

TÜRKİYE’DE TÜBERKÜLOZUN DURUMU VE ERADİKASYON (KONTROL) PROGRAMI

Prof. Dr. Hayati Bilgiç

GATA Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz AD, Ankara

TÜRKİYE’DE TÜBERKÜLOZUN DURUMU VE ERADİKASYON (KONTROL) PROGRAMI

Tüberküloz (TB) hastalığı, 21. yüzyılın başında hala tüm dünyanın en önemli sağlık sorunlarından birisidir. Hava yoluyla bulaşan bir hastalık olması nedeniyle toplum sağlığını korumak için tüberkülozun kontrolü önemlidir.

Dünyada ve Türkiye’de konu ile ilgili sorunlar

Dünyada, tüberküloz kontrolünün önündeki büyük sorunlar,

- ❖ Ekonomik zorluklar,
- ❖ Sağlık altyapısının yetersizliği
- ❖ Eğitimli ve yetişmiş personel eksikliği
- ❖ Laboratuvar malzemesi sıkıntısı
- ❖ İlaç eksikliği.
- ❖ TB ve HIV programları arasında işbirliği eksikliği
- ❖ Kontrolsüz bir özel sektör

- ❖ Ekonomisi yeterli, altyapısı ve personeli olan ülkelerde kötü kontrol programları
- ❖ Çok-ilaca dirençli tüberküloz
- ❖ Savaşlar (Afganistan, Irak, Kongo Demokratik Cumhuriyeti)
- ❖ Sağlık kurumlarına ulaşma zorluğu.

Türkiye’de son yıllarda TB kontrolü ile ilgili önemli gelişmeler olmakla birlikte hala ciddi sorunlar da vardır.

- ❖ Tanı geç konulmaktadır ve bakteriyolojik tanı oranları düşüktür;
- ❖ Tanı konulmuş hastaların bildirimleri ve verem savaşı dispanserlerine nakledilmelerinde eksiklikler vardır. Kayıtlı hastalar dışında önemli sayıda hasta olduğu bilinmektedir.
- ❖ Yeni hastalarda standart dışı tedaviler azalmakla birlikte hala vardır.
- ❖ Eski hastalarda ise hatalı tedaviler, etkisiz ilaçları uzun süreler kullanma

şeklindeki uygulamalar azalmakla birlikte devam etmektedir.

- ❖ Tanı konulan hastaların tedavilerinin sürdürülmesi ve tamamlanmasında sorunlar vardır. Doğrudan gözetimli tedavi (DGT) uygulaması henüz çok az sayıda dispanserde uygulanmaktadır.
- ❖ Tedavinin takibinde bakteriyolojinin kullanımı yetersizdir.
- ❖ Verem savaşı dispanserlerinin kayıt sistemi eskidir. Hastane ve diğer kurumlarda tanı konulan hastaların kayıtlara alınmasında eksiklikler vardır.
- ❖ Ülke çapında hasta bilgilerinin düzenli, sistematik toplanması ve analizinde sorunlar vardır. Yaşa ve cinsiyete göre hasta dağılımı ile tedavi sonuçlarını hala DSÖ'ne bildiremiyoruz.
- ❖ Dirençli tüberküloz bir sorun olmayı sürdürmektedir.

Hiç tedavi verilmeyen TB hastalarının yaklaşık yarısı beş yılda ölmektedir; % 25'i kendiliğinden şifa bulmakta ve yaklaşık %25'i ise toplumda enfeksiyon kaynağı olarak yaşamayı sürdürmektedirler.

İyi bir tedavi programında %95'ten yüksek oranda hastada kür sağlanmaktadır; %2-3 hasta ölmekte ve %1-2 hasta bulaştırıcılığı sürdürmektedir.

Kötü tedavi programlarında ise ölüm oranı düşmekte, %10'lar düzeyine inmektedir; yaklaşık %60 hastada kür sağlanmakta ve %30 kadar hasta basil saçmayı sürdürmektedir. Bir süre tedavi gördükten sonra tedaviyi kesen kişiler ölmekte, kür de sağlanmadığından basil saçmayı

sürdürmektedirler. Semptomları artınca tekrar ilaç kullanarak sağ kalmaktadırlar. Böylece kötü programlar, dirençli ve sorunlu hastaların artmasına neden olmaktadır.

Dünyada durum

Dünya genelinde tüberküloz hastalığı artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından dünyada TB hasta sayılarının artışında dört önemli unsur sıralanmıştır: (1) Hükümetlerin hastalığı ihmal etmeleri sonucunda TB kontrol sistemleri kötüleşmiş ve hatta birçok yerde kaybolmuştur. (2) Kötü yönetilen ya da doğru yaklaşımların uygulanmadığı TB kontrol programları hastalığın artışı yanında ilaca dirençli tüberkülozun artışına yol açmıştır. (3) TB ve HIV'nin birlikte olduğu hallerde, HIV'in endemik olduğu yerlerde TB patlayıcı artış yapmıştır. (4) Nüfus artışı TB olgularının sayılarında artışa yol açmıştır. Hastalık insidansının yüksek olduğu ülkelerden göçlerle gelen TB olguları, sanayileşmiş ülkelerde artış nedenlerinden birisini oluşturmaktadır.

Dünya nüfusunun üçte birinin yani yaklaşık 2 milyar kişinin TB basili ile infekte olduğu tahmin edilmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün Küresel TB Kontrolü 2003 raporunda, 2001 yılında dünyada tüberkülozlu kayıtlı hasta sayısının 3.813.109, bunların 1.602.153'ünün yayma pozitif olduğu belirtilmektedir. Tahmin edilen hasta sayıları ise toplam 8.464.000, yeni yayma pozitif olgu sayısı 3.745.000'dir. Dünyada tahmin edilen TB insidansı 2001 yılında 138/100.000, yayma pozitif TB insidansı ise 61/100.000'dir. **(DSÖ 2003 TB Raporu).**

Dünyada TB insidansı yılda %0,4 artmaktadır. Bu artış, Sahra Güneyi Afrika ve Eski Sovyetler Birliği ülkelerinde daha fazladır.

Tüberküloz hastalığına bağlı yılda yaklaşık 2 milyon insanın öldüğü tahmin edilmektedir. Tüberküloz ölümlerinin hemen tümü, önlenabilir ölümlerdir. Tüberküloz ölümleri, genellikle genç ve erişkinlerde olmaktadır.

Dünyadaki TB hastalarının yüzde 80'inin bulunduğu ülkeler, “**yüksek olgu-yükü olan ülkeler**” olarak adlandırılmaktadırlar. Günümüzde bu ülkelerin sayısı 22'dir. Bu ülkelerden 12'si Asya'da, 9'u Afrika'da ve 1'i Güney Amerika'dadır. Hindistan, Çin, Endonezya, Nijerya ve Bangladeş en çok hastanın olduğu beş ülkedir. **(DSÖ-DOTS Expansion Plan)**.

Sahra Güneyi Afrika ile Güney Doğu Asya'da HIV ve TB birlikteliği büyük bir sorundur. Son yıllarda Eski Sovyetler Birliği ülkelerinde de bu iki hastalığın birlikteliği artış göstermektedir.

TB hastalığının yarattığı sağlık sorununun önemi nedeniyle Dünya Sağlık Örgütü, 1993 yılında TB için “acil durum” ilan etmiştir. Son 10 yılda uluslararası alanda tüberküloza karşı güçlü bir halk sağlığı hareketi başlatılmıştır. Veremle savaşta DSÖ “doğrudan gözetimli tedavi stratejisini” (DGTS) esas almaktadır. Bu strateji, semptomatik hastalarda pasif yöntemle bakteriyolojik tanı, gözetimli kısa süreli tedavi, kayıt-raporlama-analiz sistematığının kurulması, ücretsiz ilaç ve

bütün bunları yürütmek için politik iradenin ortaya konması unsurlarını içermektedir.

1991 yılında sadece üç ülkede uygulanmaya başlayan DGTS, 2001 yılında 155 ülkede uygulanır hale gelmiştir. Dünyadaki TB hastalarının %32'si bu stratejinin uygulandığı bölgelerdedir.

DSÖ, 2000 yılı için ortaya koyduğu, “yayma pozitif hastaların %70'ine tanı koymak ve bunların %85'inde kür sağlamak” hedefine ulaşamayınca, bu hedefi 2005 yılı için önüne koymuştur. Bu hedefe ulaşmak için de özellikle yüksek olgu-yükü olan ülkelere yönelik bir program uygulanmaktadır.

Türkiye'de durum

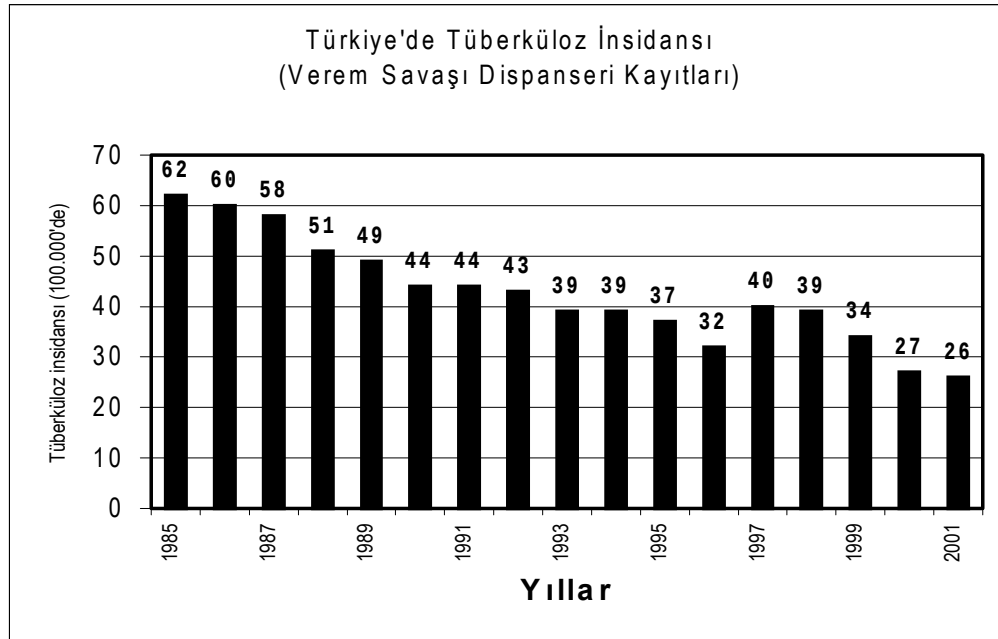
Enfeksiyon oranı: Ülkemizde tüberküloz ile enfekte nüfusun oranının yani enfeksiyon havuzunun büyük olduğu tahmin edilmektedir. Enfeksiyon havuzu konusunda 1953-1959 yılları ve 1980-1982 yıllarını kapsayan iki döneme ilişkin elimizde veri vardır. Bu veriler tabloda sunulmuştur. Son 20 yılı yansıtan, Türkiye geneline ilişkin veri yoktur. Ayrıca BCG aşısının kitlesel uygulandığı ülkemizde enfeksiyon havuzunu belirlemek zordur.

Hastalık insidansı: Verem savaşı dispanserlerine kayıtlı hastaların insidansı grafikte görülmektedir. Dispanserlere kayıtlı olmayan çok sayıda hasta olduğunu da biliyoruz.

Tablo 1. BCG'li kişilerle BCG'siz PPD pozitif ve negatif kişilerin sayı ve oranları

	1953-1959	1980-1982
Nüfus	26.735.000	46.312.000
BCG'li sayı (%)	6.724.000 (%25)	29.640.000 (%64)
BCG'siz PPD (-) sayı (%)	5.079.000 (%19)	5.094.000 (%11)
BCG'siz PPD (+) sayı (%)	14.791.000 (%56)	11.578.000 (%25)

Şekil 2. Türkiye'de verem savaşı dispanserlerine kayıtlı hasta sayıları ile tüberküloz insidansı 1985-2001 (Veriler Dünya Sağlık Örgütü yıllık TB raporlarından alınmıştır).



Dispanserlere kaydı olmayan hastalar: bazı SSK'lı hastalar, hastanelerde tedavi başlanan hastaların bazıları ve tümüyle özel kurumlarda tedavi edilen TB hastaları vardır.

Türkiye'de dispanserlere kayıtlı TB hastalarının sayısı ve insidansı ile tahmin

edilen TB hastalarının sayısı ve insidansı, DSÖ'ne bildirilen rakamlarla tabloda verilmiştir. (Buradaki tahmin, tümüyle Sağlık Bakanlığı Verem Savaşı Daire Başkanlığı'nın tahminidir. Veriler, DSÖ yıllık TB raporlarından alınmıştır.)

Tablo 2. Dünya Sağlık Örgütü'nün yıllık TB raporlarında yer alan Türkiye'nin TB hasta sayıları ve insidansları.*

	KAYITLI HASTALAR				TAHMİN EDİLEN HASTALAR*			
Yıl	Bütün hastalar		Yayma (+) hastalar		Bütün hastalar		Yayma (+) hastalar	
	Sayı	İnsidans	sayı	İnsidans	sayı	İnsidans	sayı	insidans
1995	22.981	37	4.383	7	Yok	Yok	15.889	26
1996	20.212	32	2.816	5	yok	Yok	15.851	26
1997	25.685	40	3.439	5	yok	Yok	11.508	18
1998	25.501	39	3.692	6	yok	Yok	11.703	18
1999	22.088	34	4.124	6	yok	Yok	11.106	17
2000	18.038	27	4.315	6	24.138	36	10.860	16
2001	17.263	26	4.444	7	23.061	34	10.375	15

*Bu sayıları ve tahmini rakamları, DSÖ'ne Verem Savaşı Daire Başkanlığı (VSDB) vermektedir; tahminler VSDB tarafından yapılmaktadır.

Tüberküloza bağlı ölümler, 1940'lı yıllarda, yılda yüzbinde 150 ile 250 arasında idi ve bütün ölüm nedenleri arasında birinci sırada yer alıyordu. Bu yüksek ölüm oranları 1950'li yıllardan itibaren hızla azalmıştır; 1970'li yıllarda yüzbinde 20, 1990'lı yıllarda ise yüzbinde 1,5 civarındadır.

Kesin tüberküloz tanısı, bakteriyolojik olarak konulmaktadır. Bu nedenle, ülkemizde bakteriyolojik tanı olanakları ve bakteriyolojik olarak tanı konulan hastaların sayısına ilişkin veriler sunulacaktır. Türkiye'de TB laboratuvarlarının dağılımı incelendiğinde, Refik Saydam Hıfızısıhha Enstitüsü Başkanlığı'nda bir referans laboratuvarı, Türkiye genelinde dağılmış 20

bölge laboratuvarı (kültür yapabilen) ve verem savaşı dispanserlerinin büyük çoğunluğunda mikroskopi olanağı vardır. İstanbul, Ankara, İzmir, Denizli, Antalya Bölge TB laboratuvarları ilaç duyarlılık testi de çalışmaktadırlar. İstanbul'da SSK Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları Hastanesi, Heybeliada Göğüs Hastalıkları Hastanesi, Ankara'da Atatürk Göğüs Hastalıkları Hastanesi ve İzmir'de Göğüs Hastalıkları Hastaneleri ilaç duyarlılık testi yapmaktadırlar. Bunların dışında Türkiye çapında üniversitelerde ve bazı özel hastanelerde mikroskopi, kültür ve duyarlılık testi yapılmaktadır.

Hıfızısıhha'daki Referans laboratuvarı ile bölge TB laboratuvarları işlevlerini yeterince yerine getirememektedirler. Dispanserlerin

tümünde mikroskopi yapılmamaktadır. Mikroskopi, kültür ve duyarlılık testleri için kalite kontrol programı uygulanmamaktadır.

Türkiye’de TB hastalarının önemli bir kısmının tedavisine hastanelerde, özellikle de göğüs hastalıkları hastanelerinde başlanmaktadır (1999 yılında TB hastalarının %56’sı). Bu hastalar, yaklaşık bir aydan uzun süre hastanede tedavi edilmekte ve taburcu olunca verem savaşı dispanserlerine başvurmaktadırlar. Dispanserlerden verem savaşı daire başkanlığına yapılan bildirimler ise hastaların taburcu olduktan sonra dispanserde yapılan bakteriyolojik inceleme sonuçları yer almaktadır. Bu nedenle, hastanede pozitif bulunan hastaların önemli bir kısmı dispanserde negatif bulunmakta ve negatif bildirilmektedir. (Kayıt sistemine ait bu hata, yeni kayıt sistemine geçilince düzelecektir). Ne yazık ki, çok sayıda TB hastasının tedavisine başlanan göğüs hastanelerimizin bazılarında mikroskopi ve kültür incelemesi yapılmamaktadır.

1999 yılında DSÖ’ne Sağlık Bakanlığı’nın bildirdiği yayma pozitif hasta sayısı 4.124’tür; yani yeni tüberkülozlu hastaların %18,7’si pozitif görünmektedir. Dispanserlerden tek tek dosyaların incelenmesi sonucu, tüm yeni hastaların %35,4’ü, yeni akciğer TB hastalarının ise %47,3’ünün yayma pozitif olduğu görülmüştür (Bölge verileri). Hastaların ne kadarına kültür yapıldığı ve kültür pozitifliğinin tanıya katkısı konusunda varolan bilgiler toplanmamıştır. Tedavi bitiminde kür oranı ise %33’tür. (Kür, tedavi başarısının bakteriyolojik olarak da gösterilmesi amacıyla, birisi idame fazında birisi de son ayda olmak üzere iki kez basil

negatifliğinin gösterilmesidir.) Gerek tanıda, gerekse tedavinin izlenmesinde bakteriyolojinin yeterince kullanılmadığı görülmektedir.

Ülkemizde TB hastalarının tedaviye uyumu konusunda ciddi sorunlar yaşanmaktadır. Yeni hastaların %12’si, eski hastaların %24’ü tedaviyi terk etmektedirler. (Tedaviyi terk, iki ay ya da daha uzun süre tedaviyi bırakmaktır). Tedaviye daha kısa süreler ara verenler ile ilaçlarını aldığı halde içmeyenler konusunda ise veri yoktur. Hastaların tedaviye uyumu konusu ülkemizde verem savaşının önemli bir sorunudur.

Ülke çapında ilaç direncini gösterecek bir çalışma yapılmamıştır. Dispanserler, iller ve hastanelerde yapılan çalışmaların sonucunda saptanan yaklaşık ilaç direnci oranları şöyledir: Yeni hastalarda en az bir ilaca direnç %14-31, ÇİD ise %1,7-6; tedavi görmüş hastalarda ise en az bir ilaca direnç %18,5-65, ÇİD ise %6,7-30 arasında bulunmuştur. Bu oranlar, ülkemizin dünyanın ilaç direnci oranı yüksek ülkelerinden birisi olduğunu göstermektedir.

Türkiye’de HIV, önemli bir sorun değildir, TB açısından da önemli bir sorun değildir.

Temaslı muayenesi, ülkemizde tanı konulan hastaların aile bireylerine uygulanmaktadır. Hasta başına yaklaşık 3-4 kişi muayene edilmekte ve dispanserlerde kayıtlı hastaların yaklaşık %8-9’unun tanısı bu yolla konulmaktadır.

Koruyucu izoniyazid tedavisi, uzun yıllardır ülkemizde uygulanan bir yöntemdir.

Türkiye ile ilgili verilerin sunumunda da görüldüğü gibi, dispanserlerde veriler olmakla

birlikte, bunların ülke çapında toplanmasında ve analiz edilmesinde sorunlar vardır.

BCG uygulanan bir toplum olduğumuzdan Türkiye’de yıllık enfeksiyon riski hesabı ile hasta sayılarını tahmin etmemiz sağlıklı olmayacaktır.

TÜBERKÜLOZ KONTROL PROGRAMI

Topluma yönelik koruyucu önlemler

Topluma yönelik koruyucu önlemler, TB hastalarının erken tanısı ve etkili tedavisi ile BCG aşı uygulamasıdır.

TB hastalarının erken tanısı ve etkili tedavisi, basil kaynaklarını yoketmenin en etkili yoludur. Basil kaynaklarının azalması, yeni bulaşmaların, yeni enfeksiyonların ve yeni hastalanmaların azalması sonucunu doğuracaktır. Böylece, hem hastaların iyileşmesi sağlanacak, hem de toplumda yeni hastalar oluşması önlenmiş olacaktır.

BCG aşısının TB hastalığından koruyuculuğu konusunda farklı ülkelerde farklı sonuçlar elde edilmiştir. Türkiye’de yapılan 1982 prevalans çalışmasında BCG’nin koruyuculuğu %72,7 bulunmuştur. Dünyada genel kabul görmüş bir değerlendirme, BCG aşısının çocukluk dönemindeki milier ve menenjit gibi ciddi TB şekillerinden koruyucu olduğudur. Ülkemizde sıfır ve altı-yedi yaşında yapılan iki BCG aşısının tek aşıya indirilmesi uygun olacaktır. İlk 3 ayda tüberkülin cilt testi (TCT) yapmadan, üç aylıktan sonra çocuklara TCT 5 mm ve altında bulunursa aşı yapılması önerilir. Ülkemizde BCG aşısı, genişletilmiş bağışıklama programının bir parçası olarak uygulanmaktadır.

Risk gruplarına yönelik önlemler

Risk grupları:

Tüberküloz açısından risk grubu olarak kabul edilen topluluklar, yıllık TB insidansının 100/100.000’den fazla olduğu topluluklardır.

Ülkemizde, TB hastalarının temaslıları, hapisanede bulunanlar ve sağlık çalışanlarının risk grubu oluşturduğunu gösterir araştırmalar vardır.

Yurtdışında evsizler, bakımevlerinde, huzurevlerinde, alkol-ilaç bağımlılığı tedavi merkezlerinde yaşayanlar, damardan uyuşturucu kullananların risk grubu oldukları gösterilmiştir.

Risk gruplarında yapılması gerekenler:

Risk gruplarında tarama yapma görevi, verem savaşı dispanserlerinedir. Ücretsiz yürütülür.

- Risk grubu olarak kabul edilen topluluklarda aktif tarama yapılması gereklidir. TB hastaları ile aynı evde yaşayan kişiler ve işyerinde ya da diğer ortamlarda uzun süre birlikte bulunduğu kişiler temaslı taraması için adaydırlar.
- Cezaevlerine girişte ve daha sonra yılda bir kez aktif tarama yapılmalıdır.
- Sağlık çalışanlarına işe girişte ve yıllık tarama yapılması gerekir.
- Er eğitim birliklerine başvuran kişilerin VSD’den tarama raporu ile gelmeleri sağlanmalıdır.

Tarama sonucunda

Tarama ile TB hastalığı tanısı konulanlar tedaviye alınır. Hasta olmayanlardan,

tüberkülin cilt testi konversiyonu saptananlara; sekel lezyonu olanlara; 35 yaş altı TB hastalarının temaslıları ile bağışıklığı baskılanmış olan temaslılara ya da bağışıklığı baskılanmış olan tüberkülin cilt testi pozitif olanlara koruyucu tedavi verilir.

İNH koruyucu tedavisi, enfekte kişilerin hastalanmalarını %60-90 önlemektedir. 6-9 ay süreyle verilen İNH ile hastalıktan koruyucu etkinin 19 yıla kadar sürdüğü gösterilmiştir. Ülkemizde özellikle 35 yaş altı temaslıların, tüberkülin cilt testi (TCT) konversiyonu olanların ve TCT pozitif 5 yaş altındaki çocukların koruyucu tedavi almaları gereklidir.

TB hastalarının izlendiği kurumlarda bulaşmanın önlenmesi için gerekli önlemler alınır. Yönetimle ilgili önlemler, mühendislik önlemleri ve maske kullanımı gereklidir. Kurumlarda bulaşmanın önlenmesi için alınan önlemlerin etkili olduğu gösterilmiştir. Özellikle TB hastalarına sık tanı konulan hastaneler, dispanserler ve diğer kurumlarda bulaşmayı önleyici uygulamaların yapılması önemlidir.

ÜLKEMİZDE VEREM SAVAŞI ÖRGÜT YAPISI

MERKEZİ BİRİM:

Verem Savaşı Daire Başkanlığı(VSDB), ülkedeki her bir TB hastasının tanısı, tedavisi, takibi, tedavisinin sonlandırılması, kayıtları, temaslılarının muayenesi ve koruyucu tedavilerden sorumludur. DOTS uygulaması ve ulusal tüberküloz kontrol programının değerlendirilmesi, monitorizasyonu ve

uygulama basamaklarının planlanması yine Merkezi Birim’in sorumluluk alanları içindedir.

Verem Savaşı Daire Başkanlığı, bütün illerden gelen bilgileri analiz edip bilimsel çevrelerin ulaşabileceği broşür-kitap-internet dokümanı şeklinde yayımlar.

❖ Ulusal tüberküloz programında yer görev alan tüm personelin eğitiminden de sorumludur. Verem Savaşı Daire Başkanlığı, Sağlık Müdürlüklerinin ve verem savaşı il koordinatörlerinin TB kontrolü ile ilgili çalışmalarını değerlendirmek. Verem Savaşı Daire Başkanlığının bir denetleme kurulu oluşturması, bu kurula, TB ve TB kontrolü konusunda deneyimli kişileri alması uygun olacaktır. Böylece, hem verem savaşı il koordinatörlüklerini hem de bölge laboratuvarlarını denetleyebilecektir.

ARA BİRİM:

İl düzeyinde de sorumluluk, Sağlık Müdürlüğü bünyesinde bulunan Verem Savaşı İl Koordinatörü’nündür. Verem savaşı il koordinatörü, o ildeki dispanserlerin düzenli çalışmalarını sağlarken, eğitim, denetim ve bilgi akışını da sağlar; aynı zamanda o ilde polikliniklerde, muayenehanelerde, hastanelerde, her nerede olursa olsun tanı konulan her bir hastadan sorumludur. Verem Savaşı il koordinatörü, ildeki verem savaşı hizmetlerinin yürütülmesi ve koordinasyonundan Sağlık Müdürlüğü ve Verem Savaşı Daire Başkanlığı’na karşı sorumludur. İlde TB hasta bildirim sistemini kurar ve düzenli işleyişini sağlar. Verem

Savaş il koordinatörü, ildeki tüberküloz kontrol çalışmalarını ve başarı durumunu değerlendirir. Dispanserlerin ve ildeki bütün sağlık kuruluşlarının çalışmalarını inceleyerek bir rapor düzenler.

UÇ BİRİM:

Verem savaşı dispanserleri, dispanserde ya da başka kurumda tanı konulan ya da tedavi edilen bütün hastaların kayıtlarını tutar. Dispanser bölgesinde TB tanısı konulmuş, TB tedavisi verilmiş her hastanın kaydı o dispanserde olmalıdır. Uç birimin sorumlu merkezidir. Hasta bilgilerini üçer aylık dönemlerle ve yıllık olarak verem savaşı il koordinatörüne bildirir. Verem savaşı il koordinatörü de aynı dönemlerde Verem Savaşı Daire Başkanlığı'na ilin hasta bilgilerini yollar. Sağlık ocakları ve diğer birinci basamak sağlık kuruluşları, verem savaşı dispanseri tarafından tedavi takibinde yardım istenen hastalar için, tedavinin sürdürülmesi (DOTS) ve sonlandırılmasında destek olurlar. Herhangi bir nedenle tedaviye ara veren hastalar hakkında ili yada bölgesindeki dispanser sorumlusunun haberdar olmasını sağlamak görevini de yüklenirler. Verem savaşı dispanserleri sağlık ocakları ve diğer birinci basamak sağlık kuruluşları ile iyi ilişkiler içinde tanı ve tedavide güçlü işbirliği yapmalıdır. Verem savaşı dispanserleri, TB hastalarının uzun süreli tedavisinde esas kurumdur. Kayıt ve bildirim görevi de dispanserlerindir.

VSDB'liğinin 2003 yılında yayınladığı “Türkiye’de Tüberkülozun Kontrolü için Başvuru Kitabı” nda Merkezi Birimin ulusal düzeyde koordinasyon ve işbirliğinden sorumlu olduğu belirtilmektedir. Bunu da

protokoller hazırlayarak ve uygulayarak yapar denmektedir. Bu protokollerin yıllardır pekçok kez tazelendiği bilinmektedir. Ancak bu protokol tazelemelerin Tüberküloz kontrol savaş programına pek fayda vermediği de yine malumumuzdur.

Birinci-İkinci-Üçüncü basamakta erken tanı

Birinci basamak: Verem savaşı dispanseridir (VSD). VSD olan ilçelerde mikroskopik inceleme VSD’de yapılır ya da aynı gün sonuç alınabilecek bir laboratuvara örnek (balgam) nakledilir.

VSD olmayan ilçelerde, verem savaşı il koordinatörü tarafından, balgam incelemesi yapılacak yer/yerler belirlenir ya da nakil işlemi planlanır ve hazır hale getirilir. Planlama ve düzenleme yapılır, böylece TB şüphesi olan bir hasta için en kısa sürede bakteriyolojik inceleme yapılabilir.

İkinci basamak: Göğüs hastalıkları hastanesidir. Bu hastanelerin mutlaka mikroskopi ve kültür olanakları olmalıdır. Bu hastaneler aynı zamanda dispanserlerde bakteriyolojik tanı konulamamış olan ARB negatif hastalara kesin tanı koyarlar. Göğüs hastaneleri, yatış verilen ve sorunlu TB hastalarının tanısında ve takibinde de rol üstlenirler.

Üçüncü basamak: deneyimli ÇİD-TB tedavisi yapan merkezlerdir. Bu merkezler, mikroskopi, kültür, tiplendirme, ilaç duyarlılık testleri, minör ilaç duyarlılık testleri, ikinci grup ilaçlarla tedavi ve ÇİD-TB cerrahisi yapabilirler. Bu tür hastalar konusunda deneyimlidirler. Hastane koşulları bu

hastaların tanı, tedavi ve takibinde yeterli olmalıdır.

Birinci – İkinci –Üçüncü basamaklar arasında ilişkiler

TB tedavisinin ve kayıtlarının yapıldığı esas merkez verem savaşı dispanserleridir. TB hastasına tanı koyan hekim ve kurumlar, bu hastaları VSD’ne bildirmek; yatan hastaları taburcu ettiklerinde, ayaktan hastaya tanı koyduklarında, bu hastaları VSD’ne sevk etmekle yükümlüdürler.

- Sağlık ocaklarında, özel polikliniklerde, devlet hastanelerinde, tüberkülozdan şüphelenilen hastanın balgam incelemesi ile tanı konulabilir. Bu hastalar, tanı konulması için ya da tanı aldıktan sonra dispansere sevk edilir.
- Verem savaşı dispanserlerinde bakteriyolojik olarak tanı konulamazsa, hastalar hastaneye sevk edilmelidir. Sevk edilen göğüs hastalıkları hastanesi, ayırıcı tanı olanakları olan bir hastane olmalıdır. Hastanede tanı için, açlık mide suyu, indüksiyonla balgam, bronkoskopik lavaj, BT, biyopsi işlemleri yapılabilir.
- TB tedavisi başarısız olmuş olguların ve kronik olguların ÇİD-TB tedavisi yapılan bir merkeze sevki gerekir. Tedavisinin beşinci ayı tamamlanmış bir hastada mikroskopi pozitifliği sürüyorsa, hasta bekletilmeden uzmanlaşmış merkeze sevk edilmelidir.
- Verem Savaşı Daire Başkanlığı, ülkedeki her bir TB hastasının tanısı, tedavisi, takibi, tedavisinin sonlandırılması, kayıtları, temaslarının

muayenesi ve koruyucu tedavilerden sorumludur.

- İl düzeyinde de sorumluluk verem savaşı il koordinatörünüdür. Verem savaşı il koordinatörü, o ildeki dispanserlerin düzenli çalışmalarını sağlarken, eğitim, denetim ve bilgi akışını da sağlar; aynı zamanda o ilde polikliniklerde, muayenehanelerde, hastanelerde, her nerede olursa olsun tanı konulan her bir hastadan sorumludur. Bu görevini, dispanserler, sağlık ocakları, hastaneler aracılığıyla yürütür. Görevlerini yaparken, sağlık müdürlüğü ile birlikte çalışır.

Bildirim sistemi:

Verem hastasına tanı koyan hekim, tedaviye başladığı gün hastayı sağlık müdürlüğüne bildirir. Hastanın adı, soyadı, baba adı, adresi, ikinci adresi, telefonu, cep telefonu yazılı olarak bu bildirimde gönderilir. Hastayı bildirmek görevi, hastanın hekimine verilmiştir. Bildirim yapmamak, yasal suç oluşturmaktadır.

Hastanelerde bildirimlerin düzenli olmadığı bilinmektedir. Bu nedenle, hastanelerde **(özellikle göğüs hastalıkları hastanelerinde)** aktif bir bildirim sistemi kurulmasında yarar vardır. Başhekimlikçe belirlenen istatistik bölümünden bir görevli, ya da diğer bir görevlinin her sabah servisleri dolaşıp, bir gün önce TB tedavisi başlanan hastaların bilgilerini kaydedip sağlık müdürlüğüne faks ile hemen bildirmesi sağlanabilir. Sağlık Müdürlüğü de hastayı ilgili dispansere bildirir. Dispanser hastanın adresini kontrol eder. Eğer yanlış adres

verilmişse, bir hafta içinde hastanede yatmakta olan hastadan doğru adres alınır. Böylece dispanser, hastayı kayda alır; erken dönemde hastanın temaslılarını muayene eder.

Verem savaşı dispanserleri, dispanserde ya da başka kurumda tanı konulan ya da tedavi edilen bütün hastaların kayıtlarını tutar. Dispanser bölgesinde TB tanısı konulmuş, TB tedavisi verilmiş her hastanın kaydı o dispanserde olmalıdır. Bugün dispanserlerde uygulanan, sadece ilaç verilen hastaların kayda alınması uygulaması yetersizdir; bunun yerine hangi şekilde olursa olsun, bir TB hastası hakkında bilgi alınınca, o hasta kayıt altına alınmalıdır. Hasta bilgilerini üçer aylık dönemlerle ve yıllık olarak verem savaşı il koordinatörüne bildirir. Verem savaşı il koordinatörü de aynı dönemlerde verem savaşı daire başkanlığına ilin hasta bilgilerini yollar. Daire Başkanlığı, bütün illerden gelen bilgileri analiz edip bilimsel çevrelerin ulaşabileceği broşür-kitap-internet dokümanı şeklinde yayımlar.

Tedavide hiyerarşi – sevk zinciri

Sağlık ocakları ve diğer birinci basamak sağlık kuruluşları, verem savaşı dispanseri tarafından tedavi takibinde yardım istenen hastalar için, tedavinin sürdürülmesi (DOT) ve sonlandırılmasında destek olurlar. Verem savaşı dispanserleri de sağlık ocakları ve diğer birinci basamak sağlık kuruluşları ile iyi ilişkiler içinde tanı ve tedavide işbirliği yapmalıdır.

Verem savaşı dispanserleri, TB hastalarının uzun süreli tedavisinde esas kurumdur. Bu dispanserlerde, tüberküloz

hastalarının tedavi ve takibinde herşey ücretsizdir. Ayrıca, verem savaşı derneklerinin de desteği ile hastalara destek ve yardımlar yapabilmektedirler. Kayıt ve bildirim görevi de dispanserlerindir.

Tedaviye hastanede başlanan TB hastalarına ilaçları hastanede doğrudan gözetim altında içirilir. Hastanede tüberküloz tedavisi başlandığı gün (tanı kesinleşmiş olmaktadır) hastanın doktoru, tanı konulan hastayı Sağlık Müdürlüğüne bildirir. Hasta hastanede yatarken, adresi yanlışsa doğrulanır, yakınlarına temaslı muayenesi yapılır. Taburcu olduktan sonra, hasta, yaşadığı yere en yakın verem savaşı dispanserine sevk edilir. Ayaktan tedavisinin gözetimli yürütülmesi, takibi ve sonlandırılması verem savaşı dispanserince yapılır. (Burada sözü edilen hastaneler, bütün hastanelerdir; göğüs hastalıkları hastaneleri, üniversite hastaneleri, devlet hastaneleri ve TB hastasının tedavisine başlayan diğer hastaneler.)

Tedavisine verem savaşı dispanserinde başlanan tüberküloz hastalarının tedavilerinin gözetimini, takibini, tedavilerini sonlandırmayı verem savaşı dispanserleri yapar.

Verem savaşı dispanserlerinde takip edilen hastaların hastaneye yatış endikasyonu olursa ilgili hastanelere sevkı uygundur. Aşağıdaki nedenlerle hastalar hastaneye yatırılabilirler:

- Genel durumu bozuk olanlar
- Hastalığı çok ilerlemiş olanlar
- Ağır ya da sık hemoptizisi olanlar

- Diyabeti olanlar
- Kronik böbrek ya da kronik karaciğer hastalığı olanlar
- İlaç alerjisi ve ilaca bağlı hepatiti olanlar
- Uyum ve iletişim zorluğu olanlar
- Evsizler.

ÇİD-TB tedavisi yapan merkezlere hasta sevkini dispanserler ve göğüs hastaneleri yapabilirler. Bu merkezlere sevki gereken hastalar:

- İllerdeki göğüs hastanelerinin tedavide başarılı olmak konusunda şüpheli oldukları hastalar
- Tedavisi başarısız kalmış hastalar, tedavilerinin beşinci ayı dolduktan sonra zaman geçirilmeden sevk edilmelidirler
- Kronik hastalar
- Tedavide minör ilaç kullanma endikasyonu olan hastalar

ÇİD-TB tedavisi yapan merkezlerden taburcu edilen hastaların da ilaçlarını içirme görevi verem savaşı dispanserlerindir. Hastalar hastaneden taburcu edilirken, hastanenin ilgili verem savaşı dispanseri ile ilişkiye geçmesi ve hastanın dispanser takibine devredilmesi gereklidir. Kontroller ve tedavi ile ilgili kararlar, merkez olan hastanede yapılmalıdır. Bu merkezler de, diğer hastaneler gibi, her TB hastasını tedavi başladıkları gün sağlık müdürlüğüne bildirmelidirler.

Tedavide birinci –ikinci –üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının rolleri

Verem savaşı dispanserleri (VSD), TB tedavisinin merkezleridir. Ayaktan tedavi başlanan ve hastaneden taburcu olan bütün hastaların tedavilerinin planlanması, gözetimi, izlenmesi ve sonlandırılması VSD’lerinin görevidir. Bu görevi, birinci basamak sağlık kuruluşları (sağlık ocağı, vd) ile birlikte yürütür. İl çapında bu hizmetlerin düzenli yürütülmesinden verem savaşı il koordinatörü sorumludur.

Göğüs hastalıkları hastaneleri, ayırıcı tanı gereken hastalar ile, hastanede yatırılarak tedavisi gereken hastalara öncelik vermek koşuluyla, TB hastalarının tedavilerini hastanede yattıkları sürece yaparlar. Hastanede tedaviyi mutlaka, hemşirenin doğrudan gözetimi altında içirmeleri gereklidir. Tedavi başladıkları TB hastalarını aynı gün sağlık müdürlüğüne bildirirler; sağlık müdürlüğü de verem savaşı il koordinatörüne ve buradan VSD’ne bildirir. Taburcu ettikleri TB hastalarını da VSD’ne naklederler.

Diğer hastaneler de (üniversite, devlet hastanesi, özel hastane, vd.) yatış yapılmış, tanı konulmuş TB hastaları için göğüs hastanelerinin yaptıklarını yaparlar.

Uzmanlaşmış merkezler, ÇİD-TB hastaları, tedavi başarısızlığı olmuş TB hastaları ve göğüs hastanelerinin çözümleyemediği sorunları olan TB hastalarının tedavi edildikleri merkezlerdir. Bu merkezlerde tedavisi başlanan sorunlu, ÇİD ve tedavisi başarısız kalmış hastaların tıbbi kararlarını, hasta taburcu olduktan sonra da bu merkezler verirler. Hastaların ayaktan

izlenmesi, ilaçlarının içirilmesi ve acil sorunlarına o anda çözüm bulunması işi VSD'lerinin görevidir.

Tüberküloz kontrol programı

Tüberküloz kontrol programı ya da verem savaşı programı, TB hastalığı ile yapılan mücadelenin bütün unsurlarını içerir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1991 yılından bu yana Doğrudan Gözetimli Tedavi Stratejisini (DGTS), TB kontrolünde temel program olarak kabul etmektedir.

Doğrudan Gözetimli Tedavi (DGT): hastaya ilaçlarını eğitilmiş ve denetlenen bir kişinin gözetim altında içirmesini anlatmaktadır. (İngilizce'de "Directly Observed Treatment", DOT). **DGTS, doğrudan gözetimli tedavi stratejisidir.** (İngilizce: "directly observed treatment-short course": DOTS). Tüberküloz kontrolü (verem savaşı) için önerilen stratejidir. IUATLD (Dr. Karel Styblo) tarafından Çin, Bangladeş, Kamboçya, Nikaragua ve Tanzania'da başarıyla uygulanan bu TB kontrol programı, 1991 yılında DSÖ tarafından benimsenerek bir tüberküloz kontrol stratejisine dönüştürülmüştür.

DGTS-Artı (İngilizce, "DOTS-Plus") ise, çok-ilaça dirençli TB'un (ÇİD-TB) önemli boyutlarda olduğu bölgelerde önerilen stratejidir. DGTS stratejisinin başarıyla uygulanmasına ek olarak ilaç duyarlılık testlerinin yapılmasını ve ikinci-grup TB ilaçlarının kullanılmasını içeren bir programdır. "DGTS-Artı" yaklaşımında, başarılı DGTS uygulaması ile yeni ÇİD-TB olgularının ortaya çıkması önlenirken,

varolan ÇİD-TB olgularının da tedavi edilmesini sağlamak amaçlanır.

DGTS, şu unsurlardan oluşur:

- TB kontrol aktivitelerinin sürekliliğini ve bütünlüğünü sağlamak için hükümetin kararlılık içinde olması.
- Sağlık kurumlarına kendileri başvuran semptomlu hastalarda balgam yayma mikroskopisi yaparak pasif olgu bulma.
- En azından bütün yayma pozitif olgular için, altı-sekiz aylık rejimler kullanarak standart kısa süreli ilaç tedavisi uygulamak. İyi olgu yönetimi; bütün balgam pozitif yeni olgularda başlangıç dönemi süresince, rifampisin içeren rejimlerde idame döneminde ve bütün yeniden tedavi rejimlerinde doğrudan gözetimli tedavi (DGT) uygulamayı gerektirir.
- Gerekli bütün anti-TB ilaçların düzenli, kesintisiz sağlanması.
- Her hasta için olgu özelliklerini, tedavi sonuçlarını ve TB kontrol programının bütününün performansını değerlendirmeye olanak sağlayan standart bir kayıt ve raporlama sistemi.

Türkiye'de uygulanan TB kontrol programının unsurları ve sorunları

Türkiye'de bugün önümüze koyduğumuz program, "**DGTS-Artı**"dır. Programın eksiklikleri, uygulama hataları ve yetersizliklerinin olduğunu biliyoruz, fakat bu durum, programın adını değiştirmemektedir. Bu TB kontrol programının unsurları şunlardır:

Bakteriyolojik tanı esas alınmaktadır; kendisi başvuran semptomlu hastalarda (pasif yöntemle) ve risk gruplarının taranması ile (aktif yöntemle) tanı konulmaktadır. Tanıda sadece mikroskopi değil, kültür ve duyarlılık testinin de yapılması, bölge laboratuvarları sisteminin kurulma nedenidir. (Uygulamada sorunlar vardır. Mikroskopi ve kültür için organizasyon yeterli değildir. Tanıda hastaların üçte birine bakteriyolojik inceleme yapılmamaktadır. Kültür ve duyarlılık testi, hastaların yaklaşık yarısına yapılabilmektedir. Kalite kontrolü yoktur.)

Hastaların izlenmesi ve tedavilerinin sonlandırılmasında bakteriyolojik incelemeler yetersizdir. Tedavi başarısı olan olgularda kür gösterilememesi önemli bir eksikliktir.

Kısa süreli tedavi rejimleri kullanılmaktadır. (Ülke çapında 15 yıldan daha uzun süredir uygulanmaktadır.)

Hastalara ilaçlarının doğrudan gözetimli tedavi ile içirilmesi uygulamasına yeni başlanmaktadır. Bu, ülkemizdeki programın en önemli eksikliklerinden birisidir.

Düzenli ve ücretsiz ilaç temini sağlanmaktadır. Ayrıca ikinci grup ilaçların da ücretsiz temini ve dağıtımı yapılmaktadır. (Uygulamada, zaman zaman ilaç eksiklikleri olmaktadır, fakat sistem düzenli işlemektedir.)

Kayıt, raporlama ve analiz sistemi vardır. Fakat, eskiden kurulan bu sistem, yenilenmemiştir ve günümüzün ihtiyaçlarına yanıt vermemektedir.

BCG aşısı, iki kez uygulanmaktadır (yenidoğanlara ve 6 yaş grubuna). Ülkemizde genişletilmiş bağışıklama programının bir

parçası olarak yürütülmektedir ve Türkiye genelinde %70 üzerinde uygulanmaktadır.

Temaslı taraması, aktif vaka bulma ve koruyucu tedavi verilecek temaslıları belirlemede kullanılmaktadır. (Temaslıların sadece aile bireyleri olarak belirlenmesi yeterli değildir; belirlenen temaslıların da üçte ikisi taranabilmektedir.)

Koruyucu ilaç tedavisi, ülkemizde giderek daha fazla kişide uygulanmaktadır.

Saptanan, hastanelerde ve SSK kurumlarında tedavi başlanan hastaların bildirimlerindeki eksiklikler, bu hastaların verem savaşı dispanserlerine kayıt yaptırmamaları, kayıt yaptırmayan hastaların da tedavi sonuçlarının bilinmemesi önemli bir eksikliğimizdir. Bu hastalar, aslında tanı konulmuş, yani saptanmış hastalardır. Fakat tedavilerinin düzenli yürütüleceği kurum olan verem savaşı dispanserlerince izlenmemeleri ve kayda alınmamaları önemli bir sorundur.

Türkiye’de ÇİD-TB ve tedavi başarısızlığı olmuş TB hastalarının tedavi edildiği özel merkezlerin olması, ikinci grup ilaçların ücretsiz verilmesi önemli kazanımlardır. (Bu konudaki işleyişin hata ve eksiklikleri şunlardır: duyarlılık testleri standart, yeterli ve güvenilir değildir; bu hastalara bu konuda uzmanlaşmamış kişilerin hatalı tedaviler vermesi sözkonusudur; ücretsiz ilaç temininde eksiklikler olabilmektedir ve en önemlisi, tedavi başlanan hastaların hastane dışında DGT uygulamalarının olmayışı söz konusudur.)

Kontrol programını uygulamanın yararı

TB kontrol programının düzenli işlemesi, TB hastalarına erken tanı konulmasını,

hastalıklarının hızla iyileştirilmesini, nükslerin en aza indirilmesini, ölümlerin önlenmesini, koruyucu tedaviler ile yeni hastalanmaların önlenmesini sağlayacaktır. Bu uygulamaların maliyeti düşüktür. Sonuçta her bir TB hastasında kür sağlanabilir ve genç yaşındaki bu hastalar, toplumdaki üretken çalışmalarına dönebilirler. Bu da sağlıklı bir toplum için önemli bir unsurdur. Ayrıca gelecek nesillerin de TB basilinden arındırılmış bir ortamda yaşamaları sağlanmış olacaktır.

ÖNERİLER:

- ❖ Merkezi birimde ve il birimlerinde danışma kurullarının oluşturulmasına ivedilikle ihtiyaç vardır.
- ❖ Merkezi Birim ve İl Birimlerinde kurulacak danışma kurulları:
- ❖ Farklı yapılanma gösteren tüm sağlık kuruluşlarının –Üniversiteler, SSK, MSB, PTT, Banka Hekimlikleri, İç Güvenlik Kuruluşları vb. temsilcilerden oluşmalıdır.
- ❖ İlaçların tek elden temini ve kullanımını sağlamak amacıyla bunların serbest satışının yasaklanması ve yalnızca belirlenmiş birimlerce verilmesi ya da renkli reçete uygulamasına acilen geçilmesi yararlı olacaktır.
- ❖ Tanı ve tedavi konusunda sorumluluk verilen tüm birimlerde laboratuvarlar için gerekli alt yapının hemen sağlanması gereklidir.
- ❖ Dispanserler, ilçe sağlık ocakları ile tam bir işbirliği içinde çalışmak, ilçelerdeki tüberküloz kayıtlarının doğru ve güncel olup olmadığını kontrol etmek; olgu

saptamada ve tedavide hazırlanmış dökümanların düzenli ve doğru olarak doldurulduğunu denetlemek, görevini üstlenmelidir.

- ❖ Bugün dispanserlerde uygulanan, sadece ilaç verilen hastaların kayda alınması uygulaması yetersizdir; bunun yerine hangi şekilde olursa olsun, bir TB hastası hakkında bilgi alınınca, o hasta kayıt altına alınmalıdır.
- ❖ Dispanserler, İlaçlar, laboratuvar malzemeleri, balgam kapları ve formlar gibi ilçeler için gerekli olan malzemeleri sağlamak ve bunları ilçelerdeki sağlık ünitelerine dağıtmak ve sonuçlarını kontrol etmekle sorumlu olmalıdır.

Bütün bu işlerin planlanması için;

- ❖ Türkiye’de tüberküloz tanı ve tedavi çalışmalarının tek merkezden yürütebilecek ve kurumlar arası koordinasyonu sağlayabilecek güçlü bir Merkezi Birimin oluşturulmasına şiddetle ihtiyaç vardır.

Güçlü bu Merkezi birim müstakil, katma bütçeli, personel alınışı, yer değiştirilmesi ve denetimini yapacak şekilde örgütlenmelidir

KAYNAKLAR:

1. Guidelines for National Programmes. Treatment of Tuberculosis. WHO/TB/97.220
2. Türkiye’de Tüberkülozun kontrolü için Başvuru Kitabı. Sağlık Bakanlığı Verem Savaşı Daire Başkanlığı. 2003 -.ANKARA
3. Kocabaş A. Akciğer Tüberkulozu .İliçin,Ünal,Biberoğlu,Akalın,Süleymanla (Ed.) Temel İç Hastalıkları.Güneş Kitapevi Ankara 1996,s.456-475
4. Bilgiç, H Tüberkülozda Yeni aşı ve ilaç geliştirme çalışmaları.Kocabaş A (Ed.) Tüberküloz Kliniği ve Kontrolü. Çukurova Tıp Fak. Basımevi. Adana 1991 s. 377-389
5. Iseman MD. Klinisyenler için Tüberküloz Klavuzu. Çeviren: Şeref Özkara. Nobel Tıp Kitapevleri.2002
6. ATS Treatment of Tuberculosis and Tuberculosis Infection in Adults and Children. Am Respir crit care med. Vol 149. pp 1349-1374. 1994
7. Özkara, Ş Tüberküloz tedavi ilkeleri,tedavi ve tedavinin izlenmesi. Toraks Derneği 1. Kış Okulu Adana –2001
8. Task Force of ERS, WHO and the Europe Region of IUATLD. Tuberculosis management in Europe. Eur Respir J 1999; 14 978-992
9. Bilgiç H. Tüberküloz Tedavisi ve Sorunlarımız Paneli Notları. Verem Eğitim Haftası Münasebetiyle Düzenlenen TORAKS DERNEĞİ Verem Haftası Etkinliği. 2003
10. Bilgiç H. Akciğer Tüberkülozu Tedavisinde yeni yaklaşımlar. Toraks Derneği 2. Kış Okulu 22-26 Ocak 2003 Hilton-KONYA
11. Bilgiç H., Yüceer B. :Tüberküloz ve Tedavisi. İç Hastalıkları Günleri II (İn) Ed. Doç.Dr.Yavuz BAYKAL ve Prof. Dr. Fikri Kocabalkan. GATA Basımevi 2001. Sayfa 138-170
12. Verem Danışma Kurulu Kararları(2-3 Temmuz 1996, Ankara). Ulusal Tüberküloz Kontrol Programı Değerlendirme Komisyonu Raporu (Prof.Dr. Hayati BİLGİÇ Başkanlığında). Toraks Bülteni 33-35,1996,1(2)
13. Bilgiç, H, Tüberküloz Epidemiyolojisi ve Tüberküloz Tedavisi. Bilgiç, H(Ed.) Tüberküloz El Kitabı. GATA Basımevi(Basımda)-2003
14. Toraks Derneği 6.Yıllık Kongresi,Toraks Derneği Tüberküloz Çalışma Grubu, Tüberküloz Kontrol Programı Paneli,23-26 Nisan 2003 - ANTALYA