

“YAZ HASTALIKLARINDA ECZACININ ROLÜ”

Katılımcılar:

Prof. Dr. Ergin Şingirik (Ç.Ü.Tıp Fakültesi Farmakoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi ve Adana Eczacı Odası Bilim Komisyonu Başkanı)

- Prof. Dr. Muhsin Akbaba (Ç.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı)

- Prof. Dr. Fatih Köksal (Ç.Ü. Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi).

2.6.1998 tarihinde gerçekleştirilen MİEP Odamız **Başkanı Ecz. Erdoğan Çolak**'ın açış konuşmasıyla başladı. Daha sonra **Bilim Komisyonu Başkanı Prof. Dr. Ergin Şingirik** söz alarak; yaz hastalıklarının özellikle bizim yöremiz için ayrı bir önemi olduğunu, ilk olarak ishal ve allerjik hastalıkların aklımıza geldiğini belirterek, böyle bir eğitimin bizlere yararlı olacağını dile getirdi. Biz de bu eğitime katılmamış veya bir kez daha paylaşmak isteyen siz meslektaşlarımız için katılımcıların konuşmalarından bazı bölümleri sunuyoruz.

Bilimsel Sunum :

Prof.Dr. Muhsin Akbaba:

ALLERJİK HASTALIKLAR : Allerji terimi ilk kez 1906 yılında tanımlanmıştır. Allerjik durumlarda; proteinler karşısında aşırı duyarlılık özelliğini gösterdiği bulguların tanımlanmasında da atopi deyimi tanımlanmış ve kullanılmıştır. Kalıtsal özellikler atopik hastalıklarda riski %13'den %72'ye çıkaracak kadar etkilidir. Allerji toplumda sık rastlanılan yaklaşık %30-40'nda bulunan bir hastalıktır. Gelişmiş ülkelerde yaklaşık her 3 insandan birinde allerjik rinit, her 10 insandan birinde bronş astması, her 20 insandan birinde atopik ekzema, hemen her insanın hayatındada bir kez yaşanmak kaydıyla ürtiker görülmektedir. Son zamanlarda sanayileşme, kentleşme dolayısıyla kimyasal uyaranlarla daha fazla karşılaşma ve kapalı alanlarda enerji tasarrufu için havalandırmanın kısıtlanması allerjenlerle teması arttırmış ve allerjik hastalıklar daha sık görülür olmuştur. Allerjen ne demektir? İnsan vücuduna giren ve kanda kendine özgü karşıt bir madde oluşturan yabancı maddelere antijen diyoruz. Oluşturulan

karşıt maddeye ise antikor diyoruz. Bu antijen eğer allerjiye yol açarsa adı allerjen oluyor. Allerjik hastalıklarda en etkili allerjenler; ağaç polenleri, çayır polenleri, akarlar (ev tozları), tüylü hayvanlar, besinler, ilaç ve aşılardır.

Allerjik hastalıklarda allerjenle tanışmış bir kişide aynı antijenle tekrar teması sonucu immün yanıt gelişir. Bu savunma reaksiyonunda imunglobulin dediğimiz antikorlar rol oynar. Başta Ig E olmak üzere G, A, M ve D antikorları, kanda ki mast hücreleri, eozinofil hücreleri ve bazofilik hücreler rol oynamaktadır.

Allerjik reaksiyonlar;

TİP I REAKSİYON: Ig E'nin artmasına bağlı olarak gelişen, anaflaksiye neden olan immüno-patolojik mekanizmalarla oluşan erken immünolojik reaksiyondur. Antijen-antikor birleşmesi mast hücresi üzerinde histamin açığa çıkarır. Anaflaktik reaksiyonun şiddeti uyarının tipi ve konağın duyarlılığına bağlıdır. Major tiplerinde; geniş deri alanları tutulur, solunum ve kardiyovasküler sistem bulguları görülür ve hayati tehlike vardır. MİNÖR tiplerinde ise; deri ve mukozalardadır ve hayatı tehdit etmez.

TİP II REAKSİYON: Aloantijen denen aynı türün üyelerinde bulunan antijenlerin etkisiyle oluşan imunglobulin G ve M antikorlarının konak doku üzerinde bulunan antijenlerin etkileşimi sonucu gelişen hücreleri uyarıcı etkileri ve sitostatik olaylardır. Birçok hastalıklara neden olabilir; klorpromazin, fenasetinle hemolitik anemi, amlodipin ve kinidinle agranülositoz gibi.

TİP III REAKSİYON: Herhangi bir mikroorganizmayla oluşan, otoimmünite veya çevresel ajanlarla tekrarlayan,uzun süre vücudu etkileyen antijenlere bağlı olarak oluşan, immunkomplekslere bağlı olarak gelişen akut iltihap olaylardır.

TİP IV REAKSİYON: Deriye antijen temasından 24-48 saat sonra gelişen monosit ve lenfositlerden oluşan perivasküler iltihabi bir infiltrasyondur. İlaçlar, bitkiler, cilalar, saç boyaları ve koz-

metiklere karşı oluşan geç tip reaksiyonlar bu gruba girer.

TİP V REAKSIYON: Doğal aşırı duyarlılıktır.

ÜRTİKER: Halk arasında kurdeşen diye tabir edilen genelde eritemli bir halkayla çevrili papillerle karakterize bir cilt hastalığıdır. Birkaç günle bir kaç hafta arasında devam eder genelde 6 haftadan fazla devam ederse kronik ürtiker denir. Çocuk ürtikerlerinde mutlaka gıdalardan şüphelenmek la-

zım. Kuruyemiş, yumurta, balık, çikolata, et, mısır gevreği, koruyucu maddeler katılmış yiyecekler, polenler, parazitler ürti-

kerde rol oynamaktadır. Bazen hiç neden bulamayabilirsiniz.

Tedavide önce aile öyküsü alınmalı, ilgili allerjenlerden uzak tutulmalı ve sonra H₁ tipinde sedasyon yapmayan antihistaminikler verilmelidir. Kronik ürtikerde ise; H₁ antihistaminikleriyle birlikte trisiklik antidepressanlar ya da H₂ antihistaminikler kullanılabilir.

ATOPIK DERMATİT (EKZEMA): Allerjik immünojenetik bir hastalıktır. En tipik bulgu kuru deri, kaşıntı ve ekzamatöz infiltrasyon yani deri döküntüsüdür. İleri yaşlarda antikübütyal ve topikal dizdirsek tutulması vardır. Ayrıca minör bulgular vardır; göz altındaki intraorbitol katlantı, kaşların yan tarafında dökülme, balık pulu gibi deri görüntüsü... Hastanın bulunduğu ortam aşırı nemli olmamalı, ısı sabit bulunmalı, giyecekler pamuklu olmalı ve sabunla yıkanıp iyi durulanmalı, hasta kuru ılık bir iklimde dinlenmelidir. Banyodan sonra deriye yağlı maddeler uygulanmalıdır. Tedavide

özellikle topikal steroidler, florlu kortikosteroid içeren pomatlar verilebilir. Sistemik kortikosteroidlerin atopik dermatitte uzun süre kullanımları söz konusu değildir. Akut şiddetli ataklarda verilebilir. Kaşıntıyı gidermek için antihistaminikler kullanılır. Anksiyeteyi azaltabilirler. İnatçı vakalarda fotokemoterapi emin ellerde olmak koşuluyla yararlı olabilir.

ALLERJİK ASTİM: Özellikle bronşlarda aşırı hassasiyet, sürekli iltihap nedeniyle zaman zaman oluşan daralmalara bağlı hastalarda tipiktir. Nefes darlığı, hırıltılı öksürük, balgam çıkarma gibi belirtiler olur.

Türkiye'nin %7'si astımlı. Özellikle son zamanlarda sigara içilmesi, hava kirliliği buna eklenirse bu vakaların giderek artacağı söylenmektedir. Genelde astıma birçok faktörler neden oluyor ama %90'nının allerjik olduğu söylenmektedir. Yine burada aşırı duyarlılık ve astımda atopi rol oynamaktadır.

Astımda tetiği çeken faktörler ne? Egzersiz, psikolojik etkenler, solunum yolu enfeksiyonları, ilaçlar özellikle aspirin, beta blokörler, ACE inhibitörleri ve son zamanlarda hava kirliliği. Özel tetikleyici nedenler; polenler, ağaç çayır mantarları ev tozları, hayvan tüyleri, böcek artıkları, mesleki etkenler, menstruasyon, gebelik, gastro özafajiyel reflü gibi...

Tedavide çevrenin kontrolü şart yani mutlaka tetikleyici faktörler belirlenmişse onlardan uzaklaşmak lazım. En etkili yol ilaçtan çok eğitimidir.

İlaçla tedavide astımı tedavi eden ilaçlar kromolinsodyum, steroidler, teofilin ve ketotifen gibi. Astım atağında ise özellikle salbutamol, terbutalin, kromoterol, sistemik kortikosteroidler kullanılır. Eğer hiç yanıt alınamazsa aşı tedavisi yapılır. Ancak aşı tedavisi bir umut değildir.



ALLERJİK RİNİT: Toplumda sık rastlanılan atopik bir hastalıktır. Hastalarda öksürük, burun kaşınması, burun akıntısı, burun tıkanıklığı zamanla gözlerde kaşıntı ve yanma (allerjik rino-konjunktivit) görülebilir. Allerjik rinit tüm yıl boyunca sürer. Mevsimsel olarak da görülebilir. Hastaların önemli bir kısmında sinüzit gelişebilir.

Ne yapmak lazım; fizik muayene bulgularına ek olarak kan tetkikleri yapılabilir. Sinüzit yönünden mutlaka incelenmelidir. Hastada eğitim tedavinin temel taşıdır.

İlaçla tedavide ağızdan antihistaminikler ve burundan sprey şeklinde ilaçlar Kromolin Na ve steroid verilebilir. Sedasyona yol açmayan antihistaminikler genelde tüm semptomları giderir. Tedaviden başarılı bir sonuç alınmazsa aşı tedavisine yani immünoterapiye başvurulabilir.

“ALLERJİ KİMSENİN YAŞAMINI GÖLGELEMEZ”

Prof.Dr. Muhsin Akbaba'nın konuşmasından sonra Prof. Dr. Ergin Şingirik antihistaminiklerin farmakolojisinden bilgiler verdi;

Antihistaminikler deyince histaminin etkilediği H₁ ve H₂ reseptörleri akla geliyor. H₁ reseptörleri bloke eden klasik antihistaminikler, sadece histaminin etkilerini ortadan kaldırmayıp, parasempatolitik yani atropin benzeri etkiler de gösterebiliyor. Beyindeki H₁ reseptörlerini de etkilediği için sedasyon yapıyor. Son olarak çıkan 2. kuşak antihistaminikler yani piperidin türevleri kan beyin engelini aşmadığı için sedasyon yapmaz. Bunlar; astemizol, terfenadin, loratadine, cetirizine gibi..

Histamin mast hücrelerinden sentezlenir. Çeşitli etkenlerden dolayı bu sentez gerçekleşir ve allerji oluşur. Antihistaminikler mast hücrelerindeki histamin sentezine dokunamazlar. Bunlar diğer hedef organlardaki reseptörleri kapatıp salınan histaminin oradaki etkisini engeller.

Bu ilaçların antiemetik, antiparkinson, lokal anestetik etkileri de görülebilir. Yan tesirleri başta sedasyon, atropin benzeri etkiden kaynaklı ağız kuruluğu, bulanık görme, taşikardi, idrar yolu retansiyonu, kabızlık ortaya çıkabilir. Bir de son olarak terfenadin ve astemizol gibi ilaçların ventriküler aritmiye yol açtığı belirlenmiştir. Tehlikeli dere-

cede bunlar özellikle ketokonazol, trikonazol, eritromycin ve diğer makrolid antibiyotiklerle birarada verildiğinde etkileşmeleri çok daha fazla olur.

Prof. Dr. Fatih Köksal- (İshal etiyolojisi ve mikrorganizmalar)

İshalde antibiyotik kullanımına geçmeden önce antibiyotiklerle ilgili genel bir gezinti yapmak istiyorum. Antibiyotikler enfeksiyon hastalıklarında kullandığımız en önemli silahımız. Enfeksiyon hastalıkları hepimizin bildiği gibi mikroorganizmalar tarafından oluşturulan hastalıklardır. Biz bu silahı nasıl kullanıyoruz?

Kullandığımız yersiz antimikrobiyal, vücutta en az antimikrobiyal kadar vücut savunması için etkili olan mikrobiyal florayı bozdu. Yersiz kullanılan, yanlış kullanılan antibiyotikler aynı zamanda çok ciddi maddi kayıplara sebep oldu. Çok daha önemlisi multidrog rezistan suşların gelişmesine sebep biz olduk. Sizin kullanmadığınız ilaçlara karşı da mikroorganizma yanlış kullanılan antimikrobiyal sayesinde multidrog rezistans yani çoklu ilaç direnci geliştirmiştir. Nasıl yarattık multidrog rezistan suşları;

1961 yılında ilk olarak Amerika'da tek vaka aman kimse duymasın denilen bir vaka şeklinde görülmüştür. Ondan sonra 1991'de vakaların %29'sunda multidrog rezistan suşlar, betalaktam grubu gram (+) bakterilere etkili olması gereken antimikrobisallerin hepsine dirençlidir. Sadece betalaktamlara değil kinolonlara, aminoglikozitlere, makrolidlere de dirençlidir. 1992'ye gelince hemen 1 yıl sonra insidanda bir patlama olmuş 40'dan 1994'te 73'e çıkmıştır. Avrupa'da ise durum daha kötü.

Bütün yanlış kullanımlardan insanlar etkilendi mi? Fransa'da yapılan bir çalışmada antibiyotik kullanmayın uyarısına rağmen 1981'in ilk üç ayında %16'sı antibiyotik kullanırken 1991, on yıl sonra genel oran %22'ye çıkıyor. 1998'de ise sadece sefalosporinlerin kullanımı %22'dir. Çünkü o kadar garip şeyler var ki viral ÜSYE'de bile antibiyotik kullanılıyor. Antibiyotikler tüm tedavi maliyetlerinin %40'nı oluşturuyor.

Türkiye'de bütün çocuklar aşılanabilir.

1996 yılında tüm dünyada ölümlerin %33'ü enfeksiyonlara bağlıymış.

Bütün bunlar nasıl önlenir? Mezuniyet sonrası eğitim mutlaka yapılmalıdır. Eğitimde de ulusal ve uluslararası işlemler anlatılmalı, mikroorganizmaların antibiyotiklere direnç paterni anlatılmalı, antibiyotiklerin etki mekanizmaları ve spektrumları tam olarak verilmeli ve zorunlu konsültanlık getirilmelidir. Ayrıca eczacı otomatik olarak ilaç kesme ve ilaç değiştirme yetkisini istemelidir.

Bulduğumuz coğrafyada yani az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin önemli problemlerinden biri de gastrointestinal sistem enfeksiyonlarıdır. Özellikle 5 ve altındaki yaş grubu çocuklarda mortalite ve morbiditenin önemli sebebidir. Bunda iklimin etkisi vardır. Çünkü sıcak, kurak ve nispeten nemli bir iklimde mikroorganizma invivodan invitroya düştüğünde uzun süre dayanık kalabiliyor.

Her zaman nem ve gıda bulup, bu iklimdeki insanların sıcağa da bağlı olarak pis olduklarını düşünürsek enfeksiyon yaratacak konak bulma şansı oldukça yüksektir. GİS enfeksiyonlarının en önemli bulgusu İSHAL'dir.

İSHAL; günde en az 3 defa hatta 5-6 defa olmak üzere bol sulu, mukuslu veya kanlı gaita çıkarımıyla karakterize enfeksiyöz veya nonenfeksiyöz menşeyli yani enfeksiyon olabildiği gibi enfeksiyon dışında gıda intoleransına bağlı sebeplerle de gelişebilen bir klinik tablodur. İshal bir hastalık değil bir semptomdur. Başlangıçtan sonra 2 hafta içinde spontan olarak sonlanabileceği gibi 2 haftadan uzun sürede devam edebilir o zaman da kronik ishal denir.

İshalin oluşumunda, içme ve kullanma sularının temizliği, beslenme bozukluğu, çevresel ve kişisel hijyen önemlidir. Beslenme bozukluğu ishali süresini ve şiddetini artırır. WHO (Dünya Sağlık Örgütü) beş yaşına kadar her yıl insanların 3 defa ishal atağı geçirdiğini bildirmiştir.

İshalde ölümün en önemli sebebi dehidratasyondur, yani sıvı kaybıdır. %80'ninden fazlasından bu sorumludur. Diğeri ise dizanteridir. Dizanteri amipli olabilir, bakteriyel ya da basiller olabilir. Tüm dünyada 500 bin tane patolojik amibin sadece %10'u akut enfeksiyon oluşturma yeteneğine sahip. Yine eğitim eksikliğine bağlı olarak mikroskopta görülen lökositlerde amip kisti olarak de-

ğerlendirilebiliyor. Ayrıca verilen metranidazolde tüm florayı altüst ediyor. Dizanterinin genel insidansı ishali hastalıklarda %1'in altındadır. Malnütrisyon, sebebi ne olursa olsun ishale bağlı ölüme provake eder. Özellikle bebeklerde vücut ağırlığının %80'ninden fazlası sudur. Sürekli sekkertuar, sulu diyare bağırsaklarda absorpsiyon retansiyon bozukluğu yapar.

Rehidratasyon olmalı yani kaybedilen sıvının replase edilmesi gerekir. 1986 yılında WHO dünyanın her tarafında ORS (oral rehidratasyon sıvısı) kullanımını başlattı. Türkiye'de de Sağlık Bakanlığı bir merkez kurarak ORS kullanımının yaygınlaştırılması için çalıştı. Bunun sonuçları da gelişmişlik ölçüsüdür.

Bizde 1994'te ishale bir patlama olmuş ve üzücü olan çoğunluğun 4 yaş altındaki çocuklarda görülmesi.

WHO oral rehidratasyon sıvısı dışındaki çözümleri reddediyor. Ancak etken tam belirlenmiş laboratuvarında kesin amip tanısı konulmuş ve spesifik antimikrobiyal kullanımı gerektiriyorsa o zaman antimikrobiyal kullanılır. Yalnız yanlış antibiyotik kullanılırsa ısrar edilirse kullanımda multidrog rezistans bütün mikroorganizmalar arasında hızla yayılır. Bağırsaklardaki ekosistem bozulur ve basit bir diyare çözümsüz hale getirilir. Tek doz eritromisin, makrolid tek doz betalaktam antibiyotikleri bunun için yeterlidir. Kinolonlar bizim son ilacımızdı. Özellikle Gr(-) bakterilere karşı sanki hiç direnç gelişmeyecekmiş gibi düşünüyorduk onları. 1995 yılında Ankara'da bir Salmonella salgını çıktı. Tifoya karşı kinolonlar oldukça etkiliydi. 1997 yılında İngilizler kinolonlara karşı dirençli salmonellayı buldular. Kısa sürede bir çok yerde kinolonlara direnç de gelişti.

İshal durdurucular asla tavsiye edilmiyor. Onu neden durduracağınız çünkü toksinlerin atılımını sağlıyor. İSHAL, BİR SEMPTOMDUR.

Prof. Dr. Fatih Köksal'ın konuşmasından sonra **Prof. Dr. Ergin Şingirik** antidiyareik ilaçların farmakolojisinden bilgiler vererek, "**Yaz hastalıklarında Eczacının Rolü**" konulu meslek içi eğitim programını tamamlamıştır.