

KALP SICAĞI
SEVMİYOR

GERİLMİYİN
GERDİRİN

KORDON KANI
YAŞAM KAYNAĞI

10 SORUDA
KIL DÖNMESİ

MEDİPOL Sağlıcakla

SAĞLIKLI YAŞAM DERGİSİ, YAZ 2018, SAYI: 13

ÖZLEM BİTİYOR...

TAKINTILI MISINIZ?

KAHRAMANLIK
KÖKLERİMİZDE
VAR!





Kansere karşı akıllıyız.

Çünkü, kansere karşı doğru ve etkili mücadele için yanınızda, onkologlar, cerrahlar, radyoterapistler, nükleer tıp ve radyoloji uzmanları, girişimsel radyologlar ve ilgili branş hekimlerinden oluşan, kişiye özel bir planlama yaparak multidisipliner yaklaşımla hareket eden bir kanser konseyi ve onların en büyük yardımcısı akıllı ve ileri teknoloji var.

KANSER TEDAVİSİNDE KULLANILAN İLERİ VE AKILLI TEKNOLOJİ



ROBOTİK CERRAHİ



TRUEBEAM



CYBER KNIFE



GAMMA KNIFE



İNTRAOPERATİF
RADYOTERAPİ



BRAKİTERAPİ



PET-CT

► ONKOLOJİK CERRAHİ ► TIBBİ ONKOLOJİ ► RADYASYON ONKOLOJİSİ ► PEDIATRİK ONKOLOJİ
► HEMATO ONKOLOJİ [ERİŞKİN HEMATO ONKOLOJİ - PEDIATRİK HEMATO ONKOLOJİ]



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





Beyin gücü

Beyin, omurilik ve sinir cerrahisinde hedef odaklı, yeni nesil akıllı teknolojilerle işbirliği yapan güçlü akademik kadrodan oluşan beyin takımı

Beyin cerrahisinin üçüncü gözü: Teknoloji



GAMMA KNIFE



CYBER KNIFE



O-ARM



STEALTHSTATION



INTRA-OPERATIVE MR



NAVIGATION

► ONKOLOJİK NÖROŞİRURJİ/NEUROSURGICAL ONCOLOGY ► SPİNAL NÖROŞİRURJİ/SPINAL NEUROSURGERY
► PEDIATRİK NÖROŞİRURJİ/PEDIATRIC NEUROSURGERY ► FONKSİYONEL NÖROŞİRURJİ/FUNCTIONAL NEUROSURGERY
► BEYİN VE OMURİLİĞİN DAMAR HASTALIKLARI/VASCULAR NEUROSURGERY ► PERİFERİK SİNİR CERRAHİSİ/PERIPHERAL NERVE SURGERY
► EPİLEPSİ CERRAHİSİ/EPILEPSY SURGERY ► NÖROENDOSKOPİ/NEUROENDOSCOPY ► HİDROSEFALİ/HYDROCEPHALUS



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



**MEDİPOL
MEGA**
ÖZEL
MEDİPOL MEGA
HASTANELER
KOMPLEKSİ



medipolsaglik



medipolsaglik



medipolsaglik



MedipolSaglik



ERİŞKİN-PEDİATRİK KEMİK İLİĞİ VE KÖK HÜCRE NAKLİ MERKEZİ

Hayata tutunanlar...

Modern tıbbın umut veren tedavi yöntemi:
Kök Hücre-Kemik İliği Nakli

GÜNÜMÜZ TEKNOLOJİSİNİN ULAŞTIĞI TÜM İMKANLARA SAHİP MERKEZİMİZDE
KEMİK İLİĞİ VE KÖK HÜCRE NAKLİ
DENEYİMLİ AKADEMİK BİR KADRO TARAFINDAN YAPILMAKTADIR.

► MULTİPL MİYELOM ► LENFOMA (HEMATOLOJİK LENF BEZİ KANSERİ) ► AKUT LÖSEMİ (KAN KANSERİ) ► KRONİK LÖSEMİ
► KEMİK İLİĞİ YETMEZLİĞİ ► APLASTİK ANEMİ ► YAŞLILARDA GÖRÜLEN BİR ÇEŞİT KEMİK İLİĞİ YETMEZLİĞİ OLAN MDS



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



**MEDİPOL
MEGA**
ÖZEL
MEDİPOL MEGA
HASTANELER
KOMPLEKSİ



medipolsaglik



medipolsaglik



medipolsaglik



MedipolSaglik

Sağlıkla

SAĞLIKLI YAŞAM DERGİSİ
HAZİRAN-TEMMUZ-AĞUSTOS 2018
YAZ SAYI 13
ISSN: 2149-6420

MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
(MEDİPOL MEGA HASTANELER KOMPLEKSİ)
ADINA SAHİBİ
Dr. Fahrettin Koca

SORUMLU YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ
Prof. Dr. O. Gazi Yiğitbaşı

YAYIN KURULU
Prof. Dr. O. Gazi Yiğitbaşı
Prof. Dr. F. Deniz Sargın
Prof. Dr. Naci Karacaoğlu
Prof. Dr. Bilal Boztosun
Prof. Dr. Cengiz Aras
Prof. Dr. S. Sema Anak
Prof. Dr. A. Murat Bülbül
Prof. Dr. M. Zeki Günlüoğlu
Doç. Dr. İlnur Türkmen
Dr. Öğretim Üyesi Hülya Bilgen
Aysel Yaşa Yılmaz

YAPIM
MEDICOMIA
Levent Karabağlı
Sertan Vural

YÖNETİM ADRESİ
TEM Avrupa Otoyolu Göztepe Çıkışı
No: 1 Bağcılar 34214 İstanbul
Tel: 0212 460 77 77
Faks: 0212 460 70 70

BASKI
Ege Basım Ltd. Şti.
Esatpaşa Mah. Ziyapaşa Cad. No: 4
Ege Plaza Ataşehir/ İstanbul
Tel: 0216 472 84 01

YAYIN TÜRÜ
Ulusal Süreli Yayın

WEB
www.medipolmega.com.tr

E-POSTA
saglicakla@medipol.com.tr

Bu dergi Medicomia tarafından Medipol Üniversitesi Hastanesi (Medipol Mega Hastaneler Kompleksi) için tanıtım amaçlı olarak hazırlanmıştır. Satılamaz ve dağıtılamaz. Dergide yayımlanan yazı, fotoğraf, harita, grafik, tasarım, illüstrasyon ve konularla ilgili her türlü yasal haklar saklıdır. İzinsiz ve kaynak gösterilerek dahi alıntı yapılamaz. Tıbbi konularla ilgili yazı, açıklama ve değerlendirmeler, teşhis ya da tedavi amaçlı olmayıp bilgilendirme amaçlıdır. Dergide yer alan hiçbir bilgi ya da belge, bir tavsiye ya da öneri olarak kabul edilemez ve herhangi bir karar veya eyleme temel oluşturamaz.

Sağlıkla kalın ve onu iyi koruyun...



Değerli 'Sağlıkakla' okurları,

*"Halk içinde mu'teber bir nesne yok devlet gibi,
Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi"*

Kanuni Sultan Süleyman'ın hasta yatağında söylediği bu sözler sağlığımızın ne kadar değerli olduğunu, hayatımızda karşılaşacağımız hiçbir sorunun sağlık kadar önemli olmadığını ne güzel ifade ediyor. Bizler de bu anlayışla siz okurlarımızla en iyi, en güncel sağlık bilgilerini her ay paylaşmaktan büyük bir mutluluk duyuyoruz.

Bu sayımızın ilk yazısında güncel bir sorun olan 'insülin direnci' ve bunun neden olduğu obezite sorunu ile sağlıklı beslenme ve günde sadece 30-45 dakika tempolu yürüyüşle nasıl başedebileceğinizi öğreneceksiniz.

İkinci konumuz yine merak edilen ve karmaşık bilgilerin olduğu kordon kanı uygulamalarını içeriyor.

Kan yapıcı kök hücrelerimizi içeren kordon kanı günümüzde habis kan hastalıkları, kalıtsal hastalıklar ve kemik iliği yetersizlikleri başta olmak üzere birçok hastalıklarda hayat kurtarıcı olabiliyor.

Peki kordon kanı nedir, nasıl toplanır, nasıl saklanır ve en sık nerelerde kullanılır? Bu soruların yanıtlarını 'Kordon kanı yaşam kaynağı' başlıklı makalemizde bulabileceksiniz.

Yaşamımızın en önemli değerlerinden biri olan çocuk sahibi olmak herkese kolayca kismet olmayabilir. 'Özlem bitiyor' başlıklı dosyamızda bu zorluğun aşılmasında Medipol Mega Üniversite Hastanesi hekim deneyimi ve ileri teknolojinin önemi sizler ile paylaşılacak. Doğurganlık check-up'ı, embriyo dondurma, preimplantasyon genetik tanı ve sperm sorunlarıyla ilgili merak edilenler alanında uzman hekimlerimiz tarafından hazırlanan yazılarla sizlere aktarılmış olacak.

Bir diğer makalemizde yer alan ve güncel problemlerden biri olan, yaşam kalitenizi etkileyen bel omurlarında kayma ve geliştirdiği sorunların teşhis ve tedavi yöntemleri sizlere en iyi bilimsel yaklaşımla sunulmaktadır.

Son olarak hayatı çekilmez kılan bir psikiyatri sorunu hakkında bilgilerimizi arttıracakız. Zaman zaman herkesin aklına gelen ve uykularını kaçıran ancak mantığı ile çözümleyip baş edemediği düşünceleri olabilir. Ancak bu durum bazı kişilerde insanı bunaltarak hayatı çekilmez kılabilir. İşte mantık ile çözülemeyen takıntılı düşüncelerimiz nasıl bir hastalık oluşturuyor, çözümü nedir sorularının yanıtları son makalemizin içeriğini oluşturuyor.

Elbette konularımız bunlarla sınırlı değil. Kıl dönmesi, hormonal hipertansiyon, göz tümörleri ve bebeklerde stent uygulamaları ele aldığımız diğer konulardan sadece birkaçı. Ayrıca, usta oyuncu Ayla Algan ile yapılan keyifli bir röportaj ve Mısır ile ilgili hazırlanan gezi yazımız yine Sağlıkakla sayfalarından siz okurlarımıza ulaşmış olacak.

Bu sayımızı okurken keyif almanızı, kafanızda yer alan bazı sağlık sorunlarının yanıtlarına kavuşmanızı dilerim. Her zaman sağlıkla kalın ve onu iyi koruyun.

PROF. DR. FATMA DENİZ SARGIN

İçindekiler

14

İnsülin direncine sporla direnin!

Kilo aldıkça insülin direnci artar, insülin direnci arttıkça kilo artışı daha da fazla olur, gittikçe kilo vermek zorlaşır ve metabolizma kısır bir döngüye girer. Bununla mücadele etmek için sağlıklı beslenmenin yanında mutlakla düzenli egzersiz yapılmalı. Her gün 30-45 dakika tempolu yürüyüş insülin direnci tedavisinin başı için çok önemlidir.



26

Kordon kanı yaşam kaynağı

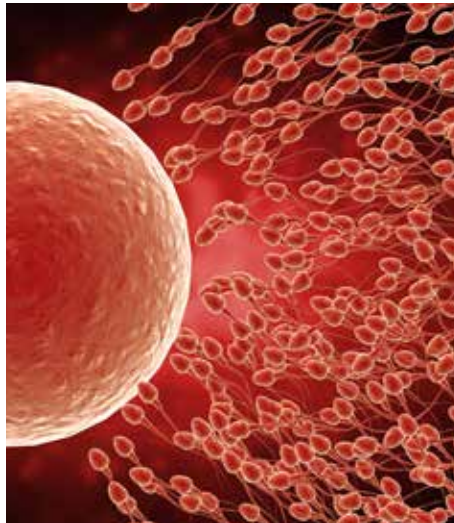
Son yıllarda sıklıkla duyduğumuz kordon kanı saklanması uzun yıllardır yapılan bir uygulama. Bebeğin göbek bağında bulunan ve içinde kök hücrelerini barındıran kordon kanı genelde doğumdan sonra işlevi kalmadığı için atılır. Oysaki kordon kanı toplandığında lösemi, lenfoma, kemik iliği yetersizlikleri, kalıtsal kan hastalıkları gibi sayısız hastalıkta gereğinde hayat kurtarıcı olabilir. Kanın toplanması ise oldukça basit ve güvenli bir işlemdir.



32

Özlem bitiyor

Bebek sahibi olmak isteyen milyonlarca anne baba evlat özlemini giderebilmek için tüp bebek merkezlerine başvuruyorlar. Uygun tedavi yöntemlerinin uygulanması durumunda çiftlerin çocuk sahibi olmasındaki zorluğun %90'ı aşılabiliyor. Burada önemli olan deneyimli hekim kadrosu, hasta odaklı tıbbi yaklaşım ve teknoloji kullanımındaki öncülüğün yeterli seviyede olması gerektiğidir.



8

KALP SICAĞI SEVMİYOR

10

CİLT LEKELERİ NASIL ÇIKAR?

12

ALERJİYE KARŞI TAM KORUMA

14

İNSÜLİN DİRENCİNE SPORLA DİRENİN!

16

TATİLİNİZE ENFEKSİYON BULAŞMASIN

20

GERİLMİYİN, GERDİRİN

22

SAĞLIKLI BİR NEFES İÇİN...

24

HORMONAL HİPERTANSİYONU DUYDUNUZ MU?

26

KORDON KANI YAŞAM KAYNAĞI

28

GÖZ KANSERLERİ: GÖZ ARDI ETMEYİN

34

DOĞURGANLIK CHECK-UP'I YAPTIRDINIZ MI?

38

ERKEK KISIRLIĞINA GENEL BAKIŞ

40

SAĞLIKLI EMBRİYOLARIN PEŞİNDEYİZ

42

HASTA KARDEŞLERE UMUT İŞİĞİ

44

KANSER TEDAVİSİ ANNELİĞE ENGEL DEĞİL

46

TÜP BEBEK NEDEN TUTMAZ?

56

Bel kayması hayatınızı kaydırmazın

Bel kaymasında bir omur diğerinin üzerinde genellikle öne doğru yer değiştirir. Bu kayma olayı sonucunda, omurganın içinden geçen omurilik veya sinir kökleri sıkışabilir ve her iki bacakta ağrı, uyuşukluk ve yanma gibi şikâyetler meydana gelir. Her zaman klinik belirti vermeyen hastalık başka nedenlerle çekilen bel filmlerinde tesadüfen ortaya çıkabilir. Toplumda çok kişinin kâbusu olan bu hastalık çoğu kez ameliyata gerek kalmadan tedavi edilebilir. Yakınmaları geçmeyen hastalarda ise kırık ve kayma tamiri olarak adlandırılan cerrahi yöntemler tercih edilebilir.



80

Takıntılı mısınız?

Birçok insan zaman zaman çeşitli konularda evham, endişe ve takıntılara kapılabilir. Takıntılı düşüncelerin günlük yaşamımızı etkileyecek, günlük aktivitelerimizi kısıtlayacak düzeye gelmesi durumunda obsesif kompulsif bozukluk adı verilen bir ruhsal hastalık akla gelmelidir.

84

Bin yıllık hikâyeler ülkesi: Mısır

Nil Nehri'nin bahsettiği zenginliklerden ilham almış bir ülkeye doğru yola çıkıyoruz. Heybemizde efsaneler çok fazla yer kapladığından gerçekleri birbir görmek üzere yollardayız. Nereye mi gidiyoruz? Kuzey Afrika'nın en kalabalık ülkesi olan Mısır! Mitolojisi, piramitleri, efsaneleri, 7 bin yılı aşan tarihi, Şarm el Şeyh'i, İskenderiye'si ile dolu dolu bir yolculuk bizi bekliyor.



48 EMBRİYOLAR GÖZLEM ALTINDA

50 BİZ HEP YANINIZDAYIZ...

52 TÜP BEBEKTE HUKUKİ SINIR

54 KAHRAMANLIK KÖKLERİMİZDE VAR!

56 BEL KAYMASI HAYATINIZI KAYDIRMASIN

58 10 SORUDA KIL DÖNMESİ

60 KİSTLER BÖBREKLERİ TÜKETİYOR

64 PARKİNSON PERKÜSYONLA BULUŞTU

66 BİZCE, MEDİPOL C!

68 SAĞLIKLI YAŞAM AYAKLARDAN BAŞLAR

70 YER ALTINDAN DAĞLARIN ZİRVESİNE

72 BEBEKLERE DE STENT TAKILIR

76 ÖĞRENCİLERİM BENİM ÖLÜMSÜZLÜĞÜMDÜR

80 TAKINTILI MİSİNİZ?

84 BİN YILLIK HİKÂYESİ: MISIR

88 MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ'NDEN HABERLER

92 İNGİLİZCE ÖZET

96 YAZA HAFİF TATLAR

Katkıda bulunanlar



Prof. Dr. Abdullah ERDEM

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden (İngilizce) 1995 yılında mezun oldu. Aynı üniversitede çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık eğitimi tamamlayarak, 2000 yılında çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı oldu. 2007 yılında Dr. Siyami Ersek Hastanesi Çocuk Kardiyolojisi Kliniği'nde yan dal eğitimi tamamladı. Aynı kurumda 2012 yılında doçent unvanını aldı. 2018 yılında Medipol Üniversitesi'nde profesör unvanını alan Prof. Dr. Erdem, halen Medipol Mega Üniversite Hastanesi'nde görev yapmaktadır.



Prof. Dr. Recep ÖZTÜRK

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden 1984'te mezun oldu. Enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanlığını İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde yaptı. 1994'te doçent, 2000'de profesör oldu. 2009-2013'de Yükseköğretim Kurulu (YÖK) Üyeliği, 2011-2015'de Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK) üyeliği yapan Öztürk, halen Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı'nda görev yapmaktadır.



Prof. Dr. Seniye Sema ANAK

1981 yılında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Çocuk sağlığı ve hastalıkları alanındaki uzmanlık eğitimi 1986 yılında aynı üniversitede tamamladı. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nde 1995'de hematoloji, 2001'de onkoloji yan dal uzmanlığını aldı. 1987-1988 yılları arasında Londra'da London University, Royal Free Hospital Kemik İliği Departmanı'nda görev yaptı. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nde 1989'da doçent, 1996'da profesör unvanlarını alan Prof. Dr. Anak, Medipol Mega Üniversite Hastanesi Çocuk Hematoloji/ Onkoloji Bilim Dalı Başkanı olarak görev yapmaktadır.



Prof. Dr. Murat TUNÇ

1992 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Göz hastalıkları uzmanlık eğitimi 1996 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde tamamladı. 1994 yılında Johns Hopkins Üniversitesi'nde Nörooftalmoloji ve Orbita; 1996-1998 arası University of California, San Francisco'da Oküler Onkoloji; 2004 yılında Doheny Eye Institute'da Tıbbi Retina üst ihtisası (Fulbright Fellowship) yaptı. 2001 tarihinde doçent, 2007'de profesör unvanını alan Tunç, Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Ana Bilim Dalı'nda sözleşmeli öğretim üyesi olarak çalışmaktadır.



Prof. Dr. Ender GÜÇLÜ

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni 1997'de bitirdi. 1998-2002 yılları arasında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimi tamamladı. 2007 yılında doçent unvanını aldı, 2013 yılında da profesör kadrosuna atandı. Prof. Dr. Güçlü, halen Medipol Mega Üniversite Hastanesi'nde görev yapmaktadır.



Prof. Dr. Fulya İlçin GÖNENÇ

Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi'nden mezun oldu. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nde yüksek lisans (1996) ve doktorasını tamamlayan (2002) Gönenc, Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi'nde araştırma görevlisi olarak başladığı akademik yaşamını, 2015 yılından itibaren Medipol Üniversitesi Hukuk Fakültesi Medeni Hukuk Anabilim Dalı'nda sürdürmektedir. Medipol Üniversitesi İlaç ve Sağlık Hukuku Merkez Müdürlüğü görevini yürüten Gönenc, hasta hakları, tıp hukuku ve etliği, engelli hakları konusunda sivil toplum örgütlerinde ve Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nda görev yapmaktadır.



Prof. Dr. Aydın ÜNAL

1999 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. İç hastalıkları uzmanlık eğitimi ve nefroloji yan dal uzmanlık eğitimi sırasıyla 2005 ve 2009 yıllarında Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde tamamladı. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 2009 yılında yardımcı doçent, 2012 yılında doçent oldu ve yine aynı üniversitede 2017 yılında profesör unvanını aldı. Prof. Dr. Aydın Ünal, halen Medipol Mega Üniversite Hastanesi'nde görev yapmaktadır.



Prof. Dr. Mustafa KESKİN

1996 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun olan Prof. Dr. Mustafa Keskin, estetik, plastik ve rekonstrüktif cerrahisi alanında tıpta uzmanlık eğitimi 2002 yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi'nde tamamladı. 2010 yılında doçent, 2015 yılında profesör unvanlarını alan Keskin 2002-2003 yılları arasında ABD'de Institute of Craniofacial Surgery Kliniği'nde 'research fellow' olarak görev yapmıştır. Prof. Dr. Keskin, halen İstanbul Medipol Hastanesi'nde görev yapmaktadır.



Doç. Dr. Mehmet Fatih KILIÇLI

1998 yılında Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 2006'da Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı'nda uzmanlık eğitimi tamamladı. 2011 yılında endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları alanında yandal ihtisası yaptı. 2014'te Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde doçent unvanı alan Doç. Dr. Kılıçlı, halen Medipol Mega Üniversite Hastanesi'nde görev yapmaktadır.



Doç. Dr. İknur TÜRKMEN

1999 yılında Hacettepe Üniversitesi İngilizce Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Patoloji uzmanlık eğitimi 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 Mega Üniversite Hastanesi'nde görev yapmaktadır.


Doç. Dr. Hikmet Tekin NACAROĞLU

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 2004 yılında mezun oldu. 2010 yılında Dr. Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık eğitimi tamamladı. Çocuk alerji ve immünolojisi yan dal uzmanlığını Dr. Behçet Uz Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde yaptı. 2018 yılında İstanbul Medipol Üniversitesi'nden doçent unvanını alan Nacaroglu halen Medipol Mega Üniversite Hastanesi'nde görev yapmaktadır.


Dr. Öğretim Üyesi
Mustafa Yücel BOZ

2006 yılında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 2011'de Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde üroloji uzmanlığını tamamladı. 2015 yılında doktor öğretim üyesi unvanını alan Boz, halen Medipol Mega Üniversite Hastanesi'nde görev yapmaktadır.


Uzm. Dr. Ece ALTUN

2007 yılında Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 2014 yılında Karadeniz Teknik Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı'nda tıpta uzmanlık eğitimi tamamladı. Dr. Altun, halen Medipol Mega Üniversite Hastanesi'nde görev yapmaktadır.


Dr. Öğretim Üyesi Cenk ERSAVAŞ

1997 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Genel cerrahi alanındaki uzmanlık eğitimi Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi'nde 2002 yılında tamamladı. Dr. Öğretim Üyesi Ersavaş, halen Medipol Mega Üniversite Hastanesi'nde görev yapmaktadır.


Dr. Öğretim Üyesi Sinem ÇAKAL

2007 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 2007'de İstanbul Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi'nde kardiyoloji asistanı olarak göreve başladı. 2012 yılında kardiyoloji uzmanı oldu. Dr. Öğretim Üyesi Çakal, halen Medipol Mega Üniversite Hastanesi'nde görev yapmaktadır.


Dyt. Burcu ULUDAĞ

2004 yılında Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik bölümünden mezun oldu. 2007 - 2012 yılları arasında İstanbul Bilim Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nde öğretim görevlisi olan Dyt. Burcu Uludağ, Medipol Üniversitesi Hastanesi'nde görev yapmaktadır.


Dr. Öğretim Üyesi Ayshe
KARAHASANOĞLU

İstanbul Tıp Fakültesi'nden 1999 yılında mezun oldu. Kadın hastalıkları ve doğum ihtisasını Süleymaniye Kadın Hastalıkları ve Doğum Eğitim Araştırma Hastanesi'nde 2004 yılında tamamladı. Üreme endokrinolojisi ve üreme tıbbı, tüp bebek, normal doğum, laparoskopik cerrahi ve histeroskopik cerrahi özel ilgi ve çalışma alanlarıdır. Dr. Öğretim Üyesi Karahasanoğlu, halen Medipol Mega Üniversite Hastanesi'nde görev yapmaktadır.


Op. Dr. Alican TAHTA

2009 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi (İngilizce)'nden mezun oldu. Beyin ve sinir cerrahisi dalındaki uzmanlık eğitimi 2015 yılında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nde tamamladı. 2017 yılından bu yana Medipol Mega Üniversite Hastanesi'nde görev yapmaktadır.


Embriyolog Tuba VARLI YELKE

İstanbul Üniversitesi Fen Fakültesi Biyoloji bölümünden 2000 yılında mezun oldu. 2003'te Colorado Üniversitesi Tıp Fakültesi IVF Laboratuvarı'nda fellowship olarak çalıştı. Embriyolog Yelke, 2013 yılından bu yana Medipol Mega Üniversite Hastanesi IVF Laboratuvarı sorumlusu olarak görev yapmaktadır.


Op. Dr. Sevinç ÜNAL

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1991 yılında mezun oldu. Kadın hastalıkları ve doğum uzmanlığını yine aynı üniversitede tamamladı. 2014 yılında Memorial Hastanesi'nde tüp bebek eğitimi alan Op. Dr. Sevinç Ünal, halen Medipol Mega Üniversite Hastanesi Tüp Bebek Merkezi'nde görev yapmaktadır.


Podolog Dursiye ÖZDEMİR AVCI

2007 yılında İstanbul Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik Bölümü'nü bitirdi. 2017 yılında Acıbadem Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Podoloji bölümünden mezun oldu. Avcı, halen Medipol Mega Üniversite Hastanesi'nde podolog olarak görev yapmaktadır.


Dr. Öğretim Üyesi Hülya BİLGİN

1988'de İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıbbi Biyoloji ve Genetik bölümünde transplan-tasyon immunolojisi doktorası yaptı, yanı sıra adalet meslek yüksek okulu, kamu yönetimi, sağlık hukuku eğitimleri alan Dr. Öğretim Üyesi Bilgin, 2003-2004 yılları arasında İngiltere'de Kings College Hastanesi'nde Transfüzyon Tıbbi biriminde çalışmalar yürüttü. Dr. Öğretim Üyesi Bilgin, halen Medipol Mega Üniversite Hastanesi'nde transfüzyon merkezi sorumlusu olarak görev yapmaktadır.


Uzm. Dr. Doğan IŞIK

2000 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Psikiyatri uzmanlık eğitimi 2006 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda tamamladı. 2008-2017 yılları arasında Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde psikiyatri servisinin şefi olarak çalıştı. Dr. Işık, 2017 yılından bu yana Medipol Mega Üniversite Hastanesi'nde öğretim görevlisi ve psikiyatri uzmanı olarak görev yapmaktadır.


Hemşire Neslihan ÇAYIR

2012 yılında Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nden mezun oldu. 2013 yılından bu yana Medipol Mega Üniversite Hastanesi Tüp Bebek Merkezi'nde sorumlu hemşire olarak görev yapmaktadır.



Kalp sıcağı sevmiyor

YRD. DOÇ. DR. SİNEM ÇAKAL

Kalp krizleri mevsimsel olarak yazın artış gösterir. Yapılan çalışmalar; aşırı sıcak havaların kalp hastalarında ölüm riskini artırdığını da ortaya koymuştur.

Hava sıcaklıklarının artması, kalp ve damar sağlığı açısından da bazı riskleri beraberinde getirmektedir. Sıcak havada, çarpıntı, kalpte tekleme hissi, göğüs ağrısı, eforla tıkanma, nefes darlığı gibi belirtiler görülebilmektedir. Yapılan çalışmalarda; aşırı sıcak havaların kalp hastalarında ölüm riskini artırdığı ortaya konmaktadır. Kalp krizleri mevsimsel olarak yazın artış göstermektedir. Bunun en önemli sebebi terleme ile birlikte olan tuz ve

elektrolit kaybının kanın pıhtılaşma oranını artırmasıdır. Terleme, aslında vücudumuzun sıcağın zararlı etkilerinden kendini korumak için yaptığı en etkili düzenlemelerden biridir. Nemli deriden su buharlaşırken cilt de soğumaya başlar. Ancak terlemenin olumlu etkilerinin yanında, sıvı, tuz ve mineral kaybına sebep olması kalp açısından zararlı bazı olayların da başlamasına yol açar. Damarlarda dolaşan sıvı hacminin azalması, kanın akışkanlığının ve böbreklerden geçen

kan miktarının azalmasına neden olarak böbrek fonksiyonlarında bozulmaya yol açabilir. Bunu dengelemek üzere böbrek ve böbreküstü bezlerinden salgılanan maddeler damarların büzüşmesine ve ani tansiyon yükselmeleri ile kalp yetersizliği bulgularının artmasına neden olabilmektedir. Sıcak havalar; sıvı kaybı, tansiyon değişiklikleri, kalp hızının artması, kanın koyulaşması ve kolesterolün yükselmesine sebep olarak her yönden kalp krizini tetikleyebilmektedir.



SİNDİRİMİ KOLAY GIDALAR TÜKETİN

Sıcak havalarda ağır ve yağlı yiyeceklerden kaçınmalı, sebze meyve ağırlıklı beslenilmelidir. Yemek yedikten sonra dolaşımdaki kanın önemli bir miktarı sindirim sistemiyle ilgili organların kanlanması için kullanılır. Bu nedenle, sıcak havalarda, sindirimi kolay olan gıdalar tüketilmeli ki dolaşımdaki kanın çoğu sindirim için kullanılmasın. Zeytinyağlı gıdalar, sebzeler ve meyvelerin sindirimi nispeten ağır ve yağlı yiyeceklerden daha kolaydır. Sıcağa çıkan kalp hastasında fenalık hissi, şiddetli baş ağrısı, baskı tarzında göğüs ağrısı, şuur bulanıklığı, soğuk terleme, çarpıntı, sık nefes alma ihtiyacı, baş dönmesi, kendini kaybetme, bulantı, kusma gibi belirtiler olursa, hasta mutlaka en yakın sağlık merkezine götürülmelidir.

SU İÇMEK İÇİN SUSAMAYI BEKLEMİYİN

Vücut ısını sabit tutan en önemli mekanizmalardan biri cildin kan dolaşımıdır. Cildi besleyen damarlar soğukta büzülerek, sıcakta ise genişleyerek vücuttaki ısı kaybını azaltmaya veya artırmaya çalışırlar. Bu durum kalbin daha fazla çalışmasına sebep olur. Kalp yetersizliği bulunan hastalarda kan akımının ağırlıklı olarak cilde yönelmesi, hayati organlara olan kan akımının azalmasına yol açabilir. Bu bağlamda kalp hastalarının havanın ısınmaya başladığı ilkbahar aylarında mutlaka kalp kontrollerini yaptırmaları gerekmektedir. Ayrıca aşırı sıcak havalarda gölgede kalınmalı, zorunlu olmadıkça 10:00-16:00 saatleri arasında dışarıya

çıkılmamalıdır. İnce, açık renkli bol giysiler giyilmeli, şemsiye veya geniş kenarlı şapka kullanılmalıdır. Mümkün olduğu ölçüde, sık ılık duş alınmalıdır. Gün içerisinde susamadan su içilmelidir. Özellikle çocuklarda ve yaşlılarda susuzluk belirtileri daha geç hissedilebilir. Egzersiz sıcak havada, güneş altında değil, serin saatlerde ve açık havada yapılmalıdır. Sıcak havada ağır egzersizler uygun değildir. Bol su içilerek hafif tempolu yürüyüşler yapılabilir.

İLAÇ DOZLARI MEVSİME GÖRE AYARLANIR

Kalp, tansiyon ilacı ya da idrar söktürücü ilaç alan hastaların sıcak havada işi daha zordur. Sıvı kaybı normal insanlardan daha fazla olabilir, kalp aşırı hızlanabilir, ritmi bozulabilir, tansiyon aşırı düşebilir. Tansiyon ilacı ve idrar söktürücülerin dozları mevsime ve hava sıcaklığına göre tekrardan ayarlanmalıdır. Bu noktada yaz ayları gelmeden kalp kontrollerinin yapılması oldukça önemlidir. Alkol, sigara ve kafeinli içeceklerden ister yaz ister kış olsun her mevsimde kaçınılmalıdır. Alkol; özellikle sıcakla birlikte vücuttan sıvı kaybını artırır, kanın cıvımasına değil pıhtılaşmasına sebep olabilir. Çay, kahve ise idrar söktürücü etkisiyle özellikle sıcak yaz aylarında sıvı kaybının derinleşmesine sebep olabilir. Kontrolsüz maden suyu ve soda tüketimi tansiyonu yükselteceği gibi, kalp yetmezliği bulgularının da ortaya çıkmasına ya da daha ağırlaşmasına neden olabilir. Bu nedenle yazın en güzel içecekler; su ve az tuzlu ayranıdır.





Cilt lekeleri nasıl çıkar?

UZM. DR. ECE ALTUN

Yaz geldi, güneş tenimizi yakmaya, lekelerimizi ortaya çıkarmaya başladı. Peki bu lekelerden nasıl kurtulacağız? İşte ciltteki lekeler için tedavi seçenekleri...

Cilt lekeleri derimizin belli bölgelerinde melanin miktarının artmasına bağlı olarak meydana gelir. Melanin cildimize rengini veren maddedir ve vücudumuzda melanosit denen hücreler tarafından üretilir. Cilt lekelerine güneş, gebelik, hormonal faktörler (tiroid hastalığı), ilaçlar (doğum kontrol hapları), yaşlılık ve kaşımak gibi cildin tahriş edilmesi neden olur. Lekeler daha çok koyu tenli kişilerde ve sıklıkla yüz bölgesinde görülür. Ancak bazı bireylerde hiçbir neden olmaksızın sadece genetik faktörlere bağlı olarak leke oluşabilir. Biz de

güneşin tenimizi yaktığı bugünlerde ciltteki lekelerden yakından bakalım istedik.

EN SIK GÖRÜLEN CİLT LEKELERİ

Melasma (Güneş lekesi): Deride güneş gören bölgelerde melanin birikmesine bağlı olarak ortaya çıkan kahverengi lekelerdir. En sık yanaklar, alın, üst dudak ve burunda görülür. Ten rengi koyu olan bireylerde görülme riski daha yüksektir ve yaz aylarında şiddetlenir. Melasma kadınlarda daha sık görülmekle birlikte (%90) nadiren erkeklerde de görülebilir. Kadınlarda oluşum nedenleri arasında güneş ışınları,

gebelik, ailesel yatkınlık ve doğum kontrol hapları yer alırken, erkeklerde ise genetik faktörler ve güneş ışınları yer alır.

Çiller: Başlıca güneş gören bölgelerde melanin birikmesinden kaynaklanmaktadır. Genellikle çok sayıda ve düzensiz şekilli kahverengi lekelerdir. Daha çok açık tenli ve renkli gözlü bireylerde görülür. Çiller sıklıkla 3 yaş civarında ortaya çıkarlar ve yazın çoğalıp kışın hafifleme gösterirler.

Lentigo (Yaşlılık lekesi): Deri seviyesinde değişik boyutlarda kahverengi lekelerdir. Bu lekeler özellikle açık tenli ve uzun süre güneşe maruz kalan bireylerde görülür. En

sık; el sırtı, yüz, sırt ve omuz gibi güneş alan bölgelerde yerleşir. Unutulmamalıdır ki, lentigo her yaşta görülebilir.

Seboreik keratoz (Yaşlılık beni): Seboreik keratozlar derinin üst tabakasına ait benign (iyi huylu) yapıda oluşumlardır. Deri yüzeyinden kabarık, keskin sınırlı ve kahverengi lekelerdir. En sık yüz, sırt ve el sırtına yerleşir, tek veya çok sayıda lekeler şeklinde görülürler. Özellikle 30 yaşın üzerinde ortaya çıkmakla birlikte, her yaşta görülebilir.

Et benleri (Akrokordon): Sıklıkla boyun, koltuk altı, göz çevresi ve kasıklara yerleşen tek veya çok sayıda deri uzantıdır. Genellikle erişkinlerde görülmekte olup, yaşın ilerlemesi ile sıklığı artar. Hamilelik, obezite ve bazı hastalıklar et benlerinde artışa neden olabilir.

Benler (Melanositik nevüsler): Melanositlerin deride gruplar halinde büyümesi ile benler ortaya çıkar. Sıklıkla kahverengi, yuvarlak veya oval oluşumlardır. Benlerin bir kısmı doğuştan varken bir kısmı ise sonradan ortaya çıkmaktadır. Genetik olarak yatkın bireylerde ömür boyu yeni benler ortaya çıkabilir. Çok sayıda beni olan kişiler takip edilmelidirler.

FARKLI TEDAVİ SEÇENEKLERİ MEVCUT

Gelelim bu lekelerin nasıl tedavi edileceğine... Güneş lekesinde tedavi bireyin cilt yapısına ve lekenin derinliğine bağlı olarak değişmektedir. Leke tedavileri için kış ayları tercih edilir ve sonrasında güneş koruyucu kremler önerilir. Tedavi yöntemlerinden biri olan kimyasal peeling, kozmetik tedavilerde kullanılan kimyasal solüsyonların deriye uygulanması ile derinin üst katmanının nazikçe soyulma işlemidir. Kimyasal peeling hücre yenilenmesini tetikler ve pigment üreten hücrelerin pigment sentezini baskılar. Cilt tipine göre belirlenen kimyasal peeling seansları 2-4 hafta aralya 4-6 uygulama olarak yapılır. Enzim peeling yani leke maskesi yönteminde ise C vitamini ve özel asit karışımlar ile cilt soyulur. Son yıllarda leke tedavisinde sık kullanılmaktadır. Enzim peelingi maske şeklinde cilde uygulanır ve cilt tipine göre değişimle birlikte 8-12 saat bekletilir. Bu süre sonunda maske ılık su ile çıkarılır. Uygulamadan sonra 4-6 ay süre ile özel devam kremi uygulanır.

YIPRANMIŞ DERİLERE PRP YÖNTEMİ

Son yıllarda adını sıkça duyduğumuz tedavi yöntemi ise PRP. PRP, trombosit açısından zengin plazma sıvısı anlamına gelmektedir. Bireyin kendinden alınan venöz kanın, santrifüj işleminden geçirildikten sonra iyileştirici hücrelerin aynı bireyin deri altına enjekte edilmesidir. Cilt yenilenmesinde ve güneş nedeniyle yıpranmış deride yardımcı bir tedavi yöntemidir. Leke tedavisinde kullanılan roller ise; üzerinde yüzlerce mikroğlerin olduğu silindirik şekilli alettir. Uygulandığı bölgelerde derinin üst

tabakasına zarar vermeden alt tabakasına ulaşarak mikrokannallar açmaktadır. Maddelerin deri altına geçişini 200 kata kadar artırır. Hyalüronik asit, kolajen ve elastin üretimini uyarak o bölgede cildin yenilenmesini sağlar. Mezoterapi yönteminde ise; ince ve kısa iğneler kullanılarak ilaç deriye enjekte edilir. Leke mezoterapisinde leke oluşumunu engelleyen mineraller, vitamin ve traneksamik asit içeren özel karışımlar kullanılır. Bu tedavi 2 hafta aralarla, 4-6 seans uygulanır. Cildi onaran bu işlem diğer tedaviler ile kombine edilebilir.



GÜNEŞ KORUYUCU KREMLER MUTLAKA KULLANILMALI

Toplumda sık olarak kullanılan güneş koruyucu kremler, lekenin koyulaşmasını ve artmasını engeller. Kullanılan güneş koruyucunu kremlerinin hem UVA hem de UVB koruması içermelidir. UVA camdan geçebildiği için dışarı çıkılmasa dahi leke tedavisi sırasında ve sonrasında güneş koruyucu kremlerin kullanılması gerekmektedir. Bu kremler en az 30 faktörlü olmalıdır ve gün içerisinde 4 saatte bir tazelenmelidir. Öte yandan lazer ile leke tedavisinde ise, cildin üst tabakasını soyarak yenileyen fraksiyonel

lazerler, renk pigmentini hedef alan Q anahtarlı lazerler ve yoğunlaştırılmış ışık kaynakları olan IPL cihazları sık kullanılan ışık sistemleridir. Bu tedavilerin etkinliği lekenin cinsine göre değişir. Tedavide ayrıca renk açıcı kremler de kullanılır. Hidrokinon, fitik asit, kojik asit ve C vitamini içeren kremler melanin maddesini yok ederek, glikolik asit ve A vitamini içeren kremler ise derinin üst tabakasını soyarak leke tedavisinde kullanılırlar. Renk açıcı kremler tek başına veya diğer yöntemler ile birlikte kullanılabilir.



Alerjiye karşı tam koruma

DOÇ. DR. H. TEKİN NACAROĞLU

Besin alerjisi yaşayan çocuklarda tam koruma için sorumlu besinin içinde olduğu tüm gıdalar yasaklanmalıdır.

Besin reaksiyonu besinin alınmasından sindirilmesine kadar oluşan istenmeyen reaksiyonların tümüne verilen isimdir. İstenmeyen besin reaksiyonlarının büyük çoğunluğu besinlerin farmakolojik özelliklerine, metabolik ya da toksik etkilerine bağlı olarak ortaya çıkar. Besin alerjisi ise bağışıklık sistemimizin besin proteinlerine karşı anormal yanıt vermesi nedeniyle oluşur. En sık çocukluk döneminde görülmekle birlikte hemen her yaşta görülebilir. Çocuklarda atopik dermatit olması; anne, baba veya kardeşinde alerjik hastalık olması besin alerjisi gelişimi riskini artırmaktadır. Besin alerjisi sıklığının çocukluk çağında %2-8; erişkin döneminde ise %1-2 civarında olduğu tahmin edilmektedir. Her besinin alerjik reaksiyonlara neden olması mümkün olmakla birlikte tüm alerjik besin reaksiyonlarının %90'ından süt, yumurta, yerfıstığı, soya, buğday, ağaç fıstıkları (ceviz, badem, Antep fıstığı, vs), balık ve kabuklu deniz hayvanları gibi temel besinlerin sorumlu olduğu bildirilmiştir. İki tip besin alerjisi vardır: Erken ve geç tip. Erken tip besin alerjilerinde besin alımından sonra birkaç dakika veya bir saat içinde ortaya çıkan deride kaşıntı, kızarıklık, egzema, göz, dudak, dil ve damakta şişlikler, burunda kaşıntı, akıntı, tıkanıklık, hapsirik, gözlerde kaşıntı, sulanma, kızarıklık, kaşıntı, öksürük, nefes darlığı, hırıltı, bulantı, kusma, karın ağrısı, ishal, tansiyon düşüklüğü, halsizlik, bayılma gibi belirtiler

görülebilir. Deri belirtilerinin yanında solunum yolu veya sindirim sistemi ile ilgili belirtilerin birlikte olması 'anafilaksi' olarak adlandırılan hayatı tehdit eden ağır allerjik reaksiyonu tanımlar. Geç tip besin alerjilerinde ise genellikle besin alımından sonraki birkaç saat veya gün içinde ortaya çıkan inatçı kusma, karın ağrısı, ishal, kanlı dışkı belirtileri ve bazen büyüme geriliği görülür. Bu tip besin alerjileri çok çeşitlidir; besin proteini ilişkili enterokolit, besin proteini ilişkili proktokolit ve eozinofilik mide-barsak hastalıklarıdır (eozinofilik gastrit/ duodenit/ gastroenterit/ kolit).

BESİN ALERJİ TEŞHİSİ NASIL KONULUR?

Erken tip besin alerjilerinde çocuk alerji uzmanı tarafından yapılan deri testlerinde pozitif reaksiyon olması ve/veya kanda şüpheli besine karşı spesifik IgE düzeylerinin saptanması ile besin duyarlılığı saptanabilir. Tanının kesinleştirilmesi ise besin alerjisi konusunda deneyimli kliniklerde, çocuk alerji uzmanı gözetiminde yapılabilen 'besin karşılaşma testi' (besin provokasyon testi) ile mümkündür. Bu testte besin diyetten en az 2 hafta uzaklaştırıldıktan sonra daha önceden belirlenmiş protokollere uygun olarak şüpheli besin az miktardan başlanarak giderek artan dozlarda hastaya yedirilerek yakınmaların ortaya çıkıp çıkmadığı hastane koşullarında gözlenerek yapılmaktadır. Geç tip besin alerjilerinde ise genellikle deri testleri ve kan tetkiklerinde pozitif sonuç saptanamaz.

Tanı, şüpheli besinin diyetten çıkarıldıktan sonra belirtilerin kaybolması ve çocuk alerji uzmanı tarafından uygun görülen bir yaşta veya zamanda besin karşılaşma testlerinin yapılması ile konulmaktadır. Besin alerjisinin günümüzde kabul edilen tek tedavisi sorumlu besinin beslenmeden tamamen çıkarılmasıdır. Sorumlu besinin içinde olduğu tüm gıdalar yasaklanmalıdır (örneğin inek sütü alerjisinde yoğurt, peynir, tereyağı, süt içeren kek, bisküvi ve yemekler gibi). Besin alerjeni anne sütü ile bebeğe geçip belirtilere neden oluyorsa anne diyetinden de sorumlu besin çıkartılır. Burada önemli olan nokta sorumlu besinin yerine geçecek diğer besin öğelerinin tüketiminin desteklenmesi ve uygun beslenme programının düzenlenmesi ve çocukluk çağında büyümenin takibinin yapılması önem kazanmaktadır. Besin alerjisi tespit edilen çocuklarda bulguların ortaya çıkmasını engelleyecek bir ilaç yoktur. Aşı tedavisi, hastaları desensitize (besine alıştırma) etmek ve kalıcı tolerans (besin alerjisinin düzelmesi) geliştirmek amacı ile küçük dozlardan başlayarak düzenli olarak artan dozlarda gıda alerjenlerinin ağızdan verilmesidir. Oral desentizasyon süt, yumurta vs. gibi alerjenlere karşı yapılmakta olup belirli merkezlerce yapılmaktadır. Oral desentizasyon ile ilgili başarılı sonuçlar bildirilmektedir. Besin alerjisi olan hastalar düzenli olarak alerji uzmanı tarafından takip edilmelidirler. Besin alerjilerinin büyük bir kısmı (özellikle inek sütü, yumurta, soya ve buğday gibi) erken çocukluk/ okul çağı döneminde kaybolurken kuruyemiş gibi bazı besin alerjileri daha büyük yaşlarda kaybolmakta veya erişkin dönemde de devam edebilmektedir. Özellikle hastada eşlik eden astım, alerjik nezle gibi başka alerjik hastalıkların olması ve birden çok besine karşı alerjisinin olması durumunda besin alerjisinin geçme süresi uzayabilir. Besin alerjisi olan hastalar ve aileleri, özellikle tüketilen hazır besinler konusunda mutlaka bilinçli olmalı ve tükettikleri besinlerin içeriğini önceden araştırmalıdır. Besin alerjisi olan hastalar kazara sorumlu besini yediklerinde alerjik belirtiler ortaya çıkabilir. Bu nedenle daha önceden besin ile ağır alerjik reaksiyon (anafilaksi) hikayesi olan hastaların yanlarında mutlaka epinefrin (adrenalin) hazır enjektör bulundurmaları gerekmektedir.

İnsülin direncine sporla direnin!

DYT. BURCU ULUDAĞ

Kilo aldıkça artan insülin direnci zaman içerisinde kilo vermenize engel olmaya başlar. Bu nedenle insülin direnciyle mücadelede beslenme ve egzersiz oldukça önemli.

İnsülin direnci, vücuttaki şekeri kontrol etmek için salgılanan insülinin etkisini göstermesindeki yetersizlik ve zorluk olarak tanımlanabilir. İnsülin direnci geliştiğinde insülin dolaşımında bulunmasına rağmen glikoz, yağ ve protein metabolizmasındaki biyolojik etkilerini gösterememektedir. İnsülin; pankreastan salgılanan ve şeker metabolizmasını düzenleyen bir hormondur. Pankreastan salınan insülin hormonunun vücutta aktivite gösterebilmesi için önce hücrelerde bulunan ve 'insülin reseptörü' adı verilen yapılara bağlanması gerekmektedir. Hücrelerde bulunan bu reseptörler, obezite ve vücut yağ dokusunun normalin üzerinde olması gibi çeşitli nedenlerle

insülini tanımaz ve bağlanmasına izin vermez; insülin kanda yeterli seviyede olduğu halde görev yapmıyormuş izlenimi verir. Bunun sonucunda pankreas, üretilenin insülin yeterli gelmiyormuş gibi normalden fazla insülin üretmeye başlar ve çalışması gerekenden daha çok çalışarak yorulur ve zaman içerisinde hiç işlev yapamaz hale gelebilir. Kilo aldıkça insülin direnci artar insülin direnci arttıkça kilo artışı daha da fazla olur ve gittikçe

kilo vermek zorlaşır ve maalesef metabolizma kısır bir döngüye girer. Bel çevresi kadınlarda 80 cm, erkeklerde 94 cm üzerinde olan insülin direnci

bireylerde;

riski yüksektir.

İnsülin direnci, tip 2 diyabet, hipertansiyon, lipid yüksekliği, polikistik over sendromuna da eşlik eder. İnsülin direncinin tespiti için açlık ve tokluk kan şekeri, HbA1c, açlık insülin seviyesi ve HOMA-IR değerlerine bakılır. Yemek sonrası ve özellikle şekerli bir gıda yedikten sonra gereğinden fazla bir ağırlık hissi ve uyku hali, yemekten sonra şekerin kontrolsüz olarak düşmeye başlamasıyla el titremesi, terleme, sürekli kilo artışı ve kilo kaybında zorlanma, sürekli tatlı





yeme isteği, yorgunluk hissi, bel çevresinin giderek yağlanması ve kadınlarda adet düzensizlikleri insülin direncinin belirtileri arasındadır.

İnsülin direncinin en önemli tedavisi ideal kiloya ulaşmak ve ideal kiloyu sürdürmektir. Vücut yağ oranı azalıp normal seviyeye indikçe hücrelerdeki reseptörlere insülin daha aktif olarak bağlanır ve işlevini yerine getirir. Bunun için yaşam tarzı değişikliği gerekmektedir. Sağlıklı beslenmek ve düzenli spor yapmak alışkanlık haline getirilmelidir. İnsülin direnci tedavisinde düzenli beslenmek çok önemlidir. Çok sık yemek yemek de çok uzun süreli açlıklar da insülin direncini tetikler. Bu sebeple

3-4 saat aralıklarla, sağlıklı öğünler tüketilmesi önerilir. Beslenme tedavisi planlanırken diyetin enerji içeriği kişiye özel planlanmalı ve enerjinin karbondihdrattan yağdan ve proteinden gelecek oranları doğru ayarlanmalıdır. Çok çabuk sindirilerek hızla kana geçen ve kan şekerinin dengesini aniden değiştiren basit karbondihdrat içeren yiyecekler yerine, yavaş sindirilen ve kan şekerinin dengesini bozmayan kompleks karbondihdrat içeren yiyecekler tercih edilmelidir. Sofra şekeri, reçel ve tatlılar gibi şeker içeren yiyecekler, meyve suları ve meşrubatlar gibi tüm şekerli içecekler, pirinç, makarna, beyaz ekmek, beyaz un ve beyaz unlu tüm yiyecekler

basit karbondihdrat bakımından zengin olduğu için tüketilmemeli, bunların yerine tam buğday ekmeği, tam tahıllı ürünler, bulgur, tam buğday makarnası, kinoa ve karabuğday gibi kompleks karbondihdrat içeren yiyecekler tercih edilmelidir. Taze sebze ve salata tüketimi artırılmalıdır. Her gün mutlaka bir öğün sebze yemeği ve mümkünse her yemeğin yanında salata tercih edilmelidir. Günlük posa alımını arttırmak için haftada 2 gün mutlaka nohut, mercimek gibi kurubaklagil yemeği tüketilmelidir. Sağlıklı beslenmenin yanında mutlaka düzenli egzersiz yapılmalıdır. Her gün 30-45 dakika tempolu yürüyüş insülin direnci tedavisinin başarısı için çok önemlidir.



Tatilinize enfeksiyon bulaşmasın

PROF. DR. RECEP ÖZTÜRK

Yaz ayında yurt dışına seyahat edecek olanlar dikkat. Seyahat esnasında kapacağınız enfeksiyon tatilinizi zehir edebilir.

Günümüzde değişik amaçlarla, ülke içi ve uluslararası seyahatler önemli ölçüde artmış ve 1.2 milyarı aşmıştır. Gezi, iş görüşmesi, resmi görüşmeler, dağcılık, su sporları ve diğer spor faaliyetleri gibi amaçlarla yapılan seyahat beklenmedik bir hastalık nedeniyle olumsuzlukla sonuçlanabilir. Yapılan çalışmalarda seyahat edenlerin %11 kadarında sağlık kurumuna başvurmayı gerektiren bir sağlık sorunu yaşandığı görülmüştür. Seyahatle ilişkili önemli hastalıkları; enfeksiyon hastalıkları, jet lag, hareket hastalığı/ araç tutması, güneş yanması, böcek sokması, yılan ısırması, akut dağ hastalığı ve acil hastalıklar ve kazalar olarak sıralayabiliriz. Seyahat öncesi, seyahatle ilişkili olası sağlık sorunlarını ve hastalıkları öğrenip gerekli önlemlerin alınması akılcı bir girişimdir. Özellikle gebeler, bağışıklık bozukluğu olan şahıslar da takip edildikleri hekime

seyahat öncesi mutlaka başvurmaktadır. Seyahat öncesi kişinin tıbbi durumu konuyla ilgili tecrübesi olan bir hekim tarafından gözden geçirilmelidir. Seyahat edecek şahıstan ayrıntılı bir anamnez alınıp fizik muayene yapılmalıdır. Genel sağlık emniyeti için öğütler, hastalıklardan korunma (emniyetli gıda/ su ve böcek sokma /ısırmasına karşı önlemler) ve gidilecek bölgede kolay ve hızlı ulaşılabilecek bir sağlık kurumu yoksa, acil hallerde kullanılmak için hazırlanmış uygun araç ve acil ilaçları içeren 'acil /ilk yardım çantası' hazırlanmalıdır.

VALİZDE NELER BULUNMALI?

Acil seyahat çantasında ilk yardım malzemeleri (bandajlar, gazlı bez, flaster, enjektör ve uçları, makas, pens/penset, termometre) ve ilaçlar (antiseptik solüsyon, ağrı kesiciler (aspirin, asetaminofen, ibuprofen), öksürük kesiciler, dekonjestan,

antiasitler, bizmut subsalisilat, ishal için tercih edilen bir antimikrobik (kotrimoksazol, siprofloksasin, azitromisin vd), loperamid, laksatifler, topikal antimikrobikler, anti-histaminik, antipruritik, su dezenfektanları (klor tab vd), güneş koruyucuları, böcek kovucular, sıtma profilaksi ilacı bulundurulmalıdır. Gidilecek bölgeye göre sarı humma, meningokok, hepatit A, hepatit B, rutin aşılar seyahatten en az 10 gün önce uygulanmalı ve koruma ilaçları (sıtma) tarif üzere başlanmalıdır. Ayrıca anamnez ve fizik muayene sonuçlarına göre ek öneriler yapılmalıdır. Ülkemizde, Hudut ve Sahiller Genel Müdürlüğü'nün ilgili birimleri sarı humma aşısı ve seyahat sağlığıyla ilgili diğer konularda destek sağlamaktadır. En sık görülen seyahat ilişkili hastalıklar enfeksiyon hastalıklarıdır. İlgili enfeksiyonlar, seyahat güzergahından veya seyahat edilen bölgede bulaşır.



Seyahatle ilişkili enfeksiyonlar, ağız-bağırsak yoluyla, solunum yolu ile, cinsel temasla veya vektörlerle (sivrisinek, kene vb.) bulaşır. Seyahatte bulaşan enfeksiyon hastalıkları ilgili bölgedeyken veya döndükten sonra belirti verir. Enfeksiyon hastalıklarının en önemli belirtilerinden biri olan ateş, seyahat esnasında veya sonrasında karmaşık sorunlar oluşturabilir. Basit kendi kendini sınırlayan bir hastalık olabilir. Ciddi seyirli hayatı tehdit eden ilerleyici bir hastalık da olabilir. Her iki durum arasında başlangıç bulguları ayırım sağlamayabilir. 'GeoSentinel Surveillance Network', 230 ülkede, 17 bin 353 hasta, 30 seyahat sağlığı kliniğinin sürveyans verilerine göre; seyahatten dönenlerde saptanan 21 ana sendromun dördü (% 67) en sık görülmektedir; bunlar, sistemik ateşli hastalık (17 bin 353 hastanın 3 bin 902'sinde sistemik ateşli hastalık saptanmış), akut ishal, deri hastalıkları ve kronik ishal olup bunların çoğu hafif seyirli kendi kendine iyileşen özelliktedir.

YOLA ÇIKMADAN HEKİME UĞRA!

Seyahatle ilişki enfeksiyonları ateşle seyreden hastalıklar (sıtma, tifo ve diğer salmonellozlar, brucelloz, riketsiyozlar, leptospiro enfeksiyonları, viral hemorajik ateşler, schistosoma enfeksiyonları, sarı humma, SARS) ve turist ishali şeklinde 2 ana başlık altında kategorize etmekte mümkündür. Seyahat sonrası, ateş, ishal, deri döküntüsü vb. bulgular gelişen hasta mutlaka hekime başvurulmalıdır. Hekime; seyahatini, gittiği yerleri, yeme ve içme bilgilerini, değişik ilişki ve dövme, 'piercing', kulak deldirme, akupunktur gibi faaliyetlerini anlatmalıdır. Korunma amacıyla verilmiş ilaçları uygun şekilde

kullanıp kullanmadığı konusunda bilgi vermelidir. Gidilen bölgeye göre olası hastalıklar dikkate alınıp (öncelikle en sık görülen hastalıklar: sıtma, deng ateşi, mononükleozis sendromu (EBV veya CMV), riketsial enfeksiyon ve tifo veya paratifo) gerekli tetkikler istenir. Aksi kanıtlanana kadar riskli bölgeye seyahat etmiş her ateşli hastada sıtma

SEYAHAT ENFEKSİYONLARINDAN KORUNMAK İÇİN...

- Uygun aşılama yaptırılmalı (rutin aşılar, risk durumuna göre sarı humma, meingokok, tifo vb.)
- Sıtma için kemoprofilaksi
- El yıkama ve diğer hijyen önlemlerine özen gösterilmeli
- Emniyetli su
- Emniyetli gıda kullanımı
- Kene gibi vektörlerden korunma
- Kene sokmasını önleyecek şekilde giyinme: Pantolon paçalarını çorap içine sokma, açık renk elbise, çevre gezisi sonra beden kontrolü önlemleri, repellent (böcek uzaklaştırıcı; DEET) kullanımı, elbiseler için uygun insektisitlerin (böcek öldürücü) kullanımı

düşünülmelidir. Septik bir tablo ile hekime başvuran ama belirgin bir odak saptanmayan hastalarda seyahat öyküsü varsa sıtma mutlaka düşünülmeli, tanı ve tedavi için acilen yapılması gerekenler uygulanmalıdır. Kanama belirtisi (hemorajik belirtiler), solunum zorluğu, hipotansiyon, konfüzyon, letarji, ense



sertliği veya fokal nörolojik bulgular varsa hasta mutlaka hastaneye yatırılıp takibe alınmalıdır.

Turist ishaliinde sıvı ihtiyacı karşılanır. Bizmut subsalisilat, loperamid (>38,5 oC ateş ve kanlı ishal olmayanlarda) kullanılabilir. Antimikrobik maddeler genelde gereksizdir. Günde dörtten fazla kez dışkılama, yüksek ateş, dışkıda kan, mukus veya pü varlığında antibiyotik kullanılabilir. Hastanın seyahat ettiği bölgede antimikrobik madde direncine dikkat edilir. Güney Doğu Asya ve Hindistan'da kinolon dirençli C. jejuni yaygındır. Sonuç olarak; seyahat öncesi seyahat sağlığı konusunda tecrübeli bir hekime veya kuruluşa başvurularak gidilecek bölgenin risklerine göre gereken tedbirler alınmalı, seyahat sürecinde ilgili önerilere uyulmalı, seyahat sonrası ateş, ishal veya diğer yakınmaları olanlar mutlaka hekime başvurulmalıdır.

TABLO 1. SIK RASTLANAN SEYAHATLE İLİŞKİLİ ENFEKSİYON KAYNAKLARI, HASTALIKLAR VEYA PATOJENLER

Su ve gıda ile bulaşanlar	Turist ishali: ETEC, Vibrio cholerae, Giardia, E.histolytica, norovirus Su ile temas gerektiren faaliyetler (yüzme, dalgalık, çamura girme, balıkçılık, rafting, akvaryum) bulaşma-deri ve mukozadan bulaşma: Aeromonas spp, leptospiroz, Pseudomonas aeruginosa, Vibrio vulnificus, Mycobacterium marinum, şistozomiyaz, adenovirus (konjunktivit), Acanthamoeba (keratit); inhalasyon, aspirasyon, fekal-oral: Amöbyaz, kriptosporidyo, giyardiyo, hepatit A ve E, Legioner hastalığı...
Böcekler/ Vektörlerle Bulaşanlar	Sivrisinekler: Sıtma, sarı humma, deng ateşi, chikungunya ateşi, zika ateşi, Japon ensefaliti, filariasis, loa loa Keneler- Riketsiyözler: Lyme hastalığı, erlişiyoz, tularemi, Kırım Kongo kanamalı ateşi, kene tifüsü, babesioz, kene felci Tatarcık: Leishmanyöz, tatarcık humması, bartonelloz
Toprakta Bulaşma	Tetanoz, blastomikoz, koksidioidomikoz, çengelli solucan
Kişiden Kişiye Bulaşma	Tüberküloz, influenza (grip), SARS, cinsel temasla bulaşan hastalıklar

ALL ON
FOUR

İMLANT
TEKNİĞİ

1 GÜNDE, TEK BİR CERRAHİ İŞLEMLE

İMLANT



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



MEDİPOL
MEGA
ÖZEL
MEDİPOL MEGA
HASTANELER
KOMPLEKSİ



medipolsaglik



medipolsaglik



medipolsaglik



MedipolSaglik

Gerilmeyin, gerdirin

PROF. DR. MUSTAFA KESKİN

Obezite ameliyatları sonrası sarkan dokular hastaları oldukça mutsuz ediyor. Bu durumda yapılacak tek şey kilo kaybı sonrası sarkan derinin cerrahi olarak çıkarılmasıdır.



Mide küçültme ameliyatı oldunuz ya da sıkı bir rejim ve egzersiz ile 30-40 belki daha fazla kilo verdiniz. Sağlığınız ve görünümünüz için attığınız bu adımlardan gurur duyabilirsiniz artık. Fakat ne yazık ki çok miktarda kilo verilmesi geride ağır, gevşek ve sarkık deri katlantılarının oluşması ile sonuçlanabilmektedir. Bu katlantılar özellikle karın ön kısmında, kollardaki uyluk iç kısmında, memelerde, kalçada ve hatta yüz bölgesinde oluşabilmektedir. Kilolu olduğunuz dönemde biriken yağlar onu örten deriyi germekte ve genişletmekte ama elastikiyetini azaltmaktadır. Kilolar verildiğinde ise şişirilmiş sonra sönmüş

balon gibi eski şekline ve formuna geri dönememektedir. Sarkan deri katlantıları kişide sadece kıyafet seçimini etkilememekte ayrıca hareket etmeyi zorlaştırmakta ve çeşitli hijyen sorunlarına yol açmaktadır. Katlanan derinin alttaki deriye uzun süreli teması kızarıklığa, yaralara, kokuya ve iltihaplanmalara da yol açabilmektedir. Tabi ki sarkan ve katlanan deri ayrıca kozmetik bir sorundur. Ciddi kilo verebilmiş kişi bedenlerinin yeni imajını ve kişiliğini layıkıyla temsil etmesini istemektedir. Bu sarkan dokuları giderebilmek için tek yapılabilecek şey kilo kaybı sonrası sarkan derinin cerrahi olarak çıkarılmasıdır.

HASTANIN BEKLENTİSİ GERÇEK OLMALIDIR

Öncelikle hastanın, aşırı kilo verme sonrası vücut şekillendirme için uygun olup olmadığına karar verilir. Hastanın vücut şekillendirme ameliyatı için uygun olup olmadığını belirlemek için bu konuda tecrübeli plastik cerrahi uzmanı tarafından değerlendirilmesi gerekir. Bu karar alınırken dikkate alınan hususlar kabaca şunlardır: En azından bir senedir kilonun aynı düzeyde olması arzulanır. Mevcut kilodan daha düşük seviyelere inilmesi bekleniyor ise ameliyat için beklenir. En iyi sonuç için kilo verilme süreci başladığı dönem ile vücut şekillendirme ameliyatı arasında 2 yıl geçmesi uygun

olacaktır. Ayrıca genel sağlık durumunun bu ameliyatlar için uygun olması gerekmektedir. Diyabet ve kalp hastalıkları gibi kronik hastalıkların kontrol altında olması şarttır. Anestezi uzmanı ve dahiliye uzmanı gibi hekimlerden bu ameliyatlar için izinlerin alınmaları ve önerilerde bulunmaları gerekir. Sigara içimi yara iyileşmesini çok ciddi şekilde olumsuz olarak etkilemektedir. Kilo verme sürecinde kanda protein, vitamin ve yara iyileşmesini etkileyen diğer bazı moleküllerin eksikliği oluşabilir. Bunların tespiti ve sonrasında yerine konması gerekir. Eğer bu süreç atlanırsa ameliyat sonrası yara iyileşmesinde ciddi sıkıntılar meydana gelebilir. Vücut şekillendirme ameliyatlarına girecek hastanın psikolojik olarak bu süreç hazır olması gerekir. Hastanın ameliyatlar sonrası beklentisi gerçekçi olmalıdır. Bu ameliyatlar kişinin beden şeklinde muazzam ilerlemeler sağlayacaktır fakat elde edilecek sonuçların sınırları bulunmaktadır. Öncesinde mutlaka benzer hastaların ameliyat sonrası elde edilen sonuçları gösterilmeli ve nihai hedef ortaklaşa belirlenmelidir. Vücut şekillendirme ameliyatları komplikasyonları en aza indirmek için çoklu seanslar şeklinde yapılmaktadır. Her seansta bir veya iki vücut bölgesinin soruları giderilmektedir. Bu süreç hastanın mevcut durumuna ve arzusuna göre cerrah tarafından şekillendirilir. Hemen hemen tüm ameliyatlarda katlantının meydana geldiği bölgede cerrahi izi en iyi gizleyebilecek kesiler yapılarak fazla dokular uzaklaştırılır. Ne yazık ki bu ameliyatlarda cerrahi iz kaçınılmazdır. Bu izlerin belirginliğini en aza indirmek için çeşitli yöntemler uygulanmaktadır.

AMELİYAT SONRASI SÜREÇ

Tüm vücut şekillendirme ameliyatları genel anestezi altında hastane şartlarında yapılmaktadır. Bir ya da iki gece hastanede kalmak gerekmektedir. Biriken sıvıların dışarı alınması için drenler konulabilir. Bunların çıkarılması bir haftayı bulabilir. Ameliyat sonrasında şişlik ve morluklar oluşabilmekte ve bunların geçmesi bir iki haftayı bulabilmektedir. Bu süreç boyunca hastadan uygun baskı korseleri giymesi istenmektedir. İstirahat süresi en az 2 hafta olarak tavsiye edilmektedir.

Yüz ve boyun sarkıklığı: Yüz

ve boyunda oluşan sarkık derini giderilmesinde klasik yüz germe ameliyatlarında kullanılan yöntem uygulanır. Sadece daha fazla deri parçası çıkarılır. İzler kulak önü ve arkasında kalır ama fark edilmesi genelde zordur.

Meme sarkıklığı: Meme toparlama sonrası izler sütyenin ya da bikinin örttüğü alanda kalır. İzin meme katlantısında kalan kısmında ki uzunluğu memenin sarkıklığı ile orantılıdır. Bu ameliyat sırasında meme sarkıklığı toparlanırken aynı anda da hacim kazandırmak için silikon meme protezi yerleştirmek mümkündür.

Kol sarkıklığı: Kol bölgesinde sarkan ve sallanan deri parçasını çıkarmak için koltukaltından dirsek bölgesine uzana bir kesi yapılır. Bu

ameliyatın diğer adı brakioplastidir.

Karın sarkıklığı: Karın sarkıklığı için yapılan ameliyata 'abdominoplasti' denilmektedir. Göbek deliği ile genital bölge arasındaki katlantı yapılan deri çıkarılır. Üst karın bölgesindeki deri ise serbestlenip alt tarafa doğru ilerletilir. Aynı anda karın kasları birbirine yaklaştırılarak bir nevi iç korse etkisi sağlanır. İç çamaşırın içinde kalan yatay bir iz kalır. Bazı durumlarda karın germeye sırt germe işlemi de eklenir. Böylece karın-sırt bölgesini 360 derece kapsayan germe sağlanmış olur.

Uyluk germe: Uyluk germe için kasık bölgesinden diz iç kısmına uzanan dikey bir kesi yapılır. Burada oluşan fazla dokular iz çevresinden çıkarılır.





Sağlıklı bir nefes için...

PROF. DR. ENDER GÜÇLÜ

Daha önce geçirilen estetik burun ameliyatlarının sebep olduğu nazal valf bölgesi darlıklarının tedavisinde çok sayıda cerrahi teknik kullanılabilir. Böylelikle hastalar daha rahat nefes alabilirler.



Burun deliklerinin etrafını oluşturan yumuşak dokuya burun kanatları adı verilir. Bu bölge nefes alırken burun deliklerinin kapanmasını önleme ya da diğer bir deyişle burun deliklerinin açık kalmasından sorumludur. Burun kanatlarının sağladığı açıklığa ve bunların hemen gerisindeki bölgeye burun valfi ya da nazal valf adı verilir. Nazal valf bölgesi, estetik ve estetik dışı burun ameliyatlarında cerrahı en çok zorlayan, en sorunlu bölgelerinden birisidir. Burun estetik ameliyatlarından sonra

ortaya çıkan burun tıkanıklıklarının üçte ikisinde sorun nazal valf bölgesinden kaynaklanır. Nazal valf bölgesi darlıklarının başlıca nedenleri, daha önceden geçirilen estetik burun ameliyatları, valf bölgesini ve burun kanatlarını açık tutan kıkırdakların zayıf olması, yaşlanma ve burun travmalarıdır. Nazal valfteki sorunun ortaya konmasında fizik muayenede 'cottle manevrası' denilen yöntem oldukça bilgi vericidir. Bu muayenede kişinin yanağı yana doğru çekilir ve aynı tarafta burnunun açılıp açılmadığı kontrol edilir. Yanak yana doğru çekildiğinde nefes almada belirgin rahatlama oluyorsa, bu kişinin valf problemi olduğu anlamına gelir. Endoskopi yapılan muayenede de kamera burun içerisinde ilerletildiğinde burun deliklerinin hemen gerisinde ve üst kısımda bir darlık varsa bu da valf bölgesinin sıkıntılı olduğunu gösterir. Valf darlığını, konkalara (burun eti) bağlı burun tıkanıklığından ayırt etmek için burun açıcı sprey uygulandıktan sonra yapılan muayene de oldukça yararlıdır. Valf darlığı olan kişilerde burun açıcı sprey uygulandıktan sonra genellikle rahatlama olmaz. Bu bölgenin değerlendirilmesinde çoğu vakada tomografi çekilmesine gerek yoktur ve fizik muayeneye birçok hastaya tanı koymak mümkündür.

HAZIR KIKIRDAKLAR KULLANILABİLİYOR

Nazal valf bölgesi darlıklarının tedavisinde çok sayıda cerrahi teknik kullanılmaktadır. Bu cerrahi tekniklerde valf bölgesinin genişletilmesi ve bu bölgenin nefes alırken içe doğru çökmesini engellemek için buradaki kıkırdakların güçlendirilmesi hedeflenir.

Bunlar genellikle bu bölgede mevcut kıkırdakların yerlerinin ve şeklinin değiştirilmesi ya da mevcut kıkırdakların başka kıkırdaklarla güçlendirilmesi şeklindeki yöntemlerdir. Kıkırdak kaynağı olarak genellikle burnun ortasındaki kıkırdak duvar kullanılır. Daha önce burun ameliyatı olmuş kişilerde burun içindeki duvarda yeterli kıkırdak olmayabilir. Bu kişilerde burun ameliyatında gerekli olan kıkırdak, bazen kulak kepçesinden ve hatta bazen de kişinin kaburgasından alınır. Bu yöntemlere alternatif olarak günümüzde işleminden geçirilip steril şekilde hazır kıkırdaklar da temin edilebilmektedir. Bu hazır kıkırdakların en büyük avantajı



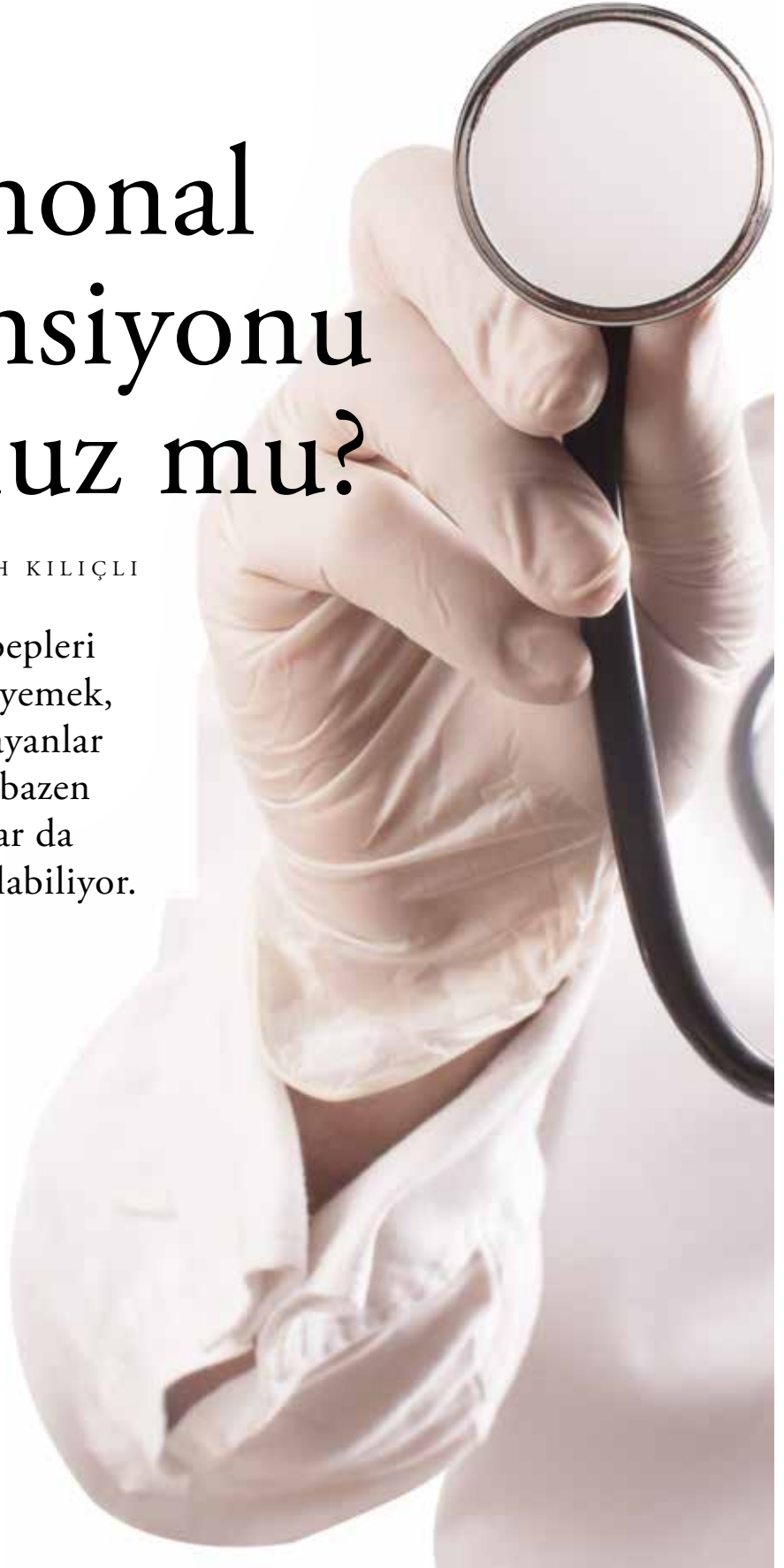
vücutta ikinci bir bölgeden kıkırdak alınması ihtiyacını ortadan kaldırmasıdır. Böylelikle ameliyat daha kısa sürmekte, ikinci bir ameliyat yarası ve ameliyat sonrası bu ek ameliyatın neden olabileceği sıkıntılar önlenabilmektedir. Sonuç olarak, burun kanatları ve bu bölgenin hemen üstünde yer alan burun valf bölgesinin açıklığı ve yeterince güçlü olması, burundan rahat nefes almada oldukça önemlidir. Bu iki bölgedeki sorunlar en sık görülen burun tıkanıklığı sebepleri arasındadır. Burun kanatları ve valf bölgesinden kaynaklanan sorunların tespit edilmesi genellikle sadece dikkatli bir fizik muayeneye mümkündür. Tedavi de son yıllarda giderek daha fazla teknik başarıyla uygulanmaktadır.

Hipertansiyonu duydunuz mu?

DOÇ. DR. MEHMET FATİH KILIÇLI

Hipertansiyonun sebepleri arasında sadece tuzlu yemek, üzüntü ya da stresi sayanlar yanılıyorlar. Çünkü bazen hormonal hastalıklar da hipertansiyona sebep olabiliyor.

Hipertansiyon günümüzde milyonlarca insanı etkileyebilen bir sağlık sorunudur ve tedavi edilmediğinde ölümcül hasarlara neden olabilmektedir. Hipertansiyonun sebebi önceleri %90-95 oranında bilinmezken son yıllarda gerek tanıda kullanılan görüntüleme yöntemlerindeki gelişme, tanıda kullanılan testlerdeki duyarlılığın artması gerekse de farkındalığın artması nedeniyle bu oran %80'lere düşmüştür. Günümüzde hipertansiyona neden olan durumlardan bazıları da hormonal hastalıklara bağlı ortaya çıkmaktadır. Bu hastalıkları tanımak önemlidir çünkü hormonların normal düzeylere indirilmesi ile bazı hastalarda hipertansiyon tamamen ortadan kalkabilirken bir kısım hastada ise tedavide kullanılan ilaç sayısında ve dozunda ciddi azalmalar sağlanabilmektedir. Primer hiperaldosteronizm, hormonal



hipertansiyonun en sık nedenidir ve hipertansiyon nedeniyle takip edilen hastaların yaklaşık %5 -10'luk bir kısmını bu hastalar oluşturmaktadır. Hormonal hipertansiyonun bu tipinde böbrek üstünden fazla miktarda aldosteron hormonu üreten bir durum söz konusudur. Bu tanı sıklıkla gözden kaçmaktadır çünkü tansiyon tedavisinde kullanılan birçok ilaç, testleri etkileyebilmektedir. Bu testleri yapmadan önce hasta için doğru antihipertansif ilaçları seçerek uygun süre beklenmesi ve testlerin bundan sonra yapılması gerekmektedir. Bu yaklaşım ile birçok hastaya hiperaldosteronizm tanısı konulmaktadır. Bu hastalıkla ilgili doğru sanılan yanlışlardan biri ise serum potasyum düzeyinin düşük olması gerekliliğidir. Bu hastaların sadece %30'unda potasyum düzeyinin düşük olduğu akılda tutulmalıdır ve bu bulgunun tanı için olmazsa olmaz bir durum olmadığının bilinmesi gereklidir. Olguların az bir kısmında olan potasyum düşüklüğü hastalarda hipertansiyon dışında halsizlik ve yorgunluğa da sebep olabilmektedir.

BÖBREK ÜSTÜNDE TÜMÖR OLABİLİR

Hastalık tespit edildikten sonra yapılacak ikinci işlem ise böbrek görüntüleme yöntemleri ile böbrek üstünün taranmasıdır. Hastaların bir kısmında böbrek üstünde tümör tespit edilir ve tümör alınır. Böylece hipertansiyon tamamen kaybolurken bir kısım hastada ise ilaç dozlarında ciddi azalma ile tansiyon kontrol altına alınır. Görüntüleme yöntemleri ile tümörün görülmemesi bu hastalarda hormon fazlalığı olmadığı anlamına gelmez. 'Hiperplazi' olarak adlandırılan ve hücre çoğalmasının neden olduğu hormon fazlalığında böbrek üstünde tümör görülmez ancak bu hastalarda kullanılan özel bir ilaç grubunun tedaviye başlanması ile tansiyon kontrol altına alınabilmektedir. Bu tedavi öncesinde 3-4 ilaç alırken tansiyonunu kontrol edilemeyen hastaların bir kısmında günde 1 veya 2 kez kullanılan yeni ilaç ile tansiyon regüle edilebilmektedir.



Sık karşılaşılan diğer bir hormonal hipertansiyon nedeni ise; feokromasitomalardır. Genellikle böbrek üstü bezi kaynaklı olmakla birlikte daha az oranda karın içinde hormon üreten ganglion hücrelerinden de kaynaklanabilmektedirler. Bu hastalıkta tipik bulgu tansiyon atakları ile aynı anda olan baş ağrısı, terleme ve çarpıntının bulunmasıdır. Ancak bazı hastalarda sürekli olan bir hipertansiyon da görülebilmektedir. Bu hastalıktaki tansiyon bazen tıbbi bir acil durum olan hipertansif krize yani tansiyonun çok yüksek değerlere çıkmasına neden olabilmektedir.

Hastalar doğru tanı alıp tedavi edilmezlerse kalp krizi ve beyin kanaması gibi ağır durumlarla karşı karşıya kalabilmektedirler. Bu hastaların öykülerinde ameliyat sırasında veya doğum sırasında tansiyonun düşürülemediği, bazı yiyeceklerle veya ilaçlardan sonra (depresyon, bulantı veya bazı tansiyon ilaçları gibi), anjiyografi sonrasında tansiyonda yükselme olduğu öğrenilebilir. Ne yazık ki hastaların bir kısmında hastalık akla gelmez ve otopsi sonrasında tanı konulabilmektedir.

GENETİK YATKINLIK ETKİLİ

Bu hastalıkta dikkat edilmesi gereken

diğer bir durum ise genetik yatkınlığın bu hastalıkta rolünün olduğunun bilinmesidir. MEN sendromları olarak bilenen bazı durumlarda böbrek üstü kaynaklı hipertansiyon dışında, tiroid kanserleri ve böbrek taşlarına neden durumlar birlikte görülebilmektedir. Hastalar bu açıdan da dikkatli bir şekilde değerlendirilmelidir. Bu hastalıkla ilgili diğer bir olumsuz durum da hastaların yaklaşık %30'unda tümörün kanser karakterinde olabilesidir. Yukarıda bahsedilen bu iki durum dışında hormonal hipertansiyona neden olan başka hastalıklar da vardır. Özellikle Cushing sendromu olarak adlandırılan ve kortizol hormonu fazlalığıyla seyreden hastalık da hipertansiyona neden olabilmektedir. Bu hastalarda ayrıca obezite, kan şekerinde yükseklik, kemik erimesi, depresyon, kadınlarda tüylenme artışı, karın çevresinde erguvani renkte olan çatlaklar gibi şikayetler görülebilmektedir. Hipertiroidi ve hipotiroidi olarak adlandırılan tiroid hormon hastalıklarında da hipertansiyon görülmektedir. Bu hormon hastalığında hipertansiyon dışında kilo sorunları, saçlarda dökülme, cilt ve bağırsak sorunları yaşanabilmektedir. Ayrıca akromegali, hipofiz bezindeki adenomdan kaynaklanan genellikle ellerde ve ayaklarda büyüme, horloma, terleme ve eklem ağrıları ile seyreden bir hastalıktır. Bu hastalıkta da eşlik eden semptomlar arasında hipertansiyon bulunabilmektedir.



Kordon kanı yaşam kaynağı

DR. ÖĞRETİM ÜYESİ HÜLYA BİLGİN

Kordon kanı; lösemi, lenfoma,
kemik iliği yetersizlikleri,
kalıtsal kan hastalıkları gibi
sayısız hastalıkta gereğinde
hayat kurtarıcı olabiliyor.

Kordon kanının saklanması uzun yıllardır yapılan bir uygulamadır. Peki kordon kanı nedir?

Kordon kanı, bebeğin göbek bağında bulunan kandır ve içinde kan kök hücrelerini bulundurur. Doğumdan sonra işlevi kalmadığı için genellikle atılır.

Kordon kanı bankacılığı nedir?

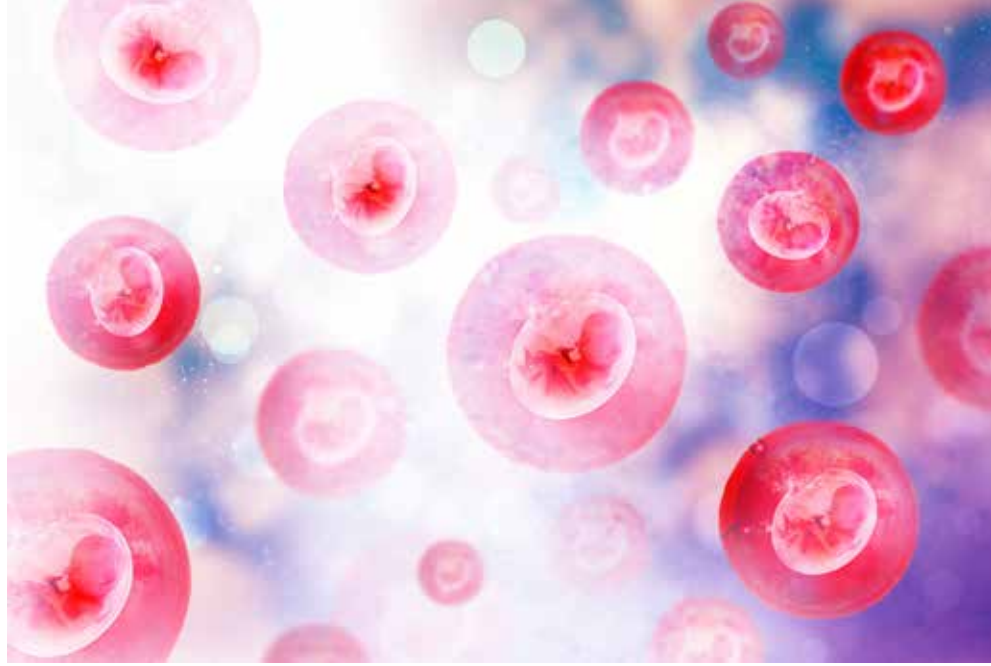
Bebeğin göbek bağı ve plasenta içindeki kanın alınarak, özel donmanın zararından koruyucu sıvılar ile kaplayarak bu kanın -196 derecede dondurularak saklanmasıdır. Bu kök hücre içeren kan gereğinde eritilerek nakil edilmektedir. Kordon kanı bankacılığının 2 tipi vardır. Kordon kanının alındığı bebek için kullanıma durum çok nadirdir. Hiç kullanılmamaya yakın bir olasılık mümkündür. Kök hücre nakli ile tedavi olabilecek doku grubu bebeğin kordon kanı doku grubu ile uygun hastalar için kullanım durumu da daha çok çocuk hastalar için uygundur. Kordon kanı içindeki kök hücrelerin ileride gelişecek başka bir uygulama için de kullanıma olasılığı her zaman vardır.

Kordon kanı nasıl toplanır?

Kan toplama işlemi, doğumun hemen ardından plasenta ve göbek kordonunda kalan kanın toplama işlemidir, oldukça basit ve güvenlidir. Prosedür, göbek kordonunda bulunan damar içine özel bir torba sistemi içerisine mevcut olan bir iğne ile girmeyi (göbek bağının kesilmesini hemen takiben) ve doğumdan sonra bu alandaki kanı toplama işlemi içerir. Doğum normal veya sezeryan olabilir. Göbek kordon kanı basitçe toplanır ve hızlı bir işlemdir, anne veya yenidoğan bebeğe hiçbir tehlike oluşturmaz. Göbek kordonundan alınan kök hücreler, kemik iliği ve periferik kan hücre kaynağından alınanlara benzer şekilde, kriyoprotektan (soğuktan hücre koruyucu) ajanlarla (dimetil, sülfoksid ve etilen glikol) kaplandıktan sonra sıvı nitrojen buharı içerisinde (-196°C) 10 yıl saklanmaktadır. Kordon kanı hücreleri çok değerli oldukları ve sadece doğumda alınabildikleri için alınma işleminin bu konuda uzman hekimler tarafından yapılması, alınma sonrası işlemlerin uzman kişilerce yürütülmesi ve örneklerin uygun koşullarda saklanması gerekir.

Hangi hastalıklarda kullanılır?

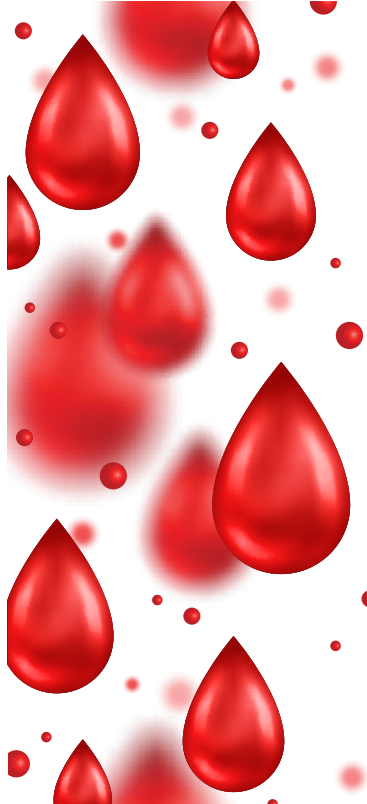
Kan kök hücre nakli ihtiyacı bulunan



lösemi, lenfoma, kemik iliği yetersizlikleri, kalıtsal kan hastalıkları gibi sayısız hastalıkta gereğinde hayat kurtarıcı olmaktadır.

Kordon kanını saklamak isteyen aileler nasıl bir yol izlemeliler?

Göbek kordon kanını saklatmak isteyen aileler ruhsatlı kordon kanı bankalarını



arayarak bir sözleşme imzalarlar. Ekip kordon kanının alınması ve saklanması işlemlerini takip eder, ailelere sonuçları bildirirler.

Ülkemizde kordon kanı bankacılığı ne durumdadır?

5 Temmuz 2005 tarihli Sağlık Bakanlığı Kordon Kanı Bankacılığı Yönetmeliği, kordon kanı bankalarının açılması, faaliyetleri ve denetlenmesi ile ilgili usul ve esasları içermektedir. Yönetmelik ile birlikte kordon kanı bankacılığında ulusal stratejileri ve standartları belirlemek, uluslararası gelişmeler ışığında Türkiye’de kordon kanı bankacılığının geliştirilmesi için Ulusal Kordon Kanı Koordinasyon Kurulu oluşturulmuştur. Bunun yanı sıra kordon kanı bankalarının taşıması gereken fiziki ve teknolojik gereklilikler belirtilmiştir. Kordon Kanı Bankacılığı Yönetmeliği ile birlikte ülkemizde, karma kordon kanı bankacılığı özendirilmektedir. Karma kordon kanı bankacılığı, aile ve kamu yararı için kordon kanı bankacılığını birlikte gerçekleştirmektedir. Kordon Kanı Bankacılığı Yönetmeliği ile birlikte asılsız, aileleri endişeye sürükleyen açıklama ve reklamlara, toplanan kordon kanlarının saklama amacı ile yurt dışına çıkarılmasına karşı caydırıcı hükümler getirilip denetim koşulları saptanmıştır. Ülkemizde şu an için üniversite hastaneleri ve özel sektörde oluşturulan sağlık şirketleri kordon kanı bankacılığını devam ettirmektedir.

GÖZ KANSERLERİ

Göz ardı etmeyin!

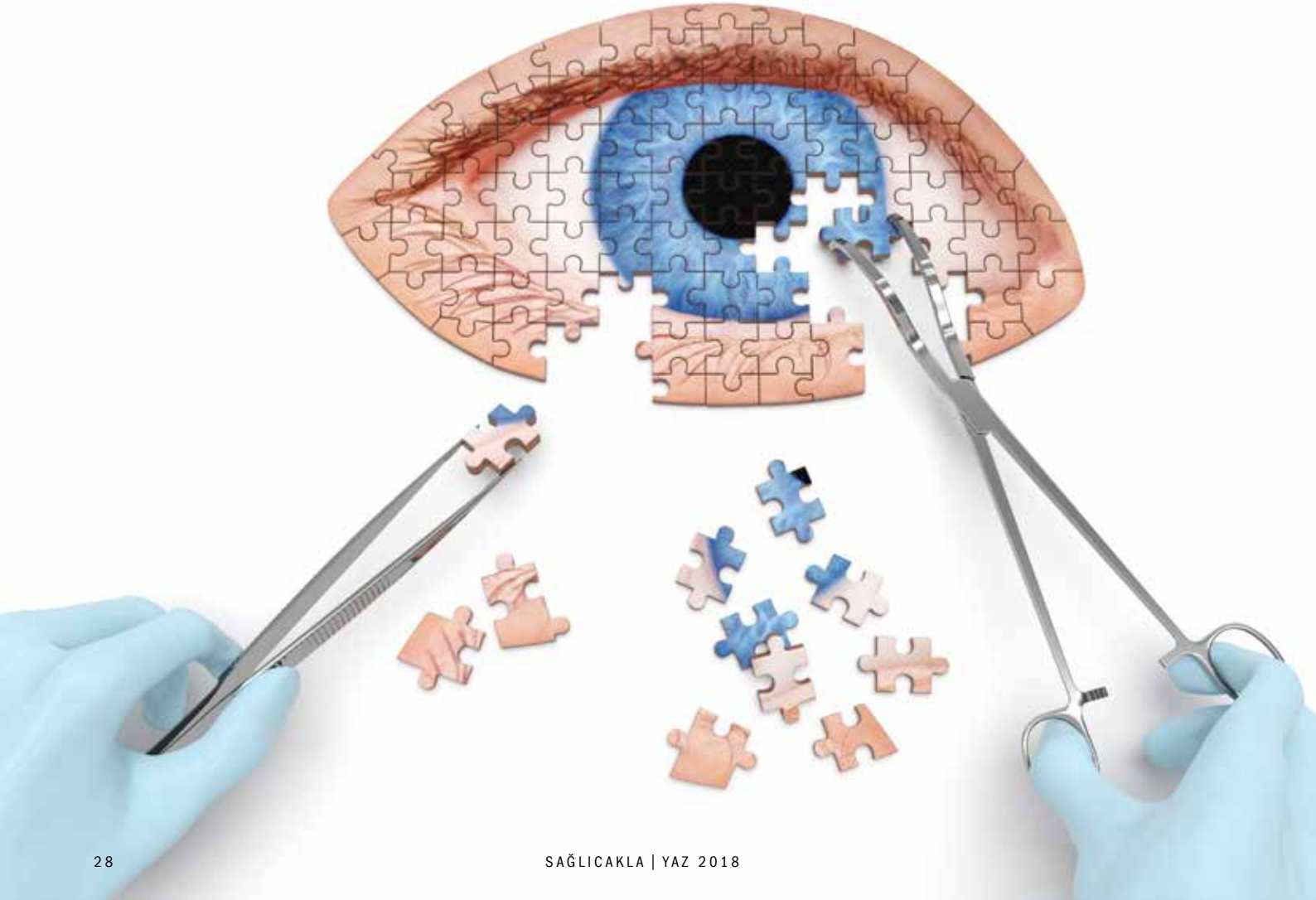
PROF. DR. MURAT TUNÇ

Göz tümörleri zamanında tanı konulup, uygun bir şekilde takip ve tedavi edilmezse görme kaybına, gözün kaybına ve hatta yaşamın kaybına neden olabilir.

Göz tümörleri denilince, göz içi, göz kapağı gibi göz etrafındaki yapılardan, orbita dediğimiz göz çukuru içinde yerleşik, görme siniri ve gözyaşı bezi gibi göz ile bağlantılı yapılardan köken alan tüm tümör ve

kanserleri anlıyoruz. Ayrıca vücudu etkileyen akciğer kanseri, meme kanseri, kan kanseri, lenfoma gibi tümörler de kan yoluyla göze yayılım yapabilir ve tedavi edilmesi gerekir. Göz tümörleri zamanında tanı konulup,

uygun bir şekilde takip ve tedavi edilmezse görme kaybına, gözün kaybına ve hatta yaşamın kaybına neden olabilir. Gözünde tümör şüphesi olan hastalarda teşhiste gecikme veya hatalı tanılar, zaman kaybı ile tedavinin başarı şansını düşürebilir.



Göz tümörü şüphesi bulunan hastalara doğru tanı konduktan sonra hastanın kliniği ile uyumlu, tümörün özellikleri dikkate alınarak ve teknolojinin getirdiği yeniliklerden de yararlanarak bir tedavi yöntemi belirlenmelidir. Sonuçta doğru tanı, doğru tedavi prensibi ile hizmet sunulursa göz tümörleri başarıyla tedavi edilebilir. Ayrıca günümüzde moleküler genetik araştırmalar, bize bazı tümörlerin genetik bir kökeni olabileceğini göstermektedir. Uygulanacak tedavilerin seçiminde ve hastalığın nasıl seyredeceği konusunda genetik incelemeler bazı durumlarda yol gösterici olabilmektedir.

GÖZ VE GÖRME KORUNUYOR

Göz içi tümör (melanom) tedavisinde, Cyberknife SRT (robotik ışın tedavisi) oldukça önemlidir. Göz içi tümörler genelde gözün görme tabakasının veya görme sinirinin yakınında gelişir. En sık gördüğümüz kötü huylu göz içi tümörü olan melanomlar uygun tedavi edilmez ise göz dışına yayılarak yaşamı tehdit edebilirler. Eskiden gözün alınması ile tedavi edilen melanomlar günümüzde gözü ve hatta görmeyi koruyarak tedavi edilebilmektedir. Bu amaçla geliştirilmiş son teknoloji ürünü bir cihaz olan Cyberknife da robotik, bilgisayar ve hassas ışınlama teknolojisi ile göz içi tümörleri; göze ve görme siniri gibi hassas dokulara zarar vermeden veya en az zararla, keskin sınırlarla tedavi edilebilmektedir. Bu yöntemle milimetrenin onda biri hassasiyetinde bir keskinlikle göz içi tümörleri tedavi edilebilmektedir. Bu tedavide, öncelikle tümör sınırları çekilen MR, BT görüntüleme teknikleri ile hassas bir şekilde belirlenir. Tümörün şekli, boyutu, yerleşim yeri gibi özellikler bilgisayara girilerek özel bir program aracılığı ile uygulanacak tedavi planlanır. Bu planlamanın ardından göz özel ilaçlarla hareketsiz bir hale getirilir ve lokal anestezi ile hastanın tedavi sırasında konforu sağlanır. Bu işlem ardından göz içindeki tümör sınırları işaretlenir ve gözdeki görme siniri, makula gibi görmeyi sağlayan yapılar koruma altına alınarak işaretlenir. Hasta tedavi odasına alınır ve bilgisayara girilen verilere göre hareket eden robotik bir mekanizma ucundaki ışın kaynağı, çeşitli açılardan tümör üzerine



tedavi edici ışın uygular. Yaklaşık yarım saat süren bu işlemde tek bir uygulama ile 12 mm kalınlığa kadar küçük-büyük tümörleri başarı ile tedavi edilebilmekteyiz.

PLAK TEDAVİSİ İLE TÜMÖR ORTADAN KALDIRILIR

Göz içi tümörlerin tedavisinde bir diğer yöntem de radyoaktif plak uygulamalarıdır. Bu yöntemde göz zarları cerrahi olarak açılır ve göz yüzeyine tümörün hemen arkasına radyoaktif ışın yayan plak yerleştirilir. Üzerindeki delikler yardımı ile göz yüzeyine tespit edilebilen plak aradan 5 gün geçtikten sonra cerrahi olarak çıkarılır. Plak tedavisiyle de



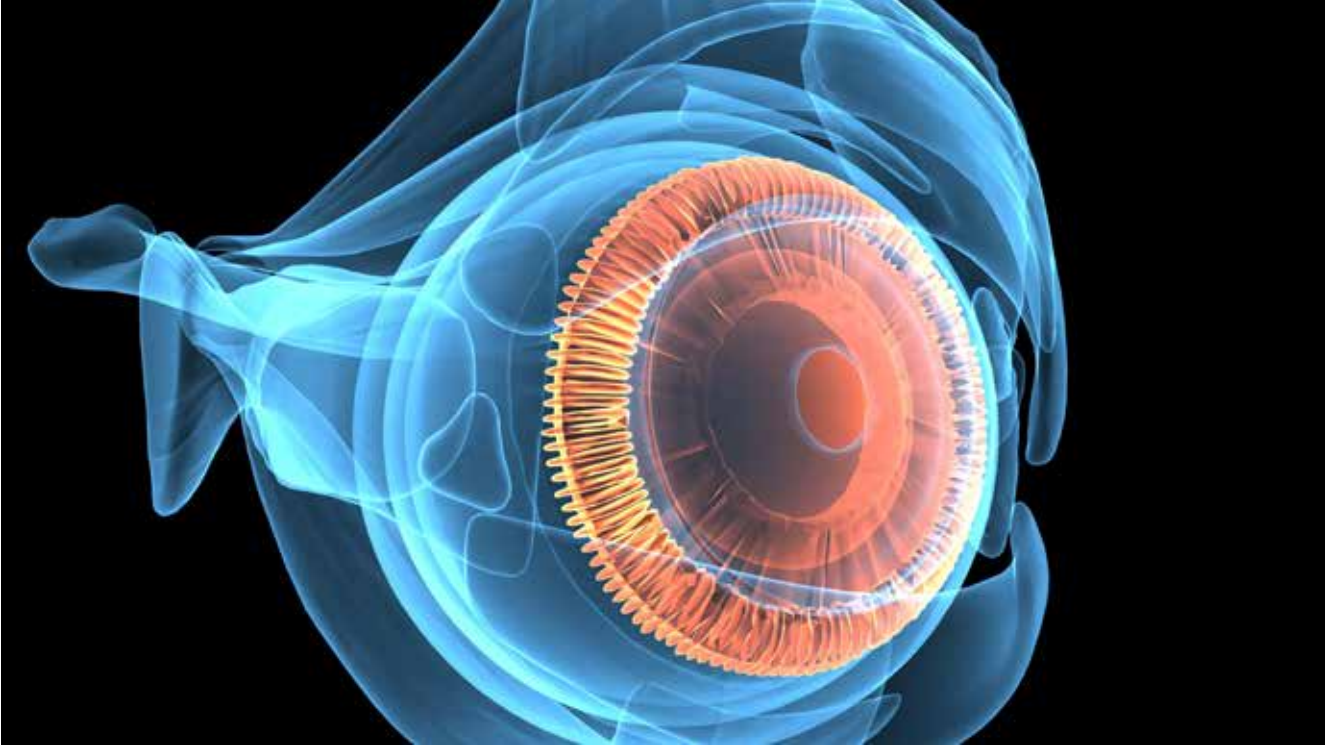
Cyberknife ile olduğu gibi etkin bir tümör kontrolü sağlayabilmekteyiz. Öte yandan, göz içi tümör kalınlığı 2.5 mm'nin altında ise fotodinamik lazer teknolojisi ile tedavi edilebilir. Bu yöntemde koldan verilen bir ilaç ile göz içindeki tümör hücreleri işaretlenir ve lazer uygulaması ile doğrudan tümör hücreleri hedef alınarak tümör etkisiz hale getirilir. Bu modern tedavi yöntemi ile etraf dokulara zarar vermeden tümör ortadan kaldırılabilir.

TÜMÖR ALINDIKTAN SONRA...

Göz kapağı tümörlerinde tümörü tamamen çıkardıktan sonra oluşacak defekti (boşluğu) estetik bir şekilde ve göz görünümünü bozmayacak ve görme fonksiyonunu sağlayacak şekilde oluşturmak tecrübe ister. Tümör çıkarıldığında oluşan açıklıkları adeta yeni bir göz kapağı oluşturacak şekilde greft ve flap cerrahisi gibi plastik rekonstrüktif yöntemler uygulayarak başarıyla rekonstrükte edilebilmekteyiz.

KÖK HÜCREYLE TEDAVİ

Göz yüzeyini tutan kanserler, gözün saydam tabakasını bozarak bulanıklaştırmakta burada yeni damarlar oluşturarak görmenin kalıcı olarak bozulmasına neden olabilmektedir. Bu hastalarda tümör cerrahi olarak çıkarıldıktan sonra, sağlam gözde alınan



'kök hücreler' göze nakledilmekte ve göz yüzeyinin hızla sağlıklı bir şekilde iyileşmesi sağlanabilmektedir. Tümör dışında göz yüzeyini etkileyen diğer bozukluklarda da kök hücre naklini başarıyla uygulayabilmekteyiz. Öte yandan orbita bölgesi gözün hassas damar ve sinirlerinin yer aldığı karmaşık bir bölgedir. Bu bölgedeki tümörlerin cerrahisi tecrübe gerektirir. Bu tümörlerin tanı ve cerrahi planlamasını üç boyutlu modelleme ile her hasta ve her tümör için özgün cerrahi yaklaşımlar ile uygulayabilmekteyiz.

ÇOCUKLARDA KALICI KÖRLÜĞE NEDEN OLABİLİR

Çocuklarda ise en sık görülen göz kanseri retinoblastomdur. Bu tümör çocuklarda tek gözde veya her iki gözde doğumdan sonra ilk 4 yaş içinde gelişebilir. Erken tanı konmadığında gözün kaybına, kalıcı körlüğe ve hatta yaşam kaybına yol açabilir. Tanıda ve tedavide gecikme olursa tümör beyine, kemik iliğine ve vücuda yayılabilir. Bu tümörün tedavisi, tümörün büyüklüğü, evresi, bir veya iki gözde tümör olması gibi kriterlere göre planlanmalıdır. Kemoterapiye oldukça duyarlı olan bu tümör sistemik kemoterapi ve lokal tedavi ile kontrol

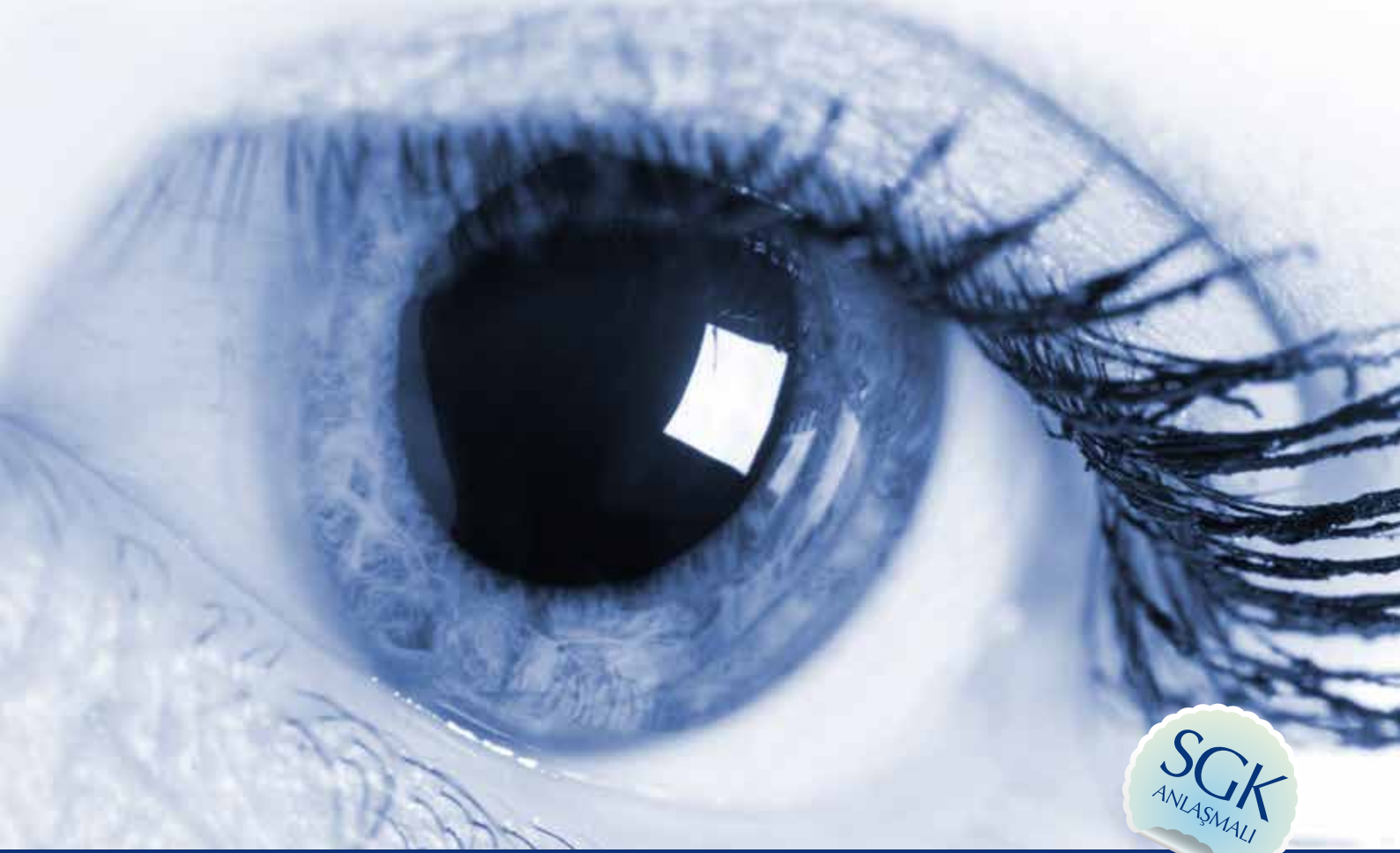


MEDİPOL'DE OKÜLER ONKOLOJİ MERKEZİ AÇILIYOR

Göz tümörleri, ileri düzeyde uzmanlık isteyen bir göz alt branşıdır. Bu hastaların multidisipliner bir yaklaşımla, yani diğer branşlarla iş birliği halinde ve en ileri teknolojiler kullanılarak tedavi edilmesi gerekir. Bu bağlamda, Medipol Mega Üniversite Hastanesi'nde göz tümörü olan hastalar için bir multidisipliner oküler onkoloji merkezi kurulacağı müjdesini tüm sağlık dünyası ve hastalarımıza müjdelemek isteriz. Medipol Mega Üniversite Hastanesi kapsamında kurulacak olan bu merkez sadece Türkiye'de değil, geniş bir coğrafyada göz tümörü hastalarının başvurabileceği, dünya çapında bir oküler onkoloji merkezi olacaktır.

altına alınabilir. Son yıllarda, sistemik kemoterapinin vücuda olan potansiyel olumsuz etkileri nedeniyle çocuğun kasiğından yapılan bir anjiyografik kateter yardımı ile sadece tümörün olduğu göze kemoterapi uygulanabilmektedir. Bu yöntemle çocuğun kasiğından girilen bir katater aynı kalp anjiyografisi gibi

damarlar içinden ilerletilerek göz besleyici damarına ulaşmakta ve kemoterapi ilaçları sadece tümörün olduğu göze uygulanabilmektedir. Bu tedavi lazer gibi lokal tedaviler ile kombine edilebilir. Bu yöntemle kemoterapinin vücuda olan olumsuz etkileri en aza indirilerek etkin göz içi tümör tedavisi sağlanmış olur.



G Ö Z K A N S E R İ

Göz sağlığını önemseyin.

Göz ve orbita tümörlerinde tedavinin gecikmesi görme yeteneğinin, gözün ve hatta yaşamın kaybedilmesine neden olabilir. Medipol Mega Üniversite Hastanesi'nde uzman akademik kadro ve ileri teknoloji ile göz tümörleri tedavi edilebilmektedir.

ROBOTİK RADYO CERRAHİ SİSTEMİ CYBER KNİFE | RADYOAKTİF PLAK | KÖK HÜCRE NAKLİ



LAZER VE
GÖZ İÇİ LENS



RETİNA
HASTALIKLARI



KORNEA
HASTALIKLARI



GLOKOM



KATARAKT



ŞAŞILIK VE GÖZ
TEMBELLİĞİ



NÖRO
OFTALMOLOJİ



OKÜLOPLASTİK
CERRAHİ



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



MEDİPOL
MEGA
ÖZEL
MEDİPOL MEGA
HASTANELER
KOMPLEKSİ



medipolsaglik



medipolsaglik



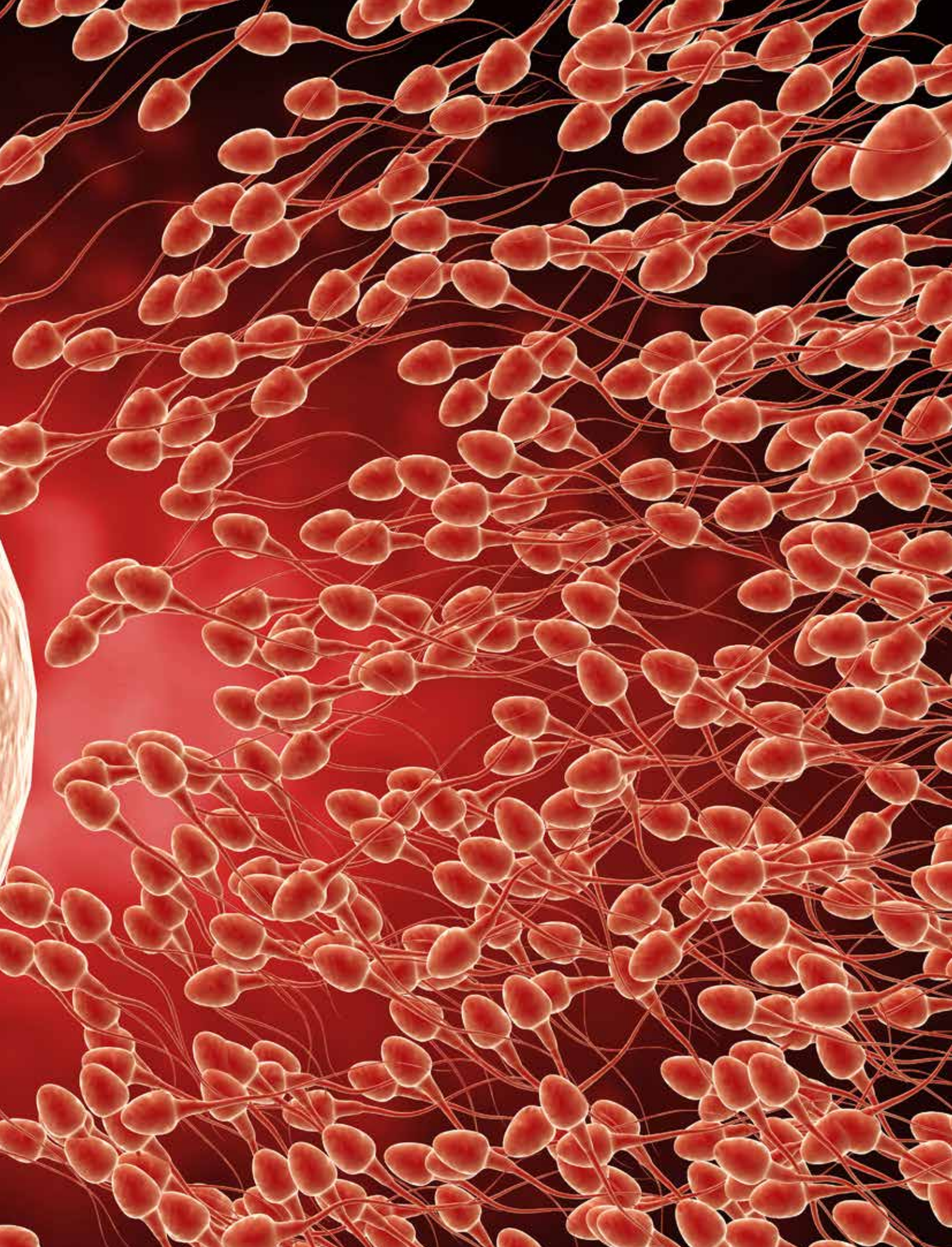
medipolsaglik



MedipolSaglik

Özlem bitiyor

Bebek sahibi olmak isteyen milyonlarca anne baba gerekli durumlarda tüp bebek merkezlerine başvuruyorlar. Uygun tedavi yöntemlerinin uygulanması durumunda çiftlerin çocuk sahibi olmasındaki zorluğun %90'ı aşılabiliyor. Burada önemli olan deneyimli hekim kadrosu, hasta odaklı tıbbi yaklaşım ve teknoloji kullanımındaki öncülüğün yeterli seviyede olması gerektiğidir.





Doğurganlık check-up'ı yaptırdınız mı?

DR. ÖĞRETİM ÜYESİ AYŞE KARAHASANOĞLU

Yeni evlendiniz, bebek düşünüyor ya da istemiyorsunuz. Yine de ileride sorun yaşamamak için yaptıracığınız doğurganlık check-up'ı size doğurganlığınız hakkında doğru bilgiler verecektir.

Doğurganlık check-up'ı nedir?

Doğurganlık check-up'ı, çiftlerin çocuk sahibi olma ihtimallerinin uzman muayenesi ve tıbbi tetkikler ile tespiti ve gerekli tedbirlerin alınması, gerekiyorsa tedavinin düzenlenmesi ve gebeliğin planlanması için uygulanan bir yöntemdir.

Kimler yaptırmalıdır?

Özellikle yeni evli çiftler henüz çocuk sahibi olmayı planlıyor olmasalar da korunma yöntemi tercihiinde bulunmadan önce ya da korunuyor olsalar bile doğurganlık check-up'ı yaptırmalıdır. Çünkü doğurganlığı etkileyen sorunlar,

nadiren çiftin hissedebileceği bazı fiziksel ve fizyolojik belirtileri vermekle beraber çoğu zaman tanı için; uzman doktor muayenesi ve bazı tıbbi tetkiklerin yapılması zorunludur.

Ne zaman yapılmalıdır?

Henüz bir şikâyet veya farkında olun

bir problem olmasa da doğurganlığa ilişkin durumun erken teşhisi ile gerekli tedavilerin vaktinde uygulanması hatta bazen alınması gereken basit tedbirler veya sigara ve alkol gibi bazı alışkanlıklardan vazgeçmek hatta küçük hayat tarzı değişiklikleri ile çocuk sahibi olma ihtimali artmaktadır. Bu sebeple evlenmeden önce dahi yaptırılması birçok açıdan faydalı olmakla beraber evli çiftler tarafından evliliğin ilk günlerinde hemen çocuk istense de istenmese de yaptırılmalıdır.

Neler, nasıl yapılır?

Doğurganlık check-up'ında önce anne ve baba adayının öyküsü alınır. Üroloji ve jinekoloji muayeneleri yapılır. Hormon testleri, sperm analizi, enfeksiyon testleri sonrasında gebelik için uygun zaman belirlenir. Daha ileri tetkiklerin uzmanı tarafından gerekli görüldüğü durumlarda; biyopsi, laparoskopi, histeroskopi, rahim filmi gibi tetkikler de yapılabilmekte olup bu tercih her bir vakanın durumuna göre kararlaştırılıp değerlendirilir.

Genel check-up yöntemi ile doğurganlık durumu tespit edilemez mi?

Piyasada birçok sağlık kuruluşunda oldukça ekonomik fiyatlarla uygulanan ve her yıl tekrarlanması önerilen genel check-up işlemleri esnasında kadınlarda jinekolojik muayene ve erkeklerde yapılan ürolojik muayene ve tetkikler ile doğurganlığı olumsuz etkilemesi muhtemel bazı sorunlar tespit edilebilmekle beraber iki sebeple 'doğurganlık check-up'ı özel olarak yaptırılmalıdır. Bu sebeplerden biri genel olarak uygulanan check-up programları birçok hastalığın erken teşhis ve tedavisi için çok önemli olmakla beraber artık gebelik şansının kalmadığı ileri yaşlarda yapılması, bir diğeri ise doğurganlığın tespitine ilişkin yapılması gereken tetkik ve muayenelerin özgünlüğü ve uzmanlık gerektirmesidir.

Yeni evlenmiş ve çocuk düşünmeyen genç çiftler bu yöntemle neden başvurmalıdır?

Yeni evlenen ve hemen çocuk sahibi olmak isteyen çiftler bir uzmana başvurmadan bir yıl boyunca hatta bazen 2-3 yıla kadar gebeliğin oluşmasını beklerler ya da gebelik istemeyip hemen korunmaya başlarlar. Çocuk sahibi olma noktasındaki karar tamamen çiftlerin kendilerine ait olmakla beraber, üreme fonksiyonları ve doğurganlık kabiliyetleri konusunda



bilgi sahibi olmadan verdikleri karar çoğu zaman doğru olmamaktadır. Çünkü; zaten doğal yollarla gebe kalma zorluğu olan vakalarda korunma yöntemi uygulamaları ile kaybedilen vakitten dolayı yaş faktörünün de eklenmesi ile iş iyice zorlaşmaktadır. Aynı şey hemen çocuk sahibi olmak istediği halde doğurganlık check-up'ı yaptırmadan doğal yollarla gebelik bekleyen kısır çiftler için de daha da dramatik sonuçları ortaya çıkarmaktadır.

Toplumda kısırlık oranı nedir?

Günümüzde artmış mıdır?

Yapılan araştırmalar, yaklaşık her 5 çiftten birinin istemelerine rağmen doğal yollarla çocuk sahibi olamadıklarını göstermektedir. Bunların içinde nedeni

tespit edilemeyen vakalar olmakla beraber toplumda kısırlık kadında ve erkekte yaklaşık olarak aynı oranda görülmektedir. Eski araştırmalardaki kısırlık oranlarına göre bugünkü kısırlık oranı yaklaşık 2 kattır. İnsan hayatındaki artan stres, genetiği değiştirilmiş gıdalar, yanlış beslenme alışkanlıkları, alkol ve sigara kullanımı gibi alışkanlıklar artan kısırlık oranının sebeplerindendir.

Tıp dünyasındaki gelişmeler çocuk sahibi olmayı herkes için mümkün hale getirmiş midir?

Tüp bebek konusunda gelişen teknoloji ve uygulanan yöntemler ile infertil hastaların çocuk sahibi olma şansı artmış olmakla birlikte, çocuk sahibi olmak için yine de yumurta ve sperme ihtiyaç duyulmaktadır.





Bu hücreler mevcut olmadığı durumda tedavi sürecine devam etmek ve çocuk sahibi olmak çiftler için ne yazık ki mümkün değildir.

Doğurganlık tedavisinin genel bir reçetesi yok mudur?

Doğurganlık konusunda bir genelleme yapmak ve her çifte aynı tavsiyelerde bulunup benzer tedavileri uygulamak her zaman istenen sonucu vermeyeceği gibi bazen sonuç almayı zorlaştırabilir. Hatta çiftlerin çocuk sahibi olmasını imkansız hale bile getirebilir. Bu sebeple her vaka için gerekli incelemeler özel olarak yapılmalı ve çıkan sonuçlara göre en uygun yol belirlenmelidir. Yapılacak olan muayene ve tetkikler anne veya baba adayına özel olarak belirlenip çıkan sonuçlar çiftin durumuna göre değerlendirilmelidir. Belirlenen testlerin yapılması çiftlerin çocuk sahibi olma ihtimalini meydana çıkaracak ve eğer gerekiyor ise tedaviyi belirlemek için gerekli bilimsel verileri ortaya koyacaktır.

Doğum için en uygun yaş aralığı nedir?

Sağlıklı bir kadının doğum için en uygun yaşı yirmili yaşlardır. 23-33 yaş arası toplam 10 yıl gebelik ve doğum için

idealdir.

Doğurganlığı olumsuz etkileyen faktörler nelerdir?

En önemli faktörlerden biri enfeksiyondur. Kadınlarda daha çok rahim, tüp ve yumurtalıklarda, erkeklerde ise testislerde görülen ve testis fonksiyonlarını bozan enfeksiyonlar çocuk sahibi olmayı olumsuz etkiler. Bunun yanında hormonal dengesizlikler, gelişme anomalileri, kistler ve tümörler ile cinsel fonksiyon bozuklukları sayılabilir. Direkt üreme sistemini etkileyen durumlar dışında gelişen genel sağlık sorunları veya geçirilen ameliyatlarda doğurganlığı olumsuz etkileyebileceği gibi bireylere ait aşırı şişmanlık ve aşırı zayıflık, yaş, genetik, bağışıklık sistemine ilişkin faktörler, sigara ve alkol alışkanlığı da son derece önemlidir. Saydığımız bu faktörlerin doğurganlığı ne düzeyde etkilediği konusunda bir sonuca varmak için her vaka için bazı tetkiklerin ve uzmanı tarafından kendine özel bir tıbbi değerlendirmenin yapılması gerekir. İşte bu da doğurganlık check up'ıdır.

Stres faktörünü biraz daha açıkla mısınız?

İş ortamından veya farklı birçok sebepten

kaynaklanan stres ve yorgunluk, günlük koşuşturmalar ve şehir hayatının getirdiği düzensizlik, genel sağlık üzerindeki olumsuz etkileri yanında doğurganlık üzerinde de olumsuz etkisi olan ciddi bir faktördür. Stresin her şeyden önce cinsel fonksiyon bozuklukları oluşturduğu ve bu sebeple üremeyi olumsuz etkilediği tüm dünyada kabul edilmektedir.

Medipol Mega Üniversitesi Hastanesi Tüp Bebek Merkezi'nde bu konuyla ilgili ne gibi çalışmalar yapılıyor?

Merkezimiz, sadece tüp bebek uygulaması yapan bir merkez değildir. Çocuk sahibi olma istemi ile başvuran çiftlerin öncelikle muayene ve tıbbi tetkikleri yapıp doğal yollarla gebe kalmaları için önerilerde bulunulup bazı tedaviler düzenlenmekte, doğal yolla gebeliğin gerçekleşme ihtimali yok veya çok az ise tüp bebek tedavisine başlanması önerilmektedir. Çünkü tıbbi tedavi ile birçok vakada gebelik ve sağlıklı doğumun gerçekleşmesi için mevcut sorunlar ortadan kaldırılabilen düzenli ve dengeli beslenmek, aşırı yorgunluktan ve stresten uzak durmak gebelik şansını artırmaktadır.



Bebek sahibi olmanın bilimsel ve güvenli testi: Doğurganlık Check-up'ı

Çocuk sahibi olma ihtimalinizi uzman doktor ve tıbbi tetkikler ile tespit etmek, gerekirse doğru tedavi uygulanmasını sağlamak ve gebeliğinizi ne zaman planlayacağınıza karar verebilmek için Doğurganlık Check-up'ını tercih edin.



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



**MEDİPOL
MEGA**
ÖZEL
MEDİPOL MEGA
HASTANELER
KOMPLEKSİ



medipolsaglik



medipolsaglik



medipolsaglik



MedipolSaglik



ERKEK KISIRLIĞINA GENEL BAKIŞ MİKRO TESE

DR. ÖĞRETİM ÜYESİ MUSTAFA YÜCEL BOZ

Tüp bebek tedavilerinde kadının olduğu kadar erkeğin de bir dizi muayeneden geçmesi gerekir. Sperm üretimini ve taşınmasını olumsuz etkileyen durumların varlığında testislerden ameliyat ile sperm aranması işlemi yani TESE yöntemi oldukça önemlidir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre, infertilite (kısırlık) son on iki aylık zaman diliminde korunmadan cinsel birleşme olduğu halde gebeliğin olmaması durumudur. Genel olarak kısırlıktan; 1/3'ünden erkekler, 1/3'ünden kadınlar ve 1/3'ünden de her iki partner birlikte sorumludur. Kısırlık yaklaşımında ilke tek başına erkeğin ya da kadının değil, çift olarak problemi değerlendirme ve tedavinin her iki eşi de kapsamasıdır. Erkek partnerin değerlendirilmesi kolay, ucuz ve çabuk sonuç verir. Kısırlığın seyrinde; kısırlığın

süresi, primer/ sekonder (hiç gebelik elde edilememiş olması, çocuk sahibi olduğu halde tekrar çocuk sahibi olamama) oluşu, semen analiz sonucu (spermiyogram), eşin yaşı ve kısırlık durumu önemli etkenlerdir. Erkeklerde sperm üretimini ve taşınmasını olumsuz etkileyen durumlar kısırlığa neden olabilir. Kısırlık üzerine olumsuz etkisi olan hastalıkları şöyle sıralayabiliriz: Diyabet ve nörolojik hastalıklar; ereksiyon (sertleşme), ejakülasyon (boşalma, sperm atımı) bozukluklarına neden olarak, erkek üreme organlarında enfeksiyon varlığı; sperm yapısını ve kalitesini etkileyerek, aynı

zamanda boşaltım kanallarında tıkanıklığa neden olarak, doğumsal ya da kazanılmış ürogenital anomaliler (testis travmaları, testis torsiyonu, testis tümörü, varikosel, inmemiş testis, hipospadias, epispadias), endokrin bozukluklar (hipofiz bezi, tiroid bezi, böbrek üstü bezi hastalıkları), immünolojik bozukluklar, genetik bozukluklar, ilaç kullanımı, radyoterapi, kemoterapi, çevresel ve sosyal faktörler (sıcak çevre şartları, sıcak banyo, kurşun, kadmium, çinko gibi ağır metallerle maruziyet, böcek ilaçları ve tarım ilaçları, kronik alkolizm ve tütün kullanımı,

uzun aralıklı cinsel ilişki sıklığı, obezite, emosyonel stres.

AZOSPERMİ İLAÇLA TEDAVİ EDİLEMEZ

Bir erkeğin üreme kapasitesini gösteren tetkik semen analizidir. Spermiyogram sonucuna göre başta hormonal değerlendirme olmak üzere ek testler (tam idrar tahlili, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, genetik araştırma, ultrasonografi) de gerekli olabilir. Spermiyogramda üreme kapasitesini gösteren temel olarak; semen hacmi, sperm sayısı, hareket kabiliyeti ve şekil bozuklukları ile ilgili bilgiler elde edilir. Bu parametrelerin sadece birinde bozukluk olabilmekle birlikte her birini kapsayacak geniş bir yelpazede bozukluklar tespit edilebilir. Çocuk sahibi olamayan erkeklerin % 30-40'ında erkek-kısırlık ile ilişkili faktör bulunmaz. Bu erkekler, doğurganlığı etkileyen hastalık öyküsü olmayan, fizik muayene, endokrin, genetik ve biyokimyasal laboratuvar testleri ile ilgili normal bulgulara sahiptirler. Ejekülat ya da halk arasında döl sıvısı, meni olarak adlandırılan sıvı, ergenlik çağı ile beraber 3 organın salgıları ile oluşturulur. Bu organlar seminal veziküller (er bezleri), prostat ve testislerdir. Ejekülatın %40-50 kadarı er bezlerinden, %30-40 kadarı prostat salgısından ve %10-15 kadarı testislerde üretilen spermillerden oluşur. Testisler sadece sperm üretimi yapmayan aynı zamanda testosteron salgılayan birer endokrin organlardır. Bu durum şu anlama gelir ki; ereksiyon (sertleşme), libido (cinsel arzu, istek) ve ejakülasyon bozukluğu olmadan da erkelerde sperm üretiminde bozukluk dolayısı ile kısırlık gözlemlenebilir. Erkek kısırlığının en uç örneği; ejakülat çıkaramayan ya da ejakülatın da hiç sperm bulunmayan (azospermi) veya çok az sayıda (kriptoospermi) sperm bulunan erkeklerdir ve genellikle çocuk sahibi olabilmek için yardımcı üreme tekniklerine başvurmaları gerekir. Tıp dilinde hipogonadotropik hipogonadizm olarak adlandırılan ve testisleri sperm üretimi ve testosteron salgısı için uyarıcı hormonların (FSH, LH) yeterli düzeyde salgılanamaması ile karakterize hastalık dışında azospermin ilaçla tedavisi bugün için mümkün değildir.

TESTİSE EN AZ ZARAR

Azospermi obstrüktif (tıkanıklığa bağlı) (OA) ve non-obstrüktif (NOA) olarak ikiye ayrılır.

Testislerden ameliyat ile sperm aranması işlemine testisten sperm ekstraksiyonu/ çıkarma (TESE; testiküler sperm elde edilmesi) adı verilir. Günümüzde en ideali cerrahi mikroskop yardımıyla TESE tekniğinin uygulanmasıdır. TESE'de sperm bulunma ihtimali testis büyüklüğü, kan hormon düzeyleri gibi klinik bulgulara göre değişmekle beraber önceden bulunup bulunmayacağının kesin olarak bilinmesi mümkün değildir. Bulunamama ihtimali de vardır. Üremeye yardımcı tedavi uygulamaları ve üremeye yardımcı tedavi merkezleri hakkındaki yönetmeliğe göre TESE ile alınan doku örnekleri, verici adaya ait DNA analizi ile birlikte saklanır. Bu nedenle sperm bulunduğu takdirde hastadan alınan kan örneğinden DNA'sı ayrıştırılır ve saklanır. Daha sonraki tüp bebek uygulamalarında, hasta talebi



olursa, soy bağının tespiti amacıyla DNA testi yaptırabilir. TESE bölgesel veya genel anestezi ile yapılabilir. Ameliyatın amacı testislerin içerisinde spermatozoa (olgun ve dölleme kapasitesine sahip sperm hücresi) bulunabilecek seminer tübüllerin seçilerek çıkarılmasıdır. Çıkarılan tübüller daha sonra laboratuvarda ayrıştırma işlemine alınarak, yeterli kalite ve sayıda sperm elde edilmeye çalışılır. Çalışmalar, seminer tübül seçiminde optik büyütme kullanılmasının, çıplak gözle doku çıkarılmasına göre hem sperm elde etme başarısını artırdığını hem de testis dokusunda oluşabilecek hasarı azalttığını ve doku beslenmesinde bozulmayı en aza indirdiğini ortaya koymuştur. Büyütme amacıyla (cerrahi gözlük) kullanılabilirse de, x20-x30 büyütme gerektiği zaman yetersiz kalabilir. İdeal olan en az x20 optik büyütme sağlayabilen ameliyat mikroskopunun tercih edilmesidir. Amaç, testise en az hasar verecek şekilde doku çıkarılarak IVF-ICSI'de (tüp bebek tedavi yöntemi)

kullanılabilecek yeterlilikle kalite ve sayıda spermatozoanın elde edilmesidir. TESE'den elde edilen spermiller hemen taze olarak kullanılabileceği gibi dondurulduktan sonra da ihtiyaç durumunda kullanılabilir. Taze kullanılabilmesi için önce kadında tüp bebek tedavi işleminin başlaması ve yumurtaların toplanacağı olgunluğa getirilmesi gerekmektedir. Yumurta toplama işlemine yakın zamanda yapılan TESE'de sperm bulunursa taze olarak kullanılabilir. Ancak, bulunamadığı durumda kadına başlanan tüp bebek işleminin iptal edilmesi gerekir. Sperm tahlilinde hiç sperm hücresi bulunmayan hastadan ameliyatla testisten sperm elde ederek kişinin çocuk sahibi olmasına yardımcı olmaktır. Başarı olasılığı kişisel faktörlere bağlı olarak değişmekle beraber %35 ile %65 arasındadır. TESE işleminde sperm bulunmuş olması tüp bebek denemesinin yapılabilirliğinin göstergesidir, doğum ile sonuçlanacak bir sürecin garantisi değildir. Bu işlem; 45 dakika ile 180 dakika arasında değişmektedir. İşleme herhangi bir testisten başlanır ve TESE uygulanan testisten yeterli sayıda spermatozoa bulunursa diğer testis açılmadan işlem sonlandırılır. Böyle bir durumda işlem kısa sürecektir. Ancak işleme başlanan testisten sperm bulunamaz ise diğer testise geçileceğinden işlem süresi daha uzun olacaktır.

RİSKLER VE KOMPLİKASYONLAR NELERDİR?

Cerrahi işlemlerin tümüne özgü olan enfeksiyon, damarlarda ve akciğerde kan pıhtısı oluşumu, kanama, alerjik reaksiyon, kalp krizi, hayatı risk olabilir. Ateş, titreme, ağrı, testis hasarı, küçülmesi, fonksiyonunun azalması ve buna bağlı cinsel istekte azalma muhtemel risklerdendir. Bu risklerden çoğunluğu oldukça enderdir. Eğer tedavi edilmez/ uygulama yapılmaz ise kişide sperm hücresi bulunmadığından doğal yollardan çocuk sahibi olamayacaktır. Ayrıca, mikrocerrahi epididimal sperm aspirasyonu (MESA) alternatif bir işlem olarak uygulanabilir. Obstrüktif azospermi olması durumunda testise lokal anestezi uygulanarak testiküler sperm aspirasyonu (TESA), perkütan epididimal sperm aspirasyonu (PESA) ile sperm elde edilerek tüp bebek tedavisi uygulanabilir. Bu yöntemler ile sperm elde edilemez ise TESE yapmak gerekecektir.

Sağlıklı embriyoların peşindeyiz

DR. ÖĞRETİM ÜYESİ AYŞE KARAHASANOĞLU

Preimplantasyon genetik tanı
yöntemi sayesinde genetik
anomaliler, embriyo aşamasında
teşhis edilebiliyor.

Medipol Mega Üniversite Hastanesi Tüp Bebek Merkezi; deneyimli kadrosu, hasta odaklı tıbbi yaklaşımı, teknoloji kullanımındaki öncülüğü ve konu ile ilgili tüm bilimsel gelişmeleri yakından takip ederek ulaştığı yüksek gebelik oranları ile yoğun ama keyifli bir şekilde infertil çiftlere hizmet vermeye ve sağlıklı çocuklara sahip olmalarını sağlayarak onları mutlu etmeye devam ediyor. Medipol Mega Üniversite Hastanesi Tüp Bebek Ünite Sorumlusu Dr. Öğretim Üyesi Ayşe Karahasanoğlu, preimplantasyon genetik tanı (PGT) ile ilgili merak edilen soruları cevapladı.

PGT Nedir?

Preimplantasyon genetik tanı; genetik anomalilerin, embriyo transferi yapılmadan önce genetik olarak incelenmesi ile embriyo aşamasında teşhis edilmesidir. PGT anne rahmine yerleştirilmeden önce embriyonun kromozomal açıdan incelenmesine imkan veren bir yöntemdir. Bu yöntem ile hem gebeliğin oluşma ihtimali artar, hem de düşük yapma oranı önemli ölçüde azalır.

Kimler PGT yaptırmalıdır?

Öncelikle; tekrarlayan tüp bebek tedavisi başarısızlığı yaşayanlar, ailelerinde kalıtsal genetik hastalığı olanlar ve ileri yaşta olan anne adayları (37 yaş üstü) PGT yaptırmalıdır.

PGT ne sağlar?

İşlem sonucunda sadece sağlıklı olan embriyoların transferi yapıldığından dolayı gebeliğin oluşması ve sağlıklı doğum şansı artar. Bunu bilmek aileyi mutlu edeceğinden dolayı daha huzurlu bir gebelik dönemi geçirilir. Ayrıca, meydana gelmiş bir hamileliğin sonlandırılması veya hasta bir bebeğin doğması sonrasında karşılaşılabilecek zorlukların önüne geçilir.

Hangi anomaliler PGT ile tespit edilebilir?

Down sendromu, trizomiler, turner sendromu, mozaikizm, translokasyon ve diğer bazı kromozomal hastalıklar ile hemofili, duchen nöromusküler distrofi, monozomi, talasemi hastalığı, kistik fibrozis, orak hücreli anemipidermilisis büllosa gibi gen mutasyonu belirlenmiş birçok tek –gen hastalıkları tespit edilebilmektedir.

PGT ne zaman yapılır?

Yakın zamana kadar yaygın olarak kullanılan ve bizim merkezimizin de tercihi

önceden 3'üncü gün biyopsisi idi. Kısa sürede sonucun çıkmasından dolayı taze embriyo transferine imkan vermesinden dolayı en sık kullanılan yöntemdi. Ancak embriyonun gelişmesinin ilk aşamasında çok az sayıda hücreye sahip olduğu bir dönemde yapılmasından kaynaklanan bazı sorunlardan dolayı ve doğru sonuç verme oranını yükselttiği için 5'inci gün embriyo biyopsisi ile PGT'yi tercih ediyoruz. Yani merkezimizde mevcut çağın gerektirdiği tüm teknik donanıma sahip embriyoloji laboratuvarımızda döllen embriyoların gelişiminin 5'inci gününde biyopsi yapılarak kromozomal durumu PGT ile tespit edilmektedir.

Bu yöntemle mutlak gebelik garantisi midir?

PGT yöntemi tüp bebek tedavi sürecinin sadece bir kısmıdır. Tüp bebek tedavisinde; kromozomal olarak normal bir embriyo kadar, bu embriyonun tutunabileceği anatomik bozukluğu olmayan sağlıklı bir rahim dokusu da önemlidir.

PGT yöntemi uygulanmak sureti ile oluşan bir gebelik 'genetik hastalığı olmayan' bir bebeğe sahip olmayı garantiler mi?

PGT yöntemi ile kromozom seviyesindeki anormallikler ve buna bağlı oluşabilecek genetik hastalıklar tespit edilir. Talasemi, kistik fibrozis gibi gen seviyesinde olan hastalıklar tespit edilemez. Eğer ailelerde bu şekilde kalıtsal bir tek gen hastalığı öyküsü varsa tek gen hastalığı için PGT yapılmalıdır.





Hasta kardeşlere umut ışığı

PROF. DR. S. SEMA ANAK

Preimplantasyon ile doku grubu uygun ve hastalıksız olarak doğurtulan kurtarıcı bebekler; pek çok kemik iliği nakli gereken ve HLA doku grubu uygun vericisi olmayan kardeşe umut oluyorlar.

Preimplantasyon genetik tanı yöntemi, anneden toplanan yumurtalar ve babanın spermeleriyle dış ortamda oluşturulan embriyolarda bulunabilecek genetik bir bozukluğun saptanması, sağlıklı embriyoların seçimi ve annenin uterusuna transferini (IVF) amaçlayan bir uygulamadır. Bu yöntem hem hastalıklı bir çocuk olma olasılığını ortadan kaldırırken,

kemik iliği nakli (KİT) gerektiren hastalıklı bir kardeş için, HLA doku grubuna uygun seçilerek potansiyel bir verici de oluşturulabilir. İlk uygulama Fransa'da 'fanconi aplastik anemi'li bir çocukta yapılmış ve başarılı olmuştur. Konunun hassasiyeti, bu çalışmaların yapılmasında bazı ahlaki, etik, hukuksal, tıbbi konuların irdelenmesi gereğini de beraberinde

getirmiştir. Ancak preimplantasyon ile doku grubu uygun ve hastalıksız olarak doğurtulan bu bebekler pek çok KİT gereken ve HLA doku grubu uygun vericisi olmayan kardeşe umut olmuştur. Dış ortamda fertilizasyon (IVF), adı verilen yöntem, pek çok aileye sağlıklı bir çocuk vermek amaçlı kullanılmakta ve başarılı olmaktadır. Bu yöntemi bir adım daha

ileri taşıyarak, oluşturulacak bebeğin, ailede sorun yaratan genetik bir hastalığı taşınaması sağlanabilir. Daha da ilerisi, hastalıklı ve KİT gerektiren bir kardeş için de potansiyel verici olabilir. Burada diğer önemli bir husus işlemin süresidir. Başarılı bir işlemin yapılabilmesi yaklaşık en az bir yılı alırken, bebeğin plasentasından (dölesi), çocuğa hiçbir zararı olmayacak şekilde göbek kordonu hücrelerinin toplanması sonucu elde edilecek üründe yeterli kök hücre bulunmaması durumunda, bebeğin verici olabilmesi için en az 6 ay daha beklenmesi gerekebilir. Bu süreç hastanın yaşamını tehdit eden hastalığı açısından çok uzun olabilir. Örneğin tekrarlamış veya yüksek riskli lösemilerde bu şans çok düşüktür. Ancak talasemi, orak hücreli anemi gibi kronik kan hastalıklarında bu zaman sağlanabilir ve yöntem kullanılabilir.

'KURTARICI BEBEKLER'

IVF yönteminde, sağlıklı bir embriyonun seçimi ile anneye yerleştirilmesi konusunda ciddi ahlaki, etik, dinsel tartışmalar yapılmış ve işlem medikal bir seçenek olarak kabul edilmiştir. Bazı toplumlarda, kullanılmayan diğer embriyoların hukuksal ve dinsel değerlendirilmesi ve gereğinde yok edilmesi önemli bir tartışma konusu olmaktadır. Yine de 'kurtarıcı' verici niteliğindeki bu çocuklar, pek çok hasta kardeş için de umut ışığı olmuştur. Etik boyutta, KİT için böyle bir HLA uygun kardeşin verici olarak kullanımı, genetik ve genetik olmayan hastalıklarda kabul görmektedir. Zaten genetik olarak %25-50 oranında hasta çocuk sahibi olma riski taşıyan ailelerde (akraba evliliklerinde risk artmaktadır), bu yöntemle doğacak çocuğun sağlıklı olması değerlendirilmelidir.

Ancak bu çocuğun verici olarak kullanımı 3 etik tartışmayı gündeme taşımıştır:

1. Kurtarıcı niteliğindeki bu çocuklara meta muamelesi mi yapılmaktadır?
2. Kurtarıcı kardeşlerin oluşturulmasına izin vermek ileride planlanmış proje bebeklerin oluşturulmasına yol açar mı?
3. Kurtarıcı bebekler psikolojik olarak zarar görür mü?

Bu sorular tek tek ele alındığında, kurtarıcı bebeklere obje muamelesi yapıldığı doğru değildir. Birçok aile çocuk sahibi olurken çok daha kişisel motivasyonlardan (evliliği kurtarma, yalnızlıktan kurtulma vs) etkilenmektedir. KİT ile bir hayatın

kurtarılması için çocuk sahibi olmak, çok daha pozitif bir unsurdur ve bunun etik tartışması gerekli gözükmemektedir. İkincisi, HLA seçiminin diğer yapısal özelliklerin seçimine yol açacağı konusu getiriler değerlendirildiğinde karşılaştırılmaz başlıklardır. HLA seçimi bir hayatın kurtarılması anlamını taşıırken, yapısal özelliklerin seçimi hiçbir ek yarar sağlamaz.

VERİCİ FİZİKSEL TRAVMA YAŞAMAZ

Diğer önemli başlık olan psikolojik travma ise potansiyel olarak mevcuttur, ancak özellikle birbirine daha bağlı, oriental toplumlarda, bir kahramanlık ve başarı öyküsü yaratacağından bu travma kolaylıkla aşılmaktadır. Zaten göbek kordonu hücre sayıları yeterliyse, verici hiçbir fiziksel travma görmeyecektir. Hücre yetersizse, uygulanacak işlemler de standart vericiden hücre toplama yöntemleridir ve ek bir yük taşımazlar. Ailenin hasta çocuğa odaklanıp, verici çocuğu ihmal etmesi olasılığı bu gibi toplumlarda çok düşüktür. Zaten ailenin genelde ilk amacı sağlıklı bir çocuk sahibi olmaktır, sonra kardeşine yardım edebilir de ikincil bir kazanç olmaktadır. Bunların yanında, özellikle kardeş vericisi olmayan hastalara akraba dışı, HLA doku uyumlu veya uyumsuz aile içi vericilerden yapılan nakillerin de daha fazla risk taşıdığı unutulmamalıdır. Bir diğer tartışma konusu da maliyettir. Sigorta sistemlerinin ödeme yapmadığı durumlarda, bu yöntemle ulaşmada eşitsizlikler olabilir. Özellikle de

bu grup hastalıkların sosyoekonomik olarak daha düşük kesimleri daha fazla etkilediği göz önüne alınırsa, bu durum gelişmekte olan toplumlarda sorun oluşturabilir. Bu uygulamalardan haberdar olmayan kişiler artık bilgi toplumunda öğrenme şansına ulaşabilmektedir. Bu konuda devletlerin gerekli sigorta kapsamını sağlamaları gerekir. Ayrıca sonuç başarılı olduğunda, devletin hasta bireye hayat boyu yapacağı yatırımın çok daha fazla olacağı göz önüne olabileceği söylenebilir.

Türkiye'de yapılan çalışmalarda, değişik malin ve doğumsal hematolojik, metabolik hastalıklı veya immun sistemi yetersiz 52 çocuk hastaya, 2008-2006 yılları arasında, bu teknikle sağlıklı verici olabilecek vericiler oluşturulmuştur. Kemik iliği nakli esnasında hastalar ortalama 8 yaşındayken, vericiler ortalama 2 yaşındaydı. En sık hedeflenen hastalık talasemi major (ailevi Akdeniz anemisi)'ydi (%80). Vericilerin 37'sinden toplanan göbek kordonu kanı da kullanıldı ve başarı %96 oranındaydı. Avrupa'da yapılan büyük bir çalışmada, 364 çiftte, %56.6 oranında embriyo nakli gerçekleşmiş ve sağlanan 164 gebelikte 136 bebek sağlıklı doğmuştur. En etkin faktörler olarak tedaviye başlandığındaki annenin yaşı, toplanan yumurta sayısı ve genetik şans vurgulanmıştır. 57 hastada KİT yapılmıştır (%64.9'da göbek kordonu kanı ve kemik iliği birlikte kullanılmıştır). Başarı oranı ise %77.3'dür.

AKRABA UYUMLU VERİCİ OLMAYAN AİLELERE ÖNERİLİR

HLA doku grubu uygun bebek oluşturmak için prenatal genetik yöntemlerin uygulanması ve IVF ile çocuğun oluşturulması konusunda bazı uluslararası öneriler getirilmiştir. Bunlar;

- Bu yöntem akraba uyumlu bir vericinin olmadığı ailelere önerilmektedir.
- KİT işleminin acil olmadığı ve en az 9-12 ay bekleyebileceği (IVF PGD işlemi için en az 2-3 ay gerekir, sonra gebelik ve doğum süreciyle en az bir yıl gereklidir) durumlarda önerilmektedir.
- Anne doğurgan yaş grubunda

olmalıdır veya yarı uyumlu, akraba bir yumurta vericisi bulunmalıdır.

- Annenin yaşı, teknikte önemli olduğundan, aileye erken dönemde bilgilendirme yapılmalıdır.
- Tanıdan hemen sonra, birkaç hafta içinde, hastalık çok iyi bir prognoza sahip olsa dahi, tüm ailelere önerilmektedir.
- Eğer bu yöntem, lokal veya ülkesel olarak, mevcut değilse, bu işi yapabilecek bir merkezle bağlantı kurulmalıdır.
- Bu işlem, bu uygulamalarda deneyimli bir IVF PGD merkezinde yapılmalıdır.

Kanser tedavisi anneliğe engel değil

OP. DR. SEVİNÇ ÜNAL

Son yıllarda yaşanan gelişmelerle kanser tedavisi gören anneler yumurtalarını dondurarak ilerleyen zamanlarda bebek sahibi olabiliyorlar.



Kanser hastalığı günümüzde giderek sıklığı artmasına rağmen gelişen cerrahi, medikal ve teknolojik yöntemler sayesinde daha fazla başarı ile tedavi edilmektedir. Ne var ki kansere yönelik kemoterapi ve radyoterapi gibi

tedaviler, üreme çağındaki kişilerde ve çocuklarda üreme fonksiyonlarının kaybı ve erken menopoza yol açabiliyor. Çocuk sahibi olma isteği taşıyan kişilere cerrahi sonrası verilen kemoterapi ve radyoterapi tedavilerinin yumurta hasarına

yol açabileceği anlatılmalı ve üremeyi koruyucu yöntemler tartışılmalıdır. Adjuvan kemoterapi ve radyoterapi verilmeden önce hastalar ile kendi durumlarına göre aşağıdaki seçenekler tartışılır. İlk bilgilendirme vakayı ilk

kez gören cerrah ve onkolog tarafından yapılmalı ve vaka daha detaylı bilgi almak için fertilité uzmanına yönlendirilmelidir.

- **Embriyo dondurma:** Evli çiftlerde ilk seçenektir. Dondurularak saklanan embriyo transferi ile taze embriyo transferi arasında canlı doğum başarısı açısından fark bulunmamaktadır.
- **Yumurta dondurma:** Evli olmayan hastalarda ilk seçenektir. Bunun için yavaş dondurma ya da vitrifikasyon yöntemi kullanılmaktadır. Hastanemizde vitrifikasyon yöntemi ile yumurta dondurma işlemi yapılmaktadır.
- **Yumurtalık dokusu dondurma:** Bu yöntem seçili hastalara sunulmaktadır. Özellikle bekar, ergenlik dönemindeki veya öncesinde olan kişiler ya da kanser tedavisinin hemen başlanması gereken hastalarda ilk seçenektir.

SPERM DE DONDURULABİLİR

Yumurta ve embriyo dondurmak için fertilité uzmanları tarafından kontrollü olarak yumurtaların geliştirilmesi gerekmektedir. Normalde adet 2 ya da 3'üncü gününde başlayan yumurta geliştirme tedavisine bu hastalara özel uygulama ile herhangi bir dönemde başlanılabilmekte ve en geç 2 hafta içinde yumurtalar toplanmaktadır. Ayrıca yumurta geliştirme tedavilerinde kan estrojen düzeylerinde belirgin artış olmaktadır. Çoğu onkolog özellikle estrojen bağımlı kanseri olan hastalarda embriyo ya da yumurta dondurulmasına sıcak bakmamaktadır. Ancak çok yeni ve özel yumurta geliştirme tedavileriyle özellikle estrojen duyarlı kanserlerde, tedavi sırasında estrojenin yükselmesini engelleyen aromataz inhibitörleri tercih edilmektedir. Benzer şekilde testis kanserleri, lösemi ve diğer kanser türlerinde kemoterapi ve/veya radyoterapi uygulanacak olgularda gelecekte sperm üretiminin azalma ihtimaline karşı, çocuk sahibi olmak isteyen vakalara yardımcı üreme işlemlerinde kullanılmak üzere kanser tedavisi öncesinde sperm dondurma işlemi uygulanmaktadır. Azospermi (sperm analizinde sperm bulunmayan) hastalarında işlem günü testiküler/ epididimal yoldan elde edilen spermlerden mikroenjeksiyon sonrası artan spermilerin ya da tanı amaçlı yapılan



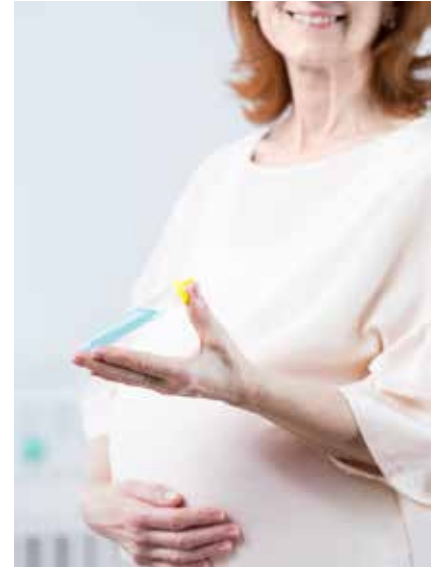
YUMURTA REZERVİ FARKLILIK GÖSTEREBİLİR

Kadınlar doğumdan menopoza kadar gittikçe azalan, kısıtlı sayıda ve tekrar yenilenemeyen belli bir yumurta sayısı ile doğarlar ve yumurta rezervi her kadın için, doğumdan menopoza kadar her yaşta farklılık gösterir. Doğumda yaklaşık 2 milyon olan yumurta havuzunda, 37 yaşında 25 bin, menopozda da binden az yumurta kalmaktadır.

testis biyopsisinden elde edilen dokunun dondurularak saklanması amacıyla uygulanmaktadır.

OOSİT DONDURMA KİMLERE YAPILABİLİR?

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından 30 Eylül 2014 tarihinde yayınlanan bir yönetmelik ile evli olmayan ancak yumurtalık rezervi düşük kadınlar, henüz doğurmamış veya aile öyküsünde erken menopoz hikâyesi bulunanlar yumurtalarını dondurarak saklayabilecektir. Bu durumun 3 uzman tabipten oluşan sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmesi durumunda yumurtalar



dondurulabilmektedir. Oosit dondurma işleminde, öncelikle hastaya, tüp bebek tedavisine benzer şekilde, kontrollü olarak yumurtaların geliştirilmesi tedavisi uygulanarak elde edilecek oosit sayısının artırılması hedeflenmektedir. Toplanan oositler 2 saat sonra dondurma öncesi hazırlık işlemleri yapılarak, vitrifikasyon yöntemi ile özel dondurma protokolü kullanılarak dondurulur ve -195 derecede saklanır. Tıpkı embriyolarda olduğu gibi yumurtaların da dondurularak saklanması ve daha sonra çözülerek embriyo oluşturulması mümkündür ve günümüzde başarı ile uygulanmaktadır.

Tüp bebek neden tutmaz?



OP. DR. SEVİNÇ ÜNAL

Tekrarlayan tüp bebek başarısızlıkları birçok hasta için hayal kırıklığına ve depresyona sebep olur. Peki; tüp bebek başarısızlıkları neden olur?

4 0 yaş altı hastalarda taze veya dondurulmuş 3 kez ve toplamda en az 4 adet iyi kalite embriyo verilmesine rağmen gebelik kesesi ile sonuçlanmayan vakalarda tekrarlayan tüp bebek başarısızlığından bahsedilir. Tekrarlayan başarısız tüp bebek denemeleri hastalarda ciddi anksiyete ve depresyona neden olmaktadır, tedaviyi bırakma oranlarını da artırmaktadır. Fertilite konusunda deneyimli bir tüp bebek uzmanı tarafından bu hastalara yeterli vakit ayrılarak soruları cevaplanmalı, hastanın kısırlık sebeplerinin, geçmiş tedavilerinin ve olası başarısızlık sebeplerinin detaylı

incelenmesi ve tedavi seçeneklerinin açıklaması yapılmalıdır. Yapılacak yeni bir tüp bebek tedavisinden önce, varsa temel yaşam şekli iyileştirmeleri önerilmelidir. Bunlar arasında, stres ve anksiyetenin azaltılması, sigara alkol kullanımının önüne geçilmesi ve obezitenin kontrol altına alınması sıralanabilir. Tekrarlayan tüp bebek başarısızlıkları olan vakaların %10-50 kadarında rahim anormallikleri tespit edilmiştir. Hidrosalpenksin (tüplerin tıkanması ve içerisinde sıvı birikmesi) tüp bebek gebeliklerinde canlı doğum oranlarında %50 ve üzerinde azalmaya neden olduğu bilinmektedir. Bu vakalara

3 boyutlu ultrasonografi yapılmalı ve rahim filmi (HSG) çekilmelidir. Rahmin doğuştan olan anormalliklerini ve tüplerin değerlendirilmesinde HSG ilk tercih edilecek yöntemdir. Rahim iç bütünlüğünü bozan, uterin septum (rahim perdesi), myomlar, polipler ve rahim içi yapışıklıklar varsa histereskopi yapılmalı, hidrosalpenx tespit edildiği durumda ise laparaskopi ile tüpler incelenmelidir. Ayrıca tekrarlayan tüp bebek başarısızlıkları olan vakalarda kromozomal anormalliklerin fertil çiftlere göre arttığı gözlenmektedir. Bu nedenle bu çiftlerde kromozom bozuklukları özellikle

translokasyon taşıyıcılığı, mozaizm, inversiyon, delesyonların ve kromozom kırıklarının araştırılması için periferik kandan kromozom analizi yapılmalı ve bu vakalarda kromozomal bozukluk saptandığında preimplantasyon genetik tanıdan faydalanılmalıdır.

ENDOMETRİYUMUN DEĞERLENDİRİLMESİ GEREKİR

Embriyonun tutunması için işleyen ve alıcığı yüksek bir endometrium önemlidir. Reglinin belirli döneminde yapılan ultrason muayenesiyle, rahim içi kalınlığının ve görünümünün doğru ve titizlikle değerlendirilmesi tutunma başarısını artırmaktadır. Çünkü başarılı implantasyon için rahimin iç duvarında yeterli kalınlık olmalıdır. İnce ve ilaçlarla kalınlaşmaya cevap vermeyen endometriyumun tedavisi zordur. Embriyo transferindeki güçlükler de tutunma oranlarını azaltabilmektedirler. Tüm yardımcı üreme tedavi sikluslarında embriyo transferi mümkün olduğunca kolay ve rahmi uyarmadan gerçekleştirilmelidir. Embriyo transferi sonrası yatak istirahati önerilmesinin veya fiziksel aktivitenin kısıtlanmasının ise gebelik oranlarını artırmadığı kabul görmektedir. Tekrarlayan tüp bebek başarısızlıklarında faydası kanıtlanmamış tedaviler de bulunmaktadır. Sürekli embriyo izleme sistemi (embriyoskop) gibi yöntemler embriyonun değerlendirilmesinde yeni standartlar oluşturabilir. Bu yöntem ile sadece morfolojik embriyo kriterleri değil morfometrik parametrelerin de (döllenme zamanı, hücre bölünme zamanları vb.) değerlendirilmesi mümkün olmaktadır. Gelecekte tutunma şansı yüksek embriyoların seçiminde kullanımının artacağı düşünülmektedir. Embriyolardaki kromozomal anomalilerin sıklığı önceki başarısız deneme sayısı ile doğru orantılı olarak artmaktadır. Bu olgularda embriyoların yaklaşık %50'sinde kromozomal anormallik tespit edilmektedir.

Yapılan çalışmalarda blastokist aşamasındaki embriyoların tüm kromozomlarına anöploidi taraması yapılmış ve sonucu normal bulunan embriyolar ile yüksek implantasyon oranları bildirilmiştir.

ÜÇÜNCÜ GÜN VE BLASTOKİST TRANSFERİ DENENEİLİR

Rahim içinin gebeliği kabul etme potansiyelini artırmaya yönelik rahim hücrelerinin uyarılmasının, implantasyon oranlarında artışı sağlayabileceğini gösteren çalışmalar da mevcuttur. Bu işlemin hemen IVF öncesi siklusun luteal döneminde histeroskopi veya pipelle ile yapılması önerilmektedir. Genel olarak tüp bebek tedavisinde kullanılan ilaçlardan herhangi birisinin spesifik bir olumsuz etkisi veya birbirlerine üstünlükleri olduğunu düşünmek için neden olmamakla beraber, ortaya konulamamış ilişkilerin varlığı veya olası kişisel farklılıklar göz önüne alınarak tekrar eden başarısız sikluslarda bireyselleştirilmiş farklı tedaviler kullanmak fayda sağlayacaktır. Sperm DNA hasarının kötü embriyo gelişimi üzerine etkili olduğu düşünülmektedir. Günümüzde sperm DNA hasarını belirleyen çeşitli yöntemler ve testler vardır ve >%30 DNA fragmantasyonu olan hastalarda implantasyon ve gebelik oranlarının daha düşük olduğu ve gebelik kayıplarının arttığı bildirilmişse de güncel bilimsel çalışmalarda sperm DNA fragmantasyon indeksi belirlemenin klinik değerinin belirsiz olduğu ve bu indeksin deneysel bir veri olarak ele alınması gerektiği bilinmelidir. 'Assisted hatching' yani mekanik yöntemlerle embriyo zarının inceltilmesi işleminin implantasyon olasılığını artırabileceği öne sürülmüştür. İyi kalite olarak sınıflanan üçüncü gün embriyoları bile rahimde blastokist aşamasına ilerlemeyi

başaramayabilir. Bunun üstesinden gelmek için günümüzde hemen blastokist transferi yapılmaktadır. Tekrarlayan başarısız denemesi olan vakalarda ardışık olarak üçüncü gün ve blastokist transferi denenebilir, bu uygulama transfer iptal olasılığını azaltabilir. Tekrarlayan gebelik kayıplarıyla antifosfolipid antikorlar arasında bir ilişki olduğunu düşündüren çalışmalar olmakla beraber aspirin ve heparin ile gebelik kayıplarının azaltılabildiği olması benzer bir ilişkinin implantasyon başarısızlığı ve antifosfolipid antikorlar arasında da olabileceğinin düşünülmesine yol açmıştır. Mevcut çalışmaların çoğunda heparin veya aspirin uygulamanın faydası gösterilememiştir. Bu nedenle trombofili taraması veya tedbir amaçlı antikoagülan tedavi önermek için henüz yeterli kanıt yoktur. Sonuç olarak; tüp bebek tedavi yöntemleri ve laboratuvar teknolojilerindeki ilerlemelere rağmen, tekrarlayan tüp bebek başarısızlıkları klinisyenler için halen önemli bir sorun oluşturmaktadır. Tedavide esas amaç rahim içinin embriyoyu alıcılığını artırmak ve/veya embriyo kalitesini iyileştirebilmek olmalıdır. Günümüz modern infertilite yönetiminde bu vakalarda gelecekteki tüp bebek tedavi denemelerinde gebelik başarısını artıracak çeşitli yöntemler üzerinde çalışmalar halen devam etmektedir. Ancak bu umutlandırıcı sonuçları test edecek ileri çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Bu tedavi seçenekleri arasında daima bilimsel olarak kanıtlanmış çalışmalar tercih edilmelidir.



Embriyolar gözlem altında

EMB. TUBA VARLI YELKE

Teknolojinin gelişmesiyle bulunduğu ortamdan çıkarılmadan takip edilen ve seçilebilen embriyolarla gebelik şansı artırılmış oluyor.

Tüp bebek embriyoloji laboratuvarlarında kullanılan cihaz ve yöntemlerde son yıllarda gelişen teknoloji gereği çok önemli gelişmeler olmuştur. Bu gelişmelerin en önemlilerinden biri 'sürekli embriyo görüntüleme sistemleri'dir. Tüp bebek laboratuvarında; tedavi sırasında elde edilen embriyolar inkübatör adı verilen anne rahmi koşullarını (belirli ısı, nem ve gaz) taklit eden cihazlar içerisinde büyürler. Embriyo gelişimlerinin takip edilebilmesi için günde bir kez bu cihazların dışına çıkarılarak mikroskop altında kontrolleri yapılır.

Embriyolar, bu kontroller sırasında dış ortam şartlarına maruz kalırlar ve bu durum embriyolar için bir stres kaynağı olabilir. İçerisine kamera entegre edilmiş yeni nesil inkübatörler sayesinde bu sorunlar ortadan kalkar. Bu sistemler embriyoların her 10-15 dakikada bir kez 5 ila 7 farklı kesitten görüntülerini alarak günde sadece bir defa değil, sürekli olarak izlenebilme olanağını sağlarken, aynı zamanda embriyoların bulunduğu ortamdan çıkarılma zorunluluğunu da ortadan kaldırır. Sürekli embriyo görüntüleme sistemlerinin amacı; yumurta ve spermin bir araya getirilmesinden itibaren oluşan normal ve anormal döllemeyi ayırt etmek, gelişim sürecinde embriyoların bölünme paternlerinin ve senkronizasyonlarının takip edilmesini sağlamak ve gelişen embriyoların içinden tutunma kapasitesi en iyi embriyoları seçerek gebelik şansını arttırmaktır.

SPERM SEÇİMİNDE MİKRO AKIŞKAN ÇİP

Tüp bebek tedavisi başarısında yumurta kalitesi kadar bir diğer önemli konuda sağlıklı sperm seçimidir. Geleneksel yöntemde seçim, spermlerin mikroskop altında şekil ve hareketlerine göre değerlendirilmesidir. Tüp bebekte devrim niteliğinde olan mikroyenjeksiyon (ICSI) yönteminin kullanılması ile birlikte erkek infertilitesinde çok hızlı ilerleme kaydedilmiştir. Bu işlem morfolojik özellikleri ve hareket kabiliyeti en iyi spermlerin seçilip yumurta hücresine enjekte edilmesi



esasına dayanmaktadır. Sperm kalitesi ileri dercede bozuk olan örneklerde seçim oldukça zordur. Genetik yapısı bozuk olan hasarlı spermlerin ayıklanması nerede ise mümkün değildir. Günümüzde DNA hasarı olmayan daha kaliteli ve sağlıklı spermleri seçmeye yönelik yeni teknolojiler üzerinde çalışılmaktadır. Tüp bebek tedavisinde sağlıklı sperm seçimi; sperm morfolojisi kötü vakalarda, sperm hareketinin düşük olduğu vakalarda, önceki uygulamalarında düşük dölleme oranı olan vakalarda, üst üste yaşanan

gebelik kayıplarında çok daha fazla önem arz etmektedir. Sperm seçimine yönelik en yeni tekniklerden biri mikro akışkan çip (mikro fluidic sperm sorterchip) teknolojisi iken, diğeri PICSİ yöntemidir. PICSİ dish, içerisinde kadın yumurtasının dışında bulunan ve normal dölleme sürecinde olgun spermin yumurtaya doğal olarak bağlandığı 'hyaluronan' denilen maddeyi içeren bir kaptır. Spermlerin PICSİ dish ile incelenmesi sayesinde yumurta ile bağlanma kapasitesine sahip olgun ve DNA hasarı olmadığı düşünülen normal spermler bu kapta hyaluronana bağlanır. Bağlanan bu spermler mikroyenjeksiyon (ICSI) işleminde kullanılmak üzere toplanır. Yapılan çalışmalarda sperm seçimi için, PICSİ yöntemi uygulanmış vakaların büyük çoğunluğunda, spermin daha az DNA hasarı ve buna bağlı olarak daha az kromozom bozukluğu içerdiği görülmüştür.

DOĞALA EN YAKIN YÖNTEM

Mikro akışkan çip (mikro fluidic sperm sorterchip) tekniği ile DNA hasarı içermeyen hareket kabiliyeti yüksek, olgun ve sağlıklı spermlerin seçimi amaçlanır. Bu teknik hareket kabiliyeti yüksek sperm hücrelerinin, çok ince kanallardan geçerek, sperm sıvısından konvansiyonel teknik

olan santrifüjlemeye gerek kalmaksızın ayrıştırılarak, ölü ya da zarar görmüş spermlerden ve diğer artık hücrelerden ayrılarak bir haznede toplanması esasına dayanır. Doğala en yakın sperm seçim yöntemi olan bu yöntem, servikal

kanallardan spermlerin geçişi esas alınarak tasarlanmıştır. Sperm mikro kanallardan geçerken DNA kalitesi ve fizyolojisi en iyi spermlerin mikroyenjeksiyon (ICSI) için seçimi sağlanır. Bu sistem ile en hızlı hareket eden ve genetik materyal olarak en sağlıklı olan serbest oksijen radikallerine (ROS) en az maruz kalan spermlerin ayrımı ve bu elde edilen spermlerin mikroyenjeksiyon (IVF) ve IUI (aşılama) tedavilerinde kullanılarak tüp bebek tedavilerinde başarı oranının artırılması amaçlanır.

Biz hep yanınızdayız...

HEMŞİRE NESLİHAN ÇAYIR

Tüp bebek hemşiresi, tedavi gören hastada yaşamı tehdit eden sağlık sorunlarının yanı sıra içinde bulundukları psikososyal durumla baş etmelerinde ihtiyaçları olan istek, güç ve bilgiyi kazandırmak için çalışır.



İnfertilite hemşireliği poliklinikte başlayıp ameliyathaneye kadar uzanan, çiftlerin psikolojik ve sosyal durumunu ön planda tutan, her türlü tıbbi ve cerrahi uygulama sırasındaki bakımı içeren çok önemli bir süreçtir. İnfertilite sürecinde hemşirelik bakımının genel amacı, eşlerin psikolojik, fiziksel ve sosyal durumlarının değerlendirilmesi, bu alandaki sorunların, ihtiyaçların belirlenmesi ve bu ihtiyaçlara uygun bakımın hassasiyetle sağlanmasıdır. Hemşire infertil çiftin değerlendirilmesinde öykü alma, muayene ve testlerin uygulanmasına yardım, günlük kayıtların izlenmesi, yardımcı üreme tedavisi işlemlerine yardım, komplikasyonların önlenmesi, vaka yöneticiliği, infertilite danışmanlığı ve koordinatörlük gibi özel bilgi ve beceri gerektiren uygulamalarda sorumluluk almaktadır. İnfertilite biriminin başarısı etkin bir ekip çalışmasına bağlıdır. İnfertilite hemşiresi; bireylerin sağlık eğitimcisi, danışmanı, hasta hakları savunucusu, hasta-ekip arasında koordinatör ve araştırmacı görevlerini üstlenen özellikle ve öncelikle tıbbi bakım rolü olan önemli bir ekip üyesidir.

BİR YAŞAM KRİZİ

İnfertilite bir hastalık olmaktan öte; tıbbi, duygusal, psikolojik ve sosyal sorunları beraberinde getiren bir yaşam krizidir. Özellikle Anadolu'da çocuk sahibi olmak ayrıcalık ve prestij olarak görüldüğü için hayati bir öneme sahiptir. Bu nedenle infertilite hemşiresi, infertil hastada öncelikli olarak, yaşamı tehdit eden sağlık sorunlarının yanı sıra içinde bulundukları psikososyal durumla baş etmelerinde ihtiyaçları olan istek, güç ve bilgiyi kazandırmakla uğraşır. Diğer bir bakışla infertilitenin ve tedavisinin yarattığı acı çekme ve sorunlarla başa çıkmalarına ve bundan bir anlam çıkarmalarına yardım ederler. İnfertiliteye yaklaşımdaki güçlükler, infertil çiftlerin psikososyal yönden değerlendirilmesini ve tedavinin her aşamasında danışmanlık verilmesini zorunlu hale getirmiştir. Danışmanlık hizmetlerinin; infertil çiftlerin tedavilerini olumlu etkilediği, canlı doğum oranlarını arttırdığı, çiftlerin arasındaki çatışmaları, depresyonu ve anksiyeteyi azalttığı bilinmektedir.



DİKKATLE TAKİP EDİLMESİ GEREKİR

Hemşirenin rolünün geniş kapsamı devam eden süreçle ilgili bilgi danışmanlığı sağlamayı gerekli kılar. Özellikle stresli durumlarda, duygusal ihtiyaçların belirlenmesine yardım etmek; tedavinin kompleks yapısından dolayı, çiftin sürekli bulunduğu aşama ile ilgili bilgilendirilmesi, çiftlerin kararlarının önemini, uygunluğunu ve sonraki etkilerini keşfetmelerini sağlamak, daha yüksek seviyede bilgi ve yetenek gerektiren baş etme stratejilerini geliştirmek için çiftte yardım eder. Hemşireler, ayrıca

çiftten etkili veri toplamak ve uygun bilgi vermek; çifte tedaviyi anlayabileceği bir dil kullanarak uygun terimlerle açıklama yapmak, tedavinin olası yan etki ve komplikasyonları ile ilgili hastaları bilgilendirmek gibi eğitim becerilerini de kullanır. Tüp bebekte hasta bakım kalitesi; detaylı planlama, doğru dokümantasyon ve iletişime bağlıdır ve hemşire bunları yönetim beceresini kullanarak gerçekleştirir. Multidisipliner bir yaklaşım olan tedavide, hastanın doğru zamanda doğru yerde olmasını sağlamak ve tedavi sonuçlarıyla ilgili kayıtların tutulması da hemşirenin görevidir. Bunların kombinasyonu, tedavinin aşamasına göre genişler ya da daralır. Hemşirenin rol alacağı bu aşamalar; bilgi verme, bilimsel danışmanlık ve ön görüşmede tedavi siklusunun planlanması, siklusun takibinde destek ve bilgilendirme, oositlerin alınması, embriyo transferi, siklusun sonucunda gebelik testinin yapılması ve sonucun çift ile paylaşılması ile tamamlanır. Çiftler için zor ve stresli bir deneyim olan tüp bebek tedavisi, çiftlere kendi çocuklarına sahip olma imkânı sunarak umutlarını artırırken, tedavi başarısızlıkla sonuçlandığında ise onları umutsuzluğa itmektedir. Bu çok hassas tedavi sürecinin sadece iyi planlanması yeterli olmayıp; dikkatle takip edilmesi gerektiğinden infertilite hemşiresinin rolü süreçte son derece önemlidir.

Tüp bebekte hukuki sınır

PROF. DR. FULYA İLÇİN GÖNENÇ

Yardımcı üreme teknikleri ile cinsel ilişki ve üreme kavramı birbirinden ayrılmış, toplumsal ve ahlaki tartışmaların yanı sıra çözümlenmesi gereken yeni hukuki sorunlar gündeme taşınmıştır.

Yardımcı üreme teknikleri geniş anlamıyla cinsel ilişki olmaksızın erkek ve kadından alınan üreme hücrelerinin çeşitli yöntemlerle yapay yollarla döllenmesidir. Tüm canlılar için yaşamın devamlılığı, neslini devam ettirmesi, üreme ile mümkündür. İnsanda yumurta ve sperm hücrelerinin çekirdeklerinin birleşerek yeni bir hücre oluşturmaya döllenme adı verilir. Döllenmiş yumurtanın, rahme yerleşip embriyo ve fetus (cenin) halini alışı ile başlayan süreç, gelişimini tamamlamış bebeğin doğumu ile tamamlanır. Kısaca ifade etmek gerekirse sperm, yumurta ve fetüsü doğuma kadar barındırmakla görevli olan uterus (rahim), çoğalmanın üç temel unsurudur ancak doğal sürece müdahale edebilen yardımcı üreme teknikleri bakımından bu temel unsurların farklı kombinasyonları mümkün hale gelmiştir. Günümüzde, tıp alanındaki gelişmeler dokunulamaz, değiştirilemez olarak düşünülen insan varlığının oluşumuna müdahaleye izin verebilmektedir. Yardımcı üreme teknikleri ile cinsel ilişki ve üreme kavramı birbirinden ayrılmış, toplumsal ve ahlaki tartışmaların yanısıra çözümlenmesi gereken yeni hukuki sorunlar gündeme taşınmıştır. Örneğin; bir kadının, sperm bankasından aldığı, vericisinin kimliği dahi belirli olmayan üreme hücresi ile çocuk

dünyaya getirmesi durumunda çocuğun babası kimdir? Birden fazla kez sperm bağışında bulunan bir erkeğe ait üreme hücreleri ile dünyaya gelen, bu durumdan haberdar olmayan çocukların birbirleriyle evlenme ihtimali yok mudur? Evli bir çiftte ait dondurulmuş embriyonun, kocanın ölümünden sonra karısına nakledilmesi halinde, ölen bir erkeğin baba olarak kabul edilmesi gerekecek midir? Evli çiftte ait embriyonun nakledildiği kadın (taşıyıcı anne) çocuğu genetik ana-babaya vermek zorunda mıdır? Böyle bir durumda doğuran ve genetik malzemeyi veren iki kadından hangisi anne olarak kabul edilecektir? Aynı klinikte tedavi gören evli çiftlere ait embriyoların karışması söz konusu olduğunda, doğuran kadınlar anne olarak kabul edilecek midir, yoksa çocukların değişimi sağlanarak genetik ana-babalığı üstünlük mü tanınacaktır?

SOYBAĞI BELİRSİZLİKLERİ ORTAYA ÇIKABİLİR

Yukarıda verilen örneklerde yer alan uygulamaların tamamının mevcut hukuki düzenlemeler uyarınca kabul edilmeyen uygulamalar olduğu açıktır. Ancak, tıbbi olarak mümkün olanın, hukuken kabul edilmemesi hatta yasaklanması, söz konusu uygulamaların yapılmadığı ya da yapılmayacağı anlamına

gelmemektedir. Bazı uygulamaların hata sonucu yapılabilmesi mümkün olduğu gibi, yasaklamaya rağmen pek çok çiftin yurtdışında söz konusu uygulamaları yaptırdıkları da bilinen bir gerçektir. Türkiye açısından konuya ilişkin düzenlemeler Yönetmelik (Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları ve Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Hakkında Yönetmelik) ile yapılmıştır. Yönetmelik uyarınca, üremeye yardımcı tedavi (ÜYTE) yaptırmak üzere başvuran adayların evli olmaları aranırken, evli bir kadın ve erkeğin kendi üreme hücreleri dışında başka bir kadın ve erkeğin yumurta veya spermi kullanılarak gerçekleştirilen yapay döllenme kabul edilmemiştir. Aynı şekilde, kocanın spermi ile anne adayının yumurtasının (evli çiftlere ait üreme hücrelerinin) birleştirilerek döllenmesiyle oluşan embriyonun, döllenmiş yumurtanın sahibi olan kadının dışında başka bir kadının döl yatağına yerleştirilmesi, başka bir ifade ile taşıyıcı annelik de yasaktır. Söz konusu yasaklamaların en önemli nedenlerinden birisi de çocuğun soybağı (nesebi) konusunda ortaya çıkabilecek belirsizliklerdir.

ÜÇÜNCÜ KİŞİLER DEVREYE GİRERSE...

Soybağı hukukunda temel soru; çocuğun ana ve babasının kim olduğu sorusudur. Ana-babayla çocuk arasındaki soybağı genelde yasa gereği kendiliğinden kurulan bir hukuksal ilişkidir. Mevcut hukuki düzenlemeler çerçevesinde, çocuk bakımından, ana ile soybağının kurulmasında aranan tek şart doğum olgusudur. Hiç şüphesiz evli çiftlerin kendi üreme hücreleri kullanılarak yapılan üremeye yardımcı tedaviler bakımından hukuki bir sorun meydana gelmeyecek, çocuğun soybağının kurulmasında mevcut hukuk kuralları uygulanacaktır. Ancak, üçüncü kişinin devreye girdiği sperm, yumurta donasyonu, embriyo transferleri ve taşıyıcı annelik bakımından ortaya çıkabilecek karmaşık hukuki problemlerin ve çocuğun soybağı konusundaki belirsizliklerin mevcut kurallar çerçevesinde çözülebileceği kolay değildir. Embriyo transferinde malzemeyi veren (yumurta donörü) genetik ana



ile çocuğu doğuran ana arasında ikili bir ayrışma olduğunda hangi kadının gerçek ana sayılacağı sorunu gündeme gelmektedir. Söz konusu uygulamaların anne baba ve çocuktan oluşan aile kavramını ve örgüsünü tehdit eden bu konumu, geleneksel aile kavramının dışında yeni tanımlamaları zorlamaktadır. Bir çok ülke yardımcı üreme teknikleri gerçeği karşısında düzenlemeler yaparken, gebeliğin yardımcı üreme teknikleri uygulanarak gerçekleştirilmesi hali, başka bir ifade ile yapay dölleme ve bunun yol açtığı soybağı sorunları hukukumuzda ayrıca düzenlenmemiştir.

ÖNCELİK ÇOCUĞUN ÜSTÜN YARARINDA

Süreç içinde pek çok farklı etmene bağlı olarak, yönetmelikte yasak olduğu belirtilen uygulamaların yapıldığının ortaya çıkması, konunun farklı yönleriyle medyada yer alması ve kamuoyuna yansıyan olaylar, bu konudaki tartışmaların teorik olmaktan çıkıp, acil çözüm bekleyen somut hukuki sorunlara dönüşmesi sonucunu da beraberinde getirmiştir. Eski koşulların ürünü olan kanun ve kurallarla yeni sorunların çözülemeyeceği artık açıkça görülmektedir. Somut hukuki sorunları

görmezden gelerek, yerleşmiş toplumsal değerleri ve hukuki kalıpları korumaya çalışarak anı kurtaracak çözümler üretmenin ya da mevcut kuralları yorumlayarak çözüm yolları aramanın yeterli olmadığı ortaya çıkmıştır. Modern hukuk, katı biçim ve geleneklere bağlı hukuk kurallarının yetersizliğini aşmada, başka bir ifade ile hukukun gelişen teknolojiye ve topluma uygunluğunu sağlamada, öncelikle çocuğun üstün yararını gözeterek, üzerine düşen görevi yerine getirmelidir.





Kahramanlık köklerimizde var!

DOÇ. DR. İLKNUR TÜRKMEN

Medipol Mega Üniversite Hastanesi çalışanları için 28 Mart Çarşamba unutulmaz bir gündü. Çünkü o gün ‘biz’ olduk, birlik olduk, ‘iyi’ olduk. Çünkü tanımadığımız, hiç görmediğimiz ve belki de asla göremeyeceğimiz birileri için bir şey yaptık: Kök hücre bağışçısı olduk.

Kemik iliği nakli günümüzde pek çok hastalık için son umut şifa kaynağıdır. Kemik iliği nakli için gerekli ‘kök hücre’ öncelikle kardeş ya da birinci derece yakınardan temin edilmeye çalışılır ancak uyum sağlanamaması durumunda aile dışı kişilerden tarama yapılması ve kök hücre bulunması gereklidir. Kök hücre bağışçısı insanların doku tipleri bilgisinin saklandığı ‘kemik iliği bankaları’ bu noktada önem kazanmaktadır. Ülkemizde 3 yıl önce kurulan TÜRKÖK (Türkiye Kök Hücre Koordinasyon

Merkezi) bünyesinde 270 bin civarında gönüllü bağışçının bilgileri bulunmakta ve Kızılay tarafından yürütülen faaliyetlerde, gönüllü sayısının artması şifa arayan hastalar için hayati önem taşımaktadır. Bu nedenle gönüllülük esasına dayanan kök hücre bağışçı sayısının artırılması pek çok hasta için şifa şansının artması anlamına gelmektedir. Bu temel veriden yola çıkarak, Medipol Mega Üniversite Hastanesi Sosyal Komitesi olarak ‘Belki de Sensin’ platformu gönüllüleri ile birlikte hastane çalışanları arasında bir kampanya planladık. Belki de

Sensin platformu bu amaçla kurulmuş, kök hücre bağışçısı sayısını artırmak üzere gönüllü olarak çalışan iyi yürekli insanlar topluluğudur. Kampanyamızı ‘Kahramanlık Köklerinde Var’ başlığıyla duyurduk ve bu kampanya dahilinde 2 haftalık bir sürede hastane bünyesinde otuz yakın toplantı yaptık, çalışma arkadaşlarımıza ‘Kök hücre bağışçısı olmak için gereklilikler nedir?’, ‘Eğer biri ile doku gruplarımız uyumlu olursa ne gibi işlemler yapılmaktadır?’ gibi temel bilgileri verdik ve 27-28 Mart tarihleri için randevulaştık. 27 Mart Salı

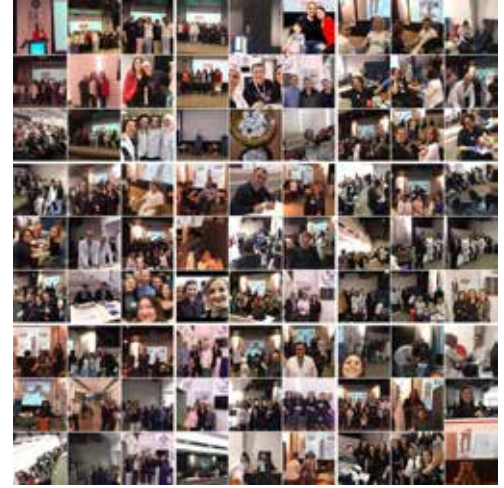
günü düzenlediğimiz konferansta Kızılay yetkililerinin bilgilendirme konuşmasından sonra kampanyamız dahilinde yaptıklarımızı anlattık. Ayrıca gönüllü olarak kök hücre bağışçısı olmuş Saadetin Dede isimli bağışçı duyularını ve yaşadığı süreci bizlerle paylaştı. Sonrasında ise heyecanlı büyük güne ulaştık, gün boyu kök hücre bağışçısı olmak isteyen Medipol Mega Üniversite Hastanesi çalışanları uzun kuyruklar oluşturdu ve gün sonunda tam 435 kök hücre bağışçısı çıktı aramızdan o gün. Talep o kadar yoğundu ki 11 Nisan günü Kızılay ekibi ikinci kez geldi ve toplam bağışçı sayımız 550 oldu. Hep birlikte rekor sayıya ulaştık. Bu izler için unutulmaz ve paha biçilemez bir mutluluk oldu.

İYİLİK MELEKLERİMİZ BİZİMLEYDİ

Öyle güzel anılar biriktirdik ki o gün; çok güzel insanlar tanıdık, en güzel taraflarından biri buydu. Nöbet ertesi olmasına rağmen kan vermek için 2 saate yakın bekleyen iyilik meleklerini, 'Ben veremiyorum kan ama kızımı getirdim, o da bağışçı olacak' diyen harika arkadaşlarımızı ve kızı kan verirken yaşadığı gururu gördük. Önceki gün ellinci doğum günü olduğu için kan verememe ihtimaline üzülen, 'Ama aslında ben 29'unda doğmuşum, beni iki gün önce yazdırmışlar nüfusa' diye kan vermek için çabalayan çalışma arkadaşlarımız olduğunu fark ettik. Tiroit hastalarını geri çevirmek zorunda kaldık. Tamamı üzülerek ayrıldı. 'Hastayım' demeden hastaya şifa olmaya çalışan güzel yürekli insanlar biraraya geldi o gün. Yirmi dakikalık yemek arasında kan vermek için gelen, sıranın kendisine gelemeyeceği endişesi yaşayan, arkadaşları öncelik tanıyınca, onlara minnet duyan ve giderken 'yemeğin ne önemi var, bugün de yemeyivereyim' veya 'Tiroit için ilaç başladılar ama ben almadım, kanı vereyim yarın başlayacağım' diyen arkadaşlarımız vardı o gün aramızda. Ne mutlu bize. 54 yaşında olduğu için kan veremeyen ve bunun için bir kenarda gözyaşı döken arkadaşımıza teselli olmaya çalıştık. Bu günü unutulmaz kılmak için fotoğraflar çeken, bu fotoğrafları en nadide anıları arasına alan, tanımadığı insanlara, o insanların iyi olma ihtimallerine önem veren iyi yürekler hep birlikteydik o gün. Kök hücre bağışçısı olmak için dakikalarca sırada bekleyip, bir tanesi bile bu nedenle şikâyet etmeyen, 'Üçüncü gelişim, bir daha gelemem, ne olur bana öncelik



taniyın' diyen insanlar oldu ve dakikalardır sırada bekliyor olmasına rağmen sırasını memnuniyetle veren güzel yürekli insanlar vardı. O kadar güzel bir iyilik ruhu vardı ki ortamda, gönül birliği etmiş yüzlerce insan biraradaydı. Unutulmaz anlardı. Haberleri sosyal medyadan duyup gelen, hastanedeki anonsları duyup-hastasını bırakıp gelen güzel insanların çokluğu geleceğe dair umut oldu. 28 Mart günü Medipol'de bayram vardı... İyilik bayramıydı, güzel kalplerin buluşma bayramıydı. Bitiş saatinden sonra 89 kişi



geldi. Onların formlarını aldık ve Kızılay ekiplerinin bir gün daha gelmesi sözünü ilettik ve 11 Nisan günü Kızılay ekiplerini bir kez daha misafir ettik hastanemizde. Bu iki gün sonunda toplam bağışçı sayısı 550 olmuştu ve bir hayali gerçeğe çevirmiştik el ele, gönül gönüle...

HERKESİ BAĞIŞÇI OLMAYA DAVET EDİYORUZ

Kök hücre bağışçılığı gönüllülük esasına dayanmaktadır. Bağışçı ve hasta 2 yıl boyunca birbirlerini tanımazlar, sonrasında iki taraf da görüşmek isterse Kızılay aracılığı ile tanışma sağlanır. Kök hücre bağışçısı olmak, tanımadığımız, belki de hiç tanımayacağımız insanlar için bir şey yapmak demektir. Kök hücre bağışçısı olmak çok kolay, kök hücre vermek çok zor olmayan prosedürler içerir. Kök hücre bağışçısı olmak için 18-50 yaş arasında olmak, bulaşıcı hastalık taşımamak, kronik hastalık sahibi veya kanser olmamak yeterlidir. Kök hücre bağışçısı olmak hiç de zor olmayan bir prosedürdür ve şifa arayan insanlar için çok büyük bir umuttur. Bizler Medipol ailesi olarak herkesi 'Kök hücre bağışçısı' olmaya davet ediyoruz.



BEL KAYMASI

Hayatınızı kaydırmasın

OP. DR. ALİCAN TAHTA

Toplumda çok kişinin kâbusu olan bel kayması çoğu kez ameliyata gerek kalmadan tedavi edilebilir. Yakınmaları geçmeyen hastalarda ise kırık ve kayma tamiri olarak adlandırabileceğimiz cerrahi yöntemler tercih edilebilir.

Omurgayı oluşturan omur kemikleri birbirleri üzerinde bir düzen içerisinde dizilirler. Normalde omurların ön ve arka kenarları, bir alt ve bir üst omurun kenarları ile aynı hizadadır. Omurlar birbirlerine ön kısımda diskler, arka kısımda faset eklemler yardımı ile bağlanırlar. Bu dizilimin dayanıklılığını

artıran birçok bağ ve kas yapısı da kemikler arasında köprü oluşturur. Bel kayması olarak bilinen hastalıkta bir omur diğerinin üzerinde genellikle öne doğru (nadiren arkaya doğru) yer değiştirir. Bu kayma olayı sonucunda, omurganın içinden geçen omurilik ve/veya sinir kökleri sıkışabilir ve her iki bacakta ağrı, uyuşukluk ve

yanma gibi şikâyetler meydana gelir. Altı çeşit bel kayması mevcuttur. Bunlar; doğuştan (konjenital) omurga eklemlerindeki gelişme bozukluğuyla görülen displastik spondilolistezis, travma, omurga hasarı sonrasında ortaya çıkan travmatik spondilolistezis, kemikte patolojik bir değişiklik (tümör, enfeksiyon

gibi) sonrasında ortaya çıkan patolojik spondilolistezis, daha önce yapılan ameliyat sonrasında gelişen iyatrojenik spondilolistezis, omurganın yapısının zaman içerisinde bozulması, dejenere olması sebebiyle gelişen dejeneratif spondilolistezis ve omur eklemlerindeki defekt sonrası ortaya çıkan istmik spondilolistezisdir.

TESADÜFEN ORTAYA ÇIKABİLİR

İnsanların yaklaşık %5’inde bel bölgesinde, omurları birbirine bağlayan eklemlerin bir parçası olan pars interartikularis isimli bölgede kırık olabilir. Bu kırıklara ‘spondilolizis’ denir. Bu bölgenin çok hareketli olması nedeniyle oluşan kırıklar çoğu zaman iyileşmeyebilir. Ancak bu kırıklar genelde adolesan çağda ağrıya neden olurken erişkin çağlarda ciddi sorun oluşturmayabilirler. Bir omur diğerinin üzerinde öne veya arkaya doğru yer değiştirdiyse ‘bel kayması’ ya da ‘spondilolistezis’ denir. Spondilolistezis kayma miktarına bağlı olarak daha ciddi sorunlara neden olabilir. Bu tip, omurun pars artikularis isimli bölgesindeki kırık nedeniyle olan bel kaymaları tıp dilinde ‘istmik spondilolistezis’ olarak adlandırılır. Bel kaymasının diğer bir türü ise omurgada ve çevresindeki bağ dokularında yaşlanma sonucu meydana gelen yıpranma nedeniyle görülen bel kaymasıdır. Genellikle 40 yaş üstünde oluşur. Bu tip dejeneratif bel kaymalarına çoğunlukla omurilik kanalı çevresindeki bağ dokularının da yıpranması ve yapısının bozulması sebebiyle omurilik kanalında daralma da eşlik eder. Bir diğer bel kayması türü olan zorlanmaya bağlı stres kırıkları her zaman klinik belirti vermeyebilir. Bazen başka nedenlerle çekilen bel filmlerinde tesadüfen ortaya çıkabilir. Bu hastalarda kayma oluşuktan yıllar sonra bile herhangi bir şikâyet gelişmeyebilir. Bel kaymasının diğer sebepleri arasında omurganın doğuştan hastalıklı olması, eski bir kaza ya da çarpma nedeni ile hasar görmesi, eklem iltihabı ya da romatizması gibi rahatsızlıklar da bulunmaktadır.

YÜRÜRKEN BEL AĞRISI GÖRÜLEBİLİR

Bel kayması her zaman klinik belirti vermeyebilir. Bazen başka nedenlerle

çekilen bel filmlerinde tesadüfen ortaya çıkabilir. Klinik belirti verdiği durumlarda bel ağrısına ek olarak; kalça ağrısı, bacaklarda hissizlik, ağrı, kuvvet kaybı, adale gerginliği, güçsüzlük, bel eğiminde artış veya yürüme güçlüğü bulunmaktadır. Bu belirtilerde istirahat ile geçici bir rahatlama oluşsa da genellikle ayakta durma, yürüme ve diğer aktivitelerle şikâyetler artar. Yine bu hastalarda yürürken sık sık bel ağrısı görülebilir ve durup dinlenmek zorunda kalabilirler. Çok uzun süre ayakta durmak ya da akşamları bacaklarda oluşan kramplar da bel kayması belirtileri arasına girebilir. Bu gibi şikâyetleri olan hastaların beyin ve sinir cerrahisi uzman hekimine muayene olmaları gerekmektedir. Zira omurgaya yapılabilecek yanlış bir müdahale geri dönüşü olmayan çok kötü sonuçlara neden olabilir. Bel kayması teşhisi için genellikle normal bel filmleri yeterlidir. Hastanın omurga kemikleri arasındaki kaymanın öne ve arkaya doğru eğilme ile artıp artmadığını bilmek tedavi açısından çok önemlidir. Bu nedenle omurganın değişik pozisyonlarında (öne-arkaya eğilme) röntgen filmleri yapılması gerekmektedir. Normal röntgen filmlerinde saptanması her zaman kolay olmayan stres kırıklarının aranması amacı ile bilgisayarlı tomografi yapılabilir. MR ile omurganın yapısı, eklemlerin ve sinirlerin durumu, sinir sıkışmalarının incelenmesi

FELÇ KALIR MIYIM?

Bel kayması ameliyatları halk arasında genellikle ‘sakat olum, felç kalırım’ şeklinde korkulan, aşırı derecede riskli olarak değerlendirilen ameliyatlardır. Cerrahi ekibin tecrübesi, ameliyatlar sırasında kullanılan ve ameliyatın daha güvenli bir şekilde yapılmasını sağlayan teknolojik olanaklar, ameliyatların risklerini önemli derecede azaltır. Bel kayması ameliyatı bir yandan omurilik ve sinirler üzerindeki baskının kaldırılması, diğer yandan da omurga kemiklerinin birbirleri üzerinde düzgün ve dengeli bir biçimde durmalarını sağlamak ve hastaların yaşam kalitelerini arttırmak amacı ile yapılır.

uygundur. Hastada herhangi bir şikâyet oluşturmamayan ve nörolojik muayene bulgusu vermeyen bel kaymalarının takip edilmesi yeterlidir. Hafif dereceli, hastada sadece bel ağrısına neden olan, yapılan muayene ve tetkiklerinde ciddi bir sinir basısı ve etkilenmesi saptanmayan vakalarda ilk seçilecek tedavi yöntemi cerrahi olmayan tedavi yöntemleridir. Bu yöntemler; istirahat, kilo vererek bele düşen yükü azaltmak, bel ve karın kaslarını güçlendirmek, ağrı kesici ve antiinflatuar ilaçlar gibi tedaviler denenmelidir. Gerekli olduğu takdirde bel korsesi de kullanılabilir. Ancak unutulmamalıdır ki, bel korsesi ağrının azalmasına, oluşan spazmin giderilmesine yardımcı olmakla birlikte uzun dönem kullanımında bel kaslarının zayıflamasına yol açarak hastada olumsuz sonuçlara neden olabilir. Ağrılar devam ederse seçilebilecek diğer bir yöntem kırık bölgesine ve omurları bağlayan eklemlere (faset eklemler) steroid ve bölgesel ağrı kesici enjeksiyonları yapılabilir. Bel ağrısı ile birlikte sinir sıkışmasına bağlı bacak ağrısı ve uyuşma var ise tedaviye epidural veya foraminall enjeksiyonlar eklenebilir. Fakat bu enjeksiyonlar bir kısım hastanın şikâyetlerini belirli bir süre azaltmakla birlikte kesin bir çözüm değildir.

CERRAHİ KIRIK VE KAYMA TAMİRİ

Cerrahi olmayan tedavi yöntemleri ile yakınmaları geçmeyen hastalarda cerrahi tedavi gerekli olabilir. Aynı zamanda kayma nedeni ile omurilik basısı var ise ve bu da ciddi sinir hasarına (düşük ayak, idrar kaçırma) neden oluyorsa, omurga kemikleri arasında normalde bulunması gerekenden daha fazla hareketlilik saptanmışsa cerrahi müdahale yapılmalıdır. Hastada omurilik basısı var ise bunu rahatlatmak için bası yapan yerlerin temizlenmesi, sinirlerin serbestleştirilmesi gerekir. Bununla birlikte kırık bölgenin kaynatılması için kemik greftleri aracılığıyla desteklenerek kaymış olan omurların vida ile birbirine sabitlenmesi de elzemdir. Bu şekilde omurların kayması önlenmiş ve ilerlemesinin önüne geçilmiş olur. Bir çeşit kırık ve kayma tamiri olarak tanımlanabilecek bu yöntemle, kısa dönemde iyileşme elde edilmekte ve hastalar eski aktivitelerine herhangi bir kısıtlanma olmadan kavuşmaktadır.

10 soruda kıl dönmesi

DR. ÖĞRETİM ÜYESİ CENK ERSAVAŞ

Daha çok genç erkeklerde görülen kıl dönmesi büyük bir dert olarak görülüyor. İşte kıl dönmesi hakkında merak edilenler...

1

Kıl dönmesi hastalığı nedir?

Kıl dönmesi, Latince'de pilonidal sinüs olarak adlandırılır. Pilus kıl anlamında, nidus yuva anlamında kullanılır. Yani anlam olarak da hastalık olarak da kıl yuvası ve buna bağlı gelişen çeşitli semptomlar zinciridir. Erkeklerde kadınlara göre 3-4 kat daha fazla görülmektedir. Hastalığa 15-35 yaşları arasında sık rastlanmakta, 45 yaşından sonra nadiren gözükmemektedir. Hastalık genellikle kuyruk sokumunda görülür. Göbük bölgesi ikinci sıklıkta yer alır, koltuk altı ve berberlerin parmak araları görülebileceği yerlerdir. Hastalığın edinsel olduğu kabul edilir. Enseden, sırtımızdan ya da kalça kısmından dökülen kıllarımız kuyruk sokumu bölgesinde toplanarak kılın yapısı nedeni ile ciltten içeriye girerek girdiği bölgede yuva yapar ve kronik bir enfeksiyon odağı oluşur. Vücudumuzdaki kıllar düz bir boru şeklinde değildir. Üzerinde başaklardaki dikenler gibi tek yönde çıkıntılar vardır, aynı tirbüşon gibi ciltten girerek cilt altına yerleşir ve cilt altında yuvalanarak orada yabancı cisim tepkisi oluşturur ve kronik bir yara enfeksiyonu haline gelirler. Bu mekanizma aslında hala bir varsayımdır.

2

Hastalığa zemin hazırlayan unsurlar nelerdir?

Öncekle vücudun kıllı olması ve günlük dökülen kıl miktarının fazla olması diyebiliriz. Sonrasında ise kalçalarımız arasındaki oluğun derin ve dar olması, derinin uzun süre tahriş ve nemli

kalmasıyla kılın batmasının kolaylaşması, kalçalarımızın arasındaki olukta yara ya da skar (ameliyat sonrası ya da herhangi bir kesi sonrası iyileşme dokusuna verilen isim), uzun süre oturmak, kötü hijyen olarak sıralanabilir. Öte yandan şişmanlığın kıl dönmesi oluşumunda katkısı kanıtlanamamıştır.

3

Bulguları nelerdir?

Hastalığın en sık bulgusu anüsün 3-5 cm yukarısından kalça oluğuna doğru ciltte bir ya da birkaç tane sinüs varlığının bulunmasıdır. Bu sinüsün

içerisinde hemen daima serbest kıl, debris ve granülasyon dokusu mevcuttur. Kronik hastalıkta akıntı ve koku ön plandadır. Bazen bu sinüs ağızları tıkanarak çok ağrılı bir durum olan apseye neden olur. Uzun süre tedavisiz kalan pilonidal sinüs vakalarında çok nadir de olsa kanser görülebilir. Bu durumda kanserin nüksü ve hayat beklentisi kötüdür.

4

Hastalığın görülme şekilleri var mıdır?

Hastalık karşımıza üç ayrı şekilde çıkar. Akut pilonidal sinüs apsesinde



sinüs ağızları tıkanır ve ikincil bakteriyel enfeksiyonun eklenmesi ile kalça oluğunun olduğu yerde kızarıklık, şişlik, ısı artışı ve şiddetli ağrı ile kendini belli eder. Hastanın ateşi vardır, ama ağrı ön plandadır. Kronik pilonidal hastalıkta; apse sonrası hastalık kronikleşir, hastaların çoğu ağrısız bir akıntı tarif eder. Muayenede hafif bir akıntı ve kalça oluğunda sinüs ağızlarının görülmesi ile tanı konulur. Kronik tekrarlayan pilonidal sinüste ise; kronik hastalık zaman zaman apseler ile alevlenerek tekrarlayabilir. Bu durumda mevcut yerden daha uzakta fistül ağızları görülebilir. Ayırıcı tanıda basit apseler, anorektal fistül, tüberküloz, hidradenitis gibi hastalıklar akla gelmelidir.

5

Tedavisi nasıldır?

Tedavide amaç; hasta hastenede az yatmalı, minumum ağrı, minumum maliyet ve kısa sürede işe dönüşü sağlanmalıdır. Ne yazık ki her hastaya uygulayabileceğimiz standart bir cerrahi tedavi yoktur. Akut pilonidal sinüs apsesinin tedavisi acil drenajdır. Çünkü bu durum ağrılıdır ve herşeyden önemlisi ciddi enfeksiyon yapar. Apsenin basit drenajı yapıp daha sonra elektif operasyona hazırlanacağı gibi apse kavitesinin üzerindeki cilt kapak şeklinde çıkarılarak yaranın sekonder iyileşmeye bırakılması ile ikincil bir ameliyata gerek kalmadan iyileştirme şansı yüksektir. Kronik pilonidal sinüs hastalığı tedavisinde konservatif tedavi seçenekleri denenebilir. Kavite içi fenol, koterizasyon, krioterapi, gümüş nitrat, alkol ile irrite edilerek içerisinde granülasyon dokusu ile dolmasını sağlamaktır. Masrafı azdır, yara kapanma problemleri yaşanabilir. Bu tedavide nüks oranı %5 kadardır.

6

Cerrahi yöntemlerde temel amaç nedir?

Kıl dönmesi yuvasının tamamen çıkarılması, ameliyat kesisinin mümkün olduğunca kalça oluğunun ortasına gelmesini sağlamaktır. Hastayı ameliyata almadan önce mutlaka enfeksiyonun berteraf edilmesi gerekmektedir.

7

Ameliyat nasıl gerçekleştirilir?

Hastaların ameliyat pozisyonu yüzükoyun yatar pozisyonudur. Bu ameliyat lokal anestezi ile yapılacağı



gibi, belden uyuşturma dediğimiz spinal ve genel anestezi ile yapılır. Ameliyat öncesi yapılacak anestezi çeşidine anestezi doktoru, cerrah ve hasta beraber karar vermelidir. Kistotomi ameliyatı, sinüs boşluğunun tepe kısmı açılarak yaranın sekonder iyileşmeye bırakıldığı ameliyat çeşididir. Nüksü %5-19 kadardır. Primer kapama; sinüs çıkarılmasından sonra yaranın uçuca dikilmesidir. Nüks oranı %15'tir. Kistektomi ve sekonder iyileşmede ise kist çıkarıldıktan sonra yaranın açık bırakılarak kapanması sağlanmaktadır. Bu, 1-2 aylık bir süreçtir ve hemen hergün pansuman gerekmektedir. Nüks oranı %1-6 arasındadır.

8

Kapalı ameliyat mümkün müdür?

Mikrosinüsektomi yöntemi daha çok küçük sinüsler için tercih edilebilir. Hedef sinüsün kapsülü ile çıkarılıp primer onarılmasıdır. Nüks %15 kadardır. Flep yöntemleri de halk arasında kapalı ameliyat olarak adlandırılan yöntemlerdir. Çıkarılan kist sonrası açılan boşluk uç uca getirilemeyecek kadar geniş ise yan taraflardan doku kaydırılması gerekmektedir. Bu yöntem diğer yöntemlere göre daha üstündür ve nüks oranları düşüktür. Hastaların ağrıları daha azdır, işe dönüşleri daha rahattır. Çünkü yara uçlarında gerilim çok azdır. Tek dezavantajı ameliyat kesisinin biraz daha fazla olmasıdır. Limberg flep, rotasyon

flebi, Z plasti flebi gibi flepler de vardır. Bunların nüks oranları % 0-3 arasındadır.

9

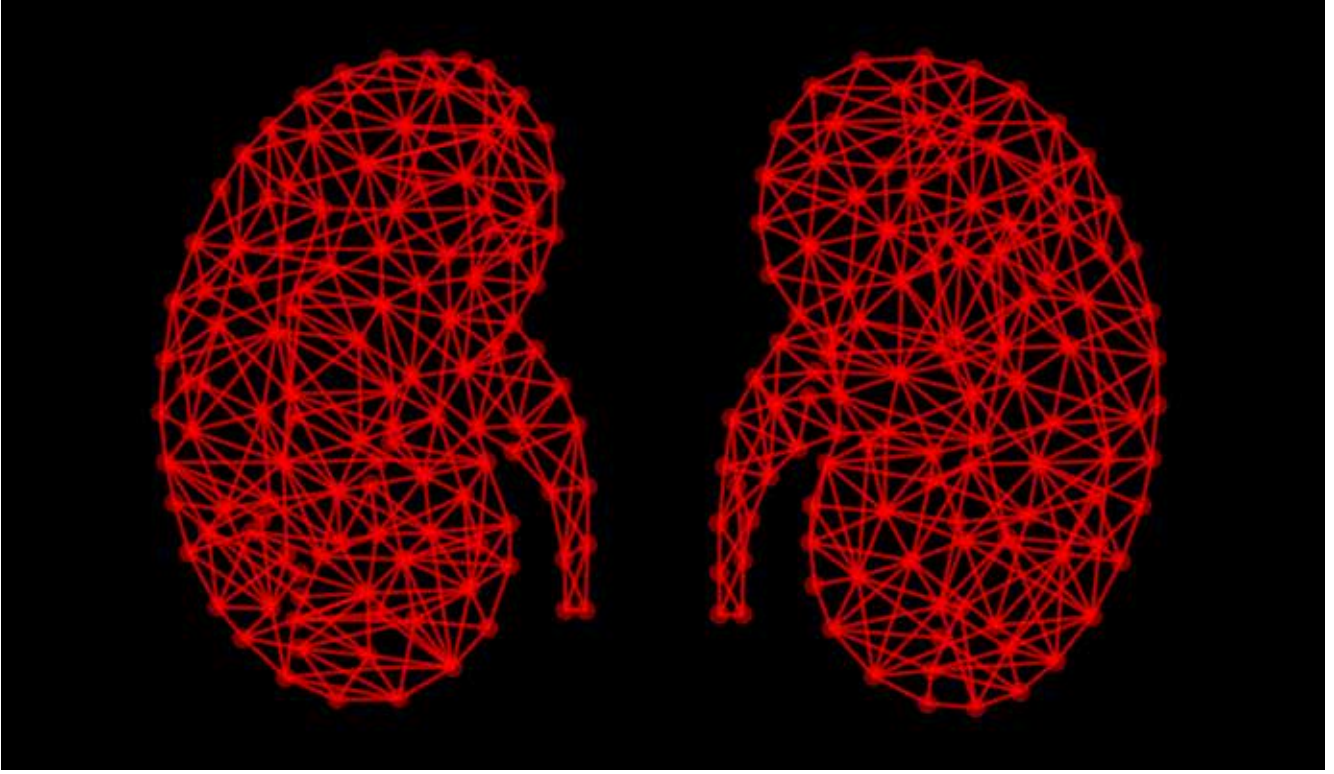
Ameliyat edilmezse ne olur?

Kıl dönmesi hastalığı özellikle akut apse olduğu zaman çok ağrılı ve iş gücü kaybına neden olmaktadır. Hastalıklar bana göre ikiye ayrılmaktadır. İlki insan hayatını tehdit eden mutlak tedavi edilmesi ya da edilmeye çalışması gereken, diğeri ise konforu bozan hastalıklardır. Kıl dönmesi hastalığı bu gruba girmektedir. Hiç kimse akıntılı ve koku yaratan bir halde ya da zaman zaman ağrı ile acil servislere başvurmak istemez. Kıl dönmesi tedavisinde altın standart cerrahi tedavidir. Diğer yöntemler cerrahiye alternatif ve tekraralama oranı yüksek yöntemlerdir.

10

Nüks etmemesi için ameliyattan sonra nelere dikkat edilmelidir?

Ameliyattan sonra hastalar kişisel hijyenlerine dikkat etmeli, günlük duşlar alarak kalça kısmında kıl ve tekstil artıklarını temizlemeli, günlük iç çamaşırlarını değiştirmeli, mümkünse ameliyat sonrası enseden başlayarak sırt, kaça kısmını lazer epilasyonla kılıardan arındırmalıdır. Diğer bir konu ameliyat sonrası rahat olursa bile zaman zaman cerraha giderek ameliyat alanının kontrol ettirilmeli ve oluşabilecek nükslerin erkenden önüne geçmektir.



Kistler böbrekleri tüketiyor

PROF. DR. AYDIN ÜNAL

Toplumda sık görülen polikistik böbrek hastalığı sonucunda kişilerde böbrek yetmezliği görülür ve bu durumda nakil gerekebilir.

Otozomal dominant polikistik böbrek hastalığı (ODPBH) en sık görülen kalıtsal böbrek hastalığıdır; ortalama her 400 ile 1000 doğumda bir görülür. İnsanlarda en sık görülen monogenetik hastalıktır ve baskın genetik geçiş söz konusudur. Bu hastalıktan bahsetmeden önce otozomal dominant kavramından kısaca bahsetmekte yarar var. Aynı loküste yer alan bir gen çiftinin (ki biri anneden biri de babadan gelir) birinde oluşan işlevsel

değişikliğin hastalığın oluşması için yeterli olduğu hastalıklar 'otozomal dominant kalıtım örneği' gösterirler. Aile ağacı dikey bir patern gösterir; yani genetik hastalık her kuşakta kendini gösterir ve hastalığın saptandığı kişinin anne veya babasından biri de hastadır. Otozomal dominant kalıtım gösteren hastalıklarda etkilenmiş kişinin çocuklarında hastalığın ortaya çıkma riski hasta kişinin ve çocuklarının cinsiyetinden bağımsız olarak her gebelikte %50'dir. ODPBH açısından bunun anlamı

şudur; eğer ODPKB iseniz sizin anneniz veya babanızda da bu hastalık mevcuttur ve çocuklarınızda gelişme olasılığı cinsiyetten bağımsız olarak her gebelikte %50'dir. Bu hastalıkta polikistik böbrek hastalığı tip 1 (PKD1 veya polikistin 1) ya da tip 2 (PDK2 veya polikistin 2) genlerinin mutasyonu böbrekte kist oluşumuna yol açar.

BÖBREK YETMEZLİĞİNE NEDEN OLUR
ODPBH olan kişilerin çoğunda

yetişkinlikte böbrek yetmezliği gelişir. PKD1 mutasyonuna sahip olan hastalarda hastalık daha şiddetli seyreder; kistler daha erken yaşlarda gelişmeye başlar ve son dönem böbrek yetmezliği (ki tedavisi diyaliz veya böbrek naklini zorunlu kılar) daha erken yaşlarda gelişir. PKD1 mutasyonuna sahip hastalarda son dönem böbrek yetmezliği ortalama 54 yaşında gelişirken, PKD2 mutasyonuna sahip hastalarda ortalama 74 yaşında son dönem böbrek yetmezliği gelişir. Hastalık başta böbrek olmak üzere vücudun birçok yerinde kist gelişimi ile kendini gösterir. Böbreklerdeki kistlerin büyümesi zamanla böbrek işlevlerini bozabilmekte ve son dönem böbrek yetmezliğine neden olabilmektedir. Hastalık son dönem böbrek yetmezliğinin sık rastlanan nedenleri arasındadır. Bu hastalığın maraz çıkarma potansiyeli ve hayatı tehlikesi böbrek işlevlerindeki ilerleyici azalmayla ilişkilidir. Ayrıca böbreklerdeki kistlerle ilişkili olarak gelişebilecek komplikasyonlar da (taş, enfeksiyon, idrarda kanama) yukarıda bahsedilen risklerin artışıyla etkilidir.

HASTALARDA HİPERTANSİYON GÖRÜLÜR

ODPBH kalıtsal bir hastalık olduğu için, tanı genellikle aile öyküsü varlığı ve görüntüleme yöntemleri birlikteliğiyle koyulur. Bazı hastalarda hastalığa neden olan mutasyon yeni gelişmiş (de-novo) olabilir. Bundan dolayı aile öyküsünün mevcut olmadığı veya tutarsız olduğu olgularda yukarıdaki yaklaşım tam anlamıyla geçerli olmayabilir. Tanı esas olarak ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi gibi görüntüleme yöntemleriyle konulur. Hastalık ile uyumlu bulgular her iki böbrekte çok sayıda görülen kistlerle birlikte böbreklerin boyutlarının artışıdır. Düşük maliyeti, kolay ulaşılabilirliği ve güvenilirliği nedeniyle, ultrasonografi tanı için tercih edilen görüntüleme yöntemidir. Genetik testler en yüksek doğruluğa sahip olan tanı yöntemidir ve klinik kuşku durumunda teşhisi doğrulayabilir. Bu hastalıkta böbrek boyutları yaşla artar ve nihayetinde ODPBH olan hastaların hepsinde böbreklerdeki bu büyüme meydana gelir. Hastalığın temel böbrek bulgusu kistlerdir. Böbreklerde kist olarak kendini gösteren yapısal anormalliklerin ciddiye hastalığın

bulguları ile yakından ilişkilidir. Hastalığın seyrinde böbreklerdeki kistlerin büyüme hızı sabittir; kistler yıllık ortalama %5.3 oranında büyürler. Öte yandan kistlerin büyüme hızı hastadan hastaya farklılık gösterebilir. ODPBH hastalarında ağrı sık rastlanan bir şikâyettir. Akut (ani gelişen) böbrek ağrısı atakları sık görülür ve kist kanaması, kist parçalanması, kist enfeksiyonu, taş ve nadiren tümöre bağlı olabilir. Detaylı bir incelemeyi gerektirir. Kronik ağrılar ise böbreklerdeki veya karaciğerdeki kistlerin çevredeki yapılar arasında sıkışması veya büyümüş olan kistlerin sırt kaslarına yaptığı mekanik etki ile ilişkilidir. Böbrek veya karaciğer kist enfeksiyonu klinik olarak belirgin karın ağrısı ve ateş ile ortaya çıkabilir. Bilgisayarlı tomografi enfekte kisti göstermek için kullanılabilir. Kist enfeksiyonundan şüphelenildiğinde derhal antibiyotik başlanmalıdır.

Öte yandan hipertansiyon, ODPBH'de en sık rastlanan klinik bulgulardan biridir. Hastaların yaklaşık yarısında böbrek süzme işlevinde belirgin azalma meydana gelmeden önce hipertansiyon gelişmektedir. Hipertansiyonun başlangıcı genellikle otuzlu yaşların başlarındadır, ancak geniş bir yaş yelpazesi olup, çocukluk çağından itibaren de ortaya çıkabilir. Hipertansiyon kalp işlev ve



yapısında bozukluklara neden olabilir ve erken yaşlarda görülebilir. Öte yandan kan basıncının başarılı bir şekilde kontrol edilmesi bu olumsuzlukları geri döndürebilir. Bahsedilen yakınma ve bulgular ile hastalığın aktivitesi ve ilerleyişi arasında yakın bir ilişki yoktur. Hastalık çok sinsi bir şekilde ilerleme gösterebilir; böbrek işlevleri son dönem böbrek yetmezliği denilen en son seviyeye kadar bozulsa bile bu yakınma ve bulgular hafif olabilir.

ERKEK ÜREME SİSTEMİNDE KİSTLER OLUŞUR

Polikistik karaciğer hastalığı ODPBH'nın en sık görülen böbrek dışı bulgusudur. Karaciğerde çok sayıda kist mevcuttur ve bu kistler karaciğerde büyümeye neden olur. Bununla beraber karaciğer işlevleri tipik olarak normaldir. Karaciğerdeki kistler yaş ilerledikçe artar ve kırklı yaşlarda hastaların çoğunda tespit edilebilir. ODPBH hastalarının yaklaşık %8'inde beyinde anevrizmalar da gelişmektedir. Bu baloncuklar genellikle herhangi bir şikâyete sebep olmazlar ama bazen baskı yaparak nöbet ve sinir felçlerine neden olabilirler. Baloncuklar yırtılarak hayatı tehdit edici olabilirler. ODPBH olan tüm hastaların bu baloncuklar için taranmasına gerek yoktur ama bazı durumlarda manyetik rezonans (MR) anjiyografi ile tarama yapmak gerekli olabilir. Hastaların yaklaşık dörtte birinde kalp kapaklarında sorunlar gelişmektedir. Eğer muayene sırasında kalpte üfürüm duyulmuşsa, ekokardiyografi denilen kalp görüntülemesiyle bu tip sorunlar açısından araştırma gerekmektedir. ODPKH'da ayrıca pankreasta ve 'araknoid zar' denilen beyin zarında da kistler oluşabilir. Erkek üreme sisteminde de kistler oluşabilir ve sperm hareketlerinde bozukluğa ve hatta kısırlığa neden olabilir. Son olarak kalın bağırsak ve on iki parmak bağırsığında divertiküller de (bağırsak duvarının dışarıya doğru kesecik halinde çıkması) gelişebilir. Tedavi yaklaşımlarına gelecek olursak, kist varlığı hastalığa yol açmaktadır; bu nedenle, kist büyümesini, gelişmesini ve oluşabilecek böbrek işlevlerinde bozukluğa hedef alan tedaviler araştırılmaktadır. ODPBH'nın güncel tedavisi, kronik böbrek yetmezliğinin yönetimine yöneliktir.



MEDİPOL MEGA ÜNİVERSİTE HASTANESİ
İŞİTME VE DENGİ BOZUKLUKLARI MERKEZİ

Dengeli bir yaşam...

Medipol Mega Üniversite Hastanesi İşitme ve Denge Bozuklukları Merkezi, işitme kayıpları, kulak çınlaması, vertigo (baş dönmesi) gibi rahatsızlıkların nedenlerinin araştırılmasında, teşhisinde ve rehabilitasyonunda bulunan bir merkezdir.

Denge bozuklukları kulak kökenli olabileceği gibi, beyin, merkezi sinir sistemi, göz, eklemler, boyun rahatsızlıkları ve tüm vücudu ilgilendiren sistemik hastalıklar (hipertansiyon, diyabet, vitamin eksiklikleri, hormonal bozukluklar vb.) sonucu da gelişebilir.

İşitme ve dengeyle ilgili sorunlar, alanlarında uzman akademik ve deneyimli bir kadro tarafından ileri teknolojilerden yararlanılarak tedavi edilmekte, rehabilitasyon süreçleri başarıyla gerçekleştirilmektedir.



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



MEDİPOL
MEGA
ÖZEL
MEDİPOL MEGA
HASTANELER
KOMPLEKSİ



medipolsaglik



medipolsaglik



medipolsaglik



MedipolSaglik



MEDİPOL MEGA ÜNİVERSİTE HASTANESİ
ORGAN NAKİL MERKEZİ

Organ bağışlamak bir hayat bağışlamaktır.

Donate an organ and give a second life.



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



MEDİPOL
MEGA
ÖZEL MEDİPOL MEGA
HASTANELER
KOMPLEKSİ



medipolsaglik



medipolsaglik



medipolsaglik



MedipolSaglik



Parkinson perküsyonla buluştu!

Beyin pili ameliyatı olan 329 kişi Dünya Parkinson Günü öncesinde aynı salonda buluşarak 'Guinness Dünya Rekoru'na imza attı. Medipol Eğitim Sağlık Grubu'nun himayesinde gerçekleşen rekor denemesinde parkinsonlu hastalar perküsyon çalarak Anadolu Ateşi dansçalarına eşlik etti.

Parkinson hastalarının 'büyük buluşması' gerçekleşti, 329 hasta aynı salonda buluşarak Türkiye'de tıp alanındaki ilk Guinness rekoruna imza attı. '11 Nisan Dünya Parkinson Günü' öncesinde parkinsona dikkat çekmek üzere yapılan rekor denemesi Medipol Eğitim Sağlık Grubu himayesinde,

Beyin Pili Hastaları Derneği (BeyPilDer) tarafından düzenlendi. Çoğunluğu Medipol Mega Üniversite Hastanesi'nden Op. Dr. Ali Zırlı'nın beyin pili ameliyatını gerçekleştirdiği yurt içinden ve yurt dışından 329 parkinson hastası aynı salonda buluştu. Grand Cevahir Hotel ve Kongre Merkezi'nde yapılan etkinlikte

rekor danışmanları Prof. Dr. Orhan Kural ve Aydın Türkgücü'nün de aralarında olduğu hakem heyeti rekoru ilan etti. Programın açılışında Cumhurbaşkanı Recep Tayyip Erdoğan'ın mesajı okundu. Vatandaşların sağlıklı, mutlu ve huzurlu bir yaşam sürmesinin öncelikleri olduğunu kaydeden Erdoğan, parkinson hastalarının



hayatlarını kolaylaştıracak her türlü çalışmanın destekçisi olacaklarını ifade etti. Erdoğan'ın mesajının ardından konuşan BeyPilDer Başkanı Av. Ahmet Metin, rekor denemesi için İstanbul'da buluşan parkinson hastalarına teşekkür ederken, bu buluşmanın parkinson tedavisi hakkında farkındalık yaratacağını söyledi. Türkiye'nin gelişiminde tıp teknolojilerinin önemine değinen Medipol Mega Üniversite Hastanesi Medikal Direktörü Prof. Dr. Gazi Yiğitbaşı ise beyin pili tedavisindeki güncel gelişmelerin parkinson tedavisi konusunda umut verdiğini kaydetti. Medipol markası olarak tıp alanındaki teknolojik gelişmelerin AR-GE ayağı noktasında yaptıkları çalışmalara değinen Yiğitbaşı, rekor denemesi buluşmasını sosyal sorumluluk projesi olarak himaye ettiklerini söyledi.

FİNALDE GÜLBEN ERGEN SAHNE ALDI

Dünya rekorunun ilan edilmesinin ardından, beyin pili ameliyatı olmuş hastalardan oluşan 'BeyPilDer

Perküsyon Takımı', Mustafa Erdoğan yönetmenliğindeki Anadolu Ateşi üyesi dansçılarla birlikte muhteşem bir performans sergiledi. Kendisi de beyin pili takılı bir parkinson hastası olan orkestra şefi Durul Gence'nin solo perküsyon performansı ayakta alkışlandı. 'BeyPilDer Perküsyon Takımı'nın performansının ardından Anadolu Ateşi dansçıları sahne aldı. Grubun sergilediği Anadolu'nun farklı bölgelerine ait halk dansları büyük beğeni topladı. Etkinliğin büyük finalinde Gülbien Ergen sahne aldı. Sevilen şarkılarını yorumlayan Gülbien Ergen rekora imza atan Parkinson hastalarından ve yakınlarından büyük alkış aldı. Öte yandan program kapsamında gerçekleştirilen sempozyumda 'beyin pili tedavisi' hakkında sunumlar

gerçekleştirildi. İstanbul Medipol Üniversitesi Rektörü Prof. Dr. Sabahattin Aydın ile Beyin Pili Hastaları Derneği Başkanı Avukat Ahmet Metin'in açış konuşmalarını yaptığı ve 'Hareketi Yakala' temasıyla düzenlenen sempozyumda Medipol Mega Üniversite Hastanesi'nden Beyin ve Sinir Cerrahisi Uzmanları Op. Dr. T. Ali Zırh ve Op. Dr. A. Tulgar Başak, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. M. Cenk Akbostancı, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Klinik Şefi Prof. Dr. S. Selçuk Çomoğlu ile Oxford Üniversitesi Hastanesi'nden Beyin Pili Programlama Uzmanı Pedro Rebelo ile St George's, University of London Nöroloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Binith Cheeran konuşmacı olarak yer aldı.



Bizce, Medipol C!

Hastanemizin sosyal sorumluluk projesi Medipol C, sporun sanatın yardımlaşmanın ve daha birçok aktivitenin bizce nasıl yapılacağını gösteriyor.

Hastaneler, hem çalışanlar hem de gelen hastalar için hep stresli ortamlar olarak hatırlanır. Fakat karşılıklı edilen tebessümler, hastaların buldukları şifa yüzlerin gülmesine sebep olur. Yüzleri güldüren ve hastane personelinde birarada olma fikrini pekiştiren projeler bu açıdan oldukça önemlidir. İnsana hizmet edilen bu kurumlarda gerçekleştirilen sosyal etkinlikler de yine yüzlerin gülmesi, stres ve gerginliğin atılması için oldukça iyi bir kaynak olabiliyor. İşte temelleri yeni atılan Medipol C de böyle bir düşüncenin ürünü. Aktif yaşam içinde tüm sosyal faaliyetlerin kendince bir dinamiği bulunuyor. Medipol'de de bu aktivitelerin Medipol C'si vardır. Sanattan spora, hayvan sevgisinden doğa sevgisine kısaca Medipol C her zaman yaşamın içinde kalarak üyelerin katkılarıyla hayata dair bütün değerlerin korunması ve geliştirilmesi adına faaliyetler

göstermek için bir araya geldi. Sporun sanatın yardımlaşmanın ve daha birçok aktivitenin nasıl Medipol C yapılacağını göstermek ve çalışanları da bunun bir



parçası haline getirmek Medipol C'nin en önemli misyonu.

Medipol Mega Üniversite Hastanesi Medikal Direktörü Prof. Dr. O. Gazi Yiğitbaşı, Medipol C'nin kurulmasına öncülük eden isimlerden biri. Prof. Dr. Yiğitbaşı Medipol C'nin serüvenini şöyle özetliyor: "Hastanemiz açıldı 6,5 yıl oldu. Bir anda hızlı bir personel sayısına, 2 bin 500 rakamına ulaştık. Bunların 400 tanesi doktor, 600'ü hemşire, bir o kadar hasta hizmetleri dediğimiz ana gruplar var bir de diğer gruplar mevcut. Genç çalışanlara sahibiz. Böyle dinamik ve hareketli bir ortamda hareketsiz kalmak olmazdı. Çalışanlar için sadece işini yap, maaşını al, gel git demiyoruz. Birlikte güzellikler yaşayalım istiyoruz. Biz hastane çalışanları insana hizmet ediyoruz, insanın harmanlandığı bu yoğun ortamda bir duygu dünyası var. Bu duygu dünyasına dokunmak çok önemli. Bunu yok sayarak



ilerlemek doğru değil. Bunun da çok farklı yolları var. Bunlardan birisi sosyal aktiviteler yapmak. Bir bakıma ihtiyaç duyuyor çalışanlar bu tarz etkinliklere. Medipol C işte bu düşünceler neticesinde hayata geçirildi.” Peki, Medipol C ne demek? Prof. Dr. Yiğitbaşı cevaplıyor: “Medipol C, Medipol’e özgü anlamında. Biz; bence, bizce demiyor Medipol C diyoruz.” Medipol C, çalışanlardan gelen talepler doğrultusunda ilerleyen günlerde faaliyetlerine devam edecek. Hastanemiz çalışanlarına aşlamak istenen aidiyet duygusu ve kurmak istenilen sıcak bağ çerçevesinde sosyal kulüpler oluşturuldu. Aktif kulüplerimizden sırayla şöyle söz

edebiliriz.

► **Avantajlar Kulübü;** Medipol ailesi çalışanlarına özel belirli kurum ve firmalarla anlaşma yapıyoruz. Özel indirimler sağlıyoruz.

► **Gezginler Kulübü;** İstanbul ili kapsamında yakın çevrelere günü birlik turlar düzenliyoruz. Böylelikle çalışanlarımız arasındaki bağ kuvvetlendiriyoruz.

► **Kültür Sanat Kulübü;** belirli periyotlar içerisinde resim, fotoğraf sergileri, söyleşiler ve dans gösterileri gibi sanatsal aktiviteler gerçekleştirilmesini planlıyoruz.

► **Spor Kulübü;** bowling turnuvaları ve ofis pilatesi yaptırılmayı planlıyoruz.

► **Kök Hücre Bağış Kampanyası;** kemik iliği nakli bekleyen hastalara umut olmak amacıyla büyük bir aile olan Medipollüler gönüllü oluyor. Kızılay iş birliğiyle gerçekleştirdiğimiz bu sosyal sorumluluk projesini çığ gibi büyütüyoruz. Üniversitemiz ile de iletişime geçiyoruz.

► **Kardeşime Kitap Okuyorum;** çeşitli hastalıklar ile mücadele eden minik kahramanların, hastane korkularını yenmeleri ve bu süreçte kendilerini mutlu ve hayatın içinde hissetmelerini sağlamak adına hayata geçirildi. Proje kapsamında hasta çocuklara istedikleri kitaplar gönüllüler tarafından okunuyor.

Sağlıklı yaşam ayaklardan başlar

PODOLOG DURSİYE ÖZDEMİR AVCI

Ortopedik ayak problemlerinde çözümü evde aramak yerine konusunda uzman bir podologa danışmak gerek. Unutmayalım ki uzun ömürlü ağaçlar sağlam köklerden meydana gelir, insanoğlunun da sağlam yürüebilmesi için sağlıklı ayaklara ihtiyacı vardır.

Podoloji; bebek, çocuk, genç, yaşlı her yaştaki insanların, doğuştan ya da sonradan gelişen ortopedik ayak problemlerinde, ayağın cilt ve tırnak hastalıklarında ki destek tedavisinde, kronik rahatsızlığı olan, özellikle diyabet hastalarında, multidisipliner bir ekip içinde; koruyucu, önleyici, tedaviye yardımcı, hastaların ayak sorunlarının

bakımı ve eğitimi için yapılan iş birliğidir. Podolog ise sağlık meslek yüksekokullarının podoloji programından mezun; bireylerin ayak sağlığının korunması ve bakımına yönelik hizmet veren ve ilgili uzman hekimin teşhisine ve tedavi için yönlendirmesine bağlı olarak hastaların ayak tedavisini yapan, eğitimi veren sağlık teknikeridir. Podolojide

uygulanan bakım şekli önleyici, iyileştirici ve de tedavi edicidir. Ayağımızda oluşan tırnak problemlerine ve cilt üzerinde oluşan sertliklere kesinlikle evde kesinlikle müdahale edilmemeli, bir sağlık kuruluşundan destek alınmalıdır. Taban problemleri, parmak deformasyonları, yanlış ayakkabı kullanımı, doğru yapılmayan tırnak kesimi; tırnak ve cilt



problemlerinin etken unsurudur. Ayak tırnaklarının düz kesilmesine ve köşelerin içeriye gömülmemesine dikkat edilmesi batık tırnak sorununun önüne geçilmesini sağlar. Öte yandan ayakta sık görülen sorunlardan biri olan nasırın oluşma mekanizması baskı ve sürtünme olduğu için giyilen ayakkabının ve parmak-taban deformasyonlarının direk etken olduğu unutulmamalıdır.

BAKIMLAR KİŞİYE ÖZELDİR

Peki biz podologlar ne gibi tedaviler yaparız? Medipol Mega Üniversite Hastanesi'nde batık tırnak, içe dönük tırnak, podolojik bakım, topuk ve ayak tabanı bölgelerindeki yarık ve çatlakların bakımı, deforme tırnak bakımı, gebelikte ayak bakımı, diyabetik ayak bakımı, ayak duyu ve mobilizasyon testleri (yüzeysel duyu testleri ve hareketlilik testleri), tırnak mantarı, mekanik temizliği ve bakımı, medikal ayak bakımı, sert nasır, yumuşak nasır, kuş gözü nasır ve geniş yüzeyli nasır bakımı, jel tırnak uygulamaları, tırnak teli ve bant uygulamaları, bandajlama uygulamaları, silikon ortez (kişiyeye özel) uygulamaları hizmeti verilmektedir. Bütün bu bakımlar ihtiyaca yönelik ve kişiyeye özel olmalıdır. Unutmayalım ki uzun ömürlü ağaçlar sağlam köklerden meydana gelir, insanlığın da sağlam yürüebilmesi için sağlıklı ayaklara ihtiyacı vardır.

SEÇTİĞİNİZ AYAKKABIYA DİKKAT EDİN

Son olarak ayağımızda yaşadığımız sorunların kökenine de bakmakta fayda var. Ayak sorunlarının bir çoğunun doğru ayakkabı kullanmadığımız için ortaya çıktığı aşikârdır. Ayakkabı alırken özellikle gün sonunda ayaklarımız şiş ve yorgunken, tarak kısmını yanlardan sıkımayacak, ayağımızın en uzun parmağıyla elimizin işaret parmağının eni kadar önden bir parmak boşluk olacak şekilde, bağcıklı, tokalı veya cırtlı, yürüme esnasında başparmak kıvrımına müsaade eden ve yerden gelecek şoku tolere edebilecek özellikte olmalıdır. Ölçüyü doğru tespit etmek için ayakkabının iç tabanı çıkıyorsa çıkarıp üzerine yük vererek basılmalıdır. Farklı bir yöntem olarak; ayakta dururken ayağımızın resmini bir kâğıda çizip makasla kesip ayakkabı içine yerleştirebiliriz. Bunun sonucunda



kâğıdın etrafının kıvrılmaması gerekir. Ayakkabı kesinlikle iki ayağa da denemeli ve iki ayak arasında numara farkı varsa büyük olan ayağa uygun olan alınmalıdır. Özellikle diyabetli hastalarda nöropatinin yani duyu sinir hasarının sonrasında ayak hissetmediği için ayakkabı dikişlerinin vurmaları veya sürtünmelerine bağlı

yaralar açılabilir. Aynı zaman da kullandığımız çoraplara da dikkat etmemiz gerekir. Pamuklu çorapların tercih edilmesi ayağın nem dengesi açısından önemlidir. Çorapların burun kısmı dikişsiz olmalı, dikişi varsa ters çevirip giyilmeli, bilekleri çok sıkı olmamalı ve ayak bileğinin üzerini geçecek uzunlukta değildir.



FOTOĞRAF: YASİN KELER

Yer altından dağların zirvesine

AYSEL YAŞA YILMAZ

Doç. Dr. Cengiz Erol, 14 yıldır zirvelere tırmanıyor, kamp yapıyor. Radyologların eksi rakımlı katlarda çalıştığını söyleyen Erol “O kadar yerin altına girdik ki, sıçrayışımız dağların zirvesine kadar oldu” diyor.

2004 yılından bu yana, arkadaş grubunuzla zirvelere tırmanıyor kamp yapıyorsunuz. Biz de oradan başlayalım söyleşimize. Şehirden bunalıp kaçma isteği mi hissettiniz?

Meslek hayatıma uzman olarak 1999 yılında İstanbul’da başladım ve İstanbul hakikaten zor bir şehir. Kendinizi kaybetmeden içinde yayılması zor bir şehir. Beraber hayatı paylaştığımız arkadaşlarımızla ortak aktivitelerimiz zaten vardı. Ama yine de bir şeyleri ıskaladığımızı fark ettik. O da doğayla olan ilişkimizin neredeyse tamamen kaybolmasıyla ilgiliydi. En son ayı ya da yıldızları ne zaman gördüğümüzü düşününce çok uzun

zamandır bunları görmediğimizi fark ettik. Bazen baharın geldiğini bile görmeden yaza geçtiğimizi anladık. Bunun üzerine neler yapabiliriz diye düşünürken genel cerrah arkadaşım Dr. Mustafa Hasbahçeci ‘dağa çıkalım’ dedi. Diğer arkadaşımız radyolog Dr. Mustafa Törü’yle ‘nasıl yani’ dedik. Fizibilite çalışması yapıp gerekli malzemeleri belirledik. Sonra da olur galiba diyerek bir yola girdik. Serüven böyle başladı.

İlk rota neresiydi?

İlk bulduğumuz yer Bolu- Sakarya il sınırındaki Sülüklügöl oldu. Biraz daha medeni bir yerdi. Baharda da güzel olacağını düşündük. Erzakımızı belirledik

ve şöyle bir karar aldık: Orada mangal yakmayacaktık. Yanımıza açlığımızı giderecek konserve, ufak tefek sandviçler ve meyve alalım, o şekilde akşamı geçirelim. O gece internette okuduğumuz bilgilerle çadırımızı kurduk. İlk gece bizim için en travmatik olan şey sıcak ve yumuşak döşeklerimizin dışına çıktığımızda sert bir zemine yatmanın ne kadar zor olduğuydu. Dağda yaşamak çok zor. İlk geceyi uykusuz geçirdik. Dışarı çıkmaya ürküyorduk çünkü her yer zifiri karanlıktı. Zaman içerisinde buna alıştık ama ilki zordu. En güzel tarafı ise ayın olmadığı zifiri karanlığın olduğu bir ortamda samanyolu ve tüm yıldızları görme şansımızdı. Sırt üstü yere yatıp

gökyüzünü temaşaa etme şansımız oldu. Bu, çok uzun süredir yaşamadığımız bir mutluluğu yaşama şansı verdi.

Son dönemde şehirde yaşayan herkes doğaya dönerek sadeleşmek peşinde. Sizin de peşinde olduğunuz şey bu muydu?

Tabi ki. Bir mekânda kalmaya gidiyorsunuz ve yanınıza sadece gerekli olan en az eşyayı alıyorsunuz. Biz şehirde yaşarken gerekli gereksiz diye bakmadan çok şeye sahip olmaya çalışıyoruz. O çok şeyin arasında da kayboluyoruz. Bu geziler hem o sadeliği hem de huzuru veriyor. Aslında ihtiyacınız olmayan bir sürü şeyin size yük olduğunu fark etmenizi sağlıyor bu geziler.

‘Dağa çıkmak’ sizin hayatınızda neleri değiştirdi?

Birincisi yılda sadece 2 kere dağa gitmenin yetmeyeceğini düşündürdü. Daha sonraki süreçte bahçecilik işleriyle doğal olarak doğayla daha uzun süreli ve daha derinlikli bir ilişkinin ortaya çıkmasını sağladı. Aslında şehirde bizim doğayı nasıl ortadan kaldırdığımızı ve kendi hayatımızı nasıl yavan hale getirdiğimizi fark ettik. Doğaya karşı pozitif yönde bir bilinç oluştu.

Senede kaç kez gidiyorsunuz?

İlkbaharın ortası gibi ve sonbaharın sonuna yaklaşan kışım ayında gidiyoruz. Yılda 2 kez, bir ilkbahar, bir de sonbaharı doğada yaşamış oluyoruz. Arada aksamalar olsa da 14 senedir devam eden bir yolculuk bu.

Ekibinizde kimler var?

Normalde ekibin maksimum sayısı 5. Bu da bir arabaya sığabilecek insan sayısı. Ekibe giren çıkanlar oluyor. Ama sabit 3 kişiyiz. Dr. Mustafa Törü, Dr. Mustafa Hasbahçeci ve ben. Mustafa Törü Ankara’da yaşıyor ve bize Ankara’dan katılıyor.

Rotaya nasıl karar veriyorsunuz?

Valla herkes birbirine itmeye çalışıyor bu meseleyi. Rotayı belirleyen kişi yolu bulmakla da sorumlu oluyor. En sıkıntılı şey zirveye çıkan yolu bulmak. Bugün belki biraz daha kolay her yerde telefon çekiyor. 2004-2010 arasında bu o kadar mümkün değildi. Bizim için en zor şey yaylaları bulmaktı. Çünkü birçoğunun tabelası bile yok. Bir kere Menekşe Yaylası’nı bulamadık. Sonra baktığımızda 2 km kalmıştı ama o kadar sormamıza rağmen bulamadık, geri dönmek zorunda kaldık. Bir gün final yaparsak fikrimiz Menekşe Yaylası’na gitmek ve bu kez yaylayı bulmak. **Hekim olarak yoğun çalışıyorsunuz.**



Doğaya dönüş bu karmaşadan sizi çıkaran bir pencere gibi mi?

Bizim hastalarla uğraşımız devamlı bir stres kaynağı. Yaptığınız her şey insanın sağlığına kavuşmasını sağlayabileceği gibi kişiye zarar verebilecek şeyler de. Bu pozitif- negatif gerilim arasında her gün gidip geliyoruz. Bu, beynimizin arka planında sürekli işleyen bir stres mekanizması. Dolayısıyla onu ortadan kaldıracak, sizin o kısa devrenizi sağlayacak meşgalelere ihtiyacınız var. Bu da sadece dinlenmekle olmuyor. Dinlenirken de beyninizin arkasında o stres işlemeye devam ediyor. İşte bu tarz uğraşlar meşgaleler bizi rahatlatıyor. Ben toprakla uğraşırken her şeyi unutuyorum.

Radyologlar olarak yer altında çalışıyorsunuz ama dağlara çıkıyorsunuz. Gözünüzün yükseklerde olmasının sebebi mesleki mi?

Biz radyologlar hep karanlık ortamlarda ve eksi rakımlı katlarda çalışıyoruz. Şu anda -3’teyim. Bir gün bir amca bana ‘doktor olmak için bu kadar okudun da -3’te yaşamak için mi okudun be evladım’

demmişti. Haklı ama malesef günümüz şartları bunu gerektiriyor veya zorunlu kılıyor. Muhtemelen biz o kadar yerin altına girdik ki, buradan sıçrayışımız dağların zirvesine kadar oldu. (Gülüyor)

Bahçeyle de ilgilendiğinizi söylediniz.

Mustafa Hasbahçeci arkadaşımın ortak bir bahçemiz var. İstanbul’a yakın bir yerde. Kendi imkanımızca orayı paylaşıyoruz. Bahçe işleriyle uğraşıyoruz. Meyve ağaçlarımız var, sebze ekiliyor. Doğal ortamda bulunup toprakla hemhal oluyoruz.

İleride emeklilik planınızda öyle bir yer mi var?

Ben eğer kendi işemi sağlayabileceğimi bilsem hemen kaçardım şehirden. Beni engelleyen bir başka şey daha var. Bu topraklar bana emek verip mesleğimi icra etmemi sağladığı için ona olan borcumu bir kere ödemem gerek. Onu ödediğime kanaat getirdiğimde, işemi de sağlayabileceğimi düşündüğümde öyle bir hayatta mücadele etmek en büyük hayallerimden bir tanesi.

Aileleriniz nasıl yaklaşıyor?

Anneme söylemiyorum. Çünkü o bize dağda bir şey olacağına dair yüksek bir endişeye sahip. Eşim ve çocuklar alıştılar. Bizim de psikolojimizin daha iyi olduğunu gördükleri için çok ses çıkarmıyorlar. En büyük korkuları orada bize bir vahşi hayvanın saldırıp saldırmayacağı. Şunu gönül rahatlığıyla söyleyebilirim ki şehir hayatı insan için daha tehlikeli. Doğal hayatta uygun zamanda uygun yerdeyseniz ve gerekli bazı önlemleri almışsanız durup dururken vahşi hayvanların size saldırmayacağı kanaatindeyiz. Bir ayıyla karşılaşmadık, karşılaşmak da istemiyoruz.



Bebeklere de stent takılır

PROF. DR. ABDULLAH ERDEM

Sadece yetişkinlere değil, çocukluk çağında da yenidoğan döneminden itibaren anjiyo yapıldığını ve stent takıldığını biliyor muydunuz?

Hepimizin dedesine, babasına ya da yakınlarından birine anjiyo yapılmıştır. Anjiyo sonrasında da balon yapılarak veya stent konularak damarın tekrar açıldığını duymuşuzdur. Çocukluk çağında da yenidoğan döneminden itibaren anjiyo yapıldığını

biliyoruz. Son yıllarda doğumsal kalp hastalıklarında anjiyo yapılarak stent konulup geçici veya kalıcı olarak tedavi sağlanabilmektedir. Çocukluk çağının kritik bazı hastalıklarında doğar doğmaz acil müdahale gerekmekte olup bunlarda hastanın taburcu edilebilmesi için

akciğer kan akımının veya bazılarında kalp ve hayati organlara kan akımının sağlanabilmesi için stent konulması gerekmektedir. Daha önceleri sadece operasyonlar ile sağlanan bu tedaviler stent teknolojisindeki gelişmeler ve bebeklerde artan tecrübe ile anjiyo

yapılarak halledilebilir hale gelmiştir. Stentler yenidoğan döneminde ya akciğere kan gitmesini veya vücudun baş boyun damarlarına ve diğer hayati organlarına kan gitmesini sağlamak için doğumda açık olan duktus denen yapının açıklığının devam ettirilmesi amacıyla yerleştirilir. Böylelikle hastalar yenidoğan döneminde operasyon geçirmek zorunda kalmaz ve geçirecekleri operasyonlar daha ileri bir zamana ertelenmiş olur.

AMELİYATI ÖTELER

Daha büyük çocuklarda akciğer damarlarındaki darlıkların genişletilmesi amacıyla veya koarktasyon adını verdiğimiz şah damarlarındaki darlıkların giderilmesi amacıyla konulur. Bu amaçla konulan stentler genellikle çocuk büyüdüğünde yeniden genişletilebilme özelliğine sahip stentlerdir. Bu tür stentler bir balona yüklenip yerleştirildiklerinden müdahale edilecek olan çocukların belli bir yaşın ve kilonun üzerinde olması tercih edilir. Günümüzde yenidoğan döneminde ameliyatın yerine kullanılan ve asıl ameliyatları öteleyen stentler, daha büyük çocuklarda operasyona alternatif bir tedavi olarak kullanılan stentler olduğu gibi operasyon geçirmiş hastalarda giderilemeyen bazı darlıkların giderilmesi

amacıyla tekrarlayan operasyonları önlemek için de stent yerleştirme işlemleri yapılmaktadır. Böylelikle hem ameliyat ile ulaşılamayan yerlere ulaşılmış hem de ameliyat sayısı azaltılmış olmaktadır.



Stentler paslanmaz çelik, krom, nikel, kobalt gibi çeşitli özellikteki materyallerden yapılabilmektedir. Küçük çaplı olanları genellikle balona yüklü bir şekilde hazır halde, daha büyük çaplı olanları tek başına olup onların kullanacak kişi tarafından istenilen çaptaki balona yüklenmesi gerekmektedir.

İLERİDE DAHA FAZLA KULLANILACAK

Farklı uzunluk ve çapta birçok stent geliştirilmiştir. Bu gün için ideal özellikte stentlerin henüz olmadığı düşünülmekle birlikte özellikle yenidoğan döneminde kullanılan eriyebilen özellikteki maddelerden stent yapılması üzerinde yoğun çalışmalar devam etmektedir. Erişkinlerde çok sık duyduğumuz stentle tedavi çocukluk çağı kalp hastalıklarının tedavisinde de yaygın olarak kullanılmaya başlanılmış olup ileri merkezlerde bu yöntemden sıkça yararlanılır hale gelmiştir. Böylelikle önemli kalp hastalığı olan çocukların geçirdikleri operasyon sayısı azalmakta veya operasyon geçirmelerine gerek kalmamaktadır. İlerleyen yıllarla birlikte stent teknolojisindeki gelişmeler hem bu stentlerin kullanımını daha kolay hale getirecek hem de kalp hastalıklı çocukların tedavisinde stentlerin daha fazla yer alır hale gelmesini sağlayacaktır.



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.



MEDİPOL
MEGA
ÖZEL
MEDİPOL MEGA
HASTANELER
KOMPLEKSİ



medipolsaglik



medipolsaglik



medipolsaglik



MedipolSaglik

SKOLYOZ VE OMURGA KIRIKLARI

Güvenli mikro cerrahi

SGK
ANLAŞMALI



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



MEDİPOL
MEGA
ÖZEL
MEDİPOL MEGA
HASTANELER
KOMPLEKSİ



medipolsaglik



medipolsaglik



medipolsaglik



MedipolSaglik



Öğrencilerim benim ölümsüzlüğümdür

AYSEL YAŞA YILMAZ

Ömürde 81, sahnede 62 yılı geride bırakan oyuncu Ayla Algan, hastalıkları sanatla tedavi etmeyi öğrendim deyip ekliyor: “Çok sıkıntılı olduğumda gündelik üstü bir dünya kuruyorum. İşte bu yüzden öğrencilerimin hepsi, benim ölümsüzlüğümdür.”

Tiyatrocu olmak istiyorum dediğiniz zamanı hatırlıyor musunuz, neydi size bu alanı seçtiren?

O sırada eşim de tiyatro yapmak istiyordu. Benim çocukluğumdan başlayan piyano, bale dersi ve seyrettiğim tiyatroların etkisi vardı. Annem ressamdı. Arkadaşları bizim evde toplanıp çay içip sohbet ederlerdi. Annem bana yeni dansları yaptırırdı. Yıllar sonra biz İnci San ile Hacettepe Üniversitesi’nde yaratıcı dramayı kurduk. Aynı benim çocukluğum gibi sosyal hayatta evlerinde mutlu olmaları için. Benim çocukluğum gibi.

Ayla Algan, izleyici için hep sevimli, iyi rollerin kadını. Bu işe ilk başladığınız zamandan bu yana rolleri seçerken iyi ve sevimli olmasına özellikle mi dikkat ettiniz? Bu, baştan aldığınız bir karar mıydı?

Evet. Büyük paralar da verseler hiçbir zaman rollerimi seçerken kötü kadın, pedagojik olmayan fantastik senaryolar, cinler, periler gibi senaryolarda yanlış yazılmış rollerde oynamak istemedim. Bu bilinçli bir tercihti.

Gerçek hayatta karşısında olduğum rolü oynamam diyerek gerçekten cesur ve iddialı bir duruş sergiliyorsunuz. Bununla ilgili düşüncelerinizi aktarır mısınız bizlere?

Tiyatro seyircisiyle oyuncu-seyirci ilişkisidir. Aynı psikiyatrya gitmiş gibidir. Oyuncu, yazar ve rejisörün yarattıklarıdır. Bu ilişkide sadece kendimi değil, hayatım boyunca seyircimi de yaratıcı kılmaya çalıştım. Sinemada ise oyuncu yaratıcı olamaz. Senaryo yazarı ve rejisör yaratıcıdır. Orada oyuncu olarak bir şey yapamam. Ya oynarım ya oynamam. Hatta eğitici bir senaryo değilse ya da rejisör pedagojik olarak bunu hissetmemişse vazgeçirebilirim bile. Çocuklara ve büyüklere yararlı değildir derim. Bu da bir başka hassasiyetin sonucudur.

Oyunculuk sizin için rehabilitasyon mu?

Rehabilitasyon değildir ama, oyunculuk nedir dediğim zaman, sanat terapidir diyorum. Ressam ve psikiyatry Prof. Dr. Süleyman Velioglu ile yirmi yıl çalışarak bunu hem öğrendim, hem de pratiğini yaptım. Sanat ontolojisi Nicolai Hartmann fenomenolojisi ve yaratıcı insan varlığı araştırmalarımızı daha geniş kapsamlı hatta dünya çapında yapmak için TALİ (Tiyatro Araştırma Laboratuvarı) kurduk. Orada doğa içindeki insanı Hegel’le, tasavvufta Yunus Emre ve Hz. Mevlana ile araştırdık. Dernekte bu felsefeleri yüklenen öğrencilerimizle kendi kurdukları tiyatrolarda kendi oynadıkları rollerde ve



kendi buldukları pedagojik sistem ya da estetiklerde dünya çapında araştırmalar yapan yegane bir laboratuvar oldu.

HASTALIKLARI SANATLA TEDAVİ ETMEYİ ÖĞRENDİM

İzleyiciler hep merak eder, oyuncular rollerine nasıl hazırlanırlar ?

Ben öteki oyuncuları bilmiyorum. Önce yazarı araştırırım. Yazara sadık kalmayı yeğlerim. Hangi yaşta yazmış, hangi tarihi dönemde yazmış, ona bakarım. Bu, hem benim hobim olur hem de katman katman yaşamış olurum.

Mesela Goethe'nin 'Roma Sokakları' diye bir şiir kitabı var, öykü gibi. O kitabı evimde sakladım. Okumadım. Tailde Roma'ya gittim ve sokaklarda okudum. İşte o zaman eskiyi, yeniyi yaşadım. Bir anda üçünü. Eskiye, şimdiye ve yarını... Şiir okumayı çok seviyorum, İyi de okuyorum galiba, öyle söylerler. İçinde buluyorum kendimi. Orhan Veli gibi, Eyüboğlu gibi. Bugünkü İstanbul'u dinliyorum gözlerim kapalı...

Geçmişinize baktığınızda müzik var, tiyatro, sinema, eğitimcilik de öyle. Sizin için hangisi vazgeçilmez? Böyle bir tercih yapabiliyor musunuz geriye dönüp baktığınızda?

Yaratığım roller gibi onların hepsi benim çocuklarım. Türleri de aynı şekilde ayırt edemem. Müzikal, şiir, tiyatro, sinema aynıdır. Yaratma edimine girer. "Kim ki yaratma süreci içindedir, onun adı insandır" der Prof. Dr. Süleyman Velioğlu. Benimki de öyle işte.

'Hastalıkları sanatla tedavi etmeyi öğrendim' diyorsunuz bir röportajınızda. Bunu biraz açalım mı? Sanat tüm hastalıklar için iyi bir ilaç mıdır?

Evet. Neden? Çocuğa masal söyler gibi ne kadar gündelik üstü bir duruma sokarsanız o kadar kendini iyi hisseder ve hastalığını unuttur. Alzheimer hastalarıyla da çalıştım mesela. Sol emisferi (brocayı) silgi ile siliyor gibi siliyor, ama bedendeki yaşananları silemiyor. Ares Toteles'in dediği gibi beden gündelik üstü yaşadığı için yapacağınız şey bu oluyor. Evinden başka yere taşınmamak, duvarında asılı resimlerin yerini değiştirmemek, eşyalarının yerini değiştirmemek. O hastalıkta çok hassastır. Duygusal emisferdeki uzun vadede kalan duyguları ve yaşantıları korumak daha rahat olur. 12 yaşa kadar nörolojik yönden bakıyorum olaya. Annelere de söylüyorum.



Büyükanneden, anneden, teyzeden gelen hastalıkları araştırıyorum. Yaramaz bir çocuk kabus görüyorsa tirodine baktırın diyorum. Çocuklukta kalıntılar belirleniyor. Psikiyatlara tavsiyem; çocuğa hiperaktif deyip enerjisini aşağıda tutmak için vereceği ilaçlardan sonra şeker, Akdeniz anemisi, tiroid, kansızlık vs gibi testlere baktırmalarıdır. Öt yandan ben engellilerle de çalıştım. Görme engellilerin çamurdan yaptığı heykelleri görmeniz... O kadar ilişkili ki, sanki görüyorlardı. Terlikler yan yana, kadın erkek el ele yapmışlar. Engelli olmayan çocukların yaptıklarına baktığımızda kadın erkek ayrı, terlikler ayrı yapmışlardı. Hiperaktiflere fotoğraf makinesi hediye edin. Playback yapsın ki ileri giden düşüncelerinden kendini korusun. İş adamlarına, böbrek hastalarına bilhassa diyaliz anında hayal kurmasına, yaratıcı olmalarına, ölümü düşündürmeyen onun yerine yaptığımız 'restoration of mind' yani 'zihin restorasyonu/ onarma'

yaptırıyoruz, kötüyü atıp yaratıcılığı düşünüp 'self meditation' ile kendini rahatlatmayı öğretiyoruz.

Sahnede 62, ömürde 81 yıl. Nasıl geçti diye sorsak ne söylersiniz?

Sevgi, birlik, felsefeye başlarkenki dersleri; senden sonrakini düşün, güzeli düşün, kardeşlik yap, sınıfsallığı bırak, paylaşım, Yunus Emre'nin dediği gibi; bütün dünya eşittir, beceriksizi, zavallıyı da kahraman gibi gör.

İŞİM AYNI ZAMANDA HOBİM

Sizi ayakta tutan sevdiğiniz işi yapmanız mıdır?

Evet. Hem hobim hem işim. Bir lokma ekmek yiyorsam, evim varsa onu bana üreten. Darısı herkesin başına.

Sağlıklı yaşam deyince Ayla Algan neler söyler?

Çocuklarınıza uyurken bakın, burnundan nefes alıyor mu, doğru oksijen çekiyor mu, çevrenizde temiz hava var mı, açgözlük mü, meyve vermeyen ağaç bile bizim gündelik pis havamızı temizler. Ormana götürün, temiz havaya çıkarın. Yediklerine dikkat edin. Çöp tekenesine atar gibi yemekleri önüne sürmeyin, olduğu kadar yedirmek de önemlidir. Masal anlatmak da öyle. 'Ben neden yatağımı seviyorum?' demişti kızımın bebeğini doğurtan sevgili doktorumuz Can beyimiz. Çünkü masal anlatılıyordu orada ona. Aynı şeyi büyüklerin de yapması lazım. Şöyle ki; kontrol sizde olsun. Bedeninizde, imgelerinizde, kültürünüzde...

Güler yüzlü ve pozitif birisiniz.

Geçen 81 yılda sizi motive eden neydi?

Çok sıkıntılı olduğumda gündelik üstü bir dünya kuruyorum. İşte bu yüzden öğrencilerimin hepsi, benim ölümsüzlüğümdür.

Yaş alıyor ama yaşlanmıyorsunuz, nedir bunun formülü?

Eti, yumurtayı soframdan eksik etmem. Ege kültürüne yatkınım. Bizimkiler Giri'ten gelmişler. Bizde bir laf varmış; buradan dağ keçileri mi geçti, yok Giri'ten geçti derlermiş. Ot yemekleri soframın vazgeçilmezidir. Sanırım sağlığımı biraz da buna borçluyum.

Sağlığınız için özellikle nelere dikkat edersiniz?

Çok sinirlendiğim zaman elimde olmadan tansiyonum çıkıyor. O zaman bütün hastalıklar çıkıyor. Ben bile şaşıyorum. Safra keseme yapışık bir taş var mesela,



doktorum diyor ki 'hiç elleme', ben de onu dinliyorum. Bol bol su içiyorum.

Beslenmenizde nelere dikkat edersiniz, olmazsa olmazınız nelerdir?

Egeli gibi yaşıyorum, belirttiğim gibi.

Düzenli sağlık kontrolü yaptırır mısınız? Hayır.

Programlı bir şekilde mi başlarsınız güne? Bir gününüz nasıl geçer anlatabilir misiniz?

Çok programlıyım. Bunu da bana matmazelim öğretti. 5 yaşındayken bana 'yemeğini bırakma, aç çocuklar var, senden sonrakini düşün' dendi. 'Tuvalet kâğıdından 3 parçadan fazla koparma çünkü bunları yaşlı ağaçlardan yapıyorlar, eğer çok harcarsan genç ağaçları da keserler' diyordu. Şimdi yaşadığımız dönem orta çağ, Martin Luther'in Rönesansı değil. Ona göre yaşamımızı, planlarımızı iyi yönetmeliyiz.

GÜÇLÜ KADINLARIN ÖYKÜSÜNÜ ANLATMAK İSTEDİM

Kurtuluş Yolunda Kadınlarımız Koyunundan bahseder misiniz biraz da? Proje nasıl çıktı ortaya, ne gibi bir hazırlık süreci geçirdiniz?

Her yıl 08 Mart Dünya Kadınlar Günü'nde sahneye oyun koyarım. İki şarkım var herkesin de çok sevdiği, Hamsi Paluğu, Koca Öküz onları da söylerim. O şarkılarda hep kadının zavallılığı gösterilir. Ezilmiş, horlanmış, dayak yiyen kadınlar. Bu yıl; umumi olarak baktım ki erkek de kadın kadar ezilip haksızlığa uğruyor. Kapitalizm değil emperyalizm demeye başladık. Ben de emperyalizmde endüstriyelleşmiş şiddeti ele aldım. Sonra vazgeçtim. Kendi kültürüme, vatanıma döndüm. Nazım'ın da dediği gibi, 'Kadınlar, bizim kadınlarımız. Sofradaki yeri öküzümüzden sonra gelen kadınlar'. Kurtuluş Savaşı'nda vatanını, toprağını ve hudutları

kanlarıyla çizen kadınlarımızı ele aldım. Halide Edip Adıvar, Gördesli Makbule, Nezahat Onbaşı, 13 yaşında Jun Dark'ımız, Şerife Bacı, bebesinin örtüsünü topun üzerine gererek Atatürk'e getiren ve donarak ölen, Kara Fatmamız zulüm çekmiş, işkenceye uğramış. Silah tutan ellerimiz kalem tutsun diyen kadınların öyküsünü anlatmak istedim...

Başka yeni projeleriniz var mı, dizi, sinema ya da tiyatrodaki?

Kıbrıs'ta çekilecek bir filmde oynayacağım. Kıbrıs Savaşı'nda yaşanan Türk-Rum kardeşliği. Geçen yıl Kıbrıs'ta dökümanter bir film çektik, onun gösterimi var şu sıralar. Ayrıca yine Kıbrıs'ta yetişkinlere sinema oyunculuğu, çocuklara da yaratıcı drama dersleri veriyoruz. Bu arada İzmir Urla TED Koleji'nde yaratıcı drama, sinema ve oyunculuk akademisi kurdum.



Takıntılı mısınız?

UZM. DR. DOĞAN IŞIK

Günlük yaşamda takıntı hâline getirdiğimiz birçok davranış var. Fakat son yıllarda takıntılarımız patolojik bir hâl aldı ve karşımıza obsesif kompulsif bozukluk hastalığı çıktı...

Birçok insan zaman zaman çeşitli konularda evham, endişe ve takıntılara kapılabilir. Ancak çoğu kez günlük yaşam içinde ortaya çıkan bu duygular ile baş edebilir ve sorunlarımızı yaşamımızı etkileme noktasına varmadan çözüme ulaştırabiliriz. Takıntılı düşüncelerin günlük yaşamımızı etkileyecek, günlük aktivitelerimizi kısıtlayacak düzeye gelmesi durumunda obsesif kompulsif bozukluk (OKB) adı verilen bir ruhsal hastalık akla gelmelidir. OKB, obsesyon adı verilen takıntılı düşünce, fikir ve dürtüler ile kompulsiyon adı verilen yineleyici davranışlar ve zihinsel eylemlerden oluşan bir ruhsal hastalıktır. Obsesyon; kişinin

zihnine girmesine engel olamadığı, zihninden uzaklaştıramadığı düşünce, fikir ve dürtülerdir. Kişinin isteği dışında gelirler, kişi tarafından mantık dışı olarak değerlendirilirler ve yoğun sıkıntı ve huzursuzluğa yani anksiyeteye neden olurlar. Kompulsiyon ise; obsesyonların neden olduğu yoğun sıkıntı ve huzursuzluğa azaltmak ya da ortadan kaldırmak üzere yapılan yineleyici davranış ve zihinsel eylemlerdir.

KADINLARDA SIK GÖRÜLÜR

OKB önceleri nadir olarak görülen bir hastalık olarak kabul edilmesine karşın son yıllarda yapılan araştırmalarda hiç de nadir olmadığı belirlenmiştir.

Büyük toplum kesimlerinde yapılan araştırmalarda OKB'nin her 100 kişiden 2-3'ünde görüldüğü saptanmıştır. Genellikle ergenlik döneminde ve 20-30'lu yaşlarda başlamasına karşın, okul öncesi çağıdaki çocuklar dahil herhangi bir yaşta görülebilir. Erkeklerde daha erken yaşlarda başlamasına karşın genel olarak kadınlarda daha sık görülmektedir. Obsesyon ve kompulsiyonlar toplumdan topluma, kültürden kültüre değişiklik gösterebilir. Ülkemizde ve tüm dünya toplumlarında en sık görülen obsesyon ve kompulsiyon türleri aşağıda örnekler verilerek sıralanmıştır.

Bulaşma Obsesyonu ve Temizlik

Kompulsiyonu: Kişinin bedeninin ve

giysilerinin kir, mikrop, toz gibi etkenler; kimyasal maddeler, deterjanlar, zehirler ile idrar, gaita ve diğer beden salgıları ile bulaşacağına ilişkin takıntıları ve bu takıntıların yarattığı sıkıntıyı gidermek için yaptığı davranışlarıdır.

Kuşku obsesyonu ve kontrol

kompulsiyonu: En sık görülen obsesyon ve kompulsiyonlardandır. Kişi; gaz ocağı, kapı, kilit gibi nesnelerin açık kalmış olabileceğinden, ütü gibi elektrikli aletlerin fişlerinin prizde takılı kalmış olabileceğinden kuşku duyar (kuşku obsesyonu) ve emin olmak için tekrar tekrar kontrol etme gereksinimi duyar (kontrol kompulsiyonu). Bu kuşku ve kontroller yaşamın birçok alanında kendini gösterebilir. Başkalarına zarar vereceği, elinde olmadan saldırgan davranışlarda bulunacağı şeklinde obsesyonlar olabilir. Bazen hastalarda elinde olmadan başkalarına rahatsızlık ya da zarar vereceği, ağzından hoş karşılanmayacak nitelikte sözcükler kaçıracağı, yanındaki insanlara elinde olmadan zarar vereceği şeklinde obsesyonlar olabilir.

Cinsel içerikli obsesyonlar: Zaman zaman OKB'li hastalarda kendine, yaşına, toplumdaki yerine hiç yakıştıramadığı bir biçimde, cinsel içerikli obsesyonlar bulunur.

Dini içerikli obsesyonlar: Özellikle dini inançları yoğun yaşayan toplum kesimlerinde sık görülen bir obsesyon türüdür. Kişi kendini inanç ve görüşlerine tam karşıt bir biçimde ve çok yoğun sıkıntı yaratacak şekilde dini içerikli takıntılı düşünceleri düşünmekten alıkoymaz.

Simetri/düzen obsesyon ve

kompulsiyonları: Simetri gereksinimi ve düzen takıntıları da sık görülen belirtilerdendir. Kişinin tüm yaşamında simetri gereksinimi ve düzenlilik hakimdir.

Dokunma kompulsiyonları: Zaman zaman bazı OKB'li hastalar bazı davranışları yapmadan önce kendilerince önemsedikleri bir eşyaya dokunma gereksinimi duyarlar.

Sayma kompulsiyonları: Bazı OKB'li hastalar herhangi bir günlük aktiviteyi belirli bir sayıya kadar saymadan yaparsa işinin rast gitmeyeceğini düşünerek sayma davranışında bulunurlar.

Biriktirme ve saklama

kompulsiyonları: Sık görülen



kompulsiyon türüdür. Kişi 'ileride gerekli olabilir' şeklinde bir düşünce ile gerekli olmayacak eşyaları bile biriktirebilir.

Batıl itikatlar, uğurlu, uğursuz sayılar

ve renkler: Çoğu kişinin kültürel özelliklerinin bir parçası olarak bazı inanışları, davranışları, uğurlu ya da uğursuz saydığı sayı ve renkleri olabilir. Merpen altından geçmemek, çocukların üstünden atlayıp geçmemek, evden sağ ayakla çıkmak, yatağın sol tarafından kalkmamak gibi. Bu tür inanışlar günlük yaşam aktivitelerini engelleyecek ya da günlük işlevlerimizi kısıtlayacak kadar sık ve yoğun ise o zaman hastalık düzeyinde değerlendirilebilir. Yukarıdaki örnekleri okuduğunuzda aklınızdan 'temiz, tertipli ve düzenli olmanın; güvenlik amacı ile kapıları, pencereleri kontrol etmenin ne zararı var,

bunlar hastalık mı sayılmalı?' şeklinde düşünceler geçebilir. Elbette bu davranışları günlük yaşamımızda yapıyoruz ve hastalık olarak sayılmamalıdır. Ancak tıbbi açıdan bu şekildeki düşünce ve davranışların hastalık sayılabilmesi için günlük işlevlerimizi etkileyecek, kısıtlayacak, bozacak kadar şiddetli ve yoğun olmalıdır. Örneğin, bir ev kadınının temiz ve düzenli olması doğal olarak hastalık sayılmaz ama hemen her gün, günün her saatinde temizlik yapıyor, her gün çamaşır yıkıyor ve bu davranışları nedeni ile de çocuklarına onları sağlıklı bir biçimde yetiştirebilmek için yeterli zamanı ayıramıyorsa hastalık olarak değerlendirilebilmelidir. Bir kişinin otomobilinin camlarının kapalı, kapılarının kilitli olduğundan emin olması güvenlik nedeni ile garip karşılanmayabilir ama yolda geriye dönerek cam ve kapıları kontrol etmesi dikkat edilmesi gereken bir durumdur.

TAKINTILARIMIN NEDENİ NE?

Herhangi bir kesinlik kazanmamasına karşın OKB'nin nedeni olarak birkaç varsayım üzerinde durulmaktadır. OKB'li hastaların anne-babalarında ve diğer birinci derece akrabalarında OKB'nin sık olarak görülmesi hastalığın genetik olabileceğini düşündürmektedir. Beyin üzerinde yapılan araştırmalarda beynin bazı bölgelerinde ve özellikle de beyin içindeki sinirsel iletimde önemli rolü olan serotonin maddesinin işlevlerinde bozukluk saptanması bunların OKB'nin nedeni olarak araştırılmasına yol açmıştır. Çocukluk çağı travmalarına



maruz kalanlarda ileri yaşamlarında önemli bir stres yaşantısı ardından OKB'nin ortaya çıkabilmesi çocukluk dönemlerinin OKB gelişiminde önemli rol oynadığını gösterir.

Ayrıca kişilik yapısı olarak titiz, kuralcı, ayrıntıcı, mükemmeliyetçi özelliklere sahip olan kişiler OKB'ye yatkın kişiler olarak değerlendirilmektedir.

OKB günlük yaşam etkinliklerini ciddi olarak kısıtlayabilen, aile, meslek ve sosyal yaşamda önemli işlev kayıplarına yol açan, yaşam kalitesini düşüren bir hastalıktır.

Kronikleşme yani müzmin hale gelme olasılığının yüksek olması tedavinin önemini arttırmaktadır. Tedavide kullanılan birkaç yöntem bulunmaktadır. Özellikle serotonin sistemi üzerinde etkili olan ilaçlar OKB tedavisinde oldukça yararlı olmaktadır. Serotonin geri alım engelleyiciler adı verilen bu grup ilaçlar OKB tedavisinde yaygın ve başarılı şekilde kullanılmaktadır. Tedavinin ilk günlerinde hafif bulantı, baş ağrısı, uyku bozukluğu, midede huzursuzluk gibi geçici yan etkiler ile hastaların çoğunun dile getirmeye çekindikleri cinsel yan etkiler görülebilir. Ancak bu grup ilaçlar genellikle hastalar tarafından kolaylıkla kullanılan ve kullanımları sırasında bir sorun yaşanmayan ilaçlardır.

Etkilerinin görülmesi için 2 hafta kadar beklemek gerekir. İlacın etkili olup olmadığına karar vermek için en az

on hafta süre geçmesi beklenmelidir. Etkili olduğuna karar verilirse tedavinin gerekirse günlük doz artırılarak en az 2 yıl sürdürülmesi gerekir. Obsesif hastalar kaygı verici düşünceler ile bu düşüncelerden kaçarak ve kaçınarak başa çıkmaya çalışırlar. Ne var ki düşüncelerden kaçmaya çalıştıkça bu düşünceler daha da artmakta ve böylelikle kısır bir döngü oluşmaktadır. Davranış tedavilerinde amaç hastayı kaygı veren ve kaygı oluşturduğu için kaçma ve kaçınma davranışlarına neden olan düşüncelerle (obsesyonlar) karşı

karşıya getirmek ve bu karşılaştırmanın oluşturduğu kaygıyı azaltmak için devreye giren tekrarlayıcı davranışları (kompulsyonlar) engellemektir. Hedef rahatsızlık veren düşüncenin oluşturduğu kaygıyı söndürmek ve alışma durumunun oluşmasını sağlamaktır. Bu şekilde yapılan tedaviye alıştırmaya tedavileri adı verilir.

TEDAVİDE BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI YAKLAŞIM KULLANILIYOR



Bilişsel tedavilerde ise amaç rahatsız edici düşüncelerin oluşturduğu sorumluluk algısını azaltmaktır. Sorumluluk biçiminde bir algılama olmadığında hastalar akla gelen rahatsızlık verici düşünceleri yansızlaştırmak ve etkisiz kılmak için tekrarlayıcı davranışlar gösterme ihtiyacı hissetmeyeceklerdir. Amaç düşünceleri gerçek gibi algılamayı azaltmaktır. Bu nedenle tedavide tehdit tehlike ve aşırı sorumluluk algılarının ne oranda gerçekçi olduğu ve hangi düşünce hataları sonucu abartılı tehdit ve tehlike algılarının

ortaya çıktığı hasta ile birlikte araştırılır. Bilişsel hataların belirlenmesinden sonra yeterince işlevsel olmayan bu düşüncelerin daha gerçekçi ve işlevsel olanları ile yer değiştirmesi sağlanır. Düşüncelerinin bir felaketle sonuçlanacağını düşünen hastalardan bu düşünceleri durdurmak yerine özellikle akla getirmeleri istenmekte ve ardından korkulan sonuçların oluşmadığını görmeleri tedaviye uyum sağlamakta önemli yararlar

oluşturmaktadır. Bilişsel ve davranışçı terapiler hem hastalığın tedavisinde hem de özellikle nükslerin önlenmesinde çok önemli bir yer tutmakta, tedavide bazen tek başlarına bazen de ilaç tedavileri ile birlikte kullanılabilirler. Bilişsel davranışçı tedaviler, tedavi seçenekleri arasında en önemli yeri tutmaktadır.

DAMGALANMA KAYGISI YAŞARLAR

OKB'li hastalar sıklıkla takıntılı düşünce ve davranışları çevredekiler tarafından fark edildiğinde, öğrenildiğinde nasıl karşılanacakları, ile ilgili endişe yaşarlar. Çoğu hasta ayıplanacağı, dalga geçileceği, küçük düşürülebileceği düşüncesi ile hissettiklerini paylaşmaktan ya da açığa vurmaktan kaçınır. Hastalar, damgalanma kaygısı ile tedaviye hastalığın başlamasından çok uzun süre sonra gelebilmektedir. Aile üyeleri ve arkadaşları hastanın zaman zaman çevreye de huzursuzluk verecek düzeye de varan takıntılı davranışlarının

hastalar tarafından engellenemeyen, karşı koyamadıkları düşüncelerden kaynaklandığını bilmelidir, tedaviye uyum sağlanması konusunda yardımcı olmalıdır. Kişinin kendindeki bazı düşünce ve davranışların bir ruhsal hastalığın belirtileri olabileceğine karar vermesi çoğu kez güçtür. Okumuş olduğunuz bu yazıda kısaca tanıtılmaya çalışılan OKB'nin sizde olabileceğinden kuşku duyuyorsanız bir psikiyatri uzmanına başvurarak profesyonel yardım talep edebilirsiniz.

Beyin pili takılan 600'den fazla hastamız gibi siz de hastalığınız zamanını geriye almak ister misiniz?

Parkinson'da kaybettiklerinizi geri kazanın.

Beyin pili, insan beyni içerisinde herhangi bir noktaya elektrik akımı vererek o bölgenin beyin hücrelerindeki elektriksel aktiviteyi değiştirmeyi sağlayan bir cihazdır. Nöromodülasyon adı verilen bu tedavi yöntemi ile başta Parkinson hastalığı olmak üzere pek çok hareket bozukluğu hastalığını tedavi edebilmek mümkündür.

Parkinsonlu hastalar, beyin pili takıldıktan sonra hastalığın başladığı ilk yıllardaki hallerine dönebilir ve normal hayatlarına kaldıkları yerden devam edebilirler.



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



**MEDİPOL
MEGA**
ÖZEL
MEDİPOL MEGA
HASTANELER
KOMPLEKSİ

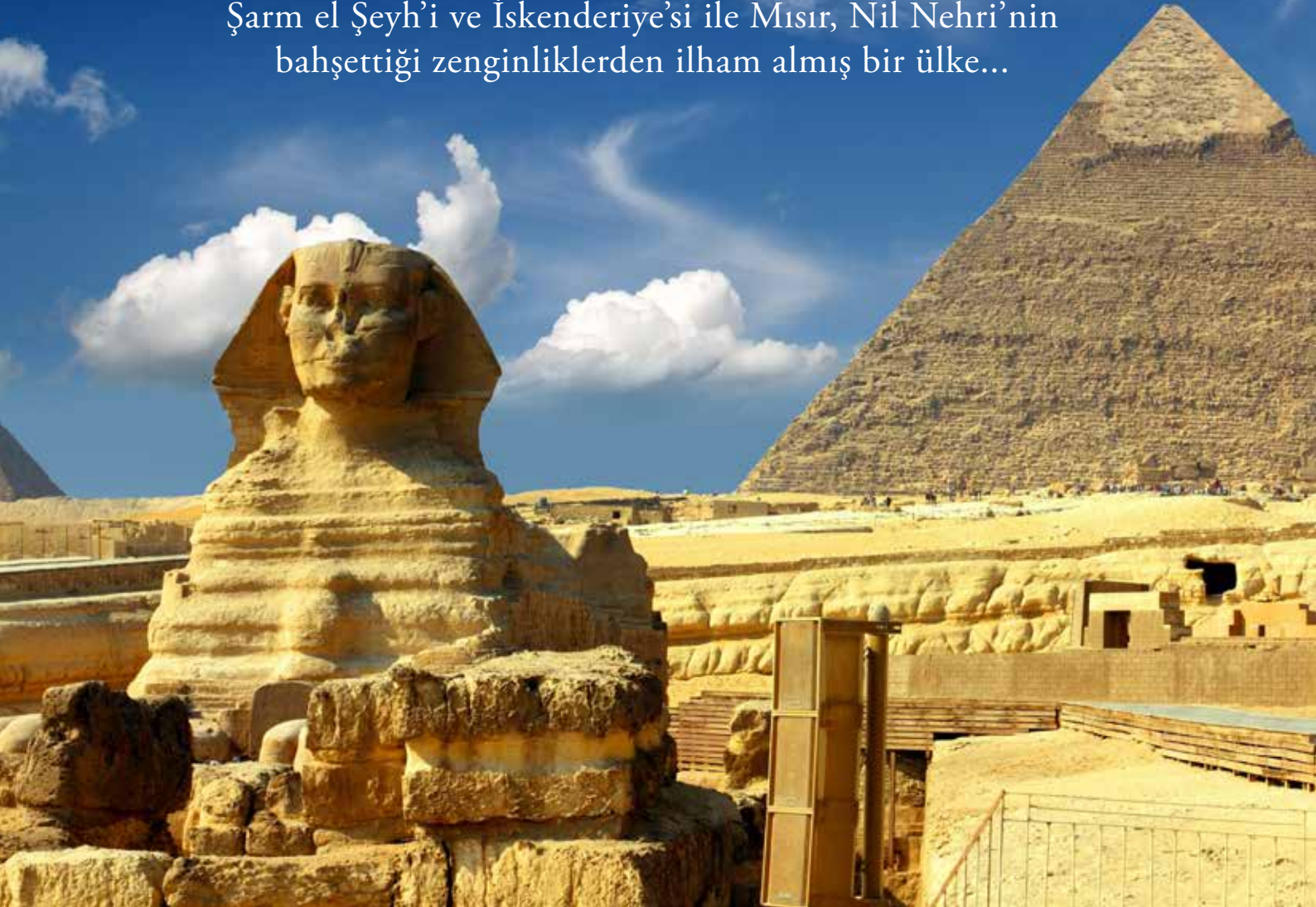


Bin yıllık hikâyeler ülkesi

Mısır

AYSEL YAŞA YILMAZ

Mitolojisi, piramitleri, efsaneleri, 7 bin yılı aşan tarihi, Şarm el Şeyh'i ve İskenderiye'si ile Mısır, Nil Nehri'nin bahşettiği zenginliklerden ilham almış bir ülke...





Nil Nehri'nin bahsettiği zenginliklerden ilham almış bir ülkeye doğru yola çıkıyoruz. Heybemizde efsaneler çok fazla yer kapladığından gerçekleri birebir görmek üzere yollardayız. Nereye mi gidiyoruz? Kuzey Afrika'nın en kalabalık ülkesi olan Mısır! Mitolojisi, piramitleri, efsaneleri, 7 bin yılı aşan tarihi, Şarm el Şeyh'i, İskenderiye'si ile dolu dolu bir yolculuk bizi bekliyor. Mısır denince akla ilk olarak piramitler geliyor. Biz turistik gezi detaylarına geçmeden önce ülke hakkında genel bilgileri aktaralım. Mısır çoğunluğu Müslüman Araplardan oluşan nüfusa sahip. Hristiyan Kiptiler ise ülkenin en önemli ikinci etnik kimliği olarak biliniyor. Mısır sokakları ve binalarıyla yüzyıllık hikayelerin ülkesi gibi. Bu hikayeyi yakından dinlemek için ilk olarak kulağımızı piramitlere dayıyoruz. Bugün halen sırrı çözülmemiş bu yapıları Mısır mitolojisine hakim bir rehberle gezmek akıllıca.

PIRAMİT FOTOĞRAFLARI İÇİN ADRES GİZE

Mısır deyince hemen aklımıza piramitler önünde çekilmiş fotoğraflar gelir. Piramitler bölgesi olarak sayılan Gize, işte bu kareleri çekme fırsatı sunuyor sizlere. Piramitler dünyanın tartışmasız en gizemli ve devasa antik yapıları olduğu için bu güzelliklerin yanında biraz fazla zaman geçirilebilir. Burada panaroma tepesinde tüm piramitlerin önünde

bir hatıra fotoğrafı çektirebilirsiniz. Gize Piramitleri, Keops, Kefren ve Mikerinos piramitleri olup isimlerini yaptıran firavunlar tarafından alınıyorlardı. Tahmini olarak M.Ö 3000 yıllarında eski krallık döneminde yapılan bu anıtsal komplekste bulunan Keops dünyanın yedi harikasından biridir. Piramitlerin içine girebiliyorsunuz fakat bu biraz zahmetli oluyor. Çünkü iki buklüm dar ve uzun koridorlardan geçmeniz gerekiyor. Ayrıca piramitlerin çevresini gezerek dolaşabileceğiniz gibi deve ya da at turu da yapabiliyorsunuz. Gelelim başkent Kahire'ye. Burada ilk durağımız Kahire Müzesi oluyor. Oldukça büyük ve kapsamlı sayılabilecek müzede meşhur Kral Tutankamon'un hazinesinin tamamını görmemiz mümkün. Ayrıca o meşhur altın maskesi de burada sergileniyor! Müzede fotoğraf çekmek biraz sıkıntılı. Mesela maskenin fotoğrafını çekmek yasak fakat diğer bölümlerde ücret karşılığında alacağınız bilet ile çekim yapabiliyorsunuz.

MİSTİK BİR ÇARŞI: HAN EL-HALİLİ

2500 yılı bulan bir tarihe dokunmak Kahire Müzesi ile mümkün diyor ve yolumuzu biraz da dinlenmek için Han el Halili'ye çeviriyoruz. Tursitler burayı Mısır'ın alışveriş cenneti olarak biliyorlar. Hani şu doğunun mistizmi anlatılırken gösterilen kareler ya da oryantalistlerin elinden çıkma kitaplarda





denk gelebileceğiniz fotoğrafları yakalayabileceğiniz bir çarşı Han el-Halili. Çarşı, şehrin önemli simgelerinden olan Al-Hussein Camii ve Al-Azhar Üniversitesi'nin yanında yer alıyor. Kahire'nin kuruluş yılı olan M.S. 970 yılında inşa edilmiş. O zamandan bu yana çarşının düzeni büyük ölçüde değiştirilmiş olsa da, kentin ticari merkezi ve turistler ve yerliler için tam bir alışveriş cenneti olmaya devam ediyor. Mısır gezisinin alışveriş ayağını burada halledebilirsiniz.

Gümüş, altın eserler, antikalar, vitraylı lambalar, tütsüler, Firavun ve piramitlerin olduğu bin bir çeşit hediyelik eşyaya kadar çok sayıda alternatif var. Ayrıca birbirinden güzel kokular ve baharatlar da yine buradan temin edilebilir. Yemek ya da bir şeyler içmek için yine Han el-Halili tercih edilebilir. Çünkü birbirinden farklı birçok kafe bulunuyor burada. Bir kafenin bahçesinde oturup Arap kahvenizi içip, Ümmü Gülsüm tınıları dinlemek eşsiz bir deneyim.



GÜN BATIMINDA NİL'DE

Gün batımında tavsiyem Nil Nehri kıyılarına gitmek. O saatlerde düzenlenen tekne turlarına katılabilirsiniz. Ayrıca Kahire'de Gezira Adası'ndaki Kahire Kulesi'ne çıkıp şehir manzarasını izleyebilir, meşhur Tahrir Meydanı'nı gezebilir, Kahire Üniversitesi'nin yanındaki botanik bahçesini gezebilir, Al-Azhar Park' gidebilirsiniz. Kentsel tasarım ödülleri almış bu parktan İslami Kahire'nin kubbelerini izleyebilir ve etkileyici fotoğraflar çekebilirsiniz. Ulaşım konusuna da değinmek gerekirse, Mısır'da sıkı pazarlıkçı olmanız lazım. Taksiciler genelde dolandırma eğilimindedir. Kararlı olup, baştan pazarlık yaparak taksiye binmeniz tavsiyemizdir.

ŞEYHİN KOYU: ŞARM EL ŞEYH

Mısır sadece Kahire'den ya da Giza'dan ibaret değil. Güzellikler bununla bitmiyor. Kahire'den biraz uzak da olsa Şarm El Şeyh'e mutlaka gidilmeli. Kızıldeniz'e uzanan Sina Yarımadası'nın tam güney ucunda yer alan Şarm El Şeyh, Arapça şeyhin koyu anlamına geliyor. Kızıldeniz kıyısında yer alan Mısır'ın dünyaca ünlü bu tatil kenti, altın renkli kumlu plajları,



kristal berraklığındaki denizi, zengin sualtı yaşamı ve mercan resifleriyle doğanın cömertçe göz önüne serildiği çarpıcı bir coğrafya. Hayatın turizm üzerine kurulu olduğu bu şehirde güneş 12 ay boyunca tepenizde! Son yıllarda popüler tatil destinasyonları arasına giren Şarm El Şeyh'te birçok lüks otel bulunuyor. Kentin eğlence ve alışveriş merkezi Naama Bay. Burada herkesin zevkine uygun bir mekan bulacağı kesin. Ayrıca Şarm El Şeyh'in kalbinde yer alan Naama Plajı da burada. Burada altı camdan tekneler ile Kızıldeniz'in renkli dünyasını ıslanmadan izlemek mümkün.

MUTLAKA DALIŞ YAPIN

Şarm El Şeyh'e gelen turistlerin birçoğu dalış yapıyor. Mercan resifleri ve zengin deniz altı yaşamı görülmeye değer. Tiran Adası yakınlarındaki Jackson, Gordon ve Ras Bob resifleri en ünlü dalış noktaları arasında. Ayrıca Thistlegorm batığı için dalmaya değer. Jacques Cousteau tarafından keşfedilen bu batık, 2. Dünya Savaşı'nda Alman uçakları tarafından batırılan bir gemiye ait. 32 metre derinlikte



rengarenk canlılar lokomotiflerin, askeri kıyafetlerin, ciplerin, motosikletlerin üzerinde yaşıyor ve size de bunu temaşa etme şansı doğmuş oluyor. Burada ayrıca çölde safari de yapabilirsiniz. Bunun için gün doğumu ya da batımını tercih etmek faydanıza olacaktır. Sina Yarımadası'nda dinler tarihi açısından da oldukça önemli

bir yer. Aziz Catherine Manastırı da bu yarımada. Ayasofya'yı da yaptıran İmparator Jüstinien tarafından 6. yüzyılda inşa ettirilmiş bu manastır, Hristiyanlar için kutsal sayılıyor ve halen aktif olarak kullanılıyor. Rivayet odur ki, Musa Peygamberin yanan çalıltığı gördüğü ve On Emir'in indirildiği yer burasıdır.



Güçlü anne, güçlü bebek, güçlü toplum

Geçen yıl ilki düzenlenen İstanbul Ebelik Günleri bu sene uluslararası arenaya taşındı. Ülkemiz genelinden 700 ebenin yanı sıra Avrupa ve Asya ülkelerinden de katılım olan kongrenin açılışında konuşan Yeşilay Yönetim Kurulu Üyesi Dr. Esra Albayrak, “Vakti beklenmiş, doğum dalgaları tecrübe edilmiş müdahalesiz bir doğum güçlü bir anne, güçlü bir bebek ve gelecek için güçlü bir toplum demektir. Eşref-i mahlukat olan insanın dünyaya gelişini fıtratına uygun bir çerçevede karşılamak, gelecek nesillere olan borcumuzdur” dedi. “1.Uluslararası, 2.Ulusal İstanbul Ebelik Günleri” ülkemizden ve dünyadan ebeleri bir araya getirdi. Sağlık Bakanlığı ve İstanbul Sağlık Müdürlüğü’nün yanı sıra pek çok üniversite, kamu hastanesi ve STK’nın katkı sunduğu kongre İstanbul Medipol Üniversitesinin ev sahipliğinde başladı. Kongrenin açılışına Yeşilay Yönetim Kurulu Üyesi Dr. Esra Albayrak, Medipol Üniversitesi Rektörü Prof. Dr. Sabahattin Aydın, Rektör Yardımcısı Prof. Dr. Ömer Ceran, İstanbul Sağlık Müdürü Prof. Dr. Kemal Memişoğlu,

Medipol Mega Üniversite Hastanesi İşletme Direktörü Özer Koca, Dünya Sağlık Örgütünden Prof. Dr. Lale Say ve Avrupa Ebeler Birliğinden Barbara Finderle’nin de aralarında olduğu yurt içi ve yurt dışından 700’e yakın ebe ve ebelik öğrencileri katıldı.

ALBAYRAK: ÜÇÜNCÜ DOĞUMUM EŞİZ BİR TECRÜBEYDİ

‘Ebeler için uzman eğitim, hayat için sağlıklı bir adım’ temasıyla yola çıkılan kongrede konuşan Dr. Esra Albayrak, ebelerin doğum hakkında anlatacaklarına

daha fazla kulak verilmesi gerektiğini söyledi. Albayrak şöyle dedi: “Kendi doğum tecrübelerimden yola çıkarak şunu söylemek istiyorum, gerçek bir ebe desteği ile gerçekleşen üçüncü doğumum eşsiz bir tecrübeydi. Doğumun her safhasını en içgüdüsel haliyle yaşayabilmeme vesile oldu. Doğumda hekimin rolü riskli durumlara müdahale etmek iken ebelerin rolü sabır ve sükûnetli halleri ile doğum eyleminin gerçekleşmesini beklemektir. İdeal bir doğumun şifresi nedir diye sorarsanız sabır derim. Fıtrata uygun bir doğumun hiçbir aşamasında aceleci davranılmaması gerektiğine inanıyorum. Vakti beklenmiş, doğum dalgaları tecrübe edilmiş müdahalesiz bir doğum; güçlü bir anne, güçlü bir bebek ve gelecek için güçlü bir toplum demektir.”



‘HADİ Medipol, HADİ Türkiye’

İstanbul Medipol Üniversitesi Eczacılık Fakültesi tarafından 14 Mayıs Eczacılık Günü’nde obeziteye karşı farkındalık oluşturmak amacıyla iki panel düzenlendi. Paneller, katılımcıları hareket ettiren bir aktiviteyle başladı. Güney Kampüs Konferans Salonu’nda yapılan panellerde

tedavi edilebilen kronik bir hastalık olan obeziteye dikkat çekildi. Dr. Ecz. Metin Uyar’ın moderatörlüğünde yapılan ‘Alışkanlıklarını Değiştir’ konulu ilk panele Uluslararası Tıp Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Abdülkadir Ömer, Eczacılık Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Gülden

Omurtag, Psikolog Dr. Beyza Bayraktar ve Novo Nordisk Türkiye Medikal Direktörü Demet Özkaya konuşmacı olarak katıldı. Panelin ilk oturumunda söz alan İMÜ Eczacılık Dekanı Prof. Dr. Gülden Z. Omurtag, 14 Mayıs Eczacılık Günü’nün 50 yıldır çeşitli etkinliklerle kutlandığını, obeziteye dikkat etmek için ‘Hadi Medipol, Hadi Türkiye’ sloganıyla yola çıktıklarını söyledi. Obezitenin günümüzün en önemli sağlık sorunlarından biri olduğunu kaydeden Prof. Omurtag ‘HADİ’ ile ‘hareket et’, ‘alışkanlıklarını değiştir’, ‘dengeli beslen’ ve ‘iyi yaşa’ dediklerini söyledi. İMU UTF Dekanı Prof. Dr. Abdülkadir Ömer ise obeziteyi en basit anlamında vücut yağ kitlesinin artması olarak tanımladı.



‘2018 Mezuniyet Töreni’ sona erdi

İstanbul Medipol Üniversitesi 2017-2018 Eğitim-Öğretim Mezuniyet Töreni’ sona erdi. Üç gün boyunca devam eden törenlerde 12 fakülteden yaklaşık 7 bin öğrenci mezuniyet sevinci yaşadı. Kavacık Güney Kampüs’te düzenlenen törene Rektör Prof. Dr. Sabahattin Aydın, Rektör Yardımcısı Prof. Dr. Ömer Ceran, Medipol Eğitim ve Sağlık Grubu İşletme Direktörü Özer Koca, Medipol Mega Üniversite Hastanesi Medikal Direktörü Prof. Dr. Gazi Yiğitbaşı, fakülte dekanları,

akademiye giren öğrenciler ve aileleri katıldı.

REKTÖR AYDIN: ARTIK HEPSİ BİRER MESLEKTAŞIMIZ

Törenin açış konuşmasında Medipol Eğitim ve Sağlık Grubu’na ve özellikle ailelere teşekkür eden Rektör Aydın, “Eğitim sadece öğrenci ile hocası arasında geçen bir süreç değil. Burada en başta öğrencilerimizin ebeveynlerini, ailelerini kutluyorum. Son 10-15 yılda hepimizin hayatına etir eden sağlıktaki hızlı dönüşümde görev yapacak genç bir ordu

yetiştirmenin gurunu yaşıyorum. Onlardan bir kısmı gelecekte ülkemizin lider kadrolarında görev yapacak. 5-6 yıllık eğitim hayatınızı bugün geride bırakıyorsunuz. Ancak bu, hayat imtihanı içinde çok küçük bir şey. Asıl büyük sınav olan hayat sınavınız yeni başlıyor. Bu sınavda hepinize başarılar diliyorum” şeklinde konuştu.

TÜRK MÜZİĞİ BÖLÜMÜ KONSER VERDİ

Sunuculuğu Eczacılık Fakültesi Öğretim Üyesi Dr. Metin Uyar’ın üstlendiği törende

dereceye giren öğrencilere plaketleri takdim edildi. Ardından sırayla sahneye çıkan öğrenciler diplomalarını havaya fırlattı. Törende Güzel Sanatlar Tasarım ve Mimarlık Fakültesi’nin ilk mezunu olan Türk Müziği öğrencileri kısa bir konser verdi. Bando XL Grubunun da performansı eşlik ettiği törende mezuniyet sevinci yaşayan öğrenciler ve aileleri, mutlu günlerini ölümsüzleştirmek için hazırlanan çeşitli noktalarda bol bol hatıra fotoğrafı çekti. Tören, #MedipolMezuniyet2018 hashtagi ile sosyal medyada da yankı uyandırdı.

‘Uluslararası TRT Belgesel Ödülleri’nde kazananlar belli oldu

İstanbul Medipol Üniversitesi ve TRT iş birliğiyle düzenlenen ‘Uluslararası TRT Belgesel Günleri’, Cemal Reşit Rey Konser Salonu’nda düzenlenen ödül töreniyle sona erdi. TRT’nin amatör ve profesyonel belgesel filmcileri desteklemek amacıyla 2009 yılında başlattığı ve bu yıl 10’uncusu gerçekleştirilen belgesel günlerinde 3 ayrı kategoride 9 film ödül sahibi oldu. Rektörümüz Prof. Dr. Sabahattin Aydın, “Hayat Nöbeti” filmiyle ‘Ulusal

Öğrenci Filmleri Kategorisi’nde dereceye giren Peyami Sefa Altıntaş’a, İletişim Fakültesi Dekanımız Doç. Dr. Ali Büyükaslan ise ‘Naatra (Bekleyen)’ filmiyle ‘Ulusal Öğrenci Filmleri Kategorisi İstanbul Medipol Üniversitesi’ kategorisinde birinci olan Zeynep Altay’a ödülünü takdim etti. İstanbul Medipol Üniversitesinin ev sahipliğinde düzenlenen “Belgesel Sinema ve Kurmaca- Karşılıklı Etkileşimler” paneliyle başlayan belgesel günlerine 79 ülkeden



624 film yarışmak için başvuru yaptı. 38 filmin finale kaldığı etkinlikte, ‘Ulusal Profesyonel Kategoride’ en iyi film ödülü “Sevan Bıçakçı: İstanbul’u Mücevhere Sığdıran Usta” adlı filmiyle Ümrân Safer’in, ‘Uluslararası Kategori’de en iyi

film ödülü ‘Unutulmuş Kıyı Zhalanash’ adlı belgeseliyle Yönetmen Marcin Sauter’in, ‘Ulusal Öğrenci Filmleri Kategorisi’nde ise en iyi film ödülü ‘Kurbaga Avcıları’ belgeseliyle Batuhan Kurt’un oldu.



Mezuniyete '1' kala

İstanbul Medipol Üniversitesi Güzel Sanatlar, Tasarım ve Mimarlık Fakültesi tarafından “Mezuniyete ‘1’ Kala” başlığıyla sektör ve paydaş toplantısı düzenlendi. Güney Kampüs Konferans Salonu’nda düzenlenen toplantı Güzel Sanatlar, Tasarım ve Mimarlık Fakültesi Dekanı Prof. Dr. H. Atilla Dikbaş’ın açış konuşmasıyla başladı. Konuşmasında

GSTM Fakültesinin eğitim modeli hakkında bilgi veren Prof. Dikbaş, ARGE odaklı bir yaklaşımla öğrencilere uygulamaya yönelik mesleki eğitim sunduklarını söyledi. Sektörle iş birliği içinde olmanın eğitim modelleri içinde önemli bir nokta olduğunu kaydeden Dekan Dikbaş şöyle dedi: “Disiplinler arası yürütülen projeler ile insani değerleri gözetken, sosyal,

kültürel, psikolojik estetik ve teknolojik değerleri bir arada düşünen meslektaşlar yetiştirmek için gayret ediyoruz. Öğrencilerimizi profesyonel yaşama hazırlamak için sektörün profesyonelleri ile sürekli iş birliği içindeyiz. 4 yıllık lisans eğitiminde öğrencilerimiz dijital tasarım araçları (BIM) ve meslek pratiği ile ilgili derslerle ilk yıllarında tanışıyor. Öğrenciler yapım

yönetimi, proje yönetimi, tasarımcılar için hukuk ve sözleşme yönetimi dersleriyle başarılı bir kariyer için gerekli olan bilgi, analitik beceri ve araçlarla donatılıyor.” Türk Müziği Bölümü öğrencilerinin kısa bir müzik dinletisi de gerçekleştirdiği toplantının ardından GSTM Fakültesi öğrencilerinin ‘Tasarımın Temelleri’ dersi kapsamında hazırladıkları çalışmalarından oluşan “Mezuniyete ‘1’ Kala” başlıklı serginin açılışı yapıldı. İMÜ’de kazandıkları mesleki edinimleri sergileme imkânı bulan öğrenciler sektörün büyük ilgisini çekti. Yaptıkları projelerle Mimar Melkan Tabanlıoğlu’nun beğenisini kazanan 4 öğrenci ise Tabanlıoğlu Mimarlıkta staj imkânı elde etti. Serginin Küratörlüğünü yapan İMÜ GSTM Fakültesi Mimarlık Bölümü Öğretim Üyesi Dr. Zülal Nurdan Korur, serginin sektör toplantısının bir uzantısı olduğunu, profesyonellerin sergi sayesinde öğrencilerin yaptıkları çalışmalardan haberdar olacağını söyledi.

Edis İMÜFEST’te sahne aldı

Medipol Üniversitesi Bahar Şenliği İMÜFEST’18, yoğun bir katılımıla Kavacık Kuzey Kampüste gerçekleşti. Medipol Üniversitesi Öğrenci Konseyinin organize ettiği Şenlikte yiyecek-içecek çadırları ve öğrencilerin hoşça vakit geçirebilecekleri langırt-rodeo oyun platformları da yer aldı. Öğrencilerimizin kısa bir Türk Müziği performansı da sergilediği festivalde Gencer Savaş Bando’su da sahne aldı. Festivalin finalinde son dönemin yeni pop yıldızı Edis Görgülü öğrencilerimize unutulmaz anılar yaşattı. Sevilen şarkıları ‘Roman’, ‘Çok Çok’ ve ‘Dur De’ başta olmak üzere birçok şarkıyı yorumlayan Edis’in sahne performansı büyük beğeni topladı.



Süheyl Ünver Genç Araştırmacı Ödülü Dr. İkbâl Alp’e verildi

Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi Dr. Muhammed İkbâl Alp, bu yıl ilki düzenlenen Uluslararası Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Kongresi’nde ödüle layık görüldü. Cumhurbaşkanlığı himayesinde gerçekleşen kongrenin ödül törenine Cumhurbaşkanı Recep Tayyip Erdoğan’ın eşi Emine Erdoğan ve Sağlık Bakanı Ahmet Demircan’ın da aralarında olduğu çok sayıda isim katıldı. Törende Dr. Alp, açılışın nörobiyolojisi alanında yaptığı çalışmayla ‘Süheyl Ünver Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Genç Araştırmacı Ödülü’nü Sağlık Bakanı Dr. Ahmet Demircan’dan aldı.





HEPDAK akreditasyonu düzenlenen törenle kutlandı

İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünün Hemşirelik Eğitim Programları Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği (HEPDAK) tarafından akredite edilmesi düzenlenen törenle kutlandı. Hemşirelik Bölüm Başkanı Dr. Öğr. Üyesi Nihal Sunal açış konuşmasında HEPDAK tarafından akredite edilme sürecini anlatan Dr. Sunal, akredite edilen ilk vakıf üniversitesi olmanın gururunu yaşadıklarını söyledi. Hemşirelik eğitim programları

için akreditasyon, değerlendirme ve bilgilendirme çalışmaları yapan HEPDAK'ın temsilcisi Doç. Dr. Dilek Özmen ise Türkiye'de hemşirelik eğitiminin kalitesinin yükseltilmesine, daha iyi eğitilmiş hemşireler yetiştirilmesine ve toplumun sağlığının geliştirilmesine katkıda bulunmayı amaçladıklarını söyledi. Rektörümüz Prof. Dr. Sabahattin Aydın da hemşirelik bölümünün HEPDAK'a akredite olmasının diğer bölümler için de motivasyon sağlayacağını söyledi.

'Zeytin Dalı ABD'ye, Fırat Kalkanı ise Rusya'ya rağmen yapıldı'

İstanbul Medipol Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksek Okulu tarafından 'Küresel Siyaset ve Dış Politika Çalıştayı' düzenlendi. Çalıştay kapsamında küresel terörizmle mücadele, Türkiye'nin sınır ötesi hareketlerinin stratejik ölçekteki etkileri, uluslararası göçe yol açan siyasal ve sosyal sebepler, Türkiye'nin Ortadoğu'daki etkisi, Balkanlar'da güvenlik algısı ve çatışma konuları farklı boyutlarıyla ele alındı. Çalıştayda söz alan KAFKASSAM Stratejik Araştırma Merkezi'nden Ufuk Cerrah, Afrin



şehir merkezinin terörist unsurlardan temizlendiğini ancak Zeytin Dalı'nın henüz bitmediğini söyledi. BİLGESAM Ortadoğu araştırmaları uzmanı Ali Semin ise, "Yumuşak gücü bir kenara bırakan Türkiye Fırat Kalkanı'nı Rusya'ya, Zeytin Dalı'nı ise ABD'ye rağmen başarıyla gerçekleştirdi. Güvenlik stratejisini

değiştiren Türkiye bundan sonraki süreçlerde Suriye'den gelecek sınır ve ulusal güvenlik tehditlerine karadan veya havadan askeri operasyonlarla karşılık vereceğini uluslararası camiaya göstermiş oldu" dedi.



Öztek: Yeni İİK'da iflasın ertelenmesi ortadan kalktı

İstanbul Medipol Üniversitesinde düzenlenen '7101 Sayılı Kanun Çerçevesinde Konkordato ve Elektronik Tebligat' başlıklı sempozyuma katılan İİK Bilim Komisyonu Başkanı Prof. Dr. Selçuk Öztek konkordato ile ilgili çok kısa sürede teknik bir kanun hazırladıklarını söyledi. Öztek, yeni yasayla iflasın ertelenmesinin tümüyle ortadan kaldırıldığının altını çizdi. Tasarının hazırlanmasında Adalet Bakanlığına kurulan Bilim Komisyonu'nun başkanlığını yürüten Prof. Dr. Selçuk Öztek, konkordatonun en basit anlamda borçlunun alacaklılarıyla yaptığı anlaşma olduğunu söyledi.



ALFAKON 2018 sona erdi

Eczacılık Fakültesi öğrencilerinin mesleki ve kişisel gelişimine katkı sağlaması amacıyla İstanbul Medipol Üniversitesi Eczacılık Fakültesi tarafından düzenlenen ALFAKON 2018 sona erdi. İstanbul Medipol Üniversitesi Eczacılık Fakültesi tarafından Dedeman Bostancı Hotel'de düzenlenen kongrenin açış konuşmalarını Eczacılık Fakültesi Dekanımız Prof. Dr. Gülden Z. Omurtag, ALFAKON 2016 Başkanı Eczacı Onur Yalnız ve ALFAKON 2018 Başkanı Gökberk Karabay gerçekleştirdi. Farklı üniversitelerden gelen eczacılık fakültesi öğrencileri arasında iş birliğinin artırılmasına vesile olan kongreye rekor sayıda katılım sağlandı. 3 gün süren kongrede eczacılık mesleğinin güncel tartışma konularında alanında uzman kişiler tarafından konferans, panel ve atölye çalışmaları gerçekleştirildi. 60'dan fazla konuşmacının katıldığı kongrede, algı atölyeleri ve farkındalık atölyeleriyle de sosyal konulara dikkat çekildi.

ENDOCRINOLOGY AND METABOLIC DISEASES

Have you heard of hormonal hypertension?

Some of the conditions that cause hypertension nowadays are due to hormonal diseases. It is important to recognize these diseases because the reduction of the hormones to normal levels can lead to the complete disappearance of hypertension in some patients, while in some patients serious reductions in the number of medications and doses used in treatment can be achieved. Primer hyperaldosteronism is the most common cause of hormonal hypertension, and approximately 5% to 10% of the patients who are followed up for hypertension constitute these patients. In this type of hormonal hypertension, excess amount of aldosterone hormone is produced in adrenal glands. This diagnosis is often overlooked because many drugs used in blood pressure treatment can affect tests.



NEUROSURGERY

Do not let spondylolisthesis ruin your life

In spondylolisthesis, a vertebra usually slips over another vertebra, usually forwardly. As a result of this slip, the spinal cord and / or nerve roots that pass through the spine can become stuck and complaints such as pain, numbness and burning on both legs occur. Spondylolisthesis not always show clinical signs. Sometimes it can be revealed by chance in waist x-rays taken for other reasons. In addition to low back pain when clinically symptomatic; complaints such as hip pain, numbness in the legs, pain, loss of strength, muscle tension, weakness, increase in waist slip or difficulty walking occur. Although these symptoms are temporary relieved with resting, complaints often occur with standing, walking and other activities.



NUTRITION AND DIET

Resist insulin resistance with exercise!

Insulin resistance can be defined as the inability and difficulty in controlling the activity of secreted insulin to control sugar in the body. As you gain weight, insulin resistance increases. As insulin resistance increases, weight gain becomes even greater and losing weight becomes increasingly difficult, and unfortunately the metabolism enters a vicious cycle. For individuals whose waist circumference is 80 cm in women and 94 cm in men; the risk of insulin resistance is high. The most important treatment of insulin resistance is to reach ideal weight and maintain it. As the body fat ratio decreases and becomes normal, insulin binds more actively to the receptors in the cells and performs its function. This requires a lifestyle change. Healthy eating and regular exercise should be a habit.



CARDIOLOGY

Heart doesn't like hot

In terms of heart and vein health, increasing weather temperature brings some risks along with. Problems like palpitation, skipping of a heart beat, chest pain, occlusion in effort and shortness of breath can be seen in hot weather. In the performed studies, it's been found that very hot weathers increase the death risk for those with heart disease. Heart attacks increase in summer. The most important reason of this is increased coagulation rate related to salt and electrolyte loss due to sweating. In this regard, the individuals with heart disease should come to the hospital for heart check-ups in spring months when the weather starts to get hot. Also, we should stay under shades in very hot weathers and not go out between 10:00 AM-4:00 PM. Thin, bright-colored outfits should be worn, an umbrella or a wide hat should be used. Warm shower should be taken as much as possible. We should drink water before we get thirsty.



OPHTHALMOLOGY

Don't ignore eye cancer!

Diagnostic delay or a wrong diagnosis for patients with suspected eye cancer lead to a time loss and reduce a chance for effective treatment. After establishing the correct diagnosis for a patient with suspected ocular tumor, a treatment method should be determined, taking into account the features of the tumor, compatible with the patient's clinic, and taking advantage of the technological innovations. As a result, the correct diagnosis and treatment with the right method can successfully cure ocular tumors. Also modern genetic molecular studies show that some types of tumor are of genetic origin. Genetic studies can also be useful in choosing the right treatment and examining the course of the disease. Ocular tumors is a branch of Ophtalmology, which requires high professionalism. The treatment requires a multidisciplinary approach to the patients, research of the disease together with other areas, and the use of high technologies. Therefore, we would like to please our patients and the world of medicine with great news that Medipol Mega University Hospital will open a multidisciplinary ocular oncology center for patients with ocular tumors. This center which will be based in the Medipol Mega University Hospital will be a world-class center of ocular oncology, for ocular tumor patients not only from Turkey, but from wide geography.

DERMATOLOGY

How are skin spots removed?

Related to increasing melanin amount, skin spots occur in some areas of our skin. Melanin is the material that gives the color of our skin. It's produced by the cells called "melanocyte". Skin spots are caused by Sun, pregnancy, hormonal factors (thyroid disease), drugs (birth control pills), senility and damaging the skin, for example by itching. The spots are usually seen in people with dark skin; mostly on their face. However, the spots may occur without any reason in some individuals just because of genetic factors. The treatment method for Sun spots depends on the skin type and the depth of the spot. Winter months are preferred for the spot treatments and sunscreens are recommended afterwards.





PEDIATRIC ALLERGIC AND IMMUNOLOGIC DISEASES

Full protection against allergy

Food allergy is caused by an abnormal response of our immune system to food proteins. It is most commonly seen in childhood, but it may be seen in almost all ages. The presence of atopic dermatitis in children; an allergic disease in the mother, father or sister, increases the risk of developing food allergy. The frequency of food allergy is 2-8% in childhood; and about 1-2% in the adulthood. It is possible that every food may cause allergic reactions; however, it has been reported that such basic nutrients such as milk, eggs, peanuts, soy, wheat, tree nuts (walnut, almond, pistachio, etc.), fish and shellfish are responsible for 90% of all allergic food reactions. Children with food allergies should stay away from all food causing allergy in order to provide full protection. Meanwhile, it should not be forgotten that there is no medicine that prevents the emergence of the food allergy.

IVF - TEST TUBE BABY

Did you have a fertility check-up?

Fertility check-up is a specialist examination which shows if the couple may have children and it is a method applied for the determination of necessary precautions by medical examinations, and, if necessary, the arrangement of treatment for planning a pregnancy. Even if there are no visible problems at the moment, early diagnosis of fertility and timely treatment, sometimes taking some simple measures or avoiding such harmful habits as smoking and alcohol, increases the possibility of pregnancy. Therefore, examination can be very useful both before marriage and at first time after marriage, despite the fact whether the couple plan to have a child at once or not. In the fertility test, medical history of mother and father candidates is obtained. Urology and gynecology examinations are performed. Hormone tests, sperm analysis, and infection tests determine the appropriate time for pregnancy. Where further investigation is deemed necessary by the expert; biopsy, laparoscopy, hysteroscopy, uterine examinations can be done and the decision is made after each case study.



PODOLOGY

Healthy living starts with your feet

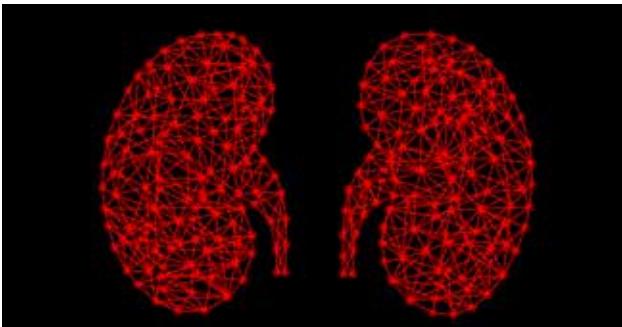
Infants, children, young people, elderly or in brief, people of all ages apply for supportive treatment of congenital or acquired orthopedic foot problems. So, podology is a branch of medicine devoted to the care and education in a multidisciplinary team, for preventive, curative purpose for patients with chronic disorders and especially for diabetic patients. The nail problems that occur in our feet and the hardness that develops on the foot skin definitely should not be intervened at home. Instead, it should be apply to a health institution for the help. Sole problems, finger deformations, inappropriate shoe use, improper nail cutting, are among the factors that trigger the development of nail and skin problems of the feet. Being careful to cut straight the toenails and not to bury inside the corners, prevents the problem of ingrown toenail. On the other and, the development of the callus is one of the most common foot problem since toe-sole deformations are directly affected by the pressure and friction of the shoe.



PEDIATRIC CARDIOLOGY

Stents also can be placed to babies

We know that angiography has been also performed in childhood since the neonatal period. In recent years, congenital heart diseases can be treated with angiography to provide a temporary or permanent treatment. In some critical illnesses during the childhood, right after the birth, urgent intervention might be needed. In this case, for the patient to be discharged, a stent must be placed in order to provide blood flow to the lungs or heart and vital organs. These treatments, which previously were provided only through operations, have now become more manageable by angiography with improvements in stent technology and increased experience in infants. The stent is placed during the neonatal period to maintain the openness of the so-called “ductus” which is open at birth to allow blood to flow to the lung or to the head and neck veins and other vital organs of the body.



NEPHROLOGY

Cysts consume kidneys

Autosomal dominant polycystic kidney disease (ADPKD) is the most common hereditary renal disease; it occurs in one in every 400 to 1000 live births. It is the most common monogenetic disease in humans and exhibits genetically transmission. Meanwhile, kidney failure develops during adulthood in the majority of people with ADPKD. The disease progresses more severely in patients with PKD1 mutation; cysts begin to develop in earlier age and end-stage renal failure (which requires dialysis or kidney transplantation) develops in earlier age.



PLASTIC, RECONSTRUCTIVE AND AESTHETIC SURGERY

Get tighter, not tense

You have had a stomach reduction or you have lost 30-40 maybe more with a tight regimen and exercise. Unfortunately, too much weight loss can result in the formation of heavy, loose and sagging skin folds. These can be formed especially on the front of the abdomen, on the inside of the thighs, on the breast, hips and even in the face area. Fatty deposits formed during a period of excess weight, stretch the skin and reduce elasticity. After weight loss, as well as after blowing the inflated ball, body does not return to its old shape and form. The only thing that can be done in order to remove the saggy skin after you lose weight is to surgically remove it. In order to reduce complications after body shaping surgery, the procedure must be carried out in multiply sessions. Solution for problems of one or two body regions is found at each session.



OTOLARYNGOLOGY-HEAD AND NECK SURGERY

For a healthy breath...

Nasal valve area is one of the most coercive and problematic areas in aesthetic and non-aesthetic nose surgeries. In two-thirds of nasal congestions which occur after aesthetic nose surgeries, the problem is caused in nasal valve area. Primary causes of nasal valve area narrowness are previous nose surgeries, weak nasal cartilages holding the valve area and nose wings, aging and nose traumas. Many surgical techniques are used in narrowness of nasal valve area. In these surgical techniques, the aim is to strengthen the cartilages in this area in order to enlarge the valve area and avoid collapsing of this area while inhaling. These methods are usually changing the locations and shape of cartilages in this area or strengthening cartilages with another cartilages.

Yaza hafif tatlar

Kavun Sorbe

Malzemeler

- ▶ 1,5 kilo kavun
- ▶ Bir su bardağı su
- ▶ Bir tane limonun suyu

Hazırlanışı

Kavunu ortadan ikiye bölün. Çekirdeklerini temizleyip kabuklarını soyun. Daha sonra minik parçalar halinde dilimleyin. Blenderın içerisine koyun ve kavunları püre haline getirin. Püre haline geldiğinde su ve limon suyunu ekleyip karıştırın. Dondurma makineniz varsa; on dakika orta hızda karışım yoğunlaşana kadar işleyin. Karışımı orta boy bir kaba yerleştirip, derin dondurucuda 24 saat bekletip servis edin. Dondurma makineniz yoksa; sorbeyi bir cam kaseinin içine koyun. Bir saat arayla çıkarıp, hızla karıştırıp tekrar dondurucuya yerleştirin. Bu işlemi 3 kez tekrarladıktan sonra 12 saat dinlemeye bırakın. Sorbe kıvamını aldığı anda servis edebilirsiniz.



Kabak Mücver

Malzemeler

- ▶ 3 orta boy kabak
- ▶ Bir tane orta boy soğan
- ▶ Bir su bardağı beyaz peynir veya kaşar
- ▶ 3 yemek kaşığı dolusu un
- ▶ Bir tane yumurta
- ▶ Yarım paket kabartma tozu
- ▶ Yarım demet dereotu
- ▶ Yarım demet maydanoz
- ▶ Bir tatlı kaşığı pulbiber
- ▶ Bir çay kaşığı karabiber
- ▶ Yeteri kadar tuz
- ▶ Kızartmak için bir çay bardağı zeytinyağı

Hazırlanışı

Kabakları rendenin iri tarafından rendeleyin. Avuç içinizde suyunu sıkın. Peyniri ve ince doğranmış soğan, maydanoz ve dereotunu ilave edin. Un ve kabartma tozunu ekleyip karıştırın. Baharat ve tuzu ekleyin. Son olarak yumurtayı kırıp karıştırın. Tavaya yağı koyup kızdırın. Mücver harcından bir yemek kaşığı alıp avuç içinizde oval köfte şekli verin. Orta harlı ateşte altı üstü kızartın.

Ayran Aşı

Malzemeler

- ▶ Bir su bardağı buğday
- ▶ Yarım su bardağı nohut
- ▶ Yarım kilo süzme yoğurt
- ▶ 6 su bardağı su
- ▶ Bir çay kaşığı tuz
- ▶ Bir tatlı kaşığı nane

Hazırlanışı

Buğday ve nohutu bir gece önceden ıslayın. Şişen buğdayı derin bir tencereye alın. Üzerine 6 su bardağı su ekledikten sonra orta ateşte pişirin. Buğdayın haşlama suyunu çorba yapımında kullanmak için bir kenara ayırın. Nohudu ayrı bir tencereye alın ve üzerini geçecek kadar su ilavesiyle orta ateşte haşlayın. Diğer yanda süzme yoğurt ve tuzu iyice çırpın. Haşlanan nohutları, suyunu süzdükten sonra buğday tenceresine aktarın ve hafif bir şekilde karıştırın. Buğdaylar pişince tencereyi ocaktan alın ve soğumaya bırakın. Soğuyan, haşlanmış nohutlu ve buğdaylı çorba karışımını, çırpılmış süzme yoğurt ve nane ekleyerek karıştırın.





ESTETİK
BURUN
AMELİYATI
RİNOPLASTİ

Sağlıkla
gelen
güzellik...



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



MEDİPOL
MEGA
ÖZEL
MEDİPOL MEGA
HASTANELER
KOMPLEKSİ



medipolsaglik



medipolsaglik



medipolsaglik



MedipolSaglik

ROBOTİK KALP CERRAHİSİ MEDİPOL'DE...

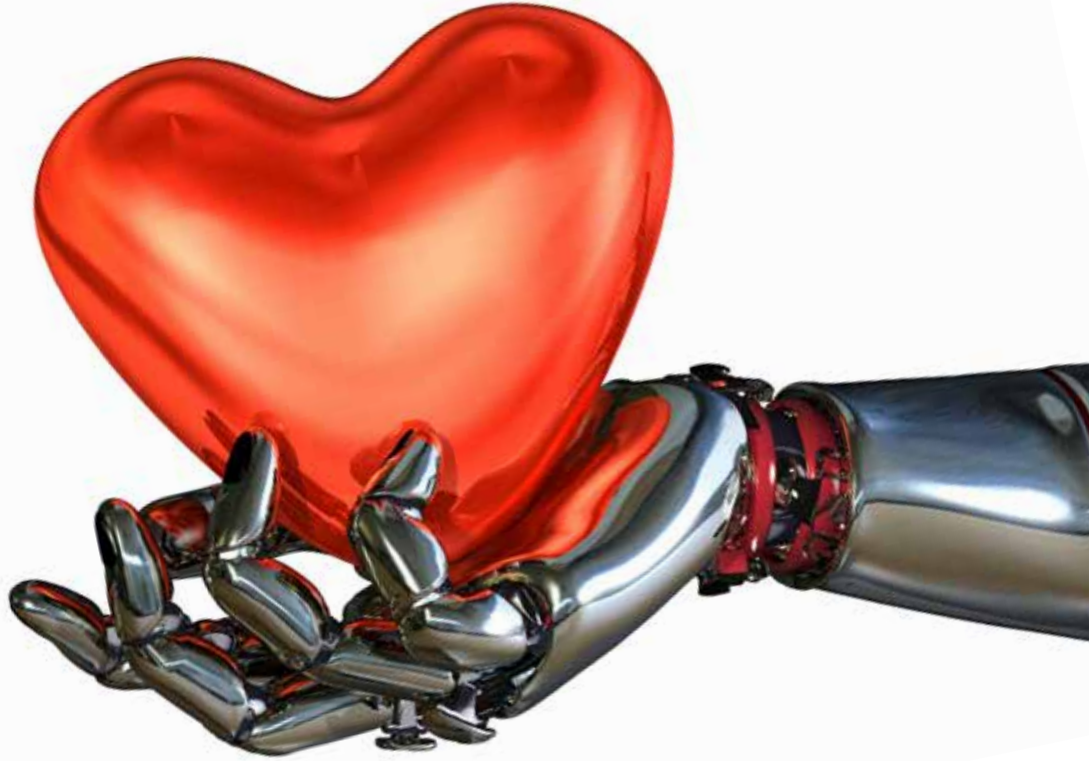
ROBOTİK CERRAHİ SİSTEMİ KALBİNİZİ İYİLEŞTİRİYOR.

ROBOT TEKNOLOJİSİ İLE YAPILAN KALP AMELİYATLARI

- ▶ MİTRAL VE TRİKÜSPİD KAPAK TAMİRİ
VEYA DEĞİŞTİRİLMESİ
- ▶ KORONER BYPASS AMELİYATLARI
- ▶ KALPTE BULUNAN DELİKLERİN
(ASD, VSD) KAPATILMASI
- ▶ KALP TÜMÖRLERİNİN ÇIKARILMASI
- ▶ RİTİM BOZUKLUKLARININ CERRAHİSİ

ROBOTİK KALP CERRAHİSİNİN SAĞLADIĞI ÜSTÜNLÜKLER

- ▶ ESTETİK 2-3 CM'LİK KESİ İLE YAPILMAKTADIR.
- ▶ KADINLARDA YARA, MEME ALTINDA
OLDUĞU İÇİN GÖRÜLMEMEKTEDİR.
- ▶ KANAMA VE ENFEKSİYON RİSKİ DAHA DÜŞÜKTÜR.
- ▶ KAN İHTİYACI DAHA AZDIR.
- ▶ AĞRI DAHA AZDIR.
- ▶ HASTANEDE YATIŞ SÜRESİ DAHA KISADIR.
- ▶ GÜNLÜK YAŞANTIYA DÖNÜŞ DAHA HIZLIDIR.



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



**MEDİPOL
MEGA**
ÖZEL
MEDİPOL MEGA
HASTANELER
KOMPLEKSİ



medipolsaglik



medipolsaglik



medipolsaglik



MedipolSaglik