

Dispanser ve göğüs hastalıkları klinikleri arasında tüberküloz tanısına yaklaşımlarının karşılaştırılması ve uygulamadaki hatalar

Abdurrahman ABAKAY (*), Özlem ABAKAY (**), A. Çetin TANRIKULU (***), Mehmet COŞKUNSEL (**)

ÖZET

Tüberküloz (TB) günümüzde hala ülkemiz için önemli bir halk sağlığı problemi olmaya devam etmektedir. Bu önemli soruna karşı yürütülmekte olan ulusal kontrol programımızın uygulanmasında Verem Savaş Dispanserlerine (VSD) önemli görevler verilmiştir. Bu çalışmada, Diyarbakır 1 no.lu VSD ve göğüs hastalıkları klinikleri arasında TB' a tanı koyma yöntemlerinin karşılaştırılmasını amaçladık.

Diyarbakır 1 no.lu VSD' de son 3 yıl içinde (Ocak 2002-Aralık 2004) TB tanısı alan 916 hasta arasından -popülasyonu temsil etmek üzere- istatistiksel yöntem olarak "Sistemik Örneklem Yöntemi" ile 360 dosya retrospektif olarak incelendi.

Hastaların 270' i (% 75) akciğer TB, 90' ı (% 25) akciğer dışı organ TB idi. Akciğer TB tanısı alan olguların 172' sinin (% 63.7) yayma pozitif, 98' inin (% 36.3) yayma negatif olduğu saptandı. Ayırıcı tanı olanağı olan göğüs hastalıkları kliniklerinde (2. basamak ve 3. basamak sağlık kurumlarında) tanı alan 162 akciğer TB hastasından 117' sine (% 72.2) bakteriyolojik yöntemlerle (balgamda asido-resiztan bakteri (ARB) pozitifliği, balgamda kültür pozitifliği, bronşial lavajda ve mide açlık suyunda ARB pozitifliği) tanı konduğu, 45 (% 27.8) hastaya bakteriyolojik olmayan yöntemlerle (klinik, radyolojik, tüberkülin cilt testi,...) tanı konduğu saptandı. VSD tarafından tanı konulan 90 akciğer TB hastasının 58' ine (% 64.4) bakteriyolojik yöntemlerle, 32' sine (% 35.6) bakteriyolojik olmayan yöntemlerle tanı konduğu saptandı.

VSD' de bakteriyolojik olmayan yöntemlerle tanı alan 32 hastanın 15' inde (% 46.8) tedaviye yanıt alınmadığı ve sonrasında ayırıcı tanı olanağı olan merkezlerce TB tanısının hatalı olduğu saptandı. Hastalara uygulanan tedavi süresi açısından değerlendirildiğinde ortalama tedavi süresi 7.51 ± 2.90 ay olarak tespit edildi. Hastalara verilen tedavi rejimleri veya sürelerinin tespitinde 56 (%15.6) olguda bazı yanlışlar (uygun olmayan rejim, tedavinin gereğinden kısa veya uzun tutulması) yapıldığı saptandı.

VSD' de bakteriyolojik olmayan yöntemlerle TB tanısı konduğunda hata oranının yüksek olduğu saptandı. Ayırıcı tanıya yönelik çalışmalar sonucu çoğu hastada TB dışı nedenler saptandığından bu hastalara hemen TB tedavi vermek yerine ulusal TB klavuzunda belirtildiği gibi ayırıcı tanı olanakları olan merkezlere yönlendirilmesi daha doğru bir yaklaşım olacaktır.

Anahtar kelimeler: Tüberküloz, yanlış tanı, balgam yayması

SUMMARY

Comparison of approaches in tuberculosis diagnosis between dispensary and chest diseases clinics and defects into practice

Tuberculosis (TB) is an important health problem for our country. Tuberculosis control dispensaries (TCD) undertake important functions in application of national TB control programme. In this study, comparison of diagnosis methods in TB is aimed between Diyarbakır No.1 TCD and chest diseases clinics.

The data of 360 cases were investigated retrospectively in Diyarbakır No .1 TCD. Systematic sample method was used in the selection of this cases within registered 916 cases between January 2002 and December 2004.

It was found that cases were as 270 (% 75) pulmonary TB and 90 (% 25) extra pulmonary TB. Pulmonary tuberculosis cases were as 172 (% 63.7) of smear positive 98 (% 36.3) of smear negative. Bacteriological and nonbacteriological methods were used in the 117 (% 72.2) cases and 45 (% 27.8) cases of 162 cases as diagnosed at pulmonary TB chest diseases clinics, respectively. Bacteriological and nonbacteriological methods were used in the 58 (% 64.4) cases and 32 (% 35.6) cases of 90 cases as diagnosed at pulmonary TB Diyarbakır No. 1 TCD, respectively.

It was found that the diagnosis of 15 (% 46.8) cases that diagnosed by nonbacteriological methods at TCD was determined to be as false by chest diseases clinics that have different diagnosis possibility.

It was determined that the mean treatment time was 7.51 ± 2.90 month. It was found that the 56 (% 15.6) cases were made some errors according to treatment regime or treatment time.

The false rate was found to be high when used nonbacteriological methods at TCD. National TB programme is suggested that smear negative cases are sent to health centers having different diagnosis possibility. As a result of our study is in agreement this suggestion.

Key words: Tuberculosis, false diagnosis, sputum smear

Diyarbakır 1 no.lu Verem Savaş Dispanseri*; Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı**; Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı***

Son 10 yılda dünyada TB konusunda önemli gelişmeler olmuştur. Bugün dünya nüfusunun % 32'si tüberküloz basili ile infektidir, her yıl yaklaşık 8 milyon kişi TB hastalığına yakalanmakta ve yaklaşık 2 milyon insan ölmektedir ⁽¹⁾. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Küresel TB Kontrolü 2002 raporunda, 2000 yılında dünyada kayıtlı tüberkülozlu yeni hasta sayısının 3.671.973, bunların 1.529.806'sının yayma pozitif olduğu belirtilmektedir. Tahmin edilen yeni hasta sayıları ise toplam 8,74 milyon, yeni yayma pozitif olgu sayısı 3,84 milyondur. Dünyada TB sıklığı 1998 yılında 144/100.000, yayma pozitif TB sıklığı ise 63/100.000'dir ⁽²⁾. Dünyada tüberküloz hastalarının % 80'ini kapsayan, en çok hastanın olduğu ülkeler yüksek hasta yükü olan ülkeler olarak ele alınmaktadır. Bugün 22 ülke dünyadaki TB hastalarının % 80'ini barındırmaktadır. Bunlardan en çok hastanın bulunduğu 5 ülke Hindistan, Çin, Bangladeş, Filipinler ve Güney Afrika'dır ⁽³⁾.

Verem Savaşı Daire Başkanlığı tarafından DSÖ'ne gönderilen ve DSÖ 1999 raporunda yer alan bilgide: Türkiye'nin 1997 yılı nüfusu 62.774.000, yıl içinde tanı konan yeni TB hastalarının sayısı 20.778, sıklık yüzbinde 33,1'dir ⁽⁴⁾. Yine DSÖ'nün 2002 raporuna göre Türkiye nüfusu 66.668.000'dir ve tanı konulan hasta sayısı 18.038, sıklık yüzbinde 27'dir ⁽²⁾. Bu rakamların Türkiye'de tüm hastaları içermediği bilinmektedir. Özel kurumlarda, üniversitelerde, diğer hastanelerde tedavi olan ve Verem Savaş Dispanserinde (VSD) kaydı olmayan hastalar olabilmektedir. Bu şekilde dispanserlerde kayıtlı olmayan hastaların sayısı konusunda elimizde sağlam bilgiler yoktur.

Türkiye'de TB hastalığı ile başarılı bir mücadele için etkin bir kayıt sistemini içerecek ve ortak bir dil oluşturacak ulusal bir TB programının oluşturulması oldukça önemlidir. Kayıt sisteminin etkinliği mücadeledeki eksiklikleri saptamamızı ve bunlara eğilebilmemizi sağlayacaktır.

Ülkemizde ulusal bir TB programı oluşturma çabaları son yıllarda olgunlaşmış olup 1996' da "Verem Danışma Kurulu Kararları", 1998'de "Tüberküloz Hastalarının Tanı-Tedavi ve İzlenmesi" kitabı, 1999'da "Türkiye'de Tüberkülozun Kontrolü İçin Kılavuz (Tartışma İçin Taslak)" ve 2003 yılında "Türkiye'de Tüberkülozun Kontrolü İçin Başvuru Kitabı" adı altında Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanmıştır. Yayınlanan son kılavuzda TB kontrol programının yürütülmesinde

VSD'ye önemli görevler verilmiş ve hizmetler yürütülürken dikkat edilecek noktalar ayrıntılı olarak açıklanmıştır. Kılavuzda TB tanısına yönelik VSD'ye verilmiş görevler şu maddelerde belirtilmiştir: "Semptomlu ya da TB şüphelenilen her hastada mikroskopi yaparak VSD'de TB tanısını bakteriyolojik yöntemle koymak. Bu amaçla, iyi çalışan ve kalite kontrolü yapılan mikroskopik inceleme yapan bir laboratuvarı kurmak ve çalıştırmak ya da böyle bir laboratuvara her hastanın örneklerini yollamak." ve ayrıca kılavuzda TB tanısı bölümünde "Hastanın üç balgam yayması da menfi ise, tanı için ayırıcı tanı olanakları olan bir merkeze sevkı uygundur. Eğer sevk etme olanağı yoksa, geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi yapılması ve sonra yeniden değerlendirilmesi gerekir. Üç balgam yayması tekrarlanır. Yayma (-) akciğer TB tedavisine başlarken en az 3 balgam örneği kültüre gönderilmiş olmalıdır." ifadesine yer verilerek ⁽⁵⁾ VSD'ce yayma negatif hastalara tanı konulmaması ve bu tür hastaların ayırıcı tanı olanağı olan merkezlere gönderilmesi vurgulanmıştır. Bu çalışmada, Diyarbakır 1 No.lu VSD ve göğüs hastalıkları klinikleri arasında TB tanısında kullanılan yöntemlerinin karşılaştırılması ni amaçladık.

MATERYAL ve METOD

Çalışmanın verileri Diyarbakır 1 No.lu VSD'de son 3 yıl içinde (Ocak 2002-Aralık 2004) tüberküloz tanısı alan ve takipler sonucu tedavileri tamamlanan 916 hastanın dispanserde kullanılan "Tüberkülozlu Hasta İzleme Fişlerinin" retrospektif olarak incelenmesi ile toplandı. İstatistiksel yöntem olarak kayıtlı hasta popülasyonunu temsil etmek üzere "Sistemik Örneklem Yöntemi" ile seçilen 360 dosya incelemeye alındı.

TB hastalarının; yaş, cins, meslek, sosyal güvencesi, TB tipi, tanı tarihi, tanı koyan kurum, tanı koyan klinik, tanı konma yöntemi, seçilen tedavi rejimi, tedavi sonuçları, kür oranına ilişkin verileri kaydedildi. İstatistiksel analiz için veriler SPSS istatistik programı ile değerlendirildi.

BULGULAR

Hastaların 218 (% 60.6)'i erkek, 142 (% 39.4)'si kadın ve ortalama yaş 31.5±16.1 (1-76) yıl idi. Hastaların 316'sı (% 87.8) erişkin ve 44'ü (% 12.2) çocuk yaş grubundaydı. Mesleklerine göre en sık saptanan 102 (% 31.9) hasta ev hanımı, 52 (% 16.3) hasta işçi ve 76 (% 23.8) hasta işsiz gruplardı.

Hastalar bağlı olduğu bir sosyal güvenlik kurumu olup olmamasına göre incelendiğinde; olguların en büyük bölümünün 152 (% 42.2) hastanın sosyal güvencesinin

Tablo 1. DSÖ sınıflamasına göre kaynak olgularda TB tip sınıflaması (2003 raporu)

Tanı Kategorisi	n	%
Kategori 1 (yeni yayma pozitif akciğer TB, yeni yayma negatif ancak yaygın parankimal tutulumu olan olgular, yeni AD-TB' unun şiddetli formları, HIV(+) olan ağır tüberküloz formları)	200	55.7
Kategori 2 (daha önce tedavi almış yayma pozitif akciğer TB olguları: relaps, tedavi terkinden sonra tedavi, tedavi yetmezliğinden sonra tedavi)	20	5.6
Kategori 3 (HIV negatif sınırlı parankim tutulumu olan yeni yayma (-) akciğer TB ve daha az şiddetli AD-TB formları)	136	37.8
Kategori 4 (kronik ve çok ilaca dirençli TB olguları)	2	0.6
Toplam	360	100

olmadığı ve diğerlerinin 102 (% 28.3) yeşil kart, 52 (% 14.4) SSK, 34 (% 9.4) emekli sandığı, 18 (% 5.0) bağkur ve 2 (% 0.6) hastanın da özel emeklilik sigortası sahibi olduğu saptandı.

Hastalar TB tipine göre incelendiklerinde; 270 (% 75)'i akciğer TB, 90 (% 25)'i akciğer dışı organ tüberkülozu (AD-TB) olduğu saptandı. Akciğer TB tanısı alan olguların 172 (% 63.7)'sinin yayma pozitif, 98 (% 36.3)'inin yayma negatif olduğu saptandı.

Kaynak olguların içinde DSÖ'nün 2003 raporunda önerilen kategori sınıflamasına göre en büyük grubu 200 (% 55.7) hasta ile Kategori 1 hastaları oluşturmuştur, inceleme sonuçları Tablo 1'de sunulmuştur

Kaynak olgulara tanı koyan sağlık kurumları incelendiğinde; kurumlar arasında en sık 190 (% 52.8) olgu ile 2. basamak sağlık kuruluşları (göğüs hastalıkları hastanesi, devlet hastanesi) olduğu saptandı. VSD 90 (% 25) hasta, 3. basamak sağlık kurumları 80 (% 22.2) hastaya tanı koymuşlardı. Kaynak olgulara tanı koyan klinikler incelendiğinde; klinikler arasında ise en sık [196 (% 54.3) olgu] Göğüs hastalıkları kliniği olarak saptandı. Konuyla ilgili saptanan veriler Tablo 2'de sunulmuştur.

Akciğer TB tanısı konulan 270 hastanın 162'ine (% 60) göğüs hastalıkları klinikleri, 90'ına (% 33.3) VSD, 18'ine (% 6.7) diğer klinikler tanı koymuşlardır. Ayrıncı tanı olanağı olan göğüs hastalıkları kliniklerinde (2. basamak ve 3. basamak sağlık kurumlarında) tanı alan 162 akciğer TB olgusu tanı konma yöntemi açısından incelendiğinde; 117 (% 72.2) olguya bakteriyolojik yöntemlerle (balgamda ARB pozitifliği, balgamda kültür pozitifliği,

Tablo 2. Kaynak olgulara TB tanısı koyan klinikler.

Klinik	n	%
Göğüs Hastalıkları	196	54.3
Çocuk Hastalıkları	20	5.6
Genel Cerrahi	12	3.3
KBB	12	3.3
Ortopedi	12	3.3
Göğüs Cerrahisi	6	1.7
Kadın-Doğum	6	1.7
İç Hastalıkları	4	1.2
Kalp-Damar Cerrahisi	2	0.6
VSD	90	25
Toplam	360	100

Tablo 3. Kaynak olgularda uygulanan tedavi rejimleri.

Tedavi rejimi	n	%
HRZE	272	75.6
HRZ	30	8.3
HRZS	30	8.3
HRZES	24	6.7
HRES	4	1.1
Toplam	360	100

Tablo 4. Kaynak olgularda tedavi sonuçları.

Tedavi Sonuçları	n	%
Tedavi başarısı (Kür +tedavi başarısı)	316	87.7
(Kür)	70	19.4
(Tedaviyi tamamlama)	246	68.3
Tedaviyi terk	36	10
Nakil giden	8	2.3
Toplam	360	100

tifliği, balgamda hem ARB hem kültür pozitifliği, bronşial lavajda ve mide açlık suyunda ARB pozitifliği) tanı konduğu, 45 (% 27.8) olguya bakteriyolojik olmayan yöntemlerle (klinik tablo+radyolojik bulgular ile) tanı konduğu saptandı. VSD tarafından tanı konulan 90 olgu tanı konma yöntemleri açısından incelendiklerinde 58 (% 64.4)'i bakteriyolojik yöntemlerle (balgamda ARB pozitifliği, balgamda hem ARB hem kültür pozitifliği) tanı konulmuşken, 32 (% 35.6)'si bakteriyoloji dışı yöntemlerle [22 (% 24.5)'i klinik tablo+radyolojik bulgular ile, 10 (% 11.1)'u radyolojik bulgular+PPD test sonucu ile] tanı konduğu saptandı. VSD'ce bakteriyolojik yöntemler dışında başka yöntemlerle tanı alan hastaların (32 olgu) dosyaları ve tetkiklerinin incelenmesi sonucunda; 15 (% 46.8)'inde tedavi ile yanıt alın-

madığı ve sonrasında ayırıcı tanı olanağı olan merkezlerde TB tanısının hatalı olduğunun tespit edildiği saptandı.

TB tanısı alan kaynak olgulara verilen tedavi rejimleri incelendiğinde; en sık 272 (% 75.6) HRZE kombinasyonunun verildiği saptandı. Uygulanan tedavi rejimleri ile ilişkin veriler Tablo 3'tedir. Kaynak olguların tümü uygulanan tedavi süresi açısından değerlendirildiğinde; ortalama verilen tedavi süresi 7.51 ± 2.90 ay olarak tespit edildi. Olgulara verilen tedavi rejimleri veya bu tedavilerin uygulanma sürelerinin tespitinde; 56 (% 15.6) olguda bazı yanlışlar (uygun olmayan rejim-ör. TB öyküsü olan hastaya 4'lü rejim önerme gibi-, tedavinin gereğinden kısa veya uzun tutulması) yapıldığı saptandı.

Yayma pozitif akciğer TB tanısı alan kaynak olgularda uygulanan tedavi sonrası kür ispatlanma oranı % 40.7 (172 olgunun 70'inde kür ispatlanmıştır) olarak saptandı. Tüm kaynak olgulara uygulanan tedavilerin sonuçları DSÖ ve IUATLD'nin önerdiği tanımlar göz önünde tutularak yapılan değerlendirmenin sonuçları Tablo 4'te sunulmuştur.

TARTIŞMA

Bugün dünya nüfusunun % 32'si tüberküloz basili ile infektidir, her yıl yaklaşık 8 milyon kişi TB hastalığına yakalanmakta ve yaklaşık 2 milyon insan ölmektedir⁽¹⁾. TB kontrolünde DSÖ'nün gösterdiği hedef olguların % 70'ine tanı koymak ve bunların % 85'inde kür sağlamaktır^(6,7).

TB hastalığının kontrol altına alındığı ülkelerde ileri yaş grubunu tutarken hastalığın kontrol altına alınmadığı ülkelerde daha çok gençlerde görülmektedir⁽⁸⁾. Ülkemiz yaş dağılımı açısından iyi kontrol programı uygulanmış, sıklığı düşük ve hastalığın yaşlılarda görüldüğü ülkelerle, yüksek sıklığı olan ve hastalığın genç erişkinlerde görüldüğü ülkeler arasında bir konuma sahiptir.

Ülkemizde TB hastalarının 2/3'üne hastanelerde tanı konulmakta olup, bunların önemli bir kısmı hastanede uzun süre yatmakta (en az 1 ay) ve bunlar çıkışta dispansere kayıt olsa bile yayma negatif olgu olarak kaydedilebilmekte, bunun sonucunda Türkiye'den DSÖ ve Avrupa TB sürveyansına bildirilen basil pozitiflik oranı düşük olur. Bu durumda TB epidemiyolojisi için önemli bir veri olan yayma pozitif olgu oranı olduğundan dü-

şük bulunmasına yol açabilmektedir. Biz çalışmamızda taranan olguların dispansere başvuru öncesi tetkiklerini de incelemeye alarak olgu tanımlamalarımızı yaparak hatalara neden olabilecek bu durumu verilerimize yansıtmadık.

Çalışmamızda akciğer TB hastalarının % 85.9'una bakteriyolojik inceleme yapıldığı ve tüm akciğer TB olgularının % 63.7'si yayma pozitif bulundu. Kocabaş ve ark.⁽⁹⁾ 1990'da Türkiye'deki bütün dispanserleri kapsayan çalışmada % 41.3 bakteriyolojik inceleme, % 34 yayma pozitiflik oranı saptamışlardır. Özkara ve ark.⁽¹⁰⁾ yaptığı çalışmada, oranlar dispanserler arası değişmekle birlikte ortalama olarak % 74.5 bakteriyolojik tanı % 52.2 yayma pozitiflik saptamışlardır. Bizim çalışmamızda bu oranların daha yüksek olduğunu saptamak olumlu bir gelişmeydi.

Çalışmamızda tedavi başarısı (tedaviyi tamamlama+kür) oranı % 87.7, yayma pozitif akciğer TB olgularında kür oranı % 40.7 olarak saptandı. Tedavi başarısı oranımız yüksek olmasına rağmen kür oranı DSÖ hedefi olan % 85'in oldukça altında kalmıştır. Bu oranın düşük olmasının en önemli nedeni tedavi bitiminde bakteriyolojik inceleme istenmemesidir.

Özkara ve ark.⁽¹⁰⁾ 108 dispanserde yaptıkları çalışmada AD-TB oranı % 22.7 (Trakya illerinde % 14.8, Denizli ilinde % 28.4) olarak bildirmişler ve bölgeler arası bu farkın olası nedeninin farklı illerde AD-TB olgularının farklı oranlarda dispanserler dışında tedavi edilmesi olabileceğini öne sürmüşlerdir. Çalışmamızda kaynak olgularda AD-TB oranı % 25 olarak saptandı. Başarılı TB kontrolünde akciğer TB azalmaktayken AD-TB aynı oranda azalmamaktadır. Örneğin, AD-TB oranları Batı Avrupa'da % 21, Doğu Avrupa'da % 10'dur⁽¹⁰⁾. Ülkemizde TB hastalığının yaygınlığı göz önüne alınarak akciğer dışı organ hastalıklarında uygun semptom ve klinik bulgular mevcutsa AD-TB mutlaka akla getirilmelidir.

Çalışmamızda tedaviyi terk oranı % 10 gibi yüksek oranda saptandı. Normalde hiçbir hastanın tedaviyi terk etmemesi gerekir. Bu önemli sorunu gidermek için her hastaya DGT standart yaklaşım olmalıdır. DGT uygulamasında bir sorun olursa ve hastanın desteği alınamazsa yasaların verdiği yetki çerçevesinde "tecrüt ve tedavi" bir seçenek olarak uygulanmalıdır (*Umumi Hıfzıssıhha Kanunu Madde 119: Bulaşıcı şekilde verem hastalığına*

yakalandığı kesinleşen ve etrafında bulunan kimseleri infekte edeceğinden şüphe olunan hastaları hastane ya da diğer bir kurumda tecrit veya tedaviye ya da meslek ve sanatları dolayısıyla küçük çocukları verem basiliyle infekte edecekleri kesinleşenlerin meslek ve sanatlarını yürütmelerini yasaklamaya Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı yetkilidir).

Ulusal TB programında bakteriyolojik yöntemlerle tanı konulamayan hastalara dispanserlerce tanı konulmaması bu tür hastaların ayırıcı tanı olanağı olan ileri bir merkeze sevk edilmesi önerilmektedir (5). Talay ve ark. (11) 187 TB olgusunun incelemesi sonucu; 110 (% 58,8) olguya hatalı radyolojik tanı, 17 (% 9.1) olguya şüpheli radyolojik tanı konulduğunu bildirmişlerdir. Çalışmamızda bu konuya yönelik yaptığımız analizler neticesinde, VSD'de bakteriyolojik olmayan tanı yöntemleriyle akciğer TB tanısı koyma oranı % 35.6 saptandı, oysa ayırıcı tanı olanağı olan göğüs hastalıklarında bu oranın % 27.8 olduğu saptandı, ki bu durumda VSD'de bakteriyolojik olmayan tanı yöntemleriyle tanı koyma oranı ulusal programın bakteriyolojik dışı yöntemlerle tanı koyma yetkisi verdiği ayırıcı tanı olanağı olan göğüs hastalıkları kliniklerinden daha yüksek olduğu saptandı. Ayrıca çalışmamızda, VSD'ce bakteriyolojik dışı yöntemlerle tanı konan hastaların dosyalarının incelenmesi sonucu % 46'sında tanının hatalı olduğu bir ileri merkezce daha sonra tespit edilip TB tanısının ekarte edildiği ve diğer tanılara yönelindiği saptanmıştır. Ulusal TB programının bu konudaki önerilerine uyulmaması halinde çalışmamızda ve diğer çalışmalarda saptanan yüksek hatalı tanı oranlarıyla karşılaşacağımız unutulmamalıdır.

Olgulara verilen tedavi rejimleri ve tedavi süreleri olgunun tanı kategorisi dikkate alınarak incelendiğinde, % 15.6 olguda bazı hataların yapıldığı saptandı. Saptanan bu hataların ulusal programın içeriğinin pratik uygulama da tam olarak hayata geçirilemediğini ve bu yönde

atılacak önemli adımlar arasında Sağlık Bakanlığı ile üniversitelerin ortaklığında yürütülecek bir eğitim programıyla konuyla ilgili olabilecek (özellikle de VSD çalışanları) kişilerin düzenli bir şekilde eğitilmesi düşünülebilir.

Ülkemizdeki verem savaşında birinci hedef, TB hastalığının tanı ve tedavisini artırmaktır. Tanıda hastalara bakteriyolojik yöntemlerle daha fazla oranda tanı koymak ve TB hastalığından şüphelenmeyi sağlayıcı eğitim çabalarını artırmalıyız. Tedavide doğru rejimlerin uygulanması ve en önemlisi tedavi uyumunu artırmak için DGT'nin standart yaklaşım halinde tüm ülkede uygulanmasının sağlanması gereklidir.

KAYNAKLAR

1. **Dye C, Scheele S, Dolin P, et al:** Global burden of tuberculosis. Estimated incidence, prevalence, and mortality by country. JAMA 282:677-686, 1999.
2. **WHO:** Global Tuberculosis Control. Surveillance, Planning, Financing. Communicable Diseases, World Health Organization, Geneva: 2002. WHO/CDS/TB/2002.295.
3. **WHO:** Global DOTS Expansion Plan. Progress in TB control in high-burden countries, 2001. World Health Organization. WHO/CDS/STB/2001.11.
4. **WHO Global Tuberculosis Control:** Communicable Diseases, World Health Organization, Geneva: 2000. WHO/CDS/TB/2000.275.
5. **Sağlık Bakanlığı Verem Savaşı Daire Başkanlığı.** Türkiye'de Tüberkülozun Kontrolü İçin Başvuru Kitabı. Verem Savaşı Daire Başkanlığı Yayını, Ankara, 2003; s.17-86.
6. **Kochi A:** The global tuberculosis situation and the new control strategy of the World Health Organization. Tubercle 72:1-6, 1991.
7. **Glynn JR, et al:** Measurement and determinants of tuberculosis outcome in Karonga District. Malawi, Bulletin of the World Health Organization 76:295-305, 1998.
8. **Öger O, Karagöz T:** Tüberküloz epidemiyolojisi ve ülkemizdeki durum. TÜVSDF yayını İstanbul, Erol Ofset, 1992.
9. **Kocabaş A, Burgut R, Kibaroglu E, ve ark:** Verem savaş dispanserlerinde sürdürülen tüberküloz tanı ve tedavi çalışmalarının etkinliği. Tüberküloz ve Toraks 42:99-107, 1994.
10. **Özkara Ş, Kılıçaslan Z, Öztürk F, et al:** Bölge verileriyle Türkiye'de tüberküloz. Toraks Dergisi 3:178-187, 2002.
11. **Talay F, Altın S, Karasulu L:** Siirt verem savaş dispanserinde tüberküloz tanısında hatalı radyolojik yaklaşımlar. XXIII: Ulusal Tüberküloz ve Göğüs Hastalıkları Kongresi Kitabı. Malatya 2003; 121 (Özet).