Bölüm
25

AKILCI ANTİBİYOTİK KULLANIMI

Esma KEPENEK KURT[1]

GİRİŞ

Bilindiği gibi dünya üzerinde hastalıkların başlangıcı insan oğlunun varlığı kadar eski tarihlere kadar uzanmaktadır. Bununla birlikte eski çağlardan günümüze kadar insanlar değişik maddeler kullanarak hastalıkları tedavi etmeye çalışmışlardır. Tedavi için önceden bitki ve hayvanlardan elde edilen değişik maddeler kullanılmaktayken, bilimin ilerleyip yeni maddelerin ve antibiyotiklerin keşfiyle adeta mucize olarak görülen ilaçların elde edilmesiyle insan ömrü uzamış ve yaşam kalitesi artmıştır. Fakat kullanılan ilaçların miktar ve sayısına paralel oranda bu ilaçların bazen ölümle sonuçlanabilen yan etkileri de ortaya çıkmıştır. Bundan dolayı bütün ilaçların kullanım amacına uygun, akılcı olarak, doğru ve etkin bir biçimde kullanılması gerekliliği ortaya çıkmıştır[(1)].

AKILCI İLAÇ KULLANIMI

1985'te Nairobi'de Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan akılcı ilaç kullanımı (AİK) konusunda ki çalışma bu konuda ilk nokta olarak adlandırılabilecek çalışmadır. AİK " bireylerin klinik bulgu ve kişisel özelliklerine göre uygun ilacı, uygun doz ve yeterli sürede, en düşük fiyata ve kolayca elde edebilmeleri" olarak bu toplantıda tanımlamıştır[(1)].

AİK'ın ilkelerine göre hastalıklar doğru teşhise dayanmalı, tedavinin başarılı olup olmadığı değerlendirilerek ilaç yan etkisi ve hasta uyumu izlenmelidir. Birden çok ilaç kullanımı gerekli ise ilaç-ilaç etkileşimleri, planlanan tedavinin devam edebilirliği ve maliyeti de göz önünde bulundurulmalıdır. Akılcı olmayan ilaç kullanımı sonucunda ilaç yan etkileri, ilaç-ilaç etkileşimleri, tedavi başarısızlığı ortaya çıkabilmektedir. Bunların sonucunda ise tedavi maliyetinin artma, iş gücü kaybı gibi istenmeyen tablolar ortaya çıkabilmektedir[(2)]. "Akılcı İlaç Kullanımı" (AİK) kavramında, ilaç kullanım gerekliliğini uygun gören doktor, ilacı sağlayan eczacı, ilacı uygulayan hemşire ve tedaviyi gören hasta, sorumluluk taşıyan taraflardır. DSÖ tahminlerine göre ilaçların %50'den fazlası uygunsuz biçimde reçete edilmekte ya da satılmaktadır. Yine hastaların yarısı da ilaçlarını yanlış biçimde kullanmaktadır[(3)].

AKILCI ANTİBİYOTİK KULLANIMI

Antibiyotiklerin yirminci yüzyılın ortalarında keşfi ile bulaşıcı hastalıklardan kaynaklanan morbidite ve mortaliteyi belirgin bir şekilde azaltarak sağlık bakımında önemli faydalar sağlanmıştır[(4)]. İnfeksiyonlar, akılcı antimikrobiyal tedavi kullanımıyla mortalite, morbidite ve komplikasyonların önlenerek klinik şiddet ve belirti sürelerinin kısaltılabileceği hastalıklardır[(5)]. Fakat son yıllarda antimikrobiyaller başta olmak üzere ilaç kullanımındaki aşırı artış, direnç sorunlarını ortaya çıkarmakta ve maliyeti de arttırmaktadır. Aynı za-

1 Dr., Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları, esma_kepenek@hotmail.com

renjit, tonsillofarenjitte antibiyotik tedavisinin gerekli olduğu tek durumdur[18]. Bu infeksiyon akut romatizmal ateş ve akut glomerülonefrit gibi nonsüpüratif sekellere de sebep olabilir[19]. Özellikle farenjitli çocuklarda, klinik olarak viral ve AGBHS ayırımının tam olarak yapılamamasından dolayı AGBHS teşhisinde laboratuvar inceleme önerilmektedir[20].

AGBHS dışında diğer bakteriyel ajanlar tosillofarenjite eden olabilmekte fakat bu infeksiyonlarda özgün tedaviye gerek kalmadan düzelmektedir. Bundan dolayı infeksiyon etkeninin tespiti gereksiz antibiyotik kullanımının önüne geçecektir. Hem çocukluk çağı hem de erişkinde boğaz kültürü kullanılarak gereksiz antibiyotik kullanımı önlenebilir.

3.2. Doğru Ajanın Seçimi: AGBHS tonsillofarenjitlerin tedavisinde ilk seçenek penisilindir. Uzun yıllardır kullanılmasına rağmen AGBHS' lar da penisilin direnci bildirilmemiştir.

3.3. Uygulama Yolunun Doğru Seçimi: Oral ya da parenteral penisilin eşdeğer etkinliğe sahiptir. Oral penisilin tedavisi 10 gün verilmelidir. Daha kısa süreli tedavilerde klinik cevap olsada bakteriyel eradikasyon olasılığı azalıp tekrarlama ve nonsüpüratif komplikasyon riski artmaktadır. Oral kullanım daha kolay olmasına rağmen eğer uyum sorunu varsa parenteral tek doz depo penisilin tedavisi verilebilir.

3.4. Hasta ile ilgili Faktörler: Hastanın tedaviye uyumu tedavi başarısındaki en önemli faktörlerden olup hastanın altta yatan hastalığı ya da tıbbi durumu da tedaviye uyumu etkilemektedir.

a. Penisilin alerjisi olan olgularda eritromisin oral yolla (40 mg/kg/gün 4 dozda), klaritromisin (15/mg/kg/gün 2 dozda) 10 gün ya da azitromisin (12-20mg/kg/gün, tek doz) 5 gün süreyle önerilmektedir.

b. Hasta ve ailesinin tercihi de ilaca uyumu etkilemektedir. Doz sayısı, uyumu artırmada önemlidir.

c. Hasta uyumunda ilacın istemeyen etkileri rol alırken özellikle çocuklarda ilacın tadı da belirleyici olabilmektedir[18].

SONUÇ

Antimikrobiyal tedavide hedefe ulaşabilmek için tedavi uygun doz ve sürede uygulanmalıdır. Sistemik olarak verilen antibiyotik infeksiyon bölgesindeki mikroorganizmaları öldürecek ya da inhibe edecek yeterli konsantrasyona ulaşmalıdır. İlaç eliminasyon yarı ömürleri göz önüne alınarak doz aralıkları ayarlanıp infeksiyon yeri ve tipine uygun olarak önerilen sürede tedavi planlanmalıdır[21].

Tüm bunların yanında temel temizlik ve sanitasyon önlemlerinin alınmasıda uygun antimikrobiyal tedavi seçimi, uygun doz ve sürede kullanım gibi antibiyotik kullanımını daha akılcı bir şekilde sağlamakta faydalı olacaktır[22].

Anahtar Kelimeler: Akılcı, Antibiyotik

KAYNAKÇA

1. World Health Organization. The Rational Use of Drugs. Report of the Conference of Experts. Geneva: WHO; 1985. p.77-85.
2. Maxwell S. Rational prescribing: the principles of drug selection Clin Med 2009;9(5):481-5.
3. Rogawski ET, Platts-Mills JA, Seidman JC, et al. Use of antibiotics in children younger than two years in eight countries: a prospective cohort study. Bulletin of the World Health Organization. 2017;95:49-61.
4. Barlam TF, Cosgrove SE, Abbo LM, et al. Implementing an Antibiotic Stewardship Program: Guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the Society for Healthcare Epidemiology of America. Clin Infect Dis.2016;15;62(10):e51-77. doi: 10.1093/cid/ciw118.
5. Dellinger RP, Levy MM, Rhodes A, et al. Surviving Sepsis Campaign Guidelines Committee including The Pediatric Subgroup. Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock, 2012. Intensive care medicine. 2013;39(2):165-228. doi: 10.1007/s00134-012-2769-8.
6. Llor C, Cots JM, Gaspar MJ, et al. Antibiotic prescribing over the last 16 years: fewer antibiotics but the spectrum is broadening. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2009;28:893-7. DOI:10.1007/s10096-009-0719-3
7. Şardan YÇ. Akılcı antibiyotik kullanımı. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci 2005;111:27-31
8. Kotwani A, Wattal C, Katewa S, et all. Factors influencing primary care physicians to prescribe antibiotics in Delhi India. Fam Pract. 2010;27(6):684-90. doi: 10.1093/fampra/cmq059. Epub 2010 Jul 26.
9. World Health Organization (2000) WHO Global principles for the containment of antimicrobial resistance in animals intended for food: Report of a WHO consultation. Geneva.
10. Molstad S, Erntell M, Hanberger H, et al. Sustained reduction of antibiotic use and low bacterial resistance: 10 year follow up the Swedish Strama programme. Lancet Infect Dis 2008;8(2):125-32. doi: 10.1016/S1473-3099(08)70017-3.

11. Kotsiftopoulos C, Kourkouta L, Papageorgiou M (2014) The use of antibiotic medicine. Monograph, Lap Lambert Academic Publishing, Saarbrucken, Germany.
12. An Initiative of the Risk Response Network. Global Risks 2013. In: Howell L, ed. Insight Report. 8th ed. Geneva: World Economic Forum; 2013. p.28-33.
13. Versporten A, Bolokhovets G, Ghazaryan L, et al. Antibiotic use in eastern Europe: a cross-national database study in coordination with the WHO Regional Office for Europe. Lancet Infect Dis. 2014;14(5):381-7 . doi: 10.1016/S1473-3099(14)70071-4. Epub 2014 Mar 20.
14. Ulusal Antibakteriyel İlaç Tüketim Sürveyansı – 2011. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 995. TĠTCK Yayın No: 001. Ankara-2015. ISBN: 978-975-590-540-2.http://www.akilciilac.gov.tr/wp-content/uploads/2015/06/svy.pdf
15. Isler B, Keske Ş, Aksoy M, et al. Antibiotic overcosumption and resistance in Turkey. Clin Microbiol Infect 2019;25(6):651-53. doi: 10.1016/j.cmi.2019.02.024. Epub 2019 Mar 4.
16. Tekeli. E, Çevik. MA.(2008) Antibiyotik Kullanımının Genel Prensipleri. Hakan Leblebicioğlu, Gaye Usluer, Ulusoy Selcan (Ed). Güncel Bilgiler Işığında Antibiyotikler (s.107-125). Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi.
17. Ulusoy S.(2016). Antimikrobiyal İlaçların Kullanımında Genel Prensipler. Halil Kurt, Sibel Gündeş, Mehmet Faruk Geyik (Ed.). Enfeksiyon Hastalıkları 2.Baskı sayfa 33-36.İstanbul:2016
18. Kara A.(2016). Antimikrobiyal Ajanların Akılcı Kullanımı. İsmail Balık (Ed.).Örneklerle Akılcı İlaç Uygulamaları (s.62-69).İlaç Bilincini Geliştirme ve Akılcı İlaç Derneği.
19. Gerber MA. Group A streptococcus. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF (eds). Nelson Textbook of Pediatrics (18th ed). Philadelphia: WB Saunders, 2007: 1135-1145.
20. American Academy of Pediatrics. Group A streptococcal infections. In: Pickering LK (ed). Red Book: 2006 Report of the Committee on Infectious Diseases (27th ed). Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 2006: 610-620.
21. 18.Pillai SK, Eliopoulos GM, Moellering RC. Principles of Anti-infective Therapy. In: Mandell GL, Douglas RG, Dolin R, Eds. Principles and Practice of Infectious Diseases, 7th ed. Philadelphia, Penn: Churchill Livinstone 2009;267-78.
22. 19.Molstad S, Erntell M, Hanberger H, et al. Sustained reduction of antibiotic use and low bacterial resistance: 10 year follow up the Swedish Strama programme. Lancet Infect Dis 2008;8(2):125-32. doi: 10.1016/S1473-3099(08)70017-3.