

KIZAMIK

Dr Alpay AZAP

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD

virus

- Paramyxoviridae ailesinden, zarflı, tek parçalı RNA'ya sahip bir virus olan Kızamık (rubeola) virusunun neden olduğu döküntülü bir hastalıktır.
- Virus çok bulaşıcıdır (damlacık ve damlacık çekirdeği, direkt temas gerekmez).
- Aşılanmamış topluluklarda 2-3 yılda bir salgın yapar

Klinik

- Klasik kızamık
- Modifiye (hafif seyirli) kızamık
- Atipik kızamık
- Ağır seyirli kızamık
- Komplike kizamik
 - Nörolojik
 - Solunum sistemi
 - Geç nörolojik hst (Subakut sklerozan panensefalit)

inkübasyon

- Virus konjonktiva veya solunum mukozasından vücuda girer
- Giriş yerinde çoğalır ve bölgesel lenf bezlerine ulaşır
- Kan dolaşımı ile RES organ ve dokularına gider
- Burada çoğaldıktan sonra ikinci kez kana karışır. Bu evrede prodrom belirtileri başlar.
- 8-10 gün sürer

prodrom

- Ateş (40°C'yi bulabilir), halsizlik, iştahsızlık,
- Gözde yanma batma sulanma (konjonktivit)
- Burun akıntısı (rinit)
- Kuru öksürük (trakeit)
- 2-3 gün sürer (8 güne uzayabilir)
- Koplik lekeleri görülebilir

Koplik lekeleri

- Yanak mukozasında, molar diş hizasında, eritemli mukoza üzerinde 1-3 mm'lik beyaz-mavimsi-gri kabarıklıklar (tuz zerreleri!)
- 12-72 saat sonra kaybolur
- Döküntüden 48 saat önce ortaya çıkar
- Patognomonik ancak her hastada görülmez



döküntü

- Yüz ve alından başlayıp vücuda yayılan,
- birleşme eğiliminde,
- başlangıçta pembe, 3-4 gün sonra kahverengileşen,
- 6-7 gün sonra hafif pullanarak solan
- Ağır vakalarda sayısı ve yaygınlığı çok fazla
- Peteşi veya hemorajik görünebilen
- Çok nadiren el içi ve ayak tabanını tutan



diğer bulgular

- Ateş: Döküntünün 2. günü zirve yapar. 3-4 günden sonra düşer. 4. günü geçen ateş: komplikasyon???
- Öksürük: ateşin düşmesiyle azalır ancak 2-3 hafta devam edebilir
- Konjonktivit: pürülan olmayan akıntıyla döküntü sonuna kadar sürer
- Lenfadenopati: sık görülmez
- Anerji: T lenfositleri baskılar. Bağışıklık baskılanması haftalarca sürer.

Diğer klinik tablolar

- **Modifiye (hafif) kızamık**

Daha önceden kanında antikor bulunanlarda (anneden antikor taşıyan bebekler, IVIg alanlar, aşıya kısmi yanıt verenler, daha önce hastalığı geçirenler)klasik kızamığın hafif seyirli hali

İnkübasyon uzundur (17-21 gün)

- **Atipik Kızamık**

Daha önce ölü virus aşısıyla aşılanmışlarda (çok nadiren canlı aşı yapılanlarda) görülür (ülkemizde ölü aşı kullanılmamıştır)

Ateş, baş ağrısı

Döküntü (vezikül, peteşi, purpura, plak): ekstremiteden gövdeye

Akciğer ve nörolojik tutulum daha sık, klinik tablo ağır

Tanı zor (varicella, meningokoksemi, HS purpurası, Toksik Şok Sendr)

Hastalar bulaştırıcı değil

komplikasyonlar

- Risk Grupları:
 - Bağışıklığı baskılanmış kişiler
 - Gebeler
 - Çok küçükler veya yaşlılar
 - A vit eksikliği ve beslenme yetersizliği olanlar
- Komplikasyon sıklığı toplumun gelişmişlik/zenginlik düzeyi ile doğrudan ilişkili.

Olgu-fatalite hızı:

Gelişmiş ülkelerde %0.05-0.1

Gelişmemiş ülkeler: % 7.4 (%4-10)

Özel topluluklar (mülteci kampı vb):%32

- **Solunum sistemi:**
 - <5yaş >20yaş daha sık
 - Otitis media (%5-10)
 - Akciğer: Pnömoni (ölümlerin %90 nedeni), laringotrakeobronşit (krup), bronşiolit, bronşektezi
- **Göz:** Keratit, kornea ülserleri
- **GIS:** jinvostomatit, ishal, gastroenterit, hepatit, mezenter lenfadenit, apandisit
- **Kalp:** Miyokardit, perikardit

SSS Komplikasyonları:

Ensefalit: 1/1000 sıklıkta, döküntünün ilk günlerinde, %15 ölüm, %25 sekelle iyileşme

Akut disemine ensefalomiyelit (ADEM): ilk 2 hafta içinde, beyin ve omurilikte demiyelinizasyon (ateş, ense sertliği, nöbet, bilinç değişikliği, ataksi, myoklonus, parapleji, quadripleji, inkontinans). %10-20 ölüm.

SSPE: 1/10.000-100.00 sıklıkta, 7-10 yıl sonra başlayan nöbetler, bilişsel ve motor fonksiyonlarda ilerleyici bozulma. 5-15 yıl içerisinde ölüm. 2 yaşından önce enfekte olanlarda daha sık. Aşı uygulananlarda SSPE riski hastalığı geçirenlere göre 10-12 kat düşük.

Tedavi

Destek tedavisi:

- Sıvı replasmanı/Antipiretik/Gerekirse solunum desteği

Ribavirin: İnvitro etkili. İnvivo: Olgu raporları ??

Kızamık pnömonisi İV ribavirin 5/6 hastada etkili.

Clin Infect Dis 1994;19:454

Tedavi-2

A vitamini:

- DSÖ ve UNİCEF;

yetersiz koşullara sahip, A-vit eksikliği görülebilen ve mortalite %1'den fazla olan bölgelerde 100-200bin ünite 1. gün p.o. öneriyor

- Amerikan Pediyatri Derneği; Gelişmiş Ülkelerde

Özellikle 1 yaş altında olup hst. veya komplikasyonlar nedeniyle hastaneye yatması gereken bebekler

Beslenme bozukluğu olan, bağışıklığı baskılanmış, emilim boz. olanlar, yüksek ölüm hızı olan bölgelerden gelenler, A-vit eksikliğinin göz bulguları olanlar

EPİDEMİYOLOJİ

Dünya genelinde;

- 1980'li yıllarda
yılda 2.6 milyon, günde 7123, saatte 300 ölüm
- 2000 yılında 777 bin, günde 2128, saatte 89 ölüm
- 2008 yılında 164 bin, günde 450, saatte 19 ölüm
- 2011'de 158 bin, günde yaklaşık 430, saatte 18 ölüm.

BULAŞICILIK:

Döküntüden 4 gün önce 4 gün sonra en yüksek

R_0 katsayısı: 12-18 Atak hızı: %75

- Tek rezervuarının insan oluşu, etkili ve güvenli aşısının bulunması nedeniyle kızamık eradike edilebilir bir hastalıktır.
- Kızamık virüsünün dolaşımının durdurulabilmesi için toplumun %92-95'inin kızamık içeren bir aşı ile aşılması gerekir. Ancak aşısızlar bölgesel birikim göstermemelidir.

Hollanda'da yaşanan bir salgında aşılanmamış bireylerin aşıllılara kıyasla 224 kat daha fazla olasılıkla kızamık oldukları bildirilmiştir

J Infect Dis, 2002;186:1483

ABD'de 1967'de kullanıma giren canlı aşı, 1985'e gelindiğinde; 52 milyon olgu, 5200 ölüm ve 17400 mental retardasyon vakasını önlemişti.

- Kızamık aşısı uygulandığında,
Antikorlar ilk olarak 12-15 günde görünmeye başlar ve 21-28 günlerde en yüksek değere ulaşır.
Ig M tipi antikorlar geçici olarak kanda,
Ig A tipi antikorlar mukozal salgılarda bulunur.
Ig G tipi antikorlar ise kanda sürekli olarak yıllarca varlığını sürdürür.

Aşı yan etkileri

Ateş: aşıdan 1-2 hafta sonra, %5-15 olguda

Döküntü: %5 olguda

Lenfadenopati: Çocuklarda %5 erişkinde %20 olguda

Trombositopeni: 25bin-40bin dozda bir, aşıdan sonraki 2 ay içinde (2-3 hf), geçici

Anafilaksi: 1milyon dozda bir

Febril konvülziyon: 3000 dozda bir (1. derece yakınlarında öykü varsa daha yüksek)

Aşı Kontrendikasyonları

1. Gebelik (30 gün gebe kalmamalı)
2. İmmünsupresyon (14 günden uzun süre 2mg/kg veya >20mg/gün veya >20 mg günaşırı prednizolon alanlara tedavi bitiminden 30 gün sonrasına kadar yapılmamalı)
3. Jelatin veya neomisin alerjisi

Aşıda dikkat!

1. Kan ürünü veya IVlg alanlar:
IVlg sonrası 3-11 ay,
eritrosit suspansiyonu sonrası 6 ay,
plazma/trombosit suspansiyonu sonrası 7 ay bekle
2. Orta ve ağır bir başka infeksiyon geçiriliyorsa iyileşene kadar bekle
3. Trombositopenisi olan kişilerde MMR trombositopeniyi artırır. İki aşı arasında en az 6 hafta olmalı
4. PPD testi negatifleşebilir: PPD aşından önce veya aynı anda veya 4-6 hafta sonra yapılmalı

Aşı öncesi test;

Salgın dönemlerinde önerilmez

Aşı yapılamayacaksa önerilmez

Sağlık çalışanları dışındaki gruplara önerilmez

Temas sonrası profilaksi

- Temas sonrası ilk 72 saatte aşı yapılmalı
ilk 72 saatte aşı Ig'den daha üstündür
- 72 saat geçti ise 7. günden önce İM Ig verilebilir
- Temas eden 6-11 aylık bebek ise; Ig tercih edilebilir. Aşı yapılırsa 12 aydan sonra iki doz daha yapılmalıdır.
- <12 aylık bebeklere Ig (0.5mL/kg, max 15mL) verilmeli (6-11 aylık ise ilk 72 saatte aşı olabilir)
- Bağışık olmayan gebelere IVIg (400mg/kg) yapılmalı
- Bağışıklığı baskılanmış kişilere IVIg (400mg/kg) yapılmalı
- IMIg verilenlere 6 ay, IVIg verilenlere 8 ay sonra aşı yapılmalı.

- Aşılama için en doğru zaman, anneden bebeğe geçen antikor düzeyinin düştüğü; çocuğu koruyamaz hale geldiği zamandır.
- Dokuz aylık iken bir doz kızamık aşısı alan çocukların yaklaşık %85'inde koruyucu antikor düzeyleri gelişir.
12 aylık iken aşılandığında %90-95
15 aylıkken aşılandığında %98
bağışıklık yanıtı oluşmaktadır.
- Anne aşıyla bağışıkça medyan AB azalma süresi: 0,97 ay
Anne hastalığı geçirerek bağışıkça: 4 ay

- **DUYARLI HAVUZU:**

Maternal antikorlarını tüketmiş bebekler

Aşılanmamış veya aşılanmış olmasına rağmen bağışıklık yanıtı gelişmemiş kişiler

Daha önceden kızamık geçirmemiş kişiler toplumdaki

toplumdaki aşılama oranları yükseldikçe, o toplumda iki kızamık salgını arasındaki süre uzar ve salgından etkilenen kişi sayısı azalır.

Kızamık virusunun dolaşımının durdurulabilmesi için **toplumun %92-95'inin** kızamık içeren bir aşı ile aşılanması gerekir.

- Yeryüzünde kızamık virüsünün dolaşımı devam ettikçe, (kızamık eradike edilmedikçe) toplumun tümü (%100) aşılanmış olsa bile, uzun aralıklarla da olsa, kızamık salgınları görülecektir.
- Çünkü %100'ü aşılanmış bir toplumda da, aşı etkinliği %95 düzeyinde olduğunda, her yıl o toplumun %5'i kadar kişi duyarlı havuza eklenecek ve duyarlı havuz dolduğunda (virüsün dolaşabileceği yeterli sayıda duyarlı kişi biriktiğinde) salgın patlak verecektir.

- 1989 yılında Dünya Sağlık Asamblesi'nde ve 1990 yılında Dünya Çocuk Zirvesi'nde aşılama öncesi döneme göre kızamık mortalitesinin %95, morbiditesinin ise %90 azaltılması hedeflenmiştir.
- DSÖ, UNİCEF, CDC ile birlikte Küresel Kızamık Stratejik Planını hazırlamıştır:

ölümlerinin 2005 yılında, 1999 yılına göre %50 azaltılmasını; 2000 yılında Amerika kıtasında, 2007 yılında Avrupa ve 2010 yılında Doğu Akdeniz Bölgelerinde kızamığın elimine edilmesini ve 2005 yılında kızamığın küresel olarak eradikasyonu olasılığının değerlendirilmesini hedeflemiştir

- DSÖ Avrupa Bölgesinde yer alan Türkiye'de de hedef doğrultusunda 2002 yılından bu yana özel bir program (Kızamık Eliminasyon Programı) yürütülmeye başlanmıştır.

- Amerika kıtasında, Kasım 2002'de eliminasyon hedefine ulaşılmış ve yerli virus dolaşımı durdurulmuştur. Bununla birlikte, eliminasyon hedefine ulaşan bölgelerde beklendiği üzere importe kızamık virusleri, 2010 yılında, bu kıtadaki Arjantin, Brezilya, Kanada, ABD ve Fransız Guyanası gibi ülkelerde küçük çaplı salgınlara yol açmıştır.
- Kızamık eliminasyonu için 2010 yılını hedefleyen Avrupa Bölgesinde de eliminasyon hedeflerine yaklaşılmakta iken, 2007 yılından bu yana Fransa, İtalya, İsviçre, Avusturya, Almanya, Norveç, Hollanda, Bulgaristan vb. pek çok Avrupa ülkesinde kızamık salgınları patlak vermiştir

- Bu ülkelerden coğrafi olarak Türkiye'ye en yakın olan Bulgaristan'da Nisan 2009- Eylül 2010 arasında 20 bin'in üzerinde olgu ve 24 ölüm bildirilmiştir.

- Bu salgınlarda söz konusu olan, yerli virüsler yanı sıra importe virüslerin toplumda dolaşmaya başlayıp; importe olgularla bağlantılı yerli olguların ortaya çıkışı ve salgın halini almasıdır.
- Bu salgınlarda virüsün, genellikle dinsel veya felsefi görüşleri nedeniyle aşığı reddeden veya azınlık/mülteci gibi yoksul ve düşük aşılama oranlarına sahip toplulukları etkilediği bildirilmiştir.
- Eliminasyon hedefine yaklaşılmakta iken patlak veren bu salgınlarla, Avrupa Bölgesinde kızamık eliminasyonu hedefi 2015 yılına ötelenmiştir.

- Bunun üzerine DSÖ Aşıyla korunulabilir hastalıklar için 2015 yılı için küresel hedefleri belirlerken, kızamık için yeni hedefler olarak:

Tüm ülkeler için rutin ilk doz kızamık aşısı ile aşılama oranını %90 ve üzeri, tüm ülkelerin tüm bölgelerinde %80 ve üzeri aşılama oranına ulaşılmasını;

Tüm ülkelerde Kızamık insidansının 1 milyonda beş olgudan daha düşük değere düşürülmesini;

Avrupa, Doğu Akdeniz ve Batı Pasifik Bölgeleri için 2015 veya daha erken dönemde; Afrika ve Güneydoğu Asya Bölgeleri için ise mümkünse 2020 yılında Kızamığın elimine edilmesini belirlemiştir.

- 2015'de eliminasyon hedefi için anahtar eylem planı:
 1. İki doz aşılama da %95 kapsayıcılığa ulaşılması
 2. Duyarlı nüfusa yönelik tamamlayıcı aşılama lar
 3. Biyolojik doğrulama ve temaslı takibi dahil olmak üzere surveyansın güçlendirilmesi
 4. Sağlık çalışanlarına ve kamuoyuna erişilebilir kaliteli bilgiler sunmak

Türkiye'de Kızamık Eliminasyon Programı

- Aşılama 1970 yılında başlamıştır
- Sistematik aşı uygulaması (GBP): 1985 aşı kampanyası
Kampanyada 1980 doğumlular ve daha küçükler hedeflenmiştir. 1998 yılına dek tek doz (9. ayda) aşı;
- 1998: ilk öğretim 1. sınıfta 2. doz aşı.
- 2003-2005 arasında 9 ay-14 yaş ve asker kışlalarında ek doz kızamık aşılması
- 2006: 1. doz 12.ayda, 2. doz ilk öğretim 1. sınıfta
- Temmuz 2006: monovalan kızamık aşısı yerine KKK

Türkiye’de Kızamık Eliminasyon Programı

- Aile hekimliği uygulaması (2006-2010): bağışıklama topluma/sahaya dayalı sunumdan başvuruya dayalı sunuma dönüştü. Negatif performans (<% 97) getirildi.
- 2. doz Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) tarafından yapılmakta. Bildirilen aşılama oranlarının birinci doza göre düşük. Hedef yaş grubundaki çocukların türlü nedenlerle (hastalık, devamsızlık, kayıtlı olmayış, mevsimlik tarım işçiliği, aşığı red etme...) aşılama tarihinde okulda olmayışı ve TSM’lerin personel yetersizliği nedeniyle kapsama düzeyi düşük!!

Türkiye’de İki doz kızamık aşısı ile aşılananların oranı %

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Aşılama Oranı (%)	91	83	97	97	98	84	94	92	88	91	86

http://www.who.int/immunization_monitoring/data/tur.pdf, 26.08.2013)

AH uygulamasıyla birlikte aşılamada hedef nüfusun tümüne erişim sorunu ortaya çıkmıştır. Erişimi sorunu oluşabilecek gruplar:

- TC Kimlik numarası olmayanlar,
- Aile Hekimi listelerinde kaydı olmayanlar,
- Kayıtlı olmayan gebelerin doğurduğu bebekler,
- Listede olup izlenmemiş gebelerin doğurduğu bebekler,
- Hastanede doğup AH kaydı aktarılmayanlar,
- Aile hekimi dışından hizmet alıp aile hekimini bilmeyenler,
- Aile hekimi pozisyonu boş ASM'lerin listelerinde yer alanlar,
- Listelerde olup başvurmayanlar

- 2005'e dek % 90'ı yalnızca 3 kez aşabilen aşılama oranları AH uygulamasından (2006) itibaren sürekli % 96 ve üzerinde bildirildi. TNSA 2008 bulguları ile aradaki fark %7.
- DSÖ, 2012 verilerinde Türkiye'nin kızamık içeren aşı ile aşılama oranlarının güven derecesini düşük olarak vermiştir.

Türkiye'de Tek **doz** kızamık aşısı ile aşılanların oranı (%)

	1997	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
DSÖ-UNICEF tahmini	79	87	91	83	75	81	91	98	96	97	97	97	98	98
Resmi bildirim	76	86	90	82	75	81	91	-	96	97	97	97	98	UD
DSÖ-UNICEF Aşı Uygulayıcı Anketi	-	81	84	82	75	81	91	98	96	97	97	97	98	UD
Survey (TNSA)	78	-	-	-	79	-	-	-	89	-	-	UD	UD	UD
Güven derecesi (GoC)		++	++	++	+++	+++	+++	+	+++	+++	+++	R+D+	++	+

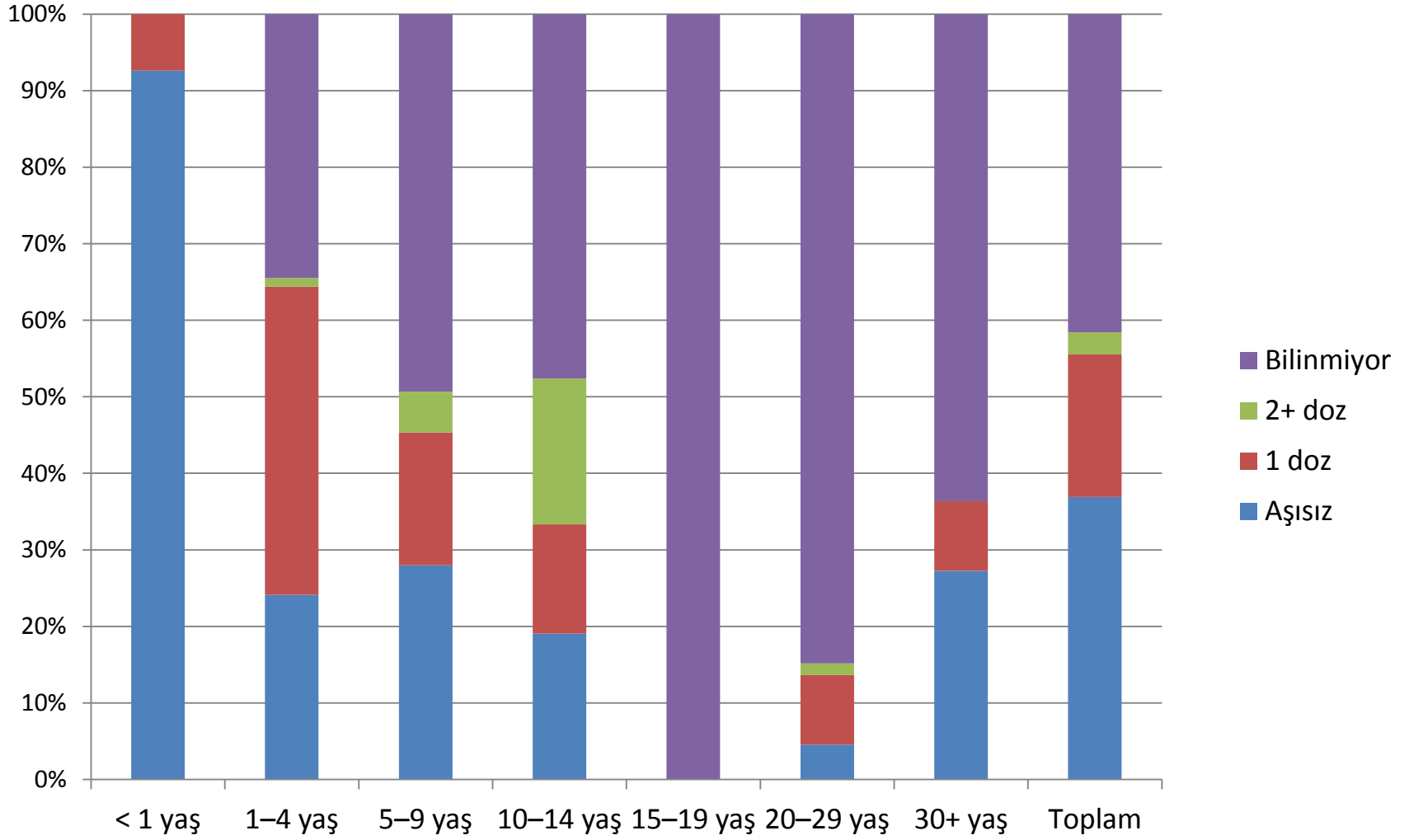
*: R+

GoC : Grade of confidence

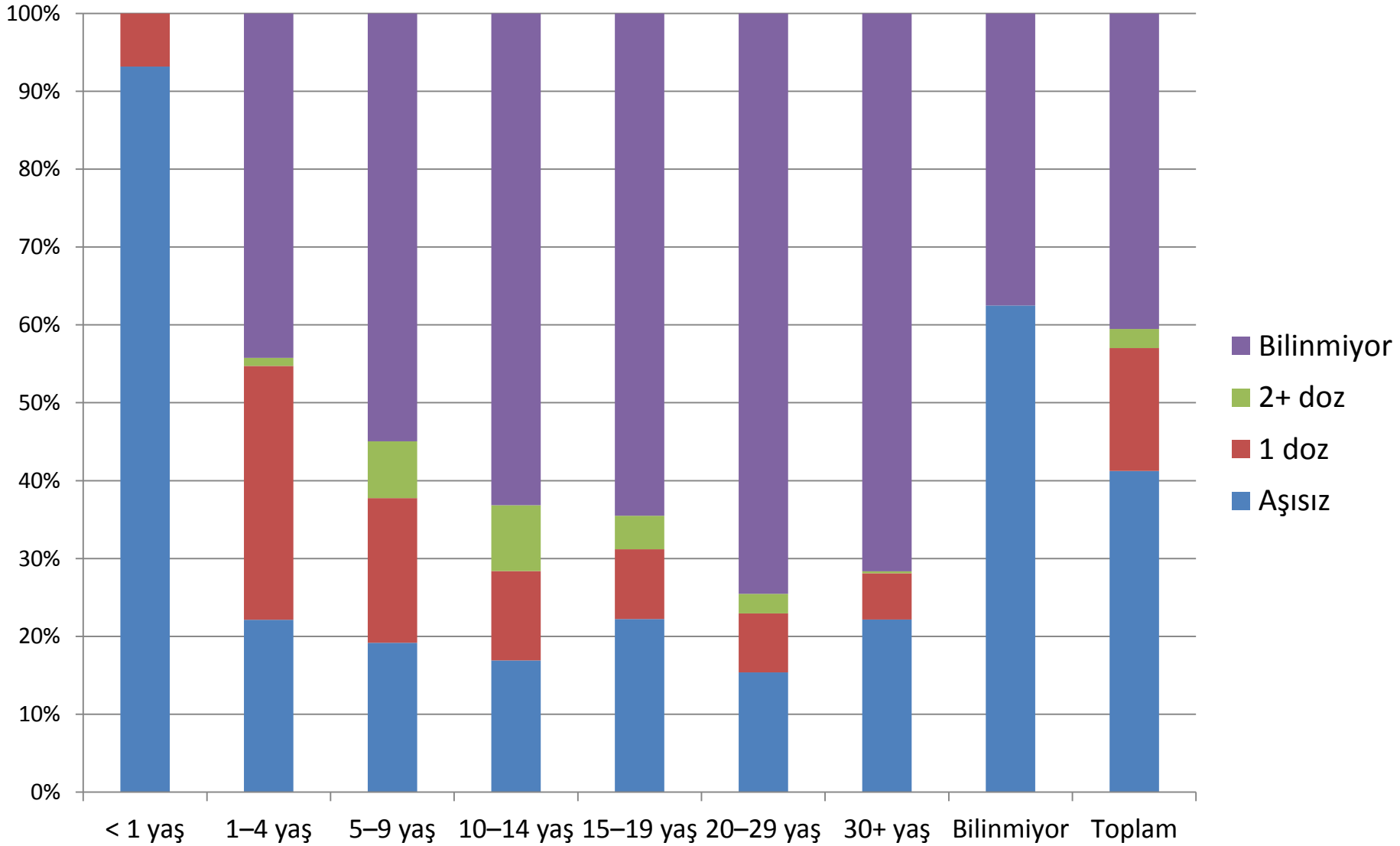
R+: Estimate based on extrapolation from data reported by national government.

D+: Coverage recalculated with an independent denominator from the World Population

Prospects: 2010 revision from the UN Population Division



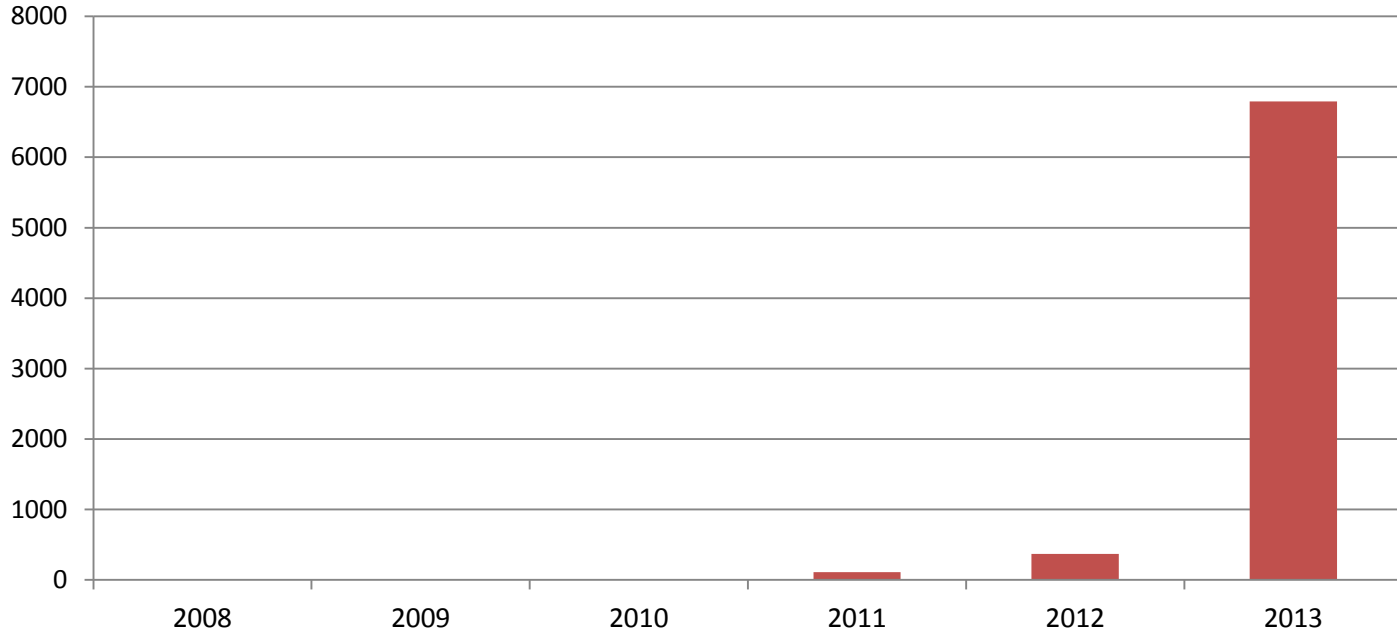
2012 Yılında Görülen Kızamık Olgularının Aşı Durumu

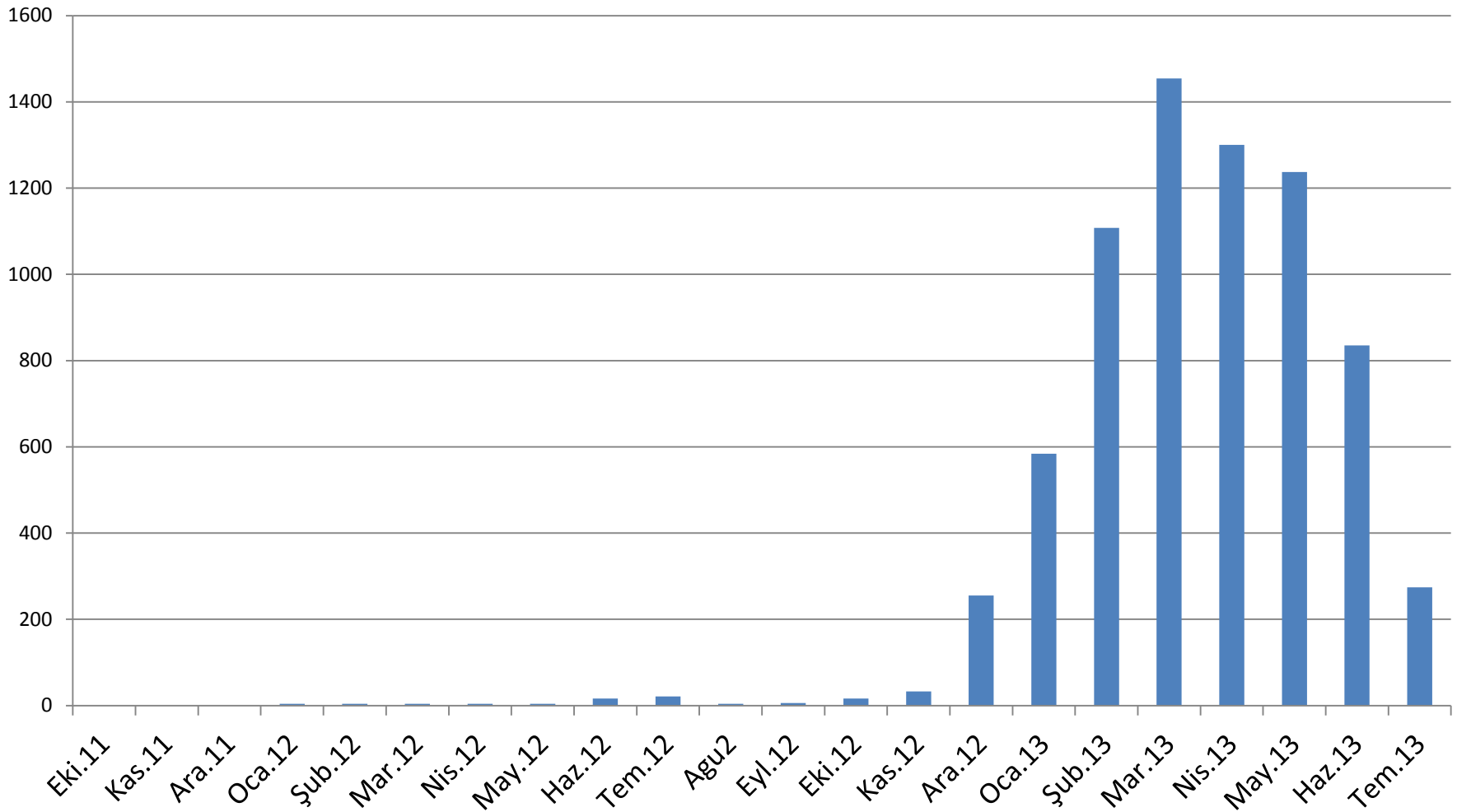


2013 Yılında Görülen Kızamık Olgularının Aşı Durumu

Kızamık Olgularının Yıllara ve Kaynağa Göre Dağılımı

Yıl	Olgu Sayısı			
	DSÖ		SB	
	Yerli	İmporte	Yerli	İmporte
2008	0	-	0	4
2009	1	3	0	4
2010	7	-	0	7
2011	94	11	0	111
2012	371	-	-	-
2013	6792	-	-	-





Endemisite: Bir bölgede importe ya da yerli kızamık virüsü dolaşımının 12 ay ya da daha uzun süredir devam edişi

“Outbreak” : Birbiriyle ilişkili 3 veya daha fazla olgunun bulunması



KLİMİK

TÜRK KLİNİK MİKROBİYOLOJİ VE
İNFEKSİYON HASTALIKLARI DERNEĞİ

DERNEK

YETERLİK
KURULU

ÇALIŞMA
GRUPLARI

TOPLANTILAR

HABERLER »

TTB'DEN BASIN TOPLANTISI: KIZAMIK VAR SAĞLIK BAKANLIĞI'NDAN AÇIKLAMA YOK



TTB Basın Toplantısı Yaptı

“Kızamık Var ...”

TTB'den Basın Toplantısı:

Kızamık Var Sağlık Bakanlığı'ndan Açıklama Yok



*Kızamık Virüsü
Suriye Değil,
Avrupa Kaynaklı*

Torunođlu, “Vaka sayıları ve diğer konularla ilgili Dünya Sağlık Örgütüne anlık bildirimler yapıyoruz. Geçen yıl ve bu yıl vaka sayılarında artış söz konusu. Gereken önlemleri bilim kurulunun önerileri doğrultusunda alıyoruz” diye konuştu.

Torunođlu, geçen yıl ve bu yıl kızamık vaka sayılarında artışın söz konusu olduğunu belirterek, “Gereken önlemleri Bilim Kurulunun önerileri doğrultusunda alıyoruz. Vaka sayıları çok azaldı. Vaka artışı kontrol altına alınmış durumda” dedi.

“Virüs Suriye değil Avrupa kaynaklı”

“Türkiye’de görülen kızamık vakalarının Suriye kaynaklı olduğu” iddiasını da yalanlayan Torunođlu, “Virüs Suriye değil Avrupa kaynaklı. Bu laboratuvar bulgularıyla da kanıtlanmış durumda. Çünkü Avrupa’da büyük bir kızamık salgını yaşanıyor” dedi.

DSÖ Üye ülkeler kızamık rakamları (10 Eylül 2013)

Ülke	Doğrulanmış Kızamık salgı sayısı (2012)	Yıllık insidans (100.000'de) 2012	Doğrulanmış Kızamık salgı sayısı (2013)	Yıllık insidans (100.000'de) 2013
Türkiye	698	0.94	6983	15.98
Hollanda	10	0.06	1042	10.66
Romanya	7247	33.31	1041	8.22
Rusya	1979	1.38	633	0.76
Ukrayna	12744	27.99	1959	7.42
Irak	21	0.06	506	2.68
İran	222	0.29	2480	5.26
Gürcistan	30	0.69	6588	254.76
Almanya	168	0.20	1385	2.87
Suriye	13	0.06	583	3.45

?

DSÖ “Salgın İletişimi Raporu” :

1. Güven inşa edin (build trust)
2. Erken duyurun/ ilan edin (announce early)
3. Şeffaf olun (be transparent)

http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO_CDS_2005_32web.pdf,

Salgının durumu ve epidemiyolojik özellikleri hekimlere duyurulmadığı için hekimler hastalara tanı koymakta gecikebilmektedirler.

SB Kızamık Bilim Kurulu Kararları ve Uygulamalar

- Tüm illerde 01.01.1980-31.12.1991 arası doğanların istekleri halinde bir doz KKK aşılması,
- Kızamık aşılması ilk dozunun 9 aya çekilmesi (22.2.2013),
- İstanbul ilinde KKK aşısının ilk dozunun 6. aya çekilmesi,
- Tüm illerde, 1-4 yaş kohortunda eksik aşılama durumunun kontrol edilerek kayıtlı (aşı kartı veya AH Bilgi Sistemi'ne göre) bir doz aşısı olmayanlara bir doz KKK aşısı uygulanması,
- 2012-2013 öğretim döneminde öğrenim görmekte olan ilkokul birinci sınıf öğrencilerine ek olarak, tüm illerde, ana sınıfında okuyan 48-66 ay yaş grubu öğrencilerin aşılması,
- Tüm illerde, sağlık hizmetine ulaşılabilirlik, göç alma durumu ve sosyoekonomik durum değerlendirilerek belirlenen riskli bölgelerde, 6 ay-15 yaş arası herkese (6-9 ay arasına sadece kızamık içeren aşı, 9 ayın üzerine KKK olacak şekilde) aşılama durumu sorgulanmaksızın kızamık içeren aşı uygulanması,

SB Kızamık Bilim Kurulu Kararları ve Uygulamalar-2

- Askerde bulunanlar veya yeni askere alınacaklardan 1991-1980 dönemi doğumlulara askere girişte 1 doz KKK aşısı uygulanması,
- Tüm sağlık çalışanlarının (özellikle 1980-1992 yılları arasında doğan grup risk altındadır) acilen KKK aşısı ile aşılması tavsiye edilmiştir.
- Temmuz 2012 tarihinden bu yana 20-35 yaş grubunda olup Hac ve Umre ziyareti yapacak olan vatandaşlara 1 doz KKK aşısı uygulanması yapılmaktadır.
- Turizm sektörü çalışanlarının da 1 doz kızamık-kızamıkçık-kabakulak (KKK) aşısı ile aşılması tavsiye edilmiştir.
- Ayrıca, tüm temaslılara aşılama durumuna bakılmaksızın profilaktik olarak ilk 72 saat içerisinde bir doz KKK aşısı (6-9 ay arası temaslılara sadece kızamık içeren aşı) uygulanmaktadır. Tüm temaslılar en uzun inkübasyon süresi olan üç hafta boyunca belirtiler açısından izlenmektedir.

Őüpheli bir Kızamık Olgusuyla Karşılaşıldığında Alınması Gereken İzolasyon Önlemleri

Evde

- Hasta, evde ayrı bir odada izole edilmelidir.
- Hasta mümkün olduğunca bulunduğu odayı terk etmemeli, etmesi gerekiyorsa maske kullanmalıdır.
- Odaya giriş ve çıkışlar sınırlandırılmalıdır.
- Hastanın bakımından sorumlu kişiler maske kullanmalıdır.
- Okula/kreşe vb devam eden çocuklar, kızamık tanısı ekarte edilene kadar okula gönderilmemelidir.

Sağlık Kuruluşlarında

- Sağlık kuruluşuna başvuran şüpheli olgular bekleme anında ve muayene sırasında ayrı bir odaya alınmalıdır. Hasta kesinlikle bekleme salonunda ya da acil servis şartlarında tutulmamalıdır.
- Hastaneye yatırılması gereken olgular ayrı bir odaya yatırılmalı.
- İzolasyon için negatif basınçlı oda kullanılmalı, Negatif basınçlı oda yoksa hasta özel bir odaya tek başına olacak şekilde yerleştirilmelidir. Kohortlama yapılabilir.
- Hasta maske (cerrahi maske) kullanmalıdır.
- Odaya girmeden önce maske takılmalıdır. İzolasyon için negatif basınçlı oda sağlanamayacaksa FFP3 (N95) ve üzeri maske takılmalıdır.
- Hastanın kullandığı kişisel/tıbbi araç gereç ayrı tutulmalı ve kullanım sonrası dezenfekte edilmelidir.
- Hastanın zorunlu haller dışında odadan çıkışı sınırlanmalıdır. Çıkmak zorundaysa, virüs yayılımını azaltmak için hastaya mutlaka maske takılmalıdır.

Önümüzdeki süreçte olası riskler

- Aile hekimlerinin performansına dahil olmayan ek aşılama çalışmaları, temaslı takibi/temaslı aşılması etkinliklerini yürütmede motivasyonunun düşük olma olasılığı bulunmaktadır.
- Kızamık Bilim Danışma Kurulu kararlarının hayata geçirilmesine yönelik olası sorunlar:

Salgın varlığına dair farkındalık düzeyi düşüklüğü,

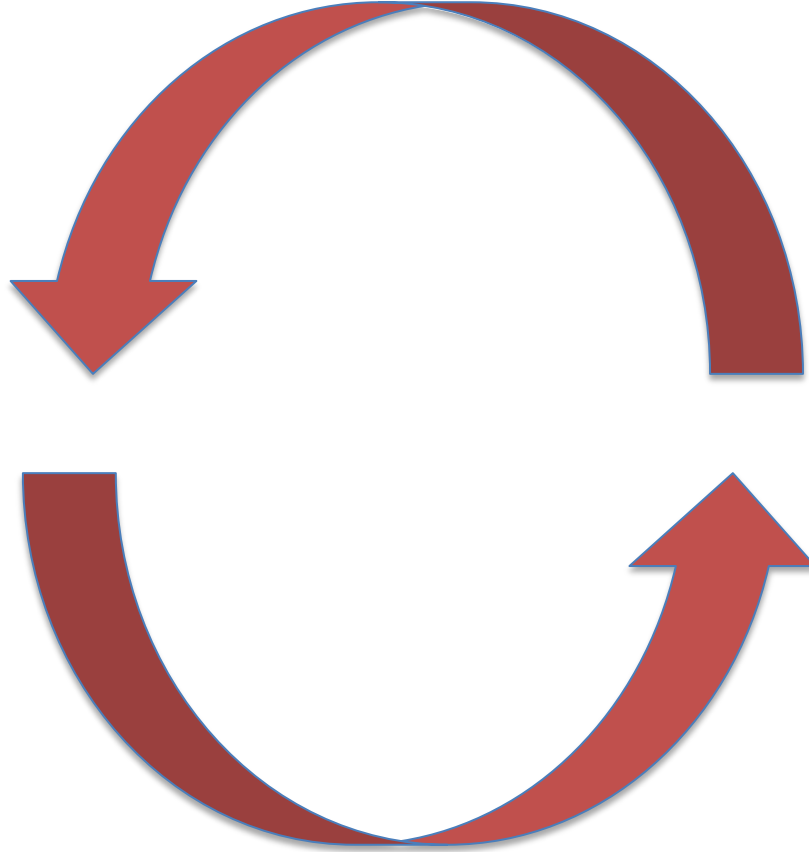
Toplum sağlığına yönelik tehdit ve önlemler için algı ve motivasyon yetersizliği,

Anasınıfı aşılama yapıldıkça Milli Eğitim dışındaki kurumlara (işyerlerinin anaokulları vb) bağlı olan anaokullarında bulunan çocukların ve anaokuluna gitmeyen çocukların aşılanmasının organizasyonunda yaşanabilecek sıkıntılar,

- Topluma dayalı bağışıklama hizmeti sunumunda yapısal sorunlar, aile hekimine kayıtlı olmayan nüfusun aşılanmaması

Önümüzdeki süreçte olası riskler

- Kızamık bildirdiği takdirde ek uğraşı gerektirmesinin hekimin bildirme motivasyonunu azaltma riski
- Kızamık/Kızamıkçık/KKS Sürveyansı 2010 Genelgesinin ekinde yer alan evde ve sağlık kurumunda izolasyon önlemleri konusunda sağlık personelinin bilgi yetersizliği veya hasta ve yakınlarına verdiği eğitimin evde uygulanmama olasılığı
- Hasta kişilerin işe, okula gitmeye devam etmeleri hastalığın yayılmasının artması gibi zararlı sonuçlara yol açabilecektir
- Salgının boyutu ve hastalığın riskleri hakkında bilgi sahibi olunmaması, gerekli durumlarda yapılması planlanan tamamlama aşularına olan ilgiyi/uyumu da azaltabilir.



Teşekkürler.....