

# TÜBERKÜLOZ TEDAVİSİNDE HASTA UYUMU VE ÇOK-İLACA DİRENÇLİ TÜBERKÜLOZ HASTASINA YAKLAŞIM

Şeref ÖZKARA

## TÜBERKÜLOZ TEDAVİSİNDE HASTA UYUMU

Tüberkülozda kemoterapi dönemi, streptomisin (SM) bulunması ile başlamış ve 1950'li yıllardan sonra kombine tedavi rejimleri uygulanmaya başlanmıştır. İzonyazid (İNH), SM ve para-aminosalisilik asidin (PAS) birlikte kullanıldığı tedavilerin süresi 24 aydır. İNH, rifampisin (RİF) ve pirazinamid (PZA) içeren rejimlerle de altı aylık tedavi yeterli olmaktadır. Tedavi her ne kadar 24 aydan 6 aya inmişse de, bu halâ uzun bir süredir.

Hastaların tüberküloz tedavisini yeterli süre ve düzenli olarak sürdürmeleri konusunda ciddi sorunlar vardır. Tedaviye hastaların uyması ile ilgili araştırmalar ve tartışmalar, bugün bütün dünyada, tüberküloz hastalarına ortak yaklaşım konusunda yönlendirici sonuçlar doğurmuştur. Doğrudan gözetimli tedavi (DGT) olarak adlandırılan, her hastaya, her doz ilacı bir kişinin gözetiminde uygulaması bu deneyimlerin sonucu olarak ortaya çıkmıştır.

### Tüberkülozda Tedavinin Önemi

Tüberkülozun kontrolünde başarılı olamama nedenlerini Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) şu şekilde sıralamaktadır:

- Politik destek ve bütçe desteğinin yetersizliği,
- Sağlık örgütlenmesindeki yetersizlik,
- Olguların yetersiz idaresi (tanı konulmuş olgularda kür sağlamadaki başarısızlık),
- BCG'ye fazla güvenme.

Bu değerlendirmeye göre, tüberkülozun kontrolünde, tedavinin başarıyla yürütülmesi, sonlandırılması ve bunu sağlamada yönetim, bütçe ve sağlık örgütlenmesi desteğinin sağlanmasının esas olduğu anlaşılmaktadır(8).

### Tedavi Uyumsuzluğunun Boyutları

Uzun süreli diğer tedavilerde olduğu gibi, tüberküloz hastalarının tedaviye uyumu önemli bir sorundur. Bu sorun, bütün ülkelerde vardır. Bir literatür taramasında, tüberkülozda %20-50 hastada tedavi uyumsuzluğunun olduğu görülmüştür(2).

Ülkemizde bu konuda yapılan çalışmalarda da hastaların tedaviye uyum oranları %50'den daha düşüktür(6). Bu konuda verem savaşı dispanserlerinden Nisan ya da Mayıs 1997 tarihinde bildirim yapılan formlar incelenmiş ve bir ayda ilacı verilen hastaların yüzdeleri çıkarılmıştır. İlacı verilen hastaların yüzdesi ile kaç dispanserin bunu uyguladığı Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tedaviye uyumsuzluk gösteren hastaların %55'i ilk üç ayda, %20.9'u dördüncü ve beşinci aylarda, %24.1'i de daha sonraki aylarda uyumsuzluk göstermişlerdir(7).

Tablo 1. İlaç verilen hastalar ve bunu uygulayan dispanserlerin oranı.

İlaç verilen hastalar	Dispanserlerin yüzdesi
% 75 ve daha fazla	53.6
% 50 - % 74	21.5
% 25 - % 49	16.0
% 25 ve daha az	8.9

### Tedavi Uyumsuzluğunun Sonuçları

Tedaviye uyumsuz hastalarda tedavi başarısızlığı yüksek oranlarda görülmekte; ilaç direnci daha fazla gelişmektedir. Yeni tedaviler hem daha toksik ve uzun süreli, hem de daha pahalıdır ve ayrıca hastaların işlerinden uzak kalmaları nedeniyle ek maliyetler ortaya çıkmaktadır. Tedavilerinin başarıyla tamamlanmamış olması nedeniyle ölümlerinde artışlar olmaktadır. Daha çok hastanın kendisini ilgilendiren bu sorunlar yanında, hastanın basil saçmayı sürdürmesi, özellikle de ilaca dirençli basiller saçması nedeniyle ciddi bir halk sağlığı sorunu olmaktadır.

### Kim Sorumlu?

Tedavi uyumsuzluğu nedeniyle hastaları suçlayan anlayışlar vardır; bu yanlıştır. Şüphesiz tedavisini düzenli sürdürmemekte hastanın sorumluluğu vardır. Fakat, hastanın tedaviyi sürdürmesinin sağlanması, bunun yöntemlerinin geliştirilmesi ve uygulanmasının hekimin ve sağlık sisteminin sorumluluğu olduğu açıktır. Pratikte de bu yaklaşım başarılı olmaktadır.

### Uyum Davranışını Etkileyen Unsurlar

Hastaların tedaviye uyumsuzluklarının nedenleri ile ilgili çok sayıda çalışma yapılmıştır. Kocabaş ve ark.(6)'nın yaptığı bir çalışmayı özetleyerek ülkemizdeki durumdan kısaca söz etmek istiyorum. Tokat il merkez verem savaş dispanserine Temmuz 1985 tarihinde kayıtlı 433 hastadan 242'sinin (%56) iki ay ya da daha fazla tedaviye ara verdiği saptanarak bu gruptaki kişilere anket uygulanmıştır.

Hastaların yeterli eğitilmemeleri ve yeterli ev ziyareti yapılmaması ile ilgili nedenler %39.2; tedavi programının yeterli düzeyde organize edilememesi %35.5; dispanser personelinin olumsuz tutum ve davranışları %16.1 oranında uyumsuzluk nedeni oluşturmuştur.

Yukarıdaki üç grubu oluşturan 16 neden içinde ilk yedisi Tablo 2'de sıralanmıştır.

Tablo 2. Tedaviye uyumsuzlukta ilk yedi neden ve oranları.

Tedaviye uyumsuzluk nedeni	%
Yakınmalarım geçmişti, kendimi iyi hissediyordum	18.2
Çok işim vardı	14.8
Hastalık ve tedavisi hakkında dispanserde yeterli bilgi verilmedi	11.5
Hasta belirtilen adreste bulunamadı	11.1
Yeterli ilaç verilmiyordu	8.3
Ailevi sorunlarım vardı	8.3
Dispansere gelmek için yol param yoktu	7.4

Yine aynı çalışmada şehirde oturan hastaların %47'si uyumsuz iken, köyde oturanların %70'i uyumsuz bulunmuştur; dispansere 40 km'den daha uzak oturanlarda uyumsuzluğun arttığı görülmektedir(6).

## Uyumsuz Olması Beklenen Gruplar

Bir hastanın uyumlu olup olmayacağını önceden bilmenin imkanı yoktur. Eğitim, ekonomik ya da sosyal durum, diğer bir çok özellik hastanın ilaçlarını düzenli kullanacağı konusunda bize bilgi vermemektedir. Uyumsuz olması beklenebilecek bazı hasta gruplarını yine de sıralamak gerekirse(10):

• Daha önce tedavisini (tb ya da tb dışı tedavileri) tamamlamada sorunları olan hastalar,

- İlaç bağımlıları, uyuşturucu kullananlar, alkolikler,
- Mental, fiziksel ve duygusal bozuklukları olanlar.

Bu gruplar dışında en güvenilir olması gereken kişilerin, özellikle sağlık çalışanlarının uyumsuz olabildikleri de gözlenmiştir.

## Uyumu Artırmak İçin Öneriler

1. Hasta eğitimi büyük önem taşımaktadır. Hasta eğitiminde anlaşılır bir dil kullanmak gereklidir. Hastanede yatan hastalara toplu olarak tüberküloz konusunda temel bilgiler verilebilir.

Her hasta ile bire-bir, uyum gösterme konusundaki görüşlerini dinlemek ve sorunlarını öğrenmek yararlı olacaktır. Bu konuda hastanın kafasındaki yanlış bilgiler ya da kurguları (mitleri) açığa çıkarmak, hastanın tedaviye ne kadar güvendiğini anlamak, tedaviye uyumsuz olacağını düşünüyorsa bunun nedenlerini dinlemek önemli yararlar sağlayacaktır. Yani, hastanın ihtiyaçlarını ve düşüncesini bilmek zorundayız. Ancak bu şekilde hastayı bilgilendirip cesaretlendirebiliriz(2).

2. Tedavi sonuçlarının düzenli izlenmesi tüberküloz kontrol programının vazgeçilmez bir parçasıdır. Tüberküloz tedavisi alan hastaların sürekli kesitsel analizinin yapılması ile: tedaviyi tamamlama, bakteriyolojik kür, tedaviye ara verme, nakil, ölüm, tedavisi başarısız kalanlar şeklinde tedavi sonuçlarının kaydedilmesi DSÖ ve Tüberküloz ve Akciğer Hastalıklarına Karşı Uluslararası Birlik (International Union Against Tuberculosis and Lung Disease-IUATLD) tarafından önerilmektedir(3,8). Bu analizler tüberküloz hastalarının tedavilerini yürüten sağlık çalışanlarının, yaptıkları işi değerlendirmelerine ve hastaların uyumlarını artırmak için çaba göstermelerine yardımcı ve teşvik edici olmaktadır.

3. Kombine ilaç preparatlarının, hem kullanım kolaylığı sağladığı hem de tek ilaç tedavisine engel oluşturduğu belirtilmektedir(4). Bu konuda ülkemizde bir çalışma yapılmamıştır. Kombine ilaç preparatlarının kullanılmasına karar verilirse bu ilaçların biyoyararlanımının iyi değerlendirilmesi gerekmektedir.

4. Hastalara teşvik edici yardımlar, destekler sağlanması. Bu, ülkemizde verem savaşı derneklerince yapılan ve yararlı olduğu bilinen bir uygulamadır.

5. Tedavinin ve kontrollerin ücretsiz olması. Sosyal güvencesi olmayan hastalar, hastane ya da özel hekim tarafından izlendiğinde ilaçlarını düzenli ve yeterli miktarda almaları sorun olabilmektedir. Verem savaşı dispanserleri, kısa süreli eksiklikler dışında, ilaçları sürekli sağlamaktadırlar. Tüberküloz ilaçlarının ücretsiz sağlanması, tedavi uyumu açısından büyük önem taşımaktadır.

6. Hastanın kontrole gelmesinin yakından izlenmesi. Bu, verem savaşı dispanserinin işidir ve dispansere verilmesi de gereklidir. Dispanser kayıt sisteminin buna göre düzenlenmesi yanında, dispanser çalışanlarının da bu bilinçte hareket etmeleri gereklidir.

7. Tedavinin uygulanma düzeni, ilaçların yutulması gereken saatler ve hastanın yaşamı ile ilaç kullanımının uyumu için hasta ile konuşulması ve uygun düzenlemeler

yapılması önerilir.

8. Hasta ile ilaçları düzenli yutacağına dair bir anlaşma imzalanabilir.

9. Sağlık personelinin eğitimi: Yukarıda sayılan bütün konuları, özellikle hasta eğitimini ve hasta izlenmesini ancak bu işleri yürütmekle görevli kişilerin eğitilmiş olmaları ile başarabiliriz. Tüberküloz ile mücadelede hastalıkla ilgili tıbbi bilgiler kadar konunun halk sağlığı-sosyal çalışma yönünün de öğretilmesi gereklidir.

### Doğrudan Gözetimli Tedavi (DGT)

Doğrudan gözetimli tedavi (DGT), İngilizce kaynaklarda "directly observed treatment, DOT" olarak geçmektedir. Bu terimle ifade edilen şey, hastaya her bir doz ilacın, görerek içirilmesidir. İlaç içiren kişi, bir sağlık çalışanı olabilir, öğretmen gibi görevlendirilmiş bir kişi ya da bu sorumluluğu üstlenen bir başka kişi olabilir. Haftada iki ya da üç doz şeklindeki intermittan uygulamanın günlük uygulama kadar başarılı olması, bu tedaviye imkan vermektedir. DGT, tedavi uyumsuzluğu konusunda en esaslı çözümü sunmaktadır.

DGT, bugün dünyada yaygın olarak uygulanmaktadır ve büyük bir başarı kazanmıştır. DSÖ tarafından DOT ve DOTS kısaltmaları ile ifade edilen iki kavram vardır. DOTS, bir strateji olarak, tüberküloz kontrol programının ana unsurlarını içeren bir 'marka' olarak kabul edilmektedir. DOT, beş maddelik DOTS stratejisinin bir maddesidir(8).

DSÖ'nün 1997 raporunda, bütün dünyada 1994 yılında tedaviye alınan hastaların tedavi sonuçları Tablo 3'de gösterilmiştir(14).

Tablo 3. 1994 yılında tedaviye alınan hastalarda tedavi sonuçları(14).

Tedavi stratejisi	Kayıtlı hasta sayısı	Değerlendirilen hasta sayısı	Değerlendirilen/kayıtlı (%)	Tedavi başarısı* (%)
DOTS				
Uygulayan	244,662	224,416	91.7	76.5
Uygulamayan	551,444	295,189	53.5	41.2

\*Tedavi başarısı, tedaviyi tamamlayanlarla kür sağlanan hastaların kayıtlı hastalara oranını göstermektedir.

DOTS uygulanan ülkelerde hastalara her doz ilaç gözetim altında içirilirken, uygulanmayan ülkelerde hastalar ilaçlarını kendileri yutmaktadırlar. Bunun sonucunda ilaçlarını kendileri yutan hastaların tedaviye uyumsuzlukları çok fazla olmaktadır. Bu tabloda dikkati çeken nokta, DOTS uygulanan bölgelerde tedavi sonucunda değerlendirilen hastaların oranının yüksekliğidir. DOTS uygulanmayan ülkelerde tedavi sonuçları yaklaşık hastaların yarısında bilinmektedir. Sonuçta bilinen tedavi başarıları arasında da çarpıcı bir farklılık vardır.

DGT uygulamasının Kuzey Teksas, Forth Worth'deki sonuçlarını gösteren bir çalışma Tablo 4'de sunulmuştur(12). Altışar yıllık iki tedavi şeklinin yarattığı etkileri gösteren bu çalışmada DGT ile sağlanan başarı görülmektedir.

Tablo 4. DGT uygulaması sonuçları(12).

	Klasik tedavi 1980-1986 n=407 n (%)	DGT 1986-1992 n=581 n (%)	p
Toplam nüfus	185 (20.9)	32 (5.5)	<0.001
Çok-ilaca dirençli tb	185 (20.9)	32 (5.5)	<0.001
Primer direnç	53 (13.0)	39 (6.7)	<0.001
Sekonder direnç	39 (10.3)	8 (1.4)	<0.001

DGT, hastaların tedavilerini başarıyla tamamlamalarını sağlayarak tüberküloz kontrolunda belirgin iyileşme sağlamaktadır: basil çıkaran hastalara "kimyasal izolasyon" uygulayarak ve hızla iyileşmelerini sağlayarak bulaşmayı azaltmakta; tedavi süresince hastanın gözetimini sağlamakta (yan etkiler, diğer sorunlar); toplumda hastalık insidansını ve ilaç direnci oranlarını düşürmektedir. Her ülkede bütün tüberküloz hastalarına DGT uygulanması belki de dünyada tüberküloz ile mücadelede en önemli başarıyı sağlayacaktır.

### **ÇOK-İLACA DİRENÇLİ TÜBERKÜLOZ (ÇİD-TB) HASTASINA YAKLAŞIM**

Tüberkülozda ilaç direnci kavramı, tüberküloz ilaçlarının bulunması ile başlamıştır ve günümüzde tüberküloz kontrolunda önemli bir sorun olmayı sürdürmektedir. Son yıllarda dünyada ÇİD-TB konusuna büyük bir ilgi vardır. Bunun nedeni, özellikle ABD'de ve Avrupa'da HIV müspet hastalarda ÇİD-TB salgınlarmının ortaya çıkması ve bu hastalarda daha yüksek mortalite görülmesidir. DSÖ, 1994 yılında dünya çapında tüberküloz ilaç direnci ile ilgili başlattığı çalışmayı 1997 yılında tamamlayarak yayımlamıştır(10). Araştırmada 22 "supranational reference laboratory" kullanılmıştır. Bu araştırmada, beş kıtada da ÇİD-TB'un var olduğu ve direncin bir sorun olduğu görülmüştür. Bazı sıcak noktalarda (Avrupa'da Litvanya, Estonya, Rusya; Amerika'da Dominik Cumhuriyeti ve Arjantin; Afrika'da Fildişi Sahilleri'nde; Asya'da daha yaygın) ÇİD-TB oranları yüksek bulunmuştur.

#### **İlaç Direnci İle İlgili Tanımlar**

İlaça dirençli olgu, en az bir tüberküloz ilacına dirençli basille hastalanmış olgudur.

Primer ilaç direnci, daha önce tüberküloz ilacı almayan hastanın basiline görülen ilaç direncine denir.

Başlangıç (inisiyal) ilaç direnci, ilaç direnci olan bir yeni olguda daha önce tüberküloz ilacı kullanıp kullanmadığı konusunda kesin bilgi sahibi olunamadığı durumda primer ilaç direnci yerine kullanılan terimdir. Bu terim, primer ilaç direncini ve açığa çıkmamış kazanılmış ilaç direncini içerir.

Kazanılmış (sekonder) ilaç direnci, daha önce kullanılmış tüberküloz ilaçlarına bağlı gelişen ilaç direncidir.

Çok-ilaca dirençli tüberküloz (ÇİD-TB) (İngilizce "multi-drug resistant tuberculosis: MDR-TB), izoniyazid ve rifampisine dirençli ya da bunlarla birlikte diğer ilaç ya da ilaçlara dirençli basil çıkaran olgulardır.

#### **Tüberkülozda İlaç Direncini Önlemek**

Tüberkülozda ilaç direncini önlemek için yeni olguları iyi tedavi etmeliyiz. Burada iyi tedaviyle anlatılmak istenen, yeterli sayıda ilaçla, düzenli olarak ve yeterli süre tedavidir. Bu konuda yapılacak ikinci önemli şey, daha önce tedavi almış hastalarda, duyarlılık testi sonuçları ile birlikte, hastaların özelliklerini belirleyerek, nüks, tedaviye ara verip dönen, tedavi başarısızlığı ve kronik hasta gruplarına uygun tedaviler vermektir. Dirençli hastaların uygun tedavi ile menfileşmelerine kadar izolasyonları da önem taşımaktadır. Çünkü, dirençli hastaların bulaştırıcı olduğu bilinmektedir.

#### **Tüberküloz Hastasında Direnç Durumu İle İlgili Karar Verme**

Daha önce tedavi almamış bir hastada, basili aldığı kaynak kişide ilaç direnci varsa, ilaç direncinden şüphelenebiliriz. Duyarlılık testi sonuçlarına göre hastanın in-vitro ilaç direnci olup olmadığı anlaşılır. Düzenli tedavi alan bir hastada, iyileşme olmazsa

bu hastada gerçekten direnç vardır.

Laboratuvardan raporlanan in-vitro ilaç direncinin doğruluğu ve buna bağlı olarak güvenilirliği konusunda soru işaretleri vardır. Bu konuda İngiltere ve ABD'de (güvenilir) laboratuvarlarda yapılan çalışmalarda, aynı suşun direnç paterni konusunda laboratuvarlar arasında belirgin farklılıklar ortaya çıkmaktadır(11). DSÖ'nün yaptığı dünyada tüberküloz ilaç direnci ile ilgili çalışmanın planlanmasında "Supranational Reference Laboratories" (SRLs) kurulmuş, bu "ülkeler üstü" laboratuvarların duyarlılık testlerinde %96 uyumluluk olduğu görülmüştür. Ülkemizde halen bu SRLs ile birlikte çalışan bir ulusal referans laboratuvarı yoktur ve ülkemizdeki tüberküloz laboratuvarlarında kalite kontrol çalışması yapılmamaktadır.

Ülkemizde laboratuvarda ÇİD-TB yani İNH+RİF direnci raporlanan hastaların HRZE tedavisi ile iyileştikleri görülmektedir. İkinci bir gözlem de aynı hastamızın bir-iki ay ara ile bakılan duyarlılık testi sonuçlarında belirgin farklılıklar olabilmektedir. Yaşadığımız bu iki gerçek de in-vivo ve in-vitro ilaç direnci farklılığına işaret etmektedir.

Tedavi sırasında iyileşmeyen hasta ile anlatılmak istenen tedavinin beşinci ayında ya da daha sonra basil müsbetliğinin devam etmesidir. Bu hastalar için "tedavi başarısızlığı" terimini kullanmaktayız. Daha önce en az iki kez tüberküloz tedavi rejimi kullanmış ve halâ aktif tüberkülozlu hastaları da "kronik olgu" olarak adlandırıyoruz. Tedavi başarısızlığı ya da kronik olgularda dirençli olma olasılığı çok yüksektir. Nüks olgularda yani, tedavisini başarıyla tamamlamış ve yeniden basil müsbetliği ortaya çıkmış hastalarda ve tedaviye ara verip dönmüş hastalarda dirençli olma olasılığı düşüktür.

Hastaların direnç durumlarına, daha önceki tedavilerinin ayrıntılarını öğrenerek ve duyarlılık testi sonuçları ile karar veriyoruz.

### **Dirençli Hastaya Yaklaşım**

Daha önce tedavi almamış bir hastada, laboratuvardan ilaç direnci sonucu, klasik yöntemlerle iki buçuk, üç ayda gelmektedir. Bu süre içinde hastaya verilecek tedavi rejiminin büyük önem taşıdığı açıktır. Bu nedenle başlangıç ilaç direncinin bir toplumdaki yaygınlığı dikkate alınarak tedavi rejimleri oluşturulmaktadır. Yani başlangıç tedavisinde kullanılacak ilaçlarla ilgili karar, o ülkedeki direnç oranlarına göre merkezi bir karar olmak zorundadır. Bu konuda, %4'den fazla primer İNH direnci olan ülkelerde İNH, RİF ve PZA'ya ek dördüncü ilacın kullanılması önerilmektedir. Ülkemizde bu nedenle, başlangıç tedavisine dört ilaçla başlanması zorunludur. İNH, RİF, PZA ile birlikte dördüncü ilaç olarak EMB ya da SM kullanılan rejimlerde başlangıç İNH direnci, SM direnci ya da İNH+SM'e birlikte direnç varlığı tedavi sonucunu etkilememektedir(9). Bu ilaçlara direnç gelse de, 2 ay HRZE ya da HRZS ve idame olarak 4 ay HR kullanılması başarılı tedavi için yeterli olmaktadır (H=İNH, R=RİF, Z=PZA, E=EMB, S=SM).

Başlangıçta RİF direnci olması tedaviyi etkilemektedir(9). Başlangıçta RİF direnci olan hastalarda tedavi süresi en az 12 aydır ve İNH, EMB, PZA'nın (üç ilaç), bu süre boyunca sürekli kullanılmaları önerilmektedir.

Başlangıçta İNH+RİF direnci olan hastaların tedavisinde ciddi sorunlar vardır.

Dirençli hastaların en çok görüldüğü grup önceden tedavi almış ve tedavisini başarıyla tamamlayamamış, ya da birden fazla tedavi rejimi uygulamış hastalardır. Bu hastaların tedavileri özellik göstermektedir.

ÇİD-TB hastasında yeni bir tedavi gereklidir. Bu tedaviye karar verirken duyarlılık testleri ile birlikte hastanın daha önce kullandığı ilaçları dikkate alıyoruz. Daha önce iki

aydan fazla kullandığı ve buna rağmen basil menfiliği sağlamamış ilaçları kullanmama-ya çalışıyoruz. Bu bilgileri edinebilmek için hastanın bütün tedavi kayıtlarını ve öyküsünü öğrenmek için özel çaba gösterilmektedir. Yeni tedavide en az 3, tercihan 5-6 ilaç kullanılmaktadır. Bu ilaçları 24 ay süreyle kullanmak gereklidir(5). İlaçları belirlerken amaç kür sağlamak olmalıdır.

Hastaların yeni tedavide kullandıkları ilaçlar, daha fazla yan etkiye sahip ve toksik, daha pahalı, etkileri de birinci grup tüberküloz ilaçları (İNH, RİF, PZA, EMB, SM) kadar fazla değildir. Bu tedaviyi, uyumu sağlamak, yan etkileri kontrol etmek için genellikle hastayı, hastanede uzun süre yatırarak yapıyoruz. ÇİD-TB hastasının tedavisinde kaviteli ya da yaygın lezyonu olan akciğer bölgesine/bölgelerine rezektif cerrahi uygulanması genel kabul gören bir yaklaşımdır(5).

DSÖ'nün önerileri(1) ve 1996 Temmuz'unda Ankara'da toplanan Verem Danışma Kurulu kararları, ÇİD-TB hastalarının özel merkezlerde tedavisini önermektedir. Bu tedaviyi yapacak olan özel merkez, hastaları uzun süreler yatırabilecek, duyarlılık testlerini yapabilecek, basil çıkarmakta olan ÇİD-TB hastasına rezektif cerrahi yapabilecek bir kurum olmalıdır. Bu özellikler yanında, bu tür hastalar ile ilgili bilgi ve deneyime sahip uzmanların bulunduğu merkezler olmalıdır. Verem savaşı dispanserlerinin bu hastaların tedavisindeki rolü, hastanın izlenmesinde yardımcı olmak ve hastalarla ailelerine sosyal destek sağlamaktır. Tedaviyi ilgili merkez planlayıp yürütmelidir.

#### KAYNAKLAR

- 1- Crofton J, Chaulet P, Maher D, Grosset J, Harris W, Horne N, Iseman M, Watt B: *Global Tuberculosis Programme. Guidelines for the Management of Drug-Resistant Tuberculosis*, World Health Organization, WHO/TB/96.210 (Rev 1), Geneva (1997).
- 2- Cuneo WD, Snider DE: Enhancing patient compliance with tuberculosis therapy, *Clin Chest Med* 10:375 (1989).
- 3- Enarson DA, Rieder HL, Arnadottir T: *Tuberculosis Guide for Low Income Countries*, International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, Paris (1994).
- 4- Fryatt RJ: Foreign aid and TB control policy in Nepal, *Lancet* 346:328 (1995).
- 5- Iseman MD: Treatment of multidrug-resistant tuberculosis, *N Engl J Med* 329:784 (1993).
- 6- Kocabaş A, Akkaya T, Gidener S: Tüberkülozlu hastalarda tedaviye uyumsuzluk sorunu, *Tüberküloz ve Toraks* 33:258 (1985).
- 7- Kocabaş A, Burgut R, Kibaroglu E, Bozdemir N, Seydaoglu G: Verem savaşı dispanserlerinde sürdürülen tüberküloz tan ve tedavi çalışmalarının etkinliği (ön rapor), *Tüberküloz ve Toraks* 42:99 (1994).
- 8- Maher D, Chaulet P, Spinaci S, Harries A: *For World Health Organisation. Global Tuberculosis Programme. Treatment of Tuberculosis: Guidelines for National Programmes*. 2.baskı, WHO/TB/97.220, Geneva (1997).
- 9- Mitchison DA, Nunn AJ: Influence of initial drug resistance on the response to short-course chemotherapy of pulmonary tuberculosis, *Am Rev Respir Dis* 133:423 (1986).
- 10- Pozsik CJ: Compliance with tuberculosis therapy, *Med Clin North Am* 6:1289 (1993).
- 11- Toman K: *Tuberculosis. Case Finding and Chemotherapy. Questions and Answers*, s.173, World Health Organisation, Geneva (1979).
- 12- Weis SE, Slocum PC, Blais FX, King B, Nunn M, Matney B, Gomez E, Foresman BH: The effect of directly observed therapy on the rates of drug resistance and relapse in tuberculosis, *N Engl J Med* 330:1179 (1994).
- 13- World Health Organisation: *Global Tuberculosis Programme. Anti-tuberculosis Drug Resistance in the World*. The WHO-IUATLD Global Project on Anti-Tuberculosis Drug Resistance Surveillance, WHO/TB/97.229, Geneva (1997).
- 14- World Health Organisation: *Global Tuberculosis Programme. Global Tuberculosis Control*. WHO Report 1997, WHO/TB/97.225, Geneva (1997).