Guillain-Barré Sendromu Tanısı Alan Olgularımızın Akut Dönemdeki Klinik Özellikleri ve Doğal Seyri ¶

Yard.Doç.Dr. Reha ARTAN, Yard.Doç.Dr.Şenay KÜKNER, Arş.Gör. Hakan ONGUN

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Antalya

ÖZET

Son beş yılda Akdeniz Üniversitesi' nde tanı konulan çocukluk çağı Guillain Barré sendromlu olgularda hastalığın doğal seyri ve tedavinin etkilerini araştırmak amacıyla retrospektif bir çalışma yapıldı. Dokuz hastanın yaş dağılımı 2.5 ile 8 yaş arasındaydı. Dokuz hastanın beşinde öncül neden üst solunum yolu enfeksiyonu olarak belirlendi. Olguların tümünde heriki bacakta ilerleyici kuvvet kusuru ve parestezi saptanırken, altı olguda heriki kolda da kuvvet kaybı sözkonusuydu. Hastalığın doruk yapması ortalama 10.gün, semptomların başlangıcından itibaren iyileşmenin başlaması arasındaki süre ortalama 26 gün idi. Hastanede kalma süresi ortalama 16 gün idi. Solunum desteği üç hastada gerekli oldu. Beş hasta destekleyici tedaviyle izlendi. Dört hastada immunomodüler tedavi uygulandı. Üç olguya intravenöz immünglobulin verildi, bunların birine ve dördüncü hastaya plazmaferez uygulandı. Bulgularımız, immünomodüler tedavinin morbiditeyi ve solunum desteği gereğini sınırlamadığını göstermektedir.

Anahtar Kelimeler : Guillain Barre sendromu , Çocukluk çağı , İmmünomodüler tedavi

Clinical Characteristics and Natural History at Acute Stage of Our Patients Diagnosed Guillain Barré Syndrome

SUMMARY

A retrospective study was performed to investigate the natural history and treatment effects in childhood Guillain Barré syndrome diagnosed during the last five years in Akdeniz University. Nine patients' age ranged from 2.5 years to 8 years. Upper respiratory tract infection was seen as the antecedent event in five of the nine patients. There were progressive weakness and paresthesias in both legs in whole patients, in both arms also in six. The mean peak of ilness, and the mean time from onset symptoms to first recovery were found 10 and 26 days consecutively. The mean duration of hospital stay was 16 days. An assisted ventilation was required in three patients. Five patients were follow-on with supportive therapy. Four patients were treated with immunomoduler therapy. Three patients received intravenous immune globuline, one of the three and the fourth patient were treated with plasmaferesis. Our results suggest that the immunomoduler therapy does not diminish the morbidity, the requirement to the assistance of respiration.

Key Words : Guillain Barré syndrome, Childhood , Immunomoduler therapy

Giriş

Guillain-Barré sendromu edinsel demiyelinizan bir polinöropatidir. Etyolojisi, fizyopatolojisi, immün reaksiyonlar anlaşıldıkça tedavi seçenekleri de daha uygun kullanılabilecektir. Guillain-Barré sendromu' nun pediatrideki klasik destekleyici tedavisi son yıllarda plazmaferez ve intravenöz immünglobulin uygulamalarının etkisiyle değişim göstermektedir.[1-6] Guillain-Barré sendromunun doğal seyri ve klinik özelliklerinin bizim ortamımızda belirlenmesi, tanı ve tedavi sorunlarını da ortaya çıkaracaktır. Tedavi seçeneklerinin genişlemesi, esasen çocuklarda doğal seyri değişkenlik gösteren Guillain- Barré sendromu' na ilişkin verilerimizi gözden geçirmemizi gerekli kılmıştır.

Scanned by CamScanner

Hastalar ve Yöntemler

Mayıs 1991 ile Mayıs 1996 arasında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı' nda izlenen Guillain-Barré sendromu olguları retrospektif değerlendirildi.

Birden fazla ekstremitede ilerleyici kuvvet kaybı gösteren ve derin tendon refleksleri alınamayan olgularda Guillain-Barré sendromu tanısı, Asbury ve Cornblath' ın ölçütleriyle kondu .[5] Tanı için gerekli özellikler, kol veya bacaklarda ilerleyici güçsüzlük, arefleksi idi. Destekleyici özellikler ve bulgular ise, belirtilerin göreceli simetrik olması, hafif duyu kaybı, kraniyal sinir tutulumu, otonomik işlev bozukluğu, başlangıçta ateşin olmaması, ilerleyişin durmasından iki ila dört hafta sonra düzelmenin başlaması, albüminositolojik dissosiyasyon, tipik elektrofizyolojik bulgular idi.

Polinöropati belirtileriyle birlikte herhangibir enfeksiyöz, metabolik, toksik hastalık bulunması veya salt duyu kaybı görülmesi, seviye veren duyu kaybı, asimetrik tutulum, ciddi mesane ve barsak işlev bozukluğu, beyin omurilik sıvısında 50' den fazla hücre olması ise Guillain-Barré sendromu tanısından uzaklaştırdı.[1-6]

Dokuz hastanın beşinde klinik gözlem ve destekleyici tedavi yapıldı. Dört hastada ise immünomodüler tedavi -intravenöz immünglobulin veya plazmaferez, ya da bunların kombinasyonu şeklinde- yapıldı. Bir olguda beş kez plazmaferez, bir olguda bir kez plazmaferezi takiben dört gün intravenöz immünglobulin uygulandı. Diğer iki olguda da beşer gün intravenöz immünglobulin verildi.

Bulgular, Mann-Whithey U testi ve Fisher exact test kullanılarak analiz edildi.

Bulgular

Son beş yıllık dönemde yatırılarak tedavi edilen 4738 çocuktan dokuzuna Guillain-Barré sendromu tanısı kondu. Beş kız, dört erkek toplam dokuz olgumuzun en küçüğü 2.5, en büyüğü 8 yaşında idi, yaş ortalaması 5.4 +/- 2.2 idi. Olguların başvurdukları tarihler mevsimlere eşit dağılım gösterdi, ilkbaharda üç olgu, diğer mevsimlerde ise ikişer olgu başvurmuştu. Önceli enfeksiyon öyküsü, olguların beşinde vardı, bunların hepsi de etkeni saptanmamış üst solunum yolu enfeksiyonu idi.

Hastalığın ilk belirtisi dört olguda, ayaklardan başlayan kuvvet azalmasıydı. Üç olgumuzda başvuru yakınması yürüyememe, bir olgumuzda ise bacaklarda ağrı ve uyuşukluk duyumsanması idi. Bir olguda da ellerde güçsüzlük, beceriksizlik ilk belirti oldu (bibrakial tutulum). Olgular ilk belirtiden bir ila 40 gün sonra hastanemize başvurmuşlardı (ortalama 14+/-4 gün). İlk belirtiden 30 ve 40 gün sonra başvuran iki olgumuza daha önce başvurmuş oldukları hastanede polio ve kalça artriti tanıları konulmuştu.

Duysal belirtiler (parestezi veya hiperestezi) ve alt ekstremitelerin tutulumu hastaların tümünde görüldü, hastaların altısında üst ekstremitelerin de tutulduğu dikkati çekti. Olguların tümünde derin tendon refleksleri alınamıyor veya azalmıştı. Başlangıçta veya hastalık boyunca hiçbir olgumuzda kranial sinirlerin tutulumu gözlenmedi. Sfinkterlerin hastalığa katılımı ile mesane işlev bozukluğu bir olguda görüldü. Hastalarımızın hiçbirinde hipertansiyon gözlenmedi. İki olgumuzda başlangıç değerlendirme sırasında saptanan taşikardinin klinik takipte düzeldeği görüldü. Olgularımızda disritmi, aşırı terleme veya sindirim işlevlerine ait disotonomik belirti veya bulgular gözlenmedi. Üç olguda solunum yüzeyelleşip iki ila on gün süreyle respiratör desteği gerekti.

Lomber ponksiyon dokuz olgunun yedisinde, hastalığın başlangıcından dört ila 40 gün sonra (ortalama 14+/-5 gün) yapıldı. Beyin omurilik sıvısı proteini, yedi olgunun dördünde normalden yüksekti (43-134 mg/dl, ortalama 51 mg/dl), lökosit hiçbirinde görülmedi, BOS proteini normal bulunan üç olgunun ikisinde lomber ponksiyon nöropatik belirtilerin ilk haftasında yapılmıştı.

Elektromiyografi yedi olgumuzda çekildi. Tümünde nörojenik tutulum ve distal (motor) latansın uzamış olduğu, motor sinir iletisinde ve duysal sinir iletisinde azalma saptandı, denervasyon bulgusu hiçbirinde saptanmadı. EMG ile incelenen olguların ikisi, lomber ponksiyon yapılamamış olan çocuklardı.

Hastalardan biri hastalık süresince yardımla olsa da yürümeye devam etti, hiç yatağa bağımlı olmadı.

Hastalığın ilk belirtiden itibaren maksimal şiddetine beş ila onaltı günde ulaştığı gözlendi (ortalama 10+/-1 gün). İyileşmenin başlaması hastalığın başlangıcından altı ila 55 gün sonra oldu (ortalama 26+/-2 gün).

Hastanede kalma süresi dört ila 59 gün arasında değişti (ortalama 16+/-6 gün). Hastalığın başlangıcıyla taburcu edilmeleri arasında on ila 60 gün geçti (ortalama 30+/-5 gün).

İmmünomodüler tedavi yönteminin uygulandığı hastaların sadece klinik gözlem ile taburcu edilen beş hastaya göre hastaneye daha erken başvurmuş oldukları dikkati çekti ($p<0.05$), bununla birlikte hastalığın maksimum şid-

Scanned by CamScanner

detlendiği günler, iyileşmenin başlangıcı, taburcu edildikleri günler ve hastanede kalma süreleri arasında anlamlı farklılık yoktu (p>0.05). Respiratöre gereksinim bakımından erken immünomodüler tedavi yapılanlarla sadece klinik izlem yapılanlar arasında anlamlı fark bulunmadı (p= 0.04).

Bu olguların tümü düzelme ile taburcu edildi. Paralitik hastaların bildirim zorunluluğu gereğince üç olgudan usülüne uygun alınan kan ve dışkı örneklerine İl Sağlık Müdürlüğü kanalıyla Refik Saydam Hıfzısıhha Enstitüsü'nde yapılan analizlerde Poliovirüs saptanmadı.

Tartışma

Guillain-Barré sendromu tanısı alan olgularımızın sekiz yaşından küçük oldukları, 5.5 yaşında doruk yaptığı, hastalığın mevsimsel farklılık göstermediği, belirlendi. Guillain-Barré sendromunun epidemiyolojisi konusunda yapılan bir araştırma, yüzyılın eğilimi ile değişim göstermediğini ve bizim bulgularımızın da ortaya koyduğu şekilde insidensinin mevsimsel dalgalanmalar göstermediğini belirlemiştir.[7]

Almanya ve İsviçre' den 69 ayrı hastanenin beş yıllık kayıtlarının incelenmesiyle Guillain-Barré sendromu tanısı almış olan 175 olguda (her hastaneye beş yılda ortalama 2.5 olgu), dört ve 12 yaşlarında iki kez doruk yapan bimodal bir yaş dağılımı bildirilmiştir.[1]

Finlandiya' da 1.17 milyon nüfusu kapsayan ve altı yılı tarayan bir araştırmada oral polio aşısı kampanyasının Guillain-Barré sendromunun insidensinde beklenmeyen bir artışa yolaçtığı bildirilmiş, canlı attenüe poliovirüslerin de tıpkı diğer enfeksiyöz virüslerde olduğu gibi bazan enfeksiyöz poliradikülonevrit (Guillain-Barré sendromu) için tetiği çekebileceği ileri sürülmüştür.[8,9] Son iki yılın en önemli çocuk sağlığı koruyucu hekimlik uygulaması olan polio aşı kampanyası, bölgemizde de yaygın ve başarılı şekilde uygulandı. Kampanyanın Guillain-Barré sendromu olgularımızın epidemiyolojisine etkisi olmadığı kanısındayız. Çünkü kampanyanın ilk yılı olan 1995' te hiçbir Guillain-Barré sendromu olgusuna rastlanmamış olup 1996' da saptanan üç olgunun da poliovirüs için araştırılması olumlu bulgu vermedi.

Olgularımızın beşinin etyolojisinde etkeni belirlenememiş bir üst solunum yolu enfeksiyonu vardı. Bu bulguya literatürde %40, %50, %56 oranında rastlanmaktadır.[8,10,11] Guillain-Barré sendromunun etyolojisinde Campylobacter jejuni ve Varicella zoster de sorumlu tutulmakla birlikte olgularımızda bunlara ait anamnez ve fizik muayene bulguları yoktu.[12,13]

Olgularımızda hiçbir disritmi ve hipertansiyon sorunu olmamasına karşın 100 olguluk bir seride yaklaşık %25 oranında sinüs taşikardisi veya hipertansiyon görüldüğü şiddetli aritmi gelişecek olanlarda normallerden farklı olarak sistolik hipertansiyon ve derin solunum sırasında R-R intervalinin kısalması şeklinde erken belirtilere rastlandığı bildirilmiştir. Aynı hasta serisinde solunum desteğine gereksinen 33 hastanın 11' inde şiddetli ritm bozuklukla gelişmiş, yedisi ölmüştür.[14] Erasmus Üniversitesi Çocuk Hastanesinde on yıllık bir dönemde 16 Guillain-Barré sendromu olgusu izlenmiş, altısında ortalama 17 gün solunum desteği gerekmiş, ikisi disritmi nedeniyle ölmüştür. Otonomik disfonksiyonlar olgularımızda belirgin değilken 24 olguluk bir seride olguların üçte ikisinde paralizinin doruk döneminde otonomik işlev bozuklukları gözlendiği ancak bunun hiçbir prognostik önemi olmadığı belirlenmiştir.[16] Respiratör desteği gereken üç olgumuzda nöropatik değişiklikler tümüyle düzeldi. 11 olguluk bir başka seride dokuz çocuğun mükemmel iyileştiği, solunum desteği gereksiniminin bir kötü prognoz etkeni olamayacağı bildirilmiştir.[17] Olgularımızda hastalığın ortalama 21. gününde iyileşme başlamıştı, 23 çocuktan oluşan bir seride iyileşmenin ortalama 19. günde başladığı, akut başlangıç gösterenlerin klinik düzelmeyi tamamladığı, subakut başlangıç gösteren üç olguda ise kronik rölapslar yapan ve geç düzelen bir klinik gidişe dikkat çekilmiştir.[18] Hollanda Guillain-Barré sendromu olan çocukların erişkinlerde farksız bir klinik seyir gösterdiği, ortalama 84 gün hastanede kaldığı, respiratöre gereksinimin %22 (4/18) oranında ortaya çıktığı, hastaların %11' inde (2/18) ölümle sonuçlandığı bildirilmiştir.[19]

İmmünomodüler tedavi uygulanması hastanede kalma süresini etkilemedi, klinik bulgularda düzelme sadece destekleyici tedavi uygulananlardan daha erken görülmedi. İmmünomodüler tedavi yöntemlerinin Guillain-Barré sendromunun klinik seyrini değiştirebildiği, modifiye ettiği düşünülebilir. İntravenöz immünglobulin uygulanan bir olgumuz taburcu olduktan üç ay sonra halen tetraparezik idi diğer bir olgumuz ise bir ay sonrası yardımsız yürüyemiyordu.

Gürses ve arkadaşları 2 g/gün intravenöz immünglobulin uyguladıkları olgularda tedavi edilmeyenlere oranla belirtilerin maksimuma ulaşma ve düzelmenin başlamasının daha erken olduğunu bildirdiler.[20] İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi' nde intravenöz immünglobulin verilen 23 olguya karşılık sadece destekleyici tedavi görenler 28 olgu, Toronto Üniversitesi Çocuk Hastanesinde tümüne

Scanned by CamScanner

15. Cheng MC, Chew PC, Ratnam SS. Birthweight distribution of Singapore Chinese, Malay and Indian infants from 34 weeks to 42 weeks gestation. J Obstet Gynecol Br Commonw 1972; 79:149.
16. Sterky G. Swedish standard curves for intrauterine groth. Pediatrics 1970; 46:7.
17. Neyzi O, Günöz H, Çelenk A, Bundak R. Birth weight in Turkish İnfants. Human Biology 1986; 58:367-378.
18. Çam M, Dindar A, Acar Y. SSK Ökmeydanı Hastanesinde son beş yılda doğan bebeklerde antropometrik ölçümler, morbidite ve mortalite. Haseki Tıp Bülteni 1990; 18:68.
19. Binyıldız P, Gürson CT. Annenin hemoglobin ve hematokrit değerlerinin yenidoğan tartısı üzerine etkisi. Ankara Tıp Fakültesi Mecmuası 1979;42:9.
20. Oskay İ, Aridoğan N, Kümi M, Kılınç Y, Uncu M, Çetin T. Anne ve kordon kanlarında hematokrit düzeyleri ile plasenta ve yenidoğan ağırlığı arasındaki ilişkiler. Tıp Fak Mecm 1983; 46:57-63.
21. İnan M. Erzurum'da yenidoğanların antropometrik ölçüleri, kan protein ve hemoglobin değerleri. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği Uzmanlık Tezi, 1971.
22. Kayran K. Bölgemizde yenidoğanlarda görülen doğum komplikasyonları ve bunları etkileyen faktörler. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk sağlığı ve Hastalıkları Kliniği Uzmanlık Tezi, 1973.
23. Boedjang RF, Markum AH, Moninja HE, Aminullah A. Intrauterine growth chart in LBW Indonesian infants and some aspects of fetal malnutrition. Bulletin of the International Pediatric Association 1979;3:49.
24. Rossavik IK, Deter RL. Mathematical modeling of fetal growth: I. Basic Principles. J Clin Ultrasound. 1984; 12:529-533.
25. Metcoff J. Clinical assessment of nutritional status at birth. malnutrition and SGA are not synonymous. Pediatric Clinics of America 1994; 41:875-891.
26. Ayhan B, Tümerdem Y. İntrauterin gelişme değerlendirmesir Lubchenco intrauterin büyüme - gelişme eğrisi" (Klinik ve epidemiy bir çalışma III). Tıp Fak Mecm 1988; 51:541-548.
27. Özalp İ, Ciliv G, Erdeni G, Durmuş Z, Doğramacı İ. Small for dates i in consective births in a general maternity hospital in Ankara. Bulletin international Pediatric Association 1980;3:9-22.
28. Cevit Ö, Toksoy HB, Gültekin A, İçağasıoğlu D, Türkay S, Sütçü İ. bölgesinde 1993-1994 SGA' lı (Small for gestational age) bebek sıklığ Milli Pediatri Kongresi (14-17 Ekim 1996, GAZİANTEP)
29. Erdem G. Prematüre bebeklerde fetal malnütrisyonun görülme sıkl nedenleri. Çocuk Sağ ve Hast Derg 1982; 25:91-98.
30. Spinillo A, Capuzzo E, Piazzi G, Nikola S, Colonna L, Iasci A. Ma high-risk factors and severity of growth deficit in small for gestation infant. Early Hum Dev 1994; 38:35.
31. Sönmezışık G, Arsan S, Ecevit A, Ertogan F. İntrauterin büyüme geril bununla ilişkili sosyodemografik ve hormonal (insüline benzer bü faktörü -I) göstergeler. XL. Milli Pediatri Kongresi (14-17 Ekim GAZİANTEP)

Geliş Tarihi: 10.04.1997 Kabul Tarihi: 15.09.1

Scanned by CamScanner

Cilt:4 Sayı:2 1998
ISSN:1300-4743

Medical Network

KLİNİK BİLİMLER & DOKTOR

ONURSAL EDİTÖR
Prof.Dr. İsfendiyar CANDAN

DAHİLİ TIP BİLİMLERİ
Editör: Prof.Dr. Ali GÖREN

CERRAHİ TIP BİLİMLERİ
Editör: Prof.Dr. Semih BASKAN

PEDİATRİDE YÖNELİŞLER
Editör: Prof.Dr. F. Ayşenur PAÇ

KADIN DOĞUM
Editör: Prof.Dr. M. Sinan BEKSAÇ



Journal of Clinical Sciences & Doctor

Volume:4 Number:2

MN Medical Network KLİNİK BİLİMLER & DOKTOR
PEDİATRİDE YÖNELİŞLER DERGİSİ
CİLT 4 - SAYI 2 - MART 1998

İÇİNDEKİLER

263 **Anne Sütü ile Beslenen İnfantlara D Vitamini Verilmesi Gerekli mi?**
Yard.Doç.Dr. Rıdvan AKIN, Doç.Dr. Faruk ALPAY, Yard.Doç.Dr. Vedat OKUTAN, Uzm.Dr. Güngör DANIŞMAN, Prof.Dr. Okan ÖZCAN, Prof.Dr. Erdal GÖKÇAY

268 **Denizli Bölgesinde İntrauterin Büyümenin Değerlendirilmesi**
Yard.Doç.Dr. Hacer ERGİN, Yard.Doç.Dr. İlknur KILIÇ, Araş.Görv. Necdet AKALIN, Araş.Görv. Dolunay KARADUMAN, Öğr.Görv. Mine CİNBİŞ, Öğr.Görv. Beyza AKDAĞ, Prof.Dr. M. Arif AKŞİT

275 **Guillain-Barre Sendromu Tanısı Alan Olgularımızın Akut Dönemdeki Klinik Özellikleri ve Doğal Seyri**
Yard.Doç.Dr. Reha ARTAN, Yard.Doç.Dr. Şenay KÜKNER, Arş.Gör. Hakan ONGUN

279 **40 Henoch-Schönlein Purpurası Olgusunun Retrospektif İncelenmesi**
Dr. Fuat SOYLU, Yard.Doç.Dr. A. Denizmen AYGÜN, Uzm.Dr. Dursun TÜRKBAY, Uzm.Dr. Saadet AKARSU, Prof.Dr. Kenan KOCABAY

284 **Dört Olgu Nedeniyle Abdominal Tüberküloz**
Dr. Savaş İNAN, Dr. Meral İNALHAN, Dr. Sevinç AKARÇAY, Dr. Betül SUMER, Dr. Tuğrul SABUNCU

288 **Ürtikerya Pigmentoza ve Sistemik Mastositozis: İki Vakanın Takdimi**
Uzm.Dr. Hüseyin ÇAKSEN, Dr. Ahmet ÇİFTÇİ, Dr. Ali Fatih KISAARSLAN, Yard.Doç.Dr. Nazmi NARİN, Dr. Murat ALPER, Prof.Dr. Türkan PATIROĞLU, Dr. Hatice YILMAZ

Yayın Periyodu

İki ayda bir yayınlanır.
(Ocak, Mart, Mayıs, Temmuz, Eylül, Kasım)

Klinik Bilimler & Doktor Dergisinde yayınlanan yazılar, resim, şekil ve tablolar, *Medical Network*'ten yazılı izin alınmadan kısmen veya tamamen herhangi bir vasıta ile basılamaz ve çoğaltılamaz, ancak bilimsel amaçlarla kaynak göstermek kaydı ile alıntı yapılabilir.

Abone olmak isteyenlerin, dergimizin son sayfasında bulunan abone formunu doldurup, *Mebas Medikal Basın Yayın ve Tanıtım Ajans San. ve Tic. Ltd. Şti.*'ne ait aşağıdaki banka hesaplarından birine gerekli ücreti yatırıp, dekontu ya da fotokopisini, ücretin *Klinik Bilimler & Doktor* dergisi aboneliği için yatırıldığını ve dergilerin gönderileceği adresi belirten kısa bir mektupla birlikte adresimize göndermeleri yeterlidir.

Banka Hesap Numaraları

1. İş Bankası Yenişehir Şubesi Ankara
Hesap No : 3455301

2. Yapı Kredi Bankası Kurtuluş Şubesi Ankara
Hesap No : 1011514-7

3. Yapı Kredi Bankası Abide Şubesi Şişli İstanbul
Hesap No : 2186-5

MEBAS AJANS©

Editör
Prof.Dr. F. Ayşenur PAÇ
(İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi)

Yardımcı Editör
Doç.Dr. Cengiz YAKINCI
(Turgut Özal Tıp Merkezi)

Danışma Kurulu
Ülkemizin tüm Tıp Fakültelerinin Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD öğretim üyeleri, ve Pediatri eğitimi veren SSK ve Devlet Eğitim Hastanelerinin Pediatri Klinik şefleri ve şef yardımcıları danışma kurulunu oluşturmaktadır.

MEBAS
Medikal Basın Yayın ve Tanıtım Ajans San. Tic. Ltd. Şti.

Adına Sahibi	Gazi ALICIOĞLU
Genel Müdür	Adnan YÜKSEL
Genel Danışman	Prof.Dr. Çetin EROL
	Prof.Dr. Ali GÖREN
Yayın Yönetmeni	Y. Serap ŞAHİN
Yazı İşleri	Songül AKTAŞ
Spontane Tercüman	Dilek GÖREN

Reklam ve Halkla İlişkiler

Ankara	Gülfem GÖREN
İstanbul	Fatoş GÜNDOĞDU
İzmir	Maviş ÇİVİLİBAL

Abone ve Dağıtım

Ankara	Atilla AYDOĞDU
İstanbul	Muharrem KABUK
Adana	Mevlut SÖZER
İzmir	Mesut ELMASLI

ISSN:1300-4743

NLM Catalog ▼

Klinik bilimler & doktor.

Title(s): Klinik bilimler & doktor.

Other Title(s): Journal of clinical sciences & doctor
Klinik bilimler ve doktor
MN Medical Network klinik bilimler & doktor
Medical Network klinik bilimler & doktor
MN klinik bilimler & doktor

Continued By: MN dahili tıp bilimleri ISSN 1306-617X

Merged From: Klinik bilimler ISSN 1300-4743
Doktor ISSN 1300-5332

Publication Start Year: 1997

Publication End Year: 2005

Frequency: Six no. a year

Country of Publication: Turkey

Publisher: Ankara : Medical Network

Language: Turkish

ISSN: 1304-7264 (Print)

MeSH: Clinical Medicine*

Publication Type(s): Periodical

Notes: Vols. for <May 1997-Sept. 1997> have masthead title: MN Medical Network klinik bilimler & doktor.
<Vol. 11, no. 4 (2005)>-v. 11, no. 6 (2005) have masthead title: Medical Network klinik bilimler & doktor.
<Vol. 11, no. 4 (2005)>-v. 11, no. 6 (2005) have running title: MN klinik bilimler & doktor.
Description based on: Cilt 3, sayı 3 (Mayıs 1997); title from cover.
Latest issue consulted: Cilt 11, sayı 6 (2005).
In Turkish, with summaries in English.
Formed by the union of: Klinik bilimler, and: Doktor.

NLM ID: 100959902 [Serial]

Dergi Adı	ISSN	E-ISSN	Yıl	Veri Tabanı	Konu Alanı
Medical Network Klinik Bilimler ve Doktor	1300-4743		2005	Fen	Genel ve Dahili Tıp
Medical Network Klinik Bilimler ve Doktor	1300-4743		2004	Fen	
Medical Network Klinik Bilimler ve Doktor	1300-4743		2003	Fen	
Medical Network Klinik Bilimler ve Doktor	1300-4743		2002	Fen	
Medical Network Klinik Bilimler ve Doktor	1300-4743		2001	Fen	
Medical Network Klinik Bilimler ve Doktor	1300-4743		2000	Fen	
Medical Network Klinik Bilimler ve Doktor	1300-4743		1999	Fen	
Medical Network Klinik Bilimler ve Doktor	1300-4743		1998	Fen	
Medical Network Klinik Bilimler ve Doktor	1300-4743		1997	Fen	
Medical Network Klinik Bilimler ve Doktor	1300-4743		1996	Fen	