

KIŞ SPORLARINA
HAZIR MİSİNİZ?

RÜYALARINIZ DA
SİZİ GÖRÜYOR

GEÇ KALMA,
GENÇ KAL

MR KORKUSU
ÇÖZÜMSÜZ DEĞİL

MEDİPOL Sağlıcakla

SAĞLIKLI YAŞAM DERGİSİ, KIŞ 2017, SAYI: 7



COŞKUN ARAL:
HASTALIĞIM
MESLEĞİME
ENGEL OLMADI

PROSTAT
KANSERİNE
DA VINCI NEŞTERİ

PRAG:
BİR ORTAÇAĞ
MASALI

 MEDİPOL
YAYIN



AKILLI TEKNOLOJİLER

Çocuk Kan Kanserleri Tedavisinde KÖK HÜCRE NAKLİ



Kuruluşumuz,
Akademik Tıp Merkezi
Hastanesi olarak
JCI tarafından
akredite edilmiştir.



4447044



MEDİPOL
MEGA
ÖZEL
MEDİPOL MEGA
HASTANELER
KOMPLEKSİ



facebook.com/medipolsaglik



twitter.com/medipolsaglik



youtube.com/MedipolSaglikGrubu

Kalpten bir selam...



Sevgili 'Sağlıcakla' dergisi okurları,

Kış mevsimi soğuk yüzüyle gösterdi kendini. Sağlıkla ilgili sorunların daha fazla arttığı bu mevsimde, bizler yine Medipol ailesi olarak sizlerin yanınızdayız. Kışa hazırlıkta sağlıklı yaşam adına yapılması gerekenleri, tıpta gelişen teknolojileri ve tedavi yöntemlerini Sağlıcakla'nın dopdulu kış sayısında bulabileceksiniz.

İçerik konusunda biraz ipucu verdik ama gelin konularımıza biraz daha yakından bakalım.

Artık bildiğiniz üzere dergimizin her sayısında bir ana dosyamız bulunuyor.

Kış sayısında konumuzu kalp sağlığı olarak belirledik. Bilindiği üzere, Türkiye 50 yaş altı kalp krizine bağlı ölümlerde Avrupa birincisi. Hastalarımızın bu konuda bilgilendirilmeleri 'hayatı' bir önem taşıyor. Bu önemden yola çıkarak, 'Kalbinize Sağlık' dosyasında, kalp krizinden, robotik cerrahiye, aort anevrizmasından karotis artere, anjiyodan stente ve by-passa kadar merak ettiğiniz bir çok konu başlığı, alanında uzman hekimlerimiz tarafından ele alındı. Ayrıca kalp sağlığını korumak için yapılması gerekenler, hekimlerimiz tarafından kaleme alındı.

'Artık mevsim kış' başlıklı yazımızda, hastanemiz hekimlerinden kış güçlü karşılamanın ipuçlarını alıyoruz. Beslenmede dikkat etmemiz gerekenleri, cildimizin hassasiyet dengesini ve psikolojimizi sağlam tutmanın yollarını bu başlıkta bulmanız mümkün.

Bu sayıda ilgi çekici olduğunu düşündüğümüz bir diğer yazımız ise Prof. Dr. Erdoğan Kunter imzalı. Hiç düşündünüz mü, bizler uykudayken vücudumuzda neler yaşanıyor? 'Rüyalarınız sizi görüyor' yazısında işte bu sırlarla dolu evre anlatılıyor. Uykudayken vücudumuzda yaşanan değişiklikler sıralanıyor.

Son dönemde, kanser hastaları için umut dolu gelişmeler yaşanıyor. Yakını kanser olanların da ilgiyle takip ettiği kanser tedavisinde aşının yeri, 'Kanserle savaşa aşı desteği' isimli yazımızda irdeleniyor.

Yine her sayımızda İçimizden Portreler başlığıyla, bir hekimimizi yakından tanıyoruz. Bu sayıda ise Koreli doktorumuz Eun Sang Jeon'la Türkiye'de yabancı olmayı ve hastalarıyla ilişkisini konuştuk.

Tüm bunların yanı sıra ünlü gazeteci Coşkun Aral'la hayatı üzerine yapılmış keyifli bir röportaj ve Prag'ı baştan başa anlatan gezi yazısı Sağlıcakla'nın zengin içeriğinden sadece birkaçı...

Yeni sayılarda görüşmek dileği ve sağlıcakla yaşayacağımız bir yaşam temennisiyle....

PROF. DR. BİLAL BOZTOSUN

İçindekiler

08

Artık mevsim kış

Kış mevsimi soğuk yüzünü gösterdi, havanın rengi değişti. Tabii değişen sadece hava olmadı. Ruh halimiz, bedenimiz de bu değişimden payını aldı. Biraz daha depresif, gün ışığını daha az gören, bulaşıcı hastalıklara daha açık bir mevsimdeyiz artık. Medipol Üniversitesi Hastanesi hekimleri, 3 adımda kışa hazırlığın püf noktalarını anlattı.



22

Rüyalarınız da sizi görüyor

Uyurken bilinçaltımızda neler yaşıyoruz, rüyaları nasıl görüyoruz, yoksa rüyalarımız mı bizi görüyor? Siz uykudayken bedeniniz sadece dinlenmekle kalmıyor, bambaşka bir bakım programına giriyor. Rüyalarınız da bu bakım programının bir parçası olarak yerini alıyor. Diyebiliriz ki, biz değil rüyalarımız bizi görüyor...



34

Kalbinize sağlık

Günümüzde kalp damar sistemi hastalıklarının tanı ve tedavisiyle ilgili sağlık teknolojilerinde yaşanan ilerlemeler önemli gelişmelere olanak sağladı. Artık birçok hasta için hem sağ kalma oranı arttırıldı, hem de daha kaliteli bir yaşam sağlamak adına önemli adımlar atıldı. 'Kalbinize Sağlık' dosyasında kalbe dair ne varsa alanında uzman hekimler tarafından ele alınıyor.



8 ARTIK MEVSİM KIŞ

12 ÜŞÜYORSAM SEBEBİ VAR

14 HASTALIKLARI 'AŞI'YORUZ

16 KIŞ SPORLARINA HAZIR MISINIZ?

18 KURULUKLA BAŞLIYOR, ROMATİZMAYLA KARIŞTIRILIYOR

20 GEÇ KALMA, GENÇ KAL

22 RÜYALARINIZ DA SİZİ GÖRÜYOR

26 GÖZÜNÜZE NETLİK AYARI

28 CEZA DEĞİL ÖDÜL VER

30 PROSTAT KANSERİNE DA VİNCİ NEŞTERİ

34 YARA KÜÇÜK FAYDA BÜYÜK

36 DEĞİŞTİRMEYİN, TAMİR ETTİRİN

38 90 YAŞINDA KAPAK AMELİYATI OLABİLİR MİYİM?

40 TIKALI DAMARLARI SPORLA AÇIN

42 SABAH ANJIYO, ÖĞLEN İŞ

44 AĞRINIZ VARSA ŞANSLISINIZ

46 ŞAH DAMARINIZ KADAR YAKIN

48 SİNSİ TEHLİKE: AORT ANEVRİZMASI

50 STENT Mİ, BY-PASS MI?

60

Kanserle savaşa aşı desteği

Son yıllarda kanser hastalarının ve yakınlarının yeni umutlarından biri de aşı tedavisi. Cerrahi, kemoterapi ve radyoterapiden sonra kullanılan immünoterapi, kanser hücrelerinin gelişimini durdurabilir ya da yavaşlatabilir, metastaz yapmasını önleyebilir ya da kanser hücrelerinin ölmesi için bağışıklık sistemini güçlendirebilir. Aşılar artık, dördüncü evreye gelmiş kanserlerde dahi tedavi amaçlı kullanılabilir.



72

5 soruda dişeti hastalıkları

Periodontal hastalıklar dişeti ve dişleri destekleyen diğer dokuları etkileyen iltihabi hastalıklardır. Erişkinlerde diş kayıplarının yüzde yetmişinden periodontal hastalıklar sorumludur. Düzenli diş fırçalama ve ağız bakımı ile önlenemeyen diş eti hastalıkları hakkında merak edilenleri 5 soruda cevaplıyoruz.



76

Hastalığım mesleğime engel olmadı

Savaş bölgesinden çektiği fotoğraflar, belgeseller ve Haberci programıyla tanıdığımız Coşkun Aral, çocukluğundan bu yana farklı hastalıklarla mücadele ettiğini söylüyor. Küçükken doktor olmak isteyen Aral, "Mesleğim, hastalıklarım tuz bastı, ama ben haksızlıkları dünyaya duyurmaktan vazgeçmedim" diyor.



53 5 STENT, 9 BALON

54 KALP PİLLERİ ANİ ÖLÜMLERİ ÖNLÜYOR

58 ANNE BEN ERGENİM!

60 KANSERLE SAVAŞA AŞI DESTEĞİ

63 TÜMÖRÜNDEN 7 SAATTE KURTULDU

64 MR KORKUSU ÇÖZÜMSÜZ DEĞİL

66 UMUT BU KAPININ ARDINDA

68 KAN DAMARDA DURMUYORSA...

70 TÜRKİYE BENİM İÇİN BİR ŞANS

72 5 SORUDA DİŞETİ HASTALIKLARI

74 UMUTLARI MEDİPOL'DE YEŞERDİ

76 HASTALIĞIM MESLEĞİME ENGEL OLMADI

80 GELECEĞİ SİZİN ELLERİNİZDE

82 7 MİLYON KİŞİ 'NADİR HASTA'

84 PRAG: BİR ORTAÇAĞ MASALI

88 MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ'NDEN HABERLER

92 İNGİLİZCE ÖZET

96 BALIĞIN TAM ZAMANI!

Katkıda bulunanlar



Prof. Dr. Ali MERT

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1982 yılında mezun oldu. 1992'de İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı'nda tıpta uzmanlık eğitimi tamamladı. 1997 yılında aynı üniversitede doçent ve 2003'te profesör olan Mert, halen Medipol Üniversitesi Hastanesi'nde görev yapmaktadır.



Prof. Dr. İrfan BARUTÇU

1996 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 2002 yılında İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde kardiyoloji uzmanı, 2003 yılında Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yardımcı doçent, 2006 yılında Koşuyolu Kalp Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde kardiyoloji doçenti, 2012 yılında Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde profesör unvanını aldı. Prof. Barutçu, halen Medipol Üniversitesi Hastanesi'nde görev yapmaktadır.



Doç. Dr. Cihangir AKGÜN

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1998 yılında mezun oldu. Tıpta uzmanlık eğitimi, 2004 yılında Van Yüzcü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda tamamladı. 2010 yılında çocuk nefrolojisinde yan dal yaptı. 2012 yılında doçent unvanını alan Akgün, halen Medipol Üniversitesi Hastanesi Çocuk Nefrolojisi Anabilim Dalı Başkanlığı görevini sürdürmektedir.



Prof. Dr. Bilal BOZTOSUN

Erciyes Üniversitesi'nden 1994 yılında mezun oldu. İnönü Üniversitesi'nde iç hastalıkları, Florence Nightingale Hastanesi'nde kardiyoloji uzmanlık eğitimi aldı. 2007 yılında doçent, 2015 yılında profesör olan Boztosun, halen Medipol Üniversitesi Hastanesi'nde görev yapmaktadır.



Prof. Dr. Mustafa GÜDEN

1989 yılında İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsü Kalp ve Damar Cerrahisi'nde tıpta uzmanlık eğitimi 1996'da tamamladı. 2004 yılında doçent, 2013'te profesör olan Güden, Medipol Üniversitesi Hastanesi'nde görev yapmaktadır.



Doç. Dr. Gamze DEMİREL

2002 yılında Hacettepe Üniversitesi İngilizce Tıp Fakültesi'nden mezun olan Doç. Dr. Gamze Demirel, pediatri alanındaki uzmanlık eğitimi 2008 yılında aynı üniversitede, neonatoloji yan dal eğitimi ise Zekai Tahir Burak Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2012 yılında tamamladı. Aynı yıl doçent unvanını aldı. Doç. Dr. Demirel, halen Medipol Üniversitesi Hastanesi'nde görev yapmaktadır.



Prof. Dr. Erdoğan KUNTER

GATA Tıp Fakültesi'ni 1987 yılında bitiren Prof. Dr. Kunter, 1994 yılında GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi'nde göğüs hastalıkları ihtisasını tamamladıktan sonra 1997 yılında GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Göğüs Hastalıkları Bölümü'ne yardımcı doçent olarak atandı. 2002 yılında doçent unvanını aldı. 2010 yılında profesör olarak İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı başkanlığına atandı. Prof. Dr. Kunter, halen İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi dekanlığı görevini yürütmektedir.



Prof. Dr. Volkan TUZCU

İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1990 yılında mezun oldu. 1994 Wayne State Üniversitesi Michigan Çocuk Hastanesi'nde çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlığını tamamlayan Prof. Dr. Tuzcu, 1997'de Michigan Çocuk Hastanesi Wayne State Üniversitesi'nde çocuk kardiyoloji üstitiası, 1998'de Texas Çocuk Hastanesi, Baylor College of Medicine'de, pediatrik elektrofizyoloji üstitiasını yaptı. 1998-2003 yıllarında Almanya Giessen Üniversitesi'nde elektrofizyoloji ve pacing bölüm başkanlığı görevini üstlendi. Arkansas Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 2004'de doçent, 2011'de profesör unvanı alan Prof. Dr. Tuzcu, halen Medipol Üniversitesi Hastanesi'nde görev yapmaktadır.



Doç. Dr. Mehmet Fatih KILIÇLI

1998 yılında Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun olan Doç. Dr. Mehmet Fatih Kılıçlı, 2006'da Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi iç hastalıkları ana bilim dalında uzmanlık eğitimi tamamladı. 2011 yılında endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları alanında yandal ihtisası yaptı. 2014'de Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde doçent unvanı alan Doç. Dr. Kılıçlı, Medipol Üniversitesi Hastanesi'nde görev yapmaktadır.



Doç. Dr. Mehmet E. ERDİL

2001 yılında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 2007 yılında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı'nda ortopedi ve travmatoloji uzmanı oldu. 2012 yılında Pittsburgh Üniversitesi'nde araştırma görevlisi olarak çalıştı. 2014 yılında doçent unvanı aldı. Doç. Dr. Erdil, halen Medipol Üniversitesi Hastanesi'nde görev yapmaktadır.



Yrd. Doç. Dr. Beytullah ÇAKAL

2007 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 2012 yılında kardiyoloji uzmanlık eğitimini Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde tamamladı. 2014 yılında yardımcı doçent unvanını aldı. Yrd. Doç. Dr. Çakal, halen Medipol Üniversitesi Hastanesi'nde görev yapmaktadır.



Yrd. Doç. Dr. Hacı Murat GÜNEŞ

2005 yılında İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Kardiyoloji ihtisasını İstanbul Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Hastanesi'nde 2010 yılında tamamladı. Yrd. Doç. Dr. Güneş, 2014 yılından beri Medipol Üniversitesi Hastanesi'nde görev yapmaktadır.



Doç. Dr. Meryem CAN

2000 yılında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. İç hastalıkları uzmanlık eğitimini 2006 yılında İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde tamamladı. 2012 yılında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı'nda romatoloji uzmanı oldu. 2016 yılında doçent unvanı aldı. Doç. Dr. Can, halen Medipol Üniversitesi Hastanesi'nde görev yapmaktadır.



Yrd. Doç. Dr. Burcu HIZARCI

2005 yılında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 2010'da Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanlığını tamamladı. Medipol Üniversitesi'nde, 2015 senesinde yardımcı doçent unvanını alan Hızarcı, 2012 yılından bu yana Medipol Üniversitesi Hastanesi'nde görev yapmaktadır.



Yrd. Doç. Dr. Mehmet Onur OMAYGENÇ

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden 2005 yılında mezun oldu. Kardiyoloji uzmanlık eğitimini Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2010 yılında tamamladı. 2013 yılında yardımcı doçent unvanını aldı. Yrd. Doç. Dr. Omaygenç, halen Medipol Üniversitesi Hastanesi'nde görev yapmaktadır.



Doç. Dr. Mustafa ÖZSÜTÇÜ

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1994 yılında mezun oldu. Göz sağlığı ve hastalıkları dalında uzmanlık eğitimini Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göz Hastalıkları Kliniği'nde, 2000 yılında tamamladı. 2013'te doçent unvanı alan Özsütçü, halen Medipol Üniversitesi Hastanesi'nde görev yapmaktadır.



Yrd. Doç. Dr. Ekrem GÜLER

2004 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Kardiyoloji ihtisasını İstanbul Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Hastanesi'nde 2010 yılında tamamladı. 2012 yılında yardımcı doçent unvanını alan Güler, halen Medipol Üniversitesi Hastanesi'nde görev yapmaktadır.



Yrd. Doç. Dr. Meltem ÇAKIR

2008 yılında Yeditepe Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi'nden mezun oldu. 2009'da Yeditepe Üniversitesi Periodontoloji Anabilim Dalı'nda doktora eğitimine başladı. 2013 yılında doktora eğitimini tamamlayarak uzman doktor unvanını aldı. 2015 yılında yardımcı doçent unvanını alan Çakır, halen Medipol Üniversitesi Hastanesi'nde görev yapmaktadır.



Doç. Dr. Ziya AKBULUT

1988'de Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun olan Doç. Dr. Akbulut, üroloji uzmanlık eğitimini 2004 yılında Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde tamamladı. 2014'de Yıldırım Beyazıt Üniversitesi'nden doçent unvanı alan Doç. Dr. Akbulut, halen Medipol Üniversitesi Hastanesi'nde görev yapmaktadır.



Yrd. Doç. Dr. İbrahim Oğuz KARACA

2005 yılında İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 2011'de Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde kardiyoloji uzmanlığını tamamladı. 2012 yılında yardımcı doçent unvanıyla Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde göreve başladı. Karaca, halen Medipol Üniversitesi Hastanesi'nde görev yapmaktadır.



Uzm. Dr. Yöntem YAMAN

2000 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Uzmanlık eğitimini 2005 yılında Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü'nde tamamladı. 2012'de İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Hematoloji ve Onkoloji Bölümü'nde yan dal ihtisası yapan Uzm. Dr. Yaman, halen Medipol Üniversitesi Hastanesi'nde görev yapmaktadır.



Artık mevsim kış

Gün ışığını daha az görüyor, daha çok üşüyoruz.
İşte, kış mevsimini sağlıklı geçirmek için
hekimlerimizin sizlere sunduğu öneriler...

“Artık mevsim kış/ Serin bir sabahın huzuruna eğilip/ Toprağı öpüyor yapraklar/ Her şeyin rengi soluk bu günlerde/ Her şey kirliliğe sarıya dönük.” Şairin bu satırlarda da ifade ettiği gibi kış mevsimi soğuk yüzünü gösterdi. Yapraklar döküldü, havanın rengi değişti. Tabii değişen sadece hava olmadı. Ruh halimiz, bedenimiz de bu değişimden payını aldı. Biraz daha depresif, gün ışığını az gören, bulaşıcı hastalıklara daha açık bir mevsimdeyiz artık. Medipol Üniversitesi Hastanesi hekimleri Uzman Klinik Psikolog Nihan Dengizek, Diyetisyen Arif Kaçan ve Deri ve Zührevi Hastalıklar Uzmanı Yrd. Doç. Dr. Pelin Doğa Üstüner, 3 adımda kışa hazırlığın püf noktalarını anlattı.

Olumlu düşünün, pozitif olun!

Uzm. Dr. Nihan Dengizek

Kış mevsimine girdiğimiz şu günlerde güneş ışınlarının azalması ve güneş ışınlarından faydalanamamanın sonucunda beyinde bazı bölgeler uyarılmadığından, serotonin salgılanması azalır ve melatonin artışı ile depresyon belirtileri yaşanabilir. Bu durum kadınlarda erkeklere oranla daha fazladır. Havanın kararması insanlarda duygu değişikliğine neden olabiliyor. Hüüzün, üzüntü, mutsuzluk



duyguları artabilir. Ruhsal çökkünlük, bitkinlik, isteksizlik, hayattan zevk alamama gibi belirtiler ortaya çıkabilir. Kilo artışı veya kaybı, uykusuzluk veya artan uyku hali, cinsel istek ve enerjide azalma görülebilir. Bu belirtiler ortalama iki hafta kadar sürebilir. Mevsime adaptasyondan sonra kendiliğinden geçme ihtimali yüksektir. Uzun sürmesi ve yaşanan belirtilerin şiddetli olması takdirde ise bir destek alınması gerekir. Ruh halimiz beslenme ve uyku düzenimiz üzerinde daha fazla etki gösterebiliyor. İnsanlar bu dönemde daha fazla uykuya yönelirler. Daha az enerji harcarlar.

FARKLI İLGİ ALANLARI OLUŞTURMALI

Kış mevsiminde yaşanan bu duygu değişiklikleri ile başa çıkmak için bir takım yollar denenebilir. Öncelikle olarak gün

içerisinde olabildiğince güneş ışınlarından faydalanılmalı. Uyku düzeni oluşturulmalı ve saatlerine dikkat edilmeli. Olumsuz düşüncelerin farkına varılmalı ve olumlu gerçekçi bir düşünceye dönüştürülmeli, olaylara her açıdan bakılmalı.

Duyguları ve düşünceleri içinde yaşamak yerine yakınlarla paylaşılmalı. İş ve ev hayatı dışında mutlaka bir ilgi alanı oluşturulmalı. Gün içerisinde en azından yarım saat yürüyüş yapılmalı. Özetle, günlük koşturmalarımız dışında kendimize de zaman ayırırsak bu dönemi daha rahat atlatabiliriz.

Günde beş porsiyon sebze meyve

Dyt. Arif Kaçan

Soğuk ve maalesef hastalıklara davetkâr bir mevsimdeyiz. Kış hastalıklarına yakalanmamak için bağışıklığı güçlendirmek şart. Bağışıklık sistemini güçlendirmenin en kolay yolu doğru besinlerle yeterli ve dengeli bir beslenmedir. Kış aylarında vücut direncini arttırmak için antioksidan olarak da görev yapan A, C, E vitaminleri, demir ve çinko gibi mineralleri yeteri kadar almak gerekir. Özellikle ara öğünleri bağırsak florasını koruyacak probiyotik ürünlerle zenginleştirmek gerekir. Mutlaka fiziksel aktivite yapılmalıdır.



Kiş aylarında artan vitamin ve mineral gereksinimi kış meyve ve sebzelerinde bulunur. Savunma sistemini güçlendirici özelliği olan A ve C vitamini gibi antioksidan vitaminlerden zengin; havuç, brokoli, kabak, lahanaya, maydanoz, kırmızı pancar gibi sebzelerin yanı sıra özellikle toksin atıp daha fazla antioksidan içeren kereviz, pırasa, karnabahar, brokoli, sarımsak ve kuru soğan tüketimi artırılmalıdır. Kış aylarında bolca bulunan nar, portakal, mandalina, elma, greyfurt gibi meyveler de çokça tüketilmelidir. Nitekim Dünya Sağlık Örgütü her gün 5 porsiyon sebze ve meyve yenilmesini önermektedir. Minerallerden özellikle demir ve çinko bağışıklık sistemini güçlendirici özelliktedir. Demirden zengin besinler; kırmızı et, koyu yeşil yapraklı sebzeler, kuru baklagiller, kereviz yaprağı, roka ve kuru kayısıdır.

İLAÇ NİYETİNE ÇORBA

Çinkodan zengin besinler; tam tahıllar, ekmekek, et, balık, badem ve cevizdir. Bağışıklık sistemimizin büyük bir kısmı (yaklaşık %80'i) bağırsakta yer alır. Prebiyotikler ve probiyotiklerin bazıları çeşitli mekanizmalar ile bağırsak florasının korunmasını sağlarlar. Bağırsak sisteminin mikrobiyal florasını değiştirerek insan sağlığı üzerinde olumlu etkiler yapan mikroorganizmalar olarak tanımlan probiyotikler içeren kefir, yoğurt gibi fermante süt ürünleri her mevsim tüketilmelidir. Öte yandan havaların soğumasıyla birlikte düşen metabolizma hızımızı bol baharatlı çorbalarla arttırabiliriz. Egzersiz ve hareketlilik bağışıklık sisteminin güçlenmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Yapılan araştırmalarda hareketli olan veya sporla uğraşan bireylerin hastalıklara yakalanma riskinin daha az olduğu görülmüştür.

Kış cilde yaramıyor

Yrd. Doç. Dr. Pelin Doğa Üstüner

Kiş aylarında soğuk hava, kalorifer ile ısınan kapalı ve nemsiz ortamlar cildin olumsuz etkilenmesine neden olabilir. Cildimiz bedenimizi enfeksiyon oluşturabilecek mikroorganizmalardan, zararlı kimyasal madde ve toksinlerden, mor ötesi ışınlardan, sıcak ve soğuktan koruyan mükemmel bir organ. Ancak işlevini yerine getirmesi için bakıma ihtiyacı var. Nemin azaldığı kış aylarında, cildin doğal nem üretim hızı yetersiz kalabilmektedir. Bu da, kış aylarında ellerde kuruma, kızarma ve çatlak oluşumu gibi sorunları beraberinde getirir. Havanın soğumasıyla ciltte kuruluk ve pul pul dökülmeler görüldüğü gibi, insanlardaki mevcut deri hastalıkları da başta kuruluk kaşıntısı, alerjik hastalıklar ve atopik egzema olmak üzere anlamlı olarak artmaktadır. Deri kuruluğu, başta çocukluk dönemi olmak üzere egzama grubundaki hastalıklarda artma ve ciltte pul pul dökülmelere yol açmaktadır. Cildi soğuktan korumak için fiziksel önlemlerin yanı sıra nemlendirici kullanmak da oldukça faydalıdır. Saf katı vazelin doğada bilinen en saf doğal ve alerjenik olmayan nemlendiricilerdendir, mutlaka kış aylarında günlük hayatta el ve ayak bakımında kullanılmalıdır. Ayrıca banyoda vücut temizliğinde deri PH'ına yakın PH'da renksiz, kokusuz duş jeli veya

sabunlar kullanılabilir. Çok sıcak suyla yıkanmamalı, banyoda kalış süresi kısa tutulmalıdır. Banyodan sonra nemlendirme, cilt üzerindeki su buharlaşmadan mutlaka yarım saatlik dönemde yapılmalıdır. Banyo sonrası tam kurulanmadan hafif ıslak deri üzerine uygulanan nemlendiricilerin emilimi daha etkili ve faydalı olmaktadır. Cildin nemini artıran vitamin (A, C, E vitaminleri), mineraller ve vücutta yapılmayan bazı temel yağ asitlerinden (linoleik ve linolenik asit) zengin beslenmeye dikkat edilmelidir. Kış döneminde cildinizin nemlendirilmesi kadar yaşadığımız ortamın havasının nemlendirilmesinin de önemli olduğunu unutmayın. Kaloriferli evlerde yatak odalarında buhar makinası bulunması ya da en azından kaloriferlerin üzerine küçük bir kap içerisinde konulan distile su yöntemi bile kışın ortam havasının derimize olan olumsuz etkilerini hafifletecektir.

BALLI NEM MASKELERİ UYGULAYIN

Cilt bakımında bal ve zeytinyağı çok önemli birer besin maddesidir. Bal, kuru ciltlerin nemlendirilmesinde kullanılabilir. Cilde parlaklık ve canlılık kazandırır. Balın antibakteriyel etkisi olduğundan hafif cilt kızarıklıklarını giderebilmeye özelliği de mevcut. Bal ya da bazı özel humektan maddeler ile uygulanan nem maskeleri ve başta yüz derisi olmak üzere cilde uygulanan hidrasyon sağlayan hyaluronik asit ve türevlerini içeren maddeler ile mezoterapi yöntemleri kış döneminde nemsiz cildin eski sağlığına kavuşmasına yardımcı olmaktadır. Ayrıca A, C, ve E

vitaminleri de eklenerek cilde parlaklık ve taze bir görünüm kazandırmak, yaz aylarından kalma güneş lekelerini kışın gidermek mümkün olmaktadır.

Son olarak kışın güneşin ve özellikle pencere camından dahi penetre olabilen ve belki yaz aylarından daha da riskli olabilen UV-A'nın zararlı etkilerini de unutmamak gerekir. Başta çil ve lekelenme sorunu olan hastalar olmak üzere kış aylarında da tıpkı yaz aylarındaki gibi cilt tipine uygun

koruma faktörlü ve uygun formda güneş koruyucu kullanma alışkanlığı edinmek oldukça önemlidir. Son olarak, kışın vazgeçilmezlerinden olan kar tatillerinde koruyucu kullanılmalı ve kar maskesi, güneş gözlüğü unutulmamalıdır.



AKILLI TEKNOLOJİLER

Radyasyon Onkolojisinde Hedef Odaklı Tedavi TRUEBEAM



Kuruluşumuz,
Akademik Tıp Merkezi
Hastanesi olarak
JCI tarafından
akredite edilmiştir.



444 70 44



MEDİPOL
MEGA
ÖZEL
MEDİPOL MEGA
HASTANELER
KOMPLEKSİ



facebook.com/medipolsaglik



twitter.com/medipolsaglik



youtube.com/MedipolSaglikGrubu



Üşüyorsam sebebi var

DOÇ. DR. M. FATİH KILIÇLI

Kış ayıyla birlikte 'üşüyorum' diyenlerin sayısı arttı. Peki hiç düşündünüz mü, insanlar niçin üşür?

Üşümek genellikle soğuk bir çevreye maruz kalma veya enfeksiyon durumlarında ateşle birlikte ortaya çıkar ancak bazı hastalar bu iki durum olmaksızın da sürekli üşümekten şikayetçi olurlar. Isının oluşumunda kasların oldukça önemli bir rolü vardır. İstirahat halinde vücuttaki ısı üretiminin %20 yirmi ila 30'u kaslar tarafından sağlanmaktadır. Kasların kasılmasıyla oluşan enerji, vücut ısısının artırılmasında rol alır. Bu nedenle sürekli üşüme genellikle kasları erkeklere göre daha az gelişim gösteren kadınlarda daha fazladır. Yağ doku bilinenin aksine ısı oluşumuna katkıda bulunmaz ve sadece ısı kaybının önlenmesinde etkilidir. Bu nedenle kas yapısı az gelişmiş obezlerde de sürekli üşüme şikayeti görülür. Beslenme bozukluğu olan kişiler de sıklıkla üşümekten yakınabilirler. Bu durum yetersiz yiyecek alımı dışında bağırsak ve mide kaynaklı emilim problemlerine bağlı olabilir. Sürekli diyet yapan ve tek taraflı beslenme alışkanlığı olan kişilerde yeterli mineral ve vitamin alınamaması da üşümeye yol açar. Bu nedenle bin 200 kalorinin altında kalori alımı olan kişilerde bu şikayetlere daha fazla rastlanır. Beslenme bozukluğu metabolizmanın yavaşlamasına neden olur ve bu durumda üşüme şikayetleri ortaya çıkar. Ayrıca öğün atlamak da vücuda daha az enerji girişine neden olarak üşümeye katkıda bulunabilir.

KADINLARDA DAHA FAZLA GÖRÜLÜR

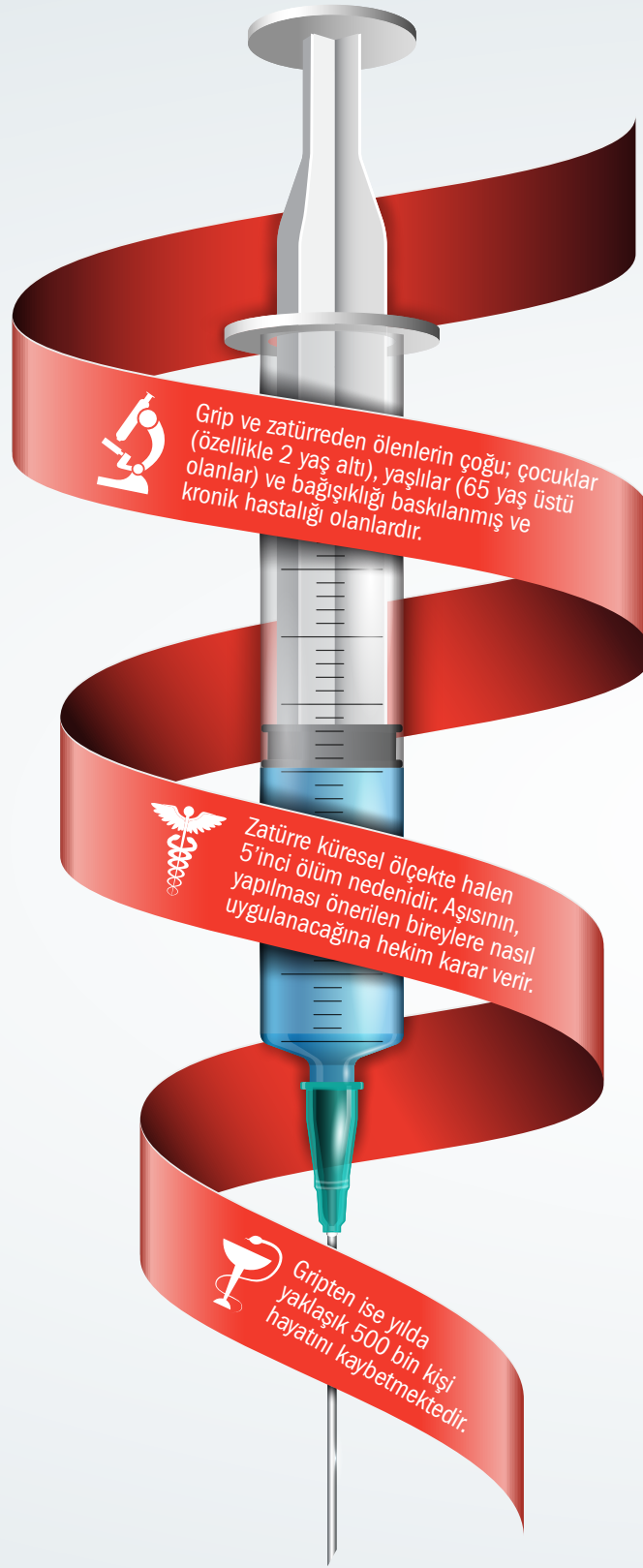
Öte yandan tiroid hormonları vücuttaki metabolizma hızını belirleyen esas hormonlardır. Tiroidin az çalışması metabolizmanın yavaşlamasına neden olarak üşümeye yol açabilir. Üşüme dışında halsizlik, kilo alma, depresyon, kasların dış kısmında ve saçlarda dökülme, kabızlık, elde ve yüzde şişlik, kadınlarda adet düzensizliği gibi şikayetlere de neden olabilir. Demir eksikliği kadınlarda daha sık görülmektedir ve kadınlarda üşümenin daha fazla görülmesinin başlıca nedenlerinden biridir. Demir sadece kanın yapısında yer alan bir molekül olmayıp vücutta bir çok enzimin aktifleşmesinde rol alan yardımcı faktörlerden biridir. Dolaşım problemi olan kişilerde üşümenin dışında egzersizle ortaya çıkan ve dinlenmekle geçen baldır ağrısı tipik bir bulgudur. Ayrıca bacaklardaki killarda düzensiz dökülmeler, ayakta solukluk görülebilmektedir. Şeker düzeyinde olan düşmeler de üşümeye neden olabilir. Genellikle şeker hastalığında uygun olmayan tedavilerin kullanılması veya diyetle uyumsuzluk sonrası ortaya çıkan bu durumda üşüme dışında, çarpıntı, bulanık görme, terleme, bilinç bulanıklığı da görülebilir. Üşüme dışında halsizlik,

solukluk, baş dönmesi, göğüs ağrısı gibi şikayetlere de neden olabilir. Ayrıca şeker hastalığında sıklıkla görülen sinir hasarları üşümeyi artıran faktörlerden biridir. Demir eksikliği dokulara taşınan oksijenin azalması ve metabolizmanın yavaşlamasına neden olduğu için üşümenin dolaylı sebeplerinden sayılır. Üşümekten şikayetçi olan hastalarda dolaşım bozukluğu da görülebilir. Genellikle şeker hastalığı ve kronik akciğer hastalıklarında bu duruma daha fazla rastlanır. Ayrıca raynaud hastalığı olarak bilinen genellikle soğuk havalarda ortaya çıkan el ve ayak parmaklarındaki spazma bağlı görülen üşüme durumunda eller sıcak tutulmalı ve bazı ilaçlar kullanılmalıdır.

ÜŞÜMEYİ AZALTMAK İÇİN NELER YAPABİLİRİM?

Üşümenizin nedeni herhangi bir hastalık değilse düzenli beslenme ve egzersiz oldukça faydalı olacaktır. Egzersiz kas kitlesinde artış yaparak vücudun daha fazla ısı üretmesine katkıda bulunur. Yiyecekler arasında şeker, protein ve yağ gibi 3 önemli besin grubu bulunmalıdır ve yeterli B vitamini alınmalıdır. Öğün atlamamaya dikkat edilmelidir. Ayrıca uyku süresinin yeterli olmasına özen gösterilmelidir. Son olarak ılık su tüketimini artırmak ve aralıklı olarak sauna gibi sıcak ortamlarda bulunmak da üşümeyi azaltmada etkili olabilir.





Hastalıkları 'aşı'yoruz

PROF. DR. ALİ MERT

Zatürre (pnömoni) ve grip (inflüenza) küresel ölçekte sık görülen ve ölüme yol açabilen iki enfeksiyon hastalığıdır.

Grip Aşısı

Yapılması önerilenlere kuzey yarımkürede (ülkemiz burada yer alır) her yıl ekim ayında, güney yarımkürede ise mayısta yapılır. Ülkemizde grip salgını kasımda başlar ve nisan sonuna kadar sürer. Bu süre içinde grip olmamış kişiler aşı yaptırabilirler.

Amerika aşılama danışma kurulu (ACIP) yıllık aşı uygulamasını 6 aylıktan büyük tüm topluma önerse de ülkemizde riskli gruplara uygulamak daha uygundur. Gebelere (gebelik trimesterine bakılmaksızın) inaktif inflüenza

aşısı önerilir. Ayrıca immüdüskünler, HIV enfeksiyonlular, homoseksüeller, kronik böbrek yetmezliği hastaları, kalp yetersizliği olanlar (dilatasyonlu kardiyomiopati dahil), kronik akciğer hastaları, sigara bağımlıları, kronik alkolikler, dalağı alınanlar (asplenikler) ve persistan kompleman

eksikliği olanlar, siroz (kompanse ve dekompanse), şeker hastaları, sağlık çalışanları, bağışıklığı baskılanmış hastalara bakanlar ve çocuk bakıcıları da grip aşısı yaptırmalıdır.

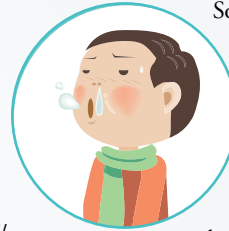


Zatürre Aşısı

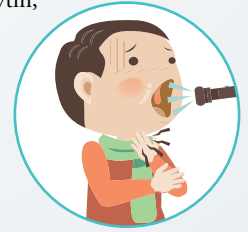
Bu aşı sağlıklı kişilere ve hastalara yapılabilir. 65 yaş ve üzerinde olan her kişiye, 18- 64 yaş arası riskli gruba, bağışıklığı baskılanmış hastalara, HIV/AIDS hastalarına, kronik böbrek yetmezliği olanlara (diyaliz dahil), kalp yetersizliği olanlara (dilatasyonlu kardiyomiopati dahil), kronik akciğer hastalığı olanlara, sigara bağımlılarına, kronik alkoliklere, dalağı alınanlara (asplenikler), siroz (kompanse ve dekompanse) olanlara ve şeker hastalarına uygulanır.

Tetanoz, Difteri ve Asellüler Boğmaca (Td/Tdab) Aşısı

Tüm erişkinlerin bu aşısı da yaptırması son derece önemlidir. Her gebelikte önceki aşı durumuna bakılmaksızın (27-36 haftalar rası) bir doz Tdab aşısı önerilir. Önceden aşılanmamış veya aşı durumunu bilmeyenlere 3 doz primer aşılama şeması (0,1 ve 12'nci ayda) uygulanır ve sonra on yılda bir rapel yapılır. İlk dozu Tdab, sonrakileri Td olarak sürdürülür. Öncesinden 2 doz yaptıranlara 3'üncü dozu yaptırılır.



Sonuç olarak; hastalanmadan önce sağlığımızı koruyacak önlemler almalıyız. Koruyucu sağlık hizmetlerinden en önemlileri; aşılansmak, sigara içmemek, alkol tüketmemek, günde en az yarım saat yürümek, güneşli günlerde en az 15 dakika yüz ve kolların güneş almasını sağlamak (Bu yapılamıyorsa koruyucu miktarsa D vitamini almak), günde bir porsiyon mevsim salatası yemek, günde en az bir porsiyon (maksimum 3 porsiyon) mevsim meyvesi yemek (zeytin, hurma ve incirin de meyve olduğu unutulmamalı). Öncelikle ölçülü olarak bunlar tüketilmeli, haftada 3 porsiyon baklagil yemek, günde bir avuç kuru yemiş, süt ve süt ürünleri tüketmek, ölçülü beslenmek, tatlı gereksinimini mümkünse baldan gidermek (şeker hastaları hariç), yeterli uyumak, yaşa uygun check-up yaptırmak da



ihmal edilmemelidir. Şunu da belirtmeliyiz ki, kanıta dayalı tıbbin en zayıf olduğu alan beslenme konusudur. Umarım zamanla çalışmalarla kanıta dayalı beslenme bilgileri oluşur.



Kış sporlarına hazır mısınız?

DOÇ. DR. MEHMET E. ERDİL

Kış mevsimiyle birlikte kayak merkezleri amatör kayakçılarla dolmaya başladı. Unutmayın, bilinçsiz ve ısınmadan yapılan kış sporları fayda değil zarar getirir.

Yazın bitmesiyle dış ortamlarda yapılan sporlar yerini salon veya kar sporlarına bırakır. Bu da beraberinde bazı sakatlanmaları getirir. Medipol Üniversitesi Hastanesi Spor Yaralanmaları ve Cerrahisi Polikliniği hekimlerinden Doç. Dr. Mehmet E. Erdil, kış sporları ve buna bağlı sakatlanmalar ile ilgili sorularımızı yanıtladı.

Kışın bireyler daha çok hangi sporlara yöneliyorlar ve ne tür sakatlanmalar görülüyor?

Doğal olarak salon ve kar sporları kışın daha çok tercih ediliyor. Salon sporları denilince basketbol, voleybol, hentbol gibi sporlarla birlikte spor salonları ve tesisleşmenin artması ile bağlantılı olarak aletli ve aletsiz jimnastik akla geliyor. Kontakt temasın olduğu futbol, basketbol, voleybol, hentbol gibi sporlarda spor yaralanmaları direk travma olabilir. Ayak bileği ve diz, kontakt temaslı yaralanmaların en sık görüldüğü bölgelerdir. Travma sonrasında ilgili bölgede ağrı, şişlik, hareket kısıtlılığı görülür. Travmanın şiddetine ve yaralanma şekline bağlı olarak kırık, çıkık, kas ve tendon yırtılmaları, kıkırdak lezyonları oluşabilir. Bu gibi yaralanmalarda ilk müdahale olarak eklem hareketliliğini tutulmasını sağlayacak destek görevi gören bir atel, yaralanan bölgeye soğuk uygulama ve ivedikle hastaneye ulaşım sağlanmasıdır. Kontakt temasın olmadığı yaralanmalar aletli ve aletsiz jimnastik, yüzme gibi sporlarla beraber futbol, basketbol, voleybol, hentbol gibi sporlarda da görülebilir. Sporcu ters bir hareket sonrasında eklem veya kas bölgesinde ani ağrı ve bazı zamanlarda ses duyması şikayeti ile

oyuna devam edemez. Yanlış ayakkabı tercihi, uygunsuz zemin, yanlış teknikle yapılan spor bu tip yaralanmalarda en sık sebeplerdir.

Kış sporlarında bireyleri bekleyen tehlikeler nelerdir?

Kış sporları denince hemen herkesin aklına kayak gelir. Özellikle tesisleşmenin artması ve ulaşımın ucuzlaması ile birlikte ülkemizde bu spora olan ilgi ve sporcu sayısı artmaktadır. Her ne kadar ekipmanlarda güvenlik ile ilgili iyileşmeler olsa ve eğitici sayısı artsa da yaralanma oranları azımsanmayacak kadar fazladır. Yaralanmalar daha çok alışma sürecinde meydana gelse de; profesyonel sporcularda da sakatlanmalar görülebiliyor. Kayak botunun bilek üstü olması nedeniyle kontrolü diz ile olduğu için genellikle diz yaralanmaları gerçekleşir. Bu yaralanmalar arasında ön çapraz bağ ve diz yan bağ yaralanmaları olur. Bununla birlikte ekstremitelerdeki kırıklar ve kafa travması da görülebilir. Kayağa bağlı spor yaralanmalarını önlemek için her şeyden önce doğru kayak eğitimi almak şarttır. Bu sayede acemilik döneminde meydana gelen yaralanmalar basit manevraların öğrenilmesi ile önlenir. Daha ileri düzey sporcuların da özgüven ve hız tutkusunu yenebilmeleri ve doğru ekipmanları kullanmaları şarttır. Özellikle tecrübe arttıkça baton kullanmama oranı da artmaktadır ve bu kişilerde daha çok yaralanma görülmektedir. Bağ yırtıkları (özellikle ayak bileği ve diz çapraz bağ yaralanmaları), kas ve tendon yaralanmaları en sık görülen kontakt temas olmayan yaralanmalardır. Bu gibi yaralanmaların önlenmesinde ayakkabı ve teçhizat seçimi, sporun doğru teknikle

yapılması hayati önem taşır.

Sakatlık yaşandığında ilk müdahale nasıl yapılmalıdır?

İlk müdahale, ağrıyan bölgeye soğuk uygulama ve spora devam etmeyip hızlı bir şekilde ortopedi doktoruna ulaşmak olarak özetlenebilir.

Bu tür yaralanmalarda tedavi süreci nasıl ilerler?

Spor yaralanmalarının tedavisi yaralanmanın şiddetine, yaralanma bölgesine, hastanın aktivite düzeyine ve beklentisine göre değişir. Genç, aktif, beklentisi yüksek hastaların yaralanmalarında fonksiyonun erken kazanılması önemlidir. Ön çapraz bağ yaralanmaları, menisküs yırtıkları, omuz çevresi kas-tendon yaralanmaları, ayak bileğinde instabilite yaratan bağ yırtıkları ve kıkırdak hasarları hastada şikayetlere sebep oluyor ve hastanın hayatını kısıtlıyorsa cerrahi tedavi gerekebilir. Hastanın fonksiyonlarını daha az etkileyen, daha hafif yaralanmalarda ise ilaç tedavisi ve fizik tedavi yeterli olabilir. Tedavi tipi yapılacak ortopedik muayene ve röntgen, MR gibi tetkiklerden sonra belirlenir.



KURULUKLA BAŞLIYOR,
ROMATİZMAYLA KARIŞTIRILYOR

Sjögren Sendromu

DOÇ. DR. MERYEM CAN

Ağız ve göz kuruluğuyla kendini belli eden Sjögren sendromu, çoğu kez romatizmayla karıştırılıyor.





Sjögren sendromu (SS), ekzokrin salgı bezlerinin lenfositik infiltrasyonu ile karakterize kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Buna bağlı olarak tükürük ve gözyaşı salgılarının miktarı ve kalitesi azalır. Hastalık ilk defa 1933'te İsveçli göz hekimi Henrik Sjögren tarafından tanımlanmıştır. Hastalığın ayırt edici özellikleri; ağız kuruluğu, göz kuruluğu, yorgunluk ve eklem ağrısıdır. Bununla birlikte hastalık, böbrekleri, bağırsak sistemini, kan damarlarını, akciğerleri, karaciğeri, pankreası ve sinir sistemini de etkileyebilmektedir. Ayrıca hastalarda lenf kanseri riskinde de artış görülmüştür. Bugün ülkemizde 3-4 milyon SS'li hasta olduğu düşünülmektedir. Kadınlarda erkeklerden 9 kat daha fazla görülür. Genellikle tüm yaş gruplarında görülebilmekle beraber, en sık olarak 40 ya da 50'li yaşlarda başlar. Hastaların yarısında romatoid artrit, sistemik lupus eritematozus ya da skleroderma gibi ikincil bir bağ doku hastalığı görülür. Hastalık remisyon ve alevlenmelerle seyrederek. Bazı hastalarda sessiz bir klinik seyir olurken, bazılarında ağır, tüm sistemleri etkileyen bir seyir olabilir. Erken tanı ve uygun tedavinin başlanması ciddi komplikasyonları önleyebilir ve hastaların yaşam kalitesini artırır.

HASTALIK YAVAŞ SEYREDER

Bir çok hastada SS oldukça yavaş ve iyi seyrederek. Azalan gözyaşı üretimi gözün saydam tabakasında hücre yıkımına sebep olur. Hasta genellikle göz kapağı altında yanma, kumlu ve kaşınmalı his, kaşıntı, kızarıklık ve güneşe karşı hassasiyetten şikayet eder. Tükürük üretiminin belirgin azalması kuru ağıza yol açar. Hastalar çoğunlukla kuru gıdaları yutmada güçlük, aralıksız konuşmada yetersizlik, tat duyusunda değişiklik, ağızda yanma hissi, ve dental sorunlarda artıştan şikayet ederler.

Kuruluk, orofariks ve üst solunum yolunu da etkileyip ses kısıklığı, tekrarlayıcı bronşit ve zatüreye sebep olur. Fiziksel muayenede, kuru yapışkan oral mukoza, diş çürükleri, tükürük bezlerinde şişlik, dudak kenarlarında çatlaklar saptanır. Ağız kuruluğuna yol açabilecek diğer sebepler, psikojenik, yaşlılık, dehidratasyon, baş- boyun bölge radyoterapisi, diyabet, antihipertansif ilaçlar, viral enfeksiyonlar, parkinson ilaçları, antipsikotik ve antidepresan ilaçlar olarak sıralanabilir. Çabuk yorulma, SS'li hastalarda sıklıkla hayat kalitesini etkileyen ciddi bir problemidir. Ayrıca düşük derecede ateş, kas ağrıları ve eklem ağrıları da olur.

ROMATOLOJİ UZMANINA DANIŞMAK GEREK

Sjögren sendromunun belirtileri hastadan hastaya değişmekle birlikte ana belirtiler çoğunlukla aynıdır: Gözlerde kanlanma, kuruma, yanma, yabancı cisim hissi, kum kaçmış hissi, bulanık görme, ağız kuruluğu; konuşmada, yutkunmada ve çiğneme zorlanma, dilde yanma, boğazda yanma ve kuruluk, dudaklarda kuruma ve çatlama, tat ve koku almada değişiklik, diş çürüklerinde artış, ağız içi yaralarında artış, gece kalkıp su içme, eklem ve kas ağrısı, ciltte kuruluk, kaşıntı, idrar yolu enfeksiyonlarında artış, idrar yaparken yanma, gece idrara çıkma, idrar kaçırma, halsizlik, yorgunluk, burunda kuruluk, sindirim sistemiyle ilgili yakınmalar, kabızlık, reflü, midede yanma- ekşime, parotis bezlerinde büyüme, vajinal kuruluk, cinsel ilişki sırasında ağrı, ateş, gece terlemesi ve kronik öksürük. SS tanısı çoğunlukla atlanmakta ya da yanlış konulmaktadır. Çünkü hastalığın belirtileri birçok romatizmal hastalıkla (fibromiyalji, lupus, romatoid artrit, kronik yorgunluk sendromu) örtüşmektedir. Diğer önemli bir nokta ise aynı belirtiler menapoz yakınmalarıyla ve bazı ilaçların yan etkileriyle aynıdır. Hastalık çoğunlukla 40-50 yaşlarında görüldüğü için, yakınmalar en sık olarak menapoz şikayetleri olarak

değerlendirilir. Bu sebeple, ilk belirtinin ortaya çıkmasından ortalama 4-6 yıl sonra teşhis konulabilir. Hastalığın tedavisinde primer sorumluluk romatoloji uzmanına aittir. Romatolojiyle birlikte göz hekimi ve diş hekim de hastaları değerlendirmektedir.

ÖLÜMCÜL DEĞİL!

Peki SS'da tedavi seçenekleri nelerdir? Hastalıkta tamamen kür olmamaktadır. Mevcut tedavilerle şikayetler giderilmekte, ve komplikasyonlar önlenmektedir. Suni gözyaşı damlaları, punktal oklüzyon, ağız içi spreylere, şekersiz sakız, bol su, ağız içi, cilt ve dudak nemlendiricileri, nemlendirici maskeler, ağızdan alınan tükürük ve gözyaşı salgısını arttırıcı ilaçlar, vücut savunma sistemini baskılayıcı ilaçlar, reflü tedavisi ve eklem yakınmaları için ibuprofen hastalığın tedavisinde kullanılan bazı ilaçlardır. Sonuç olarak, SS ciddi bir hastalık olmakla birlikte eğer komplikasyonları erken teşhis ve tedavi edilirse ölümcül değildir. Hastalar iç organ tutulumu ve kanser gelişimi yönünden takip edilmelidir. Genel popülasyona göre lenf bezi kanser gelişim riski kırk dört kat artmaktadır. Bu hastalarda parotis bezlerinde şişme çoğunlukla tek taraflı ve ağrısız olmaktadır. Erken teşhis konup uygun tedavi başladığında tam kür olmaktadır. Ayrıca lenf bezi kanseri dışında, diğer kanser taramaları da belirli aralıklarla yapılmalıdır.

MEDİPOL SİJÖGREN TANI VE TEDAVİ MERKEZİ



Son bir yıldır Sjögren sendromu hastalarımız romatoloji, göz ve diş hekimliği klinikleri tarafından takip ve tedavi edilmektedir. Hastalar yılda 2-3 kez düzenli olarak gelişebilecek komplikasyonlar açısından görülmektedir. Eğer kas ve eklem yakınmaları ön plandaysa uygun egzersiz programlarına alınmaktadır. Merkezimizde şu anda yüze yakın hasta izlenmektedir. Bu, İstanbul'daki devlet üniversiteleri dahil en büyük hasta serisidir. Merkezde sorumlu hekimlerimiz ise Doç. Dr. Meryem Can, Yrd. Doç. Dr. Özlem Balcı ve Yrd. Doç. Dr. Meltem Çakır'dır.

Geç kalma, genç kal



Herkeste bir Ajda Pekkan olma isteği aldı başını gidiyor! Fakat bu istek pek de sağlıklı değil. Yanlış cerrahi müdahaleler, kremler, sağlıksız makyaj malzemeleri derken cilt daha da yaşlanabiliyor.

Artık günümüzde herkes olduğundan daha genç görünmenin derdinde. İnsanlar bu uğurda çok fazla paralar harcıyorlar, olmadık riskler alıyorlar. Herkeste bir Ajda Pekkan olma isteği aldı başını gidiyor! Fakat bu istek pek de sağlıklı değil. Yanlış cerrahi müdahaleler, kremler, sağlıksız makyaj malzemeleri derken cilt daha da yaşlanabiliyor. Burada önemli olan doğal yollardan cildi korumak, dolayısıyla daha genç görünmeyi sağlamak. Bu da beslenme alışkanlıklarını ve yaşam tarzını değiştirerek mümkün. Elbette yaşlanma kaçınılmaz, önerilerimiz bu süreci yavaşlatmaya yönelik. İşte 7 maddede genç görünmenin yolları...

Beslenmeye dikkat

Belirleyeceğimiz sağlıklı bir beslenme programı vücudunuzun dinamiği için oldukça önemlidir. Katkı maddesi bulunmayan, işlenmemiş, doğal gıdalar fit ve genç kalmanız için size yardımcı olacaktır. Meyve ve sebze açısından zengin bir beslenme programı saati geri döndürebilir unutmayın. Ayrıca kafeini azaltmak sağlığınız açısından yararlı olacaktır.

Uyuyun da büyüün

İnsan vücudu her gün en fazla 7 saat uyuma ihtiyacı hisseder. Deliksiz uyuyacağınız bu 7 saat cildinizin daha sağlıklı olmasını sağlar. Ayrıca kaliteli bir uyku büyüme hormonu salgılanmasını sağlar. Bu da ölü hücrelerden kurtulmak demek. Kişi uykusuz kaldığında kortizol eksikliği yaşar. Bu da vücudunuzu hem iç hem de dıştan etkiler. İyileşme, hafıza, cilt esnekliği, normal kortizol düzeyi ve metabolizmanızı düşünüyorsanız uykunuza önem verin.

Toksinlere elveda

Genelde bahar gelince detoks listeleri havada uçuşur. Fakat mevsim farketmez, vücudumuzdaki toksinlerden arınmak

için detoks şart. Maruz kaldığımız kimyasallar ve onların yan etkileri bünyenizi yorabilir, sizi olduğunuzdan da bitkin gösterebilir. Çözümü artık herkes biliyor! Sağlıklı beslenmenin yanı sıra, detoks çorbaları, çayları ya da uygulamaları tercih edilebilir. Cildiniz hemen farkı yansıtacaktır.

Güneş kremiyle koruma

Günümüzde çok fazla maruz kalınan güneş başta cilt kanseri olmak üzere bir çok soruna neden olabiliyor. Kırışıklıklar, kılcal damarlar da çatlama, güneş lekeleri sadece yazın deniz kenarında güneşlendiğinizde oluşmuyor. Normal hayatın akışında, yolda yürürken ya da araba kullanırken cildinizi güneş kremiyle koruma altına alın. Ayrıca UV koruması sağlayan güneş gözlükleriniz bulutlu havalarda bile çantanızda bulunsun. Bu, sizi göz çevresindeki kırışıklıklardan da koruyacaktır.

Harekette kalın

Spor yapmak hem ruhen hem beden en fayda sağlar. Bu sayede kendimizi zinde, mutlu ve enerjik hissederiz. Yapacağımız egzersizler kemik yoğunluğumuzu arttırarak genç görünmemizi sağlar. Kardiyο, tempolü yürüyüş, yüzme gibi egzersizleri periyodik olarak yapmayı ihmal etmeyin. Bilhassa kadınlar otuz yaşından sonra dönemsel olarak kas kütlelerini kaybederler. Bunun önüne geçmek için de yine spor oldukça önemli. Ve tabi sarkmayan bir deri, genç görünmenin olmazsa olmazı.

Uzak dur stres!

Bedenimize iyi baktığımız gibi ruhumuzu da ihmal etmememiz gerekir. Stresli yaşamın tüm izleri yüzümüze yansımın istiyorsak, onunla baş etmemiz gerekir. Çalışma hayatında yaşadığınız sorunlar stresinizin birincil kaynağı ise sevmediğiniz



işten ayrılmak da bir adım olabilir. Çok çalışmak zorunda kaldığınız işler sağladıkları stresle kalp hastalıklarına neden olabilirler. Çözüm iş değişikliği ve evde stres...

Eğer ayrılma imkanınız yoksa, sizi mutsuz eden düşünceleri unutmaya çalışarak pozitif düşünmeye çalışın, sevdiğiniz şeylere odaklanın.

İyileşecek miyim doktor?

Sonunda pişman olmamak ve geç kalmamak için doktor kontrollerini aksatmamalısınız. Sağlam vücut, genç görünmenin en temel şartı. Bu nedenle rutin doktor kontrollerinizi aksatmayın. Kan tahlillerinizi yaptırın, tansiyon ve diyabet konusunda bilinçli olun.



Rüyalarınız da sizi görüyor

PROF. DR. ERDOĞAN KUNTER

Siz uykudayken bedeniniz bambaşka bir bakım programına giriyor. Rüyalarınız da bu programın bir parçası. Diyebiliriz ki, biz değil rüyalarımız bizi görüyor...

Gece uykusu birbirini takip eden ve gece boyunca birkaç kez tekrar eden uyku evreleri dizisinden oluşmaktadır. Normal olarak, uykunun başlangıcında kısa bir süre uyanıklıkla uyku arasında sayılabilecek çok hafif bir uyku dönemini takiben yüzeysel uyku dönemine girilir ve kişi bir süre sonra derin uykuya geçer. Buraya kadar olan evrelerin hepsine topluca non-REM dönemi denir. Daha sonra uyku tekrar yüzeyleşiyor gibi olurken REM (Rapid Eye Movement) uykusu denilen renkli, canlı ve yoğun rüyaların görüldüğü göz kapakları kapalıyken göz kürelerinin hızlı ve seri şekilde hareket ettiği bir evreye girilir. Aslında hafif ve derin uyku evrelerinde de rüya görülebilir ancak bunlar silik, renksiz ve gerçeklikten uzak kısa rüyalar. REM uykusunda görülen rüyalar ise gerçekmiş gibi algılanabilir. Kişi o anda uyandırılrsa rüyasını en ince ayrıntısına kadar anlatabilir ancak birkaç dakika içinde unuttur. Bu yüzden genellikle sabah uyandıığımızda en son gördüğümüz rüyayı hatırlar ve unutmamak için özel çaba harcamazsak kısa sürede unutturur. REM uykusunda kişi kısa süreli uyanıklıklar yaşayabilir ve birbirini izleyen çok hafif, hafif, derin ve REM uyku evreleri dizisi tekrar başlar. Bu uyku evreleri dizisi gece boyunca birkaç kez tekrarlanır. Kişinin yüzeysel uykuda ve REM uykusunda uyandırılması kolay ama

derin uykuda zordur. Kişiler derin uyku sırasında bazı istemsiz hareketler yapabilir ve hareket edebilirler ancak rüya görürken göz kasları hariç tüm vücutları adeta felç olmuş gibi hareketsizdir. Aksi olsaydı rüyalarında yaptıkları hareketlerin aynısını yatak içinde yaparlardı ki bu bir hastalıktır ve REM davranış bozukluğu olarak adlandırılır.

BİLGİSAYARIN YENİDEN BAŞLATILMASI GİBİ...

Uyku evrelerinin önemi ve işlevleri hala tam olarak anlaşılammış olmakla birlikte yapılan bilimsel araştırmalar çok değerli sonuçlar ortaya koymuştur. Uyku evrelerinin belirli bir sıra ve düzen içinde tekrar etmesinin uykunun fizyolojik görevini yerine getirmesinde büyük önemi vardır. Söz gelimi, sürekli derin uykuda olmamız uykudan beklenen mental ve psikolojik yararı sağlamayacağı gibi sürekli rüya döneminde olmamız da dinlendirici uykuyu yaşamamızı önleyecektir. Bir yönüyle uyku ağırlaşan veya donup kalan bilgisayarın yeniden başlatılması gibidir. Bilindiği gibi bazı kişiler 4-5 saatlik gece uykusuyla hiçbir sorun yaşamadan sağlıklı bir yaşam sürerken bazı kişiler 9-10 saat uykuya ihtiyaç duyabilmektedir. Bunun farklı sebepleri olabilmekle birlikte kabul gören bir görüş de kısa süreli uykuyla yetinebilen kişilerde birbirini takip eden uyku evrelerinin seri şekilde tamamlandığı ve tekrar eden uyku evreleri sayısının 9-10

saat uyuyanlarla benzer olduğudur. Kısacası uykunun verimi arttıkça daha kısa süre uyku yetmektedir. Ancak bu anlamda, verimli uyku kişinin yaratılış özellikleriyle ilgili olup değiştirilememektedir. Bu noktada kişilerin müdahale edebilecekleri tek şey kendi doğal uyku ritimlerini aksatan obstrüktif uyku apnesi, huzursuz bacak sendromu, uykuyu bozan ağrılı hastalıklar, alkol-sigara kullanımı, psikolojik insomniya (uykusuzluk) gibi durumların düzeltilmesidir.

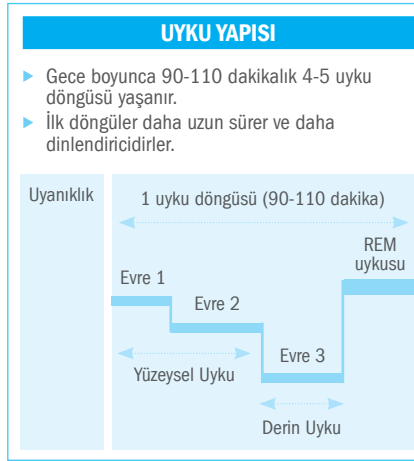
'UYUSUN DA BÜYÜSÜN' BİLİMSEL BİR GERÇEKLİK

Non-REM, genel olarak fiziksel dinlenmeyi sağlamaktadır. Çocuklarda büyüme hormonu özellikle derin uyku döneminde salgılanmaktadır. Yani, annelerin 'uyusun da büyüsün' diye başlayan ninnileri bilimsel bir gerçeği dile getirmektedir. Erişkinlerde ise derin uyku, hücre yenilenmesini ve organizmanın onarım mekanizmalarını aktifleştirmektedir. Uyanıklık süresinde yoğun şekilde kullanılan tüketilen veya miktarı çok azalan bazı hayati maddeler derin uyku sırasında yenilenerek adeta depolar doldurulur, hücresel ve sistemik düzeyde bozulan kimyasal dengeler düzeltilir. Derin uyku sırasında kalp hızı ve solunum sayısı azalırken vücut ısı düşmektedir. 'Uyuyanın üzerine kar yağar' atasözü de böylece doğrulanmış olur.

RÜYALAR ÖĞRENMEYİ PEKİŞTİRİYOR

Rüyalar alemine girdiğimiz, uykunun REM evresi en çok ilgi çeken ve üzerinde çalışılan dönemdir. REM uykusunun en önemli görevlerinden biri sinir hücrelerinin yenilenmesi, düzenlenmesi ve fonksiyonlarının düzeltilmesidir. Ruhsal dünyanın denetlenmesi, psikolojik yapının düzeltilmesi ve iç dünyamızdaki çelişkilerin giderilme çalışmalarının da bu evrede yapıldığı düşünülmektedir. Diğer taraftan REM uykusu öğrenme ve hafıza süreçlerinin normal çalışması için de çok önemlidir. Hayvanlar üzerinde yapılan çalışmalarda gündüz yeni bir şeyler öğretilerek eğitilen hayvanların gece yoğun şekilde rüya dönemi yaşadıkları ve özellikle rüya dönemini yaşamaları engellendiğinde ertesi gün aldıkları eğitimi hatırlayamadıkları gösterilmiştir. Özellikle uykunun sabaha yakın olan kısmındaki rüyalar engellendiğinde bellek fonksiyonlarında bozulma daha belirgin olmaktadır. İnsanlar üzerinde yapılan çalışmalarda da benzer bulgular elde edilmiş ve bellek fonksiyonlarının sağlığı için uykunun ve özellikle rüya döneminin çok önemli olduğu görülmüştür. Modern görüntüleme yöntemleriyle uyanıklıkta bir şeyler öğrenirken aktif olup bol kanlanan beyin bölgelerinin rüya sırasında da aktifleştiği gösterilmiştir. Yeni bilgilerden hangilerinin kalıcı bellekte yer alması gerektiğine rüyalar sırasında karar veriliyor gibi görünmektedir. Uyanıklıkta karşılaşılan duygu, bilgi, görüntü, koku gibi uyaranların hep birlikte bir bütün olarak algılanıp beyinde işlenmesi söz konusuysen uykuda sadece odaklanılan konunun hafızadaki izi mevcuttur ve uyanıkken mevcut olan diğer uyaranların benzerleri semboller halinde kalıcı hafıza kayıtları arasında aranarak eşleştirilmeye çalışılır. Böylece bilgi veya uyaran hafızada orijinal haliyle değil çağrıştırdığı çok çeşitli anlam, olay ve sembollerle birlikte yer almaya başlar.

Rüyanın, kişinin yeni bilgi ve yaşantılarıyla geçmiş bilgi ve yaşantıları arasındaki ilişkiler ve çağrışımlar yoluyla oluştuğu düşünülebilir. Örnek vermek gerekirse, yaşanan olay suyla ilgiliyse



rüyamız deniz, göl, yağmurlu bir hava gibi öğeler içerebilmekte, eğer patronumuzla tartışmışsak rüya içeriğinde yeni bir işe başladığımızı, bizim kazandığımız veya kaybettiğimiz farklı bir mücadeleyi veya patronun ikna olduğu bir konuşma ortamını görebiliriz. Bir diğer rüya oluşma mekanizması ise uyunurken içinde bulunulan ortamdır. Sanılanın aksine uykü sırasında dış ortamdan gelen uyaranlar beyin tarafından algılanmakta ve aynı gündüz olduğu gibi işleme alınmaktadır. Sadece bu işlemler biraz daha yavaş olmakta ve bilemediğimiz bir mekanizmayla elenerek bilince ya hiç sunulmamakta ya da silik olarak sunulmaktadır. Bazen de uyanmamız için hızla işleme alınıp bilincin açılması sağlanmaktadır. Uykü sırasında üşümüşsek rüyada kendimizi kutuplarda kayık yaparken görebiliriz ve muhtemelen nerede olduğumuzun belirlenmesinde pozitif veya negatif geçmiş yaşantılarımızın etkisi olacaktır. Bu bağlamda astım hastalarının sık sık suda boğulma veya bir yerlerde havasız kalma gibi kötü rüyalar gördüğü bilinmektedir.

İSLAM İNANCINDA RÜYA

Pozitif bilim rüyaların ortaya çıkışını, anlamlarını ve işlevlerini tam olarak açıklayamamakla birlikte yukarıdaki örneklerde anlatıldığı şekilde şuuraltı ile ilişkilendirmektedir. Diğer taraftan hadislerde nakledildiğine göre, İslam inancında rüya türleri sınıflanmakta ve sadık rüyadan bahsedilmektedir. 'Salih bir kişi tarafından görünen güzel rüya' diye tanımlanan bu tür rüyalarda sembolik olarak bazı mesajların iletildiğine inanılmaktadır. Muhtemelen çağdaş batı biliminin rüyaları anlama ve açıklama konusundaki zorluklarının

temelinde bu ikinci tür rüyaları gözardı etmesi yatmaktadır. Kur'an-ı Kerim'de, rüyaların manevi dünyayla ilişkisini gösteren çok sayıda delil bulunmaktadır. İsrâ Suresi altmışıncı ayette şöyle denilmektedir: "Sana: "Rabb'in insanları kuşatmıştır" demiştik. Sana gösterdiğimiz rüyayı ve Kur'an'da lanetlenen ağacı sadece insanları sınamak için meydana getirdik. Biz onları korkutuyoruz, ama bu, ancak onların büyük azgınlığını artırıyor." Yusuf Suresi bu konuda çok fazla delil sunmaktadır. Yusuf Suresi 4'üncü ayette Hz. Yusuf babası Hz. Yakup'a gördüğü bir rüyayı anlatır ve babası da bu rüyayı yorumlar. Yine, Yusuf Suresi yirmi birinci ayette mealen "Böylece biz Yusuf'u o yere yerleştirdik ve ona rüyaların yorumunu öğrettik. Allah, işine hakimdir. Fakat, insanların çoğu bilmez" ifadesi yer almaktadır. Yusuf Suresi'nin birçok ayetlerinde Hz. Yusuf'un rüyaları yorumlayarak geleceğe dair bilgiler verdiği görülmektedir. Saffat Suresi yüz ikinci ayette Hz. İbrahim oğlu Hz. İsmail'e rüyasında kendisini boğazladığını gördüğünü söyleyerek ne düşündüğünü sorar. Hz. İsmail "Babacığım sana emredileni yap, inşallah sabredenlerden olduğumu göreceksin" şeklinde cevap verir. Benzer şekilde Enfal ve Fetih Surelerinde de Peygamberimiz Hz. Muhammed'e (SAV) rüyalar yoluyla bilgiler ve emirler verildiği anlaşılmaktadır. Ayrıca Peygamber Efendimiz bir işin hayır mı şer mi olduğunu anlamak için istihareye yatılmasını önermiş ve tarif etmiştir. İstihare için kişi namazını kılıp duasını ettikten sonra kibleye doğru yatarak uyursa ve rüyasında gördüğü renkler yeşil ve beyaz ağırlıktaysa olumlu, siyah ve kırmızı renkler hakimsen olumsuz yorumlanır. Ancak renkler her zaman belirgin olmayabilir ve görülen olaylar yorumlanarak bir sonuca varmaya çalışılır. Görüldüğü gibi, uykunun gerek non-REM gerekse REM evresi basitçe dinlenme olarak tarif edilemeyecek önemli fonksiyonları yerine getirmektedir. Rüyalarımız ise bilinçli yaşantıların bilinçaltı içerikle harmanlandığı fizyolojik bir grup ile manevi dünyamızla ilişkili, bu dünyamıza ve belki de ahiret hayatımıza ışık tutabilecek başka bir gruptan oluşmaktadır. Ancak bu iki grup rüyayı, rüyayı görenin dışında üçüncü şahısların anlayıp ayırdedebilmesinin güçlüğü de kabul etmek gerekir. Sanıyorum, bize düşen görev dünya hayatında sunulan sayısız nimetlerden birinin de uykü ve rüyalar olduğunun bilincine sağlıklı uykuyu yaşamamızın yollarını aramak ve rüyalarımızı dikkate alarak kendimizi daha iyi anlamaya ve hayatımızı doğru yönlendirmeye çalışmaktır. Rüyalarımız bizi bizden daha iyi görüyor olabilir.

Organ nakli hayata bağlar!

Deneyimli akademik kadrosu ve ileri uygulama teknikleri ile Medipol Üniversitesi Hastanesi Karaciğer ve Böbrek Nakli Merkezi hizmetinizde.



O R G A N N A K L İ M E R K E Z İ



Kuruluşumuz, Akademik Tıp Merkezi Hastanesi olarak JCI tarafından akredite edilmiştir.



4447044



MEDİPOL
MEGA
ÖZEL
MEDİPOL MEGA
HASTANELER
KOMPLEKSİ



facebook.com/medipolsaglik



twitter.com/medipolsaglik



youtube.com/MedipolSaglikGrubu



Gözünüze netlik ayarı

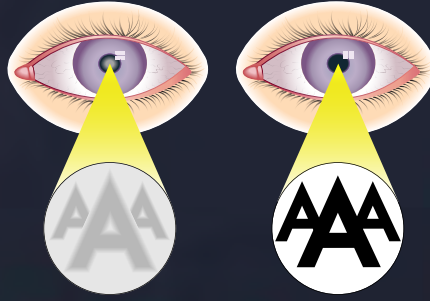
DOÇ. DR. MUSTAFA ÖZSÜTÇÜ

Buğulanmış bir camın ardından bakmayın dünyaya. FAKO yöntemiyle siz de kataraktınıza elveda deyin, dünyayı daha net görün...

Katarakt, göz bebeğinin arkasında bulunan ve görmeyi sağlayan doğal göz merceğinin saydamlığını kaybederek matlaşmasıdır. Başka bir deyişle görüşün, buğulanmış bir camın arkasından bakıyormuşçasına bozulmasıdır. Katarakt, orta yaş üstü kişilerde görülen bir göz hastalığı olmakla beraber; yenidoğan bebeklerde, şeker hastalarında, göze gelen fiziksel darbeler sonrasında, uzun süreli kortizonlu ilaç kullananlarda ortaya çıkmaktadır.

Kataraktın belirtilerini, görmede yavaş yavaş azalma, ışığa hassasiyet (göz kamaşması), çift görme, okuma zorluğu, gece görüşünde bozulma, renklerde soluklaşma veya sararma, gözlük numaralarının sık değişmesi olarak sıralamak mümkün. Katarakt, ilaçla veya gözlükle tedavi edilebilen bir rahatsızlık değildir. İlerlemesini durdurabilecek etkili bir yöntem yoktur ve oluşmuş bir kataraktın tek tedavisi ameliyattır.

Peki, katarakt ameliyatı nasıl yapılır? Katarakt cerrahisi yöntemi, lazerle yapılan, dikişsiz ameliyat olarak bilinen FAKO yöntemidir. Fako yöntemi ile saydamlığını yitirmiş göz



içi merceği ultrason ile eritilir ve yerine katlanabilir göz içi lensi yerleştirilir. Katarakt ameliyatı esnasında özel bir sıvı olan viscoelastik jel kullanılır. Bu jel ile doğal merceğin gözün diğer tabakalarından zarar verilmeden ayrılması sağlanır. Her hastaya özel olmakla beraber tek kullanımlıktır. Katarakt ameliyatı, ameliyathane koşullarında ve özel ameliyat mikroskoplarıyla uygulanır. Çoğu zaman damla anestezisiyle, bıçaksız, ağrısız, dikişsiz yapılır ve hasta aynı gün evine dönebilir. Katarakt ameliyatı hasta için yorucu bir ameliyat değildir. Damla ile ya da küçük miktarda uyuşturucu enjeksiyonu ile göz uyuşturulduğu için ağrı duyulmaz.

Ameliyat genellikle yarım saati geçmediğinden hasta için kolay bir ameliyat olarak kabul edilebilir. Ancak bu durum ameliyatın basitliği anlamına gelmemelidir. Deneyimli göz cerrahları tarafından titizlik gösterilerek yapılması gereken bir girişim olarak düşünülmeli, en iyi koşullar sağlanarak ameliyat gerçekleştirilmelidir.

KATARAKT TEKRARLAR MI?

Katarakt ameliyatı olanlarda yeniden katarakt oluşmaz. Operasyonla, merceğin içine yerleştirildiği zar zamanla kesifleşebilir. Bu halk arasında 'ikincil katarakt' olarak isimlendirilse de aslında katarakt değildir. Bu oluşum lazerle otuz saniye içinde kolayca tedavi edilebilir. Öte yandan halk arasında yaygın olarak lazerli katarakt ameliyatı yapılıyor diye bilinir fakat bu operasyon FAKO yöntemidir. Lazerle katarakt ameliyatı yapılabilir. Ancak ameliyat tekniği olarak FAKO ile bir farkının olmaması nedeni ile yaygın olarak tercih edilmemektedir. Lazerle katarakt ameliyatı henüz deneysel aşamadır. Ameliyat olmaksızın sadece lazerle kataraktın düzeltilmesi ise mümkün değildir.



Ceza değil ödül ver

DOÇ. DR. CİHANGİR AKGÜN

Çocuklardaki işeme bozukluğunun tedavisi bir ekip işidir. Bu süreçte çocuk asla cezalandırılmamalı, ödüllendirme ile sonuca başarılı bir şekilde ulaşılmalıdır.

Cocuklarda işeme bozukluğu, ciddiye alınması gereken çok önemli bir sağlık sorunudur. Mesane dediğimiz idrar torbasının tam olarak boşaltılmaması sonucunda gelişen bu bozukluklar pek çok ailenin yaşamını etkileyebiliyor. İşeme bozukluğu bulguları olarak, idrar kaçırma, damla damla idrar yapma, sık idrara gitme ya da günde üçten az işeme, tuvalete yetişememe, ani işeme hissi, aralıklı işeme ve kabızlık ile gayta kaçırmayı sıralayabiliriz. Bu bulgular tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu ile ilişkili de olabilir. Öte yandan ilerleyen dönemlerde mesanenin, alt kısmında yer alan ve sfinkter denilen bir grup kasla koordineli çalışmaması sonucu böbrek hasarı da görülebilir. Hastalığın görülme sebepleri televizyona, oyuna dalma, okul, oyun parkı gibi yerlerde tuvalet temizliğinden endişe etme nedeniyle tuvalete gitmeyi erteleme olabilir. Çocuk, bacaklarını çaprazlayarak veya kız çocuklarında olduğu gibi çömelip ayak topuklarıyla idrar çıkış deliğini kapatmak suretiyle bu kas gruplarının koordineli çalışmasının bozulmasına yol açabilir, sonuçta idrarını tutamayan, damla



damla idrar kaçıran, sürekli külotu ıslak çocuk tablosu ortaya çıkabilir. Hatta günlük aktiviteler esnasında, gülerken ya da öksürürken bile mesanenin tam boşalması görülebilir. Bunlardan başka, idrar yolu enfeksiyonu, travma ve tümörlere bağlı da işeme bozuklukları görülebilir.

TEDAVİSİ EKİP İŞİDİR

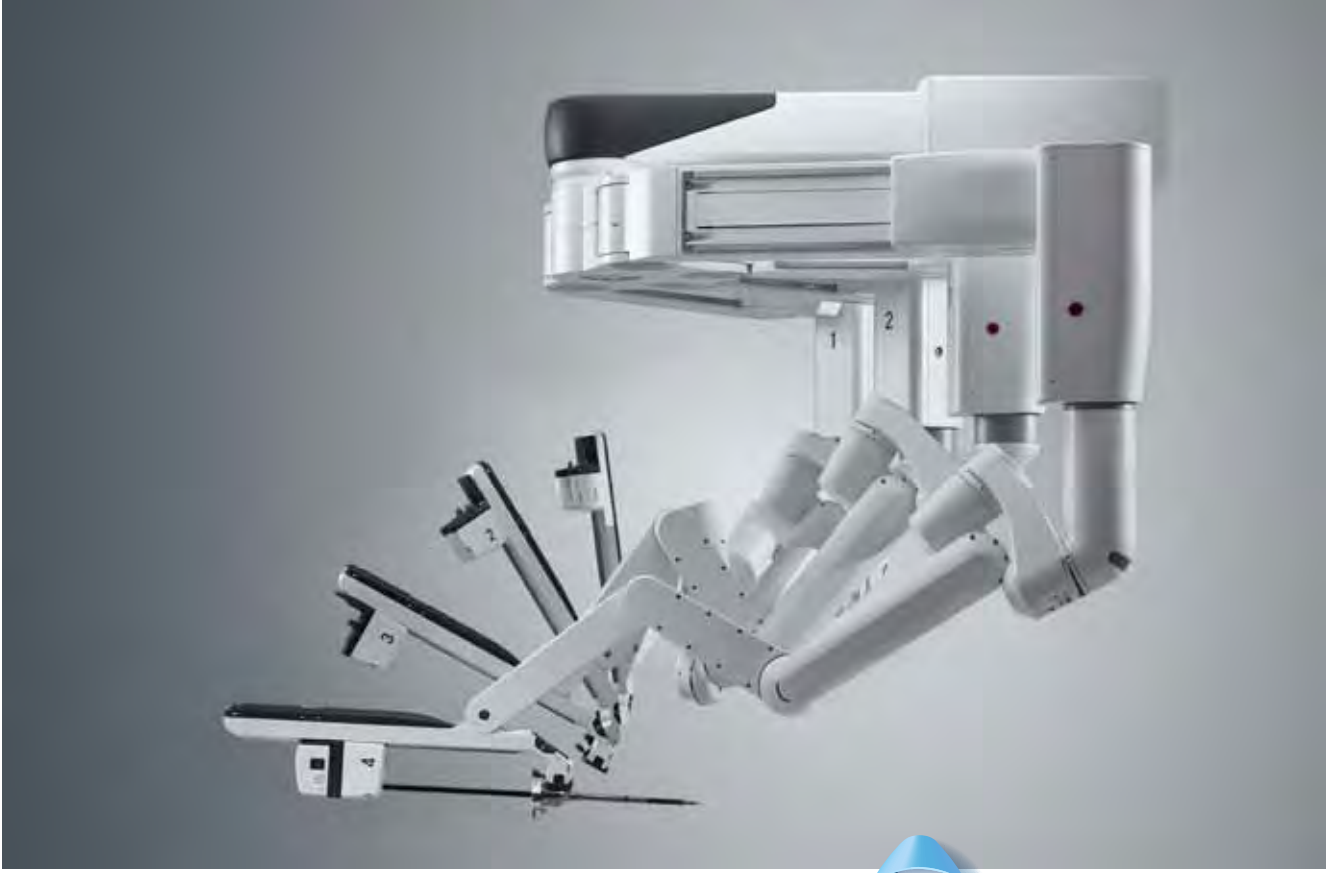
İşeme bozukluklarında aileden alınacak dikkatli bir işeme öyküsü çok önemlidir ve klinisyen tarafından çocuğa işeme günlüğü tutturularak bu öykü ile birleştirilir. Daha sonra fiziki muayene ve laboratuvar bulgularının ışığı altında elde edilen sonuçlar ve altta yatan nedene göre tedavi düzenlenir. İşeme bozukluklarında tedavi bir ekip işidir

ve çocuk nefroloğu, çocuk psikiyatrisi ve ailenin katılımı ile sağlanır. Altta yatan nedene bağlı olarak bazen cerrahi müdahale gerektirecek bir durum gerçekleşirse, ekibe çocuk üroloğu ya da çocuk cerrahisi katılır. Bu süreçte çocuk asla cezalandırılmamalı, aksine ödüllendirme ile sonuca gidilmeye çalışılmalıdır. Kabızlık düzenlenecek diyetle ya da ilaç tedavisi ile mutlaka tedavi edilmelidir. Sıvı alımı arttırılarak mesaneyi irrite eden fabrikasyon gıda ürün artıklarının seyreltilerek uzaklaştırılması sağlanabilir. İdrar yolu enfeksiyonu varsa tedavi edilmelidir. En önemlisi çocuk yeniden işeme eğitimine tabii tutulmalıdır. 2-4 saat aralarla programlanmış işemelere gönderilmeli, klozet türü tuvalet kullanıyorsa ayağının altını destekleyecek basamak kullanılmalı, ikili işeme denilen çocuğun idrarını yaptıktan sonra ayağa kalkıp bir süre sonra (otuza kadar saymak gibi) tekrar oturarak mesanesini tam olarak boşaltması sağlanmalıdır. Ayrıca biofeedback denilen ve kliniklerde 7-10 seans uygulanan bir başka tedavi yaklaşımı da mevcuttur. Tüm bunlara rağmen bazen çocuklara altta yatan sebebe yönelik ilaç tedavisi ve gerekirse cerrahi tedavi uygulanabilmektedir.

Prostat kanserine Da Vinci neşteri

DOÇ. DR. ZİYA AKBULUT





Erkeklerde akciğerden sonra en sık görülen kanser türü olan prostat kanserinden Da Vinci robotla yapılan ameliyatla kurtulabilirsiniz.



Günümüzde bütün kanserler arasında dörtte bir orana ulaşan prostat kanseri, erkeklerde görülen kanserler arasında akciğer kanserinden sonra ikinci sırada bulunuyor. Tüm kanserler içerisinde prostat kanserine yakalanma riski ise %27. Prostat kanseri ortalaması; dünyada yüz binde 28, Avrupa'da yüz binde 60, ülkemizde ise yüz binde 37 oranlarında seyrediyor. Bu da demek oluyor ki, tüm dünyada yılda yaklaşık 900 bin kişiye prostat kanseri tanısı konuluyor. Öte yandan yılda yaklaşık 258 bin kişi prostat kanseri sebebiyle hayatını kaybediyor. Her 7 erkekten biri prostat kanserine yakalanma, her otuz altı erkekten biri de prostat kanserinden ölüm riski taşıyor. Prostat kanseri erken evrede yakalandığında ve doğru tedavi uygulandığında başarı oranı %90'a yakındır. Öte yandan, prostat kanseri elli yaşın altındaki erkeklerde çok nadir görülürken, sıklıkla altmış yaş üstü erkeklerde ortaya çıkar.

PSA TARAMASI GEREKİR

Hastalığın nedenleri tam olarak bilinmemekle birlikte genetik ve çevresel faktörler etkili olduğu biliniyor. Prostat kanseri erken dönemde herhangi bir şikâyete sebep olmaz, hastalara tanı daha çok yapılan PSA taraması ve muayene ile konulur. Elli yaşından sonra PSA yüksekliği sebebiyle yapılan biopsi ile prostat kanseri tanı oranı %80'dir, %20 oranında ise rektal muayene sonrası yapılan biopsi ile konulur. PSA taramasıyla birlikte prostat kanserinden ölüm oranları düşmüştür. PSA taraması bize daha erken evrede kanser yakalama ve tedavi etme şansı sağlamıştır. Tüm kanserlerde olduğu gibi prostat kanserinde de erken tanı hastalıktan kurtulma şansını artırmaktadır.

İDRAR KAÇIRMASI ENGELLENİR

Erken teşhis sonrasında, prostat kanseri hastalar ameliyat edilir. Prostat cerrahisinde, robotik cerrahinin diğer organ kanserlerinden farklı olarak kanserden

kurtulmanın yanında hastanın idrar kaçırması ve önceki cinsel fonksiyonlarının korunması gibi iki önemli avantajı da bulunuyor. İdrar tutmayı sağlayan sfinkter hemen prostatın önünde bulunduğu gibi, sertleşmeyi sağlayan sinirler

de prostatın üzerinden geçerek penise ulaşırlar. Prostat kanser cerrahisinde bu iki dokunun korunması da çok önemlidir. Robotik cerrahide kullanılan Da Vinci, sağladığı 3 boyutlu ve 16 kat büyütme, ayrıca kollarının 540 derece hareketiyle cerrahin çok iyi görmesini ve dokuları daha iyi korumasını sağlar. Robotik cerrahide hastaya uygun pozisyon verildikten sonra 8 mm'lik 4 ve 10 mm'lik bir adet delik açılarak kamera, robotun 3 kolu ve aspiratör yerleştirilir. Hastanın başında asistan doktor ve hemşire dururken, cerrah konsola geçerek operasyonu yapar. Bu cerrahide robot cerrahin 3 boyutlu istediği kadar büyütme bildiği mükemmel bir görüş, ayrıca robotun kollarının 540 derece hareket etmesiyle çok mahir iş yapmasını sağlar. Ancak unutulmamalıdır ki, robot ameliyatı yapmaz. Operasyonun başarısı tamamen cerrahin deneyimine bağlıdır.



Kalbinize sağlık

Günümüzde kalp damar sistemi hastalıklarının tanı ve tedavisiyle ilgili sağlık teknolojisinde yaşanan ilerlemeler önemli gelişmelere olanak sağladı. Artık birçok hasta için hem sağ kalma oranı arttırıldı, hem de daha kaliteli bir yaşam adına önemli adımlar atıldı.



Yara küçük fayda büyük

PROF. DR. MUSTAFA GÜDEN

Robotik cerrahi ile yapılan kalp ameliyatlarında daha az kesi sayesinde hasta kolayca toparlanabilip günlük hayatına kısa sürede dönebiliyor.

Ülkemizde her türlü kalp ameliyatları gelişen teknoloji ile birlikte başarıyla yapılmaktadır.

Yeni teknolojik desteklerin gelişmesi ve hastaların istekleri cerrahları yeni ameliyat tekniklerini geliştirmeye yönlendirmiştir. Bu yeni teknikler ile kalp ameliyatlarında yaraların küçültülmesi, hasta konfor ve tatmininin artırılması sağlanmaktadır. Küçük yaradan yapılan kalp ameliyatlarında çeşitli teknikler kullanılmaktadır. Robotik cerrahi bunlar içerisinde en üst düzey teknik olarak sayılabilir. Kalp damar hastalıkları tedavisinde robotik cerrahi ile yapılan ameliyatlar sayesinde hasta konforu ve iyileşmenin hızlığı açısından çok önemli bir avantaj sağlanmıştır. Robotik kalp ameliyatları sonrasında yara izi çok küçük (2-3 cm) oluyor. Bu, klasik ameliyatlara kıyasla daha az ağrı, daha az enfeksiyon, daha az kan nakli ihtiyacı demek.

Öte yandan robotik cerrahi sayesinde hastaların hastanede kalış süreleri kısalmıyor. Daha kısa sürede toparlanan hastaların günlük hayatlarına dönüşü de daha hızlı oluyor. Bu günlük hayata hızlı dönüş hastaları psikolojik olarak pozitif yönde desteklemektedir. Robotik kalp cerrahisi, çok küçük yara izinin olması nedeniyle kalp cerrahisinde kozmetik açıdan ulaşılabilecek en uç noktadır.

AMELİYATI ROBOT MU YAPIYOR?

Robotik kalp cerrahisi denildiğinde genel kanı ameliyatın robot tarafından yapıldığı şeklindedir. Bu kanının tam tersine robot tamamen yetkin bir cerrah tarafından kontrol edilmekte olup kendi başına herhangi bir harekette bulunması söz konusu değildir. Klasik ameliyatlarda olduğu gibi, ameliyattaki bütün işlemler cerrah tarafından yapılmaktadır. Robot sayesinde kalbe göğüs duvarında açılan 4 adet 1 cm'lik kesiler ile kalbe ulaşmakta ve robotik sistemin içerdiği özel aletler ve kamera sayesinde ameliyatlar 2-3 cm'lik kesiden yapılmaktadır. Ameliyatlarda kalbe ulaşabilmek için birçok yöntem vardır. Hastanemizde en güvenilir ve başarılı sonucu verebilecek şekilde mümkün olduğunca küçük yara ile ameliyatların yapılması tercih edilmektedir. Cerrahi ekip ameliyatınız için klasik ameliyat ile robotik yapılacak ameliyatın avantaj ve dezavantajlarını değerlendirir. Doktorunuz kalp hastalığınızın tipine, derecesine, yaşınıza, yaşam tarzınıza ve ameliyat öncesi yapılan tetkiklere göre size uygulanacak en iyi ameliyat yöntemini belirler. Karar verme konusunda en önemli husus hastanın güvenliğidir. Robotik kalp

cerrahisi ile mitral ve triküspid kapak tamiri veya değiştirilmesi, koroner by-pass, kalpte bulunan deliklerin (ASD; VSD) kapatılması, kalp tümörlerinin çıkarılması, ritim bozuklukları ameliyatları da başarılı bir şekilde yapılmaktadır. Robotik kalp cerrahisinin klasik kalp ameliyatlarına göre avantajlarını işe şöyle sıralayabiliriz: Estetik, 2-3 cm'lik kesi ile yapılması, yaranın küçük olması, kadınlarda yara meme altında olduğu için hiç görülmemesi, kanama ve enfeksiyon riskinin daha düşük olması, daha az kan ihtiyacı, daha az ağrı, hastanede kısa yatış süresi ve günlük yaşantıya dönüş hızı.

HASTANEDE KALIŞ SÜRESİ KISALYOR

Burada küçük yaradan yapılan kalp ameliyatlarından da söz edilebilir. Küçük yaradan kalp ameliyatlarında meme altından küçük bir kesi yapılarak kaburgalar arasında kalbe ulaşılmaktadır. Bu teknikle ameliyat edilen hastalarda yara küçük olduğu için ve özellikle kadınlarda meme altında olduğu ve görünmediği için estetik açıdan çok kıymetlidir. Hastalar yarayı görmedikleri için vücutlarının bütünlüğünün bozulmadığı hissini korumaktadırlar. Bu duygu hastalara moral desteği sağlamakta ve çabuk iyileşmelerine katkıda bulunmaktadır. Ayrıca hastanede kalış süresinin kısılması, bu sayede hastaların alışık oldukları evlerine erken dönmeleri, toparlanma ve iyileşme sürelerini de kısaltmaktadır. Öte yandan, ameliyatlarda fazla kan verilmesinin erken ve geç dönemde yan etkilerinin olduğu bilinmektedir. Küçük yaradan yapılan ameliyatlarda birçok hastanın kan ihtiyacı daha az olmaktadır. Hastalarda olası yan etkilerin azaltılabilmesi açısından küçük yaradan yapılan ameliyatlar fayda sağlamaktadır. Klasik kalp ameliyatları mecburen hastalara bazı kısıtlamalar getirmektedir. Bu kısıtlamalar göğüs kemiğinin kesilmesine bağlıdır ve iyileşme süresi 4-6 haftadır. Klasik kalp ameliyatı olan hastalara 4-6 hafta yan yatmaları, ağır bir şey kaldırmaları, araba kullanmaları ve cinsel ilişki yasaklanır. Küçük yaradan kalp ameliyatı olan hastalarda göğüs kemiği kesilmediği için bu yasaklar uygulanmaz. Bu nedenle hastaların ameliyat öncesi günlük yaşantılarına dönmeleri daha hızlı olmaktadır.

NİÇİN MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ?



Robotik kalp ameliyatlarının yapılabilmesi için üst düzey teknolojik destek gerekmektedir. Medipol Üniversitesi Hastanesi'nde en son üretilen model robotik cerrahi sistemin yanı sıra onu destekleyecek teknik donanım da bulunmaktadır. Robotik kalp cerrahisini uygulamak için sadece robotik sisteme sahip olmak yeterli değildir. Robotik kalp ameliyatlarının yapılması için deneyimli özel bir cerrahi ekip gerekmektedir. Hastanemizde bu teknikle yapılan ameliyatlarda deneyimli kalp cerrahları, anestezi doktorları, hemşireler ve perfüzyonistler işbirliği içinde çalışmaktadırlar. Cerrahi ekip ameliyat sonrası tam ve hızlı bir iyileşme için hizmet vermektedir.





Değiştirmeyin, tamir ettirin

PROF. DR. MUSTAFA GÜDEN

Kalp kapaklarında kaçak ya da yetersizlik durumunda kapağın tamir edilmesinin, biyoprotez kapakla değiştirilmesinden çok daha iyi sonuçlar verdiği unutulmamalıdır.

Kalp dört odacık içerir. Bunların ikisi sol tarafta ikisi sağ taraftadır. Dört odacığın ikisi kulakçık, ikisi de karıncıktır. Kalpte odacıkları ayıran dört adet kapak bulunur. Sol kulakçıkla karıncık arasında mitral kapak yer alır. Normal çalışan mitral kapak akciğerden kulakçığa gelen kanın karıncığa geçişini sağlar. Kalp kasıldığı zaman da oluşan basınçla kapanarak kulakçığa geçişi engeller. Mitral kapak hastalığına bağlı uzun süreli mitral kapak kaçığı ciddi yan etkilere ve ölüme neden olabilir. Mitral kapak tamiri, mitral kapak yetersizliği olan hastalarda yüksek başarı oranı ile yapılabilmektedir. Ayrıca mitral kapak yetersizliğinde (kaçığında) kapağın tamir edilmesinin, mekanik veya biyoprotez kapakla değiştirilmesinden çok daha iyi sonuçlar verdiği bilinmektedir. Özellikle kalbin fonksiyonlarının korunması, kan sulandırıcı ilaçlara ihtiyaç olmaması, enfeksiyon açısından daha dirençli olması nedeniyle mitral kapağın tamir edilmesi tüm dünyada kabul gören en etkin tedavi şeklidir. Mitral kapak hastalığı, dejeneratif mitral kapak hastalığı, romatizmal mitral kapak hastalığı ve iskemik mitral kapak hastalığı olarak kategorize edilir. Dejeneratif mitral kapak hastalığında, mitral kapak kaçığında, ortalama kapak tamiri başarı oranı %50'ler civarındayken, deneyimli cerrahlarda bu oran %95-100 civarındadır. Hastalığın nedeni fibroelastik eksiklik, marfan, barlow hastalıkları gibi yapısal bozukluklardır. Dejeneratif kapak hastalığında en sık görülen disfonksiyon kapak hareketinin artmasıdır (prolapsus). Fibroelastik eksiklik daha çok altmış yaş üzerinde görülür ve mitral kapak kaçığı kısa sürelidir. Barlow hastalığı daha çok elli yaş civarlarında görülür. Hasta uzun süredir bir şikâyeti olmaksızın kalp kaçığından haberdardır.

HEMEN AMELİYAT GEREKMEZ

Romatizmal mitral kapak hastalığının görülme sıklığı Avrupa ve Amerika'da çok azdır. Ülkemizde ise geçmiş yıllara göre, büyük oranda azalmasına rağmen, halen görülmektedir. Çocuklukta geçirilmiş romatizmal ateşe bağlı kalp kapakçıklarının tutulması sonucu gelişir. Genellikle otuzlu yaşlardan sonra bulgu verir. Kapağın bozulmasına bağlı hem darlık hem de yetmezlik gelişebilir. Romatizmal kapak hastalıklarında da kapak tamir edilmektedir. Ama ciddi yapısal bozukluk ve kireçlenme geliştiğinde değiştirilmesi kaçınılmaz olmaktadır.

İskemik mitral kapak hastalığında ise, kalbin koroner damarlarındaki darlıklar veya geçirilmiş bir kalp krizi sonucu iskemik mitral kapak yetmezliği



gelişebilir. Bu tip kapak kaçıklarında, tamir başarı ile uygulanabilmektedir. Mitral kapak kaçığı olan hastaların uzun süreli şikâyetleri olmaz. En sık görülen şikâyetler halsizlik, çabuk yorulma, fiziksel kapasitede azalma, nefes darlığı, çarpıntı (ritim bozukluğu) şeklindedir. Doktora başvurulduğunda hastanın muayenesinde anormal bir üfürüm duyulması tanı koydurucu yöntemdir. Bunun üzerine asıl tanı koydurucu yöntem olan ekokardiyografinin uygulanması gerekir. Bu yöntemle kalbin hareketleri ve kapaklar incelenerek değerlendirilir. Kapağın yapısal bozukluğu olup olmadığı görülür ve kaçık miktarı belirlenir. Mitral kapak yetmezliği tanısı konması hastaların hemen ameliyat olmasını gerektirmemektedir.

NE ZAMAN CERRAHİ?

Ameliyat kararı alınmasında hastanın şikâyetleri en önemli belirleyicidir. Hastanın şikâyetleri artmışsa ameliyat gündeme gelebilir. Ayrıca yapılan ekokardiyografi sonucunda kapağın ileri düzeyde olması, kalbin kasılma fonksiyonunun azalması, büyümesi, ritim bozukluğunun olması, ayrıca akciğerlere giden damardaki basıncın yükselmesi gibi faktörlere bakılarak karar verilir. Gecikme durumunda kalbin kasılması daha da bozulacağından kapak tamiri ameliyatı yapılırsa da, uzun dönem sonuçlara bakıldığında bu hastalardaki sonuçlar

üz güldürücü değildir. Bu sebeple, eğer mitral kapağın tamir edilme ihtimali çok yüksek ise, ameliyatın daha erken dönemde yapılması uygun olur. İleri derecede mitral kapak yetmezliği bulunan, fakat şikâyeti olmayan hastalarda, mitral kapak kaçığı nedeniyle mitral kapak tamiri ameliyatına karar verilebilir. Bu karar verilirken ameliyatın düşük riskli ve tamir edilebilme oranının da %95'in üzerinde olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Mitral kapak tamiri ameliyatı kararı alınan hastaların mitral kapak tamiri konusunda deneyimli ve başarı oranı yüksek olan cerrahi ekibi seçmeleri çok önemlidir. Son yıllarda gelişen teknolojik destek sayesinde mitral kapak tamiri küçük yaradan yapılabilmektedir. Bu ameliyatlarda meme altından 5-6 cm'lik bir kesi ile gerçekleştirilmektedir.

YAKARAK TEDAVİ

Ameliyat kararı alındıktan sonra gereken tetkikler yapılarak ameliyata engel bir durum olup olmadığı tespit edilir. 40 yaş altında sigara kullanımı ve aile öyküsü yoksa hastaya koroner anjiyografi yapılması gerekmez. Hastaneye yatış yapıldıktan sonraki gün için ameliyat programlanır. Ameliyat süresi yaklaşık 3 saat civarındadır. Ameliyat sonrasında yoğun bakıma alınan hasta genellikle 1-2 gün içinde servise çıkarılır. 5-6 gün içinde de taburcu edilir. Hastanede yatış sürecinde, taburcu olmadan önce ekokardiyografi yapılır. Daha sonra hasta bir hafta içinde cerrahi kontrole, bir ay içinde de kardiyoloji kontrolüne çağırılır. İleriki dönemlerde de, hasta 6 ay aralıklarla ekokardiyografi yapılarak takip edilir. Mitral kapak hastalığı ilerlediğinde ritim bozukluğu olma ihtimali %40-60 civarındadır. Hastada ritim bozukluğu varsa kalbin belli bölgeleri ameliyatta yakılarak ritim bozukluğu düzeltilmektedir. Bu yöntemin başarı oranı %80-90 düzeyindedir. Hastanemizde mitral kapak kaçığı nedeniyle mitral kapak tamiri başarı oranı %98'dir. Bu yüksek başarı nedeniyle yurtiçinden ve yurtdışından hastalar mitral kapak tamiri ameliyatları için hastanemize başvurumaktadırlar.



90 yaşında kapak ameliyatı olabilir miyim?

YRD. DOÇ. DR. MEHMET ONUR OMAYGENÇ

Gelişen teknoloji sayesinde artık bu soruya rahatlıkla 'evet' cevabını verebiliyoruz. Eskiden yaşı nedeniyle yüksek riskli kabul edilen birçok hasta artık sağlığına kavuşabiliyor.



Günümüzde kalp damar sistemi hastalıklarının tanı ve tedavisi hususunda sağlık teknolojisindeki ilerlemelere paralel olarak önemli gelişmeler kaydedildi. Böylece birçok hastalık için hem sağkalım arttırıldı; hem de daha kaliteli bir yaşam sağlamak adına önemli adımlar atıldı. Fakat bu hastalık grubunun yaşla birlikte sıklığının arttığı yadsınamaz bir gerçek. Ateroskleroz ismini verdiğimiz damar sertleşmesi hastalığının dışında, 75 yaş üstüne has, temelde dokuların yıpranması ve kireçlenmesinin yattığı ritim ve kapak hastalıklarına da oldukça sık rastlanıyor. Dejeneratif hastalık ismini verdiğimiz bu hastalık grubunda en çok aort kapak darlık ve yetersizlikleri ve mitral yetersizlikle karşılaşılıyor. Hastalığın belli bir evrime süreci mevcut. Bir kısmı sadece ilaç tedavisi altında, ekokardiyografi, bilgisayarlı tomografi gibi görüntüleme yöntemleriyle yakın izleniyor. Müdahale gerektiren ilerlemiş bir hastalık saptandığında ise bu kararı vermek her zaman çok kolay olmuyor. 90 yaşında bir hastanın sadece planlanan işleme uygunluğunun değil; aynı zamanda kırılabilirliğinin, ek sistemik hastalıklarının da göz önünde bulundurulması gerekiyor. 2000’li yıllara gelene kadar maalesef bu yaş grubundaki hastaların birçoğu, ya açık cerrahiye kaldıramayacağı gerekçesiyle kaderine terk ediliyor; ya da ameliyat edilse bile, uzun yoğun bakım ve servis yatışları, bilişsel fonksiyonlarda azalma, kalp krizi, inme, akut böbrek yetersizliği gibi istenmeyen olaylara sıkça maruz kalıyordu. Son on beş yılda ise hem cerrahi, hem de kapalı yani cerrahi kesi olmadan yapılan müdahaleler konusunda bir hayli yol kat edildi.

GÖĞÜS DUVARINI KORUYORUZ

Kapak cerrahisinin taşıdığı riskleri azaltmak için yapılabilecekleri temelde üç başlık altında toplamak mümkün. Bunların ilki yapılacak işlemin şekliyle ilgili alternatifleri içeriyor. Kapak koruyucu cerrahi, özellikle mitral yetersizliği için önemli bir tedavi seçeneği olarak karşımıza çıkıyor. Bu şekilde hastaya dışarıdan vücuda yabancı bir malzemenin yapılmış yeni bir kapak takmak yerine, kapak tamir ediliyor ve bir halkayla giriş yeri daraltılıyor. Bu sayede ileri yaşta bir hasta için kapak değişiminin getirdiği, kan sulandırıcı tedavi kullanma ihtiyacının ve tedavi altında dahi gözlenebilecek inme ve hayatı tehdit edici kanama olayları gibi risklerin kısmen önüne geçilmiş oluyor. Yine günümüzde biyoprotez kapak teknolojisinin gelişmesiyle de artık daha dayanıklı ve performanslı orijinal kapağa yakın kapaklar geliştiriliyor. İkinci önem grubunu, kesiyi en aza indirmek ve mümkünse sternum,



yani halk arasındaki adıyla iman tahtasını açmadan göğüs duvarı bütünlüğünü koruyarak işlemi gerçekleştirmek olarak tanımlayabiliriz. Minimal invazif cerrahi olarak isimlendirilen bu tedavi yöntemi, koltuk altından, köprücük kemiği altından ya da iman tahtasının sadece küçük bir kısmını ayırarak yapılan işlemleri ve tabii ki robotik cerrahiye içeriyor. Bununla ilgili tecrübe giderek artıyor ve özelleşmiş merkezlerde oldukça başarılı işlemler gerçekleştiriliyor. Son olarak da ameliyat süresini azaltmaya yönelik girişimlerden bahsetmek gerekir. Özellikle de kalbin durdurulup, dolaşım pompasının devreye alındığı sürenin kısaltılması ciddi önem arz ediyor. Örneğin aort darlığı için DAVI denen bir yöntemle, kapağın bulunduğu alan tamamen açılmadan taşıyıcı bir sistem vasıtasıyla, daha az dikişle yeni bir kapak yerleştirilebiliyor.

CİLT KESİSİ OLMADAN İŞLEM

Bütün bu gelişmeler, oldukça yüz güldürücü sonuçlar verdi ve tedavi konusundaki çaresizliğin önüne önemli oranda geçti. Ancak, asıl ciddi ilerleme, perkütan yani cilt kesisi olmadan yapılan işlemler hususunda yaşandı. Floroskopi yani röntgen ışınlarının desteğiyle yapılan bu işlemlerde, son dönemde daha da küçük kateterler ve daha az travmatik materyeller kullanılıyor. Bu sayede kasık atar damarından girilerek hastaya yeni bir kapak takılması bile söz konusu olabiliyor. Bu işlemlerin bir kısmı hastaya genel anestezi vermeden ve solunum için tüp yerleştirmeden bile gerçekleştirilebiliyor. Özellikle aort darlığının tedavisi konusunda tüm dünyada ve ülkemizde azımsanmayacak bir deneyim oluştu. TAVI dediğimiz bu işlemde az önce de bahsedildiği gibi çoğunlukla kasıktan ya da bunun uygun olmadığı az sayıda vakada meme altında küçük bir delikten girilerek,

eski kapağın yerine yeni bir biyoprotez kapak, bir balon ya da kendiliğinden açılan bir sistem vasıtasıyla rahatlıkla yerleştirilebiliyor. Halen açık cerrahinin yüksek riskli olduğu vakalarda, özellikle de ileri yaş grubunda uygulanan bu yöntemin, deneyim arttıkça ve uzun dönem sonuçlarını karşılaştıran veriler yayımlandıkça; cerrahi tedavinin yerini alabileceği öngörülmüyor.

HASTALAR KADERİNE TERK EDİLMİYOR

Mitral kapak yetersizliğinin tedavisinde de önemli gelişmeler yaşandı. Şu an aktif olarak, tam olarak kapanmayan kapak uçlarını bir araya getirip mandal benzeri bir mekanizmayla bürmek ya da cerrahi kapak tamirindekine benzer olarak kapak aparatının bağlı bulunduğu dokunun etrafından geçip açıklığı daraltmak suretiyle, bu hastalık perkütan yöntemle başarıyla tedavi edilmektedir. Yine kapak değişimiyle ilgili vakalar yayınlanmakta ve kısa dönemde bunların da kullanıma sunulacağı düşünülmektedir. Şu an için bu yöntemler de, gerek işlemin teknik zorluğu, gerekse maliyetleri göz önünde bulundurularak ek hastalıkları, yaşı ya da kalp pompa fonksiyonunun azlığı nedeniyle açık cerrahiye aday olamayan hastalara uygulanabilmektedir. Sonuç olarak, açık cerrahi ya da kapalı işlemler anlamında kapak hastalıklarının tedavisi konusunda ciddi adımlar atılmıştır ve atılmaya devam etmektedir. Böylece, eskiden yüksek riskli addedilerek kaderine terk edilen birçok hasta, sağlıklı biçimde yaşama tekrar kazandırılabilir. Önümüzdeki on yıl içinde mevcut teknolojinin daha da gelişmesi, maliyetlerin azalması ve bu tedavi yöntemlerinin daha geniş bir hasta yelpazesine sunulabilmesi beklenmektedir. Ama günümüzde de şunu rahatlıkla söylemek mümkün: “Evet, 90 yaşında dahi kapak ameliyatı olabilirsiniz.”



Tıkalı damarları sporla açın

YRD. DOÇ. DR. HACI MURAT GÜNEŞ

Bacak damarları tıkanıklıklarında egzersiz ve daha aktif bir yaşam ile hastalığın ilerlemesinin önüne geçebilirsiniz. Unutmayın, egzersizin etkisi bir ay içinde görülmeye başlar fakat kesildiğinde tekrar başa dönülür.

Bacak ağrıları; yorgunluk, egzersiz yetersizliği, varisler, romatizmal bir hastalık veya ortopedik problemler nedenlerle oluşacağı gibi önemli bir kısmı da atardamar tıkanıklıklarından kaynaklanabilir. Atardamar tıkanıklarının en sık nedeni ise ateroskleroz yani damar sertliği olmakla beraber, özellikle sigara ile direkt olarak ilişkili olan Buerger hastalığıdır. Aterosekleroza bağlı atar damar tıkanıklıkları ileri yaşta ve erkeklerde daha sık görülür. Başlıca risk faktörleri olarak sigara, hipertansiyon, şeker hastalığı, kolesterol düzeyinin yüksekliği ve hareketsiz yaşam sayılabilir. Bacak ağrısı karakter olarak efor sarfetmekle; yani yürürken, rampa çıkarken olur ve dinlenince 3-5 dakika içinde kendiliğinden geçer.

Ağrı, her zaman her yürüyüşle aynı mesafede gelişmesine rağmen damar tıkanıklığı arttıkça daha kısa yürüme mesafelerinde oluşmaya

başlar. Damar tıkanıklığının düzeyine göre ağrı baldırda, uyluk çevresinde veya kalça bölgesinde olabilir. Zamanla kan akımının daha da azalması sonucunda ağrı artık istirahatte bile ortaya çıkmaya başlar. Çoğu kez geceleri oluşur. Kişi gece uyurken bacağına ağrı gelmesi sonucunda uyanır, kalkıp dolaşınca ağrısı biraz geçer ve tekrar uyur. Bir süre sonra ağrı kalıcı hale gelip, artık gündüzleri de devam etmeye başlar. Hastalar çoğu kez bacaklarını yatak kenarından aşağıya sarkıttıklarında daha rahat ederler. Bu durumda yürüme ağrısı da çok daha kısa mesafelerde gelmeye başlar. Daha ileri aşamalarda ise ayaklarda ve özellikle ayak parmaklarında ağrılı yaralar ve gangren gelişebilir. Bacak ağrıları yanında bacaklarda soğukluk, üşüme veya morarmasıyla, iyileşmeyen yaraların gelişmesi ileri evre damar tıkanıklığını gösteren bulgulardır. Bu hastalar diğer organlarda ani gelişebilecek damar hastalıkları (myokard infarktüsü, inme v.s.) için risk taşırlar. Hastaların yarısından fazlasında eşlik eden kalp damar tıkanıklığı ve şah damarı (karotis) tıkanıklığına rastlanır. Bu yüzden tanının konması diğer hayati önem taşıyan damar tıkanıklıklarının tedavisinin başlanması için de önem arz eder.

Genel olarak damar hastalığı olan kişilerin ömürleri damar hastalığı olmayan kişilere göre daha kısadır.

Hastanın şikayetlerini dinleyerek ve başta bacak damar nabızlarının muayenesi

olmak üzere farklı yöntemler ile bacaklardaki atar damar hastalığı tanınabilir. Genellikle uyluk bölgesinde diz arkasında, ayak üzerinde veya ayak bileğinin iç bölümündeki damarların nabızı azalmış ya da alınmaz hale gelmiştir. Bu hastalarda risk faktörleri açısından kan şekeri ve kolesterol ile ilgili değerlerin incelenmesi damar sertliğini (ateroskleroz) araştırmada yardımcıdır. Damar hastalığı tanısını koymak için en basit yöntem tansiyon cihazı yardımı ile bacaklarda ve kollarda kan basıncının ölçülüp birbirine oranlanmasıdır (ABI). Bu ağrısız ve basit bir test olmakla beraber güvenilirdir. Ayrıca yürümekle gelen ağrının tam olarak değerlendirilmesi koşu bandında hastanın yürütülmesi ile de mümkün olabilir. İlk istenilmesi gereken tetkik renkli doppler ultrason testidir ve bize damar tıkanıklığını değerlendirmeye ilgili önemli katkılar sağlar. Damar hastalığının derecesi ve hangi damarları ne ölçüde tutmuş olduğunu değerlendirmek için kullanılan diğer incelemeler ise bilgisayarlı tomografik anjiyografi (BTA) ve manyetik rezonans anjiyografidir (MRA). MRA özellikle böbrek yetmezliği olan hastalar için nispeten daha iyi bir inceleme yöntemidir.

Ancak kapalı alan korkusu olanlarda ve vücudunda metal bulunan kişilerde yapılamamaktadır.

SİGARAYA SON!

Erken dönemde teşhis edilen bacak

damarlarının hastalıklarında egzersiz ile daha aktif bir yaşam, gıdada ve yeme tarzındaki değişiklikler, kilo verme, sigarayı bırakma gibi yaşam değişiklikleri ile beraber, şeker hastalığı, hipertansiyon, kolesterol yüksekliği gibi risk faktörlerinin mevcudiyetinde ilaç tedavisine başlanarak hastalığın ilerlemesinin önüne geçebiliriz. Yaşam değişikliklerine hastalık belirlenir belirlenmez başlanır ve hayat boyu devam edilir. Sigaranın bırakılması en önemli değişikliklerden olup diğer tedavi yöntemlerinin etkili olabilmesi için mutlaka gereklidir. Sigaraya devam ediyorken yapılan diğer tedavilerin pek bir etkisi olmayacaktır. Pasif ve hareketsiz hayattan daha aktif ve düzenli egzersiz yapılan bir hayata geçiş damar hastalıklarının tedavisinde özem taşır. Haftada üç yada beş günde 30-60 dakika yürüyüş egzersizi oldukça yararlıdır. Yürüyüşlerin bir uzman

nezaretinde yapılması çok daha etkili ve güvenilirdir. Egzersizin etkisi 1-2 ay içinde görülmeye başlar ve kesildiğinde tekrar başa dönlür.

Ek olarak kan sulandırıcı dediğimiz en sık kullanılan aspirin ve benzeri farklı ilaçların da başlanması önerilmektedir. Gerek halinde doktorunuz birden fazla kan sulandırıcı ilacı birarada başlayabilir. Yaşam değişikliği ve ilaç tedavisi ile hastaların büyük bir kısmı bacak ağrısı yakınmasından kurtulur ve normal yaşamına devam eder. Bu tedavi aynı zamanda bacak damar tıkanıklığı dışındaki kalp damar tıkanıklığı ve beyin damarlarındaki tıkanıklıklarla ilgili olumsuz kötü olayların gelişmesini engellemede de önemlidir.

TERCİH EDİLEN TEDAVİ YÖNTEMİ: ANJİYOPLASTİ

İlaç tedavisiyle bacak ağrısı geçmeyen veya artık bacak yaraları gelişmiş olan hastalarda ise bu tedaviye ilaveten girişimsel yani anjiyoplasti veya açık damar cerrahisi uygulanması gerekir. Kliniğimizde de sıklıkla bu hasta grubuyla karşılaşmakta olup, anjiyoplasti yöntemiyle yani bazen sadece balon yöntemiyle damar tıkanıklığını genişleterek veya o bölgeye stent takarak yeniden iyi kanlanmasını sağlayıp hastanın yaşam kalitesine ve sağlığına kavuşmasına yardımcı olmaktadır. Anjiyoplastiye uygun olmayan hastalarda ise açık damar cerrahisi uygulanmaktadır. Hangi hastaya hangi tedavinin uygun olacağı konusunda kardiyoloji ile kalp damar cerrahisi ortak kararı ve hastanın isteği de dikkate alınarak tercih yapılmaktadır. Atardamar tıkanıklığı dışında bacaklarda yara yapabilecek diğer hastalıklar açısından ilerlemiş varisler, atardamarları tutmayan diyabetik ayak, cilt hastalıkları ve enfeksiyona bağlı hastalıklar da akla gelmelidir. Farklı uzmanlık alanlarını ilgilendirebildiğinden, ilgili uzman görüşleri alınıp ortak verilen karara göre tedavi uygulanmalıdır. Bacak ağrısı ve hele özellikle yarası olan hastalarda mutlaka damarlarla ilgili hastalıklar akla gelmeli ve kardiyoloji kardiyovasküler cerrahi merkezi olan bir hastaneye başvurarak gerekli etkin tedavi bir an önce geciktirmeden başlanmalıdır. Unutulmamalıdır ki geç kalındığı takdirde ayak ve bacak kesilmesi, ölüme kadar varan ciddi olumsuz sonuçlarla karşılaşmaktadır. Bu yüzden her hastalıkta olduğu gibi erken tanı ve tedavi bacak damar tıkanıklarında da hayat kurtarıcıdır.

EL BİLEĞİNDEN Sabah anjiyo, öğlen iş

PROF. DR. İRFAN BARUTÇU

El bileğinden yapılan anjiyo sayesinde, hasta aynı gün içerisinde taburcu olur, işine geri dönebilir.





Bilekte olan damar, kasık damarına kıyasla cilt yüzeyine daha yakındır. Bu nedenle kilolu hastalarda bile, bilekten damara daha kolay girilebilir. Açılan delik daha kolay kapanır.

Kalp ve damar hastalıklarının tanısında önemli bir yere sahip olan koroner anjiyografi işlemi son yıllara kadar genellikle kasıktan yapılmaktaydı. Ancak daha ince iğne, kılıf ve kateter gibi malzemelerin kullanıma girmesiyle anjiyonun el bileğinden yapılması da mümkün olmuştur. El bileğinden anjiyo hastalar açısından büyük kolaylık sağlamaktadır. Bu teknikle yapılan anjiyo sonrası hastaların hastanede kalmasına gerek kalmaz. 5-10 dakika içinde gerçekleştirilen operasyondan sonra, hastalar işlerine bile geri dönebilirler. Ayrıca bilekten anjiyo yapılması istenmeyen komplikasyonların önlenmesi açısından da faydalı olur.

Peki, kasıktan anjiyo ile bilekten anjiyo arasında fark var mıdır? Kasık veya bilekten yapılan anjiyo giriş yerleri açısından farklılık gösterse de, temelde yapılan işlem aynıdır. Fakat kasık bölgesinden yapılan anjiyoda kasık damarlarının daha büyük çapta olması, daha kalın kateterler kullanılması, işlem sonrası kasık bölgesine uzun süreli baskı uygulanması zorunluluğu ve kanama gibi komplikasyonlar (işleme bağlı gelişebilecek olumsuz sonuçlar) hekimleri yeni arayışlara itmiş ve bu sayede el bileğinden anjiyo yapma fikri ortaya çıkmıştır.

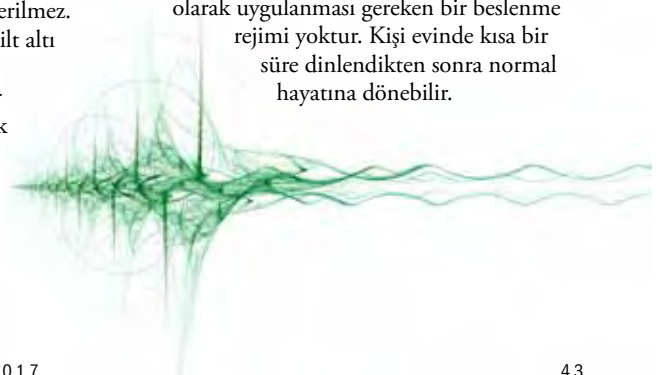
Bilekte olan damar, kasık damarına kıyasla cilt yüzeyine daha yakındır. Bu nedenle kilolu hastalarda bile, bilekten damara daha kolay girilebilir. Damarın cilde yakınlığı ve arkasında bulunan kemik doku sayesinde işlemden sonra girilen deliğe daha rahat kompresyon yapılabilir ve delik daha kolay kapanır. Rahat kompresyon uygulanması mümkün olduğundan bu bölgede kanama daha iyi kontrol altında tutulabilir. Kasık damarından olan stent girişimlerinde yüksek dozda kan sulandırıcı ilaçların

kullanılması yüzünden, damara girilen kılıf işlemden hemen sonra çekilemez. Bunun yapılması için 4-6 saat süre geçmelidir. Bu sürede hastanın yatakta yatarak, bacağına hareket ettirmemesi gerekir. Bu süreden sonra kılıf elle çekilir, 15-20 dakika kompresyon ve 4-6 saat kadar kum torbasıyla ağırlık uygulanarak kanamanın durdurulmasına çalışılır. Bu yüzden kasıktan yapılan anjiyoda hasta 6 saat, stent ve balon uygulamaları yapılan hastalarda ise 12 saat hastanın bacağına hareket ettirmeden düz yatması gerekir. Bu sürede ayağa kalkamadığı gibi, tuvalete de gidemez.

KOMPLİKASYON ORANI DÜŞÜK

Bilekten yapılan anjiyo sonrasında, damar girişindeki kılıf kan sulandırıcı ilaçlara rağmen hemen alınabilir. Daha sonra hastaya bilekliğe benzer bir materyal takılır. Bunun 2 saat kadar bilekte kalması gerekir. Hastaneden ayrılırken bileklik çıkarılarak, bileğe bandaj yapılır. Bandaj ertesi gün hasta tarafından çıkarılabilir. İşlem bittikten sonra hasta hemen ayağa kalkabilir, oturur, tuvalete gidebilir, elini bile kullanabilir. Hastalar 2,5-3 saat içinde taburcu olabilir. İsterlerse aynı gün işine geri dönebilir. Bu arada şu detayı hatırlatmakta yarar var. Diyalize giren böbrek yetersizliği olan hastalar, kaza yada travma nedeniyle el bileğinde problem olan hastalar, damarı çok ince olan ve çok genç olup damarı spazma (büzüşmeye) yatkın olan insanlarda el bileğinden anjiyo genelde önerilmez. Bilekten anjiyo için hastanın cilt altı uyuşturulur. Bunun için lokal anestezi yapılır. Çok küçük bir kesi yapıldığından, hastada çok hafif bir ağrı olur. Bilekten anjiyo 3 milimetrelilik kesiden gerçekleştirilir. Bu kesiden girilen kateterle hastaya aynı kasıktan anjiyoda olduğu gibi,

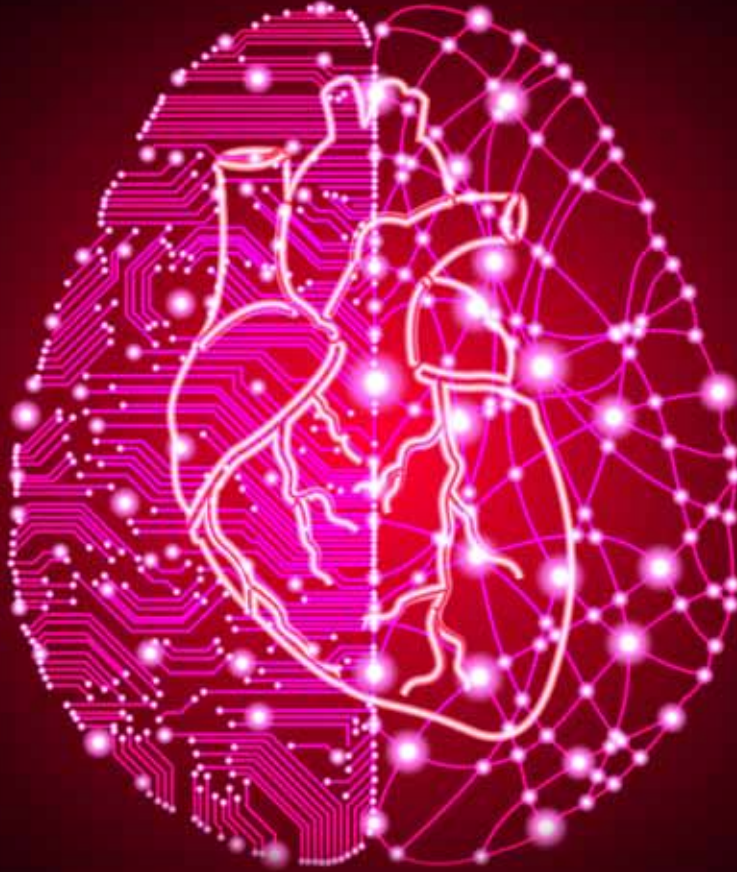
kontrast madde verilebilir ve damarların durumu incelenebilir. Bilekten anjiyoda damara girişte meydana gelebilecek komplikasyon oranı oldukça düşüktür. En önemli komplikasyon anjiyo sonrası giriş bölgesinin yeterince sıkıştırılmamasına bağlı olarak oluşan kanamadır. İşlemden sonra takılan bileklik sayesinde kanama durdurulur. Böylece deliğin daha hızlı kapanması sağlanır. İşlemden sonra el bileğinde toplu iğne başı büyüklüğünde bir iz kalır ve zamanla kaybolur. Bilekten anjiyonun bir diğer komplikasyonu özellikle hassas kişilerde meydana gelen spazm yani damarın büzüşmesidir. Bu durumu önlemek için hastaya işlemden önce sakinleştirici ilaçlar uygulanmakta ve kılıf yerleştirildikten sonra damar içinde spazmı engelleyecek ilaçlar verilmektedir. Çok nadiren spazmdan dolayı işleme devam edilemeyip kasığa dönmek gerekebilmektedir. Öte yandan hastaların çok büyük bir kısmında anjiyoda kritik darlık saptandığında el bileğinden stent takmak mümkündür. Hatta çoğu hastada aynı seansta stent takılıp sonrasında bileğindeki kılıfı çıkarıp yatağına takip etmek mümkündür. Ancak stent işlemi sırasında kullandığımız kateterlerin çapı daha kalın olduğundan bazı durumlarda stent işlemi için kasığa dönmek gerekebilmektedir. Bir kişiye birkaç defa el bileğinden anjiyo yapılabilir. Tekrar işlem yapılması gereken hastalarda bir önceki işlemin gerçekleştirildiği yerin, yarım santim üstünden girip, anjiyoyu oradan yapmak mümkündür. Bir diğer yöntem olarak, bu işlem için karşı taraftaki bilek kullanılabilir. Birkaç defa anjiyo yaptığımız ve daha sonra balon stent taktığımız birçok hastamız da vardır. Sonuç olarak, el bileğinden anjiyo olan hasta taburcu olunca yürüyerek evine gidebilir. Hatta gündelik yaşamında kolunu zorlamadan istediği her şeyi yapabilir. Zorunlu olmadıkça işlemden hemen sonra banyo yapılması önerilmez. Kişiden kişiye değişmekle birlikte işlem sonrası bilekte bir miktar ağrı ve morarma olabilir. Bu normaldir ancak hastayı rahatsız edecek boyutta olursa evde ağrı kesici alabilir ve buz uygulanabilir. İşlem sonrasında özel olarak uygulanması gereken bir beslenme rejimi yoktur. Kişi evinde kısa bir süre dinlendikten sonra normal hayatına dönebilir.



Ağrınız varsa şanslısınız

YRD. DOÇ. DR. BEYTULLAH ÇAKAL

Göğüste başlayan ağrı, kalp krizinin habercisi sayılır. Fakat kriz bazen sessizce gelebilir. Sessiz kalp krizlerinin ilk belirtisi ise maalesef ki ölüm.



Kalp damar hastalıkları tüm dünyada en önemli ölüm nedenlerinden biri. Dünyada her yıl 17 milyon, ülkemizde de 160 bin kişi kalp damar hastalıkları nedeniyle hayatını kaybediyor. Kalbiniz devamlı pompa işlevi göreyerek tüm vücudunuzun kan ihtiyacını karşılıyor. Tüm vücuda kan pompalayabilmek için kalbin kendisi de oksijen yönünden zengin kana ihtiyaç duyar. Bu kan, kalbimize koroner arterler yoluyla ulaştırılıyor. Kalbinizin çalışması, koroner arterler tarafından sunulan kanla ilişkilidir. Kalbi besleyen 3 büyük koroner arter vardır. Sol koroner arter ve sağ koroner arter, sirkümler arter ve bunların dalları kalbin tümünü besler. Kalp krizi, kalbi besleyen koroner arter damarlarından veya dallarından herhangi birisinin tıkanmasıyla başlıyor. Bu durumda geriye dönüşü olmayan kalp kası hasarı oluşuyor ya da ölüme neden olabilen kalp krizi (akut miyokard enfarktüsü) meydana geliyor. Kalp krizi, koroner kalp hastalıklarının içinde en acil ve en ağır seyreden durumların başında geliyor. Kalp krizinin en önemli belirtisi, şiddetli göğüs ağrısıdır. Göğüste, sol kolda, sırtta, mide bölgesinden çeneye doğru yayılan göğüs ağrıları kalp krizinin habercisi sayılır. Ağrı yirmi dakikadan fazla, genellikle saatlerce sürer ve dinlenme ya da nitroglicerine geçmez. Çok şiddetlidir ve başlangıcı da çoğunlukla ani bir şekilde gelişir. Göğüs ağrısı kalp krizini işaret etse de bazı hastalarda karnın üst kısmında mideye vuran bir ağrı da görülebilir. Bu durumda oluşan bu rahatsızlığın mideyle ilişkili olduğu sanılarak hasta tarafından önemsenmeyebilir. Özellikle yaşlı hastalarda kriz, nefes darlığı ile ortaya çıkabilir. Yukarıda bahsedilen belirtiler, yüz kişiden ancak yetmiş beş ya da sekseninde görülür. %20'lik kısım, 'sessiz kalp krizi' adı verilen maalesef belirti vermeden bazen de ilk belirtisi ölüm olabilen gruptur. Göğüs ağrısı gibi belirtiler ortaya çıkar çıkmaz kişinin tam donanımlı bir hastaneye başvurusu ve sağlık yardımı alması ise oldukça mühimdir.

KRİZDEN YİRMİ DAKİKA SONRA HÜCRE ÖLÜMÜ BAŞLAR

Acil tedavinin hayati önemi olduğu bilinen bir gerçek. Kalp krizi tanısı konulduktan sonra acil tedaviye başlanması elzemdir. Bu tedavinin iki amacı vardır: Kalp krizi nedeniyle yaşam kaybını



engellemek ve kalp kasının zarar görmesini önlemek. Kalp krizi nedeniyle gerçekleşen ölümlerin en büyük nedeni, ölümcül kalp ritim bozukluklarıdır. Bunlar kalp krizinin ilk saatlerinde daha çok görülür. Bu nedenle kalp krizi tanısı alan hastanın koroner yoğun bakım ünitesine yatırılması yapılmalıdır ve kalp işlevleri sürekli izlenip ve olası bir düzensizliğe hemen müdahale edilmelidir. Kalp krizi tedavisinde diğer önemli amaç, tıkanan damarın açılarak kalp kasının zarar görmesini engellemektir. Kalp krizinde yirmi dakikadan sonra hücre ölümü başlamakta, 6'ncı saatte %90 oranında canlı kalp kasında kayıp görülebilmektedir. Dolayısıyla kalp krizinde en kısa sürede damar açıcı tedavi uygulanabilirse, kalp kasının zarar görmesi büyük ölçüde engellenmiş olur. Damar daha uzun süre tıkalı kalırsa, kalp kası geri dönüşsüz şekilde hasar görür ve hasta kalp krizini atlatsa bile uzun dönemde kalp yetmezliği gelişebilir. Bu durumun ise uzun dönemde sağ kalım ve hayat kalitesi için çok olumsuz etkileri mevcuttur. Eğer bir kişinin kalp krizi geçirdiğinden şüpheleniyorsanız hemen 112'yi arayın ve bir ambulans çağırın. Mecbur kalınmadıkça bu durumdaki bir hastayı kendi aracınız ile hastaneye götürmekten kaçınmalısınız. Şayet ambulansın gecikme ihtimali varsa, kendi imkanlarınızla hemen koroner anjiyografi ve stent işlemleri yapılabilen bir hastaneye ulaşmayı düşünebilirsiniz. Yine de ambulansın normal trafikte sizden daha hızlı gidebileceğini ve kayıp zamanı kapatabileceğini de unutmanız gerekir. Yapmanız gereken ambulans gelene kadar hastayı sakinleştirmek, vücudunu sıkı saran kıyafetler, kravat vb. varsa gevşetmektir. Eğer hastanın daha önceden tanısı konmuş bir kalp hastalığı varsa dil altı benzeri kalp ilacı kullanıyorsa ilacı verilmelidir.

KUWETLİCE ÖKSÜRÜM

Bilinci açıksa ve bilinen alerjisi yoksa aspirin çiğnetin. Aspirin çiğnetilmesi kanın akışkanlığını artırarak, kalp damarlarında yeni pıhtı oluşmasını engelleyecektir. Kalp krizi sırasında çiğnetilen basit bir aspirin ile kalp krizinden ölümler %23 oranında azaltılabilir. Bilinci kapalı bir kişi ile karşı karşıya kaldığınızda hava yolunun açık olup olmadığı, soluk alıp almadığına, nabız ve tansiyonuna bakılmalıdır. 112 ambulansı ve ekibi gelinceye kadar şahsın kalbi durursa ve ortamda var ise, otomatik defibrilatör kullanılmalı ve hastaya temel yaşam desteği uygulayarak hayata döndürülmeye çalışılmalıdır.

YAŞAM TARZİNİZİ DEĞİŞTİRİN

Kalp krizini önlemek için yaşam tarzında şu değişikliklere gidebilirsiniz:

- ▶ Sigara içmeyin. Doktorunuz nikotin takviyesi dâhil size sigarayı bıraktıracak yöntemler önerecektir.
- ▶ Doymuş yağ ve tuz içeriği düşük yemekler yemeli; tam tahıllı ürünler, sebze, meyve tüketmeli ve özellikle yağlı balıklar tercih etmelisiniz.
- ▶ Kan basıncı ve kolesterol takibi için doktorunuzu düzenli aralıklarla ziyaret etmelisiniz.
- ▶ Haftada en az 150 dakika, 30 dakika/gün orta şiddette aerobik egzersiz yapmalısınız.
- ▶ Aşırı kilolu iseniz kilo vermeli, vücut kitle indeksinizi 20-25 kg/m² arasında tutmaya çalışmalısınız.
- ▶ Erkeklerde bel çevresi 90 cm, kadınlarda 80 cm altında olmalıdır.
- ▶ Doktorunuz düzenli şekilde düşük doz aspirin almasını önerebilir. Aspirin kanın pıhtılaşma eğilimini azaltarak kalp krizi riskini de azaltır.

Bu iki tedavi ancak ilk yardım eğitimi almış kişiler tarafından uygulanmalıdır aksi halde hastaya dokunmanız daha faydalı olacaktır. Eğer tek başınıza iseniz yanınızda yardımcı olabilecek birileri yoksa öncelikle ağrı başladığı anda telefonla yakınlarınızı arayarak durumu haber verin. Yakınıınızda varsa ve ulaşabiliyorsanız aspirin alıp çiğneyin. Kuvvetli öksürük geçici olarak kalbe giden kan akımını arttırabilir. Bu nedenle burun deliklerinizi kapatarak kuvvetli biçimde öksürmeye çalışın. Bulduğunuz yerin kapısını aralık bırakırsanız başkasının size kolay ulaşabilmesine yardımcı olmuş olursunuz. Bu sırada ağrıyı azaltmak için bir şeyler yiyip içmeyiniz. Ağrıyı azaltmak için hareket etmek, sıcak ya da soğuk duş almaya çalışmak özellikle soğuk su damarların daha da büzülmesine yol açarak kalp krizini daha da ağırlaştırabilir. Hastaneye götürülürken mümkünse kullandığınız tüm ilaçlar ve dozları, tüm alerjilerinizin bilinmesi, sigorta bilgileri, acil durumda irtibata geçilecek aile fertlerinin telefon numaralarının temin edilmesi doktorunuza büyük fayda sağlayacaktır.



KAROTİS ARTER

Şah damarınız kadar yakın

YRD. DOÇ. DR. İBRAHİM OĞUZ KARACA
DR. DENİZ DİLAN NAKİ

Son dönemlerde vücudunuzun bir bölgesinde ya da yüzünüzde güç kaybı veya hissizlik mi yaşadınız? Konuşma güçlüğünüz ya da ani görme kaybınız mı var? Tüm bunlar şah damarı hastalığının belirtisi olabilir...

Tüm vücuttaki damar daralmalarının esas nedeni, damar sertliği (ateroskleroz) adı verilen damar duvarında sertleşme, damar iç yüzeyinde yıpranma ve kireçlenme sebebi ile kan dolaşımının güçleşmesidir. En önemli organımız, beynimizi besleyen temel damarlar olan şah damarları da (karotis arterler) damar sertliğinden etkilenebilmektedir. Boyun bölgemizde yer alan, sağda ve solda olmak üzere 2 adet olan bu damarlar beyin fonksiyonları için hayati öneme sahiptir. Bir şah damarının tam ya da tama yakın tıkanması geçici ya da kalıcı 'felç' ile sonuçlanacağından bu önemli hastalığın erken teşhis ve tedavisi hayati öneme sahiptir. Karotis arter hastalığı oluşması için risk faktörleri temelde ateroskleroz denilen damar sertliği oluşumu risk faktörleri ile benzerlik gösterir. Ailenizde damar sertliği öyküsü varsa; şeker hastasıysanız ya da insülin direnciniz varsa; fiziksel aktivitelerinizin çok olmadığı sedanter yaşam tarzını benimsediyseniz; yüksek tansiyon hastasıysanız; sigara başta olmak üzere tütün ya da tütün mamülleri kullanıyorsanız; hayvansal yağ ağırlıklı besleniyor ya da kanınızdaki yağ miktarının ya da ailesel olarak kolesterol düzeyinizin yüksek olduğunu biliyorsanız; 40 yaş ve üzerindeyseniz şah damarınız da tıpkı kalp damarlarınız gibi risk altındadır. Damar sertliğine bağlı daralma ya da pıhtı ile tam tıkanma gibi riskli durumlara maruz kalabilir. Karotis arterleri beyne kan götüren ana damarlardır. Şah damarlarından bir tanesinin ciddi boyutta daralması ya da pıhtı ile tam tıkanması nadiren hiçbir belirti vermeden gelişebilir. Bu durumda beyne kan götürme görevi boynun diğer tarafındaki şah damarı tarafından sağlanır. Çoğunlukla görülen ise beyinde hastalıklı karotis arterin beslediği alanın fonksiyon kaybına ait ciddi belirtilerdir. Bu belirtilerin en önemlileri; ani gelişen bilinç kaybı, bayılma, solunum durması ya da ani ölüm gibi hayati durumlardır. Kimi zaman şah damarındaki darlığın ciddiyetine bağlı olarak geçici ya da kalıcı olabilen vücutun bir bölgesinde ya da yüz kaslarında güç kaybı veya hissizlik, baş dönmeleri ya da denge kayıpları, konuşma güçlüğü ya da geçici konuşma kaybı, ani görme kaybı ya da görmede bulanıklık gibi belirtiler ile kendini gösterebilir. Buna benzer şikayetleri olan hastaların vakit kaybetmeden doktora başvurmaları gerekmektedir. Muayenede kas gücü kaybı ve his kaybının boyutu belirlendikten sonra bir takım görüntüleme testlerine ihtiyaç duyulur. Sıklıkla doppler ultrasonografi (USG) ile karotis arterlerindeki damar



sertliği saptanabilmekte ve daralmanın derecesi belirlenebilmektedir. İlaçlı tomografi (BT) ya da manyetik rezonans (MR) görüntüleme ile şah damarlarındaki problem net bir şekilde ortaya konabilir. Kesin tanı konup tedavi seçeneklerini belirlemek için ise kasık damarından kateter ile yapılan anjiyografik bir yöntem olan karotis anjiyografi (DSA) gerekmektedir. Karotis arter hastalığının tedavisi; hastanın şikayetlerine (hiçbir belirtisi olmaması ya da geçici/kalıcı felç durumu yaşamaması), şah damarındaki darlığının derecesine, beyin diğer damarlar tarafından beslenebilme durumuna ve hastanın eşlik eden diğer hastalıklarına göre değişebilir.

KAN SULANDIRICILARLA TEDAVİ

Görüntüleme yöntemleri ile şah damarında yüzde elliden daha az darlık saptanan hastalara ilaç tedavisi önerilir. İlaç tedavisinin temelinde damar sertliğine karşı koyucu olan kan sulandırıcı ilaçlar, kolesterol düşürücü tedavi ve eşlik eden hipertansiyon ve diyabet gibi durumların tedavisi yatmaktadır. Darlık derecesinin daha fazla olması ya da geçici/ kalıcı felç durumlarına yol açması ise girişimsel tedavinin gerekli olduğunu gösterir. Girişimsel tedavi temelde 2 şekilde yapılır. Birincisi kalp damar cerrahları tarafından genel anestezi altında yapılan karotis endarterektomi adı verilen açık ameliyattır. İkinci ve daha güncel olan yöntem ise kapalı yöntem ile kasıktan yerleştirilen kateterler ile yapılan darlık bölgesine uygulanan karotis stent işlemidir. Stentleme işlemi ülkemizde ve tüm dünyada

kardiyologlar, girişimsel radyologlar ya da girişimsel nörologlar tarafından uygulanabiliyor. Karotis stent işlemi lokal anestezi altında darlık olan damardaki darlığın genişletilmesi ve içeriye destek bir metal kafesin yerleştirilmesi işlemidir ve genel anesteziye bağlı riskleri taşımaz. İşlem sonrasında hastalar bir gece hastanede tutularak ertesi gün taburcu olabilirler.

YILDA 200 HASTAYA KAROTİS STENT İŞLEMİ YAPIYORUZ

Şah damarı darlıklarında stentleme genellikle etkili ve güvenilir bir tedavi yöntemidir. İşlem sırasında ağrı hissedilmemesi ve işlemin lokal anestezi ile kısa sürede yapılması ameliyata göre avantajdır. Her tedavi işleminde olduğu gibi bu işlemde de stent yerleştirilmesi sırasında bazı riskler oluşabilir. En önemli risk işlem sırasında darlık olan bölgeden stent yerleştirme sırasında beyne pıhtı atmasıdır. Ancak yeni geliştirilen yöntemler ile stentleme işlemi öncesi tıkalı damarın önüne filtre konarak pıhtının beyne geçmesi önlenmektedir. İşlemlerle ilişkili diğer riskler ise her türlü anjiyografik işlemde görülmeye ihtimali olan kasık damarında kanama ve hematoma denilen şişlik oluşmasıdır. Teknolojinin ilerlemesi ile geliştirilen kasık kapama cihazları ile stentleme işlemi sonrası kasık damarından girilen bölge tamamen kapatılabiliyor. Böylece elle baskı uygulamaya ya da kum torbası konmasına ihtiyaç duyulmamış oluyor. Peki, açık ameliyat mı, stent mi? Öncelikle her yöntemin her hastaya uymayacağını unutmamak gerekir. Tedavi seçeneğini belirlerken kardiyoloji, kalp damar cerrahisi, radyoloji ve nörolojinin bir ekip halinde çalışıp hastaya uygun tedaviyi belirlemesi şarttır. Tüm dünyada kabul gören görüşe göre; şah damarı hastalıklarının tedavi eden bir merkezin bu konuda belirli bir tecrübeye ulaşması (yılıda en az 50 vaka) ve işlem başarısının yüksek olup, komplikasyon oranlarının düşük (işleme bağlı ölüm/felç oranı %3-6'nın altında) olması gerekmektedir. Kardiyoloji kliniğimizde yılda 200 hastaya başarıyla karotis stent işlemi yapılmakta olup, işleme bağlı komplikasyon oranlarımız yüzde birin altındadır. Bu rakamlar Türkiye standartlarının çok üstünde olup, ülkemizin hemen her yerinden hastalar karotis arter stentlemesi için merkezimize yönlendirilmektedir. Merkezimizdeki tecrübeli ekibimiz; şah damarlarına, kol ve bacak atardamarlarına, göğüs ve karın bölgesi aort damarlarına ve kalp damarlarına anjiyografik görüntüleme ve stentleme işlemlerini başarıyla yapabilmektedir.

Sinsi tehlike: Aort anevrizması

YRD. DOÇ. DR. EKREM GÜLER

‘Vücudunuzdaki canlı bomba’ olarak da tanımlanan aort anevrizmasının en büyük semptomu ağrı, tehlikesi ise aniden yırtılmasıdır.



Aort, kalbin pompaladığı kanı vücuda dağıtan ve kasılıp gevşeme özelliği gösterebilen vücudun en büyük damarıdır. Aort anevrizması, çeşitli risk faktörlerinin kolaylaştırıcı etkisi ile birlikte aort duvarının zayıf olduğu alanlarda gelişen bir balonlaşmadır. Bunda en önemli etken diğer risk faktörlerinin kolaylaştırıcı etkisi ile birlikte aortun içinden pompalanan kanın damara uyguladığı basınçtır. Vücuda oksijenlendirilmiş kanı taşıyan aorta, kalpten çıktıktan sonra önce kalbi besleyen koroner atardamarları verir, sonrasında beyine ve kola giden damarları verir. Ardından bir kavis çizerek vücudun aşağısına doğru iner ve kasıklarda çatallanarak her iki bacak damarları olarak aşağıya iner. Aort anevrizması herhangi bir şikayete neden olacak kadar büyüyünceye kadar hastaların genellikle semptomu olmaz. Anevrizma çoğunlukla başka bir hastalık için yapılan rutin sağlık tetkikleri sırasında görüntüleme-röntgen filmlerinde saptanabilir. Yıllar içerisinde yavaş büyüme sebebiyle uzun yıllar fark edilemeyebilir. En sık ortaya çıkan semptom ise ağrıdır. Ağrının lokalizasyonu anevrizmanın bulunduğu segmente göre farklılık gösterir. Eğer anevrizma aortun göğüs kısmında, karına kadar olan bölgesinde gelişmiş ise –torasik aort anevrizması adını alır- sırt ağrısı, nefes darlığı veya yeme borusuna bası bulgusu olarak yutma zorluğuna neden olabilir. Karın içindeki aort kısmında anevrizma gelişmiş ise –abdominal aort anevrizması, ki en sık görülen formu budur- karın, sırt ağrısı veya karında ele gelen nabız hissine neden olabilir. Bunun yanında aort anevrizmasında ani yırtılma gelişebilir. Acil cerrahi tedavi gerektiren bu durumda hasta ani başlangıçlı, şiddetli ağrı hisseder ve lokalizasyon yerine bağlı olarak şuur kaybı, şok bulguları ortaya çıkabilir. Tansiyon yüksekliği, diyabet, ateroskleroz (kalp veya diğer damarlarda darlıklar), kolesterol yüksekliği, sigara kullanımı, aort kapak bozukluğu (biküspit) ve yumuşak doku hasarına neden olan genetik bozukluklar (marfan, ehler danlos vb.) anevrizma gelişme riskini arttıran diğer etkenlerdir.

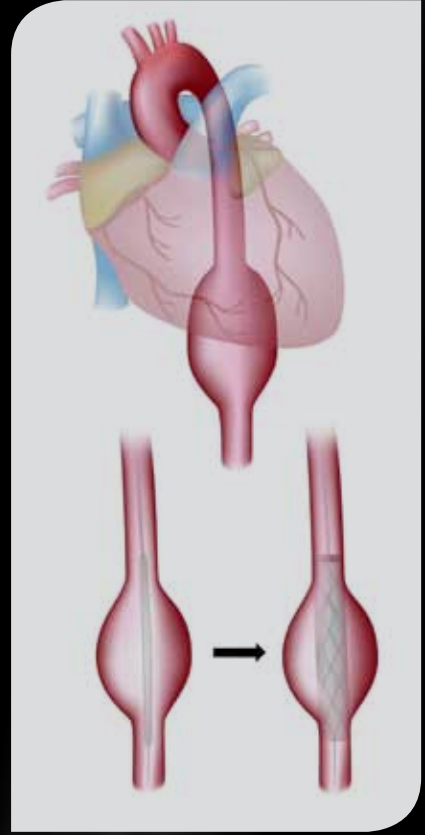
ANİDEN YIRILABİLİR

Belirgin büyüme olmadan şikayete neden olmadığı için çoğu zaman tanı başka bir amaçla yapılan görüntüleme

yöntemlerinde şüphe saptanması üzerine konulur. Ancak tanının kesinleşmesi veya anevrizmanın ciddiyetinin belirlenmesi istendiğinde tanı amaçlı; ultrasonografi, yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi (BT), yemek borusundan ekokardiyografi yöntemi – transözefageal ekokardiyografi, özellikle böbrek problemleri sebebiyle kontrast madde kullanılmayan hastalarda manyetik rezonans görüntüleme yöntemleri hastaya göre tercih edilebilir. Karındaki anevrizma taramasının yapılmasında tercih edilen yöntem kolay uygulanabilirlik ve olası yan etkisinin olmaması sebebiyle ultrasonografidir. Altmış yaş üstü erkeklerde risk faktörü olmasa dahi, kadınlarda ise risk faktörleri eşlik ediyor ise yıllık ultrasonografik karın aort damarı taramasının yapılması önerilir. Tarama anevrizmanın saptanması ve şayet var ise büyüme hızını belirlemeyi amaçlar. Anevrizmaların büyümesinde korkulan, anevrizmanın hayatı tehdit edecek şekilde aniden yırtılmasıdır. Bu sebeple tedavi zamanının belirlenmesi amacıyla aralıklı anevrizma görüntülemesi yapılmalıdır.

GREFT STENT UYGULANIYOR

Tedavi kararının verilmesinde en önemli etkenler; anevrizmanın yeri, büyüklüğü, şekli, diğer aorttan çıkan yan damarlar ile ilişkisi, hastanın yaşı, ek hastalıkları ve hastanın direnç-kırılganlık düzeyidir. Tedavi planlanması durumunda iki seçenek vardır. Bazı hastalarda her iki yöntemin birlikteliği ile de tedavi uygulanır. Açık cerrahi yöntem ile onarma, kalp damar cerrahları tarafından yapılan büyük ve önemli bir ameliyattır. Göğüs duvarı ve karından kesi yapılması sonrasında aort damarında anevrizmanın olduğu bölüm kesilerek yapay greftler ile değiştirilmek suretiyle onarılır. Ortalama bir haftalık hastanede yatış sonrası hastalar normal hayatlarına dönebilmektedirler. Kapalı (endovasküler) onarım ise, hastanın uygun kasık bölgesinde ilerletilen özel kateterler yardımı ile yapılır. Etrafında kanın dışarıya akmasına engel olacak şekilde kaplanmış stentlerden oluşan (greft stent) boru benzeri materyal anevrizmanın olduğu



bölgeye radyasyon ile görüntüleme yapılarak yerleştirilir. Genelde 1-2 gün içerisinde hastaların taburcu olması mümkündür. Bunun yanında açık onarıma göre daha küçük kesi ve yaralar ile işlem yapılabildiği için hastanın iyileşme süresi daha kısa olur. Bütün dünyada artan oranda uygulanan bu işlem Medipol Üniversitesi Hastanesi'nde de, zorluk düzeyi yüksek işlemler de dahil, başarılı bir şekilde sıklıkla uygulanır. Bu yöntemle greft stent uygulanmış hastalarda dönem dönem bilgisayarlı tomografi ile yeni kaçak gelişiminin takibinin yapılması gerekir. Sonuç olarak, ciddi anlamda ilerleyinceye kadar belirti vermeyen bu sinsi hastalığın tedavisinde birinci basamak uygun ve risk faktörleri olan hastaların taranmasıdır. Hastalık saptanan kişilerde risk faktörlerinin yakın takibi ile kontrolü sağlanmalıdır. Tanı alan hastaların görüntüleme metodları ile düzenli takibi yapılarak müdahale gerekenlerin damar yırtılmadan tedavi edilmesi önerilir.



Stent mi, by-pass mı?

PROF. DR. BİLAL BOZTOSUN
YRD. DOÇ. DR. SİNEM ÇAKAL

Çoklu damar hastalığı olan hastalar için bu sorunun en doğru cevabını kardiyoloji ve ve kalp damar cerrahisinden oluşan konsey verebilir.

Kalp ve damar hastalıkları alanında son on yıldır 'stent mi takalım, by-pass mı yapalım?' tartışması süregelmektedir. Stentlerin daha iyi olduğunu öne süren bilimsel çalışmalar olduğu gibi, by-pass ameliyatının uzun dönemde daha avantajlı olacağını düşündüren bilimsel araştırmalar da mevcuttur. Burada en önemli nokta; hangi hastaların by-pass'dan, hangilerinin stentten fayda göreceğinin belirlenmesi ve hasta bazlı karar verilmesidir. Öncelikle, her türlü damar tıkanıklığına stent takılacak veya bypass yapılacak diye bir durum söz konusu değildir. Bazı damar tıkanıklıklarında sadece ilaç tedavisi verilip takip de edilebilir. Damarın girişimsel bir yöntemle açılması gereken her durumda da bypass mı, stent mi diye bir ayırım yapılmamaktadır. Örneğin yaklaşık bir aydır yokuş çıkarken şiddetli göğüs ağrısı olan, tek damarında yüzde seksen darlık saptanan, elli yaşındaki bir hastanın damar tıkanıklığı kısa bölgedeysen ve yan dala yayılmıyorsa, bypass stent ayırımı yapmaya gerek yoktur. Balon ve sonrasında stent işlemiyle damar açılabilir. By-pass mı, stent mi diye tartıştığımız hasta grubu çoklu damar hastalığı olan veya sol ana koronerde damar tıkanıklığı olan hastalardır. By-pass ameliyatı, stent işleminden çok daha eski bir tedavi yöntemidir. 1970'lerde by-passın rakibi olan herhangi bir tedavi yöntemi yoktu. Etkili kalp ilaçları yoktu. Anjiyo keşfedilmişti ama yaygınlaşmamıştı, balon ve stent hiç yoktu. 1980'lerde balon, 90'larda stent uygulamaya girdi. Bu gelişme, tıp dünyasında büyük yankı

uyandırdı. By-pass ameliyatında göğüs kemiği kesilirken, stent işleminin kasıktan ve hatta son zamanlarda bilekten ince bir boru ile uygulanabilmesi, hastanın bu sırada uyanık olarak kendi damar açılma işlemini monitörden izleyebilmesi, aynı gün taburcu olabilmesi, nekâhat süresinin kısa olması nedeniyle stent yöntemi daha çekici hale gelmeye başladı.

DOĞRU KARARI KONSEY VERİR

Stentlerle by-pass arasında başa baş yapılmış çalışma sayısı azdır ve hasta sayısı genellikle düşüktür. Birçok hastayı stent veya by-passa göndermeden önce optimal medikal tedavi dediğimiz ilaç ve yaşam tarzı değişikliğiyle aynı başarıyla tedavi edebiliyoruz. Geçirilmiş kalp krizleriyle kalp kasları zayıflamışsa ve üç büyük damar grubunda ağır darlıkları varsa özellikle çatallanmada, sol ana koronerde darlık varsa bunlara ek olarak da şeker hastalığı ve/veya ciddi kapak hastalığı varsa o zaman hastanın by-pass ameliyat olmasında yarar vardır. By-pass mı stent mi kararı çoğu zaman kardiyoloji ve kalp damar cerrahisi konseyi tarafından verilmekte ve hasta için en uygun tedavi yöntemi seçilmektedir. Burada önemli olan bir nokta da hastanın hekimine güvenmesi ve konseyden çıkacak karara göre hareket etmesidir. Maalessif damar tıkanıklığı kritik olan ve bir an önce açılması gereken pek çok hasta elinde koroner anjiyografi CD'leriyle farklı hastane ve doktorlardan görüş almak için günlerce vakit kaybetmekte, kimisi bekleme aşamasında kalp krizi geçirip hayatını kaybetmektedir.



Bir aydır yokuş çıkarken şiddetli göğüs ağrısı olan, tek damarında yüzde seksen darlık saptanan, elli yaşındaki bir hastanın damar tıkanıklığı kısa bölgedeyse ve yan dala yayılmıyorsa, bypass stent ayırımı yapmaya gerek yoktur. Balon ve sonrasında stent işleminle damar açılabilir.

YAKINDAN TANIYALIM!

Stent nedir?

Tıkalı olan kalp damarının içine, damarın tıkanıklığını açmak için yerleştirilen metal 'borucuk'tur. İlaçlı ve ilaçsız olanları vardır.

Nasıl uygulanır?

Kardiyolog tarafından uygulanır. Kasıktan, koldan veya bilekten ince bir boru yardımıyla girilerek kalbin içindeki damara stent yerleştirilir. İşlem sırasında hastanın narkoz almasına genellikle gerek yoktur. Hasta uyanık haldedir. İşlem sonrası herhangi bir iz kalmamaktadır. Kasık, kol veya bilekte kanül giriş yerinde hafif morarma olabilir. Birkaç gün sonra geçer.

Avantaj ve dezavantajları nelerdir?

Stent takılması by-pass ameliyatına göre daha basit bir işlemdir ve felç oranı by-passtan daha düşüktür. Fakat Amerikan Forbes dergisinin de haber yaptığı bir araştırmaya göre, stent takılan hastaların kalp krizi geçirme riski, by-pass hastalarına kıyasla daha yüksektir. Stentin uzun dönemde tıkanma oranı, by-passa göre daha yüksektir.

By-pass nedir?

Kalp damar cerrahisi tarafından uygulanır. Genel anestezi ve yoğun bakım takibi gerektirir. Birçok olguda göğüs kafesi açılır, kalbe ulaşmak için göğsün ortasında bir kesi yeri açılır ve kalp makinaya bağlanarak durdurulur. Bu süre boyunca dolaşım ve solunum fonksiyonları, bir kalp-akciğer makinesi tarafından sürdürülür. Makine, kana oksijen sağlar ve kanı tekrar vücuda pompalar.

Nasıl uygulanır?

By-pass edilecek olan damar, göğüs, kol ya da bacadan alınır. Damarın bir ucu tıkanmanın olduğu yerin aşağısında olmak üzere koroner artere dikilir. Cerrahiden sonra göğüs kemiğiniz kuvvetli tellerle bağlanır ve kesi yeri dikilir. Çoğu hastada göğüs kemiği 8-10 haftada iyileşir. Kalp ve akciğerler ise cerrahi tamamlandıktan sonra eski işlevlerine geri dönerler.

Avantaj ve dezavantajları nelerdir?

By-pass işleminde göğüs kafesi kesilmektedir. İyileşme süresi stent işlemine göre daha uzundur. Göğüsün orta yerinde dikiş izi kalabilmektedir. Bypass sonrası tıkanma riski stentlere göre daha azdır. İşlem sonrası kalp krizi oranı daha düşüktür.

Ancak felç oranı stent işlemine göre daha yüksektir. JAMA Internal Medicine'da yayınlanan araştırmada ise, by-pass ameliyatı sonrasında ölüm oranının stent takılan hastalara göre belirgin olarak daha düşük olduğu ortaya çıkmıştır.



5 stent, 9 balon

Sergey Turlibaev, nefes darlığı çekiyordu, göğsünde ağrılar oluyordu. 5 damarı tıkalı olan hastaya Prof. Dr. Bilal Boztosun, 5 stent ve 9 balon işlemi uyguladı.

Medipol Üniversitesi Hastanesi, yurt içinden ve yurt dışından bir çok hastanın şifa için başvuruğu bir kompleks. Sergey Turlibaev de, Medipol'ü tercih eden Ukraynalı bir hasta. Kalbinde yaşadığı sağlık sorunları nedeniyle kardiyoloji servisimize başvuran Turlibaev, 45 yaşında. Ateroskleroz tanısı konulan hastaya Prof. Dr. Bilal Boztosun, 5 stent ve 9 balondan oluşan bir işlem uyguladı. İşlem, bazı riskler ve zorluklar taşısa da hasta Sergey, sağlığına kavuştu. İstanbul'da yaşayan hasta gittiği diğer özel hastanelerde kendisine by-pass ameliyatı önerdiklerini söyleyip ekliyor: "Gittiğim diğer hastaneler bana by-pass olmalısın dedi. Ama ben çok korkuyordum. Araştırmalarım sonucunda Medipol Üniversitesi Hastanesi'nde Prof. Dr. Bilal Boztosun'a ulaştım. 5 stent ve 9 balondan sonra sağlığıma kavuştum. Tabi bu zorlu bir operasyondur. Bir ilk gerçekleştirilmiş oldu."

RAHATÇA NEFES ALABİLİYOR

Nefes darlığı ve kalbindeki ağrı şikayetleriyle hastaneye başvuran hasta hakkında doktoru Prof. Dr. Bilal Boztosun ise şunları söylüyor: "Sergey Turlibaev çok riskli bir vakaydı. Bir yıl önce yurtdışında anjiyogarfisi yapıp operasyon önerilmiş ve operasyondan başka bir seçenek olmadığı kendisine ifade edilmiş. Biz anjiyogarfisini yaptık, hastamız kesinlikle operasyon istemediği için 5 stent ve 9 balonla işlemlerini yaptık. Bir yılı aşkındır takibin yaptığımız hastamız, sağlığına kavuştuğu için oldukça mutlu." Hastanın da belirttiği gibi işlem bir takım riskler barındırıyordu. Şikayetleri dayanılmaz olan hasta by-passı da reddettiği için uygulanan işlemin çok fazla örneği bulunmuyor. Turlibaev, artık daha kolay nefes alıyor ve dayanılmaz hale gelen ağrılarından eser kalmadığını her fırsatta dile getiriyor.





Kalp pilleri ani ölümleri önlüyor

PROF. DR. VOLKAN TUZCU

Çocuklarda ve gençlerde ani ölümler erişkinlerde olduğu gibi büyük oranda kalp kökenlidir. Ancak erişkinlerden farklı olarak gençlerde ani ölümlerin çoğu genetik kökenlidir. Erişkinlerde ise kalp krizi ya da ana atardamarın yırtılmasına bağlı ani ölümler daha siktir. Dolayısıyla görüldüğü yaş grubuna göre bu hastalıklarda farklı etkenler sorumludur, bu nedenle değerlendirilmesi farklı uzmanlık eğitimlerini gerektirir. Çocuklar ve gençlerde çok farklı aritmiler yani ritim bozuklukları görülebilir. Bunların bir kısmı sonradan gelişse de, diğer kısmı da doğumsal ya da genetik kökenlidir. Bu hastalıkların teşhis, takip ve tedavisi ise çocuk kardiyoloji eğitimi sonrası çocuk elektrofizyoloji eğitimi alan hekimler tarafından gerçekleştirilir. Ani ölüme yol

açabilen aritmiler, özellikle genç yaş grubunda çok büyük sıklıkla genetik kökenlidir. Bu nedenle, yakınlarında genç yaşta ani ölüm görülen kişilerin önemli kısmında da ani ölüm tehlikesi vardır. Maalesef toplumumuz, zaman zaman haberlere de yansıyan, spor yaparken veya bazen eforla ilişkisiz olabilen çocuk ve genç yaş ani ölümlerine nasıl yaklaşılması gerektiği konusunda yeterince eğitilmiş değildir. Uzmanlar tarafından da yeterince uyarılmazlar ise, genç yaşta kaybedilen bir insanın matem ile aileler yapmaları gerekeni genellikle ihmal ederler. Böyle bir durum görülen ailelerin mutlaka çocuk elektrofizyoloğu tarafından değerlendirilmeleri gerekir. Bu eksiklik de ne yazık ki yine aynı ailede farklı bireylerin erken yaşta kaybedilmesine vesile olur.

Çocuk ve gençlerde görülen ve ani ölüme yol açabilen aritmiler genelde genetik kökenlidir. Tedavisinde ise ani kalp durması durumunda otomatik olarak devreye giren ve ritmi normale döndüren kalp pilleri kullanılabilir.

BAYILMALARA DİKKAT!

35 yaş altı ölüm görülen ailelerde, çocuk ve 21 yaş altı gençler çocuk elektrofizyolojide, daha büyük yaşta ise de erişkin elektrofizyolojide deneyimli bir hekim tarafından mutlaka değerlendirilmelidir. Bunun için, genellikle EKG, ekokardiyogram gibi tetkiklerin yanında bazen efor testi ya da 24 saatlik ritim holteri gibi ek incelemeler de gerekir. Genetik kökenli kalp ritim hastalığı olma ihtimali olanlarda ise genetik test de yapılması gerekir. Aslında bu tür ailelerin taranmasında ani ölüm ile kaybedilen kişiye moleküler otopsi yapılması çok kıymetli olacaktır. Ancak bu inceleme maalesef ülkemizde farklı sebeplerle henüz yapılmamaktadır. Ani ölümlerle kaybedilen kişiden alınacak küçük bir miktar kan veya doku örneği vasıtası ile elde edilecek DNA'da yapılan inceleme ile ani ölümlerin yaklaşık yarısının sebebi genetik olarak saptanabilir. Bu şekilde tespit edilen DNA bozukluğu, ailedeki diğer bireylerde de bakılarak aynı hastalık ve dolayısıyla ani ölüm riski taşıyıp taşımadığı değerlendirilebilir. Bu şekilde benzer bir durumun olup olmadığı daha net bir şekilde anlaşılabilir. Çünkü bu şekilde ölenlerin yakınlarında yapılan kardiyolojik testler normal sonuç verse de, halk arasında gizli kalp denilen ve kökeni genellikle genetik olan kalp ritim hastalıkları olma ihtimali vardır. Bu nedenle yakın gelecekte moleküler otopsinin ülkemizde gündeme girmesini umuyoruz. Ani ölüm bazen ön bulgular verebilir. Mesela bayılmaların bir kısmı, özellikle efor, korku ve aşırı heyecan gibi durumlarda gerçekleşiyorsa bunu tehlike işareti olarak almak gerekir. Bu tür bayılmalar genellikle aşırı adrenalin salındığı sırada olur ve kalpte oluşan bir elektrik fırtınası ile kalp durur ve olay daha uzun sürerse ani ölüm gerçekleşir. Bu sırada ambulans gelene kadar ara vermeden

yapılacak kalp masajı hayat kurtarılmasına vesile olabilir. Maalesef acil müdahale eğitimi ülkemizde yeterince verilmediğinden çoğu durumda hasta, bu tehlikeli bayılma olayının devam etmesi ile genellikle kaybedilir.

AİLELER KABULLENEMİYOR

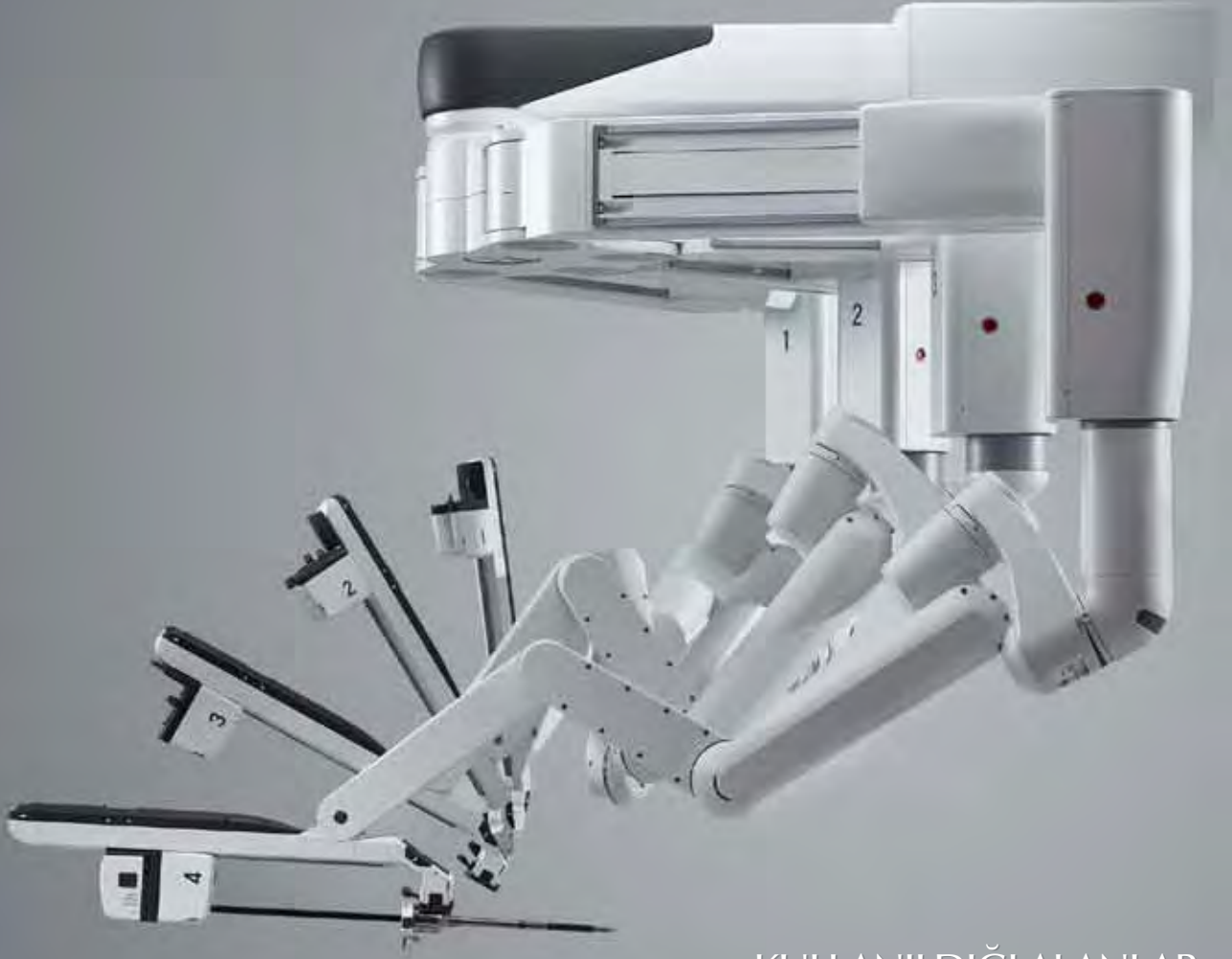
Bu genetik kökenli aritmi sendromlarının tanısı bazen ekokardiyogram gibi nispeten kolay bir tetkik ile konabilse de (ki hipertrofik kardiyomyopati de genellikle bu mümkündür) her zaman teşhis bu kadar kolay değildir. Hipertrofik kardiyomyopati hastalığı kalp kasında kalınlaşmaya yol açarak tehlikeli aritmilere alt yapı hazırlar. Ancak diğer bazı genetik aritmi sendromlarında, bazen tekrarlayan EKG veya holter gibi tetkikler ile, bazen de genetik testler ile teşhis konabilmektedir. Bazı hastalarda ise genetik test normal çıksa bile hastalık olabilir. Çünkü genetik testler ancak bilinen genetik alt yapıya bakar, oysa ki insan genomunun tamamı henüz ayrıntılı olarak aydınlatılabilmemiş değildir. Bazı tehlikeli görüntü veren bayılmaları olan hastalarda ise deri altına yerleştirilen bir EKG kayıt cihazı ile bir sonraki olay sırasında kaydedilen EKG incelenerek teşhis konur. Bu küçük ama önemli cihazların 3 yıl civarında pil ömrü vardır ve seyrek olarak yaşanan tehlikeli bayılmalar esnasında ritim bozukluğu olup olmadığını kesin olarak gösterir. Bu tür hastaların yakınlarında ve özellikle anne ve babalarında sık görülen bir yanığı vardır. Zaman zaman teşhis konulduktan sonra kabullenmekte zorluk çekerler. Özellikle çocukta henüz bir bayılma olmamış ise ve erken teşhis ile yakalanmış ise, ebeveynlerin hastalığın olduğuna ikna olmazlar ve bu nedenle gerekli tedavinin başlatılması konusunda ciddi bilgilendirmeye ihtiyaçları vardır. Aksi takdirde tedavi reddedilerek çocuğun ya da gencin hayatı tehlike altında devam eder. Oysa bu tür

hastalıklarda uygun tedaviler ile ani ölüm riski çok ciddi oranda düşürülebilir.

GENETİK TESTLERLE TANI KONABİLİR

Genç yaşlardaki bayılmaların aslında büyük çoğunluğu ani tansiyon düşmesi veya kalp yavaşlaması ile kendini gösteren daha az tehlikeli durumlardır. Genetik aritmi sendromları daha nadirdir. Bazı durumlarda da epilepsi ya da sara nöbeti zannedilen hastaların bir kısmı yanlış bir yaklaşım olarak nörologlar tarafından takip edilir. Bu çok tehlikeli bir durumdur çünkü altta yatan tehlikeli kalp hastalığı tedavi edilmediği için hastanın ani ölüm tehlikesi devam etmektedir. Dolayısı ile hayati riski ortadan kaldırmak için, tüm çocuk ve genç hastalarda dış görünüşü ile çok tipik sara nöbeti olmayan bayılmalar öncelikle nörolog değil, çocuk kardiyoloji/elektrofizyoloji uzmanları tarafından değerlendirilmelidir. Aksi takdirde hastaya birçok gereksiz nörolojik tetkikler yapılır ve önemli kalp teşhisi de gecikebilir. Ani ölüme yol açan hastalıkların tedavisi bu genç yaş grubunda eğitimli çocuk elektrofizyoloji uzmanları tarafından yapılır. Bu hastaların genellikle uzun yıllar ya da hayat boyu ilaç kullanması ve bazı ciddi hayat modifikasyonları yapmaları gerekir. Bazı hastalara ise şok veren kalp pilleri olarak da tanınan defibrilatör takılması gerekir. Bu cihazlar ani kalp durması durumunda otomatik olarak devreye girer; şok vererek ritmi normale döndürür ve hastanın hayata dönmesine vesile olur. Hangi hastanın, hangi şekilde tedavi edilmesi gerektiği ve nasıl takip edilmesi gerektiği çok hassas bir konudur ve kesinlikle elektrofizyoloji eğitimi almamış olan çocuk ya da erişkin kardiyologlarının bu hastaların bu tür kritik kararlarını vermemesi gerekir. Çoğu hastada genetik aritmi hastalıklarının tanısı genetik testler ile ortaya konabilir. Bunun için bu konularda eğitimli elektrofizyologların ve genetikçilerin ekip halinde çalışması gerekir. Genetik test, kan sayımı gibi basit bir test değildir. Çıkan sonuçlar ancak çok ciddi bilgi birikimi ile yorumlanabilir. Onun için bu tür testlerin her yerde yapılmaya çalışılması da uygun değildir. Şu an ülkemizde en ayrıntılı genetik testler üniversitemiz bünyesinde uzman bir ekip tarafından yapılmaktadır. Uzman genetik ekip bizim gibi elektrofizyoloji deneyimi olan ve bu tür hastaları takip eden hekimler ile işi ederek çalışmaktadır. Hastalarımıza dünyanın en gelişmiş ülkelerinde verilen hizmeti en üst düzeyde sunabilmekteyiz.





KULLANILDIĞI ALANLAR

- ▶ ÜROLOJİ
- ▶ KBB
- ▶ JİNEKOLOJİK CERRAHİ
- ▶ KALP-DAMAR CERRAHİSİ
- ▶ GENEL CERRAHİ
- ▶ OBEZİTE CERRAHİSİ
- ▶ PEDIATRİK CERRAHİ



Kuruluşumuz,
Akademik Tıp Merkezi
Hastanesi olarak
JCI tarafından
akredite edilmiştir.

Dünyanın en gelişmiş cerrahi robotu Medipol'de!

MEDİPOL
ÇAĞRI
MERKEZİ | 444 70 44



facebook.com/medipolsaglik



twitter.com/medipolsaglik



youtube.com/MedipolSaglikGrubu



Anne ben ergenim!

DOÇ. DR. NALAN KARABAYIR

Boyları uzar, sesleri değişir, yüzlerinde sivilceler çıkmaya başlar. Çocuklar, adolesan dönemde yeni bir hayata geçişi yaşarlar. ‘Ben ergenim’ deyip anlayış beklerler. İşte burada ailenin rehberliği çok önemlidir.

Ergenlik; fiziksel büyüme, cinsel gelişme ve psikososyal olgunlaşmanın gerçekleştiği, çocukluktan erişkin hayata geçiş dönemidir. Hızlı fiziksel, psikolojik ve sosyal değişimlerle karakterizedir. Bu dönem, insan gelişim dönemleri içinde en önemli evrelerden biridir. Fiziksel ve duygusal süreçlerin yol açtığı fiziksel, cinsel ve psikososyal olgunlaşma ile başlayan, bireyin bağımsızlığını ve sosyal üretkenliğini kazandığı, çok da belirli olmayan bir zamanda sona eren kronolojik bir dönemdir. Ergenlik dönemi değişimleri genellikle kızlarda 10-12, erkeklerde ise 11-14 yaşlar arasında başlamaktadır. Kızlar ortalama olarak erkeklerden iki yıl önce ergenlik döneme girerler ve erkeklerden ortalama iki yıl önce sonlanır. Ergenlikteki en önemli değişimlerden birisi hızlı fiziksel büyümedir. Genç, 3-5 yıl gibi oldukça kısa bir sürede erişkin hayattaki vücut ölçüm değerlerine ulaşır; iç organ ve salgı bezleri büyüklüklerinde, kemik yağ ve kas kitlelerinde belirgin artış olur. İskelet kitlesi ve kalp, akciğerler, karaciğer, dalak, böbrekler, pankreas, tiroid, adrenaller, genital organlar bu dönemde büyüklük ve ağırlık açısından ikiye katlanır. Beyin gelişimi ve buna bağlı baş ölçümleri adolesandan önce 10 yaş civarında, erişkin hayattaki büyüklük değerinin %96'sına erişmiş olduğundan ergenlik dönemdeki büyüme oranı oldukça küçüktür. Büyüme ve gelişme, adolesanda belirgin bir hızlanma gösterir ve 11-16 yaşları arasında herhangi bir yaş diliminde başlayan ve genellikle 2-3 yıl süren büyüme hızlanmasına 'büyüme atağı' denir. Erişkin boy uzunluğunun %20-25 kadarı adolesan dönemde kazanılır. Kızlarda ortalama 23-28 cm, erkeklerde 26-28 cm boy artışı olur. Boyda uzama erkeklerde 14-15 yaşları arasında en hızlı olurken, kızlarda en hızlı artış dönemi 12-13 yaşlarıdır. Adolesanlarda ağırlık artışı, boyun en hızlı uzadığı dönemden yaklaşık 6 ay sonra belirginleşmektedir. Ağırlık ise ortalama 20 kg (7-30 kg) artar.

DEĞİŞİKLİKLERE UYUM SÜRECİ

Ergenlikte salgılanan cinsiyet hormonları ergenin cinsel ve duygusal davranışlarında da değişikliklere neden olur. Bu dönemde oluşan en önemli değişimler; ikincil seks karakterleridir (genital bölgede kıllanma, meme gelişimi, testis ve penis gelişimi). Erkeklerin %98'inde pubertenin ilk fiziksel işareti testislerde büyümedir. Erkek seksüel gelişimi ortalama 11,6 yaşında (9,5- 13,5 yaşlar) başlar. Kızlarda ergenliğin ilk fiziksel belirtisi genellikle

meme gelişimidir. Genital bölgedeki kıllanmanın başlaması genellikle meme gelişimi ile eş zamanlı değildir. Kızların seksüel gelişimi ortalama 11,2 yaş (9,0-13,4 yaş) civarında olur. Meme gelişiminin başlamasından yaklaşık iki yıl ve boyca uzama hızı doruğundan bir yıl kadar sonra ilk adet kanaması gözlenir. İlk adet ortalama 12,5 yaşında (9-17 yaş) gerçekleşir. Çocukluktan erişkinliğe geçiş vücutta yapısal değişikliklere yol açan ve çevreye psikolojik uyum gerektiren bir süreçtir. Çocuğun vücut yapısında ve biyolojik fonksiyonlarında oluşan değişikliklere alışması, bunları kabullenmesi gerekir. Ergenlik döneminde en sık görülen sorunlar erken ya da geç ergenlik, şişmanlık, D vitamini eksikliği, beslenme sorunları, iskelet bozuklukları, akne, erkeklerde meme büyümesi, aşırı kıllanma, guatr, psikolojik sorunlar ve adet düzensizlikleridir.

ERGENLERE REHBERLİK EDİLMELİ

Ergenlik belirtilerinin kızlarda 8, erkeklerde 9 yaştan önce başlaması erken ergenlik, kızlarda 13, erkeklerde 14 yaşına kadar başlamaması ise gecikmiş ergenlik olarak kabul edilir. Her iki durumda da çocuk endokrin uzmanına danışmak gereklidir. Ergenlerde düzensiz beslenme, hazır gıda tüketiminin fazla olması, gazlı içeceklerin



tüketimi ve bilgisayar başında uzun süre oturma sağlık açısından risk oluşturur. Oysa büyümenin çok hızlı olduğu bu dönemde dengeli beslenme ve D vitamini kullanımı büyük bir önem taşır. Bu nedenle sağlıklı beslenme konusunda ergenlere rehberlik edilmeli, vitamin desteği uygulanmalıdır. Ayrıca özellikle kızlarda demirden zengin gıdaların tüketilmesi demir eksikliğine bağlı kansızlığı önlemede önem taşımaktadır. Skolyoz (omurgada eğiklik) başta olmak üzere iskelet bozuklukları ergenlikte daha sık görülmektedir. Erken tanı konması tedavi sürecini kolaylaştıracaktır. Dış görünüşün önem kazandığı bu dönemde ortaya çıkan aknelere de ergeni mutsuz edebilir. Erkeklik hormonu artışıyla özellikle 13-18 yaş arasında her iki cinsten akne çok sıktır. Cilt temizliğine dikkat edilmesi, gerekiyorsa medikal tedavi uygulanması iyileşme sürecini hızlandırır. Tiroid bezinin büyümesi anlamına gelen guatr özellikle kız çocuklarda daha fazla görülür ve birkaç yıl içinde spontan olarak gerileyebilir. Tiroid testleriyle tanı kesinleştirilmelidir.

ADET BOZUKLUKLARI GÖRÜLEBİLİR

Ergenlik döneminde, okulda başarısızlık, cinsel davranış bozuklukları, suç işleme, kötü alışkanlıklar gibi ağır sonuçlara yol açabilecek uyum güçlüklerine ve her tür psikolojik sorunlara oldukça sık rastlanır. Bir çok ülkede intihar olaylarının en yoğunluk kazandığı dönem ergenliktir. Aile içi ilişkilerin iyi olmadığı durumlarda psikolojik sorunlar daha sıktır. İlk adet sonrası bir ya da iki, yıllık süreçte yirmi bir günden sık ve /veya yoğun adet görme gibi çeşitli adet bozuklukları görülebilir. Bu durumlarda altta yatan patolojik nedenlerin araştırılması gerekir. Ağrılı adet görme ilk 6-18 ayda sık görülür. Sıklıkla nedeni yoktur ancak yine de ayrıntılı muayene ile nedenler araştırılmalıdır. Berrak, sulu akıntı bu dönemde normaldir. Ancak cinsel yolla bulaşan hastalıkların araştırılması gerekir. Bunların dışında ergenlik döneminde diş sağlığının da değerlendirilmesi önemlidir. Ayrıca kan basıncının ve kan yağlarının ölçülmesi özellikle aile öyküsü ya da şişman olan çocuklarda unutulmamalıdır. Ailede diyabet öyküsü varsa açlık kan şekeri de ölçülmeli, gerekirse daha ayrıntılı testler yapılmalıdır. Bu yaşta çocukların aşıları gözden geçirilmeli, varsa eksik aşılı yapılmalı, HPV aşısı konusunda aileler bilgilendirilmelidir. Sağlıklı yaşam için sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite özendirilmelidir.



Kanserle savaşı aşı desteği

DOÇ. DR. ÖZCAN YILDIZ



Kanser aşuları önceden, hastalıktan korunmak için uygulanırken şimdilerde dördüncü evreye ilerlemiş kanserlerde dahi tedavi amaçlı kullanılabilir.

bir tedavi yöntemi de konuşulmaya başlandı. Hatta bazı kanser türlerinde rutin kullanıma girdi bile. Aslında kanser hücrelerinin bağışıklık sistemimizin hücreleriyle temizlendiği fikri, ilk olarak 1909 yılında bu alanda Nobel ödüllü immünolog Paul Ehrlich tarafından ileri sürülmüştür. Kısaca 'kanser aşuları' dediğimiz bu yöntemler daha önce örneğin rahim ağzı kanserlerinden korunmak için uygulanırken şimdilerde dördüncü evreye ilerlemiş kanserlerde dahi tedavi amaçlı kullanılmaya başlanmıştır. Kanser aşularıyla ilgili gerçekten baş döndürücü gelişmeler yaşanmaktadır ve neredeyse her ay yeni bir aşılama yöntemi ya da bağışıklık sistemimizi güçlendiren bir ilaç Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından onaylanmaktadır.

Kanser aşısının etkileri nelerdir?

Hemen hemen her kanser hastası ya da yakını kanser aşularıyla ilgili sorular sormaktadır. İmmünoterapiyi ya da bağışıklık tedavisini vücudumuzun savunma sisteminin elemanları ile etkileşen ilaç uygulamaları ya da bağışıklık elemanlarının kanseri tanımaya yardımcı olabilecek manipülasyonları şeklinde tanımlayabiliriz. Son on yıl içerisinde bağışıklık sisteminin hücreleriyle kanser hücreleri arasındaki ilişkiler daha iyi anlaşılmış ve kanser hücrelerinin vücutta nasıl saklandığı belirlenerek buna yönelik yeni tedavi protokolleri geliştirilmiştir. İmmünoterapi kanser hücrelerinin gelişimini durdurabilir ya da yavaşlatabilir, metastaz yapmasını önleyebilir ya da kanser hücrelerinin ölmesi için bağışıklık sistemini güçlendirebilir. Monoklonal antikorlar, non-spesifik immünoterapiler, onkolitik virüs tedavileri, T-hücre tedavileri ve kanser aşuları bunlardan başlıcalarıdır.

Nasıl kullanılırlar?

Bu tedaviler cerrahi öncesi ya da sonrası, kemoterapi ve radyoterapi öncesi ya da sonrası kullanılabilirken kemoterapi ve radyoterapi sırasında da kullanılabilir. Tek

başına aşı kullanılması tümör miktarının fazla olması ve tümör antijenlerinin açığa çıkmamış olması nedeniyle pek mümkün olmamaktadır. Bu nedenle radyoterapi ve kemoterapiyle birlikte kullanılması daha olumlu sonuçlar doğurmaktadır. Bazı aşular kişiye özgü hazırlanırken bazı aşı özelliklerindeki ilaçlar hazır olarak da hastaların kullanımına sunulmuştur. Örneğin ilerlemiş prostat kanserinde 2010 yılından bu yana kullanılan Sipuleucel-T kişiye özel olarak hazırlanıp vücuda uygulandığından hasta, bu aşuyu yapabilmek için özel laboratuvarların bulunduğu merkeze gitmek zorundadır. Böyle bir merkez ülkemizde henüz kurulmamıştır.

Peki bu yöntem ne kadar etkilidir?

Teorik olarak immünoterapi yöntemleri tümörün tamamını yok etmek üzerine tasarlanmıştır. Bazı olgularda bu hedefe ulaşılabilmesine rağmen her hastada başarı sağlanamamaktadır. Bunun nedenleri kapsamlı araştırma konusudur. 1960'larda Macfarlane Burnet ve Lewis Thomas bu durumu 'immunesurveillance' hipotezi ile açıklamış vücudumuzun T hücrelerinin kanserli hücreleri tanımadığından dolayı saldırıya geçmediğini ileri sürmüşlerdir. Bu olay kanserin daha da ilerlemesine neden olmaktadır. Ancak bir kısım ölümcül hastalarda dahi uzun süreli kanser kontrolü sağlanabilmektedir.

Bu tedavi şeklinin yan etkileri nelerdir?

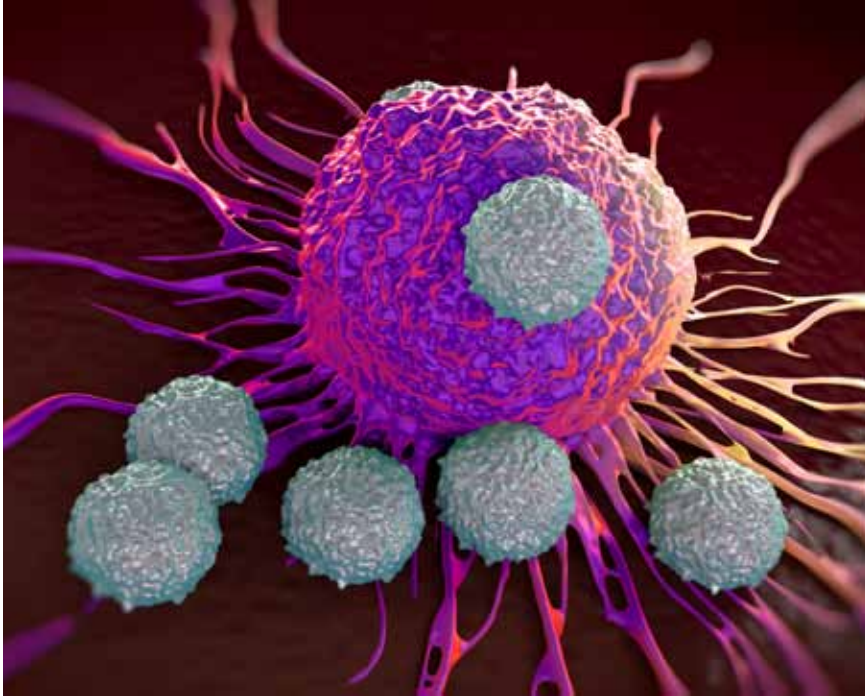
İmmünoterapi tedavilerinin yan etkileri kemoterapinin yan etkilerine göre farklılık gösterir. Bilinçli olarak uygulandığında ölümcül yan etkileri kemoterapiye göre yarı yarıya daha az sıklıkta görülür. Zamanında teşhis edilip gereken tedaviler uygulandığında yönetilebilir yan etkiler gösterir.

Son yıllarda kanser tedavisinde 'aşı' da gündemde. Cerrahi, kemoterapi ve radyoterapiden sonra kullanılan immünoterapi, kanser hücrelerinin gelişimini durdurabilir ya da yavaşlatabilir, metastaz yapmasını önleyebilir ya da kanser hücrelerinin ölmesi için bağışıklık sistemini güçlendirebilir. Kanser hastalarının ve yakınlarının merak ettiği 'kanser aşuları'nı Medipol Üniversitesi Hastanesi tıbbi onkoloji hekimlerinden Doç. Dr. Özcan Yıldız'a sorduk.

Kanserde bağışıklık tedavilerinde son yıllarda yaşanan gelişmeler nelerdir?

Yakın zamana kadar kanser tedavisinin 3 temel yöntemi cerrahi, radyoterapi ve kemoterapiydi. Ancak son yıllarda yeni





tedavi seçenekleri arasına girmeye adaydır. Laboratuvarda eğitilen hastaya ait T hücreleri hastaya tekrar geri verilerek kansere karşı immün yanıt elde etmesi sağlanır.

Dendritik Hücre Aşısı

Dendritik hücreler kanserli dokunun antijenlerini en güçlü şekilde vücudumuzun savaşçı hücreleri olan T hücrelerine sunan hücrelerdir. Bu nedenle dendritik hücre tedavisi ileri evre kanser tedavisinde ya da kanser önlemede kullanılabilecek yeni bir metot olarak umut vaatmektedir. Stanford Üniversitesi'nden Dr. Edgar Engleman yaptığı çalışmalarda dendritik hücrelerin kanserli farelerde tümörü yok ettiğini keşfetmiştir. Bu yöntemin insanlarda uygulanması hiç şüphesiz kanser tedavisinde bir devrim yaratabilir.

Onkolitik Virüs Tedavisi

Onkolitik virüs tedavisi genetik olarak değiştirilmiş canlı virüs (herpes virüs) kullanılarak yapılan yeni bir tedavi yöntemidir. Tümör hücreleri virüs ile infekte edilir ve kopyalanır. Ardından tümör hücreleri parçalanır. Ortaya çıkan antijenleri immün sistem hücreleri kolaylıkla tanıyarak kanser hücrelerine saldırır. Virüs normal hücreleri etkilemez dolayısıyla kişiyi hasta etmez. 2015 yılının kasım ayında ilk onkolitik virüs aşısı melanom adı verilen yüzeysel ya da lenf bezlerine sınırlı cilt kanserinde onayı alınarak talimogene laherparepvec ya da T-VEC jenerik ismiyle kullanılmaya başlanmıştır. Bu tedavi yöntemiyle yaklaşık %10 hastada tam yanıt adı verilen tümör kitlesinin tamamen yok olduğu olgulara rastlanmıştır.

T-Hücre Tedavisi

Bu tip immünoterapide hastanın kanından elde edilen T hücreleri laboratuvar ortamında özel reseptörlerle donatılır. Çoğaltılan bu özel T-hücreleri vücuda tekrar enjekte edilir. Bu sayede kanserli hücreleri tespit ederek onların ölümüne yol açar. Bu tip immünoterapiye şimerik antijen reseptörü (CAR) T-hücre tedavisi adı verilir. Bu tip immünoterapide GVHD adı verilen yan etki ile başa çıkmak için yöntemler aranmaktadır.



Tedavi yöntemleri nelerdir?

Monoklonal Antikorlar

Vücudumuz kendimize zarar verebilecek bir takım tehditler algıladığında bu tehditlere karşı antikor adı verilen molekülleri yapar. Antikorlar enfeksiyonlara karşı da üretilir. Monoklonal antikorlar ise belli antijenlere karşı laboratuvarda üretilen protein yapısında maddelerdir. Kanser antijenlerine karşı geliştirilen monoklonal antikorlar kanserli hücreleri bağışıklık sisteminin hücreleri tarafından tanınacak şekilde işaretleyerek yok edilmesini sağlarlar.

İmmünoterapi

Bir başka yöntem de bağışıklık sisteminin kanserli hücreler üzerinde bağışıklık hücrelerinin etkilerini azaltıcı fren sistemini ortadan kaldıran moleküllere yönelik ilaçlar uygulayarak kanseri tedavi etme yöntemidir. Son on yılda araştırmacılar PD-1/PDL-1 ve CTLA-4 isimli molekülleri keşfederek bu moleküllere karşı geliştirilen antikorlar vasıtasıyla kanser tedavisinde sağkalımı artırarak devrim yaratmışlardır. Bağışıklık sistemimiz kanserli hücreleri tanıdıktan sonra kanser dokusu küçülmeye başlar ya da büyümesi durur. Hali hazırda melanom türünde cilt kanserlerinde, küçük hücreli olmayan akciğer kanserlerinde, hodgkin lenfomada ve böbrek kanserlerinde bu ilaçları kullanılmaktadır. İsim vermek gerekirse ipilimumab, nivolumab ve pembrolizumab

bunlardan başlıcalarıdır. Diğer kanserlerde de araştırmalar sürmekte ve oldukça iyi sonuçlarla ümit vaat etmektedir. Yan etki profili alerjik reaksiyonlara benzer. En ciddi yan etkisi ölüme yol açabilen ciddi akciğer reaksiyonudur. Ancak bilinmelidir ki bu yan etkiler konvansiyonel olarak kullanılan kemoteraplere göre çok daha az görülmektedir.

İnterferon ve İnterlökin

İnterferonlar ve interlökinler kanser tedavisinde kullanılan en eski ilaçlardan biridir. Bağışıklık sistemimizi değiştirerek ya da düzenleyerek kanserli dokunun büyümesini yavaşlatabilir. Melanom ve böbrek kanserlerinde sık kullanılır. Yan etkileri fazladır ve bazen ciddi olabilmektedir. Ancak son yıllarda daha kuvvetli ilaçlar ve farklı immünoterapiler keşfedilince terkedilmeye başlanmıştır.

Adoptif İmmünoterapi

Bağışıklık sisteminin en önemli hücrelerinden T hücrelerinin eğitilmesiyle yapılan adoptif T hücre transferi kanserde

Tümöründen 7 saatte kurtuldu

Kulağındaki çınlamalar, tümör kaynaklıydı. Konuşması bozulan, dili dönmemeye başlayan Gülizar Bakırcı, hastanemizde yapılan 7 saatlik ameliyatla tümöründen kurtuldu. Üstelik, kemoterapi veya radyoterapiye gerek kalmadan...



FOTOĞRAF: RECAİ KÖMÜR

Kulak çınlaması deyip geçmemek lazım. Birçok hastalığın habercisi olan kulak çınlaması Gülizar Bakırcı'nın şikayetlerinin başında geliyordu. Bir yıl önce başlayan çınlamalar sonucu, zamanla duyma ve konuşmasında bozulmalar başlayan Bakırcı'nın çınlamaları, başka bir hastalığın habercisiydi; tümör. Kulak içerisine yerleşen 4 santimlik tümör Bakırcı'nın hayatını alt üst etti. İlk başlarda doğru teşhis konulamadığı için verilen ilaçlar çınlamaları daha da arttırdı. Öyle ki, gece yatarken kulağındaki gürültüden ötürü uyuyamıyordu. Bu süreçte gittiği doktorlardan biri 'kulağında sivilce var, küçük bir operasyonla hallederiz' dedi ve müdahale etti. Bu müdahale, ağrı ve sesi

azaltacağına daha da arttırdı. Bu arada konuşması bozulmaya, dili dönmemeye başladı. Araştırmaları sonucu gittikleri bir doktor kulak MR'ını çektirince sorun ortaya çıktı. Bakırcı'nın kulağında 4 santimlik bir tümör olduğu belirlendi. Fakat bu ameliyat riskliydi ve çok az hekim yapabiliyordu.

ŞAH DAMARININ ÜZERİNDEYDİ

Bakırcı, 3 kızıyla birlikte bu kez Medipol Üniversitesi Hastanesi'ne geldi ve Kulak, Burun, Boğaz ve Baş-Boyun Cerrahisi Uzmanı Prof. Dr. Yıldırım Bayazıt'a ameliyat olmak istediğini söyledi. 7 saat süren ameliyatla Gülizar Hanım'ın tümörü temizlendi. Öyle ki,

kemoterapi veya radyoterapiye de gerek kalmadı. Gülizar Bakırcı, iki gün sonra taburcu olduğunda artık kendi kendine yemek yiyor, yürüyor ve en önemlisi de çınlama olmadan huzurla uyuyordu. Prof. Dr. Yıldırım Bayazıt, "Beyin ile boyun arasında seyreden toplardamarın kafa tabanındaki bölümünden kaynaklanan, buradan şah damarı, yüz, yutma ve konuşma sinirleri, kulak ve boyun arasında seyreden bir tümördü. Bu hastamızın tümörü tam şah damarının üzerindeydi ve hastanın hayatı tehlikesi vardı" diyor. Gülizar Hanım ise doktoruna teşekkür ederek başlıyor sözlerine: "Hocama ne kadar teşekkür etsem az. Onun sayesinde artık geceleri rahat uyuyorum. Torunumla bile vakit geçiremiyordum. Artık onunla daha rahat iletişim kuruyorum. Sağlığıma kavuştuğum için çok mutluyum. Medipol Üniversitesi Hastanesi'ne ve çalışanlarına yürekle teşekkür ediyorum."





MR korkusu çözümsüz değil

DOÇ. DR. CENGİZ EROL

Kapalı alan korkusu olanlar için MR tüneline görsel gerçeklik uygulanıyor, sestən rahatsız olanlara kulaklıkla müzik dinletiliyor. Bunlar da çözüm olmazsa hastaya hafif bir anestezi uygulanabiliyor.

1930'lu yıllarda özellikle madencilikte kullanılan ve toprağın altındaki madenlerin araştırılması amacıyla geliştirilen manyetik rezonans (MR), 1970'lerde ise tıbbi görüntüleme yöntemi olarak kullanılmaya başlanmıştır. Büyük ve güçlü bir mıknatıs tarafından oluşturulan manyetik alanda, insan vücudunda en çok bulunan hidrojen atomlarına radyofrekans dalgası (RF) gönderilir ve dokudaki hidrojen atomlarının yoğunluklarına ve hareketlerine göre görüntü oluşturulur. Tetkik sırasında hasta, cihaz masasına yatırılır ve masa, bu mıknatısın içinde bulunan tünele doğru ilerletilir. Görüntülenmesi istenen bölgeye radyofrekans dalgaları verilmesi sonucu alınan yanıt, anten aracılığı ile toplanır ve bilgisayarda görüntüye çevrilir.

MR'in en önemli avantajı, radyasyon içermemesi olup canlı organizma üzerinde şu ana kadar kanıtlanmış herhangi bir zararı yoktur. MR tetkik süresi inceleme yapılan bölgeye, bölge sayısına, konulan ön tanıya göre değişiklik gösterip 5 ile 60 dakika arasında değişmektedir. Omurgaya yönelik yapılan çekimler daha kısa sürerken özellikle fonksiyonel değerlendirmelerin de kullanıldığı tetkikler daha uzun sürer. MR ilk zamanlarda santral sinir sistemi hastalıklarında, omurga, eklem, üst-alt karın bölgesi, kan damarları, kalp, meme gibi dokularda kullanılmış, daha sonraları yeni teknolojik MR cihazları sayesinde vücudun tüm bölgelerinde etkin hale gelerek günümüzde pek çok hastalığın tanısında güvenilir bir yöntem olmuştur. Hatta günümüzde birçok organın fonksiyonu hakkında bilgi verirken kontrast kullanılarak ya da kullanılmadan, hastaya herhangi bir girişim yapmadan anjiyografi yapılmasını sağlamaktadır.

AKIÇ MR'DA GÖRÜNTÜ KALİTESİ DÜŞÜK

MR, kapalı bir alanda çekildiği için bazı klostrofobik bireylerin korkuyla yaklaştığı bir görüntüleme yöntemidir. Klostrofobikler kapalı mekanlarda nefes almakta zorlandıklarını zannederler. Aslına bakıldığında, MR korkusu da diğer korkular gibi öğrenilmiştir. Pek çok psikiyatrik problem gibi, klostrofobi de, çocuklukta yaşanan travmalara bağlı olarak gelişebilir. MR cihazının tüneli hastalar tarafından mezara benzetilmektedir ve özellikle klostrofobi olan hastalar tetkik süresinde bu tünelde kalamamaktadır. Bu nedenle bazı hastalara MR tetkiki yapmak neredeyse imkânsız hale gelmektedir. Toplumda yaşayan kişilerin %7-10 oranında farklı seviyelerde kapalı alan korkusu bulunmaktadır. Şiddetli olan klostrofobi ise toplumun %2'sinde yaşanır.



Bazı hastalar asansörlere bile binemezken, bazılarında ancak uzun süre kapalı alanda kalınca belirtiler görülür. Hatta bazı kişiler ilk kez MR yaptırdığında bu fobilerini farkedebilir ve panik ataklar geçirebilir. Bu yüzden klostrofobi olan hastalar ve obezite hastaları için açık MR cihazları geliştirilmiştir. Açık MR'ların manyetik alan gücü kapalı MR'a göre daha düşük olduğu için hem görüntü kalitesi düşüktür hem de görüntüleme süresi daha uzundur. Ayrıca açık MR ile ileri görüntüleme teknikleri kullanılamaz ve bazı MR tetkikleri yapılamaz.

Kapalı MR cihazlarının, manyetik alan gücü yüksek olduğundan (1.5 T ve 3 T) görüntü kalitesi de yüksektir. Ayrıca ileri görüntüleme teknikleri kullanılabilirdiğinden her türlü tetkiki yapmak mümkündür. MR cihazının gantry olarak adlandırılan ve hastanın tetkik boyunca hareketsiz durması gereken bir tüneli vardır. Hasta kendisinde korkuya yol açan bu tünelde uzun süre kalmaktadır. Klostrofobiyi azaltmak için günümüzde daha geniş ve daha kısa tünelde sahip MR cihazları üretilmekte bu da hastanın konforunu artırarak daha az klostrofobiye neden olmaktadır. Harekete daha az duyarlı kısa süreli sekansların kullanılması hastada korkuyu azaltmayı amaçlar. Özellikle alt karın, bacaklar, diz, ayak bileği ve ayak bölgelerine yönelik tetkik yapılacaksa hastaların başı dışarıda kalacak şekilde sadece incelenen bölge tünele alınır. Son dönemlerde kullanılmaya başlanan görsel gerçeklik metodu ile daha başarılı sonuçlar alındığı görülmüştür. Görsel gerçeklik metodu bilgisayar tarafından simüle edilen görüntü sayesinde hastaya kendini farklı ortamda hissettirmeyi amaçlar. Bütün bu çözümlere rağmen MR cihazına giremeyen hastalara anestezi uzmanı eşliğinde hafif bir anestezi

yapılabilir. Bu anestezi ameliyatta verilen anesteziye farklı olarak hafif bir uyku hali (sedasyon) şeklindedir.

ANESTEZİ UYGULANABİLİR

Ayrıca çevredeki insanların kötü deneyimleri ve yüksek ses hastalarda korku oluşturmaktadır. MR cihazı içindeki ses, görüntü oluşturmak için kullanılan radyofrekans dalgalarından ve güçlü gradient sargılarından kaynaklanan, yüksek volümlü fakat son derece normal ve sadece cihazın çalışmasından kaynaklanan bir sestir. Ancak kapalı yer fobisi ile birleştiğinde yüksek ses sinir bozukluğu, korku, rahatsızlık hissi, tedirginlik, yorgunluk, zihinsel işlevlerde yavaşlama ve uykusuzluk oluşturmaktadır. Gürültünün etkisini azaltmak için hastaya tetkik süresince kulaklık takılarak müzik dinletilmekte, böylece çekim esnasında gürültünün oluşturduğu rahatsızlık azaltılmaktadır. Gürültüsüz çalışan MR cihazı yoktur; ancak özel izolasyonlar ile azaltmak mümkündür. MR cihazlarının soğutulmasında kullanılan helyum gazının da psikojenik etkilerinin olabileceği düşünülmektedir. Ancak elde henüz ispatlanmış bir veri yoktur. Sonuç olarak MR korkusu olan hastalarda tetkikin yapılabilirliğini sağlamak için elimizde çeşitli çözümler bulunmaktadır. Hafif kapalı yer korkusu olan hastalarda iyi bir iletişim ve tetkik odasına yakını ile birlikte alınması sorunu kolayca çözebilirken bazı hastalarda öncesinde hekiminin önerceği sakinleştirici ilaçlar tetkikin yapılmasını mümkün kılar. Basit yöntemlerle sorunun çözümü sağlanamaz ise açık MR cihazları imdadımıza yetişmektedir. Ayrıntılı görüntüleme ihtiyacı olan ve kompleks tetkiklerin yapılması gereken hastalarda ise kapalı MR çekimlerinin anestezi hekimleri eşliğinde yapılması mümkündür.



Umut bu kapının ardında

YRD. DOÇ. DR. BURCU HIZARCI

Hastanelerde kapalı kapılar ardında gizli bir dünya gibidir yoğun bakımlar. Hastalara sağlık, yakınlarına yaşam umudu demektir. Ama en çok da titizlikle yürütülen tedavi sürecidir, sonu çoğu kez mutlulukla biten.

Hastanenin diğer servislerinden çok farklı bir yerdir yoğun bakım. Hastalarımız genellikle konuşamazlar, yoğun bakıma geldikleri ilk hallerini, burada geçirdikleri vakitleri hatırlamazlar. Günlerce, aylarca başlarında sayısız vizitler, tedavi tartışmaları, endişeler, hüznler, mutluluklar yaşanır. Bazen bir küçük ilerleme ile dünyalar bizim olur. Hastalarımız gözlerini açtığında ise çokça zaman iyi oldukları hallerini anımsarlar. Yoğun bakım hastası kritik hastadır, ölümün kıyısında dolaşır. Bu nedenle yoğun bakımda her şey kontrollüdür. Tüm hastalar yirmi dört saat boyunca hekim gözetimindedir. Hastalarımızın tüm bilgileri anlık kayıt halindedir, her an tüm monitörler çalışır. İki hasta ile bir hemşire ilgilenir. Hiçbir bulgu rastlantısal değildir, rutin laboratuvar tetkiklerinin ne zaman gönderileceği, hangi durumda hangi görüntülemenin yapılacağı, acil bir durumda önceliğin ne olduğu tüm ekip tarafından bilinir ve hekim gözetiminde uygulanır. Zor ve uzun bir süreçtir yoğun bakım süreci, hem hasta, hem hasta yakını, hem de personelden sekreterine, doktorundan hemşiresine tüm ekip için...

HAYATA EL VERİYORUZ

Peki, yoğun bakıma hangi hastalar kabul edilir? Yoğun bakımda herşeyde olduğu gibi hasta kabulü de belli protokollere bağlıdır aslında. Bizim yoğun bakım ünitemize en çok kabul ettiğimiz hastalar ağır travma vakaları, ciddi enfeksiyon, sepsis, septik şok geçirenler, risk faktörü yüksek olan postoperatif hastalar, organ nakli yapılanlar, ciddi organ yetmezlikleri, serviste takibi mümkün olmayan kanamalı hastalar gibi geniş bir spektruma dağılmıştır. Kritik bir hasta yoğun bakımın kapısından girdiğinde hummalı bir ekip çalışması başlar. Hasta yatağına alınır, monitorizasyonları hastalığının özelliğine göre hızla yapılır. Temizlenir, kan tetkikleri gönderilir, görüntülemeleri yatak başında hemen çekilir. Tanı, ön tanı oluşturulur ve tedavi düzenlenir. Yoğun bakım öyle farklı bir dünyadır ki bu süreçte herkes işine konsantre olur ve bir hayata el vermek, bir kişinin yaşama tutunmasını sağlamak tüm ekibe inanılmaz bir şevkle çalışma hazzı sağlar. Yoğun bakım süreci uzun ve sabır gerektiren bir süreçtir. Yolun en başında hasta yakınlarımıza bunu ifade ederiz. Kısa sürede iyileşip taburcu olan hastalarımızla mutlu oluruz. Aylar boyunca oya işler gibi emek verdiğimiz hastalarımızda ise, hasta yakınlarımız bize, biz de onlara destek oluruz. Bazen birbirimizin omzunda ağlar, bazen beraberce verilmesi gereken zor kararları tartışır, ortak noktada buluşuruz.



Eray, 20 yaşında bir hastamız. Motor kazası geçirdikten sonra üç ay boyunca yoğun bakım ünitesinde takip edildi. Bu 3 ayın ikisini derin komada geçirdi. Bu süreçte bizler, ailesi ile aile olduk, Eray uyandıktan sonra da çok güzel bir dost kazandık.

Tüm bu süreçlerde karşılıklı anlayış, aile sıcaklığı, dost yakınlığı son derece önemlidir. Bu noktada hasta yakını- hekim ilişkisinden ziyade, hasta yakını- tüm yoğun bakım ekibi ilişkisi de önem kazanır. Çünkü yoğun bakımda hasta takibi tam anlamıyla bir ekip işidir. Yoğun bakım ekibi son derece özverili, çalışkan, hastasının başından bir dakika ayrılmadan en ufak bir semptomda ortaya çıkabilecek bir problemi öngören, çok iyi yetiştirilmiş elemanlardan oluşmaktadır.

YAŞAMLA ÖLÜM ARASINDA

Hasta, yoğun bakıma kabul edildikten sonra, yoğun bakımın kapalı bir birim olması, takip edilen hastaların yakın gözleminin gerekmesi, organ destek sistemlerinin kullanılması, hastalarımızın enfeksiyondan korunmalarının sağlanması için dış dünya ile iletişimi minimize edilir. Bu nedenle yoğun bakım endikasyonu konulan hasta yakınlarımıza bu konu ile ilgili detaylı bilgiler hasta kabulünden hemen sonra verilir, görüşler ve ziyaretler sınırlandırılır. Hasta yakınlarımız da farklıdır bizim. Yoğun bakımın kapısının önünde hep tedirgin bir bekleme vardır. Canını bizlere emanet etmiş ve iyi birkaç söz duymak için saatlerce kapının açılmasını dileyen onlarca eş, dost, anne, baba, evlat, arkadaş... Verilen tüm emeklerin sonunda eğer hastamızı



hayatta tutmaya vesile olursak, hastamız elimizi tutup gözümüzün içine bakarak bir teşekkür ederse, hasta yakınlarımızın yüzünde en ufak bir gülümseme görürsek, bu mutluluk paha biçilmez olur. Yoğun bakım, her ne kadar yaşama ölüm arasında araf olarak değerlendirilse de başarılı tedavi modaliteleri, gelişmiş takip sistemleri ve ileri monitorizasyon metodları ile yüz güldürücü sonuçların alındığı bir birim artık. Aylarca yoğun bakımda takip ettiğimiz hastanın yürüyerek ziyarete gelmesi mutluluğun ne olduğunu gösterir bizlere. Bu uğurda çalışan tüm sağlıkçıların emeğine, yüreğine sağlık.



Kan damarda durmuyorsa...

UZM. DR. YÖNTEM YAMAN

Kanama pıhtılaşma bozukluğu yaşayan hastalar hayati riski en aza indirmek için günlük aktivitelerine dikkat etmeli ve cerrahiden mümkün olduğunca uzak durmalıdırlar.

Normal insanlarda pıhtılaşmanın sağlanması için sağlam damar duvarı, trombosit adını verdiğimiz kan hücreleri, pıhtılaşma faktörleri adı ile bilinen ve normal kan pıhtılaşması için gerekli olan kan bileşenleri gerekmektedir. Bütün bu maddeler fonksiyonlarını normal olarak yerine getirdiklerinde kanama kolaylıkla kontrol altına alınır. Trombositler, hasar gören kan damarları içindeki küçük çatlakları birleşerek kapatma şeklinde etkili olurlar. Trombositler anormal olduğunda ya da sayıları düşük olduğunda pıhtılaşma sürecini başlatamaz ve kanamayı durduramazlar. Pıhtılaşma faktörleri pıhtılaşma sürecini tamamlayan proteinlerdir, eksikliklerinde pıhtılaşma süresi uzar. Kanama olduğunda o bölgedeki damarlarda büzülme olarak bölgeye giden kan akımı azalır; damarların yapısını bozan bazı değişiklikler de kanamanın uzamasına yol açabilir. Kanama bozuklukları kalıtsal (doğumdan itibaren) ya da edinsel (sonradan kazanılmış) olabilir. Kanama pıhtılaşma bozukluklarında uzamış kanama süresine, travma sonrası eklemelerde, kas içinde şişme ve ağrı yapan kanamalara, ya da aşırı miktarda ve beklenmedik kanamalara rastlanılır. Bu hastalarda dış çekimi, küçük darbeler, cerrahi girişimlerden sonra çocuklarda ve ergenlerde aşırı kanama, büyük çürükler ve morluklar görülebilir. Kanama bozukluğu olan hastalarda aspirin ve diğer ağrı kesici ilaçların verilmesi kanamaları artırabilir. Sakinleştiriciler, bazı diyabet ilaçları, öksürük şuruplarının içinde bulunan bazı maddeler kanama bozukluklarının belirtilerini şiddetlendirebilir. Ayrıca bu ilaçlar değişik mekanizmalarla sağlıklı insanlarda da kanamaya eğilimi az da olsa artırabilirler. Zencefil, fazla miktarda tüketilen sarımsak, pireotu, ginkgo içeren maddeler geçici olarak trombosit fonksiyonlarını bozabilirler. Öte yandan böbrek hastalığı ve karaciğer hastalığı olan kişilerde de kanama ve pıhtılaşma bozuklukları görülebilir.

ÂİLEDE KANAMA ÖYKÜSÜ VAR MI?

Peki tanı nasıl konur? En iyi kanama pıhtılaşma testi ailenin ve hastanın öyküsünün değerlendirilmesi ve hastanın özenli muayene edilmesidir. İyi alınmış öykü ve basit laboratuvar testleri hastaların %90'ından fazlasında tanı konulmasını sağlar. Kanama pıhtılaşma bozukluklarının tanınması için hastanın ayrıntılı bir fizik muayenesi yapılır. Çürük oluşumu, burun kanamaları, eklem içi kanamaları, kas içi kanamaları, ergen genç kızlarda adet kanamaları, hastanın kullanmakta olduğu ilaçlar ve bunlarla kanama ilişkisi hakkında sorular hastaya ya da hasta küçük çocuk

ise çocuğun anne babasına sorulur. Ayrıca bu bozukluklar kalıtsal da olabileceğinden ailede kanama öyküsü de aileye sorulacaktır. Çocuğun kan örnekleri alınarak trombosit sayısı ve pıhtılaşma faktörleri için tarama testleri genellikle incelenmek istenecektir. Bazı testlerde bozukluk olması veya ciddi şüphe varlığında özgün pıhtılaşma faktörlerinin analizi gerekebilir. Kanama bozukluğuna diğer kan serilerinde anormallikler eşlik ediyorsa, kemik iliği örneği alınarak trombosit sayısındaki düşüşün sebepleri araştırılmak zorunda kalınabilir. Ağızdan ve burundan olan kanamalarda çürükler, morluklar hastalığa eşlik ediyorsa ve aile öyküsü negatife hemen trombosit kaynaklı problemler ön sırada akla gelir. Buna karşın kas içi, eklem içi kanama, göbek kanaması ve beyin kanaması gibi şikayetleri olan ve ailede kanama pıhtılaşma bozukluğu öyküsü olan hastada öncelikli olarak faktör eksikliği düşünülür. Damarsal kaynaklı kanamalar genellikle hafif orta şiddette oluşur. Bu hasta grubunda dişeti ve burun kanamaları görülebildiği gibi kollarda ve bacaklarda ellendiğinde cilt yüzeyinden kabarık olarak elimize gelen purpura görülebilir. Temel prensip olarak hastanın kişisel ve ailevi kanama öyküsünün ayrıntılı olarak alınması yanı sıra kanama kliniğindeki bazı özelliklere dikkat edilmesi ile gerekli laboratuvar testlerinin yapılması sonrası kolayca tanıya gidilebilir.

MÜMKÜNSE CERRAHİDEN UZAK DURULMALI

Kanama bozukluğu saptanan çocukta tüm günlük aktiviteler sırasında bazı önlemlere dikkat etmek gerekebilir. Burun kanamasında burun köküne hafif düzeyde basınç uygulanmalıdır. Diğer bölgelerde olan kanamalarda yara etrafına hafif basınç uygulanmalıdır. Vücudun kanayan bölgesini hafifçe yükseğe kaldırmak da faydalı olacaktır. Çocuğun temas gerektiren sporlardan uzak tutulması gerekir. Eklemde ve kas içinde kanama ile giden hastalıklarda öncesinde gerekli ilacı aldıktan sonra yüzme yapılabilir. Paten ve bisiklet kullanmak gibi diğer spor etkinliklerinden de mümkün olduğunca uzak kalınmalıdır. Kolye veya künye şeklinde, kanama bozukluğu hakkında bilgi veren bir işaret taşıması sağlanmalıdır. Bu etiket acil durumlarda görevli tıbbi personele yardımcı olabilir. Çocuğun kanama sorunundan dış doktoru ve cerrahın da haberdar olması gerekir. Cerrahi girişim, diş çekimi gibi girişimlerden önce mutlaka eksik olan madde (faktör, trombose vs) ya yerine konularak ya da yükseltecek ilaçlar verilerek yükseltilmelidir. Cerrahiden mümkün olduğunca uzak durulmalıdır.

HEKİME NE ZAMAN BAŞVURALIM?

Aşağıdaki durumlar, çocuğunuzda veya sizde varsa kanama pıhtılaşma bozukluğunu düşünerek mutlaka hekime başvurmanız gereklidir!

- ▶ Uyarıcı bir neden olmaksızın ciddi, burun köküne baskı yapılmasına rağmen 10-15 dakikayı bulan, tekrarlayan burun kanaması
- ▶ Ciltte travma olmaksızın mavi benekler veya küçük kanamalar (özellikle diz- dirsek üstünde bacak ve kollarda, gövdede, yüzde)
- ▶ Bebeğinizde veya daha büyük çocuğunuzda aşı yapılan bölgede kas içerisinde ciddi kanama olması
- ▶ Yürümeye başlayan çocuğunuzda düşme sonrası kas veya eklem içerisine kanama olması ve şişmesi
- ▶ Belirgin bir neden olmaksızın dişeti kanaması
- ▶ Haftada 1 -2 defa olan sebepsiz kanama
- ▶ Ufak yaralanmalardan veya sıyrıklardan sonra baskıya rağmen kanama süresinin 7-8 dakikayı geçmesi
- ▶ Bademcik, apandisit ameliyatı, sünnnet, doğum sonrası gibi cerrahi girişimlerden sonra uzamış veya yoğun kanama
- ▶ Diş çekiminden sonra uzamış veya yoğun kanama
- ▶ Bir cerrahi girişimden sonra çocuğa eritrosit süspansiyonu verecek kadar kanama olması,
- ▶ Ailede kanama hastalığı bulunması
- ▶ Genç kızlarda uzun süren adet kanaması (> 7 gün ve/veya artmış sayıda ped değişimi)
- ▶ Doğru ve düzenli beslenen bir çocukta herhangi bir yerinden kanamaya bağlı olarak (burun ve adet kanaması) demir tedavisi gerektiren demir eksikliği anemisi
- ▶ Zamanında doğmuş yenidoğanlarda beyin kanaması
- ▶ Yenidoğan bebeklerde göbek bağında kanama olması

Enjeksiyon gerektiğinde doktora ve hemşireye kanama sorunu anlatılmalı, aşılar faktör eksikliklerinde kas içine değil de cilt altına yapılmalı ve uzun süre basınç uygulanmalıdır. Hastada kanama şüphesi yaratacak herhangi bir durumda hastanın takip edildiği merkeze ulaşması sağlanmalıdır.



FOTOGRAFLAR: UFUK KARATOPRAK

Türkiye benim için bir şans

AYSEL YAŞA YILMAZ

Hekimlik için geldiği Türkiye'den bir türlü ayrılamayan Dr. Eun Sang Jeon, bu ülkede yaşadığı için kendini şanslı sayıyor, 'ev alma komşu al' diyor. Jeon, Kore'ye ancak yaşlanınca döneceğini de belirtmeden geçemiyor.

Biz sizi Koreli İhsan Hoca olarak biliyoruz. Ama biraz daha yakından tanımak isteriz.

Ben Türkiye'ye Güney Kore'den gelen asıl ismi Eun Sang Jeon olan bir doktorum. Türkiye'de beni İhsan olarak çağırıyorlar. Ben de o ismin anlamını öğrendikçe daha çok sevdim. İhsan, 'Allah'tan gelen bereket' demek. Türkler için bir 'ihسان' olabilirim diye düşünüyorum. (Gülüyor) Geleneksel tamamlayıcı tıp için, Türkiye ve Güney Kore Sağlık Bakanlığı arasında sağlanan bir

anlaşmayla buraya geldim. Kore'den seçilen 2 doktordan biriydim.

Neden sizi seçtiler?

Daha önce Türkiye'de yaşamıştım ve Türkçe biliyordum. Devlet tarafından 2014'te Türkiye'ye gönderildim. Kore'de Tıp Fakültesi'nde geleneksel tamamlayıcı tıp eğitimi gördüm. 6 yıl doktorluk için okudum. Sonra akupunktur ve kupa tedavisi (hacamata) konusunda uzmanlığımı yaptım. Sonra birkaç yıl Kore'de çalıştım.

Fakat yurt dışına gitmek istiyordum. Bir ülkeye kapanıp kalmak istemiyordum. Yeni Zelanda, Türkiye, Amerika sonra yeniden Türkiye'deyim işte. İlk turist olarak gelmiştim. O arada Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi başhekimiyle tanışma fırsatım oldu. Beni oraya davet etti. Seyahati seven bir doktor olarak bu teklifi kabul ettim. Buradan Amerika'ya gittim. Orada da 2,5 yıl kaldım. Sonra da Kore devletinden Türkiye teklifi gelince 'bu benim ikinci şansım' dedim.

Gerçekten Türkiye sizin için bir şans oldu mu?

Kesinlikle oldu. Tarihi ve kültürü böylesine güzel bir ülkede yaşamaktan mutluyum. Türkler hakikaten yabancılara karşı yardımseverler. Burada ilk ev kiraladığımda, yukarıdaki komşum hemen yardımına koştu. Söylediği hiçbir şeyi anlamıyordum ama her gün 'bir ihtiyaç var mı' demek için bize geliyordu. Sözlükle anlaşıyorduk. Elektrik, su, doğalgaz her işimi o komşum halletmişti. Ondandır çok etkilenmişim.

Çok da şaşırılmışsınız belli ki.

Evet, insanlar nasıl bu kadar yardımsever olabilir diyordum kendi kendime. Onların sayesinde yavaş yavaş adapte olduk biz. Komşuluğun nasıl güzel bir şey olduğunu ben onlardan öğrendim. İlk öğrendiğim deyim 'ev alma komşu al'dı. Bir de sokakta şunu gördüm, siz yaşlılara –tanımasanız bile- amca, teyze diyorsunuz ve öyle de saygı gösteriyorsunuz. Dışlamıyorsunuz, benim değil demiyorsunuz.

Kore de de böyle mi?

Bizde de böyleydi. Ama malesef bizimki son yirmi yılda kayboldu, gitti. Benim çocukluğumda böyle bir kültür vardı. Yaşlıların ellerini öperdik. Artık Kore'de buna dikkat eden yok. O yüzden 'burada insanlık var, eski yaşantımı burada sürdürebilirim' diyerek yeniden geldim Türkiye'ye. Zaten yemeklerimiz de benziyor. Yemek konusunda zorluk çekiyorum desem yalan söylemiş olurum.

TÜRKLER BENİ SEVDİLER

İstanbul'da yaşamının sıkıntısı yok mu? Olmaz mı? Trafik var mesela. Ama İstanbul dışına çıkınca doğa çok güzel. Deniz, dağ, orman... Belgrad Ormanı, Şile, Ağva, Sultanahmet, Beyazıt sık gittiğim yerlerden. Turist olarak da buralarda gezmek zor değil. Burada yaşayan bir yabancı olarak 'zorlanmıyorum' diyebilirim. Ben Türk milletini seviyorum, onlar da beni sanırım. (Gülüyor) Amerika ve Yeni Zelanda'da da insanlar nazik davranıyorlardı ama arkadaş olmak istemiyorlardı. Ama Türkler öyle değil, sıcak davranıyorlar. En büyük avantaj bu. Sokaktan geçerken bir amca çağırıyor. 'Oğlum gel çay iç' diyebilir. Çocuklarım hasta olduğunda koşarak geliyor komşularım. Daha ne isteyeyim?

Eşiniz ve çocuklarınız da sizin kadar seviyorlar mı burayı?

Eşim de en az benim kadar seviyor ve o da çok güzel dostluklar edindi. Şimdi İstanbul Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'nde farmakoloji dalında doktora yapıyor. O da Kore'de benimle aynı fakülteden mezun doktor. Ama o hasta bakmaktan ziyade,



ders vermeyi seviyor. Şifalı bitkiler hakkında uzmandır. Kızım 9, oğlum 11'inci sınıfta, ikisi de Türk okullarına gidiyorlar. Türkçe konusunda benden iyiler. Kızım TEOG sınavına girdi, iyi bir okul kazandı.

KORE'YE DÖNMEYİ DÜŞÜNÜYORUM

Kore'nin eğitim sistemiyle farklılık gösteriyor mu?

Kore'de eğitim sistemi güzel ama yarış mantığında ilerler hep. Çünkü orada doğal kaynak yok sadece beyin gücü var. Bu kadar ilerlemesinde çalışkanlık en önemli etken. Ama bence o kadar çalışmak gereksiz. Herkes birinci olmak için kendini zorluyor. Sabah 6'da kalkıyor çocuklar, gece 12'de yatıyorlar. Arada geçen zamanda okula, dersaneye gidiyorlar ve bir de evde çalışıyorlar. Kore'de işçilere bile yıllık izin bir hafta. Seneler geçince artış da yok. Hala arkadaşlarım yılda 5 gün izne çıkıyorlar. Böyle bir yaşam olur mu? Ben orada yaşam yok diyorum. Çocuklarım Türkiye'de günde 8 saat uyuyabiliyorlar ve dersleri de gayet başarılı. Kore'de olsalardı sadece 5 saat uyuyabileceklerdi ve mutsuz sinirli olacaktı. Ama benim çocuklarım burada çok mutlu ve rahatlar.

Dönmeyi düşünüyor musunuz hiç?

Belki yaşlanınca. Ben artık İstanbul'a yerleştim.

Çok güler yüzlüsünüz. Kore'deki tüm doktorlar böyle mi?

Neden bu kadar güler yüzlü olduğumla ilgili bir hikayem var. Lisede büyük bir üzüntü içerisindeydim, birkaç yıl öyle geçti. Bir gün aynaya baktım. Yüzü asık bir genç çocuk oradaydı, hiç gülmüyordu. Niye



üzülüyorsun diye kızdım kendime. Bunu değiştirmek için ayna karşısında gülerken çalıştım. Ben gülmeye başladım. O depresif hali attım ama yaşadıkça bu benim alışkanlığım oldu. Gülüyorum, genç duruyorum.

Hastalarınızla ilişkileriniz nasıl?

2016 nisan ayında bu yana Medipol'deyim. Hastalarım bana Kore kültürü hakkında çok fazla soru soruyorlar. Gençler özellikle Kore dizilerinden ötürü o kültüre hakimler. Ama malesef ki ben o dizilerin hiçbirini bilmiyorum, hastalarımın öğrendiğim. Ben de onlara Türk kültürü hakkında sorular soruyorum.

Koredeki arkadaşlarınıza nasıl anlatıyorsunuz burayı?

Burayı kültürünü, binalarını, yemeklerini ve insanların merak edenler oluyor. Onlar için fotoğraflar çekip Kore'ye gittiğimde gösteriyorum. Ben kendimi Türkiye'de Kore temsilcisi, Kore'de de Türk temsilcisi gibi sayıyorum.

Türkçeniz oldukça akıcı. Nasıl öğrendiniz?

Türkiye'ye ilk geldiğim zaman çalışma şartı olarak Türkçe bilmek gerekiyor dediler. Kendimi hemen bir dil kursuna attım. Bir yıl gidip geldim. Bir yılın sonunda işe başladım. Korece, Türkçe, Japonca aynı dil grubundan olduğu için zorlanmadım. Artık deyimleri bile biliyorum. Hatta bunları kullanınca hastalarım daha yakın görüyorlar beni. Tabi hala anlamadığım bazı kelimeler var. Mübarek mesela. Mübarek ne demek? Dini günlerde cümle içerisinde kullanıyorum ama anlamını hala tam olarak bilmiyorum.



5 soruda diş eti hastalıkları

YRD. DOÇ. DR. MELTEM ÇAKIR

Düzenli diş fırçalama ve ağız bakımı ile önleneyen diş eti hastalıkları hakkında merak edilenleri 5 soruda cevaplıyoruz.

1 Periodontal hastalıklar nedir?

Periodontal hastalıklar diş eti ve dişleri destekleyen diğer dokuları etkileyen iltihabi hastalıklardır. Erişkinlerde diş kayıplarının yüzde yetmişinden periodontal hastalıklar sorumludur. Bu hastalıklar erken dönemde teşhis edildiklerinde kolay ve başarılı bir şekilde tedavi edilebilirler. Diş eti hastalıklarının önlenmesi veya tedavisi; doğal dişlerin korunması, daha rahat çiğnemenin ve daha iyi bir sindirimin sağlanması gibi diğer faydaları da beraberinde getirir. Periodontal hastalıklar diş eti iltihabı (gingivitis) ile başlar. Yani gingivitis periodontal hastalığın erken dönemidir. Bu dönemde diş etleri kanamalı, kırmızı ve hacim olarak büyümüştür. Erken dönemde çok fazla rahatsızlık veremeyebilir.

2 Hastalığın belirtileri nelerdir?

Diş eti hastalığının pek çok bulgusu vardır. Diş fırçalama sırasında kanayan diş etleri, kırmızı, şiş ve hassas diş etleri, dişlerden kolaylıkla ayrılabilen, uzaklaşan diş etleri, dişler ve diş etleri arasında iltihabi akıntı, sallanan veya giderek birbirinden uzaklaşan dişler (dişler arasında aralıkların oluşması veya mevcut aralıkların artması), ısırma sırasında alt ve üst dişler arasındaki ilişkilerin değişmesi, bölümlü protez uyumundaki değişiklik, bozulma, kötü ağız kokusu belirtiler olarak sıralanabilir. Bununla beraber, periodontal hastalık hiç bir bulgu vermeden de ileri safhalara ulaşabilir. Bu nedenle düzenli aralıklarla bir diş eti hastalıkları uzmanına gidilmelidir.

3 Hastalıkların tedavisi nedir?

Periodontal tedavi, dişleri çevreleyen yumuşak ve sert dokulara ait hastalıkların iyileştirilmesini, bu hastalıkların meydana getirdiği yıkımların düzeltilmesini amaçlar. Bu nedenle tedavinin ilk aşaması hastalığın

esas etkeni olan dental plağın hasta tarafından fırça/ diş-ipi/ arayüz fırçası kullanılarak temizlenmesi ve diş üzerindeki birikintilerin dişhekimi tarafından özel aletlerle uzaklaştırılmasıdır. Başlangıç tedavisi olarak isimlendirilen bu aşama periodontal işlemlerin temelidir. Diş eti hastalığının erken döneminde vakaların çoğunluğunda, diştaşı temizliği, plağın uzaklaştırılması ve düzgün bir kök yüzeyinin sağlanmasını takiben günlük etkin ağız bakımı başarılı bir tedavi için yeterlidir. Daha ilerlemiş vakalar cerrahi tedaviyi gerektirebilir. İltihaplı, büyümüş ve çekilmiş diş etlerini, diş-dişeti arasında çene kemiklerinin erimesine bağlı olarak meydana gelmiş boşlukları (cep) ve kemik erimesini tedavi etmek amacıyla genellikle lokal anestezi altında yapılan, yeni kemik oluşumu hedeflendiğinde, yardımcı biyomateryallerin (kemik tozu, membran vs.) kullanıldığı cerrahi işlemlere ise 'periodontal operasyon' denir. Periodontal operasyonlar, sadece diş etlerini veya dişleri çevreleyen tüm dokuları ilgilendirir. Hastalık sadece diş etlerini ilgilendiriyorsa büyümüş diş etleri kesilerek ağız ortamından uzaklaştırılır, derin dokulara ilerlediğinde ve kemik erimesi oluştuğunda ise farklı bir operasyon uygulanır. Diş eti kaldırılır, iltihaplı dokular temizlenir, kemik düzeltilir veya yeni kemik oluşturmak üzere çeşitli biyomateryaller uygulanır. Daha sonra diş eti kemiği örtecek şekilde yerleştirilip dikilir ve doku iyileşmeye bırakılır. Bir veya 2 hafta sonra dikişler alınır. Operasyondan sonra 3-6 ay aralarla kontroller gereklidir. Yapılan tedavi ile iltihabın ortadan kalkması, hastalığın ilerlemesinin durması, hastanın kendi kendine etkin temizlik yapacağı bir ağız ortamının oluşması, biyomateryal kullanımında ise hastalık sonucu yıkıma uğrayan dokuların yeniden yapılması beklenir. Tüm

bunların sonucunda kişiler doğal dişlerini ağızlarında uzun seneler fonksiyon görecektir şekilde tutarlar.

4 Periodontal cerrahinin başarı oranı nedir?

Tedavi sonrasında dişler temiz, diş eti açık pembe renkli, sert kıvamlı ve kanamasızdır. Eğer hastalığa bağlı çok ileri kemik yıkımı oluşmuş ise operasyon sonrasında dişlerin boyları uzayabilir. Ancak dişleri destekleyen dokular sağlıklıdır. Bugün elimizdeki teknik imkanlar periodontal problemlerin hemen hepsini çözebilecek düzeydedir. Ancak diş çevresinde kalan kemik miktarı tedavi edilemeyecek seviyede ise, diş çekimi de tedavi planına dahil edilir. Periodontal cerrahinin başarıları pek çok faktöre bağlıdır. Periodontal cerrahinin başarılarını azaltan hastaya ait bazı sebepler vardır. Bunlara örnek olarak diyabet, aşırı alkol tüketimi, sigara, bazı ruhsal bozukluklar, kan hastalıkları, bağışıklık sistemi bozuklukları, kortizon kullanımı ve radyasyon tedavisi verilebilir. Her hastada diş etinin ve kemiğin iyileşme kapasitesi farklıdır. Ayrıca operasyon sonrası yara bölgesine uygulanacak özenli ve titiz bakım, diş fırçalama ve arayüz temizliği tedavinin başarıları için kritik öneme sahiptir.

5 Hastalık tedavi edilmezse ne gibi sonuçlar doğurur?

Hastalık periodontitise ilerleyerek diş eti ve dişleri destekleyen alveol (çene) kemiğinde geriye dönüşsüz hasar oluşturabilir. Periodontitis, periodontal hastalıkların daha ilerlemiş bir safhasıdır. Dişleri destekleyen diğer dokularla birlikte alveol kemiğinde de hasar oluşur. Diş-dişeti arasında 'periodontal cep' oluşur. Periodontal cep varlığı enfeksiyonun yerleşimini ve hastalığın ilerlemesini kolaylaştırır. Hastalık ilerledikçe dişler sallanmaya başlar, hatta çekime gidebilir.





Umutları Medipol'de yeşerdi

Pediyatrik Hematopoetik Kök Hücre Nakil Merkezi'nde kemik iliği nakliyle sağlıklarına kavuşan yabancı uyruklu çocuklar, mutlu ve geleceklerinden umutlu bir şekilde ülkelerine döndüler.

D oğumsal genetik hastalıklar, aplastik anemi gibi kemik iliğinin çalışmadığı durumlar, başta kan kanserleri olmak üzere habis kan hastalıkları, nökseden lenfomalar, multiple miyelom hastalığı, oto-immun hastalıklar kemik iliği naklinin yapıldığı hastalık grupları olarak biliniyor. Son yıllarda gerek çevremizde gerekse medyada kemik iliğine olan ihtiyacı sık sık duyuyoruz. Küçük büyük fark etmeden hayatı olumsuz etkileyen ve yaşamın devamını tehlikeye sokan lösemi ve lenfoma gibi kan hastalıklarının tedavisinde kullanılan kemik iliği, birçokları için umudun adı. Akkraba dışı vericilik ise işte bu süreçte önem kazanıyor. Özellikle

ülkemizde verici sayısı yetersiz, insanlar bağış konusunda malesef duysuz. Fakat buna rağmen kemik iliği nakillerinde sadece vatandaşlarımız değil yurt dışında yaşayanlar için de tercih edilen bir ülkeyiz. Hastanemizde yurt dışından şifa arayışı ile gelen yetişkinlerin yanı sıra çok sayıda çocuk tedavi ediliyor. Son teknolojik imkanların ve yüksek derecede sterilizasyonun sağladığı Pediyatrik Hematopoetik Kök Hücre Nakil Merkezi'nde, hem otolog (hastanın kendisinden) hem de allojenik (başka birinden) nakiller yapılmaktadır. Merkez, aferez ünitesi, pediyatrik yoğun bakım, pediyatriknefroloji, pediyatrik nöroloji, pediyatrik kardiyoloji, pediyatrik

endokrinoloji, pediyatrik gastroentoloji ve pediyatrik göğüs hastalıkları bilim dalları ile destekleniyor. Merkezimizde tedaviye cevap vermeyen lösemi, lenfoma ve bazı kanserler, doğuştan veya edinsel kan hastalıkları (Akdeniz anemisi, orak hücre anemisi gibi), doğuştan veya sonradan kazanılan kemik iliği yetmezlikleri (aplastik anemiler gibi), vücut savunma sistemi eksiklikleri (ağır kombineimmün yetmezlik gibi), doğuştan olan metabolik hastalıklar (adrenolökodistrofi gibi) tedavi edilebiliyor. Biz de bu yöntemlerle Medipol'de kemik iliği nakliyle hayata yeniden merhaba diyen çocuklarla konuştuğuk, onların duygu ve düşüncelerini aldık.



VIKTORIYA STRUK

Viktoriya 15 yaşında ve hastanemize Ukrayna Sağlık Bakanlığı tarafından akraba dışı kemik iliği nakli için yönlendirildi. Ukrayna'da uzun uğraşlar sonucu kemik iliği bulunamayan hastaya, hastanemiz tarafından donör taraması yapıldı. Eylül ayında donör bulundu ve nakil gerçekleştirildi. Hastanın sağlık durumu yerinde ve ayaktan olarak rutin kontrolleri için hastanemize

gelip gidiyor. Viktoriya'nın donörü İstanbul'da yaşayan bir bağışçı. O bunu kendine gönderilmiş bir mesaj olarak aldığını söyleyip ekliyor: "Ben İstanbul'u da, bu hastaneyi de, burada çalışanları da çok sevdim. 3 aydır buradayız artık alıştım herkese. Donörüm de İstanbul'da yaşıyormuş. Bence bu, buraya yerleşmem için bana verilmiş bir mesaj. Sağlığıma kavuştuğum bu güzel şehirde yaşamak bana iyi gelecektir. Tabi annemi ikna edebilirim."



İSMAİL PSHTWAN MAHYADDİN

Kuzey Iraklı İsmail, 12 yaşında ve doğuştan Akdeniz anemisi. Doğduğu günden bu yana her on beş günde bir kan nakli yapılan İsmail'in ailesi, Irak'ta tedaviye uygun bir merkez bulunamadığı için en son çareyi Türkiye'de tam teşkilatlı bir hastaneye gitmekte bulmuşlar. İsmail yaklaşık, 2 aydır hastanemizde tedavi görüyor. Kardeşinden kemik ilik nakli yapılarak sürekli kan naklinden kurtulan İsmail artık sağlığına kavuştu. Yaşadığı süreci ise şu sözlerle anlatıyor: "Doğduğumdan bu yana, Akdeniz anemisi ile mücadele ediyordum. Günlerimin çoğu hastanelerde geçiyordu. Türkiye'de hastalığının çözümünün olduğunu duyunca hemen buraya geldik. Tedavime başlandı. Artık sağlığıma kavuştum. Medipol'e, benimle ilgilenen hemşirelere ve doktorlarıma çok çok teşekkür ederim."



DENYS MALINOVSKYI

Denys, annesinden kemik iliği nakli yapılan yabancı hastalarımızdan biri. Haziran ayında kemik iliği nakli için Ukrayna Sağlık Bakanlığı tarafından hastanemize yönlendirilen Denys, henüz 12 yaşında. Çabuk yorulmalarla başlayan hastalığı Denys'in hayatını zorlamaya başlayınca annesiyle internette araştırılmalar yaptıklarını söylüyor.

Sonunda bakanlık sayesinde Medipol'de karar kılan Denys, söze doktorlarına teşekkür ederek başlıyor: "Prof. Dr. Sema Anak ve Yrd. Doç. Dr. Ebru Tuğrul Sarıbeyoğlu'na çok teşekkür ediyorum. Onların sayesinde hastalığımı yendim. Tabi bir de anneme çok teşekkür ediyorum. Ondan alınan kemik iliği bana şifa oldu. Burada çok uzun süre kaldım ama şikayetçi değilim, arada Türkçe kelimeler bile öğrendim."



FOTOĞRAF: UFAK KARATOPRAK

Hastalığım mesleğime engel olmadı

AYSEL YAŞA YILMAZ

Çocukluğundan bu yana farklı hastalıklarla mücadele eden gazeteci ve belgeselci Coşkun Aral, “Mesleğim, hastalıklarına tuz bastı, ama ben haksızlıkları dünyaya duyurmaktan vazgeçmedim” şeklinde konuşuyor.

Ömrünün otuz beş senesi savaş bölgelerinde geçti. Dünyada ayak basmadığı çok az yer kaldı. Biz onu, belgeselleri ve en çok da Haberci programıyla tanıdık. Biraz daha yakından tanımak için ziyaret ettiğimiz Coşkun Aral’ın aslında doktor olmak istediğini de söyleşimiz sırasında öğrendik. İşte, dünyanın farklı bölgelerinde gazeteci olarak geçmiş bir ömrün özeti...

Siirt’te dünyaya geliyorsunuz, sonra dünyaya açılıyorsunuz. Coşkun Aral nasıl bir ailede büyüdü?

Ben, 1 Mayıs 1956’da Siirt’te doğdum. Varlıklı bir ailenin, varlıklı olduğu dönemde dünyaya gelmişim. Ama ne yazık ki siyasetin insan geleceğini çok etkilediği bir dönemmiş. Baba tarafım un fabrikatörü, orduya un öğütüyorlar. Fakat siyasi gelişmeler işleri öylesine kötü etkiliyor ki aile sonunda varlıklı görünmeye çalışıyorlar sadece. Siirt bir uç şehir. Anne tarafım da Siirt’in geleneksel, fazla muhafazakar bir ailesi. Öyle ki, biz kız çocuklardan olduğumuz için sofrada yerimiz erkekten gelen torunlardan sonraydı. İlk karşı çıkmam orada oldu. Bu ayrımcılık dinen doğru değildi ama insanlar bunu uyguluyorlardı. Ve ben bu durumdan hoşlanmıyordum.



Sonra zaten bir sağlık sorunu nedeniyle Siirt’ten ayrılmak zorunda kalıp İstanbul’a geliyorsunuz.

Benden önce 2 kardeşim 2-3 yaşlarında hayatlarını kaybediyorlar. Annem hayatta kalmam için benim adıma bir yatıra adakta bulunuyor. Ben yaşıyorum ama sağlık sorunlarım hep benimle. Ailem, hayatta kalmam için beni İstanbul’a göndermeye karar veriyor. Ama İstanbul’da da Türkiye’nin başka bir yönünü görüyoruz. 7 yaşında geldim İstanbul’a. Okula kaydımın yapılması için Siirt’teki Verem Savaş ve Trahom Merkezi’nden sağlık raporu gerekiyor. Fakat bu raporları verecek mercii olmadığı için misafir öğrenci olarak Oruç Gazi İlkokulu’nda başladım. Misafir öğrencinin ne demek olduğunu yaşayan bilir. Bu yüzden bu kez kendi isteğimle Siirt’e geri döndüm. Orta 2’ye kadar sağlıkla ilgili sorunlarım devam etmesine rağmen

Siirt’te kalmayı göze alıp ailemle beraber varlıklı görünüp o yoksulluğu yaşadık. Her gün bir haciz memuru geliyordu eve.

Peki hastalığınızın tam teşhisi neydi?

Şu an hala devam eden bronşektazim vardı. Tüberküloz ve ağır geçirilen zatürreler sonrası ciğerlerim çok hassaslaşmıştı. Bir de, D vitamini eksikliği, raşitizmle büyüyordum. Orta 2’den sonra yine çok hastalanınca İstanbul yolu bir kez daha gözüktü bana. Çocuk yaşta tedavi edilmediği için o hastalıkların izleriyle bu yaşıma kadar geldim. Ama hiçbir zaman sağlık nedenlerini bahane ederek geride kalmadım. Hedeflerim hep büyüktü. Siirt’ten sonra ülkemdi, ülkemden sonra bölgemdi, bölgemden sonra dünyaydı. Bütün bunları bir gazeteci, doktor ve fotomuhabir olarak yapmayı düşündüm. Kuzenimin 6 yaşındayken bana hediye ettiği fotoğraf makinesiyle fotoğraf çekmek, haber yazmak bir de doktor olup insana ulaşmaktı niyetim.

Gazeteci ve fotomuhabir oldunuz ama...

Ne yazık ki doktor olamadım. Lise son sınıftan sonra foto muhabiri oldum. Ailemin ilk doktoru dayım cerrah Dr. Vehip Arıkan’dı. Hep dayımı izlerdim. Anneannemlere gitme nedenimdi o.

Allah'tan dileğim, ne kadar yaşayacaksam O'na kavuşmam acısız, sorunsuz ve kimseye yük olmadan olsun. Benim amacım neresi olursa olsun haksızlıkları, halkın tüm kesimlerinin anlayabileceği şekilde yansıtmaktır.

Türkiye'nin öbür ucundan sırf sağlık için ona gelenler, onların bekleyişleri hep ilgimi çekerti. Anneannelerinin evi hastane gibiydi. Önünde yüz kişi beklerdi. Gençcecik bir pratisyen hekim hepsine bakıyordu. Niye? Çünkü uzman hekimler o dönem Siirt'e gelmiyorlardı. Gerekçe de eşkiya terörü. Mahrumiyetin ne olduğunu o zaman anlamıştım.

TAMAMLAMAM GEREKEN İŞLER VAR

Çocukluktan başlayan sağlık sorunlarınız büyüyünce düzeldi mi peki?

Hayır, hep beni takip etti. Kendi kendimi tedavi etmeye çalışırdım. Üstümü örter terler rahatlardım. Tabii bütün bunlar ciğerimin bir lobunun devre dışı kalmasına yol açtı. Seçtiğim meslek de bunun üzerine tuzu bastı. Buna rağmen mesleğimden geri kalmadım. Himalayalar'a da çıktım. +60'ı da gördüm -50'yi de yaşadım. Vücuttaki izler zamanla artmaya başladı. Eklem hastalığım çıktı bir de. Yürümemem gereken bir dönemde bile işimden vazgeçemedim. Şimdi bile 3 kilo sırt çantam hep arkamda.

Bütün bunlar için enerjiyi nasıl topluyorsunuz?

İnancım sonsuz. Allah'ın bana vermiş olduğu bu can bedenden çıkana kadar, O'nun bana yardım edeceğini biliyorum. Allah bana 'oku' dedi. Dünyayı sorgulamam, tabiatı anlamam, öğrenmem için bu emri verdi. Bilgi aktarıcı olmaya çalışmakla geçti hayatım. Bunlar gücüne güç kattı. Vereceğim bir can var. En acısız, en huzurlu şekilde verip gitmek istiyorum.



Afganistan Savaşı'nda 4 gün komada kaldınız. Kendinize geldiğinizde ne düşündünüz?

Kendime geldiğimde bir Fransız doktor vardı başımda. Kamyonun arkasında bir merdivene asılmıştım. Sağ tekerlek mayında patlayınca ben uçmuşum. Asıldığım demir ağzıma girmiş. Orada komaya girmişim. Ağzım, yüzüm dağılmış, kan içinde. Alıp bir köye götürüyorlar. Bir nehir geçilirken bir ara gözümü açabilmiş ve Rus askerlerini görmüştüm. Tek hatırladığım bu. Sonra gözlerimi Kumandan Ahmet Şah Mesut'un evinde açtım. Orada kırık bir aynada yüzümü gördüm. Şişmişti ve kilom ellilere kadar düşmüştü. Orada açlığı tanıdım ben. Hamamböceğini reaksiyon olarak ağzıma götürdüğümü hatırlıyorum. O yüzden dedim ya imkansızlıklar sizi öncü olmaya iletiyor. Bir hayvanın atar damarına



kamış dayayıp 'kanı iç' dediler, içtim çünkü hayatta kalmak için buna ihtiyacım vardı. Serumu doğadan almış oldum.

KALBİM ATTIĞI SÜRECE BU İŞİ YAPACAĞIM

Savaş muhabirliği yaptınız. Birçok acıya tanık oldunuz. O dönemlerde psikolojik destek aldınız mı?

Hiç psikolojik destek almadım. İnançla baş ettim. Eğer inancınız varsa, Allah'ın size bu misyonu verdiğini düşünüyorsanız üstesinden gelmek zor değil. Korkunç işkencelere tanık oldum, ben de işkence gördüm. Başınıza gelecek olan her şey siz doğru olduğunuz sürece, bilin ki bitecektir ve huzura kavuşacaksınız. Ben çok defa yaralandım, ölümün kıyısından döndüm. Kurşuna dizilecektim bir anda vazgeçti adam, kafamızı kesmeye karar verdiler. Bir arkadaşımızın bir hareketi onları vazgeçirdi.



Demek ki daha misyonu tamamlamamışız.

Bu misyon meselesini biraz daha açalım mı?

Ben herkese insan diye bakarım, ayrımlarım yoktur. Çünkü ben anne karnından insan olarak doğdum. Birbirimizi ötekileştirip yok etmenin getirdiği aptalca küçük zevkler bizden çok şey götürüyor. Tüm inançlar, öldürmeyeceksin, öldürmeye göz yummayacaksın, çalmayacaksın, çalmaya göz yummayacaksın, fitne çıkarmayacaksın, çıkarana göz yummayacaksın diyor. Hal böyleyken kayıtsız kalamam. Benim amacım neresi olursa olsun haksızlıkları, halkın tüm kesimlerinin anlayabileceği şekilde yansıtmaktır. Foto muhabirliği, gazeteciliği ve televizyonculuğu bu amaçla yapıyorum. Kalbim attığı, beynim çalıştığı sürece de bu işi yapacağım. Dünyada yapabileceğim işleri tamamlamak niyetindeyim.

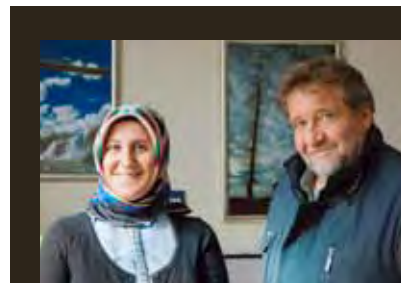
Size gezgin desek az geliyor, belgeselci desek tam karşılamıyor. Siz kendinizi nasıl tanıtırınız?

Kendimi tanımaya adadım kendimi. Her şeyi belirleyen şey coğrafya. Salgılar algıları etkiliyor. Siz yaşadığınız bölge tarafından biçimlendiriliyorsunuz. O yüzden kendimi hiçbir kelimeyle tanımlamam. Burada

gezgin bir Coşkunum. Ama Afrika'da olsam ne olurdu acaba? İnsanın kendini tanıma fırsatı coğrafyasını değiştirdiği zaman olur. O yüzden ahkam kesip, mutlak doğru demek yanlış.

Üzerinde çalıştığınız yeni bir belgeseliniz var mı?

Olmaz mı? Şimdi karımla beraber Sınır Tanımayan Arılar diye bir belgesel yapıyoruz. Fikir onun fikri. Biliyorsunuz, Ermenistan ile Türkiye sınırı arasında ulaşım yok, birbirlerini bile görmüyorlar. Ama oranın arısı bize gelip ihtiyacı olanı alıyor, bizdeki de oraya gidiyor. Bizde toprak daha tuzlu olduğu için bizden geven



Sağlıklı yaşam için özellikle yaptığınız bir şeyler var mı?

Limon, zencefil, acı biber, sarımsak ve soğansız yemek düşünmem. İşte doğaya döndükçe bunları öğreniyorsunuz. Bizim coğrafyamız bu açıdan çok zengin. Ben de bunu değerlendiriyorum. Sadece hayvanları gözlemlersek bile bütün doğal ilaçlarımız hazır olur. Tabi burada unutmamamız gereken bir şey var, oranlar bilgiyle oluyor. Bunları da

balı alıyor. Onların da sarı çiçekleri var, poleni alıyor. Kainat size sınırsız bir imkan sunuyor. Arı kadar olsak binalarımız daha muhteşem, çevremiz daha temiz olur. Onlar kadar bile olamıyoruz.

KUTUPLARA AYAK BASMADIM

Ayak basmadığınız nereler var?

Kuzey Kore var. Afrika'da Gabon ve Kamerun. Bir de bu Polinezya dediğimiz Büyük Okyanus'un güneyinde ada ülkeler var. Onun dışında ayak basmadığım coğrafya kutuplar var sadece. (Güllüyor)

Tüm bu yaşadıklarınızdan sonra 'iyi ki' diyor musunuz?

45 yaşına kadar sürekli savaşlardaydım. Yeniden doğsam yine aynı işi yapar, aynı sıkıntılara razı olurum. İlaveten doktor olurum sanırım. Üstelik cerrah olmak isterdim. Gerek Afganistan gerek Lübnan savaşında insanın hayatta kalma olaylarına çok tanık oldum. Yüzü yok adamın ama yaşıyor.

Savaş bölgelerine gitmek istiyor musunuz yine?

Geçen sene Suriye'de Azez'e gittim sadece. Artık eskisi gibi koşmadığım için gidemiyorum maalesef. Çünkü bu hem başkalarının hem de kendi hayatımı tehlikeye atmak demek. Skolyozum çok sorun çıkarıyor artık. Dizlerime protez takılması gerekiyor. Ciğerlerime ise yapacak hiçbir şey yok. İstanbul'un havası kanserojen bu da çok etkiliyor beni. Normal bir insandan daha duyarlıyım çünkü ciğerin bir lobu tamamen bitmiş durumda.

araştırmadan öğrenmek mümkün değil.

Biz ne yazık ki çok tembeliz.

Oysa ki bu topraklar nice bilim insanlarını yetiştirdi...

Tıpta 9'uncu yüzyılda Ebubekir er Razi

bir tarafta amonyağı buluyor. Öbür

tarafta kafa taşı ameliyatlarından tutun,

kadın doğumunda kullanılacak bütün

enstrümanları tasarlıyor. El Cezeri

de öyle. Demek bu topraklar doğru

sorguladığı zaman iyi şeyler üretmiş.

Şimdi bunu alıkoyan ne? Mesela

Erzurumlu İbrahim Hakkı benim

idollerimden biri. Onun okuduğu

kitaplara dokundum ben, hepsi kainatı

sorguluyordu. Elindeki alet ya büyüteç,

ya usturlab, ya cımbız, ya harita. Ben

kainatı da okumak istiyorum. Başkasının

rahatını bozup ondan bir şey gasp etmek

istemiyorum, zamanı dahil.

Geleceği sizin ellerinizde

DOÇ. DR. GAMZE DEMİREL



Tarama testleri, sağladığı erken tanı ve tedavi sayesinde yenidoğan bebeğinizin sağlıklı geleceği için önemli bir adımdır.

Yenidoğan tarama programları, tüm dünyada halk sağlığı programları içerisinde çok önemli yeri olan koruyucu sağlık hizmetleridir. Amacı, nadir görülen ancak bebeğin bedensel ve zihinsel gelişimini bozarak, yaşam kalitesini etkileyen bazı hastalıkların belirti ve bulguları ortaya çıkmadan tanısının konulması ve tedavisinin başlanmasıdır. Ülkemizde yenidoğan döneminde, 1987 yılında fenilketonüri, 2006 yılında hipotiroidi, 2009 yılında biotinidaz eksikliği ve 2015 yılında da kistik fibrozis (KF) tarama programı uygulanmaya başlanmıştır. Yenidoğan taraması için ideal olarak doğumdan sonraki 3-5'inci günlerde topuktan birkaç damla kan örneği alınarak özel filtre kağıdına damlatılır, alınan örnek oda ısısında kurutulduktan sonra ilgili merkez laboratuvarına gönderilir. Yenidoğanda genellikle topuktan alınan kan test edildiği için 'topuk testi' olarak da bilinmektedir. Fenilketonüri taraması için bebeğin en az kırk sekiz saat beslenmiş olması gerekir. Ancak mümkün olduğunca çok sayıda bebeğe ulaşabilmek için sağlık kurumlarında doğan bebeklerin sağlık kurumunu terk ettiği son anda kan örneği alınmakta, yeterince beslenmeden kan örneği alınmışsa ilk hafta içinde en yakın sağlık merkezine başvurarak yeni kan örneği verilmektedir.

Genişletilmiş Yenidoğan Taraması (Tandem MS)

Ulusal tarama programı içerisinde yer alamayan fakat tandem kütle spektrometresi (Tandem MS/ MS) ile çok pahalı analitik bir cihaz olmasına rağmen test maliyeti uygun, bir damla kandan otuzun üstünde hastalık taramasının mümkün olduğu tarama testi uygulanmaktadır. Genişletilmiş yenidoğan taraması ile taranabilen hastalıklar; yağ asidi oksidasyon defektleri, üre döngüsü bozuklukları, aminoasit metabolizması bozuklukları, organik asidemiler, bazı ülkeler için galaktozemi, konjenital adrenal hiperplazi, bazı lizozomal depo hastalıkları, orak hücreli anemi, konjenital enfeksiyon taramaları, hemoglobinopatiler,

alfa-1-antitripsin eksikliği de bu tarama testleri içinde değerlendirilebilmektedir. Birçok gelişmiş ülke MS/MS teknolojisi eşliğinde neonatal tarama programlarını genişletmiştir.

İşitme Tarama Programı

Bebeklerde işitme kaybı erken dönemde tanımlanıp tedavi edilmediğinde, konuşma ve dil gelişimi zarar görür. Bu önemli halk sağlığının çözümü için ülke genelinde, doğum yapılan tüm hastanelerde yenidoğan işitme tarama programı uygulanır. Tarama programı kapsamında her bebeğe, doğumu takiben yetmiş iki saat içerisinde işitme tarama testi yapılmalıdır. Testten kalan bebekler tarama için akış şemalarına uyularak tekrar uygun zamanda teste tabi tutulmakta ve sorun saptandığında referans merkezlerine yönlendirilmektedirler.

Gelişimsel Kalça Displazisi Tarama Programı

Gelişimsel kalça displazisi (GKD) kalça eklemine stabil olmamasından tam çıkığa kadar çok farklı şekillerde karşılaşılabilen bir ortopedik sorundur. Bu bebeklerin büyük bir bölümü erken tanı ile ilerideki

hayata olumsuz bir etkisi kalmayacak şekilde tam olarak tedavi edilebilir. Ülkemiz için kesin veri olmamakla birlikte, çeşitli yayınlarda yenidoğan döneminde kalça displazisi görülme sıklığı 1/100, tam çıkık görülme sıklığı ise 1/1000 olarak bildirilmektedir. GKD için risk faktörlerini, GKD'li akrabanın olması, ilk doğan kız bebek, çoğul gebelik, amniyon sıvısı anormallikleri (sıvı azlığı veya fazlalığı), makat duruş, bebeğin ayağında şekil bozukluğu (içe, dışa, yukarı dönüklük), skolyoz ve boyunda eğrilik olarak sıralanabilir. Doğumdan sonra GKD açısından aile mutlaka bilgilendirilmeli, 3 ve 4'üncü haftada gelişimsel kalça displazisi yönünden tarama protokolüne uygun olarak risk değerlendirmesi ile fizik muayeneleri yapılmalı ve riskli vakalar ilgili uzmanlık alanına yönlendirilmelidir. Günümüzde tarama için en sık kullanılan güvenli radyolojik görüntüleme yöntemi ultrasonografidir.



TARAMA TESTLERİ

Ülkemizde topuk kanından tarama programı kapsamında bakılan hastalıklar şunlardır:

Fenilketonüri

Kalıtsal metabolik bir hastalıktır. Bu hastalıkta bir protein yapıtışı olan fenilalanin metabolize edilemez, kanda birikir ve geriye dönüşsüz beyin hasarı yaratır. Erken tanımlanıp tedavi edilmediği takdirde kaçınılmaz sonuç ağır zihinsel geriliktir. Türkiye bu hastalığın en sık görüldüğü ülkelerden biridir. Ülkemizde sık görülmesinin en önemli nedenlerinden birisi akraba evliliklerinin oranının yüksek olmasıdır. Hastalığın erken tanısı ve uygun diyet tedavisi ile zekâ geriliği önenebilir.

Konjenital Hipotiroidi

Yenidoğan döneminde en sık karşılaşılan endokrinolojik sorundur. Tiroid bezinin hormon yetersizliği ile karakterizedir. Bebeklerin başlangıçta hemen tamamında herhangi bir belirti ve bulgu yoktur. Erken tanı konulamaz ve tedavi başlanmaz ise zeka geriliği ve çeşitli belirtiler görülebilir.

Biotinidaz Eksikliği

Biotin, B vitaminlerinden biridir. Enerji sağlar ve büyüme için gereklidir. Biotinidaz eksikliği olanlarda biotin vücut tarafından kullanılamaz. Biotinidaz eksikliği tedavi edilmezse bebeğe kas zayıflığı, işitme kaybı, görme problemleri, saç dökülmesi, deri döküntüleri, havale (kasılma-nöbet), gelişme geriliği gibi problemler gelişebilir.

Kistik Fibrozis

Kistik fibrozis esas olarak akciğerleri ve sindirim sistemini etkileyen genetik bir hastalıktır. En sık rastlanan şikâyetler tekrarlayan akciğer enfeksiyonları ve aldıkları besinleri yeterince sindiremedikleri için bol miktarda yağlı pis kokulu dışkılama ve yeterli kilo alamamalarıdır. Erken tanı alan kistik fibrozisli hastalar uygun diyet, ilaçlar ve fizyoterapi ile daha sağlıklı ve uzun yaşayabilmektedirler.

7 milyon kişi 'nadir hasta'





Tüberoskleroz, adrenolökodistrofi, fenilketonüri ya da progeria denilince aklınıza ne geliyor? Ülkemizde 7 binden fazla insanı etkileyen bu nadir hastalıkların, çoğu kronik ve hayatı tehdit edici...

Dünyada her sene 28-29 Şubat tarihleri arasında bir dizi etkinlikle gerçekleştirilen Nadir Hastalıklar Günü, ilk defa Avrupa'da 2008 yılında ilan edilmişti. Bugün dünyada seksene yakın ülkenin katıldığı Nadir Hastalıklar Günü, tanı ve tedavi sürecinin zorluklarından kaynaklanan ortak sorunlarından dolayı toplumsal bir sağlık sorunu olan nadir hastalıklara dikkat çekmeyi amaçlayan etkinliklerle ön plana çıkıyor. Ülkemizde 7 binden fazla insanı etkileyen nadir hastalıklara yakalanan insan sayısının gelecek yıllarda artacağı söyleniyor. Nadir hastalıklar, genelde farklı rahatsızlıklarla karıştırılabilir. Nadir hastalıkların %80'i genetik nedenlerden kaynaklanıyor. Kalan kısmın ise ya nedeni bilinmiyor ya da çevresel, yaşamsal etkenler, alerjiler veya viral enfeksiyon hastalıklarının önemli bir rol oynadığı söyleniyor. Nadir hastalıklar, genelde kronik olarak seyredirler ve birçoğunun belirtileri doğumda ya da çocukluk döneminde gözlenir. Erişkinlik döneminde görülen nadir hastalıklar da mevcuttur.

Adrenolökodistrofi

Adrenolökodistrofi, 25 binde bir görülen, X genine bağlı, adrenolökodistrofi proteininin eksikliğinden kaynaklanan bir hastalıktır. Bu protein eksikliği, vücutta yağ asidi birikmesine neden olduğu için merkezi sinir sistemi başta olmak üzere sinir sistemi ve organlara zarar verir. Hastalığı yaşayan erkekler yaşamları boyunca çocuk sahibi olamazlar. Genetik bozukluk nedeniyle ortaya çıkan hastalığın belirtilerini ise şöyle sıralayabiliriz: Zayıflama, yutkunmada zorluk, yürüyememek, zihin yitimi, işitme

zoukluğu, saç dökülmesi, ağız, burun ve gözün değişime uğraması, kas erimesi.

Konjenital Adrenal Hiperplazi

Böbrek üstü bezlerinde kortizol ve aldosteron adı verilen bazı hormonların yapımının etkilendiği bu hastalığın sıklığı 14 binde birdir. Hastalık, yenidoğan döneminde yaşamı tehdit edebilen ağır sıvı ve tuz kayıpları ile seyredebileceği gibi, daha hafif formlarında dışilerin dış genital organlarında erkek yönünde farklılaşmaya neden olur. Yaşam boyu hormon tedavisi gerektiren bu hastalıkta tedavinin doğum öncesi dönemde başlaması; dışilerdeki genital anomalilerin önlenmesi açısından çok önemlidir. Etkilenmiş bir çocuğu olan ailelerde hastalığın tekrarlama riski % 25'tir. Moleküler genetik çalışmalar tamamlanmış olan ailelerde doğum öncesi tanı uygulanabilir.

Rett Sendromu

Genelde kız çocuklarında görülen nörolojik bir rahatsızlıktır. Otizm ve beyin felci gibi teşhisi zordur. Bu sendroma yakalanan çocuklar 6-18 aylık olana kadar normal veya normale yakın bir gelişim gösterirler. Bu süreden sonra çocuk gerilemeye başlar. Ardından denge bozukluğu ve yürümede bozulmalar başlar. Çocuk, konuşma yeteneğini ve el becerilerini kaybeder. Hastanın, sürekli nörolojik olarak izlenmesi gerekir. Alınacak önlemlerle yetişkin yaşlara kadar hayatta kalabilir. Ayrıca özel eğitimlerle davranışlarındaki gerileme önenebilir.



Tüberoskleroz

Tüberoskleroz kompleksinde (TSK) beyinde, böbrekler, kalp, gözler, akciğerler gibi hayatı organlarda ve deride iyi huylu tümörlerin (hamartom) oluşmasına neden olan lezyonlar ve nöbetlerle seyreden genetik bir hastalıktır. 6 binde bir görülür, genetik hastalık olarak bilinir.

Kapiller Kaçış Sendromu

Kanın koyulaşması, tansiyon düşmesi, vücutta ödem oluşması ve düşük tansiyonla belirti veren kapiller kaçış sendromu, damarlardan protein, mineral ve suyun sızması olarak tanımlanır. Kesin tedavisi olmayan hastalığın tedavisinde kortizonlu ilaçlar kullanılır.

Fenilketonüri

Fenilketonüri hastalığı, fenilalanin hidrosilaz enziminin tam ya da tama yakın eksikliği sonucu gelişen kalıtsal bir hastalıktır. Görülme sıklığı Amerika ve Avrupa'da 10 bin ila 30 binde bir iken ülkemizde 4 bin 500'de birdir. Fenilalaninden kısıtlı özel diyet ile tedavi edilebilen hastalık eğer diyetle sıkı sıkıya uyulmazsa zihinsel ve gelişimsel bozukluklara neden olabilir. Bu yüzden hasta ve ailesinin diyeti iyi bilmesi gerekir.

Progeria

Biz bu hastalığı 'erken yaşlanma' olarak biliyoruz. Özellikle çocuklarda görülen hastalığın teşhisi klasik muayene sonrasında kolayca konulabilir. 8 milyonda bir görülen bu nadir hastalık, gelişim bozukluğuna neden olur. Bir süre sonra hastaların saçları dökülür, kafasındaki damarlar belirginleşir, burnu küçülür ve farklılaşır. Erken yaşlanma hastalığına yakalananların yüz tipi genelde ayırdır ve görür görmez fark edilebilir. Hastalığın tedavisi için dışarıdan verilen büyüme hormonu ise maalesef işe yaramaz.

Osteogenezis İmperfekta

Halk arasında cam kemik hastalığı olarak bilinen osteogenezis imperfekta, kemiklerin bir cam gibi kolay ve sık kırılmasıyla kendini gösteren bir hastalıktır. Hastalıkla birlikte diş ve işitme bozuklukları da görülür. Cam kemik hastalığı ailevi geçiş gösterdiği gibi, anne ve babanın genetik yapısı normal olduğu halde anne rahminde iken oluşan mutasyonlar sonucu bebekte hastalığa sebebiyet verebilir.

Hastalığın tedavisinde gen tedavisi ve büyüme hormonu ile ilgili çalışmalar sürüyor. Ayrıca kırık sıklığını azaltmak için osteoporoz tedavisinde de kullanılan bifosfonatlar da yardımcı tedavi olarak kullanılır.



BİR ORTAÇAĞ MASALI PRAG

AYSEL YAŞA YILMAZ

Bohemya'nın kasvetli ama bir o kadar da büyüleyici şehri, Kafka'nın da yaşamını geçirdiği Prag'da gezerken bir Ortaçağ masalının satırlarına denk geliyorsunuz.





Bazı şehirlerin yazarları vardır. İsimleri onsuз anılmaz. Prag için de Kafka'dır bu yazar. Çek Cumhuriyeti'nin başkenti Prag, dünyaca ünlü yazar Kafka'nın ayak izlerini takip edebileceğiniz büyüleyici bir şehir. Sırt çantamızı takıyoruz ve Orta Avrupa'nın kalbine, Prag'a doğru yola çıkıyoruz. Prag genelde Türkiye'den Orta Avrupa turuyla gidenlerin tercih ettiği bir ülke. Viyana, Prag, Budapeşte rotasını çizerek geziyorum ben de. Fakat Prag'da kalmak, ona daha fazla zaman ayırmak önemli. Heykelleri, kaleleri, müzeleri, meydanları ve Vltava Nehri ile tam bir Ortaçağ şehri Prag. Eğer Avrupa'yı gezdiyseniz, bu şehir de mutlaka görmeniz gerekir. Son yıllarda dünyada da romantik şehir olarak anılıyor. Eski ve yeni olarak ikiye ayrılan kentte, masal şehri gibi, büyüleyici, Kafka'nın memleketi cümlelerinden sıyrılıp, kendimi Prag Kalesi'ne atıyorum. İlk önce şehre şöyle bir kuş bakışı bakmak gerek! Dünyanın en büyük kalesi olan Prag Kalesi, şimdilerde Çek Cumhuriyeti Devlet Başkanlığı Sarayı olarak kullanılıyor. Burada, askerlerin nöbet değişimi izlenmeye değer.

BOHEM KÜLTÜRÜ SOKAKLARDA

Prag'da beni en çok etkileyen kükük tarzda yapılan kiliseler. Prag benim için sivrilik

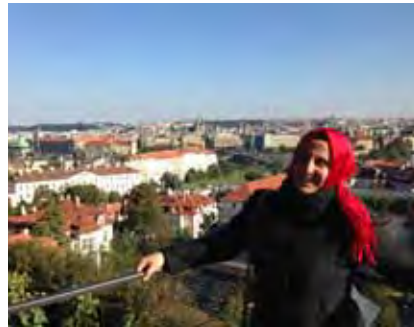
demek. Uçlarda yaşayan bir ülke. Halkı da öyle. Tam Avrupa da değil, kasvetli, eski bir şehir. Avrupa'nın en fazla turist alan başkentlerinden biri. Bu tanıtımda şüphesiz Kafka'nın payı büyük. Prag'ı mükemmel yansıtan Kafka'nın mürekkep izini takip eden niceleri, Charles Köprüsü'nün hemen dibindeki Kafka Müzesi'ne gidiyor, biraz soluklanıp, birkaç cümle not ediyor defterine. Şehirde birden fazla Kafka Müzesi var, doğrusunu bulamazsanız eğer turist kandırmacasının tam ortasına düşmüşsünüz demektir. Bohemya kralları Prag'ı kurarken şehrin ruhunu da o bohem kültürünü de sokaklara serpiştirmişler. Gezi boyunca emin olduğum tek gerçek bu. Kaleden aşağıya doğru salındığınızda dünyanın en dar sokağından geçerek Charles Köprüsü'ne ulaşabilirsiniz. Bu arada yoldan geçerken John Lennon Duvarı'na da mutlaka uğrayın. Prag'ın ünlü duvarlarından biri bu. The Beatles grubunun üyesi John Lennon'ın 1980 yılında vurulmasının ve hayatını kaybetmesinin ardından, o günden beri Lennon'ın anısına graffiti ve şiiirlerle donatılan bu duvar, barışın simgesi sayılıyor.

ASTRONOMİK SAATİN GÖRÜCÜSÜ ÇOK

Sokakları karanlık, kuleleri sivri Prag'da Saint Vitus Katedrali de mimarisiyile

dikkat çekiyor. İçerisindeki vitraylar ışığın yansımalarını en iyi şekilde aktarıyorlar. Charles Köprüsü üzerinden eski şehre yürürken köprüler şehri Prag'ı da, Vltava Nehri'ni de yakından görüyorsunuz. Köprüden geçip de astronomik saate, tam saat başında vardysanız devasa bir kalabalık görürsünüz. Herkes saniyeler sonra, bugüne dek yapılmış en eski ve ayrıntılı astronomik saatin çalışmasını izlemeye hazır. Derken saat başı geldiğinde saat üzerindeki ölüm figürü bir çan çalar ve 12 Havari yukarıda belirir. Saatin üzerindeki her bir figürün farklı anlamları var. Elinde müzik aleti olan gece hayatını, altın torbası olan cimriliği, ayna olan ise kendini beğenmişliği temsil ediyor. Hanuş Usta, ayrıca insanoğluna adil olmayı, bilim ve astronomide güçlenmeyi, edebiyatta iyi olmayı da yine saat üzerindeki farklı figürlerle tavsiye ediyor. Prag'da kaldığınız sürece gün içerisinde bir çok kez tanık olacağınız bu performansın yakalanacak çok fazla detayı var. 600 küsur yaşındaki bu saatin akrep ve yelkovanı yok. Ustasının hikayesi ise çok dramatik. Rivayet odur ki saati yapan Hanuş Usta, çok beğenilen astronomik saatinin aynısını yap diyenlere itiraz eder. Ama bu teklifleri duyan kral, ustanın gözlerine mil çektirir. Hanuş Usta'nın kraldan intikamı ise acı





olur. Kendini saatin mekanizma boşluğuna atarak intihar eden usta, saatin de mekanizmasını bozar.

Saat Kulesi'nden Charles Köprüsü'ne geri yürüdüğünüzde Torture yani İşkence Müzesi'ni gezebilirsiniz. Müzede, Orta Çağ'dan kalma ilginç işkence ve öldürme tekniklerinin yanı sıra işkence için üretilmiş özel aletler sergileniyor. Bunun yanı sıra Komünizm Müzesi ve eski Yahudi mahallesi Josefov gezilebilecek yerler arasında. Ayrıca eski şehir meydanındaysanız alışveriş için Helesovice Pazarı'na uğrayabilirsiniz. Açık pazar şeklinde kurulan Helesovice'de renkli kuklalar, binbir çeşit hediyelik eşya ve sebze meyve bulabilirsiniz. Ayrıca Mala Strana'ya inerek Saint Nicolas Kilisesi'ni ziyaret edebilirsiniz. Özellikle akşam saatlerinde Charles Köprüsü'nün manzarası büyüleyici oluyor. Ayrıca meydanda bulunan kafeler bir kahve molası için oldukça cazibedici.

ŞIFALI SU PORSELEN KUPALARDA İÇİLİYOR

Prag'a gitmişken şifa niyetine bir yolculuk yapmak isteyenler Karlovy Vary'i kaçırmamalı. Zamanında Freud, Atatürk, Mozart ve daha nicelerinin ziyaret ettiği bu şehir kaplıcaları ve yer altından kaynayan şifalı sularıyla biliniyor. Bohemya kralı IV. Karl tarafından 1350

yılında kurulan kaplıcaların bulunuşu bir tesadüfe dayanıyor. Ormanda ava çıkan IV. Karl, tam bir geyiği avlamak üzereyken, geyik kendini uçurumdan aşağıdaki sıcak su kaynağına atmış. Böylece kaplıcalar keşfedilmiş, buraya da Karl'ın Banyosu anlamına gelen Carlsbad adı verilmiş. Teplá Nehri'nin 70 derecenin üstüne çıkan ve mineral açısından zengin kaplıca suları özellikle mide ve metabolizma rahatsızlıklarına iyi geliyor. On iki farklı içmenin bulunduğu Karlovy Vary'de buraya özgü porselen kupalarla içiliyor şifalı sular. Çeşmelerden su içmenin en kabul gören bu biçiminde su yudum yudum içiliyor. Etkili bir kür için suyun belli bir çeşmeden, azar azar içilmesi ve yavaş yavaş yürüyerek sindirilmesi gerekiyor. Bu yüzden kent

Şehirde birden fazla Kafka Müzesi var, doğrusunu bulamazsanız eğer turist kandırmacasının tam ortasına düşmüşsünüz demektir.

her yerinde elinde kupalarla ağır ağır yürüyen insanları görebilirsiniz. Çoğunlukla Rusların geldiği bu kentte, suyun metalik bir tadı var. Alışkın olmayanlar için içilmesi zor bu suya girmek isteyenler için termal oteller bulunuyor. Fiyatlar Prag'a göre daha uygun.

DİLENCİLER...

Prag'da sokakları turlarken ilginç bir detay takılıyor gözüme. Tarihi şehir meydanında yüzlerini yere eğmiş, diz çökmüş dilenen insanlar... Neden böyle dileniyorlar diye sorduğumuzda aldığımız cevap enteresan: Prag'da dilencilik yapmak için önce yetkili makamlardan sertifika almak gerekiyor. Bu sertifikayı alırken dizleri üzerine çökmüş ve başları neredeyse yere değecek şekilde çalışmak zorunda olduklarını biliyor dilenciler. Bunun mecbur tutulmasının nedeni ise dilencilik onur kırıcı bir meslek olarak gösterip heveslileri bu işten soğutmak. Bir diğer neden ise rencide olmak istemeyen dilencilere yüzlerini saklama imkanı sunmak.



LYS şampiyonları Medipol'ü seçti

2016 Lisans Yerleştirme Sınavı sonuçlarına göre MF3 puan türünde Türkiye birincisi olan İbrahim Ethem Hamamcı ile MF1 ve MF4'te Türkiye ikincisi, MF3'te ise Türkiye dördüncüsü olan Ömer Faruk Sevim üniversite eğitimi için Medipol'ü tercih etti. Şampiyon öğrenciler, ilk yılı İngilizce hazırlık olmak üzere 7 yıllık tıp eğitimlerini; güçlü akademik kadrosu ve modern uygulama hastanelerinin yanı sıra Avrupa'nın en ileri düzey laboratuvarlarına sahip altyapısıyla göz dolduran Medipol Üniversitesi Uluslararası Tıp Fakültesi'nde tamamlayacak. Türkiye birincisi ve ikincisinin yanı sıra Türkiye 73'üncüsü Muhammet Musab Güzel, Türkiye 113'üncüsü Muhammet Talha Gündüz ve TM3'te Türkiye 103'üncüsü, MF3'te ise Türkiye 529'uncusu olan Güldeste Bekâr da Medipol'de tıp okuyacak. Şampiyon öğrenciler için düzenlenen basın toplantısında Medipol Üniversitesi Rektörü Prof. Dr. Sabahattin Aydın, Rektör Yardımcısı Prof. Dr. Ömer Ceran, Uluslararası Tıp Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Gürkan Öztürk, öğrenciler ve aileleri katıldı. Öğrenciler ve aileleri kadar kendileri için de heyecanlı bir süreci geride bıraktıklarını ifade eden Rektör Aydın, üniversiteler olarak sadece öğrenci kontenjanlarını doldurmayı değil en iyi öğrenciyi talip olup onları en başarılı insanlar olarak yetiştirmeyi arzu ettiklerini söyledi. Türkiye'de ilk 500'ün içine giren

öğrencilerle buluşmayı hedeflediklerini dile getiren Prof. Aydın, ilk 500'de iletişim, eğitim ve tıp fakültelerinden öğrencilerinin olduğunu belirtti. Aydın "Şampiyon öğrencileri üniversitemize kabul etmek bizim için büyük bir gurur. Üniversitemiz 6 yaşında ve bu yıl ilk defa tıp fakültesi mezunlarını verdi. İlk mezununu verdiği yılda fakültemize Türkiye birincisini kabul ediyor olmak bizler için onur verici. 150

programla eğitim veren bir üniversiteyiz. Ülkemiz bilhassa sağlık alanında oldukça iyi bir düzeyde. Avrupa ülkeleri içinde tıp eğitiminde oldukça iddialıyız. Medipol Üniversitesi olarak araştırmacı doktor yetiştirmeyi kendimize hedef olarak belirledik. Bu konuda da ciddi yatırımlar yapıyoruz. Birlikte hem öğrencilerimizi yarınlarına hazırlayacağız, hem de ülkenin yarınlarını birlikte inşa edeceğiz" dedi.

Fotoğraf yarışmasının kazananları belli oldu

Bu yıl dördüncüsü düzenlenen Medipol Üniversitesi Fotoğraf Yarışması'nın sonuçları açıklandı. Yarışmada Efe Er 'Oyun' isimli eseriyle birinci, İbrahim Kağan Dalkıran 'Talihli Heykel' isimli eseriyle ikinci, Deniz Kalaycı 'Torun' isimli eseriyle üçüncü olurken, Demet İnci ise 'İki Dünya' isimli eseriyle mansiyon ödülünün sahibi oldu. Güzel Sanatlar Tasarım ve Mimarlık Fakültesi'nin düzenlediği yarışmaya İstanbul geneli tüm lise ve üniversite öğrencileri ile Türkiye geneli güzel sanatlar lisesi öğrencileri katıldı. Birinciye 2000, ikinciye 1500, üçüncüye 1000 TL para ödülünün verildiği yarışmada ayrıca 48 eser sergilenmeye değer görüldü.





Tıp, hukuk ve genetik üzerine...

Medipol Üniversitesi BioHukuk Uygulama ve Araştırma Merkezi'nin Ayvıcak Belediyesi ile ortaklaşa düzenlediği Yaz Dinlencesi Akademik Sohbetleri'nin beşincisi 8-10 Eylül 2016 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Çanakkale'nin Ayvıcak ilçesine bağlı Bektaş Köyü Sivrice Koyu'nda gerçekleştirilen toplantının ev sahipliğini hukuk fakültesi öğretim üyesi Prof. Dr. Yücel Sayman yaptı. Toplantıya Ayvıcak Belediye Başkanı Mehmet Ünal Şahin, öğretim üyeleri, araştırmacılar ve öğrenciler katıldı. Açılış konuşmasını yapan belediye başkanı Şahin, son yıllarda Ayvıcak'ta gerçekleşen yatırımları ve kentin ihtiyaç duyduğu konuları dile getirdi. Toplantıda ilk gün Medipol Üniversitesi Uluslararası Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Tanguil Müdok, Hukuk Fakültesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Fulya İlçin Gönenç, Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi

Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Artuk Ardiçoğlu, Avukat Dr. Ender Özeke; ikinci gün Queen Mary University of London'da görev yapan Prof. Dr. Willam Spence, Medipol Üniversitesi Uluslararası Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Esra Çağavi, Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Bilal Ersen Kerman; son gün ise Queen Mary University of London'da görev yapan Prof. Dr. Penny Green, Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Müdürü Prof. Dr. Mustafa Keskin ve Marmara Üniversitesi'nde görev yapan Prof. Dr. Tunç Akkoç sunumlar yaptı. Tıp, hukuk ve genetik bilimlerinden akademisyen ve araştırmacıların ağırlıkta olduğu toplantıda dünya üzerinde doğal olanın ve olmayanın ne olduğuna dair bilimsel değerlendirmelerde bulunuldu, tebliğlerden sonra uzun tartışmalar yapıldı.



'Biz insan mıyız?'

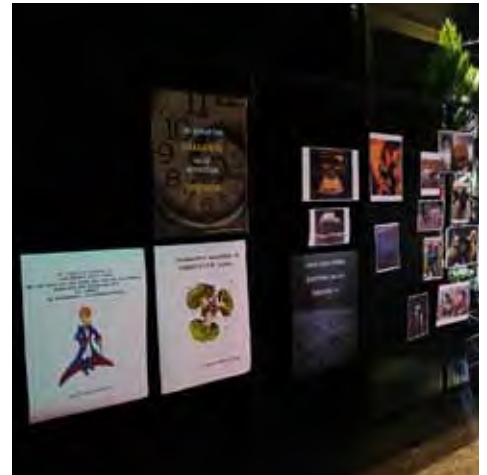
İKSV'nin düzenlediği 3. İstanbul Tasarım Bienali'ne katılan Medipol Üniversitesi Güzel Sanatlar Tasarım ve Mimarlık Fakültesi öğretim üyeleri ve öğrencileri, 'Biz insan mıyız?' başlığı ile var olmanın anlamını sorguluyor. "Türümüzün Tasarımı: 2 saniye, 2 gün, 2 yıl, 200 yıl, 200.000 yıl" temalı Bienal kapsamında hocalarımız ve öğrenciler, Ahmet Mithat Efendi Kültür Merkezi'nde bir ay sürecek kapsamlı bir proje gerçekleştiriyor. Beykoz Belediyesi'nin katkıları ile düzenlenen proje, 'var olmanın anlamı' başlığını taşıyor. Yrd. Doç. Dr. Aysun Ferrah Güner'in koordinatör, Yrd. Doç. Dr. Pelin Karaçar, Yrd. Doç. Dr. Nazende Yılmaz, Arş. Gör. Gülis Sevgi Kabasoğlu, sanatçı Gürol Sözen, mimarlık tarihçisi Mine Çağlar ve iç mimar Işık Fidan'ın da yürütücü olduğu proje kapsamında binlerce yıldan beri süregelen uygarlıklar ve yaşanılan çağın ikilemi; edebiyat, resim, heykel ve müzik öğeleri ile yorumlanıyor. Proje, var olmanın anlamını; güzellik ve yok etme, savaş ve barış, özgürlük ve doğa, korku ve umut, gülümseme ve ciddiyet, hayvanlar ve insanlar, renk ve renksizlik, vahşi yapılaşma ve barınma, geçmiş ve gelecek gibi kavramlarla yorumlamayı amaçlıyor.

Erol Başar Medipol'de!

Elektrofizyoloji alanında "Uyarılmış EEG Beyin Dalgaları Teorisi" ile yazdığı kitaplar ve yaptığı araştırmalarla dünyada beyin osilasyonları alanında öncülerden biri olarak kabul edilen Prof. Dr. Erol Başar, 28 Ekim'den itibaren Medipol Üniversitesi'nde ders verecek. Türkiye'de ilk biyofizik kürsüsünü kuran kişi olan Prof. Başar, 5 hafta boyunca yeni kitabı 'Bellek' üzerinden ders işleyecek. Dersler cuma günleri saat 14.00-15.30 saatleri arasında Kavacık Kampüsü'nde yer alan REMER Konferans Salonu'nda yapılacak. Derslere konuya ilgili duyan herkes katılabiliyor. Derslerin içeriği ile ilgili açıklama yapan Prof. Başar, "Bellek araştırmalarında



sıklıkla kullanılan Engram kavramını bütün beyinde yayılmış 'Macro-Engram' kavramına değiştirmeye çalışıyoruz. Bu konuda önemli bellek araştırmacıları A. Luria ve J. Fuster'in önemli önerileri vardır. Bu konuda büyük olasılıkla ilk nörofizyolojik ölçüm ve matematiksel değerlendirme yapmış oluyoruz" diye konuştu.





Akademik yıla ortak açılış

Medipol Üniversitesi Rektörü Prof. Dr. Sabahattin Aydın ve beraberindeki dekanlar, Cumhurbaşkanı Recep Tayyip Erdoğan'ın katılımıyla Beştepe'deki Cumhurbaşkanlığı Külliyesi'nde gerçekleştirilen 2016-2017 Yükseköğretim Akademik Yılı Açılış Töreni'nde Medipol'ü temsil ettiler. Medipol Üniversitesi Rektörü Prof. Dr. Sabahattin Aydın'ın yanı sıra Hukuk Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Mehmet Akif Aydın, Uluslararası Tıp Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Gürkan Öztürk, Eczacılık Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Şeref Demiryak, İşletme ve Yönetim Bilimleri Fakültesi Dekan V. Doç. Dr. Nihat Alayoğlu ve İletişim Fakültesi Dekan Yardımcısı Doç. Dr. Ali Büyükaslan ile öğrenci temsilcileri Cumhurbaşkanı Recep Tayyip Erdoğan'ın da katılımıyla Beştepe Cumhurbaşkanlığı Külliyesi'nde gerçekleştirilen 2016-2017 Yükseköğretim Akademik Yılı Açılış Töreni'ne katıldı. Törende tüm üniversitelerden rektörlerin yanı sıra akademisyen ve öğrenciler de yer aldı. Bu yıl ilki yapılan ortak akademik yıl açılış töreninin her sene ekim ayında düzenlenerek geleneksel hale getirilmesinin planlandığı belirtildi.

Milli ilaç hayal değil

4. Uluslararası İlaç Geliştirme Kongresi'ne katılan Medipol Üniversitesi Uluslararası Tıp Fakültesi öğretim üyesi Yrd. Doç. Dr. Mustafa Güzel; öğretim görevlisi Dr. Mehmet Hikmet Üçışık'ın yürütücüsü, kendisinin de araştırmacı olduğu şark çıbanı hastalığına karşı geliştirilecek ilaç projesini anlattı. Son yıllarda Suriye'den ve Orta Doğu'dan gelen göç dalgasının ardından şark çıbanı vakalarında artış yaşandığını ifade eden Dr. Güzel, yetim hastalıklara ait yeni ve özgün ilaç geliştirme çalışmalarının hızlandırılması gerektiğini belirtti. Bahçeşehir Üniversitesi (BAU) tarafından düzenlenen kongrede Türkiye Gazetesi'nden Ziyneti Kocabıyık'ın sorularını yanıtlayan Dr. Güzel,



milli ilaç üretiminin hayal olmadığını savundu. Türkiye'de bu konuda çalışma yapabilecek bilim insanlarının olduğunun altını çizen Güzel, devlet-özel sektör işbirliğiyle patenti Türkiye'ye ait olan bir ilaç geliştirilebileceğini vurguladı. Dr. Güzel Türkiye'nin bölgesinde lider konumunda yer aldığını, ilaç sektöründe Ortadoğu pazarına açılacağını kaydetti.

Kafa travmaları tedavisinde öncü adım

Medipol Üniversitesi Bilişsel Rehabilitasyon Yüksek Lisans Programı, Eylül ayında ilk öğrencilerini kabul etti. Yetiştirilecek uzmanlar, kafa travması geçirmiş kişilere tedavi, terapi ve eğitim hizmeti verecek. Toplumda, her gün yaşanan şiddet olaylarının bir kısmının kaynağında genetik özellikler ve çevresel şartların yanında “kafa travmaları” dikkat çekiyor. Yapılan araştırmalar, suçla karşılaşan insanların % 31’inin son 5 yıl içinde kafa travması yaşayan insanlar olduklarını ortaya koyuyor. Benzer bir oran çocuk ve ergen suçlular arasında da mevcut. Günümüzde İngiltere başta olmak üzere Avrupa’nın pek çok ülkesinde ve ABD’de kafa travması yaşayan hastalara bütüncül bir yaklaşımla (tedavi, terapi, eğitim) hizmet veren merkezler bulunuyor. Ülkemizde ise bu alanda büyük bir boşluk var. Zira bu alanda uygulama yapacak ya da uzman yetiştirecek hiç bir merkez ve bir eğitim müfredatı bulunmuyor. Medipol Üniversitesi Hastanesi bünyesinde açılan “Bilişsel Rehabilitasyon Polikliniği” tam da bu ihtiyaca cevap veriyor. Poliklinik, ayrıca konu hakkında bilimsel araştırmalar yapmayı da amaçlıyor ve bunun için Rejeneratif ve Restoratif Tıp Araştırmaları Merkezi (REMER)’in alt



ünitesi olarak faaliyet gösteren klinik, araştırma noktasında “Nöropsikoloji Laboratuvarı” ve “Klinik Elektrofizyoloji ve Nöromodülasyon Laboratuvarı”ndan destek alıyor. Bilişsel Rehabilitasyon Polikliniğine başvuran hasta önce nöropsikometrik testler ve uzman muayeneleriyle hasarlı zihinsel işlevlerinin belirlenmesi ve rehabilitasyon sürecinin planlanması için değerlendiriliyor. Ardından uzman eşliğinde haftalık ya da daha sık seanslar halinde ihtiyacı olan rehabilitasyon programına alınıyor. Aile ile de görüşülerek hastanın evde yapacağı egzersizler ve ödevler programa ekleniyor. Hastanın ihtiyacına göre bilgisayarlı egzersiz programları, ilaç ve psikoterapi programları ya da transkranyal uyum (TMS), direkt kranyal uyum (dCS) gibi nöromodülasyon teknikleri de uygulanıyor.



Japon tasarımcı Medipol’de ders verecek

Yaptığı çalışmalarla birçok ülkede tanınan Japon tasarımcı Oki Kasajima, bu yıl Medipol Üniversitesi’nde ders verecek. Çalışmaları ile birçok ülkede tanınan Japon tasarımcı Oki Kasajima öğrencilerin ‘Tasarım Stüdyosu’ isimli derslerine girecek. Yrd. Doç. Dr. Yasemin Soylu’nun koordine edeceği derste öğrenciler ‘Mutlu Ses Objesi’

adıyla da bir proje gerçekleştirecek. Japon tasarımcı bu yıl öğrencilere çok kültürlü bir tasarım ortamı oluşturarak, kültürel değerlerine bağlı bir ülke olan Japonya’nın nasıl global düzeyde tasarımlar çıkarabildiğini anlatacak. Oki Kasajima eğitimini İngiltere’de tamamladıktan sonra ürün tasarımı çalışmalarını İstanbul-Tokyo arasında devam ettiriyor.



Kavacık Güney Kampüs’te eğitim başladı

Medipol Üniversitesi Kavacık Güney Kampüsü’nde 2016-2017 akademik yılı başladı. Öğrenciler yeni kampüsteki ilk dersler için amfileri doldurdu. Bundan sonra Haliç ve Kavacık Kuzey Kampüsü’nün ardından Kavacık Güney Kampüsü’nde de eğitim verilecek. Güney Kampüs geniş, ferah lobileri ve akıllı derslikleri ile dikkat çekiyor. Yeni kampüse ulaşım, yaya ya da Kuzey Kampüs’ten sıklıkla kalkan ücretsiz ring servislerle sağlanıyor.

TÜBA’dan Bilal Ersen Kerman’a ödül

Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Bilal Ersen Kerman’ın tıp alanında sinir hücrelerine destek olan miyelin kılıfının gelişimini incelediği projesi Türkiye Bilimler Akademisi (TÜBA) Genç Bilim İnsanı Ödüllendirme Programı (GEBİP) Ödülü’nü almaya hak kazandı. 3 yıl süreli mali desteği de içeren ödül, Cumhurbaşkanlığı himayesinde Ankara’da düzenlenecek törenle takdim edilecek. Doğa, mühendislik, sağlık ve sosyal bilimler alanında 105 başvuru arasından 31 bilim insanının arasına girmeyi başaran Dr. Ersen, bu yıl TÜBA-GEBİP’te sağlık bilimleri alanında ödül alan 2 araştırmacıdan da birisi oldu. Dr. Ersen’in çalışması multipl skleroz; halk arasında MS olarak da bilinen miyelin hastalıklarının daha iyi anlaşılmasına ve yeni tedavi yöntemlerinin geliştirilmesine ışık tutacak. TÜBA-GEBİP Ödülleri, üstün nitelikli bilimsel çalışmalarını öne çıkan ve Türkiye’de çalışan genç bilim insanlarını, araştırmalarını ve kendi araştırma gruplarını geliştirmede desteklemek ve genç bilim insanlarını üstün başarılı araştırmalarını Türkiye’de gerçekleştirmeye özendirme amacıyla her yıl veriliyor.



RHEUMATOLOGY



Started from dryness and misinterpreted as rheumatism

Sjogren's syndrome (SS) is a chronic inflammatory disease that is characterized by the lymphocytic infiltration of the exocrine glands. Consequently, the amount and quality of saliva and tear secretions is reduced. It was first described in 1933 by a Swedish eye specialist (ophthalmologist) called Henrik Sjogren. Distinguishing features of the disease are dry eyes and mouth, tiredness and aching joints. Moreover, it can also affect other organs including kidneys, intestinal system, blood vessels, lungs, liver, pancreas and nervous system. Furthermore, an increased risk of lymph cancer has been observed in patients with Sjogren's syndrome. Nowadays, it has been thought that there are 3-4 millions of patients with Sjogren's syndrome in Turkey. It occurs 9 times more in women than in males. Generally, it can occur in any age; however, people more often first start noticing symptoms when they are in their 40s and 50s.

Such secondary connective tissue diseases as rheumatoid arthritis, systemic lupus erythematosus or scleroderma are observed in the half of patients. There may be remission and exacerbation of the disease. Some patients experience clinical course of silent disease, others have the pain prevailed in all systems. The serious complications may be prevented and quality of patient's life may be increased with early diagnosis and suitable treatment.

ORTHOPEDICS AND TRAUMATOLOGY

Are you ready for winter sports?

Generally, when one thinks of winter sports, skiing comes to mind. Especially with increased sports facilities and cheap transportation, the interest towards the sport and the number of sportsmen has been



increasing. Although there are improvements in terms of safety in the sportive equipment and the number of trainers is increased, the injury rates are too high to be underestimated. Regardless of the fact that injuries generally occur during the adaptation period, they also occur in professional sportsmen. Generally injuries occur in the knee areas because ski boots are covered the upper portion of the ankle and they provide the control with the knee. For instance, injuries occur in the anterior cruciate ligament and knee lateral ligament. In addition to these kinds of injuries, extremity fractures and head trauma may be observed. In order to prevent sports injuries related to the skiing, first of all, getting the right skiing training is the must. In this way, by learning simple maneuvers, it is possible to prevent injuries occurred during the learning process. When it comes to the advanced sportsmen, defeating self-confidence and speedy passion and using the right equipment is the must. Especially, as experience grows, the rate of baton usage is decreased. Hence, sportsmen who do not use the batons experience more injuries than those who do not.

PERIODONTOLOGY



Beware of bleeding gums!

Periodontal diseases are inflammatory diseases which affect gums and other tissues that support teeth. Periodontal diseases are responsible for seventy percent of all adult tooth losses. On the other hand, these diseases can be easily and successfully treated when patients are diagnosed at an early stage of the disease.

Prevention and treatment of gum diseases gives other advantages to the patients such as preserving the natural teeth, more comfortable chewing and better digestion. Periodontal diseases start with the gum inflammation (gingivitis). That means that gingivitis is the early period of periodontal disease. During this period, your gums are bleeding and red and their volume is increased. The early period of the disease may not cause so much discomfort.

There are many symptoms of gum diseases such as bleeding gums during brushing the teeth, red, swelled and sensitive gums, easily separated and receded from teeth gums, inflammation between teeth and gums, swinging teeth or gradually moving away from each others (space or gap occurred between two teeth or gaps between teeth that are increasing), change in the biting surfaces of the lower and upper teeth, change in fitting of partial dentures, deterioration, and bad mouth odor.

MEDICAL ONCOLOGY



Vaccine support in war with cancer

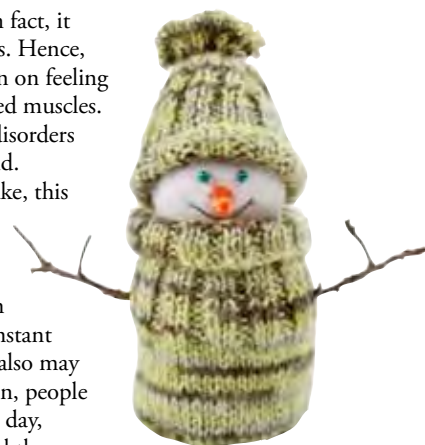
Cancer vaccine therapy has recently become on the agenda. Immunotherapy, which is used after surgical treatment, chemotherapy and radiotherapy, can stop or slow down the development of cancer cells, prevent development of metastases or stimulate the immune system to destroy cancer cells. Vaccine therapy can be used before or after the surgical intervention and before, after or during the chemotherapy and radiotherapy. In case of prevalence of a large tumor and not knowing a tumor antigen, using vaccination alone is not possible. Hence, it will be more effective if vaccine therapy is performed together with radiotherapy and chemotherapy. While some medicines of vaccine are specially prepared for a certain person, other vaccines are used ready medicines. For instance, Sipuleucel-T immunotherapy, which has been used for advanced prostate cancer since 2010, is specially prepared and applied for a certain person. For this reason, a patient must go to the Center in which there are such special laboratories where this kind of vaccination can be done.

ENDOCRINOLOGY AND METABOLIC DISEASES

There are reasons if you feel cold

Most of the time, feeling cold occurs when it is exposed to a cold environment or as the chillness feeling symptom which can occur in conjunction with a fever caused by infection; however, apart from this, there are some people who feel cold all the time. It should be pointed out that muscles play quite important role in heat production of body temperature. 20-30 % of heat production of the body, while in rest, is produced by the muscles. The energy generated from muscle contraction contributes to the body heat. Therefore, women feel the cold all the time more often than men because generally, women's muscles are less developed than those of men. Contrary to

common knowledge, fatty tissue does not contribute to heat production; in fact, it is effective in preventing heat loss. Hence, obese people constantly complain on feeling cold due to having little developed muscles. In addition, people with eating disorders may also complain on feeling cold. Apart from insufficient food intake, this condition may be related to absorption problems caused by the intestine and stomach. Furthermore, not getting enough minerals and vitamins due to constant diet and one-sided eating habits also may cause feeling cold. For this reason, people who get less than 1200 calories a day, complain more about feeling cold than others.



CARDIOVASCULAR SURGERY



Is it a myth to have a surgery without opening the chest?

All kinds of heart surgeries are successfully performed in Turkey. Development of new technological supports and patient's requests have led surgeons to develop new surgical techniques. Thanks to these new techniques, it is possible to reduce the amount of wounds and increase patient's comfort and satisfaction during the heart surgery. Different techniques are used in heart surgeries which are done through the small incision. The highest level of technique used is the robotic surgery. The size of the scar remained from the robotic heart surgery is very small (2-3 cm). Comparing with traditional surgery, that means less pain, less infection and less need of blood transfusion. Furthermore, thanks to robotic surgery, hospital stay period is reduced. Quicker mobilized patients return to normal daily life activities faster.

PEDIATRIC HEMATOLOGY AND ONCOLOGY



If blood does not stop in the blood vessels...

In order to minimize life-threatening risks, patients with bleeding and coagulation disorders must pay attention during daily activities and stay away from surgical intervention as much as possible. Bleeding disorders can be either inherited (since birth) or develop later (acquired). Prolonged bleeding time, bleeding that causes swelling and pain inside muscles and joints after the trauma or severe and unexpected bleeding can be observed in people with bleeding disorders. The severe bleeding, caries and bruises can be observed in patients with bleeding disorders (children and adolescents) after tooth extraction, small blows or surgical interventions. Giving aspirin or another pain killer to the patient with bleeding disorders will only make bleeding being severe. Tranquilizers, some diabetes medications and some agents included in the cough syrups can trigger symptoms of bleeding disorders.

UROLOGY

Da Vinci knife in prostate cancer

Prostate cancer is currently the most common cancer in men, accounting for 25% of all cancer diagnoses and being the second leading cause of cancer deaths in men, after lung cancer. The risk of developing prostate cancer is 27% of all cancers. Each year approximately 258 thousand of people lose their lives due to prostate cancer. One out of seven men is under the risk of developing prostate cancer and one out of 36 men is under the risk of death due to prostate cancer. If you are diagnosed with

early-stage prostate cancer and receive right treatment, the success rate of treatment is 90%. After patients with early-stage prostate cancer were diagnosed, they undergo surgical treatment. Differently from robotic surgery of other organ cancers, apart from being cured from prostate cancer, surgical treatment of prostate cancer has two important advantages for patient including cure from urinary incontinence and protection of previous sexual functions.



PEDIATRIC NEPHROLOGY



Do not punish - reward

Urination disorder in children results in inability to fully empty the bladder. This condition may affect the life of many families. Symptoms of urination disorders are as follows: urinary incontinence, urine dribbling, frequent urination or urinating less than three times a day, leaking before getting to the toilet, a sudden urge to urinate, intermittent urination, constipation and fecal incontinence. These symptoms may be related to the repeated urinary tract infection. Treatment of urination disorder in children is the team work. A child should never be punished, but rather, should be rewarded until the desired result is attained.

PULMONOLOGY

Your dreams see you

The importance and functions of stages of sleep are still not fully understood. Meanwhile, the conducted scientific researches were revealed very valuable results. The repetition of stages of sleep in a certain sequence and order is very important in fulfillment of physiological role of sleep. For example, you



cannot get mental and psychological benefits that are expected to receive from sleep if you are always in deep sleep. Likewise, being always in “dream” stage will prevent you from experiencing restful sleep. Therefore, sleep is similar to restarting a frozen computer or a computer that works slowly. While you are sleeping your body enters to a completely different maintenance program. Your dreams are a part of this program. So, it can be said that our dreams see us, not the other way around.

RADIOLOGY



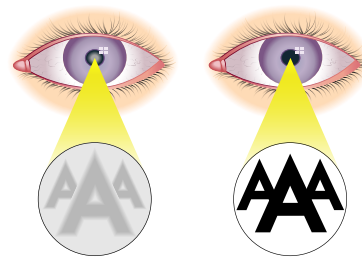
Fear of MRI machines is not without a solution

MRI is an imaging technique which is performed in the close spaces due to which some people with claustrophobia afraid of. Claustrophobics believe that there may be a lack of air in the area to which they are confined. In fact, fear of MRI scans is also learned in the same way as other fears. Like many psychiatric problems, claustrophobia can be developed depending on the trauma experienced during the childhood period. Patients associate a tunnel of MRI machine with a tomb and especially patients with claustrophobia cannot stay in this tunnel during the MRI procedure. Therefore, performing MRI scanning to some patients is almost impossible. Nevertheless, nowadays, a visual reality is used in the tunnel of MRI machine for patients who fear of being enclosed in a small space and people who are bothered with the noise are given headphones to listen to music. On the other hand, if it does not help, mild anesthesia is applied.

OPHTHALMOLOGY

Adjustment of sharpness of your vision

PHACO (Phacoemulsification) is a stitchless cataract surgery method that is performed with laser. The intraocular lens with the lost transparency are melted by means of ultrasonic vibrations and instead, foldable intraocular lens are placed. A special liquid as viscoelastic gel is used during the cataract surgery. This gel provides the safe extraction of the natural lens from other layers of the eye. Viscoelastic gel is for single use only. The surgical treatment of cataract is performed in the operating room and special surgical microscopes are used. Most of the time, this treatment is performed under drop anesthesia, without knife, pain and stitches and patients can go home the same day. The surgical treatment of cataract is not a tiring operation for patients. Patients do not feel any pain because the eye is numbed with the drop anesthesia or with the injection of small amount of medicine.



SUGGESTIONS



Do not be late, stay young

Wrong surgical interventions, creams and unhealthy cosmetics can age your skin. It should be pointed out that what is important is to protect the skin in natural way in order to make you look younger. This could be attained by changing your eating habits and life style. Therefore, we should pay attention to nutrition, have a good sleep, help our body to expel toxins, protect our skin with sun creams, move more, stay away from stress and whatever happens, we should stay in touch with physicians.

Balığın tam zamanı!

Fırında Çupra

Malzemeler

- ▶ 4 adet temizlenmiş çupra
- ▶ 4 yemek kaşığı limon suyu
- ▶ 1 yemek kaşığı kuru kekik
- ▶ Yarım demet maydanoz
- ▶ 2 diş sarımsak
- ▶ 3 adet doğranmış domates
- ▶ 4 yemek kaşığı zeytinyağı
- ▶ 2 adet taze soğan
- ▶ 1 adet limon
- ▶ Üzerine kuru kekik
- ▶ Yeterince karabiber ve tuz

Hazırlanışı

Balıkları ayıklayıp yıkayın daha sonra kurulayın. Tuz, karabiber ve limon suyu ile iyice harmanlayın. Daha sonra yeşillik ve sarımsakları ince bir şekilde kıyın. Doğranmış domatesleri 4 yemek kaşığı zeytinyağı ile karıştırıp balıkların içlerine doldurun. Taze soğanları da ayıklayıp ince halka şeklinde doğrayın. Pişirme kağıdına aldığınız balıkların üzerine doğradığınız yeşillikleri serpiştirin. Fırın tepsisine koyarak 180 derecede ısıtılmış fırında yarım saat pişirin. Limon dilimleri ve kekik ile servis edin.



Somon Balığı Çorbası

Malzemeler

- ▶ 2 parça somon balığı
- ▶ 2 adet havuç
- ▶ 2 adet pırasa
- ▶ Bir adet kereviz
- ▶ 2 adet orta boy patates
- ▶ 2 diş sarımsak
- ▶ Yarım çay bardağı zeytinyağı
- ▶ Bir limonun suyu
- ▶ 10 tane çekilmemiş tane karabiber
- ▶ 2 adet defne yaprağı
- ▶ Bir tutam dereotu (süslemek için)
- ▶ Bir tutam maydanoz
- ▶ Bir çay kaşığı pul biber
- ▶ Tuz
- ▶ Karabiber

Hazırlanışı

Önce balığı ve tane karabiberleri üzerini geçecek şekilde su ekledikten sonra bir tencerede yarım saat kadar haşlayın. Haşlanan balıkları sudan süzüp çıkarın. Balığın suyunu atmıyoruz, çorbada su olarak kullanacak. Kereviz, havuç, pırasa ve patatesi küp küp doğrayın. Daha sonra bu sebzeleri zeytinyağı döktüğünüz tencereye alın. Defne yaprağı, sarımsak ve pul biberi

ekleyerek kavurun. Kavrulan sebzelerin üzerine süzdüğünüz balığın suyunu ekleyin ve kısık ateşte yavaş yavaş kaynamaya bırakın. Süzmüş olduğunuz somonları kılçıklarını ayırarak didikleyin. İyice pişen sebzelerin içine ayıkladığınız balığı ve limon suyunu da ekleyin. Tuz atıktan sonra bir iki taşım kaynatın. Maydanoz ve limonla süsleyerek servis yapabilirsiniz.

Fish& Cips (Balık ve Cips)

Malzemeler

- ▶ Yarım kilo fileto mezgit
- ▶ 1 fincan un
- ▶ Yarım fincan mısır nişastası
- ▶ 2 yumurta sarısı
- ▶ 2 çay kaşığı kabartma tozu
- ▶ 1 çay bardağı soda
- ▶ 4-5 tane patates
- ▶ Tuz, karabiber ve toz kırmızı biber
- ▶ Kızartmak için yağ

Hazırlanışı

İlk olarak balığı iyi temizleyin. Derisini alın ve kalın şeritler halinde kesin. Diğer taraftan unu, mısır unu, yumurta, soda ve kabartma tozunu iyice karıştırın. Hazırladığınız balıkları bu sosa iyice bulayın. Bu arada kızartma yağınızı iyice kızdırın. Şeritler halinde kesilmiş balıkları hazırladığınız sosa batırıp yağda pembeleşinceye kadar kızartın. Patatesleri ise kalın doğradıktan sonra soğuk suda bekletin ve sudan çıkartıp çok iyi kurulayın. Önceden kızdırılmış yağda



altın sarısı oluncaya kadar kızartın. Kızaran patatesleri tuz, karabiber ve toz biberle baharatlayın. Servis tabağının altına balık üstüne patatesleri koyarak servis yapın.