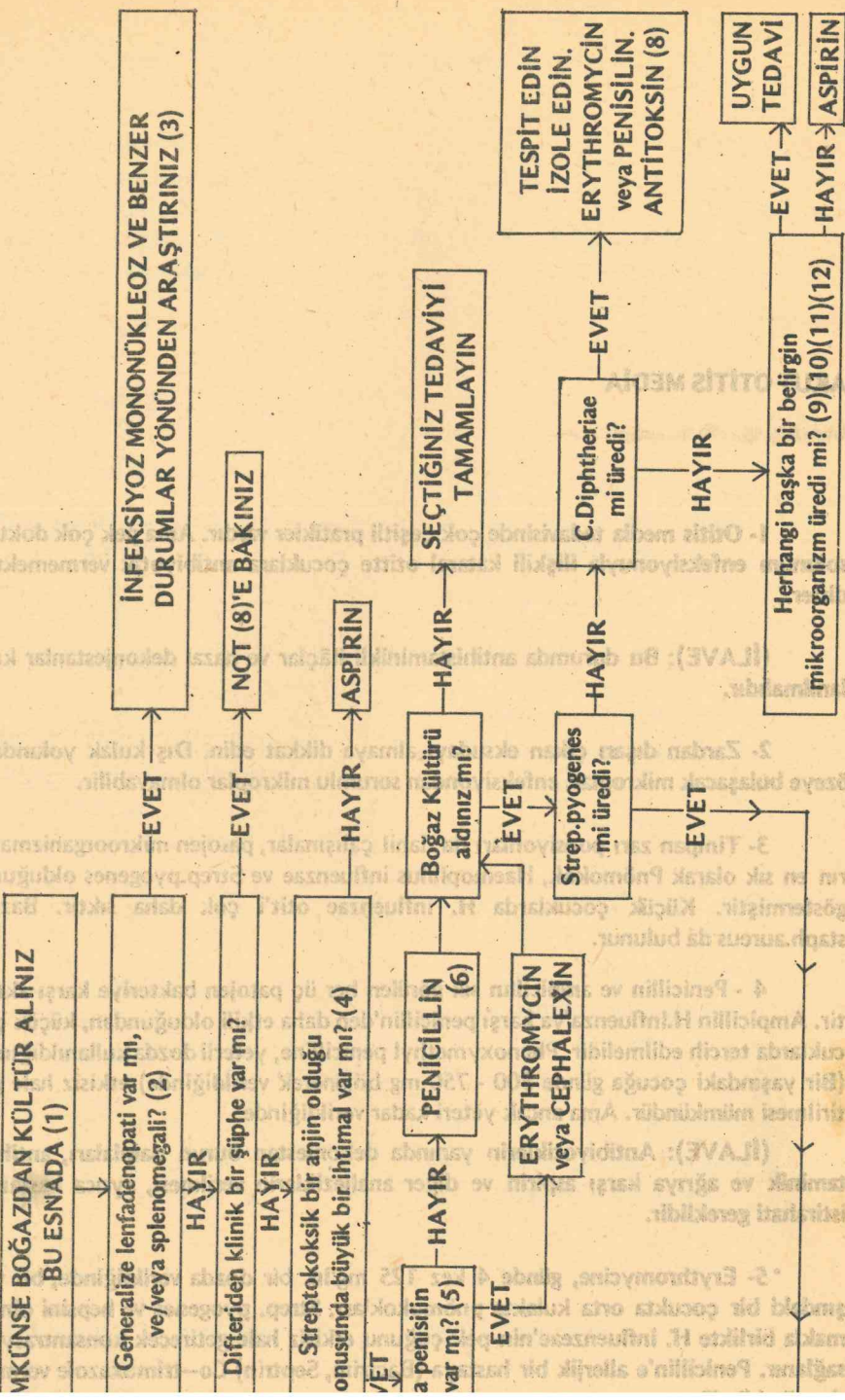
3- Timpan zarı ponsiyonları da dahil çalışmalar, patojen mikroorganizmaların en sık olarak Pnömonokok, Haemophilus influenzae ve Strep.pyogenes olduğunu göstermiştir. Küçük çocuklarda H. influenzae otit'i çok daha siktir. Bazen staph.aureus da bulunur.

4 - Penicillin ve ampicillin sık görülen her üç patojen bakteriye karşı aktiftir. Ampicillin H.influenza'ya karşı penicillin'den daha etkili olduğundan, küçük çocuklarda tercih edilmelidir. Phenoxyethyl penicilline, yeterli dozda kullanıldığında (Bir yaşındaki çocuğa günde 500 - 750 mg bölünerek verildiğinde) etkisiz hale getirilmesi mümkündür. Ama ancak yeteri kadar verildiğinde.

(İLAVE): Antibiyotiklerin yanında dekonjestan burun damlaları, antihistaminik ve ağrıya karşı aspirin ve diğer analjeziklerin verilmesi, ayrıca hastanın istirahati gereklidir.

*5- Erythromycine, günde 4 kez 125 mg'lık bir dozda verildiğinde, bir yaşındaki bir çocukta orta kulakta pnömokokları, Strep. pyogenes ve hepsini olmakla birlikte H. influenzae'nin pek çoğunu etkisiz hale getirecek konsantrasyon sağlanır. Penicillin'e allerjik bir hastaya (Bactrim, Septrin) Co-trimoxazole vermek

ANJİN



ANJİN

5. Kültürü hastahanedeki hastalar- ıka alınır. İlgili doktorlar da, ru- heleri arasına bunu katmayı ihmal Bazı boğaz kültürlerinde mikrop- buk ötürür. Bu nedenle en iyisi, art transport-kültürü bulunan bir- ali ve hasta eğer ampicillin almış- tüküntüler.

6. atipik mononükleoz vardır, ve ili testi pozittir. Mamanın bu için üçüncü haftasına kadar poziti- abilir. Bazı başka enfeksiyonlar, iksiyonlar ve lenforetiküler sistem i enfeksiyöz mononükleoza ben- verebilirler, ama bunlarda Paul egattir; benzerlik gösteren, hatta boz gösteren iki enfeksiyon, toxo- ve cytomegalovirus hastalıklarıdır.

boğaz kültürü almak için şartlar ilse veya kültür almak olanaksızsa, ilmeldir. Ya her anjın streptokok- elimeli veya streptokoksik anjın iksek görülenler ayrımağa çalışılı- yölyece, kızılın klinik teşhisine sik etiolojiden varılır, ve ateşli, iler tonsilliti olan ve anterior ser- füğümüleri büyük ve ağrılı olan has- penisilin verilebilir; peritonsiller

ape, romatik kalp hastalığı gibi bakteriel komplikasyonlar gösteren hastalar ile çevre- de (okulda, işyerinde, ailede) streptokoksik enfeksiyon varlığı halinde, her türlü anjın geçiren hastaların penisilininle tedavi edilmele- ri gerekir.

5. Penisiline allerjik olduğunu söyleyen hastaların çoğu aslında böyle değildir, ama hastanın böyle bir ifade vermesi hiçbir za- man ihmal edilmemelidir. Hastaların çoğu cephalosporinlerle cross-allerji göstermezler. Ama eğer penisilin allerjisi hikâyesi hafif ise (kollaps, angio-ödem veya ürtiker yoksa), cephalosporinlerden de kaçınmak akıllıca bir tutum olacaktır.

6. Phenoxymethylpenicillin, günde 4 kere 250 mg, 10 gün süreyle (yetişkin dozu). Bu, streptokoklara karşı en etkin oral penisilin- dir. Oral tedavinin refuze olacağından kor- kuluyorsa, başlangıçta bir penisilin enjeksi- yonu yapılabilir. Procaine penisilin 600 mg (300 mg: 1 - 5 yaşlarda; 150 mg: 1 yaşın al- tında) veya kuvvetlendirilmiş procaine peni- silin (300 mg procain penisilin artı 60 mg benzylpenisilin beher ünite dozda) uygun- dur.

7. Erythromycin, günde 4 defa 250 mg, 10 gün süreyle veya erythromycin estolate (laurilin). Bu sonuncusu daha iyi absorbe olur ama gecici bir hepatik toksisite için hafif bir risk vardır. Cephalixin, 10 gün sü- reyde günde 4 defa 250 mg.

8. Difteri şüphesi olan vakalarda derhal serum tedavisi yapmalı, yardımcı tedavi ola- rak Peniciline, Erythromycine yapılmalıdır.

9. Vincent organizmaları, özellikle gingi- vitis ile birlikte. Metronidazole, günde 3 kez 200 mg, 7 gün süreyle.

10. Candida enfeksiyonları boğazdan ziya- de ağızda kendini gösterir. Yeni doğmuşlar- da, antibiyotik alanlarda, diabetiklerde ve ciddi sistemik hastalık veya immün süpres- yon gösteren hastalarda siktir. Nystatin tablet veya oral süspansiyon, 500.000 ünite günde 4 kez veya daha sık. Amphotericin, 100 mg tablet veya oral süs- pansiyon (100 mg/ml) 200 mg. günde 4 ke- re. (LAVE): Nystatin ile birlikte B vit kompleks ilave edilmeli ve lokal olarak Bleu de methy- lene kullanılması uygundur.

11. Boğaz kültüründe, çok tanınmış pato- jenlerden başkaca organizmaların varlığının değerlendirilmesi güçtür, çünkü stafliokok ve H.influenzae gibi bakteriler her zaman saprofit olarak mevcuttur. Bazen beklen- medik bir patojen boğaz kültüründe tanı- nabilir. Zührevi hastalıklar kliniklerinde hasta- larda Neisseria gonorrhoeae bulunmuştur. Difiteriden başkaca corynebakteriler farengit yapabilir. Corynebacterium ulcerans bazen anjın yapabilir, ve son zamanlarda C.hemo- lyticum ile ilişkili membranöz tonsillit ve doküntüler görülmüştür.

12. (LAVE): Bütün anjınlerde antibiyotik ile birlikte tonsil üzerindeki membranlar ve ağız içi temizliği için gargajalar kullanıma- lıdır. Ateş ve ağrı ile mücadele etmek için antipiretik ve analjezikler verilmelidir.

ANJİN – TERCİH EDİLEN İLAÇLAR

İLAC	DOZAJ FORMU	YETİŞKİN DOZU VE SÜRESİ	DÜŞÜNCELER
TERİCİN	Süsp. Damla	Günde 4 defa 100 mg veya 200 mg.	Not 10'a bkz.
İN	Draje Süsp	Günde 3 defa 1 draje veya 3 defa 1 ölçek	Not 10'a bkz.
İN	Kapsül Süsp.	Günde 1 - 4 gr. 4 defa 1 - 4 kapsül veya ölçek. 10 gün	Not 7'ye bkz.
OMYCİNE	Kapsül Tablet Granül Sirop Ampul	Günde 4 defa 1 - 2 kapsül veya ölçek veya ampul. 10 gün.	Not 7'ye bkz.
YMETHYL- LİN	Tablet	İlk üç gün 3 x 1, sonra 2 x 1 tablet	

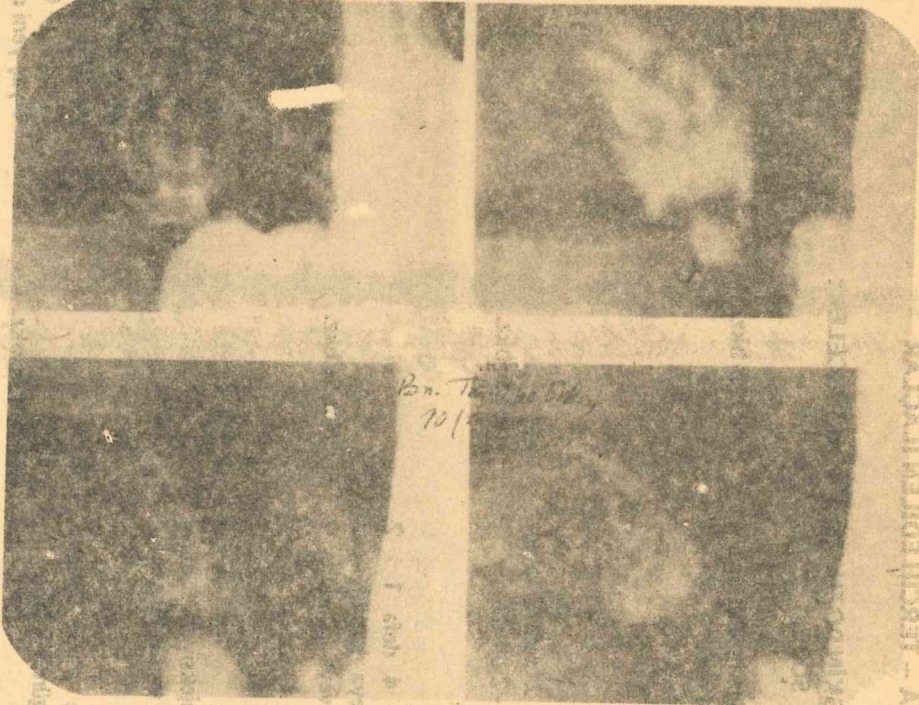
Çocuk dozları, bir ge-
nelleme yapılırsa şöyle
bir yüzde ile hesaplanı-
bilir: (Yetişkin dozuna
göre) 12 yaş ve yukarı
% 100, 7 - 11 yaşlar
% 75, 2 - 6 yaşlar %50,
1 yaş % 25, yeni doğan
% 12.5.

AKUT OTİTİS MEDİA – TERCİH EDİLEN İLAÇLAR

İLAC	DOZAJ FORMU	YETİŞKİN DOZU VE SÜRESİ	DÜŞÜNCELER
İN	Kapsül Kapsül Süsp. Süsp. Poudre	5 - 7 gün 1 - 2 adet veya ölçek 4 defa (6 saatte bir) 125 mg. 125 mg.	Not 4e bkz.
İMOXAZOLÉ	Tablet Süspanسیون Pediatrik tabl.	Günde 2 defa 2 tablet veya 1 - 2 ölçek	Not 5e bkz.
İN	Ampul Tablet Kapsül Granül Sirop	Günde 4 defa 1 - 2 tbl. veya kapsül veya sirop veya 2 defa 1 ampul 100 mg. 250 mg. 250 mg. 200 mg. 125 mg.	Not 5e bkz.
İN G			
İpenicilline)		1 000 000 ü. 500 000 ü. 1 000 000 ü.	i.m. enjeksiyon. 3 - 4 saatte bir ampul
İN E	Tabl.	600 000 ü.	İlk üç günde 3 tabl., sonra gündē 2 tabl.

Çocuk dozları, bir ge-
nelleme yapılırsa şöyle
bir yüzde ile hesaplanı-
bilir (Yetişkin dozuna
göre) 12 yaş ve yukarı
% 100, 7 - 11 yaşlar
% 75, 2 - 6 yaşlar %50,
1 yaş yeni doğan %12,5

bilgimizi yoklayalım



Adı: Tayyibe Erken

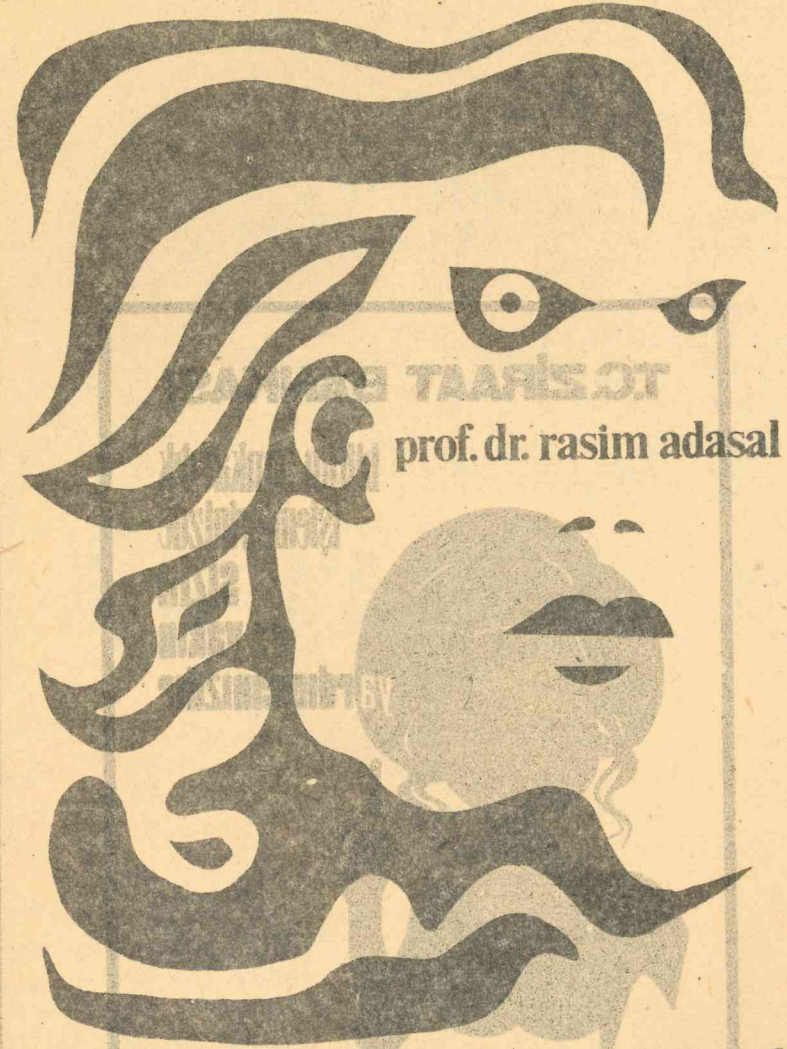
Yaşı: 25

Memleketi: Çankırı

Kısa hikâyesi: Bir yıldır zaman zaman gelen mide ağrılarından şikayet eden hasta bu arada bulantı, kabızlık, ishal tarif ediyor. Ağrılar genellikle yemeklerden sonra olduğu halde, belirli bir ritim ve period takip etmiyor. Hasta şimdiye kadar antasitler kullanmış ve pek fayda görmemiş.

Soru: Ağızdan baryum verilerek yapılan mide-duodenum grafisinde yukardaki film elde edilmiştir. Bu hastada:

- Sikatrize duodenum ülseri
- Bulbus tümörü
- Askariasis
- Duodenumda yabancı-cisim vardır



prof. dr. rasim adasal

normal ve anormal cinsiyet ve evlilik

doruk vavinevi

Zafer Pasajı No: 16 Ankara

T.C. ZİRAAT BANKASI

bütün bankacılık
işlemlerinizde
sizin
en yakın
yardımcınızdır



**Mantarlar
her tarafta
yaygındır**



Bayer araştırma laboratuvarlarının

Canesten®

İsimli geniş spektrumlu antimikotik yeni ilacı

bütün*
mantarları yok eder

Canesten Krem

- Penetrasyon özelliği fevkaladedir.
- Mantarların istila etmiş olduğu bölgeyi kesin olarak sağlığa kavuşturur.
- Fungisit etkilidir.

Canesten Vajinal Tabletleri

- Tedavi süresi 6 gündür.
- Günde 1 tablet kullanılır.
- Emniyetle çabuk ve kesin tedavi sağlar.

Tahammüliyet fevkaladedir. - Kozmetik bakımından hiç bir problem teşkil etmez.

Canesten dermatofitlere, maya ve küf mantarlarına ve diğer mantarlara fungusit olarak tesir eder. Ayrıca trikomonaslara trikomonosit olarak etki sağlar. Bundan başka bölgedeki grampozitif bakterilerin sebebiyet verdiği hastalıkları da tedavi eder.

Endikasyonları: Bütün dermatofitlere, maya ve küf mantarlarına ve diğer mantarların sebebiyet verdiği bütün dermatomikozlarda ve bu mantarlar tarafından süper enfekte olmuş bütün deri hastalıklarında kullanılır.

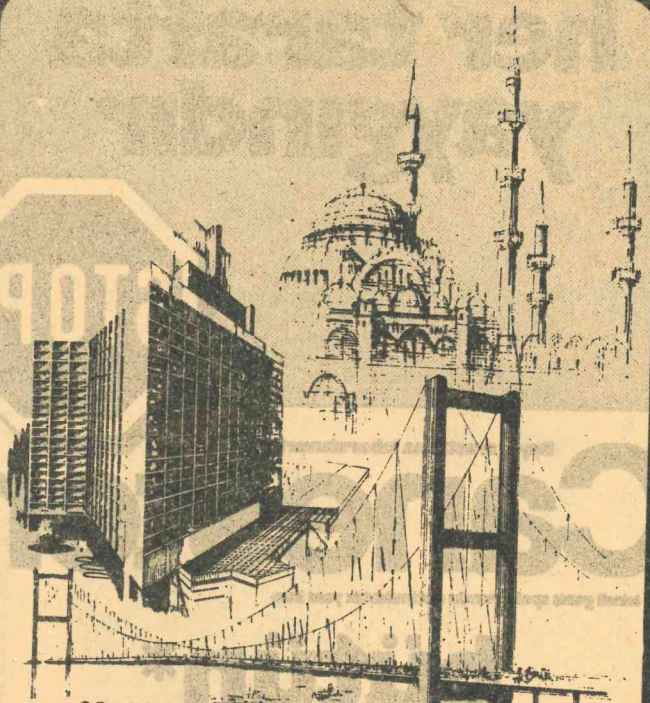
Dozaj: Canesten Krem günde 3 defa tatbik edilir ve sürülen yerde hafifçe ovulur.

Canesten Krem

Terkibi : 20 g. krem sıvağı (yağ/su) içinde 0,2 g. Bis - phenyl - (2 - chlor - Phenyl) 1 - imidazolymethan ihtiva eder.

Canesten Vajinal Tabletleri

Terkibi : Bis - phenyl - (2 chlor - phenyl) - 1 - imidazolymethan 0,1 g. endiferan ekspiyanlar ad. 1,7 g. ihtiva eder.



**gücünü
maziden
alan
istikbale güvenle bakan**



**TÜRKİYE
VAKIFLAR
BANKASI**

Bu bankanın tüm faaliyetleri, Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti tarafından garanti altına alınmıştır. Bankanın sermayesi, Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti tarafından garanti altına alınmıştır. Bankanın sermayesi, Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti tarafından garanti altına alınmıştır.

BİLGİMİZİ YOKLAYALIM:

Grafide bulbusda askaris görülmektedir.

TÜRKİYE HALK BANKASI

**en geniş olanaklarla
esnaf, sanatkâr küçük ve
orta sanayicinin hizmetinde**

*1.250.000 TL.lık İşletme ve
Tesis Kredileri,
Milyonluk ikramiyeler,
ayrıca Özel Cekilisler...*

*300'e yaklaşan şube ve
Köln Temsilciliği ile
her türlü bankacılık
işlemlerinizi için*

**TÜRKİYE HALK
BANKASI**



**ALIN
TERİNİN
DEĞERİ**

TÜRKİYE HALK BANKASI