

Endoskopik Laparoskopik ve Minimal Invaziv Cerrahi Dergisi, Ulusal Endoskopik-Laparoskopik Cerrahi Derneği (ELCD)'nin yayın organı olup, laparoskopi, torakoskopi, endoluminal endoskopi, artroskopi ve girişimsel radyoloji gibi minimal invaziv girişimlerle ilgili deneysel ve klinik araştırmaları, olgu sunumlarını, teknolojik gelişmeleri, derlemeleri, okuyucu mektuplarını, çevirileri ve haberleri içeren hakem denetimli bilimsel bir dergidir. Üç ayda bir yayımlanır ve dört sayıda bir cilt tamamlanır. Derginin yazı dili Türkçedir, ancak yabancı dildeki orijinal yazılar çevirisi ile birlikte yayımlanır.

Yazıların dergide yer alabilmesi için, daha önce başka bir dergide veya kongre kitaplarında tam metin olarak yayınlanmamış olması (yazarlardan, kongre ve benzeri bilimsel toplantılarda sunulan bildirilerin ilgili toplantı kitabında yayınlanmak üzere verilmediğine ilişkin yazı alınır) ve yayın kurulu tarafından uygun görülmesi gereklidir. Bu şekilde uygun görülen yazılar klasik (en az iki) hakem denetimi sürecine girerler. Kabul edilen yazıların dergide yayınlanabilmesi için yazarlardan yayın hakkının ELCD'ye devrine olanak verecek imzalı belge istenir (form örneği için bkz. www.elcd.org).

İnsanlar üzerinde yapılan deneysel araştırmaların bildirildiği yazıların yöntem bölümünde, bu araştırmanın yapıldığı gönüllü ya da hastalara uygulanan işlemlerin anlatıldıktan sonra kendilerinin onaylarının alındığını (informed consent) gösterir bir cümle bulunmalıdır. Yazar(lar), bu tür araştırmalarda, uluslararası alanda kabul edilen kılavuzlara (1964 Helsinki Deklarasyonu ve bunun daha sonraki düzenlemeleri) ve TC Sağlık Bakanlığı tarafından getirilen, 29 Ocak 1993 tarih ve 21480 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan "İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik" ve daha sonra yayınlanan diğer yönetmeliklerde belirtilen hükümlere uyulduğunu belirtmeli ve kurumdan aldıkları Etik Komite Onayı'nın bir kopyasını göndermelidir.

Dergide yayımlanacak yazılar için baskı masrafı alınmaz, ancak ayrı baskı talepleri ve renkli resim baskıları ücret karşılığında yerine getirilir.

Yazıların hazırlanması

Yazıların hazırlanmasında, aşağıdaki genel kurallara geçerlidir. Bunların dışında, Uluslararası Tıbbi Dergi Editörleri Komitesi'nin önerdiği ortak kurallara uyulmalıdır (bkz. ICMJE. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. *Ann Int Med* 1997; 126: 36-47. Güncellenmiş içeriğe www.icmje.org adresinden ulaşılabilir.).

Yazılar 11 punto (A4) boyutlarındaki beyaz kağıdın bir yüzüne çift aralıklı olarak kaliteli bir bilgisayar yazıcısı ile yazılmalıdır. Metinlerin ayrıca elektronik ortamlara kaydedilmiş kopyalarının gönderilmesi hazırlık aşamalarını hızlandıracaktır (bkz. elektronik dokümantasyon). Sayfaların üst, alt ve her iki kenarında 2.5 cm'lik boşluk bırakılmalı ve başlık sayfası dışında ki sayfalar sırasıyla numaralandırılmalıdır.

Hazırlanacak metinler (başlık sayfası hariç) 15 sayfayı geçmemeli ve tüm yazarların onaylarının bulunduğu bir belge eklenerek, 3 kopya halinde gönderilmelidir.

Yazılarda bulunması gereken bölümler sırası ile şunlardır:

1. Başlık sayfası, 2. Tanıtım yazısı, 3. Türkçe özet, 4. İngilizce başlık ve özet, 5. Giriş, 6. Gereç ve yöntem, 7. Bulgular, 8. Tartışma (gerektiğinde Sonuç ve/veya Teşekkür bölümü), 9. Kaynaklar, 10. Tablo, Resim ve Şekiller için alt yazılar.

Başlık sayfası: Bütün yazılarda birinci sayfaya yazının başlığı, bunun altına da yazar(lar)ın açık ad ve soyad(lar)ı, unvan(lar) ile birlikte yazılmalıdır. Bir satır altta, çalışmanın yapıldığı ya da yazar(lar)ın bağlı bulunduğu kurumun adı ve şehir bulunmalıdır. Bunun da altında, uzun başlıklı yazıların dergide yayınlanması halinde, devam sayfalarının üst tarafında görünmesi arzu edilen ve 80 karakteri geçmeyen kısaltılmış yazı başlığı belirtilmelidir. Başlık sayfasında ayrıca yazışmaların yapılabileceği yazarın adı ile bir-

likte iletişim adresi ve telefon, varsa faks numarası ile e-posta adresi belirtilmelidir. Bu sayfanın en altına varsa çalışmayı destekleyen fon ya da kuruluşun adı yazılmalı, çalışma daha önce bir kongre ya da benzeri bir bilimsel toplantıda sunulmuş ise (ilgili toplantı kitabında yayınlanmamış ya da yayınlanmak üzere verilmemiş olmak koşulu ile) bu durum aynı bölümde ayrı bir satır olarak belirtilmelidir. İsim ve kurum kimliği gibi bilgiler başlık sayfası dışında hiçbir sayfada belirtilmez.

Tanıtım yazısı: Okura ne gibi mesaj vermek istendiğini belirten ve iki-üç cümleyi geçmeyen Türkçe ve İngilizce tanıtım yazısı. Yazının bu kısa tanıtım bilgisi, derginin içindekiler bölümünde başlık ve yazar isimlerinden sonra yer alacaktır.

Özet sayfası: Türkçe ve İngilizce özetler başlığı takiben 100-250 sözcükten oluşacak şekilde yazılmalı; özetlerde, çalışmanın amacı, yöntemi, bulguları ve sonucu kısaca belirtilmelidir. İngilizce özet, ana dili İngilizce olanlarca yadigarınamayacak şekilde kurallara uygun bir dille yazılmalı, İngilizce başlık unutulmamalıdır. Özet, çalışmanın amacını, yöntem ve gereci, analiz metodlarını ve varılan sonucu kısa ve açık olarak belirtecek şekilde yapılandırılmalı, Türkçe özetinde Amaç, Gereç ve Yöntem, Bulgular, Sonuç ve İngilizce özetinde Objective, Materials and Methods, Results, Conclusion bölümleri yer almalıdır. Özetleri takiben en az 3 anahtar sözcük eklenmelidir. Anahtar kelimelerin seçiminde *Index medicus*'un tıbbi konu başlıkları (MeSH) listesinde yer alan terimler tercih edilmelidir.

Metin bölümleri: Gözlemsel ve deneysel araştırma tipindeki yazılar Giriş, Gereç ve Yöntem, Bulgular ve Tartışma; olgu bildirimleri ise Olgu veya Olguların Sunumu ve Tartışma bölümlerinden oluşturulmalıdır. Derlemeler, başyazılar ve çevirilerde yazının gerektirdiği düzen kullanılmalıdır.

Bulgular: Çalışmanın bulguları metin, tablolar ve resimlerdeki mantıksal sıra ile belirtilmelidir.

Tartışma: Çalışmanın yeni ve önemli yönleri ile bunlardan çıkan sonuçlar tartışılmalı, giriş ve sonuç bölümlerindeki tüm veri ve bilgiler tekrarlanmamalıdır.

Kaynaklar: Kaynak numaraları, metin içindeki geçiş sırasına göre parantez içinde verilmelidir. Yazar sayısı altı veya daha az ise tüm yazarlar, altıdan fazla ise yalnızca ilk üç yazar, en sona "et al." eklenerek sunulmalıdır. Yazarlardan gerektiğinde kaynak gösterilen makalenin ilk sayfasının fotokopisi talep edilebilir. Dergi adları *Index medicus*'ta kullanıldığı şekilde kısaltılmalıdır. Aşağıda temel kaynak sunma örnekleri verilmiştir:

Makale örneği: You CH, Lee KY, Chey RY, Mengury R. Electrogastrographic study of patients with unexplained nausea, bloating and vomiting. *Gastroenterology* 1980; 79: 311-4.

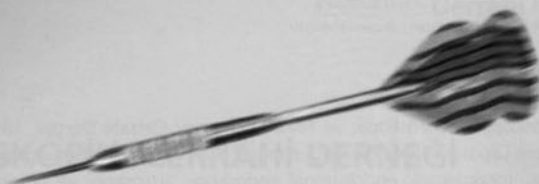
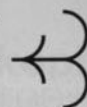
Kitap bölümü örneği: Weinstein L, Swarts MN. Pathologic properties of invading microorganisms. In: Sodeman WA Jr, Sodeman WA, editors. Pathologic physiology: mechanisms of disease. Philadelphia: Saunders, 1974; 457-72.

Şekil, tablo ve resimler: Metin içinde ayrı kategorilerde numaralandırılmalı, numaralandırmada Romen sayıları kullanılmamalıdır. Alt yazıları yazının sonuna ayrı bir sayfa olarak eklenmelidir. Resimler parlak kağıda basılı olmalı, ayrı bir zarf içinde gönderilmeli, kağıtlara yapıştırılmamalıdır. Arka yüzüne yapıştırılan bir etiket üzerine metindeki numarası ve yazar adı yazılmalı ve üst tarafı ok ile belirtilmelidir. Resim boyutlarının 10x15 cm'ye oranlı boyutlarda olmasına özen gösterilmelidir. Şekil ve tablolar ayrı kağıda, başlıkları üstte gelecek şekilde, lazer yazıcı ile basılmış olmalıdır. İlgili şekil, tablo ya da resimlerde gerektiğinde standart dışı kısaltmalar kullanılabilir. Bu durumda kullanılan kısaltma ilgili başlıkta açıklanmalıdır. Daha önce yayınlanmış şekil, tablo ya da resimler, yalnız kesin gerektiği durumlarda karşılaştırmaya amacıyla, yazar ya da yayıncısından (telif hakkı sahibinden) izin alınarak, kaynak gösterilmek koşuluyla kullanılabilir.



EndoANCHOR™

Innovative control. Secure fixation.



IMAGINE HITTING YOUR
TARGET EVERY TIME.



ETHICON ENDO-SURGERY

a Johnson & Johnson company

TRANSFORMING
PATIENT CARE
THROUGH
INNOVATION™

Sulperazon®

IM/IV, IM Lidokainli
sulbaktam/sefoperazon



Güvenilir Tedavi için Güçlü ve Etkin Yardımcınız¹



Beta-laktamaz direncine çözüm^{4,5,7,8}
Geniş etki spektrumu^{2,3,5}
Monoterapi avantajı^{7,8}
Empirik tedavi avantajı^{7,8}
Kullanım kolaylığı (Günde 2 doz IV-IM)⁶

Referanslar:

1. Kunii O. Clinical evaluation of sulbactam/cefoperazone in the field of internal medicine. Proceedings of a workshop held at the 14th international congress of chemotherapy, Kyoto, Beta-lactamase blocking agents. 1988;61-68. 2. Yokota T. Bacteriologic studies of sulbactam/cefoperazone. Beta-lactamase Blocking Agent. Proceedings of a workshop held at the 14th International Congress of Chemotherapy, 1985;35-42. 3. Jones R.N., Barry A.L., et al. The cefoperazone-sulbactam combination. In vitro qualities including beta-lactamase stability, antimicrobial activity, and interpretive criteria for disk diffusion tests. 1985;84: 496-504. 4. Neu H.C., Ueda Y., Opening remarks. Beta-lactamase Blocking Agents. Proceedings of a workshop held at the 14th International Congress of Chemotherapy, 1985;3-4. 5. Williams J.D., Beta-lactamase inhibition and in vitro activity of sulbactam and sulbactam/cefoperazone. Clin Infect Dis 1997; 24: 494-97. 6. Sulperazon ürün bilgi prospektüsü. 7. Özsüt H. Sefoperazon/sulbaktam. İlaç Tedavi Dergisi 1994; 7(1): S3-S15. 8. Akova M. Sulbaktam-sefoperazon: Mikrobiyolojik, Farmakolojik Özellikleri ve Klinik Kullanımı. Flora 2000; 5: Ek 4.

Prospektüs Özeti:

Bir flakon SULPERAZON® 1 g'da 1 g + 1 g sulbaktam ve sefoperazon bulunur. **Endikasyonları:** Duyarlı organizmaların meydana getirdiği üst ve alt solunum yolu, üst ve alt idrar yolu enfeksiyonları, peritonit, kolelit, kolanjit ve diğer karın boşluğu enfeksiyonları, septisemi, menenjit, ciilt, yumuşak doku, kemik ve eklemler enfeksiyonları, enfamatur pelvik hastalık, endometrit, gonore ve diğer genital yol enfeksiyonları. **Kontraindikasyonları:** Sefalosporin veya penisilin sınıfı antibiyotiklere alerjisi olduğu bilinen hastalar. **Uyarılar:** Karaciğer hastalığı ve/veya bilyer obstrüksiyonu olan hastalarda üriner İtrahi artmış, serum yarı-ömrü genellikle uzamıştır. Şiddetli bilyer obstrüksiyon, şiddetli karaciğer hastalığı veya bunlarla birlikte renal disfonksiyon mevcutsa doz modifikasyonu gerekebilir. Bu vakalarda, serum konsantrasyonları yakından takip edilemiyorsa, günlük sefoperazon dozu 2 g'ı aşmamalıdır. Hemodiyaliz sırasında dozlar, diyaliz süresini takip edecek şekilde ayarlanmalıdır (Diğer antibiyotiklerde olduğu gibi). Sefoperazon ile tedavi edilen hastaların birkaçında Vitamin K eksikliği görülmüştür. Yeterli beslenemeyen, malabsorbsiyonu olanlarda veya uzun süreli intravenöz beslenmede olanlarda protrombin zamanı kontrol edilerek gerekirse Vitamin K verilmelidir. Aminoglikozid ile birlikte kullanılsa, tedavi süresince renal fonksiyonlar kontrol edilmelidir. Sefoperazon tedavisi süresince ve 5 gün sonrasında kadar alkol alanlarda antabus benzeri bir reaksiyon bildirilmiş olduğundan, hastalar alkolü içki almamalı, suni beslenme prosedüründe etanol içeren solüsyonlar kullanılmamalıdır. Uzun süreli tedaviler sonrasında organ sistem disfonksiyonu için periyodik kontroller yapılması tavsiye edilir. Bu bilhassa yeni doğanlar, özellikle prematürel ve diğer bebeklerde önemlidir. Hamilelik döneminde bu ilaç yalnız kesinlikle ihtiyaç varsa kullanılmalıdır. Emziren annelerin sütüne çok az miktar geçerse de, süt veren annelerde ihtiyatla kullanılmalıdır. Sefoperazon puberte öncesi sıçan testislerinde advers etkiler meydana getirmiştir, ancak bu bulguların insanlarla olan ilişkisi bilinmemektedir. Ortalama yetişkin dozunun 10 mislini aşan dozlarda, yavru köpeklerde bu bulgulara rastlanmamıştır. Prematüre bebek ve yeni doğanlarda yoğun bir şekilde incelenmediğinden bu bebeklerin tedavisinde muhtemel yararlar ve potansiyel riskler iyice tartılarak karar verilmelidir. **Yan Etkiler:** En sık gözlenen yan etkiler ishal, bulantı ve kusmadır. **Geçimsizlikler:** SULPERAZON® IM/IV ve aminoglikozid kombinasyon tedavisi düşünülmüyorsa, bu ayrı bir intravenöz tüp kullanılarak, biraraya takiben aralıklı intravenöz infüzyon ile sağlanır. Fakat tüp, dozlar arasında uygun mayi ile yıkanmalıdır. Aralarında fiziksel geçimsizlik olduğu için, SULPERAZON® IM/IV Lidokainli ve aminoglikozid solüsyonları doğrudan karıştırılmamalıdır. Gün içinde SULPERAZON® IM Lidokainli uygulamalarının, aminoglikozid uygulamalarından mümkün olduğu kadar uzak tutulmaları da tavsiye edilir. **Doz ve Uygulama:** SULPERAZON®'un mutlak yetişkin günlük dozu 1 ile 2 g sefoperazon aktivitesidir. SULPERAZON® IM/IV 1 g, 12 saatlik aralılarla eşit bölünmüş dozlarla intravenöz veya intramusküler uygulanır. SULPERAZON® IM Lidokainli ise 12 saatlik aralılarla, eşit bölünmüş dozlarla sadece intramusküler uygulanır. SULPERAZON®'un çocuklarda mutlak dozu 2 veya 4 mg/kg bölünmüş olarak 20-40 mg/kg/gündür. Maksimum günlük doz 80 mg/kg/gün'ü geçmemelidir. Yeni doğan bebeklerde hayatlarının ilk haftasında ilaç 12 saatte bir uygulanmalıdır. **Takdim Şekli ve Ambalaj Muhtevası:** SULPERAZON® IM/IV, 1 g'lık flakonlarda bulunur. SULPERAZON® IM Lidokainli, 1 g'lık flakon + 5 ml steril su + % 2 lidokain eriticiyle bir arada bulunur. **Satış Fiyatı:** SULPERAZON® (sulbaktam/sefoperazon) 1 g IM/IV 25.358.000 TL, 1 g IM Lidokainli 25.358.000 TL. (1 Mart 2004 tarihindeki geçerli satış fiyatları esas alınmıştır.) Reçete ile satılır. Daha geniş bilgi için firmamızla başvurunuz.

Pfizer İlaçları Ltd. Şti. 34347 Ortaköy/İstanbul • Tel: 212-258 30 10/8 hat • <http://www.pfizer.com.tr>

Yazarlara Bilgi / Instructions to the Authors

185. sayfadan devam / Continued from page 185

Elektronik dokümantasyon

Dergi için hazırlanan yazıların basılı kopyaları ile birlikte elektronik ortamlarda (3.5 inç'lik disket, ZIP disket, CD-ROM) gönderilmesi baskıya hazırlık aşamalarını hızlandıracaktır. Bu amaçla aşağıda sunulan kurallara uymaya özen gösterilmelidir.

Dokümanların gönderilmesi için kullanılan disket ya da CD-ROM'un etiketlerinin yazar adı, başlık, iletişim adresi gibi bilgileri içermesi gerekmektedir. Ayrıca içerdiği dosyaların adları ve uzantıları açıkça belirtilmelidir.

Metin dosyaları yaygın kullanılan yazı programlarının güncel versiyonlarıyla hazırlanmalıdır. MS-Word yeğlenen yazılımdır. Diğer PC yazı programları ve ASCII formatı da kabul edilebilir. Macintosh formatlı dosyalar için disket ya da CD-ROM'a ayrıca ekran ve yazıcı fontları da yüklenmelidir. Mizanpaj uygulamalarından kaçınılmalıdır. Kalın, italik ya da alt/üst karakter uygulamaları yapılabılır. Noktalama işaretlerinden sonra mutlaka bir boşluk bırakılmalı, kesme (') işaretinden sonra boşluk bulunmamalıdır. Tablolar metin dosyası içinde, en son sırada yer almalıdır. Tablo, şekil ve resim alt yazıları da aynı dosyanın sonuna eklenmelidir.

Şekiller ayrı dosyalar halinde sunulmalı, metin içine yerleştirilmemelidir. Çizim ve grafikler TIF, EPS ya da WMF formatında kaydedilebilir. Renkli şekiller RGB (8 bits) olarak TIF formatında kaydedilmelidir. Resimler, taranmış doküman ya da kayıt edilmiş görüntü olarak gönderilecek ise hem orijinal taranmış hali hem de resim işleme programında işlenmiş hali ayrı

ayrı hazırlanmalıdır. Taramalar, renkli doküman ise RGB (24 bits), siyah/beyaz doküman ise Grayscale (8 bits) olarak, 300 dpi çözünürlükte, TIF formatında, siyah/beyaz çizimler de Line modunda, 800 dpi çözünürlükte, EPS formatında kaydedilmiş olmalıdır.

Kontrol listesi

- ✓ Yazının uzunluğu (en fazla 15 sayfa); orijinaline ek olarak iki kopya
- ✓ Metin formatı (iki aralıklı satır ve 11 punto)
- ✓ Başlık sayfası (yazar ve kurum adları; kısa başlık; iletişim adresi)
- ✓ Tanıtım yazısı (Türkçe ve İngilizce; iki-üç cümle)
- ✓ Özetler (başlıklarıyla birlikte Türkçe ve İngilizce; 100-250 sözcük)
- ✓ Anahtar sözcükler (en az 3 adet)
- ✓ Kaynaklar (*Index medicus*'a uygunluk)
- ✓ Şekil, tablo ve resimler (numaralandırma; alt yazılar)
- ✓ İmzalı belge (tüm yazarlar)

Yazıların gönderilme adresi

Dr. Levent AVTAN

İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı
Çapa 34390 İstanbul

Instructions to the authors

Revised March 2004

Turkish Journal of Endoscopic-Laparoscopic & Minimally Invasive Surgery, the official journal of the Turkish Association for Endoscopic-Laparoscopic Surgery is a peer reviewed scientific journal. The journal welcomes submission of papers on experimental and clinical researches, on minimal invasive procedures such as laparoscopy, thoracoscopy, endoluminal endoscopy, arthroscopy and interventional radiology, case reports, technological improvements, reviews, letters to the Editor, translations and latest news. The official language of the journal is Turkish, however articles in other languages will be available in both languages (translation into Turkish will be handled by our side).

For a manuscript to be published in the journal, it should not be published previously in another journal or as full text in congress books and should be found relevant by the editorial board. Relevant manuscripts undergo conventional peer review procedure (at least two reviewers). For the publication of accepted manuscripts, author(s) should transfer the copyright to the Turkish Association for Endoscopic-Laparoscopic Surgery (for the Copyright Transfer Form please visit www.elcd.org).

In the materials section of the manuscripts where experimental studies on humans are presented, a statement that informed consent were taken from the volunteers or patients after the explanation of the procedures should be included. This section also should contain a statement that the investigation conforms with the principles outlined in the appropriate

version of 1964 Declaration of Helsinki. A copy of approval from appropriate ethics committee should be sent.

No publication cost is charged for the manuscripts but reprints and color printings are at authors' cost.

Preparation of manuscripts

During the preparation of the manuscripts, uniform requirements of the International Committee of Medical Journal Editors, a part of which is stated below, are valid (see ICMJE. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. *Ann Int Med* 1997; 126: 36-47. Updated content is available at www.icmje.org).

The manuscript should be typed with type size 11, double spaced on one side of a 21x 29.7 cm (A4) blank sheet of paper with a laser printer. Sending electronic manuscripts together with the hard copies will accelerate the preparation of the manuscripts for publication (see electronic manuscripts). At the top, bottom and right and left sides of the pages a space of 2.5 cm should be left and all the pages should be numbered except for the title page.

Manuscripts should not exceed 15 pages (except for the title page) and must be accompanied by a covering letter signed by all authors. They should be sent in 3 hard copies.

Instructions to the Authors

The contents of the manuscript should include: 1. Title page, 2. Brief summary, 3. Turkish abstract (see below), 4. English abstract, 5. Introduction, 6. Materials and methods, 7. Results, 8. Discussion (Conclusion and/or Acknowledgement if necessary), 9. References, 10. Legends of tables, pictures and figures.

Title page: In all manuscripts the title of the manuscript should be written at the top and the full names and surnames and titles of the authors beneath. These should be followed with the affiliation of the author. Manuscripts with long titles are better accompanied underneath by a short version (maximum 80 characters) to be published as running headings. In the title page the correspondence address and telephone, fax and e-mail should be written. At the bottom of this page the name of the supporter, if any, should be noted. It also should be indicated in a separate line if the study had been presented in a congress or likewise scientific meeting. Other information such as name and affiliation are not to be indicated in pages other than the title page.

Brief summary: Each paper should include a brief summary not exceeding 50 words, providing the main scope of the study to the reader. This summary will be used in the contents section of the journal following the title and name of the author(s).

Abstract: The Turkish and English abstracts should be written after the title in 100-250 words. For the manuscripts outside Turkey, Turkish translation will be provided by our side. The abstract should be structured in the following captions; objective, materials & methods, results and conclusion. Following the abstract at least 3 key words should be added which are in compliance with the medical subject headings (MeSH) of the *Index medicus*.

Text: Manuscripts of observational or experimental studies should cover sections of introduction, materials & methods, results and discussion while case reports should have the presentation of case(s) and discussion sections. Reviews, editorials and translations should embody the convenient format.

Results: The results should be presented in the order they have inside the text, tables and illustrations.

Discussion: The new and significant aspects of the study should be discussed as well as the obtained results, and the data or information in the introduction and/or conclusion should not be repeated.

References: Reference numbers should be given in parenthesis according to the order in the manuscript. If the number of authors is 6 or less than 6, all authors; if the number is more than 6 then only first 3 authors should be written and at the end "et al." should be added. If necessary, a copy of the first page of a referred article can be requested from the author(s). Journal names should be abbreviated as in *Index medicus*. Examples of main reference types are shown below:

Regular papers: You CH, Lee KY, Chey RY, Mengury R. Electrogastrographic study of patients with unexplained nausea, bloating and vomiting. *Gastroenterology* 1980; 79: 311-4.

Chapter in book: Weinstein L, Swarts MN. Pathologic properties of invading microorganisms. In: Sodeman WA Jr, Sodeman WA, editors. *Pathologic physiology: mechanisms of disease*. Philadelphia: Saunders, 1974; 457-72.

Illustrations and tables: They should be numbered in different categories in the manuscript and Roman numbers not to be used in numbering. Legends of the illustrations and tables should be added to the end of the manuscript as a separate page. Photographs are to be printed in glossy

paper, sent in a separate envelope and not stuck on papers. To the backside of the photograph the number in the manuscript and first author should be written on a sticker and the top to be indicated with an arrow. Attention should be paid to the dimensions of the photographs to be proportional with 10x15 cm. Drawings and tables should be printed with a laser printer on a separate sheet of paper with the headings at the upper part. Some abbreviations out of standards can be used in related illustrations and tables. In this case, abbreviation used, should be explained in the related legend. Illustrations and tables published previously can only be used when necessary for a comparison and only by giving reference after taking permission from the author(s) or the publisher (copyright holder).

Electronic manuscripts

Sending electronic manuscripts (3.5 inch disk, ZIP cartridge, CD-ROM) together with the hard copies will accelerate the preparation of the manuscripts for publication by avoiding the possibility of introducing errors and resulting in reliable and fast delivery of proofs.

The disk should be labeled with the name of the author, the title of the manuscript, correspondence address. A complete list of the file names and extensions should also be included.

Manuscripts should be written with updated versions of frequently used programs. MS-Word is the preferred word-processing package. Some other PC programs or ASCII format can also be accepted. For the files with Macintosh format screen and printer fonts should also be installed in disks or CD-ROMs. No layout is necessary. Bold, italic or subscript/superscript characters can be used. A space must be given after punctuation, no space is necessary after apostrophe ('). Tables should be included at the end in a manuscript. Legends of tables and illustrations should also be added at the end of the manuscript.

Illustrations are to be presented as separate files and not be embedded in the manuscript. Drawings and graphics can be recorded as TIF, EPS or WMF format. Halftone illustrations should be stored as RGB (8 bits) in TIF format. If illustrations are to be sent as scanned or captured document both the original scanned format and the processed format should be separately prepared. Scanned documents should be recorded as RGB (24 bits) for color illustrations, as Grayscale (8 bits) for monotone illustrations in TIF format with a final resolution of 300 dpi. Scanned documents of black/white line drawings should be recorded in a scan mode of Line with a final resolution of 800 dpi in EPS format.

Control list

- ✓ Original manuscript (max. 15 pages) and two copies
- ✓ Text format (double space; type size 11)
- ✓ Title page (author names and affiliations; running heading; correspondence)
- ✓ Brief summary (max. 50 words)
- ✓ Abstract (100-250 words)
- ✓ Key words (at least three)
- ✓ References (relevant to *Index medicus*)
- ✓ Illustrations and tables (numbering; legends)
- ✓ Cover letter (all authors)

Submission

Dr. Levent AVTAN
İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı
Çapa 34390 İstanbul, Turkey

• Kanıtlanmış Etkinlik • Güvenli Kullanım • Pratik Uygulama



Riske girmeyin

Venöz Tromboemboli Profilaksisi

- Ortopedik Cerrahide (7-21 gün süre ile)
- Genel Cerrahide
- Akut Medikal Hastalıklar Nedeniyle Yatağa Bağlı Hastalarda*

DVT Tedavisinde** (PE ile birlikte/tek başına)

Kararsız Angina ve Non-Q Miyokard İnfarktüsünün Tedavisinde

Hemodiyaliz Sırasında Tromboz Oluşumunun Önlenmesinde

FORM SEÇENEKLERİ

0.2 ml	2.000 Anti Xa IU
0.4 ml	4.000 Anti Xa IU
0.6 ml	6.000 Anti Xa IU
0.8 ml	8.000 Anti Xa IU
1 ml	10.000 Anti Xa IU
0.8 ml	12.000 Anti Xa IU

* Kalp yetmezliği, solunum yetmezliği, çeşitli enfeksiyonlar ve romatizmal hastalıkları içeren akut medikal hastalıklar nedeniyle
** 1.5 mg/kg tek enjeksiyon olarak ya da 12 saatte bir 1 mg/kg günde 2 kez
DVT: Derin ven trombozu, PE: Pulmoner emboli

CLEXANE® Kısa Ürün Bilgisi:

Formülü: Clexane 2000 anti-Xa IU/0.2 ml, 4000 anti-Xa IU/0.4 ml, 6000 anti-Xa IU/0.6 ml, 8000 anti-Xa IU/0.8 ml, 10000 anti-Xa IU/1.0 ml olan kullanıma hazır enjektörlerin her 1 ml'lik steril solüsyonu 100 mg enoksaparin sodyum'a eşdeğer 10000 anti-Xa IU içerir. Clexane 120 mg/0.8 ml olan kullanıma hazır enjektörün her 1 ml'lik steril solüsyonu 15000 IU anti-faktör Xa aktivitesine eşdeğer 150 mg enoksaparin sodyum içerir. **Endikasyonları:** Venöz tromboemboli profilaksisinde özellikle ortopedik veya genel cerrahi sonrası; akut medikal hastalıklar nedeniyle yatağa bağlı hastaların venöz tromboembolisinin profilaksisinde; hemodiyaliz sırasında tromboz oluşumunun önlenmesinde; olağüstü derin ven trombozunun tedavisinde, kararsız angina ve non-Q miyokard infarktüsü tedavisinde aspirin ile birlikte. **Kontraindikasyonları:** Heparin ya da heparin türevlerine karşı aşırı duyarlılık, aktif yüksek kontrolsüz hemorajik risk taşıyan hastalıklar. **Uyarılar/Önemli:** Düşük molekül ağırlıklı heparinler üretim metodu, molekül ağırlığı, spesifik anti-Xa aktivitesi, ünite ve doz açısından eşdeğer olmadıklarından birbirlerinin yerine kullanılmamalıdır. Enoksaparin sodyum ve spinal/epidural anestezinin birlikte kullanımı ile uzun süreli ya da kalıcı paralizye yol açan nöroaksiyel hematom olguları bildirilmiştir. Bu olaylar günde bir kez 4000 anti-Xa IU veya daha düşük enoksaparin sodyum dozaj rejimleri ile nadir olarak görülmektedir. Bir kateterin yerleştirilmesi veya çıkarılması enoksaparin sodyumun DVT profilaktik dozlarının uygulanmasından sonra 10-12 saat süreyle geciktirilmelidir. Enoksaparin sodyum, heparin kaynaklı trombositeni öyküsü bulunan hastalarda olağüstü dikkatle kullanılmalıdır. Enoksaparin sodyum, heparin kaynaklı trombositeni öyküsü bulunan hastalarda dozaj ayarlaması önerilmektedir. Orta derecede ve hafif böbrek bozukluğu olan hastalarda herhangi bir dozaj ayarlaması önerilmekle birlikte, dikkatli klinik izleme tavsiye edilmektedir. Düşük kilo hastalarda profilaktik dozajlarla enoksaparin sodyuma maruz kalmadaki artış daha yüksek bir kanama riskine yol açabilir. Mekanik kalp kapak protezi olan gebe kadınlar tromboembolizm için yüksek risk altında bulunabilirler. Enoksaparin sodyum almakta olan süt veren annelerin emzirmeden kaçınmaları tavsiye edilmelidir. **Yan etkiler/Advers etkiler:** Kanamaya yatkın organik lezyonlar, invaziv girişimler veya hemostaz etkileyen ilaçların kullanılması durumunda kanama görülebilir. Tedavinin ilk günleri içinde hafif, geçici, asemptomatik trombositeni bildirilmiştir. Trombozun eşlik ettiği nadir immüno-alerjik trombositeni olguları bildirilmiştir. Subkütan enoksaparin sodyum enjeksiyonunu takiben ağrı, hematoma ve hafif lokal iritasyon görülebilir. Bulantı, diare, ateş, konfüzyon, ağrı bildirilmiştir. **İlaç etkileşimleri ve diğer etkileşimler:** Ejer kesin olarak endike değilse hemostaz etkileyen

ajanların enoksaparin sodyum tedavisinden önce kesilmesi önerilmektedir. **Kullanım şekli ve dozu:** Cerrahi hastalarında venöz tromboz profilaksisi; Orta derecede tromboemboli riski olan hastalarda, önerilen enoksaparin sodyum dozu subkütan enjeksiyon yoluyla günde bir kez 2000 anti-Xa IU ya da 4000 anti-Xa IU'dur. Enoksaparin tedavisi genellikle ortalama 7-10 gün süreyle uygulanır. **Medikal hastalarda venöz tromboemboli profilaksisi:** Önerilen doz subkütan enjeksiyon yoluyla günde bir kez 4000 anti-Xa IU'dur. Enoksaparin sodyum ile tedavi en az 6 gün süreyle uygulanır ve tam hareket kazanana kadar en fazla 14 gün süreyle devam edilir. **Hemodiyaliz sırasında ekstrakorporeal dolaşımda tromboz oluşumunun engellenmesi:** Önerilen doz 100 anti-Xa IU/kg tek enjeksiyon olarak ya da 12 saatte bir 100 anti-Xa IU/kg doz subkütan olarak verilmelidir. Komplike tromboembolik hastalıklarda 100 anti-Xa IU/kg günde 2 kez verilmesi önerilir. Tedavi süresi 10 günü aşmamalıdır. **Kararsız angina ve non-Q miyokard infarktüsünün tedavisi:** Önerilen enoksaparin sodyum dozu, oral aspirin (günde bir kez 100-325 mg) ile birlikte subkütan enjeksiyon yoluyla 12 saatte bir uygulanan 100 anti-Xa IU/kg'dır. Normal tedavi süresi 2-8 gündür. Böbrek fonksiyon bozukluğunun olmaması halinde yaşlılarda herhangi bir doz azaltımına gerek yoktur. Ağır böbrek bozukluğu olan hastalar için doz ayarlaması gerekir. Karaciğer bozukluğu olan hastalarda dikkatli olunmalıdır. **Ruhsat tarihi ve numarası:** Clexane 2000 anti-Xa IU/0.2 ml kullanıma hazır enjektör; 27.04.2001-109/89, Clexane 4000 anti-Xa IU/0.4 ml kullanıma hazır enjektör; 27.04.2001-109/90, Clexane 6000 anti-Xa IU/0.6 ml kullanıma hazır enjektör; 27.04.2001-109/91, Clexane 8000 anti-Xa IU/0.8 ml kullanıma hazır enjektör; 27.04.2001-109/92, Clexane 10000 anti-Xa IU/1.0 ml kullanıma hazır enjektör; 27.04.2001-109/93, Clexane 120 mg/0.8 ml kullanıma hazır enjektör; 22.01.2004-115/38. Ticari şekli /Fiyatı: Clexane 2000 anti-Xa IU/0.2 ml kullanıma hazır enjektör; 10.054.000 (KDV dahil. Onay tarihi: Mart 2004), Clexane 4000 anti-Xa IU/0.4 ml kullanıma hazır enjektör; 18.276.000 (KDV dahil. Onay tarihi: Mart 2004), Clexane 6000 anti-Xa IU/0.6 ml kullanıma hazır enjektör; 19.997.000 (KDV dahil. Onay tarihi: Mart 2004), Clexane 8000 anti-Xa IU/0.8 ml kullanıma hazır enjektör; 22.074.000 (KDV dahil. Onay tarihi: Mart 2004), Clexane 10000 anti-Xa IU/1.0 ml kullanıma hazır enjektör; 23.740.000 (KDV dahil. Onay tarihi: Mart 2004), Clexane 120 mg/0.8 ml kullanıma hazır enjektör; 204.892.000 (KDV dahil. Onay tarihi: Mart 2004). **Yasal kategori:** Reçete ile satılır. Ayrıntılı bilgi için firmamıza başvurunuz. Aventis Pharma San. ve Tic. Ltd. Şti., Şişli Mecidiyeköy Mahallesi Mecidiyeköy Yolu Cad. No.: 102, 34387 Mecidiyeköy-İstanbul. Basılı Malzeme Hazırlanış Tarihi: Mart 2004

Aventis Pharma San. ve Tic. Ltd. Şti.

Şişli Mecidiyeköy Mahallesi, Mecidiyeköy Yolu Cad. No:102, 34387 Mecidiyeköy-İstanbul Tel: 0 212 354 20 00 Faks: 0 212 354 20 21



Günümüz gram pozitif enfeksiyonlarının tedavisinde

TARGOCID®

Teikoplanin

bir adım daha ileri

- Çoğul dirençliler dahil mükemmel gram pozitif spektrum^{2,3}
- İlgili enfeksiyonlarda yüksek klinik etkinlik^{1,4}
- Ampirik tedaviye uygunluk⁵
- Uygun güvenlik profili^{2,3,6}
- Düşük nefrotoksisite^{2,3,6}
- Serum düzeyi takibi gerektirmeme^{3,6,7}
- Günde tek doz kullanıma uygunluk
- Hızlı i.v. bolus veya i.m. uygulama imkanı

Kısa Ürün Bilgisi:

Formülü: Targocid 200mg ve Targocid 400mg i.m./i.v. enjektabl flakonlar etken madde olarak sırasıyla 200mg ve 400mg teikoplanin içerir. **Endikasyonları:** Metisilin ve sefalosporinler gibi diğer antibiyotiklere dirençli olanlar da dahil, duyarlı Gram-pozitif bakterilerin neden olduğu enfeksiyonlarda: Endokardit, sepsis, kemik ve eklemler enfeksiyonları, solunum yolları enfeksiyonları, deri ve yumuşak doku enfeksiyonları, idrar yolları enfeksiyonları, kronik ayakta periton diyalizi ile ilişkili peritonit; Gram-pozitif bakterilere bağlı enfeksiyonların risk oluşturacağı hastalarda (örneğin, peritonit veya ortopedik cerrahiye gerek duyan hastalar) profilaksi amacıyla; C. difficile'nin neden olduğu antibiyotikle ilişkili ishal tedavisinde ağız yoluyla; penisiliner veya sefalosporinlere karşı alerjisi bulunan hastalardaki enfeksiyonların tedavisinde. **Kontrendikasyonları:** Teikoplanine karşı aşırı duyarlılık. **Uyarılar/ Önlemler:** Çapraz duyarlılık görülebileceğinden vankomisine aşırı duyarlılığı olanlarda; böbrek yetersizliği bulunan, uzun süreli tedavi uygulanan ve ototoksik ya da nefrotoksik ilaçlar alan hastalarda; karaciğer, böbrek ve işitme fonksiyonları izlenmelidir. Gebelik ve laktasyonda, yarar/zarar değerlendirmesi yapıldıktan sonra kullanılabilir. **Yan etkiler/Advers etkiler:** Eritem, lokal ağrı, tromboflebit. Deri döküntüsü, kaşıntı, ateş, bronkospazm, anafilaktik reaksiyonlar. Bulantı, kusma, diyare. Nadiren geri dönüşümlü agranülositoz, lökopeni, nötropeni, trombositopeni, eozinofili. Artmış serum transaminazları ve/veya alkalen fosfat. Serum kreatinininde geçici yükselmeler, böbrek yetersizliği. Sersemlik ve baş ağrısı. İşitme kaybı, tinnitüs ve vestibüler bozukluk. Süperenfeksiyon. İlaç etkileşimleri ve diğer etkileşimler: Aminoglikozidler, amfoterisin B, siklosporin ve furosemid gibi nefrotoksik veya ototoksik özellikleri olan ilaçlarla birlikte dikkatle kullanılmalıdır. **Kullanım şekli ve dozu:** Erişkinlerde: Çoğu Gram-pozitif enfeksiyon için: Yükleme dozu: 12 saat aralyla üç kez uygulanan 400mg i.v. idame dozu: günde tek doz 400mg i.v. ya da i.m. enjeksiyon. Cerrahi profilaksi: Anestezi induksiyonu sırasında tek doz 400mg i.v. C. difficile'nin neden olduğu antibiyotikle ilişkili ishal: Günde iki kez 200mg oral. 2 ayıktan küçük bebeklerde: Tedavinin ilk günü için 16 mg/kg i.v. enfüzyon (30 dak), sonraki günlerde idame olarak günde bir doz 8 mg/kg i.v. enfüzyon (30 dak). 2 aydan büyük ve 16 yaşından küçük çocuklarda: Çoğu Gram-pozitif enfeksiyonda; ilk üç uygulama için 12 saatte bir 10 mg/kg'lık i.v. enjeksiyon. Daha sonra, günde 6 mg/kg tek doz i.v. veya i.m. enjeksiyon. Şiddetli enfeksiyonlarda ve nötropenik hastalarda 12 saat ara ile üç kez 10 mg/kg i.v. enjeksiyondan sonra günde tek doz 10 mg/kg i.v. enjeksiyon. Orta ve şiddetli böbrek yetersizliği olanlarda, böbrek bozukluğu olan yaşlılarda ve sürekli ayakta periton diyalizi uygulanan hastalardaki peritonit vakalarında doz ayarlanır. **Ticari şekli/Fiyatı:** 200mg liyofilize teikoplanin içeren bir flakon, 3 ml enjeksiyonluk su içeren bir ampul; 52.101.000 TL (KDV dahil, Onay tarihi: Nisan 2003), 400mg liyofilize teikoplanin içeren bir flakon, 3 ml enjeksiyonluk su içeren bir ampul; 97.824.000 TL (KDV dahil, Onay tarihi: Nisan 2003).

Yasal kategori: Reçete ile satılır. **Ayrıntılı bilgi için firmamıza başvurunuz.** Şişli, Mecidiyeköy Mah. Mecidiyeköy Yolu Cad. No.102 34387 Mecidiyeköy-İstanbul Basılı malzeme hazırlanış tarihi: Temmuz 2003.

Referanslar:

- Schalson G., Granger W., Bouza E. Teicoplanin in the treatment of serious infection. J Chemother 2000; 12, Suppl 5:26-33.
- Brogden R. N. and Peters D. H. Teicoplanin. A reappraisal of its antimicrobial activity, pharmacokinetic properties and therapeutic efficacy. Drugs 1994; 47 (5): 823-854.
- Ulusoy S., Onal S. Teikoplanin. Flora 2000; 5, Ek 1: 3-15.
- Rolston K. V. L., Chow A. W., Bodey G. P. Prospective, double-blind, randomized trial of teicoplanin versus vancomycin for the therapy of vascular access-associated bacteremia caused by gram-positive pathogens. J Infect Chemother, 1999; 5:208-212
- Del Favero A., Menichetti F. et al. Prospective randomized clinical trial of teicoplanin for empiric combined antibiotic therapy in febrile, granulocytopenic acute leukemia patients. Antimicrob Agents Chemother 1987; 31: 1126-1129
- Wood M. J. Comparative safety of teicoplanin and vancomycin. J Chemother 2000, 12, Suppl 5:21-25.
- Grüneberg R.N. Anti-gram-positive agents. What we have and what we would like. Drugs 1997; 54, Suppl 6:29-38.



Ayrıntılı bilgi için firmamıza başvurunuz. Aventis Pharma San. ve Tic. Ltd. Şti. Şişli, Mecidiyeköy Mahallesi Mecidiyeköy Yolu Cad. No: 102, 34387 Mecidiyeköy-İstanbul

www.targocid.com.tr



ÜYE KAYIT - ADRES DEĞİŞİKLİĞİ - AİDAT ÖDEME FORMU

Adı, Soyadı:

Ev Adresi:

Tel:

Faks:

İş Adresi:

Tel:

Faks:

Doğum Tarihi:

Diploma Tarihi:

Diplomasını Aldığı Tıp Fakültesi:

Uzmanlık Dalı:

Akademik Unvanı:

Uzmanlık Diplomasını Aldığı Kurum:

Halen Çalışmakta Olduğu Kurum:

Tel:

Faks:

Laparoskopik Cerrahi ile İlgili Çalışmaları (var ise):

(Eski üyelerin yukarıdaki bilgilerde değişiklik yoksa yalnız isim-soyad yazmaları yeterlidir.)

Ulusal Endoskopik-Laparoskopik Cerrahi Derneği üyesiyim; eski borçlarımı ödüyorum:

☐ 1999; 5.000.000.-TL (dergi aboneliği dahil)

☐ 2002; 20.000.000.-TL (dergi aboneliği dahil)

☐ 2000; 10.000.000.-TL (dergi aboneliği dahil)

☐ 2003; 25.000.000.-TL (dergi aboneliği dahil)

☐ 2001; 12.000.000.-TL (dergi aboneliği dahil)

☐ 2004; 30.000.000.-TL (dergi aboneliği dahil)

☐ Ulusal Endoskopik-Laparoskopik Cerrahi Derneği'ne üye olmak istiyorum.

Yeni Üyeler İçin: 2 Adet vesikalik fotoğraf, nüfus kağıdı sureti veya arkalı önlü fotokopisi, ve dernek yıllık aidatının banka dekontu ya da kredi kartı bilgileri bu forma eklenmelidir.

Banka Havalesi: İş Bankası İstanbul Tıp Fakültesi Çapa Şubesi ELCD Hesabı No: 3092332

Kredi kartı ile: ☐ Visa ☐ Master No:

Son kullanma tarihi: Kart sahibinin adı, soyadı:

Derneğin periyodik yayın organı olan Endoskopik-Laparoskopik ve Minimal İnvaziv Cerrahi Dergisi'nin ücretsiz gönderilmesi için, dernek aidatının ödenmiş olması gerekmektedir.

☐ Ev adresine gönderiniz

☐ İş adresine gönderiniz

Tarih:

İmza:

• Kanıtlanmış Etkinlik • Güvenli Kullanım • Pratik Uygulama



Riske girmeyin

Venöz Tromboemboli Profilaksisi

- Ortopedik Cerrahide (7-21 gün süre ile)
- Genel Cerrahide
- Akut Medikal Hastalıklar Nedeniyle Yatağa Bağlı Hastalarda*

DVT Tedavisinde**

(PE ile birlikte/tek başına)

Kararsız Angina ve Non-Q Miyokard Enfarktüsünün Tedavisinde

Hemodiyaliz Sırasında Tromboz Oluşumunun Önlenmesinde

FORM SEÇENEKLERİ

0.2 ml	2.000 Anti Xa IU
0.4 ml	4.000 Anti Xa IU
0.6 ml	6.000 Anti Xa IU
0.8 ml	8.000 Anti Xa IU
1 ml	10.000 Anti Xa IU
0.8 ml	12.000 Anti Xa IU

* Kalp yetmezliği, solunum yetmezliği, çeşitli enfeksiyonlar ve romatizmal hastalıkları içeren akut medikal hastalıklar nedeniyle

** 1.5 mg/kg tek enjeksiyon olarak ya da 12 saatte bir 1 mg/kg günde 2 kez DVT: Derin ven trombozu, PE: Pulmoner emboli

CLEXANE® Kısa Ürün Bilgisi:

Formül: Clexane 2000 anti-Xa IU/0.2 ml, 4000 anti-Xa IU/0.4 ml, 6000 anti-Xa IU/0.6 ml, 8000 anti-Xa IU/0.8 ml, 10000 anti-Xa IU/1.0 ml olan kullanıma hazır enjektörlerin her 1 ml'lik steril solüsyonu 100 mg enoksaparin sodyum'a eşdeğer 10000 anti-Xa IU içerir. Clexane 120 mg/0.8 ml olan kullanıma hazır enjektörün her 1 ml'lik steril solüsyonu 15000 IU anti-faktör Xa aktivitesine eşdeğer 150 mg enoksaparin sodyum içerir. **Endikasyonları:** Venöz tromboemboli profilaksisinde özellikle ortopedik veya genel cerrahi sonrası; akut medikal hastalıklar nedeniyle yatağa bağlı hastaların venöz tromboembolisinin profilaksisinde; hemodiyaliz sırasında tromboz oluşumunun önlenmesinde; olmuş derin ven trombozunun tedavisinde, kararsız angina ve non-Q miyokard enfarktüsü tedavisinde aspirin ile birlikte. **Kontrendikasyonları:** Heparin ya da heparin türevlerine karşı aşırı duyarlılık, aktif yüksek kontrolsüz hemorajik risk taşıyan hastalıklar. **Uyarılar/Önemli:** Düşük molekül ağırlıklı heparinler üretim metodu, molekül ağırlığı, spesifik anti-Xa aktivitesi, ünite ve doz açısından eşdeğer olmadıklarından birbirlerinin yerine kullanılmamalıdır. Enoksaparin sodyum ve spinal/epidural anestezinin birlikte kullanımı ile uzun süreli ya da kalıcı paraliziye yol açan nöroaksiyel hematom olguları bildirilmiştir. Bu olaylar günde bir kez 4000 anti-Xa IU veya daha düşük enoksaparin sodyum dozaj rejimleri ile nadir olarak görülmektedir. Bir kateterin yerleştirilmesi veya çıkarılması enoksaparin sodyumun DVT profilaktik dozunun uygulanmasından sonra 10-12 saat süreyle geciktirilmelidir. Enoksaparin sodyum, heparin kaynaklı trombositopeni öyküsü bulunan hastalarda olağanüstü dikkatle kullanılmalıdır. Kararsız angina tedavisinde vasküler cihaz kullanımı takiben vasküler giriş kılıfı subkütan enoksaparin sodyum dozunun takiben 6-8 saat süreyle yerinde kalmalıdır. Ağır böbrek bozukluğu olan hastalarda dozaj ayarlaması önerilmektedir. Orta derecede ve hafif böbrek bozukluğu olan hastalarda herhangi bir dozaj ayarlaması önerilmemekle birlikte, dikkatli klinik izleme tavsiye edilmektedir. Düşük kilolu hastalarda profilaktik dozajlarla enoksaparin sodyuma maruz kalmadaki artış daha yüksek bir kanama riskine yol açabilir. Mekanik kalp kapak protezi olan gebe kadınlar tromboembolizm için yüksek risk altında bulunabilirler. Enoksaparin sodyum almakta olan süt veren annelerin emzirmeden kaçınmaları tavsiye edilmektedir. **Yan etkiler/Advers etkiler:** Kanamaya yatkın organik lezyonlar, invaziv girişimler veya hemostaz etkileyen ilaçların kullanılması durumunda kanama görülebilir. Tedavinin ilk günleri içinde hafif, geçici, asemptomatik trombositopeni bildirilmiştir. Trombozun eşlik ettiği nadir immüno-alerjik trombositopeni olguları bildirilmiştir. Subkütan enoksaparin sodyum enjeksiyonunu takiben ağrı, hematoma ve hafif lokal iritasyon görülebilir. Bulantı, diyare, ateş, konfüzyon, ağrı bildirilmiştir. **İlaç etkileşimleri ve diğer etkileşimler:** Eğer kesin olarak endike değilse hemostaz etkileyen

ajanların enoksaparin sodyum tedavisinden önce kesilmesi önerilmektedir. **Kullanım şekli ve dozu:** Cerrahi hastalarında venöz tromboz profilaksisi; Orta derecede tromboemboli riski olan hastalarda, önerilen enoksaparin sodyum dozu subkütan enjeksiyon yoluyla günde bir kez 2000 anti-Xa IU ya da 4000 anti-Xa IU'dur. Enoksaparin tedavisi genellikle ortalama 7-10 gün süreyle uygulanır. **Medikal hastalarda venöz tromboemboli profilaksisi:** Önerilen doz subkütan enjeksiyon yoluyla günde bir kez 4000 anti-Xa IU'dur. Enoksaparin sodyum ile tedavi en az 6 gün süreyle uygulanır ve tam hareket kazanana kadar en fazla 14 gün süreyle devam edilir. **Hemodiyaliz sırasında ekstrakorporeal dolaşımda tromboz oluşumunun engellenmesi:** Önerilen doz 100 anti-Xa IU/kg tek enjeksiyon olarak ya da 12 saatte bir 100 anti-Xa IU/kg doz subkütan olarak verilmelidir. **Kompleks tromboembolik hastalıklarda 100 anti-Xa IU/kg günde 2 kez verilmesi önerilir.** Tedavi süresi 10 günü aşmamalıdır. **Kararsız angina ve non-Q miyokard enfarktüsünün tedavisi:** Önerilen enoksaparin sodyum dozu, oral aspirin (günde bir kez 100-325 mg) ile birlikte subkütan enjeksiyon yoluyla 12 saatte bir uygulanan 100 anti-Xa IU/kg'dır. Normal tedavi süresi 2-8 gündür. Böbrek fonksiyon bozukluğunun olmaması halinde yaşlılarda herhangi bir doz azaltımına gerek yoktur. **Ağır böbrek bozukluğu olan hastalar için doz ayarlaması gerekir.** Karaciğer bozukluğu olan hastalarda dikkatli olunmalıdır. **Ruhsat tarihi ve numarası:** Clexane 2000 anti-Xa IU/0.2 ml kullanıma hazır enjektör; 27.04.2001-109/89, Clexane 4000 anti-Xa IU/0.4 ml kullanıma hazır enjektör; 27.04.2001-109/90, Clexane 6000 anti-Xa IU/0.6 ml kullanıma hazır enjektör; 27.04.2001-109/91, Clexane 8000 anti-Xa IU/0.8 ml kullanıma hazır enjektör; 27.04.2001-109/92, Clexane 10000 anti-Xa IU/1.0 ml kullanıma hazır enjektör; 27.04.2001-109/93, Clexane 120 mg/0.8 ml kullanıma hazır enjektör; 22.01.2004-115/38. **Ticari şekli /Fiyatı:** Clexane 2000 anti-Xa IU/0.2 ml kullanıma hazır enjektör; 10.054.000 (KDV dahil. Onay tarihi: Mart 2004), Clexane 4000 anti-Xa IU/0.4 ml kullanıma hazır enjektör; 18.276.000 (KDV dahil. Onay tarihi: Mart 2004), Clexane 6000 anti-Xa IU/0.6 ml kullanıma hazır enjektör; 19.997.000 (KDV dahil. Onay tarihi: Mart 2004), Clexane 8000 anti-Xa IU/0.8 ml kullanıma hazır enjektör; 22.074.000 (KDV dahil. Onay tarihi: Mart 2004), Clexane 10000 anti-Xa IU/1.0 ml kullanıma hazır enjektör; 23.740.000 (KDV dahil. Onay tarihi: Mart 2004), Clexane 120 mg/0.8 ml kullanıma hazır enjektör; 204.892.000 (KDV dahil. Onay tarihi: Mart 2004). **Yasal kategori:** Reçete ile satılır. Ayrıntılı bilgi için firmamıza başvurunuz. Aventis Pharma San. ve Tic. Ltd. Şti., Şişli, Mecidiyeköy Mahallesi Mecidiyeköy Yolu Cad. No.: 102, 34387 Mecidiyeköy-İstanbul. Başlı Malzeme Hazırlama Tarihi: Mart 2004

Aventis Pharma San. ve Tic. Ltd. Şti.

Şişli Mecidiyeköy Mahallesi, Mecidiyeköy Yolu Cad. No:102, 34387 Mecidiyeköy-İstanbul Tel: 0 212 354 20 00 Faks: 0 212 354 20 21