

ÇOCUKLARDA TÜBERKÜLOZ TEDAVİSİ- II

Dr. Cahit KARAKELLEOĞLU (x)
Dr. Sevim ALTINKAYNAK

TORAKS DIŞI TÜBERKÜLOZ

Merkezi Sinir Sistemi Tüberkülozu:

Tüberkülozun özellikle çocuklar için en kötü komplikasyonu menenjit tüberkülozudur. Mortalite ve kalıcı sekeller yönünden en tehlikeli olanıdır.

Bu nedenle tedaviye çok erken ve baskılı tam dozda başlanmalıdır. Çocuklarda tedavi edilmeyenlerde nörolojik belirtilerin çıkışı ile ölüm arasında geçen süre çok kısa olup, üç haftadan azdır. Hayatta kalma şansı ile komplikasyonların ağırlığı, tedavinin başladığı andaki hastalığın süresi ve nörolojik bulguların şiddeti ile ters orantılıdır.

Başarılı bir tedavi antitüberküloz ajanların omurilik sıvısında ki yeterli düzeyde olmasına bağlıdır. Bakterisid etkili ilaçlar bakteriostatik ajanlara tercih edildiği gibi ayrıca mikroorganizmanın kullanılacak ilaca karşı direncinin olmamasına da çok dikkat edilmelidir. Bu nedenle genellikle üç veya daha fazla ilaç birlikte kullanılmalıdır.

Visudiphan isimli bir araştırmacı izonazid ile rifampin'in başka bir ilaca gerek kalmadan verilmesinden tüberküloz menenjitinde iyi sonuç alındığını ve bu şekilde tedavi ettiği 20 hastadan yalnız birinde ölüm olmuş 12 hastanın da hiç bir sekel kalmadan iyileştiğini rapor etmiş ve ayrıca hiç bir hastada iştih kaybının olmadığı bu sekeli streptomycin kullanılmasına bağlı olacağını vurgulamıştır. Bu sonuç izonazid, streptomycin ve PAS'ın birlikte kullanıldığı hallere göre çok daha iyi bulunmuştur.

İzoniazid ve rifampin inflamme olmuş beyin zarlarına geçip orada yeterli konsantrasyona ulaştığı ve tüberküloz menenjitini etkili bir şekilde tedavi eden ikili bir ilaç kombinasyonu olduğu aşıkardır. Bu nedenlerle tüberküloz menenjitin her türlü tedavisine kesinlikle izoniazid ve rifampin kombinasyonunun eklenmesi gerekir. Ancak bu alanda çok geniş çalışılmış raporlar olmadığı için yalnızca bu iki ilaca bağımlı kalmak doğru olmayabilir.

Literatürde izoniazid dahil bir çok ilaca karşı mikroorganizmanın direnç kazandığı rapor edilmiştir. Bu nedenlerle başlangıçta tedaviye izoniazid ve rifampin yanında ethambutol veya streptomycinin eklenmesi önerilmektedir. Ethambutol tüberküloz menenjitli hastanın serebrospinal sıvısında bakteriyostatik etki yapacak konsantrasyona erişmesine rağmen normal kimsenin liköründe ölçülebilecek düzeye erişemez. Eğer ilaca karşı direnç olduğu bilinirse o durumda ethambutol ve streptomycinin her ikisinin birlikte kullanmak gerekir ve çok ender olarak bunlara Cycloserine de eklenebilir.

Tüberküloz menenjitinde kortikosteroidlerin rolü tam bilinmemektedir. Ancak kafa içi basıncını azalttığı kabul edilmektedir. Bazı araştırmacılara göre her tüberküloz menenjitinde kortikosteroid kullanılmalıdır. Diğer bazı araştırmacılarda ancak intrakranial basıncın yüksek olduğu durumlarda kullanılmasına tavsiye etmektedirler. Escobar bütün hastalarda 1 mgr/kg/günlük küçük dozların 10 mgr/kg/gibi yüksek günlük dozlar kadar etkili olduğunu bildirmektedir.

CAT taraması tüberküloz menenjitinin seyirini takipte ve hidrosefalusun erken tanısında yardımcıdır.

Hidrosefalus genellikle birleşim yerlerinde değişik şekilde oluşur ve sıklıkla asetazoamide veya tekrar edilen lumbal ponksiyonla iyi sonuç alınabilir. Obstrüktif hidrosefalus ve ilişkili hidrosefalus konservatif tedaviye cevap vermediğinde nöroşirürjikal şant işlemini gerektirir.

Tüberküloz ve Tüberküloz beyin abselerinde yukarıda bahsedilen Kombine ilaç tedavisi yapılmalıdır. Steroid ancak kafa içi basıncının arttığı durumlarda tedaviye eklenir.

Granülomatoz dokunun omuriliğe yaptığı basıncı ortadan kaldırmak için cerrahi işlem yapılabilir.

Seröz tüberküloz menenjitisi sıklıkla kendi haline geçmesine rağmen kazeöz tüberküloz menenjitinde olduğu gibi tedavi etmek en uygun yoldur.

MİLİYER TÜBERKÜLOZ

Kazeöz lenf bezlerinin tahribi sonucu pülmoner venlere büyük miktarda mikroorganizmanın hematogen yolla yayılmasında oluşur. Bu durumdaki hastalarda lumbal ponksiyon yapılması gerekir. Eğer menenjitte varsa tedavi ona göre yönlendirilir. Aksi halde tedaviye izoniazid, rifampin ve streptomycin veya ethambutol ile başlanır ve daha sonra sonuncu üç ilaçta zamanla kesilerek yalnızca izoniazid iki yıl verilir.

Yüzeyel lenf bezleri tüberkülozu:

Lenf nodüllerinin tüberküloz basili ile enfekte oluşu vücudun bütün bölge-
indeki lenf nodüllerinde görülebilirse sıklıkla servikal lenf düğümlerini tutar.

Yüzeyel lenf düğümü tüberkülozu temelde ilaçla tedavi edilir. İlaça cevabın çok iyi olması nedeni ile cerrahi işleme genellikle gerek kalmaz.

Tüberkülozun iki taraflı boyun lenf nodüllerine yayılmasına eğilim fazladır, ve genellikle boyunun aşağı kısımlarındaki lenf nodülleri enfekte olurlar: Bazan daha aşağılara mediastinumuna doğru yayılma olurki cerrahi müdahaleyi güçleştirir.

Bazan spontan drenaj hallerinde veya ani bir tehlike görünümde cerrahi müdahale yapılır. Bu durumlarda total eksizyon sonucu kısa sürede iyileşme izleri görülebildiği gibi sekonder olarak cildin enfekte olması ve mikroplu materyalin etrafa yayılmasında önlenir.

İlaça karşı direnç olmadığı sürece izoniazid ve rifampin ile tedavi yeterli olmaktadır. Buna rağmen bazı otoriteler ilk bir-iki ay için streptomycin eklenmesini tavsiye etmektedirler. Tedavi en az on sekiz ay yapılmalıdır. Tüberkülozdan ileri gelmeyen atipik lenf nodülleri enfeksiyonunda cerrahi işleme lenf nodülünün tamamen çıkarılması tavsiye edilmektedir. Operasyonda yüz sinirinin zedelenmesine dikkat etmek gerekir. Son yıllarda lenf nodülünde eksizyon yapmadan aspirasyon insizyon ve drenaj veya insizyon ve küretaj ile iyi sonuçlar alındığına ait raporlarda vardır. Ancak bu şekilde rapor edilen hastaların sayısı az olduğundan ve ayrıca bazı hastalarda drenaj 4 ay kadar uzun sürmesi nedeni ile sonuç için kesin bir şey söylemek zordur.

Bir çok tüberküloz dışı mycobacteri izoniazid, PAS ve streptomycin'e karşı dirençlidirler. Bununla beraber bazı suşlar rifampin, ethambutol, ethionamide ve erythromycin'e hassastırlar.

İSKELET SİSTEMİ TÜBERKÜLOZU

Genellikle kemik ve eklem tüberkülozu hematojen yolla olmasına rağmen vertebral enfeksiyon, prevertebral lemfatik doku yolu ile de olmaktadır.

İlk düşünülen tedavi izoniazid ve rifampindir. Sensitivite elde edilmesi mümkünse veya pozitif kültür elde edilmezse ilk 2 veya 3 ay streptomycin de tedaviye eklenebilir. İlaça direnç olmadığı sürece üçlü tedavinin mutlaka gerektiğine dair elde kuvvetli bir bilgi mevcut değildir.

Bazı klinisyonlere göre izoniazid ve PAS la elde edilen sonuç izoniazid, PAS ve sterpotmycinle yapılan üçlü edavi ile elde edilen kadar iyi olmaktadır. Bugün Izoniazid ve rifampin tedavisi izoniazid ve PAS kombine tedavisinden daha etkili olduğu bildirilmiştir. Üçüncü ilacın başlaması kararı hastalığın şiddetine ve lokalizasyonuna bağlıdır.

Vertebra gövdesinin hastalığı sonuçta kordonun-zedelenmesine ve buna bağlı olarak paraplejilerin oluşma riskini taşır. Bunun gibi vücut ağırlığını taşıyan eklem-lerin hastalığı devamlı fonksiyon bozukluğu riskini taşır. Bu gibi durumlarda

üçlü tedavi gerekir. Bunun yanında enfeksiyon yalnızca uzun kemiklerde olursa risk çok azdır.

Ortopedik cerrahinin rolü önemli olmakla beraber zamanında ilaçla tedavi sonucu hastaların çoğunluğu iyi olduğundan çok az cerrahi işleme gerek kalmaktadır. Tanıda şüpheli durumlarda biopsiden kaçınılmaz. Omurga tüberkülozunda çoğu zaman cerrahi işleme gerek kalmadan ilaçla tedavi edilmektedir, ancak tedaviye rağmen hastalıkta bir ilerleme varsa, paravertebral abse oluşumunda veya omurilik kordonunun baskılarında cerrahi işlem yapılır Tam paraplejinin olduğu bazı hastalarda cerrahi müdahale ile baskının kaldırılması sonucu total iyileşmede gözlenmiştir.

RENAL TÜBERKÜLOZ

Böbrek tüberkülozu basilin hematogen yolla yayılmasında kortikal veya glomerüler arteriollerin tutulması sonucu ortaya çıkar. Eğer lezyon iyileşmesize veya reaktif organizma nefronlara inerse idrarda görülür. Basil toplayıcı sisteme atılır ve bu basiller Henle kulpunun dar kısımlarında yakalanıp birikmeye meyillidirler. Böylece yeni enfeksiyon odakları teşekkül ederek kavite oluşumuna doğru ilerler ve daha sonra bu kavitelerdeki erime sonunda kavite kalikse açılır. İleri devrelerde bütün böbrek tahrip olur veya enfeksiyon üreterlere, mesaneye ve erekte prostata, epididime yayılır. Komplikasyon olarak üretral yapışıklıklar, mesanede ülserasyon ve fibrozis oluşabilir.

Bir çok araştırmacılar primer enfeksiyon ile klinik olarak böbrekte lezyonların oluşumu arasında uzun bir sürenin geçtiğini kabul etmektedirler. Bu nedenle böbrek tüberkülozu çocuklarda çok ender ve ancak adolesan yıllarına rastlayan yıllarda görülür.

Vakaların büyük bir kısmında kemoterapi tedavi edicidir. Normal idrar tahlili ve normal piyelogam bulunan fakat idrarda pozitif kültür sonucunda izoniazid ve rifampinle bir yıllık tedavi yeterli olabilir. Buna karşın klinik olarak böbrek tüberkülozu belirtileri gösteren hastalarda başlangıçta üçlü tedavi uygulaması akıllıca bir iş olur. Bu tür tedavide izoniazid ve rifampin'in kesinlikle olması yanın-da üçüncü ilaç olarak streptomycin veya ethambutolun eklenmesi gerekir.

Sensitivite endikasyonu hariç üçüncü ilaç hastanın iyiliğe gitme durumuna göre bir kaç ay içinde kesilebilir. Rifampin birinci yıl sonunda kesilebilirsede izoniazid tam olarak iki yıl verilmelidir. Bu tavsiye kısa süre tedavide nükslerin sıklığı ve bir yıl üçlü tedavi sonunda alınan spesimenlerde canlı basilin bulunması nedeni ile yapılmıştır.

Ender olarak, şiddetli ağrı, hipertansiyon kemoterapinin sonuç vermediği ve çeşitli ilaçlara direnç olduğu zaman çok fazla zedelenmiş böbrekte nefrektom yapılır.

İntravenöz piyelograide çok dikkatli olmalıdır. Renal fonksiyon idrar tahlili ve kültürü yapılmalı veyalnız tedavi süresince değil tedaviden sonrada hiç olmazsa on yıl takip edilmelidir. Özellikle böbrekte tedavi komplikasyonu olarak intravenöz piyelografi ile belirlenen inatçı bariz morfolojik bozukluk olduğunda bu kontroller daha titizlikle yapılmalıdır.

KARIN İÇİ TÜBERKÜLOZU

Tüberküloz karın içindeki her hangi bir organı entekte edebilir. İleri ülkelerde sütlerin kontrolü çok iyi yapıldığından bu şekilde enfeksiyon yok denecek kadar azalmıştır.

Gastrointestinal ve peritonitis şeklindeki tüberkülozdan her ikisinde ilaç tedavisine iyi cevap vermektedir. Laparotomi bazı vakalarda ancak tanı için yapılır. İzoniazid rifampinin tedavide yeterli olabileceği bildirilmektedir. Fakat bir kısım klinisyen streptomycin veya ethambutol'a başlangıçta tedavinin seyrine göre veya mikroorganizmanın izoniazide hassas olduğu bilininceye kadar devam etmek üzere verilmesinin uygun olacağını bildirmektedirler.

Ultrason veya CAT taraması tedavi sonunda karında oluşmuş kazeifiye kitlelerin bulunup, bulunmadığını tesbitte yarar sağlar.

PERİKARD TÜBERKÜLOZU

Tüberküloz perikarditis'i üçlü tedavi edilmelidir. Bunun için izoniazid, rifampin, streptomycin veya ethambutol verilir. Steroidler perikarddaki efüzyonu azaltmak ve sonuçta konstriktif perikarditis yapan skar oluşumunu önlemek için kullanılabilir. Bir çok vakada tanı için perikardiosentez veya perikardial biopsi endikasyonu vardır.

Kardiak sıkıntı olduğu zaman cerrahi girişim gerekebilir ve kısmi perikardiektomi yapılır.

DİĞER ORGANLARIN TÜBERKÜLOZU

Tüberküloz herhangi bir organı tutabilir. Bu arada kütaneüs tutulma çok enderdir. Lokalize olduğunda primer inokülosyon sekonder olduğunda da lenf nodülü drenajı söz konusudur. Her iki halde de izoniazid ve rifampin ile tedavi edilir. Drene olan nodülün cerrahi girişimle çıkarılması kaçınılmaz.

Hematojen yolla oluşmuş deri tüberkülozu (papüllonekrotik tüberküldler veya tüberkülozis verrukoza kutis) başlangıçta üçlü izoniazid, rifampin, streptomycin veya ethambutol ile tedavi edilmelidir. Eğer diğer belirtilerde artma ve hastalıkta bir yayılma yoksa üçüncü ilaç iki aydan sonra kesilebilir.

Eritema nodozum bir hipersensitivite reaksiyonu olup) genellikle primer p lmoner tüberkülozda görülür. Tedavi esas hastalığa göre yapılır, ve steroid kullanımına gerek yoktur.

Oküler yayılma çeşitli formlarda görülür. Bunlardan fliktenli konjunktivit korneanın tüberküloz enfeksiyonunda veya tüberkülin hipersensitivitesi olan çocukların konjunktivası görülür. Tedavide izoniazid ve rifampin yanında kortikosteroidlerde verilmelidir.

Konjunktivanın primer inok lasyonunda izoniazid ve rifampin yeterli olup kortikosteroid l z msuzdur.

Choroid tüberküller sıklıkla miliar tüberkülozu olan çocuklarda g r l rsede bazen tüberkülozun diğ r yayımları sırasında da görülebilir. Choroid tüberkülozlu çocuklarda tedavi miliar tüberkülozda ki gibidir, ancak   p he ortadan kalkınca tedavi kesilebilir. Tedavi ondan sonra izoniazid ve rifampin'e indirilebilir. Retinal skarları önlemek için kortikosteroid kullanılabilir.

KULAK TÜBERKÜLOZU VE MASTOİDİTİS

Çocuklarda çok az olarak görülebilir. Orta kulak kemiklerinde olacak değ liklikleri labirintitisi, işitme kaybı, yüz siniri felci ve kafa içi yayılmayı önlemek için tedaviye çok baskılı ve erken başlanmalıdır. Başlangıç tedavisi izoniazid, rifampin ve ethambutol ile yapılmalıdır. Streptomycin enfesiyona ek olarak işitme kaybına ve vestibüler toksisiteye neden olmaması için çok dikkatle ancak kullanılabilir.     nc  ilaç hastalığın klinik olarak düzelmesi veya kültürle mikroorganizmanın izoniazid ve rifampine hassas olduğu belirlendikten sonra bırakılabilir.

Hastaların büyük bir  oğ nluğunda mastoidden cerahi drenaj yapılır. I itme kaybı olduğu zaman bu kayıp devamlı kalır.

Genital tüberküloz erkek çocuklarda epididimitis veya epididimoorchitis şeklinde olabilir. Kız  ocuklarında ise fallopian kanal ençok ve sık işgal edilir. Daha sonra endometrium'  verler ve serviks sıra ile attake olurlar.

Tedavi başlangıçta      ilaçla yapılmalıdır. Klinik iyileşme ve sensitivite testlerine göre ilaç azaltılır. Tedaviye en az 18 ay devam edilmelidir.

GEBELİK VE YENİ DOĞAN

Tüberkülozlu anneden doğan çocuklarda yapılacak işlem çok önemli olduğu kadarda karışıktır.

Bu  ocuklarda ideal bakım annenin gebelik esnasında başlanmalıdır. Fakat gebe kadında radyolojik ara tırmannın zararları göz önünde bulundurulduğunda ve ayrıca yapılan tüberkülin deri testinin değerlendirilmesi için tekrar gelmesindeki ihmal nedeniyle doğumdan önce gebe kadında yalnızca tüberküloz tanısı koymak yetersiz olacağından durum daha da güçleşmektedir.

Tüberkülozlu gebe kadının izlenmesi:

Gebe kadında kesin bilinen tüberküloz varsa veya tüberkülin testi pozitif ise bu durumda gerek anneyi gerekse fötüsün durumunu göz önünde bulundurmak gerekir. İlaçlar blrisi için emniyetle kullanılırken diğeri için zararlı olabilir. İzoniazid fötüs için zararsız olmakla bebaber annede hepatitis yapma ihtimali azda olsa vardır.

Araştırmacıların büyük bir kısmına göre risk yeterli kabul edilip izoniazid yalnızca deri testinin pozitif olduğu hallerde profilakside gebe kadında kullanılmamalıdır. Ancak aktif tüberkülozda kullanılması gereklidir.

Rifampin verilen gebelerden doğan çocuklarda konjenital malformasyon görüldüğü hakkında hiç bir rapor mevcut değildir. Bu ilacın plasenta yolu ile geçerek DNA ya bağlı RNA polimerasi teorik olarak teratojen kıldığı bildirilmektedir.

Streptomycin'le tedavi gören gebelerden doğan kalıcı sağırlığın oluştuğu Ethambutol ile tedavide annede ve çocukta toksisitenin arttığına ve teorik olsa bile teratojen bir etki ile ilgili bir belirti gözlenmemiştir.

Aktif akciğer tüberkülozlu gebe kadınlarda rutin olarak tavsiye edilen tedavi izoniazid ile ethambutoldur.

Tüberkülozlu Anneden Doğan Çocuğun İzlenmesi:

Konjenital tüberküloz çok enderdir. İngilterede yapılan bir araştırmada izoniazidin tedaviye sokulduğu 1952 yılından beri ancak 24 Konjenital tüberkülozu görüldüğü bildirilmektedir.

Amerika ve diğer bir kısım ülkeden yapılan çalışmada da aynı paraleldedir.

Buna karşılık doğum esnasında veya doğumdan sonra çocuğa enfeksiyon geçişi az değildir.

Tüberkülozlu anneden doğan çocukların takibinde evvela konjenital tüberkülozun olup, olmadığını ve daha sonra da anne ile temasta alınması gerekli tedbirlerin düşünülmesi lazımdır. Fakat uygulanacak yolda değişik görüşler vardır. İzlenecek tek yol yoktur.

Konjenital tüberkülozlu bebekte bebekte standart tedavi izoniazid, rifampin ve streptomycin'le üçlü tedavi uygulanmaktadır. Ancak bir kısım klinisyen izoniazid ve rifampinle ikili tedavinin yeterli olacağını rapor etmelerine rağmen en uygun tedavi şekli üç ilacın verilmesidir.

Konjenital enfeksiyonu olmayan semptomsuz yenidoğan da tedavide çok değişik görüşler olup, genellikle üç türlü tedavi izleme varsa da her birinin iyi ve kötü yönleri de görülmektedir.

Bunlardan birisi izoniazidle profilaksidir.

Yoğun bir şekilde klinik denemeler izomazidle bir yıllık günlük tedavi ile tüberküloz gelişimi en az otuz yıl önlenmektedir. Tedaviyi gerektiren durumları şu şekilde özetleyebiliriz.

1— Klinik ve radyolojik bir belirtisi olmayan yalnızca tüberkülin pozitif çocuklarda,

2— Tüberkülin testinin negatif olduğu fakat tüberkülozlu kimselerle yakın temasta olan çocuklarda,

3— Önceden tedavi görmüş, hastalık veya tedavi sonucu immunosupresyon olmuş çocuklarda,

4— Herhangi bir yaşta olupta tüberkülozlu bir kimse ile temasının hemen sonrasında tüberküloz deri testinin pozitifleştiği hallerde etkili olarak izoniazidle profilaksı yapılır Ancak izoniazidle yapılan profilakside bazı ayrı görüşlerde vardır. Isoniazid 35 yaşına kadar verilmesini bu yaşın üzerinde verildiğinde hepato toksisitenin arttığını bildirilmektedir. Ancak son yıllarda bu görüşte olmayanlarda çoğalmaktadır.

İkinci bir durum izoniazid'e dirençli M. tüberküloz şuşları ile enfekte çocuklarda izoniazidle önleyici tedavinin yararlı olmayacağıdır. Özellikle annedeki mikroorganizmalar ilaca karşı dirençli ise izoniazid çocukta etkisizdir. Yüksek risk grubu çocuklarda genellikle rifampinle bir yıl tedavi gerekebilir.

Bu şekildeki uzun süren bir tedaviye bazen hastanın usanç duyması veya ailenin usanç duyması veya ailenin ilgisizliğide çok önemle göz önünde tutulması gereken bir husustur ve ailede belirgin sosyal problemler tedavide sorumluluk alma ve takipte yetersizliğe neden olmaktadır.

Son yıllarda daha kısa süre, altı aylık bir koruyucu tedavi üzerinde çalışmalar vardır. İyi sonuç alındığı söylenmesine rağmen henüz yeterli bilgi ve raporlar mevcut değildir.

İkinci izleme BCG (Bacille Calmette-Guerin) aşısı ile yapılmaktadır.

Aşılama klinik tüberküloz enfeksiyonunu önlemede yüksek derecede etkilidir. Bu tür önlemede en büyük yarar takipte problem olan ailenin bu izlemesine ihtiyaç olmamasıdır.

Burada enbüyük yetersizlik tüberkülin deri testinin okunmasında yapılan yanlışlıktır. Zamanla derinin reaksiyonunun azaldığı gösterilmiştir. Bu nedenle aşından yıllar sonra kuvvetli tüberkülin testi pozitifliği genellikle tüberküloz enfeksiyonunun yenilemesini işaret eder.

Aşıdan bir kaç yıl sonra reaktif tüberkülin testi ise aşılamaı veya tüberküloz enfeksiyonunu işaret eder.

Bu testin uygulamasında ikinci güçlük bebeğin doğar doğmaz BCG ile aşılanmadan sonra tüberkülin deri testi pozitif oluncaya kadar annesinden ayrı tutulmasıdır. Bu süre hiç olmasa altı hafta olmalıdır. Bu durum gerek anne ve gerekse bebek bakımından son derece güçlük arz etmektedir. Bu ayırmanın yan etkileri facia olabilir. İstatistiki olarak bu ayırmanın çocukta arttırdığı bildirilmektedir.

Üçüncü izleme PPD tekrarlaması ile yapılır.

Tüberkülozlu anneden doğan çocuğun en önemli izleme metodlarından birisi tüberkülin deri testinin üçüncü ve on ikinci ayında tekrarlanmasıdır.

Bu metodun yan etkileri çokazdır. Bununla beraber bir çok vakada takibi güçlük arz etmektedir. Bu metodun kullanılrlığı ve sonuçta yararı genelde ailenin sosyal yapısına ve ilgisine bağlıdır,

Tüberkülozlu anneden doğan semptomsuz bebeğin izlenmesinde yapılabilen işlemler şu şekilde özetlenebilir.

Annesinin doğumda durumu	Çocukta yapılması gerekli
Yalnızca pozitif tüberkülin testi	Çocuk klinik olarak gözlenir PPD 3 ayda ve 12. ayda tekrar
Aktif olmayan pulmoner hast. veya kemoterapi ile iyi Kontrol edilen pulmoner hast.	İzoniazid 10 mg/kg/gün 3-4 ay, PPD 4-6 ayında veya BCG veya klinik izleme, PPD 3-6 ve 12 ayında tekrar edilecek.
Aktif pulmoner veya yaygın hastalık.	İzoniazid 10 mgr/kg/gün 4-6 ay verilecek PPD 4-6 ve 12. ayda tekrar.

SUMMARY :

Treatment of tuberculosis in Children. During four decades, many advance has been made in treatment of tuberculosis in children.

The number of patients has decreased because of profilactic and therapotic applications recently through the world. Especially, This has been true for our country. However it is Clear that tuberculosis screening has slowed, since tuberculosis has been belived to decrease, and that the number of tuberculosis, cases has increased because of poor sosyo-economic alterations.

In this paper recent advance in tuberculosis treatment has been documanted anspediatic tuberculosis treatment and its chemoprophylaxis has been discussed.

YARARLANILAN KAYNAKLAR

- 5- New Topics in pediatric infectious disease, The pediatric Clinies of North America. 35-3, June, 1988. p: 441-464.

- 2- Anti-infective Therapy. The pediatric Clinics of North America. 30-2 April 1983. p: 333-349.
- 3- Vaughan Vc, Behrman RE. Nelson Textbook of pediatrics. (13 th ed) Philadelphia: WB Saunder Co. 1987 . p: 629-638.
- 4- Krugman S, Sammel L. Katz. Infectious Diseases of Children. ST Louis, CU. Mosby Co. 1985, p: 398-419.
- 5- Abraham M. Rudolp, MD. Pediatrics (16 thed) New York 1977 p: 462-480.
- 6- Işık-Z, Kürkçüoğlu M. Son iki yıl içinde çocuk Sağlığı Hastalıkları Kliniğine yatan tüberküloz vakalarının tetkiki. Atatürk Üniversitesi Tıp Bülteni 58-4 Ekim 1983.