



Dr. Erkan Özcengiz*

Kaynaklar

1- WHO, Vaccines & Biologicals Annual Report 1998.

2- WHO, Vaccines & Biologicals Annual Report 1999.

3- Hardy İR. et al. Current situation and control strategies for resurgence of diphtheria in newly independent states of the former Soviet Union. Lancet

1996; 347: 1739-44.

4- Karen M. et al. Fatal Respiratory Disease Due to Corynebacterium diphtheriae: Case Report and Review of Guidelines for Management, Investigation, and Control. Clin Infect Dis 1993; 16: 59-68.

5- Galazka AM. et al. Diphtheria: Changing patterns in the developing world and the industrialized world. Eur J Epidemiol 1995; 11: 107-117.

6- Prospero E. et al. Diphtheria: epidemiological update and review of prevention and control strategies. Eur J Epidemiol 1997; 13:527-34.

7- CDC. Update: Diphtheria epidemic - New Independent States of the Former Soviet Union, January 1995-1996. MMWR 1996; 45: 693-7.

8- CDC. Toxigenic Corynebacterium diphtheria - Northern Plains Indian Community, August-October 1996. MMWR 1997; 46(22): 506-510.

9- CDC. Update: Notice to Readers Recommended Childhood Immunization Schedule-United States, 1999. MMWR 1999; 48 (01): 8-16.

10- CDC. Update: Notice to Readers Recommended Childhood Immunization Schedule - United States, 2000. MMWR 2000; 49 (02): 35-38,47.

11- CDC. Notice to Readers : Shortage of Tetanus and Diphtheria Toxoids. MMWR2000: 49(45); 1029-1030.

Dünyada 1920'lerde başlayan difteri bağışıklaması günümüzde de toksoid aşı uygulaması olarak sürmektedir. Ülkemizde hemen hemen aynı yıllarda başlayan aşı üretim ve uygulamaları bugüne kadar başarı ile sürmüş ve bunun sonucunda difteri olguları yok denecek kadar azalmıştır.

Bununla birlikte, 1990'lı yılların başında Rusya ve Ukrayna başta olmak üzere bazı ülkelerde difteri yeniden epidemik biçimde görülmeye başlamış ve yüz binlerce olgu ve binlerce ölüm meydana gelmiş, 1994'de Rusya'da 48.000 yeni olgu ve 1.700'ün üzerinde ölüm görülmüştür.

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre, 1997'de 150 000-200 000 yeni olgu ve 5 000-7 000 ölüm belirlenmiştir. 1993'te DSÖ Avrupa Ofisi tarafından Difteri Avrupa Çalışma Grubu oluşturulmuştur ve bu grup çalışmalarını halen sürdürmektedir (1,2).

Özellikle Doğu Avrupa ülkeleri başta olmak üzere, 15 ülke geçtiğimiz dönemde epidemik alana girmiş ve geçen süre içinde 560.000'den fazla olgu ve 15.000'den fazla ölüm görülmüştür. Bugün için DSÖ'ye göre Azerbaycan, Belarus, Estonya, Litvanya, Moldova, Türkmenistan, Özbekistan ve Ermenistan' da mükemmel denecek biçimde difteri kontrol altına alınmış ve hastalık insidansı düşük düzeylere çekilmiştir.

Gürcistan, Kazakistan, Kırgızistan, Latviya, Rusya, Tacikistan ve Ukrayna'da ise difteri kontrolü için daha fazla çaba harcamaya gereksinim duyulduğu ve bu ülkelerde epidemik kontrolün henüz tam olarak sağlanmadığı bildirilmektedir (1,2).

Difteri tüm bakteriyel hastalıkların en hızlı gelişenlerinden birisi olup, bakteri alındıktan sonra beş gün içinde belirtiler gelişir ve bir hafta sonra ölüm olabilir. Difteri toksijenik bir hastalık olması nedeniyle toksoid aşı ile yapılan tam bağışıklama kişileri hastalığın etkeni Corynebacterium diphtheriae toksininden korur. Bununla beraber, bağışık kişilerde ajanın taşınması ve duyarlı kişilere bulaştırılması, epidemik bölgelere seyahat edenlerin yakınlarında hastalığın görülmesi,

toplumda tüm yaş gruplarında tam bağışıklık sağlanmasının önemini kanıtlamıştır (3-5).

Rusya ve Ukrayna'da başlayan ve "öldürücü hastalığın yeniden dönüşü" olarak duyurulan difteri epidemilerinin en büyük iki nedeninden birinin, aşılama oranlarında geçmiş dönemde görülen eksiklikler ve bir diğeri de daha az difteri toksoidi içeren erişkin aşılarının çocuklarda kullanılması olduğu ileri sürülmüştür. Rusya'da epidemik bölgelerinde rapor edilen olguların yaklaşık % 70'inin 15 yaş ve üzeri olduğu bildirilmiştir. Genç çocukların tetanoza karşı yeterli antitoksin sahip olmalarına karşın difteriye karşı daha az antitoksin düzeylerine sahip olmalarının, bazı ülkelerde 1985-1990'larda çocuklarda erişkin difteri tetanoz (Td) formülasyonu (difteri komponenti daha az) uygulamasına da bağlı olduğu belirtilmiştir (3).

Bu nedenlerle WHO tarafından epidemik görülen ülkeler için belirlenen stratejiler; tanı, izole etme, tüm olguları tedavi etme ve ikincil olguları önlemek için yakın temasları belirleme ve korumaya alma yanında, toplum bağışıklığının hızla yükseltilmesi şeklinde olmuştur (3,6).

Tüm bu bilgiler ışığında, Türkiye'nin çok yakın ilişkiler içinde olduğu bu ülkelerden taşıyıcılar aracılığıyla giderek daha fazla toksijenik Corynebacterium diphtheriae salgınları oluşmaması için son derece dikkatli olunması ve yıllardır süren çocukluk bağışıklama programlarının değiştirilmeden tüm ülkede en üst düzeyde uygulanması özellikle önem taşımaktadır.

Difteri bağışıklaması DSÖ tavsiyeleri doğrultusunda; doğum sonrası 2., 3., 4. aylarda DBT (difteri-boğmaca-tetanoz) biçiminde toplam üç doz, 16-18'inci ayda DBT ile dördüncü doz ve en az üç yıl sonra yani 4-6 yaşlarında DT (çocuk difteri- tetanoz aşısı) şeklinde uygulamayla toplam beş doza erişilerek gerçekleştirilir.

DT çocuk aşısı genel olarak yedi yaş altı uygulanmakta olup, İngiltere gibi bazı

*Uzm.; Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Aşı-Serum Üretim ve Araştırma Bölümü, Ankara

ülkelerde 10 yaş altı uygulaması olarak da kabul edilmektedir. Hatta Japonya bağışıklama programı incelendiği zaman, beşinci doz difterinin 6'ncı sınıfta (10-11 yaş) DT çocuk aşısı olarak uygulanmakta olduğu görülmektedir. ABD'de CDC'nin (Centers for Disease Control) önerileri doğrultusunda beşinci doz difteri aşısının DTaP (difteri-tetanoz-hücretsiz boğmaca) ya da DT şeklinde yedi yaş altında uygulandığı, hatta bazı eyaletlerde beşinci dozun tD, tetanoz toksoidi az ancak difteri toksoidi fazla aşı, olarak uygulandığı ve daha ileri yaşlarda Td aşısına geçildiği gözlenmektedir. ABD'nde difteri aşısının yedi yaş altında beş doz tam çocuk komponenti olarak uygulanmasına büyük önem verilmektedir. Kanada da, yedi yaş öncesi bağışıklamasında beş doz çocuk difteri komponentli aşıları uygulamaktadır (7-14).
Dünyada hemen her ülkede C. diphtheriae sirkülasyonunun sürüyor olması ve difteri bağışıklaması ile ilgili yaklaşık yüz yıllık deneyimler, çocuk ve erişkin bağışıklamasının önemini ortaya koymaktadır (16,17).
Erişkin Td aşısı uygulaması, DTaP ya da DT aşısının beşinci doz olarak en son uygulanmasından en az beş yıl sonra, 11-12

yaşında ve izleyen her on yılda bir tekrar edilmesi şeklinde tavsiye edilmektedir (9,10,11,14,15).

Ülkemizde de uzun yıllardan bu yana benzer uygulama, DBT olarak toplam beş doz çocuk aşısı ve 11-12 yaşında TT olarak sürdürülmüştür. Şu anda ise, Td aşısının adolesan ve erişkin bağışıklamasında kullanılan TT aşısı yerine uygulanması uygun olacaktır.

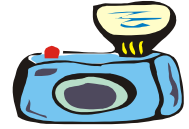
Özellikle yeni doğanlarda üç doz DBT uygulamasının bile, 1998'de ülkemizin Ege, Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde sırası ile %53.6, %67.7, %54.0 gibi düşük oranlarda olması ve genel olarak toplumsal bağışıklama düzeyinin tüm yurttan tam olarak sağlanamaması (18), beşinci uygulamada da çocuk dozu difteri bağışıklaması zorunluluğunu daha da kuvvetli olarak göstermektedir.

Tüm bu bilgiler ışığında, ülkemizde beşinci doz çocuk difteri aşısı uygulamasının ilköğretim birinci sınıfta, önceden olduğu gibi DT (çocuk difteri-tetanoz) aşısı olarak yapılması ve erişkin bağışıklamasında Td kullanılması difteri salgınlarının önlenmesi bakımından son derece önemli görülmektedir.

- 12- CDC. Notice to Readers : Shortage of Tetanus and Diphtheria Toxoids. MMWR 2001 ;50(01); 7-10, 19
13. FDAT99: January 29, 1999 : 301.
14. Gold R., Martell A., Childhood immunizations. in: Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care. Ottawa: Health Canada, 1994; 372-84.
15- AAP; Advisory Committee On Immunization Practices: Recommended Childhood Immunization Schedule - United States, January-December 1999. Pediatrics 1999;103: 182-5.
16- Kristine M. et al. Respiratory Diphtheria in the United States, 1980 through 1995. Am J Public Health 1998 ; 88 (5): 787-791.
17- Mathej C. Et al. Diphtheria Immunity in Flanders. Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis. 1997; 16:631-636.
18- TTB, Yeni Bin Yılın Başında Türkiye Sağlık Sektörünün Durumu 2002.

TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2003

Son başvuru tarihi: 30 Eylül 2003



Yarışmaya; sağlık çalışanları, daha önce herhangi bir yarışmada ödül almamış en fazla beş adet, genel konulu renkli fotoğrafla katılabilir. Fotoğraflar en az (18x24), en çok (30x40) cm boyutunda olmalıdır. Fotoğrafların arkasına yapıştırılacak etikete bir rumuz ve sıra numarası yazılacaktır. Hazırlanacak bir katılım formuna; rumuz, yarışmacının adı soyadı, mesleği, çalıştığı yer, adresi, telefonu, e-posta adresi, fotoğraf(lar)ın ad(lar)ı, çekildiği yer ve içeriğiyle ilgili açıklama sıra numarasına göre yazılacaktır.

Bu form bir zarfa konularak kapatılacak ve üzerine yalnızca rumuz yazacaktır. Bu zarf ve fotoğraflar posta ve ulaşım sırasında hasar görmeyecek biçimde paketlenip, "Fotoğraf Yarışması, TTB, GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil Sok. No:2 Kat:4 Maltepe 06570 Ankara" adresine en geç 30 Eylül 2003 tarihine kadar gönderilmelidir.

Seçici kurul tarafından yapılacak değerlendirme sonunda büyük ödül olarak bir fotoğraf makinesi verilecektir. Ayrıca üç kişiye başarı ödülü olarak tanınmış fotoğraf sanatçılarının albümleri, TTB yayınlarından oluşan birer armağan paketi ve plaket sunulacaktır. Yarışmada ödül alan ve uygun bulunan diğer yapıtlar 8. Pratisyen Hekimlik Kongresi sırasında sergilenebilecek, Yarışmada dereceye girenlerin ödülleri 3 Kasım 2003 tarihinde Nusret Fişek Ödül Töreninde verilecektir. Yarışma gönderilen fotoğraflar, TTB yayınlarında ve sağlıkla ilgili eğitim, sanat vb. etkinliklerde isim belirtilerek kullanılabilir.