

SAM-KOOP

Sınırlı Sorumlu Samsun

6. Bölge Eczacıları

Temin ve Tevzi Kooperatifi

Genel Kurulu Yapıldı

Kurulduğu 1984 yılından bugüne büyük bir ilerleme kaydeden 6. Bölge Eczacıları Temin ve Tevzii Kooperatifinin 3. cü Genel Kurulu 28.3.1987 tarihinde Turhan Büyük Samsun Oteli Balo Salonunda yapıldı.

Kongreye katılmaya hak kazanan 171 ortaktan 82 sinin asaleten 54 ünün vekâleten olmak üzere 136 üyenin hazır bulunduğu Genel Kurul büyük bir uyum ve başarı ile gerçekleşti. Ecz. Emrullah Alaman'ın Divan Başkanlığına, Ecz. Ayşe Türker ve Ecz. Aslı Aksoy'un da sekreterliklere getirildikleri Genel Kurulda, ortakların önerisiyle bir önceki Yönetim ve Denetim Kurulları aynen seçildi.

Yeniden seçilen Yönetim ve Denetim Kurulları;

YÖNETİM KURULU (Asil)

Hasan Türkili

Erkal Kökdener

Lamia Yüksel

Kaya Ergezen

İsmet Bayrak

YÖNETİM KURULU (Yedek)

Hamdi Köksal

Ayşe Türker

Nesrin Demirci

DENETLEME KURULU (Asil)

Sadi Subaşı

Nihat Batur

Cahit Kılıç

DENETLEME KURULU (Yedek)

Saffet Arslan

Süsen Pulur

SAM — KOOP
SINIRLI SORUMLU SAMSUN 6. BÖLGE ECZACILARI
TEMİN TEVZİ KOOPERATİFİ

— 1986 YILI YÖNETİM KURULU FAALİYET RAPORU —

Sayın Üyelerimiz.

Kooperatifimiz bu yıl da gelişmeye devam etti.

Yılbaşında 153 üyemiz vardı. Yıl sonunda 180 oldu. 15 Mart'ta 196 ya yükseldik. Yıl içinde 1, yılbaşından sonra da 1 olmak üzere 2 üyemiz kendi arzusuyla kooperatiften ayrıldı.

İş hacmimiz 1986 bütçe tasarımıza göre % 44,6, geçen yıla göre % 110 artarak 2.891.000.000 TL. ya yükseldi. Bu cironun fabrika fiatı üzerinden bize maliyeti 2.654.200.000 TL. dir. Yıl içinde firmalardan aldığımız ortalama iskonto oranı, alış değeri üzerinden % 10 oldu. Buna karşılık sizlere verdiğimiz iskonto, aynı değer üzerinden % 14,32, iskonto dışındaki giderlerimiz ise % 3,58 oldu. Bu duruma göre aldığımız % 10 iskontoya % 9 depocu kârını ilave ettiğimizde gelirimiz, alış bedeli üzerinden % 19, giderlerimiz ise iskonto ve diğer gider toplamı olarak, % 17,9 oldu. Böylece uyguladığımız satış koşullarının, kooperatif zihniyetine uygunluğu ortaya çıkmış olmaktadır.

Yıl sonu itibariyle ortaklarımızın kooperatife yatırdıkları para 79.830.000 TL. dir. Buna 89.000 TL. yedek ve fon fesabını ilave edersek, kullandığımız sermaye 79.919.000 TL. dir. Bundan demirbaşlar, nakil vasıtaları ve K.D.V. alacağımız çıkarıldıktan sonra döner sermaye olarak elimizde kalan 30.000.000 TL. dir. Döner sermayemizin azlığı nedeniyle ortaklarımızın ödemelerini geciktirdikleri, yılın bazı dönemlerinde, ödeme açıklarımızı banka kredisi kullanarak kapatmak zorunda kaldık. Bu nedenle hem ödediğimiz faiz çoğaldı, hem de arzu ettiğimiz oranda vadeli satış yapamadık.

Yılbaşında 249.000.000 TL. olan envanterimiz, yıl sonunda 448.000.000 TL. ye yükseldi. Artış oranı % 80 dir.

Bu yıl gelir fazlalığımız 27.000.000 TL. oldu. Bunun 11.000.000 TL. sı yedek ve fonlara ayrılacak. 16.000.000 TL. sı risturn payı olarak dağıtılacaktır. Risturn payı ciroya göre binde 5,536 dir.

Yıl içinde en yüksek ciro yapan 10 ortağımız şunlardır :

1) ERKAL KÖKDENER GAZİLER ECZANESİ/SAMSUN	(66.000.000)
2) AYBARS ERER YENİ ECZANE/VEZİRKÖPRÜ	(46.600.000)
3) İLHAN ŞAMLIOĞLU ŞAMLIOLU ECZANESİ/ÇORUM	(46.600.000)
4) NERMİN TAŞÇIOĞLU SARAÇLAR ECZANESİ/SAMSUN	(46.400.000)
5) İSMET BAYRAK ŞİFA ECZANESİ/ÇARŞAMBA	(45.300.000)
6) ŞÜKRÜ BEKÇİ VATAN ECZANESİ/VEZİRKÖPRÜ	(43.500.000)
7) SADİ SUBAŞI DENİZ ECZANESİ/SAMSUN	(43.200.000)
8) AZİZ DEMİRKAYA DENİZ ECZANESİ/BALLICA	(40.900.000)
9) M. ALİ DURMAZ ŞİFA ECZANESİ/TOKAT	(38.600.000)
10) CAVİT ÖZÇİĞDEM ÇİĞDEM ECZANESİ/MERZİFON	(37.000.000)

Bu yıl ana tüzük değişikliğimizin tesciline kadar olan işlemlerimiz kurumlar vergisine tabi olduğundan, 1 Ocak 1986 dan 31 Mart 1986 ya kadar ve 1 Nisan 1986 dan 31 Aralık 1986 ya kadar olmak üzere 2 bilanço hazırlamış bulunuyoruz. Yukarıda bahsi geçen bilgiler bütün yıl toplamı olarak verilmiştir.

Kooperatifimizde müdür ve mesul müdür eczacılar dahil, 7 si muhasebede, 3'ü siparişte, 2 si plasiyer, 7'si mal çıkarıcı ve fatura kesici, 3'ü şoför, 4'ü taşıyıcı olmak üzere 28 kişi çalışmaktadır.

İşimizin artması nedeniyle, servise yetmeyen 2 Van tipi minibüse ilaveten, bir Fiat 35 NC kamyonet aldık.

Geçen yılki program gereği, IBM marka bir bilgisayar almıştık. Bunu yıl sonunda 1.000.000 TL. fark vererek kapasitesi % 50 daha fazla olan yeni modeliyle değiştirdik. Bizden önce bilgisayar kullanan kooperatiflerin uyarıları üzerine hazır paket program satın almayı, kendi işlemlerimize uyan özel bilgisayar programı yazdırma yolunu tercih ettik. Her bilgisayar satan firmanın kendine bağlı programcısı olduğu gibi, yalnız program yazan firmalar da var. Bilgisayarı satın aldığımız BORDATA firmasının ecza deposu programı

yapmış elemanı, bizim istediğimizde başka firmaya geçmişti. Yeni firması ise kendinden makine satın almayanlara programlarını ve remeyeceklerini bildirdi. Bunun üzerine BORDATA'nın tavsiyesiyle «LİNK» firmasıyla anlaştık. Bütün bu arayış içinde vakit kaybettiğimizden ve programımızın çok kapsamlı olması nedeniyle yazılımının uzun süre alması dolayısıyla fatura ve stok kontrol programı yılbaşına yetiştirilemedi. Daha önce satın aldığımız muhasebe programı ise, yılbaşı devirlerinin çıkması beklendiğinden, ancak bu ay başından itibaren normal kayıtlarımıza paralel olarak uygulamaya geçmiş bulunmaktadır.

Bugün oturduğumuz bina, mevkii bakımından çok iyi olmasına rağmen işimizin büyümesi nedeniyle yetersiz olmaya başladı. Taşınabileceğimiz daha iyi, daha büyük, daha uygun bir yer yok. Bu konu giderek sorun olabilecek yönde geliyor. Bu nedenle kooperatifin kendi malı bir binası olması konusunu gündeme getirdik.

Yıl içinde yönetim ve denetim kurulları, birlikte taşra üyelerimizi (Vezirköprü, Boyabat, Sinop, Ayancık, Gerze, Alaçam, Bafra dışında) ziyaret ettik. Bu gibi ziyaretlerin sık sık olmasında yarar görüyoruz.

1986 yılı çalışmalarımız, ekteki bilanço ve gelir - gider tablosunda da açıkça görülmektedir.

Gelecek yılların Kooperatifimiz için daha başarılı geçmesi dileğiyle saygılar sunarız.

YÖNETİM KURULU

SAM — KOOP
SINIRLI SORUMLU SAMSUN 6. BÖLGE ECZACILARI
TEMİN TEVZİ KOOPERATİFİ
1.1.1986 — 31.3.1986 TARİHLİ BİLANÇO

A K T İ F		P A S İ F	
Kasa Hesabı	4.365.510	Sermaye Hesabı	5.040.000
Emlak Kredi Bankası	1.721.834	Ortaklar Ek Ödeme Hesabı	61.190.000
T. Ticaret Bankası	143.925	Ortaklar Bloke Hesabı	2.000.000
T. Halk Bankası	1.624.753	Amortismanlar	4.349.454
Akbank	1.963.548	Stok İskonto Hesabı	6.296.048
Ziraat Bankası	2.625.633	Borç Senetleri Hesabı	516.238.475
Şekerbank	2.266.333	Ödenecek Çekler Hesabı	52.000.000
Yapı ve Kredi Bankası	2.712.358	Cari Hesaplar	152.109.594
Vakıflar Bankası	724.377	Müşteriler Hesabı	1.065.141
T. İş Bankası	45.936.968	S.S.K. Primi	517.683
Emtia Hesabı	322.626.815	Gelir Vergisi Tevkifatı	468.045
Alacak Senetleri Hesabı	6.012.046	Danga Vergisi	8.182
Tahsil Senetleri Hesabı	19.476.466	1985 Kurumlar Vergisi	303.806
Cari Hesaplar	235.002.846	Yedek Akçe	44.177
Müşteriler Hesabı	119.081.719	Geliştirme Fonu	315.393
Depozitolar Hesabı	83.800	Ortaklar ve Personel Yardım Fonu	22.088
Peşin Ödenen Giderler Hesabı	139.899	İhtiyari Yedek Akçe	54.972
Katma Değer Vergisi Hesabı	16.622.458	Savunma Fonu	10.515
Bekleyen K.D.V. Hesabı	839.870	Gelir Fazlalığı	1.053.831
Demirbaşlar Hesabı	11.077.028		
Nakil Vasıtaları Hesabı	8.039.218		
	803.087.404		803.087.404
Muhtelif Borçlular	16.000.000	Muhtelif Alacaklılar	16.000.000
Teminat Mektubu Borçlular	23.500.000	Teminat Mektubu Alacaklılar	23.500.000
	842.587.404		842.587.404

SAM — KOOP
SINIRLI SORUMLU SAMSUN 6. BÖLGE ECZACILARI
TEMİN TEVZİ KOOPERATİFİ

G İ D E R **G E L İ R**
31.3.1986 TARİHLİ GELİR GİDER TABLOSU

Genel Masraflar	3.458.189	Emtia Geliri	48.415.184
Satış Masrafları	1.065.238	Alınan İskontolar	47.453.710
Nakiye Masrafları	1.523.384		
Personel Ücretleri	6.192.562		
Sosyal Yardım Giderleri	781.626		
Vasıta Giderleri	1.399.384		
Kira Giderleri	700.500		
Aydınlatma Giderleri	49.128		
P.T.T. Giderleri	1.444.165		
İstima Giderleri	256.264		
Kurtasiye Giderleri	322.510		
Ödenen Faizler	227.546		
Ödenen İskontolar	77.390.901		
Kamunen Kabul Olmayan Giderler	3.666		
Gelir Fazlalığı	1.053.831		

95.868.894

95.868.894

SAM — KOOP
SINIRLI SORUMLU SAMSUN 6. BÖLGE ECZACILARI
TEMİN TEVZİ KOOPERATİFİ
1.4.1986 — 31.12.1986 TARİHLİ BİLANÇO

A K T İ F	P A S İ F
Kasa Hesabı	5.990.414
T. Emlak Kredi Bankası	167.838
T. Ticaret Bankası	3.458.664
T. Halk Bankası	3.353.243
Akbank	1.818.416
Ziraat Bankası	8.112.832
Şekerbank	2.540.397
Yapı ve Kredi Bankası	2.581.181
T. İş Bankası	40.483.173
Vakıflar Bankası	248.808
Emtia	448.252.833
Alacak Senetleri Hesabı	31.084.470
Tahsil Senetleri Hesabı	15.552.251
Teminat Senetleri Hesabı	30.691.343
Cari Hesaplar	411.094.726
Müşteriler Hesabı	197.492.551
Depozitolar Hesabı	87.800
Peşin Ödenen Giderler	284.389
K.D.V. Hesabı	21.584.049
Bekleyen K.D.V. Hesabı	1.509.075
P.T.T. Abonman Kayıt	50.000
Demirbaşlar	11.691.028
Nakil Vasıtaları	17.155.499
1.254.884.980	
Muhtelif Borçlular	16.000.000
Teminat Mektup Borçlular	25.000.000
1.295.884.980	
Sermaye Hesabı	5.400.000
Ortaklar Ek Ödeme Hesabı	66.230.000
Ortak Bloke Hesabı	6.500.000
Amortismanlar	10.114.589
Borç Senetleri Hesabı	720.821.343
Ödenecek Çekler Hesabı	183.839.142
Cari Hesaplar	211.793.133
Müşteriler Hesabı	238.041
T. İş Bankası Teminat Hesabı	19.475.527
Sigorta Primi	779.783
Vergi Tevkifatı	1.586.768
Danga Vergisi	26.108
Savunma Fonu	2.301
Yedek Akçe	44.177
İhtiyari Yedek Akçe	54.972
Geliştirme Fonu	315.393
Ortaklar ve Personel Yardım Fonu	22.088
I. Devre Mali Gelir Fazlalığı	1.053.831
II. Devre Muafiyet Gelir Fazlalığı	26.587.784
1.254.884.980	
Muhtelif Alacaklılar	16.000.000
Teminat Mektup Alacaklılar	25.000.000
1.295.884.980	

SAM — KOOP
SINIRLI SORUMLU SAMSUN 6. BÖLGE ECZACILARI
TEMİN TEVZİ KOOPERATİFİ

1.4.1986 — 31.12.1986 TARİHLİ GELİR GİDER TABLOSU

G E L İ R

G İ D E R

Genel Giderler	9.557.072	Emtia Geliri	162.341.083
Satış Masrafları	4.354.324	Alınan İskontolar	244.111.249
Nakliye Masrafları	4.126.240	Alınan Banka Faizleri	905.893
Personel Ücretleri	28.879.280		
Sosyal Yardım Giderleri	2.218.663		
Vasıta Giderleri	4.681.257		
Kira Giderleri	2.359.500		
Aydınlatma Giderleri	170.362		
P.T.T. Giderleri	5.198.062		
Isıtma Giderleri	235.842		
Kırtasiye Giderleri	1.924.025		
Ayrılan Amortismanlar	5.765.135		
Ödenen Faizler	8.728.436		
Ödenen İskontolar	302.572.243		
Gelir Fazlalığı	26.587.784		

407.358.225

407.358.225

SAM — KOOP
SINIRLI SORUMLU SAMSUN 6. BÖLGE ECZACILARI
TEMİN TEVZİ KOOPERATİFİ

— 1986 YILI DENETLEME KURULU RAPORU —

Denetleme kurumumuz yıl içinde yönetim kurulunun önemli toplantılarına katılmış, ayrıca 31 Mart 1986 - 30 Haziran 1986 ara bilançoları, yıl sonu bilançosu ve gelir gider hesabının hazırlanmasında bulunarak, ilgili rakamların gerekli defter kayıtlarına uygun olduğunu görmüştür.

Kanunen tutulması zorunlu defterlere kayıtların zamanında ve doğru olarak işlendiği, belirsiz zamanlarda yapılan kontrollerde de kasa mevcudunun, kasa defterine uygun olduğu görülmüştür.

Denetim kurumumuz yıl içinde yönetim kurulunun yaptığı ortakları ziyaret gezilerine de katılmıştır.

Bilgisayarın kullanılmasının yeni yıla yetiştirilemediği görülmüş ve bunun hızlandırılması için yönetim kuruluna uyarıda bulunulmuştur.

Bilanço ve gelir - gider hesabının onayı ile yönetim kurulunun ibra edilmesi gerektiği neticesine varılmıştır.

Onaylarınıza saygı ile arz olunur.

Ecz. Sadi Subaşı

Ecz. Nihat Batur

Ecz. Cahit Kılıç

SAM — KOOP SINIRLI SORUMLU
SAMSUN 6. BÖLGE ECZACILARI
TEMİN TEVZİ KOOPERATİFİ

1986 YILI GELİR FAZLALIĞI
DAĞITIM TABLOSU

31.3.1986 Gelir Fazlalığı		543.061
31.12.1986 Gelir Fazlalığı		26.587.784
TOPLAM GELİR FAZLALIĞI		27.130.845
% 10 YEDEK AKÇE	2.713.085	
% 1 TİCARET BAKANLIĞI FONU	271.308	
% 5 ORTAKLAR VE PERSONEL YARDIM FONU	1.356.542	
% 25 GELİŞTİRME FONU	6.782.711	11.123.646
DAĞITILACAK RİSTURN PAYI		16.007.199

YILLIK 2.891.771.853 TL. CİRO ÜZERİNDEN RİSTURN ORANI % 5.535

14 MART TIP BAYRAMI KUTLANDI

Türk Tıbbının bilimselliğe yönelişinin 160. yılı kutlamaları şehrimizde 13 Mart günü Prof. Dr. Kâzım Türker tarafından verilen İlaç ve Hekim konulu bir konferansla başladı. Konusu itibarıyla mesleğimizle de yakından ilgili olan bu konuşmanın tam metnini bu seferki bültenimize yetiştirdiği takdirde aşağıdaki sütunlarımızda bulacaksınız. Aksi takdirde konuşmayı daha sonraki sayımızda yayınlayacağız.

Bayram kutlamaları 14 Mart günü Atatürk Anıtına çelenk konulmasından sonra Eğitim Fakültesinde Oda Başkanı Sayın Dr. Arslan ÇINAR'ın veciz konuşması ile açılarak Tıp Fakültesi Dekanı Sayın Prof. Dr. Arman Bilgiç'in ve genç bir tıbbiyelinin konuşmaları ile sürdürüldü. Eğitim Fakültesi salonlarındaki programda, daha sonra hekimlikte 30-40 ve 50 yılını dolduran kıymetli meslektaşlarımıza onur plakeleri verildi ve kutlamalar gece Büyük Turban Otelinde yapılan müzikli akşam yemeği ile sona erdi.

Biz 6. Bölge Eczacı Odası Yönetim Kurulu olarak bu sütunlardan gerek bu güzel organizasyonun sahibi Samsun - Sinop Tabip Odası Yöneticilerini gerekse meslekte 30-40-50 yılını dolduran hekim arkadaşlarımızı kutluyor, esenlikler diliyoruz.

İLAÇ VE HEKİM (1)

Dr. R. Kâzım TÜRKER

A.Ü. Tıp Fakültesi Farmakoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

İlaç, hekimin hastalıklarla savaşmasında vazgeçilmez zorunlu bir silahtır. Hangi ihtisas dalında olursa olsun hekimin, ilaç hakkında yeterli ve çağdaş bilimsel gelişmelerin ortaya çıkardığı en yeni bilgileri yeterince bilmesi gerekir. Aksi durumlarda ilaçların kullanılması esnasında insan hayatını tehdit eden ve hiç bir zaman azımsanmayacak önemli sorunlar ortaya çıkabilir. Ülkemizde hastalıklarla hatta ölümlerle ilaçlar arasındaki ilişkiye dair en ufak bir yayın, araştırma veya istatistiki bilgi yoktur. Cınai veya intihar maksadiyle alınmış ve ilaçların akut entoksikasyonunu içerir adli tıp raporları ve hastahane kayıtları haricinde ciddi bir araştırma yapılmadığı gibi Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın resmi istatistik çizelgelerinde ilaçlarla oluşan hastalıklar veya ilaç yan etkileri hakkında bir bölüm ancak 1982 li yıllardan sonra oluşturulabilmiştir. Bizdeki bu olumsuz duruma karşın ileri Batılı ülkelerde ilaç gerek Devlet gerekse ilacı bizzat hastasına veren hekim tarafından en yeni bilimsel kurallara uygun olarak takip edilir. İlaçların piyasaya çıktıktan sonraki takibi, Batılı ülkelerin «Postmarketing Surveillance» diye isimlendirdikleri, kuralları ve yöntemleri bilimsel gelişmelere paralel olarak her gün yenilenen ölçütler dahilinde yapılır. Postmarketn surveillance verileri gerek yeni gerekse çok eskiden beri kullanılagelen ilaçların pek çok bilinmeyen yönlerini aydınlatmakta hatta nadir de olsa yeni bazı endikasyon yerlerinin keşfedilmesine neden olmaktadır. Diğer taraftan bu yöntemlerle ilaçlar arasındaki etkileşmeler de gün ışığına çıkarılmaktadır.

Batılı kaynakların ciddi istatistiki sonuçları gösteriyor ki bir hastaya beş etken maddeyi içerir bir tedavi şeması tatbik edildiği zaman hastaların % 10 unda, etken madde adedi 15 üzerine çıkarıldığı zamansa % 40 ında bizzat ilaca bağlı hastalıklar (iyatrojenik hastalıklar) ortaya çıkıyor. Bu veriler Batılı ülkelerde bireylerin

(1) 13 Mart 1987 tarihinde Samsun Tabip Odası tarafından düzenlenen konferansın kısa bir özeti.

zihinlerinden silinmeyecek şekilde yerleştirilmiştir. Bu bakımdan bu ülkelerde bir hasta çok sayıda ilaçla tedavi edilmeye kalkınrsa, bizzat hasta kişi kendisine tatbik edilen tedavi şemasını kuşku ile karşılar.

Halkımızda «ilaç» bilgisi son derece ilkedir. Vatandaş eczane vitrininde gördüğü her ilacı belirli bir hastalığın mutlak çaresi gibi kabullenmiştir. Halbuki asırlar öncesi büyük hekim Paracelcus çağında, bazı önemli kuralları ortaya atmıştır. Bu büyük bilgin «İnsanda hastalıkların tedavisinde kullanılan her maddenin bir zehir olduğunu» işaret etmiş ve hiç bir kimsenin bu zehirlenmelerin boyutlarını yeterince tanımlıyamayacağını bildirmiştir. Günümüzde canlıların, ilaçlarda dahil, 2.5 milyona yakın değişik kaynaklı kimyasal madde ile temasta olduğu bir an için düşünülürse, tehlikenin hangi boyutlara eriştiği kendiliğinden ortaya çıkar. Bu tehlike zaman zaman ülkemizde de dile getirilmiştir. Nitekim Türkiye'de Farmakoloji Bilim Dalının Modernizasyonunu gerçekleştiren Hocamız Ord. Prof. Akil Muhtar «En iyi ilaç en zararsız ilaçtır» diyerek ilacın zararlı etkilerini dile getirmiştir. Bu özdeyiş 1930 lu yıllarda söylenmiştir. Eğer bu büyük bilgin şu anda yaşasaydı bu özdeyişi «en iyi ilaç en etkili ve en zararsız ilaçtır» diye değiştirirdi. Bütün bunlardan günümüzde, ilacın değerlendirilmesinde, iki önemli ölçüt ortaya çıkıyor demektir. Bunlardan birisi ilacın fayda/zarar oranı diğeri ise fayda/maliyet oranıdır. Diğer ileri Batılı ülkelerde olduğu gibi ilacın üretiminden tüketimine kadar mutlaka Devletin denetimi bu iki ölçüt üzerinden yürütülmelidir.

Hekimin rasyonel ilaç kullanmasını engelleyen değişik faktörler mevcuttur. Bunları genel olarak iki bölümde incelemek mümkündür. Bunlardan birincisi hekimin bizzat kendisinden kaynaklanmayan nedenlerdir. Bu nedenleri ülkemizde üretilen ilaçların kalitesi, kendi kendine tedavi alışkanlığı (selfmedication), çevresel faktörlerin katkısı, beslenme bozuklukları, kimyasal maddelerle çevre kirlenmesi, reçetesiz ilaç alma alışkanlığı, yeterli ölçüde teşhis olanaklarının noksanlığı ve batıl inanışlar diye özetleyebiliriz. Her birisi için verilebilecek binbir çeşit örnekler vardır. Örneğin en yetkililerin bile bildikleri şehir su şebekelerindeki kontaminasyonlar devam ederken veya bir çok büyük kentte (örneğin Ankara'da) yeterli su bulamazken salgın hastalıkları tedavi etmek ne ölçütte başarılı olur herkesin malûmudur. Bu yetmiyormuş gibi plansız ve projesiz ve hatta alt yapısız yerden biter gibi sağlıksız konutların ortaya çıkması, toplumumuzun büyük bir kesimini ilgilendiren yeterli beslenememe olgusu, bilinçsizce kullanılan tarımsal ilaçlarla insan-

larımızın teması hekimin kullanacağı ilaçların etkilerini tahmin edilemeyecek boyutlarda değiştirebilir. Yine son yıllarda bol keseden ve ciddi bir incelemeye tabi tutulmadan verilen bol ilaç ruhsatları ve hatta etkenlik/risk oranlarını tespit son derece güç olan bazı bitkisel kaynaklı, içerisinde ne olduğu bilinmeyen maddelere ruhsat verilmesi ve bunların günlük gazetelerde serbestçe propaganda ilanları, nihayet pek azının uyduğu ilaç yapımcılarımızın kaliteli ilaç üretiminde ciddi kuşkularımızın bulunması, hekimlerimizin ilaç kullanımlarındaki başarısızlıkların en önemli nedenleri olarak görülmektedir.

Bizzat hekimden kaynaklanan nedenler de önemlidir. Genellikle tüm Batılı ülkelerin hiç ihmal etmeden uydukları bilgi yenilemesi, ilaçlar hakkında yenilikleri takip etmeleri bizim ülkemizde henüz gerçek anlamda yerleşmemiştir. Genelde hekimlerimizi ilaçlar hakkında en fazla etkileyen kesim ilaç yapımcıların propagandistleridir. Verilen bilgilerin çok abartmalı olduğu, bunların da belirli bir düzene sokulmadığı bir gerçektir. Hekimlerimiz arasında ciddi bilimsel periyodikleri takip edenler de son derece azdır.

Bütün bunlar ve daha birçok basit görünen olgular hekimi rasyonel ilaç kullanımından uzaklaştırır. Bu bozuk düzeni düzeltmek pek te kolay değildir. Ne varki halkımız, «ilacın zamanında, yerinde ve dozunda ve mutlaka hekim kontrolünde kullanıldığı zaman en yakın dostu, aksi durumlarda ise en amansız düşmanı» olduğunu bilirse; hekimlerimiz ilaçlar hakkındaki en yeni bilgileri öğrenirlerse; nihayet ilaç yapımcılarımız en kaliteli ve en uygun biyolojik yararlanımda ilaçları üretebilirlerse, rasyonel ilaç kullanımı yavaş yavaş oluşmaya başlar. Bir hekim veya sağlıkla ve özellikle ilaçla uğraşı veren bir kimse, günümüzde ilacın kalitesi hakkında bir soru sorsa, hemen pek çoğumuzun vereceği cevap «Tanrı bilir» olacaktır.

Buzdolabında Saklanılacak İlaçlar

İlaçların etkenliği üzerinde bazı diğer faktörler gibi ısının da olumsuz etki yaptığı bir gerçektir. Bu amaçla bu tür ilaçların + 4 C° nin altında, yani buzdolabında saklanması gerekmektedir. Son yıllarda piyasaya sürülen bazı ilaçların da bu özelliği taşıması nedeniyle buzdolabında saklanacak ilaçların sayısı da büyük boyutlara ulaşmıştır. Ancak bu zorunluluğun ilaç kutularının bir köşesinde çok ufak yazılarla belirtilmesi, bir başka uyarının yapılmaması, özellikle yeni bazı ilaçların gözden kaçmasına sebep olmakta, bu ise ilaçların etkenliğini olumsuz yönde etkilemektedir.

Bu arada hasta ifadelerinden anlaşıldığına göre bazı evlerde tüm ilaçlar buzdolabında saklanmaktadır. Gerek nem, gerekse düşük ısı bazı ilaçlar üzerine yüksek ısıda olduğu gibi olumsuz etki yapmaktadır. Buzdolabında saklanması gerekli ilaçlar dışındaki ilaçların evlerde serin bir köşede saklanması ve buzdolabına konmaması için hastaların uyarılması yerinde olacaktır.

Buzdolabında saklanması gereken ilaçların listesi aşağıda çıkarılmıştır.

— AŞILAR :

Felç Aşısı, Kuduz, Kızamık, Grip, Difteri v.s.

— SERUMLAR :

Gangren, Tetanoz, Atrep, Yılan, Şarbon, Kan Uyuşmazlığı, (Rhogam), Gamaglobulin, v.s.

— İNSULİNLER :

Kristalize ve NPH İnsulin Organon, İnslutard, Mixtard, Velosulin, Actrapid, İsothane, Monotard v.s.

— KANSER İLAÇLARI :

Oncovin, Vincristicin, Adriblastina (tercihen)

— DİĞERLERİ :

Diazem Ampul
Calcitonin Ampul
Synacten Ampul
Systral Ampul
Fenilefrin gtt
Heparin (tercihen)
Liquemin (tercihan)
Suppositoire'ler (tercihan)
Ovüller (tercihen)

TEB Yardımlaşma Sandığı Kredi Limitleri Artırıldı

6643 sayılı Kanununun 58. maddesinin kurulmasını öngördüğü «TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ YARDIMLAŞMA SANDIĞI» 21. Dönem Türk Eczacıları Birliği Merkez Heyeti tarafından kuruldu. TEB Yardımlaşma Sandığının üye sayısı sizlerden aldığı güç ve Oda Yöneticilerimizin büyük bir çoğunluğunun özenli çalışmaları sonucu 8.000'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 aidatlarını da ödedi ise,

1985 - 2 puan

1986 - 2 puan

Toplam 4 puanı

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

Sandığımızın 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

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

196.000.000.— TL'si Eczane Açma Kredisi

92.900.000.— TL'si Zorunlu Hal Kredisi

76.610.000.— TL'si Sosyal Yardım Kredisi

Dağıtılan kredilerin 23 adeti tamamen geri ödenmiştir. Sandığımızın işlerliğini güçlü bir biçimde sürdürebilmesi için dağıtılan kredilerin geri dönüşünde meslektaşlarımızın gösterdikleri duyarlılığın devam edeceği düşüncesindeyiz.

Bugüne kadar maddi nedenlerle muvazaalı eczanelerde veya değişik görevlerde çalışmak zorunda kalan meslektaşlarımızın Eczane Açma Kredisinin arttırılmasıyla kendi eczanelerini açabilme olanağı bulacağı düşüncesindeyiz. Ayrıca son sınıf öğrencileri mezun olduklarında Eczane Açma Kredisini beklememek için öğrencilikleri sırasında müracaat edebilirler. Böylece hem süreden hem de kredi puanından olumlu bir şekilde yararlanabilirler.

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

Ecz. Halûk TARIM

Genel Sayman

TÜRK ECZACILAR BİRLİĞİ

MERKEZ HEYETİ

ECZANE AÇMA KREDİSİ

Miktarı = Limit 1.600.000 TL.

Ödeme süresi : 12 ay (üç ay ödemesiz)

Kesilen faiz : 240.000 TL.

Kredi verilmiş tarihi : 17.3.1987

Ödemeler

1. Taksit	17.4.1987	0.—
2. Taksit	17.5.1987	0.—
3. Taksit	17.6.1987	0.—
4. Taksit	17.7.1987	177.700.—
5. Taksit	17.8.1987	177.700.—
6. Taksit	17.9.1987	177.700.—
7. Taksit	17.10.1987	177.000.—
8. Taksit	17.11.1987	177.700.—
9. Taksit	17.12.1987	177.700.—
10. Taksit	17.1.1987	177.700.—
11. Taksit	17.2.1987	177.700.—
12. Taksit	17.3.1987	178.400.—

ZORUNLU HAL KREDİSİ

Miktarı = Limit 800.000 TL.

Ödeme süresi : 6 (altı) ay

Kesilen faiz : 60.000 TL.

Kredi verilmiş tarihi : 17.3.1987

Ödemeler

1. Taksit	17.4.1987	133.300.—
2. Taksit	17.5.1987	133.300.—
3. Taksit	17.6.1987	133.300.—
4. Taksit	17.7.1987	133.000.—
5. Taksit	17.8.1987	133.300.—
6. Taksit	17.9.1987	133.500.—

SOSYAL YARDIM KREDİSİ

Miktarı = Limit 400.000 TL.

Ödeme süresi : 6 (Altı) ay

Kesilen faiz : 30.000.— TL.

Kredi verilmiş tarihi : 17.3.1987

Ödemeler

1. Taksit	17.04.1987	66.600.—
2. Taksit	17.05.1987	66.600.—
3. Taksit	17.06.1987	66.600.—
4. Taksit	17.07.1987	66.600.—
5. Taksit	17.08.1987	66.600.—
6. Taksit	17.09.1987	67.000.—

Ödeme süresi = 12 (Oniki) ay

Kesilen faiz : 60.000.— TL.

Kredi verilmiş tarihi : 17.3.1987

Oksitetrasiklinin Glukoz Metabolizmasına Etkisinin Hızlı intra Venöz Glukoz Tolerans Testi ile Araştırılması

Anahtar Kelimeler : OTS : Oksitetrasiklin
HIVGTT : Hızlı intra venöz glukoz tolerans testi.

Dr. Yıldız PEKŞEN* Dr. Muhlise ALVUR** Dr. Kuddüsi CENGİZ***

Ö Z E T

Bir ay öncesinden beslenmelerine ve herhangi bir ilâç alınmalarına özen gösterilen, sağlıklı 10 erkek olguda hızlı intravenöz glukoz tolerans testi (HIVGTT) yapıldı. Aynı olgulara 6 saat ara ile total 1250 mg oksitetrasiklin (OTS) verildikten sonra tekrar HIVGTT uygulandı. Elde edilen, 0,3,10 ve 30 dakikalarda alınan kanlardaki glukoz düzeyleri ile yarılanma süreleri ($t_{1/2}$) birim zamanda kullanılan glukozun yüzde miktarları (k) bulunarak, ortalama değerler arasındaki ilişkiler istatistiksel yöntemlerle değerlendirildi. Olguların OTS verilmeden önce ve sonra yapılan HIVGTT'nde alınan başlangıç açlık kan glukoz düzeyleri arasında ileri derecede önemli bir farklılık saptandı. ($P < 0.01$). 3 ve 10 dakikalarda alınan kanların glukoz seviyelerinin ortalama değerleri arasında fark bulunmadı ($P > 0.05$), ancak 30. dakikada alınan kanların glukoz seviyelerinin ortalama değerleri arasında ileri derecede önemli bir fark gözlemlendi, ($P < 0.01$). Çalışılan 10 olguda OTS öncesi ve sonrası t yarılanma süreleri ve birim zamanda kullanılan glukozun yüzde miktarlarının ortalamaları arasında da ileri derecede önemli bir farklılık bulundu ($P < 0.01$).

Araştırma sonucu elde edilen veriler, OTS'nin kan glukoz düzeylerini belirgin bir şekilde düşürdüğünü ve hipoglisemik olgularda dikkatli kullanım gerektirdiğini göstermektedir.

-
- (*) Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yardımcı Doçenti.
(**) Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyokimya Anabilim Dalı Doçenti.
(***) Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Doçenti.

GİRİŞ :

Tetrasiklin oral alındığında mide, duodenum, ileum ve az miktarda kolon'da emilen, gaita yolu ile 48 saat içinde vücuttan atılan geniş spektrumlu bir antibiyotiktir (1).

Tetrasiklin'in, allerjik reaksiyonlar; bulantı, kusma gibi gastroentestinal bozukluklar; hepatotoksisite, deri değişiklikleri, azotemi, fanconi sendromu, nefrojenik diabetes insipidus gibi renal değişiklikler ve dişlerde, kullanım doz ve süresine bağlı bazı değişimler yaptığı bilinmektedir (2, 3, 4).

Bir antibiyotik olarak kullanılan OTS'nin tümüyle tesadüfi bir şekilde kullanımının ortaya çıkardığı, glukoz metabolizmasına ilişkin etkisi, bu konuda çeşitli araştırmaların yapılmasına yol açmıştır.

Ateşli bir enfeksiyonun oluşması üzerine, verilen insülin dozu artırılmasına karşın, hiperglisemisi kontrol altına alınamayan, prekoma hali gelişen ve kilo kaybı artan 17 yaşında diabetik bir erkek hastaya, dört kez 250 mg. OTS verildiğinde, ilk dozdan bir saat sonra hipoglisemik semptomların belirlediği gözlenmiştir (5).

Dört gün kullanılan ilâcın kesilmesinden sonra, hiperglisemi tablosunun yeniden gelişmesi üzerine OTS yinelenmiş ve bulguların tekrar düzeldiği görülmüştür. 45 yaşında diabetli bir erkek hastaya da OTS verildiğinde benzer sonuçlar elde edilmiştir (5). De Vries ve ark. (5, 6) yaptıkları çalışmalarda, chloromphenicol yada OTS verilen hayvanlarda, regenerasyondaki karaciğer mitokondria'sında belirgin inhibisyon olduğunu gözlemişlerdir. Her iki antibiyotikğin sitokrom C oksidaz aktivitesini ve sitokrom a₃ konsantrasyonunu azalttığını göstermişlerdir.

Hiatt ve arkadaşları (7), 1966 yılında pankreatektomize köpeklerle mayi infüzyonu ile OTS verdiklerinde belirgin hipoglisemi geliştiğini, glukoz çözültüsü kesilmesine karşın hipoglisemik konvülsiyonların önlenemediğini göstermişlerdir.

Hızlı intravenöz Glukoz Tolerans Testi (HİVGTT) diabetes mellitus tanısı için kullanılan spesifik bir testtir. Besinlerin barsaktan emilimi sırasında gastrin, sekretin, kolesistokinin, pankreozi-min ve enteroglukagon gibi pek çok gastroentestinal hormon salgılanır. Bunların herbiri insülin salgılanmasını uyarır (11). HİVGTT'inin oral glukoz tolerans testinden farkı, barsak kanalının ve enterik hormonların etkisini kaldırmasıdır.

Glukoz insülin salgılanmasını uyaran etmenler arasında en kuvvetli olanıdır. İnsülin salgılanması için glukozun β hücrelerine ta-

şınması ve metabolize olması gerekir. Sentezi ve salgılanması için de enerjiye gereksinim vardır ve bu ATP'den sağlanır (12, 13).

HIVGTT'de IV glukoz verilmesini takiben, 3', 10', 15' ve 30' da kan alınır. Verilen glukoz, kan hacmine bağlı olarak kan glukoz derişimini yükseltir. 45.' içinde normal açlık değerine düşer. Bu düşüş eğrisini matematiksel olarak ifade etmek için çeşitli yöntemler kullanılır. Ancak tümünün dayandığı ana esas, eğrinin logaritmik bir eğri olmasıdır (14, 15).

Dakikada meydana gelen glukozun yüzde kullanımı (k) : Neticelerin yarı logaritmik kâğıda işaretlenmesiyle elde edilen eğriden hesaplanır. Elde edilen eğri düz bir çizgi olup, hesaplanan k değerinin 3.0 - 4.5 olması normal sınırı, 2,5'in altında olması ise diabetes mellitus tanısını koydurur. k, 0.693 sabitesinin yarılanma zamanına oranının % ifadesidir (10).

$$k = \frac{0.693}{t^{1/2}} (\text{glukoz}) \times 100$$

Bu çalışmada sağlıklı 10 erkek olguya OTS verilmeden önce ve kullanımdan sonra HIVGTT uygulanarak, ilacın glukoz ve insülin metabolizması üzerindeki etkileşiminin araştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER :

Bir ay öncesinden yeterli ve dengeli olarak beslenmelerine, herhangi bir ilaç almamalarına özen gösterilen ve her iki test için 14 saatlik bir süre aç kalmaları sağlanan 10 sağlıklı erkek olguya, OTS verilmeden önce ve sonrasında HIVGTT uygulandı.

Testin başlangıcında, olgulardan önce başlangıç açlık kanı alındı. Aynı koldan enjektör değişimi ile, daha önce saptanan ağırlıklarına göre; 0.33 mg/kg olarak hesaplanan % 30'luk dekstroz bir dakika içinde IV olarak verildikten sonra, diğer koldan 3', 10' ve 30'. da kan alındı. Testin başında ve sonunda alınan idrarlar, herhangi bir üriner sistem hastalığını ekarte etmek için makroskobik ve mikroskobik olarak değerlendirildi.

Alınan kan örnekleri santrifüj edilerek, serumlarında «glu-cinet glucose test» ile glukoz tayinleri yapıldı. «t» Yarılanma zamanları ve glukozun birim zamanda kullanım miktarları (k) bulunarak, elde edilen veriler istatistiksel olarak «student t testi» ile değerlendirildi.

BULGULAR :

Araştırma yaş ortalaması 37 ± 1.07 ; ağırlık ortalaması 65.6 ± 1.57 ; boy ortalaması 169.3 ± 1.33 olan, hiçbir hastalık tanısı ve yakınması olmayan, uzun süredir herhangi bir ilaç kullanmamış olan, 10 sağlıklı erkek olguda yapıldı. 14 saat aç kalmaları sağlanan ve ağırlıkları saptanan olgulardan, önce başlangıç açlık kanı alındı. Aynı koldan enjektör değiştirilerek, önceden 0.33 mg/kg olarak hazırlanan % 30'luk dekstroz yavaş yavaş bir dakika içinde IV olarak verildi. Dekstroz verildikten sonra, diğer koldan 3', 10' ve 30' sonunda kan alındı. Testin başlangıcında ve sonrasında olgulardan alınan idrarlar makroskopik ve mikroskopik olarak değerlendirildi. Test bitiminde, 6 saat ara ile kullanılmak üzere, her bir olguya 5 kapsül 250 mg. OTS verildi. Son ilâcın alınmasından bir saat sonra, aynı test tekrar yapıldı. Elde edilen 0' - 3' - 10' ve 30' kan glukoz seviyeleri, yarılanma zamanları (t/2) ve birim zamanda kullanılan glukoz miktarları (k) saptandı.

Araştırma kapsamına alınan olguların OTS verilmeden önce ve sonra elde edilen kan glukoz değerlerinin ortalamaları Tablo : I'de gösterilmiştir.

Tablo I : Alınan Olguların OTS Verilmeden Önce ve Verildikten Sonraki HIVGTT ile Elde Edilen Ortalama Glukoz Değerlerinin Dağılımı

Süre (Dakika)	Glukoz Değerleri (% mg)	
	OTS öncesi	OTS sonrası
0'	73.12 ± 2.92	67.25 ± 2.03
3'	253.97 ± 42.87	202.47 ± 8.25
10'	176.72 ± 12.52	160.66 ± 6.82
30'	125.86 ± 10.19	97.27 ± 9.19

Olguların tümünde HIVGTT den önce alınan açlık kanlarının glukoz seviyeleri ortalamasının normal sınırlar içinde olduğu bulundu (% $71.12 \pm 2.92 \text{ mg.}$). OTS kullanıldıktan sonraki açlık kan glukoz seviyelerinin ortalama değeri % $67.25 \pm 2.03 \text{ mg.}$ dir. Açlık kan glukoz değerleri kıyaslandığında, OTS öncesi ve sonrası arasında istatistiksel olarak önemli bir farklılık saptandı ($t = 2.63$, $P < 0.01$). OTS kullanımından önce ve sonra, 3 ve 10. dakikada alınan kan glukoz seviyelerinin ortalamaları arasındaki fark, istatistik-

sel olarak anlamsız ($P > 0.05$), 30. dakikada alınan kan glukoz seviyeleri ortalamaları arasındaki fark ise, istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($t = 2.84$, $P < 0.01$).

Verilerin ortalamaları arasındaki farklılıklara özge sonuçları Tablo II'de sunulmuştur.

Tablo II : Oksitetrasiklin Verilmeden Önce ve Sonraki Kan Glukoz Seviyelerinin Ortalamaları Arasındaki Farklılıklar.

Süre (dk)	Farkların Ortalaması	Standart Hata	t Değeri	Sonuç
0'	5.87	2.23	2.63	$P < 0.01$
3'	51.50	41.30	1.25	$P > 0.05$
10'	16.06	12.81	1.25	$P > 0.05$
30'	28.59	10.05	2.84	$P < 0.01$

Görüldüğü gibi OTS kullanımı açlık kan glukoz düzeyini etkilemektedir ve bu etki önemlidir. Yine 30' da, dışarıdan verilen glukoz'un etkinliği geçtikten sonraki kan glukoz seviyeleri de OTS kullanımına oranla önemli ölçüde farklılık göstermektedir ($P < 0.01$).

HIVGTT uygulanan olgularda t yarılanma süresi ortalamasının OTS kullanımına oranla önemli ölçüde farklılık göstermektedir ($P < 0.01$).

HIVGTT uygulanan olgularda t yarılanma süresi ortalamasının OTS kullanımından önce 36.45 ± 4.08 ; kullanımından sonra ise 28.12 ± 2.63 olduğu bulundu. OTS'in t yarılanma süresine olan etkinliği açısından, ilaç kullanımından önce ve sonraki t yarılanma sürelerinin ortalamaları arasındaki farklılık ise istatistiksel olarak ileri derecede önemli bulundu ($t = 3.14$ $P < 0.001$).

Çalışmaya alınan olgularda OTS verilmeden önce ve sonra yapılan HIVGTT verilerine göre, dakikada meydana gelen glukozun yüzde kullanımı (k) bulundu. İlaç verilmeden önceki verilere göre k değerleri ortalamasının 2.62 ± 0.19 olduğu saptandı. Birim zamanda kullanılan glukoz'un % miktarlarının ortalama değerleri arasında, OTS kullanımından önce ve sonrası arasında istatistiksel olarak ileri derecede önemli farklılık olduğu bulundu ($t = 3.61$ $P < 0.001$).

Olguların tümünde HIVGTT'inden önce alınan idrarlar makroskopik ve mikroskopik olarak normal bulundu. OTS den önce ve sonra yapılan her iki testte, yükleme sonrası alınan idrarlarda ++ glukoz olduğu gözlemlendi.

TARTIŞMA VE SONUÇ :

Çalışma, beslenmelerinin dengeli ve yeterli olmasına, belirli bir sürede hiçbir ilaç almamalarına özen gösterilen ve herhangi bir hastalığa özge bulgusu olmayan 10 erkek olguda uygulandı. Bu olgularda oral glukoz tolerans testi yerine, HIVGTT kullanılmasının amacı, barsaktan emilim sırasında salgılanan ve insülin salgılanmasını uyaran enterik hormonların etkilenmesini kaldırmaktır. (11).

Bu çalışmada özellikle herhangi bir patolojisi olmayan, ailede diyabet öyküsü bulunmayan sağlıklı kişiler özenle seçilerek, OTS'in glukoz metabolizmasına olan etkinliğinin araştırılması amaçlanmıştır.

OTS verilmeden önce olgulara uygulanan HIVGTT'de başlangıçta alınan açlık kanlarındaki glukoz seviyeleri ortalamaları 73.12 ± 2.92 % mg. olup, normal sınırlar içindedir. OTS verildikten sonra, son dozun alınımını takiben bir saat sonra yapılan HIVGTT'de, başlangıçta alınan açlık kanlarında glukoz seviyeleri ortalaması 67.25 ± 2.03 % mg. olup, bu iki değer ortalaması arasındaki farklılık istatistiksel olarak kıyaslandığında önemli derecede farklı bulundu. ($t = 2.63$ $P < 0.01$). Bu sonuç bize OTS'in açlık kan glukoz seviyesini önemli ölçüde düşürdüğünü göstermektedir. Bu veriler Miller ve ark.'nın (5) yaptıkları araştırma sonuçlarını destekler niteliktedir. De Vries ve ark.'nın (6, 7) yaptıkları çalışmalarda ise OTS verilen hayvanlarda regenerasyondaki karaciğer mitokondritasında belirgin inhibisyon olduğu gözlenmiştir. Bu konuda yapılan çeşitli çalışmalar OTS'in insüline olan duyarlılığı artırdığını göstermiştir. Araştırmacılar in vivo ve in vitro olarak, OTS'in izole doku preparatlarında ve obes farelerde insülin duyarlılığına etkili olduğunu göstermişlerdir. Obes farelere glukoz yüklendiğinde OTS'in glukoz tolerans testine düzeltici etkisi olduğu gözlenmiştir. İn vitro olarak, OTS'in insülin ve Zn iyonu ile sitoikiometrik bir bileşik oluşturduğu ve ilacın pankreas hücrelerinde biriktiği varsayılmaktadır. Yine OTS'in pankreas insülini ve Zn ile kompleks yaptığı ve böylece insülin salgılanmasını regüle edebileceği kabul edilmektedir (8, 9, 10). Bu konuda yapılan çalışmaların çok yeterli olmayışı, özellikle HIVGTT ile yapılmış bir çalışmanın bizim bilgilerimize göre olmayışı konuyu tartışmaya açık bırakmaktadır.

Çalışmamızda OTS vermeden önce ve verildikten sonraki HIVGTT'lerinin 3. ve 10. dakikalarında alınan kanların glukoz düzeylerinin, OTS öncesi değerlere kıyasla düşüş gösterdiği saptandı. Ancak 253.97 ± 42.87 % mg.'dan, 202.47 ± 8.25 % mg.'a düşen

3. dakika kan glukoz düzeyleri ile; 176.72 ± 12.52 % mg.'dan 160.66 ± 6.82 % mg.'a düşen 10. dakika kan glukoz düzeyleri arasındaki farklılık istatistiksel olarak önemli bulunmadı. Bu durum glukoz metabolizmasına olan etkinin daha geç başladığını ve hücresele seviyede olabileceği görüşünü düşündürmektedir. Zira bu sürede verilen glukoz nedeniyle kan glukoz derişimi yüksektir. Pan-kreotektomize köpeklerde OTS ile yapılan çalışmaların verileri de, bu varsayımımızı destekler niteliktedir (7, 9, 10). OTS verilmeden önce yapılan HIVGTT'nin 30. dakikasında alınan kanların glukoz düzeyleri ile, OTS sonrası testin 30. dakikasında alınan kanların glukoz düzeylerinin ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak çok önemli farklılık saptandı ($P < 0.01$). Bilindiği gibi HIVGTT'de 3., 10. ve 15. dakikalardan alınan kanda verilen glukozun kan derişimini yükseltmesi nedeniyle glukoz seviyesi yüksektir. Ancak 30. dakikadan sonra bu seviye düşmeye başlar ve 45. dakikada kandaki glukoz seviyesi açlık değerine ulaşır (14, 15).

Çalışmamızdaki 30. dakikada bulunan bu farklılık açlık kan düzeylerindeki farklılık ile aynıdır. Buna göre yine OTS'in kan glukoz seviyesi üzerine olan etkinliği vurgulanmaktadır.

HIVGTT uygulanan olgularda OTS'den önce ve sonra hesaplanan t yarılanma sürelerinin 36.45 ± 4.08 'dan 28.12 ± 2.63 'e düştüğü farkın istatistiksel olarak ileri derecede önemli olduğu ($P < 0.001$) saptandı. Yine aynı olgularda birim zamanda kullanılan glukozun yüzde miktarı (k)'nin OTS verilmeden önce 2.11 ± 0.21 , verildikten sonra ise 2.62 ± 0.19 olduğu ve artışın istatistiksel olarak çok önemli olduğu bulundu ($P < 0.001$). Bu veriler bize OTS'in kullanımının, birim zamanda kullanılan glukoz miktarındaki artışını göstermekte ve kaynak verileri desteklenmektedir (5, 7, 9, 10).

İncelenen kaynaklar arasında HIVGTT ile OTS'in glukoz metabolizmasına etkinliğinin araştırılmasını amaçlayan bir çalışmaya rastlanamadı. Bu çalışmanın OTS'nin glukoz metabolizmasına etkili olduğunu ve kan glukoz seviyelerini belirgin bir şekilde azalttığını göstermesi açısından bir değeri olur kanısındayız. Ayrıca elde edilen veriler; OTS'in hipoglisemik olgularda dikkatli kullanılması gerektiğini vurgular niteliktedir. Bu konuda yapılacak çok yönlü araştırmalarla, tartışma konusu olan çoğu varsayımların da açıklanmasının olası olduğu görüşündeyiz.

KAYNAKLAR

- 1 — Edwin M. Ory.: The Tetracyclines. Medical Clinics of North America., Vol. 54, No. 5 (Sept.) 1970.
- 2 — Dowling, H.E., and Lepper M.H.: Hepatic reactions to tetracycline. J.A.M.A., 188 : 307-309, 1964.
- 3 — Fekety, F.R., Jr.: Gastrointestinal complications of antibiotic therapy. J.A.M.A., 203 : 210-212, 1968.
- 4 — Medical letter : The choice and uses of tetracycline drugs, Medical letter. 11 : Issue 275, July 25, 1969.
- 5 — Miller, J.B.: Hypoglycemic effects of oxytetracycline. Br. Med. J. 2 : 1007, 1966.
- 6 — De Vries, H., and Kroon, A.M.: On the effect of chloramphenicol and oxytetracycline on biogenesis of mammalian mitochondria. Biochem. Biophys. Acta 204 : 531-41, 1970.
- 7 — Hiatt, H., and Bonorris, G.: Insulin response in pancreatectomized dogs treated with oxytetracycline. Diabetes 19 : 307-11, 1970.
- 8 — Bégin - Heick, N., Bourrassa, M., and Heick, H.M.C.: The effect of oxytetracycline on insulin resistance in obese mice. Biochem. J. 142 : 465-75, 1974.
- 9 — Bégin - Heick, N., Heick, M.C., and Norman M.C.: Regeneration of islets of Langerhans and normalization of in vivo insulin secretion in ob/ob mice treated with oxytetracycline. Diabetes, 28 : 65-70, 1979.
- 10 — Bégin - Heick, N., and Heick, H.M.C.: The effects of oxytetracycline on response to insulin of diaphragm muscle and on lipid synthesis in vivo in the ob/ob mouse. Diabetologia, 12 : 35-42, 1976.
- 11 — Williams, R.O. and Porte D.: The pancreas in Textbook of Endocrinology. of Williams, R.H., W.B. Saunders Company. Philadelphia, London, Toronto, 1974. fifth edition. pp. 502-622.
- 12 — Matschinsky, F.M., and Ellerman, J.E.: Metabolism of glucose in the islets of Langerhans. J. Biol. Chem., 243 : 2730-2736, 1968.
- 13 — Malaisse, W.J.: Insulin secretion: Multifactorial regulation for a single process of release. Diabetologia, 9 : 167-173, 1973.
- 14 — Gorman, C.K.: Diabetes Mellitus. in Systematic Endocrinology. Ezrin C., Goddon, J.O., Volpe, R., Wilson, R. Harper and Row, Publishers. New-York, Evanston, San Francisco, London, 1973, pp. 312-329.
- 15 — Kruse-Jarres, J.D., Ihlers, C., Grahmann, K. und Klingmüller, V.: Zum Intravenösen Glucosetoleranz test. Deutsche Medizinische ochen-schrift, 36 : 1424-1428, 1971.

**SAĞLIK KURULU RAPORU İLE RESMİ REÇETELERDE KATILIM
PAYI ALINMAYACAK OLAN İLAÇ SINIFLARININ MÜSTAHZAR
İSMİ OLARAK AÇIKLANMASI**

Resmi Gazete'nin 11.1.1987 tarih ve 19338 sayılı nüshasında, 1987 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı ile birlikte Sağlık Kurulu raporu ile resmi reçetelerde katılım payı alınmayacak olan ilaçlar da yayınlanmış, bizler de Bültenimizin 17. sayısında bu listeye yer vermiştik.

Gerek meslektaşlarımıza ve gerekse saymanlıklara kolaylık olması bakımından aynı listeyi bir defa da ilaç sınıflarının müstahzar ismi olarak yayınlanmasını uygun gördük.

Bu liste aşağıdadır :

1 — TÜBERKÜLOZ :

- | | |
|---------------------------------|---|
| — Ethambutol ve kombinasyonları | : Dimbutol, Embutol, Ethambutol, Tuberculol, Tambutul, Ethambutol- |
| — Ethionamid | : INH Tuberculol-INH |
| — INH ve Kombinasyonları | : Etionid, Trecator, Theraplix
INH (300-100)
İsovid-İsovit B ₆ Nikotnal
Nydrasid B ₆
Nydrasid Tibihazin - Rifinah |
| — Morfozinamid | : Piazolina, Morfozid |
| — PAS ve Tuzları | : Amisal, Bepas |
| — Pirazinamid | : Pirazinid |
| — Protionamid | : Promid |
| — Rifampicin ve kombinasyonları | : Riasin, Rifadin, Rifam, Rifcap, Rifinah, Rimactan, Rifamisin, Rifal |
| — Streptomisin sülfat | : Strep-Deva, Streptomisin |

2 — KANSER :

- | | |
|---|-----------------------|
| — 2 Etil Etil bestrol di fosfat | : Honvan |
| — Antineoplastik kemoterapötikler, aynı nitelikte olan hormonlar ve hormon antagonistleri ve bunların uygulanması ile ilgili parenteral sıvılar ve antidotları. | |
| — Actinomycine | : Cosmogen Lyovac 0.5 |

- Asparaginase :
- Bleomycine HCl : Bleocin
- Busulfan : Myleran
- B.C.N.U. :
- C.C.N.U. : CCNU
- Chlorombucil : Leukeran
- Cis-Platin : Platosin-Sisplatin
- Cytosine Arabinoside : Alexan
- Cyclophosphamide : Endoxan, Sitosan
- Dexorubicine HCl (Adriamycine) : Adriblastina
- Etoposide : Vepesid
- 5-Fluoro-Uracyl : Efudix, Fluoro-Urasil
- Hydroxyurea :
- Melphalan : Alkeran
- Merkaptopurine : Puri-Nethol
- Methotrexate : Emthexate, Methotrexate
- Mitomycine : Mutomycine
- Mitotane : Lysodren
- Procarbasine : Natulan
- Mitoxantrone HCl : Novantrone
- Tamoxifen Citrate : Tadex, Tamoplex, Nolvadex
- Triethylenemelamine : Thio-Tepa
- Vinblastin Sulfat : Velbe
- Vincristin Sulfat : Oncovin, Vincristin
- Kortikosteroidler : (Kanser tedavisinde sürekli kullanmak şartı ile)
- Radyo farmasötik müstahzarlar
- Lymphocytic antiserum ve antiglobulin
- Antikansero aktif İmmunizan aşilar

3 — KRONİK BÖBREK HASTALIKLARI :

- Peritoneal dializ solüsyonu
- Asit-Baz, elektrolit kalsium ve fosfat dengesini sağlamaya yönelik ilaçlar
- Glukokortikoidler
- Parantral sıvılar
- Antimikrobik ve kemoterapötikler (Kronik üriner sistem hastalığı olguları için kullanılacağı resmî raporda tevsik edilmek koşulu ile)
- Tek ve kombine diüretikler : Aminocardol, Aminofilin-S Euphyllin, Carena, Mannitol Adelphan, Adelphan Esidrex Supres, Bristap-RP, Naturetin-K

Rautrax-N, Enduronyl Forte
Renese-R, Lasix, Lizik, Aldacton
Triamteril, Triazide

4 — AKIL HASTALIKLARI :

— Amitriptilin HCl	: Laroxyl, Triptilin, Libroksil
— Biperiden	: Akineton, Paraden
— Chlorpromazine	: Fleksin, Largactil, Sparine
— Clomipramin	: Anafranil
— Dehidrobenzperidol	:
— Disulfuram	: Antabus
— Fluphenazine decanoate	: Moditen, Prolixin decanoate ret.
— Haloperidol	: Haldol, Leptol, Norodol
— İmipramine	: Tofranil
— Isoçarboxazide	: Marplan
— Maprotilin	: Ludiomil
— Mianserin	: Tolvon 10-30
— Nialamide	: Niamid
— Penfluridol	: Semap Janssen
— Pimozid	: Nörofren, Orap, Orap Forte
— Thioridazine HCl	: Mellerettes, Melleril 25-100
— Thiothixene	: Navane
— Trifluoperazin	: Telazin
— Triflupéridol	: Triperidol
— Thiopropérazine	: Majeptil
— Lithium Carbonate	: Lithuril, Litinat, Demalit
— Promazin HCl	: Sparine

5 — ORGAN NAKLİ :

6 — KONJEKTİF KALP YETMEZLİĞİ : İmminospresif ilaçlar

Parenteral sıvılar
Antimikrobik kemoterapötikler

— Asetil digoxin	: Lanatilin, Cedigocin
— Digitoxin	: Digimerck, Digitoxin
— Digoxine	: Natigoxine
— Lanatosid-C	: Cedilanid, Ceto-Sanol
— Desasetil Lanatosid-C	:
— Ouabaine	: Oubaine Arnaud, Nativelle Carena Oubaine

7 — ANTIANGİNAL İLAÇLAR :

a) Nitritler	: İsoket, İsordil, Sorbid, İsoadin
— İsosorbide di nitrate	: Deponit, Nitroderm TTS, Nitradisk
— Nitroglicerine	: Trinitrine
Pentaerythritol tetranitrate	: Equanitrate, Danitrin Trancorine, Nitropenton Eritrat Forte
— Dipyridamol	: Dimol, Drisentin, Trombostoz, Tromboliz, Diprimol, Persantin, Vazodil

- b) Kalsium Antagonistleri : Nifedipin,
Verapamil HCl : İsoptin 80, Veramil
- c) Beta blokerler :
— Asebutolol : Prent
— Alprenolol : Aptin, Astra
— Atenolol : Tensinor
— Metoprolol : Beloc
— Nadolol : Betadol
— Oxyproprenolol : Trasicor, Trasicor Retard
— Pindolol : Viscen
— Propanolol : Dideral, Proderal
- d) Periferik ve serebral damar hastalıkları
- e) Antiaritmikler

8 — ANTIKOAGÜLAN İLAÇLAR :

- Varfarin ve etilbiskumase-
lik olayların tedavi ve
tat (sadece tromboembo-
profilaksisi için) : Coumadin
- Dipridamol Aspirin ve Heparin, Heparin novo lente,
tuzları (sadece kalp ve da-
mar ameliyatlarından liquemin Panhebrin.
sonra) Penadur-LA Retarpen
- Heparin :

9 — ROMATİZMAL KALP

- HASTALIĞI PROFİLAKSİSİNDE :** — Depo penisilinler (sadece
bu endikasyonda) :

10 — ROMATOİD ARTRİT : — Glukokortikoidler (Sadece bu endikasyonda)

**11 — DİABETES MELLİTUS VE DİABETES İNSİBİTUS UN
TEDAVİSİNDE KULLANILACAK İLAÇLAR :**

(Sentetik tatlandırıcılar hariç)

- DDAVP :
— Glibenclamide : Benglamid, Dimel, Gliben
— Globurnuride : Glutril
— Gliclazide : Diamicron
— Gliptizide : Minidiab
— İnsulin : İnsulin NPH ve kristal
— Metformin : Glucophage, Gluchophage Ret.
— Minirin :
— Pitressin Tannat :
— Tolbutamid : Rastinon
— Klorpropamid : Diabinese

12 — KRONİK NÖROLOJİK HASTALIKLARDA KULLANILAN İLAÇLAR :

- a) Antiparkinson ilaçlar :
— Adamantamin HCl : Amantadin
— Bromocriptin (sadece bu
endikasyonda ve hipofiz
tümöründe) : Parlodel

- Biperiden : Akineton, Paraden
- L-Dopa ve kombinasyon-
ları : Madopar, Larodopa Dopason
- Trihexyphenidil HCl : Aparkan Chinoin, Artane
- b) Antiepileptikler (Tek ve kom-
bine halde olanlar)
- Diazepam ampul : Diazem Ampul
- Difenil hidantoin : Epdantoin, Epdantoin comp.
Epanutin
- Clonazepam :
- Etosüksimid : Petimid
- Carbamazepin : Tegretol
- Luminal : Granmid
- Primidon :
- Trimethadione : Tridione
- Sodyum Valproate : Depakin

13 — GLAUKOMDA KULLANILACAK İLAÇLAR :

- Aceclidin HCl : Glaucostat
- Acetozolamide : Diamox, Diazomid
- Adrenalin :
- Pilocarpin tuzları : Pilocarsol
- Timolol Maleate : Timoptic, Timosol

14 — BRONŞİYAL ASTMADA KULLANILAN İLAÇLAR :

- Beclomethasone : Becotide inhaler, Beklazon
- Efedrin : Efedrin
- İsoipranalin sülfat :
- Ketotifen : Zaditen
- Orciprenalin sülfat : Alupent
- Salbutamol : Salbro, Salbutol, Ventolin
- Sodyum kromoglikat : Kromolin
- Teofilin ve türevleri : Aminocardolğ Asmafilin Carena,
Euphyllin

15 — KONJENİTAL METABOLİZMA HASTALIKLARI :

- Düşük fenilalaninli masa :

16 — OTOİMMUN HASTALIKLAR :

- Human antihaemophilic
fracittion (FAKTÖR 8»
- Kolşisin
- Neostigmin ve benzerleri
- Colchicum : Colchicum Dispert
- Pyridostigmin bromid : Mestinon
- Deferroixamine : Desferal

17 — TİROİD - PARATİROİD - HİPOFİZ VE SÜRRENALİN KRONİK HASTALIKLARINDA UZUN SÜRELİ KULLANILACAK İLAÇLAR :

18 — ANTİHİPERTANSİF VE DİÜRETİK İLAÇLAR :

(Tek ve kombine halde olanlar)

19 — KRONİK KARACİĞER HASTALIKLARI :

20 — KRONİK BAĞIRSAK HASTALIKLARI :

KAMU ECZACILARI SORUNLARI TARTIŞTILAR

Mesleki sorunları tartışmak üzere zaman zaman Odamızda yapılan toplantılarda kamu kesiminde çalışan eczacılar sorunlarını dile getirmişlerdir.

Kamu kesiminde çalışan meslektaşlarımızın dile getirmiş oldukları sorunlarını içeren bir raporunu aşağıda yayınlıyoruz.

— KAMU ECZACILARININ SORUNLARINI İÇERİR RAPOR —

Ana Sağlık personeli olarak doktor, dişhekim ve eczacı bir bütündür. Fakat gerek tam gün yasası sırasında ve gerekse sonra yapılan düzenlemelerde Eczacı bu gruptan ayrılmıştır. Aralarında gözle görülecek kadar büyük bir fark meydana gelmiştir.

Tam gün yasasından önce dişhekim ve Eczacı aynı statüde tutuluyordu. Bu durum tam gün yasası ile değişti. (1978 yılında) Yasa kaldırıldıktan sonra (1980 yılı) yapılan düzenlemelerde aradaki fark iyice büyüdü. Hatta Eczacı yardımcı sağlık personeli ile eş değerde tutulmaya başlandı.

1987 yılında merkez heyetinin çalışmaları sonucu özel hizmet tazminatı %10 dan %12 ye çıkarılmıştır. Bu durum maaşlarımızda çok cüzi bir artış yapmıştır. % 12 Anasağlık personelinin özel hizmet tazminatlarına göre çok düşük bir rakamdır. Hele bizler gibi dört yıllık yüksek öğrenim kurumlarını bitiren teknik elemanlara göre daha da düşüktür. Özel hizmet tazminatının yanı sıra yan ödeme tazminatında da durum aynıdır. Örneğin temininde güçlük zammı diş hekimleri ve hekimler için 1100, Eczacı için 100 puandır. Acaba aradaki bu 1000 puan fark nereden ileri geliyor? Eczacılık gibi kutsal bir meslek neden geri plana bırakılıyor. Hastanelerde milyonlarca liralık ilacı zimmetinde bulunduran, yaptığı majistral ilaçların maddi ve manevi sorumluluğu taşıyan Eczacının değeri bumdur?

Maaş bordrolarında artık Eczacının yeri belirli bir düzeye çıkarılmalıdır. Umarız yeni yasada aynı hatalar tekrarlanmaz.

Maddi sıkıntı içinde olan Kamu Eczacıları, büyük bir hızla aczane eczacılığına yönelmişlerdir.

Kamu Eczacılığı kadroları bir hayli boşalmıştır. Geriye kalan Kamu Eczacıları yeni yasanın getireceği yenilikleri beklemektedir. Bu yasanın getireceği maddi olanaklar tatmin edici boyutlarda olmasa, hissedilen kamu Eczacısı yokluğu daha da büyüyecektir.

Yeni düzenlenen Sağlık Yasasında Doktor, Eczacı, Diş hekimi bütününden hareket edilmesini; Eczacının bu üçlüden ayrılmamasını istiyoruz.

Kamu Eczacısını maddi ve manevi yönden destekleyen bir yasa hepimiz özlemle bekliyoruz.

Kamu Eczacıları