

AŞILAMA HASTA OLGULARI

Prof .Dr Fatma Aybala Altay

Ass. Dr Yakup Çağrı Okur

SBÜ Sincan Eğitim Araştırma Hastanesi

EKMUD Ankara Günleri

11.02.2026



OLGU 1

34 yaş erkek hasta

Yabancı uyruklu ve Türkiye’de çobanlık yapıyor

Yaklaşık 10 günü bulan yutma güçlüğü, duyma bozukluğu ve fasiyal paralizi, ayrıca alt ekstremitelerde yeni başlayan güçsüzlüğü ve vertigosu mevcut.

Nöroloji tarafından (ensefalit ?)enfeksiyon hastalıklarına konsülte edildi.

FM: Bilinç açık, koopere, oryante

Duyuma güçlüğü var.

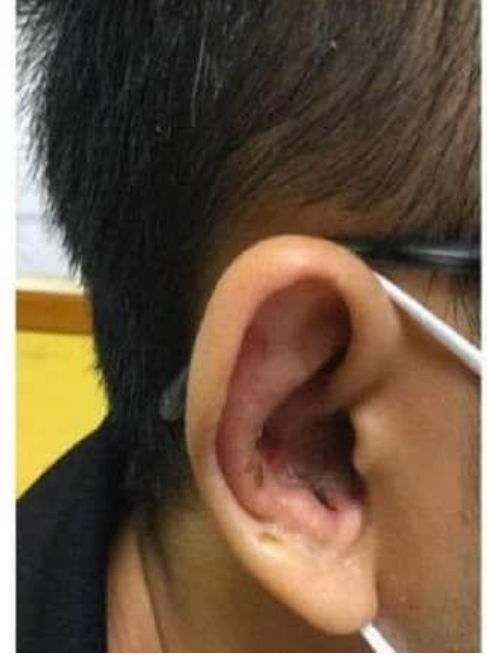
Ense sertliği, Kernig -Brudzinski yok.

Sol fasiyal paralizisi var.

Sol kulak işitme kanalı ve aurikulada kurutlu, yaklaşık 1x0,5 cm çaplı lezyonlar. 2 hafta önce geliştiği belirtildi.

Ayrıca vertigo nedeniyle ayağa kalkamıyor.

Hastaya 1 haftadır beslenemediği için PEG takılmasına karar verilmiş.



BOS hücre sayımı: 8 lökosit/mm³,

BOS protein: 45 mg/dl, BOS glukoz: 69 mg/dl;

BOS kültüründe üreme yok.

Serum ve BOS *Borrelia burgdorferi* antikorları negatif.

Kanda HSV IgM ve IgG gönderilmiş: IgM negatif, IgG pozitif .

BOS HSV PCR gönderilmiş, sonuç bekleniyor.

1. gün

Ramsay Hunt sendromu tanısı ile hastadan kan ve BOS' da VZV Ig M ve VZV Ig G istendi.

Asiklovir 3x750 mg iv tedavisi başlandı.

Kanda VZV Ig G pozitif, IgM negatif.

BOS protein: 60mg/dl BOS glukoz: 62mg/dl

BOS hücre sayımı: 12hc/ mm³

3. gün

Üriner retansiyon geliştiğı için hasta sonda ile takip edilmeye başlandı.

Beyin MR görüntüleme: Patolojik bulgu yok

Kontrastlı spinal MR: T ağırlıklı görüntülerde T3-4 ve T-5'de artmış sinyal yoğunluğu. Vertebral destrüksiyon ya da spinal kord kompresyonu izlenmedi.

Asiklovir tedavisine ek olarak metil prednizolon başlandı.

3 gün boyunca 1mg/ kg ve sonra da 10 gün boyunca 0,5 mg / kg şeklinde verildi.

BOS HSV PCR Sonuç: Negatif

7. gün

Hastanın vertigosu geriledi. Fasiyal asimetri düzelmeye başladı.

8. gün

Hasta ayağa kalkabiliyor. Üriner retansiyon halen mevcut.

BOS VZV Ig G pozitif. IgM ara değer.

14. gün

Hasta destekle yürüyebiliyor. Sonda çekildi ve miksiyonun düzeldiği görüldü.

Asiklovir tedavisi 21 güne tamamlanması planlandı. Steroid tedavisi de azaltılmaya başlandı.

18. gün

Yutma fonksiyonu geri gelen hasta rejim 2 ile beslenmeye başlandı.

PEG çekildi.

21. gün

Tedavileri STOP'lanan hasta FTR kliniğine rehabilitasyon için devredildi.

43. gün

Hasta sekelsiz olarak taburcu edildi.

Zona aşısı Türkiye'de olmadığından ve suçiçeği aşısı da ödeme kapsamında olmadığından yapılamadı.

13 ay sonra...

Hasta tekrar yutma güçlüğü ve bacaklarda güçsüzlük şikayeti ile başvurdu.

Aynı tedavi ile bu kez yaklaşık 2 ay izlendi ve şifa ile taburcu oldu.

Tekrar??

OLGU 2

81 yaşında erkek hasta

Başvuru tarihi : 17 ocak 2026

Başvuru şikayeti ve öyküsü: 3 gündür olan bilinç bozukluğu eşlik eden ateş , üşüme , titreme
öksürük balgamı yok

Çekilen MR raporu :

Sağ periventriküler alanda hipointens alanlar akut diffüzyon kısıtlılığı lehine yorumlandı

Hastaya 0.4 ml sc clexane yapılarak 18 ocakta nöroloji servisine yatırışı sağlanıyor

Hastanın Özgeçmişı

Bilinen HT-Bypass- KOAH -DM

Evde bakım hastası (tam ayrıntısı bilinmiyor)

2 aylık süre içerisinde ÜSYE ,İYE gibi bir öyküsü yok

Hastanın Laboratuvar ve Görüntüleme Sonuçları

BIYOKİMYA:(sadece patolojik olanlar)

CRP: 3 mg/dL (Lab üst sınır 0.5)

Kreatinin 1.96 mg/dL BUN:57.8 mg/dL

HEMOGRAM:

WBC:11370 mm³ Nötrofil: %78 Lenfosit: %20 Hb: 15.8 g/dL PLT: 143.000 mm³

VENÖZ KAN GAZI:

ph:7.37 hco₃: 24 mmol/L sO₂: %50 pCO₂: 42mmHg laktat: 2.4 mmol/L

TAM İDRAR TETKİKİ:

Eritrosit: 1 Lökosit :4

TORAKS BT:

Her iki akciğerde acil şartlarda değerlendirmede major patoloji saptanmamıştır.

2. GÜN

Hastanın nöroloji servis takibinde bilinç bozukluğunda artış ;solunum paterninde bozulma 38 dereceleri bulan ateşi oluyor , ardından çekilen toraks bt raporunda :

Her iki akciğerde lineer atelektazik bantlar izlendi.

Bilateral alt loblarda çevrelerinde buzlu cam sahaları bronşiolitik enfeksiyon ile uyumludur.

BK	17.01.26	18.01.26
CRP	3	7.33
Kreatinin	1.96	1.94
BUN	57.8	63.5

KG	17.01.26	18.01.26
pH	7.37	7.37
hCO3	24	21.8
sO2	%50	%81
pCO2	42	40.8
laktat	2.4	1.4

CBC	17.01.26	18.01.26
WBC	11370	14530
Nötrofil	%78	%77
Lenfosit	%20	%21
PLT	143.000	135.000
Hb	15.8	15.3

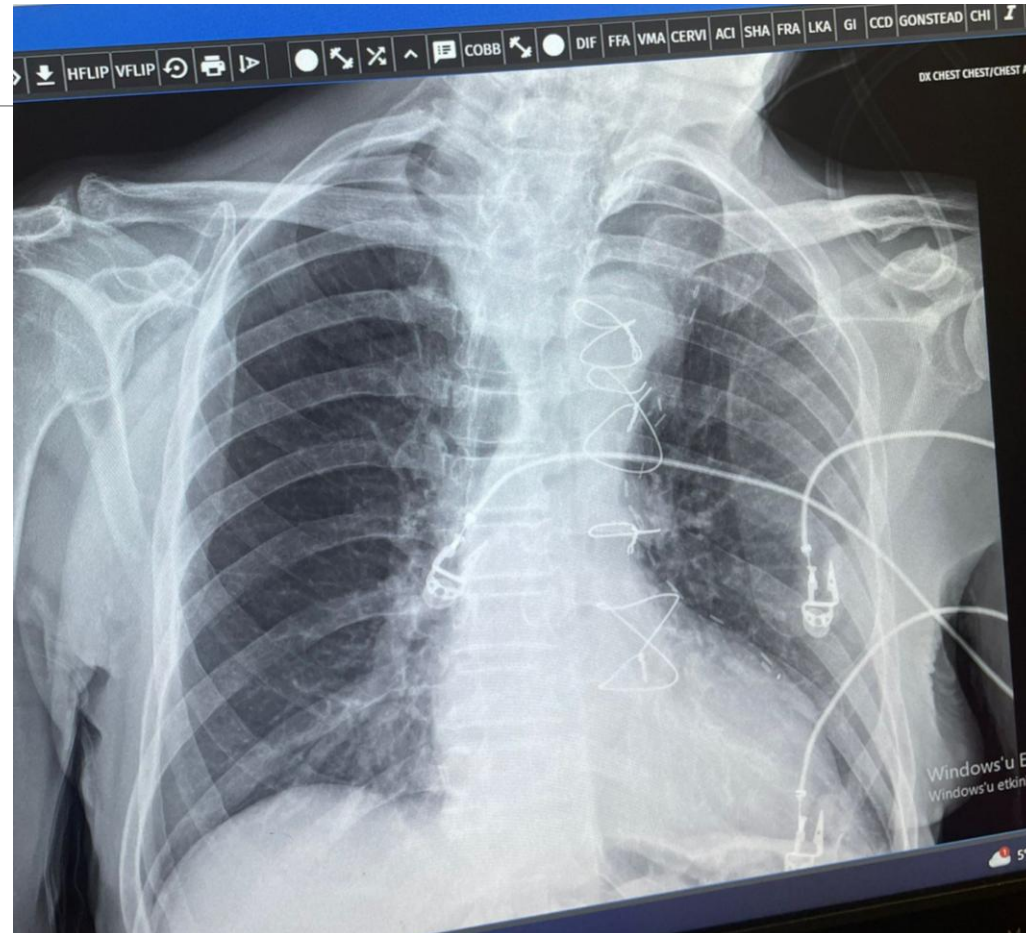
2.GÜN

Hasta akut solunum yetmezliği olarak değerlendirilip 19 ocakta yoğun bakım yatışı oluyor ve BİPAP 4x1 başlanıyor

Solunum sıkıntısı olması ve ateşlerinin subfebril seyretmesi nedeniyle YBÜ 2x1 gr seftriakson başlanmış

8.GÜN

25 ocakta YBÜ yatışının ve seftriakson 2x1 gr tedavisinin 7. gününde dispneik ve takipneik durumun kötüleşmesiyle birlikte sekresyon artışı görülen hastadan enfeksiyon hastalıkları konsültasyonu isteniyor ve tedavide seftriakson STOP' lanarak meropenem 2x1 gr 'a (gfr 35 ml/dk) geçilmesi ve solunum yolu multiplex PCR istenmesi öneriliyor.



Hastanın 25 ocakta alınan solunum yolu multiplex PCR örneği 28 ocakta sonuçlanıyor

RSV A/B POZİTİF

INFLUENZA B NEGATİF

CORONAVİRUS NEGATİF

RHINOVİRUS NEGATİF

Hastadan YBÜ yatışı boyunca alınan 3 set kan kültürü ve 2 tane idrar kültüründe üreme olmuyor

15.GÜN

Hasta 2 şubatta meropenem tedavisinin 9. gününde AFR'lerin regrese olmaması ve sekresyon artışıyla enfeksiyon hastalıklarına tekrardan konsülte ediliyor .

Tedavide meropenemin devamı ; ek olarak amprik teikoplanin 2x600 mg yükleme 1x600 mg idame eklenmesi şeklinde konsültasyon cevabı veriliyor

BK	17.01.26	18.01.26	02.02.26
CRP	3	7.33	14.4
Kreatinin	1.96	1.94	1.35
BUN	57.8	63.5	35.2

KG	17.01.26	18.01.26	02.02.26
pH	7.37	7.37	7.47
hCO3	24	21.8	24.8
sO2	%51	%81	%91
pCO2	42	40.8	32.8
laktat	2.4	1.4	0.6

CBC	17.01.26	18.01.26	02.02.26
WBC	11370	14530	10230
Nötrofil	%78	%77	%71
Lenfosit	%20	%21	%27
PLT	143.000	135.000	131.000
Hb	15.8	15.3	13.9

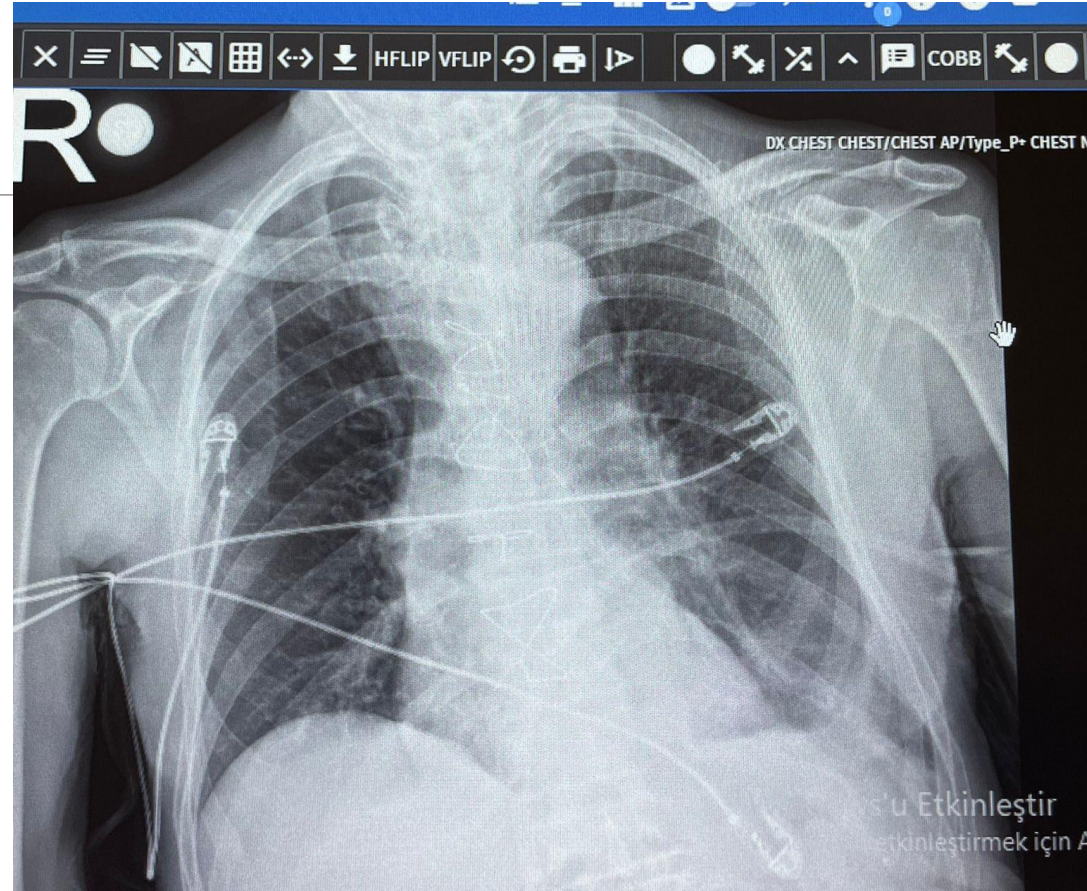
22.GÜN

Hastanın 9 şubatta meropenem 15; teikoplanin 8. gününde alınan DTA sında ***acinetobacter baumanii*** üremesi üzerine tekrardan enfeksiyon hastalıkları konsültasyonu isteniyor

	Trimethoprim/Sulfametoxazole	Rezistan	MİK Değeri: >160
Colistin	Duyarlı		
Piperasilin/tazobaktam	Rezistan	MİK Değeri: >64	
Amikacin(diğer)	Rezistan	MİK Değeri: >32	
Meropenem (diğer)	Rezistan	MİK Değeri: >8	

Hastanın meropenem tedavisini yeterli süre aldığından stoplanmasına ve teikoplanin de 10. günde stoplanması şeklinde konsültasyon cevaplanıyor

24. GÜN



Hastanın teikoplanin tedavisi stoplanıyor ve palyatif servise yatışı sağlanıyor

Original Investigation

Infectious Diseases

Risk of Cardiorespiratory Events Following Respiratory Syncytial Virus–Related Hospitalization

[Caihua Liang, MD, PhD¹](#); [Jennifer Judy, PhD¹](#); [Negar Aliabadi, MD²](#)

JAMA Netw Openblished Online: February 3, 2026

B Stroke

Period	No. of events	IRR (95% CI)
Control	1221	1 [Reference]
Buffer: -21 to -1 d	65	4.2 (3.3-5.4)
Risk: 1-7 d	47	7.4 (5.5-10.1)
Risk: 8-14 d	35	5.9 (4.2-8.3)
Risk: 15-21 d	18	3.7 (2.3-5.9)
Risk: 22-42 d	37	2.7 (1.9-3.7)
Risk: 43-63 d	23	1.8 (1.2-2.8)
Risk: 64-84 d	15	1.3 (0.8-2.1)
Risk: 85-180 d	68	1.6 (1.2-2.0)

Ocak 2017 den mart 2024 e kadar toplam 11887 hasta

RSV'li hastanın hastane yatışıyla gelişen kardiyorespiratuvar olay (Mİ,stroke,aritm vb.) ele alınıyor

Kontrol dönemi başlangıç dönemi 14 gün öncesi ve 6. ay sonrasını ele almakta

Hastaların %14 ü stroke geçirmiş olup en yüksek risk ilk 7 günde

OLGU 3

63 yaş kadın hasta

Birkaç saat önce sağ bacağında kasılma şikayeti ile acile başvurmuş.

Üç gün önce sağ uylukta başlayan kasılma tüm bacağı yayılınca getirilmiş.

Bilinç açık oryante, koopere

Acil serviste saatler içinde sol bacakta da kasılma başlamış. Ağzını açamamaya başlamış.

Hasta nöroloji, dahiliye ile birlikte enfeksiyon hastalıklarına da konsülte edilmiş.

Özgeçmiş-soygeçmiş

8 aydır köyde yaşıyor. Emekli öğretmen

Tetanoz aşılırlı çocukluk ve gençlikte tam; sonrasında yok

FM' de vücudunda herhangi bir yara, erozyon, skar izi görülmedi.

Eşinden alınan anamnezde de herhangi bir yaralanma öyküsünden bahsedilmedi

Farklı bir bitkisel madde yeme içme öyküsü, bağımlılık durumu, psikiyatrik-nörolojik hastalık ya da ilaç kullanma öyküsü yok.

Ailesinde kas kasılmalarına neden olan herhangi bir genetik ya da metabolik hastalık öyküsü yok.

FM Bulguları

Bilinç açık oryante, koopere ense sertliği yok. Işık refleksi iki taraflı mevcut.

Vücut sıcaklığı: 37,4 C°,

Solunum sayısı: 20/dk,

Kan basıncı: 130/80 mmHg, nabız: 78/dk

Oksijen satürasyonu: % 94

Aşırı terleme mevcut.

Sağ bacakta rijidite mevcut. Zaman zaman ayak ve bacak ektansiyona ayak plantar fleksiyona geliyor.

Solunum sesleri: Ral, ronküs yok. Her iki hemitoraks solunuma eşit katılıyor.

Kardiyovasküler sistem: S1/S2: +/+(sert); ek ses ve üfürüm yok.

KVAH: -/-

PTÖ: -/-

Baş boyun: Trismus bulgusu izlenmekte(acil servise gelişinde yok).

Laboratuvar ve Görüntüleme Sonuçları

Glikoz: 120 mg/dl

Üre/kre: 40/1,0 mg/dl

AST/ALT: 45/39 U/L

T. Bil/D. Bil: 1,09/0,26 mg/dl

Na: 142 mEq/L K: 3,51 mEq/L

Cl: 102 mEq/L Ca: 9,1 mg/dl

CK: 1276 U/L CK-MB: 126 U/L

WBC: 12600/mm³

PLT: 274000/mm³

Hgb: 13,2 g/dl

INR: 1,26

CRP: 42 mg/L(üst sınır 5 mg/L)

Çekilen beyin bilgisayarlı tomografi (BT) de patolojiye rastlanmadı.

0.gün

Hastaya tetanoz ön tanısı ile acil serviste 0,5 ml tek doz tetanoz aşısı(Td) ve 500 Ü im insan kaynaklı tetanoz immunglobulini uygulandı. Hasta yoğun bakıma, ses ve ışıktan izole bir alana yatırıldı.

Metronidazol : *C. tetani* tedavisi için 4x500 mg iv,

Diazepam: Hastanın kasılmaları kontrol altına almak ve sedatize edebilmek için yükleme dozunu takiben 1 mg/ kg/saat dozdan başlandı.

Stres ülser ve düşük molekül ağırlıklı heparin profilaksisi başlandı

Stabilleşen hastada FM dikkatli bir şekilde tekrarlandı.

Vücutta yara, erozyon, kesi izi bulunamadı.

Sağ uyluk ön yüzde hafif kızarıklık bir alan mevcut ancak yüzeysel erozyon dahil hiçbir yara bulgusu yok.

2. gün

Diazepam ihtiyacı artmakta

Solunum kontrolü ve diğer asfiksi bulguları yakın takip edilerek diazepam dozu arttırıldı.

Tetanoz Ig tekrarlandı.Toplamda 1500 Ü verilmiş oldu.

Asfiksi riskine karşı havayolunu korumaya almak !!!

KBB ile görüşüldü ve erken trakeostomi planlandı.

3. gün

Trakeostomi açıldı.

Solunum kasları zorlandığı için sedatize edilerek ventilatöre bağlandı.

Diazepam kasılmaları kontrol altına almaya yetmediği için tedaviye vekuronyum eklendi.
Sedatizasyon ihtiyacı devam ettiği için diazepam kesilmedi.

5. gün

Trakeostomi tüpünden bol sekresyonu gelen hastadan aspirasyon  rneęi gönderildi ve meropenem başlandı.

Hastanın vekuronyum ve diazepam tedavisi devam etmekte, günlük kontrollerde doz azaltımı henüz mümkün değil.

8. Gün

Hasta antibiyotik tedavisinin 3. gününde DTA' sında ESBL+ ***Klebsiella spp.***üredi.

AFR artışı duyarlı üremeye rağmen devam etmekte, teikoplanin tedaviye eklendi.

Hastanın hipertansiyonu gelişti. Labetolol tedavisi başlandı.

Takipte kan basıncı bir miktar geriledi.

10. gün

Hastanın tansiyonları düştü ancak bu kez de hipotansif olmaya başladı. Bradikardiye doğru gidiş gözlemlendi.

Labetolol dozu azaltıldı.

11.gün

- Hastanın hipotansiyonu devam etmekte. Dopamin infüzyonu başlandı.

Akşam saatlerinde norepinefrine geçildi.

12. gün

Norepinefrine yanıt vermeyen hastada arrest gelişti.

Exitus

KIRILGAN POPÜLASYON: ÖZEL GRUPLARDA BAĞIŞIKLAMA STRATEJİLERİ



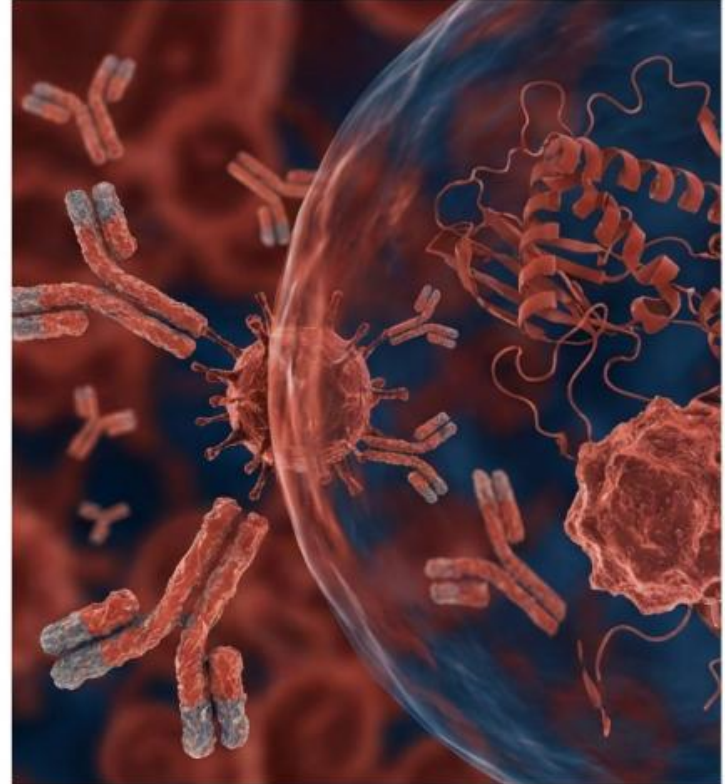
DR.SEDA ZOR

ENFEKSİYON HASTALIKLARI VE KLİNİK
MİKROBİYOLOJİ

SBÜ SINCAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ

EKMUD ANKARA GÜNLERİ

11.02.2026



Risk Gruplarında Aşılama

Komorbiditeler*

*



Kardiyopulmoner hastalıklar



Böbrek hastalıkları



Nörolojik veya nöromüsküler durumlar



Hematolojik hastalıklar



Diabetes Mellitus



Orta veya ciddi derecede immün yetmezlik

Durumlar*



Bakım evi ikametgahı



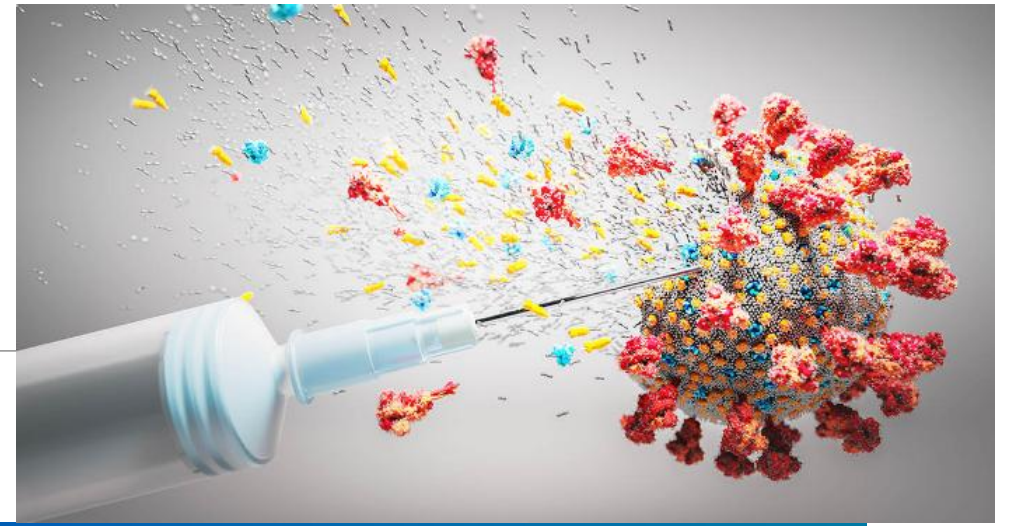
Kırılganlık



Gebelik



İleri yaş



Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)

[General Committee-Related Information](#)

[ACIP Work Groups](#)

[ACIP Meeting Information](#)

[ACIP Recommendations](#)

[Apply for ACIP Membership](#)

[ACIP Committee Members](#)

[Evidence-Based Recommendations for ACIP](#)

[GRADE Evidence Tables – Recommendations in MMWR](#)

[VIEW ALL >](#)



December 4-5, 2025

- Final ACIP December 4 Meeting Agenda (posted 2025, 7 pm) [PDF](#)

KIRILGANLIK VE İMMÜNOSENESANS

Kırılganlık Nedir?

Fizyolojik rezervlerin azalması sonucu dış streslere karşı duyarlılığın artmasıdır. Bu durum enfeksiyon riskini ve şiddetini doğrudan artırır.

İmmünoşenesans

Yaşla birlikte bağışıklık sisteminin etkinliğinin azalmasıdır. T-hücre yanıtının zayıflaması, aşıların antikor yanıtını düşürebilir.

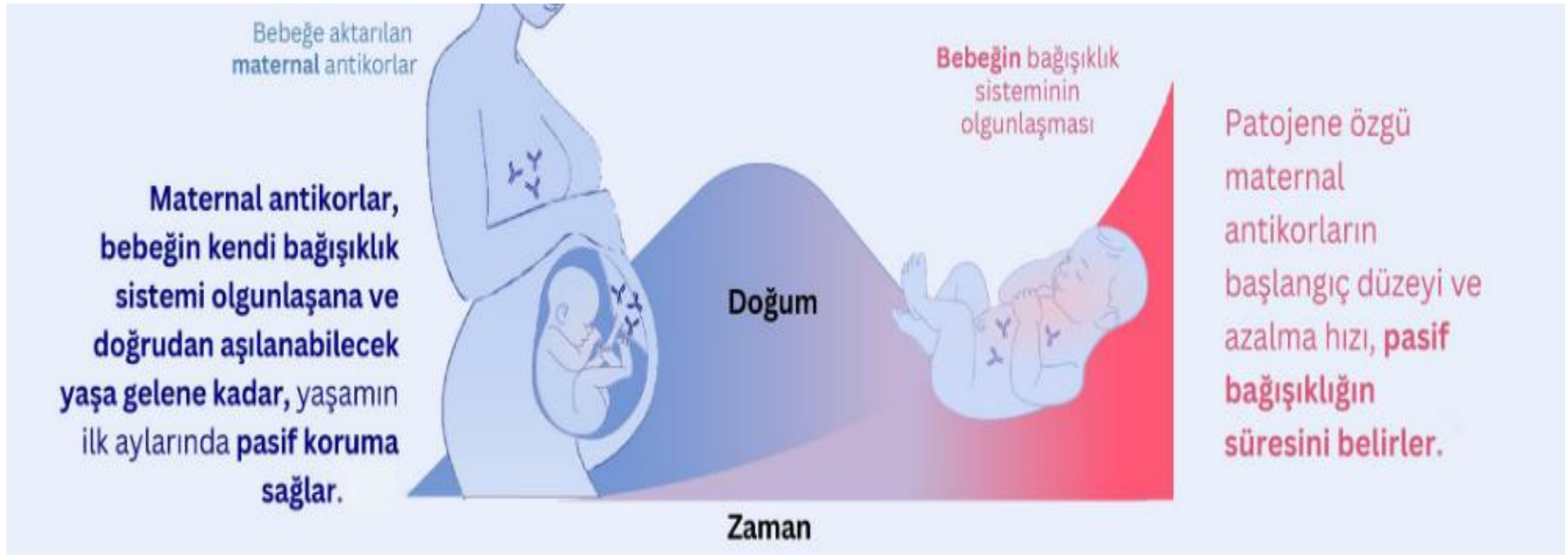
Gebelikte bağışıklama

Amaç;

- Gebeyi önlenebilir infeksiyonlardan korumak
- Plesantadan antikor geçiřiyle fetusu infeksiyonlardan korumak
- Yenidoęan infeksiyonlarını önmektir.
- Gebelikte aşı yanıtı oldukça iyidir.



Gebelikte bağışıklama



Gebelikte bağışıklama

“Maternal ve Neonatal Tetanoz (MNT) Eliminasyon Programı»

Hiç aşılanmamış gebelere 4 hafta arayla en az iki doz Td aşısı uygulanmalıdır

İkinci doz, doğumdan en az iki hafta önce tamamlanmalıdır

Td2’den en az 6 ay sonra üçüncü doz aşısı yapılarak primer seri tamamlanmalıdır

Primer serisi tamamlandığı anlaşılan bir kadına, gebe kaldığında 1 doz Td, sonraki gebeliğinde de 1 doz Td yapılarak 5 doz Td şeması tamamlanmaktadır

Gebelikte bağışıklama

İnfluenza: Gebeliğın her döneminde uygulanabilir. Özellikle influenzanın yaygın olduğu mevsimlerin başlangıcında (Eylöl-Ekim) uygulanması önerilir. Anne ve bebekte enfeksiyonu önler.

RSV: Bebeğın ilk 6 aylık döneminde sık görölen RSV kaynaklı ciddi solunum yolu enfeksiyonlarını önler. 24–36. haftalar arasında uygulanması önerilir.



Pregnancy and Vaccination

EXPLORE THIS TOPIC

SEARCH

Vaccine Recommendations Before, During, and After Pregnancy



For Everyone

JUNE 23, 2024 • ESPAÑOL



COVID-19 VACCINE RECOMMENDATIONS

COVID-19 vaccine recommendations have recently been updated for some populations. This page will be updated to align with the updated immunization schedule. [Learn more.](#)

Gebelerde Ek Risk Varlığında Önerilen Aşılar

Hepatit B aşısı

Hepatit A aşısı

Meningokok aşısı

Kuduz aşısı

Genel olarak gebelerde inaktif aşılar güvenli, canlı aşılar kontrendikedir

Doğurganlık yaşındaki kadınlarda gebelikten en az 1 ay önce tüm klinik endikasyonu olan aşılar tamamlanmalıdır

Yaşlılık Döneminde Aşılama

DSÖ, zamanla ilişkili olan yaşlanmayı, altmış beş yaş ve üzeri olarak kabul etmekte



Yaşlanma ile birlikte, bağışıklık sisteminde ciddi işlevsel kayıplar oluşur.



Hem doğuştan gelen hem de kazanılmış (adaptif) bağışıklık sistemi etkilenir

Yaşlılık Döneminde Aşılama

Bağıışıklık Yaşlanması (immunosenescence);

Bu durum, yaşlı bireyleri başta:

- İnfluenza,
- Pnömonokok enfeksiyonları,
- RSV (Respiratuvar Sinsityal Virüs),
- Herpes zoster (zona) olmak üzere birçok enfeksiyona karşı daha savunmasız hale getirir.

Yaşlılık Döneminde Aşılama

Pnömonokok aşısı;

Toplumda gelişen pnömonilerin %20-50'si *Streptococcus pneumoniae*

Pnömonokokal hastalık insidansı ve mortalitesi 50 yaş üzerinde artmakta

Yaşlılık Döneminde Aşılama

Adults ≥65 years old Complete pneumococcal vaccine schedules

Prior vaccines	Option A	Option B
None*	PCV20 or PCV21	PCV15 → ≥1 year† → PPSV23‡
PPSV23 only at any age	→ ≥1 year → PCV20 or PCV21	→ ≥1 year → PCV15
PCV13 only at any age	→ ≥1 year → PCV20 or PCV21	→ ≥1 year† → PPSV23
PCV13 at any age & PPSV23 at <65 yrs	→ ≥5 years → PCV20 or PCV21	→ ≥5 years§ → PPSV23

* Also applies to people who received PCV7 at any age and no other pneumococcal vaccines

† If PPSV23 is not available, PCV20 or PCV21 may be used

‡ Consider minimum interval (8 weeks) for adults with an immunocompromising condition, cochlear implant, or cerebrospinal fluid leak (CSF) leak

§ For adults with an immunocompromising condition, cochlear implant, or CSF leak, the minimum interval for PPSV23 is 28 weeks since last PCV13 dose and ≥5 years since last PPSV23 dose; for others, the minimum interval for PPSV23 is ≥1 year since last PCV13 dose and ≥5 years since last PPSV23 dose

Türkiye'de PCV20 2024'de ruhsatlandı, ilk tercih olmalı

Yaşlılık Döneminde Aşılama

İnfluenza aşısı ;

Hastalık yükünü azaltır → morbidite ve mortaliteyi düşürür

Kardiyovasküler olaylarda koruyucu etkiler → influenza aşısı sadece gripten değil, kardiyak hastalıklardan ve serebrovasküler olaylardan da korur

Hastane yatışlarını azaltır



Yaşlılık Döneminde Aşılama

➤ Zona Aşısı;

- 50 yaş üzeri tüm bireylerde 0 ve 2-6. ay şeklinde 2 doz önerilmekte
- Sağlıklı yaşlanma için Zona aşısı enfeksiyon önleyici değil, aynı zamanda kardiyovasküler ve serebrovasküler olayların azaltılmasına katkı sağlayabilecek bir aşıdır.



➤ Geri ödeme kapsamında değil

Yaşlılık Döneminde Aşılama

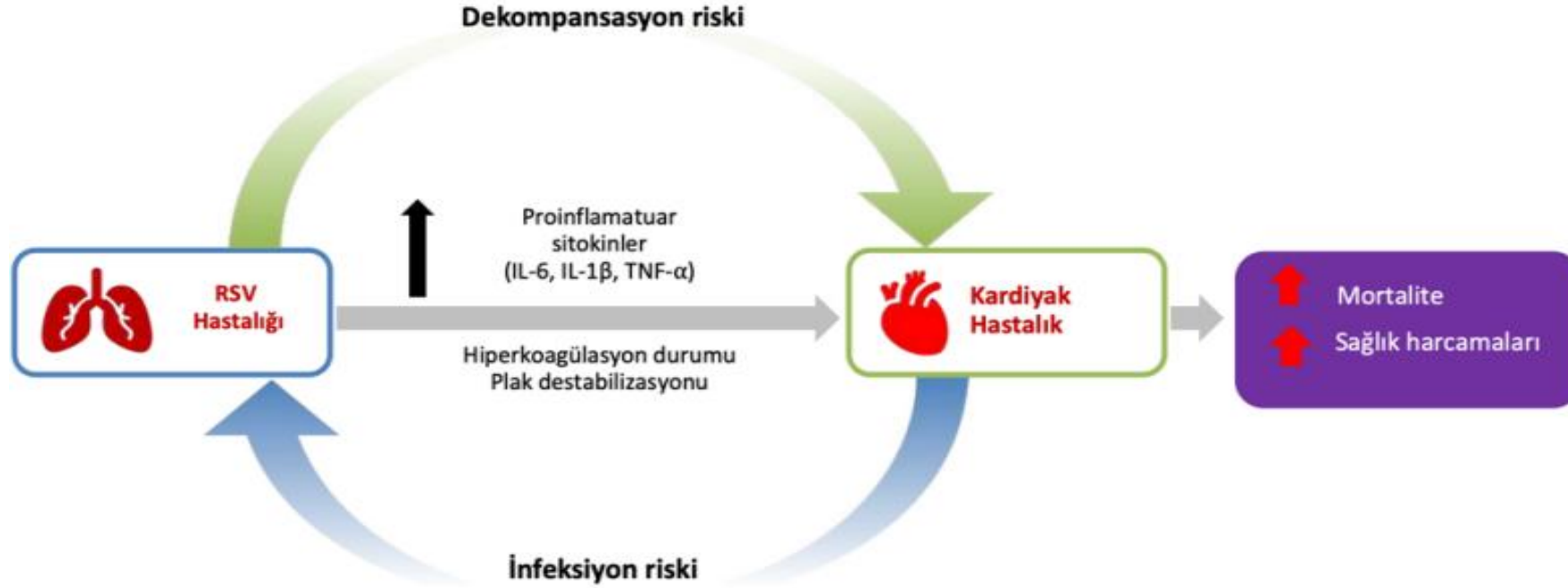
RSV aşısı;

RSV infeksiyonlarının en yüksek yükü, 5 yaşın altında ve 60 yaşın üzerinde

RSV, özellikle yaşlı yetişkinlerde ve kronik rahatsızlığı olan veya bağışıklık sistemi zayıflamış hastalarda solunum yolu hastalıklarının önemli bir nedeni olabilir

Aşılama, ciddi RSV sonuçlarını önlemek ve sağlık bakım maliyetlerini azaltmak için en uygun strateji.

Yaşlılık Döneminde Aşılama



RSV infeksiyonu olan kişilerde infeksiyondan sonra **kardiyovasküler komplikasyon riskinde artış** olabilir

Yaşlılık Döneminde Aşılama

	RSVPreF3 (Arexvy, GSK)	RSVPreF (Abrysvo, Pfizer)
Teknoloji	Rekombinant, AS01E ile adjuvanlanmış	Rekombinant (bivalent, prefüzyon F proteini)
Antijen	120 µg rekombinant prefüzyon F glikoproteini	RSV alt grubu A'nın 60 µg prefüzyon F antijeni + RSV alt grubu B'nin 60 µg'ı
Endikasyonlar - EMA	≥60 yaş: Genel kullanım 50-59 yaş: Sadece şiddetli RSV hastalığı riski artmış yetişkinlerde	≥60 yaş: Genel kullanım Ayrıca hamile kadınların bebeklerine pasif koruma sağlamak için de onaylanmıştır (doğum → 6 ay)
Endikasyonlar CDC / ACIP (2025)	Rutin: ≥75 yaş 60–74 yaş: Yalnızca şiddetli RSV hastalığı riski artmışsa	Rutin: ≥75 yaş 60–74 yaş: Yalnızca şiddetli RSV hastalığı riski artmışsa Ayrıca bebekleri korumak için gebelikte de onaylanmıştır

Yaşlılık Döneminde Aşılama

Klinik tetanoz, bağışıklanmamış yaşlılarda sık

Bağışıklanmış yaşlılara bir doz Tdab, sonra 10 yılda bir Tdab/Td rapeli önerilmektedir

Bağışıklanmamış ya da aşı kaydı bulunmayan yaşlılarda primer aşı şeması tamamlanır, 10 yılda bir rapel önerilir

Yaşlılık Döneminde Aşılama

Tablo 1. Türkiye EKMUD erişkin yaş gruplarına göre 2025 aşı önerileri ve dozları					
Aşı	19-23 yaş	24-26 yaş	27-49 yaş	50-59 yaş	≥60 yaş
Tetanoz, difteri, boğmaca (Td veya TdaB) ¹	Her 10 yılda bir rapel doz (ilki TdaB)				
İnaktif influenza	Her sonbaharda 1 doz				
Konjuge Pnömonokok (PCV20) ²	1 doz			1 doz	
Respiratory syncytial virus (RSV) ³	1 doz			1 doz	
Rekombinant Zoster ⁴	2 doz (2-6 ay arayla)			2 doz (2-6 ay arayla)	
Hepatit B ⁵	3 doz (0, 1, 6.ay)				
Hepatit A ⁶	2 doz (0, 6.ay)				
Suçiçeği ⁷	1 veya 2 doz (1-2 ay arayla)				
Kızamık, kızamıkçık, kabakulak (KKK) ⁸	1 veya 2 doz (4 hafta arayla)				
Meningokok ACWY ⁹	1 veya 2 doz (0, 2.ay)				
Meningokok B ¹⁰	2 doz (6 ay arayla)	3 doz (0,1-2, 6.ay)			
<i>Haemophilus influenzae</i> tip b (Hib) ¹¹	1 veya 3 doz (0,1,2.ay)				
Human papilloma virus (HPV) ¹²	3 doz (0, 1-2, 6.ay)		Kişiyeye göre karar verilmeli, eksik dozlar tamamlanmalı		



Tüm erişkinlere uygulanması önerilir.



Risk faktörü veya belirli endikasyonu olan erişkinlere uygulanması önerilir.

Kronik hastalıklarda aşılama



Belirli kronik hastalıkların varlığında, özellikle kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), kalp hastalıkları ve diyabetes mellitus (DM) başta olmak üzere kronik karaciğer hastalığı ve kronik böbrek hastalığında enfeksiyon riski artmaktadır

Önemli bir bölümünü aşıyla önlenabilir influenza ve pnömokok enfeksiyonları oluşturur.

Kronik hastalıklarda aşılama

Pnömonokokkal hastalığı olan erişkinlerde en sık görülen 3 komorbid hastalık

DİYABET

40 yaşın altındaki erişkinlerde diyabet pnömoniye bağlı hastane yatışı riskini **3 kat** daha artırır



KRONİK KALP HASTALIĞI

Kronik kalp hastalığı olan kişilerde toplumda gelişen pnömoni riski **3.3 kat** daha fazladır.

KOAH

Kronik akciğer hastalığı olanlarda pnömokokkal pnömoni riski **10 kat** daha fazladır.

Kronik hastalıklarda aşılama

Pnömonokok aşısı Bir doz 12 yaş ve üzeri kronik hastalıklarda tek doz ve ardından bir yıl

PREVENAR 20 aşısı; 18 yaş ve üzeri yetişkinlerde pnömokokal hastalıkların önlenmesi amacıyla kullanılmaktadır.

bir doz rapel yapılır

Kronik hastalıkları (hipertansiyon hariç kronik kalp, karaciğer ve akciğer hastalıkları), DM, kronik böbrek hastalığı, nefrotik sendrom olanlara tek doz PCV20 önerilir.

Kronik hastalıklarda aşılama

İnfluenza aşısı: Kronik kalp hastalıkları, KOAH, DM, KBH ve kronik karaciğer hastalıklarından herhangi biri bulunan erişkinlere yılda bir kez sonbaharda uygulanmak üzere inaktive influenza aşısı önerilir.

Tetanoz toksoid ve azaltılmış difteroid toksoid aşısı: Aşılanma durumu bilinmeyen erişkinlerde primer uygulama şeması üç doz olarak uygulanır; birinci doz ile ikinci doz arasında en az dört hafta, ikinci doz ile üçüncü doz arasında en az 6 ay bulunmalıdır. 10 yılda bir uygulanan hatırlatma dozlarıyla devam edilir.

Kronik hastalıklarda aşılama

2-Grip aşısını SGK SUT ödüyor mu?

SGK SUT aşağıda belirtilen durumlarda grip aşısını tek doz olarak ödemektedir.

SUT Madde 2.4.3-B- Grip aşısı bedeli; 65 yaş ve üzerindeki kişiler ile yaşlı bakımevi ve huzurevinde kalan kişilerin bu durumlarını belgelendirmeleri halinde sağlık raporu aranmaksızın;

Gebeliğin 2. veya 3. trimesterinde olan gebeler, astım dâhil kronik pulmoner ve kardiyovasküler sistem hastalığı olanlar, diyabet dâhil herhangi bir kronik metabolik hastalığı, kronik renal disfonksiyonu, hemoglobinopatisi veya immün yetmezliği olan veya immünsupresif tedavi alanlar ile 6 ay – 18 yaş arasında olan ve uzun süreli asetil salisilik asit tedavisi alan çocuk ve adolesanların hastalıklarını/gebelik durumunu belirten sağlık raporuna dayanılarak tüm hekimlerce her Eylül ile Şubat dönemleri içerisinde reçete edildiğinde bir defaya mahsus olmak üzere karşılanır.

Kronik hastalıklarda aşılama



- **Hepatit B aşısı:** Evre 5 KBH, hemodiyaliz ve periton diyalizi hastalarında primer aşılama dozları çift doz şeklinde önerilir. Kronik böbrek hastalığı olan hastalarda anti-HBs oluşur fakat zaman içerisinde titresi <10 mU/mL ise hatırlatma dozu uygulanır.

Kronik hastalıklarda aşılama

Tablo 2. Türkiye EKMUD erişkinlerde belirli risk gruplarına göre 2025 aşı önerileri										
Aşı	İmmün-supresyon	Aspleni	HSCT	SOT	Romatolojik hastalıklar	Kronik karaciğer hastalığı	KBH, HD	KVH, KOAH, DM	HIV enf. (CD4<200/mm ³)	HIV enf. (CD4≥200/mm ³)
Td/TdaB ¹										
İnaktif influenza										
Pnömonok ²	Tek doz PCV20	Tek doz PCV20		Tek doz PCV20	Tek doz PCV20	Tek doz PCV20	Tek doz PCV20	Tek doz PCV20	Tek doz PCV20	Tek doz PCV20
RSV ³	Tek doz		Tek doz	Tek doz	Tek doz	Tek doz	Tek doz	Tek doz	Tek doz	Tek doz
RZV ⁴	2 doz (2-6 ay arayla)		2 doz (2-6 ay arayla)	2 doz (2-6 ay arayla)	2 doz (2-6 ay arayla)	2 doz (2-6 ay arayla)	2 doz (2-6 ay arayla)	2 doz (2-6 ay arayla)	2 doz (2-6 ay arayla)	2 doz (2-6 ay arayla)
Hepatit B ⁵	4 doz (0,1,2,6 aylarda her biri çift doz)	4 doz (0,1,2,6 aylarda her biri çift doz)	4 doz (0,1,2,6 aylarda her biri çift doz)	4 doz (0,1,2,6 aylarda her biri çift doz)	3 doz	3 doz	4 doz (0,1,2,6 aylarda her biri çift doz)	3 doz	4 doz (0,1,2,6 aylarda her biri çift doz)	4 doz (0,1,2,6 aylarda her biri çift doz)
Hepatit A ⁶										
Suçiçeği ⁷										2 doz (3 ay arayla)
KKK ⁸										2 doz (4 hafta arayla)
MenACWY ⁹	2 doz (2 ay arayla)	2 doz (2 ay arayla)							2 doz (2 ay arayla)	2 doz (2 ay arayla)
MenB ¹⁰	3 doz (0, 1-2, 6.ay)	3 doz (0, 1-2, 6.ay)							3 doz (0, 1-2, 6.ay)	3 doz (0, 1-2, 6.ay)
Hib ¹¹		1 doz	6-12 ay sonra 3 doz (4 hf arayla)							
HPV ¹²									3 doz (0,2,6.ay)	3 doz (0,2,6.ay)

HD: Hemodiyaliz; Hib: *Haemophilus influenzae* tip b; HPV: Human papilloma virus; HSCT: Hematopoetik kök hücre nakli; KBH: Kronik böbrek hastalığı; KKK: Kızamık-kızamıkçık-kabakulak; KOAH: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı; KVS: Kardiyovasküler hastalıklar; PCV: Konjuge pnömonokok aşısı; RSV: Respiratory syncytial virus; RZV: Rekombinant zona aşısı; SOT: Solid organ transplantasyonu; Td: Tetanoz-difteri; TdaB: Tetanoz-difteri-aselüler boğmaca

Maliyet ve Mortalite: Korunmak Tedaviden Ucuzdur

Korunma / Aşılama

- Düşük Maliyet.
- Mortaliteyi Önler.
- Sağlıklı Yaşam Bileşeni.



Tedavi / Yoğun Bakım

- Yüksek Maliyet (Yüzlerce kat).
- Yüksek Mortalite Riski.
- Komplikasyon Riski.

**Sağlıklı yaşam sadece diyet ve egzersiz değildir;
aşılama bu zincirin kritik bir halkasıdır.**

Sonuç: Aşılama Tedavinin Bir Parçasıdır

- Kronik hastalıklarda enfeksiyonlar mortalitenin ana nedenidir.
- Aşılama, komorbidite yönetiminin ayrılmaz bir parçasıdır.
- **Aksiyon:** Her poliklinik ziyaretinde hastanın aşı statüsü sorgulanmalıdır.



“Korunmak, tedavi etmekten daha etkili ve daha ucuzdur.”

