

HADI
GÜLÜMSE...

TATİLDEN KİLO
ALMADAN DÖNÜN

GÖZÜNÜZ
AYDIN!

ARKANIZDA İZ
BIRAKMAYIN

MEDİPOL Sağlıcakla

SAĞLIKLI YAŞAM DERGİSİ, YAZ 2017, SAYI: 9

HASTALIĞIN
KOKUSU
BURNUNUZDA

SİCİLYA
HERŞEYİN
İPUCUDUR

FATİH ERKOÇ

BENİ
ALKIŞLAR
İYİLEŞTİRDİ



İşimiz dış, gücümüz teknoloji

UZMAN AKADEMİK KADRO VE SON TEKNOLOJİ HİZMETİNİZDE...



AĞIZ DİŞ ÇENE CERRAHİSİ | AĞIZ DİŞ ÇENE RADYOLOJİSİ | DİŞ HASTALIKLARI VE TEDAVİSİ
ENDODONTİ | ORTODONTİ | PEDODONTİ | PERIODONTOLOJİ | PROTETİK DİŞ TEDAVİSİ



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

Gözünüz aydın!



Sağlıcakla Dergisi'nin sayın okuyucuları;

Ülkemizin tüm bölgelerinde her zamankinden daha uzun ve sert geçen bir kış mevsiminden sonra yaza merhaba diyoruz. Yaz ayları erişkinlerin izinlerini, çocukların tatillerini kullandıkları zaman olduğundan, hepimizin içini ısıtıyor ve yaşama sevincimizi artırıyor.

Sağlıcakla'nın bu sayısında yazın daha çok hareket ettiğimiz savıyla, özellikle tatillerimizde karşılaştığımız açık büfe ortamlarında niçin irademize hakim olmamız ve keyif alırken sağlığımızla ilgili risk oluşturmaması için de nasıl davranmamız gerektiğini 'Açık büfe şişmanlatıyor' yazımızda sunuyoruz. Ayrıca yazın güneş

çarpmalarıyla ilgili bilgilendirici 5 maddeyi de sıralıyoruz. Tatilde güneşlenirken ya da yola çıktığınızda bu öneriler işinize yarayabilir.

Daha yoğun çalıştığımız ve kapalı ortamlarda bulunduğumuz kış aylarından, açık havada vakit geçirdiğimiz ve hafif kıyafetler giyindiğimiz güneşli günlere geçerken vücudumuzda üretilen mutluluk hormonlarının nasıl çalıştığını 'Hadi gülümse' diyerek sizlere aktarıyoruz.

Bu sayımızın ağırlıklı teması olan göz sağlığı konusu, MedipolGöz'ün göz hastalıkları biliminin farklı alanlarında uzmanlaşmış akademisyenlerin kaleme aldığı yazıları, sizlere 'Gözünüz aydın' dosyamızda sunuyoruz. Bu dosyada keratokonus, bir göz tansiyonu hastalığı olan glokom, insan ömrünün uzamasıyla daha sık duyar olduğumuz sarı nokta hastalığı, çocukluk çağı göz kaymaları, gözlükten kurtulma cerrahisi diye de niteleyebileceğimiz refraktif cerrahi uygulamaları, kornea nakli ve yazın sembollerinden olan güneş gözlüklerini seçerken nelere dikkat etmemiz gerektiğini özetleyen yazıları okumanızı tavsiye ederiz.

Yine bu sayımızda çocukluk çağının güncel sorunlarından olan erken ergenliğin sebepleri ve bu soruna yönelik tedavi yaklaşımları 'Henüz erken değil mi?' dosyasıyla inceleniyor.

Ayrıca, insanlığın varoluşundan beri olan tarihin en eski sağlık sorunlarından olan başağrısının nedenlerini ve çarelerini içeren biçimde sizlere sunuluyor.

Ayrıca bu sayımızda, yakalandığı lenfoma kanserini yenerek, aramıza dönen sanatçı Fatih Erkoç'la yapılan söyleşiyi yayımlıyoruz. Erkoç röportajında, kanseri nasıl yendiğini ve hastalık süresince yaşadıklarını okuyuculara aktarıyor.

Gezi bölümünde ise rotamızı Sicilya'ya çeviriyoruz. "Sicilya'yı görmeden İtalya'yı gezmek, İtalya'yı hiç görmemektir. Çünkü Sicilya herşeyin ipucudur" diyen Goethe'nin rehberliğinde dolaşıyoruz bu güzel adayı...

Sizler yaz sayımızı okurken biz dopdolu içeriğimizde sonbahara hazırlanmış olacağız. Sonbahar sayımızda buluşmak üzere, sağlıcakla kalın...

PROF. DR. CENGİZ ARAS

İçindekiler

10

Tatilden kilo almadan dönün

Yaz demek, tatil demek. Eğer tatilde her şey dahil konseptli bir oteli tercih etmişsek, bu aynı zamanda bol bol da yemek yiyip kilo alacağız demektir. Eğer tatilden dönüşte tartıyla baş başa kaldığınızda pişmanlık yaşamak istemiyorsanız siz siz olun tatil süresince yediğinize içtiğinize dikkat edin, bol bol hareket edin. Özetle, bu sene tatilden kilo almadan dönün.



14

Hadi gülümse...

Mutluluk hormonları günlük yaşantımıza etki eden en önemli hormonlardır. Serotonin, dopamin, oksitosin ve endorfinin olarak sıralanan bu hormonların günlük hayattaki mutluluğumuza katkısı oldukça büyük. Yüzümüzdeki gülümseme, kalbimizdeki heyecan ve hayatımızdaki mutluluğun yapı taşlarına, bir doktorun gözüyle yakından bakmak ister misiniz?



32

Gözünüz aydın!

Sağlıklı gözler için gormenin korunması, restorasyonu ve rehabilitasyonu çok önemli. Günümüzde yaşanan son teknolojik gelişmeler, göz hastalıklarının tedavisinde kalıcı çözümler getirirken, görmeden kaynaklı zararlar en aza indirilmiş oluyor. Göz sağlığı dosyasında MedipolGöz'ün tecrübeli hekimlerinin kaleme aldığı yazılarda güncel tedaviler hakkında detaylı bilgiler veriliyor.



8 5 SORUDA GÜNEŞ ÇARPMASI

10 TATILDEN KİLO ALMADAN DÖNÜN

12 SİGARA HAYATINIZI SÖNDÜRMESİN

14 HADI GÜLÜMSE...

16 SEDEF BULAŞICI DEĞİLDİR

18 AĞRILARIN SORUMLUSU AKILLI TELEFONLAR

20 YUTKUNMAKTA ZORLANIYOR MUSUNUZ?

24 İMDAT, YARDIM EDİN!

26 PATOLOJİ NEDİR?

30 FARKINDA OL!

34 GLOKOM: GÖZÜN SİNSİ HASTALIĞI

36 NOKTA ATIŞI!

38 ÜVEİT ACİL BİR HASTALIKTIR

40 KERATOKONUS KABUS OLMASIN

42 5 DAKİKADA GÖZLÜKSÜZ HAYAT

44 GÖZÜNÜ AÇ!

46 GÜNEŞ GÖZLÜĞÜ HASTALIKTAN KORUYOR

56

Henüz erken değil mi?

Ergenliğin başlangıç zamanı ve temposu kişiye özgüdür. Fakat son yıllarda, bazı çevresel faktörler nedeniyle erken ergenliğin arttığı ifade edilir. Tedavide ise ergenlik hormonlarının salgılanmasını baskılayan ilaçlar kullanılır. Bu ilaçların uzun vadede kısırlık ya da kansere sebep olduğu ise yanlıştır. Tedavi, 11 yaş tamamlanana kadar devam eder. Bu süreçte çocukların endokrinolog tarafından takip edilmeleri gerekir.



70

Başımıza gelmeden...

Baş ağrıları, günlük hayatta, karşımıza çıkan en sık rastlanan sağlık problemlerinden biridir. Genellikle basit sebeplerden kaynaklanmakla birlikte hayatı tehdit edebilen durumlara da sebebiyet verebilir. Baş ağrıları hiçbir hastalıktan kaynaklanmıyorsa 'birincil baş ağrıları', vücutta veya beyindeki herhangi bir hastalıktan kaynaklanıyor ise 'ikincil baş ağrıları' olarak adlandırılır.



76

Beni alkışlar iyileştirdi

Geçtiğimiz yıl lenfoma kanserine yakalanan sevilen sanatçı Fatih Erkoç, tedavi sürecinde müziğe hiç ara vermedi. Hasta olmasına rağmen, konser için farklı şehirlere giden Erkoç "Hasta olarak verdiğim konserlerde dostların ilgisi, sevgisi, saygısı ve en önemlisi alkışları beni iyileştirdi" şeklinde konuşuyor. Bu süreçte İstanbul'u da terk eden sanatçı değişik dönemlerde Muğla ve Bursada yaşıyor.



48 ONA GÖZÜNÜZ GİBİ BAKIN...

50 GÖZ DAMARLARI DA TIKANIR

54 GÜNDÜZ DOKTOR,
AKŞAM ROCKÇI

56 HENÜZ ERKEN DEĞİL Mİ?

58 AĞRI KESİCİLERE
KIRMIZI ALARM!60 HASTALIĞIN KOKUSU
BURNUNUZDA64 GÜLÜŞÜNÜZÜ DİZAYN
ETMEK İSTER MİSİNİZ?66 DERDİM BANA
DERMAN İMİŞ...68 KARACİĞER NAKLİ HAYAT
KURTARIYOR

70 BAŞIMIZA GELMEDEN...

72 BEYİN VE SİNİR
HASTALIKLARINA DAMAR
YOLUYLA TEDAVİ

76 BENİ ALKIŞLAR İYİLEŞTİRDİ

80 ARKANIZDA İZ BIRAKMAYINI!

82 GENETİK TANI İLE ÖZLEM
BİTİYOR84 SİCİLYA HERŞEYİN
İPUCUDUR88 MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ'NDEN
HABERLER

92 İNGİLİZCE ÖZET

96 EV YAPIMI LEZZETLER

Katkıda bulunanlar



Prof. Dr. Erol AKGÜL

1990 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun olan Prof. Dr. Akgül, radyoloji ana bilim dalındaki uzmanlık eğitimini 1999 yılında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde tamamladı. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde, 2005 yılında doçent oldu ve yine aynı üniversitede 2011 yılında profesör unvanını aldı. Prof. Dr. Erol Akgül, halen Medipol Üniversitesi Hastanesi'nde görev yapmaktadır.



Prof. Dr. Salme Seyhun TOPBAŞ

1988 yılında İngiltere'de Dil ve Konuşma Terapisi alanında yüksek lisans derecesini ve çeşitli hastanelerde klinik çalışmalarını tamamladı. 1994 yılında Anadolu Üniversitesi Konuşma Engelliler Bilim Dalı'ndan doktora derecesini aldı, 1997 yılında doçent, 2005 yılında profesör oldu. Prof. Dr. Topbaş halen İstanbul Medipol Üniversitesi'nde Dil ve Konuşma Terapisi Bölüm başkanıdır.



Doç. Dr. Bekir Yavuz UÇAR

2001 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği'nde, 2006 yılında ihtisasını tamamlayıp ortopedi ve travmatoloji uzmanı oldu. 2013 yılında doçent olan Uçar, halen Medipol Üniversitesi Hastanesi'nde görev yapmaktadır.



Prof. Dr. Mehmet Selim KOCABORA

1987 yılında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1992'de Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göz Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimini tamamladı. 2008 yılında Vakıf Gureba Hastanesi'nde doçent oldu. 2014'de Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde profesör unvanını alan Prof. Dr. Kocabora, halen Medipol Üniversitesi Hastanesi'nde görev yapmaktadır.



Prof. Dr. Şinasi SEVMİŞ

1997 yılında Ankara Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun olan Prof. Dr. Şinasi Sevmiş, genel cerrahi alanındaki uzmanlık eğitimini 2003 yılında Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde tamamladı. Aynı fakültede 2009'da doçent, 2015 yılında ise Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde profesör unvanı alan Prof. Dr. Sevmiş, Medipol Üniversitesi Hastanesi'nde görev yapmaktadır.



Doç. Dr. İknur TÜRKMEN

1999 yılında Hacettepe Üniversitesi İngilizce Tıp Fakültesi'nden mezun olan Doç. Dr. Türkmen, patoloji uzmanlık eğitimini 2004 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde tamamladı. 2013 yılında İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde doçent unvanı alan Dr. İknur Türkmen, halen Medipol Üniversitesi Hastanesi'nde görev yapmaktadır.



Prof. Dr. Mehtap BULUT

1994 yılında Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun olan Prof. Dr. Bulut, acil tıp ana bilim dalındaki uzmanlık eğitimini 2000 yılında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde tamamladı. 2006'da Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde doçent, 2013 tarihinde ise Medipol Üniversitesi'nde profesör unvanını aldı. Prof. Bulut, halen Medipol Üniversitesi Hastanesi'nde görev yapmaktadır.



Prof. Dr. Nermin BAŞERER

1966 yılında İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun olan Prof. Dr. Başerer, kulak burun boğaz ve baş boyun cerrahisindeki uzmanlık eğitimini 1969 yılında yine aynı üniversitede tamamladı. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 1976'da doçent, 1982 yılında profesör olan Başerer, özellikle larengoloji, baş boyun kanser cerrahisi, otoloji ve kenjenital aural atresi konusunda yoğun çalışmalarda bulunmuştur.



Doç. Dr. Mustafa ELİAÇIK

2000 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 2005 yılında Prof. Dr. N. Reşat Belger Beyoğlu Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde uzmanlık eğitimini tamamladı. 2017 yılında doçent unvanı aldı. Doç. Dr. Eliaçık, halen Medipol Üniversitesi Hastanesi'nde görev yapmaktadır.



Prof. Dr. Zeki ŞEKERCİ

1980 yılında Hacettepe Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1987 yılında Ankara Üniversitesi'nde beyin cerrahisi uzmanlık eğitimini tamamladı. Ankara Üniversitesi'nde 1994 yılında doçent, 2000 yılında Kırıkkale Üniversitesi'nde profesör unvanını aldı. Prof. Dr. Şekerci, 2016 yılından bu yana Medipol Üniversitesi Hastanesi'nde çalışmaktadır.



Doç. Dr. Erkan SOYLU

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden 2002 yılında mezun oldu. Kulak burun boğaz ve baş boyun cerrahisi ihtisasını Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi KBB Kliniği'nde tamamladı. 2017 yılında doçent oldu. Doç. Dr. Söylü, Medipol Üniversitesi Hastanesi'nde görev yapmaktadır.



Doç. Dr. Ömer Fatih ÖLMEZ

2001 yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun olan Doç. Dr. Ömer Fatih Ölmez, 2003'de aynı üniversitede radyoloji, 2009 yılında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde iç hastalıkları, 2012 yılında da tıbbi onkoloji yan dal uzmanlık eğitimini tamamladı. 2014'de Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesi'nde doçent unvanı alan Doç. Dr. Ölmez, halen Medipol Üniversitesi Hastanesi'nde görev yapmaktadır.


Doç. Dr. Zeynep ATAY

1997 yılında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 2002 yılında Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çocuk sağlığı ve hastalıkları dalında uzmanlık eğitimi tamamladı. 2008-2011 yılları arasında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Endokrinoloji Bilim Dalı'nda yan dal uzmanlık eğitimi tamamladı. 2013 yılında doçent ünvanı aldı. Doç. Dr. Atay, halen Medipol Üniversitesi Hastanesi'nde görev yapmaktadır.


Yrd. Doç. Dr. Aylin KILIÇ

1998 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu, 2002 yılında Ankara Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde göz hastalığı uzmanlığını tamamladı. Yrd. Doç. Dr. Kılıç, halen Medipol Üniversitesi Hastanesi'nde görev yapmaktadır.


Yrd. Doç. Dr. Mavişe YÜKSEL

2001 yılında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun olan Yrd. Doç. Dr. Yüksel, dermatoloji dalındaki uzmanlık eğitimi 2010 yılında Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi'nde tamamladı. Yrd. Doç. Dr. Yüksel, halen Medipol Üniversitesi Hastanesi'nde görev yapmaktadır.


Yrd. Doç. Dr. Ömer KAYA

2006 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 2012 yılında iç hastalıkları uzmanlık eğitimi İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nde tamamladı. 2014 yılında yardımcı doçent ünvanını aldı. Yrd. Doç. Dr. Ömer Kaya, halen Medipol Üniversitesi Esenler Hastanesi'nde görev yapmaktadır.


Yrd. Doç. Dr. Gamze BABÜR GÜLER

2005 yılında Ankara Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 2010 yılında Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Hastanesi'nde kardiyoloji uzmanlığı eğitimi tamamladı. Yrd. Doç. Dr. Babür Güler, 2014 yılından bu yana Medipol Üniversitesi Esenler Hastanesi'nde çalışmaktadır.


Op. Dr. Funda DİKKAYA

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İngilizce Tıp Bölümü'nden 2009 yılında mezun oldu. 2014 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı'nda göz hastalıkları ihtisasını tamamladı. Op. Dr. Dikkaya, halen Medipol Üniversitesi Hastanesi'nde görev yapmaktadır.


Yrd. Doç. Dr. Özlem BALCI

1999 yılında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 2005 yılında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı'nda göz hastalıkları uzmanı oldu. Yrd. Doç. Dr. Balcı, halen Medipol Üniversitesi Hastanesi'nde görev yapmaktadır.


Op. Dr. Rukiye AYDIN

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 2002 yılında mezun oldu. 2009 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı'nda göz hastalıkları ihtisasını tamamladı. Op. Dr. Aydın, Medipol Üniversitesi Hastanesi'nde görev yapmaktadır.


Yrd. Doç. Dr. Günseli ÖZDEMİR

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1987 yılında mezun oldu. 1992'de İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları Doğum Kliniği'nde tipta uzmanlık eğitimi tamamladı. 2017 yılında yardımcı doçent ünvanını alan Özdemir, halen Medipol Üniversitesi Hastanesi'nde görev yapmaktadır.


Yrd. Doç. Dr. Gözde ÜLFER

1999 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 2005 yılında Marmara Üniversitesi Biyokimya Anabilim Dalı'nda uzmanlığını tamamladı. 2015 senesinde yardımcı doçent ünvanını alan Ülfür, halen Medipol Üniversitesi Hastanesi'nde görev yapmaktadır.


Uzm. Dr. Yegane Koulieva ÖZCAN

1993 yılında Azerbaycan Devlet Tıp Üniversitesi'nden mezun oldu. 2001 yılında Haydarpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde, aile hekimliği uzmanlığını aldı. 2015 yılında The London School of Classical Homeopathy ihtisasını tamamladı. Uzm. Dr. Özcan, halen Medipol Üniversitesi Hastanesi'nde görev yapmaktadır.


Yrd. Doç. Dr. Gülsüm SAYIN ÖZEL

2008 yılında Selçuk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'nden mezun oldu. 2014 yılında protetik diş tedavisi doktora ve uzmanlık eğitimi Selçuk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'nde tamamladı. 2015 yılında yardımcı doçent ünvanını aldı. Yrd. Doç. Dr. Sayın, halen Medipol Üniversitesi Hastanesi'nde görev yapmaktadır.


Yrd. Doç. Dr. Sevil KARAMAN ERDUR

2005 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 2010'da Prof. Dr. N. Reşat Belger Beyoğlu Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde göz hastalıkları uzmanlığını tamamladı. 2017 senesinde yardımcı doçent ünvanını alan Karaman Erdur, halen Medipol Üniversitesi Hastanesi'nde görev yapmaktadır.


Dyt. Esra BAŞ TOKTAY

2005 yılında Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nden mezun oldu. 2016 yılında İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde yüksek lisans programını tamamlayarak uzman ünvanını alan Dyt. Toktay, İstanbul Medipol Hastanesi'nde görev yapmaktadır.



5 soruda güneş çarpması

YRD. DOÇ. DR. ÖMER KAYA

Yaz geldi, güneş tepemizde parlıyor.
Fakat dikkat, yazın çok sık rastlanan güneş
çarpmasına yakalanmayın!

Güneş çarpması (sıcak çarpması) nedir?

Egzersizle ilişkili ya da ilişkisiz aşırı sıcak ve nemli havanın etkisiyle, vücut ısını ayarlayan terleme mekanizmasının bozulması ve vücut ısının ayarlanamaması yüzünden ortaya çıkabilen bir rahatsızlıktır. Erken tanı konmadığı takdirde, güneş çarpması vücutta kalıcı hasarlara veya ölüme neden olabilir.

Kimlerde görülür?

Egzersizle ilişkili olmayan sıcak çarpması sıklıkla 70 yaş üzeri ve ek hastalığı olan yaşlılarda görülür. Sıcak ortamdan uzaklaşmasını engelleyecek kalp damar, nörolojik veya psikiyatrik hastalığı olanlar, aşırı şişmanlar, fiziksel

engelli olan ya da alkol, kokain gibi madde bağımlıları ve bazı ilaçları kullanan (beta bloker, diüretik vb.) kişilerde görülebilir. Egzersizle ilişkili sıcak çarpması genelde sıcak ve nemli havada ağır egzersiz yapan ya da çalışan kişilerde görülebilir.

Belirti ve bulguları nelerdir?

Ateşin 40 derece olması, terlemenin olmaması, deride kızarıklık, kuruluk, çarpıntı, tansiyon düşüklüğü, nefes darlığı, baş ağrısı, bulantı, kusma, şuur bulanıklığı, uygun olmayan davranışlar, akciğer ödemi, böbrek yetersizliği, şeker düşüklüğü, koma ve ölüm gibi ciddi durumlara neden olabilir.

Sıcak çarpmasına maruz kalan bir kişiyle karşılaşak neler yapmalıyız?

Kişi, serin, hava akımı ve gölge olan bir yere alınır. Başına, koltuk altına ve kasıklara soğuk su ile ıslatılmış bez tatbik edilir ya da daha büyük bir örtü ile de tüm vücuda uygulanabilir. Ilık- soğuk arası duşa sokulabilir fakat asla

çok soğuk olmamalıdır. Şuuru yerinde ise soğuk içecekler içirilir (ayran, su), şuuru kapalı ya da uykuya meyilli ise kesinlikle herhangi bir şey içirilmemelidir. Ardından 112 aranabilir ya da en yakın sağlık kuruluşuna götürülebilir.

Güneş çarpmasından korunmak için neler yapılmalı?

Özellikle yaz aylarında 10.00-16.00 saatleri arasında mecbur kalınmadıkça dışarı çıkmamaya özen gösterilmeli ve güneşin dik geldiği saatlerde denize girmekten sakınılmalı.

Sıcak mevsimlerde dışarı çıkarken açık renkli, hafif, bol kıyafetler ve şapka giyilmelidir. Egzersiz yapmak ya da çalışmak için günün serin saatlerini tercih edilmeli. Bol sıvı alımı ihmal edilmemelidir. Bebekler, çocuklar, engelli bireyler, yatalak hastalar, yaşlılar kısacası sıcak ortamdan uzaklaşamayacak bireyler, ev ve araç gibi kapalı ortamlarda yalnız bırakılmamalıdır.

Tatilden kilo almadan dönün

DYT. ESRA BAŞ TOKTAY



Her şey dahil tatilinizden dönüşte tartıyla baş başa kaldığınızda pişmanlık yaşamak istemiyorsanız yediğinize içtiğinize dikkat edin, bol bol hareket edin bu sene tatilden kilo almadan dönün.

Yaz demek tatil demek. Hepimiz gerek yurt içinde, gerekse yurt dışında güneşin ve denizin tadını çıkarmak için tatil planları yapacağız. Bütün bir kış, yaşadığımız stresi bu tatilde atmaya çalışacağız. Bu arada her şey dahil konseptli bir oteli tercih etmişsek, bol bol da yemek yiyeceğiz demektir. Bilhassa yazın rahatlığını unutmamalı, tatildeyken de açık büfe coşkusuna kapılıp aşırı beslenilmemeli. Tabi ki tatile gidiliyor ve sürekli yenilip içilenler takip edilemeyebilir ya da takip etmek istenmez. Farklı yerlerde, farklı lezzetler tabi ki denenmeli ama ipin ucu kaçırılmamalı. Gidilen otelde sınırları tamamen kaldırıp, kontrolü çıkarırsanız oradan kilo almadan dönmeyiz imkansız. Kilo alıp vermenin bir matematik işi olduğunu unutmamalıdır, aldığınız günlük kalori eğer harcadığınızdan fazlaysa kilo alırsınız, eğer azsa kilo verirsiniz. Özellikle tatil öncesi zayıflama diyeti yapanların çok daha hızlı kilo alabileceklerini unutmamaları gerekir. Zayıflama diyetlerinde kişinin aldığı enerji miktarı daha az olacağı için dikkat etmediğinde aradaki kalori farkı daha fazla olur ve vücut bu enerjiyi daha sonra ihtiyacı olabileceği düşüncesiyle depolar.

Burada yaptığınız ufak tefek kaçamakları belki yüzerek,

yürüyüş yaparak vb. haralayabilirsiniz ama aradaki fark ne kadar büyük olursa, eve geldiğinizde tartıda gördüğünüz farkın da o derece büyük olacağını unutmayın.

TATİL YEMEK YERİ DEĞİL

Tatil öncesi danışanlarımdan sıklıkla duyduğum bir cümle de; 'Bu tatile bir sürü para verdik, aylar öncesinden yer ayırttık, yiyeceğim tabi param boşa mı gitsin?' Tatile gitmeden önce kafanızdaki düşüncüyü değiştirmelisiniz, tatil demek hiç durmadan yemek yemek değildir. Tatilde nasıl olsa spor yaparak yakarım diyerek yediklerinizi iki katına çıkarırsanız da kilo almamanız imkansız. Ortalama vücut ağırlığı 65 kilo olan birinin bir saat hızlı tempoda yürüyerek harcadığı enerji 264 kal, 70 kilo olan bir insanın bir saat normal tempoda yürüyerek harcadığı enerji 463 kal, 65 kilo olan bir insanın bir saat voleybol oynayarak harcadığı enerji 186 kal'dır. Bunlara karşılık, dayanamayıp tatlı büfesinden aldığınız bir dilim pasta 362 kal, fazladan yediğiniz bir porsiyon kremalı makarna 396 kal, kahvaltıda tabağa doldurduğunuz peynirli poğaçaların bir tanesi 235 kal'dır. Sabah uyandığınızda kafanızda yapacağınız ufak bir planlama size daha çok yardımcı olacaktır. Aklınızda

bir öğünde fazladan yiyeceğiniz bir şey varsa diğer öğünlerde ona göre davranmalısınız. Özellikle sıcak yaz günlerinde öğle yemeğinde sebze, salata yanında yoğurt, cacık, ayran ve esmer ekmek tüketimi daha uygun olacaktır. Akşam öğününde ise açık büfedeki yağlı, kızartmalı yemeklerdense ızgara, yanında salata ve esmer ekmek tercihi kilonuzu korumanızda yardımcı olacaktır. Her gün, her öğünde tatlı, hamur işi, kızartma gibi size fazladan kilo alıracak besinleri tüketmekten kaçınmalısınız.

ŞEKERLİ İÇECEKLERDEN KAÇININ

Her şey dahil otel tatillerinde ara öğünlerde de yemesi sizlere çok cazip gelecek yüksek kalorili tatlılar, dondurmalar, atıştırmalıklar sunulur. Kendinizi bunlardan korumak istiyorsanız yapacağınız en güzel şey ana öğünlerde sizlere sunulan meyvelerden ara öğün için yanınıza almak olacaktır. Ara öğünlerde ayran, peynirli tost, sütlü kahve vb. gibi protein içeriği yüksek sağlıklı seçimler de kilo korumanıza yardımcı olacağı gibi ana öğün zamanına kadar fazla acıkmanızı engeller. İçecek tüketimi de dikkat etmeniz gereken noktalardan.

Sınırsız içecek serbestliği olan otellerde kalorisi yüksek olan içeceklerin, yemekte, havuz başında, kumsalda bardak bardak peş peşe tüketimi de yine yapılan yanlışlardan biri. Şeker içeriği yüksek olan içecekler kan şekerinin bir anda yükselmesine, bu da yağlanmanın hızlı olmasına sebep olacaktır. Alkol içeriği yüksek olan içeceklerin kontrolsüz tüketimi de yine yağlanmanın fazla olmasına neden olacaktır. Unutmamalıdır ki alkolden aldığınız enerji vücutta direkt yağa çevrilir. Sonuçta, yediğiniz her güzel yiyecek sizi sadece o anda mutlu eder ama sonrasında pişmanlık duymanıza ve üzülmenize sebep olur. Eğer tatilden dönüşte tartıyla baş başa kaldığınızda pişmanlık yaşamak istemiyorsanız siz siz olun yediğinize içtiğinize dikkat edin, bol bol hareket edin ve bu sene tatilden kilo almadan dönün.



BAŞ BOYUN KANSERLERİ

Sigara hayatınızı söndürmesin

PROF. DR. NERMİN BAŞERER

Toplumda sık rastlanan baş boyun kanserlerinin en büyük tetikçisi sigara. Öte yandan hem sigara hem alkol alanlarda kansere yakalanma riski normal insana göre yirmi kat daha fazla.



Türkiye'nin akademik alanında ilk kadın kulak burun boğaz doçenti olan 1943 doğumlu Prof. Dr. Nermin Başerer, ilerleyen yaşına rağmen halen ameliyatlara giriyor, kanser hastalarına umut dağıtmaya devam ediyor. 1966'da İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun olan Başerer'le baş boyun kanserlerini konuştuk.

Baş boyun kanserleri nelerdir?

Baş boyun kanserleri deyince aklımıza ilk olarak gırtlak kanseri gelir. En sık rastladığımız kanser cinsi de budur. Baş boyun kanseri diğer vücut kanserlerinin yüzde 6'sını oluşturuyor. Bu da yüz hastanın yirmiden fazlası baş boyun kanseri demektir. Rakam ciddi. Öte yandan yüz hastadan biri de gırtlak kanseri. Vücutta ortalama 200 çeşit kanser var. Baş boyun bu kanserlerin hepsinin çıkabileceği bir bölge. Cilt, kemik, kıkırdak, kas, sinir hücreleri, tükürük bezleri, kulak önü, kulak, çene altı, dil altı, tiroid, ağız boşluğu, dudak, diş eti, bademcik tümörleri buna örnek gösterilebilir. Görülme sıklığı sıralamasını ise şöyle yapabiliriz; gırtlak, ağız boşluğu, geniz ve tükürük bezleri tümörleri.

Bu kanserlerin tetikleyicilerinden bahseder misiniz?

Birinci tetikçisi sigara. Alkole bağlı tümör ikinci plandayken sigaraya bağlı tümörler ilk planda yer alıyor. Hem sigara hem alkol alanlarda kansere yakalanma riski normal insana göre yirmi kat daha fazla. Çünkü ikisinin etkisi sinerji yapıyor. Son yıllarda Avrupa ve Amerika'da sigara içimi azalırken bizde artış gösterdi. Çünkü sigaraya özendirerek reklamlar yapıldı. Belli bir kesim de bunu prestij olarak gördü. Küresel sermayenin gelişmemiş ülkelere yaptığı zararın başında geliyor sigara. Bu yüzden akciğer, gırtlak, yemek borusu ve geniz kanserine çok sık rastlanıyor.

Bu kanserlerin erken dönem belirtileri nasıldır?

Baş boyun bölgesinde en sık rastlanan tümörler genelde larenkste (gırtlakta) görülüyor. Bunun en önemli belirtisi ise ses kısıklığı oluyor. Ses kısıklığı 3 haftadan fazla sürmüştü muhakkak ki bir sebep aramak gerekir. Boğazda kanlı bir iltihaplanma yine bir belirtidir. Ağızda geçmeyen yaraları aft diye düşünüp geçmemek gerekir. Çünkü aftlar bir iki günde sönerler. On günde geçmeyen yaralar için hekime gitmek gerekir. Öte yandan burnun bir tarafında tıkanıklık ya da kanlı irinli akıntının da bizi uyardığı düşünülebilir. Tek bir kulakta sıvı toplanması, tek bir kulakta işitme kaybı da yine bir uyarıcıdır. Boyunda çene altında çıkan şişliklerde, kulağa vuran ağrılarda da dikkatli olmak gerekir. Bunlar

illa kanser belirtisidir diyemeyiz ama aksi ispatlanmadığı taktirde kanser diye düşünüp tedbir almak gerekir. Unutulmasın ki baş boyun kanserleri erken evrede yakalandığı taktirde yüzde 80 tedavi edilebiliyor.

Peki bu kanserlere yakalanmamak için nelere dikkat etmeli, nasıl beslenmeli?

Modern yaşamın getirmiş olduğu katkılı maddeler, stres, hareketsizlik, kilo almak, vitamin eksikliği malesef kansere sebep olabiliyor. Aşırı güneş ışınlarına maruz kalmak dudak ve cilt kanserlerine neden olur, korunmak lazım. İnsan sağ olduğu müddetçe üretir, ekonomiye katkıda bulunur, başarılı olur. Sağlık her şeyin başı. Bu yüzden yediklerimize dikkat etmemiz, stresten uzak durmamız, hareketsiz yaşamı terk etmemiz ve aşırı kilodan kaçınmamız lazım. Alışkanlıklardan kurtulup ne yapıp edip sigarayla mücadele etmek lazım. Bir de her gün dişlerimizi fırçalıyoruz, çünkü ağızımızın içine de bakmamız lazım.

Baş boyun kanserleri arasında birinci sırada rastlanılan gırtlak kanserlerinde tedavi seçenekleri nelerdir?

Erken dönem tümörlerde radyoterapi ve cerrahi eşit olarak gösteriliyor ancak radyoterapinin yan etkilerini de göz önünde bulundurmak lazım. Biz bazı vakaları aynı gün ameliyat edebiliyoruz. Radyoterapide ise en az 6 seansa ihtiyaç var. Bu da zamanla yarışta önemli bir engel. Bir de ancak erken evre tümörde hastanın genel durumu cerrahiye müsait değilse radyoterapiyi öneririm. Çünkü radyasyon etkisiyle radyoterapinin tetiklediği kanserler de var. Bunların çoğu da bizim bölgemizde çıkıyor. Bir de ikinci primer tümör görülebiliyorsunuz böyle durumlarda. Radyoterapinin on yıl sonraki ikinci tümör riski her zaman akılda bulundurulmalıdır. Hele ki gençlerde daha dikkatli olunmalıdır. Gırtlak kanserinde ilk tedavi bana göre cerrahidir. İlerleyen vakalarda, eğer hasta üçüncü evreye geçmişse mesela radyoterapi de düşünülebilir. Bunun yanı sıra ilaçla tedavi yani kemoterapi de yine tavsiye edilmektedir.

Gırtlak kanserinde çok korkulan bir nokta da total larenjektomi (gırtlakın tamamen alınması).

Bizler hastanın yaşamsal fonksiyonunu, fizyonomunu bozmadan tedavi edebiliyoruz. Bu açıdan diğer branşlara göre daha şanslıyız. Yaşam kalitesini de muhafaza etmeye çalışıyoruz. Öte yandan her larenks kanserinde illa gırtlak alınacak diye de düşünülmemeli. Artık alanında uzman hekimler ve akademisyenlerin çalışmalarıyla total larenjektomi riski yüzde 30'a kadar düşürüldü. Gırtlak alınan

kişi konuşabilir, yüzemez, burun teneffüsü olmadığı için koku alamaz. Sesli alet çalamaz. Bunun dışında her şey yapar. Ama biz hastaya koruyucu organ tedavisi yapmışsak, bunların hepsini yapabilir.

Gırtlak kanseri cerrahisinde yanlış bilinen doğrular nelerdir?

Her gırtlak kanseri total larenjektomi (gırtlakın alınması) olacak değil. İyi yerlerde deneyimli kişilerin ellerinde gırtlakın korunması mümkündür. Eğer deneyimliseniz organın kalan kısmını rekonstrüksiyon yaparak organı aynı fonksiyonuna kavuşturabilirsiniz. İkinci yanlış ise 'ameliyat oldum, 5 sene geçti, bende tümör çıkmaz' düşüncesi. Hayır, çıkabilir. Çünkü ikinci primer dediğimiz tümör alan kanserizasyonu olayında başka bir yerde de çıkabilir. Bu bakımdan hekimle irtibatın kesilmemesi gerekir. Ameliyattan sonra sigara içenlerde ikinci primer çok sık rastladığımız bir durum. Pasif içici bile risk grubuna giriyor.

Kanserli hastaların bazıları yurt dışına gidiyorlar. Ülkemizde kanser cerrahisi alanındaki gelişmeler yeterli değil mi sizce?

Türkiye'nin larenks kanser cerrahisinde yeri bugün zirve. Hiçbir kulak burun boğaz uzmanının Amerika'ya gitme mecburiyeti yok. Araştırma bakımından finans kaynaklarımız sınırlı evet ama cerrahide bir geçmişimiz var. 1969'dan bu yana baş boyun kanser cerrahisi yapan bir hekim olarak söyleyebilirim ki, iyi bir noktadayız. Biz eskiden hastalarımızı Amerika'ya ya da Avrupa'ya yollardık tedavi için. Ama günümüzde gelinen noktada ileri görüntüleme teknikleri ve teknolojik donanımlarla biz dünyada çok iyi durumdayız. Hiçbir ülkeye cerrahi konusunda başvuracak durumda değiliz. Onlardan artımız var, eksimiz yok. Her türlü cerrahinin yapılabildiği bir ülkemiz. Bakın Azerbaycan'dan, Ortadoğu'dan insanlar artık tedavi olabilmek için Türkiye'yi tercih ediyorlar.



Hadi gülümse!

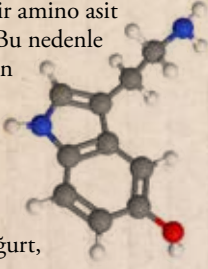
YRD. DOÇ. DR. GÖZDE ÜLFER



Mutluluk hormonları günlük yaşantımıza etki eden önemli hormonlardır. Yüzümüzdeki gülümseme, kalbimizdeki heyecan ve hayatımızdaki mutluluğun yapı taşlarına yakından bakmak ister misiniz?

SEROTONİN

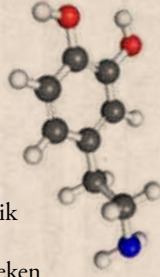
Serotonin mutluluk hormonu olarak isimlendirilir ve sinir hücreleri arasındaki elektrik sinyallerini taşır. Merkezi sinir sisteminde ve mide bağırsak kanalında bulunur. Ruh hali, iştah, uyku düzenlenmesi, hafıza, öğrenme, cinsel ve sosyal davranışlarda etkilidir. Bağırsak hareketlerini düzenler. Serotonin hormonu azaldığında depresyona eğilim ve uyku bozuklukları oluşur. Serotonin yeterli seviyelere çıkarsa ruh hali düzelir, iştah normale döner. Yaygın olarak kullanılan antidepresan ilaçlar serotonin seviyesini dengede tutmak için kullanılır. Kadın ve erkek serotoninin düşüşüne farklı tepki gösterebilirler. Kadınlar serotonin düşüşüne erkeklerle oranla daha hassastırlar ve daha çok etkilenebilirler. Kandaki serotonin düzeyi ölçülebilir. Şiddetli depresyonda serum serotonin konsantrasyonu düşük bulunur. Serotonin vücut tarafından üretilir de serotonin üretimini destekleyen yiyecekler faydalı olabilir. Serotonin sentezini başlatan madde, bir amino asit olan triptofandır. Bu nedenle triptofandan zengin yiyecekler senteze katkı sağlarlar. Triptofan açısından zengin gıdalar, hindi eti, süt, peynir, yoğurt, kırmızı et, yumurta, soya fasülyesi, badem gibi kuruyemişlerdir. B6, B9 (folik asit) ve B12 vitaminlerini içeren besinleri tüketmek, egzersiz, güneş ışığı ve D vitamini ve stresten uzak durmak serotonin üretimine katkı sağlayacaktır.



DOPAMİN

Dopamin de serotonin gibi bir mutluluk hormonudur. Mutluluk hissi verir. Beynin önemli fonksiyonlarında görevli sinir iletilerini sağlayan bir hormondur. Bu fonksiyonlar hareket, hafıza, haz verme,

dikkat, davranış, uyku, öğrenme ve duygu durumudur. Dopamin seviyeleri ne düşük ne de yüksek olmalıdır. Bu denge çok önemlidir. Eksikliğinde parkinson hastalığı ortaya çıkar. Ayrıca, hareket bozuklukları ve istemsiz hareketler oluşabilir. Hafıza, dikkat eksikliği ve kavramada sorunlar oluşabilir. Sosyal fobi gelişebilir. Sigara ve uyuşturucu alışkanlığı dopamini artırarak bağımlılıkta, haz duygusunun hissedilmesiyle bağımlılık yaratabilir. Bipolar bozukluk durumunda, dopamin arttırdığından aşırı sosyallik meydana çıkar. Dopaminin olması gereken miktarları ruh halini düzenler. Hastalık durumlarında ilaç kullanmak gerekebilir. Egzersiz yapmak, dengeli beslenmek, güneş ışığı ve C vitamini içeren besinleri tüketmek dopamin dengesinin sağlanmasına katkı sağlayacaktır.



OKSİTOSİN

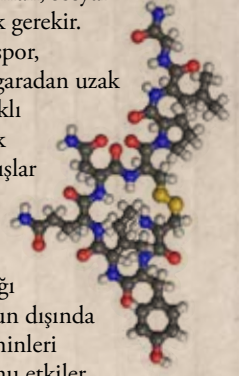
Hipofiz bezinin arka bölgesinden sentezlenir. Mutluluk, aşk ve sevgi hormonu olarak tanımlanır. Çünkü oksitosin hormonu, sevilidikçe, dokundukça, sarıldıkça, arzulandıkça artan bir hormondur. Bu hormon kadın ve erkek arasında hoşlanma, aşk gibi güzel duyguların sonucunda salgılanır ve mutluluk hissi verir. Ayrıca bir kadını en mutlu eden duygu anneliktir. Oksitosinin fizyolojik olarak en önemli görevi; düz kasların kasılmasını sağlamak, doğumu kolaylaştırmak, meme bezlerinden süt salgısını artırmaktır. Kısacası annelik hormonu da denilebilir. Bebeğini ilk gördüğündeki mutluluk hissi oksitosine bağlıdır. Tüm acılar unutulur, anne bebek arasında sıkı bir bağ oluşur. Annenin çocuğunu görmesi, dokunması oksitosini artırır, emzirme olayı gerçekleşir. Oksitosini arttırmak için sarılmak,

dokunmak, hayal kurmak, çikolata yemek, egzersiz yapmak, sosyal aktivitelere katılmak gerekir.

Dengeli beslenme, spor, yürüyüş, alkol ve sigaradan uzak durmak kısaca sağlıklı yaşam için yapılacak tüm olumlu davranışlar oksitosini tetikler.

Ayrıca hurma ve çikolatanın da oksitosini artırdığı bilinmektedir. Bunun dışında B6, B2, B1, A vitaminleri oksitosin hormonunu etkiler.

Oksitosin eksikliği mutsuzluğa sebep olur. Beraberinde stresli, gergin, huzursuz, depresyona eğilimli durumlar oluşabilir. Oksitosin hormonu, tıbbi tedavilerde de yerini almıştır, ilaç olarak da kullanılır.

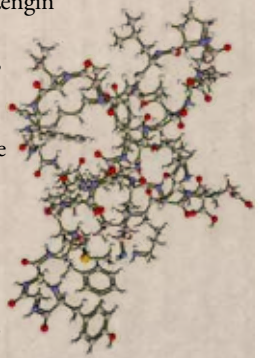


ENDORFİN

Endorfin hormonu vücudumuzun morfinidir. Morfin benzeri etkileri vardır. Doğal ağrı kesici özelliğe sahiptir. Yani acı veya ağrı durumunda vücutta salgılanmaya başlar. Travmalarda, yaralanmalarda ve doğum sancıları sırasında etkili olur. Acıyı hafifletir, rahatlama hissi oluşturur. Emzirmenin ilk başlangıç evresinde artar. Bebek anne arasındaki bağı kuvvetlendirir, ikili ilişkilerde de duygular üzerinde etkilidir. Bu nedenle endorfin hormonuna mutluluk hormonu da denir. Oksitosin hormonu ve endorfin birlikte cinsel birliktelik sırasında salgılanır. Diğer mutluluk hormonları gibi yürümek, koşmak ve egzersiz hormona olumlu yönde etkili olur. Endorfini artırmak için C ve B vitaminlerinden zengin beslenmek gerekir.

Endorfin hormonu, çikolata, muz, makarna, üzüm, dondurma ve çilekte bulunmaktadır.

Kısacası mutluluk hormonları doğal fizyolojik ritmimiz için gereklidir. Olumlu düşünceler, sevgi, stresten uzaklaşmak, egzersiz, yeterli vitamin almak ve sağlıklı yaşam koşullarını sağlamak hormonlarımızın doğal sürecini dengede tutar.





Sedef bulaşıcı değildir

YRD. DOÇ. DR. MAVİŞE YÜKSEL

Dış görünüşleri nedeniyle sedef hastalarının birçoğu psikolojik destek almak zorunda kalıyor. Oysa ki, sedef hastalığı mikrobik değildir, dolayısıyla bulaşıcı özellik taşımaz.

Deri hastalıkları diğer organ hastalıklarından farklı olarak çoğu zaman yaşamı tehdit etmemesine rağmen, kişinin dış görünüşünü etkiledikleri için psikososyal durum, kişisel ilişkiler ve günlük aktiviteler üzerinde olumsuz değişiklikler yaratabilirler. Sedef hastalığı da, dünya nüfusunun yaklaşık %2'sini etkileyen ve süregelen özellik gösteren bir deri hastalığıdır. Bu hastalık, pembe - kırmızı, hafif kabarık bir zemin üzerinde beyaz, kalın, parlak ve kuru kepekler gözlenmesi nedeniyle halk arasında sedef hastalığı olarak adlandırılmıştır. Hastalık bazı hastalarda birkaç ay veya birkaç yıl sürerken, bazı hastalarda ise ömür boyu alevlenme ve iyileşme dönemleri ile seyrederek. Döküntülerin şiddeti kişiden kişiye farklı özellik gösterebilir. Hastaların çoğunda hafif seyir göstermekte ve diz, dirsek, saçlı deri gibi belli bölgelere sınırlı kalmaktadır. Bazı hastalarda ise döküntüler tüm vücuda yayılabilmektedir. Sedef hastalığı nedeni tam olarak bilinmeyen bir hastalıktır. Yapılan araştırmalarda çeşitli nedenlerle (stres, ilaç, enfeksiyon) bağışıklık sisteminin uyarıldığı ve bunun da deri hücrelerinin büyümesini hızlandırdığı ortaya konulmuştur. Normal deri hücreleri 28-30 günde olgunlaşırken bu süre sedef hastalarında 3-4 güne kadar inebilmektedir. Böylece hızla çoğalan hücreler yüzeyde yığılarak kalın kepeklenmelere neden olurlar.

PSİKOLOJİK YARDIM GEREKEBİLİR

Sedefe yatkınlığı olan kişilerde psikolojik stres ve sıkıntılar sedefi tetikleyebilir veya mevcut döküntülerin artışına neden olabilir. Bu nedenle stresi fazla olan

kişilerin psikolojik yardım almasının hastalık şiddetini azaltıcı etkisi olacaktır. Sedef, yaşam kalitesinin en çok araştırıldığı dermatolojik hastalıktır. Toplumda sık görülen bu hastalık görünür bölgeleri etkileyebilmekte, kaşıntı gibi yakınmalara neden olmakta ve nükslerle giden kronik bir süreç izlemektedir. Bu yüzden sedef hastalarında hastalığa bağlı kronik stresin neden olduğu psikolojik sıkıntı, utanma, çekinme, depresyon, sosyal ve fiziksel aktivitelerde kısıtlanma gibi pek çok psikososyal sorunla karşılaşılır. Gözlenen bu etkiler, klinik şiddet ile her zaman korele olmayabilir ve hafif şiddetteki deri bulguları bile ağır psikososyal bozukluklara yol açabilir.

ARTMIŞ KAŞINTI, ARTMIŞ DEPRESYON

Hatta sedef hastalığının yaşam kalitesi üzerine etkileri, yaşamı tehdit eden kronik sistemik hastalıklar kadar fazla olabilir. Yapılan çalışmalarda sedef hastalarının günlük yaşamlarının ve yaşam kalitelerinin hastalıklarından etkilendiği bildirilmiştir. Kaşınma ve kepeklenme gibi fiziksel semptomlar çoğu hasta tarafından hasta olmanın en kötü tarafı olarak ifade edilir. Artmış kaşıntı, artmış depresyon şiddeti ile ilişkili bulunmuştur. Hastalığın fiziksel etkileri kaşıntı ile birlikte, kepeklenme, irritasyon, ağrı veya acıma hissini de kapsamaktadır. Bu fiziksel bulguların lokalizasyonu hastaların duygu durumunu etkilemekte, yüz, saçlı deri ve el tutulumu olanlar daha çok etkilenmektedirler. Stigmatizasyon (damgalanma) ve sosyal olarak reddedilme duygusu, sedef hastalarının sık karşılaştıkları bir durumdur. Hastalar, hastalıklarından dolayı utanma, sıklılganlık ve özgüven

eksikliği hissederler. Bu duygular belirgin düzeyde sosyal geri çekilmeye yol açarlar. Sedef hastalarıyla ilgili yapılan anketlerde, hastalarda insanların onlara dokunmak istemedikleri bir epizod tecrübe ettiklerini, bu epizodların hastalığın görünür bölgelerde olmasıyla tetiklendiğini bildirmişlerdir. Hastalar en büyük zorlukları sosyalleşme, görünüş, meslek ve mali durumlarında yaşamaktadırlar. En büyük etki hastaların vücut imajları yerleşirken ve sosyal bağlantılar ile kariyerlerinin gelişimine başlarken, erken erişkinlik döneminde (18-45 yaş) olur.

MİKROBİK DEĞİLDİR

Erkek ve kadınlar, hastalığın bu etkilerinden eşit olarak etkilenirler. Yapılan bir çalışmada sedef hastalarının yaklaşık %59'u sosyal reddedilme yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Bu, en çok spor salonları, yüzme havuzları ve kuaförlerde ortaya çıkmıştır. Reddedilme korkusu ve stigmatizasyon hissi iş deneyimlerinde azalma, psikiyatrik yardım arama ve alkol bağımlılığı ile güçlü bir şekilde ilişkilidir. Kişilerarası ilişkilerden ve halka açık yerlerden kaçınma eğiliminde olmaları, sosyal ve mesleki fırsatlarda ve yaşam kalitesinde azalmaya neden olur. Sedef hastalarının önemli bir kısmında cinsel fonksiyonlarda azalma olur. Hastaların yaklaşık %40'ında meydana gelen cinsel fonksiyonlardaki azalmanın, başta dış görünüş olmak üzere kepeklenme, kaşıntı ve depresyon gibi faktörlere bağlı olduğu bilinir. Sosyal destek çalışmaları, duyguları ifade etmek, sedefin mikrobik bir hastalık olmadığı dolayısıyla bulaşıcı olmadığını anlatmak sedefin yaşam kalitesine olan negatif etkilerini azaltacaktır.

Ağrılarının sorumlusu akıllı telefonlar

DOÇ. DR. BEKİR YAVUZ UÇAR



Akıllı telefonlar, postür bozukluğu neticesinde, uzun vadede şiddetli boyun ve omuz ağrıları gelişmesine neden olan sürecin baş sorumlusu!

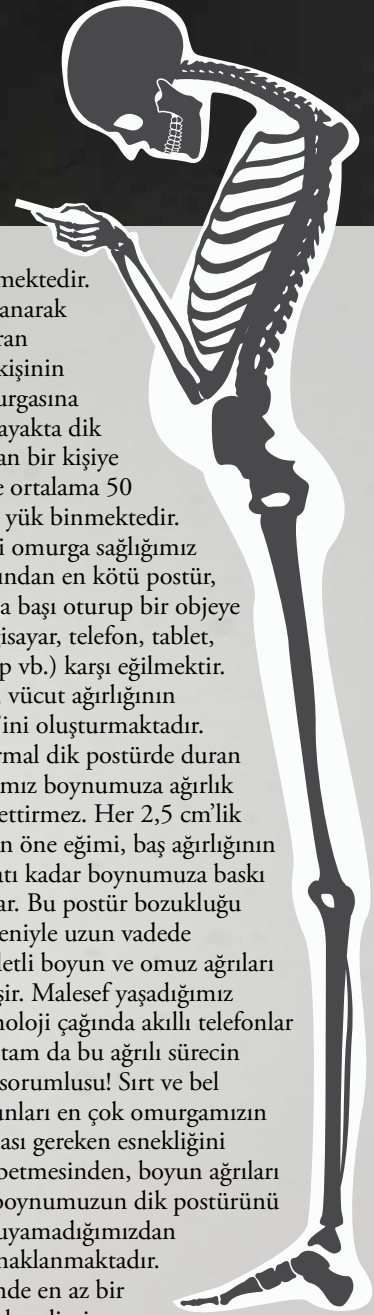
Bulunduğumuz teknoloji çağının önemli sağlık sorunlarından biri de bel, sırt ve boyun ağrılarıdır. Bunlar, çalışanların en yaygın ve önemli sağlık sorunları arasındadır ve işe bağlı sakatlıkların en önde gelen nedenlerindendir. Bu ağrıların büyük çoğunluğu omurga sağlığına ve ergonomiye dikkat etmememiz sonucu gerçekleşmektedir. Ergonomi; işin, çalışana uygun hale getirilmesidir. Ergonominin temel amacı çalışanı, kas iskelet yaralanma ve hastalıklarından korumaktır. Sağlığımızı kaybetmemizin başında yatan sorun vücudumuzu tanınamamızdan kaynaklanır. Bu nedenle önce omurgamızı tanımak gerek. Normal bir omurgada yan planda birbirini dengeleyen 4 adet eğrilik vardır. Boyun ve belde çukurluk, sırt ve kuyruk sokumda kamburluk mevcuttur. Yüklenmede bu eğrilikler birbirlerini dengeler. Vücut ağırlık merkezi, ayakta duran bir insanda kulak, omuz başı, bel, kalça, diz ve ayak bileği üzerinden geçer. Bu durumun bozulması sagittal dengenin (yan duruşun) bozulması anlamına gelir. Ortaya çıkan tablo postür bozukluğudur. Postür, mevcut olan vücut pozisyonudur.

Omurgamızdaki mevcut normal açılar; boyun çukur açısı 20 - 40 derece, sırt kambur açısı 20 - 50 derece, bel çukur açısı 40 - 60 derece arasındadır. Omurga ve her eklem için belirli olan bu nötral pozisyonun sağlanması ve korunması bel, sırt, boyun ve eklemlerin sağlığının temelidir. Nötral pozisyonundan sapma yani kötü postür, yaralanma riskini artırır. Sapmanın arttığı ölçüde zarar görme riski de artar.

MASA BAŞI İŞLER BEL AĞRISI YAPIYOR

Çalışma hayatımızdaki ofis sandalyesinde uzun süreli oturuşlar sonrası bel, sırt ve boyun ağrılarımız kaçınılmaz olur. Uzun süreli statik postür (sabit, durağan, hareketsiz), omurgamıza binen stresi artırmaktadır. Duruş ve oturuş şekillerinin omurga üzerindeki etkileri biyomekanik değerlendirilmiştir. Bu çalışmaya göre uzun süre oturma gerektiren meslekler, bel ağrısı için büyük risk faktörüdür. Çünkü ayakta durma ve uzanmaya oranla oturma esnasında omurgaya binen basınç daha yüksektir. Öne eğilerek oturan bir kişinin omurgasına, yaslanarak oturan bir kişiye göre ortalama kilogram bazında 50 kilo yük

binmektedir. Yaslanarak oturan bir kişinin omurgasına da, ayakta dik duran bir kişiye göre ortalama 50 kilo yük binmektedir. Yani omurga sağlığımız açısından en kötü postür, masa başı oturup bir objeye (bilgisayar, telefon, tablet, kitap vb.) karşı eğilmektir. Baş, vücut ağırlığının %8'ini oluşturmaktadır. Normal dik postürde duran başımız boynumuza ağırlık hissettirmez. Her 2,5 cm'lik başın öne eğimi, baş ağırlığının 2 katı kadar boynumuza baskı yapar. Bu postür bozukluğu nedeniyle uzun vadede şiddetli boyun ve omuz ağrıları gelişir. Malesef yaşadığımız teknoloji çağında akıllı telefonlar işte tam da bu ağırlı sürecin baş sorumlusu! Sırt ve bel sorunları en çok omurgamızın olması gereken esnekliğini kaybetmesinden, boyun ağrıları da boynumuzun dik postürünü koruyamadığımızdan kaynaklanmaktadır. Günde en az bir saat kendimize vakit ayırmamız, ve düz bir yolda normal tempoda yürüyüş yapmamız omurga sağlığı açısından vazgeçilmezimiz olmalıdır. Sonuç olarak, tüm yaşamımız boyu omurga sağlığımızı güvenle korumak kendi elimizde. Akıllı telefonları akıllıca kullanmak, hareketsiz kalmamak ve yürüyüş yaparken zihinde ve ellerdeki ağırlıklardan kurtulmak gerek.





Yutkunmakta zorlanıyor musunuz?

PROF. DR. S. SEYHUN TOPBAŞ

Yemek yerken gözleriniz mi yaşarıyor? Ne zaman su içseniz öksürüyor musunuz? Zaman zaman nefes alamıyor ve kendinizi boğulacak gibi mi hissediyorsunuz? Böyle şikâyetleriniz varsa siz de yutma bozukluğu yaşıyor olabilirsiniz.

Yemek yerken bazen ya da sık sık gözleriniz mi yaşarıyor? Ne zaman su içseniz öksürüyor musunuz?

Zaman zaman nefes alamıyor ve kendinizi boğulacak gibi mi hissediyorsunuz? Yutarken lokmanın boğazınızda düğümlendiğini mi hissediyorsunuz? Lokmalar damağınıza, yanağınıza mı yapıyor? Böyle sorunlar yaşıyorsanız bir sağlık kontrolünden geçmeniz fayda var. Yutma bozukluğu sıklıkla daha büyük

sorunların bir sonucu olmakla birlikte farkında olmadığımız sorunların habercisi de olabilir. Yutma bozukluğu ile ilgili farkındalık yaratmak dil ve konuşma terapistlerinin asli görevidir. Çoğu sağlık profesyoneli yutma bozukluğu ve riskleri hakkında eğitilmiş değildir. Dil ve konuşma terapistlerine düşen önemli sorumluluklardan biri hastaları ve aileleri olduğu kadar sağlık profesyonellerini de bu konuda eğitmektir. Peki, yutma bozukluğu (disfaji) nedir ve neden önemlidir?





KOMPLEKS BİR OLAYDIR

Günde uyurken bile binden fazla yutkunuruz. Yutma ve yutkunma aslında öyle doğaldır ki ne kadar kompleks bir işlem olduğunun farkında olmayız ve umursamayız. Ne zaman ki yerken boğazımıza bir şey kaçır, tıkanır, boğulacakmış gibi hissedersiniz o zaman önemli olduğunu anlarız. Yutma bozukluğunun farkında olabilmemiz için, nasıl yuttuğumuz hakkında da temel basit bilgilere sahip olmamız gerekir. Yutma,

ağzımıza yiyeceği ya da sıvıyı alıp, onu yutmaya hazırlayıp, mideye indirene kadar ki süreçte bir çok kasın ve sinirin birlikte çalıştığı kompleks ve çok hızlı bir olaydır. Doğum öncesinde uterus içi dönemde başlayıp hayat boyu devam eden yutma işlemi yaşamımız için vücudumuza gereken besin ve su girişini sağlar. Dolayısıyla, bebeklikten itibaren yaşlılık dönemleri dahil olmak üzere koruyucu reflekslerin gelişimi, koordinasyonu ve sağlıklı işleyişinin korunması önemlidir. O halde, yutma yaşamsal bir faaliyettir diyebiliriz. Bu fizyolojik aktiviteyi birbiriyle senkronize ardışık üç evrede basitçe şöyle tanımlayabiliriz. Birinci evre, besinlerin istemli olarak ağıza dil üzerine alınıp yutmayı kolaylaştırmak için tükürük ile yumuşatarak çiğneyip toparlak lokma haline getirildiği hazırlık evresidir. Dil lokmayı şekillendirip hazır hale getirince arkaya doğru iter. Bu itme hareketi yutmanın ikinci evresini harekete geçirir. İkinci evre, lokmanın ağız boşluğunda bulunduğu noktadan geriye arkaya boğaza doğru itilmesi ile tetiklenir ve lokmayı yutaktan geçiren otomatik bir refleks oluşur. Bu sırada öyle bir baskı oluşur ki lokma yutaktan hızlıca yemek borusuna doğru geçer. İşte bu evre çok önemlidir çünkü bu sırada havayolunu korumamız gereklidir. Bu evrede ses tellerini koruyan kapak ve ses tellerimiz çok kısa, saniyelik bir süre

sıkıca kapanır, solunum durur. Böylece lokma nefes borusuza, hava yolumuza ve ciğerlerimize giremez. Üçüncü evre besinin yemek borusuna geçtiği evredir ve istemsizdir. Yemeği aşağı hareket ettirmek amacıyla kasılmalar ve basınç değişiklikleri olur ve besin aşağıya mideye geçer.

NÖROLOJİK SORUNLAR SEBEP OLABİLİR

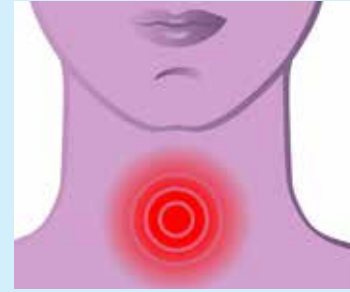
Yutma bozukluğu, yutmanın her hangi bir evresinde görülebilir ve pek çok nedeni olabilir. Bunlar arasında nörojenik, mekanik, psikojenik sorunlar kas hastalıkları, reflü sayılabilir; inme (beyin felci), Alzheimer, demans gibi bellek ve bilişsel işlevlerde fonksiyon kaybı, parkinson hastalığı, serebral palsi gibi nörolojik hastalıklar önemli bir yer tutar. Yaşlanma ile birlikte 50 yaş üzerinde görülme ihtimali de daha yüksektir. Kafa travması veya yaralanmalar yutma kaslarının koordinasyonunu etkileyerek bu kasları güçsüzleştirebilir, ağızda veya boğazda duyuusal sınırlılıklara yol açabilir. Yutma refleksinin gecikmesi/ yokluğu yutma evrelerinin zamanında başlayamamasına neden olur. Baş-boyun ve özefagus kanserlerine yönelik yapılan tedavilerde -örneğin, cerrahi ya da radyasyon tedavileri sonrasında- yutma bozukluğuna sık rastlanmaktadır. Baş-yüz anomalileri (örneğin, yarık damak) ile doğma, sonradan oluşabilecek nörolojik sorunlar ya da enfeksiyonlara bağlı gelişimsel yetersizlikler de yutmanın doğal gelişimini olumsuz etkileyebilir. Bebeklerin emme, yeme ve içme süreçleri zorlaşır, sıklıkla ağızda sıvı/ yemek birikir göllenme olur; salya akıntısı meydana gelir ve bu akıntılar ya da besin geniz yoluna kaçır. Bazen de anatomik belirgin bir neden bulunmaz. Örneğin, herhangi bir fiziksel ya da tıbbi bulgu olmaksızın sıklıkla hapları yutamama, katı ve sıvı bazı besinleri boğazda yapışmış hissetme ya da yemek borusundan geçerken zorlandığını hissetme yaşanabilir. Kaygı düzeyi yüksek, depresyon geçiren kişilerde gözlenen bu durum fonksiyonel yutma güçlüğü olarak tanımlanır.

Yutma bozukluğu, tükürük, sıvı veya katı yiyecekleri yutarken zorlanma ya da güvenli bir şekilde yutamama ile ilgili sorunlardır ve tıbbi bağlamda disfaji olarak tanımlanır. Örneğin, dil ya da yanak kaslarındaki güçsüzlük ve zayıflık nedeni ile besini çiğneyemez ve lokmayı ağızda gereği gibi oluşturamayız ve lokmayı boğazımıza itemeyiz. Böyle durumlarda yemek yeme zorlu bir eylem haline gelir ve birey giderek yeme zevkini kaybeder. Yemek yemekten kaçınır hatta başkalarına bağımlı hale gelir. Tüm bunların sonucunda bireyin yaşam kalitesi düşer. Susuzluk ve beslenememe, bireyin vücudu için gereken yeterli kaloriyi ve besinleri alamayarak kilo kaybı, depresyon gibi sorunlar yaşamasına neden olabilir. Öyle ki bazı durumlarda ciddi komplikasyonlarla yaşamı tehdit edebilir. Örneğin, iyice öğütemediğimiz bir lokmayı yutmaya kalktığımızda havayolu tıkanıp bloke olabilir. Yiyecek ve sıvıların havayoluna (nefes borusuna) kaçması durumunda bazen öksürme ve boğaz temizleme yeterli olmaz, sıvı ya da yiyeceğin bir kısmı ciğerlere girer. Böyle bir durumda ciğerlerde zararlı bakteriler gelişerek akciğer enfeksiyonlarına, zatürreye ya da yemek borusu hastalıklarına neden olabilir.



Yutma bozukluğu sıklıkla daha büyük sorunların sonucu olmakla birlikte, farkında olmadığımız sorunların habercisi de olabilir. Yutma bozukluğu olan hastaların nasıl besleneceği ve bu beslenme şeklinde diyetin ayarlanması son derece önemlidir.

YUTMA GÜÇLÜĞÜNÜZ OLDUĞUNU NASIL ANLARSINIZ?



- ▶ Öksürme
- ▶ Lokmanın boğazda düğümlenmesi
- ▶ Tıkanma hissi
- ▶ Gıcık hissi, takılma hissi ve sık boğaz temizleme
- ▶ Kilo kaybetme
- ▶ Yutarken acı, ağrı duyma, yanma hissi
- ▶ Yiyeceklerin burundan ya da ağızdan geri gelmesi
- ▶ Ses ıslaklığı (ses telleri ıslandığı zaman ses kalitesi değişir)
- ▶ Tükürüğü kontrol edememe, salya akması
- ▶ Ağızda yemek, artık birikmesi (dil üstü, yanak içi, dil altı)
- ▶ Zatürre
- ▶ Hırıltılı nefes alma
- ▶ Ağızda kötü tat ve ağız kokusu
- ▶ Reflü
- ▶ Dudaklarda ve yüzde ani renk değişimi
- ▶ Yiyecek veya sıvı reddetme
- ▶ Ateş

TEDAVİSİ EKİP İŞİDİR

Yutma bozukluklarının değerlendirilmesi, tedavisi ve rehabilitasyonu bir ekip işidir. Bu ekipte dil ve konuşma terapistleri ile kulak, burun, boğaz-baş, boyun hekimleri hekimleri yutmanın nedeni ve tipine bağlı olarak nörolog, gastroenterolog, hemşire, fizyoterapist, ergoterapist, beslenme ve diyetetik uzmanları dahil olabilir. Yutma bozukluğunun tipi ve şiddetine dayalı olarak farklı zamanlarda ekibin farklı üyelerinden destek gerekebilir. Örneğin, yutmanın yemek borusu evresi ile ilgili tanı ve tedavide gastroenterolog yer almalıdır. Her hastanın kendine özgü tedavi planı vardır. Bu planda cerrahi girişim, ilaç, botoks tedavisi ve benzeri tıbbi müdahaleler hastanın doktorları tarafından önerilir. Rehabilitasyonda ise temel görev dil ve konuşma terapistininindir. Bazı ilerleyici hastalıklarda tüple beslenme, bazı hastalar için kasları güçlendirme egzersizleri, diğer hastalar için daha özel teknikler gerekebilir. Bu kararlar dil ve konuşma terapisti tarafından verilir. Rehabilitasyonda da gerektiğinde ekip üyelerinden destek istenebilir. Örneğin, güvenli yutma için postürün düzeltilmesi önemlidir ve bunun için fizyoterapist yardımı gerekebilir.

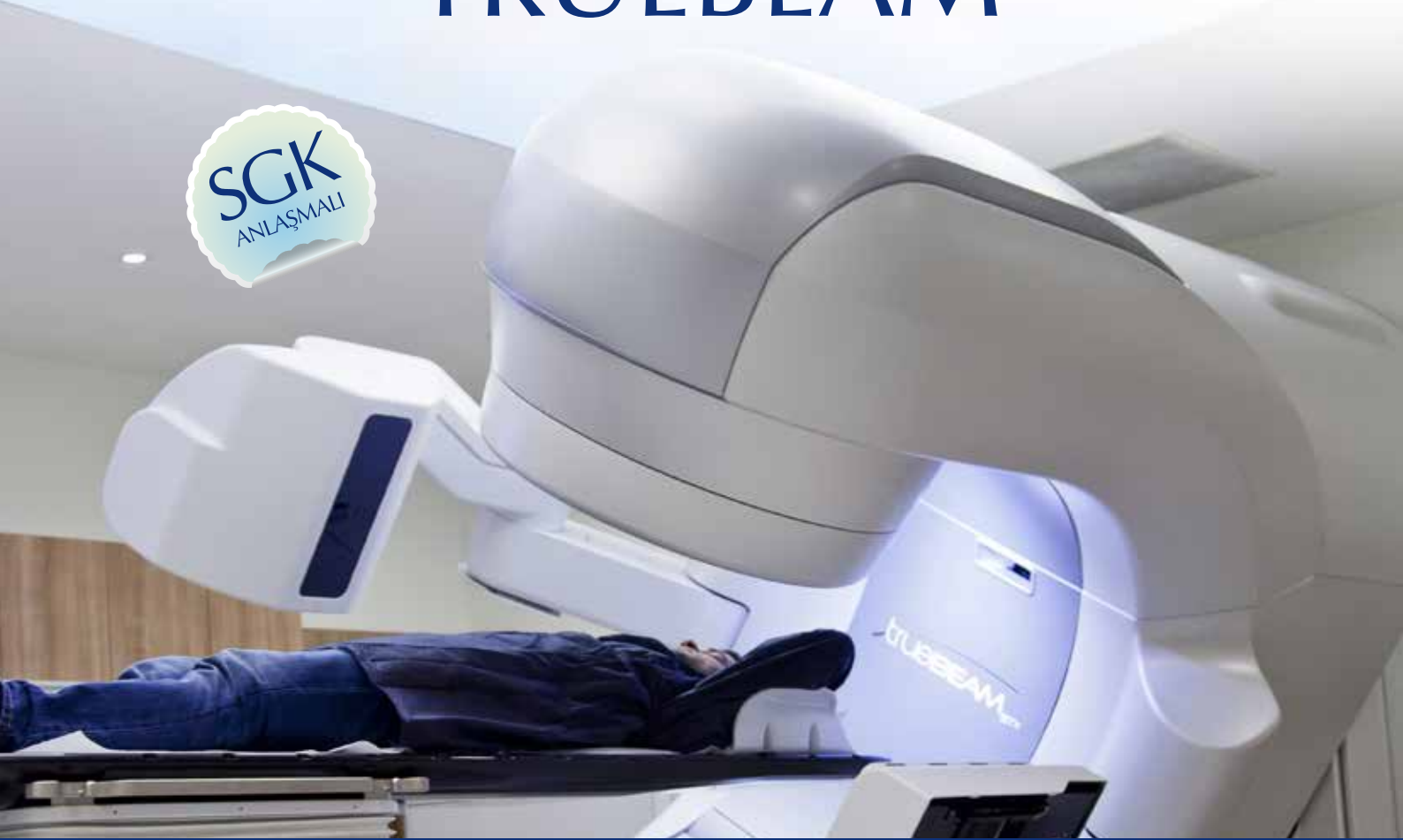
KONUŞMAK BİLE YORABİLİR

Genel olarak dil ve konuşma terapisti beslenme güvenliğini sağlama amaçlı çok çeşitli manevra ve teknikleri içeren, gerektiğinde teknolojik cihazlardan da yararlanarak bir plan hazırlar. Dil ve konuşma terapistinin uygulayabileceği

terapötik yöntemler iki temel yaklaşıma dayalıdır. Birincisi, uygun pozisyonlama, uygun beslenme yaşantısı ve çevresel uyaranların azaltılması ile yutmanın düzenlenmesini içeren stratejileri içerir. İkincisi ise doğrudan veya dolaylı yutma terapisi yöntemlerini içeren tedavi edici egzersizlerdir. Bunlar iletişim terapisi, oral-motor terapi teknikleri, biyofeedback ve güvenli yutkunma terapisi teknikleridir. Yutma bozukluğu olan hastaların nasıl besleneceği ve bu beslenme şeklinde diyetin ayarlanması son derece önemlidir. Dil ve konuşma terapisti, ağızdan beslenmemesi gereken bazı hastalar için tüple beslenme gibi yöntemler önerebilir; bazı hastalar içinse yoğun sıvılar, ince sıvılar, püre kıvamı, yumuşak besinlerle beslenme, bazıları için sıcak ve soğuk gıdalardan kaçınma veya bebekler için özel beslenme gereçleri önerileri olabilir. Nörolojik yutma bozukluğu olan hastaların çoğunda konuşmanın anlaşılabilirliği, dil ve bilişsel beceriler yetersizdir veya konuşma onlar için oldukça yorucudur. Hastanın gereksinimlerini anlatabilmesi, kendini ifade edebilmesi ya da yutma terapisi tekniklerinin uygulanabilmesi için yönergeleri alabilmesi ve yerine getirebilmesi gereklidir. Bu nedenle, dil ve konuşma terapistleri hastanın iyileşme süreci içerisinde sözel dil, bilişsel iletişimsel ve konuşmaya yönelik tekniklere de yer vererek tedavide bütüncül bir yaklaşımla çalışırlar. Rehabilitasyon sürecine rağmen güvenli bir yutma mümkün olamıyorsa, cerrahi tedavi gerekebilir.

A K I L L I T E K N O L O J İ L E R

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



İmdat, yardım edin!

PROF. DR. MEHTAP BULUT

Kendimize ya da başkalarının başına acil yardım gerektiren bir durum geldiğinde nasıl davranacağımızı biliyor muyuz? İşte hayat kurtaran öneriler...



Hayatın akışı içinde her bireyin başına bazı büyük kazalar gelebiliyor. Hayatı tehlikeye düşüren bu durumlarda, profesyonel yardım ve sağlık çalışanları gelene kadar ilk yardım uygulamak hayat kurtarabildiği gibi, olası zararları da asgariye düşürebiliyor. Bizler de kaza anında, sağlık profesyonelleri gelene kadar yapmanız gerekenleri listeledik.

BAYILMA

Beyne giden kan akımının kısa bir süre için azalması sonucu oluşan kısa süreli, geçici bilinç kaybıdır. İlk yardım olarak hastaya yapılması gerekenler ise bayılan kişi bayıldığı sırada yanında

olanlar düşmesini engellemeye çalışmalı, hastayı düz bir zemine sırtüstü yatırıp bacakları yüksekte tutulmalı, eğer kusma riski varsa başı yana çevrilmelidir. Hasta bol oksijenli yere taşınmalıdır. Vücudu sıkı elbiseler varsa gevşetilmelidir. Uyarıcı kokular (amonyak veya alkol gibi) koklatılabilir. Bilinci kapalı birine kesinlikle ağızdan bir şey verilmez, yardım çağrılır. Sık sık solunum ve nabız kontrol edilir. Yardım gelinceye kadar yanında beklenir. Hastanın bilinci kısa sürede açılmıyorsa sağlık ekiplerine haber verilir, bilinç açılrsa bile sağlık kuruluşuna götürülür.

KALP KRİZİ

En erken belirtisi göğüste ağrı (sıkıştırma, basınç, doluluk hissi) şikâyetidir. Göğüs ağrısı kollara, sırta, mide bölgesine yayılabilir ve bilinç kaybı, bulantı, kusma ve terleme eşlik edebilir. Nefes darlığı olabilir. Hasta istirahatete alınır, giysileri gevşetilir, mümkünse kalabalık ve kapalı ortamdan uzaklaştırılır ve sakinleştirmeye çalışılır. Yarı oturur pozisyon verilir. Kullandığı ilaçları varsa almasına yardım edilir. Göğüs ağrısı olan her hastada erken acil tıbbi yardım (112) istenmelidir.

EPİLEPSİ (SARA) NÖBETİ

Sara nöbeti, kendi sürecini tamamlamaya bırakılır. Ağız açılması ve dilin çekilmesine gerek yoktur. Kilitlenmiş çene açılmaya çalışılmaz, sıkı giysiler gevşetilir. Kasılma sırasında baş ve boynu ek yaralanmalardan korumak yeterlidir. Bunun için çevrede vücudunu çarpacak cisimler varsa uzaklaştırmak gerekir. Başını çarpmasını engellemek için başın altına yumuşak bir malzeme konabilir. Baş ve boyun nazikçe yana çevrilmeli, hasta kusarsa boğazına kaçmasına engel olunmalıdır. Kasılma genellikle bir dakika içinde kendiliğinden durur.

YANIKLAR

Hasta yangın mahallinde ise alçaktan veya sürünerek gidip hasta olay yerinden uzaklaştırılır, eğer hala yanmaya devam eden bir yeri varsa su dökülerek veya kıyafet battaniye sarılarak söndürülmeye çalışılır. Yanık yeri üzerinde elbise varsa yanmış alandaki deriler kaldırılmadan kesilerek çıkartılır. Yanık bölgesi yaklaşık 20 dakika çeşme suyu altında tutulur. Ödem oluşabileceği düşünülerek, mümkünse yanan uzuvlardaki yüzük, saat vb. maddeler çıkartılır. Yanık üzeri temiz bir bezle örtülür, gerekirse hasta/yaralı da battaniye ile örtülür. Kabarcıklar patlatılmaz, asla yoğurt, diş macunu gibi yabancı madde sürülmez.

ELEKTRİK ÇARPMASI

Hasta/yaralıya dokunmadan önce elektrik akımı kesilmelidir, akımı kesme imkanı yoksa tahta çubuk ve ip gibi bir cisimle elektrik teması kesilmelidir. Hasta/yaralı hareket ettirilmemelidir. Hasar gören bölgenin üzeri temiz bir bezle örtülmelidir. Sonrasında bebek ve çocuklarda, yüksek enerjili çarpmalarda, birinci dereceden fazla yanığı olanlarda ve elektrik çarpması olan bölgede yarısı (giriş deliği) veya vücudun farklı bir yerinde yarısı (çıkış deliği) olan kişilerde hemen acil tıbbi yardım istenir.

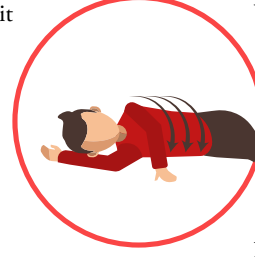
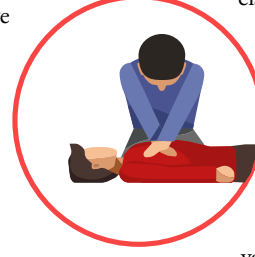
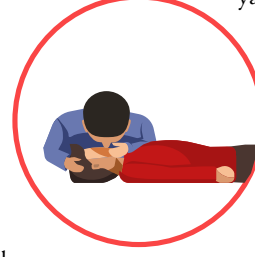
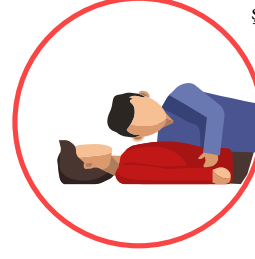
KANAMA

Normal erişkin bir insanda toplam 5-7 litre kan vardır. Yaralanmalar sonucunda

kan miktarının erişkinde %20, çocukta %10'dan fazlasının kaybı hayatı tehlikeye sokar. Burada kanamanın kadar kanamanın önemlidir. Atardamar fışkırır tarzda ve hızlı olur. Toplardamar kanamalarında kan kesintisiz ve yavaş akar. Dış kanamalarda; kazazede sırt üstü yatırılır, kanayan yer temiz bir bezle Kanama durmazsa bez koyarak basıncı Gerekirse bandaj ile sararak basınç uygulanır. Kanayan bölge kollar ve bacaklarda ise ödem, kırık, ağrı yoksa yer çekiminden faydalanmak için kalp üzerinde tutulur. kanaması varsa ve durmuyorsa kanamanın yakın olan bölgesinden nabız alabildiğimiz yerden atardamara baskı yapılır. Kanayan bölge dışarıda kalacak şekilde yaralının üstü örtülür, 'şok pozisyonu' (Yani bacakları 30 yukarı kaldırılır.) kanamalarında ise hastayı oturtup başı hafif öne eğilir, burun köküne buz tatbik edilir, başparmak ve işaret parmağı ile burun kanatlarına 5-10 dakika uygulanır.

KIRIK

Ağrı, şişme, kızarıklık, şekil bozukluğu, hareket kısıtlılığı gibi durumlarda kırıktan şüphelenmek gerekir. Basit kapalı kırıklarda tespit (sabitleme) yapılır. kemiği alt ve üst içine alacak şekilde pozisyonunda sabitlenir. için sert ve uzun (tahta, vb) bir cisim kullanılır. Tespit ve sargı yapılırken parmaklar görünecek şekilde açıkta bırakılır. Böylece parmaklardaki renk, hareket ve duyarlılık kontrol edilir. Kol etkilenmişse yüzük ve saat gibi eşyalar çıkarılır. Kol ve bacaklar yukarıda tutulur.



Açık kırık, uzun kemik kırığı, kafatası ve leğen kemiği gibi ciddi kırıklarda hemen acil tıbbi yardım istenir. Çıkıkta ise şüphelenilen eklem hareketleri kısıtlıdır, çok ağrılıdır ve şekil bozukluğu vardır. Kırık ve çıkık birlikte olabileceği için eklemi sabitleyip acil tıbbi yardım istenir.

TRAFİK KAZASI

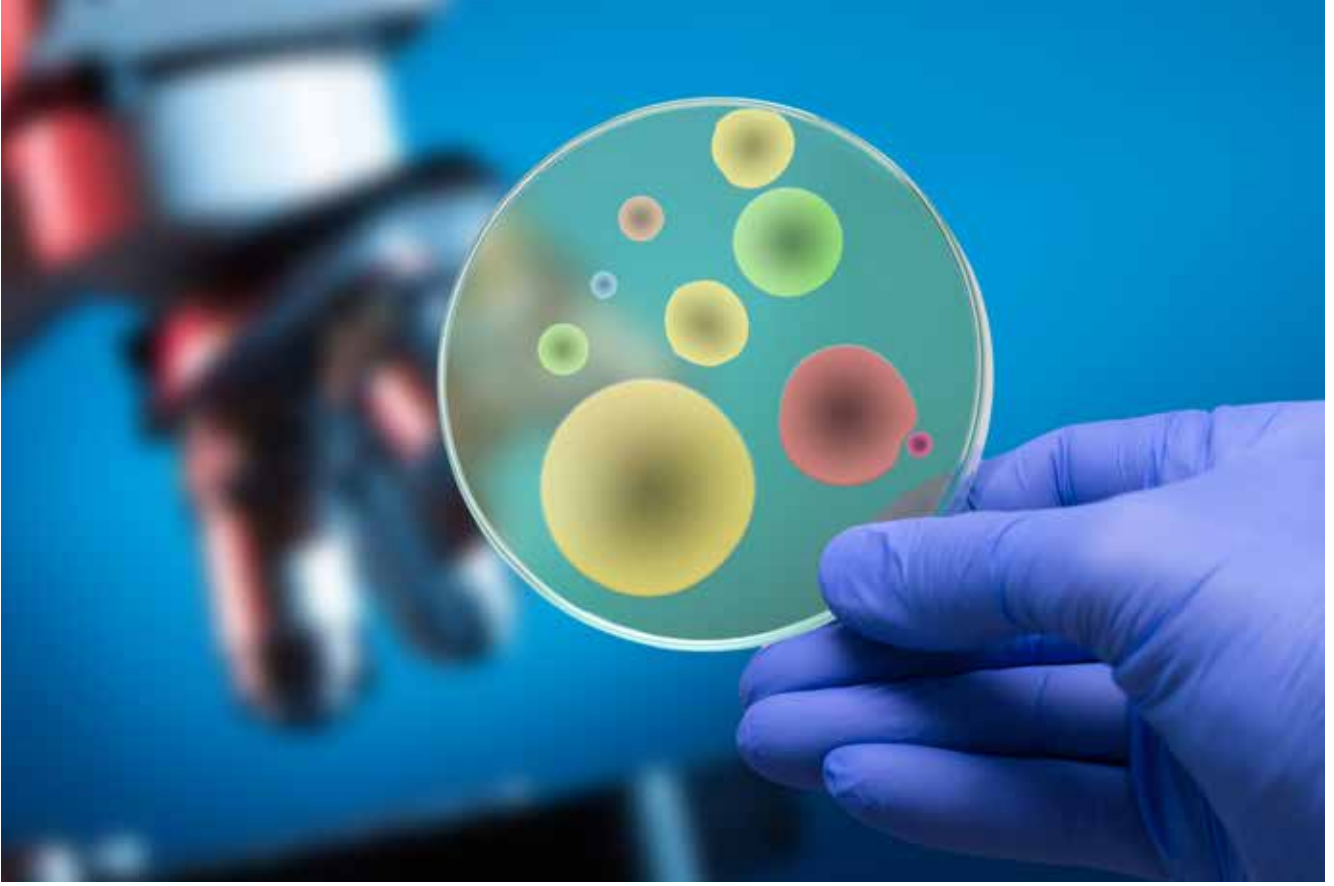
Bir trafik kazası ile karşılaşan sürücülerin, kazaya müdahale etmesi ve gerekirse ilk yardım uygulaması yasal zorunluluktur ama daha önemlisi bir vicdani sorumluluktur. İlk olarak olay yerinde emniyet tedbirleri alınıp olayı acil birimlere haber vermek gerekir. Araçlar yolun sağına park edilir, dörtlül lambalar yakılır. Kaza 150 metreden görülecek şekilde kaza yapan aracın önü ile arkasına birer reflektör konur. Yolun ortasında yatan yaralılar varsa, tekniğine uygun bir şekilde yolun kenarına alınır. Bir yaralı araçtan ideal olarak en az üç kişi ile baş, boyun ve gövde eksenini korunarak çıkarılır. Çokça yapılan kucaklama hareketi sakıncalıdır. Araç yan yatmışsa ya da dengesi iyi değilse, aracın güvenliği sağlandıktan sonra yaralılar araçtan çıkarılır. Gerekmedikçe ve eğitim yoksa kazazede asla hareket ettirilmaz.

TRAVMALAR

Düşme, darbe, vurma nedeniyle oluşan yaralanmalara künt travma denir. Ateşli, delici kesici alet yada cisimlerle olan yaralanmalara açık travma denir.

Kafa ve omurga yaralanmaları, göğüs yaralanmaları, karın yaralanmaları ve her türlü delici yaralanmalar ciddidir. Yaralanma bölgesinde kanama varsa durdurulur, üzeri örtülür. Yabancı cisim ile olan yaralanmalarda asla yabancı cisim yaradan çıkartılmaz, oynatılmaz.

Yabancı cisim pansuman malzemeleri kullanılarak sabitleştirilir. Yaralının üzeri ve etrafı temiz bir bez ile kapatılır. Açık yara ve deri yüzülmelerinde mümkünse en az 5 dakika temiz suyla yıkanır, varsa antibiyotikli krem ya da merhem kullanılabilir. Kafa ve omurga yaralanmalarında eğitiminiz yoksa asla dokunmayınız. Yaralının bilinci açıksa hareket etmemesi sağlanır. Baş-boyun-gövde eksenini bozulmamalıdır. Gerektiğinde mutlaka hastanın boynu elle korunur ve düz bir zemine yatırılıp taşınır.



Patoloji nedir?

DOÇ. DR. İLKNUR TÜRKMEN

Birçok hastanın tesadüfen tanışmak durumunda kaldığı patoloji bilimi hakkında çok fazla bilinmeyen var. Mikroskop altında hücrelerin görünümleriyle hastalıklara tanı koyan patolojiyi daha yakından tanımak ister misiniz?

Patoloji kelime anlamı itibarıyla (pathos= hastalık, logos= bilim) hastalık bilimidir. Hastalıklar sonucu organlarda, hücresel düzeyde meydana gelen değişiklikleri inceler. Mikroskop altında hücrelerin görünümleriyle hastalıklara tanı koyar. Patolog aslında çok insanın tanımadığı, tesadüfen hastaların tanışmak durumunda kaldığı,



mikroskop arkasında görülen, hastaların hayatlarına o mikroskobun gözlüğünden baktıklarıyla dokunan bir hekimdir.

Patologlar doğrudan hastayla değil, genellikle hastaların doktorlarıyla temas halindedir ve bu nedenle 'doktorların doktoru' diye de tanımlanırlar.

Patoloji raporu ise, genellikle hazırlanana kadar geçen sürede yoğun bir emek verilen, uzun saatler ve günler boyunca üzerinde çalışılmış, farklı kaynaklardan

yararlanılarak hastaya en faydalı ve en doğru yaklaşımın sağlanması için gerekli bilgilerin sentez edildiği bir konsültasyon raporudur. Patoloji raporunun altındaki imzanın bir hekime ait olduğu bile bilinmeyebilir ve patoloji sonuçları makinelerden çıkar sanılır. Ancak patoloji raporu, mikroskop altında görülen özellikler hastanın bir bütün olarak ele alınarak yorumlandığı bir değerlendirmenin sonucudur ve bu incelemeyi hekimler/ patologlar yapar. Hekimlik hayatım boyunca karşılaştığım sorular ve onlara verdiğim cevaplarla branşımızı biraz tanıtmaya çalışacağım. Dilerim ki alınan patoloji raporları hep iyi haberler verir hastalarımıza...

“Hocam doktor musunuz?”

Evet. Tıp fakültesi mezunları 4 yıl süren bir uzmanlık eğitimi sonrası patoloji uzmanı (patolog) olurlar. Tıbbın her branşında olduğu gibi uzmanlık sonrası da literatürün sıkı şekilde takip edilmesi gereken, yeniliklere açık bir branştır.

“Kanserle uğraşıyorsunuz değil mi?”

Genellikle evet, ancak kanser dışında pek çok hastalığın kesin tanısı, takibi, tedavi yanıtı, organ nakli kararı ve çeşitli mikrobik hastalıkların tanınması için de patolojik inceleme gereklidir. Örneğin organ nakli yapılacak hastalara ait biyopsi örnekleri, nakil sonrası ortaya çıkan çeşitli durumlar, komplikasyonların tanısı için, ayrıca serviks (rahim ağzı) kanserinde olduğu gibi çeşitli durumlarda, kanser gelişmeden hastalıkların tanı ve tedavisinin yapılabilmesi için patolojik inceleme gereklidir. Organlarda kanser dışı hastalıkların tanısı için de zaman zaman biyopsi alınması gerekir, bunlara örnek olarak, akciğerin parankim hastalıkları, bağırsak hastalıkları, çeşitli romatizmal hastalıklar, damar ve deri hastalıkları (sedef, egzama vb.) verilebilir.

“Neleri inceliyorsunuz?”

Hastalara yapılan ameliyatlardan sonra alınan tüm örnekler patolojide incelenir. Ayrıca ameliyat dışında, poliklinik şartlarında yapılan eksizyonel biyopsiler, iğne biyopsisi dediğimiz küçük örneklerin alındığı biyopsiler, rahim ağzı kanseri taramasında olduğu gibi alınan sitolojik (hücresel) incelemeler de patoloji laboratuvarlarında patologlar tarafından değerlendirilir.

“Patoloji, laboratuvar demek değil mi?”

Kısmen evet. Patoloji laboratuvar kısmı olan klinik bir branştır. Cerrahi branşlar içinde yer alır. Bir patoloji raporu, hastayı ilk değerlendiren hekimin istediği bir konsültasyon olarak değerlendirilebilir.

Bu konsültasyon/patoloji raporunun hazırlanması için, teknisyen/ biyolog arkadaşların görev aldığı meşakkatli bir laboratuvar süreci gereklidir, ancak hastalıkların tanısı mikroskop başında, hekimler tarafından konur. Ameliyat materyalleri öncelikle makroskopik olarak, hekimler tarafından muayene edilir, uygun alanlarından örnekler alınarak mikroskop altında incelenecek materyaller hazırlanır. Patolojinin laboratuvar kısmının tamamlanması için en az 24 saatlik bir zaman gereklidir.

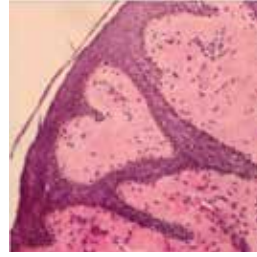
Bu süre içinde, canlı dokuların bozulmasını önleyecek, yıllar sonra bile incelenmesine olanak sağlayacak çeşitli işlemler sonrası, dokular parafin blok/ mum içine gömülü hale getirilir, bu bloklardan hazırlanan mikron kalınlığında kesitler, boyanarak mikroskop altında incelenebilir hale gelir.

“Patolojik incelemenin acili yok mudur?”

Vardır. Frozen inceleme/ dondurma kesit dediğimiz yöntem ile ameliyat sırasında, hasta anestezi altında iken, bir takım incelemeler yapılarak ameliyata yön verilebilir. Ancak bu sadece hastaya yapılacak işlemi değiştirebilecek kararların verilmesi için, kısmi bir incelemedir. Bu işlem sonrasında rutin incelemeye devam edilir. Örneğin, meme kanserli bir hastada koltuk altı lenf bezlerinde kanser yayılımının varlığına bakılarak, ameliyat genişletilebilir. Başka bir örnek ise, mesane kanserinde, cerrahi sınır/kesi bölgesinde tümör olup olmadığına göre daha geniş bir ameliyata karar verilebilir veya bir tiroid ameliyatı sırasında, tiroide kanser varlığı bu yöntem ile belirlenirse, tiroidin karşı lobunun da alınması düşünülür.

“Bu patoloji raporları neden hep gecikiyor?”

Aslında patoloji raporları hep gecikmez. Ama sadece geciken raporlarda hastalar patolojinin farkına vardıklarından böyle bir algı vardır. Örneğin kurumumuzda patoloji raporlarının %90'ı 6 gün içinde raporlanmaktadır. Bu süre, acil tedavi başlanması, hastanın durumunun kritik olması gibi durumlarda 1-2 gün kadar da kısa olabilmektedir. Ancak geriye kalan %10'luk bir kısımda, ek tetkiklerin yapılması, literatürün araştırılması, konuyla



ilgili daha tecrübeli başka hekimlerin fikirleri alınması gibi nedenlerle gecikme yaşanabilir. Bazı durumlarda biyopsi örnekleri, yurtdışına bile gönderilerek, konunun uzmanı patoloğlardan fikir istenebilir. Bu gibi ek değerlendirmeler ise süreci uzatabiliyor. Patoloji raporlarındaki bu gecikmenin nedeni hastaya daha net, kesin, doğru tanının konabilmesi içindir.

“Yakınıma bir merkezde şu tanı kondu, sonra başka bir merkezde başka bir tanı söylendi. Bu böyle olur mu?”

Her zaman böyle olmaz.

Ancak bazı durumlarda mikroskop altında görülen değişiklikler farklı yorumlanabilir. Böyle bir durumda biyopsi materyali başka bir merkezde tekrar incelenebilir, yeniden değerlendirilebilir ve farklı bir rapor düzenlenebilir.

“Bir yakınıma biyopsi yapıldı. Patoloji raporundan hiçbir şey anlamadık. Ne diyor acaba?”

Patoloji raporlarında, hastalardan alınan doku örneklerinin mikroskop altında incelenmesi sonucu görülen değişikliklerle hastalara ve hastalıklara dair değerlendirmeler yapılır. Bu genellikle net bir tanıdır. Ancak bazı durumlarda, hastayla, hastalıkla, alınan doku örneğiyle ilgili nedenlerle net bir tanı konamayabilir. Bu durumda alınan doku örneğindeki değişiklikler gözönünde bulundurularak bir ayırıcı tanı listesi verilebilir. Hastaya ait başka bulgular eşliğinde bu raporda belirtilen bulgular birleştirilerek tedavi yaklaşımında bulunulabilir. Kanser hastalarında patoloji raporu hastanın tedavisini yönlendirecek, gidişatı öngerecek bulguları içerir.

“Bir yakınıma kanser oldu, tedavisi nasıl düzenlenecek?”

Patoloji raporu, kanserli bir hastanın tedavisini düzenlenmesi için gerekli pek çok bilgiyi içermektedir. Sıklıkla tedavi protokolleri patoloji raporunda verilen bilgiler eşliğinde belirlenir. Tümörün evresi dediğimiz, gidişatını belirleyecek, davranış şeklini, vücuttaki yaygınlığı, yayılma yolları gibi çeşitli parametrelere göre hastalığın tedavisi düzenlenir. Yeni nesil, 'hedefe yönelik tedavi' dediğimiz, kemoterapinin yan etkilerinin azaltıldığı bir takım tedavi seçeneklerinin belirlenmesi için de patolojik incelemeler gereklidir.

1.

2016
LYS TÜRKİYE BİRİNCİSİ
İBRAHİM ETHEM HAMAMCI
MEDİPOL'DE

2.

2016
LYS TÜRKİYE İKİNCİSİ
ÖMER FARUK SEVİM
MEDİPOL'DE



Doğru tercih kazandırır!

Güzel bir gelecek için doğru tercih, doğru üniversite...



ÖĞRENCİ TEMSİLCİLERİMİZ,
AYRINTILI BİLGİ ALMANIZ İÇİN
SİZLERİ BEKLİYOR.
ADAYOGRENCI@MEDIPOL.EDU.TR
WWW.MEDIPOL.EDU.TR
444 85 44



MEDİPOL
UNV İSTANBUL
MEDİPOL
ÜNİVERSİTESİ

UNKAPANI KAMPÜSÜ, ATATÜRK BULVARI NO: 27 FATİH 34083 İSTANBUL
KAVACIK KUZEY KAMPÜSÜ, KAVACIK MH. EKİNCİLER CD. NO: 19 BEYKOZ 34810 İSTANBUL
GÜNEY KAMPÜSÜ, GÖZTEPE MH. ATATÜRK CD. NO: 40 BEYKOZ 34810 İSTANBUL

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

ÖNLİSANS, LİSANS VE LİSANSÜSTÜ PROGRAMLARI

FAKÜLTELER

- ▶ Uluslararası Tıp Fakültesi
- ▶ Tıp Fakültesi
- ▶ Diş Hekimliği Fakültesi
 - ▶ Diş Hekimliği
 - ▶ Diş Hekimliği (İngilizce)
- ▶ Eczacılık Fakültesi
- ▶ Hukuk Fakültesi
- ▶ Sağlık Bilimleri Fakültesi
 - ▶ Fizyoterapi ve Rehabilitasyon
 - ▶ Fizyoterapi ve Rehabilitasyon (İngilizce)
 - ▶ Beslenme ve Diyetetik
 - ▶ Hemşirelik
 - ▶ Sağlık Yönetimi
 - ▶ Sağlık Yönetimi (İngilizce)
 - ▶ Odyoloji
 - ▶ Ortez-Protez
 - ▶ Çocuk Gelişimi
 - ▶ Ebelik
 - ▶ Ergoterapi
 - ▶ Sosyal Hizmet
 - ▶ Dil ve Konuşma Terapisi
- ▶ Mühendislik ve Doğa Bilimleri Fakültesi
 - ▶ Elektrik-Elektronik Mühendisliği (İngilizce)
 - ▶ Biyomedikal Mühendisliği (İngilizce)
 - ▶ Endüstri Mühendisliği (İngilizce)
 - ▶ Bilgisayar Mühendisliği (İngilizce)
- ▶ İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi
 - ▶ Psikoloji
 - ▶ Psikoloji (İngilizce)
 - ▶ Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi
 - ▶ Siyaset Bilimi ve Uluslararası İlişkiler (İngilizce)
- ▶ Güzel Sanatlar Tasarım ve Mimarlık Fakültesi
 - ▶ Türk Müziği
 - ▶ Mimarlık
 - ▶ Mimarlık (İngilizce)
 - ▶ İç Mimarlık ve Çevre Tasarımı
 - ▶ İç Mimarlık ve Çevre Tasarımı (İngilizce)
 - ▶ Endüstri Ürünleri Tasarımı
 - ▶ Görsel İletişim Tasarımı
- ▶ İletişim Fakültesi
 - ▶ Halkla İlişkiler ve Reklamcılık
 - ▶ Halkla İlişkiler ve Reklamcılık (İngilizce)
 - ▶ Yeni Medya ve İletişim Sistemleri

- ▶ Medya ve Görsel Sanatlar
- ▶ Gazetecilik
- ▶ İşletme ve Yönetim Bilimleri Fakültesi
 - ▶ Uluslararası Ticaret ve Finansman
 - ▶ Uluslararası Ticaret ve Finansman (İngilizce)
 - ▶ İnsan Kaynakları Yönetimi
 - ▶ Uluslararası Lojistik Yönetimi
 - ▶ Bankacılık ve Sigortacılık
 - ▶ Yönetim Bilişim Sistemleri
 - ▶ Ekonomi ve Finans (İngilizce)
 - ▶ İşletme Bölümü (İngilizce)
- ▶ Eğitim Fakültesi
 - ▶ Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık
 - ▶ İngilizce Öğretmenliği
 - ▶ Okul Öncesi Öğretmenliği
 - ▶ Özel Eğitim Öğretmenliği

SAĞLIK BİLİMLERİ YÜKSEKOKULU

- ▶ Beslenme ve Diyetetik
- ▶ Fizyoterapi ve Rehabilitasyon
- ▶ Hemşirelik
- ▶ Sağlık Yönetimi
- ▶ Odyoloji
- ▶ Sosyal Hizmetler
- ▶ Ebelik
- ▶ Çocuk Gelişimi
- ▶ Sosyal Hizmet

MESLEK YÜKSEKOKULLARI

- ▶ İMÜ Meslek Yüksekokulu
- ▶ Adalet Meslek Yüksekokulu
- ▶ Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu
- ▶ Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu

ENSTİTÜLER

- ▶ Sağlık Bilimleri Enstitüsü
 - ▶ Sinirbilim Tezli Yüksek Lisans Programı
 - ▶ Sinirbilim Doktora Programı
 - ▶ Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Tezli Yüksek Lisans Programı
 - ▶ Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Doktora Programı
 - ▶ Dil ve Konuşma Terapisi Tezli Yüksek Lisans Programı

- ▶ Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı
- ▶ Sağlık Yönetimi Tezli/ Tezsiz Yüksek Lisans Programı
- ▶ Sağlık Yönetimi Doktora Programı
- ▶ Klinik Eczacılık Tezli/ Tezsiz Yüksek Lisans Programı
- ▶ Klinik Eczacılık Doktora Programı
- ▶ Beslenme ve Diyetetik Tezli Yüksek Lisans Programı
- ▶ Beslenme ve Diyetetik Doktora Programı
- ▶ Biyokimya Tezli Yüksek Lisans Programı
- ▶ Biyokimya Doktora Programı
- ▶ Tıbbi Biyoloji ve Genetik Tezli Yüksek Lisans Programı
- ▶ Tıbbi Farmakoloji Tezli Yüksek Lisans Programı
- ▶ Tıbbi Farmakoloji Doktora Programı
- ▶ Tıbbi Fizyoloji Tezli Yüksek Lisans Programı
- ▶ Bilişsel Rehabilitasyon Tezli/Tezsiz Yüksek Lisans Programı
- ▶ Ebelik Tezli/Tezsiz Yüksek Lisans Programı
- ▶ Anatomi Tezli Yüksek Lisans Programı
- ▶ Klinik Anatomi Doktora Programı
- ▶ Histoloji ve Embriyoloji Tezli Yüksek Lisans Programı
- ▶ Histoloji ve Embriyoloji Doktora Programı
- ▶ Perfüzyonist Tezli Yüksek Lisans Programı
- ▶ Sağlık Fiziği Tezli Yüksek Lisans Programı
- ▶ Sağlık Fiziği Doktora Programı
- ▶ Ortez-Protez Tezli Yüksek Lisans Programı
- ▶ Ortodonti Doktora Programı
- ▶ Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Doktora Programı
- ▶ Protetik Diş Tedavisi Doktora Programı
- ▶ Mikrobiyoloji Tezli Yüksek Lisans Programı
- ▶ Mikrobiyoloji Doktora Programı

- ▶ Sosyal Bilimler Enstitüsü
 - ▶ Bankacılık ve Finans Tezli Yüksek Lisans Programı
 - ▶ Bankacılık ve Finans Doktora Programı
 - ▶ Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Tezli Yüksek Lisans Programı
 - ▶ Klinik Psikoloji Tezli/ Tezsiz Yüksek Lisans Programı
 - ▶ Siyaset Bilimi Tezli Yüksek Lisans Programı
 - ▶ İşletme Yönetimi Tezli/ Tezsiz Yüksek Lisans Programı
 - ▶ Sağlık Ekonomisi Tezli/ Tezsiz Yüksek Lisans Programı
 - ▶ Yönetim ve Strateji Doktora Programı
 - ▶ Kamu Hukuku Tezli Yüksek Lisans Programı
 - ▶ Kamu Hukuku Doktora Programı
 - ▶ Özel Hukuk Tezli/Tezsiz Yüksek Lisans Programı
 - ▶ Özel Hukuk Doktora Programı
 - ▶ Sağlık Hukuku Tezli/ Tezsiz Yüksek Lisans Programı
 - ▶ Sağlık Hukuku Doktora Programı
 - ▶ İş Sağlığı ve Güvenliği Tezli/Tezsiz Yüksek Lisans Programı
- ▶ Fen Bilimleri Enstitüsü
 - ▶ Biyomedikal Mühendisliği ve Biyoenformatik Tezli/ Tezsiz Yüksek Lisans Programı
 - ▶ Biyomedikal Mühendisliği ve Biyoenformatik Doktora Programı
 - ▶ Elektrik-Elektronik ve Siber Sistemler Tezli/ Tezsiz Yüksek Lisans Programı
 - ▶ Elektrik-Elektronik ve Siber Sistemler Doktora Programı
 - ▶ İnşaat Yönetimi ve Hukuku Tezli/Tezsiz Yüksek Lisans Programı
 - ▶ İnşaat Yönetimi ve Hukuku Doktora Programı
- ▶ Adli Bilimler Enstitüsü

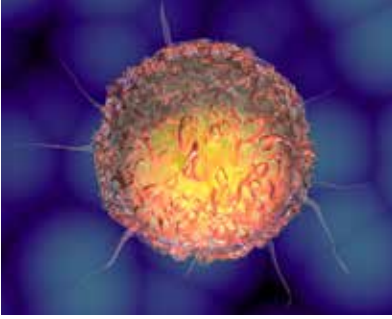
KANSERDE DOĞRU BİLİNEREN YANLIŞLAR Farkında ol!

DOÇ. DR. ÖMER FATİH ÖLMEZ



‘Kanser katı bir bireyci
ve her anlamıyla gelenek
karşıtı bir asidir’

SHERWIN NULAND
Cerrah/Yazar



Kanser, vücudun herhangi bir parçasını etkileyebilen büyük bir grup hastalığın genel adıdır. Kullanılan diğer isimlendirmeler tümör ve neoplazmdır. Kanserli hücrenin bilinen en önemli özelliği, anormal hücrelerin hızlı bölünerek çoğalması ve kendi olağan sınırlarının ötesine geçmeleridir. Bu hücre komşu yapıları istila eder ve diğer organlara yayılırsa bu sürece metastaz denir. Metastaz kanserden ölümlerin ana nedenidir. Kanser dünya çapında ölümün başta gelen nedenidir, 2008 yılında 7.6 milyon insan bu nedenle ölmüştür. (Tüm ölümlerin %13'ü) Akciğer, mide, karaciğer, kolon ve meme kanseri her yıl en sık ölüm nedenleridir. Kanser ölümlerinin %30'u çevresel ve diyetel alışkanlıklar nedeni ile gerçekleşir. Vücut kitle indeksi, düşük meyve ve sebze alımı, fiziksel aktivitenin az olması, sigara ve alkol kullanımı buna örnekler. Sigara kullanımı kanser nedenlerinin en önemlisidir, global kanser ölümlerinin %22'si, akciğer kanser ölümlerinin %71'i sigaraya bağlıdır. 2008'deki tüm kanser ölümlerinin %70'i düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmiştir. Dünya çapında kanserden ölümler artmaktadır, 2030 yılı projeksiyonunda dünyada yılda 13.1 milyon insanın kanserden ölmesi beklenmektedir. Ülkemizde toplum tabanlı kanser verilerinin toplandığı bölgelerin rakamları, yurtdışı verilerinin değerlendirilmesi ve ulusal istatistikler dikkate alındığında; yılda 145-160 bin yeni kanser tanısı konduğu kabul edilmektedir. Öte yandan, 2023 yılında yılda 245-265 bin yeni kanser vakası beklenmektedir.

✗ Kanser konuşmak zorunda değiliz.

✓ Bazı toplumlarda kanserin açıkça konuşulması zor bir konu olsa da, hastalığı konuşmak bireye, topluma ve kanser politikalarına kazanımlar getirebilir.

✗ Kanser belirtileri ve bulguları yoktur.

✓ Birçok kanser türü erken dönemde uyarıcı belirtiler ve bulgular gösterir ve erken tanı tartışılmaz düzeyde yararlıdır.

✗ Kanserle ilgili yapabileceğim hiçbir şey yok!

✓ Bireysel, toplumsal ve politika düzeyinde yapılabilecek çok şey vardır. Doğru stratejilerle yaygın olan kanser türlerinin üçte biri önlenir.

✗ Kanser tedavisine hakkım yok.

✓ Her insan kanıtlanmış, etkin kanser tedavilerine eşit şekilde erişim hakkına sahiptir.

✗ Tümörlü dokuya biyopsi yapmak kanserin yayılmasına neden olur.

✓ Tümör biyopsisi yapmanın kanserli hücrelerin yayılmasına neden olduğu ile ilgili bilimsel kanıt yoktur.

✗ Rutin kan tahlilleri ile kanser teşhis edilebilir.

✓ Bazı kan testleri spesifik bazı kanser tiplerini teşhis edebilirse de, tüm kanserleri tek bir kan testi ile teşhis edebilen yöntem yoktur. Kanser varlığı mikroskop altında doku parçasını incelemek ile ortaya koyulur.

✗ Cerrahi sırasında tümörün hava ile teması kanser yayılımına neden olur.

✓ Cerrahi kanser tedavisinin temel taşlarından biridir ve kanser yayılımına neden olmaz. Eğer alanda büyük ve küçük tümör toplulukları birlikte ise büyük parçanın alınması küçük olanı stimüle edebilir.

✗ Ne yaparsan yap kanser olacağın var ise olursun, kanser benim kaderimdir!

✓ Tüm yeni kanser vakalarının en az yarısı önlenir veya tarama ile erken yakalanabilir. Tek başına sigara tüm kanser ölümlerinin %30'unu kapsar.

✗ Çoğu kanser ailesel geçişlidir, eğer ailede kanser öyküsü yok ise risk altında değilsin!

✓ Sadece %5-10 kanserin ailesel ilişkisi bilinir, çoğu sporadiktir ve aile ilişkisi yoktur.

✗ Güneş veya solaryum ile bronzlaşma cilt kanserinden korur!

✓ Güneş ışını veya solaryum ile koruma yapılmadan uygulanan herhangi bir bronzlaşma cilt kanseri riskini artırır.

✗ Yüksek moral, kanseri yenmek için gereken tek şeydir!

✓ Moral motivasyonun, kanser tedavisindeki kür şansını arttırdığına dair bilimsel kanıt yoktur.

✗ 20 yıldır sigara içiyorum, artık sigaraya bağlı hasar geliştirse gelişmiştir. Bu yüzden sigarayı bundan sonra kesmek anlamsız!

✓ Sigarayı bırakmak için asla geç değildir. 50 yaşından önce sigarayı bırakanlarda risk 15 yıl içinde kaybolur.

✗ Cep telefonları kansere neden olur!

✓ Cep telefonu ve kanser ilişkisini gösteren bilimsel kanıt yoktur.

✗ Bazı kanser türleri bulaşıcıdır!

✓ Kanser hiçbir çeşidi bulaşıcı değildir. Bununla birlikte bilinen bulaşıcı virüsler kansere neden olabilir. (HBV/HPV/HCV/HIV)

✗ Kanser şekeri sever!

✓ Birçok insan kansere yakalanınca şeker yemeyi keser. Bununla birlikte şeker yemenin kanser hücrelerinin gelişimine veya hızlı yayılacağına ilişkin bilimsel kanıt yoktur. Normal hücrede olduğu gibi kanserli hücrede büyüme ve normal fonksiyonlarını görmek için şekere ihtiyacı vardır ancak şekeri kısmak kanser büyümesini yavaşlatmaz, şekeri arttırmak kanserli hücrenin büyümesini hızlandırmaz.



Gözünüz aydın!

Daha sağlıklı gözler için görmenin korunması, restorasyonu ve rehabilitasyonu büyük öneme sahip. Günümüzde yaşanan son teknolojik gelişmeler göz hastalıklarının tedavisinde kalıcı çözümler getirirken, görmeden kaynaklı zararlar en aza indirilmiş oluyor.





GLOKOM Gözün sinsisi hastalığı

PROF. DR. M. SELİM KOCABORA

Dünyada körlüğün önde gelen nedenlerinden sayılan glokom, yani göz tansiyonu görmeye yavaş yavaş zarar verir.



Glokom halk arasındaki adıyla ‘göz tansiyonu’ dünyada körlüğün önde gelen nedenlerinden biridir. Glokom sinsi bir hastalıktır, görmeye yavaş yavaş zarar verebilir, hastalığın ileri bir aşamaya varmasına dek görme kaybı fark edilmeyebilir. Buna karşılık glokomun erken teşhisi ve tedavisi ile gözleri ciddi görme kaybına karşı koruyabiliriz. Glokom esasen sadece tek bir hastalık değildir ancak görme kaybına neden olabilen görme sinirinde hasar ile sonuçlanan bir grup göz hastalığının ortak adıdır. Görme sinirinde her gözde bir milyondan fazla sinir lifi mevcuttur. Bu sinir, gözden gelen ve retina tabakasıyla algılanan görüntüleri beyindeki görme merkezine taşır. Retina, gözün arka kısmındaki ışığa duyarlı sinir tabakasıdır. İyi bir görme için sağlıklı bir retina ve sağlıklı bir görme siniri gerekir. Glokomda bu sinir liflerinde ilerleyici bir kayıp söz konusudur.

GÖZ İÇİ BASINCI ARTINCA...

Glokomda göz içi basıncının yüksekliği görme siniri hasarına yol açan en önemli risk faktörüdür. Bu nedenle halk dilinde göz tansiyonu olarak da adlandırılır. Göz dokularını besleyen göz içi sıvısı sürekli üretilmekte ve süngersi bir ağ yoluyla sürekli göz dışına atılmaktadır. Bu sıvının atılımı süngersi ağın tıkanıklığı sonucu azalır veya durursa göz içindeki basınç da artar. Basınç artışı sürekli olursa görme siniri hasar görmeye başlar ve bir süre sonra görme kaybı meydana gelir. Bu nedenle göz içi basıncın kontrol altında tutulması önemlidir. Glokomda görme siniri hasarı için diğer risk faktörleri şunlardır: Ailede glokom hikâyesi olması, göze darbe almış veya göz ameliyatı geçirmiş olmak, 40 yaşın üzerinde olmak, arteriyel hipertansiyon, gözün kornea tabakasının ince olması ve anormal görme sinir yapısı. Göz içi basıncının üst sınırı normalde 21 mm Hg olarak belirlenmiştir. Glokom hastalığının gelişimi görme sinirinin zarar görmekten tolere edebileceği basınç seviyesine bağlıdır. Bu seviye her kişi için farklıdır. Göz basıncı normal sınırları geçmeden de glokom gelişebilir. Glokomun bu formu, normal basınçlı glokom olarak adlandırılır. Bazen ise tersine göz basıncı yüksek ölçülse bile glokom gelişmemiş olabilir. Glokom tanısı için kapsamlı bir göz muayenesi çok önemlidir. Muayenede yüksek göz basıncı, korneanın inceliği ve anormal optik sinir anatomisi gibi daha fazla risk faktörünü ortaya çıkarabilir. Tanıya erken vararak görme siniri hasarını önlemek ve hastalığın ilerleyişini izleyerek tedaviyi düzenleyebilmek için bu muayeneler

periyodik olarak yapılmalıdır. Yaşı kırkı aşmış tüm yetişkinler özellikle ailesinde göz tansiyonu olanlar mutlaka bir göz doktoruna muayene olmalıdırlar. Muayene sonucu normal bile olsa mutlaka 3 yılda bir kez kontrole gerek vardır. Yaş altmışı aşmışsa yıllık kontrol ve muayene daha uygun olacaktır.

BELİRTİ VERMEZ

Glokomun en yaygın türleri olan açık açılı glokom ve kapalı açılı glokomun tamamen farklı belirtileri vardır. Glokomun en yaygın türü olan açık açılı glokom, başlangıçta görme alanında hafif kayıp dışında hiçbir belirti vermez. Hastanın merkezi keskin görmesi etkilenmediği için bu erken evrede hastalığın farkına varılamaz. İleri aşamalarda görme alanı muayenesinde ‘tünel görme’ diye adlandırılan aşırı daralma tarzında çevresel görme kaybı ve en son aşamada körlük gelişir. Akut açı kapanması glokom belirti ve bulguları ise tamamen farklıdır. Genellikle loş ışıkta ani başlangıçlı göz ağrısı, göz kızarması, bulanık görme, bulantı ve kusma (eğer göz ağrısı şiddetli ise), ışıkların etrafında haleler görme tarzında çok gürültülü kriz tablosuyla ortaya çıkar. Bu ani basınç yükselmeleri hafif olursa kriz oluşmaz ama hastalık tekrarlayan basınç yükselme atakları nedeniyle kronikleşebilir. Kriz şeklindeki gürültülü tablo gelişirse acil müdahale ve tedavi gerektiren bir durum ortaya çıkar. Her iki durumda da görme etkilenir. Gözün ön bölümünde de iltihap, yapıksıklıklar ve hatta katarakt gelişebilir. Glokom tedavisinin temel amacı göz basıncını düşürmektir. Bu amaçla ya göz içi sıvının dışı atılımı artırılabilir ya da gözde üretilen sıvının miktarı azaltılabilir. Normalde göz içi basıncı ortalama 15 mm Hg (10-20 mm Hg arasında) olmalıdır. 21 mm Hg üzerinde ki göz içi basınçları şüpheli kabul edilmelidir.

LAZER TEDAVİSİ ÖNERİLİR

Glokom tedavisinde göz içi basıncının düşürmek için üç ana yöntem vardır: Göz damlası, lazer tedavisi ve ameliyat. Çoğu kişi tedaviye göz damlası kullanmayla başlar ve bazı insanlar göz içi basıncını kontrolü için birden fazla damlaya ihtiyaç duyarlar. Damlaların alerji, tahriş gibi yan etkileri yanında hastanın genel sağlık durumu üzerine de ters etkileri olabilir. Eğer damlalar göz basıncını yeterince düşüremiyor veya hasta ilaçlara uyum sağlayamıyorsa bir sonraki aşama lazer veya cerrahi tedavidir. Lazer tedavileri ameliyata göre basit ve kısa süren işlemlerdir. Göze uyuşturucu damla konulduktan

BELİRTİLERİ NELERDİR?



Glokomun çeşitli modern cihazlar ile yapılan muayeneler sonucunda ortaya çıkarılan belirti ve bulguları şunlardır:

- ▶ Görme alanında genellikle her iki gözde çevresel ve merkezi kayıplar
- ▶ Görme sinirin baş kısmında çukurlaşma ve etrafındaki sinir liflerinde incelleme
- ▶ Göz ön bölümünün yapısının ve açısının görüntülenmesinde açı darlığı ve anormal anatomik özellikler ve ataklara bağlı gelişen hasarlar

sonra hastaya lazer uygulaması yapılır. Yan etkileri nispeten azdır. Selektif lazer trabeküloplasti denen yöntem ile açık açılı glokomlarda göz içi basıncı %20 -25 oranında düşürülebilir ve bu şekilde kullanılan ilaçları bırakmak veya azaltmak mümkün olabilir. Kapalı açılı glokomlarda da uygulanan lazer tedavilerinin etkisi ise göz içi basıncını azaltıcı değil kriz gelmesini önleyici özelliktedir. İris denen gözün içindeki renkli dokusunun çevresel kısmında küçük bir delik açarak göz içindeki sıvı akımı düzenlenir. Kapalı açılı glokomu veya riski olanların, psikiyatrik ilaçların bazıları ile soğuk algınlığı, araç tutması ve alerji ilaçları da dâhil olmak üzere göz tansiyonu krizine yol açabilecek bazı ilaçları dikkatli kullanmaları gerekir. Ameliyat daha güç vakalar için kullanılan bir yöntemdir. Burada amaç ve teknik göz içi sıvısını gözün dışına drene etmek için yapay bir yol açmaktan ibarettir. İster gözün kendi dışı akım kanalını genişleterek veya cerrahi yolla bir açıklık yaratarak, isterse özel imal edilmiş silikon tüp veya metal çubuk şeklinde implantlar yerleştirilerek bu drenaj sağlanabilir. Cerrahi operasyonlar lazer tedavilerinden daha etkili olmalarına rağmen nispeten daha fazla yan etki potansiyeline de sahiptir.

Nokta atışı!

DOÇ. DR. FEVZİ ŞENTÜRK

Vücudun doğal yaşlanma sürecinde ortaya çıkar, merkezi görmeyi etkiler. Halk arasında sarı nokta hastalığı olarak bilinen maküla dejenerasyonu, göziçi enjeksiyonlarla tedavi edilebilir.



Sarı nokta hastalığına geçmeden önce kısaca gözün anatomisinden bahsetmek gerek. Gözü bir kameraya benzetebiliriz. Işık sırayla gözün önünde yer alan kubbe şeklindeki saydam korneadan, göz bebeğinden (pupil), kristalin lensten ve gözün içini dolduran saydam jöle kıvamındaki vitreustan geçerek gözün arkasındaki retinada sarı noktada odaklanır. Kornea ve lens ışığı kırarak sarı noktada toplar. Retina, ışığı elektriksel uyarıya dönüştürür. Bu elektriksel uyarı, göz siniri (optik sinir) ile beynin arkasında yer alan görme merkezine ulaştırılır ve burada görüntüyü algılamamız sağlanır. Sarı nokta (maküla=nokta, lutea=sarı) ışığın retinada odakladığı merkez olan bölgeye verilen isimdir. Sarı nokta keskin detaylı görmemizin gerçekleştiği 'merkezi görme' alanıdır. Retinanın diğer bölgeleri ise 'periferik görme' olarak isimlendirilir ve periferik retina alanları şekillerin detaylı değil kaba şekilde görülmesini sağlamaktadır. Sarı nokta aslında genel olarak bir bölgeyi tanımlamasına karşın halk arasında sarı nokta veya sarı nokta hastalığı denince yaşa bağlı maküla dejenerasyonu (YBMD) anlaşılmaktadır.

MERKEZİ GÖRMEYİ ETKİLER

Yaşa bağlı maküla dejenerasyonu 50 yaş ve üzeri toplumda merkezi görmeyi etkileyen bir retina hastalığıdır. Hastalığın nedeni henüz tam olarak açıklanamamıştır.

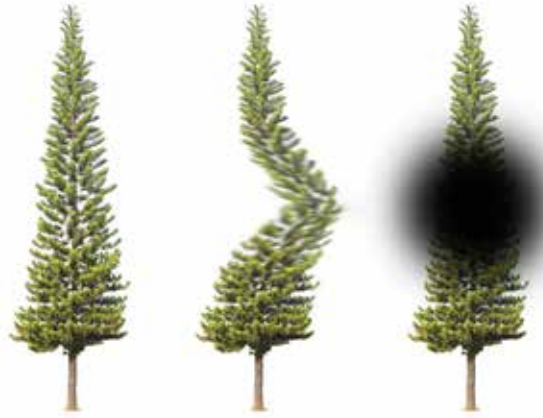
Merkezi görme kaybı geri dönüşümsüz olabileceği için tanı ve tedavinin erken yapılması oldukça önemlidir. YBMD'nun yaş ve kuru olmak üzere iki tipi vardır. En sık karşılaşılan formu kuru tiptir. Retina altında biriken drusen adı verilen depozitler kuru tip YBMD'nin sık görülen bir bulgusudur. Drusen kendi başlarına görme azalmasına yol açmaz. Ancak sayılarının ve boyutlarının artması yaş tiple dönüşme için önemli bir belirteç olarak kabul edilir. Kuru tip YBMD'unda merkezi detaylı

görmemizi sağlayan retina bölümü olan sarı noktada hücreler yavaş yavaş yıllar içerisinde bozulurlar. Kuru tip YBMD her iki gözü eşit şiddette olmayabilir. Henüz kuru tip YBMD'nun tedavisi mümkün değildir. Vitamin ve antioksidan ilaç tedavilerinin (vitamin C, vitamin E, beta-karoten ve çinko) riskli kuru tip YBMD'nun ilerlemesini yavaşlattığı bilinmektedir. Ayrıca çalışmalarda posalı gıda, sebzeden zengin beslenmenin de hastalığı yavaşlattığı iddia edilmektedir.

SİGARA TETİKLİYOR

Yaş tip YBMD ise, retina altında yeni damar oluşumları meydana geldiğinde görülen tipidir. Oluşan yeni damarların duvarları zayıftır. Kan ve sıvı sızıntısı retinanın normal anatomisini bozarak ciddi görme kaybına neden olur. Bu evrede tedavi ile görme arttırılabilir ancak tedavi edilmezse skar dokusu meydana gelir ve kalıcı merkezi görme kaybı ile sonuçlanır. YBMD olan hastalar asla görmelerini tamamen kaybetmezler ama detaylı santral görme kaybolur. Eğer okurken kelimelerde bulanıklık, merkezi karartı veya eğri görme varsa vakit kaybetmeden göz doktoruna başvurmak gereklidir. Eğer iki göz etkilenirse hastalar şikâyetlerini daha erken fark etmektedirler. Tek göz tutulumunda birçok hasta bulguları geç fark eder. Bu yüzden göz doktorları oluşabilecek değişiklikleri erkenden saptayabilmek için basit bir kareli kart testi olan Amsler testini hastalara önermektedirler.

En önemli risk faktörü hastalığın adından da anlaşılacağı gibi yaştır. Diğer risk faktörleri arasında ailesinde YBMD varlığı, sigara, hipertansiyon, açık göz rengine sahip olma sayılabilir. Önlenemez risk faktörleri arasında en tehlikeli olan sigara içmek göz sağlığımızı olumsuz etkilemektedir. Sigara kardiyovasküler sistem hastalık riskini yükselttiğinden indirekt olarak göz sağlığını etkilemektedir. Sigara kullananlarda YBMD hastalığı 4 kat daha fazla görülür. Genetik olarak yatkınlığı olanlarda sigara kullanımı, riski katlayarak artırmaktadır. Sigarada yaklaşık 4 bin 500 zararlı kimyasal olan serbest radikaller vardır. Bu zehirli maddeler gözde birçok hücrenin zarar görmesine hatta erken ölmesine neden olabilmektedir. Sigaranın ayrıca gözün damardan oldukça zengin bir tabakası olan koroid kan akımını azalttığı gösterilmiştir. Ayrıca sigara kullanımının YBMD'nin başlangıcında görülen ve drusen adı verilen birikintileri



arttırdığı, sarı noktada bol miktarda bulunan ve ışığın zararlı etkilerinden sarı noktayı koruduğu düşünülen lutein pigmentini de azalttığı gösterilmektedir.

GÖZİÇİ ENJEKSİYON TEDAVİSİ

Yaş tip YBMD tedavisinde sıcak laser uygulaması artık terk edilmiştir. Nadiren periferik lezyonlarda uygulanabilir. Son yıllarda geliştirilen ödem azaltan ve yeni damar oluşumunu engelleyen ilaçların göz içi enjeksiyonları tedavisi bu hastalıkta bir devrim niteliği taşımaktadır. Göz içi enjeksiyon ile oldukça düşük dozda ilaç kullanılması ile direk hedefe yeterli dozda ilaç ulaştırılması sağlanmakta böylece vücudun diğer bölgelerinde oluşabilecek sistemik yan etkilerin de önüne geçilmiş olmaktadır. Tedavinin etkili olması için başlangıçta aylık sık enjeksiyon yapılması gerekmektedir. Göziçi enjeksiyon tedavileri oldukça güvenilir ve etkilidir. Gözü uyusturmak için lokal anestezi damla damlatılır. Göz çevresi batikonlu solüsyonlarla temizlenir ve ilaç göz içine enjekte edilir. Bazen enjeksiyon sonrası gözde kızarıklık ve hafif ödem oluşabilir. Bu şikâyetlerin günler içinde gerileyerek kaybolması gerekir. Bazı YBMD alt tiplerinde sınırlı uygulaması olan fotodinamik tedavi yapılması gerekebilir. Fotodinamik tedavide kol damarından verilen bir ilaç soğuk laser uygulaması ile gözde lezyon bölgesinde aktive edilmekte böylece sızdıran, kanayan yeni damarlar tıkanmaktadır. Gerekli görülürse bu tedavi tekrarlanabilmektedir. Günümüzde tedavide önemli bir aşama kaydedilmesine rağmen hala görme kayıpları ilerleme gösterebilmektedir. YBMD tam bir körlükle sonuçlanmamaktadır. Ancak kitap okumak, insanların yüzünü ayırmak gibi aktiviteleri yapamaz hale getirmektedir. Görme merkezinde skar dokusu oluşursa hastalar bu aktivitelerini yapabilmek için büyüücü yardımcı aygıtlardan fayda görebilmektedirler.

Üveit acil bir hastalıktır

YRD. DOÇ. DR. ÖZLEM BALCI



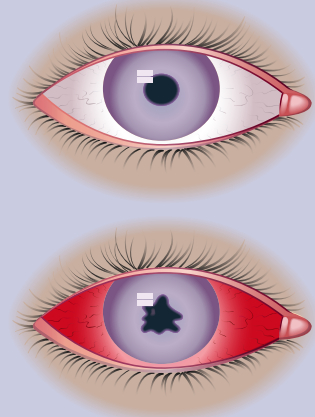
Gözün içindeki damar tabakanın iltihaplanması anlamına gelen üveit, ne şiddette olursa olsun acil bir hastalıktır ve hemen tanınması gereklidir.

Üveit, gözün üvea adını verdiğimiz iris, koroid ve silier cisimden oluşan tabakalarının bir grup enflamatuvar hastalığıdır. Göz küresi 3 tabakadan oluşur. En dışta sklera adı verilen beyaz kısım, en içte retina adı verilen ve görmemizi sağlayan kısım, ortada da uvea bulunur. Uveal dokuların iltihabına üveit denir. Uvea tabakası göze gelen ve gözden giden kanı taşıyan kan damarlarını barındırır. Uvea, retina gibi gözdeki birçok dokunun beslenmesini sağladığı için uveanın inflamasyonu görmenize zarar verebilir. Fakat doğru tanı ve erken tedavi ile görme korunabilir. Işığa karşı hassasiyet, ağrı, gözde kızarıklık, uçuşan siyah noktalar ve görmenin azalması üveitin en önemli belirtilerdir. Bazı durumlarda hiçbir belirti vermeksizin sadece muayenede saptanabilir. Özellikle çocukluk çağında bu sık karşılaştığımız bir durumdur. Virüsler (özellikle herpes virüsü), mantarlar, parazitler, artritler, Behçet hastalığı (ülkemizde sık görülmektedir), multipl skleroz, göz travması, bağışıklık sistemi hastalıkları, romatizmal hastalıklar, inflamatuvar bağırsak hastalıkları (ülseratif kolit, crohn hastalığı), nefritler, tüberküloz, sarkoidoz gibi hastalıklar üveite neden olabilmektedir. Sistemik hastalıklarla ilişkisi olmayan spesifik üveit tipleri de mevcuttur. Ayrıca bazı hastalıklar üveiti taklid edebilirler (hematolojik hastalıklar, maligniteler). Bunların yanı sıra kullanılan bazı sistemik ilaçlar da üveite neden olabilirler. Bu yüzden tüm üveit hastalarında detaylı bir anamnez alınmalıdır. Örneğin ağızda aft oluşu, ciltteki lekeler, eklem ağrısı, öksürük gibi... Altta yatan olası etyolojiye karşı sistemik araştırma yapmak gerekmektedir. Özellikle uzun süren, tekrarlayan ve iki gözü de tutan üveitlerde altta sistemik hastalık olma olasılığı yüksektir. Buna karşın hastaların yüzde 30-40'ında üveitin nedeni bulunamaz.

HEMEN TANINMASI GEREKİR

Ne şiddette olursa olsun, üveit acil bir hastalıktır ve hemen tanınması gerekir. Belirtiler başlayınca göz doktoruna muayene olmak gerekir. Tanının konması ve tedavi etkinliğinin değerlendirilmesi için anjiografi (florescein ve indosiyenin yeşili), ultrasonografi, ERG gibi ileri teknikler gerekli olabilir. Mümkünse, hastanın üveit ve behçet hastalığı konusunda uzman bir göz hekimi tarafından takibi tercih edilmelidir. Göz doktoru, gözün ön ve arka kısımlarını muayene edecektir. Üveitlerin bir kısmında muayene ile tanı koymak mümkünken, bir kısmında tanı koyabilmek veya tanıyı teyit etmek amacıyla göz dışı bazı testler gereklidir. Bunlar içerisinde kan testleri, deri testleri, göğüs, eklem ve beyin filmi gibi incelemeler yer alır. Başta romatoloji olmak üzere çocuk hastalıkları, göğüs hastalıkları ve diğer branşlarla ortak çalışma gerekebilir. Üveit seyri sırasında, glokom, katarakt, band keratopati, retina hasarı, neovaskülarizasyon, göz içi basıncının düşmesi (hipotoni) ve kalıcı görme kaybı gelişebilir. Erken tanı, doğru tedavi, sık ve iyi izleme, hasta hekim uyumu ile hasar en aza indirilebilir. Ayrıca komplikasyonların tedavisi için cerrahi tedavi de gerekebilir. Üveit tedavisinde özellikle steroid (topikal, göz içi enjeksiyon, sistemik) ilaçlar kullanılmaktadır. Bunun yanı sıra altta yatan sistemik hastalık varlığında veya daha ciddi üveitlerde sistemik immunomodulator ilaçlar kullanılır. Sistemik tedavi süresince kullanılan ilaçların yan etkileri olabilir. Olası yan etkiler karşı hasta ayrıca takip edilmelidir. Üveit tedavisi süresi her hastada farklıdır. Altta yatan sistemik hastalık varsa yada spesifik bir üveit ise bazen ömür boyu tedavi gerekir.

SİNSİ BAŞLANGIÇLI...



Üveitin gözün hangi bölgesini etkilediğine bağlı olarak çeşitli tipleri vardır. Üveitin gözün ön kısmına yakın bölgede, iris etrafında yer alması durumunda hastalık ön üveit (iritis, iridosiklit) olarak adlandırılır. Uvea inflamasyonu gözün orta kısmında ve vitreus tabakasında yer alırsa orta üveit (siklitis, pars planit) olarak adlandırılır. Gözün arka kısmındaki bir inflamasyon arka üveit (koroidit, retinit, korioretinit, retinokoroidit, nöroretinit) olarak adlandırılır. Aynı hastada tüm uveal tabakalar tutulmuşta olabilir. Üveit ayrıca başlangıç şekli (ani, sinsi başlangıçlı) ve seyrine göre de (akut, kronik, tekrarlayan) tiplendirilir.



Keratokonus kâbus olmasın

OP. DR. RUKİYE AYDIN

Gözün sık sık ovuşturulması neticesinde tetiklenen keratokonus hastalığının tedavisinde kontakt lenslerin yanı sıra kollajen çapraz bağlama tekniği de ön plana çıkıyor.



Keratokonus, nedeni tam olarak açıklanamayan, korneanın ilerleyici incilmesi ve koni şeklinde dikleşmesi ile karakterize bir tablodur. Sıklıkla ergenlik çağında başlar ve genellikle bir göz diğerine göre daha fazla tutulur. İlk semptom, gözlük veya kontakt lens kullanımına rağmen görmede ilerleyici bir azalmadır. Toplumda görülme sıklığı ile ilgili literatürde farklı veriler bulunmakla beraber, yaklaşık olarak 2 binde bir görüldüğü tahmin edilir. Ancak, son yıllardaki teknolojik gelişmelerle beraber, keratokonus hastalığının tanısı çok daha sık ve daha erken konabilir hale gelmiştir. Her iki cinsiyette de görülebilen keratokonus hastalığının genel semptomları arasında görme bulanıklığı, ışık hassasiyetinde artış, gece ve gündüz görüş kalitesinde azalma, baş ağrısı ve sürekli gözlük numarasının değişimi sayılabilir. Her göz muayenesinde değişen ve artış gösteren astigmatizma ve özellikle düzensiz astigmatizma varlığında ve tashihle görme düzeyinin tama çıkartılamadığı durumlarda, keratokonus hastalığı mutlaka akla getirilmeli ve ileri tetkiklere geçmelidir. Keratokonus hastalığının erken tanı ve tedavisi, ileride ortaya çıkabilecek ciddi görme kayıplarının önlenmesi açısından büyük önem taşır.

GÖZLÜK YETERLİ DEĞİL

Keratokonus gelişiminde genetiğin rolü tam olarak aydınlanamamıştır. Retinis pigmentosa (tavuk karası hastalığı), down sendromu, bazı bağ dokusu hastalıkları gibi genetik geçişli tablolarla birlikteliği de bildirilmiştir. Bugün için en çok kabul gören görüş keratokonusun multifaktöriyel bir hastalık olduğu, genetik yatkınlığı olan kişilerde çevresel etmenlerin (göz kaşıma gibi) devreye girmesiyle ortaya çıktığıdır. Düzensiz astigmatizma ve kornea tabakasında dikleşme erken tanıda yardımcıdır. Modern kompüterize topografi yöntemleri keratokonusun erken tanısı ve takibinde oldukça yararlıdır. Başlangıçta gözlük ve kontakt lensler konservatif tedavi yöntemleri olarak yeterlidir. Geçmiş yıllarda gözlük ve kontakt lens ile yeterli görüş sağlanamayan ilerlemiş tablolarda kornea nakli tedavi yöntemi iken, günümüzde kornea yüzeyini yeniden şekillendirmek için kornea içi halkalar ve refraktif göz içi lenslerinden yararlanılabilmektedir. Bu yöntemlerin yeterli olmadığı ilerlemiş vakalarda kornea nakli gereklidir. Keratokonusun erken döneminde ve forme fruste keratokonusa gözlük ile düzeltme yeterli olmakla birlikte hastalığın ilerlemesi ile gözlük yeterli düzeltme sağlayamamaktadır. Kontakt lens uygulamanın amacı ise, düzensiz



astigmatizma ve optik özellikleri bozulmuş konikleşmiş korneanın ön yüzeyini kaplayarak düzenli bir ön yüzeyin oluşmasını sağlamaktır. Kontakt lensler hastalığın ilerlemesini yavaşlatmaz veya engellemezler. Keratokonusa seçilebilecek kontakt lens tipleri, sert gaz geçirgen kontakt lensler, yumuşak kontakt lensler, sert-yumuşak kontakt lens kombinasyonları ve sklera lensleri olarak sayılabilir. Erken evre keratokonus hastalarında yumuşak kontakt lensler ile tatminkar sayılabilecek bir görme düzeyi elde edilebilirken, orta ve ileri evre keratokonus hastalarında sert kontakt lensler ile düzeltme ile hastalarda tatminkar görme düzeyi sağlanabilmektedir. İlerlemesi durmuş keratokonus hastaları eğer kontakt lens ve halka tedavilerinden faydalanamıyorsa miyopi ve astigmatizmayı gidermeye yönelik diğer bir tedavi seçeneği ise göz içi lensi uygulanmasıdır. Bu lensler kişinin kendi saydam lensi üzerine veya renkli iris tabakası üzerine yerleştirilmektedir. Bu tür bir uygulamanın yapılabilmesi için hastanın kornea endotel hücre sayısının yeterli olması şartı aranmaktadır.

KOLLAJEN ÇAPRAZ BAĞLAMA TEDAVİSİ

Son yıllarda hastalığın ilerlemesini durdurmak veya yavaşlatmak için kollajen çapraz bağlama tedavisi yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Keratokonus hastalarında kornea tabakasındaki kollajen fibriller arasındaki bağlar azalmış- zayıflamış olup dokunun biomekanik direnci azalmıştır. Korneal kollajen çapraz bağlama tedavisi korneal kollajenler arasındaki kovalent bağları arttırarak ve kollajen matriks biyomekanikini güçlendirerek keratokonus hastalığının ilerlemesini durdurmayı amaçlar. Korneal kollajen lifler arasındaki bağların arttırılması ve korneanın daha dirençli hale gelmesi sağlanır. Bu tedavinin amacı ilerlemekte olan keratokonus hastalığını durdurmak, kırma kusurunu azaltarak görme kalitesini arttırmak ve kornea nakli (keratoplasti) gereksinimini ortadan kaldırmaktır. Ayrıca bazı hastalarda kornea yapısının güçlenmesi ve kornea dikliğindeki kısmi azalmaya bağlı görme artışları olabilmektedir.

KORNEA İÇİ HALKA UYGULAMALARI

Intracorneal ring segment yani kornea içi halkalar keratokonus hastaları için son dönemde geliştirilen tedavi yöntemlerinden birisidir. Kornea içi halkalar, PMMA isimli malzemeden yapılmış, saydam yarım halkalardır. Korneal halkalar keratokonusun ilerlemesini durdurmazlar, keratokonus hastalığının neden olduğu görme bozukluğunu düzeltirler. Halkalar, hafif-orta şiddette keratokonus hastalarında, saydam kornea (korneada leke olmamalı) varlığında, kontakt lens kullanamayan veya kontakt lens ile görmesi artmayan kişilerde uygulanmaktadır. Bu minik halkalar göze lazer yöntemi ile tünel açılarak yerleştirildiği için kısa sürede cerrahi tamamlanır. Bu halkalar dışarıdan bakıldığında fark edilmez ve en önemlisi kontakt lens gibi hissedilmesi söz konusu değildir. İstenildiği zaman kolayca çıkarılabilen halkalar, görme merkezine yerleştirilmediğinden görmeyi etkileyecek herhangi bir kalıcı iz bırakmazlar. Korneaya halka yerleştirilmesinde hedeflenen, korneanın merkezi bölümünün normal anatomik pozisyona döndürülmesidir. Bu cerrahi ile gözlük numarasında düşme ve görme keskinliğinde artış sağlanmaktadır. Uygun gözlerde korneaya yerleştirilen halkalar, korneada düzleşme yaparak en iyi düzeltilmiş görme keskinliğinde artış sağlamaktadırlar.

NAKİL GEREKEBİLİR

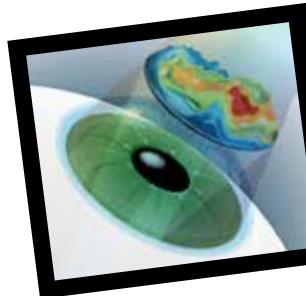
Korneası çok incemiş ileri keratokonus hastalarında, korneada skar (leke) kalan hastalarda ve diğer yöntemler ile görme keskinliği arttırılamayan az gören hastalara kornea nakli uygulanmaktadır. Keratoplasti yöntemlerinden ilk kullanılan yöntem penetran keratoplasti dedğimiz alıcı korneanın tüm katlarının çıkarılarak yerine donör (verici) kornea yerleştirilmesi sonucu gerçekleştirilen penetran keratoplasti metodudur. Günümüzde ayrıca korneanın sadece hastalıklı kısmının nakli de mümkündür. Lameller keratoplasti adı verilen bu yöntem ile tam kat ameliyatlarından sonra ortaya çıkan doku reddi olasılığı da azaltılmıştır. Keratokonus hastalarının yaklaşık %10-20'si kornea nakline gitmektedir. Keratokonus tedavisi için yapılan nakiller yüz güldürücü olup ilk on yılda %90 üzerinde başarı bildirilmiştir. Sonuç olarak keratokonus genç nüfusu etkileyen ilerleyici bir hastalıktır. Hastalığın erken tanısı günümüz görüntüleme yöntemleriyle mümkün olup uygun tedavi yöntemleri ile görme kaybının önüne geçilebilmektedir.



5 dakikada gözlüksüz hayat

YRD. DOÇ. DR. AYLİN KILIÇ

Kişiyeye özel tedavi olanağı sunan iLASIK yöntemiyle miyop, astigmat, hipermetrop gibi sorunlar yaşayan kişiler gözlüklere elveda diyebilirler.



Gözlüklerden kurtulmak için uygulanan yöntemlerden birisi de iLASIK yöntemidir. Bu tedavi sayesinde miyop, hipermetrop ve astigmat düzeltilenmektedir, hastalarımız gözlükten bağımsız daha konforlu bir hayat sürmektedirler. Gözlük kullanmak ya da kontakt lense bağlı yaşamak hayat kalitesini azaltan bir durumdur. iLASIK tedavisine uygun olan gözler tedavi edildiği zaman artık tamamen bağımsız ve net görerek hayatlarına devam edebilirler. iLASIK, kişiye özel bir tedavi şeklidir. Gözümüzün yapısını parmak izi gibi bize özel olarak kabul edersek, tamamen kişiye özel yani bireysel olarak laser planı yapılmaktadır. Laser tedavisinden önce muayenede alınan ölçümlerle gözdeki potansiyel yansımalar, karanlık bir odada gözbebeğinin gece görüşteki boyutu ölçülür, gözümüzün renkli kısmı olan iris tanıtılır. Ameliyat günü işleme başlamadan önce laser cihazına göz tanıtılarak yani iris tanıma aktifleştirilerek bireysel planlanan laser profili aktif hale getirilir. Örnek verecek olursak, toplumda 2 derece miyop olan birçok kişi bulunmaktadır, standart yöntem ile yapılan tedavide herkese aynı laser profili uygulanmaktadır. Eğer kişiye özel laser yapılırsa, uygulanacak laser sadece numarayı düzeltmekle kalmayıp gece göz bebeğinin büyüklüğüne, çapına, gözün özel yapısına, kişiye özel saçılmalara ve yansımalarla göre değişir. Öte yandan, bilimsel çalışmalar göstermiştir ki, bu yöntemle görüş daha kaliteli olur, görme düzeyi %100 düzeyinin üzerine çıkabilir. Hastalar sadece gözlükten kurtulmakla kalmaz, aynı zamanda daha kaliteli görüşe sahip olurlar.

GEÇİCİ DEĞİL, KALICIDIR

Muayenede yaş, gözlük derecesi, kornea kalınlığı, göz yüzeyinin detaylı ölçümlerine bakılır, damla konularak ayrıntılı retina muayenesi yapılır. Bu tedavi, uluslararası kriterlere uyarak hiç risk almadan uygulandığında hayat boyu kalıcı olması planlanır. Kornea topografisi denilen ölçüm, excimer laser tedavisi için uygunluk hakkında bilgi verir. Bu tetkik ile aynı zamanda kornea kalınlığı, göz yüzeyinin haritası ortaya çıkar. Tedavi iki aşamalıdır. İlk olarak göz yüzeyinden ince bir tabaka kaldırılır.

Mikronlar kadar ince bir tabaka göz yüzeyinden ayrılırken, göz büyük bir ekranda görüntülenir, tüm bu işlemler tamamen bilgisayar aracılığıyla yapılır. Bilgisayar aracılığı ile göze oluşturulacak flep istenilen çapta, derinlikte ve şekilde hiç el değmeden planlanabilir. İşlemin ikinci aşamasında da oluşturulan ince tabaka kaldırılarak iris tanıma sistemi aktifleştirilir, laser cihazı gözü tanıdıktan sonra kişiye özel planlanan laser profili uygulanır. Bu işlemler genellikle saniyeler içerisinde biter ancak gözün hazırlığı, uyuşturulması nedeniyle 5-6 dakikayı bulabilir. Bu ameliyat dünyada 20 yıla yakın bir süredir yapılmaktadır, FDA tarafından verilen onay alınmıştır. Bu onay ile birlikte bu konuda yazılmış binlerce bilimsel makale, kanıtlar ve sonuçlar mevcuttur. Bu verilere dayanarak, ameliyatın güvenilir olduğunu söyleyebiliriz. Ancak tabii ki her göz uygun değildir, uygun olan gözlerle uygulanmalıdır. iLASIK ameliyatı geçici birkaç yıllık değil, hayat boyu kalıcı olarak planlanır. iLASIK ameliyatının esas hedefi daha konforlu yaşamak, gözlük ve kontakt lensin getirdiği kısıtlamaları ortadan kaldırmaktır. Ameliyat sonrası hastalar daha özgürce spor yapılabilir, yüzme gibi gözlüksüz yapılması gerekli sporlarda daha rahat olurlar. Kayak yapmak, basketbol, koşu vb. gibi sporlar özellikle iLASIK operasyonu sonrasında daha rahat yapılabilir. Hasta, eskiden günlük hayatı nasılsa aynısına tekrar daha konforlu ve özgür olarak dönebilir.

HER GÖZE UYGULANMAZ

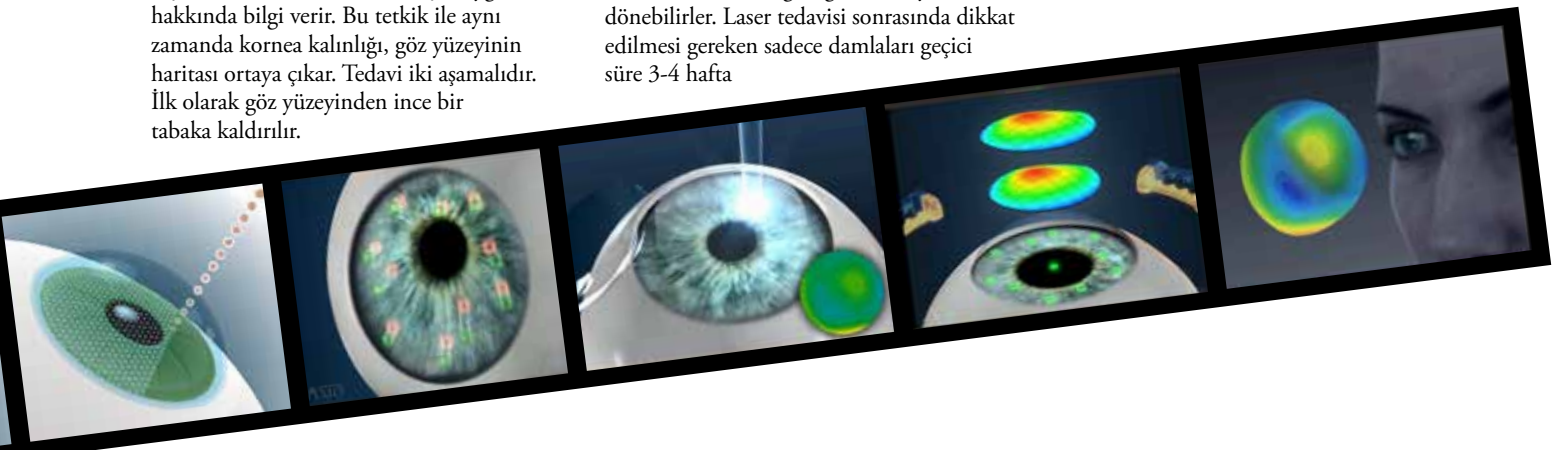
Peki, iLASIK tedavisinde nasıl bir süreç izlenir? Günümüzde artık bıçaksız olarak femtolaser ile yapılıyor, yani flep oluşturma aşaması dediğimiz ilk aşamada göze herhangi bir yabancı cisim değmeden saniyeler içerisinde laser atışı yapılarak işlem tamamlanabiliyor. Bu işlemler sırasında hastamız ağrı, acı duymuyor, damla ile uyuşturuluyor. Hastanın hazırlığı, damlayla uyuşturma ile kabaca 5-6 dk sürer. Hastalarımız ertesi gün günlük hayatlarına dönebilirler. Laser tedavisi sonrasında dikkat edilmesi gereken sadece damlaları geçici süre 3-4 hafta

gibi kullanmaktır. Uzun vadede ise herhangi bir kısıtlamaya gerek kalmaz. Fakat her göz laser tedavisine uygun değildir. Muayene ederek detaylı ölçümler yaparak bu karar verilir. Hasta muayeneye geldiği zaman çok detaylı bir şekilde değerlendirilir. İdeal bir laser cerrahisi için olması gereken ideal bir göz, ideal teknolojik yöntem ve tecrübeli bir ekiptir. Örneğin, gözünüz cerrahiye ne kadar uygun olursa olsun eğer iyi bir teknoloji kullanılmazsa, -mesela bıçaklı yöntemle laser tedavisi yapılırsa- komplikasyon gelişme riski vardır. Başka bir durum da en iyi cerrahi teknolojik donanımına sahip olunsun da, eğer göz yapısı uygun değilse, korneanız ince ise, tedavi sonucu istenilen gibi olmaz.

ALTERNATİF YÖNTEMLER VAR

iLASIK tedavisine uygun olmayan gözlerde gözlükten kurtulmanın başka yolları da vardır. Eğer kornea inceliği var ise yöntem değiştirilerek PRK, LASEK denilen alternatif yöntemler uygulanabilir. Bu yöntemlerle de gayet başarılı olarak miyop, hipermetrop ve astigmatizma tedavi edilebilir. Eğer numara çok ileri derecede yüksek ise hastaya excimer laser tedavisi uygun değildir, PRK ve LASEK gibi alternatif yöntemleri de fayda sağlamaz. Bu yüksek numaralara laser uygulanamayacağından fakik göziçi mercek implantasyonu denilen yöntem uygulanır. Hayat boyu göz içine kalıcı olarak yerleştirilen mercek sayesinde hastalar gözlüklerden kurtulurlar. Bu göziçi mercekler özel bakım gerektirmez, takılıp çıkarılmaz, kontakt lenste olduğu gibi hasta tarafından istenildiği zaman çıkarılamaz.

iLASIK tedavisine uygun olan gözler, tedavi edildiği zaman artık tamamen bağımsız ve net görerek hayatlarına devam edebilirler.



KORNEA NAKLİ

Gözünü aç!



DOÇ. DR. MUSTAFA ELİAÇIK

Gelişen teknoloji ve uygun doku saklama yöntemleriyle sayıları artan kornea naklinde en büyük avantaj, kan grubu uyumunun aranmaması.

Farklı hastalıklar neticesinde gözün kornea tabakasını etkileyen sorunların çözümünde kornea nakline başvuruluyor. Bu etkin yöntemi Medipol Üniversitesi Hastanesi hekimlerinden Doç. Dr. Mustafa Eliaçık anlattı.

Kornea hastalıkları nelerdir?

Korneayı tutan hastalıkları kabaca sınıflamak istersek ortaya çıkış zamanına göre doğumsal ve edinsel, hastalık etyolojilerine göre ise enfeksiyöz, inflamatuvar, dejeneratif veya travmaya bağlı ortaya çıkanlar olarak sınıflandırabiliriz. Tüm bu sınıflamaların ulaşacağı en nihai nokta ise; korneanın

fonksiyonunu yerine getirmesi için zaruri olan saydamlığını hasara uğratmasıdır. Yenidoğan döneminde ortaya çıkan kornea kaynaklı görme azalmasının en başta gelen nedeni anne karnında geçirilmiş bir takım enfeksiyonlardır. Bunu, anne babadan direk aktarılacak sureti ile ya da anne karnındaki mutasyonlara bağlı olarak bebeklerde doğumdan sonra ortaya çıkan yapısal veya metabolik hastalıklar takip eder. Yenidoğan döneminde tek ya da her iki taraf korneaları tutan hastalıklar görüntünün net bir şekilde görme korteksine iletimini sekteye uğramaktadır. Bu durumun ortaya çıkaracağı göz tembelliği görme yeteneği

üzerine telafisi mümkün olmayan zararlar ortaya çıkarabilmektedir. Bunun yanında genetik geçişli birçok korneal hastalık ise genetik geçişli birçok korneal hastalık ise kalıtım şekli ve tutulan kornea tabakasının tipine göre daha ileri yaşlarda klinik belirtiler vermekte ve konjenital hastalıklara göre daha tedavi edilebilir gözükmetedir.

Öte yandan, modern tıbbın ve antimikrobiyal ajanların hızlı gelişimi ile geçen yüzyılımızın ortalarına kadar dünyanın genelinde korneal körlüğün en önemli nedenlerinden biri sayılan trahom ve herpetik enfeksiyonların artık giderek daha arka sıralara gerilediğini gözlemlemekteyiz.

Gelişmekte olan ve/veya tıbbi tedaviye ulaşma imkanı düşük nüfusun yaşadığı gelişmemiş ülkelerde paraziter, bakteriyel ve viral hastalıklardan kaynaklanan enfektif nedenler yeni milenyumda da korneal körlüğün en başta gelen nedenlerindendir. Gelişmiş ülkelere enfeksiyöz ajanların yerini ise künt ya da kimyasal travmalar neticesinde, özellikle çocukluk çağında, ortaya çıkan korneal hasarlar ve korneanın dejeneratif hastalıkları almıştır.

Peki bu tarz korneal hastalıklar nasıl tedavi edilir?

Tedavide kullanılacak yöntemin belirlenmesi, hastaların gereksiz cerrahilerden korunması, cerrahi müdahaleye daha çok ihtiyacı olan kişilerin belirlenerek mevcut imkanların daha kontrollü kullanımının sağlanması ve en nihayetinde de tedavi sonuçları ile hasta beklentisinin paralellüğünün sağlanabilmesi için korneanın saydamlığını yitirmesine yol açan etyolojinin çok iyi bir şekilde ortaya çıkarılması gerekmektedir. Doğumsal bir enfeksiyon neticesinde korneasında hasar gelişen bir hastaya gerçekleştirilecek kornea naklinin büyük ihtimalle sadece kozmetik sorunları çözebileceğinin bilinmesi gerekir. Cerrahi dışı ya da daha basit cerrahi yöntemler ile tedavileri gerçekleştirilecek keratokonus hastalıklarının gereksiz yere kornea nakline yönlendirilmemesi için bu konuda uzman kişilerce değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu nedenle hastalardan alınacak anamnez ile klinik muayeneden elde edilecek bulguların harmanlanması hayati öneme sahiptir. Kornea nakli görmeyi düzeltmek, ağrıyı azaltmak ya da kozmetik amaçlar için yapılabilir.

Nakil için uygun tabaka kimden, nereden alınabilir?

Ülkemizde kornea nakil cerrahileri için gereken korneaları temin etmekle görevli göz bankaları kurulmuş ve kurulmaya devam etmektedir. Göz bankaları kornea dokusunu ölüden almak, uygun besleyici ortamlarda saklamak, alınan dokunun nakle uygun olup olmadığını belirlemek ve doku nakli yapılacak merkezlere ulaştırmak ile yükümlüdür. Kornea dokusu çeşitli nedenlerle ölen ancak korneası sağlıklı yapıda olan kişilerden alınır. Korneaların kullanılabilmesi için kişinin ölüm nedeninin bilinmesi gerekir. Nakil yapılacak kişiye herhangi bir hastalık geçmemesi için vericinin kanında AIDS, bulaşıcı hepatit ve frengi gibi hastalıklara yol açan mikroorganizmaların varlığı araştırılır. Kornea damarsız bir doku olduğu için kan grubu uyumu gerekli değildir. İdeal olan ölümden sonraki ilk 12 saat içinde kornea alınmasıdır. Gelişen teknoloji ve uygun doku saklama yöntemleri ile ölüden alınan ve özel besleyici solüsyonlarda saklanan kornealardan göz

bankalarındaki özel mikroskoplarla incelenip hücre özellikleri ve yapısı yeterli olanlar belirlendikten sonra 7 gün içinde bekleyen hastalara nakledilir.

Ameliyat nasıl yapılır, riskleri nelerdir?

Kornea nakline ihtiyaç duyan hasta kliniğe başvurduğunda yapılacak değerlendirmede, kornea saydamlığını bozan hastalığı belirlemek ilk ve en önemli basamaktır. Bu sayede kornea naklinin tam kat mı yoksa kısmi mi yapılacağı, nakil sonrasında kornea dokusunun alıcı yatak kaynaklı red olup olmayacağı ya da mevcut hastalığın yeni nakledilmiş dokuda ortaya çıkıp çıkmayacağı büyük ölçüde ortaya konabilmektedir. Kornea nakillerinde tam kat ve konvansiyonel sütür cerrahisi ile yapılan temel tekniğin dışında günümüz popüler medikal uygulamalarından olan laser kullanılarak da yapılabilen korneanın yüzeyel kısmının (DALK) nakli ile yine uzun bir eğitim süreci gerektiren korneanın en iç tabakasının nakledildiği (DMEK) ve sütür gerektirmeyen nakil yöntemleri de bulunmaktadır. Kornea nakli eğer tam kat ve konvansiyonel sütür cerrahisi (open sky) ile gerçekleştirilecek ise hasta ve cerrahın konforunu arttırmak açısından genel anestezi altında yapılması daha uygun olacaktır. Kısmi kornea nakillerinde ise cerrahinin uzun sürmesi nedeniyle hasta ile cerrah arasında anestezi şekline karar verilmesi daha doğru olacaktır. Tüm göz cerrahilerinde olduğu gibi ameliyat sırasında, ameliyat sonrası erken dönem ve ameliyat sonrası geç dönemde yapılan cerrahi ve hasta kaynaklı nedenler ile birçok komplikasyona rastlanabilmektedir. Bunlardan en önemlileri ameliyat sonrası erken dönemde endoftalmi (göz içeriğinin mikrop kapması) ve dokunun yeterliliğinin az olmasından kaynaklanan ve ameliyat sonrası geç dönemde nakledilen kornea dokusunun reddidir.

Görme kaybı olan herkes kornea naklinden fayda sağlıyor mu?

Görme kaybı olan tüm hastalar göz naklinden yarar sağlayamaz. Bunun en önemli nedeni kornea dışı göz dokularından kaynaklanan görme azlıklarının sadece kornea nakli ile düzeltilmesinin mümkün olmadığıdır. Unutulmamalıdır ki göz nakli terimi halk arasında yanlış algılandığı şekilde gözün tamamının nakli değil sadece kornea dokusunun nakli kast edilerek kullanılmaktadır. Bunun yanı sıra göz ve görme fonksiyonlarının gelişim süreci olan 8 yaşına kadar (özellikle 4 yaş altında) gelişen korneal problemlere bağlı ortaya çıkan görme fonksiyon kayıplarının yerine konması yine bu kritik sürecin sonunda yapılan cerrahiler ile mümkün olmamaktadır.

NAKİL GEREKTİREN DURUMLAR



- Göz içi cerrahileri sonrası korneanın şeffaf kalmasını sağlayan endotel hücrelerinin hasar görmesi neticesinde iyileşmeyen kornea ödemi gelişiminde,
- Korneanın inflamatuvar olmayan ilerleyici dejenerasyonu keratokonus hastalığının ileri formlarında,
- Kalıtsal geçiş gösteren bazı kornea hastalıklarında,
- Özellikle herpetik enfeksiyonlar sonrası korneada oluşan yara dokusu ve damarlanma problemlerinin oluşturduğu bulanık görmelerde,
- Kimyasal ya da göz bütünlüğünü bozacak penetran ve künt travmalar nedeniyle kornea bulanıklığı veya bütünlüğü ağır derecede bozulduğunda,
- Kornea nakli sonrası nakledilen dokunun reddi ve yeni kornea ihtiyacı doğduğunda nakil gereklidir.

Doku reddi nasıl anlaşılır, tedavi edilebilir mi?

Doku reddi ihtimali hiçbir zaman göz ardı edilmemeli ve özellikle hastalar reddin kendilerinde ne gibi şikâyetlere yol açabileceği konusunda bilgilendirilmelidirler. Nakil yapılan hastanın gözlerinde kızarıklık, ışık hassasiyeti, görmeye azalma ve ağrı doku reddi olabileceğine dair belirtilerdir. Erken dönemde yapılan geri dönüşler sayesinde nakli gerçekleştiren cerrah doku reddi sürecini büyük bir oranda (%90) kortizonlu damla/ pomad tedavisi ile geriye döndürebilmektedir. Geç kalındığı durumlarda ya da ameliyat öncesi hastanın sahip olduğu bir takım korneal problemler neticesinde reddi engellemek için kullandığımız ilaçların etki edememesi yüzünden doku düzelmez ise ikinci ve hatta üçüncü kornea nakilleri gerekebilmektedir.

Güneş gözlüğü hastalıktan koruyor

OP. DR. FUNDA DİKKAYA

Ultraviyole ışınlarına uzun dönem maruz kalmak katarakt, sarı nokta hastalığı, göz yüzeyinde ve göz kapağı cildinde iyi ya da kötü huylu kitlelere sebep olabilir. Seçilen doğru güneş gözlüğü gözlerinizi bu hastalıklardan korur.



Güneşin insan sağlığı açısından oluşturduğu başlıca tehlike barındırdığı ultraviyole ışınlardan kaynaklıdır. Birçok insan ultraviyole ışınların ciltte oluşturduğu zararlı etkilerden haberdarken göz üzerine yaptığı etkilerden habersizdir. A-B ve C olmak üzere üç tip ultraviyole ışın vardır ve bunlardan ultraviyole-C ozon tabakası tarafından emilmekte ve insan sağlığı açısından herhangi bir tehdit oluşturmamaktadır. Bununla birlikte ultraviyole-A ve ultraviyole-B'nin göz ve görme sağlığı üzerine uzun ve kısa dönem olumsuz etkileri mevcuttur. Ultraviyole ışınlar kısa sürede aşırı dozda maruziyet gözlerde batma, yabancı cisim hissi, sulanma, bulanık görme, ışık hassasiyeti ile giden halk arasında 'kar körlüğü' olarak bilinen tabloya yol açabilir. Uzun dönem düşük doz maruziyet ise katarakt, yaşa bağlı makula dejenerasyonu (sarı nokta hastalığı), göz yüzeyinde ve göz kapağı cildinde iyi ya da kötü huylu kitlelere sebep olabilmekle birlikte alerjik göz hastalıklarını da tetikleyebilir. Geniş çepirli şapka ve başlık kullanımı göze gelen ultraviyole ışınlarını ancak %50 oranında azaltabilmektedir. Bu nedenle güneş gözlükleri aksesuar özellik taşımanın yanı sıra gözü ultraviyole ışınlarının zararlı etkilerinden korumada büyük yer tutarlar. Günümüzde artık göz sağlığı açısından küçük yaşlardan itibaren güneş gözlüğü kullanımı önerilmektedir. Normal şartlarda insan gözü parlak ışıktaki göz bebeğini küçülterek ışığa karşı doğal bir koruma sağlamaktadır. Biz görünen ışığı kesen ama ultraviyoleye karşı koruma sağlamayan bir güneş gözlüğü taktığımızda göz bebeği karanlığın etkisiyle daha fazla açılacak bu da daha yüksek oranda ultraviyole ışınına maruz kalmamıza yol açacaktır. Bu nedenle ultraviyole filtre özelliği olmayan sadece koyu renk camlı güneş gözlükleri kesinlikle kullanılmamalıdır. Gün içinde 10-16 saatleri arası ultraviyole miktarının en yüksek olduğu saatlerdir. Ayrıca, karda, kumda, deniz kenarında ultraviyole ışınların etkisi daha fazla olmaktadır. Deniz seviyesinden yükseklerle çıkıldıkça (dağlarda vs.), enlem derecesi düşüktüğü yani ekvatora yaklaştıkça ve dış ortamda kalma süresi arttıkça ultraviyole artacaktır.



ÇOCUKLARA POLİKARBON CAM

İlkbahar ve yaz ayları ultraviyole ışınların daha yoğun olduğu aylarken, sonbahar ve kış aylarında yoğunluğu azalır. Açık renkli cilt ve göz yapısına sahip kişiler bu mevsimlerde daha fazla risk barındırırlar. Öte yandan güneş tutulmasının çıplak gözle izlenmesi gözde kalıcı ve ciddi hasara yol açabilmektedir, buradaki zararlı etki ultraviyole ışınlardan ziyade termal etki ile gerçekleşmektedir ve güneş gözlüklerinin bu zararlı etkiden koruma özellikleri bulunmamaktadır. Çocuklar birçok yetişkinden daha fazla açık alanda vakit geçirdiğinden ve çocukların lens yapısı yetişkinlere göre ultraviyole için daha az koruma sağladığından çocuklarda da güneş gözlüğü kullanımı gereklidir. Özellikle de alerjik konjonktiviti olan çocuklarda güneşten korunma alerjinin tetiklenmemesi için büyük önem arz eder. Çocuklarda da gözlük seçimi yapılırken dikkat edilmesi gereken en önemli nokta ultraviyole ışınları karşı %99-100 koruma sağlamasıdır. Özellikle kırılmaya karşı en dayanıklı olma özelliği gösteren polikarbon camlar tercih edilebilir.

NELERE DİKKAT EDİLMELİ?

- Güneş gözlüğü tercih edilirken dikkat edilmesi gereken en önemli nokta ultraviyole ışınlarını blokaj derecesidir. Güneş gözlüklerinin ultraviyole-A ve ultraviyole-B ışınlarını %99-100 oranında bloke etmesi gerekmektedir. Gözlük satın alırken '%99-100 oranında ultraviyole blokajı vardır' ifadesini içeren sertifikaya sahip olup olmadığına mutlaka dikkat etmek gerekmez. Bazı firmalar bunu '400 nm'ye kadar ultraviyole blokajı vardır' şeklinde de ifade edebilirler.
- Cam rengi ve koyuluğunun ultraviyole blokajı ile herhangi bir ilişkisi yoktur. Gri ve yeşil renkli camlar renklerde en az değişikliğe yol açarlar. Kahverengi camlar ise kontrast ve derinlik algısının en iyi olduğu camlardır ama renklerde bozulmalara yol açarlar. Karda kullanım için en uygun cam rengi mavidir. Orta

koyuluktaki

camlar günlük kullanım

için yeterlidir fakat çok parlak ışıktaki bulunulması gereken durumlarda daha koyu renkli camlar tercih edilebilir.

- Polarize camlar daha iyi ultraviyole blokajı sağlamamakla birlikte yüzey yansımalarını önleyerek daha net bir görüntü kalitesine yol açarlar. Bu durum özellikle sürüş esnasında büyük konfor sağlar.
- Kaliteli güneş gözlüğü camlarının görüntüde hareketlenmeye ve düzensizliğe yol açmaması gerekir. Bunu test etmenin bir yolu bir gözü kapatarak gözlük belli bir mesafede tutulur ve fayans gibi dikdörtgen şekilli bir nesneye bakılır. Gözlük yukarı aşağı, sağa sola hareket ettirildiğinde çizgilerde eğrilme, hareketlenme olmaması gerekir aksi halde cam uygun üretilmemiştir.
- Lensler üzerine yapılan ayna kaplamalar göze gelen ışın miktarını azaltmakla birlikte ultraviyole ışınlardan korunma üzerine bir etki sağlamazlar.
- Çerçeve seçiminde gözlüğün yüze iyi bir şekilde oturmasına ve özellikle çerçeve kenarından yansıyabilecek ışınların göze gelmemesine dikkat etmek gerekir. Yeterince büyük ve gözleri çevreleyen modeller daha iyi koruma sağlayacaktır.
- Yukardan aşağıya doğru rengi açılan camlar özellikle gökyüzünden gelen ışınları daha fazla engelleyerek alt tarafta daha açık bir görüntü sağlarlar. Bu özellikle araç kullanırken daha konforlu bir görüş sağlar. Çift gradyanlı camlar ise alta ve üstte daha koyu ortada daha açık bir alan barındırırlar. Bu özellik yüzeyden olacak yansımaları da engelleyeceğinden kar ve deniz üzeri yapılan aktivitelerde daha kaliteli görüş sağlarlar.
- Göze zararlı olduğu düşünülen mavi ışınlardan korunma özelliği özellikle amber renkli camlarda mevcuttur.
- Fotokromik camlar parlak ışıklı ortamlarda kendiliğinden koyulaşan daha düşük ışık yoğunluklu ortamda ise kendiliğinden rengi açılan camlardır. Camın renginin koyulaşması yarım dakika gibi kısa bir sürede olurken, renginin açılması beş dakikayı bulabilmektedir. Fotokromik camlar iyi ultraviyole koruması sağlamakla birlikte farklı ışık koşullarına adaptasyonu zaman alabilmektedir.

Ona gözünüz gibi bakın

YRD. DOÇ. DR. SEVİL KARAMAN ERDUR





Çocukluk döneminde tedavi edilmeyen göz hastalıkları, ilerleyen dönemlerde görme kaybı riski taşıdığı için; çocuk göz kontrollerine dikkat edilmesi gerekir.

Görme değerlendirmesi ve takibi, çocukların erken yaşlarında tedavi edilebilecek göz hastalıklarının zamanında tanısı için gereklidir. Doğumdan sonra 1-2 ay içinde doğumsal katarakt, gözyaşı yollarında tıkanıklıklar, doğumsal glokom gibi tanılar için ilk muayene yapılmalıdır. Bir yaş dolayında ise bebeğin her iki gözle de takip yeteneği ve kayma olup olmadığına dair bazı ölçümlerin yapılması görme değerlendirmesi açısından önem taşır. 3 yaşına kadar ise, doktorla oyun bazında iletişim kurabildiğinde okuma kartları ve resimler öğretilerek ilk görme ölçümü yapılabilir. Göz tembelliği (ambliyopi) açısından bu muayenenin 3 yaşa kadar tamamlanması arzu edilir. Daha sonra hiçbir sorun saptanmamış çocuklarda bile okula başlarken bu muayene tekrarlanmalıdır. Görme muayenesinde gözlük gerektiren bir bozukluk varsa gözbebeği büyütülüp uyum yeteneği bozularak da ölçüm yapılır. Çocukluk çağı göz hastalıklarının çoğu erken tanı konduğunda tedavi edilebilir hastalıklardır. Çocukluk döneminde tedavi edilmeyen göz hastalıkları, ilerleyen dönemlerde görme kaybı riski taşıdığı için; çocuk göz kontrollerine dikkat edilmesi gerekir. Yapılan çalışmalar; görme bozukluklarının, okula başlayacak yirmi çocuktan birini ve okula giden dört çocuktan birini etkilediğini gösteriyor. Bu nedenle önemli sorunların erken tanısı için düzenli göz muayenelerinin yapılması gerekir. Çocuklarda görülen göz rahatsızlıklarını şöyle sıralayabiliriz:

Çocukluk çağı kataraktları: Yetişkinlerde katarakt çok sık rastlanan bir problem

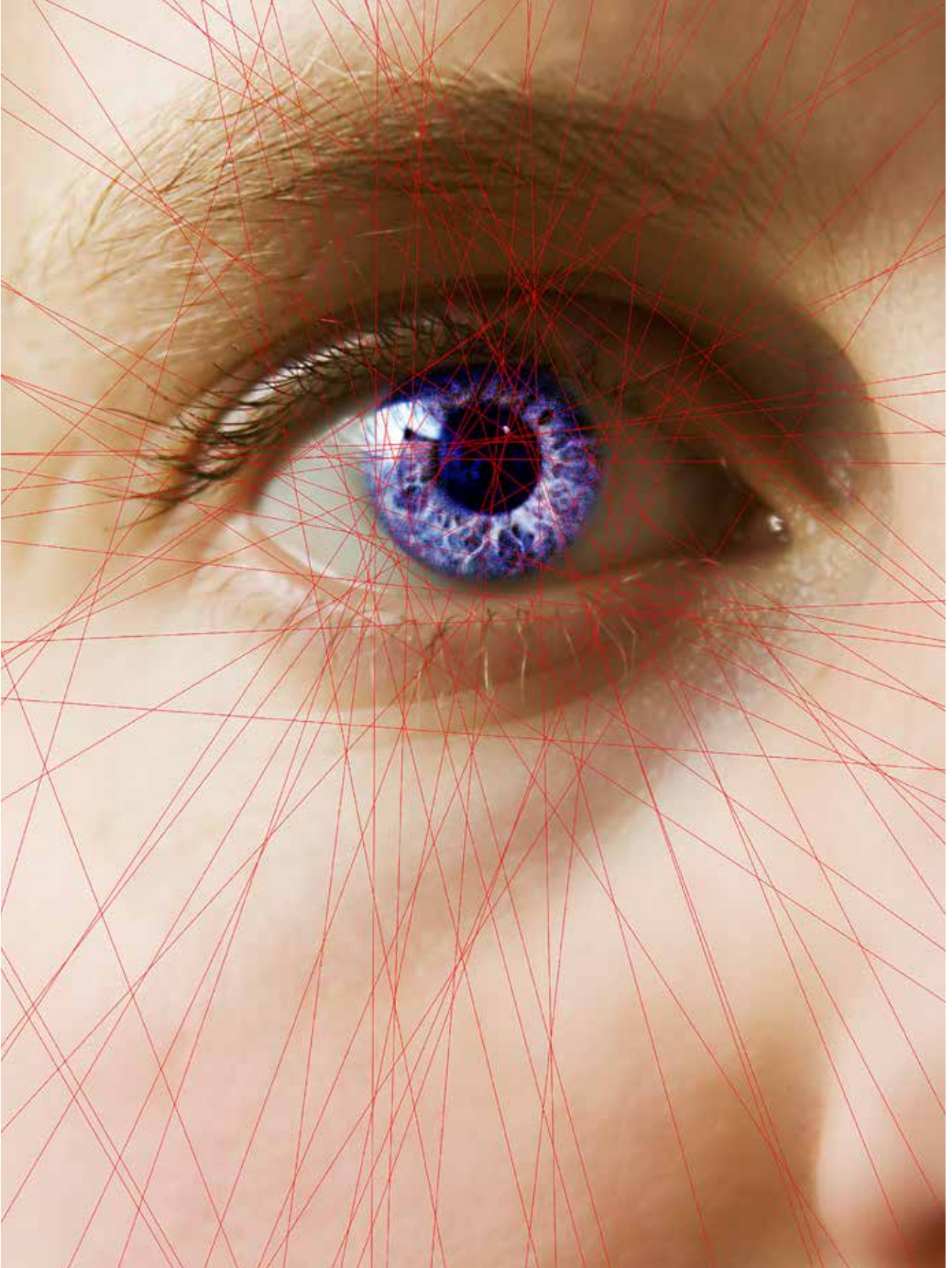
olmasına karşın yenidoğan ve çocukluk çağında daha nadir ama özel bakım gerektiren bir problemdir. Katarakt, doğal olarak şeffaf olan lensin bulanık ya da buzlu cam haline gelmesi ve görme gelişimine engel olmasıdır. Yenidoğan döneminde görülen tipine 'doğumsal katarakt' adı verilir. Doğumsal kataraktlar, ailesel olabilir veya olmayabilir. Bir ya da iki gözü birden tutabilir. Genellikle doğumsal kataraktlarla birlikte gözü ilgilendiren başka hastalıklar da görülebilir. Sistemik metabolik bir hastalıkla beraber görülebilir. Doğumdan sonraki ilk birkaç hafta, sinir sistemi ve görme yolları ile ilgili hızlı gelişmelerin yaşandığı bir dönemdir. Erken tanı ve uygun zamanda cerrahi önemlidir. Bu dönemde göz ve ilgili beyin alanları görme konusunda yeteri kadar uyarı alamazlarsa normal görme fonksiyonu gelişimi olamaz. Daha sonra da bu gelişim sağlanamaz.

Gözyaşı yollarında tıkanıklık: Bazı bebeklerde doğum sırasında buruna açılan kanalın ağzında normalde olan ama kendiliğinden açılan bir zarın kaybolmaması veya bu kanalın iyi gelişmemesi nedeniyle kanal tıkanıklığı olabilir. Bu durumda bebeklerin o gözünde yaşarma ve çapaklanma izlenir. Bu tıkanıklık %90-95 oranında masajla ilk 1 yıl içinde iyileşmektedir. Tedavide doktorun tarif edeceği şekilde gözyaşı kesesinden buruna doğru günde en az 3 kez masaj yapılması önerilir. Sarı-yeşil iltihaplı çapak olduğunda doktor gerekli görürse masajla birlikte antibiyotikli damla verebilir. Bir yaşa kadar açılmayan tıkanıklıklarda, kontrol edilemeyen sürekli çapak varlığında

veya şiddetli çevre dokulara da ilerleyen enfeksiyon görüldüğünde 'probing' denilen sondalama işlemi uygulanır. Sondalamada kesi yoktur ve sonrasında ağrı duyulmaz. Ancak işlem bebeğin hareketsiz olmasını gerektirdiğinden maske ile genel anestezi altında yapılır. Sondalamanın 18 aydan önce yapılması başarı şansını artırır. İki işlem yapılmış ancak tekrarlayan durumlarda yine genel anestezi altında tüp konması işlemi yapılır. Tüp 4-5 ay bırakılır. Daha sonra anestezi gerekmeden alınabilir.

Prematüre retinopatisi: Prematüre retinopatisi (ROP), düşük doğum ağırlıklı erken doğan (prematüre) bebeklerde görülen bir retina hastalığıdır. ROP taramasında sınır, 30 hafta altı ve 1500 gr altı olarak genel kabul görmektedir. Ancak çocuk doktoru herhangi bir haftada ya da kilogramda doğan bebek için ROP muayenesi gerekliliği saptayabilir. Retina damarlarının gelişimi tamamlanmamıştır. Erken doğum olduğunda bu damarların gelişimi durabilir. Damarlar tekrar büyümeye çalıştıklarında, özellikle yüksek yoğunlukta oksijen verildiğinde anormal damarlanma görülebilir. Düzenli olarak retina muayenesi yapılarak, bu şekilde anormal damarlanma varlığının erken saptanmasına ve olanaklı ise de durdurulmasına çalışılır. Muayene damla ile göz bebekleri büyütülerek hastane ortamında yapılır. ROP saptanırsa gerekli haftalık aralıklarla takip edilir. Bazen damarlar büyümelerini tamamlarlar ve ROP geriler, bazen de ileri safhaya geçer. Bu geçiş dönemi tesbit edildiğinde retinaya lazer uygulamaları ya da göz içi enjeksiyonlar ile görme kaybı önlenmeye çalışılır.

Göz tembelliği (Ambliyopi): Gözün hipermetropi, miyopi, astigmatizma, katarakt, şaşılık gibi nedenlerle iyi görememesi sonucunda görme yollarının gelişmemesidir. Sıklıkla bir gözün normal olup diğer gözün hipermetropi, astigmatizma veya miyopi nedeniyle az görmesi göz tembelliğine yol açar. Ancak yüksek hipermetrop, miyop, astigmat bulunduğu çift taraflı tembellik de gelişebilir. Her yüz çocuktan dördünde göz tembelliği bulunur. Göz tembelliğinin sebebi katarakt veya şaşılıksa aile bunu fark edebilir. Ancak bir göz normal, diğer gözde hipermetrop, miyop ve astigmat gibi yüksek derecede kırma kusuru varsa ailenin fark etmesi mümkün olmaz. Çünkü bir gözü normal gören çocuğun şikâyeti yoktur. Bu nedenle her anne babanın 5 yaşından önce çocuğunun gözlerini kontrol ettirmesi gerekir. Göz bozuklukları genellikle kalıtsaldır. Ailesinde göz bozukluğu olan çocuklarda tembellik riski fazladır. Böyle durumlarda daha erken yaşta göz muayenesi gerekebilir.



Göz damarları da tıkanır

PROF. DR. İBRAHİM GÖKHAN GÜLKILIK

Retina damarları da tıpkı kalp damarları gibi tıkanır.
Retina damar hastalıkları, genellikle ani ağrısız görme kaybı
şikâyeti ile ortaya çıkarlar.

Retina, göz küresinin iç yüzeyini bir çarşaf gibi kaplayan ağ tabakadır. Görüntü oluşabilmesi için göze gelen ışığı elektrik sinyallerine çeviren ışığa duyarlı hücreler ve bu sinyalleri beyine ileten sinir hücrelerinden oluşur. Retina çok aktif bir doku olduğundan oksijen ve enerji ihtiyacı çok fazladır. Bu ihtiyaç retinayı örümcek ağı gibi saran saç teli kalınlığındaki damarlarla sağlanmaktadır. Retina damarları, oksijen ve besinlerden zengin kanı göze getiren arterler (atardamar), gözdeki atıkları ve karbondioksidi gözden uzaklaştıran venler (toplardamar) ve bunları birbirine bağlayan kılcal damar ağından meydana gelen çok hassas bir sistem oluştururlar. Bu damarlarda tıkanıklık, kan akımında bozulma veya damar bütünlüğünü bozan bir patoloji olursa retina normal fonksiyonlarını yerine getiremez ve hastalık durumu oluşur. Bu hastalıklara retina damar hastalıkları denilir. Retina damar hastalıkları için risk faktörleri; diyabet, hipertansiyon, sistemik damar hastalıkları ve hematolojik (kan) hastalıklarıdır. Bu hastalıkların en önemlileri; diyabetik retinopati, retina ven tıkanıklığı, retina arter tıkanıklığı, hipertansif retinopati ve oküler iskemik sendromdur. Retina damar hastalıkları genellikle ani ağrısız görme kaybı şikâyeti ile ortaya çıkarlar. Bulanık görme, görme alanında kısmi kayıp, uçuşmalar ve farkedilmeyen olgular da ağrı yapabilirler. Kısa süreli geçici görme kayıpları da retina damar hastalıklarının öncüsü olabilir. Bu gibi şikâyetler olduğu zaman hiç vakit kaybetmeden göz doktoruna muayene olmak gerekir.

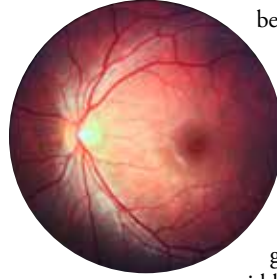
SİSTEMİK HASTALIKLARIN HABERCİSİ

Retina damar hastalıklarının tanısında çeşitli tetkik yöntemleri kullanılmaktadır. Öncelikle

hastanın görme seviyesi belirlenir ve gözbebekleri damla ile genişletilerek gözdeki (retina) muayenesi yapılır. Gereken durumlarda damarların durumunu gösteren göz anjiyografisi veya retinada sıvı toplanması (ödem), kanama, hücre hasarı gibi ayrıntıları gösteren optik koherens tomografi (göz tomografisi) incelemesi yapılabilir. Bu tetkiklerin sonuçlarına göre tedavi gerekip gerekmediğine veya hangi tedavi uygulanacağına karar verilir. Retina damar hastalıkları tedavisinde, altta yatan sistemik bir hastalık varsa bunun tedavisi en kısa zamanda düzenlenmelidir. Bu sayede oluşabilecek yeni hastalıkların veya mevcut durumun kötüleşmesinin önüne geçilmiş olur. Ayrıca retina damar hastalıkları başka sistemik hastalıkların habercisi olabileceğinden mutlaka sistemik değerlendirme yapılmalı, kalp ve damar hastalıkları, hipertansiyon, diyabet, ve kan bozuklukları değerlendirilmelidir. Gözle ilgili tedavide iki amaç gözetilir; ilki görmenin artırılması, ikincisi ise hastalığın ilerleyip başka problemlere yol açmaması. Retina damar hastalıklarında görme kaybının 3 sebebi olabilir. Bunlardan en sık olanı retinada sıvı birikimi olan makula ödemi, ikinci sırada göziçi kanamalar ve en sonda ise iskemi dediğimiz damardaki tıkanmaya bağlı dokuya kan gelmemesi durumudur.

LAZER KÖR ETMEZ

Makula ödeminde en güncel tedavi metodu göziçiye yapılan enjeksiyonlardır. Göziçi enjeksiyonları ile makula ödemi tedavisi oldukça başarılı bir tedavi şekli olmakla



beraber aylık uygulamalar ve hastanın tedavi protokolüne sıkı bir şekilde uyması gerekmektedir. Retina damar tıkanıklığında oluşabilecek bir diğer problem de göziçi kanamalarıdır. Retinada kan akımı bozulduğunda anormal damarlar oluşmakta ve göziçiye kanamalar sebep olup ciddi görme kayıpları oluşturmaktadır.

Göziçi kanamaların gelişmemesi ve gözün ameliyata gitmesini engellemek için retinaya lazer tedavisi uygulanması gerekebilir. Halk arasında lazer tedavisi için 'lazer oldum gözüm görmüyor' gibi sözler sözler duyulsa da bu tamamen yanlış bir kanıdır. Aksine görme kaybının sebebi lazerin kendisi değil geç veya eksik uygulanmış lazer tedavisidir. Retina damar hastalıklarında görme kaybının bir diğer sebebi ise retinadaki merkezi görmeden sorumlu alanlardaki damarların tıkanmasıdır. Maalesef bu tıkanıklığı iyileştirmenin bir yolu yoktur ve geri dönüşsüz ciddi görme kayıplarına neden olabilir. Retina damar hastalıklarında önemli bir diğer konu da hastalığın takibidir. Tedaviler uygulandıktan sonra hastaların düzenli bir şekilde takibi gerekir. Takipler öncelikle aylık daha sonra durum iyiye gidiyorsa aralıklar gittikçe açılarak ömür boyu devam etmelidir. Özetle, retina damar hastalıkları göz damarlarında tıkanıklık veya göze gelen kan akımının bozulması nedeniyle gerçekleşir. Bu hastalıklar görme kaybına neden olduğu gibi hayatı riskler içeren bazı hastalıklara bağlı gelişebilir. Bu sebeple bu hastalıkların konusunda uzman kişilerce ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmesi ve altta yatan hastalıkların belirlenip bunların da tedavi edilmesi gerekmektedir.



Hastalıklara kısa bakış

Diyabetik Retinopati

Diyabete bağlı meydana gelen retina hastalıklarına diyabetik reinopati denmektedir. Diyabetik retinopati hem Tip 1 hem Tip 2 diyabette görülür. En önemli risk faktörü diyabetin süresidir. Yüksek kan şekeri seviyeleri retina damarlarında hasar yapmakta, damar içindeki sıvı damar dışına çıkmakta ve retinada birikmektedir. Buna bağlı olarak makula ödemi dediğimiz durum oluşmakta ve görme kaybı meydana gelmektedir. Ayrıca retina damarlarında tıkanıklık sonucu yeni anormal damarlar oluşmakta ve göziçi kanamalar meydana gelmektedir. Genellikle iki gözde tutulur. Diyabetik retinopati tedavisinde mutlaka kan şekeri düzenlenmeli bu sayede hem uygulanacak tedavilerin başarısı artmakta hemde daha fazla hasarın oluşması engellenmektedir. Diyabetik makula ödemin tedavisinde göziçi enjeksiyonlar uygulanmaktadır. Hastada göziçi kanamaların engellenmesi için lazer tedavisi uygulanabilir. Eğer göziçi kanamalar meydana gelmiş ve lazer tedavisi yapılamıyorsa bu kanama vitrektomi denilen ameliyatla tedavi edilmelidir.

Retina Ven Tıkanıkları

Retina ven tıkanıklığı gözden karbondioksit ve atıkları uzaklaştıran damarlar olan venlerde olan tıkanıklıktır. Retina ven tıkanıkları, kök (santral) veya dal tıkanıklığı olarak iki şekilde ortaya çıkabilirler. Adlarından da anlaşılacağı üzere kök tıkanıklığı ana damarın tıkanması, dal

tıkanıklığı ise bunun dallarından birinin tıkanmasıdır. Genellikle 50 yaş üzeri kişilerde görülür. Erken yaşlarda görülürse ilk belirti ağrısız görme kaybıdır. Genellikle bir göz tutulur. Damar hasarına bağlı olarak makula ödemi veya damar tıkanıklığına bağlı olarak iskemi görme kaybı sebebidir. Yine diyabette olduğu gibi anormal damar oluşumları kanamaya sebep olabilir. Makula ödemi göziçi enjeksiyonlarla, anormal damar oluşumları lazer ile, göziçi kanamalar ise vitrektomi ameliyatı ile tedavi edilir.

Retina Arter Tıkanıkları

Retina arter tıkanıklığı göze oksijen ve besinleri taşıyan damarlar olan arterlerde bulunan tıkanıklıktır. Retina arter tıkanıkları, kök (santral) veya dal tıkanıklığı olarak iki şekilde ortaya çıkabilirler. Arter dal tıkanıklığı küçük dalların tıkanması olduğundan kök tıkanıklığına göre daha hafif seyirlidir. Arter tıkanıkları ağrısız görme kaybı veya görme alanında bölgesel kayıp olarak ortaya çıkarlar. Bazen tıkanıklık öncesinde geçici görme kayıpları olabilir. Böyle bir durumda mutlaka doktora başvurulmalıdır. Retina arter tıkanıkları ven tıkanıklarından farklı olarak emboli dediğimiz damarda tıkanmaya sebep olan kolesterol veya kalsifik

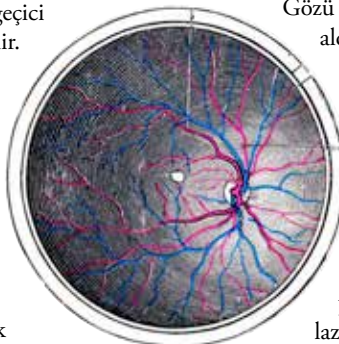
plaklardan kaynaklanabilir. Bu plaklar genellikle vücuttaki büyük damarlar veya kalpten köken alır. Arter tıkanıklığı geçiren bir hasta mutlaka kardiyoloji doktoru tarafından değerlendirilmelidir. Arter tıkanıklarında acil müdahale yapılabilirse bazen damar açılabilir ve görme korunabilir. Bazen yine erken olgularda basınçlı oksijen tedavisi ile retina hasarı engellenebilir. Geç olgularda ise maalesef yapılabilecek pek bir şey yoktur. Ancak yeni damar oluşumu gibi ek problemler meydana gelirse lazer tedavisi uygulanabilir.

Hipertansif Retinopati

Kan basıncının yüksek seyretmesine bağlı olarak retina damarlarında meydana gelen değişiklikler ve bunun sonucunda oluşan retina hasarıdır. Yüksek tansiyon, damarlarda inceltme, sızıntı ve kılcıl damarlarda tıkanıklık gibi değişiklikler yapabilir. Bu değişiklikler sonucunda kanama, ödem ve iskemi dediğimiz durumlar ortaya çıkabilir. Hipertansif retinopatinin tedavisi öncelikle tansiyonun kontrol altına alınmasıdır.

Oküler İskemik Sendrom

Gözü besleyen damarların köken aldığı karotid (şah damarı) arterde daralma olması sonucu gözün kanlanmasının bozulmasıdır. Genellikle ileri yaşlarda görülür. Gözde ağrı, ışık hassasiyeti, geçici görme kayıpları gibi şikâyetlerle ortaya çıkar. Hastanın mutlaka kardiyolojik değerlendirilmesi gerekir. Gözde yeni damar oluşumları başlamışsa lazer tedavisi gerekebilir.



Gözlükten kurtulmak için
“Göz Tanımlama Sistemi” ile
kişiyeye özel

iLASIK

- ▶ Kişiyeye özel lazer planı
- ▶ Wavefront teknolojisi ile 20/20 ve ötesi net görüş
- ▶ İris tanıma yöntemi
- ▶ Bıçaksız
- ▶ Dokunmadan
- ▶ Ağrısız
- ▶ Güvenli



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



Gündüz doktor, akşam rockçı

AYSEL YAŞA YILMAZ

Göğüs cerrahı Doç. Dr. Yusuf Bayrak, yıllardır sahnede bas gitar çalıyor. Hekimlerden oluşan Kord Vokal isimli gruplarıyla müziğe devam eden Bayrak, bazen ameliyathaneden çıkıp sahneye koşuyor.

Öncelikle bize biraz kendinizden, biraz da müziğe başlama öykünüzden bahsedermisiniz?

1973 yılında İstanbul'da doğdum. Hedefim, ya mühendis ya da doktor olmaktı, doktorluk nasip oldu. Başka bir şey hayal etmemiştim çünkü. O dönemlerde evde babamın eski bir gitarı vardı.



Onunla büyüdüm ben. Çalmayı bilmiyordum ama öğrenmek için elimden geleni yaptım.

O zaman beta kasetleri vardı. Konser videoları seyrede seyrede heavy metal, rock müzik hayranı oldum. O grupları seyrederken sadece dinlemek değil çalmak istediğimi de anlamış oldum.

Sonra tıp fakültesinde benim gibi müziğe meraklı arkadaşlarla tanıştım. O yıllardan itibaren de hiç bırakmadım müziği. 1992'de ilk müzik grubumuzu kurduk. 92-98 arasında hem tıp fakültesinde okudum derslerimden hiç kopmadım, hem de hobi olarak müziğe devam ettim. Kurduğumuz grupta bas gitarist olarak görev aldım.

İkisini birlikte yürütmek zor oldu mu sizin için?

Hayır olmadı. Mesela ben sigara içmeyi hiç sevmem. Boş vakitlerimde aylak aylak oturup sigara içeceğime müzik kolunun odasına gidiyordum öğrenciyken. Stüdyoda prova yapardık. Okuldan çıkınca yine arkadaşlarla stüdyoya gidip şarkılar çalardık.

Eğitim aldınız mı bu konuda?

Bir sene kadar klasik gitar eğitimi aldım. Ama klasik gitar çok fazla konsantrasyon ve evde çalışmayı gerektiriyordu. Bir de klasik gitarla kendimi ifade edecek müzikler yapamıyordum. Daha çok rock müzik olunca rock müzik altyapısı için kitaplar aldım. Bir iki arkadaşım bana gitarını sattı, satarken de arada dersler verdiler. Ama çoğunu kendi kendime öğrendim.

Ailenizde müzikle ilgilenen başka birileri var mıydı?

Yoktu ama benim bu hevesimi hep desteklediler. Hatta benden 4 yaş küçük kardeşim de bateriye merak saldı. Kardeşim ve onun liseden sınıf arkadaşı ve ben 3 kişilik bir grup kurduk o dönem. Adı Tık Tak'tı. Grubumuzu kurduktan sonra birlikte çok konser verdik 2 kardeş olarak. O dönemde Mor ve Ötesi'nin ön grubu olarak çıkıyorduk sahneye. Athena ile de öyle. Herkes kendi yoluna gitti, onlar aldı başını gitti. Biz adı sanı duyulmamış grup olarak kaldık. (Gülüyor) Bestelerimiz bile vardı.

Hatta o dönem profesyonel bir sözleşme imzalayıp bir albüm çalışması da yapmıştık. Albümü kaydetmeye başlamıştık fakat o dönemde kriz olunca albüm yarıda kaldı. Ben de ihtisası bitirdikten sonra çalışmaya başladığım ilk hastanede yine müzik heveslisi doktorlardan oluşan bir grup buldum. Birlikte yine bir müzik grubu kurduk, ismi Kord Vokal.

Kord Vokal'den bahseder misiniz biraz? Birlikte neler yaptınız ve neler yapıyorsunuz?

Bir yandan hastanede göğüs cerrahisi devam ederken Kord Vokal'la düzenli konserler vermeye başladık. Halen grubumuz konserlerine ve çalışmalarına devam ediyor. Türkçe sözlü rock şarkılar söylüyoruz. Herkesin sevdiği, bildiği 120 şarkıdan oluşuyor repertuarımız. Çok fazla beste yapamadık malesef. Haftada bir kere 2 saat bir araya geliyoruz. Onda da beste yapmaya vakit kalmıyor. 5 hekimiz, beşi de müziği kendi başına yürütmüş isimler. Yaşım 44 ama grubun en küçüğü benim.

Kord Vokal ismini kim koydu gruba?

Grubumuzun en yaşlısı Bülent Yardımcı grubun adını kendi koymak istedi. Ses

teli manasına gelen Kord Vokal dedi. Hem biraz tıbbi, hem de söylenebilirliği olsun istedik. Hepimizin de hoşuna gitti.

Konserleri nerelerde veriyorsunuz?

İstanbul'da istediğimiz her yerde konser verme şansına sahip olduk. Daha çok İstiklal Caddesi'nde canlı müzik bulunan yerlerde çıkıyoruz. Bazen 500 kişilik konserlerimiz de oluyor. Onlarda da Garajistanbul, Masklive, Jolly Joker gibi yerlere çıkıyoruz. Doktor arkadaşlarımız bizi beğenip kongrelerimizde çalabilirsiniz dediğinden beri kongre turizmi de başlamış oldu. (Gülüyor) Antalya, Ankara, Kıbrıs gibi yerlere kongrelerin açılışlarında konser vermek üzere davetli olarak gidiyoruz. Ayda bir ya da 2 konser veriyoruz mutlaka. Kendi kongrelerimiz yoğunsa ara vermek zorunda kaldığımız da oluyor tabi.

Planlamayı nasıl yapıyorsunuz yoğun bir hekimsiniz çünkü?

Ailelerimizin desteği olmasa planlama yapamayız. Hepimiz evliyiz, hepimizin çocukları var. Haftada bir gün 2 saat onlardan izin istiyoruz. Farzedin ki işimiz uzadı 2 saat geç geleceğiz diyoruz.

Hekimler ameliyatta büyük bir uyum içerisinde, sahnede de durum öyle mi?

Hekim olduğumuz için ciddiyet mutlaka var. Herkes ödevini evinde yapıp geliyor. Hiç şikâyet eden yok, herkes keyif alıyor. 2 saat prova sürecinde herkes tüm sorunlarını unutup. Biz ortak keyif aldığımız şarkıları çalıyoruz. Ortak mutluluk arıyoruz hepimiz. Bir de yaşlarımız da birbirine yakın. Hepimiz aynı sıkıntılı yollardan geçtik, birbirimizi çok iyi anlıyoruz.

Sahnede olmak ne hissettiriyor size?

Biz hekimlerin gece gündüz telefonları açık olur. Sürekli uyarın alırsın, bunların hepsi de mutlu uyaranlar değildir. Ameliyatlar falan derken arada kaçamak istiyoruz. O kaçamak da doğru düzgün olsun diyoruz. Enerjimizi dışarıya vurabildiğimiz birşey olması gerekiyor. Belki de bizi dinlendiriyor, elektrigimizi alıyor. Konserlerimizi parti gibi değerlendiriyoruz. O yüzden oturan seyirciyi de hiç sevmiyoruz. Hareketlensinler, herkes oraya gelince sıkıntılarını atsın diyoruz. Çünkü biz de eğlenmek istiyoruz. Hastanede de öyle



eğlenilecek bir alan yok. Konserler kaçış noktamız oluyorlar.

Hastalarınızla müzikten konuşur musunuz?

Hastalarımın yanında da asla asık suratlı olmam. Hastam sohbet etmek istiyorsa onlarla müzikle olan ilgimi konuşurum. Birlikte bir yolda yürüyoruz. Sonra ben onlara diyorum ki sizi başka bir yere götüreyim, orada daha çok eğleneceğiz. Ve müzik konuşmaya

başlıyoruz. İyileşenler konserlerimize gelirler mutlaka. Hastalarımız, onların yakınları derken büyük bir aile olmaya başladık. 'Ameliyat ettik, bizle işiniz bitti' demiyoruz. Bir şekilde birbirimizin hayatına katılıyoruz.

Ameliyattan çıkıp konsere gittiğiniz oldu mu hiç?

Tabi oluyor. Konser günlerimiz genelde planlıdır. O yüzden konser gününe genelde büyük ameliyat koymamaya çalışırım. Sorun çıkabilir. Büyük ameliyattan sonra eve de gitsem endişeli olacağım için o riske girmiyorum. Yine de ameliyat ve konser denk gelirse hastanemizde birlikte görev yaptığım meslektaşım Prof. Dr. Zeki Günlüoğlu'yla mutlaka iş birliği yaparız. Konser sırasında telefonumu açmıyorum. Zeki Bey'in bilgisi olduğu için şimdi rahatım, bir ekip olarak çalışıyoruz. Yani ameliyatı bitirip, ameliyathane kıyafetlerini çıkarıp konsere yetişebiliyorum.

Kord Vokal'le kendi şarkılarınızı besteleme planınız var mı?

Beste yapma potansiyeli olan 2 arkadaşımız var. Onlarla çaldığımız şarkılardan esinlenerek kısa kısa zor olmayan şarkılar bestelemek istiyoruz. Bir kayıt da yapmayı mutlaka istiyoruz. Artık internet de var. İlla albüm yapıp bastırmanıza da gerek yok.

Çocukken ya mühendis, ya doktor olmak istedim dediniz. İkisi de olmasaydı müzisyen olur muydunuz?

Pek olmazdım gibi geliyor. Tek başına müzisyen ailesini geçindirir mi bilmiyorum. Tek başına müzik çok fazla özveri istiyor. Benim yaptığım müzikte şarkılar hazır, biz sahnede icra ediyoruz. Müzisyen değil de belki de aşçı olurum ben. En büyük ikinci hobim yemek yapmak. Şu anda bile hiç bir şey yapamam, gider bir yerde aşçılık yaparım.

Henüz erken değil mi?

DOÇ. DR. ZEYNEP ATAY

Ergenliğin başlangıç zamanı ve temposu kişiye özgüdür. Fakat son yıllarda, bazı çevresel faktörler nedeniyle erken ergenliğin arttığı ifade edilmektedir.



Ergenlik, ikincil cinsiyet karakterlerinin ortaya çıkışı ile birlikte üreme yeteneğinin kazanıldığı ve cinsel olgunlaşmanın sağlandığı önemli bir gelişimsel süreçtir. Bu süreçte ortaya çıkan fiziksel değişiklikler ve bu değişikliklerin ortaya çıkış sırası net olarak bilinmekle birlikte, başlama yaşı bireysel farklılıklar gösterir. Ergenliğin başlangıç zamanı ve temposu kişiye özgü olup beyinde karmaşık genetik mekanizmalar tarafından yönetilmekte ve etnik, besinsel ve çevresel pek çok faktörden etkilenmektedir. Beslenme, ışık, stres faktörleri ve endokrin bozucular gibi çevresel faktörler beyinde ergenlik hormonlarının salınımını direkt veya indirek olarak etkiler. Yükseklik, ısı, nem, kişisel hastalıklar, sosyal ve emosyonel problemler ergenlik zamanlamasını etkileyen diğer çevresel faktörlerdir. Ergenlik, kız çocuklarda genellikle meme gelişimi ile başlar. Meme gelişimi tek taraflı olabilir. 6 ay içinde diğer meme de gelişime katılır. Yaklaşık %20 çocukta ise genital bölgede tüylenme ilk bulgu olabilir. Ergenlik sürecinde ayrıca vücut yağ dağılımı değişir ve yağ kütlesi artar. Boy uzaması da hızlanır. Meme gelişiminin başlaması ile periyodik vajinal kanama (menarş: adet kanaması) arasında geçen süre 2.5-3 yıl kadardır. Kız çocuklarında ortalama menarş yaşı 12-13'tür. Bu süre zarfında kızlarda ortalama 20-25 cm kadar boy kazancı olur. Erkek çocuklarda ise testis hacminde büyüme ilk bulgudur. Testis hacminin 4 ml veya testis uzun çapının 2.5 cm ulaşması ergenlik başlangıcı olarak değerlendirilir. Ergenliğin başlangıcı ile tamamlanması arasında geçen süre erkek çocuklarda yaklaşık 4 yıldır. Bu dönemde erkeklerde boy uzaması 25-30 cm kadardır.

KULLANILAN İLAÇLAR KISIRLIĞA NEDEN OLMAZ

Kızlarda meme gelişim ve genital kullanmanın 8 yaşından önce, menarşın 10 yaşından önce görülmesi; erkeklerde ise 9 yaşından önce testis hacminin 4 cc ve üzerinde veya testis uzunluğunun 2,5 cm ve üzerinde olması erken ergenlik olarak tanımlanır. Santral ve periferik olarak iki gruba ayrılır. Santral erken ergenlik, beyinde ergenlik hormonlarının olması gerekenden önce salgılanmaya başlanması sonucu ortaya çıkar. Periferik erken ergenlik ise vücutta cinsiyet hormonlarının (östrojen veya testosteron) artışına yol açan tümör, böbrek üstü bezinin doğuştan gelen hastalıkları gibi problemlerin varlığında veya dışarıdan bu hormonlara maruziyet sonrası ortaya çıkar. Bu tip, santral erken ergenliğe göre oldukça nadirdir. Santral erken ergenlik, 1/5000-1/10000 çocukta bir görülür. Kızlar erkeklerle oranla 10 kat fazla etkilenir. Beyin tümörleri,

kafa travması, ensefalit ve menenjit gibi beyin enfeksiyonları sonrası, kafa ısınması (radyoterapi), yapısal beyin anomalileri, ve bazı sendromik hastalıklar sonucu gelişebilmekle birlikte, hastaların %90'ından fazlasında organik bir problem yoktur. Erkek çocuklarda ise organik bir neden bulma olasılığı oldukça yüksektir. Tedavide ergenlik hormonlarının salgılanmasını baskılayan ilaçlar kullanılmaktadır. Bu ilaçlar, aylık enjeksiyonlar şeklinde uygulanır. Tedavi verilen hastalarda, tedavi 11 yaş tamamlanana kadar devam eder. Kullanılan ilaçların en sık gözlenen yan etkisi iğnenin yapıldığı yerde ağrı, şişlik ve kızarıklılıktır. Bu bölgesel yan etkiler tedavi başlanan her on hastadan 1-2 sinde görülebilir. Daha nadir olarak, baş ağrısı, kas ağrısı gibi sistemik şikâyetler olabilir. Ağır allerjik reaksiyonlar oldukça nadirdir. Uzun vadede bu ilaçların kısırlığa yol açmak, kansere sebep olmak gibi yan etkileri yoktur.

Meme gelişimi erken başlayan her hastada tedavi başlanması gerekmez. Bazı hastalarda meme gelişimi 8 yaşından önce başladığı halde; erken ergenliğin büyüme hızında artma, kemik yaşında ilerleme, rahim ve yumurtalık boyutlarında artma, serum hormon düzeylerinde yükselme gibi diğer bulguları olmaz. Bu durum izole erken meme gelişimi olarak tanımlanır ve tedavi gerektirmez. Toplumumuzdaki kız çocuklarının yaklaşık %10'unda izole erken meme gelişimi gözlenmektedir. İzole erken meme gelişimi olan çocukların büyük bir kısmında ergenlik yavaş bir seyir gösterir ve bu çocuklar fizyolojik menarş yaşı olan 11 yaştan sonra ergenliği tamamlarlar. Özellikle obez (şişman) kız çocuklarında sık görülen bir durumdur. Yağ dokusu meme gelişimini sağlayan östrojen adı verilen hormonun yapımını bir miktar artırır. Ayrıca beyinde ergenlik hormonlarının fizyolojik yaştan önce salınımını uyarır. Bu çocukların %10-15 gibi bir kısmında izole meme gelişimi ilerleyici olabilir ve tedavi gerektirebilir. Bu nedenle bir çocuk endokrinologu tarafından takip edilmeleri gereklidir.

OBEZİTE İLE İLİŞKİLİ

Özellikle son yıllarda, erken ergenlik sıklığında artış olduğu bildirilmektedir. Kore'de yapılan bir çalışmada 2004-2010 yılları arasında kız çocuklarda erken ergenlik görülme sıklığının yaklaşık 15 kat arttığı saptanmış. Bu artışın en fazla 6 yaş ve üzeri kız çocuklarında

olduğu gözlenmiştir. Sıklıktaki bu ciddi artışın hasta sayısında gerçek bir artışa mı yoksa tüm toplumda ergenliğin erkene kaymış olmasına mı bağlı olduğu tartışma konusudur. Danimarka ve Kuzey Amerika'dan bildirilen çalışmalar, kız çocuklarında meme gelişiminin 15-20 yıl öncesine göre bir yıl kadar erken başladığı, ancak aynı dönemde menarş (ilk adet) yaşının sadece 3 ay erkene kaydığını göstermektedir. Benzer şekilde; 2009 yılında yaptığımız çalışmada, ülkemizde kız çocuklarında meme gelişiminin anlamlı şekilde erkene kaydığı ancak menarş yaşının 40 yıl öncesi ile benzer olduğunu gözlemledik. Meme gelişimindeki bu erkene kaymanın artan çocukluk çağı obezitesi (şişmanlık) ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bunun yanı sıra endokrin bozucular olarak tanımlanan ve vücuttaki hormonal dengeyi etkileyen doğal ya da yapay bazı maddeler de sorumlu tutulmaktadır. Bu grupta pestisidler (böcek öldürücüler), PCB'ler (polychlorinated biphenyl), bisfenol, alkilfenoller, ftalatlar gibi insan yapımı kimyasallar ile bitkilerde bulunan fitoöstrojenler bulunmaktadır. Endokrin bozucuların, insanda cinsiyet farklılaşması ve üreme organlarının fonksiyonları ile ilgili sorunlara yol açmasının yanı sıra; meme kanseri gibi hormon bağımlı kanserlerin oluşumunda da rol oynadıkları ileri sürülmektedir. Çoğu toksiktir, insan vücudunda yarı ömürleri uzundur. Kozmetik ürünlerin, böcek öldürücülerin, güneş koruyucuların, gıdaların, ilaçların veya plastik ürünlerin içinde bulunan östrojenik maddelere kazara maruziyet sonucu erken ergenlik gelişmiş olabileceğini bildiren birçok vaka raporu yayınlanmıştır. Soya, lavanta yağı, rezene çayı ve arı poleni gibi doğal bazı ürünlerin kullanımını da erken ergenlik gelişimine yol açabilir. Meme gelişimi olmaksızın sadece genital bölgede veya koltuk altında tüylenme olması ise izole adrenarş (izole genital tüylenme) olarak tanımlanır. Toplumumuzdaki kız çocuklarının %5'inde nedeni bilinmeyen erken tüylenme görülmektedir. Bu hastalar böbrek üstü bezinin doğuştan gelen

bozuklukları, yumurtalık veya böbrek üstü bezinden kaynaklanan hormon salgılayan tümörler açısından değerlendirilmelidir. Bu değerlendirmelerin bir çocuk endokrinologu tarafından yapılması uygun olur. İzole erken tüylenmesi olan kız çocuklarında ergenlik döneminde ve daha sonrasında polistik over sendromu olarak adlandırılan ve adet düzensizliği, vücutta erkek tipi tüylenme şikâyetlerine yol açan bir problemin görülme riski fazladır.



Ağrı kesicilere kırmızı alarm!

YRD. DOÇ. DR. GAMZE BABÜR GÜLER

Kalp rahatsızlığı olan hastalarda ağrı kesici kullanımı; kalp krizi ve inme riskini doğuruyor. Ağrı kesicilerin asla kullanılmaması gereken durumlar ise; yeni geçirilmiş bypass cerrahisi, kalp krizi ve bilinen kalp yetersizliğidir.



Kardiyovasküler hastalığı olan (koroner arter hastalığı, inme, hipertansiyon, kalp yetersizliği gibi) insanların yarısından fazlasında kas iskelet sistemi hastalığı ve artrit (eklem iltihabı) olduğu tahmin edilmektedir. Bu hastalıklar ağrı kesiciler olarak bilinen nonsteroid antiinflatuar (NSAI) ilaçlarla tedavi edilirler. Bu ilaçların kalp hastalıklarında kullanımı ile alakalı sakıncalar bulunduğu da bilinen bir gerçektir. Ağrı kesiciler ağrıyı, iltihabı azaltmakta ve ateş düşürmekte kullanılır. Ülkemizde reçetesiz olarak, çok kolay ulaşılabilen ilaçlar olması tehlikeyi büyütülmektedir. Geleneksel NSAI ilaçlar (naproksen, buprofen, diklofenak gibi) veya COX-2 inhibitörleri (selekoksisib, rofekoksib gibi) olmak üzere sınıflandırılabilirler.

On beş yıldan fazladır, araştırmalar, NSAI ilaçların artmış kalp krizi ve inme riskiyle ilişkilendirmektedir. Ayrıca kan basıncında artış ve kalp yetersizliği de görülebilecek diğer durumlardır. Kalp krizi ve inme riski özellikle rofekoksib (Vioxx) denilen ilaç grubuyla ilişkilendirilmiş ve bu sebeple ilaç Eylül 2004'te toplatılmıştır. Bu kötü deneyim sonrasında NSAI ilaçların kardiyovasküler yan etkileri daha dikkatli incelenmeye başlanmış, çalışmalar bu ölümcül yan etkilerin sadece Vioxx (rofekoksib) ile sınırlı olmadığını göstermiştir. NSAI ilaçların kan basıncını yükselttiği bilinen bir gerçektir. Anti hipertansif ilaç kullanırken, tansiyonları normal giden bir hastada NSAI kullanımı ile kan basıncı düzeni bozulabilir ve ani yükselmeler ile karşı karşıya kalınabilir. Çalışmalarda uzun süre kullanım ve yüksek doz kullanım kalp krizi ve inme riskini artırmakta daha riskli bulunmuştur.

DOZU DÜŞÜK ASPRİN KULLANILABİLİR

Kalp hastalıklarında tedavi yöntemlerimizi belirleyen kılavuzlarda, bilinen kalp yetersizliği olan hastalarda NSAI ilaçların kullanımı kırmızı alarmla verilmektedir. Ayrıca kendisi de bilinen en eski NSAI ilaçlardan olan aspirin, koroner arter hastalığında olmazsa olmaz ilacımızdır. Ancak kalp hastalarında kullanılan dozu düşük ve sadece pıhtılaşma hücrelerine etki edecek kadardır. Aspirinle beraber diğer NSAI ilaçların kullanımı ise başka bir tartışmalı konudur. Çünkü bu ilaçların aspirinin kalp koruyucu etkisini azalttığına dair

yayınlar varken etkilemediğini söyleyen yayınlar da vardır. Peki, NSAI ilaçların ne kadar süre kullanımı sorun oluşturur? Bu sorunun cevabını net olarak söylemek mümkün değil. Bypass hastalarında ameliyat sonrası erken dönemde ve yakın zamanda kalp krizi geçirmiş hastalarda yapılan çalışmalardan sonra bazı grup NSAI kullanımı yasaklanmıştır. NSAI ilaçların kesinlikle kullanılmaması gereken durumlar ise, yeni geçirilmiş bypass cerrahisi, yeni geçirilmiş kalp krizi ve bilinen kalp yetersizliğidir.

YAN ETKİLERİNİ BİLMEK GEREK

Bir NSAI ilacı hastamıza reçete ederken olası fayda ve yan etkilerinden hastaya bahsetmek hekim olarak bizim görevimizdir. Ancak bir hipertansiyon hastasının bu ilaçların onun tansiyonunu etkileyeceği bilincinde olup hastanın en ufak bir ağrı hissettiğinde dolapta bulunan ilk ağrı kesiciyi danışmadan içmemesi de kendi sorumluluğudur. Bununla birlikte; ciddi artrit (eklem iltihabı) olan ve ilaçsız yürüyemeyen bir hastanın; ilaçların yan etkileri bilinerek ve göze alınarak tedaviye başlaması veya devam edilmesi bazı hastalarda tek seçenek olabilir. Son olarak; kalp hastaları için en iyisi bu ilaçlardan mümkünse kaçınmaktır ancak mümkün değilse, en düşük etkili dozda ilaç kullanmak ve kullanım süresini sınırlamak önemli bir önlemdir. Özellikle COX-2 inhibitörü dediğimiz NSAI ilaç gruplarının (bu başlayan hekimin bilincinde olması gereken durumdur) bilinen kardiyovasküler hastalığı olan hastalarda kullanılmaması önerilir. Eğer NSAI seçim alternatifimiz olursa asetaminofen (parasetamol) kalp krizi ve inme açısından güvenli gözükmektedir. Bununla birlikte; parasetamol dozu günlük 4 bin mg'ı geçerse karaciğer hasarı yapabilir. Kısıtlı data olmakla beraber NSAI grubundan Naproksen'in bilinen kalp hastalığı bulunanlarda daha güvenli olduğu ve parasetamolun işe yaramadığı noktada tercih edilebileceği bilgisi bulunmaktadır. Eğer NSAI alırken göğüs ağrısı, nefes darlığı, ani halsizlik hissederseniz; acil hekime başvurmak gerekmektedir.

BUNLARA DİKKAT EDİN!



Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi'nin (FDA) Eylül 2015'te bu konuyla alakalı bir uyarı metni yayınlamıştır. Metne göre,

- ▶ Kalp krizi ve inme riski kısa dönem kullanımlarında bile artış göstermektedir ve risk NSAI ilaç alınmaya başlamasıyla ilk haftalarda ortaya çıkabilir.
- ▶ Kardiyovasküler risk, NSAI ilaçların yüksek doz ve uzun süreli kullanımları ile daha da artmaktadır.
- ▶ Kalp hastalığı olanlarda ilaçların riskleri en yüksek olmakla beraber kalp hastalığı olmayanlar da risk altındadır.
- ▶ Önceki çalışmalarda naproksen grubunun daha güvenilir olduğu gösterilmiş olsa da kesin bir kural olarak söylemek için yeterli değildir.
- ▶ Bütün NSAI ilaç çeşitlerinin benzer yan etki riskine sahip olduğunu söylemek için yeterince bilimsel kanıt bulunmamaktadır.
- ▶ NSAI kullananlarda kalp yetersizliğinde artış olmaktadır.



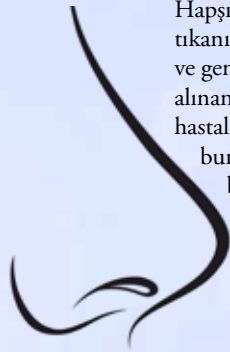


Hastalığın kokusu burnunuzda

DOÇ. DR. ERKAN SOYLU

Burunla ilgili yaşanan sorunlar hastanın tüm yaşam kalitesini etkiliyor. Bu yüzden sağlıklı bir burun, sağlıklı bir nefes ve yaşam demek...

Burun, nefes ve koku almak gibi iki önemli hayati fonksiyonu yerine getiren, yüzün önemli bir estetik unsurudur. Bu önemli fonksiyonları üzerinde barındırmasından dolayı, burunla ilgili sorunlar hastalarımız açısından oldukça rahatsız edici ve yaşam kalitesini kısıtlayıcı olmaktadır. Bu nedenle, burunda oluşabilecek sorunları birkaç başlık altında özetlemekte fayda vardır.



Alerjik Rinit

Hapşırma, burun kaşıntısı, akıntısı, tıkanıklığı gibi şikâyetlerle karakterize ve genellikle solunum yollarından alınan alejenlerle oluşan alerjik bir hastalıktır. Bu hastaların muayenelerinde burunda genellikle şeffaf akıntı, burun etlerinde büyüme ve şişme, bazen sinüslerde ve burun içinde polipler saptanabilir. Alerjik rinitli hastalara anamnez ve fizik muayene ile ön tanı konulabilir ve tedavisi başlanabilir. Hastada tanıyı kesinleştirme ve gerekli hastalarda aşı tedavisine başlayabilmek için bazı ek tanı yöntemleri mevcuttur. Alerjik rinit tanısında en sık kullanılan ek tanı yöntemi deri prick testidir. Prick testinde hastanın ön koluna alerjisinin olabileceği olası alerjenler 1mm kadar deri içine verilerek oluşan reaksiyon incelenir. Hastanın alerjisinin olduğu maddeye karşı daha fazla reaksiyon gelişmesiyle tanıya gidilmektedir. Tedavide öncelikle alerjenden kaçınma önerilir. Bu önlemlerle yeterince fayda elde edilemeyen hastalarda ilaç tedavisine başlanır. Eğer hastanın semptomları şiddetli ise ve uzun süreli ilaç kullanımına uyum sağlayamazsa bu hastalarda son olarak aşı tedavisi yapılabilmektedir.

Septum Deviasyonu (Burun Bölmesi Eğriliği)

Bu problem halk arasında sıklıkla kemik eğriliği olarak bilinir. Burun bölmesi kemik ve kıkırdak yapılarından oluşmakta ve burun boşluğunu sağ ve sol olarak iki kısma ayırmaktadır. Bu bölmenin herhangi bir tarafa doğru eğri olması burun boşluklarından bir tarafın daralmasına neden olur ve burun tıkanıklığına yol açar. Genellikle küçük yaşta yaşanan travmalara bağlı olabilmekte beraber altta yatan bir neden bulunmayabilir. Hastalar genellikle burunlarının bir tarafında tıkanıklık şikâyeti ile başvururlar. Tanısı anamnez ve fizik muayeneye dayanır. Başka bir patoloji düşünülüyorsa ek tanı yöntemine gerek yoktur. Burundaki kemik eğriliklerini malesef ilaçla düzeltmek mümkün değildir, böyle bir durumda cerrahi gereklidir. Eğer burun bölmesi eğriliği burnun dıştan görünümünü ciddi olarak etkilemiş ve deformiteye yol açmışsa, hastanın tercihi göre burun estetiği ile beraber yapılabilir. Eğrilik sadece burun bölmesi ile alakalı ise daha kısa ve kolay bir ameliyat ile tedavi edilebilir.

Konka Hipertrofisi (Burun Eti Büyümesi)

Halk arasında 'burnumda et var' diye tarif edilen patolojidir. Burun içinde her bir tarafta üçer adet konka dediğimiz burun eti mevcuttur.



Bunlar burundan alınan nefesi mikropplardan arındıran, nemlendiren, ısıtan ve akciğerlerimize uygun hale getiren organlardır. Alerjik rinit, kronik sinüzit gibi inflamatuvar hastalıklarda boyutları normale göre büyür ve burunda tıkanıklığa yol açabilir. Hastaların tanısı, fizik muayenede bilateral hipertrofik ve burun pasajını dolduran konkaların görülmesi ile konulur. Tedavide ilk yapılması gereken altta yatan hastalığı tedavi etmektir. Hastada alerjik rinit veya kronik sinüzit varsa bunlar tedavi edilmelidir. İlaç tedavilerine rağmen bazı hastaların burun etleri küçülmez ve nefesleri rahatlamaz. Bu hastalarda cerrahi tedavi gerekebilir. Konka hipertrofisinde cerrahi seçenekleri oldukça fazladır. Ancak bilinmesi gereken şey konkaların tamamının veya büyük bir kısmının çıkarıldığı ameliyatların sakıncalı olduğu ve giderek terk edildiğidir. Bunun yerine daha fonksiyonel az doku çıkarıldığı ameliyatlara tercih edilmektedir. Son yıllarda en çok tercih edilen yöntem radyofrekans uygulamasıdır. Bu tedavi şeklinde konkanın

içine bir prob sokulmakta ve ısıtılmaktadır. Operasyondan sonra konkalar büzüşerek ve küçülerek iyileşmektedir.

Sinüzit

Burun ve sinüs mukozasının iltihaplanması ile ortaya çıkan hastalıktır. Toplumda çok yaygın olarak bulunan bir halk sağlığı sorunudur. Burun tıkanıklığı, geniz akıntısı, özellikle yüz bölgesinde daha çok olan baş ağrısı ve dolgunluk, öksürük, balgam gibi şikâyetlerle karakterizedir. Hastaların muayenesinde burun boşluğunda iltihabi akıntı, mukozada ödem, hiperemi ve postnazal akıntı saptanabilmektedir. Sinüzitlerin büyük çoğunluğu viral kaynaklıdır ve destek tedavisi ile antibiyotiksiz olarak tedavi edilirler. Fakat nadir bir kısmı bakteriyel olabilir ve bu hastalarda şiddetli ve tek taraf ağırlıklı baş ağrısı, burundan veya genizden renkli ve iltihabi akıntı, ateş ve halsizlik olmasıyla tanı konulur. Bu hastalara antibiyotik verilir. Tedavi süresi genellikle 10 gündür. Sinüzit tedaviye cevap vermez veya tedavi edilmeyip 3

aydan fazla sürerse kronik sinüzitten söz edilir. Bu hastaların tedavisinde bir aydan fazla süren uzun süreli antibiyotik tedavisi gerekir. Tüm tedavilere rağmen bazı hastalarda sonuç alınamayabilir. Bu durumlarda fonksiyonel endoskopik sinüs cerrahisi dediğimiz ameliyat devreye girer. Bu ameliyatla sinüs ağızları açılıp genişletilmekte ve oluşmuş olan patolojik dokular temizlenmektedir.

Burun Kanaması

Acil polikliniklere en sık başvuru nedenleri arasındadır. Neredeyse insanların tamamı ömürlerinde bir veya daha çok kez burun kanaması ile karşılaşabilir. Çocuklarda ve yaşlılarda daha sık rastlanır. Yaz aylarında ve kuru havalarda kış ayları ve nemli havalara göre daha az burun kanaması olur. Çocuklarda burun kanamasının en sık sebebi burun karıştırmadır. Burunda oluşan kabukları sökmek için burnuna elini sokması ile beraber kanama olabilir. Çocuk ve gençlerdeki burun kanamaları genellikle az sorunludur. Burun kanaması olduğu zaman hemen oturur pozisyonda öne eğilerek burnun yumuşak kısmını parmaklarımızla bir mandal gibi sıkıca tutup üç dört dakika beklemeliyiz. Genellikle problemlili olmayan burun kanamalarının büyük çoğunluğu bu uygulama ile durmaktadır. Burun kanaması bazen önemli bazı hastalıkların ilk belirtisi olarak ortaya çıkabilir. Sık burun kanaması olanların bu açıdan tetkik edilmeleri gerekmektedir. Yaşlı hastalardaki burun kanamaları hem altta yatan olası hastalık açısından hem de kanamanın durdurulması bakımından sorunlu olabilir. Bu hastaların büyük çoğunluğu hipertansiyon, diyabet, kalp yetmezliği gibi problemlere sahiptir ve birçoğu kan sulandırıcı ilaçlar kullanmaktadırlar.

Burunda Şekil Bozukluğu (Nazal Deformite)

Burun ile ilgili şekil bozuklukları burnun sadece dış görünümünü ilgilendirebileceği gibi aynı zamanda nefes almada zorluk ile birlikte de olabilir. Burun eğrilikleri özellikle geçmişte yaşanan burun travmalarından kaynaklanmaktadır. Eğer nefes almada zorluk da varsa burnun içten ve dıştan tamamen düzeltildiği fonksiyonel rinoplasti dediğimiz ameliyat gerekmektedir. Eğer sadece şekil bozukluğu söz konusu ise hastanın bu durumdan rahatsız olması ve düzeltilmesini istemesi durumunda estetik amaçlı rinoplasti ameliyatı ile düzeltilebilir.

KATARAKT

Multifokal merceklerle
uzak-yakın gözlüklere veda



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



444 70 44



MEDİPOL
MEGA
ÖZEL
MEDİPOL MEGA
HASTANELER
KOMPLEKSİ



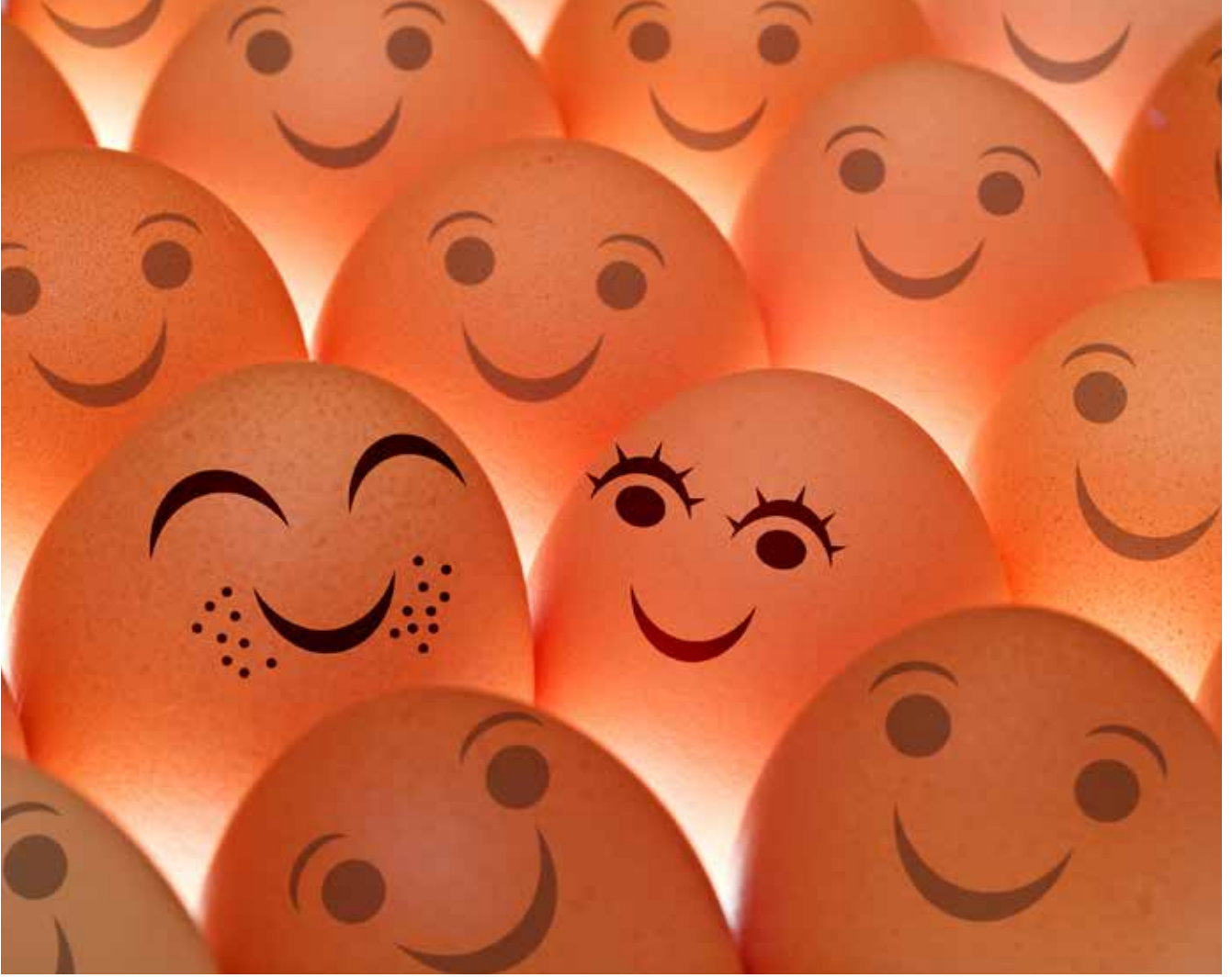
facebook.com/medipolsaglik



twitter.com/medipolsaglik



youtube.com/MedipolSaglikGrubu



Gülüşünüzü dizayn etmek ister misiniz?

YRD. DOÇ. DR. GÜLSÜM SAYIN ÖZEL

Kulağa çılgınca bir fikir gibi gelse de bilgisayar ortamında hastalara gülüş dizaynları yapılabilir. Ayrıca, hareketli protez dizaynlarında da bilgisayar destekli yöntemlerin kullanılması mümkün...



Kusursuz gülüşleri güzel, sağlıklı ve uygun bir harmoni içinde bir araya gelen diş, dudak ve yüz komponentleri oluşturur. Gülümsemek daha güzel bir görüntüye kavuşmanın en kolay yoludur. Yüz kaslarının hareketi ile oluşan en önemli yüz ifadelerinden biri olan gülme eylemi, duyuların dışa vurumunu sağladığı için kişinin toplum içinde benliğini yansıtmasında en etkili ifade yöntemlerindendir. Sağlıklı, dinamik ve estetik bir gülüş ile hem kişinin kendi özgüveni hem de çevresinde oluşturduğu olumlu etki göze çarpar. Gülümsemeyi etkileyen en önemli faktörler; dişler, diş dudak konumu, dişetlerinin görüntüsüdür. Bundan kaynaklıdır ki dişlerin yüz estetiğinde çok önemli ve etkin bir rolü vardır. Eksik dişlerin olması, uygun olmayan diş-dudak ilişkileri, diş çürükleri, sağlıklı diş etleri, uygun olmayan çene ilişkileri gibi pek çok durum kişinin estetik bir görünüme sahip olmasını engeller. Bu nedenlerden dolayı, yüz estetiğinde estetik diş hekimliğinin önemi giderek artmıştır. Yüz estetiğinde öncelikle eksik dişlerin giderilmesi ve daha estetik gülüşlerin sağlanabilmesi için uygulanan sabit ve hareketli protezlerde de gelişen teknolojiyle birlikte, yenilikler ve güncel yaklaşımlar ortaya çıkmıştır.

ESTETİK BİR PROTEZ MÜMKÜN

Diş hekimliğinin en dikkat çeken ve en çok ihtiyaç duyulan bölümü olan protetik diş tedavisinden bahsedecek olursak;

diş eksikliklerinin ve diş formlarının durumuna göre protez tedavileri sabit ya da hareketli protez tedavileri olarak gruplandırılır. Diş formlarındaki ya da renklerindeki estetik olmayan durumlar, dişler arası boşlukların fazla olması ya da tel tedavisi gerektirmeyecek kadar az olan diş çapraşıklıklarının tedavisinde ve az sayıda diş eksikliğinde sabit protez uygulamaları yapılabilir. Sabit protez uygulamaları için kullanılan materyallerin estetik bir protez uygulamasında etkisi büyüktür. Bu nedenle metal desteksiz materyallerin kullanılması günümüz estetik diş hekimliğinde önemlidir. Zirkonyum, empress (E-max) gibi daha estetik sistemlerin geliştirilmesi zamanla dişeti ve çevresinde gri-mor renk dönüşümünün engellenmesi sağlamış zirkonyum restorasyonlar ile metal dayanıklılığında estetik restorasyonların uygulanabilmesi sağlanmıştır. Empress (E-max) sistemleri ile de ışık geçirgenliği çok daha yüksek olan basınç kontrolünün sağlanabildiği sistemler kullanılmıştır. Sabit protezler için bu materyal gelişmelerine ilave olarak gelişen teknolojiyle birlikte CAD-CAM (Bilgisayar destekli dizayn-bilgisayar destekli üretim) sistemler daha dayanıklı, daha hızlı ve daha kolay tedaviler sunmayı sağlamıştır. Bilgisayarın günlük hayatımızda bile etkinliğini bu kadar arttırdığı günümüzde, artık bilgisayar destekli sistemler ile ölçü alım işlemlerine ihtiyaç bile duymadan, çok daha kısa sürelerde hatta tek seanslık işlemler ile sabit protetik diş tedavileri yapılabilmektedir.

BİLGİSAYAR DESTEKLİ DİŞ TEDAVİLERİNİN AVANTAJLARI

- ▶ Özellikle sabit protez tedavilerinin birkaç seanslık ölçü ve prova işlemlerinin süresini kısaltması,
- ▶ Mide bulantısı refleksi fazlaca olan hastalarımızda ölçü alım işleminin verdiği rahatsızlığın ortadan kalkması,
- ▶ Güncel estetik materyallerin (zirkonyum, empress gibi) kompakt bloklardan çok daha dayanıklı bir şekilde bilgisayar destekli cihazlarda üretilmesi,
- ▶ Ara laboratuvar işlemlerinin ortadan kaldırılması,
- ▶ Bilgisayar ortamında dizayn edilen protezler ile çok daha uyumu yüksek protez uygulamalarının sağlanabilmesi,
- ▶ Tekrarlanan randevulara gereken ihtiyacı azaltılması gibi çok avantajları bulunmaktadır.

METAL KANCALARA SON!

Bununla birlikte, estetik beklentiler ve ihtiyaçlardan dolayı diş tedavisi yaptıran hastalarımız için bilgisayar ortamında, yapılacak olan tedavinin nasıl görüneceğiyle ilgili bir fikir vermesi amaçlı gülüş dizaynları yapılabilir. Ve hastanın dijital ortamda yapılacak tedaviyi önceden görmesi sağlanabilir, hekimin bir taslak oluşturması ve gülüşün nasıl daha iyi olabileceğini bilgisayar ortamında tasarlaması sağlanabilir. Yüz tipleri, karakter özellikleri, yaş ve cinsiyetine göre belirlenen diş gülüş hatlarının değerlendirilmesi ile tedavi öncesi alınan fotoğraflar ve modeller ile dijital planlamalar yapıp, bilgisayar ortamındaki dizayndan sonra kliniklerde doğrudan ağız içi provalar da yapılabilir. Wax-up, Mock-up yöntemleriyle hastaların daimi tedaviye başlamadan yapılacak tedaviyle ilgili fikir sahibi olmaları ve hasta hekim isteklerinin değerlendirilmesi sağlanabilir. Estetik sistemlerdeki bu gelişmelere benzer şekilde hareketli protez hastalarımız için de farklı materyaller kullanılarak metal kroşelerin (kancaların) kullanılmadığı hassas tutuculu sistemler ya da esnek estetik hareketli protez sistemlerinin (Deflex) kullanılması gibi gelişmeler söz konusudur. Bununla birlikte hareketli protez dizaynlarında da bilgisayar destekli yöntemlerin kullanılması mümkündür. Seans sayısını teke indirmese bile daha uyumlu ve hata oranı daha düşük bilgisayar destekli hareketli protez dizaynları da yapılabilir.

Derdim bana derman imiş

UZM. DR. YEGANE KOULİEVA ÖZCAN

Adını son yıllarda sık duyduğumuz homeopati, hastalığa sebep olan maddeyi yine hastalığın tedavisinde kullanıyor. Kullanılan ilaçların %80'i bitkilerden, %15'i ise minerallerden elde ediliyor.



Homeopati, ülkemizde özellikle son yıllarda adı daha sık duyulmaya başlayan, telaffuzu zor ve anlaması zahmetli bir alternatif tedavi yöntemidir. Aslında birkaç sayfayla anlatmak çok zor çünkü homeopati aynı zamanda bir bilim dalıdır. Bütüncül tedavi yöntemi olan homeopatinin anlamı eski Yunanca'dan geliyor. 'homeos- benzer' ve 'pathos- acı çekmek', hastalık anlamındaki iki kelimeden oluşuyor. Yaklaşık 300 yıldır dünyada uygulanan bu alternatif tıp yöntemi insanı bir bütün olarak ele alır ve hastalık belirtilerini değil, insanı tedavi etmeyi amaçlar. Homeopati insanın ruh ve vücudunu tek bir sistem olarak kabul eder. Ortaya çıkan hastalık belirtisini değil, bu hastalığa yol açan ana sebebi ele alıp tedavi uygular. Homeopatide hastalık yok, hasta vardır. Homeopat doktorun görevi vücuttaki tüm değişikliklerin tamamını ele almak ve kişiye özel bütüncül tedavi uygulamaktır. Homeopati aynı zamanda kendini iyileştirmek için vücutu yavaşça uyarır. Acil cerrahi müdahale gerektiren durumlar hariç, hemen hemen tüm akut ve kronik hastalıkları tedavi edebilir. Ayrıca çoğu zaman modern tıpla birlikte de uygulanır.

Homeopatinin temel ilkesi 2 bin yıl önceki Hipokrat'ın antik fikrinden yola çıkıyor 'Similia similibus curantur' yani 'benzeri benzer ile tedavi.' Bunun anlamı, hastalığa sebep olan madde, aynı hastalığın tedavisinde de kullanılır. Yani sağlıklı insana yüksek miktarda tıbbi madde verildiğinde ortaya hastalık ve bir takım belirtiler çıkar. Buna benzer belirtileri ve rahatsızlığı olan hastaya düşük miktarda aynı maddeden verildiğinde o hastalık tedavi edilmiş olur. Günümüzde 4 bin üzerinde homeopatik ilaç mevcut. İlaçların %80'i bitkilerden, %15'i ise minerallerden elde ediliyor. Diğer %5'lik dilimi ise nadir de olsa canlı doku, mantar ve doğada bulunan maddelerden alınıyor. İlaçlar genelde Avrupa ve Amerika'da bulunan fabrikalarda özel teknoloji yöntemiyle üretiliyor. Homeopati doktor görüşmesi alışılmış doktor görüşmesinden çok farklıdır. Görüşme yaklaşık bir buçuk saat sürebilir. Bu süre zarfında doktor hastasına bazen garip gelebilecek bazen de zor onlarca soru sorar. Tüm bu sorgulamanın amacı hastayı iyi tanımak, hastalığın ana sebebini ortaya çıkarmak ve nihayetinde doğru

tedaviyi uygulamaktır.

Homeopat doktor hastasının sadece fiziksel bulgularını değil, aynı zamanda onun manevi deneyimlerini, duygularını, hobilerini, korkularını, duygusal durumunu da inceler. Tüm bulguların etkileşimini ve varsa bağlantısını bulmaya çalışır. Hastasının, bir çok kişide bulunabilen rahatsızlığının diğerlerinden farklı yönlerini anlamaya çalışır. Bu sebepten homeopat doktora baş ağrısı şikâyeti ile başvuran 5 farklı hastaya 5 farklı ilaç verilir. Çünkü bu 5 farklı hastanın baş ağrısı sebepleri, ağrı şiddeti ve karakteri, ağrı zamanları birbirinden farklıdır. Çünkü her insan farklıdır. Görüşmede hastadan elde edilen tüm bilgilerin sonucunda kendisine kişisel yapısal ilaç verilir. Homeopatide hasta ile doktorunun samimiyet ve güveni çok önemlidir. Hasta ne kadar ayrıntılı bilgi verirse doğru tedavi yapılması o kadar kolaylaşır.

Homeopatide kronik hastalıkların tedavisi birkaç ay ile birkaç yıl arasında sürebilir. İyileşme süresi vücudun genel durumuna ve daha önce yapılmış baskılayıcı tedavilere bağlıdır. (Hormon tedavisi, antibiyotik, kullanılan aşılardan) Aynı zamanda kronik hastalığın şiddeti ve hastanın yaşı da çok etkilidir. (Genç hastalarda, çocuklarda iyileşme daha hızlı görülüyor.) Tedaviye ne kadar erken başlanırsa sonucu da o kadar erken hissedilir. Akut hastalıklar ise birkaç saat ile birkaç gün arasında, daha hızlı tedavi edilir. Homeopatik tedavi sürecinde doktor, ilacın dozunu (potensini) değiştirmesi veya tekrarının gerekip gerekmediğini görmesi için hastasını takip etmek zorundadır. Bazı durumlarda tekrar bir görüşme yapılması durumu söz konusu olabilir. Tekrar görüşmesi genelde 2 aydan sonra olur. Özetle, homeopatik tedavi sağlığını geri kazandırır ve sürekli ilaç alma ihtiyacınızı da ortadan kaldırır.



HOMEOPATİK TEDAVİYE UYGUN HASTALIKLAR

- ▶ Sinir sistemi hastalıkları: Nevroz, korkular, takıntılar, depresyon, uyku bozuklukları vb.
- ▶ Fiziksel ve zihinsel yorgunluk, sinirsel bitkinlik halleri
- ▶ Çocuklarda kekemelik, gelişme geriliği
- ▶ Kardiyovasküler sistem hastalıkları: Hipertansiyon, koroner kalp hastalığı, kalp yetmezliği, kardiyak aritmiler vb.
- ▶ Varisler
- ▶ Gastrointestinal hastalıklar: Gastrit, peptik ülser, ülseratif kolit, kronik pankreatit, kronik kolesistit, akut ishal seyreden hastalıklar, hemoroid, anal fissür
- ▶ Solunum sistemi hastalıkları: Bronşit, zatürre, astım, bronşektazi vb.
- ▶ KBB hastalıkları: Tonsillit, adenoidler, otit, kronik rinit, nazal polipler
- ▶ Mevsimsel ve diğer alerjik hastalıklar
- ▶ Bağışıklık sistemi zayıflamış sık hastalanan çocuklar
- ▶ Aşılardan sonra gelişen hastalıklar
- ▶ Tiroid hastalıkları
- ▶ Obezite, anoreksiya
- ▶ Üriner sistem hastalıkları: Sistit, üretrit, piyelonefrit, böbrek yetmezliği
- ▶ Kadın hastalıkları: Menstrüel bozukluklar, endometriozis, miyom, meme hastalığı
- ▶ İnfertilite, gebelikte gelişen rahatsızlıklar
- ▶ Cinsel bozukluklar
- ▶ Kas iskelet sistemi: Metabolik sorunlar, romatizma, gut hastalığı, poliartrit, artroz
- ▶ Travmaya bağlı olumsuz sonuçlar
- ▶ Cilt hastalıkları
- ▶ Meslek hastalıkları
- ▶ Problemlili aile ilişkileri ve iletişim problemleri
- ▶ Alkol ve tütün bağımlılığı

Hastalık, sağlıklı hayat tarzımıza, organizmanın sağlıklı bir tepkisidir.



Karaciğer nakli hayat kurtarıyor

PROF. DR. SİNASI SEVMİŞ

Karaciğer nakli, karaciğerde fazla sayıda tümörü olan veya çapı 10 cm'ye kadar büyümüş olan tümörlerde bile başarıyla uygulanabiliyor. Nakil sonucunda sağkalım oranları da artmış oluyor.

Karaciğerde görülen tümörlerin büyük bir kısmı diğer organlarda başlamış olan kanserin (mide, ince ve kalın bağırsak, pankreas, meme, akciğer gibi) karaciğere yayılması şeklinde karşımıza gelir. Karaciğerin kendi tümörleri tüm tümörlerin %10'u kadardır. Dünyada her yıl yaklaşık bir milyon insan karaciğer kanseri tanısı almaktadır ve yaklaşık 600 bin kişi bu kanserden ölmektedir. Karaciğer kanserlerinin nedenlerinin %80'i siroz (hepatit B, C daha fazla olmak üzere tüm siroz nedenleri), genetik geçişli bazı hastalıklar, metabolik hastalıklar (hemokromatozis, Wilson hastalığı) ve zehirli maddeler (aflatoksin, vinil) olarak sıralayabiliriz. Karaciğer kanseri, yorgunluk, iştahsızlık, kilo kaybı, karnın sağ üst tarafındaki ağrılar gibi belirtilerle ortaya çıkar. Öte yandan kronik karaciğer hastalığı olduğu bilinen kişilerde genel durumun birden bozulması halinde mutlaka gelişmekte olan karaciğer tümörü akla getirilmelidir. Özellikle risk altındaki hastalar (özellikle sirozlu hastalar) en ucuz ve kolay uygulanan ultrasonografi ile takibe alınmalıdır. Ayrıca bilgisayarlı tomografi, MR, anjiyografi ve AFP tayini yapılabilir. AFP takibi sirozu olan hastalarda erken evrelerde tümör saptanmasına yardımcı olan önemli parametredir. Unutulmamalı ki risk altındaki kronik karaciğer hastalığı olan bireylerin AFP ve USG ile takibi erken tanının konulmasında en önemli yaklaşımlardır. Tedavi edilmeyen karaciğer kanserinin sonuçları çok kötüdür. Semptomatik hale geçen tümörlerin %80'i



cerrahi olarak çıkarılabilecek olma şansını kaybetmiştir. Cerrahi olarak çıkarılabilen tümörlerde ortalama sağkalım 25 ay iken hiçbir tedavi yapılamayan hastalar genellikle 6-9 ay içinde kaybedilir. Karaciğer nakli sonrası ise evresine bağlı değişmekle birlikte %70 civarında 3 yıldan daha uzun sağkalım elde edildiği görülmüştür.

EN İYİ YÖNTEM KARACİĞER NAKLİ

Cerrahi olarak kanserin çıkarılabilmesi için iki önemli faktör; kanserin karaciğer içinde sınırlı olması yani başka bir organa sıçramaması ve karaciğer hastalığının evresidir. Başka bir organa sıçramış karaciğer kanseri cerrahi tedavi şansını kaybetmiştir. Karaciğer hastalığının erken evrelerinde kanserin sayısı ve çapı uygun ise cerrahi olarak çıkarma ilk basamakta uygulanır. Bunun en önemli dezavantajı

tümörün yüksek tekrar etme riskidir. Cerrahi rezeksiyona uygun olmayan özellikle sirozu olan kişilerde tümöre sebep olan hastalığı da tedavi ettiği için karaciğer nakli ilk tercih olarak uygulanmaktadır. Tedavide en yüz güldürücü sonuçlar karaciğer nakli ile elde edilmiştir. Karaciğer nakli, günümüzde karaciğerde fazla sayıda tümörü olan veya çapı 10 cm'ye kadar büyümüş olan tümörlerde bile başarıyla uygulanabiliyor. Nakil için en önemli şart tümörün karaciğer içinde sınırlı olmasıdır. Sayı ve çap günümüzde nerede ise önemini yitirmiştir. Karaciğer naklinin ileri evre tümörlerde bile uzun zaman sağkalım sağladığı görülmüştür. Başka bir organdan karaciğere sıçrayan nöroendokrin tümörlerde de eğer ana hastalık kontrol altına alınabiliyor ise sayısına bakılmaksızın karaciğer nakli yapılması oldukça uzun sağkalım ile sonuçlanmaktadır. Karaciğer tümörü saptanan hastaların bünyesinde karaciğer nakli dahil tüm tedavi yöntemlerini uygulayabilen merkezlerle yönlendirilmeleri bu hastalara daha sağlıklı ve daha uzun bir ömür sağlama yolunda en önemli adımdır. Karaciğer nakli ve cerrahi çıkarıma uygun olmayan hastalarda hepatik arter kemoembolizasyonu (HACE), radyofrekans ablasyon (RF) ve alkol enjeksiyonu gibi radyolojik yöntemler hastanın sağkalım süresini uzatmak için yapılan diğer girişimlerdir. Özetle, geçmişte tanı alındığında hastanın çok az ömrü kaldı denilen karaciğer tümörlü hastalarda değişik tedavi yöntemleri ile uzun dönem sağkalım elde etmek mümkündür.



Başımıza gelmeden...

PROF. DR. ZEKİ ŞEKERCİ

Baş ağrıları, insanlık tarihi kadar eski bir sağlık problemi. Bazen basit sebeplerden ortaya çıkan ağrıları tedavi edebilmek için onları iyi tanımak gerek.

Baş ağrıları insanların günlük hayatlarında karşısına çıkan ve en sık rastlanan sağlık problemlerinden biridir. Baş ve çevresinde ağrıya duyarlı fazlaca yapılar bulunmaktadır. Saçlı deri, baş boyun kasları, duyu organları, beyinin damarsal ve sinirsel yapıları bunların başlıcalarıdır. Baş ağrıları, genellikle basit sebeplerden kaynaklanmakla birlikte hayatı tehdit edebilen durumlara da sebebiyet verebilir. Baş ağrıları hiçbir hastalıktan kaynaklanmıyorsa 'birincil baş ağrıları', vücutta veya beyindeki herhangi bir hastalıktan kaynaklanıyor ise 'ikincil baş ağrıları' olarak adlandırılır.

Birincil baş ağrılarını şöyle sıralayabiliriz:

Migren

Ülkemizde görülme sıklığı kadınlarda %16 erkeklerde %8'dir. Her yaşta ortaya çıkabilmekle birlikte doğurganlık çağında daha sık gözlenmektedir. En önemli özelliklerinden birisi tekrarlayıcı olmasıdır. Hastanın 4-72 saat süren baş ağrısı atakları olması, tek taraflı, zonklayıcı karakterde ve rutin aktivitelerle şiddetlenmesi, ağrıya eşlik eden bulantı- kusma, veya ışığa duyarlılık gibi semptomları olması tanı kriterleri arasındadır. %10'luk kesimde aura diye bilinen ağrıdan ortalama 5-20 dakika öncesinde görsel semptomlar veya konuşma bozuklukları görülebilmektedir. Ağrı genellikle boyun bölgesinden başlayıp başın arkasına doğru uzanan ağrı ve ağırlık hissi olarak başlar. Ardından zonklayıcı, şiddetli bir basınç olarak tanımlanan saatler, bazen 1-2 gün süren ağrılar başlar. Günlük faaliyetler ile ağrı artar. Bu durumda genelde hastalar sessiz, karanlık bir ortamda hareketsiz şekilde ağrıların geçmesini beklerler. Azalan ağrı şekil değiştirerek künt bir ağrıya dönüşür. Ardından ağrı, yorgunluk ve bitkinlik duygusu ile birlikte kaybolur. Kişi normal hayatına döner, yeni atağın ne zaman geleceği öngörülemez. Atak tedavisinde, klasik (non steroid antiinflammatuar) ilaçlar ve kodein içerikli ağrı kesiciler kullanılır. Önleyici tedavisinde antidepresan ilaçlar ve seretonin artırımını sağlayan ilaçlar faydalı olabilmektedir.

Gerilim tipi baş ağrısı

Birincil baş ağrılarından en sık görülen tipidir. Görülme sıklığı %30-40 civarındadır. Arada bir gelen veya devamlı olmak üzere 2 tipi vardır. Görülme yaşı ortalama 20-25 aralığındadır ama diğer yaş gruplarında da görülebilmektedir. Migren kadar olmasa da kadınlarda sıklığı fazladır. Ağrı özellik olarak başın iki tarafında basınç hissi şeklinde (zonklayıcı değil), günlük aktivitelerle artmayan, ışığa ve sese

duyarlılık göstermeyen karakterdedir. Bu özellikleri sağlayan ayda on beşten, yılda yük seksenden fazla ağrılı gün olması gerilim tipi baş ağrısını destekler. Gerilim tipi baş ağrıları tetikleyici faktörler arasında; stres, menstürasyon, postür ve pozisyon bozuklukları, anksiyete, depresyon ve somatoform bozukluklar yer alır. Diğer primer baş ağrılarından olduğu gibi tedavi iki yönlüdür. Akut ağrıya yönelik non steroid antiinflammatuar ilaçlar veya basit analjezikler kullanılabilir. Eğer ağrı arada bir gelen kökenli ve sıklığı az ise koruyucu tedavi sıklıkla kullanılmaz. Ağrı süregelen gerilim tipi baş ağrısı şeklinde ise koruyucu tedavi gerekir. Koruyucu tedavide antidepresanlar ve sara ilaçları kullanılabilir. Anksiyetenin ve kas gerginliğinin ön planda olduğu hastalarda anksiyolitik ve kas gevşeticiler kullanılabilir. Gerilim baş ağrısı profilaksisinde değişik yöntemlerde söz konusudur. Özellikle kas geriliminin ön planda olduğu olgularda gevşeme teknikleri, egzersizler, masaj yararlı olabileceği gibi transkütan elektriksel sinir uyarılması da yararlı olabilir. Psikiyatrik sorunların ön planda olduğu durumlarda uygun merkezlerde değişik psikoterapötik yaklaşımlara başvurulabilir.

Küme tipi baş ağrısı

Sıklıkla 20-40 yaş aralığında görülür ve diğer baş ağrılarından aksine erkeklerde daha sık rastlanır. Küme tipi baş ağrısının toplumda görülme sıklığı %0,1-0,3'tür. Ağrı tek taraflı, çok şiddetli, göz çevresinde kısa süreli olması çok tipiktir ve tanı koydurucudur. Ağrı, küme döneminde genellikle günün aynı saatlerinde tekrarlama özelliğindedir. Tek taraflı olarak başlar ve çok kısa sürede şiddetlenir. Tanı için önemli olan ağrıyla aynı tarafta otonom bulguların (göz yaşarması, gözde kızarma, burun akıntısı, alında terleme, göz kapağında ödem) eşlik etmesidir. Ağrı başladığı gibi hızla geçer ve kişi rahatlar. Ortalama 15-180 dakika arasında değişen sürelerde olmaktadır. Küme tipi baş ağrısının tam olarak nedeni bilinmiyor. Teknolojik cihazların etkisi, damar duvar yapısının genişlemesi gibi nedenlerden kaynaklandığı düşünülmekte. Tedavi olarak basit analjeziklerin ve non steroid antiinflammatuar ilaçların

SEYREK GÖRÜLEN BAŞAĞRILARI

Birincil baş ağrılarından dışında çok seyrek görülen baş ağrıları da vardır. Bunlar;

- ▶ Primer saplanma baş ağrıları; tekrarlayıcı 3-5 saniyelik batma tarzındaki ağrılardır.
- ▶ Primer öksürük baş ağrıları; öksürme ve ıkınma manevralarından sonra meydana gelen 15-30 dakika süren ağrılardır.
- ▶ Primer egzersiz baş ağrıları; genellikle aşırı bir egzersiz sonrası ortaya çıkan 5 dakika ile 48 saat sürebilen zonklayıcı baş ağrısıdır.
- ▶ Seksüel aktiviteyle ilişkili baş ağrısı; seksüel eylem ile birlikte başlayan iki taraflı künt ağrıdır.
- ▶ Hipnik baş ağrısı; yalnızca uykuda ortaya çıkan baş ağrısıdır.

pek etkinliği yoktur. Yüksek seviyede oksijen tedavisinin çok faydası olduğu bilinmektedir. Ergotamin ve triptan grubu ilaçlar da ağrının akut döneminde tedavide faydalıdır. İster epizodik olsun ister kronik küme tipi ağrılarda koruyucu tedavi uygulanmalıdır. Koruyucu tedavi de antiepileptikler, kalsiyum dengesini düzenleyen ilaçlardır. Tedaviye yanıtız durumlarda cerrahi de bir seçenek olarak kullanılabilir ama ilk başvurulacak seçenek kesinlikle değildir.

İkincil baş ağrıları

Sinir sistemini veya diğer sistemleri tutan hastalıklarla ilişkili olarak ortaya çıkan baş ağrılarıdır. İkincil baş ağrılarından kendine özgü bir tipi yoktur, her türlü birincil baş ağrısını taklit edebilirler. Yakın zamansal ilişki içinde ortaya çıkan, gösterilebilir bir nedene ait kanıtlar vardır. Baş ağrısı altta yatan bozukluğun başarılı tedavisi veya kendiliğinden düzelmesi sonrası 3 ay (bazı hastalıklarda daha kısa da olabilir) içinde büyük oranda azalır veya geçer. Beyin tümörü gibi ilerleyici olaylarda başarılı ya da başarısız tedaviye rağmen 3 ay içinde geçmeyebilir.



BEYİN VE SİNİR HASTALIKLARINA

Damar yoluyla tedavi

PROF. DR. EROL AKGÜL





Riski yüksek beyin damar hastalıklarının tedavisinde kullanılan girişimsel nöroradyolojide, açık cerrahi olmadan damar içine girilerek, hasta damar yoluyla tedavi edilmektedir. Bu yolla tedavi edilen hastaların daha hızlı iyileşme gösterdiği bilinen bir gerçek...

Girişimsel nöroradyoloji, klasik açık cerrahi yerine, yüksek teknoloji ve görüntüleme teknikleri kılavuzluğunda beyin ve omurilik damar hastalıklarının tedavisini konu alan üst ihtisas alanıdır. 6 yıllık tıp fakültesi ve 4 yıllık asistanlık eğitimini tamamlayarak uzman olan radyoloji hekimlerinin girişimsel nöroradyolog olabilmeleri için ek olarak 2-3 yıllık eğitim programını tamamlamaları gerekmektedir. Uzun ve uğraşlı bir eğitim gerekliliği nedeniyle girişimsel nöroradyoloji ile ilgilenen hekim sayısı dünyada ve ülkemizde kısıtlıdır. Temel görüntüleme ve tedavide kullanılan

yöntem anjiyografidir. 1990'lı yıllardan sonra, teknolojik gelişime paralel olarak bu alanda hızlı değişimler yaşanmıştır. Bunun sonucunda uygulama alanı genişlemiş ve bu yolla tedavi edilebilen hastalıklar çeşitlilik kazanmıştır. Medipol Üniversitesi Hastanesi Radyoloji Anabilim Dalı Girişimsel Nöroradyoloji Bölümü'nde tüm girişimsel nöroradyolojik tedaviler yapılmaktadır. Hemen hemen tüm diğer branşlarda olduğu gibi, Radyoloji Anabilim Dalı Girişimsel Nöroradyoloji Bölümü'nde de dünyada kabul görmüş ve uygulanan tüm endovasküler nöroradyolojik girişimsel tedaviler yapılmaktadır.

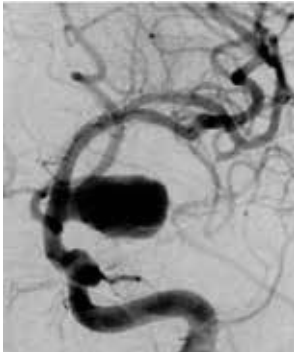


Bu yöntemle yapılan tedavide hasta cerrahide olduğu gibi kesilmemekte, sadece damar içine girilerek, damar yoluyla tedavi edilmektedir. Bu tedavi yöntemlerinin uygulanması için gerekli ekip (bu konuda deneyimli teknisyen ve hemşireler, anjiyografi odasında genel anestezi uygulanabilmesi, gerekli yoğun bakım üniteleri) ve 3 boyutlu görüntüleme özelliği olan anjiyografi (DSA) cihazı, gelişmiş görüntüleme tekniklerini yapabilen bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik rezonans görüntüleme cihazları (MR) gibi tüm teknik donanıma sahiptir. Bu hastaların hemen hemen tamamı beyin cerrahi, nöroloji ve gerektiğinde radyoterapi ekibi ile birlikte değerlendirilmekte ve en uygun tedavi yöntemi bilimsel kriterler ışığında hastaya önerilmektedir. Bu tedavi yöntemleri uygulanan hastalar herhangi bir problem olmadığı durumda 2-3 gün içinde taburcu edilmektedir. Görüntüleme ve tedavide kullanılan cihazlardaki teknolojik gelişmeler girişimsel nöroradyoloji alanında yapılan tanısal ve tedavi işlemlerinin giderek daha çok yaygınlaşmasını ve uygulama alanlarını genişletmesini sağlamaktadır.

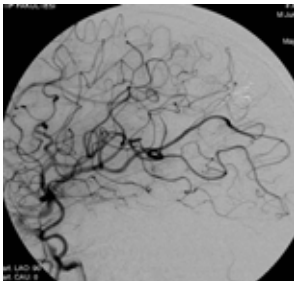
Beyin anevrizmaları

(Baloncuk): Beyin damarlarında görülen ve genellikle beyin kanamasına yol açan anevrizmaların (baloncuk)

endovasküler (damar yoluyla) tedavisi sık yapılan işlemlerden birisidir. Bu hastalar genellikle beyin kanaması ile gelmekte olup tedavi edilmediği takdirde ölümlü veya kalıcı nörolojik hasarla (felçlik gibi) sonuçlanmaktadır. Bu tedavide anevrizmanın yerine ve şekline bağlı olarak farklı endovasküler tedavi yöntemleri kullanılmaktadır. Bazen anevrizmanın sadece içi doldurularak kapatılmakta, bazen bu işlem balon yardımı ile veya stent yerleştirilerek yapılmaktadır. Bazı durumlarda ise, uygun hastalarda sadece anevrizma boynuna kaplı stent yerleştirilerek kısa sürede tedavi edilmektedir. Nadir durumlarda anevrizma ile birlikte damar tamamen de kapatılabilmektedir. (Resim 1)



Resim 1



Resim 2



Resim 3

Arteriovenöz malformasyon ve fistüller (AVM, Dural AVE, damar yumağı):

Beyin, omurilik ve baş-boyundaki damarlarda doğuştan veya sonradan oluşan (genellikle travma sonrası) arteriovenöz malformasyon (damar yumakları) ve fistüllerin (atardamar ile toplardamar arasında anormal/doğrudan bağlantı) tedavisi uygun hastalarda tam ve kalıcı olarak tedavi edilmektedir. Bu hastalar beyin kanaması ile acile geldikleri gibi, sara nöbetleri, şiddetli baş ağrıları, kulakta üfürüm/çınlama, gözde veya gözlerde şişlik, kızarıklık veya felçlik nedeni ile de doktora başvurabilmektedir.

Endovasküler tedavide damarların içi uygun tıkaçıcı maddelerle bir veya birden fazla seansta tamamen veya kısmen kapatılmaktadır. Bu yöntemle hastaların bir kısmı tamamen tedavi olabiliyor iken bir kısmı da cerrahiye ve/veya ışın tedavisine uygun hale getirilmektedir. Bazı durumlarda ise önceden planlanarak hasta damar yoluyla tedavi edilmekte ve hemen ardından cerrahi yapılarak hastalık tamamen yok edilmektedir. (Resim 2)

Atardamar darlıklarına yönelik balon ve stentleme:

Boyun ve beyin tıkaçıcı atardamar hastalıklarında balon anjiyoplasti (darlık açma) ve stentleme işlemleri girişimsel nöroradyolojik işlemlerin çoğunu oluşturmaktadır. Bu hastalar genellikle baş dönmesi, dengesizlik, felç geçirme, konuşma bozukluğu gibi nörolojik problemlerle doktora başvurmaktadır. Bu hastalar ilaç tedavisi almalı ve darlıkları belli düzeyden sonra damar içinden veya cerrahi olarak tedavi edilmelidir. Damar içinden tedavi (stentleme), özellikle darlıkların sık görüldüğü, boyunda beyni besleyen şah damarı (karotid arter) darlıkları hasta uyanıkken yapılmaktadır. Damar kafa içinde ise işlem genel anestezi altında yapılmaktadır. Bu hastalıkların tedavisi, hastaların felçten (inme) korunması açısından önemlidir (Resim 3).

Akut inme (stroke) tedavisi: Beyni besleyen atardamarların ani tıkanıklığından kaynaklanan bu durum, hasta erken dönemde (ilk 6-8 saat) hastaneye ulaştırılabildiğinde tedavi edilebilir. Bu inme hastaları acil olarak değerlendirilmekte ve uygun hastalarda beyni besleyen atardamardaki pıhtılar emilerek, cihazla çekilerek veya ilaçla eritilerek temizlenmektedir. Böylece hastaların ölmesi veya felçli kalması engellenmektedir.

Tümör embolizasyonu (Damar tıkama):

Baş-boyun, kafa içi ve omurga tümörlerinde (nazofaringeal anjiyofibrom, menenjiom, hemanjiom gibi) ameliyatın yapılabilmesi ve ameliyat sırasında kanamanın olmaması için preoperatif (ameliyat öncesi) embolizasyon (damar tıkama) işlemleri girişimsel nöroradyoloji uygulamalarından biridir. Bu işlemler bazı durumlarda temel tedavi yöntemi olarak da uygulanır.

Retinoblastom (Göz tümörü) tümör tedavisi:

Uygun hastalarda, toplardamar yoluyla verilen tümör ilaç tedavisinden ve diğer tedavi yöntemlerinden fayda görmeyen göz tümörü olan retinoblastom tedavisi atardamar yoluyla yapılabilir.

BEYİN VE OMURILIK TÜMÖRLERİ

Uzman tümör konseyi ve
akıllı teknoloji işbirliği



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





Beni alkışlar iyileştirdi

AYSEL YAŞA YILMAZ

Kanser tedavisi görürken bile konserlerine ara vermeyen sanatçı Fatih Erkoç “Hasta olarak verdiğim konserlerde dostların ilgisi, sevgi, saygısı ve en önemlisi alkışları beni iyileştirdi” diyor.



Fatih Erkoç, yılların sevilen sanatçısı... Geçtiğimiz yıl lenfoma kanserine yakalandı. Yaşadığı Bodrum'da yoğun bir tedavi süreci geçirdi ve tamamen iyileşti. Bu süreçte konserlerine ara vermeyen sanatçı, kendi tabiriyle 'çatlak müzisyen' olduğunu kanıtladı. Erkoç'la kanseri yeniş sürecini ve yeni planlarını konuştuk...

Zorlu bir tedavi sürecinden sonra kanseri yendiniz. Artık siz de bir savaşçısınız. İlk olarak hastalığınızı nasıl öğrendiniz?

Kurduğunuz cümlelere çok teşekkür ederek başlamak isterim. Bana 3-4 yıldır masaj yapan bir masöz olan sevgili Figen hanım, 'Fatih bey karnınızın sol tarafında bir şişlik var, n'olur bir doktora görünün' dedi o gün ve bunu 3 kez dile getirdi masaj yaparken. Ben de ertesi gün doktora göründüm. İlk ultrason ile bakıldı ve şüphe doğunca devamını getirdim muayenelerin.

Hastalığınızın tanısı neydi?

Tanı, 'foliküler lenfoma' idi. Tedavimi Bodrum'da bir özel hastanede yaptırdım. Parça alındı ve İstanbul'a gönderildi. Birkaç gün sonra da oradan pozitif cevabı geldi. O an yıkıldım. Ne kadar şüphelenmiş olsam da, kendime bu hastalığı yakıştıramamıştım. Durum böyle olunca, yıkılan ümitlerimi 1-2 günde tamir etmeye çalıştım. Başardım da... Bazı sorunları kabul ettiğinizde, onlar artık sorun olmaktan çıkarlar... Bu işin moralle çok yakın ilgisi olduğunu bildiğimden, herşeyi olurluna bırakıp, normal yaşamımı devam ettirdim. Tabi



ilaçlar, doktorlar, hemşireler ve hastane ile içli dışlı bir ilişki içine de girdim.

Nasıl bir tedavi süreci geçirdiniz?

Allah'tan dünyanın en şeker, en güler yüzlü ve en iyi doktoru sayın Hilmi Ege benim doktorum oldu. Onu görünce zaten iyileştigimi hissediyorum her seferinde. 3 hafta aralarla, 6 kemoterapi aldım. Sonrasında, Aralık 2016'da bir pet CT çekildi ve temiz çıktım çok şükür. 3 ay sonra bir pet daha ve yine temizim. Sonraki kontrol 6 ay sonra olacak. Herkesin duasına ihtiyacım sürüyor, tekrar etmemesi için.

Ailenizde var mıydı bu hastalık? Neden yakalanmış olabileceğiniz konusunda doktorlar ne söylediler?

Babam mide kanserinden vefat etmişti. Bende de riskli bir mide sorunu vardı ancak, ben lenfoma oldum. Bu hastalığın nedenleri kesin belli değil. Bildiğim o ki, kanserin yüzde elli nedeni kafadaki stres. Diğer yüzde elli ise, yanlış beslenme, kalıtsal bazı durumlar vs. Hiçbir şeyi dert etmeden, sakın bir insan olmak lazım.



SAÇLARIM DÖKÜLMEYECER SANDIM

Kanser hastaları genelde ilk başta reddetme sonra da kabul sürecini yaşarlar. Sizde bu süreç nasıl işledi? Hiç umutsuzluğa kapıldığınız oldu mu?

Sözünü ettiğim gibi, ilk birkaç gün ümitsizlik yaşadım. Ama sonrasında herşeyin Allah'tan olduğunu kabullenip rahat ettim. Ama eşiği sağlam kazığa bağladıktan sonra Allah'a teslim etmek gerektiğine de inanırım. Ben de öyle yaptım. Benim Allah inancım fazladır. Elimden geleni yaparım, gelmeyen tarafını Allah'a bırakırım. Bu yeterli kadar teskin edici bir yaklaşımdır.

Kemoterapi sürecinde saçlarınız da döküldü. Bu üzdü mü sizi?

Aslında dökülmeyecek diye bir inancım vardı ama döküldü işte. (Gülüyor) Yapacak bir şey yok. Biraz üzüldüm ama sonra saçsız ve sakalsız olmanın ne kadar rahat olduğunu görüp, üzülmekten vazgeçtim. Her şeye iyi yönünden bakmak gerektiğini öğreniyorsunuz bu süreçte.



Hastalığı ilk öğrendiğiniz zamanlar sahne almaya devam ettiniz. Bu süreçte müziği bırakmadınız yani. Müziğinizin gücünün size geçtiğine inanıyor musunuz? Ve doktorlarınız buna ne diyorlardı? Müziğin gücünden çok, konserlerde dostların ilgisi, sevgi, saygı ve en önemlisi alkışları beni iyileştirdi. Bir de duaları elbette. Bir gün doktorlarım Antalya'daki bir konserime beni yollamak istemediler. Çünkü kan değerlerim çok ama çok düşmüştü. Her an bir zatürreye yakalanma, enfeksiyon kapma riski vardı. Bu da hem doktorları hem beni daha çok uğraştıracak bir durum olurdu. Bu yüzden Bodrum'dan Antalya'ya hem de kendi arabamı kullanarak gidemeyeceğimi söylediler. Ben de, 'ölsem bile gideceğim', dedim. Çok ısrar ettiler ama ben dinlemedim. Çünkü aynı gün işimi iptal etmek ve insanları zor durumda bırakmak, orkestradaki arkadaşlarımla yevmiyelerinden olmalarına neden olmak benim kitabımda yazmıyordu. Sonunda imza atıp, hastaneyi sorumlu olmaktan

kurtardım ve onlara nedenli bir çatlak müzisyen olduğumu gösterdim. Yanıma Mehmet hemşireyi verdiler. Artık bunu kabul ettim tabi. O beni yol boyu ve konser boyu kontrol altında tuttu. Harika bir konser verip ertesi gün Bodrum'a döndük.

Hasta olmadan önce sağlıklı yaşama dikkat eden biri miydiniz? Nasıl bir yaşam tempouz vardı?

Evet sıklıkla diyetime dikkat ettim hep. Ama arada kaçamaklar oldu tabi. Pek spor yapmadım ama olabildiğince faydalı şeyler yemeye çalıştım. Yolculuklarda, ki bunlar genelde konser yolculukları, diyetimi tam uygulamam zor oluyor. Örneğin, sabit bir yerde olduğumda, günde 3 litreye yakın su içerken, yolculuk söz konusu olduğunda 2-3 bardağı geçmiyor. Bunun nedeni; çok su çok tuvalet demek. Abuk bir yerde geldiğinde sıkıntı çekmek hiç de hoş olmuyor.

AĞIZ TADINI ÖZLEDİM

Hastalık sürecinde nelere dikkat ettiniz, neleri yemediniz, neler yapmadınız, en çok neyi özlediniz?

İlaçlarla ilgili olarak doktorum greyfurt ve nari yasakladı. Bunun dışında pek bir şey yasaklanmadı. Ancak ben uzun zamandır elimden geldiğince sevgili Canan Karatay'ın önerdiği şekilde beslenmeye çalışıyorum. Dedğim gibi, arada bozuyorum diyetimi ama mümkün olunca tekrar geri dönüyorum ona. Aslında pek bir şey özlemedim. Çünkü arada sevdiğim her şeyi yiyebildim. Ancak kemoterapi ilaçları ağızda bir tatsızlık yapıyor. Bu çok kötü bir şey.

Bazen yediğiniz şeyin tadını alamıyorsunuz, ağzınızın içi paslı bir metal tadında... Kötü yani... O günlerde ağız tadını özledim.

Şimdilerde sağlığın önemi denince neler söylersiniz? Artık sizin için sağlık daha da anlamlı olmalı.

Evet artık sağlığın önemini daha iyi anlıyorum ama, 'beşer şaşar' demişler. Bazen hiç yememem gereken şeyleri yiyorum ve sonra pişman oluyorum. Ancak en azından daha bilinçli bir duruma geldim, bu iyi bir şey. Ama en önemlisi, strese girmemek. Morali yüksek tutmak. Saniyorum bunları eskiye kıyasla daha iyi yapabiliyorum.

Bu hastalık -yaşamınızın tamamına baktığınızda- size ne öğretti?

Hayata bir sınav için geldik ama bu sınavı geçmek için herşeye boş vermeden mantıklı ve rahat bir şekilde hayatın bu gününü yaşamak... Kimseyi kırmadan, sevgiyle içtenlikle insanlara ve eşyaya yaklaşmak. Para için değil, sevgi için yaşamak. Yemek için değil, yaşamak için yemek. Ve şarkı söylemek... İçten, sevgiyle...

Neden artık Bodrum'da yaşıyorsunuz? İstanbul yoruyor mu?

Bodrum'da yazları yaşıyorum. Kışın ise 4-5 yıldır Bursa'dayım. Hanım köylü oldum diyebilirim. Bursa'daki eski evimi de müzik okulu yaptım. Orada yetenekli kimselerle çalıştığımında onlarla ders de yapıyorum. Bu bana büyük bir mutluluk veriyor. İstanbul ise bence şöyle: Eskiden tımarhaneydi, şimdi cehennem oldu. Ama güzel bir cehennem... Geçen gün prova için gittiğimde yolda biraz yürüdüm İstanbul'da ve resmen yabancılaştığımı hissettim. Bodrum çok daha güzel bence...

Müziğe devam edecek misiniz? Bundan sonrası için projeleriniz neler?

Müziksiz olur mu? Sağlığım elverdiği, dinleyicilerin beni istediği sürece sahnelerdeyim. Son günlerde bir mottom var: 'Siz koltuklarınızda, biz ise sahnedeki yerimizde, bir otuz yıl daha müziğin büyüsünü, duygusunu paylaşalım...'

Sizin gibi kanser hastalığını geçiren ya da halen hastalıkla mücadele edenlerin motivasyonlarını yükseltmek adına neler söyleyebilirsiniz?

Sanırım röportaj boyunca satır aralarında çok şey söyledim. Ama yine de ekleyeceğim; moral en önemlisi. Hiçbir şeyi dert etmemeli. Ettiğin zaman sorunlar düzelmıyor. Bir de hayata olabildiğince 'olumlu' bakmalıyız. Türkiye'de insanlar çok olumsuz düşünüp yaşıyorlar. Bu yüzden hastalıklar arttı ya zaten... Dert yok, sağlık var... Sevgiyle kalın, sağlıklı kalın.



Arkanızda iz bırakmayın!

Dövme yaptırdınız ve sıkıldınız. Peki şimdi ne yapacaksınız? Dövmelerinizi sağlıklı bir şekilde sildirmek ve iz bırakmamak için uzman bir dermatoloğun kapısını çalmanız yararınıza olacaktır...

Bir hevesle dövme yaptırdınız fakat sonrasında sıkıldınız. Ya da tamamen sağlıklı ilgili çekincelerinizden ötürü artık dövmenizi istemiyorsunuz. Peki bu durumda ne yapacaksınız? Dövmenizi sağlıklı bir şekilde sildirmenin yolu var mıdır? Sildirirseniz izi kalır mı? Medipol Üniversitesi Hastanesi'nde son teknoloji lazer yöntemiyle dövmeleriniz başarıyla silinebiliyor. Dövme silme konusunda pek çok teknik bulunuyor. Ancak bunlardan birçoğu ciltte kalıcı hasar bıraktığı için uygulamayı yaptıracığınız yerin seçimi oldukça önemli. Bir de bu kararı aldığınızda mor, pembe, sarı renklerin bazı tonları ten rengi ve beyaz renkli dövmelerin lazer ile kolay kolay silinmediğini unutmayın. Dövmenin silinmesinde, dövme yaşı, bölgesi, dövmenin kalitesi ve renkleri oldukça önemli değişkenlerdir. Öncelikle silinmek istenen dövme en az bir yıllık olmalıdır. Dövme silme tedavisi 6-8 hafta aralıklarla yapılır. Amatör dövmelerde ortalama 4-6 seans, profesyonel dövmede 6 seans üzerinde tedavi gerekebilir. Renk siyahtan ne



kadar uzaklaşıp ve sarıya kayarsa, dövme silme işlem seansı ve maliyeti de o oranda artarken, başarı oranı da düşmektedir. Q switched ND YAG lazer 1064 nm (siyah, lacivert renkli dövmeler), Q switched ND YAG 532 nm KTP lazer (kırmızı, mor, turuncu renkli dövmeler), Q switched ruby lazer (siyah, lacivert yeşil renkli dövmeler), Q switched alexandrite lazer (siyah, lacivert yeşil renkli dövmeler), Q switch ND YAG lazer koyu tenli kişilerin dövme silme tedavisinde daha güvenle kullanılır. Son zamanlarda fraksiyonel lazerler dövme silmede denenmeye başlamıştır. Bu tür lazerler hücreleri uyarak boyaların hücreler tarafından atılmasını kolaylaştırmaktadırlar. Fraksiyonel lazerler dirençli dövme silme işlemlerinde yardımcı tedavi olarak kullanılabilir.

İŞLEM ÖNCESİ LOKAL ANESTEZİ

Dövme silme talebiyle başvuran kişilerin en çok merak ettiği bir diğer konu ise, dövme silme işlemi sonrasında iz kalıp kalmayacağıdır. İşlem sonrasında nadiren de olsa iz kalma şansı vardır. Bu durum genellikle uygulama hatalarında veya bazı sarı, yeşil gibi renklerde çoklu uygulama gerektiren durumlarda görülebilmektedir. Uygulama ağrılı olduğu için işlem öncesi lazere bağlı ağrı şiddetini azaltmak için lokal anestezi krem uygulaması yapılır. Dövme üzerinde gelişen uçuk, siğil gibi bir takım hastalık durumunda bunların tedavisinden sonra silme işlemi yapılmalıdır. İşlem sonrası bölgeye nemlendirici veya güneş gören bölge ise güneşten koruyucu kullanması tavsiye edilir. Soğuk uygulama da işlem sonrası rahatlatıcı etkidir. Dövmeler isteğe bağlı olarak bölgesel olarak da silinebilir. Öt yandan kalıcı makyajlar da dövme lazeri ile çıkarılabilir. Fakat bazen kırmızı renklerde işlem sonrası kahverengi leke gelişimi olabilir. Bundan dolayı işlemin profesyonel birimler tarafından doktor kontrolünde yapılması önemlidir. Tedaviden sonraki günlerde işlemin uygulandığı bölgelerde kabuklanma oluşabilir. Fakat bu 3-4 gün içerisinde geçer.

Genetik tanı ile özlem bitiyor



YRD. DOÇ. DR. GÜNSELİ ÖZDEMİR

Preimplantasyon genetik tanı yöntemiyle,
tüp bebek tedavisinde en sağlıklı embriyo
seçiliyor, özlem çeken ailelerin evlerine sağlıklı
bebekleriyle dönmeleri sağlanıyor.





Günümüzde tüp bebek ve genetik bilimindeki ilerlemeler, sadece sağlıklı değil, mükemmel embriyo seçimini amaçlayarak hızla ilerlemektedir. Preimplantasyon genetik tanı (PGT) adı verilen bu yöntem, dünyada ilk defa 1989 yılında İngiltere’de kalıtsal bir hastalığı ayırt etmek için PCR yöntemi uygulanarak kullanılmıştır. 1989’dan günümüze kadar, hızla ilerleyen gen teknolojisi ve tüp bebek yöntemleri ile günümüzde eskiye göre çok daha kısa bir sürede tüm kromozomların incelenmesi mümkün olmuştur. Başlangıçta hücre düzeyinde yapılan incelemelerin yerini moleküler düzeye kadar inen inceleme yöntemleri almıştır. Eskiden embriyoların dondurularak uzun süre sonuç beklenmesini gerektiren yöntemler kullanılırken günümüzde Array Karşılaştırmalı Genetik Hibridizasyon (aCGH) ve NGS gibi DNA miktarındaki değişiklikleri saptayan yeni moleküler yöntemler kullanılarak sonuçlar 12-24 saat gibi kısa sürelerde alınmaktadır. Günümüzde kapsamlı kromozom analizi ile 23 çift kromozomun tamamı taranabilmektedir. Tüm bu gelişmeler, ileri yaş ve çok sayıda tüp bebek başarısızlığı olan çiftlerin sağlıklı çocuk sahibi olmasını kolaylaştırıyor. Eskiden

embriyonun erken döneminde alınan biopsilerin yerini günümüzde beşinci gün alınan trofektoderm biopsileri almıştır. Embriyo gelişimine zarar verme ihtimali daha az olan bu yöntemle daha güvenilir sonuçlara kısa zamanda gidilmekte ve yanılma payı daha az olmaktadır.

SAĞLIKLI EMBRİYO TRANSFERİ

Kromozom sayı bozuklukları olan (anöploidili) embriyolar rahim duvarına sağlıklı tutunamayacağından gebelik gerçekleşmez veya düşükle sonuçlanır. Bu doğanın bir çeşit kendini koruma mekanizmasıdır. Bu mekanizma olmasaydı sakat doğan çocuk oranı şimdi olduğundan çok daha fazla olurdu. Bunun istisnası olan ve canlı doğumla sonuçlanan down, Edwards ve Patau sendromu gibi anomalilerin tanınması çiftlerin sağlıklı çocuğa sahip olması yönünden önem taşımaktadır. Gebelik sırasında da teşhisi mümkün olabilen ve yaşamla bağdaşan bu anomaliler, çiftleri gebeliği sonlandırma veya devam ettirme kararı arasında ikilemde bırakarak, yoğun, duygusal, vicdani yük ve sıkıntılara neden olur. Kadın yaşının ilerlemesi ile kromozom anomali (anöploidi) arttığı için gebelik ve sağlıklı doğum ihtimali azalır, PGT ile sağlıklı embriyo seçimi eve sağlıklı bebek götürme oranlarını artırır. Tek

PGT ÖNERİLEN DURUMLAR

- ▶ Genetik veya kalıtsal hastalık taşıyan çiftler
- ▶ Önceden genetik hastalık taşıyan çocuk sahibi olan çiftler
- ▶ Hasta çocukları için uygun doku tiplmesi olan verici olabilecek çocuk isteyen çiftler
- ▶ Genetik hastalıklara yatkınlık sebebiyle sağlıklı gebelik elde etmek isteyenler
- ▶ Kromozom anormalliği olan veya daha önce kromozomal anomali gebelik öyküsü olanlar
- ▶ Tekrarlayan gebelik kayıpları
- ▶ İyi embriyo transferine rağmen, ikiden fazla tüp bebek başarısızlığı yaşayanlar
- ▶ Anne yaşı 37’nin üzerindeyse kromozomal yapı ve sayı anormalliği ihtimali artacağından PGT ile kromozomal yapısı normal (euploid) embriyo seçmek tüp bebek başarısını artıracaktır.

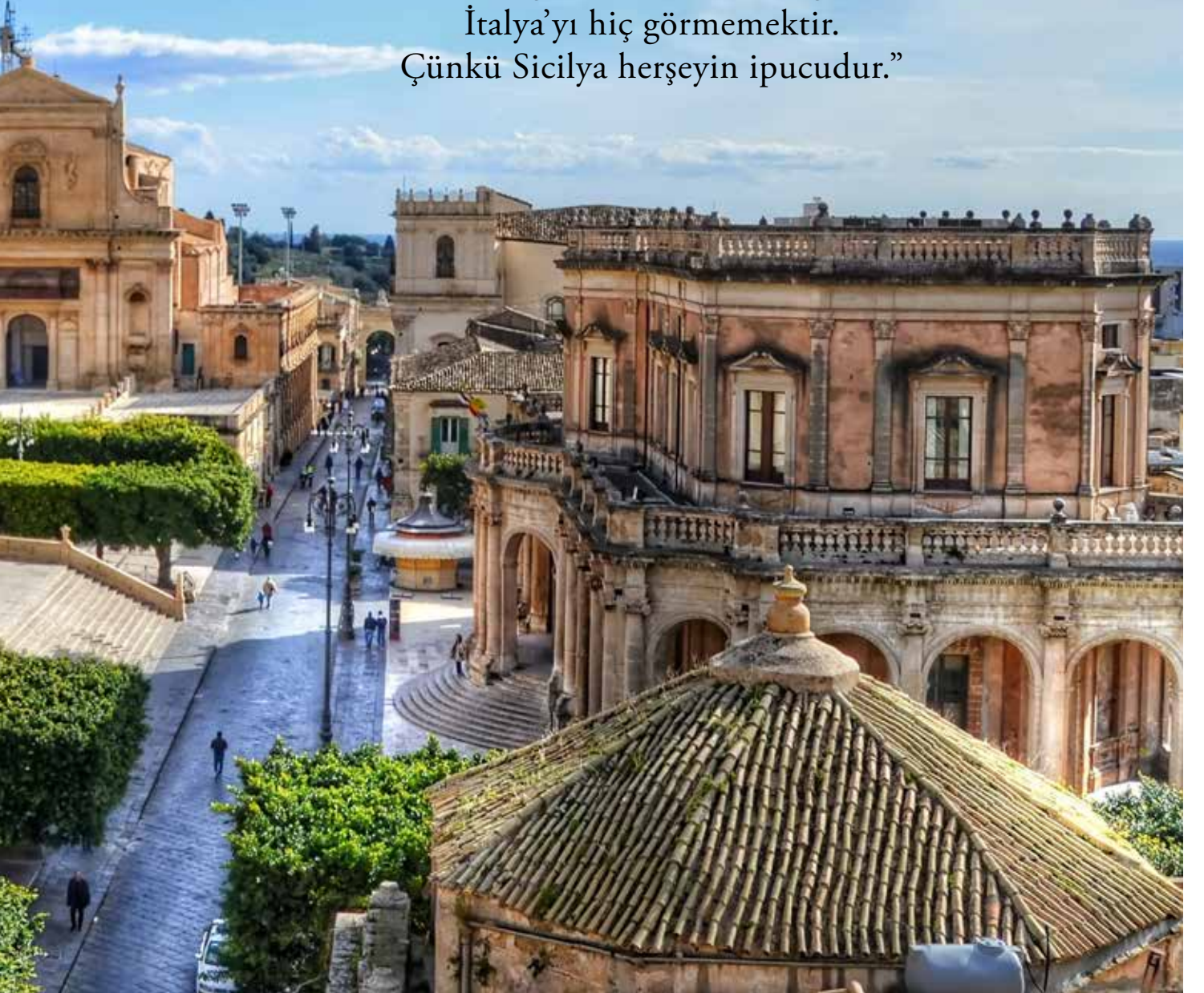
gen hastalığı bulunan çiftlerde sağlıklı embriyo seçilmesi amacıyla, önce genetik tanımlama çalışmaları (mutasyon analizleri), ardından tüp bebek tedavisi ve son olarak PGT ile seçilen sağlıklı embriyoların transferi yapılır.



Sicilya herşeyin ipucudur

AYŞEGÜL ERGİN

“Sicilya’yı görmeden İtalya’yı gezmek,
İtalya’yı hiç görmemektir.
Çünkü Sicilya herşeyin ipucudur.”





TAORMİNA

Goethe'nin 'İtalya'nın anahtarı' diye tanımladığı Sicilya'nın muhteşem kasabası... Tauro Dağı'nın eteğinde kurulu, nefes kesen manzarası, merdivenli daracık sokakları, rengarenk çiçeklerle süslenmiş ferforje balkonları ile tablo güzelliğinde romantik ortaçağ kasabası. Bu şirin kasaba Goethe, Steinbeck ve Nietzsche gibi yazarlara ilham kaynağı olmuş. Kafe ve eğlence mekanları, şirin hediyelik eşya dükkanlarının bulunduğu Porta Messina ve Porta Catania kapılarını birbirine bağlayan Corso Umberto Caddesi, Piazza del Duomo, Teatro Antico, egzotik bitki ve ağaçların bulunduğu, kuş sesleri arasında huzur bulacağınız Public Garden mutlaka görülmesi gereken yerlerden. Kasabanın 5 km tepesinde kale surları ile çevrili küçük yerleşim yeri olan Castemolada Taormina'ya tepeden nefis bir manzarasını seyrederek vakit geçirebilirsiniz. Isola

Bella, güzel ada anlamına geliyor. Buraya, Taormina merkezden nefis manzara ve çiçekler arasında yürüyerek veya teleferikle ulaşabilirsiniz. Hemen önünde plajlar var, denizin içinden yürüyerek veya yüzerek adaya ulaşabiliyorsunuz. Sicilyalıların geleneksel tatlısı olan Cannoli'yi mutlaka Roberto'da yemenizi, en önemli lezzetlerinden olan; meyve, su karışımının dondurularak buz granülleri haline getirilmesiyle hazırlanan granitayı Bam Bar'da, özellikle de portakallı granitayı içmenizi tavsiye ederim. Sicilya'ya gelince makarna ve pizza yenilmeden dönülmez, en güzel pizza ve makarnayı Trattoria Tiramisu'da yiyebilirsiniz. Vecchia Taormina da pizza yemek için gidilmesi gereken yerlerden biri.

MAFYA TOPRAKLARI

Sicilya mafya kavramının doğduğu topraklar... Savoca, 12. yy'da bir dağın tepesine kurulmuş, sevimli ve sessiz bir Sicilya köyü. Sicilya denince ilk akla

gelen Francis Ford Coppola'nın ünlü filmi Baba (Godfather) üçlemesinin bazı sahneleri bu köyde çekilmiş. Michael Corleone'nin evleneceği kızın babası ile oturup konuştuğu Bar Vitelli, Michael ve karısı Apollo'nun nikahlarının kıyıldığı kilise görülecek mekânlardan. Köyde, filmin yönetmeni Coppola'nın bir anıtı bulunmaktadır. Hemen yakınlardaki bir başka köy olan Forza D'Agro'da Baba 2 filminden bir kiliseyi görebilirsiniz. Forza D'agro'ya gelmişken öğlen yemeği için Antichi Muri Pizzeria'ya uğramanızı, taş fırında yapılmış nefis pizzalarından mutlaka yemenizi öneririm. Sicilya sokaklarından gezerken birçok yerden kulağınıza Baba filminin müzikleri geliyor, bu ortam sizde filmi tekrar izleme isteği yaratıyor. Ben de aynı duygularla döndükten hemen Baba üçlemesini tekrar seyrettim. Söylemeliyim ki Sicilya'yı soluduktan sonra film, bende çok daha farklı bir tat bıraktı.



ETNA YANARDAĞI MUTLAKA GÖRÜLMELİ

Sicilya'ya gelince mutlaka görülmesi gereken yerlerden biri de, 3326 metre ile Avrupa'nın en yüksek aktif yanardağı olan Etna Yanardağı ve çevresi. Etna'ya araba ile Taormina'dan yaklaşık 1 saatte ulaşabilirsiniz. Etna'ya çıkarken Alcantara Gölü ve Vadisi'nin içinde bulunduğu milli parka uğramanızı tavsiye ederim. Alcantara Vadisi 50 metre derinliğinde, büyük Etna patlamasında çıkan sıcak lavların Alcantara Göl suları ile karşılaşınca hızlı soğumaya uğrayarak dikey dalgalı bazalt kayalıklar oluşturarak meydana çıkmış. Vadi, mutlaka görülmesi gereken bir doğa harikası olarak selamlıyor sizi. Vadiden çıktuktan sonra Zafferana Etnea kasabasında bir mola vererek yerli halkın ürettiği ürünlerden tadıp, alışveriş yapabilirsiniz. Etna'ya ulaşmaya çalışırken volkanik toprakların rengarenk bitki örtüsü ile karşılaşıyorsunuz. 1900 metre yüksekliğe ulaştığınızda 1892 yılındaki patlama sonucu ortaya çıkmış muhteşem

Silvestri Krateri'ni görüyorsunuz. 2 bin 500 metreye kadar teleferikle çıkabiliyor buraya. Bu yükseklikten sonra ise profesyonel rehberler eşliğinde zirvedeki kraterlere kadar ulaşabilirsiniz. Hangi mevsimde giderseniz gidin yanınıza soğuktan korunmak için gerekli malzemeleri almayı unutmayın.

ARŞİMET'İN ŞEHİRİ...

Burası ünlü bilim adamı ve mucit Arşimet'in (Archimides) yaşadığı yer. Banyoda suyun kaldırma kuvvetini kanıtlayarak sevinçle sokağa fırladığı şehir... Siracusa, aynı zamanda UNESCO Dünya Mirası listesinde yer alıyor. Siracusa, Antik Yunan dünyasının tüm zenginliklerini sergileyen Apollo Tapınağı, Yunanlardan kalma Antik Tiyatro, Roma Tiyatrosu kalıntıları ve geniş arkeolojik alanları ile bir açık hava müzesi. Daracık sokaklar, çiçekli Fransız balkonları ve küçük şirin limanıyla Sicilya'da görülmeye değer

en önemli yerlerden. Amfi tiyatronun yakınında bulunan ve Antik dönemlerde mahkumların çalıştırılması için kurulmuş olan Latomia Taş Ocağı da mutlaka ziyaret edilmeli. Siracusa'dan köprüyle Ortigia adasına geçiyorsunuz. Ortygia Adası, şehrin iki limanını birbirinden ayırıyor. Duomo Meydanı, Maniace Kalesi ve Arethusa Çeşmesi ve hemen yan tarafında, gövdesi oldukça enteresan ağaçların bulunduğu botanik parkı da turistlerin ilgi odağı. Gelmişken mutlaka balık pazarına uğramalı, pazarın sonunda Fratelli Burgio'da mola vererek, nefis şarküteri ürünlerinden tatmalısınız. Dört gün süren Sicilya macerasında adanın cennet köşelerini gezme ve fotoğrafıma şansımız oldu. Tekrar tekrar gideceğimiz yerler arasında kaldı Sicilya. Yeniden gelip adanın kalan yerlerini keşfetme duygusuyla kısa süreliğine veda ettik bu güzel adaya.



Tıp öğrencileri beyaz önlüklerini giydi

Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Uluslararası Tıp Fakültesi birinci sınıf öğrencileri için düzenlenen 'Geleceğin Doktorları 2022' önlük giyme töreni Kavacık Güney Yerleşkesi Konferans Salonu'nda yapıldı. Törene, Tıp Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Naci Karacaoğlu, Uluslararası Tıp Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Abdülkadir Ömer'in de aralarında olduğu akademisyenler, öğrenciler ve aileleri katıldı. Törende konuşan Uluslararası Tıp Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Abdülkadir Ömer, beyaz önlük giymenin tıp öğrencisi için hekimlik yolunda önemli basamaklardan biri olduğunu söyledi. Hekimliği seçen tıp öğrencilerinin uykusuz geceleri, ailesi

ve arkadaşlarından uzak kalmayı taahhüt ettiğine işaret eden Prof. Ömer, hekimlerin kaliteli, samimi, güvenilir, merhametli ve işini iyi yapan insanlar olması gerektiğini savundu. Tıp eğitiminin zor olduğunu ifade eden Tıp Fakültesi dekanı Prof. Dr. Naci Karacaoğlu ise 'Geleceğin Doktorları 2022' ifadesinin öğrenciler için mezuniyet garantisi anlamına gelmemesi gerektiğini vurguladı. Dijitalleşen çağda öğrencilerin mutlaka tıp literatürünü takip etmeleri gerektiğini hatırlatan Karacaoğlu, "Tıp öğrencileri için yaşam boyu eğitim zorunludur. Tıp mesleği hata kabul etmez. Hiçbir tolerans yoktur. Her biriniz iyi birer hekim olmak zorundasınız" diye konuştu.



Medipol'e büyük ilgi

Medipol Üniversitesi, YÖK'ün geçen yıl hizmete sunduğu üniversite tercih rehberinde Koç, Bilkent, Bahçeşehir, Yeditepe ve Bilgi Üniversitelerinin ardından en çok ilgi gören vakıf üniversitesi oldu. Listede Medipol'ü sırasıyla Sabancı, Başkent ve TOBB Ekonomi ve Teknoloji Üniversiteleri takip etti. Devlet üniversiteleri kategorisinde ise İstanbul, Boğaziçi, Dokuz Eylül, İTÜ, Marmara, Ankara, Ege, ODTÜ, Hacettepe ve Gazi Üniversiteleri sıralaması yer aldı. 2,5 milyonun üzerinde adayın ziyaret ettiği YÖK Atlas verilerine göre geçen yıl lisans düzeyinde üniversite tercihi yapacak adaylar en çok hukuk, tıp ve diş hekimliği bölümlerini inceledi.

Yöneticiler Medipol Kariyer Zirvesi'nde buluştu



Medipol Üniversitesi İnsan Kaynakları Kulübünce organize edilen “Medipol Kariyer Zirvesi ‘17” farklı sektörlerde faaliyet gösteren şirket ve kuruluşların önde gelen yöneticilerini bir araya getirdi. 11-12 Nisan 2017 tarihleri arasında Medipol Üniversitesi Kavacık Güney Yerleşkesi’nde yapılan konferansın sunuculuğunu TRT spikeri İlker Koç üstlendi. Medipol Üniversitesi İşletme Yönetim Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyeleri Prof. Dr. Kerem Alkin, Doç. Dr. Nihat Alayoglu ve Yrd. Doç. Dr. Pelin Vardarlier’in açış konuşmalarını yaptığı zirve 2 gün süresince toplam 8 oturum halinde yapıldı. Bu tür zirvelerde sadece bugünün mesleklerini değil, gelecekte var olma ihtimali olan mesleklerinin de ele alınması gerektiğini kaydeden İşletme ve Yönetim Bilimleri Fakültesi Uluslararası Ticaret ve Finansman Bölüm Başkanı Prof. Dr. Kerem Alkin ise önümüzdeki 10 yılın dünya siyaseti ve ekonomisi açısından kolay olmayacağını savundu. Alkin, bugünün öğrencilerini Türkiye’nin geleceğinde zorlu görevler beklediğini söyledi. İnsan Kaynakları Bölüm Başkanı Yrd. Doç. Dr. Pelin Vardarlier de organizasyonu düzenleyen İnsan Kaynakları Kulübünün firmalarla öğrenciler arasında bir köprü olma amacının bulunduğunu söyledi. Zirve, Twitter’da #medipolkariyerzirvesi hashtagi ile ülke gündemine girdi.



Medipol öğrencileri sağlık kiti hazırlıyor

Medipol Üniversitesi Görsel İletişim Tasarımı Bölümü öğrencileri doktor-hasta iletişiminde yaşanan sorunlara ve hasta tedavi sürecinde karşılaşılan sıkıntılara çözümler üretmeye yönelik bir ‘sağlık kiti’ hazırlayacak. Medipol Üniversitesi Görsel İletişim Tasarımı birinci sınıf öğrencileri ‘Tasarıma Giriş’ dersi kapsamında ‘sağlık kiti’ hazırlayacak. Yrd. Doç. Dr. Mehveş Çetinkaya Şendaş ve Arş. Gör. Kıvılcım Zafer’in yürütücülüğünü üstlendiği proje ile öğrenciler

doktor-hasta iletişiminde yaşanan sorunlara çözümler üretecek. Sağlık iletişimi alanında önemli konuları içerecek olan projenin ilk etabı İstanbul Medipol Hastanesinde yapılacak. Öğrenciler bu kapsamda İstanbul Medipol Hastanesi İnsan Kaynakları Müdürü Sevgi Yiğit, Hemşirelik Hizmetleri Müdürü Nursel Ekmekçi, Hasta Hizmetleri Müdürü Dilek Örcü ve Hasta Hizmetleri Müdür Yardımcısı Mehtap Ceylan ile bir araya gelerek projenin detaylarını paylaştı.



Doç. Güzel, TÜBİTAK TEYDEB Yürütme Komitesi Üyesi oldu

Medipol Üniversitesi Uluslararası Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Mustafa Güzel, TÜBİTAK Teknoloji ve Yenilik Destek Programları Başkanlığı (TEYDEB) Biyoteknoloji, Tarım, Çevre ve Gıda Teknoloji Grubunun Yürütme Komitesi Üyesi oldu. Doç. Güzel üyelik ile sanayi-üniversite ortaklığıyla yürütülen 1501, 1505, 1507, 1509, 1511 ve 1515 gibi TÜBİTAK destek programlarında önemli roller üstlenecek. 5 akademisyen ile sanayiden bir temsilcinin yer aldığı komite; sağlık, gıda, ilaç, tarım, çevre ve biyoteknoloji alanlarında TÜBİTAK’a sunulan projelerin usule uygunluğunu, Ar-Ge içeriğini, teknolojik düzeyini ve yenilikçi yönlerini ele alıyor. Komite ayrıca proje sunan kurumların alt yapı uygunluklarını inceliyor.



Kampüse bahar geldi

Medipol Üniversitesi Bahar Şenliği (İMÜFEST '17) bu yıl 10 Mayıs'ta gerçekleşti. Kavacık Kuzey Yerleşkesi'nde yapılan Bahar Şenliği'nde bu yıl 'Es', 'Hastalıkta Sağlıkta', 'Emri Olur', 'Sultanım', 'Gül Rengi' ve 'İlle de Aşk' isimli şarkılarıyla gönüllerde taht kuran Mustafa Ceceli ve şarkılarıyla en

çok dinlenen pop yıldızları arasında yer alan Betül Demir sahne aldı. Festivalde ayrıca öğrencilerimizin hazırladığı Türk Müziği konseri, alışveriş-yiyecek stantları ve çeşitli oyun parkurları yer aldı. Alem FM'in canlı yayın yaptığı festival, öğrencilerin de katılımıyla renkli görüntülere sahne oldu.



Öğrencilerimiz birbirlerini eğitiyorlar

Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin oluşturduğu Skills Lab Topluluğu, öğretim üyesi Doç. Dr. Mesut Yılmaz'ın rehberliğinde düzenlenen atölyede kendi kendilerini eğitti. Medipol Üniversitesi Hastanesi'nde gerçekleşen atölyede steril eldiven giyme, cerrahi sütür atma, bağlama ve bandajlama teknikleri uygulandı. Atölyede 15 kişilik eğitici öğrenci ekibi, kura sonucu seçilen diğer 15

tıp öğrencisine mesleki tecrübelerini aktardı. Sertifikaları takdim edilen başarılı öğrenciler bir sonraki eğitimde gözlemci olmaya hak kazandı. Gerekli yeterlilikleri tamamlayan gözlemci öğrenciler daha sonraki atölyelerde eğitici olma fırsatını elde ediyor. Gelecek günlerde tekrarının yapılması planlanan atölyede; CPR, yenidoğan canlandırma, kliniğe yönelik anamnez alma ve fizik muayene gibi yeni eğitimlerin verilmesi planlanıyor.



Sınır tanımayanlar misafirimiz oldu

Kanseri erken teşhis eden cihaz, erkek kısırlığına mikroçip ile çözüm, kanserin teşhisinde cep telefonu ile uyumlu test gibi dünyanın dikkatini çeken pek çok önemli çalışmaya imza atan Türk bilim insanları beşincisi Medipol Üniversitesi'nde gerçekleştirilen Yurt Dışı Farkındalık Zirvesi'nde tecrübelerini anlattı. Medipol Üniversitesi Rektörü Prof. Dr. Sabahattin Aydın'ın ev sahipliğinde Kavacık Güney Yerleşkesi'nde yapılan zirveye Cumhurbaşkanı Başdanışmanı Prof. Dr. Davut Kavranoglu ve Türkiye Bilimler Akademisi (TÜBA) Başkanı Prof. Dr. Ahmet Cevat Acar'ın yanı sıra ABD Eski Başkanı Barack Obama tarafından 'Genç Bilim İnsanları ve Mühendisler Başkanlık Kariyer Ödülü'ne layık görülen Northwestern Üniversitesi'nden Sinan Ketten, ölçülemez denilen ışığın sesini ölçen Cambridge Üniversitesi'nden Mete Atatüre, Drexel Üniversitesi Biyomedikal Mühendisliği Bilim ve Sağlık Sistemleri Fakültesi Kurucu Dekanı Banu Onaral, erkek kısırlığına mikroçip ile çözüm bulan Stanford Üniversitesi'nden Utkan Demirci, MIT Technology Review Dergisi tarafından tıpta ve biyolojide çağır açan liderlerden biri olarak gösterilen Stanford Üniversitesi'nden Naşide Gözde Durmuş'un da aralarında olduğu isimler konuşmacı olarak katıldı. Konuşmaların ardından bilim insanlarına 'Sınır Tanımayan Başarı Ödülleri' takdim edildi. Ödül töreninin ardından 10 bilim insanının 8'er dakikalık konuşmalarının yer aldığı 'İlham Veren 8 Dakika' programı başladı. 2 gün süren zirvede yurt dışında lisansüstü eğitim fırsatları, yurtdışındaki üniversitelerin ekosistemleri ve Türkiye-bilim konuları bilim insanların perspektifiyle yapılan oturumlarda ve atölyelerde masaya yatırıldı.

Sessizliğin Sesi: Hemşireler



Sessizliğin Sesi: Hemşireler sempozyumu Medipol Üniversitesi Konferans Salonu'nda gerçekleşti. Kavacık Güney Yerleşkesi'nde gerçekleşen sempozyuma akademisyenler, hemşireler ve çok sayıda öğrenci katıldı. Medipol Üniversitesi Hastanesi Eğitim Hemşiresi Rabia Yaman ve öğrenci Oğuzhan Karaman'ın sunuculuğunu üstlendiği programın açış konuşmasını Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Erdoğan Kunter yaptı. Kunter, bugünkü hemşirelik mesleği algısının geçmişe kıyasla çok daha iyi olduğunu söyledi. Kunter, "Hemşireler 30 yıl önce tansiyon ölçen ve enjeksiyon yapan kişiler olarak algılanırdı. Ancak eğitim için ABD'ye gittiğimde hemşireliğe dünyada çok farklı bir gözle bakıldığını gördüm. Bugün artık hemşirelerimiz hak ettikleri yere kavuşuyor" dedi.

"HEMŞİRE GÖRÜNCE AKILLARA SUS İŞARETİ GELMESİN"

Kunter'in ardından konuşan Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Başkanı Yrd. Doç. Dr. Nihal Sunal ise meslekler tanımlanırken genellikle



deneyimlerin ve görülen figürlerin baz alındığını söyledi. Sunal, "Hemşire görünce insanların akıllarına 'sus' işaret yapan figür geliyor. Diyoruz ki bizleri gördüğünüzde 'sus' yerine 'sessizliğinizi duyuyorum' ifadesi aklınıza gelsin. Bu bakımdan yaptığımız işleri bir şekilde ortaya koymak zorundayız." diye konuştu. Sempozyumda açış konuşmalarının ardından 'Duy Beni!' isimli farkındalık etkinliği ve içerisinde sokak röportajlarının yer aldığı video gösterimi yapıldı. Oturumlarda ise İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Öğretim Üyesi Doç. Dr. Duygu Gözen 'Sessiz Sakin, Suskun Çocuk', Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmetler Bölümü araştırma görevlisi Figen Eroğlu Ada 'Engellilerin Sessiz Dili', aktivist Gökçe Değirmen 'Sessiz Göç', avukat Funda Işık Özcan 'Kadınların Fısıltılarını Duy', Evde Bakım Derneği Yönetim Kurulu Başkanı Aynur Dik ise 'Evdeki Sessizlik-Evin Sessizliği' konularını ele aldı. Sempozyum 'Kaldırımın Çocukları' isimli tiyatro gösterisi ile tamamlandı.



"Göçmenler ülke ekonomisine katılmalı"

Medipol Üniversitesi Öğretim Üyeleri Prof. Dr. Kerem Alkin, Prof. Dr. Bekir Berat Özipek, Doç. Dr. Hatice Karahan, Doç. Dr. Nurullah Gür, Yrd. Doç. Dr. Faik Tanrıkulu ve Yrd. Doç. Dr. Abdurrahman Babacan Uluslararası Teknolojik Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Vakfı'nın (UTESAV) düzenlediği Nisan Ayı Fikir İklimi Çalıştayı'na konuşmacı olarak katıldı. MÜSİAD Genel Merkezinde gerçekleşen çalıştayda göçmenler ve ekonomi konuları masaya yatırıldı. UTESAV Başkan Vekili Mehmet Develioğlu'nun açış konuşmasının ardından başlayan oturumda söz alan Prof. Dr. Kerem Alkin, Türkiye'de son yıllarda artan göçmen nüfusunun ülke ekonomisine kazandırılması gerektiğini söyledi. Türkiye'deki göçmenlere yönelik iktisadi dezenformasyonlar olduğunu savunan Prof. Dr. Bekir Berat Özipek ise "Göçmenlerin ülkeye yük olduğu, ekonomiyi sarstığı, bazı insanların paralarının alınıp onlara verildiği gibi yanlış bilgiler var. Benim için ekonomiye katkı yaptığı veya yapmadığı önemli değil. Göçmenler insan olarak birçok şeyi hak eder" dedi.

ORTHOPEDICS AND TRAUMATOLOGY



Smartphones are responsible for the pain sensations

Feeling the pain in the back, low back, and neck is one of the important health problems of the technology age we are in today. These are among the most common and important health problems of the working part of the population and are the leading cause of work-related injuries. The majority of pain sensations occur as the result of not paying attention to the spinal health and ergonomics. Unfortunately, smartphones are largely responsible for this type of pain we have experienced in this age of technology! Feeling the pain in the back and low back regions mainly occurs when our spine loses its flexibility. Whereas neck pain occurs when we cannot keep the neck posture aligned and straight. We have to spend at least one hour a day for ourselves. For example, walking on the straight road at a normal, moderate tempo must be our indispensable routine in terms of the health of our spine. Any way, whether to protect our spine health throughout our lives or not, is up to us. Needless to say that we all need to use smartphones wisely, avoid prolonged motionless position and get rid of unwanted thoughts and set your hands free.

INTEGRATIVE MEDICINE

Alternative treatment with homeopathy

The meaning of the word "homeopathy", which is the holistic treatment method, comes from the old Greek word. It is derived from two Greek words *homeos* (similar) and *pathos* (to suffer). This alternative medicine method, which has been practiced in the world for about 300 years, treats the

human as a whole and aims not to treat the symptoms but to treat the human himself. Homeopathy considers man's soul and body as one system.

Instead of treating the symptom of the disease, it treats the the root causes of the disease. According to homeopathy, there is no disease, there is a patient. The task of the homeopathic doctor is to take into consideration all the changes in the body and provide the holistic treatment adjusted to individual needs. Homeopathic remedy also stimulates the natural tendency of the body to heal itself. Homeopathy can treat almost all acute and chronic diseases, except the cases when urgent surgical intervention is required. Moreover, it is often applied in conjunction with modern medicine.

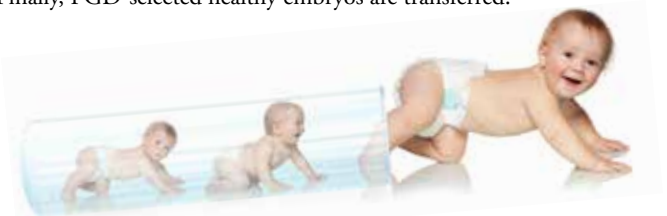


TEST-TUBE BABY

Longing is over with Preimplantation Genetic Diagnosis

Nowadays, advances in IVF and genetics have been rapidly advancing not only for attaining a healthy embryo, but also for planning a perfect embryo selection. This method, called Preimplantation Genetic Diagnosis (PGD), was used in 1989 in England for the first time by applying the PCR method to distinguish an inherited disease.

Nowadays in much shorter time than before, with rapidly advancing gene technology and vitro fertilization methods from 1989 to the present days, it has been possible to examine all the chromosomes. At the beginning, only cell-level studies were carried out. Today, studies have been performed on molecular level. With the advanced woman's age, the probability of pregnancy and healthy birth is reduced because of an increase in chromosome anomaly (aneuploidy). Selecting a healthy embryo with PGD increases the rate of delivering a healthy baby. In order to select a healthy embryos in couples with a single gene disorder, first of all, genetic identification studies (mutation analysis) are carried out and then in-vitro fertilization treatment is provided. Finally, PGD-selected healthy embryos are transferred.



OPHTHALMOLOGY



Make sure that your child is well taken care of

Untreated eye diseases during the childhood carry a risk of vision loss in later periods. For this reason, eye exams for children are important. Children's vision assessment and follow-up is necessary for the early diagnosis of eye diseases that can be treated at an early age. The first examination for such diagnoses as congenital cataracts, obstructions in tear ducts and congenital glaucoma should be done within 1-2 months after the birth. When a baby has reached its first age, it is important to make some measurements in terms of ability of the baby to observe with both eyes and to see whether there is any eye-shift or not. By the age of 3, when a child can communicate with the doctor on a game basis, initial visual measurements can be made simultaneously while reading and picture cards are taught. It is desirable that this examination in terms of eye libido (amblyopia) is completed by the age of 3. Meanwhile, in case when no eye problems were detected before a child starts school, this examination should be repeated anyway later after the school begins.

SPEECH AND LANGUAGE THERAPY



Do you have difficulty in swallowing?

Do your eyes water (sometimes or frequently) while you are eating? Do you cough after drinking water? Do you feel as if you cannot breathe and you are drowning from time to time? Do you feel like you have a lump in your throat during swallowing

the food? If you are having such problems, it's a good idea to go through a health check. Swallowing disorders may occur at any stage of swallowing and can have many causes. Among common causes there are neurogenic, mechanical, psychogenic problems, muscular diseases, reflux, stroke (brain paralysis); neurological diseases such as Parkinson's disease and cerebral palsy; loss of memory and cognitive functions as in Alzheimer's disease and dementia. It is more likely to be seen among people aged over 50. Meanwhile, the head trauma or injuries can affect and weaken the coordination of swallowing muscles and as the result, sensory limitations may occur in the mouth or throat. Assessment, treatment and rehabilitation of swallowing disorders is a team work. This team consists of speech and language therapists, ENT specialists and depending on the reason and type of the swallowing disorder neurologists, gastroenterologists, nurses, physiotherapists, ergotherapists, nutritionists and dietitians may also participate.

NEUROSURGERY



Before it happens to you....

Headache is one of the most common health problems that people face in their everyday life. There are many pain-sensitive structures in the head and its surroundings. They are mainly located in the scalp, head and neck muscles, sensory organs, vascular and neural structures of the brain. Headaches usually occur due to simple reasons. On the other hand, they can also cause life-threatening situations. Headaches are called "primary headaches" if they do not originate from any disease and "secondary headaches" if they are caused by any disease in the body or brain. Primary headache includes migraine, tension headache and cluster headache. Secondary headaches are headaches that occur in association with diseases that involve the nervous system or other systems. There is no unique type of secondary headache, they can imitate any primary headache. Secondary headache occurs in close temporal relationship to another disorder.

NUTRITION AND DIETETICS

Return from the holiday without weight gain



Summer means vacation. We all make holiday plans to enjoy the sun and the sea in our home country or abroad. We would try to throw away the stress we experienced during the whole winter. Meanwhile, if we have chosen an all-inclusive hotel, we definitely will eat plenty of food. But don't forget, you are on holiday to rest, not to eat. Therefore, try to avoid overeating on holiday due to being seduced by the open buffet. The energy that someone with an average body weight of 65 kg spends within an hour of a fast walk is 264 kcal. Whereas the energy that a human with a body weight of 70 kg spends within an hour of a normal walk is 463 kcal. Meanwhile, playing volleyball during an hour by someone with the weight of 65 kg contributes to 186 kcal of energy loss. Nonetheless, if you cannot stand, then take into consideration that a slice of cake from the dessert buffet is 362 kcal, an additional portion of creamy pasta is 396 kcal and one cheese bagel that you put on your breakfast table is 235 kcal. If you do not want to regret on your return from holiday due to weight gain, be careful of what you eat and drink, take plenty of action and this year return from your holiday without weight gain.

DERMATOLOGY

Do not leave the scar behind you!

You have a tattoo and you are bored. What are you going to do now? To remove your tattoos in a healthy way and not to leave a scar behind, it would be useful to knock at the door of a dermatologist. You can successfully remove your tattoos with state-of-the-art laser technology



at Medipol University Hospital. There are many scar removal techniques. However, the choice of where you perform this procedure is very important because many of those techniques leave permanent damage to the skin. Meanwhile, when you make

this decision, do not forget that some shades of purple, pink, yellow colors and white-colored tattoos are not easily removed by laser. Age of tattoo, region, the quality of the tattoo and the colors are very important variables that affect tattoo removal. First of all, the age of tattoo which is desired to be erased must be at least one year old. Tattoo removal therapy is performed within the 6-8 week intervals. An average of 4-6 sessions is required for amateur tattoos, whereas for professional tattoos more than 6 sessions may be required. The more the color moves away from black and more yellow shifts occur, the tattoo removing process cost increase. Meanwhile, the tattoo removal success rates decrease.

CARDIOLOGY

Red alarm for painkillers!

More than half of people with cardiovascular disease (e.g. coronary artery disease, stroke, hypertension, heart failure) are estimated to have more than one musculoskeletal disorder and arthritis (joint inflammation). These diseases are treated



with nonsteroidal antiinflammatory drugs (NSAIDs) known as painkillers. On the other hand, it is also a known fact that there are side effects and risks associated with the use of these drugs for patients with heart diseases. Needless to say that, painkillers are used to reduce pain, inflammation and fever. They are sold without prescription and therefore are very easily accessible drugs. For this reason, they increase the danger level. It is a known fact that NSAIDs elevate blood pressure. When using the antihypertensive medication, the use of NSAIDs for a patient with normal blood pressure may disrupt its normal mechanism, and therefore a sudden increase in blood pressure may occur. Studies have shown that long-term high-dose use of painkillers increases risk of heart attack and stroke.

PROSTHODONTICS

Would you like to design your smile?

The planned design of the smile can be projected in the digital environment for the patients who underwent the dental treatment in our hospital in order to give an idea about how their smile will be looked like after the plastic surgery. So the patient can be provided with a preview via the digital medium of the treatment to be done. Meanwhile, the physician can be able to create a draft and design in digital environment how the patient's

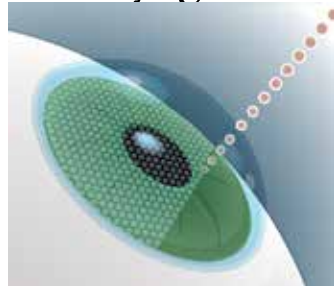


smiling can be improved. Planning in the digital environment begins with the assessment of the smile line for each tooth determined by the person's facial features, character traits, age and gender. Later, pre-treatment photographs are taken and models are designed. Also, directly in-mouth fabricated trials can be provided in clinics after the computer-aided design is ready. By using wax-up and mock-up methods, patients are provided within an idea about the treatment to be done and patient-physician requests can be assessed. Moreover, the implementation of similar techniques for different groups of patients have been considered. For example, by using different materials (sensitive retaining systems or flexible aesthetic removable prosthesis systems such as Deflex rather than metal crowns) it is planned to use the similar technology for patients with removable prosthesis.

OPHTHALMOLOGY

5 minutes without eyeglasses

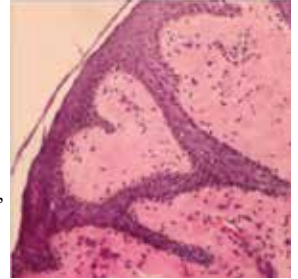
The iLASIK procedure is one of the treatment methods used to get rid of the glasses. Thanks to this treatment method, diseases such as myopia, hypermetropia and astigmatism can be treated. As the result, our patients become independent from wearing glasses and have a more comfortable life. Needless to say that wearing eyeglasses or contact lenses is a condition that reduces your quality of life. Meanwhile, when the eyes, which are suitable for the treatment using the iLASIK method, are treated, patients acquire clear vision and become fully independent from wearing eyeglasses. The iLASIK procedure is the individualized treatment tailored to the needs of a particular patient. As our eyes are unique like our fingerprints or in other words are special to each individual, the plan for the iLASIK laser procedure is also completely individualized. Instead of acquiring temporary results, the aim of the iLASIK surgery is to provide the patient with the permanent clear vision. Meanwhile, the main goal of the iLASIK surgery is to eliminate the restrictions imposed by wearing eyeglasses and contact lens, so as patient's lives become more comfortable. Postoperative patients are more easily able to play sports and feel more comfortable without glasses in such sports as swimming, skiing, basketball and running.



PATHOLOGY

What is pathology?

There are a lot of unknowns about pathology science that many patients have had to encounter by chance. Would you like to know more about the pathology that diagnoses diseases through visualization of cells under a microscope? The word "pathology" means science of diseases (pathos = disease, logos = science). It examines changes that occur at the cellular level in organs as the result of the disease. And it diagnoses diseases by means of visualization of the cells under the microscope. The pathologist is actually a physician who, is unknown by many people, who is encountered by the patients by chance, and who looks at the patient's lives through the prism of microscope. Pathologists are usually not in contact with the patient, but instead are usually in contact with the doctors of the patients. Hence, they are also called as "doctors of doctors". All the specimens obtained after the performed surgery are examined by the pathologists. In addition, excisional biopsies, performed in outpatient clinics, biopsies, called "needle biopsy" through which small samples are obtained and cytological (cellular) examinations related to cancer screenings of the cervix are all evaluated by pathologists in pathology laboratories.



DERMATOLOGY

Psoriasis is not contagious

Unlike organ diseases, skin diseases, although they often do not threaten people's life, they can often cause negative changes in psychosocial status, personal relationships and daily activities because they affect the external appearance of a person. Psoriasis is a skin disease that affects about 2% of the population worldwide and is characterized by persistence. Stigmatization (stigmatization) and feeling of being socially rejected are the common conditions of patients with psoriasis. Patients feel shame, frustration and lack of self-confidence due to their illness. As the result, these feelings lead to a marked social withdrawal. According to conducted surveys, patients with psoriasis have stated that people avoid to touch them as they fear that they can catch psoriasis just by touching it and that they experienced some unpleasant episodes that were triggered by the disease. Generally speaking, patients with psoriasis experience problems related to both appearance/socialization and occupation/finances.



Ev yapımı lezzetler



Hamburger

Malzemeler

Ekmeği için:

- ▶ 1 adet yumurta
- ▶ 1 su bardağı ılık süt
- ▶ 1 su bardağı ılık su
- ▶ 1 çay bardağı sıvı yağ
- ▶ 2 çorba kaşığı şeker
- ▶ 1 çorba kaşığı tuz

- ▶ 1 paket instant maya (10 gr)
- ▶ 4-5 su bardağı un
- ▶ Üzeri için susam

Köftesi için:

- ▶ Yarım kilo kıyma
- ▶ 1 adet kuru soğan

- ▶ 2 diş sarımsak
- ▶ 3 dilim bayat ekmek içi ya da 2 çorba kaşığı galeta unu
- ▶ Tuz ▶ Karabiber
- ▶ Pul biber
- ▶ Kimyon

Hazırlanışı:

Öncelikle ekmeklerimizi hazırlayacağız. Bir kaba ılık sütü, ılık suyu, toz şekeri ve mayayı koyup iyice karıştırın. Üzerine sıvı yağı ve tuzu ilave edin. Daha sonra yavaş yavaş unu ekleyerek ele yapışmayan yumuşak kıvamlı bir hamur yoğurun. Hazırladığınız hamuru yaklaşık bir saat mayalayın. O arada hamburgerin köftesini hazırlayabilirsiniz. Köftesi için; bir kaba kıymayı, rendelediğiniz soğanı, sarımsakları, ekmek içini, tuzu ve baharatları ekleyin. Yaklaşık on dakika yoğurup buzdolabında dinlenmeye bırakın. Diğer taraftan mayalanan

hamuru 8 eşit bezeye ayırın. Her bir bezeyi yuvarlayıp yağlı kağıt serili tepsiye aralıklı olarak dizin. Üzerine susam serpin. Hazırladığınız hamburger ekmeklerini tepside de yarım saat mayalandırın. Önceden ısıtılmış fırında üzerleri kızarana kadar pişirin. Dinlenen kıymalı köfte harcını da 8 eşit parçaya ayırın ve yassı bir şekil verin. Köfteleri isterseniz ızgarada, dilerseniz hafif yağlı tavada arkalı önlü pişirin. Daha sonra domates, marul, beyaz soğan ve turşu ile pişen ekmeklerin arasına yerleştirerek hamburgerlerinizi servise hazırlayın. Afiyet olsun!



Limonata

Malzemeler

- ▶ 1 adet limon
- ▶ 1 adet portakal
- ▶ 1 su bardağı toz şeker
- ▶ 1 tatlı kaşığı limon tuzu
- ▶ 3 litre su

Hazırlanışı:

İlk olarak portakal ve limonu buzluga koyup dondurun. Eğer bir gün önceden dondurucuya atarsanız daha iyi olur. Portakal ve limonu buzluktan çıkardıktan sonra 10 dakika bekleyin. Dörde böldüğünüz limon ve portakalı robottan geçirin. Üzerine bir su bardağı şekeri ekleyin. Birkaç dakika çektikten sonra, hazır olan karışımı 3 litre suya ekleyin. Bir tatlı kaşığı limon tuzunu da ekleyin. Limon tuzu ve şekerin iyice erimesi için karıştırın. Hazır olan limonatayı ince bir bez yardımıyla iyice süzün. Kalan posasını sıktıktan sonra buzdolabında soğutun. İsterseniz limon dilimleri ve naneyle servis edebilirsiniz.



Ahududulu Chia Puding

Malzemeler

- ▶ 1 su bardağı süt
- ▶ 4 yemek kaşığı chia tohumu
- ▶ 1 yemek kaşığı bal

Üzerini süslemek için:

- ▶ Birkaç tane ahududu

Hazırlanışı:

Bir kabın içine sütü ve chia tohumlarını ekleyerek iyice karıştırın. Karışımı, chia tohumları sütü çekip jel haline gelene kadar bekletin. Kıvam alan pudingi balı ekleyin ve karıştırın. Servis kuplarınıza ya da kaselerinize hazırladığınız pudingleri eşit bir biçimde paylaştırın. Üzerini ahududu taneleriyle süsleyerek servis edin.