



Seyahat Sağlığı

Dr Glden ERSÖZ

Uluslararası seyahat

- Uluslararası yolculuk 2020 yılında 1,6 milyar civarında
- Yolcuların yarısından fazlası hava (%51), %41 karayolu, %6 deniz yolu, %2 demiryolu kullanmakta ki hava yolu tercihi daha da artış göstermekte



Seyahat ve sağlık



Her yıl milyonlarca insan profesyonel, sosyal, eğlence ve insani amaçlarla seyahat eder



Uluslararası seyahat, hem seyahat edenin hem de seyahatin özelliklerine bağlı olarak sağlık açısından çeşitli riskler oluşturabilir

İrtifa, sıcaklık-nemde farklılık veya ani değişikliği, mikroorganizma gibi önemli risklerle karşılaşabilir

Konaklama kalitesinin düşük olduğu, hijyen ve sanitasyonun yetersiz olduğu, sağlık hizmetlerinin yetersiz ve temiz suyun bulunmadığı alanlarda ciddi sağlık risklerine maruz kalır

Seyahat öncesi

- Seyahat etmeyi planlayan kişiler, seçtikleri destinasyonlardaki potansiyel tehlikeler ve sağlıklarını en iyi nasıl koruyacaklarını hakkında tavsiye almalıdır
- İleriye dönük planlama, uygun önleyici tedbirler ile sağlığını koruyabilir, kaza ve hastalığa yakalanma risklerini en aza indirebilir
 - Tıp ve seyahat endüstrisi kapsamlı yardım ve sağlam tavsiyeler sunabilmeli
 - Yolcu bilgi alma, seyahat risklerini anlamak ve seyahat ederken sağlıklarını korumak için gerekli önlemleri almak sorumluluğunda olmalıdır



Risk değerlendirmesi

- Ulaşım şekli
- Varış noktası
- Seyahatin süresi ve mevsimi
- Seyahat amacı
- Konaklama, gıda hijyeni ve sanitasyon standartları
- Yolcunun davranışı şekli
- Yolcunun temel sağlık durumu

International travel and health

International travel and health



2012

2012



World Health
Organization



WHO

Updates 2019

Chapter 1	Health risks and precautions: general considerations	1
	1.1 Travel-related risks.....	2
	1.2 Medical consultation before travel	3
	1.3 Assessment of health risks associated with travel	3
	1.4 Medical kit and toilet items	4
	Contents of a basic medical kit	4
	1.5 Travellers with pre-existing medical conditions and special needs...	5
	Age	6
	Pregnancy	6
	Disability	7
	Pre-existing illness	7
	1.6 Insurance for travellers	8
	1.7 Role of travel industry professionals.....	8
	1.8 Responsibility of the traveller.....	9
	1.9 Medical examination after travel.....	10
Chapter 2	Mode of travel: health considerations	14
	2.1 Travel by air	14
	2.2 Travel by sea	
Chapter 3	Environmental health risks	32
	3.1 Altitude	32
	3.2 Heat and humidity	33
	3.3 Ultraviolet radiation from the sun.....	34
	3.4 Foodborne and waterborne health risks	36
	3.5 Traveller's diarrhoea	36
	3.6 Recreational waters	38
	3.7 Animals and insects.....	40
	3.8 Intestinal parasites: risks for travellers	46
	3.9 Summary of practical measures for food and water hygiene and	

Chapter 4	Injuries and violence	51
Chapter 5	Infectious diseases of potential risk for travellers	55
	5.1 Modes of transmission and general precautions.....	55
	5.2 <u>Specific infectious diseases involving potential health risks</u> for travellers.....	57
Chapter 6	Vaccine-preventable diseases and vaccines	80
	6.1 General considerations	80
	6.2 Vaccines for routine and selective use	85
	6.3 Required vaccinations.....	132
	6.4 Special groups.....	133
	6.5 Adverse reactions and contraindications	136
	International certificate of vaccination.....	140
Chapter 7	Malaria	144
Chapter 8	Exposure to blood and body fluids	168
Chapter 9	Special groups of travellers	174
	9.1 Last minute traveller	174
	9.2 Travel to visit friends and relatives	174
	9.3 Mass gatherings	175
	9.4 Travellers with HIV/AIDS.....	177
Chapter 10	Psychological health	189
Country list	Yellow fever vaccination requirements and recommendations; and malaria situation	200

SEYAHAT SAĞLIĞI EL KİTABI

2. BASKI



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

TÜRKİYE HUDUT VE SAHİLLER SAĞLIK GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

SEYAHAT SAĞLIĞI EL KİTABI, 2. Baskı

2016

Editör: Uzm. Dr. Gülay Okay

SEYAHATTE SAĞLIK RİSKLERİ VE ÖNLEMLER

1-A Seyahat Öncesi Tıbbi Kontrol

1-B Genel Sağlık Önerileri

1-C Çevresel Risk Faktörleri ve Önlemler

1-D Hayvan ve Vektör Kaynaklı Riskler ve Önlemler

1-E Havayolu ile Seyahatte Sağlık Riskleri ve Önlemler

1-F Deniz Yoluyla Seyahatte Sağlık Riskleri ve Önlemler

1-G Özellikle Gruplarda (hamile, çocuk, kronik hastalıklar) Öneriler

BÖLÜM-2 SEYAHATLERDE GÖRÜLEN
ENFEKSİYON HASTALIKLARI

BÖLÜM-3 SEYAHAT AŞILARI

BÖLÜM-4 ÜLKELER

Genel öneriler

- Gelişmekte olan bir ülkedeki varış noktasını ziyaret etmeyi planlayan yolcular, yolculuktan önce seyahat tıbbi kliniğine veya tıp doktoruna danışmalıdır
- Tıbbi danışmanlık, yolculuktan en az 4-8 hafta önce yapılmalıdır.
 - Bununla birlikte, son dakika gezileri gibi seyahat günü çok yakın olsa da tıbbi danışmanlık alınmalı
- Gelişmekte olan ülkelere veya uzak bölgelere uzun süreli seyahatlerden önce diş, jinekolojik ve yaşa uygun muayenelerin tamamlanması tavsiye edilir

İlaç temini ve sağlık çantası

- Danışmanlık, en önemli sağlık riskleri (trafik kazaları dahil) hakkında bilgilerin verilmesi, aşı, sıtma profilaksi gerekliliğini ve yolcunun ihtiyaç duyabileceği diğer tıbbi malzemeleri belirlenmesi
 - Bireysel ihtiyaçları karşılamak için uygun temel sağlık çantasının reçete edilmesi veya sağlanması
- Kullanılan ilaçların reçeteleri ve doktor raporu seyahate çıkarken temin edilmeli
 - Bazı ülkelerde ilaçlar sadece doktor imzası ile bulundurulabilir
- Gezi sırasında ilaçların kaybolma risk en aza indirilmeli, iki kat ilaç bulundurulmalı
- Kisisel bakım malzemeleri yeterince temin edilmiş olmalı
 - Göz bakımı (kontakt lensler), cilt, diş bakımı, hijyenik petler gibi

Su hijyeni

- Bol bol eller yıkanmalı
- Hijyen ve sağlık şartlarının kötü olduğu bölgelerde, kaynatılmış su ile hazırlanan içecekler içilmeli
- Direkt içmek gerektiği durumlarda filtre edilir veya iyot tabletler kullanılır
- Buzlu içeceklerden sakınılmalı
- Kutu içecekleri açmadan önce ağzı temizlenmeli
- Dış firmalamak için kaplı veya kaynamış su tercih edilmeli
- Temizliğinden şüphe duyulan akar su, göle, havuz ve denizlerde (!daha güvenli) yüzülmekten kaçınılmalı

Diğer riskler

Trafik kazası (kan grubu ve sigorta)

Hayvanlar (yaban hayvanları, yılan ve kuduz köpekler)

Güneş

Yükseklik

Sıcaklık ve nem

Hipotermi ve donma

Şiddet

Yüzme, boğulma ve su hayvanları

Sinekler ve diğer vektörler

Hastalık Vektörleri ve Bulaştırdıkları Hastalıklar	
Su Salyangozları	Şistosoma Enfestasyonu
Karasinekler	Nehir Körlüğü
Pireler	Veba
Sivrisinek (Aedes)	Sarıhumma-Dang Humması - Rift Valley Humması - Chikungunya Hastalığı - Zika Virüs Hastalığı
Sivrisinek (Anofel)	Sıtma, Lenfatik Filariasis
Sivrisinek (Culex)	Japon Ensefaliti - Batı Nil Humması - Lenfatik Filariasis
Tataarcıklar	Leishmaniasis - Tataarcık humması (Phlebotomus humması)
Keneler	Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi - Lyme Hastalığı - Tick-born Ensefaliti - Tekrarlayan Humma (Borrelyoz) - Benekli Humma ve Q Humması Gibi Rickettsia Hastalıkları, Tularemi
Çeçe sinekleri	Uyku Hastalığı (Afrika Tripanosomiyazı)
Tahtakuruları	Chagas Hastalığı (Amerikan Tripanosomiyazı)

SEYAHATLERDE GÖRÜLEN ENFEKSİYON HASTALIKLARI

- AFRIKA KENE HUMMASI
- AIDS (EDİNSEL BAĞIŞIKLIK YETERSİZLİĞİ SENDROMU)
- BAHAR - YAZ ENSEFALİTİ (KENE KAYNAKLI ENSEFALİT)
- BASİLLİ DİZANTERİ (SHİGELLOSİS)
- BATI NİL ATEŞİ
- BEL SOĞUKLUĞU (GONORE)
- BOĞMACA (PERTUSSİS)
- BOTULİZM
- BRUSELLOZ
- CHIKUNGUNYA HASTALIĞI
- CİNSEL YOLLA BULAŞAN HASTALIKLAR
- ÇÖL HUMMASI (COCCIDIOIDOMYCOSIS)
- DENGUE ATEŞİ (DENGUE KANAMALI ATEŞ)
- DİFTERİ
- EBOLA VİRÜSÜ HASTALIĞI
- ENTEROHEMORAJİK E. COLİ (EHEC) ENFEKSİYONU
- FİLARİASİS
- FRENGİ (SİFİLİZ)
- GIARDİAZİS
- GRİP (İNFLUENZA)
- HANTAVİRÜS HASTALIKLARI
- HEPATİT A
- HEPATİT B
- HEPATİT C
- JAPON ENSEFALİTİ
- KABAKULAK

- KIRIM-KONGO KANAMALI ATEŞİ (KKKA)
- KIZAMIK
- KOLERA
- KUDUZ
- KUŞ GRİBİ (AVİAN İNFLUENZA)
- MERS – CoV HASTALIĞI (ORTADOĞU SOLUNUM SENDROMU KORONAVİRÜS HASTALIĞI)
- ŐARK ÇİBANI VE KALAAZAR (LEISHMANIASIS)
- LEJYONER HASTALIĞI (LEGIONELLOSIS)
- LEPTOSPIROZİS
- MARBURG ATEŞİ
- MENİNGOKOK MENENJİTİ
- SİNEK HASTALIĞI (MİYAZ)
- NOROVİRÜS ENFEKSİYONU

- NEHİR KÖRLÜĞÜ (ONCHOCERCİASİS)
- ÇOCUK FELCİ (POLİOMYELİT)
- SARIHUMMA (YELLOW FEVER)
- SITMA (MALARİA)
- ŐARBON (ANTRAKS)
- ŞİSTOZOMİYAZİS
- TETANOZ
- TİFO
- TOKSOPLAZMOZİS
- UYKU HASTALIĞI (AFRİKA TRYPANOSOMA ENFESTASYONU)
- VEBA (PLAGUE)
- VEREM (TUBERCULOSIS)
- ZİKA VİRÜS HASTALIĞI



AFRİKA KENE HUMMASI

Etken riketsiya ailesindendir

İnsanlara ve diğer canlılara kenelerle ve bitlerle bulaştırılır.

Enfekte kene tarafından ısırıldıktan ortalama 5 gün sonra belirti ve bulgular görülür. Isırık yerinde ortası siyah renkte küçük bir ülser gelişir.

Tekrarlayan ateş nöbetleri, baş ağrısı, halsizlik, deri döküntüleri, lenfadenopatiler meydana gelir.

- Genellikle hafif seyreder. Ciddi komplikasyonlar ve ölüm nadirdir.

Tropikal ve subtropikal ülkelerde ortaya çıkan enfeksiyon Avrupa ve Afrika kıtaları ile Hindistan'da görülmektedir. ABD'de de yaygındır.

Kene tarafından ısırılma daha çok kırsal veya yabani bölgelerde oluşur.

- Yürüyüş ve kamp yapılan seyahatlerde risk yüksektir.

Aşı mevcut değildir.

Temel önlem kene ısırıklarından korunmaktır

KENE KAYNAKLI ENSEFALİT



Etken Flaviviridae ailesinden kene kaynaklı ensefalit (TBE) virüsüdür.

Enfekte olmuş kenelerle bulaşır. İnsandan insana geçiş görülmez. Kenelerle bulaşan benzer virüsler gibi, kuşları, geyikleri, kemirgenleri ve koyunları enfekte ederler.

Etken maddenin üç alt tipi bilinmektedir: Avrupa (Batı), Uzak Doğu (ilkbahar-yaz ensefaliti) ve Sibirya. Bulaşma; Enfeksiyon, enfekte kenelerin ısırmasıyla (genellikle günlerce cilde sıkıca yapışmış halde kalır) veya bazen yutulmasıyla bulaşır.

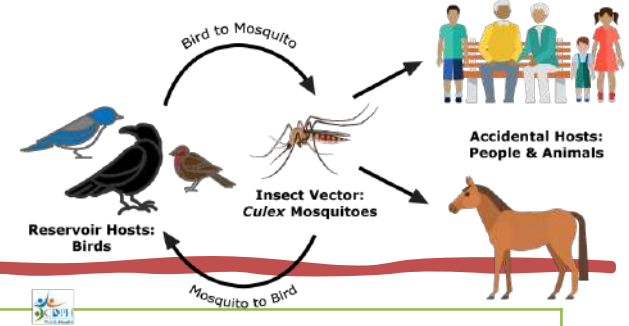
Enfeksiyon, grip benzeri belirtiler gösterir. Vakaların % 10'unda ikinci aşamada ateş, ensefalit gelişir. Felç ve ölümle sonuçlanabilir.

Avrupa'nın büyük bir bölümünde, özellikle Avusturya, Baltık ülkeleri (Estonya, Litvanya, Letonya), Çek Cumhuriyeti, Macaristan ve Rusya Federasyonu'nda görülür. Hastalığın görülme sıklığı mevsimsel olarak değişir.

Aşı mevcuttur.

Endemik bölgelerde kamp kurarken ya da gezerken kenelere karşı uzun pantolon ve ayakları tamamen kapatacak ayakkabılar giyilmelidir. Isırılma durumunda en kısa sürede bir sağlık kuruluşuna başvurularak kene çıkarılmalıdır.

BATI NİL ATEŞİ



Etken batı nil virüsüdür.

Kaynağı özellikle kuşlardır. Culex türü sivrisinekler aracılığı ile insanlara, atlara ve diğer memelilere bulaşır. Kan yoluyla, organ ve doku nakilleriyle, anneden bebeğe hamilelik ve emzirme sırasında bulaşma da söz konusudur.

Virüsün bulaştığı kişilerde çoğu kez hiçbir belirti ve bulgu olmaz

Yaklaşık %20 oranında ise Batı Nil Ateşi adı verilen, hafif bir enfeksiyon

Yaşlılar, çocuklar, hamileler ve HIV/AIDS hastaları gibi bağışıklık sistemi baskılanmış kişilerde Batı Nil Ateşi çok ciddi olabilir

Virüse yakalananların %1'inden daha azında şiddetli hastalık (meningoensefalit) görülmektedir

- Ateş, baş ağrısı, kas ağrıları, iştah kaybı, bulantı, kusma ve ishal, ciltte kızarıklık, lenfadenopatilerdir.

Afrika'da ortaya çıkmış ve Asya, Avrupa, Orta Doğu ile Kuzey ve Güney Amerika'ya yayılmıştır. ABD'de Batı Nil Ateşi ülkenin tamamında görülmektedir. Virüs taşıyan sivrisineklerin bulunduğu bölgelere gitmek riski artırır

CHIKUNGUNYA HASTALIĞI

Etken Togaviridae ailesinden bir Alphavirus olan chikungunya virüsüdür.

Chikungunya hastalığı Aedes albopictus ve Aedes aegypti cinsi sivrisinekler tarafından insana bulaştırılır. Çoğunlukla gün ışığında ısırırlar. Hastalık insandan insana bulaşmaz.

Enfekte olmuş sivrisinek ısırığı sonrası hastalığın başlangıcı, genellikle 4 ila 8 gün içerisinde olmakla birlikte bu süre 2 ile 12 gün arasında değişebilir. Hastalık ani başlayan yüksek ateş ve sıklıkla buna eşlik eden eklem ağrısıyla karakterizedir. Eklem ağrıları çok şiddetli olabilmektedir. Çoğu hastada şikayetler 7-10 gün içinde ortadan kalkar ve tamamen iyileşme görülür. Eklem ağrısı birkaç hafta, ay hatta daha uzun süre devam edebilir. Döküntü, baş, kas ağrıları, yorgunluk, bulantı-kusma, burun, dişeti ve iç organlarda kanamalar sayılabilir. Ciddi komplikasyonlar yaygın değildir fakat yaşlı insanlarda hastalık ölüm sebebi olabilir. Belirtilere yönelik destek tedavisi uygulanmaktadır.

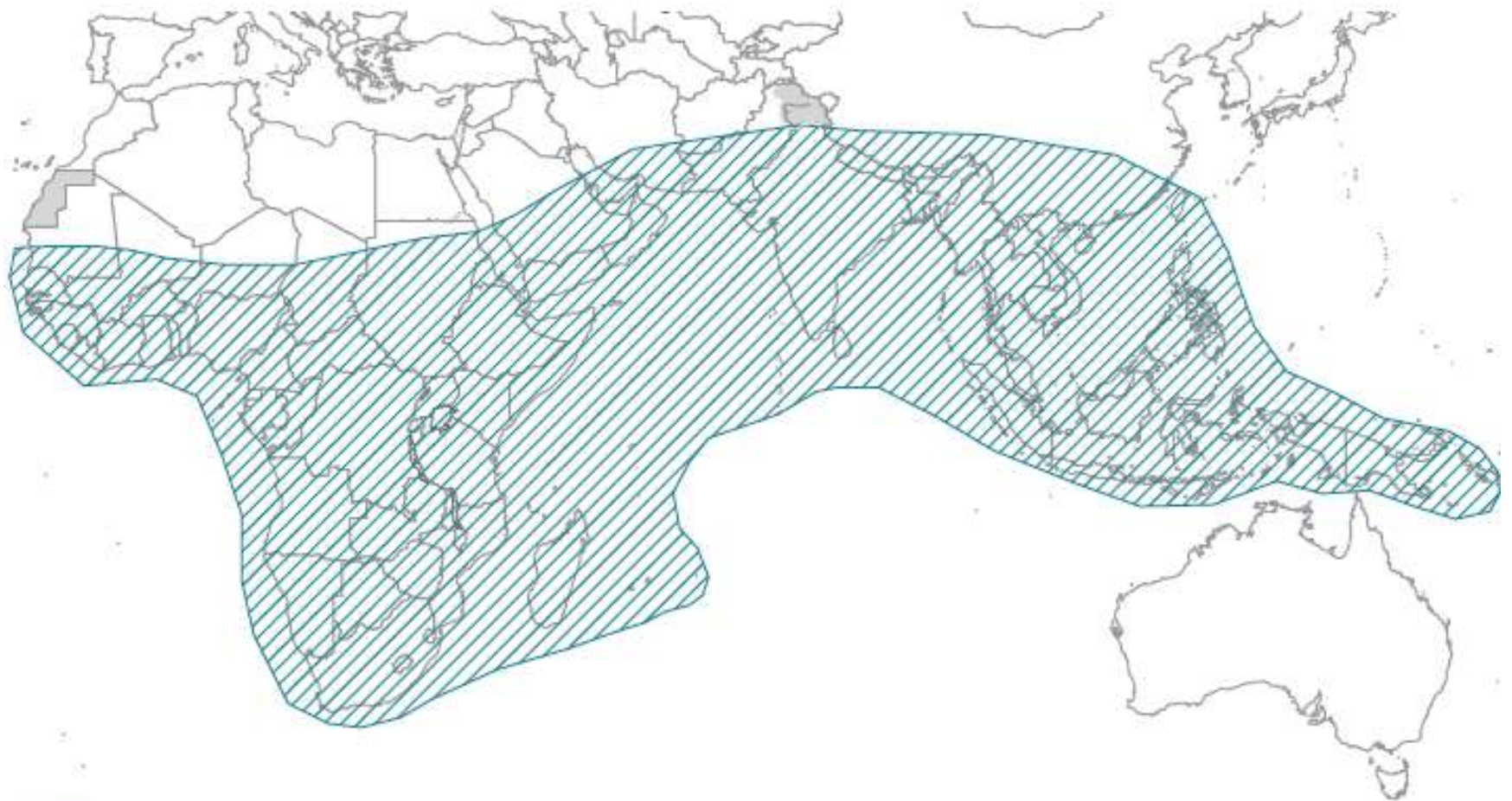
Chikungunya hastalığı Asya, Afrika, Avrupa ve Amerika kıtasında 60 ülkede tespit edilmiştir.

Hastalığın görüldüğü bölgelere gidecek yolcular risk altındadır.

Aşı mevcut değildir.

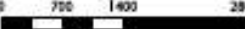
Enfeksiyona maruz kalma riski, sinek ısırmalarına karşı tedbir alınarak azaltılabilir.

Chikungunya, countries or areas at risk



 Countries or areas at risk

This map has been adapted from *Fields virology*, 5th ed., Vol. I, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2006:1047.

Source: ©WHO 2012. All rights reserved. 

JAPON ENSEFALİTİ



Etken Japon Ensefaliti (JE) virüsüdür.

Culex türü çeşitli sivrisineklerden bulaşır. Sivrisinekler virüslü domuzlardan ve kuşlardan beslendikten sonra hastalık yayıcı özellik kazanır. Sivrisinek beslenme esnasında hayvanlara ve insanlara Japon Ensefaliti virüsünü bulaştırır. Hastalık insandan insana veya hayvanlardan insana direkt bulaşmaz.

Enfeksiyonların çoğu belirtisiz seyreder. Belirti veren vakalarda hastalığın şiddeti çeşitlilik gösterir. Hafif enfeksiyonlar ateş, baş ağrısı veya aseptik menenjit ile kendini gösterir. Ağır vakaların başlangıç ve ilerlemesi hızlı olur. Şiddetli baş ağrısı, yüksek ateş ve menenjit işaretleri ile kendisini gösterir. İyileşme gerçekleştikten sonra nörolojik hastalık oluşabilir. Ağır vakaların %50'si ölümle sonuçlanır.

Japon Ensefaliti, Asya'daki birçok ülkede ve nadiren de Avustralya'da Queensland'ın kuzeyinde görülür. Güneydoğu Asya'ya gidecek yolcular için Japon Ensefaliti (JE) enfeksiyon riski düşüktür. İyi otellerde ve sivrisinek ısırıklarına az maruz kalan kimselerde risk oranı düşüktür. Ancak, kırsal kesimlerde kalan kampçılar yüksek risk altında olabilirler. Dünyada sivil yolcular arasında yılda ancak bir vaka görülmüştür.

Aşı mevcuttur ve koruyuculuğu yüksektir. Aşı hastalığın yaygın olduğu kırsal bölgelerde en az 2 hafta kalacak olan ve 1 yaşın üzerindeki yolcular için gereklidir. Japon Ensefaliti aşısının seyahate çıkmadan 10 gün önce en az 2 dozunun yapılmış olması gerekir.

Sinek kovucular, cibinlik, uzun kollu giyecekler gibi koruyucu önlemler

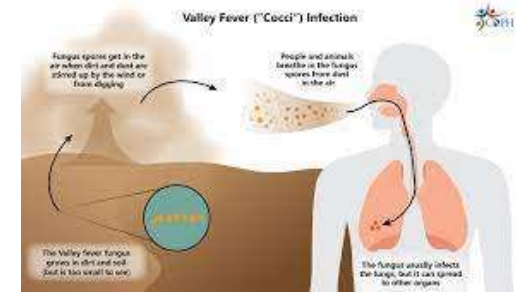
KIRIM-KONGO KANAMALI ATEŞİ (KKKA)

- Etken Nairovirus soyundan virüslerdir.
- Birçok evcil ve yabani hayvan virüsün yayılmasında önemli rol oynarlar. Hayvanlardaki hastalık enfekte kenelerin ısırması ile başlar. Hastalık daha çok hayvancılıkla uğraşanlarda, mezbaha çalışanlarında ve kırsal alanda yaşayanlarda görülebilmektedir. Enfekte hayvanların kan ve dokuları ile temas sonucu da geçiş olabilmektedir.
- Klinik belirtiler kene tarafından ısırıldıktan 1-3 gün sonra ateş, baş ağrısı, halsizlik, kollarda, bacaklarda ve sırtta şiddetli ağrı ve belirgin bir iştahsızlıkla başlar. Bazen kusma, karın ağrısı veya ishal olabilir. Burun kanaması, kanlı kusma, kanlı dışkı ve kanlı idrar sıktır. Bazen vajinal kanama da olabilir. Ağır olgularda hastalığın 5. gününden itibaren karaciğer, böbrek ve akciğer yetersizlikleri görülebilir. Ölüm daha çok hastalığın ikinci haftalarında görülmekte ve bu oran yaklaşık %30'ları bulabilmektedir. Bugün için etkili bir aşısı bulunmayan KKKA'ni geçiren kişi 2 hafta süre içinde kaybedilmezse ömür boyu bağışıklık kazanmaktadır.
- Hastalık sıklıkla Afrika, Asya, Orta Doğu ve Doğu Avrupa'da görülür. KKKA son yıllarda Kosova, Arnavutluk, İran, Pakistan ve Güney Afrika'da seyrek vakalar ve salgınlar halinde ortaya çıkmaktadır.
- Kırsal ve ormanlık alanlara gidecekler risk altındadır.
- Henüz etkin bir aşı mevcut değildir.

KKKA önlemler

- Hasta ve hastanın salgıları ile temas sırasında mutlaka genel önlemler alınmalıdır
- Genellikle hava yolu ile bulaştan bahsedilmemektedir. Ancak, kan ve vücut sıvıları ile temastan kaçınılmalıdır.
- Hayvan kanı, dokusu veya hayvana ait diğer vücut sıvıları ile temas sırasında da gerekli korunma önlemleri alınmalıdır.
- Kene mücadelesi çok önemli olmakla birlikte oldukça zordur. Bu nedenle öncelikle konakçılar kenelerden uzak tutulmalıdır. Mümkün olduğu kadar kenelerin bulunduğu alanlardan kaçınılması gerekmektedir. Hayvan barınakları veya kenelerin yaşayabileceği alanlarda bulunulması durumunda, vücut belirli aralıklarla kene yönünden muayene edilmeli; vücuda yapışmamış olanlar dikkatlice toplanıp öldürülmeli, yapışan keneler ise kesinlikle ezilmeden ve kenenin ağız kısmı koparılmadan alınmalıdır.
- Ormanlarda çalışan işçilerin ve ava çıkanların lastik çizme giymeleri veya pantolonlarının paçalarını çorap içine almaları kenelerden koruyucu olabilmektedir.
- Gerek insanları gerekse hayvanları kene ısırılmalarından korumak için repellent olarak bilinen böcek kaçıranlar dikkatli bir şekilde kullanılabilir

ÇÖL HUMMASI (COCCIDIOIDOMYCOSIS)



Etken *Coccidioides immitis* ve *Coccidioides posadasii* mantarlarıdır.

Kurak bölgelerde yaygın olarak bulunurlar. Kumlu, tuzlu, alkali toprakları severler. Topraktan solunum yoluyla insan vücuduna alınır. İnsandan insana bulaş bildirilmemiştir.

İnsanda iki tip enfeksiyon yapar:

- **Primer Coccidioidomycosis (Akciğer):** Solunum yoluyla alınır. Olguların % 50'sinden fazlası belirtisiz veya hafif geçer. Genellikle yayılmaz ve şifa ile sonuçlanır. 38 derecelerde ateş, öksürük, hafif kanlı balgam, nefes darlığı, halsizlik, iştahsızlık, kilo kaybı, gece terlemeleri, kas ağrıları, baş ve bel ağrıları, kalp spazmı, böbrek taşı taklit eden ağrılar görülür. İlk belirtiler 1-2 haftada geçer. Sonra alerjik reaksiyonlar gelişir. Ateş tekrar yükselir.
- **Yaygın Coccidioidomycosis:** Nadirdir. Yaygın enfeksiyonun belirtileri genellikle birincil enfeksiyonu izleyen ilk 1 yıl içinde görülür. Giderek artan baş ağrısı, ense sertliği, ateşle kendini gösteren menenjit ortaya çıkar. Akut eklem, deri ve deri altı tutulumu, iç organlara yayılım vardır. Tedavi edilmezse ölümlü sonuçlanır. Mantar fırsatçıdır. Bu nedenle kronik hastalığı olanlar ve immün sistemi baskılanmış kişilerde daha ağır seyreder.

Güney Amerika, Kuzey Amerika'nın güneyi en fazla görüldüğü yerlerdir. Akdeniz ikliminin görüldüğü yerlerde de rastlanmıştır.

Enfeksiyonun yaygın görüldüğü bölgelere seyahat edecekler, özellikle açık hava etkinlikleri yapacak kişiler risk altındadır.

Endemik bölgelere seyahat edecek kişilerin açık hava etkinlikleri esnasında maske kullanmaları faydalı olabilir.

DENGUE ATEŞİ

(DENGUE KANAMALI ATEŞ)



Etken Dengue virüsüdür.

Dengue virüsü Aedes cinsi sivrisinekler tarafından insana bulaştırılır. Hastalık insandan insana bulaşmaz.

- Enfekte olmuş sivrisinek ısırığı sonrası hastalığın başlangıcı, genellikle 4 ila 8 gün içerisinde olmakla birlikte bu süre 3 ile 10 gün arasında değişebilir. Dengue ateőı ani başlangıçlı, ateşli bir hastalıktır. Başlangıç belirtileri yüksek ateş ve şiddetli baş ağrısı, gözlerin arkasında şiddetli ağrı, eklem, kas ağrıları ve hafif kanamalardır. Dengue hemorajik ateőinde ise tablo, diğer belirtilerle birlikte 2-7 gün süren ateş ile karakterizedir. Ateőin düşmesini takiben vasküler geçirgenliğin artmasına bağlı olarak asit ve plevral efüzyon sonucu inatçı kusma, şiddetli karın ağrısı ve dispne gibi belirtiler gelişebilir. Eğer tedavi edilmez ise dolaşım yetmezliği ve şok ile ölüm gelişebilir.

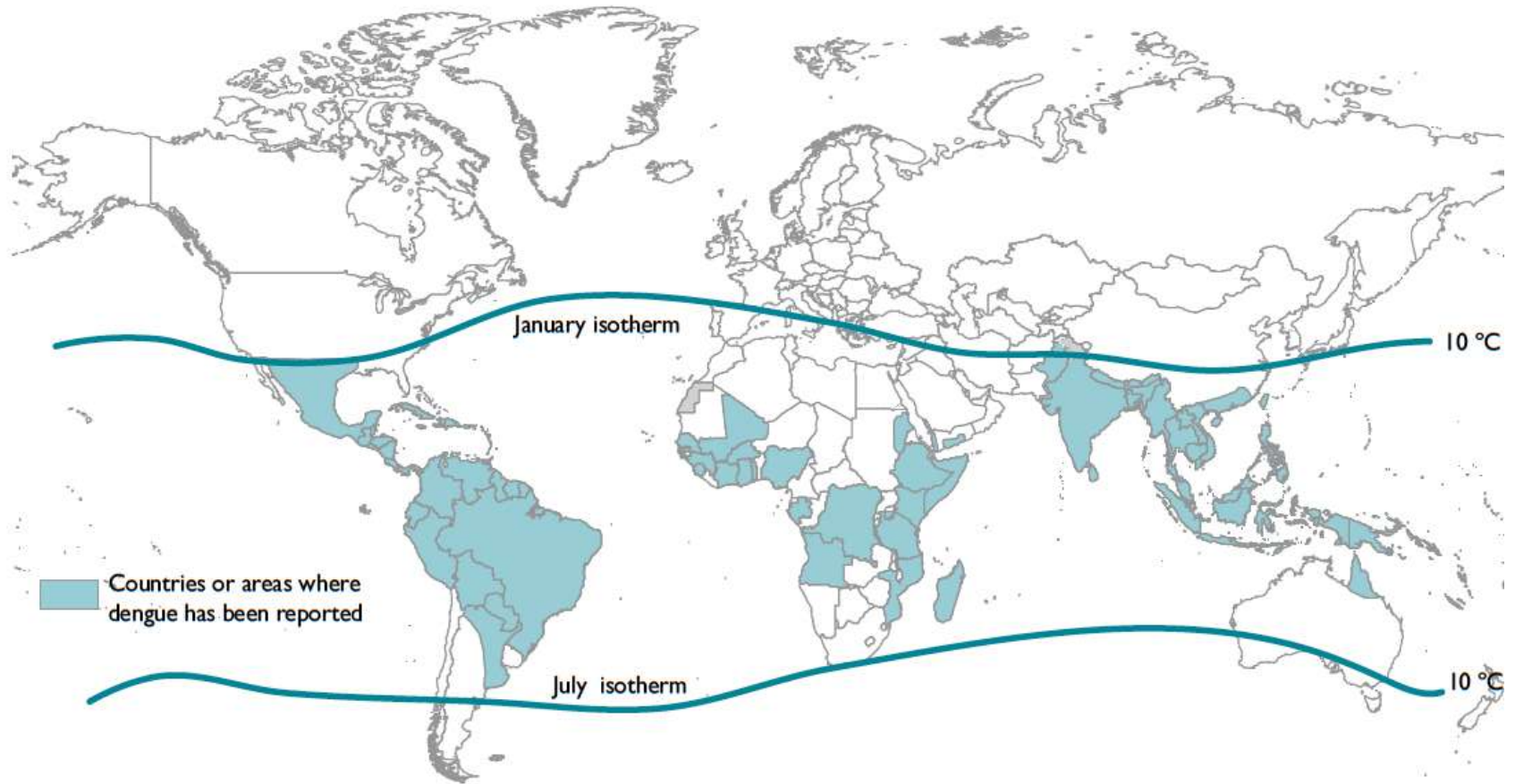
Dengue Ateőı Amerika, Güney-Doğu Asya, Doğu Akdeniz ve Batı Pasifik ve Afrika'nın kırsal alanlarda mevcuttur.

Hastalığın görüldüğü bölgelere gidecek yolcular risk altındadır.

Aşı mevcut değildir.

Enfeksiyona maruz kalma riski, sinek ısırmalarına karşı tedbir alınarak azaltılabilir

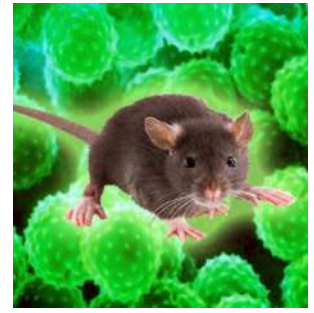
Dengue, countries or areas at risk, 2011



The contour lines of the January and July isotherms indicate areas at risk, defined by the geographical limits of the northern and southern hemispheres for year-round survival of *Aedes aegypti*, the principal mosquito vector of dengue viruses.

Source: ©WHO 2012. All rights reserved. 0 1600 3200 6400 km

HANTAVİRÜS HASTALIKLARI



Hantavirüs hastalıklarına; Hemorajik Ateş Renal Sendromu (HFRS) ve Hantavirüs Pulmoner Sendromu (HPS) örnek verilebilir. Etken Hantavirüs Bunyavirüs Ailesi'ndendir.

Hantavirüs çeşitli kemirgen türleri vasıtasıyla taşınır. Hastalığın bulaşması hastalıklı kemirgenlerin dışkısı, idrarı veya salyasıyla doğrudan temas yoluyla olur ya da hastalıklı kemirgenlerin ifrazatlarının hava yoluyla solunmasıyla meydana gelir.

- Vasküler hasar olan viral bir hastalıktır. Damar geçirgenliğinin artmasına, hipertansiyona, hemorajik belirtilere ve şoka sebebiyet verir. HFRS Sendromu'nda oligüri ile böbrek yetmezliği görülmesi karakteristiktir. HPS Sendromunda ise akciğer ödemi sebebi ile dispne görülür. HFRS Sendromu vakalarının ölüm oranı %15'e kadar ulaşabilmekteyken HPS Sendromunda ölüm oranı %50'lerdedir.

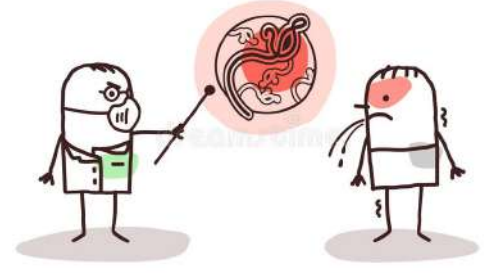
Kemirgenlerde dünyanın her yerinde görülebilir.

Kemirgenlerin yaygın bulunduğu ve bunlarla temasın fazla olduğu ortamlarda yolcular risk altındadır.

Aşı yoktur.

Kemirgenlerle ve bu hayvanların ifrazatlarıyla (dışkı, salgı ve idrar gibi) temastan kaçınılmalıdır. Endemik bölgelere giden ve kemirgenlerle temas ihtimali yüksek olan gruptaki mesleği gereği seyahat edenler, kamp yapanlar, gezginler kemirgenleri çadırlarından ve konakladıkları yerlerden uzak tutacak önlemleri almalı ve yiyeceklerini herhangi bir bulaşma olmaması için kemirgenlere karşı korumalıdır.

EBOLA VİRÜSÜ HASTALIĞI



Etken Filovirüs ailesinden bir virüstür.

Ebola virüsünün doğal rezervuarının meyve yarasaları olduğu düşünülmektedir. İnsanlara enfekte hayvanların (maymun, goril, şempanze, meyve yarasası, orman antilobu ve kirpi gibi) kanı, sekresyonları ve vücut sıvıları ile yakın temas sonucu bulaşmıştır. İnsandan insana; enfekte kişinin kanı, sekresyonları ve vücut sıvılarıyla ve bu sıvılar ile kirlenmiş yüzey ve materyalle (yatak örtüleri, kıyafetler gibi) direk temas (yaralı deri ve mukozal bölgeler) yoluyla yayılır. Bu hastalıktan ölmüş kişinin kan ve vücut sıvıları ile temas ile de bulaşır. Sağlık çalışanları da bu hastaların tedavisi sırasında sıklıkla enfekte olmaktadır.

- Ebola virüsüne maruz kalındıktan 2 - 21 gün sonra ateş, baş ağrısı, eklem ve kas ağrısı, halsizlik, iştahsızlık, mide ağrısı, ishal, kusma belirtileri görülür. Ağır vakalarda gözlerde kızarıklık, hıçkırık, öksürük, boğaz ağrısı, göğüs ağrısı, nefes almakta güçlük, yutkunma zorluğu, vücut içinde ve dışında kanamalar görülür. Hastalığın özel bir tedavisi yoktur. Destekleyici tedavi yapılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü raporlarına göre ölüm oranı %25 ile %90 arasında değişmektedir.

Ebola virüs hastalığı ilk olarak 1976 yılında Sudan'ın Nzara ve Demokratik Kongo Cumhuriyeti'nin Yambuku kentlerinde eş zamanlı 2 salgınla ortaya çıkmıştır. Demokratik Kongo Cumhuriyeti'nde görülen salgının Ebola Nehri yakınında bir köyde meydana geldiğinden hastalığa bu isim verilmiştir. Batı Afrika'da görülen son salgın (ilk vakalar Mart 2014 de bildirildi) Ebola virüs hastalığının ilk defa ortaya çıktığı 1976'dan bu yana görülen en büyük salgındır. Bu salgında görülen vaka ve ölüm sayıları bugüne kadar görülen bütün salgınların toplamından fazladır. Salgından Gine, Liberya ve Sierra Leone ciddi şekilde etkilenmiştir. Mali, Nijerya, Senegal, İspanya, İngiltere, Amerika Birleşik Devletleri'nde de bu ülkelerden giden az sayıda vakalar görülmüştür.

Öneriler



- Hastalığın yoğun olarak görüldüğü ülkelere seyahat edenler için risk mevcuttur.
- Aşı mevcut değildir.
- Hastalıktan etkilenen bölgelerde bulunan insanların hastalıktan korunmak için aşağıdaki önlemlere uymaları tavsiye edilir.
 - i. Diğer bulaşıcı hastalıklarda olduğu gibi hastalığı önlemenin en önemli yollarından biri ellerin düzenli olarak yıkanmasıdır. Ellerinizin su ve sabunla yıkanması cildinizden potansiyel enfekte materyalleri uzaklaştırır ve hastalığının geçişini önlemektedir.
 - ii. Eldiven kullanılan durumlarda eldivenleri çıkarmadan önce su ve sabunla yıkayınız ve eldivenleri çıkardıktan sonra da eller yıkanmalıdır.
 - iii. Ölü hayvanlarla temastan kaçınılmalıdır.
 - iv. Yerel pazarlarda tüketim için satılan vahşi hayvanların etini yenmemelidir.
 - v. Enfeksiyon olasılığını asgariye indirmek için Ebola Virüsü enfeksiyonu olduğundan şüphelenilen insan ya da hayvanlarla yakın temas ederken enfeksiyon kontrol önlemleri uygulanmalıdır. Sağlık tesislerinde hastalık bulaşma riski yüksektir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının şüpheli vakalara enfeksiyon kontrol önlemlerini alarak müdahale etmesi çok önemlidir. Amaç enfekte hastaların salgı ve kanlarıyla teması önlemektir. Hastanın ölmesi durumunda cesetle doğrudan temasın önlenmesi de aynı şekilde önem taşımaktadır.

MARBURG ATEŞİ

Etken Marburg virüsüdür.

Marburg Virüs Hastalığı nadir olarak görülen, salgın yapma potansiyeli olan bir hastalıktır. Yıllarca süren yoğun araştırmalara rağmen, virüsün salgınlar arasında doğada nerede saklandığı ve rezervuar olarak hangi hayvanda bulunduğu tespit edilememiştir. İnsandan insana, özellikle de hasta bakımı sırasında kolaylıkla bulaşabilir. Bu nedenle hasta ile temas sırasında çok sıkı önlemler alınması gerekir. Hastalığın yayılmaması için hızlı bir takip ve hasta izolasyonu yapılması şarttır. Ayrıca iyi steril edilmeyen tıbbi malzemelerle de bulaşır.

- Marburg hastalığı şiddetli kanama belirtisiyle karakterize, akut ateşli bir hastalıktır. Hastalığın 3-9 gün arası kuluçka süresi vardır. Erken evrede Sarı Humma, Sıtma, Tifo Ateşi gibi hastalıklarla karışabilir. Şiddetli göğüs ağrısı, boğaz ağrısı, öksürük, ağır ishal, karın ağrısı, bulantı ve kusma ilk belirtilerdir. Ateş 3. gün 40 derecelere çıkar. 5 ile 7 gün arasında ciddi kanamalar gelişir ve sıklıkla akciğer, sindirim sistemi, genital ve burun kaynaklıdır. Böbrek yetmezliği, aşırı kan kaybı ve gelişen şok sonucu 7-16 gün içinde ölümle sonuçlanır.

Afrika kökenli bir hastalıktır. İlk olarak Sudan ve Zaire'de görülmüştür.

Yolcular için risk hastalığın görüldüğü bölgelerde bulunmaktadır.

Aşı mevcut değildir.

Yolcuların endemik bölgelerde kalabalık ortamlardan mümkün olduğu kadar uzak durmaları, hastalık uyarısı yapılan yerlerde maske kullanmaları, tıbbi bir işlem gerekirse kullanılan herşeyin steril olmasına dikkat etmeleri gerekmektedir.

Enterohemorajik *E. coli* (EHEC) Enfeksiyonu



Etken *Escherichia coli*.

Toksin üretme yeteneğine sahip EHEC tarafından üretilen toksinler, yoğun bakım gerektiren akut böbrek yetmezliğiyle sonuçlanan şiddetli, kanlı ishale neden olabilir.



İlk kez Amerika'da iyi pişirilmemiş hamburgerlerden kaynaklandığı anlaşılan bir salgında tespit edilmiştir. 2012 yılında Almanya'da meydana gelen salgında da etken olarak EHEC bulunmuştur. Hastalığın doğrudan insandan insana bulaşma oranı düşüktür ve yakın temas gerektirir. EHEC enfeksiyonunun geçişi, genellikle bakteri ile kontamine olan gıdanın yenmesi ile veya enfekte hayvanlarla temas ile gerçekleşir. Az pişmiş sığır eti ve diğer etler, pastörize edilmemiş süt, çeşitli taze ürünler, pastörize edilmemiş meyve suları ve çeşitli peynirler gibi birçok gıda enfeksiyonun kaynağı olabilir.

Öneriler

- Gıda ve el hijyenine dikkat edilmesi çok önemlidir.
- Çiğ et, sebzeler ve kök gıdalara dokunduktan sonra ve gıdaları pişirmeden önce eller sabun ve suyla iyice yıkanmalıdır.
- Et iyi pişirilmelidir
- Meyve ve sebzeler yenmeden önce iyice yıkanmalıdır. Çiğ olarak tüketilecek kavun, elma, havuç gibi sert meyve ve sebzele kesmeden önce yıkanmalıdır.
- Gıdalar arasında bulaşma engellenmelidir.
- İshal veya kusma şikayeti olanlar yemek hazırlamaktan kaçınmalıdır.
- Süt mutlaka pastörize edilmelidir.
- İshalli çocukların bezlerinin değiştirilmesinden veya tuvaletten çıktıktan sonra eller iyice yıkanmalıdır.

KOLERA

Etken *Vibrio cholerae*

Enfeksiyon, hastaların kusmukları veya dışkılarıyla dolaylı veya dolaysız yoldan kirlenmiş su ve besinlerin tüketilmesi ile meydana gelir. Kolera sadece insanları etkiler, hayvanlarda hastalık yapmaz.

Şiddetli vakalarda, aniden başlayan ve bol miktarda sulu ishal, eşlik eden mide bulantısı ve kusma; bunların sonucu hızla gelişen dehidratasyon görülür. Tedavi edilmeyen şiddetli vakalar ölümlle sonuçlanır.

Kolera, temiz içme sularına sahip olmayan yoksul ülkelerde ve altyapının tamamen hasara uğradığı savaştan yeni çıkmış ülkelerde görülür. Özellikle Afrika ve Asya'daki ve daha az olmak üzere Orta ve Güney Amerika'daki gelişmekte olan ülkeler bu hastalıktan etkilenmektedir.

Kolera salgınlarının görüldüğü ülkelere bile gidilse, genel ve kişisel hijyen kurallarına dikkat edildiği sürece yolcular için risk düşüktür. Ancak afet bölgelerindeki ve mülteci kamplarındaki insani yardım görevlileri risk altındadır.

Aşılar yolcuların çoğu için gerekli değildir. Temiz içme suyunun ve yiyeceğin dikkatle seçilmesi kolerayı önlemede aşıdan daha önemlidir. Aşılı yolcular da yiyecek ve su konusunda hassas davranmalıdır. Aşılama daha çok mülteci bölgelerindeki sağlık çalışanları ve gönüllüler için önerilebilir

TİFO

Etken *Salmonella typhi*. Sadece insanları enfekte eder.

Kirli içme suları veya lağım suları ile enfekte olmuş yiyecek maddeleri neden olur. Salgın daha ziyade yaz ve sonbahar aylarında görülür. Sinekler, enfeksiyonu besinlere aktarabilir ve bu da insanda enfeksiyon oluşturabilir.

Hastalık, mikroorganizma vücuda girdikten yaklaşık 7-15 gün sonra ortaya çıkar.. Hastalığın üçüncü haftasında karın gerginleşir ve şişer. Bağırsak kanamaları görülebilir. Üçüncü haftanın sonlarından itibaren ateş düşmeye ve diğer belirtiler kaybolmaya başlar. Komplikasyonları önleme için tedavi şarttır.

Risk özellikle, Batı Afrika, Güney Asya'da özellikle Hindistan alt kıtasında ve Peru'da yüksektir. Hastalıklı bölgelere gidecek tüm yolcular için potansiyel tifo riski mevcuttur. Konaklama, sıhhi tesisat ve besin hijyeni standardının yüksek olduğu turistik ve iş merkezlerinde risk daha düşüktür.

Aşı mevcuttur. Ancak tifo riskinin yüksek olduğu bölgelere gidecek olan yolcular, özellikle de bir aydan fazla kalacak kimseler, yetersiz hijyen koşullarına maruz kalanlar, antibiyotiğe dirençli organizmaların var olabileceği yerleri ziyaret edecek kimselerin mutlaka aşı yaptırmaları gerekir.

Aşılanmış bireyler dahi kontamine su ve yiyecek tüketiminden kaçınmalıdırlar. Yemek ve su yoluyla geçen enfeksiyonlara karşı alınan tüm önlemler titizlikle uygulanmalıdır

NOROVİRÜS ENFEKSİYONU



Etken Norovirüstür.

Hastalık, sağlıklı insanlara, etkenin ağız yoluyla alınması sonucunda bulaşmaktadır. Yiyecek, içecek ve formitler çok çabuk noroviruslarla kontamine olabilirler. Bulaşma, kontamine ellerle veya gaita ya da kusmukla kirlenmiş çalışma yüzeyleriyle direkt temasla veya kusmuktan yayılan küçücük bir damlacığın hava yoluyla yiyecek, su ve yüzeylere taşınmasıyla gerçekleşebilir.

Norovirüs'ü alan kişilerde 24-48 saat sonra; şiddetli bulantı, kusma, ishal, kramplar, kimi zaman baş ağrısı ve ateş gibi belirtiler meydana gelmektedir. İshal çoğunlukla yetişkinlerde, kusma da çoğunlukla çocuklarda görülür. Birçok insanda baş ağrısı, ateş, üşüme ve kas ağrıları da görülmüştür. Hastalık 2-3 gün içerisinde kendiliğinden geçmekle birlikte özellikle küçük çocuklarda, yaşlılarda, düşkünlerde ve komorbid hastalıkları bulunanlarda şiddetli seyredebilmektedir.

Tüm dünyada görülür. Hem gelişmiş, hem de gelişmekte olan ülkelerde zaman zaman salgınlar yapabilmektedir.

Yolcular gittikleri ülkelerde seyahatin amacı, ortam şartları, kaldıkları süreyle bağlantılı olarak risk altındadırlar.

Aşı mevcut değildir.

Önlem olarak sık sık eller yıkanmalıdır. Hastalık sonrası kontamine yüzeyler tamamen temizlenip, dezenfekte edilmelidir. Tuvaletlerdeki kusmuk ve/veya gaitalar su ile temizlenip uzaklaştırılmalı ve etrafın temiz olduğundan emin olunmalıdır.

GIARDİAZİS

Etken Giardia lamblia isimli parazittir.

Enfekte olmuş insanlar ve hayvanların dışkıları ile kirlenen sulardan (arıtılmamış içme suları ve yüzme mekanları da dahil) vücuda giardia kistlerinin girmesi ile meydana gelir.

Birçok enfeksiyon semptomsuzdur. Genellikle; iştahsızlık, kronik ishal, karın krampları, barsaklarda gaz, sıkça sulu dışkı çıkarma, güçsüzlük ve kilo kaybı ile karakterize olan belirti ve bulgular vardır.

Dünyanın her yerinde görülebilir.

Vahşi ortamlardaki yüzme mekanları veya yüzme havuzlarındaki filtre edilmemiş sularla temasta olan kimseler önemli risk altındadır.

Aşı mevcut değildir.

Potansiyel olarak enfekte olan arıtılmamış içme sularından ve yüzme mekanlarından uzak durulmalıdır.

TOKSOPLAZMOZİS

Etken *Toxoplasma gondii*.

Kediler enfeksiyonun temel kaynağıdır. Enfekte bir kedi yaklaşık 2-3 hafta süreyle dışkısı ile parazit atar. İnsana kistleri içeren çiğ veya az pişmiş etler, enfekte kedi dışkısıyla atılan ve uygun ısı ve nem koşullarında gelişen ookistlerin su ve gıdalarla alınmasıyla geçer. Gebelik esnasında anne enfekte olursa, parazit plasental yolla bebeğe geçebilir. Organ ve kan nakliyle, nadiren de laboratuarda kazara bulaşabilir.

Enfeksiyonların büyük kısmı bağışıklık sistemi normal kişilerde semptomsuz veya hafif bir üst solunum yolu enfeksiyonu gibi geçer. Hafif kas ve eklem ağrıları, halsizlik, yorgunluk, lenfadenopatiler gibi belirtiler görülebilir. Belirtiler birkaç hafta ile birkaç ay içinde kendiliğinden geriler. Çok nadiren göz enfeksiyonlarına neden olabilir. Bir kere enfeksiyon geçiren bir kişi bağışıklık kazanır ve daha sonra yeniden hastalanmaz. Bağışıklığı baskılanmış kişilerde ağır enfeksiyonlara, hatta ölüme neden olabilir. Gebelerde konjenital enfeksiyona yol açar.

Tüm dünyada yaygın görülen bir zoonozdur.

Hijyen şartlarının kötü olduğu yerlerde bulaşma riski vardır.

Önlem olarak el hijyenine dikkat edilmeli, etlerin, sebzelerin çok iyi pişirildiğinden emin olunmalı, kesinlikle çiğ et tüketilmemeli ve enfekte kedilerden uzak durulmalıdır.

CİNSEL YOLLA BULAŞAN HASTALIKLAR

- HIV/AIDS
 - Bazı ülkeler HIV/AIDS için vize verilmesine ve ülkeye girmelerine kısıtlamalar mevcuttur.
- Hepatit B
- Sifiliz
- Gonore
- Klamidya enfeksiyonları
- Trikomoniyaz
- Şankroid
- Genital uçuk
- Genital siğil



Öneriler

- Erkek ya da kadın prezervatiflerinin, doğru kullanıldıkları zaman; HIV ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların bulaşmasını önlemekte etkili olduğu kanıtlanmıştır.
- Bir erkek, cinsel ilişki sırasında prezervatifini her defasında başlangıçtan bitişe kadar mutlaka kullanmalıdır ve bir kadın da partnerinin bir prezervatif kullandığından emin olmalıdır.
- Kadınlar kendilerini cinsel yolla bulaşan hastalıklardan bir kadın prezervatifi kullanarak da koruyabilir
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklara ait semptomlar gösteren yolcular tüm cinsel faaliyetlerini sona erdirmeli ve hemen tıbbi yardıma başvurmalıdır. Semptomların olmaması enfeksiyonun olmadığını garanti etmez. Bu nedenle korunmasız cinsel ilişki yaşayan kimselerin mutlaka test yaptırmaları gerekir

LEPTOSPIROZ

Etken *Leptospira* cinsi çeşitli spiroketlerdir.

Enfeksiyon deri ve mukozaların, enfekte hayvanların, özellikle de sıçanların idrarlarıyla kirlenmiş su, ıslak toprak ve sebzelere ya da hayvanların idrar ve dokularına doğrudan temas etmesi sonucu gelişir.

Leptospiral enfeksiyonlar birçok farklı klinik formda görülebilir. Genellikle ani ateş yükselmesi, baş ağrısı, kas ağrısı, titreme ve ciltte döküntü ile başlar. Hastalık menenjit, hemolitik anemi, sarılık, karaciğer ve böbrek yetmezliği (Weil) gibi komplikasyonlara neden olabilir.

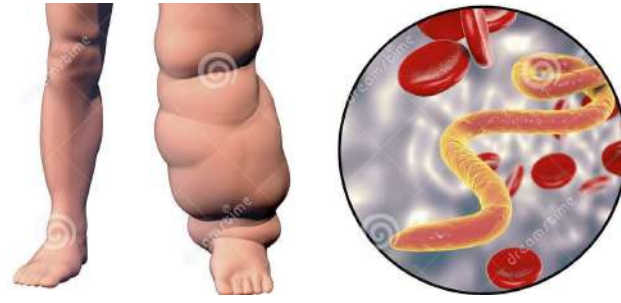
Dünyanın her yerinde görülebilir. En yaygın olduğu yerler tropikal bölgelerdir.

Kırsal alanlara giden ve kanal, göl, nehir suları ile temas eden kimseler enfeksiyona yakalanma riski taşırlar. Sel olaylarından sonra risk daha da artar. Kanoya binme, kayak yapma ve suda yapılan diğer faaliyetlerde riski arttırabilir.

Aşı mevcut değildir.

Kanallar, göletler, nehirler, akarsular ve bataklıklar gibi mikroplu olma ihtimali bulunan yerlerde yüzmekten ve su oyunlarından kaçınılmalı, kemirgenlerden uzak durulmalıdır

FİLARIASİS



Filarioidea ailesindeki nematodlarca oluşturulur.

Enfekte sivrisineklerin ısırmasıyla insanlara bulaşır.

Sivrisineğin ısırmasından, kanda mikrofilyaların görülmesine kadar geçen süre 6-12 aydır. İnsan vücudunda erişkin parazitler 5-10 yıl, mikrofilyalar ise 2 yıl kadar canlılıklarını sürdürürler. Erişkin parazitlerden çıkan mikrofilyalar cilt altında göç ederek dermatite ve göze ulaşarak da körlüğe neden olurlar. Mikrofilyalar kandan başka karaciğer, kas, hidrosel sıvısı ve şilöz idrarda bulunabilir. Lenforetiküler filaryaz başlıca 4 klinik formda görülür:

- Filaryal ateş: Ateş, halsizlik, yaygın kas ağrıları görülür. Lenfanjitin deri bulguları ve lenfadenit olaya eşlik eder.
- Asemptomatik mikrofilyaremi: Hastalarda klinik belirti yoktur. Kendiliğinden iyileşen hastaların yanı sıra bazı hastalarda tekrarlayan lenfanjit atakları oluşur. Ataklar gelişen hastaların 1/3'ünde lenf damarlarında tıkanıklık ve dolaşım bozukluğu ortaya çıkar.

FİLARIASİS

- Lenfatik obstrüksiyon (tıkanıklık): Tekrarlayan lenfanjitler sonucunda lenfatik tıkanmaya bağlı olarak sıklıkla bacaklarda ve dış genital organlarda, daha nadir olarak kollarda ve memelerde elefantiyazis gelişir. Deride kalınlaşma ile karakterize sert bir ödem vardır. Deri bakteri ve yüzeysel mantar enfeksiyonlarına açık hale gelir.
- Tropikal pulmoner eozinofili: Astım, öksürük ve hafif ateşle karakterizedir. Lenfödem ve elefantiyazis erken dönemlerinde tedavi ile hastalık kısmen veya tamamen iyileşebilir. Kronik enfeksiyonda tedavi hastalığın ilerlemesini yavaşlatabilir fakat hidrosel ve elefantiyazis ilerlemesini etkilemez.

Lenfatik Filaryazis, enfekte olmuş sineklerin insandan kan emerken vücuda larvaları zerk etmeleriyle bulaşır.

Lenfatik filariasis Sahra altı Afrika ve Güneydoğu Asya'da görülür. Nehir Körlüğü'ne daha çok Batı ve Orta Afrika ve Amerika'nın merkez ve güney bölgelerinde rastlanır.

Yaygın olduğu alanlarda yoğun bir vektör saldırısına maruz kalmadıkça, yolcular için risk genellikle düşüktür.

Aşı mevcut değildir.

Yaygın olduğu bölgelerdeki sivrisinekler ve karasinek ısırıklarına maruz kalmaktan kaçının.

GRİP (İNFLUENZA)



Etken İnuenza virüsüdür. A tipi virüsler yaygın grip salgınlarına en çok neden olan virüslerdir. B tipi virüsler genellikle bölgesel salgınlara neden olur. C tipinin insanlar için pek fazla önemi yoktur.

Grip hava yoluyla bulaşması özellikle kapalı ve kalabalık mekanlarda öksürürken ve hapşırırken etrafa yayılan ve ellere bulaşan damlacıklarla gerçekleşir.

Dünyanın her yerinde görülebilir. Ilıman bölgelerde grip, kışın ortaya çıkan mevsimlik bir hastalıktır. Kuzey yarımkürede Kasım ve Mart arası, Güney yarımkürede ise Nisan ve Eylül arası görülür. Tropikal bölgelerde mevsimlik değildir, yılın her zamanı rastlanabilir.

Gidilen bölge grip mevsiminde ise, yolcular da o bölgenin insanları gibi enfekte olma riskine sahiptirler. Grip mevsiminde bir yarımküreden diğerine geçen yolcular, özellikle de düzenli aşılarla bağışıklık kazanmamışlarsa riske sahiptirler.

Aşı mevcuttur. Grip virüsleri, antijenik özelliklerini değiştirerek çok çabuk yeni türler oluştururlar. Sürekli dolaşan grip türlerine karşı etkili olabilmek için aşılar her yıl değiştirilirler. Aşı grip mevsimi başlamadan önce yapılmalıdır

KUŞ GRİBİ (AVİAN İNFLUENZA)

Etken kuşlarda enfeksiyon hastalığına neden olan İnfluenza A H5N1

Hastalık yaptığı hayvan grupları kuşlar, domuzlar, atlardır. Bunların içerisinde en önemlisi kuşlardır. Enfekte kuşlar virüsü tükürüklerinde, burun salgılarında ve dışkılarında bulundurlar. İnsanlara bulaş, enfekte kuşlarla veya çıkartılarıyla direkt ya da indirekt temasla olur.

Sadece kümes hayvanlarında kuş gribi virüsüne bağlı salgın görülen ülkeler: Güney Kore, Vietnam, Japonya, Tayland, Kamboçya, Hong Kong, Laos, Endonezya, ABD Delaware, Malezya, Moğolistan, Rusya.

Hastalığın yoğun görüldüğü bölgelere gidecek yolcular, kalacakları ortam, süre ve şartlara bağlı olarak risk altında olabilirler.

Önlem olarak eller sık sık su ve sabun ile yıkanmalı veya gözle görülür şekilde kirli değilse alkol bazlı temizleyicilerle temizlenmelidir. Yolcular öksürürken mümkün olduğu kadar ağız ve burunlarını kapatmalıdırlar ve hastayken yolculuk edilmemelidir

MERS – CoV (ORTADOĞU SOLUNUM SENDROMU KORONAVİRÜS HASTALIĞI)



Etken Orta Doğu Solunum Sendromu Koronavirüsü (MERS-CoV)

Virüsün insanlara hayvanlardan (develer, yarasalar) bulaştığı düşünülmektedir. Hasta insanlardan diğerlerine enfekte kişiyle aynı ortamda yaşamak veya bakımını yapmak gibi yakın temasta bulaşır. Virüslerle kirlenmiş yüzey ve eşyalarla temas etmiş ellerle ağız, burun ve gözlere dokunmakla; hapşıрма, öksürme ve konuşma esnasında havaya atılan damlacıkların solunum yoluyla alınmasıyla virüs insanlara geçer. Hastaneler gibi sağlık tesislerinde de diğer hastalara ve sağlık çalışanlarına bulaş söz konusudur.

İlk vaka Eylül 2012’de Suudi Arabistan’dan bildirilmiştir. Bugüne kadar vakaların görüldüğü Arap yarımadası ve yakınındaki ülkeler: Suudi Arabistan, Birleşik Arap Emirlikleri, Katar, Ürdün, Umman, Kuveyt, Yemen, Lübnan, İran. Arap Yarımadası dışında İngiltere, Fransa, Almanya, Yunanistan, İtalya, Tunus, Malezya, Filipinler, Hollanda, Mısır, Cezayir, Avusturya, Amerika Birleşik Devletleri ve Güney Kore’de hastalığın görüldüğü ülkelere seyahatle ilişkili vakalar bildirilmiştir.

Salgının görüldüğü ülkelere seyahat edecek kişiler için risk mevcuttur.

Aşı mevcut değildir

MERS – CoV

Önlemler;

- Eller sık sık, 20 saniye süreyle su ve sabunla yıkanmalı, su ve sabun bulunamıyorsa alkol bazlı bir el dezenfektanı kullanılmalıdır.
- Öksürürken veya hapşırırken ağız ve burun kağıt mendille kapatılmalı, sonra mendil mutlaka çöpe atılmalıdır.
- Kirli ellerle ağız, burun ve gözlere dokunulmamalıdır.
- Hastalarla kişisel temastan kaçınılmalıdır.
- İyi pişmemiş et özellikle de deve eti yenmemelidir.
- Seyahat dönüşü 14 gün içinde ateş, öksürük, nefes darlığı, titreme, baş ağrısı, vücut ağrıları, boğaz ağrısı, burun akıntısı, ishal, bulantı, kusma şikayetleri varsa bir sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır.

LEJYONER HASTALIĞI (LEGİONELLOZİS)



Etken Legionella. Enfeksiyon, enfekte su damlacıklarının ve su buharının solunması yoluyla bulaşır. Bakteriler suda yaşar ve 20-50 derecedeki sıcak su sistemlerinde çoğalırlar. Bu bakteriler, klimalara, sıcak su sistemlerine, ortam nemlendiricilerine, kaplıcalara ve su içeren diğer cihazlara yerleşir. İnsandan insana doğrudan bulaşma yoktur. İki farklı klinik şekilde meydana gelir:

- Lejyoner hastalığı: İştahsızlık, halsizlik, kas ağrısı, baş ağrısı ve hızla artan ateş ile başlayan pnömoniye doğru giden, bunun sonucunda da solunum yetmezliği ve ölüme yol açabilecek olan akut bir bakteriyel pnömonidir.
- Pontiak ateşi: 2-5 gün içerisinde kendiliğinden geçen gribe benzer bir hastalıktır. Legionella enfestasyonuna karşı duyarlılık yaş ile birlikte artar. Bu durum özellikle sigara içenler, kronik akciğer hastalığı öyküsü olanlar ya da bağışıklık sistemini baskılayan diğer hastalıkları bulunanlarda daha belirgindir.

Dünyanın her yerinde görülebilir.

Yolcular için risk genellikle düşüktür. Otellerde ve diğer tesislerdeki hava soğutma sistemlerinde, ıslak alanlarda ve duş başlıklarında yerleşmiş bulunan mikroplar vasıtası ile enfeksiyon ve salgınlar görülebilir.

Aşı mevcut değildir.

Enfeksiyonun önlenmesi muhtemel kaynakların düzenli olarak temizlenmesi ve dezenfekte edilmesine bağlıdır

MENİNGOKOK MENENJİTİ

Etken *Neisseria meningitidis*.

Birçok kişi hasta olmadan taşıyıcı olur ve diğer kişileri enfekte eden bir kaynak haline gelir. Genel olarak genç yetişkinlerde daha sık görülür. Belirtiler temastan sonra 2 ile 10 gün arası görülür.

Yerel salgınlara dünyanın her yerinde rastlanabilir. Ilıman bölgelerde, vakaların çoğu kışın görülür. Sahra altı Afrika'da özellikle kasım-haziran ayları arasında büyük menenjit salgınları meydana gelir. Bu nedenle bu bölgeye "Afrika menenjit kuşağı" denir

Menenjit riskinin yüksek olduğu ülkeler



MENİNGOKOK MENENJİTİ



Endüstrileşmiş ülkelere gidenler için hastalık riski düşüktür. Menenjit kuşağı ülkelerine seyahatlerde kalabalık ortamlarda bulunuluyorsa risk vardır. Hastalığın bulaşması kapalı ve kalabalık ortamlarda kolaylaşır. Kamp ve yurtlarda kalan yolcular arasında da lokal salgınlar zaman zaman görülebilir.

Aşı mevcuttur. Tek doz olarak yapılan aşı 2 yıl koruma sağlar. Meningokokkal menenjitin ortaya çıktığı bilinen ülkelere (Suudi Arabistan, Afrika, Hindistan, Nepal, Güney Amerika) giden yolcular için aşı gereklidir. Hacı adaylarından dörtlü aşı (A, C, Y, W-135) sertifikası talep edilmektedir.

Kapalı ve kalabalık mekanlardan uzak durulmalı, meningokok hastası ile yakın temas durumunda, hemen koruyucu ilaç ve gerekli tıbbi destek için bir sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır

MİYAZİS (SİNEK HASTALIĞI)

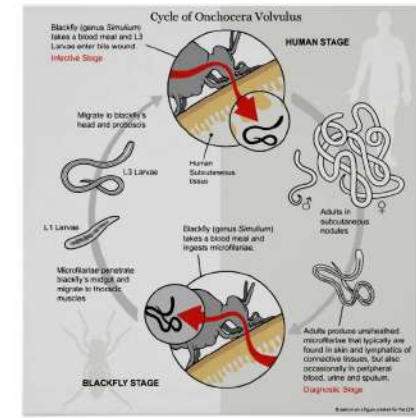


- Etken Sinek larvalarıdır. Miyaz sinekleri, bilhassa köylerde, hayvancılığın yoğun olduğu bölgelerde daha çok görülen iri cüsseli, mavi, yeşil, sarı veya boz renkli sineklerdir.
- Miyaz, bazı sinek larvalarının, en azından hayatlarının belli bir periyodunda insan yahut omurgalı hayvanların canlı veya ölü dokuları, vücut sıvıları veya hazmedilmiş gıda maddeleriyle beslenmeleri ile oluşan patolojik durum olarak tarif edilmektedir. Larvalar insan dokularına ya sineğin doğrudan temasıyla bırakılır, ya da yumurtalarının veya larvalarının farkında olunmadan besinlerle ağızdan alınmasıyla sindirim sistemine, kirli sonda veya katater ile bulaştırılarak idrar yollarına yerleşirler

Hastalığın Seyri -Miyaz tipleri:

1. Sağlam deri miyazı: Larvalar deri içinde veya altında yerleşirler. Deriden girip deri altında tüneller açarak ilerlerler. İçinde larvanın hareketlerinin görüldüğü çıbanlar oluştururlar.
2. Yara miyazı: Bakımsız açık yaralara bırakılan yumurtalardan çıkan larvaların oluşturduğu hastalık tablosudur. Bazı türlerin larvaları yaralardaki ölü dokuları yiyerek, bazı türlerin larvaları ise hem ölü, hem de sağlam dokuları yiyerek beslenir ve civar dokularda tahribata yol açar. Bu halk arasında, “yaranın kurtlanması” diye de adlandırılır.
3. Bağırsak miyazı: Sinek yumurta ve larvaları besinlerle ağızdan alındıklarında çoğu midede ölür, bir kısmı ise ince bağırsağa geçerek bağırsak miyazına sebep olur. Hastada aylarca devam eden bulantı, kusma, iştahsızlık gibi sindirim sistemine ait belirtiler yanında, bazı sinir sistemi belirtileri de ortaya çıkar. Bağırsaktaki larvalar, bazı türlerde larva olarak dışarı atılıp dışarıda pupaya dönüşürken, bazıları bağırsakta pupaya dönüşür ve bu şekilde dışarı atılır.
4. İdrar ve üreme yolları miyazı: İdrar veya üreme yolları çıkışına sineğin yumurta veya larvalarını bırakması ve larvanın söz konusu kanallara girerek hastalık oluşturması halidir.
5. Göz miyazı: Sineğin uçarken larvasını tazyikli bir şekilde insanın gözünün içine atmasıyla oluşur. Göz içerisinde birçok larva görülebilir. Larvaların bırakılmasından çok kısa süre sonra gözde ileri derecede şişme, kızarıklık ve kaşıntı oluşur. Tedavi edilmezse körlükle sonuçlanır.
6. Ağız ve diş eti miyazı: Sineğin larva veya yumurtalarını ağıza bırakması neticesi oluşan miyaz şeklidir. Daha çok ağız açık olarak dolaşan ve uyuyan kişilerde; özellikle de akıl hastalarıyla şuuru yerinde olmayan yatalak hastalarda görülür. Larvalar öncelikle yumuşak damak olmak üzere, ağızdaki değişik dokuları delerek daha derinlere girerler ve o dokularla beslenerek gelişirler. Ağız içine bakıldığında larvalar görülebilir. Larvaların hemen çıkarılması gerekir.
7. Burun miyazı: Larvaların burun boşluğuna yerleşmesi neticesi oluşur. Baş ağrısı ve burunda kaşıntı, şişlik, solunum güçlüğü, kanlı-cerahatli bir akıntı görülür. Tedavi edilmeyen vakalarda, larvalar kıkırdak, doku ve kemikleri tahrip edebilir ve kafatası içerisinde bulunan sinüslere yerleşerek ölüme sebep olabilir.
8. Kulak miyazı: Larvaların kulağa bırakılması neticesi oluşur. Kulakta şiddetli ağrı, çınlama ile başlayan şikayetler sağırlıkla neticelenebilir. Ayrıca kulak zarını delip orta kulağa geçen larvalar, beyne ulaşip ölüme sebebiyet verebilirler.

NEHİR KÖRLÜĞÜ (ONCHOCERCİASİS)



Etken *Onchocerca volvulus*.

Hastalık akan suyun çevresinde yaşayan karasinekler tarafından bulaştırılır. İnsandan insana da karasineklerle taşınır.

Dünyada ikinci sıklıkta körlüğe neden olan enfeksiyon hastalığıdır. Larvalar erişkin formlara dönüşerek cilt yüzeyine veya eklemlere yakın bölgelere yerleşir. Erişkin formlar yarım metre uzunluğa kadar ulaşabilir, cilde doğru ilerler, kaşıntıya ve ciltte depigmentasyona, lenfadenite, elefantiazise, görme bozukluğuna ve körlüğe yol açar.

Hastalık Afrika'da, Guatemala'da, Meksika'nın güneyinde, Venezuela'da, Brezilya'da, Kolombiya'da, Ekvator'da ve Arap Yarımadası'nda görülmektedir. Vakaların % 99'u Afrika'da bulunmaktadır.

Macera gezginleri ve kırsal bölgelerde kalacaklar risk altındadır.

Aşı mevcut değildir.

Nehir kenarlarında ivermektin içeren ilaçlarla mücadele esastır. Nehir kenarlarında kalacak gezginlerin karasinek ısırıklarından kendilerini korumaları önerilmektedir

SARIHUMMA (YELLOW FEVER)

Etken Sarı Humma virüsü

Sarihumma; kentsel ve bazı kırsal alanlardaki *Aedes aegypti* sineklerinin, ya da Güney Amerika'da ormanlardaki diğer sineklerin ısırıklarıyla bulaşır. Sinekler gündüzleri ısırmaktadır. Bulaşma 2500 metreye kadar olan yerleşim birimlerinde gözlenebilir. Sarihumma insanları ve maymunları enfekte etmektedir. Yoğun kitlelerin yaşadığı yerlerde enfeksiyonun görülmesi, sarıhumma salgınlarına yol açabilir.

Ateş, kas ağrısı, baş ağrısı, titreme, iştahsızlık, mide bulantısı ve/veya kusma ve sıklıkla bradikardi görülür. Hastaların yaklaşık %15'i birkaç gün içinde ikinci safhaya girerler. Yeniden ateş çıkması, sarılık gelişmesi, karın ağrısı, kusma ve kanama belirtileri gelişir. Bu hastaların yarısı ilk belirtilerin başlamasından 10-14 gün sonra ölürler.

Sarı humma virüsü, Afrika'nın bazı tropikal bölgelerinde ve Amerika'nın orta ve güney bölümlerinde lokal olarak yaygınlık gösterir.

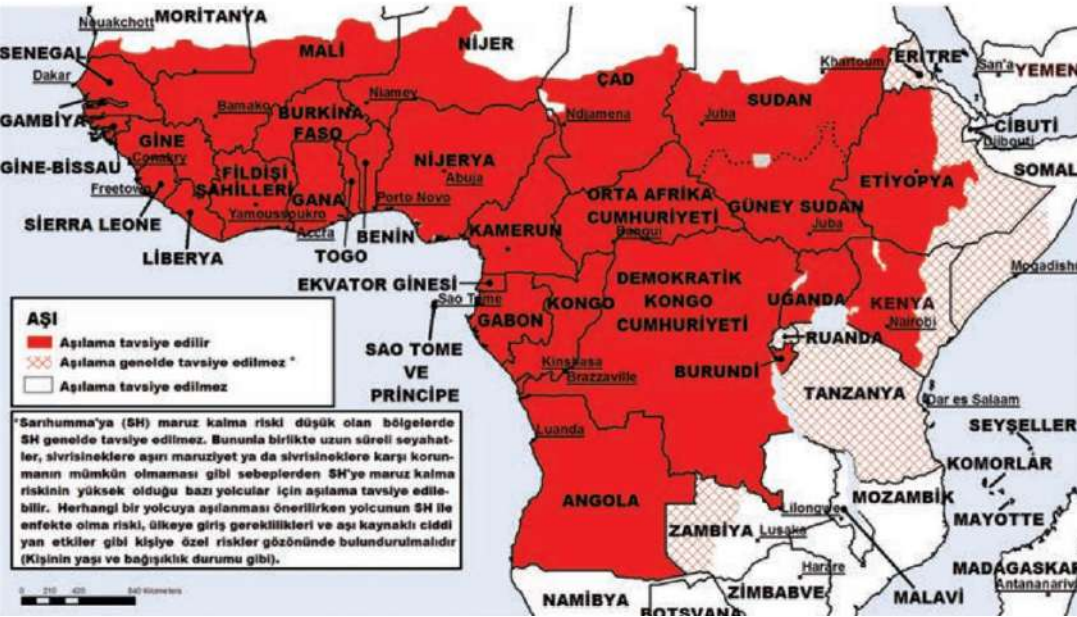
Sarı hummanın yaygınlık gösterdiği yerlere seyahat eden kişiler risk altındadırlar. Ormanlık bölgelere ve vahşi ortamlara giren kişiler için risk çok daha fazladır.

Aşı mevcuttur.

Enfeksiyona maruz kalma riski, sinek ısırmalarına karşı tedbir alınarak azaltılabilir.



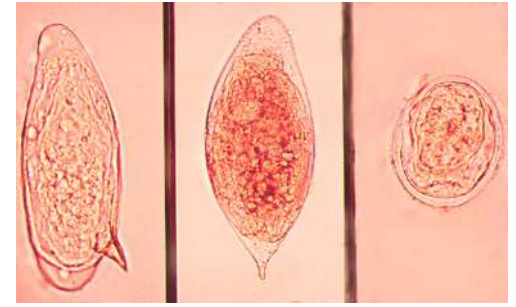
Afrika kıtası için Sarıhumma aşılması önerileri - 2015



Amerika kıtası için Sarıhumma aşılması önerileri - 2013



ŞİSTOZOMİYAZİS



Etkenler *Schistosoma mansoni*, *S. japonicum* ve *S. haematobium*'dur.

Enfeksiyon, salyangozlarda larvaların olması ve bunu içeren tatlı sularda meydana gelir. Su ile uğraşan kişilerin cildine geçer. Salyangozlar insan idrarı ve dışkılarındaki yumurtaların dışarıya atılması sonucu enfekte olurlar.

Yetişkin kurtların venöz sistemde (bağırsak) yıllarca yaşadığı ve yumurta ürettiği kronik bir hastalıktır. Farklı türler genellikle farklı organları etkilerler. *S. mansoni* ve *S. japonicum* karaciğer ve bağırsak, *S. haematobium* idrar yolu

S. mansoni; birçok Sahra altı Afrika ülkesinde, Arabistan Yarımadasında, Brezilya'da, Surinam'da ve Venezuela'da görülür. *S. japonicum*'a; Çin'de Endonezya'nın bir kısmında ve Filipinlerde rastlanır. *S. haematobium* ise Sahra altı Afrika'da ve Akdeniz'in doğu bölgelerinde görülür.

Yerel salgınların görüldüğü yerlerde tatlı suda yüzen veya suda oynayan kişiler risk altındadır.

Aşı mevcut değildir.

Vakaların sık görüldüğü yerlerdeki sularda yüzmekten veya su sporlarından kaçınılmalıdır. Eğer kaza sonucu maruz kalınmışsa, cilt iyice kurulanmalıdır. Larvaların bulunması muhtemel olan sular içilmemeli veya yıkama işinde kullanılmamalıdır. Suyun larvalardan temizlenmesi amacı ile kağıt filtresi, klor veya iyot kullanılabilir.

UYKU HASTALIĞI (AFRİKA TRYPANOSOMA ENFESTASYONU)

Etken Trypanosoma brucei gambiense ve T. brucei rhodiense.

Enfekte olmuş çeçe sineğinin ısırığıyla bulaşır.

Çeçe sineği tarafından ısırıldıktan birkaç gün veya hafta sonra ortaya çıkar. Hastalığın ilk belirtileri sineğin ısırıldığı yerde 1-2 hafta içinde oluşan sert, ağrılı ve kırmızı renkte yaralardır.

O bölgeye yakın lenf bezlerinde büyüme görülür. Şiddetli baş ağrısı, uykusuzluk, anemi ve ciltte döküntüler vardır. Hastalık ilerlediğinde parazit kan yolu ile beyne ulaşır ve iltihaplanmaya yol açar. Bu durumda kişide uykuya eğilim, felç, yürümede ve konuşmada bozukluk, bayılma, kişilik değişikliği gibi belirtiler görülür. Halsizlik, yorgunluk ve düzensiz ateş yükselmeleri hastalığa eşlik eder. Nefes darlığı, kalpte aritmi ve yetersizlik, ishal, dalakta büyüme, adet düzensizliği, ilerleyen kilo kaybı diğer bulguları oluşturmaktadır. Eğer tedavi edilmezse hastalık ölümcüldür

Önlemler



- T. gambiense, Afrika'nın batı ve orta bölgelerindeki tropikal ülkelerde görülür. T. rhodiense ise Afrika'nın doğusunda ve Botswana'ya kadar olan güney bölgelerinde görülür.
- Vakaların sık görüldüğü kırsal alanlara; avlanma, balık tutma, safari turları yapma, tekne kullanma veya diğer faaliyetler için giden kişiler risk altındadır.
- Aşı mevcut değildir.
- Önlem olarak nehir kıyıları ve çalılıklardan uzak durulmalıdır. O bölgelerde koruyucu ve açık renkli elbiseler tercih edilmelidir. Çeçe sinekleri giysi üzerinden bile ısırabilirler. Çeçe sineklerinin gündüzleri ısırıkları ve böcek kovucu ürünlerin çokta etkili olmadığı konusunda yolcular uyarılmalıdır. Uyurken cibinlik gibi yatak koruyucularının kullanılmalıdır. Eğer semptomlar ortaya çıkmaya başlarsa acil tıbbi yardım alınmalıdır. Hastalığın ilk dönemlerinde tedavi daha başarılıdır. Ancak beynin hasar gördüğü durumlarda ve tedavi olmayanlarda ölüm oranı yüksektir.

VEBA (PLAGUE)

Etken *Yersinia pestis*.

Veba, kemirgenleri etkileyen zoonotik bir hastalıktır ve sıçanlardan diğer hayvanlara ve insanlara pireler aracılığıyla bulaşır. Pnömoni hariç insandan insana bulaşması söz konusu değildir.

Hastalık, mikroorganizma alındıktan sonra 2-8 gün içinde kendini gösterir. Hastada, aniden başlayan baş ve sırt ağrıları, ateş, titreme, kusma, nefes darlığı, halsizlik, döküntü, burun kanaması, kan tükürme, kasık ağrıları ve devamlı dalgınlık görülür. Yapılacak ilk iş hastayı tecrit etmektir.

Vebanın başlıca 3 klinik formu vardır: “Hıyarcıklı vebası”: Genellikle enfekte pirelerin ısırığı sonucu meydana gelir. En çok da bölgesel lenf nodları etkilenir. Lenfadenit gelişir. Şişme, ağrı ve lenf düğümleri iltihabı karakteristik veba bubonlarını oluşturur. “Septisemik veba”: Hıyarcıklı vebadan, enfeksiyonun kan dolaşımına yayılması, menenjit, toksik şok ve yaygın damar içi pıhtılaşması gelişmesi görülür. “Pnömonik veba”: Veba basilinin vücudun diğer bölgelerinden akciğerlere yayılması ile görülür. Acil ve etkili bir tedavi uygulanmazsa, hıyarcıklı veba vakalarının % 50-60’ı ölümle sonuçlanır

Veba

Dünyanın birçok yerinde sıçanlarda veba enfeksiyonu odakları bulunur. Orta, doğu ve güney Afrika'da, güney Amerika'da, kuzey Amerika'nın batı bölümünde ve Asya'daki birçok alanda yabancı kemirgen vebası mevcuttur. Bazı alanlarda, vahşi ve evcil sıçanlar arasında temas yaygındır. Bu da lokal insan vebası salgınlarına ve zaman zaman genel salgınlara neden olur.

Yolcular için risk genellikle düşüktür. Ancak, veba vakalarının görüldüğü bölgelerdeki kırsal alanlara gidenler ve buralarda kamp yapan veya dağlık alanlarda gezenler ve kemirgenlerle temas edenler için risk söz konusudur.

Sadece mesleki açıdan büyük risk altında olanlar için aşı mevcuttur.

Önlem olarak canlı ya da ölü kemirgenlere temas etmekten kaçınılmalı, kemirgenlerle ve pirelerle mücadele önemlidir

ZİKA VİRÜS HASTALIĞI



İlk olarak Uganda'da 1947'de Zika Ormanı'nda bir Rhesus maymununda keşfedilmiştir. İnsanlarda ilk tesbiti ise 1954 yılında Nijerya'da olmuştur.

Etken Flavivirus grubundan bir RNA Virüsü olan Zika virüsüdür.

Zika virüsünün insanlara ana bulaş yolu enfekte Aedes türü sivrisineklerin ısırmasıdır. Bunlar Dengue ve Chikungunya Hastalıklarını da bulaştıran sivrisineklerle aynı türdür. Aedes türü sivrisinekler, gündüz ısırmaı tercih ederler. Tipik olarak yumurtalarını; hayvan besleme kapları, çiçek vazoları, kovalar gibi durgun suların yanına ve içine bırakırlar. Sivrisinekler, Zika hastalığını geçirmekte olan bir kişiyi ısırarak enfekte olurlar, daha sonra bu enfekte sinekler, sağlam kişileri ısırarak enfekte ederler. Zika virüsü ile enfekte olmuş gebelerde enfeksiyon bebeklere de bulaşabilir. Bugüne kadar emzirmeyle geçiş bildirilmemiştir. Teorik olarak, şimdiye dek henüz rapor edilmese de kan transfüzyonu yoluyla geçiş mümkündür. Cinsel temasla geçiş çok nadir de olsa söz konusudur

Zika virüs

İnkübasyon periyodu kesin olmamakla birlikte birkaç gündür. Enfekte kişilerden ancak 5'te 1'inde semptomlar ortaya çıkar. En sık görülen belirtiler; aniden başlayan ateş, döküntü, eklem ağrıları, gözlerde kızarıklıktır. Kas ağrısı, baş ağrısı, gözlerin arkasında ağrı ve kusma. Klinik genellikle hafif geçer, belirtiler 2-7 günde sona erer, hastaneye yatış çoğunlukla gerekmez. Ölüm çok nadirdir, çok düşük oranda Guillain-Barre gelişebilir.

Gebelik döneminde karşılaşılan Zika virüsü ile bebeklerde görülen konjenital mikrosefali arasında ilişki vardır.

Spesifik tedavisi yoktur.

Tropikal Afrika, Güneydoğu Asya, Pasifik Adaları, Orta ve Güney Amerika'da görülmektedir. Özellikle gebeler için risk daha önemlidir.

Hastalığı önleyici bir aşı ya da ilaç bulunmamaktadır.

Önlem olarak sivrisinek ısırıklarından korunmak esastır. Bunun için klimalı ya da korunmuş mekanlarda kalmaya özen gösterilmeli, kapalı, vücudu tamamen örten, açık renkli, Permetrin ile muamele edilmiş giysiler giyinilmedilir. Aedes sivrisineği gündüz ısırıldığından, uyurken gün boyunca böcek kovucu ilaçla işlem görmüş cibinliklerin kullanılması önemlidir. Zika Virüsü Hastalığı teşhisi konmuşsa, virüsün daha da yayılmasını engellemek için, enfeksiyonun ilk haftasında sivrisinek ısırıklarından kendinizi koruyun

SEYAHAT AŞILARI





Aşı sonrası bağışık yanıt için belli bir süre gerektiğinden, seyahatten ortalama 4-6 hafta önce seyahate gideceklere gerekli aşıları yapılmalı ve koruyucu ilaç tedavisi başlanmalıdır.



Seyahat aşılması; gidilecek bölgedeki hastalık riskleri, seyahat öncesi süre ve seyahat süresi, kişinin yaş, gebelik, altta yatan hastalıklar gibi özelliklerine bağlı olarak değerlendirilir.

Seyahat öncesi aşılama,
bazı riskli hastalıklara karşı
koruyucu olsa da sıtma,
HIV gibi hastalıklara karşı
koruyucu aşı henüz yoktur.

Bu nedenle genel
enfeksiyon kontrol
önlemlerinin önemi hala
büyüktür

Seyahat aşı programı

- Dünya Sağlık Örgütü tarafından gidilecek ülkeye göre önerilen ve kişinin bağışık durumuna, seyahat türü ve süresine göre ayarlanan programlardır.
- Aşılar rutin, zorunlu, ve önerilen aşılar olarak sınıflandırılmıştır.

Rutin Aşılar

DBT (Difteri, Boğmaca, Tetanoz)

Hepatit B

HiB (Haemophilus İnuenza tip B)

İnfluenza

KKK (Kabakulak, Kızamık, Kızamıkçık)

Pnömonokok

Polio

Tüberküloz

Suçiçeği

Önerilen Aşılar

Kolera

Hepatit A

Meningokok

Kuduz

Japon Ensefaliti

Kene kaynaklı ensefalit

Tifo (Riskli ülkelere gidecek olanlara merkezlerimizde yapılmaktadır)

Sarı Humma (Riskli ülkelere gidecek olanlara merkezlerimizde yapılmaktadır)

Zorunlu Aşılar

- Sarı Humma
- Meningokoksik Menenjit

Polio Aşısı

- Polio bazı ülkelerde hala görülmektedir. Bu ülkelere gidecek yolcular için bulaşma riski mevcuttur.
- İki tip aşı vardır
- Oral veya inaktif polio aşısı yapılabilir. OPA seyahat öncesi 6 hafta önce hatırlatma dozu yapılmalıdır



ÖNERİLEN AŞILAR

HEPATİT A AŞISI

- Hepatit A, kişisel hijyenin kötü olduğu, kalabalık ortamlarda sık görülür.
- Hepatit A aşısı 1-15 yaş için 6-18 ay ara ile 2 doz, 15 yaş üzeri için 6-12 ay ara ile 2 doz olarak, kas içine uygulanır.
- Aşı sonrası kolda ağrı en sık görülen yan etkidir. Gerek görülürse gebelere de yapılabilir.

Tifo Aşısı

Tifo akut, yaşamı tehdit edici bir hastalıktır.

Uluslararası yolculuklar için tifo aşısı bir ön koşul değildir. Fakat tifo hastalığı riskinin olduğu bilinen yerlere gidecek yolculara aşı önerilmektedir.

Seyahat Sağlığı Merkezlerimizde parenteral uygulanan tifo aşısı bulunmakta ve endikasyon durumunda yapılmaktadır. Aşının koruyuculuğu % 50-80 'dir.

Tifo Aşısı

- Kuzey ve batı Afrika'nın bazı bölgeleri, güney Asya, Endonezya'nın bazı bölgeleri ve Peru dışında, risk genellikle düşüktür.
- Gezginler genellikle yalnızca düşük hijyen standartlarına maruz kaldıklarında risk altındadır. Aşı tam koruma sağlamadığından, aşılanmış gezginler bile potansiyel olarak kontamine yiyecek ve su tüketiminden kaçınmaya özen göstermelidir.
- Oral Ty21a (canlı attenuue aşı) ve intramuskuler Vi kapsüler polisakkarit aşısı (Vi CPS).
- Koruma enjeksiyondan yaklaşık 7 gün sonra başlar. Risk altındaki alanlarda, aşılamadan 1,5 yıl sonra koruyucu etkinlik yaklaşık %72 ve 3 yıl sonra yaklaşık %50'dir.

Japon Ensefaliti Aşısı

- Japon ensefaliti Asya'da görülen ve sivrisinekle bulaşan viral bir hastalıktır. Bu bölgelerde, Haziran'dan Eylül sonuna kadar risk yüksektir.
- Aşı sadece bu bölgelere, bu mevsimlerde ve kırsal alanlara gideceklere önerilir. Kısa dönem (30 günden az) ve kentsel bölgelere yolculuk yapacaklara genellikle tavsiye edilmez.
- Vektörlerden korunmak aşı olanlarda bile önemlidir. Aşı 0.,7. ve 30. günlerde 3 doz olarak yapılır. Koldan, deri altına uygulanır. Aşı sonrası ateş, baş ağrısı, kas ağrısı görülebilir. Ciddi alerjik reaksiyonlar ortaya çıktığı da gözlenmiştir. Gebelere önerilmez.

Kene Kaynaklı Ensefalit Aşısı

Bahar-yaz ensefaliti olarak bilinen ve kene ısırmasıyla bulaşan virüs hastalığıdır. Genellikle ormanlarda, tarlalarda ya da kırsal alanlarda iş veya ziyaret için bulunanlarda ortaya çıkar.

Aşı yolculuğu 3 haftadan kısa süreceklere önerilmez.

Uzun süre kalacaklara, özellikle kenelerin aktif olduğu sıcak havalarda gideceklerse aşı uygulanır. Gerekirse gebelere yapılabilir.

Kolera Aşısı

- Gıda güvenliğine uyan kişiler için kolera riski çok düşüktür (Yolcuların balık ve kabuklu deniz yiyeceklerinden kaçınmaları önerilir. Pişmiş ve sıcak servis yapılan yiyecekler, yolcunun bizzat soyduğu meyve ve sebzeler ve kaynatılmış veya klorlu sudan hazırlanan içecekler ve buz, karbonatlı içecekler genellikle güvenlidir).
- Kolera aşısı kısa süreli ve çok etkin olmayan bir bağışıklık sağladığından genellikle önerilmez. Ancak uygulanacaksa tek doz olarak ve ağızdan verilir. Gebelere uygulanmaz.



ZORUNLU AŞILAR

Sarihumma Aşısı

Gidilecek ülkeye göre tercih edilir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün zorunlu tuttuğu tek aşı
Sahra Altı Afrika ve Güney Amerika'ya seyahat
edeceklere önerilen Sarı Humma aşısıdır.

Sarihumma aşılması iki farklı nedenden dolayı
gerçekleştirilir

1) Sarı Humma enfeksiyonu riski olan bölgelere gidecek kişileri korumak

2) Hassas ülkelere Sarı humma virüsünün taşınmasını önlemek

Sarı humma aşısı

- 9 aylıktan itibaren seyahat eden kişilere sarı humma aşısı Sahra altı Afrika, Güney Amerika, Orta Amerika ve Karayipler'de Trinidad'ın bazı bölümleri dahil olmak üzere sarı hummanın bulunduğu bir bölge gidenlerde önerilir.
- Tek doz yapılır ve %100 koruyucudur.
- Seyahatten en az 10 gün önce aşı yapılmalıdır. Canlı aşı olduğu için diğer canlı aşılar önceden yapılmışsa arada en az 4 hafta olması gerekir. Dört haftalık bir boşluk bırakmak mümkün değilse sarı humma aşısı yapılmalı ancak daha sonraki bir tarihte ek MMR dozu yapılmalıdır.
- Aşı sonrası Uluslararası Aşılama veya Profilaksi Sertifikası verilir



Uluslararası sarıhumma aşılama sertifikası, aşı olunduktan 10 gün sonra geçerlilik kazanır ve 10 yıl boyunca geçerli sayılır.



Aşılama sertifikası istenmemesi, o ülkede sarıhummaya maruz kalınmayacağı şeklinde yorumlanmamalıdır. Eğer sarıhumma aşılması tıbbi nedenlerden dolayı kontrendike ise, bundan muaf tutulabilmek için sağlık raporu istenir

Meningokoksik Menenjit Aşısı

- Meningokoksik Menenjit hastalığına karşı aşılama, Hac ve umre döneminde Mekke ve Medine'yi ziyaret edecekler için Suudi Arabistan tarafından istenen bir koşuldur.
- Meningokok serogrup A, C, Y ve W135 hacılar için Suudi Arabistan tarafından istenmektedir
- Bazı ülkeler tarafından da Hac dönüşünde istenir. Ayrıca menenjitin yoğun görüldüğü bölgelere (Afrika menenjit kuşağı gibi) yolculuk yapanlara da önerilmektedir

Sıtma Kemoprofilaksisi

- Sıtmanın endemik olduğu bölgelere seyahat eden kişiler kemoprofilaksi, uygun süre alırsa sıtmaya bağlı ölümler ve komplikasyonlardan korunmuş olur. Kemoprofilaksi önerileri sık olarak değişmektedir. Ükelere, hatta aynı bölgelere göre, hava durumuna, ilaç direncine ve yeni olgu görülmesine göre öneriler değişmektedir.
- *P.vivax*, *P.ovale*, *P.malaria* ve klorokin duyarlı *P.falciparum*; klorokin 300 mg baz tb 500 mg tuz tb. Seyahatten 1-2 hafta önce başlanır, her hafta alır ve seyahat sonrası 4hf devam eder)
- Klorokin dirençli *P.falciparum*; Meflokin 250mg tuz tb. Meflokin iyi tolere edilmesinden dolayı üç gün üst üste yükleme yapıldıktan sonra haftalık olarak verilir.
- Klorokin veya meflokin dirençli *P.falciparum*; Doksisiklin 100mg tb. Seyahatten iki gün önce başlanır, her gün alınır ve seyahatten sonra 4 hafta devam edilir. 8 yaş altı çocuklarda, gebelerde kullanılmaz. Atovakuon+prokuanil (250 mg)/(100 mg) Malarone seyahatten 1-2 gün önce başlanır, her gün alınır ve seyahatten sonra 1 hafta devam edilir.



Bir adaya
düşseniz yanınıza
ne alırdınız?