

ANKARA ECZACI ODASI BÜLTENİ



Cilt: 8- HAZİRAN 1986 - SAYI: 3



Bulletin of Ankara Chamber of Pharmacists



İKİ AYDA BİR YAYINLANIR

TEB. II. Bölge
Ankara Eczacı Odası
adına Sahibi ve
Yazı İşleri Sorumlusu:
Dr. Akın Çubukçu

Ankara Eczacı Odası
Yönetim Kurulu:
Dr. Akın Çubukçu
Ecz. Ertan Onursal
Ecz. İlhan Küçük
Ecz. Aydın Topkaya
Ecz. Fügen Ertuğrul
Ecz. Ahmet Hacıhasanoğlu
Ecz. Ali Sabah

Yönetim Yeri:
Konur Sokak 13/2
Yenişehir – ANKARA
Telefonlar:
25 42 96 – 25 08 07

Ankara Eczacı Odası'nın
bu bülteni ARA PRESS
(Necatibey Cad. 9/6 – Ankara
Tel: 301 305)
tarafından hazırlanmış
ve bastırılmıştır.

REKLAM FİYATLARI
Siyah-Beyaz Reklamlarda

- İç Sayfalar: 80.000,
- Kapak İçleri: 100.000
- Arka Kapak: 120.000 TL.dir
Renkli Reklamlarda,
% 50 fiyat artışı uygulanır.
- Renk süzümü olan reklamların fiyatlarına 25.000 TL. eklenir.
- Yıllık reklam bağlantılarında % 25 tenzilat uygulanır.

NOTLAR:

- 1- Bülteindeki yazılar Bülten adı gösterilerek yayınlanabilir.
- 2- Yazılardaki görüşlerden yazarı sorumlu olup, AEOB'yi bağlamaz.
- 3- Bülten, AEO üyelerine parasız gönderilir.

BU SAYIDA

137 *Bakış...*

138 *Farma - Koop
(S.S. Ankara Eczacılar
Arsa ve
Yapı Kooperatifi) Kuruldu*

139 *Sosyal Eczacılık*

175 *Klinik Forum*

183 *Derleme - Makale*

193 *Bilim Haberleri*

201 *Yeni İlaçlar*

207 *Öda Haberleri*

221 *Basından Seçmeler*

BAKIŞ

Bültenimizin yeni biçiminin meslektaşlarımız arasında beğeni ile karşılanması, bizim için gerçekten bir gurur kaynağı oluyor. Gerçekleştirilen her yeniliğin beraberinde bir takım eleştirileri de getireceği açıktır. Ofset baskıya geçtiğimiz ilk sayıdaki bazı teknik olumsuzluklar, çok sayıda arkadaşımızın bize ilettikleri eleştirileri ve uyarılar ile en az düzeye indirilmiş bulunmaktadır.

Geçen sayımızda, bültenle birlikte hizmetinize sunduğumuz İlaç Etkileşim Çizelgesi de büyük yankı uyandırdı. Bu olumlu tepki sadece kendi meslek çevremizden değil, hekim meslektaşlarımızdan, sağlık kurum ve kuruluşlarından da sürmeye devam etmektedir. Elimizde şu günlerde çok az olan çizelgenin, büyük olasılıkla bir baskısı daha yapıp, hizmete sokulacaktır.

Sizlere vereceğimiz bir haberimizi de duyurmak istiyoruz. Geçtiğimiz hafta içerisinde Ankara Eczacı Odası'nın öncülüğünde bir arsa ve yapı kooperatifinin gerçekleştirilmesi yolunda önemli bir adım atılmış bulunuyor. Kısaca Farma-Koop adıyla anılacak olan Ankara Eczacılar Arsa ve Yapı Kooperatifi'nin kuruluş işlemlerinin büyük bir bölümü tamamlanmıştır. Kooperatifimizle ilgili gelişmeleri sizlere günü gününe duyuracağız. Konut sahibi olabilmenin, güçlü kooperatiflerle gerçekleştireni, küçük tasarrufların nasıl dev konutlara dönüştüğünü her gün görmekteyiz. Günümüzün yaşama koşullarına uygun, çağdaş şehircilik anlayışıyla

şıyla kurulmuş bir çok konut kooperatiflerini görüp, duyduğumuzda, eczacıların neden böyle bir kooperatifi olmadığı sorusu bir çok meslektaşımızın aklından sürekli geçmektedir. Bugün böyle bir kuruluşun öncülüğünü yapan Ankara Eczacı Odası, siz meslektaşlarımızı kooperatifimizi (Farma-Koop'u) desteklemeye çağırırken, yeni bir hizmet vermenin kıvançını da yaşamaktadır. Geçmişte bir avuç arkadaşımızın özverisi ve kooperatif ruhuna inanmış meslektaşlarımızın desteği ile, meslek gururumuz Ankara Ecza Koop'un bugün ulaştığı noktaya bakarak, Farma-Koop'un da geleceğini tahmin etmek zor olmayacaktır.

Mayıs ayı içerisinde Orta Doğu Teknik Üniversitesinde yaşanan "bir garip ihale"ye de burada değinmek istiyoruz. İç sayfalarımızda ayrıntılı olarak verdiğimiz olay kısaca şöyle başladı:

O.D.T.Ü. Rektörlüğü kampüs içinde 40 m²'lik bir "oda"yı eczane olarak ihaleye çıkardı. Hem "oda"nın kirası hem de oda-eczaneden üniversite çalışan ve öğrencilere satılacak ilaçların iskontosu ihale edilecekti. Yirmiyi aşkın teklif verildi ve öneriler o kadar değişik, çarpıcı ve hatıta inanılmaz boyutlardaydı ki, yöneticiler uygulamayı iptal ettiler.

Üretim yerine alıp satmayı yeğleyen ilacın büyük karına (!) akıl almaz yerlerden ulaşmaya çalışanların çabası ve zekasına ancak şapka çıkarabiliyoruz.

Esenlikler dileğimizle,

A.E.O.B.

FARMA - KOOP

(S.S. Ankara Eczacılar Arsa ve Yapı Kooperatifi)

KURULDU

—Ankara Eczacı Odası öncülüğünde; meslektaşlarını bir konuta kavuşturmak amacıyla (FARMA-KOOP) kuruluş işlemlerini bitirmek üzeredir.

—Günümüzde konut sahibi olabilmenin önemli faktörlerinden biri güçlü kooperatiflerdir.

—Güçlü kooperatifler; birliğin güç doğurduğu, kooperatifçilik anlayışının, egemen olduğu kooperatiflerdir.

—Farma-Koop yalnız bir konut değil, üyelerinin tüm sosyal gereksinimlerine yanıt verecek biçimde düzenlenecek bir birim niteliğinde düşünülmüştür.

—Farma-Koop ile ilgili gelişmeleri izlemenizi ve destek olmanızı bekliyoruz.



**MUSTAFA VE HURŞİT
AKÇAY**

Posta Cad. Doğan Bey Mah.
Çerkez Sok. No: 52
Tel: 11 13 68 - 11 41 12
ULUS/ANKARA

● Laboratuvar önlükleri,

● Lokanta,

● Otel,

● Pastahane,

● Fırın,

● Fabrika İş Elbiseleri.

● Hastahane Kıyafetleri ile

HİZMETİNİZDEYİZ...

SOSYAL ECZACILIK

BİR
ECZANE
İHALESİ (!)

TARİHSEL
AÇIDAN
HALK TIBBİ
VE ŞİFALİ
OTLAR

(Dr. Ali Baboğlu)
Ankara Tabib Odası
Y.K. Üyesi)

İLACIN
PAZARLAMA
SONRASI GELİŞİMİ

(M.Fethi Şahin)

ANKARA ECZA-KOOP VE
GELİŞMELER

(Ecz.Halil Gülay)

SERBEST PİYASA
EKONOMİSİ VE
İLAÇLARA YAPILAN
ZAMLAR ÜZERİNE

(Ecz.Rana Ege)

HASTANE
ECZANELERİNDE
İLAÇ ÜRETİMİNE
İLİŞKİN RASYONEL
BİR MODEL:
BÖLGESELLEŞME

(Doç. Dr. İsmail Üstel)

DİKKAT
(Prince Philips)

İLAÇLARIN
UYGULANMA ŞEKLİ
VE ZAMANI

(Ecz.Ahter Ommaty)
Ecz.Rıza Ommaty)

14 MAYIS

"ECZACILAR GÜNÜ"

KUTLANDI



Odamız, T.E.B. Merkez heyeti ve A.Ü. Eczacılık Fakültesi ile birlikte düzenlenen bu yılki 14 Mayıs Eczacılık Günü kutlamaları A.Ü. Eczacılık Fakültesi Konferans Salonunda yapıldı.

Prof.Dr.Mekin Tanker başkanlığındaki heyet tarafından Saat 9.30'da Anıtkabir ziyaret edilerek çelenk konuldu ve saygı duruşunda bulunuldu.

A.Ü.Eczacılık Fakültesi Konferans Salonu'nda 10.30'daki açış konuşmalarında ise sırasıyla A.Ü.Eczacılık Fakültesi Dekanı Prof.Dr.Vural Akbulut, A.Ü.Rektörü Prof.Dr.Tarık Somer, Ankara Eczacı Odası Başkanı Dr.Akın Çubukçu, H.Ü. Eczacılık Fakültesi Dekanı Prof.Dr.Atilla Hıncal, G.Ü. Eczacılık Fakültesi Dekanı Prof.Dr.Ningur Noyanalpan ve T.E.B. Merkez Heyeti Başkanı Prof.Dr.Mekin Tanker mesleğimizin 147. yılında ilaç, eczacılık ve sağlık alanında görüşlerini dile getirdiler.

Oda Başkanımız Dr.Ecz.Akın Çubukçu'nun konuşmasını aşağıda sunuyoruz:

" Sayın Rektör,

Eczacılık Fakültelerinin saygıdeğer Dekanları ve değerli öğretim üyeleri,

Sayın parlamenterler, T.E.B. Sayın Genel Başkanı ve Merkez Heyeti'nin değerli üyeleri, sevgili konuklar, bayanlar baylar;

Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi, T.E.B. Merkez Heyeti ve II.Bölge Ankara Eczacı Odası'nın ortaklaşa düzenlemiş bulunduğu 14 Mayıs Eczacılık Günü'nde, yeniden bir arada bulunmaktan duyduğum mutluluğu ve bu günün düzenlenmesinde her türlü olanak ve özveriyi elinden geldiğince ortaya koyan A.Ü.Eczacılık Fakültesi'nin Sayın Dekanı'na ve T.E.B. Merkez Heyeti'ne ve Genel Başkanı'na, teşekkürlerimizi Oda Yönetim Kurulu ve meslektaşlarım adına iletmekten sevinç ve onur duymaktayım.

Değerli meslektaşlarım,

Sayın Konuklar;

Eczacılık mesleğimiz, bugün ülkemizde 147. yaşını doldurmaktadır. Aynı zamanda içinde bulunduğumuz 1986 yılı T.E.B.nin ve Ankara Eczacı Odası'nın 30.cu Kuruluş Yılı olmasından dolayı da ayrı bir özellik göstermektedir.

Kendini yenileyen, çağdaşlaşma yolunda güçlü adımlar atmaya çalışan her meslek grubu gibi, eczacılığımız da her yıl değişik sorunlarla karşı karşıya bulunmaktadır. Bunu son derece doğal karşılamak gerekir. Yeni sorunların olmaması, değişik güçlüklerin görülmemesi; bir mesleğin aktivitesinin ve yenileşme çabalarının sona ermesi anlamına gelebileceği gibi meslek mensuplarını da umutsuz bir durağanlık içine itebileceği unutulmamalı-



dır. Bu nedenle sorunların olması ve geçen süre içinde yenilerinin çıkması; bizi karamsarlığa değil; daha yapıcı ve akılcı bir karakterde davamızı daha etkili biçimde sürdürmemize yöneltecektir.

Genelde mesleğimiz sorunlarını ele aldığımız zaman bunların iki ayrı görüntü verdiklerini anlıyoruz. Bir bölümde ele alabileceğimiz sorunlar, meslek içi kaynaklı ve bünyesel karakterdedir. Ve bunların büyük bir kısmı, ortaya çıktıkları günden beri, her geçen yıl daha da kronikleşmiş çok boyutlu problemler ola ak, sanki mesleğimizin bir parçası gibi içimizde yaşamaya devam etmişlerdir. Üzülererek söylemek isterim ki, bunların çok azı çözüme ulaşmıştır. Bir muvazaa, bir iskonto sorunu; eczanelerin açılış-kapanış saat ve günlerine uymaması, meslek saygınlığının korunması vb. gibi meslek içi sorunlarımız, her eczacılık günü ve toplantılarında, hep gündem edilmiş, konuşulup tartışılıp ama çoğunun çözümü gerçekleşmemiştir. Bunlar üzerinde fazla durmak niyetinde değilim. Çünkü bunlar belli bir mesleki dayanışma ve deontolojik kurallar içerisinde çözülebilecek niteliktedir. Ve sanıyorum asıl zorluğu da bundadır.

Asıl üzerinde durmak istediğim; Ec-

zacılık mesleğimiz ile iç içe; ve doğrudan ilgilendiren, ama meslek bünyesi içinden değil, mevcut iktidarların programlarının ya ilgisizliği, ya da yetersizliğinden kaynaklanan sorunlarıdır. İlaç fiyatlarını saptama politikası, ilaç ve hammadde üretimi, bitkisel drogların bilinçsizce yok edilip dışa satımı, gibi ana başlıklarda toplamaya çalıştığımız bu problemlere uygulama eczanelerini, hastane eczacılığı ve kamu eczacılarının sorunlarını da eklemek mümkündür.

Saygıdeğer Konuklar;

Sevgili Meslektaşlarımız;

Bugün ülkemizde, ithal malları yönünden büyük bir bolluk yaşanmaktadır. En gelişmiş müzik setinden T-Shirt'e kadar her türlü dışalım rahatça yapılmasına karşın, gerçekten hayati önem taşıyan; organ nakillerinde, kanserde, karaciğer ve göz hastalıklarında, tüm dünyada başarı ile kullanılan birçok ilacın ithalinin yapılamaması anlaşılır gibi değildir. Human albumin, Vazopitressin, Crasnitin, Katalin, Synmiol vs. gibi şu günlerde bulunmayan ilaçların yeterli miktarda bulundurulması ithalat rejimini ne ölçüde etkilemektedir ki, bunlara muhtaç olan kişiler çaresizdir?

Bilindiği gibi bu ilaçlar tüm dünyada başarı ile kullanılan ilaçlardır. Bunlar ne yazık ki Türkiye'ye o veya bu yolla sokulmakta ve fahiş fiatta hastaya yansıtılmaktadır.

YENİ damla

**İTRİYAT
PARFÜMERİ
VE TİCARET**

*Her türlü eczane malzemeleri
ve parfümeri çeşitleriyle
hizmetinizdeyiz.*

ERTUĞRUL YILMAZ

Tel: 18 31 95
Menekşe 2. Sokak. No: 28/A
Kızılay/ANKARA

Bunların yanı sıra özellikle Güneydoğu illerimizde yaşayan yurttaşların yaşamı açısından tartışılmaz önemdeki akrep ve yılan serumları da, ithalattaki güçlüklerden midir bilinmez; gereği gibi dağıtılamamakta, basit bir sokma olayı can kaybına neden olabilmektedir.

Bir caumadin bir yıla yakın süredir yoktur, ithal de edilmemektedir.

Atropin sulfatın ithali bu denli zor mudur ki ruhsatlı çözümleri aylardan beri piyasada yoktur?

Değerli Meslektaşlarım,

Sizlere yukarıda değindğim sorunlardan ilaç ithalatı ile ilgili bir iki aksayan noktaya değindim. Bu örnekleri çoğaltmak ve daha başka örnekler de vermek mümkündür. Ama örnek veya sorun ne olursa olsun, insanımızın sağlığından, canından bu kadar özveri beklemek insafa sığar mı bilemiyorum.

Hepinizi saygı ile selamlıyor, esenlikler diliyorum. >>

Açış konuşmalarından sonra Odamız tarafından geleneksel olarak meslek- te 40 yılını dolduran meslektaşlarımıza Onur Belgesi, Akademik olarak bu yıl ilerleme yapan meslektaşlarımıza Başarı Belgeleri verildi. 1985 yılında Ankara'da Eczacılık Fakültelerini 1., 2., 3., olarak bitiren meslektaşlarımıza da armağan olarak T.E.B. Formüleri ve Başarı Belgeleri

sunuldu.

Günün öğleden sonraki programı Prof. Dr. Mekin Tanker'in "Eczanelerde Üretim" ve H.Ü. Eczacılık Fakültesi' nin konuğu olarak ülkemize gelen Londra Ulusal Zehir danışma Merkezi Direktörü Prof. Dr. G.N. Volans tarafından sunulan "Akut Zehirlenmelerin Tedavisinde Son Gelişmeler" konulu bildiriler ile devam etti.

Programda duyurulan "İlaç fiyatları üzerinde değerlendirmeler" konulu panel ise T.İ.E.İ. Sendikası adına görüşlerini sunması için çağrı yapılan Kaya Turgut'un katılamayacağını bildirmesi ile birlikte Türkiye İlaç Sanayi Derneği adına panele katılacak olan Ecz. Cengiz Celayir'in de katılamayacağını duyurması üzerine ileriki bir tarihte yapılmak üzere ertelendi.

Bu yıl ilk kez Eczacılar, Ankara Üniversitesi, Gazi Üniversitesi ve Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi öğrencileri arasında futbol, basketbol, voleybol ve masa tenisi branşlarında düzenlenen 14 Mayıs Spor Şölenlerinde ve Sosyal Tesisimizde yapılan Stranç Turnuvası 1.lerine kupalara verildi.

A.Ü. Eczacılık Fakültesi salonunda meslektaşlarımızın yoğun katılımı ve fakülte öğrencilerinin müziği eşliğindeki kokteyl coşku içinde geçti. Akşam Kent Otel salonunda yapılan geleneksel Eczacılar Gecesi ile kutlama programı sona erdi.



BİR ECZANE İHALESİ (!)

Ülkemizde eczacılık fakültelerinden birtakım umutlarla mezun olan meslektaşlarımızı aklına gelmedik sorunlar beklemektedir.

Başlangıçta kamu kuruluşlarına girmeyi düşünen meslektaşımız gittiği kurumlardan olumsuz yanıt almaktadır. Hatta ilk başvurabileceği kurum olan Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın daha kapısından içeri girmeden "eczacıya ihtiyaç yoktur" yazısıyla karşılaşmaktadır.

Bu meslektaşımız okulda öğrenmiş olduğu Deontoloji kurallarına birazcık saygı gösterdiğinde muvazaalı eczane açmadığı için son çare olarak kendi özel eczanesini açma yolunu deneyecektir.

Günümüzde serbest eczane açmak için en büyük sorun kısıtlı sermayesi olanlar için uygun yer bulmaktır.

Uygun yer bulamayan bu meslektaşlarımız ile boş kalmamak düşüncesiyle zorunlu olarak eczane açmış bulunan ve daha uygun bir yer bulmaya çalışan meslektaşlarımızın geçtiğimiz günlerde gazete- de görmüş oldukları bir ilan dikkatlerini çekmiştir.

Bu ilanda Orta Doğu Teknik Üniversitesi Kampusu içerisinde bir eczane yerinin ihale yoluyla verileceği duyuruluyordu.

Fakat bir kurumun içerisinde eczane açılması 6197 sayılı yasada açık bir şekilde belirlenmiştir.

6197 Sayılı Eczacılar ve Eczaneler hakkındaki Kanunun 14. maddesi kurum içerisinde açılacak eczaneleri şu şekilde sınıflandırmaktadır.

A-İçindeki yatan hastalara ilaç vermeye mahsus hastane ve benzeri kurum eczaneleri,

B-Yalnız fakirlere ilaç veren ve lar- şılığında para almayan Belediye ve hayır cemiyeti eczaneleri,

C-Eczanesi bulunmayan yerlerde serbest veya resmi tabiblerce açılan ecza dolapları,

D-10 Km. yakınında eczane olmayan yerlerde açılabilen ziraat işletmeleri, çiftlik veya sanayi müesseselerinin ecza dolapları.

Bu yasaya göre Orta Doğu Teknik Üniversitesi'nin kendi adına eczane açması olanaksızdır. Bunu bilen ODTÜ yetkilileri eczaneyi kendileri açmayıp ihale yoluyla eczane yerini kiralatıp eczacıyı, karına dolaylı yolla ortak olma yöntemini denemektedirler.

İhale edilen yer yasaya göre kurum eczanesi olmayacağından özel eczane statüsünde olacaktır. Özel eczane statüsünde olan bir eczanenin ne şekilde açılacağı, açılış kapanış saatleri ve çalışma düzeni yine 6197 sayılı yasayla belirlenmiştir. Eczanelerin kurumlara ilaç sözleşmelerinin ise daha önceki sayımızda daha geniş açıklamış olduğumuz gibi 2886 sayılı Devlet İhale Kanunun 78. maddesine göre Maliye Bakanlığı'na hazırlanan ve her yıl yayınlanan Bütçe Uygulama Talimatı doğrultusunda yapılması gerekmektedir.

Fakat O.D.T.Ü.'nin eczane yeri ihale şartnamesinin:

6. Maddesinde "İlaç fiyatlarında en çok indirim yapan eczane tercih sebebi olacaktır." denilmektedir. Şartnamenin 15. maddesinde kira müddetinin 3 yıl olacağı belirtildiğinden her yıl değişebilen Bütçe Uygulama Talimatı'na rağmen verilen iskonto en az üç yıl olmak üzere kira

müddetince sabit tutulmaktadır.

Örneğin 1 yıl sonra yayınlanacak olan Bütçe Uygulama Talimatı'nda ilaç iskontolarında bağlayıcı bir karar belirlenirse şartnamenin bu iskonto maddesi yine geçerli olacak mıdır?

Bunların dışında şartnamenin 10. maddesinde çalışma saatleri ve 9. maddesinde sadece eczacı ve çalıştırdığı personele kampüse giriş-çıkış için kimlik kartı verileceği belirtiliyor. Burası serbest eczane olaksa çalışma saatlerinin Sağlık Müdürlüğü'nce belirlenmesi, tüm halkın hizmetinde olması ve giriş-çıkışının serbest olması gerekmektedir. Diğer serbest eczaneler gibi nöbet tutması yasal zorunluluktur. Nöbet esnasında dışardan gelen bir hasta kampüse giriş-çıkışta herhangi

bir sorunla karşılaşmadan reçetesini karşılayabilecek midir?

O.D.T.Ü. ve buna benzer diğer kurumlar bu tür eczaneler açmakla kâr hadleri sınırlı olan ve diğer bir takım sorunların altında ezilmiş olan eczane sahibi meslektaşlarımızı daha ağır ekonomik şartlar altında ezmektedirler.

Diğer kurumlara örnek teşkil edebilecek ve gelecekte daha büyük sorunlara neden olabilecek bu tür yasal olmayan uygulamaların önüne şimdiden geçmek gerekmektedir.

Yeni bir muvazaa tipi yaratabilecek benzer durumların önlemini yetkili makamlarca alınması gerektiği düşüncesi ile yetkililerin konu üzerinde dikkatle düşünmelerini diliyorum.

**"SAĞLIK VE SOSYAL YARDIM BAKANLIĞI
ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ'NE
ANKARA**

Orta Doğu Teknik Üniversitesi'ne ait Kampus içerisinde bulunan Sağlık ve Rehberlik Merkezi içinde 39m² lik bir odanın eczane olarak kiraya verilmesi için, Üniversite Rektörlüğünce bir ihale açılacağını öğrenmiş bulunuyoruz.

Ekli "Eczane Şartnamesi"nden anlaşılacağı gibi, eczane olacak odanın ihale edilmek suretiyle —yani en yüksek kirayı ödeyebilene— verileceği, ilaç fiyatlarında en çok indirim yapan eczacının tercih sebebi olacağı açıkça belirtilmiştir.

Anılan kurum bu yolla, eczanede satılan ilaçların en düşük iskontoyla verilmesini zorlayarak eczanenin karını dolaylı yoldan ortak olacak; ayrıca ihale ile eczacıya yüksek kirayla vereceği "Oda"dan da ikinci bir kazanç sağlayacaktır. O.D.T.Ü. Rektörlüğü'nün dolaylı bir kâr ortaklığı amacına yönelik, yeni bir tip muvazaa eczane tipi yarattığı açıkça görülmekte ve anlaşılmaktadır. Ayrıca eczane olacak yerin kurum yetkililerince önceden tek bir yerde ve alternatifsiz olarak belirlenmesi, bu yerin ihale ile kiralanaacağı, ilacın "Oda" da en düşük fiyatla zoraki sattırılacağı gibi önceden ve önyargıyla konulmuş prensipler bu iddiamızı doğrulamaktadır.

Gelecekte diğer Devlet Kurum ve kuruluşlarına, bu tip muvazaa eczane açmalarına örnek teşkil edecek ve gerçekten önem taşıyan bu konunun Müdürlüğünüzce incelenmesini ve gelişmelerden odamıza bilgi verilmesini arz ederim.

Saygılarımla,
T.E.B.İ. BÜLGE ANKARA
ECZACI ODASI BAŞKANI
Dr. Akın ÇUBUKÇU

ECZANE ŞARTNAMESİ

O.D.T.Ü.'ne ait kampus içerisinde bulunan Sağlık ve Rehberlik Merkezi içinde 39 m² lik bir oda eczane olarak kiraya verilecektir.

1-İhale 30.5.1986 Cuma günü saat 14.30'da Sağlık ve Rehberlik Merkezinde yapılacaktır. İhaleye katılmak isteyenler aynı gün saat 14.00'e kadar teklif mektuplarını Öğrenci Harçlar Fonu Saymanlığı'na vermeleri gerekmektedir.

2-İsteyen mürakat sahipleri ihale odasında hazır bulunabilirler.

3-İhale neticesiyle kiralyan, eczacı mevcut binada tadilat yapmadan tefrişini yapacaktır. Tefriş işinde Yapı İşleri ve Teknik Daire Başkanlığı ile müşterek hareket edilecektir. sözleşme bitiminde tüm tefriş Üniversitenin malı olacaktır.

4-Eczanenin içinde elektrik ve havagazı için birer süzme saat takılacak, üniversitenin malı olacaktır. Tahakkuk eden ücreti Üniversite Merkez Saymanlık Müdürlüğü veznesine yatıracaktır.

5-İhaleye katılacak olanlardan aşağıdaki şartlar aranacaktır.

- Kanuni ikametgahı,
- İkametgah adresi (tebligatlar için)
- Eczacı odasına kayıt belgesi,
- Eczacılık Fakültesi diploma sureti,
- Vekillik halinde noterden vekaletnamesi,

6-Yılı Bütçe Kanunu gereğince Maliye ve Gümrük Bakanlığı Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü'nün yayınladığı "Bütçe Uygulama Talimatları" doğrultusunda ayrıca protokol imzalanacaktır. İlaç fiyatlarında en çok indirim yapan eczacı tercih sebebi olacaktır.

7-Muhammen kira bedeli 100.000 TL. (Yüzbin)'sı olup; kapalı teklif yolu ile ihale edilecektir. Kira bedeli her ayın ilk haftasında Öğrenci Harçlar Fonu Saymanlığı veznesine makbuz karşılığı ödeyecektir.

8-Kira artışları yılbaşından itibaren Yargıtay kararı doğrultusunda arttırılacaktır.

9-Eczanenin sorumlusu; çalıştırdığı personelin hal ve hareketlerinden sorumludur. Kampusa giriş-çıkışları için geçici kimlik kartı alacaklardır.

10-*Eczanenin günlük çalışma saatleri 08.00-20.00'dir.*

11-*Eczane ile ilgili şikayetler değerlendirilerek çalışma koşullarına uyulmadığı takdirde Üniversite sözleşmeyi rakibini açık olarak belirtmek kaydıyla tek taraflı fesh edilecektir.*

12-*Eczane ruhsatı, eczacı tarafından alınacaktır.*

13-*Kira sözleşmesinde üniversiteye karşı tek eczacı taraf olacaktır.*

14-*Eczane Üniversitenin Akademik, İdare Personel ve öğrencilerinin ilaç ihtiyacını günü gününe karşılayacaktır. Ancak aynı reçetede tedarik edemediği takdirde ertesi günü reçetede ki ilaçlar temin edilecektir. Hiçbir suretle reçete bölünmeyecektir.*

15-*Kira sözleşmesi 3 yıl olup, uzatılabilecektir.*

TARİHSEL AÇIDAN HALK TIBBİ VE ŞİFALI OTLAR

Dr. Ali Babaoğlu
Ankara Tabip Odası
Y.K.Üyesi

Hekimliğin tarih öncesi birbirinden kaba çizgileriyle ayrılan iki farklı tıpta "Sağıtıcı" örneğinin farklı kültürlerde, halkın genel eğilimine bağlı olarak, halkın hekimden beklentisine egemen olduğunu gösterir. Bunlardan biri örneğini Şamanlarda bulan, kişinin sağlık durumundaki subjektif bozulmaları gene subjektif bir iyilik duygusuna dönüştürmeyi amaçlayan bu nedenle de kişinin ruhsal durumunu etkilemeye yani psikolojik denilebilecek metodları kullanmaya yönelik olan, ikincisi ise doğadaki çeşitli etki ve olguları şu ya da bu biçimde kullanarak belirli hastalıkları objektif bir yaklaşımla ortadan kaldırmaya yönelik tutumdur. Birincisinde hasta olan kişinin kendi iyilik duygusu ön planda tutulduğu halde ikincisinde "Hastalık" adı verilen ve kişiden ayrı, kişide olmaması gereken bir durum vardır ve sağıtıcı doğrudan doğruya bu etmenle

mücadele edecektir. Bu ikinci tipin en belirgin örneği Kelt asıllı Avrupa kültüründe görülmüş ve etkisini de bu güne kadar sürdürmüş olan Druid'lerdir.

Ancak, bu iki tür sağıtıcılığın ortaya çıkışı toplumun içinde bulunduğu -en geniş anlamda sosyokültürel- yapıya bağlıdır. Şaman tipi sağıtıcılar kökenlerinde hep göçebe-balıkçı kültürlerde görülürken, Druid tipi sağıtıcılar yerleşik tarımın ortaya çıkarak halk kültürünü etkilemeye başladığı durumlarda egemen olurlar. Ayrıca ikisi arasında yapı olarak da çok önemli bir fark vardır: Şaman olunmaz, şaman doğulur. Bu yüzden de şaman, toplumun kendi kriterlerince, toplum tarafından tayin edilir. Böylelikle şaman, toplumun peşinen egemenliği altındadır ve bunu tersine çevirmeyi de çok nadiren başarır. Buna karşılık druid tipinin bir ustadan öğrenilmiş, edinilmiş bir becerisi, bir sanatı vardır. Ve bu sanatı çoğu zaman toplumdaki egemen güçlerle ittifak halinde, kimi zaman da dinsel onayla, hatta klerikal örgüt içinde ifa eder.

Okullu tıp, kökeninde işte bu, bir ustadan öğrenilebilen ve dolayısıyla toplum içinde bir güç kazanabilen sanattan doğmuştur. Tıbbın toplumdaki egemen sistemden kendini az çok bağımsızlaştırmabilmesi ve kendi törelerini kurabilmesi ancak 19.Yüzyılda ve bir dizi mücadelelerle kazanılabilmüş olan bir olgudur.

Ancak tıbbın gittikçe okullu oluşu batıda önce bir klerikal dönem geçirmiştir, gene de. Hekimlik gittikçe, usta-çırak düzeniyle değil, bir üniversite eğitimiyle edinilebilir olmuş, böylelikle de giderek üniversitelerin sahibi olan kilisenin denetimine girmiştir. Üniversitelerin daha çok teolojik-felsefi çalışmalarla uğraşmayı yeğleyip, sanat eğitimine fazla önem vermediği sırada, Roma kilisesinden ayrılan İngiltere'de hekimlik şimdi de pre-üniversiteler döneminin, hiç değilse geleneklerde, izlerini taşır; cerrahların hekimden sayılmayıp, tıp fakültesini doktor rütbesiyle bitiren hekimin cerrahi bir uzmanlık dalı seçer seçmez bu rütbeyi iade etmek

ve Mister ünvanıyla yetinmek zorunda olması, eczacıların, baharatçılarla aynı 'Royal' dernekte örgütlenme zorunluluğu gibi. Roma kilisesinin kesin egemenliğinde olan öbür ülkelerde de ilk kilise dışı üniversitelerin önce tıp eğitimine başlaması-bize askeri üniforma spoletleri ve üniversite kisvelerinde onurla taşıdığımız rengi armağan bırakan Bordeaux gibi-rastlantı değildir. Gene de tıp çok uzun bir süre pagon-hristiyan çizginin üzerinde kalmış, kilisece resmen öğretilmeyen hekimlik kolaylıkla büyücülük ve cadılık olarak mahkum edilmiştir. Bunda, hristiyanlığın bütün Avrupa'ya zorla yayıldığı dönemde yeni düzenden hoşnut olmayan eski göçebeyarı göçebe Germen halklarının, kendilerinden önceki Avrupa sakinleri olan Keltlerin, yer-natürist olan kültürlerinde kendi kültürel kimliklerini aramalarının da rolü vardır. Kelt'ler, Doğa'da her varlığın bir ruhu olduğu ve bu ruhun gizlerini öğrenmekle Doğa'ya uyum sağlanacağı inancı-

na bağlı bir halktı ve göçebelikten yerleşik tarım düzenine geçiş dönemini yaşıyorlardı. Kavimler göçü ile gelen yeni halklar da aynı ekonomik aşamayı, yani yerleşik tarım düzenine geçmeyi amaçladıklarından, Kelt Druid'lerin yüzyıllardır topladıkları derin doğa bilgisi onlara pek uyuyordu. Bu Kelt kültürü oldukça güçlü mistik öğeler de taşımaktaydı.

Hem hızla tarımsallaşan, hem de yeni palazlanmaya başlamış olan feodali-teden canı yanan Sakson, Frank-Alleman v.s. köylülerinin inanç gereksinimini doğaya saygı ve sevgiye dayalı Kelt inançları hristiyan öğretiden çok daha fazla doyuruyordu. Bu sırada Avrupa'yı kasıp kavuran Kara Ölüm de halkın gündelik uğraşısı durumuna girince hekimlik hemen baştan başa eski Druid'lerin metodlarını bir az mistik bir havada uygulayıp, otları kaynatarak merhemler karan yeraltı hekimlerinin eline geçmişti. Kilise bir yandan kendi üniversitelerinde baştan başa gale-

Bütün
Eczacılarımıza
Sağlık ve
Başarılar Dileriz



GALENOS ECZA DEPOSU
TİC. VE SAN. A. Ş.

Tel : 11 92 25 - 10 98 56 - 11 97 56
Konya Sokak 5/A ANKARA

nik ve majistral bir takım reçetelere dayalı bir hekimliği öğretiyor, bir yandan da gene aynı galeniyi kullanan halk hekimliğiğini, büyücülük ve cadılıkla suçlayıp kent alanlarında yakıyordu. Gerçi, cadılık olayının altında yatağı tek neden bu değildir. Ancak hemen her cadı davasında, demonik güç sağlayan ve galenik reçeteleri pek andıran bir formülden söz edilmiştir. Cadı davalarında elli milyondan fazla insanın işkenceyle ve yakılarak öldürülmüş olması gerçeği hem düşündürücü, hem tüyler ürperticidir. Ancak gene okullu hekimliğin, kendi önayak olduğu bu saçma katliama bir son vermek için geçde olsa ilk harekete geçen olması bir az teselli vericidir. Sistemli bir tıp bilgisinin de ancak doğudan,, "kafir" müslümanlardan öğrenilebilen bir şey olması da kilise için tehlikeli sayılmasına yetiyordu. Bu gün bile Papalık bünyesinde faal bir daire olan Engizisyon'un en önemli görevlerinden biri hekimlik ve halk hekimliği içindeki "kafir" unsurları gözetmektir. Çok sonraları, artık Avrupa'daki burjuva devrimlerinin ilk provaları, gizli ve kapalı bir takım zanaatkar loncalarında filizlenirken gene devrimcilik ve büyücü hekimliği birbirine karıştıran, Cagliostro, Faust, Eisenbart gibi efsanevi figürlerin ortaya çıkışı, Rosenkreuz şövalyeleri, Hell Fire Club gibi gizli örgütlerin sağıtıcı-büyücü niteliklerinden söz edilmesi de rastlantı değildir.

Batı'daki hekimliğin bütün tarihine refakat eden bu okullu hekimlik-halk hekimliği çatışması, doğu tarihinde hemen hiç görülmez. Doğuda sağıtıcı bütün yönelişler, var olan sistem içinde entegre olarak işlevini sürdürmüştür. Bunun sonucu olarak da Galenik tıptan daha çok, insanı bir bütün olarak görmeğe yönelik Hipokratik tıbbı yakın düşen İslam tıbbı, bilgeliğin en önemli uğraşı alanlarından biri olmuş, bir yandan hemen her okur yazarın en doğal bilgilerinden sayılırken, bir yandan hemen her okur yazarın en doğal bilgilerinden sayılırken, öte yandan halkın kendi töreleri ile yürüttüğü sağıtıcılığı da hem entegre etmiş, hem etkilemiş-

tir. Doğru hekimliğinin öbür ucu olan Çin kültürü hekimliği ise bir ucunda otlara dayalı bir galenik hekimliği sürdürmüş, öte yandan da İslam tıbbı ile aynı kökenlerden yola çıkan ama çok başka sonuçlara ulaşan başka bir holistik sisteme, Batı'da Akupunktur adıyla bilinen Çen-çiu sistemine yol açmıştır. Her iki uçta da gerek İslam, gerek Çin hekimlikleri, koruyucu tıp alanında belki en büyük etkinliklerini göstermiş ve koruyucu yol ve yöntemleri doğrudan doğruya halkın bilinç ve vicdanına ulaştırabilmişlerdir. Bu gün etkinliği batı psikiyatrisinde de kesinlikle kabul edilen halkın hekim aracılığı olmadan uygulayabildiği, ruh sağlığını koruyucu metodlar bile vardır. (Çin'de Tay çi çuan, Japonya'da Zen, Hindistan'da Yoga ve Tantra teknikleri gibi.) Ancak gene de, özellikle göçebe kültürlerinin belirgin olduğu bölgelerde, hekimler dışı satıcılığın gücü eksilmemiştir. Eski şaman, bu kez İslam içersindeki sınıf ve mezhep kavgalarının içinde yolunu bulabilmiş, kurulu düzenden hoşnut olmayanlarla kendisini özdeşleştirmiş ve neredeyse ilerici ve devrimci bir görünüm kazanabilmiştir. Özellikle Türk ve İran tarihinin en karmaşık sayfalarında boy gösteren derviş, ermiş ve şeyhlerin şamanistik özellikleri gözden kaçmayacak kadar büyüktür. Ancak bu kez bu yeni şamanların, yalnızca psiko-sosyal bağlayıcılıkla yetinmeyip galenik metodlara da itibar ettikleri, hatta bu yolla kimi zaman olağanüstü etkin olabildikleri, görülmektedir. Hasan Sabah ve Alamut kalesinin bütün esrarı inananların ganik bir yoldan etkilenmesinden ibaretti. (Hallusinojen bir takım maddeler aracılığı ile.) Gerçi kurulu düzen bu icazetsiz uygulamayı derhal farketmiş ve demir yumruğu ile kahretmiştir ama öte yandan da aynı galenik tekniği, kendi sistemi içinde kullanmayı da ihmal etmemiştir. Bütün yiğitlere kahramanlık ruhu bağışlamak için seferber edilmiş olan bir sürü hekimin kardıkları çeşit çeşit "Lokman Hekim Macunu" aslında, Laudanum, Belladon, Hyociamin ve Kafein karışımından ibarettir.

ti.

Doğu, Batı'ya karşı gücünü yitirince, ya da Batı'nın doğrudan doğruya sömürgesi durumuna girince isteyerek ya da zorla başlayan batılılaşma hareketlerinin bir parçası olarak ortaya çıkan tıp ve hekimliğin batılılaşması birden bire yerli kültürün bir parçası olan eski tıbbi olduğu gibi sistem dışına itmiş ve böylelikle bir çeşit "yeraltı hekimliğinin" doğmasına yol açmıştır. Böylelikle de göz açıp kapayıncaya kadar, bütün bu ülkelerde bir okul hekimliği-halk hekimliği ikilemi ortaya çıkmıştır.

20.Yüzyılda ise bu "Halk hekimliği" denilen teknik ve metodlara karşı tutum, gerek Doğu'da gerekse Batı'da çok daha değişik ve bu kez politik-ideolojik boyutlar kazanmağa başlamıştır. Tıp dışı kimi çevreler, çeşitli gerekçelerle okul tıbbi dışı ve öncesi yöntemleri, okul tıbbına karşı bir alternatif olarak önermekte ve zorlamaktadırlar. Bu da yüzyılın ilk ve ikinci yarısında birbirinden farklı gelişmeler göstermiştir. Bu gün Batı'da ve özellikle Avrupa'da 60'lardaki öğrenci hareketlerinin çevresinde gelişip daha sonra da kitlere mal olmuş ve giderek politik alanda tartışılabilir ve savunulabilir duruma gelmiş olan "alternatif tıp" sorunu, Üçüncü Dünya ülkelerinde de bir az daha farklı motivasyonlar taşıyan, ancak gene kimi Batı'lı çevrelerce desteklenip, onaylanan görüş ve çabalar tabloya egemen olmakla birlikte, olay yüzyılımızın ilk yarısında bambaşka bir biçimde ortaya çıkmış ve gelişmişti.

Şu andaki akımları çeşitli boyutları ile inceleyip, irdelemek aslında çok da ha uzun bir çalışmayı ve çeşitli tartışmalara açık bir yayını gerektirir. Türkiye'mizde bu gün "Halk tıbbi yöntemlerinin yeniden değerlendirilmesi" sorununun ortaya atılmış olmasıyla bu yöndeki araştırma ve tartışmaların da başlayacağı beklenir ve umulur. Ancak önce 1930'lardaki bir başka hareketi kısaca gözden geçirmekte fayda vardır.

Almanya'daki "Nasyonal Sosyalist Tıp" döneminin, ırkçılık, insanlar üzerinde yapılan deneyler, eutenazi ve bir çeşit Sosyal Darwinizm gerekçeleri ile insan hayatının yok edilmesi gibi çarpıcı özelliklerinden başka bir de halk hekimliği ve doğaya dayalı sağitımıcılığın bir "Yeni Alman Sağitımıcılığı" kavramı içinde okul tıbbi ile birleştirilmesi girişimi de vardır. 1933'deki "Yaşamda devrim hareketi" ile ilişkili olan bu çaba, başarısı nasıl değerlendirilirse değerlendirilsin Nasyonal Sosyalist Sağlık Politikasında önemli bir yer tutmuştur.

Almanya'da halk hekimliği, çeşitli Yaşamda devrim düşünceleri ve okul tıbbi dışındaki sağitımıcılık 19.Yüzyıldan başlayarak gittikçe büyüyen bir kitle hareketi haline gelmişti. 1869'daki Prusya Zanaatkarlar Nizamnamesi ile sağitımıcılık yasal olarak serbest bırakılmıştı. Okul dışı tıbbın öğretim ve uygulanmasına yönelik derneklerin sayısı 1936/38 arasında 6000'i ve üyelerinin sayısı da 455000'i bulmuştu. 1934 sonunda Almanya Sağitımıcılar Birliği (Heilpraktikerbund Deutschlands)'nin kendi üyeleri arasında yaptığı bir anketin sonuçlarına göre her üye ortalama olarak ayda, yirmisi özel ve otuzdördü zorunlu sigortalı olan, 54 hastayı tedavi etmekteydi ve bu tedavileri sigorta kasaları ödemiordu. 1938'de Bayer fir-



**CANKAYA
ECZA DEPOSU**

*Her çeşit ithal
ve kanser ilaçlarıyla
eczanelerimizin
hizmetindeyiz*

GMK. Bulvarı No: 34/A
Demirtepe/ANKARA

Tel: 29 73 71 - 30 45 14 - 30 45 36

masının on bin vatandaş arasında yaptığı bir ankete katılanların yaklaşık 1/4'ü homöopatlarla, Mütetabbipleri ve ev ilaçlarını tercih ettiklerini belirtiyorlardı. Weimar Cumhuriyeti döneminde genellikle "Mütetabblik" olarak hor görülen bu potansiyele Nasyonal Sosyalizm tamamen değişik bir açıdan yaklaştı. Hazırlanan silahlanma ve savaş ekonomisinin gereklerine uygun olarak sağlık ekonomisi de hem insanların olabildiği kadar çok çalıştırılmasına yönelik olmak, hem de ucuz olmak zorundaydı. Hastalık kasalarının 1934-39 arasındaki harcamaları tedavi masrafları ve hastalık yardımı giderlerinin hızla düştüğünü göstermektedir. Hastayı iyi etmek değil de işten kaçmasını önlemek için kurulmuş yeni bir tıbbi bilirkişilik sistemi (Vertrauensarzt) nedeniyle, giderlerde çok hafif bir artma görülüyorsa da tedavi giderlerinde, örneğin ilaç ve tıbbi malzeme harcamalarında çok büyük bir düşme görülür. Böylelikle genel ekonomi içinde halkın okullu hekimlik aracılığı ile korunması ve sağlandırılması için ayrılan pay çok büyük bir düşme göstermektedir. Bu açık, kısmen halk hekimliği ve doğaya dayalı tıbbin olanakları ile kapatılmıştır. Bundan başka okullu hekimlik genellikle çekimser ve savunmasız olmasına karşın Halk hekimlerinin, en önde gelen Nazi politikacıları arasında Streicher, Hess ve Himmler gibi büyük yandaşları bulunuyordu. Nasyonal Sosyalizm kendisine destek olan toplumsal sınıf ve zümrelerin kimi zaman birbirine aykırı olan çıkar ve ilgi alanlarını da gözetmek zorundaydı. Faşist rejim bir bütün olarak büyük ve orta burjuvazinin bir ittifakı idi. Bu bakımdan NS-rejimine büyük katkıları olan Hekim grubunu da ihmal edemezdi. Bu bakımdan halk hekimliğine karşı olan tutum genel çizgide bir yandan bu gücün organizasyonu, öte yandan da hekimlerle sürtüşecekleri alanlarda getirilen kısıtlama ve sınırlamalarla yürüyordu. Halk hekimliğinin değerlendirilmesine yönelik bir dizi önlem şöyle sıralanabilir: Amatörlerin örgütleri güçlendirilirken NSDAP Halksağlığı daire-

sinin denetimi altına alındı; toplantılara nazi ileri gelenleri büyük törenlerle katılıyorlardı; bir çok önemli hastane ya halk hekimliğine göre yeniden düzenlendi ya da homeopatik hastaneler ve klinikler açıldı (örneğin Berlin, Bremen, Dresden, Gera, Hamburg, Köln, München, Nürnberg, Recklinghausen, Stuttgart ve Wuppertal'de); halk hekimliği ve biyolojik sağtım konularında bir çok dernek ve komisyon kuruldu (Örneğin Yeni Alman Sağtıcılığı Devlet Komisyonu, Doğaya uygun yaşam ve sağlık bilimsel derneği, Şifalı Otlar Devlet Komisyonu, Devlet sağlık kontrol ve danışma servisi, Devlet Kepekli Ekmek Komisyonu, Devlet Orman Besinleri Komisyonu, v.b.); Devlet Sağlık Dairesi kanalıyla ve Üniversitelerin katkılarıyla homeopatik şifalı otların değerlendirilmesi için çalışmalar başlatıldı, araştırmalar düzenlendi, hatta Tobingen Üniversitesinin yardımıyla Stuttgart'ta Robert-Bosch Hastanesi bu işe ayrıldı. (Sonunda bütün bu araştırmalar tam bir fiyaskoyla sonuçlanmıştı); Tıp eğitiminde şifalı otlar ve mütetabbiblerin teknikleri ders olarak programa alındı. Böylelikle her iki tıp sisteminin kaynaştığı "Yeni Alman Sağtıcılığı" doğuyordu. Spengler 1937'de şöyle yazıyordu: "Yeni Alman sağtıcılığı Almandır, yani sert, kahraman, canlı, ruh ve irade gücü doludur. Ucuz ve etkindir, herkesçe anlaşılabilir, bu yüzden de öğretilir; ancak öğrenilebilir değildir. Bir din ve sanattır, bu yüzden de sabırlı bir eğitimle ulaşılabilir. Yeni Alman Sağtıcılığı, gözlük camıyla incelenmek ve beyin korteksiyle anlamak için değildir, o bir gönül işidir."

Öte yandan okullu tıbbin hata ve eksiklikleri basın yoluyla ve büyük patırtıyla işleniyordu.

1939'daki Yüksek Öğrenim Reformunda yeni yetişecek genç hekimlerin zihniyetlerinin değiştirilmesi amacı gözönünde tutulmuştu. Sonuçta, okullu hekimlik gücünü gerçi yitirmemişti ama bunda savaş ve bu yüzden doğan büyük ihtiyaç asıl rolü oynamıştı. Ve hekimliğin

niteliğinde de temelden bir değişiklik vardı. Pozitif doğa bilimleri yerini müte-tabbib tekniklerine bırakmaktaydı. He-kimler bu gelişme karşısında bir az defen-sif fakat daha çok uyumlu bir durumday-dılar. Asıl büyük direnç Almanya'nın en büyük endüstri gücü olan Kimya ve İlaç Endüstrisinden gelebilirdi. Ancak çok kısa bir zamanda bütün iç pazarda bu büyük gücün gerilediği ve yerini şifalı otlara bı-raktığı gözlenir. Bunun ardında, şifalı ot-ların ve Yeni Alman Sağıtcılığının büyük koruyucusu Himmler vardır. Himmler'in yönetimindeki SS-Tıbbi özellikle Topla-ma Kamplarındaki uygulamalarla bilinir. Oysa daha geride çok ince planlanmış bir hareket vardır. Himmler yalnız polisin ve toplama kamplarının baş yöneticisi değil, aynı zamanda büyük bir ekonomik meka-nizmanın da yönlendiricisi olmuştur. SS bir çok firmaya sahipti. Bunlar büyük bir holding halinde "SS-İktisat İdaresi Daire-si" (WVHA)'ne bağlıydı. Firmaların en ö-nemlilerinden biri "Alman Besin ve Ba-kım Deney Kurumu" (DVA) idi. 1939'da 35 bin RM kapital ile başlayıp, 1943'de 5 Milyon RM kapitale ulaşan bu firma,

Alman Şifalı Otlarının araştırma ve yetiştirilmesi ile görevliydi. En az 14 büyük çiftlik bu firmaya aitti. Bunların en büyük-lerinden biri Dachau'da idi. Bu çiftlikte 1942 de 1000 civarında tutuklu çalıştırılıyor ve çiftlik, 1,1 milyon RM bilanço ile 181 bin RM kara ulaşıyordu. Bütün polis örgütü, şifalı ot sanatını çok iyi biliyor ve ilaç firmalarının zararlı etkilerine karşı u-yanık bulunuyorlardı. Böylelikle 1942-44 arasında DVA ve WVHA gerek şifalı ot gerekse maden suyu tekeli tam olarak ele geçiriyor ve toplam 577679 RM kara ulaşıyordu. Toplama kamplarındaki aca-yip deneylerin büyük çoğunluğu bu me-todların denenmesine ve Alman Halkı için sağlıklı yaşam'ın yolunun bulunmasına yönelikti. Yüz binlerce tutuklu bu amaçla can vermişti.

Biyolojik ve homöopatik tıbbın, insanlık için yararlı sonuçlara da ulaşabi-leceği düşünülse bile, faşist nasyonal sos-yalist rejimin müte-tabbib tıbbi ve şifalı ot hekimliğine sağladığı destek, bu alandaki hümanist eğilimin kendi ahlakı için daha uzun bir çaba göstermesi gerekeceğinin kanıtıdır.

Doğu İlaç Fabrikası A.Ş.



İmperial Chemical Industries Ltd.
Pharmaceuticals Division
Türkiye Umumi Müessili

AMACIMIZ TÜM SAĞLIK ELEMANLARINA VE HALK SAĞLIĞINA HİZMETTİR.

Bomanti Birahane Sokak No: 36-38

P.K. 240 Şişli-İstanbul Telefon: 40 10 85

Telg: Doğu İlaç-İstanbul, Telex: 23193 DİF-TR

Ticaret Sicil No: 54810-15637

İLACIN PAZARLAMA SONRASI GELİŞİMİ

M.Fethi ŞAHİN

Sevgili meslektaşlarım hepimizin ya-
kından takip ettiği gibi birçok ilaç pazar-
landıktan sonra belli bir zaman süreci
içinde ilk kullanılış yerlerinden daha da
değişik kullanılım alanları bulmaktadır
veya daha düşük dozda aynı etki sağlana-

BS
TIBBİ KORSE

**VA-Rİ-TEKS
VA-Rİ-TEKS
VA-Rİ-TEKS**

Meslektaşlarımızın BS ile de güve-
nine layık olabilme çabasıyla 9. yıla
başlıyoruz...

Ecz.Sunerdem Batu

- Varis Corabı (yerli-Avrupa)
- Allerji Yapmayan İthal Flaster,
- Yün Korse, Yün Dizlik, Elastik Bandaj,
- Tıbbi Korse, Tabanlıklar, Koltuk Değneği
- Steril Enjektör (Yerli-İthal)

PAPATYA Ecz. Lev. İtiryat Pazarlama ve De-
posu Emek. Mah. 8. Cad.No: 167-Emek/Ankara
Tel: 23 45 64-13 16 78

cak şekilde yeni formülasyonlar geliştiril-
mektedir. Genellikle bu şekilde kullanım
alanı değişen ilaçların, yeni kullanım yer-
lerine ders kitaplarında veya farmakope-
lerde de değinilmektedir.

İlacın pazarlanmasından sonra kulla-
nım alanı "İLACIN PAZARLAMA SON-
RASİ GELİŞİMİ" olarak tanımlanmakta-
dır. Bu tanımlama doğrudur. Çünkü bu
yönde yapılan çalışmaların amacı kaynak-
ları gün geçtikçe kuruyan dünyamızın,
ilaç hammaddesi kaynağı tüketimini fren-
lemeye yöneliktir. Bu olgunun diğer
önemli bir yönü de piyasaya sunulan bir
ilaç etken maddesinin daha etkili bir alan-
da kullanılmasını sağlamaktır.

Genellikle pazarlama sonrası ilaç ge-
liştirmede izlenen yol ilacın formülasyo-
nunu değiştirerek aynı kullanım alanı
için daha iyi ilaç geliştirmek veya yep-
yeni bir klinik kullanım sağlamak şeklin-
de özetlenebilir. Bu yönde klinikçilerle
ilaç endüstrisinin işbirliği söz konusu ol-
maktadır. Bu işbirliği sonucunda, örne-
ğin, oral kontraseptifler içinde bulunan
östragen ve progesteron dozları azaltılmış
böylece etkinlikle bir kayıp olmaksızın
yan etkiler azaltılmıştır. Söz konusu et-
ken maddeleri çok düşük doz da içeren
oral kontraseptifler ülkemizde de pazar-
lanmaya başlanmıştır. Son zamanlarda,
Benzodiazepinler de etkin olarak düşük
dozlarda kullanılmaya başlanmış ve böyle
bağımlılık riskini azaltmak amaçlanmış-
tır. Peptik ülser tedavisinde kullanılan
simetidin ilk pazarlandığında günde dört
kez toplam 800 mg dozda kullanılıyordu.
Bugün ise 400 mg günlük dozun yeterli
olduğu saptanmıştır.

Bu konuda verilebilecek diğer bir ör-
nek de, ilk kullanım yeri kardiyak aritmi
olan B adrenerjik blokörlerin daha sonra
angina'da kullanılmaları ve son yıllarda
kan basıncını düşürücü etkilerinin bulun-
ması ile hipertansiyon tedavisinde kulla-
nılmaya başlanmalarıdır.

Aşağıdaki tablolarda pazarlama son-
rası ilaç gelişimi çalışmalarının sonuçları-
na ilişkin örnekler görülmektedir.

TABLO I. İlk terapötik alanda kullanılmı yerlerini genişleten, etkinlik ve emniyeti arttıran yeni formülasyonlar.

İlaç	İlk Kullanılmı Yeri	Yeni Formülasyon	Yeni Kullanılmı Yerleri
Antibiyotikler	Sadece parantarol kullanılmı	Oral preparatlar, Töpik farmasötik şekilde, inhalasyon yoluyla kullanılmı	Hepatik koma, deri, göz, kulak enfeksiyonları sistik fibrozis
Kromoglikat Sodyum	Aerosol ile astım tedavisi	Nazal Insufflasyon, göz damlaları	Saman nezlesi
Gliseril trinitrat	Angina	Transdermal preparat	daha yüksek etkinlik

Reklam ve ilanlarınızda

Firmanızın ürün ve hizmet verdiği tüm kuruluş ile kişilere ulaşmanızda "Ankara Eczacı Odası Bülteni"nin yararlı olacağı kanısındayız...

Çünkü,

- Türkiye'deki bütün Eczacı Odalarına,
- Hastahane, Dispanser, Doğumevi, Bakımevi gibi sağlık kuruluşlarına,
- Meslek Odaları, Dernek ve Birlik gibi kuruluşlara,
- Odamıza kayıtlı üyelerimize,
- İlaç Firma ve İlaç Depolarına,
- Ajans ve Gazetelere,
- Eczacı Milletvekillerine,
- Türkiye'deki Dekanlıklara

ÜCRETSİZ OLARAK, ANKARA ECZACI ODASI TARAFINDAN DAĞITILMAKTADIR...

Sizde reklam ve yayınlarınızın "Ankara Eczacı Odası Bülteni"nde yayınlanmasını istiyorsanız Lütfen bizi şu telefonlardan arayınız...

30 13 05 - 25 42 96 - 25 08 07

Ürün ve hizmetlerinizin tanıtılmasında sizinle çalışmaktan kıvanç duyacağız...

TABLO II. Bilmen Farmakolojik etkilerin uygulanmasıyla terapötik alanın genişletilmesi.

İlaç	İlk kullanım yeri	Sonraki kullanımları	Etki mekanizmaları
Asetilsistein	Respirotuar mukolitik	Parasetamol zehirlenmesinde	SHP grubu donörü
Alloparinol	Neoplari	Gut	Urikozun
Aspirin	Ağrı	Arterel trombus Formasyonunun önlenmesi (beyin kalp)	Platelet agregasyon inhibisyonu
Glukogan	Hipoglisemi	Gastrointestinal kanal Radoloji, B-Blokör zehirlenmesi	Diiz kas gevşetici Inotropik ve kronotropik etkililer
Dipiridamol	Periferel vasküler hastalıklar (vazodilatör olarak)	trombotik arterial hastalıklar	Değişmiş platelet davranışı
Guanetidin	Hipertansiyon	Proptosis ve glokom (göz damlası)	Otonom sinir sistemindeki etkisi
Timolal	Angina ve hipertansiyon	Glokom (Göz damlası)	B-adrenarjik blokaj
Sulfipirazon	Gut	İkinci (miyokard infarktüsünden korunma)	Platelet agregasyon inhibisyonu

TABLO III. Raslantı sonucu bulunan beklenmeyen yeni terapötik kullanımlar.

İlaçlar	İlk kullanım yeri	Sonraki kullanımları
Amatidin	Viral hastalıklar	Parkinsonizm
Klordiazepoksit	Kas gevşetici	Trankilizan
Primidon	Epilepsi	Aritmi
Klorokin	Malarya	Romatoid artrid
Karbamazepin	Epilepsi	Trigeminal nöroloji, diabetes insipidus

Pharmacy International 7, 33, 1986'dan adapte edilmiştir.

Pazarlama sonrası ilaç geliştirme çalışmaları, yeni bir etken maddenin geliştirilmesinden daha ucuzdur. İlaç etken maddesi geliştirmek Türkiye gibi gelişmekte olan ülkeler için bugünkü koşullarda imkansızdır. Bu nedenle ülkemizde eği-

tim ve araştırma hastanelerinde pazarlama sonrası ilaç geliştirme çalışmalarına yönelmek, hemen hemen tüm etken maddesini ithal eden ilaç sektöründe önemli döviz tasarrufuna neden olacak gibi görünmektedir.

ANKARA ECZA - KOOP VE GELİŞMELER

Ecz. Halil GÜLAY

Ankara Ecza Koop bilindiği gibi 1980 yılında 7 eczacı ortağın öncülüğünde ilaç dağıtımı, temini ve üretimi amacıyla vücut bulan bir kuruluştur.

1970'li yıllardaki eczane-depo ve üretici firmalar arasındaki ilişkilerin sürekli eczaneler aleyhine gelişen biçimde sonuçlanmış olması eczane sahibi eczacıları ciddi olarak düşündürmüştür. Mevcut siyasi iktidarların ilaç fiyatlarını sabit tutma ve halka ucuz ilaç temin etme şeklindeki tasarrufları dolayısı ile üretici firmalar istedikleri fiyatları alamamışlar ancak kârlarından da vazgeçmemişlerdir. Kârlarını korumanın yolunu depolara verdikleri avantajları kısmakta bulmuşlardır. Depolar da bu durumu eczanelere yansıtmışlardır. Öyle ki eczacı kâr oranı 16,6'ya düşmüştür. Eczacılar ise ilaç fiyatlarının sabitli-

ği karşısında çaresiz kalmışlar, sermayesi zayıf eczaneler kapanmış, eczane sahibi eczacılar meslek değiştirmek zorunda kalmışlardır.

Böylesine koşullarda eczacılarda birlik fikirleri gelişmiş ve 1980 yılında kuruluşuna yetecek sayıda eczacı arkadaşımızın öncülüğünde kurulabilmiştir. Bu yıllarda Ankara dışında da birçok ecza koop geleceği görebilen eczacı arkadaşlarımızın öncülüğünde kurulmuştur.

Kuruluşunu tamamlayan Ankara Ecza Koop geleceği gören ve kooperatifçiliğe inanan eczacı arkadaşlarımızca desteklenmiş ve bir çılgın gibi büyüyerek 5 yıl gibi kısa bir sürede 170 ortaklı ve yıllık cirosu 2 milyara yaklaşan büyüklüğe erişmiştir.

Kooperatiflerin kurulmasıyla birlikte depocu firmalar eczanelere yönelik tavırlarını değiştirmişler eczanelere daha fazla avantaj sağlayarak varlıklarını koruyabilmek için kârlarından kısmen vazgeç-

meyi göze almışlardır. Ancak Ankara'daki hiçbir depo Ankara Ecza Koop'un sağladığı avantajları sağlayamamıştır.

Böylece kooperatif varlığı ile sadece üyelerine yönelik faydalar sağlayan bir kurum olmaktan öte ilaç piyasasında tüm eczaneler lehine bir denge unsuru olmuştur.

Günümüzde Ankara Ecza Koop'a yakın avantajlar sağlıyor gözükken depoları ve depolara da sürşarj hakkı verilmesinden sonra yaptıkları sürşarjı iyi değerlendirmeliyiz.

Ankara Ecza Koop'un sürşarj yapmakla üyelerine sağladığı avantajların miktarını bu işle ilgili kimselerin kolay hesaplayabileceğini sanıyoruz. Kooperatif üyeleri ayrıca yıl sonunda alışlarına göre ristörn almakta ve kooperatifin bütün mallarına ortak olmaktadır ki şu anda kooperatifimizin 3 taşıma aracı, bilgisayar bulunmakta yakın bir gelecekte deposunun mülk sahibi olacaktır.

Ankara Ecza Koop bu günlere kurucuların yönetici ve çalışanlarının özverişi ile üyelerinin birlik bilinci sayesinde gelebilmiştir.

Ancak geline düzey Türkiye Eczacıları adına sevindirici olmakla beraber yerleri görülmemelidir.

Eczacı meslek onuruna yakışır biçimde ilacın hammadde temininden halka ulaşımaya kadar olan bütün işlemlerin de söz sahibi olmalıdır. Bunun için yetiştirilmiştir.

Bunu gerçekleştirmenin yolu eczanelerde ilaç üretimini geliştirmekten çok (ki bu daha çok tıp doktorlarının tutumuna bağlıdır) ilaç üretim sürecinde etkin olarak yer alabilmelerine bağlıdır. Hatta gerçekten etkin olmak için ülke olarak bağımsız olabilmek için hammaddeden başlayan bir üretim sistemi kurmak zorunludur. Biz eczacılar bunu gerçekleştirmekten kendimizi herkesten çok sorumlu saymalıyız. Çünkü salt ilaç üzerine eğitim gören ve geçimini ilaçtan sağlayan tek meslek grubu eczacılardır.

Bu süreci gerçekleştirmek kolay olmayacaktır. Karşımıza türlü sorunlar çıkacaktır. Ancak birliğimiz sayesinde mevcut siyasi iktidarların desteğini sağlayarak, toplumsal ve ekonomik denge içinde ve zamanla amacımıza ulaşacağımıza inanıyoruz.

Ankara Ecza Koop'un ve diğer illerimizdeki kooperatiflerin şimdiye dek gösterdikleri gelişme grafiği bize bu konuda ümitli olma cesareti vermiştir.

Ankara Ecza Koop'un üretim laboratuvarı kurma çalışmaları tüm zorluklara karşın olumlu sonuçlar vermek üzeredir. Oksijen ve tentürde'iode için ruhsat alınmıştır. Diğer bazı kalemler için de çalışmalar yapılmaktadır. Diğer kooperatiflerin çalışmalarını da sevinçle izliyoruz.

Bütün eczacılarımızın bu sürecin gelişmesine gönül vermelerini, desteklemelerini ve özveri içinde çalışmalara katılmalarını dileriz.

DÜZELTME

Geçen sayımızda yayınladığımız *Derleme-Makale bölümünde yer alan "Histaminin Enflamasyondaki Rolü, Antihistaminik Bileşiklerin Enflamasyonu karşı ve Antiinflamatuvar Bileşiklerin Histamine Karşı Etkileri"* adlı yazıda bir palagraflık bölüm noksan yazılmıştır. Noksan bölümü tekrar yayınlar özür dileriz:

SUMMARY: The role of histamine in inflammation, antiinflammatory activity of the antihistaminic compounds and activity of the antiinflammatory compounds against histamine were reviewed.

Histamine was found active in inflammation, the antihistaminic compounds were showed antiinflammatory activity and the antiinflammatory compounds were active against histamine (47 references).

SERBEST PİYASA EKONOMİSİ VE İLAÇLARA YAPILAN ZAMLAR ÜZERİNE

Ecz. Rana EGE

İthal ikameci model yerine yeni bir sermaye birikim modeline (ihracata yönelik sanayileşme) geçiş süreci yaşanıyor. Bu geçiş döneminin kendine özgü bir çok özelliği var. Bunları bu kısa yazıda belirtmek olası değil. Bir soyutlama yaparak bu özelliklerden birisine, ilaçlara devamlı yapılan zamlara değinelim. Ki zaten ilaçlara yapılan zamlar, genel zam yapma politikasının bir parçası.

Yapılan zamlar nereden kaynaklanıyor ? Fazla detaya girmeden nedenlerini şöyle açıklayabiliriz:

1-Önce, ülkede kurulu ilaç sanayiinin büyük çoğunluğu, gerek sermaye yapılanması, gere lisans temini ve gerekse de madde temini açısından, çokuluslu ilaç tekellerine ve yabancı sermayeye bağımlı.

2-İkincisi, böyle bir ilişki içinde bulunan yerli-yabancı ortaklı ilaç firmaları ülke içinde oligopol bir yapıdadır. Bu hem hammadde hem de üretim açısından böyle. Durum böyle olunca da yani piyasada oligopol yapı hakim olunca, ilaç firmaları fiyatı ve arzı istedikleri biçimde ayarlayabiliyorlar.

3-Üçüncüsü, TL'sinin \$'a karşı sürekli devalüasyonlar sonucunda değer kaybı. Hammadde büyük ölçüde dışarıdan ithal edildiğinden bir anlamda dışa bağımlı olduğundan, hammaddenin ithal maliyeti devamlı yükselmekte.

4-Dördüncüsü, ilaç sektöründe çalışan firmaların, diğer sektörlerle oranla daha düşük kar elde etmeleri. Bunun da baş-

lıca nedeni, ithal edilen hammadde fiyatlarının yüksek tutulmasıdır. Karını azamileştirmek isteyen firmalar zam yaparak bu açığı kapamaya çalışmaktadırlar.

5-Beşincisi, uygulanan ekonomi-politika gereği "Serbest piyasa ekonomisi" mantığı çerçevesinde her sektöre fiyatları belirleme olanağı sağlanmıştır.

6-Nihayet sonuncusu ve belki de en önemlisi ilacın hayati öneme haiz zorunlu ve bir başka meta ile ikamesi hemen hemen olanaksız bir tüketim maddesi olmasıdır. Fiyatı ne kadar artarsa artsın, yaşamak için insanlar bu metayı almak zorundadırlar.

Tekellerin etken olduğu bir serbest piyasa ekonomisi "bırakınız yapsınlar, bırakınız geçsinler" mantığı ile işlediğinden, önemli olan tekellerin karlarının artırılmasıdır. Halkın sağlığı böylesi bir ekonomi-politikayla korunamaz. Her ne kadar adına serbest piyasa ekonomisi dense de, ihracatın her ne pahasına olursa olsun artırılması uğruna, devlet tarafından ihracatçılara (tabii belli başlılarına) teşvik uygulamalarıyla sübvansiyon yapılırken, diğer yandan sağlık harcamaları azaltıldığı gibi, enflasyonla ücretleri yarı yarıya değer kaybeden ücretli kesimden ilaç bedellerinin % 20'sinin tahsili yoluna gidilmektedir. Böylesi gelişim, uygulanan ekonomi-politikanın yapısına uygundur. Şöyle uygundur. "Friedmanın önerdiği ve gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerde uygulanan ekonomik politika; sosyal harcamaların (eğitim, kültür, sağlık) azaltılması politikasıdır.

Gündemde olan, halkın bu hayati öneme haiz tüketim maddesini ücretsiz bir şekilde temin etmesi ve bilinçli bir şekilde tüketmesidir. Bahsettiğimiz nedenlerinden dolayı, bu ekonomi politikayla olanaksızdır. Devletin direkt ve doğru müdahalesi olmadan bu sorun çözülemez.

Devlet bir yandan ücretsiz sağlık hizmetleri sunarken, diğer yandan tekellerin bilinçsiz tüketim politikasına izin vermemeli, onları denetlemelidir.

HASTAHANE ECZANELERİNDE İLAÇ ÜRETİMİNE İLİŞKİN RASYONEL BİR MODEL : BÖLGESELLEŞME

Doç.Dr.İsmail ÜSTEL

Hastane eczanelerinin başlıca etkinlikleri arasında, ilaç üretimi de yer almaktadır. Ülkemizde, Türk Eczacıları Birliği tarafından hazırlanmış olan "TEB Formülleri"nin gerek serbest eczaneler gerekse hastane eczanelerindeki ilaç üretimi üzerine olumlu etkisi olmuştur. Ancak, hastane eczanelerindeki ilaç üretiminin yaygınlaştırılması, yalnız hastane eczacılarının ve eczacılık meslek örgütlerinin üstesinden gelebileceği bir konu değildir. Hastane eczanelerinde sürdürülen ilaç üretiminin yazgısı, büyük ölçüde hekimlerin tutum ve davranışlarına bağlıdır. Kendinizi hastanede görevli bir hekimin yerine koyunuz. Doğaldır ki, başta gelen amacınız "rasyonel tedavi" olacaktır. Bu noktada karşınıza iki seçenek çıkmaktadır: i)İlaç endüstrisinde hazırlanmış olan müstahzarlar ve ii)Hastane eczanesinde hazırlanmış olan ilaçlar. Hastane eczanelerimizin günümüzdeki üretim olanakları gözönüne alındığında, bunların -en azından ilaç endüstrisi ile karşılaştırıldığında- yeterli olduğunu söyleyebilmek oldukça güçtür.

Peki, hastane eczanelerinde ilaç üretilmesin mi? Üretilsin, ancak yeterli koşulların sağlanmasından sonra. Nedir bu "yeterli koşullar"? Bunlar, üretim teknolojilerinden hammaddeye, uzman personellerden ambalaj malzemesine, kalite güvenliğinin sağlanması olanaklarından gerekli

araç-gereç ve donanıma kadar uzanan bir yelpazenin kıvrımlarıdır. Bu koşullar ilaç üretilen bütün hastane eczanelerinde sağlanamaz mı ? Belki sağlanabilir, ancak "astarı yüzünden pahalı" olur. Öyleyse çözüm nedir? Kişisel düşüncem, çözümün -başlıkta da sözü edilen- bölgeselleşme modelinden geçmektedir.

Hastane eczanelerinde ilaç üretiminde bölgeselleşme modelinin esası şöylece özetlenebilir: İlaçlar belirli bir bölge hastanesinin eczanesinde üretilmekte ve üretim, bölgedeki bütün hastanelerin talebini karşılayabilecek ölçekte sürdürülmektedir. Bu modelin analizi, bir ekip çalışması gerektirmektedir. Bu ekipte, hastane eczacılarının ve yöneticilerinin yanı sıra, işletmeciler, ekonomistler ve yöneylem araştırmacıları da bulunmalıdır. Hizmet verilecek bölgenin seçimi, diğer bir deyişle bölge sınırlarının belirlenmesi, bilimsel biçimde gerçekleştirilmelidir. Gözönüne alınması gereken ölçütler arasında; bölgede bulunan hastahanelerin çeşidi ve sayısı hastanelerdeki yatak sayısı ve servislere göre dağılımı, yatak işgal oranı, yatan hastalara ilişkin ayrıntılı istatistikler, hastanelerde görevli hekim sayısı ve uzmanlık dalları ile hekimlerin ilaç seçme alışkanlıkları sayılabilir. Bölgenin seçimi, belirlenecek bölge hastanesinde sürdürülecek olan üretim konusunda yapılması zorunlu olan "fizibilite etüdü"nün bir parçasıdır. Konunun teknik, ekonomik, ve mali yönlerinin ayrıntılı biçimde değerlendirilebilmesi ve yatırım kararının sağlıklı biçimde alınabilmesi, ancak böyle olasıdır.

Bütün bu zaman alıcı çalışmalara gerçekten gerek var mı? Evet, var. Böylece: i) Hastane eczacılarının ilaç üretiminde etkin rol almaları sağlanabilecek ve ii) Tedavinin emniyet ve etkinliğinden ödün verilmeksizin, tedavi maliyeti düşürülebilecektir. Hastane eczanesi, hastanesinin bir birimidir. Hastanelerin temel amacı, "rasyonel tedavi"dir. İşte bu amacın gerçekleştirilmesine katkıda bulunacak bir araç: Hastane eczanelerinde ilaç üretiminde bölgeselleşme modeli.

DİKKAT!..

Prince Philips
Duke of Edinburgh

(World Wildlife Fund International (WWF) Başkanı, International Union for Conservation of Nature and Naturel Resources (IUCN) 2. Başkanı)

Yıllar önce İngiltere'de kömür işçileri, ocaklara inerken, toksik gazları saptamak için yanlarına kanarya kafesleri alırlardı. Kanaryanın tüneğinde düşmesi, madencinin en kısa sürede ocaktan çıkması gerektiğinin göstergesiydi.

1962'de Rachel Carson, "Silent Spring" adlı ünlü kitabını yazdı. Bu kitapta, bir zamanlar çevrede oldukça sık bulunan Amerikan robini adlı kuşa artık gittikçe daha az rastlanmasına dikkat çekilmekte ve nedeni araştırılmaktadır. Bu durumun nedeni, DDT' nin bilinçsiz kullanımıdır. Yazarın araştırması, tüm kalıcı kimyasal pestisitlerin arzu edilmeyen yan etkilerinin, hem doğada hem de yiyecek maddelerinin kontaminasyonu şeklinde geniş çapta ortaya çıktığını göstermektedir.

İnsan, hayvan ve bitkilerin sağlığı ve varlığı, birbiriyle kesin olarak ilişkilidir. Birçok hastalıklar, hayvanlarla insanlar arasında ortaktır. Bazı hayvan türleri, insanlara haşe-

reler gibi araçlarla geçen hastalıklar için arakonakçı rolü oynarlar. Burada akla ilk gelen çözüm, taşıyıcı veya arakonakçı türleri, zehirlerle veya başka yollarla imha ederek hastalıkları kontrol etme yoluna gitmektir. Ancak, doğrudan doğruya hastalığa neden olan organizma yerine, doğadaki herhangi bir yaşam türünü tamamen ortadan kaldırmak uzağı görememektir. Bu yol, doğanın dengesini bozacağı gibi, sonuçta çözdüğünden daha fazla probleme neden olur. Örneğin, herbisit kullanımı sonucu arı popülasyonunun büyük bir kısmının yok olması, derhal ziraat ve bahçivanlık üretimini etkileme şeklinde ortaya çıkar. Afrika'da uyku hastalığı taşıyan çe-çe sineklerini yoketmek için açılan savaşta, çok büyük miktarlarda kalıcı kimyasal pestisitler kullanılmıştır. Sonuçta, çevrenin geniş ölçüde tahrip edilmesi bir yana, hastalık sorununun çözümünde de başarısızlığa uğranılmıştır.

Bunun gibi nedenler yüzünden, konservasyonistler (doğanın korunması taraftarları), çok tehlikeli oldukları için orijin ülkede kullanılmaları yasaklanan zirai kimyasal maddelerin diğer ülkelere ihraç edilmesinden büyük tasa duymaktadırlar. Ayrıca, yeni endüstrilerin gelişmekte olan ülkelere tanıtımı ve verilmiş maliyetinin ucuzlamasının da, toksik artıkların tam olarak kontrolünün tehlikeli boyutlarda savsaklanmasına neden olacağından korkulmaktadır.

Su sistemlerine karşı toksik maddelerin bitki ve böcekleri yok etmekte olduğu, buna bağlı olarak balık ve kuş türlerinin yaşamlarının tehlikeye düştüğü, hatta bu maddelerin içme suları ve yeraltı sularına karıştığı kanıtlanmıştır. Madencilerin kanaryasına benzer şekilde, çevre kalitesini gösteren ve su sistemlerini temizleyen unsurlar tahrip edildiğinde, insan nüfusunun kritik bir durumla karşı karşıya kalması sadece bir zaman meselesidir.

En korkunç gerçek ise, insan soyunun, doğanın ve kendi kendisinin en kötü düşmanı oluşudur. Dünya gezegeninin sınırlı yüzeyinde yaşayan insan sayısının 200 yıldan az bir süre içinde bir milyar

dan dört milyara ulaşması ve bu yüzyılın sonunda altı milyara varmasının beklenmesi, yani nüfus patlaması, Dünyadaki bütün yaşam biçimlerinin geleceğini tehlikeye atmaktadır. Kaynaklara olan talebin hergün artması, yakın gelecekte yenilenebilen veya yenilenemeyen ihtiyaç maddelerini kaçınılmaz bir şekilde tüketecektir. Günümüze kalan doğal ormanların tahribi, daha fazla çöl alanlarının ortaya çıkmasına ve doğal CO₂/O₂ siklusunun ciddi olarak etkilenmesine yol açmaktadır. Artan nüfusun temiz taze su ihtiyacı artarken, hayat veren bu sıvının kaynakları, insan ve endüstri atıklarıyla kirletilmektedir.

Uluslararası Doğa ve Doğal Kaynakların Korunması Birliği (IUCN), Birleşmiş Milletler Çevre Programı (UNEP) ve Dün-

ya Yabani Yaşam Fonu (WWF) tarafından yayımlanan (The World Conservation Strategy) (Dünyanın Korunması Stratejisi), bütün bu tehlikeleri tanımlamakta ve büyük bir felaketi önlemek için gerekli tedbirlerin alınmasına dikkatleri çekmektedir. Hiçbir devirde nüfus kontrolü, suyun korunması, artık maddelerin düzenlenmesi, zirai ve endüstriyel gelişme projelerinin planlanması konularında çok yönlü bir yaklaşıma bu kadar gerek duyulmamıştır. Bu yaklaşım acilen sağlanmadığı takdirde, bütün canlıların hayatı demek olan doğa sistemlerinin tamir edilemeyecek şekilde tahribinin önlenmesi imkansız olacaktır.

(World Health, Ağustos-Eylül 1984)

İLAÇLARIN UYGULAMA ŞEKLİ VE ZAMANI

Ecz. Ahter Ommaty
Ecz. Rıza Ommaty
A.Ü. Eczacılık Fakültesi
Mikrobiyoloji Bilim Dalı

İlaçlardan ideal biyo yararlanım elde etmek için bazı faktörlere dikkat etmek zorundayız. Bunların başında yemek durumu gelmektedir. Bilindiği gibi ilaçların absorpsiyonu yemek durumuna göre değişmekte ve etkinliklerinde farklılık meydana gelmektedir. Absorpsiyonda meydana gelen bu değişiklik bazan olumlu ve bazen de olumsuz yönde seyr etmektedir.

Bazı ilaçlar mide ve barsak mukazası üzerinde tahriş edici etkiye sahip olduklarından yemeklerle birlikte alınmaları gerekmektedir. Yemeklerle birlikte kullanılması gereken ilaçları yemeğin başında, içinde veya sonunda alınması absorpsiyonunda önem kazanır. Aç karına alınma değimi ise son yemekten 2 saat sonra başlayan ve gelecek yemekten bir saat önce biten süre içinde alınan ve ilaç olarak ta-

nımlanmaktadır. Bu sürenin dışında alınan ilaçlar kesinlikle besinlerden etkilenecektir.

Genel olarak yemekler ilaç absorpsiyonunu azaltmak, arttırma veya geciktirme şeklinde değiştirmektedir. Bu absorpsiyon değişmesi bazı ilaçların tedavi edici özelliğinin değişmesine ve dolayısı ile klinik sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Alınan yemeklerin sıcaklığı, viskozitesi, yağlı olup olmaması, protein veya karbonhidratlarca zengin olması gibi durumlar ilaçların absorpsiyonunda etken faktörlerdir. Ayrıca unutulmaması gereken bir durumda aç karına bol sıvıyla alınan ilacın hemen mideden geçerek duodenuma ulaşmasıdır. İlaçların gittiği yerde ortamın asidite veya bazikliği de absorpsiyonu değiştirmektedir.

Bilindiği gibi yemek sırasında mide ve safra sekresiyonu artarak ortamdaki maddeleri biyotransformasyona uğratmak isterler. Yemekle birlikte alınan ilaçlar da büyük olasılıkla ortama salınan asit ve en-

zimlerden etkilenecektir. Bu durumda ilacın inaktive olması bile söz konusu olabilir. İnaktivasyon ilaç moleküllerinin besin molekülleriyle kompleks oluşturma sonucu da olabilir. Ayrıca besin maddeleriyle dolu ortamlarda ilaç moleküllerinin mu-

koza yüzeyine ulaşmadan ortamı terk etmesi de olasıdır.

İlaç absorpsiyonunda organizmanın besin maddeleriyle dolu olup olmadığının yanısıra onun uygulanma şekli de önemli bir etkindir.

A-Tok Karına (Yemek sırasında veya yemeklerden sonra) alınması gereken ilaçlar

Jenerik Ad

Allopurinol

Amodiakın

Asetil salisilik asit

Asetohexamid

Azaptin fosfat

Betanecol klorür

Biperidin HCl

Carizopridol

Chloralhidrat

Chlorfenoxamin

Chlorpromazin

Chlortalidon

Chlortalidon + Rezerpin

Chlorokin fosfat

Chlorpropamid

Dantrolen Na

Ticare Ad

Zyloprim

Alloprim

Allopin

Alpurin

Antigot (Allopurinol 300 mg)

Camoquin

Aspirin tab. 500 mgr.

Ataspin tam. "

Algo tab. "

Asega tab. "

Asporan tab. "

Sedilin tab. "

Lokman Tab. "

Asabrin drj. "

Aspirin çocuk için tab. 100 mg.

Bebeaspin tab. 80 mg

Ataspin tab. 80 mg.

Babyprin tab. 80 mg.

Dymelor

İlidar

Urecholine

Akineton tab. 2 m

Paraden tab. 2 mg

Rela

Noctec

Phenoxene

Thorazine

Hygroton

Regreton

Aralen HCl

Diabinese tab.

Orbin tab.

Orabinez tab.

Orabet tab.

Embinez tab.

Dantrium

Demir glukonat

Demirli Preparatlar

Demir sülfat

Demir sülfat + Vit

Difenil hidantoin Na

Donatal + Enzim

Enzin

Fenazopyridin HCl

Fenformin

Fenil butazon

Furazolidin

Griseofulvin

Glutamik asit + Pepsin

Hidrokortizon

İbuprofen

İsoniazid

İndometazin

İsoserbitdinitrat

İmipramin HCl

Kinin + Aminofillin

Klofibrat

Levodopa

Levodopa + Karidopa

Fergon

Feosal

İberol

İberet

Dilantin

Donnazyme

Enzypan

Festal

Pyridium

DBI

Butazolidin 200 mg tab.

Butadin 200 mg tab.

Furoxne

Grifulvin

Grisactin

Fulcin forte tab.

Grifulvin forte tab.

Grisovin tab.

Gefulvin forte tab.

Muripsin

Hydrocortisone

Motrin

Profen forte drj 400 mg

Brufen forte drj 400 mg

Artril drj 200 mg

Brufen drj 200 mg

İsoniazid

Nydrasid 100 mg tab.

Nikofinal 100 mg tab.

Tibinazin 100 mg. tab.

İndosin

Endomet

Calmdcin

Romacid

Endosetin

Endol

İsordil 5-10 mg tab.

Sorbid 5-10 mg tab.

İsodin 5-10 mg tab.

İsoket retard 10 mg tab.

İsoket 5 mg tab.

Tofranil

Quinamm

Azolid

Laradopa, Dopason 500 mg

Dopar, Eldopa 500 mg

Sinemet

Mefenamik asit	Ponstel
Metil dopa	Fenamin 250 mg cap.
Metil dopa + HCl tiazid	Ponstan 250 mg cap.
Metiserjit	Rolan 250 mg. caps.
Metoxipiridazin SO ₄	Aldomet
Metronidazol	Aldoril
Nalidiksik Asit	Sansert
Nitrofurantoin	Midicel
Oksifen butazon	Flagyl
Oral antidiabetikler	Negram Tab.
Piperidolot + Enzim	Naligram tab.
Potasyum Klorür	Ürogram tab.
Potasyum Glukonat	Macrofantin
Potasyum tuzları ve preperatları	Cyantın
Prednizolon	Furandantin
Prednizon	Tandearil, İltazon cap, Rumazolidin
Fenilbutazon + Prednizon + Amonyum klorür	Oxalid, Miyadril drj., Butalgon drj.
Prosiklidin HCl	Dactilase
Rauwolfia serpentina tozu	Kaochlor, Kay ciel
Reserpin	K-lor
Salisilatlar	Kaon
Siklandelat	—
Siklirmin HCl	Prednisolone
Spirinolakton	Codelton 5 mg. tab.
Spirindlakton + tiazid HCl	Deltacortril 5 mg. tab.
Sülfasalazin	Neocorten 5 mg. tab.
Sülfin pirazon	Novakort 5 mg. tab.
Teofilin etilen diamin	Prednisone
Teofilin eferdrin SO ₄ + Hidroksizin	Sterazdidin
Teofilin Ca+salisilat + KI + Fenobarbital +	Kemadrin
	Paudiksın
	Reserpine
	Serpasil
	Salisilatlar
	Cyclospasmol
	Pagitane
	Aldactone
	Aldactone - A 25 mg. tab.
	Dilakton 25 mg. tab.
	Aldactazide
	Asulfidine
	Anturane
	Aminophylline
	Aminocardol
	Euphylline
	Marax

Efedrin HCl	Quibron
Tiabendazol	Mintezol
Tolazamid	Tolinase
Tolbutamid	Orinase
Tiamterin	Dyrenium
Trikloroasetaldehit monohidrat	Kloral hidrat
Vitamin B ₁ + B ₁₂	Trophite
Vitamin B ₁ + B ₂ + Demir	Troph-İron
B-Boş Mide ile alınması gereken ilaçlar	
Jenerik Ad	Ticari Ad
Befenyum Hidraksinaftoat	Alco para
Hint yağı	Castor oil
	Neoloid
	Ricinol
	Ricipan
	Oley
Heksil Rezorsinal	Crystoids
İzosarbitdinitrat	Sarbitrate oral
	İsordil 5-10 mg tab.
	Serdid 5-10 mg. tab.
	İsodin 5-10 mg. tab.
	Isoket retard 10 mg. tab.
	İsoket 5 mg. tab.
Linkomisin HCl	Lincocin 600 mg. amp.
	Linmisin 600 mg. amp.
Penta eritritoltetranitrat	Peritrate SA
	Duotrate
Piperazin sitrat	Antepar, Pandor
	Helmicide, Pipezol
	Razinol, İdepar
	Vermisit, Kontipar
	Asepar, Oksiaskaril
	Heksapar, Oksymid
	Sirapar, pipar
	Aparin, Solupar
	Etapar, Askaripar
	Multifuj, Veripar
C-Yemeklerden 1 saat önce alınması gereken ilaçlar	
Jenerik ad	Ticari ad
Antikolinerjikler	Anticholinerjikler
Dietilpropionklorhidrat	Tenuate
	Tepanil
Ek zosiklium metils	Tral
Ek zosiklium metilsülfat	Pondimin
Fenfluramin klorhidrat	Obetrol 20 mg. tab.
	Megrefor 20 mg. tab.
	Ponderal 20 mg. tab.

Fenmetrazin HCl
 Glikopirolat + Fenobarbatil + Hiyosiyamin
 $SO_4 + AtropinSO_4$
 Klordiazepoksit + Klilinum bromür
 Mepenzolat bromür
 Tetantelin bromür
 Oktatropin metil bromür
 Otoksazon
 Pankreatik enzim
 Proantelin bromür
 Proklar perazin + İzopropamid
 Npa Beta ve gama stesteroller

Preludin

Donnatal

Librax

Cantil

Banthine

Valpin

Serenium

Cotazym

Pro-Banthine

Cambid

Cytellin

D—Yemekten 1 saat önce veya 2 saat sonra alınması gereken ilaçlar

Jenerik ad

Amoksisilin

Ampisilin

Ampisilin trihidrat

Asetil Sülfizoksazol

Demklosiklin HCl

Demklosiklin + Nystatin

Diklogzasilin

Dikloksasilin Na

Eritromisin

Eritromisin etil süksinat

Eritromisin estolit

Ticari ad

Amoksina

Demoxil, Largopen

Alfoxil, Megasilin

Amoksilin, Moksilin

Amoxicil-Remoxil

Amicin, Primasin

Atoksilin

Penbitin, Alfasilin

Pensyn, Ampilin

Omnipen, Ampisil

Amcill, Ampisina

Polycillin, Negopen

Principen, Penoral

Totacillin, Penoral

Sentopen, Pentrexyl

Silina, Binotal

Totalbiotik, APenampil

Drisillin

Pen—A

Lipo—Gantrisin

Declomycin

Declostat

Dynapan

Pathocil

Veracillin

Ertythomycin

Erytrocin

Ilaticin

Pediamycin

Ilosone

Eritro

Emicin

Erisül

Eritronal

Eritromisin stearat

Fjnitisilin potasyum

Fenazopiridin + Tetrasiklin fosfat +

Sülfametazol

Hetasilin

Klokzisilin Na

Kolestramin

Kolestramin reçinesi

Kotrimaxazol

Metizalsülfat + Fenazopiridin + OksitetrasiklinNa

Nafsilin sodyum

Oksitetrasiklin HCl

Penicilin

Penicillin-V potasyum

Rifampicin

Sodyum oksasilin

Sodyum sefazolin

Sülfizoksazol diolamin

Sülfazoksazol + Fenazopiridin

Tetrasiklin HCl

Tetrasiklin

Tetrasiklin fosfat

" forte

Laurilin

Erimici

Pfizer - E

Alpen

Azotrex

Versapen

Tegapen

Questran

Cuemid

Septra

Bactrim

Urabiotic

Unipen

Terramycin cap.-Amp.

Oksisiklin Cap.

Ossitetra drj

Sekomycin cap.

Embisin cap.

Tetra cap.

Tetrafen cap.

Devacyclin amp.

Geocyclin amp.

Penicillin

Pen-Vee

Uticillin - (K)

Rimactone

Rifam

Ripamisin

Riasin

Santadin

Bactocill

Ancef

Gantrisin

Azogantisin

Panmycin, Robitet

Cyclopar, Randomycin

Achromycin-V, Sumycin

Tetracycline, Vimycin

Tetracyclin, Panther

Tetrex-(S), fosfosiklin

Ambranyan, Criseociclina

Biotetra, steklin (amp.hariç)

Devacyclin (amp. hariç)

Heksasiklin, Viosiklin

Telio, Fumisin

Natomycin, Tetralet 500

Onemisin, Tetralysol (amp.hariç)

Tetrasiklin + Amfotrisin B
Trolindomisin

Lizosiklin, Tetrerba
Teramin, Tetramin
Terasiklin, Ultratet
Tetra-V, Vitasiklin
Mysteclin-F
TAO

E-Yemek dikkate alınmaksızın kullanılan ilaçlar

Jenerik ad	Ticari ad
Amoksisilin	Amoxil, Atoksilin Larotid, Amoksina Polymox, Demoxil Alfoxil, Largopen Amoksilin, Megasilin Amosilin, Megasilin Amoxicil, Moksilin Amosin, Remoxil Primasin Vibramycin, Dinamisin 100 mg cap Doksin 100 mg cap. Monodoks 100 mg cap.
Doksisiklin	E-mycin, Eritronal Erythrocine, Eritronal forte eritro, lavrilin Emisin, Erimicin Erisol Cleocin Minocin Vectrin Pentritol Keflex Kafocin Velosef Anspor
Eritromisin	
Klindamisin HCl Minosiklin HCl	
Pentaeritritol tetra nitrat Sefalekssin Sefaloglisin Sefradin	

F-Bol miktarda sıvı ile alınması gereken ilaçlar

Jenerik ad	Ticari ad
Allopurinol	Zyloprim Allopin tab. Alloprim tab. Alpurin tab. Senoket Curmid Questron Bactrim, Biotrin Septra, Septrin Bakton, mikrosid. Baktrisid
Folia sennae Ekstresi Kolisteramin reçinesi	
Kotrim oksazol	

Lityum karbonat	Baktrol
Mefenamin hiporat	Eskalith
Mefenamin mandelat	Lithane
Mefenamin mandelat + fenazopiridin HCl	Urex
Metil selüloz	Hiprex
Probenesid	Mandelamine
Probenesid + Kolşisin	Azomandelamin
Sülfametaxozol + Fenazopiridin HCl	Cellothyl
Sülfonamidler	Methyl cellülosae
Sülfometoxazol	Benemid
Sülfasalizin	Col-Benemid
Sülfipirazin	Azo-Gantand
Sülfazoksazol	Sülfonamidler
Sülfizoksazol + fenazopiridin	Antasol
Tetrasiklin fosfat + Sülfametizol + Fezazopiridin	Azulifidine
Zamk	Anturane
	Gantrisin
	Azo-gantrisin
	Azotrex
	Moxicol

G—Madeni yağlarla birlikte kullanılmaması gereken ilaçlar

Jenerik ad	Ticari ad
Dantron + Dioktilsodyum sülfosüksina + Dioktilsodyumsülfosüksinat	Dorbantly
Dioktilkalsiyum sülfosüksinat	Doxinate
Dioktil sodyum sülfosüksinat + Kazanteranol	Colace
Kalsiyum veya sodyum sülfosüksinat ve preparatları	Doxidan
K,A,D,E vitaminleri ve preparatları	Peri-Colace
Sülfasüksidin	Kalsiyum veya sodium sülfasüksinat
Sülfatalodin	vepreparatları
	A,D,E,K, vit. ve preparatları
	Sülfasuxidine
	Sülfathalidine

H—Dil altı kullanılacak ilaçlar

Jenerik ad	Ticari ad
Eritritol tetranitrat	Cardilate sublingual
Dihidroergakomin + Dihidroergokristin	Hydergine
	Dilaten
	Hidergo
	Toterjin
Eritritol tetra nitrat	Cordilate sublingual
İsooproteranol HCl	Isuprel Glossets
İsosorbit dinitrat	Sorbitrate sublingual
	İsordil sublingual (5 mg tab)
	Sorbid
	Isodin

Nitrogliserin

Isotet

Nitroglycerin

Pentaeritritol tetranitrat

Nitrostat

Peritrate w/Nitrogliserin

İ-Çiğnenerek Kullanılması gereken ilaçlar

Jenerik ad

Ticari ad

Alüminyum hidroksit + Magnezyumtrisilikat

Gaviscon

Eritritol tetranitrat

Cardilate chewable

İsorbitdinitrat

Sorbitrate chewable

Lactobacillus asidofillus +L.bulgaricus

Lactinex tabletleri

Mebendazol

Vjrmox

Meklizin

Antivert chewable

Metdilazin

Tacaryl chewable

Simetikon

Mylicon (80)

Simetikon + Alüminyum hidroksit +

Mylanta (11)

Magnezyumhidroksit

Mintezol

Tiyabendazol

Chymoral

Tripsin + Kimotripsin

J-Çiğnemek, Yutmak veya ağız suyunda çözerek kullanılabilen tablet veya kapsüller

Jenerik ad

Ticari ad

Alüminyum hidroksit jel

Alüminyum hidroksit gel

Belladon alkaloidleri +Fenaborbital

Kinesed

Buklizin klorhidrat

Bucladin - S Softab

Carica papayadan elde edilen protolitik enzimler

Papase

D grubu vitaminler

Orexin saftab

Eritromycin

Erythromycin chewable

Erythocin, Erisül

Eritro, Eritronal

Emisin, Eritronal forte

Laurilin, Erimicin

Pdiamycin chewable

Magnezyum hidroksit gel

Silain gel

Eritromisin etil süksinat

Magnezyum hidroksit jel

Simetikon

Vitaminler +Sodyum florür

Adeflor chewable

K-Süt ve ürünleri ve antiasitlerle kullanılması gereken ilaçlar

Jenerik Ad

Ticari ad

Bisokodil

Dulcolax

Bisacodyl

Demklosiklin klorhidrat

Declomycin

Demklosiklin klorhidrat +Nistatin

Declostatin

Demir glukonat

Fergon

Demirli preparatlar

Demir tuzları ve preparatları

Demir sülfat + Vitamin

Demir sülfat
OksitetrasiklinPotasyum glukonat
Potasyum klorürPotasyumlu preparatlar
Tetrasiklin ve tetrasiklinli preparatlarTetrasiklin
Tetrasiklin fosfat
Tetrasiklin klorhidratVitamin B₁ + Vitamin B₁₂ + Demir
Vitamin B₁ + Vitamin B₁₂

L-Yutulması gereken kapsül veya tabletler

Jenerik ad

Bisakodil

Chloralhidrat

Chloramphenicol

İberet

İberol

Feosol

Terramycin

Oksisiklin

Ossitetra

Sekomycin

Embisin

Tetra

Tetrafen

Kaon

Slow-K

Kaochlor

Kay-Ciel

Potasyum tuzları ve preparatlar

Tetracyclin ve preparatları

Ambranyen, Telio

Biotetra, Natomycin

Devacyclin, Onemisin

Heksasiklin, Lizosiklin

Teramin, Tetralet 500

Terasiklin, Tetralysol

Tetra-V, Tetrerba

Viosiklin, Tetramin

Fumisin, Vitasiklin

Vi-mycin, fosfosiklin

Panter, Criseociclina

Steklin, Tetrex bid caps

Tetracyclin

Tetrex (S)

Sumycin

Robitet

Panmycin

Cyclopar

Achromycin-V

Troph-iron

Trophite

Ticari ad

Bisacodyl

Dulcolax

Chloral hidrate

Noctec

Samnos

Chlormycetin, Misetin

Dietil propion klorhidrat

Donatol + Enzim

Enzim

Eritromisin

Fenmetrazinklorhidrat

Glutamik asit + Pepsin

İsosorbitdinitrat

Kristalize kimotripsin

Metantelin bromür

Metil selüloz

Nitrogliserin

Nitronotat

Pankreatin + Pepsin + Safra

Papaverin klorhidrat

Pentaeritritol tetranitrat

Piperidolat +Enzim

Privinium pomonte

Kloromisin, Synthomycetin

Viklorin, Levosetin

Oralmisetin, Liyomisetin

Paraxin, süperklorin

Kemicetin, süksifen-L

İntramisetin, Rektomisetin

Chloromidina, Bismocetine

Neocetine, Armisetine

Pedimycetine, Colymicin

Vitaklorom, Fenikomycin

Fenikol, Oralmisetin

Devamisetin, Radyomisin

Laromisin, Vitaklorin

Chlorocetin, Romicetine

Farmicetine, silemycine

Tenuate dospan

Tepanil tertab

Donnazyme

Enzypan

Festal

Orenzyme

Ilotycin, emisin

E-mycin, Erisül

Erythrocine, Eritronal

Eritro, Eritronal forte

Lavrilin

Erimicin

Preludin Endurets

Muripsin

Isordil tembids,

İsordil 10 mg tab.

Sorbid 10 mg. tab.

Isodin

Iskoket retard

Avazyme

Banthine (PB)

Cellothyl

Nitrabid

Nitroglyn

Tessalon

Entozyme

Pavabid

Duotrate

Peritrate SA

Dactilase

Povan

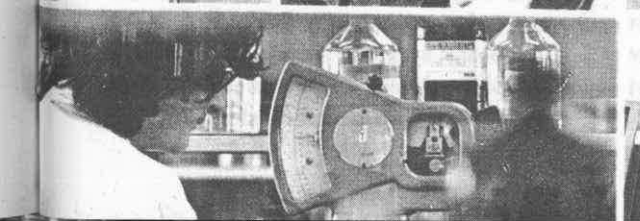
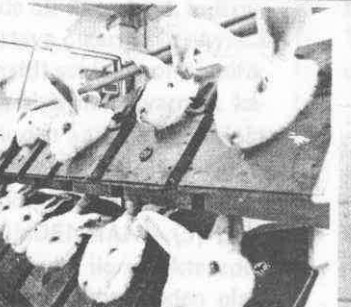
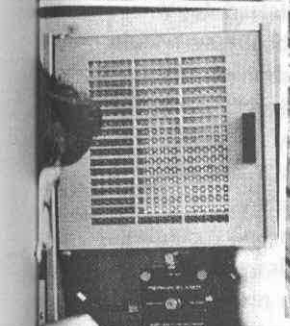
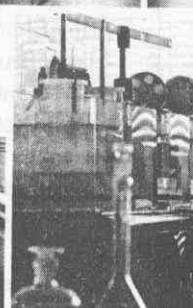
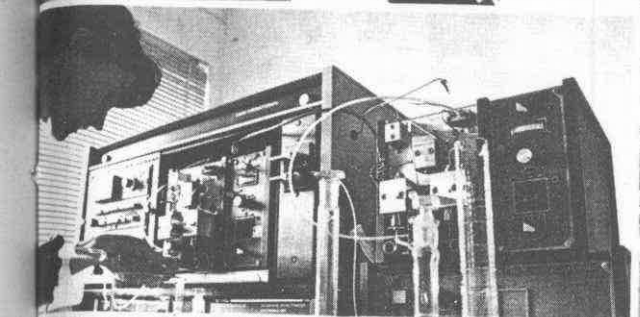
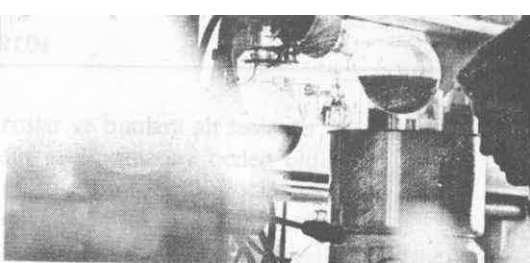
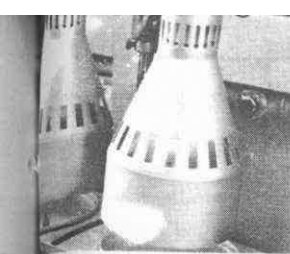
Combantrin

Pirantel

KLİNİK FORUM

**NON SPESİFİK
BAĞIŞIKLIK
MADDELERİNDEN
İNTERFERON**

(Dr.Nejat Uçartürk)



NON SPESİFİK BAĞIŞIKLIK MADDELERİNDEN INTERFERON

Dr. Nejat UÇARTÜRK

Viral hastalıklara karşı doğal olarak oluşan ve vücut savunmasında rol oynayan interferondan tedavi amacı ile yararlanılmaya çalışılması için bugün dahi yoğun deneyler yapılmaktadır. Çok geniş biyolojik aktiviteleri interferondan çeşitli alanlarda yararlanabilmeyi mümkün kılacaktır. En önemli özelliği olan antiviral etkisi ile viral hastalıkların yanında onkogen virüslerin meydana getirdikleri kanserlerin tedavisinde bir ilaç olarak kullanılabilme olanağı ortaya çıkarmıştır. Ayrıca immün sistemi çeşitli şekilde non spesifik hücresel korunma sistemini uyarmak kadar, B-lenfositlerinden antikor üretiminin kontrolünü da yapar.

Tarihsel gelişimi içinde ilk defa 1957 de ISAACS ve LINDENMANN (5) tarafından, İnfluenza virüsü ile enfekte edilmiş hücreler de interferense neden olan ve enfekte hücreler tarafından salgılanan seolubl bir maddenin varlığına işaret edilmiştir. Hücreler virüsle stimule edildiklerinde ki bunlar bütün majör gruptaki vi-

ruslar ve bunlara ait suslardır, bu substansın salgılanmasına neden oldukları görülmüştür. Bu sobulb protein yapıdaki maddeye İNTERFERON adı verilmiştir.

İnferonun meydana gelişindeki mekanizma basit olarak, virüsle, enfekte olan hücreye ikinci olarak giren virüsün gelişmesini ve enfeksiyon yapmasını inhibe eden maddelerin hücre içersinde teşekkül etmesidir. Başka bir deyişle bir hücre veya dokuda hatta vücutta bir virüsün bulunması halinde, başka bir virüsün hücre veya dokuda çoğalamasıdır. Bu olaya İNTERFERENS FENOMENİ veya ÇATIŞMA OLAYI denir. (4) Interferens fenomeninin en belirgin şekilde açıklanması; virüsle enfekte hücreden dışarı virüsün parçası olan, diğer farklı virüslerinde başka hücreler de üremesini önleyen protein yapısında bir madde sızar.

Bu madde virüs üzerinde değil hücre üzerine etki yaptığı, interferensin, hücre içindeki virüsün hücreye adsorbsiyonu, penetrasyonu ve zarfını kaybetmesinden sonraki çoğalma fazında meydana geldiğidir. Doku kültürü çalışmalarında optimal şartlarda 24 saat içinde maksimal interferens elde edilmiştir.

İnferon teşkiline bütün virüs grubu suşları (canlı veya canlılıkları U.V. veya ısı ile azaltılmış virüslerde dahil), viral ribonükleikasitler, non viral ribonükleik asitler, küf prodüktifleri, statolan, helenin, bakteriyel ekzotoksinleri, bazı bakteri grupları, çeşitli polianyonlar, TRIC ajanları, fito hemaglutininler neden olabilmektedirler.

Fiziksel Özellikleri:

Molekül ağırlıkları 20.000-160.000 dalton arasında değişen protein yapıdadırlar. (3) Santrifüjle çöktürülemeyen, lipaz, DNA gibi enzimlerle tahrip olmayan, pH2 de stabil bir maddedir. İnferonun molekül ağırlığı elde edildiği hayvan cinsine, enjeksiyon yeri ve şekline göre değişiklik gösterir.

Klasik olarak üç değişik insan inter-

feronu vardır. Lökositlerden elde edilen α IFN'u ki β alt grubu vardır; fibroblastlardan elde edilen β IFN ve inmün interferon olarak da adlandırılan ve T-lenfosit hücrelerinden elde edilen γ IFN'dır α IFN'lar ve β IFN virüs enfeksiyonlarında ortaya çıkmasına karşın γ IFN antijen ve diğer immün sistem uyarıcıları karşısında teşekkül etmektedir (11,10).

Kimyasal Özellikleri:

İnterferonun başlıca özelliği türe özgü olmasıdır. Yeni tavuk embriyo hücrelerinden elde edilen interferonun fare, maymun veya tavşan hücrelerinde etkisi yoktur. Ancak birbirine yakın türler arasında cross-reaksiyonlar verebilmektedir. Doku kültürü çalışmalarında, hücre türüne özgü fakat stimulant'a özgü olmayan interferonlar meydana getirilebilmiştir.(7)

İnterferonlar poteinik yapıda olduklarında kendilerine karşı antikor meydana getirilebilir. Ancak bunun için adjuvantlarla uzun bir enfeksiyon süresine ihtiyaç vardır. (11)

Elde edilen antiserunlarla interferonun biyolojik aktiviteleri inhibe edilebilir. Küf ürünleri, statolan, helenin ile fotohemaglutürinler hücre kültürlerinde virüsle-rinkine benzer yapıda interferonları teşekkül ettirirler. Hayvanlarda ise statolan ve bazı bakteriler yüksek moleküllu interferon meydana getirirler ve virüslere nazaran daha kısa sürede ortaya çıkarlar (1).

İnterferonların antikorlardan farkı, interferon globülün yapıda değildir; antikorlar lenfoid hücrelerde oluştuğu halde interferonlar enfeksiyonlu hücrelerde oluşurlar; antikorlar virüsü hücre dışına etkilediği halde interferonlar hücre üzerine etki ile virüs çoğalmasını inhibe ederler.

İNTERFERONUN ETKİ MEKANİZMASI

İnterferonların yapıları ve genetikleri hakkındaki bilgilerin yetersiz olması, önceki yıllarda bunların aktiviteleri ve hücre

içi mekanizmalarının tam olarak anlaşılmasını imkansız kılmıştır. Ancak son yıllarda yapılan çalışmalar interferonların fizyolojik fonksiyonları ve antiviral etkilerinin açıklığa kavuşmasına yardımcı olmuştur.

İnterferonlar hiçbir zaman virüsler üzerine direkt olarak etki yapmazlar. Onların hedefi hücre içinde virüsler nedeni ile meydana gelen değişimi ve virüs replikasyonunu önlemektir. Antiviral etkinin görülebilmesi için özgül genlerin aktive olması ve uygun proteinlerin sentezi gereklidir. Virüs enfeksiyonlarında RNA'nın nükleik asidinin teşekkülünün interferon tarafından inhibe edilmesi ile viral RNA polimazasında teşekkülü önlenmektedir. DNA virüsleri ile meydana gelen enfeksiyonlarda yapılan çalışmalar interferonun etki mekanizmasının daha az komplike olduğunu ortaya koymuştur. RNA'nın şekillenmesini inhibe ederken viral DNA'ya da etki etmektedir (2,6,9).

İnterferonlar peptik hormonlarıyla bazı benzerlikler gösterirler. Bunlar çok düşük konsantrasyonlarda etkilidirler.

IIU İnterferon konsantrasyonu $2,5 \times 10^{-13}$ mol/l (mol.ağ.20.000 D ve spesifik aktivitesi 2×10^8 /mg)(12)

İnterferon hücre yüzeyindeki özgül reseptörlere bağlanır. Bağlanmadan sonra çekirdek membranından gönderilen bir mesajla özgül gen aktive olur. Bu "ikinci mesaj veya second message" olarak tarif

MERKEZ İtiryat ve Parfümeri Deposu Kollektif Şirketi

• Eczane levazmatı

• E.Arden

• M.Factor

• İthal parfüm ve deodorantlar

• Baker ürünleri

• Eczacıbaşı ürünleri

Bestekar Sok. 9/B

Tel: 18 63 65

Kavaklıdere—ANKARA

edilir. Interferon için iki tip reseptör gösterilebilir (8).

I. Tip: BIFN ve $\propto$ IFN'nin bütün alt grublarının benzer affinite gösterdikleri bir bağlanma. Bu reseptör 140.000 D mol. ağırlığındadır ve insan kromozom haritasında 21. bölgede bulunur.

II. tip bağlanma reseptörü IFN dir. Hücre yüzeyindeki bu reseptör sayısı birkaç yüz ile birkaç bin arasındadır (8).

RNA ve DNA virüslerinde interferonun inhibisyonu her ikisinde de replikasyon basamağında görülen etki ile olur. Enfeksiyöz viral RNA'ya karşı etki, penetrasyon ve virion'un zarfını kaybettiği safhadadır ve viral m-RNA'nın translation'u esnasında oluşmaktadır. Interferonla muamele edilmiş civciv fibroblastının okunmasını önlemektedir. Interferon-ribozom kompleksi tripsinle muamele edildiğinde m-RNA'nın okunabilme kabiliyeti yeniden kazanılmaktadır.

Bu da muhtemelen antiviral proteinin (AVP) kontrolünü mümkün kılmaktadır. RNA polimeraz ihtiva eden virüslerle enfekte hücrelerde, interferon AVP meydana getirmesine neden olup direkt inhibitör etki göstermelerine sebep olurlar (1,7,8,10,11).

Özetlenecek olursa interferonun etkisi polimeraz sentezini enfeksiyonun sonuna kadar bloke etmektedir.

INTERFERONUN TEDAVİDE KULLANILMASI

Interferonlar etki şekline bağlı olarak direkt virüse değil de enfekte hücrede meydana getirdikleri değişimlerle, virüsün üremesini belli sınırdan inhibe ederek viral enfeksiyonun sınırlandırılmasında antikordan daha etkilidirler. Ancak bu etkinin derecesi ilk olarak virüse, sonra hücre seçinine ve bunlara ilaveten de aşağıdaki parametrelere bağlıdır (6).

1-Uygulanan IFN miktarı, 2-Enfeksiyonun şiddetine (enfekte olan hücre sayısı), 3-Enfeksiyon ve tedavi esnasında hastanın durumuna, 4-Hücresinin metabolik

Interferonlar bilinen antiviral etkileri nedeni ile viral hastalıkların tedavisinde ve bunlardan korunma amacı ile kullanılmaları düşünülmekte; ancak kesin bir uygulamaya konulamamıştır. Interferonlar genellikle immünosupresif hastalıklardaki viral enfeksiyonlar ve kronik hepatif gibi ölümcül olabilen hastalıklarda denenmektedir. Bu denemelerde interferonların esas profilaktik korunmasıdır. Lökosit interferonu ($\propto$ IFN) kanserli hastalardaki herpes zooster enfeksiyonunda etkili bulunmuştur.

Bu $\propto$ IFN hastalığın yayılmasını ve visseral komplikasyonları önlemiş ve post-herpetik neuraljiyi de azaltmıştır. Yine lösemili çocuklarda ölümcül olabilen herpes zooster üzerinde de interferon tedavisi etkili bulunmuştur.

Hepatite, Herpes genitalis, sitomegalovirüs hastalığı ve kuduz gibi ciddi viral hastalıklarda da interferonun etkili olabileceği düşünülmektedir. İntranazal olarak verilen interferonun burun mukozasında yeterli doza ulaşabildiğinde soğuk algınlığından korunmada etkili olabilmektedir (2).

Önceleri interferonun sadece antiviral etkiye sahip olduğu ve diğer etkilerinin bu antiviral etkinin bir parçası olduğu düşünülürken; bugün bilinen antitümör etkisinin birüsler üzerindeki antiviral etkiden bağımsız olduğudur.

Deneyler virüslerin neden olduğu tümörler kadar, kimyasal maddelerin neden olduğu veya kendiliğinden oluşan tümörleri de inhibe ettiğidir (2,12).

Bu antitümör etki, tümör hücreleri üzerine direkt etkili olabildiği gibi organizmanın tümörü yok etme kabiliyetini arttırıcı indirekt etki-den de ileri gelebilmektedir. Tümör hücrelerine direkt etki-de interferonun hücre büyümesini yavaşlattığı ve böylece hücre çoğalmasını inhibe edebileceği sonuçta da hücre ölümüne neden olduğu bilinmektedir (2).

Bu etki tümör hücrelerine özgül olmayıp, normal hücrelerin bölünmelerini

dinhibe etmektedir. İnterferonlar ayrıca tümör hücrelerinin yüzeyinde de bir takım değişikliklere neden olarak, organizmanın savunma elemanlarına karşı daha duyarlı hale gelmesine sebep olmaktadır.

İndirekt etkide ise immün sistemin "Natural Killer Hücrelerinin" (tümöre saldıran hücreler) aktivasyonuna neden olduğu, ayrıca makrofajların fagositik aktivitelerinin de interfezonlar vastası ile olduğudur. Bir diğer etki şekli ise organizma hücreleri tarafından üretilen ve yapımları interfezonlar tarafından indüklenen prostaglandinler, histamin ve hormonların indirekt olarak antitümör etkiye katkıda olabilecekleridir. Ancak bu şimdilik olası olarak düşünülmektedir (12).

Bütün bunlar interfezonların antitümör ajan olarak klinikte yararlı olabileceğini düşündürülebilir. Ancak kesin kanıtlanmamakla beraber bazı durumlarda interfezonlar tümör oluşumunu arttırıcı rol oynayabileceği unutulmamalıdır.

Bu etki şekillerine göre interfezonlar antiviral ve antitümör tedavisi amacıyla kullanılmaları deneysel de olsa kliniklerde uygulamaya konulmuştur. Kullanılan interfezonlar klasik üç tip ve bunların subgruplarıdır. Ancak bu kullanımları sınırlayan interfezonların toksisiteleri ve yan etkileri olmaktadır. Bunun için de çok iyi doz ayarlamasının yapılması gerekmektedir. Doz ve doz rejimine bakılmaksızın bütün interfezonların preparatları santral sinir sistemine toksik etkilidir (12). Bu da günümüzde interfezonların klinikte kullanımlarında doz sınırlayıcı bir faktördür.

Kanser de interfezon kullanımı üzerinde yapılan çalışmalarda ki daha çok lenfoblastoid interfezonu kullanılmaktadır. IM. enjeksiyon veya IV. kullanılmaktadır. Masa tolere dozu IM enjeksiyonda günlük 7.5 mega U./m² iken IV. infüzyonda günde 100 mega U./m² kadar çıkılabilmektedir. Ancak dozun daha yüksek olmasının daha etkili olacağına dair bir kanıt yoktur. Optimum dozun ayarlanmasında interfezonun antitümör aktivite mekanizması önemlidir. Örneğin ilaç bilinen

sitotoksikler gibi direkt tümör üzerine etki ediyorsa yüksek doz optimal olabilir. Buna karşın ilaç organizmadaki immün sistemi uyarak etki ediyorsa düşük doz daha etkilidir. Çünkü yüksek doz uygulamasında bu uyarıcı etki azalmaktadır (12).

Bunun yanında interfezonun sitotoksik cevabı değiştirdiği görüşü hakimdir.

Bu kemoterapiye dirençli hastaların interfezonlarla bir süre tedavisinden sonra, önceden dirençli oldukları kemoterapötiklere duyarlı hale geçtikleri gözlenmiştir. Değişik interfezon kombinasyonlarının kullanımı (γ IFN, ve β IFN'ların etkisini arttırmaktadır), interfezonların radyoterapiyi potansiye edebilecekleri üzerinde bazı olumlu kanıtlar bulunmaktadır (9).

YAN ETKİLERİ

İnterfezonla yapılan toksisite çalışmalarının sonuçlarına göre; intranazal uygulamanın burun tıkanıklığı dışında başka bir yan etki oluşturmamasına karşın, parenteral verilşte belirgin reaksiyonlara neden olabilmektedir.

Esas etki ateş, baş ağrısı ve kırıklık gibi belirtileri kapsayan "Ateşli Reaksiyon Kompleksi"dir. Ayrıca lenfosit sayısında düşme ve serum kortizol seviyesinde belirgin bir artış göze çarpar. Bu belirtiler daha önce düşünüldüğü gibi kontaminantlardan değil saf interfezondan ileri gelmektedir.

Bu da virüs enfeksiyonlarına karşı ateşli cevabın interfezondan ileri geldiği düşündürmektedir.

İnterfezonun en belirgin yan etkilerinin tersinir kemik iliği depresyonu, saç dökülmesi ve büyümenin engellenmesi olduğu görülmektedir. Hayvanlarda karaciğer ve böbrek üzerine etkileri görülmüştür. Ayrıca interfezona karşı antikor oluşabileceğinden, interfezon olan hastalarda oto-immün hastalık bildirilmemiş olmakla beraber parenteral interfezon kullanımında dikkatli olunması gerekmektedir.

DERLEME

MAKALE

İLAÇLARA BAĞLI FOTOSENSİTİVİTE

(Dr.Ecz.GönülŞahin

Prof.Dr.Suna Duru

Ecz.Fak.Formasötik

Toksikoloji

Ana Bilim Dah)

İLAÇLARA BAĞLI FOTOSENSİTİVİTE

Dr. Ecz.Gönül ŞAHİN

Prof. Dr. Suna DURU

* Eczacılık Fakültesi

Formasötik Toksikoloji

Anabilim Dalı

Son 15-20 yıldır güneşin uyardığı küta-
noz reaksiyonlar yaygın hale gelmiştir. Bu
durum sadece sosyal bir eğilim olan
bronzlaşma eğiliminden kaynaklanma-
maktadır, aynı zamanda çevremize ve bi-
lerek bilmeyerek kullanıma çok çe-
şitli maddelerin girmesinden de kaynak-
lanmaktadır. Tedavi ve kozmetik amaçlı
bir çok bileşiğin fotosensitivite etkisi var-
dır. Özellikle tedavi ve kozmetik amaçlı
maddelerin neden olduğu fotosensitivite
reaksiyonları iki grupta toplanabilir.

1. Fototoksik reaksiyonlar

a. Fotodinamik (Oksijene bağımlı)

b. Fotodinamik olmayan (Oksijene
bağımsız)

2. Fotoallerjik reaksiyonlar

a. Antibody aracılığı ile olan

b. Hücre aracılığı ile olan

Hangi tip fotosensitivite reaksiyonu
olursa olsun, mutlaka fotokimyasal reak-
siyonun temel prensibini takip etmek zo-
rundadır. Bu prensip, fotosensitiviteye ne-
den olan molekülün bu reaksiyonu



oluşturabilmesi için irridasyon sırasında
mevcut olması ve spesifik fotoreaksiyo-
nun etki spektrumu fotosensitizelerin ab-
sorpsiyon spektrumunu içermesi gerekti-
ğini belirtir.

FOTOTOKSİSİTE

Fototoksik reaksiyonlar ya ilaçtan ve-
ya bazı diğer kimyasal maddelerden kay-
naklanabildiği gibi, fotoduyarlık yapıcı
maddenin mevcut olduğu metabolik bir
rahatsızlıkla birlikte de seyredebilir (Ör-
neğin Porfiria da olduğu gibi). İlaçların
neden olduğu fototoksik reaksiyonlar
hem sistemik hem oral tatbikle ve ilk te-
masta kişilerin % 100'ünde gelişebilir.

Doz-cevap eğrisinin, fototoksiste sıklı-
ğı ile sensitizelerin konsantrasyonu ve ışık
miktarı ile doğru orantılı olduğu gösteril-
miştir. Genellikle akut fototoksik reak-
siyonlar, eritem, ödem, su toplama ve
takiben hiperpigmentasyon, pul pul soyul-
ma ile karakterizedir. Akut fototoksik
reaksiyonlar güneşe maruz deride daha
yaygın görülür. Aniden yanma, batma,

sokma hissi gelişir. Klinik akut fototoksik reaksiyonlar, temastan 1-2 dakika veya 2-3 saat sonra gelişir, birkaç gün içinde en yüksek noktaya erişir. Fototoksik reaksiyonları, konakçının özellikleri etkileyebilir. Bu özellikler (pigment, stratum korneumun kalınlığı v.s.) radyasyonun penetrasyonunu etkiler. Bu reaksiyonlar topik fotosensitizerlerle, perkütanöz absorpsiyona ve deride metabolizmaya bağlıdır. Sistemik etkili olanlar ise, gastro-intestinal absorpsiyona ve kimyasal maddelerin dağılım ve metabolizmasına bağlıdır. Bütün bunlara ilâveten, artan nem, ısı, rüzgar gibi çevresel etmenler, fototoksik cevabı hızlandırabilir. Fotosensitizerler epiderm de olduğu gibi, epidermal hücre dejenerasyonu histolojik olarak ortaya çıkar. Psoralen (Şek-1) gibi etkin fotosensitizerler deriye uygulandığında bu durum çok açık olarak görülür. Bunun tersine, madde sistemik uygulanıyorsa primer tahrip derimde görülür. Çünkü madde dolaşım ile derme kadar ulaşır. Epidermde minimal bazı değişikliklerde görülebilir. Doğu mikroskopla incelendiğinde vasküler tahrip saptanabilir.

Kronik fototoksik reaksiyonlarda söz konusudur. Hayat boyu güneş ışığına maruz kalmak (Özellikle UVB'ye 290-320 nm) kırışıklığa, atrofiye, hipo-hiper pigmentasyona, maküllere, telanjiktaziye, sarı papüller ve plak oluşumlarına, keratotik oluşumlara ve bazen de cilt kanserlerine neden olmaktadır. Bütün bunlar tütanöz değişikliklerdir. Bu şekilde kronik olarak tahrip olmuş deri çatlar, hafif bir travma ile yırtılabilir. Bu olgular dermal kornektif dokunun desteğini kaybetmesine bağlıdır. Histolojik olarak derinin incelenmesi ile anormal keratinositler görülür. Dermde ilerleyen dejenerasyon vardır, vasküler ektazi, asit mukopolisakkaritlerin artması kollejen kaybı, elastik doku birikimi gibi değişiklikler gözlenir. Bu değişimlerin hepsine birden "Aktinik elastozis" denir. Genellikle ilaçların yol açtığı kronik fototoksik reaksiyonlarda söz konusudur.

Özellikle psoriasis tedavisinde fotokemoterapi (UVA 320-400 nm psoralen bileşiği) uygulanmaktadır. Bu hastalarda aktinik elastozis ve kütanöz kanser oluşumları bildirilmektedir. Bütün bunlara ilâveten, epidermal hücrelerin fokal distrofisi, melanositlerde atipik değişiklikler ve derm-epiderm arasında kolloid ve amiloid birikimi gözlenmektedir. Son zamanlarda kömür katranı ve UVB'ye maruz psoriatik hastalarda artan kanser inodansı bildirilmektedir. Çünkü kömür katranının fotosensitizasyona neden olan etki spektrumu UVA bölgesindedir. UVB de ayrıca uygulanınca, hasta toplam kanserojenik etkiye maruz kalmaktadır, dolayısıyla kanser inodansı artmaktadır. Nalidiksik asit, tetrasiklin HCL ve sulfonların neden oldukları fototoksik reaksiyonlar, kronik fototoksik reaksiyonlara örnek verilebilir. Klinik olarak bu reaksiyonlar, su toplama, frajilite, milia oluşumu, sklerodermit değişiklikler ile karakterizedir.

FOTOTOKSİK REAKSİYON MEKANİZMALARI

İlaçların yol açtığı fototoksik reaksiyonlar üzerinde yapılan araştırmalar fototoksikitenin mekanizmalarının daha iyi anlaşılmasına yol açmıştır. 3 farklı mekanizma tarif edilmiştir.

1. Fototoksik molekülün eksite hali ile biyolojik hedef arasında doğrudan bir reaksiyon sonucu, kovalent foto katım ürünü meydana gelir ve bu ürün fototoksik reaksiyona neden olur. Örneğin; klorpromazin ile protein veya DNA arasında reaksiyon sonucu fototoksik ürün meydana gelir. Metoksalen (9-metoksipsoralenler) ile pirimidin bazları arasında bazı reaksiyonlar sonucu kovalent fotokatım ürünü meydana gelir.

2. Fototoksik ajan, proton absorbe ederek biyolojik substrat için toksik ürünler oluşturabilir. Klorpromazin fototoksik reaksiyona böyle bir mekanizma sonucu

oluşan ürünü dolayısıyla neden olduğu da ileri sürülmektedir.

3. Fototoksik molekülün iridasyonu oksijen molekülüne enerji transferine yol açabilir. Böylece toksik aktif oksijen türlerini (Süperoksit anyonu, singlet oksijen, hidroksil radikali gibi). Bunların biyolojik hedef ile etkileşmesi fototoksik reaksiyonlara neden olduğu ileri sürülmektedir. Örnek olarak ksanten boyaları, tiazin boyaları verilebilir. Çok yeni veriler, komplekslerin fototoksik lezyon gelişmesinde önemli rol oynadığını göstermektedir.

Fototoksik reaksiyonların eritrojenik mediyatörleri tam anlaşılamamıştır. UVB'nin fototoksitesinde prostaglandinlerin rolü büyük olduğu bilinmektedir.

ÖNEMLİ FOTOTOKSİK AJANLAR

Sık kullanılan, oral veya lokal tatbik edilen fototoksik reaksiyona neden olan ajanlar tab-1 de verilmiştir. Bazılarının kısaca üzerinde durmak yararlı olacak kanıdayız.

a) Psoralen Fototoksitesi

Psoralenler furokumarin halkası içermektedir. Klinikte en çok kullanılanları, psoralen, 9-metoksipsoralen, 5-metoksipsoralen, trimetoksipsoralen dir. Vitiligo, psoriasis, mikozis de kullanılırlar. Fotodinamik olmayan özellikle fototoksik reaksiyon oluşturmakta oldukları ileri sürülmekle beraber, deri kanseri ve ağır eritem gibi etkilerinin izahı fotodinamik mekanizma ile açıklanmaktadır.

b) Klorpromazin Fototoksitesi

Psikiatrik vakalarda sıklıkla kullanılan bir antipsikiatrik ajandır. Fototoksiteye neden olduğu bilinmemektedir. Ve invitro sistemlerde de (bakteriofaj, virus, kırmızı kan hücrelerinde) yoğun araştırmalar yapılmıştır. Klorpromazin alan hastaların özellikle ışığa maruz derilerinde koyu gri

hiperpigmentasyon görülmektedir. Bu etkilerine fotokatım ürünü oluşturarak neden ve ayrıca dayanıklı fotoürünler oluşturarak hemolize ve toksik reaksiyonlara neden oldukları bildirilmektedir.

c) Tetrasiklin Fototoksitesi

Tetrasiklinlerden demetilklorotetrasiklin en etkin fototoksik ajandır. Hem akut hem kronik fototoksik reaksiyonlara neden olmaktadır.

d) Nalidiksik Asit Fototoksitesi

Bakteriostatik bir bileşiktir. Üriner enfeksiyonlarda çok yaygın olarak kullanılmaktadır. Büllöz deri tezahürlerine, fragilitate, kabarcık oluşumlarına en fazla ışığa maruz kısımlarda olmak üzere ve bazen de çok yaygın oluşumlara neden olmaktadır.

e) Non-steroidal Anti İnflamatuvar Ajanların Fototoksitesi

Son 10 yıldır, non-steroidal antiinflama tuvar ajanlar (NSAI) yaygın kullanılmaktadır. Osteo artirit, romatoid artirit, Psoriasis tedavisinde kullanılmaktadır. Ağır ve yaygın fototoksik reaksiyonlara neden olmaktadır. Bu ajanlardan benoksaprofen hariç hepsi siklooksijenaz inhibitörüdür (dolayısıyla prostaglandinlerin), benoksaprofen ise 5-lipoksijenaz inhibitörüdür (dolayısıyla lökotrienlerin) Reaksiyonları çoğunlukla vezikulobüllöz ve kaşıntılıdır.

FOTOTOKSİTENİN İNCELENMESİ

Genellikle 3 ana teknik kullanılır.

1. Sistemik tatbik
2. Lokal tatbik
3. Statum korneum çıkarılıp intradermal tatbik

FOTOALLERJİ

Fotoallerjik temas reaksiyonla klinik olarak allerjik temas dermatitin herhangi bir tipi ile aynıdır. Muhtemel cevap, basit eritemden, şiddetli vezikülobüller döküntülere kadar değişir. Yaygın klinik tablo ekzamatözdür. Mekanik bir basit travma ile (ovma gibi) hemen likenleşme görülebilir. Işığa maruz bölgelerde bu durum şiddetlidir, bazende yaygın olabilir. Karakteristik bulgular dermedir. Epidermde ödem olabilir. Yoğun perivasküler yuvarlak hücre infiltrasyonu görülebilir. Fototoksositeye kıyasla daha az görülür. Sonradan kazanılan antibody aracılığı ile veya hücre aracılığı ile cevap oluşur. Fotoallerjenlerden yetişkinler çocuklara göre daha fazla etkilendikleri ileri sürülmektedir. Optik parlaticıların imal edildiği yerlerde çalışanlarda toplu fotoallerjik reaksiyonlar geliştiği bildirilmektedir. Aynı şekilde, klompromazin, sülfonamid, halojene salisilanilidler, jadit (buklozamid + salisilik asit) ağır seyreden fotoallerjik reaksiyonlara neden olduğu bildirilmektedir. Fotoallerji temas ve sistemik ilaç allerjisi şeklinde olabilir.

Fotoallerjenlerin aydınlatılması, hastanın anamnezi ile açıklık kazanır. Ama hastaların çoğu belirgin ilaç, kozmetik kullanmıyorsa temasa geldikleri veya sistemik aldıkları fotoallerjeni bilmezler (Yenilen gıdalardaki katkı maddeleri, sabun ve kozmetiklerdeki bazı maddeler gibi).

Yaygın olarak temas fotoallerjisine ve sistemik fotoallerjiye neden olduğu saptanan ilaçlar ve maddeler tablo-2'de görülmektedir.

Fotoallerjinin mekanizması son zamanlarda irridasyondan hemen sonra oluşan serbest radikallerin proteinle reaksiyon verip toksik etkilere neden olabileceği görüşü yaygındır.

KAYNAKLAR

1. Abel, E.A. and Farber, E.M.: Photochemotherapy; in Rook and Savin (Eds) *Recent Advances in Dermatology*, pp. 259-283 (Churchill Livingstone Edinburgh 1980).
2. Allen, H. and Kaidbey, K.H.: Persistent photosensitivity following occupational exposure to epoxy resin. *Archives of Dermatology* 115: 1307-1310 (1979).
3. Amblard, P.; Beani, J.C. and Raymond, J.L.: Persistent light reaction due to phenothiazines in atopic disease. *Annals of Dermatology and Venereology* 109: 225-228 (1982).
4. Beardmore, G.L.: Recalcitrant sporotrichosis: A report of a patient treated with various therapies, including oral miconazole and 5-fluorocytosine. *Australasian Journal of Dermatology* 20: 10-13 (1979).
5. Blum, H.F.: Studies of photosensitivity due to sulfanilamide, *Journal of Investigative Dermatology* 4: 159-173 (1941 b).
6. Burckhardt, W. and Schwarz-Speck, M.: Photoallergisch Ekzeme durch Nadin. *Schweizerisch Medizinische Wochenschrift* 87: 954-956 (1957).
7. Burry, J.N.: Persistent light reactions from buciosamide *Archives of Dermatology* 101: 95-97 (1970).
8. Emmet, E.A.: Diphehydramine photoallergy *Archives of Dermatology* 110: 249-251 (1974).
9. Epstein, E.: Persone dermatitis in men. *Journal of the American Medical Association* 209: 911-913 (1969).
10. Epstein, J.H.: Adverse cutaneous reactions to the sun: in Malkinson and Pearson (Eds) *Yearbook of Dermatology* pp. 5-43 (1971).
11. Epstein, J.H.: Photoallergy: A review. *Archives of Dermatology* 106: 741-748 (1972).
12. Epstein, J.H.: Phototoxicity and photoallergy: In Pathak et al. (Eds) *Sunlight and Man*, pp. 459-477 (1974).
13. Epstein, J.H.: Phototoxicity and photoallergy in man. *Journal of the American Academy of Dermatology* 8: 141-147 (1983).
14. Epstein, J.H., Wintroub B.U.: Photosensitivity Due to Drugs, *Drugs*, 30: 42 (1985).

15. Epstein, J.H., Tuffanelli, D.L. and Epstein, W.L.: Cutaneous changes in the porphyrias: A microscopic study. *Archives of Dermatology* 107: 689-698 (1973).

16. Epstein, J.H., Wuepper, K.D. and Maibach, H.I.: Photocontact dermatitis to halogenated compounds and related compounds. *Archives of Dermatology* 97: 236-244 (1968).

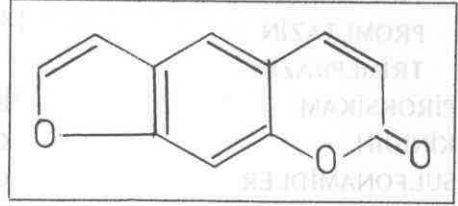
17. Erickson, L.R. and Peterka, E.S.: Sunlight sensitivity from oral contraceptives. *Journal of the American Medical Association* 203: 980-981 (1968).

18. Kobori, A. and Araki, H.: Photoallergy in Dermatology. *Journal of Asthma Research* 3: 213-215 (1966).

19. Kochevar, I.E.: Photoallergic responses to chemicals. *Photochemistry and*

Photobiology 30: 437-442 (1979).

20. Kochevar, I.E.: Phototoxicity mechanisms: Chlorpromazine photosensitized damage to DNA and cell membranes. *Journal of Investigative Dermatology* 77: 59-64 (1981).



ŞEKİL-1: Psoralen bileşiği, Furokumarin halkasına sahip, deride pigmentasyona neden olan bileşik.

TABLO-I. SIK KULLANILAN, ORAL VEYA LOKAL TATBİK EDİLEN FOTOTOKSİK REAKSİYONA NEDEN OLAN AJANLAR

İLAC	KLİNİK ETKİ	ETKİ SPEKTRUMU (nm)
AMİODRON	GEÇİKMİŞ, ERİTEM, GRİ PİGMENTASYON	
BENOKSAFROFEN	PRURİTİS, GEÇİKMİŞ, ERİTEM FOTO-ONİKOLİZ	310-340
KÖMÜR KATRANI TÜREVLERİ	ERİTEM, MELANOZ	320-430
ANTRASEN		
METİLANTRASEN		
AKRİDİN		
FENANTREN		
BENZO (a) PİREN		
FUROKUMARİNLER	GEÇİKMİŞ, ERİTEM, FİTOFOTO DERMATİT	320-380
PSORALEN		
5-METOKSİPSORALEN		
9-METOKSİPSORALEN (METHOXASALEN)		
4,5,6-TRİMETİLPsorALEN (TRİOXSALEN)		
HALOJENE SALİSİLANİLİTLER	FOTOALLERJİK KONTAKT DERMATİTLER	320-400
MUSK AMBRETTE (LEZZET VE KOKU VERİCİ MADDE)	EKZAMATOZ REAKSİYON	310-380

NALİDİKSİK ASİT	BULLAE, MİLİA, FRAGİLİTE,	320-360
FENOTİYAZİNLER	GEÇİKMİŞ ERİTEM, EKZEMATÖZ	
	REAKSİYON, GRİ PİGMENTASYON	320-400
KLORPROMAZİN		
TİORİDAZİN		
PROMETAZİN		
TRİMEPRAZİM		
PİROKSİKAM	BULLAE, GEÇİKMİŞ ERİTEM	
KİNİDİN	GEÇİKMİŞ ERİTEM	320-380
SULFONAMİDLER	GEÇİKMİŞ ERİTEM,	315-340
	EKZEMATÖZ REAKSİYON	
TETRASİKLİNLER	GEÇİKMİŞ ERİTEM, FOTOONİKOLİZ, BUL-	
	LAE, FRAGİLİTE MİLİA	350-380
6-METİLKUMARİN	EKZEMATÖZ REAKSİYON	320-380
TİAZİDLER	GEÇİKMİŞ ERİTEM, EKZEMATÖZ	300-400
	REAKSİYON, LİKEOİD DÖKÜNTÜ,	
	BULLAE	

TABLO 2-YAYGIN OLARAK FOTOALLERJİYE NEDEN OLAN BİLEŞİKLER

A-YAYGIN OLARAK TEMAS FOTOALLERJİYE NEDEN OLAN KİMYASAL BİLEŞİKLER

PABA

ANTİHİSTAMİNİKLERİN ÇOĞU (ÖRNEK: DİFENHİDRAMİN)

AMİL DİMETİLPABA

OKTİL DİMETİLPABA

TETRAKLOROSALİSİLANİLİD

TRİBROMOSAİSİLANİLİD

SULFONAMİDLER

TRAŞ SONRASI LOSYONLARI

KOLONYA

OPTİK PARLATICILAR

HERACLİUM (UMBELİFERACEA FAMILİYASINDAN)

GÜNEŞ YAĞLARI

EPOKSİREÇİNELER

MUSK AMBRETTE (LEZZET VE KOKU VERİCİ MADDE)

PSORALEN

FENOTİYAZİNLER

B—SİSTEMİK İLAÇ FOTOALLERJİSİNE NEDEN OLDUĞU SAPTANAN İLAÇLAR

SULFONAMİDLER

SULFANİLÜRELER (ANTİDİABETİK)

ANTİHİSTAMİNİKLER

ORALKONTRASEPTİF HORMONLAR

TİAZİD DİÜRETİKLERİ

KLORDIAZEPOKSİT

FENOTİAZİNLER

SUNİ TATLANDIRICI KALSİYUM SİKLAMAT

KLOROKİN

KİNİDİN

KARPROFEN

5-FLOROSİTOZİN

GRİSEOFULVİN

BİLİM
HABERLERİ

GÜNCELLEME
HORMONLAR
DALIS AÇISI
STEREOMİKAL YAPIDA OLMAYAN AN-
TIHİSTAMİNİK İLAÇLAR VE OZ-
ON GASTROİNTESTİNAL ADVERS
REAKSİYONLAR

BİLİM **HABERLERİ**

**GÜNÜMÜZDE
HOMEOPATİYE
BAKIŞ AÇISI**

**STEROİDAL YAPIDA OLMAYAN AN-
TİENFLAMATUAR İLAÇLAR VE CİD-
Dİ GASTROİNTESTİNAL ADVERS
REAKSİYONLAR***

GÜNÜMÜZDE HOMEOPATİYE BAKİŞ AÇISI

Homeopati, hastalıkları ve yapısal sorunları, çok düşük konsantrasyonlardaki etkin maddeler aracılığıyla holistik biçimde tedavi eden bir bilimdir. Burada holistik deyim, hastalığı kişinin fiziksel, mental, emosyonel bütünündeki bozukluk olarak kabul eden kavramdır. Bu etkin maddeler kimyasal, mineral, hayvansal ve bitkisel kaynaklı olabilir.

Homeopati 3 prensibe dayanır. (Latince kaynaklı olan bu kelimedede homeo: benzer pathos: ızdırap anlamına gelmektedir)

1-"Similia similibus curentur" (Benzeri benzerle tedavi)

2-Tek doz kullanılması

3-İlaçların minimum potensinin kullanılması

"Similia similibus curentur" çok önceden bilinen bir kavram olup Hipokrat ve Paracelsus, bu prensibi, vücudun kendi iyileştirici güçlerini yavaşça uyararak tedaviyi sağlamak amacıyla uygulanmışlardır.

Hipokrat sağlıklı kişilere verildiğinde hastalarda görülenlere benzer semptomla-

ra yolaçan ajanların kullanılması halinde hastaların genellikle iyileştiğini belirlemiştir.

Homeopatik İlacın Belirlenmesi:

Homeopatik etkinin bilimsel temeli henüz açıklanmış değildir. Ancak genel teori geçen zaman içinde ispatlanmıştır.

Homeopatik tedavide sorunların çözümlenmesi, ayrıntıların incelenmesi çok zaman ister. Öncelikle hastanın tüm hikayesi ve semptomları kaydedilir, homeopath "benzeri" bulmak için semptomlardan hareketle homeopatik ilacı belirler.

Homeopat, düşük ama vücutla var olan iyileştirici güçleri harekete geçirmeye yeterli potence tek bir homeopatik ilaç uygular. Yalnız bir tek ilacın uygulanması işe yarayıp yaramadığının belirlenmesi içindir. Eğer sonuç kısmı veya olumsuzca homeopat durumu gözden geçirecek diğer bir homeopatik seçilmesine karar verecek, aynı homeopatik ilacı daha yüksek potence uygulayacak veya sadece bekleyecektir.

Sabır çok önemlidir. Yüzyılımızın en mükemmel homeopati olan J.T. Kent bu konuda

"....Unutmayın ki hasta kendi kendini tedavi etmek zorunda olan kişidir. İlaç ona çare olamaz. Sadece yaşamsal reaksiyonlarını başlatır. Homeopatik tedavi uyguladıktan sonra hastayı kendisiyle başbaşa bırak, aray girme. Bu konuda biraz erken davranmaktansa biraz geç davranılması daha uygundur. Yani yavaşça hızlı gitmek zorundasınız. Bunun başka yolu yoktur." demiştir.

Homeopati bilimsel temele dayalı olarak homeopatik ilacın, dozun ve potensin seçilmesi yanında deney ve gözleme dayalı olarak gelişen, bir olayı önceden sezinleme yeteneğini de gerektirir. Homeopati de tıp ve eczacılık gibi bir sanattır.

İmmünizasyon:

Aşılar vücutta antikorların oluşmasına neden olmasına rağmen aşılama işlemi allopatide "similia" prensibinin kullanıldığını gösterir. Bazı homeopatikler, örneğin "nosodose"lar (hastalık ajanının ekstraktından hazırlanan homeopatik ilaçlar) immunize edici ajanlar gibi hareket eder. Örneğin psorinum, Antracinum, Syphilinum, Difterinum "Nosodose" olmayan diğer homeopatikler de vücut savunmasını güçlendirerek etki gösterirler. Örneğin arsenik tagositozu uyarır; Veratrum viride opsonik indeksini artırır (Hepar sulp.nin staph. aureus üzerine etkisi gibi); Baptisia tifo basili üzerinde serumun aglutine olma gücünü arttırarak etki oluşturur.

Yaşamsal Güç:

Homeopatinin babası olan Hahneman (1755-1843) 1810'da yayımladığı "İyileştirme Sanatının İlkeleri" adlı kitabında o zamana kadar bilinen hastalık teorilerine benzemeyen bir teori ileri sürmüştür.

O, hastalığın kişilerin yaşamsal gücündeki insanlar arasındaki farklılıklar nedeniyle sayılamayacak kadar çok biçimde ortaya çıkan ve farklı homeopatik ilaçları gerektiren bir düzensizlik olduğu düşüncesindeydi.

Bazı insanların hiç hastalığa yakalanmadığını görür, bu kişilerin kuvvetli bir yapıya sahip olduğunu söyleriz.

Böyle karmaşıklıklar homeopatiyi köstekleyebilir. Allopatlar hastaları çabuk tedavi etmek için antibiyotikler, steroidler ve palyatiflerden yararlanma olanağına sahiptirler. Oysa homeopatlar felsefi ve terapötik inanışlarından dolayı bunu yapamazlar. Homeopatlar günümüz toplumunda hastadan hastaya değişen ihtiyaçları karşılayabilmek için sürekli çalışmalıdır.

Miasmik Teori:

Hahnemann bazı hastaların başlangıçta tedaviye iyi cevap verdiklerini fakat sonra fiziksel ve ruhsal stres altında yeniden hastalandıklarını bildirmiştir. Travma ruhsal stres, havadaki değişiklik, yetersiz diyet, kalıtsal faktörlerden dolayı kişinin yaşamsal gücü uygun cevabı veremez. Bu durum onun, kendini "psora", "sifilis", "sycosis" biçimde belli eden hastalıklara ilişkin miasmik teoriyi keşfetmesine neden oldu.

Bu teoriyi keşfetmesinden sonra hastalarında büyük oranda iyileşme kaydetti.

Potentizasyon:

Homeopatiyi terapötik anlamda kullanışlı kılaacak olan ancak alışlagelmiş biçimde eğitilmiş kişiler tarafından kabul edilemeyen husus potentizasyondur. Bu konuda Hahnemann:

"Homeopatik etkinlik işlenmemiş doğal materyalde gizli (latent) olarak bulunan tıbbi özellikleri harekete geçirme sürecidir" demiştir.

Hahnemann çok fazla seyreltilen ve şiddetle çalkalanan hammaddelerin tedavi gücünün büyük oranda arttığını keşfetmiştir.

Yaptığı işlem şuydu. 1 damla stok çözeltiye 99 damla hidroalkolik solüsyon ilave etmiş, elde birkaç dakika şiddetle çalkalamış ve 1,1., 1C şeklinde gösterilebilen yüzde bir potensli dilüsyon elde etmiştir. (Avrupa'da bu 10 ya da 1CH olarak belirtilebilir). Bunu izleyen daha yüksek potens düzeyine ulaşabilmek için hazırladığı bu yüzde birlik dilüsyondan 1 damla almış, 99 damla seyreltici ilave etmiş ve 2C(1/10.000) elde etmiştir. Çok yüksek potenslere varıncaya kadar bu işleme devam edilebilir

Bu işlemin sonuçları tamamen bir paradokstur. Çünkü Avagadro Kanunu'na göre 12C konsantrasyonuna varıldığında orijinal maddenin hiçbir molekülü kalmaktadır. Buna rağmen 10M (M 1000 veya 10.000 C'dir) potensin tedavide kullanımı yaygındır. Genellikle homeopatide 3C-12C düşük potens, 30C-200C orta, 200C den yukarısı yüksek potens olarak ele alınır.

Barnard ve Stephenson polimer zincir oluşumuyla etken maddeden çözücüye bir alan etkisinin geçtiğini ileri sürmüştür. (1)

Bu yapı, bu "kalıp" hidroalkolik çözeltiye geçtiğinde, vücutta etki görülmesi için etken maddenin kendisinin bulunmasına gerek kalmamaktadır.

Kabul Görmüş İşlemler:

Ham materyalin toplanması, ana çözelti preparatlarının hazırlanması, maddelerin toz haline getirilmesi, solüsyonların çalkalanması ve ilaç talebinin karşılanması yanısıra patens preparat hazırlanması için de homeopat eczacıların izlediği kabul görmüş yöntemler vardır.

Homeopatik ilaçlar laktöz tablet veya pellet ve hidroalkolik solüsyon biçimlerinde bulunmaktadır. Tabletler veya pelletler arzu edilen dilüsyonda doyurulur.

İkisi de dilin altında veya üstünde eritilir ve böylece hızla genel dolaşıma katılır. Sublingual nitroglicerinin bu ilkedden yararlanır ve küçük dozda kullanılır.

Bu homeopatik ilaçların etkisi derhal ortaya çıkar ve uzun sürer.

Etkide Şiddetlenme:

Homeopatik ilaçların yan etkileri nelerdir? Yan etkisi yoktur fakat etkinin şiddetlenmesinden bahsedilebilir. Hasta kendisini ilaç aldıktan sonra daha kötü hissediyorsa, semptomları şiddetlenmişse bu iyiye işaretir. Bu durum doğru homeopatik ilacın seçildiğine ve tedavinin gerçekleşmekte olduğuna işaret eder. Bu

belirtiler genelde geçer fakat dayanılmaz duruma gelirse etkideki şiddetlenme uygun antidot ile hafifletilebilir.

Güçlerine rağmen homeopatik ilaçlar, kolayca inaktive edilebilir. Kahve, kuvvetli koku, dişmacunu ve diğer ilaçlar tarafından etkisiz kılınabilir.

Antidot ve zıt ilaçlar arasında potansiyel etkileşimler söz konusudur. Aris. ile Rhus Tox., ve fosfor ile Causticum arasında olduğu gibi.

Bazı hastalıklarda, potensin dikkatle seçilmesi ya da tamamen kaçınılması gereken homeopatik ilaçlar vardır. Örneğin Tbc olaylarında yüksek doz fosfor ölüme neden olur. Aksine, pek çok ilaç birbirinin tamamlayıcısıdır, en iyi etkiyi birbirinin ardından kullanıldığında gösterir.

Homeopatiye ilginin azalması ve artması:

19.yy. ikinci yarısında A.B.D. homeopatinin merkeziydi ve yüzyılın sonunda dört doktordan biri homeopattı. Sonraları homeopatinin popülerliği azalmaya başladı. Bunun sebepleri; üstünkörü organize edilmiş olan ve allopatlar ile Amerikan Tıp Birliği tarafından desteklenen ilişkilerin kesilmesi, homeopatların kendi aralarındaki bölünme, modern farmasötik endüstrinin gelişmesi, halk sağlığı ve hijyenin iyileştirilmesi, teknolojiye meydana gelen gelişmelerdir.

Ancak homeopati yeniden yaygınlaşmaya başlamıştır. Günümüzde oldukça mükemmel profesyonel eğitim programları Washington'da Ulusal Homeopati Merkezi ve Fairfax'da Uluslararası Homeopati Teşvik Vakfı tarafından desteklenmektedir.

Homeopatinin en geniş uygulama alanı Hindistan'dır. İngiltere'de özel homeopati hastaneleri bulunmakta ve homeopatlar Ulusal Sağlık Servisi tarafından tanınmaktadır. Günümüzde homeopati Fransa, Almanya, Avusturya, Hollanda, Meksika, Sovyetler Birliği'nde daha popülerdir ve Avustralya, Yeni Zellanda, Kanada, Şili,

İsviçre, Yunanistan ve Japonya'da hızla gelişen bir uygulamadır.

Amerikan Homeopati Enstitüsü Dergisi ve İngiliz Homeopati Dergisi bir kenara bırakılacak olursa homeopati üzerine İngilizce yayın sayısı azdır. Makalalar genellikle Almanya, Fransa, bazı Doğu Blok ülkeleri, Meksika, Güney Afrika ve Hindistan kaynaklıdır.

Deneyisel Sonuçlar:

M.Skipley ve arkadaşları tarafından diz eklem osteortritinde kullanılan Rhus tox. 6x(1/1.000.000 lik) ve fenoprofenin karşılaştırıldığı çift kör, placebo kontrollu ve çapraz çalışmalara katılan hastaların 21'i allopatiyi, 5'i Rhustox.i ve 5'i placeboyu tercih etmişlerdir (2).

Bu sonuçlar homeopati açısından hoş değildir.

Deneyisel çalışmalarda en büyük eleştiri konusu homeopatik tedavinin başarısı için çok önemli olan, tedavinin bireysel semptomlara göre düzenlenmesinin dikkate alınmaması, olmuştur. Diğer taraftan kullanılmış olan patensler oldukça düşüktür ve bazı homeopatik ilaçların sonuçlarının alınması haftalar sürer.

Bunlar homeopatik ilaçlar üzerinde kontrollu araştırmaların neden standart bilimsel metodoloji kurallarına göre yapılamayacağının sebeplerinden bazılarıdır.

Eczacının Rolü:

Belki bizim rolümüz eczacı olarak hastalara ve sağlık personeline homeopati üzerinde genel danışmanlık yapmak olmalıdır. Eczacı aynı zamanda homeopatik ilaçlar, homeopatik ilaç etkileşimleri, homeopatik ilaç-besin etkileşimleri konularında uzman danışmanlık yapabilir.

İlaçların stoklanması, homeopatiyle ilgili sağlıkçılar ve toplum için homeopatik ilaç setlerinin hazırlanması da yararlı bir hizmet olacaktır.

(1) G.P. Barnard and J.H.Stephenson
Journal of American Institute of Homeo-

pathy, 277 (1967)

(2) M.Shipley et al.Lancet, 1,8316 (1983)

Aygül Balcıoğlu (H.Ü.Eczacılık Fak. Farmakoloji Anabilim Dalı) tarafından American Pharmacy, NS 24, 780-783, 1984'ten kısaltılarak çevrilmiştir.

STEROİDAL YAPIDA OLMAYAN ANTIENFLAMATUAR İLAÇLAR VE CİDDİ GASTROİNTESTİNAL ADVERS REAKSİYONLAR*

CSM'ne (Birleşik Krallık, ilaçların güvenirliliği Komitesi), steroid yapıda anti-enflamatuar ilaçların en önemli advers reaksiyonlarının, gastrointestinal sistemi etkileyenler olduğu bildirilmiştir. Bununla birlikte, kan tablosunda anormallikler ve karaciğerde (hepatit, sarılık, nekroz ve yetmezlik), böbreklerde (yetmezlik, glomerüler ve interstisiyel nefrit), ciltte (epidermal nekroliz, ekzfoliyatif dermatit, Stevens-Johnson sendromu) etkiler yapan reaksiyonlara ilişkin olarak da önemli sayıda rapor vardır. 1964-85 yıllarına ait veriler iki tablo halinde değerlendirilerek bu ilaçlara ait reaksiyonlar sınıflandırılmıştır. Buna göre, gastrointestinal sistem dışındaki reaksiyonların sayısı açısından, fenilbutazon ve oksifenbutazon ilk sıradadırlar; her iki ilaç da aplastik anemi ve agranüloitoza neden olurlar. İlaçlar arasında karşılaştırma yaparken, ilaçların piyasaya çıktıkları yıl, piyasaya çıktıktan sonraki araştırmalar, basın ve yayın araçlarının yanıltıcı etkisi, reçete sayısı ve tedariklenen reçeteler, sarı kart uygulamasının başlama tarihi gözönünde tutulmuştur. Veriler ancak ilaçlar arasındaki göreceli riski tahmin etmeye olanak vermektedir. Bu etkenler hesaba katılarak, eldeki iki tablodan şu sonuçlar çıkarılmıştır:

1. bir grup olarak steoit yapıda olmayan antienflamatuar ilaçlar, ciddi advers reaksiyonlara yol açmaları nedeniyle önemlidirler.

2. Advers reaksiyon profilleri ilaçlara göre değişir. Bazılarında gastrointesti-

nal reaksiyonlar üstün gelirken, diğerleri kan tablosu, karaciğer, böbrekler veya ciltte daha büyük etkilere sahip olabilirler.

3. Piyasadaki steroid yapıda olmayan antieflamatuar ilaçların toksisitesi ürünler arasında değiştiği için, CSM bu ilaçları 3 kategoride toplamaktadır: 5 ürün (benoksaprofen, fenklofenak, feprazon, indoprofen ve yavaş salınan indometazin türü olan osmosin) diğerlerinden çok daha toksik göründükleri için piyasadan çekilmişlerdir. İbuprofen'in en azından düşük dozda alındığında, daha az toksik olduğu belli olmuştur ve şimdi eczanelerden reçetesiz olarak alınabilmektedir. Diğer ilaçlar (azapropazon, diklofenak, diflunisal, fenbufen, flurbiprofen, ketoprofen, naproksen, piroksikam, sulindak, suprofen, tiaprofenik asit, tolmetin) sarı kart raporlarına dayanarak güvenilirlikleri yönünden birbirlerinden tam ayırt edilememektedirler. Bu ilaçların aralarındaki farklılıkların, toksisitelerine mi yoksa bil-

dirimle ilgili zihin karıştırıcı etkenlere mi bağlı olduğuna kesin karar vermek henüz olanaksızdır. Suprofen'le ilgili karşılaştırmalar, bu gruptaki en yeni ilaç olması ve dolayısıyla Birleşik Krallık'ta piyasaya çıktıktan sonraki araştırmaların sınırlı olması nedeniyle, özellikle zordur.

Steroid yapıda olmayan antienflamatuarların bazılarının diğerlerinden belirgin şekilde daha tehlikeli olup olmadığına karar vermek için, daha ileri çalışmalar yapılabilir. CSM bunları izlemeye devam etmekle birlikte, şimdilik önceki önerileri vurgulamaktadır:

1. Steroid yapıda olmayan antienflamatuarlar, aktif peptik ülserasyonu olan hastalara verilmemelidir.

2. Geçmişte peptik ülser hikayesi olan hastalarda ve yaşlılarda, sadece diğer tedavi şekilleri dikkatle gözden geçirildikten sonra verilmelidirler.

3. Bir önlem olarak, tüm hastalarda en düşük dozdan başlanmalıdır.

İlaç	Ciddi Gastrointestinal Reaksiyonlar	Diğer Ciddi Reaksiyonlar	Reçete Sayısı (Milyon)	Milyon Reçete Başına toplam Ciddi Reaksiyonlar
Benoxaprofen *	113 (19)	219 (58)	1.47	225.9 (52.4)
Fenciofenac	20 (3)	50 (3)	0.53	132.1 (11.3)
Feprazone	22 (0)	56 (5)	0.44	177.3 (11.4)
Indoprofen *	50 (7)	0 (0)	0.09	555.6 (77.8)
"Osmosin" *	170 (26)	8 (0)	0.44	404.5 (59.1)
Azapropazone	61 (7)	19 (2)	0.91	87.9 (9.9)
Diclofenac	68 (9)	60 (1)	3.25	39.4 (3.1)
Diflunisal	105 (8)	43 (3)	3.13	47.2 (3.5)
Fenbufen	56 (3)	53 (4)	1.57	69.4 (4.5)
Fenoprofen	54 (7)	19 (4)	1.67	43.7 (6.6)
Flurbiprofen	92 (7)	28 (4)	3.35	35.8 (3.3)
Ketoprofen	106 (5)	17 (0)	3.19	38.6 (1.6)
Naproxen	153 (19)	39 (7)	4.67	41.1 (5.6)
Piroxicam	538 (48)	86 (9)	9.16	68.1 (6.2)
Sulindac *	33 (5)	42 (2)	1.38	54.3 (5.5)
Suprofen	8 (1)	1 (0)	0.05	180.0 (20.0)
Tiaprofenic Ac. *	45 (6)	3 (0)	0.60	80.0 (10.0)
Tolmetin	5 (0)	3 (0)	0.12	66.7 (0)
Ibuprofen	36 (3)	36 (1)	5.47	13.2 (0.7)

Not: 1) * işaretliiler Birleşik Krallık'ta 5 yıldan daha kısa süreden beri pazarlanmaktadır
 2) İlaçların pazarlama sonrasında ilk 5 yılı esas alınmıştır.
 3) Parantez içindeki değerler, ölüm vakalarıdır.

Kaynak: British Medical Journal Vol.292, 1190-1191

Kısaltarak çeviren: Ecz. Ayşe Çeliker

(H.Ü. Erişkin Hastanesi Eczacısı)

YENİ
İLACLAR

DEPAKİN
SOLÜSYON

(Sifar)

DIANE

(Schering)

DEPAKİN SOLÜSYON (sifar)

Depakin Solüsyon, sodyum valproat (sodyum 2-propilvalerat, sodyum di-propil asetat) içeren anti-epileptik bir müstahzardır.

Kimyasal yapısı diğer anti-konvülsanlardan farklı olan sodyum ve valproat'ın etki mekanizması henüz kesinlik kazanmamıştır. Gamma-aminobütirat-ketoglu-tarat transaminaz (GABA-T) ve süksin-semialdehid-dehidrojenaz (SSAD) üzerine inhibitör etki göstererek beyinde Gamma-aminobütirik asid (GABA) düzeylerini yükselttiği öne sürülmektedir.

Depakin Solüsyon alındığında sodyum valproad sindirim sisteminden hızla emilir, 2 saat içinde maksimum serum düzeylerine ulaşılır. Yarılanma-ömrü ortalama 12-13 saattir. Karaciğerde metabolize olarak idrarla atılır.

ENDİKASYONLARI

Depakin Solüsyon tüm epilepsi türlerinde kullanılan bir anti-epileptiktir.

KONTRENDİKASYONLARI

Karaciğer rahatsızlığı olan kişilerle sodyum valproat ya da valproik asit'e

hassasiyeti olan kişilerde Depakin Solüsyon kontrendikedir.

YAN VE İSTENMEYEN ETKİLERİ

Önerilen dozlarda ve uyarılar dikkate alınarak kullanıldığında Depakin iyi tolere edilir.

Bulantı, kusma, sindirim sistemi irritasyonları, iştahın artmasına bağlı kilo alma, uyku hali, ataksi, ödem, tremor, kanama zamanında uzama, yüksek dozlarda trombositopeni ve saç dökülmesi gibi yan ve istenmeyen etkiler görülebilir.

Bu etkilerin çoğu geçici ve doza bağlıdır.

Tedaviye küçük dozlarla başlanarak doz yavaş yavaş artırıldığında bu yan etkiler nadiren görülür. Yan ve istenmeyen etkiler kombine tedavi sırasında diğer antiepileptik ilaçlara bağlı olarak daha sık görülür, ilaçların dozları iyi ayarlanmalıdır.

Özellikle tedavinin başlangıcında hepatit, pankreatit gibi istenmeyen etkilerin görülebildiği ve bunların daha çok idiosinkratik (kişiye özel) reaksiyonlar olduğu bildirilmektedir.

Sodyum valproatın konserojen olduğu ya da fertilitiyi etkilediğini gösterir bulgulara raslanmamıştır.

Hayvanlar üzerinde yapılan deneyler sodyum valproatın teratojen olabileceğini göstermişse de bu güne kadar yayınlanan raporlara göre tedavi gören kadınların bebeklerinde görülen sinir tüpü malformasyonlarının oranı, epileptik olmayan kadınlarınkine benzerdir. Ayrıca hamilelik sırasında görülecek nöbetin ane ve bebek için daha riskli olduğu göz önüne alınarak, sodyum ve valproat tedavisinin hamilelik öncesi ve sırasında sürdürülmesi, bu sırada mümkün olan en küçük dozların ve en az sayıda ilacın (kombine tedavide) kullanılması önerilmektedir.

DİĞER İLAÇLARLA ETKİLEŞİM

Sodyum Valproat alkol ve diğer SSS depresanlarının etkisini artırabilir. Sodyum valproat diğer anti-epileptiklerle (fenobarbital, fenitoin, primidon klonazepam vb) bir arada kullanıldığında serum düzeylerinde artışlar nedeniyle yan etkiler görülebilir, bu ilaçların dozları ayarlanmalıdır.

Trombosit agregasyonunun ikinci fazını etkilediğinden, koagülasyonu etkileyen ilaçlarla (warfarin, aspirin vb.) birlikte sodyum valproat kullanımında dikkatli olmak gereklidir. Yine salisilatlar sodyum valproatın serum düzeylerini artırır, dozun düşürülmesini gerektirebilir.

Sodyum valproat idrarda keton testi ve tiroid fonksiyon testlerinde yanlış sonuçlar alınmasına neden olabilir.

UYARILAR

Depakin diğer anti-epileptiklerle birlikte kullanılmaya başlandığında dozlar doktorun önerdiği biçimde ayarlanmalıdır. Etkileşimin söz konusu olduğu diğer ilaçlarla birlikte kullanımdan kaçınılmalıdır.

Platelet fonksiyon testleri tedaviden önce ve sonra, özellikle bir ameliyat söz konusuysa, yapılmalıdır. Kanama, morarma gibi belirtiler dikkatle gözlenmelidir.

Karaciğer fonksiyon testleri Depakin tedavisinden önce ve tedavinin ilk 6 ayında, özellikle de dozun artırılma döneminde, tekrarlanmalıdır.

Hamilelerde kullanılacaksa doktorun önerilerine uyulmalıdır. Anne sütüne serum düzeylerinin ancak % 1-10'u kadar geçtiği için süt emziren kadınlarda kullanılabilir. Ancak bebeklerde seyrek olarak hiperglisemi görülebilir, dikkatli olmalıdır.

Araba ya da her tür makinaları

kullanacak kişiler Depakin ile birlikte alkol ve SSS depresanlarını kullanmaktan kaçınmalıdır.

Anti-epileptik ilaçlara başlanırken ya da bu ilaçlar kesilirken doz yavaş yavaş artırılmalı ya da azaltılmalıdır.

Beklenmeyen bir etki görüldüğünde doktora başvurulmalıdır.

ZEHİRLENME BELİRTİLERİ VE TEDAVİSİ

Tedavi dozlarında ulaşılan serum düzeylerinin 5-6 katına ulaşacak dozlarda bulantı, kusma, sersemlik, gibi belirtiler görülür. Normal dozların 10-20 katına ulaşıldığında SSS ve solunum sistemi depresyonuna neden olur.

Emilimi çok hızlı olduğundan ancak zehirlenmeden çok kısa süre sonra midenin yıkanması ya da aktif kömürle tedavi etkili olur.

Zehirlenme belirtilerinin tedavisinde semptomatik tedavi ve yeterli idrar çıkışının sağlanması yeterlidir.

DOZ VE KULLANILIŞI

1 Ml Depakin Solüsyonda 200 mg sodyum valproat bulunur. Kutu içinde sunulan ve ml solüsyon ve mg sodyum valproat miktarlarını gösterir mezürü olan şırınga ile doz kolayca ayarlanabilir.

Doktor tarafından başka türlü önerilmişse,

Yetişkinlerde kullanılacak başlangıç dozu 600 mg'dır. (3 ml Depakin Solüsyon). Her 4-7 günde bir 200 mg'lık artışlar halinde günlük doz ortalama 1.0-1.6 g'a (5-8 ml. Depakin Solüsyon) çıkarılır, günlük doz 2.4 g'ı aşmamalıdır.

Günlük doz ortalama 2-3 kez almak üzere bölünerek kullanılır.

Ağırlığı 20 Kg'dan fazla çocuklarda, ağırlık ne olursa olsun başlangıç doz 400 mg (2 ml Depakin Solüsyon) olup,

doz yavaş yavaş artırılır, ortalama günlük doz 20-30 mg/kg'dır.

Ağırlığı 20 kg'dan az olan çocuklarda günlük doz 20 mg/kg'dır.

Depakin Solüsyon yemeklerle birlikte veya yemeklerden sonra yarım bardak su ile alınır. Gaz ihtiva eden içeceklerle (gazoz, maden suyu v.s.) alınmalıdır.

TİCARİ ŞEKLİ

20 g sodyum valproat ihtiva eden 100 ml'lik şişeler.

SAKLAMA KOŞULLARI

Serin bir yerde, ağzı iyi kapatılmış şişelerde ve direk ışıktan uzakta saklanmalıdır.

İlaçları çocukların ulaşamayacağı yerlerde saklayınız.

DIANE (schering)

Bileşimi:

1 Draje Diane 2 mg. Siproteron asetat ve 0,05 mg Etinilestradiol içerir.

Özellikleri ve Uygulama Alanı

Diane Draje, kadında virilizasyona bağlı, akne, sebore ve buna bağlı saç dökülmesi, yüzde ve vücutta aşırı kıllanma tedavisinde kullanılır.

Androgenizasyon belirtileri de tabir edilen bu durumlarda, kadın organizmasında ya androgenlerin yapımı aşırı derecede artmıştır; ya da normal düzeydeki androgenlere karşı aşırı bir duyarlılık oluşmuştur.

Diane Draje içeriğindeki Siproteron asetat organizmada oluşan androgenlerin etkisini önler. Akne ve sebore oluşumunda önemli bir rol oynayan talg bezelerinin artmış fonksiyonu engellenir. Bu sıklıkla

3-4 aylık bir tedaviden sonra, mevcut akne odaklarının şifasına götürür ve artık yeni odaklar da oluşmazlar. Sebore şikayetleri genellikle daha çabuk kaybolurlar. Sebore ile el ele giden saç dökülmesi de önlenir. Diane Draje hirsutismusun hafif şekillerinde ve özellikle yüz kıllanmalarında da indikedir. Ancak, başarı aylarca süren bir uygulamadan sonra beklenir. Hirsutismus kısa bir süre önce oluşmuş, veya son zamanda çok belirgin bir şekilde nedenin açıklanması yönünden, hekimin diğer tanılal yöntemlere başvurulması gerekir.

Dozaj ve Uygulama

Draje alımına adet kanamasının 5. günü başlanır. Takvimli ambalajın o güne uygun gözündeki (örneğin: Pts- Pazartesi) draje çıkarılarak çiğnenmeden yutulur. Ok yönünde gidilerek, ambalaj sona erene kadar her gün bir draje alınır. Ambalajın bitiminde, 1 hafta ara verilir. Bu arada ve son draje alımından takriben 2-4 gün sonra başlayan ve adet kanamasına benzeyen bir kanama olur. Bu 7 günlük aradan sonra yeni bir ambalaja başlanır.

Draje alım saati önemli değildir. Ama drajeler, hep bir kere seçilmiş saatlerde, en iyisi ya kahvaltıda ya da akşam yemeğinden sonra alınmalıdır.

İstisnai olarak 7 günlük arada, bir kanama olmazsa, uygulamaya devam edilmeli ve hekime başvurulmalıdır.

Alışılmış saatte draje alımı unutulmuşsa, unutilan draje en geç müteakip saat içinde alınmalıdır.

Yan Etkiler

Tek tük vakalarda baş ağrıları, mide şikayetleri; bulantı, göğüslerde gerginlik hissi, vücut ağırlığının ve cinsel dürtünün etkilenmesi, ya da depressif durumlar ortaya çıkabilir.

Özellikle duyarlı hastalarda, uzun süre uygulamadan sonra, bazen yüzde, güneş banyoları ile de belirginleşen kahverengi lekeler ortaya çıkabilir. Eğilim gös-

teren kadınların uzun süre güneşte kalmaları gerekir.

Üç haftalık Diane Draje uygulamaları süresinde "program dışı" hafif bir kanama ortaya çıkarsa draje alımına ara verilmemelidir. Ama normal adet kanaması şiddetinde kanamalarda hekime başvurulması gerekir.

Diane Draje'nin hemen kesilmesi Gerektiren nedenler

Migren tarzında baş ağrılarının ilk defa ortaya çıkması, ya da alışılmamış derecede ve sıklıkta baş ağrılarının oluşması; akut görme bozuklukları (örneğin, gözler önünde uçuşmalar), akut işitme bozuklukları; tromboflebitik ve tromboembolik belirtilerin ilk şikayetleri (örneğin, bacaklarda alışılmamış ağrılar, şişmeler, nedeni bilinmeyen öksürük, göğüste batıcı ağrılar); göğüste darlık hissi, planlanmış operasyonlardan 6 hafta önce ve uzun süreli yatak istirahati (örneğin kazalardan sonra). Tüm bu durumlarda artmış bir tromboz tehlikesi mevcuttur.

Ayrıca, bir sarılığın ortaya çıkması, tüm vücutta kaşıntı halinde, bir epilepsi durumunda nöbetlerin sıklaşması halinde, şiddetli kan basıncı yükselmelerinde ve bir gebelikte Diane Draje alımına son verilmelidir.

İntolerans ve Rizikolar (Kontrendikasyonlar)

Teratogen etkisi nedeni ile preparat gebelikte kullanılmamalıdır.

Diğer yandan Diane Draje'nin düzenli uygulanması ile ovulasyon ve bir gebeliğin oluşması önlenir. Bu nedenle Diane Draje uygulanması süresince, bir gebelikten korunmak için ek olarak hormonal kontraseptif yöntemler kullanılmamalıdır.

Diane Draje aşağıdaki durumlarda uygulanmamalıdır:

Süt verme döneminde, karaciğerin ağır fonksiyon bozuklukları, evvelce geçirilmiş gebeliklerde oluşan sarılık ve süre-

li kaşıntı, Dubin-Johnson ve Rotor sendromları; geçirilmiş ya da mevcut ven iltihapları veya ven ya da arter trombozları, (örneğin apopleksi, infarktüs); damar değişiklikleri ile birlikte ağır diabet; geçirilmiş ya da mevcut karaciğer hücresi adenomu; orak hücreli anemi; mevcut ya da tedavi edilmiş meme veya endometrium kanserleri; yağ metabolizması bozuklukları; gebelikte işitme gücünün kötüleşmesi ile birlikte otoksleroz. Herpes gestationis.

Uyari

Hormon kombinasyon preparatlarının alımına başlamadan önce, derinine genel ve memeleri de içine alan ginekolojik bir muayenenin yapılması ve bir gebeliğin mevcut olmadığının kesinlikle saptanması gerekir. Tedavi süresince düzenli kontrol muayeneleri yapılmalıdır.

Genç kızlık döneminde ortaya çıkan ve virilizasyonun eşlik etmediği ergenlik durumundaki akne kullanılmamalıdır. Brom, lod, Klor, Tetracyclin, Vitamin B12, kortikoidler, katran, vaselin gibi maddelerin neden olduğu akne'nin tedavisinde dış etkenlerin ortadan kaldırılması gerekir. Burada, tek başına bir hormon kombinasyon tedavisi yetersiz kalır.

Diane Draje erkeklerin tedavisi için uygun değildir.

Bugünkü bilgilere göre, gestagen-östrojen kombinasyon tedavisi ile, venöz ve arteriyel tromboembolik hastalıklara tutulma riski arasındaki ilişki elimine edilmemektedir. Derin ven trombozları ve akciğer embolileri ile, östrojen etkenlik arasında bir bağlantı kurulmaktadır. Siprote-ron asetat antiöstrojen etkisinin az olması nedeni ile, sözü edilen riskin artması mümkündür.

Diane Draje'nin içeriğine benzer hormonal etkili maddelerin uzun süre uygulanmasında, ileri derecede ender de olsa, preparatın kesilmesini gerekli kılan karaciğer değişiklikleri saptandı. Bu nedenle, kendiliğinden çabucak geçmeyen yukarı batın yakınmalarında hekimin haberdar edilmesi gerekir.

ODA HABERLERİ

BÜTÇE UYGULAMA
TALİMATINA UYMAYAN
KURUMLARIN
UYGULAMALARI
BÖLGE İDARE
MAHKEMELERİNCE
DURDURULDU

ÜYELERİMİZİN
ODA AİDATLARINI
EN KISA SÜREDE
ÖDEMELERİ
GEREKİYOR

İLAÇ FİYAT
LİSTELERİNİN
GELMESİ
GECİKİYOR

ECZANELERİN
BELEDİYE
RUHSAT HARCİ
ÖDEMEYECEKLERİ
KONUSUNDA BÖLGE
İDARE MAHKEMELERİNDEN
KARAR ALINDI

ECZANE SAHİPLERİ
DERNEĞİ
KONGRESİ YAPILDI

22. DÖNEM
2. BAŞKANLAR
DANIŞMA KURUL
TOPLANTISI YAPILDI

BÜTÇE UYGULAMA TALİMATINA UYMAYAN KURUMLARIN UYGULAMALARI BÖLGE İDARE MAHKEMELERİNCE DURDURULDU

Kurumlarla eczaneler arasında yapılan sözleşmeler konusunda açıklayıcı bilgileri içeren bir yazıyı bir önceki bültenimizde yayınlamıştık. 2886 sayılı Devlet İhale Kanunu'nun 78. maddesi ve 2. Ocak 1986 tarihinde yayınlanmış olan Bütçe Uygulama Talimatı doğrultusunda uygulama yapmayan Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile Nallıhan Belediyesine Oda Hukuk Danışmanımız Av. Metin Bayar tarafından Ankara Bölge İdare Mahkemesinde açılan davalar meslektaşlarımız lehine sonuçlanmıştır.

Bölge İdare Mahkemesi Kararı üzerine, Odamız Avukatı Metin Bayyar Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na Ecz. İsmail İstanbullu adına başvuruda bulunarak, sözleşme yapılması gerektiğini bildirmiştir. Bakanlıktan konu ile ilgili olumlu cevapda gelmiştir. Bölge İdare Mahkemesi kararlarını ve Bakanlığın yazısını aşağıda sunuyoruz.

T.C.
ANKARA
2 NO'LU HUKUK MAHKEMESİ

ESAS NO: 986/224

DAVACI VE YÜRÜTMENİN DURDURULMASINI İSTEYEN: İsmail İSTANBULLU
VEKİLİ:

Av. Metin BAYYAR

Şehit Adem Yavuz Sok. No: 4/4 Kızılay-ANKARA

: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı

: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın 14.1.

KARŞI TARAF

İSTEĞİN ÖZETİ

1986 gün 990-21/221-001434 sayılı işleminin yasaya ve hukuka aykırılığı nedeniyle iptali-ne öncelikle yürütmenin durdurulmasına karar verilmesi isteğidir.

SAVUNMANIN ÖZETİ

: 2886 Sayılı Devlet İhale Kanunu'nun 2 nci mad-

desinde, ihtiyaçların en iyi şekilde, uygun şartlarla ve zamanında karşılanmaya ve ihalede açıklık ve rekabetin sağlanması esas alındığından davacıdan daha uygun fiyat teklif eden ve % 25 indirim yapan iki eczane ile anlaşma yapılmasında kamu yararı gözetildiği savunula-rak davanın reddi istenmiştir.

TÜRK MİLLETİ ADINA

Karar vermeye yetkili Ankara 2 No'lu İdare Mahkemesince daha önce savunma alındık-tan sonra yürütmenin durdurulması isteğinin incelenmesine karar verilmiş ve savunma gel-miş olmakla dava dosyasının yeniden incelenerek işin gereği düşünüldü:

Devlet Memurlarının Tedavi Yardımı ve Cenaze Giderleri Yönetmeliğinin uygulanmasın-daki esaslara ilişkin açıklamalara yer veren 1986 yılı bütçe uygulama talimatının 4. madde-sinin 2. fıkrasında; "Devlet Memurlarının Tedavi Yardımı ve Cenaze Giderleri Yönetmeliği gereğince kurumlarca ilaç ve gereçlerin sağlanmasının mümkün olmadığı hallerde Tüm Ku-rul ve Kuruluşların 2884 sayılı Devlet İhale Kanununun 78. maddesine dayanılarak örnek anlaşmadaki bütün şartları ve en az % 3 oranında indirim yapmayı kabul eden her eczane ile anlaşma yaparak ilaç temini yoluna gitmeleri gerekmektedir.

Kurum ve kuruluşların anlaşma yaptıkları eczaneler ile bu eczanelerce ilaçlara uygula-nacak indirim oranlarını ve eczanelerin adresini gösterir bir yazıyı personelin görebileceği uygun bir yere asacaklardır" hükmüne yer verilmiştir.

Görüldüğü üzere en az % 3 oranında indirim yapmayı kabul eden her eczane ile anlaşma yapılacağı, ancak anlaşma yapılan eczanelerin ne miktarda indirim yaptıklarının da ilgili-lere duyurulması gerektiği bildirilmektedir.

Bu durumda, dava dosyasında yer alan bilgi ve belgelere göre, % 3 oranında indirim yapmayı teklif ettiği anlaşılan Arıkol Eczanesi sahibi davacı İsmail İstanbullu ile daha fazla indirim teklif eden eczaneler olduğu gerekçesiyle anlaşma yapılmamasında anılan Talimat hükmüne uyarlık görülmemiştir.

Bu nedenle, dava konusu işlemin ileride giderilmesi güç zarar doğuracağı da anlaşıldığından, mahkememizin 21.5.1986 günlü ara kararının cevabı alınıp yeni bir karar verinceye kadar 2577 sayılı Yasanın 27. maddesi uyarınca teminat alınmaksızın 90 gün için yürütülmesinin durdurulmasına oy çokluğu ile karar verildi.

BAŞKAN
ONUR ÖZELÇİ
26284

ÜYE
TÜLAY DOĞU
27345

ÜYE
SEVGİ AYDIN
26572

(X) **KARŞI OY:** Davanın durumuna ve olayın niteliğine göre, yürütmenin durdurulması isteğinin ara kararına cevap geldikten sonra incelenmesi gerektiği oyu ile çoğunluk kararına karşıyım.

BAŞKAN
ONUR ÖZELÇİ
26284

İKİNCİ İDARE MAHKEMESİ **BAŞKANLIĞINA**

CEVAP VEREN (DAVALI)
KARŞI TARAF (DAVACI)

: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı-ANK.

: Dr. Ecz. İsmail İstanbullu

Arıkol Eczanesi, Selanik Cad. No: 19/B

Kızılay/ANKARA

VEKİLİ

: Av. Metin Bayyar

Şehit Adem Yavuz Sokak

No: 4/4 Kızılay/ANKARA

DOSYA NO

: E. 1986/224

TEBELLÜĞ TARİHİ

: 11.4.1986

TEBLİĞİN KONUSU

: 13.3.1986 tarihli dava dilekçesine karşı savunmamızın sunulmasından ibarettir.

CEVAPLARIMIZ

: 2.1.1986 tarih ve 18976 Sayılı Resmi Gazete'de

yayımlanan "1986 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı"nın 42 inci maddesinde, ".....tüm kurum ve kuruluşların, 2886 Sayılı Devlet İhale Kanununun 78 inci maddesine dayanılarak ekte bulunan örnek anlaşmadaki bütün şartları ve en az % 3 oranında indirim yapmayı kabul eden her eczane ile anlaşma yapılarak ilaç temini yoluna gitmeleri gerekmektedir....."

ifadesine istinaden % 3 iskonto yapan eczanesi ile sözleşme yapmak zorunda olduğumuz iddia edilmekte isede, 2886 sayılı Devlet İhale Kanunu'nun rekabet serbestisi ilkesinden hiç bahsedilmemektedir.

SONUÇ

: Yukarıda açıklanan sebepler dikkate alınmak suretiyle hukuki dayanaktan yoksun davanın' red-dine, yargılama giderleri ile ücreti vekaletin de karşı tarafa yükletilmesine karar verilmesini say-gılarımla arz ve talep ederim.

Abdullah DÖRTLEMEZ

Hukuk Müşaviri

T.C.

ANKARA

2 NO'LU İDARE MAHKEMESİ

ESAS NO: 1986/225

Davacı ve Yürütmenin Durdurulmasını isteyen: M.Güngör DURMUŞ

VEKİLİ

: Av. Metin BAYYAR

Şehit Adem Yavuz Sok. No: 4/4 Kızılay-ANK.

KARŞI TARAF

: Çayırhan Belediye Başkanlığı

VEKİLİ

: Av. Ahmet ATAK

İSTEĞİN ÖZETİ

: Çayırhan Belediye Başkanlığı'nın 21.1.1986

gün 36 sayılı işleminin hukuka aykırılığı neueniyle iptaline, öncelikle yürütmenin durdurul-masına karar verilmesi istenmektedir.

TÜRK MİLLETİ ADINA

Karar vermeye yetkili Ankara 2 No'lu İdare Mahkemesi'nce dosyadaki tüm belgeler in-celenerek işin gereği düşünüldü:

Devlet Memurlarının Tedavi Yardımı ve Cenaze Giderleri Yönetmeliğinin uygulanmasın-daki esaslara ilişkin açıklamalara yer veren 1986 yılı Bütçe Uygulama Talimatının 4. mad-desinin 2. fıkrasında; "Devlet Memurlarının Tedavi Yardımı ve Cenaze Giderleri Yönetmeli-ği gereğince kurumlarca ilaç ve gereçlerin sağlanmasının mümkün olmadığı hallerde Tüm Kurum ve Kuruluşların 2884 sayılı Devlet İhale Kanununun 78. maddesine dayanılarak örnek anlaşmadaki bütün şartları en az % 3 oranında indirim yapmayı kabul eden her ecza-ne ile anlaşma yaparak ilaç temini yoluna gitmeleri gerekmektedir.

Kurul ve kuruluşların anlaşma yaptıkları eczaneler ile bu eczanelerce ilaçlara uygulanacak indirim oranlarını ve eczanelerin adresini gösterir bir yazıyı personelin görebileceği uygun bir yere asacaklardır" hükmüne yer verilmiştir.

Görüldüğü üzere, en az % 3 oranında indirim yapmayı kabul eden her eczane ile anlaşma yapılacağı ancak anlaşma yapılan eczanelerin ne miktarda indirim yaptıklarının da ilgililere duyurulması gerektiği bildirilmektedir.

Bu durumda; dava dosyasında yer alan bilgi ve belgelere göre % 3 oranında indirim yapmayı teklif eden Durmuş Eczanesi sahibi davacı Güngör Durmuş ile, yaklaşık dört yıldır davalı Belediyeye mensup memur ve müstahdemlere hiç indirim yapmamış olması gerekçe gösterilerek anlaşma yapılmamasında anılan talimat hükmüne uyarlık görülmemiştir.

Öte yandan, dava konusu işlemin ileride giderilmesi güç zarar doğuracağı anlaşıldığından, 2577 Sayılı Yasanın 27. maddesi uyarınca teminat alınmaksızın 90 gün için yürütülmesinin durdurulmasına 21.5.1986 tarihinde oybirliği ile karar verildi.

BAŞKAN
ONUR ÖZELÇİ
26284

ÜYE
TÜLAY DOĞU
27345

ÜYE
SEVGİ AYDIN
26572

T.C.
ÇALIŞMA VE SOSYAL GÜVENLİK
BAKANLIĞI
ANKARA
İdari ve Mali İşler Dairesi Başkanlığı

Sayı: 990-18/3124

Konu: Sözleşme.

Av.Metin BAYYAR
Şehit Adem Yavuz Sok. 4/4
Kızılay/ANKARA

İLGİ: 30.6.1986 tarihli dilekçeniz.

Müvekkiliniz Dr. Ecz. İsmail İstanbullu (Arikol Eczanesi) adına Bakanlığımız aleyhine 14.1.1986 tarih ve 990-21/221-001434 sayılı yazı gereği yapılan işlemlerin kanuna ve hukuka aykırılığı öne sürülerek, Ankara 2 nolu İdare Mahkemesinde açılan hava neticesinde; anılan mahkemece yürütmenin durdurulmasına 1986/224 sayılı kararlar ile karar verilmiş ve anılan karar, Bakanlığımıza 4.7.1986 günü tebliğ

edilmiştir.

Bahse konu karar gereği Bakanlığımızla müvekkiliniz Dr. Ecz. İsmail İstanbullu (Arikol Eczanesi) arasında 2886 sayılı Kanun'un 78. maddesi ve bu Kanun'un uygulanmasına ilişkin çıkartılan 1986 Mali Yılı bütçe uygulama talimatının 4.2. maddesi gereğince sözleşme yapılmak üzere Bakanlığımız İdari ve Mali İşler Dairesi Başkanlığına başvurunuz gereklidir.

Ancak; sözleşmede "yürütmenin durdurulması kararının" kalkması veya kaldırılması halinde bu sözleşmeye bağlı kalınmayacaktır.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

BAKAN ADINA

DAĞITIM:

1-Av. Metin BAYYAR

2-Dr. Ecz. İsmail İSTANBULLU

Selahattin KAYA

Müsteşar YARDIMCISI

ÜYELERİMİZİN ODA AİDATLARINI EN KISA SÜREDE ÖDEMELERİ GEREKİYOR

Odamızın üyelerimize en iyi bir şekilde hizmet vermesi ve çalışmalarını sürdürebilmesi tüm meslektaşlarımızın arzuladığı bir gerçektir.

Maddi açıdan odamızın güçlü olmasının da çalışmalarımızı olumlu yönden etkileyeceği bir gerçektir. Bu düşünce ile üyelerimizin Oda ve T.E.B. Yardımlaşma Sandığı aidatlarını en kısa sürede yatırmalarını dilemekteyiz. Bugüne kadar aidatlarını yatırmış olan üyelerimize teşekkür ederken yatırmayan üyelerimizin yasal yollara başvurma zorunluluğu kalmaksızın aidatlarını ödemelerini arzuluyor ve ödemeleri gereken aidat miktarlarını belirtiyoruz.

	1986 yılı	1986 yılı
	Oda Aidatı	T.E.B.Yardımlaşma S.Aidatı
Eczane Sahibi Eczacılar	10.000.- TL	6.000.- TL.
Kamu ve diğer czacılar	2.500.- TL	6.000.- TL.

İLAÇ FİYAT LİSTELERİNİN GELMESİ GECİKİYOR

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından sürşarj ve ilaç listeleri konusunda yayınlanan tebliğlere göre ilaç fiyat listelerinin 15 günde bir gönderileceği belirtilmekte idi. Eczane sahibi üyelerimizin çok yakından bildiği gibi listeler eczanelere gecikerek gelmektedir. Bu konuda üyelerimizden odamıza sürekli olarak uyarılar gelmekte, eczanelerin kurumlarla karşı karşıya kalmasına yol açtığı bildirilmektedir.

S.S.Y.B. İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'nden ilaç fiyat listeleri imza tarihinden gecikmeli olarak postaya verilmektedir. Gecikmeli olarak Odamıza gelen listeler aynı gün teksir edilerek çoğaltılmakta ve anında postaya verilmektedir.

Konu Odamızca değerlendirilerek İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'ne bu aksaklığın düzeltilmesi hakkında aşağıda sunduğumuz yazı ile başvuruda bulun-

**SAĞLIK VE SOSYAL YARDIM BAKANLIĞI
İLAÇ VE ECZACILIK GENEL MÜDÜRLÜĞÜ'NE
ANKARA**

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın 12.7.1984 tarihli tebliğinde "Bakanlığımızdan yeni fiyat alan müstahzarların isim ve yeni fiyatlarını gösterir listeler İl Sağlık Müdürlükleri kanalı ile Saymanlıklara) kısa sürede gönderilecektir ve Saymanlıklarca bu listelere göre ödemeler yapılacaktır" denmektedir. Ayrıca Genel Müdürlüğünüzün 14.8.1984 tarihli ve 15555 Sayılı genelgesinde "Bakanlığımızdan yeni fiyat alan müstahzarlar, 14.8.1984 tarihinden itibaren her 15 günde bir teksir edilerek illere gönderildiği gibi Birliğinize de gönderilecektir." şeklinde belirtilmektedir.

Genel Müdürlüğünüz'den; 28.4.1986 tarihinden bugüne kadar ne Türk Eczacıları Birliği ne ne de Saymanlıklara fiyat listesi gelmemiştir. Bu arada birçok ilacın fiyatı değişmiştir. İlaç Firmalarınca da orijinal yeni fiyatlı ilaçlar ecza depoları ve eczanelere gönderilmektedir.

İlaç fiyat listelerinin gecikmesi nedeniyle başta Emekli Sandığı olmak üzere birçok resmi kurum, anlaşmalı eczanelerin ödemelerini yapmamaktadır. Bu durum meslektaşlarımızı ekonomik olarak zor durumda bırakmaktadır.

Konunun müdürlüğünüzce incelenerek ilaç fiyat listelerinin genelgeniz doğrultusunda gönderilmesini ve meslektaşlarımızın bu sorununun kısa sürede çözülmesi için gereğini bilgilerinize arz ederim.

Saygılarımla

T.E.B.İI. BÖLGE

ANKARA ECZACI ODASI

Genel Sekreter

Ecz. İlhan KÜÇÜK

ECZANELERİN BELEDİYE RUHSAT HARCİ ÖDEMİYECEKLERİ KONUSUNDA BÖLGE İDARE MAHKEMELERİNDEN KARAR ALINDI

Belediyelerin eczanelerden ruhsat harcı isteyemeyecekleri konusunda bu güne kadar bir çok karar bültenimiz ile sizlere duyurulmuştu. Bu kez de Ankara Bölge İdare Mahkemesinde alınan yürütmeyi durdurma kararlarını yayınlıyoruz.

T.C.

ANKARA

4 NCÜ İDARE MAHKEMESİ

ESAS NO: 1986/470

DAVACI VE YÜRÜTMENİN DURDURULMASINI İSTEYEN: Ecz. Nevin DURU

VEKİLİ

: Av. Metin Bayyar, Şehit Adem Yavuz Sok.

No: 4/4 Kızılay-ANKARA

KARŞI TARAF

: Çankaya Belediye Başkanlığı-ANKARA

İSTEĞİN ÖZETİ

: Davacıya ait Eczanenin küşat ruhsatı alınincaya

kadar faaliyetten men'ine dair Çankaya Belediye Encümeninin 8.4.1986 gün ve 901 sayılı kararının iptali ve yürütmenin durdurulması istemidir.

TÜRK MİLLETİ ADINA

Karar veren Ankara 4 ncü İdare Mahkemesince işin gereği görüldü.

6197 Sayılı Yasanın 5 nci maddesinde; eczane açmak isteyenın Sağlık ve Sosyal Yardım Vekaletine veyahut alakalı Sağlık ve Sosyal Yardım Müdürlüğü'ne veyahut Mahalli Hükümet Tabipliğine müracaat edeceği hükme bağlanmıştır, 1580 Sayılı Belediye Kanunu'nun 15/3 maddesinde ise; belediyelerden ruhsat almak durumunda olan iş ve eğlence yerleri lokanta, birahane, gazino, kahvehane, kiraathane, meyhane, han, otel, hamam, sinema, tiyatro, bar, dansing ve emsali yerler....." olarak belirlenmiş, sayılan yerler arasında eczaneler yer almamıştır. Buna göre söz konusu işyerinin açılması için belediyeden ruhsat alınma zorunluluğu bulunmamaktadır.

Bu nedenle; küşat ruhsatı alınmadığı gerekçesiyle davacıya ait eczanenin faaliyetten men edilmesi, yukarıda açıklanan yasa hükümleri karşısında açıkça hukuka aykırı olduğu gibi yürütülmesi halinde telafisi güç zararlar doğacağından 2577 sayılı İdare Yargılama Usulü Kanunu'nun 27 nci maddesi gereğince teminat alınmaksızın 90 gün için yürütmenin durdurulmasına ve tebligatın tamamlanmasına 30.5.1986 gününde oybirliği ile karar verildi.

BAŞKAN

ZAFER KANTARCIOĞLU

26336

ÜYE

BEHÇET GÜLER

18697

ÜYE

ZEHRA BİRDEN

26413

T.C.
ANKARA
4 NCÜ İDARE MAHKEMESİ
ESAS NO: 1986/419

DAVACI VE YÜRÜTMENİN DURDURULMASINI İSTEYEN: A.Birsen Turgay, Turgay

Eczanesi Reşit Galip Cad. No: 14/18

K.Esat-ANKARA

VEKİLİ

: Av. Metin Bayyar

Ş.Adem Yavuz Sk. No: 4/4 Kızılay-ANKARA

KARŞI TARAF

: Çankaya Belediye Başkanlığı-ANKARA

İSTEĞİN ÖZETİ

: Davacıya ait Eczanenin küşat ruhsatı alınincaya

kadar faaliyetten men'ine dair Çankaya Belediye Encümeninin 30.12.1985 gün ve 3394/1 sayılı kararının iptali ve yürütmenin durdurulması istemidir.

TÜRK MİLLETİ ADINA

Karar veren Ankara 4 ncü İdare Mahkemesince işin gereği görüşüldü.

6197 sayılı Yasanın 5 nci maddesinde; eczane açmak isteyeninin Sağlık ve Sosyal Yardım Vekaletine veyahut alakalı Sağlık ve Sosyal Yardım Müdürlüğü'ne veyahut Mahalli Hükümet Tabipliğine müracaat edeceği hükme bağlanmış, 1580 Sayılı Belediye Kanunu'nun 15/3 maddesinde ise; belediyelerden ruhsat almak durumunda olan iş ve eğlence yerleri ".....lokanta, birahane, gazino, kahvehane, kiraathane, meyhane han, otel, hamam, sinema, tiyatro, bar, dansing ve emsali yerler..." olarak belirlenmiş, sayılan yerler arasında eczaneler yer almamıştır.

Buna göre söz konusu işyerinin açılması için belediyeden ruhsat alınma zorunluluğu bulunmamaktadır.

Bu nedenle; küşat ruhsatı alınmadığı gerekçesiyle davacıya ait eczanenin faaliyetten men edilmesi, yukarıda açıklanan yasa hükümleri karşısında açıkca hukuka aykırı olduğu gibi yürütülmesi halinde telafisi güç zararlar doğacağından 2577 sayılı İdari Yargılama Usulü Kanunu'nun 27 nci maddesi gereğince teminat alınmaksızın 90 gün için yürütmenin durdurulmasına ve tebligatın tamamlanmasına 4.6.1986 gününde oybirliğiyle karar verildi.

BAŞKAN
ZAFER KANTARCIOĞLU
26336

ÜYE
NESRİN BURMA
26291

ÜYE
ZEHRA BİRDEN
26413

ECZANE SAHİPLERİ DERNEĞİ KONGRESİ YAPILDI

İstanbul'da bulunan Eczane Sahipleri Derneği'nin Olağan Kongresi 25 Mayıs 1986 Pazar günü yapıldı. Kongre sonrasında yapılan seçimler sonucunda aşağıda isimleri yazılı meslektaşlar Yönetim Kurulu'na seçildiler.

Ankara Eczacı Odası olarak Yönetim Kurulu'na seçilen meslektaşlarımızı kutluyor, çalışmalarında başarılar diliyoruz.

Başkan	Adnan Günüşen
2. Başkan	Ulvi Ergün
Genel Sekreter	M.Beşir Batur
Sayman	Hamit Özçekici
Veznedar	Ender Lüleburgaz
Üye	Şerife Özçakır
Üye	Halil İbrahim Yeşil

22. DÖNEM

II. BAŞKANLAR

DANIŞMA KURUL TOPLANTISI YAPILDI

Etiket uygulamasındaki son durumu görüşmek üzere 8 Mayıs 1986 günü TEB Merkez Heyeti'nde yapılan toplantıya katılan Bölge Eczacı Odaları Yönetim Kurul Başkanları görüşmeler sonucu aşağıdaki raporun Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı Sayın Mehmet AYDIN'a sunulması konusunda görüş birliğine varmışlardır.

T. C.
TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ
MERKEZ HEYETİ

Parabel Sokak No. 35
Çankaya - ANKARA

Sayı : 22-231

T.C.

SAĞLIK VE SOSYAL YARDIM BAKANLIĞI
YÜKSEK KATINA

ANKARA

ANKARA

8 / 5 / 1986

8 Mayıs 1986 tarihinde Ankara'da toplanmış olan TEB 22.Dönem II.Başkanlar Danışma Kurulunda "ETİKET UYGULAMASINA İLİŞKİN BAKANLIK TASARRUFU" hakkında belirlenen görüşler ekteki raporumuzda yüksek takdirlerinize saygı ile arz olunur.

14.8.1984 tarih ve 18489 Sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan tebliğin 3. maddesine istinaden 14.8.1984 tarih ve 15555 Sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Protokol yazısı ile sürşarj malzemesinin temin, dağıtım ve denetim yetkisi Türk Eczacıları Birliği'ne verilmiş idi.

Yukarıda belirtilmiş olan yazıya ek olarak, 28.4.1986 tarih ve 014737 sayı ile Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na

Birliğimize gönderilen yeni bir yazı ve yine 28.4.1986 tarih ve 14811 sayılı yazı ile Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na Valiliklere yapılan duyuru çerçevesinde, Türk Eczacıları Birliği'ne verilmiş olan bu yetki "görülen lüzum üzerine" kaldırılmış bulunmaktadır. Ayrıca, etiketlerin dağıtımının bundan böyle İl Sağlık ve Sosyal Yardım Müdürlükleri kanalıyla yapılacağı da anlaşılmaktadır.

Etiket temin, dağıtım ve denetimiyle ilgili işlemleri sürdürdüğümüz süre içinde gerek Türk Eczacıları Birliği ve gerekse bağlı Odaları verilen sorumluluğun bilincinde olarak, herhangi bir aksama ve sisteme meydan vermeden görevini en iyi şekilde yerine getirmiştir.

Ekim 1984 ile 5 Mayıs 1986 tarihleri arasında zaman zaman uygulama ile ilgili bazı şikayetler vaki olmuştur. Ancak, bunların etiketle ilgili olmayıp "ilaç fiat listeleri"nin eczacılara gecikmeli olarak ulaşması konusunda yoğunlaştığı anlaşıldığından, durum, gerek Birliğimiz, gerekse bağlı Odaları tarafından Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü nezdinde pek çok defa gündeme getirilmiştir. Bu nedenle Bakanlığınızın ilgi yazısında yer alan "görülen lüzum üzerine" ifadesinin ne anlama geldiği anlaşılmadığı gibi, Birliğimizce üzüntüyle karşılanmıştır.

Türk Eczacıları Birliği olarak Bakanlığınızın yeni uygulamasına ilişkin bazı endişelerimiz bulunmaktadır. En iyi çözümün diyalog ile sağlanabileceği inancıyla aşağıdaki hususlara Bakanlığınızın dikkatini çekmek isteriz:

1) İlaçta sürşarj, Türkiye'de uygulanmakta olan liberal ekonomik modele uygun olarak gündeme getirilmiş yasal bir işlemdir. Sürşarj, 1983'lere kadar Eczaneler üzerinde giderek ağırlığını arttıran büyük sermaye erozyonunu durdurmuş, birçok eczaneyi iflastan kurtarmış ve Eczanede ilacın bulunabilir hale gelmesini sağlamıştır. Halk, sürekli değişmekte olan ilaç fiyatları karşısında "eski", "yeni" fiyat ikileminden kurtarılmış, bu anlamda devletin itibarı sağlandığı gibi Eczacı da gereksiz tartışmalara girmekten kurtulmuştur.

Psikotrop Reçete dağıtımı konusunda İl Sağlık Müdürlükleri bünyesinde ciddi sorunlar bulunurken, etiket temin ve dağıtımının da bu kanaldan yapılması, mevcut sorunlara yenilerini ekleyeceğinden Birliğimiz, hizmetin tümüyle aksıyacağı endişesini taşımaktadır.

İlaç fiyat listelerine paralel bir şekilde etiket temininde doğabilecek güçlükler Eczanelerde yeniden sermaye erozyonu tehlikesini gündeme getirecektir. İlacın eczanede yerine konulamaması, tüketici açısından çıkmazlar oluşturacak ve ilacın vatandaşa ulaşamaz olması yine gazete sayfalarında manşet haber haline gelebilecektir. Ayrıca, Etiketin güç temin edilebilir bir metaya dönüşmesi, yasal olmayan sürşarj uygulamasını da körükleyecektir.

2) Liberal Ekonomik model anlayışını benimsemiş hükümet programı ile, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın almış olduğu bu tasarruf kararı, bir paralellik göstermemektedir. Devlet bürokrasisinin ağır işleyen çarkı, çok hızlı yürümesi gereken bu işlemle ilgili yeni yeni bir zaaf kaynağı olabileceği gibi hizmetin aksaması, "Hizmet rekabeti" sürdürülen Eczane bazında ekonomik gerilemeye neden olacaktır.

3) Eczacı Odaları'nın en önemli işlevi Eczacılık hizmetlerinin rasyonel, ülke ekonomisine katkı sağlayabilecek bir düzeyde yürütmesini ve, kamu ve devlet çıkarlarını mesleki çıkarlarla bağdaştıracak şekilde organizasyonunu sağlamaktır. Muvazaa yoluyla eczane açılmaması mesleğin önemli sorunlarından bir tanesidir. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, tasarruf hakkını kullanarak bu sorunun ilerlemesinde caydırıcı bir rol oynayan "Oda Belgesi"ni zorunlu kılan uygulamayı ortadan kaldırmıştır. Sorunun çözümüne önemli bir katkı sağlayacak Türk Eczacıları Deontoloji Tüzüğü yeni şekliyle Bakanlık katında onay için bekletilmektedir. Yine konu ile ilgili olarak Yüksek Haysiyet Divanınca alınmış bulunan kararlar Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nca henüz uygulama aşamasına getirilmemiştir. Bunlara çözüm aranırken, sürşajla ilgili yeni bir uygulama ortaya çıkmış bulunmaktadır. Etiketin hızlı bir şekilde temin ve dağıtımı sağlanmadığı takdirde gerçekte var olan bu yasal hak da kadük hale gelecektir.

Etiket temini ve dağıtımı Eczacı Odalarının işlevlerini sürdürebilmeleri açısın-

dan olduğu kadar Eczacının mesleki disiplini içinde hareket edebildiğini kanıtlayan ve güdüleyen önemli bir işlevken herhangi bir karşılıklı görüşme olmaksızın bu işlevin el değiştirmiş olması Eczacı Odalarının Türkiye'deki Sağlık Hizmetlerine sağlayabilecekleri desteği önemli ölçüde aksatacaktır.

4) Türk Eczacıları Birliği ve bağlı odalarının şimdiye değin etiketten elde ettikleri gelirler tümüyle eczacılık mesleğine katkı sağlayacak alanlara yöneltilmiştir. Eczacılık hizmetinin ciddi, sorumluluk bilinciyle, ve Ana Sağlık Sınıfı olma işlevine layık bir düzenleme içinde verebilmesi yolunda önemli mesafeler katedilmiş ve bu anlamda Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na, halk sağlığı ve eczacılık hizmetleri konusunda önemli maddi ve manevi katkılar sağlanmıştır. Bakanlığın düzenlediği aşı kampanyasına madde destek sağlanmış ve yine Sağlık Bakanlığı'nın Mart 1986 tarihinde başlattığı, "İshalin ağızdan tedavisi" kampanyasında, Eczanenin birincil sağlık ünitesi olması yolunda doğrudan göreve talip olunmuştur. Ne varki işlevleri geriletilen ve moral açıdan kefarete ödeme konumuna layık görülen Eczacı Odaları'nın ve Eczacıların bundan böyle hangi imece heyecanını ve katılımını sağlayabileceği tartışma götürür bir konu olacaktır. Ayrıca, Etiket gelirlerine ilişkin abartılmış bir takım rakkamların, Bakanlık hizmetleri ile ilgili bir kaynak olarak düşünülmemesi gerektiğine olan inancımızı da belirtmek isteriz. Ekteki 2 tabloda görülen 21. Dönem içindeki Etiket sirkülasyonu bu durumu açıkça kanıtlamaktadır. Türk Eczacıları Birliği'nin 21. dönem içindeki Etiket ve numarator gelirleri 357.547.650.- TL'sidir. Buna karşın Etiket ve numarator basım ve temini ile ilgili giderler 204.219.317.- TL olup gelir olarak görünen aradaki fark 153.328.333.- TL'sidir. Bu gelir global bir değer olup, sürşarj malzemesinin Eczanelere dağıtımı için yapılan masraflar düşüldükten sonra net gelire ulaşmak mümkün

olabilmektedir. Görülmektedir ki, elde edilen gelir, spekülasyon konusu olacak bir düzeyde olmayıp, yeniden Etiket vs. gibi tüketim mallarının yatırımına dönüştüğünden, atıl sermaye haline gelmektedir.

5) Etiket dağıtımının yeniden düzenlenmesi konusunda biçimsel açıdan Birliğimizce yadırganan bazı hususlar bulunmaktadır. Bugüne değin, mesleki uygulamalarla ilgili konularda Birliğimizle görüş alışverişinde bulunan Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın bu konuda Birliğimize önceden haber verme gereğini dahi duymamış olması, gerek Birliğimizi ve gerekse Odalarımızı piyasa taahhütleri açısından güç duruma sokmuştur. Bir yandan aktarlarla ilgili tasfiye konusu zamana yönelik olarak çözülürken ve yine ilaç sanayii ile ilgili GMP tedbirlerinde 1 yıllık bir geçiş süresi tanınırken, Türk Eczacıları Birliği'ne dayatılan bu uygulama üzüntüye neden olmuş ve kabul edilemez olarak karşılanmıştır.

Sonuç olarak, Türk Eczacıları Birliği ve Eczacılar yaratılmış olan bu sorunun acilen çözülmesini beklemektedir.

Durumun ivedilikle düzeltilmesi dileğiyle, görüşlerimiz yüksek değerlendirmelerine saygı ile arz olunur.



ANKARA

PARFÜMERİ KUAFOR VE BERBER
LEVAZIMATI DEPOSU

Yerli ve Avrupa Işnılı - Buharlı - Asma - Ayaklı berber makinaları, fön makinaları, yıkama setleri, çalışma koltukları, her türlü saç boyaları ve diğer bol malzeme çeşitleriyle, fön ve diğer makinaların tamir atölyesiyle Ankara ve Türkiye dahilinde seri servislerimizle daima müşterilerin hizmetinde olmaktan onur duyuyoruz.

İzmir Cad. Sümer Sok. 9/4
Kızılay-ANKARA (29 66 71)

BASINDAN SEÇMELER

İLAÇ FİYATLARI HASTA EDİYOR

(Cumhuriyet)

İLAÇ REKLAMLARINA KISITLAMA GETİRİLSİN

(Son Havadis)

SAĞLIK PERSONELİ VE TAM GÜN ÇALIŞMA

(Milliyet)

İLAÇ FİYATLARI HASTA EDİYOR

- En çok satılan ilaçlardan Carsol ilk beş ayda % 41, anti alerjik Benadrol, öksürük şurubu Benylin ve vitamin Ca-Sandoz C % 38 azm görürken dünden itibaren ise 264 çeşit ilacın fiyatı yüzde 4-20 arasında yükseltildi.
- İlaç fiyatları yılbaşından bu yana yüzde 41'lere varan oranlarda artarken, İTO ücretliler geçinme endeksine göre 5 aylık enflasyon yüzde 14.9, doların TL. karşısındaki değer kazancı yüzde 20 oldu.

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na bağlı hastane hizmetlerine yüzde 50 ila yüzde 100 arasında zam hazırlığı yapılırken dün başta antibiyotikler olmak üzere 264 çeşit ilaca yüzde 4-20 zam yapıldı.

İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü tarafından dün valiliklere gönderilen 5 sayfalık zam listesi dışında halkın en çok kullandığı ilaçlara zam yapıldı. En çok tüketilen ilaçlardan grip ilacı Corsol yüzde 41'lik zamlarla rekortmen olurken anti allerjik Benadryl, öksürük şurubu Benylin ve vitamin Ca-Sandoz-C yüzde 38'lik zam oranlarıyla ikinciliği paylaştılar.

Bu yılın ilk beş ayında yedi ilaç zamban nasiplenemezken antibiyotikler Ampisina, Getamisin vitamin Supradyn tansiyon ve kalp ilacı Regreton, romatizma ilacı Brufen yüzde 32 zam görerek fiyatları en çok artan ilaçlar kervanına eklendiler. En çok satılan ilaçlardan alerji ilacı Tavogyl yüzde 5, iştah açıcı şurup Prakten yüzde 13, romatizma ilacı Piroksan yüzde 15 fiyat artışı ile en az zam gören ilaçlar oldular.

PAZAR PAYI EN YÜKSEK 10 İLAÇTA DURUM

Uluslararası Pazar İstatistikleri IMS'in belirlemelerine göre, Türkiye'de pazar payı en yüksek ilaçlardaki fiyat artışları 5 ayda enflasyon oranını aştı. İlaç pazarındaki payı en yüksek 10 ilaçtan antibiyotikleri Alfasilin Kap 500 ilk beş ayda yüzde 27, Lincocine yüzde 24, Ampisina Tab 500 yüzde 32, Erythocisine Tab. 500 yüzde 19, Getamisin Amp. yüzde 32 (vitaminler) Becozmy C Fort yüzde 20, Ca-Sandoz-C yüzde 38 zamlandılar. Pazar payı en yüksek 10 ilaçtan yedisindeki fiyat artışları ilk beş ayda gerçekleşen yüzde 15'lik enflasyonu aşarken 3 ilaç zam görmedi. Bactrim, Novalgin Ta. ve Baralgin'in fiyatları değişmedi.

İlk beş ayda en çok satan bir ilaç yüzde 41, üç ilaç yüzde 38, beş ilaç yüzde 32, 10 ilaç yüzde 20-30 arasında zamlanırken, aynı dönemde dolar TL. karşısında yüzde 19 değer kazandı(Cumhuriyet)

Ankara Eczacı Odası, hastaların ilaç bedeline katılmamasının ilaç savurganlığını artırdığına dikkat çekerek, hasta katılım payını almayan eczanelere karşı sert önlemler alınmasını istedi.

Ankara Eczacı Odası yayınladığı bildiride, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin parasal yönden en pahalı hizmetlerinden biri olduğu belirtilerek şöyle denildi: "Bu mali portre içerisinde, tanınan tedaviye kullanılan ilaç yüzde 60-70 oranında bir paya sahiptir. Kullanım değeri yüksek, tüketici sisteminde hiçbir esnekliği olmayan, her durumda bulunması gereken toplumsal bir meta olan ilaç Türkiye koşullarında pahalı bir maddedir. Böyle olmasına karşın bugün zengininden yoksuluna kadar her evde kullanılmamış yarım bırakılmış yığınla ilaca rastlamak mümkündür. Döviz çıkışı yoluyla yurda giren ilacın her evde, değil kutularla, bir tek tabletin veya ampulün ziyan edilmesi büyük bir döviz kaybına yol açmaktadır."

Hastaların ilaç bedeline katılmamasının ilaç savurganlığını artırdığı vurgulanan bildiride, hasta katılım payını almayan eczanelere karşı sert önlemler alınması istenerek sorunun bu tür eczanelerin sözleşmelerinin iptal edilmesi ile çözümlenebileceği inancındayız" denildi.

Ankara Eczacılar Odası, ilaç savurganlığını önlemek için birkaç öneri ile ilaç savurganlığına paydos demek istiyor. İlaç savurganlığının en önemli nedeni olarak da "ilaç reklamlarının kısıtlanması ve ilaç etkileşmesinin sağlanmasını önermektedirler.

Ankara Eczacı Odası'nın ilaç savurganlığının önlenmesi için diğer önerileri de şöyle:

İlaç reklam ve tanıtım giderlerine kısıtlama getirilmeli.

Antibiyotiklerin antibiyogoram yapılmaksızın reçeteye yazılmaması, hekimlerin ilaç-ilaç etkileşmesi, konusuna eğilmeleri sağlanmalıdır.

Veterinerlikte kullanılan tüm ilaçların eczaneler dışında kesinlikle satılması yolunda önlemler alınmalıdır (Son Hav.)

İLAÇ REKLAMLARINA KISITLAMA GETİRİLSİN

- Eczacı Odası, ilaç savurganlığının önlenmesi için, ilaç reklamlarına ve tanıtım giderlerine kısıtlama getirilmesi gerektiğini savundu.
- Ankara Eczacı Odası, hastaların ilaç bedeline katılmamasının ilaç savurganlığını artırdığı bildirildi

SAĞLIK PERSONELİ VE TAM GÜN ÇALIŞMA

- Uluslararası bir görüş olarak bilinmelidir ki hekimlik bir ticaret değildir, hukuk ve mali bakımdan bir serbest mesleğin icrasıdır.
- Kurum içinde özel hasta kabul etme, tedavi etme denenmiş, başarıya ulaşmamıştır. Geçmişteki başarısızlık nedenleri değişmemiştir. Tekrar deneme gene aynı sonuca ulaşacaktır.

Öyle anlaşıyor ki önümüzdeki günlerde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na bağlı hastanelerde bir defa daha tam gün çalışma denemesi yapılacaktır.

Yıllardır ülkemizde mevcut şartlarda gerçekte, hayal arasındaki çelişki kadar aykırılık bulunan, bu konuda defalarca denenmiş bu görüşün asıl sebebi nedir hâlâ anlaşılamamıştır.

Bugüne kadar ileri sürülen nedenlerin başında devlet ve memuru olan bir hekimin muayenehanesi olmasının tersliği, başka bir deyişle memurun ticaret yapmaması gerektiğidir. Bu gerekçenin tartışmasına girmeden önce tam güncülüğü savunanların felsefesini açıklamakta yarar vardır. Onlara göre, "Memur, ticareti devlet kuruluşu içinde yapmalıdır."

HEKİMLİK TİCARET DEĞİLDİR

Konuya şöyle başlamak uygun olacaktır. Uluslararası bir görüş olarak bilinmelidir ki hekimlik bir ticaret değildir. Hukuk ve mali bakımdan bir serbest mesleğin icrasıdır. Aradaki farklar universal bir görüşle yasalarız, tenkide konulmuştur.

Tam güncülerin ikinci iddiası da hastanedeki hastaya hekimin fazla zaman ayırmasıdır. Bu noktadan hareketle bu fazla zamanla daha iyi sağlık hizmeti temin edileceği ileri sürülmektedir

Ayrıca kurum içinde özel hasta kabul etme, tedavi etme denenmiş, başarıya ulaşmamıştır. Geçmişteki başarısızlık nedenleri değişmemiştir. Tekrar deneme gene aynı sonuca ulaşacaktır. Tam gün çalışan hekimlere belirli, sabit bir tazminat vermek, onları tembelliğe itecek, fazla mesaiye prim usulü, hekimlerle zamanının çoğunu özel hastalarına ayırmalarına, bu hastaların araştırmalar ve ameliyatlarda öncelik almasının, yan yana yatan hastalara farklı muamele yapılmasına neden olacaktır. Fazla kazanan hekimki meslektaşları tarafından kışkırtılacak ve haklarında çeşitli ihbarlar yapılacaktır. Hekimlere

sağlanan avantajların yardımcı sağlık personeline aynı oranda aktarılmasının pasif direnmelere veya usul dışı ödemelere yol açacaktır.

Bütün bunların dışında unutulmamalıdır ki arz talep kaidesi, ekonomide ne kadar kaçınılmaz geçerli bir kaide ise insan ilişkilerinde de aynı değerde sosyal bir ilkedir. Mesai dışında talep edilen bir hekimin özellikle acil şartlarda nasıl davranması lazım geldiği düşündürücü olacaktır. Öte yandan unutulmamalıdır ki emek, emektir, angarya Anayasa'ya aykırı kabul edilmiştir.

Tam güncülerin ikinci iddiası da hastanedeki hastayı hekimin fazla zaman ayırmasıdır. Bu noktadan hareketle bu fazla zamanla daha iyi sağlık hizmeti temin edileceği ileri sürülmektedir. Bu görüşün gerçeklerle ilgisi yoktur. EEG, EMG, bilgisayarlı tomografi, endokopi, mikrobiyoloji, biyokimya, psikoloji laboratuvarları gibi yardımcı tetkiklerin aynı şekilde hizmet vermemesi halinde bu ekstra

zaman kullanılmayacaktır. Ayrıca yataklı sağlık kurumlarında sağlık hizmetlerinin en eksak olduğu, halkımızın en şikayetçi olduğu dönem saat 17.00 ile sabah 08.00 arasındır. Bu dönem, hekim, yardımcı sağlık personelinin laboratuvarındaki işlemesi açısından hastanenin en zayıf zamanıdır. Tam gün çalışmanın bu dönemde nasıl etkili olacağı açıklanmamış ve uygulandığı dönemlerde de bir yararı görülmemiştir.

Esasında Amerika'yı her gün yeniden keşfetmekte bir mana da yoktur. Yataklı sağlık kurumlarındaki hekim azlığına gelişmiş ülkeler çeşitli adlar altında bir zorunlu hizmetle çare bulmuşlardır. Tıp fakültelerini bitirmiş, doktor ünvanını almış mezunlar, o ülkelerde hekimlik sanatını icra edebilmek için 1 veya 2 yıl hastanelerde haftada 3,5 gün izin yaparak, yani günde 24 saat hizmet verme imkanı içinde cerrahi ve dahili tıp dallarında çalışmaktadırlar. Doğaldır ki bunlar, emeklerinin karşılığı verilmektedir.