

ANKARA

ECZACI ODASI

BÜLTENİ



CİLT: 9-Nisan 1987-SAYI: 2



**ANKARA
ECZA-KOOP
8. YILINDA**



Bulletin of Ankara Chamber of Pharmacists

YILDA BİR YAYINLANIR

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

Yönetim Yeri:
Korur Sokak 13/2
Yeniyahya / Ankara
Telefonlar:
125 42 96 - 125 08 07

Ankara Eczacı Odası'nın bu
Bülten'i ARA PRESS
Necatibey Cad. 9/6-Ankara
Tel: 230 13 05) tarafından
hazırlanmıştır.

REKLAM FİYATLARI:

- Arka Kapak: 180.000 TL.
- Önç Kapak: 160.000 TL.
- Arkaiç Kapak: 140.000 TL.
- İç Sayfalar: 80.000 TL.
- Fiyatlara KDV dahildir.
- Reklam için başvuru:
230 13 05 - ARA PRESS

NOTLAR :

Bültendeki yazılar, bülten adı gösterilerek yayınlanabilir.
Bültenlerdeki görüşlerden yazarın sorumlu olup, AEOB'ni bağlamaz.
Bülten 2.500 adet basılır ve AEOB üyeleri ile yurtiçi tüm sağlık kuruluşlarına ücretsiz posta ile dağıtılır.

PAK KONUSU:

Yılında
kara Ecza Koop'dan
rüntüler.

14 Mayıs
Eczacılık Günü
Tüm Meslekdaşlarımıza
Kutlu olsun
AEOB

BU SAYIDA

72.BAKIŞ

74.SOSYAL ECZACILIK

100.KLİNİK FORUM

106.DERLEME-MAKALE

120.BİLİM HABERLERİ

124.ODA HABERLERİ

129.BASINDAN SEÇMELER

Bildiğiniz gibi 1986 yılı tüm dünyada Barış Yılı olarak ilan edildi. Bir bütün yıl Barışın güzelliği, evrenselliği vurgulanmak istenirken, barışsızlığın yani savaşın, yani zulmün, kötülüğün yani insanın insana yapabileceği insanlık dışı davranışların, işkencelerin güzel gezege-nimizi ne duruma düşürebileceği de gözler önüne konul-mak istendi.

Gerçek bir barışın ancak sağlıklı kişilerce sağlanabileceği, özellikle, beden sağlığının yanısıra ruh ve düşünce sağlığına sahip ve sağlıklı düşünebilen insan-larca kalıcı bir barış sağlanabileceği gerçeğinden hareket-le, sağlık emekçileri, Ankara düzeyinde bir yarışma düzen-lediler. Barışın güzellik ve gerekliliğinin kalıcı olması, gele-cek kuşaklara, geçmişken bir barış kıvılcımı yansıtması ama-cıyla düzenlenen bu yarışmalar, üç dalda yapıldı. Sağlık-tan Barışa uzatılan bu yarışma köprüsünde, şiir, karikatür ve fotoğraf sanatları vardı.

Bu yıl Ankara Eczacı Odası, Ankara Tabip Odası ve Ankara Diş Hekimleri Odası bu güzel gele-neği başlatmış bulunuyor. Dileğimiz sağlıkemekçilerinin tüm kuruluşları gelecek yıllarda da elele, gönül gönüle; sağlı-ğın, barışın insanlarımıza bir hak olduğunu haykırınsınlar.

Son Bölgelerarası toplantı 3-4-5 Nisan 1987 tarihinde Denizli (Pamukkale)'de yapıldı. Gündemin ağırlıklı konusu, "Over The CounterOTC" idi. Yani ecza-nelerde reçetesiz verilebilecek ilaçlar ve "ilaçla kendi ken-dini tedavi (İKKT) idi. Bu konuda Odamız görüşünü ve Ecz. Atilla Uzgören'in bir yazısını iç sayfalarımızda bulacaksınız. Ancak endüstrisini tamamlamış ülkeler için geçerli bir yön-tem olarak geliştirilmiş, "ilaçla kendi kendini tedavi"nin ül-kemiz koşullarında nasıl uygulanabileceği, eğitim ve kül-tür düzeyinin belli düzeydeki Türk halkına ne gibi katkıda bulunabileceği şu anda bilinmiyor. Bilinen o ki, ilaç firma-ları eczanelerden elde ettikleri kârı az bulmuş, ilacı eczacı dışına çıkarma çabalarına girmiştir. Mesleğinin ve görevi-nin bilincindeki her Türk Eczacısının konuyu enine boyu-na irdeleyip, OTC ve İKKT yöntemlerinin perde arkasını iyi

görüp değerlendirmesi gerekir. Sorun salt ilalcın eczane dışında sattırılması değil, halk sağlığının uzman ellerden çıkarılarak; onun bunun keyfine bırakılmasıdır. Konu üzerindeki düşüncelerinizi lütfen bize yazın. Ankara Eczacı Odası konunun tüm meslektaşlarımızca tartışılmasını öneriyor, Bültenimizin sayfalarını düşüncelerinize açıyor.

İnim inim iniliyor yüreğim

Ben ağlarım, doktor ağlar, dert ağlar

— Ben tarla almıyorum oğlum, alt tarafı ilaç bu...

— !...

Bu konuşma bir eczanede geçiyor. Yarın birgün benzeri bir cümle ile karşılaşacaksınız. Belki de çok duyduunuz. İlaç fiatları artık gemi aziya almıştır. Uzun istatiksels hesaplara artık gerek duymuyoruz. İlacın, doları, altını, gayri menkulü tüm hızıyla sollayıp, rotasından çıkan bir füze gibi sonu belli olmayan bir hedefe yöneldiğini görüyoruz." "Ansak rekabet" "serbest rekabet" derken, bıçağın ucu hasta vatandaşın derdini unuttururcasına, gırtlığına gelmiş dayanmıştır. İlaç yokluğunun kaldırılması, aranan ilacın her yerde, her zaman bulunacağı amacıyla alınan bazı önlemlerin artık işe yaramadığını üzülererek görüyoruz. Hani Adalat'lar, Nidilat'lar, Coumadin vs.'ler? İlaç üretiminde kullanılan hammaddelere gümrük muafiyeti getirilmiştir. İlaç fiyatları neredeyse serbesttir. İsteyen firma isteyen fiyatı almaktadır. Peki niye bu yokluklar? Neden bu sıkıntılar ki hep kalp hastalarını bulmaktadır? Sayın Firma yetkilileri, sayın ilgili bakanlığın yetkilileri, lütfen ilaç fiyatlarının artışındaki gerekçeleri açıklayın. Lütfen bazı ilaçların, her türlü kolaylığa, her tavize karşın neden üretilmediğini açıklayın. Açıklayın ki, her fiyat artışının, her ilaç yokluğunun suçunu, izdirabını tezgahın ardındaki eczacı çekmesin.

OTC' ydi İKKT idi, bırakalım bunları da, ülkemizde ilacı "yok"tan ve "erişilmez"likten kurtaralım.

Esenlikler Dileklerimizle

AEOB

SOSYAL ECZACILIK

**14 MAYIS
ECZACILIK GÜNÜ
KUTLANIYOR**

**“BARİŞ VE SAĞLIK”
FOTOĞRAF, KARİKATÜR, ŞİİR
YARIŞMASI SONUÇLANDI**

**İLAÇLA KENDİ KENDİNİ
TEDAVİ VE OTC
ÜZERİNE GÖRÜŞLER**

**YENİ BİR EĞİLİM:
(OTC) ÜZERİNE**

(Ecz. Atilla Uzgören)

**8.ÇALIŞMA YILINDA
ANKARA ECZA - KOOP**

**SAĞLIK HİZMETLERİNİN
ÖZELLEŞTİRİLMESİ**

(Ecz. Muharrem Ölçer)

EGAŞ NEDİR?

**ULUSAL İLAÇ POLİTİKASI
İÇİN MECLİS ARAŞTIRMASI
İSTENDİ**

**SOSYAL TESİSİMİZ
SİZLERİ BEKLİYOR**

Me
rak
Bu
ler
lik
ze
da
ec
dğ
gü
yl
m
gi
19
14
9
11

14 MAYIS ECZACILIK GÜNÜ KUTLANIYOR

Ülkemizde bilimsel eczacılığın başladığı 14 Mayıs 1939 tarihi, Geleneksel Eczacılık Günü olarak 1967 yılından günümüze dek kutlanmaktadır. Bu tarih ilk eczacılık sınıfının açıldığı ve ilk derslerin verildiği gündür. Bu adımla birlikte eczacılık gelişimin batılı anlamda göstermiş çağdaş düzeye gelmiştir. Ancak bünyesindeki birçok sorunda halen gündemdedir.

Geleneksel Eczacılık Günü, Sağlık alanında, eczacılık ve ilaçla ilgili güncel sorunların tartışıldığı, çözüme yönelik önerilerin en yoğun biçimde gündeme getirildiği gün olarak kutlanmaktadır.

Ödümüzce hazırlanan kutlama programı bu yıl G.Ü. Eczacılık Fakültesinde yapılacaktır. Tüm meslektaşların düzenlenen kutlamalara yakın ilgi göstererek katılacakları inancıyla 14 Mayıs 1987 perşembe günkü programı sunuyoruz:

14 MAYIS 1985 PERŞEMBE

9.00 ANITKABİR'İ ZİYARET

- Aslanlı Yol Girişi.

10.00 AÇILIŞ

- G.Ü. Eczacılık Fakültesi Konferans Salonu.

11.00 ONUR VE BAŞARI BELGELERİNİN DAĞITIMI

12.00 YEMEK

- G.Ü. Eczacılık Fakültesi Yemek Salonu.

14.00 SERBEST BİLDİRİLER

- Avrupa Ülkelerinde Eczane İşletmeciliği ve AT'nı Geçiş Aşamasında Türkiye'nin Durumu.

• Prof. Dr. Mekin TANKER

T.E.B. Merkez Heyeti Başkanı

- İshalde Ağızdan Sıvı Tedavisi Uygulamasında Eczacının Görev ve Sorumlulukları.

• Doç. Dr. Süleyman ÇELİK

GATA ve Askeri Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Ana Bilim Dalı Başkanı.

- OTC - Reçetesiz, Eczane Dışında Satılan İlaçlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi.

• Yrd. Doç.Dr.Nurettin ABACIOĞLU

T.E.B. Merkez Heyeti Genel Sekreteri

15.00 ARA

15.45 GELENEKSEL 14 MAYIS II. SPOR ŞENLİKLERİ ÖDÜL TÖRENİ

16.00 SERBEST KÜRSÜ

20.00 ECZACILAR GECESİ

- KENT OTEL



Ankara Dış Hekimi, Tabipleri ve Eczacı Odaları tarafından düzenlenen "Barış ve Sağlık Yarışması"ndan bir an...

“BARIŞ VE SAĞLIK” FOTOĞRAF, KARİKATÜR, ŞİİR YARIŞMASI SONUÇLANDI

Birleşmiş Milletler tarafından "Dünya Barış Yılı" olarak ilan edilen 1986 yılında, Odamız, Ankara Tabip ve Ankara Dış Hekimleri Odası ile birlikte Barış ve Sağlık konulu Fotoğraf, Karikatür ve Şiir dallarını kapsayan bir yarışma düzenlenmişti. Eylül 1986 - Şubat 1987 tarihleri arasında toplanan yapıtlardan fotoğraf dalında 99, karikatür dalında 431 ve şiir dalında ise 190 eser değerlendirilmeye alınmıştır.

İnsan sağlığı, karşısındaki tehlikeler ile yaşayan sağlık elemanları bu temel görevi dışında dünya barışının sağlanması ve dünyanın sonu olabilecek nükleer bir savaşa karşı da yaşamının her alanında mücadele içinde olması gerekmektedir. Nükleer savaş sonrası hiç bir tıbbi tedavinin yapılamayacağı gerçeği tüm topluma anlatılmalıdır. İşte Barış ve Sağlık konulu bu yarışma bu düşünce ile sorunların en güzel aktarılabilirliği olan sanatın, katkısının büyük olacağı düşüncesiyle düzenlenmiştir.

Fotoğraf dalında Vahit Aras, Rıza Arat, Alp Aydın, Ateş Erinanç, Çerkes Karadağ'dan oluşan seçici kurul, 24 eseri sergilenmeye değer bulmuştur.

1. ÖDÜL: TUĞRUL ÇAKAR (ÇOCUKLAR ÖLDÜRÜLMESİN)
 2. ÖDÜL; ve Türkiye Mühendis ve Mimar Odaları Birliği Ödülü: GÜLÜMSER İŞÇELEBİ (İSİMSİZ)
 3. ÖDÜL: ALİ RIZA AKALIN (BARIŞ ÖZGÜRLÜKTÜR)
- TÜRK DİŞ HEKİMLERİ BİRLİĞİ: GÜLÜMSER İŞÇELEBİ (BARIŞ)
TÜRK ECZACILAR BİRLİĞİ ÖDÜLÜ: METİNLER GÖREN (UMURLARINDA DEĞİL)
TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ ÖDÜLÜ: YAKUP KÜTÜK (ÖZLEM)
ANKARA FOTOĞRAF SANATÇILARI DERNEĞİ (AFSAD) ÖDÜLÜ: METİNLER GÖREN (DUVAR ÇAĞDAŞ GAZETECİLER DERNEĞİ ÖDÜLÜ)
AHMET ÖZLÜ (YÜPÜ)

İSTANBUL FOTOĞRAF VE SİNEMA AMATÖRLERİ DERNEĞİ (İFSAK) ÖDÜLÜ: TUĞRUL ÇAKAR (GÖLGE)
 ABECE DERGİSİ ÖDÜLÜ: ALİ RIZA AKALIN (ACILAR BARIŞLA BİTER)
 BİLİM VE SANAT DERGİSİ ÖDÜLÜ: OSMAN AZİZ YEŞİL (BARIŞA MI?)
 YARIN DERGİSİ ÖDÜLÜ: RETHİ İZAN (YAŞAMAK)
 YARIN YAYINLARI ÖDÜLÜ: ÖMER ELBİRLİK (1.İSİMSİZ)
 İNSAN HAKLARI DERNEĞİ ÖDÜLÜ: UFAK ŞAHİOĞLU (İSİMSİZ) ve Bilim Sanat Yayınları Ödülü: Tuğrul ÇAKAR (Özlem) adlı eseri ile kazanmıştır.

Karikatür dalında seçici kurul Nezih Danyal, Ferruh Doğan, Hatay Dumlupınar, Kamil Masaracı ve Ümit Ögmel'den oluşmuş, 98 eseri sergilenmeye değer bulunmuştur.

1. ÖDÜL: SADIK PALA - İZMİR
 2. ÖDÜL: FETHİ GÜRCAN MERMERTAŞ - BALIKESİR
 3. ÖDÜL: ATAY SÖZER - İSTANBUL
- CEMAL NADİR ÖZEL ÖDÜLÜ: CUMHUR GAZİ OĞLU - ANKARA
 YALÇIN ÇETİN ÖZEL ÖDÜLÜ: FERİT AVCI - İSTANBUL
 TÜRK DİŞ HEKİMLERİ BİRLİĞİ ÖDÜLÜ: ALTAN ÖZESKİCI - İZMİR
 TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ ÖDÜLÜ: ALTAY MARTI - DİYARBAKIR
 TÜRK MÜHENDİS VE MİMAR ODALARI BİRLİĞİ ÖDÜLÜ: SERVET GÜREL
 TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ ÖDÜLÜ: ALİ KAMİL UZUN
 ÇAĞDAŞ GAZETECİLER DERNEĞİ ÖDÜLÜ: SEMİRAMİS AYDINLIK - BERLİN
 KARİKATÜRCÜLER DERNEĞİ ÖDÜLÜ: HAKAN BOYAR - İZMİR
 ABECE DERGİSİ ÖDÜLÜ: TUNCAY ÖĞRETMİŞ - İSTANBUL
 BİLİM VE SANAT DERGİSİ ÖDÜLÜ: MUSTAFA BORA - SİİRT
 BİLİM VE SANAT YAYINLARI ÖDÜLÜ: SÜLEYMAN ÖZKONUK - İSTANBUL
 YARIN DERGİSİ ÖDÜLÜ: ÖZCAN ÇALIŞKAN - İSTANBUL
 YARIN YAYINLARI ÖDÜLÜ: SEFA SOFUOĞLU - ADANA
 İNSAN HAKLARI DERNEĞİ ÖDÜLÜ: YÜKSEL CAN - ANKARA
 Şiir dalında ise seçici kurul Behçet Aysan, Muzaffer İnan Erdost, Seyyit Nazir, Ali Püsküllüoğlu ve Tahsin Saraç'tan oluşmuştur:
1. ÖDÜL: TUĞRUL ASİ BALKAR - "KUŞATMALAR COĞRAFYASI"

2. ÖDÜL: MUAMMER KARADAŞ - "YAŞAMA TELGRAF"
 3. ÖDÜL: GÖKSU BAYKAL - "SUNU"
- TÜRK DİŞ HEKİMLERİ BİRLİĞİ ÖDÜLÜ: YETKİN ARÖZ - "BARIŞIN KARNESİ"
 TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ ÖDÜLÜ: YALÇIN ULUKAYA - "KAR ALTINDA ÇİÇEK AÇAN AĞAÇ"
 TÜRK MÜHENDİS VE MİMAR ODALARI BİRLİĞİ ÖDÜLÜ: ABDÜLKADİR PAKSOY - "BARIŞ"
 TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ ÖDÜLÜ: YAKUP AKA - "ÇAĞRI"
 ABECE DERGİSİ ÖDÜLÜ: ÖNER YAĞCI - "BARIŞ OLUYORUM"
 BİLİM VE SANAT DERGİSİ VE YAYINLARI ÖDÜLÜ: RAŞİT AVCI - "GÜNEŞİ PAYLAŞMAK"
 BROY DERGİSİ ÖDÜLÜ: HAYDAR EROĞLU - "YENİ YILDA YENİDEN: DÖRT DÖRTLÜK"
 DOST YAYINLARI ÖDÜLÜ: A. TEKİN KARAÇOBAN - "BARIŞ"
 FELSEFE DERGİSİ ÖDÜLÜ: ÖNER KIZILKAYA - "SALAMON KİLİMCİYAN'IN ÖYKÜSÜ"
 YARIN DERGİSİ VE YAYINLARI ÖDÜLÜ: MUSTAFA ÖZTURANLI - "GÜVERCİNDEN DOĞUYOR GÜNEŞ"

BOSS VA-Rİ-TEKS VA-Rİ-TEKS TIBBİ KORSE VA-Rİ-TEKS

Tüm meslektaşlarımın
 bayramını kutlarım...
 Ecz. Sunerdem Batu

- ★ VAHİS ÇORABI
(Yerli-Avrupa)
- ★ ALERJİ YAPMAYAN
İTHAL FLASTER,
- ★ YÜN KORSE,
- ★ YÜN DİZLİK,
- ★ ELASTİK BANDAJ,
- ★ TIBBİ KORSE,
- ★ TABANLIKLAR,
- ★ KOLTUK DEĞNEĞİ
- ★ STERİL ENJEKTÖR,
(Yerli-İthal)
- ★ BOYUNLUK
(Çocuk tipi,
iki parçalı,
çemeli, sünger)

PAPATYA ECZA LEVAZIMATI
 İTİRYAT PAZARLAMA VE DEPOSU
 Emek Mah. 8. Cad. No: 167
 Emek/Ankara
 Tel: 213 16 78

YENİ DÜŞÜN DERGİSİ ÖDÜLÜ: BOZAN YAMAN - "SİYAH-BEYAZ BİR FOTOĞRAF"

Karikatür ve resim dalında sergilenmeye değer görülen eserler Metropol Sanat Merkezi Salonu'nda 7-14 Mart tarihleri arasında sergilenmiştir.

Sağlık Haftası etkinlikleri içinde 7 Mart 1987 Cumartesi günü Metropol Sanat Merkezi'nde Barış ve Sağlık kurulu bir panel de düzenlenmiştir. Ankara Tabip Odası Yönetim Kurulu üyesi Dr. Eşref Önder'in yönettiği panele Ankara Diş Hekimleri Odası adına Dt. Hüsnü Çuhadar, Ankara Tabip Odası adına Dr. Mahmut Kılıç, Odamız adına Doç. Dr. İsmail Üstel ayrıca Doç. Dr. Güney Gönenç ve Dr. Behçet Aysan konuşmacı olarak katılmışlardır.

Dünya Barış Yılı ve barış, sağlık konusundaki düşüncelerin dile getirildiği toplantıda, Sağlık için Barışın gerekliliği, barış içinde sağlığın gerekliliği vurgulanmıştır. Konvansiyonel bir savaşta dahi sağlık hizmetlerinin görülmesinin ne denli zorlaşacağı konusu dile getirilmiştir. Nükleer silahlanmaya ayrılan paraların çok küçük bir yüzdesi ile dünyada açlık nedeniyle oluşan ölümlerin olmayacağını, beslenme, eğitim ve konut sorunlarının çözüleceğini belirterek bu konuda örnekler verildi. Barış Yılı'nın son bulmasıyla barışın sağlanması için mücadelenin durmayacağı bildirilerek panel sona erdi.

BASIN-SAĞLIK HİZMET ÖDÜLLERİ VERİLDİ

7-14 Mart 1987 tarihleri arasında Ankara Dişhekim Odası, Ankara Eczacı Odası ve Ankara Tabip Oda'sının ortaklaşa düzenledikleri Sağlık Haftası Nedeni ile dağıtılması kararlaştırılan Basın-Sağlık Hizmet ödülleri sahiplerini buldu. Ödül seçici kurulunun kararıyla:

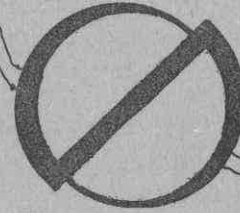
Sayfalarını, sağlık konusunda bilimsel ve toplumsal içerikli yazılara açması ve bu tavrını istikrarlı bir biçimde sürdürmesi nedeniyle Bilim ve Sanat Dergisi'ne Basın-Sağlık Hizmet Ödülü, "Radyasyon Dosyası" adlı araştırması ile Cumhuriyet Gazetesi'nden Şükran Ketenci'ye Basın-Sağlık Hizmet Ödülü,

İlaç ile ilgili haber ve araştırmaları ile Cumhuriyet Gazetesi'nden Arif Esen'e Ankara Eczacı Odası Özel Ödülü;

"Sahte Dişçilere Dikkat" adlı haber araştırması ile Nokta Dergisi'nden Haluk Müftüoğulları ve Can San'a Ankara Diş Hekimleri Odası Özel Ödülü;

"ABD Dolayısıyla Nüfus Planlaması", "İlaçta Hapı Yutanlar", "Hastaneler Liberalleşiyor", "Doktorlar da ÖSYM'ye Emanet" adlı haber araştırmaları ile Yeni Gündem Dergisi'nden Te-

14 Mayıs
Eczacılık Günü
Tüm Meslekdaşlarımıza
Kutlu olsun



SEICKUK
ECZA
DEPOSU

TİCARET ve SANAYİ A. Ş

ANKARA BÜROSU:

Ataç Sk. 44/7 Yenışehir/ANKARA
Telex : 42659
Telefon: 133 47 16-
131 18 90-91-92

KONYA BÜROSU:

Nalçacı Cad. KONYA
Santral: 30473 - 30562 - 33544
Sipariş: 30474 - 30475

İSTANBUL ŞUBESİ:

Yıldız Posta Cd. Akın Sit. No.10
Gayrettepe-İSTANBUL

Telex : 26481

Telefon: 167 11 75 - 167 11 76

ADANA ŞUBESİ:

İnönü Caddesi Semih İş Hanı
Zemin kat No. 18 - ADANA
Telex : 62324

Telefon: 23635-17001

P.K.: 586

ANTALYA BÜROSU

1253 Sokak Birlik İş Hanı
No. 146 Kat 3 - ANTALYA

Telex : 56188

Telefon: 7725

mil Bora ve Hilgün Gürkan'a Ankara Tabip Odası Özel Ödülü;

Sağlık konuları ile ilgili haber-araştırmaları nedeni ile Milliyet Gazetesi'nden Hatice Özer'e Basın-Sağlık Hizmet Ödülü;

"Göktaş'ta ya işsizlik ya ölüm..." adlı haberi ile Hürriyet Gazetesi'nden Ahmet Kayacık'a Basın-Sağlık Ödülü;

"Tibba İşkençe Gölgesi Düştü" adlı araştırma ile Yeni Gündem Dergisi'nden Belma Akço-

ral, Emel Armutçu, Osman Balcıgil, Kürşat İstanbullu'ya İnsan Hakları Sağlık-Basın Ödülü:

"Köpük Köpük Ölüyoruz" adlı araştırma ile Nokta Dergisi'nden Nadire Mate ve Güldal Kızıldemir'e Basın-Sağlık Hizmet Ödülü verilmesi uygun görülmüştür.

Ödüller 10 Mart 1987 tarihinde saat 18.00'de Ankara Sanat Tiyatrosu'nda düzenlenen "Sağlık Yasasından Yeni Düzenlemeler Çalışanlara ve Toplumla Etkileri" konulu panel öncesi verildi.

BARIŞ VE SAĞLIK

FOTOĞRAF KARİKATÜR ŞİİR YARIŞMASI

1.

ŞİİR

KUŞATMALAR COĞRAFYASI

şormasam o kardaş söylemezdi belki de cam kırıklarıyla parçalandığımız geceyi)

BAŞTAN SONA

Bir

Yankılandım.

Yankılanan dalgalar koşuyor kıyıya z bırakmadan

yankılanan unutulmuş ve uzak bir şarkının son dizeleriyde anımsa

anımsa camlara vuran

yağan kardi bütün bir gece

gider mi gider gitme desen de

öçebe bir güvercin

kanatsız belki sevdalı

kim hayır diyecek

kim yadsıyacak
tek ışık gözlerimizdi
tek sıcaklık soluğumuz
sözlerimiz yorgun
düştü, kim kaldıracak
kim tanık bir an mı
kim tanık bir yaşam mı
bütün zamanları birden
bütün aşkları birden
bütün acıları birden
yaşamının zorunluluğu
gider mi gider gitme desen de.

İki

Hangi güz fırtınası
hangi gün hangi gece
çalınan her kapıyı
korku açarken
o yanımda olsa,
o yanımda olsa
çocuk elleriyle
incecik elleriyle
eğilip ahından öptüğüm
yeryüzü depremini kucaklayarak
gider mi gider gitme desen de

ne desek korkunç
ne desek gerçek
olur, şiir yalancı

kar örter duvarları
işte her yer kan ve cam kırıkları
sırtında geçmişin dengi
ışyarak geleceğe doğru
gider mi gider gitme desen de.

Üç

Nereye göçmen gözlüm
nereye böyle yaralı
nereye böyle kararlı
her yer kan ve cam kırıkları
geceden çalınmış
ne bir ses
ne bir kimse
gider mi gider gitme desen de
kal diyen ellerin
kalır gecede
kal diyen gözlerin
kalır gecede
bir de boğazına dayalı
bir bıçak gibi yalnızlığın
gider mi gider gitme desen de.

Dört

Nereye göçmen çiçek eylül mü
hicretin kaçınıcı yenilgisi
öldüler doğru.
Ölümü dalgaların itişiyile
kıyıya vurarak karşılayan
bir yengeç gibi değil,
yüreğimizi ısıtan sesleriyle
bir insan gibi karşıladılar,
bak işte, bu en doğrusu.

nereye göçmen çiçek eylül mü
hicretin kaçınıcı yenilgisi
bakardık üzüncüle uzaktan
değdikçe tenlerine ilk ışıkları sabahın
bakardık uzaklaşırdı karanlık,
gördün mü kanatlanmış
hırçın bir sesle
hırçın ve kararlı
gider mi gider gitme desen de

birkaç söz
birkaç resim
birkaç anı
bir mektup
hepsi bu
yalnızlığımızı aydınlatan bir tutam ışık
dostça bir gülüş
ışıldayan yıldız denizi
olur, şiir yalanı
acılarımızın ağırlığıyla boynumuzu g
gider mi gider gitme desen de.

Beş

Avlunun ortasına dikilir yorgun
gelmesiyle geçmesi bir
olan beklenmedik bir bulut
yüreğini dolduran bir bulut
küçük, coşku neferi, üzüncüle karışık
çalar mı yüreğini ipek dokunuşuyla
okşar gibi, dudağının kenarında
takılı bir sızıyla
**bana dünyayı yaşanır kılan
bir adres söyle ve git**
gider mi gider gitme desen de.

Altı

O bendim, beni unutma
diyen sesinin çınlamasıyla şaşkın
ellerimi tuttuğunda uslu bir çocuk
gözlerini kapayınca karanlıkta kalan
O bendim
bir düşten uyanmışcasına serserim
bir güle baktıkça solan
bir serçe salıverince köle
aklı hep o şarkıya takılı
gider mi gider gitme desen de.

SONDAN BAŞA

Yedi

O bendim, gökyüzüne bakarak
yıldız kaymalarından kendine umut
her yıldızın bir ömrün

bede
yanıl
O be
boşlu
elleri
kirlen
soyul

bedeli olduğunu bilmeyen
yanılan yıkılmış ve sürgün
O bendim
boşlukta dağılan
ellerimle dalgın
kirlenmiş düşlerimden
soyunup

bekleyen,
seni bekleyen
çoktandır yaşamayan birine
arada gelen mektuplar için
şiiirler yazan, uçurumun kıyısında
uyuyan ve uyanan
gider mi gider gitme desen de

Tuğrul Çakar

1.

*"Çocuklar
Öldürülmesin"*

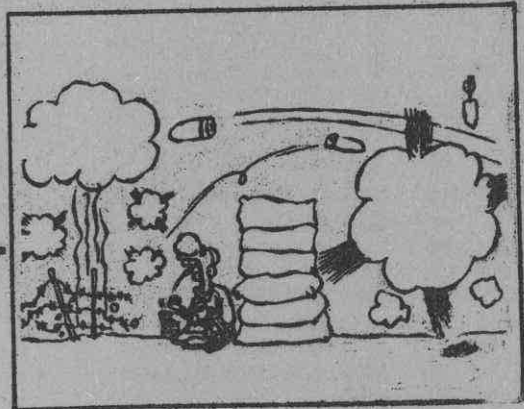
FOTOĞRAF



KARİKATÜR

1.

Sadık Pala



İLAÇLA, KENDİ KENDİNİ TEDAVİ VE OTC ÜZERİNE GÖRÜŞLER



Son aylarda eczanelerimizde değişik bir havanın esmekte olduğunu bilmem farkında mısınız? Öteden beri ilaç olarak bildiğimiz, gördüğümüz bazı ilaçların tanıtımları alışılan boyutları aşmış.... Şeker hastalarının "şeker" niyetine kullandığı bir tatlandırıcı cicili bicili kutularda, birazda muzır nitelikli bir reklam setinde bütün albenisiyle durmakta. Özel ve özenle yapılmış bir başka pleksiglas arfta bir öksürük şurubu sanki bir oyuncak kutusunun içindeymiş gibi gelenlerin tüm dikkatini çekiyor... Ay biçiminde, alttan motorlu, fişkir diyen bir tablett ışıklar içinde, vitamin olmanın gururu ile köpürüp durmakta...

Firmalardaki bu kıpırdanmalar son zamanlarda iyice kendini duyurmak isteyen yeni bir akımın tek habercileri, İlaçla Kendi Kendini Tedavi (İKKT), ilkelerinin ilk öncülerini, eczanelere getirilmek veya eczanelerden götürülmek istenen bazı şeylerin ilk payılıtlarıdır.

Konuya önce "İlaçla Kendi Kendini Tedavi" nedir, onu açıklamakla başlamak gerekir. Bu "Kişinin sağlığını iyileştirmek için, tıbbi danışma olmaksızın, doktor tavsiyesi olmadan reçetesiz ilaçların kullanımı" anlamına gelmektedir. Burada iki önemli kavram bulunmaktadır.

Birincisi: Kişinin sağlığını iyileştirmek için tıbbi danışma olmaksızın eylemde bulunma süreci;

İkincisi: Reçetesiz ilaçların kullanımı, yani Banko üstü ürünleri (İngilizcesi Over The Counter "OTC").

Ülkemizdeki sağlık hizmetlerinin yetersizliği, sağlık birimlerindeki tanı, tedavi, koruma ve

rehabilitasyon merkezlerine ulaşılabilirlik zorlukları, ilaç fiyatlarının pahalılığı göz önüne alınacak olursa, kişinin ilaçla kendi kendini tedavi etme olayı, ilk bakışta anlamlı ve kolay gelmektedir. Son günlerde bazı gazetelerin televizyon reklamlarında öngördüğü kitaplardan bir tane edinmek, orada verilen sorulara evet-hayır diyerek veya OTC ilaçlarını piyasaya süren firmaların kataloglarından edinilen bilgilerle önce hastalığın tanıtımını konulacak; sonra da reçetesiz ilaçlarla kendinizi tedavi edeceksiniz. Yani "bir tıbbi danışma olmaksızın" hastalığınızı öğreneceksiniz. Daha sonra da reçetesiz ilaçları alarak, tedavinizi yapacaksınız. Dünya Sağlık Teşkilatı Haziran 1985 yılında, kendi kendini tedavi üzerinde yayınladığı raporda, bu tedavi yönteminin ana hatları çizilirken, bu uygulamanın temelini yönelik bilgiler verilirken, her zaman "endüstrilemiş ülkelerde..." diye olay vurgulanmaktadır. Yani belli bir ekonomik ve kültürel düzeye gelmiş ülke halklarının yararlanabileceği bir uygulama olarak ele alınmaktadır. İKKT ve yine raporda; kendi kendini tedavinin doğuracağı riskler belirtilmiştir. Bunlar kısaca:

- Tanıda yapılacak hatalar
- Tedavi seçiminde yapılacak hatalar
- Advers etkilerin bilinmemesinden doğabilecek hatalar
- Dozda yapılacak hatalar olmak üzere belirtilmiştir. Bunların yanı sıra, uzun süreli bir tedavinin getireceği sakıncalar, ilacın saklanma koşullarının elverişsizliği, doğru ol-

mayan ilaç kombinasyonlarının kullanılması da ilaçta kendi kendini tedavinin olumsuz yönleri arasında yer almaktadır.

Türkiye gibi endüstrisini henüz kuramamış, halkının çok büyük bir çoğunluğu belli bir kültür-egitim düzeyine gelmemiş bir ülkede kendi kendini tedavi-self medication-nun uygulanabilirliği nasıl olacaktır? Endüstrileşmiş ülke vatandaşlarının kültür düzeyi, düşünme yeteneği, pozitif bilimlere olan inancı, yüzyıllarca süren bir çabanın, çalışmanın ve eğitimin bir sonucudur. Bu yüzden kültür ortalaması düşük, eğitimi ancak okuma yazmaya yeten bir kitlenin çoğunluğu oluşturduğu ülkemizde İKKT yöntemleri için, zaman çok erkendir. Hastalıklarının neredeyse yüzde yirmisini "mayası" diye bilen bir toplum için, İKKT den daha önce verilmesi gereken bilgiler vardır. Önce hastalıklardan korunmayı öğrenmeye muhtaç kitleleri bilgilendirmek gerekir. Hasta olan kişinin bakımı nasıl olacaktır, onu öğretmek gerekir. İshal çocuga su verilmez kanısını yıkmak gerekir. Unutmayalım ki, trafik kuralları da bize batidan gelmiştir, öğretilmiştir. Ama karayollarında km ye düşen ölü sayısı otaı ortalamalarının son derece üzerindedir.

DİSKAL

Çiftlik IZGARA ET LOKANTASI

Şehiriçinde,
şehirdışı ferahlığı..

**NİCE GÜZEL GÜNLERDE
O DENLİ
GÜZEL BAYRAMLAR
DİLERİM...**

Ecz. Sunerdem Batu

Bonfile, Büftek, Pırzola, Köfte, Tavuk,
Kebab Makedonya'nın (Çoban) kavurma
ve özel salatalarını tadın, beğeneceksiniz...

Adres : Çiftlik Caddesi 71/C
Jokey Kulübü karşısı
Beştepe/Ankara

Tel : 223 45 64

Demekki OTC nin birinci kavramını oluşturan "kişilerin sağlığını iyileştirmek için, ülkemizin eğitim-kültür düzeyi şu anda yeterli değildir. Bunun üzerinde ısrar etmek yarar yerine zarar verecek nitelikte görülmektedir.

İKKT in II. kavramı olan "OTC" yani "Reçetesiz İlaçların Kullanımı" paragrafında ise olay daha başka boyutlarda, özellikle "eczane" kesimini çok yakından ilgilendiren özelliktedir.

Bilindiği gibi Türkiye'de ilaçların büyük bir çoğunluğunun "Reçete ile" satılması gerekir. Ama biliyoruz ki bunun, değişik nedenlerle yani, sağlık hizmet ünitelerinin yetersizliği; koruma, tanı, tedavi ve rehabilitasyon merkezlerine ulaşılabilirlik zorluk veya yoksunlukları, gibi olumsuzluklardan ileri gelen nedenlerle reçetesiz ilaç satımı çok yaygın bir olaydır. Ve OTC ile bunun ilgisi yoktur hem de vardır. Ve bu ayrı bir tartışma konusudur.

Olay, ilacı eczane dışında sattırmaktır. İşte canalıcı nokta, eczane eczacılığının boynuna takılmak istenen kement budur.

Reçetesiz satılabilecek ilaçların listeleri şu anda hazırlanmaktadır. Özellikle firmalar bu konuda başvurularını hazırlamış bulunmaktadır.

Reçetesiz ilaçların, resmi kurum reçeteleri-ne yazılmayacağı, yazılsa bile bedelinin kuruma ödenmeyeceği; bu nedenle devletin ilaç ödemelerinde bir tasarrufa gideceği yolunda görüşler de vardır. Vitamin preparatları reçetesiz ilaçlar listesinde yer alıyor. Şimdi, çok tanınmış bir firmanın yine çok tanınmış bir multivitamin'i reçete dışına çıkarılırsa, yani devlete satılmazsa, hemen her reçeteye giren bu preparat, reçetedeki eksikliğini, market rafına konarak giderecektir. Yarım kilo peynir, bir ekmek, bir deterjan yanına bir de multivitamin. Başınız mı ağrıyor? Bakkal ve marketler için hazırlanmış aspirin, novalgin, optalidonlar, 4 lük kutularda, kibritlerin yanında duruyor. Bir de onlardan aldınız mı, günlük alışverişiniz yanında sağlık sorununuzu da hallediyorsunuz. Güzel değil mi? Ama multivitamin reçeteden çıkmıştır. Firmanın da umurundaydı...

Görüldüğü gibi; İKKT yöntemleri bir anlamda hastayı satılacağı yerin önemi olmaksızın reçetesiz ilaca yönlendirmeyi, dolayısıyla reçetesiz ilaçların, adları ilaç dahi olsa (çünkü ilacın yerine bir başka terimi henüz bulamadılar) tüketimini alabilirdiğince hızlandırmaktır. Halk sağlığı açısından da "zararı yoktur, yararı olmasa da olur" felsefesini daha konulmadan kaldırmak eczacılarımıza düşen bir vatandaşlık görevidir.

YENİ BİR EĞİLİM: (OTC) ÜZERİNE

Ecz. Atilla UZGÖREN

Dünya Sağlık Teşkilatı tanımında "kendi kendine tedavi için kullanılan ilaçlar" olarak adigeçen; başkaca "Tezgaah üzerinde satılan ilaçlar" yada "Reçetesiz satılabilen ilaçlar" diye çok çeşitli şekillerde tanımlanan; gelişmiş ülkelerde önerilen dozda ve önerilen şekillerde kullanıldığında zararsız (!) olduğu iddia edilen ve kısaca "OTC" "Over the Counter" diye tartışılan yeni akımın tedavi amacına yönelik olarak kullandığı, "reçetesiz olarak elde edilebilen ilaçlar grubunu" değerlendirmeye çalışacağız.

Çeşitli yönlerden bakıldığında söz edilen konunun ilaç olduğu açıkça ortada bulunmaktadır.

Bunun için ilaç üzerindeki bütün genel kavramlar özellikler, değerler bu yeni gruplandırma içinde aynen geçerlidir.

İLACIN tek başına fonksiyon görebilmesi ancak bir başka faktörle tamamlanmasını gerektirir. Bu da insan faktörüdür.

İnsan faktörü ise ilacı kullanan ve kullandırıyan yönünde şekillenir.

Kullanan ve kullandıran açısından ise BİLİNÇ en önemli unsurdur. Kullanan bilinci.

- 1) Kendi durumunu bilecektir.
- 2) Hangi ilacı kullanabileceğini bilecektir.
- 3) Ne kadar kullanacağını bilecektir.
- 4) İlacın zararlarını bilecektir.
- 5) Yan etkilerini bilecektir.
- 6) Hangi besinlerle kullanabileceğini bilecektir.
- 7) Hangi ilaçlarla beraber kullanabileceğini bilecektir.

8) Saklama ve kullanma koşullarını bilecektir.

Tersine işletirsek:

1) Kendi kendine teşhiste bulunacak, yanlış teşhiste bulunmayacak, teşhiste hata yapmayacak.

2) Yanlış tedaviye yönelmeyecek.

3) Komplikasyon riskini bilerek; birden çok rahatsızlıklar için görüntüsel olanı değil de varsa maskelenmiş olanı sezebilecek,

4) Negatif karakteristiklere (olumsuzlukları) yol açmayacak,

5) Tanımlamada hala yapmayacak advers etki ile karşılaşmayacak,

6) Yanlış uygulamayacak,

7) Yetersiz dozda almayacak,

8) Aşırı ve gereksiz uzunlukta kullanmayacak,

9) Yanlış kombinasyonlar yapmayacak,

10) Uzun süreli saklamaya, depolamaya yönelmeyecek.

Kendi kendini tedavi etme özgürlüğü insanlara tanınmalı; Ancak; "kendi rahatsızlığını iyi değerlendirecek ve doğabilecek sakıncaları kendi sorumluluğunda olacak biçimde bu ilaçları seçerek kullanacak" gibi dayatmaların sorumsuzluğundan öteye insanlığın bu bilince ulaşması için sonsuz gayret gösterilerek; tam anlamıyla oturmuş bir alt yapı kurma sorumluluğu önümüzde durmaktadır.

Böylesi bir alt yapının kurulması oluşmadıkça eksik ve aksak giden bazı şartların varlığında Türkiye'de böylesi bir uygulamanın olabilmeyeceği düşünülemez.

Yukarıda olumlu ve olumsuz yönleri belirlenmiştir.

len koşulları; bünyesinde taşıyan ve yönlendirici olabilecek bir insan faktörü ECZACI varlığı ve Sorumluluğunda ancak olay değerlendirilebilir.

SONUÇ:

İlaç Sosyo-ekonomik bir üründür. İşlevleri gereği toplumsal niteliği ağır basan; kullanım değeri değişim değerinden öncelikli olarak yer alan bir üründür.

Bu ürün üzerinde, kullanıcının yani hastanın bilgi durumu doğal özellikler gereği son derece az olmaktadır. Mutlaka bir öneri sahibine; duruma göre kullanımın özelliklerini belirten, gereğinden hazırlayan; çeşitli aşamalarda birincil yetkiliye, danışmana, Eczacıya gereksinme duyulmaktadır.

Bu çerçevede hekim-eczacı-hasta açısından ilaç üzerinde düşünceler ve değerlendirmeler aynı noktalarda toplanabilmektedir.

Günümüzdeki gelişmeler çerçevesinde; ilaç olgusu basit üretim yöntemlerinden giderek daha komplike biçimlere yönelmekte, ilaç ağırlıklı bir sanayi ürünü olma yoluna yöneltilmektedir.

İşte bu noktada üretimi büyük ölçüde elinde tutabilen Sanayi ile ürüne ilaç niteliği veren, üretimin her kademesinde birincil yetkili ve ürüne kullanım açısından yön vermek durumunda olan eczacıların ve tüketicilerin hasta açısından yaklaşım farklılıklarını ortaya çıkarmaktadır.

Sağlığı korumak ve hastalık halini iyileştirmek amaçlı bir ürünün herhangi bir meta gibi geliştiği pazarlanması arayışları eczacılar tarafından yadırganmaktadır.

Tüketim açısından ilaç; ne gereğinden az ne de gereğinden fazla kullanılabilir.

Azlığı yararsız hatta riskli olabileceği gibi fazlalığı kesinlikle zararlıdır.

Üretim açısından ön plana çıkan etkenlik ve kalite olayı tüketim açısından da aynen geçerlidir.

Bunun içindir ki, nesliki üretimi bilgisiz bilinçsiz hatta yetersiz ellere bırakmıyacak; kullanımı, yönlendirilmesi ve tüketimini ve kesinlikle yetersiz ve az bilgilendirilmiş bir durumda bırakmak mümkün değildir.

Bu gerçekler ışığında ilacın üretiminde hastaya ulaşmasına kadar geçen süreçte eczacıdan başkasını düşünmek imkansızdır.

İlacı üretmek; üretiminde yönlendirici olabilmek, saklamak ve hastaya ulaştırmak, etkinliği sağlamak açısından eczacıya düşen görevler gereği; başka seçenekler aranabilmesi imkansızdır.

Zaten eczanede üretim konusunu da değerlendirirken, konulara yaklaşımımızın bir yönü de bunlar olduğu ortadadır.

Öneri:

1) Vatandaşımızın sağlık konusunda bilgilen-

dirilmesi son derece önemlidir. Bu bilinci reklam, prospektüs, dağıtım kanallarının (Avrupada, olduğu gibi) sınıflandırılması sağlayamaz.

2) ABD'de bile olay 15-20 yılı bulan bir gelişme süreci izlemiştir. Hala tartışılan ve geri dönmek istenen bazı noktalar vardır. bu işi sürekli olarak halk sağlığı ve eczacılar açısından irdelenebilecek eczane sahibi + Sanayici + Üniversite + Sağlık Bakanlığı temsilcileri + Vatandaş temsil edebilecek (Sendika, birlik, dernek v.b. temsilciler) kuruluşlar + Türk Eczacılar Birliği + T.Tabipleri Birliği + Ekonomik işlerle görevli hükümet temsilcisinden oluşan sürekli komisyonlar kurulmalıdır.

3) İlaçta kalite kontrol mekanizmasının yerleştirilmesi ve geliştirilmesi şarttır.

4) Dünyadaki bazı uygulamalarda görülebileceği gibi,

İngiltere'de A) Yalnız reçeteli ilaçlar

B) Reçete gerektirmeyen ancak eczanede satılabilecek ilaçlar

C) Reçete gerektirmeyen genel satışa açık ilaçlar

MERKEZ

İTRİYAT VE PARFÜMERİ
DEPOSU KOLLEKTİF ŞİRKETİ

Tüm Eczacıların
Bayramını
Kutlansz...

Bestekâr Sok. 9/B
Kavaklıdere/ANKARA
Tel : 118 63 65

- İsviçre'de A) Özel sınırlanmış ve kontrol-
lü reçete gerektiren ilaçlar
B) Normal reçeteli ilaçlar
C) Reçete gerektirmeyen ancak
eczanede satılabilen ilaçlar
D) Reçete gerektirmeyen eczane
ve Druĝ-store'larda satılabilen
ilaçlar.
E) Reçete gerektirmeyen genel
satışa açık ilaçlar.

gibi sınıflamalarda rastlanmaktadır.

Bizlerin sadece eczanede eczacının reçete iste-
meden verebileceği ilaçlar sınıflandırmasının
oluşturulmasına izin vermemiz halinde, olay bu
kademede kısılmayacak ilerdeki aşamalarla İn-
giltere, İsviçre'deki gibi örneklerle yönelecektir.
Bu düşüncemizi güçlendiren bir rapordan bir böl-
üm aktarmakta yarar vardır.

"İlaç endüstrisi dosyaları No: 3" 1990 yılında ilaç-
lar üzerine bir Ekonomik tahmin broşürünün "pe-
rakende satış kanalları:"

"Üç kademeli" satış sistemleri bazı memleket-
lerde halen uygulanmaktadır. Gelecekte de böyle
olacağı tahmin edilmektedir. Birinci tip eczane sa-
dece reçete ilaçlarını satacaktır; bu eczaneler ek-
seriya bir sağlık merkezine yakın bir yerde ola-
caktır. İkinci tip eczane, bugünkü eczanelere ve
kasabalardaki eczanelere toptancılık yapacak ve
perakende ilaç satışına devam edeceklerdir.
Üçüncü ise piyasaya yerleşmiş reçetesiz ilaçla-
rın eczanelerden başka mağazalarda
satılmasıdır".

"Kendi kendini tedavi usullerine doğru her za-
mankinden fazla bir akım vardır. Onun için ha-
len mevcut eczanelerin, ilaçlarının hastanelerdeki
sağlık merkezlerince satılmasına rağmen, ilerde
de işlerini yürütebilecekleri kanaatindeyiz. Büyük
şehirlerde ilaçtan başka şeyler satan eczaneler
bu adetlerinden vazgeçeceklerdir. Muhtemelen
daha tesirli ilaçların kendi kendini tedavi etmek
isteyenlere reçetesiz satılmasına mücadele edile-
cek ancak bu satışlar eczacının şahsi nezareti al-

tında yapılacaktır."

1990'a kadar günlük enfeksiyonları tedavi ede-
cek antibakteriyel maddeler reçetesiz satılabilen-
cektir. Yeni ve daha emin kontraseptifler de ec-
zanelerde reçetesiz olarak satılacaktır. Bir ço-
tesirli ilacın reklamı yapılmayıp eczacılar tarafın-
dan hastalara tavsiye edilecektir. Eczacılık tah-
silinde bugün dahi önemle üzerinde durulan hu-
sus satış pratiğinden ziyade fizyoloji ve farmako-
loji bilimleridir. Bu cereyanın ilerde de devam ede-
leceğine inanılmaktadır. dd bölümünde mevzu-
bahis olan bazı tedavi şekillerinin yalnız eczane-
ler vasıtası ile uygulanması muhtemeldir. Bunları
beraber geleceğin eczaneleri bugünkü Amerikan
"Drug Store"unun modern bir şeklini alacakları-
dır. Eczacılık mesleği satış yerinin merkezi olan
veriş yerinde olmasını temin etmekle mükellef
olacaktır.

"Çünkü çoğu zaman araba ile alış veriş yapma-
ya çıkanlar ancak bir duraktan bütün ihtiyaçları-
nı almak isteyeceklerdir. Bu gün herşeyi satan
mağazalar bir bölümlerini ilaç satmaya ayırabi-
lirler. Veya büyük eczane şirketleri kurulacaktır.
Eğer buna mani olunmak istenirse halk daha za-
yade reçetesiz ilaçlara rağbet edecek ve bu gün
olduğu gibi eczane olmayan mağazalardan bun-
ları temin etmeğe çalışacaktır".

"1990'da stok kontrol ve stok ikmalı metodları-
nda da gelişmeler olacak. Eczaneler yalnız im-
alatçının orijinal paketlerini satmakla mükellef ol-
duğu için bir tanesinin satışı neticesinden kasa-
makinesine yazılan meblağ otomatik olarak stok
kayıtlarını da ayarlayacak ve böylece de stokta-
ki boşluk göze çarparak yerine ikmalı
yapılacaktır."

Şeklinde, varılmak istenen noktayı açıkça
göstermektedir.

Eczacılar açısından böyle bir tehlikeye karşı
duyarlı olmak görevimizdir.

5) Bilinç ve kültür düzeyini ifade eden, ekono-
mik şartları da barındıran Alıt Yapı oluşumu
sağlanıp, yeterli düzeye gelmeden OTC ve ben-
zeri uygulamalara geçiş erken ve zararlıdır.

8. ÇALIŞMA YILINDA ANKARA ECZA-KOOP

Kuruluşundan bu yana geçen yedi yılı içinde Ankara Ecza Koop'un kuruluş amaçlarını, yapılabildiklerini ve sağladığı sonuçları aşama aşama değerlendirmek istiyoruz.

İlaç alış şartlarının eczacılar aleyhine gelişmeler gösterdiği ortamda; eczanelerimizin varlığını korumak; ekonomik ve sosyal dayanışmamızı sağlayabilmek amacıyla eczacı kooperatifleri en doğru ve gerçekçi yapılar olarak gündeme gelmiştir.

Kuruluş felsefelerinin geçerliliği ve fonksiyonlarını yerine getirmeye başlamaları ile giderek gelişen ölçülerde meslektaşlarımızın ilgi ve güvenlerini kazanmışlardır.

Koruyucu bir çatı olabilmek nitelikleri giderek ilaç piyasasının denge unsuru olma özelliğine yönelmiştir.

Çoğulcu, eşitlikçi ve demokratik yapıları, sağlığı ve saydam özellikleri gün geçtikçe daha iyi anlaşılmiş ve piyasasının itici gücü olarak sağlanan avantajlar yönünden öncü olabilmek noktasına ulaşmışlardır.

Tüm bu gelişmeler, hiçbir kişi ve kuruluşa karşı olmak gibi bir sıkıntı içinde olunmadan sadece ortakları olan eczacıların birlik ve dayanışmasının gücü ile sağlanabilmektedir.

Sekizinci çalışma yılına başlarken;

Ortak sayısı 220'e ulaşmış olan Ankara Ecza Koop; düzenli çalışma açısından en çok alıcı olan ilaç depoları içinde yer almıştır.

Öz varlığı 270.000.000.—TL'na yükselmiş olup; kendine ait binada faaliyet gösterme mutluluğuna ulaşmış ender kuruluşlar arasında yer almıştır.

Ana bellek kapasitesi 71MB'a çıkarılmış olup; ecza depoculuğu hizmetinde ilk bilgisayar kullanan kuruluştur.

Faaliyet 7 telefon ve 5 dağıtım aracı ile en iyi hizmeti sunmaya çalışmaktadır.

Bir önceki yıla oranla; emtia mevcudu: % 60, sabit kıymetlerin toplamı: % 358 ve satış potansiyeli % 120 oranında artış göstermiş; iktisadilik ve verimlilik açısından dengeli ve güvenilir bir durumda bulunduğunu açıkça ortaya koymuştur.

Ortaklarına 1986 yılında sağladığı 48 milyon TL'lik fazla iskontonun yanısıra 73 milyon TL tutarında Risturn dağıtacaktır.

Ayrıca bugüne dek süşarj yapmayarak ortaklarına önemli ölçüde avantaj sağlamıştır.

Kooperatif ortaklarının sürümü çok olan itiriyat ve sıhhi malzeme ihtiyaçlarını uygun koşullarda karşılamaya başlamıştır.

Kooperatife; kalite kontrolü yapılmış, prodü ve ihtiyaçta uygun ambalaj malzemeleri sağlanmaya başlanmıştır.

Tentürdiyot, oksijenli su, ihtiyol pomad gibi ihtiyaçları diğer eczacı kooperatifleriyle ortaklaşa kendi laboratuvarlarında yaptırmaya başlamıştır.

Varılan noktalar ve sağlanan sonuçlar açısından; sadece ortakları için değil; tüm eczacılık cemiasına birlik ve dayanışmamız adına en güzel armağan sunulmaktadır.

Ankara Ecza Koop'a 1987 yılında ortak olma şartları:

Yönetim Kurulu'na verilecek başvuru dilekçesinin kabul edilmesinin ardından 1987 yılı sonunu geçmemek üzere toplam 1.250.000.— TL maddi yükümlülüğü yerine getirmek şeklindedir.

Tüm meslektaşlarımızı gücümüze katılmaya; Ankara Ecza Koop'a ortak olmaya çağırıyoruz.

**ANKARA ECZA KOOP
YÖNETİM KURULU**

ANKARA ECZA KOOP 31.12.1986 BİLANÇOSU

Dönen varlıklar : 868.000.676.06

Düzenli varlıklar : 72.417.571.73

Kısa vadeli yabancı kaynaklar : 609.969.022.51

Uzun vadeli yabancı kaynaklar : 1.092.437.58

Öz kaynaklar : 256.196.117.40

Dağıtılacak net kar : 73.187.670.30



"Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu" konusunda Ankaralı Tabipler, Eczacılar ve Diş Hekimleri ortak görüş bildirdiler.

SAĞLIK HİZMETLERİ TEMEL KANUNU YASA TASARISI GERİ ÇEKİLMELİDİR

Bir süredir, yoğun çabalarımıza karşın kamuoyunda yeterince tartışılmayan, ve gerektiği ölçüde ilgi bulamayan, halkımız ve ülke sağlığı için sayılamıyacak kadar çok tehlikeler içeren "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu Tasarısı" TBMM Sağlık ve Sosyal İşler Komisyonundan geçti.

Konuyu silen veya bilmeyen, toplumda sorumluluğu olan tüm meslektaşlarımızın ve diğer sağlık çalışanlarının, toplum ve ekonomi bilimcilerinin, tüm bilirkişilerin, aydınların, düşününlerin ve basın; gerekli uyarıları yapabilmeleri için konuyu kamuoyu önünde tartışılmasını istiyor, konu ile ilgili aşağıdaki düşüncelerimizi kamuoyuna bir kere daha açıklamayı halkımıza, meslektaşlarımıza ve diğer sağlık çalışanlarına karşı taşıdığımız sorumluluklarımızın gereği olarak tarihsel bir görev sayıyoruz.

Ankara Tabip Odası
Ankara Eczacı Odası
Ankara Diş Hekimleri Odası

1- Tasarı toplum önünde açık ve geniş bir biçimde tartışılmalıdır.

Zannedildiği gibi sadece sağlık hizmetlerinde çalışanları değil halkın sağlığında; dolayısıyla toplumun her bireyini de yakından ilgilendiren: Doğrudan sağlıkla ilgili yaklaşık 22 yaşa, 54 yönetsel, tüzük, yönerge, talimatname, nizamname, rehber veya kanun hükmündeki karamameyi sağlığı dolaylı ilgilendiren bir o kadar yasa ve yö-

netmeliği de tamamen veya kısmen; değiştiren böyle bir yasa tasarısının, demokratik toplumsal geleneklere uygun olarak, kamuoyu ve meslek kuruluşlarında: İlgililerin ve yasa yapıcılarında kılınmasıyla en geniş biçimde tartışılması gerekir.

2- Tasarının "Sağlık hizmetleriyle ilgili temel esasları düzenlemek" olan amacına ve hazırlanış gerekçesine karşı çıkılmaldır.

İnsan Hakları Evrensel Beyannamesine, Alma-Ata Bildirgesine, Anayasaya uygun çağdaş bir yasa olan 224 sayılı sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine dair kanun ve eski tarihli olmasına rağmen cezai hükümleri dışında çağdaşlığını ve yeterliliğini koruyan Umumi Hıfzısıhha Kanunu varken bu iki yasanın önemli hükümlerini uygulamayarı, değiştiren ve hatta çiğneyen hükümlerin, yürürlükteki tüm sağlık yasalarnı yozlaştıran bu yasa taslağı; Sermaye birikimi lehine, ancak, halkın ve sağlık personelinin aleyhine icraatlarına yasal dayanak oluşturma çabasıdır.

Bu tasarı, sunulacak sağlık hizmetlerinin niteliğini değil bu hizmet için toplanacak paranın niceliğini düzenlemekte böylece kamu sağlık hizmetlerini kapitalistleştirmekte, bütün sağlık hizmetlerinin piyasaya sunarak özelleştirme sürecinin bir aşaması olmaktadır. Oysa dünya da başanlı hiçbir örneğinin görülmediği, uygulandığı her ülkede terk edilmekte olan bu yaklaşım yerine sağlık hizmetlerini ileri götürmek isteyen her çaba; 1961 den beri 29 sayılı yasa ile ifadesini bulan kamu sağlık hizmetleri geleneğini sürdür-

me ve geliştirmek zorundadır.

3- Tasarı koruyucu sağlık hizmetlerinin giderek yok olmasını, tedavi edici sağlık hizmetlerinin ise piyasa ekonomisi kurallarına göre pazara sunulup pahalılaşmasını amaçlamaktadır.

Tasarıda, sağlık hizmetlerinden yalnızca kâr edilebilecek olanlarının genişletilmesi planlanıyor. Oysa toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi: Kâr şansı olmayan koruyucu sağlık hizmetlerinin iyileşmesi ile olacağından bu hizmet biçiminin desteklenmesi bu tasarla mümkün değildir.

4- Tasarı, sağlık hizmetlerinin maliyetini ve tüketimini arttırmayı ve bu giderleri halktan, büyük ölçüde ücretlilerden toplamayı planlıyor.

Tedaviye dayalı her türlü sağlık hizmeti maliyetinin yüksek olması kaçınılmazdır. Tasarı yasallaşırsa sağlık hizmetleri artan bir şekilde pahalılaşacaktır. Tasarının sağlık hizmeti ile ilgili getirdiği tek düzenleme: Artan sağlık giderlerini prim ve benzeri yöntemlerle veya bir nevi vasıtaları vergi olan fonlarla, hizmeti tüketen halktan toplamasıdır. Böylelikle kamu giderlerinden (genel bütçeden) sağlığa ayrılan payın azaltılması ve giderler sınırlanması düşünülmektedir. Bu yaklaşım gelir dağılımındaki dengesizliği daha da arttıracaktır. Oysa sağlık hizmetlerinin kamu görevi olarak benimsenmesi özellikle gelir dağılımı dengesiz olan ülkelerde zorunludur. Nitekim eldeki veriler halen yaklaşık yüzde beşi sağlığa ayrılan Türkiye bütçesinin yalnızca yüzde onunun sağlığa ayrılmasıyla sağlık hizmetlerinin büyük ölçüde ücretsiz olarak düzenlenebileceğini göstermektedir.

5- Tasarı, hekimler ile öteki sağlık çalışanlarının güvencesiz bir ortamda ve iktidarların değiştirebileceği, bütünüyle Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın istediği koşullarla çalıştırılmasını amaçlıyor.

Sağlık Yasa Tasarısı sağlık hizmetlerinde çalışan en az 115680 sağlık personelinin (1985 rakamları ile sadece doktor, eczacı, diş hekimi, hemşire ebe ve sağlık memurları) ve bir o kadar sağlık alanında çalışmakta olan memur ve diğer sağlık personelinin özlük haklarını ilgilendirmektedir. Tüm bu sağlık personeli sözleşmeli statüye geçirilmektedir. Böylece sağlık hizmetlerinde yeni bir personel rejimi yaratılmaktadır. Ancak bu: Yasal dayanaktan yoksun, keyfi bir düzenlemedir. Çünkü Anayasanın 128. maddesinde memurların ve diğer kamu görevlilerinin atanmalarının, yetki ve görevlerinin, aylıklarının ve özlük haklarının yasa ile düzenleneceği açıkça hükme bağlanmıştır. Oysa tasarıda sözleşmeli personel çalıştırılması ile ilgili usul ve esasların, ücretlerin Sağlık Bakanlığı'nca tesbit edileceği belirtilmektedir. Özel bir yasayla düzenlenmesi gereken personel rejiminin bakanlık tasarrufuna bira-

kılması Anayasa'nın 128. maddesine aykırıdır.

Sözleşmeli statüde çalıştırılacak personel işçi sayılmadığı için sendikal haklardan, memur sayılmadığından da 657 sayılı kanunun memur güvencesinden yararlanamayacaktır. Sözleşmeli personele uygulanacak disiplin ve ceza hükümleri de belli değildir. İdarenin ve amirlerin yasa dışı haksız eylem ve işlemlerine karşı şikayet ve dava hakkının nasıl kullanılacağı taslahta yer almamıştır. İşe alma, işten uzaklaştırma, ücretlerin tespiti gibi hayati konular Sağlık Bakanlığı'nın takdirine bırakılmıştır. Yiyecek, giyecek, konut, sağlık, harcırah, fazla mesai, izin, sosyal yardımlar konularında sağlık personeline hangi hakların tanınacağı belli değildir. Kısacası: Tasarı, Sağlık personelinin siyasal iktidarın kölesi gibi değerlendiren, tasfiye ve kadrolaşmaya elverişli, güvenceden yoksun bir model getirmektedir.

Tasarı da sözleşmeli olma isteği bırakılıyor gibi görülsede, sözleşmeye geçenerin kadrolarının iptali ile sözleşmeli statüye geçmeyenlerin gelecek yıllarda da aynı derece ve kadmeden aylık almaya devam edeceklerini hükme bağlamaktadır. Ayrıca kendi isteği ile "sözleşmeli olmak isteyen personel durumuna uygun bir işe atanır" denmekte, sözleşmeye geçiş zorlanmaktadır. Dolayısıyla sözleşmeli olmayan personele ekonomik ceza, sürgün ve kıyım uygulanacağını belirten bu hükümleri ile tasarı hukuk devleti ilkeleri ve insan haklarını çiğnemektedir.

6- Tasarı meslekten çıkarmaya kadar varan disiplin cezaları yetkisini Sağlık Bakanlığına vererek başta hekimler olmak üzere sağlık çalışanlarını tehdit altında, siyasal iktidarların kapikulları olarak çalıştırmaya amaçlamaktadır. Oysa bir hekime veya diğer meslektaşlarımıza mesleğini kazandıran bir Bakanlık kararı değil uzun yıllar sürdürdüğü mesleki eğitimidir. Bir sağlık çalışanının mesleğini sürdürüp sürdürmeyeceğine idare karar veremez. Bu takdirde; şu anda olduğu gibi ancak meslek odalarının onur kurulları yapabilir. İdarî yetkiyle kişiyi mesleğinden atma uygulamasının dünyada örneği yoktur. Böyle bir uygulama yalnızca hukukun temel öğelerinden olan açıklık ilkesine değil aynı zamanda aklı, vicdana ve mantığa da aykırıdır.

Sonuç olarak: Gerek hazırlanma sürecinde gerekse içeriğinde halkın ve sağlık çalışanlarının dikkate alınmadığı anlaşılan, ülke ve halk sağlığı konusunda son derece ciddi, yakın ve uzun sürede etkileri görülecek sakıncalar taşıyan bu tasarıya bütünüyle karşı çıkıyoruz.

Bu nedenle tasarı bir bütün olarak geri çekilmelidir. Ülke sağlık sorunlarının çözümü için: a- Alma-Ata Bildirgesi ve İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi ile Cumhuriyet Hükümetle-

rinin halkımıza ve dünyaya verdikleri sözleri yerine getirebilecek düzenlemeleri içeren,

b- Sağlık Giderlerini halkın sırtından değil genel bütçeden karşılamayı öngören

c- Kâra değil sağlık hizmetine öncelik veren,

d- Kademeli sevk sisteminden nüfusa oranla sağlık personeli sayısına; koruyucu ve tedavi hizmetini halkın ayağına getirmekten tam gün ilkesine kadar gerekli ayrıntıları içeren,

e- Sağlık çalışanlarının haklarını ve emeklerinin karşılığını güvenceye bağlayan, kamu hizmetini özendiren,

f- Toplumun katılım ve denetim mekanizmalarını sağlayan,

g- Var olan diğer sağlıkla ilgili yasaların işlevliliğini bozmayan,

h- Ve ülkemizde 26 yıldır yürürlükte olmasına karşın hiçbir zaman gerçek kuram ve kuralları ile uygulanmayan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki kanun hükümlerini ve bu hükümleri temel alan bir sağlık politikası yaşama geçirilmelidir. Anayasa ve yasaların Devlete verdiği yükümlülüğün gereği tüm yetkililerce yerine getirilmelidir.

Ankara Tabip Odası

Ankara Eczacı Odası

Ankara Dış Hekimleri Odası

SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLEŞTİRİLMESİ

Ec. Muharrem Ölçer

Sağlık hizmetleri bir yandan ülkelerin birçoğunda ekonominin büyük ve gelişmekte olan bir sektörünü oluştururken diğer yandan da ülkelerdeki yaşam düzeyinin başlıca göstergelerinden biridir.

Bir ülkede uygulanan sosyal politika "Parası olana sağlık hizmeti" ni öngörüyor ve sağlık hizmeti sunmanın bir kamu hizmeti olmadığı, görüşü baskın ise böyle bir ülkede planlı, sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinden bahsedemeyiz. Bu ülkelerde sağlık hizmetlerinin dağılımı serbest piyasa ekonomisi kurallarına göre kendiliğinden oluşmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin yanında diğer kamu hizmetlerini de özelleştirme çabası içinde olan ve liberal bir düzeni özleyen çeşitli ülkeler olsa da, sağlık alanında en liberal davranan A.B.D'de bile sistemin hatası görülerek ilerici hekimler bu konuda yoğun çabalar harcamaktadır. Bu çabalar kamu ve özel sağlık hizmetleri sistemini kamu yararına ve kamu gereksinmesine göre yaşatacak ve sürdürecektir bir mekanizmanın düzenlenmesinde yoğunlaşmaktadır. Çoğu ülkede sağlık hizmetleri kamu hizmetleri kapsamında görülmekte ve kar amacı gütmeyen çeşitli vakıflarla da bu hizmetler desteklenmektedir.

Son yıllarda başta İngiltere, F.Almanya ve Kanada olmak üzere sağlık hizmetleri ve diğer kamu hizmetlerinde görülen özelleştirme çabaları olumsuz sonuçlarını çok kısa bir sürede vermiştir. A.B.D. kamununun sağlık hizmetlerine en az müdahalede bulunduğu ülkelere en başta olanıdır. Uygulanan politika sağlık hizmetlerinin özel

hastanelerce sağlanmasına yöneliktir. Ülkede beş büyük sağlık şirketinden ikisi sağlık kuruluşlarının % 37' ne sahiptir. Ayrıca bu sağlık tröstlerinin aralarında F1Almanya ve Fransa gibi ülkelerinde bulunduğu çeşitli ülkelere 107 hastanesi bulunmaktadır. Bu hastanelerin hastalarına hizmette kusuru olmadığı açıktır. Hastaların kaldığı odalar adeta dört yıldızlı otel dairelerini andırmaktadır. İş adamlarının kullanabilmeleri için telex bağlantıları bulunur. Böylesine bir hizmetin hastalara maliyetinin yüksek olacağı açıktır. Bu beş grubun herbirinin yıllık brüt geliri 1 milyar doların üzerindedir. İkinci büyük grup olan Amerikan Uluslararası Tıp Şirketi 1978 yılında 45 işletme iken, 1982 yılında 81 işletmeye erişmiştir. Ekonomik bunalımın yaşandığı ve birçok işkolunda işletmelerin sürekli olarak kapandığı koşullarda, hastane sektöründeki karlarda sürekli bir artış gözlenmektedir. Bu nedenle uluslararası tekel bu alandaki pastadan en büyük dilimi kapma yarışmasına girmişlerdir. Kanada'da bulunan Ontario Bölge Hastanesi borçlarından dolayı kendini Amerikan Uluslararası Tıp Şirketi'ne satmaktan kurtaramamıştır. Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi çabalarından dolayı borcunu kapatmada devlet desteğini alamadığını da belirtmek gerek. Ayrıca hemen hemen tüm devlet hastanelerinin yemek, temizlik, çamaşır yıkama, bakım-onarım ve bilgisayar işleri özel şirketler tarafından yürütülmektedir.

Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi yalnızca Atlantik-ötesi ülkelere özgü bir uygulama değildir. Amerikan Uluslararası Tıp Şirketi'nce 1984'de

yanımlanan bir rapora göre şirket, İngiltere'de faaliyetlerini artırmayı hedefliyor ve amaçladığı yıllık gelir 200 milyon dolar. İngiltere'de bir bölüm hastanenin ve buralardaki temel hizmetlerin özelleştirilmesi ile birçok kişi işten çıkarılmış, çalışanların haftalık çalışma süreleri de sosyal sigorta primi yatırmak için zorunluluğun olduğu miktarın altında tutulmuştur. Böylece maliyetlerin daha da azaltılması sağlanmıştır.

F. Almanya'da gözlenen özelleştirme uygulamaları, hem sağlık hizmetlerinden yararlananları hem de bu alanda çalışanları doğrudan olumsuz biçimde etkilemiştir. Wolfsburg Kent Hastanesi'nde enfeksiyon hastalıkları bölümü ile "tecrit" bölümünün temizlenmesi ve mikropardan arındırılması işi 1978'de ihaleye açılmış, daha önce 13 işçiye gereksinim duyulan bu işlerde ihaleyi kazanan şirket 5 personelle işi kotarmaya çalışarak bir yıl sonra yükümlülüklerini yerine getiremediği gerekçesi ile sözleşmesi feshedilmiştir.

Özelleyecek olursak özelleştirme sonucu hizmetten yararlananlar açısından olumsuzluklar; sağlanan hizmetin maliyetinin artması, niteliğinin düşmesi, hastaların en kısa sürede iyileştirilmesinin değil, en fazla kar elde etmenin amaçlandığı görülmektedir. Çalışanlar açısından olumsuz sonuçlar ise, ücretlerin düşürülmesi ya da fiyat artışlarının altında bir oranda artırılması, iş yüklerinin fazlalaşması, gereken güvenlik önlemlerinin alınmaması ve işten çıkarılmalıdır.

Sağlık alanındaki özelleştirme programlarını kısmen de olsa uygulayan birçok ülkedeki bu ve buna benzer olumsuz gelişmeler gözlenirken, ülkemizdeki bu liberal yaklaşımlar neden kendini sağlık hizmetlerinde de yoğunlaştırmıştır?

Ülkemizin son yıllardaki ekonomik gelişme-

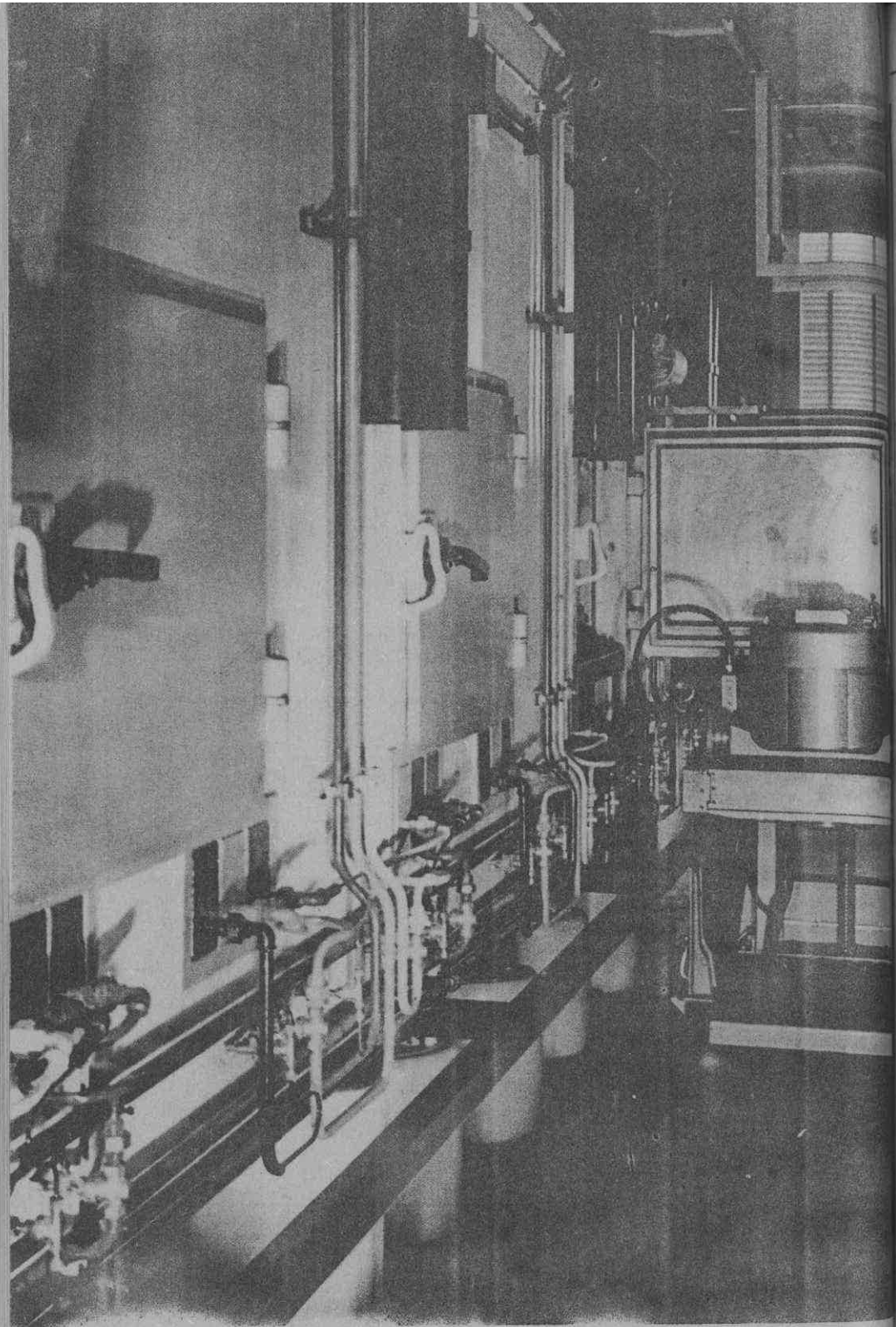
lerine baktığımızda, 1986'dan devreden 920 milyar TL'lik bütçe açığı, 30 milyar dolar'lık dış borçun betimlediği ekonomik durum, her alanın boşulları ve ceremesi ne olursa olsun kaynak yaratma sorununu ortaya koymaktadır. Sağlık hizmetlerine bütçeden ayrılan %2.1'lik pay korunmasında olmasına rağmen, israf gibi görülmüş olacak getirilmesi planlanan yeni sağlık yasasında bu payın da hizmetin verileceği insanlardan sağlanması düşünülmektedir. Doğal olarak devlet böyle bir uygulama ile yılda kişi başına ayırdığı 6.20 dolarlık sağlık harcamasından kurtulmuş olacaktır.

1961'de çıkarılan 224 sayılı sosyalizasyon yasası, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesini ve yaygınlaştırılmasını amaçlamış, sağlıklı olmak ve sağlık hizmetlerinden yararlanmak her yurttaşın doğrudan hakkı ve devletin görevi olarak tanımlanmıştır. Yasa çıktığı günden bugüne kadar sürekli geri götürülmüş, dejenera edilerek sağlık bütçesi sürekli azaltılmıştır. Tüm bu uygulamalar sonucu ülkemiz sağlığının ve yaşam düzeyimizin geldiği aşama özet olarak Tablo 1'de gösterilmiştir.

"Sağlıkta Reform" olarak lanse edilip getirilmek istenilen Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, gerçekte sağlık hizmetlerini piyasaya sunup satarken, Uluslararası sağlık tröstlerinin de ülkemize gelmesi beklenen bu alanda tam bir kargaşa yaşanacağı açıktır. Olumsuz yönlerinin uygulama ya koyan diğer ülkelerde de yaşandığı bu uygulamaya halkımızın sağlığına olduğu kadar, bu hizmeti veren sağlık çalışanlarına da temelden karşıdır. Getirilmek istenilen bu yasaya karşı çıkmak her meslektaşımıza tarihsel bir sorumluluk getirmektedir.

Tablo 1: Çeşitli Ülkelerin demografik verileri

ÜLKELER	Devletin Sağlık Harcamaları		Ortalama Yaşam Süresi		1.000 canlı doğumda çocuk ölüm oranı	10.000 kişiye hastane yatak sayısı	10.000 kişiye çalışan hasta sayısı	Yatak Oranı (%)
	Ulusal Bütçenin Düşen (ABD\$)	Kişil Başına	ERKEK	KADIN				
Yüzdesi								
S.S.C.B.	—	113.00	61.9	72.0	16.3	127	—	—
A.B.D.	10.7	383.50	71.8	78.8	10.5	51	1.555	76.4
İngiltere	12.5	343.90	70.2	76.2	9.6	81	1.216	75.8
Japonya	—	393.90	74.2	79.8	6.0	121	619	82.2
F.Almanya	19.3	653.50	70.5	77.1	9.6	111	1.812	83.1
França	14.7	658.50	70.2	78.5	6.2	114	1.917	81.9
İsveç	1.5	75.50	73.6	79.6	7.8	162	1.966	79.7
Kanada	5.2	152.00	73.0	79.0	9.3	78	1.179	70.4
Yunanistan	10.5	160.60	72.2	76.4	14.9	60	1.179	70.4
Mısır	2.8	10.00	55.9	58.4	76.4	20	—	—
Sri Lanka	3.3	3.60	66.1	70.2	37.1	28	1.623	88.3
Uruguay	3.4	15.30	69.1	73.8	32.0	79	309	50.8
Yeni Zelanda	12.6	372.90	71.2	77.7	9.5	100	—	78.7
TÜRKİYE	2.1	6.20	60.3	64.9	123.2	22	532	44.1





NEDİR?..

EGAS (Eczane Gereçleri Anonim Şirketi), Türk Eczacıları Birliği'nce kurulmuş olan, Türk Eczacıları Vakfı'nın (TEV) bir şirkettir. Türkiye'de eczacıların tümünün ortak olabileceği EGAS; eczane eczacısının gereksinimlerini karşılamak amacıyla çalışmalarını sürdürmektedir.

EGAS'IN AMACI NEDİR?

EGAS, Türk Eczacıları Birliği'nin görüş ve ilkeleri çerçevesinde, eczane eczacılarını üretime yönlendirmek, üretiminde kullanacağı araç, gereç ve hammaddenin yanısıra, yararlanacağı bilgi kaynaklarını da eczacıya sunmak amacıyla kuruluş felsefesi içinde taşımaktadır. Eczanelerimizin, sağlık hizmetini çağdaş düzeyde verebilmesi ve eczane eczacısını üretime yönlendirmesi yolunda;

—Eczanelerin üretim birimlerinin çağdaş araç ve gereçlerle donatılması,

—Farmasötik saflık ve nitelikte ilaç hammaddelerinin en ucuza edinilmesi; eczanelere, saflık kontrolünü yaparak dağıtılması,

—Ham ve yardımcı maddelerin ilaç niteliğinde gelmesinde kullanılacak araç, gereç, yöntem ve bilgilerin eczanelere girişinin sağlanması,

—Ülkemizde bugün üretilen ama teknik nitelikten, farmasötik niteliğe kavuşturulmamış hammaddelerin farmakope standartlarına uygun duruma getirebilecek saflaştırma ünitelerinin kurulması,

—Eczanelerin yeni açılmalarında veya yenileştirilmelerinde raf, banko, soğutucu gibi demirbaşların yanısıra laboratuvar donanımlarının düzenlenmesi, EGAS'ın planlandığı ve eczacılarımıza sunmayı düşündüğü hizmetler arasında yer almaktadır.

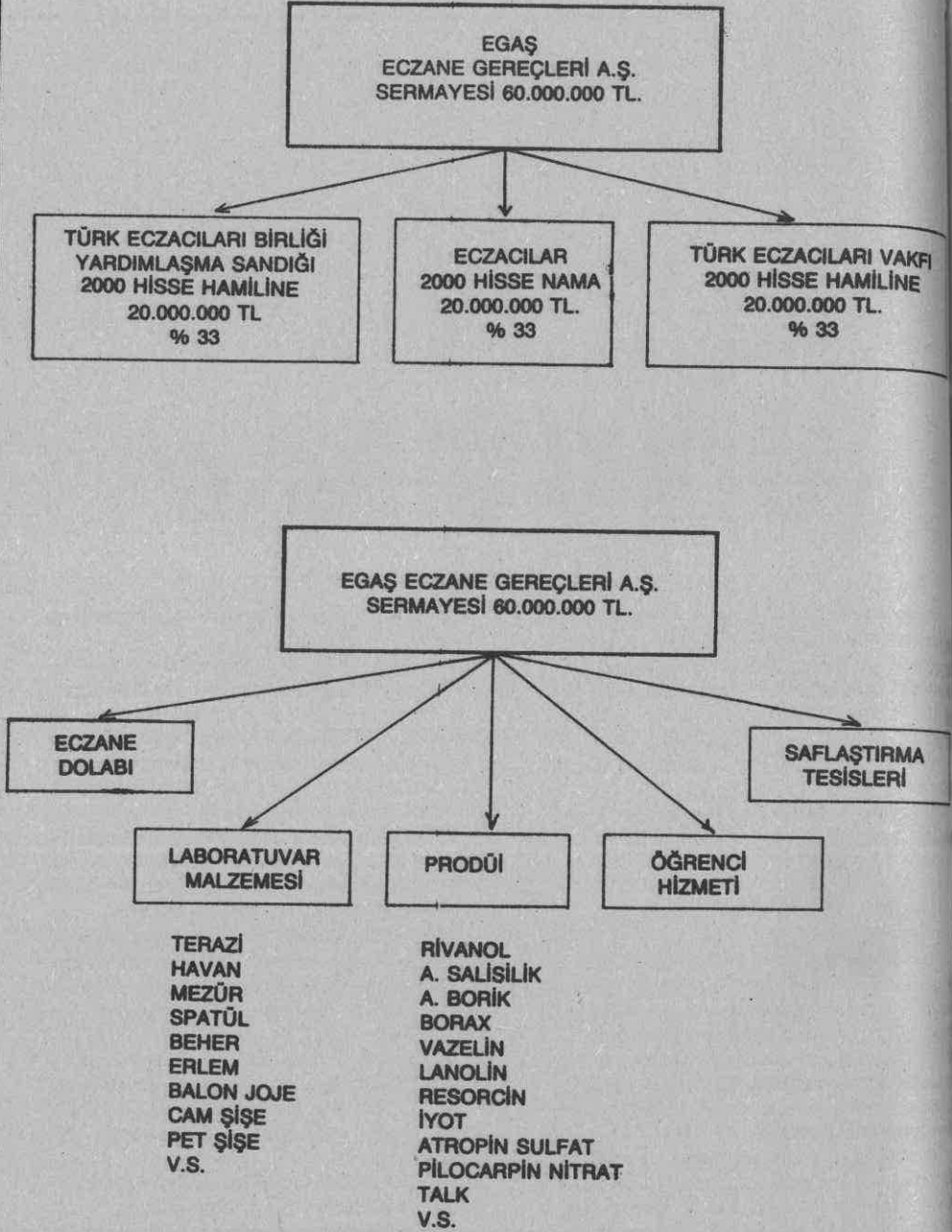
Eczanelerimizin vereceği sağlık hizmetlerinin niteliğinin yükseltilmesinin yanı sıra, eczacılarımızın ekonomik yönden güçlenmesi, serbest çalışan eczanelerin kurumlaşmasını gerçekleştirmek EGAS'ın en önemli ilkelerinden biridir. EGAS, eczacılarımızın tümünün, serbest veya kamu ayırımı olmaksızın ortak olabileceği bir kuruluştur. Eczacıyı kendi üretiminde söz sahibi yapacak; bu amaçla üreticiyi araç, gereç, hammadde ve bilgi yönünden donatacak bir çalışmanın uygulanabilir düzeyde hizmet vereceği bir anonim şirkettir.

EGAS'A NASIL ORTAK OLUNUR?

EGAS'ın sermayesi 60 Milyon TL'dir. Kuruluşa ortak olmak isteyen bir meslektaşımız, 10 bin TL ortaklık payı alırken, bir 10 bin TL sını da TEV (Türk Eczacıları Vakfı) na başışta bulacaktır. Toplam 20 bin TL ödeyen bir meslektaşımız, EGAS'ın 10 bin TL hissesine sahip olurken, kendi Vakfını da güçlendirecektir.

EGAS, şu anda Pet şişe ve kavanoz, cam şişe olmak üzere ilaç ambalaj malzemelerini satışta sunmuştur. Gerekli yasal işlemlerin bitirileceği yakın bir gelecekte diğer üretim araç ve gereçlerini de hizmetinize verecektir. EGAS

YÖNETİM KURULU



ULUSAL İLAÇ POLİTİKASI İÇİN MECLİS ARAŞTIRMASI İSTENDİ

Anayasa'nın 98.maddesi ve T.B.M.M. içtüzüğünün 102.maddesi gereği, Eczacı Milletvekili Arsan Savaş ARPACIOĞLU ve 23 milletvekilinin imzası ile "Türkiye'de Ulusal İlaç Politikası ve Sorunları ile İlgili" Meclis Araştırması açılması istendi.

Meclis gündeminde tartışmaya açılan konu daha sonra çoğunlukla reddedildi.

T.B.M.M. Başkanlığına sunulan gerekçeyi aşağıda sunuyoruz.

GEREKÇE

Toplumsal hayatımızın her alanında olduğu gibi, sağlık hizmetlerindeki sorunlar da her geçen gün karmaşık bir hal almakta ve çözümleri de geciktikçe içinden çıkılmayacak hale gelmektedir. Biriken sorunların en yoğun sıkıntısı halkın omuzlarına yüklenmekte ve faturası, zaten pahalılığın cenderesinde bulunan dar ve sabit geliri halkımıza ödetilmektedir.

Ülkemizde yıllardan beri çarpık bir şekilde oluşmuş olan ilaç üretim ve tüketimi, hükümetin son kararlarıyla daha da çarpık bir hale gelmiştir. İzlenen sağlıksız politikalar, halkın omuzlarındaki yükü biraz olsun azaltmak bir yana, her geçen gün daha da artırmakta ve gelecek için küçük bir umut vermemektedir.

Bugünkü uygulama, ilaçta bir serbest piyasa türü, ekme kadar, hatta daha da yaşam-

sal etkinliğe sahip olan ilacı tam bir kâr metal haline getirme yolundadır.

Türkiye'de ilaç endüstrisinin çarpık bir yapıda olmasının başlıca nedenleri, özellikle ambalaj sanayii zihniyetinin halen devam etmesi ile hammadde açısından dışa bağımlılığın ilaç fiyatları üzerindeki son derece olumsuz etkileridir. İlaçların bugünkü fiyatlarının, halkın alım gücünün çok üzerinde seyrettiği bir gerçektir. Gün geçtikçe adeta üretici ile karşılıklı pazarlık çerçevesinde fiyat saptanması veya fiyatların serbest bırakılması, halkın sağlığının korunmasında ve tedavisinde parası ile orantılı kılınmaktadır.

Son zamanlardaki ilaçta aşırı fiyat artışlarının nedeni, dışarıdan ithal edilen hammaddelerin, dünya piyasası fiyat endekslerinin çok üzerinde olması ve ön fiyat denetiminin kaldırılmasıdır.

Uygulanan liberal sağlık politikasıyla hükümet, bir çıkmaz ve sistem arayışı içerisinde kalmıştır. Bu hizmetlerden yararlanmada eşitsizlik sosyal devlet kavramıyla bağdaşmaz bir hal almıştır.

Bunun sonucu tedavi metası olan ilaç bir kar metaı olarak düşünölmeye başlanmıştır.

Dış ölkelerden ithal edilen bazı mütahzarlar ise belli tekellerin eline terk edilmiştir. Devlet denetimsizliği halkın üzerinde de, bu egemen güçlerin spekölasyonlar yaratarak sömürücü bir düzen kurmasını sağlamıştır. 8845 sayılı kararnamedeki aksaklıklar ve eşdeğer ilaçlara en düşük

fiatı verme hükmüne uyularak, farklı maliyetler nazara alınmadığından piyasada tekelcilik ve ilaç yokluğu başgöstermiştir. Bu yüzden hayati öneme haiz ilaçlar yetersiz üretilmiş hatta bazıları piyasadan çekilmiştir.

S.S.Y.B. ilaç piyasasındaki rekabet koşullarının bulunduğunu öne sürerken, yeterli bulunsun zihniyetini de kabullenip firmaların kendi ürettiği müstahzarlarının kalite ve kantite özelliğinin denetimini de firmanın kendi inisiyatifine ve tekeline terketmiştir.

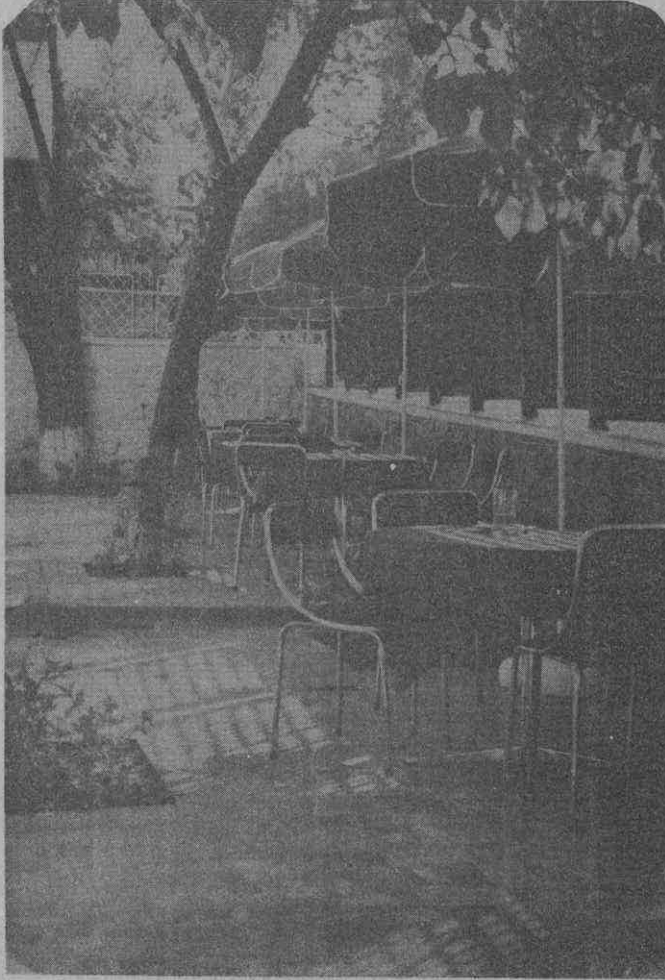
Çok ulusul ilaç tekellerinin ülkemizdeki yavru firmaları, ana firmalarının ürettikleri ilaç gruplarının temsilcileri olduğu apaçık ortadadır. Türkiye'de milli bir ilaç politikasının var olmayışı üretimi, (araştırması) ve tüketimine kadar bir sömürü düzeni olarak yabancı sermayenin elindedir.

Sanayicinin kolayına giden yol kendisince bulunarak hammadde dış alımyolu seçilmiş ve it-

halatında % 360 gibi bir artışla bu sağlanmış, ayrıca eczanelerde aranan ve bulunmayan ilaçlardan öte aranmayan bir çok ilacın ithalatı yolu da açılmıştır.

Bu konu yerli ve yabancı ilaç firmaları arasındakı rekabeti olumsuz etkileyip, 20'nin üzerinde yerli ilaç firmaları kaderi ile başbaşa bırakılmış, hatta zorla kapatılarak, ilaç piyasası hızla birkaç firmanın yönlendirdiği katı bir oligopolcü yapıya döneltirilmiştir. Ulusal bir ilaç, sanayiinin, sağlıklı gelişmesi ve ülke ekonomisinde ve yaşamında yerine ulaşabilmesi için yapay destek ve katkılardan uzak oluşması sağlanmalı ve dış ülkelere açılmamalıdır. Öz benliği, gücü ve dengesine dayanmayan, kendi kendini yenilemeyen sanayi, gerçek sanayi olamaz. Anlamı ve niteliği gereğ parasını başkasının ödemediği siyasal yönetime demokrasî denilemeyeceği gibi.

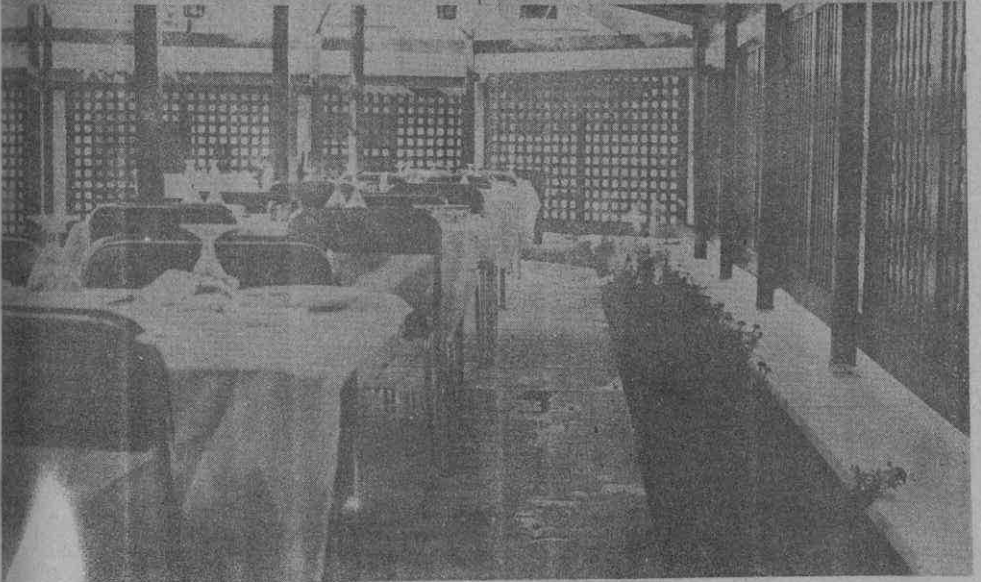
Yüce Kurula saygıyla arz olunur.



SOSYAL
TESİSİMİZ
SİZLERİ
BEKLİYOR

Sosyal Tesisimiz geçtiğimiz Mart ayında 2. yılını doldurdu. Geçen Ağustos ayında yepyeni bir düzenlemeyle hizmetinize sunduğumuz Tesisimiz, bu gün bir çok meslek grubunun gıpta ile baktığı bir merkez durumuna geldi.

Yönetim Kurulumuz böyle bir kurumu üyelerine kazandırmak, meslek dayanışmasına zemin hazırlamak açısından üzerine düşen bir görevi yerine getirmekle her zaman kıvanç duymuştur. Bu dayanışmayı güçlendirmek, Sosyal Tesisimizi yaşatıp daha ileriye taşımak üyelerimize düşmektedir. Yapıcı eleştirilerinizle ve tesisimize gelmekle yapacağınız katkılarla daha iyiye ve olumluya gideceğimizden kuşumuz yoktur. İki yıl sizlerin katkı ve gücüyle bu güne kadar gelen Tesisimiz, bahçesi, barı, restoran ve oyun salonu ile sizleri daha fazla katılımı bekliyor.



KLİNİK FORUM

SARILIK

(Doç. Dr. Ahmet Akın ve
Ecz. Rıza Ommatı
A.Ü.Ecz. Fak. Mikrobiyoloji
Bilim Dalı)

SARILIK

Doç.Dr. Ahmet AKIN

Ecz. Rıza OMMATY

(A.Ü. Ecz.Fak. Mikrobiyoloji Bilim Dalı)

Bilindiği gibi Hepatitis veya Hepatit Karaciğeri iltihaplanmasına verilen isimdir. Bu olgularda en belirgin klinik bulgu sarılıktır. Konumuz olan Viral hepatit'in dışında, yeni doğan çocuklarda görülen fizyolojik sarılık, parazit ve safra taşları vs.nin safra kanallarını tıkanması ve safranin barsaklara akamaması sonucu oluşan sarılık ile kan (RH faktörü) uyumsuzluğu sonucu oluşan Erythroblastosis fetalis hastalığında görülen sarılık ilk akla gelen olgulardır. Keza Isoniazid, Rifampisin, Metildona ve Halotan gibi bazı ilaçlarda toksik hepatitise yol açarlar. Bu tip karaciğer lezyonları aşırı duyarlılık şeklindedir ve doza bağlıdır. Çok defa ilacın mekerrer kullanımıyla ortaya çıkmakta, ilaç kesildiği zaman klinik tablo ve histolojik bulgular gerileyerek kaybolmaktadır. Söz konusu edilen bu bulgular içinde bir insandan diğerine bulaşan, epidemik ve endemik salgınlara ve bitümlere yol açan hastalık Viral hepatitdir.

İnsanlarda Viral hepatit denilince birisi daha çok ağız yoluyla bulaşan "Enfeksiyöz hepatit" ile diğeri enfekte kanla ve paranteral yoldan bulaşan "Serum hepatit" denilen hastalıklar gelmektedir.

Bunlardan Epidemik hepatit, Bulaşıcı sarılık, Viral hepatit tip A gibi isimlerde verilen Enfeksiyöz hepatit hastalığı çok eski tarihlerden beri bilinmektedir. İlk kez 1830 yılında Bright ve Adairson ile Stocker tarafından tanımlanan bu hastalık Mısır'da Napolyon Ordusunda, 1. ve 2. Dünya Savaşlarında Akdeniz bölgesinde savaşan İn-

giliz ve Fransız ordularında salgınlara ve çok sayıda insanın ölümüne yol açmıştır. Homolog serum hastalığı, Viral hepatit tip B gibi isimlerde verilen Serum hepatit hastalığı ise yine 1885 yılından beri bilinen bir hastalıktır.

Yapılan çalışmalar sonucu her iki hastalığın da bir virüs iki ayrı tip tarafından meydana getirildiği belirlenmiştir. Bunlardan A tipinin yol açtığı hastalığa Enfeksiyöz hepatit, B tipinin neden olduğu hastalığa ise Serum hepatit adı verilmektedir. Her iki virusun oluşturdukları hastalıklarda görülen klinik bulguların birbirinden ayrılması mümkün değildir. Hatta son yıllarda varlığından söz edilmeye başlanılan Non-A ve Non-B "Tranfusion-Associated Hepatitis Agent" veya bir başka deyişle Hepatitis C virusu enfeksiyonları da aynı klinik tabloyu andırmaktadır.

Enfeksiyöz hepatit hastalığı, hasta şahsın dışkıyla kontamine olan su ve gıda maddelerinin tüketimi ile bulaşmaktadır. Enfekte içme suları, özellikle lağım sularının denize döküldüğü yerlerden toplanan midye, istiridye vs. gibi deniz ürünlerinin tüketilmesi hastalığın bulaşmasında önemli rol oynamaktadır. Serum hepatitis ise kontamine kan, serum, plazma vs. enjeksiyonundan sonra rastlanmaktadır. Narkotik madde kullananlarda, hemodializ uygulananlarca, genel kadınlarda ve çeşitli kişilerde cinsel temasta bulunan erkeklerde, serum hepatitisli kadınların yeni doğan çocuklarında görülmektedir. Özellikle hasta, zayıf, kan kaybetmiş, operasyon geçirmiş şahısla-

ra kan vermekle bulaştığından, aynı yaşta olan ve Enfeksiyöz hepatitise yakalananlara oranla daha ağır seyretmektedir.

Yapılan incelemeler Enfeksiyöz hepatitise 5-35 ve özellikle 10-15 yaşında olanların, Serum hepatitise ise her yaşta insanın duyarlı olduğunu göstermiştir. Yine Serum hepatitiste hastalığın insidensinin mevsimsel ve dağılım göstermediği, oysa Enfeksiyöz hepatitiste özellikle kış aylarında insidensin en yüksek seviyeye ulaştığı belirlenmiştir. Enfeksiyöz hepatitiste kuluçka süresinin 15-40 gün, Serum hepatitiste ise bu sürenin 60-160 gün olduğu belirlenmiştir.

Klinik Bulgular:

Yukarıda da belirtildiği gibi her iki hastalıkta da görülen klinik bulgular müşterektir. Ve bu bulgularla iki hastalığın tefriki mümkün değildir. Her iki hastalıkta da ilk görülen bulgular; iştahsızlık, bulantı, yorgunluk, halsizlik, hafif ateş ve ateşe bağlı üşüme, titreme gibi semptomlar, karın ve baş ağrıları ile bazen ishal veya kabızlık gibi mide-barsak belirtileridir. Daha sonra 1-10 ve ortalama 4 hafta kadar devam eden sarılık tablosu klinik bulgulara hakim olur. Bu evrede hastada özellikle yağlı maddelere ve sigaraya karşı bir tiksiniye duygusu hakim olur. Klinik muayenede paslı bir dil, karaciğer ve dalakta büyüme görülür. Yeterli sağıtım görmeyen ve gereğince istirahat etmeyen hastalarda klinik belirtiler olmaksızın sınısice devam eden hastalık sonuçta Siroz'a yol açar. Ayrıca kadınlarda hastalık atlatıldıktan sonra iştahsızlık, sinirlilik, yorgunluk, uyku hali, karaciğer bölgesinde nedeni belirsiz ağrılar ile baş ağrılarına rastlanabilir. Post hepatitis sendromu denilen bu olgunun karaciğerin normal östrojen metabolizmasındaki fonksiyonunun bozulmasından kaynaklandığı, östrojen ve progesteron hormonları verilmesiyle düzeltilebileceği ileri sürülmektedir. Serum hepatitiste yukarıda zikredilen belirtilere ilaveten hepatic bulgulardan 1-6 hafta önce ürtiker, deride döküntü ile eklemelerde ve böbreklerde iltihaplanma görülür.

Hepatitis virüsleri ile oluşan enfeksiyonların klinik ve epidemiyolojik özellikleri Tablo-1'de verilmiştir. Bu virüslerin oluşturduğu enfeksiyonlar yukarıda da belirtildiği gibi erişkinlerde daha ağır ve kronik seyirlidir. Çocuklarda ise bazen farkına bile varılmayacak derecede hafif seyirli olabilir. Ölüm oranı özellikle 40 yaşın üstündekilerde, alkoliklerde ve karaciğer hastalığı olanlarda yüksek olduğu halde (%20), çocuk ve gençlerde çok düşüktür.

Hastalığın Tanısı:

İdrarın çay renginde akması, Bilurubinuri ve Urobilinojen testlerinin olüümü bulunması, kon-

juktivaların sararması, karaciğer fonksiyon testlerinin bozulması viral hepatitlerin tanısının konulmasında önemli bulgulardır. Yine Bromsulfalein, Thymol bulanıklık testi, Cepalin kolesterol flocculation, SGOT (Serum Glutamik Oqalactic Transaminase) ile SGPT (Serum Glutamic Pyruvic Transaminase) testleri bu amaçla kullanılan önemli testlerdir. Bu testlerin dışında CEP (Counterimmun elektroforesis), RAI (Radioimmunoassay) ve PHA (Pasif hemaglutinasyon) testleri gibi serolojik testlerden de yararlanılmaktadır.

Sağıtım ve Korunma Tedbirleri:

Akut hepatit hastalığının sağıtımında özgü bir yöntem kullanılmamaktadır. Hastalığın en belirgin bulgularından biri olan iştahsızlık bir kaç gün sonra normale döner. Bazı doktorlar tarafından hastaya kesin yatak istirahati önerilmektedir. Ancak hastanın yatağa bağlanmasının ve faaliyetlerinin gereksiz yere engellenmesinin bilimsel olmadığına ilişkin görüşlerde bulunmaktadır. Yine hastalıkta kesin bir diyet uygulanmasının doğru olacağını savunan görüşler yanında, hastalığın klinik gidişatına göre belirgin bir diyet uygulanmasının yararına inanan görüşler çoğunluğu oluşturmaktadır. Bu görüşlere göre bulantı ve kusma halinde yiyecekler tolere edilememektedirler. Bu nedenle diyetteki yağ miktarının kısıtlanmasına önem verilmelidir. Yine aynı kaynaklar, Bilurubini'yi yüksek olanların diyetlerinde protein bulunmamasını veya çok az bulunmasını gerektiğini kaydetmektedirler. Hastalıkta vitamin desteğine nadiren gerek duyulmakta, beslenme düzeyi yeterli olan hastalarda vitamin preparatlarının verilmesi lüzumsuz görülmektedir. Hastalığın ağır seyrettiği vakalarda, hastanın hastanede tedaviye alınmasının gerektiğinde paranteral yolla beslenmesinin ve bu beslenme sırasında kesinlikle amino asid verilmemesinin doğru olacağı ileri sürülmektedir. Ayrıca hastanın alkol alması ise kesinlikle ve en az altı ay süreyle yasaklanmaktadır.

Bu hastalık genellikle kendiliğinden şifa ile sonuçlanan ve ilaç tedavisi gerektirmeyen bir hastalıktır. Sıradan vakalarda kortiko steroidler kontrendikedir. Kortikosteroidler genellikle sarılığı azaltmak ve iştahsızlığı geçirmek için bazı doktorlar tarafından önerilmekte ise de hastalığın nüks ve kronikleşme eğilimini arttırdığından kullanılmasından özellikle sakınmak gerekmektedir. Akut viral hepatitisi hastalar eğer dijital preparatları kullanıyorlar ise devam edebilirler. Diyet betli olan hastalar ise oral antidiyabetiklerden sakınmalı ve insülin uygulamalıdır. Antitroid ve Antitüberküloz ilaçlarının kesilmesinde de yarar görülmektedir. Akut alkolik hepatit durumlarında hepatit ensefalopati eğilimi nedeniyle 2-3 hafta

günde 30 mg. Prednisolon kullanılması yararlı olabilir. Ancak kısa bir süre sonra kesilmelidir. Kronik hepatitis tedavisinde ise hastaya verilmekte olan bu ve duruma yol açabilecek ilaçlar bırakılır, komplikasyonlarla uğraşılır ve kortikosteroid-

ler bazende azotioprin kullanılır. Bu hastalıkta kullanılan ilaçların dozları uzmanlar tarafından ayarlanmalıdır. Bu hastalıkta özellikle immüno-sitü-mü-lan tedavisine önem verilerek bu konuda çeşitli araştırmalar yapılmaktadır. Ancak henüz kesin

TABLO 1: • HEPATİT VİRUSLARI İLE OLUŞAN ENFEKSİYONLARIN KLİNİK VE EPİDEMİYOLOJİK ÖZELLİKLERİ

	Viral Hepatit Tip A	Viral Hepatit Tip B
Kuluçka dönemi	15-14 gün (ort. 25-30 gün)	50-180 gün (ort. 60-90 gün)
Yaş dağılımı	Genellikle gençlerde	Her yaşta
Görüldüğü mevsim	Bütün yıl. Sonbahar ve kış daha çok	Bütün yıl
Bulaşma yolu	Genellikle fekal-oral	Genellikle paraneteral
Virus veya Antijenin Saptanımı		
Kan	Sarılıktan 2 hafta önceden Sarılıktan 1 hafta sonraya kadar	Aylarca, hatta yıllarca
Dışkı	Sarılıktan 2 hafta önceden Sarılıktan 2 hafta sonraya kadar	Nadiren bulunur
İdrar, semen	?	Nadiren bulunur
Tükürük	?	Genellikle bulunur
Klinik ve Laboratuvar Bulguları		
Ateş	38°C civarında bir ateş sıcaklıkta görülür	Daha az görülür
Transaminazların yükseklik süresi	1-3 hafta	1-6 ay, bazen daha fazla
İmmünglobulinler (İgM düzeyi)	Yüksek	Genellikle normal
HBsAg	Bulunmaz	Bulunur
Bağışıklık Süresi	Büyük olasılıkla yaşam boyu	Büyük olasılıkla yaşam boyu
Gama globulin ile korunma	Genellikle sarılığı önler	Gama globulin özellikle B virusuna karşı etkin ise sarılığı önleyebilir. (Hiperimmün gama globulin)

sonuç alınmadığından burada açıklanmamıştır.

Bilindiği gibi sarılık vakalarından korunmak sadece viral hepatitler için geçerlidir. Viral hepatitlerden korunma bireysel bireysel olarak hijyenik kurallara uymakla başlar. Enfeksiyöz hepatitiste hastanın gaitası bulaşmayı sağlayan en önemli unsurdur. Bu nedenle fekal-oral kontaminasyon zincirinin kırılması gerekmektedir. buraya yiyecek maddeleri ve özellikle suyun temizliği büyük önem taşımaktadır. Bu noktadan hareketle içme veya kullanma suyu on dakika kaynatılmalı veya klorlanmalıdır. Hastalığın başlangıcından itibaren hastaların tuvaletlerinin ayırımı faydalı olabilir. Hasta ve hasta ile ilgili kimselerin ellerinin yıkanmasına azami dikkat gösterilmesinde fayda mülahaza edilmektedir. Hastanın çamaşırlarıyla kullandığı malzemeler ayrı yıkanmalı ve kaynatılmalıdır. Çevre temizliği için dezenfektan olarak %0.5'lik Sodyum Hipoklorid Solüsyonu önerilmektedir. Gereksiz yere kan nakillerinden kaçınmak ve bütün vericilerde HBsAg (Virus yüzeyel antijeni) taraması yapılarak transfüzyonda kullanılacak kanlarda ajanın bulunup bulunmaması incelenmelidir. Bu işlemin gerçekleştirilmesi bu gün bütün dünyaya viral hepatitis sayısını önemli ölçüde azaltabilmiştir. Verilecek kan ve ürünlerinin disposable malzeme ile verilmesi bilimselliğe uygun düşmektedir. Hastanelerde enjektörlerin bir defa kullanılması veya sterilizasyona gereken önemin verilmesi hastalığın yayılmasını önleyecek diğer bir faktördür.

Gamaglobulin preparatları kullanılarak korunma sağlanması konusundaki tartışmalar halen devam etmektedir. Sonuçların kesinlik taşıyamama-

sından; yapılan klinik araştırmaların yetersizliği ve değişen antikor titreleri sorumlu tutulmaktadır. Standart immün serum globulinleri klinik olarak kendini hissettiren enfeksiyöz hepatitise karşı iyi bir koruma sağlamakta bu nedenle hastanın aile bireylerine ayrıca endemi bölgelerine gidecek olan kimselere uygulanmasının doğru olacağı ileri sürülmektedir. Genel olarak tavsiye edilen doz İntramüsküler yoldan 0.02 ml/kg'dır. Ancak bu miktar büyükler için 0.06 ml/kg. (toplam 3-5 ml)'a kadar artırılabilir. İmmün serum globulini; ne Serum-hepatitis ve ne de Hepatit C virusunun enfeksiyonların akışı bu kadar güçlü bir koruma sağlayamamaktadır. Bununla birlikte hastaların düzenli cinsel temasta bulundukları kimselere daha yüksek dozlarda verilmelidir. Evdeki diğer kimselerin bu şekilde korunması gerekmektedir. Son zamanlarda piyasaya verilen Hepatit B immünglobulini içerisindeki B virusuna karşı antikor titresi çok daha yüksektir. Ancak üstünlüğü henüz ispatlanamamıştır. HBsAg pozitif olan kanın yanlışlıkla veya kontrolsüz verildiği şahıslara, bu özelliği taşıyan annelerden doğan bebeklere hepatit B immünglobulini verilmesi uygun olur.

Bilindiği gibi Türkiye'de Enfeksiyöz hepatit enfeksiyonu çok yaygındır. Bu nedenle endemik bölgelerdeki şahıslarda 4-6 ay süreyle aynı dozlarda immün serum globulini tekrarlanabilir. Ayrıca Serum hepatitis enfeksiyonlarına karşı aktif bağışıklık sağlayacak aşılardan yakında piyasaya çıkacağı, bu aşının insidansı %90 oranında azalttığı bildirilmiştir.

KAYNAKLAR:

- 1- Anonim: *The Merck Manuel of Diagnosis and Therapy, Merck Sharp and Dahome Research Lab., 1982.*
- 2- Berke, M.Z.: *Tıbbi Viroloji, cilt 1, Erkan Kitabevi, Ankara, 1974.*
- 3- Dauer, C.C.: *Mortality from infections hepatitis. Public Health Rep. 76: 1006-1008, 1961.* Pasquelle, R.: *Eléments de virologie médicale, 4^e ed., Flammarion médecine-sciences, Paris, 1971.*
- 5- Hirschman, J.R.: *Virus-like particle in sera of patients with infectious and serum hepatitis. JAMA., 208: 1667-1670-1969.*
- 6- Horsfall, F.,L. and Tamm, I.: *Viral and Rickettsial infection of Man, Fourth Ed., J.B. Lippincott company, Philadelphia and Montreal, 1968.*
- 7- Joklik, W.K., Willet, H.P. and Amos, D.B.: *Zinsser Microbiology., 17th Ed., Appleton-Century-Crofts, New York, 1980.*
- 8- Kırıkoğlu, M.: *Temel Tedavi, Fıdan Basım, Yayın Organizasyon, Ankara, 1983.*
- 9- Krguman, S. and Giles, J.P.: *Viral hepatitis. New light on an old disease. J.Amer. Med.Ass. 212: 1019-1023, 1970.*
- 10- Krugman, S., Ward, R.N. and Giles, J.P.: *The natural history of infectious hepatitis. Amer. J.Med., 32: 717-723, 1967.*
- 11- Krugman, S. et Ward, R.: *Hepatitis virales. p: 415-435. Debré, R. et Celers, J.H. Clinique Virologique., Editions Médicales Flammarion, Paris, 1972.*
- 12- Lépine, P. et al.: *Techniques de laboratoire en virologie humaine isolements-identification sérologie-diagnostic. Nasset and C^o, E'diteurs, Paris. 1964.*
- 13- Lépine, P. et Sohier, R.: *Techniques de Laboratoire. Appliqués du Diagnostique des Maladies a virus, 1954.*
- 14- Neefe, J.R. and Stokes, J.Jr.: *An epidemic*

- of infections hepatitis apparently due to a water borne agent: epidemiologic observations and transmission experiment in human volunteers. *JAMA.*, 128: 1063-1075, 1945.
- 15- Neefe, J.R. Stokes, J.Jr. Baty J.B. and Reinbold, J.G.: Desinfection of water containing consative agent of infections (epidemic) hepatitis. *JAMA.*, 128: 1076-1080, 1945.
- 16- Nilsen, J.O.: Persistence of Australia Antigen and Development of Chronic Hepatitis. *N. Engl. J. Med.* 285: 1157-1159, 1968.
- 17- Rhodes, A.J. and Van Rooyen, C.E.: Text book of virology. 5th Ed., The Williams and Wilkins Co., Baltimore, 1968.
- 18- Serter, F., Serter. D.: Klinik Viroloji, Genel Viroloji Riketsiya ve Virus Enfeksiyonları, Ege Üniv. Tıp Fak., Yayın No: 122., Ege Üniversitesi Matbaası, Bornova, 1980.
- 19- Stokes, J.Jr.: Immunization in viral hepatitis. *JAMA.*, 172: 652-655, 1960.
- 20- Wilson, G.S. and Miles, A.: Topley and Wilson's principles of bacteriology virology and immunity. Sixth ed. Volume 2., Edward Arnold, 1975.

DERLEME MAKALE

AKKİZ İMMÜN YETMEZLİK SENDROMU

(Emin Kansu
Hacettepe Üni. Tıp Fak.
Hematoloji ve Onkoloji
Ünitesi)

defa
letie
edil
rak
tada
tedi

olar
dit e
yop
si v
likla
me:
şek

ra h
tir. 7
eriş
vak
Avr
tir (3
30 i
yük
tere
sikt
ve
hes

AKKİZ İMMÜN YETMEZLİK SENDROMU

EMİN KANSU

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Hematoloji ve Onkoloji Ünitesi

Akkiz İmmün Yetmezlik Sendromu (AİYS) ilk defa Mayıs 1981 tarihinde Amerika Birleşik Devletlerinde (A.B.D.) homoseksüel erkeklerde tarif edildikten kısa bir süre sonra fatal bir epidemi olarak ortaya çıkmıştır. Günümüzde takriben her kıtadan ve kırk ülkeden yeni vakalar rapor edilmektedir (1).

AİYS tanımı beynelmilel standartlara uygun olarak 1981 yılında "60 yaşın altında hayatı tehdit edici tipte oportunistik enfeksiyonları veya biyopsi ile ispatlanmış Kaposi sarkomu bulunması ve bu kişilerde bilinen immünyetmezlik hastalıklarından hiçbirinin bulunmaması ve immünyetmezliğe neden olabilecek ilaç almamış olması" şeklinde yapılmıştır (2).

Hastalığın Epidemiyolojisi

AİYS epidemisi 1981 yılında başladıktan sonra hastalığın insidansı hızlı bir artım göstermiştir. Temmuz 1985 tarihine kadar A.B.D.'de 11919 erişkin ve 148 çocuk olmak üzere toplam 12067 vaka rapor edilirken, Haziran 1985 itibarıyla 15 Avrupa ülkesinden toplam 1226 vaka bildirilmiştir (Tablo 1). bu vakaların %91'i erkek ve %42'si 30 ila 39 yaşları arasındadır. Avrupa'da AİYS en yüksek sayılarda Fransa, Batı Almanya ve İngiltere'de görülmekte ve nüfus üzerinde görülme sıklığı hesaplandığı zaman Belçika, Danimarka ve İsviçre önde gelmektedir. A.B.D.'de yapılan hesaplara göre yeni vakaların artacağı ve Nisan

1986'da takriben 18000 ila 19000 toplam vakanın bulunacağı tahmin edilmektedir.

Hastalığın özellikleri, etiyolojik ajanın izolasyonu (HTLV-III/LAV Virüsü), serumda virusa karşı antikorların tayini hasta gruplarının taranması ve

Tablo 1: AİYS 15 Avrupa Ülkesinde
Haziran-1985 Tarihine Kadar Vaka Sayısı

Ülke	Vaka Sayısı
Avusturya	18
Belçika	99
Danimarka	48
Finlandiya	6
Fransa	392
İngiltere	176
İspanya	38
İsveç	27
İsviçre	63
İtalya	52
B.Almanya	220
Hollanda	66
Lüksemburg	1
Yunanistan	9
Norveç	11
Toplam	1226

incelenmesi sonucunda AİYS adeta bir buzdağının tepesini yansıttığı gerçeği ortaya çıkmıştır. Tanı konulan hastaların ardında virüsle enfekte olup taşıyıcı durumda olan, inkübasyon devresin-

de bulunan veya henüz AİYS kliniği geliştirmemiş çok sayıda kişinin var olabileceği anlaşılmaktadır. AİYS'e yol açan HTLV-III/LAV virusunun inkübasyon süresinin ortalama 29 ay gibi uzun süre oluşu çok sayıda kişinin AİYS klinik tablosu çıkmadan taşıyıcı ve sessiz kalabileceğine işaret etmektedir. Yapılan hesaplara göre bugün A.B.D.'de 500.000 ila 1.000.000 kişinin virus ile enfekte olduğunu ve 1986 yılı içinde takriben 10.000 yeni vaka bildirilecek olursa bu sayının enfekte olan kişilerin %1 veya %2'sini teşkil edeceği anlaşılmaktadır (3,4). Henüz etkili bir tedavi yöntemi ve aşı geliştirilemediği için hastalığın önümüzdeki yıllarda tedrici olarak artacağına inanılmaktadır. Bu yöntem hastalığı önleyici tedbirler, aşı ve tedavi konularında araştırmalar sürerken, toplum ile sağlık personeli ve bilim adamlarının AİYS hastalığının önlenmesi ve hastaların tedavisinde birlikte ve sıkı işbirliği halinde çalışmaları gerekmektedir.

Risk Grupları

Hastalığın tanımından günümüze kadar risk gruplarında büyük değişiklikler olmamakla beraber, transfüzyon ile ilgili olanlar ve seksüel temasa hastalığın bulaştığı bazı yeni gruplar belirlenmektedir (5). A.B.D.'de Atlanta şehrindeki Hastalık Kontrol Merkezleri (CDC)'nin kayıtlarına dayanarak, AİYS'nun görüldüğü risk gruplarını şu şekilde sınıflayabiliriz.

Daha öncede belirlendiği gibi erkek homoseksüeller veya biseksüeller en geniş risk grubunu oluşturmaktadırlar. Damardan uyuşturucu veya değişik ilaç enjekte edenler ikinci sırayı, homoseksüel olmayan ve damardan ilaç kullanmayan Amerika'daki Haiti'li göçmenler üçüncü sırayı almaktadırlar (Tablo II). Hemofili hastaları,

Tablo II: AİYS-Risk Grupları (6720 Vakanın Analizi)

Hastaları: Özellikleri	Erkek (%)	Kadın (%)	Total (%)
Homoseksüel veya biseksüel	4901 (78)	0 (0)	4901 (73)
Damardan Uyuşturucu Kul.	915 (15)	239 (56)	1154 (17)
Haiti'li Göçmenler	209 (3)	35 (8)	244 (4)
Hemofili Hastaları	46 (1)	0 (0)	46 (1)
Heteroseksüel temas	4 (0)	46 (11)	50 (1)
Henüz sınıflandırılmayan	178 (3)	71 (17)	247 (4)
TOTAL:	6294 (100)	426 (100)	6720 (100)

AİYS'ünü ticari faktör-VIII konsantreleri ile almaktadırlar. Donör ve alıcı kanlarının seroepidemiolojik ve virus çalışmalarını da virusun kan ürünlerinin transfüzyonu ile bulaştığını göstermektedir (6). Ağustos 1985 tarihine kadar

CDC teskilatına 180 AİYS tanısı konulan çocuk vakası bildirilmiştir. Bu vakaların %70'i AİYS'i olan annelerden doğmuş. %20'si ise virus-positif kan transfüzyonu almıştır. Bu nedenle çocuklarda veya bebeklerde görülen AİYS'nunun doğrudan prenatal veya transplasental yolla anneden fetüs'e geçtiğine işaret etmektedir. A.B.D ve Avrupa ülkelerinin dışında özellikle Orta Afrika ülkelerinde (Zaire, Rwanda, Burundi, Tanzania ve Uganda gibi) AİYS insidansı oldukça yüksektir. Zaire'de yapılan çalışmalarda yıllık tahmin edilen vaka oranının 100.000'de 17 olduğu hesaplanmaktadır (7). Ayrıca, bu bölgelerde erkek: kadının oranının 1.1:1 olduğu ve özellikle erkekten kadına geçiş ile kadından erkeğe geçişin, heteroseksüel bulaşmanın çok sık olduğu görülmektedir. A.B.D ile Orta Afrika ülkeleri arasında bulaşma yolu itibarıyla bu farklılığın izlenmesi hastalığın dağılımı ve ileride yayılımının ciddiyeti konusunda önem taşıyıcı görülmektedir.

Hastalığın Sınıflandırılması ve Geçerli Terminolojisi

Hastalıkta ağır fırsatçı enfeksiyonların, kaposi sarkomu veya diğer neoplastik hastalıkların ortaya çıkması "tam-yerleşmiş AİYS" olarak tanım alırken, virüs ile enfekte risk gruplardaki şahısların birçok değişik belirtiler verebilecekleri ve hastalığın değişik dönemleri olabileceği anlaşılmıştır. Bu nedenle günümüzde kullanılması önerilen terminoloji (Tablo III) aşağıda özetlendiği şekilde belirlenmiştir (8).

AİYS-Etkeni ve Biyolojik Özellikleri

Son beş yıl içinde yapılan çalışmalar sonucunda çok önemli üç, insan-T-lenfotropik virüsü (Human T-lymphotropic virus) tanımlanmıştır.

İlk olarak, 1979 yılına erişkin T-hücreli lösemi vakasında ilk kez virus ile kanseri birleştiren insan-T-Hücre Lösemi virüsü-Tip-1 izole edilmiştir (HTLV-I) ve insanda yeni bir retrovirus grubunun tanımını başlatmıştır (9). Retrovirüsler kedilerde ve bovine sistemde lösemi yaratabilmektedir. Hastalığa yol açan retrovirüsler ekzojen tip-te olup, insanlarda enfeksiyöz özellik taşımaktadırlar. Bu virüsler, viral RNA'yı çift-sarmal DNA'ya çeviren "reverse transcriptase" enzimi taşıtmaktadırlar. Bütün retrovirüsler ile olan enfeksiyonlar şahsın yaşama boyunca kalıcı devam etmektedir. Entegre olan viral genler normal hücresel genlerle birlikte duplika olmakta ve yeni hücrelere bulaşmaktadır. İkinci olarak,

Tablo III: AİYS-Günümüzde Kullanılması Önerilen Terminoloji
1-Tam-Yerleşmiş AİYS:

immün yetmezlik hastalığı olmayan, immünyetmezliği yol açabilecek ilaç almayan bir kişide ağır seyirli fırsatçı enfeksiyonlar ve/veya Kaposi sarkomu ve diğer neoplastik hastalıkların birlikte görülmesi

2-AİYS-İlgili Kompleks (ARC): Risk grubunda bulunan şahıslarda şu belirti ve bulguların birarada bulunması: Yaygın lenfadenopati, istemeden kilo kaybı, ateş, kronik diare, letarji, halsizlik, lenfopeni, lökopeni, anemi, idiopatik trombositopeni, yardımcı T-hücrelerinde azalma, T₄/T₈ oranının ters dönmesi ve oral kandidiasis. Bu hastalarda tipik Kaposi sarkomu veya ağır fırsatçı enfeksiyonlar bulunmaz.

3-Kronik Lenfadenopati Sendromu

Homoseksüel erkeklerde fizik muayene esnasında inguinal-bölge dışındaki iki veya daha fazla bölgede üç ayın üzerinde devam eden, hiçbir başka hastalığa bağlanmayan ve biyopside "reaktif lenfadenopati" tesbit edilen durumlara verilen isimdir.

4-Pre-AİYS (Pre-AIDS):

Henüz bütün özellikleri belirlenmediği için bu terimin yaygın kullanımı önerilmemektedir.

5-Sero-Positif Sağlıklı Kişiler:

Risk grubunda olan ve klinik olarak belirti ve bulgu vermeyen, ancak serumda virusa karşı antikor tesbit edilen kişileri ifade eder. İmmünojenik testleri anormal bulunabilir.

6-Sero-Negatif Sağlıklı kişiler:

Risk grubunda olan ve klinik olarak belirti ve bulgu vermeyen, virüs ile karşılaşmış olmasına rağmen serumda antikor olmayan veya virü ile karşılaşmamış kişileri ifade eder. İmmünojenik testleri anormal olabilir.

rak tanımlanan insan retrovirüsü HTLV-II ile anılmaktadır ve "Hairy-Cell Lösemi"ye yol açtığı düşünülmektedir.

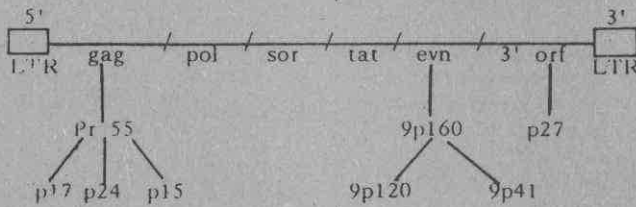
AİYS'na yol açan etkenin bulunmasına yönelik iki yıl süreli intensif laboratuvar çalışması ve beynelmül kooperasyon 1984 yılının son ay-

larında bir sonuca bağlanmış ve yeni bir retrovirüsün tanımlanması ile açıklık kazanmıştır. Gallo ve ark. 1984 yılında tam-yerleşmiş AİYS hastalarının %30 ila %48'inin periferik kan lenfositlerinden AİYS-İlgili kompleksi olanların %87.7'sinden İnsan-T-Lenfotropik Virus-III (Human T-lymphotropic Virus-III) adını verdikleri yeni bir retrovirüsü izole edebildiklerini yayınlamışlardır (10). HTLV-III virüsü de diğer retrovirüsler gibi özellikle yardımcı T-lenfositleri (OKT₄+) olmak üzere lenfositlere aşırı affinite (lenfotropizm) göstermektedir. Dolaşıma girdikten sonra yardımcı (T_H) lenfositlere yerleşmekte, onları enfekte etmekte, lenfositler içinde çoğalmakta ve lenfositlere sonunda sitopatik etki etmektedir. İmmün yetmezliğin gelişiminin en önemli mekanizmalarından bir tanesi (T_H+) yardımcı T-lenfositlerinin virüs etkisi sonucu sayıda belirgin bir azalma göstermeleridir. Virüs, kemik iliği, lenf bezi, tükrük,

Tablo IV: AİYS Virüsü: HTLV-III/LAV Virüsü

- 1- Human T-Lymphotropic Virus-III (USA)
- 2- Lymphadenopathy Associated Virus (France)
- 3- Retrovirüs olup Reverse Transcriptase kapsar
- 3- Özellikle yardımcı T-Lenfositlerini enfekte eder.
- 4- Isıya Duyarlıdır.
- Eter, Aseton, %20 Alkol, %0.2 Sodium Hypochlorite ve %1 Glutaraldehyde ile inaktive olur.
- 5- UV-Işığa ve İyonize Radyasyona dirençlidir.
- 6- Kan, kan ürünleri, tükrük ve semen'den izole edilmiştir.

ejakülât, gözyağı, beyin omurilik sıvısı ve beyinden izole edilebilmiştir. Virüsün beyinden izole edilebilmesi, AİYS'de izlenen nörolojik bulgulara bir açıklık getirebilir (11,12,13). İn vitro şartlarda virüs ile enfekte olan hücrelerin yardımcı T-lenfositleri olduğu (OKT₄/Leu-3a+) ve kültürlerde ortama bol sayıda virüs geçerken yardımcı T-lenfositlerinde belirgin azalma olduğu görülmektedir. Enfekte hücreler multinucleated dev



Şekil I: HTLV-II Virüsünün Genetik Yapısı Şu Şekilde Çizilebilir (15).

LTR: Long Terminal Repeats
 tat : transacting transcription element
 env: envelope
 gag: Kemi sequence
 frame

hücre şeklini almaktadırlar. Tam yerleşmiş AİYS hastalarının %100'ü ve AİYS-iliği kompleksi olanların %90'ının serumunda retrovirusa karşı HTLV-III antikorları bulunmamaktadır. Benzer çalışmaları Paris-Pastör Enstitüsünde yürüten Prof. Luc Montagnier lenfadenopati sendromu ve tam yerleşmiş AİYS olan hastalardan tam anlamıyla identikal özellikler taşıyan virüsü izole etmişler ve virüsü Lymphadenopathy-Associated-Virus (LAV) adını vermişlerdir (14). Bu nedenle günümüzde virüs HTLV-III/LAV olarak isimlendirilmektedir. Virusun genel özellikleri, Tablo IV'de özetlenmiştir.

Bugün için HTLV-III/LAV genlerinin en az altı proteine kodlama yaptığı gösterilmiştir. 5' ucundan başlamak üzere "gag" geni 55 kilodalton büyüklüğünde bir polypeptini kodlamaktadır. Virüs ile enfekte hücrelerde bu protein fazlaca bulunmaktadır. Glikolize olmayan bu proteinin molekülü p17, p24 ve p15 proteinlerine bölünmektedir. Proteinin karboksil ucu 15 kd'luk p15'i vermektedir. İkinci önemli gen "pol" bölgesidir ve bu kısım reverse transcriptase ve endonuclease aktivitesini kodlamaktadır. "Sor" geni "Short open reading frame"i ifade etmektedir. Kodlandığı protein kesin tanımlanmamıştır.

"tat" ismi ile tarif edilen ve takriben 250 nucleotide taşıyan gen trans-activating fonksiyonu görmektedir. "tat" in kodlandığı protein henüz tanımlanmamıştır, ancak virusun hücre içi aktivasyonunda önemli rol oynadığına inanılmaktadır. "Evn" geni glikolize olmayan şekilde 90 kd büyüklüğünde bir polypeptin, glikolize olduktan sonra 160 kd büyüklüğünde bir proteini kodlamaktadır. Bu protein amino ucundan 9p120 ismiyle virusun yüzey yapıma proteini ile, 9p41 adıyla trans membranöz protein vermektedir. "orf" geni 27 kilodaltonluk bir proteini kodlamaktadır. HTLV-III/LAV virusunun en "önemli immunojenik proteinleri p24 (core antijeni), 9p120 (dış membran zarfı proteini) ve 9p41 (zarfın transmembran proteini) olarak tarif edilmiştir.

Virusun Orijini ve Dağılımı

Bugünkü bilgiler HTLV-I virusunun Afrika kıtasından kaynaklandığını göstermektedir (16). Bu virusun 16. yüzyılda Portekizli denizciler ile Japonya'nın güneyindeki adalara taşındığına ve köle mübadelesi ile 18. ci, 19. cu ve 20. ci yüzyıllarda Amerika ve Avrupa'ya getirildiğine inanılmaktadır. Başlıca bulaşma yolları olarak kan, damardan enjeksiyonlar ve seksüel temas olarak bilinmektedir. Bu bulaşma yolları HTLV-III virüsü için de geçerlidir. Yapılan çalışmalar AİYS hastalığının Orta Afrika ülkelerinden kaynaklandığına işaret etmektedir (17). Afrika'da yüksek oranda rastlanılan virusun çok kısa bir süre önce yayıldığı

na inanılmaktadır. HTLV-III virusunun Orta Afrika'da yaşayan Afrika-Green Mankey türünde de bulunduğu ve maymun türlerinin de enfekte oldukları anlaşılmaktadır. AİYS hastalığı HTLV-III/LAV etkeni ile ortaya çıkan yeni bir hastalıktır. A.B.D'deki homoseksüel takip merkezlerinde ve hemofil tedavi kliniklerinde son 10 ile 20 yıldır değişik nedenlerle saklanan serumların HTLV-III antikorları yönünden incelenmesi sonucu bu serumları %98'inden fazlasında antikorlarının 1980-1981 sonrası belirmeye başladığını göstermektedir (18).

AİYS-İmmünolojik Değişiklikler

AİYS, bugüne kadar gelişen en ağır akkız immün yetmezlik tablolarından birini oluşturmaktadır. Bu sendromun gelişmesinde HTLV-III/LAV T-lenfosit tropik retrovirusunun selektif olarak yardımcı-T-lenfositlerini seçerek atake etmesi, hücre içinde üremesi ve sonuçta hücreye sitopatik etki ederek onları yok etmesi en önemli nedeni teşkil etmektedir (19). Bu hastalardan immün sistemlerinde yardımcı-T-lenfositlerinde (veya Leu-3 hücreleri) sayıca belirgin azalma ve kalitatif bozukluklar birlikte görülmektedir. Fırsatçı ağır seyirli enfeksiyonları olan hastalarda bu değişiklikler daha belirgin izlenmektedir. T-lenfositlerdeki bu selektif eliminasyona bağlı olmak üzere immün cevabın oluşmasında önemli defektler gelişmektedir. Hastalarda izlenen ağır lenfopeninin temel nedeni yardımcı T-lenfositlerindeki azalmanın yanısıra özellikle bu hücrelerin antijenlere karşı cevapsız durumda olması, T_H molekülünün lenfositler üzerinde aynı zamanda HTLV-III/LAV içinde reseptör olabileceği ihtimalini düşündürmüştür (20). Lenfositler üzerindeki "Class-II-Major Histocompat-

Tablo V: AİYS-İmmünolojik Değişiklikler

- 1- T-Lenfositlerinde Kantitatif Anormallikler
 - Periferik kan yardımcı T-lenfositlerinde azalma
 - Baskılayıcı-Sitotoksik T-lenfosit sayılarında değişiklikler
 - Lenfopeni
- 2- T-Lenfositlerinde Fonksiyonel Anormallikler
 - Konakçının fırsatçı enfeksiyonlara yatkınlığı
 - Konakçının nadir neoplastik hastalıklara yatkınlığı
 - Gecikmiş Hipersensitivite cevabının bozulması
 - Spontan proliferasyonda artım
 - In Vitro olarak mononükleer hücrelerin mitojen ve antijenlere cevabında azalma.
 - B-lenfositlerinin İmmünglobulin yapımı için yetersiz yardımcı-T-hücre fonksiyonu

-Antijenik uyarım altında yetersiz lenfokin yapımı

3- Natural Killer Hücrelerinde Fonksiyonel Anormallikler

- K562 hücre suşunu öldürme (in vitro sitotoksitide) bozulma ve azalma

- IL-2 ile inkübasyon sonucu K562 hücre şüşündeki hücre öldürme işleminin normale dönmesi

4- B-lenfositlerindeki Fonksiyonel Anormallikler

- Serum immünooglobulinlerinde artım

- Dolaşan immün kompleksler

- De-novo immunizasyonu takiben veya yeni bir enfeksiyonu takiben serolojik cevabın oluşmaması

- Spontan profleazyonda artım olması

5- Monosit/Makrofajlarda Fonksiyonel Anormallikler

- Kemotaksiste belirgin bozulma veya kaybolma

- İn-vitro olarak Giardia Lablia'nın hücre dışı öldürülmesinde azalma

- İnterlökin-1 salgısında artım

- Prostaglandin B₂ yapımında artım

6- Serolojik Anormallikler

-Serumda supatasör faktörler

- Aside duyarlı M1a-imerleron'da artım

- Beta-2-mikroglobülin'de artım

bility MHC'' tanınmasında rol aldığı için,

T₄-pozitif hücrenin monosit ve makrofaj tarafından

takdim edilen antijeni tanınmasında çok önemli bir

fonksiyon görmektedir. Bu nedenle T₄ molekülünün

fizyolojik fonksiyonunun HTLV-III ile önlenmesi

yardımcı-T-lenfositinin (T₄+) eriyebilir (soluble)

antijenlere cevabını büyük ölçüde bozabilmektedir.

Purifiye lenfositler in vitro çalışıldığı taktirde

AIYS hastalarının hücrelerinde interleukin-2 yapımı

ve reseptör ekspres-

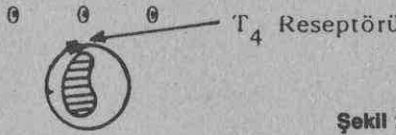
yonu yönünden bir defekt tesbit edilmemiştir (21). Hastalığın erken devresinde yardımcı-T ve supresör-T lenfositlerinden interleukin-2 ve interferon yapımı normal bulunmuştur. Periferik kan T₄(+) yardımcı-T-lenfositlerinin normal B-lenfositleri üzerine yardımcı etkilerinde bozulma tesbit edilmiştir. Bozuk T-hücresine bağımlı virüse özgül sitotoksiste ve defektif natural killer (NK) aktivitesi gösterilmiştir (22).

Ayrıca, AIYS olan hastaların B-lenfositlerinde poliklonal aktivasyon mevcuttur. Serumda yan sması serum immünooglobulinlerin artımı, dolaşan immün komplekslerde artma ve birçok oto-immun olayın birlikte görülmesi olabilir. B-hücresinin normal numoral efektör immün cevabında ve antijenlere karşı davranışında bozukluk görülmektedir (23). B-hücresinde izlenen bu defektif fonksiyona ek olarak monositlerin sitotoksitesi ve intrasellüler öldürme fonksiyonları ve de-novo antijenlere cevaplılığı bozulmuş durumdadır. Monositler bilinen uyarılara çok düşük düzeyde cevap vermektedir. Monosit fonksiyon bozukluklarının bir kısmı fırsatçı enfeksiyonlara sekonder olabilir.

AIYS'unda görülebilecek immünolojik değişiklikler Tablo V'de özetlenmiştir.

HTLV-III virüs enfeksiyonunun CD₄-antijen pozitif (T₄+) hücrelere affinite duyması ve onları seçmesi lenfositler üzerindeki T₄ antijeninin viral reseptörün temel komponenti olduğunu göstermektedir. Bir süre önce yapılan çalışmalar lenfositlerin β -glikoproteinin önemli epitoplarına karşı geliştirilmiş bulunan monoklonal antikorlar ile pre-inkübasyonunun HTLV-III/LAV virüsü ile hücrelerin enfeksiyonlarının önlenebileceğini göstermiştir (24). Bütün bu gözlemler HTLV-III/LAV enfeksiyonu sonucu T₄ antijeni pozitif (inducer/helper) yardımcı T-lenfositlerinin selektif olarak kantitatif ve fonksiyonel olarak etkilendiğini göstermektedir. T₄-pozitif yardımcı T-lenfositlerinin diğer T-hücreleri, B-hücreleri, mo-

HTLV-III/LAV Virüsü



Şekil 2: HTLV-III/LAV Virüsünün T₄-Antijen Pozitif (Yardımcı-T) Hücreleri Enfeksiyonu

Sitopatik Erki (Hücre Ölümü)

Hücre yaşamına devam ediyor fonksiyon bozukluk.

nositler ve Natural killer hücreleri ile olan yakın ilişkileri nedeniyle hücre sel ve humoral emmüne önemli ölçüde bozulmaktadır. Özellikle Antijene-özümlü immün cevapta yer alan T_4 + -pozitif hücrelerin defektif oluşu ve selektif azalması birçok immün regülasyon bozukluğunun temelini teşkil etmektedir. Immün regülasyonda ve immün denetimdeki bu sayısal ve fonksiyonel değişiklikler AİYS'unda görülen fırsatçı enfeksiyonların ve nadir neoplastik hastalıkların gelişiminde önemli bir rol oynamaktadır. Bu konuda öne sürülen hipotetik bir şema şekil 2'de gösterilmiştir.

AİYS-Klinik Özellikleri

AİYS'de görülen fırsatçı enfeksiyonlar ve bazı neoplastik hastalıklar klinik yönden büyük bir önem taşımaktadır. Özellikle fırsatçı (opportünistik) enfeksiyonlar gerek klinik yönden ağır seyretmesi, gerekse klasik tedavilere cevapsızlığı veya erken relaps göstermeleri yönünden AİYS'u olan hastaların mortalitesine büyük oranda etkilimaktadır. AİYS'lu hastalardaki enfeksiyonların büyük kısmı T-lenfositleri oluşturduğu hücre sel immün sistemin defektinde görülen mikro-organizmalarla gelişmektedir. Ancak, bazı hastalarda immüno globulin yetersizliklerinde görülen streptococcus Pnenmonia veya Haemophilus Influenza gibi organizmalarda sorumlu ajan olabilmektedir.

AİYS hastalarında görülen fırsatçı enfeksiyon tipleri ve hastalıklara yol açan mikro-organizmaların bir listesi Tablo VI'da gösterilmiştir.

Virüsler: AİYS hastalarında sitomegalovirus enfeksiyonları sık görülmektedir. Tipik intranukleer inklüzyonlar otopsi lerde birçok dokuda rastlanmaktadır. Hernekadar invazif tip sitomegalovirus enfeksiyonu tanısı için doku biyopsisi ve kültürü gerekli ise de bugün birçok merkez kanama, ek-suda, ve damarsal kılınlanmanın hastalık için tipik olduğunu ve idrar veya kandan virus kültürü pozitif ise DHPG ile tedaviye başlama endikasyonunu olduğunu inanmaktadır. DHPG (9-(2-hydroxy-1 (hydroxymethyl) ethoxymethyl) Pnönoni veya kolit gibi diğer sitomegalovirus enfeksiyonlarında histopatolojik delil elde edilmelidir. Adrenal yetmezlik şüphesinde kortizol düzeyleri için kan alındıktan sonra kortikosteroid tedavisi başlatılmalıdır. Sitomegalovirus enfeksiyonlarında virus replikasyonunu ve klinik belirtileri suprese etmesi yönünden DPHG ümit verici olmasına rağmen daha kúratif ajanlara ihtiyaç vardır.

AİYS hastalarında herpes simplex virüs enfeksiyonları ağır seyretmektedir. Perianal bölgede genital veya oral bölgelerde hastalık görülebilmektedir. Lokal intravenöz veya topikal Acyc-

5-günlük bir tedaviden sonra tekrarlama sıklığı. Daha uzun süreli ve tekrarlayıcı küller verilebilir.

Varicella-Zoster enfeksiyonlarında lokal rekürrens sıklığı. Vidarabine veya Acyclovir ile tedavi başarılı olabilir. Papovavirus-JC enfeksiyonları progressif multiokal lökoensefalopati yapmaktadır ve klinik olarak yavaş ilerleyici multifokal, nörolojik hastalık gelişir. Bilinen bir tedavisi yoktur. Adenovirüsler için etkili bir tedavi yoktur.

Bakteriler: Mikrobakterium-Avium-intrasellulare AİYS hastaların otopsi lerinin %50'sinde görülmektedir. İzole edilen suşlar genellikle serovar 4, daha az oranda serovar 8 ve 1'dir. Gastrointestinal sistemden girmektedirler. En pratik ve duyarlı diagnostik test kan kültürlerinden mikrobakterilerin izolasyonudur. Tanı konulan hastaların büyük kısmı ansamycin (rifamycin), clofazimine ve ethionamide ile tedavi edilmelerine rağmen sonuçlar yúzgüldürücü değildir. Ayrıca, in-vitro duyarlık testlerine rağmen hastaların büyük kısmı ansamycin, clofazimine, isoniazid, rifampin, amikacin tedavilerine cevapsız kalmaktadırlar. Erken tanı ile tedavi şansı artmakta ise de, daha etkili ve yeni ilaçlara ihtiyaç vardır.

m. Tuberculosis enfeksiyonları AİYS hastalarında gittikçe artan sıklıkta rapor edilmektedir. Hastalarda lenfadenit durumundan menenjit ve dissemine tüberkuloza kadar değişen klinik tablo görülebilmektedir. Kan kültürleri pozitif sonuç verebilir. AİYS hastalarında görülen M. Tuberculosis enfeksiyonlarının eski tüberküloz enfeksiyonlarının reaktivasyonu olduğu anlaşılmaktadır. M. fortuitum, M. gordonae ve M. xenopi gibi mikrobakteriler AİYS Hastalarında dissemine hastalık yapabilmektedir.

Salmonella enfeksiyonları klasik tedaviye kolay cevap vermesine rağmen, tedavi kesilince rekürrens sıklığı. AİYS ve salmonellosis'i olan hastalarda tedavi en az 6 ay veya daha uzun süreli devam etmelidir.

Bu hastalarda pnömokoksik pnömoni ve bakteriyemi çok sık görülmektedir. Diffüz veya sahalarda halinde olabileceği gibi lobar pnömoni şeklinde olabilir.

Parazitler: Pneumocystis Carinii pnömonisi AİYS hastalarında görülen en ağır fırsatçı enfeksiyondur. Hastaların %65'i ile %80'ininde en az bir kere görülür. %30 ile %50 arasında mortalitesi vardır. bazı nadir vakalar dışında sulfomethoxazole-trimethoprim veya pentaminine isothionate tedavisine iyi cevap vermektedir. Hastalarda minimal solunum sistemi semptomları başlarken hatta pulmoner infiltrasyonlar başlamadan tanı konup tedavi başlatılırsa sonuçlar daha iyidir. Bronkoalveolar lavajın tanıda önemi büyüktür. Lava j sıvısının Gomori-methenamin gümüşleme boyasından başka toluidin mavisi ve Gram-Morax boyaları ile boyanarak

Tablo VI: AİYS: Hastalarda Görülen Opportüristik Enfeksiyonlar (25)

Etkenler	Klinik Tablo	Özellikleri
Cytomegalovirus	Ensetalit, koriontetinit, pnömoni, kolit, hepatif, adrenalit, dissemine enfeksiyon	Bütün hastalarda bulunur, karaciğer, akciğer ve kolon sık tutulabilir. Dökümente etmek için biyopsi gerekebilir. Koriontetinit katak teristiktir. Adrenal yetmezlik nedeni olabilir.
Herpes Simplex Virusu	Kalıcı, tekrarlayıcı veya dissemine deri ülserleri	Herpes-Simpleks virüs tip-2 perineal lezyonları sıklıkla görülür ve antiviral tedaviye cevap vermesine rağmen tekrarlar.
Varicella-Zoster	Lokal, ciddi veya dissemine enfeksiyonları	Sık tekrarlar
Epstein-Barr Virusu	Lenfoma	Agressif tipte B-hücreli lenfomaları görülmektedir; (merkezi sinir sistemi lenfomaları dahil)
Papovavirus-JC Virusu	Merkezi Sinir Sistemi Enfeksiyonu	Progresif multifokal lökoensefalopati görülebilir.
Adenovirüsler	Kolonizasyon Dissemine enfeksiyonları	Sıklıkla hastalardan izole edilmektedir. Nadiren semptomatik hastalığa yol açarlar.
Bakteriler		
a) T-Hücre Defektlerinde Hakim Olanlar		
Mikobakterium Avium Intracellulare	Dissemine enfeksiyon, ağır gastro-intestinal hastalık, yaygın intraabdominal lenfadenopati	Ağır seyirli bir enfeksiyondur. Kandan izole edilebilir. Gastrointestinal yoldan girer. Tedaviye cevap zayıftır.
Mikobakterium Tuberculosis	Adenit, pulmoner enfeksiyon menenjit yapabilir.	Değişken klinik tablo. Tedaviye cevap verir. Bazı suşları dirençli olabilir.
Mikobakterium türü	Dissemine Enfeksiyon	Genellikle diğer ağır enfeksiyonlar ile birlikte görülür.
Nocardia Asteroides	Pulmoner-perikardial enfeksiyonlar, beyin apseleri	Diğer fırsatçı enfeksiyonlar ile birlikte görülür.
Salmonella türü	Tifoza benzer sendrom, ağır gastroenterit ve bakteriyemi	Tekrarlayıcıdır.
Listeria Monocytogenes	Bakteriyemi	Tedaviye ani cevap verir.
Legionella türü	Pnömoni, sellulit	Ağır seyirlidir.
b) B-Hücre defektlerinde Hakim Olanlar		
Streptococcus Pnömoni	Pnömoni, bakteriyemi	Tedaviye hızlı cevap verir
Herpesvirus Influenza	Pnömoni, bakteriyemi	Pneumocystosis'e benzer diffüz infiltrasyonlar yapar.

c) Nedeni Açıklık Kazanmayan

Staphylococcus Aureus	Bakteriemi, deri enfeksiyonları pnömoni	Kaposi sarkomu olan hastalarda Pneumocystis ile komplike pnömoniler
Clostridium Perfringens	Bakteriemi.	Geçici hafif Abdominal şikayetler.
Shigella türü	Diare, Bakteriemi.	Kalıcı veya Tekrarlayıcıdır.

3- Parazitler

Pneumocystis Garinii	Pnömoni	Bornkoalveolar lavajda çok sayıda organizmalar görülür (Toluidina mavisi boyası etkili bir boyadır). 3 haftanın üzerinde tedavi verilmelidir.
Toxoplasma Gondii	Ensefalit, Beyin Apsesi	Beyin apsesi ve ensefalit sıktır. Genellikle IgM tipi antikor cevabı zayıftır. Tedavi uzun süre verilmelidir.
Cryptosporidium Türü	Gastroenterit	Hafif diare semptomlarından koleraya benzer klinik tabloya kadar değişkenlik gösteren hastalık yaratabilir. Tedaviye cevapsızdır.

4- Mantarlar

Candida türü	Orofarenjit, ösefajit, vajinit	Mukozaların ve ösefagusun hastalığıdır. Genellikle C. Albicans izole edilir. C. Tropicalis de izole edilmiştir.
Cryptococcus Neoformans	Menenjit, disemine enfeksiyon, pnömoni	Pnömoniler, menenjit görülebilir. BOS'da ve serumda antijen aranmalıdır.
Histoplasma Capsulatum	Disemine Enfeksiyon	Endemik olmayan bölgelerdeki kişilerde görülebilmektedir. Periferik kan veya kemik iliği buffy Coat ayrılıp boyanmalıdır.
Aspergillus türü	Pnömoni	Rapor edilmiştir. Sık değildir.

4- Mantarlar

Candida türü	Orofarenjit, ösefajit, vajinit	Mukozaların ve ösefagusun hastalığıdır. Genellikle C. Albicans izole edilir. C. Tropicalis de izole edilmiştir.
Cryptococcus Neoformans	Menenjit, disemine enfeksiyon, pnömoni	Pnömoniler, menenjit görülebilir. BOS'da ve serumda antijen aranmalıdır.
Histoplasma Capsulatum	Disemine Enfeksiyon	Endemik olmayan bölgelerdeki kişilerde görülebilmektedir. Periferik kan veya kemik iliği buffy Coat ayrılıp boyanmalıdır.
Aspergillus türü	Pnömoni	Rapor edilmiştir. Sık değildir.

pnömonisi tanısı kolaylıkla konabilir. Sulfamet-hoxazole-trimethoprim ile tedavi başlatılmalı, yan tesirler görülürse intravenöz pentamidine isothionate'a geçilmelidir (4 mg/kg). Tedavi en az 3 hafta süreyle verilmelidir.

Toxoplasmosis AİYS hastalarında görülen merkezi sinir sistemi hastalığının en sık etkenidir. Kesin tanı beyin biyopsisi ile konulmaktadır. Hastaların büyük kısmı sulfadiazine ve pyrimethamine'e 2 ila 3 hafta içinde cevap vermektedir. 6-8 hafta sonra tedavi kesildiği takdirde rekürrensler siktir. Tedavi kesilmeden sürdürülmelidir. Cryptosporidium enfeksiyonları AİYS hastalarında kolera'ya benzer ishal sendromu ile seyretmektedir. Furazolidone, Spiramycine ve Alphonidilfluoromethylornithine (DFMO) ile verilen tedavilere cevap alındığı rapor edildi ise de tedaviye cevapsızlık daha siktir. Etkin ilacı yoktur.

Fungal Enfeksiyonlar: Candida orofarejiti en sık rastlanan fungal enfeksiyondur. Candida özefajiti ve dissemine candidiasis sık görülür. Nystatin oral suspansiyonları, clotrimazole ve oral keftonconazole etkin ilaçlardır. Ancak, tedavi kesildiği takdirde semptomatik enfeksiyon genellikle tekrarlamaktadır. Bu nedenle candida enfeksiyonlarının uzun süreli tedavisi gerekmektedir.

Cryptococcal enfeksiyonları sık ve ağır seyririr. Akciğerleri ve merkezi sinir sistemi sıklıkla tutmaktadır. Tanı konulmasını takiben Amphotericin-B tedavisine başlanmalıdır. Tedavinin kesilmesini takiben rekürrens sık olduğu için amphotericin-B ve flucytosine tedavisini takiben, Amphotericin-B ile hastanın haftada bir veya iki kere tedavi verilerek takip edilmesini uygun olacağı tavsiye edilmektedir (25). Dissemine histoplasmosis tanısı alan hastalara ilk tedavi olarak Amphotericin-B verilmelidir. Oral ketoconazole ile uzun-süreli suppressif tedavi verilmesinin uygun olacağı düşünülmektedir.

AİYS'DA NEOPLASTİK HASTALIKLAR

AİYS hastaları... bugüne kadar rapor edilen neoplastik hastalıklar; Kaposi sarkomu, malign lenfoma, dilin skuamöz hücreli kanseri ve kloakojenik rektum kanseri olmak üzere dört grupta toplanabilir. (Tablo-VII)

Tablo VII: AİYS Hastalarında Görülen Neoplastik Hastalıklar

- 1- Kaposi Sarkomu
- 2- Malign Lenfoma
 - a- Burkitt Lenfoması
 - b- Hücreli İmmünoblastik Tip Neoplastik Tip Malign Hastalığı

3- Dilin Skuamöz Hücreli Kanseri 4- Kloakojenik Rektum Kanseri

kloakojenik rektum kanseri olmak üzere dört grupta toplanabilir (Tablo-VII).

Kaposi Sarkomu

multifokal, sistemik, neoplastik bir hastalık olup histolojik olarak proliferasyon gösteren fibroblastik ve mikrovasküler elemanlar ile karakterizedir. Günümüzde Kaposi sarkomu viruslarla ilgili neoplasi gelişiminin ilginç bir modeli olarak kabul edilmekte ve primer malign neoplazm veya reaktif fenomen olduğu konusu henüz bir açıklık kazanmış değildir. Kaposi sarkomu ile cytomegalovirus arasında yakın ilgi bulunduğu na dair serolojik ve genetik deliller mevcuttur (26). Kaposi sarkom Zaire, Kenya, Tanzania, Doğu Avrupa, İtalya ve Kuzey Amerika'da görülmektedir. Yavaş ilerleyen indolan tümörler olabileceği gibi, fatal lenfadenopatik formlar görülebilir. Kaposi sarkomu böbrek transplantasyon hastalarında, immunosupresif alanlarda, immün yetmezliklerde ve lenfopatik kanserlerde artan sıklıkta rapor edilmiştir (27). AİYS hastalarında Kaposi sarkomu sıklıkla görülmektedir (28). AİYS'unda Kaposi sarkomu vakaların %30'unda ilk belirti olabilmektedir. Hastaların büyük bir kısmı erkektir, az sayıda kadın hasta rapor edilmiştir. Kaposi sarkomu homoseksüel erkekler dışında, çocuklar ve hemofilik hastalar dahil bütün risk gruplarında rapor edilmiştir. Ortalama %40 mortalitesi vardır ve ortalama yaşam 18 ay kadardır.

AİYS'unda görülen Kaposi sarkomu klasik tip ten klinik yönden çok farklılıklar göstermektedir. Hastalık deri veya mukozza üzerinde tek veya sıklıkla mutipl, pembe, kırmızı, morumsu maküller, papüller veya nodüller şeklinde başlayan neoplastik multisentrik bir hastalıktır. Lezyonlar büyüyecek koyulaşabilir, deriden kabarıklar ve ya tümörler halinde dönüştürülebilir ve daha çok gövde, kolları, baş ve boyun bölgelerini tutmaktadır. Burun ucunu tutması oldukça tipiktir. Ayrıca, mukozaları, gastrointestinal sistemi, lenf bezlerini, orofarenksi ve tonsilleri tutabilmektedir. Hastaların üçte birinde üst ve alt gastrointestinal sistem tutulabilmektedir. Ülsasyon ve kanama sık görülmektedir. Vakaların %50'sine yakın bir kısmında lenf bezlerinde hastalık olabilir.

AİYS'da görülen Kaposi sarkomu, klasik formdan farklı olmak üzere 25 ila 50 yaşları arasındaki grupta görülmektedir. AİYS'ında görülen epidemik Kaposi sarkomunun, klasik görülen epidemik Kaposi sarkomunun, klasik (sporadik) ve Afrika (endemik) tipinden ayrılan özellikleri Tablo VIII'de özetlenmiştir.

Klasik Kaposi sarkomunda, önemli laboratuvar bulguları olarak anti-cytomegalovirus antikorları, anti-epidemi ve yardımcı-T: supresör-T hücre

oranında ters dönme görülebilmektedir. AİYS'unda görülen Kaposi sarkomunda beyaz küre sayısında, nötrofil ve lenfositlerde azalma, Yardımcı-T lenfosit sayılarında ve Ty:Ts oranında belirgin azalma mevcuttur. Bu azalma tedrici ve giderek

Tablo VIII: Kaposi Sarkomunun Klinik Özelliklerinin Mukayesesi

	Klasik (sporadik) tip	Afrika (Endemik) tip	AİYS'da görülen tip (Epidemik)
Deri Lezyonları	Bacaklar-Ayaklar	Kol ve Bacaklar	Yaygın
Mukozal Lezyonları	Nadir	Nadir	Sıktır (oral, anal)
Lenf Bezi Tulumu	Nadir	Ender	Sıktır
Tedaviye Cevap	Çok iyi	Çok iyi	Kötü
Yavaş Seyir	Sıktır	Sıktır	Az görülür

daha çarpıcı tipte olmaktadır. Ayrıca, T ve B-hücrelerinin fonksiyonel özelliklerinde bozulma görülmektedir. Klasik Kaposi sarkomu vakalarında HTLV-III/LAV virusuna karşı antikorlar negatif bulunmasına rağmen AİYS tanısı alan vakalarda büyük oranda antikorlar pozitif bulunmuştur.

AİYS'unda görülen Kaposi sarkomunun HTLV-III/LAV virusu ile olan ilişkisi incelenmektedir. HTLV-III/LAV virusunun bir başlatıcı (prometer) faktör gibi davranıp enfekte mono-nükleer hücrelerin anjiyolitik faktörler salarak sarkomatöz değişimde bulunacak hücrelerin proliferasyonuna yol açtığı düşünülmektedir (29).

Kaposi sarkomu radyasyon ve kemoterapiye duyarlıdır. Lokalize hastalık için radyasyon tedavisi, dissemine hastalık için Nitrojen mustard, Triaziquone, Rzothane, Peptichemio, Methotrexate Vincristine ve Vinblastin gibi kemoterapötik ajanlar denenmiştir. Afrika tipi Kaposi sarkomunda Dactinomycin, Decarbazine ve Vincristine kombinasyonu en etkin rejim olarak tarif edilmiştir. Epidemik-AİYS ile birlikte görülen Kaposi sarkomunun tedavisinde Vinblastin, Bleomycin, Actinomycin-D gibi tek ajanlarla %60 ila %89 arasında remisyon oranı elde edilmiştir. Alpha-interferon ile vakaların %20'sinde tam remisyon görülmüştür. Ancak, Kaposi sarkomunun tedavisine rağmen HTLV-III/LAV enfeksiyonunun devamı bu hastalarda immün yetmezliğin devamına neden olmakta ve araya giren fırsatçı enfeksiyonlar prognoza önemli etkide bulunmaktadır.

Malign Lenfoma

AİYS, hastalarının %3 ila %4'ünde malign lenfoma görülmektedir. Bu lenfomalar daha çok B-hücreli immunoblastik sarkom, ekstra-nodal Burkitt lenfomasi ve Hodgkin hastalığı şeklinde bildirilmiştir. Yayınlanan vakaların büyük kısmında lenfomalar ekstra-nodal dağılım göstermektedir. Bazı vakalarda rastlanan primer lenfoma, merkezi sinir sisteminde ortaya çıkmaktadır (30).

Bazı lenfoma vakalarında Epstein-Barr viral antijenleri görülmüştür. Epstein-Barr viral genomlarının dizi yönünden Burkitt lenfoma hücrelerinden alınan DNA-sequence'leri ile homolog olduğu gösterilmiştir (31). AİYS hastalarının serumlarında EBV'nin erken (early antigen) antijenlerine karşı Antikorlar gösterilmiştir. AİYS hastalarında lenfoma gelişmesinin temel nedeni henüz aydınlanmakla beraber, genetik yakınlık, HTLV-III/LAV virusu. EBV veya başka bir onkogenik ajanın etkisi ile malign tip lenfoproliferatif hastalığın ortaya çıkabileceği düşünülmektedir.

Dil Kanseri

Genellikle yaşlı erkeklerde rastlanan dilin skuamöz hücreli kanseri, AİYS olan homoseksüel erkeklerde sık olarak bildirilmiştir.

Rektumun Kloakojenik Kanseri

Rektumun kloakojenik kanseri anorektal birleşim noktasındaki geçici epitelden orijin almaktadır ve bütün rektal kanserlerin %3'ünü oluşturur. Diğer rektal kanserlerin epidemiyolojisi ile aynı özelliklere sahiptir. Bazı yayınlarda bu kanser türünün de genç homoseksüel erkeklerde sık görüldüğüne dikkat çekilmiştir, ancak AİYS ile olan ilgisi kesinleşmiş değildir (2).

ÇOCUKLARDA AİYS

1982 YILINDAN SONRA AİYS'unun daha önceki sağlıklı erişkin erkeklerde rapor edilmesini takiben birçok pediatrik immunolog New York, San Fransisco, Los Angeles ve Miami bölgelerinden izah edilemeyen immün yetmezliği olan çocuklar rapor etmişlerdir (32). Bu çocukların bir kısmını AİYS'lu hastadan kan alınarak transfüzyon yapılmış veya damardan ilaç kullanan anneden veya biseksüel kocası olan annelerden doğanlar oluşturmaktadır. Çocuklarda tanı koyma zorluğu olabilmektedir, zira primer ve sekonder immün yetmezlikler erken yaşta ayrıca tanı yönünden düşünülmeli gerekir.

AİYS olan çocuklarda ve bebeklerde TH:T oranında azalma, T-hücre immünitesinde bozulma, immunoglobulinlerde poliklonal artım, özellikle IgC ve IgM düzeylerinde yükselme görülmektedir. T-hücrelerindeki bozukluklar 5 ayılığa ka-

dar göze çarpmamaktadır. Çocukluk yaşında AİYS şüphe edilirse; AİYS ile ilgili risk faktörleri aranmalı, serumda poliklonal hipergamaglobulinemi ve T-hücre immünyetmezliği gösterilmeli. HTLV-III/LAV virüsü izolasyonu veya serumda AİYS retrovirüsü antikorları tayini pozitif çıkmalı, edenezin deaminaz, nucleoside fosforilaz enzim eksiklikleri dahil bütün primer ve sekonder immünyetmezlik nedenleri araştırılarak ekarte edilmelidir.

AİYS: Tarama ve Tanı Yöntemleri

AİYS etkeni olarak 1984 yılında HTLV-III virüsünün tanımlanmasını takiben A.B.D. Sağlık Teşkilatı kan ve plazma virüsüne karşı antikorların taranmasına ilişkin testlerin ticari amaçla geliştirilebileceğine karar vermiştir. Birçok firma, parçalanmış HTLV-III virüsünü antijen olarak kullanarak risk gruplarında, hastalık şüphesi olanlarda, hastalar ve normal kontrollerde serumda virüsüne karşı antikorunu tesbit eden özel diagnostik sistemler geliştirmişlerdir. ELISA (enzyme-linked-immunoassay) sistemi ile pratik, çabuk ve güvenilir bir yöntem virüsüne karşı antikorları taramada ilk metod olarak kullanılmaktadır. ELISA testi ile pozitif bulunan serumların daha sonra Western Blot adı verilen daha hassas bir teknik ile analizi gerekmektedir. Ayrıca radioimmünoprecipitasyon (RIP) teknikleri de kullanılabilir. ELISA testinin hassasiyeti %93.4 ile %99.63 arasında değişmektedir (33). Antikorların taranması ve HTLV-III/LAV viral antijenlerine karşı gelişen antikorların tesbiti kişilerin HTLV-III/LAV virüsü ile bir devrede karşılaşmış olduklarını ifade etmektedir. Ancak, aynı devrede enfektif olduklarını kesinlikle ifade edemeyebilir. Lenf bezlerinden veya hücrelerden HTLV-III/LAV izolasyonu çok özel durumlarda kullanılmaktadır.

Hastalık şüphe edilen kişilerde antikor tayininden başka periferik kan lenfositlerinin monoklonal antikor kullanarak tiplendirilmesi yapılmaktadır. Yardımcı, T ve Baskılayıcı-T lenfosit grupları tayini ile T-yardımcı: T-Baskılayıcı oranı belirlenmektedir. AİYS'u olan hastalarda Yardımcı-T lenfositlerindeki azalmaya bağlı olarak TY:TB oranı 1.0'in altına düşmektedir. Ancak, sağlıklı homoseksüel erkeklerde ve birçok kollajen ve otoimmün hastalıkta bu oranın değişeceği düşünülerek lenfosit alt grubu tayininin diagnostik olmadığı dikkate alınmalıdır. Hastalarda diğer immün yetmezlik yapabilecek nedenler incelenmeli ve immünosupresif ilaç almamasına dikkat edilmelidir. Serumda HTLV-III/LAV virüsüne karşı antikorların varlığı, T-lenfosit alt gruplarındaki değişim ve Opportunistik enfeksiyonlar ve/veya Kaposi sarkomunun varlığı halinde AİYS klinik tanısı konulabilir.

Hastalığın bulaşma yolları olarak günümüzde;

A) Homoseksüel veya heteroseksüel tip seksüel temas, B) HTLV-III/LAV virüsü kapsayan kan veya kan ürünlerinin transfüzyonu, C) HTLV-III/LAV virüsü taşıyan sekresyonların açık deri veya mukoza bölgelerinden girmesi kabul edilmektedir. Bu bulaşma yolları dışında virüsün hastaların ev eşyaları, kullandıkları çeşitli eşyalar veya hastalarla el sıkışma veya sosyal temaslarla geçtiğine dair henüz kesin bir delil gösterilememiştir.

Bu başlama yollarını da dikkate alarak AİYS'unun ve HTLV-III/LAV virüsünün bulaşmasını önlemek için şu tedbirleri alabiliriz:

1- Risk gruplarında enfeksiyonun yayılımının önlenmesi

a- Homoseksüel ve biseksüel erkeklerde seksüel temasın azaltılması.

b- Kan, plazma verilmesi ile doku veya sperm naklinin yasaklanması,

c- Kan ve kan ürünlerinin taranması

2- Anti-HTLV-III pozitif olanların enfeksiyonu yaymalarının önlenmesi:

a- Konsültasyon

b- Seks temaslarının sınırlandırılması

c- Kan ve kan ürünleri vermelerinin men edilmesi

3- Kan ve kan ürünleri ile HTLV-III'ün yayılımının önlenmesi:

a- Yüksek risk gruplarının kan vermeleri

b- Gönüllü test edilmiş donör programı kullanılması,

c- Verilen bütün kanların HTLV-III için taranması

d- İle ilgili muamele edilmiş, faktör-VIII ve faktör-IX konsantrasyonlarının kullanılması

4- Enfeksiyonun hastane personeline ve diğer sağlık personeline yayılmasının önlenmesi:

a- Sağlık personelinin aydınlatılması,

b- Sağlık personelinin hasta takibinde gerekli korunma tedbirlerini alması,

c- Seropozitif şahısların hastalığı yaymasını önlemek,

5- Ayrıca:

a- Toplumun hastalığın bulaşma yolları ve risk grupları yönünden aydınlatılması,

b- Kan vericilerinin taranması ve

c- Yüksek riskli grupların aydınlatılarak hastalığın yayılmasını önlemek de önem taşımaktadır.

Bu konuya ek olarak diş hekimlerinin de oral sekresyonları ve kan ile temasta olacakları gözünde tutularak, risk grubu hastalarda veya anti-HTLV-III yönden pozitif kişileri muayene ederken eldiven giymeleri, sıvıların sıçramasını önlemek amacıyla gözlük takmaları, kullandıkları aletlerin buhar veya glütaldehyde ile sterilizasyonu gerekmektedir.

AIYS: TEDAVİ YAKLAŞIMLARI (34)

Hastalığın tedavisinde temel olarak iki yaklaşım seçilmektedir: A) Primer Hastalığa Yönelik Tedavi, B) Sekonder Hastalıklara Yönelik Tedavi. Sekonder hastalık grubunda oportunistik enfeksiyonlar, Kaposi sarkomu ve değişik neoplastik hastalıklar sayılmaktadır ve tedavilerine ilgili yerlerde değinilmiştir. Bu kısımda sadece primer hastalığa özellikle HTLV-III/LAV virusuna yönelik tedavi yaklaşımlarında bahsedilecektir.

a) Farmakolojik Ajanlar:

I- Suramin Sodium: Bu ilaç daha önceleri Afrika tipi trypanosomiasis ve onchocerciasis'de kullanılmıştır. İlaç, reverse transcriptase aktivitesini önemli ölçüde inhibe etmektedir. Yapılan ön çalışmalarda Suramin'in AIYS hastalarında virostatik etki gösterdiği izlenmiştir.

II- HPA-23 (Antimonio Tungstate):

Fare ve insan retroviral reverse transcriptase aktivitesini kompetitif inhibe etmektedir. Günde 200 mg. dozda 15 gün süreyle tedavi edilen hastalarda geçici olarak viral çoğalma azaltılmıştır. Henüz klinik etkisi ispatlanmamıştır.

III- Ansamycin:

Mikobakterilere karşı etken olan bu ilacın reverse transcriptase'ı bağlayarak etkisini gösterdiği ve insan lenfositleri içinde HTLV/III çoğalmasını inhibe ettiği görülmektedir.

IV- Cyclosporin-A kullanımı hastalar-

da hiçbir klinik düzelle yapmamıştır.

Bugüne kadar etkin bir farmakolojik ajan tanıtılmamıştır.

b) İmmünolojik Yaklaşımlar:

a- Rekombinant Alpha-A interferonun HTLV-III ve plikasyonunu önlediği gösterildikten sonra hastalarda kullanımı henüz belirli bir kür sağlanmış değildir. Halen yüksek doz (36×10^6) ve düşük-doz (3×10^6) I.M. rekombinan interferon ve placebo çalışmaları devam etmektedir. Gamma interferon verilen vakalarda da henüz düzelleme izlenmemiştir.

b- Sitotoksik lenfosit fonksiyonlarını düzeltmesi açısından interleukin-2 kullanımı önerilmektedir. Gerek doğal gerekse rekombinat IL-2 A.B.D. Sağlık Teşkilatında Haziran 1983 tarihinden beri kullanılmakla beraber henüz yararlı klinik etkisi gösterilmiş değildir.

c- Kemik iliği transplantasyonu yapılan bir vaka da syngeneic kemik iliği hücreleri transferine rağmen, yardımcı-T lenfositlerinde ve lenfosit fonksiyonlarındaki düzelleme geçici olmuştur. Bu nedenle HTLV-III/LAV enfeksiyonunun kalıcı bir tip enfeksiyon olduğu anlaşılmaktadır.

d- Diğer viral hastalıklarda olduğu gibi sinerjistik veya aditif etki edebilecek ajanların birlikte kullanımı önerilmektedir. Interferon'lar ile birlikte anti-viral farmakolojik ajanların verilmesi düşünülmektedir. Henüz hastalığın %100 fatalitesini önleyebilecek bir ajan tarif edilmiş değildir.

Çok kısa bir süre içinde etkeni gösterilen, viroloji, immünoloji, bakterioloji ve onkoloji konularına yeni kavramlar kazandıran AIYS hastalığı henüz kesin bir çözüm kazanmış değildir. Önümüzdeki aylarda biriken bilgiler yardımıyla, zorluklarına rağmen etkin bir aşının geliştirilmesi retroviroza yönelik immünolojik ve kemoterapötik yaklaşımların mükemmelleştirilmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

- 1- Centers For Disease Control - update. Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) - United States MMWR. 1984;33:661-4
- 2- Fauci AS, Macher AM Longe DL. et al. Acquired immunodeficiency syndrome: epidemiologic, clinical, immunologic, and therapeutic considerations. *Ann Intern Med.* 1984;100:92-106.
- 3-Jaffe HW, Darrow WW, Echenberg DF, et al. The acquired immunodeficiency syndrome in a cohort of homosexual men; a six-year follow-up study. *Ann Intern Med.* 1985;103:210-41.
- 4- Curran JW. The epidemiology and prevention of the acquired immunodeficiency syndrome. *Ann Intern Med.* 1985; 103:657-662.
- 5- Gottlieb MS, Groopman JE, Weinstein WM, Fahey JL, Detels R. The acquired immunodeficiency syndrome. *Ann Intern Med.* 1983;99:208-220.
- 6- Curran JW, Lawrence DN, Jaffe H, et al. Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) associated with transfusions. *N Engl J Med.* 1984;310:69-75.

- 7- Piot P, Taelman H, Minlangu KB, et al. Acquired immunodeficiency syndrome in heterosexual population in Zaire. *Lancet*. 1984;2:65-9.
- 8- Fauci AS, Moderator. The acquirer immunodeficiency syndrome: an update. *Ann Intern Med*. 1985;102:800-813.
- 9- Poisz BJ, Ruscetti FW, Gazdar AF, et al. Detection and isolation of type-C retrovirus particles from fresh and cultured lymphocytes of a patient with cutaneous T-cell lymphoma. *Proc Natl Acad Sci USA*. 1980;77:7415-19.
- 10- Galle RC, Salahuddin SZ, Popovic M, et al. Frequent detection and isolation of cytopathic retrovirus (HTLV-III) from patients with AIDS and at risk for AIDS. *Science*. 1984;224:500-503.
- 11- Ho DB, Schooling RI, Rota TR, et al. HTLV-III in the semen and blood of a healthy homosexual man. *Science*. 1984;226:451-53.
- 12- Zagury D, Bernard J, Leibowitch J, et al. HTLV-III in cells cultured from semen of two patients with AIDS. *Science*. 1984;226:449-451.
- 13- Shaw GM, Harper ME, Hahn BH, et al. HTLV-III infection in brains of children and adults with AIDS encephalopathy. *Science*. 1985;227:177-182.
- 14- Barré-Sinoussi F, Chermann J-C, Rey F, et al. Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS). *Science*. 1983;220:868-71.
- 15- Gallo RC, Wong-Staal F. A Human T-Lymphotropic Retrovirus (HTLV-III) as the cause of the Acquired immunodeficiency Syndrome. *Ann Int. Med*. 1985;103:679-689.
- 16- Galle RC, Sliiski A, Wong-Staal F. Origin of human-T-Cell leukemia-lymphoma virus (Letter). *Lancet*. 1983;2:962-3.
- 17- Saxinger WC, Levine PH, Dean AG, et al. Evidence for exposure to HTLV-III in Uganda before 1973. *Science*. 1985;227:1036-38.
- 18- Centers for Disease Control. Antibodies to a retrovirus etiologically associated with acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) in populations with increased incidences of the syndrome. *MMWR*. 1984;33:377-379.
- 19- Ammann AJ, Abrams D, Conant D, et al. Acquired immune dysfunction in homosexual men: immunologic profiles. *Clin Immunol Immunopathol*. 1983;27:315-25.
- 20- Dalglish AG, Beverley L, Clapham PR, et al. The CD₄ (I) antigen is an essential component of the receptor for the AIDS retrovirus. *Nature*. 1984;312:20-7.
- 21- Lane HC, Depper Jm, Greene WC, et al. : Qualitative analysis of immune function in patients with the acquired immunodeficiency syndrome: evidence for a selective defect in soluble antigen recognition. *N Engl J Med*. 1985;313:79-84.
- 22- Rook RH, Masur H, Lane HC, et al. Interleukin-2 enhances the depressed natural killer and cytomegalovirus-specific cytotoxic activities of lymphocytes from patients with the acquired immunodeficiency syndrome. *J Clin Invest*. 1983;72:398-403.
- 23- Lane HC, Masur H, Edgar LC, et al. Abnormalities of B-cell activation and immunoregulation in patients with the acquired immunodeficiency syndrome. *N Engl J Med*. 1983;309:453-59.
- 24- Klatzman D, champagne E, Chamaret S, et al. The lymphocyte I₁ molecule behaves as the receptor for human retrovirus LAV. *Nature*. 1984;312:767-8.
- 25- Armstrong D, Gold JWM, Dryjanski J, et al. Treatment of infections in Patients with the Acquired Immunodeficiency Syndrome. *Ann Int Med*. 1985;103:738-743.
- 26- Giraldo G, Beth E Kourilsky F, et al. Antibody patterns to herpes viruses in Kaposi's sarcoma: serological association of European Kaposi's sarcoma with cytomegalovirus. *Int J Cancer* 1975;15:839-848.
- 27- Safai B, Mike V, Giraldo G, et al. Association of Kaposi's sarcoma with secondary primary malignancies: possible etiopathogenetic implications. *Cancer*. 1980;45:1472-9.
- 28- Urmacher C, Myskowski PL, Ochoa M Jr, Kris M, et al. Outbreak of Kaposi's sarcoma with cytomegalovirus in young homosexual men. *Am J Med*. 1982;72:569-575.
- 29- Safai B, Johnson KG, Myskowski PL, et al. The Natural History of Kaposi's sarcoma in the Acquired Immunodeficiency Syndrome. *Ann Int Med*. 1985;103:744-750.
- 30- Spider WD, Simpson DM, Aronyk KE, et al. Primary lymphoma of the nervous system associated with acquired-immunodeficiency syndrome. *N Engl J Med*. 308:45, 1983.
- 31- Henle W, Henle G, Lennette ET. The Epstein-Barr virus. *Sci Amer* 1979;241:48-59.
- 32- Ammann AJ. The Acquired Immunodeficiency Syndrome in infants and children. *Ann Int Med*. 1985;103:734-737.
- 33- Petricciani JC. Licensed tests for antibody to human T-lymphotropic virus type III. *Ann Int Med*. 1985;103:726-729.
- 34- Hirsch MS, Kaplan JC. Prospects of therapy for infections with human T-lymphotropic virus type III. *Ann Int Med*. 1985;103:750-755.

BİLİM HABERLERİ

MÜSTAHZAR İSMİ Mİ, YOKSA JENERİK İSİM Mİ?

(Yazan: D.H.Maddock
Farmasotik Topluluğu eski Başkanı,
Çeviren: Ecz. Öğr. Berk İmer)

MÜSTAHZAR İSMİ Mİ, YOKSA JENERİK İSİM Mİ?

Yazan: D. H. MADDOCK
(Farmasotik Topluluğu eski Başkanı)

Çeviren:
Ecz. Öğr. Berk İmer

İlaç satışlarında müstahzar izminin mi yoksa jenerik isminin mi kullanılması gerektiği sorusu şu son bir kaç yıl içerisinde İngiltere ve Amerika Birleşik Devletleri'nde birçok yetkiliyi fikir belirtmeye yöneltmiştir.

Müstahzar ismi yerine jenerik isim kullanmak hususunda yapılan çalışmalara vermek istediğimiz ilk örnek, 1982 yılında İngiltere'de Dr.P.R. Greenfiel başkanlığındaki çalışma grubunun hazırladığı rapordur. Rapor 1982 yılında tamamlanmış olmasına rağmen bir yıl kadar içeriği açıklanmamıştır. Yer yer bu rapordan çeşitli noktalarda ilgili bölümler aktaracağız.

Müstahzar ismi yerine jenerik isim kullanmak konusu, İngiliz Farmasötik Topluluğu Kurulunda çekişmeli tartışmalara sahne olmasına neden oldu. Bir kurul üyesi "o dönemde patentli olmayan onbir ürün eğer müstahzar ismi yerine jenerik isimle satılıyorsa yirmidokuz milyon sterlinlik bir tasarruf sağlanacaktı." şeklinde bir açıklama yapınca bahsettiğimiz bu çekişmeli tartışma başlayıverdi.

Tartışmanın sonunda kurul tarafından şöyle bir açıklama yapıldı:

"Söz konusu onbir ürün İngiliz Farmakopesine girmesi için gerekli bozunma testine sokulmamıştır. Bundan dolayı BP standartlarına uygundur, garantisiyle satılması istenen jenerik isimli ürünün biyolojik uygunluğundan söz edilmemelidir. Hastane eczacıları ise yıllardır müs-

tahtar ismi yerine jenerik isim kullanmaktalar ve bunu yaparken de ilaç üzerindeki kalite kontrol işaretleri bu eczacılar için bir teminat niteliği taşımaktadır. Eczane eczacıları için bir teminat olmazlar. Zaten reçeteyi yazanın izni olmadan veya acil durumlar dışında eczane eczacısının müstahzar ismi yerine jenerik isim kullanması toplum ahlaki yönünden sakıncalıdır. Eczacının reçetede yazılı olan ilaca alternatif olan bir başka ilaç göstermesi için iki ilacın da aynı hastalarda aynı tepkiye yol açtığını sağlama bağlaması gerekir."

Bu açıklamadan iki gün sonra da daha evvel bahsettiğimiz Greenfield raporu yayımlandı. Rapor onaylı isimlerle reçetelendirmenin teşvik edilmesini savunuyordu. ve bir çok doktorun değişik preparatların biyolojik uygunlukları konusunda kaygı duyduğunu belirtiyordu. Yine rapora göre bu kaygılara yol açan problemler tesadüfen ortaya çıkmaktaydı ve hakkında kaygı duyulan ilaçların etrafı bir listesinin İngiliz Formül Listesine dahil edilmesi konusu Birleşik Formül Listesi Komitesine danışılmalıydı.

Greenfield raporunda ayrıca hastane yetkililerinin pratisyen hekimler üzerindeki baskısına değinilmiştir. Rapora göre hastane doktorları kendi tedavi metodlarının pratisyen hekimlerce de uygulanması konusunda baskı yapmaktaydı.

Müstahzar ismi yerine jenerik isim kullanmak hususunda İngiliz Farmasötik Endüstrisi Birliği de görüş belirtti. Birliğin görüşlerine göre kamuoyu-

nun dikkatinin çekilmesi için tek yol jenerik isim kullanmaktır. Ayrıca ilaca ayrılan ulusal sağlık harcamaları payının sabitliği ve diğer endüstrileşmiş ülkelerinkinden az oluşu birliğin üzerinde önemle durduğu bir konuydu.

Ecza sahiplerini temsil eden Ulusal Farmasötik Birliği ise mesleki teminat sigortası sağlayan jenerik ürünlerin alınması konusunda belirttiği görüşlerinde müstahzar ismi kullanımının üreticiyi tanımakta zorluk yarattığını ve hastanın ilaçta çıkan bir bozukluk sonucu direk üreticiyle karşı karşıya kaldığını savunuyordu.

Konuyla ilgili açıklama yapan bir başka komite de İngiliz Tıp Birliği Genel Tıp Hizmetleri Komitesiydi. Komitenin açıklamasına göre meslek için kalite kontrol ve biyolojik uygunluk konularında yeterli güvenceye ihtiyaç duyulmaktaydı.

Dr.W.H.Winman (Southampton Üniversitesi ilaç gözetim ve Araştırma Ünitesi direktörü) ise Lancet'te çıkan mektubunda müstahzar isimlerinin kullanımını savunmaktaydı.

Daha evvel de konuyla ilgili fikirlerini belirten İngiliz Farmasötik Topluluğu içinse ekonomik açıdan doğru olan, jenerik isim kullanımıydı.

Yine birkaç yıl evvel ABD yetkililerinin bu gelişmeleri değerlendirebileceği öne sürüldü. O günlerde jenerik isim kullanılan eyaletlerde FDA (Gıda ve İlaç Kontrol Şubesi) nin yeterince kontrol edemediği küçük üreticilerin sayısı oldukça artmıştı. Bundan dolayı bu eyaletlerde üreticiler

re ait sınırlı bir listenin getirilmesi gerekli hale geldi. Ayrıca özellikle katı doz formundaki ilaçların dış görünüşüne ait düzenli standartların getirilmesi de gerekiyordu.

Üreticiyi belirleyebilme ve orjinal ambalaj dağıtımının getirilmesi konusu yeniden çözüme kavuşturulduktan sonra A.B.D. Kongresinden müstahzar ismi yerine jenerik isim kullanımını öngören bir yasa tasarısı geçti.

Üreticilere ait sınırlı bir listenin oluşturulması konusu İngiltere'de de çeşitli yorumlara hedef olmuş, Sağlık departmanının kıdemli memurları tarafından konuyla ilgili birçok fikir öne sürülmüştür.

Greenfield raporunun söz konusu liste hakkındaki bölümünde bu listenin hekimlerin klinik bağımsızlıklarını sınırlamayacağını savunuyordu.

Bu yüzden devletin reçetelendirmeye uygun ilaçların ranjını sınırlamak istediği açıklanınca birçok yetkili şaşırıldı. Bunun arkasından da Sağlık Bakanı konuyla ilgili bir açıklamada bulundu. Bu açıklamaya göre hükümetin normalde tıbbi müdahale için kullanılmayan ilaçlar ve az sayıda benzodiazepin, sedatif ve trankilizanlar hususunda tavır alması gerekli idi. Hükümetin bu doğrultudaki önerilerinde yapılan değişikliğin kapsamı, izinli ürünlerin sayısının 31'den 170 kaleme çıkarıldığını gösteren Tablo 1 de ortaya koymuştur.

TABLO 1. REÇETELENDİRMEYE UYGUN ÜRÜN SAYISI

İlaç Kategorisi	BNF*	Önerilen Liste	Son liste
Antasitler	68	5	16
Laksatifler	79	2	23
Inhalatörler	3	1	8
Antitüssifler	83	6	14
Analjezikler (önemsiz ağrılar için)	176	5	27
Vitaminler	109	5	53
Tonikler ve Bitterler	6	1	2
Benzodiazepinler ve trankilizanlar	97	3	27
Toplam (ADET)	617	31	170

(*) PİYASADA HALEN ürünü bulunan üretici adedi.

Kaynak: THE PHARMACEUTICAL JOURNAL, 238-42 AUGUST 30, 1986

Gelelim yürütülen stratejinin aldığı tepkiler. Birincisi bu sınırlı listenin dışında kalan üreticiler fiyatlarını jenerik ürünler seviyesine ve hatta daha altına kadar indirdiler (Mart 1985 ile Mart 1986 arasında ortalama fiyat düşüşü %48,1). Bunun yanısıra müstahzar ismi kullanmaktan da vazgeçtiler. Böylece fiyatlar ve kalite hususunda rekabetçi bir piyasa ortaya çıktı. Eczacılar ise yaşlı hastaların yeni orjinal ambalajlara karşı duyduğu güvensizlikten geliyordu.

Yine konuyla ilgili bir sempozyumda da Prof. C.T.Dollery müstahzar ismi yerine jenerik isim kullanmanın sağlık bütçesi ağırlığını gösterince zorunlu hale geleceğini savundu. Nitekim Whitefield ve arkadaşları %0,1 hidrokortizon ta-

şıyan Dioderm kreminin %1 hidrokortizon ihtiva eden BPC kremi kadar kuvvetli olduğunu göstermiştir. Böylece jenerik isimlendirmenin Terapötik Dermatoloji alanında uygulanmasının hatalı ve yanlış olduğu anlaşılır. Herhangi bir ülkede politikaya girilmeden evvel aynı aktif maddenin tüm dozaj formlarının aynı görünüşte olmasında ısrar edilmesinin gerekliliği açıktır.

Ayrıca birçok problem üreticiler tarafından ilaçları tanımlamak için kullanılan çok çeşitli (bazen değişik aktif maddeli ürünler için hemen hemen aynı) isimlerden dolayı ortaya çıkmaktadır. Uluslararası tescilli isim, tüm dünyada geçerli, böylece tayin ettiği maddeyi dünyanın her yerinde tanımlayan bir isimdir.

on liste

16
23
8
14
27
53
2
27

170

ODA HABERLERİ

124

TEB. YARDIMLAŞMA SANDIĞI KREDİ LİMITLERİ ARTIRILDI

(Ecz. Haluk Tarım
TEB. Merkezi Heyeti)

TEB 23.DÖNEM II. BÖLGELERARASI TOPLANTISI YAPILDI

3.SANATÇI ECZACILAR GÜNÜ İZMİR'DE DÜZENLENİYOR

ECZANE SÖZLEŞMELERİNDE PROTOKOLE UYMAYANLAR İÇİN BÖLGE MAHKEMELERİNE BAŞVURULDU

14 MAYIS SPOR ŞENLİKLERİ DÜZENLENDİ

ÜYEMİZ COŞKUN ÖNDER'İ YİTİRDİK

AEOB'YE MEKTUP

(Ecz. Mehmet Sap.,
Merkez Lab. İlaç San. ve Tic. A.Ş.
Yön. Kur. Bşk.)

TEB YARDIMLAŞMA SANDIĞI KREDİ LİMİTLERİ ARTIRILDI

Ecz. Haluk TARIM

T.E.B. Merkez Heyeti

6643 sayılı Kanununun 58. maddesinin kurulmasını öngördüğü "TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ YARDIMLAŞMA SANDIĞI" 21. Dönem Türk Eczacıları Birliği Merkez Heyeti tarafından kuruldu. TEB Yardımlaşma Sandığı'nin üye sayısı sizlerden aldığı güç ve Oda Yöneticilerimizin büyük bir çoğunluğunun özenli çalışmaları sonucu 8000'i geçmiş ve Sandık kredi miktarlarını artıracak duruma gelmiştir.

16 Mart 1987 tarihi esas olmak üzere:

A- Sosyal Yardım Kredisi: Sosyal Yardım Kredisinin (limiti 400.000 TL olup bekleme süresi yoktur. Bu krediye hak kazanabilmek için Yardımlaşma Sandığı hesabında 40.000 TL olması gerekir. Aksi halde yatırmış olduğu miktar tutarının 10 katı kadar kredi alabilir.

Örneğin üyenin:

Sandiğa kayıt tarihi: 1985

Ödediği miktar: 5000 + 6000 + 6000 + 6000 = 23000 TL

230.000 TL tutarında kredi kullanabilir.

B- Zorunlu Hal Kredisi: Limiti 800.000 TL'dir. Bu krediye hak kazanabilmek için Yardımlaşma Sandığı hesabında 80.000 TL olması gerekir. Aksi halde yatırmış olduğu miktar tutarının 10 katı kadar krediye hak kazanır.

C- Eczane Açma Kredisi: İlk kez eczane açacak üyeler için uygulanmakta olan bu kredinin azami limiti 1.600.000 TL'dir. Bu krediden yararlanabilmek için üyenin Yardımlaşma Sandığı hesabında toplam 60.000 TL olması gerekir.

Zorunlu Hal ve Eczane Açma Kredisini alabilmek için üyenin talepte bulunduğu tarihten itibaren üç ay beklemesi gerekmektedir. Bu süre sonunda üyenin puanına bağlı olarak ödemesi yapılır.

Puanlama şu şekilde yapılır:

Yardımlaşma Sandığı üyelerine her yıl için

o yılın sonunda 2 puan, her ay için 1 puan verilir. Üye 1985 yılında kayıt yaptırdı ve 1986, 1987 yılları aidatlarında ödedi ise,

1985 - 2 puan

1986 - 2 puan

Toplam 4 puan

Ocak ayında ödedi ise 12 puan

Nisan ayında ödedi ise 9 puan

Eylül ayında ödedi ise 4 puan aidat puanı alır.

Kredilerden herhangi birini kullanan üyenin geri ödemesini tamamlamasından itibaren 6 ay geçmeden ikinci kredi isteği kabul edilmez.

TEB Yardımlaşma Sandığı Son Durumu

Sandiğimizin toplam üye sayısı 8003'e ulaşmıştır.

Sandık üyelerimizden 816'sı sandığımızdan kredi kullanmış olup, bunların dağılımı şöyledir:

200 Eczane Açma Kredisi

187 Zorunlu Hal Kredisi

429 Sosyal Yardım Kredisi

Sandiğımız 365.510.000 TL tutarında kredi dağıtmıştır. Bu kredilerin dağılımı da şöyledir;

196.000.000.— TL'se Eczane Açma Kredisi

92.900.000.— TL'si Zorunlu Hal Kredisi

76.610.000.— TL'si Sosyal Yardım Kredisi

Dağıtılan kredilerin 230 adeti tamamen geri ödenmiştir. Sandığımızın işlerliğini güçlü bir biçimde sürdürebilmesi için dağıtılan kredilerin geri dönüşümünde meslektaşlarımızın gösterdikleri duyarlılığın devam edeceği düşüncesindeyiz.

Bugüne kadar maddi nedenlerle muvazaalı eczanelerde veya değişik görevlerde çalışmak zorunda kalan meslektaşlarımızın Eczane Açma Kredisinin artırılmasıyla kendi eczanelerini açabilme olanağı bulacağı düşüncesindeyiz.

Öneri, eleştiri ve desteklerinizi Sandığımızı daha sağlıklı ve güçlü kılaacağı inancıyla, saygılar sunarım.

T.E.B. 23. DÖNEM II. BÖLGELERARASI TOPLANTISI YAPILDI

3-4-5 Nisan 1987 tarihleri arasında Pamukkale-Denizli'de Türk Eczacıları Birliği'nin 23. Dönem Bölgeler Arası Toplantısı yapıldı.

Toplantıya katılan bölge eczacı odalarının tesbitinden sonra T.E.B. Merkez Heyeti Başkanı Prof. Dr. Mekin Tanker toplantının açış konuşmasını yaparak bölgeler arası toplantıların önemini ve mesleğimizin güncel sorunlarını dile getirdi. Daha sonra Türk Eczacıları Birliği Genel Sekreteri Yard. Doç. Dr. Nurettin Abacıoğlu tarafından Merkez Heyeti'nin dönem içindeki çalışma raporu sunuldu. Rapor kapsamı içinde Merkez Heyeti'nin idari büro çalışmaları, muvazza, Bütçe Uygulama Talimatı ve tek tip sözleşmeler, Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu Tasarısı ile ilgili çalışmalar, KDV etiketleri konusu, ishale ağızdan sıvı tedavisine ilişkin çalışmalar, Türk Eczacıları Vakfı, FIP ile ilgili çalışmalar, sosyal etkinlikler, reçetesiz satılabilecek ilaçlar konusundaki çalışmalar ve bölge odalarına yönelik örgütlenme çalışmaları toplantıya katılan bölge eczacı odalarından gelen temsilcilerin görüşlerine sunuldu.

Bölge Eczacı Odaları temsilcileri özellikle reçetesiz satılabilecek ilaçlar ile ilgili çalışmalar üzerinde önemle durarak bu konu ile ilgili kesin tavır alınması gerektiğini vurguladılar.

4 Nisan Cumartesi günü Denizli Eczacı Oda-

sı adına toplantıyı yöneten Ecz. Burhan Uzunoglu tarafından toplantı açıldı ve gündem maddesi olan Reçetesiz Satılabilecek İlaçlar konusunda Genel Sekreter Nurettin Abacıoğlu Merkez Heyeti raporunu sundu. Konunun tüm meslektaşlarımız ve eczacı odaları tarafından dikkatle ele alınması gerektiğini bildirdi. Bu tür ilaçların bakkallar ve marketlerde satılması yönüne gidebileceğini, o nedenle kesin tavır alınması gerektiğini bir kez daha vurguladı.

Oda temsilcilerinin görüşlerini sunmasından sonra konu ile ilgili çalışmalarda T.E.B. Merkez Heyeti'ne yetki verildi.

Merkez Heyeti'nin mali durumunu, Yardımlaşma Sandığı kredilerinin artırılması konusunda T.E.B. Genel Saymanı Ecz. Haluk Tarım tarafından bilgi verildi.

Eczane Gereçleri Anonim Şirketi (EGAS)'nin kuruluşu ve çalışmaları konusunda şirket başkanı Dr. Ecz. Akın Çubukçu bilgi verdi. Şirketin çalışma alanları ile ilgili temsilcilerin görüş ve önerileri dile getirildi.

5 Nisan 1987 Pazar günü Muvazaa Araştırma ve Tesbit Komisyonları çalışmaları görüşüldü. Özellikle odaların bu komisyonu gönderdikleri raporların titizlikle hazırlanarak iletilmesi gerektiği bildirildi.

3. SANATÇI ECZACILAR GÜNÜ İZMİR'DE DÜZENLENİYOR

İlk kez 1985 yılında Ankara'da düzenlenen Sanatçı Eczacılık Günü bu yıl 3. Bölge İzmir Eczacı Odası'nın organizasyonu ile İzmir'de düzenleniyor.

5-6 Haziran 1987 tarihlerinde İzmir Atatürk Kültür Merkezinde düzenlenecek. "T.E.B.3. Sa-

natçı Eczacılar Günü" Görsel Sanatlar (Fotoğraf, heykel, resim, karikatür, grafik el sanatları v.b.), Türk Sanat Müziği, Türk Halk Müziği, şiir alanında uğraşısı olan meslektaşlarımızın eserlerini kap sayacak. Sanatla uğraşısı olan tüm meslektaşlarımızın izleme olanağının olacağı bu programın büyük ilgi çekeceği bekleniyor.

ECZANE SÖZLEŞMELERİNDE PROTOKOLE UYMAYANLAR İÇİN BÖLGE MAHKEMELERİNE BAŞVURULDU

Eczanelerin kurumlarla yaptıkları ilaç anlaşmalarının 11 Ocak 1987 tarih ve 19338 sayılı Resmî Gazete'de yayınlanan 1987 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı doğrultusunda yapılması gerekmektedir.

Bölgemizde bulunan bazı kurumlar eczanelerle yaptıkları anlaşmalarda bu protokol hükümlerine uymamış ve %5 den fazla iskonto üzerinden anlaşma yapma yoluna gitmişler, bunları ise %5 iskonto ile çalışma yaptıkları halde başvuru-

da bulunan her eczane ile anlaşma yapmayarak protokolün koşullarını yerine getirmemişlerdir. Bu konuda meslektaşlarımızdan aldığımız uyarılar üzerine öncelikle kurumlarla görüşme ve yazışmalar yapılmıştır. Bu konuda ikna olmayan Keçiören Belediyesi ve Başbakanlık Hazine ve Dış Ticaret Müsteşarlığı hakkında da meslektaşlarımız, Odamız Hukuk Danışmanı Av. Metin Bayar'a vekalet vererek Bölge İdare Mahkemesine dava açılmıştır.

14 MAYIS SPOR ŞENLİKLERİ DÜZENLENDİ

Geleneksel 14 Mayıs Eczacılık Günü nedeniyle A.Ü. Eczacılık Fakültesi, G.Ü. Eczacılık Fakültesi, H.Ü. Eczacılık Fakültesi ve Eczacılar arasında 28 Nisan-14 Mayıs tarihleri arasında spor şenliği düzenlendi.

Odamızca düzenlenen spor şenliği futbol, voleybol (erkek, bayan), basketbol (erkek, bayan) ve masa tenisi (erkek, bayan) dallarında yapılıyor.

Voleybol ve basketbol karşılaşmaları Selim Sırn Tarcan Spor Salonunda, futbol Yenimahalle Futbol Sahasında, masa tenisi karşılaşmaları H.Ü. Eczacılık Fakültesinde yapılacak. Masa tenisi finalleri ise 14 Mayıs günü G.Ü. Eczacılık Fakültesinde yapılacak.

Karşılaşmalar sonucu 1. olanların kupaları 14 Mayıs Eczacılık Günü G.Ü. Eczacılık Fakültesinde yapılacak törende verilecek.

ÜYEMİZ COŞKUN ÖNDER'İ YİTİRDİK

Yeni Önder Eczanesi sahibi Ecz. Coşkun ÖNDER 1951'de Erbaa'da doğdu. Eczacılık eğitimi A.İ.T.İ.A. Eczacılık Yüksek Okulu'nda yapan Coşkun ÖNDER, 1983 yılından beri Konya yolu üzeri 20/A Balgat adresinde Yeni Önder Eczanesi'nin sahip ve sorumlu müdürlüğünü yapıyordu. Acı bir trafik kazasında yaşamını yitiren değerli meslektaşımız Coşkun Önder'i saygıyla anıyor, kederli ailesine başsağlığı diliyoruz.

AEOB'YE MEKTUP

Sayın AEOB,
Bilindiği üzere S.S.Y. Bakanlığı ruhsatsız kodeks preparatı üretimini yasaklayarak bu tür preparatları ruhsatlandırmış, toptan satışlarının sadece Ecza depolarından yaptırılmasını zorunlu kılmıştır.

Bakanlığın bu emrinin ilk uygulayıcısı olan firmamız konunun pratikte çözümlenebilmesi için tüm imkanlarını seferber etmiştir. Bugün gönül rahatlığı ile söyleyebiliyoruz ki: bu mücadele meslektaşlarımızca benimsenmiş ve sahip çıkmıştır.

Ancak bazı kodeks preparatlarının (Karbonat, Gilserin, Badem yağı vb.) market, bakkal, gıda toptancıları gibi mesleğimizle hiç ilgili bulunmayan kişi ve kuruluşlarca satıldığı bilinmektedir.

Biliyoruz ki: mutlaka ve sadece eczanelerde satılması gereken bu tür preparatlar bir hayli fazladır.

Aklımıza gelenleri sıralarsak:

"Aspirin, Gripin, Fanaljin, İnsektisidler, Hidrofil Pamuk, Yara bantlar Tıbbi flasterler, Diş macunları, Tıbbi Şampuanlar, Sabunlar, Balık yağı Çocuk mamaları, Kadın başlıklar, Naftalin, Kolonya, Tıbbi Çaylar" ı bir çırpıda sayabiliriz.

Kendi preparatlarımızla ilgili yapacağımız mücadeleyi yukarıda bahsi geçenleri de içerecek şekilde genişletmek amacındayız.

Konuya "Türk Eczacılar Birliği Merkez Heyeti"nin mutlaka sahip çıkacağına inancımızı belirterek nazikane önerilerimizi söylemek istiyoruz.

a) Mesleki yayın organlarımızda bu hususun detaylı olarak işlenerek meslektaşlarımızın bilinçlendirilmesi,

b) Üreticiler düzeyinde; üretimlerini yaptıkları preparatları sadece Eczaneler ve Ecza depolarına vermeleri hususunda uyarılması,

c) Bakanlık düzeyinde; 1954 senesinde çıkarılmış yönetmelikle Aspirin ve Gripin gibi kalemelerin bakkallarca satışının yapılmasını sağlayan ancak bugün eprisini yitirmiş ama kötü niyetli kişilerce bu tür preparatların bırakınız köy bakkallarında büyük şehirlerimizde dahi satışlarını yapabildikleri yasal dayanak olmadan çıkarılmasının sağlanması,

d) Ecza depoları derneği düzeyinde; Konunun biraz da menfaatleri olduğu vurgulanarak bilgilendirilmeleri ve özellikle bu konuyu yozlaştırdıkları bilinen adı ecza deposu olan ancak sadece bahis konusu preparatları depolarında bulundurarak bunları Gıda toptancıları, Market ve bakkallara veren depo faaliyetlerinin önlenmesini sağlanması,

e) Ecza odaları düzeyinde; üyelerine gerekli yayın organları gerekse sirkülerle bilgi verilmek bölgelerinde bu tür preparatları satmaya devam eden bakkal ve marketlerin imen bildirilmesini sağlanması,

f) İl sağlık müdürlükleri ve hükümet tabiiplikleri düzeyinde; Ecza odalarına eczanelerce bildirilen bakkal ve marketlerin bu kuruluşlarca denetim ve kontrollerinin yapılmasını sağlanması.

g) Basın düzeyinde; konunun Kamuoyunun bilgilerine sunulmasını sağlanması,

Tüm bu hususlarda firmamızın üzerine düşenleri eksiksiz yapacağını, ayrıca bir görev var ise emir kabul edeceğimizin bilinmesini arz ederiz. Saygılarımızla.

Ec. Mehmet SAPÇI

Merkez Laboratuvar İlaç Sanayii ve Ticaret A.Ş.
Yön. Kur. Bşk.

se ç
ni ke
eğle
tū ni
z köy
üçle
çika
lonu
k bil
aşır
ade
ulur
bak
sirin
erok
erok
vam
sirin
iplik
e bil
a de
nası
arun
dū
ver
leriz.

BASINDAN SEÇMELER

**“SAĞLIK HİZMETLERİ KÂR
AMACI GÜTMEMELİ
(tan)**

**SAĞLIK YASASI
KOMİSYONDAN GEÇTİ
(Milliyet)**

“SAĞLIK HİZMETLERİ KAR AMACI GÜTMEMELİ”

Ankara Tabip Odası, Dişhekimleri Odası ve Eczacılar Odası tarafından Ankara’da düzenlenen toplantıda Yeni Sağlık Yasa Tasarısının son derece ciddi ve uzun süreli sakıncalar taşıyacağı belirtildi.

Sağlık haftası nedeniyle düzenlenen toplantıda açıklamada bulunan oda yetkilileri, yeni Sağlık Yasa Tasarısıyla ilgili olarak Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’na şu uyarılarda bulundular:

Yeni Sağlık Yasa Tasarısı toplumda açık ve geniş biçimde tartışmaya açılmalıdır. Hekimlerin, diş hekimlerinin, eczacıların, veterinerlerin ve diğer sağlık personelinin konuyla ilgili eleştirileri dikkate alınmadığı takdirde yasa başarısız olacaktır.

Sağlık hizmetleri bir kâr kaynağı olarak değil, kamu hizmeti olarak ele alınmalıdır. Bu konuda yürütülecek çalışmalar, uluslararası belgelere ve Anayasamızın sosyal devlet ilkesine göre ele alınmalıdır.

Sağlık hizmetlerinin tüm gideri halktan ve ücretlilerden alınmamalıdır. Kamu giderlerinden sağlık personeline güvenceli bir çalışma ortamı sağlanmalı iş ve ücret koşullarını etkileyebilecek pazarlık yolları tıkanmamalıdır.

Hekimler meslekten atma tehdidiyle kapı kulu gibi çalıştırılmamalıdır. Uzun yıllar süren eğitim sonucunda yetişen hekimlerin, mesleğini sürdürüp sürdüremeyeceğini idareler değil, meslektaşlarını temsil eden tabip odaları saptamalıdır...

SAĞLIK YASASI KOMİSYONDAN GEÇTİ

Sağlık hizmetlerinin elden yürütülmesi ve bu hizmetlerin oluşturulacak sağlık hizmetleri eliyle ücretli yapılmasını öngören “sağlık hizmetleri temel yasa tasarısı” dün TBMM Sağlık ve Sosyal İşler Komisyonu’nda kabul edildi.

Komisyon tasarının bazı maddelerini değiştirerek benimsedi. Buna göre sağlık işletmesinin dönüştürülecek kuruluşlarda doktorlar mesai saatleri dışında ücretle hasta bakabilecekler hangi sağlık kuruluşununun sağlık işletmesi haline dönüştürüleceğine Bakanlar Kurulu karar verecek.

Kabul edilen yeni bir hükme göre, sağlık işletmesi haline dönüştürülecek kuruluşlarda çalışan doktorlar, işletme yönteminin uygun bulması ve kendi adlarına muayenelerinin olmaması koşuluyla, mesai saatleri dışında ücretle hasta kabul edebilecekler.

Bu arada, kendi istekleriyle muayenehanelerini ve özel hastanelerini kapatarak, kamu kuruluşlarında en az beş yıl görev yapacaklarını belirten doktorların tıbbi araç ve gereçlerinin bakanlık tarafından satın alınacağını öngören geçici madde, komisyondaki görüşmeler sonunda metinden çıkarıldı.

Tasarıdaki bir başka maddede göre, herhangi bir sosyal güvenlik kuruluşuna tabi olmayanların diledikleri takdirde, sağlık kütüğüne kaydolmaları ve Bakanlar Kurulu’nun tespit edeceği miktarda prim yatırarak, ücretsiz muayene ve tedavi olmaları öngörüldü.

Bu madde uyarınca uygulama, genel sağlık sigortası yürürlüğe girinceye kadar sürdürülecek. Ancak, primlerini yatırmayanlar, sağlık kütüğüne kayıtlarını yaptırmış olsalar dahi ücretsiz sağlık hizmetinden yararlanamayacaklar.

Tasarı önümüzdeki günlerde Plan ve Bütçe Komisyonunda da ele alınacak.

ÖZÜR

Bütenimizin 1987/1 sayısında yayınlanan “Bizde ve Bazı Avrupa Ülkelerinde, Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi ve Genel Sağlık sigortası Konusunda Bir Yaklaşım” konulu yazı Ecz. Seyim Çınar tarafından kaleme alınmıştır.

Ayrıca “Primum Non Nocere” adlı makale de H.Ü. Eczacılık Fakültesi Öğretim Üyelerinden Doç. Dr. İsmail Üstel’ce yazılmıştır.

Baskı hatası nedeniyle yazarları yazılmıştır özür dileriz.