

ANKARA ECZACI ODASI BÜLTENİ



Cilt : 7 Haziran 1985 Sayı : 3
— İki Ayda Bir Yayınlanır —

AEOB — ANKARA ECZACI ODASI BÜLTENİ

AEOB — BULLETIN of ANKARA CHAMBER of PHARMACISTS

SAHİBİ ve YAZI İŞLERİ SORUMLUSU : TEB. II. BÖLGE ANKARA ECZACI
ODASI ADINA BAŞKAN DR. ECZ.
AKIN ÇUBUKÇU

YÖNETİM YERİ : KONUR SOK. 13/2 YENİŞEHİR - ANKARA
TEL : 25 42 96 - 25 08 07

ANKARA ECZACI ODASI YÖNETİM KURULU

Dr. Ecz. Akın ÇUBUKÇU, Ecz. Atilla SERİMER, Ecz. Atilla ERTÜRK,
Ecz. Nihat YALÇINKAYA, Ecz. Fügen ERTUĞRUL, Ecz. Aydın TOPKAYA,
Ecz. Ahmet HACIHASANOĞLU

AEOB — YAYIN KURULU

Ecz. Atilla SERİMER, Ecz. Kadir HATUNOĞLU, Ecz. Sevgi YILDIZ,
Ecz. Nursal KARACA, Ecz. Ertan ONURSAL

BASILDIĞI YER : ŞAFAK MATBAASI - ANKARA TEL : 29 57 84

- Bültendeki yazılar Bülten adı gösterilerek yayınlanabilir.
- Yazılardaki görüşlerden yazarı sorumlu olup, Ankara Eczacı Odası Bülteni'ni bağlamaz.
- Bülten, Ankara Eczacı Odası üyelerine parasız gönderilir.

1 — BAKIŞ	215
2 — SOSYAL ECZACILIK	
● 14 Mayıs Eczacılık Günü	217
● Oda Başkanımız Dr. Ecz. Akın Çubukçunun Konuşması	219
● T.E.B. Başkanı Prof. Dr. Mekin Tanker'in Konuşması	222
● Eczacılık ve 14 Mayıs Üzerine Düşünceler (Dr. AYTEKİN ERTUĞRUL)	227
● S.S.Y.B. İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'ne Açık Mektup (Doç. Dr. İsmail Üstel)	229
● FIP ve 3. Dünya Ülkeleri Y. Doç. Dr. Doğu Nebioğlu	232
● Eczacılıkta Bilgisayar Uygulamaları (Can Uğur Ayfer)	234
● 21. Dönem II. Bölgelerarası Toplantı Marmaris'de Yapıldı	238
● Serbest Eczanelerde Klinik Eczacılık Hizmetleri Sağlanmayacak Olursa, Eczacılığın Geleceği Tehlikede (Doç. Dr. İsmail Üstel)	241
● Türkiye İlaç Endüstrisinin Parametrik Analizi II. (Dr. NURETTİN ABACIOĞLU)	243
● Eczacının Bitkisel İlaçlar Konusundaki Eğitimi (Ecz. Filiz CİZRELİOĞLU)	263
3 — DERLEME MAKALE	
● Kuduz Hastalığı; Etken Özellikleri ve Mücadelesi Dr. Ufuk Abbasoğlu	269
4 — KLİNİK FORUM	
● Hasta Uyuncu (Doç. Dr. İsmail Üstel)	273
5 — İLAÇ ETKİLEŞMELERİ	
● Sulfonamidler (Dr. RÜMEYSA SUNAL)	278
6 — BİLİM HABERLERİ	
● Plastik İnfüzyon Kaplarındaki İlaçların Stabilitesi (Çeviren: Sibel Candan)	282
7 — TEZ ÖZETLERİ	285
● Beta Blokörler ve Diyabetli Hastalar (Çeviren: Sibel Candan)	283
8 — TARİHTE ECZACILIK	
● Ortaçağ İslam Tıp ve Eczacılığı (Dr. Sevgi Şar, Doç. Dr. Eriş Asil)	288
9 — YENİ İLAÇLAR	295
10 — ODA HABERLERİ	297
11 — BASINDAN SEÇMELER	302

Her geçen yıla oranla daha bir coşku ve bilinçle kutladığımız bir 14 Mayıs günümüzü de geride bıraktık. Ankara Eczacı Odası bu yıl kutlamalara bir yenilik getirdi. «Bilgi Aktarım Masaları» adını verdiğimiz, bir tür bilgi alış verişini sağlayan bu birimlerde, konularında uzmanlaşmış meslektaşlarımız güncelliğini koruyan değişik konularda bizleri aydınlattılar. Karşılıklı bir söyleşi havası içerisinde. Biyoyararlanım. Eczacılıkta Bilgisayarlar ve 6197 sayılı Yasa'ya ilişkin son gelişmeler anlatıldı. konulara ilgi duyan arkadaşlarımız yetkili kişilerle konuyu enine boyuna tartıştılar. Her yeni uygulamanın, ortaya konulan her yeniliğin çekici ve güzel yönleri arasında, elbette aksaklıklar da olacaktı. Nitekim, teknik aksaklıklardan çok; ilginin umduğumuzdan az olması, Bilgi Aktarım Masalarının tam istediğimiz düzeyde olmamasına yol açtığı kanısındayız. Bunda birazda, masalara katılan arkadaşlarımızın -belki biraz hazırlıksız gelmeleri ve zamanlamanın dar bir süreye sıkışmış olması da önemli rol oynadı. Ama, belirttiğimiz gibi yeni bir uygulamadır, aksaklıklar haliyle olacaktır. İlerde daha bir sağlıklı ve geniş çaplı tartışılacak «masalar» hazırlanacağını da burada duyurabiliriz.

Yaz sıcaklarının kendi hissettirmeye başladığı şu günlerde, yoğun bir çalışmayla geçen kış günlerinin yorgunluğu da iyi bir tatil özlemini gözlerde buram buram tütürüyor. Fakültelerimizde sınavlar bitti-bitecek. Akademisyen meslektaşlarımız kağıt okuyup not vermekten, kamu kesimindeki arkadaşlarımız günlük rutin işlerinden, eczane kesimindekiler de senet-çek-depo-müşteri ilişkilerinden artık bunaldı. Hangi kesimden olursa olsun, yoğun bir iş gününün yorgunluğu çalışan her kişiye, hele şu sıcak günlerde serin bir ortamda, şöyle bir dinlenmeyi soğuk bir şeylerle serinlemeyi nerdeyse zorunlu kılıyor. Böyle bir ortam artık meslektaşlarımız için hazır bekliyor. Sosyal tesisimizin «14 Mayıs Bahçesi» açıldı. Ankara'nın sıcak hatta çekilmez günlerini serin bir akşamla unutmak istiyorsanız, hafif bir müzik eşliğinde sevdiğinizle birlikte olmayı arzu ediyorsanız 14 Mayıs Bahçesi'ne sizleri bekliyoruz.

Biliyorsunuz yaz ayları sağlık yönünden ele alınırsa, aynı zamanda «ishal aylarıdır». Birçok firma şimdiden ishal kesicilerini pazarlama hazırlığı içerisinde. İskontolar, mal fazlaları girila gidiyor. Bu arada İstanbul'daki bir ilaç firması da çocuk ishallerinde görülen su ve elektrolit kaybını önleyen bir

preparatı piyasaya sürüverdi. SSYB'nın 13.2.1985 tarih ve 135/63 sayılı ruhsatı ile eczane raflarına giren bu preparatın adı, Ge-Oral. Üzerinde büyük harflerle «ishal durdurucu tuz» yazıyor. Ama formülüne bakılınca bu ilacın, ishallerde görülen su kaybına bağlı elektrolitik dengenin bozulmasına engel olacağı anlaşılıyor. İshal kesici bir niteliği yok. Zaten kutunun üzerinde İngilizce (neden İngilizce anlayamadık) «Rehydration salts» ibaresi konmuş. Firma yetkilileri, her halde Türkiye'de herkesin İngilizce bilmediğini bildiklerinden «çocuk ishallerinde meydana gelen su ve elektrolit kaybının giderilmesine yarar» diye de, sağolsunlar, açıklamada da bulunmuşlar. Ha, bir de not var «Dünya Sağlık Teşkilatı/Unicef formülüne uygundur» diye. Buraya kadar her şey iyi, güzel. Her ne kadar ilaç mı değil mi, bir karara varılamamış gibi görünüyorsa da, kutunun alt köşesine konmuş bir cümle, bu çelişkiler ortamının tozunu dumanını arttırıyor. Deniliyor ki nesne (!) reçeteli ve reçetesiz verilebilir- sıkı durun lütfen-, ve dahi eczane dışında da satılabilir. Şimdi biraz düşünelim. Bu nesne eczane dışında da satılabilecekse; ilaç olamaz. Zira ilacın nerede, nasıl kimlerce satılacağı yasalarla belirlenmiş. İlaç değilse SSYB

ndan ruhsat alınmasına ne gerek var Ama «ishal durdurucu tuz» demişler; gerekli makamlardan «ilaç» olduğunu onaylatmışlar. Bununla da kalmamışlar, 9.4.1985 tarihinde SSYB İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'nden «eczane dışında da satılması» için izin almışlar. İlacın (!) ruhsat ile serbest satılma izni tarihi arasında iki ay süre var. Daha ilaç piyasaya çıkar çıkmaz «eczane dışında da satılabilir» ibaresi vurulmuş. Ama gerekli izin «istim arkadan gelsin» misali iki ay sonra alınmış. Hem de bir gün içinde!... Minareyi çalanın aynı zamanda büyük bir kılıf ustası olması gereğini biliyorduk ama bu kadarının önünde pes deyip şapka çıkarmak düşer.

H.Ü. Öğretim üyelerinden Doç. Dr. İsmail Üstel konuyla ilgili gönderdiği açık mektubunda kuşkularını dile getirdikten sonra soruyor «Bu kapı nereye kadar aralanacak » Söyleyelim: Bu anlayışla gidilirse ilaç piyasasını oluşturan yol, «reçetesiz ve her yerde satılanlar» (bakal, market, büfe, işporta) ile «reçeteli eczanelerde satılanlar» diye ikiye ayrılacak. Ama ikiye ayrılan yolun ilkinin ikincisinden daha geniş olması unutulmayacak. Tabii bu kapıyı aralayanların elleri kapı arasına sıkışıp kalmazsa.

AEOB

14 Mayıs 1985 Eczacılık Günü

Eczacılık Günü'nün 146. Yılı Odamızca düzenlenen program çerçevesinde geleneksel olarak kutlandı.

Her yıl olduğu gibi kutlama törenleri sabah saat 9.30'da Anıtkabir'e çelenk konulması ve saygı duruşu ile başladı. Oda Başkanımız Dr. Ecz. Akın Çubukçu Anıtkabir'deki deftere şu satırları yazdı. «Büyük Atatürk, Türk Eczacıları gösterdiğim ilkeler çerçevesinde halk sağlığına hizmet etmenin kıvancı ve gururu içinde, huzurunda saygı ile eğilirler.»

Uzun yıllardan beri Eczacılık Fakültesi Salonlarında Odamızca hazırlanan programlar çerçevesinde yapılan toplantılar, bu yıl Kent Otel Salonunda yapıldı. Oda Başkanımız Dr. Ecz. Akın Çubukçu'nun açış konuşması ile saat 13.30 da toplantı başladı. Başkanımız Çubukçu'nun konuşmasına ilerki sayfalarımızda yer veriyoruz.

Oda Başkanımızın konuşmasından sonra Türk Eczacıları Birliği Merkez Heyeti Başkanı Prof. Dr. Mekin Tanker kürsüye geldi. Topker'in konuşma metnini de bültenimizin diğer sayfalarında bulabilirsiniz.

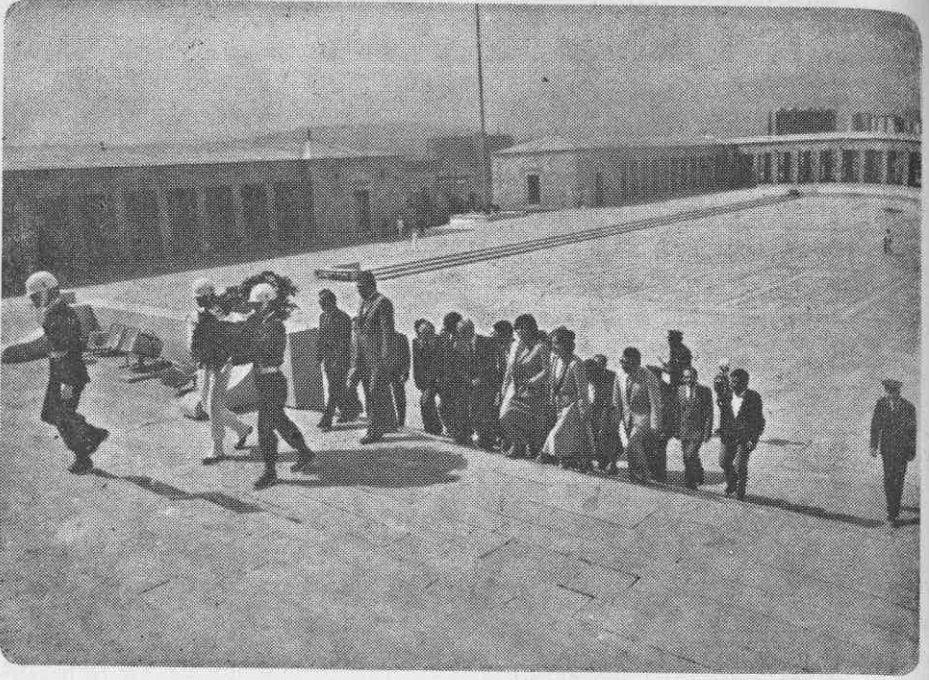
Türk Eczacıları Birliği Merkez Heyeti'nin konuğu olarak törenleri-

mize katılan Uluslararası Eczacılar Birliği temsilcilerinden Mr. Martens ise, sözlerine aramızda bulunmaktan mutluluk duyduğunu ifade ederek başladı. FIP Başkanının iyi niyet mesajını getirdiğini belirterek, FIP'in ana işleyinden söz etti. 69'u aşkın ülkenin üye olduğu ve Dünya eczacılarının temsil edildiği bir kuruluş olan FIP'in ana amacının dünya genelinde eczacının sağlık hizmetlerinde gerektiği yere getirilmesi olduğunu vurguladı.

FIP'in Serbest Eczacılar Seksiyonu Başkanı Mr. Winters'da 146. Yıl dönümümüzü kutlayarak, eczacılar şu ana kadar çok şey başarmıştır. Bundan sonra da daha fazlasını başaracaktır dedi.

Daha sonra ise Ankara Eczacı Odası'nın öncülüğünde kurulan ve kısa süre içerisinde Ankara'daki eczanelerin büyük bir ekonomik desteği durumuna gelmiş olan Ankara Ecza Koop Yönetim Kurulu Başkanı Ecz. Turgut Özden günün önemi ve Ankara Ecza Koop'un çalışmaları konusunda kısa bilgiler verdi.

Açış konuşmalarından sonra Odamızca 40 yılın doldurmuş üyelerimize ve akademik olarak başarı gösteren meslektaşlarımız ile fakültelerde dereceye girmiş olan meslektaşlarımıza, geleneksel onur ve



başarı belgeleri verildi.

Bu yıl ilk kez olarak düzenlenen Bilgi aktarımı ve bilgi aktarım masalarında tartışma uygulaması ise meslektaşlarımız tarafından ilgi ile karşılandı.

İlk bilgi aktarım konusu olan Biyoyararlanım konusunda H. Ü. Eczacılık Fakültesi'nden Sayın Prof. Dr. Gül Ayanoğlu kısa açıklamalarda bulundu.

İkinci konu olarak seçilen «Eczacılıkta Bilgisayar Kullanımı» konusunda ise, H. Ü. Eczacılık Fakültesinden Doç. Dr. İsmail Üstel'de meslektaşlarımıza aydınlatıcı bilgiler iletti. Üçüncü ve son konu olarak seçilmiş olan «6197 sayılı Eczaneler ve Eczacılar Kanunu» konusunda ise Ecz. Aydın Bensan yapılan çalışmalarını kısaca özetleye-

rek, meslektaşlarımızdan bu konuda önerilerini ve görüşlerini tartışma masalarına iletmelerini istedikler.

Toplantının bu bölümünden sonra Kent Otel Kokteyl Salonu'nda kurulmuş olan üç konu ile ilgili masalarda konularında uzmanların da oturduğu kişiler ve toplantıda bulunan meslektaşlarımız arasında ilginç tartışmalar ve bilgi alışverişi ilgi ile izlendi. Konuları ve bu tartışmaları bültenlerimiz sayfalarında da iletmeyi arzulamaktayız.

Kutlama programı kokteyl ile sona erdi. Bu yılki kutlama programının sosyal etkinliklerinden dostluk futbol maçı Anıttepe tesislerinde yapıldı. Büyük Sürmeli Oteli salonunda yapılan geleneksel Eczacılar Gecesi ile sonuçlandı.

Oda Başkanımız Dr. Ecz. Akın Çubukçu'nun Eczacılık Günü Açış Konuşması

«Değerli konuklar, Sevgili Meslektaşlarım.

14 Mayıs Eczacılık Günü'nün 146. Yılında Ankara Eczacı Odası Yönetim Kurulu adına hepimize esenlikler diliyorum ve hoş geldiniz diyorum. Bu mutlu ve güzel günümüzde Uluslararası Eczacılık Federasyonu temsilcileri meslektaşlarımızı da aramızda görmekten kıvanç duyuyor, bir kez daha hoş geldiniz diyorum.

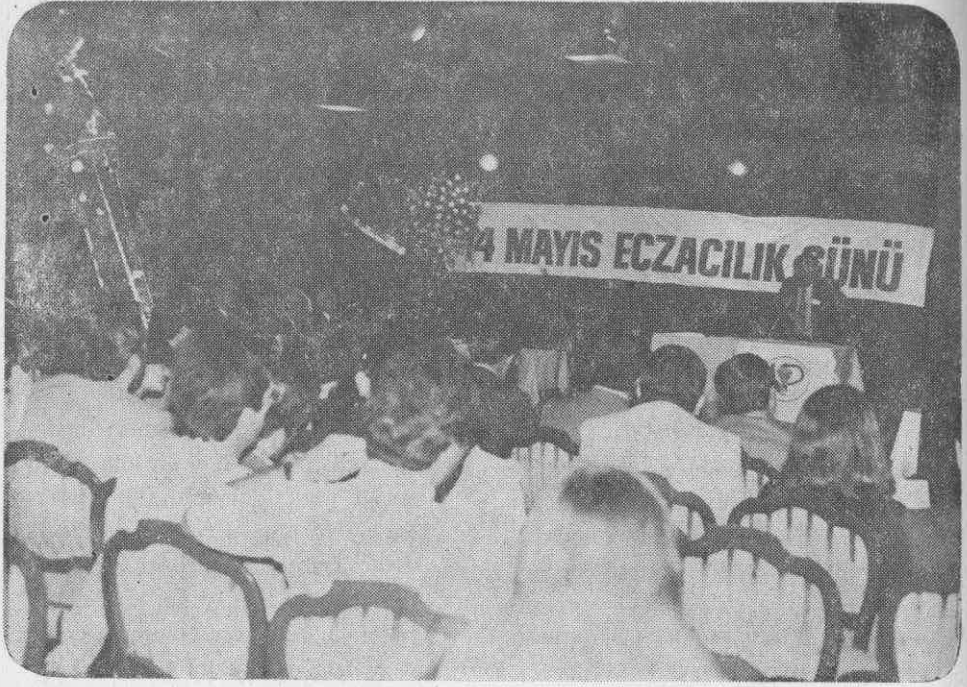
Geçen 14 Mayıs'tan bu güne bazı önemli sorunlarımızın çözümlendiğini bazılarının ise kronik durumunu koruduğunu görüyoruz. Şimdi şu son bir yıl içerisinde mesleğimizle ilgili olumlu olumsuz gelişmelere kısaca değinmek istiyorum.

İtalya, Fransa gibi ülkelerde her 5 bin kişiye bir eczane düşülmektedir. Bu gün eczane sayısı açısından Türkiye bu standartlara yaklaşmıştır. 9500 eczane, 50 milyon nüfusa; dolayısıyla bir eczane 5200 kişiye cevap verir niteliğe gelmiştir.

Sayısal açıdan batı standartlarına gerçi yetişilmiştir. Ama hizmet açısından aynı yere getirilmiş midir Buna ne yazık ki evet demek çok zordur. Çünkü günümüzdeki eczaneler nitelik yönünden olsun.

üreticilik yönünden olsun bırakınız belli bir düzeye gelmeyi; bundan 30-40 yıl önceki düzeyini bile koruyamamıştır. O yıllarda saygıyla girilen eczane; bu gün sıkıntılı hastanın bağırp çağırıldığı bir öfke yataştırıcı yer durumuna gelmiştir. İlacı raftan alıp, sarıp verme dışardan herkesin yapabileceği bir iş gibi görüldüğü için eczacı da saygınlığından olmuştur. Eczacının üretime geçirilmesi bu gün artık kaçınılmaz duruma gelmiştir.

Psikotrop ilaçların satışları her ne kadar reçetesiz yapılmamaktaysa da henüz bir standardizasyona kavuşmamıştır. Uzun zamandan beri hazırlıkları yapılan üçlü reçete sistemi uygulamaya henüz konulmamıştır. Yapılan çalışmalar bağlayıcı bir nitelik kazanmamış ve halen ilaç Danışma Kurulu'nun gündeminde bulunmaktadır. Ayrıca reçetesiz satılmaması gereken ilaçların listesi her eczaneye dağıtıldığı halde, gerek kamu, gerek serbest kesimde çalışan hekimlere gönderilmediği için, eczanede alkonulan reçetenin sorumlusu eczacı olmaktadır. Aslında bugün Ankara'da psikotrop sınıfından bir ilacı reçetesiz alamazsınız. Meslektaşlarımızın bu duyarlı davranışını yürekten alkışlıyoruz.



Kamu eczacılarının sorunları hiçbir çözüme ulaşmamıştır. Özlük hakları, kadro ve dereceleri geçmiş yılların bir uzantısı olarak durmakta, gün geçtikçe ağırlaşan ekonomik koşullar kamu eczacısının belini bükmektedir. Ankara Eczacı Odası Türk Eczacıları Birliği ile birlikte bu konuda bazı girişimlerde bulunmuşsa da bürokratik engelleri aşamamıştır. Bu konuda üzüntülüyüz.

Eczacı, eczanesini üretime yönleltmelidir. Bu günlerde T.E.B. eczanelerde yapılabilecek ve yapılması gereken yaklaşık 300 kadar formül içeren bir yapıt hazırlamış ve bastırmıştır. Bu ilaçlar belki bugün her eczanede yapılamayabilir. Ama bu bir başlangıçtır. Gelişmesini kesinlikle tamamlaması gereken bir nüvedir. T.E.B.'nin bu çalışmasına, eczaneleri daha nitelikli ve üretime yönelik bir duruma sokacağına ina-

nyoruz ve destekliyoruz. Eczanelerin bu günkü görünümünün nitelik ve nicelik açısından değiştirilmesini arzu ediyoruz.

Muvazaalı eczaneler konusunda, Odamızın tüm duyarlılığı ve titizliğine karşın, başarılı bir mücadele verdiğimiz söylenemez. Yetkili kurumların bu mücadelede bizlere yardımcı olmadığı gerçeği de yadsınamaz. Eczane açılma işlemlerinin azaltılması düşüncesiyle, Odalardan istenen belge kaldırılmış, bunun yerine doldurulacak formu sadece Oda kayıt nosu ve tarihi istenilmekle yetinilmekte, bunun doğru olup olmadığı dahi odalardan sorulmamaktadır. Bu da muvazaalı eczaneleri en iyi tanıma olanağına sahip eczacı odalarını devreden çıkarmış olmaktadır. Durum üzücü ve acıdır.

Sürşarj hakkı sonunda yasal-

laşmıştır. Tüm odaların ortak çabası. T.E.B. Merkez Heyeti'nin konuya çok iyi sahip çıkması ile bu sorun çözümlenmiştir. Burada şunu da özellikle vurgulamak isterim ki, yıllarca eczacının en büyük sorunlarından biri olan sürşarj konusuna S.S.Y. Bakanımız sayın Mehmet Aydın gerçekçi bir anlayış ve ekonomist gözüyle konunun çözülmesinde etkinlik sağlamış, gereken her kolaylığı sakınmadan ortaya koymuştur. Kendilerine teşekkürü odam ve meslektaşlarım adına bir borç biliyorum.

Majistral tarife 1982'den beri değişmemiştir. 1984 Ağustos'unda Bakanlığa sevk edilen taslak tarife henüz onaylanmamıştır. İlaç firmalarının zam isteklerine 10 gün içinde cevap veren yetkililer nedense bu isteğimize ilgi göstermemiştir. Doktor viziteleri hastane ücretleri, sürekli artarken eczacı meslek hakkı hala 3 yıldır yerinde saymaktadır. Bu eczacıya verilen bir cezadır.

Türkiye'de 1810 ilaç 3254 değişik farmasötik biçimde üretilmektedir ve kişi başına yılda 2068 TL'lik ilaç tüketilmektedir. Bu rakamlar diğer gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında, yahut istatistik tablo durumuna geldiğinde, son sıralarda yer almış olduğunu görürüz. Her türlü devlet desteğine sahip olan, pazarlama sorunu olmayan ve bir türlü gelişemeyen, dışa bağımlılıktan kurtulamayan ilaç sanayimiz, tüm sorunlarının çözümünü genelde ilaca yapılacak zamma bağlamış görmektedir. İlaça yapılacak zamların gerekçeleri olarak 2 temel ne-

den gösterilmektedir. Bunlardan biri kalitenin yükseltilmesi, ikincisi ilaç sanayiinde yatırım hacminin genişletilmesidir.

Ucuz ilacın kalitesiz, pahalı ilacın kaliteli olacağı gibi bir düşünce olamaz. Kaldı ki üretici firmaların ilaçlarını kaliteli üretmek zorunluluğu vardır. İlacın zam alarak piyasaya sürülmesi, kalitesini arttırıyorum gerekçesine dayanıyorsa, zam öncesi ilaçların kalitesiz veya düşük kaliteli olduğu görüntüsünü yaratmaz mı?

Bugün ilaç sanayimizin önde gelen ve ulusal ilaç endüstrimizi kurup geliştirdiklerini savunan üretici firmaların holdingleşme yoluna girdiklerini gözlemekteyiz. Bu firmaların bir çoğu yatırımlarına ilaç yoluyla girdiklerini bu yolla geliştikten sonra, daha da bir kârlı alanlara kaydıklarını görmekteyiz. Gıda, pazarlama, tuvalet ve inşaat malzemeleri gibi.

İlaç fiyatlarının serbest bırakılmasından doğan kârın; yüksek kaliteli ilaç üretimine, yatırım hacminin genişletilmesine değil de, holdinglelerin daha kârlı gördükleri bir alana kaydırabilecekleri endişesini taşımaktayız.

İlaç fiyatlarının serbest bırakılması bugün ilaç pazarlama harcamalarına bir canlanma sağlamış; rekabet fiyatta değil, reklamda kendini göstermiştir.

Sonuç olarak ilaç tüketiminde suni btr artış sağlamaya yönelmiştir. Bunun sonuçlarını da geçmişte bütün açıklığıyla yaşamış ve görmüştük. Hepinize saygılarımla selamlarım.

T.E.B. Başkanı Prof. Dr. Mekin Tanker'in Ankara Hastanesi'nde SSYB'nın düzenlediği toplantıda yaptığı Konuşma

Bu gün 14 Mayıs 1839 un yıldönümünü kutluyoruz. Bu tarihte Türkiye'de bilimsel eczacılığın başlatıldığı, eczacılık diplomasının verilmesine esas teşkil edecek, ilk eczacılık sınıfının açıldığı ve ilk derslerin verildiği gündür. Bu ilk derslerden sonra, eczacılık batılı anlamda, gelişmiş, özellikle, Atatürk'ün önderliğinde kurulan Cumhuriyet döneminde, eczacılığa ve ilaca milletçe sahip çıkma, batılılaşma ve çağa uyma yolunda eczacılar ve eczacılık içinde büyük gelişmeler olmuştur. Her yıl olduğu gibi bu yıl da şu sıralarda Türk Eczacılarını temsilen bir heyet, Atalarına saygı, bağlılık ve minnetlerini bir daha tekrarlamak üzere Anıtkabirde, Büyük Atatürk'ün huzurunda bulunuyor. Bizler de buradan bütün kalbimizle onlara katılıyoruz.

Türk Eczacıları Birliği, diğer kamu kurumu niteliğindeki meslek birlikleri gibi, 1983'te, bu kez Ankara'da yeniden kurulmuş ve 23 Şubat 1984 ten itibaren göreve başlamıştır.

Türkiye'de eczacılık son yılların siyasal ve ekonomik çalkantıları arasından en az siyasi yara alarak fakat önemli ekonomik sarsıntılara

uğrayarak geçmiştir. Yeniden kuruluşundan bu yana Türk Eczacıları, kanunların kendilerine emrettiği yolda, siyasi davranışların tamamen dışında, ilaçta ülke çıkarları ve meslek sorunları için en uygun çözümleri adayan bir birlik olarak çalışmalarına devam etmektedir.

Geçen yılki eczacılık gününden bu yana Eczacılık mesleği açısından önemli gelişmeler olmuştur.

Eczane eczacısına yaşama ve sağlık hizmetindeki önemli görevine devam imkânını veren etiket uygulaması, eczacının sağlık hizmetinin gereği olan eşdeğer ilaç konusu, ilaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü taşra teşkilâtının kurulması, Eczacı müfettişlerin etkili hale getirilmesi, uyuşturucu ve psikotrop ilaçlarla ilgili olarak tasarlanan uygulama, İlaç Danışma Kurulunun oluşturulması, Yüksek Sağlık Şurasında Eczacıların yer alması, İlaç Fabrikalarında GMP uygulamasına geçilmesi, aktarlarda satılan zararlı ve tehlikeli maddeler hakkında düşünülen tedbirler hep bu olumlu gelişmelerin sonucudur.

Bu olumlu uygulama ve gelişmeler için Eczacılık Camiası sayın Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanına



ve Bakanlık yetkililerine müteşekkirdir.

Eczacı birinci derecede sağlık elemanlarından. Yaptığı hizmet Sağlık hizmetidir. Uluslararası Eczacılar Birliğinin Dünya Sağlık Teşkilâtına ve Dünya Kamu oyuna sunduğu bildiride açıkça ifade edildiği gibi;

— İlâç bir ticari meta değil bir sağlık aracıdır.

— İlâcın ancak uzmanlar tarafından bilinen ve insan sağlığı üzerinde etkili çok önemli özellikleri vardır.

— Eczacı ilâcı tam olarak bilen ve tanıyan bir uzmandır.

İlâcın etkili olması ilâçtan yararlanılması, eczacının mevcuriyeti-

ne ce eczacılık görevini tam yetkiyle yerine getirmesine bağlıdır.

İlâçtan yararlanabilmek için özetle 2 önemli hususun bir arada olmasına, bunların sağlanmış bulunmasına gerek vardır.

1 — İlâç hep bulunmalıdır ve hasta tarafından sağlanabilir olmalıdır.

2 — İlâç etkili olmalıdır ve zararı, eğer varsa, en düşük düzeyde bulunmalıdır.

1 — Türkiye'de müstahzar üretimi yapılmaktadır. Ham madde ithalatında güçlükler kalmamıştır. Maliyetinin altında üretim yapılmasına zorladığı iddia edilen nedenler artık yoktur. Buna rağmen bazı müstahzarlar, hastanın ihtiya-

cı olduğu anda hemen bulunamamaktadır. Üyeleri Türkiye'nin her tarafına dağılmış bulunan T.E.B. tesbitlerine; Nedenlerin araştırılması ve ortadan kaldırılması bakımından, bu konuda çareler aranması için S.S.Y.B. gına yardımcı olmak görevine devam edecektir.

İlâcın bulunmasını sağlamanın bir başka yolu da eczanede eczacıyı üretime özendirmektir. Batı ülkelerinin pek çoğunda uygulanan bu yöntem Türkiye'de Sağlık elemanları ve eczacılar tarafından da ihmal edilmiştir. 1984 Ağustosundan beri Sağlık ve S.Y. Bakanlığına sunulmuş bulunan majistral tarifelin henüz onaydan çıkmamış bulunması bugün için eczacıyı üretimden uzaklaştıran en önemli unsur olarak belirmektedir. Bu sakıncanın çok kısa bir zaman giderileceğine inanıyoruz.

Eczanede üretimi kolaylaştırmak ve yaygınlaştırmak için gerekli hususlardan biri de milli formüllerin hazırlanmasıdır. Böylece eczanede üretim standart bir hale gelecek ve bu formülleri yazacak hekimlere kolaylık sağlanmış olacaktır. Milli formülere hazırlık olarak TEB'ince bir çalışma yapılmış ve ilk deneme olmak üzere 300 formül hazırlanıp bastırılarak eczacıların ve doktorların istifadesine sunulmuştur.

İlâcın, hastanın ihtiyacı olduğu yerde ve ihtiyacı olduğu anda bulunabilmesi, eczanelerin yurt düzeyinde dengeli dağılımına ve nöbet görevlerini tam olarak yerine getirme-

lerine de bağlıdır. Nöbet görevlerinin yerine getirilmesinde gösterilen hassasiyete katılıyoruz ve takibi kontrolü için gereken önlemleri biz de kendi açımızdan almış bulunuyoruz.

2. İlâçlardan yararlanabilmenin ikinci önemli koşulu, ilâcın etkili olması ve zararının, eğer varsa, en düşük düzeyde bulunmasıdır.

Bu hususun sağlanmasında bütün görev eczacıya düşmektedir.

İlâç üretiminde farmasötik kurallara dikkat edilmez, gerekleri yerine getirilmezse o ilâcın etkisinden söz edilemez. Bu farmasötik kurallar sadece Eczacılık Fakülteleri programında yer alır. İlâç ham maddesi üretiminden, müstahzar üretime ve kalite kontrolüne kadar her safhada Eczacının bilgi, beceri ve bilimsel katkı ve murakabesine ihtiyaç mutlaklıktır. Yoksa ilâç kalitesinden de, ilâcın biyoyararlılığından da söz etmek, sadece raslantılara kalır.

Bu nedenlerle, ilâç ham maddesi, müstahzar ve hatta sağlığı çok yakından ilgilendirdiği şüphesiz olan kozmetik ürünlerin imalinde ve kontrolünde eczacının katkısını sağlamak ve artırmak mutlaka zorunludur.

İlâcın etkili olması için bu da yetmez. İlâci hastaya ulaştıran hastane eczanelerinde ve serbest eczanelerde de eczacının vazgeçilemez sağlık görevleri vardır.

Doktorla ve diğer sağlık personeliyle ilâç arasındaki köprüyü ve

ilâç-hasta ilişkisini kuracak olan eczacıdır.

İlâç hakkındaki Temel Farmasötik Bilgiyi, ilâcı kullanma yöntemlerini, ilâcın yan etkilerini, ters reaksiyonlarını, geçimsizliklerini, Farmakokinetiğini, ilâç-ilâç, ilâç-gıda etkileşmelerini günü gününe takibedecek ve bu bilgileri değerlendiren aktaracak olan eczacıdır.

Hasta ilâçla ilgili en basit bilgileri bile bilmemekte haklıdır. Kendisine yeterli ve gerekli bilgiyi veren kendisine müstahzar sunan eczacı olacaktır. İlâç niçin kullanılıyor, nasıl etki ediyor, ilâcı nasıl kullanılmalıdır, kullanırken nelere dikkat etmelidir. İlâcı ne miktarda kullanılmalıdır, tedavi sırasında ortaya ne gibi etkiler çıkabilir, ilâcı saklarken hangi şartlara uyulacaktır.

Elbetteki bu bilgilerin bir kısmı hekim tarafından da hastaya anlatılmıştır. Teorik olarak reçete üzerinde verilen bilgiler somut örnek olan, İlâç üzerinde gösterilerek, eczacı tarafından tekrarlanması ve açıklanmasındaki yarar tartışılmaz.

Verilen ilâcın kusurlu olmaması, verilen dozun kontrolü ve gerektiğinde, hekimle istişare, geçimsizliklerin araştırılması, kanunların yalnız eczacıya yüklediği sorumluluklardır.

Uyuşturucu ve psikotrop ilâçların aşırı kullanımının engellenmesi, bulaşıcı hastalıkların yaygınlaşma istidadının ihbarı yine ka-

nunlarla eczacılara verilen sağlık görevleridir.

Bu sağlık görevlerinin kusursuz yerine getirilmesi için, kanunlarımızda eczanelerin mesul müdürlerinin eczacı olması ile yetinilmemiş, sahibinin de eczacı olması, yani mali kontrolün de eczacının elinde bulunması zorunluğu getirilmiştir.

Diploma riski olmayan, mesleğe başlarken yemin etmemiş, ilâcın zararı ve tehlikeleri hakkında bilgisiz kişilere ilâcın hastaya verilmesinde, hatta mali kontrol yetkisi tanımak bile sağlık sorumluluğu ile hiç bir biçimde bağdaşamaz.

Kaldiki, muvazaalı eczanelerde, mes'ul müdürlük için diplomasını gösteren eczacı eczanedeki hiçbir işleme katılmamaktadır.

Kanunun bu konudaki hükümlerini görmezden gelmek, bir eczane nin muvazaalı yani kanuna aykırı olduğunu bile bile sahte olarak hazırlanan evraka itibar etmek, bu tip anlaşmalara müsamaha etmek, alınmış Yüksek Haysiyet Divanı kararlarının uygulanmasını kanun hükümlerine rağmen geciktirmek, muvazaalı eczanelere engel olmaya çalışan tek kuruluşu, eczacı odalarını devre dışı bırakan uygulamalara geçmek bu konudaki büyük yanlışlardır. S.S.Y. Bakanlığının bu yanlışları kısa zamanda düzelteceğine yürekten inanıyoruz.

İlâcın etkili olmasını sağlama açısından, eczacıya düşen sağlık görevinin bir ayağı serbest eczanelerde ise bir ayağı da hastanelerde dir.

Hastanelerde eczacılık hizmetlerinin batılı anlamda ve istenen doğrultuda yürütüldüğü söylenemez.

Batılı ülkelerde daha 1950 lerde tam olarak yerleşmiş ve kurallaşmış olan hastane eczacılığı, Türkiye'de henüz uygulanmadığı gibi, 1970 lerden beri Batılı ülkelerde yerleşmiş bulunan klinik eczacılık kavramı, yurdumuzda ancak yeni yeni görüşülmeğe başlanmıştır.

Hastanelerde ilaçla tedavinin vazgeçilmez gereği olan hastane eczacılığı ve klinik Eczacılık konularında ayrıntılı bir çalışma, Türk Eczacıları Birliği yayınları arasında Amerikadaki uygulamayı açıklayan tercüme bir eser olarak yer almıştır. Önümüzdeki günlerde basımı tamamlanacak ve ilgililerin yararına sunulacaktır.

Eczacılıkla ilgili başka konularda olduğu gibi S.S.Y. Bakanlığının hastane eczacılığının reorganizasyonu yolunda yapacağı çalışmalara da bütün imkânlarımızla katılacağız tabiidir.

14 Mayıs 1985 Eczacılık gününde, Türkiyede ilk defa olarak bizat toplantı düzenlemek suretiyle, eczacılık konularına ve eczacılık gününe sahip çıkan Sayın Bakanımıza, S.S.Y.B. nın sayın yetkililerine tekrar teşekkür eder, öğleden sonra Kent Otel'de Uluslararası eczacılar birliği (FIP) temsilcilerinin de katılacağı T.E.B. Ankara Eczacı Odası tarafından düzenlenen ve ilaçta Biyoyararlılık, Eczanelerde Bilgisayar uygulaması ile Eczacılık Kanununun tartışılacağı toplantıda tekrar birlikte olmak ümidiyle saygılarımı sunarım.

SOSYAL TESİSİMİZİN;

«14 MAYIS BAHÇESİNDE»

Cumartesi-Pazar sabah 9.00'dan itibaren sabah kahvaltılarında

Öğlenleri

Özel yemek günlerine

gelin, sevdiklerinizi getirin.

Hafta sonlarını dinlenerek, eğlenerek geçirin.

Eczacılık ve 14 Mayıs Üzerine Düşünceler

Dr. Aytekin ERTUĞRUL

Bir eczacılar toplantısı yapılmakta. Toplantının başkanı davet ediyor. Bir tabip arkadaşımız konuşacaklar. Ne konuşur insan, böyle bir davet karşısında. Ben de aynı duyguları şu anda taşıyorum. Ne dendir ki, Eczacılar ve 14 Mayıs üzerine.

Şüphesiz her şey güllük gülistanlık değil. Üstelik zor günlerden geçiyoruz. Bir meslektaşımız 14 Mayıs 1983 sayısında bunu açıklamış. Eczane açınca yanındaki arkadaşlarının reaksiyonlarına karşı mesleki duygular içeren bir mektup yazmış.

Eczacılık tabipliğin ayrılmaz bir parçası. Tedavi araç ve gereçlerinin en önemlisi ilaçları hastalara veren meslek. Bunu bilim kuralları içinde verecek. Sorunları bol bir meslek. Gerçekten yaşam mücadelesi denebilir eczacıların bu günkü durumuna.

Bizim hastalarımıza yemek vermek için diyetisyenimiz var. Ama ilaç vermek için eczacımız yok. Çözüm nedir? Bazılarının sandığı gibi değil. Atatürk Samsun'a çıktığı zaman Türkiye'nin durumu bugün eczacıların içinde bulunduğu durumdan daha kötü idi. Her tarafı istila edilmiş, bütün orduları dağıtılmış memleketin her tarafı bilfiil işgal edilmişti. O zaman bunun

kurtuluşu için Türk milletinin gücünden başka güçlere dayanmak isteyen mandacılar vardı. Atatürk Türk milletinin ancak kendi gücü ile bu durumdan kurtulabileceğini savundu ve Türk kurtuluş tezini başarıya ulaştırdı.

Türk eczacılarının durumu biraz buna benziyor. Çözüm bence Türkiye'nin bütün eczacılık sorunlarının Türk eczacıları tarafından yüklenilmesi ile olacak. İmalatından pazarlamasına ve araştırılmasına kadar bütün hizmetler Türk eczacıları tarafından yapılmalıdır. Bir de eczacılık enflasyonuna artık son verilmelidir. Enflasyon değer düşürmek demektir. Türkiye'nin bugün eczacıya ihtiyacı yok. Bu husus 5 yıllık planlarda yazılı. Ama bu pahalı eğitim devam ediyor. Eczacılık fakültelerinde hala daha eczacı yetiştirme faaliyeti tüm güçle devam ediyor. Acaba eczacılık fakültelerinin enerjisi ve güçleri başka bir amaçla kullanılamaz mı? Örneğin bu kadar yetişmiş elemanı öğretim üyesi, araştırma laboratuvarı bulunan fakülteler birkaç makine ilavesi ile ilaç fabrikası haline getirilemez mi? Türkiye'deki bitkiler ve diğer maddeler iyice araştırılıp ilaç yapımı için seferber olunamaz mı?

Uyarlık satın alınamaz yaratılır! Yapamadığımızı bugün için

başkalarına yaptırmak belki geçici bir çözümdür. Ama yapamadığımızı yapmak için zaman kısaltacaksa faydalıdır. Yoksa o eylemin ebediyen yapılmasını önleyecekse zararlıdır.

Türk eczacıları biraz da standardizasyon için mücadele etmelidirler. Standardizasyon hem eczacılık mesleğini kolaylaştırır hem de ilaçları ucuzlatır. Alfasilin, Ampicilin, Pirincipen, Negopen, Binotal hemen hemen aynı ilaçlar. Bunların değişik yerlerde yapılması maliyeti arttırıyor. Ayrıca yerlisi varken yabancı firmalara aynı ilacın yapılması için niçin ruhsat verilmiş neden gerekli görülmüş bugün için anlamak çok güç. Baktrim, Bakton, Biotrin, Baktrisit için de durum aynı.

İlaç insan sağlığı için gereklidir ve ilacı tabipler yazar, gereken hastalara. Eczacılar da bunu verir. Reklamı niçin yapılır ve yaptırılır. Kendi başına ilaç kullanan veya satan eczacımı vardır ki onları etkilemek düşünülün. Bunu da anlamak pek kolay değil.

Geçenlerde bir eczaneye girdim. Balon gibi şişirilmiş bir reklam. Çocukların kafasında şapkalar, plajda havlular, şişirilmiş deniz yastıkları, v.s.

Eğer ilaç hasta için gerekli ise doktor bunu yazacak. Bu telaş niye?

Anadolunun olanaksız bölgelerinde eczacılar bir mücadele veriyor. Onlar orada hem doktor, hem eczacı, hem herşey. Oradaki eczacılar karşılaştıkları problemleri, enteresan birer ikişer anılarını anlat-

salar. Anadolu'nun sağlık destanı ortaya çıkar.

Anadolu birçok kaynaqlara sahip bir ülkedir. İnsan zekası, enerjisi ve mücadelesi eşsizdir. Anadolu insanı yüzyıllardan beri kendi hastalıkları için çeşitli ilaçlar kullanmıştır. En önemlileri de basur ilaçlarıdır. Bu ilaçlar yüzyıllardan beri denenmiş, hastalıklarda başarı ile kullanılmıştır. Bunların bilimsel analizlerini yapmak ve Türkiye'nin kendine özgü ilaç sanayiini kurmak sanırım eczacılık mesleğinin onurudur. Bu çaba aynı zamanda belki de en önemli tedavi ilaçlarını insanlığa kazandırabilecektir.

Eğer Türkiye'nin eczacılara ihtiyacı yokken bu kadar çok eczacı yetiştirilmeseydi, ilaç fabrikaları ilaçlarını satmak için en ücra köşelere kadar yayılan bir pazarlama organizasyonu kuramıyacaklardı.

Eczacılık ve eczacılar üzerine çok şey söylenebilir. Onlar halk sağlığının fedakâr hizmetçileridirler. Yoksunluklarına, gelirlerinin az olmasına, değerlerinin her geçen gün düşürülmesine karşın yılmadan görevlerini yapan bir mesleğin mensubudurlar. Türk doktorları olarak kendilerinin bu çalışmalarını yakından bilenlerdenim.

Bugün içinde buldukları zorlukların bilincinde olarak birleşmişlerdir. Bu birleşimin sorunların çözümünde bugüne kadar verdiği meyvalar ve başarılar bize sonucun güzel olacağı umudunu vermektedir. 14 Mayısı daha güzel bayramlar yaparak kutlamak görevimizdir.

SSYB İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'ne Açık Mektup

Doç. Dr. İsmail ÜSTEL

Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'nde «Eczacılık Mevzuatı» dersi yıllardır tarafımdan verilmektedir. 1262 sayılı İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu ders konuları arasında önemli bir yer tutmaktadır. Söz konusu kanunun birinci maddesinde ispençiyari ve tıbbi müstahzar'ın tanımı yapılmakta ve «Tabip reçetesi ile verilmesi meşrut olanlar ancak reçete mukabilinde ve diğerleri reçetesiz olarak münhasıran eczanelerle ecza ticarethanelerinde kanunu mahsusuna tevfikân satılır. Diş tozları, suları ve macunları satışı bu kayda tabi değildir.» denilmektedir. Görüldüğü gibi, bir ispençiyari ve tıbbi müstahzar - ister reçete ile, isterse reçetesiz satılsın - münhasıran (yalnızca) eczanelerde ve ecza ticarethanelerinde satılabilir. Bu kuralın dışında yalnızca diş tozları, suları ve macunları kalmaktadır.

Her eczacının ezbere bildiği bir kanun maddesine değinmek gereğini neden duydum? Bu sorunun yanıtı, geçen gün elime geçen bir «tanıtıcı broşür» ile ilgili: GE-ORAL

ishal durdurucu tuz (Kansuk Laboratuvarı Sanayi ve Ticaret A.Ş.) Broşürün arka sayfasında yer alan «GE-ORAL bütün eczane, market ve bakkallardan temin edilir» ifadesi beni çok şaşırttı. Önce bunun bir «firma hatası» olabileceğini düşündüm. Ancak, aynı broşürün ikinci sayfasını okuyunca konu aydınlandı (daha doğrusu, karardı). Bu sayfada, SSYB İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'nün, Kansuk Laboratuvarı Sanayi ve Ticaret A.Ş.'ye yazmış olduğu bir yazı yer alıyordu (sayı: 04 10824, tarih: 9 Nisan 1985, İmza: Genel Müdür Vekili Ecz. Rifat Öktem). Yazıda «...özellikle bu müstahzarınıza reçeteli veya reçetesiz, eczane ve ecza depoları dışında da satılabilir ve TRT, gazetelerde tanıtım yapılabilir müsaadesi verilmiştir...» denilmektedir. Buradaki canalcı nokta, söz konusu müstahzara eczane ve ecza depoları dışında da satış izni verilmiş olmasıdır.

Aklıma gelen olası seçenekleri şöyle sıralayabilirim:

1) SSYB İlaç ve Eczacılık Ge-

nel Müdürlüğü GE-ORAL adlı «ürünü» İspençiyari ve tıbbi müstahzar saymamaktadır. Bu durumda: a) SSYB ilaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'nün yazısında yer alan «müstahzar» deyimini ile kastedilen nedir? b) GE-ORAL ambalajında yer alan Ruhsat tarihi (13.2.1985) ve Ruhsat numarası (135/63) ne anlama gelmektedir?

2) İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu veya kanunun birinci maddesi değiştirilmiştir: a) İspençiyari ve tıbbi müstahzar tanımı değiştirilmiş olabilir, b) İspençiyari ve tıbbi müstahzarların münhasıran yalnızca) eczanelerde ve ecza ticarethanelerinde satılması koşulu kaldırılmış olabilir veya c) bu koşulun kapsamı daraltılmış olabilir. Durum böyle ise, öğrencilere yanlış bilgi aktarılmaması bakımından söz konusu değişikliklerin akademik kuruluşlara duyurulması gerekmektedir.

3) SSYB İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü bu yazıyı yazarken eczacılık mevzuatını «yeterince» incelememiştir. İlk bakışta oldukça uzak gibi görünen bu seçeneği burada durup dururken belirtmedim:

SSYB İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'nün yazısının tarihi 9 Nisan 1985. Ne ilginçtir ki, yazıdaki İLGİ yazının tarihi de 9 Nisan 1985 tir. Diğer bir deyişle, Kansuk Laboratuvarı Sanayi ve Ticaret A.Ş.'nin 9 Nisan 1985 tarihinde yazmış olduğu yazı SSYB İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü tarafından aynı tarihte yanıtlanmıştır. Bu durum, işin biraz «aceleye getirilmiş» olduğu izlenimini vermiyor mu?

4) En sona bıraktığım seçenek bunun «bilinçli» bir davranış olduğudur. Gerekçesi «şu ya da bu» olabilir. Bence önemli olan mevzuatın hangi gerekçe ile çiğnendiği değil, mevzuatın çiğnenmiş olduğudur. Yoksa «kanun hükmünde makam takdiri» mi söz konusudur?

Görünen odur ki, bir İspençiyari ve tıbbi müstahzarın eczaneler ve ecza ticarethaneleri dışında satılması konusunda «kapı aralanmıştır». Bu kapının yarın «daha ne kadar açılacağını» merak ediyorum. SSYB ilaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğünden «bir yetkili» beni aydınlatırsa çok sevineceğim.

Arzederim.

T. C.
SAĞLIK ve SOSYAL YARDIM
BAKANLIĞI

İlaç ve Eczacılık
Genel Müdürlüğü

Sayı : 04

10824

ANKARA

Konu :

9 NİSAN 1985

Kansuk Laboratuvarı Sanayi ve Ticaret A.Ş.

Sefaköy Beşyol mah. Eski Londra Asfaltı No. 4

İSTANBUL

İLGİ : 9.4.1985 tarih ve 86 sayılı yazınız.

Türkiye'de en önemli bebek ölüm nedeni olan, diyareik dehidrasyonun önlenmesinde ve tedavi edilmesinde, üretimini yaptığımız GE-ORAL adlı rehidrasyon tuzunun büyük rolü olacaktır.

Yaz aylarının yaklaştığı sırada, artan diyarede, Oral rehidrasyon tedavisi her anne ve babanın uygulayabileceği kadar basit bir yöntemdir.

Özellikle bu müstahzarınıza reçeteli veya reçetesiz, Eczane ve Ecza depoları dışında da satılabilir ve TRT, gazetelerde tanıtım yapılabilir müsaadesi verilmiştir.

Amaç, bu tip müstahzarların en uzak yurt köşelerine kadar ulaştırılabilmesidir.

GE-ORAL'ın ülkemizde bebek ölümlerinin azaltılması çalışmalarına büyük katkısı olacağı düşünülmektedir.

Bilginizi rica ederim.

Ecz. Rifat ÖKTEM

Genel Müdür Vekili

FIP ve III. Dünya Ülkeleri

Ecz. Doğu NEBİOĞLU

Kuruluş amacı ve tüzüğündeki ana ilkelerin ışığında Uluslararası Eczacılık Federasyonu (FIP), eczacılık mesleği ile doğrudan ilgili konuların yanında, dünya genelinde sağlıkla ilgili her türlü soruna eğilmektedir. Bu açıdan III. Dünya ülkelerinin sağlık sorunlarını ve bu sorunların çözümüne yardımcı olmayı, vazgeçilmez uğraş alanlarından biri olarak belirlemiştir. Sorunlara etkin bir biçimde yaklaşabilmek ve aktivite gösterebilmek için federasyon 1979'lu yıllarda bünyesinde bulunan diğer seksiyonların yanında, bu amaca yönelik «İlaç-Eczacılık Sorunları ve III. Dünya» adı altında bir proje ve çalışma grubu oluşturmuş, grubun ve projenin başına da, konuya gerçekten gönül vermiş ve çok aktif bir uğraş veren FIP başkan yardımcılarında Prof. P.F.D'Arcy (Kuzey İrlanda)'i getirmiştir.

Bu tarihten sonra, Dünya Sağlık Örgütü ve FIP'e üye diğer ülkelerin ulusal komitelerinde yardım ve desteğiyle, III. Dünya ülkelerinin bu program çerçevesi içinde ele alınması gereken sorunları saptanarak, bunların çözümüne yönelik uygulamalara geçilmiştir. Uygulamaya alınan ve uygulamadaki somut sonuçların alındığı bazı konu-

lar değişik tarihlerde FIP'in yayın organı «Pharmacy International» da yayımlanmıştır. Bunlar ana başlıklarıyla şöyle sıralanabilir:

— Afrika ülkelerinde ilaç ve ilgili düzenlemeler; Gereksinim ve beklentiler.

— Tropikal hastalıklar ve güncel tedavi.

— Tropikal hastalıklar; İnsanlarda görülen Trypanosomiasis, Filariasis, Nehir Körlüğü, Elephantiasis ve diğer barsak hastalıkları.

— III. Dünya Ülkelerinde Farmasötik Teknoloji.

— Nepalde ilaç dağıtımında görev alanlar için bir eğitim programı.

— Çinde Eczacılık uygulamaları.

— Temel ilaç ve ilaç etken maddelerinin III. Dünya Ülkelerinde bulunmayış nedenleri.

FIP, III. Dünya Ülkelerine yönelik uygulamaların daha geniş boyutlarda ele alınabilmesi ve çok yönlü çözüm getirilebilmesi için, her yıl değişik bir ülkede düzenlenen ve 69'u aşkın üye ülkeden çok sayıda eczacının katıldığı, uluslararası kongre programında III. Dünya ülkelerine mutlaka ayrı bir konu başlığı altında yer vermektedir. Geçtiğimiz yıl Budapeşte'de yapı-

(*) Y. Doç. Dr., Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi, Türk Eczacıları Birliği FIP Delegesi.

lan 44. Kongrede, bir yarım günün tamamı «Eczane ve III. Dünya Ülkeleri» başlığı altında ilgili sorunları görüşmek, yapılan çalışmaların ve gelişmelerin değerlendirilmesini yapmak ve getirilecek yeni önerileri karara bağlamak üzere bu konuya ayrılmıştı.

III. Dünya Ülkeleri için oluşturulan çalışma grubunun, kongrelerde belirtilen ve önerilen görüşlerin ışığı altında, somut olarak olarak biçimlendirdiği ve uygulamasına geçilen bazı etkinlikler ise şöyle sıralanabilir;

— III. Dünya Ülkelerine Yönelik Radyo Programları; «Siz ve Sağlığımız» başlığı altında yayınlanan bu paket programda genellikle III. Dünya Ülkeleri için özellik gösteren Malarya, Çocuk İshalleri, Kızamık, Trahom vs. gibi epidemik hastalıklar ile ilgili halkın anlayacağı düzeyde bilgiler verilmekte ve korunma önlemleri ile uyulması gereken hijyenik kurallardan söz edilmektedir.

— Tıbbi Araç - Gereçler için Bilgi Verme Merkezi; III. Dünya Ülkelerindeki sağlık uygulamaları ve üniteleri için gerekli olan araç-gereçler ile ilgili bilgi vermek ve bunların doğru ve en ekonomik biçimde temininde yardımcı olmak amacıyla bu tür bir merkez kurulmuştur. Ayrıca çeşitli ülke ve kurumlardan sağlanan yardımların elverdiği oranda, bu araç ve gereçlerin bir kısmı III. Dünya Ülkelerine parasız olarak temin edilmektedir.

— Eczacılıkta Lisans Üstü Eği-

tim için FIP Bilgi-Danışma Merkezi; Eczacılık Lisans eğitimini tamamlayan III. Dünya Ülke gençleri arasından yüksek lisans ve doktora eğitimi yapmak isteyenleri yönlendirmek ve gerektiğinde onların diğer kuruluşlardan burs alabilmelerine yardımcı olmak amacıyla, bu merkez oluşturulmuş ve hizmet vermeye başlamıştır.

— FIP ve IPSF (Uluslararası Eczacılık Öğrencileri Federasyonu)' in ortaklaşa yürüttükleri «III. Dünya Ülkelerinde Gönüllü Çalışma Programı»; Her iki federasyon, özellikle yeni mezunlar arasından III. Dünya Ülkelerinde gönüllü olarak çalışmak isteyen eczacıları belirleyerek, kendilerinden yararlanmak üzere ortaklaşa bir program başlatmışlardır. FIP'e üye ülkelerden pek çok genç eczacı gönüllü olarak bu programda görev almak için başvurmuş durumdadır. Bu nedenle baş vuruların tümüne görev verebilmek amacıyla, görev süreleri genellikle kısa tutulmaktadır. Ülkemizdeki bu programda özellikle yeni mezun eczacılardan, görev almak isteyenler olursa; Türk Eczacıları Birliği olarak bizim aracılığı-mızla baş vuruda bulunabilirler.

III. Dünya Ülkeleri çalışma grubu etkinliklerini değişik programlar ve projeler ile sürdürmek ve sürekli olarak bunların arasına yenilerini eklemek arzusundadır. Bu amaçla üye ülkeler arasında sık sık anket çalışmaları düzenlenmektedir. Anket çalışmaları aynı zamanda başlatılmış olan projelerin istenilen amaca yönelmesine de yardımcı olmaktadır.

Eczacılıkta Bilgisayar Uygulamaları

Can Uğur AYFER (*)

BİLGİSAYAR NEDİR?

İnsanoğlunun zaman içinde topladığı bilgileri daha kolay, daha hızlı ve daha güvenilir bir şekilde işleme ihtiyacından doğan ve en ilkel hesap makinelerinden başlayarak, özellikle son yıllarda hızla gelişen bilgisayarlar artık günümüzde akla gelmedik birçok farklı uygulama alanlarında son derece yaygın olarak başarı ile kullanılmaktadır. Bilgisayar teknolojisi bilgi işleme çalışmalarına büyük bir sürat ve güvenilirlik getirerek iş gücünü desteklemekte ve gelişmeyi çağda uygun bir biçimde hızlandırmaktadır.

Genel amaçlı ilk elektronik bilgisayarın yapıldığı 1950'li yıllarda çok büyük fiziksel boyutları, yüksek enerji gereksinimleri ve ancak çok özel bir eğitim görmüş uzmanlarca programlanabilir olmaları nedeni ile bilgisayarlar sadece askeri amaçlar için kullanılan pahalı makineler olmuşlardır. Ancak günümüze kadar meydana gelen gelişmeler sonucunda ölçülerle son derece küçülmüş, yetenekli büyük ölçüde artmış ve fiyatları da çok düşmüştür. Şöyleki; eğer otomobiller de bilgisayarlar ile aynı oranda ucuzlanmış olsa idi,

bugün bir ROLLS-ROYCE otomobil 50-100 TL. karşılığında satın almamız mümkün olurdu.

Bilgisayar otomatik olarak kendisine verilen komutları yerine getiren, zeka düzeyi sıfır olan elektronik bir makinedir ve bir bilgisayar sistemi esas olarak üç ana birimden oluşur:

1. Merkezi işlem birimi (CPU: Central Processing Unit)
2. Bellek (Ana ve yan bellekler) (ROM, RAM, DISKET, DİSK)
3. Yan giriş/çıkış birimleri (Yazıcı, Çizici, Teyp)

Bunlardan ilki üretiliş şeklinden dolayı bilgisayarın özelliğine göre değişebilen, belli işlemleri yerine getirebilen MERKEZİ İŞLEM BİRİMİ'dir. Merkezi İşlem Birimi diğer arabirimler ve çevre üniteleri ile sürekli bilgi alışverişi içinde çalışır ve belli bir yazılımın (program yada program grupları) desteği altında gelen matematiksel yada mantıksal işlem komutlarını sıra ile yerine getirir.

ROM (Read Only Memory) adı verilen bellek tipinin içinde kayıtlı bilgiler bilgisayar kullanıcısı tara-

(*) Bilimsel Elektronik Sanayi ve Ticaret Ltd. Şti. Müdürü.

fından herhangi bir şekilde değiştirilemez ve bilgisayarların yapısal özelliklerine göre farklı amaçlarla kullanılır. Kullanıcıya açık bir bellek kapasitesi oluşturamadıklarından kapasitelerinin yada özelliklerinin bilgisayar seçiminde fazla önemleri yoktur.

Uygulama açısından önemi olan bellek RASTGELE ERİŞİMLİ BELLEK; RAM'dır. RAM (Random Access Memory) kullanıcı ve programlar tarafından kullanılabilen bir alandır ve burada programlar, veri ve işlem sonuçları saklanır. Ancak bu tip bellekteki bilgilerin güvenliği tamamen bellek devrelerinin elektrik gücü ile beslenmesine bağlıdır. Bir başka deyişle, bilgisayar kapatıldığında yada elektrik kesildiğinde bu bellek tamamen silinir. Bu nedenle bilgisayarlara kaydedilen ve saklanması gereken bilgileri elektrikten yoksun zamanlarda da koruyacak yan ünitelere ihtiyaç doğmuştur. Mikrobilgisayarlarda kullanılan bu yan ünitelerin yaygın olarak kullanılan cinsleri DİSKET ve DİSK adı verilen ve her ikisi de kasetli teyplerde olduğu gibi manyetik kayıt prensipleri çalışan ünitelerdir. Bu üniteler üzerlerindeki bilgileri elektrik akımlarından farklı olarak manyetik prensiplerle sakladıklarından elektrik olmadığı zaman üzerlerine kayıtlı bilgileri kaybetmezler.

Tipik bir mikrobilgisayar disketinin kapasitesi 320 KByte (1K = 1024) ila 1 MByte (1M = 1024 * 1024) arasında değişir ve disket sü-

rücüsüne takılı olan disket kasetli teyplerdeki kaseti takip çıkarır gibi kolaylıkla değiştirilebilir.

Tipik kapasiteleri 5 MByte ila 30 MByte arasında değişen DİSK (Hard disk, Winchester disk) sürücülerini sabit bir manyetik ortamdır. Ancak diskete göre hem çok daha yüksek bir kapasiteye, ve yüksek bir sürate sahiptir, hem de son derece daha güvenilir bir bilgi saklama ortamdır.

Üçüncü ana ünite olarak sınıflandırdığımız «yan Giriş/Çıkış» üniteleri bilgisayarın elektronik dünyasında oluşan olayları insanların anlayacağı şekle dönüştüren yada insanların bilgisayara vermek istedikleri komut ve bilgileri bilgisayarın elektronik ortamı tarafından değerlendirilebilecek bir biçime çeviren ünitelerdir. Örneğin terminalin klavyesinde görünen harfe basıldığında terminal bunu bilgisayarın anlayacağı ikili sayı dizisi (binary code) halinde bilgisayara gönderir. Terminalin ekranı ise bilgisayardan gelen kod dizilerini karşılığı olan karaktere (harf, rakam, noktalama işaretleri) çevirerek görüntüler. Oldukça sık kullanılan yan giriş/çıkış birimleri arasında «yazıcılar», «çiziciler», «manyetik teyp üniteleri» sayılabilir.

Bilgisayarlarda ana bellek yada disk, disket gibi manyetik ortamlarda saklanan bilgiler BYTE adı verilen bir ölçü birimi ile ifade edilir ve her karakter bir 'byte'dir (bilgisayar terminolojisinde her harf, rakam, noktalama işareti ve boşluklar birer karakterdir).

ECZANE OTOMASYONU

Şu anda dünya piyasasında en küçüğünden, en büyüğüne kadar çok farklı kapasite ve özellikte bilgisayarlar vardır. Bu yüzden bilgisayar ile yapılmak istenen işleri iyi değerlendirip gerekli olan minimum bilgisayar kapasitesinin belirlenmesi önemlidir. Örneğin evlerde oyun amacı ile kullanılan, televizyona takılan, disk yada disket yerine müzik kasetlerini bilgi kayıt ortamı olarak kullanan makineler da birer bilgisayardır; ancak bu makinelerle ciddi ve profesyonel uygulamalar yapmak olanaksızdır.

ECZACILIKTA BİLGİSAYAR

Günümüzde çok gelişen bilgisayarlar oldukça ucuzlanmış, küçük işletmelerde de kullanılması ekonomik duruma gelmiş böylece mikro bilgisayarlar için akla gelmedik yüzbinlerce farklı uygulama alanı doğmuştur.

Şu sıralarda birçok ülkede farmakolojik araştırmalarda, ilaç üretiminde ve satışında bilgisayarlardan yararlanılmaktadır. Bu işlemler kullanım alanının niteliğine göre farklı kapasite, özellik ve fiatlarla birçok farklı bilgisayarlarla yapılmaktadır.

Farmakolojik araştırma ve üretimde kullanılan bilgisayarların çok özel ve pahalı olmalarından dolayı biz burada en yaygın uygulama alanı olan «Eczane Otomasyonu» ile «Eczacılar Birliğinde başlanan bilgisayar uygulamaları» üzerinde duracağız.

İlaçları hastaya ulaştıran zincirin son halkası olan eczaneler, hem ilaç sayısındaki çeşitliliğin fazla olması hemde ilaçların saklanma sürelerinin sınırlı olmaları nedeni ile fazla miktarlarda stoklanamaması yüzünden klasik bir STOK KONTROL problemi ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Çeşit çokluğu nedeni ile, gerçek stok durumları hakkında raporların yanısıra, hangi ilaçlara hangi zaman aralıklarında ne miktarlarda ihtiyaç bulunduğunu saptamaya yardımcı olacak istatistiksel ve idari raporların insangücü ve mesalsi ile hazırlanması son derece zahmetli olmakta vada mümkün olmamaktadır.

Eczaneler arasındaki büyüklük, satış hacmi ve hazır preparatlar dışında ilaç hazırlayıp hazırladıkları gibi farklardan ötürü, gereksinim duyacakları bilgisayar kapasiteleri arasında da farklar olması doğaldır. Ancak biz öncelikle bir eczanenin en azından stok takibi, kasa takibi, sipariş formları ve Türk Eczacıları Birliğinde oluşturulan veri tabanı sisteminden yararlanarak eczaneler için gerekli bir takım farmakolojik bilgilerin kullanılmasını sağlayabilecek minimum düzeyde bir sistem üzerinde duracağız.

Söz konusu bilgisayar sistemi 64 KByte civarında RAD belleğe, 400 KByte civarında en az bir adet disket sürücüsüne, kullanıcısı ile bilgi alış-verişinde bulunmasını sağlayacak bir ekranlı terminal ile klavyeye ve en önemlisi kullanım amaçla-

rına uygun bir PROGRAM KÜTÜPHANESİNE sahip olmalıdır. Yaptığımız çalışmalar sonucunda bu çapta bir bilgisayar sistemi ile 4000'den fazla ilaç hakkında aşağıdaki bilgilerden oluşan bir bilgi bankası oluşturulabilecektir:

Bilgi Sahası	Bilgi Uzunluğu (Byte)
— İlacın açık adı	max 16
— İlacın farmasotik şekli	19
— İlacın tipi (Antibiyotik, vitamin gibi)	2
— İlacın alış fiyatı	6
— İlacın satış fiyatı	6
— Üretici kodu	6
— Toplam giren miktar	5
— Toplam çıkan miktar	5
— Cari günde giren miktar	4
— Cari günde çıkan miktar	4
— Cari ayda giren miktar	5
— Cari ayda çıkan miktar	5
— Asgari stok seviyesi	4
— İlacın bulunduğu rafın koordinatları	4
— Narkotik sınıflandırma kodu	1
— İlacın en yakın muadili	10

Eczanenin günlük ilaç giriş/çıkış hareketlerinin bilgisayara muntazam olarak kaydedilmesi ile eczane yönetimi ile ilgili olarak cevabı bir kaç dakika yada saniye içinde alınabilecek sorulardan bir kaçını şöyle sıralayabiliriz:

— Belirli bir ilacın stok durumu nedir?

— Belirli bir ilacın cari gündeki satış miktarı ve tutarı nedir?

— Stokdaki miktarları asgari stok seviyelerinin altına düşen ilaçlar hangileridir? (Sipariş listesi).

— Stokta bulunmayan bir ilacın muadili nedir?

— Cari gündeki satış hasılatı nedir?

— Cari aydaki satış hasılatı nedir?

Söz konusu minimal düzeydeki bir bilgisayar sistemi ile stok kontrol dışında, ülkemiz piyasasında yer alan ilaçlar hakkında bir takım farmakolojik bilgilerin saklandığı ikinci veri tabanının (bilgi bankası) da kullanılması mümkün olacaktır. Bu veri tabanı halen Türk Eczacılar Birliği tarafından oluşturulmakta olup bu çalışmalar takip eden bölümde özet olarak bilgilerinize sunulmuştur.

Eczone otomasyonunda kullanılacak bilgisayarların kapasitesinin belirlenmesi sırasında dikkat edilmesi gereken önemli bir nokta 64 KByte belleği ve bir disket ünitesi olan her bilgisayarın amaca uygun olarak kullanılmasının mümkün olmadığıdır. Şöyleki, günümüzde oyun makinası ve/veya amatör kullanım için geliştirilmiş bir çok küçük bilgisayar bu tanıma uygundur; ancak programlanabilme ve disket ünitesine erişim teknikleri açısından bir çoğu eczane otomasyonuna uygun teknik özelliklere sahip değildir.

21. Dönem II. Bölgelerarası Toplantı marmaris'de Yapıldı

26. 27, 28 Nisan 1985 tarihlerin-
de Türk Eczacıları Birliği Merkez
Heyeti ve Aydın Eczacı Odası ta-
rafından düzenlenen toplantıya 22
Eczacı Odası ve çok sayıda meslek-
taşımız katıldı.

Aydın Eczacı Odası Başkanı
Ecz. Metin Taş'ın toplantıyı başlat-
masından sonra, Türk Eczacıları
Birliği Merkez Heyeti Başkanı Prof.
Dr. Mekin Tanker toplantının açış
konuşmasını yaptı. Merkez Heye-
ti'nin 1.10.1984 — 15.4.1985 tarihleri
arası Çalışma Raporu ise, Genel
Sekreter Dr. Nurettin Abacıoğlu ta-
rafından sunuldu. Çalışma Raporu-
nun mali konularıda Sayman Ecz.
Haluk Tarım tarafından açıklandı.
21. Dönemin II. bölgelerarası top-
lantısında Merkez Heyeti Üyesi Ecz.
Adnan Ülkü'de muvazaa sorunu ile
ilgili bir konuşma yaptı. İlk gün top-
lantısı Aydın Eczacı Odası'nın ver-
diği kokteyl ile sona erdi.

Toplantının 2. gününün sabah
oturumunda Merkez Heyeti Üyesi
Ecz. Azmi Kerman Eczacı Kooperat-
iflerinin çalışmaları hakkında, Yr.
Doç. Dr. Doğu Nebioğlu FIP çalış-
maları ve Defne Eczacılık Kongresi
hazırlıkları hakkında, Bursa Eczacı
Odası Başkanı Ecz. Nejat Vardar
Veteriner İlaçlar ve yem katkı mad-

deleri hakkında ve T.E.B. II. Başka-
nı Dr. İsmail İstanbullu'da kurum-
larla yapılan sözleşmeler ve tek tip
sözleşme hakkında yapılan çalışma-
larla ilgili konuşmalar yapıldı.

Toplantıda daha sonra Oda tem-
silcileri bölgesel sorunlarını dile ge-
tirdiler. Merkez Heyetinin çalışma-
ları hakkında da görüşlerini sundu-
lar. Konuşmalar sırasında İlaç ve
Eczacılık Genel Müdürlüğü'nün ec-
zane açılışları ile ilgili oda belgele-
rinin istenmemesi konusundaki ye-
ni uygulaması büyük eleştirilere uğ-
radı. Yeni uygulamanın 6643 sayılı
Kanununun 1. maddesine aykırı oldu-
ğu tüm odalar tarafından vurgu-
landı. Bu arada Ankara Eczacı Oda-
sı ve İzmir Eczacı Odası tarafından
verilen önerge ile İlaç ve Eczacılık
Genel Müdürü Ecz. Rıfat Öktem'e
ve S.S.Y. Bakanı Mehmet Aydın'a
birer telgraf çekilmesi toplantıya
katılan 22 oda tarafından oy birli-
ğiyle kabul edildi. Telgrafta Bakan-
lığın bu uygulamasının esefle kar-
şılandığı belirtilerek, mesleğimize
büyük darbe vuracak uygulamanın
derhal kaldırılması istendi. Çekilen
telgrafın metnini ilerki satırlarımız-
da yayınlıyoruz.

Aynı gün öğleden sonra 6197 Sa-
yılı Kanun ile ilgili komisyon çalış-

maları açıklandı. odaların bu konudaki görüşleri alındı. Bölge odalarının mesleki konularda çok hassas oldukları bilhassa ortak eczacılık konusunda büyük bir titizlik gösterdikleri gözlemlendi.

28.4.1985 pazar günkü toplantıya 6197 Sayılı Kanun ile ilgili komisyon çalışmaları ile devam edildi. Daha sonra Prof. Dr. Rıdvan Karalar Türkiye'nin Ekonomik Kon-

jüktürü içinde ilaç fiyatlarının yeri ve perspektif gelişmeler konulu bir serbest bildiri sundu. Ve bu konu ile ilgili soruları cevapladı. Daha sonra T.E.B. Merkez Heyeti Genel Başkanı Prof. Dr. Mekin Tanker kapanış konuşmasını yaptı ve Aydın Eczacı Odası Başkanı Metin Taş 2. Bölgelerarası toplantıya gösterilen ilgiye teşekkür ederek toplantıyı kapattı.

SAĞLIK VE SOSYAL YARDIM BAKANLIĞI
SAĞLIK ve SOSYAL YARDIM BAKANI

ANKARA

Sayın Mehmet AYDIN,

2 Nisan 1985 tarih İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü-Eczacılık Şube Müdürlüğü çıkışı ve Müsteşar vekili Sayın Dr. Abdurrahman Koçer imzalı Bakanlığınızca VALİLİKLERE ve dolayısıyla İl Sağlık Müdürlüklerine gönderilen tamimde İl ve İlçeler dahilinde, Eczane-Eczadeposu açılması, devredilmesi, nakledilmesi ve mesul müdür tayini ile ilgili olarak bundan böyle Bakanlığınıza gönderilecek belgelerin esasları yeni baştan tesbit edilmiş bulunmaktadır.

Konu, TÜRK ECZACILAR BİRLİĞİ 21. Dönem II. BÖLGELERARASI Toplantısında gündeme gelmiş ve kapsamlı olarak tartışılmıştır.

Yeni tasarrufun, Türkiye'de Eczane açılmasıyla ilgili olarak TEB'e bağlı bölge Eczacı odalarını devre dışı bırakır bir uygulama olduğunu üzümlenerek müşahade etmiş bulunmaktayız.

Bilindiği üzere yeni eczane açılışlarında S.S.Y. Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğüne ibraz edilen evraklar arasında mesul müdür eczacının oda kaydı ile açılacak olan eczanenin muvazaa olup olmadığına dair BELGE istenmekte idi.

Mesleğimizin önemli sorunlarından bir tanesini teşkil eden yalan anlaşma anlamına gelen ve Kanun dışı uygulama olan muvazaa konusunda Eczacı odalarından istenmekte olan bu türden belgelerin Bakanlığınız çalışmalarına yardımcı ve muvazaayı caydırıcı rolü yeni uygulama ile göz ardı edilmiştir. Diğer taraftan bu tasarruf 6643 sayılı TÜRK ECZACILAR BİRLİĞİ KANUNU'nun 1. maddesi ile çelişki göstermektedir.

Bu maddenin ikinci paragrafında «mesleğini serbest olarak icra eden veya özel kuruluşlarda eczacılıkla ilgili hizmetlerde çalışacak eczacılar işe

başlamadan önce buldukları ilin eczacı odasına kaydolmaya ve üyelik ödevlerini yerine getirmeye mecburdurlar» denilmektedir.

Diğer taraftan halen yürürlükte bulunan ve Bakanlığınızca yürütülmesi yapılan Türk Eczacıları Deontoloji Tüzüğü'nün 8. maddesi şöyle denmektedir. «Eczacı, sanat ve mesleğinin icrası sırasında veya dışında meslek ahlak ve adabı ile bağdaşmayan hareketlerden kaçınır.

Eczacı mesleğin şeref ve haysiyetine aykırı olarak açık veya gizli herhangi bir şekilde hileli veya muvazaalı anlaşmalarla veya hediye vermek yoluyla satış yapamaz;» denmektedir.

Her ne kadar 6197 sayılı Kanunun 5. maddesi içinde, Kanunun tarihi itibarıyla eczacı odaları bulunmadığından eczane açılmasına ilişkin belgeler arasında oda belgeleri talebi bulunmamakta ise de daha sonra yürürlüğe giden 6643 sayılı KANUN ECZACI'ya mesleğini ifasında ve bunun için takip edeceği yol konusunda nasıl hareket edeceğini göstermiş ve kanunu yürütülmesi hususu Bakanlar Kuruluna bırakılmıştır.

Hukuk kaidesi olarak Kanunların tüzük ve yönetmelikleri birbirleriyle aykırı olamayacağı esası göz önüne alındığında Bakanlık tasarruf ve Tamimlerinde bu hukuki belgelere aykırılık gösteremeyeceği açıktır.

TÜRK ECZACILAR BİRLİĞİ II. BÖLGELERARASI Toplantısına Merkez Heyeti ve 22 BÖLGE ECZACI Odası yönetici ve delegeleri katılmış bulunmaktadır. Önüçbin eczacıyı uhdesinde barındıran birliğimiz ve Eczacı odaları bilginiz dışında geliştiğine inandığımız bu yanlış uygulamanın bir an önce müdahaleniz ile düzeltileceğine inanmakta ve sizden beklemektedir. Durumu ve gereği hususunu emirlerinize saygı ile arz ederiz.

İLAÇ VE ECZACILIK GENEL MÜDÜRÜ :

Sayın Rifat Öktem.

Üyesi bulunduğunuz camiamız Genel Müdürlüğümüzden kaynaklanan yeni bir tasarrufla ağır bir yara almıştır.

Özellikle eczane açılmaları ile ilgili yeni uygulamanın eczacı odalarını devre dışı bırakır ve muvaazayı daha da teşvik eder bir izlenim vermesi TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ 21. Dönem II. BÖLGELERARASI toplantısına katılan Merkez Heyeti ve 22 Bölge Eczacı Odası yönetim kurulları ve delegeleri tarafından eshefle karşılanmıştır.

Yeni tasarrufun 6643 sayılı kanunun 1 maddesi ile çelişki gösterdiği açıktır.

Bu camianın bir üyesi olarak şu anda sizden beklediğimiz hayırla yad edilecek mesleki çalışmalar yapmanızdır. Bu uygulamanın düzeltilmesinde gayret içinde olacağımızı umar. muvazaa konusunda çalışmalarınızı diler. konuyu bilgilerinize sunarız.

Serbest Eczanelerde Klinik Eczacılık Hizmetleri Sağlanmayacak Olursa, Eczacılığın Geleceği Tehlikede (*)

Aşağıdaki görüşler, genel konusu «2000 yılında Eczacılık» olan III. Pan Pasifik Konferansında ileri sürülmüştür (24-27 Şubat, 1985).

Bay Pierpaoli (Amerikan Hastane Eczacıları Birliği Başkanı, A.B. D.) konuşmasında, eczacıların gerek hastane polikliniklerinde gerekse serbest eczanelerde topluma etkin klinik eczacılık hizmetleri sağlaması gerektiğini vurgulamıştır. Eczacılık mesleğinin bu görevden kaçınması durumunda «Mesleğin geleceğinin ve toplumdaki etkinliğinin» tehlikeye düşeceğini sözlerine eklemiştir. Bugüne kadar eczacıların klinik rolünün hastane servislerinde geliştiğini ve yaygınlaştığını söyleyen bay Pierpaoli, artık sorunun eczacıların diğer hastaların da ilaç tedavisinde sorumluluk bilinciyle görev almaları olduğunu belirtmiştir. Etkinlikleri şöyle özetlemiştir: a) Hastanın kullandığı ilaçların dökümü ve kayıtlanması, b) İlaç profili yardımıyla tedavinin emniyet ve etkinlik yönünden iz-

lenmesi, c) hekimin ve sağlık ekibinin diğer üyelerinin ilaç bilgisi ile donatılması, d) farmakokinetik ve diğer ilkeler ışığında, ilaç tedavi planının belirlenmesinde ve gerekli düzenlemelerin yapılmasında hekim destek sağlanması, e) hastalığın değerlendirilmesi ve gerekli sağlık elemanlarının devreye sokulması, f) ilaçların istenmeyen etkilerinin, ilaç etkileşmelerinin ve uyumsuz hastaların belirlenmesi ve bildirimi, g) toplumun bilinçli ilaç kullanımı konusunda eğitimi ve bu konuda topluma danışmanlık hizmeti sağlanması, h) ilaç kullanımının gözden geçirilmesi çalışmalarında, tedavi planlarının incelenmesinde ve klinik ilaç araştırmalarında görev alınması, i) ilaçların depolanma, hastaya verilme ve uygulanmasının gözetimi, j) hastanelerde ve serbest eczanelerde eczacılık hizmetlerinin sağlanması amacıyla sistemler geliştirilmesi ve k) sağlanan hizmetlerin bedelinin alınabilmesi için sistemler geliştirilmesi.

(*) Doç. Dr. İsmail Üstel (Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi) tarafından Pharm J., 234- 342-43 Mar 16, 1985'den kısaltılarak çevrilmiştir.

Bay Timson (Bassetlaw ve Merkezi Nottinghamshire Bölgesi Eczacılık Sorumlusu, İngiltere), 2000 yılında hastane eczacıları ile serbest eczacıların görevlerinin birbirinin benzeri olacağını ileri sürmüştür. Serbest eczacılık hizmetlerindeki gelişmenin, klinik eczacılığın son 10—15 yıldan beri hastanelerde geçirilmiş olduğu evrim ile hemen hemen aynı biçimde gerçekleşeceğine inanmaktadır.

Bay Galloway (Wellington Hastanesi Başeczacısı Yeni Zelanda), Avustralya ve Yeni Zelanda'daki hastane eczacılarının poliklinik hastalarının tedavisinde daha ileri görevler almak yerine, servis hastaları için klinik eczacılık hizmetleri geliştirilmesi konusunda çalışmalarını gerektiğini ileri sürmüştür. Poliklinik hastalarına danışmanlık hizmeti sağlama ve bu hastaların ilaç tedavisinin izlenmesi konularında uzman kişinin serbest eczacılar olması gerektiğine inanmaktadır.

Dr. Robinson (Klinik Eczacılık Yardımcı Doçenti, Güney Kaliforniya Üniversitesi, A.B.D.), eczacılık mesleğinin değişmekte olan çehre-

sini yansıtabilmek için eczacılık fakültelerinin eğitim programlarında esaslı düzenlemeler yapmaları gerektiğini ileri sürmüştür. Eczacı-hasta ilişkisinin, yapı-aktivite ilişkisinden daha ön plana geçirilmesiyle 2000 yılında eczacılık hizmetlerinde daha iyi sonuç alınacağına inanmaktadır.

Dr. Wong (Astra İlaç Firması, Singapur), birçok Asyalı eczacının batı ülkelerinde eğitim görmüş olduğunu, ancak eczacılığın birçok bakımdan batılı ülkelere göre yıllarca geri durumda bulunması nedeniyle öğrendiklerini uygulayamadıklarını söylemiştir.

Asya'daki hastane eczacılığı günümüzde dahi genellikle hastalara ilaç sağlanmasından ibarettir. Klinik eczacılığa yalnızca çok az sayıda merkezde kalkışılmıştır. Eczacılar klinik hizmetlerde daha aktif görev almak istemektedir. Ancak, dünyanın bu köşesinde günümüzde hekimlerin eczacılardan hala «çok daha üstün» kabul edilmesi nedeniyle bu istek gerçekleşmemektedir.

Türkiye İlaç Endüstrisinin Parametrik Analizi -II-

Nurettin ABACIOĞLU (*)

GİRİŞ .

— İlaç, fizyolojik sistemleri veya patolojik durumları başta insan olmak üzere, birincil ve belirleyici olarak onun yararına ve sırası ile doğal çevremizde bulunan hayvan bitki gibi varlıkların yararına değiştirmek ve/veya incelemek amacıyla kullanılan veya kullanılması öngörülen «onsuz olunmaz» özelliği ile toplumsal bir meta hüviyetindeki herhangi bir madde yahut üründür. (1)

— Böylesi bir tanımla yola çıktığında ilacın, üretim sektörü itibariyle çeşitli parametrelerinin retrospektif ve perspektif analizlere tabi tutulması onun, neden «onsuz olunmaz» özelliğe sahip toplumsal bir meta niteliğini kazandığını da açıklamaya katkı sağlayacaktır.

— Bu bağlamda, şimdiki değin yazılmış çeşitli makalelerde ilacın kullanım ve değişim değeri; ilaç üretiminde brieysel ve toplumsal gerekli emek ile ilaçta maddeleşen emeğin ikili karakterleri sektör analizine yaklaşım sağlamak açısından incelenmiştir (2,3,4). Türkiye İlaç

Endüstrisinin 1974-83 dönemi itibariyle de değer açısından analizinin yapıldığı bir başka çalışmanın devamı olan bu çalışmada, 1983 yılı ile ve 1984 yılı ilk çeyreğini kapsayan dönemler içinde terapötik sınıflar ünite ve değer yönünden bir analize tabi tutulmuştur. (5)

VERİLERLE İLGİLİ AÇIKLAMALAR :

İncelenen parametrik veriler IMS (International market statistics) raporlarından derlenmiştir. IMS raporlarında bir bölüm olarak sunulan terapötik sınıflar için şöyle bir açıklama bulunmaktadır: «Farmasötik pazarı sayısız kritere göre bölümlendirmek mümkün olup endüstrinin amacı itibariyle konvansiyonel ve uygun bir terapötik sınıflandırma anatomik sınıflandırmaya bağlı olarak yapılmaktadır». (6)

— Anatomik sınıflandırmanın yapısı ise raporlarda aşağıdaki biçimde sunulmaktadır.

● Farmasötik ürünler 14 genel grup (birinci basamak) içinde sınıflandırılmaktadır. Bunlar :

(*) Gazi Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Farmakoloji Anabilim Dalı,

A. Alimenter yol ve Metabolizma (16 ana grup)

B. Kan ve kan yapıcı organlar (6 ana grup)

C. Kardiyovasküler sistem (7 ana grup)

D. Dermatolojikler (11 ana grup)

G. Genitoüriner sistem seks hormonları (4 ana grup)

H. Seks hormonları hariç sistemik hormonal preparatlar (8 ana grup)

J. Genel sistemik Antiinfektifler (8 ana grup)

Genel grup

A

Ana grup

A 11

Alt grup

A 11 C

Terapötik sınıf

A 11 C 2

Bu makalede, örnekte verilmiş olan ve tüm basamakları kapsayan bir analiz yapılmayacak sadece genel gruplar (ilk basamak ilaçlar) yönünden ünite ve değer analizleri yapılacaktır. Tablolardaki veriler 1983 yılının tümü ile 1984 yılının birinci çeyreği itibariyle düzenlenmiştir. Her çeyrek, yıl içindeki şu ayları kapsamaktadır.

1. Çeyrek : Ocak-Şubat-Mart

2. Çeyrek : Nisan-Mayıs-Haziran

3. Çeyrek : Temmuz-Ağustos-Eylül

L. Sitostatikler (1 ana grup)

M. Kas-İskelet sistemi (5 ana grup)

N. Santral sinir sistemi (7 ana grup)

P. Parazitoloji (1 ana grup)

R. Solunum sistemi (7 ana grup)

S. Duyu organları (3 ana grup)

V. Diğerleri (7 ana grup)

Bu ilk basamak olan 14 genel grup da ikinci basamak olarak adlandırılan 87 ana gruba bölünmüştür. Ana gruplar için raporlarda aşağıdaki örnek verilmektedir.

(ilk basamak)

— Alimenter yol ve metabolizma

(ikinci basamak)

— Vitaminler

(üçüncü basamak)

— Vitaminler A,D

(dördüncü basamak)

— Vitamin D

4. Çeyrek : Ekim-Kasım-Aralık

Tablolar üç ana sütundan oluşmuş olup birinci sütun terapötik genel grubu, ikinci sütun çeyrek dönem kümülatif rakkamları ve üçüncü sütun da o tarihe kadar uzanan 12 aylık dönemin genel toplamını vermektedir. Örneklenirse, 1983 yılının ilk çeyreği olan Ocak-Şubat-Mart ayları dönemine gelinceye kadar olan retrospektif dönem 1982 yılının 2,3, ve 4 çeyrek değerlerinin toplamını vermektedir.

IMS, İEİS VE DİĞER VERİLERE İLİŞKİN ÖRNEKLER :

1947 (3018)

SWING, J. (1947) 10/10/47

SWING, J. (1947) 10/10/47

SWING, J. (1947) 10/10/47

SWING, J. (1947) 10/10/47

SWING, J. (1947) 10/10/47

SWING, J. (1947) 10/10/47

SWING, J. (1947) 10/10/47

SWING, J. (1947) 10/10/47

SWING, J. (1947) 10/10/47

SWING, J. (1947) 10/10/47

SWING, J. (1947) 10/10/47

SWING, J. (1947) 10/10/47

SWING, J. (1947) 10/10/47

SWING, J. (1947) 10/10/47

ÇEYREK KÜMÜLATİF		12 AYDAN GÜNÜMÜZE										
ÜNİTE + 00	±	DEĞER + 000	±	ÜNİTE + 00	DEĞER + 000	DEĞER ±. 000						
116895.0	100	416075.778	100	26	450074.252223.493	100	294.158					
22395.7	19.5	0	2674.532	19.4	24	96338.311009.033	20.7	26	99	60.883		
2606.1	2.3	2	500.053	3.6	26	9516.5	1707.963	3.2	14	4	87	9.459
6681.0	6.1	-7	834.064	5.3	16	20672.4	3326.187	6.6	63	4	111	19.572
5255.7	6.6	-6	560.593	4.4	4	23199.1	2131.181	4.6	24	4	95	13.470
6914.9	6.3	-9	830.284	5.3	16	19969.7	3369.160	6.3	27	1	98	18.629
2266.7	1.9	25	331.183	2.4	54	8181.0	1281.593	2.4	36	107	107	7.065

TOPLAM PAZAR

A. ALİMENTER YOL ve
METABOLİZMA

B. KAN ve KAN YAPICI
ORGANLAR

C. KARDİYOVASKÜLER SİSTEM

D. DERMATOLOJİKLER

G. GENİTOÜRİNER SİSTEM ve
SEKS HORMONLARI

H. SİSTEMİK HORMONAL PRE-
PARATLAR (Seks hormon-
ları hariç)

J. GENEL SİSTEMİK ANTIİN- FEKTİFLER	26616,0	21,4	14	3888,267	27,6	37	92868,9	6063,567	26,4	37	102	77,733
L. SİTOSİTATİKLER	63,2	0,1	-46	55,707	0,4	-14	346,3	232,597	0,4	18	91	1,288
M. KAS-İSKELET SİSTEMİ	9066,7	4,6	26	830,220	5,5	67	18654,8	2876,718	5,4	46	4	15,834
N. SANTRAL SİNİR SİSTEMİ	21288,3	18,5	-3	1684,117	12,0	20	83052,8	6352,758	11,9	20	93	35,206
P. PARAZİTOLOJİ	1929,4	1,7	15	99,353	0,7	24	6638,2	325,560	0,6	30	1	1,795
R. SOLUNUM SİSTEMİ	16635,9	16,3	10	1464,639	10,4	35	53851,9	4586,773	8,6	30	101	25,131
S. DUYU ÖRGANLARI	2401,9	2,1	1	125,925	0,5	21	11416,5	559,170	1,1	31	1	3,059
V. DİĞERLERİ	1097,6	1,0	-18	196,864	1,4	4	5386,8	901,320	1,7	25	4	6,993

Tablo 1. 14 Tedavi Grubuna ait ünite(birim kutu) ve değer olarak 1983-I dönem ilaç tüketimi ile payları.

IMS verilerinden düzenlenmiştir.

	ÇEYREK KÜMÜLATİF				12 AYDAN GÜNÜMÜZE						
	ÜNİTE + 000	%	DEĞER + 000	%	ÜNİTE + 000	%	DEĞER + 000	%	DEĞER \$+ 000		
TOPLAM PAZAR	220921.8	100	027605.037	100	24	466366.255	100	27	289.862		
A. ALİMENTER YOL ve METABOLİZMA	44175.5	20.0	-6 5392.857	19.5	24	96573.7	1406.151	20.6	100	59.766	
B. KAN ve KAN YAPICI ORGANLAR	4983.8	2.2	-3 959.613	3.4	13	9297.9	1733.653	3.1	4	9.017	
C. KARDİYOVASKÜLER SİSTEM	9859.0	4.5	-6 1720.766	6.2	14	20358.6	3611.224	6.5	24	101	18.936
D. DERMATOLOJİKLER	10262.3	4.6	-7 1116.866	4.0	4	22583.5	2426.641	4.4	5	86	12.721
G. GENİTÜRİNER SİSTEM ve SEKS HORMONLARI	9666.1	4.4	-9 1711.451	6.2	21	19676.4	3552.678	6.6	24	99	18.691
H. SİSTEMİK HORMONAL PRE- PARATLAR (Seks hormon- ları hariç)	6248.7	1.9	16 646.684	2.3	37	8315.0	1343.083	2.4	37	108	7.029

J. GENEL SİSTEMİK ANTIİN-

FEKTİFLER

46464.4	21.0	617391.832	26.4	24	92467.574	571.508	26.3	34	103	76.266
121.0	0.1	-46	113.196	0.4	-4	232.9	232.189	0.4	4	1.211
10132.9	4.6	231728.387	4.1	64	19509.6	3231.815	5.8	51	6121	16.829
41677.6	18.9	-313411.655	12.4	24	82264.2	6638.658	12.0	19	94	34.699
3612.3	1.4	14	186.635	0.7	24	6844.9	346.393	0.6	27	1.808
28063.6	12.7	512557.152	9.1	34	53760.3	4828.562	8.7	34	105	25.183
4957.6	2.2	-8	248.273	0.9	4	10986.7	556.142	1.0	24	2.921
2697.1	1.2	1	421.913	1.5	7	5637.0	927.081	1.7	24	4.857

Tablo 2. 14 tedavi grubuna ait ünite(birim kutu) ve değer olarak 1983-II dönem ilaç tüketimi ile payları

IMS verilerinden düzenlenmiştir.

	ÇEYREK KÜMÜLATİF				12 AYDAN GÜNÜMÜZE			
	ÜNİTE + 00	%	DEĞER + 000	%	ÜNİTE + 00	DEĞER + 000	%	DEĞER + 000
TOPLAM PAZAR	321448.6	100	-332299.728	100	21435068.257689	100	21435068.257689	100
A. ALİMENTER YOL ve METABOLİZMA	662201.4	20.6	-718769.927	20.3	1991250.8	1870.337	20.6	21435068.257689
B. KAN ve KAN YAPICI ORGANLAR	7391.6	2.3	41594.073	3.7	349749.8	2027.290	3.5	21435068.257689
C. KARDİYOVASKÜLER SİSTEM	14116.5	4.4	-122600.347	6.4	519146.0	3518.261	6.1	21435068.257689
D. DERMATOLOJİKLER	16912.1	5.3	-12076.224	4.4	2123247.0	2775.819	4.8	21435068.257689
G. GENİTÜRİNER SİSTEM ve SEKS HORMONLARI	14010.6	4.4	-112639.935	6.4	1418707.9	3574.018	6.2	21435068.257689
H. SİSTEMİK HORMONAL PRE-PARATLAR (Seks hormonları hariç)	6278.6	2.0	131090.402	2.5	378443.3	1464.819	2.5	21435068.257689

J. GENEL SİSTEMİK ANTIİN- FEKTİFLER	67400.6	21.0	0	1514.02	26.4	2	89961.6	5185.31	26.3	24	101	73.007
L. SİTOSİTATİKLER	192.6	0.1	-37	190.22	0.4	10	203.7	259.811	0.5	19	94	1.246
M. KAS-İSKELET SİSTEMİ	14445.9	4.9	12	2572.96	5.9	47	19207.6	3360.309	5.8	47	120	16.228
N. SAMRAL SİNİR SİSTEMİ	60267.4	18.7	-6	5310.95	12.3	19	79576.4	6903.152	12.0	18	96	33.199
P. PARAZİTOLOJİ	5014.5	1.6	4	272.26	0.0	24	4594.1	384.583	0.6	23	4	1.719
R. SOLUNUM SİSTEMİ	37549.2	11.7	1	3577.62	8.3	20	52807.2	4919.439	8.5	20	104	24.084
S. DUYU ORGANLARI	7670.2	2.4	-9	422.06	1.0	12	10651.7	582.365	1.0	21	98	2.795
V. DİĞERLERİ	3929.2	1.2	-4	668.607	1.9	9	5441.1	933.541	1.6	10	89	4.503

Tablo 3. 14 tedavi grubuna ait ünite(birim kutu) ve değer olarak 1983-III dönem ilaç tüketimi ile payları
IMS verilerinden düzenlenmiştir.

ÇEYREK KÜMÜLATİF		12 AYDAN GÜNÜMÜZE					
ÜNİTE + 00	%	DEĞER + 000	%	ÜNİTE + 00	DEĞER + 000	%	DEĞER \$+ 000
612048.0	100	-88662.749	100	-15	412048.058662.749	100	261.367
TOPLAM PAZAR							
A. ALİMENTER YOL ve METABOLİZMA							
84536.8	20.5	-12	1721.696	20.6	-10	86536.8	1721.696
12	1	96	52.267	12	1	96	52.267
B. KAN ve KAN YAPICI ORGANLAR							
9297.4	2.3	-2	2100.764	3.6	-7	9297.4	2100.764
29	1	117	9.378	29	1	117	9.378
C. KARDİYOVASKÜLER SİSTEM							
17838.4	4.3	-15	3449.621	5.9	-29	17838.4	3449.621
59	1	87	15.499	59	1	87	15.499
D. DERMATOLOJİKLER							
21645.9	5.3	-8	2748.745	4.7	-18	21645.9	2748.745
13	1	97	12.137	13	1	97	12.137
G. GENİTÜRİNER SİSTEM ve SEKS HORMONLARI							
17914.7	4.3	-13	3536.735	6.6	-20	17914.7	3536.735
9	1	93	15.836	9	1	93	15.836
H. SİSTEMİK HORMONAL PRE-PARATLAR (Seks hormon-ları hariç)							
8138.3	2.0	5	1486.504	2.9	-6	8138.3	1486.504
27	1	109	6.593	27	1	109	6.593

J. GENEL SİSTEMİK ANTIİN-
FEKTİFLER

87093.8	21.1	-3	5688.153	26.4	-11	87093.8	5688.143	26.8	21	104	70.145
247.8	0.1	-38	257.895	0.4	-24	247.8	257.895	0.4	7	91	1.144
18317.0	6.4	4	3497.095	6.0	2	18317.0	3497.095	6.0	38	118	15.677
76952.4	18.7	-8	7111.302	12.2	-15	76952.4	7111.302	12.2	17	100	31.829
6245.9	1.5	-1	359.618	0.6	-14	6245.9	359.618	0.6	18	101	1.626
48764.7	11.8	-7	4974.331	8.5	-13	48764.7	4974.331	8.5	19	102	22.468
9781.1	2.4	-14	562.303	1.0	-23	9781.1	562.303	1.0	5	90	2.500
5172.9	1.3	-8	967.995	1.7	-24	5172.9	967.995	1.7	7	92	4.274

Tablo 5. 14 tedavi grubuna ait ünite(birim kutu) ve değer olarak
1983- IV dönem ilaç tüketimi ile payları

IMS verilerinden düzenlenmiştir.

	ÇEYREK KÜMÜLATİF				12 AYDAN GÜNÜMÜZE								
	ÜNİTE - 00	%	DEĞER + 000	%	ÜNİTE - 00	DEĞER + 000	%	DEĞER + 000					
TOPLAM PAZAR	93748.9	100	-18	5349.085	100	5	390901.859871.539	100	13	237.261			
A. ALİMENTER YOL ve METABOLİZMA	17366.1	19.2	-20	2813.060	18.3	5	80107.2	1880.374	19.8	8	96	47.338	
B. KAN ve KAN YAPICI ORGANLAR	1875.4	2.0	-28	508.183	3.3	2	8566.7	2108.894	3.5	24	110	8.383	
C. KARDİYOYASKÜLER SİSTEM	6163.9	4.4	-11	910.549	5.9	5	17321.3	3529.457	5.9	6	89	16.085	
D. DERMATOLOJİKLER	4576.4	4.9	-13	655.715	4.3	17	20964.6	2852.555	4.8	17	2	104	11.326
G. GENİTÜRİNER SİSTEM ve SEKS HORMONLARI	4163.1	4.4	-15	936.114	6.1	13	17162.9	3643.132	6.1	8	96	16.482	
H. SİSTEMİK HORMONAL PRE- PARATLAR (Seks hormon- ları hariç)	1779.1	1.9	-19	330.236	2.2	-6	7710.8	1486.892	2.5	16	103	5.920	

J. GENEL SİSTEMİK ANTIİN- PEKTİFLER	21559.6	23.0	-12	6372.70	28.5	3	84039.3	6243.419	27.1	14	103	64.067	
L. SİTOSİTATİKLER	54.0	0.1	-15	54.546	0.4	-2	238.6	256.726	0.4	19	98	1.027	
M. KAS-İSKELET SİSTEMİ	3688.7	3.9	-28	877.389	5.7	6	16921.1	3550.694	5.9	23	110	14.160	
N. SANTRAL SINIR SİSTEMİ	17065.8	18.2	-20	1855.773	12.4	10	72770.9	7291.040	12.2	15	102	23.973	
P. PARAZİTOLOJİ	1633.9	1.7	-15	107.067	0.7	0	6050.5	367.322	0.6	13	100	1.448	
R. SOLUNUM SİSTEMİ	11904.6	12.7	-28	1478.739	9.6	4	44253.3	4994.848	8.3	5	97	19.550	
S. DUYU ÖRGANLARI	2071.4	2.2	-14	146.538	1.0	14	9450.6	592.595	1.0	6	94	2.340	
V. DİĞERLERİ	1268.9	1.4	16	302.479	2.0	54	5344.2	1073.627	1.8	19	4	106	4.210

Tablo 4. 14 tedavi grubuna ait ünite(birim kutu) ve değer olarak 1984-I dönem ilaç tüketimi ile payları

IMS verilerinden düzenlenmiştir.

ÇEYREK DÖNEMLER

Genel

Sıralama	Genel Gruplar	83—1	83—2	83—3	83—4	84—1
1	Alimenter Yol ve Met.	388.267	7391.832	11514.022	15688.143	4372.701
2	Alimenter Yol ve Met.	2674.532	5392.857	8769.927	11721.696	2813.060
3	Santral Sinir Sis.	1684.117	3411.655	5310.956	9111.302	1855.773
4	Solunum Sis.	1464.639	2557.152	3577.626	4974.331	1478.735
5	Genitüriner Seks Hor.	830.284	1711.451	2639.935	3536.735	931.116
6	Kardiyovasküler Kas İskelet	834.060 8.30.220	1720.746 1728.387	2600.347 2572.968	3449.621 3497.095	910.549 877.389
7	Dermatolojik	560.595	1114.646	2076.220	2748.745	655.715
8	Kan ve Kan Yap.	500.053	959.613	1594.073	2100.764	508.183
9	Sistemik Hor.	331.185	646.694	1090.402	1486.504	330.236
10	Diğerleri Duyu Organ.	196.844 125.925	421.913 248.273	668.687 422.068	967.995 562.303	302.475 146.538
11	Parazitoloji	99.353	186.635	272.268	359.618	107.067
12	Sitositatikler TOPLAM	55.707 14075.778	113.196 27605.037	190.228 43299.728	257.895 58462.749	54.548 15349.085

Tablo 6. Tedavi gruplarına ait değer olarak pazar paylarının 1983-1984 I dö-nemleri itibariyle dökümü.

ÇEYREK DÖNEMLER

Genel Sıralama	Genel Gruplar	83-1	83-2	83-3	83-4	84-1
1	Antiinfektifler	27.6	26.8	26.6	26.8	28.5
2	Alimenter Yol ve Met.	19	19.5	20.3	20.0	18.3
3	Santral Sinir Sis.	12.0	12.4	12.3	12.2	12.1
4	Solumum Sis.	10.4	9.3	8.3	8.5	9.6
5	Genito Üriner Seks Hor.	5.5	6.2	6.1	6.0	6.1
6	Kardiyovasküler	5.5	6.2	6.0	5.9	5.9
6	Kas İskelet	5.5	6.3	5.5	6.0	5.7
7	Dermatolojik	4.0	4.0	4.8	4.7	4.3
8	Kan ve Kan Yapıcı	3.6	3.5	3.7	3.6	3.3
9	Sistemik Hor.	2.4	2.3	2.5	2.5	2.2
10	Diğerleri	1.4	1.5	1.5	1.7	2.0
11	Duyu Org.	0.5	0.5	1.0	1.0	1.0
11	Parazitoloji	0.7	0.7	0.6	0.6	0.7
12	Sitositattıklar	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4

Tablo 7. Tedavi gruplarına ait % değer olarak pazar paylarının 1983-1984-I dönemleri itibarıyla dökümü.

Genel	Sıralama Genel Gruplar	ÇEYREK DÖNEMLER					
		83—1	83—2	83—3	83—4	84—1	
1	Antiinfektifler	24614.0	46464.4	47468.6	87393.8	21559.6	
2	Alimenter Yol ve Met.	22395.7	44175.5	66201.4	84536.8	17966.1	
3	Santral Sinir Sis.	21248.3	41677.6	60267.4	76953.4	17065.8	
4	Solumun Sistemi	16415.9	28063.6	37549.2	48764.7	11904.6	
5	Dermatolojik	5255.7	10262.3	16912.1	21645.9	4574.4	
6	Kas İskelet	5064.7	10132.9	14445.9	18317.0	3668.7	
7	Genito Üriner & Seks Horm.	4914.9	9666.1	14010.6	17914.7	4163.1	
8	Kardiyovasküler	4681.0	9859.0	14116.5	17838.4	4163.9	
9	Kan ve Kan Yap.	2606.1	4983.8	7391.6	9297.4	1875.4	
10	Duyu Organ.	2401.9	4957.6	7670.2	9781.1	2071.4	
11	Sistemik Hor.	2206.7	4248.7	6278.6	8138.3	1779.1	
12	Parazitoloji	1929.4	3612.3	5014.5	6345.9	1633.9	
13	Diğerleri	1097.6	2697.1	3929.2	5172.9	1268.9	
14	Sitositatikler	63.2	121.0	192.6	247.8	54.0	
	TOPLAM	114895.1	220921.9	301448.4	412348.1	93748.9	

Tablo 8. Tedavi gruplarına ait ünite (birim kutu) olarak ilaç tüketiminin 1983-1984-I dönemleri itibariyle dökümü.

ÇEYREK DÖNEMLER

Genel Sıralama	Genel Gruplama	83—1	83—2	83—3	83—4	84—1
1	Antiinfektifler	21.4	21.0	21.0	21.1	23.0
2	Alimenter Yol ve Met.	19.5	20.0	20.6	20.5	19.2
3	Santral Sinir Sis.	18.5	18.9	18.7	18.7	18.2
4	Solunum Sistemi	14.3	12.7	11.7	11.8	12.7
5	Dermatolojik	4.6	4.6	5.3	5.3	4.9
6	Kas İskeleti	4.4	4.6	4.5	4.4	3.9
7	Genitüriner & Seks Horm.	4.3	4.4	4.4	4.3	4.4
8	Kardiyovasküler	4.1	4.5	4.4	4.3	4.4
9	Kan ve Kan Yap.	2.3	2.3	2.3	2.3	2.0
10	Duyu Org.	2.1	2.2	2.4	2.4	2.2
11	Sistemik Hor.	1.9	1.9	2.0	2.0	1.9
12	Parazitoloji	1.7	1.6	1.6	1.5	1.7
13	Diğerleri	1.0	1.2	1.2	1.3	1.4
14	Sitositattikler	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1

Tablo 9. Tedavi gruplarına ait % ünit (birim kutu) olarak ilaç tüketiminin 1983-1984-I dönemleri itibarıyla dökümünü.

Tedavi Gruplarına Göre Yurtiçi Tüketim:										(Üretici Fiyatları ile)	
Grup No.	Tedavi Grubu	1979 TL. (000)	%	1980 TL. (000)	%	1981 TL. (000)	%	1982 TL. (000)	%	1983 TL. (000)	%
1.	Sindirim sistemi ilaçları; antiasitler, antispazmodik ve antiemetikler vs.	949.534,7	9,73	1.971.424,0	8,81	3.570.054,4	8,58	5.750.719,7	9,18	6.388.672,5	8,74
2.	Karaciğer ve safra yolları ilaçları	32.352,1	0,33	51.916,8	0,23	173.980,3	0,42	305.389,8	0,49	259.392,5	0,35
3.	Barsak antiseptikleri antiparasitler, laksatifler	314.325,4	3,22	831.043,2	3,67	1.175.09,6	2,83	1.749.004,1	2,79	1.749.848,7	2,39
4.	Antidiabetikler	40.773,7	0,42	124.062,9	0,55	277.821,1	0,67	383.199,8	0,61	501.767,5	0,69
5.	Vitaminler, antianemikler, tonikler, iştah açıcılar, anabolizanlar, mineraller	1.161.429,1	11,90	2.308.399,6	10,20	4.659.261,5	11,18	6.521.195,6	10,41	6.160.267,5	8,43
6.	Kanla ilgili ilaçlar (antikoagulanlar, kan kesiciler)	30.200,6	0,30	74.231,0	0,32	135.980,0	0,33	234.517,4	0,37	223.645,0	0,31
7.	Kalp ve damar hastalıkları ilaçları	475.729,2	4,87	829.147,8	3,66	1.816.187,1	4,37	3.253.057,2	5,19	3.236.790,0	4,43
8.	Tansiyon düşürücüler ve diuretikler	104.668,3	1,07	246.748,6	1,09	537.130,1	1,29	997.818,2	1,59	1.075.235,0	1,47
9.	Dermatolojik ilaçlar	447.391,4	4,58	1.030.884,4	4,55	1.893.710,0	4,55	3.025.961,0	4,83	3.435.931,2	4,70
10.	Hormonlar ve vaginal ilaçlar	731.573,7	7,49	1.057.013,2	4,67	3.143.466,3	7,56	4.933.220,1	7,87	5.481.567,5	7,50
11.	Üriner sistem ilaçları	61.723,5	0,63	168.749,1	0,74	421.525,0	1,01	638.989,7	1,02	797.481,2	1,09
12.	Antibiyotikler, sulfamitler	2.665.552,9	27,30	6.344.445,9	28,04	10.939.995,3	26,31	15.826.213,6	25,26	19.268.960,0	26,37
13.	Tüberküloz ilaçları	27.894,5	0,29	76.869,0	0,34	215.426,9	0,52	358.527,3	0,57	331.051,2	0,45
14.	Antiromatizmal, miorelaksan ilaçlar	356.516,9	3,65	1.037.008,7	4,58	2.018.396,9	4,85	3.180.049,7	5,07	4.371.368,7	5,98
15.	Anestezikler	28.168,9	0,28	69.542,2	0,30	162.409,0	0,39	210.397,4	0,34	213.932,5	0,29
16.	Analjezikler	686.852,3	7,03	1.685.063,9	7,44	2.980.227,9	7,17	3.664.714,5	8,85	4.954.830,0	6,78
17.	Antiepileptikler	37.715,3	0,39	118.807,0	0,53	170.030,9	0,41	343.994,8	0,55	430.290,0	0,59
18.	Antiparkinson ilaçları	30.899,8	0,32	68.863,6	0,30	139.035,0	0,33	275.632,4	0,44	196.752,5	0,41
19.	Trankilizanlar, uyku ilaçları ve diğer sinir sistemi ilaçları	336.095,1	3,44	691.353,0	3,06	1.500.444,4	3,61	2.572.751,3	4,11	2.993.322,5	4,10
20.	Soğuk algınlığı ve oksürük ilaçları	666.452,7	6,83	1.512.370,6	6,68	2.119.679,9	5,10	3.125.501,0	4,99	3.767.738,7	5,16
21.	Astım ilaçları	108.939,6	1,12	276.894,8	1,22	483.342,6	1,16	650.942,2	1,04	859.646,2	1,18
22.	Antihistaminikler	186.821,7	1,91	362.787,6	1,60	689.729,3	1,66	1.029.868,3	1,64	1.117.080,0	1,53
23.	Kulak, burun ve göz ilaçları	145.286,8	1,49	338.917,8	1,50	657.685,6	1,58	1.087.203,2	1,73	1.176.327,5	1,61
24.	Kanser ilaçları	36.474,4	0,37	73.110,7	0,32	129.420,2	0,31	259.721,1	0,41	322.368,7	0,44
25.	Röntgen kontrast maddeleri	25.801,0	0,26	63.142,3	0,27	163.712,9	0,39	289.116,1	0,46	315.327,5	0,43
26.	Parenteral çözelti	108.935,7	1,11	289.438,5	1,27	785.007,6	1,89	1.094.539,5	1,75	1.328.486,2	1,82
27.	Diğerleri	37.020,1	0,38	926.799,8	4,10	629.674,2	1,51	898.637,0	1,43	2.020.345,2	2,76
	Toplam	9.761.089,2		22.629.036,0		41.578.433,0		62.660.882		73.078.436,0	

SONUÇ :

Tablolardan da anlaşılacağı üzere Terapötik İlaç Grupları arasında Değer ve Ünite olarak ilk dört sırayı Antiinfektifler. Alimenter yol ve metabolizma ilaçları. Santral Sinir Sistemine etkili ilaçlar ve Solunum Sistem İlaçları almaktadır.

IMS verileri içinde, gerek Değer ve gerekse Ünite yönünden birinci sırayı alan Sistemik antiinfektifler 8 Alt gruptan oluşmaktadır. Bu Alt gruplar sırası ile şunlardır :

1. Trimetoprim dahil Sistemik Antibiyotikler

Tedavi Gruplarına Göre Yurtiçi Tüketim:

Grup No.	Tedavi Grubu	1979		1980		1981		1982		1983	
		Birim kutu (000)	%	Birim kutu (000)	%	Birim kutu (000)	%	Birim kutu (000)	%	Birim kutu (000)	%
1.	Sindirim sistemi ilaçları; anilazitler, antispazmodik ve antiemetikler vs.	29.817,3	8,91	30.175,6	8,14	36.744,7	8,09	46.750,9	8,39	40.402,1	7,84
2.	Karaciğer ve safra yolları ilaçları	868,5	0,26	706,8	0,19	1.531,2	0,34	2.143,1	0,38	1.629,6	0,32
3.	Barsak antiseptikleri antiparasitler, laksatifler	15.029,5	4,49	16.699,5	4,50	17.591,9	3,85	23.937,2	4,30	20.574,6	3,99
4.	Antidiabetikler	505,6	0,12	618,8	0,17	803,2	0,18	1.250,9	0,22	1.215,3	0,24
5.	Vitaminler, antianemikler, tonikler, iştah açıcılar, anabolizanlar, mineraller	39.018,9	11,66	38.716,3	10,44	52.131,6	11,42	62.333,0	11,19	49.518,9	9,61
6.	Kanla ilgili ilaçlar (antikoagulanlar, kan kesiciler)	708,2	0,21	803,3	0,22	913,5	0,20	1.302,6	0,23	928,0	0,18
7.	Kalp ve damar hastalıkları ilaçları	8.752,3	2,62	9.393,2	2,53	13.491,4	2,96	19.056,5	3,42	16.105,6	3,13
8.	Tansiyon düşürücüler ve diüretikler	1.549,3	0,46	3.241,6	0,87	4.848,9	1,07	7.223,7	1,30	6.192,3	1,20
9.	Dermatolojik ilaçlar	15.114,0	4,51	16.969,5	4,58	20.774,3	4,55	29.253,7	5,25	24.057,3	5,25
10.	Hormonlar ve vaginal ilaçlar	21.507,0	6,45	15.421,1	4,16	29.962,7	6,56	33.183,1	5,96	30.112,5	5,85
11.	Üriner sistem ilaçları	910,0	0,27	995,3	0,27	1.857,5	0,41	2.312,2	0,42	2.453,7	0,48
12.	Antibiyotikler, sulfamitler	80.767,7	24,13	86.385,5	23,30	101.634,0	22,26	110.663,4	19,87	107.751,1	20,92
13.	Tüberküloz ilaçları	659,4	0,20	597,1	0,16	996,9	0,22	1.442,8	0,26	1.079,5	0,21
14.	Antiromatizmal, miorelaksan ilaçlar	10.315,7	3,08	12.482,1	3,37	16.091,5	3,52	22.020,7	3,95	22.896,2	4,45
15.	Anestezikler	576,0	0,17	648,2	0,17	918,4	0,20	1.223,9	0,22	821,6	0,16
16.	Analjezikler	42.283,5	12,68	53.536,0	14,44	63.358,4	13,89	72.101,9	12,95	71.831,0	13,95
17.	Antiepileptikler	925,4	0,28	1.000,5	0,27	1.015,5	0,22	1.562,8	0,28	1.409,1	0,27
18.	Antiparkinson ilaçları	314,0	0,09	325,1	0,09	580,3	0,13	865,1	0,16	586,4	0,11
19.	Trankilizanlar, uyku ilaçları ve diğer sinir sistemi ilaçları	14.082,9	4,21	14.690,8	3,96	19.313,0	4,23	25.681,3	4,61	21.543,5	4,18
20.	Soğuk algınlığı ve öksürük ilaçları	27.889,5	8,33	32.000,4	8,63	32.139,2	7,04	42.399,0	7,61	39.569,7	7,68
21.	Astım ilaçları	4.242,1	1,26	4.837,4	1,30	5.533,3	1,21	6.103,9	1,10	6.298,2	1,22
22.	Antihistaminikler	5.221,0	1,56	4.775,7	1,29	6.645,6	1,46	8.303,9	1,49	6.866,4	1,33
23.	Kulak, burun ve göz ilaçları	11.527,3	3,44	12.123,8	3,27	15.928,9	3,49	22.836,0	4,10	20.448,0	3,97
24.	Kanser ilaçları	124,0	0,04	130,7	0,04	164,1	0,04	265,7	0,05	309,7	0,06
25.	Röntgen kontrast maddeleri	505,3	0,15	585,2	0,16	1.035,1	0,23	1.626,3	0,29	1.416,8	0,28
26.	Parenteral çözeltiler	1.804,4	0,54	2.490,4	0,64	1.190,1	0,92	5.335,6	0,96	5.177,3	1,00
27.	Diğerleri	1.528,9	0,46	10.453,5	2,82	6.115,8	1,34	5.790,0	1,04	10.865,6	2,11
Toplam		333.390,9		370.803,0		456.540,3		556.970,6		515.060,0	

2. Griseofulvin hariç Mantar infeksiyonları için Sistemik Ajanlar

3. Sulfonamidler

4. Streptomisin hariç Tüberküloz ilaçları

5. Aşılar hariç Antiviral Ajanlar

6. Sera ve Gamma Globulin

7. Aşılar

8. Leprostatikler dahil diğer Antiinfektifler

Diğer yandan IMS verileri ile İ.E.S verileri Sistemik Antiinfektif-

ler açısından (Ünite «birim kutu» ve Değer olarak) yakın değerleri içermektedir.

IMS verileri 1983 itibariyle Değer yönünden pazardaki % 5.5 payla 6'ncı sırada bulunan Kardiyovasküler Sistem İlaçları birim kutu itibariyle % 41 ile 8'inci sırada bulunmaktadır. (Tab. 7.9). Bu grup ilaçların Ünite olarak daha az üretilmesine karşın değer paylarının daha yüksek olması hayatiyetlerini kanıtlayan bir örnek olarak değerlendirilebilir.

Sonuç olarak Sanayiinin Sektörel analizinin çeşitli parametrelere bağlı yapılmasıyla, genel tartışmanın daha sağlam temeller üzerine inşa edebileceği görüşü ortaya çıkmaktadır.

KAYNAKLAR

1. TEB 21. Dön. Merkez Heyeti Çalışma Programı. TEB Yayın no: 2, ANKARA 1984.
2. ABACIOĞLU, N. İlacın Ekonomi Politığıne Yaklaşım -I-: Me-

ta olarak Sağlık ve İlaç: Kullanım Değeri ve Değer. AEOB (Ank. Ecz. Od. Bül.), 4:5, 7-15 (1982).

3. ABACIOĞLU, N.: İlacın Ekonomi - Politığıne Yaklaşım -II-: Bireysel ve Toplumsal Olarak Gerekli Emek ve Özgül Olarak İlaç Üretimi İçinde Somutlanış Biçimi. AEOB (Ank. Ecz. Od. Bül.): 4:6, 10-15 (1982).
4. ABACIOĞLU, N.: İlacın Ekonomi-Politığıne Yaklaşım -III-: Metaıda ve Meta Olarak İlaçta Maddeleşen Emegin İkili Karakteri. AEOB (Ank. Ecz. Od. Bül.) 2. 20-22. 1983
5. ABACIOĞLU, N., SUNAL, R., KANZIK, İ: Türkiye İlaç Endüstrisinin Farmasötik Şekil ve Değer Açısından Sayısal Analizi -I-. AEOB (Ank. Ecz., Od. Bül.), 5.4. 34-48, 1983.
6. İMS, Türkiye Müstahzar Endeksi 1983-1,2,3,4., 1984-1.
7. İEİS, İlaç ve İlaç Endüstrisi. İSTANBUL - 1984.

SOSYAL TESİSİMİZİN;

«Video Klubüne» gelin.

Sinemalarda görmek olanağını bulamadığınız

sinema başyapıtlarını izleyin.

Eczacının Bitkisel İlaçlar Konusundaki Eğitimi (*)

Çeviren :
Ecz. Filiz CİZRELİOĞLU

Birçok eczacı son yıllarda geleneksel olmayan ilaçlara artan genel ilgiye dikkat çekerek bu konuya eğilmek gerektiğini vurgulamaktadır. Bitkisel ilaçların kullanılması (hastalığın tedavisinde veya önlenmesinde kullanılan bitki veya bitki özünden yapılan ilaçlar) böyle alternatif ilaçların bir şeklidir.

ECZACILAR BİTKİSEL İLAÇLAR KONUSUNDA NİÇİN EĞİTİLMELİDİR?

Eczacıların bitkisel ilaçlar konusunda eğitilmesi için, geçerli ekonomik ve mesleki nedenlerin varlığı ispat edilebilir. Birçok insanın şifalı otlarla kendi kendilerini tedavi ettikleri bir gerçektir. İngilterede yapılan son araştırmalar, insanların % 7 sinin şifalı ot kullandığını ortaya çıkarmıştır. Bitkisel ilaç imali için Batı Almanya'ya ithal edilen bitkisel droglar ve bunların çok yüksek rakamlara ulaşan miktarları Tablo 1 de gösterilmiştir.

TABLO I — Batı Almanya'ya
ithal edilen bitkisel droglar

Bitkisel madde	Miktar (ton)
Papatya çiçeği	2800
Kuşburnu	2500
Amber çiçeği	2000
Ardıç meyvası	1000
Kediotu kökü	250
Alıç meyvası	200
Kırkilit otu	150
Huş yaprağı	150

Bu ürünlerin yıllık değeri yaklaşık 60 milyon DM olarak tahmin edilmektedir. Sadece birtek Alman toptancının tüketicieye sağladığı tıbbi çay miktarı 188 milyondur.

Bitkisel çayların Amerikan piyasasındaki son değeri 200 milyon dolar olarak belirtilmiştir. İngiltere'de sağlık, gıda sektörü bitkisel ilaçlar için bütçesinden 13.9 milyon Sterlin ayırmış ve sağlık gıda alanında esas gelişme gösteren bölümün kimya

(*) Pharmacy International 6.25.1985'den çevrilmiştir.

sektörü olduğu ifade edilmiştir. Doğal olarak, mesleki nedenler ekonomik nedenlerden çok daha önemlidir. Olay basitçe şöyle ifade edilebilir: Hastalara sadece eczacılar ilaç temin edebilir, birçok bitkisel ilaç da etkili olduğuna göre bu ilaçları da eczacının sağlaması gerekir. Tabii olarak, kullandıkları otların ilaç olduğu söylendiğinde birçok bitkisel ilaç tüketicisi bu konuda ikna etmek kolay olmayacaktır. Bitkisel ilaçların ecza olmadığı inancı; doğal kaynaklarından şifalar iddiaları ortaya çıkan tıbbi şifalı ot satıcıları tarafından ve «terapötik gıdalar» deyimleri ile kasten kuvvetlendirilmektedir. Ve bunlar bedeninin doğal psikolojik kanunları ile herhangi bir ilaca nazaran daha bir uyum göstermektedirler. Bitkisel ilaçların ecza olduğuna şüphe yoktur ve çoğunluğu farmakolojik ve klinik olarak etkilidir. Bütün bitkisel ürünlerin etkili olduğunu söylemek mümkün değildir. Çünkü Dünya Sağlık organizasyonunda listelenmiş 20000 tıbbi otun büyük bir kısmı laboratuvarında denenmemiştir. Diğer yandan piyasada mevcut birçok bitkisel ilaç için geniş farmakolojik, toksikolojik ve klinik bilgi vardır.

GİNSENG :

Ginseng yüzyıllardır beden sağlığını muhafaza etmek, sürdürmek, vücudu stresse, yorgunluğa karşı korumak ve yaşlılığın dejenere edici etkilerini yavaşlatmak için kullanılmaktadır.

Birçok «ginseng» olmasına karşın gerçek, katkısız ginseng Kore-

de yetişen ve Panox ginseng C.A. Mayer'in kurumuş köklerini içerenidir. P. ginseng ginsengozitler denilen bir dizi triterpen saponin glikozitleri taşır. Bunlar çeşitli hayvan testlerinde yorgunluğu ortadan kaldıracı etkiye ilaveten antistress etkilerde göstermişler, bundan ötürü bu etkilere «adaptogenik» etkiler denmiştir. İnsanlarda standartize ginsengozit özünün ginseng özütü kullanılarak yapılan testler, fiziksel ve mental işleyişle tesiri düzelmelere yol açtığını göstermiştir. Daha yaşlı hastalardaki çalışmalar kalp ve beyinde kan sirkülasyonunu artırarak çalışma kapasitesini fazlaştırmışlar ve hafıza kaybını azaltmışlardır.

ALIÇ :

Çeşitli Crataegus türlerinin meyvaları bitkisel ilaç olarak hipertansiyon kalp kası zayıflıkları ve anjin tedavisinde kullanılır. Hayvanlarla yapılan çalışmalar, şifalı bitki satıcılarının, bu bitkinin kronik kan akımı, arteriyel kan basıncı ve kalp debisi üzerinde faydalı etkiler yaptığı iddialarını kuvvetlendirmiştir. Bir seri polimerik fenolik türevler olan prosianidinler en aktif bileşikler olarak görülmektedir. Japonya'da iskemik ve/veya hipertansif orijinli kalp hastalığı olan 80 hasta ile Crotoegus'un ticari uygunlukta alkalik özü ile çok merkezi Çift-kör klinik deney yapılmıştır. Aliç özü verilen grupta istatistiksel olarak genelde önemli düzelmeler görülmüş, kardiyak fonksiyon, nefes darlığı ve kardiyak ödemde dik-

kate değer iyileşmeler kaydedilmiştir.

PAPATYA :

Papatya; mide, karın şikayetleri, kramplar, cilt enfeksiyonları ve ikinci derece enfeksiyonlarda kullanılan, en popüler bitkisel ilaçlardan biridir. Hem Mayıs papatyası (*Matrioaria chamomille*) hem de Alman papatyası (*Anthemis Nobilis*) yukarıda sayılan şikayetler için kullanılabilir.

Tek başına bileşik, papatyanın teropotik değerini göstermez. çünkü essansiyel yağ ve suda erir fraksiyon aktiviteye yardımcı olur. Esansiyel yağ α Bizobolol, kamazulen ve matrisin gibi bileşikler ihtiva eder. Bu bileşikler anti- enflamatuvar etkiden sorumludurlar. α Bizobolol'un anti-bakteriyel ve antifungal etkileri olmakla birlikte, antispozmadik opigenin gibi suda erir. Flavonoidlerinkinden daha azdır (apigenin papperinden 3 kez daha aktiftir).

KEDİOTU :

Kediotunun kök ve rizomları uzun süredir tranqlizan ve sedatif olarak kullanılmaktadır. Bu bitkiyi ihtiva eden hazır ilaçlar İrlanda'daki bitkisel ilaçlar arasında en popüler olanıdır.

Kimyasal çalışmalar sonucunda valepotiritlar denilen çok değişik iridoid bir dizi türev izole edilmiştir. Valepotiratlar arasında en önemlileri valtrat ve dihidrovaltradlardır. Hem hayvanlar hem de insanlarda yapılan deneyler sedatif aktivitenin 3/2 sinin volepotriattan, 1/3 ünün ise esansiyel yağdan ileri geldiğini göstermiştir.

CİN TIRNAĞI :

Birçok bitkisel ilaç daha tecrübe edilmiş ve farmakolojik aktiviteye sahip oldukları ortaya çıkarılmıştır. Örneğin cin tırnağının antiartirik aktivitesi ile ilgili son çelişkili raporlar bazı bitkisel ilaçların aktiviteleri hakkında şüphelere yol açmıştır. Fenilbutazonun karşılaştırılabilir antiartirik aktivitesini gösteren çalışmalar, standart prelinik eleme çalışmaları ve klinik deneyler kullanılarak yapılan çalışmalarla tezat teşkil etmiştir; bunlar cin tırnağının antiartirik etkisi olmadığını göstermiştir.

BİTKİSEL İLAÇLARIN TOKSİSİTESİ

Birçok bitkisel ilacın sentetik ilaçlardan daha az toksik olduğu bir gerçektir. Ayrıca bitkisel ilaçların yan etkileri de sentetik ilaçlara nazaran daha azdır. Örneğin sinnozitolin LD₅₀'u 1.4 gk⁻¹ dir. Ve yapılan çalışmalar sonucunda teratojenik, subakut veya kronik toksite karsinojenik etki görülmemiştir. Bununla beraber, bitkisel ilaçların da yan etkileri olabilir: Migreni tedavi etmek için koyungözü (*Chiysanthemum patthenium*) kullananların % 7 si bu bitkinin ağzında ve dilde acılık yapması sonucu tedavilerini yarıda kesmek zorunda kalmışlardır. Ginseng'inde uzun süre aşırı dozda kullanılması halinde, yan etkilere yol açtığı gözlemlenmiştir. Bitkisel ilaçların neden olduğu ciddi problemler 15, 16 yıldan fazla bir süredir söylenmektedir. Tablo II de bu problemlerden bazı örnekler verilmiştir.

TABLO II Bazı Bitkisel İlaçların Toksik Etkileri

ETKİ	BİTKİ
Hepatoksisite	Karakafes, öksürük otu, ökseotu
Karsinojenesite	Sassa frass çayındaki safrol
Allerjik reaksiyonlar	Papatya, civan perçemi, kadife çiçeği
Gastroenterit	Şekerci boyası kökü
Atropin zehirlenmesi	Dulavratotu, ısırğan çayı, karakafes karışımı
Koma ve nöropati	Podofillin (laksatif bitki)

Symphytum ssp de dahil olmak üzere, birçok pirrolizidin alkaloidi içeren bitkilerin karaciğer bozukluğuna neden olduğu, insanlarda ve hayvanlarda tümörler oluşturduğu anlaşılmıştır. Karakafesin tehlikeli olduğu ihtimali tartışma konusudur, bitkinin fazla miktarlarda hepatoksisite üretmesine rağmen birçok ticari örneğinin hiçbir alkaloid içermediği saptanmıştır. Ökse otu ve sassafrass çayı hakkındaki tartışmalar halen sürmektedir. Çocuklar arasında meydana gelen ölümlere ve yetişkinlerde görülen gastroenteritise dayanarak şekerci boyası kökünün toksisitesi daha az tartışılan bir konudur. (Phytolacca American)

Hastalar ilaçlar dahilen kullanıldığında toksiteye karşı uyarılmadır.

Bitkisel ilaçlarla olan zehirlenmeler genellikle dulavrat otu, ısırğan otu ve karakafes amatör alıcılar tarafından yalnız teşhis edilmesinden kaynaklanmaktadır.

İLAÇ-BİTKİ

ETKİLEŞMESİ :

Büyük bir olasılıkla parasetamol, propoksifen ve bromalinin birbirini etkilemesi sonucu bir bayanda oluşan kanamaya dikkat çekilerek ortodoks ve bitkisel ilaçların arasında bir etkileşim olabileceği düşüncesi ileri sürülmüştür. Eczacılar bu etkileşim olasılıklarına karşı uyanık ve hazırlıklı olmalı ve herhangi bir vakada bitkisel ilaçlara ilişkin soruları da hesaba katmalıdırlar. Muhtemel etkileşimler, standart ilaç etkileşimleri özetlerinde listelenmiştir fakat bitkisel/geleceksel ilaç etkileşme seviyelerinden pek bahsedilmemiştir. Bununla beraber gerekli birçok bitkisel ilacın uzun süreli toksisite çalışmaları tamamlanmıştır. İlaç güvenliği indikatörü olarak bitkinin halk tarihindeki kullanımına itimat etmek yerine, bitkisel ilaçların emniyeti modern toksikolojik tekniklerle tesbit edilmelidir. Tüketicinin yalnız bitkisel ilaç güvenliğinde değil, kalite

kontrolunda da korunması gerektir.

Eğer hastalar iyi denenmiş ve devlet kurumlarında tam incelemeden geçmiş etkili sentetik ve doğal ilaçları bırakıp kullanmayı bırakıp denenmemiş, kontrol edilmemiş, şüpheli kaliteye sahip bitkisel ilaçlara yönelirlerse bu oldukça düşündürücü bir olay olarak kabul edilmelidir.

ECZACILARI BİTKİSEL İLAÇLAR KONUSUNDA NASIL EĞİTİYORUZ?

Ginseng, kediotu, nane ve karakafes gibi ürünlerin kalite kontrollerine duyulan ihtiyaç eğitimde kullanılabilir. Bitkisel ilaçlar konusunda eczacılık eğitimi; yanlış bitkisel tanımlamalar; kimyasal familyaların varlığı; ontogenetik iklimsel ve toprak koşullarına bağlı unsurların çeşitliliği, mikroorganizmalar, ağır metaller veya böcek zehirleriyle karıştırma, bulaştırma problemleri gözönüne alınarak, doğal ürün ilaçlarının kalite kontrolleri hakkındaki temel bilgiler üzerine inşa edilmelidir.

Bitkisel ilaçların kalite kontrolleri: bu ilaçların analizi için gereken bitkisel fizikokimyasal ve kromatografik teknikler konusunda eğitilmiş, tecrübeli eczacılar tarafından denetlenmelidir. Ticari bitkisel ürünlerin öğrenci laboratuvarlarında kullanılması, kullanımı olan bitki tiplerine aşinalık sağlamanın yanında istenen eğitimin yaratılmasına da yardımcı olur. Eczacıları

yalnız bitkisel ilaçların kalite kontrolleri konusunda eğitmek tabii ki yeterli değildir.

Güvenlik etki hakkında tavsiyede bulunma ve yan etkilerin gözlenmesi açısından bu ilaçların istenen ve zıt etkileri hakkında da eczacılara bilgi sağlanmalıdır.

Eczacılar kurumu, bazı preparasyonların, uygun olmayan tarzda kullanılmasının yanlış olduğunu hastalara izah etmelidir. Örneğin guarana içeren bir ürün (çok yüksek naturel kafein özüne sahip bir Güney Amerika bitkisi) stimulan ve zayıflama ajanı olarak piyasaya sürülmüştür. Bu ürüne ait prospektüste, guarananın amfetaminden daha iyi olduğu çünkü istenmeyen yan etkileri olmadığı ve amfetamin kadar etkili olduğu iddia edilerek bu ürünün amfetamin benzeri etkisi belirtilmiştir.

Kafeinin, amfetamin benzeri olarak zayıflamaya yardımcı olmak üzere piyasada tutunmasına çalışmak ciddi sorulara neden olmalıdır. Eczacı tarafından hastaya uyarılarak verilmesi gereken birçok ürün daha vardır. Örneğin; boldo (Peumus boldo), kereviz kökü (Apium graveolens) ve ardeş yağı (Juniperus communis) içeren bir diüretik ürün piyasaya çıkarılmıştır. Bu konuda uzman kişilerce ardeş yağının böbrek enflamasyonunun olduğu yerlerde kullanılmaması gerektiği saptanmıştır. Fakat bu uyarı ürünün etiketinde hiçbir şekilde belirtilmemiştir. Bu olay, ilacın bitkisel ilaç olarak değil de ilave gıda ola-

rak satıldığı sürece o kadar şaşır-
tıcı değildir. Bitkisel ilaç fabrika-
törlerinden biri eczacıların ilaca
benzer bir şekilde düzenlenmiş, am-
balajlanmış fakat hükümet tarafın-
dan araştırılmamış ürünler ile
lisansları olan ilaçları birbi-
rinden ayırtetme konusunda uya-
nık olmaları gerektiğini vurgula-
mıştır. Eczacılar kurumu bazı belli
ürün gruplarını (ör: tranklizanlar)
hakkında daha fazla bilgi sahibi
olmalıdır fakat bunlara dair hazır,
çok az güvenilir bilgi vardır.

Bitkisel ilaçlar konusunda İngi-
lizce yazılmış bir yığın literatür
mevcut olmasına rağmen, 16 ve 17.
yüzyıllarda rağbette olan bu otlar
20. yüzyılın tabbi pratigine uygun
gözükmemektedir. Bu konuda is-
tisnalar da vardır; örneğin «Medi-
cinal Plants (fluck) ve «The Honest
Herbol» (Tyler) (ne yazıkki son ki-
tap Amerika dışındaki ülkelerde
yayımlanmamıştır). Bu konudaki
uygulama, eczacıların hastalara da-
ha profesyonel hizmet götürebilme-
leri için gerekli temel eczacılık bil-
gi ve başarılarını yeni bilgi kaynak-
ları sağlayacak bir eğitimin deva-
mı olarak görülmelidir. Bu konuda-

ki ihtiyacı farkederek bitkisel ilaç-
ları hakkında birçok eczacılık der-
gisinin yazılar yayınlanmaya baş-
laması enteresandır.

Eczacılık öğrencileri temel eği-
timlerinin bir parçası olarak bitki-
sel ilaçlar konusunda eğitimlerini
sürdürürken, çalışan eczacıların, bu
alandaki sorumluluklarını yerine
getirebilmeleri için gerekli bilgiyi
kazanmada yardıma ihtiyaçları ola-
caktır.

Yeni bilgi teknoloji ve metod-
ları, eczacılık eğitiminin bir deva-
mı olduğu bakış açısı ile sunulma-
lıdır.

SONUÇ :

Bitkisel ilaçlar konusunda yal-
nız eczacıları değil halkı de eği-
tmek gerekir. «Bitkisel ilaçlar etkili
midir? «Kaliteleri iyi midir» «Gü-
venli midir» gibi sorulara tüketici
cevaplar isteyecektir. Eğer eczacı-
lar bu sorulara doğru, objektif ce-
vaplar veremezse kim verecektir? O
halde kaliteli bitkisel ilaç isteyen
hastalara bu ilaçları tedarik etmek
için bu konuya daha fazla eğilme-
li ve gerekli eğitim yapılmalıdır.

Kuduz Hastalığı Etken Özellikleri ve Mücadelesi

Dr. Ufuk ABBASOĞLU (*)

Kuduz, rhabdovirus grubundan bir virus ile oluşan, merkezi sinir sisteminin akut, enfeksiyöz ve ölümlü sonuçlanan bir hastalıdır. Hayvandan hayvana veya hayvandan insana ısırma ile geçer. Ürkek ve uysal hayvanlar kuduz virusu ile enfekte oldukları zaman çok huysuz ve saldırgan olurlar. Kuduz adı eski zamanlardan beri bilinmekte olup, Mısırlıların, Yahudilerin, Yunanlıların eserlerinde bahsedilmekte, fakat insan kuduzuna ait bir yazıya rastlanmamaktadır. İnsan kuduzu hakkında ilk bilgiye M.Ö. 1. yüzyılda Tselsius'un eserlerinde rastlanmaktadır. Yazar, hastalığa «hidrofobia» adını vermiş, koruyucu tedbir olarak yaranın kızdırılmış demirle dağlanmasını önermiştir.

Aslen Türk bilgini olan Razi ise, kuduz köpek ısırıklarının kuvvetli asitlerle dağlanmasını önermektedir. 1760 yılında Mid ve Morgani, hastalığın klinik tablosunu

bütün ayrıntıları ile tarif etmişlerdir. 1804 yılında Zinke, sağlam bir köpeğin yarasına kuduz bir köpeğin salyasını sürerek deneysel kuduz meydana getirmiş ve 1879 yılında Galtiere, tavşanların kuduza çok duyarlı ve virus için uygun hayvan olduğunu göstermiştir. 1882 yılında Pasteur ve arkadaşları Chamberland ve Roux, virusun merkezi sinir sisteminde yerleştiğini ve burada saf halde bulunduğunu göstermişler ve tavşan beynine yaptıkları bir seri pasajla virusun kuluçka süresini kısaltmışlardır. Kuluçka süresi 6 güne inmiş virusa Pasteur Sabit virus (virus fix), ısırıkla geçen virusa ise Sokak virusu adını vermiştir. Pasteur, sabit virüsle beyin içi enfekte edilen tavşan omuriliğini 20°—22°C de KOH ile muamele ederek kurutmuş ve bunu aşılık olarak kullanmıştır. Köpekler üzerinde olumlu sonuç alınca 1888 yılında kuduz köpek tarafından ısırılan bir çocuğa uygulamış ve başa-

(*) G.Ü. Eczacılık Fakültesi, Mikrobiyoloji. Ankara.

rılı sonuç almıştır. 1903 yılında Negri, insan ve hayvanların enfekte sinir hücreleri içinde ve stoplazmada kendi adını alan inklüzyon cisimciklerini saptamıştır. Bugün de Negri cisimcikleri önemli bir tanı aracıdır.

Kuduz virusu, bir RNA virusu olup, şekli mermiye benzer. Elektromikroskopu ile yapılan incelemelerde virusun 60—80 nm (nanometre) çapında ve 115—300 nm boyunda değişiklik gösterdiği saptanmıştır. Virus 4°C'de haftalarca ve sıfırın altındaki derecelerde daha uzun zaman yaşayabilir. Ancak ortamda CO₂ bulunmamalıdır. Gliserindeki süspansiyonu oda derecesinde bile haftalarca canlı kalır. Liyofilize halde senelerce buz dolabında saklanabilir. Ultraviyole ile çabuz bozulur. Asit pH'da (3-3.5) 30 dakikada inaktive olur. 56°C de 1 saat, 60°C de 5 dakikada inaktive olur. Formalin, kuvvetli asit ve alkaliler, süblime, eter, kloroform, fenol, tripsin kısa sürede virusun enfeksiyöz kudretini düşürür.

İnsanlar da dahil olmak üzere, kuduz virusuna bütün sıcak kanlı hayvanlar hassastır. Virus enfekte vücudun birçok doku ve sıvılarında bulunur. Çene altı tükürük bezleri en iyi virus kaynağıdır. Enfekte hayvanlarda daima ölüm olmakla beraber, vampir denilen büyük yarasalar bir istisna teşkil ederler. Bunlarda, virus sinir sisteminde bulunmaz, sadece tükürük bezlerine adapte olmuştur. Hayvanlar hiçbir hastalık belirtisi göstermedikleri halde kuduzu başka canlılara geçirir-

ler. Kuduz virusuna karşı yalnız soğuk kanlı hayvanlarda doğal direnç vardır. Sıcak kanlılarda doğal direnç olmayıp, aşıyla oluşan bağışıklık 6 ay kadar devam eder. Aşılı şahısların kan serumlarında virusu nötralize eden ve komplementi bağlayan antikorlar oluşur.

Virus, embriyolu tavuk yumurtasının korio-allantoik zarı, allantoik kese ve sarı kesesinde üretilir. Deney hayvanı olarak fare, sıçan, tavşan, kobay, hamster ve köpek kullanılır. Ayrıca virus, hamster, kocarca ve gelincik böbrek doku kültürlerinde de üretilmiştir.

Hastalık etkeni genellikle kuduz bir hayvanın ısırması ve enfekte salyayla bulaşır. İlk defa lokal olarak kas dokusunda çoğalır ve sonra hasar görmüş sinir ipliklerine tutunur. Sinirler yoluyla MSS'ne yayılır. Viremi ve organlara kan yoluyla yayılma gösterilememiştir. Yavru farelere virus zerkedildikten sonra ölen fareleri yiyen farelerde yüksek bir oranda kuduz gelişir. Muhtemelen et yiyen hayvanlar da kuduz hayvan leşlerini yemekle enfekte olabilir.

Hastalığın kuluçka süresi 10 günden 12 aya kadar değişir. Ortalama 1-3 aydır. Kuluçka süresindeki bu değişime, ısırığın MSS'nden olan uzaklığına bağlıdır.

Hastalığın başlangıç belirtileri; kırıklık, baş ağrısı, 38°—39°C civarında ateş, uykusuzluk, iştahsızlık ve endişe hissidir. Çoğunlukla yarı yerinde ağır batma, duyu bozukluğu görülür. Boğaz kaslarında ağ-

rılı spazmlar başlar, yutkunma ağırlı ve güç olup, hasta salya akıt-maya başlar. Sudan korku (hidro-fobi) oluşur. Hasta ışığa ve gürül-tüye tahammül edemez. Hasta spazmlardan 2—3 gün sonra para-liz dönemine girer. Solunum kasları tutulur, 24 saatte ölümlü sonuçla-nır. Hastalığın son safhasında kor-kunç görünüşü önlemek için, hasta-lar özel odalara alınır ve çok mik-tarda sedatif verilir.

Kuduz virusu, kuduz bir hay-vanda belirtiler görülmeden 3 gün önce tükrükte bulunur. Hayvan şah-sı ısırır, en azından 14 gün göz altında tutulmalıdır. Bu zaman sü-resinde hayvan ölmezse şahsın ku-duz olma ihtimali olmayacaktır. Enfekte hayvanın beyinde Negri cisimciklerinin görülmesi teşhis için önemlidir. Hastalıkta serolojik test-lerin önemi yoktur.

Hastalığın tedavisinde ilk aş-a ma yaranın derhal sabun ve bol su ile iyice yıkanması, sonradan zep-hiran'la temizlenmesidir. Temizle-nen yaraya bir doktorun sorumlu-luğunda ve gözetiminde lokal ola-rak kuduz hiperimmün serumu uy-gulanır. Daha sonra hiperimmün serum ve aşı uygulamasına geçilir. Serum uygulamasından önce du-yarlılık testi yapılmalı ve önceden hastaya antihistaminik bir ilaç veril-melidir.

Kuduz aşıları aktif ve inaktif sabit virüslü aşılar olarak ayrılabil-irler. Klasik Pasteur aşısı, Högyes aşısı, Babes aşısı, Fermi aşısı, Pun-toni aşısı, Semple aşısı, Hempt aşı-sı, Remlinger aşısı, Philips aşısı, For-

müllü aşı. Ultraviole ile hazırlan-mış aşı, ördek yumurtasında ha-zırlanmış aşı gibi birçok kuduz aşı-sı hazırlanmış ve uygulanmıştır.

Hergün değişik günlerde kuru-tulmuş omurilik bulundurulması gereği, ekonomik olmaması, belli bir merkezde hazırlanıp, uygulan-ması gibi dezavantajları nedeniyle aktif aşıların kullanma alanları ki-sitlanmıştır. Halen kuduz aşısı ya-pılmasında en uygun inaktivasyon vasıtası fenoldür. Bugün en iyi fe-nollü kuduz aşısı Semple aşısıdır.

Şimdiye kadar hazırlanmış olan kuduz aşılarının (tavşan ve koyun beyni, tavuk ve ördek yumurtası) hemen hepsi yabancı hayvan doku-su ihtiva ettiklerinden saf birer aşı değildirlir. Halihazırda kuduz aşı-larının tamamıyla zararsız olmadıkları göz önünde bulundurularak, çok gerekli olmadıkça uygulanmaları icabeder.

Ülkemize henüz daha girmemiş olan ördek embriyo aşısı immunolo-jik özelliğinin az ve yan etkilerinin fazla olması nedeniyle, ileri ülke-lerde 1980 yılından beri insan emb-riyonik akciğer hücre kültürlerinde üretilen inaktif kuduz aşısı kullanıl-maktadır. Bu aşı ördek embriyo aşı-sına göre 10—20 misli fazla antikor düzeyi sağlayabilmektedir. Isırılma-dan sonra profilaksi için 1., 3., 7., 14. ve 28. günlerde uygulanan beş enjeksiyon yeterli olurken, ördek embriyo aşısı için 14—21 enjeksiyon gerekmektedir. Bu nedenlerle ördek embriyo aşısı daha ülkemize girme-den dış ülkelerde 1981 den beri üre-tilmemektedir.

Aşı komplikasyonları :

Bugün en çok kullanılan ve en fekte beyin dokusundan hazırlanmış Semple tipi aşılardan bazı hal-lerde çeşitli ağırlıkta nörolojik bozukluklara neden oldukları görülmektedir. Bu gibi patolojik durumlar aşının yabancı beyin materyalinden yapılması dolayısıyla organizmada antijenik etki göstermesi aşılardan şahsı sensitize etmesi yüzünden olmaktadır. Ördek ve tavuk yumurtasıyla hazırlanan kuduz aşılarda bu gibi tehlikeler nörolojik komplikasyonlar görülmemekle beraber yumurtaya karşı allerjisi bulunanlarda ürtiker tarzında deri döküntüleri nadiren paraliz meydana geldiği görülmüştür.

Aşının deri altına uygulanmasıyla karın derisinde ağırlı nodositeler eritem ve sertlikler olabilir. Aşı ile tedavi yapılırken adrenokortikotropin ve adrenal kortikosteroidler kullanılmamalıdır. Bu maddelerin tesirleri henüz tam aydınlanmamış işe de enfeksiyon etkenine karşı antikor teşekkülünde vücudun faaliyetini engellediği ve direncini kırıdığı ileri sürülmektedir.

Sonuç olarak kuduz tedavisinde allerjik vasfı olmayan, aşı enfeksiyonu oluşturmayan en çok birkaç kez zerketmekle yüksek seviyede ve uzun süren bağışıklık meydana getiren bir aşı hazırlanmalıdır. İnsan doku kültüründe hazırlanan bu özellikteki aşılardan çok özel durumlarda ve ancak Sağlık Bakanlığının izniyle yurdumuza sokulmaktadır. Böyle bir aşının memleketimizde hazırlanabilmesi için doku kültürü tekniğinin yaygınlaştırıl-

masına, birçok madde-malzeme ve yetişmiş kadroya gereksinim vardır.

Genel anlamda, kuduz hastalığının kontrolünde en önemli nokta köpeklerin kontrolüdür. Başıboş köpeklerin yok edilmesi ve sahipli köpeklerin aşılama ile bu sorun çözümlenebilir.

Hastalığın kontrolündeki önerileri özetlersek;

1. Köpeklerin kaydı ve toplu aşılama
2. Başıboş köpeklerin öldürülmesi
3. Ülkeye giren köpeklerin kontrolü
4. Genel halk eğitimi
5. Kuduz teşhisi için yeterli koşullar
6. Vak'aların bildirilmesi, gibi faktörlerin önemi büyüktür. Her türlü önleme rağmen bir köpek ısırması veya kedi tırmalaması vak'asında yaranın temizlenmesi yanında aşılamanın ihmal edilmemesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Akan, E.: Özel Viroloji., Kemal Mat. Adana, 190 (1978).
2. Gürtürk, S.: Viroloji., A. Ü. Basımevi, Ankara, 253 (1977).
3. Jawetz, E., Melnick J.L., Adelberg, E.A.: Tıbbi Mikrobiyoloji (Türkçe çevirisi: Akman, M., Gülmezoğlu, E.), Hacettepe Ün. Yay. A—15, 445 (1966).
4. Kanra, G., Yurdakök, M.: Yeni Tıp Dergisi, 2 (1), 9 (1985).
5. Öztürk, F.: Şahsi kominikasyon, A. Ü. Vet. Fak. (1980).
6. Serter, F.: Klinik Viroloji, Ege Ü. Mat. Bornova, 213 (1971).

Hasta Uyunçu

Doç. Dr. İsmail ÜSTEL (*)

Yazının başlığında yer alan «uyunçu» sözcüğünün pekçok meslekdaşıma yabancı geldiğini sanıyorum. İngilizce'de «Compliance» olarak geçen bu deyim, Türkçeye «Uyum», «Uyma», «İtaat», «Riayet» ve «Talimatın dışına çıkmama» olarak da çevrilebilir.

Tanının konması ve tedavi planının seçilmesi, zaman alıcı ve maliyeti yüksek olan bir süreçtir. Ancak bu noktadan sonrası şansa kalmakta, hatta uyunçsuzluk sorunu nedeniyle tedavi amacına ulaşılması ve/veya ilaç toksisitesi ile sonuçlanabilmektedir. Uyunçu konusu ilk bakışta tamamen hastaya ilişkin bir sorumluluk gibi görünüyorsa da, sorumluluk aslında büyük oranda hekim ve eczacındır. Bu sorumluluğun yerine getirilebilmesi için, uyunçsuzluk sorununun boyutları, nedenleri, klinik sonuçları

ve nasıl ortadan kaldırılabileceği çok iyi bilinmelidir.

Uyunçsuzluğun Tanımı (**)

Uyunçsuzluk ilacın gereğinden az veya çok kullanılması ya da hiç kullanılmamasının yanısıra yanlış kullanılmasıdır. İlacın yanlış kullanılması denildiğinde; ilacın yanlış amaçla, yanlış dozda, yanlış zamanda ve yanlış uygulama yolundan kullanılması ile son kullanma tarihi geçmiş (miyadi dolmuş) olan ilacın kullanılması anlaşılmaktadır. Hekim tavsiyesi dışında (kendiliğinden) ilaç kullanılması da uyunçsuzluk sorunu olarak ele alınmaktadır. (1).

Uyunçsuzluğun Boyutları

Literatürde uyunçsuzluk sorununa ilişkin bulgular % 5 — % 93 arasında değişmektedir (2). Sonuçların bu kadar değişkenlik göster-

(*) Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi.

(**) «Uyunçsuzluk» ilaç kullanımı dışında diyet ve hastanın yaşam biçimini etkileyen diğer hususlar içinde geçerlidir. Bu yazıda yalnız ilaç kullanımı üzerinde durulacaktır.

mesinin olası nedenleri: a) uyunç kavramının tanımlanmasında farklı ölçütler kullanılması. b) uyunçun değerlendirilmesinde farklı ölçüm tekniklerinden yararlanılması ve c) araştırılan hasta gruplarının özelliklerinin birbirinden farklı olmasıdır.

Genelde poliklinik hastalarının % 25 — % 50'sinin uyunçsuz olduğu bulunmuştur. Bu konuda yalnızca çocuklar üzerinde yapılmış olan 10 çalışmada, hastaların ortalama % 46 sının uyunçsuz olduğu bulunmuştur (3).

Uyunçsuzluk, yaşlılarda daha da büyük bir sorundur. Bunun nedenleri: a) yaşlıların tedavi planında genellikle daha fazla sayıda ilaç bulunması ve tedavi süresinin daha uzun olması, b) belleğin zayıflaması nedeniyle, ilaç kullanımına ilişkin bilgilerin unutulması ve/veya birbirine karıştırılması, c) görme keskinliğinin azalması sonucu, ilaç kullanımına ilişkin bilgilerin okunmasındaki güçlükler ve d) el becerisinin azalmasına bağlı olarak ilaç ambalajlarının açılmasında karşılaşılan zorluklar (4).

Uyunçu Etkileyen Faktörler (1.5)

1 — Hastanın demografik özellikleri: Yaş, cinsiyet, eğitim ve kültür düzeyi, sosyo ekonomik konumu, medeni durumu,

2 — Hastalığa ilişkin faktörler Hastalığın cinsi, şiddeti, seyri, süresi, belirtileri.

3 — İlaçla tedavi planına ilişkin faktörler ilaç sayısı, ilacın cin-

si, maliyeti, istenmeyen etkileri, ambalajına ilişkin faktörler ve ilaçla tedavi planının gerektirdiği davranış/alışkanlık değişiklikleri.

4 — Hekim - hasta ve eczacı - hasta ilişkilerine ilişkin faktörler: Hastanın hizmetten yararlanmak için bekleme süresi, hastanın ilişki konusundaki beklentileri ve bu beklentilerin ne oranda karşılandığı.

5 — Hastanın sosyal ve davranışsal özellikleri: Hastanın sağlık, hastalık, tedavi ve ilaç kullanımına ilişkin bilgisi, inançları ve ön yargıları. Ayrıca aile bireylerinin ve arkadaşların hastayı uyunç konusunda etkilemeleri gibi psikososyal faktörler de bu başlık altında yer alır.

Uyunçsuzluğun Klinik Sonuçları

En sık karşılaşılan bir uyunçsuzluk ilacın gereğinden az kullanılmasıdır. Bu durumda klinik sonuç, tedavi amacına ulaşamamasıdır. Diğer taraftan, sık karşılaşılan bir diğer uyunçsuzluk ise gereğinden fazla ilaç kullanılmasıdır. Bu durumda klinik sonuç, ilacın doza bağımlı istenmeyen etkileri olabilir. Diğer uyunçsuzluklarda, uyunçsuzluğun çeşidine bağlı olarak yukarıdakilere benzer klinik sonuçlara yol açabilmektedir.

Uyunçsuzluğun Toplum Ölçeğindeki Sonuçları:

a) Uyunçsuzluk komplikasyonları nedeniyle, yeni uyunçsuzluklara yol açabilecek yeni ilaçla tedavi planları gerektirmesi. b) hastalığın

kötüye gitmesi, c) hastalığın tekrarlaması, d) bulaşıcı hastalıkların yayılması, e) tedavi maliyetinin yükselmesi, f) fazladan işgücü kayıpları, g) hastane bakımına daha fazla gerek duyulması ve hastane yataklarının fazladan işgali.

Yukarıda sayılanlar bir hasta özelinde değil de toplum genelinde düşünülecek olursa, uyunçsuzluğun toplum ölçeğindeki olumsuz sonuçları kendiliğinden ortaya çıkmaktadır. Sonuç: a) işgücü, b) zaman, c) enerji, d) finansal kaynaklar yönünden sağlık hizmeti maliyetinin gereksiz yere yükselmesidir.

Uyunçsuzluğun Değerlendirilmesi (5,6) :

Buradaki temel sorun, uyunçsuzluk sınırlarının kesin biçimde çizilebilmesidir. Bu sorun şimdilik çözümlenmemiş olduğundan, uyunçsuzluğun değerlendirildiği bilimsel çalışmaların sonuçları her zaman sağlıklı olarak karşılaştırılamamaktadır.

1 — Direkt ölçüm yöntemleri :

a) Plazma düzeyinin belirlenmesi (ilaç veya metaboliti ya da ilaca eklenen bir «işaretleyici» belirlenir).

b) İdrarla atılan miktarın belirlenmesi (ilaç veya metaboliti ya da ilaca eklenen bir «işaretleyici» belirlenir).

Direkt ölçüm yöntemlerinde kimyasal ve biyolojik olanların yanı sıra, mikrobiyolojik yöntemlerden

de yararlanılmaktadır. Örneğin, oral penisilin tedavisine uyuncun değerlendirilmesinde şu yol izlenmektedir: Hastanın idrarına batırılan bir kağıt şerit, daha sonra uygun bir mikroorganizmanın üretilmiş olduğu besi yerine konulmaktadır. Görüldüğü gibi, kağıt şerit burada penisilin duyarlılık diski görevi görmektedir.

2 — Dolaylı ölçüm yöntemleri:

a) Tedavi amacına ulaşıp ulaşılmadığının belirlenmesi,

b) Hasta ile görüşülmesi,

c) Kullanılmadan kalan ilaç miktarının belirlenmesi,

d) Reçetenin tekrar yaptırılma durumunun izlenmesi.

Dolaylı yöntemler daha az güvenilir sonuçlar vermektedir. En güvenilir olanı kabul edilen «tedavi amacına ulaşıp ulaşılmadığının belirlenmesi» yöntemi bile yanıltıcı olabilmektedir. Örneğin, tedavi planında birden çok ilaç bulunuyorsa hastanın bunlardan herbirine uyuncu farklı olabilir. Bu durumda, incelenen belirli bir ilaca uyuncu ile tedavi planının amacına ulaşması arasındaki ilişki sağlıklı biçimde belirlenemez. Dahası, tedavi amacına ulaşılmasında ilaç dışı faktörler (psikolojik sosyoekonomik vs.) de önemli rol oynayabilir.

Hasta ile görüşülmesi, sıklıkla başvurulan bir yöntemdir. Ancak, bu yöntem ve direkt ölçüm yöntemlerinin paralel çalışıldığı araştırmalar, hasta ile görüşülmesinin

«çok yanıtıcı» olduğunu ortaya koymuştur.

Kullanılmadan kalan ilaç miktarının belirlenmesi, hastanın «kullandığı» ilaç miktarının «kullanması gereken» ile karşılaştırılmasına olanak sağlar. Bu yöntem ve direkt ölçüm yöntemlerinin paralel çalışıldığı araştırmalar, kullanılmadan kalan ilaç miktarının belirlenmesinin «oldukça yanıtıcı» olduğunu belirlemiştir. Bu yöntem, belirli bir sürede hastanın kullanmış olduğu ilaçlar konusunda kabaca bir fikir vermektedir. Ancak ilaçların hasta tarafından düzenli bir biçimde (örneğin, her 6 saatte bir 1 kapsül) kullanılmış olup olmadığını yansıtamamaktadır. Bundan başka, ilaçların (örneğin antasidler, analjezikler, antihistaminikler, hatta antibiyotikler) hasta dışındaki kişiler (örneğin, aile bireyleri) tarafından da «paylaşılması» söz konusu olabilir. Bu son soruna, ambalajdan her ilaç alınışında miktarı, saati ve tarihi kayıtlayan «elektronik kapaklar» bile çözüm getirmemektedir.

Reçetenin tekrar yaptırılma durumunun izlenmesi, uyunçsuzluğun değerlendirilmesinin yanısıra uyunçun iyileştirilmesinde de değer taşımaktadır. Tekrar yaptırılacak reçetelerin hastaya hatırlatılması konusunda bilgisayarlardan da yararlanılmakta ve olumlu sonuçlar alınmaktadır (7).

Uyunçun iyileştirilmesi (8, 9, 10, 11).

Uyunçun iyileştirilmesinde en önemli faktör hastanın eğitilmesi-

dir. Hasta: a) hastalığı, b) tedavi planı ve c) ilaçlarını nasıl kullanacağı konularında eğitilmelidir. Özellikle ilaçların kullanılışı konusundaki eğitimde eczacıya büyük görev düşmektedir.

Ek-A

Hastanın ilaç kullanımı konusunda eğitiminde iki temel soru vardır: Hasta «hangi konularda» ve «nasıl» eğitilmelidir? Bu soruların yanıtı başta (i) hastanın kültür düzeyi ve eğitime yatkınlığı, (ii) eczacı-hasta ilişkisi ve (iii) hastalık ve kullanılan ilaçlar olmak üzere çok çeşitli faktörlere bağlıdır.

Hasta ilaçlarını nasıl kullanacağı konusunda aşağıdaki hususlarda mutlaka eğitilmelidir:

- 1 — İlacın adı, fizik görünümü;
- 2 — İlacın kullanılış amacı, beklenen etkisi;
- 3 — İlacın hazırlanması (sulanırma, seyreltmesi; vs.)
- 4 — İlacın kullanılışı (dozu, uygulama biçimi, doz çizelgesi, dikkat edilecek hususlar;
- 5 — İlacın istenmeyen etkileri, hasta için sürpriz sayılabilecek etkileri (örneğin idrarı renklendirmesi) ve bu durumlarda ne yapılması gerektiği;
- 6 — İlacın nasıl saklanması gerektiği (genelde çocukların erişemeyeceği yerlerde; özelde, örneğin, dondurmamak koşuluyla buzdolabında).

«Bilgi verilmesi» ile «eğitim» kavramlarının aynı şey olmadığı hiçbir zaman unutulmamalıdır. Verilen bilginin hasta tarafından alınıp alınmadığı incelenmeli, dahası hastanın bu bilgiyi davranışlarına yansıtıp yansıtmadığı üzerinde önemle durulmalıdır.

Hastanın ilaç kullanımı konusundaki eğitiminde en iyi sonuç, hem göze hem de kulağa yönelik eğitim ile alınabilmektedir. Bu nedenle, sözlü olarak sürdürülen eğitim olanaklar ölçüsünde yazılı ve basılı materyal ile desteklenmelidir.

KAYNAKLAR

- 1) Covington, T.R., «Patient Education and Compliance», Smith, M.C., Brown, T.R. (eds), *Handbook of Institutional Pharmacy Practice*, Williams and Wilkins Co., Baltimore, U.S.A., s. 490-93, 1979.
- 2) Walker, R., Wright, S.E., «Patient Compliance and the Pharmacist», *Pharm. J.*, 234, 142-43, Feb. 2, 1985.
- 3) Jones, J.G., «Compliance with Pediatric Therapy», *Clin. Pediatr.*, 22, 262-65, 1983.
- 4) Warren, J., Taylor, B., Bunn, R.J., Hodges, M., «Drug Compliance in the Elderly After Dis-

charge From Hospital», *Pharm. J.*, 234, 472-73, Apr. 13, 1985.

- 5) Cackett, DL., Haynes, R.B., *Compliance with Therapeutic Regimens*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore, U.S.A., 1976.
- 6) Norell, S.E., «Methods in Assessing Drug Compliance», *Acta Med Scand. Suppl.* 683, 35-40, 1984.
- 7) Baird, T.K., Broekemeier, R.L., Anderson, M.W., «Effectiveness of a Computer - Supported Refill Reminder System», *Amer. J. Hosp. Pharm.*, 41, 2395-97, 1984.
- 8) «Promoting Compliance Pays Off», *Amer. Pharm.*, NS 25, 19-24, 1985.
- 9) Romankiewicz, J. A., Carlin, H. S., «Patient Medication Instruction to Improve Compliance», *Pharm. Internat.*, 2, 46-49, Feb. 1981.
- 10) Cable, G.L., Schneider, P. J., «Experiences with the Compliance Clinic: Assessment of the Effect», *Contemp. Pharm. Pract.*, 5 (1), 38-44, Winter 1982.
- 11) Üstel, İ., «Hastanın İlaçlar Konusunda Eğitimi», *Ankara Eczacı Odası Bülteni*, 3 (1), 31-35, Mart-Nisan 1981.

Sulfonamidler :

Rümeysa SUNAL (*)

1. Sulfonamidler -p- amino benzoik asit (PABA) :

Sulfonamidlerin antibakteriyel aktiviteleri PABA tarafından antagonize edilir. Bu nedenle sulfonamid kullanan hastalara PABA verilmemelidir (1).

2. Sulfonamidler - lokal anestetikler (3) :

Ester yapılı lokal anestetikler vücutta hidrolize olarak PABA'ya dönüşürler. Meydana gelen PABA ise sulfonamidlerin etkisini antagonize ederek lokal, hatta bazen yaygın enfeksiyonların gelişmesine neden olabilir.

	Lokal anestetik	Sulfonamid antagonizasyonu
Ester Yapılı :	ametokain	+
	tetrakain	+
	kokain	+
	prokain (2)	+
	amilokain	+
Amid Yapılı :	bupivakain	—
	kinkokain	—
	lignokain	—
	mepivakain ve prilokain	—

3. Sulfonamidler-antikoagülanlar :

Antikoagülanlar ve sulfonamidler arasında etkileşim olduğuna ilişkin çalışmalar ve eldeki bilgiler klinik gözlemlerden çok deneysel çalışmalardan

(*) H. Ü. Eczacılık Fakültesi Farmakoloji Anabilim Dalı.

kaynaklanmaktadır (6,7). Ancak antikoagülanlarla ko-trimoksazol'un etkileştiği kesindir (4,5).

Antikoagülan	Sulfonamid	Etki
Genel	süksinil sulfatiazol fitalilsulfatiazol	Barsak florasını çok azaltmaları sonucu, ince barsaklarda Vit K sentezini inhibe ederler. Sadece diyetle alınan Vit K miktarlarının da çok düşük olması halinde Vit K/antikoagülan dengesinin bozulmasına neden olabilirler.
Fenindion	Sulfafenazol	Antikoagülanlarla oluşturulan hipoprotrombineminin arttığı bildirilmiştir.
Fenprokumon	Sulfametoksın	Warfarin yarı ömrünün arttığı saptanmıştır.
Warfarin	Sulfafurazal Sulfametyazol Ko-trimoksazol	

4. Oral kontraseptivler-sulfonamidler :

Sulfametoksipiridazin'in oral kontraseptiv kullanan kadınlarda ara kanamalara ve hamileliğe neden olduğu bildirilmiştir (1).

5. Barbitüratlar-sulfonamidler :

Etki süresi çok kısa ve anestetik olarak kullanılan barbitüratlarla (ör: Tiyopental)sulfonamidlerin birlikte kullanıldığında daha düşük konsantrasyonda anestetik ile anestezinin başladığı, ancak anestezi süresinin kısaldığı gözlenmiştir. Sulfonamidlerin barbitüratlarla yarışarak plazma proteinlerine bağlanmasının sirkülasyondaki serbest barbitürat moleküllerinin artmasına neden olduğu, sirkülasyonda artan serbest barbitürat moleküllerinin de anestetik etkisinin daha çabuk görülmesini sağladığı sanılmaktadır (8).

6. Sitotoksik ilaçlar-sulfonamidler :

a) Siklofosamid'in aktivitesinin sulfafenazol ile artma veya azalma şeklinde etkilenebileceği bildirilmiş (9), ancak etki mekanizması ve önemi henüz kesinlik kazanmamıştır.

b) Metotraksat ile sulfametoksipiridazin kombinasyonunun, metotraksat toksisitesini arttırdığı bildirilmiş (10).

7. Üriner antiseptikler-sulfonamidler :

Üriner antiseptiklerin etkin olduğu pH değerlerinde bazı sulfonamidler krizalize olmaktadır. Hekzamin ve sulfapiridin, sulfametyazol kombinasyonu bu nedenle kristalüri'ye neden olur.

8. Hipoglisemiyalar-sulfonamidler :

Bazı sulfonilüre/sulfonamid kombinasyonları etkileşerek, sulfonilürelerin hipoglisemiyen etkilerini artırırılar.

Hipoglisemiyen	Sulfonamid	Etki
Tolbutamid	Sulfafurazol	Önemli derecede hipoglisemi (11)
	Sulfametiyazol	Tolbutamid yarı ömrü % 60 artar, metabolik klerensi % 40 azalır (7).
	Sulfafenazol	Önemli derecede hipoglisemi ve tolbutamid yarı ömrünün 4-6 misli artması (11)
	Sulfadiyazin	Tolbutamid yarı ömrünün % 50 artması (11)
	Sulfadimetoksin	Etkileşim yok
	Sulfametoksin	> >
	Sulfametokspiridazin	> >
	Sulfametoksazol	> >
Klorpropamid	Sulfafurazol	Akut hipoglisemi (12)
	Sulfametazin	> >
	ko-trinzoksazol	> >
Glibornuride	Sulfafenazol	Etkileşim yok.

9. Antikonvülzan-sulfonamid :

Sulfonamidler fenitoinin serum düzeyinin yükselerek bezan toksik konsantrasyonlara çıkmasına neden olurlar (7).

Antikonvülzan	Sulfonamid	Etki
Fenitoin	Sulfametiyazol	Serum fenitoin konsantrasyonu yükselir.
	Sulfametoksazol	Serum fenitoin konsantrasyonu yükselir.
	Sulfafenazol	Serum fenitoin konsantrasyonu yükselir.
	Ko-trimoksazol	Serum fenitoin konsantrasyonu yükselir.
	Sulfadimetoksin	Etki yok.
	Sulfametokspiridazin	> >
	Sulfametoksidiyazin	> >
	Sulfisoksazol	> >

10. Antimalaryal ilaçlar-sulfonamidler :

Antimalaryal	Sulfonamid	Etki
Pirimetamin	Sulfafurazol (1) Ko-trimoksazol (13, 14)	Pansitopeni ve megaloblastik anemi

1. Demir tuzları X sulfonamidler :

Sulfonamidler demir tuzlarının absorpsiyonunu bozarlar.

REFERANSLAR

- (1) I. Stockley; Drug Interactions. Blackwell Scientific Pab. Oxford. London (1981).
- (2) Peterson, O.L., ve Finland, M.; Sulfonamide inhibiting action of procain. Amer. J. Med. Sci 207: 166 (1966)
- (3) Walker, B.S., ve Derow, M.A.; The antagonism local anesthetics against the sulfonamides. Amer. J. Med. Sci 210: 585. (1945).
- (4) Tilstone, W. J. e al., Interocction between warfarin and sulfamethoxazole. Post grad med. J. 53: 388 (1977).
- (5) O'Reilly, R.A., Motley, C.H.; Racemic warfarin and trimethoprim-sulfamethoxazole interaction in humans. Am. J. Int. Med. 91: 34 (1979).
- (6) Varma, D.R., et al., Protrombin response to phemindion during hypoalbuminaemia Br. J. clin. Pharmac 2: 467 (1975).
- (7) Lumholtz, B., et al., Sulfamethiazole-induced inhibition of diphenylhydantoin, tolbutamide, and warfarin metabolism Clin. Pharmacol ther. 17: 731 (1976).
- (8) Csogor S. I., ve KEREK, S.F.; Enhancementit of thiopentone anaesthesia by sulphafurazole. Brit. J. Anaesth 42: 988 (1970).
- (9) Faber, O.K., et al.; The effect of chloramphenicol and sulphaphenazole on the biotrans formation of cyclophosphamide in man. Brit. J. clin. pharmacol 2: 281 (1975).
- (10) Dixon, R.L.; The interaction between various drugs and methotrexate Toxicol Appl. Pharmacol 12: 308 (1968).
- (11) Soeldner J. S. and steinke, J.; Hypoglycaemia in tolbutamide treated diabetes J. Amer. Med. Ass. 193: 148 (1965).
- (12) Tucker, H.S.G., ve Hirsch, J. I.; Sulfonamide-sulfonylurea interaction New Eng. J. Med. 286: 110 (1972).
- (13) Andsell, V.E., et al; Megaloblastic anaemia associated with combined pyrimethamine and co-trimoxazole administration Lancet ii: 1257 (1978)
- (14) Fleming, A.F., et al; Co-trimoxazole and the blood Lancet ii: 284 (1974).

PLASTİK İNFÜZYON KAPLARINDAKİ İLAÇLARIN STABİLİTESİ :
SORUNA BİR ÇÖZÜM

Çeviren :

Ecz. Sibel CANDAN (*)

Çözeltiler plastik kaplarda saklandığı zaman Gliseriltrinitrat'ın (GTN) önemli kayba uğradığı bildirilmiştir ve bunu GTN konsantrasyonunda gittikçe artan azalma izlemiştir. Esas olarak problem, plastik kapların ve setlerin yüzeyinde GTN'nin tutulmasıdır. Bu problem sadece GTN'ye has değildir, aynı zamanda insülin, diazepam, klometiazol, izosorbid dinitrat ve Vitamin A çözeltilerinin de bir karakteristiğidir. Hidralazın hidroklorür, sodyum tiyopental, sodyum warfarin, klorpromazin HCl, promazin HCl, prometazin HCl, tiyoridazin HCl ve trifloperazin dihidroklorür çözeltilerinin, İ.V. infüzyon cihazlarından geçerken kayba uğradıkları bildirilmiştir. Bu antineoplastik ilaçlar ile de olmaktadır. Örneğin; Daktinomisin (Aktinomisin D) selüloz filtrelelere bağlandığı bilinmektedir ve etoglusit plastik materyaller ile reaksiyona girer.

İnfüzyon için, ilaç çözeltileriyle diğer bir kritik problem, bunların fotosensitif olmaları ve infüzyon cihazlarından akarken parçalanabilmeleridir. Aşağıdaki ilaç çözeltilerinin infüzyon sırasında ışıktan korunmaları gerektiği ortaya konulmuştur. Amfoterisin B, kloramfenikol süksinat, klorpromazin HCl, sodyum nitropursiyat, vitamin A ve bir çok antineoplastik ajan-örneğin; karmustin (BCNU), sisplatin, dakarbazin (DITC), doksorubisin (Adriamisin), florourasil, mitomisin ve streptozosin.

Sorbsiyon, fotodegragasyon problemlerine iki yeni infüzyon cihazı tasarımıyla çözüm getirilmiştir. Birincisi, «sureset» polibutadienden yapılmış bir polimerdir. PVC kalitesine sahiptir fakat diazepam, klometiazol, GTN veya izosorbid dinitratın tutulmasına neden olmamaktadır.

İkincisi «Amberset» isimli bir infüzyon sistemidir. İki farklı PVC

(*) Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi.

tabakasından yapılmıştır. dış tabaka 220—470 nm dalga boyundaki ışığı absorbe eden bir polimeriçerir. Bu, ışığı absorbe eden polimer, sadece dış tabakada bulunduğundan, infüzyon sıvısı, bu pigmentle hiçbir zaman temas etmez. Sistemin tüm üniteleri şeffaftır, böylece çözelti görülür.

Bu iki basit yenilik, intravenöz infüzyon sistemlerinin normal set düzeninde bir değişikliğe gereksinime göstermez ve infüzyon tedavisinin iki spesifik problemini çözebilir. «Sureset» ve «Amberset» İngiltere'de Avon Medical LTD tarafından üretilmektedir.

BETA BLOKÖRLER VE DİABETLİ HASTALAR

Çeviren :

Ec. Sibel CANDAN

Diabetik hastalarda, β -blokörlerin kullanılması ile istenmeyen etkiler meydana gelmektedir. İnsülinin neden olduğu hipogliseminin, β -blokörlerin kullanılması ile büyük olasılıkla arttığı, bir hipoglisemik olguda bradikardi ve hipotansiyon oluşturduğu; hipoglisemi belirtilerinin bazılarını engellediği; sülfonilürelere veya glukozu cevap veren endojen insülini inhibe ettiği ve periferik dolaşımı bozduğu belirtilmiştir. Bu sebeplerden dolayı; anti-diabetik ilaç alan hastalara β -blokör ilaçlar verilirken bu konuda uyarı yapılmalıdır. β -blokörlerin önemli bir etkisi; hipogliseminin adrenerejik mekanizma tarafından düzeltilmesini engeller. Diabetik kim-

selerde belirgin titreme, terleme, bir hipoglisemik nöbetin başlangıcı kabul edilir.

Bazı çalışmalar göstermiştir ki; diabetli kimselerde kardiyoselektif β -blokörler tercih edilmelidir (Asetabitolol veya metoprolol); çünkü hipoglisemik semptomların tanısında veya diabetin kontrolünde bu kardiyoselektif β -blokörler kullanıldığında elde edilen parametrik sonuçları da diabetin etkilemediği gözlenmiştir.

Bu görüşe; Paris. Pitie hastanesinden Grimaldi ve arkadaşları karşı çıkmış, ileri ve orta dereceli hipoglisemi durumlarında intrinsik sempatomimetik aktive ile belirlenmiş bir non-kardiyoselektif ilaç (pindolol) ile bir kardiyoselektif ajanın (asebutolol) etkilerini karşılaştırmışlardır.

Bu çalışmada hepsi non-diabetik olan 7 erkek ve 5 kadın gönüllü alındı. 0.03—0.05 u/kg insülin tek injeksiyonla orta derecede hipoglisemi veya 0.1 u/kg insülin tek injeksiyonla ileri derecede hipoglisemiye neden olacak şekilde verildi. hipogliseminin indüksiyon öncesi, 3 gün boyunca plasebo veya β -blokörden birisi (asebutolol 400 mg/günde, veya pindolol 15 mg/günde, verildi.

Bu karşılaştırmada; ileri dereceli hipoglisemi pindolol tarafından önemli bir şekilde artmıştır. fakat asebutolol ile artmamıştır. Bazal kan-glukoz düzeyleri, β -blokörler ile 3 günlük dozlamadan sonra

önemli olmayan değişiklikler göz termiştir fakat insülin injeksiyonundan sonra pindolol ile plasebo veya asebutololdan daha aşağı kan gluoz düzeyleri elde edildi (plasebo $0,71 \pm 0,25$ mmol/lit, asebutolol $0,94 \pm 0,50$ mmol/lit pindolol $0,59 \pm 0,29$ mmol/lit.)

Testler sırasında, bu iki β -blo körün benzer hipertansif etkileri olduğu gözlemlendi.

Grimaldi, çalışmalarından sonra şu sonuca vardı: Normal deneklerde non-ardiyoselektif β -blo körleri ileri derecedeki hipoglisemiye çok artırmakta fakat orta derecedekini arttırmamaktadırlar. Bu farklılığın, hipogliseminin şiddetiyle değişen glukagon ve kateşolaminlerin rolüne, bağlanabileceğini ileri sürmüşlerdir.

Bu sonuçlar, önceki çalışmalarla ortaya atılan asebutolol gibi kardiyoselektif β -blo körlerin insülinin neden olduğu şiddetli hipoglisemiye artırmadığı şeklindeki düşüncelerini doğruladı. Böylece insülin yetersizliği ile hastalığın sürekli artması ile hipoglisemiye anormal glukagon cevabı olan diabetli kimselerde, kardiyoselektivite gösteren basit farmakolojik özellikli β -blo körlerin seçilmesini gözönünde tutmak gereğini vurguladılar. Hipertansiyon ve koroner yetmezlik, diabetli hastalarda nisbeten fazlaca görüldüğünden gelişmesinde β -blo körler ile insülin veya oral hipoglisemik etkenlerin birlikte kullanılması gerekir.

Klinisyenler, bu gibi vakalar için kardiyoselektif bir β -blo kör seçme gerekliliğinin bilincinde olmalıdırlar.

SOSYAL TESİSİMİZİN;

«14 MAYIS BAHÇESİ» açıldı.

Hergün 14.00/20.00 arası müzikli :

- Çay, serinletici, kokteyl
- Sandviç-pizza-pasta servisi

Çocuklarımızla, eş ve dostlarımızla gelin

SERİNLEYİN-DİNLENİN

T. C.

Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi
Eczacılık Meslek Bilimleri Bölümü
Farmasotik Kimya Ana Bilim Dalı

1 NO. LU KONUMDAN DEĞİŞİK GRUPLARLA SÜBSTİTÜYE EDİLMİŞ
BENZİMİDAZOL TÜREVLERİNİN SENTEZİ. YAPI AYDINLATILMASI VE
YAPI - AKTİVİTE İLİŞKİLERİ ÜZERİNDE ÇALIŞMALAR

DOKTORA TEZİ

Ecz. Erdem BÜYÜKBİNGÖL

ANKARA — 1983

ÖZET :

Bu çalışmada, vazodilatör ve spazmolitik etkiye sahip olan 2-benzilbenzimidazol sentez edilmiş ve 1 no lu konumdaki azot atomu üzerinden türevleri hazırlanmıştır.

Sentezi yapılan 10 bileşikten etil ve benzil türevleri hariç diğerleri ilk kez sentezlenmiş ve yapıları UV, IR, PMR ve KÜTLE Spektromları ile aydınlatılarak ergime noktaları ile karakterize edilmişlerdir.

Türevlerin gerçek partiyon kat-sayıları, iyonizasyon dereceli ve parachor değerleri bulunarak bu parametrelerin, bileşiklerin asetikoli-

nin düz kasları kastırıcı etkisine karşı gösterdikleri antagonizma, kantitatif bir tabana dayandırılarak yapı-aktivite çalışmalarında incelenmiştir.

Yapılan çoklu rearesyon çalışmalarına göre benzil grubunun, parametrelerin tek tek ele alınarak kurulan doğrusal ilişkilerde anlamlı sapmalar gösterdiği, buna karşılık parabolik ilişkilerde diğer sübstitüentlerle ortak bir uyum içinde olduğu gözlemlenmiştir.

Çoklu regresyon analizlerinde parametreler arasında bulunan uyum da, biyolojik etkinin anlaşılmasında önemli bir yarar sağlamıştır.

T. C.

Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi
Temel Eczacılık Bilimleri Bölümü Biyokimya Bilim Dalı

SIÇANLARDA STRES ÜLSERİ OLUŞUMUNDA
HİSTAMİNİN ROLÜ VE HİSTİDİN DEKARBOKSİLAZ
İNİHİTÖRÜ GYKI 11. 121 in ÜLSER
TEDAVİSİNDEKİ ETKİSİ
DOKTORA TEZİ

Ecz. Meral TORUN

ANKARA — 1983

ÖZET :

Ülser bir doku veya organın yüzeyinde çeşitli nedenler sonucu meydana gelen lokal harabiyettir. Ülseri oluşturan nedenler içinde en önemlisi strestir.

Stres ülserinin oluşumu henüz tam olarak açıklığa kavuşmamıştır. Yine de birçok araştırmacılar stres nedeni ile uyarılan sempatik aktivitenin artışı sonucunda ortaya çıkan mukozal iskemiye ve mast hücre degranülasyonu ile açığa çıkan histamini bu konuda sorumlu tutmaktadır. Stres esnasında vagusun uyarılması ile gastrin aktive olarak, histidin dekarboksilazı aktive etmekte ve histamin sentezini artırmaktadır. Dolayısıyla, organizmanın diğer kısımlarında sentezlenmiş ve mast hücrelerinde depolanmış histamin ile birlikte lokal olarak midede sentez edilen histamin de ülser oluşumunda rol oynamaktadır.

Birçok çalışmalar stresin mast hücre degranülasyonuna neden olduğunu ve degranülasyon ile ülser arasında bir ilişki bulunduğunu göstermiştir. 1970 den beri midede sentezlenen histaminin stres ülserine neden olup olmadığına ilişkin

araştırmalar süregelmektedir. Ancak elde edilen sonuçlar bu noktaya yeterince açıklık getirememiştir.

Çalışmamız soğuk ve hareketsizlik stresine alınan Swiss-Albino türü sıçanlarda gastrik ülser oluşmasını kapsamaktadır ve histidin dekarboksilaz inhibitörü olan GYKI 11.121 in ülser oluşumunu önleyip önlemediği araştırılmıştır. Ayrıca çalışmamızda ülser oluşumu ile mide suyunda histamin düzeyi, asidite ve müküs bileşenleri incelenmiştir.

Sonuç olarak, ülser oluşum sıklığının stres uygulanmış sıçanların midesinde, normal sıçanlara oranla daha yüksek olduğu histopatolojik olarak saptanmış ve ülser oluşumunun GYKI 11.121 inhibitörü uygulanmış sıçanlarda düştüğü görülmüştür. Histidin uygulanmış sıçanlarda kontrol grubuna göre daha yüksek düzeyde histidin dekarboksilaz aktivitesi bulunmuştur. GYKI 11.121 uygulanmış grupta keşin inhibisyon bulunmuştur. Aynı zamanda midenin asidik ve enzimatik hidrolize karşı koruma mekanizması olan müküs bileşenlerinin düzeyinde bir düşüş, açlık ve strese bağlı olarak saptanmıştır.

T. C.

Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi

Eczacılık Teknolojisi Bölümü Farmasötik Teknoloji Ana Bilim Dalı

ETKEN MADDELERİN SUPPOSITUVAR SIVAĞLARINDAN
ORGAN SIVILARINA GEÇİŞ HIZLARI ÜZERİNE
YAPILARININ ETKİSİNİN DOĞAL MEMBRAN
KULLANILARAK İNCELENMESİ
DOKTORA TEZİ

Ecz. Füsun ACARTÜRK

ANKARA — 1983

ÖZET

Bu çalışmada Pirazolon çatısı taşıyan fakat yan takıları farklı olan Pirazolon türevi etken maddelerin supposituvar sivağlarından organizmaya geçiş profillerinde yapı değişikliğinin etkisi doğal zar kullanılarak in vitro ve in vivo deneylerle tavşanlarda araştırıldı. Etken madde olarak: Fenilbutazon, Oksifenbutazon, Sülfipirazon ve Fenazon, supposituvar sivağı olarak da Witepsol H-15 ve Polietilen glikol karışımı (PEG 1000 % 99.7 + PEG 4000 % 0.3) seçildi.

Tüm etken maddelerin tanecik iriliklerinin yakın olması sağlandı. Etken maddelerin çözünürlükleri, partiyon katsayıları, R_m değerleri ve çözünme hızı sabiteleri saptandı. Supposituvarlar sıcakta hazırlama yöntemiyle her biri 0.250 g etken madde içerecek şekilde hazırlandı.

In vitro deneylerde zamana karşı doğal zardan ortama geçen % madde miktarları spektrofometrik olarak tayin edildi. Doğrusal ilişkinin gözlendiği eğrilerin regresyon analizleri yapıldı. In vivo deneyler Fenilbutazon ve Fenazon supposituvarları kullanılarak beyaz tav-

şanlarda gerçekleştirildi. Etken maddelerin miktar tayinleri plasmada yapılarak zamana karşı kan konsantrasyonları saptandı. Elde edilen veriler bilgisayar programları yardımıyla değerlendirilerek gerekli farmakokinetik parametreler hesaplandı.

Etken maddelerin doğal zardan ortam sıvısına geçiş hızları yani in vitro absorpsiyon hızları birbirleriyle karşılaştırıldı ve aralarında anlamlı bir farklılık olduğu görüldü. In vitro absorpsiyon hız sabiteleri ile partiyon katsayıları ve R_m değerleri arasında negatif bir korelasyon olduğu gözlemlendi.

In vivo ve in vitro absorpsiyon hız sabitelerinin karşılıklı ilişkisi incelenerek aralarında korelasyon olduğu görüldü ve buna dayanarak rektal membranın deneyler süresince doğallığını koruduğu kanısına varıldı.

Pirazolon yapısı taşıyan bu dört etken maddenin supposituvar sivağlarından, doğal membranı aşarak organ sıvılarına geçiş hızlarında farklılık olduğu ve bu farklılığın, moleküle lipofilik veya hidrofilik özellik kazandıran yan gruplarla ilişkili olduğu kanısına varıldı.

Ortaçağ İslam TIP ve Eczacılığı

Dr. Sevgi ŞAR (*)

Doç. Dr. Eriş ASİL (*)

GİRİŞ :

M.S. 622 yılında Arap Yarımadası'nda doğan İslamiyet, Doğuda Çin'e batıda İspanya'ya kadar hızla ilerliyerek medeniyet dünyasının üçte birini etkisi altına almıştır.

İslam tıp ve eczacılığı, İslam düşüncesinin bir ürünüdür. İslam düşüncesi Türk, İranlı, Süryani, Pakistanlı, Hindli, Çinli ve Endonezyalı birçok milletin malıdır. İslamiyetin tesiriyle Arapça, Doğunun ortak bilim dili olmuştur. Batının Latincesi gibi İslam'ın Arapçasının önem kazanması ve yazarın hangi milletten olursa olsun eserlerini Arapça yazması pek çok yanlış anlaşılmalara neden olmuştur. Ortaçağ üzerinde çalışmalar yapan birçok Batılı yazar, Arap deyimini genel anlamda kullanmışlardır. Araplar, kendilerinden başka bütün herkese yabancı manasına gelen «Acem» demişlerdir. Avrupalılar bu kelimeyi «Per-

sin = İranlı» olarak çevirmişlerdir. Bundan dolayı eserlerini Arapça yazan yazarlar ya Arap ya da İranlı olarak tanınmıştır. Bu fikir tamamen yanlış olup tanınmış pek çok İslam yazar ve düşünürü Türkdür.

İslam tıp ve eczacılığının temeli Arap Yarımadası'ndaki folklorik tıp ile Kur'an-ı Kerim ve Hadislerdeki sağlıkla ilgili sözlere dayanmaktadır. İslam tıp ve eczacılığı, İslamiyetin geniş bir alana yayılmasıyla birçok medeniyetin etkisi altında kalmıştır. Eski Mezopotamya, Orta Asya, Eski Mısır, Eski Çin, Eski Hind, Eski İran, Eski Yunan ve Roma tıp ve eczacılığının, İslam tıp ve eczacılığında izleri görülmektedir.

Ortaçağ İslam Tıp ve Eczacılığının Gelişme Nedenleri :

— Batı biliminin Doğuya göç etmesi en önemli nedenlerden biridir. M.S. 5'inci ve 6'ıncı yüzyıllarda

(*) A.Ü. Eczacılık Fakültesi, Eczacılık İşletmeciliği ve Tarihi Bilim Dalı

Bizans İmparatorluğu'nun zayıflamasıyla tıp ve eczacılıkta da gerilemeler başlamıştır. M.S. 431'de İstanbul Patriği Nestorius inançlarından dolayı ülkesinden sürülmüş ve kendi gibi düşünenlerle birlikte Edessa (Urfa) yerleşmiştir. Nasturi'ler adı verilen bu grup beraberlerinde getirdikleri bazı eserleri Süryani diline tercüme etmeye başlamışlardır. Daha sonra imparator Zenon tarafından Edessa'dan da uzaklaştırılan Nasturi'ler, İran'da Cundi Şapur tıp okulunu kurarak Yunan bilimini Doğu'ya taşımışlardır. Böylece Batı biliminin karanlık dönemi olarak belirtilen M.S. 6 ve 8'inci yüzyıllarda Batı'da gerileyen bilim, Yakın Doğu'da İslam ülkelerinde ilerlemeye başlamıştır.

— İslam halifeleri müslüman olsun veya olmasın bütün bilim adamlarına büyük itibar göstermişler ve onları himaye etmişlerdir. Birçok Yunan eserinin bulunarak tercüme edilmesini sağlamışlardır.

— İslam Tercüme Ekolü eski Yunan, Hind ve diğer milletlere ait pek çok eseri Arapça ve Süryaniceye çevirmiştir.

— İslam tıp ve eczacılığına önem verilmiş. Cundi Şapur, Bağdat, Buhara, Semerkand gibi pek çok şehirde İslam okulları ve hastaneleri açılarak değerli bilim adamları yetiştirilmiştir.

— Bağdat'ta Bilim Akademisi ve bir rasathane açılmış ve kağıt yapımına başlanmıştır. Ayrıca 754'de Halife Mansur zamanında Bağdat'ta ilk eczane açılmıştır.

— İslam tıp ve eczacılığının ge-

lişmesinde bu alanda pek çok eser veren Cabir b. Havyan, Ebubekir Zekeriya Razi, Ebu Hanife Dinaveri, Ebulkasım Zehravi, Ebu Reyhan Biruni, İbn Sina, İbn Cülcül, İbn Zühr, İbn Düşd, İbn Baytar gibi ilim adamları da önemli rol oynamışlardır.

Ünlü Hekim-Eczacılar ve Eserleri :

— İslam Tercüme Ekolü: İslam tıp ve eczacılığının gelişmesinde öncülük yapan bu ekol bir çok Yunanca eseri Arapça ve Süryaniceye çevirmiştir. İslam Tercüme Ekolünde Cürcis İbn Bahtışu'yu Cebrail b. Bahtışu'yu, Hipokrat ve Galen'den çeviriler yapan ve en eski Arapça göz hastalıklarına ait eseri olan Yahya b. Masuye'yi, Humeyn b. İshak'ı sayabiliriz. Bunlardan başka Sabit İbni Kurra, Sinan İbn Thabit, Ebu Yusuf Yakub el Kindi, Kosta İbni Luka gibi tercüme alanında isim yapanlar Hipokrat'ın, Galen'in, Aristo'nun, Eflatun'un birçok eserini Arapçaya çevirmişlerdir.

— İslam Tercüme Ekolünün tesiriyle zamanla İslam hekim ve eczacıları da eser vermeye başlamışlardır. M.S. 9'uncu yüzyıldan XI. yüzyıla kadar uzanan dönem, İslam tıp ve eczacılığının en parlak dönemidir. Bu dönemde tıp ve eczacılığının en önemli bilginlerini görmekteyiz.

1 — Ebu Bekhir Muhammed b. Zekeriya Razi (854-932) Ortaçağ'ın ve İslam dünyasının en büyük klinikçisidir. Calinos'un yazdığı ve anlaşılması güç olan bazı konuları

açıkladığı için ekndisine «Calinos-u Arap» adı verilmiştir. Hipokrat ile doğan bilimsel tıp ve deontoloji Galen'le canlanmış ancak Galen'in dağınık bilgilerini Razi kendi kitabında biraraya getirerek değerlendirmiştir. Razi tıp ve eczacılığının yanısıra matematik ve astronomi ile de uğraşmıştır. Rey Bimaristan'ında (hastanesi) başhekimlik yapan Razi, daha sonra Bağdat'ta ünlü Adu-di Bimaristanı'nda ve Bağdat Kimya Laboratuvarında da çalışmalar yapmıştır.

Razi'nin tubba getirdiği yenilikler şunlardır :

1 — Kişisel gözlemlerde bulunan Razi, hasta başında ilk klinik dersi veren Türk — İslam hekim ve eczacısıdır.

2 — Hastalıklar üzerinde çalışmaları vardır. Çiçek ile kızamık arasındaki farkı tanımlayan ve bu konuda kitap yazan ilk hekim—eczacıdır.

3 — Sülfürük asit, formik asit gibi maddeleri tanımladı.

4 — Distilasyon metodunu uyguladı.

5 — Halk sağlığı alanında çalışmalar yaptı.

6 — Civanın ilaç olarak kullanılabileceğini ortaya koydu. Galen'den beri şiddetli bir zehir olarak kabul edilen ve tedavide kullanılmayan civanın, bileşiklerinden daha az zehirli olduğunu ispatladı.

7 — Razi ilk kez cerrahi dikişlerde katgütü kullandı.

8 — Halk sağlığı açısından temizliğe önem veren Razi, yaraların alkolle temizlenmesini tavsiye et-

mektedir.

9 — Ateşin bir hastalık olmadığını ve fiziksel olarak düşürülmesini söyleyen ilk hekimdir. Bunun için yüksek ateşli hastaları ılık suya batırılmış çarşafılarına sarardı.

10 — İlaçla tedaviye önem vermiştir.

11 — Deontolojiye önem vermiş ve kendinden sonraki İslam hekim ve eczacılara örnek olmuştur.

Bu ünlü Türk hekiminin yaklaşık 184 kadar değerli eseri bulunmaktadır. Bunlardan 56 tanesi tıp ve eczacılıkla, 10 tanesi deontolojiyle ilgilidir. Geri kalan eserleri ise matematik astroloji gibi bilimlere aittir.

Eserleri: Kitab-ül Havi, bir tıp ansiklopedisidir. 1456'dan itibaren Latinceye çevrilmeye başlanmıştır. Kitab al-tıp al-Mansuri adlı eseri Latinceye çevrilerek XVIII yüzyıla kadar Batı'da tıp kitabı olarak okutulmuştur. Ayrıca Akrabadin, Introductio in medicinam ve Kitab al-Cuderi vel-Has ba adlı eseri de bulunmaktadır.

2 — Ali bin İsa :

Göz hastalıkları uzmanı olup bu alanda yazdığı Tezkeresi al-Kehhahlin eseriyle ünlüdür. Eserinin birinci kısmında göz anotomisinden iki ve üçüncü kısımlarında göz hastalıklarından ve tedavilerinden bahsetmektedir.

3 — Ali bin Rabban-Taberi :

Eski Hind ve Yunan kaynaklarından faydalanarak yazdığı Firdevs al-Hikme adlı eseri tıp ve eczacılık açısından oldukça önemlidir.

4 — Mecusi Ali bin Abbas :

Kitab al-Maliki adlı tabii ansiklopedik eserinde çeşitli hastalıkların tedavilerinden bahsetmektedir. Bu eseri XIII yüzyıla kadar Doğu ve Batı'da klasik bir tıp kitabı olarak okutulmuştur.

5 — Farabi (870-950)

Ansiklopedik bir bilgin olan Farabi. İbn Sina ve İbn Rüşd'le beraber İslam felsefe piramidinin temelini oluşturmuştur. Ünlü Türk bilgin, tıp başta olmak üzere birçok alanlarda döneminin otoritesi olarak kabul edilir.

Birçok İslam bilgini içinde çağının en kuvvetli filozof hekimisi olan Farabi ansiklopedik anlamda bazı tabii eserler yazdı. Tıp ve fen bilimlerini, mantık ve felsefeyle açıkladı. Farabi yalnız döneminin değil, günümüz felsefesinin temelini oluşturmuştur. Felsefe, tıp, biyoloji, mantık gibi konularda 100 kadar eser yazan ünlü filozof Farabi'nin bugün yaklaşık 60. kadar eseri bilinmektedir. Bu eserleri arasında İhsa al-Ulüm, Kitab al-Musiki, Medinet al-Fazıla, Et-Talim al-Sani en meşhurlarıdır.

6 — Abu Hanife Dinaveri (895-992) :

Ansiklopedik bir bilgin olup filoloji, tarih, coğrafya, matematik, tıp ve eczacılık alanlarında eserler vermiştir. Tıp ve eczacılık alanında Kitab al-Bah ve Kitab al-Nebat adlı iki eseri önemlidir. 6 cilt olan Kitab al-Nebat adlı eserinde bitkileri cinslerine göre tasnif ederek herbirini tek tek incelemiştir. Ayrıca bu bitkilerin alfabetik listesini ve çeşitli dillerdeki isimlerini vermiş-

tir.

7 — Ebu Reyhan Biruni (973-1051) :

Ünlü bir hekim-eczacı olan Biruni matematik, astroloji ve coğrafya alanlarında da önemli çalışmalar yapmıştır. Biruni ilk defa eczacılığı hekimlikten ayırarak eczacının tanımını yapmış ve görevlerini belirtmiştir. Pratik hekimliğinin yanı sıra ilaçlar üzerinde de çalışmalar yapmıştır.

Hind felsefesini derin olarak ilk kez inceleyen ve İslam-Hind bilim ve felsefesi arasında ilişki kuran kişi Biruni'dir.

Bu ünlü hekim, eczacının en önemli eseri Kitab al-Saydala adlı farmakoloji kitabıdır. Kitabında eczacılığı ve eczacılık fonksiyonlarını tanımlamıştır. Saydelani olarak adlandırdığı eczacıyı şu şekilde tanımlamaktadır. «Seydelani veya Saydelani diye tek tek ilaçların hangi nevinin iyi olduğunu ve bunların hangisinin tercih ve ihtiyar olması lazım geldiğini öğrenmek ve tıp ilminin maruf şahsiyetleri tarafından ortaya konulup herkesçe kabul edilmiş bulunan tertiplerin en iyisini yapabilmek suretiyle ilaçları toplamayı kendisine sanat ittihas etmiş olan kimseye derler.» Ayrıca basit ve bileşik droglardan bahsetmekte ve 181 bitkisel droğu tanımlamaktadır.

8 — Abu Ali Hüseyin b. Abdullah b. Hasan b. Ali b. Sina (980-1037) :

Batı'nın Avicenna diye tanıdığı İbni Sina devrinin en büyük bilgini olup çağımıza kadar etkisini gösterebilmiştir. Başta tıp ve eczacılık

olmak üzere felsefe, matematik, ast-
roloji, biyoloji gibi birçok bilimle
uğraşan İbni Sina 18 yaşında ünlü
bir ilim adamı olmuştur.

XI yüzyıl hekim ve matematik-
çilerinden Ebu Sehl İsa b. Yahya
el-Cürcani'nin talebesi olan İbni Si-
na teorik olarak öğrendiği tıbbi
bilgileri hastalar üzerinde denemiştir.
Tıp ve kimya alanındaki çalış-
malarında deney ve gözleme yer
vermiş ve cerrahi alanda ilk kez
uygulanan yeni metodlar bulmuş-
tur. Tümörlerin beyinde de olabile-
ceğini bildirmiş, ayrıca mide ülseri
ve pilor tıkanıklığına yanlış bes-
lenmenin neden olabileceğini yaz-
mıştır. Kan alma, müshil ilaçlarını
kullanma, kusturma, sülük uygula-
ma gibi metodların ne şekilde ya-
pılacağını belirtmiştir. Sterilizasyon
kavramını düşünmüş, küçük cerrahi
de kullanılacak bıçakların ateşten
geçirilmesini öğütlemiştir. Yarala-
rın kurutulmasını ve temiz tutul-
masını öngörmüştür. Dağlamada
(katerizasyon) kullanılan araçların
altından yapılmasını ve ağırlarda
sıcak su uygulamasına başvurulma-
sını yazmıştır. Ayrıca tedavide mü-
ziğin kullanılmasını önermiştir. Dia-
bet ve paraziter enfeksiyonlar ko-
nusunda tanımlar yapmıştır. Civa
buharını ilaç olarak kullanmış ve
kalp ilaçlarıyla hindiba gibi bazı
bitkisel droglar üzerinde çalışmalar
yapmıştır.

İbni Sina'nın en önemli kitap-
ları arasında Şifa, Necat, Hidaye,
Uyun al-Hikme ve İşârât adlı eser-
leri bulunmaktadır. Ancak en büyük
kitabı, yüzyıllarca tıp alanında et-
kisini gösteren ve İslam tıp okulla-

rından başka Batı Ülkelerinde uzun
yıllar tıp kitabı olarak okutulan
Kanun (Al-Kanun fi't-Tıbb) adlı
eserdir. Kanun 1 milyon kelime
içermekte ve 5 bölümden oluşmak-
tadır. 1) Külliyyat; genel tıp ve bile-
şik droglardan söz etmektedir. 2)
Müfredat; alfabetik olarak basit
droglardan. 3) Mualecat; hastalık-
lardan ve bunların ilaçlarından
bahsetmektedir. 4) Hummiyyat; ateş-
li hastalıklar ve hummalardan. 5)
Mürekkebat; kompleks ilaçlardan
söz etmektedir. Ayrıca eserinde 760
ilaç bildirmektedir. Sistematik ola-
rak düzenlenmiş olan Kanun'da çok
sayıda orijinal gözlem bulunmakta-
dır. Cremonalı Gerard tarafından
12'nci yüzyılda Latinceye çevrilen
Kanun 1766'da ilk defa Tokat'lı He-
kim Mustafa tarafından Türkçeye
çevrilmiştir.

9 — İbn Ebi Usaybia (1203-
1270) :

Ortaçağın en büyük tıp tarihçi-
lerinden olup Mısır'da Kalâvun Has-
tanesinde kehhallik yapmıştır.
Uyûn al-Enba fi Tabakat al-Etibba
adlı eseri tıp ve eczacılık tarihi açı-
sından çok önemlidir. Bu eser daha
sonra Fransızcaya çevrilerek His-
toire de la Medecine Arabe ismiyle
yayınlanmıştır.

10 — Ebu Mervan Abdülmelik
b. Abdullah İbn Zühr
(1094-1162) :

İslam hekimliğinde Razi'den
sonra en büyük klinikçi olarak ka-
bul edilen Ebu Mervan Abdülmelik
b. Abdullah İbn Zühr, İslam dünya-
sında olduğu kadar Batı dünyasın-
da da en tanınmış hekimlerdendir.
Tıp konusunda yazdığı 6'dan fazla

kitabından en iyi bilineni Kitab al-Taysir fi-1 Mudavat val-Tadbir'dir. Eserinde birçok klinik gözleme yer veren İbn Zühr tedavide birçok yenilikler getirmiştir.

11 — Ebül Velid Muhammed b. Ahmed İbn al-Rüşd (1126-1198) :

Ortaçağın en büyük filozoflarından olan İbn Rüşd hukukla, ilahiyatla, metafizikle ve tıbla uğraşmıştır. Batıda Averroism diye adlandırılan felsefi görüşlerinin 12'nci yüzyıldan 16'ncı yüzyıla kadar hakim olduğu görülmektedir. Külliyyat adlı eserinde retinanın görmedeki fonksiyonundan bahsetmekte ve çiçek hastalığı geçirenlerin bağışıklık kazandığını bildirmektedir. Külliyyat Latinceye ve İbraniceye çevrilmiştir. 15 ve 16'ncı yüzyıllarda defalarca basılmıştır. Diğer bir eseri ise basit ilaçlar üzerine yazdığı Kitab al-Edviye al-Müfrededir.

12 — Ebu Musa b. Meymun (1135-1204) :

İbn Rüşd'ün talebesi olan İbn Meymun iyi bir pratisyen psikiyatr ve hijyenist olarak tanınmaktadır. Ayrıca zehirler hakkında bir kitap yazmıştır. Arapça ve İbranice yazılmış felsefeye ve tıbaa ait pek çok eseri bulunmaktadır.

13 — İbn Baytar (1197-1248) :

Büyük bir hekim, eczacı ve botanikçi olan İbn Baytar Memlûk saraylarında hekimlik ve eczacılık yapmıştır. Arabistan, Suriye, Filistin ve Musula kadar olan bölgelerden pekçok bitki toplamıştır. En önemli eseri Kitab al-Cami fi-1 Adviye al-Mufrada adlı kitabıdır. Bu kitap Dioscoridesden 16'ncı yüzyılın

ortalarına kadar yazılmış en iyi eserdir. İbn Baytar bitkilerle tıbbi yönden ilgilenmiştir. Eserde 1400 kadar ilaç tarif edilmiş, 200 yeni bitki tanımlanmıştır.

14 — İbn Al-Nefis (1210-1288) :

Ünlü bir hekim-eczacı olan İbn al-Nefis Şerh-i Teşrih-i İbni Sina adını verdiği eserinde Harveyden 4 asır önce küçük kan dolaşımından bahsetmiştir. Polifarmasiye karşı olan İbn al-Nefis, İslam dünyasında ilk anatomi eserini yazmıştır.

15 — İbn Cülcül

Farmakoloji ve bitkisel ilaçlar hakkında geniş bir bilgisi olan hekim-eczacı ve tıp tarihçisi olan İbn Cülcül İspanya ve Kuzey Afrika sahillerinde yetişen tıbbi bitkileri inceliyerek farmakolojik eserler yazmıştır. Tabakat al-Etibba vel Hü-mema adlı eseri tıp tarihi bakımından büyük önem taşır.

16 — Ebül Kasım Zehravi (936-1013) :

Modern cerrahinin babası sayılan Ebül Kasım Zehravi'nin Al-Tasrif fit Tıp adlı eseri cerrahide olduğu kadar tedavi ve farmakoloji açısından da önemlidir. Bu eserde cerrahi aletlerin resimleri, sünnet bahsi, odontolojik bilgiler ve dağlama (koterizasyon) metodları yer almaktadır.

Al-Tasrif'in cerrahi ile ilgili son bölümleri daha sonra Amasyalı hekim cerrah Sabuncuoğlu Şerefeddin tarafından Kitab ül-Cerrahiyet ül-Haniye İslam dünyasında insan resimleri olan ilk ilmi eserdir.

17 — Davud Al-Antaki :

Tezkere-i Davud isimli ansiklopedik eserinde genel tıbdan, has-

tahklardan, bazı hekimlerin biyografilerinden bahsetmektedir. Ayrıca eserinde 1700 kadar drog ismine de rastlanmaktadır. Diğer bir eseri ise Nuzhat fi al-Teşrih adlı kitabıdır.

18 — İbn Vefid (997-1074) :

Kurtuba'nın ünlü hekim, eczacılarından olup hastalıkların tedavisinde gıda rejimine ve droglara önem vermiştir. Kitab al-Edviye al-Müfrede adlı eseri çok meşhur olup defalarca basılmıştır. Ayrıca pomatlar hakkında küçük bir risalesi ve çeşitli hastalıklara ait reçete örnekleri bulunmaktadır.

SONUÇ :

Ortaçağ İslam tıp ve eczacılığı doğduğu günden başlayarak bütün bilim dünyasına hakim olmuş, Batı ve Doğu tıp ve eczacılık kültürünü birleştirerek bir sentez yapmıştır.

Ortaçağ İslam tıp ve eczacılığı orijinal çalışmaya deney ve gözleme verdiği büyük önem dolayısıyla aynı dönemin Batı dünyasından ayrılmaktadır. Ortaçağın Batı ve İslam tıp ve eczacılığı karşılaştırıldığı zaman bu gerçek bütün açıklığı ile görülmektedir.

İslam hükümdarları tıp ve eczacılığa diğer tüm bilimlerle birlikte sahip çıkmışlardır. Bu nedenle İslam tıp ve eczacılığı kurumlaşmış ve Batı'da aynı dönemde görülen kesmekeş ve düzensizlik hiçbir şekilde İslam dünyasına yansımamıştır.

İslam ülkelerinde hastane yapımına büyük özen gösterilmiştir. Bu durum bazı Batı yazarlarının ifade ettiği gibi İslam ülkelerinde hastanın ve hastalığın çok olduğunu göstermez. Esasen hasta ve has-

talık dünyanın her yerinde her zaman çoktur. Bu durum İslam Ülkelerinde hastaya ve hastalığa gösterilen ihtimamın, verilen önemin bir göstergesidir. Nitekim ilk tıp fakültesi ile ilk laik hastaneler İslam ülkelerinde kurulmuştur.

Avrupa tıp ve eczacılığı, İslam tıp ve eczacılığının 17. yüzyıla kadar kesin etkisi altında kalmıştır. İslam yazarlarının kitapları tıp okullarında ders kitabı olarak okutulmuştur. Bu kitapların Latinceye ve Yunancaya çevirileri yapılmıştır. Bu etki özellikle Endülüs Müslümanları vasıtasıyla görülür. Bütün Ortaçağ boyunca Batı alemi, İslam tıp ve eczacılığının takipçisi ve taklitçisi olmuşlardır. Bu nedenle günümüzün tıp ve eczacılığındaki gelişmeler Ortaçağ İslam tıp ve eczacılığına çok şey borçludur diyebiliriz.

Son olarak Batı dünyasının düşüğü çok önemli bir yanlış işaret etmek gerekir. Ortaçağ İslam kültürünü araştıran Batı'lı araştırmacılar tüm İslam yazarlarını Arap olarak nitelendirmektedirler. Bu çok büyük yanılgıdır. Yapılan son araştırmalar eserlerini Arapça ya da Farsça yazan pek çok İslam hekim ve eczacının Türk asıllı olduğunu göstermiştir. Arapça o dönemin bilim dilidir. Batı'da eserini Latince yazan bütün bilim adamları nasıl ki Romalı, Yunanca yazan Yunanlı değil ise Arapça eser veren her müslüman da Arap değildir. Nitekim Sovyetler Birliği'nde yapılan araştırmalar İbni Sina'nın bir Türk olduğunu kesinlikle ortaya koymuştur.

PIROKSAN-Kapsül (Deva)**ETKEN MADDE** : Piroksikam 20 mg**ENDİKASYONU** : Osteoartrit ve romatoid artrit

KONTRENDİKASYONU : Piroksikama aşırı duyarlılığı bulunan kişilerde, aspirin yada diğer nonsteroid antiinflamatuarların kullanımıyla astma, rinit ve ürtiker belirtileri görülenlerde, hamile ve süt veren annelerde kontrendikedir.

ÇOCUKLARDA KULLANILMAMALIDIR.

UYARILAR : Peptik ülserasyon, perforasyon ve gastrointestinal kanama görülebilir. Eğer gastrointertinal sistemle ilgili öyküsü olan hastalarda mutlaka kullanılması gerekiyorsa hasta gözetim altında tutulmalıdır. Günlük maksimum doz olan 20 mg'lık dozla oluşabilen peptik ülserasyon oranı % 8'dir. Önerilen bu doz arttırıldığında gastrointestinal irritasyon ve Ülser oranında artış görülebilir. Böbrek fonksiyonu bozuk olanlarda, sıvı retansiyonunun sakıncalı olduğu durumlarda ve ödeme eğilimi olan hastalarda dikkatli davranılmalıdır.

Anemi belirtilerinin görülmesi durumunda hemoglobin ve hematokrit değerleri saptanmalıdır.

İSTENMEYEN ETKİLERİ : **GASTROİNTESTİNAL** : % 1'den fazla kişide anoreksi, bulantı, flatülans, karın ağrısı, hazımsızlık, stomatitis, epigastrik ağrı, kusma, kabızlık, ishal.

HEMATOLOJİK : Hemoglobin ve hematokrit azalması, lökopeni, özino-fili

ÜROGENİTAL : BUN değerlerinde yükselme

SANTRAL SİNİR SİSTEMİ : Baş dönmesi, uyku hali,

% 1'den az kişide :

GASTROİNTESTİNAL : Karaciğer fonksiyon bozuklukları, kusma, hema-temesis, melena, gastrointestinal kanama, perforasyon, ülserasyon ve ağz kuruması.

HEMATOLOJİK : Trombositopeni

DERMATOLOJİK : Terleme, ciltte kızarma, pullanma, eritem multiform, toksikepidermal nekroliz, Stevens-Johnson sendromu, fotoallerjik deri reaksiyonu.

KARDİYOVASKÜLER : Hipertansiyon

RESPIRATUVAR : Hipertansiyon

ÜROJENİTAL : Hematüri

METABOLİK : Hipoglisemi, kilo artması ya da azalması

SANTRAL SİNİR SİSTEMİ : Depresyon, uykusuzluk

İLAÇ ETKİLEŞMESİ : Piroksikam proteinlere yüksek oranda bağlandığından, kumarin türevi antikoagülanlarla ya da proteinlere bağlanma oranı yüksek diğer ilaçlarla birlikte verilmesi önerilmez. Aspirinle birlikte kullanılmamalıdır. Alkol ile ve diğer antiinflatuvar ilaçlarla birlikte kullanıldığında gastrointestinal kanama riskini artırır.

DOZU VE KULLANILIŞI : Günde 1 kez 20 mg alınması önerilir.

Hekime danışmadan kullanılmamalıdır.

Beklenmeyen bir etki görülürse hekime başvurulmalıdır. Reçete ile satılır.

ECZACILARA HİZMETTEN ONUR DUYUYORUZ

E R Ü S
TIBBİ KORSE

VA—Rİ—TEKS
VARİS ÇORAPLARI

ANKARA İLİ BAYİİ
Eczacı SUNERDEM BATU

PAPATZA ECZA LEVAZIMATI — Parfümeri Pazarlama ve Deposu
8. Cadde No : 167 Emel Mahallesi — ANKARA
Tel : 13 16 78 - 23 45 64

ECZACILIKTA BİLGİSAYAR UYGULAMALARIYLA İLGİLİ YAZ KURSU DÜZENLENİYOR :

A.Ü. Eczacılık Fakültesi Bilgisayar Merkezi tarafından, Odamıza gönderilen duyuru ile Temmuz 1985'de Eczacılık Fakültesinde, Eczacılıkta Bilgisayar Uygulamaları adı altında yaz kursu düzenlendiği bildirildi. Bu konudaki duyuruları aşağıda sunuyoruz.

A.Ü. ECZACILIK FAKÜLTESİ BİLGİSAYAR MERKEZİ

SAYI : 85/19

Sayın Ecz. Akın ÇUBUKÇU

29-5-1985

Ankara Eczacı Odası Başkanı

Temmuz 1985'de Fakültemizde Eczacılıkta Bilgisayar Uygulamalarıyla ilgili bir yaz kursu düzenlenmiştir. Kurs, New-York, Albany Eczacılık Okulu öğretim üyelerinden Prof. Dr. Altan Yazıcı tarafından verilecektir.

Ekteki bildirimim ilgililere duyurulmasını diler, saygılarımı sunarım.

Doç. Dr. İlbeyi AĞABEYOĞLU

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
ECZACILIK FAKÜLTESİ
YAZ KURSU

«ECZACILIKTA BİLGİSAYAR UYGULAMALARI»

Dr. Altan YAZICI

Albany College of Pharmacy

1. KURS İÇERİĞİ :

Bilgisayarlara giriş. Elektronik yaygı (spreadsheet) programları ve kütük işlemleri. Veri tabanı işlemlerine giriş. Veri tabanı uygulamaları. İletişim, Mikro bilgisayarlarla istatistiki kalite kontrolü. Bilimsel veri tabanları. İlaç sanayiinde bilgisayar kullanımı. Perakende satışlarda bilgisayar kullanımı, faturalama ve ilaç profilleri.

2. KURS PROGRAMI :

Kurs Tarihi : 1-31 Temmuz 1985

Haftalık Program : Pazartesi, Çarşamba ve Cuma günleri

10-12 arası teorik ders. Çarşamba 14-16 arası bilgisayarlarda pratik uygulama.

Kurs ücretsiz olup, herkese açıktır. Kursu başarı ile tamamlayanlara bir sertifika verilecektir. Eczacılık Fakülteleri lisanüstü öğrencileri için kurs 2 yarıyıl saat'lik bir lisanüstü derse eşittir.

Kursa iştirak etmek isteyenlerin 25 Haziran 1985 tarihine kadar isimlerini Kurs Koordinatörü, Doç. Dr. İlbeyi Ağabeyoğlu'na bildirmeleri gereklidir.

Adres : Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Bilgisayar Merkezi

Telefon : 23 21 20/25 veya 70

.Tandoğan/ANKARA

DEFNE'85 ECZACILIK GÜNLERİ KUTLANDI

14 Mayıs Eczacılık Günü K.K.T.C.'de de Defne'85 Eczacılık Günleri adıyla kutlandı. Kutlama amacıyla düzenlenen Program K.K.T.C. Cumhurbaşkanını Rauf Denktaş'ın konuşması ile açıldı. FIP üyesi yabancı konukların da katıldığı kongre Türk Eczacıları Birliği Merkez Heyeti ve Kıbrıs Türk Eczacıları Birliği ortaklığı ile 15—20 Mayıs 1985 tarihleri arasında Magoda gerçekleştirildi. Kongre kapsamında yapılan toplam 11 oturumda Dünya genelinde Eczacılık Mesleği tartışılırken, Mesleğimizin, Ülkemiz ve K.K.T.C.'de bugünkü konumu ve geleceği ele alındı. Oturumlar sırasında Eczacılık Mesleğinin yasal, sosyal ve bilimsel bazı konularında da bilgiler verildi. Ele alınan her konu uzmanlarınca izleyenlere aktarıldıktan sonra tartışmaya açıldı.

18 Mayıs 1985 Cumartesi günü yapılan 11. oturum sonunda, Kongrenin değerlendirilmesi ile kapanışı yapıldı. 19 Mayıs'da yapılan Ekskürsiyon ve 20 Mayıs Pazartesi günü serbest yarım gün sonrasında dönüş yapıldı.

T.E.B. GENELGESİ :

BÖLGE ECZACI ODALARI

YÖNETİM KURULU BAŞKANLIKLARINA

Son zamanlarda basında Eczaneler ve Eczacılarla ilgili mesleki onurumuza zencide edici yayınlara rastlanmaktadır.

Üzülerek belirtmek gerekirken yaptığımız incelemelerde basında yansıyan haberlere konu sorunlar, yine bizzat meslekdaşlar tarafından ortaya çıkarılmıştır.

Bu fasıldan olmak üzere aşağıdaki hususlara uymak mutlak olarak gerekmektedir.

1 — Eczacının. Eczanesinde ve mutlak görevi başında bulunmasının temin edilmesi.

2 — Nöbetlerin gereği olan tüm önlem ve hususların eksiksiz olarak yerine getirilmesi ve nöbet başında mutlak Eczacının bulunması.

3 — Eczane hizmetleri boyunca Eczane sahip ve mesul müdürleri başta olmak üzere tüm Eczane personelinin önlük giyme hususuna itina göstermesinin temini.

4 — Halk sağlığına hizmetin esası olan temizliğin Eczane bazında en itinalı bir biçimde sağlanması.

Bu hususlara uymayan Eczacılar hakkında mesleki disiplin kovuşturması yapılması gerektiğinden Haysiyet Divanları çalıştırılacaktır. Ayrıca Bölge Temsilcileri vasıtasıyla oda kontrollerinde yapılması gerekmektedir.

Bu konuların Bölgenizde bulunan tüm eczanelere aynen duyurulması için gereğinin yerine getirilmesi hususunda bilgilerinizi rica ederim.

TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ

Genel Sekreter

Dr. Nurettin ABACIOĞLU

BÖLGE ECZACI ODALARI

YÖNETİM KURUL BAŞKANLIKLARINA

SSYB İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğünün 29.5.1985 tarih ve 5768 sayılı tamimleri ektedir.

Kontrole tabi Uyşturucu, Madde ve Müstahzarların Reçeteleri hakkındaki bu tamimin bölgenizdeki meslektaşlarımıza ivedi olarak duyurulması hususunda gereğini saygılarımla rica ederim.

TÜRK ECZACILAR BİRLİĞİ

MERKEZ HEYETİ

Genel Sekreter

Dr. Nurettin ABACIOĞLU

EK : SSYB İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğünün

29.5.1985 tarih 5768 sayılı tamimi

T. C.

SAĞLIK VE SOSYAL YARDIM BAKANLIĞI

İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü

SAYI : 5768

ANKARA

KONU : Kontrole Tabi Uyşturucu Madde ve

29.5.1985

Müstahzarların Reçeteleri.

TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ MERKEZ HEYETİNE

1961 Uluslararası Tek Sözleşmesi 30. maddesi 2. fıkrası gereğince tamimiz eki listede yeralan uyşturucu madde ve müstahzarları kendinden kopyalı seri numaralı üç nüsha reçeteye yazılacaktır.

Halen 14.3.1956 tarih ve 3493 sayılı tamim gereğince dip koçanlı reçeteler kullanılmaktadır. Daha önce ilinize gönderilmiş bulunan uyşturucu madde ve müstahzarlara mahsus yeni reçeteler 1.6.1985 tarihinden itibaren eski dip koçanlı reçeteler ile birlikte 1.8.1985 tarihine kadar kullanılacak. bu tarihten sonra sadece yeni gönderilen kendinden kopyalı, seri numaralı, üç nüshalı kırmızı renkli reçeteler kullanılacaktır.

Bu konu ile ilgili olarak Maliye ve Gümrük Bakanlığı Muhasebe Genel Müdürlüğü'nün 1.4.1985 tarih ve 127/02-5/27722 sayılı yazısı ile "Kontrole tabi ilaçlara mahsus reçetelerin bir cildinin 2.000 TL. karşılığında satılması ve söz-konusu reçeteleri satın alacak ilgililer tarafından ücretlerinin, Bütçe Gelirleri

Hesabına «Çeşitli Gelir» olarak alınmak üzere, Bakanlığımız birimlerinin bulunduğu yerlerdeki Defterdarlık Muhasebe Müdürlükleri ile ilçe Mal Müdürlüklerine yatırılması, alınacak ödeme belgesinin ibrazı üzerine reçetelerin ilgililere verilmesi uygun görülmüştür.

Reçetenin yetkili kurum veya kişiye verilmesinden sonra, seri numaraları Bakanlığımıza bildirilecektir. Her ay sonu ilinizdeki eczanelerden gönderilen reçetelerin ilk nüshası, izleyen ayın 20'sine kadar Bakanlığa gönderilmelidir.

Reçeteler Sağlık ve Sosyal Yardım Müdürlüğü'nden ve Bakanlığımızdan temin edilebilecektir. Reçetelerin nasıl doldurulacağı ve reçetelere hangi uyuşturucu madde ve müstahzarların yazılacakları ektedir.

Daha önce bu konuda çıkmış olan tamimler yürürlükten kaldırılmıştır.

Konunun iliniz dahilindeki bütün sağlık kurum ve kuruluşları ile serbest tabip ve serbest eczacılara duyurulmasını önemle rica ederim.

Prof. Dr. Yunus MÜFTÜ
Müsteşar

KONTROLA TABİ UYUŞTURUCU MADDE VE MÜSTAHZARLAR :

- 1 — JETRIUM AMPUL-TABLET-SUPP.
- 2 — SOSEGON AMPUL-TABLET
- 3 — BAŞTA AMPUL
- 4 — MORFİN 0.01 AMPUL
- 5 — MORFİN 0.02 AMPUL
- 6 — DOLANTİN AMPUL-TABLET-DAMLA-SUPP.
- 7 — TİCARDA DAMLA-TABLET
- 8 — EUCODAL AMPUL-TABLET
- 9 — DICODİD
- 10 — DILAUDİDE TABLET
- 11 — DOLİDİN AMPUL
- 12 — SEDALFA AMPUL
- 13 — DEMERAL
- 14 — CARDİAZOL-DICODİDE
- 15 — POUFRE OPIUM
- 16 — TİBBİ AFYON
- 17 — PETHİDİNE TABLET
- 18 — PANTOPAN SOLÜSYON
- 19 — HEPTADOL, AMPUL-TABLET-SUPP.
- 20 — COCAİNE ihtiva eden diğer formüller.
- 21 — TEİNTÜRE d'OPIUM
- 22 — FENTANYL
- 23 — ASPASMİL DAMLA

REÇETENİN DOKTOR TARAFINDAN DOLDURULACAK BÖLÜMÜ :

Hastanın adı Soyadı - Adresi : Hastanın (Tedavide kullanacak kişinin) adı soyadı ve adresi yazılacak.

Sigorta veya Emekli Sicil Numarası : Hastanın Sigorta, Emeklilik veya Bağ-Kur numarası yazılacak.

Kurumu : Hastanın çalıştığı kurum veya işyeri.

Tarih ve Protokol Numarası : Sağlık kuruluşunda hastaları kayıt yapmaya mahsus defterin tarihi ve protokol numarası yazılacak. Sağlık ocaklarında protokol numarası verilmediğinden buradan verilen reçetelerde protokol numarası aranmayacak.

Serbest hekimlerin hasta kayıt defteri tarih numarası yazılacak.

Hastayı evinde muayene eden hekim, protokol numarasını hatırlayamadığı takdirde bu haneye «hasta evinde muayene olunmuştur. Kaydının konulması kifayet edecektir.

Dr. Adı ve Soyadı : Reçeteye yazan doktorun adı ve soyadı yazılacak.

Diploma Numarası : Reçeteyi yazan doktorun diploma numarası yazılacak.

Kurumu : Doktorun görev yaptığı kurum yazılacak. Serbest çalışan hekimlerin muayehane adı ve adresini gösteren kaşeleri basılacaktır. (Her nüshaya)

İlaçlar : Bu bölüme yalnızca uyuşturucu ilaçlar yazılacaktır.

1 — İlaçlar okunaklı yazılacaktır. Miktarları rakamla ve yazı ile belirtilecektir.

2 — Reçeteye yazılan ilaçların azami miktarı bir haftalık maksimal dozun yarısı kadardır.

3 — Reçeteler tekrarlanamaz.

4 — Reçete, yazılıp doktor tarafından imzalandıktan sonra, geçerli olacaktır. Reçetenin seri numarası ve hasta adı hasta kayıt defterine, dosyasına, kartına yada kişisel sağlık fişine işlenecektir.

5 — Reçetenin üçüncü nüshası yazan hekim tarafından muhafaza edilecektir. (2313 sayılı yasaya göre biten ciltler beş sene müddetle saklanır.)

ECZACI TARAFINDAN DOLDURULACAK BÖLÜM :

İLACIN VERİLİŞ TARİHİ : Eczanece ilacın verilmiş tarihi.

VERİLEN İLAÇ MİKTARI : Doktor tarafından yazılan ilaçların verilen miktarı belirtilecektir.

ECZANENİN VE ECZACININ ADI ADRESİ : Eczanenin ve eczacının adı ve adresi bulunan kaşesi basılacaktır. (Her nüshaya)

1 — Reçetenin iki nüshası eczanede kalacaktır.

2 — Reçete uyuşturucu kayıt defterine kayıt edildikten sonra ilk nüshası her ay sonu İl Sağlık ve Sosyal Yardım Müdürlüğü'ne gönderilir.

3 — İkinci nüsha, hasta sigortalı, memur, emekli v.s. ise, kurumuna fatura edilecektir.

4 — 2313 sayılı yasaya göre uyuşturucu madde ve ilaçlarla ilgili kayıtların 5 yıl süre ile saklanması gerekmektedir.

**6 AYDA 2 BİN 600 İLAÇ
PAHALILANDI
İLAÇTA ÇİFTE ZAM**

(Milliyet 3 Mayıs 1985)

İlaç fiyatlarını serbest bırakan kararnamenin, zam vurgunlarına yol açtığı belirtildi.

Fiyatların serbest bırakıldığı 28 Aralık 1984 tarihinden bu yana Türkiye'de bulunan 200'den fazla firma ve kuruluşun ürettiği 2 bin 678 adet ilacın zam gördüğü bildirildi.

İlgililer, ilaç fiyatlarının serbest bırakıldığı günden bu yana geçen süre içinde Türk Eczacılar Birliği'ne 7 adet toplu liste geldiğini ve bu durumdan her 15 güne bir toplu zam düştüğünü söylediler.

ANKA'nın belirlemelerine göre, özellikle Alfasilin, Rifamisin, Maksipor gibi bazı «antibiyotikler» 4 aylık süre içinde 2 kez zam gördü. Damar yolu ile verilen serumları ise birden çok firma ürettiği için çeşitli firmalara ait Dextroz, Serum Fizyolojik, Amino Steril Mayi, Laktatlıringer, Rheomawrode adı altında tanınanları her zam pake-tinde yer aldı.

Türk Eczacılar Birliği'ne gönderilen toplu zam listelerine dayanılarak yapılan bir saptamaya göre Ocak ayı içinde 166 adet ilaç zam görünürken, Şubat ayında bu ra-

kam 385'e çıktı. Mart ayında ise 1.760 ilaçla, rekor sayıda ilaç zam gördü. Yine Nisan ayında 210 adet ilaç zam görünürken, Mayıs ayının ilk haftası içinde 167 adet ilaca zam yapıldı.

Eczacılar Odası Başkanı, «ilaç fiyatlarının serbest bırakılması sonunda, suni ilaç tüketimi arttı.

«ECZACILAR, GİDEREK MESLEKİ SAYGINLIKLARINI YİTİRİYORLAR.»

«İLAÇ TÜKETİMİNİN ARTTIĞINI» BİLDİREN DR. AKIN ÇUBUKÇU, «ECZACILARIN DA ÜRETİME YÖNELMELERİ GE-REKTİĞİNİ» VURGULADI.

(Barış 18 Mayıs 1985)

Ankara Eczacılar Odası Başkanı Dr. Akın Çubukçu, eczacıların, giderek mesleki saygınlıklarını yitirdiklerini, bu nedenle üretici duruma geçmeleri gerektiğini söyledi.

Çubukçu, 14 Mayıs eczacılık günü dolayısıyla Ankara'da düzenlenen toplantıda eczanelerin ve eczacıların içinde buldukları güçlükler konusunda bir konuşma yaptı. İtalya ve Fransa gibi ülkeler de 5 bin kişiye bir eczane düştüğünü kaydeden Akın Çubukçu, Türkiye'nin bu standarta yaklaştığını hatırlatarak, şöyle devam etti.

«Türkiye'de 5 bin 200 kişiye bir eczane düşmektedir. sayısal açıdan batı standartlarına gerçi yetiştirilmiştir. Ancak hizmet açısından aynı seviyeye gelinmemiştir. Eczanelerimiz nitelik yönünden olsun. üreticilik yönünden olsun. bırakınız bir düzeye gelmesi. bundan 30-40 yıl önceki düzeyini bile koruyamamıştır. o yıllarda saygıyla girilen eczaneler. bugün sıkıntılı ve hastanın bağırp çağırıldığı bir yer haline gelmiştir. İlacı raftan alıp. sarıp müşteriye verme dışardan herkesin yapabileceği bir iş gibi görüldüğü için eczacı da saygınlığından olmuştur. Mesleki saygınlığını yitirmiştir. Eczacıların üretime geçmeleri bugün artık kaçınılmaz duruma gelmiştir.

İLAÇ TÜKETİMİ ARTTI

Ankara Eczacılar Odası Başkanı Dr. Akın Çubukçu. ilaç fiyatlarının serbest bırakılması ile ilaç pazarlamasına bir canlılık geldiğini kaydederek, «Beklenen rekabet fiyatlarında değil. suni olarak yaratılan tüketimde olmuştur» diye konuştu.

İlaç fiyatlarının serbest bırakılmasından doğan karın yüksek kaliteli ilaç üretimine değil. holdingle- rin daha karlı gördükleri başka sahalara kaydırıldığını öne süren. Dr. Akın Çubukçu «pahalı olan ilaç kaliteli ucuz ilaç kalitesiz» şeklinde ki düşünceye de karşı olduklarını bildirdi.

ECZACILAR ÜRETİME YÖNELMELİDİR

Türk Eczacılar birliği başkanı Metin Tanker ise, eczacıların üreti-

me yönelmeleri gerektiğini kaydetti. «Artık eczacılarımız aktif bir hale gelmelidir dedi. Eczacıların üretici duruma gelmeleri ile hastaların daha çabuk ve daha uygun şartlarda sağlıklarına kavuşacaklarını belirten Mekin Tanker böylelikle ilaç bulamama sorununun da ortadan kalkacağını söyledi.

Eczacılık günü dolayısıyla Türkiye'ye davet edilen uluslararası eczacılık örgütü genel sekreteri J. Martens ile uluslararası eczacılık örgütü serbest eczane seksiyonu başkanı J. Winter de birer konuşma yaparak üretim eczacılığı konusunda bilgi verdiler.

ECZACILAR BİRLİĞİ : BULUNMAYAN İLAÇ İTHAL EDİLSİN

(Rapor 30 Nisan 1985)

Eskişehir — Anadolu Üniversitesi Eczacılık Fakültesi tarafından öğrencilere eğitim amacıyla düzenlenen seri konferanslar katılan Türk Eczacılar Birliği Merkez Heyet Başkanı Prof. Dr. Metin Tanker, ilaç yokluğunun devam etmesi halinde birliğin başkanlığa başvurarak ithal etme yoluna gidebileceğini söyledi. İlaç yokluğunu tesbit ettiklerini, nedenlerinin araştırıldığını bildiren Türk Eczacılar Birliği Merkez Heyet Başkanı Metin Tanker şöyle konuştu:

«Piyasa ilaç yokluğu konusunda bir şeyler söylemek için vakit henüz erken. şu anda 266 ilaç piyasada yok. Araştırmalarımız devam

ediyor. Bazı ilaçlar yapılmamakta, bazı ilaçların yapımına ara verilmekte. Nedenlerini saptıyoruz. Ham madde yokluğundan mı yoksa fiyat beklentisinden mi kaynaklanıyor. Bunları araştırıyoruz. İthal ilaç konusunda bakanlığın düşünceleri var. Türkiye'de üretilmiyorsa ithal edilecek fiyatlarda yılbaşından itibaren yükselme meydana geldi. Fiyat tesbitinde tanıtım giderleri de girmiştir. Finaş giderleri de kar haddi yüzde 15 den yüzde 25'e çıkmıştır. Durum haliyle fiyatlara yansımaktadır.

PIYASADAKİ İLAÇLARIN YÜZDE 30'u ZARARLI.

(G. Posta 19 Mayıs 1985)

Ülkemizde ruhsatlandırmaya bir sınır konulmadığı için önüne gelenin küçük bir formül değişikliği ile ilaç imal ettiğini açıklayan Cerrahpaşa Nöroloji Kürsüsü eski üyelerinden Prof. Gencay Gürsoy, «Türkiye'de ilaçların yüzde 30'u sağlığa zararlıdır. Açılacak kalite kontrol merkezleri ile ilaçların kontrolü sağlanmalıdır» dedi.

Türkiye'de ruhsatlandırmada bir sınır konulmadığı için önüne gelenin küçük bir formül değişikliği ile ilaç imal ettiğini, bu nedenle zararı tespit edilip elenmeden ilaç formülasyonuna girmesine izin verilen 3 bin kadar etken madde den 20 bin isim altında ilaç üretildiği belirterek, «İskandinav ülkeleri, Dünya Sağlık Teşkilatı'nın da önerisiyle ilaçlarda kullandığı etken madde sayısını 100 civarına

indirdi. Bu nedenle çok çeşitli ilaç yok. Ama bizde 20 bini aşkın isimde ilaç var. Bunların yüzde 80'i hiçbir işe yaramıyor. Bu işe yarayan ilaçların yüzde 30'u da yarar yerine büyük zararlar getirecek nitelikte. Almanya ve Japonya'da yaşanan ilaç facialarını yaşamak istemiyorsak önlem almalıyız» dedi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nöroloji kürsüsü eski üyelerinden olan Prof. Gencay Gürsoy, «Sağlık bakanlığımıza, doktorlarımıza, eczacılarımıza ve ilaç sanayicilerimizde büyük görevleri düşüyor. Eczacı ve doktorlar ilaç endüstrisinde aktif görevler almalı, yansız davranacak kontrol kurumları ve Üniversitelerinin Eczacılık Fakültelerinde açılacak kalite kontrol merkezleriyle oto kontrol sağlanmalı» şeklinde konuştu.

ECZACILAR HEKİMLERDEN DAHA BAŞARILI

(Cumhuriyet 31 Mayıs 1985)

ABD'nin Kaliforniya Eyaleti'ndeki bir ruh hastalıkları kliniğinde gerçekleştirilen araştırma sonuçlarına göre, eczacılar reçete yazma ve bu reçeteyi uygulayarak tedavi etme konusunda, hekimlere göre daha başarılı olarak gözüküyorlar. Yapılan araştırmada 40 yataklı bir ruh hastalıkları kliniğinde çalışan üç eczacı ile iki psikiyatristin hastaları tedavi etme yöntemleri ve konulan teşhislerin birbirine çok yakın olduğu, hatta eczacıların daha başarılı sonuçlar elde ettikleri dikati çıktı.