



Kadavra sıkıntısı

Tıp eğitiminin vazgeçilmez unsurlarından olan kadavranın temininde büyük sıkıntı çekiliyor. Kadavra ithalinin çözüm olabileceği belirtiliyor. **3**



Uzun yaşamın sırları

İleri yaşa geçiş aşamasında sağlıklı bir yaşam tarzı benimsemek, düzenli spor yapmak ve sigara içmemek, 90'lı yaşlara kadar yaşamayı mümkün kılıyor. **11**



Mazhar Osman

Adı deyimlere girdi, fıkralara konu oldu. Hayatında vasata yer olmadı. Biyografisinin yazarı Behmoaras, kitabında tanıklara ve konuşmalara yer verdi. **23**

Tıp Hukuku Sempozyumu

ANKARA - Türkiye Barolar Birliğinin düzenlediği Türk-Alman Tıp Hukuku Sempozyumu 28 Şubat-1 Mart 2008 tarihleri arasında Ankara'da yapılacak. Bu yıl beşincisi gerçekleştirilecek olan sempozyumun ana konusu "tıp ve ceza hukuku" olarak belirlendi. Sempozyumda çok sayıda yerli ve yabancı bilimadamı bildiri sunacak.

İlaçta karekod uygulaması

ANKARA - İlaç ambalajlarında karekod uygulamasına geçiliyor. Sağlık Bakanlığı, Beşeri Tıbbi Ürünler Ambalaj ve Etiketleme Yönetmeliğini değiştirdi. Değişikliğe göre 2009 yılına kadar bütün ilaçlarda karekod uygulamasına geçilecek. Halen piyasada bulunan karekodsuz ürünler ise en geç 31 Aralık 2009 tarihine kadar sunumda kalabilecek. Karekod data matrix tipinde iki boyutlu bir kodlama sistemidir.

Sinek larvalarıyla kronik yaralara doğal tedavi



İSTANBUL - Tedavi edilemeyen kronik yaralar, yeni uygulanan "yeşil et sineği larvası" ile kısa sürede tedavi edilebiliyor. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı tarafından yürütülen proje şimdilik ağır kronik yaralarda uygulanıyor. Yöntemin yıllarca tedavi edilemeyen ağır vakalarda bile çok etkili sonuçlar

verdiğini söyleyen proje sorumlusu Yrd. Doç. Dr. Erdal Polat, "Yöntemi diyabetik yaralar, basınç ülserleri, venöz staz ülserleri, nekroze tümör kitleleri ve diğer yumuşak doku yaralarında başarıyla uyguladık. Yakın gelecekte devlet hastanelerine kadar yaygınlaştırmayı hedefliyoruz" dedi. Türkiye'de ilk kez uygulanan yöntemin yan etkisi olmadığını be-

lirten Yrd. Doç. Dr. Polat, "Larva ile tedavi uygulamasını şimdiye kadar yarası olan diyabetik hastalarda ve hiçbir antibiyotige cevap vermeyen yaralarda uyguladık. Hastalarımız arasında 5 yıldır yara tedavisi gören, ancak iyileşememiş ağır vakalar vardı. Yöntem bugüne kadar uyguladığımız bütün vakalarda başarıyla sonuçlandı" dedi. **9**

Gastroenterolog bakışıyla nütrisyon

İSTANBUL - Klinik nütrisyon; nütrisyon biliminden elde edilen bilginin çeşitli klinik disiplinler tarafından kullanılarak beslenme- organizma ilişkisini ve hastalıklarda beslenmenin yerini aydınlatmayı hedefliyor. Ankara MESA Hastanesi'nden Prof. Dr. Sedat Boyacıoğlu, nütrisyon konularının ABD'de gastroenteroloji eğitim müfredatına girdiğini belirtti. **10**

Gastroenterolojide nütrisyon eğitiminin ABD'de iki düzeyde verildiğini kaydeden Prof. Dr. Boyacıoğlu, temel düzeyde temel nütrisyonel ilkelerin, nütrisyonel değerlendirmenin, malnütrisyonun, hastalık ve yaralanmaya metabolik yanıtın, nütrisyon desteği endikasyonları ve uygulamasının, obezitenin ve konunun etik-legal boyutunun yer aldığını ifade etti. **10**

Özel sağlık sektöründe deprem



Büyük merkezlere zorluk yok...

ANKARA - Atılamaz denilen adım atıldı ve Sağlık Bakanlığı, sektörün bütün itirazına rağmen, Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Yönetmeliği'ni değiştirdi. Değişiklikte özel dal merkezlerine sağlık kuruluşu türü olarak yer verilmezken, tıp merkezi açmak zorlaştırıldı. Dal merkezlerinin özel sağlık kuruluşu tipi olarak tanımlandığı yönetmelik, polikliniklere sadece poliklinikte çalışan hekimlerin ortak olmasını öngörüyor. **20**

Hayalleri Serpil'iyor



Rileptid®
risperidon
Yeni bir hayat

İçindekiler

Tıp

1

Subtotal histerektomilerde serviks kanseri korkusu yerinde mi?

Laparoskopi, hasta memnuniyetini artırdı 12

Infertilitede tanısallaparaskopinin değeri azalıyor mu?

HSG ve klamidya taraması yabana atılmamalı 13

Alman Hematoloji ve Onkoloji Derneği Kongre Raporu: Kolorektal karsinomda karaciğer metastazında nasıl davranalım? 14

AML tedavisinde doğru strateji hangisi?

Gemtuzumab-ozogamicin, tam remisyon ve hayatta kalma süresini uzatabiliyor 15

Perspektif

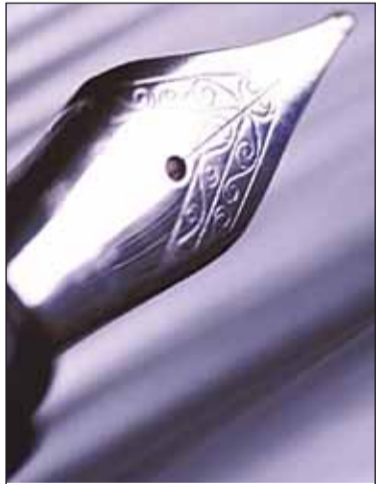
17

Kamu Hastane Birlikleri Yasası Yerel demokrasi mi, kamusal sağlık hizmetlerini tasfiye mi? 17

Pilot uygulama 6. ayında nelere işaret ediyor? Ortada bilimsel bir rapor yok, gelecek belirsiz 19

Araştırmalarda "ileriye taşınan son gözlem" yöntemi, büyük bir hata kaynağı olabilir İlaç araştırmaları her zaman doğruyu söyler mi? 21

Lösemili Çocuklar Kenti İstanbul'da 24



Lütfen görüşlerinizi bize yazın...

Medical Tribune Yayıncılık
Rumeli Cad. No: 84/12
Osmanbey 34260 İstanbul

@ info@medical-tribune.com.tr
kursu@medical-tribune.com.tr

Aramızda karikatürist hekim var!

Değerli Medical Tribune Okurları,

Gazetemiz yazı işleri ekibine bir hekim daha katıldı. Ancak tahmin edeceğimiz gibi medikal editör olarak değil, çizer olarak gazeteye katkı sağlayacak.

Doç. Dr. Gülşah Bademci, Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroşirurji Anabilim Dalı'nda beyin cerrahisi olarak görev yapıyor. Kendisi "on parmağında on marifet" grubundan özel biri olarak eski ünlü mizah dergimiz Gırgır'da ve sayısız dergi ve gazetede profesyonel karikatür çizeri olarak da görev yapmış bir hekim! Medical Tribune'e MEDİ-KATUR adıyla yeni bir köşe açıyoruz. Kendi deyişiyle yeterince "mayın üstü" bir mesleği olduğu halde, gazetecilik heyecanına dahil olmayı, ayrı bir keyif ve neşeye karşılıyor. Kendisiyle birlikte "Mizah



hekimlerin de hakkı" inancıyla şöyle bir mizah köşesi oluşturmayı planlıyoruz:

Köşeyi bir süre tek bir güncel karikatür ile açıyoruz. MEDİ-KATUR, zamanla tüm sağlık çalışanla-

rının gerçek komik olaylarına açık bir pencere olur, okuru gülümsetmeyi başarsa ne mutlu bize, deriz... Hatta o kadar mutlu oluruz ki, bantlar yaratmaya başlar, mizah yarışmaları aç-

bilir, işi (!) giderek büyütebiliriz.

MEDİ-KATUR'ü beğeniyizle izleyeceğinizi umuyor ve katkılarınızı bekliyoruz.

Medical Tribune

MEDICAL TRIBUNE
TÜRKİYE

20 Yıl karşılığı 1 yıllık (20 sayı) abonelik için

ABONELİK FORMU

1 ABONE BİLGİLERİ

Ad :
Soyad :
Ünvan :
Kurum :
Uzmanlık :
Telefon (İş) :
Telefon (Ev) :
Telefon (Cep) :
Faks :
Diploma no :
Adres (İş) :
Adres (Ev) :

E-Posta Adresi :
Gazetenin Gönderileceği Adres
İş Ev

Medical Tribune Yayıncılık
Rumeli Caddesi No: 84/12 Osmanbey 34360 İstanbul
0212 231 99 90 (pbx)
0212 231 08 80
info@medical-tribune.com.tr

2 ABONE TARİHİ

Abonelik başlangıç tarihi :
___/___/_____
Abonelik bitiş tarihi:
___/___/_____

3 ÖDEME ŞEKLİ / TUTAR

Nakit
Ödeme Tarihi ___/___/_____
Havale
Havale Tarihi ___/___/_____
Tutar YTL

4 ABONE FATURA BİLGİSİ

İsim / Ünvan :
Fatura Adresi :
Vergi Dairesi
/ Vergi Numarası :
TC Kimlik No :

5 BANKA BİLGİLERİ

Banka ve Şube adı :
Garanti Bankası Harbiye Şubesi
Hesap Adı :
Medical Tribune Yayıncılık
Limited Şirketi
Hesap Numarası :
078-6298566 (YTL)

6 AÇIKLAMA

(öneri, yorum ve fikirler/ referans edilebilecek doktorlar)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Not: Abone formu banka dekontu ile birlikte yandaki faks, e-posta ve posta adresine gönderilmelidir

MEDICAL TRIBUNE
TÜRKİYE

İmtiyaz Sahibi: Medical Tribune Yayıncılık Ltd. Şti. adına Huriye Tibet Genel Yayın Yönetmeni (Sorumlu): Füsun İkikardeş Medikal Yayın Yönetmeni: Dr. Rıfat Yücel Medikal Editör: Dr. Alp Aker Haber Editörü : Hüseyin Kandemir Çizer : İshak Öztürk Satış ve Pazarlama Direktörü: Huriye Tibet Reklam Müdürü: Gönül Morgül Dağıtım/Abone: Arzu Çakar Adres: Rumeli Cad. No: 84/12 Osmanbey 34360 İstanbul Tel: (0212) 231 99 90 (pbx) (0212) 231 46 87 Faks: (0212) 231 08 80 e-posta: info@medical-tribune.com.tr Sayfa tasarımı: Melih Yıldırım Baskı: Promat Basım Yayın San. ve Tic. AŞ. Esenyurt-İstanbul Tel: (0212) 690 63 63 ISSN 1307-2269 Süreli yayın • 20 sayı/yıl

Artan kadavra ihtiyacı anatomi eğitiminde sorun yaratıyor

Kadavra sıkıntısına ithal çözüm

İSTANBUL - Türkiye'de kadavra bağışının yetersiz olduğunu belirten Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Anatomi AD Öğretim Üyesi Prof. Dr. Hakan Hamdi Çelik, tıp eğitiminin vazgeçilmez unsurlarından olan kadvranın temininde büyük sıkıntı çektiklerini söyledi. Önlem alınmaması halinde eğitimde önemli sorunlar yaşanabileceğini dile getiren Prof. Dr. Çelik, kadvra ithalinin çözüm olabileceğini belirterek konuyla ilgili sorularımıza yanıtladı.



Prof. Dr. Hakan Hamdi Çelik- Anatomi ve Klinik Anatomi Derneği Başkanı ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Anatomi AD Öğretim Üyesi

■ Türkiye'de kadavra temin etmedeki sorunlar ve nedenleri nelerdir?

Anatomi eğitiminde kullanılan kadavra kaynakları, bedenlerini eğitim amaçlı bağışlayan bireyler ve adli tıp kurumlarından alınan sahipsiz ölümlerdir. Kadavra olarak kullanılmak üzere bedenlerini bağışlayan birey sayısı konunun önemini vurgulayan tüm çalışmalara rağmen yok denecek kadar azdır.

Yasal mevzuatın verdiği yetkiye dayanarak sahipsiz veya kimliği tespit edilememiş cenazelerin fakülteler tarafından kayıt altına alınması ve 6 aylık bekleme süresi sonrasında eğitim ve araştırma amacıyla anatomi laboratuvarlarında değerlendirilmeleri gerekmektedir. Ancak cenazelerin Cumhuriyet savcılığı tarafından defnedilmek üzere belediyelere teslim edilmesi ve mahalli idarelerin yasal olarak defin işleminden sorumlu olmalarından dolayı pratikte sistem çalışmamaktadır. Sonuçta maalesef cenazeler

tıp fakültelerinin bilgisi olmadan defnedilmektedir. Yasal mevzuattaki gelişmeleri incelediğimizde iyileştirme yönünde gerçekleştirilen bir dizi değişikliğe rağmen yeterli sonucun elde edilemediğini görmekteyiz. Tıp fakültesi sayısındaki artış nedeniyle sorun ciddi boyutlara ulaşmıştır.

■ İhtiyaç nasıl temin edilmektedir? Sıkıntının boyutu nedir?

Şu anda 55 tıp fakültemize yapılan toplam birkaç bağış ve adli tıp kurumlarımızdan alınabilen çok az sayıdaki cenaze ihtiyacın karşılanmasında yetersiz kalmaktadır. Sıkıntı tıp eğitimimizi aksatacak seviyeye gelmiştir. Kadavra üzerinde inceleme yapılamaması halinde ideal bir tıp eğitiminden söz edilemez. Maketle yapılan eğitimle insan vücudunun karmaşık yapısı tam olarak kavranamaz. Yeterli anatomi eğitimi verebilecek kadavra materyali olmadığı düşünüldüğünde bu sıkıntının boyutunu tanımlayacak ifade bulmak oldukça güç.

■ Bazı öğretim üyelerinin bedenlerini kadavra olarak bağışladıkları doğru mu?

Topluma örnek olmak için ölüm sonrası kadavra olarak kullanılmak üzere bedenlerini bağışlayan öğretim üyelerimiz vardır. Bu sayının organ bağışında bulunan öğretim üyelerimizin sayısından az olması dikkat çekici olabilir. Bunun açıklamasını yaparken aynı mesleği yürüten meslektaşlarının ve öğrencilerinin önüne kadavra materyali olarak sunulmanın yarattığı etki kanımca ilk düşünülmesi gereken açıklama olacaktır.

■ Türkiye'de kaç öğrenciye bir kadavra düşüyor? Dünya ortalaması nedir?

Dünya ortalamasında 4-6 öğrenci başına bir kadavra düşmektedir. Ülkemizdeyse bu rakam fakülteler bazında farklılıklar göstermekle beraber genel olarak çok yüksektir. Tıp fakültelerimizin çoğunda kadavra sıkıntısı büyük boyutlardadır, bazı fakültelerimizde kadavra olmadan anatomi eğitimi verilmektedir.

■ Organ bağışı artarken kadavra bağışı yerinde sayıyor. Bunu nasıl açıklıyorsunuz?

Bu konuyu yorumlamakta güçlük çekiyorum. Bir ihtimal olarak tüm gayretlere rağmen toplumun yeterince aydınlatılmamasını düşünüyorum. "Ölen bir insanın yaşayanlara verebileceği, hiçbir maddi değerle ölçülemeyecek en değerli hediyesi, yani bedenini insanlığın ve bilimin gelişimine adanması" şeklindeki felsefi görüş, kadavra bağışı için geçerli olmalıdır. Bedenini tıp

Prof. Dr. Hakan Hamdi Çelik:
"Maketle yapılan eğitimle insan vücudunun karmaşık yapısı tam olarak kavranamaz. Kadavra yoksa ideal bir tıp eğitiminden söz edilemez."



öğrencilerine kadavra olarak kullanılması amacıyla bağışlamak, en az organ bağışı kadar önem taşımaktadır.

■ Sorunun çözümü için neler yapılabilir?

Adalet Bakanlığı, 22 Aralık 2007 tarihinde Cumhuriyet Savcılıkları'na yeni bir duyuru ileterek tereddütleri ortadan kaldırmıştır. Bu yasal düzenlemeler tıp fakültesi dekanlarımız, devlet hastanesi başhekimlerimiz ve meslektaşlarımız tarafından ısrarla takip edilmeli-

dir. Ölü doğan ceninlerle doğumdan kısa süre sonra vefat eden sahipsiz bebeklerin cesetleri de yine olay mahalline en yakın tıp fakültesinde araştırma materyali olarak kullanılabilir. Yeni hazırlanan "Organ, Doku ve Hücre Nakli Hizmetleri Hakkındaki Kanun" taslağında ölüm sonrası bağış ve sahipsiz ölümlerin kadavra olarak kullanılmasına ilişkin detaylı bir düzenleme yer almalıdır. Bu konuda derneğimizin görüşleri tıp eğitiminin geleceği açısından mutlaka değerlendirilmelidir.



Rembrandt van Rijn'in ünlü eseri: "Dr. Nicolas Tulp'un Anatomi Dersi" (16. yüzyıl)

Kadavra ithali

Yurt dışından sağlanacak kadvralar Türkiye'ye getirilerek tıp fakültelerinde inceleme amacıyla kullanılmalıdır. Ulusal ve uluslararası mevzuatta konuyla ilgili netlik bulunmaması nedeniyle yeni yasal düzenlemeye ihtiyaç var. Sağlık Bakanlığının bir tıp fakültesine Avrupa'dan hibe yoluyla kadavra getirilmesine izin verdiğini biliyoruz. Burada insan bedeninin ticari bir meta olarak kullanılmasının kesinlikle söz konusu olmadığını özellikle vurgulamak istiyorum. Bu, iki ülkenin bilimsel bir çalışma için işbirliği yapması olarak görülebilir. Azerbaycan, Ukrayna ve Hindistan'ın yanı sıra Uzakdoğu ülkelerinden bu yönde bir katkı alabileceğimizi dernek yönetim kurulumuz olarak düşünüyoruz. Ancak, uzun süreli bağış kampanyaları ve ithal kadvradan ziyade çözülmesi gereken esas sorun, adli tıp kurumlarındaki sahipsiz cesetlerin eğitim amaçlı olarak çok acil alınabilmesidir.



Anatomi ve Klinik Anatomi Derneği Yönetim Kurulu bir arada (Soldan sağa) Dr. Demiryürek, Dr. Malas, Dr. Şendemir, Dr. Şeker, Dr. Çelik, Dr. Kalaycıoğlu, Dr. Sargon

Kanser riski taşıyan nodüller erkeklerde daha sık

Hangi tiroit nodüllerinde cerrahi girişim gerekiyor?

İSTANBUL - Memorial Hastanesi İç Hastalıkları Bölüm Koordinatörü Prof. Dr. Yavuz Baykal ile tiroit nodülleri ve kanser ilişkisi hakkında konuştuk. Prof. Dr. Baykal'a göre sağlık camiasında tiroit kanseri ve nodülleri hakkındaki bazı yanlış değerlendirmeler, tiroit kanserinin tanısının gecikmesine ve kanserin yayılmasına neden oluyor. Doğru tanı ve eksiksiz tedavi ise yüzde 100'e yakın başarı sağlıyor.

Tiroit nodüllerinin tiroit bezi içinde oluşan nohut büyüklüğünde anormal dokular olduğunu söyleyen Prof. Dr. Baykal, "Görüntüleme çalışmaları, kadınların 1/3'ünden daha fazlasında, en az bir tiroit nodülü bulunduğunu gösteriyor. Türkiye'de en az 3 milyon erişkinde tiroit nodülü mevcut ve bunların yakla-

şık 180 bininde tiroit kanseri olduğu tahmin ediliyor. Ciddi ve orta derecede iyot eksikliği olan bölgelerde sıklığı artan hastalık 50 yaşın üzerindeki insanların yüzde 50'sinde görülebiliyor. Hastalarda tanı sırasında hipertiroidizm ve hipotiroidizm bulguları saptanabilir. Daha sıklıkla bu hastalar ö tiroit olup, nodül

dışında hiçbir belirti ve bulgu vermiyorlar" diye konuştu.

Kanser riski taşıyan nodüller erkeklerde daha sık

Tiroit bezinde nodül gelişiminin yaşla birlikte arttığını dile getiren Prof. Dr. Baykal, sözlerini şöyle sürdürdü: "Nodüllerin çoğu zararsız olup tedavi dahi gerektirmezken, %5-6'sı kanserleşme riski taşıdığından özel takip gerektirir. Tiroit nodülleri kadınlarda erkeklerden daha fazla olmasına rağmen, kanserleşme riski taşıyan nodüller erkeklerde daha sıktır. Kanser sıklığı düşük olmasına rağmen tüm nodüllerin hekim tarafından muayene edilip değerlendirilmesi ve durumunun tespit edilmesi gerekir. Çoğu kanser vakasında bez normal fonksiyon gösterir. Bu vakalarda biyopsi güvenli, basit bir yöntemdir ve oldukça kesin sonuçlar verir. Nodül 1.5 cm'den büyük, ancak fizik muayenede ele gelmiyorsa ultrason eş-



Memorial Hastanesi İç Hastalıkları Bölüm Koordinatörü Prof. Dr. Yavuz Baykal.

liğinde ince iğne biyopsisi yapılmalıdır. Radyoaktif iyot taraması tiroit bezinin hormonal fonksiyonu hakkında önemli bilgiler verir. Nodüller radyoaktif maddeyi tutma durumuna göre sıcak ve soğuk olarak adlandırılırlar. Soğuk olanlarda kanserleşme riski daha yüksektir."

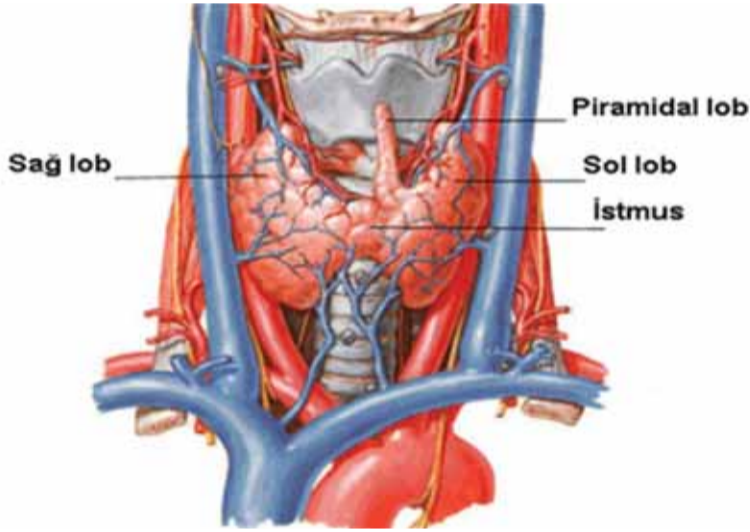
Nodülün boyutu ile kanser arasında tam ve direkt bir ilişki bulunmadığını belirten Prof. Dr. Baykal, "Küçük nodüllerde de kanser riski mevcuttur. 'Nodül henüz küçük, kanser olma ihtimali düşük, ileri teknikler kullanılmasına gerek yok' yaklaşımı kansere geç tanı konmasına neden ol-

maktadır. Nodül ister küçük, ister büyük olsun mutlaka biyopsi gerektirir. Hekim tarafından yapılacak iğne biyopsisinin tehlikesi yoktur ve ultrason eşliğinde yapılırsa daha iyi olur. Aksi halde yanlış tanı ve organ zararı meydana gelebilir. Artık, sadece kanser riski olan nodüllere ameliyat yapılıyor. Kanser riski olmayan nodüller ilaçla veya radyoaktif iyotla tedavi edilebilir" diye konuştu.

Tiroit nodüllerine yaklaşım nasıl olmalı?

Tiroit bezindeki nodülün çoğunlukla dışarıdan gözle fark edilemeyeceğini söyleyen Prof. Dr. Baykal, şu bilgileri verdi: "Anamnez ve fizik muayene sırasındaki bazı unsurlar, iyi huylu nodüle işaret ederse de kanserin mevcudiyetini ekarte etmez: 'Ailede Hashimoto tiroidit veya otoimmün bir tiroit hastalığı öyküsünün olması. Ailede iyi huylu tiroit nodülü veya guatr hikayesinin olması. Hipotiroidizm veya hipertiroidizm belirtilerinin olması. Nodülle beraber ağrı ve hassasiyetin olması. Yumuşak, pürüzsüz ve hareketli nodül. Baskın bir nodül olmaksızın çoklu nodüller guatrın olması'. Öte yandan bazı kriterler kötü huylu bir tiroit nodülü olması ihtimalini gösterir: 'Tiroit nodülü olan kişinin 20 yaşın altında veya 70 yaşın üstünde olması. Nodüle eşlik eden yutma güçlüğüne olması. Çocukluk çağında boyun bölgesine radyasyon uygulanması. Boyunda, patolojik lenf bezinin varlığı. Daha önceden bir tiroit kanseri hikayesinin olması. Sert, yüzeyi pürüzlü ve sabit nodüller".

► Devamı sayfa 8'de



Tiroit nodüllerinde tıbbi yaklaşım:

İyi huylu nodüller: Çoğu nodüller iyi huylu olup, bunların 6 ayda bir takibi gerekir. 6 ay sonra yapılan kontrollerde aynı büyüklükte veya küçülmüşse hasta 1 yıl sonra kontrole çağrılır. İlk 6 ay içinde nodül büyüme eğilimindeyse, ikinci kez biyopsi yapılır.

Kötü huylu nodüller: Biyopsi sonucu kanser olarak gelen nodüllerde cerrahi tedavi önerilir.

Sınıflandırılmayan nodüller: Alınan biyopsiyle "kesin kanserdir veya kanser değildir" denemeyen vakalarda cerrahi tedavi daha güvenlidir. Bu tür nodüllerin yaklaşık 1/3'ü ileride kanserleşir.

Tanımlanamayan nodüller: Biyopsi ile yeterli materyal alınmadığında karşılaşılan bir durumdur. Bu tür nodüllerin %10 oranında kanser olma riski vardır. İkinci kez biyopsi yapılması uygun olup yine de kesin sonuç alınmazsa 3'er aylık yakın takip yapılır. Bu hastalara tiroit hormonu verilerek nodülün hormona verdiği cevap değerlendirilir.

Yapılması gereken tetkikler

Tiroit iğne biyopsisi: Nodülü olan tüm hastalara uygulanması gerekir. Nodüllerin %5'inde kanser olduğundan ilk yapılacak tetkik iğne aspirasyon biyopsisi olmalıdır.

Tiroit ultrasonografisi: Nodüllerin büyüklüğünün değerlendirilmesinde veya ele gelmeyen, 1 cm'den küçük nodüllerin saptanmasında yararlıdır.

Tiroit sintigrafisi: Daha çok TSH düzeyi düşük olan hastalarda yapılır. Nodülün sıcak mı, yoksa soğuk mu olduğunu anlamaya yarar.

Tiroit hormonları: Hastada hipertiroidizm, hipotiroidizm olup olmadığı araştırılır.

Kanser riski taşıyan nodüller

Tiroit bezinde tek bir nodülün varlığı, sert nodül olması, boyun bölgesinde patolojik lenf bezlerinin olması, hormon tedavisi sonrasında nodülün büyüklüğünde değişiklik olmaması dikkat edilmesi gereken özelliklerdir. Yumuşak kıvamlı büyümeler genelde toksik olmayan nodüller guatr olarak tanımlanır.

Solid nodüller nasıl değerlendirilir?

Özellikle solid soğuk nodüller kanser olasılığının yüksekliği nedeniyle iyi araştırılmalıdır. Normal popülasyonda %6 tiroit nodülü bulunur ve bunun az bir kısmında kanser vardır. Dolayısıyla her nodülün cerrahi olarak çıkarılması doğru değildir. Çok sayıda nodül olanlarda kanser olma ihtimali az olmasına karşın, özellikle nodüller arasında büyük nodül varsa bu nodülün de solid nodüller gibi kanser açısından incelenmesi gerekir. Nodüllerin değerlendirilmesinde hastanın yaşı, boyun bölgesine radyasyon alıp almadığı, şikayetleri, cinsiyeti ve aile hikayesi göz önünde bulundurulmalıdır. Ergenlik çağından önce çocuklarda nodül oluşması veya çok yaşlılarda ani olarak nodülün ortaya çıkması tiroit kanserini akla getirmelidir. Hodgkin hastalığı veya diğer nedenlerle boyun bölgesine radyoterapi uygulanan hastalarda nodül görülmesi daha dikkatli araştırmayı gerektirir. Ani olarak ses değişikliği olması ve yutma güçlüğüne ortaya çıkması tiroit kanserini düşündürmelidir. Tiroit nodülünde ani olarak büyüme ve ağrı öncelikle kist içine kanama ve nadir olarak da tiroit kanseri belirtisidir. Erkeklerde tek nodülün görülmesi kanser riskini artırır. Ailede tiroit kanseri, özellikle medüller tiroit kanserinin varlığı tiroit kanser olasılığını artırır.

FISH (Fluorescence In Situ Hybridization), hangi durumlarda kullanılabilir?

İstanbul Tıp Fakültesi meme kanserine karşı FISH cihazına kavuştu

İSTANBUL – I.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi, meme kanserinin tanı ve tedavisinde önemli avantajlar sağlayan FISH cihazına kavuştu. Patoloji Dernekleri Federasyonu'nun girişimi ve Roche firmasının katkılarıyla sağlanan cihaz, meme kanserinin erken ve doğru tanısında önemli bir açığı dolduracak. Cihaz, İstanbul Tıp Fakültesi'nin ardından farklı illerdeki 6 merkeze daha kurulacak.

İstanbul Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı'na kurulan FISH (Fluorescence In Situ Hybridization) cihazının açılış töreninde konuşan İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD Öğretim Üyesi Prof. Dr. Vahit Özmen, meme kanserinin Türkiye'nin önemli sağlık sorunlarından birisi olduğunu belirterek hastalığın son 20 yılda 3 kat arttığını söyledi. Bağışlanan cihaz sayesinde, meme kanserlerinde %25 oranında görülen ve hastalığın çok hızlı ilerlemesine neden olan HER2 reseptörünün kesin bir doğrulukla saptanabileceğini dile getiren Prof. Dr. Özmen, "Böylece meme kanserli hastalara, HER2 reseptörlerine karşı geliştirilmiş, ciddi klinik yararlar sağlayan antikör tedavisi uygulanabilecek. Doğru hasta grubunda uygulanan antikör tedavisi, tek başına veya standart kemoterapilerle kombine olarak kullanıldığında hastaların hayat kalite standardını yükseltecek ve sağ kalım sürelerini belirgin şekilde uzatacak" diye konuştu.

FISH sayesinde hedefe yönelik tedavi uygulanması konusunda önemli bir avantaja kavuştuklarını belirten Prof. Dr. Özmen, "Günümüzde, patoloji laboratuvarlarında incelenen kanserli hücrelerin



FISH cihazının açılış Patoloji Dernekleri Federasyonu Başkanı Prof. Dr. Sıtkı Tuzlalı ve Roche Medikal Direktörü Dr. Çiğdem Aşkın tarafından yapıldı.

yüzeyinde bazı maddelerin saptanması, ek tedavi seçenekleri sunuyor. Bunlara HER2, östrojen veya progesteron reseptörleri örnek verilebilir. Antikör tedavisine yanıt verecek hasta grubunun doğru olarak belirlenebilmesi için, HER2 pozitifliğinin meme kanseri dokusundan alınan örnekle immünohistokimyasal olarak belirlenmesi gerekiyor. Bu yöntem sonucunda şüpheli olan grupta, FISH testi ile sonuç kesinleştirilerek doğru ve gerekli hasta grubunun tedavi alması sağlanabilecek" dedi.

Meme kanserinin kadınlar arasında en sık rastlanan kanser türü olduğunu dile getiren Patoloji Dernekleri Federasyonu Başkanı Prof. Dr. Sıtkı Tuzlalı ise şu bilgileri verdi: "Türkiye'de yaklaşık

25 bin civarında meme kanseri hastası var. Bu sayıya her yıl yaklaşık 8 bin yeni meme kanseri hastası eklendiğini, her 11 dakikada 1 kadının meme kanseri nedeniyle hayatını kaybettiğini düşündüğümüzde sorunun boyutu anlaşılacaktır. Son yıllarda meme kanseri tedavisinde oldukça önemli gelişmeler yaşanıyor. Bu tedaviler önemli ölçüde hastalığın saptandığı aşamaya göre değişiyor. Hastalığın hangi karakterde olduğu doğru olarak saptanır, tedavi edilme olasılığı da yükseliyor. Doğru teşhis ile hastaların yaşam süresi ve kalitesi önemli ölçüde artıyor, hatta kanserden kurtulmak bile mümkün olabiliyor" diye konuştu.

Patoloji Anabilim Dalı'na kurulan FISH cihazı sayesinde, erken ve doğru tanı olanaklarının arttığını, artık hastalara daha doğru tedavi yöntemleri sunabileceklerini söyleyen Prof. Tuzlalı, "HER2 varlığı belirlenemeyen bir hastanın, yanlış teşhis nedeniyle yeni tedavi yöntemlerinden faydalanamaması kötü sonuçlar doğurabiliyor. Tüm hastalarımız doğru teşhis ve doğru tedaviyi hak etmektedir. Bu yüzden FISH cihazının bölümümüze kurulmasını çok önemli görüyorum. Artık HER2 pozitif hasta grubunun, hassas yöntemlerle ve doğru olarak saptanabilecek olması kritik önem taşıyor" dedi.

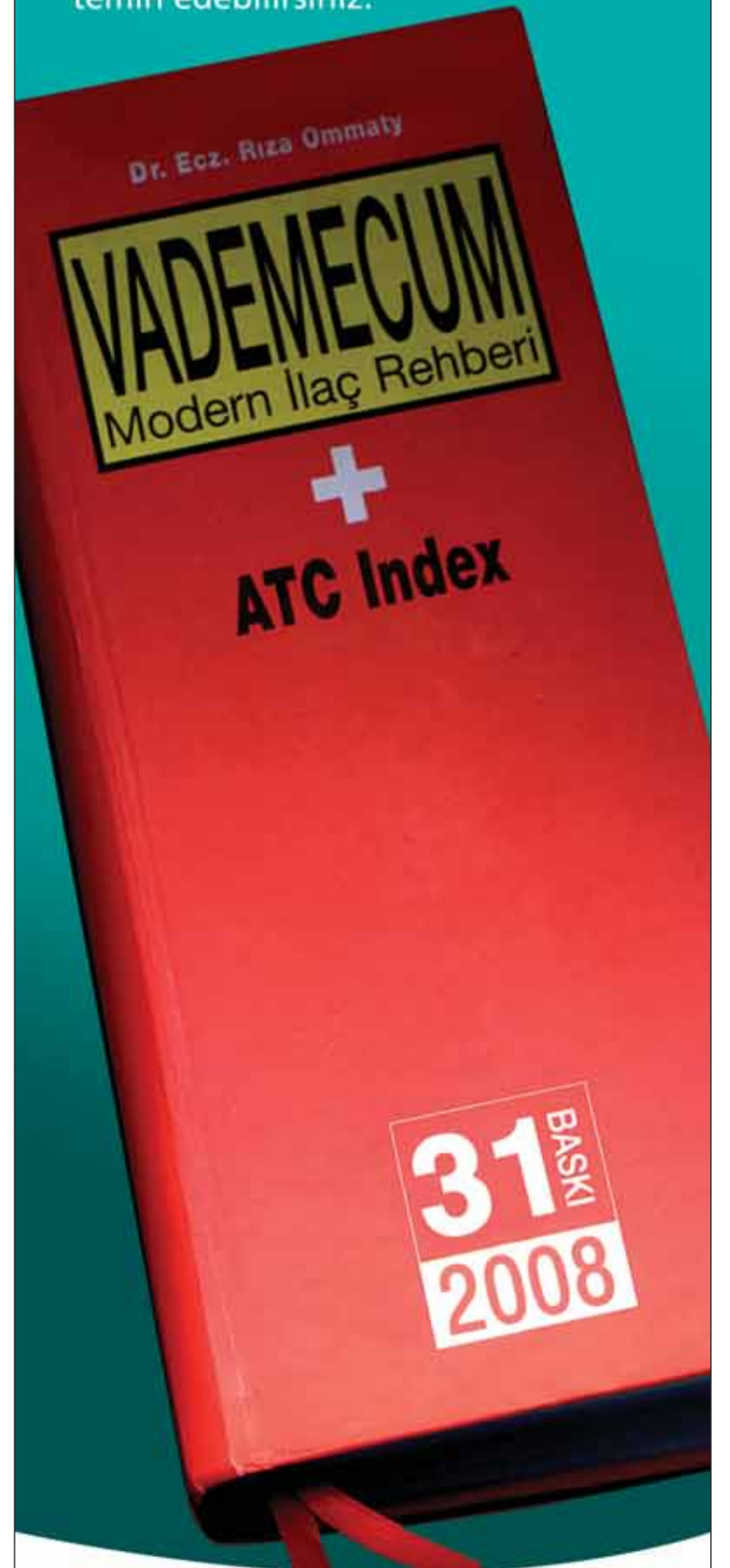


İstanbul Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı'na kurulan FISH cihazı meme kanseri teşhis ve tedavisinde önemli bir açığı giderecek.

20 yıldır
hekimlerin
vazgeçilmez
kaynağı
VADEMECUM
Medical-Tribune
ile birlikte...

2008 baskısını

kitapçılardan ve Medical-Tribune'den
temin edebilirsiniz.



**MEDICAL
TRIBUNE
TÜRKİYE**

Bilgi için:

0212 231 99 90

info@medical-tribune.com.tr

Pnömonokok infeksiyonlarına gereken önemin verilmesini isteyen uzmanlar uyarıyor:

'Pnömonokok aşısı sosyal sağlık güvencesi kapsamına alınmalıdır'

İSTANBUL - İstanbul'da yapılan 3. Bölgesel Pnömonokok Sempozyumu'nda biraraya gelen uzmanlar pnömoneye gereken önemin verilmemesinden yakınlık pnömokok aşısının sosyal sağlık güvencesi kapsamına alınması çağrısında bulundular. Basın toplantısında konuşan Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları Derneği Başkanı Prof. Dr. Mehmet Ceyhan, "Yalnızca hastalığı tedavi etmek yeterli değil. Sık antibiyotik kullanımı sonucunda pnömokokların direnci arttı. Bu durum aşılanmanın ne kadar önemli olduğunu gösteriyor" dedi.

Türkiye'nin son yıllarda aşılanma konusunda önemli yol kat ettiğine işaret eden Prof. Dr. Mehmet Ceyhan, "Aşılanma konusunda önemli gelişmeler sağladık, ancak pnömokok gibi hayati aşıların geri ödeme kapsamında yer almaması önemli bir sorun teşkil ediyor. Her yıl 1.3 milyona yakın doğumun gerçekleştiği ülkemizde oldukça yaygın görülen pnömokoklara karşı en etkili mücadele yolu aşılanmadır. Bu bakterinin neden olduğu in-

feksiyonlar sonucunda ülkemizde her yıl 250 bin pnömone ve 2.5 milyon orta kulak infeksiyonu gözlenmektedir. Pnömonokok aşısı birçok ülkede geri ödeme kapsamına alındı. Aralarında Afrika ülkelerinin bulunduğu pek çok ülke ise yakın gelecekte geri ödeme kapsamına almayı planlıyor. Bu aşının artık Türkiye'de de bütün çocuklara uygulanması gerekir. Antibiyotiklere karşı direncin giderek arttığı bir dönemde en iyi mücadele yolu daha

yaygın aşılanma yapmaktır" diye konuştu.

Aşılanma en etkili korunma yöntemi

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre pnömone ve menenjitin Türkiye'deki çocuk ölümlerinin başlıca nedeni olduğunu söyleyen PACE (Pnömonokok Farkındalığı Uzmanlar Konseyi) Yönetim Kurulu Eşbaşkanı Dr. Ciro A. de Quadros, "Pnömonokok hastalıkları önlenemez olmalarına rağmen ne yazık ki



PACE Yönetim Kurulu Eşbaşkanı Dr. Ciro A. de Quadros, Hacettepe Tıp Fakültesi Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bölümü Öğretim Üyesi ve Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları Derneği Başkanı Prof. Dr. Mehmet Ceyhan, PACE'nin Yönetim Kurulu Eşbaşkanı ve GAVI PneumoADIP Yöneticisi Orin Levine.

Türkiye ve dünyada çok yaygın. Her yıl 1.6 milyon çocuk bu nedenle hayatını kaybediyor. Pnömonokoklar günümüzün en önemli sorunlarından birisi ve antibiyotiklere karşı direnç ise hastalığın tehlikesini artırıyor. Ancak bu hastalığa gereken önem gösterilmiyor. Aşılanma bu hastalığa karşı en etkili savunma yöntemi ve aşılanma ile binlerce hayat kurtarılabilir. Bu fırsatı kullanmanın ve önlem alınmanın tam zamanı" dedi.

Geçen yıl, Dünya Sağlık

Örgütü pnömokok konjuge aşısının ulusal çocuk bağışıklık programlarına eklenmesi gerektiğini ve bunun bir öncelik olduğunu bildiren bir belge yayınladı.

Küresel eylem çağrısı yapıldı

Bugüne kadar, 16 Avrupa Birliği üyesi aşıyı sağlık sistemlerine entegre ederken, bazı ülkeler konuyu gündemlerine aldı. Türkiye'de ise, PCV-7 aşısı piyasada satışa sunulmasına rağmen sosyal sağlık güvencesi kapsamına girmiyor. PACE, dünyanın önde gelen sağlık uzmanları ile beraber devletlerin, ihtiyacı olan herkesin pnömokok aşısına ulaşabilmesi için gereken finans kaynağını sağlamasını, aşının dağıtımının sağlık sisteminde yaygınlaşmasını ve aşılanmanın sonuçlarının takip edilmesini talep eden bir küresel eylem çağrısı yayınladı.

Türkiye Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Derneği ve tüm dünyadan 30 meslek birliğinin imza attığı PACE Küresel Eylem Çağrısı, pnömokok aşısının ekonomik ve istikrarlı bir fiyat politikası ile çocuklara sunulmasını sağlamayı hedefliyor. Öngörülere göre; yürütülen bilinçlendirme çalışmalarının olumlu sonuçlanması durumunda 2030 yılı itibarıyla 5.4 milyon çocuğun hayatı kurtulmuş olacak.



'Aşıya harcanacak her kuruş karşılığını fazlasıyla öder'

İSTANBUL - İstanbul'da düzenlenen 3. Bölgesel Pnömonokok Sempozyumu'na katılan PACE (Pnömonokok Farkındalığı Uzmanlar Konseyi) Yönetim Kurulu Eşbaşkanı Orin Levine, aşıyla önlenemez olmasına rağmen her yıl 1.6 milyon kişinin ölümüne neden olan Pnömonokok hastalığının çağımızın en önemli sağlık sorunlarından birisi olduğunu belirterek Pnömonokok aşısının mutlaka yaygınlaştırılması gerektiğini söyledi. Levine, konuyla ilgili görüşlerini Medical Tribune'e anlattı.

Aşıyla önlenemez bir hastalık olmasına rağmen pnömokok nedeniyle milyonlarca insanın ölüyor olmasının üzerinde önemle durulması gereken bir konu olduğunu söyleyen Levine, "Aşılanma dünyanın her yerinde ancak ulusal programa alındığında etkili olabilmektedir. Program dışında kalan aşılar ne kadar ucuz olursa olsun insanlar tarafından kullanılmamakta ya da geniş kitlelere ulaşmamaktadır. Dolayısıyla burada en önemli iş hükümetlere düşmektedir. Unutmamalıyız ki hastalıkları önlemek her zaman tedavi etmekten daha kolay ve daha ucuzdur" şeklinde konuştu.

Düzenledikleri sempozyumlarda bu alanda çalışma yürüten bütün kurum ve kişileri bir araya getirerek aşılanma çalışmaları konusunda daha etkili politikalar oluşturmaya çalıştıklarını söyleyen Levine, "Sempozyumda yeni

dönem hedeflerimizi ve stratejilerimizi tartıştık. Pnömonokok aşısının daha çok ülkede geri ödeme sistemine alınmasını sağlamak zorundayız. Bazı ülkeler bunu yaptı ancak pnömokoktan en çok etkilenen yoksul ülkelerde durum pek parlak değil. Bu nedenle bu ülkelerin yararlanabilmesi için ekonomik kaynakların seferber edilerek yeni yollar bulunması gerekiyor. Sempozyumumuzun ardından Türkiye'deki yetkililere yönelik olarak çağrıda da bulduk" dedi.

Aşılanma en etkili korunma yöntemi

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) verilerine göre pnömokokun antibiyotiklere karşı önemli ölçüde direnç geliştirdiğinin anlaşıldığını belirten Levine, sözlerini şöyle sürdürdü: "Bu çok önemsenmesi gereken bir konu, çünkü direnç hem tedavi zorlaştırmakta

hem de daha komplike bir soruna dönüştürmektedir. Ayrıca tedavi maliyetlerini önemli ölçüde yükseltmektedir. Bu aslında hastalığın tedavisinde kullandığımız en önemli araçlardan birinin giderek işlevsizleştiğini de gösteriyor. Bütün bu gelişmeler aşı çalışmalarının mutlaka başarıyla yürütülmesi zorunluluğunu bir kez daha gündeme getiriyor. Eğer aşı çalışmalarımız başarılı şekilde yürütülemezse gelecekte bizi çok daha büyük sorunlar bekleyecektir. Gecikildikçe pnömoneye bağlı ölümler ve antibiyotik dirençleri artmaktadır."

Aşıların ulusal programa alınması önemli

Aşıların ancak ulusal program kapsamına alındığında etkili olabildiklerini söyleyen Levine, "Program dışında kalan aşılar, ne kadar ucuz olursa olsun insanlar tarafından kullanılmamakta ya da



PACE'in Yönetim Kurulu Eşbaşkanı ve GAVI PneumoADIP Yöneticisi Orin Levine

geniş kitlelere ulaşmamaktadır. Aşı konusunda bütün çevrelerin yapabileceği çok şey var. Hükümetler daha kapsamlı programlar hazırlayarak daha etkili sonuçlar alabilirler. Sağlık organizasyonları bu konuda daha iyi politika ve projeler üretebilir ve üreticiler daha çok miktarda aşıyı daha ucuzla üretebilirler. Unutmamalıyız ki hastalıkları önlemek her zaman tedavi etmekten daha kolay ve daha ucuzdur. Aşıya harcanacak her kuruş para karşılığını fazlasıyla ödeyecektir.

DSÖ'den pnömokok değerlendirilmesi

'Aşıyla önlenabilir başlıca hastalık'

İSTANBUL- Wyeth Pharmaceuticals Aşı bölümü başkanı Dr. Peter R. Paradiso ile başta 7 değerlikli konjüge pnömokok aşısı Prevnar olmak üzere aşılar, aşı uygulamalarındaki sorunlar ve çözüm yolları, yeni aşılar gibi çeşitli konularda söyleştik.

■ Aşı geliştirme ve üretim kararı hangi kriterlere göre alınıyor?

Aşı konusunda çok önemli kriterler var. Bunlardan ilki, tabii, tıbbi gereksinim. Açıkça görüleceği üzere, halk sağlığı açısından önem taşıyan hastalıklara odaklanılmakta. Pnömonoklara bağlı hastalıktan konuşmak gerekirse, bu hastalığa neden olan bakteri tüm yaş aralıklarında hastalığa yol açar, menenjit, bakteriyemi ve pnömoninin etkenidir. Üstelik sadece bebeklerde değil, erişkinlerde, özellikle de yaşlılarda hastalık yapmaktadır. Pnömonokok enfeksiyonları toplumun büyük bir bölümünü etkiler, ağır etkileri vardır ve önlenmesi gereken hastalıklara yol açar. DSÖ'ye göre, dünyada bebek ölümlerine neden olan aşıyla önlenabilir en önde gelen hastalıktır. Bu durum, pnömokok aşısı geliştirme kararını vermeyi oldukça kolaylaştırmaktadır. İkinci kriter, aşının teknik olarak yapılabilir olması ve başarılı olunabileceğine dair güven bulunmasıdır. Pnömonokok söz konusu olduğunda, benzer, kapsüllü bakterilerle daha önceden elde edilmiş deneyimler mevcuttur. Haemophilus influenzae tip b ile başarılı olduğu için pnömokoklara karşı nasıl bir aşı tasarlamak gerektiği konu-

sunda oldukça fikir sahibiydik. Öte yandan, HIV'e karşı aşı geliştirme çalışmalarında, hastalık yükü konusunda bilgi sahibi olunmakla beraber teknik sorunlar aşılamamıştır. Üçüncü kriter de, tıbbi gereksinimle ilişkilidir. Aşılar, genellikle küresel yaygınlıkta görülen hastalıklara karşı geliştirilmektedir. Yalnızca belli bir bölgedeki hastalık için aşı geliştirilmesi söz konusu değildir. Ve tabii, dördüncü olarak, üretilecek aşının ticari bir değeri olmalıdır. Üretici şirket açısından bakıldığında, karlılık önemlidir. Dürüst olmak gerekirse, halk sağlığı açısından gereksinim olan yerde ticari bir değer söz konusu olmaktadır.

■ Pediatrik aşıların geliştirilmesiyle ilgili özgül zorluklar nelerdir?

Pediatrik aşılar, toplumun en değerli ve sağlıklı kesimine yapılmakta. Bu grup için aşı geliştirilirken çok dikkatli olunması gerekmektedir. Geliştirilmekte olan aşılar önce erişkinlerde, daha sonra daha büyük yaştaki çocuklarda denemekte, en sonunda ise hedef topluluk olan bebeklere uygulanmaktadır. Bununla yetinilmemekte, çok geniş güvenlik veri tabanları aracılığıyla aşıyla ilişkili etkiler takip edilmektedir. Prev-

nar'la ilgili klinik çalışmalara 40-50.000 bebek dahil edilmiştir. Bu çalışmalar hem etkinlik hem güvenlik veritabanları oluşturulduğundan çok geniş ölçeklidir. Ama lisans sonrasında da güvenlik açısından izlemeye devam edilmektedir. Prevnar için konuşmak gerekirse, 150.000 çocuğa ait veriler detaylı bir şekilde takip edilmektedir. Birçok ülkenin de kendi aşı sürveyans sistemi vardır ve aşı sonrası istenmeyen etkiler kaydedilmektedir. Prevnar, günümüze dek 150 milyon dozdan fazla uygulanmıştır ve güvenlik açısından bir sorun gözlenmemiştir.

■ Siz CDC, WHO gibi önemli kurumlarda çalıştınız. Yeni bir aşıyla ilgili olarak ne gibi tecrübeler edindiniz, dersler çıkardınız?

Farklı gruplar için farklı derslerden söz etmek mümkün. Ama bütün gruplarda en önemli sorunlar, aşıyı buzdolabından çıkardıktan bebeğe uygulamaya kadarki süreç ve herkesin aşılanmasının sağlanması. Eğitim her durumda önem taşıyor: aşının nasıl saklanacağı, kimle-



Wyeth
Pharmaceuticals
Aşı Bölümü Başkanı
Dr. Peter R. Paradiso

rin aşılanıp aşılanmadığının takibi gibi konularda eğitim çok önemli. Gelişmekte olan ülkelerde yeni bir aşıyı dağıtmak için alt yapının yeniden inşası gerekebilmekte, oysa ABD gibi ülkelerde bir aşıyı eklemek için zaten hazır bir sistem ve kapasite mevcut. Yeni bir aşı uygulanmaya başlandığında aşının kim tarafından dağıtılacağı, soğuk zincirin nasıl sürdürüleceği gibi konularda Prevnar'la da aynı sorunlar yaşanmakta. WHO, dünyadaki her ülkede bu aşının uygulanmasını istemekte.

Aşıyı WHO'ya teslim etmek yapılacak işin gerçekten çok küçük bir bölümü. Her ülkenin özgül sorunlarının çözümü farklı farklı.

■ Prevnar hangi ülkelerde rutin aşılama programına alındı?

Prevnar, dünyada halen 20 kadar ülkenin ulusal aşılama programında yer alıyor. Bunlar arasında ABD ve Avrupa ülkeleri de var. Lisans aldığı ülke sayısı ise yaklaşık 90. Türkiye de sınırlı, aşıyı rutin programa almayı düşünen ülkeler arasında yer alıyor.

Ufukta Alzheimer aşısı var

■ Gelecek on yılda aşılarla ilgili beklentileriniz neler? Sürpriz gelişmeler olabilir mi?

27 yıldır aşılarla ilgili çalışmaktayım. Sürprizler her zaman olmuştur ve olacaktır. Bunların çoğu da olumlu sürprizlerdir. Haemophilus influenzae tip b aşısı benim için ilk sürprizi; aşıyla birlikte hastalık inanılmayacak kadar hızlı bir şekilde ortadan kalkmıştır. ABD'de yılda 20.000 olan vaka sayısı üç yıl içinde 300'e inmiştir. Pnömonokok aşısıyla da benzer sonuç alınmıştır. Aşı, nerdeyse anında ödüllendirmektedir. Aşılarla ilgili heyecanlı bir konu da, aşıların enfeksiyon hastalıklarıyla mücadelenin dışındaki kullanım alanıdır. Kansere ve Alzheimer hastalığı bunlar arasındadır. Beta amiloid plaktan alınan bir peptit içeren bir aşı geliştirilmiş durumdadır. Hayvanlarla yürütülen deneylerde aşının beta amiloid birikmesini durdurduğu gösterilmiştir.

■ Alzheimer hastalığına karşı aşının üretimi ne zaman mümkün olacak?

Daha önce belirttiğim gibi, tıbbi gereksinim ortada, yeterli hasta popülasyonu da mevcut. Teknolojinin olduğunu da düşünebilirsiniz, ancak pnömokok konusunda kendimize daha fazla güvenmekteyiz. Henüz faz II çalışmalar sürüyor, bir tahminde bulunmak için biraz erken. Birkaç yıl olması olasıdır.

■ Wyeth'in halen üretmekte olduğu ve üretmeyi planladığı aşılar hangileri?

Prevnar Wyeth'in küresel olarak en önde gelen aşısıdır. 13 değerlikli prevnar yeni nesil ürünümüz olacaktır. Meningokok B aşısı faz II aşamasındadır. Bu aşı, bebeklik çağından ergenliğe kadar uygulanacaktır. Staphylococcus aureus'a ve ayrıca beta hemolitik streptokoklara karşı aşılar da geliştirilmektedir. Wyeth olarak aşı üretiminde 100'ncü yılımızı yakın zaman önce kutladık. Uzun zamandan beri bu işin içinde olan tecrübeli bir şirkettiz. Çiçek ve polio aşılarından bu yana uzun yol aldık. Bunu yapmaya da devam edeceğiz.

PAGE'nin Küresel Eylem Çağrısı 28 Kuruluş İmzaladı

İngiltere'deki DSÖ'nün Küresel Eylem Çağrısı'na 28 kuruluş imza attı. Bu kuruluşler, DSÖ'nün küresel eylem çağrısına katılmayı taahhüt ettiler. Bu kuruluşler, küresel eylem çağrısına katılmayı taahhüt ettiler. Bu kuruluşler, küresel eylem çağrısına katılmayı taahhüt ettiler.

Konsey Üyeleri

Gina A. de Quadros , Başkan Salvar Ayl Enstitüsü, ABD	Luis C. Suarez Phagocyte Team, Çocuk Hastalıkları Enstitüsü, Filipinler	Fred Ware Kansere Karşı Aşılar, Kanser Araştırma Enstitüsü, ABD
Chin-Ling Chen , Başkan LAVI, Pnömonokok Aşısı, ABD	Kaif P. Khogyan Enfermité des Enfants, ABD	David Mordkoff Chiron Biotech, Tıp Okulu ve Sağlık Bakanlığı, İsviçre, İsviçre
Jadhav A. Bhatia Age Effect Üniversitesi, Pakistan	Sandhya Srinivasan Hospital Infantil de México-Federico Gómez, Meksika	Cynthia Whitney Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi, ABD
Janis M. Fratz Robert Wood Johnson Hastanesi, ABD	Kon Dagan Sanku Üniversitesi Tıp Okulu, İsviçre	Hans Bredius Kansere Karşı Aşılar, ABD
Samir S. Saha IIT Kanpur, Hindistan, Hindistan	Pavla Kizore Mali Sağlık Üstünlük Enstitüsü, Gambia	

Pharmaceuticals'ın küresel eylem çağrısına katılmayı taahhüt eden kuruluşlerin listesini görmek için lütfen www.wyeth.com/PAGE adresine gidiniz.

Doç. Dr. Eftal Yücel:

Romatooid artrit tedavisinde fizik tedavinin yararı sınırlı

ANKARA - Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği ile Romatoloji Araştırma ve Eğitim Derneği'nin ortak olarak düzenlediği seri toplantıların sonuncusu 9 Şubat'ta Ankara'da yapıldı. Açılıştaki konuşma yapan Prof. Dr. Ayhan Dinç, toplantıların amacının iç hastalıkları uzmanlarının ya da asistanlarının romatoloji bilgilerini tazelemek olduğunu belirtti. 11 il romatoloji günlerini de özellikle romatoloji uzmanı olmayan illerde yapmak istediklerini belirten Prof. Dr. Dinç bununla iç hastalıkları uzmanlarının romatoloji uzmanlarının eksikliğini kapatmasını sağlamayı amaçladıklarını ifade etti.

Artık diskopatide istirahat önerilmiyor

"Ülkemizde genellikle romatolojik hastalıkların kaplıca tedavisiyle, egzersizle iyileşebileceği, takiplerinde mutlaka yer alması gerektiği inancı var. Ancak gerçekte bilimsel çalışmalara bakıldığında bu doğru değil. Mesela artık diskopatide bile istirahat önerilmiyor. Yıllarca bu hastalar haftalarca hareketsiz yatmak zorunda bırakıldı. Çünkü elde veri yoktu, şimdi disk hastalarında erken mobilizasyon öneriyoruz. Ülkemizde romatizmal hastalıklarda tamamlayıcı tıp adı altında tedaviler öneriliyor ama önümüzdeki yıllarda iç hastalıkları uzmanları bu hastalıkların tedavisinde daha çok yer alacak."

Toplumu bilgilendirme kampanyası

Romatizmal hastalıklarla ilgili toplumu bilgilendirme kampanyası düzenlediklerini belirten Dr. Dinç, bununla hastalıkların tanıtımını ve gerçek isimleriyle bilinmelerini sağlamayı amaçladıklarını belirtti. Dinç; "İnsanların bu hastalıkları gerçek isimleriyle öğrenmesi lazım çünkü Türkçesi yok. Bunları anlattıkça öğrenebilirler. Özellikle uzun vadeli takiplerde hastalar hastalıklarını öğreniyorlar. Ancak kesin teşhis koymadan isimlendirmekten de kaçınmak gerekir." dedi.

Toplantıda, Başkent Üniver-

sitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı Başkanı Doç. Dr. Eftal Yücel Romatoid Artrit (RA) hakkında bir konuşma yaptı. Yücel konuşmasında şu hususları vurguladı.

Altı haftadan sonra

Romatoid artrit altı haftadan sonra düşünmek gerekir. Sınıflandırma kriterlerinde de artrit altı hafta sürmüş olması şartı var. Bunun sebebi bazı reaktif artritlerin özellikle de viral artritlerin kısa bir süre artrit yapmasıdır. RA en fazla el eklemlerini tutar. Tutulum simetrik. Distal interfalangial eklem bu hastalıkta tutulmaz. Bu eklemlerde tutulum varsa muhtemelen osteoartrit. Genç hasta ise psöriyatik artrit.

Radyolojik değişiklikler

Romatoid artritte en azından erken tanıda radyolojinin çok yeri yoktur. Yumuşak doku şişliği, periartiküler osteoporoz olabilir ama eroziv değişiklikler aylar sonra ortaya çıkar. Özellikle dizde simetrik eklem darlığı, periartiküler osteoporoz ve eroziv değişiklikler izlenebilir. Uzun dönemde de ankiloza sebep olabilir. Dügme iliği ve kuğu boynu deformiteleri en çok RA'te görülür.

Kaplıca tedavisinin yeri yok

RA tedavisi esas olarak ilaç tedavisidir. Fizik tedavinin yararı sınırlıdır. Kaplıca tedavisi

ve sinovektominin romatoid artrit tedavisinde yeri bulunmamaktadır.

Parasetamol en iyi ağrı kesici

Parasetamol en iyi ağrı kesicidir. Bu romatoid artrit için olduğu kadar baş ağrısı için de geçerlidir. İlk başta ağrısı olanlara parasetamolü dört grama kadar önerebiliriz. Steroid olmayan anti enflamatuvar ilaçlar da hemen her hastaya ilk dönemlerde verilebilecek ilaçlardır. Tercih doktor kalmıştır. Daha önce hastada yan etkisi olmamış olanları kullanmak uygun olur. Ancak koroner arter hastalığı olanlara her gün vermek gerekir veya koroner arter

hastalığı riski fazla olmayanlara önermek gerekir.

En dramatik cevap kortikosteroidlerde

Kortikosteroidler hem takipte hem başlangıçta en dramatik cevap veren ilaçlardır. Enflamasyonu en fazla, hastayı en kısa sürede rahatlatan ilaçtır. Uzun süre alanlarda osteoporoz riskini azaltmak için kalsiyum ve gerekiyorsa antirezorbtif ilaçlar vermek gerekir.

Doç. Dr. Eftal Yücel'den: RA tedavisinde pratik bilgiler

RA tedavisinde kullanılan ilaçlar arasında koroner arter hastalığını en fazla artıran kortikosteroidlerdir.

Sistemik enflamatuvar hastalıklarda yetersiz tedavi vermeden, gereksiz potent tedavi vermek daha iyidir.

Metotreksat RA tedavisinde en önemli ilaçtır, ısrarla vermek gerekir.



Doç. Dr. Eftal Yücel

Her ne nedenle olursa olsun kortikosteroid uzun süre yüksek doz verilmesi muhtemel ise, beraberinde azatiyoprin veya metotreksat gibi ilaçlar verilmesi uygun olur.

Bir göz hekimi toksisite nedeniyle HOKlorokininin kesilmesi gerektiğini söylerse, başka bir göz hekiminin teyidi uygun olur.

Tıbbın en önemli testi CRP'dir. CRP<3 mg/L ise önemli sistemik enflamatuvar durum yoktur.

Antiagregan olarak aspirin kullanılıyorsa, aspirin, SO-AEİ'den önce alınmalıdır.

Osteoporoz için tüm yaşlarda özellikle postmenopozal dönemde ve kortikosteroid kullanımında yeterli kalsiyum ve D vitamini alınmalıdır.



Sayfa 4'ten devam

Tiroit bezinin radyoaktif maddelerle taranmasının nodüllerin değerlendirilmesinde önemli bir işleve sahip olduğunu belirten Prof. Dr. Baykal; 'sıcak' veya otonom fonksiyona sahip tiroit nodülleri koyu bir saha olarak görünür. 'Ilık' veya fonksiyonel yönden normal nodüllerin normal tiroit dokusuna benzer bir fonksiyonu vardır. Az fonksiyon gösteren veya fonksiyonsuz 'soğuk' nodüllerse taramada açık sahalar olarak görülürler. Fonksiyonel nodüller kötü huylu olmaktan çok uzaktır. Aspirasyon biyopsisi iyi ve kötü huylu tiroit nodüllerinin ayrt edilmesinde en etkili yöntemdir. Tomografi ve manyetik görüntüleme tiroit nodüllerinin tanısında çok az rol oynarlar, pahalıdır ve tercih edilmemelidirler" diye konuştu.

Nodüldeki fonksiyonun tedavi yönteminde ve kanser riskini tahmin etmede önemli olduğunu dile getiren Prof. Dr. Baykal, sözlerini şöyle noktaladı: "Hatta tedavinin ne zaman ve nasıl yapılması gerektiğine dair önemli ipuçları bile verir. Tiroit bezinin teknisyum veya iyot ile sintigrafik olarak incelenmesi sonucu fonksiyon açısından nodüller dörde ayrılır: Soğuk nodüller (hipoaktif), sıcak nodüller (hiperaktif), ılık nodüller (normoaktif), sıcak otonom nodüller. Tiroit bezinde nodül olması her zaman tiroit hormon sentez bozukluğuna neden olmaz. Ancak sıcak nodüller, özellikle de otonom sıcak nodüller aşırı hormon üretirler. Soğuk nodüller genellikle tiroit hormon düzeyini bozmazlar."

I  my 

TÜBİTAK projesi birinci yılını başarıyla tamamladı

Sinek larvalarıyla kronik yaralara doğal tedavi



İSTANBUL - Klasik yöntemlerle tedavi edilemeyen kronik yaralar, “yeşil et sineği larvası” ile kısa sürede tedavi edilebiliyor. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji AD tarafından yürütülen uygulama şimdilik ağır kronik yaralara uygulanıyor. Proje sorumlusu Yrd. Doç. Dr. Erdal Polat; yöntemi diyabetik yaralar, basınç ülserleri, venöz staz ülserleri, temporal mastoidit, fournier gangreni, nekroze tümör kitleleri ve diğer yumuşak doku yaralarına uyguladıklarını, yakın gelecekte bütün hastanelere yaygınlaştırmayı hedeflediklerini söyledi.

Türkiye’de ilk kez uygulanan yöntemin herhangi bir yan etkisi olmadığını belirten Yrd. Doç. Dr. Polat, “Larva ile tedavi uygulamasını diyabetik hastaların yaralarında ve hiçbir antibiyotiğe cevap vermeyen yaralarda uyguladık. Hastalarımız arasında 5 yıldır

yara tedavisi gördüğü halde iyileşememiş ağır vakalar vardı. Bugüne kadar 35 kişiye uygulayabildiğimiz yöntem; tedaviyi kendi istekleriyle bırakan 2 hastamız dışında vakaların tümünde tam başarıyla sonuçlandı” şeklinde konuştu.

Yara tedavisinde kullandıkları larvaların yara üzerindeki ölü dokuyu ürettikleri enzimlerle eriterek ortadan kaldırdığını söyleyen Yrd. Doç. Dr. Polat, “Larvalar yarayı dezenfekte ediyor ve dokuyu granülasyon oluşturması için uyarıyorlar. Canlı larvaların özellikle S. aureus, A ve B grubu streptokok gibi patojen bakterileri öldürdüğü ve büyümesini inhibe ettiği in-vitro çalışmalarla ortaya kondu. Larvalar; pseudomonas türlerine karşı etkili, ancak escherichia coli ve proteus türlerine karşı etkisizdirler. Klinik çalışmalar, larvaların antibiyotiklere dirençli ajanlarla infekte olan değişik tip yaraların tedavisinde başarıyla kullanılabileceğini gösteriyor” dedi.

Sağlıklı dokuya zarar vermiyor

Kullandıkları larvaların erişkin dönemde parazit olmadığını belirten Yrd. Doç. Dr. Polat, şu bilgileri verdi: “Erişkin sinekler hayvan leşleri ve bitkisel maddelerle beslenirler. Dişiler insan ve hayvanların hastalıklı dokularına yumurtlarlar. Larvalar insan ve hayvanların doku ve organlarına yerleşerek miyaza neden olurlar. Yalnız ölü dokulara saldırır ve yarının temizlenmesine yardımcı olurlar. Larvaların yara yüzündeki infekte dokuları yiye-

“TÜBİTAK’ın desteklediği proje birinci yılını doldurdu. Projenin sahibi Sağlık Bakanlığı, uygulayıcısı ise Cerrahpaşa Tıp Fakültesi’dir. Projenin temel amacı; deneme aşamasından sonra uygulamanın devlet hastanelerine kadar yaygınlaştırılmasıdır. Yöntemi hekim arkadaşlarımıza öğretip, larvaları biz göndererek uygulamayı genişletmek istiyoruz. Laboratuvar ve hekim eğitimine harcanacak yatırımlar dışında yöntemin maliyeti çok az.”

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
Mikrobiyoloji ve
Klinik Mikrobiyoloji AD
Öğretim Üyesi
Yrd. Doç. Dr. Erdal Polat:
“LDT, Meticillin’e rezistans
Staphylococcus aureus (MRSA)’a karşı
güçlü bir silah olabilir
Yetişkin sineklerden alınan yumurtalar
steril ettikten sonra
30 derecelik üretim dolaplarına kaldırılır.
Larvalar 14-15 saat içerisinde
yumurtalardan çıkarılır.
Steril olanları yaralara uygulanır
18 değişik tipte enzim salgılayan larvalar
sürekli hareket halinde oldukları için
yaranın daha hızlı
canlanmasını sağlıyorlar



Larvalar ürettikleri enzimlerle yara üzerindeki ölü dokuyu eriterek yarayı dezenfekte ederler. Dokuyu granülasyon oluşturması için uyarırlar. LDT, dirençli irinli yaralar gibi zor iyileşen yaraların tedavisinde başarılı bir şekilde kullanılabilir

Hızlı, etkili ve masrafsız tedavi

Bu tedavi yönteminde tek avantajın yöntemin etkinliği olmadığını, tedavi süresi ve maliyetin de diğer yöntemlerle kıyaslanamayacak kadar azaldığını söyleyen Yrd. Doç. Dr. Polat, “Tedavinin en önemli avantajlarından birisi kısa sürede ve az maliyetle sonuçlanmasıdır. Herhangi bir yan etkisi yoktur. Oysa her antibiyotiğin yan etkisi olduğunu biliyoruz. Yaranın iyileşmesi klasik tedaviye göre daha hızlı olduğundan hastanın hastanede kalış süresi, hastane giderleri ve iş gücü kaybı da azalıyor. Nekrotik venöz ülserlerin geleneksel tedavisi büyük ölçüde hemşirelik hizmeti ve diğer masrafları gerektirdiğinden LDT, alternatif uygun bir maliyet sağlayabilmektedir. Tamamıyla doğal olan bu tedavi çalışmaları ve çevre açısından da herhangi bir tehlike oluşturmamaktadır” şeklinde konuştu.

Avantajlarına rağmen larva debridman tedavisinin sınırlı dezavantaja sahip olduğunu dile getiren Yrd. Doç. Dr. Polat, “Yöntemde çok sayıda steril larvaya gereksinim duyulmakta ve uygulamada bazı teknik zorluklar bulunmaktadır. Uygulama yüzeysel yaralarda kısmi ağrı hissine neden olabilmektedir. Diğer bir sorun ise hastaların psikolojik nedenlerden dolayı yönteme karşı olan tepkileridir. Vakalarımızda hasta ağrısını hissedene kadar larvaları yara üzerine 2-2.5 saat süreyle 3 seans uygulayarak sonuç alabiliyoruz” dedi.



rek temizlemesi “Larva Debridman Tedavisi” (LDT) olarak adlandırılıyor. Bu amaç için sadece nekrotik dokulara saldırarak, lucilia sericata’nın (yeşil sinek) genellikle 2-10 mm boyundaki I. ve II. dönem larvaları kullanılıyor.”

Larvaların steril olması gerekiyor

Uyguladıkları yöntemde sinek yumurtalarının uygun ortamda beslenerek daha sonra steril larva haline getirildiğini kaydeden Yrd. Doç. Dr. Polat, “Larvaların kesinlikle steril olması gerekiyor, aksi halde ciddi sağlık sorunlarına neden olabilirler. Larvalar dokuya bırakıldıktan sonra bol miktarda enzim salgılıyorlar. Bu enzimler nekrotik dokuları uyarıyor, yenilenmesini sağlıyor ve ölü dokularda litik etkiye neden oluyorlar. Toplam tedavi süresi 48 saat civarında. Şu ana kadar 35 hastaya uyguladığımız yöntemde yara ağrısı 24 saat içinde önemli ölçüde azalırken, tedaviyi yarım bırakan iki hastamız dışında bütün hastalarımız kısa sürede iyileşti. Bize gelen bütün hastalar ağır yaralara sahipti ve bir bölümü yıllardır yara tedavisi gördükleri halde iyileşmemiş ve çaresiz durumdaki has-

talardı. Bu hastalarda bile başarı oranımız %100’e yakın gerçekleşti” dedi.

LDT ile yara tedavisinin diğer tedavi yöntemlerine göre önemli avantajları bulunduğunu dile getiren Yrd. Doç. Dr. Polat, sözlerini şöyle sürdürdü: “Larvalar canlı doku ile nekrotik dokuyu ayırdıklarından cerrahi debridmanın yapılmasını kolaylaştırıyorlar. Bu vakaların % 80-95’inde yaranın debridmanı tam ya da çok ileri derecededir. LDT; derideki pürülan, kabuklu yaraların tedavisinde de alta yatan hastalıklardan bağımsız olarak uygulanabilir. Kronik yaraların temizlenmesinde ve granülizasyonun başlamasında etkili bir metottur. Tedavi ilerledikçe yaranın üzerinde yeni sağlıklı doku tabakası oluşur. LDT ile nekrotik dokudan gelen kötü koku ve yara eşlik eden şiddetli ağrı önemli ölçüde azalmaktadır. Tedavi sonrası amputasyon önlenir, derin yaralarda çok ciddi bir risk olan septisemi tehlikesi de ortadan kalkar. Bu yöntem; meticilline dirençli s. aureus ile infekte, kronik ve zor iyileşen yaraların tedavisinde de başarılı bir şekilde kullanılabilir.”



Proje ekibinde bulunan araştırmacılar: Prof. Dr. Turgut İpek, Prof. Dr. Muzaffer Altıntaş, Yrd. Doç. Dr. Erdal Polat, Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Çakan, Uz. Mikrobiyolog Reyhan Çalışkan, Uz. Dr. Kaya Sarıbeyoğlu, Y. L. Öğr. Biyolog Sinem Özdemir, Y. L. Öğr. Tıbbi Biyolog Derya Ünver,

Gastroenterolog bakışıyla nutrisyon:

'Enterosit bütünlüğünü her durumda korumalıyız'

İSTANBUL - Klinik nutrisyon; nutrisyon biliminden elde edilen bilginin çeşitli klinik disiplinler tarafından kullanılarak beslenme- organizma ilişkisini ve hastalıklarda beslenmenin yerini aydınlatmayı hedefliyor. Ankara MESA Hastanesi'nden Prof. Dr. Sedat Boyacıoğlu, nutrisyon konularının ABD'de gastroenteroloji eğitimi müfredatına girdiğini belirtti. Prof. Dr. Boyacıoğlu, 24. Ulusal Gastroenteroloji Haftası çerçevesinde düzenlenen konferansta, nutrisyon ve gastrointestinal sistem hastalıkları arasındaki ilişkiyi değerlendirdi.

Gastroenterolojide nutrisyonun yeri:

Gastroenterolojide nutrisyon eğitiminin ABD'de iki düzeyde verildiğini kaydeden Prof. Dr. Boyacıoğlu, temel düzeyde temel nutrisyonel ilkelerin, nutrisyonel değerlendirmenin, malnutrisyonun, hastalık ve yaralanmaya metabolik yanıtın, nutrisyon desteği endikasyonları ve uygulamasının, obezitenin ve konunun etik-legal boyutunun yer aldığını ifade etti.

Gastroenteroloji eğitimini tamamlayanlar için de ileri düzey nutrisyon eğitiminin gündemde olduğuna işaret eden Prof. Dr. Boyacıoğlu'na göre gastroenterologlar nutrisyonu şu nedenlerle iyi bilmeliler:

Besin öğelerinin doğal giriş

kapısı gastrointestinal sistemdir

Enteral nutrisyon doğala en yakın yoldur ve erişimi sindirim kanalı aracılığıyladır

Enteral nutrisyon, günümüzde gastroenterolojinin konularından sayılmaktadır

Gastrointestinal hastalıklar malnutrisyona yol açar

Çoklu organ yetmezliği sendromunun (MODS) motor organı beslenmeyen bağırsaktır

Gastroenteroloji ve nutrisyon ilişkisi açısından temel önem taşıyan üç konunun; kritik hastalıklarda ve MODS'da bağırsağın üstlendiği motor rol, enteral nutrisyon erişimi ve sindirim sistemi hastalıklarında nutrisyon desteği olduğunu kaydeden Prof. Dr. Boyacıoğlu,

bağırsağın çoklu organ yetmezliğinde üstlendiği kritik rolün ilk kez 1986 yılında Carrico JC ve arkadaşları tarafından Archieve Surgery Dergisi'nde açıklandığına dikkat çekti.

Enterosit bütünlüğü

Prof. Dr. Boyacıoğlu, gastroenterolojide temel kavramlardan birinin de enterosit bütünlüğü olduğunu belirterek şu bilgileri verdi: "Enterositler travmaya oldukça duyarlıdır, bu nedenle kritik hastalarda besin ögesi asimilasyonu ve diğer bağırsak fonksiyonları bozulabilmektedir. Ayrıca enterosit döngüsü dinamik bir süreçtir ve birçok faktörden etkilenir. Enterosit bütünlüğünün korunması için gastroduodenal ve pankreatikobiliyer sekresyonlara, hormonal ve nörovasküler faktörlere ve en önemlisi de ince bağırsakta gıda varlığına gerek vardır."

Gastroenterolojide nutrisyonu anlamak için bağırsak bariyerini iyi bilmek gerektiğini vurgulayan Prof. Dr. Boyacıoğlu, bağırsak bariyerinin enterik bakterie ve onların endotoksinlerinin sistemik dolaşıma geçmesini engelleyen bir grup mekanizmadan oluştuğu bilgisini verdi: "Bu faktörler arasında peristaltizm, mukus, sekretuar immunglobülinler, safra tuzları, hormonlar ve mide asidi vardır. Hücre membranları sıkı bileşmeler aracılığıyla fiziksel bir bariyer oluştururlar ve bakterilere karşı aktif kalkan yapısı ortaya çıkar. Bu bariyerin bir diğer önemi de yerleşik flora ile patojenleri ayırt edebilmesidir."

İki suçlu var!**Mukozal atrofi ve artmış intestinal permeabilite**

Bakteriyel translokasyonda ve bariyerin hasar görmesinde iki "suçlu"dan söz edilebileceğini ifade eden Prof. Dr. Boyacıoğlu, bunları mukozal atrofi ve artmış intestinal permeabilite olarak sayarak şunları söyledi: "Mukozal atrofının engellenmesinde etkili silah bağırsak lüme-

ninde gıdanın varlığıdır. Deneysel çalışmalarda da bu durum net olarak gösterilmiştir. 'İşleyen demir ışıldar' atasözümüz burada da geçerlidir. Burada ayrıca şunu da belirtmek isterim ki; enterosit bütünlüğü, bağırsak bariyeri ve bakteriyel translokasyon terimleri kompleks terimlerdir. Bağırsak epiteli, immun sistem ve flora bakterileri arasındaki ilişkiler bu-

rada devreye girerler."

İnflamatuvar bağırsak hastalıkları

Özellikle Crohn hastalığında nutrisyonel desteğin şart olduğunu ifade eden Prof. Dr. Boyacıoğlu, genel olarak inflamatuvar bağırsak hastalıklarında ağırlık kaybı, büyüme geriliği, anemi, osteopeni, hipoproteinemi, bozuk hücrel immunite,

Bakteriyel translokasyon nedenleri:

Bakteriyel translokasyon hakkında da bilgi veren Prof. Dr. Boyacıoğlu, şu durumlarda bariyerin çalışmadığını ve bakterilerin kişide önemli sağlık sorunlarına neden olduğunu söyledi:

Bağırsak bariyerinin fiziksel özelliklerinde değişimler:

Splenik kan akımında azalma

Starvasyon

İntestinal permeabilitede artış

Konakçının immun sisteminde yetersizlik:

Sepsis

Starvasyon

GALT'da (Gastro-Associated Lymphoid Tissue) azalma

Bağırsak ekolojisindeki değişimler:

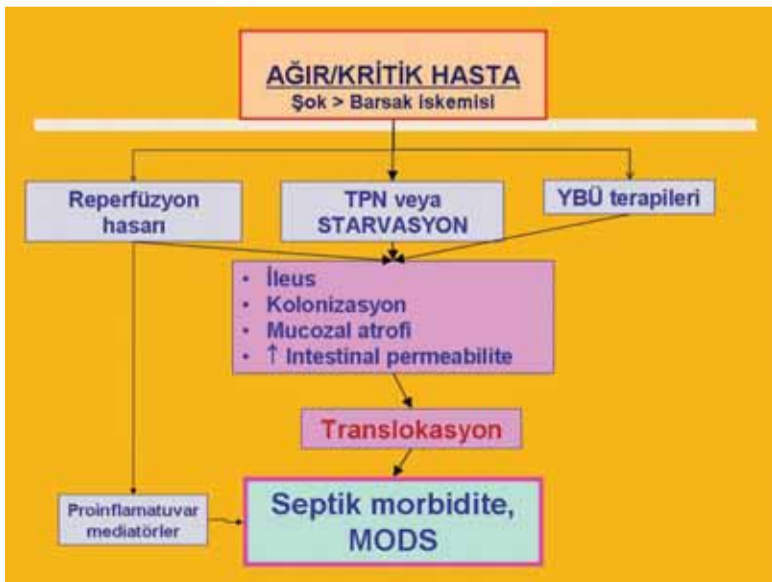
Ağır/kritik hastalık

Geniş spektrumlu antibiyotik kullanımı

Bağırsak lümenindeki besin öğelerinin yapısı ve miktarı



Bağırsak epiteli, immün sistem ve flora bakterileri arasındaki ilişkiler



Ağır ve kritik hastalarda çeşitli faktörler bakteriyel translokasyona neden oluyor. Bu da tablonun daha da ağırlaşmasını, sepsisi ve çoklu organ yetmezliklerini beraberinde getiriyor.

Enteral nutrisyon

Enteral nutrisyonun gastroenterolojinin önemli bir alanı olduğuna işaret eden Prof. Dr. Sedat Boyacıoğlu, enteral beslenme yollarını, bu yöntemlerin dezavantajlarını ve post-pilorik beslenme endikasyonlarını şöyle sıraladı:

Enteral erişim yolları**Kısa süreli beslenme için (4 haftadan az):**

Küçük çaplı nazoenteral tüpler

Nazogastrik

Nazoduodenal

Nazojejunal

Çift lümenli nazoenteral tüpler

Uzun süreli beslenme için (4 haftadan uzun):

Gastrostomi

Duodenostomi

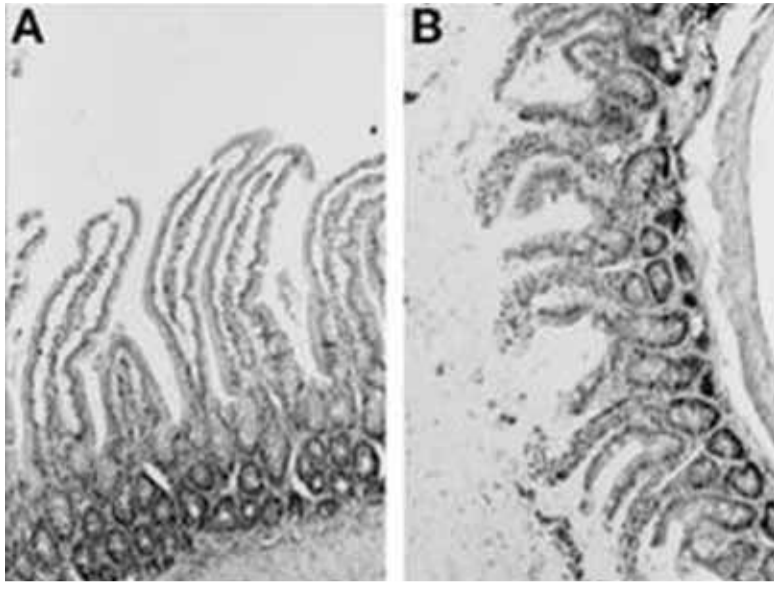
Jejunostomi

Kalın tübün dezavantajları: Nazal erozyon, rahatsızlık, akut otitis media, gastrik erozyon, gastroözofageal reflü, gastrik hemoraji, özofagus varis rüptürü, özofajit-darlık ve farens ülserasyonu

İnce tübün dezavantajları: Yerleştirme problemleri, tıkanma ve düğümlenme, konsantrasyon sıvıların akımında güçlük, aspirasyonun mümkün olmaması

Nazogastrik yolun dezavantajları: Yüksek aspirasyon riski, yerleşimi doğrulama gerekliliği, kısa süreli kullanım ve mekanik komplikasyonların daha sık gözlenmesi

Postpilorik yolla beslenme endikasyonları: Gastrik reflü veya aspirasyon riskinin fazla olması, gastrik beslenmenin kontrendike olduğu durumlar, gastrik motilite bozuklukları ve karsinom, darlık ya da fistül gibi üst gastrointestinal sistem patolojileri



"İşleyen demir ısıldar": Mukozal atrofinin engellenmesinde en etkili silahın bağırsak lümenindeki gıda olduğu deneysel çalışmalarda da gösterilmiştir.

yara iyileşmesinde gecikme görüldüğünü söyledi ve ekledi: "Bu grup hastalıklarda osteoporoz özellikle gözden kaçmamalıdır, diyet ayarlanması önemlidir. Enteral nütrisyonun burada aktif hastalıkta ve özellikle çocuklarda, kortikosteroidlere alternatif olduğu unutulmamalıdır. Ancak bazen istenirse de total parenteral nütrisyon gerekebilir."

Nütrisyonel destek gereken diğer hastalıklar:

Gastroenterolojide nütrisyon desteği gereken hastalıklar arasında diğer önemli sorunların da bulunduğunu kaydeden Prof. Dr. Boyacıoğlu, gluten enteropatisini, pankreatiti, karaciğer hastalığını ve obeziteyi bu patolojilerin örnekleri arasında saydı ve bu konuda şu bilgileri verdi:

"Gluten sensitif enteropati; demir eksikliğine, infertiliteye, boy kısalığına, osteopeniye ve dispepsiye neden olabilir. Diyetle gluten kısıtlanması yanında diğer besin öğeleri de dengeli olmalıdır. Klinik nütrisyonun tüm kuralları akut pankreatit için de geçerlidir. Kısa sürede (5-7

gün) iyileşecek pankreatitli hastalar için nütrisyonel girişim gerekli değildir, uzamış hastalıkta enteral nütrisyon verilmelidir. Kronik pankreatitlerde ise enzim, vitamin ve mineral desteği sağlanmalıdır. Karaciğer hastalıklarında malnütrisyon çok sık gözlenir. İyi düzenlenmiş diyet tedavide çok önemlidir. Karaciğer hastalığında diyetle protein kısıtlaması yapılmamalıdır, enerjiden yoğun gıdalar alınması teşvik edilmelidir, tuz kısıtlanması sadece gereğinde yapılmalıdır ve gece yatarken bir karbonhidrat öğünü verilmelidir. Obezite de günümüzde nütrisyonel destek gereken hastalıklar arasında sayılmaktadır.

Obezite, artık sadece Amerikalıların sorunu değildir. Obezitenin gastroözofageal reflü, safra taşları, pankreatit, kolon kanseri ve karaciğer yağlanması ile doğrudan ilişkisi vardır. Bu nedenlerle bir gastroenterolog obezite fizyopatolojisi ve tedavisini iyi bilmelidir, ayrıca alternatif girişimler konusunda bilgili olmalı ve ne zaman, hangi yöntemin uygulanması

İki araştırmanın sonuçları: % 75 başarı mümkün Uzun yaşamak için nelere dikkat etmeli?

ŞİKAGO - Archives of Internal Medicine Dergisi'nde 11 Şubat tarihinde yer alan habere göre, ileri yaşa geçiş aşamasında sağlıklı bir yaşam tarzı benimsemek, özellikle vücut ağırlığını kontrol altında tutmak, düzenli spor yapmak ve sigara içmemek, erkeklerin 90'lı yaşlarına kadar, fiziksel fonksiyon kaybı olmadan ve sağlıklı bir şekilde yaşamlarına olanak tanıyor.

Derginin aynı sayısında çıkan bir başka habere göre de; kimi insanlar kronik hastalıklardan korunarak 100 yaşını geçmeyi başarırken, kronik hastalığı olmasına rağmen vücut işlevleri yerinde olan ve 100 yaşını geçen kişiler de bulunuyor.

Makalede konuyla ilgili olarak verilen bilgiye göre, ikizlerle yapılan araştırmalar, bireylerin yaşam uzunluğu farklarının yaklaşık 1/4 oranında genetik etkenlere bağlı olduğunu gösteriyor. Bu durumda, yaşam uzunluğunun belirleyen etkenlerin neredeyse %75'i yaşam tarzıyla ilgili risk faktörlerine bağlı.

Boston'daki Brigham Women's Hastanesi'nden Doç. Dr. Laurel B. Yates ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada 2357 erkek incelemeye alındı. Çalışmanın 1981-1984 yılları arasındaki ilk evresinde, ortalama yaşı 72 olan katılımcılar; boy, kilo, kan basıncı ve kolesterol seviyesi gibi sağlığa etki eden değişkenler ve hangi sıklıkta spor yaptıkları hakkında bilgi verdi ve demografik veriler toplandı. Araştırmanın ilk yılında iki kez, daha sonra 2006 yılına kadar yılda bir kez katılımcılar yaşam alışkanlıklarında değişiklikler, sağlık durumu ve gündelik işleri yapabilme kapasiteleriyle ilgili sorular içeren bir anket formunu doldurdular.

Katılımcılar arasındaki 970 erkek (%41) 90 yaşına kadar ya da daha uzun yaşadı. Bu sıradışı yaşa ulaşmalarında, birden fazla yaşam tarzıyla etkilenebilir faktörün rol oynadığı düşünülüyor. Yazarlar, "sigara içmek, diyabet, obezite ve hipertansiyon kişinin 90 yaşına ulaşma olasılığını ciddi şekilde tehlikeye atarken; düzenli ve

gayretli bir şekilde spor yapmak bu olasılığı oldukça güçlendiriyor" diyor.

Araştırmacılar sonuçları şu ilginç cümlelerle yorumluyorlar: "Üstelik, 90 yaşına ulaşmış ya da 90'ını geçmiş erkekler, daha erken yaşta ölenlere kıyasla fiziksel işlevler, ruh ve zihin sağlığı ve kişinin sağlığıyla ilgili öz algısı açısından daha iyi durumdaydı. Yaşam süresinin kısalmasıyla bağlantılı görülen, sigara içmek, obezlik ve hareketsiz yaşam tarzı gibi etkenler aynı zamanda, hatırı sayılır biçimde, ileri yaşlarda daha fazla işlev kaybıyla da bağlantılı görünüyor."

Beş risk faktörü varsa 90 yaşına ulaşma oranı sadece %4

Araştırmacılar sigara içmeyen, tansiyonu ve kilosu normal olan, şeker hastası olmayan ve haftada 2-4 kez fiziksel egzersiz yapan, 70 yaşında bir erkeğin 90 yaşına varma olasılığının %54 olduğunu söylüyorlar. Ancak, bu olumsuz etkilerin olması durumunda 90 yaşına ulaşma olasılığı aşağıdaki oranlarda kalıyor:

Hareketsiz yaşam tarzı (%44), hipertansiyon (%36), obezite (%26), sigara içmek (%22) hareketsiz yaşam tarzı, obezlik ve diyabet gibi üç risk faktörü bir arada (%14) ve beş risk faktörü bir arada (%4)

Bir diğer araştırmada da 97 yaş ve üzerindeki 739 kişi incelendi

Boston Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Boston Medikal Merkezi'nden Doç. Dr. Dellara F. Terry ve arkadaşları tarafından yürütülen bir diğer çalışmada,



97 yaş ve üzeri gruptan 523 kadın ve 216 erkek incelemeye alındı. Yüzyıllık katılımcılar sağlık geçmişleri ve işlevsel kapasiteleriyle ilgili anket sorularını, posta ya da telefon yoluyla yanıtladılar. Katılımcılar cinsiyet ve tipik olarak yaşlılıkla ilişkilendirilen, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, bunama, diyabet, kalp hastalığı, hipertansiyon, osteoporoz, Parkinson ve inne hastalıklarının kendilerinde ilk defa hangi yaşta görülmeye başladığına bağlı olarak gruplara ayrıldı. Bu hastalıkların 85 yaş ve üstü dönemde görüldüğü kişiler "gecikmeliler", daha genç yaşta bu hastalıklara tutulanlar "sağ kalanlar" olarak adlandırıldı. Katılımcıların %32'si "sağ kalanlar", %68'i "gecikmeliler" grubuna giriyordu.

Araştırmacılar, "bu sıradışı uzunlukta yaşam sürelerinin sonlarına doğru morbidite bastırılmamıştı" diye belirtiyorlar ve ekliyorlar: "Yine de, 85 yaşından önce kalp hastalığı ve/veya hipertansiyon gelişen hastalar, 100 yaşına kadar sağ kalmayı başarmıştı ve 85 yaşından sonrasına kadar morbiditeyi geciktirmeyi başaranlarla benzer seviyelerde işlev kapasitesi gösteriyordu."

Kadınlara göre daha az sayıda erkek son derece ileri yaşlara ulaşmayı başarıyor olsa da, bu araştırmada erkek 100 yaş ve ötesi grubunun, kadın muadillerine göre zihinsel ve ruhsal işlev açısından daha iyi durumda olduğu saptandı. Yazarlar, "bu durumu belki, erkeklerin bu kadar ileri yaşlara ulaşmak için çok iyi sağlık durumunda olması ve/veya işlevsel olarak bağımsız durumda bulunabilmesi gerektiğiyle açıklayabiliriz" diyorlar.

Kaynak: Arch Intern Med. 2008;168 [3]:284-290, 277-283.

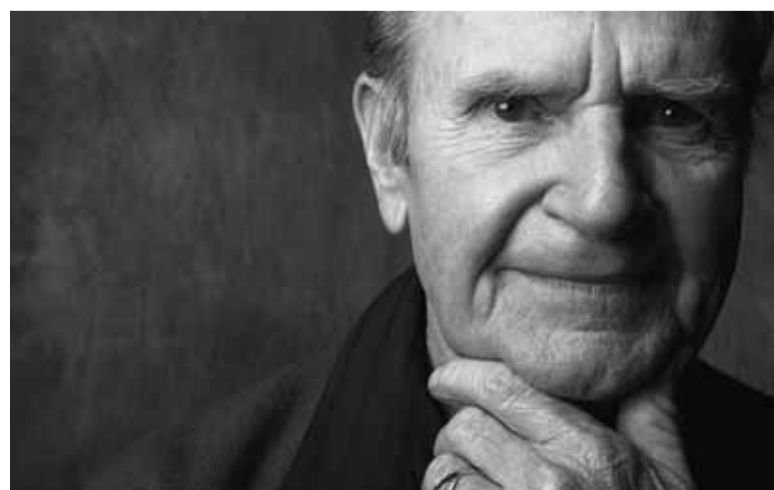
Sindirim sistemi hastalıklarında nütrisyon desteği:

Sindirim sistemi hastalıklarında görülen nütrisyonel eksiklikler:

Protein kalori malnütrisyonu (ağırlık kaybı, marasmus ve hipoalbuminemi)
Büyüme geriliği
Anemiler (demir, folat, B12)
Osteoporoz ve osteomalazi
Vitamin, mineral ve eser element eksiklikleri

Patogenez:

Yetersiz alım: İştah kaybı, bulantı ve kusma, diyare, disfaji, karın ağrısı, tanısal testler ve "Barsak istirahati"
Maldijesyon: Pankreas yetmezliği, safra tuzu yetersizliği, aşırı bakteri üremesi ve bazı ilaçlar
Diyare, kanamalar, fistüller ve protein kaybettirici enteropatiler
Hipermetabolizma: Kortikosteroidler ve aktif inflamasyon



Subtotal histerektomilerde serviks kanseri korkusu yerinde mi? Laparoskopi, hasta memnuniyetini artırdı

BURSA - Total histerektomiden farklı olarak serviksin korunduğu subtotal histerektomi operasyonları, serviks kanseri korkusuyla bir dönem pek tercih edilmiyordu. Oysa yeni çalışmalar, serviks kanseri riskinin total histerektomiden farklı olmadığını ortaya koyuyor.

İlk olarak 1991 yılında tanımlanan laparoskopik supraservikal histerektominin (LASH) avantajlarını, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD öğretim üyesi Prof. Dr. Babür Kaleli; komplikasyonların az olması ve serviksin korunmasıyla cinsel fonksiyonlarda bir iyileşme beklentisi olarak saydı.

1950 yılından önce histerektomilerin büyük kısmının; enfeksiyonlar ve anestezi komplikasyonları korkusuyla

subtotal yapıldığını bildiren Prof. Dr. Babür; bu yıllardan sonra, antibiyotiklerin keşfi, anestezi ve cerrahi tekniklerinin gelişmesiyle total histerektominin yaygınlaştığını, burada en başta gelen nedeninse subtotal histerektomide serviks kanseri riski korkusu olduğunu söyledi.

Teknik olarak LASH'ın, laparoskopik histerektomiye benzer olduğunu söyleyen Prof. Dr. Babür, uterus ampüte edilip çıkarıldıktan sonra serviksin bütün olarak bırakı-

labileceği gibi servikal kanal ablasyonu veya konizasyon uygulanabildiğini de belirtti. Prof. Dr. Babür, histeroskopik yaklaşıma göre LASH yönteminin kanamaya bağlı yeni operasyon gereksinimi ve bununla ilişkili hasta memnuniyeti yönünden üstün olduğunu belirterek şu bilgileri ekledi: "LASH; laparoskopi yardımıyla vajinal histerektomiye göre de daha az komplikasyona yol açıyor, daha kısa sürüyor ve operasyon sonrası hasta aktivasyonu çok daha hızlı."

Laparoskopik supraservikal histerektominin cinsel fonksiyonlara olumlu etkisi olup olmadığını araştırdığını söyleyen Prof. Dr. Babür; total ve subtotal histerektominin karşılaştırıldığı yayınlarda arada bir fark bulunmadığını, ancak subtotal histerektomi vakalarında aktivasyonun daha hızlı ve günlük yaşama dönüşün daha erken olması nedeniyle cinsel fonksiyonlarda da buna bağlı bir iyilik hali gözlemlendiğini söyledi. Prof. Dr. Babür'ün

verdiği bilgilere göre; LASH'ın postoperatif pelvik relaksasyon yönünden avantajının araştırıldığı çalışmalarda, pelvik relaksasyonun histerektomi tipinden çok doğum ve kollajen doku hasarı gibi preoperatif pelvik hasarlarla ilişkili olduğu anlaşılmış.

Subtotal ve total histerektomi vakaları arasında serviks kanseri açısından bir fark yok. Ancak kanserden korunma için yaygın serviks tarama programlarına ihtiyaç sürüyor

Prof. Dr. Babür sözlerine şöyle devam etti: "LASH'ın komplikasyonları çok azdır; ciddi komplikasyonlara ise rastlanmaz. Bunlar kanama, mesane perforasyonu, ciltaltı amfizemi, trokar yerinde selülit, pelvik ağrı, vajinal kanama ve akıntıdır. Uzun dönemde de hastalar en çok vajinal kanamadan yakınmaktadırlar. Subtotal ve total histerektomi vakaları arasında serviks kanseri açısından bir fark gösterilememiştir. Ancak kanserden korunma için tarama programları-



nın yaygın şekilde sürdürülmesi gereklidir. Tarama programının yaygın olmadığı toplumlarda subtotal histerektomi yaklaşımı uygun değildir. Yine subtotal histerektomi uygulanan hastaların pap smear sonuçlarının normal olması gerekmektedir."



Pamukkale Üniversitesi
Tıp Fakültesi Kadın
Hastalıkları ve Doğum
AD öğretim üyesi
Prof. Dr. Babür Kaleli

Adezyolizi önleyici sistem neden çalışmıyor?

Adezyonları önlemek cerrahın elinde

BURSA - İnfertilite nedenleri arasında adezyonların önemi büyük. Laparoskopi öncesi dönemde adezyonu önlemek için dokuya hassas davranılması gerektiği düşüncesi, endoskopik cerrahide de önemini koruyor.

Zekai Tahir Burak Hastanesi Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden Prof. Dr. Sertaç Batioğlu'nun verdiği bilgilere göre adezyonlar, %15-20 oranıyla infertilitenin önde gelen nedenleri arasında yer alıyor. Adezyonların üç ana nedenini enfeksiyonlar, cerrahi travma ve endometriozis olarak sayan Prof. Dr. Batioğlu, pelvik enfeksiyonların olguların %15'inde asemptomatik seyrettiğini ve %50 olguda etkinin klamidya olduğunu söyledi. Prof. Dr. Batioğlu, en sık adezyona yol açan cerrahi girişimleri ise kistektomi, miyomektomi, bağırsak cerrahisi ve apendektomi olarak saydı. Rekonstrüktif tubal cerrahinin dahi yeni adezyon oluşumuna neden olabildiğini söyleyen Prof. Dr. Batioğlu, apendektominin en az jinekolojik operasyonlar kadar adezyon riski oluşturur. Adezyonun en başta gelen nedeniyse endometriozistir

lojik operasyonlar kadar adezyon riski oluşturduğunu ekledi. Prof. Dr. Batioğlu'na göre adezyonun en sık etkeni endometriozis. Endometriozise olguların %40'ında rastlanıyor.

Apendektomi en az jinekolojik operasyonlar kadar adezyon riski oluşturur. Adezyonun en başta gelen nedeniyse endometriozistir

Risk faktörlerinin adezyolizi önleyici sistemin dengesini bozduğunu söyleyen Prof. Dr. Batioğlu, bu riskleri şöyle sıraladı: "İntraabdominal enfeksiyonlar, dokuyu aşırı veya kaba kavrama-bağlama-dikiş atma, koter, peritonu soyma, dokuda kuruma gibi hipoksiye ve iskemiye neden olan faktörler, dikiş materya-

li, talk pudrası, tampon gibi yabancı cisimler, kanama, yetersiz hemostaz ve eski adezyonların diseksiyonu".

Prof. Dr. Batioğlu, pelvik adezyonların cerrahi tedavisi sonrası gebelik oranlarının %25'ten %75'e kadar çıktığını, ancak bu hastalarda bir diğer yöntem olarak IVF'nin de denenebileceğini ifade etti. Prof. Dr. Batioğlu, adezyoliz cerrahisinde göz önüne alınması gereken faktörler konusunda da şu bilgileri verdi: "Giriş şekli, batın içi uygulanan cerrahi teknik ve adezyonu azaltan adjuvanlar önemli noktalar. Günümüzde en çok tercih edilen batına giriş şekli laparoskopik cerrahidir. Bu uygulamayla hastanede kalış süresi kısalmış, hasta operasyon sonrası daha az ağrı duyar. Ayrıca, laparoskopik adezyoliz yönteminde infeksi-

yon riski de azalmaktadır."

Prof. Dr. Sertaç Batioğlu'na göre; adezyolizde dikkate alınması gereken prensipler şunlar: "En basitten en komplekse, merkezden dışa, en yüzeyle derine doğru ilerlemek gerekiyor ve yeterli hemostaz mutlaka sağlanmalı. Aşırı hemostazdan ise kaçınılması gerekiyor, çünkü ne kadar çok damar yakılırsa ardından o kadar çok adezyon oluşuyor."

Jinekologların rutin pelvik cerrahilerde oluşan adezyonlarda sorumluluğu büyük

Jinekologların yapılan rutin pelvik cerrahilerde oluşan adezyonlarda sorumluluğunun büyük olduğunu kaydeden Prof. Dr. Batioğlu, iyi bir operasyon için cerrahi



Zekai Tahir
Burak
Hastanesi
Kadın Sağlığı
Eğitim ve
Araştırma
Hastanesi'nden
Prof. Dr.
Sertaç Batioğlu

teknikğin öneminin çok fazla olduğunu ekledi. Laparoskopik cerrahinin daha az adezyona neden olduğunu bildiren Prof. Dr. Batioğlu, sözlerine şöyle noktalandı: "Batın içine atılan her sütür, yabancı cisim reaksiyonuyla birlikte adezyonu da artırır. Adezyonların çoğu operasyon sonrası birkaç saat içinde gelişmektedir. Pelvisi, peritonda kalma süresi uzun sıvılarla yıkamak adezyonu önlemede tavsiye edilmektedir. Ancak hiçbir sıvı ya da bariyer kötü cerrahi teknikğin etkisini silemez."

İnfertilitede tanısal laparoskopinin değeri azalıyor mu? HSG ve klamidya taraması yabana atılmamalı

BURSA - İstanbul Medicana Hastanesi'nden Doç. Dr. Süha Sönmez'e göre yakın zamana kadar infertilitede temel cerrahi işlem olarak bilinen laparoskopinin yeri giderek azaldı ve tartışılmalı hale geldi. Minimal ve hafif endometriozis vakalarında laparoskopi yapılıp yapılmamasının ise tartışılmalı bir konu olduğunu söyleyen Doç. Dr. Sönmez, infertil kadınlarda endometriozis görülme sıklığının %20-68 olduğunu, randomize bir çalışmada minimal ve hafif endometriozis vakalarında laparoskopinin fertilitiyi artırdığını, bir diğeri ise fark bulunmadığını anlattığını söyledi.

İstanbul Medicana Hastanesi'nden Doç. Dr. Süha Sönmez, günümüzde IVF kliniklerinde tanısal laparoskopiden genelde kaçınıldığını, bunun nedeninin ise maliyetleri düşürmek ve laparoskopinin cerrahi risklerinden korunmak olduğunu söyledi. Doç. Dr. Sönmez, laparoskopinin IVF uygulayanlar için en önemli dezavantajlarınınsa gebelik için geçen sürenin uzaması ve ektopik gebelik riskindeki artış olduğunu belirtti.

1997 yılında, üreme endokrinolojisiyle uğraşan hekimlerin %89'unun tanısal laparoskopi uyguladığını bildiren Doç. Dr. Sönmez, oysa daha 1993 yılında tanısal laparoskopi olgularının %40-70'inde endometriozis dışında başka bir patoloji saptanmadığını anlattığını ifade etti. Doç. Dr. Sönmez, tanısal laparoskopinin yerini alan metodları ise özgeçmiş, histerosalpingografi (HSG) ve serum klamidya taraması olarak saydı.

Doç. Dr. Sönmez'in verdiği bilgilere göre, hastanın özgeçmişinde bir pelvik inflamatuvar hastalık (PID) hikayesi varsa bu bulgu çok anlamlı. Zira; fertilitede ilk PID atağında %8, ikincisinde %20 ve üçüncüsünde de %40 azalma oluyor. HSG'ninse spesifitesi %83, sensitivitesi %65. HSG ile tüplerde tek taraflı tıkanıklık tanısı konduktan sonra, laparoskopiyle %5 açıklık görülebilmekte; çift taraflı tıkanıklık tanısı sonrası da laparoskopiyle tüplerin %42 oranında normal olduğu saptanmakta. Bu durumda, HSG'de her iki taraf da tıkalıysa tanısal laparoskopi endikasyonu bulunuyor. Ancak normal veya tek taraflı tıkanıklarda tanısal laparoskopi bir yıl kadar ertelenebiliyor, çünkü bu süre içinde normal yoldan gebelik olasılığı mevcut.

Klamidya taraması laparoskopiye bir alternatif olabilir mi?

PID'nin önemli etiyolojik faktörlerinden birisinin klamidya enfeksiyonları olduğunu söyleyen Doç. Dr. Sönmez, klamidya antikorlarının tanıdaki etkinliğinin HSG ile kıyaslanabilir düzeyde olduğunu, ancak bu yöntemin de HSG gibi, endometriozis olgularının tanısında yetersiz olduğunu söyledi.

Glivec® ile GİST tedavisinde, yüksek etkinlik ve sağkalım.¹

BİR ARMAĞANDIR ZAMAN



İlerlemiş GİST'te Glivec® ile;¹

- % 84 klinik fayda
- 4.8 yıllık medyan sağkalım süresi

NOVARTIS
ONCOLOGY

www.novartisonkoloji.com.tr

glivec®
imatinib

www.ste-no.com

www.hastayakini.com

GLIVEC®

Takım Şekli: Bir tablet 100 mg ve bir tablet 400 mg imatinib (mesilat tuzu olarak) içerir. **Endikasyonları:** Glivec, yeni tanı konmuş olan yetişkin ve pediatrik kronik miyeloid lösemi (KML) vakalarında, blast krizi, ıhızlanmış fazda olan ya da interferon-alfa tedavisiyle başlanılmayan kronik fazda bulunan hastaların tedavisi için endikedir. Glivec, ayrıca rezeke edilemeyen ve/veya metastatik malign GİST olan erişkin hastaların tedavisi için de endikedir. **Doz:** Oral yolla ve günde bir kez uygulanmak üzere kronik fazdaki yetişkin KML vakalarında günde 400 mg, akselere fazdaki veya blast krizindeki vakalarda günde 600 mg'dir. Rezeke edilemeyen ve/veya metastatik, malign gastrojejunal stromal tümörleri (GİST) olan yetişkin hastalar için günde 400 mg'dir. Çocuklardaki pozoloji, vücut yüzölçümüne göre, mg/m² olarak hesaplanır. Kronik ve ilerlemiş faz KML vakalarında önerilen pediatrik dozlar, sırasıyla günde 260 mg/m² ve 340 mg/m²'dir. Ancak çocuklarda kullanılan total günlük doz, erişkinlerdeki sırasıyla 400 ve 600 miligramlık eşdeğerlerini aşmamalıdır. Hematolojik nitelikli olmayan ciddi advers etkiler geliştirdiği takdirde, bu etkiler ortadan kalkıncaya kadar tedaviye ara verilmelidir. Kanda sitopeni nedeniyle, tedavinin ilk ayında doz ayarlaması genellikle yapılmamalıdır. Doz azaltımı veya tedaviye ara verilmesi ancak ağır nötropeni ve trombositopeni olgularında düşünülmelidir (ürün ile ilgili detaylı bilgilere bakınız). 3 ay sonra hematolojik bir yanıt alınmadığı veya hastalık ilerlediği takdirde, doz, kronik evre hastalarında 600 mg, akselere evredeki veya myeloblast krizindeki hastalarda ise 800 mg düzeyine yükseltilebilir. GİST hastaları için tedaviye yetersiz yanıt alınması durumunda doz 400 mg'dan 600 mg'a yükseltilebilir. **Kontraindikasyonları:** İmatinibe veya ekspiyentlerden herhangi birine karşı aşırı duyarlılık. **Önemli Uyarılar:** Gastrointestinal rahatsızlıkların minimum düzeyde indirilmesi için yiyeceklerle birlikte ve bol miktarda su ile alınmalıdır. Karaciğer yetmezliği olan hastalarda dikkatle kullanılmalıdır. Şiddetli sıvı tutulmasına karşı dikkatli olunmalıdır. Bu nedenle hastaların düzenli olarak tarifi tavsiye edilir. Düzenli olarak tam kan sayımı ve karaciğer fonksiyon testleri yapılmalıdır. Bu ilaç çocuklarda kullanıma ilişkin bilgiler mevcut değildir. Tıbbi açıdan mutlak olarak gerekli görülmedikçe gebelikte kullanılmamalıdır. Emziren kadınlara verilmemelidir. **Diğer İlaçlarla Etkileşimleri:** CYP3A4'ü inhibe eden veya uyarıcı ilaçlarla (örn, ketokonazol, deksametazon, rifampisin, simvastatin) veya CYP3A4 substratları olan ilaçlarla (örn, siklosporin, parasetamol) veya CYP2D6 substratları olan ilaçlarla birlikte kullanıldığında dikkatli olunmalıdır. **Advers Reaksiyonları:** En sık görülen advers etkiler baş ağrısı, bulantı, kusma, diyare, dispepsi, miyalji, kas spazmı ve krampları, eklem şişlikleri, dermatit, egzema, kızamık, ödem, sıvı tutulması, nötropeni, trombositopeni veya anemidir. **Ticari Şekli ve Fiyatı:** KDV dahil eczane satış fiyatı Glivec 100 mg 120 tablet için 4.937,34 YTL (16.11.2007), Glivec 400 mg 30 FCT için 4.936,26 YTL (16.11.2007). Reçete ile satılır. **Ayrıntılı bilgi için prospektüse bakınız.** Novartis Ürünleri İlaç Sektörü Barbaros Bulvarı No:83, 34353 Beşiktaş-İstanbul, Tel: 0212 326 91 00

Referans:

1- Blanke CD, Demetry GD, von Mehren M, et al. Long-term follow-up of a phase II randomized trial in advanced gastrointestinal stromal tumor (GIST) patients (pts) treated with imatinib mesylate [abstract]. J Clin Oncol. 2006;24:526S. Abstract 952B.

Alman Hematoloji ve Onkoloji Derneği Kongre Raporu:

Kolorektal karsinomda karaciğer metastazında nasıl davranalım?

LEIPZIG - Rezeksiyon yapılamayan primer karaciğer metastazı olan kolorektal karsinomlu hastaların üçte birinde, uygun kemoterapiyle tümörün küçülmesi sağlandı. Böylece, metastazlara rezeksiyon yapılması da mümkün hale geldi. Yeni verilere göre, bu tedavi şeması sonuçları ciddi şekilde iyileştirebiliyor.



Kolorektal karsinomu ve karaciğer metastazı olan hastalarda rezeksiyon yapılması konusu son yıllarda giderek daha fazla tartışılır olmuştur. Pfizer Onkoloji'nin düzenlediği uydu sempozyumda Dresden Üniversitesi Tıp Fakültesi Onkoloji Polikliniği'nden Dr. Gunnar Folprecht'in belirttiğine göre; başarılı bir rezeksiyon geçiren hastaların hayatta kalma süreleri, rezeksiyon yapılmayan hastalara göre hatırı sayılır oranda daha uzun. Karaciğer rezeksiyonundan sonra hayatta kalma şansı, özellikle primer tümörün büyüklüğüne, hastalığın nüks etme aralıklarına, metastazların sayısı ve büyüklüğüne ve CEA düzeyine bağlı. Karaciğer rezeksiyonlarında sıralar %3'ün altında seyrediyor.

İlk başta rezeksiyon yapılması mümkün olmayan hastalarda, genellikle bir neoadjuvant kemoterapi süreci sonrasında operasyonu uygulamak mümkün oluyor. Dr. Folprecht'in gerçekleştirdiği

bir meta analize göre, neoadjuvant terapiye cevap verme oranları ne kadar yüksek olursa, rezeksiyonun başarısı da o kadar artıyor. Başarılı müdahale sayısını en üst düzeye çıkarmak için 5-FU (Fluorouracil) ve folin asidini, irinotecan ve oxaliplatin gibi iki modern sitostatik ajanla birden kombine etmek iyi bir çözüm gibi görünüyor.

Bir İtalyan ekibi bu kombinasyonun etkisini sınamak için, 122 hastalık iki grubun katıldığı bir araştırma gerçekleştirdi. Çalışmada gruplardan birine sadece FOLFİRİ, diğerine üçlü ilaç kombinasyonu (FOLFOKSİRİ) verildi. Kombinasyon sayesinde tedaviye cevap verme oranlarının %34'den %60'a çıktığı görüldü. Kombine tedaviyle hem progresyonsuz dönem (6.9 aya karşılık 9.8 ay), hem de toplam hayatta kalma süresi (16.7 aya karşılık 22.6 ay) açısından avantaj gözlemlendi. İtalyan araştırmacılar sonucunu şöyle özetliyorlar: "Araştırmanın üstünden 30 ay geçti ve hastaların hayatta

Kolon karsinomunda monoklonal antikolar çok sayıda araştırmayla denendi

Kolorektal karsinomun tedavisinde kullanımına izin verilen iki monoklonal antikor mevcut: Bunlardan biri irinotecan işe yaramadığı zaman kullanılan cetuximab ve ilk tercih tedavide kullanılan bevacizumab. Münih Üniversitesi Grosshadern Kliniği'nden Prof. Dr. Volker Heinemann, çok sayıda II. evre araştırmasında cetuximabın FOLFİRİ ya da FOLFOKS gibi düzenlemelerle beraber kullanıldığını, böylece karaciğer metastazlarında hem remisyon oranlarının, hem de rezeksiyon oranlarının artırılabilirdiğini kaydetti. Devam eden CRYSTAL Araştırması'nda ilk tercih tedavide; FOLFİRİ ve cetuximab kombinasyonu sadece FOLFİRİ tedavisi kıyaslanıyor.

PETACC-8 Araştırması'nda da, III. evre kolon karsinomlarına tamamen rezeksiyon yapıldıktan sonra adjuvant olarak FOLFOX 4'ün tek başına ya da cetuximab ile birlikte kullanılması araştırılıyor. Çeşitli monoklonal antikor kombinasyonları da halen deniyor: Saltz ve arkadaşları tarafından ASCO-2005'de sunulan BOND-2 Araştırması'nda, Prof. Dr. Heinemann'ın belirttiğine göre; daha önce irinotecan tedavisi görmüş hastalara cetuximab ve bevacizumab kombinasyonu verilerek klinik açıdan önem taşıyan %20'lik remisyon oranlarına ulaşıldı ve 5.6 aylık progresyonsuz bir hayatta kalma süresi sağlandı.

Irinotecan, cetuximab ve bevacizumab kombinasyonu ise 7.9 aylık progresyonsuz bir hayatta kalma süresi ve %37 oranında remisyona kadar çıktı. Bu yaklaşım şimdilerde CALGB-80405 Araştırması'yla metastazlı kolorektal kanserlerde ilk tercih tedavisinde bevacizumab ve cetuximab ile ya da her iki antikorla birden kombinasyon şeklinde kemoterapi uygulanarak test ediliyor.

kalma oranlarının %21'e karşılık %34 olduğu da göz önüne alınmalıdır. Bu hastalardan bir kısmını büyük olasılıkla tamamen iyileşmiş kabul edebiliriz."

Oldenburg Kliniği'nden Prof. Dr. Klaus-Henning Köhne'nin düşüncesine göre; 70 yaşın üstündeki hastalar da, kombine tedaviden daha genç hastalar kadar faydalanıyorlar. Dr. Folprecht ve Prof. Köhne, ASCO Kongresi'nde sadece 5-FU/FA içeren düzenlemeleri, 5-FU/FA ve irinotecan kombinasyonlarıyla karşılaştırdıkları bir meta analizi sundular. İleri evre kolorektal karsinomu olan 1259 hastada toplam hayatta kalma süresi açısından, 5-

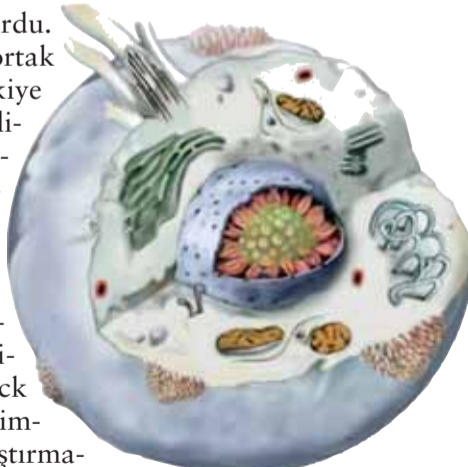
FU/FA ile irinotecan kombinasyonu belirgin şekilde etkili düzenleme olarak kendini kanıtladı. Aynı kongrede sunulan bir başka araştırma da, FOLFİRİ'nin sürekli olarak aylık döngülerle alınmasıyla, iki ay boyunca alınıp sonra iki aylık bir mola verilmesi arasında etki açısından bir fark olmadığını gösteriyor. Her iki araştırma protokolü de, hem progresyonsuz hastalık süreci ve hem de hayatta kalma açısından birbirleriyle örtüşüyordu.

Kanser gelişiminde c-Myc'nin rolü hangi düzeyde? Protein c-Myc'yi baskılamak kanserde işe yarayabilir

VİSBADEN - Transkripsiyon faktörü proteinlerden biri olan c-Myc proteini, hücrelerin büyümesi ve bölünmesi gibi temel biyolojik süreçlerde merkezi bir rol oynar. Normal bir hücre, c-Myc olmadan hayatta kalmaz. Ancak, hücrede aşırı c-Myc faaliyeti varsa bu durum kanser gelişimine katkıda bulunabilir ya da doğrudan kansere neden olabilir.

Aşırı c-Myc etkinliğinin her 7 kanser ölümünden birinin sorumlusu olduğu düşünüldüğünden, kemoterapi geliştirme çalışmalarında son zamanlarda c-Myc ön plana çıkan bir molekül haline gelmiştir. Şimdiye dek c-Myc'in herhangi bir enzim faaliyeti göstermediği, bu yüzden de baskılanmasını sağlayacak bir etken madde geliştirile-

meyeceği düşünülüyordu. Ama c-Myc sadece ortak çalıştığı Max ile ilişkiye geçerek biyolojik faaliyet gösterebiliyor. C-Myc ile Max arasındaki bağlantı bastırılabilirse, c-Myc'in fonksiyonlarının da frenlenebileceği düşünülüyor. Martinsried'deki Max Planck Enstitüsü'nün Biyokimya Bölümü'ndeki araştırmacılar, reagens tüpünde c-Myc ile Max arasında oluşan bağlantıları engelleyebilen etken maddeleri tanımlamayı başardı. Böylece, c-Myc'in fonksiyonları dizginlenebiliyor. Dr. Thorsten Berg ve ekibi, Alman Çevre ve Sağlık Araştırma Merkezi'nden Prof. Dr. Dirk Eick ile beraber bu maddelerin c-Myc'e bağlı kanser hücrelerinin bü-



Normal bir hücrenin c-Myc proteinine gereksinimi vardır. Ancak her şey gibi, bunun da fazlası zararlı olur. Bu proteinin aşırı faaliyeti kansere neden bile olabilir.

yümesini yavaşlattığını gösterdi. Bu maddelerin etkisinin optimize edilmesiyle, kanser tedavisinde tamamen yeni yollar açılacağı umut ediliyor.

İşinizin sizi tüketmesine izin vermeyin! Kanser hastalarının bakımındaki stresle başa çıkmak için destek alın

"Psikoonkolojik bakım" seminerinin katılımcılarından bir hekim, mesleki durumunu tarif ederken "hastalar beni yiyip bitiriyor. Çok veriyorum ve çok az geri alıyorum" dedi. Hekimler, bakım hizmeti sunan çalışanlar, psikoterapistler ve onkolojik bakım işine katkısı olan diğer bütün meslek grupları aynı şekilde, tümörlü hastalarla çalışırken yaşadıkları stres ve açıklama yapma zorluklarından yakınıyorlar. Brandenburg Eyaleti Onkolojik Bakım Çalışma Grubu'nun yöneticisi sosyolog Dr. Gudrun Thielking-Wagner'e göre; bu grup özellikle yerel ağların oluşturulmasında etkili oluyor. Dr. Thielking-Wagner'in izlenimleri şöyle: "Ne yazık ki, genellikle henüz işbirliği ağları oturmamış, düzensiz, bilgi açıkları ve koordinasyon eksiklikleri mevcut. Bu yüzden de hastalar ve onkoloji çalışanları sıklıkla kendini bir başına bırakılmış gibi hissedebiliyorlar."

AML tedavisinde doğru strateji hangisi?

Gemtuzumab-ozogamicin, tam remisyon ve hayatta kalma süresini uzatabiliyor

LEİPZIG - Akut miyeloid lösemnin (AML) prognozu, özellikle primer refrakter vakalarda düşük kalıyor. AML'nin kemoterapiye yanıt verdiği şüphe götürmez, ancak yeterli dozda sitostatik ajan kullanılması, toksik etkiler nedeniyle her zaman mümkün olmuyor. Gemtuzumab-ozogamicin örneğinde olduğu gibi kemoterapi ajanının bir monoklonal antikora bağlanması, umut veren yeni bir strateji olarak öne çıkıyor.

Söz konusu ilaçta, anti-CD₃₃ antikoru olan gemtuzumab, calicheamicin adı verilen bir kemoterapi ajanına bağlanmıştır. CD₃₃'ün yüzey antijeni gerçi AML hücrelerine spesifik değildir, ama hematopoetik öncül hücrelerde bulunur ve AML vakalarının %90'ında lösemik hücrelerde mevcuttur. Calicheamicin grubu kemoterapi ajanlarıysa DNA'yı bölen ve saf madde olarak organlarda uzun vadeli hasara neden olan bakteriyel toksinlerdir. Ancak gemtuzumaba bağlandıklarında, doğrudan hedeflenen hücrelere ulaşabilmektedirler ve böylece neden olabilecekleri diğer hasarlar büyük ölçüde sınırlı tutulabilmektedir. Primer refrakter AML'de şimdiye dek elimizde fazla seçenek yoktu.

AML'de prognozu iyileştirmek mümkün olabilecek mi?

Wyeth Pharma'nın düzenlediği uydu sempozyumda Ulm Üniversitesi Kliniği'nden Dr. Richard Schlenk'in açıkladığı gibi alojen transplan-

tasyon tedavi seçenekleri arasında en iyisi kabul ediliyor. Ancak burada da prognoz, büyük ölçüde transplantasyon öncesi remisyon durumuna bağlıdır. Bu durumdan yola çıkılarak gemtuzumab-ozogamicinin tedavi etkinliği, AML Araştırma Grubu'nun 2004 yılından bu yana yürüttüğü bir çalışmada değerlendirildi. Araştırmada; son çare terapisi olarak gemtuzumab-ozogamicin, all-trans retin asidi (ATRA) ve HAM rejimiyle (yüksek dozda cytarabin ve mitoxantron) kombine edilerek kullanılıyor ve retrospektif olarak diğer rejimlerle (sadece HAM, ATRA+HAM) karşılaştırılıyor. Ulaşılan sonuçlar oldukça olumlu: Araştırma sonuçlarına göre; OG-ATRA-HAM tedavisi gören hastaların %49'unda, ATRA-HAM tedavisi görenlerin %34'ünde ve sadece HAM tedavisi görenlerin %14'ünde tam remisyon gözlemlendi. Yapılan çok faktörlü varyans analizine göre de, ATRA ve OG tam remisyonun bağımsız prediktörleri

olarak ortaya çıkıyor. Araştırmada; çeşitli son çare terapileriyle tedavi edilen toplam 264 hastadan 151'ine transplantasyon uygulandı. Uygulanan farklı kemoterapiler, transplantasyon sonrası ven

trombozu açısından farklılık göstermemekle beraber (her birinde yaklaşık %5), ortalama hayatta kalma süreleri farklıydı: GO-ATRA-HAM, bu noktada 16.2 ayla birinci oldu ve 12.5 aylık ATRA-HAM ve 7.2 aylık diğer terapilere bağlı hayatta kalma sürelerine karşı belirgin üstünlük sağladı.

Dr. Schlenk'e göre; bu çalışmadaki karşılaştırma retrospektif olduğundan

kanıt değeri taşıyor.

Yeni bir faz III araştırması yolda

Ama bu sonuçlar, bir faz III araştırmasını tetikleyen unsur oldu. Yeni planlanan bu çalışmada, AML'nin ilk seçenek tedavisinde, ATRA'lı standart indüksiyon ve konsolidasyon terapisine ek olarak, 3 mg/m² dozunda GO verilmesinin etkileri test edilecek.

Meme karsinomu: BIG 1-98 Araştırmasının yeni analizi

Aromataz inhibitörleriyle daha fazla klinik fayda

ŞİKAGO - Östrojen reseptörü (ER) pozitif, ancak progesteron reseptörü negatif olan meme kanseri hastalarında, aromataz inhibitörlerinin mi, tamoksifenin mi daha etkili olduğu sorusu çok tartışıldı. BIG 1-98 Araştırması açık bir şekilde, aromataz inhibitörü letrozolle, anti-östrojen maddeye kıyasla daha fazla klinik fayda sağlandığını net olarak kanıtıyor. Bu nedenle, progesteron reseptör statüsünü bir seçim kriteri olarak görmemek gerekiyor.

BIG 1-98 Araştırması'nın iki monoterapi kolunda, hormonlara duyarlı meme karsinomu olan ve menopoz sonrası dönemdeki 4922 hasta randomize olarak gruplara ayrıldı. 3650 hastanın teşhis ve tedavi amacıyla alınmış olan meme dokusu örneği, aynı laboratuvarında reseptör statüsü açısından bir kez daha incelemeden geçirildi. ER ve PgR'in aşırı ekspresyonu histokimyasal olarak belirlendi, HER 2 statüsü de histokimyasal olarak saptandı ve ayrıca floresan in situ hibridizasyon ile sonuçlar onaylandı.

Aromataz inhibitörleriyle daha az residif gelişimi

İncelenen tümör dokusunun %86'sı ER pozitif ve PgR pozitif, %10'u ER pozitif ve PgR negatif çıktı. Bu 3533 hastanın %7'sinde ER pozitif ve HER2 pozitif tümör vardı. Yeniden incelenen tümörlü dokunun %1.7'sindeyse reseptör negatif olduğu görüldü. Ortalama 51 aylık bir takip sürecinde, PgR negatif ve HER2 pozitif statüsünün, hastalıklı hayatta kalma açısından daha kötü bir tablo gösterdi-

Letrozolle rezidif riskinin azaltılması:

- ER pozitif ve PgR pozitif tümörü olan hastalarda %30
- ER pozitif tümörü olan hastalarda %28
- ER pozitif ve PgR negatif tümörü olan hastalarda %16

ği ortaya çıktı. Ancak, letrozol tedavisi gören hastalarda, tamoksifen grubuna göre belirgin şekilde daha az residif gelişimi gözlemlendi.

PgR ve HER2 statüsü bir seçim kriteri değil

Bu analiz, tamoksifene kıyasla aromataz inhibitörü letrozolün, bütün postmenopozal dönemdeki, ER pozitif tümörü olan meme kanseri hastalarında, PgR ve HER2 statüsünden bağımsız olarak

rezidif riskini azalttığını kanıtıyor. BIG 1-98 Çalışma Grubu ve Uluslararası Meme Kanseri Çalışma Grubu adına konuşan, Danimarka'dan Roskilde Eyalet Hastanesi'nin Patoloji Bölümü'nden Dr. Brigitte B. Rasmussen, bu nedenle PgR ve HER2 statüsünün tedavide aromataz inhibitörü kullanmak ya da kullanmamak konusunda bir seçim kriteri olmaması gerektiğini vurguluyor.

Cerrahlar yön gösterici role sahip İleri evre mide kanserlerinde önce kemoterapi, sonra ameliyat

Lokal ileri evre mide karsinomlarının tedavisinde cerrahların yaklaşımlarını değiştirmeleri gerektiği ileri sürüldü. Magdeburg Kliniği'nden Yard. Doç. Dr. Karsten Ridwelski'ye göre bunun pratik anlamı; önce kemoterapi, sonra operasyon anlamına geliyor. Kısa süre önce tamamlanan ikinci randomize araştırma da bu tedavi konseptinin önemini bir kez daha kanıtladı. İlk önce devreye sokulan kemoterapi sayesinde rezidif riski ve mortalite riski düşürülebiliyor. Üstelik, bu araştırmanın sonuçlarına göre hastaların %10-15'inde tümörün tamamen geriletilmesi mümkün olmuş. Ancak, Yard. Doç. Dr. Ridwelski'ye göre bu hastaların yine de standart operasyondan geçmeleri gerekiyor. Operasyon öncesi kemoterapi, takiben gerçekleştirilen ameliyatı etkilemiyor. Avrupa Kanseri Derneği'nin (EORTC) güncellenen önerilerinde de, lokal ileri evre mide karsinomu olan hastalarda operasyon öncesi kemoterapinin değeri vurgulanıyor. Burada önemli olan, interdisipliner bir yöntem geliştirmek.



Asit erozyonu dişlerde yaygın tahribat yaratıyor

Ağız ve diş sağlığı için hekimlerin işbirliğine ihtiyaç var

İSTANBUL - Modern beslenme alışkanlıklarına bağlı artan asidite nedeniyle, diş sağlığının tehdit altında olduğunu söyleyen İ.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi Diş Hastalıkları ve Tedavisi AD Başkanı Prof. Dr. Taner Yücel, diş çürüklerinin aksine asit erozyonun dişleri lokal olarak değil, genel olarak tahrip ettiğini belirtti. Ağız ve diş sağlığı konusunda hekimlerin eşgüdümü çalışmaları gerektiğini vurgulayan Prof. Dr. Yücel, "Boyun bölgesi kanserleri, kalp ameliyatları ve transplantasyon öncesinde mutlaka diş hekimlerinin görüşüne başvurulmalıdır. Aksi durumda diş ve genel sağlık açısından geri dönülmez sorunlar yaşanabilir" dedi.



İ.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi
Diş Hastalıkları ve Tedavisi
AD Başkanı Prof. Dr.
Taner Yücel

Diş çürüğü ve ağız boşluğu hastalıklarının dünyadaki en yaygın sağlık sorunlarının başında geldiğini dile getiren Prof. Dr. Yücel, "Ağız ve dişlerde meydana gelen hastalıklar genel sağlığı etkileyen birçok sorunu tetiklemektedir. Günümüzde modern beslenme alışkanlıklarıyla birlikte asit erozyonu ağız sağlığını etkileyen temel sorunlardan birisi haline gelmiştir. Etkileri uzun dönemde gözlenebilen asit erozyonu tedavisi daha zor sağlık sorunlarına neden olmaktadır. Tüketimi giderek artan asitli yiyeceklerin neden olduğu asit erozyonu ağız içindeki Ph düzeyinin bozulmasıyla beraber dişlerde aşınma oluşmasıyla ortaya çıkar" diye konuştu.

Dişlerin asitli yiyeceklerin yenmesinden sonra fırçalanmasının erozyonu mekanik olarak hızlandırdığını söyleyen Prof. Dr. Yücel, "Böylece en dış tabakadaki mine aşınır. Bunun uzun dönem sürmesi halinde bütün dişlerde yoğun tahribat gerçekleşir. Diş çürüklerinin aksine asit erozyonu dişlerine iyi bakan ve düzenli fırçalayan kişilerde de yaygın olarak görülebilir. Zamanla asidik yumuşama diş minesinin kalınlığının azalmasına, bu da dişin dokusunda değişime neden olur. Erozyonun etkileri ciddi boyutlara ulaşırsa, dişlerin korunması için adeziv diş tedavi-

si gerekir. Bunun yanında remineralize edici diş macunları ve gargaralar öncelikli koruyucu yöntemlerdir" dedi.

Erozyon süreci mutlaka durdurulmalı

Artan ilaç tüketiminin diş erozyonunu artıran bir başka faktör olduğunu kaydeden Prof. Dr. Yücel, şu bilgileri verdi: "Örneğin; tükürük miktarını azaltıcı etkisi bulunduğu için anti-depresanlar ciddi risk yaratmaktadırlar. Bunun dışında beyazlatıcı içeriği olan diş macunlarının kullanılması aşındırma sürecini hızlandırır. Reflü gibi mide hastalıkları da ağızdaki Ph dengesini önemli ölçüde etkileyebilir. Mekanik ve kimyasal aşınmalar birarada ilerlerler. Diş çürüğü lokaldir ve tedavisi kolaydır. Erozyon ise genel bir etki yaratır ve erken dönemde önlem alınmaması durumunda bütün dişleri tahrip edebilir. Başlangıçta koruyucu önlemlerle tedavisi kolay olan erozyon, ileri evrelerde kapsamlı müdahaleler gerektirir. Madde kaybı aşamasında dişlerde renklenme başlar. Madde kaybı varsa dolgu yapılabilir. Ancak durum daha ileri boyutlara varmışsa ister istemez yapılacak şey hastaya protez uygulamaktır. Hasta kron köprü tarzında bir uygulamayla tedavi edilmeye çalışılır. Hekimin öncelikle erozyonun nedenlerini tam olarak ortaya çıkarması ve hastasında

bu süreci tersine çevirmesi gerekir. Aksi durumda yapılacak müdahale ve dolgu çalışmaları hiçbir şekilde çözüm olmayacaktır. Dişin aşındığı süreç durdurulmadan daha dayanıklı bir malzeme olan dolguyla çözüm üretmek faydasızdır. Dolayısıyla risk faktörleri değiştirilmediği sürece tedavinin başarı şansı yoktur."

Ameliyatlar öncesinde diş hekiminin görüşü alınmalı

Genel sağlığın ağız boşluğunda başladığını ve ağız sağlığının hekimler tarafından önemsenmesi gerektiğini vurgulayan Prof. Dr. Yücel, "Ağız sağlığı alanında yaşanan sorunlar, başka sorunların tetikleyicisi olabilir. Ciddi hastalıkların tedavisinden önce mutlaka ağız ve diş sağlığının durumuyla ilgili değerlendirme yapılmalıdır. Böbrek hastalarında, kalp hastalıklarında, transplantasyon gibi ciddi ameliyatlar öncesinde ve kemoterapi gören hastaların tedavisine geçilmeden önce hekim mutlaka diş hekimleriyle işbirliği yapmalıdır. Ayrıca, baş ve boyun bölgesine radyoterapi uygulanacak hastaların radyoterapi öncesinde mutlaka diş hekimleriyle iletişim halinde olmalıdırlar" dedi.

Diş ve tıp fakültesi klinikleri arasında eşgüdüm oluşturmaya çalıştıklarını söyleyen Prof. Dr. Yücel sözlerini şöyle noktaladı: "Tıp hekimliği ile diş hekimliğinin ciddi bir eşgüdüm içinde olması gerekir. Hastalıkların tedavisi sonrasında diş sağlığı açısından geri dönülmez kayıplar olabilmekte ya da dişlerdeki sorunlar bu hastalıkların tedavisini çok olumsuz etkileyebilmektedir. İ.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi'nde kurulan Çürük Önleme ve Araştırma Merkezi'ne başvuran hastaların asit erozyonu hakkında bilgi sahibi olmadıklarını ya da ilerleyen safhalara gelmeden bir diş hekimine başvurmadıkları tespit edilmiştir."

Eczacıbaşı

Eczacıbaşı İlaç Pazarlama



Her gün doğru koruma sağlanmadığında, risk altındaki kişiler Non Melanom Cilt Kanseri'ne karşı savunmasızdır.



Non melanom cilt kanserine karşı koruyuculuğu kanıtlanmış ilk güneş losyonu

Daylong actinica 

Klinik olarak kanıtlanmış koruma

Referans: Ulrich C, Hackethal M, Ulrich M, Et al. "Prevention of UV induced infectious and malignant skin diseases in organ transplant patients by regular use of a liposomal sun screen" Poster presented at EADV 2007

spring

swiss made

Medical Tribune · Yıl 2 · Sayı 3 · 19 Şubat 2008

Kamu Hastane Birlikleri Yasası ...

Yerel demokrasi mi,
kamusal sağlık hizmetlerini tasfiye mi?

İSTANBUL - TBMM gündeminde olan "Kamu Hastane Birlikleri" yasa tasarısı, sağlıkta dönüşümün en kritik basamağı olacak gibi duruyor. İstanbul Tabip Odası'nın önceki dönem yönetim kurulu üyesi ve TTB İstanbul delegesi Uzm. Dr. Güray Kılıç, tasarımı Medical Tribune'e değerlendirdi.



İstanbul Tabip Odası'nın önceki dönem yönetim kurulu üyesi ve TTB İstanbul delegesi Uzm. Dr. Güray Kılıç

Tasarıda neler var?

Kamu Hastane Birlikleri Yasası'nın sağlıkta yerleşmenin önünü açmadığını, ancak devletin sağlıktan elini tamamen çekmesinin yolunu açtığını kaydeden Uzm. Dr. Kılıç, tasarımı en ince noktasına kadar incelediğini söyledi ve gördüğü "manzarayı" şöyle anlattı:

"Tasarı yasalarsa Sağlık Bakanlığı, artık sağlık hizmeti üreten bir yapı olmaktan çıkıyor. Her şey tek çatı olayıyla başladı. SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devrinde tüm kurumların tek çatı altında toplanarak daha verimli yönetileceği iddia edilmişti. Hemen ardından "Kamu Yö-

netimi Temel Kanunu" ile bütün sağlık kurumlarını yerel yönetimlere devretmek istediler. Yasa, o dönem Cumhurbaşkanlığı'ndan geri döndü. Bu sefer Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulama Kanunu'yla yeniden gündeme getiriliyor. Tasarıda 400'e yakın kamu hastanesinin merkezle olan bağları tamamen koparılıyor. Adında pilot sözcüğü geçiyor ama uygulama pilot falan değil. 820 kamu hastanesinin 400'ü uygulama kapsamı içine alınıyor. Uygulamaya da büyük illerden başlanacağı söyleniyor. Öyle görünüyor ki; sağlık piyasasının, talebin yoğun olduğu illerde kar eden hastaneleri elden çıkaracaklar."

Birlikler nasıl oluşacak, birliği kim yönetecek?

"400 hastane, Sağlık Bakanlığı'nın "ilgili kuruluşu" noktasına indirgeniyor. 10 civarında devlet hastanesi birleşerek bir birlik oluyor. Bir ilde 1 birlik. Hastane sayısı azsa, iller birleşerek de birlik oluşabiliyor. Ancak büyük illerde, örneğin İstanbul'da dört birliğin oluşturulması planlanıyor. Şu anda da uygulama yavaş yavaş başlıyor. İstanbul'un Anadolu yakasında 2 birlik planlanıyor. Merkezinde Haydarpaşa Numune

Hastanesi gibi bir eğitim hastanesinin olduğu, çeperinde de küçük hastanelerin sıralandığı bir yapı düşünülüyor.

Hastane birliklerinin başındaysa mütevelli heyet olarak tanımlanan yönetim kurulu var. 7 üyesi olan bu kurul 3 yıllığına atanıyor. Yönetim kurulu üyelerinin 2 sini Sağlık Bakanlığı atıyor. Bu üyelerden biri hekim, diğeri işletmeci-maliyeci ya

da iktisatçı olacak. Diğer 2 üyeyi İl Genel Meclisi belirliyor. Bunlar da gene 4 yıllık yüksek okul mezunu olacak. 1 üyeyi İl Valisi belirleyecek. 1 üye de İl Sağlık Müdürü veya görevlendireceği bir kişi olacak.

► Devamı sayfa 18'de

17 MİLYON
İN SAN
İÇİN!

www.turkiyedoktorlariniariyor.org

Kamu hastaneleri
işletme mi olacak?

"Yönetim Kurulu'nun yetkilerinde bunu daha iyi görüyoruz. Yönetim kurulu, her türlü alım ve satım yapma harcama yetkisine, kadroları belirleme yetkisine haiz. Her yıl kadrolar belirlenirken verimlilik esası kritik önem taşıyor. Yani eğer hekim-hemşire işletmeye kâr getirmiyorsa o bölümün anlamı kalmıyor, kapatılıyor. O bölümde çalışanlar da işten atılıyor tabii. Birlik yöneticilerinin iş güvencesi yok, hepsi sözleşmeli olacaklar. Şöyle bir madde vardı: 'Bu personelin çalışma koşulları emsali devlet memurlarıyla aynıdır, ancak iş bitmezse çalışmak zorundadırlar ve bu mesai için ek bir ücret ödenmez'. Bu madde aslında sağlık çalışanları için de ileride öngörülmektedir. Alt komisyon bu maddeyi şimdilik kaldırdı, genel kurulda ne olacağını bilmiyoruz. Ama niyeti gösteren bir maddedir bu madde. İş bitmezse çalışsın, nöbete fazla mesaiye para yok!"



TÜRKİYE DOKTORLARINI ARIYOR!

Berberoğlu U. Dünyada ve Türkiye'de Tütün Sağlığı. http://hastane.trakya.edu.tr/sigara.htm erişim tarihi: 19.09.2007
"TÜRKİYE DOKTORLARINI ARIYORI" projesi ve web sitesi PFIZER İLAÇLARI'nın kösulsuz eğitim desteği ile gerçekleştirilmiştir.

TOD Başkanı Tam Gün'ü değerlendirdi

Hekimlere inanılmaz derecede haksızlık edilecek!

İSTANBUL- Türk Oftalmoloji Derneği Genel Başkanı ve İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları AD Öğretim Üyesi Prof. Dr. Nevbahar Tamçelik, Tam Gün yasa tasarısının hekimlerin özlük haklarını hiçe saydığını, mali bir getirisi olmadığını ve fakültenin bilimsel kadrosunu zayıflatacağını savundu.

■ Tam Gün Yasa taslağının son halinden haberiniz var mı?

Son taslaktan haberimiz olmasının ötesinde bütün saatlerimizi bu tasarı işgal etmektedir. Taslakla inanılmaz derecede hekimlere haksızlık edilecektir. Hekimlerin özlük hakları hiç bu kadar ellerinden alınmamıştır! Adeta hekimleri devre dışı bırakıyorsunuz: “Ya belli şartlara talim edeceksin ya da özel hastanelerde mesleğini icra edeceksin. Tek bir kurumda çalışma hakkın var, başka bir kurumda çalışamazsın” diyorsunuz. Böyle bir kısıt, hiçbir meslek grubunda yoktur.

■ Sadece muayenehanede çalışmayı kabul ederseniz, yine de zorluk var mı?

Zaten SGK yasasıyla, anlaşmayı muayenehane hekimlerine yaptırmıyor, sadece özel ya da kamu hastanelerine yaptıyor. Böylece muayenehanelerin bir kolunu kesmiş oluyorsunuz. Hekimlik hakları sonuna kadar korunmalı ve ana öge “hekim” ol-

malıdır. SGK anlaşması da hekimlerle yapılmalı, hekim hakları ön planda tutulmalıdır. Hasta, istediği hekimi seçebilmelidir. Ben hasta olarak özel hastaneyi değil, A hekimi seçebilmeliyim. Hekimi tek bir kurumda çalışmaya mahkum ederseniz, hastanın hekim seçmesine de sınır getirirsiniz.

■ Muayenehaneci hekim yenilikçidir

İki endişem var: Birincisi hekimler açısından artı sağlık kurumları açısından getireceği olumsuzluklar, ikincisi de memlekete getireceği mali yüküdür. Hekimlerin özel teşebbüste bulunmasını engelleyerek “seni bir yola sokuyorum, başka yere gidemezsin” diyorsun. Oysa muayenehaneci hekim, yenilikçidir. Kamu kurumlarında da böyle olması gerekir, ama alt yapıyı uygun değil. Bilim yuvalarıdır, ama birkaç insanın gayretleriyle ilerletiyoruz, yenilikleri takip ediyoruz. Ama özel muayenehanede her türlü yeniliği daha rahat izleme ve uygulama olanağı vardır.

■ Sizce neden bu yola gidildi? Karar vericilerin bu değişiklikten beklentisi nedir?

Yasanın ana gerekçelerinden biri olarak Sayın Sağlık Bakanı, “üniversitelerde part time çalışan öğretim üyelerinden bir kısmı –hepsini tenzih ederim-, sadece bir saatliğine uğruyor” demiş. Bir başka gerekçe olarak da, “Sağlık Bakanlığı hastanelerinde hekimlerin kamu hastanesinde ameliyat yapması için hastanın muayenehaneden geçmesi gerekiyor” demiş. Şimdi, ortada bir yanlış insan var! Bu yanlış üzerine yanlış koyarak doğru bir sistem kuramazsınız. O yanlış düzeltecek, ayıklayacaksınız! Öyle bir sistem getireceksiniz ki, denetleyeceksiniz. Ama kötü giden sistem denetlenmiyor, iyi olanlar devre dışı bırakılıyor. Cerrahpaşa Göz Hastalıkları AD Öğretim Üyesi olarak açık ve net söylüyorum: Kimler ne kadar ameliyat yapıyor, kaç hasta bakıyor, ortaya çıkartılsın! Hem tam gün çalışan, hem de benim gibi yarı-zamanlı çalışan arkadaşlarımız canı gönülden ça-



Türk Oftalmoloji Derneği Genel Başkanı ve İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları AD Öğretim Üyesi Prof. Dr. Nevbahar Tamçelik

lımaktadır. Biz, yarı zamanlı çalışanlar, en erken saat 1400’de hasaneden çıkıyoruz! Bizde ayırım yok! İki grup da kendine düşen sorumluluğu üzerine almış ve gerekeni yapıyor. Hekimlik cephesinde durum böyle! Oysa, tasarı yasalırsa, hekim saat 8’de gelip akşam

5’te de çıkacak. Döner sermayeyi de kaldırıyorlar, böylece çalışan ve çalışmayan ayırt edilemeyecek. Böyle olmaz! Diyelim uygulama başladı, birçok öğretim üyesi buradan ayrılır ve bölümüm adına konuşacak olursam, Cerrahpaşa Göz Hastalıkları büyük yara alır.

Prof. Dr. Baki Komsuoğlu’nu yitirdik Kocaeli Üniversitesi’ni ‘Zümrüdüanka’ yapmıştı

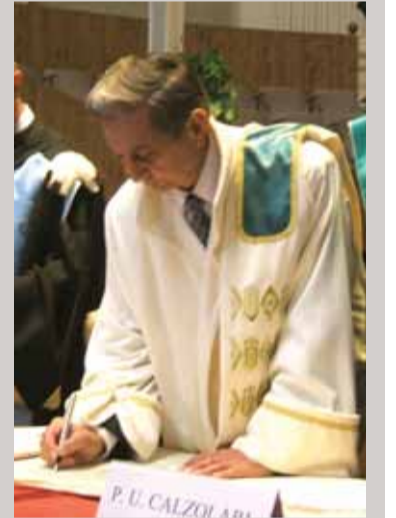
KOCAELİ- Kocaeli Üniversitesi’nin önceki rektörü Prof. Dr. Baki Komsuoğlu 23 Ocak 2008 günü hayata gözlerini yumdu. Tıp Fakültesi Kardiyoloji AD öğretim üyesi ve Türk Kardiyoloji Derneği Basın ve Halkla İlişkiler Kurulu Üyesi Prof. Dr. Dilek Ural tarafından yapılan açıklamada “Ülkemiz bilim ve hizmet için çalışan çok değerli evlatlarından birini daha yitirdi” dedi. Prof. Dr. Ural’ın açıklamasında Prof. Dr. Komsuoğlu’nun yaşam öyküsünden şu kesitler yer aldı:

“Prof Dr Baki Komsuoğlu, Ağustos 1999’da yaşanan deprem felaketinde bütün yerleşkeleri yıkıma uğrayan Kocaeli Üniversitesini kısa sürede yeniden yapılandırmış, Umuttepe’deki modern yerleşkesi ile üniversiteye çağdaş bir kimlik kazandırmıştır. Kocaeli Üniversitesini Avrupa Üniversiteler Birliği üyeliğine taşıyan Magna Carta’yı imzalayarak üniversiteyi dünyaya açan Bologna sürecini başlatmıştır. Onun yorulmak bilmeyen çalışmaları sonucunda Kocaeli Üniversitesi 11 fakülte, 3 enstitü, 6 yüksek okul, 18 meslek yüksek okulu ve 59 000 öğrencisi ile Türkiye’nin önemli üniversitelerinden biri haline gelmiştir.

“Üniversitenin ikinci yapılanma dönemindeki yoğun çalışmalarına rağmen, uzmanlık alanı olan kardiyolojiyle ilgili çalışmalarına da hiçbir zaman ara vermemiştir. Ulusal ve uluslararası dergilerde yayınlanmış 400’ün üzerinde makale ve kongre bildirisi, 15 kitabı bulunan Prof. Dr. Baki Komsuoğlu ülkemizin erişkin kardiyolojisi alanında yayınları en fazla atıf alan bilim adamlarından biri olmuştur.

“Prof Dr Baki Komsuoğlu çalışma hayatının her gününü coşku, heves ve mücadele ile geçirmiş, geride yetiştirdiği onlarca başarılı öğrencilerini ve ekibi ile gerçekleştirdiği çağdaş, devrimci, atılcı, söz sahibi bir üniversiteyi bırakmıştır.

“Kocaeli Üniversitesi, hocalarının bilime verdiği önemi, çalışkanlığını ve sevgi dolu yüreğini asla unutmayacaktır.”



Prof. Dr. Baki Komsuoğlu (1946-2008). Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi kurucularından. 1998 yılından başlayarak iki dönem Kocaeli Üniversitesi rektörlüğü yaptı.



Sayfa 17'den devam

Son üye çok ilginç bir şekilde İl Ticaret ve/veya Sanayi Odası temsilcisi olacak. Yönetim Kurulu’nda hekimlerin meslek örgütü temsilcisi yok, sendika temsilcisi yok, ama ticaret/sanayi odası temsilcisi var! Hastanelerin ticareti ön plana çıkaracaklarının önemli bir vurgusunu görüyoruz burada.”

Hastane birliklerinin başına da CEO’lar geliyor!

Kanun tasarısında mütevellî heyete bağlı bir genel sekreter atanacağını, bu kişinin hekim olmasının gerekmediğini ve bir tür CEO gibi düşünülmesi gerektiğini kaydeden Uzm. Dr. Kılıç, birlik CEO’sunun sağlık yönetimi eğitimi almış iktisatçı, endüstri mühendisi, maliyeci olabileceğini söyledi ve tasarıdaki yönetim organizasyonu hakkında şu bilgileri verdi:

“Birlik genel sekreterliğine bağlı çalışan daire başkanlıkları olacak. Bunun altında da

hastaneler, hastanelerin başında da hastane yöneticisi var. Bunların da hekim olması şart tutulmuyor. 4 yıllık yüksek okul mezunu bir kişi olacak. Hastanenin yöneticisi artık başhekim olmayacak! Başhekimler, idari olarak hastane yöneticisinin altında olacaklar. Başhekimin yanına idari hizmetler müdürü, sağlık bakım hizmetleri müdürü gibi müdürlükler sıralanıyor. Başhekim bunlarla aynı düzeyde olacak. Tasarıya göre; hastane yöneticileri sözleşmeli olacaklar. Mütevellî heyetle beraber gelip, beraber gidecekler. İş güvençelerinin tek koşulu, başarılı olmak, yani verimli olmaktır. Verimlilik de gelirin harcamalardan yüksek olması, yani kârlılıktır.

■ Grup grup hastane...

Tasarıya göre hastanelerin A, B, C, D, E diye 5 gruba ayrıldığını ifade eden Uzm.

Dr. Kılıç, bu grupta kullanılacak ölçütlerin verimlilik, kalite, organizasyon kapasitesi, alt yapı ve donanım özellikleri ve hasta memnuniyeti olacağını söyledi:

“Hastanelere 100 üzerinden not verilecek. C ve üzeri olanlar birlik olmaya hazır hastaneler anlamına geliyor. E olanlar Sağlık Bakanlığı’nda kalıyor. Buradan da anlaşılabilir kâr etme potansiyeli olmayan verimsiz hastaneler bakanlıkta kalacak. Kâr eden hastaneler birlik oluyorlar. Eğer bir hastane birliğe girdikten sonra puanı düşerse, yani kârı azalır D grubuna düşüyor ve Sağlık Bakanlığı yönetim kuruluna önce 1 yıl süre veriyor, hâlâ kendini düzeltmemişse yönetim kurulu görevden alınıyor ve hastane bakanlık bünyesine katılıyor. Kâr eder hale geldikten sonra da tekrar işletmeye dönüştürülüyor.”

Pilot uygulama 6. ayında nelere işaret ediyor?

Ortada bilimsel bir rapor yok, gelecek belirsiz

İZMİR- Aile hekimliği uygulamasının en yaygın yürütüldüğü bölge olan İzmir'de 6 ay geride kaldı. Uygulama tartışmalara rağmen devam ediyor. Henüz ortada bilimsel bir rapor yok ve kaygılar sürüyor. Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği İzmir Şubesi Başkanı Dr. Tolga Günvar, sorularımızı yanıtladı.



Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği İzmir Şubesi Başkanı Dr. Tolga Günvar

■ Aile hekimliği uygulamasını genel olarak nasıl değerlendiriyorsunuz?

Uygulamanın; hizmet sunum modelinden tutun da sağlık çalışanlarının ücretlendirilmesi, özlük hakları ve sağlık hizmetlerinin finansmanında meydana gelen değişimlere kadar pek çok boyutu var. Bu değişimleri-

nin hepsini "Aile Hekimliği" adı altında toplamak bence çok da adil ve gerçekçi değil.

Hizmet sunumu modeli açısından bakıldığında; her hekimin tanımlı bir nüfusa hizmet vermesi ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin bu konuda uzmanlaşmış hekimler tarafından verilmesi dünyada uzun zamandan beri kabul gören ve uygulanan bir modeldir. Bu çerçevede pek çok ülke sağlık sistemlerini yeniden düzenlemiş ve aile hekimliği uzmanlığını da bu organizasyonun önemli bir parçası haline getirmiştir. Bu açıdan ülkemizde hayata geçirilen değişiklikler olumlu yönlerle sahip olmakla birlikte önemli eksiklikler ve yanlışlar içermektedir.

Şartlar göz önüne alınarak akılcı ve bilimsel bir planlama yapılması çok daha önemli. Ancak böyle bir planı ne yazık ki göremiyoruz. Uygulamanın diğer ayakları olan özlük hakları ve sağlık hizmetinin finans-

manıyla ilgili değişimlerin ise "Aile Hekimliği" ile uzaktan yakından ilgisinin olmadığını vurgulamak istiyorum. Sağlık hizmetine erişimi engelleyecek, hasta-hekim ilişkisine zarar verecek, sağlık çalışanlarının çalışma barışını bozacak her türlü düzenlemeden özenle kaçınmak gerektiğini ve uygulamanın bu tür olası kötü sonuçları açısından da son derece uyanık olunması gerektiğini düşünüyorum.

■ İzmir'de hangi deneyimler yaşandı? Başlıca sorun ve sıkıntılar neler?

Uygulama İzmir'de 6 ayını doldurdu. Elimizde şu an sonuçlarla ilgili bilimsel veriler yok. Ancak deneyimlerden söz etmemiz mümkündür. Tanımlı bir nüfusa hizmet vermek, çalışma ortamlarındaki çoğu düzenlemenin hekimin kendi inisiyatifinde olması, ücretlerde meydana gelen iyileşme hekim arkadaşlarımızı genellikle memnun etmektedir. Buna paralel olarak çalışma saatlerinin uzaması da doğal olarak kabul ediliyor. Ancak; özlük haklarından feragat edilmesi ve ücretlerdeki artışın sürdürülebilirliği konusunda önemli kaygılar mevcut. Uygulama aynı zamanda hekimler için önemli bir kırtasiye işini de getirdi. Kullanılan bilgisayar programlarıyla ilgili de sorunlar yaşanıyor. Hastalarda kendisinden sorumlu bir hekim olmasının getirdiği bir memnuniyet var. Ancak bu konuda da karar verebilmek için bilimsel veri-



"Günlük eğitimlerle uzmanlık eğitimine alternatif geliştirildi"

Aile hekimliği uzmanlık eğitiminin geliştirilmesi için başlangıcından bu yana Sağlık Bakanlığı'nın ve YÖK'ün bir çabası olmamıştır. Öte yandan birinci basamakta çalışan pratisyen hekimlere yönelik eğitimler birinci basamakta daha iyi bir hizmet amacından ve hedefinden şaşmış, sözleşmeli hekim yetiştirme kurslarına dönüşmüştür. Bu eğitimler, Türkiye'nin içinde bulunduğu koşullar dikkate alınarak diğer ülkelerde de yapıldığı gibi son derece iyi tanımlanmış bir "geçiş dönemi" ile hayata geçirilmelidir. Yani en başında ilan edilen bir başlangıç ve bitiş tarihi olmalıdır. Şu anda günlük eğitimlerle aile hekimliği uzmanlık eğitimine adeta bir alternatif getirilmiştir. Bu haliyle eğitimlerin yararlılığı da tartışılmalıdır. Öte yandan kısa süreli eğitim almış sözleşmeli pratisyen ya da uzman hekimlerin sayısı artmaktadır. Bu hekimlere eğitim ve akademik desteği sürekli kılabacak bir çaba söz konusu olmadığı gibi anlamlı bir denetim de bulunmamaktadır. Birinci basamak hizmetlerinin kalitesi bu arkadaşlarımızın iyi niyetli çabalarından daha fazla ilgiyi gerektirmektedir.



Geride bıraktığımız altı ayda, tehlike sinyalleri verdiğini düşündüğümüz bir olgu var: Aile sağlığı merkezlerinde çalışan hekim arkadaşlarımız ilk 6 ay içinde, günde 60-70 hasta görerek kendilerine kayıtlı 3500 civarında hastanın yaklaşık yarısına ulaşabildiler! Buna bir de sevk zorunluluğunun eklenmesi işleri iyice içinden çıkılmaz bir mecraya sürükleyebilir.

lere ihtiyaç var. Sağlık hizmetinin objektif göstergeleri açısından ise yine önümüzü net olarak göremiyoruz. Genel kanı uygulamanın aşılama oranları ve gebe izlemleri gibi göstergeler üzerindeki etkisinin en azından şimdilik olumsuz olmadığı yönünde.

■ Hekimler sisteme uyumda sorunlar yaşadılar mı?

İzmir, birinci basamak sağlık hizmetlerinin zaten oldukça başarı ile yürütüldüğü bir ildir. Sözleşme imzalayan arkadaşlarımızın bu açıdan önemli bir sorun yaşamadıklarını düşünüyorum. Ancak sistemin getirdiği bürokratik yükler açısından yaşanan sıkıntılar olabilir. Şu anda İzmir'de hizmet veren hekimler, ister uzman ister pratisyen olsunlar, uygulama öncesinde de birinci basamak sağlık hizmetini başarıyla yürüten hekimlerdi. Bu açıdan uygulamanın öncesi ve sonrasında değişen bir şey yok. Ancak, bir yandan pratisyen hekimlere aile hekimliği disiplininin ilkeleri doğrultusunda eğitim verilirken, diğer yandan da uzmanlık eğitiminin geliştirilip güçlendirilme-

si zorunludur. Geçiş dönemi eğitimlerinin bu her iki ayağında da çok önemli sorunlar yaşanmaktadır.

■ Sizce bundan sonra neler yaşanabilir? Uygulamanın yaygınlaşması mümkün mü?

Siyasi iktidar bu uygulamayı yaygınlaştırma gücüne ve kararlılığına sahip gibi görünüyor. Ancak gerçek yol gösterici olan bilimden uzaklaşıldığı ölçüde de sorunlar artacaktır. Nitekim pilot illerdeki uygulamalar incelenmeden, uygulama hızla yaygınlaştırılmaktadır. Yürürlükteki yasa pilot uygulamaya yönelik değil, esas yasaymış gibi uygulanmaktadır. Bu da hataların fark edilmesini ve zarar vermeden düzeltilmesi olanağını ortadan kaldırmaktadır.

Temel hedef; aile hekimliği uzmanlığının geliştirilmesi ve güçlendirilmesi olmalıdır. Bunun için hekimlerin aile hekimliği uzmanlık eğitimi almaları teşvik edilmelidir. Şu andaki uygulamalar uzmanlık eğitimini özendirilmekten çok uzaktır. Bu hedefin ihmal edilmesi sağlık hizmetinde hedeflenen gelişmenin sağlanması önünde ciddi bir engel oluşturacaktır. Geçiş döneminin evrensel temelde tanımlanmış prensipleri hayata geçirilmelidir. Bu değişimler hayata geçirilirken sağlık hizmetinin sosyal ve sağlanması zorunlu bir hizmet olduğunu unutmamak gereklidir. Bu perspektifin kaybedilmesi ve sadece sağlık hizmetlerinin maliyetine odaklanması; hem ekonomik, hem de sosyal açıdan çok daha büyük bir bedel ödenmesine neden olabilir. Bütün bunlar göz önüne alınmadan bu uygulamanın yaygınlaştırılması kötü sonuçlarla karşılaşma riskini artırır.

Özel sağlık sektöründe deprem

ANKARA- Sağlık Bakanlığı, sektörün büyük itirazına rağmen, Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Yönetmeliği'ni değiştirdi. Değişiklikte özel dal merkezlerine sağlık kuruluşu türü olarak yer verilmedi. Yeni uygulamaya göre tıp merkezleri sadece müstakil binalarda açılacak, polikliniklere sadece poliklinikte çalışan hekimler ortak olabilecek. Medical Tribune Ankara Temsilcisi Av. Erkin Göçmen, yönetmelikle getirilen başlıca düzenlemeleri özetledi.

Tıp merkezi açmak zorlaştı

Tıp merkezleri tam zamanlı olarak en az dört uzmanlık dalında ve sadece müstakil binalarda faaliyet gösterecek. Artık apartmanların veya iş merkezlerinin belli bir bölümünde tıp merkezi açmak mümkün olmayacak. Ayrıca bu binanın yapı kullanma izin belgesinde özel sağlık tesisi olduğu da yazılı olacak. Diğer yandan tıp merkezleri sadece Sağlık Bakanlığınca yapılacak planlamada ihtiyaç gösterilen yerleşim bölgelerinde faaliyette bulunabilecek. Eskiden olduğu gibi istenilen yerde tıp merkezi açmak mümkün olmayacak.

Dal merkezleri tanımlanmadı

Yeni yönetmelikte özel dal merkezleri özel sağlık kuruluşu tipi olarak tanımlanmadı. Artık özel dal merkezi

açmak mümkün olmayacak. Uzman hekimler poliklinik veya tıp merkezleri bünyesinde faaliyetlerini sürdürecektir.

Güzellik merkezleri kapanacak

Eski yönetmelik kapsamında açılmış olan güzellik merkezleri de 2010 yılına kadar faaliyetine devam edecek. 2010 başından itibaren bu merkezler muayenehaneye dönüştürülecek.

Apartmentlarda poliklinik dönemine son

Poliklinikler, Kat Mülkiyeti Kanunu hükümleri saklı kalmak üzere sağlık hizmetinin niteliğine uygun binalarda kurulacak. Poliklinikte, hasta ve hasta yakınları ile poliklinik çalışanları için üç araçtan az olmamak üzere imar mevzuatına uygun şekilde otopark bulunacak.

Poliklinik ve tıp merkezle-

rinin başında tam zamanlı çalışan bir sorumlu müdür bulunacak. Sorumlu müdür bir hekim olmak zorunda. Polikliniklerde sorumlu müdürün polikliniğin sahibi veya ortağı olması zorunlu olacak. Sorumlu müdürler başka hiçbir sağlık kuruluşunda mesleğini icra edemeyecek.

Amaç atıl kapasiteye yol açmamak

Yönetmeliğin çıkarılma amacında atıl kapasiteye yol açmama gerekçe gösterildi. Bu husus Anayasada ve Sağlık Hizmetleri Temel Kanununda da vurgulanıyor. Sağlık Hizmetleri Temel Kanuna göre Sağlık Bakanlığı "kamu ve özel bütün sağlık kurum ve kuruluşlarının kurulması ve işletilmesinde kaynak israfı ve atıl kapasiteye yol açmamak"la ödevli kılınıyor.

Sürelere göre gerçekleştirilecek koşullar

6 aylık uyum süreci

Tıp merkezlerinin sorumlu müdürleri tam zamanlı çalışacak.

Polikliniklerde sorumlu müdürlük görevini poliklinik ortağı tabiplerden birisinin yürütmesi gerekecek. Tıp merkezlerinin aksine, polikliniklerde sorumlu müdürlerin tam zamanlı çalışma zorunluluğu dört yıllık geçiş süresinin sonuna ertelendi.

Aynı il sınırları içinde, daha önce açılmış sağlık kuruluşlarının isimleri ile aynı isim veya benzer isimi sağlık kuruluşları isimlerini değiştirecek. Sağlık kuruluşları, hangi ilde olduğuna bakılmaksızın ülke genelindeki resmî sağlık kurum veya kuruluşlarının isimleri ile özel hastanelerin isimleri aynen, benzer veya çağrıştıracak şekilde kullanamayacak. Buna göre Çapa, Numune, Hacettepe, Cerrahpaşa adlarıyla kurulan sağlık kuruluşları isimlerini 6 ay içinde değiştirecek.

3 aylık uyum süreci

Özel sağlık kuruluşları hasta hakları mevzuatına 3 ay içinde uyum sağlayacak.

Poliklinik ve tıp merkezlerinde sekiz saatten uzun süre hizmet verilecekse, bir nöbetçi hekim bulunacak. Bu hekimin tam zamanlı çalışması zorunlu olmayacak. Yönetmelikte açıkça ifade edilmiyor olsa da kısmi zamanlı çalışan nöbetçi hekimin polikliniğe ortak olması da gerekmeyecek.

2 aylık uyum süreci

Tıp merkezinde müdahale yapılan hastalarda müdahaleye bağlı olarak gelişen komplikasyonlar veya yoğun bakım hizmetine ihtiyaç olan durumlarda koordinasyon sağlamak üzere, tıp merkezi en az bir kamu hastanesi veya özel hastaneyle anlaşma yapacak. Hastaların transferi bu anlaşmalı kurumla koordinasyon içinde sağlanacak.

Sorularla mevcut durum

■ Eski yönetmeliğe göre ruhsat almış bir tıp merkezim var. Tekrar ruhsat almalı mıyım?

Hayır. Eski yönetmeliğe göre ruhsat almış ve halen faal olan tıp merkezleri, özel dal merkezleri ve poliklinikler mevcut fiziki şartları, donanımı ve personel durumu ile faaliyetlerine devam edebilecek.

■ Bu durum ne zamana kadar devam edecek?

Bu kuruluşlar standartlara ilişkin olarak Sağlık Bakanlığınca Resmi Gazetede yayınlanacak tebliğin yürürlüğe girmesinden itibaren dört yıl içinde yeni yönetmeliğe göre ruhsat alacak.

■ Dört yılda ruhsat alamazsam ne olacak?

Bunlar faaliyetine devam edemeyecek, kapanacak.

■ Mevcut polikliniğimin faaliyet alanına yeni uzmanlık dalı eklemek için ne yapmalıyım?

Halihazırda eski yönetmeliğe göre ruhsatlandırılmış bir merkeziniz var ve ruhsatınızda olmayan yeni bir uzmanlık dalında daha faaliyet göstermek istiyorsanız,

Sağlık Bakanlığının planlamasına uygun görülürse buna onay verecek.

■ Tıp (veya dal) merkezimi başka bir binaya taşımak için ne yapacağım?

Aynı ilçe sınırları içinde bina değiştirmek isterse Sağlık Bakanlığının planlamasına uymak zorunda kalmadan bunu yapabilecek.

■ İki ayrı tıp merkezimiz, kuruluşlarımızı birleştirmek için yeni yönetmeliğe mi tabiyiz?

Birleşen kuruluşlar eski kuruluşlardan birisinin bulunduğu ilçede faaliyet göstermek koşuluyla yeni yönetmelik hükümlerine tabi olmayacak.

■ Eski yönetmeliğe göre ruhsatlı bir merkezi almak istiyorum. Ne yapmalıyım?

Eski ruhsatla faaliyete devam edemeyeceksiniz. Yeni yönetmeliğe göre ruhsat almanız gerekiyor.

■ Mevcut kuruluşların uyumu nasıl sağlanacak?

Uyum sağlanacak koşullar, 2, 3 ve 6 aylık süreler içinde gerçekleştirilecek.

Tıp Merkezleri'nde Yeni Yönetmeliğe göre istihdam edilecek asgari personel sayıları ve nitelikleri

Personel	Asgari sayı	Niteliği	Koşulları
Sorumlu müdür	1	Hekim	Tam zamanlı istihdam
Uzman hekim	4	Uzman hekim	Tam zamanlı istihdam
Diş hekimi	1	Diş hekimi	Diş sağlığı ünitesi varsa
Biyokimya uzmanı	1	Uzman veya hekim	Biyokimya laboratuvarı varsa
Mikrobiyoloji uzmanı	1	Uzman veya hekim	Mikrobiyoloji laboratuvarı varsa
Radyoloji uzmanı	1		Uzman hekim Radyoloji ünitesi varsa
Hemşire	1		
Acil tıp teknisyeni	1		Acil ünitesi veya ambulans varsa
Ebe	1		Kadın doğum hekimi varsa
Fizyoterapist	1		FTR hekimi varsa
Röntgen teknisyeni	1		Radyoloji ünitesi varsa
Laboratuvar teknisyeni	1		Biyokimya ve mikrobiyoloji laboratuvarı varsa
Anestezi teknisyeni	1		Ameliyathane varsa

Araştırmalarda “ileriye taşınan son gözlem” yöntemi, büyük bir hata kaynağı olabilir

İlaç araştırmaları her zaman doğruyu söyler mi?

İSTANBUL - Klinik araştırmalar, bilimsel gerçekliğin kavranmasında en önemli araçlar. Hekimler, tıbbi uygulamaların nasıl olması gerektiği konusunda klinik çalışmalara güvenirliler. Başta randomize kontrollü çalışmalar olmak üzere, sağlam tasarımı araştırmaların sonuçlarına günümüzde aşırı güven duyuluyor. Bu araştırma özellikle de ünlü bir dergide yayımlanmışsa, sonuçlar neredeyse sorgulanmaksızın doğru kabul ediliyor. Oysa özellikle ilaç araştırmalarında “şeytan ayrıntıda saklı”.

Türk Epilepsi ile Savaş Derneği'nin aylık bilimsel toplantısında konuşan Pennsylvania Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Bölümü öğretim üyesi Prof. Dr. Jacqueline French, klinik çalışmaların yeni tedavilerin değerlendirilmesinde çoğunluk tarafından ideal yöntem olarak kabul edildiğini belirtiyor. Araştırmada kullanılan yöntem ne kadar güçlüyse tedaviyle ilgili gerçeği ortaya çıkarmada o kadar iyi olduğunun sanıldığını, ancak bunun her zaman doğru olmayabileceğini söyleyen Prof. Dr.

French'e göre, en sağlam klinik araştırmaların bile doğru sonuç vermesini engelleyebilecek metodolojik zaaflar söz konusu.

Randomize kontrollü çalışmaların (RKÇ) en güçlü çalışmalar olarak kabul edildiğini ve FDA gibi düzenleyici otoritelerin bunlardan elde edilen sonuçları temel aldığını kaydeden Prof. Dr. French şu bilgileri verdi:

“Örneğin epilepsiyle ilgili plasebo kontrollü çalışmalarda, hastayı ilaçsız bırakmak söz konusu olmadığından, araştırılan ilaç genellikle ek-

meli (add-on) tedavi olarak verilmektedir. Yani, alışıldık epilepsi ilacını almaya devam eden hastalardan bir gruba plasebo, diğerine ise araştırılan ilaç verilmektedir. Bu durumda kombinasyona bağlı ilaç etkileşimleri görülebilmektedir. Yine bu çalışmalar, klinikte görülen ortalama hastalarda yapılmamakta ve hastalar 16-65 yaş grubundan seçilmektedir. Daha yaşlı hastalar hiçbir zaman çalışmaya dahil edilmediğinden, ileri yaştaki hasta grubunda epilepsi ilaçlarının etkileri tam olarak bilinmemektedir.



Pennsylvania Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Bölümü öğretim üyesi Prof. Dr. Jacqueline French

Sorunlar bu kadarla da bitmiyor! Bu çalışmalara ciddi psikiyatrik veya tıbbi sorunları olanlar da alınmamaktadır. Bu nedenle, depresyon veya diğer psikiyatrik sorunları ağırlaştırılan ilaçların bu etkisini gözlemlemek mümkün olamamaktadır.

Örneğin, levitirasetamla yapılan çalışmalarda, seçilen hasta popülasyonu nedeniyle davranışsal sorunlarla hiç karşılaşmamış, ancak ilaç piyasaya verilip çalışma kriterleri dışındaki hastalar tarafından kullanılmaya başlandığında davranışsal sorunlar birden yaygın şekilde görülmeye başlanmıştır. Öyleyse, randomize araştırmalara dahil edilen hastaların genel hasta topluluğunun yalnızca bir alt grubu olduğunu söylemek mümkündür.”

Prof. Dr. French, randomize kontrollü çalışmalara bir başka örnek olarak; okskarbazapinle yapılan plasebo kontrollü bir çalışmayı verdi. Söz konusu çalışmada hastalara almakta oldukları tedavilerine ek olarak plasebo veya 600 mg, 1200 mg veya 2400 mg okskarbazepin verilerek ilacın hangi dozunun nöbetleri engellediği araştırılmış. Yayımlanan sonuçlara göre, nöbet sayısındaki en anlamlı azalma, 2400 mg'lık doz kullanılan grupta gerçekleşmiş. Yine en yüksek ilaç dozuyla en fazla oranda (%22) hasta tamamen nöbetsiz hale gelmiş. Ancak çalışmanın özetinde yer almayan bir bilgiye göre, yan etkiler nedeniyle ilacı bırakanların oranına bakıldığında, en yüksek doz olan 2400 mg verilen hastaların aynı zamanda en yüksek oranda (%73) ilacı bırakan grup olduğu ortaya çıkıyor. Bu

gruptakilerin ilave bir %7'si de 1800 mg doza inmek durumunda kalmış. Kısacası, çalışmayı 2400 mg/gün dozda tamamlayanların oranı %20'de kalmış. Öte yandan bu çalışma verileri arasında 2400 mg okskarbazapin alanlarda nöbetsiz olanların oranının %22 bulunduğuna dikkat çeken Prof. Dr. French, hastaların ancak %20'sinin ilaca devam ettiği bir grupta, %22'lik bir nöbetsizlik oranının ileriye taşınan son gözlem (last observation carried forward) yaklaşımıyla mümkün olabildiğini belirtti.

FDA gibi düzenleyici otoritelerin; çalışmaların analizinde “ileriye taşınan son gözlem yönteminin” uygulanmasını istediğini kaydeden Prof. Dr. French; sözlerini şöyle tamamladı:

“Tedaviye yönelik analizde; tedaviyi tamamlaştıran hastaya ait bilgi analize dahil edilmektedir ve hastanın çalışmadan ayrıldığı andaki sonlanımı ne ise bu o kişilerin sonlanımı olarak kabul edilmektedir. Bu yöntem; epilepsi gibi nöbetlerle seyreden bir hastalıkta sorunludur. Çünkü, bu yaklaşımla örneğin ayda 4 nöbet geçiren bir hasta, daha birinci hafta ilacı tolere edemediğinden dolayı çalışmadan ayrıldığında, “nöbet geçirmedi” olarak kaydedilmektedir. Yukarıda bahsi geçen %22'lik nöbet geçirmeyen hasta oranına dikkatli bakınca, aslında bunların yarısından çoğunun (%13) nöbet öncesi yan etkiler nedeniyle çalışmadan ayrılanlar olduğu ve sadece %9'unun çalışmayı tamamlayanlar olduğu görülmüştür. Kısacası, bazen rakamlar “gösterilmek istenen” doğruları söylüyorlar.”

Toplum sağlığı merkezlerinde kadro standartları belirlendi

Her merkeze halk sağlığı uzmanı

ANKARA - Aile hekimliği uygulamasına geçilen yerlerde topluma yönelik sağlık hizmetlerini organize etmek üzere oluşturulan toplum sağlığı merkezlerinin kadro standartları da belirlendi.

Toplum sağlığı merkezlerinin başında bir sorumlu hekim bulunacak ve her merkezde en az bir halk sağlığı uzmanı istihdam edilecek. D tipi toplum sağlığı merkezleri hariç her merkezde en az bir dişhekim kadrosu da ihdas edildi.

Toplum sağlığı merkezlerine atanacak sorumlu hekimlerin halk sağlığı uzmanı ya da doktoru olması tercih sebebi olacak.

Toplum sağlığı merkezleri kadro standartları

UNVANI	SAYISI			
	A TİPİ	B TİPİ	C TİPİ	D TİPİ
Sorumlu Hekim	1	1	1	1
Halk Sağlığı Uzmanı	2	1	1	1
Tabip	5	4	3	2
Dış Tabibi	2	1	1	
Eczacı	2			
Tıbbi Teknolog	3	2	1	1
Sosyal Hizmet Uzmanı	1			
Psikolog	1			
Diyetisyen	1			
Sağlık Memuru (Toplum Sağlığı)	5	4	3	2
Sağlık Memuru (Röntgen Teknisyeni)	3	2	2	1
Sağlık Memuru (Laboratuar Teknisyeni) veya Laborant	3	2	2	1
Sağlık Memuru (Tıbbi Sekreter)	3	2	2	1
Sağlık Memuru (Çevre Sağlığı)	4	3	2	1
Hemşire	8	5	3	2
Ebe	5	4	3	2

Araştırma sonuçlarına göre bazı kanser siteleri yanlış bilgiler içeriyor

VAŞINGTON - ABD'de yeni yayımlanan bir araştırmanın sonuçlarına göre; meme kanseriyle ilgili web sitelerinin %5'i yanlış bilgiler içeriyor. Özellikle alternatif ya da tamamlayıcı tedavilere dikkat çeken sitelerde yanlış bilgi bulunması olasılığı daha yüksek.

Teksa Üniversitesi Sağlık Bilgisi Bilimi Okulu'ndaki Kanser Merkezi'nden Dr. Funda Meriç-Bernstam, hastalara şunları öneriyor: "Hastalarımıza sunulan bilgilere şüpheyle yaklaşmalarını, okuduklarının kendi özel tıbbi durumlarına uygulanıp uygulanamayacağını iyice öğrenmelerini ve bir hekime danışmadan, hiçbir faaliyette bulunmamaları gerektiğini öneriyoruz."

Cancer Dergisi'nde yayımlanan makalelerinde, Dr. Meriç-Bernstam ve arkadaşları doğru bilgi vermeyen siteleri ayırt edebilmek için uygun bir yöntem bulamadıklarını belirtiyorlar. Cancer Dergisi'nde yer alan makalede araştırma ekibi; "tüketicilerin çoğu genel amaçlarla hizmet eden arama

motorlarına başvurarak, internetten bilgi toplamayı, medikal site ya da araştırma motorlarına başvurmaya tercih ediyor ve çoğu kişi arama sonuçlarının ilk sayfasından öteye geçmeye gerek duymuyor" diyor.

Araştırmacılar, "bu nedenle, tüketicilerin karşısına çıkma olasılığı en yüksek olan web sayfalarını değerlendirmek için, biz de araştırmamızda en yaygın kullanılan beş arama motorunu; google, yahoo, alta-vista, overture, ve AllTheWeb'i kullanmayı seçtik" diye belirtiyor.

Araştırmacılar 343 web sayfasını incelemiş ve bunların yirmide birinde hatalar tespit etmişler. Değerlendirdikleri 18 web sitesinde 41 yanlış ifade

saptanmış, yani sitelerin %5.2'sinde doğru olmayan bilgiyle karşılaşılabilir. Tamamlayıcı ya da alternatif tıp bilgisi sunan sitelerin hatalı ya da yanlış yönlendiren bilgi içermesi olasılığı, araştırma sonuçlarına göre, 15 kat daha yüksek.

Dr. Meric-Bernstam, meme kanseri hastalarının kendisine, genellikle iyi bilgi seviyesine ulaşmış olarak geldiğini, bunu da olumlu değerlendirdiğini belirtiyor. Fakat, Dr. Meric-Bernstam, açıklamasının devamında, "öte yandan, bazen hastalar kesinlikle onlar için uygun olmayacak tedaviler hakkında bilgi almış oluyorlar. Bu yüzden de endişe seviyeleri ya da tedavi beklentileri yükseliyor ve uygun olmayan

tedavileri talep edebiliyorlar" diye vurguluyor.

Teksa Üniversitesi'nden Dr. Elmer Bernstam "Bu araştırmada aslında cevaplamaya çalıştığımız soru, yanlış bilgi veren siteleri, içeriği daha doğru sitelerden ayırmanın bir yolu olup olamayacağıydı" diye ekliyor. "Ancak, doğru bilgi içeren siteleri, hatalı bilgi içerenlerden ayırmamızı sağlayacak bir kıstas kombinasyonu geliştirmeyi başaramadık."

Araştırmacılar, "çoğu tüketici internetten ulaştığı bilgiyi yeterli ve doyurucu buluyor ve tedavi seçeneklerini bu bilgiye dayanarak gözden geçiriyor" diye yazıyorlar. Tam da bu nedenle, tamamlayıcı ya da alternatif tedavi yöntemlerini ele



Araştırmacılar 343 web sayfasını incelemiş ve bunların yirmide birinde hatalar tespit etmişler. Değerlendirdikleri 18 web sitesinde 41 yanlış ifade saptanmış.

alan sitelerde en fazla hataya rastlanması bir sorun, çünkü hekimlerin bu alandaki yanlış inançları düzeltme fırsatı bulması daha zor. Araştırmacılar göre bazı vakalarda hastalar doktorlarıyla internetten bularak, uyguladıkları tamamlayıcı ya da alternatif tedavi yöntemleri üstüne konuşmama seçiyorlar" diyor.

Kaynak: Reuters Health

Efüzyonlu otitis mediada antibiyotik etkinliği araştırıldı:

Antibiyotik alan çocuklar da risk altında

ŞIKAGO- JAMA arşiv dergilerinden Archives of Otolaryngology-Head & Neck Surgery Dergisi'nin Şubat sayısında yayınlanan ve daha önce yayınlanmış araştırmaların bir meta analizini içeren bir çalışmaya göre, ortakulak iltihabı olan çocuklara verilen antibiyotiklerle, kulakta sıvı oluşumunun önlenmesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuyor.

Makaledeki bilgiye göre, kulak infeksiyonları bebek ve çocuklarda en sık görülen hastalıklar arasında geliyor. Efüzyonlu otitis media olarak da bilinen bu durumda orta kulakta sıvı oluşumu gözleniyor. Yazarların belirt-

tiğine göre; efüzyon, 15-40 desibel arasında ileti tipi işitme kaybına neden olarak, dil gelişimini, kognitif gelişmeyi, davranışları ve yaşam kalitesini etkileyebiliyor.

Hollanda'da bulunan Utrecht Üniversitesi Tıp Merkezi'nden Dr. Laura Koopman ve arkadaşları 6 aylık ile 12 yaş arasındaki yaş grubundan ve akut otitis medialı 1328 çocuğun hastalık bilgilerini beş randomize kontrollü deneyde analiz ettiler. Çalışmada antibiyotik, plasebo ya da hiç ilaç vermeme tedavi seçenekleri kıyaslandı. Çalışmada toplam 660 çocuğa antibiyotik verildi.

Tüm çocukların %44'ü 2 yaşından küçüktü ve %51.8'inde nükseden kulak infeksiyonu vardı. Orta kulak efüzyonu geliştirme riski en yüksek olanlar, bu gruptaki çocuklardı. Antibiyotik alan çocuklar da, alma-

yan çocuklar gibi %90 efüzyon geliştirme riski altındaydı ve arada istatistik olarak anlamlı bir risk farkı mevcut değildi.

Yazarlar, "Antibiyotik tedavisinin asemptomatik orta kulak efüzyonu gelişimine marjinal etkisi ve çocuklara antibiyotik vermenin antibiyotiklere direnç geliştirme ve ilaçların yan etkileri gibi bilinen olumsuz etkilerinden dolayı, orta kulak efüzyonu gelişimine karşı antibiyotik verilmesini önermiyoruz" diye yazıyorlar.

Araştırmacıların vardığı sonuca göre; "yine de, orta kulak efüzyonu geliştiren ve başka tedavilerle yarar sağlanabilecek çocuk alt gruplarının belirlenmesi için daha fazla araştırma yapılması gerekiyor."

Kaynak: Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2008; 134 [2]: 128-132.

Araştırmacı Dr. Dennis Mangano'nun iddiası:

"Trasyolol gecikmeden toplatılsaydı 22.000 insan ölmezdi"

NEVYORK- CBS Televizyonu'nun 60 Dakika Programı'na açıklama yapan bir tıp araştırmacısının belirttiğine göre; FDA, Bayer AG'nin ürettiği ve açık kalp ameliyatlarında kanamayı durdurmak için kullanılan bir ilacın piyasadan çektilmesinde daha ivedi davransaydı 22.000 hastanın yaşamı kurtulabilirdi.

Trasyolol ile ilgili gözlemsel bir çalışma; ilacın diyalizi gerekli kılan böbrek yetersizliğine yol açtığı ve böbrek yetersizliği olan hastaların ölümüne neden olduğunu gösterdikten sonra Kasım ayında FDA (Amerikan İlaç ve Gıda Dairesi) tarafından piyasadan çektilmiş.

ABD'de, özellikle yoğun kullanıldığı birkaç yıllık dönem boyunca ilaç, bypass ameliyatı geçiren hastaların yaklaşık üçte birinde kullanılmıştı. CBS Televizyonu'nda yayınlanan habere göre, çalışmayı yürüten araştırmacı olan Dr. Dennis Mangano programda, çalışmasını Ocak 2006 tarihinde yayınladığında trasyolol piyasadan çekilmiş olsaydı

22.000 kişinin hayatının kurtulacağını vurguladı.

Dr. Mangano, FDA'nın Eylül 2006 tarihindeki toplantısında olumsuz görüş bildiren kendi sonuçlarının ele alındığını, ama Bayer'in gerçekleştirdiği ve sonuçları tehlikelerin varlığını doğrulayan bir araştırmanın verilerinin kuruldan saklandığını açıkladı.

FDA'dan soruşturma kurulu başkanı Dr. William Hiatt, 60 Dakika Programı'na yaptığı açıklamada, Bayer'in araştırmasından haberi olsaydı trasyololün piyasadan çekilmesi doğrultusunda oy vermiş olacağını söyledi.

Bayer basın sözcüsü Meredith Fischer de; ilaç üreticisi şirketin hastalarını gerekli şekilde korumadığına ilişkin suçlamalar hakkında bir yorum yapamayacağını açıkladı. Fischer, Bayer'in, ilacı kullananlar ya da kullanıcı ailelerinin açtığı bir dizi ürün hatası davasıyla karşı karşıya olduğunu, ancak açılan dava sayısını bilmediğini belirtti.

Kaynak: Reuters Health



Mazhar Osman biyografisi yazıldı

"Hayatında vasata yer yoktu!"

ANKARA- Adı deyimlere girdi, fıkralara konu oldu. Hiçbir zaman ortalama olmayı kabul etmedi. Bilimin ve şöhretin doruğunda, coşkulu ve dolu dolu bir hayat sürdü. Bu topraklardan derin izler bırakarak ayrıldı. Türk psikiyatri tarihinin en önemli kişiliklerinden biri olan Mazhar Osman biyografisinin yazarı Liz Behmoaras, kitabını ve Mazhar Osman'ı anlattı.

■ Sayın Behmoaras, öncelikle neden Mazhar Osman?

Çocukluğumun delilikle özdeşleşen efsanevi ve biraz ürkütücü yegâne adıydı Mazhar Osman. Arkasında da insan mı kurum mu, kim ya da ne olduğu tam belli değildi... En azından benim için. Çok sonraları, ansiklopedi karıştırırken bir fotoğraf ve birkaç satırlık bir metinle karşılaştım. Hem fotoğrafa hem de altında anlatılanlara güçlülük ve liderlik unsurları yansımış gibiydi. Dolu dolu yaşanmış bir yaşamın iz-düşümlerini yakaladım orada... Hem de özellikle ilgi-mi çeken bir zaman dilimi içinde. O yaşamı daha ayrıntılı bir şekilde yazmam artık kaçınılmazdı.

■ Kitabı nasıl hazırladınız? Daha çok hangi kaynaklardan yararlandınız?

Hem sözel hem de yazılı tanıklıklardan faydalandım. Sözel tanıklıklar için öncelikle hâlâ hayatta olan çocukları ve yeğenleriyle eski asistan ve öğrencilerine başvurdum. Çocukları Tuba Uzman (Ulagay), Zeyn Nasut Uzman, Azmi Cülmüt Uzman ve yeğenleri Mefkûre ve Muammer Özsoy'la iki sene boyunca, yani kitabıma son noktayı koyana kadar sürekli iletişim halindeydik. Özellikle Tuba Ulagay ile haftada bir kere görüşüp konuşuyorduk. Yurtdışında yaşayan Nasut Uzman ile Cülmüt Uzman'ın İstanbul'a gelişlerini fırsat bilip onlardan babalarını sat-ler boyunca dinledim. Ayrı-

ca yazarken her an her üçüne de telefonla ulaşabilme gibi bir şansım oldu. Verdikleri bilgilerden birbirleriyle çelişenleri kullanmamayı seçtim. Başta Dr. Faruk Bayülkem olmak üzere, eski asistanlarıyla öğrencileri Mazhar Osman'ın hastanede, fakülte-de ve muayenehanesinde gündelik yaşamı, çalışma yöntemleri ve hastalarıyla ilişkileri hakkında beni bilgilendirdiler, bazıları ünlü olmuş bir-birinden ilginç fıkralar anlattılar. Ulaşabildiğim bir iki hastası da bana anımsadıkları "hekim Mazhar Osman"ı anlattılar. Yazılı kaynaklara gelince, bana bunların en önemlisini, otuz yıl boyunca kendi çıkardığı ve içinde aralıksız yazı yazdığı "İstanbul Seririyatı"yla bizzat Mazhar Osman sağladı. Yine Mazhar Osman'ın "Konferanslarım" başlıklı kitabından ve kaynakçada dökümü bulunan

popüler tıp bilgileri verdiği daha başka kitaplarından yararlandım. Faruk Bayülkem yönetiminde çıkan "Bakırköy'de 50 yıl" ise, Bakırköy'ün kuruluş yıllarına ve sonraki yıllara ışık tuttu. Son olarak kitap baskıya girmeden önce Cülmüt Uzman'dan okumasını rica ettim.

■ Günlüklerden yararlandınız mı? Daha doğrusu Mazhar Osman günlük tutar mıydı?

Bildiğim kadarıyla hayır! Ancak İstanbul Seririyatı'nda sadece popüler tıp bilgileri vermekle yetinmeyip gezdiği ülkeleri, dinlediği konserleri, gördüğü filmleri, okuduğu kitapları anlattı. Gündelik yaşamından kesitler sundu. Ailesinden, çocuklarından bahsetti. Bazı arkadaşlarının tasvirlerine yer verdi. Kimi zaman da çocukluk ve ilk gençlik anılarını aktardı.

■ Kendisi önce kadın doğum ihtisası yapmak istiyor, olmayınca psikiyatridi tercih ediyor. Bunun hikâyesini kısaca anlatır mısınız?

Mazhar Osman, "Seririyat"ta dönemin ünlü kadın doğumcusu Besim Ömer Paşa'nın "akuşma"sına -herhalde doğumhane anlamında- sadece iltimaslıların girebildiğini anlatır. Yani kendisi gibi mütevazı bir banka memurunun oğluna orada yer yoktu. Çocuklarına göre- üçü de bu kanıda birleşiyorlardı-

babalarının el becerisi zayıf olduğundan herhangi bir cerrahi dalında çok başarılı olması beklenemezdi. Hocaları kadar kendi de bunun bilincinde olduğundan psikiyatridi seçmişti.

■ Mazhar Osman'ın öğrencilik ve asistanlık yılları Türkiye'nin siyasi olarak en çalkantılı dönemleri arasında. Bu dönemde birçok kişi siyasetle yakından ilgileniyor. Mazhar Osman bu dönemde siyasete nasıl bakıyor?

Bence Mazhar Osman siyaseti hiçbir zaman çok ciddiye almamış, dönemin hükümetiyle hep mümkün olduğunca barışık olmaya çalışmakla yetinmiştir. Bazı sınıf arkadaşları -Refik Saydam- gibi, siyasi hiçbir hırsı da olmamıştır. Ancak sırası gelince lafını da esirgememiş, mesleği söz konusu olunca kimsenin önünde boyun eğmemiştir. Abdülhamit'in yasağına rağmen "delilik iyileştirilebilecek bir hastalıktır" demesi, Atatürk'ün yakın çevresinden olup sevgilisini katleden Recep Zühtü'ye bütün baskılara rağmen deli raporu veremeyi reddetmesi bunun en güzel kanıtları değil midir?

■ Mazhar Osman'ın 1933 üniversite reformundan sonra tekrar üniversiteye dönüşü nasıl olmuştu? Onun gelmesiyle bazı tasfiyeler de olmuş mu?

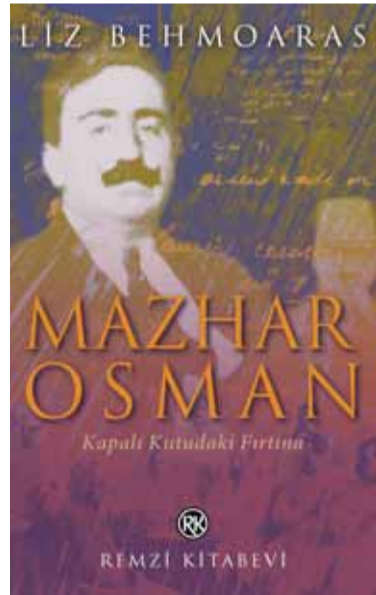
Mazhar Osman, çeyrek asır önce Darülfünun Tıbbiye'sinin Akliye şubesindeki muallim muavinliği görevinden içi kan ağlayarak ayrıldıktan sonra, 1933'te İstan-



bul Tıp Fakültesi'nin psikiyatri bölümünün "Ordinaryus Profesörü" olarak utkuyula cümle kapısından girmişti. Hiçbir zaman geçinemediği yaşlı hocası Raşit Tahsin ise kadro dışı bırakılmış, rütbesi de indirilerek emekliye ayrılmıştı. Başka tasfiyeler olduysa bunlardan haberdar değilim.

■ Sanırım oldukça da iyi kazanan bir hekimdi. Vergi rekortmenliği de olmuştu?

Evet, yine çocuklarının ve asistanlarının anlattıklarına göre çok çalışmanın yanı sıra çok da iyi kazanan ve bol para harcayıp güzel yaşamasını seven bir hekimdi. Sanırım hiçbir konuda "orta"ya, "vasat"a yer yoktu Mazhar Osman'ın yaşamında.



'Romanlaştırılmış biyografi' farkı

Bu terimi kullanan sadece ben değilim. Bütün dünyada, içinde konuşmaların geçtiği biyografi tarzına "romanlaştırılmış" ya da "dramatize edilmiş" denir. Şöyle ki okumayı kolaylaştırma ya da daha canlı kılma amacıyla kahramanlar konuşturulur, metnin akıcılığını bozmamak için "belki"lere "acaba"lara, "galiba"lara ise yer yoktur. Olgular daima yüzde yüz kesinmiş gibi sunulur. Dip not verilmez. Hatta kaynakça verme zorunluluğu bile yoktur, aynen bir romanda olduğu gibi... Yazar kahramanının yaşamında kimi boş kalmış parantezleri hayal gücünü kullanarak doldurur.

Eseri okuyan da tabii, ne tarz bir biyografi okuduğunun bilincinde olarak okumalıdır. Zaten normalde diyaloglar onu bilinçlendirmeye yeterli gelmelidir, zira yazarın onları duymuş olmasının imkânsızlığı apaçık ortada! Kişisel kanım şu ki, bu tarz sadece çok zengin, çok çeşitli ve çok sağlam bir biyografik malzemeye sahip olduğunda tercih edilebilir.



**MEDICAL
TRIBUNE**
TÜRKİYE

İK

İnsan Kaynakları

Ataköy Hastanesi'ne nöbetlere Staff Pratisyen Hekim ve gündüz Dahiliye Uzmanı aranıyor.
0212 653 93 00

Bağdat Caddesinde Muayenehaneye ortak Doktor aranıyor.
0216 369 09 69

Dahiliye, Çocuk, Genel Cerrahi Uzmanı aranmaktadır.
0212 628 13 76

Doktordan Eko-Kardiyografi-Röntgen Cihazı satılıktır.
0312 287 78 22

Lösemili Çocuklar Kenti İstanbul'da

İSTANBUL - Lösemi hastası çocuklar için önemli çalışmalar yürüten Lösemili Çocuklar Vakfı (LÖSEV) onuncu yılını kutluyor. Bugüne kadar 4.000 lösemili çocuğun tedavisini üstlenen vakıf onuncu yılında kapsamını genişlettiği çalışmalarıyla iki iddialı projeyi gündemine aldı: "İstanbul Lösemili Çocuklar Kenti Projesi" ve "Türkiye Kemik İliği Bankası Projesi". LÖSEV Kurucusu ve Yönetim Kurulu Başkanı Dr. Üstün Ezer; 10 yıllık süreçte çağın hastalığı kanser konusunda kalıcı ve topluma güven veren projelerinden bir tanesi hariç tümünü hayata geçirdiklerini belirterek, "Türkiye'nin ilk ve tek Lösemili Çocuklar Hastanesi Lösante'yi açarak bugüne kadar 310 hastayı hiçbir ücret almadan tedavi ettik. Amacımız giderek artan lösemi hastalığına karşı daha kapsamlı projeler yürütmek" diye konuştu



Doğan her çocuğa doku grupları cüzdanı

70 milyonluk Türkiye'de yaklaşık 50 bin kişilik sağlıklı veri bulunduğuna dikkat çekerek, Kemik İliği Bankası Projesi'ni hayata geçirmeyi planladıklarını açıklayan Dr. Ezer, bu rakamı 1 milyon kişiye çıkarmayı amaçladıklarını ifade etti. Akriba dışı kemik iliği bankası oluşturulmanın zorunluluğunu vurgulayan Dr. Ezer, "Türkiye geçmişte bu konuda çok kötü bir deneyim yaşadı. LÖSEV üni-

versitelerle işbirliği yaparak çok yakında bir kampanya oluşturacak. Büyük illerde yapılacak pilot çalışmalarla, kemik iliği bankası genişletilecektir. Doğan her çocuğun kimlik cüzdanı gibi kan gruplarının yanı sıra doku grupları da ücretsiz bakılarak bir banka oluşturmayı hedefliyoruz" dedi.

Lösemili Çocuklar Kenti İstanbul'a da taşınıyor

Kamuoyunun gündemine 5 yıl önce getirdikleri Lösemili

Çocuklar Kenti Projesi'nin LÖSEV'in tüm çabalarına rağmen arsa talebinin karşılıksız kalması nedeniyle hayata geçirilmediğini anlatan Dr. Ezer, projeyi İstanbul'a taşıdıklarını açıkladı. Binlerce lösemi hastasına hizmet vermesi planlanan projeye ilgili olarak Dr. Ezer şunları söyledi: "Arsanın tapusunu istemiyoruz, kamu yararına çalışan bir vakıf olan LÖSEV'e tahsis edilmesini istiyoruz. 5 yıldır bütün taleplerimize rağmen her defasında başka bir nedenle oyalandık. Ankara'daki taleplerimiz sonuçsuz kalınca İstanbul Burgaz'da Milli Emlak Genel Müdürlüğü'ne ait 13 dönümlük bir sağlık alanı talebi yaptık. Tüm mimari detayları hazır olan bu projeye izin verilmesi durumunda 18 ayda tamamlamayı hedefliyoruz."

Yüzde 87'si yoksul ailelerden geliyor

LÖSEV'in 10 yıldır kendi-



sine başvuran tüm hastalar ve yakınlarından aldığı bilgileri kayıt altına aldığı belirten LÖSEV Genel Koordinatörü Hülya Ünver de elde ettikleri istatistikler hakkında bilgi verdi. Lösemi hastalığına yakalananların yüzde 87'sinin yoksul aile çocuğu olduğunu ve bunların yüzde 11'inin hiç geliri olmadığını anlatan Ünver, her yeni tanı alan lösemili çocuğa 2 bin YTL karşılıksız sağlık yardımı

yaptıklarını söyledi. 2006 - 7 yılında vakfa başvuran yeni hasta sayısının 1260, maddi ve sosyal destek alanların sayısının 3864 olduğunu belirten Ünver, "Aynı dönemde yapılan sağlık ve tedavi yardımlarımız 4 milyon 397 bin YTL oldu. Vakfımızca yapılan eşya - gıda - giysi, yol ve aile yardımları ile sosyal etkinlikler, eğitim ve diğer yardımların toplamı 10.206.244 YTL'dir" dedi.



Novartis'den Anadolu'nun sesleri ve dansları

İSTANBUL - Novartis tarafından hazırlanan "Sesler ve Danslar" adlı kitap, dünyanın en zengin halk oyunu karakterine sahip olan ülkemizin müzikleri ve danslarının hikayelerini anlatıyor. Fotoğraf sanatçıları Bennu Gerede, Merih Akoğul, Sıtkı Kösemem, Cengiz Karlıova ve Tahsin Aydoğmuş'un objektifinden yansıyan karelere, Bilge Egemen'in 35 hikayesinin eşlik ettiği kitabın yaratıcı yönetmenliğini ise Murat Patavi yaptı.

Novartis Türkiye Başkanı Güldem Berkman, Novartis Kültür Yayınları tarafından yayınlanan "Sesler ve Danslar" adlı kitapla Anadolu topraklarında yaşayanlarca tasarlanmış, yaratılmış, uygulanmış ve nesilden nesile aktarılmış kimi oyun ve çalgıları fotoğraf ve metinlerle kayıt altına almaya çalıştıklarını belirtti. Berkman, "Kaybolmaya yüz tutmuş kültürel değerleri gün ışığına çıkarmanın var olan kültür ve sanat birikimini gelecek kuşaklara aktarmanın Novartis'in sosyal sorumluluk anlayışının bir parçası olduğuna inanıyoruz" dedi.



Üniversite hastanelerinin çocuk servislerine özel katkı 3M'nin çocuk odaları kampanyası devam edecek

İSTANBUL - Çocuklara yönelik sosyal sorumluluk projelerini sürdüren 3M Türkiye, 2004 yılından bu yana Türkiye'nin çeşitli bölgelerinde hizmet veren 10 üniversite hastanesinde tedavi

gören çocuklar için hazırladığı oyun alanlarının sayısını 2008 yılında artırmayı hedefliyor.

Türkiye'nin çeşitli bölgelerindeki üniversite hastanesinin çoğunlukla pediatrik on-

koloji ve kardiyoloji bölümlerinde tedavi gören çocuklar için oyun alanları, bekleme salonları ve muayene odaları hazırlayan 3M Türkiye, çocukların sağlık durumlarını riske atmayacak oyuncakları da temin ediyor. Yaptıkları çalışmalarla ilgili bir değerlendirme yapan 3M Türkiye Genel Müdürü Dr. Gregg Bennett, 3M'nin kurumsal sorumluluk ve kalkınma politikası ile büyümeye yönelik çalışmalarının devam edeceğini belirtti. 3M Türkiye'nin sosyal sorumluluk çalışmaları çerçevesinde, çocukların daha sağlıklı ve mutlu bir geleceğe sahip olmalarının büyük önem taşıdığını söyleyen Dr. Gregg Bennett, 2008 yılında çocuklara yönelik farklı projeler gerçekleştirmek istediklerini söyledi.

