

Koroner Arter Hastalıklarına Seks Hormonlarının Etkisi

Doç. Dr. Kuddusi CENGİZ
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi
İÇ Hastalıkları Öğretim Üyesi-SAMSUN

Son yıllarda yapılan bazı araştırma ve gözlemlerle seks hormon düzeylerindeki artış ile koroner arter hastalıklarının morbidite ve mortaliteleri arasında pozitif bir ilişki bulunduğunu ileri sürmüşlerdir (1,2).

Çeşitli nedenlerle östrojen tedavisi görmekte olan hasta grubundan elde edilen sonuçlar bu ilişkiyi destekler niteliktedir (3,4,5). Örneğin östrojenle tedavi edilen prostat kanserli olgularda, kardiyovasküler hastalıklardan ölümlerin oldukça sık olduğu bildirilmiştir (5). Miyokart infarktüsü geçirdikten sonraki dönemde östrojen uygulanan hastalarda yeni bir infarktüs oluşma sıklığı, aynı yaş grubundaki östrojen almayan hastalara kıyasla çok yüksektir; yükseklik uygulanan östrojenin dozuyla doğrudan ilişkilidir (6).

Bütün bu çalışmaların sonuçları, koroner arter hastalıkları risk faktörleri arasında hiperöstrejeneminin hangi fizyopatolojik mekanizmayla etkili olduğu henüz tam anlaşılmış değildir.

Kadınlarda ise durum daha karmaşıktır. Bilindiği gibi menapoz öncesi kadınlarda miyokart infarktüsü sıklığı, aynı yaş grubundaki erkeklere oranla çok daha azdır (7). Menapozdan sonra bu sıklık birden artmaktadır. Bilateral oofektomi yapılması nedeniyle erken menapozda giren kadınlarda koroner hastalığına ilişkin semptom ve bulgular daha sık, olarak ve daha erken yaşlarda gelişmektedir (8,9). Bütün bunlar kadınların ateroskleroza karşı östrojen tarafından korunduğu görüşünü doğurmuştur. Buna karşılık içeriklerinde östrojen bulunan oral kontraseptifleri kullanan genç hanımlarda sık görülen komplikasyonlardan biri akut miyokart infarktüsüdür (10,11,12). Bu nedenle kadınlarda mekanizma daha ayrı olarak düşünülmelidir.

Çalışmamız akut miyokart infarktüsü ve anstabil anjina pektorisli erkek hastalarda hastalık ile seks hormonları arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçlamaktadır.

Seks hormonları ile aterosklerotik kalb hastalıkları arasındaki ilişkinin bütün boyutları henüz belirlenmiş değildir. Konu ile ilgili olarak yapılan araştırmalarda, hiperöstrojeneminin önemli bir risk faktörü olabileceğini düşündüren ortak bir sonuç elde edilmiş, ancak bunun mekanizması tam bir açıklığa kavuşturulamamıştır.

Koroner arter hastalıklarından korunmak amacıyla yapılan çalışmalar, özellikle lipitler, glukoz ve insülinle ilgili anormallikler üzerinde yoğunlaşmıştır. Bu çalışmalar sonucu lipitler hakkında çok şey öğrenilmiş, lipitlerin kan düzeyi, düşük yada yüksek dansiteli oluşları ile ilgili hipotezler sunulmuş, ancak aterosklerotik sürecin gelişimindeki rolleri henüz tam olarak belirlenememiştir (1,13,23). Son on yıl içinde glukoz toleransındaki anormallik ve glukoz verilimine karşı vücudun insülin cevabındaki anormallik daha sık olarak araştırılmıştır (42). Birçok koroner arter hastasında lipit, glukoz ve insülin ile ilgili anormal bulgular bir kombinasyon halinde birarada bulununca, bu bulguların aynı mekanizma ile oluştuğu düşünülmüş ve bu defeki "Glukoz-İnsüline-Lipid defect" olarak anılmıştır (14).

Sonradan akut miyokart infarktüsü geçiren genç bir erkek hastada feminizan bazı bulguların gözlenmesi üzerine yapılan seks hormon tayini sonucunda, östrojen düzeyinin yüksek ve bunun yanında yukarıda belirtilen glukoz-lipit-insülin defektinin birlikte bulunuşu aklı, bu defektin başlamasında anahtar rol östrojendemidir sorunu getirmiştir. Sonradan yapılan başka araştırmalarda da bu defekt ile östrojen düzeyi arasında büyük ölçüde korelasyon saptanmıştır (14,15). Bundan başka östrojen içeren oral kontraseptif kullanan kadınlarda aynı glukoz ve insülin cevabının olduğu saptanmıştır (16). Keza östrojenin yıkılamadığı için yüksek bulunduğu karaciğer sirozunda, Klinefelter's sendromunda, diğer hipogonadal sendromlarda (Werner's sendromu, Turner's sendromu, miyotonik distrofi v.s.) artmış insülin cevabı ile anormal glukoz toleransı, östrojen yüksekliğine refakat eden ortak bulgulardır (17,18,19,20).

Glukoz intoleransı + hiperinsülinsemi + hiperlipidemi + hipertansiyon + obezite + yaşlılık = akut miyokart infarktüsü şeklinde özetlenebilecek klasik bir koroner aterosklerotik gelişim, son derece ilginç bir biçimde östrojen kullanan genç hanımlarda, gebelikte ve yukarıda belirtilen hipogonadal sendromlarda aynen vardır (5,14,36, 45). Bütün bu fizyolojik ve patolojik durumlarda kanda östrojen düzeyi yüksek, östrojen/testesteron oranı yüksektir. Yaşlılıkla paralel olarak kan östrojen düzeyinin yükseldiği, testesteron yapımının ise minimal düzeye indiği bilinmektedir.

Özet ve sonuç olarak, gerek genç ve erkek ve kadınlarda, gerekse yaşlılarda östrojen düzeyini ve östrojen/testesteron oranını yükselten endojen veya eksojen sebepler koroner arter hastalığı veya akut miyokart infarktüsü ile sonlanan bir dizi fizyopatolojik mekanizmanın başlatıcısı olmaktadır. Bu varsayım östrojenin aterosklerotik gelişim için major bir risk faktörü olabileceğini kuvvetle düşündürmektedir.

Menapozdan evvel kadınlarda akut miyokart infarktüsü nadir görülen bir durumdur. Menapozla birlikte sıklık birden artar ve erkekler ile aynı düzeye ulaşır. Pre ve postmenapozeal dönemlerdeki bu kesin insidans farklılığı kadınların ateroskleroza karşı östrojen tarafından korunduğu görüşünü doğurmuş ve bu görüş bugüne kadar klasik bir bilgi olarak bugüne kadar klasik bir bilgi olarak kitaplarda yer almıştır (21). Ancak premenapozeal dönemde gerek gebeliği önleyici olarak, gerekse çeşitli menstrüasyon bozukluklarının tedavisi için ekzojen olarak östrojen verildiğinde kardiyovasküler komplikasyonlar oldukça sık görülür (7,8,11,12,16). Bu da östrojenin bir risk faktörü olduğu düşüncesini destekleyen bir diğer bulgudur. Östrojen aterosklerotik gelişimin başlatıcı olarak kabul edildiğinde, kadınların östrojen düzeyinin en yüksek olduğu menopoz öncesi dönemde ateroskleroza karşı hangi mekanizma ile korunduğu sorusu cevaplandırılmalıdır. Bu noktada dikkatler progesteron üzerinde toplanmıştır. Progesteron menopozdan önce kadınlarda aynı yaştaki erkeklere göre çok yüksektir. Menopoz sırasında hızla erkeklerle aynı düzeye iner (22). Bu seyir kadınların yüksek östrojen düzeyine karşı progesteron tarafından korunduğunu düşündürmektedir. İlave olarak progesteronun antiöstrojenik etkileri olduğunu gösteren çalışmalar vardır.

Normalde erkeklerde östradiol üretiminin major kaynağının adale dokusu ve adipaz dokuda testesteronun aromatisasyon yoluyla östradiole dönüşümü olduğu bilinir (5). Daha az bir kısmı ise, testisler tarafından direkt olarak salınan östronun östradiole dönüşümünden oluşur (4).

Normal biyolojik mekanizmalar ile östradiol artışını izah etmek mümkün değildir. Çünkü, koroner arter hastalıklarında östradiol ile östron arasında pozitif bir korelasyon mevcut iken diğer bazı hastalıklarda bu korelasyon mevcut değildir, östron artarken östradiol artmamaktadır (23).

Östradiol artışının kaynağı olarak en kabul edilebilir nitelikte görülen olasılık testesteronun adale ve adipoz dokuda östron ve

östradiole dönüşümünün artması olabilir. Stres halinde östron, adrenal korteksten ACTH'nin etkisi ile sekrete edilebilir, fakat östradiol sekrete edilemez. Buna karşılık testislerden östradiol sekrete edilir, ama östron çok az olarak sekrete edilir. Öyle ise her iki hormon düzeyindeki artışın major kaynağı bunların periferik dokularda testesterondan ve androstenediondan aromatisasyonu olabilir.

Bazı invitro çalışmalar bu görüşü destekler nitelikte bulgular sağlamıştır. Sertoli hücrelerinden zengin kùltürlere noradrenalin ilave edilmesi sonucunda testesteronun östradiole aromatisasyonunun arttığı belirtilmiştir (24). Bu sonuç adrenerjik stimülasyonun testesteronun aromatisasyonunda ve östradiol oluşumunda rol oynayabileceği olasılığını destekler görümdedir. Keza gerek anstabil anjina pektoriste ve gerekse akut miyokart infarktüslü olgularda noradrenalin düzeylerinin arttığı bilinir (25). Aynı invitro çalışmada ortalama adrenerjik bloke edici bir ajan olan propranolol ilave edildiğinde testesteronun östradiole dönüşümün bloke olduğu saptanmıştır (25).

Özet olarak, koroner arter hastalıklarındaki adrenerjik stimülasyon artışının, testesteronun periferik dokularda östradiole aromatisasyonunu sağlayabileceği varsayılmaktadır. Bu görüşü destekler doğrultuda bazı çalışmalarda testesteron düzeyleri, yine koroner arter hastalıklarında kontrol olgularına göre düşük bulunmuştur. İlave olarak östrojen/testesteron oranı koroner arter hastalıklarında kontrol grubundan yüksek saptanmıştır. Bu sonuçların testesteronun artmış aromatisasyonu sonucu olduğu görüşü savunulmuştur. Ne var ki, aynı konuda yapılan diğer bazı araştırmalarda, testesteron düzeyinde düşüş ve anlamlı olmayan farklılık yanında, zıt sonuçlar elde edilmiştir (1,26,27,28).

Artmış adrenerjik stimülasyonun östradiol düzeyinin artışından sorumlu alabileceği tartışılırken, östradiolün adrenerjik stimülasyon üzerine etkileri daha iyi tanımlanmış ve daha net olarak belirlenmiştir. Östradiol adrenerjik aktiviteyi bir takım fizyolojik etkilerle artırmaktadır. Bu etkiler şöyle özetlenebilir;

1 — Adrenerjik nörotransmitterlerin sentezini artırmaktadır (29, 30).

2 — Norotransmitterlerin enzimatik yıkımını inhibe etmektedir (31,32,33).

3 — Adrenerjik nörotransmitterlerin sinaptik aktivitelerini pansiyalize etmektedir (12).

Adrenerjik stimölasyondaki artışın yarattığı kalp atım sayısındaki artış, miyokardın O₂ gereksinimini arttırır, infarktüs sahasının genişlemesine neden olur, ventriküler fibrilasyon eşiğini düşürür ve böylece ani ölümlere neden olur (21).

YARARLANILAN KAYNAKLAR

- 1 — Philips GB, Castelli WP, Abbott RD, Mc Namara AM : Association of hyperestrogenemia and coronary heart disease in men in the framing ham cohort. *Am. J. Med.* 74 : 863-868, 1983.
- 2 — Philips GB : Evidence for hyperestrogenemia as a risk factor for myocardial infarction in men. *Lancet* 2 : 14-18, 1976.
- 3 — Coronary Drug Project : Findings leading to discontinuation of the 2.5 mg/day estrogen group. *JAMA* 226 : 652-657, 1973.
- 4 — Coronary Drug Project : İntial findings leading to modification of its research protocol. *JAMA* 214 : 1303-1313, 1970.
- 5 — Veterans Administration Cooperative Urological Research Group : Treatment and survival of patients with cancer of the prostate. *Surg. Gynecol. Obstet.* 124 : 1011-1017, 1967.
- 6 — Henr JB, Clinical Diagnosis and management by laboratory methods. W.B. Saunders Company, 17.th. Edition Tokyo. P. : 266-269, 1984.
- 7 — James TN, Post HW, Smith FJ : Myocardial infarction in women. *Ann. Intern. Med.* 43 : 153-164, 1955.
- 8 — Bengtsson C : Ishaemic heart disease in women. *Acta Med. Scand. (Suppl.)*, 549 : 1-128, 1973.
- 9 — Coronary heart disease and the menapause. *Br. Med. J.* 1 : 862-863. 1977.
- 10 — Dalen JE, Hickler RB : Oral contraceptives and cardiovascular disease. *Am. Heart. J.* 101 : 626-639, 1981.
- 11 — Mann JI, Inman WHW : Oral contraceptives and death from myocardial infarction. *Br. Med. J.* 2 : 245-248, 1975.
- 12 — Mann JI, Vessey MP, Thorogood M, et al. : Myocardial infarction in young women with special reference to oral contraceptive practice. *Br. Med. J.* 2 : 241-245, 1975.
- 13 — Zampona A, Luria MH, Manubens SJ, Luria MA : Relationship between lipids an acclusive coronary artery disease. *Arch. Intern. Med.* 140 : 1067-1069, 1980.
- 14 — Philips GB : Sex hormones, risk factor and cardiovascular disease. *Am. J. Of Med.* 65 : 7-11, 1978.
- 15 — Philips GB : Sex hormones and atherosclerosis (letter). *Lancet* 2 : 511, 1977.
- 16 — Spellacy WN, Buki WC, Spellacy CE, et al. : Glucose, insulin, and growth hormone studies in long-term use of oral contraceptives. *AM. J. Obstet. Gynecol.* 106 : 173, 1970.
- 17 — Megyesi C, Samols E, Marks V : Glucose toleranca and diabetes in chronic liver disease. *Lancet* 2 : 1051, 1967.

- 18 — Nielsen J, Johansen K, Yde H : Frequency of diabetes mellitus in patient with Klinefelter's syndrome of different chromosome constitutions and the XYY syndrome. Plasma insulin and growth hormone level after a glucose load. *J Clin. Endocrinol. Metab.* 29 : 1062-1973, 1969.
- 19 — Chopra, IJ, Tulchinsky D, Greenway FL : Estrogen-androgen imbalance in hepatic cirrhosis. Studies in 13 male patients. *Ann. Intern. Med.* 79 : 198-203, 1973.
- 20 — Epstain CJ, Martin GM, Schultz AL, et al. : Werner's syndrome. *Medicine (Baltimore)* 45 : 177-221, 1966.
- 21 — Özcan R : Kalb Hastalıkları. Sanal Matbaacılık, İstanbul, 1983, s. 462-488.
- 22 — Abraham GE, Maroulis GB : Effect of exogenous estrogen on serum pregnenolone, cortisol, and androgens in postmenopausal women. *Obst. Gynecol.* 45 : 271-274, 1975.
- 23 — Klaiber EL, Broverman DM, Haffajee CI, Hochman JS, Sacks GM, Dalen JE : Serum estrogen levels in men with acute myocardial infarction. *Am. J. Of Med.* 73 : 872-881, 1982.
- 24 — Verhoeven G, diericky P, De Moor P : Stimulation effect of neurotansmitter on the aromatisation of testosterone by sertoli cell-enriched cultures. *Mol. Cell Endocrinol.* 13 : 241-253, 1979.
- 25 — Mc Donald L, Baber C, et al. : Plasma-Catechdamine after cardiac infarction. *Lancet* 2 : 1021-1023, 1969.
- 26 — Gutai J, La Porte L, Kuller R, et al. : Plasma testosterone, high density lipoprotein cholesterol and other lipoprotein fractions. *Am. J. Cardiol.* 48 : 897-902, 1981.
- 27 — Heller RF, Jacobs HS : Coronary heart disease in relation to age, sex and the menopause. *Br. Med. J.* 472-474, 1978.
- 28 — Poggi UL, Arquelles Ae, Rosner et al. : Plasma testosterone and serum lipids in male survivors of myocardial infarction. *J. Steroid Biochem.* 7 : 229-231, 1976.
- 29 — Greengrass PM, Jonge SR : The accumulation of noradrenaline and 5 hydroxytryptamine in three regions of mouse brain after tetrabenzazine and iproniazid. Effects of oestradiol and progesterone. *Pyscopharmacologia (eBrlin)*, 39 : 187-191, 1974.
- 30 — Kendal DA, Narayana K : Effects of oestradiol-17 Beta on monamine concentrations in the hypothalamus of anestrus ewe. *J. Physiol.* 282 : 44-45, 1978.
- 31 — Ball P, Knuppen R, Haupt M, et al. : Interastionc between estrogens and catecholamines III. Studies on the methylation of catechol estrogens, catechol -o- methyltransferase of human liver. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 34 : 736-746, 1972.
- 32 — Kobayshi T, oKbayashi T, Koto J et al. : Cholinergic and adrenergic mechanisms in the female rat hypothalamus with special reference to feed, back of ovarian steroid dynamics. *New-York. Academic Pres.* 305-307, 1966.
- 33 — Luine UN, Khychevskaya RI, Mc Ewen BS : Effect of gonadal steroids on activities of monoamino oxidase and choline acetilase in rat brain. *Pres.* 86 : 293-296, 1975.

Koroner Arter Hastalıklarında Beta - Blokerler

Doç. Dr. Kuddisi CENGİZ *)

Beta-blokerlerin sistemik hipertansiyon, aritmi, angina pectoris, hipertrofik kardiyomiopati tirotoksikoz ve migren tedavilerinde hem güvenilir hemde etkili ilaçlar oldukları gösterilmiştir. Son zamanlarda bazı beta-blokerlerin akut miyokard enfarktüsünden sonra kardiyovasküler mortalite tehlikesini azaltabildiklerini, miyokard enfarktüsünün akut dönemindeki kalp kası zedelenmesini ve mortaliteyi azalttığıda ileri sürülmüştür (1,2-4).

Miyokard enfarktüsü geçirip kaldırıldığı hastadanede ölen hastaların yaklaşık % 85'indeki ölüm nedeni koroner kalp hastalığı ile ilgilidir; bunların hemen hemen yarısı ise, ani ölümler şeklinde ortaya çıkmaktadır. Görüldüğü kadarıyla ventrikül fibrilasyonu ani ölümlerin önde gelen nedenidir (5-7).

Miyokard enfarktüsündne mortaliteyi azaltmak, hayatı uzatmak, koruyucu tedavinin başlıca amacıdır. Bu amaca ulaşabilmek için, çeşitli tedavi yaklaşımları teker teker değerlendirilmiştir. Yaşam biçimi ile ilgili diyet değişikliği, kilo verme, sigaranın bırakılması ve fizik ekzersiz gibi önlemlerin alınmasıyla koroner arterlerde rekonstrüktif ameliyatlar uygulanması; bu yaklaşımların arasında yer alır. Antikoagulanlar, trombosit agregasyonunu engelleyen ilaçlar serumdaki lipit düzeyini düşüren ilaçlar, kalsiyum kanal blokerleri ve antiaritmik ilaçlar bu amaca hizmet için kullanılmıştır. Miyokard enfarktüsünün akut döneminde kardiyovasküler mortaliteyi azaltmak bakımından beta-blokerlerin kullanılmasının çok yararlı olabileceği gösterilmiştir (5-12).

Enfarktüs sonrası dönemde kardiyovasküler mortalite artışına yol açtığı sanılan başlıca mekanizmalar devam eden miyokard iskemisi; kalb aritmileri ve sol ventrikül fonksiyon bozukluğudur. Dola-

(*) Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Bölümü Öğretim Üyesi SAMSUN.

şimdaki katekolamin düzeyinin yükselmesi veya sempatik aktivitenin artması miyokarddaki iskemiye şiddetlendiren ve ventrikül aritmilerinin daha sık görülmesine neden olan faktörlerdir. 1963 yılında beta-blokerlerin miyokard enfarktüsü geçiren hastaların sempatik sinir sistemindeki aktivite artışının istenmeyen sonuçlarını azaltmak yoluyla hastalığın doğal seyirini olumlu yönde etkilediği farkedilmiştir. Bununla birlikte beta-blokerler aynı zamanda sol ventrikül fonksiyonunun olumsuz yönde etkileyebildiklerinden bu ilaçlar; konjestif kalp yetmezliğine yol açma korkusuyla miyokard enfarktüsü geçirmiş olan hastalarda ilkönceleri ya hiç kullanılmamış, ya da pek düşük dozlarda kullanılmıştır. Bilindiği gibi sol ventrikül fonksiyonunun bozulması miyokard enfarktüsünden sonra meydana gelen ölümlerin ikinci önemli nedenidir. Beta-bloker tedavisinin etkinliği ve güvenilir olduğu, ancak son zamanlarda ve çok sayıda, uzun süreli klinik araştırmalardan sonra ortaya konmuş bulunmaktadır.

Norveç'te yapılan 1844 hastayı kapsayan çalışmada beta-bloker tedavinin toplam mortaliteyi % 36, ölümlerle sonuçlanmayan tekrardan enfarktüs oranını ise % 34 dolayında azalttığı ortaya konmuştur. Yine 3837 hasta üzerinde gerçekleştirilen çalışmada beta-bloker tedavi, toplam mortaliteyi % 26, kardiyovasküler mortaliteyi % 26, ani kardiyak ölümü % 28 ve ölümlerle sonuçlanmayan tekrardan enfarktüs oranını ise % 16 dolayında azalttığı belirlenmiştir. Bilgiler bir araya toplandığında tedavinin mortalitede % 28 ani kardiyak ölümden % 20 azalma sağladığı ortaya çıkmaktadır (13,14).

Beta-Blokerlerin Aritmilerde Etkileri (15-19)

Beta-bloker ilaçlar son 10 yıldır kardiyak aritmilerin tedavisinde de kullanılmaktadır. Antiaritmik etkilerini, beta reseptör bloke edici ve membran stabilize edici özelliklerinin yanı sıra lipolizi engelliyerek ve serbest yağ asitlerinde stresse bağlı artışı azaltarak gerçekleştirebilirler. Serbest yağ asitlerinin stress nedeniyle artması, iskemik kalb kasında ventriküler aritmilerin başlamasına yol açabilen bir faktördür.

Yapılan deneysel araştırmalarda beta-blokerlerin, iskemik kalb kasındaki ventriküler fibrilasyon eşiğini yükselttikleri gösterilmiştir. Plasebo kontrollü olarak yapılan klinik araştırmalarda beta-blokerlerin, miyokard enfarktüsünün akut dönemi sırasındaki ventriküler fibrilasyon krizi sayısını azalttıkları ortaya konmuştur. Plasebo alan hastalardan kompleks ventriküler aritmi görülenlerdeki mortalitenin ventriküler aritmisi olmayanlara oranla iki kat fazla olduğu vurgulanmaktadır. Beta-bloker tedavi, miyokard enfarktüsünün ilk evresinde artmış olan katekolaminleri azaltarak aritmilerin ortaya çıkmasını önler.

Anti İskemik Etkileri (3,20)

Uzun zaman devam eden araştırmalarda ani olmayan kasdiyovasküler ölüm ve öldürücü olmayan tekrardan enfarktüs insidansları beta-bloker kullanılması ile azaldığından; bu ilaçların enfarktüs sonrasındaki yararlı etkilerine, antiiskemik oluşlarında katkıda bulunmuş olabilir.

Kapdeki beta-adrenerjik reseptörlerin endojen katekolaminlerle uyarılması, kalp kasının oksijen tüketimini artırır ve böylelikle iskemi olayının şiddet kazanmasına yol açabilir. Beta-adrenerjik reseptörleri bloke eden ilaçlar katekolaminlerin etkisini azaltırlar ve; istirahat ve eksersiz sırasında miyokard kontraktilesini, kalp atım sayısını ve sistemik kan basıncını düşürerek miyokardın oksijen ihtiyacında da azalma meydana getirirler. Yine bu ilaçlar, kalp atım sayısını azaltarak ve diastolik perfüzyon zamanını uzatarak koroner kan akımını artırabilir ya da aynı düzeyde devam ettirebilirler. Miyokard enfarktüsünden sonra beta-bloker tedavisinin uygulanmasıyla elde olunan fayda da, bu antiiskemik mekanizmalardan bir veya bir çoğu yer almış olabilir.

Sinüs Düşümü ve Atriyoventriküler iletim Sistemine Etkileri :

İnsanlarda ve hayvanlarda, sinüs düşümünün ve ektofik pacemaker'lerin deşarj hızını yavaşlatırlar. Atriyoventriküler düşümün fonksiyonel refrakter periyodunu uzatırlar. Beta-blokerler, aynı zamanda anormal yollardaki ileriye ve geriye iletimleri yavaşlatırlar, atriyoventriküler bloğu artırırlar.

Beta-blokerlerin Yan Etkileri (13,21,22)

Enfarktüsden sonra hastayı beta-blokerle tedavi edip etmemek konusunda karar verirken, tedavinin beraberindeki tehlikelerle sağlanabilecek fayda bir arada değerlendirilmelidir. Beta-bloker tedavisi konusunda mutlak veya nisbi kondrendikasyonları olmayan hastalarda tedavinin durdurulmasına yol açacak kadar ağır ters ters reaksiyonlar son derece seyrek. Tıbbi nedenlerle tedavinin terkedilmesi gereken hasta oranı % 5.7 - 20.7 arasında değişmektedir.

Beta-bloker grubundaki ağır reaksiyonların büyük bölümü kardiyovasküler sorunlar şeklindedir. Semptomatik konjestif kalp yetmezliği, hipotansiyon, bradikardi ve atriyoventriküler blok bu bakımdan oldukça sıktır. Beta blokajı ile hava yollarında direnç artar bu bakımdan sempatik sinir sisteminden yeterli uyarıların gelmesine bağlı olan hastalarda beta-bloker kullanırken, son derece dikkatli olmak gerekir.

İnsulin ile oluşmuş hipopliseminin düzelmesini beto-blokerler geciktirirler. Erişkin diyabetiklerde, beta reseptor blokajı, rezidül insülin sekresyonunu azaltmak suretiyle nonketotik hiperozmolar komayı kolaylaştırırlar.

Yapılan çalışmalarda beta-bloker tedavisi sırasında çok sayıda ve tedavinin durdurulmasını gerektirmeyen yan etkilerin de ortaya çıktığını göstermektedir. Ekstremitelerde soğuma, bulantı, kabızlık, astım, yorgunluk mental depresyon, iktidarsızlık ve gözlerde kuruma bunların başlıcalarıdır.

Miyokard enfarktüsü vakalarında beta-blokerlerin kullanılmasıyla kardiyovasküler mortalitenin ve tekrardan enfarktüslerin azaltılması, koroner arter hastalığında önemli bir aşamadır.

KAYNAKLAR

- 1 — Frishman WH. B-Adrenoceptor antagonistis : new drugs and new indications. *N Engl J Med* 1981 : 305 : 500-6.
- 2 — Frishman WH. Clinical pharmacology of the new beta-adrenergic blocking drugs. Part 12. Beta-adrenoceptor blockade in myocardial infarction : the continuing controversy. *Am Heart J.* 1980 : 99 : 528-36.
- 3 — Braunwald E. Muller JE. Kloner RA. Maroko PR. Role of beta-adrenergic blockade in the therapy of patients with myocardial infarction. *Am J Med* 1983 : 74 : 113-23.
- 4 — Turi ZG. Braunwald E. The use of B-blockers after myocardial infarction. *JAMA* 1983 : 249 : 2512-6.
- 5 — May GS. Eberteın KA. Furberg CD. Passamani ER, De-Mets DL. Secondary prevention after myocardial infarction : a review of long-term trials. *Prog Cardiovasc Dis* 1982 : 24 : 331-52.
- 6 — Davis HT, DeCamilla J. Bayer LW, Moss AJ. Survivorship patterns in the posthospital phase of myocardial infarction. *Circulation* 1979 : 60 : 1252-8.
- 7 — Multicenter Postinfarction Research Group. Risk stratification after myocardial infarction. *Ne Engl J Med* 1983 : 309 : 331-6.
- 8 — Theroux P, Waters DD, Halphen C, Debaisieux J-C. Mizgala HF. Prognostic value of exercise testing soon after myocardial infarction. *N Engl J Med* 1979; 301 : 341-5.
- 9 — Fein SA, Klein NA, Frishman WH. Exercise testing soon after uncomplicated myocardial infarction : prognostic value and safety. *JAMA* 1981 : 245 : 1863-8.
- 10 — Frishman WH, Ribner HS. Anticoagulation in myocardial infarction : a modern approach to an old problem. *Am J Cardiol* 1979 : 43 : 1207-13.
- 11 — Persantine-Aspirin Reinfarction Study Research Group. Rersantine and aspirin in coronary heart disease. *Circulation* 1980; 62 : 449-61.

- 12 — Myocardial Infarction Study Group. Secondary prevention of ischaemic heart disease : a long-term controlled lidoflazine study. *Acta Cardiol (Suppl) (Brux)* 1979; 24 : 1-116.
- 13 — B-Blocker Heart Attack Trial Research Group. A randomized trial of propranolol in patients with acute myocardial infarction. I Mortality results. *JAMA* 1982; 247 : 1707-14.
- 14 — Goldstein S. Propranolol therapy in patients with acute myocardial infarction the Beta-Blocker Heart Attack Trial. *Circulation* 1983; 67 (6 Part 2) : 1-53.7.
- 15 — Anderson JL. Rodier HE. Green LS. Comparative effects of beta-adrenergic blocking drugs on experimental ventricular fibrillation threshold. *Am J Cardiol* 1983 : 51 : 1196-1202.
- 16 — Opie LH Myocardial infarct size. Part 1. Basic considerations. *Am Heart J* 1980 : 100 : 355-72.
- 17 — Hjalmarson Å. Myocardial metabolic changes related to ventricular fibrillation. *Cardiology* 1980 : 65 : 226-47.
- 18 — Ryden L. Ariniego R. Arman K. et al. A double-blind trial of metoprolol in acute myocardial infarction : effects on ventricular tachyarrhythmias. *N Engl J Med* 1983 : 308 : 614-8.
- 19 — Copone R. Friedman L. Byington R. The effect of propranolol on mortality in patients following acute myocardial infarction with complex ventricular arrhythmias *Circulation* 1983 : 68 : Suppl 111 : 111-294. abstract.
- 20 — Frishman WH. Multifactorial actions of B-adrenergic blocking drugs in ischemic heart disease : current concepts. *Circulation* 1983 : 67 (6 : Part) : 1-11-8.
- 21 — Norwegian Multicenter Study Group. A randomized trial of propranolol in patients surviving acute myocardial infarction. *N Engl J Med* 1981 : 304 : 801-7.
- 22 — Friedman LM. How do the various beta-blockers compare in type. Frequency and severity of their adverse affects? *Circulation* 1983 : 67 (6 Part 2) : 1-89-90.

Geciktirilmiş Bir Cevap

Çok arzu edilmesine rağmen «İlaç Üretiminde Kalite Kontrolü ve Sonuçları» konulu Açık Oturumda İlaç ve Kimya Endüstrisi İşverenleri Sendikasının Yönetim Kurulu seviyesinde temsil edilemeyişi tarafımızdan üzüntüyle karşılanmış, daha sonra bu bültenimizde «Açık Oturumun Ardından...» başlığı altında yayınlamak üzere Sendika'dan görüş talep edilmiştir. Bu cevabın bir hayli gecikmesi, gelen yazının Bültenimizin ancak sonunda yayınlanmasına neden olmuştur. O bakımdan kendilerinden özür diliyor ve gelen bu yazıyı aşağıda aynen yayınlıyoruz :

İLAÇ ÜRETİMİNDE KALİTE KONTROLÜ VE SONUÇLARI

İlaç, üretimi planlandığı andan başlamak üzere, hazırlanması esnasında üretimin her kademesinde ve ön görülen raf ömrü içinde tüketilinceye kadar, istenen bulguları devam ettirmesi, güvenilir özelliğini koruması, dayanıklı kalması, kendisinden beklenen etkiyi göstermesi gereken, sağlıklı kişiler için değil hastalar için üretilen bir üründür. Hasta sağlığına tekrar kavuşma umudundadır. İlacın kalitesi yönünden hiç bir kimsenin en küçük bir şüphesi olmaması ana prensiptir.

Her ilaç üreticisi piyasaya sunduğu her seri ilacın kalite güvencesini yasal ve vicdani yönden sağlamak zorundadır ve bu bilinçle ve mesuliyet duygusuyla çalışmalarını sürdürmelidir. Ancak bu şekilde üretimin her safhasında kontrollü bir çalışma ile üretilen ilaç piyasaya verilmelidir.

İlaç üretiminde otokontrol esastır. Bunun prensipleri GMP kurallarında mevcut olup, bu standartlar yıllardır Uluslararası kuruluşlar ve sağlık otoriteleri ile sıkı işbirliği yapan ilaç endüstrisince geliştirilmiştir.

İlaç üretiminde otokontrol esas olduğuna göre, Devlet üretilen her serinin kontrolünü yapmak durumunda olmamalıdır. Sondaj olarak alınacak numuneler ile bu denetim daha rahat yapılabilir. Devletin esas kontrolü, kanımızca: Üretim yerlerinin denetimi şeklinde olup, GMP kaidelerinin tatbiki üzerinde ağırlıklı olmalıdır. Kalitesiz ve bozuk

ilaç olarak basına yersiz ve zamansız intikal eden haberlerin faydası olmadığı gibi, zararları büyük olabilir, belki ölüme bile yol açabilir. Halk ilaçlarla ilgili olumsuz haberler ile çok fazla etkilendiğinden, sürekli ürkütülmektedir.

Bakanlığımızın tatbikata koyduğu yeni Geri Çekme Planları ile bu problemde uygarcı bir çözüm getirilmiştir kanısındayız.

Her ülkede olduğu gibi, ülkemizde de piyasada ilaçlarda bazı sapmalar bulunabilir. Burada üzerinde durulması gereken husus, eksik hammadde bulunan ilaç ile diğer telifisi mümkün hatalara aynı gözle bakılmamasıdır. İlaç eksik hammadde ihtiva ettiği bilinerek mi piyasaya verilmiştir, yoksa zamanla bir kayıp mı bahiskonusudur? Her iki durumda da sorumlu üreticisidir. Stabilité deneyleri sürekli yapılmalı ve son kullanma tarihi üzerinde çalışılmalıdır.

Bilindiği gibi GMP kurallarının tatbiki ülkemizde yenidir, kısa bir müddetde küçümsenmemesi gereken mesafe kaydedilmiştir. Batı bu kuralların tatbikine 1972'de başlamıştır. Onbeş sene içinde bu seviyeye gelmişlerdir.

Otokontrolü yapacak, güvenilir ilaç üretecek tüm elemanların devamlı eğitilmesi, sağlık kontrollerinin yapılması, personelin denetimi, kişilerin ve iş alanının hijyen şartlarının sağlanması ve iyi çalışma koşullarının devamlılığı Kalitenin devamlılığıdır.

Bugüne kadar yürütölen çalışmalar olumludur.

İlaç ve Kimya Endüstrisi İşverenleri Sendikası olarak Kalite güvenilirliğini temin yönünden çalışmalara ara verilmemesini, bu çalışmalarda Bakanlık, Üniversite, Endüstri ve Mesleki Kuruluşlar arasındaki diyalogun en iyi şekilde sürdürölmesinin faydasına inanıyor, üzerimize düşecek görevi de kabulleniyor, İlaç Sanayinin iyi yolda olduğunu, gelişmekte olduğunu söylemekten kıvanç duyuyoruz.

Ecz. Erdoğan SOYSAL
İlaç ve Kimya Endüstrisi İşverenler Sendikası
Yönetim Kurulu Üyesi

047 İmsak: 3.29 Güneş: 5.28 Öğle: 13.12 İkinci: 17.12 Akşam: 20.47 Yatsı: 22.37

Korsan eczaneler sağlığımızı tehdit ediyor

Eczacı Odası Başkanı Sabri Kalyoncu, "Eczane açmak için sermayeye ihtiyaç var. Finans kaynağı ise yok. Devlet de bir alternatif getirmediği için, eczane açacak parayı bulamayan genç eczacılar, diplomalarını satmak zorunda kalıyorlar" diyor.

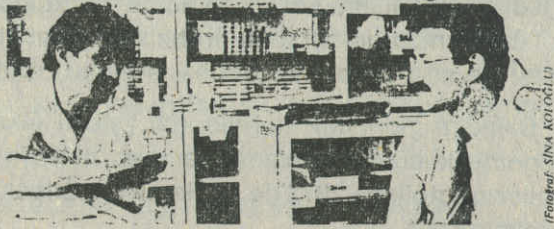
CEM HAMUOĞLU

Ticari kaygılarla açılan ve "Korsan" olarak nitelenen "Muvazalı Eczaneler" gerek halk sağlığını, gerekse eczacıların saygınlığını tehdit ediyor.

Eczaneler, Türkiye'de, sağlık konusunda ilk başvurulan kurum olma niteliğini hâik koruyor. Ancak, konduğumuz eczacılar arasındaki kimi "Eczacıların, bir ülkenin sosyal ve ekonomik durumuna göre ek sorumluluklar yüklenmeleri" yolunda. Sağlık hizmetleri saygın olarak halka götürülmeye başlandı, acil durumlarda ilk müdahaleyi yapmak zorunda kalıyorlar. Doğum kontrolü, ilaç kullanımları dek eğitim gerektiren bazı hizmetleri de üstlenen eczacıların edindikleri saygınlık, İstanbul Eczacı Odası Başkanı Sabri Kalyoncu'ya göre, "Korsan Eczaneler" tarafından tehdit ediliyor.

1. Bölge İstanbul Eczacı Odası'nın yaptığı araştırma, İstanbul'da en az 200 tane "Muvazalı Eczane"nin varlığını saptımsı. "Yasadaki boşluklar nedeniyle bu tür eczanelerin ortaya çıkmadıkları" belirtilen Oda Başkanı Ecz. Sabri Kalyoncu ile 25 hafta günü doluştığımız "Korsan" eczanelerinde birbirine benzer görüntülerle karşılaşıp.

"Eczacılık fakültesi öğrencileri ile de eczane açması gerekmez. Brang eğitimle klinik ya da sanayi eczacısı olarak yetetirilebilirler. Ama bnan eğitim Türkiye'de verilmediği için mezun olanların eczane açmaktan başka seçenekleri kalmıyor" sözleriyle Türkiye'deki eczacılık eğitiminin uzmanlaşmaya yönelik olmadığının yakından Oda Başkanı Ecz. Sabri Kalyoncu, muvazalı eczanelerin ekonomik nedenlerle ortaya çıktığını ya sözlerle anlattı:



Bölge temsilcilerine göre en azından 10 muvazalı eczanelerin bulunduğu Gaziosmanpaşa'da kalifa Kemal Akaylıdır (solda), İstanbul Eczacı Odası Başkanı Sabri Kalyoncu'nun (sağda) sorularını yanıtlarken.

"Eczane açmak için sermayeye ihtiyaç var. Finans kaynağı ise yok. Devlet de bir alternatif getirmediği için, eczane açacak parayı bulamayan genç eczacılar, diplomalarını satmak zorunda kalıyorlar."

Gaziosmanpaşa Bölge Temsilcisi Ecz. Fikri Gündoğdu, Gaziosmanpaşa'da 10 kadar muvazalı eczane olduğunu söylerken, bu tür eczaneleri "mesai saatlerine sınırlamak"ı suçlayarak şöyle konuştu.

"Daha fazla iş yapabilmek için sorumsuzca davranıyorlar ve saygınlığımızı gölge düşürüyorlar. Halk da onların tavırlarını benimliyor. Bu gibi eczacılar eczacılık mesleğini elimizden alacaklar. Çabı eczane de takasan bir kalifa gidip ilki adını eczane açıyor."

Gaziosmanpaşa Bölge Temsilcisinin adlarını verdiği eczanelere gittiğimizde, kapıda adı yazılı olan eczacılarla karşılaştık. Konduğumuz eczacı kalfaların gerekçeleri ise birbirine benzeyordu: "Babasının cenazesi için izmir'e giden" ya da "çocuğu hastalanan" eczacıların yerine sorularımızı yanıtlayan eczacı kalfaları, "yapılı reçete konusunda çok hassas olduklarını", "pansuman ve iğne işi hiç yapmadıklarını" özellikle belirttiler.

20 yıllık bir eczacı tarafından, "Bu adamlar eczacılığın kanseri ya da AIDS'i gibiler" şeklinde tanımlanan muvazalı eczanelerin zararlarını, "Türkiye'de eczacılar tedavive zorlanır. Yeni doğmuş bebekler için bile doktora danışmadan ilaç isteyenlere rastlanır. Bir eczacı bu konuda çok dikkatlidir. Çünkü mesleki sorumluluğu vardır. Ama eczacı kalfalarından bu tür sorumluluklar beklenemez. Ticari amaçla açtıkları eczanelerde yeşil reçete gerektiren başgönlük yapan ilaçları bile veriyorlar. Sözleriyle anılan Oda Başkanı Ecz. Sabri Kalyoncu, "Muvazalı Eczaneler için önlemleriyor?" sorusuna ise şöyle yanıtladı:

"Eczanelerle ilgili kanun, bu tür eczaneleri önleme görevini bize veriyor. Ama çalışma yöntemi ayrıntılı olarak konuşması. Bölge temsilcilerimizin verdiği raporları yönetim kurulumda değerlendirerek Bakanlığa yolluyoruz. Ayrıca bize eczane açmak için başvuruların bakılmasında yaptığımız incelemeler sonucunda, Bakanlığa gönderdiğimiz belgelerin altına "Yasalara uygun değildir" notunu duyuyoruz. Ancak odamızın verdiği raporlar yasal olarak belge niteliği taşımadığı için Bakanlık ruhsatı veremek zorunda kalıyor. Yeni yasa teklifinde raporlarımızın belge niteliği taşımasını istedik."

Fotoğraf: SINA KOÇGÜLLÜ

26 HAZİRAN 1987

Sorunu çözümlenecek uygulama için hazırlığa başlandı PAHALLIĞA KARŞI TANEYLE İLAÇ

Pahalılık

12 Haziran 1987, sayı 364
İçişleri Bakanlığı, ilaç fiyatlarının bir ölçüde düşürülmesini amaçlayan bir karar almıştı. Kararı, fiyat artışının nedeni

Fransızlarla ilgili yolların bütün uygulamaları olan ilaçta ilgili kurumların kararlaştırıldığı bildirildi. Prof. Dr. Mehdi Taniker, İlaç hakkında şöyle konuştu:

"İlaçın pahalılığı ancak hastaların güçleri ile ilgili olarak" dedi. Sağlık Bakanlığı'nın 29 Haziran'da aldığı kararın gerekçesinde, ilaçların fiyatlarının düşürülmesi için yolların bir ölçüde düşürülmesini amaçlayan bir kararın alındığı bildirildi.

Taniker'in verdiği bilgiye göre, eczacılık ile ilgili kurumlardan oluşan bir komisyonun raporuna göre ilaç fiyatlarının düşürülmesi için yolların bir ölçüde düşürülmesini amaçlayan bir kararın alındığı bildirildi.

İlaç ve Kimya İşleri Bakanlığı Genel Müdür Yardımcısı Feriit Çelebi'nin başkanlığında kurulan komisyonun raporuna göre ilaç fiyatlarının düşürülmesi için yolların bir ölçüde düşürülmesini amaçlayan bir kararın alındığı bildirildi.

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Müfettişi Turgut Bayrakçalan, ilaç fiyatlarının düşürülmesi için "yeni bir uygulama"

● Türk Eczacılar Birliği Başkanı Prof. M. Taniker, eczanelerin bazı antibiyotikler, ağır kesiciler ürettirip, reçeteleri yazıya dödetir üzerinden satışını engellemek için çalışıyor.

* Hatice ÖZER - ANKARA

Türk Eczacılar Birliği Başkanı Prof. Dr. Mehdi Taniker, ilaç fiyatlarının düşürülmesi konusunda yeni bir uygulama için hazırlama işi için çalışmalarını sürdürüyor.

Prof. Dr. Taniker, İstanbul'da düzenlenen toplantıda, ilaç fiyatlarının düşürülmesi için yolların bir ölçüde düşürülmesini amaçlayan bir kararın alındığı bildirildi.

Taniker, "Eczanelerimizin bu kararın uygulanması için çalışmalarını sürdürüyor" dedi.

12 Haziran 1987

Hayati birçok ilaç piyasadan kayboldu

İlaçta ZAM stokta

- Tansiyon, kalp, kanser ve göz hastalarının aradığı çok sayıda ilacın piyasada bulunmamasını, firmaların zam beklentisi nedeniyle stok yapmalarına bağlı olarak Türkiye Eczacılar Birliği Başkanı Profesör Mekin Tanker, stok kontrolü istedi
- İstanbul Eczacılar Odası Genel Sekreteri Atilla Aydıner de eczacıların güç durumda kaldıklarını öne sürdü
- İlaç firmaları yetkilileri ise, kar oranı sıfır iken ilaçları üretmelerinin mümkün olmadığını savundu. İlaç İspenleri Sendikası Genel Sekreteri Yardımcısı Feriudun Günay ise, namnadenin yüzde 80'inin ithal edildiğini hatırlatarak sıkıntının ve zararın bu nedenlerden doğduğunu söyledi

HABER14. SAYFADA

• Çok sayıda hastanın hayatı tehlikeye

İlaçta acı sıkıntı

• Bakanlıktan zam talebinde bulunan üretici firmaların ilaçları stokta tutmaları nedeniyle tansiyon, kalp kanser, kalp gibi önemli hastalıkların tedavisi için gerekli olan ilaçlar piyasada bulunmuyor

• Serpil SABAZ

BASTA tansiyon, kanser, kalp, göz hastalıkları olmak üzere, büyük hastalığın tedavisi için gerekli olan ilaçların piyasada bulunmaması, bu ilaçları kullanmak zorunda olan hastaların sağlıklarını tehlikeye düşürüyor.

Son zamanlarda ilk kez görülen ilaç sıkıntısının, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na zam talebiyle başvurulan ilaç firmalarının elindeki ilaçların stoklarının azaldığını kaygılandıran soru oldu. Eczacılar Birliği Başkanı Prof. Mekin Tanker,

ilaç firmalarının elinde bulunan stokların bakanlığa teslim edilmesini, ilaç stoklarının diğer tedavilerin kapsamı bir şekilde araştırılmaması istedi. Taneer, pahalıya mal olduğu gerekçesiyle bazı ilaçların ithalinden vazgeçiliminin de stokların nedenlerinden biri olduğunu söyledi.

İstanbul Eczacılar Odası Genel Sekreteri Atilla Aydıner de, ilaç zam popülasyonu yönünde çıkan hareketlere sonra, firmaların ilaçları piyasaya sürmeyerik, elinde tuttuklarını belirttik, çoğumuzdeki günlerde yeni bir zam beklentisini açıkladı: "Belirli bir sarmaya ve sarp ceza, eğer elinde stok yoksa zamli ilacı alamayacaktır" diyor Aydıner, üretim programlarından doyan aksamlarına la sıkıntı yaratılmı sözlerine öndü.

Eczacılar aradığı ilacı bulamayan hastaların hayatı kırılganına uğradıklarını söyleyen doktorlar ise, "Bizim yazdığımız reçeteler, psiko- lojikle etkisi olan morin glükolide- Receptylı cehine koyan hasta her- dinal yüzde 50 iyileşmiş bilseder. Aradığı ilacı bulamayan hastalar ise hayat kırılganına uğrar. Reçetede yazılan ilacı yerine alınan diğer ilaçlar da beklenen etkiyi vermiyor" dediler.

FİRMALARDAN SAVUNMA

Kendilerini yönetilen suçlamaları nedeniyle ilaç firmaları ise bazı ilaçlarda kar oranının sıfır kadar indirildiğini söyleyerek, "Ticari kriterler olarak, kar oranı sıfır diğer ilaçların üretiminde de görülür. Bunun stokta bulma ne ilgili var?" diye konuştular.

İlaç İspenleri Sendikası Genel Sekreteri Yardımcısı Feriudun Günay, ilaç firmaları ile ilgili iddiaları ko- çusunda, puntları söyledi:

"Her ilaç fiyatının yüksek- lüğünden yakınıyor. İlaç bismad- dete ile yüzde 80'ine ithal edildiği- besibe katılmıyor. İlaç sıkıntısının ve zararının en önemli nedeni bu- dur. Piyasada aynı etkiyi gösteren ilaçlar varken, özellikle bazı ilaç- lar üzerinde durularak, piyasada ilaç sıkıntısı varmış gibi gösteriliyor. Herkes tanıdığı, duyduğu ilaç kullan- mak istiyor. Ayrıca, ekisi gibi be- kanlıktan fiyat almak için 8 ay bekle- menek gerekiyor, fiyatın ilgili be- vurunda 10 gün içinde sonuçlanıyor. Bakanlığın ilaç fiyatlarını sıkılaştır- ma gerektirdiği için ilaç firmalarının stok yaptıkları haklarına ödülüdür."

Piyasada bulunmayan bazı önemli ilaçlar şunlar:

Adalat (kalp ilacı), Metbergin (tanrıma dardarucu), Miltomycin (kanser ilacı), Dekvamisla (göz damlası), Eptastoin-Compoze (sarı ilacı), Camesten (maser ilacı), Optika (göz damlası), Cloacin (antibi- yotik), Geramisin ve Prolegend (göz damlası), Homogon (kolesterol ilacı- lital), İmuran (organ naklinde kul- lanılıyor), Metotrekasit (kanser ilacı- lital), Buscopan (tıpınan giderici), Argemil (göz ve sıkık sıkık) U- larında kullanılan bazı önemli ilaçlar şunlardır: Hiperol (tansiyon), Hiperol (tansiyon), Hiperol (tansiyon).

İlaça yasak

ANKARA AA

SAĞLIK ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından yapılan kontrollerde hatalı üretilen 9 ilaç, piyasadan çekildi.

İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü, valiliklere bir genelge göndererek, ilgili firmaların en geç 3 gün içinde ilaçlarını satıştan ve tüketimden kaldırmaları gerektiğini ve firmaların bu işlemlerinin kontrol edilmesini istedi.

Genelgede, Trametril kapsül (idrara söktürücü), Gentagut göz-kulak damlası, Vitabiol şurup, Deksamisin göz-kulak damlası, Ulka-samet tablet, Atropin sülfat, Carena İntertraveineux ampul (kalp ilacı), Gludop ampul (kalp), Magnesia Calcinee Lafar (mide ilacı) adlı ilaçların piyasada kontrol edilmesini, mevcuttaki varsa mühür altına alınması, eczane veya depo adı ile ilaç adedinin belirlenerek bakanlığa bildirilmesi gerektiği kaydedildi.

Yetkililer, AA muhabirine verdikleri bilgiye, bu ilaçların hayatı tehlikeye taşımadıklarını ancak, tedavideki etkilerinde şüphe görülebileceği gerekçesiyle 2. sınıf geri çekme kararı belirttiler.