

EDİTÖRLER

Dr. Orhan Odabaşı

Dr. Füsün Sayek

YAYIN KURULU

Prof. Dr. Ufuk Beyazova

Dyt. Şeniz Ilgaz

Dr. Serdar Kula

Dr. Mehmet Özen

Dr. Fatih Sariöz

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. Okan Akhan

Prof. Dr. Ayşe Akın

Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu

Doç. Dr. Özen Aşut

Dr. Mehmet Ali Biliker

Prof. Dr. Nazmi Bilir

Prof. Dr. Ayşen Bulut

Prof. Dr. Sudi Bülbül

Prof. Dr. Turgay Coşkun

Doç. Dr. A. Süha Çalikoğlu

Prof. Dr. Ayten Egemen

Prof. Dr. Gülbin Gökçay

Prof. Dr. Bahar Gökler

Prof. Dr. Çağatay Güler

Prof. Dr. Haldun Güner

Prof. Dr. Şükrü Hatun

Prof. Dr. Olcay Neyzi

Prof. Dr. İmran Özalp

Prof. Dr. Zafer Öztekin

Prof. Dr. Orhan Öztürk

Prof. Dr. Faik Sarılioğlu

Prof. Dr. İskender Sayek

Doç. Dr. Selahattin Şenol

Dr. Ali Rıza Tiryaki

Prof. Dr. Ergül Tunçbilek

OKUYUCU DANIŞMA KURULU

Dr. Gülden Aykanat

Dr. Mehmet Akif Kırıl

Dr. Göksel Altınışık Kiter

Dr. Alferit Sağdıç

Dr. Mustafa Sütlaş

Dr. Mehmet Taşdemir

Dr. Ayşegül Uluutku

YAYINLAYAN

Türk Tabipleri Birliği

SAHİBİ VE SORUMLU YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ

Dr. Füsün Sayek

HAZIRLIK VE TASARIM

Yeter Canbulat - TTBB

Mustafa Onaycı - Nurol Matbacılık 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 İnternet: www.ttb.org.trSTED Okurları Haberleşme Listesi: stedokur@yahoo.com

SÜREKLİ TIP EĞİTİMİ DERGİSİ

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

BASKI

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

Topuktan Alınan Bir Damla Kan	166
<i>Dr. Şükrü Hatun</i>	
Sağlıklı Çocuk İzleminde	
Tırnak Muayenesi	168
<i>Dr. Aslı F. Kaptanoğlu, Dr. Ayten Egemen</i>	
Erken Puberte	173
<i>Dr. Aysun Bideci</i>	
Türkiye'de Ana Sağlığı ve Aile Planlaması	176
<i>Dr. İbrahim Açıkalın</i>	
Yaşlılarda Görülen Depresif Bozukluklar	180
<i>Dr. Füsün Ersoy, Dr. Cumhuriyet Boratav, Dr. Tamer Edirne</i>	
Doğumsal Kalça Çıkığı Tanısında Ultrasonografi	183
<i>Dr. Pınar Bilaloğlu, Dr. Dilek Gökharman Ünlübay, Dr. Işıl Tunçbilek, Dr. Uğur Koşar</i>	
STED'den Tanınız Nedir?	165
<i>Dr. Yusuf Ziya Aral, Dr. Alpaslan Türk, Dr. Nilüfer Eldeş</i>	167
Kitap/TTB-STE Kredi Puanı Kazananlar	179
Siz Olsaydınız	186
Görkem Büyüyor "Yüzme"	188
<i>Dr. Serdar Kula</i>	
Sağlık Ocaklarımızdan Karaağaç Sağlık Ocağı/Isparta	189
Bizce	190
Ne Yapmalı	191
<i>Dr. Orhan Odabaşı, Dr. Şükrü Tan, Dr. R. Cenap Yıldırım</i>	
Günlüğümden	192
<i>Dr. Nadir Paksoy</i>	
Ödüllü Bulmaca	195
Acil Yaklaşım/İlk Yardım	196

Kapak Fotoğrafı:

"Safranbolu, 2000"

Dr. Mehmet Özen

Ankara Numune Eğit. ve

Araş. Hast. Ankara





Merhaba,

Yayın Kurulu'nda Mayıs sayısını görüşüyoruz. Öncelikli konu başlıklarını tartışıyoruz. Tanju anneler gününü anımsatıyor. Bu konuya değinen bir yazıya yer vermemizi öneriyor. Olumlu karşılıyor. Sayıların diline yatkın arkadaşlarımızdan Cenap kimi kaynaklar öneriyor. Sağlık Bakanlığı kaynaklarına ulaşmak yanı sıra bu alanda çalışan bir hekimden yardım istenebileceğine karar veriyoruz. Bu arada ismini veremeyeceğimiz birkaç arkadaşımızın ajandasına anneler gününü not etmesi gözümüzden kaçmıyor.

Çaylar ve sodalar dağıtılırken telefon çalıyor. Telefonun diğer ucunda Sevgili Şükrü Hatun. Prof. Dr. İmran Özalp için yazdığı yazıdan söz ediyor. Yeter internetten gelen yazıyı basıp masanın üzerine koyuyor. Şükrü Abi'den dergimizin yayın yaşamına başladığı ilk sayının ilk ana yazısını yazan İmran Hoca'nın emekli olacağını öğreniyoruz. Mehmet arşivden STED'in ilk cildini getiriyor. "Süt Çocukluğu ve Erken Çocukluk Döneminde Beslenme" başlıklı yazıyı gözden geçiriyoruz. Füsun Abladan yazının ilgi ile karşılandığını çok beğenildiğini öğreniyoruz.

Murat ilk sayının editör sayfasındaki yazıyı okuyor. İster istemez insanın aklına yıllar sonra şu masanın etrafındakilerin nerede olacağı sorusu takılıp kalıyor. "Kim bilir, belki bizlerden

biri de böylesine nesnel ölçütlerle yine böyle sınımsız bir yazıyı bir STED emekçisine yazar" diye içimizden geçiriyoruz.

Üretmek kadar değer bilmek de bir meziyet. Bizlere bu ortamı önce düşleyerek sonra projelendirerek hazırlayan, güçlülere karşın düzenli çıkması için çaba gösteren, dergiyi okuyarak, aksaklıkları gösterip eleştirerek, beğenerek, geciktirdiğimizde hesap sorarak bu coşkuyu yaşatanlara neler borçluyuz?

Murat okudukça bir hesaplaşma başlıyor içimizde. Ne denli başardık, başlangıçtaki o heyecan ne denli sürüklüyor bizleri. O günden bu güne yalnızlıkları paylaştık da, büyütebildik mi umutlarımızı? Umudundan başka sarılacak bir el olabildik mi; orada, uzaktaki ya da yanımızdaki dostlarımıza. Sormak yine sormak, yanıtlar tükeninceye dek hiçbir yanıt yetmemecesine sormakta yarar var. Sorular başardıklarımızın anımsatıcısı, çoğu zaman da yanıtın hazırlayıcısıdır. Bizler sorulardan çok yanıtları dost bildik.

Birlikte düşlediğimiz, emek verdiğimiz, daha güzel bir dünya için tüm yanıtlar bir kez daha sorgulanmaya değer...

"Sanıyoruz, elinizdeki derginin bir proje olarak gerçekleşmesini sağlayan enerji, kaynağını bu dergiye katkıda bulunanların tümünün paylaştığı, "iyi hekimlik yapma duygusu"ndan almıştır. Bugün ülkemizde, hekimlik ile yaşamları arasında insan olmanın temel değerlendirmeleri karartıcı olabilen yoksunluklara karşın, daha iyi sağlık hizmeti için çabalayan, uzakta olmanın kapalılığına direnerek, çağdaş tıp bilgisiyle hastalıkları tedavi etmeyi sürdüren, yaptıklarıyla kendilerini üretken bir tıp mesleği ortamının üyesi olarak duyumsamaya, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan bu hekimler, sağlık politikalarının umarsızlaştırıcı koşullarında bile, iyi hekimlik yapma arayışını sürdürüyor. En yakınında olmaktan, hastaların çaresizliklerini hissetmekten ve kendileri dışındaki koşulların yıpratıcı etkisine maruz kalmaktan yorulmuş olsalar da, ülkemizde sağlık hizmetlerinin özlenen düzeye gelmesi yine bu hekimlerce başarılacaktır..."

Bilimsel ve dostça kalın.



Fotoğraf: Dr. Sinan Gürsoy, 5 Nolu Sağlık Ocağı/Eskişehir



Dr. Şükrü Hatun*



Prof. Dr. İhsan Doğramacı, yakın tarihimizde YÖK başkanı sıfatıyla çoğu olumsuz yargı içeren polemiklerin konusu oldu ama, esas misyonu ülkemizde çocuk hekimliğinin gelişmesine yaptığı katkılarda aranmalıdır. Daha sonra ülkemizin en prestijli tıp fakültesine dönüşecek olan ve evrensel standartlarda binlerce hekimin yetiştiği Hacettepe Çocuk Hastanesi, onun öncülüğünde kurulmuştur. Tıp Fakültesini Hacettepe'de okuyanlar, hekimlik değerlerinin gelişmesinde Prof. Dr. Nusret Fişek tarafından kurulan Toplum Hekimliği bölümü kadar Çocuk Hastanesinin çalışkanlık, bilim ve çocuk seslerinin doldurduğu servislerinin de etkili olduğunu bilirler. Kimse pek ortalıkta konuşmaz ama hocalarla öğrenciler arasında kökleri ilkökul çağlarına uzanan bir romans vardır ve öğrenciler hocaları yaşına gelse de özü öğrenme ve sevgi olan bu romans bitmez. Öğrenciler hocaları tarafından sevilme, önemsenmek ister; hocalar da öğrencileri tarafından. Bir çok öğrenci hastanenin 8. katında yapılan öğlen toplantılarında, hocalarının arasındaki bazen "tatlı çekişmelere" dönüşen tartışmalara yansıyan bilim ve iyi hekimlik heyecanını kendi mesleki yaşamlarına taşımayı önemli bir amaç saymışlardır. Bugün de hem çocuk hastanesi hem de bir eğitim yeri olarak yüksek standardını koruyan Hacettepe Çocuk Hastanesi'nin başarısında hemen hepsi İhsan Doğramacı'nın sağladığı bursla Amerika'da eğitim gören birinci kuşak hocaların rolü büyüktür. Her biri yıllarca kendi alanında dünya

bilgisini ülkemize taşımanın yanı sıra ülkemizin yüzünü ağartan bir çok araştırmaya da öncülük etmişlerdir. Çocuk hekimliği, tıbbın bir dalıdır ama ona esas niteliğini veren çocuklardır. Çocuklar, Murathan Mungan'ın sözleriyle "O unuttuğumuz, kökleri gene de bizde olan dünyayı yeniden keşfetmek, yeniden anlamak ve anlamlandırmak, her seferinde hayatımızın geri kalanı için yeni bir şey öğrenmemizi sağlarlar". Böyle olduğu için çocuklarla birlikte yaşamak, onlara bakmak insanı değiştirir; farkında olunmayan bir sevgi eğitimi sağlar sürekli. Bu yüzden bir çok ülkede çocuk hekimleri, daha insancıl ve toplumsal sorunlara daha duyarlı hekim grubu olarak katılırlar toplumsal yaşama. Şimdilerde arka arkaya emekli olan Hacettepe Çocuk Hastanesi'nin birinci kuşak hocalarının arasında iyi bilim insanı olmanın yanı sıra önemli halk sağlığı projelerine emek harcayanlar da vardır. Bu ay içinde emekli olan Prof. Dr. İmran Özalp bunlardan birisidir ve 20 yıldır çoğu kimsenin adını bile duymadığı bir hastalık olan fenilketonürinin zararlarının önlenmesi için verdiği yoğun çabalarla tanınmaktadır.

Bir Damla Kanın Önemi

Fenilketonüri kalıtsal bir metabolik hastalıktır. Bu hastalıkla doğan çocuklar proteinli gıdalarda bulunan fenilalanin isimli bir protein yapıtaşını metabolize edemezler, sonuçta kanda ve diğer vücut sıvılarında artmış olan fenilalanin ve onun artıkları çocuğun gelişmekte olan beynini harap eder ve ileri derecede zeka özüllü olmasına, sinir sistemini ilgilendiren daha bir çok belirtilerin ortaya çıkmasına neden olur. Hastalığın önemi ise erken dönemde tedavi edilmediğinde zeka geriliğine yol açmasıdır. Bu hastalıkla doğan çocuklar anne sütü ile ya da mamalar ile beslendiklerinde beyin gelişimleri bozulur, oturma, yürüme ve konuşma gibi becerileri kazanamazlar. İlk aylarda bulgular belirsiz olduğundan çoğunlukla tanı gecikmekte ve tanı konduğunda çoğu zaman beyinde kalıcı hasarlar oluşmuş olmaktadır. Ülkemizde akraba evlilikleri yaygındır ve bu nedenle de fenilketonüri gibi genetik hastalıklar sık görülmektedir. İmran Özalp ve arkadaşlarının çalışmalarına göre ülkemizde bu hastalık 3.500-4.000 yeni doğanda bir görülmektedir. Bir başka deyişle ülkemizde her yıl 350-400 fenilketonüri çocuk doğmaktadır.

* Prof.; Kocaeli Ü. Tıp Fak. Çocuk Endokrinoloji AD

Bir çok uygar ülkede doğuştan tanı konduğunda bütün zararları önlenemeyen bu gibi hastalıklar için "yenidoğan tarama programları" vardır. İşte Prof. İmran Özalp ve arkadaşları 1986 yılında Ankara'da başlattıkları tarama programının ülke çapında yaygınlaşmasını ve 81 ilde uygulanan bir "Ulusal Tarama Programı" haline gelmesini sağlamışlardır. Tarama topuktan filtre kağıdına alınan bir damla kan ile yapılmakta, pratik ve ucuz olan bu testle pek çok çocuğun yaşam çizgisi değişmektedir. Fenilketonürlü olduğu saptanan çocuklar bu hastalık için üretilmiş özel mamalar ile beslenmekte ve zamanında yapılan tedavi ile yaşamlarını özürsüz olarak sürdürmektedirler. Halk sağlığı açısından büyük öneme sahip bu tarama programı "Fenilketonürlü Çocukları Tarama ve Koruma Derneği"nin maddi katkıları ve Sağlık Bakanlığı'nın organizasyonu ile yürütülmekte ve ancak sağlık kurumlarında doğan bebeklerden tarama için kan örneği alınmaktadır. Ülkemizde kadınların %20-40'ı evlerde doğum yaptığından pek çok bebek tarama programı kapsamı dışında kalmaktadır. Prof. Özalp ve arkadaşları tarama testinin yasal zorunluluk haline getirilmesi ve daha çok kaynak

ayrılması için yıllardır çaba göstermektedirler. Ayrıca sosyal güvencesi olmayan ailelerin fenilketonürlü bebeklerinin tedavileri aksamaması diye "Fenilketonürlü ve Diğer Kalıtsal Metabolik Hastalıklı Çocuklar Vakfı - METVAK"ı kuran da Dr. Özalp'dir.

Son Söz Yerine

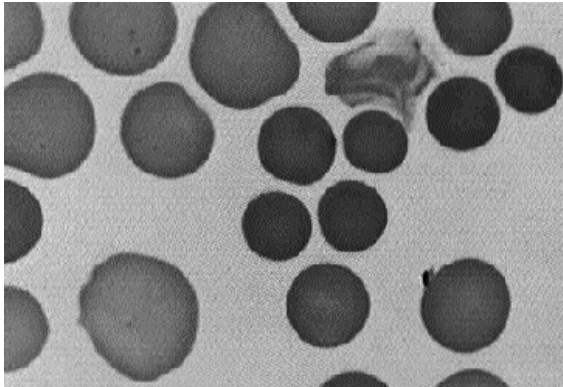
İnsan biraz da yaşam boyu içinde taşıdığı, uzakta da olsa güç aldığı ve zaman zaman kendisini onlara bakarak düzelttiği büyükleri ile yolculuğunu sürdürebilir. Her şeyin değeri yerine fiyatının önemsendiği bu soğuk çağda, yaşamında özveriye yer ayıran hocalar ısıtır biraz da dünyayı. Prof. Dr. İmran Özalp bu tür hocalardandır. Öğrencileri onu her defasında sabırlı sesiyle anlattığı çocuk beslenmesi konferansları ile tanırılar daha çok; ben ise, 1980'lerin başında, zorunlu hizmet yıllarında Adıyaman'da yaptığımız bir toplantıya hiç üşenmeden gelişini hatırlarım hep. Eminim ki onun topluma ve çocuklara dönük kalbi aynı heyecanla atmaya devam edecektir. Bizler ise, fenilketonürlü dersinde "topuktan alınan bir damla kanın" önemini onun adını sevgiyle anarak anlatmaya devam edeceğiz.

Tanınız Nedir?

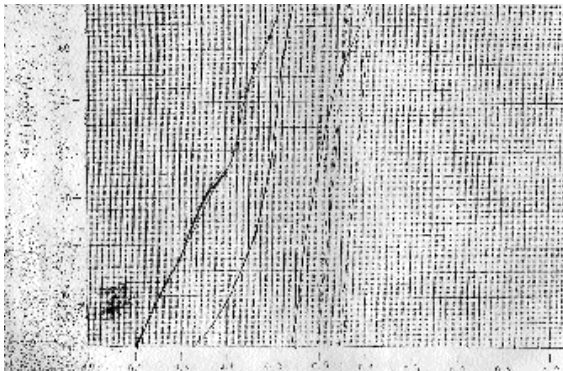
Dr. Yusuf Ziya Aral, Dr. Alpaslan Türk**, Dr. Nilüfer Eldeş***



Resim 1.
Hastanın periferik yayması.



Resim 2.
Osmatik fragilite.



Üriner sistem enfeksiyonu ile izlenirken anemisi saptanan 10 aylık erkek hastanın öyküsünden; miadında, sezaryen ile 3450 g ağırlığında, hastanede doğduğu, 10 gün süren sarılığının olduğu, dört ay anne sütü aldığı, altı aylıkken demir eksikliği anemisi denilerek Ferrosanol önerildiği ve üç ay süreyle düzensiz olarak kullandıkları, soygeçmişinden; anne-baba arasında akrabalık olmadığı, annenin dokuz yaşında sarılığının olduğu ve dalağının çıkarıldığı, anneannesinin de safra kesesi taşı nedeniyle ameliyat olduğu öğrenildi. Fizik incelemede: Vücut ağırlığı; 8800 g (%50-75), boy: 72 cm (%90-97), deri rengi ve konjonktivalar soluk, diğer sistemler doğal. Laboratuvar incelemesinde: Hemogloblin; 7 g/dl, hematokrit; %19.8, beyaz küre; 16.900/μl, trombosit sayısı; 456.000/μl, ortalama eritrosit hacmi (MCV); 72 fl, ortalama eritrosit hemoglobini (MCH); 26 pg, ortalama eritrosit hemoglobin konsantrasyonu (MCHC); 37.6 g/dl, eritrosit dağılım genişliği (RDW); 18, retikülosit sayısı; %8.5, direkt Coombs testi (-), dışkıda gizli kan (-) saptandı. Periferik yayma incelemesi ve osmotik fragilitesi **Resim 1 ve 2'de** görülen hastada **tanınız nedir?**

Yanıtı: Sayfa 187'de

* Uzm.; Gazi Ü. Tıp Fak. Pediatri Hematoloji BD, Ankara
** Asis.; Gazi Ü. Tıp Fak. Pediatri AD, Ankara



Dr. Aslı F. Kaptanoğlu*, Dr. Ayten Egemen**

Tırnaklar bir çok hastalığa ilişkin ipuçlarını kolayca gözlemeye olanak verir. Bu kolay muayenenin, her çocuğun, her muayenesinde yapılması gereklidir.

Tırnaklar kolay görünen, muayenesi kolay olan gelişmiş yapıda deri ekleridir. Deri gibi tırnaklar da konjenital ya da birçok ciddi sistemik hastalığa ait ipuçlarını da kolayca gözleme olanağı sağlar. Ayrıca dış ortama, travma ve enfeksiyonlara açık olmaları nedeni ile de tırnak bozuklukları ile sık karşılaşmaktadır. Kimi zaman ise aileyi paniğe sürükleyecek kozmetik bozukluklara yol açabilirler.

Tırnaklar, fetal yaşamın dokuzuncu haftasında, distal falanksın distalindeki epidermis invaginasyonu sonucu oluşan bir yarıktan gelişen matriksten köken alırlar. Matrikstekki hücrelerin çekirdeklerini kaybederek, keratin içeriklerinin artması sonucunda tırnaklar gelişir. Yaklaşık 10. haftada her parmağın uç kısmında dikdörtgen şekilli, parlak, düz birer alan olarak izlenebilseler de, tırnak oluşumu 20. haftada tamamlanır.

Tırnak ünitesi; tırnak plağı, tırnak yatağı, matriks ve tırnak kıvrımlarından oluşmuştur. Tırnak plağı dikdörtgen biçiminde, yarı saydam, sert, longitudinal olarak düz ancak transvers olarak konveks biçimde lamalar halinde bulunur. Yüzeyi genellikle düzdür. Yarı saydam tırnak plağı, altındaki tırnak yatağının geniş damar ağına bağlı olarak, homojen pembe renkte izlenir. Tırnak plağı tırnak yatağına sıkıca yapışıktır. Proksimalde beyaz, yarım ay şeklinde "lunula" izlenir. Lunula, tırnak matriksinin distal kısmının görünmesidir. Tırnak plağı, üç tarafından deri kıvrımları ile örtülmüş olup, distal uçta serbesttir. Proksimal deri



Resim 1. Beau çizgileri.



Resim 2. Heller'in Median Kanalıform Distrofisi.

kıvrımının boynuzsu tabakası (stratum korneum) "kutikl"ı oluşturur ve proksimalde tırnak plağına sıkıca yapışık olup, tırnak plağının tırnak yatağından ayrılmasını önler. Tırnak matriksi distal falanksın üzerinde yer alan, ortasından uca doğru uzanan özelleşmiş bir epitelial yapıdır. Tırnak matriksindeki hücreler farklılaşarak, keratinize olur, çekirdeklerini kaybederek opak renkli tırnak plağını oluştururlar. Tırnak plağı tüm yaşam boyunca sürekli büyür. Tırnağın büyüme oranı kişisel etmenlere bağlı olarak değişebildiği gibi aynı kişide de farklı özellikler gösterebilir (el tırnakları daha hızlı uzar). Tırnak uzaması, tırnak matriks hücrelerinin turnover oranına bağlı olup, çeşitli fizyolojik ve patolojik olaylardan da etkilenmektedir. Doğumda tırnak uzaması yavaştır. Çocukluk çağı boyunca bu hız artar ve yaşamın 2-3. onyılında en yüksek düzeye ulaşır.



Resim 3. Kronik paronişiya

* Uzm.; Bayındır Tıp Merkezi Dermatoloji Kliniği, Ankara
** Prof.; Ege Ü. Tıp Fak. Çocuk Sağ. ve Hast. AD, İzmir

Resim 4.
Onikomikoz.



Tırnaklarda gözlenen değişiklikler kabaca şu şekilde sınıflandırılabilir:

- Hereditör ve konjenital tırnak bozuklukları
- Renk değişiklikleri
- Genel biçim, yüzey ve düzey değişiklikleri
- Tırnak büyüme bozuklukları
- Periungual dokudaki tepkimelere ilişkin patolojiler
- Tırnak direncinde değişme
- Deri hastalıklarında görülen tırnak değişiklikleri
- Sistemik hastalıklarda görülen tırnak değişiklikleri
- Tırnak bölgesinde gözlenen tümoral lezyonlar

Konjenital ve Hereditör Bozukluklar

Fetal yaşamın 9-20. haftaları arasında oluşan tırnak bozuklukları embriyopatiler olarak adlandırılırlar. Bu grupta tırnak matrisinin ve dolayısıyla tırnağın yokluğu (anonişia), pozisyon ve işlev bozuklukları ile tırnak plağı anomalileri (hereditör parsiyel onikoliz ve pakionişia konjenita) yer almaktadır. Fetopatiler ise 20. gebelik haftasından sonra ortaya çıkarlar ve daha çok ilaçlara bağlı anomalilerdir.

Hereditör Ektodermal Displazi: Bu terim, birincil epidermal bozukluğa bağlı heterojen bir grup bulguyu tanımlamak için kullanılır. Hipotrikozis, hipodentia, tırnak displazisi ve anhidrozisten en az birine eşlik eden epidermal kökenli diğer yapılarda da bozukluk olarak klinikte izlenebilir.

Pakionişia Konjenita (Jadassohn-Lewandoswki Sendromu): Otozomal



Resim 5. Psoriasisde tırnaklarda pitting

dominant kalıtım gösteren, ender bir keratinizasyon bozukluğudur. Altı ayağa kadar olan bebeklerde tırnak ve tırnak yatağında kalınlaşma olarak izlenir. Tırnaklarda kalınlaşma yapabilecek diğer nedenler dışlandığında düşünülmelidir. El ve ayak tırnaklarında diskeratoz, palmo-plantar hiperkeratoz, ekstansör yüzlerde folliküler hiperkeratozlar, palmo-plantar hiperhidrozis ve oral lökokeratozisle belirgin bir tablodur. Ancak sıklıkla olgularda bu bulguların hepsi aynı anda bulunmaz. Tırnak bulguları doğumda ya da yaşamın ilk yılında vardır. Kalın, sert, sarı renkli, boynuzumsu tırnaklar tipiktir. Lezyonlar yaşam boyu kalıcı olup, tedavi hiperkeratozun azaltılmasına yönelik tedavidir. %20'lik üre içeren kremler, salisilik asitli kremler, tırnağın yüzeyden törpülenmesi ile birlikte uygulanabilir. Yüksek doz sistemik retinoik asit türevleri kullanılabilir de yüksek toksik potansiyelleri nedeni ile yeğlenmez. Çok rahatsızlık verdiği durumlarda tırnak matrisinin cerrahi olarak tümüyle kazınarak çıkarılması (total matriksektomi) denenebilir. Böylece hiç tırnak olmayacağı için hasta günlük işlevlerini rahatça sürdürebilir.

Anonişia: Gelişmiş bir tırnak plağının olmamasıdır. Tırnak plağı, tırnak matrisinin bir ürünü olduğu için, anonişia ya matrisin konjenital anomalilerinden ya da matrisi yıkan hastalıkların sonucunda oluşur. Tırnak-patella sendromu, DOOR sendromu, Cronkhite-Canada sendromu, epidermolizis büllosa bu grup hastalıklardan sayılabilir.

Tırnak-patella sendromu: Otozomal dominant kalıtım gösterir. Tırnak yokluğu ya da atrofisi ve hipoplastik patellalar ile belirgindir. Olguların 1/3'ünde nefropati de vardır.

DOOR sendromu (deafness, onikodistrofi, osteodistrofi, mental retardasyon): Tipik trifalangeal başparmaklar, bifalangeal parmaklar olarak izlenen osteodistrofi, tırnak yokluğu biçiminde izlenen onikodistrofi, sağırılık ve mental retardasyon gözlenen tablodur.

Cronkhite-Canada sendromu: Distrofik tırnaklar ya da anonişia, avuç içlerinde yaygın hiperpigmentasyon ile elin dorsal yüzünde makuler hiperpigmentasyon ve gastrointestinal poliplerle belirgindir.

Epidermolizis büllosa'nın "distrofik" ve "junctional" formlarında tırnak değişiklikleri sık görülmekle birlikte tanı koydurucu olmayıp, ancak tanıyı destekler.

Edinsel tırnak yokluğu ise genellikle travmaya ikincil olup seyrek olarak skatrisiyel pemphigiod gibi dermatozlar sonucunda da gelişebilir. Diğer dermatozlardan psoriasis, atopik dermatit, seboreik dermatit ve mantar enfeksiyonları ise üzerine ciddi ikincil bakteriyel enfeksiyonlar eklenmediği sürece sekel bırakmaz ve tırnak yitimine neden olmazlar.

Renk Değişiklikleri: Tırnak renginde değişiklik çok çeşitli nedenlerle gelişebilir. Renk değişikliğinin tırnak plağında ya da tırnak yatağında olup olmadığı ayrılmalıdır. Bunun için tırnak üzerine kuvvetlice bası uygulanır, kan dolaşımının engellenmesi sonucu tırnak plağı daha net değerlendirilebilir.

Lökonişia tırnak plağının beyazlamasıdır. Psoriasis, ekfoliatif dermatit ve beslenme eksikliklerinde görülebilir. Herediter lökonişia, doğumda olabileceği gibi erken bebeklikte de ortaya çıkabilir. Dermatofit enfeksiyonlarında ise tırnak, beyaz olduğu kadar tebeşirimsi bir görüntüde izlenir. Tanı, basit bir mikolojik inceleme ile kolaydır.

Sarı tırnaklar; ikter, psoriasis, tetrasiklin kullanımı, kozmetikler (boyalar, kına vs) gibi topikal ajanların uygulanması sonucunda izlenebilirler.

Tırnaklarda koyu pigment lekeler subungual hemoraji, tırnak matriksinde junctional melanositik nevus ya da bir melanoma nedeni ile olabilir. Subungual hemoraji, genellikle büyük, düzensiz şekilli, mor-kahverengimsi renkte olup sıklıkla bir travma öyküsü vardır. Tırnakların uzaması ile distale doğru yer değiştirir. Hiperpigmente lezyonlar ise daha ince ve düzgün sınırlıdır, ancak malign melanomda çok değişik renkler, asimetri ve sınırlarda düzensizlik olabileceği unutulmamalıdır. Malignite olasılığı nedeni ile tüm pigment tırnak lezyonları için yakın izlem gereklidir.

Genel Biçim, Yüzey ve Düzey Değişiklikleri

Tırnak plağının yüzey değişimleri çok çeşitli biçimlerde ve çeşitli nedenlerle olabilir. Pitting (tırnak üzerinde küçük toplu iğne başı gibi çukurcuklar oluşması), çentiklenme, distal ayrılmalar bu değişikliklerin bazılarıdır. Pitting en çok psoriasis, alopesia areata, liken planus gibi dermatozlarda izlenebilir. Yine distal ayrılmalar da bu hastalıklarda sık olarak izlenir.

Çocukluk Çağı Yirmi Tırnak Distrofisi: Erken çocukluk döneminde görülen, kendi kendini sınırlayan edinsel bir tablo olarak ortaya çıkar. Belirgin longitüdinale çizgilenme

özgül bir bulgu olup, tırnak plağında zayıflık, frajilite ve opelesan bir görünüm vardır. Bu tablo el ve ayak tırnaklarının hepsinde birden izlenir. Tırnak değişiklikleri yapan diğer tüm durumlar ayırt edildiğinde, idiyopatik olarak değerlendirilir. Henüz etkin bir tedavisi tanımlanmamıştır. Aileye "kendiliğinden gerileyebileceği ve erişkinlerde böyle bir tablonun görülmediği" konusunda bilgi verilmelidir.

Beau Çizgileri: Şiddetli akut hastalıklardan sonra gelişen, tırnak yüzeyindeki transvers, oluk biçiminde çukur çizgilerdir. Tırnak matriksini etkileyen, geçici patolojiler sonucu oluşur. Tırnak matriksi etkilenerek, büyümesi geçici olarak duraklar; tırnak uzadığında bu duraksama çizgisi transvers biçimde izlenir. Tırnak büyüme hızı gözönüne alınarak neden olan patolojinin zamanı hakkında da bilgi sahibi olunmasına olanak sağlar. Yerel travma, akut febril ataklar (kızamık, kızıl, kabakulak, pnömoni, gripal enfeksiyonlar, erizipel gibi ateşli hastalıklarda), anemi, malnütrisyon en sık nedenleri olup; arsenik, talyum, flor zehirlenmeleri, sitostatik kullanımı, pellegra, hepatitte görülebilirler.

Longitüdinale Çizgilenmeler: Tırnak proksimalinden serbest uca doğru uzanan çizgiler biçiminde görülürler. Tüm tırnakta yaygın olabileceği gibi, ortada tek bir derin oluk şeklinde de gözlenebilir. Bu formu "Heller'in median kanaliform distrofisi" olarak adlandırılır ve en sık başparmakta izlenir. Tırnak matriksinde tek bir noktaya kronik travma ya da bası nedeni ile olabilir. Aylar yıllar gibi uzun bir sürede tırnak normale dönebileceği gibi, sık yinelemeler de izlenebilir. Tedavi gerekmeyen bu tabloda hastalara travmadan korunmaları önerilir.

Tırnak Büyüme Bozuklukları: Tırnak büyüme hızı kişisel özelliklere bağlı olduğu kadar aynı kişide de fizyolojik farklılıklar gösterebilir. El tırnakları ayak tırnaklarından daha hızlı uzadığı gibi, çocuklarda tırnak uzaması erişkinlere göre daha yavaştır. Tırnak uzama hızında azalma sistemik kronik hastalıklar, malnütrisyonla görülebilir. Tırnak uzama hızında artma ise travma, psoriasis gibi durumlarda olur.

Tırnak Plağının Yerleşim Bozuklukları: Ayak başparmağı tırnak plağında, distal falanksa göre uzun aksın lateral deviasyonu çok da seyrek görülmeyen konjenital bir durumdur. Aile bazen estetik kaygılarla başvurabilir. Genellikle tanınmayan bu tablo

çocukluk ve ergenlikte enfeksiyon gibi ikincil yerel komplikasyonlara yol açmadıkça hiçbir sorun oluşturmaz. Bir kısmı da kendiliğinden zamanla düzelebilir.

Periungual Dokudaki Reaksiyonlara İlişkin Patolojiler

Halk arasında dolama olarak adlandırılan paronişiler akut ve kronik olmak üzere ikiye ayrılır.

Akut paronişi: Tırnak çevresindeki deri bütünlüğünün bozulmasıyla gelişen akut bir tablodur. Genellikle tırnak proksimalinde ani gelişen yerel kızarıklık, şişme, ağrı ve duyarlılık ile gider. Tırnak kıvrımlarına travma sonrasında bakteriyel (sıklıkla stafilokok ve streptokoklar) bir enfeksiyon gelişimi ile olur. Tedavide klasik olarak penisilinaza dirençli antibiyotikler kullanılır.

Kronik paronişi: Çocukluklarda sık görülen bir durum olup, genellikle birden fazla tırnak tutulumu olur. Öyküde genellikle kronik bir dermatit ya da suya sık temas etme olup, parmak emen çocuklarda çok rastlanır. Parmak ucunda ve tırnak çevresinde orta derecede bir duyarlılık, paronişili dokunun ikincil retraksiyonu, kırmızı ve endüre bir görünüm vardır. Tırnaklarda distrofik görünüm eşlik eder. Etken mikroorganizma çoğunlukla Candida türleridir. Tedavide esasen ıslaklığın önlenmesinin yanında topikal antimikotik ajanlar önerilir.

Tırnak Dayanıklılığında Değişme

Sert tırnaklar: Tipik olarak pakionişiya konjenita da görülür ve enderdir.

Tırnaklarda kırılmalar: Çok sık rastlanır. Longitudinal olan ayrılmalar onikoreksis olarak adlandırılır, distal tırnak ucundan başlar ve genellikle çok sayıda olurlar. B vitamini eksikliği nedeni ile olabileceği gibi genellikle alkali temizlik maddeleri ile karşılaşma sonucu oluşurlar. Lamellar ayrılmalar ise tırnak distalinden başlayan, kat kat ayrılmalar biçimindedir. Suyla karşılaşma yine en önemli etkenidir. Transvers kopmalar ise tırnak distal ucunda gelişen tırnak kayıpları biçimindedir. Yine travma ve ıslaklık en sık nedenleridir. Tırnak kırılmalarında ve ayrılmalarında, ıslaklığın önlenmesi ve gliserinli topikal preparatlar önerilir. Sistemik kalsiyum ya da jelatinin fazla bir etkisi yoktur.

Onikomikoz

Tırnak plağının mantar enfeksiyonudur. Puberte öncesi çocuklarda ender görüldüğü için, çocukluk çağında saptanan bir distrofik

tırnak, doğrudan mantar incelemesi ya da kültür sonuçları ile kanıtlanmadıkça, onikomikoz olarak kabul edilmemelidir. Hastaya genelde görünüm bozukluğundan başka bir rahatsızlık vermez. Tırnaklarda renk değişikliği, matlaşma, tebeşir benzeri bir görünüm vardır. Tırnağın bir bölümüne sınırlı kalabildiği gibi tüm tırnağı da tutabilir. **Distal onikomikoz tedavisinde** tırnağın olabildiğince derin kesilmesi ve topikal antimikotikler önerilir. **Çok yaygın ve tüm tırnak plağı tutulmadığı sürece sistemik antifungal tedavi önerilmez.**

Dermatolojik ve Sistemik Hastalıklarda Görülen Tırnak Bozuklukları

Psoriasis, liken planus, alopesi areata ve egzematöz hastalıklarda tırnak değişiklikleri sık görülür. Alopesi areatada, tırnaklarda pitting bazen ilk bulgu olabilir ve saçlı deri lezyonlarından önce gelişebilir. Psoriasisde de, diğer eritemli skuamli hastalıklardan ayırmaya yardımcı olabilecek biçimde pek çok tırnak değişikliği gözlenebilir.

Psoriasisde tırnak matriksi etkilenirse, tırnaklardaki pitting tipik olarak daha büyük ve derin çukurcuklar olarak izlenir. Tırnak yatağını tuttuğunda ayrılma, subungual hiperkeratoz gözlenebilir. Tırnaklarda renk değişikliği, kalınlaşma, matlaşma da psoriasisde sık görülen bulgulardandır.

Egzemada tırnak lezyonlarının olabilmesi için dermatit, tırnak çevresinde olmalıdır. Atopik dermatit en çok tırnak değişikliğine neden olan egzema tipidir. Transvers çukurcuklar ve çizgilenmeler ise en sık görülen lezyonlar olup matriksin geçici olarak etkilenmesine bağlıdır. Onikolizis, renk değişikliği ve kronik paronişiler de görülebilir.

Liken planusta en sık olarak izlenen tırnak değişikliği longitudinal çizgilenmeler ve bu çizgiler arasında gelişen oluklardır. Tırnak plağında hafif bir incelleme gözlenebileceği gibi kalıcı tırnak kaybı da olabilir.

Darier hastalığı bir genodermatoz olup, en belirgin bulgularından biri tırnakta longitudinal beyaz çizgilenmedir. Zamanla bu beyaz çizgilerin renklerinde koyulaşma olur, çatlama eğiliminde olan sırtlar haline gelebilirler. Tırnak distalinde gözlenebilen "V" şeklindeki kayıplar da tanısaldır.

Onikolizis, tırnak plağının tırnak yatağından ayrılması durumudur. Altı boşalan tırnakta sarımsı bir görüntü oluşur. Travma, mantar enfeksiyonları, kimyasal maddelerle karşılaşma en sık nedenleri olup tetrasiklin, fenotiazinler

Tırnak yeme genellikle yeni kardeş, okula başlama gibi bir stres, heyecanlı oyunlar ve televizyon programları ya da ailede ayrılık gibi psikolojik bir travma ile ilişkili olarak ortaya çıkar.

Resim 6. Onikoliz (Tetrasiklin kullanımına bağlı fotoonikoliz).



gibi ilaçların neden olduğu fototoksik reaksiyonlar sonucunda da gelişebilir. Psoriasis, liken planus, egzema, tiroid hastalıkları, porfiriya, pellegra, demir eksikliğinde de olabilir. Ailesel ve doğumsal formları da bildirilmiştir.

Beau çizgileri, şiddetli akut hastalıklardan sonra gelişen transvers çizgilenmelerdir. Geçmişteki patolojinin zamanı hakkında fikir vermesi bakımından önemlidirler.

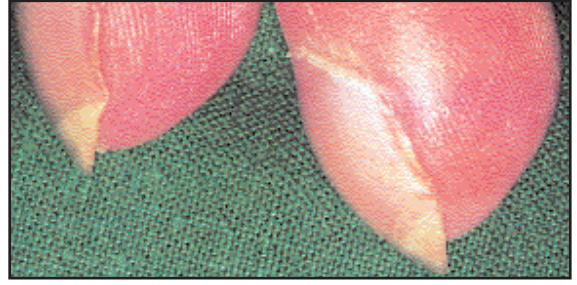
Koilonişiya (kaşık tırnak): Tırnağın normal konturünü kaybederek düz ya da konkav hale gelmesidir. Kronik demir eksikliği anemisinin tipik bir bulgusudur. Demir tedavisi ile kısa sürede düzelir. İdyopatik ve konjenital formları da olup, akkiz olarak ender olarak polistemia vera, hipotiroidi, akromegali, akantosis nigrikans ve malnütrisyonunda da görülebilir.

Çomak parmak: Alttaki falanksta herhangi bir anomali olmaksızın, matriksle falanks arasındaki fibrovasküler dokunun hiperplazisi ile transvers ve longitudinal tırnak kurvaturalarında artma olarak tanımlanır. Konjenital kalp hastalıkları, subakut bakteriyel endokardit ve kronik pulmoner hastalıklarda görülebilir.

Onikofaji, onikotillomani: Tırnak yeme ve tırnakları koparma çocuklarda sık karşılaşılan bir sorundur. Yenik tırnaklar çok kısa ve düzensizdir. Tırnağa kronik mikrotravma sonucunda matrikste yıkım ve tırnak distrofileri izlenebilir. Açıklanamayan tırnak deformitelerinde bu yüzden mutlaka iyi öykü alınmalı ve çocuk izlenmelidir. Psikolojik bir etkilenmenin ilk bulgusu bazen tırnak yeme olabilir. Ayrıca sürekli ıslaklık nedeni ile paronişiya gelişebilir. Tırnak yemenin en önemli komplikasyonu verrukaların gelişimidir. Tedavide, etkilenen tırnak bölgelerinin bir bezle sarılarak kapatılması kimi zaman yararlı olabileceği de etkili bir tedavi için altta yatan sorunun giderilmesi gerekir.

Tırnak Bölgesinin Tümöral Lezyonları

Verrukalar: Benign epiteliyal tümörlerdir. En sık olarak tırnak yiyen çocuklarda görülürler. Isırma ve koparma sonrasında deriye human



Resim 7. Çomaklaşma (clubbing).

papilloma virus (HPV) DNA'sının yerleşmesi sonucunda gelişir. Periungual olarak görüldüğünde kaba, verrüköz bir yüzeyi olan papüller şeklinde izlenirler. Kimi zaman üzerleri fissüre olabilir, kopabilir, ağrı ve ikincil bakteriyel enfeksiyonlara yol açabilirler. Subungual yerleşimde ayırıcı tanı daha zor olabilir, ancak basmakla ağrılı olması ve verrüköz görünüm yardımcı olur. Tedavide elektrokoterizasyon, kriyoterapi, intralezyonel bleomisin ya da topikal podofilin uygulanabilir.

Koenen tümörü: Tüberoskleroz olgularının yaklaşık %50'sinde gelişen periungual fibromlardır. 12-14 yaşlarında saptanırlar ve yaşla birlikte sayıca ve boyutça artma gösterirler. Tırnak çevresinde küçük, yuvarlak biçimli, üzerleri düz ve parlak, belirtisiz nodüller olarak izlenebildikleri gibi hiperkeratotik ve büyük boyutta olanları ağrılı da olabilirler.

İnfantil dijital fibromatosis: Genellikle yuvarlak, üzerleri düz, kubbe şekilli, parlak, sert, gergin nodüller olup sıklıkla parmakların dorsal yüzlerinde yerleşirler. El ve ayak başparmaklarında görülmezler. Bu nodüller doğumda olabileceği gibi erken bebeklik döneminde de gelişebilirler. Olguların %50'sinde multiple lezyon vardır. Benign özellikteki bu lezyonların hemen hepsi kendiliğinden gerileme gösterir. Ayrıca hızlı sonuç alınmak istenen olgularda kriyoterapi de uygulanabilir.

Piyojenik granülom: Travma sonrası iyileşme sürecinde gelişen eruptif bir hemanjiomdur. Periungual alanda travmadan sonra hızla gelişen küçük, kırmızı mavimsi bir nodül olarak gelişir. Üzerinde erozyon ve nekrozlar olup, epitelde ayrılmalar gözlenebilir. Kolaylıkla kanayabilirler. Benign reaktif bir lezyon olup tedavide cerrahi eksizyon ya da elektrokoterizasyon önerilmektedir. Amelanotik melanomla ayırıcı tanısı önemli olduğu için histopatolojik değerlendirme her lezyon için gereklidir.

Kaynaklar

- 1- Baran R, Tosto A. Nails. Fitzpatrick TB, Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K(ed). Dermatology in General Medicine, Textbook of Dermatology içinde. Oxford, 1999. 752-768.
- 2-Hurwitz S. Disorders of Hair and Nails. Hurwitz S(ed). Clinical Pediatric Dermatology içinde. Philadelphia.1981. 361-383.
- 3-Kvedar JC. Disorders of the Nails. Olbricht SM, Bigby ME, Arndt KA. (ed). Manual of Clinical Problems in Dermatology içinde. Boston, 1992. 118-123
- 4- Mallory SB,Zitelli JA. Pediatric Dermatology : in Atlas of Pediatric Physical Diagnosis : edi: Zitelli BJ, Davis HW. The Mosby Company, Toronto,1989. 8.26-8.27.
- 5- Noronha PA, Zubkov B. Nails and nail disorders in children and adults. Am Fam Physician 1997 May 1; 55(6):2129-40.
- 6- Tüzün Y.Tırnak Hastalıkları. Tüzün Y, Kotoğyan A, Aydemir E, Baransü O (ed). Dermatoloji içinde. İstanbul 1994. 528-536.



Dr. Aysun Bideci*

“Boylu boslu, pipisi de kocaman, çok iyi gelişiyor” diye düşünülen bir çocukta tedavisi gereken bir hastalık olabilir.

Puberte ikincil özelliklerin ortaya çıktığı, hızlı somatik gelişim ve sonunda cinsel olgunlaşma ve doğurganlık yeteneğinin kazanıldığı bir süreçtir. Pubertal gelişim süreci geniş varyasyonlar göstermekle birlikte puberte başlama yaşı kızlarda 8-12, erkeklerde 9-14 yaş olarak kabul edilmektedir. **Kız çocuklarda pubertenin ilk belirtisi memede tomurcuklanma iken, erkek çocuklarda testis hacminin 4 ml’yi geçmesidir.** Bazen pubertenin ilk belirtileri bu bulgular olmayıp pubik ve aksiller kıllanma ya da penil büyüme olabilmektedir. Puberte bulguları Tanner ve Marshall tarafından tanımlanan beş evrede değerlendirilmektedir. Puberte ile ilgili bulguların kızlarda sekiz, erkeklerde dokuz yaşından önce başlaması **erken puberte** olarak tanımlanmaktadır. Menarşın (ilk adet kanaması) 10 yaş öncesi ortaya çıkması da erken puberte olarak nitelendirilir. Erken puberte idyopatik olabildiği gibi over ya da testis tümörlerine kadar uzanan geniş bir spektrumun bulgusu da olabilmektedir.

Erken puberte hipotalamus-hipofiz gonad ekseninin organik ya da işlevsel olarak erken olgunlaşması sonucu ortaya çıkmışsa gerçek (santral) ya da **gonadotropin salgılayan hormon (GnRH) bağımlı erken puberte** denilir. Gerçek erken puberte her zaman izoseksüeldir yani kişinin fenotipi doğrultusunda ikincil cinsiyet özellikleri belirlemiştir. Eğer GnRH uyarısından bağımsız olarak gonadal ya da adrenal seks steroid artışı ya da hipofiz dışı gonadotropin artışı sonucu ikincil cinsiyet özellikleri oluşmuşsa buna da yalancı (periferik) ya da **GnRH bağımsız erken puberte** denir. Yalancı erken puberte ise izo ya da heteroseksüel (karşı cinsin puberte bulgularının olması) olabilir (Tablo 1).

Gerçek erken puberte: En sık görülen şekli özellikle kızlarda idyopatik gerçek erken pubertedir. İdyopatik gerçek erken puberte sporadik ya da ailesel olabilir. İdyopatik demeden önce mutlaka görüntüleme yöntemleri ile organik lezyon varlığı ayırt

Tablo 1. Erken puberte nedenleri

I. Gerçek erken puberte

a. İdyopatik

b. Organik

Santral sinir sistemi bozuklukları: Kongenital anomaliler (araknoid kist, hidrosefali, meningomiyelosele, vb), tümörler (adenom, astrositom, vb), nörokütanöz sendromlar; (nörofibromatozis, tüberoskleroz, vb), diğer nedenler (beyin absesi, kafa travması, kranial radyoterapi, granülom, kemoterapi vb).

II. Yalancı (periferik) erken puberte

Erkeklerde; adrenal ya da testisten artmış androgen yapımı (kongenital adrenal hiperplazi (KAH), adrenal tümör, vb), Gonadotropin salgılayan tümör, Mc Cuine Albright sendromu, hipotiroidi, iyatrojenik.

Kızlarda; over kisti, adrenal ya da over tümörü, ailesel LH hipersekresyonu, Peutz- Jeghers sendromu, Mc Cuine Albright sendromu, hipotiroidi, iyatrojenik,

III. Normal değişiklik gösteren puberte

prematür telarş, prematür adrenarş, prematür menarş, adolesan jinekomasti

edilmelidir. Organik lezyon erkeklerde daha siktir. Bazı intrakranial lezyonlar özellikle hamartomlar nörolojik bulgu vermeden erken puberte bulgusu göstermektedirler. Organik lezyonlar içinde yer alan hipotalamik hamartomlar sıklıkla üç yaş altı çocuklarda görülen pulsatil GnRH salgılayan ektopik GnRH nöronlarından oluşan kitlelerdir. Nörolojik bulgular tabloya eşlik edebilir.

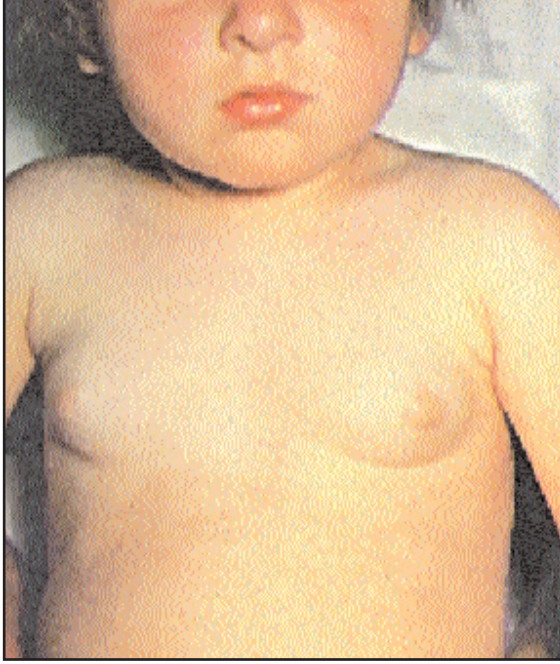
Yalancı erken puberte: Gonadotropin bağımlı olmayan erken pubertal gelişmedir. Erkeklerde izoseksüel yalancı erken puberte nedenleri içinde ilk sıralarda basit virilizan 21 hidroksilaz eksikliği, virilizan adrenal tümörler yer almaktadır. Familial testotoksikoz genellikle ilk dört yaşta görülen, gonadotropin bağımsız, çift taraflı testis büyümesi ile giden bir durumdur. Kızlarda over tümörleri, işlevsel over kistleri, konjenital adrenal hiperplazi ve sürrenal tümörler yalancı erken puberte nedenleridir. Overin androgen salgılayan tümörleri ise heteroseksüel erken puberteye neden olurlar. Mc Cuine Albright sendromunda deride hiperpigmente maküller, kemiklerde fibröz displazi, erken puberte görülmektedir. Bu olgularda hipertiroidi, akromegali, hiperparatiroidi, Cushing

sendromu klinik bulguları da olabilir.

Normal değişiklik gösteren erken puberte: Erken puberte tek bir pubertal bulgu ile belirginleşiyor, ilerleme göstermiyorsa ve tabloya yeni bir pubertal bulgu eklenmiyorsa, bulgular zaman içinde kendiliğinden gerileme gösteriyorsa normal değişiklik gösteren erken puberte denilmektedir.

Prematür telarşi; yalnızca tek ya da çift taraflı meme gelişmesidir (**Resim 1**).

Resim 1. İki yaşında prematür telarşi olan kız çocuğu.



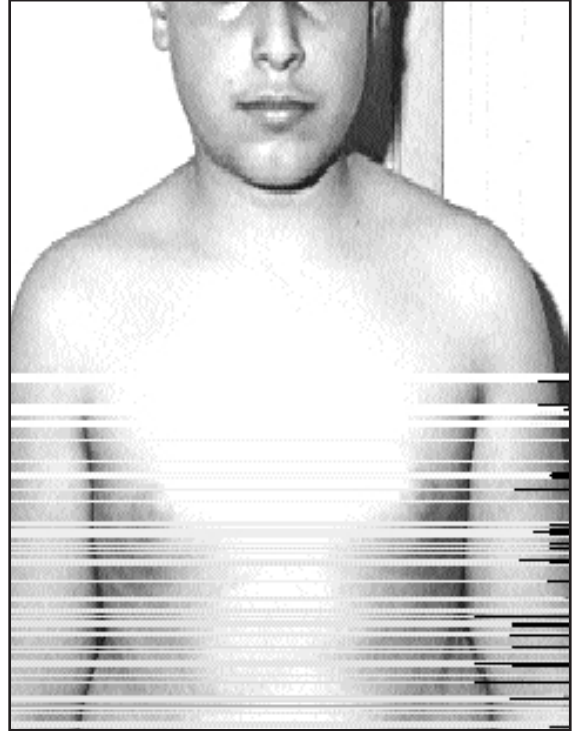
Genellikle altı ay iki yaş arasında başlar. Etiyolojide meme dokusunun östrojen duyarlılığında artış, geçici over kistleri, FSH artımı yer alır. Bu olguların büyüme ve kemik olgunlaşmaları normaldir. Prematür adrenarşi; 6-7 yaşlarda izole pubik kıllanma olarak görülür. Kızlarda daha siktir. Sürrenal androgen yapımında orta derecede artış vardır. DHEA-S etkisiyle oluşur. Somatik gelişimde hızlanma olursa da ilerleme gözlenmez.

Prematür menarşi; etyolojisinde geçici over aktivitesi üzerinde durulmaktadır. Pubertenin diğer bulguları yoktur.

Adolesan jinekomasti; erkek çocuklarda genellikle çift taraflı görülen meme büyümesidir. Adrenal androgenlerin östrogene dönüşümünün artması nedeniyledir. Altı ay ile bir yıl içinde kaybolabilir.

Tanı: İyi bir öykü ve fizik bakı erken puberte tanısını koydurur. Laboratuvar incelemeleri nedenleri ayırt etmede önemli yer tutmaktadır. Öyküde meme büyümesi, pubik

ya da aksiller kıllanma, menstruasyon kanaması, penis büyümesi, büyümede hızlanma, davranış değişikliği, yüzde akne, vajinal akıntı, ayrıca altta yatan nedene yönelik başağrısı, kusma gibi kafa içi basınç artışı bulguları, konvülsiyon, görme bozukluğu, poliüri, polidipsi, obesite gibi bulgular sorgulanmalıdır. Aile öyküsü, dışardan hormon kullanılıp kullanılmadığı, radyoterapi, kemoterapi alma, enfeksiyon öyküsü öğrenilmelidir. Fizik bakıda Tanner evrelendirmesine göre çocuğun pubertal evrelendirmesi yapılmalı, boyu, kilosu mutlaka ölçülmelidir. Boyları yaşlarına göre ileridir. Genital inceleme ile birlikte diğer sistem incelemeleri de dikkatli biçimde yapılmalıdır. Nörolojik inceleme ve göz dibi incelemesi ihmal edilmemelidir. Çocuğun pubertal gelişimi değerlendirilirken bulguların izoseksüel ya da heteroseksüel olup olmadığına bakılmalıdır. Tanner evrelemesine göre kızlarda meme gelişimi P2 düzeyde ise, erkeklerde testis hacmi 4 ml'nin üzerinde ise puberte başlamıştır. Erkeklerde ikincil cinsiyet özellikleri ile birlikte testisler 4 ml'nin üzerinde ise gerçek erken puberte ya da familial testotoksikoz düşünülürken, testis hacmi 4 ml'nin altında fakat ikincil cinsiyet özellikleri gelişmişse yalancı erken puberte akl gelmelidir (**Resim 2**).



Resim 2. Pubertal jinekomasti.

İncelemede asimetrik testis büyümesi ile karşılaşılınca testis tümörü ya da KAH'de testiste adrenal kalıntı olabileceği unutulmamalıdır. Karında kitle saptanırsa gonad ya da adrenal tümör ayırt edilmelidir. Erken pubertede ikincil cinsiyet özelliklerin ortaya çıkması genellikle pubertedeki sırayı izlerse de sırada değişiklik gözlenebilir.

Laboratuvar incelemeleri nedeni belirlemek için önemlidir. Kemik yaşının belirlenmesi sol el bilek grafisine göre yapılır. **Kemik yaşının kronolojik yaşa göre ileri olması erken puberte bulgularındandır.** Eğer kemik yaşı kronolojik yaşa göre 2 SD'den daha ileri ise altta yatan patoloji daha ağırdır. Tedavi edilmez ise epifizler erken kapanacak ve olguların erişkin boyları kısa kalacaktır.

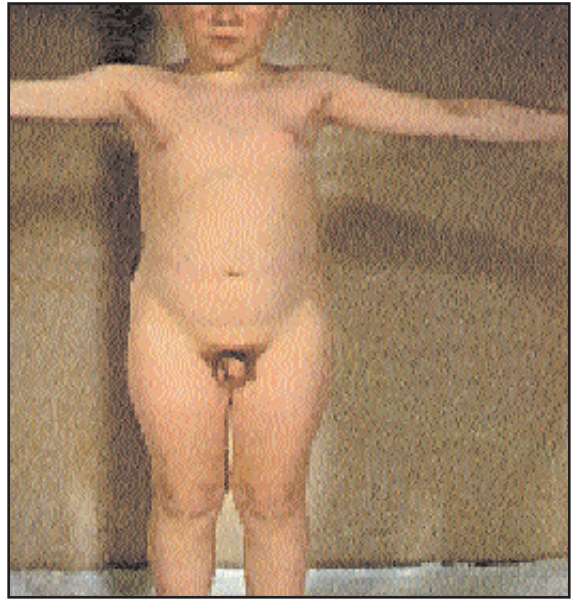
Puberte normal değişikliklerinden prematür telarş ve adrenarşda kemik yaşı normaldir. Gonadotropinler, prolaktin, tiroid hormonları, kızlarda östradiol, erkeklerde testosteron düzeyleri ölçülür. Gerçek (santral) erken puberte tanısı için GnRH uyarı testi uygulanır. 100 mg IV GnRH yapılır LH piki ve LH/ FSH > 0.66 ya da 1 bulunursa gerçek erken puberte tanısı konulur. Ayrıca gonadotropinlerin pulsatil salınımı denetlendiğinde uykuda LH salınımında artış olması gerçek erken puberte lehinedir. Pelvik ultrasonografi ile kızlarda overlerin ve uterusun boyutları, overlerdeki folikül kistlerinin sayısı ve büyüklüklerinin belirlenmesi tanı açısından önemlidir. Görüntüleme yöntemlerinden serebral MRI, hipofiz MRI ya da tomografi yapılmalıdır. GnRH testinde gonadotropinlerde doruk yanıt alınmıyorsa yalancı erken puberte söz konusudur. Yalancı erken pubertenin ayırıcı tanısı için ACTH, kortizol, 17 OH progesteron, deoksikortizol, androstenodion, DHEA-S bakılır. Tümör ya da over kisti açısından pelvik ve karın ultrasonografisi, tomografi, MRI yapılmalıdır. Gonadotropin salgılayan tümör düşünülüyorsa β hCG ve α -fetoprotein istenir.

Tedavi: Erken puberteyi oluşturan nedene yöneliktir. Tedavide amaç; nedenin ortadan kaldırılması, artmış olan seks steroidlerinin baskılanması, kemik olgunlaşmasının hızlı ilerlemesinin durdurulması, çocuğun büyüme temposunu genetik potansiyelinde tutulması ve yaşa uygun davranışları sağlamaktır. Gerçek erken pubertede hipotalamus-hipofiz eksenin baskılanmasına ve gonadotropin salgılanmasının engellenmesine çalışılır.

Normalde GnRH hipotalamustan pulsasyonlarla salgılanıp ön hipofizden gonadotropin salınımına neden olmaktadır. Sürekli GnRH uyarımı ile pulsatif salınım ve gonadotropinlerin baskılanması söz konusu olur. Bu nedenle gerçek erken puberte tedavisinde GnRH'nın sentetik analogları olan GnRH agonistleri kullanılmaktadır. GnRH analoglarının etkisi doğal GnRH'ya göre çok yüksek ve etki süresi uzundur. Günümüzde dört haftada bir IM uygulanan depo formları yeğlenmektedir. Kızlarda östrodiol düzeyinin 5-10 pg/ml'nin, erkeklerde ise testosteron düzeyinin 0.1-0.2 ng/ml'nin altında olması tedavinin etkinliğini gösterir.

Ayrıca medroksiprogesteron asetat (MPA), siproteron asetat (anti androgen) seçilen diğer tedavi yöntemleridir. MPA gonadotropinlerin salgılanmasını baskılar. Siproteron asetat hem gonadotropinlerin salgılanmasını baskılamakta, hem de androgenlerin periferik etkisini durdurmaktadır. Familial testotoksikozun tedavisinde ketokanazol, aromataz inhibitörü testolakton, siproteron asetat kullanılabilir. Beyin, adrenal, gonad tümörlerinde cerrahi, radyoterapi ve kemoterapi uygulaması, KAH'de glukokortikoid ve mineralokortikoid tedavisi, hipotiroidide tiroid hormon tedavisi uygulanmalıdır. Prematür telarş ve prematür adrenarşda tedavi uygulanmaz.

Her çocuk olguda genital incelemenin ve pubertal evrelendirmenin uygun biçimde yapılması gereklidir.



Resim 3. Dört yaşında adrenokortikal tümör nedeniyle erken puberte gelişmiş bir erkek çocuk.

Kaynaklar

1- Bridges NA, Brook CGD. Disorders of puberty In: Brook CGD, Clinical Paediatric Endocrinology, 3 th ed, London: Blackwell Science, 1995;253-273

2- Grumbach MM, Styne DM. Puberty: ontogeny, neuroendocrinology, physiology, and disorders In: Wilson JD, Foster DW, Kronenberg HM, Larsen PR, Williams Textbook of Endocrinology, 9 th ed, Philadelphia: WB Saunders Company, 1998;1509- 1625

3- Haber HP, Wollmann HA, Ranke MB. Pelvic ultrasonography: early differentiation between isolated premature thelarche and central precocious puberty. Eur J Pediatr 1995; 154: 182- 186

4-Lee PA. Disorders of puberty In: Lifshitz F, Pediatric Endocrinology, 3 th ed, New York: Marcel Dekker, Inc. 1996;175- 196

5- Sandrini R, Ribeiro RC, Delacerto L. Childhood adrenocortical tumors. J Clin Endocrinol Metab 1997; 82:2027- 2031

6-Styne DM. New aspects in the diagnosis and treatment of pubertal disorders. Pediatr Clin North America, Pediatr Endocrinol 1997;44(2):505- 53



Dr. İbrahim Açıkalın*

Türkiye'de kaba doğum hızı binde 23.4 olup her yıl yaklaşık 1.5 milyon doğum olmaktadır.

Ana sağlığı hizmetleri gebelik, doğum ve loğusalık dönemlerinde anne adayının, gerek hastalıktan korunma ve bakım, gerek tedavi olma bağlamında gereksinim duyacağı tüm sağlık hizmetlerini kapsamaktadır.

Günümüzde ülkelerin gelişmişlik düzeyi belirlenirken ekonomik göstergeler kadar önemli tutulan iki gösterge bulunmaktadır: Bebek ölüm hızı ve ana ölüm hızı.

Ana ölümü Dünya Sağlık Örgütü tarafından; “**gebeliğin başlangıcından doğumdan sonraki 42. güne kadar geçen süre içinde gebelik süresi ve durumuna bakılmaksızın, doğrudan gebelikle ilgili ya da gebeliğin şiddetlendirdiği dolaylı nedenler sonucu ortaya çıkan ölümler**” olarak tanımlanmaktadır.

Ana ölüm hızı, bir yıl içinde yukarıda verilen tanıma giren kadın ölümlerinin, o yıl gerçekleşen canlı doğum sayısına bölünmesi ile bulunur ve yüz bin canlı doğumdaki ölüm sayısı ile belirlenir.

Ülkemiz en gelişmiş ekonomiler içinde 22. sırada bulunurken, dünyadaki ülkeler arasında beş yaş altı ölüm sıralamasında 77. sırada yer almaktadır. Bizimle aynı sağlık göstergelerine sahip ülkeler ise ekonomik gelişmişlikte daha alt sıralardadır. Özetle ekonomimiz sık sık girdiği krizlere karşın sağlığınıza göre daha iyi durumdadır.

Ana Sağlığının Durumu

Ana sağlığı hizmetlerinde hedef grup olan **15-49 yaş kadın sayısı**, nüfusun %27.4'ü olup, son nüfus verilerine göre yaklaşık **18 milyondur**. Her yıl 1.5 milyon dolayında doğum olmaktadır. Türkiye'deki 15-49 yaş grubundaki kadınların %69'u evlidir. Henüz ya da hiç evlenmeyen kadın oranı %27.7 olup, 45-49 yaş grubu kadınlarda bu oran %1.7'dir. Bu rakamlar gebelik ve doğum açısından risk altında bulunan nüfusun büyüklüğünü ve hizmete gereksinim duyan grubun genişliğini göstermektedir.

Türkiye'de **ilk evlenme yaşında** yükselme olduğu gözlenmektedir. 45-49 yaş grubunda 18.4 olan ortanca ilk evlenme yaşı 25-29 yaş grubundaki kadınlarda 20.4'e çıkmaktadır.

Genç yaştaki evlilikler; kadın sağlığı ile doğrudan ilgisi olan gebelik, doğum, loğusalık gibi anne sağlığına yönelik olayların erken yaşta ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Doğurganlık çağı boyunca kadınlar düzenli aralıklarla sağlık kontrolüne gitme alışkanlığı kazanamamışlardır. Bu durum sık görülen kadın hastalıklarında erken tanı olanaklarını kısıtlamaktadır.

Gebelikte sağlık kontrolü yaptırınlar artmakla birlikte, her üç gebeden birisi hiç doğum öncesi bakım almamaktadır. Üreme çağındaki kadınların %68'inde gebelik açısından en az bir riskli durum vardır.

Gebelikte anemi sık görülmektedir.

1963 yılından beri her beş yılda bir yinelenmekte olan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları'nın (TNSA) 1988 ve 1993 yıllarındaki sonuçlarına göre; evde, **sağlık personeli olmadan yapılan doğumların oranı** %24'tür. Bu oran 1998 araştırmasında %19.4'e düşmüş olmakla birlikte kabul edilemez ölçüde yüksek düzeydedir. Yıllık 1.5 milyon doğum dikkate alındığında yaklaşık olarak 600.000 anne ve bebek sağlık hizmeti almamakta, daha fazla oranda hastalık ve ölüm riski ile karşılaşmaktadır.

İsteyerek düşükler azalmaktadır. 1998 TNSA'ya göre; ailelerin %76'sı çocuk istemiyor, aile planlaması yöntemi uygulayan ailelerin oranı toplam %63.7, çağdaş bir yöntem kullananların oranı ise %37.7'dir. Çocuk istemeyenlerle, etkili doğum kontrolü uygulayanlar arasındaki fark kadın sağlığını az ya da çok tehdit eden düşük işlemlerine ya da istenmeyen, yeterli ilgi ve sevgi görmeyen bebeklerin dünyaya gelmesine yol açmaktadır.

Doğum Öncesi Bakım (DÖB)

DÖB hizmetleri birinci basamak sağlık kuruluşları, ikinci basamak sağlık kuruluşları, üniversite hastaneleri, özel sektör gibi çeşitli ve çok sayıda birim tarafından verilmektedir.

Gebelerin sağlık personeli tarafından en az altı kez izlenmesi gerekir. Nitelik göz ardı edilerek DÖB'den yararlanma oranlarına bakıldığında bölgeler arasında, kır-kent yerleşimine göre farklılık vardır (**Tablo 1**).

Tablo 1. Temel özelliklere ve bakım alınan kişiye göre DÖB alma oranları (%)

	Doktor	Ebe/Hemşire
Batı	79,5	6,0
Güney	63,4	8,8
Orta	61,0	12,7
Kuzey	61,5	5,2
Doğu	34,4	3,7
Kent	71,1	6,6
Kır	42,1	8,5
Eğitimi yok/ ilkokul bitirmedi	32,0	5,3
İlkokul mezunu	66,3	9,1
Ortaokul ve üzeri	93,4	2,5
Anne yaşı <20	54,4	9,1
Anne yaşı 20-34	62,6	7,2
Anne yaşı 35+	46,3	5,3
1. doğum	72,1	7,1
2-3. doğum	61,7	8,3
4-5. doğum	43,4	7,2
6+ doğum	33,1	3,5
Türkiye	60,2	7,3

Kaynak: TNSA (1998)

Doğum sonu bakım hizmetleri ülkemizde ana sağlığı hizmetleri içinde en az bilinenidir.

Ayrıca eğitim durumu, yaş, gebelik sayısına göre de kadınlar son gebeliklerinde doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanmada farklı eğilimler göstermektedir. Batıdan doğuya gidildikçe doğum öncesi bakım hizmeti alanlar azalmaktadır. Kentlerde yaşayanlar, köylerde yaşayanlardan daha fazla doğum öncesi bakım almaktadırlar. Sonuç olarak doğuda, kırsal alanda yaşayan; eğitimsiz, çok doğum yapmış ve yaşı 35'i aşan kadınlar doğum öncesi bakımdan en az yararlanan grubu oluşturmaktadır.

1998 TNSA gebelerin ancak %67.5'inin en az bir kez sağlık personelinin doğum öncesi bakım aldığı göstermektedir. Bu oran 1988 TNSA'daki %43 ve 1993 TNSA'daki %63'e göre gelişme sağlandığını göstermektedir.

Doğumun Yapıldığı Yer

Türkiye'de doğumların; 1988-1993 döneminde %59.6'sı sağlık kuruluşunda, %40.2'si evde; 1993-1998 döneminde ise %72.5'i sağlık kuruluşunda, %26.7'si evde gerçekleşmiştir.

1993-1998 yılları arasında beş yıllık dönemde sağlık personeli tarafından yaptırılan doğumların tüm doğumlara oranı %80.6'dır.

Tablo 2. Saptanan kadın ölüm nedenlerinin dağılımı.

Sıra	Ölüm Nedeni	Ölüm %	Nedeni %	Sıra
1.	Serebrovasküler hast.	16,4	6. Böbrek yetmezliği	4.7
2.	Kanserler	11,1	7. Kazalar, yanık	4.2
3.	Kalp hast.	10,5	8. Lösemi	4.0
4.	Trafik kazası	9,2	9. Solunum hast.	3.0
5.	Ana ölümü	5,1	10. Peritonit	2.4

Sağlık personeli yardımıyla yapılan doğumlar, sağlık personelinin doğum öncesi bakım almış gebelerin oranından daha yüksektir. Bu durum toplumun doğumda sağlık hizmeti almak konusunda doğum öncesi döneme göre daha duyarlı ve daha istekli olduğunu göstermektedir.

Doğum sonu bakım hizmetleri ülkemizde ana sağlığı hizmetleri içinde en az bilinenidir. Araştırmalarda doğum sonu bakım konusunda bilgi bulunmamaktadır. Uygulanan kayıt bildirim sistemi de ülke çapında konunun değerlendirilebilmesine elvermemektedir. Bir ölçüde doğum sonu bakım fazla önemsenmeyen ana sağlığı hizmeti görünümündedir. Rutin sağlık hizmetleri içinde 15-49 yaş üreme çağındaki kadınların sağlık personeli tarafından evlerinde yılda iki kez izlenmesi de bulunmaktadır. Gebelik öncesi bakım ve aile planlaması danışmanlığı olarak tanımlayabileceğimiz 15-49 yaş kadın izlemleri kırsal alanda daha başarılı yürütülebilirken kentsel alanlarda pek uygulanmamaktadır.

Ana Ölümleri

Dünyada yılda 585.000 ana ölümü olmaktadır. Ana ölümlerinin %99'u gelişmekte olan ülkelere aittir. **Dünyada ana ölüm hızı yüz binde 430'dur.** Afrika'da yüz binde 870, Japonya dışında Asya'da yüz binde 380 olan ana ölüm hızı, Avrupa'da yüz binde 36'dır. **Türkiye'de** ana ölüm hızı ve nedenleri ile ilgili bilgiler sınırlıdır. Devlet İstatistik Enstitüsü tarafından 1974 yılında yapılan araştırma sonucuna göre ana ölüm hızı yüz binde 208'dir. Aynı kuruluş tarafından 1989 yılında kız kardeş yöntemi kullanılarak yapılan bir başka araştırmada 1981 yılı için anne ölüm hızının yüz binde 132 olduğu belirlenmiştir. Sağlık Bakanlığı tarafından 1997-1998'de, ülke genelini temsilen 53 ilin tüm hastanelerinde, bir yıl süreyle yürütülen çalışmanın sonucuna göre **ana ölüm hızı yüz binde 49.2'dir.** Hastane kayıtlarına dayalı olan bu çalışma sonucunda elde edilen ana ölüm hızında "hastaneye başvurmamaya ya da getirilmeyen" ana ölümü olgularının eksik olduğu kestirilebilir.

Bir yıl süren çalışmanın sonuçları özetle şöyledir: "12-55 yaş" grubunda 6.371 kadın ölümü saptanmıştır. Bunlardan 323'ü, "ana ölümü" olarak değerlendirilmiştir.

Kadın ölümlerinde ilk 10 neden sıklık sırasına göre **Tablo 2'de** verilmektedir.

Söz konusu çalışmada ana ölümlerinin büyük çoğunluğunun doğumu izleyen günlerde olduğu bulunmuştur (Tablo 3).

Tablo 3. Ana ölümlerinin olduğu zamana göre dağılımı.

Ana Ölümü Zamanı	%
Doğum sonrası 42 gün içinde	59.1
Gebelik süresinde	22.0
Doğum eyleminde	12.1
Düşük sonucu	5.9
Dış gebelik sonucu	0.9

Aynı çalışma; ölen annelerin %34'ünün "19 yaş ve altı" ve "35 yaş ve üzeri" riskli yaş grubunda olduğunu, %62.5'inin kırsal ya da yarı-kırsal kesimde yaşadığını göstermektedir. Doğum sırasına göre, her üç anne ölümünden birisi ilk gebelikte, diğer biri ise beşinci ya da daha sonraki gebeliklerde olmuştur.

Anne ölüm nedenlerinin dağılımına bakıldığında nitelikli bir doğum öncesi bakımla kanama, enfeksiyon ve toksemiye bağlı anne ölümlerinin kontrol altına alınabileceği, dolayısıyla her üç anne ölümünden ikisinin önlenebileceği görülmektedir (Tablo 4).

Tablo 4. Ana ölümlerinin nedenlerine göre dağılımı.

Ana Ölüm Nedeni	%
Doğumla doğrudan ilgili	83.0
Kanama	33.3
Enfeksiyon	13.8
Toksemi	20.1
Emboli	10.1
Doğumla dolaylı ilgili	14.5
Diğer	8.2

Aile Planlaması

Ülkemizde Cumhuriyet'in kuruluşundan 1965 yılına kadar nüfus artış hızını destekleyici politikalar benimsenmiş ve uygulanmıştır. 1965 yılında çıkartılan 557 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun ile aile planlaması yöntem kullanımı serbest bırakılarak, antinatalist politikaya geçilmiştir. Günümüzde aile planlaması hizmeti ülke genelinde sunulmaktadır. Hizmetin ulaşılabilirliği, yaygınlığı, çeşitliliğine göre modern yöntemlerin kullanım düzeyi düşüktür. Diğer ana sağlığı hizmet göstergelerinde olduğu gibi aile planlaması göstergelerinde de bölgeler arası, yerleşim biçimi, eğitim durumu gibi temel özelliklere göre farklılıklar önemini korumaktadır.

1983 yılında yürürlüğe giren, halen konusunda dünyadaki en kapsamlı ve liberal yasalar arasında bulunan, 2827 sayılı aile planlaması hizmetlerini düzenleyen ikinci

yasada, getirdiği diğer yeniliklerin yanı sıra sektörler arası işbirliğinin gerekliliği vurgulanmıştır. Ancak günümüze kadar geniş katılımlı, verimli ve süreklilik gösteren sektörler arası işbirliği tam olarak gerçekleşmemiştir.

2827 sayılı yasa ile getirilen yenilikler: Kurs görmüş ebe ve hemşirelere uygulama yetkisi verilmesi, cerrahi kontrasepsiyonun yöntem seçenekleri içine alınması, 10 haftaya kadar gebeliklerin istek üzerine sonlandırılması ve yukarıda belirtilen sektörler arası işbirliğinin zorunlu hale getirilmesidir.

Anne ve bebek ölümleri ile doğrudan ilişkilendirilen dört tip riskli gebelik vardır: Anne adayının yaşının 18'in altında ya da 35'in üzerinde olması, gebelik aralığının 2-3 yıldan kısa olması, toplam dörtten fazla sayıda gebelik ya da doğum gerçekleşmiş olması.

1998 TNSA, evli kadınların %64.7'sinin gebelik yönünden risk altında olduğunu göstermektedir. Türkiye'de yaygınlığı tam olarak belirlenememekle birlikte yukarıda sayılan dört tip riskli gebeliğin gecekondü bölgelerinde, doğuda ve kırsal alanda daha yoğun olduğu tahmin edilmektedir.

Türkiye'de kaba doğum hızı binde 23.4 olup her yıl yaklaşık 1.5 milyon doğum olmaktadır. Kaba doğum hızı kırsal yörelerde (binde 24.7) kentsel yörelere göre (binde 22.8) daha yüksektir. Kadınlar doğurganlık çağının sonuna geldiklerinde (40-49 yaş grubunda) ortalama 4.6 çocuk doğurmuş olmaktadır. Bu sayı kırsal 5.6, kentte 4.0, Batı'da 3.5, Doğu'da ise 7.3'tür.

Yaşa özel doğurganlık hızlarının durumunu korumasıyla, halen 15-49 yaş gurubundaki kadınların doğurgan çağın sonuna geldiklerinde sahip olacakları çocuk sayısını gösteren toplam doğurganlık hızı, Türkiye'de 1983'teki düzeyine göre önemli oranlarda düşüş göstermiştir.

Aile planlaması amacıyla kullanılan yöntemler evli kadınlar ve kocaları tarafından iyi düzeyde bilinmektedir. 1998 TNSA'ya göre evli kadınların %98.7'si, kocalarının da %97.1'i en az bir etkili yöntemi bilmektedir. Kocaların bilgisi ilk kez 1998 TNSA'da araştırılmıştır. Evli kadınlar, 1978 TNSA'ya göre %86 oranında etkili bir yöntem bilirken, bu oran 1993 TNSA'da %99'a çıkmıştır. Ancak yöntem bilgisinin niteliği hakkında yeterli bilgi bulunmamaktadır. Evli kadınların %62'si sahip

Kaynaklar

- 1-Dünya Çocuklarının Durumu 2001. UNICEF
- 2-Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1988. H.Ü. Nüfus Etütleri Enst. Ankara, 1989
- 3- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993. H.Ü. Nüfus Etütleri Enst. Ankara, 1994
- 4- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998. H.Ü. Nüfus Etütleri Enst. Ankara, 1999
- 5- Türkiye'de Hastane Kayıtlarından Anne Ölüm ve Nedenleri Araştırması. SB, HÜ, DSÖ, Ankara, 2000
- 6-World Development Report 200/2001, World Bank

olduklarından başka yeni bir çocuk istemezken, etkili bir yöntemle korunmaların oranı bu rakamın çok altındadır. Artık çocuk istemeyenler arasında büyük çoğunluğu "geri çekme" olmak üzere, geleneksel yöntemle korunma alışkanlığı yıllara göre azalmakla birlikte, en çok başvurulan yöntem olma özelliğini sürdürmektedir.

Son üç TNSA sonuçlarına göre aile planlaması yöntemlerinin kullanılması oranları **Tablo 5**'te verilmektedir.

Öte yandan isteyerek yapılan düşük hızları düşme eğilimine girmekle birlikte, yüksek düzeyini korumaktadır.

1998 TNSA öncesinde son beş yılda 100 gebeliğin 23.2'sinde düşük gerçekleşmiş, bunların 14.5'i isteğe bağlı olmuştur. 1993 araştırmasına göre toplam düşük %28, isteyerek düşük %18'dir. 1983 yılında 100 gebeden 15.1'i isteğe bağlı düşük yaparken, bu oran 1988'de 23.6 olmuştur.

Sonuç

Her ne kadar yukarıda bardağın boş kısmı hep ön planda tutulduysa da Türkiye'de ana sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinde yıllar içinde önemli gelişmeler sağlandı. yadsınamaz. Ancak bardağın dolu kısmının kimseyi doydurmadığı da açıktır. Kendi haline bırakıldığında genel gelişme içinde belirli bir süre geçtikten sonra ana sağlığı ve aile planlaması göstergelerinde de istenilen düzeye gelinecektir. Ancak hepimizin çabası bu sürenin olabildiğince öne çekilmesine yönelik olmalıdır.

İçinde bulunduğumuz süreçte ana sağlığı ve aile planlaması hizmetleri, ergen, menapoz, erkek üreme sağlığı hizmetleri ve cinsel yolla bulaşan hastalıklarla savaş konularıyla birlikte, yaşam boyu yaklaşım içinde üreme sağlığı kapsamında değerlendirilmelidir.

Tablo 5. TNSA'lara göre AP yöntemi kullananların dağılımı (%).

Yöntemler	1988	1993	1998
Herhangi bir yöntem	63.4	62.6	63.9
Herhangi bir modern yöntem	31.0	34.5	37.7
Hap	6.2	4.9	4.4
RIA	14.0	18.8	19.8
Kondom	7.2	6.6	8.2
Tüp ligasyonu	1.7	2.9	4.2
Diğer modern yöntem	2.0	1.3	1.1
Herhangi bir geleneksel yöntem	32.3	28.1	25.5
Cinsel perhiz	3.5	1.0	1.1
Geri çekme	25.7	26.2	24.4
Diğer geleneksel yöntem	3.1	0.9	0.6
Yöntem Kullanmıyor	36.6	37.4	36.1

Kitap/TTB-STE Kredi Puanı Kazananlar

Şubat 2001 sayımızdaki Ödüllü Bulmaca'dan kredi puanı kazananlar



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

1-Ali Artuker, 2-Dilek Azder, 3-Nükhet İnel, 4-Tülin Şen (Adana), 5-M. Metin Yakar (Adıyaman), 6-Korhan Sunar, 7-Yüksel Tur* (Aksaray), 8-Melih Karamuk, 9-Nergiz Güzelcik, 10-Özen Aşut, 11-Yaşar Güzelcik (Ankara), 12-Ebru Sever, 13-Nazmiye Demirbaş (Antalya), 14-Gülşen Cengay, 15-Gürkan Mersin (Aydın), 16-Alev Domaniç, 17-Cemile Alpay Yerlikaya, 18-Dilek Yıldırım, 19-Fatma Savaş, 20-Fitnat Özgüç, 21-Hülya Balkanlı, 22-Melek Akpınar, 23-Müge Sevinç*, 24-Nuray Güngör, 25-Orhan Özgüç, 26-Songül Kalıcı, 27-Ş. Öge Damar, 28-Tayfun Tezcan, 29-Zeliha Tahmazoğlu, 30-Nimet Ünal (Balıkesir), 31-Nagehan Çakıroğlu (Bayburt), 32-Aysun Kapanco (Bilecik), 33-Mustafa Sarıışlı (Bingöl), 34-Bekir Sağdıç, 35-Gamze Ünsal Sağdıç, 36-Hasan Serkan Kaplan, 37-Mahmut Anıl (Burdur), 38-Yücel Duman*, 39-Zeki Doğan (Bursa), 40-Cevdet Tunaboşlu, 41-Güçlü İrtem, 42-Nilgün Arıcan, 43-Turan Kanal, 44-Yasemin Kanal (Çanakkale), 45-İlknur Tarlan, 46-Vedat Aslıhak (Çorum), 47-Abdulaziz Ünal, 48-Esma Alkış, 49-Huriye Barlas, 50-Mehmet Kocaman, 51-Seher Bal Kocaman (Denizli), 52- Ayşen Nazaroğlu, 53-İsfendiyar Eyyuboğlu (Diyarbakır), 54- Şaban Ergin (Düzce), 55-Hakkı Özgür (Edirne), 56-Binali Fırınacı, 57-İsmail Yılmaz (Erzurum), 58-Arife Hüsnügil, 59-Aycan Güner, 60-Ayşehan Ş. Soyukan, 61-Güler Alkur, 62-Gülşen Yener, 63-Hüseyin Özdemir, 64-Mualla Onrat, 65-Rasim Çakıroğlu, 66-Selda Ürer, 67-Şeniz Şaykol Ünal, 68-Şermin Uzun Altunel, 69-Yalçın İnce (Eskişehir), 70-Hakan Şengül, 71-Mehmet Kaşıkırmaz, 72-Osman Çelikoğlu, 73- mer Kılınc (Gaziantep), 74-Alfert Sağdıç, 75-Derya Güneş, 76-Hulisi Altun (Giresun), 77-Cuma Ölmez, 78-İnci Cünedioğlu, 79-Metin Değirmenci, 80-Zehra Tel (Hatay), 81-Mediha Yalman (İçel), 82-Ahmet Bolat (Isparta), 83-Ali İçke, 84-Esra Oğuzlar, 85-Fatma Cengiz, 86-İlkay İçke, 87-M. İlhan Alhan, 88-Özgür Gökoğlu (Isparta), 89-Emine Sevgi Yıldırım, 90-Köksal Tuncer, 91-Nermin Demirhan, 92-Şennur Asuman Özyurt, 93-Yusuf Demirci (İstanbul), 94-Aylin Sena Beliner, 95-Aysel Kızıllık, 96-Cenk Aydoğdu, 97-Emel Yakarca, 98-Fatma Demir, 99-Hasan Zorlu, 100-İhsan Kara Okay, 101-Kazım Atilla Öngen, 102-Kutay Özmeral, 103-Kübra Evren, 104-Kübra Gürbüzbalaban, 105-Özlem Murat, 106-Özlem Tural Bayrakçı (İzmir), 107-Üzeyir Bostancı (Karabük), 108-Nigar Erdemir (Karaman), 109-Çağla Akkaya, 110-Gülten Gürgil (Kastamonu), 111-Adem Küçüköğlü, 112-Gamze Sağlam (Kayseri), 113-Fatih Çolakoğlu, 114-Hacer Oral, 115-İzzet Yılmaz (Kırklareli), 116-Cem Kavanoz, 117-Safa Nihan Keysan (Kocaeli), 118-Devrim Erol, 119-Erhan Demirel, 120-Havva Dere, 121-Kübra Ergün, 122-Mehtap Koçaoğullar, 123-Nur Günay, 124-Şerife Tongraklak (Konya), 125-Ayşegül Yastıkçı Aziret*, 126-Duygu Özer, 127-Hatice Kaya, 128-Hüseyin Aziret, 129-İsmail Cihat Tuna, 130-Meryem Cesur, 131-R. Bilge Sel, 132-Sabit Kaçmaz, 133-Seher Yeşilyurt (Kütahya), 134-Ali Aslan Çengel, 135-İsmail Yalın, 136-Şermin Çengel, 137-Tuncay Şen, 138-Ünal Kartal (Manisa), 139-Binnur Amca (Muğla), 140-Fatma Kaplan (Nevşehir), 141-Hamdullah Turhan, 142-Süleyman Babul (Rize), 143-İlhan Özalp (Sakarya), (Diğerleri sayfa 186'da...)



Dr. Füsün Ersoy, Dr. Cumhuri Boratav**
Dr. Tamer Edirne****

Yaşlılarda depresyonun görülme sıklığı, farklı yerlerde yapılan farklı çalışmalara göre %15 ile 45 arasında değişmektedir.

Son 20-30 yıldır özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinde, sağlığı koruyucu politikalarda ve yaklaşımlardaki farklılaşmalar, tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmeler ve teknolojik-bilimsel yenilikler, ortalama yaşam süresinde artışa neden olmuş, dolayısıyla yaşlılık ve kronik hastalıklarla ilgili araştırma ve çalışmalar da önem kazanmaya başlamıştır.

Depresif belirtiler yaşlılıkta sık görülmekle birlikte bu belirtilere yol açan psikiyatrik bozuklukların görülme sıklığı gençlerle hemen hemen aynıdır. Hastanede yatan yaşlı hastalarda poliklinik hastalarına göre, kanser, demans, diyabet, hipertansiyon gibi kronik hastalıkların bulunduğu yaşlılarda hastalığı bulunmayanlara göre ve huzurevlerinde kalanlarda ailesi yanında kalanlara göre depresyonun daha sık görüldüğü bildirilmektedir.

Bazen yaşlılarda kronik ağrı gibi fiziksel bir bozukluğu düşündürülen belirtilerin altında yatan nedeni depresyon olabilmektedir. Yaşlı hastalarda tanı hatalarının büyük kısmı depresyon tablosunun farklı biçimlerde ortaya çıkmasına bağlıdır. Çocuklarda olduğu gibi yaşlılarda da depresyon maskelenebilir. Belirtiler somatik ağırlıklı olabilir, yaşlılığın getirdiği yaşam biçiminin doğal gidişi olarak değerlendirilip atlanabilir. Yaşlı hastalarda suçluluk, perseküsyon (kendini küçük görme ve aşağılama), kendine olan saygının yitirilmesi gibi duygulanımlara daha az rastlanır. Bununla birlikte orta yaş grubunda fiziksel yakınmalar, bir konuya yoğunlaşmada azalma, gelecek hakkında karamsar olma, aile ve arkadaşlarından uzaklaşma gibi belirtiler daha sık görülür.

DSM IV sınıflandırmasına göre distimi gibi iki yıldan uzun süredir ağır olmayan bir belirti ile giden depresif tablodan, major depresif bozukluğa kadar uzanan depresif bozukluklar içinde, distimi yaşlılarda sık görülmekle birlikte, major depresif bozukluğa gençlere oranla yaşlılarda daha az rastlanmaktadır. Yaşlılarda depresyon gençlere göre özkıyım eğiliminin daha sık görüldüğü bir durumdur.

Özellikle yalnız yaşayan, erkek hastalarda, birinci derecede yakınıni yitirmiş, alkol kullanan yaşlılarda depresyona bağlı özkıyım girişimi riski mutlaka akılda bulundurulmalıdır. Depresif yaşlı hastaların mal ve mülkünün paylaşımıyla ilgili yazılı ve sözlü girişimlerde bulunması da özkıyım riski açısından ele alınabilecek bir ipucudur.

Yaşlılarda depresyon tanısını zorlaştıran bir durum da, sağlık personelinin bu konuda yeterince eğitiminin olmaması ve kültürel farklılıklara bağlı önyargılı yaklaşımlardır. Örneğin ABD ve İngiltere'deki hekimlerin yaşlı hastalarla ilgili tanıları karşılaştırıldığında, ABD'deki hekimlerin tanı koydurucu belirgin belirtiler olsa bile, depresyondan önce fiziksel hastalığın tanı ve tedavisine yöneldikleri bir çalışmada saptanmıştır. Bu durum birden fazla somatik yakınması olan yaşlı hastalarda daha da belirginleşmektedir. Oysa böyle durumlarda hekim öncelikle birincil tanı olarak depresyon olasılığını akla getirmelidir.

Yaşlılıkla ilgili bazı önyargı diyebileceğimiz düşünceler, psikiyatrik değerlendirme sonuçlarını yanlış tanıya yol açacak biçimde etkileyebilmektedir. Özellikle hastaya sorulan "Geleceği nasıl görüyorsunuz?" sorusu çoğu kez depresyon tanısında yanlış biçimde bir ayırıcı tanı bulgusu olarak kullanılmaktadır. Oysa geleneksel yaklaşımın tam tersine gelecekle ilgili karamsarlık ve disfori çoğu kez depresyon belirtisidir ve yaşlanmanın doğal bir sonucu değildir. Eğer yaşlı bir hastanın afektif bozukluğu ya da başka bir psikiyatrik rahatsızlığı yoksa, o da diğer genç hastalar gibi gelecek hakkında iyimser olabilir.

Yaşlılarda depresif bozukluk ve bununla ilintili psikiyatrik hastalık oluşumuna zemin hazırlayan başlıca risk etmenleri, hareketliliğin azalması, kendine bakım gücü ve kapasitesinin azalması, duyu kusurlarının ortaya çıkması, önceden bir psikiyatrik bozukluk bulunması, sevilen birinin yitimi gibi üzücü bir olayın yaşanması ve fiziksel bir hastalığın bulunmasıdır. Tanı konmamış tiroid hastalığı ve

*Doç.; Kırıkkale Ü. Tıp Fak. Aile Hekimliği AD
** Yrd. Doç.; Kırıkkale Ü. Tıp Fak. Psikiyatri AD
*** Uzm.; Kırıkkale Devlet Hastane Aile Hekimliği

Depresif yaşı hastaların mal ve mülkünü paylaşımıyla ilgili yazılı ve sözlü girişimlerde bulunması da özkıyım riski açısından ele alınabilecek bir ipucudur.

kronik hastalıklar için kullanılan ilaç ve tıbbi uygulamalar ile vitamin B12 eksikliği de depresyon oluşumuna zemin hazırlayabilen nedenlerdendir. Diğoksin, beta blokerler ve bazı antihipertansifler, L-dopa, bazı kemoterapotikler, steroidler, benzodiazepinlerin ve nöroleptiklerin uzun süreli kullanımı, fenobarbital, indometazin, simetidin, klonidin gibi ilaçlar sıklıkla depresyona yol açmaktadır. İnme geçiren yaşlıların 1/5'inde depresyon görüldüğünden söz edilmektedir.

Yaşlı hastalarda depresyona sıklıkla anksiyete de eşlik etmektedir. Dolayısıyla özellikle hastaneye yatırılan depresif yaşı hastalarda yoğun anksiyete gözleniyorsa antidepresanlarının etkilerinin maksimum düzeye çıkması için gerekli süreyi beklemeden kısa yarılanma ömrü olan bir anksiyolitikle depresif tablonun daha net izlenmesi sağlanabilir. Buna karşı çıkan başka bir görüş ise anksiyetenin ön planda olduğu karışık tablolarda benzodiazepin grubu ilaçlar verilerek anksiyetenin giderilmesinin hastaya sağladığı "iyilik" hissiyle, hastanın artık başka bir ilacı yani asıl klinik tablo olan depresyona yönelik tedaviyi, etkisinin daha uzun sürede ortaya çıkacağı için kabul etmeyeceği, böylece bir tanı ve tedavi hatasına düşülmüş olunacağıdır.

Yaşlıları depresyon açısından değerlendirmede yaygın olarak kullanılan iki ölçek, 30 maddeli Yesavage Geriyatrik

Tablo 1. Antidepresanların farmakolojik etkileri.

Antidepresan grup	Etki Mekanizması	İstenmeyen Etkiler
Trisiklik	NA ve 5-HT geri alınımının baskılanması	Antikolinergik, antihistaminik, alfa1 adrenerjik antagonizm, doğrudan membran stabilizasyonu
SSRI*	5-HT geri alınımının baskılanması	Büyük olasılıkla antidepresan etkiyle ilintili olmayan 5-HT reseptör uyarılması
SNRI*	NA ve 5-HT geri alınımının baskılanması	
MAOI*	Monoamin oksidaz baskılanması	Tiramin (peynir reaksiyonu) ve Sempatomimetiklerle etkileşme, her iki MAO izo enziminin geri dönüşümsüz ve seçici baskılanması
olmayan RIMA*(moklobemide)	MAO'ın seçici ve dönüşümsüz baskılanması	
Diğerleri (yeni antidepresifler)		
Nefazodon	5-HT geri alınımının baskılanması ve 5-HT reseptör antagonizmi	
Mirtazapin	Alfa2 adrenoseptör ve 5-HT2 ve 5-HT3 antagonizmi	
Tianeptin	5-HT geri alım hızını artırır	

SSRI: Selektif serotonin geri alım inhibitörleri,
SNRI: Selektif noradrenalin ve serotonin geri alım inhibitörleri
MAOI: Monoamin oksidaz inhibitörleri,
RIMA: Reverzibl monoaminoksidaz inhibitörleri

Depresyon Ölçeği ile bilişsel işlevlerinin incelenmesinde kullanılan Mini Mental Test'tir.

Bazı depresif hastalarda demansa benzeyen bilişsel bozukluk oluşabilir, buna psödodemans adı verilir. Burada doğru tanı koymayı etkileyen etmenler, belirtilerin başlama zamanı, süresi, mood durumu, hastayla görüşmede verilen yanıtların tipleri ve bilişsel işlevlerin dengeli olup olmadığıdır.

Depresyonda başlangıç demansa göre daha ani, hızlı ya da belirtilerin süresi daha kısadır. Mood yoğun olarak disforiktir. Görüşme sırasında "bilmiyorum" tarzında yanıtlara sık rastlanır. Zayıf ve yetersiz yönleri gizleme yerine vurgulama eğilimi vardır. Bilişsel işlevlerde ise dalgalanmalar belirgindir.

Depresyonla demans arasında ayırıcı tanı yapılamayıp kesin tanı konulamadığı durumlarda bir antidepresan başlanıp tedaviden tanıya da gidilebilir. Ayrıca depresyon ve demans birarada da bulunabilir. Özellikle demansın erken evrelerinde hastanın olayın farkında olması ve içgörüsüyle ilgili olarak, daha ileri evrelerde ise nörotransmitterlerin işlevlerinde oluşan bozukluklara bağlı olarak depresyon ortaya çıkabilir.

Yaşlı hastalarda birden fazla kronik hastalığın bulunabilmesi nedeniyle bunlardan depresyona yol açabilecek olanları belirlemek ve bilinen antidepresif tedaviye kontrendike bir ilaç, tıbbi uygulama ya da hastalık olup olmadığını saptamak son derece önemlidir. Bazı

Tablo 2. Trisiklik antidepresanların yan etkileri.

Antikolinergik Ağız kuruluğu Görmede bulanıklık İdrar tutamama Kabızlık Bellek bozukluğu Dar açılı glokoma alevlenme	Kardiyovasküler yan etkiler Sinüzal taşikardi Aritmiler İletim gecikmesi Ani ölüm
Antihistaminik Sedasyon, kilo alma Alfa1 adrenoseptör antagonistizması Ortostatik hipotansiyon	Diğer Cinsel işlev bozukluğu Bilişsel ve psikomotor yetilerde gerileme Konvülsiyonlar

durumlarda fiziksel hastalığın tedavisi depresif belirtileri hafifletebilir. Ancak hekim şunu unutmamalıdır ki fiziksel rehabilitasyon yaşlı hastalarda tedaviden çok daha etkili olabilmektedir.

Kontrendikasyonu gerektirecek bir tıbbi durum ya da uygulanan bir tedavi yoksa yaşlılarda depresyonun ilaçla tedavisi gençlerdeki gibi yapılır. Yaşlılarda her tür antidepresif kullanılabilirlikle birlikte, aniden ortaya çıkan şiddetli antikolinergik yan etkileri nedeniyle trisiklik antidepresanlardan kaçınmak çok yerinde olacaktır. Yan etki profilleri nedeniyle SSRI (selektif serotonin reuptake inhibitörleri) grubu ilaçlar yaşlılarda en çok yeğlenen antidepresiflerdir. Yaşlılarda kullanılan diğer ilaçlarda olduğu gibi antidepresiflerde de yan etkileri azaltmak ve toksiteyi önlemek için düşük dozdan başlayıp yavaş ve dikkatli bir biçimde dozu artırmak gerekir.

Ağır depresyonu olan ya da antidepresif ilaç tedavisine yanıt vermeyen bazı yaşlı hastalarda elektrokonvulsif tedavi (EKT) etkili bir tedavidir. Demans tek başına bir EKT kontrendikasyonu oluşturmaz. Zayıf yapılı hastalar, EKT'yi genellikle psikoaktif ilaç tedavisinden daha iyi tolere ederler.

Relapsları önlemek için belli aralıklarla uygulanacak koruyucu EKT'den söz edilmektedir. Anestezi altında uygulanan EKT ile yaşlı hastalarda osteoporotik zeminde gelişebilecek kırıkların oluşma riski azaltılmıştır.

Tablo 3. SSRI grubu antidepresiflerin yan etkileri.

Bulantı-kusma	Terleme
Karın ağrısı	Tremor
Ağız kuruluğu	Halsizlik
Kabızlık/ishal	Konvülsiyon
Başağrısı	Distonik reaksiyon (paroksetinde)
Asteni	Cinsel işlev bozukluğu
Uyku bozukluğu	
Kilo kaybı	

Tablo 4. Depresyonda genel tedavi yaklaşımı.

- 1- Doğru tanı koy
- 2- Özkıyım riskini değerlendir
- 3- Doğru antidepresanı seç
- 4- Yeterli dozda ilaç ver ve ilacın tolere edilebilirliğiyle yan etkilerini denetle
- 5- Belirtiler düzeldikten sonra tedaviyi 4 -6 hafta sürdür

Ancak bu tip uygulamada da kalıcı bellek yitimlerinden söz edilmektedir.

Özellikle izole edilmişlik duygusu yaşayan yaşlı depresif hastalar için destekleyici tedavi önem taşır. Hekim fiziksel aktiviteyi arttırmaya yönelik önerilerde bulunmalı, hastaya uygun özgül aktivite tipini ve sayısını belirleyerek açıklamalıdır. Sosyal ilişkilerde ve akrabalık bağlarında zayıflama yaşlılarda sık görüldüğünden, hastanın sosyal aktivitelere katılması, ilişkilerini yeniden güçlendirmesi ya da yeni ilişkiler kurması desteklenmelidir. Bireysel ya da grup psikoterapileri önerilmektedir. Psikodinamik ya da bilişsel davranışçı yaklaşımların tedavide eşdeğer etkinlikte olduğu bildirilmektedir.

Depresyon tedavisinde genel olarak amaç belirtileri tümüyle ortadan kaldırmak, işlevleri hastalık öncesi durumuna getirmek ve yinelemeleri önlemek olmalıdır. Ancak yaşlılarda depresyon tedavisi ve prognozu açısından farklı yaklaşımlar vardır. Yaşlılarda yalnızca belirtilerin tümüyle kaybolması ve hiç yinelememesi değil, tedavi edilebilir düzeyde kısa süreli yinelemelerin de tedaviye yanıt ve iyi prognoz lehine değerlendirilmesi gerektiği bildirilmektedir.

Var olan fiziksel hastalığın ilerlemiş olması ve sosyal baskıların kronik zorlanmaya yol açması, yaşlılarda prognozu kötü yönde etkilemektedir. Ayrıca psikotik özelliklerin bulunduğu depresif tablolarla prognoz daha kötü, özkıyım riski daha fazla ve yaşam niteliğindeki bozulma daha belirgindir.

Tablo 5. Antidepresan preparat isimleri.

Stablon 12.5 mg (Tianeptin)
Remeron 30 mg (Mirtazipin)
Serzone 100 ve 200 mg (Nefazodon)
Seroksat 20 mg (Paroxetin-SSRI)
Faverin 50 ve 100 mg (Fluvoxamin maleat-SSRI)
Prozac 20 mg (Fluoxetin-SSRI)
Lustral 50 mg (Sertralin-SSRI)
Cipram 20 mg (Sitalopram-SSRI)
Aurorix 150 ve 300 mg (Moklobemid-RIMA)
Efexor 37,5-75-150 mg (Venlafaxine-SNRI)
Tofranil 10-25 mg (İmipramin-Trisiklik)

Kaynaklar

1- Adams P. Insight: a mental health prevention intervention. Nurs Clin North Am 2000; 35 (2): 329-38.

2- Bellino S, Bogetto F, Vaschetto P ve ark. Recognition and treatment of dysthymia in elderly patients. Drugs Aging 2000; 16 (2): 107-21.

3- Copeland L, Schwenk TL. ABFP Guides: Depressive Disorders. 1994.

4- Evans DL, Staab JP, Pettito JM ve ark. Depression in the medical setting: biopsychosocial interactions and treatment considerations. J Clin Psychiatry. 1999; 60 Suppl 4 : 40-55.

5- Maletta G, Mattox KM, Dysken M. Update 2000.

Guidelines for prescribing psychoactive drugs. Geriatrics 2000; 55 (3): 65-72.

6- Targum SD, Abbott JL. Psychoses in the elderly: a spectrum of disorders. J Clin Psychiatry 1999; 60 Suppl 8: 4-10.



Dr. Pınar Bilaloğlu, Dr. Dilek Gökharman Ünlübay*,
Dr. Işıl Tunçbilek*, Dr. Uğur Koşar**

Kalça ultrasonografi- si deneyim gerektiren ve henüz pek az merkezde yapılabilen bir inceleme yöntemidir.

Doğumsal kalça çıkığı (DKÇ) ülkemizde sık görülen ve erken tanı konulup tedavi edilirse başarılı sonuçlar alınabilen bir anomalidir. DKÇ terimi ilk kez 1925'de Hilgenreiner tarafından kullanılmıştır. Kalça ekleminin gecikmiş ve kusurlu gelişimidir. Doğuştan olabildiği gibi doğumdan daha sonraki dönemde de ortaya çıkabilir. Bu nedenle DKÇ terimi yerine gelişimsel kalça displazisi (GKD) terimi son zamanlarda daha fazla kullanılmaya başlanmıştır.

DKÇ sıklığı çeşitli ülkelerde ve ayrı geleneklere sahip topluluklarda farklıdır. Bebekleri sırtlarında taşıyan Afrikalı zencilerde ve Hindistan'da düşük oranda görülürken, bizim gibi akraba evliliğinin sık olduğu ve bebeklerini kundaklayan topluluklarda daha sık görülmektedir. Dünya ortalaması %0.1 iken Türkiye'de DKÇ insidansı %0.4-0.5'tir.

DKÇ etyolojisinin multifaktöryel olduğu düşünülmektedir. Ancak üç ana etmen sorumlu tutulmaktadır:

- Ligamentöz gevşeklik (laksite),
- Asetabulumun yetersiz gelişmesi (birincil asetabular displazi),
- Mekanik etmenler ve kötü pozisyon.

Kalçanın kapsül ve ligamentlerindeki gevşekliğin genetik kökenli ya da hormonal etmenlere bağlı fizyolojik olduğu kabul edilmektedir. Bu, doğum sırasında ya da hemen sonrasında bebeklerde ligamentöz gevşeklik olmasına ve mekanik zorlamalardan kolayca etkilenmelerine yol açmaktadır. Birincil asetabular displazinin multipl gen sistemine bağlı ve herediter geçiş gösterdiği belirtilmiştir. İntrauterin yaşamda fetal malpozisyonun DKÇ etyolojisinde mekanik bir etken olarak rol oynadığı ileri sürülmektedir. Bu görüşe göre ilk bebeklerde, makat gelişi olanlarda ve oligohidromnioslularda DKÇ riski artmaktadır.

DKÇ'de erken tanı, tedavinin başarısı bakımından büyük önem taşır. **Tek taraflı DKÇ'de** eşit olmayan bacak uzunluğu, uyluk pili asimetrisi bulunabilir. Ancak normal popülasyonlarda %33 oranında pili asimetrisi bulunduğu bilinmektedir.

Bir ekstremitenin kısalığı doğumsal femur-tibia kısalığında da görülebilir. Yenidoğanlarda abduksiyon kısıtlılığı, üzerinde durulması gereken bir durumdur. Özellikle yineleyen muayenelerde kalıcı kısıtlılığın displazilerde önemli bir kriter olduğu vurgulanmaktadır. Asıl üzerinde durulması gereken muayene yöntemidir (Ortoloni ve Barlow testleri).

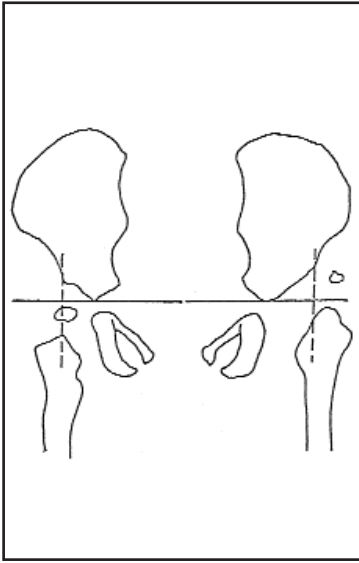
Ortoloni testi altı aylık bebeklerde yapıldığında kesin tanı değeri taşır. Barlow, Ortoloni testini modifiye ederek yenidoğanda instabil ve disloke edilebilen kalça tanımlarını ortaya atmıştır.

Erişkinlerde oldukça stabil olan kalça eklemi, yenidoğan döneminde çoğunlukla stabil değildir. Bu dönemde instabil olan kalçaların %60'ı ilk haftada, %88'i ilk iki ay içerisinde kendiliğinden normale dönmektedir. Bu bebekler normale dönünceye kadar kontrolleri ve izlemleri yapılmalıdır. Fizik incelemede anormal bulgusu olan bebekler ve yüksek risk taşıyan bebeklerin yardımcı tanı yöntemleri ile değerlendirilmeleri gerekir.

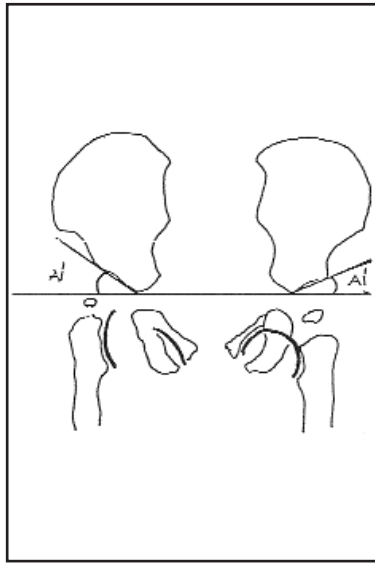
Yüksek risk taşıyan bebekler şunlardır:

- Ailede DKÇ olanlar
- Makat gelişle doğanlar
- Konjenital ayak anomalisi olanlar
- Tortikolisi olanlar
- Eklem ve bağlarda laksitesi olanlar
- Muskuloskeletal anomalisi bulunanlar

Tanıda günümüze kadar direkt pelvis grafileri rutin olarak kullanılmıştır. Ancak yenidoğan döneminde ve epifiz çekirdeği ossifiye oluncaya kadar geçen 4-6 aylık dönemde direkt pelvis grafilerinin geçerliliği ve duyarlılığı tartışmalıdır. Bu dönemde femur başı epifizi gibi asetabulumun da büyük bir kısmı kartilajinöz yapıdadır. Kartilajinöz yapılar standart filmlerde görülemez. Pelvis grafileri femur başı ve asetabulum arasındaki ilişkinin indirekt bulguları temelinde değerlendirilir. Bu nedenle direkt grafiler ile DKÇ tanısı koymak güç ve yanıltıcı olabilir. Pelvis grafilerinde tanıya yardımcı olabilmek için birtakım çizgi ve açıların çizilmesi gerekir (**Şekil 1-4**).



Şekil 1. Hilgenreiner ve Perkins çizgileri.



Şekil 2. Shenton-Menard çizgisi ve asetabular indeks.

Kalça incelemesi yenidoğan ve bebeklik döneminde rutin yapılması gereken bir muayenedir ve birçok ülkede zorunlu ve rutin muayene programı içindedir.

1- Hilgenreiner çizgisi: Her iki asetabulumun Y kırıkdağını birleştiren yatay çizgidir.

2- Ombradonne ya da Perkins çizgisi: Asetabulum tavanının en dış noktasından Hilgenreiner çizgisine inilen dik çizgidir. Bu iki çizgi ile dört kadrant oluşur. Femur başı epifiz çekirdeği radyolojik olarak belirlendikten sonra bu kadrantlardaki lokalizasyonuna göre; alt-iç kadrantdaysa normal, alt-dış kadrantdaysa sublüksasyon, üst-dış kadrantdaysa lüksasyondan söz edilir.

3- Asetabular indeks: Asetabular çatının Y kırıkdağı noktasında Hilgenreiner çizgisi ile oluşturduğu açıdır. Yenidoğanda gerçek

asetabular çatının büyük bir kısmı kırıkdağı yapıda olduğu için radyografik olarak görüntülenemez. Bu yöntem ile ancak iliumun kemik merkezinin alt kenarı ölçülebilir. Bu nedenle normal değeri oldukça tartışmalıdır. Üst sınır olarak 25, 30, 40 dereceyi veren yazarlar vardır. Karşı tarafla belirgin farklılık gösteren asetabular indeks kalça çıkığı yönünden anlamlı bulunmuştur.

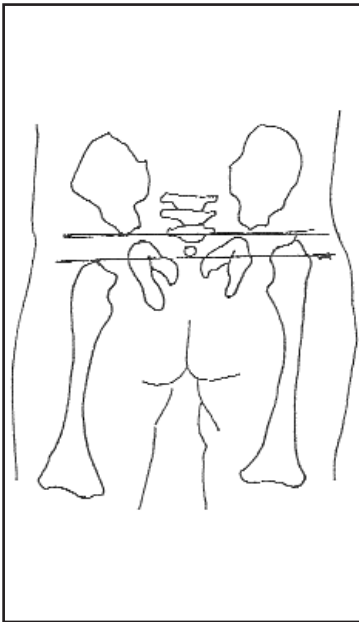
4- Shenton-Menard eğrisi: Femur boynunun medial alt kesimi ile obturator foramenin üst kenarı arasında çizilen eğri normalde aynı dairesel açıda devam eder. Femur başının superiora yer değişimi ile dairesel devamlılık bozulur. Bu bulgu grafi adduksiyon ve dış rotasyonda çekilmişse normal kalçalarda da görülebilir.

5- Von-Rosen I belirtisi: Femur başının süperiora yer değiştirdiğini gösterir. Nötral pozisyonda çekilen grafide simfizis pubisin üst kenarından Hilgenreiner çizgisine paralel ikinci bir çizgi çizilir. Normalde proksimal femur metafizi bu ikinci çizgi altında, lüksasyonda ise iki çizgi arasında görülür.

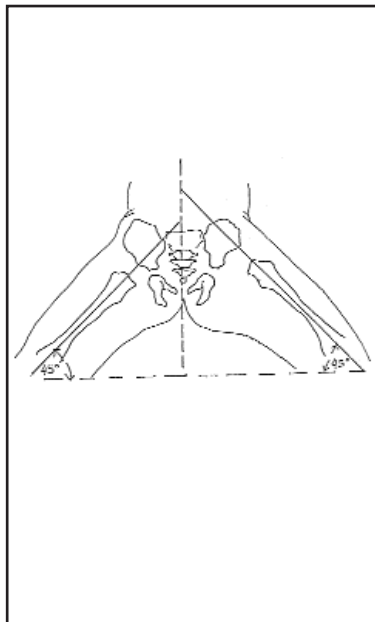
6- Von-Rosen II belirtisi: Kalçalar 45 derece abduksiyon ve iç rotasyonda direkt grafi çekilir. Femur diafizinden geçen çizgi normalde asetabulumun dış kenarından geçerken, lüksasyonda daha yukardan spina iliaca anterior-süperiordan geçer. Bu grafi, femur başının bu pozisyonda, kalça eklemi normale asetabulum içerisine daha iyi yerleşeceği, baş disloke ise asetabulum ile arasındaki bozuk ilişkinin daha belirginleşeceği esasına dayanır. Açıkça görülmektedir ki; tanı, bu tekniğin düzgün uygulanmasına ve açıların gerçekten 45 derece olmasına bağlıdır. Teknik tam olarak uygulanırsa bile yöntemin güvenilirliği, uygulama sırasında instabil kalçanın redükte olma olasılığı nedeniyle tartışılabilir.

7- DKÇ'nin radyolojik olarak patognomonik sayılabilecek en önemli bulgusu gerçek asetabulumun üst kenarında ileri DKÇ'lerde görülen psödoasetabulumun varlığıdır.

Direkt pelvis grafileri 75 yıla yakın süredir kullanılmasına karşın tanımlanan indirekt bulgularla DKÇ tanısında özellikle ilk dört ayda kesin ve güvenilir olmamaktadır. Radyografilerin bu dönemde tanıya katkısı %50 düzeyindedir. Aynı zamanda bebeğe pozisyon verilmesindeki güçlükler, pek çok kez yinelenen grafiler ve radyasyon alımı aile ve hekimi tedirgin etmektedir. Artrografi, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntüleme gibi tetkikler ise invaziv ve bebeklere uygulanımı zor olan yöntemlerdir.

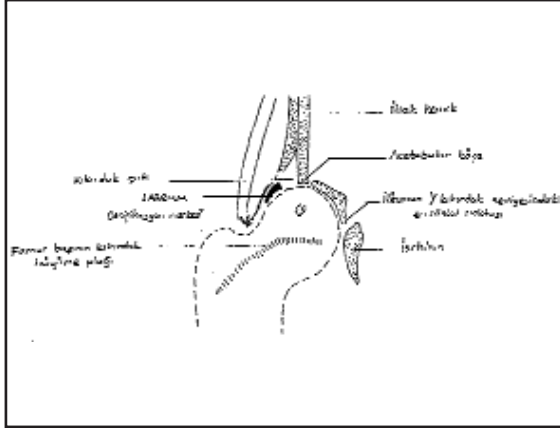


Şekil 3. Von-Rosen I



Şekil 4. Von-Rosen II

Yenidoğan kalçasında ultrasonografinin sistemli bir şekilde uygulanması ilk defa 1980 yılında Avusturyalı bir ortopedist olan Graf tarafından yapılmıştır. Graf yenidoğan kalçasının anatomisinin yapı ve özelliklerini ayrıntılı bir şekilde ultrasonografi ile göstermiştir (**Şekil 5**). Graf tekniğinde ultrasonografi ile koronal düzlemde standart kesitler elde edilerek asetabulum, kemik ve kartilajinöz komponentlerine göre dört ana, sekiz subgrupta sınıflandırılır.



Şekil 5. Koronal kesitte kalça eklemi ultrasonografik anatomisi

Graf sınıflandırmasına göre (Resim 1):

Tip 1: Matür kalça

Tip 2: İmmatür kalça

Tip 2a; Fizyolojik immatürasyon (üç aydan küçük)

Tip 2b; Gecikmiş ossifikasyon-asetabular displazi (üç aydan büyük)

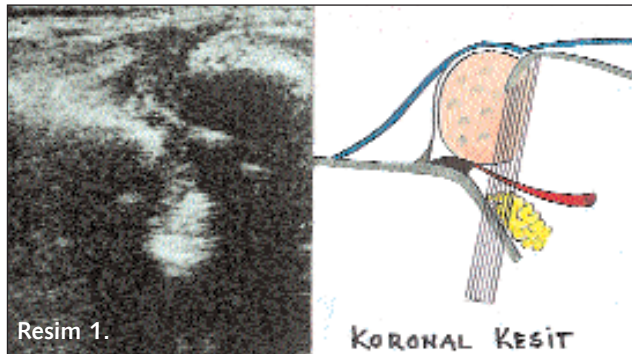
Tip 2c; Kritik zon

Tip 2d; Desantralize kalça

Tip 3: Ekzantrik kalça

Tip 4: Disloke kalça

Yenidoğan döneminde kalçalar tamamen matür olabilirse de büyük bir kısmında (%85)

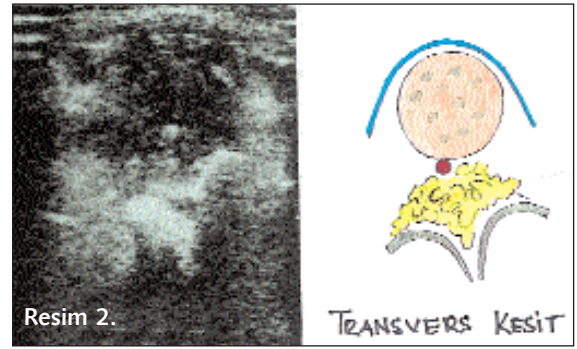


Resim 1.

KORONAL KESİT

fizyolojik immatürasyon (Tip 2a grubu kalça fizyolojik immatürasyon olarak adlandırılır) vardır. Bu bebekler üç aydan küçüktür. Bu gruptaki kalçalar tedavi gerektirmezler, birer ay ara ile izlenir. Üçüncü ayda, en geç dördüncü ayda normale dönmeleri gerekir. Eğer normale dönmezlerse Tip 2b grubu kalça gibi tedavi edilirler. Tip 2b ve üstü grubundaki kalçalar tedavi gerektiren kalçalardır.

Daha sonra başka araştırmacılar transvers kesitleri tanımlamışlar (**Resim 2**), gerçek zamanlı ultrasonografi ile kalçanın inceleme sırasındaki hareketliliğini ekrana yansıtmışlar ve eklemi oluşturan yapıların dinamik ilişkisini gözlemişlerdir.



Resim 2.

TRANSVERS KESİT

Dinamik ultrasonografik incelemede; tetkik sırasında kalçaya Barlow ve Ortoloni manevraları uygulanarak stabil kalça, instabil kalça (disloke edilebilir), disloke kalça (redükte edilemeyen) saptanabilir.

Kalça eklemi kartilajinöz kısımlarının doğrudan gösterilebilmesi ve instabilitenin saptaması ultrasonografinin duyarlılığını artırmaktadır. Ayrıca radyasyon içermemesi, sık yinelenebilir olması ultrasonografinin avantajıdır. Bu nedenle **riskli bebeklerin tanınmasında ya da kuşkulu muayene bulgularının olması durumunda ilk 8-10 ayda başvurulacak ilk görüntüleme yöntemi ultrasonografi olmalıdır.** Daha büyük çocuklarda kartilajinöz yapıların kalsifikasyonu, özellikle femur başı epifiz çekirdeğinin kalsifikasyonu ultrasonografik değerlendirmeyi kısıtlayacaktır.

Ultrasonografinin olumsuz yönleri kalça ultrasonografisinin son derece deneyim gerektirmesi ve henüz pek az merkezde yapılıyor olmasıdır. Bu nedenle dördüncü aydan büyük bebeklerde, kalça ultrasonografisi yapılamayan yerlerde direkt pelvis grafileri tanıda öncelikle seçilmelidir.

Kaynaklar

- 1- Çakırgil GS. Ortopedi ve travmatoloji. Yargıçoğlu Matbaası, 1982; 4:128.
- 2- Konaş Ö. Gelişimsel kalça displazisinde US: morfolojik ve dinamik yaklaşım. Tanışal ve Girişimsel Radyoloji 1999; 5:166-172.
- 3- Girgin O, Kurultay R. 1981 Sakatlar Yılı doğuştan kalça çıkığı notları.
- 4- Graf R. Guide to sonography of the infant hip. Thieme Medikal Publishers, Inc., New York, 1987; Chapter 8.
- 5- Macewen Gd, Masan B. Evaluation and treatment of congenital dislocation of the hip in infants. Orthopedic Clinics of North America 1988; 4:19.

Mart sayımızda yayınladığımız dosya 25'i anımsatıp TTB Yüksek Onur Kurulu'nun kararını yayınlıyoruz.

Dosya 25

Dr. A.J.: Erkek, pratisyen hekim.
Dr. A.J. gazete ilanlarında kalp damar tıkanmaları, beyin damar tıkanıkları, bacak damar tıkanıklarını ameliyatsız tedavi ettiğini duyurmaktadır. Bu yakınmalarla kendisine başvuran E.K.'ye, kendi hazırladığı bir çeşit tozdan iki kilo kadar satar ve bu tozu kaynatarak içmesini söyler. Hasta yakınının şikayeti üzerine tabip odası hekim hakkında soruşturma başlatır.

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

KIRMIZI ET KAYMAK TERFYAÇ MARGARİN KIZANIMALAR
YAĞLI YEMEKLER YAĞLI PEYNİR BİSKÜVİ ÇUKLATA
ÇAY KAHVE (ÇOK AZ) YAVUK DERİSİ YUMURTA KURU
YEMİSLER

SORUŞT

BÜTÜN SEBZE MEYVELER KURU HAKLIYAT (FASULYE NÖ-
HUN MERCİMEK) SÜT YOĞURT YAVUK BALIK SÜTLİAC
REÇEL BAL POKHEZ FİMEK(AZ) YAĞSIZ PEYNİR YE-
SİL ZEYTİN.

HER SABAH BİR BUCUK ÖLÇEK İKİZ BES DARDAK SU İLE
25-30 DAKİKA KAYNATIĞAK. ELDE EDİLEN SIVI GÜN-
DE 3 DEFA AC İÇİLECEK. Yemekten 1 saat önce

Not. Toz bir tülbent, keçe içine konulabilir.

Haftada en fazla 2-3 kaşık
Cmı Yağs. Danelde. Mısır

Dosya 25'e ilişkin yanıt:

Öncelikle pratisyen hekimin kalp damar tıkanıkları (arteriosklerozis) tedavi etme yetkisi yoktur. Böyle bir hastayı konunun uzmanı olan bir meslektaşına göndermemesi meslek ahlakına tamamiyle terstir. Hele muayenehanesinde, çalıştığı hastanede yapay ilaçlar ve ne olduğu belli olmayan tozlar vererek hastasını ve halkı sömürüyorsa, bu hekim değil, olsa olsa sahtekar bir tüccardır. Hiç bir hekim ilaçları satmaya yetkili değildir. Bu durum Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün ve Türk Eczacılar Birliği'nin yönetmeliklerine aykırıdır ve suç unsuru teşkil etmektedir. Yine TCK'nın 397.

maddesine göre cezayı gerektirmektedir.

Yasak olduğu halde Dr. A.J.'nin gazete ilanlarıyla toz vb. ilaçları satma cesaretini göstermesi, var olmanın dayanılmaz ağırlığıdır.

Gerçek bir hekim, hekimlik etiğine ve deontolojiye bağlı kalmalıdır. Adı geçen hekimin etik kurallara bağlı olmadığını düşünüyorum. Bu nedenle adli soruşturmanın yanında, meslekten uzun süre uzaklaştırılması gerektiğini düşünüyorum.

Dr. Şükrü Güvenç/Elazığ

Yüksek Onur Kurulu Kararı: Altı ay meslekten alıkoyma ve asgari muayene ücretinin 50 katı para cezası

YOK Kararı: Onay

Dosya 27'ye ilişkin görüşlerinizi bekliyoruz. Yanıtlarınızı ve TTB Yüksek Onur Kurulu kararını Temmuz 2001'de yayınlayacağız.

Dosya 27: Dr. A.C. Erkek 45 yaşında, pratisyen, SSK dispanserinde çalışıyor.

Dr. A.C., muayenehanesine başvuran diyabet hastalarına, kendilerine uygulanmakta olan insülin tedavisini keserek, "kendi buluşunu" uygulamaktadır. Kendi ifadesine göre buluşu %5'lik dekstroz içine koyduğu antibiyotik ve antigripal ilaçlardan oluşmaktadır. Dr. A.C. bu "renkli serum"u, antidiyabetiklerle birlikte, yine kendi ifadesiyle "vücut direncini yükseltmek için" kullanmaktadır. Hastalarından biri, tedavi sonrası ketoasidoz komasına girince, hekimi tabip odasına şikayet etmiştir. Tabip odası onur kurulu hekime ceza verilmesine karar verir. Hekimin itirazı üzerine dosya TTB-YOK'a gönderilir.

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

Şubat 2001 sayımızdaki Bulmaca'dan ödül kazananlar

144-Muharrem Nacar, 145-Ömer Savaş Tokacioğlu (Samsun), 146-Efrumiye Yılmaz, 147-Fatma Yücel Beyaztaş, 148-Filiz Banu Ethemoğlu, 149-Özgür Demirkan, 150-Sevda Ünal (Sivas), 151-Arif Süer, 152-C. Hakan Yıldırım, 153-Fatma Cankı, 154-Mahmut Akdağ, 155-Mehtap Şen, 156-Sevtaç Yıldırım (Tekirdağ), 157- Ahmet Kocak, 158- Halis Yılmaz, 159-Mehtap Solmaz, 160-Murat Dağdeviren, 161-Sabiha Daylak Dağdeviren (Tokat), 162-Ayşegül Temelli, 163-Canan Öksüzözoğlu, 164-Canan Sakalioğlu, 165-Meltem Seymen, 166-Ö. Bünyamin Sakalioğlu (Trabzon), 167-Ali Gençaslan (Yozgat), 168-Ebru Kara, 169-Gürkan Güleken, 170-Kezban Tabak, 171-Saffet Aydın* (Zonguldak), 172-Mustafa Yücel (Almanya).



Tanı: Herediter sferositoz

Anemisi olan bir hastada retikülosit değerinin bilinmesi ayırıcı tanıda değerli bilgiler vermektedir. Hasta hematokritine göre hesaplanan retikülosit indeksi (retikülosit sayısı x hasta Htc/ normal Htc) eritropoezi retikülosit sayısından daha iyi yansıtmaktadır: Kanama ya da hemoliz varlığında %3'ten fazlayken, azalmış eritrosit üretimi varlığında ise %3'ten (sıklıkla %1.5'ten) küçüktür.

Hastamızın retikülosit sayısı yüksekti (%8.5).

Retikülositoz varlığında üç olasılık düşünülmelidir: Kanama, hemolitik anemi ve hematinik tedavi. Hastamız demir, B12 ve folik asit tedavisi almıyordu ve belirgin ya da gizli kan kaybı yoktu; hemolitik anemi düşünüldü. Retikülosit indeksi de %4.7 idi.

Hastamızın eritrosit indekslerinden MCV düşük, MCHC yüksek, RDW yüksek saptandı ve periferik yayma incelemesinde (**Resim 1**) bol sferosit görüldü. MCHC yüksekliği yalnızca herediter sferositoz ve soğuk aglutinin hastalığında görülmektedir. RDW yüksekliğiyle birlikte herediter sferositoz için oldukça özgüldür. Hasarlı membran dalak makrofajları tarafından koparıldığı için sferositik eritrositler gözlenmekte ve volümü küçük olan bu eritrositlerde hemoglobin normal olduğu için MCHC yüksek saptanmaktadır.

Sferosit varlığında da temel olarak üç olasılık düşünülmelidir: Otoimmün hemolitik anemi, yenidoğan döneminde ABO uyumsuzluğu ve herediter sferositoz.

Hastamızda D. Coombs testinin negatif olması otoimmün hemolitik anemi tanısından uzaklaştırmıştır. Resim 2'deki osmotik frajilite eğrisinde eğrinin sola kaydığı görülmektedir. Bu osmotik frajilitenin arttığını yani eritrositlerin tuzlu suya direncinin azaldığını göstermektedir ve herediter sferositoz tanısı için en duyarlı testtir.

Herediter sferositozlu olguların %75'i otozomal dominant, %25'i de otozomal resesif ya da yeni mutasyonla oluşmaktadır. Hastamızın annesinde sarılık ve splenektomi öyküsü vardı. Ancak tanısını bilmiyordu. Ameliyat edildiği hastaneden epikriz istendi ve herediter sferositoz tanısı konulduğu görüldü. Safra taşından ameliyat olması anneannesinin de herediter

sferositozlu olabileceğini, dolayısıyla kuşak atlamayan bu kalıtımın otozomal dominant kalıtım olduğunu düşündürmektedir. Hastamızın babasının tam kan sayımı ve osmotik frajilitesi normal; annenin retikülositi, MCHC değeri yüksek ve osmotik frajilitesi artmış saptandı. Herediter sferositozda eritrosit iskelet proteinlerinin eksikliği ya da işlev bozukluğu söz konusudur. En yaygın rastlanılanı ise ankirin ve spektrin kombinasyonundadır. Klinik belirtiler sıklıkla bebeklik ve erken çocuklukta başlamaktadır. %50 olguda yenidoğan döneminde hiperbilirubinemi yapabilmektedir ve genellikle ilk iki günde başlamaktadır. Anemi sıklıkla ilk başvuru bulgusudur ve sarılık ve splenomegali ile birlikte herediter sferositozun klinik üçlüsünü oluşturmaktadır.

Yenidoğan döneminde hastamızda görülen sarılık döneminde ve altı aylıkken anemi saptandığında eritrosit göstergelerinin (MCHC yüksekliği), periferik yayma incelemesinin yapılması (sferosit) ve ayrıntılı aile öyküsünün alınmasıyla (splenektomi, safra taşı) rahatlıkla herediter sferositoz tanısı konulabilirdi. Herediter sferositozlu olgularda tedavisiz olguların 1/3'ünde safra kesesi taşı oluşmaktadır. 10 yaş altındaki çocukların ancak %5'inde görülmektedir ve bebeklerde de bildirilmiştir. Sıklık 10 yaş üzerinde artmaktadır. Taş varsa kolesistektomi endikedir. Birlikte splenektomi uygulanması tartışmalıdır.

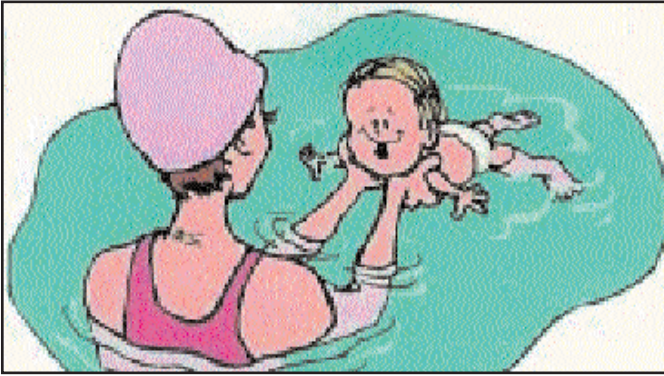
İskelet değişiklikleri, büyüme geriliği, anemiye bağlı yaşamsal organlarda perfüzyon bozukluğu, bacak ülserleri, ekstremitelerde tümör gelişimi gibi bulguları olan orta-ağır olgularda splenektomi önerilmektedir. Splenektomi sonrası sepsis riski nedeniyle beş yaşından önce uygulanması önerilmemektedir. Uygulanması gerekirse de pnömokok ve H. influenza tip B aşılı ve penisilin profilaksisi uygulanmalıdır.

Hastamızın ailesine bu hastalıkta genellikle enfeksiyonların tetiklediği hemolitik krize bağlı sarılık ve eritroblastopenik krize bağlı hemoglobinde ani düşme olabileceği belirtildi. Anemi belirtileri ve sarılık gelişirse acilen başvurusu önerildi. Artmış eritrosit folat gereksinimini karşılamak için folik asit 1 mg/gün (Folbiol 5 mg tablet, haftada 3 gün 1/2 tablet) başlandı.



Dr. Serdar Kula*

Kreş dönüşü bir akşam Görkem, "Ben de yüzebilir miyim?" diye sorunca ne yanıt vereceğini şaşırılmış Sultan. Daha sonra arkadaşı Burak'ın haftasonları babası ile havuza gittiğini ve babasının Burak'a yüzme öğrettiğini anlatmış Görkem ve "Babam da bana yüzme öğretebilir mi?" diye eklemiş ardından. Ama ne Sultan ne de eşi doğru dürüst yüzme bilmiyorlarmış.



Bir Salı akşamı hararetli bir yayın kurulu toplantısının ortasına dalıverdi elinde bir tepsi çay ile Sultan. Doğrusu, bizi can evimizden vermişti. Herhalde hepimiz bir yandan sıcak çaylarımızı yudumlarken bir yandan da aynı soran bakışları yöneltmişiz ki, "Tamam, tamam!.. Evet, size bir şey sormaya geldim" diye açıklamak zorunda kaldı. Gerçekten de Sultan genelde bize hiç böyle ikramlarda bulunmazdı. Sonra yüzme konusundaki sorularını ardı ardına yöneltmeye başladı. En önemli soru ise "yüzmeye hangi yaşta başlamalı?" sorusuydu. Bir çocuk hangi yaşta olursa olsun yüzebilir miydi? Erken yaşta yüzmeyi öğretmek daha mı iyi olurdu? Televizyon ve dergilerde birbirinden farklı pek çok şey görmüştü. Daha birkaç aylık iken yüzmeyi öğrenenler de vardı, daha geç yaşlarda yüzmeye başlamayı önerenler de. Hatta internette altı aylık bebeklerin yüzme öğrendiklerine ilişkin bilgiler görülmüştü. Yakın zamanda benzer bir soruyla karşılaştığımızdan hazırlıklydık ve bu güzel çay molasından yararlanarak Sultan'ı elimizden geldiğince aydınlatmaya çalıştık.

Aslında özel bir eğitime gerek olmaksızın çocuklar ilk bir yaşları içerisinde suda ilkel yüzme hareketleri gerçekleştirebilirler. Bu hareketler daha çok "köpek adımları" şeklindedir. Bu yaşlarda suyu doğal bir ortam olarak kabul ettiklerinden, daha az korkarlar ve su ile barışıktırlar. Daha karmaşık hareketlerle yüzmeye hangi yaşlarda başladığına yönelik kesin araştırmalar ne yazık ki yok. Sultan'ın da değindiği gibi, daha altı aylıkken yüzme dersleri alıp başarılı bir şekilde yüzebilen bebekler de vardır. Ancak bu hareketler için en uygun motor gelişimin gözlemlendiği dönem beş yaştır. Bazı araştırmacılar nöromusküler yeteneklerin yeterince gelişmemiş olmasından dolayı, dört yaşından daha küçük çocukların yüzme eğitimleri için daha uzun ve yoğun çaba harcadığını göstermişlerdir. Amerikan Pediatri Akademisi de **yüzme için en uygun dönemin dört yaş** olduğunu bildirmektedir.

Ama unutulmaması gereken en önemli nokta, çocuklar eğitim almış olsalar bile, suda ya da su yakınlarında yalnız bırakılmamalıdır. Hatta, su içerisinde ebeveynlerin çocuğa bir kol boyundan daha uzak olmamaları en doğru hareket olacaktır.

"Anlaşıldı, bu demektir ki, Görkem'le birlikte ben de yüzme kurslarına katılıyorum!" diyerek, kapıya doğru yöneldi. Sıcacık çayların tadı damağımızda kalmıştı. "Biraz bardak daha..." diye seslenecek olduk; ama o hiç oralı olmadı. "... bir zahmet kalkıp kendiniz doldururun!" diyerek çıkıp gitti. Boş çay bardakları elimizde kala kaldık...



Görkem Gamze'ye yüzme öğretiyor!..

Kaynaklar

- 1- Blanksby BA, Parker HE, Bradley S, Ong V. Children's readiness for learning front crawl swimming. Aust J Sci Med Sport. 1995;27:34-37
- 2- Parker HE, Blanksby BA. Starting age and aquatic skill learning in young children: mastery of pre-requisite water confidence and basic aquatic locomotion skills. Aust J Sci Med Sport. 1997;29:83-87
- 3- American Academy of Pediatrics, Committee on sports medicine and fitness and committee on injury and poison prevention. Swimming programs for infants and toddlers. Pediatrics 2000;105:868-70

* Uzm.; GÜTÇ Çocuk Kardiyoloji BD, Ankara



Karaağaç Sağlık Ocağı / Isparta

Dr. Tülay Çonkır Güler*

Karaağaç Sağlık Ocağı Isparta'nın en eski yerleşim bölgelerinden birinde olup, Isparta-Antalya karayoluna yakın bir konumdadır.

1995 yılı Ekim ayında kötü durumdaki bir binada kuruldu. Dört odadan oluşan Ocak'ta ebe-hemşire odasının ve polikliniğinin penceresi bile yoktu. Dört buçuk yıl boyunca sağlık ocağı çalışanları yöre halkına şifa dağıtmanın yanında, kendi hastalıklarıyla da uğraştı. Olumsuz fiziki yapıya karşın, bu süre içinde halkla kurulan iyi diyalogumuz sonucu şu anda 250 m²'den fazla kullanım alanı olan şirin, sıcak bir ortamda çalışıyoruz.

ETF nüfusumuz düşük olmasına karşın Isparta ilinin en çok poliklinik hizmeti veren sağlık ocaklarından biriyiz. Çalışanlarımızın gülyüzü, bölge dışından günde 40-50 hasta gelmesini sağlıyor. Temel görevimizin koruyucu hizmetler olduğu bilinciyle çalışarak aşı oranlarımızı Isparta ili aşı oranlarının sürekli üstünde tuttuk. Bölge dışı hastaların fazlalığı, ocağımızı poliklinik hizmeti için tercih eden kişilerden bazılarının bebek aşıları ve gebe aşıları için de bizim hizmet almalarına yol açmaktadır. Bu yüzden aşı oranlarımız genellikle % 100'ün üzerindedir.

Aile planlaması hizmetleri eğitim ve malzeme dağıtımı biçiminde sürdürülmektedir. Sağlık müdürlüğümüzce dört merkezde hizmet verildiği için çevre sağlığı hizmetimiz yoktur.



Toplam nüfus	5563
Hane sayısı	1650
Bebek sayısı	122
Çocuk sayısı	416
Kaba doğum hızı	%0.19
Kaba ölüm hızı	%0.18
Bebek ölüm hızı	%0.27
Ölü doğum hızı	%0.18
Ana ölüm hızı	0
Hastanede yapılan doğum oranı	%98
Evde sağlık personeli yardımıyla yapılan doğum	%2
Doğurganlık hızı	%0.7
Bebek başına düşen izlem	7.3
Çocuk başına düşen izlem	1.2
Gebe başına düşen izlem	4.78
Sevk oranı	%14.7
Etkili aile planlaması kullanım oranı	%33.5
Etkisiz aile planlaması kullanım oranı	%24.6

Gebe, loğusa, bebek ve çocuk izlemlerimizi düzenli ve sürekli olarak yapmaya, fenilketonüri erken tanısı için örnek alınmamış bebek bırakmamaya özen gösteriyoruz.

Gebe izlemlerinde hemoglobinin, hemotokrit ölçümlerini ücretsiz olarak yapıp, gebeliğinin dördüncü ayından başlayarak demir preparatları öneriyoruz. Sosyoekonomik durumu ve beslenme koşullarına göre bebeklerimize 15. günde D vitamini, dördüncü ayda demir başlamaktayiz.

Yaşlı nüfusumuz fazla olduğu için kalp damar hastalıkları için yapılan taramalarda pek çok hasta yakalanmakta ve eğitim verilmektedir. Ocağımızda herhangi bir nedenle gelen hastaların arteriyel kan basınçları ölçülüp gerekenler izlenmektedir. Olanaklarımız ölçüsünde ücretsiz kan şekeri, kolesterol ölçümleri yapılmaktadır.

Acil ve gözlem odalarımızda gerekli ve yeterli donanım bulunmaktadır ve tüm personelimiz temel yaşam desteği konusunda eğitilidir. Laboratuvarımızda; EKG, kan şekeri, kolesterol, gebelik testi, idrar testi, hemoglobin, hematokrit ölçümleri yapıyoruz.

Yıllık hepatit B oranımızdaki düşüklük; başlangıçta 0. ayda aşılama hizmeti verilirken, sonradan aşı başlangıcı üçüncü aya çekilmesi nedeniyle iki ay boyunca aşı yapmamamızdan kaynaklanmaktadır (on aylık oran % 103.5).



Hizmet İçi Eğitim Konuları:

Gebelikte bakım ve beslenme
Bebek bakımı ve beslenmesi, anne sütünün önemi
Aşılama çalışmaları, Aile planlaması
Yanıklar, ilk yardım, temel yaşam desteği
Yeni doğanda sık rastlanılan hastalıklar
Mevzuat

Halk Eğitimi Konuları:

Aile planlaması, gebelikte, süt çocukluğunda ve
çocuklukta bakım ve beslenme,
Üreme çağında kanser belirtileri, meme kanseri,
Diyabette beslenme kriterleri ve diyabetik ayak
Hipertansiyon, obezite, menopoz, osteoporoz

Aşılar	%
DPT (1-2-3)	102.0
Polio (1-2-3)	102.0
Kızamık	103.5
Hepatit B (1-2-R)	86.4
TT1	111.9
TT2	92.6

TT2'deki düşmenin nedeni ise ilk gebeliğinde iki doz aşı yapıp, üç yıl içinde yine gebe kalanlara bir doz aşı yapılmasıdır.

Ocağımızda iki bilgisayar bulunmakta ve personelimiz kendi sahasındaki kayıtları tutabilecek düzeyde bilgisayar kullanmaktadır.

Öncelikli hizmetlerimizden biri de eğitimidir. Ebelerimizin gebe ve annelere evlerinde verdiği bireysel eğitimin yanında, ocağımızın toplantı salonunda televizyon ve video kasetleri ile sık sık eğitim çalışmaları yapmaktayız. Çalışanlarımıza da düzenli aralıklarla hizmet içi eğitim veriyoruz. Eğitim çalışmalarına Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin intörn ve Hemşirelik Yüksek Okulu'nun stajyer öğrencileri de katılmaktadır.

Yeşil kartlı hastaların gereksiz sevk ısrarı ve göz, diş, kadın hastalıkları ve doğum gibi özgün bölümlere yapılan sevkler nedeniyle sevk oranlarımız beklenenin üstündedir.

Bizce

Özverili çalışmalarıyla binalarını kullanılabilir duruma getiren, güleryüzlü Karaağaç Sağlık Ocağı çalışanlarını kutlarız.

Bölgede ana ölümünün görülmemesi, bebek ölüm hızının ülke geneline göre düşük olması, doğumların %98'inin hastanede yapılması ve sağlık personeli yardımı olmaksızın gerçekleştirilen doğumun olmaması, ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin başarıyla verildiğini göstermektedir. Bebek, çocuk ve gebe izlem sayıları da olması gereken düzeylere yakındır. Etkili aile planlaması kullananların oranı ülke geneli ile benzerdir. Sağlık ocağı çalışanlarının çabası ile bu oranın da daha yukarıya çıkacağına inanıyoruz.

Bağışıklama hizmetlerinde ulaşılan oranlar, Türkiye genelinin üzerindedir. Bölge dışında gelen çocuklara yaptıkları aşıları ilgili bölgelere bildirdiklerinden eminiz.



Bazı aşılama oranlarının düşüklüğü ve bunun nedenleri bilinmektedir. Bu, hizmetin bilinçli bir şekilde sunulduğunu göstermektedir.

Eğitim konuları büyük bir titizlikle seçilmekte ve gereksinim duyulan konulara öncelik verilmektedir. Bu yolla toplum ve sağlık personelinin sağlık hizmetlerine olan duyarlılığı artacaktır. Tıp fakültesi ve hemşirelik yüksek okulu öğrencilerinin bu ocağa staj yapmaları koruyucu hekimliğin önemini kavramalarını sağlayacak ve gelecekteki çalışmalarına ışık tutacaktır.

Sağlık ocağının sevk oranı olması gereken düzeyin üzerindedir. Bunun %4-10 arasında tutulması sağlanmalıdır.

Çalışmalarını bizlerle paylaşan Karaağaç Sağlık Ocağı çalışanlarına teşekkür ediyor, çalışmalarını aynı özen ve duyarlılıkla sürdüreceklerine gönülden inanıyoruz.

Bilimsel ve dostça kalın.



Dr. Orhan Odabaşı*, Dr. Şükrü Tan**,
Dr. R. Cenap Yıldırım***,

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

Olay: Sağlık ocağı doktoru Ş.T. izinli olduğu için sağlık müdürlüğü tarafından yerine geçici olarak Dr. N.S. görevlendirilmiştir. Görevlendirme yazısında görevlendirme süresinin 15 (onbeş) gün olduğu belirtilmiştir. Görevlendirildiğini öğrenen Dr. N.S. geçici görevle çalışacağı yerde, gece konaklama olanağının olmaması nedeniyle kendisi için zorluk olacağını düşünüyor ve telefonla il sağlık müdür yardımcısını arıyor. Telefonda müdür yardımcısı tarafından sözlü Dr. N.S.'ye ilçeye yalnızca hafta içi mesai saatleri içinde gidileceği, sonra isterse il merkezine dönebileceği söyleniyor.

Bir hafta sonu ilçeye bağlı köylerden birisinde, bir vatandaş nedeni belirlenemiyen bir olaydan dolayı ölüyor. Otopsi yapılması için ilçede görevli doktor aranıyor, ancak bulunamıyor. İlçe jandarma komutanlığı tarafından doktor bulunmadığına ilişkin tutanak tutuluyor. Doktor N.S. hakkında savcılıkça adli görevi ihmalinden dava açılıyor.

Yukarıda özetlenen bu olaya göre;

1- Dr. N.S.'nin bu olaydaki sorumluluğu nedir?

2- Bu olay nedeniyle açılan mahkeme sonucunda Dr. N. S. nasıl bir ceza alır?

3- Sağlık müdürlüğünün yanlış yönlendirmeden dolayı bu olaydaki sorumluluğu nedir?

4- Adli olaylarda C. savcılarının doktorlar karşısındaki konumu nedir (amiri midir, eşit konumda mıdır ya da ne gibi yaptırım güçleri vardır)?

Ne Yapmalı?

Sağlık hizmeti sürekliliği olan ve 24 saat sürdürülmesi gereken bir hizmettir. Sağlık müdürlüğü izne ayrılan doktorun yerine başka bir doktoru görevlendirerek hizmetin aksamamasından sorumludur. Bu olayda da sağlık müdürlüğü izne ayrılan hekimin yerine Dr. N.S.'yi 15 gün süreyle geçici olarak sağlık ocağında görevlendirmiştir.

Dr. N.S. görevlendirildiği sağlık ocağında hizmetin aksamaması için 24 saat o bölgede bulunmalıdır. Bu, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmelik'in 5. maddesinin h bendinin a fıkrasında da belirtilmektedir.

Aynı maddenin h bendinin c fıkrasına göre bir hekim görevli bulunduğu bölgede adli tabiplik görevini yapmakla da sorumludur. Adli tabiplik görevinde birinci sorumlu olunan kurum savcılık makamıdır. Dr. N.S. sağlık ocağı bölgesinde olmaması ve o akşam adli bir olayın olması nedeniyle arandığında bulunamaması tamamen Dr. N.S.'nin sorumluluğunda olup kamu suçu işlemiştir ve suçludur. Bu konuda açılacak davada bir ceza alması gerekmektedir. Ayrıca il sağlık müdürlüğü tarafından da bir soruşturma açılarak cezalandırılması gerekmektedir.

Ancak burada bir çok hekimin karşılaştığı ve duyarlı olmamız gereken daha önemli bir konu vardır. Hekimin amiri olan yetkililer, hekimleri bir konuda görevlendirmek istediklerinde ileride sorunla karşılaşmamak için genellikle sözlü talimatlar verip, taahhütlerde bulunarak karşısındakini ikna yolunu seçmektedir. Ama unutulmamalı ki, verilen sözlü emirler hiçbir zaman geçerli olmayıp çoğunluklarda inkar edilmektedir. Burada sözlü taahhüt verilmesi nedeniyle sağlık müdürlüğünün sorumluluğu yoktur. Dr. N.S.'nin en büyük hatası il sağlık müdür yardımcısının sözüne inanarak yazılı bir belge almamasıdır.

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmelik

Madde 5: Sağlık kuruluşunda görevli personelin yetki ve sorumlulukları

h bendi: Sağlık ocağı personeli
Bu bendin altındaki hekim başlığı bölümündeki;

a fıkrası: Hekim, sağlık ocağı hizmetlerinin yürütülmesinden sorumlu amirdir.

c fıkrası: Kendi bölgesinde adli tabiplik görevi yapar.

* Uzm.; SB Ankara Eğit. ve Araş. Hast. Aile Hekimliği

** Lalapařa Sağlık Ocağı

*** PhD., SSK Bolu Hastanesi

Günlüğümden

Bu ayki Günlüğümden sayfalarında, Prof. Dr. Nadir Paksoy'un Organon İlaçları AŞ tarafından yayınlanan; "doğa-çevre-insan" üçlüsüne ait görsel malzemelerle zenginleştirilmiş "Gezgin Bir Hekimin Dünyası" adlı kitabından "Vurdum Çantayı Sırtıma" adlı bölüme yer veriyoruz.



Aradan on yedi yılı aşkın bir zaman dilimi geçti ama ben tıpkı dünmüş gibi heyecanlanmaktan, coşkulanmaktan ruhumu alamıyorum. Yüreğim kıpır kıpır. Sanki tarih kendini yeniliyor. Belleğim beni gerilere sürüklüyor. Buğulu bir kapının sürgüsü açılıyor, anılar sandığımın kapağı aralanıyor, duygu kırıntıları uçuşmakta artık... Havayı birden, henüz savrulmamış, kokusunu yitirmemiş, biraz önce koparılmışcasına hala taptaze duygu polenleri dolduruyor.

1 Temmuz 1983 günü Pasifik Okyanus'unun bilinmezliğine doğru eşim Esin ile birlikte yola koyulmuştuk. Günlerin bize neler getireceğini hiç kestiremeden, elimizi, "harita dışı" noktalara değdirme dürtüsünün dayanılmazlığı ile "acaba noktalara değdirme dürtüsünün dayanılmazlığı ile "acaba" İstanbul'a tekrar ne zaman?" sorusunun ikilemi; yüreklerimizde gelgitler, gözlerimizde ince pınarlar oluşturuyordu.

Pasifik, çoğumuzda belgesellerdeki, serüven filmlerindeki hoş görüntülere özdeş çağrışımlar uyandırır: Hindistancevizi ağaçlarının süslediğı kumsallar, mercanlarda kırılan turkuaz okyanus köpükleri, saz kulüplerde dingin ve tekdüze bir yaşam...

Gauguin'in tuvallerini andıran böylesi hayallerde kuşkusuz doğruluk payı vardır, ama bu görüntülerin ardında kim bilir tablolara, kitaplara, filmlere girmeyen nice ilginç ve

gözemli renkler, kokular, sesler ve ezgiler gizlidir.

Ve bir gün geldi, dönencelerarası yerküre kırıntılarına ulaşma tutkusu, beni gündelik yaşam kaygılarının çemberlerinden çekip çıkardı; Büyük Okyanus yönüne giden bir uçağın arka koltuklarına yerleştiriverdi.

Son durağımız Vanuatu Adaları'ydı. Neresiydi bu Vanuatu Adaları? Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP), "Birleşmiş Milletler Gönüllüsü sıfatıyla Vanatu'ya gitmek ister misin?" diye sorulduğunda; önce hiç düşünmeden "evet" demiş; sonra da Vanuatu'nun nerede olduğunu günlerce araştırmıştım!

Büyük Okyanus'a doğru yola çıktığımız 1983 yılında, doğuya giden İstanbul çıkışlı uçak seferlerinin hem sayısı az, hem de mesafeleri kısa idi. O nedenle, İstanbul-Karaçi; Karaçi Bangkok; Bangkok-Singapur; Singapur-Sidney-Fiji ve Fiji-Vanuatu güzegahını izledik; Vanuatu'nun başkenti Port Vila'ya ulaşınca dek...

İstanbul Üniversitesi İstanbul (Çapa) Tıp Fakültesi'nde patoloji dalında uzmanlık eğitimimi henüz bitirmiştim ki, BM'den Vanuatu'daki yerli halka birinci basamak sağlık hizmetleri götürme projesinde görev almam önerilmişti. Patoloji ile doğrudan ilgisi olmamasına karşın, işin kapsamı bana çok çekici gelmişti:



"Bölge Sağlık Sorumlusu" olarak görev alanıma giren iki adanın, insanlarıyla içiçe olacak; o köy senin, bu köy benim sürekli gezecek, yerine göre pırpır uçakla, jiple; yerine göre kanoyla, aliminyum tekneyle dolaşıp duracaktım. Hayale bile sığmayacak tabloları bunlar...

Mutlu anlarla, hoş serüvenlerle bir daha yaşanması güç deneyimlerle dolu iki yıl su gibi akıp geçti. Kişi gezginlikle mesleğini harman etmeyi yaşam biçimi olarak belleyince, bazen bu doğrultudaki fırsatlar birbir peşisıra çıka geliyor. Türkiye'ye dönmezden hemen önce, "Vanuatu'daki Kanser Yaygınlığını Saptama" isimli araştırmamla ilgili olarak; Sidney Üniversitesi'ne bağlı Royal Prince Alfred Hastanesi Patoloji Bölümünde çalışmalarda bulunmak üzere Uluslararası Kanser Araştırma Kurumu'ndan (IARC Lyon, Fransa) burs kazandım.

Bu fırsattan yararlanarak dönüş biletimizi Port Vila-Sidney-Bangkok-Kalküta-Katmandu-Delhi-Bombay-Kahire-İstanbul olarak düzenlettik; bileti son damlasına kadar değerlendirmiştik!

Vanuatu'da çalışırken, İngiltere'de yayımlanan Leprosy Review adlı derginin bir sayısında Hindistan'ın güneyinde Tamil Nadu eyaletinin Madras kenti yakınlarında Kargiri Cüzzam Araştırma Merkezi'nde, cüzzam patolojisi konusunda eğitim verildiğini okumuştum. İlgilendim. Belçika Cüzzamla Savaş Kurumu'ndan da destek sağladım.

Sonuçta, eve dönüş yolunda biletlerimizin yanında, iki tane de 'bursumuz' vardı!

Thames Nehri kıyısında puslu bir 1787 Mayıs sabahı... İngiltere'de bacaların henüz tütmeye başladığı dönem. Yüz yirmi yıl sonra Jack London'un Demir Ökçe'sinde konu



olacak, Londra'nın doğu yakası kaldırım tabloları henüz kırırdama aşamasında... On bir kanyonluk ilk filo Britanya tacının üstünden 'silkelendiği' 776 mahkumla yüklü olarak yeklenleri fora etmiş. Kalyonun mahzenlerinde yakası açılmadık küfürlerin bini bir peni! Prangalardan kan sızmakta. Mızımızlayanın sırtında kırbaçlar patlıyor. Hedef Terra Australis'in uçsuz bucaksız toprakları. Büyük Britanya'dan bu topraklara, kısmi gönüllü mahkumlar taşınıyor. Sağ kalanların mahkumiyeti affa uğrayacak, kendilerine toprak sağlanacak. Kaybedecek zaten hiçbir şeyi olmayan için cazip bir serüven! Filonun kaptanı Philip, altı-yedi aylık zorlu bir yolculuğun sonunda Avustralya kıyalarına ulaşır ve bugünkü Sidney'in bulunduğu körfeze demir atar. Buraya zamanın Büyük Britanya Sömürgeler Bakanı'nın adına izafeten "Sydney" (Sidney) adı verilir.

O günlerin "Red Kit Kasabası" görünümündeki Sidney'inden 2000 Olimpiyatları'na evsahipliği yapan bugünün modern Sidney kentine ulaşır...

Sidney'de Royal Prince Alfred Hastanesi'nde geçen yaşam keyfi yönünden hoş; araştırma açısından verimli altı haftanın ardından yollara düşme vakti geldi. Tayland'da yaşadığımız unutulmaz bir aydan sonra gözemli kıta Hindistan'a ayak bastık.

Hindistan'da geçirdiğimiz altı ayı hala anıyorum. Her türlü zor yaşam koşullarına karşın Hindistan'ı hem çok sevdik hem de çok etkilendik.

Eve Dönüş ve İkinci Pasifik Yolculuğu: Samoa

1 Temmuz 1983 günü ayrıldığımız İstanbul'a, 11 Mart 1986 günü geri döndük. Hindistan'dan sonra Nepal (bir ay) ve Mısır'da (üç hafta) kaldık. 2 yıl ve 9 ay sonra yurda dönmek, sevdiklerimize kavuşmak duygu yüklü anlara sahne oldu. Kolay değildi; "bir daha ne zaman, kimbilir?" diye hüznü gelgitlerle dolu ayrılık anından yaklaşık üç yıl sonra tekrar sevdiklerimize sağ salim kavuşabilmek.

Zaten gezginliğin bence en zor anları ayrılık ve kavuşma sırasında yaşanır. O anlar atlatıldıktan sonra arada kalan dönem nasıl olsa bir şekilde geçecektir.

Türkiye'de (İstanbul'da) altı ay kaldık. Bu süre içinde, Hindistan'da hazırladığım "Erken evre cüzzamda klinik ve patolojik bulguların

değerlendirilmesi" konulu tezimle patoloji uzmanı oldum. Bu arada BM ile olan bağlantım sürüyordu. Bu kez patoloji uzmanı olarak bir dönem daha göreve hazır olduğumu bildirdim.

Kismetime yine bir Pasifik ülkesi düşmez mi? Bu kez yollar bizi aldı, Pasifik'in Vanuatu'ya göre kültür ve coğrafya olarak bambaşka köşesine götürdü. Bu seferki görev yerim Batı Samoa Adaları idi. Başkent Apia'daki merkez hastanesinde patoloji uzmanı olarak çalışacaktım.

Samoa'nın bizim için en unutulmaz yanı, oğlumuz Gezgin'in orada doğmuş olmasıdır. Gezgin, şimdi 13 yaşında, Samoa'da doğan, aynı zamanda Samoa vatandaşı olan ve Samoa pasaportuna sahip şimdilik tek Türk vatandaşı.

Daha yurda dönmeden akademisyen olmaya karar vermiştim. Bu doğrultudaki arayışlarımın sonunda hem kadro, hem de coğrafi açıdan Antalya Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Bölümü'nde göreve başladım. Kısa bir süre sonra da doçent oldum.

Antalya uzun pasifik günlerinin ardından iklimi, doğal ve tarihi güzellikleri, çevresi; küçük, kolay ve yeterli bir kent ortamı sunması gibi öğeleri yanısıra, akademik beklentilerime de yanıt vermesi nedeniyle yerleşmeyi yeğlediğim kent oldu.

Antalya'daki yaşamımın dönüm noktası mesleki bir tutkuyla başladı. Sitopatoloji, potolojiden sonra üst (yan) uzmanlık dalıdır. Hücreden kanser tanısını amaçlar. Bu dal "ince iğne aspirasyon sitolojisi" denilen işlemi de kapsar. İnce iğne aspirasyon sitolojisi, kanser kuşkusu duyulan organdan şırınga ile hücre alma ve bu hücreleri mikroskop altında değerlendirme işlemidir. Hastayı tanı amaçlı biyopsi zahmetinde kurtarır. Kolay, ucuz, pratik bir yöntemdir. Ancak özel eğitim gerektirir. Yöntemin güvenilirliği hücreleri inceleyen patoloğun 'sitopatolojisi' konusunda eğitim almış, deneyim kazanmış olmasına bağlıdır.

İskandinavya'nın en büyük kanser araştırma merkezi ve kanser hastanesi kabul edilen Oslo Radium Hastanesi'nde sitopatoloji yandal uzmanlığımı tamamladım. Yurda döndükten sonra tez ve sınav aşamalarından geçip Sitopatoloji Yandal Uzmanlık Belgesi'ni aldım.

1996 ilkbaharında profesörlüğe yükseltilerek Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı Başkanı sıfatıyla İzmit'deki görevime başladım.

"Benim Afrikam" Gerçek Oluyor

Bu arada Akdeniz-Kocaeli arasındaki arayış dönemimde Afrika'daki Zimbabwe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde konuk öğretim üyesi olarak ders verme, sitopatoloji üzerine danışmanlık yapma çağrısı almıştım.

Afrika, tıp öğrenciliğimin ilk yıllarından beri toplumcu düşüncelerle gezginci hayallerimin keşiştiği kıtayıdı. Bir yandan Kara Kıta'nın yoksul, ezilen insanlarına misyoner ya da sömürge sağlık görevlisi gibi değil, toplumcu bir hekim anlayışıyla yaklaşacak; öte yandan da serüven yüklü uçsuz bucaksız yolculuklara çıkacaktım.

Yıllar geçti: Dr. Livingstone'nun keşif gezileri, Albert Schweitzer'in anıları, Graham Greene'in roman kahramanları, Ernest Hemingway'in safari öyküleri, *Afrika Kraliçesi* ile *Benim Afrikam* filmlerinin sahneleri aktı gitti.

Ve günün birinde ilk düşlerimden tam yirmi yıl sonra, Kara Kıta'ya konuk olmayı başardım.

Şimdi, İzmit'te kendime ait "Citographica Sito-Potoloji Tanı Merkezi"nde mesleğimi sürdürüyorum. Kavafis dizelerinde haklı mı dersiniz?...

Bunca serüvenin ardından ne kaldı?

Dünyaya yabancı olduğunuzdan sıyrılıyorsunuz; hayata direnciniz artıyor ve bir de kendinizi ruhen zengin hissediyorsunuz.

İki tane söz var ki kendime şiar edindim:

"Bir yol ayrımına geldim, çiğnenmemiş olanını tercih ettim", "Çekip gitmek, alışkanlığa meydan okumaktır"...

Bu sözlerde kendinizi buluyorsanız; sizde kendinize özgü bir yolculuk reçetesi hazırlayabilirsiniz.

Şimdi bu satırları yazarken, hele hele Pasifik bölümünü "kaleme getirirken" ister istemez, anı filmimin makarasını geriye sarıyorum. O günler tüm tazeliğiyle bellek perdemde canlanıyor. Bu nasıl tecelliymiş ki, aradan bunca yıl akmasına rağmen, gözlerimi kapattığımda çoğu yer ve kişi isimleri kolaylıkla dilimin ucunda beliriveriyor.

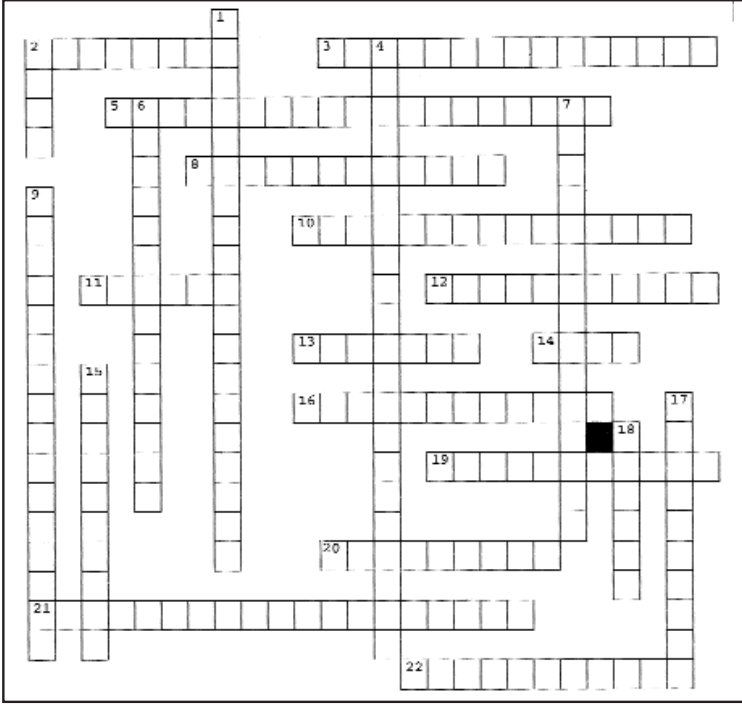
Kimbilir, belki de kabilelerin ruhları, kendilerini sevenlerin peşini bırakmıyordur!

Oralarda yaşamak düşlerde mırıldanan bir mutluluk ezgisiydi. Tümüne selam olsun...

Ödüllü Bulmaca



Bulmacamızda yer alan soruları bu sayımızdaki yazılardan seçtik. Doğru olarak yanıtlayıp **31 Temmuz 2001** tarihine dek bize gönderen okuyucularımıza **2 TTB-STE Kredi Puanı** veriyoruz. Ayrıca 5 kişiye **TTB tarafından yayınlanan "Olağandışı Durumlar İçin Hızlı Sağlık Değerlendirmesi Protokolleri"** adlı kitabı armağan edeceğiz. Bulmacanın çözümünü **Ağustos 2001** sayımızda yayınlayacağız.



1- Altı aylığa kadar olan bebeklerde tırnak ve tırnak yatağında kalınlaşma ile belirgin otozomal dominant geçen bir keratinizasyon bozukluğu, 2- (SS) Tırnak plağının doğumsal olarak gelişmemiş olması durumu, 2- (YA) Kadınların gebelik boyunca sağlık çalışanları tarafından izlenmesi gereken en az sayı, 3- Deride hiperpigmente maküller, kemiklerde fibröz displazi, erken puberte ile belirgin bir sendrom, 4- Ülkemizde 1982'de uygulanmaya başlanan 2827 sayılı yasa ile getirilen yeniliklerden birisi olan gebelikten korunma yöntemi, 5- Travma geçiren bilinci kapalı çocuklarda direk grafide hiçbir anormallik saptanmasa bile akılda bulundurulması gereken patoloji, 6- Yaşlıları depresyon açısından değerlendirmede yaygın olarak kullanılan ölçeklerden biri, 7- Yenidoğan döneminde sarılık, altı aylıkken anemi gibi

belirtiler veren ve tedavi edilmeyen herediter sferositozlu olgularda çocukluk çağında rastlanan patoloji, 8- 1965 yılında çıkarılan 557 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun ile ülkemizde uygulanmaya başlanan nüfus politikası, 9- Hem gonadotropinlerin salgılanmasını baskılayıcı hem de androgenlerin periferik etkisini önleyici etkisi nedeniyle erken pubertede kullanılan bir ilaç, 10- Tırnakta longitudinal beyaz çizgilenme ile belirgin genodermatozlardan biri, 11- Tırnak yatağına sıkıca yapışık olan ve proksimalde beyaz yarım ay şeklinde izlenen tırnak matriksinin distal kısmı, 12- İskelet değişiklikleri, büyüme geriliği, anemiye bağlı yaşamsal organlarda dolaşım bozukluğu, bacak ülserleri gibi bulguların geliştiği herediter sferositozlu olgularda uygulanması önerilen cerrahi girişim, 13- Yaşlılıkta görülen depresyonda iki yıldan uzun süre, ağır olmayan belirtilerle seyreden depresif tablo, 14- Şiddetli akut hastalıklardan sonra gelişen tırnak yüzeyindeki transvers, oluk biçimindeki çukur çizgiler, 15- Tırnak plağının mantar enfeksiyonu, 16- Solunum güçlüğü ile acil servise başvuran çocuklarda akılda bulundurulması gereken hava yolu tıkanıklığı nedeni, 17- Tırnak plağının tırnak yatağından ayrılması durumu, 18- Erken pubertede çocukların pubertal evrelendirilmesinde kullanılan bir sınıflandırma yöntemi, 19- Fenilketonüri hastalığında metabolize edilemediği için beyinde birikerek zeka geriliğine neden olan protein yapıtaşı, 20- Antikolinerjik yan etkileri nedeniyle yaşlılarda kullanılması önerilmeyen antidepresan ilaç grubu, 21- Erkek çocuklarda genellikle çift taraflı görülen meme büyümesi, 22- Bazı depresif hastalarda demansa benzeyen bilişsel bozukluk görülmesi durumu.

Şubat 2001 Bulmaca Doğru Yanıtları: 1- (SS) Depersonalizasyon, 1- (YA) Danışmanlık, 2- Nevrotik Anksiyete, 3- Lucid İnterval, 4- Huzursuzluk, 5- Otozomal Resesif, 6- Fenilketonüri, 7- Epidural Hematom, 8- Bağışıklama, 9- Kistik Fibrozis, 10- İmmobilizasyon, 11- Takım Çalışması, 12- Lumbosakral Vertebra, 13- Multifaktöryel, 14- Organizasyon, 15- Beş Rad, 16- Alel, 17- Teratogenezis, 18- Kaza, 19- Talasemi Major, 20- Dominant.

Düzeltilme: Nisan 2001 sayımızda yayınlanan Ödüllü Bulmaca'nın yanıt formunda 8. soru için fazladan iki kare çizilmiştir. Değerlendirmede bu soru dikkate alınmayacaktır. Yanıtlarınızı 15 Temmuz 2001'e kadar gönderebilirsiniz.



Pediyatrik Travma

Kazalar ve diğer travmalar, çocukluk çağı ölümlerinin önde gelen nedenleridir. Trafik kazaları, kaza sonucu ölümlerin en sık nedenidir. Unutmamak gerekir ki bir çok insan evlerinde yanık, haşlanma, düşme ve diğer kazalar nedeniyle de ölür.

Kazaları önlemeye yönelik çabalar, morbidite ve mortalite oranını düşürmede önemli rol oynar.

Bu çabalar etkili oluncaya değin, ağır yaralı çocukların etkili biçimde bakımı gerekecektir.

Ağır Yaralı Çocuğun Tedavisine Yaklaşım

Tüm resüsitasyon protokollerinde, çocuk akılcı ve konstrüktif bir yaklaşımla ele alınmalıdır. Bu yaklaşım biçimini aşağıdaki alanlara ayırmak yararlı olabilir.

Temel bakım

Kesin yeniden canlandırma

İkincil bakım

Taburcu/sevk

Temel Bakım

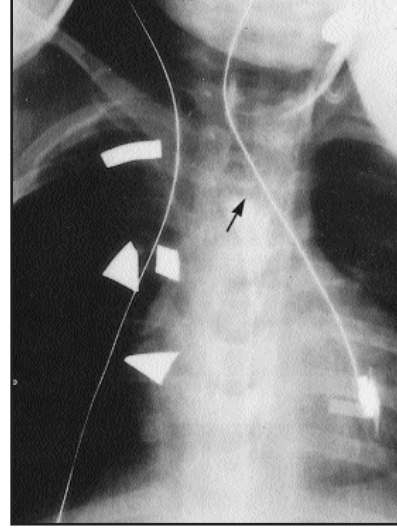
Acil ve yaşamı tehdit eden bir durumu belirlemek için önceliklidir. Havayolu, solunum, dolaşım ve travmaya bağlı zedelenme durumunun hızla değerlendirilmesi anlamına gelir.

Hava Yolu Bakımı

Yaralanan bir çocukta havayolu ile ilgili bir durum varsa, boyun gereğinden daha fazla hareket ettirilmemelidir. Baş tümüyle immobilize edildikten sonra havayolunun açılması en iyisidir; **servikal vertebralardan rotasyonuna, fleksiyon/ekstansiyonuna** izin verilmemelidir. Bu yüzden havayolunu açmak için seçilen yöntem, yalnızca çene yukarıda tutularak (çene yukarı, baş yana eğik değil) uygulanmalıdır.

Farenksteki kan, kusmuk ve salgıların özenle temizlenmesi gerekir.

Çocuklarda, radyolojik anormallik göstermeyen omurilik yaralanması görülme olasılığı yüksektir (**Resim 1**). Bu durum özellikle bilinci kapalı çocuklarda özellikle önemlidir. Bu sendromda, direkt grafide hiçbir

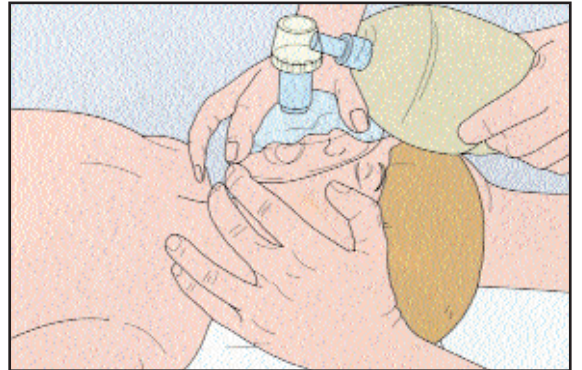


Resim 1: D4 düzeyinin (okla işaretli) üzerinde kontrast göstermeyen miyelogram. Bu çocukta, ne direkt grafide ne de bilgisayarlı tomografide hiçbir kemik anormalligi yoktu. D4 düzeyinin altında paralizi vardı.

anormallik olmamasına karşın omurilik yaralanabilir. Dikkat edilmesi gereken nokta, **parsiyel omurilik yaralanmasının, servikal vertebralardan mobilizasyonu sonunda tam omurilik zedelenmesine** dönüşebilmesidir.

Bu duruma radyolojik olarak tanı konulamadığı için, bilinci kapalı tüm çocuklar, omurilik bütünlüğü klinik ve radyolojik olarak kanıtlanana dek bir yaralanma varmış gibi tedavi edilmelidir.

Eğer entübe edilmesi gerekli ise o zaman başın fleksiyonuna izin verilmemelidir. Bundan kaçınmak için inline traksiyon uygulanmalıdır. Aynı biçimde, eğer torba/valv/maske ventilasyonu gerekli ise, boyun hareket ettirilmeden bunlar uygulanmalıdır (**Resim 2**).



Resim 2. Ventilator işlemleri uygulanırken bile servikal vertebralardan fleksiyon, ekstansiyon ve sağ, sol hareketlerini en aza indirmek, belki de önlemek için inline traksiyon sürdürülmelidir.

Spinal İmmobilizasyon

Servikal vertebra immobilizasyonu

Bu en iyi, boynun fleksiyon/ekstansiyon hareketlerini azaltan uygun bir boyunluk ile gerçekleştirilir. Başın iki yanına konan rulo yastıkları ile yan hareketler önlenir. Rulo yastıklar daha sonra yapıştırılarak sabitleştirilmelidir (**Resim 3**).



Resim 3. Rulo yastıklar, yapışkan bant ve yumuşak servikal boyunluk ile immobilize edilmiş travmalı bir çocuk. İntravenöz yol açılmış ve ikincil bakımı kolaylaştırmak için soyulmuş durumda. Hastayı bu durumda sıcak tutmak çok önemlidir.

Dorsal ve lumbal vertebraların korunması

Bu iş, çocuğun sabit tutulması ve fleksiyon ekstansiyon hareketlerinden kaçınılması ile gerçekleştirilir. Yeniden canlandırmanın daha sonraki bir aşamasında sırtı değerlendirmek için çocuğu hareket ettirmek gerekecektir.

Solunum

Havayolu bir kez açıldıktan sonra etkili bir solunumun sağlanması gerekir. Örneğin, eğer çocuğun solunumu durmuşsa ya da yetersiz ise torba/valf/maske ventilasyonu sağlanmalıdır. Çocuğun solunum güçlüğünün altında yatan nedenlerin tanısı konmalı ve tedavisi yapılmalıdır. Solunum güçlüğünün nedenleri arasında şunlar yer alır:

* Havayolu tıkanıklığı-havayolunu açma manevralarını yeniden uygulayın, yabancı bir cisim olabilir.

* Pnömotoraks-bir stetoskop ile her iki akciğer alanlarını dinleyin, eğer pnömotoraks varsa iğne torakostomisi uygulayın.

* Gastrik dilatasyon geniş çaplı bir gastrik tüp takarak mideyi dekomprese edin.

Dolaşım

Arter kan basıncı değerleri izlenmeli,

kanama olup olmadığı değerlendirilmelidir. Minör yaralanmalar için bu anda tedaviye başlanmamalıdır, hasta stabil olduğunda ve tehlike ortadan kalktığında tedaviye geçilmelidir. İntravenöz kanül takılmalı ve klinik duruma göre sıvı replasmanı yapılmalıdır. Normal salin solüsyonunun 20 ml/kg bolus tarzında verilmesi başlangıç için uygundur.

Travmaya İlişkin Zedelenme

Zedelenme öncelikle hastanın bilinç durumu ile ilgili olarak ele alınır, daha sonraki aşamalarda tüm nörolojik durumun değerlendirilmesini de içine alır. Kalp durması, bilinç düzeyindeki herhangi bir değişiklik havayolu obstrüksiyonuna zemin hazırlar. Glasgow Koma Skalası'nın tam olarak uygulanması zaman aldığından, başlangıçta kısa bir durum değerlendirmesi yapmak daha iyidir. AVPU skalası bunun için uygun bir skaladır. Bu durum, bilinç düzeyinin aktif biçimde değerlendirilmesine ve gerekli

Tablo 1. AVPU skalası

Bilinç düzeyini değerlendirmede 'AVPU' skalası
A- Uyanık
V- Verbal uyarana yanıtı
P- Ağrılı uyana yanıtı
U- Bilinç kaybı

önlemlerin alınmasına olanak tanır (**Tablo 1**).

Bilinç düzeyindeki değişiklik hipovolemi ya da hipoksiye neden olabilir. Bunlar düzeltilmeli ya da ileri değerlendirme uygulanmalıdır.

Bu aşamada papiller reaksiyonla değerlendirilebilir.

Kesin Yeniden Canlandırma

Havayolu açıklığının sürekliliğinin sağlanması, ventilasyonun (normal göğüs direnaji dahil) ve hemorajinin kontrol edilmesini kapsar. Bu sonucusu çocuğun ameliyathaneye sevk edilmesini gerektirebilir ve diğerlerine göre önceliği vardır. Uygun sıvı replasman tedavisi sürdürülmelidir.

Yeniden canlandırma aşaması, çocuğa gerekli analjezinin verilmesi, kırık görülen tüm ekstremitelerin fikse edilmesi (atel) ve mide ve mesaneye tüp takılmasını içerir.

Analjezi

Analjezi, sıklıkla travmalı çocuklarda gereksiz bir biçimde kesilir. Ana sorun, minör kafa yaralanmaları ya da ortopedik sorunları olan çocuklarda görülür. Ancak, göğüs/karın travması olan çocuklarda da ağrı olabilir ve analjezinin sağlanması değerlendirmeyi kolaylaştırabilir. Değişik analjezi yöntemleri şunlardır:

Opiat analjezisi, intramüsküler ya da intravenöz

Diklofenak /kodein fosfat, intramüsküler

Lokal sinir bloğu

Ağız yolu ile analjezi

İnhalasyon analjezisi

Atel uygulanması

Bilinç düzeyleri değişmiş ve ameliyat gerektiren çocuklar genellikle hızla anesteziye alınır ve analjezikler verilir. Bu durumda anestezinin bir sonucu olarak ağrı giderilir.

İntravenöz opiatlar

Ortopedik travması olan tüm çocuklar için seçilecek ilk yoldur. Bizim tercihimiz, aşağıda belirtilen dozlarda morfin kullanmak yönündedir.

Bir yaşından küçüklerde 0.1 mg/kg

Bir yaşından büyüklerde 0.2 mg/kg

Küçük çocukların opiatları metabolize etme yetenekleri azdır; bu nedenle eğer düşük dozlar kullanılmazsa doz aşımı olasılığı yüksektir.

Analjezi vermek için, önerilen dozaj hazırlanıp 10 ml'ye kadar dilüe edilmelidir. 3 ml'si bolus tarzında verilebilir daha sonra da analjezi oluşana kadar 1 ml/dakika ile devam edilebilir. Genellikle başlangıçta dozun yarısı yeterlidir, fakat düzenli aralıklarla dozun sürdürülmesi gerekebilir. Bu biçimde opiat uygulamasının birçok yararı vardır. İlk olarak, aşırı hızlı infüzyonu, dolayısıyla solunum bozukluğunu ya da kusmayı önler. İkinci olarak bilinç düzeyi üzerinde çok az etkisi vardır. Üçüncü olarak, analjezi dolaşımı dolaşımın düzenliliğini sağlar.

Intramüsküler opiatlar önerilmez.

İntramüsküler diklofenak/kodein fosfat

Travma geçiren çocuklarda daha sık olarak diklofenak kullanılmaya başlanmıştır. Bu uygulamanın, bilinç düzeyini düşürmeme ve kafa yaralanması ile ilgili değerlendirmeyi engellememe gibi avantajları vardır. Kodein fosfat da yaygın olarak kullanılır.

Bu ilaçların dezavantajları, tedavi edilecek çocuklarda intramüsküler uygulanmanın ağrılı olması ve intramüsküler emilimin pek güvenilir olmamasıdır. Diklofenak, nasıl uygulanırsa uygulansın gastrik erozyonlara neden olma potansiyeli olan bir ilaçtır.

Lokal sinir bloğu (Resim 4, Tablo 2)



Resim 4. Femoral sinir bloğu.

Tablo 2. Lokal sinir bloğu.

Kırık bölgesi	Enjeksiyon
Femur	Femoral sinir bloğu
Tibia	Siyatik sinir bloğu
Humerus	Skalen sinir bloğu
Kosta	İnterkostal sinir bloğu

Prilokain, lignokain ya da bupivakain kullanılarak yapılan lokal anestezinin kırıklarda ortaya çıkan ağrıyı azaltmada etkili olduğu konusunda hiçbir kuşku yoktur; çocuğu rahatlatır ve olabiliyorsa diğer analjezi biçimlerine yeğlenmelidir.

Majör travmada ağız yoluyla ilaç kullanımının yeri yoktur.

İnhalasyon analjezisi

Nitröz asidi ve oksijen karışımları kolaylıkla bulunabilir. Pnömotoraks kuşkusunu bulunan çocuklarda uygulanmamalıdır. Uzun bacak alçısı gibi uygulamalarda eğer lokal sinir bloğu sağlanmamışsa inhalasyon analjezisi yararlı olabilir.

Atel uygulaması

Ağrıyı azaltmak için alınan diğer önlemler arasında uygun atellerin uygulanması yer alır. Ne yazık ki çocuklar için uygun olan birkaç atel vardır. Çocukların boyutları ve vücut şekilleri farklı farklıdır; bu nedenle çocuklara uygun bir atel bulmak çok zordur.

Haziran 2001 sayımızda sürecek.

Kaynak:

1- Beattie T.F,
Hendr, GM, Duguid
KP; Pediatrik Aciller,
Mosby-Wolfe Med.
Communications.