

kullanılmaya başlanmış olup, Amerikan Hastalık Kontrol ve Önlenmesi Merkezi Sağlık-hizmeti ilişkili enfeksiyon tanımlarını ve kriterlerini tekrar belirlemiştir (4). Yeni tanımlama ve kriterlere göre daha önceki tanımlamalardan (2) farklı olarak klinik sepsis, laboratuvar ile kesinleşmiş kan akımı enfeksiyonu ve cerrahi alan enfeksiyonu tanımlamalarında minör değişiklikler yapılmıştır (4). Günümüzde hastane enfeksiyonu veya nazokomiyal enfeksiyonu tanımlamalarının kullanılmasından vazgeçildiği ve bu terimler yerine sağlık-hizmetleri ilişkili enfeksiyon tanımının kullanılmaya başlandığına hatırlatmak isterim. Özçetin ve arkadaşları çalışmanın yapıldığı ünite enfeksiyon sıklığını %5.3 oranında bulurlarken yoğun bakım ünitesinde bu oranın %24.7 gibi yüksek oranda bulmuşlardır. Hastane kaynaklı bu enfeksiyonların başında kan akımı enfeksiyonu ve üriner sistem enfeksiyonlarının geldiği görülmüştür. Pediatri yoğun bakım ünitelerinde hastane kaynaklı enfeksiyonlar incelendiğinde ilk sırada kateter ilişkili kan akımı enfeksiyonları, pnömoniler ve üriner sistem enfeksiyonları gelmektedir. Özçetin ve arkadaşlarının yapmış oldukları bu çalışmada ilgi çekici noktalardan bir tanesi izole edilen *S. aureus* suşlarında neredeyse koagülaz negatif stafilokoklara (%87.5) yakın oranda metisilin direnci (%66.6) olduğunun görülmesidir. Ayrıca gram negatif ajanlar değerlendirildiğinde de *E. coli* ve *Klebsiella* suşlarında sırasıyla %31.8 ve %53.3 gibi yüksek oranda genişletilmiş spektrumlu beta laktamaz (GSBL) üretiminin tespit edilmiş olmasıdır. Yine Türkiye'den Marmara Üniversitesi Hastanesinde Demir ve arkadaşlarının (5) yapmış olduğu bir çalışmada pediatri servisinde %46 oranında GSBL pozitif *Klebsiella* suşlarının olduğu tespit edilmiş ve el hijyenine uyumun yaygınlaştırılması, antibiyotik kullanılmasının kısıtlanması ve devamlı sürveyans ile aynı ünite de bir yıl sonunda *Klebsiella* suşlarında GSBL oranlarının %18'e düşürülmüştür. Özçetin ve arkadaşlarının çalışmaları vurguladıkları gibi hastane ünitelerinde spesifik enfeksiyon hızlarının, etkenlerin, direnç oranlarının bilinmesi ve devamlı sürveyans çalışması ile birlikte enfeksiyon kontrol önlemlerinin alınmasının enfeksiyon oranlarının düşürülmesinde çok büyük fayda sağlayacaktır. Bunlara ek olarak genel enfeksiyon sıklığının bilinmesinin yanında kateter ilişkili kan akımı enfeksiyonu, ventilatör ilişkili pnömoni ve üriner kateter ilişkili idrar yolu enfeksiyonu gibi spesifik alet veya prosedür ilişkili enfeksiyon oranlarının ve etkenlerinin tespit edilmesi daha kesin ve özgül enfeksiyon kontrolü önlemlerinin alınmasında daha fazla fayda sağlayacağını belirtmek isterim. Özçetin ve arkadaşlarının yapmış oldukları bu çalışma ile ulusal veri tabanına yaptıkları katkıdan dolayı kutlar ve çalışmalarında başarılar dilerim.

### Dr. Ahmet Soysal

Marmara Üniversitesi Hastanesi  
Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı,  
Tophanelioğlu Caddesi, Altunizade,  
İstanbul, Türkiye  
Tel.: +90 216 327 37 57  
E-posta: ahsoysal@yahoo.com

### Kaynaklar

1. Özçetin M, Ulaş E, Karapınar B, Özen S, Aydemir Ş, Vardar F. Hastane enfeksiyonları; sıklığı ve risk faktörleri. Çocuk Enfek Derg 2009; 3: 49-53.
2. Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, et al. Guideline for prevention of surgical site infection 1999. Centers for Diseases Control and Prevention, (CDC). Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. Am J Infect Control 1999; 27: 97-132.
3. Garner JS, Jarvis WR, Emori TG, Horan TC, Hughes JM. CDC definitions for nosocomial infections, 1988. Am J Infect Control 1988; 16: 128-40.
4. Horan CT, Andrus M, Dudeck MA. CDC/NHSN surveillance definition of health care-associated infection and criteria for specific types of infections in the acute care settings. Am J Infect Control 2008; 36: 309-32.
5. Demir S, Soysal A, Bakir M, Kaufmann ME, Yagci A. Extended-spectrum beta-lactamase-producing *Klebsiella pneumoniae* in paediatric wards: a nested case-control study. J Paediatr Child Health 2008; 44: 548-53.

### Sayın Editör,

Derginizin Haziran 2009 sayısında yayınlanan Türkiye'deki Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlarının Papilloma Virüs Aşısı Konusundaki Bilgi ve Tutumları adlı çalışma çok eğitici (1). Ankete yanıt verme oranı belirtildiği gibi düşük. Bu durum ülkemizdeki bilimsel çalışmalara destek ve katılımın yetersiz olduğunu desteklemektedir.

İlginç olan, aşı önerenlerin hastalık konusunda bazı sorulara belirgin yanlış yanıtlar vermelerine karşın aşığı yine de önermeleridir (2). Eğer önerilerimize uyulmasını istiyorsak, 30 yıllık serbest Çocuk Hastalıkları Uzmanı olarak deneyimime dayanarak belirtirim ki, konulara bütün olarak hakim olmalı, gelecek sorulara; doğru, güncel, açık ve tarafsız yanıtlar verebilmeliyiz. Bunu başardığımız oranda önerilerimize uyum artacaktır.

Çalışmada dikkati çeken bir diğer makalede Şekil 1'deki yaş ilerledikçe azalan aşı önerme oranlarıdır (1). Elbette yaş küçüldükçe HPV aşısının koruyuculuğu ve yararı artmaktadır. Bu nedenle 11-12 yaşta rutin aşılama yapılmamışsa 13-26 yaşta yakalama aşısını önerilmektedir (2). FDA 'den 9-26 yaş ruhsat almış ve yakında 45 yaşa dek ruhsat alması beklenen bir aşının aşılama oranına önerme oranının yaş ilerledikçe azalması için hiçbir geçerli neden yoktur (3,4). Evlilik öncesi ilişkilere daha muhafazakar yaklaşan toplumumuzda daha yararlı olacağı beklenmelidir.

Aşının maliyetinin önerme konusunda çekince yaratması yadsınamaz bir gerçektir. Kanımca etik olarak aşıyla ilgili doğru ve yeterli bilgilendirme yaptıktan sonra bu kararı ergen ve ailenin vermesi daha doğru olacaktır. Aşının yan etki nedeni ile önerme çekincelerinin çalışmada olmaması belirtildiği gibi önemli bir eksiktir. Medya ve internette HPV aşısının ciddi yan etkilere, ölüme yol açtığı haberleri sıklıkla Centers for Disease Control (CDC) HPV sayfasını denetlemeye yol açsa da bu güne dek aşıya bağlı ölüm bildirilmemiştir (5). Aşı uygulamasının cinsel konuları ergen ya da ana baba ile tartışmaktan kaçınma ya da ergenlerde riskli cinsel davranışları arttıracağı nedeni ile önerilmemesi geçersiz ve yanlış bir yaklaşımdır. HPV aşıları yüksek riskli tiplerin %70'inden korumakta, diğer tiplerle enfekte olma riski devam etmektedir. Başta HIV olmak üzere tüm cinsel yolla bulaşan diğer hastalıklar en sık ergenlerde görülmektedir. Bu hastalıklar konusunda ergenleri bilgilendirmek ve korunma yollarını öğretmek bizim görevimizdir. Bu görevde başarılı olduğumuz oranda ergenlerin riskli davranma eğilimi azalacaktır.

#### Dr. Halil Gümüş

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı  
Çekirge Cad. 50/13 Osmangazi,  
Bursa, Türkiye  
Tel: +90 224 232 02 08  
E-mail: halilgumus@superonline.com

#### Kaynaklar

1. Yıldırım M, Düzovalı Ö, Kanık A, Kırık Ö. Türkiye'deki Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlarının İnsan Papilloma Virus Aşısı Konusundaki Bilgi ve Tutumları. Çocuk Enf Derg 2009; 3: 62-8.
2. Somer A, Human Papillomavirus (HPV) Aşıları. Çocuk Enf Derg 2008; 2(Özel Sayı 2): 50-5.
3. Food and Drug Administration. Product approval information-Licensing action (quadrivalent human papillomavirus types 6,11,16,18). [www.fda.gov/cber/label/HPVmer060806LB.pdf](http://www.fda.gov/cber/label/HPVmer060806LB.pdf), accessed on 15 June 2009.
4. Nubia M, Manalastas R, Tresukosol D, Monsonogo J, Ault K et al. Safety, immunogenicity and efficacy of quadrivalent human papillomavirus (types 6,11,16,18) recombinant vaccine in women aged 24-45 years: a randomised, double-blind trial. Lancet 2009; 373: 1949-57.
5. [www.cdc.gov/vaccinesafety/updates/human\\_papillomavirus\\_vaccine.htm](http://www.cdc.gov/vaccinesafety/updates/human_papillomavirus_vaccine.htm), accessed on 15 June 2009.

#### Sayın Editör,

Ülkemizde aşı bilinci ve uygulanma oranı son yıllarda hızla artmakta. Çocuk Enfeksiyon Dergisi Haziran 2009 sayısında Hepatit A seroprevalansı çalışması A Hepatit aşısını ve uygulama gereksinimini gündeme getirmesi yönünden yararlı bir çalışma (1). Ancak aşı okul öncesi yerine 1 yaşında başlatılmalıdır (2). ABD'de Markov modeli ile 1 yaşında rutin aşılanma 2005 yılında yapılan maliyet analizi olumlu bulunarak 1 yaşında rutin A hepatit aşısı uygulanması başlatılmıştır (3). Bağışıklamada temel

kural hastalığı geçirme olasılığı olan ve aşının etkinliği ve güvenliği tespit edilmiş en genç yaştaki insanlara uygulamasıdır (4). Aşı 12 aydan sonra yeterli bağışıklık sağlamakta ve diğer aşılarla birlikte güvenli olarak uygulanabilmektedir (2,3). Tüm bu nedenlerle ve özel kliniklerde uygulanacağı dikkate alındığında aşının diğer aşılarla birlikte 12-18 ya da 12-24 aylarda uygulanması yararlı olacaktır. Rutin sağlam çocuk izlenimine uygun bu takvim ek muayene ücreti gerektirmeyecek ve aşı takvimine uyma olasılığını arttıracaktır. Ayrıca kronik hepatitli hastalara, hepatit virüsü taşıyanlara, dialize girenlere, kan ürünü gereksinimi duyan hastalara, homoseksüel ya da uyuşturucu bağımlılarına, gıda sanayi çalışanlarına, sağlık çalışanlarına ve bakımevlerinde kalanlara bağışık değillerse aşılanma yapılmalıdır (2,3).

#### Dr. Halil Gümüş

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı  
Çekirge Cad. 50/13 Osmangazi,  
Bursa, Türkiye  
Tel: +90 224 232 02 08  
E-mail: halilgumus@superonline.com

#### Kaynaklar

1. Arabacı F, Oldacay M. Çanakkale Yöresinde Çeşitli Yaş Gruplarında Hepatit A prevalansı ve Akut Hepatit Olgularında Hepatit A sıklığı. Çocuk Enf Derg 2009; 3: 58-61.
2. Doğru Ü. Hepatit A aşısı. Çocuk Enf Derg 2008; 2 (Özel Sayı 1): 95-8.
3. CDC. Prevention of hepatitis A through active and passive immunization Recommendations of The Advisory Committee on Immunisation Practises (ACIP). MMWR 2006; 55(RR07): 1-2.
4. CDC. General Recommendations on immunization Recommendations of the Advisory Committee on Immunization MMWR 2006; 55(RR15): 1-48.

#### Yanıt

Ülkemiz, bölgelere göre önemle sosyal ekonomik farklılıklar ve heterojenite göstermekle birlikte bir bütün olarak bakıldığında Hepatit A enfeksiyon prevalansı yüksek bir ülkedir (15 yaş altında %68 lere varan oranda enfeksiyon ilişkili seropozitivite). Az gelişmiş bölgelerde bu oran daha da yukarıya çıkabilir. Erişkin ve maternal antikör düzeylerinin enfeksiyon geçirme sonrası, aşıya kıyasla daha yüksek olduğu bilinmektedir. Bunun gebe kadınlarda maternal antikörler olarak yenidoğan bebeğe yansiyebileceği öne sürülebilir. Ülkemizde yapılmış çalışmalarda yenidoğan bebeklerin %90 dan fazlasında maternal antikörlerin pozitif olduğu gösterilmiştir (1,2). Ülkemizde yapılan bir çalışmada, maternal antikörlerin bebeklerde; bir yaşında %36, 18 ayda %13, 21 ayda %6 oranında devam ettiği gösterilmiştir (1). Bir başka çalışmada maternal antikörlerin bir yaşında %9 olduğu ve 18 aya kadar kaybolduğu ve enfeksiyon ilişkili hepatit A seropozitifliğinin 18 aydan sonra giderek arttığı gösterilmiştir (3). Maternal antikörler, aşının daha düşük antikör konsantrasyonları oluşturmasına yol açabilir. Relatif