

## EDİTÖRLER

Dr. Orhan Odabaşı Dr. Füsün Sayek

## YAYIN KURULU

Prof. Dr. Ufuk Beyazova  
Dyt. Şeniz Ilgaz  
Dr. Serdar Kula  
Dr. Mehmet Özen  
Dr. Fatih Sarıöz  
Dr. Murat Sincan  
Dr. Tanju Taşyürek  
Doç. Dr. S. Songül Yalçın  
Yrd. Doç. Dr. Hakan Yaman  
Dr. R. Cenap Yıldırım

## BİLİMSEL DANIŞMA KURULU

Prof. Dr. Erdal Akalın Prof. Dr. Bahar Gökler  
Prof. Dr. Okan Akhan Prof. Dr. Çağatay Güler  
Prof. Dr. Ayşe Akın Prof. Dr. Haldun Güner  
Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu Prof. Dr. Şükrü Hatun  
Doç. Dr. Özen Aşut Prof. Dr. Olcay Neyzi  
Dr. Mehmet Ali Biliker Prof. Dr. İmran Özalp  
Prof. Dr. Nazmi Bilir Prof. Dr. Zafer Özbek  
Prof. Dr. Ayşen Bulut Prof. Dr. Orhan Öztürk  
Prof. Dr. Sudi Bülbül Prof. Dr. Faik Sarıalioğlu  
Prof. Dr. Turgay Coşkun Prof. Dr. İskender Sayek  
Doç. Dr. A. Süha Çalikoğlu Doç. Dr. Selahattin Şenel  
Prof. Dr. Ayten Egemen Dr. Ali Rıza Tiryaki  
Prof. Dr. Gülbin Gökçay Prof. Dr. Ergül Tunçbilek

## OKUYUCU DANIŞMA KURULU

Dr. Gülden Aykanat Dr. Mustafa Sütlaş  
Dr. Mehmet Akif Kırıl Dr. Mehmet Taşdemir  
Dr. Göksel Altınışık Kiter Dr. Ayşegül Uluutku  
Dr. Alfert Sağdıç

## YAYINLAYAN

Türk Tabipleri Birliği

## SAHİBİ VE SORUMLU YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ

Dr. Füsün Sayek

## HAZIRLIK VE TASARIM

Yeter Canbulat - TTB  
Mustafa Onaycı - Nurol Matbaacılık ve Ambalaj San. A.Ş.

## YÖNETİM İLETİŞİM VE ABONELİK ADRESİ

GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil Sok 2/4 Maltepe 06570 Ankara  
Tel: (0.312) 231 31 79 (pbx) Faks: (0.312) 231 19 52 - 53  
E-posta: [sted@ttb.org.tr](mailto:sted@ttb.org.tr) İnternet: [www.ttb.org.tr](http://www.ttb.org.tr)  
STED Okurları Haberleşme Listesi: [stedokur@yahoo.com](mailto:stedokur@yahoo.com)

## SÜREKLİ TIP EĞİTİMİ DERGİSİ

Türk Tabipleri Birliği tarafından birinci basamak hekimlerinin sürekli eğitimi için aylık olarak yayınlanmaktadır.

## BASKI

Nurol Matbaacılık ve Ambalaj Sanayi A.Ş. Ankara (0.312) 267 19 45

<b>Şap Hastalığı, Hayvansal Gıdalar ve Halk Sağlığı</b>	126
<i>Dr. Aylin Kasımoğlu</i>	
<b>Çocuklarda Eklem Ağrılarının Ayırıcı Tanısı</b>	128
<i>Dr. Rana Olguntürk</i>	
<b>Etkin ve Doğru Kan Alımı</b>	133
<i>Dr. Mahir Güleç, Dr. Taner Özgürtaş</i>	
<b>Mikrosefali</b>	136
<i>Dr. Özge Yılmaz, Dr. Songül Yalçın</i>	
<b>Anne Sütü ve Emzirme</b>	139
<i>Dr. Galip Ekuklu, Muzaffer Eskiocak</i>	

<b>STED'den</b>	125
<b>Tanınız Nedir?</b>	132
<i>Dr. Aysun Bideci, Dr. Peyami Cinaz, Dr. Ayşegül Bükülmez, Dr. Figen Şahin</i>	
<b>Kitap/TTB-STE Kredi Puanı Kazananlar</b>	132
<b>Görkem Büyüyor</b>	142
<b>"Bronşiyolit, astım"</b>	
<i>Dr. Özlem Yılmaz</i>	
<b>Ne Yapmalı</b>	143
<i>Dr. Orhan Odabaşı, Dr. Alfert Sağdıç, Dr. R. Cenap Yıldırım</i>	
<b>Klavyem, Stetoskopum ve Ben</b>	144
<i>Dr. Murat Sincan</i>	
<b>Günlüğümden</b>	145
<b>Sosyalleştirme "Genel Kurulu" Duyurusu</b>	147
<b>TTB-STED Fotoğraf Yarışması</b>	149
<b>Siz Olsaydınız</b>	150
<b>Ödüllü Bulmaca</b>	151
<b>Sağlık Ocaklarımızdan</b>	152
<b>Ankara Ergazi Sağlık Ocağı</b>	
<b>Bizce</b>	153
<b>On Soru On Yanıt</b>	154
<b>"Yenidoğan Döneminde Annelerin En Sık Sorduğu Sorular"</b>	
<b>Sağlıklı Beslen, Sağlıklı Besle</b>	155
<i>Dyt. Şeniz Ilgaz</i>	
<b>Acil Yaklaşım/İlk Yardım</b>	156
<b>Okuduklarımızdan</b>	158

## Kapak Fotoğrafı:

"Doğubeyazıt, Kasım 2000"  
Dr. Serdar Kula  
Gazi Ü. Tıp Fak. Çocuk Sağ.  
ve Hast. AD Ankara



### Merhaba,

Geçen ay bu sayfada Türkiye tıp ortamının bir fotoğrafına yer verip "Hergün içinde 160 bebek olan bir uçak Türkiye tıp ortamına düşüyor." değerlendirmemizi paylaşmıştık. Bu topraklarda doğan bin çocuktan 40'ı birinci yaş gününü göremiyor. Bölgeler arasında eşitsizlikler günden güne büyüyor. Ne yazık ki Doğu illerinde doğan bin bebekten 62'si birinci doğum günü pastası mumunu söndürecek denli uzun soluklu olamıyor. Ne olur, "kaç çocuğun hangi doğum gününde pasta gördüğünü" kimse sormasın.

Mart sayımızda yazımız üç nokta ile bitmişti. Türkiye gerçeğinin anlatılmaya, paylaşılmaya, sorunların, önerilerin gün ışığına çıkmaya gereksinimi var. "Ne olacak ülkemizin insanların hali?" sorusu hiç bu denli yürek acıtmadı. Hekimlerin yaşam karşısında bu denli içleri burkulmadı. Çocuklarımız dengeli, doğru beslenmek bir yana süte, kırmızı ya da beyaz ete hasret kaldılar.

Kentlerde çalışan insanımız karınlarını katıksız ekmeyle doyurmaya, imece yöntemi ile un alıp ekme gereksinimini daha ucuza karşılamaya çalışıyor.

Gecekondulu mahallesinde üç göz evi 16 kişilik üç ailenin paylaştığını görmek, başımızı yastığa koyduğumuzda uykularımızı kaçırıyor.

Geçenlerde bir hekim dostumuzun aktardığı gibi reçetelerimizde daha sık antidepresanlara yer vermemiz anlaşılır bir gerçeklik değil mi? Yazılan dört kalem ilaçtan en ucuzunu alan



Fotoğraf: Safranbolu, 2000, Dr. Mehmet Özen, Ankara

babanın, annenin çaresizliğini hangi sözcük anlatır? Neden hastanelere başvurular azaldı? Yol parasını denkleştiremediğinden randevusuna gelemeyen hastanın ameliyat gününü bir hafta ertelemenin burukluğunu ne giderebilir?

Otuz yıllık bir hekimin, doktorların arasında ikinci, üçüncü iş bir yana, inşaatlarda çalışan, karo taşı döşeyen meslektaşının yaşadıklarını anlatması niçin artık bizi şaşırtmıyor.

Biliyoruz ki bu bunalımın çıkmasının nedeni bizler değiliz. Oysa tüm sonuçlarını bizler karşılıyoruz. Geçmiş deneyimler gösteriyor ki böyle dönemlerde halkın sağlık kuruluşlarına başvuruları azalıyor. Yetersiz beslenme, sağlıksız barınma koşullarına; işini yitirme korkusu, işsizlik de eklenince, zorda kalmadıkça insanlar sağlıklarına özen göstermiyor öncelik vermiyorlar.

Temiz su kaynaklarının, kanalizasyon sistemlerinin ekonomik nedenlerle tasarruf önlemlerine takıldığı önümüzdeki, olası sıcak yaz aylarında toplum sağlığını riske edeceğini öngörmek zor değil.

Biz birinci basamak sağlık hizmeti sunanlar olası gelişmeleri öngörerek, sağlık ocaklarımızın temel sağlık hizmetleri sunumundaki etkinliğini artırmalıyız. Sağlıklı yaşam hakkını her olanakta hastalarımızla, yakınlarıyla paylaşmak, sağlık ocağı bölgemizde eğitim toplantıları düzenleyerek halkımızla birlikte önlemler geliştirmek çabamızı her zamankinden daha ısrarlı yürütmek durumundayız.

26-27 Mayıs 2001 tarihlerinde Ankara'da Türk Tabipleri Birliği'nin toplayacağı "Sosyalleştirme Genel Kurulu" çözümlerin paylaşıldığı, ulusal seferberliğin sağlıktan başlayıp dalga dalga büyüdüğü bir coşku seli neden olmasın? Bizi bize anlatmanın gereği yok. Sorunlar kadar önerilerimiz de birikti. Kimi öneriler zaman içinde sınıandı. Sınananların bir kısmı bürokrasiye takıldı. Başarılarımız tüm olumsuzluklara karşın bizi ayakta tuttu. Biliyoruz ayakta kalmanın bedeli hiç küçük değil. İnsan onuru hiç bu denli sınılandı. El ele tutuşmanın, yüreğimizin ılıtısını gün ışığına katmanın en güzel zamanı. İnsan sıcaklığının her yaşta doğum günü pastasının mumunu yaktığı günlerin özlemiyle.

**Bilimsel ve dostça kalın.**



Dr. Aylin Kasımoğlu\*

Geçtiğimiz yıllarda sağlık gündeminde geniş yer tutan deli dana hastalığından (bovine spongiform encephalopathie) sonra, bu yıl da İngiltere'de binlerce hayvanın kesilmesine ve imha edilmesine neden olan şap hastalığının (ŞH) görülmesi tüketicinin aklını karıştırmıştır. Uzun yıllardır Türkiye'de de görülen ŞH'nin kliniği, bulaşma biçimleri, hayvan ve insan sağlığı, gıdalarla insanlara bulaşma durumu yönünden toplumun bilgilendirilmesi uygun olacaktır.

Şap (Aphthae epizootica, foot and mouth disease) sığır, koyun, keçi, domuz ve vahşi ruminantların çok bulaşıcı bir enfeksiyonudur. Hastalık ilk olarak 1546 yılında İtalyan Hieronymus Fracastorius tarafından tanımlanmıştır. Kuzey ve Orta Amerika, Avustralya, Yeni Zelanda ve Kanada dışında dünyanın pek çok ülkesinde saptandığı bildirilmiştir.

#### Etkenin Özellikleri ve Klinik Belirtiler

ŞH etkeni olan virüsün, Picornaviridae familyasından Aphthovirus genusuna dahil; immünolojik olarak ayırt edilen yedi serotipi (O, A, C, SAT 1, SAT 2, SAT 3, Asya 1) vardır.

Virüs güneş ışığına ve dezenfektanlara karşı çok duyarlı olmasına karşın, +5°C'nin altındaki sıcaklık derecelerinde, soğuk koruma ve dondurma ısılarında canlılığını yıllarca korur. Sığır derisi ve kıllarında 4-6 hafta, salya ve gübrede 1-4 hafta, suda 3-4 ay, toprak yüzeyinde 3-28 gün, kontamine ayakkabılarda 11-14 hafta canlılığını korur. Canlı kalabildiği pH aralığı 6.5-9.5'tir. Daha düşük pH değerlerinde (6'nın altında) inaktivasyon süreleri; pH 4'ün altında 15 saniyeden daha kısa, pH 6.0'da 2 dakika, pH 7.0'de birkaç hafta olup, 9.5'ten yüksek pH değerlerinde hızla (pH 12.5'da 15 saniyeden daha kısa sürede) inaktive olur. Bu nedenle %1'lik NaOH ile pH 14 olan solüsyonlar etkin dezenfektan olarak kullanılır. Virüs, yüksek tuz konsantrasyonlarından etkilenmez. Sıcağa dayanıksız olan etken, 60°C'de 5 dakikadan sonra, 80°C'de ve pastörizasyon işlemi sırasında canlılığını koruyamaz. Etken, ŞH'den ölen ve/ya da kesilen hayvanların salgılarında ve dokularında bulunabilir. Viremi sırasında kesilen hayvanların tümünde ve mezbaşa ürünlerinde virüs bulunur.

#### Hastalığın Yayılışı

Hayvanlar arasında çok bulaşıcı olan hastalık, enfekte ya da kontamine hayvanlar, ürünler, nesnelere ve insanlar aracılığı ile yayılır. Virüs ile kontamine materyaller, meralar, yemler, sular, rüzgar, enfekte çift tırnaklı yabani hayvanlar,

sinekler ve hayvan bakıcıları hastalığın bir bölgeden başka bir bölgeye yayılmasında önemli rol oynarlar. Panayır, pazar, göçler ve kurbanlık hayvan hareketleri, hastalıklı bölgeden hayvan ürünlerinin çıkartılması, taşıma araçları şap virüsünün bölgeden bölgeye, hatta bir ülkeden diğer ülkeye yayılmasına neden olurlar. Bu nedenle hastalığın denetiminde, karantina önlemleri, transportun önlenmesi ile dezenfeksiyonun önemli yeri vardır.

ŞH'nin en önemli epidemiolojik özelliklerinden biri de virüsün hava yoluyla kilometrelerce uzaklara taşınarak yayılmasıdır. Hava yolu ile yayılmada önemli etmenler rüzgarın yönü ve hızı, hava sıcaklığı ve havadaki nem oranıdır. Şap virüsünün uygun hava koşullarında, %60'ın üzerinde nem oranı ve 21-27°C hava sıcaklığında, 100 km uzaklığa kadar taşınabileceği bildirilmiştir.



#### Hayvanlarda Klinik Bulgular ve Ekonomik Önemi

ŞH'ye yakalanan hayvanların ağızda, meme ve tırnaklarında (içi lenf benzeri sıvıyla dolu yuvarlak) veziküller oluşur. Sürekli ipliksi bir salya akışı gözlenir. Hayvanda yürüme güçlüğü, 42°C'ye kadar yükselen ateş ve ağızdaki lezyonlar nedeniyle yemeden içmeden kesilme gözlenir. Kilo kaybının yanı sıra, meme dokusunun işlevini yitirmeye başlaması nedeniyle süt verimi hızla düşer. Dünyada pek çok ülkede, zaman zaman büyük salgınlar olarak görülen ve morbiditesi %90-100'e ulaşan ŞH, mortalitesi %5 olmasına karşın, süt ve et miktarındaki düşüş nedeniyle büyük ekonomik kayıplara neden olmaktadır. Bu durum hasta hayvanların kesimi ya da imha edilmesi ile sonuçlanmaktadır.



Şap virüsü

## İnsanlara Buluşması ve Klinik Bulgular

ŞH zoonoz (hayvanlardan insanlara bulaşan) hastalıklar arasında yer almakla birlikte, insanlara hastalığa karşı fazla duyarlı değildir. Duyarlılık az olduğu için hastalık da oldukça seyrek görülür.

**İnsanlar, hasta hayvanların deri ya da ağız mukozası ile temas ve yeterince kaynatılmamış enfekte sütleri içerek, çiğ süttten üretilmiş ve olgunlaştırılmamış peynirleri ve yine yeterince pişirilmemiş, pH'sı düşmemiş etleri tüketerek enfekte olabilirler.**

Hastalık insandan insana geçmemektedir. Kuluçka süresi 2-6 gün olup; ateş, yorgunluk, halsizlik, kollarda ve bacaklarda ağrılar dikkati çeker. Ağız mukozası kızarıktır. Ağızda, gırtlakta ve dudaklarda vezikül benzeri ağrılı kesecikler oluşur. İlerlemiş olgularda bu oluşumlara, daha çok hayvan sahiplerinde, hayvanlara dokunanların ellerinde ve ayaklarında, genellikle de parmak uçlarında rastlanır. İnsanlarda prognoz iyidir. 5-10 gün içerisinde iyileşme görülür.

## Hayvansal Gıdalar ve Şap

Şap virüsünün canlılığını korumasında en önemli etkenler arasında pH ve sıcaklık yer almaktadır. Bu nedenle hayvansal gıdaların pH'ları ve uygulanan ısı işlemi önemlidir. Kesimden sonra başlayan glikoliz ve diğer biyokimyasal olaylar ette pH değişimini farklı sınırlarda oluşturmaktadır. Kas glikojeni, anaerobik metabolizma ile laktik aside dönüşür. Oluşan laktik asit, dolaşım sisteminin işlevini yitirmesi nedeniyle, kan ile karaciğere taşınıp glikoz ve/ya da glikojene dönüştürülemediği için kaslarda birikir. Anaerobik enerji metabolizması kas glikojeni tükeninceye kadar sürer. Etlerde 24 saat içerisinde ön soğutma sırasında virüsün bulunduğu, fakat 48 saat sonra virüse rastlanmadığı bildirilmiştir. Bunda post-mortem pH düşüşünün rolü büyüktür. Ancak, postmortem laktik asit miktarı, hayvanın fizyolojik dengesine ve buna bağlı olarak, kaslardaki glikojen miktarına bağlıdır. Yeterli kas glikojeni bulunan hayvanlarda kesim sonrasında pH düşüşü istenildiği gibi olur. Canlı hayvanda etin pH'sı yaklaşık 7.3 iken, kesim ile kanın akıtılması sonucu pH yaklaşık 7.0'ye düşer. Normal koşullarda kesim sonrasında 7-8 saat içinde pH 5.3-5.6'ya kadar düşer. Kas glikojen düzeyi fizyolojik olabileceği gibi strese bağlı olarak da azalabilir. Kesimden önce dinlendirilmemiş hayvanlarda stres ya da gerilim nedeniyle kasların etkinlikleri arttığı ve artan enerji açığı kas glikojeni ile sağlandığından kesim sonrasında pH düşüşü istenildiği gibi olmaz. Sonuçta DCB (dark cutting beef) ve DFD (dark firm dry) olarak adlandırılan yüksek pH'lı düşük kaliteli etler üretilir. Bu tip etler pH'larının 6.3-7.0 arasında olması nedeniyle risk oluşturabilmektedir.

Genelde teknolojisinin de uygun olması

nedeniyle yüksek pH'lı etler salam ve sosis üretiminde değerlendirilirler. Bu ürünlere, üretim teknolojilerinin gereği olarak haşlama işleminin uygulanması etkenin inaktivasyonunu sağlar. Etken, fermente sucuklarda ise 14 gün içerisinde canlılığını yitirir. Hayvan Sağlık Zabıtası Kanunu'nun 484/4. maddesi gereği, şap hastalığı başka bir hastalık ile komplike olmuş ise ya da kaşeksi (hayvanın besi durumunun kötü olması) ve kas bozuklukları varsa bütünüyle, yoksa yalnızca hastalıklı kısımlar ve tırnaklar imha edilir. Dil ve başın sağlık kontrolü yapıp kaynatıldıktan sonra gıda olarak tüketilmesine izin verilir. Bu nedenle ŞH'ye yakalanmış ya da belirtileri yeni görülmeye başlayan besili hayvanlar veteriner hekim denetiminde kesime sevk edilerek, iç organlar, baş, dil, tırnak ve deri imha edilerek, etleri 48 saat olgunlaştırılmaya bırakılır. Bu süre sonunda etin pH değeri ölçülerek, pH'nın düşüp düşmediği saptanır. Bu aşamada DCB ve DFD etler ayrılarak veteriner hekim denetimi ve izniyle tüketime sunulur. Kesim sonrası etler olgunlaşmadan hemen dondurulursa şap virüsü aylarca canlı kalabilir ve et çözülmesinde etken enfeksiyon yeteneğini korur. Yine hasta ya da yorgun halde iken kesilen hayvanların kaslarında laktik asit oluşumu ya da pH değerinin düşmesi, oldukça yavaş olduğu için, şap virüsünün etin pH değerine bağlı olarak inaktivasyon süresi uzamaktadır.

ŞH'de görülen yüksek ateş, virüsün memeye ve meme başına yerleşmesi nedeniyle süt verimi çok azalır. Süt, süt proteini olan kazein sentezinin durması, serum proteinlerinin, özellikle immünglobulinlerin miktarının artması nedeniyle sarımtırak renkte ve suludur. ŞH görülen ineklerden sağılan ve/ya da aynı bölgeden gelen sütlerin çiğ olarak tüketilmemesi önerilmektedir. Sütte bulunan virüsün klasik pastörizasyon yöntemi (72°C'de 20 saniye) ile yok edildiği bildirilmiştir (WHO, 1966 Hygiène du lait. Organisation Mondial de la Santé. Ceneve,Suisse). Kaldı ki Türkiye'de 85°C'de 1 dakikalık pastörizasyon işlemi uygulanmaktadır. Bu nedenle şap virüsünün pastörize ya da UHT (ultra high temperature) ile sterilize edilen sütlerde, pastörize süttten yapılmış beyaz peynirde, yoğurttta, telemesi haşlanan (en az 75°C) peynirler arasında yer alan kaşar peynirinde bulunması olası değildir. Ancak çiğ süttten üretilen, olgunlaştırılmadan satılan köy peynirlerinde, pH'nın yeterli ölçüde düşmemiş olması nedeniyle, etken canlılığını koruyarak risk oluşturabilir. **Bu nedenle yalnızca ŞH etkeni yönünden değil çiğ süttten üretilmesi nedeniyle pek çok zoonoz etkeni ve patojen mikroorganizmayı içerebilen taze beyaz peynirlerin üç aylık olgunlaşma sürecini tamamlamadan tüketilmemesi ve pazarlarda satışının yasaklanması gerekmektedir.**

## Kaynaklar

- 1- Burgu İ, Akça Y. Şap hastalığı. Özel viroloji ders notları. A. Ü. Vet Fak, A.Ü. Rektörlüğü Basım Evi, 1998, Ankara.
- 2- CFIA (Canadian Food Inspection Agency). Foot and mouth disease. 2001. Erişim adresi:[http://www.cfi a-acia.agr.ca/english/anim a/heasan/disemala/inf\_e.shtml] Erişim tarihi: 29.03.2001.
- 3- İmren HY, Şahal M. Veteriner İç Hastalıkları. 4.Baskı. Medisan Yayınevi, 1996, Ankara.
- 4- OIE Office International des Epizooties Foot and mouth disease. 2000. Erişim adresi: [http://www.oie.int/eng/maladies/fiches/A\_AO10.HTM] Erişim tarihi: 29.03.2001.
- 5- Salazov EL, Kosmerin EV, Mustafaev GA, Labedenko LA. Infection of man of foot and mouth disease. Zh Microbiol Epidemiol Immunobiol, 1970, 47: 87-90.
- 6- Şap Enstitüsü Müdürlüğü. Şap Hastalığı. Esta Ltd., 2000, Ankara





Dr. Rana Olguntürk\*

Çocukların polikliniklere başvuru nedenlerinin %7'si ekstremitelerde ağrılardır. Ağrı destekleyici bulgular yoksa öznel bir bulgudur ve bunun nedeninin organik olup olmadığını ayırt etmek önemlidir.

Organik bir nedene bağlı olan ağrıyı organik olmayandan ayırmak için önce iyi bir öykü ve fizik inceleme yapmak, sistemleri sorgulamak gerekir. Bu ayırım için bazı ipuçları vardır (**Tablo 1**). Ayırıcı tanıda kullanılacak laboratuvar testleri **Tablo 2**'de verilmiştir.

Ağrının organik olduğu kesinleştikten sonra ayırıcı tanı daha güçleşir, çünkü çocuklarda ekstremitelerde ağrı yapan nedenler oldukça uzun bir liste oluşturur (**Tablo 3**). Ayrıca bu liste her gün yeni tanımlanan klinik tablolar ya da sendromlarla gittikçe çeşitlenmekte ve genişlemektedir.

**Akut bir travmayı** tanımlamak oldukça kolaydır, ancak ekstremitenin fazla kullanılmasına bağlı zorlanma ya da subakut travma tanısı zor olabilir.

**Ortopedik nedenler** oldukça fazladır. En çok karşılaştığımız Os Good Schlatler ve Perthes Calve Legg hastalıkları ve hipermobilité sendromlarıdır. Eğer diz ağrısı bilinen nedenlerle açıklanamıyorsa Patella-femoral ağrı sendromu (PFPS) düşünülmesi gereken bir tanıdır. Dizin ön kısmına ilişkin bir ağrıdır, özellikle merdiven çıkarken artar. Patellanın uyumsuz yerleşimine bağlıdır, alt ekstremitelerde kaslarındaki dengesizlik ya da fazla hareket ve mikrotravmaya bağlı olarak gelişebilir.

**Hematolojik hastalıklar:** Orak hücreli anemi, hemofili.

**Tablo 1.** Organik olan ve olmayan ağrının ayırıcı tanısı

	<b>Organik Nedenli Ağrılar</b>	<b>Organik Nedeni Olmayan Ağrılar</b>
<b>Ağrının Niteliği</b>	Gece ve gündüz <b>Hergün</b> Günlük yaşamı engeller <b>Ekleme ilişkindir</b> Tek taraflıdır <b>Çocuk yürümek istemez</b> Ağrı tanımının mantıklı bir anatomik açıklaması vardır.	Gece <b>Özellikle okul günleri</b> Günlük yaşamı yürütebilir <b>Eklem arkasına ilişkindir</b> İki taraflıdır <b>Normal yürür</b> Ağrının yeri ve dağılımı; bilinen fizyolojik ve anatomik bilgilerimize uymaz
<b>Ağrı Öyküsü</b>	<b>Sistemik bir hastalığın bulguları vardır:</b> Kilo kaybı, ateş, terleme, döküntü, ishal	Genel hastalık bulguları yoktur, hafif davranış bozukluğu olabilir.
<b>Fizik İnceleme Bulguları</b>	Nokta duyarlılığı, kızarıklık, şişlik, hareket kısıtlılığı, kaslarda zayıflık ya da atrofi, sistemik hastalık bulguları (ateş, döküntü, LAP, anemi, organomegali)	Normal fizik inceleme bulguları vardır. Hafif solukluk ya da soğukluk olabilir.

**Neoplazmlar:** Lösemi, lenfoma, nöroblastoma, histiositozis X, kemik tümörleri, yumuşak doku tümörleri ekstremitelerde ağrılarında neden olabilir.

**Endokrin nedenler:** Cushing sendromu, hiperparatiroidi, hipotiroidi, osteoporoz.

**Beslenme bozuklukları:** Skorbüt (vit C eksikliği), rikets (vit D eksikliği), hipervitaminöz A ve hiperkolesterolemide eklem ağrıları olabilir.

**Enfeksiyöz nedenler:** Enfeksiyöz artrit etkenleri viral ya da bakteriyel olabilir. Eklemde doğrudan bakteri invazyonu varsa ve bakteri üretilenirse buna septik artrit denir. Bakteri üretileniyorsa, eklem hastalığı enfeksiyon sırasında ya da sonrasında ortaya çıkmışsa bunlara post enfeksiyöz artritler denmektedir. Buna bazı yayınlarda enfeksiyonla ilişkili artritler (IRA) adı da verilmektedir. Virüsler eklemi doğrudan

**Tablo 2.** Ayırıcı tanıda kullanılacak tarama nitelikli laboratuvar testleri

Kan sayımı ve periferik yayma  
Akut evre göstergeleri: ESH, CRP, RF  
Radyolojik inceleme  
Antikor ve enzimler (ASO, CPK, vd.)  
ANA (Lupus kuşkusu varsa)

**Tablo 3.** Çocuklarda ekstremitelerde ağrılarının nedenleri

Travma  
Ortopedik nedenler  
Hematolojik hastalıklar  
Endokrin hastalıklar  
Metabolik ve beslenme ile ilgili nedenler  
Enfeksiyon hastalıkları  
Romatolojik hastalıklar  
Diğer nedenler ve nedeni bilinmeyen sendromlar

tutabilmelerine karşın kültür negatif olduğu için bunlar septik gruba sokulmamaktadır. Eğer eklem sıvısı steril ise hastalık postenfeksiyöz ya da reaktif artrit olarak kabul edilebilir. Enfeksiyon artritinden önce (ARA, Yersinia gibi) ya da aynı zamanda (Brucella, fare ısırgığı hastalığı gibi) olabilir. Barsak ya da genitoüriner sistemdeki bir enfeksiyon sırasında artrit gelişirse buna reaktif artrit denmektedir. Postenfeksiyöz artritler romatoloji kliniklerinde olguların %22'sini oluşturmaktadırlar. Prognozları genellikle iyi olmakla birlikte ARA ve Lyme hastalığı gibi ciddi morbiditesi olanlar da vardır. Bu artritlerin ortak klinik özellikleri Tablo 4'te verilmiştir.

**Tablo 4. Postenfeksiyöz artritlerin klinik özellikleri**

Akut başlangıçlıdır,  
Gezici bir artrittir,  
Sistemik belirtiler vardır,  
Paraartiküler şişlik vardır,  
Kızarıklık ya da renk değişikliği vardır,  
Kalça tutulumu vardır (toksik sinovit),  
Ağrılı, eritematöz, simetrik, poliartiküler,  
Intermittant monoartiküler artrit (Lyme).

Mikroorganizmaların eklem hastalığına nasıl neden oldukları konusu çok eski yıllardan (1880) beri araştırılmaktadır. Önceleri bakterinin doğrudan eklem yerleşimi düşünülürken sonraları immün kompleksler ve otoimmün mekanizmalar sorumlu tutulmuştur. Viral enfeksiyonlar ile JRA arasındaki ilişkiyle ilgili pek çok araştırma olmasına karşın viral artritlerle ilgili pek yoktur. Çünkü hastalık kısa sürelidir ve prognoz iyidir. Rubella ve kabakulakta eklemde sitopatik değişiklikler olması doğrudan yerleşimi, Coxaki B, suçiçeği adenovirüsler ise immünolojik bir mekanizma ile hastalığı düşündürmektedir.

#### **Viral Enfeksiyonlar**

**İnsan parvovirus B19 artrit;** %50 olguda sistemik enfeksiyon bulguları olur. Büyük eklemleri tutar. Yüzde 33 kalça eklemi, daha sık diz eklemi tutulur. Süre 2-4 haftadır. Seyrek olarak JRA'yı taklit eder. 3-6 ay sürebilir. Gebelerde düşük, hemoglobinopatili hastalarda aplastik kriz yapabilir. Prognoz genellikle iyidir. NSAİ ilaçlara iyi yanıt verir. Serolojik test yapılabilir.

**Rubella artrit;** Döküntülü hastalık yapar. Viral artrit %20-40 oranında görülür. Aşı sonrası reaktif artrit 1-4 hafta sonra olur. Sıklığı çocuklarda %3, kadınlarda %12-20'dir. Simetrik poliartiküler (eller, bilekler, diz, ayak bileği) tutulum vardır. Sabah katılığı olabilir. Bilekte tenosinovit ve karpal tünel yapar. Dizde fleksiyon kontraktürü bildirilmiştir. Tanı IgM antikor saptanması ile konur. Artrit 7-14 gün sürer. NSAİ ilaçlara yanıt verir.

**Hepatit B artrit;** Hepatit bulguları, döküntü, LAP, artrit olabilir. Aşı sonrasında da görülebilir. Artritli hastalarda HLA-DR4 pozitif bulunmuştur.

**Ebstein Bar artrit;** Virus enfeksiyonunda artrit seyrek görülür. Sıklıkla hastalığın başlangıcında olur. ANA (+) olabilir. Lökopeni, trombositopeni yapar (SLE'ye benzer). NSAİ ilaçlara iyi yanıt verir.

Varisella zoster, hepatitis C, kabakulak, influenza, echovirus ve coxackie B virüsleri de artrit yapabilir.

**Bakteriyel Enfeksiyonlar:** Spiroketler (sifiliz), streptokoklar, stafilokoklar artrit yapabilirler. Ayrıca bakteriyemi sırasında, solunum yolu enfeksiyonlarını ya da enterik enfeksiyonları izleyen artritler görülebilir.

Postbakteriyel artritlerin patogenezi spondiloartropatiler ve HLA-B27 çalışmalarının artması sonucu anlaşılmıştır. Bu konuda çeşitli görüşler olmakla birlikte en son görüş 1995'de Berlin'de yapılan "Reaktif Artritler Workshop"unda kabul edilendir. Bu teoriye göre: Bazı insanlar belirli bakterilerle enfekte olunca bir CD4 hücre grubu uyarılmakta (örneğin barsak ya da genitoüriner sistemde) bu hücreler eklem aralığına yerleşip "kendi kendini sınırlayan" bir inflamasyona neden olmaktadır. Bazı durumlarda ise bakteri makrofajlar içinde eklem canlı mikroorganizma olarak ya da DNA yüklü parçacıklar (Borelia burgdorfei) ya da elementer ürünler (Chlamydia trachomatis) ya da immünolojik protein parçacıkları (19kD urease B subunit) biçiminde taşınıp yerleşerek ve sitokin salınımına neden olarak sinovit oluşturmaktadır. Konakçı ile ilgili etmenler hakkındaki bilgilerimiz sınırlıdır. Dizanteri ve üretritli hastalarda HLA-B27, Lyme hastalığında DR4, ARA'da DR1, 2, 3, 4, 7, DW10, DRW53 ve allotip D8/17 gibi lokuslar gösterilmiştir.

**Spiroketler:** Sifilis ve leptospirozis seyrek. Lyme hastalığı ile ilgili yayınlar özellikle kuzey Amerikada artmıştır. Kız ve erkek çocuklarda aynı sıklıkta görülür. Yaz aylarında artar. Kene ısırığı sonucu ortaya çıkar. Üç evresi vardır:

Evre 1: Eritema kronikum migrans (ECM): karakteristik bulgular kırmızı makül olarak başlar, genişler, orta kısmı solar. Lezyon sıklıkla gövdede, koltuk altı ve baldırda olur. Sıcak fakat ağrısızdır. Hastaların 1/3'ü kene ısırığını anımsar. Benzer lezyonlar yayılır. Bu ikincil lezyonlarla birlikte konjunktivit, raş, ürtiker olabilir. 3-4 hafta sürer.

Evre 2: Nörolojik ve kardiyak belirtiler olur. Aseptik menenjit, paralizisi, kranial sinir tutulumu, radikülopati, myelit, kalpte 1° blok, 2° blok, tam blok olabilir. 3-4 hafta sürer, bazen aylarca sürer ya da yineleyebilir.

Evre 3: Yineleyen ve episodik artrit 2/3 hastada görülür. Gezici artrit ve miyalji olur. En çok diz eklemi tutulur.

Bu evreler görülmeden ya da atipik formda artrit olarak görülebileceği unutulmamalıdır. Eritrosit sedimantasyon hızı artar. Mikrohematüri

olur, karaciğer işlev testleri bozulur. Özgül IgM 3-6 haftada pozitifleşir. Sık görüldüğü ülkelerde aşılama ile profilaksi önerilmektedir.

Solunum yolu enfeksiyonu yapan bakterilerden artrite neden olanlar arasında; Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia, Mycobacterium ve BCG aşısı sayılabilir.

Enterik enfeksiyon ile birlikte artrite yapan bakteriler; Yersinia, Salmonella, Shigella, Compylobacter, Vibrio parahemolyticus ve Brucella'dır.

**Poststreptokoksik Artritler:** Postenfeksiyöz artritler içinde özellikle ülkemiz için en önemli olanı romatizmal ateştir. Romatizmal ateş gelişmiş ülkelerde önemini yitirmiş olmakla birlikte bizde halen endemik olan bir hastalıktır. Son yıllarda yapılan bazı çalışmalar insidansın azaldığını göstermekte ise de bu rakam gelişmiş ülkelere göre çok yüksektir. 1975'de İmamoğlu'nun yaptığı çalışmada ARA öykü prevalansı binde 37 iken 1995'de Olguntürk tarafından yapılan çalışmada binde 3.7 bulunmuştur.

ARA; streptokokun yapısının insan dokuları ile antijenik benzerlik göstermesi sonucu ortaya çıkan bir hastalıktır. Romatizmal ateş diğer postenfeksiyöz artritler gibi bir çok sistemi tutan bir sistemik hastalık yapar. Bu bulgular hastalığın tanısı için kullanılan Jones göstergeleri (Tablo 5) ile özetlenebilir.

#### Tablo 5. Jones göstergeleri

**Majör Bulgular:** Kardit, poliartrit, kore, eritema marginatum, subkütan nodüller.

**Minör Bulgular:** Ateş, artraj, ESH yüksekliği, CRP yüksekliği, EKG'de PR uzaması.

**Geçirilmiş Streptokoksik Enfeksiyon Kanıtı:** Pozitif boğaz kültürü, hızlı antijen pozitifliği, streptokok antikorlarında (ASO, Anti-DNAaz B) yükselme.

Poliartrit birincil enfeksiyondan 2-3 hafta sonra başlayan, gezici, daha çok büyük eklemleri tutan bir ağrıdır.

Son zamanlarda yine streptokok enfeksiyonu sonrası görülen latent periyodu biraz daha kısa bir klinik tablo sık olarak tanımlanmaya başlamıştır. Poststreptokoksik reaktif artrite (PSRA) denilen bu tablonun ARA ile benzerlikleri olması nedeni ile onun bir varyantı olduğunu kabul edenler olduğu gibi, farklı bir tablo olduğunu düşünenler de vardır. Jones göstergelerini dikkate alarak Tablo 6'da karşılaştırma yapılmıştır.

PSRA ve ARA'nın diğer hastalıklardan ayırmada; kan sayımı, periferik yayma, akut faz reaktanları, boğaz kültürü, GABHS için serolojik test, kan kültürü (sepsis), dışkı kültürü (Salmonella, Shigella, Brusella, Campylobacter, Yersinia) ve serolojik testler, eklem sıvısı incelemesi (rutin değildir), Chlamydia yayması (adolesanda), EKG yardımcıdır.

**Tablo 6. Jones göstergeleri temel alınarak ARA ile PSRA'nın ayırıcı özelliklerinin karşılaştırılması.**

	ARA	PSRA
Yaş	5-15	3-15
Cins	1:1	1:1
Eritema marginatum	%0-13	-
Kore	%0-30	-
Kardit	%30-90	Ender
Artrit		
Gezici	+++ (10-28 gün)	-
Kalıcı	-	+++ (25-150 gün)
Büyük eklem	+	+++
Küçük eklem	+	+++
Salisilat yanıtı	+++	Geç/etkisiz
Geçirilmiş strep. enf.	Kesin olarak gerekli	
Latent period	21 gün	10 gün
B Cell alloantijen D8/17	+++	+++

Subakut gidişli ARA'nın ayırıcı tanısında büyüme ağrılarında dikkate alınması gerekir.

Büyüme ağrılarının insidansı %4.2'dir. Kızlarda ve erkeklerde yaklaşık aynı oranda görülür. Başlama yaşı 4-12'dir. Ağrı öyküsü en az 3 aydır. Ağrı iki taraflı, yaygın ya da kramp biçiminde olup eklemler serbesttir. Ağrı genellikle akşam ve gece şiddetlenir, sabah kalktığı zaman ağrı yoktur. Fizik inceleme bulguları ve laboratuvar testleri normaldir.

#### Romatolojik (Kollajen Vasküler) Hastalıklar

Juvenil romatoid artrite (JRA), spondiloartropatiler (SA), sistemik lupus eritematozis (SLE), juvenil dermatomyozitis (JDMS), skleroderma ve benzerleri, vaskülitler (PAN, Kawasaki, serum hastalığı, agranülomatöz hastalıklar, Takayasu, Behçet, Psöriazis, vd).

#### Konnektif Doku Hastalıkları

Henoch Schoenlein purpurası, Ailesel Akdeniz Ateşi (FMF).

Romatizmal hastalıkların ortak özellikleri vardır. Ayırıcı tanıda romatizma öyküsü öncelikle dikkate alınmalıdır.

Hastalığın başlangıç yaşı ayırıcı tanıda önemlidir. Örneğin; JRA'nın beş yaş altında, ARA'nın 5-15 yaş arası, SLE'nin 10 yaş üzeri görülmesi gibi. Cinsiyet de önemli olabilir. Örneğin; SLE daha çok kız çocuklarda 5/1 oranında daha sık görülür.

Ağrının zamanı ve yakınmanın özelliği önemlidir. Örneğin "Gece ayakları ağrıyor." ya da "Dizi her akşam ağrıyor." artritlerle uyumlu yakınmalar değildir. Sırt ya da bel ağrısı ile "Her yerim ağrıyor." yakınması fibromiyalji ile uyumludur. Ağrının yeri artrite ile miyozitleri ayırt ettirir. Belirtilerin süresi ve başlangıç özelliklerine dikkat edilmelidir. Örneğin travma ile mi başladı, yoksa aşırı bir efordan sonra mı ortaya çıktı, yoksa enfeksiyon mu vardı? Başlangıç akut mu yoksa uzun zamandır mı var? Şişlik zaman zaman olup



geçiyor mu (Lyme hastalığı), sürekli mi? (JRA), sabah sertliği var mı? (JRA), egzersizle artıyor mu? gün içinde değişim gösteriyor mu?

Romatizma öyküsünün irdelenmesinden sonra sistemlerinin incelenmesi gerekir. Romatizmal hastalıklarda genel hastalık belirtileri belirgindir.

Romatizmal hastalıklarda sistemlerin gözden geçirilmesi tanıda önemli ipuçları verir. İsteksizlik, yorgunluk, ateş, iştahsızlık, kilo kaybı, huzursuzluk, dinç uyanamama olabilir. Bir çok hastalığın kesin tanısı için yeterli laboratuvar testleri yoktur. Ancak klinik bulgular bir araya gelerek tanı konulabilir. Sistemlere göre klinik bulgular şöyle özetlenebilir:

**Deri bulguları;** eski ya da yeni döküntüler, nodüller, alopesi, fotosensitivite, vasomotor fenomen, Reynaud fenomeni, deride gerilme, renk değişikliği, desquamasyon öyküsü...

**Göz-KBB bulguları;** kırmızı göz, kuru göz, kuru ağız, ağızda yaralar, nazal-mukozal yaralar, boğazda yaralar, burun kanaması, parotis bezi büyümesi...

**Kardiopulmoner bulgular;** plöretik göğüs ağrısı, göğüs duvarı ağrısı, diğer göğüs ağrıları, dispne, ortopne, öksürük, senkop, wheezing- astım öyküsü, kalp hastalığı öyküsü...

**Gastrointestinal bulgular;** ülser belirtileri mide yanması, karın ağrısı, ishal, bulantı, kusma, melena/hematokozia, disfaji...

**Genitoüriner bulgular;** genital ülserler, üretral akıntı, vaginal akıntı.

**Nöromusküler/psikiyatrik bulgular;** kas ağrısı, kas güçsüzlüğü, disfoni, başağrısı, unutkanlık, dalgınlık kişilik değişiklikleri, depresyon, psikoz, nöbetler, parastezi, kore...

**Eğer klinik bulgular romatizmal bir hastalık düşündürüyorsa başlangıç olarak yapılacak laboratuvar testleri şunlardır:**

Beyaz küre sayımı, hemogloblin, hematokrit, ortalama eritrosit hacmi (MCV), trombosit sayımı, sedimentasyon, idrar incelemesi, ANA, romatoid faktör, biyokimyasal incelemeler (böbrek ve karaciğer işlev testleri), immunoglobulin düzeyleri, CH<sub>50</sub> ya da C<sub>3</sub> ve C<sub>4</sub>.

**ANA pozitif ve SLE düşünülüyorsa:** Nükleer antijen antikorları (anti-ds DNA, Anti-RNP, Anti-Sm, Anti-SSA, Anti-SSB, Anti-histon ve anti-sDNA), CH<sub>50</sub> ya da C<sub>3</sub>, C<sub>4</sub>, VDRL, Coombs, protrombin zamanı, parsiyel tromboplastin zamanı, antikardiolipin antikorları) bakılmalıdır.

Romatoid artrit bu grup içinde en sık görülen hastalıktır. Eğer artrit bulguları altı haftadan uzunsa JRA düşünülmelidir. JRA, mono, pauci (dört ya da az), poli (beş ya da fazla) artiküler tipte olabilir.

Romatoid artrit ayırıcı tanısında bazı özellikler vardır. Hastaların %70'i kızdır ve %50'si pauci artikülerdir. Hastaların %50'si beş yaşından küçüktür.

Oligoartrit ile birlikte sistemik bulgular varsa öncelikle ARA sonra septik artrit düşünülmelidir.

Eğer romatoid artrit tanısı kesin ya da güçlü olasılık ise eklem ponksiyonu gerekmez. Eklem sıvısının incelenmesi ve sinovya biopsisi endikasyonları: Spesifik granül hastalığı (tüberküloz: Pincet hastalığı), malignensi, septik artrit, hematojen osteomyelit, salmonella, Lyme hastalığı gibi hastalıklardır.

JRA'da sabah katılığı vardır. Çocuk gün ilerledikçe giderek açılır. Ağrı ile birlikte şişlik bulunur. JRA da kalça tutulumu seyrektrir. Kronikleşme ileride olabilir. Kalçada ağrı varsa doğumsal kalça çıkığı ve TSH (kalçanın geçici sinoviti), septik artrit ya da Perthes olabilir.

Ankilozan spondilit (entezopati) ayırıcı tanıda önemlidir. Juvenil ankilozan spondilit (JAS) alt ekstremitelerden başlar, aile öyküsü vardır. HLA-B27 %92 hastada vardır. Hastalar çoğunlukla erkek ve yedi yaşından büyüktür. Alt ekstremiteler tutulur ve genellikle tek eklemi tutar, üst ekstremiteler sağlamdır. RF ve ANA negatif, HLA-B27 pozitifdir.

**Entezopati Sendromları:**

Ligament, tendon ya da fasianın kemiklere yapıştığı yerlerdeki ağrılara verilen isimdir. Vücuttaki entezopatik bölgeler şunlardır:

Topuğun arka kısmı, topuğun plantar kısmı, metatarsal-falangeal bölge, tuberositas tibia, patellanın periferi, iliak krest, tuberositas ischii, sırt, servikal spin, göğüs duvarı.

Entezopati sendromlu hasta bu bölgedeki inflamasyon nedeni ile ağrı duyar, şişlik olabilir ya da olmaz. Bu sendromların en tipik olanları, ankilozan spondilit, Reiter sendromu, psoriatik spondiloartropati, inflamatuvar barsak hastalığı ile birlikte görülen spondiloartropatidir. JAS, 10 yaşından büyük erkek çocuklarda görülür. Sırt ağrısı ve katılığı vardır. Büyük eklemleri tutar, epizodik iritis ve HLA-B27 pozitifdir.

Sistemik Lupus Eritematozis: Eklem ağrıları genellikle aralıktır. Şişlik pek yoktur. Lupusun eklem tutulumu JRA'dan daha akut ve daha ağrılıdır. Ağrı fizik inceleme bulguları ile orantısızdır. Herhangi bir eklem tutulabilir. Parmak tutulumu siktir. Hasta genellikle her tarafının ağrıdığından yakınır. Ağrının yerini kolay tanımlayamaz.

JDMS ve sklerodermada ağrılar yaygındır.

Vaskülit sendromlarında ağrı şiddetlidir. Genellikle şişlik ve ısı artışı vardır. Birlikte olan özel döküntüler ayırıcı tanıda kolaylık sağlar.

FMF özellikle ülkemizde önemli ve sık görülen bir hastalıktır. Ağrılar periyodik bir gidiş gösterir. Birlikte karın ağrısının olması, daha çok büyük eklemleri tutması ve şiddetli olması nedeni ile ARA ile karışır. Ayırıcı tanıda bu iki hastalığın iyi tanınması gerekir. FMF'in genetik tanısının olması ayırıcı tanıyı kolaylaştırmıştır.

**Diğerleri:** Depo hastalıkları, fibromiyalji, büyüme ağrıları, psikosomatik nedenler, okul korkusu ve benzerleri sayılabilir.

#### Kaynaklar

- 1- Gibofsky A, McCarty M, et al. Editorial: A rose by any other name. J of Rheumatol 1995; 22:379-381
- 2- I. Kunnamo, P. Kallio et al. Clinical signes and laboratory tests in the differential diagnosis of arthritis in children. AJDC 1997;141:34-39
- 3- Liebenmann L, Birdi N. Post streptococcal reactive arthritis in children: a review of the literatur. UTMJ 1999; 76:94-98
- 4- Olguntürk R, Aydın G.B. et al. Rheumatic heart disease prevalence among school children in Ankara. Turkish J Ped 1999; 41:201-206
- 5- Robert M. Rennebahm. Rheumatic Disease of Childhood. Pediatrics in Review 1988;10:183-189





Dr. Aysun Bideci\*, Dr. Peyami Cinaz\*\*,  
Dr. Ayşegül Bükülmez\*\*\*, Dr. Figen Şahin\*\*\*\*



Doğumundan beri kalbinde üfürüm olduğu söylenen hastanın fizik incelemesinde büyüme geriliği saptandı. İki yaşından beri boyunun yaşitlarına göre kısa olduğu öğrenildi. Öz ve soy geçmişinde bir özellik yoktu. Hastanın fizik incelemesinde boyu 139 cm (%3'ün

altında) vücut ağırlığı 28 kg (%3'ün altında), takvim yaşı 146/12 yaş, boy yaşı 10 yaş ve kemik yaşı 10 yaştır. Boy standart deviasyon skoru (SDS):-4, kulaç boyu 135 cm, üst/alt segment oranı 1, anne boyu 160 cm, baba boyu 170 cm olarak ölçüldü. Hipertelorizm, mikrognati, yüksek damak, maloklüzyon, düşük kulak, yele boyun, arka saç çizgisinde düşüklük, pektus ekskavatum saptandı. Kalbinde oskültasyonla IV/VI dereceden pansistolik üfürüm vardı. Testis hacimleri 4 cm altında, pubik kıllanması Tanner evrelemesine göre evre I, penis boyu 5.2 cm (%10 altında), aksiller kıllanması yoktu (**Resim 1**). Hasta büyüme geriliği etiyolojisi açısından değerlendirildi. Kromozom analizi 46 XY olarak belirlendi. Gonadotropin düzeyleri yüksekti ve hCG'ye testosteron yanıtı alınmadı. Büyüme hormonu uyarı testlerine yeterli yanıt alındı. IGF-I:134,46 ng/ml (358-870 ng/ml), IGFBP-3: 2746,25 ng/ml (2100-7170 ng/ml) idi. Tiroid işlev testleri, prolaktin düzeyi normaldi.

**Tanınız nedir? Yanıtı: Sayfa 148'de**

## Kitap/TTB-STE Kredi Puanı Kazananlar



### Ocak 2001 sayımızdaki Ödüllü Bulmaca'dan kredi puanı kazananlar

1-Ali Artuker, 2-Dilek Okur Azder, **3-Duygu Kırkgöz\***, 4-Işıl Vurucu, 5-Nükhet İnsel, 6-Yavuz Akın (Adana), 7-Meryem Güleç, 8-Nuriye Işık, 9-Uğur Demirel (Afyon), 10- Yüksel Tur (Aksaray), 11-Saadet Bayrak (Amasya), 12-Ekrem Kutbay, 13-Engin Boğaçhan Çobanlar, 14-Hatice Yıldırım, 15-Melih Karamuk, 16-Murat Civan, 17-Nergiz Güzelcık,18-Özen Aşut, 19-Sami Terzi, 20-Veli Ata, 21-Yaşar Güzelcık (Ankara), 22-Hakan Işıldar (Antalya), 23-Gürkan Mersin (Aydın), 24-Alev Domaniç, 25-Fatma Uzun, 26-Tayfun Tezcan, 27-Dilek Yıldırım, 28-Hülya Balkanlı, 29-Işık Küçük, 30-Melek Akpınar, 31-Müge Sevinç, 32-Nimet Ünal, 33-Nuray Güngör, 34-Soner Karaton, 35-Ş. Öge Damar, **36-Zeliha Tahmazoğlu\*** (Balıkesir), 37-H. Serkan Kaplan, 38-Mahmut Anıl (Burdur), 39-Fatma Süer,40-Özlem Cansız, 41-Selamet Saraç, 42-Yücel Duman (Bursa), 43-Güçlü İrtem, 44-İlkay Kılıçlar, 45-Turan Kanal, 46-Yasemin Kanal, 47-Yusuf Birgül (Çanakkale), 48-Vedat Aslıhak (Çorum), 49-Hasan Erdoğan, 50-Nuran Gökçen (Denizli), 51-İsfendiyar Eyyuboğlu, 52-Nevzat Aytekin (Diyarbakır), 53-Muhammet Özekez (Edirne), 54-Arife Hüsnügil, 55-Aycan Güner, 56-Ayşehan Ş. Soyukan, 57-Demet Demirci Candoğan, 58-Güler Alkur, 59-Gülşen Yener, 60-Hüseyin Özdemir, 61-Mualla Onrat, 62-Oya Türkay, 63-Rasim Çakıroğlu, 64-Selda Üner, 65-Şeniz Şaykol, 66-Şermin Uzun Altunel (Eskişehir), 67-Mehmet Kaşıkırmaz, 68-Ömer Kılınc (Gaziantep), 69-Gülseren Şener, 70-Hulusi Altun, 71-Sedat Aydın (Giresun), 72-Cuma Ölmez (Hatay), 73-Mediha Yalman, 74-Namık Kemal Uludağ (İçel), 75-Ayşegül Ak, 76-Cengiz Ak, **77-Mehmet Güzeldülkar\***, 78-Penbe Kılınc, 79-Türkan Koçyiğit (Isparta), 80-Emine Sezgi Yıldırım, 81-Nermin Demirhan, 82-Özlem Dutağacı, 83-Serpil Çeçen, 84-Yusuf Demirci (İstanbul), 85-Hasan Zorlu, **86-İlgin Yıldırım\***, 87-Kazım Öngel, 88-Kutay Özmeral, 89-Özlem Murat (İzmir), 90-Mustafa Çelik (Kahramanmaraş), 91-Fatih Çolakoğlu, 92-Nazmi Tuncay (Kırklareli), 93-Adem Küçükoğlu, 94-Cem Kavanoz, 95-Metin Altıparmak, 96-Nihan Keysan (Kocaeli), 97-Erhan Demirel, 98-Havva Acar Dere, 99-Kübra Ergün, (**Sayfa 142'de sürüyor**).

Yıldız (\*)  
konulmuş  
olanlar, Prof.  
Dr. Emine  
Demirel  
Yılmaz'ın  
"Eğitici Cep  
Kitabı"nı  
kazandılar.

\* Yrd. Doç.; Gazi Ü. Tıp Fak. Çocuk Sağ. ve Hast. AD

\*\* Prof.; Gazi Ü. Tıp Fak. Çocuk Sağ. ve Hast. AD

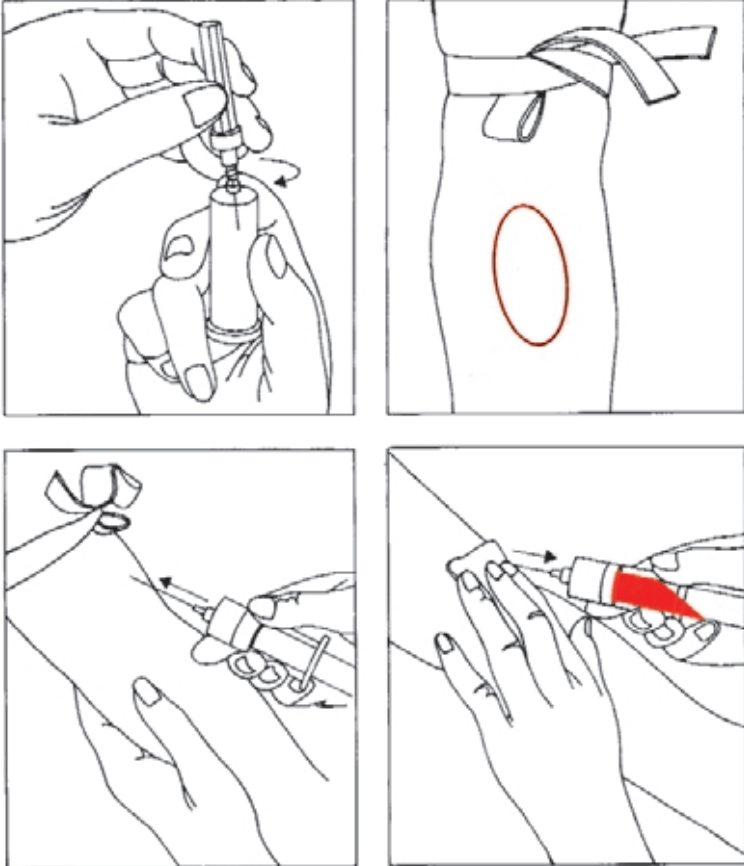
\*\*\* Uzm.; Gazi Ü. Tıp Fak. Çocuk Sağ. ve Hast. AD

\*\*\*\* Öğr. Gör.; Gazi Ü. Tıp Fak. Çocuk Sağ. ve Hast. AD



Dr. Mahir Güleç\*, Dr. Taner Özgürtaş\*\*

Laboratuvar testleri; hastalıklara tanı koymak, hastalıkların gidişini izlemek, tedaviye yanıtı gözlemek ve bazen de sağlıklı insanlarda kontrol amaçlı yapılan incelemelerdir. En uygun laboratuvar testi, hiçbir etkenden etkilenmeden kişinin o andaki durumunu yansıtan testlerdir. Ancak hemen her zaman testler pek çok etmeden etkilenebilirler. Bu etmenler hem test öncesi (preanalitik) hem de test anında (analitik) olabilir. Genellikle preanalitik etkenleri oluşturan biyolojik etkenlerin değişkenliği, analitik etkenlerin değişkenliğinden daha büyüktür. Bu nedenle preanalitik değişkenler elverdiğince denetim altına alınmalıdır. Preanalitik değişkenlerin denetimi, örnek alınmadan önce kişinin uygun yöntemle hazırlanmasıyla başlar, örneği alacak sağlık görevlisinin örnek alımında standart kurallara ve teste özgü özel koşullara uymasıyla sürer.



## Kan Örneğinin Alımı

Kan örneği; venlerden, arterlerden ya da kapiller damarlardan alınabilirse de bu işlem için çoğunlukla venler seçilir. Bebeklerde ve küçük çocuklardan yapılacak testlerde kapiller, kan gazı analizinde ise arterden kan örneği kullanılır.

Herhangi bir kan örneği alınmadan önce, kanı alacak sağlık görevlisi tarafından örneğin ne kadar (kaç ml) alınacağı, uygun test tüpü (düz ya da antikoagülanlı) ve iğnesi belirlenmelidir. Daha sonra kan alınacak kişinin bilgileri (adı soyadı, yaşı, cinsiyeti, örneğin alındığı tarih, kliniği) içeren etiket hazırlanmalı ve işlem sonrası tüpe yapıştırılmalıdır. Görevli her hasta için tek kullanımlık eldiven kullanılmalıdır.

Kan alımı için hasta ve alacak kişi kesinlikle uygun pozisyonda bulunmalıdır. Hastayla konuşularak hastanın rahatlaması sağlanmalıdır. Hastanın kolu bükülmeden aşağı doğru rahat bir biçimde uzanmalıdır. Örnek alımı için hastanın kollarından herhangi biri seçilebilir. Ancak bu kol seçilirken kan alanın rahat çalışabileceği ve aynı zamanda test sonuçlarını etkileyecek sekel ya da yaraların (ödem, hematom gibi) bulunmadığı kolun yeğlenmesi gerekir.

Yetişkinlerde kan örneğinin alımında antekübital fossadaki venler (median kübital ven ya da sefalik ven) seçilir. Çünkü bu bölgedeki damarlar hem geniş hem de yüzeyle daha yakındır. El üstünden de kan örneği alınabilir, ancak daha ağırlı olması ve deri altı dokusunun damarı iyi desteklemediği bir bölge olması ve buna bağlı kolaylıkla damardan dışarı çıkabilmesi nedeniyle sıklıkla kullanılmaz. Ağır hastalarda ya da sık enjeksiyon gerektirenlerde her iki kol ve el üstü bu amaçla kullanılabilir.

Kan alımı için uygun bölge saptandıktan sonra, %70 alkol-iyod emdirilerek hazırlanmış pamuk ya da gazlı bez ile bölge temizlenir. Bu temizleme işlemi merkezden çevreye doğru dairesel hareketlerle olmalıdır. Deri havada kurumaya bırakılmalıdır.

\* Yrd. Doç.; GATA Halk Sağlığı AD

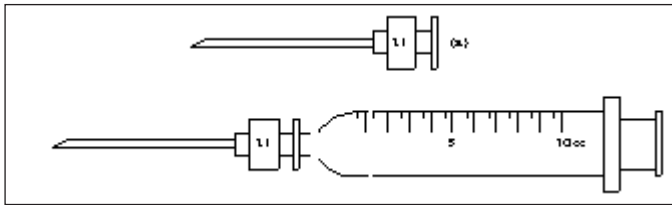
\*\* Yrd. Doç.; GATA Biyokimya AD

**Kan alımından önce alkolün tamamen uçması beklenmelidir. Çünkü alkol kan örneğinde hemolize neden olabilir.**

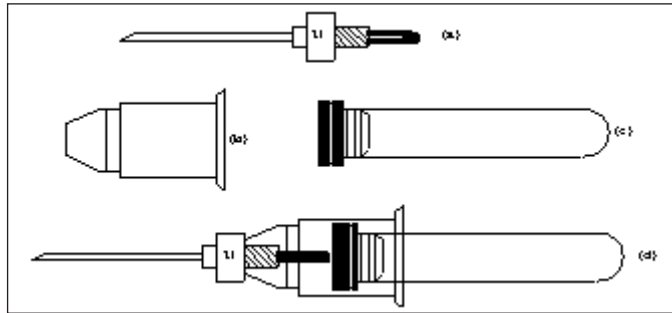
Hemoliz, laboratuvar çalışmalarında istenmeyen bir durumdur. Eğer kanda etanol miktarı saptanmak isteniyorsa deri, benzalkonyum klorid solüsyonu (zefiran klorid solüsyon, 1:750) ile temizlenmelidir. Bu solüsyon alkolsüzdür. Povidon-iyodin solüsyonunu temizlik amaçlı kullanmaktan kaçınılmalıdır. Bir kere temizlendikten sonra deriye işlem tamamlanılıncaya kadar dokunulmamalıdır. Turnikenin bağlanma işlemi bu deri temizliğinden sonra yapılmalıdır.

Kan örneğinin kolayca alınması için, kan akımının yavaşlatılması ve toplardamarı belirginleştirmek amacıyla turnike bağlanır. Turnike yumuşak lastikten yapılmış olmalıdır. Turnike için en uygun boyut, bir cm genişlik ve 38 cm uzunluktur. Turnike bağlı pozisyonda iki dakikadan fazla tutulmamalıdır. Yoksa bu kan örneğinde istenmeyen yoğunlaşmaya neden olabilir. Ayrıca kan damarlarının belirginleşmesi için yaptırılan yumruk sıkma işlemini hastanın kan alımı sırasında da sürdürmesi sağlanmalıdır. Kan alınacak damarı belirginleştirmek için damarlara hafifçe vurulabilir.

Kan alımında en sık kullanılan iğneler 19-22 numaralıdır. Çoğunlukla yetişkinlerde 21 numara yeğlenir. İğnenin numarası arttıkça çapı daralmaktadır. Bütün iğneler steril, keskin ve pürüzsüz olmalıdır. **Eğer eser element ölçümleri için kan alınıyorsa, iğne paslanmaz çelikten olmalıdır.** Kan alımı için şırınga ya da vakumlu tüpler kullanılabilir (Şekil 1,2). Vakumlu tüpler içerdikleri katkı maddelerine göre değişik kapak renklerinde



Şekil 1: (a) İğne ucu, (b) şırınga



Şekil 2: (a) Vakumlu tüpler için özel iğne, (b) Holdir, (c) Vakumlu tüp, (d) Vakumlu tüp sistemi

Tablo 1: Vakumlu tüpler ve renklerine göre kullanımı.

Tüplerin Kapak Renkleri	Tüpe Eklenen Antikoagülanlar	Nerede Kullanılacağı
Kırmızı	Katkı yok (-)	Serum gerektiren biyokimyasal ve serolojik testler
Kırmızı/Gri	Katkı yok (-)	Serum ayırıcılar, serum gerektiren testler
Mor	EDTA	Birçok hematolojik test ve kan grubu testleri
Yeşil	Heparin	Özel biyokimyasal testlerle, lenfosit çalışmaları
Açık Mavi	Sodyum sitrat	Birçok koagülasyon testi
Gri	Sodyum florid	Doğru glikoz ölçümü
Siyah	Sodyum sitrat	Sedimentasyon

(Tablo 1).

Tüm hastalar için vakumlu tüplerin kullanılması en uygundur. Böylece farklı tüplere kolaylıkla çok sayıda kan örneği alınabileceği gibi kan alanın sağlığı açısından da önemlidir. Ancak kan alımının güç olduğu olgularda (obezler, çocuklar, vb) şırınga kullanılarak kan alımı önerilir. Kan alınırken iğnenin açık ağzı yukarı doğru bakmalıdır ve damara 15 ile 30 derecelik açıyla girilmelidir. Damara girdikten sonra iğne hiç oynatılmadan sol elle şırınga sabitlenerek, sağ elle kan alımı işlemi tamamlanmalıdır.

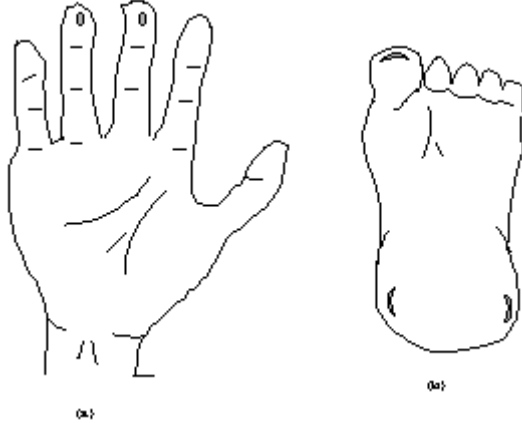
Kan alımı bittikten sonra, hemen turnike çözülmeli ve iğne çekilmelidir. İğne çekildikten sonra kanamayı önlemek için bir parça kuru pamuk ya da gazlı bezle bölgeye bası uygulanmalıdır. Kanın pıhtılaşığından emin olduktan sonra pamuk uzaklaştırılabilir. Küçük bir yara bandının bölgeye yapıştırılması kanama olasılığını azaltacaktır.

Kan alımı sonrası şırınganın ya da holdir (vakumlu tüpler için üretilmiş özel iğne ucu adaptörü) ucundaki iğne kapağı takılmaksızın o haliyle özel tıbbi atık kutusuna atılmalıdır. İğnenin ucuna yeniden kapağını takmak kan alan kişi için oldukça riskli bir işlem olup yaralanmayla sonuçlanabilir.



### Kapiller Kan Alımı

Test için az miktarda kana gereksinim varsa, kan alımının güç olduğu yenidoğan ve küçük çocuklarda ya da venden örnek alımının güç olduğu olgularda kapiller kan örnekleri kullanılabilir. Yatak başı kullanılan taşınabilir cihazların da (glukometer vb) artması, kapiller kan alımının doğru bir biçimde yapılmasını gerekli kılmaktadır. Kapiller kan alımı için önerilen bölgeler yetişkinlerde el parmaklarından üçüncü ve dördüncü parmak uçları ile kulak memesi, yenidoğanlarda ayak topuğunun yanı ya da başparmağın plantar yüzü parmak ucudur (**Şekil 3**).



**Şekil 3:** (a) Yetişkinde (b) yenidoğanda kapiller kan alımında seçilen gölgeler.

Kapiller kan alımında kullanılan lansetler (delici iğneler) tek kullanımlıdır. Son zamanlarda kullanılan sabit delme işlemi sağlayan ve kişinin kendi kendine kapiller örnek alımına yardımcı olan özel lansetler de kullanılmaktadır. Kapiller kan örnekleri yedi cm boyunda, bir mm çapında cam ya da plastik tüplere alınır. Plazma örneği almak isteniyorsa heparinle sıvazlanmış tüpler kullanılmalıdır. Hematokrit dışında kan örneği gerekli ise özel kapiller kan alımına uygun tüplere kan alınabilir. Kapiller kan alım işleminde önce hastaya kan alımı için seçilen yerin neresi olduğu açıklanır. Bu bölgede kan akımının uygun olup olmadığı değerlendirildikten sonra hafif masaj yaparak kan akımı hızlandırılır. Delme işleminin yapılacağı yer alkollü pamukla temizlenip kuruması beklenir. Daha sonra tek bir hareketle delme işlemi gerçekleştirilir. Bu işlemle 2.5 mm'den derine inilmemelidir. Yer çekiminin kan akımını kolaylaştırması için parmak uygun bir biçimde tutulmalıdır.

İlk kan damlası silinerek uzaklaştırılıp daha sonrakiler işleme uygun tüpte toplanmalıdır. İstenen örnek miktarı fazlaysa, tüm ele ya da ayağa delme noktasına yaklaşılmadan masaj yapılabilir. İstenen örnek alındıktan sonra steril gazlı bez ya da pamuk konularak tamponlama yapılır ve kanama duruncaya kadar beklenir.

### Arterden Kan Alımı

Artere girme deneyim isteyen bir girişimdir. Genellikle doktorlar ve özel yetiştirilmiş teknikerler tarafından yapılır. Artere girmek için uygun bölgeler; el bileğinde radial arter, dirsekte brakial arter ve kasıkta femoral arterdir. Femoral arterdeki sızıntı, diğerlerine oranla daha büyük olduğundan, özellikle yetişkinlerde koldaki radial arter daha çok yeğlenir.

Damarın arter olduğu nabız alınmasından ve kalınlığından anlaşılabilir. Damara girilecek olan bölge iyice temizlenir. Arterden kan almada turnike gerekmez. Geniş arterlerde 18-20, ince arterlerde 23-25 numaralı iğneler kullanılır. Heparin solüsyonu ile sıvanmış iğne ve şırınga kullanılarak yeterli antikoagulyasyonu sağlamak ve hava kabarcıklarını önlemek olanaklıdır. Plastik şırıngalardan kaçınılmalıdır. Çünkü bu tür şırıngalarda piston, arter içindeyken kan basıncıyla yükselmeyebilir. Bazı plastikler gazlara geçirgen olabilir. Vakumlu tüpler kan gazları incelemelerinde kullanılmamalıdır. Çünkü tüpteki hava kanla dengeye ulaştığında yanlış sonuçlar ortaya çıkabilir. Arterden kan alındıktan sonra, bölgeye beş dakika boyunca baskı uygulanır.

Alınan örnek, kan gazı analizinde kullanılacaksa, şırınganın ağzı kapatılmalı, laboratuvara ulaştırıncaya kadar buz içinde korunmalı ve hemen laboratuvara teslim edilmelidir. İstenen analizler en geç 15 dakika içinde yapılmalıdır. Çünkü buz ile eritrosit aktivitesinin engellenmesi kısa bir süre için başarılabilir. Genel olarak heparinin kan pH'sı üzerine etkisi yoktur. Fakat heparindeki fazlalık, pCO<sub>2</sub>'de %15'e varan azalmalara neden olabilir.

Yenidoğanlarda kan gazı ölçümü için umbilikal arter en iyi kan alma yeridir. Büyük çocuklarda ya da artere girmenin zor olduğu yetişkinlerde arter kanı almak için kılcal damara girilebilir. Böyle bir örnek pH ve pCO<sub>2</sub> için kabul edilebilir, ancak pO<sub>2</sub> için her zaman uygun değildir.

#### Kaynaklar

- 1- Blumenfeld TA, Turi GK. Recommended site and depth of newborn heel skin punctures based on anatomic measurements and histopathology. *Lancet*; 1: 230-233,1979.
- 2- Caraway WT. Chemical and diagnostic specificity of laboratory tests. *Am J Clin Pathol* ; 37: 445-464,1962.
- 3- Calam RR. Reviewing the importance of specimen collection. *J Am Med Technol*; 39: 297-302,1977.
- 4- Felding P, Tryding N. Effects of posture on concentrations of blood constituents in healthy adults: Practical application of blood specimen collection procedures recommended by the Scandinavian Committee on Reference Values. *Scand J Clin Lab Invest*; 40: 615-621,1980.
- 5- Tietz NW. *Clinical Guide to Laboratory Tests*. 2 nd ed. Philadelphia, W.B.Saunders Co., 1990.
- 6-Tietz *Textbook of Clinical Chemistry*. 2 nd. Ed. W.B.Saunders Co., 1994. *Basic Medical Laboratory Techniques*. *Basic Hematology* 4 th ed. Delmar Thomson Learning, 2000



Dr. Özge Yılmaz\*, Dr. Songül Yalçın\*\*

Mikrosefali yaş ve cinsiyet ortalamasının üç standart sapmadan daha küçük ölçülen baş çevresi olarak tanımlanır. Mikrosefali bir hastalık olarak tanımlanmasından daha çok bir klinik bulgudur. Hatta bazen normal varyasyonun bir ucunu gösterebilir. Eskiden yaş, cinsiyet ve ırk ortalamasının iki standart sapmadan küçük olan ölçümlere mikrosefali denilmekteydi, ancak sağlıklı okul çocuklarının % 1.9'unun ortalamasının iki standart sapmanın altında baş çevresi sahibi olmaları ve normal zekalı bazı ailelerde dominant ya da resesif olarak mikrosefali ve kısa boy geçişi olması bu tanımları değiştirmiştir.

Kraniosinostozis dışında kafatasının küçük boyutu küçük beyine işaret eder. Ancak mental retardasyonun boyutunu beyin boyutu değil altta yatan yapısal patoloji belirler.

### **Mikrosefali iki ana gruba ayrılır;**

1. Birincil mikrosefali: Gebeliğin ilk yedi ayında olan anormal gelişimin sonucunda ortaya çıkan küçük beyini tanımlar.

2. İkincil mikrosefali: Gebeliğin son iki ayında ya da perinatal dönemde olan bir hasar sonucunda ortaya çıkan küçük beyini tanımlar.

### **Baş Çevresinin Normal Gelişimi:**

Doğumda ortalama 35 cm olan baş çevresi, ilk iki ay haftada 0.5 cm; iki ile altı ay arası ise haftada 0.25 cm büyür. İlk üç aydaki ortalama toplam kafa çevresi büyümesi 5 cm iken, bu ikinci üç ayda 4 cm ve üçüncü üç ayda 2 cm kadardır. Dokuz ay ile bir yaş arasında ise baş çevresi 1 cm kadar artacaktır.

### **Birincil Mikrosefali**

Embriyonda doku ve organların yerli yerinde olmasında ve göç etmede anomali yaratan birçok genetik ve çevresel etken sonucu oluşur.

#### **1. Genetik**

Otozomal dominant ya da otozomal resesif geçişli olabilen genetik nedenli birincil mikrosefalide, birçok göç etme anomali görülebilir. Bunlar arasında şizensefali, lisensefali, pakigyria (beyin kıvrımlarının anormal büyüklüğü), polimikrogyria (beyin

korteksinde çok sayıda küçük kıvrım oluşu) ve korpus kallosum agenezisi sayılabilir. Gri cevher heterotopileri (normal yerinin dışında bulunması) olur ve nöronların sayıları azalırken konfigürasyonlarında da anormallikler görülür. Kortikal laminasyon, kolumnar blok halinde gruplanan kortikal nöronlar kusurludur.

Otozomal resesif geçiş gösteren iki mikrosefali formu tanımlanmış olup bunların hepsinde doğumda ortalamasının iki standart sapma altında baş çevresi vardır. Birinde etkilenmiş olguların hafif retardasyon ve normal yüz görünümü varken, ikinci ve daha sık görülen formunda spastisite ve nöbetlerin eşlik ettiği mikrosefali vardır. Bu ikinci formda ileri retardasyon görülür, korioretinopati ve kataraktı da içeren göz anomalileri de birincil mikrosefaliye eşlik eder.

Bazı hastalarda mikrosefali sinir gelişiminin duraklamasından kaynaklanır. Mitotik aktivitede duraklamaya neden olduğu bilinen bir etken endodimianın erken farklılaşmasıdır.

### **2. Karyotip Bozuklukları**

#### **a. Down Sendromu (Trizomi 21):**

Küçük serebellum, oksipital ve frontal lobların anormal yuvarlaklığı, dar süperior temporal girusla karakterizedir. Alzheimer'ın nörofibriller değişiklikleri gözlenir. Serebral kortekste de ileri yapısal anormallikler olabilir.

#### **b. Edward Sendromu (Trizomi 18):**

Düşük doğum ağırlığı, mikrostomi (küçük ağız), mikrognati (küçük çene), küçük malforme gözler, belirgin oksiput, parmakların fleksiyon deformitesi ve konjenital kalp hastalıklarının birlikteliği ile tanımlanan bu sendromda, artmış giruslar ve nöronların heterotopisi vardır.

#### **c. Cri-du-chat Sendromu (5p-):**

Yuvarlak bir yüz, belirgin epikantrik katlantılar, düşük kulaklar, hipertelorizm fenotipi olan bu hastaların belirgin bir ağlama özelliği vardır. Bu durumda özgül bir nöropatoloji ayırt edilemez.

#### **d. Cornelia de Lange Sendromu:**

Pre ve postnatal büyüme geriliği, ince aşağı çevrik bir üst dudak, synophrys ve proksimal yerleşimli bir başparmakla karakterizedir.

#### e. Rubinstein Taybi Sendromu:

Kemerli bir burun, aşağı eğimli palpebral fissürler, geniş baş parmaklar ve ayak parmakları ile birlikte kısa boyun da görüldüğü bir hastalık grubudur.

#### f. Smith Lemli Opitz Sendromu:

Pitosis, skafosefali (kayık kafa), medial yerleşimli epikantrik katlantılar, ve antevort burun delikleri ile karakterize bu sendromda düşük doğum ağırlığı ve belirgin beslenme sorunları da görülür.

### 3. Radyasyon

İyonize radyasyonla ilk iki trimesterde özellikle de dördüncü ve yirminci gebelik haftaları arasında karşılaşmak mikrosefalide önemli bir etkidir. Ne kadar erken karşılaşılırsa beyin o kadar küçük, nörolojik anormalliğin sonuçları da o kadar kötü olacaktır.

### 4. Doğumsal Enfeksiyonlar

#### a. Sitomegalovirüs:

Küçük olan bu bebeklerde peteşiyal döküntüler, hepatosplenomegali, korioretinit, sağırılık, mental retardasyon ve nöbetler sık rastlanan bulgulardır. Bunlarda MSS kalsifikasyonu ve mikrogiruslar gözlenir.

#### b. Rubella:

Büyüme geriliği, purpura, trombositopeni, hepatosplenomegali, konjenital kalp hastalığı, korioretinit, katarakt ve sağırılık rastlanabilen sonuçlarındandır. Nöropatolojik olarak perivasküler nekrotik alanlar, polimikrogiruslar, heterotopi ve subependimal kavitasyonlar gözlenir. Özellikle sekizinci gebelik haftasından önce olan enfeksiyonlarda %85 oranında saptanabilir defektler oluşur. Gestasyon haftası arttıkça, defekt insidansı da azalır. Konjenital rubella enfeksiyonuyla doğan çocuklar bir yıla kadar boğazlarında virüsü taşıyabilirler.

#### c. Toksoplazmosis:

Purpura, hepatosplenomegali, sarılık, konvülsiyon, hidrosefali, korioretinitis bulguları olan bu çocuklarda serebral kalsifikasyonlar doğrudan grafide saptanabilir.

#### d. Herpes Simpleks Virüsü 2:

İntrauterinden çok doğum sırasında alınır. Mikrosefali ise ancak intrauterin enfeksiyon durumunun bir sonucudur.

### 5. Kimyasal Ajanlar

a. İlaçlar: Fetal alkol sendromu; büyüme geriliği, pitosis, filtrum yokluğu, hipoplastik bir üst dudak, konjenital kalp hastalığı, beslenme

sorunları, nörolojik heterotopi ve nöronların dizorganizasyonu ile seyreder.

Yapılan araştırmaların gösterdiği bir diğer bulgu da mikrosefalili çocukların annelerinde kontrollere oranla daha fazla klotrimazole kullanımı olduğudur.

#### b. Metabolik:

Maternal diabetes mellitus ve maternal hiperfenilalaninemi mikrosefaliye neden olan metabolik etkenler arasında sayılabilir. Yapılan çalışmalarda gebelik öncesi fenilalaninden fakir diyetle iyi kontrol altına alınan annelerin çocuklarında mikrosefali çok ender görülmüştür. Gebe kaldıktan sonra, ama sekizinci haftadan önce, kontrol sağlananlarda bile sonuçların onuncu haftaya kadar kontrol edilemeyenlerden iyi olduğu saptanmıştır.

#### İkincil Mikrosefali:

Birçok enfeksiyöz, travmatik, metabolik ve anoksik etken; üçüncü trimesterin son döneminde, perinatal periotta ve erken süt çocukluğunda beyin kistik dejenerasyonu, ensefalomalazi ve porenselali (beyin dokusunda anormal boşluklar) ile birlikte inflamatuvar gliotik skarlaşma ve büzülmesi ile zedelenmesine yol açar. Sonuç olarak küçük postnatal büyüme ve sütürlerin erken kapanması görülür.

Bunda birincil mikrosefalide görülen serebellar gri cevher heterotopi ve hipoplazisi gibi anomaliler yoktur.

#### 1. Menenjit ve ensefalit:

Serebral infarkt, kistik kavitasyon ve nöronların yaygın kaybı ile seyredabilen meninks ya da parenkim iltihabı olarak tanımlanabilirler.

#### 2. Malnütrisyon:

Mikrosefali etkeni olup olmadığı konusunda hala tartışmalar olan bir konudur.

#### 3. Hipertermi:

İlk 4-6 haftada olan belirgin yüksek ateş mikrosefali, nöbet geçirme ve yüz anomalileri ile ilgili görülmüş olup, patolojik çalışmalarda nöronal heterotipi gösterilmiştir.

#### 4. Hipoksik-iskemik ensefalopati;

Başlangıçta görülen yaygın serebral ödem daha sonradan serebral atrofiye dönüşür.

#### Klinik

İzole mikrosefali kızlarda daha fazla görülür. Ayrıca intrauterin büyüme geriliği de mikrosefalik hastalarda daha sık rastlanan bir



bulgudur. Ancak bunlar dışında bir genelleme yapılamaz, çünkü mikrosefali geniş bir nörolojik bozukluklar yelpazesi ile birlikte görülür. Bunlar arasında ince motor koordinasyon bozukluklarından deserebrasyona, tam yanıtsızlıktan eğitilebilir mental retardasyona ve ağır otistik davranıştan hafif hiperkinezilere kadar birçok değişik tablo bulunur. Bu nedenle kliniğin altta yatan patolojiler ışığında değerlendirilmesi gerekmektedir.

### Tanı

Ayrıntılı bir öykü alınması tüm hastalıklarda olduğu gibi mikrosefalide de tanının temel basamağıdır ve bundan sonraki yaklaşımın biçimlendirilmesini sağlar. Öyküde özellikle sorulması gereken noktalar mikrosefali etiyojisi içinde yer alan konulardır. Doğumdaki baş çevresinin küçük olması embriyonik ya da fetal gelişimde olmuş bir olayı göstereceğinden önemlidir. İki yaş sonrasında beyine olan bir girişim pek ağır bir mikrosefali ile sonuçlanmaz. Bunlar dışında aile öyküsü genetik etkenlerin ortaya çıkarılması açısından önemlidir. Risk etmenleriyle karşılaşma; örneğin radyasyon, enfeksiyon, ilaçlar sorgulanmalıdır. Annede diabetes mellitus ya da fenilketonüri; özellikle yaşamın ilk 4-6 haftasında olan yüksek ateş, havale araştırılmalıdır.

Fizik incelemede tek bir ölçümden çok seri baş çevresi ölçümlerinin değerli olması bize izlemin önemini belirtir. Bu özellikle en az bir anormalliğin saptanmasında gereklidir. Ayrıca anne-baba ve kardeşlerin de baş çevresi ölçülmelidir. Araştırmalara göre normal sınırlar içinde olan ama boy ve kilosuna oranla daha küçük baş çevresi olan bebekler yedi yaşına geldiklerinde yapılan testlerde gelişme geriliği gözlenmemiştir. Ancak bunun tersine doğumda gestasyonel yaşa göre 10 persentilin altında baş çevresi olan bebekler yedi yaşlarında yapılan testlerde belirgin bir gelişme geriliği göstermişlerdir. Böylece ileride nörogelişimi etkileyen en önemli değişkenin doğumdaki baş çevresi olduğuna karar verilmiştir.

Yapılacak laboratuvar incelemeleri öykü ve fizik incelemelerin yönlendirdiği biçimde planlanmalıdır.

Mikrosefalinin nedeni bilinmiyorsa annenin fenilalanin değeri ölçülmelidir. Belirtisi olmayan annelerdeki yüksek fenilalanin değerleri fenilketonürik olmayan ve diğer değerleri normal olan bebeklerde önemli beyin hasarı oluşturabilir.

Eğer çocukta bir kromozomal sendromdan kuşkulaniyorsa ya da anormal yüz şekli, kısa boy ya da ek doğumsal anomaliler varsa, karyotipleme yapılmalıdır.

Açlık plazma ve idrar amino asit analizi yapılmalıdır.

Serum amonyumu belirlenmelidir.

Doğumsal enfeksiyonların tanısında seroloji ve virolojiden yararlanır. Bebekten akut dönemde ve iyileşme döneminde etkene özgü IgM ve IgG, anneden ise yine ajana özgü IgG için kan örnekleri alınmalıdır. CMV için idrar, tükürük ve beyaz küre; Rubella için idrar ve nazofarinks; HSV içinse BOS, boğaz, rektum ve deri lezyonları virüs için taranır. Etken bilinmiyorsa idrar, boğaz, BOS, kan, rektal ve deri lezyonu örnekleri alınmalıdır.

Radyolojik incelemelerden direkt grafiler intraserebral kalsifikasyonların görülmesi açısından önemlidir. CT ve MRI ise yapısal MSS anormallikleri (serebral ya da serebellar atrofi), hidrosefali ve kalsifikasyonların belirlenmesinde yardımcı olur. Bunun dışında yapılan çalışmalar göstermiştir ki birçok hastada nörokranial yapısal anormallikler mikrosefali ile birlikte bulunmaktadır. Beyin atrofisine yol açan koşullar Doppler ultrasonografi ile tanımlanabilir. Ayrıca fetal frontal lobun biyometrisi mikrosefali riski olan fetusu belirlemede yardımcıdır.

### Tedavi

Mikrosefali tedavisinde ilk basamak, çok ender koşullarda görülseler de geri döndürülebilir etiyolojik ajanların progresyonuna engel olunmasıdır. Bunlar arasında fenilketonüri, kronik hipoglisemi ve diyetle tetiklenen hipokloremik metabolik alkaloz bulunur.

Ancak temel olan destek tedavisidir. Bunların içinde de etiyoloji saptandıktan sonra kesin ve destekleyici genetik danışmanlık ve aile danışmanlığı gelir. Çocukların çoğunda mental retardasyon varlığının da olduğu düşünülürse, gelişimi sağlayacak uygun program desteğinin önemi anlaşılabilir.

### Kaynaklar

- 1- Abdel-Salem GM, Halasz AA, Czeizel AE, Association of epilepsy with different groups of microcephaly, Dev Med Child Neurol 2000 Nov;42(11):760
- 2- Cowie VA, Microcephaly: a review of genetics implications in its causation, J Ment Defic Res 1987 Sep;31(Pt 3):229-33
- 3- Koch R, Friedman E, Azen C, The international collaborative study of maternal phenylketonuria: status report 1998, Eur J Pediatr 2000 Oct; 159 Suppl 2:S1 56-60; discussion S161-J.
- 4- H.Menkes, H.B.Sernat, Child Neurology. Lippincott Williams and Wilkins, 2000: 348-351
- 5- Persuette WH, Microcephaly-no small deal, Ultrasound Obstet Gynecol 1998 May;11(5):317-8
- 6- R.M.Kliegman, M.L.Nieder, D.M.Super, Practical Strategies in Pediatric Diagnosis and Therapy. W.B.Saunders Company, 1994:514-515



Dr. Galip Ekuklu\*, Muzaffer Eskiocak\*\*

## Olgular

**Olgu 1:** M.K. 32 yaşında, kadın. İlk gebeliğini yaşıyor. Gebeliği süresince kadın hastalıkları ve doğum uzmanınca beş kez izlenmiş. İzlemler sırasında kendisine gebeliğiyle ilgili herhangi bir sorun olmadığı, normal doğum yapabileceği belirtilmiş. M.K. normal gebelik sürecinden sonra hastanede doğum yapmış; sağ, sağlıklı bir bebeği olmuş. M.K. bebeğini emzirmeye oldukça istekli bir anne. Doğumdan iki hafta sonra oturduğu bölgedeki bir sağlık ocağına başvuruyor, bebeğine yapılması gereken aşılarla ilgili bilgi almak istediğini belirtiyor. Sağlık ocağı ebesi anneye aşılarla ilgili bilgiyi verdikten sonra, sağlık eğitimi kapsamında bebek beslenmesi ve hijyen kurallarıyla ilgili bilgi veriyor, sorular soruyor. Bu arada, annenin sol memesinde meme çatlağı olduğu için bebeğini emziremediğini öğreniyor. Bunun üzerine anneyi sağlık ocağı hekimine götürüyor ve durumu hekime anlatıyor. Gerekli incelemeleri yapan hekim, anneye bir reçete yazıyor ve 15 gün süreyle bu ilaçları kullanması gerektiğini, bu dönemde bebeği emzirmemesini, emzirmeyen dönemde eğer ekonomik durumları uygunsa uygun bir mamayla, değilse ½ oranında sulandırılmış inek sütüyle bebeğini beslemesini, çatlaklar iyileştikten sonra emzirmeye başlayabileceğini söylüyor. Anne, teşekkür ederek ocaktan ayrılıyor.

**Çözüm 1: Annenin, bebeğini emzirmeye oldukça istekli olması, bebeğine yapılması gereken aşılarla ilgili bilgi almak istemesi olumlu bir durumdur. Meme çatlağı nedeniyle emzirmemesi yanlıştır. Emzirmeyen dönemde mama ya da inek sütü önerilmesi yanlış öneridir.**

Olağan koşullarda, bebeğe ilk dört ay yalnızca anne sütü verilmeli, başka yiyecek ve içecek verilmemelidir. Meme uçlarının yarık ya da çatlak olmasının en önemli nedenlerinden biri yanlış emzirme tekniğidir. Böyle durumlarda uygun pozisyonda bebek emzirmeli, emzirme sonunda bir damla süt meme ucunda bırakılmalıdır. Ağrı nedeniyle emzirmenin gerçekleştirilemediği durumlarda memedeki süt

birkaç gün boşaltılmalı (elle ya da pompa ile), sağılan süt temiz kapta toplanmalı ve kaşıkla bebeğe verilmelidir. Böyle sorunlarla karşılaşmamak için doğum öncesi bakım döneminde doğru emzirme tekniği anne adayına anlatılmalıdır. Bu konuda Sağlık Bakanlığı'nın kitabından yararlanılabilir.

## Öneriler:

1. Bebek, kısa süreli ancak sık emzirilmeli,
2. Emzirmeye daha az ağrıyan memeden başlanmalı,
3. Bebek çok acıkmadan emzirilmeli,
4. Her emzirişte oturuş pozisyonu değiştirilmelidir.

**Olgu 2:** Dr. Y.E. 32 yaşında ilk gebeliğini yaşayan bir anne adayıdır. Normal gebelik süreci sonunda eşinin de hekim olarak çalıştığı hastanede doğum yapmıştır. Tıbbi nedenlerden dolayı doğum sezaryenle gerçekleştirilmiştir. Dr. Y.E. sağlıklı bir bebek dünyaya getirmiş, doğumdan hemen sonra, bebek değerlendirilmek üzere yenidoğan servisine alınmıştır. Yaklaşık bir saatlik bir süre sonunda anne görevlilere bebeğini görmek ve emzirmek istediğini belirtmiş, ancak ilgililer bebeğin yenidoğan servisinde değerlendirildiğini, zaten sezaryen nedeniyle annenin anestezi aldığını ve bu durumda bebeğini emzirmesinin doğru olmayacağını belirtmişlerdir. Doğum sonrası ikinci saatin sonunda bebek annesinin yanına getirilmiş; sağlam, sağlıklı bir bebek olduğu belirtilmiştir. Anne bebeğini emzirmeye başlamıştır.

**Çözüm 2: Doğum sonrası hemen getirilme yerine ikinci saatin sonunda bebeğin annesinin yanına getirilmesi yanlıştır.**

Olağandışı durumlar dışında, doğumdan sonraki ilk yarım saat içinde en azından anneye bebeğin tensel temasını sağlamak için bebek annenin yanına alınmalıdır. Doğum sonrası bebeğin hemen emzirmeye başlanması plasentanın çabuk ayrılmasına, doğum sonrası kanamanın azalmasına yardımcı olacaktır. Annenin ilk gelen sarı sütü (kolostrum) bebek için çok önemlidir, **ilk aşı** olarak kabul edilir. Bu

\* Yrd. Doç.; Trakya Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD

\*\* Doç.; Trakya Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD

süt azdır ancak bebeğin besin gereksinimini çok önemli oranda karşılayabilmektedir. Bebeğe şekerli su, mama ya da inek sütü verilmemelidir. Sezaryenle doğum anne sütü vermeye engel değildir. Ancak ilk 24 saatte emzirmek güç olabilir ve anneye bir kişinin yardımcı olması gerekebilir.

**Olgu 3:** Ş.K. 30 yaşında, kadın, mimar. İki ay önce hastanede doğum yapmış. Sağlıklı bir bebeği var. Bebeğini emziriyor. Doğum sonrası iznini kullanıp çalışmaya başlamış. Süt iznini kullanarak bebeğini olabildiğince sık emzirmeye çalışıyor. Diğer zamanlarda sütünü sağarak buzdolabında saklıyor ve evde olmadığı dönemlerde bu süt bebeğin bakıcısı tarafından bebeğe veriliyor. İkinci aya geldiğinde bakıcı anneye bebeğin sık sık ağladığını, doymadığını sandığını söylüyor. Anne tedirgin oluyor ve izinli olduğu günlerde gerçekten de emzirmesine karşın bebeğin sık sık ağladığını görüyor. Anne, bebeğini yakındaki bir sağlık kuruluşuna götürüyor. Hekim yaptığı inceleme sonunda bebeğin sağlıklı olduğunu, merak edilecek birşeyin olmadığını, bu ağlamaların bebeğin doymamasıyla ilişkili olabileceğini söylüyor. Anneye, bebeğin ayına uygun bir mama almasını öğütüyor. Anne, hekimin önerdiği mamayı kullanmaya başlıyor. Mamayla birlikte bebeğin ağlamaları kesiliyor, şimdilerde hem bebek, hem anne, hem de hekim mutlu!..

**Çözüm 3: Annenin bebeğini sık emzirmeye çalışması, diğer zamanlarda sütünü sağarak buzdolabında saklaması, evde olmadığı dönemlerde bu sütün bebeğe verilmesi olumlu davranışlar...**

**İkinci ayda sık sık ağladığı için bebeğin doymadığının sanılması yaygın bir inanıştır. Bebeğe mama önerilmesi yaygın ancak yanlış bir davranıştır.**

Annelerin sütlerinin yetmediğini düşünmelerinin en önemli nedeni bebeğin ağlaması, sütün yetmemesinin nedeni ise sık emzirmemesidir. Anne sütünün yapısı bebeğin gereksinimlerine uygundur ve ilk 4-6 ay bebek gereksinim duyduğu tüm besini anne sütünden alabilir. Bu nedenle ilk 4-6 ay yalnız anne sütü bebek için yeterlidir. Ancak, bebeğin hasta olması, annenin bebeği yeterince sık emzirmemesi, bebeğin istediği süre kadar emzirilmemesi, 4-6 aydan önce ek gıdaya başlanması, bebeğin uygun pozisyonda emzirilmemesi sütün yetersizliğine neden olabilir.

Böyle durumlarda pratik olarak yapılacaklar aşağıdaki gibi sıralanabilir:

a. Anne sütü dışında besin almayan bebek günde altı kez idrar yapıyorsa,

b. İki farklı zamanda yapılan tartıda yeterli kilo almışsa süt yeterlidir. Birinci basamakta bu konuda yapılabilecek en güvenli işlem; bebek-çocuk izlem kartlarında büyüme izlem grafiklerinin her izlemede çizilmesi ve kart üzerindeki eğriler arasında sürekli yükselen bir grafik elde ediliyorsa bunun anneye açıklanmasıdır. Hem annenin hem de sağlık çalışanlarının bu konudaki başarısı ve mutluluğu doğum öncesi ve doğum sonrası bakım hizmetleriyle artacaktır.

**Olgu 4:** S.P. ve G.A. aynı mahallede yaşayan iki anne adayıdır. Her ikisi de yaklaşık altı aylık gebedirler. Genellikle sorunsuz bir gebelik yaşıyorlar. Gebeliklerinin dördüncü ayından bu yana bölgelerindeki sağlık ocağı ebelerince izleniyor; gebelik, doğum, loğusalık konularında bilgilendiriliyorlar. Ancak her iki anne adayı da memeleriyle ilgili sorunları olduğunu düşünüyorlar. Bayan S.P., meme uçlarının çok kısa olmasından yakınırken, bayan G.A. tam tersi bir durumdan yakınıyor. Anne adayları çözümü mahallelerine bakan ebe ile görüşmekte buluyor ve sağlık ocağına gidiyorlar. Yakınmaları dinleyen sağlık ocağı ebesi meme uçları kısa olan anne adayını, elindeki eğitim materyalini kullanarak bilgilendiriyor, diğer anne adayına ise özel olarak yapması gereken birşeyin olmadığını, aksine bu durumun bir avantaj olduğunu söylüyor.

**Çözüm 4: Gebelerin sağlık ocağı ebelerince izlenmesi, gebelik, doğum, loğusalık konularında bilgilendirilmeleri olumlu bir tutumdur. Meme uçlarıyla ilgili sorunları olduğunu düşünen anne adaylarına özellikle resimli eğitim materyalleri kullanarak bilgi verilmelidir.**

Meme uçlarının kısa ya da uzun olmasının nedeni doğumsaldır. Her iki durumda da yapılabilecek doğum öncesi bakım hizmetlerinin düzenli ve doğru verilmesidir. Bu anlamda kısa meme uçları doğum öncesi ve doğumdan sonra yapılacak egzersizlerle uzatılması, her iki durum için de uygun emzirme pozisyonunun anneye uygulamalı olarak anlatılması yararlı olacaktır. Uygun sıklık ve pozisyonda yapılacak emzirme işlemi meme uçlarıyla ilgili her iki durumun sorun yaratmasını önleyecektir.



### Olgu 5:

Aşılama çalışmaları için gidilen bir köy. İlçe merkezine 13 km, iki km yakınında güvenlik birimi var. Köy anayoldan bir km içerde, düz bir alanda kurulu. İlçede AÇS-AP merkezi var. İlçede RİA uygulama eğitim almış tek sağlık çalışanı (ebe) sağlık ocağında görevli. AÇS-AP merkezindeki sağlık çalışanlarından hiçbiri AP konusunda bilgi-beceri ya da danışmanlık eğitimi almamış.

Son bir hafta içinde bir bebeğin ishalden öldüğü öğrenilen bu köyde halen ishal olan bir bebeği görmek üzere evine gidildi. Bebeğin altı aylık olduğu, annesi yeniden hamile olduğu için anne sütünün kesildiği söylendi. "Hamile kadının sütü ishal yapar" inancı dile getirildi.

Babaya neden bu gebeliğin önlen(e)mediğini sorulunca, "Nasıl korunabiliriz?" yanıtını aldık. Bebek biberonla besleniyormuş. Biberonu görmek istedik; sararmış, emzik kısmı kapaksız bir biberondu. Bebeğin neyle beslendiği soruldu. Çay, bebe bisküvisi ve süt veriliyormuş. Biberon bugüne dek bir kez bile kaynatılmamış. Evde içme ve kullanma suyu olarak kuyu suyu kullanılıyor. Kuyu suyunun analizi hiç yapılmamış.

**Çözüm 5:** Sorun olan durumları baştan sona doğru saptayalım:

1. Uygun işe (AP hizmetleri) uygun çalışan (bilgi ve beceri eğitilmiş ebe, hemşire, doktor) sağlan(a)mamıştır. Kuşkusuz, AP hizmetleri için adres yalnızca AÇS-AP merkezleri değildir. Ancak bu merkezlerde çalışanların bu konuda donatılmış olmaları gerekir. Bu bir yönetim kusurudur. Atamalarda mezuniyet öncesi/sonrası alınan özel eğitimlerin (Aile Planlaması, Bilgi-Eğitim-İletişim Becerileri, Genişletilmiş Bağışıklama Programı, Temel Epidemiyoloji Kursu...) göz önüne alınması ve uygun yere uygun kişinin atamasının yapılması gereklidir.

2. Loğusanın hamileliği: Anne sütünün gebeliğe karşı koruyuculuğu **yalnızca anne sütüyle** gece dahil günde en az 10 kez besleme süresince ve bu sürede adet görmeme durumuyla ilişkili olarak en çok altı aya dek uzayabilmektedir. Ancak Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 1998 verilerine göre ilk ayda yalnızca anne sütüyle besleme ülkemizde çok düşüktür (% 14.2). Bu da laktasyon amenoresi metodu (LAM) ile korunmanın ülkemiz için pratik değerinin çok kısıtlı olduğunun işaretidir. Bu sağlık eğitimi, hizmete erişim kusuru göstergesidir. Gebelere doğum öncesi dönemde kesinlikle ulaşılmalıdır.

Bu süreçte etkin taraf sağlık çalışanları olmalı, bölgelerini en az ayda bir kez dolaşmalı, gebe, bebek, loğusa, çocuk ve 15-49 yaş kadın izlemlerini ilgili mevzuata (154 sayılı yönerge, Sağlık Bakanlığı genelgelerine) göre yapmalıdır.

3. Hamile loğusanın sütünün ishal yaptığı inancı ile emzirmenin kesilmesi davranışı "bebeği ishalden korumaya yönelik" bir ishal risk etmenidir. Hamilelerin sütünün ishal yapıcı etkisinin olduğu düşüncesinin bilimsel temeli yoktur. Ancak hamilelikle loğusalığın birlikte oluşu anne için kaldırılması çok ağır bir yüküdür. Bu yük annenin geçmişten gelen olumsuzlukları taşıdığı için işaretleriyle birleşince (hizmete erişememe, doğum öncesi bakım alamama, AP gereksiniminin karşılanamaması...) daha da ağır ve ölümcül olabilecektir.

4. Biberonla beslemenin bebekte akut ve kalıcı ishal gelişiminde risk etmeni olduğu bilinmektedir. Biberonun temizlenmesi güçtür. Bilgi, özen, enerji ve zaman gerektirir. Öyküden de anlaşıldığı gibi bu temizlik öğeleri açısından önemli bir özensizlik vardır. Önerilen uygulama anne sütüyle emzirmedir, bu sağlanamıyorsa bebek bardak ve kaşıkla beslenmelidir.

5. Bebeği besleme öğeleri bebeğin büyüme ve gelişimi için gerekli besinlerden uzaktır. Evde bulunan besin maddeleriyle hazırlanacak besinlerin (süt ürünleri, tahıl, sebze çorbası...) bebeğe verilmesi gerekir. Bunu da doğumdan önce başlayan sağlık eğitiminin bebek izlemiyle sürdürülmesi ile sağlamak olanaklıdır.

6. Temiz içme ve kullanma suyuna erişme sağlıklı olma hakkının bir parçasıdır ve kamunun görevidir. Ancak ne yazık ki kırsal alanda bu nitelikte suya erişen nüfus oranı %50'nin altındadır. Bu durum aileleri kuyu sularını kullanmaya zorlamaktadır. Ancak kuyu yerinin uygunluğu ve sularının sağlığa uygunluğunun denetimi sağlık ocakları eliyle yürütülmelidir.

7. Gezici hizmet, temel sağlık hizmetlerine erişimin artması ve hizmetin sürekliliğini sağlamada önemli bir yaklaşımdır. Sağlık ocağı hizmetlerinin temel sunum biçimidir. Bu özellikle sağlık hizmetine ulaşma sorunu yaşayan grupların sağlığını geliştirmede önemli bir yaklaşımdır. TNSA sonuçları hemen her zaman Doğu'da yaşayanları, kırsal alanlarda yaşayanları dezavantajlı; bu nedenle de hizmet için öncelikli gruplar olarak göstermektedir. Buradan hareketle her düzeydeki sağlık yöneticisi; gezici sağlık hizmeti sunulması için araç ve sağlık çalışanı gereksiniminin karşılanması, çalışanların eğitimi, güdülenmesi ve hizmetin denetimi üzerinde durmalıdır.

#### Kaynaklar

1- Anne ve Çocuk Sağlığında Öncelikler.

Prof.Dr. Olcay Neyzi

2- Anne ve Çocuk Sağlığında Temel Bilgiler. Prof.Dr. Olcay Neyzi,

3- Sağlık Bakanlığı, UNICEF. Emzirme

Döner Kitap.

4- TNSA 1998. Sağlık Bakanlığı, H.Ü.Nüfus

Etüdüleri Enstitüsü,

DHS Macro int.



Dr. Özlem Yılmaz\*

Görkem'in arkadaşı Deniz'in özellikle geceleri uykudan uyandıran öksürük ve hırıltılı solunum yakınması vardı. Bir haftadır antibiyotik ve öksürük şurubu kullanmasına karşın bir türlü düzelmeyordu. Götürdükleri doktor astım olduğunu söylemiş. Sultan bunu duyunca çok şaşırıldı. Görkem de süt çocukluğu döneminde benzer yakınmalarla doktora gittiğinde bronşiyolit olduğu söylenmişti. Bu ikisi arasındaki fark neydi, Görkem'de astım olabilir miydi? İlk fırsatta öğrenmeliydi bunları.

Hamilelikte sigara içimi ya da bilinmeyen diğer nedenlerle bazı bebeklerde bronşlar etkilenir. Etkilenen bu bebeklerde viral üst solunum yolu enfeksiyonları sonrasında hırıltılı solunum ve öksürük yakınmaları oluşur. Süt çocukluğu döneminde her viral üst solunum yolu enfeksiyonu ile ortaya çıkabilen bu hastalık bronşiyolit olarak tanımlanır. Bronşiyolitte en sık neden olan respiratuar sinsi viral virüsdür (RSV). Daha az sıklıkla parainfluenza tip 3, adenovirüs ve mikoplazmalar etkindir. Tedavide oksijen, hidrasyon ve bronkodilatatörden ( $\beta_2$ -agonist) yarar görürler. Steroidin yeri tartışmalıdır. Bronşiyolit 3-4 yaşından sonra görülmez. Astım ise süt çocukluğu ya da daha ileri bir yaşta başlar ve çoğu ergenlikte düzelenken bazılarının astımı yetişkinlikte de sürer.

Astım akut ataklarla giden bir hastalıktır. Bu ataklarda hasta gece öksürükle uykudan uyanır, hatta tüm gece bu nedenle uyuyamadığı bile olur. Nefes darlığı, hızlı soluk alıp verme, beyaz renkli balgam çıkarma da bu bulgulara eklenebilir.

Özellikle egzersiz sonrası kısa süreli öksürük ve nefes darlığı gibi yakınmalar da görülür. Atak tedavisinde bronkodilatatör ve steroid kullanılır. Astımlı hastanın steroid tedavisine belirgin olarak yanıt vermesi astım tanısını destekleyen önemli bir bulgudur.

Ayrıca astım tedavisinde antibiyotik, ekspektoran ve öksürük şuruplarının kullanılması, buhar uygulanması yanlıştır. Astım atağını viral enfeksiyonlar, sigara, hava kirliliği ve alerjenler (ev tozu, polen, kedi gibi) tetikler. Bu nedenle bunlardan korunmak tedavinin önemli bir kısmını oluşturur. Ayrıca astımlı çocuklarda akut ataklar, hastaneye yatma, üç kez ve daha fazla bronşiyolit geçirme öyküsü vardır. Yakın akrabalarda astım bulunması ya da çocukta atopik dermatit olması da astım için risk etmenidir.

Yineleyen hırıltılı solunumu olan hastada; astım ve bronşiyolit dışında yabancı cisim aspirasyonu, pnömoni, prematüritenin kronik akciğer hastalığı, doğumsal kalp hastalıkları, kistik fibrozis, bronşektazi ve gastroözefagial reflü de kesinlikle düşünülmelidir.

Bunları öğrenmek ve endişelerinin yersiz olduğunu görmek Sultan'ı rahatlatmıştı. Artık Deniz'in yanında daha dikkatli davranmalıydı. Görkem grip olduğunda Deniz'le oynamasına izin vermemeliydi. Ayrıca Deniz'in yanında ev temizlenmesine ve sigara içilmesine de engel olmaya karar verdi. Sigara konusu en çok babaanneyi hoşnut etmişti: "Aslında hanım hanımcık, iyi bir kızdır Deniz'in annesi; bir de şu sigara içmesi olmasa... Artık için de göreyim!" diyor, hafif çatık kaşlarıyla...

100-Mehtap (Aktaş) Kocaoğullar, 101-Mete Övde, 102-Muhammed Düşüncü, 103-Nur Günay, 104-Sedat Dağ, 105-Şerife Toryarlık, 106-Yasemin Durduran (Konya), 107-Fulya Genç, 108-Gönül Mesu, 109-Meryem Cesur Ter, 110-R. Bilge Sel, 111-Sabit Kaçmaz, 112-Seher Yeşilyurt (Kütahya), 113-Celalettin Eroğlu, 114-Mustafa Şahin, 115-Yeşim Durgun (Malatya), 116-Alparslan Demir, 117-İsmail Yalın, 118-Sıdıka Kuloğlu Şen, 119-Şehavet Işık, 120- Tuncay Şen, 121- Ünal Kartal, 122- Yaşar Ünal (Manisa), 123- Hamdullah Turan (Rize), 124-İlhan Özalp (Sakarya), 125-Selahattin Gür (Samsun), 126-Nurten Coşkun (Sinop), 127-Fatma Yücel Beyaztaş, 128-Özgür Demirkan, 129-Serdar Gürler, 130- Sevda Ünal (Sivas), 131-Apduh İpek, 132-Muhittin Pala (Şanlıurfa), 133- Ali Çakır, 134- C. Hakan Yıldırım, 135-Gülden Ayhan Karataş, 136- Mahmut Akdağ, 137-Mehtap Şen, 138- Nur Figen Akdağ, 139- Sevtap Yıldırım (Tekirdağ), 140-Ahmet Koçak, 141-Gülşay İlhan, 142-Mehmet Katumar (Tokat), 143-Ayşegül Temelli Öztürk, 144-Canan Öksüzoğlu, 145-Canan Sakalioğlu, 146-Meltem Seymen, 147-Ömer Bünyamin Sakalioğlu\* (Trabzon), 148-Gökhan İnce, 149-Murat Akgöl, (Yalova), 150-Mehmet Ömür Alasulu (Yozgat), 151-Kezban Tabak, 152- Saffet Aydın(Zonguldak), 153-Mustafa Yücel (Almanya)



*Dr. Orhan Odabaşı\*, Dr. Alfert Sağdıç\*\*,  
Dr. Cenap Yıldırım\*\*\**

Karşılaştığınız olayları bize aktarın. Konunun uzmanlarına, avukatlarımıza danışalım. Çabamız haklarımızı ve sorumluluklarımızı bilerek iş barışına katkıda bulunmak.

**Olay:** Dr. A.S. ilçede sağlık ocağında görev yapan tek hekimdir. Ulusal Aşı Günleri nedeniyle, yapılan hizmeti denetlemek amacıyla sağlık ocağına bağlı köye gidiyor. Ocağına bağlı personelin çalışmalarını izliyor. Ancak yapmış olduğu bu görev kaymakamlığa önceden bildirilen aylık çalışma programı dışındadır. Kaymakam, bir yakınına ilaç yazdırmak amacıyla sağlık ocağını aradığında Dr. A.S.'yi sağlık ocağında bulamıyor. Bu durum üzerine sağlık ocağı hekimi Dr. A.S. hakkında soruşturma açarak savunmasını istiyor. Dr. A.S. savunmasında Ulusal Aşı Günleri nedeniyle köye denetim amaçlı gittiğini ve yaptığı bu gezinin sağlık ocağı hekiminin görevleri arasında olduğunu belirtirken, soruşturmaya konu olan günde o köyde olduğunu yaptığı çalışmaları tanıklarla kanıtlıyor. Tüm bunlara karşın kaymakam bu gezi hakkında kendisine bilgi vermeyen Dr. A.S.'yi suçlu bularak uyarı cezası veriyor.

### Ne yapmalı?

Bugün dünyada su çiçeğinden sonra yok edilmesi istenilen ikinci bir hastalık çocuk felcidir. Bu hastalığı yok etmek amacıyla bütün dünya ülkelerinin kabul ettiği bir çalışma olan aşı kampanyaları ülkemizde Ulusal Aşı Günleri olarak yapılmaktadır.

Dr. A.S. 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'da belirtilen görev ve yetkileri çerçevesinde bölgedeki çocukları çocuk felcinden korumak amacıyla bu uygulamayı kendi sağlık ocağı bölgesinde tek hekim olarak yürütmeye çalışmaktadır. Bu hizmetin sunulmasında çocuklara aşı verilmesinin yanı sıra hizmetin daha iyi sunulması ve istenilen hedefe ulaşması için yapılması gereken en önemli çalışma personeli görev sırasında denetlemektedir. Dr. A.S. 154 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönerge'de de belirttiği üzere bu denetim görevini yapmaya çalışmaktadır.

Dr. A.S. aylık çalışma bildirim çizelgesinde sürekli olarak yaptığı gezi işlerini bildirmekle birlikte, rutin uygulama dışında gerçekleştirilen Ulusal Aşı Günleri çerçevesinde yaptığı gezi işini ilgili birimlere bildirmemesi bir eksiklik değildir. Çünkü bu uygulamanın kısa sürede yapılması ve başarıya ulaşması için denetim görevinin aksatılmadan sürekli yapılması gerekmektedir.

Kaymakamın açtığı soruşturma usulüne uygun olmamakla birlikte, Dr. A.S. bu soruşturmaya karşılık vereceği savunmasını Sağlık İl Müdürlüğü yetkililerinin de görüşlerini alarak vermesi daha uygun

olacaktır. Hatta durum hakkında Sağlık İl Müdürü'ne bilgi verilebilir ve kaymakam ile görüşmesi istenerek mantık dışı bu uygulamanın ortadan kaldırılması sağlanabilirdi.

Ayrıca Dr. A.S.'nin kendisine verilen bu ceza için itiraz hakkı var olup, bu hakkını kullanması gerekmektedir.

### 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (05.01.1961)

#### Madde 10:

Sağlık ocağının hizmeti en az bir hekim ve yeter sayıda yardımcı sağlık personelinin teşekkül eden bir ekip tarafından yürütülür.

Sağlık ocakları ve sağlık evleri her türlü koruyucu hekimlik hizmetleri, hastaların muayene ve tedavisi ile, sağlık ocağının kayıtlı şahısların sağlık sicillerini tutmakla mükelleftir.

### 154 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönerge

Sağlık ocakları bölümünde, sağlık ocaklarının görevleri arasında 26. görev tanımında "gezi işleri" yer almaktadır.

Aynı Yönergenin hekimin tanımı ve görevleri başlığı altında "Hekim, birlikte çalıştığı personelin hizmetlerini denetler ve onları hizmette eğitir" ibaresi vardır.

\*Asistan; S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği

\*\* Görele Devlet Hastanesi Dializ Ünitesi, Giresun

\*\*\* Dr.; Ph.D. SSK Bolu Hastanesi



Dr. Murat Sincan\*

Her gün sabah başlayan ve tüm gün süren bir koşuşturmacayla geçiyor. İlk hastayla başlayan, her an ortaya çıkabilen yeni bir sorun ya da yeni bir görev ile sonlanan çalışma gününün içinde durup düşününce aslında yaptığımızın çoğunlukla "yangın söndürmek" olduğunu görüyoruz. Yeni yangınların ortaya çıkmasını engelleyecek önlemleri planlamak ya da bu önlemleri uygulamaya geçirmek için çok az zamanımızı ayırıyoruz.

Yönetim bilimciler bunun "boşa kürek çekmek" olduğunu söylüyorlar ama hizmeti planlamak ve işleri kendi denetimimize altına alabilmek için bilgiye gereksinimimiz var.

Hangi hastalıklar daha sık görülüyor, bölgemizdeki bulaşıcı hastalıklar neler, aile planlaması hizmetlerinden yeterince verim alabildik mi? Ocağa başvuran hastaların yüzde kaçını sevk edildi? Tüm bu sorular ve daha niceyi yanıtlanmayı bekliyor. Pek çok hekim ve diğer sağlık personeli büyük fedakarlıklarla her ay bu veriler gibi nice veriyi toplayıp üst makamlara ulaştırma gayretinde ancak kimi zaman o kurumun özel gereksinimleri kimi zaman ise daha iyisini yapma çabası resmi kayıtlar için toplanan verilerle karşılaşamaz.

Çoğunlukla bir sağlık ocağında özel bazı kayıtlar tutulmak istenmekte ancak bu işin altından nasıl kalkılacağı bilinemediğinden bu projeler gerçekleşmemektedir. Hemen her bilgisayar kullanıcısının tanıştığı Office programları aslında bu tür gereksinimlere rahatlıkla yanıt verebilecek yeterliliktedir.

Tüm yazı işlerinizi **Word** gibi bir sözcük işlemci yardımıyla yapabilirsiniz. Böylece;

- \* Aynı yazıları bir çok kez yazmaktan kurtulur,
- \* Otomatik işlevleri kullanarak zamanı ve insan gücünü daha etkin kullanabilir,
- \* Daha kullanışlı çıktılar alabilir,
- \* Tüm yazışmalarınızı bir arşivde saklayabilir,
- \* Yazılarınıza simgeler ya da resimler ekleyebilir,
- \* Yazım denetimi yaptırabilirsiniz.

Ocağınıza ilişkin bilgileri, gelir giderleri ya da aylık formlar için topladığınız verileri **Excel** gibi bir hesap tablosu programında tutarak,

- \* Verilerinizi belli bir düzen içerisinde saklayabilir,
- \* Grafik çizdirme, basit istatistiksel hesaplamalar yapma gibi işlevler kullanabilir,
- \* Arama, sıralama ve süzme işlevlerini kullanarak

verilerinizi daha etkin değerlendirebilirsiniz.

**Powerpoint** gibi bir sunum programını kurum içinde ya da halka vereceğiniz eğitimleri hazırlarken kullanabilirsiniz. Böylece hem daha etkili dersler ve sunumlar hazırlayabilir hem de hazırlamış olduğunuz eğitim materyalinin başkalarının kullanılmasını sağlayarak daha büyük sayıda insanın daha etkin bir eğitim almasını sağlayabilirsiniz. Böyle bir program yardımı ile hazırlamış olduğunuz eğitim gereçleri birkaç tıklama ile internetten izlenebilir biçime dönüştürülebilir.

Son olarak **Access** olarak bilinen veri tabanı programına bakalım: Veri tabanı bilgilerin belli bir mantıksal düzen içinde tutulmasıdır. Kaos ve belirsizlik ile düzenli bilgiye dayanan yönetim arasındaki farkı belirleyen de bu küçük ayrıntıdır. Bir veri tabanı aslında tüm sağlık ocağı bilgisinin kalbini oluşturur. Bilgilerin bir veritabanında tutulmasının kurumunuza sağlayabileceği olası yararlar:

- \* Kurumunuza tedavi amacıyla başvuran bir hastanın daha önceki yakınmaları, aldığı tedavilerin bilinmesi,
  - \* Başka bir nedenle başvuran bir bebeğin aşı takvimine göre bazı aşlarının yapılma zamanının geldiğinin anlaşılıp o ziyaret sırasında aşlarının da yapılabilmesi,
  - \* Bulaşıcı bir hastalık nedeniyle başvuran hastanın evinde yaşayan diğer bireylerin ve tüm yakın komşularının adres ve telefonlarını içeren listenin elde edilmesi,
  - \* Belli bir yaşın üzerindeki kadınların son bir ay içinde başvurularının veri tabanı içinden seçilerek adreslerini gösteren listenin dökülmesi,
- Özellikle veri tabanı uygulamasından söz ederken verilen örneklerin gerçek yaşamda uygulanabilmesi için doğal olarak bu verilerin önce bilgisayara girilmesi gerekmektedir. Bu zor ve zahmetli iş bir kez düzenli olarak yapıldıktan sonra ise tüm bu yukarıda sayılan işlevlere sahip olmak biraz ilgi ve merak duyan bir sağlık çalışanının altından kalkamayacağı bir iş olmaktan çıkar.

Bu yazıda adı geçen programlar Microsoft şirketinin Office paketinde bulunmaktadır ve yaygın bir kullanıcı kitlesine sahiptir. Aynı olanakları sağlayan başka yazılımlar da piyasada bulunmaktadır.





"Dünyaya anlaşılacak için değil, anlamak için geldik" diyen; Hacettepe Dönem 3 stajyerlerinin halk sağlığı stajında "... stajyerlerin staj sırasında karşılaştıkları zorlukları yerinde tespit eden ilmi, kronolojik, bazı kısımları yazılı, bazı kısımları resimli, en affili... alı al, moru mor" bir anı defteri vardı. "Ön lakırdısı"nda "Ergazi'yi gelip de görmeyenin, görüp de memleket sorunlarına çözüm düşünmeyenlerin, düşünüp de karşılaştığı zorlukları, gördükleri yenilikleri, başından geçenleri bu deftere yazmayanların...." diye süren bir anı defteri. Yıl 1969'du. Bugün memleketin başında olanlar yine oralardaydı. Bunun gibi o yıldan bugüne değişmeyen pek çok şey vardı. İşte günlükten satırlar:

## 14 Ocak 1969 Ergazi

Fakültemizi arkamızda bırakarak saat 13:50'de Ergazi Sağlık Ocağı ile sağlık ocağı lojmanları arasındaki sahaya salimen ve kamilen indik. Çok sevgili hocamız Cahit Başkök (1) bizleri uğurlamak zahmetinde bulundu, ellerimizi sıkarak "yaramazlık yok çocuklar ağnaşıldı mı?" dedi. Biz de "tamam hocam" dedik ve kendisini uğurladıktan sonra ilk işimiz sağlık ocağı şöförü ile hemşiresi ve sevgili Şerafettin (hizmetli) kar topuna tutmak oldu. Dün saat 14:00'de 525 Erdal Akalın (2) ve 509 bendeniz Yücel Tanyeri (3)'yi kapıda sağlık ocağı hemşiresi Türkan Kuzey ve Sekreter Meliha "Melış" karşıladılar. Efendim sizden iyi olmasınlar iyi insanlar ve bavulları odaya bıraktıktan sonra saat 17:30'a kadar kendileriyle sohbet ettik. Dışarıda 15 cm kar ve 137 cm soğuk vardı. Biz salondaki büyük taş sobanın yanına oturduk. O soğuktan gelip o sıcakta oturup nasıl çatlamadık diye hayret etti sağlık ocağı personeli. Biz "bu bi numara değil daha ne hünerlerimiz var" dedik, hayretleri arttı. Şerafettin samimiyeti artırmak için sigara ikram etti, ikimiz de sigara içmediğimiz için ağzı hayretten açık kaldı. Erdal onun ağzını kapatmak için mandibulalarına yapıştı ama kapatamadı. Halbuki maksillasını aşağıdan itseydi ne güzel dilini ısıracaktı.



Resim 1. Erdal Akalın, sağlık ocağı önünde.

... şu anda gaz lambasında o kadar az gaz kaldı ki...

## 15 Ocak 1969

İki gecedir ışığımız yok. Dün akşam saat 18:30'da ocak hekimi Dr. Ayşe Hanım (4)'la tanıştık. Fakat ne o bizi görebildi ne de biz onu. Yok yok mektupla tanışmadık, hava biraz kararmıştı da...

Bugün hocalarımızdan Dr. İsmail Topuzoğlu (5), yanında bir İngiliz'le geldi. Akşam biz kendimize mükellef bir sofraya hazırladık. Köylerde aç kalırsınız diyenler, üniversite yemekhanesinde 150 kuruşa yemek yiyen ve beslenemeyen bedbahtlardır.

## 16 Ocak 1969

Bugün 08:30'da Ocak'tan ayrıldık ve 17:30'da salimen -evet nasıl olduğuna şaşarak- geri döndük. Çok verimli bir gündü.

## 17 Ocak 1969

Sabah yerde bir karış karla uyandık. Ufacık cipin içinde 6 kişi ve sandıklarla sallana sallana yola çıktık. Önce Etimesgut'a uğradık. Sonra ebe hanımla buluşmak üzere Susuz'a yola çıktık. Buluşamayınca ver elini Teşrek. Etraf bembeyaz kar tarlası. Gözlabildiğine uzanan soğuk bir çöl. Daha önce geçmiş bir arabanın izlerini izleyerekten ilerliyoruz. Araba bazen kayıyor.

... Nihayet İstanbul yoluna çıktık. Zincir gürültüleri arasında ilerliyoruz. Sağda bir tanker şarmpole yuvarlanmış. İleride tüm vasıtaları kuyruğa sokmuşlar. "Ne oldu?" diyoruz. Biraz ilerde top atışları olduğunu ve yolun iki saat trafiğe kapatıldığını söylüyorlar. Biz "doğum var" diyor, en öne geçiyoruz. Dr. Ayşe Hanım elinde maşayla kulubeye girip iki dakika sonra onbaşıyı yenmiş olarak çıkıyor. Atışa 10 dakika ara ve geçmeye izin verilmiştir.

**Resim 2.** Tülay Kansu, Füsün Sayek, sağlık ocağındaki çalışma arkadaşlarımız.



... binbir zorlukla Orhaniye köyüne ulaşıyor ve ilk ziyaretimizi köy okuluna yapıyoruz. 4 ve 5. sınıf birarada ders yapıyorlar. yerdeki tahtalara basınca 54 model dolmuşlar gibi sallanıyor her taraf. Çocuklar ateş gibi ve ataklar. Önce doktor hanım onlara verem konusunda güzel bilgiler verdi. Daha sonra köy odasına gittik ve gelenlerin muayenesini yaptık. Semptomatik teşhis, semptomatik tedavi yapıyoruz. Laennec devri hekimliği gibi. 20 kişiye baktık, saat 15:00'de bir tepsi içinde önümüze yumurta, yoğurt, peynir, bazlama tabir edilen kara ekmek getirdiler.

#### **6 Nisan 1969**

Bugün Füsün(6) ve Tülay(7) Kazan'a geldik. Herkesin kapılarda bizi bekliyor olacağını sanırken şaşkın bakışlar altında kendi odamızı kendimiz bulmak zorunda kaldık. Buluncaya kadar da yüznumaradan ilaç dolabına kadar bütün kapıları denedik. Öğle saatlerinde Şevket Efendi geldi ve 30 dakikalık konuşmasında sosyalizasyonun Kazan'da nasıl kurulduğu ve o günden bu yana ne şekilde işlediği konusunda çok iyi bilgiler verdi ve böylece bizden önce orada olan herkesin özel hayatına, onun özel arşivinden gösterdiği fotoğraflarla da rahatlıkla girdik.

#### **9 Nisan 1969**

Bu sabah Etimesgut'tan eğitimciler ve Güney Afrika'dan iki sosyal hizmet uzmanı geldi. Birlikte Halkavun'da çevre sağlığı şartlarını izlemek ve çocuklara bulaşıcı hastalıklar konusunda filmler göstermeye gittik. Neticede müşahade ettik ki çocuklar bulaşıcı hastalıklar konusundan bizden fazla şey bilmektedirler. Öğleden sonra Kazan Ortaokulu'nda Kanser Haftası münasebetiyle öğrencilere hitaben yapılan konuşmada doktor

bey bir ara dalgınlıkla çocuklara anatomi okuyup okumadıklarını sordu. Onların anatomi okumamış olduklarını gözlerinde korku ifadesi olmamasından anladık.

Akşamüstü ocak personeliyle voleybol oynadık.

#### **17 Nisan 1969**

Kazan Sağlık Ocağı çevresinde epidemiyolojik bir sorun olarak müşahade ettiğimiz konular:

##### **1- Parazit Meselesi:**

1,5 haftalık stajımız esnasında görebildiğimiz ve tespit edebildiğimiz kadarıyla Kazan yöresi toplumda parazit oranı pek çoktur. Biz bunları laboratuvarında, gece bulaşık yıkayıp, gündüz gaita sulandırdığımız musluk ve bir Leuvenhok mikroskobu yardımı ile ve bütün sağlık personelinin oybirliği ve de sevinç çığlıkları ile tespit etmekteyse de, aslında böyle bir bilimsel metoda hiç lüzum olmayıp, parazitler toplumda gözlerinden bile tanınmaktadır. Bizi pek şaşırtan bu yüksek parazit oranını diğer bazı toplumlardaki değerlerle kıyasladığımızda, parazit sorununun onlarda da bizimkinden daha fazla önem kazandığını gördük. Her zaman içinde yaşadığımız insanlar arasında da pek çok parazit bulunabileceği düşüncesiyle, parazitlerden korkmamamız ve onlarla savaşmamız gerektiği sonucuna vardık. Bu nedenle, savaşımızın ilkelerini kısaca şöyle özetledik:"İnsanlara kurtlarını dökmek için fırsat vereceksin. Parazitlerin başını, gördüğün yerde ezeceksin."

##### **2- Gebelik:**

##### **3- Köpekler:**

Köye giden yabancılara hele de stajyerlere özel affinite gösteren bu yaratıklar, insanın korkudan aklının oynamasına veya öd'ünün kopmasına, taşikardiye sebep olabilmeleri bakımından gerek ruh, gerekse vücut sağlığı için tehlikeli olmaktadır.

##### **4- Daha sonra bu duruma bir de arıları ekledik.**

##### **Anılarda geçen kişiler:**

(1) Prof.Dr. Cahit Başkök: Türkiye'nin yetiştirdiği en iyi halk sağlıkçılardan olan hocamızı saygı ve sevgiyle analım. (2) Prof. Dr. Erdal Akalın: İç Hastalıkları Profesörü, İstanbul, (3) Prof. Dr.Yücel Tanyeri: KBB Profesörü, Samsun, (4) Prof.Dr.Ayşe Akın: Halk Sağlığı Profesörü, Hacettepe, (5) Prof. Dr. İsmail Topuzoğlu: Halk Sağlığı Profesörü, (6) Dr. Füsün Sayek: STED Editörü, (7) Prof. Dr. Tülay Kansu: Nöroloji Profesörü, Hacettepe.



Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un 1961 yılında yürürlüğe girmesinden beri 40 yıl geçti. Bu süreçte pek çok sağlık çalışanı ülkemizin her köşesinde özveriyle sağlık hizmeti üretti. 26-27 Mayıs 2001 tarihinde TTB tarafından "40. Yılında Sosyalleştirme" konulu bir genel kurul yapılacaktır.

**Tarih:** 26 Mayıs 2001

**Yer:** Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Morfoloji Salonu

09:00 **Açılış**

Fusun Sayek

09:15 Konferans: **1961 (Dünya, Türkiye, 1961 Anayasası)**

Metin Çulhaoğlu

10:30 Panel: Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası

(1961 Anayasası'na göre sağlık hizmeti anlayışı, yasanın özellikleri felsefesi, yasanın yanındaki/karşısındaki güçler, yasa bugün ve yarın Türkiye'nin sorunlarını çözer mi?)

Oturum Yöneticisi: Talat Doğan

Hamdi Aytekin, Kurthan Fişek, Necati Dedeoğlu

14:00 Forum: **1978 II. Sosyalleştirme Genel Kurulu'ndan Bugüne...**

**... Bugünden Yarına Türkiye'de Sağlık Hizmetleri**

Oturum Yöneticisi: Ata Soyer

Sunu Başlıkları:

İnsan Gücü

Yönetim

Finansman

Örgütlenme

Eğitim

Kayıhan Pala

Gazanfer Aksakoğlu

İlker Belek

Zafer Öztekin

Şadi Yenen

17:30 **Sonuç Raporunun Okunması ve Kapanış**

**Tarih 27 Mayıs 2001**

09:00 - 16:00 **Birinci Basamakta Sosyalleştirme Yasası'na Uygun Sağlık Hizmet Sunumu**

**Engeller**

**Öneriler**

Ön Sunular

Yasaya Uygun Hizmet Sunum Örnekleri

Yasaya uygun birinci basamak hizmetinin özellikleri

**Grup çalışmaları**

(II. günlük oturuma katılmak için en geç 15 Mayıs 2001 tarihine kadar başvuruda bulunulması gerekmektedir.)

(Başvuru halinde katılımcıların gidiş-geliş otobüs ücretleri karşılanacak olup konaklamak için sekreteryadan seçenekler sunulacaktır.)

**İletişim Adresi:**

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ MERKEZ KONSEYİ

GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil Sok.

No:2 Kat:4, 06570 Maltepe / ANKARA

Tel: (0 312) 231 31 79 (pbx) Faks: (0 312) 231 19 52 - 53

e-posta: [ttb@ttb.org.tr](mailto:ttb@ttb.org.tr)

<http://www.ttb.org.tr>



## Tanı: Noonan Sendromu.

Hastanın yapılan fizik incelemesinde, boy ve kilosunun %3'ün altında olması, hipertelorizm, mikrognati, yüksek damak, maloklüzyon, yele boyun, düşük arka saç çizgisi, pektus ekskavatum, pubertal gecikme, mikropenis bulgularının olması; ekokardiyografik değerlendirmede VSD, subvalvuler aort stenozu saptanması ve kromozom analizinin 46 XY bulunması sonucunda **Noonan Sendromu** tanısı konuldu.

Noonan Sendromu ilk olarak 1883'te kalın boyun, kulak kepçesi kıvrımlarında eksiklik, arka saç çizgisinde düşüklük olan 20 yaşındaki erkek hastada Kobilinsky tarafından rapor edildi. Bazı klinik özellikleri Turner Sendromu'na benzemekle birlikte, kromozom analizi normaldir. Turner Sendromu yalnızca kızlarda görülüp, nedeni cinsiyet kromozomunun yokluğudur. Noonan Sendromu'nun insidansı 1/1000-1/2500'dür. Her iki cinste de eşit olarak görülür. Olguların %50'sinde aile öyküsü vardır. Aile öyküsü olanlarda otozomal dominant geçiş gösterilmiştir. Aile öyküsü olmayanlarda sporadik olarak görülmektedir.

Kısa boy sık görülen bir belirtidir. Olguların %83'ünde boy kısalığı vardır. Doğumda ortalama boyları 47 cm'dir. Kısa boyun etiyojisi belli değildir. IGF-I değerleri düşük ya da normalin alt sınırındadır. Büyüme hormonu uyarı testleri normaldir. Hastamızda da büyüme hormonu uyarı testlerine yeterli yanıt alınırken IGF-I düzeyi düşüktü. Noonan Sendromu'nda pubertal büyüme gecikir ya da olmaz. Hastamızda fizik inceleme bulgusu ve test sonuçları ile pubertal gecikme saptandı.

Noonan Sendromu'nun fenotipik özelliklerinden hipertelorizm yeni doğan döneminde olguların %95'inde bulunmuştur.

Düşük ve arkaya dönük kalın heliksli kulaklar (%90) kalın filtrum, yüksek damak (%45), mikrognati (%25), boynun altında ek deri katlantısı ve düşük arka saç çizgisi yaygın bulgulardır.

Olguların 2/3'ünde doğumsal kalp defektleri görülür. Pulmoner kapak anomalileri (%50), ASD (%10), asimetric septal hipertrofi (%10), VSD (%5), PDA (%3) oranlarında görülür. Hastamızda da ender görülen bulgulardan olan VSD ve subvalvüler aort stenozu saptandı.

Olgularda pektus karinatum ve pektus ekskavatum tanı koymada yardımcı bulgulardandır. Kubitus valgus (%50), kısa parmaklar (%30), vertebral ve sternal anomaliler (%25), dental maloklüzyon (%35) görülür. Son çalışmalarda Noonan Sendromlu hastalarda nörofibromatozise sık rastlandığı gösterilmiştir. Noonan Sendromlu olguların %20'sinde hafif derecede kanama sorunları görülmüştür.

Noonan Sendromlularda IQ skoru 50 ile 119 arasındadır (N:85-115). Olguların 1/3'ünde IQ 52-69 olup, hafif mental retarde kabul edilmişlerdir. Bununla birlikte üstün zekalı olgular da saptanmıştır.

Noonan Sendromu'nun komplikasyonlarının çoğu; cerrahi, medikal, özel eğitim ve konuşma terapisi ile tedavi edilebilir. Kalp defektlerinin bir kısmı, pektus ekskavatum, pektus karinatus, strabismus, ptozis, inguinal herni ve kriptorşidizm cerrahi olarak düzeltilebilir. Hafif kanama bozuklukları medikal tedavi ile düzeltilebilir. Büyüme hormon eksikliği saptanırsa büyüme hormonu replasman tedavisi yapılabilir. Androjen eksikliği hormon tedavisi ile düzeltilmelidir.

Burada boy kısalığı yakınması ile başvuran her olgunun fenotipik özelliklerinin yeterince değerlendirilmesi gerektiği bu olgu ışığı altında vurgulanmak istendi.

## Okuyucu Danışma Kurulumuza Girmek İster misiniz?

Lütfen, bize elinizdeki sayı ile ilgili değerlendirmenizi yazınız. Sizden gelecek her türlü öneri ve eleştiri bizim için çok önemli. Bundan sonraki sayıları sizin katkılarınızla birlikte hazırlayalım. İletişim kolaylığı için telefon numaranızı, açık adresinizi, varsa elektronik posta adresinizi eklemeyi lütfen unutmayınız. **Bilimsel ve Dostça...**





Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un 1961 yılında yürürlüğe girmesinden beri 40 yıl geçti. Bu süreçte pek çok sağlık çalışanı ülkemizin her köşesinde özveriyle sağlık hizmeti üretti. 26-27 Mayıs 2001 tarihinde TTB tarafından "40. Yılında Sosyalleştirme" konulu bir genel kurul yapılacaktır. Bu kapsamda konusu serbest olan bir fotoğraf yarışması düzenlenmiştir.

## Katılma Koşulları:

1. Yarışmaya tüm sağlık çalışanları katılabilir.
2. **Her yarışmacı en fazla beş renkli fotoğrafla katılabilir.**
3. Fotoğraflar daha önce herhangi bir yarışmada ödül almış olmamalıdır.
4. **Fotoğraflar en az (18x24), en çok (30x40) cm boyutunda olmalıdır.**
5. Fotoğrafların arkasına yapıştırılacak etikete bir rumuz ve sıra numarası yazılacaktır (Aynı yarışmacının tüm fotoğraflarında aynı rumuz kullanılacaktır). Bu rumuz hazırlanacak olan katılım formuna da yazılacaktır.

### 6. Katılım formunda:

Yarışmacının adı soyadı,  
Mesleği,  
Çalıştığı yer,  
Adresi,  
Telefonu,  
Varsa e-posta adresi  
Fotoğraf(lar)ın ad(lar)ı,

Çekildiği yer ve içeriğiyle ilgili açıklama sıra numarasına göre yazılacaktır.

Bu form bir zarfa konularak kapatılacak ve üzerine yalnızca rumuz yazacaktır. Bu zarf ve fotoğraflar posta ve ulaşım sırasında hasar görmeyecek biçimde paketlenip 7 Mayıs 2001 tarihine kadar "Fotoğraf Yarışması" TTB, GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil Sok. No:2 Kat:4 Maltepe 06570 Ankara adresine gönderilecektir.

7. Seçici kurul tarafından yapılacak değerlendirme sonunda büyük ödül olarak Canon Eos-300 marka fotoğraf makinesi verilecektir. Ayrıca üç kişiye başarı ödülü olarak tanınmış fotoğraf sanatçılarının albümleri, TTB yayınlarından oluşan birer armağan paketi ve plaket sunulacaktır. Yarışmada ödül alan ve uygun bulunan diğer yapıtlar Genel Kurul sırasında sergilenecek, TTB yayınlarında ve sağlıkla ilgili eğitim, sanat vb. etkinliklerde isim belirtilerek kullanılabilir.

8. Yarışma sonrası ödül kazanan ve sergilenen eserlerden oluşan bir katalog seçici kurulun onayı ile hazırlanacak ve yarışmaya katılanlara gönderilecektir.

9. Ulaşım sırasında olabilecek gecikme ve hasardan TTB Yarışma Komitesi sorumlu olmayacaktır.

### 10. Yarışmaya katılmak bu koşulların kabul edilmesi anlamındadır.

#### Seçici Kurul:

- Prof. Dr. Erdal Akalın (Fotoğraf Sanatçısı)
- Prof. Dr. Mehmet Beyazova (GÜTF, Öğretim Üyesi, Fotoğraf Sanatçısı)
- Dt. Nevzat Çakır (Fotoğraf Sanatçısı)
- İbrahim Demirel (GÜ İletişim Fak. Öğretim Üyesi, Fotoğraf Sanatçısı)
- Dr. Mehmet Gökağaç (Fotoğraf Sanatçısı)
- Hafize Kaynarca (Fotoğraf Sanatçısı-FSK)
- Dr. Mehmet Özen (TTB Temsilcisi)

Şubat sayımızda yayınladığımız dosya 24'ü anımsatıp, gelen yanıtları ve TTB Yüksek Onur Kurulu'nun kararını yayınlıyoruz.

**Dosya 24:** Dr. E.C.: Erkek, KBB hastalıkları uzmanı, özel çalışıyor, muayenehanesi var.

TTB başka bir hekimi şikayet ederken kullandığı ifadeler nedeniyle Dr. E.C. hakkında soruşturma başlatılmasını istemiştir. Dr. E. C. şikayet dilekçesinde "... kanunları ya da tüzükleri çıkarmak sorun değildir, siz de birlik olarak sözde kalan birçok toplantılar ve bildirimler yapmaktasınız." ifadesini kullanmıştır.

Ayrıca tabip odasının, Dr. E. C.'nin hekimlere dağıttığı bir broşürün reklam niteliği taşıdığı uyarısı üzerine, Dr. E.C. şu yanıtı vermiştir: "... ancak bu mid-lazer cihazının muayenehanemde olduğunu iftiharla ve her vesile ile ve her tarafta söylemek, evvel emirde benim vatandaşlık görevimdir. Tıpkı sizin ön ayak olup ... hastanesinin almış olduğu ultrasound cihazının tanıtımı için ... Otelinde hem de içkili kokteyl verip tanıttığınız ve yine Doç. Dr. E. E'nin ultrason cihazının tanıtımını muayenehanesinde içkili yaptığı tanıtım (hepiniz orada idiniz) gibi tanıtım yaptığınızdan mı bana bu yazıyı gönderdiniz? Yukarıdaki misaller reklam değil midir? Ben ne kimseye getirdiğim cihaz için içki ikram ettim, ne de onlara fıstık yedirdim. Çünkü fıstığı ve içkiyi içen bir kimsenin objektif karar vermesi elbette imkansızdır."

**Siz olsaydınız, kusur olup olmadığına, varsa derecesine nasıl karar verirdiniz?**

### Dosya 24'e ilişkin yanıtlardan:

**Yanıt 1:** Dr. E.C. ifadesinde kullandığı terimlerle TTB'yi küçümsemekte ve işe yaramaz olarak göstermektedir. Ayrıca kendince hakaret etmektedir.

Aldığı Mid-lazerin reklamını açıkça yapmak ve bu konuda broşür dağıtmak yasal olarak doğru değildir.

Ultrason cihazı ile ilgili sözleri ne derecede doğru bilemiyorum.

Dr. E.C.'nin bende uyandırdığı kanı deontolojik davranmayan şarlatanlığa yatkın birisi olduğu yönündedir. Yaptığı işler ve kullandığı terimler dolayısıyla 6/8 kusurludur. Bu kişi izlenilirse ilerde daha büyük kusurları çıkacaktır.

**Dr. Alfert Sağdıç/Giresun**

**Yanıt 2:** Dr. E.C. kendi muayenehanesinde kullanmak için aldığı cihazı tanıtmak amacıyla kullandığı yöntem açısından bir sorun olduğunu düşünmemekteyim. Çünkü serbest piyasa ekonomisinin uygulandığı ülkemizde rekabet edebilmek için kişi ya da kurumlar istediği biçimde tanıtım yapma hakkına sahiptir. Dr. E.C.'de kendi için uygun olduğu düşündüğü bir yöntemle cihazın tanıtımını yapmıştır.

Bununla birlikte Dr. E.C. bu olaydan dolayı karşısına aldığı Türk Tabipleri Birliği hakkında söylemiş olduğu sözler uygun değildir. Çünkü Türk Tabipleri Birliği hekimlerin haklarını savunmak amacıyla vardır ve biz hekimler örgütümüze destek olmalıyız.

Dr. E.C.'ye TTB için söylediği sözler hakkında ilin tabipler odası tarafından soruşturma açılması, soruşturma sonunda yasal cezai işlem yapılma yerine yalnızca sözlü bir uyarı ile geçiştirilmesi uygun olacaktır. Çünkü Dr. E.C.'yi kaybetmek yerine meslek örgütümüz içinde kazanmak daha uygun olacaktır.

**Dr. Cenap Yıldırım/Bolu**

### Tabip Odası Onur Kurulu Kararı: Uyarı

**YOK Kararı:** "... ifadesi oldukça sert bir eleştiri olmakla birlikte, uyarı cezasına karşı verdiği itiraz dilekçesinde hakaret kastı olmadığını daha iyi anlaşılabilirlikle bildirmesi, doğrudan doğruya birliği hedef tutan bu eleştirinin samimi bir yakınma olarak kabul edilmesine ve uyarı cezasının kaldırılmasına oy birliği ile karar verildi.

**Dosya 26:** Dr. C.E.: Erkek, kadın hastalıkları ve doğum uzmanı, Askeri Hastanede çalışıyor, muayenehanesi var. Dr. C.E., izlediği bir gebede, muayenehanesinde ultrasonla incelemesine karşın, meningoseli saptayamamıştır. Hasta, hekimi ... Tabip Odası'na şikayet etmiş, ayrıca adli yargıya başvurmuştur.

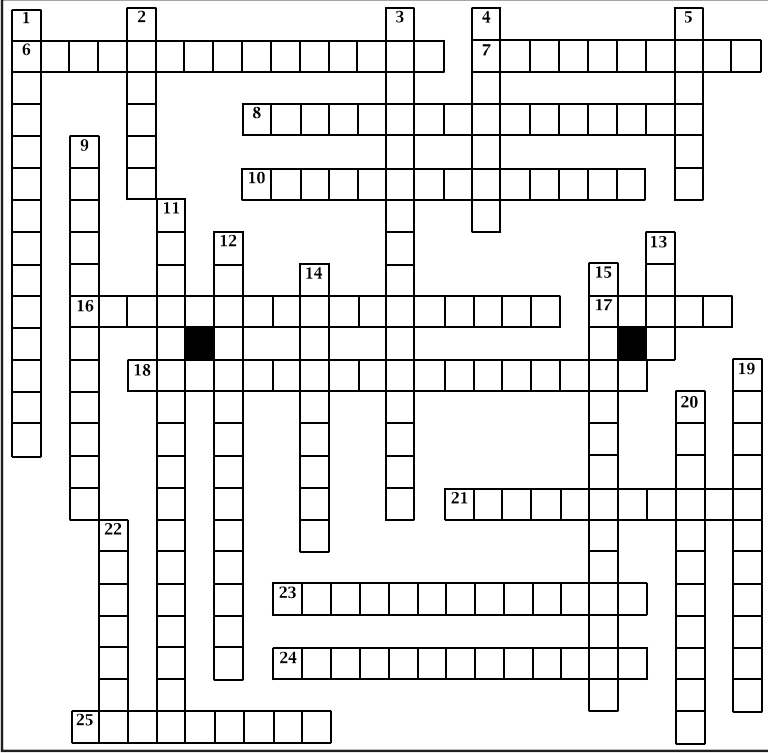
**Siz olsaydınız, kusur olup olmadığına, varsa derecesine nasıl karar verirdiniz?**

Dosya 26'ya ilişkin görüşlerinizi bekliyoruz. Yanıtlarınızı ve TTB Yüksek Onur Kurulu kararını Haziran 2001'de yayınlaya-cağız.

# Ödüllü Bulmaca



Bulmacamızda yer alan soruları bu sayımızdaki yazılardan seçtik. Doğru olarak yanıtlayıp **15 Haziran 2001** tarihine dek bize gönderen okuyucularımıza **2 TTB-STE Kredi Puanı** veriyoruz. Ayrıca 5 kişiye TTB tarafından yayınlanan **"TTB Öykü Anlatı Yarışmalarından Öyküler"** adlı kitabı armağan edeceğiz. Bulmacanın çözümünü **Temmuz 2001** sayımızda yayınlayacağız.



1- Fenotip özellikleri arasında hipertelorizm, düşük ve arkaya dönük kalın heliksli kulaklar, kalın filtrum, yüksek damak, mikrognati, boyun altında ek deri katlantısı ve düşük saç çizgisi bulunan doğumsal bir hastalık, 2- Hayvanlardan insanlara bulaşan hastalıkların genel adı, 3- Yetişkinlerden kan örneği almak için en uygun damar, 4- Özel biyokimyasal testler ve lenfosit incelemeleri için kullanılan yeşil kapaklı kan tüplerinde bulunan antikoagülan madde, 5- Kapiler kan alımında kullanılan gereç, 6- Çocuklarda eklem ağrısına neden olan ortopedik hastalıklardan biri, 7- Ligament, tendon ya da fasyaların kemiklere yapıştığı yerlerde ağrı ile belirgin hastalıkların genel adı,

8- Ülkemiz için en önemli olan postenfeksiyöz artrit, 9- Küçük serebellum, oksipital ve frontal lobların anormal yuvarlaklığı, dar süperior temponal girus ile belirgin hastalık, 10- Şap hastalığı etkeninin içinde bulunduğu virüs familyası, 11-Şap hastalığının etkeni olan virüs, 12- Çocuklarda eklem ağrısı yapan romatizmal hastalıklardan en sık görüleni, 13- Yalnızca anne sütü alan bebeklerde beslenmenin yeterli olduğu gösteren günlük idrar sayısı, 14- Mikrosefali olgularında aile öyküsü alınırken sorgulanması gereken risk etmenlerinden biri, 15- Birincil mikrosefali nedenleri arasında bulunan ve çocuklarda serebral kasifikasyonların direk grafide saptanabildiği doğumsal enfeksiyonlardan biri, 16- ARA'nın tanısında belirleyici olan Jones göstergeleri arasında bulunan majör bulgulardan biri, 17- Çocuk acil servislerinde planlama ve hazırlık yapılırken öncelikle düzenlenmesi gereken koşullardan biri, 18- Bebeklerini günde en az 10 kez emziren kadınlarda en çok doğumdan sonra altı aya kadar uzayabilen adet görmeme durumu, 19- Laboratuvar testlerini etkileyen değişkenlerden test öncesi döneme ilişkin etmenler, 20- Yineleyen hırıltılı solunumu olan çocuklarda ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken patolojilerden biri, 21- Mikrosefali nedeni bulunamayan olgularda annede ölçümü yapılması gereken madde, 22- Enfeksiyöz artritlerin viral etkenlerinden biri, 23- Süt ve diğer bazı besinlerin yüksek ısıda kısa süre tutulup soğutulmuş mikroplardan arındırılması işlemi, 24- Barsak ya da genitoüriner sistemdeki bir enfeksiyon sırasında gelişen artrit, 25- Hastalıkların bir bölgeden başka bölgelere yayılmasını engelmeye yönelik alınacak önlemler bütünü.

## Ocak 2001 Bulmaca Doğru Yanıtları:

1- Fizik Egzersiz, 2- Metafizer Kondrodisplazi, 3- Permetrin, 4- İzin Verilen Risk, 5- Güneş Işığı, 6- Psikokütanöz, 7- Somatizasyon, 8- Dinlenme, 9- Emzik, 10- İki Saat, 11- Asetaminofen, 12- İçgörü, 13- Darp, 14- Streptokoklar, 15- Gonartroz, 16- Nimesulid, 17- Yaş, 18-Osteomalazi, 19- Ağrı, 20- Paronişi, 21- Mal Praktis, 22- Kafein, 23- Dispepsi, 24- Osteoporoz, 25- Penisilin, 26- Skabies, 27- Öğrenme, 28- Egzersiz, 29- Obesite, 30- Ürtiker



## Ankara Ergazi Sağlık Ocağı\*

Ergazi Sağlık Ocağı'nın yerleşmiş olduğu Ergazi Mahallesi, eski bir köy olup kuruluş tarihi tam bilinmemektedir. Köyün adının eskiden 'Elgazi' olduğu, Kurtuluş Savaşında çok gazi çıkardığından Atatürk tarafından adının 'Ergazi' olarak değiştirildiği söylenir. Ankara ilinin batısında yer alır.

Arazi genellikle dağlık ve ovalık iken tamamına yakını şehirleşip iskana açılmıştır. İklim kara iklimidir. Ankara ilinin kanalizasyonunu toplayan Ankara Çayı bölgenin güneyinde yer alır.

Son yıllarda Batıkent Metrosu'nun hizmete girmesi ile ulaşım oldukça kolaylaşmıştır.

Halkın çoğunluğunu Batıkent toplu konut alanında yaşayan işçi, memur ve emekliler oluşturur. Bölgenin güneyi Ankara'nın sanayi bandı içerisinde kalmaktadır. Bölgede 1. sınıf gayrisihhi müesseselerden küçük atölyelere kadar çeşitli büyüklükte sanayi kuruluşları yer alır.

Bölgenin tamamında elektrik ve şebeke suyu bulunmaktadır. Yine her türlü güncel iletişim olanaklarından yararlanılabilmektedir.

### 1999 Yılı Sağlık Ölçütleri

Kaba doğum hızı (binde)	9.7
Genel doğurganlık hızı (binde)	29.9
Kaba ölüm hızı (binde)	1.03
Doğal Nüfus Artışı (binde)	8.7
Bebek ölüm hızı (binde)	9.6
Perinatal ölüm hızı (binde)	-
Neonatal ölüm hızı (binde)	-
Postneonatal ölüm hızı (binde)	9.6
Ana ölüm hızı (binde)	-
50+yaş ölüm hızı (yüzbinde)	5.08
50+yaş orantılı ölüm hızı (yüzde)	54.5
0-4 yaş ölüm hızı (binde)	1.25
0-4 yaş orantılı ölüm hızı (yüzde)	9.1
Bebek ortalama izlem sayısı	4.23
Gebe ortalama izlem sayısı	4.5
Çocuk ortalama izlem sayısı	4.5
Hastanede gerçekleşen doğum (yüzde)	99.7
Etkili yöntem kullananlar (yüzde)	79
Etkili yöntem kullanmayan (yüzde)	14
Sevk oranı (yüzde)	2.4

Veriler: Ergazi Sağlık Ocağı kayıtları



Hane halkı büyüklüğü Batıkent alanı için 2.9 kişi, eski yerleşim yerleri için ise hane başına 4.4 kişidir. Ortalama hane halkı büyüklüğü 3.95'tir.

Ocak personeli Sağlık Müdürlüğü ve Sağlık Grup Başkanlığı tarafından zaman zaman hizmet içi eğitime alınmaktadır. Başlıca eğitim konuları; üreme sağlığı, doğum öncesi gebe izlemi, aile planlaması danışmanlık eğitimi, sağlam çocuk ve kadın izlemidir.

Ayrıca sağlık ocağı bünyesinde her ay personel arası kaynaşım ve eksik hizmetlerin tamamlanmasına yönelik tamamlama eğitimleri sürdürülmektedir.

Ocağımıza Halk Sağlığı internlik eğitimi alan çalışmalarını yapmak üzere gelen Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencileri tarafından her iki ayda bir, önemli bir sağlık sorunu ile ilgili araştırma yapıp, rapor haline getirilmektedir.

Yine alan çalışmalarını ocağımızda yapan Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu son sınıf öğrencileri de, hem ana-çocuk sağlığı hizmetlerimize hem de halka yönelik sağlık eğitimi çalışmalarımıza büyük katkı sağlamaktadırlar.

### Öneriler/Hedefler:

1. Çalışmalarımızın temelini oluşturan 224 Sayılı Yasa ve ona bağlı oluşturulan 154 Sayılı Yönerge, günlük çalışmalarımız sırasında daha göz önünde bulundurulmalı özellikle üst yönetim düzeyinde uygulamalarda yol gösterici olmalıdır.



Ergazi Sağlık Ocağı bölgesinde hedef nüfusa uygulanan bağışıklama oranları

		1996	1997	1998	1999
DBT	I	%93	%100	%86.0	%78.4
	II	%93	%100	%89.7	%79.4
	III	%93	%100	%92.2	%78.8
POLİO	I	%93	%92	%85.6	%78.4
	II	%93	%100	%92.3	%79.4
	III	%93	%100	%82.6	%78.8
Kızamık		%82	%91	%93.1	%81.0
BCG		%93	%68	%56.0	%46.4
TT1					%41.0
TT2					%27.0

2. Sağlık Ocağı binamız 1964 yılından bu yana yaklaşık 4000-5000 kişiye hizmet vermek amacı ile inşa edilmiştir. Oysa bugün nüfusumuz 30.000'i geçmiştir. Bu durum hizmeti aksatmakta olup, hizmet binamızın büyütülmesi gerekmektedir.

3. Hizmetin uç noktalara daha etkin götürülmesi ve denetim için kesinlikle bir hizmet motorlu aracı sağlanmalıdır.

4. Ölüm ve doğum kayıtlarının daha güvenilir sağlanabilmesi yolunda, tüm ölüm ve doğum olgularının bir biçimde sağlık ocaklarına başvurmalarını zorunlu kılacak bir yasal düzenleme yapılmalıdır.



5. Sağlık ocağı hekimliğinin uzmanlık sınavı kazanılana kadar geçici olarak sürdürülen bir iş olarak algılanmasını ortadan kaldırmak için gerekli her türlü uygulama başlatılmalıdır. Diğer sağlık personelinin de, sağlık ocaklarını hastane nöbeti tutmamak için atama yaptırdıkları bir yer olarak değil, çalışmaktan zevk alacakları, maddi ve manevi doyuma ulaştıkları bir işyeri olarak görmeleri sağlanmalıdır.

## Bizce

Ankara'nın merkezine yakın bir yerde bulunan Ergazi Sağlık Ocağı, kentsel alanda sağlık hizmeti sunmaktadır. Sağlık ocağı çalışanları öneriler bölümünde belirttikleri konularda duyarlı olup, sosyalizasyon ruhuna uygun hizmet üretmektedirler.

Bölge genç bir nüfusa sahiptir. Ortalama hane halkı sayısı 3.95 olup çekirdek aile yapısındadır. Bu değer bölgede aile planlaması yönünde verilen hizmetlerin başarılı bir biçimde yapılmadığını göstermektedir. Etkili aile planlaması yöntemi kullanan kadınların oranı %79 ile Türkiye ortalamasının üzerindedir. Doğumların biri dışında diğerleri hastanede gerçekleşmiştir. Bebek ve gebe ortalama izlem sayıları dördün üzerinde olup az bir gayretle istenilen düzeylere ulaşılacağı görülmektedir. Kaba doğum hızı ve kaba ölüm hızı da Türkiye geneline göre düşüktür.

Bağışıklama hizmetlerini ele aldığımızda istenilen düzeylerde olmamakla birlikte ülke

ortalamalarına yakındır. DBT-Polio 1-3 arasında fark bulunmazken, TT1 ile TT2 arasında büyük bir fark vardır. TT1 aşısı yapılanların %35'ine TT2 aşısı yapılmamıştır. Bu hizmetin daha iyi hale getirilmesi için planlamanın ona göre yapılması gerekmektedir. Ayrıca, sağlık ocağının sevk oranı %2,4 ile istenilen düzeydedir.

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Hemşirelik Yüksek Okulu öğrencilerinin sağlık ocağına gelip alan çalışmalarına katılmaları ile bölge hakkında bilgilere ulaşılması kolaylaşmaktadır.

Sağlık ocağında verilen hizmet içi eğitimlerin yeterli düzeyde olmadığı görülmektedir. Değişik konuların eklenmesi ile eğitimlerin daha sık yapılması sunulan hizmetin verimliliğini artıracaktır.

Sağlık ocağı çalışmalarının aynı gayretle sürmesi dileklerimizle.

**Bilimsel ve dostça kalın.**



*Bu ayki konumuz; "Yenidoğan döneminde annelerin en sık sorduğu sorular". Sorularımızı Dokuz Eylül Ü. Tıp Fak. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Yenidoğan AD'dan Dr. Hasan Özkan, Dr. Sözer Sarıoğlu, Dr. Abdullah Kumral yanıtladı.*

## 1- Bebeğimin zaman zaman gözleri şaşırıyor. Bebeğimin görmesi ne zaman normal olur?

Bebeklerin gözleri foveal fiksasyon sağlanmadığı için ilk altı ayda zaman zaman şaşırabilir. Sürekli olması ve daha sonra olması patolojiktir.

Bebekler doğumda bulanık görür. Görme keskinliği 20/400'dir. Sekiz aylıkken 20/40, beş yaşında 20/20 görür. Renkleri doğumdan itibaren fark eder. Benzer tonları ayırt edemez. Nesne izlemi üçüncü ay, akomodasyon dördüncü ayda başlar.

## 2- Saçları ne zaman büyümeye başlayacak?

Üçüncü-altıncı aydan sonra büyümeye başlar. 26-28. haftada saçlı deride kıl folikülleri telojen evresine ulaşır in utero bunların çoğu dökülürse de bir bölümü doğuma kadar ulaşır. Ayrıca oksipital bölgede bant tarzında bir bölge doğumda telojen evresine girer ve 2-3 ay sonra dökülür. Bir yaşında mozaik patern oluşur. İlk altı ay içinde saçların büyük bir bölümü telojen evresine geçer. Bir süre sonra yeni saçlar ortaya çıkar.

## 3- Bebeğimizin odasını ne zaman ayırabilirim?

En geç altı aylık iken bebeğin bir düzeni olması gerekir. İki-altı ay arasında odası ayrılabilir.

## 4- Ana kucağı kullanabilir miyiz?

Evet taşınabilir, ancak bebek ana kucağı ile taşınırken koşulmamalıdır.

## 5- Arabaya bebek koltuğu almak gerekir mi?

Arabada emniyet standartlarına uygun bir emniyet koltuğu kullanılmalıdır. En az 9 kg olana ve bir yaşına kadar bebekleri arkaya bakacak şekilde yerleştirin. Daha büyük çocuklar öne bakarak oturabilir. En güvenli yer arka koltuğun ortasıdır.

Ön yolcu hava yastığı olan arabalarda bebek öne oturmamalıdır. Araba içinde herşey sabit olmalıdır. On yedi kilo ve daha ağır olan çocuklar erişkin kemerlerini kullanılabilir.

Kazaların çoğu otobanlarda değil, eve 30 km uzaklıkta olmaktadır. Yavaş kullanmanıza güvenmeyin. Saatte 45 km hızla giderken yapılan kazanın etkisi üçüncü kattan düşme ile

aynıdır. Bebeği korumak için kollarınıza güvenmeyin.

## 6- Bebeğimizle ne zaman yolculuk edebiliriz? Uçakla gidebilir miyiz?

Bebek emniyet koltuğu varsa ilk günden itibaren kısa yolculuklar yapılabilir. Uçak için çok gerekiyorsa bir haftalık olduktan sonra ama en iyisi altı haftalık olduktan sonra yolculuk yapılmasıdır. İniş ve kalkışta emzirilmemelidir.

## 7- Bebeğimin bacakları eğri mi?

Bebeklerin bacakları yürümeye başladıktan 6-9 ay sonra düzelir.

## 8- Evde köpeğimiz/kedimiz var.

### Bebeğimiz açısından bir sakıncası var mı?

Tüm aşı ve bakımları yapılmış olmalıdır. Hayvanlar yeni bebekle birlikte davranış değişiklikleri ve kıskançlık gösterebilirler. Bebek eve gelmeden bebeğin yıkanmamış bir giysisi getirilip koklatılmalıdır. Hayvanların bebeğin odasına girmesine izin vermeyin; yalnızca sizinle birlikte odasına girebilir. Evcil hayvanlara zaman ayrılmalıdır. Çocuk için alınacaksa 5-6 yaşına kadar beklenilmelidir.

## 9- Başka nelere dikkat etmeliyiz?

Emmede zayıflama, uzun süre uyuma, vücudunda gevşeklik, hareketlerinde yavaşlama, ağlamama, tiz sesli ağlama, fıskırır tarzda kusma, morarma ve kilo alamama gibi durumlarda derhal hekime başvurunuz.

Bebeğinizi masada yalnız bırakmayın. Banyo küvetine 5 cm'den fazla su koymayın. Altına havlu koyarak kaymasına engel olun. Beş yaşın altındaki kardeşiyle bebeğinizi yalnız bırakmayın. On dört yaşından küçük bakıcılarla bırakmayın. Bebeği havaya atmayın ve sarsmayın. Bebeği hiçbir zaman evde bir an bile yalnız bırakmayın. Arabada bebeğinizi yalnız bırakmayın. Sıcak havada sıcak çarpma riskini unutmayın. Bebeğin üzerinde ve karyolasında 12 cm'den uzun kurdele, ip bulundurmayın. Evde yangın dedektörü kullanın. Bir bebek baş denetimini tam olarak kazanmadan havuza girmemelidir. Altı aydan küçük bebekler 28-29°C'nin altındaki suya sokulmamalıdır.

## 10- Yeniden ne zaman kontrole gelelim?

Amerikan Pediatrik Akademisi'nin önerisine göre ilk 3 yılda en az 10 kez sağlık kontrolü yapılmalıdır. 1, 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18. aylarda 2 ve 3. yaşta kontrolü yapılmalıdır.

### Kaynaklar

1- American Academy of Pediatrics, Committee on Injury and Poison Prevention and Committee on Fetus and Newborn. Pediatrics. 1996; 97(5): pp.758-760

2- American Academy of Pediatrics. Active and passive immunization. In: Peter G, ed. 1997 Red Book: Report of the committee on Infectious Diseases. 24th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 1997

3- Berger SP, Turner IH, Cupoli JM, Mass M, Hageman JR. Caring For The Graduate From The Neonatal Intensive Care Unit. Pediatr Clin North Am. 1998; 45(3): pp. 702-711

4- Powers NG, Slusser W. Breastfeeding Uptade 2: Clinical Lactation Management. Pediatr Rev. 1997; 18(5): pp. 147-161

5- Singalavanija S, Frieden IJ. Diaper Dermatitis. Pediatr Rev. 1995; 16(4): pp.142-147

Slusser W, Powers NG. Breastfeeding Uptade 1: Immunology, Nutrition and Advocacy. Pediatr Rev. 1997; 18(4): pp.111-119



Dyt. Şeniz Ilgaz\*

## İyi Beslenme Hakkı

Beslenme, Çocuk Hakları Bildirgesi'nin benimsendiği 1924 yılından bu yana yayınlanan uluslararası insan hakları belgelerinde ve bildirgelerinde çeşitli biçimlerde ifade edilmiş ve bir hak olarak belirtilmiştir.

1924 Çocuk Hakları Bildirgesi'nde; çocukların beslenme hakkının uluslararası ölçekte ele alınması ilk kez bu bildirmede yer almış özellikle "aç çocukların beslenmesi" üzerinde durulmuştur.

İnsan hakları alanında çağ açan 1948 İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 25. maddesinde herkesin, yiyecek dahil olmak üzere gerek kendisinin gerekse ailesinin sağlığına yetecek bir yaşam düzeyine ulaşma hakkı bulunduğu belirtilmektedir.

1959 Çocuk Hakları Bildirgesi'nin 4. maddesi; çocukların sağlıklı biçimde büyüüp gelişmelerini; bunun sağlanması için yeterli beslenme hizmetlerinden yararlanma hakkını benimsemektedir.

1966 Uluslararası Ekonomik, Toplumsal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi'nin 11. maddesi; yiyecek dahil olmak üzere yeterli yaşam standardına sahip olma hakkını onaylamakta; tüm insanların açlıktan kurtulmasını temel bir hak saymaktadır.

1981 Anne Sütü Muadillerinin Pazarlanmasıyla İlgili Uluslararası Yasa'da; bebekler için güvenli ve yeterli besin sağlanması ile tüm çocukların, hamile kadınların ve emziren annelerin sağlığını sürdürdürebilmeleri için yeterli beslenmenin sağlanması söylemleri kullanılmıştır.

1986 Kalkınma Hakkı Bildirgesi'nin 8. maddesi; bütün devletleri, sağlık hizmetlerine ve besin maddelerine erişimde herkese eşit olanak sağlamaya çağırılmaktadır.

1989 Çocuk Haklarına Dair Sözleşme'de; beslenme hakkı en çarpıcı söylemini bulmuştur. 1997'de ülkemizin de içinde bulunduğu, 191 ülke tarafından onaylanarak tarihte en geniş katılımcı bulan uluslararası insan hakları belgesi olma özelliği kazanmıştır.

Bugün dünyadaki her hükümet, bütün

çocukların iyi beslenme ve iyi beslenmenin üç temel bileşenine ulaşma hakkı olduğunu kabul etmiştir.

1990 Çocukların Yaşatılmaları, Korunmaları ve Geliştirilmelerine Yönelik Dünya Bildirgesi ve Eylem Planı'nda; çocuklar ve kadınlar için beslenmeyle ilgili özel hedefler konmuştur. Bu hedefler arasında, gebelik ve emzirme döneminde yeterli yiyecek bulabilme; anne sütüyle emzirmenin korunması, özendirilmesi, desteklenmesi; büyümenin izlenmesi; ve beslenmenin denetimi, mikronutrien yetersizliklerinin önlenmesi yer almaktadır.

1992 yılında gerçekleştirilen Uluslararası Beslenme Konferansı ve 1996 yılında gerçekleştirilen Dünya Besin Zirvesi'nde; güvenli ve sağlıklı besine kolaylıkla ulaşabilmenin temel bir insanlık hakkı olduğu vurgulanmıştır. Tüm ülkeler, uluslararası yasalara, bilimsel bilgilere, pratik deneyimlere ve ahlaki ilkelere dayanarak özellikle çocuklarda iyi beslenme hakkının sağlanması ve beslenme yetersizliklerinin çözülmesi için çaba harcamaktadır.

Çocuk haklarının bu kadar çok üstünde durulması, insan haklarından farklı olarak ele alınıp savunulması, çocuğun çaresiz, bağımlı, sürekli büyümekte ve gelişmekte olan bir varlık olmasından kaynaklanmaktadır. Bu nedenle çocuk, kendi haklarının erişkinler tarafından savunulmasına gereksinim duymaktadır.

1928 yılında, Atatürk Çocuk Hakları Bildirgesi'ni imzalamış ve çocuklara verdiği değeri 23 Nisan Ulusal Egemenlik ve Çocuk Bayramı'nı armağan ederek göstermiştir.

O günden bu güne sağlık çalışanı olarak her birimiz çocuklarımız, geleceğimiz, sevgimiz, beklenti ve ümitlerimiz için çalışıyoruz. Çocuklarımıza en temel haklarından birisi olan "İyi Beslenme Hakkı"nı sağlamak için bizlere düşen ise, anne karnında geçirdikleri dönemden başlayarak onları sağlıklı büyütme ve geliştirme sorumluluğunu taşımak, sağlık ve beslenme düzeylerinin geliştirilmesine birincil derecede önemli bir görev olarak bakmaktır.

### Kaynaklar

1- Dünya Çocuklarının Durumu 1998, Beslenmeye Bakış, Unicef

2- Nutrition for Health and Development, A Global Agenda For Combating Malnutrition, WHO, 2000.

3- Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına Dair Sözleşme, Ulusal İlk Rapor, Ankara, 1999.

4- Özalp İ., Yurdakök M., Coşkun T. : Pediatride Gelişmeler, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Yayını Ankara, 1999.





## Çocuk Acil Servisi

Acil servislerinin çocuk acillere yaklaşımdaki rolü, daha az ciddi pek çok olgu arasından acil girişime gereksinim duyan çocuğu saptamak; bu çocuklara en iyi bakımın sağlanabileceği bir ortam sunmak ve sonuç olarak bu çocuklarla etkin bir biçimde ilgilenmektir. Bu durum önemli bir planlama ve hazırlık sürecini gerektirir: Ortam, hizmet verilen toplumun özellikleri, başvuru gerekçeleri, insangücü, hazırlık, protokoller, uygulamanın denetimi.

## Ortam

Çocuklar genç yetişkinler değildir dış dünyaya yetişkinlerden farklı biçimde bağlıdırlar.

Akılcı yaklaşım, çocukların sakin ve stressiz olduklarında tedavide daha uysal oldukları yönündedir. Sıcak, cana yakın bir ortam buna yardımcı olacaktır. Çocukları yetişkine göre düzenlenmiş tipik acil ortamından korumak için her türlü çaba gösterilmelidir. Çocuklar ayrı bekleme alanları, tedavi odaları ve röntgen olanakları sağlanarak yetişkinlerden ayrı bir biçimde tedavi edilmelidirler.

Acil ortamında **eğitilmiş bir oyun liderinin varlığı** son derece yararlıdır. Oyun terapisinden yalnızca hasta ya da yaralı çocuklar yararlanmaz. Ailelerinin streslerinin ve hasta ya da yaralı çocukları nedeniyle gelişen üzüntülerinin bir kısmı da ortadan kalkar. Aileler acil servislere hasta çocuğun, kardeşleri ile başvurmak zorunda kalabilirler. Acil servis bekleme yerindeki bir aktif oyun servisi, ebeveylelerin sıkıntılı ve yaralı olan çocuğa yoğunlaşmalarına olanak tanıyabilir (**Resim 1**).

**Resim 1:** Bekleme odasında oynayan ve bir grup çalışan tarafından gözetlenen bir çocuk. Ailelere yaralı çocuklarını rahatlatma olanağı sağlanıyor.



**Resim 2:** Tanınmış resimlerle iyi dekore edilmiş bir tedavi odası, sıkıntılı çocuğun korkularını hafifletmeye yardımcı olur.

Tedavi ortamında dikkati dağıtma terapisi uygulanabilir. Duvarlardaki tanınmış çizgi film kahramanları, oyuncaklar ve sıcak, rahat bir ortam tanı ve tedaviye yardımcıdır (**Resim 2**). Çocuğun binanın başka bir yerine taşınmasını gerek kalmaksızın düz grafisinin çekilmesini kolaylaştırmak amacıyla, resüsitasyon odasının içinde öncelikle bir röntgen cihazının bulunması sağlanmalıdır. Taşınabilir röntgen üniteleri ikinci en iyi seçimdir.

Acil servislerde çocuğun taşınmasını üstlenecek bir kurtarıcı ekip bulunmalıdır. Genelde aileler heyecanla, uygun olmayan biçimlerde çocuklarını taşıma eğilimindedirler.

Acil servislerde ailelerin ve çocukların yaşamını kolaylaştıran diğer olanaklar çarşaf değiştirme yerleri, annelerin süt verebilecekleri özel yerler ve çocuklara uygun tuvaletler (bunlar çocukların tek başlarına kullanımına uygun bir yükseklikte olmalıdır) ve sürgüleri kapsar. Bu tuvaletler yalnızca çocukların kullanımı için olmalıdır; böylece yetişkinlerin dikkatlerinden uzak olurlar.

Çocuklar için oluşturulan girişim alanlarının yetişkinlerden daha küçük oldukları için çocuk acil ortamlarının daha küçük olması gerektiğini düşünmek tasarımcılar tarafından sık düşülen bir hatadır. Unutulan, her iki alanda çalışanların aynı büyüklükteki yetişkinler olduğudur (**Resim 3**). Buna ek olarak, çocuklar sıklıkla aileleri ile birlikte dirler ki bu,





**Resim 3:** Pediatrik resüsitasyona yardım için sıklıkla çok sayıda insana gereksinim vardır.

hiç değilse alan açısından gereksinimi daha da artırır.

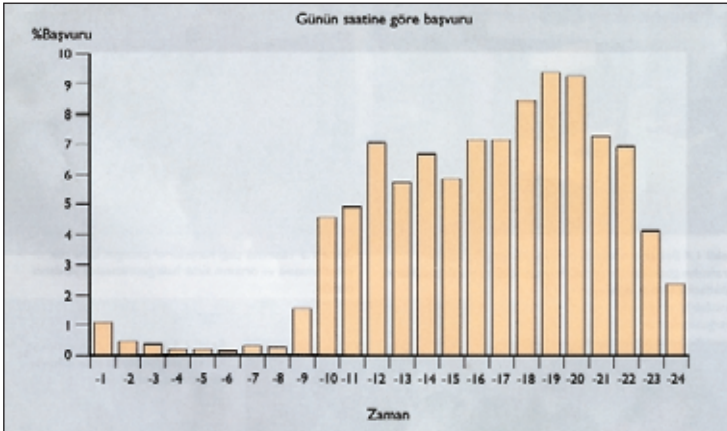
### **Çocuk acil servislerinde kaç yaşına kadar çocuklara bakılacağı tartışmalıdır.**

Pübertede mi? 16 ya da 18 yaşında mı? Adolesan gereksinimleri, bebek ve küçük çocuklarınkinden farklıdır. Farklı bir düşünme biçimini gerektiren yeni patolojiler ortaya çıkmaya başlamaktadır. Karın ağrısı ile gelen adolesanda gebelik gözönüne alınmak zorundadır; adolesandaki zehirlenme sıklıkla kaza sonucudur; adolesan kırıkları daha küçük çocuktaki ile aynı derecede iyileşmeyebilir.

Ergenler ve adolesanlar bir 'pediatrik' serviste görülmeli ve tedavi edilmelidirler, böylece duygusal ve psikolojik gereksinimleri uygun bir biçimde karşılanmış olur.

İskoçya'da, çocukların bir yetişkin servisine taşınması için uygun zamanın püberte olduğu genel olarak kabul edilmiştir.

Yoksul ve sosyoekonomik düzeyi düşük bölgeler, daha zengin bölgelere göre tüm servislere daha çok gereksinim duyarlar. Aynı derecedeki olguları, ev koşulları iyi ise hastaneden çıkartmak daha kolaydır.



**Şekil 1:** Bir acil serviste 24 saat süresince tipik başvuru.

### **Acil Servisin Yoğunluğu**

Hastalık ve yaralanma spektrumu çok geniştir. Hem mevsim hem de zaman ile ilgili varyasyonlar vardır. İngiltere'de çocuk travmaları yaz aylarında tepe yapar, ancak solunum hastalıkları kış aylarında daha sıktır. Bununla birlikte örneğin yanık ve zehirlenme gibi bazı kazalar bütün yıl boyunca aynı sıklıkta görülürler.

Günlük varyasyonlar da vardır. Genellikle sabahlar görece sakin geçebilir; bazen başvurular öğleden sonra plato çizerler. Sakin durum, bir diğer mini tepenin olduğu akşam beşe kadar sürer, sonuçta gece yarısına doğru başvurular azalır (**Şekil 1**). Bu tipik özelliklerin bilinmesi servisin planlanabilmesi için zorunludur. Planlamada aksaklıklar gereksinimlerin karşılanmasındaki başarısızlık, yatakların her yerde dolu olmasına, çalışanların eşitsiz dağılmasına ve sürtüşmelere neden olur.

### **İnsan Kaynakları**

Acil servislerde çocuklarla rahat iletişim kurabilen ve büyüyen çocuğun farklı gereksinimlerinin farkında olan sağlık çalışanları çalışmalıdır. Kişinin yalnızca çocukları değil aynı zamanda servise gelen çocuğun yakınlarını da iyileştirdiği akıld tutulmalıdır. Çoğu zaman, aileler de en az çocuk kadar zaman ve ilgiye gereksinim duyarlar. Çalışanların bu gereksinimleri bilmeleri ve karşılamaları gerekir.

### **Hazırlık**

Acil servis ekibinin görev dağılımının yapılması ve eldeki işe zihinsel olarak hazırlanma kurgulanmalıdır. Sorunun olası nedenleri daha önceden görüşüldüğünden, görevlerini yapmalarına yardımcı olmak için az deneyimli personel ile protokoller tartışılabilir.

Hazırlık, hem resüsitasyon hem de diğer ekipmanları, çalışma ve eğitim konularını, protokoller ve çalışma ilkelerini ve iletişim ağlarını kapsar. Resüsitasyon odası ve yoğun bakım gibi akut alanlardaki ekipmanın, tüm yaşlardaki çocukların tedavisinde kullanıma uygun olması gerekmektedir. Bu, yetişkin ve çocuk kombine birimleri için bir sorun değildir. Ancak pediatrik birimlerde, acil bakım gereksinimi içinde olan, sıklıkla akraba ya da yakınardan oluşan yetişkinlerle uğraşma gereksinimi seyrek rastlanan bir durum değildir.



### FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON, CİLT 1-2

Editörler: Prof. Dr. Mehmet Beyazova, Prof. Dr. Yeşim Gökçe Kutsal  
Güneş Kitabevi 2693 sayfa, Ankara, 2000

İki editörün öncülüğünde 165 yazarın yoğun emek harcamasıyla oluşturulan bu iki ciltlik eser, fiziksel tıp ve rehabilitasyon (FTR) uzmanlarının yanı sıra diğer alanlarda çalışan hekimlerin de yararlanarak ikincil koruma ve rehabilitasyon çalışmalarına katkı sağlamaları düşüncesiyle hazırlanmış. Editörler, kitabın sunuşunda; tıbbi "tarih boyunca biriktirilmiş, geliştirilmiş bilgi ve becerilerin insan sağlığına, mutluluğuna katkı yapmak üzere kullanılışı" olarak tanımlayıp, çeşitli tıp dallarının bu işlevi daha kolay öğrenip, uygulamamıza olanak sağladığını belirtiyorlar.

Rehabilitasyon çabalarının odağındaki insana kliniklerde ya da evinde, tıbbın her alanından, zamanında, bilimsel ve yerinde yaklaşımların gerekliliği dikkate alınarak fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzmanları yanı sıra diğer disiplinlerden pek çok uzmanın da katkısıyla hazırlanan kitabın, birinci cildinde; FTR uzmanlığının tarihçesi, temel özellikleri, muayene ve tanı yöntemleri, tedavi yaklaşımları ayrıntılarıyla tanıtıldıktan sonra, özel rehabilitasyon alanları konusunda bilgiler veriyor. İkinci ciltte; bölgesel ağrılar, romatolojik, nörolojik, ortopedik ve travma ile ilişkili sorunlar anlatılarak, bunlara fiziksel tıp ve rehabilitasyon yönünden yaklaşım irdeleniyor. Ayrıca pediatriye FTR ve spor ile FTR ilişkisi ayrı birer bölüm olarak ele alınıyor. Kitabın sonundaki ekler bölümünde; romatizmal hastalıkların tanı ve sınıflaması, laboratuvar değerleri, ilaçlar, ekstremitte kasları ve testleri ile normal eklem hareket aralığı değerleri, koma skalaları, yüzeysel ve derin tendon refleksleri konularında verilen derli toplu her alandan hekimin günlük tanı ve tedavi uygulamalarında kullanabileceği türden özet bilgiler yer alıyor. Anlatılan konularla ilgili örnek renkli resimler ikinci ciltin en sonunda bir arada bulunabilir.

Ülkemizde hemen her bilim dalında eksikliği hissedilen temel başvuru kitabı gereksinimini FTR için karşılayacak özellikleri taşıyan Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon kitabı yalnızca üniversite kütüphanelerinin raflarında değil, kendini geliştirmek isteyen her hekimin kütüphanesinde yerini almaya aday görünüyor. Editörler her ne kadar Nusret Fişek Hoca'nın sıkça tekrarladığını belirttikleri "en iyi, iyiyi öldürür" atasözünü anımsatıp, "Hiçbir kitap mükkemmel olamaz, biz elimizden geleni yaptık" diyerek alçak gönüllü davranışlar da ellerinden çok iyi geldiği ve güzel bir eser ortaya çıktığı kesin...

## VI. Pratisyen Hekimlik Kongresi, 17-21 Ekim 2001



1990 yılında TTB Pratisyen Hekimler Kolu tarafından yapılmaya başlanan Pratisyen Hekimlik Kongreleri, 1999 yılından beri, pratisyen hekimlik alanının diğer temsilcileri Genel Pratisyenlik Enstitüsü ve Pratisyen Hekimlik Derneği'nin de katılımı ile sürdürülüyor. Genel pratisyenlik meslek eğitiminin başlamasıyla birlikte Kongre'nin önemi daha da arttı. Bu yıl 6. Pratisyen Hekimlik Kongresi 17-21 Ekim 2001 tarihleri arasında Antalya Kemer Merit Limra Otel'de yapılacak. Kongre'de genel pratisyenlik alanında yapılan çalışmalar, mesleki pratiğimize ilişkin güncel sorunlar ve çözüm önerileri paylaşılabilecek, dünyada sağlık alanındaki gelişmeler ve yönelimler, tıptaki son gelişmeler tartışılacak. Ayrıca kongre boyunca kurslarımız da olacak.

**Kongre Konuları:** Genel Pratisyenlik Mesleki Eğitimi, Sağlıkta Dünya'da Son Yönelimler, Özelleştirme, Kent ve Sağlık, Acil Yardım ve Kurtarma Hizmetleri, Bağışıklama, Adölesan Sağlığı, Üriner Sistem Enfeksiyonları, Yumuşak Doku Travmaları, Dermatolojik Lezyonlar, Çocukluktan Ergenliğe Kemik Gelişimi, Ailevi Akdeniz Ateşi, Uyku Apnesi-Horlama, Astım Atağının Tedavisi, Madde Bağımlılığı, Ağrı, Açlık Grevlerinde Hekim Tutumu, Hasta-Hekim İlişkisi, "Sağlam Raporları", Hekimlerin Sosyal Yaşantıları, Psikodrama, Otitis Media, Gastroözefajial Reflü, Tüberkülozda Yeni Yaklaşımlar, Memede Kitle, Hepatitler, Solunum Yolu Enfeksiyonlarında Rasyonel Antibiyotik Kullanımı.

**Kurslar:** Diyabetik Hasta Takibi, Hipertansif Hasta Takibi, EKG, Temel Radyoloji, Birinci Basamakta Cerrahi

**Sekreteryası:** Türk Tabipleri Birliği GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalgil Sok. No: 2 Kat: 4 Maltepe Ankara

**Tel:** (0.312) 231 31 79 **Faks:** (0.312) 231 19 52 - 53 **e-posta:** ttb@ttb.org.tr

**Serbest bildiri / poster göndermek için son başvuru:** 15.08.2001 **Katılım için son başvuru:** 15.09.2001

**Kayıt Ücreti:** 20 Ağustos 2001'e kadar 30 000 000 TL, 20 Ağustos 2001'den sonra 40 000 000 TL.

Genel pratisyenliğin ayrı bir tıp disiplini olarak gelişmesinde önemli bir dönüm noktası oluşturduğuna inandığımız Kongre'de sizleri de görmek dileğiyle...