

# Afyon ve İlçelerindeki Hekimlerin Toplum Kökenli Pnömonilerde Tanı ve Tedavi Yaklaşımları

Mehmet Ünlü\*, Murat Cirit\*, Ayşe Orman\*

\* Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz AD

## ÖZET

Afyon ili ve çevre ilçelerinde bulunan hekimlerin toplum kökenli pnömonilere (TKP) yaklaşımlarını değerlendirmek amacıyla toplam 208 hekime anket çalışması uygulandı. Hekimlerin 162'si pratisyen (%77.9), 46'sı (%22.1) uzmandı. TKP düşündükleri hastalarda ideal şartlarda hekimlerin %94.2'si akciğer grafisi, %71.2'si hemogram, %54.8'i kültür, %48.1'i balgam Gram boyaması, %37.5'i de biyokimyasal tetkikleri tanı amaçlı isteyecekleri saptandı. Uzman hekimlerin pratisyen hekimlere göre anlamlı derecede daha fazla Gram boyama, kültür, hemogram ve biyokimyasal tetkikler istediği görüldü ( $p<0.05$ ). Ayaktan tedavi edilebilecek TKP'li hastalarda hekimlerin %74.1'i tek antibiyotik başlamayı uygun görmüşlerdi. En sık B-laktamaz inhibitörlü aminopenisilinlerin (%44.3) ve makrolidlerin (%24) tercih edildiği görüldü. Pratisyen hekimlerin %14.8'inin, uzman hekimlerin ise %30.4'ünün ilk tercih olarak oral penisilinleri seçtiği saptandı ( $p<0.05$ ). Hekimlerin %57.7'sinin tedaviyi 10 gün sürdürdüğü ve %34.6'sının tedaviyi akciğer grafisindeki düzelmeye göre sonlandırdığı belirlendi. Ayrıca %92.3'ünün antibiyotik tedaviye ek olarak mukolitik, antitussif, vitamin gibi ilaçları reçete ettiği saptandı. Sonuç olarak Afyon ili ve çevre ilçelerindeki uzman hekimlerin pratisyen hekimlere oranla TKP yaklaşımlarının daha bilinçli olduğu fakat her iki hekim grubunda da TKP'lerin tanı ve tedavisine yönelik bilgi eksiklikleri olduğu saptanmıştır.

*Akciğer Arşivi: 2002; 1: 9-16*

**Anahtar kelime:** Akciğer, arteriyovenöz malformasyon

## SUMMARY

### The Diagnostic and Therapeutic Approaches of the Physicians in Afyon to Community-Acquired Pneumonia

This study was designed to evaluate the approaches of the physicians in Afyon to community-acquired pneumoniae. Data was obtained by a self-administered questionnaire. The study group consisted of 208 physicians with 46 being specialists (22.1%) and 162 general practitioners (77.9%). The required laboratory investigations by physicians at the ideal laboratory conditions when the community-acquired pneumoniae was the suspected diagnosis were posteroanterior chest roentgenogram (94.2%), full blood count (71.2%), sputum culture (%54.8), sputum Gram stain (48.1%) and biochemical tests (37.5%). Specialists demanded these tests more frequently than general practitioners ( $p<0.05$ ). B-lactamase inhibitors (44.3%) were the most preferred antibiotics, followed by macrolides (24%). Oral penicillines were preferred by 30.4% of specialists and 14.8% of general practitioners ( $p<0.05$ ). 57.7% of the physicians declared that they preferred an average of 10-days therapy and 34.6% of the physicians preferred chest roentgenogram improvement for the cessation of therapy. 92.3% of them added mucolytics, antitussives and vitamins to the antibiotic therapy. In conclusion, specialists' approach to the community-acquired pneumonia was more appropriate than that of the general practitioners. However, the knowledge of both specialists and general practitioners on community-acquired pneumoniae was concluded to be inadequate.

*Akciğer Arşivi: 2002; 1: 9-16*

**Key word:** Community-acquired pneumoniae, diagnosis, treatment, physicians

## Giriş ve Amaç

Akciğerlerde klinik ve/veya radyolojik konsolidasyon bulguları ile karakterize genellikle de akut olan enfeksiyona pnömoni denmektedir. Oluş yeri ve immun duruma göre pnömoniler;

toplum kökenli, hastane kökenli ve immünsüprese hastalardaki pnömoniler diye başlıca üç gruba ayrılmaktadır. Toplum Kökenli Pnömoni (TKP) genellikle hastane dışında ortaya çıkan ve bilinen bir immun yetmezliği olmayan kişilerde günlük yaşam esnasında ortaya çıkan pnömoniler olarak kabul edilir (1).

TKP'li hastalar tanı konulduğu zaman American Thoracic Society (ATS) kriterlerine göre

Yazışma Adresi: Dr. Murat Cirit  
Kocatepe Üniversitesi Göğüs Hastalıkları AD/Afyon  
Tel No: 0-272-2171753 E-mail: egemencirit@hotmail.com

dört gruba ayrılmıştır (2). Ülkemizde ise 1998 yılında Toraks Derneği tarafından Pnömoniler Tanı ve Tedavi Rehberi (TDPR) yayınlanmıştır (3). Burada ATS sınıflamasının ülkemiz koşullarında uygulanmasının zorluklar yaratabileceği vurgulanmış ve sınıflama algoritm şeklinde yapılmıştır. Buna göre Grup-1; hastaneye sevk kriterleri taşımayan olguları, Grup-2; hastaneye sevk kriterleri olan, yatırılma koşulları olmayan olguları, Grup-3; hastaneye yatırılması gereken olguları, Grup-4; yoğun bakıma alınması gereken olguları kapsamaktadır.

TKP'li hastaların büyük çoğunluğu ayaktan izlenmektedir. Bu hastalarda mortalite oranı da düşük olup yaklaşık %5 civarındadır. Ancak hastaneye yatırılması gerekenlerde bu oran %25'lere kadar çıkabilmektedir (4). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı verilerine göre 1992 yılında viral pnömoni tanısıyla 4782, diğer pnömoni tanısıyla 87.541 olgu hastaneye yatırılmış ve sırasıyla 76 ve 2441 kişi ölmüştür. Devlet İstatistik Enstitüsü verilerine göre ise tüm ölümler arasında pnömoniden ölümler 6. sırada yer almakta, infeksiyon hastalıklarından ölümlerde ise ilk sırada görünmektedir (1).

Eskiye oranla günümüzde pnömoniye yakalanma riski taşıyan toplum kesimleri farklılaşmıştır. Birçok ülkede 60 yaş ve üzerindeki insanlar daha büyük risk taşımaktadırlar. Yaş faktörünün yanısıra son yıllarda HIV infeksiyonunun giderek yaygınlaşması, başarılı organ nakilleri sonrasında yapılan immünsüpresyon tedavileri de pnömoni oluşumuna zemin hazırlayan faktörlerdir. Bu nedenle TKP'li bir hastanın tanı ve tedavisinde hekimin yaklaşımı bilinçli olmalıdır.

## Gereç ve Yöntem

Mayıs-Haziran 2001 tarihleri arasında Afyon ve ilçelerinde bulunan pratisyen hekim, iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları, infeksiyon hastalıkları uzmanı olan toplam 208 hekim çalışmaya alınmıştır. Hekimler seçilirken pnömoni tanı

sı ile karşılaşabilecek ve bu hastalara tedavi verebilecek hekim grupları olması gözönünde bulundurulmuştur. Bu hekimlerden, yüz yüze görüşme yöntemi ile 9 sorudan oluşan ve çoktan seçmeli anket formunu cevaplandırmaları istenmiştir.

Anket soruları, hekimlerin çalıştıkları işyerinde sahip oldukları koşullar, ayaktan tedavi edilebilecek pnömonili bir hastada ideal ve çalışma koşullarında hangi tetkikleri istedikleri, tedavi olarak hangi antibiyotik veya antibiyotikleri başlayacakları, tedaviyi kaç gün sürdürecekleri ve hangi kriterlere göre sonlandıracakları, eğer hastada ek hastalık varsa tedavide hangi antibiyotik veya antibiyotikleri başlayacakları ve antibiyotik tedavisine ek ilaç tercihleri olup olmadığı ile ilgili idi.

İstatistiksel değerlendirmeler SPSS 9.0 programında ve ki kare testi kullanılarak yapılmıştır.  $P < 0.05$  değerleri anlamlı kabul edilmiştir.

## Bulgular

Çalışmaya toplam 208 hekim alınmış olup, 162'si partiyen, 22'si çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı, 16'sı iç hastalıkları uzmanı, 8'i infeksiyon hastalıkları uzmanı idi. Hekimlerin demografik verileri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Hekimlerin pnömoni düşündüklerinde çalıştıkları yer koşullarında ve ideal koşullarda tanı için istedikleri tetkikler Tablo 2'de gösterilmiştir. Pratisyen hekimlerin %96.3'ünün, uzman hekimlerin de %87'sinin ideal şartlarda akciğer grafisi isteyecekleri saptanmıştır ( $p > 0.05$ ). Yine Pnömoni tanısı için uzman hekimlerin %87'si Gram boyama, %78.3'ü kültür isterlerken, pratisyen hekimlerin %37'sinin Gram boyama,

**Tablo 1: Hekimlerin demografik özellikleri**

Erkek/kadın (n)	159/49
Ortalama yaş (yıl)	38.01±11.4
Pratisyen/uzman (n)	162/46

%48.1'inin de kültür isteyecekleri saptanmıştır (p<0.05).

Kendilerine ATS ve Toraks Derneği Pnömoni Tanı ve Tedavi Kriterlerine göre grup-1'de bulunan hasta özellikleri belirtilip tedavi başlanmaları istendiğinde 154'ü tek antibiyotik, 54'ü ise 2'li antibiyotik tedavi başlamayı uygun gördük-

**Tablo 2: Hekimlerin pnömoni tanısı için istedikleri tetkikler**

	Çalıştığı koşullar	İdeal koşullar
Röntgen	%50.8	%94.2
Hemogram	%55.8	%71.2
Biokimya	%15.4	%37.5
Lökosit sayımı	%42.3	%59.6
Gram boyama	%9.6	%48.1
Balgam kültürü	%8.7	%54.8
Eritrosit sedimentasyon hızı	%38.5	%46.2
Toraks bilgisayarlı tomografisi	%1	%4.8

lerini belirtmişlerdir. Tek antibiyotik olarak %44.2'si B-laktamaz inhibitörlü aminopenisilin, %24'ü makrolid tercih ederken, ikinci ilaç olarak %12.6'sının makrolid, %4.9'unun B-laktamaz inhibitörlü aminopenisilin, %3.9'unun ise sefalosporin eklemeyi tercih ettikleri saptanmıştır. Pratisyen hekimlerin %27.2'si makrolidleri tek antibiyotik olarak tercih ederken, uzman hekimlerin %13'ü tercih etmiş (p<0.05), pratisyen hekimlerin %14.8'i oral penisilinleri tercih ederken, uzman hekimlerin %30.4'ü oral penisilinleri tercih etmiştir (p<0.05). Pratisyen hekimlerin %25'i, uzman hekimlerin de %30.4'ü ikili antibiyotik tedavisi başlamayı uygun görmüşlerdir (p>0.05) (Tablo 3, Tablo 4).

Hekimlerin %57.7'si, 10 günlük tedavi süresinin yeterli olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 5).

Tedaviyi sonlandırma kriteri olarak %34.6'sının akciğer grafisinde düzelme olmasını kriter aldığı, %30.8'inin ise ateş düştükten 3-5 gün sonra tedaviyi sonlandırmayı tercih ettikleri saptanmıştır. Pratisyen hekimlerin %27.2'si tedaviyi

**Tablo 3: Hekimlerin grup-1 hastalarda tek antibiyotik tercihleri**

Antibiyotik	Toplam sıklık	Pratisyen	Uzman
Oral penisilin	%18.3	%14.8*	%30.4*
B-laktamaz inhibitörlü aminopenisilin	%44.2	%43.2	%47.8
Makrolid	%24	%27.2*	%13.0*
Sefalosporin	%4.8	%4.9	%4.3
Kinolon	%7.7	%8.6	%4.3
Gentamicin	%1	%1.2	%0

\*p<0.05

**Tablo 4: Hekimlerin grup-1 hastalarda ikinci antibiyotik tercihleri**

Antibiyotik	Toplam sıklık	Pratisyen	Uzman
İkinci antibiyotik kullanmam	%73.8	%75#	%69.6#
Oral penisilin	%1.9	%2.5	%0
B-laktamaz inhibitörlü aminopenisilin	%4.9	%3.8	%8.7
Trimetoprim-sülfometaksazol (TM-SMX)	%2.9	%3.8	%0
Makrolid	%12.6	%11.3	%17.4
Sefalosporin	%3.9	%3.8	%4.3

# p>0.05

sonlandırmada ateşin düşmesinden 5 gün sonra kriter alınırken bu oranın uzman hekimlerde

**Tablo 5: Hekimlerin tedavi süreleri hakkındaki görüşleri**

Süre	Toplam sıklık	Pratisyen	Uzman
5 gün	%1.9	%2.5	%0
7 gün	%12.5	%12.3	%13.0
10 gün	%57.7	%58.0	%56.5
15 gün	%24	%22.2	%30.4
30 gün	%3.8	%5.0	%0

%43.5 olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Pratisyen hekimlerin %38.3'ü, uzman hekimlerin ise %21.7'si tedaviyi radyolojik yanıtı göre sonlandırmayı uygun bulduklarını belirtmişlerdir ( $p<0.05$ ) (Tablo 6).

Kendilerine ATS ve Türk Toraks Derneği kriterlerine göre Grup-3 hasta özellikleri verilen hekimlerin %94.2'si bu hastanın yatırılarak tedavi edilmesi gerektiğini belirtmiş, %69.2 si tek antibiyotik başlamayı uygun görmüş, tek antibiyotik olarak %37.5 makrolid, %33.7 B-laktamaz inhibitörlü aminopenisilin başlandığı, ikinci anti-

**Tablo 6: Hekimlerin tedaviyi sonlandırma kriterleri**

Kriter	Toplam sıklık	Pratisyen	Uzman
Ateş düştükten 2-5 gün sonra	%30.8	%27.2*	%43.5*
Akciğer grafisinde düzelme	%34.6	%38.3*	%21.7*
Fizik muayenede düzelme	%28.8	%28.4	%30.4
Balgamın kesilmesi	%2.9	%3.7	%0
Lökosit sayısının düşmesi	%2.9	%2.5	%4.3

\* $p<0.05$

**Tablo 7: Hekimlerin grup-3 hastalarda birinci antibiyotik tercihleri**

Antibiyotik	Toplam sıklık	Pratisyen	Uzman
Makrolid	%37.5	%35.8	%43.5
Oral penisilin	%4.8	%4.9	%4.3
B-laktamaz inhibitörlü aminopenisilin	%33.7	%35.8	%26.1
TM-SMX	%1	%1.2	%0
Kinolon	%1	%1.2	%0
Sefalosporin	%20.2	%18.5	%26.1
Fikrim yok	%1.9	%2.5	%0

#  $p>0.05$

**Tablo 8: Hekimlerin grup-3 hastalarda ikinci antibiyotik tercihleri**

Antibiyotik	Toplam sıklık	Pratisyen	Uzman
İkinci antibiyotik kullanmam	%69.2	%74.1	%52.2
Oral penisilin	%1.9	%2.5	%0
B-laktamaz inhibitörlü aminopenisilin	%8.7	%4.9	%21.7
TM-SMX	%4.8	%6.2	%0
Kinolon	%4.8	%3.7	%8.7
Sefalosporin	%10.6	%8.6	%17.4

biyotik olarak %8.7 ile B-laktamaz inhibitörlü aminopenisilin, %10.6 ile sefalosporin, tercih edildiği görülmüştür. Uzman ve pratisyen hekimler arasında istatistiksel açıdan fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 7, Tablo 8).

Hekimlerin %87.5'i antibiyotik tedavisine ek olarak mukolitik tercih ettiklerini, %5.7'si ise antitussif verdiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca antitussiflerin pratisyen hekimler tarafından önerildiği, hiçbir uzman hekimin bu ilaçları reçete etmediği saptanmıştır (Tablo 9).

### Tartışma

TKP'ler geliştirilen yeni tanı yöntemleri, geniş spektrumlu antibiyotikler ve destekleyici tedavilere rağmen hala önemli bir sağlık problemidir. Pnömoni Amerika Birleşik Devletlerinde ölüm nedenleri arasında 6. sırayı, infeksiyonlardan ölümler arasında ise 1.sırayı almaktadır (5). Çoğu hafif seyreden bu infeksiyonlarla daha çok pratisyen hekimler karşı karşıya kalmaktadır. Ağır seyreden ve hastanede tedavisi gereken infeksiyonların tanı ve tedavisi ise uzman hekimlerce yapılmaktadır.

Göğüs radyografisi pnömoni tanısı için altın standarttır (6-7). Hem tanı hem de diğer patolojilerden ayırımında ve komplikasyonların saptanmasında yardımcıdır. Bu çalışmaya katılan hekimlerin çalıştıkları ortamda %52.9'unun akciğer grafisi olanağının bulunduğu saptanmıştır. Çalıştıkları yerin koşullarında TKP düşündüklerinde hekimlerin %50.8'i akciğer grafisi isteyeceklerini, ideal koşullarda ise %94.2'si akciğer grafisi isteyeceklerini belirtmişlerdir. Buradan hekimlerin pnömoni tanısında akciğer grafisini kullandıkları ve koşullar uygun olduğu sü-

rece bu tetkiki istedikleri anlaşılmaktadır. Uzman ve pratisyen hekimlerin akciğer grafisi isteme oranlarının benzer olduğu görülmüştür. TDPR'de de semptom ve fizik muayene bulguları ile pnömoni düşünülen olgularda akciğer filminin çekilmesi önerilmektedir (3). ATS pnömoni düşünülen olgularda ayırıcı tanı açısından akciğer grafisi çekilmesini önermektedir (2). Birçok çalışmada çoklu tanısal testlere rağmen etken saptama olasılığının %50 civarında olduğu rapor edilmiştir (8, 9, 10). Bu çalışmadaki hekimlerin %21.2'sinin Gram boyama, yine %21.2'sinin de kültür yapma olanakları olduğu saptanmış olup, çalışma ortamlarında %9.6 sının Gram boyama, %8.7'sinin kültür yapmayı düşündükleri, ideal şartlarda ise bu oranların sırasıyla %48.1 ve %54.8 olacağı belirtilmiştir. Uzman hekimlerin daha yüksek oranda Gram boyama ve kültür istemeyi düşündükleri tespit edilmiştir. TDPR'de Gram boyama ve balgam kültürü için yapılabilir denmektedir (3). ATS nitelikli bir balgamın (25'den fazla lökosit, 10'dan az epitel hücresi) Gram boyamasının yapılmasını önermekle birlikte, balgam kültürünün duyarlılık ve özgüllüğünün düşük olduğunu belirtmiştir (2). Bakteriyolojik tanıyı güçleştiren etkenlerden biri, alt solunum yollarından yeterli örnek elde edilememesidir. Dehidratasyon veya atipik pnömoni söz konusu olduğunda hasta balgam çıkaramaz. Diğer bir etken ise, ağız florasıyla kontaminasyona uğramamış bir balgam örneği elde etme şansının %25 olmasıdır. Bu nedenle sorumlu bir bakteri tanınsa bile, bunu kontaminasyon olabileceği kuşkusunu gidermek zordur (11-13). Kolsuz ve arkadaşları hastaneye yatarak tedavi görmesi gereken toplum

**Tablo 9: Hekimlerin antibiyotik tedavisine ek ilaç tercihleri**

Ek tedavi	Toplam sıklık	Pratisyen	Uzman
Başka ilaç kullanmam	%7.7	%4.9	%17.3
Mukolitik	%87.5	%88.9	%82.6
Antitussif	%5.7	%7.4	%0
Vitamin	%22.1	%24.7	%13.0

kökenli pnömonilerin ancak %34.2'sinde etken ajan saptayabildiklerini belirtmişlerdir (14).

TDPR'de rutin laboratuvar incelemelerinin tanıya katkısının sınırlı olduğu ancak hastalığın prognozunun tayininde, hospitalizasyona karar vermede, tedavi seçiminde ve antibiyotik dozunun belirlenmesinde yararlı olacağı belirtilmiştir (3). ATS ise rutin laboratuvar incelemelerinin yaşlı, ek hastalığı olan ve hastaneye yatırılması düşünülen hastalarda yapılmasını önermektedir (2). Çalışmamıza katılan hekimlerin %71.2'si hemogram, %37.5'i biokimyasal testleri, %59.6'sı lökosit sayısını, ideal şartlarda isteyeceklerini belirtmişlerdir.

TDPR'de grup-1 hastaların tedavisi için ilk tercih edilecek seçeneğin oral penisilinler olduğu eğer klinik olarak atipik pnömoni düşünülüyorsa veya penisilin allerjisi varsa ilk seçeneğin makrolidler olduğu rapor edilmiştir (3). ATS'nin ise grup-1 hastalar için önerdiği ampirik tedavi seçeneği makrolidler ya da tetrasiklinlerdir (2). Amerikan İnfeksiyon Hastalıkları Derneği (IDSA) klavuzuna göre ayakta tedavi edilecek hastalarda etiyolojik tanının konulamadığı durumlarda öncelikle önerilen ampirik antibiyotikler; makrolidler, kinolonlar ve doksisisiklin gibi oral ajanlardır. Alternatif tedavi seçenekleri ise B-laktamaz inhibitörlü bir aminopenisilin ve ikinci kuşak sefalosporinlerdir (14). Çalışmamızdaki hekim grubunun ilk tercihleri %44.3 ile B-laktamaz inhibitörlü aminopenisilin ve %24 ile makrolidlerdir. Çalışmamızda TDPR'de önerilen ilk tedavi olan oral penisilinlerin %18.3 ile 3. sırada tercih edildikleri görülmüştür. Uzman hekimlerin istatistiksel olarak anlamlı oranda daha fazla oral penisilin tercih etmelerinden dolayı TDPR ile tedavi açısından daha uyumlu olduğu söylenebilir. Gökırmak ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, kendi kliniklerinde toplum kökenli pnömonilerde %24 oranında TDPR'ye uygun tedavi verildiğini belirtmişlerdir (15). Hiçbir tedavi klavuzunda ayaktan tedavi edilecek hastalara kombine tedavi önerilmemiştir. Buna rağmen

hekimlerin %25.9'u ikili antibiyotik tedavisini grup-1 hastalar için uygun görmüşlerdir. Özşahin ve arkadaşlarının Ankara'da çalışan hekimler üzerinde yaptığı çalışmada, burada çalışan hekimlerin %16.2'sinin grup-1 hastalara ikili antibiyotik başladıklarını ve en sık tercih ettikleri kombinasyonunda penisilin+TMP/SMX olduğunu bildirilmiştir (16).

Yüksek derecede penisilin direnci olsa bile (MIC >2µm/ml) penisilin dozu yükseltilecek şekilde sorunun üstesinden gelinebilmektedir. Ayrıca ülkemizde yapılan çalışmalarda (17-20) yüksek penisilin direnci düşük oranlarda saptanmaktadır (%0 - %7). Bu yüzden Afyon ilindeki hekimlerin ilk tercih olarak B-laktamaz inhibitörlü aminopenisilin başlamlarının TDPR'ye göre yanlış ve pahalı bir tercih olduğu düşünülmüştür.

TDPR'de sorumlu patojene göre tedavi süresi değişmekle birlikte, genel olarak hastanın ateşi düştükten sonra tedaviye 1 hafta daha devam edilmesi önerilmekte, bu süresinde genellikle 7-10 gün olduğu belirtilmektedir (3). Bu çalışmada da hekimlerin %70.2'si TDPR ile uyumlu olarak 7-10 gün tedavinin sürmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Ayrıca uzman hekimlerin pratisyen hekimlere oranla tedaviyi sonlandırma konusunda TDPR ile daha fazla uyumlu oldukları görülmüştür. Pnömonilerde radyolojik olarak düzelmenin en erken 2-4 hafta olduğu bilinmektedir. Bu yüzden hiçbir tedavi klavuzunda radyolojik görüntüye göre tedavi sonlandırılması önerilmemektedir. Yine çalışmamızda tedaviyi sonlandırmada uzman hekimlerin pratisyen hekimlere göre daha az oranda radyolojiyi göz önünde bulundurdıkları görülmüştür.

TDPR'ne göre grup-3 hastalar hastaneye yatırılarak tedavi edilirler (3). Önerilen tedavi ise 2.kuşak yada nonpseudomonal 3.kuşak sefalosporin veya B-laktamaz inhibitörlü aminopenisilinlerdir. Ayrıca etken olarak legionella düşünülen olgularda tedavide makrolid kullanılması önerilmektedir. IDSA klavuzuna göre hastanede tedavi edilecek hastalar için 3.kuşak sefalos-

porin ± makrolid yada tekbaşına kinolon önerilmekte, alternatif tedavi olarak sefuroksim ± makrolid yer almaktadır (21).

Bu çalışmada TDPR kriterlerine göre grup-3 hasta tedavisi için hekimlerin %37.5'i makrolid, %33.7'si B-laktamaz inhibitörlü aminopenisilini, %20.2'si sefalosporini tek antibiyotik olarak tercih etmişlerdir. Hekimlerin antibiyotik başlama tercihleri TDPR ve IDSA klavuzları ile uyumludur. Hekimlerin %69.2'si tek antibiyotik tercih etmişlerdir. İkinci antibiyotik olarak %10.6 ile sefalosporin ve %8.7 ile B-laktamaz inhibitörlü aminopenisilin en çok tercih edilmiştir.

Klavuzların hiçbirinde TKP tedavisinde antibiyotik tedaviye ek bir tedavi önerilmemektedir. Çalışmamıza katılan hekimlerin ise %92.3'ü mukolitik, vitamin, antitussif gibi ek tedavileri tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Özşahin ve arkadaşlarının (14) çalışmasında da hekimlerin bu çalışmadan daha az fakat yine de %62.5 gibi yüksek oranda antibiyotik tedaviye ek ilaç tedavisi verdikleri görülmüştür.

Sonuç olarak TKP tanı ve tedavisine yönelik olarak uzman hekimlerin pratisyen hekimlere oranla daha bilinçli oldukları fakat her iki hekim grubunda da bilgi eksiklikleri olduğu saptanmış olup, bu konuya yönelik eğitim çalışmalarının planlanıp uygulanması gerektiği kanaatindeyiz.

## Kaynaklar

1. Savaş İ, Kaya A. Toplum Kökenli Pnömoniler. Numanoğlu N (Ed). Güncel Bilgiler Işığında Pnömoniler, Bilimsel Tıp Yayınevi, Ankara, 2000:9-24.
2. American Thoracic Society. Guidelines for the initial management of adults with community-acquired pneumonia: Diagnosis, assessment of severity, and initial antimicrobial therapy. *Am Rev Respir Dis* 1993;148:1418-26.
3. Toraks Derneği Toplum Kökenli Pnömoni Tanı ve Tedavi Rehberi. *Toraks Bülteni*, 1998:2-14.
4. Ekim N. Toplum Kökenli Pnömonilerde Klinik ve Tanısal Yaklaşım. Uçan ES (Ed). Pnömoniler: Bir Devrin Uyanışı, Saray Tıp Kitabevi, İzmir, 1996:3-22.
5. Marrie TJ. Community-acquired pneumonia. In: Niederman NS, Sarosi GA, Glassroth J (eds). *Respiratory Infections*. Philadelphia: WB Saunders 1994;125-39.
6. Pomilla PV, Brown RB. Outpatient treatment of community-acquired pneumonia in adults. *Arch Intern Med* 1994;154:1793-1800.
7. Fine MJ, Hough LJ, Medsger AR, et al. The hospital admission decision for patients with community-acquired pneumonia. *Arch Intern Med* 1997;157:36-44.
8. Marrie TJ, Durant H, Yates L. Community-acquired pneumonia requiring hospitalization; 5-year prospective study. *Rev Infect Dis* 1989;5:586-99.
9. Bates JH, Campell GD, Barron AL, et al. Microbial etiology of acute pneumonia in hospitalized patients. *Chest* 1992;101:1005-12.
10. Farr BM, Kaiser DL, Harrison BDW, et al. Prediction of microbial etiology at admission to hospital for pneumoniae from the presenting clinical features. *Thorax* 1989;44:1031.
11. Barlett JG, Mundy LM. Community-acquired pneumoniae. *N Engl J Med* 1995;333:1618-24.
12. Levy M, Dromer F, Brion N, et al. Community-acquired pneumoniae. Importance of initial noninvasive bacteriologic and radiographic investigations. *Chest* 1988;92:43-8.
13. Pennington JE. Community-acquired pneumoniae and acute bronchitis. In: Pennington JE (Ed). *Respiratory Infections: Diagnosis and Management*. 3rd ed. NewYork: Raven Press 1994;193-206.
14. Kolsuz M, Metintaş M, Erginel S, ve ark.

- Hastaneye yatarak veya yoğun bakımda tedavi görmesi gereken toplum kökenli pnömonilerde hastanede yatış süresini etkileyen faktörler ve maliyet. Toraks Derneği Ulusal Akciğer Sağlığı Kongresi, 9-13 Nisan 2000, Belek-Antalya, Bildiri Özet Kitabı; sf: 6 (özet)
15. Gökırmak M, Hasanoğlu HC, Yıldırım Z, ve ark. Türk Toraks Derneği Pnömoni Rehberine uygun tedavi verilen hastalarda başarı oranı ve başarısızlık nedenleri. Toraks Derneği Ulusal Akciğer Sağlığı Kongresi, 9-13 Nisan 2000, Belek-Antalya, Bildiri Özet Kitabı; sf: 6 (özet)
  16. Özşahin SL, Karacan Ö, Arbak P, ve ark. Ankara'da çalışan hekimlerin toplum kökenli pnömonilerde tanı ve tedavi yaklaşımları. Toraks Dergisi, 2000; 1: 41-5.
  17. Tunçkanat F, Akan Ö, Gür D, ve ark. Streptococcus pneumoniae suşlarında penisilin direnci. Mikrobiyol Bul, 1992; 26: 307.
  18. Kanra G, Erdem G, Ceylan M, ve ark. Serotypes and antibacterial susceptibility of pneumococci isolated from children with infections in Ankara in relation to proposed pneumococcal vaccine coverage. Acta Pediatr Jpn 1998; 40: 437-40.
  19. Şener B, Günalp A. Trend in antimicrobial resistance of Streptococcus pneumoniae in children in a Turkish hospital. J Antimicrob Chemother 1998; 36: 347-8.
  20. Şahin Ü, Ünlü M, Demirci M, et al. Penicillin resistance in Streptococcus pneumoniae in Isparta. Respirology 2001; 6: 23-26.
  21. Bartlett JG, Breiman RF, Mandell LA, et al. Community-acquired pneumoniae in adults: Guidelines for management. Clin Infect Dis 1998;26:811-38.