



SON BİR YILDA TRKEYE' DEN LİTERATRDE NE IKANLAR

Do.Dr. Ayşe Batirel

**Sağlık Bilimleri niversitesi
Enfeksiyon Hastalıkları AD**

**Kartal Dr. Ltfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji**

Article types

- Clinical Trial
- Controlled Clinical Trial
- Meta-Analysis
- Multicenter Study
- Observational Study
- Randomized Controlled Trial
- Review
- Systematic Reviews
- Customize ...

Text availability

- Abstract
- Free full text
- Full text

Publication dates

- 5 years
- 10 years
- From 2017/05/01 to 2018/05/01

Species

- Humans
- Other Animals

Format: Summary Sort by: Most Recent Per page: 20

Send to Filters: Manage Filters

Search results

Items: 1 to 20 of 100

<< First < Prev Page 1 of 5 Next > Last >>

Filters activated: Publication date from 2017/05/01 to 2018/05/01, Humans, English. Clear all to show 4128 items.

- [Starting of biological disease modifying antirheumatic drugs may be postponed in rheumatoid arthritis patients with multimorbidity: Single center real life results.](#)
Armagan B, Sari A, Erden A, Kilic L, Erdat EC, Kilickap S, Kiraz S, Bilgen SA, Karadag O, Akdogan A, Ertenli I, Kalyoncu U.
Medicine (Baltimore). 2018 Mar;97(13):e9930. doi: 10.1097/MD.0000000000009930.
PMID: 29595700 **Free PMC Article**
[Similar articles](#)
- [The protective effect and diagnostic performance of NOX-5 in Crimean-Congo haemorrhagic fever patients.](#)
Büyüktuna SA, Doğan HO, Bakir M, Elaldi N, Gözel MG, Engin A.
J Med Microbiol. 2018 Apr;67(4):543-548. doi: 10.1099/jmm.0.000712. Epub 2018 Mar 6.
PMID: 29509132
[Similar articles](#)

Sort by:

Best match

Titles with your search

- The features of infectious departments and [Eur J ...]
- Leading infectious disease Turkey. [Cl ...]
- Clinical microbiology and 11th European Congress

Find related data

Database: Select

Find items

Filters activated: Clinical Trial, Comparative Study, Journal Article, Meta-Analysis, Multicenter Study, Randomized Controlled Trial, Review, Systematic Reviews, Publication date from 2017/05/01 to 2018/03/28, English

- 4. Kaya S, Gençalioğlu E, Sönmez M, Köksal I.
Rev Assoc Med Bras (1992). 2017 Sep;63(9):764-770. doi: 10.1590/1806-9282.63.09.764.

Search

Select a database

Web of Science Core Collection

[Learn More](#)[See how we've improved Analyze Results, Cited Reference Search, and more!](#)**Basic Search**

Cited Reference Search

Advanced Search

+ More

infectious diseases



Topic

[Click here for tips to improve your search.](#)

AND



Turkey



Topic



Search

TIMESPAN

 All years From 2017 to 2018[▶ MORE SETTINGS](#)

- SCI-Expanded
- Farklı konular
- Farklı merkezler / çok-merkezli
- Epidemiyoloji - Klinik- Laboratuvar – Tedavi - Korunma
- Tam metin erişebildiklerim ...



Antibiyotik Tüketimi / Antimikrobiyal Yönetişim

Bağışıklama (Erişkin)

Diyabetik ayak enfeksiyonları / Direnç

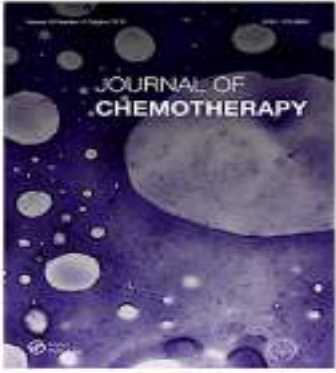
Hastane enfeksiyonları / Enfeksiyon kontrolü

HIV / AIDS

Miliyer Tüberküloz

Kırım Kongo kanamalı Ateşi / Enfeksiyon Fizyopatolojisi

Tetanoz



Journal of Chemotherapy

Taylor & Francis
Taylor & Francis Group

ISSN: 1120-009X (Print) 1973-9478 (Online) Journal homepage: <http://www.tandfonline.com/loi/yjoc20>

Antibiotic consumption in Turkish hospitals; a multi-centre point prevalence study

Ertugrul Guclu, Aziz Ogutlu, Oguz Karabay, Tuna Demirdal, Ibrahim Erayman, Salih Hosoglu, Vedat Turhan, Serpil Erol, Nefise Oztoprak, Ayse Batirel, Fatma Aybala Altay, Gulsum Kaya, Mustafa Karahocagil, Hamdi Sozen, Mustafa Yildirim, Funda Kocak & Bahri Teker

**Türk hastanelerinde antibiyotik tüketimi;
çok-merkezli nokta prevalans çalışması**
Ertugrul Güçlü ve ark., Journal of Chemotherapy, 2017

ÖZET

- **14 Merkez**, tek günlük nokta prevalans çalışması
- “Defined daily dose (DDD)” metodu
- **Yatan hastaların %45’ i en az bir antibiyotik** kullanıyor
- Toplam antibiyotik tüketimi: **674.5 DDD/1000 patient-days (DPD)**
 - 190 DPD (%28): **kısıtlanan antibiyotikler**
 - Karbapenemler en sık (%24)
 - 485 DPD (%72): **kısıtlanmayan antibiyotikler**
 - Amp-Sulb veya Amoks-Klav en sık (%22)
- En sık YBÜ’ lerde tüketim : 1308 DPD
- En sık kullanılanlar: Karbapenemler
Kinolonlar
Sefalosporinler } **KOLLATERAL HASAR**
- **Antibiyotik direnci, antibiyotiklerin yoğun tüketimiyle ilişkili**

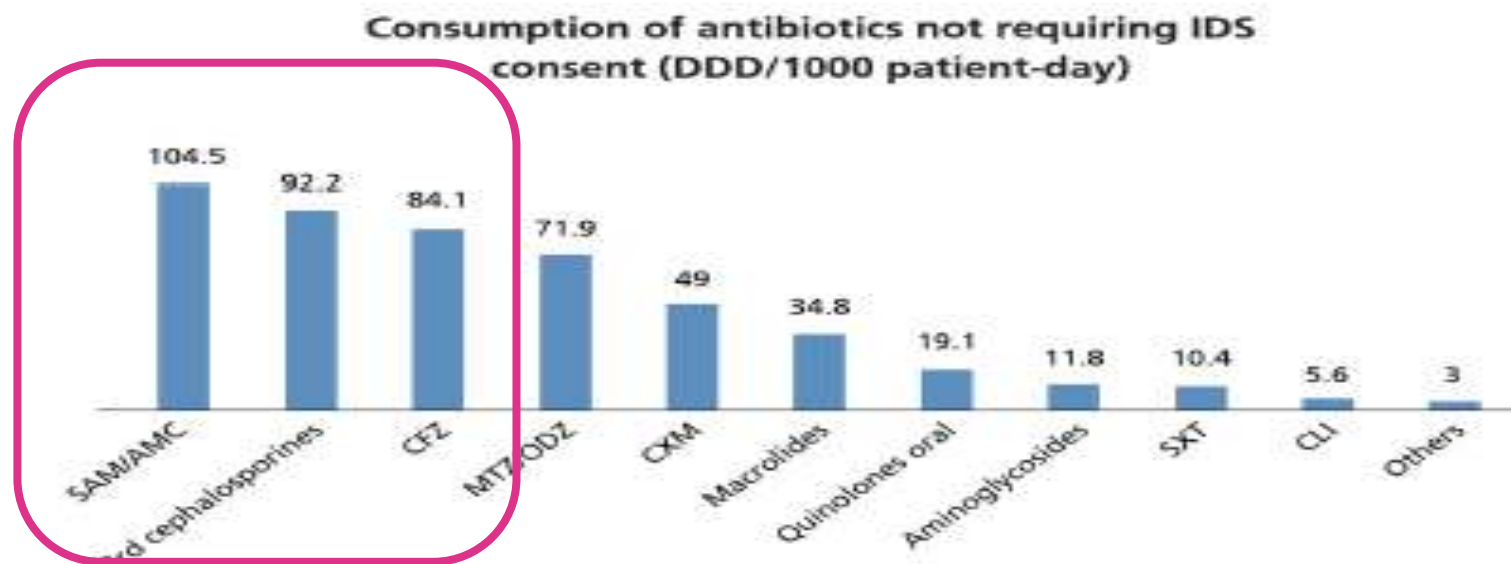


Figure 1 Consumption of antibiotics requiring consent of an infectious disease specialist.

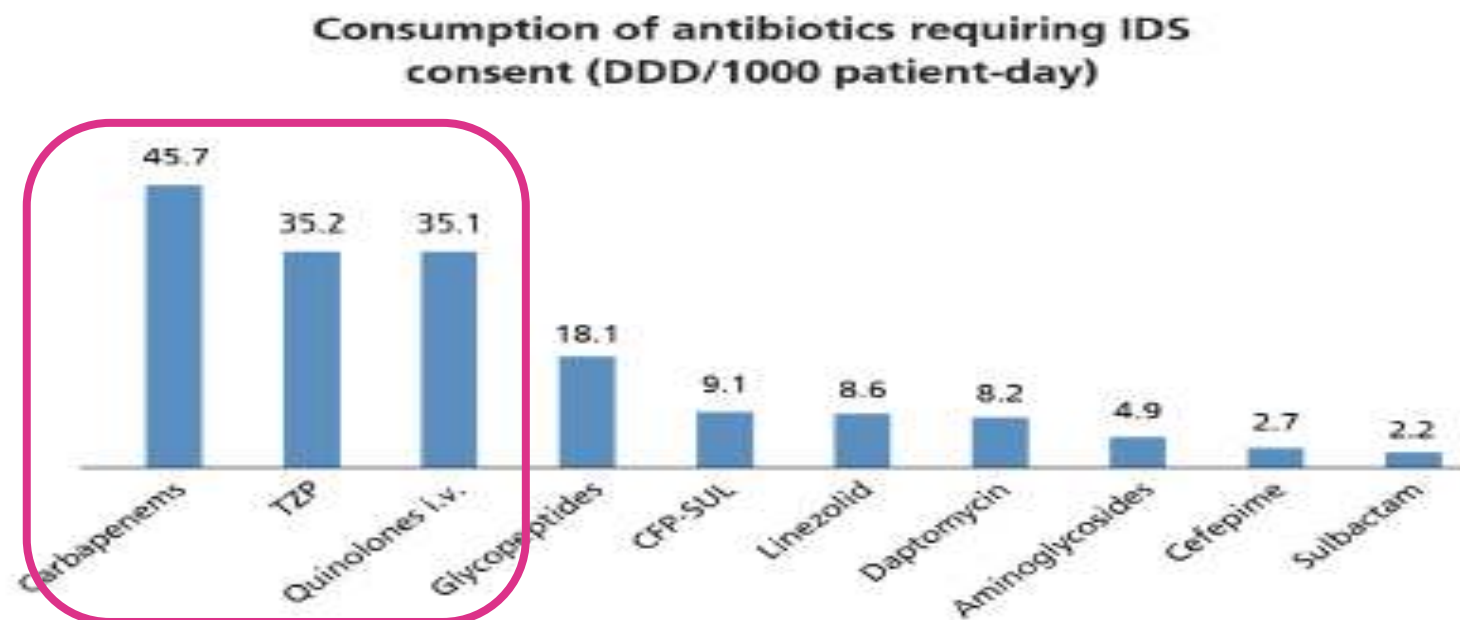
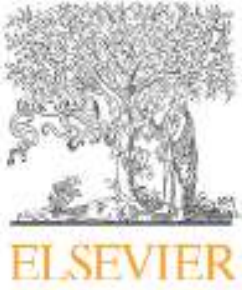


Figure 2 Consumption of antibiotics not requiring consent of an infectious disease specialist.



Contents lists available at [ScienceDirect](https://www.sciencedirect.com)

American Journal of Infection Control

journal homepage: www.ajicjournal.org

AJIC
American Journal of
Infection Control

Major Article

Implementation of an antimicrobial stewardship program for patients with febrile neutropenia

Bahar Madran RN ^a, Şiran Keske MD ^a, Gizem Tokça RN ^a, Ebru Dönmez RN ^a,
Burhan Ferhanoğlu MD ^b, Mustafa Çetiner MD ^c, Nil Molinas Mandel MD ^d,
Önder Ergönül MD, MPH ^{e,*}

**Febril nötropenik hastalarda antimikrobiyal
yönetişim programı uygulaması**

*Bahar Madran ve ark., American Journal of Infection
Control , 2017*

ÖZET

- **AMAÇ:** Febril Nötropeni (FN) standart protokollerinin etkinliğini tanımlamak
 - Antibiyotik tüketimini ve istenmeyen sonuçlarını* azaltmak
- 300 yataklı özel hastane, 1 Ocak 2015 - 31 Aralık 2015 vs 1 Ocak 2016 - 31 Mayıs 2017
- Tüm erişkin hematolojik ve onkolojik kanser hastaları
- **Sonlanım noktaları:** ölüm, enfeksiyonlar,
Antimikrobiyal Yönetişim Programı (AYP)na uyum
- **95** hastada **152 FN** atağı, %43 kadın, medyan yaş: 57

Table 1

Characteristics of the patients

Characteristic	Total (N = 95)	Pre-ASP (n = 50)	Post-ASP (n = 45)	P value
Age, mean \pm SD (minimum-maximum), y	57 \pm 15 (21-82)	57 \pm 17 (18-82)	56 \pm 15 (21-84)	.781
Female sex	41 (43)	25 (50)	16 (36)	.156
No. of FN attacks per patient (minimum-maximum)	1.6 (1-5)	1.63 (1-5)	1.57 (1-4)	.725
Duration of neutropenia per FN attack, d	4.2	4.9	3.5	.100
Diagnosis				
Leukemia	35 (37)	22 (44)	13 (29)	.127
Lymphoma	26 (27)	12 (24)	14 (31)	.437
Multiple myeloma	6 (6)	3 (6)	3 (6)	.893
Solid tumors	4 (4)	2 (4)	2 (4)	.914
Comorbidities				
Diabetes mellitus	14 (13)	8 (16)	6 (13)	.714
Chronic heart disease	27 (28)	16 (32)	11 (23)	.414
MASCC score <21 (high risk)	81 (85)	45 (90)	36 (80)	.352
Fatality	20 (21)	15 (30)	5 (11)	.024

NOTE. Values are n (%) or as otherwise indicated.

ASP, antimicrobial stewardship program; FN, febrile neutropenia; MASCC, Multinational Association of Supportive Care in Cancer.

Clinical Pathway for Febrile Neutropenia

Cases

Fever (A single tympanic temperature measurement of $\geq 38.3^{\circ}\text{C}$ or a temperature of 38°C sustained over a 1 hour period) and neutrophil count (ANC) of < 1000 cells/ mm^3 or an ANC that is expected to decrease to < 500 cells/ mm^3 during the next 48 h)

On admission

- Don't enter in to the patient's room without mask.
- The **MASCC** (Multinational Association for Supportive Care In Cancer) Score should be calculated and noted by the primary physician of the patient.
- Basic diagnostic tests: Complete blood count, CRP, procalcitonin, serum levels of liver enzymes, bilirubin and blood urea nitrogen, creatinine, blood culture (at least two sets) and if present from each lumen of the central venous catheter and chest X-ray.

First Step

Appropriate empiric antibiotic therapy have to be initiated according to patient's **MASCC** score;

- **Low Risk** (MASCC ≥ 21); If the patients is able to tolerate; **oral Ciprofloxacin + Amoxicillin-clavulanate**, if not, the patients are hospitalized and **IV Ciprofloxacin + Ampicilline-sulbactam** treatment is started.
- **High Risk** (MASCC < 21); **IV Piperacillin-tazobactam** or **Carbapenem** or **Ceftazidime** or **Cefepime**.

Second Step

- The initial empiric therapy could be change according to clinical condition and microbiological data.
- **Vancomycin** is not a standard part of empirical antibiotic therapy for fever and neutropenia. (These agents should be considered for special clinical indications, including suspected catheter – related infection, skin or soft tissue infection, pneumonia or hemodynamic instability).
- Add **metronidazole** for abdominal symptoms and signs or suspected C.difficile infection
- Empirical antifungal coverage should be considered in high-risk patients who have persistent fever after 4–7 days of a broad-spectrum antibacterial regimen and with no identified fever source.

Third Step

- Initial antibiotic therapy can be prolonged if there is suspect of infection.
- In the absence of fever and no detection of microorganism, the antimicrobial should be discontinued after four days.

- Examine and re-image (CT-MR) for new or worsening sites of infection.
- Culture, biopsy, drain sites of worsening infection should assess.
- Antibiotic spectrum and dose should be re-evaluate.

- Observe 4-24 hours in clinic to ensure that empiric antibiotics are tolerated and patient remains stable prior to discharge for outpatient therapy.

ÖZET

- **Olgu-fatalite hızı: AYP-öncesi dönemde : %30**
AYP-sonrası dönemde: % 11, (p = 0.024)
- **Uygun ekleme, değiştirme (p= 0.006)**
- **Uygun devam, veya de-eskalasyon veya kesme (p< 0.001)**

Table 2

Appropriateness of antimicrobials

	Pre-ASP appropriateness/FN attack (%)	Post-ASP appropriateness/FN attack (%)	P value
Appropriateness of antimicrobials			
Appropriate empirical use (step 1)	60/78 (77)	52/71 (73)	.603
Appropriate adding or changing antimicrobial (step 2)	19/36 (53)	35/43 (81)	.006
Appropriate continuation or de-escalation or discontinuation (step 3)	32/60 (53)	60/71 (85)	<.001

ASP, antimicrobial stewardship program; FN, febrile neutropenia.

ÖZET

AYP-sonrası dönemde :

Çok-değişkenli analiz;

- ✓ Staphylococcus spp enfeksiyonları azalmış (%22' den %8' e, $p=0.02$)
- ✓ Gram negatif enfeksiyonlar azalmış (% 43' den % 20' ye, $p=0.003$)
- ✓ Uygun devam veya de-eskalasyon veya kesme artmış (OR: 4.3, %95 CI: 0.11-0.95, $p= 0.001$)
- ✓ Gram pozitif enfeksiyonlar azalmış (OR: 0.32; 95% CI: 0.11-0.95, $P = .041$)
- ✓ Vankomisin (95 vs 47 DDD) ve florokinolon (88 vs 40 DDD)

kullanımı yarı yarıya azalmış

REVIEW

Vaccinating healthcare workers: Level of implementation, barriers and proposal for evidence-based policies in Turkey

Lale Ozisik ^a, Mine Durusu Tanriover^a, Serdar Altinel^b, and Serhat Unal^c

^aHacettepe University Faculty of Medicine, Department of Internal Medicine, Ankara, Turkey; ^bTRPHARM İlaç Sanayi Tic. A.Ş., Istanbul, Turkey;

^cHacettepe University Faculty of Medicine, Department of Infectious Diseases and Clinical Microbiology, Ankara, Turkey

Sağlık çalışanlarını aşılama: uygulama düzeyi, engeller ve Türkiye’de kanıta dayalı politikalar için öneriler
Lale Özışık ve ark., Human Vaccines and Immunotherapeutics, 2017

ÖZET

- Sağlık çalışanlarının aşılınması:
 - Hastalarda farkındalık oluşturmak
 - Hastalar için rol model olmak
- **Sağlık çalışanlarında aşılama rehberlerine rağmen aşılanma düzeyleri hedeflenenin çok altında**
- Aşılanma düzeyleri ?
- Aşılanma ya da aşılamayı önerme konusundaki engeller ?
- Motivasyon için muhtemel unsurlar ?

Table 2. Barriers to vaccination of healthcare workers for influenza, in light of the studies performed in Turkey.

Barriers to vaccination of healthcare workers for influenza

Doubts about the effectiveness/protection capabilities of the vaccine

Fears about the side effects of the vaccine/lack of trust in the vaccine

Negative news items about the vaccine

Ruling politicians' refusal to get vaccinated

Believing to have had and recovered from influenza

Believing to be safe from the risk of influenza / lack of contact with patients
with high influenza risk

Opinion about influenza not being a serious illness / assuming to have
resistance to influenza

Using other methods as protection against influenza

Failure to access to / forgetting getting the vaccine

Assuming contraindications due to existing health issues

ÖZET

- ACIP, WHO, CDC aşılama önerileri
- **İşe alım öncesi aşılanmayı şart koşma**
- **Aşılanmamış SÇ' nin çalışırken sürekli maske takması (rahatsız ve damgalayıcı)**
- **Zorunlu aşılama**→ etik sorunlar ?
- **Hasta güvenliği açısından yararlar ?**
- **Başkalarına zarar vermeme konusunda Hipokrat Yemini !**
- **2016 - Türkiye EKMUD Erişkin Bağışıklama Rehberi**

Türkiye için öneriler

- Ülkemize özgü sağlık çalışanı bağışıklama rehberi hazırlanması
- SÇ bağışıklanması konusunda **gerçekçi hedefler** belirlemek
- **Aşılama oranlarının izlenmesi** ve değerlendirilmesi
- SB akreditasyon standartları arasına SÇ aşılanması konusunda **kalite ölçütü** dahil edilmesi
- Sağlık bakanlığı ve devlet düzeyinde **sosyal mesajlar** iletilmesi
- **Influenza, hepatit B, and Tdap/Tdap-IPV** aşılması konusunda **teşvik**
- Topluma **doğru, tarafsız ve bilimsel bilginin verilmesi**
- **Reklamların denetlenmesi**



Contents lists available at ScienceDirect

International Journal of Infectious Diseases

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ijid



Influence of multidrug resistant organisms on the outcome of diabetic foot infection



Nese Saltoglu^{a,*}, Onder Ergonul^b, Necla Tulek^c, Mucahit Yemisen^a, Ayten Kadanali^d, Gul Karagoz^d, Ayse Batirel^e, Oznur Ak^e, Cagla Sonmezer^c, Haluk Eraksoy^f, Atahan Cagatay^f, Serkan Surme^a, Salih A. Nemli^g, Tuna Demirdal^g, Omer Coskun^h, Derya Ozturkⁱ, Nurgul Ceranⁱ, Filiz Pehlivanoglu^j, Gonul Sengoz^j, Turan Aslan^k, Yasemin Akkoyunlu^{k,1}, Oral Oncul^l, Hakan Ay^l, Lutfiye Mulazımoglu^m, Buket Erturk^m, Fatma Yilmazⁿ, Gulsen Yoruk^o, Nuray Uzun^p, Funda Simsek^q, Taner Yildirmak^q, Kadriye Kart Yaşar^j, Meral Sonmezoglu^r, Yasar Küçükardali^r, Nazan Tuna^s, Oguz Karabay^s, Nail Ozgunesⁿ, Fatma Sarginⁿ, Turkish Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases, Diabetic Foot Infections Study Group

Çok-ilaca dirençli organizmaların diyabetik ayak enfeksiyonu sonuçlarına etkisi

Neşe Saltoğlu ve ark., International Journal of Infectious Diseases, 2017

ÖZET

- **Çok-ilaca dirençli (ÇİD)** organizmalarla gelişen diyabetik ayak enfeksiyonlarının (DAE) sonuçları
- **19 Merkez**, Mayıs 2011- Aralık 2015, IDSA DAE rehberine göre enfeksiyon tanımı
- Ağır enfeksiyon ve komplike orta derece enfeksiyonu olanlar yatırıldı
- **Taburculuk sonrası 6 ay izlem**
- **791 DAE** olan hasta, 531 (%67) erkek, medyan yaş 62 (19–90).
- **Ağır enfeksiyon: 85 (%11) hasta, Osteomyelit: 291 (%37) hasta**
- **536 mikroorganizma: en sık *S. aureus* (20%), *P. aeruginosa* (19%) ve *E. coli* (12%).**
- **Olgu fatalite hızı:** Polimikrobiyal: %13 vs Monomikrobiyal: %2.3

ÖZET

- **Staphylococcus aureus** 'da metisilin direnci: % 31
- **P. aeruginosa** ' da ÇİD: % 21
- **ESBL (+) Gram negatif bakteri (GNB): 38% (E. coli and Klebsiella)**
- **Yeniden hastaneye yatırılma: 63 (8%) hasta,
%21: MR Staphylococcus**
- **791 hastanın: 127 (16%): major amputasyon
24 (3%) ölüm**

Çok-değişkenli analiz: fatalite göstergeleri;

- **Diyaliz (OR: 8.3, CI: 1.82–38.15, p = 0.006)**
- **Klebsiella izolasyonu (OR:7.7, CI: 1.24–47.96, p = 0.028)**
- **Kronik kalp yetmezliği (OR: 3, CI: 1.01– 9.04, p = 0.05)**

Table 1
Characteristics of the patients with DFI.

Patients (N = 791)	n (%)
Demographic	
Male gender	531 (67)
Mean age (SD; min-max)	62 (11; 19-90)
Median year of diabetes (Interquartiles)	15 (10-20)
Insulin use	606 (77)
History	
Hypertension	462 (58)
Renal failure	229 (29)
Coronary artery disease	196 (25)
Retinopathy	174 (22)
Amputation	177 (22)
Vascular surgery	117 (15)
Dialysis	75 (9)
Previously hospitalization with DFI (in 3 months)	442 (56)
Previously DFI (in 3 months)	362 (46)
Previously antibiotic use against DFI (in 1 month)	414 (52)
Clinical and laboratory findings	
HbA1c level	8,9
CRP (median, IQR)	16 (6-71)
ESR (median, IQR)	74 (50-98)
Leukocyte (median, IQR)	10,000 (8,000-10,000)
IDSA Infection- moderate	412 (52)
IDSA Infection -severe	85 (11)
Osteomyelitis	291 (37)
Hospitalization days (median, IQR)	21 (14-30)
Outcome	
Re-hospitalization within 1 month	63 (8)
Major amputation	127 (16)
Fatality	24 (3)

*DFI, diabetic foot infection.

Table 2

Rehospitalization within one month among the patients with known bacteriologic agents.

	Rehospitalization n = 38	P	Fatality n = 24	p
<i>S. aureus</i> (n = 107)	12 (11)	0.445	0.445	0.303
MRS (n = 67)	14 (21)	<0.001	0.344	0.338
<i>Enterococcus</i> spp. (n = 64)	8 (13)	0.303	0.303	0.749
<i>E.coli</i> (n = 65)	5 (8)	0.578	0.578	0.338
<i>P.aeruginosa</i> (n = 99)	11 (11)	0.541	0.541	0.547
<i>Klebsiella</i> spp. (n = 19)	3 (16)	0.343	0.343	0.139
ESBL(+) GNB (n = 32)	4 (11)	0.553	0.553	0.108

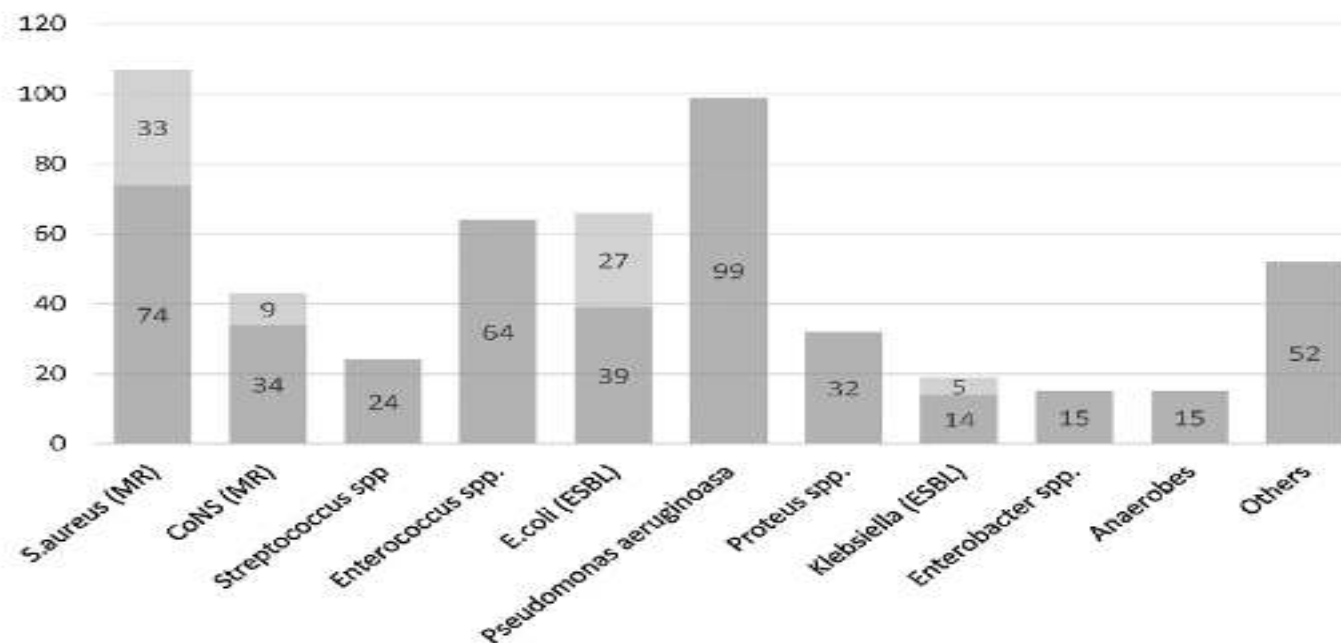
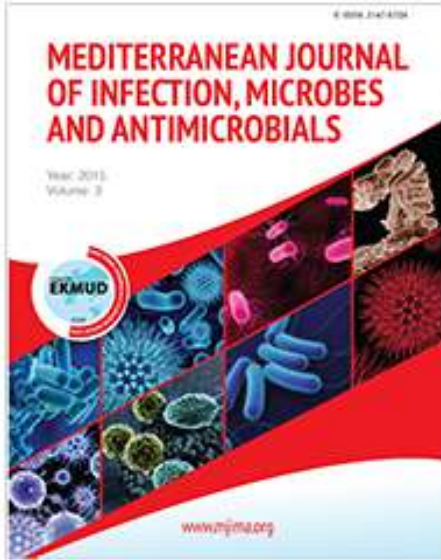


Figure 1. Microorganisms isolated from patients with diabetic foot infection. The proportion of methicillin resistant isolates among *Staphylococcus* spp., and proportion of ESBL producing isolates among *Pseudomonas aeruginosa*.

Year : 2018, | Vol: 7

Mediterranean Journal of Infection Microbes and Antimicrobials



Is nurse workpower enough in Intensive Care Units of Turkey? Results of the Multicenter Karia Study

Ayşe Uyan ¹, Gül Durmuş ², Nurbanu Sezak ³, Fatmanur Pepe ⁴, Türkkay Kaygusuz ⁵, Nefise Öztoprak ⁶, Kevser Özdemir ⁷, Firdevs Aksoy ⁸, Serpil Erol ⁹, Meliha Meriç Koç ¹⁰, Ahsen Öncül ¹¹, Sabahat Çağan Aktaş ¹², Hülya Caşkurulu ¹³, Güven Çelebi ¹⁴, Özlem Kandemir ¹⁵, Selçuk Özger ¹⁶, Rezan Harman ¹⁷, Kübra Demiray ¹⁸, Alpay Arı ¹⁹, Sevil Alkan Çeviker ²⁰, İlknur Esen Yıldız ²¹, Şirin Menekşe ²², Güneş Şenol ²³, Sema Sarı ²⁴, Mustafa Doğan ²⁵, Kenan Uğurlu ²⁶, Mustafa Arslan ²⁷, İrem Akdemir ²⁸, Pınar Fırat ²⁹, Yeşim Kürekçi ³⁰, Derya Çağlayan ³¹, Mehmet Uçar ³², Ramazan Gözüküçük ³³, Habibe Tülin Elmaslar Mert ³⁴, Handan Alay ³⁵, Haluk Erdoğan ³⁶, Aslıhan Demirel ³⁷, Nilgün Doğan ³⁸, Funda Koçak ³⁹, Emre Güven ⁴⁰, Güleser Ünsal ⁴¹, Hilal Sipahi ⁴², Meltem Işıkgöz Taşbakan ¹, Bilgin Arda ¹, Sercan Ulusoy ¹, Oguz Resat Sipahi ¹

Türkiye' de YBÜ' nde hemşire işgücü yeterli mi? : Çok-merkezli Karia Çalışması Sonuçları
Ayşe Uyan ve ark., MJIMA, 2018

MATERYAL - METOD

- **7 bölge, 22 şehirden YBÜ barındıran 41 merkez**
- Enfeksiyon kontrol hemşiresi (EKH) sayısı, YBÜ' deki hemşire ve yardımcı sağlık personeli işgücü, toplam yoğun bakım yatak sayısı ve dolu yoğun bakım yatak sayısı
- **4 farklı günde** [ikisi **yaz izin döneminde** (27 ve 31 Ağustos 2016), ikisi **sonbaharda** (12 ve 15 Ekim 2016)]
- **T.C. - S.B. Standartları:** hemşire başına düşen maksimum hasta sayısı 1. basamak YBÜ' de: 5, 2. basamak YBÜ' de: 3, 3.basamak YBÜ' de: 2 olmalı
- Yardımcı Sağlık personeli için belirlenmiş bir standart yok
- 150 yatağa bir EKH

BULGULAR

- Toplam YBÜ sayısı: 214
- YBÜ yatak sayısı: 2377
- EKH sayısı: 111
- EKH sayısı 41 merkezden sadece 12"sinde yeterli
- **Yoğun bakım deneyimi bir yıldan az olan hemşire** oranı;
 - 1. basamak YBÜ' de: %19
 - 2. basamak YBÜ' de: %25,
 - 3. basamak YBÜ' de: %24
- **Hemşire başına düşen hasta sayısı;**
 - 1. basamak YBÜ' de genellikle ≤ 5
 - **3. basamak YBÜ' de: >2**

SONUÇ

- Ülkemizdeki **EKH sayısı oldukça yetersiz**
- Özellikle **üçüncü basamak yoğun bakım ünitelerindeki sağlık personeli sayısı yetersiz**
- Yaklaşık **1/4“ü nispeten deneyimsiz**
- **Sağlık sisteminin yeterli hemşire istihdamı için gerekli düzenlemeleri acil bir şekilde işleme koyması önerilir.**



HIV Clinical Trials

ISSN: 1528-4336 (Print) 1945-5771 (Online) Journal homepage: <http://www.tandfonline.com/loi/yhct20>

Evaluation of epidemiological, clinical, and laboratory features and mortality of 144 HIV/AIDS cases in Turkey

Burcu Ozdemir, Meltem A. Yetkin, Aliye Bastug, Ayşe But, Halide Aslaner, Esragul Akinci & Hurrem Bodur

Türkiye’de 144 HIV/AIDS olgusunun epidemiyolojik, klinik ve laboratuvar özellikleri ve mortalitesinin değerlendirilmesi

Burcu Özdemir ve ark., HIV Clinical Trials, 2017

Table 1 Distribution of HIV/AIDS stages according to the CDC criteria

Stage	<i>n</i>	%
A	78	54.9
B	40	28.2
C	24	16.9
Total	142	100
Subgroup of stage		
A1	23	16.2
A2	34	23.9
A3	21	14.8
B1	3	2.1
B2	8	5.6
B3	29	20.4
C1	2	1.4
C2	6	4.2
C3	16	11.3
Total	142	100

Table 2 Distribution of malignancies and opportunistic infections

	<i>n</i>	%	95% Confidence interval
Tuberculosis	10	31.3	15.6–46.9
Condyloma acuminatum	8	25.0	9.4–40.6
Pneumocystis Jiroveci pneumonia	2	6.3	0.0–15.6
Syphilis	1	3.1	0.0–9.4
Cryptococcal Meningitis	1	3.1	0.0–9.4
Zona zooster	1	3.1	0.0–9.4
Malignancy			
Lymphoma	4	12.5	3.1–25.0
Other malignancy ^a	4	12.5	3.1–25.0
Kaposi sarcoma	1	3.1	0.0–9.4
Total	32	100	

^aSquamous cell carcinoma, multiple myeloma, lung cancer, cervical cancer.

Table 3 Comparison of initial treatment year, CD4 + T-lymphocyte cell count, HIV RNA loads and year at presentation according to survival

	Non-survivors	Survivors	<i>p</i>
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	
Presentation year			
<2009	37 (82.2)	30 (30.3)	<0.001
≥2009	8 (17.8)	69 (69.7)	
Total (<i>n</i>)	45	99	
Treatment initial year			
<2009	18 (69.2)	22 (23.9)	<0.001
≥2009	8 (30.8)	70 (76.1)	
Total (<i>n</i>)	26	92	
CD4 + T-lymphocyte cell count at presentation (median [IQR])	81 (298)	231 (386)	0.002
0–49	17 (13.4)	13 (13.4)	0.007
50–199	8 (19.5)	29 (29.9)	
200–349	7 (17.1)	17 (17.5)	
350–500	5 (12.2)	14 (14.4)	
500+	4 (9.8)	24 (24.7)	
Total (<i>n</i>)	41	97	
HIV-RNA (median [IQR])	296,500 (692,475)	125,000 (454,086)	0.28
<100.000	9 (37.5)	40 (47.1)	0.48
≥100.000	15 (62.5)	45 (52.9)	
Total (<i>n</i>)	24	85	

The difference in the number of patients in the variables is a result of the inability to contact some of the patients.
 $p < 0.05$ is considered statistically significant.

AIDS RESEARCH AND HUMAN RETROVIRUSES
Volume 33, Number 12, 2017
© Mary Ann Liebert, Inc.
DOI: 10.1089/aid.2016.0266

Adherence to Antiretroviral Therapy in Turkey: Results from the ACTHIV-IST Study Group

Dilek Yildiz Sevgi,¹ Alper Gunduz,¹ Ozlem Altuntas Aydin,² Bilgul Mete,³ Fatma Sargin,⁴
Hayat Kumbasar Karaosmanoglu,² Nuray Uzun,¹ Mucahit Yemisen,³ Ilyas Dokmetas,¹ and Fehmi Tabak³

Türkiye’de antiretroviral tedaviye uyum: ACTHIV-Ist Çalışma Grubu Sonuçları

Dilek Sevgi ve ark., AIDS Research and Human Retroviruses, 2017

Amaç - Gereç -Yöntem

- ART'ye bağlılığın değerlendirilmesi için ilaca sahip olma oranları (**Medication Possesion Ratio, MPR**)
- **ACTG* Takip anketleri** değerlendirilmesi
- İstanbul'da HIV ile infekte hasta takibi yapan 4 merkez
- 18 yaş üzeri, en az 12 aydır antiretroviral tedavi alan **263 hasta**

Tedavi bağlılığı	Hastalara ait veriler
Geri bildirim anketi	Yaş, cins, evlilik, eğitim, meslek, merkeze ulaşım süreleri
ACTG, ACTG-Takip anketleri	ART rejimleri, süreleri Ek ilaç ve kotrimaksazol kullanımı
Medication possession ratio (MPR)	CD4 düzeyleri ve HIV RNA sonuçları

TABLE 1. BASELINE CHARACTERISTICS OF PATIENTS

Age (years), mean \pm SD	41.0 \pm 11.0
Duration of treatment (months), mean \pm SD	34.1 \pm 21.9
CD4 cell count (cells/mm ³), median \pm SD	484 \pm 268
Viral load (copies/ml), median \pm SD	116.409 \pm 554,504
Gender, <i>n</i> (%)	
Female	32 (12.2)
Male	231 (87.8)
Employment status, <i>n</i> (%)	
Unemployed	48 (18.3)
Employed	173 (65.8)
Retired	21 (8.0)
Housewife	21 (8.0)
Marital status, <i>n</i> (%)	
Married	116 (44.1)
Single	127 (48.2)
Widow-widower	20 (7.6)
Education level, <i>n</i> (%)	
11th Grade or less	102 (38.8)
High school graduate	67 (25.5)
University	94 (35.7)
Previous use of cotrimoxazole	
Yes	39 (14.8)

TABLE 2. ADHERENCE ASSESSMENT THROUGH SELF-REPORTED RATES OF MISSING TABLETS, MEDICATION POSSESSION RATIO, AND AIDS CLINICAL TRIALS GROUP

MPR median \pm SD, range of value	0.99 \pm 0.086	0.33–1
MPR	<i>N</i>	%
<%95	39	14.8
>%95	224	85.2
Missing tablets		
Within past 4 days		
Yes	27	10.3
No	236	89.7
Within past 1 week		
Yes	32	12.2
No	231	87.8
Within last month		
Yes	57	21.7
No	206	78.3
Within past 3 months		
Yes	70	26.6
No	193	73.4
ACTG		
When was the last time you missed taking any of your medications?		
Never skipped medications or not applicable	144	54.8
More than 3 months ago	42	16.0

Nucleoside analogues: Tenofovir/Emtricitabine (TDF/FTC), Zidovudine/ Lamivudine (ZDV/3TC) or Abacavir/Lamivudine (ABC/3TC),

Non-nucleoside analogue: Efavirenz (EFV)

Protease inhibitors: Lopinavir/Ritonavir (LPV/RTV) or DRV/Ritonavir (RTV).

TABLE 3. REASONS FOR NONADHERENCE AS DETERMINED BY AIDS CLINICAL TRIALS GROUP

	<i>ACTG Nonadherent</i>	
	n (119)	%
In the past month, how often have you missed taking your medications because you:		
Were away from home	34	29
Were busy with other things	22	18
Simply forgot	49	41
Had too many pills to take	10	8
Wanted to avoid side effects	8	7
Did not want others to notice you taking medication	16	13
Had a change in daily routine	27	23
Felt like the drug was toxic/harmful	6	5
Fell asleep/slept through dose time	24	20
Felt sick or ill	9	8
Felt depressed/overwhelmed	15	13
Had problem taking pills at specified times (with meals, on empty stomach, etc.)	14	12
Ran out of pills	11	9
Felt good	11	9

Bulgular

- **Tablet atlama:** En sık neden unutmak (41%)
 - Diğer nedenler; evde olmamak, günlük rutinde değişiklik olması, doz süresi boyunca uyuyakalmak veya uyumak
- Tedavi bağlılığı ile **kadın** cinsiyet, **anti-tüberküloz kullanımı**, **fırsatçı enfeksiyon**, **ek ilaç** kullanımı arasında anlamlı bir **olumsuz** ilişki
- Tedavi bağlılığı ile ilaçları kullanabileceğinden emin olma, ilacı almadığında direnç gelişeceği ile ilgili bilgi sahibi olma arasında anlamlı bir **olumlu** ilişki

Sonuçlar

- ART başarısına ışık tutan tedavi bağlılığı MPR ve geri bildirim anketleri ile **diğer ülkelere göre daha yüksek**
- Ülkemizdeki **geri ödeme sisteminin iyi olması** ve **hastaların** tedavi ve direnç konusundaki **farkındalıkları**
- Erken tanı, tedavi ve direnç konusunda eğitim ve madde kullanımının azaltılması tedavi bağlılığı oranlarının artmasına yardımcı olabilir

Miliary tuberculosis

Epidemiological and clinical analysis of large-case series from moderate to low tuberculosis endemic Country

Ali Mert, MD^a, Ferhat Arslan, MD^{b,*}, Tülin Kuyucu, MD^c, Emine Nur Koç, MD^c, Mesut Yılmaz, MD^d, Demet Turan, MD^e, Sedat Altın, MD^e, Filiz Pehlivanoglu, MD^f, Gonul Sengoz, MD^f, Dilek Yıldız, MD^g, İlyas Dokmetas, MD^g, Suheyra Komur, MD^h, Behice Kurtaran, MD^h, Tuna Demirdal, MDⁱ, Hüseyin A. Erdem, MD^j, Oguz Resat Sipahi, MD^j, Ayse Batirel^k, Emine Parlak, MD^l, Recep Tekin, MD^m, Özlem Güzel Tunçcan, MDⁿ, İlker İnanc Balkan, MD^o, Osman Hayran, MD^p, Bahadır Ceylan, MD^q

Miliyer Tüberküloz: Orta-düşük tüberküloz endemik bir ülkeden geniş bir olgu serisinin epidemiyolojik ve klinik analizi

Ali Mert ve ark., Medicine, 2017

Giriş - Amaç

- Miliyer TB' lu hastaların klinik özellikleri
- Retrospektif analiz, **263** hasta (142 erkek, 121 kadın)
- Yaş ort.: 44 (16-89) yaş
- Miliyer TB tanısı: uyumlu klinik prezentasyon + en az biri:
 - uzamış ateş
 - gece terlemesi
 - iştahsızlık
 - kilo kaybı
 - radyolojik kriter
 - patolojik kriter ve/veya mikrobiyolojik kriter

Bulgular

Table 1

Signs and symptoms of 263 patients with miliary TB.

	Number of cases	%
Complaints		
Fever	263	100
Fatigue	238	90.5
Anorexia	223	84.8
Weight loss	177	66.2
Night sweats	159	65
Cough	159	60.5
Headache	144	43.3
Dyspnea	79	30
Abdominal pain	38	14.4
Hemoptysis	16	6.1
Findings		
Fever	263	100
Lymphadenopathy	56/221	21.3
Hepatomegaly	54	20
Splenomegaly	51	19.4
Mental changes	48	18.3
Pleural effusion	48	18
Neck stiffness	46	17.5
Choroid tubercules	20/159	7.6
Skin involvement*	4	1.5
Altered consciousness (delirium, psychosis)	3	5

TB = tuberculosis.

* 3 cellulitis, 1 subcutaneous abscesses.

Table 2

Predisposing factors in 263 patients with miliary TB.

Factor	No. (%)	Remarks
Collagen vascular disorder	22	Given steroid, azathioprine, cyclophosphamide
Type 2 diabetes mellitus	22	
AIDS	16	All CD4 <100 cells/mm ³
Cancer	12	Hairy cell leukemia (2), ectopic ACTH syndrome (1), immunoblastic sarcoma (1), NHL (3), CML (2), AML (1), MDS (1), MM (1)
Chronic renal failure	10	
Pregnancy	6	
Renal transplantation	2	
Inflammatory bowel diseases	2	
Addison disease	2	
Total	94 (41)	

ACTH=adrenocorticotrop hormone, AML=acute myelogenous leukemia, CML=chronic myelogenous leukemia, HCL=hairy cell leukemia, MDS=myelodisplastic syndrome, MM=multiple myeloma, NHL=non-Hodgkin lymphoma.

Table 3**Hematological and biochemical findings of 263 patients with miliary TB.**

	Number of cases	%
Hematological		
Anemia (Hct male <42%, female <37%)	227	86,3
Leukopenia <4.000 cells/mL	47	18
Leukocytosis >11.000 cells/mL	30	11,4
Lymphopenia <1.500 cells/mL	126	48
Monocytosis >800/ml <4000	30	11,4
Eosinophilia >400/ml 4000–11000	0	0
Thrombocytopenia <150.000 cells/mL	59	22,4
Thrombocytosis >400.000 cells/mL sit, /mL	29	11
Pancytopenia	32	12,2
Biochemistry		
Hypertransaminasemia	99	37,6
Alkaline phosphatase increase	49/151	32
Gamma-glutamyltransferase increase	9/37	24
Hyperbilirubinemia	8	3
Hypoalbuminemia (<3.5 g/dL)	183/244	75
Hyponatremia (<135 mmol/L)	32	12
ESR, mm/h		
<20	30	11,4
20–100	193	74
>100	40	15
CRP (n = 190)		
Normal	10	6
Normal to 6 times increase	50,	20
6–12 times increase	45	24
>12 times increase	85	45

CRP = C-reactive protein, ESR = erythrocyte sedimentation rate, TB = tuberculosis.

Bulgular

Table 6

Comparison of continuous and categorical variables in patients surviving or died.

Continuous variables	Surviving (n=219) (mean ± SD)	Died (n=44) (17%) (mean ± SD)	P
Age, y	42 ± 17	51 ± 17	0.005
Hemoglobin	11 ± 2	9 ± 2	0.000
Leukocyte, mm ³	7228 ± 5488	7525 ± 5735	0.746
Platelets, mm ³	252 ± 124	182 ± 119	0.001
Albumin, g/dL	3 ± 0.6	2 ± 0.6	0.000
ALT, U/L	51 ± 69	48 ± 40	0.750
AST, U/L	60 ± 111	60 ± 86	0.979
ESR, mm/h	61 ± 34	64 ± 37	0.632
Categorical variables	Surviving (n=219) n (%)	Died (n=44) n (%)	
Male gender	114 (52)	28 (62)	0.253
Predisposing factor	72 (33)	22 (49)	0.044
Miliary pattern	127 (58)	35 (78)	0.014
Mental change	34 (16)	14 (31)	0.020
Meningitis	58 (27)	13 (29)	0.767
FUO	103 (47)	28 (62)	0.072
Leukopenia	37 (17)	10 (22)	0.393
Thrombocytopenia	41 (19)	18 (43)	0.002
Pancytopenia	24 (11)	8 (18)	0.211

ESR = erythrocyte sedimentation rate, FUO = fever of unknown origin.

Bulgular

- Miliyer pattern: % 88
- Predispozan faktör: % 41
- TST: % 29 +
- NBA kriterleri: % 50
- ARB: % 41
- *M. tuberculosis* kültürde üreme: % 51
 - Balgam, BOS, BAL

- Kan kültüründe üreme: % 20
- Dokuda granülom:
 - Karaciğer: %100
 - Akciğer: %95
 - Ki: %82
- % 85 dörtlü anti-TB
- Mortalite: % 17 (1 yıl içinde)

Akciğer grafisinde miliyer infiltratları olan bir kişide tanı için; **akciğer ve karaciğer biyopsisinin** tanı koydurucu değeri daha yüksek olmasına rağmen, **Kİ biyopsi ve kan kültürü** gibi daha az invazif ve komplikasyon oranı düşük yöntemler kullanılabilir.

The Prognostic Significance of Serum TGF- β 1 Levels in Patients With Crimean-Congo Hemorrhagic Fever

Gürdal Yılmaz,^{1*} Hülya Yılmaz,² Mustafa Arslan,³ Uğur Kostakoğlu,⁴ Ahmet Mentеше,⁵ Süleyman Caner Karahan,⁵ and İftihar Köksal¹

¹Department of Infectious Diseases and Clinical Microbiology, Karadeniz Technical University Medical Faculty, Trabzon, Turkey

²Department of Medical Biochemistry, Kanuni Training and Research Hospital, Trabzon, Turkey

³Department of Infectious Diseases and Clinical Microbiology, Amasya University Sabuncuoglu Serefeddin Training and Research Hospital, Amasya, Turkey

⁴Department of Infectious Diseases and Clinical Microbiology, 4Recep Tayyip Erdogan University Medical Faculty, Rize, Turkey

⁵Department of Medical Biochemistry, Karadeniz Technical University Medical Faculty, Trabzon, Turkey

Kırım Kongo Kanamalı Ateşli hastalarda serum TGF- β 1 düzeylerinin prognostik önemi

Gürdal Yılmaz ve ark., *Journal of Medical Virology*, 2017

ÖZET

- KKKA patogenezinde endotel hasarı
- **Transforming growth factor beta (TGF- β 1)**: hasar görmüş endotelin onarımı
- 120 KKKA hastası, “kanama var / yok” 2 gruba ayrılmış
- 44 hasta (%37) **kanama var** → TGF- β 1 : 5.2 \pm 1.8
- 76 hasta (%63) **kanama yok** → TGF- β 1 : 7.1 \pm 2.2 (P<0.0001)
- “Cut-off” point of 4.9, AUC : 0.762 (0.675–0.835),
- **Sensitivite: % 59, spesifisite: %86**
- **PPV: 70.3%, NPV: 78.3%.**
- Azalmış TGF- β 1 düzeyleri kanama için tanı koydurucu olabilir. Prognozu gösterebilir.

ORIGINAL ARTICLE

Tetanus in adults: results of the multicenter ID-IRI study

S. Tosun¹ • A. Batirel² • A. I. Oluk¹ • F. Aksoy³ • E. Puca⁴ • F. Bénézit⁵ • S. Ural⁶ •
S. Nayman-Alpat⁷ • T. Yamazhan⁸ • V. Koksaldi-Motor⁹ • R. Tekin¹⁰ • E. Parlak¹¹ •
P. Tattevin⁵ • K. Kart-Yasar¹² • R. Guner¹³ • A. Bastug¹⁴ • M. Meric-Koc¹⁵ • S. Oncu¹⁶ •
A. Sagmak-Tartar¹⁷ • A. Denk¹⁷ • F. Pehlivanoglu¹⁸ • G. Sengoz¹⁸ • S. M. Sørensen¹⁹ •
G. Celebi²⁰ • L. Baštáková²¹ • H. Gedik¹² • S. Dirgen-Caylak²² • A. Esmoğlu²³ •
S. Erol²⁴ • Y. Cag²⁵ • E. Karagoz²⁶ • A. Inan²⁴ • H. Erdem²⁷

Erişkinlerde TETANOZ: Çok-merkezli ID-IRI çalışması sonuçları

*Selma Tosun ve ark., Eur J of Clin Microbiol Infect Dis,
2017*

ÖZET

- **25 Merkez**, retrospektif
- **117 hasta**,
- **Mortaliteye etki eden faktörler?**
- 79 (%68) sağkalım,
- **38 (%32) ölüm**
- **Ölümlerin% 60' ı → > 60 yaş hastalarda**
- **%17 sekel**

Bulgular

Variables	Total, 117 (n, %)	Survived, 79 (n, %)	Died, 38 (n, %)	p-Value
Swallowing problems	82 (70.1)	47 (59.5)	35 (92.1)	<0.0001
Local spasms	71 (61.2)	47 (60.3)	24 (63.2)	0.76
Muscle twitching	35 (29.9)	20 (25.3)	15 (39.5)	0.12
Entire body spasms	71 (60.7)	38 (48.1)	33 (86.8)	<0.0001
Trismus	86 (73.9)	55 (73.3)	27 (75)	0.85
Fever	42 (35.9)	24 (30.4)	18 (47.4)	0.06
Lassitude	47 (40.9)	29 (36.7)	18 (50)	0.18
Pain in the wound area	34 (29.8)	17 (21.5)	17 (48.6)	0.003
Breathing problems	38 (35.5)	19 (26.8)	19 (52.8)	0.003

Tetanozlu Hastaların Belirti ve Bulguları

Bulgular

Variables	Total, 117	Survived, 79 (mean ± SD)	Died, 38 (mean ± SD)	<i>p</i> -Value
WBC (/mm ³)	10,388 ± 4530	9116 ± 3992	13,031 ± 4485	<0.0001
Hemoglobin (mg/dL)	12.8 ± 2.6	12.9 ± 2.5	12.7 ± 2.9	0.63
Platelets (/mm ³)	251,252 ± 98,168	244,059 ± 88,782	266,638 ± 115,607	0.25
ESR (mm/h)	24.6 ± 22	22.4 ± 22	26.7 ± 11.5	0.12
CRP increase (times)	10.4 (1–45)	8.6 ± 9.2	13.9 ± 12.3	0.02
ALT (IU/L)	34 ± 24	30.4 ± 19.8	42.2 ± 29.8	0.02
AST (IU/L)	48 ± 52	41.3 ± 33.4	72.1 ± 46.1	0.05
ALP (U/L)	103 ± 65	98.7 ± 58.5	112 ± 76.3	0.37
CK (U/L)	679 ± 161	780 ± 184	820 ± 100	0.04
LDH (U/L)	341 ± 292	293.8 ± 155	445.5 ± 458	0.03
Creatinine (mg/dL)	0.97 ± 0.5	1.34 ± 1.4	1.1 ± 0.5	0.72
BUN (mg/dL)	37.9 ± 28	32.7 ± 25.9	48.3 ± 30.6	0.005

SD Standard deviation; *WBC* white blood cell; *ESR* erythrocyte sedimentation rate; *CRP* C-reactive protein; *ALT* alanine aminotransferase; *AST* aspartate aminotransferase; *ALP* alkaline phosphatase; *CK* creatinine kinase; *LDH* lactate dehydrogenase; *BUN* blood urea nitrogen

Tetanozlu Hastaların Laboratuvar Bulguları

BULGULAR

■ Mortaliteye etki eden faktörler:

- Jeneralize tip Tetanoz
- Jeneralize spazmlar
- Yara bölgesinde ağrı
- Lökositoz
- CRP yüksekliği
- ALT yüksekliği
- Equine Ig kullanımı

SONUÇ

KORUNMADA AŞILAMA ÇOK ÖNEMLİ

Sadece 8 /117 hastada son 10 yılda aşı öyküsü

→ Sağkalım

**RİSKLİ TEMASTA İNSAN KAYNAKLI IMMUNOGLOBULİN
TERCİH EDİLMELİ**





Postgraduate Medicine



ISSN: 0032-5481 (Print) 1941-9260 (Online) Journal homepage: <http://www.tandfonline.com/loi/ipgm20>

Turkish doctors' cohort: healthy despite low screening

Serhat Unal, Mine Durusu Tanriover, Sibel Ascioğlu, Ahmet Demirkazık, Ihsan Ertenli, Erdal Eskioglu, Kerim Guler, Sedat Kiraz, Mert Ozbakkaloglu, Birol Ozer, Tufan Tukek, Serra Akyar & Yunus Erdem

*Teşekkür
ederim*

ayse.batirel@sbu.edu.tr

BULGULAR

- **Diğer sağlık personelleri başına düşen hasta sayısı**
 - mesai içi minimum 3.8 ve maksimum 4.9
 - mesai dışı ise minimum 5 maksimum 7.7
- **Üçüncü, ikinci ve birinci basamak yoğun bakım ünitelerindeki hemşire sayısı yeterli üniteler:**
(çok gözlü ki kare testi)
 - yaz haftasonu / gece dışında hepsinde $p < 0.0001$
 - Haftasonu / gece ölçümünde $p:0.002$

HUMAN VACCINES & IMMUNOTHERAPEUTICS
2017, VOL. 13, NO. 1, 213–215
<http://dx.doi.org/10.1080/21645515.2016.1234556>



COMMENTARY

 OPEN ACCESS

Barriers to adult immunization and solutions: Personalized approaches

Devrim Emel Alici^a, Abdullah Sayiner^b, and Serhat Unal^c

^aMedical Department, Pfizer PFE, Istanbul, Turkey; ^bDepartment of Chest Diseases, Ege University Faculty of Medicine, Izmir, Turkey; ^cDepartment of Infectious Diseases and Clinical Microbiology, Hacettepe University Faculty of Medicine, Ankara, Turkey

Erişkin bağışıklamada engeller ve çözüm önerileri: Bireyselleştirilmiş yaklaşımlar

D.Emel Alici ve ark., Human Vaccines and Immunotherapeutics, 2017

ÖZET

- Enfeksiyon hastalıklarını önlemek ve gelecekte eradike etmek için aşılanmanın önemi
- Erişkinlerde ihmal ediliyor
- Türkiye’ de sadece risk grupları için aşılanma önerisi:
 - Sağlık çalışanları
 - >65 y kronik hastalığı olanlar
 - Gebelik
 - Askerlik
 - Seyahat – hac
 - İşe alım
- **Erişkinde aşıyla önlenebilir hastalıklar:** Pnömonok pnömonisi, influenza, rubeola, varicella, hepatitis A ve tetanoz

ÖZET

- Farkındalık
- Sağlık okur yazarlığı
- Sağlık hizmetlerine erişim
- **SB 2009: Genişletilmiş Bağışıklama Programı**→ Erişkin bağışıklamasını içermiyor
- **SB 2010: Yaşlı sağlığı, Tanı ve Tedavi Rehberi:** aşı önerileri +
- Diyabetiklerde pnömokok aşılması: % 0.1
influenza aşılması: % 9
- KOAH' da pnömokok aşılması: %10-15
influenza aşılması: % 15

Table 1. Adult immunization issues and recommended solutions.

Issue	Solution
Adults do not know that they have to be vaccinated	Run public service ads in printed media, on radio, television and on the Web, hold campaigns, raise people's awareness by making community leaders and experts speak about adult vaccination and give precise information through web pages.
They have concerns about the safety of vaccines	Using the sources stated above, give evidence-based and speculation free information about the effects and side effects of vaccines.
Vaccination fees lead to a decrease in request	Vaccination should be free or should be accessed with a little contribution, based on the Expanded Immunization Program
Disorganized immunization services are provided by separate units	A regular immunization service may be included in the system of general practitioners. An adult vaccination schedule should be included within the scope of the Expanded Immunization Program, adults should use vaccination charts and records should be monitored through a commonly accessible electronic medium. People should be accessed through the phone tracking system. When accessing patient information, a reminder screen may help the physician in making suggestion to the patient.

ÖZET

➤ Mart 2014' de **Ulusal Bağışıklama Çalıştayı**

☐ Erişkin bağışıklamadaki engeller:

- Hastalarda bilgi eksikliği
- Hekimlerde bilgi / uygulama eksikliği
- SGK' nın aşı geri ödemelerindeki boşluklar

ÖNERİLER:

- Sağlık çalışanlarının erişkin bağışıklama konusunda eğitimi
- Aşı danışma merkezleri
- Liderlerin desteğini almak
- Halkın farkındalığını arttırmak

ÖZET

ÖNERİLER:

- Aşı karşıtlarını ikna etmek
- Yanlış bilgilendirme konusunda yaptırımlar
- Düzenli takip
- Yapılandırılmış tıbbi kayıtlar
- Yeterli miktarda aşı temini
- GBP' na erişkin aşı programının eklenmesi
- Ücretsiz aşılama



Daclatasvir Plus Asunaprevir Dual Therapy for Chronic HCV Genotype 1b Infection: Results of Turkish Early Access Program

Seyfettin Köklü,^{*} İftihar Köksal,[†] Ulus Salih Akarca,[‡] Ayhan Balkan,[§]
Rahmet Güner,^{||} Aylin Demirezen,[¶] Memduh Sahin,^{**} Sila Akhan,^{††} Reşat Ozaras,^{‡‡} Ramazan İdilman^{§§}

* Department of Gastroenterology, Hacettepe University School of Medicine, Ankara, Turkey.

† Department of Infectious Disease, Karadeniz University School of Medicine, Trabzon, Turkey.

‡ Department of Gastroenterology, Ege University School of Medicine, İzmir, Turkey.

§ Department of Gastroenterology, Gaziantep University School of Medicine, Gaziantep, Turkey.

|| Department of Infectious Diseases and Clinical Microbiology, Yildirim Beyazit University School of Medicine, Ankara, Turkey.

¶ Department of Gastroenterology, Atatürk Education and Research Hospital, Ankara, Turkey.

** Department of Gastroenterology, Mersin Government Hospital, Mersin, Turkey.

†† Department of Gastroenterology, Kocaeli University School of Medicine, Kocaeli, Turkey.

‡‡ Department of Infectious Disease, Istanbul University, Cerrahpasa Medical School, Istanbul, Turkey.

§§ Department of Gastroenterology, Ankara University School of Medicine, Ankara, Turkey.

Table 1. Patient demographics and laboratory findings.

N = 61	
Sex, n (%)	
Female	40 (65.5%)
Male	21 (34.5%)
Age, mean \pm SD	57.6 \pm 12.5
BMI (kg/m ²), mean \pm SD	26.8 \pm 4.94
Time of diagnosis for HCV (years)	9.67 \pm 5.6
Accompanying disorders	
DM	15.50%
ESRD	9.80%
HCC	8.60%
Autoimmune diseases	8.60%
Thalassemia	3.40%
Hemophilia	3.40%
Non-Hodgkin lymphoma	3.40%
HBV co-infection	1.70%
Cirrhosis	
Yes	37/61 (60.6%)
No	24/61 (39.4%)

Previous treatment history	
Naive	10/61 (16.4%)
PegIFN/Ribavirin	43/61 (70.5%)
PegIFN/Ribavirin/PI	8/61 (13.1%)
Previous treatment response	
Relapser	14/51 (27.4%)
Non-responder	22/51 (43.1%)
IFN ineligible	15/51 (29.5%)
HCV RNA (IU/mL)	
< 800,000 IU/mL	28 (45.9%)
≥ 800,000 IU/mL	33 (54.1%)
Genotype	
1b	60 (98.4%)
1	1 (0.6%)
ALT (IU/mL), mean ± SD	55.8 ± 36.8
AST (IU/mL), mean ± SD	65.3 ± 45.9
Albumin (g/dL), mean ± SD	3.93 ± 0.51
Creatinine, mean ± SD	1.28 ± 1.89
INR, mean ± SD	1.14 ± 0.33
Hemoglobin (g/dL), mean ± SD	12.96 ± 1.73
WBC (/mm ³), mean ± SD	6,000 ± 4,200
Platelet (/mm ³), mean ± SD	166,000 ± 99,000

DM: diabetes mellitus. ESRD: end stage renal disease. HCC: hepatocellular carcinoma. IFN: interferon. PI: protease inhibitor.

Table 2. SVR₁₂ rates according to previous treatment history and cirrhosis status (ITT analysis).

N = 61	SVR ₁₂ (n, %)
All patients	55/61 (90)
Fibrosis status	
Cirrhosis	32/37 (86.5)
Non-cirrhosis	23/24 (95.8)
Previous treatment history	
Naive	10/10 (100)
PegIFN/ribavirin	38/43 (88.4)
PegIFN/ribavirin/PI	7/8 (87.5)
Previous treatment response	
Relapser	13/14 (93)
Non-responder	20/22 (91)
IFN ineligible	12/15 (80)
Renal disease	
ESRD	5/6 (83.3)
Normal renal function	50/55 (91)
Age	
> 65 years	17/20 (85)
< 65 years	38/41 (92.7)
Sex	
Male	19/21 (90.5)
Female	36/40 (90)
Viral load	
> 800,000 IU/mL	30/33 (90.9)
< 800,000 IU/mL	25/28 (89.3)

Table 5. Safety profile of dual therapy in the early access programme.

Common adverse events	N = 59 (28.8%)
Dry mouth	2
Erythema and itching	1
Dyspepsia	4
Nausea	1
Headache	3
Constipation	2
Upper respiratory tract infection	1
Insomnia	3
Total	17
Serious adverse events	0
Discontinuation due to any adverse event	0
Discontinuation due to any laboratory abnormality	0

TABLE 4. ADHERENCE IN PATIENTS WITH VIROLOGIC REBOUND AS DETERMINED BY MEDICATION POSSESSION RATIO, SELF-REPORTED MEASURES, AND AIDS CLINICAL TRIALS GROUP

	<i>Virologic rebound</i>				P
	<i>Virologic rebound</i>		<i>Virologic suppression</i>		
	n	%	n	%	
MPR (<95%)					
Nonadherent	13	33.3	26	66.7	.000
Adherent	26	11.6	198	88.4	
Self-reported					
Nonadherent	14	20.0	56	80.0	.155
Adherent	25	13.0	168	87.0	
ACTG adherence					
Nonadherent	21	17.6	98	82.4	.242
Adherent	18	12.5	126	87.5	

Bolded values are statistically significant.
Chi-square test.