



Akılcı Antibiyotik kullanımı

Ali MERT

Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi

İç Hastalıkları AD / Enfeksiyon Hastalıkları AD

(12-2019)

Akılcı ilaç kullanımı

- İlk kez 1985'de DSÖ tarafından tanımlanmıştır
- Kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre;
Uygun ilacı,
Uygun süre,
Uygun dozda,
En düşük fiyata ve
Kolayca sağlayabilmeleri olarak tanımlanmaktadır.

Conference of Experts on the Rational Use of Drugs, World Health Organization, Nairobi, Kenya, WHO/CONRAD/WP/RI, (25-29.12.1985).

Akılcı ilaç kullanımı: Sorumluluk sahibi taraftarlar

- Hekim
- Eczacı
- Hemşire
- Diğer sağlık personeli
- Hasta/ hasta yakını
- Üretici
- Düzenleyici Otorite
- Medya

Akılcı olmayan ilaç kullanım şekilleri

- Güncel klinik rehberlere uymayan tedavi seçimi
- Çoklu ilaç kullanımı
- İlaçların gereksiz ve aşırı kullanımı
- Uygunsuz kişisel tedavilere başvurulması
- İlaç kullanımında özensiz davranılması (verilme yolu, doz, süre)
- Gereksiz yere enjeksiyon önerilmesi
- Gereksiz vitamin kullanımı
- Antibiyotiklerle birlikte probiyotik önerilmesi
- Önerilen oral antibiyotik süresine uygun tablet sayısı içeren kutuların olmaması
- Bilinçsiz bitkisel ürünlerin kullanımı
- İlaç-ilaç etkileşimleri ve besin-ilaç etkileşimlerinin gözardı edilmesi
- Hasta ve hasta yakınlarının tedavi hakkında bilgilendirilmemesi

Akılcı olmayan ilaç kullanımının sonuçları

- Hastaların tedaviye uyumunun azalmasına,**
- İlaç etkileşimlerine,**
- Bazı ilaçlara karşı direnç gelişmesine,**
- Hastalıkların tekrarlamasına ya da uzamasına,**
- Advers olay görülme sıklığının artmasına,**
- Tedavi maliyetlerinin artmasına neden olur.**

Ülkemizde de

- **2010 tarihinde (Ekim) 'Akılcı İlaç Kullanımı Birimi' kurulmuştur.**
- **Sağlık Bakanlığı bünyesinde**
- **Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili çalışmalar yaklaşık 20 yıldır sürmektedir.**
- **19 Mart 2012 tarihinde Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Bünyesinde**
- **Akılcı İlaç Kullanımı, İlaç Tedarik Yönetimi ve Tanıtım Dairesi kurulmuştur**
- **İllerde koordinasyonu sağlamak amacıyla 81 ilde**
- **İl Sağlık Müdürlüklerinde Akılcı İlaç Kullanımı İl Temsilcisi bulunmaktadır.**
- **Hastane Hizmet Kalite Standartları gereğince, hastanelerde planlama yapmak ve faaliyetlerde bulunmak amacıyla Akılcı İlaç Kullanımı Ekipleri oluşturulmuştur.**

İlaç bilgisi (Drug information): UpToDate

- Farmakolojik kategorisi
- Doz (çocuk, erişkin, yaşlı)
- Dozaj formları ve veriliş yolları
- KBY'de doz ayarlaması
- Sirozda doz ayarlaması
- Kullanım endikasyonları
- Yan etkileri ve kontrendikasyonları
- Metabolizması (CYP 3A4 sistemi)
- İlaç etkileşimleri
- Gebelikte ve süt verme döneminde kullanımı
- İzleme parametreleri
- Etki mekanizması
- FK/FD özellikleri
- Piyasa ismi

Konuşmamın amacı;

**Kliniği hafif olan TE akut bakteriyal enfeksiyonlar 'da
Akılcı ampirik oral antibiyotik kullanımı olacak**

- 1- Streptokoksik tonsillo-farenjit
- 2- ABRS (Akut sinüzit)
- 3- Akut otit media
- 4- KOAH alevlenmesi
- 5- TEP
- 6- İYİ: Akut sisitit / Akut PN
- 7- Üretrit
- 8- Deri-yumřak doku enfeksiyonları

**Toplumda edinilmiş;
Akut bakteriyal enfeksiyon düşündüğümüz bir hastada
Akılcı AB kullanımı için ardışık 5 basamakta ilerliyoruz**

**1- Klinik ağırlığı → Hafif (sepsis kliniği yok)
Ampirik oral AB tedavisi verelim**

2- Enfeksiyon odağı

3- Olası etken

4- Direnç oranı

5- Oral ampirik AB seçimi



Streptokoksik tonsillo-farenjit → Etken: *S. pyogenes* / Klinik tanı (11-2019)



1-Klinik tanı

2-Hızlı antijen saptama testi: D %70-90 / Ö %95

3-Boğaz kültürü:

5-PCR

Ardışık 5 basamak

1- Klinik ağırlığı

2- Enfeksiyon odağı

3- Olası etken

4- Direnç oranı

5- Oral ampirik AB seçimi

MODİFİYE CENTOR KRİTERLERİ (Klinik tanı)

Kriter	Puan
Ateş >38C	1
Öksürüğün olmaması (nezle-grip kliniğinin olmaması)	1
Ağrılı ön servikal LAP (>1 cm)	1
Tonsillerde eritem, büyüme veya eksuda	1
Yaş 3-14 (<3 Y: Ender)	1
Yaş15-44	0
Yaş>45	-1

6 kriter (+) ise kültür (+) liği %85 / 5 kriter (+) ise kültür (+) liği %50

Streptokoksik tonsillo-farenjit → Oral akılcı AB kullanımı

S.pyogenes (Grup A, C, G; Gp C ve G 'nin klinik önemi yok)

Direnç: AMO / Sefpodoksim direnci yok, Makrolit direnci var

Primer rejim	Doz	Süre (gün)
--------------	-----	------------

Pen V oral (PEN-OS 1000 mg tb / DIB=24 tb)	2x500 mg	10
--	----------	----

AMO (Amoksina tb 500 mg (DIB=16 tb)	2x500 mg	10 gün
--	-----------------	---------------

Benzatin Pen	1.2 MÜ IM (>27 kg) 0.6 MÜ IM (<27 kg)	1 doz
--------------	--	-------

Alternatif rejim	Doz	Süre (gün)
------------------	-----	------------

Sefalekssin (Maksipor tb 500 mg)	2x500 mg	10
----------------------------------	----------	----

Sefpodoksim (Sefsidal tb 200 mg / DIB=14 tb)	2x100 mg (FDA onaylı)	5 gün
--	-----------------------	-------

Penisiline allerjikse

Klinda (Klindan kaps 150 mg) (DIB=16 kap)	3x300 mg	10
---	----------	----

Klaritro (Klacid tb 500 mg / DIB=14 tb)	2x250 mg	10
---	----------	----

Azitromisin (Zitromax tb 500 mg / DIB=3 tb)	500 mg / 250 mg	5
--	------------------------	----------

Fusobacterium necrophorum: Farenjitli ergenlerin boğaz kültüründe ~%15

Süpüratif tromboflebite yol açabilir (Lemierre's sendromu)

Akut farenjit etkeni olabilir; daha veriye ihtiyaç var

Ankomplike akut bakteriyal rinosinüzit: (ABRS) (Sanfort 2019)

Nezle veya alerjik rinitlerin %2 sinde ABRS gelişir
10 günde (en az 7 gün) iyileşmiyen nezle veya alerjik rinitlerde düşün

Etken	%
1-S. pneumoniae	~30
2-H. influenzae	~30
3-M. catarrhalis	~10
S.aureus	~10
Anaeroblar	~5

Tedavi: 5 gün

1-AMO/KL (875/125): 2x1000 mg

2-Tip 1 penisilin allerjisi olanlar (anaflaksi):

Levo 750 mg/gün / Moksi 400 mg

DS 2x100 mg

3-Tip 2 penisilin allerjisi (raş) olanlar:

Sefuroksim aksetil tb 2x500 mg veya

Sefpodoksim tb 2x200 mg

Ardışık 5 basamak

1- Klinik ağırlığı

2- Enfeksiyon odağı

3- Olası etken

4- Direnç oranı

5- Oral ampirik AB seçimi

KOAH: Hafif-orta-ciddi alevlenmede etkenler (Sanfort 2019)

Etken	
Bakteriler (Oral tedavide triat etkeni kapsat)	<%50
H. influenzae	30
S. pneumoniae	20
M. catarrhalis	10
Atipik bakteriler (Tedavide kapsatılmaz)	<%10
C.pneumoniae	5
M. pneumoniae (Tedavide kapsatılmaz)	1
Virüsler (Tedavide kapsatılmaz)	<%50

Ardışık 5 basamak

1- Klinik ağırlığı

2- Enfeksiyon odağı

3- Olası etken

4- Direnç oranı

5- Oral ampirik AB seçimi

Sigara içme ve kirli hava alevlenmeleri kolaylaştırır

P. aurigonasa ise;

Solunum yetersizliği olan ve Pseudomonas riski taşıyanlarda kapsatılır

Fakat ESBL (+) GNÇ'lar idantifiye etmeden ampirik tedavide kapsatılmaz

KOAH'lı hastalarda rutin balgam Gram ve kültür yapılması önerilmez

Pseudomonas riski olanlarda ve ilk 3 gün içinde yanıt alınamıyanlarda önerilir

KOAH'da alevlenme: Klinik ağırlığına göre sınıflama

1-Hafif alevlenme:

Kullandığı ilaçları arttır + AMO/KL 2x1000 mg /5 gün

2-Orta alevlenme:

Oral KS (5 gün günde 30 mg pred) + AMO/KL 2x1000 mg /5 gün

3-Ağır alevlenme: Hospitalize et

KOAH 'da alevlenme (bakteriyal)

1-Dispne de artış,

2-Balgam volümünde artış,

3-Balgam viskosite / pürülansında artış

KOAH;

- **İmmünoterapi (aşılama)**
 - Grip aşısı (her yılın son 3 ayında) (mevsimsel aşı)**
 - Pnömonokok aşısı (Prevenar 13 / 1 kez) (mevsimsel aşı değil)**
- **Kemoprofilaksi**
 - Rutinde önerilmez**
 - Sık alevlenen olgularda ;**
 - Azitromisin 250 mg (3/7); 1 yıl**
 - Moksi 400 mg (5/7); 1 yıl**

TEP: Klinik ağırlığının belirlenmesi → CURB-65

Kliniği hafif TKP → Oral akılcı AB kullanımı (Triat etkene karşı)

Mortalite (%)

- Ayaktan tedavi edilenlerde (kliniği hafif) ~ 1
- Serviste yatırılarak tedavi edilenlerde ~ 10
- Yoğun bakım hastalarında (ARDS / Septik şok) ~ 50

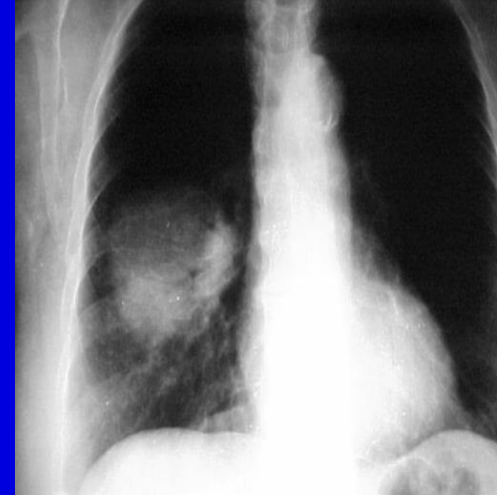
CURB-65

C =1

U =1

R (solunum sayısı) $\geq 30/dk =1$

B (TA $\leq 90/60$) =1



TEP

Oral AB tedavisinde aşağıdaki 3 bakteri kapsatılmalıdır

Etken	
<i>S.pneumoniae</i>	%50
<i>M.pneumoniae</i> ve <i>C.pneumoniae</i>	%20
<i>P. aeruginosa</i> (ağır olgularda)	YBÜ endikasyonu olan ve <i>P.aeruginosa</i> riski taşıyanlarda
MRSA kapstama endikasyonları	1-IVDU'ların pnömonisi 2-Grip pnömonileri 3-YBÜ endikasyonu olan pnömoniler

Ardışık 5 basamak

- 1- Klinik ağırlığı
- 2- Enfeksiyon odağı
- 3- Olası etken
- 4- Direnç oranı
- 5- Oral ampirik AB seçimi

TEP'de AB ilk 6 saat içinde başlanmalıdır (Sanfort 2019)

MRSA için nasal PCR (-) ise NPD %99

Nasal PCR (-) veya balgam kültüründe *S.aureus* üremez ise Van kes

Tedavi süresi: 5 gün (eğer 48 s'dir ateş yok ve vital bulgular N ise)

Legionella da ve *S. aureus* bakteriyemisinde daha uzun

TEP'de ampirik AB tedavisi ve süresi: IDSA/ATS Rehberi 2007

I-Ayaktan tedavi kararı alınan hastalar: 5 gün

1-Öncesinden sağlıklı ve son 3 ay içinde AB almamış:

AMO 3x1 gm + Azitro (500 mg ve sonra 250 mg) (Pnömonokok makrolit R >%20 ise)

2-Eşlik eden hastalığı var veya son 3 ay içinde AB almış:

SFQ veya Seftriakson + Azitro

II-Hospitalize edilen hastalar: 5 gün

SFQ veya BL (AM/SB veya Sef veya Erta) + Makrolit veya Tigesiklin

III-YBÜ'ne verilen hastalar:

Pseudomonas riski yok: Seftriakson veya sefotaksim veya AM/SB + SFQ veya azitromisin

Pseudomonas riski var: PİP/TZ veya sefepim veya meropenem veya imipenem + SFQ

TK-MRSA riski varsa: Bu tedaviye vanko veya linezolid ekle

Eşlik eden hastalık:

1-KKY,KOAH,Siroz,KBY, DM, Alkolizm

2-Kanser, aspleni, immüdüşkünlük

TG Doz: 100 mg IV ve sonra 50 mg IV her 12 saat bir(1 saatte perfüzyon) (her sıvı ile geçimli)

TEP: Tedavi süresi ≥ 5 gün (AB kesmeden önce ≥ 48 s ateşsiz ve hasta stabil olmalı)

Üriner sistem enfeksiyonları

1-Sistit

2-PN

Ana etken: E.coli

Ardışık 5 basamak

1- Klinik ağırlığı

2- Enfeksiyon odağı

3- Olası etken

4- Direnç oranı

5- Oral ampirik AB seçimi

Non-komplike sistit:Ampirik AB tedavisi (yerel direnç oranı <%20 ise)

Sanfort Antimicrobial Therapy 2019

I-İlk seçenek (ampirik tedavi):

TMP-SMZ 960 mg 2x1/ 3 gün

Nitrofurantoin tb 100 mg 2x1/gün/5-7 gün

Fosfomisin 3 gm oral tek doz

S. saprophyticus ve yaşlılarda: 7 gün

II-İkinci seçenek:

Sipro 250 mg tb 2x1/3 gün

Levo 250 mg/gün/3 gün

AMO/KLO:875/125 mg tb 2x1/ 3-7 gün

Sefalekssin 500 mg 4x1/7 gün

**Piyeloseptyl tb 100 mg (30 tb) (2018 Hastanemizde E coli R % 3)
veya Süspansiyon 25 mg/5 ml (20 doz)**

Fosfomisin (Monurol saşe 3 gm): Tek doz yatarken

Erkeklerde sistit: İlaç tedavisi (yerel direnç oranı <%20 ise)

Sanfort 2019

I-İlk seçenek:

TMP-SMZ 960 mg 2x1/7 gün

Sipro 500 mg 2x1/gün/7 gün

Levo 750 mg 1x1/7 gün

Nitrofurantoin 100 mg 2x1/7 gün (K 5 gün)

II-İkinci seçenek:

Fosfomisin (Monurol saşe 3 gm): 3 gün ara ile 2 kez

AMO-KLO: 875/125 mg 2x1/ 7 gün

Sefalekssin 500 mg tb 4x1/7 gün

Sefpodoksim-proksetil tb 100 mg 2x1/7 gün

Fosfomisin 3 gm (3 gün ara ile 2 doz)

- ❖ Komplike sistit: 3 gün yerine 7 gün
- ❖ Rekürren sistit de prostatit araştır
- ❖ Sistit + Mesane çıkış obstrüksiyonu= Aynı anda akut bakteriyel prostatit
- ❖ BL AB / Nitrofurantoin / Fosfomisin: Prostat penetrasyonları yok

Gebeler: Sistit (7 gün)

Nitrofurantoin 100 mg 2x1

AMO-KLO: 500/125 mg 2x1

Sefalekssin 500 mg tb 4x1

Sefpodoksim-proksetil tb 100 mg 2x1

Fosfomisin 3 gm (3 gün ara ile 2 doz) ***

Hastanemizde 2018 yılı E coli

1-Nitrofurantoin R %3

2-Fosfomisin %2

3-Sipro R %30

4-Seftriakson R %30 / ESBL (+) E coli %30

Akut piyelonefrit: Ampirik tedavi

I-Non-komplike PN (yerel direnç oranı <%10 ise) Süre 7 gün

Sipro 500 mg oral 2x1 veya 400 mg IV 2x1

Levo 750 mg oral/IV gün

Seftriakson 1 gm IV / gün / 10 gün

GNÇ bakteriyemi: 7 vs 14 gün (eşit etkinlikte) (hemokültür takipleri gerekmez)

II-Komplike PN (yerel direnç oranı >%10 ise): Süre 14 gün

Ertapenem 1 gm IV /gün / Meropenem 1 gm IV her 8 saatte bir /14 gün

PİP-TZ: 4.25 gm IV 4x1

Sefepim 2 gm IV 12 saatte bir / Seftazidim-avibaktam 2.5 gm IV her 8 saatte bir

Plazomisin 15 mg/kg IV her 24 saatte bir / Fosfomisin 3 x 4 gm

Sepsis kliniği yok ve son 3 ay içinde AB kullanmamışsa: Seftriakson veya PİP-TZ

Sepsis kliniği var veya son 3 ay içinde AB kullanmışsa: Ertapenem

Yaşlı PN'leri hospitalize edilmelidir ve Ardışık tedavi uygundur

Erizipel / Sellülit → Lenfanjit (LAP eşlik edebilir)



- Lenfanjit: Alt ekstremitte erizipel (sellülit)' ine eşlik edebilir
- Alt ekstremitte erizipel (sellülit)'i ise;
tinea pedis veya variköz dermatit veya lenfödeme ikincil gelişir
- Rekürren erizipel /sellülit
- Son 3 yılda ≥ 2 kez (lenfödemlilerde; Milroy hastalığı ve edinsel)
- Profilaksi önerilir: Süre belirsiz

Etken: S. pyogenes ve MSSA (sellülit de koleksiyon varsa düşün)

Tedavi: AMO/KL (5-10 gün)

Klinik tablo	Genital sistem enfeksiyonları: Tedavi
Üretrit /Servisit	Seftriakson 250 mg IM tek doz + Azitromisin 1 gm tek doz Seftriakson 250 mg IM tek doz + DS 100 mgx2/gün / 7 gün SP alerjikse: Gemifloksasin 320 mg po 1 doz + Azitro 2 gm tek doz Gebe: Azitro 2 gm tek doz
Epididimo-orşit Akut prostatit	Riskli ilişkisi olanda etken :Gonokok + C. trachomatis Tedavi: Seftriakson 250 mg IM tek doz + DS 100 mgx2/gün / 7 gün Riskli ilişkisi olmayanda etken: Enterik GNÇ Tedavi: Sipro 500 mg PO(400 mg IVx2/gün) / 14 gün
PID	Etken: Gonokok + C. trachomatis + Enterik GNÇ + Anaeroblar Tedavi: Seftriakson + DS + Metranidazol / 14 gün

Üretrit/Servisit: Seftriakson 250 mg IM tek doz + Azitromisin 1 gm tek doz

Enfeksiyon

Sepsis: Tarama kriterleri
Hızlı SOFA kriterleri

Septik şok

Hasta başı sepsis tarama kriterleridir (klinik triat) (tanı kriteri değil)

Tanı için: $\geq 2/3$ (BAT)

1-Bilinç değişikliği: Kan-beyin bariyeri bozulur ve beyin ödemi de gelişir

2-Solunum sayısı $\geq 22/dk$ (SIRS'da ≥ 20 , CURB-65 ≥ 30 , Ciddi TEP ≥ 30)

3-Sistolik kan basıncı ≤ 100 mmHg

2015 Sepsis Terminoloji Rehberi. JAMA 2016;315(8):801-810

Hızlı SOFA tarama kriterleri:

Acil de kullanıldığında sepsisi yakalama duyarlılığı düşük

Sepsisli olguları atlayabilir; bu nedenle hekimin klinik kanaati çok önemlidir

Sepsis için altın standart tanımla ölçütleri yok

Toplumda edinilmiş sepsis: Etiyoloji (en sık etkenler)

1-GNB → E coli (ESBL)

2-GPK → S aureus (MSSA)

PİP/TZ / Sefepim (süre:7-10 gün)

Ampirik tedavide

P aeruginosa kapsatılmaz

(non-enterikler kapsatılmaz)

3-Miks (GNÇ + GPK)

3-Candida (riskli grupta): B-glükan veya PCR (yakın gelecekte rutin ?)

4-HE ve immüdüşkünlerin sepsisi: Ampirik tedavide P aeruginosa + MRSA kapsatılır

5-tedavi süresi:7-14 gün (E coli 7 gün olabilir)

Sepsis-septik şoklu hastalarda farmakokinetik olarak optimum AB doz stratejileri: Önemli mi ?

1-Konsatrasyona bağımlı öldürme özelliği olanlar: Yükleme dozu ve mak doz da ver

2-Zamana bağımlı ölüdüme özelliği olanlar: Yükleme dozu ver ve T>MIK %100 getirilmelidir

a-Bolus, b-Aralıklı infüzyon (30dk), c-Uzamış infüzyon (4 s), d-Sürekli infüzyon

Nekrotizan fassiit / Fournier gangreni: Enfeksiyon acillerindedir

Tedavi: Acil debritleme + AB

Tip I nekrotizan fassiit



Fournier gangreni



Figure 1—Initial presentation of Fournier's gangrene.

Geniş rekonstrüksiyon sonrası FG



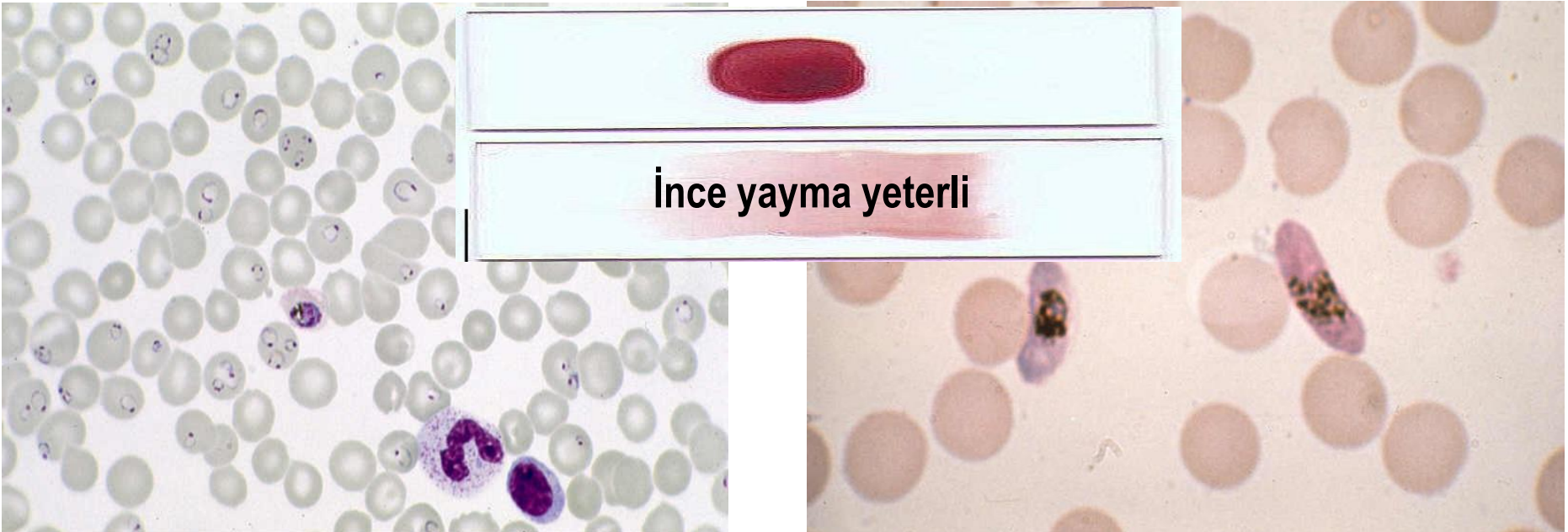
İlgili kliniğe hemen gönder



Akut ateş nedeni→ Nezaman falciparum sıtması düşünülmelidir ?

- Günümüzde tropikal bölgelere ülkemizden gidişler artmıştır
- Falciparum sıtması enfeksiyon acillerindedir
- Tedavisiz olgular 2 hafta içinde %100 ölür
- Endemik bölgeye gidenlerde 7-30 gün içinde ateş gelişirse
- Falciparum sıtması da düşün

İlgili kliniğe hemen gönder

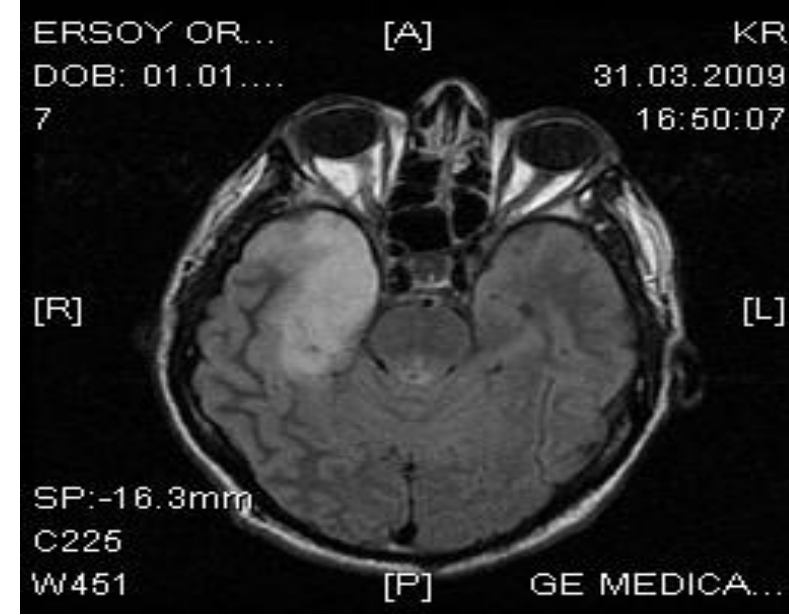


Pürülan menenjit ?

- Pürülan menenjit düşünölen her olguda
- 1 s içinde 2 gm seftriakson yap ve

İlgili kliniğe hemen gönder

Ateşli bir hastada ne zaman herpes ensefaliti düşünmeliyiz ?



- HSE küresel ölçekte en sık görülen ölümcül sporadik ensefalittir
- Klinik olarak akut başlangıçlıdır
- Baş ağrısı, ateş, bilinç bzk, nöbet ve fokal nörolojik belirtiler ile karakterizedir
- Hasta **deliriumla** başvurabilir
- MR ile temporal lob tutulumun gösterilmesi
- BOS'da PCR ile HSV-DNA'sının saptanması kesin tanı koydurur
- HSE yönetimiyle ilgili en önemli nokta tedavinin hemen başlatılmasıdır
- Ensefalit kuşkulu tüm hastalara ampirik asiklovir verilmedir (IDSA rehberi)
- Tedavisiz olgularda mortalite ~%80 ve sekel ~%50
- Asiklovir kullanılmasıyla mortalite ~%25 ve sekel ~%25

İlgili kliniğe hemen gönder

Ateşli hastada ne zaman endokardit düşünölmelidir ?

- Ateş + kardiyak üfürümü olanda
- Ateş + yapay kapağı olanda
- Hemokültürde tipik endokardit etkenleri üretilenlerde

Viridans streptokoklar

S.aureus

Enterokok

S. bovis

HACEK grubu

İlgili kliniğe hemen gönder

Akut monoartrit

Aksi kanıtlanmadıkça septik artrit kabul edilir

Tanı: Klinik + artrosentez

Eklem sıvısı: Lökosit sayısı, Gram boyası ve kültürü

Tedavi: Uygun AB + Drenaj

Uygun tedavi edilmez ise 3 komplikasyonu var

1-Septik şok

2-Komşuluk yoluyla osteomyelit

3-Ankiloz

İlgili kliniğe hemen gönder



TE Akut bakteriyal enfeksiyonlarda;

- **Klinik yanıt → Genellikle ilk 3 gün içinde olur**
- **Ardışık tedavi → Parenteral başlanan AB'lerde klinik yanıt alındıktan sonra Tedavinin kesilip oral tedaviye geçilmesidir**
- **Tedavi süresi → Klinik tabloya göre değişmek üzere 3-14 gündür**
- **Ateşli olgularda tedavi süresi: ≥ 5 gün**
Son 48 saattir ateşi olmayacak ve hasta stabil olacak



Dođal olan herşey güzeldir
Çünkü onda asıl görülmesi gerekeni
görür ve hissedersin
İlginiz için teşekkürler



Erişkinlerde non komplike AOM

Son 1 ay içinde AB almamışsa

AMO 3x1 gm
AMO/KL 2000/125 tb 2x1
Sefpodoksim proksetil 200 mg 2x1

Komplike akut otit media
AB'ler parenteral önerilir

Son 1 ay içinde AB almışsa

AMO/KL 2000/125 tb 2x1 / 10 gün
Levo 750 mg 1x1 / 5 gün
Moksi 400 mg 1x1 / 5 gün

Mastoidit, periostit, menenjit
KBB'ye sevk

