

GÜÇLÜ BİR
BAĞIŞIKLIK İÇİN...

BİR HAYAT
BAĞIŞLA

MİNİMUM DOZ,
MAKSİMUM HIZ

TOPUĞUM NEDEN
AĞRIYOR?

MEDİPOL Sağlıcakla

SAĞLIKLI YAŞAM DERGİSİ, İLKBAHAR 2023, SAYI: 23

KIRILAN KALPLER
HASTA OLUYOR

KANSERDE PSİKOLOJİK
DESTEK ŞART

MEDİPOL
BAHÇELİEVLER
HASTALARIMIZIN
HİZMETİNDE



Büyüme DNA'mızda var

Uzman akademik kadromuz ve
ileri teknolojimizle şimdi de
Bahçelievler'deyiz.





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**
MEDİPOL MEGA
HASTANELER KOMPLEKSİ



Hayata yeniden merhaba...

Sağlıcakla'nın bu sayısına, ülkemizde yaşanan merkez üssü Kahramanmaraş olan depremin üzüntüsü ile başlıyoruz. 50 bin 400 vatandaşımızın hayatını kaybettiği bu büyük afetin yaralarını sarmak için tüm gücümüzle çalışmaya devam ediyoruz. Sağlık desteğine ihtiyacı olan depremzede vatandaşlarımızın yaralarını birlikte saracağımızı biliyoruz. Bizler, yaşanan acıları unutturmak için elimizden geleni yapacağız. Her ne kadar zorlansak da deprem bölgesi dahil olmak üzere normal hayata dönüş için çabalayacağız.

Bu sebeple yeni sayımızda insan yaşamı için hayatı öneme sahip olan bir konu belirledik. Sağlıcakla'nın bu yeni sayısında organ nakli konusunu masaya yatırdık. Bilindiği üzere ülkemizde olduğu gibi dünya genelinde de organ yetmezliği hastalarının sayısı gün geçtikçe artıyor. Bu artışa karşın kadavra organ ve canlı donör sayıları ise yetersiz kalıyor. Biz Türkiye olarak dünyanın en çok canlı nakil yapan ülkesi olmuşken hala kadavra bağış seviyesi en düşük ülkeler arasındayız. Özellikle son 2,5 yıldır yoğun bakımların hizmet alanında COVID-19 enfeksiyonlu hastaların bulunması nedeniyle beyin ölümü tanısı konulan verici adaylarının sayısı ve kullanılabilir kadavra organların oranı azaldı.

Medipol Mega Üniversite Hastanesi Organ Nakli Merkezi, 2013 yılında kuruldu. 2019 yılında ise buna ek olarak kalp nakil merkezi hayata geçti. Merkezimizde bugüne kadar toplam 430 karaciğer nakli, 300 böbrek nakli, bir kadavra ve 32 yapay kalp nakli yapıldı. Özellikle yurt dışından hastaların da nakil için başvurduğu merkezimizde ayrıca organlarını bağışlamak isteyen gönüllülere de hizmet veriliyor. Organ nakli dosyamızda; kalp, karaciğer ve böbrek nakillerinin hazırlık ve cerrahi süreçleri alanında uzman hekimlerin kaleme aldığı yazılar ile aktarılıyor. Ayrıca üzerinde çok fazla spekülasyon bulunan beyin ölümü ile ilgili yayımlanan yazının kafalardaki soru işaretlerini kaldıracağını düşünüyoruz.

Dergimizde ayrıca, kadınları meme kanserine karşı koruyan mamografi çekimleri, yine kadınları yakından ilgilendiren over (yumurtalık) kanseri hakkında bir yazımız bulunuyor. Bu sayımızda yine kanserle ilişkili 2 ayrı yazı daha yayımladık. Amacımız toplumda kansere karşı farkındalığın oluşmasına katkı sağlamak. Bu sebeple kanserden korunma yollarını anlatan 'Kansersiz Yaşam: Bu Bir Sır Değil' başlıklı yazıya göz atmanızı tavsiye ediyoruz.

Toplumda sağlıkla ilgili merak edilenler genelde internetten araştırılarak öğrenmeye çalışılıyor. Fakat bu bazen kişilere doğru yanıtlara ulaşma noktasında sağlıklı sonuçlar vermeyebiliyor. Biz de bu sebeple 'Doktorunuz Cevaplıyor' başlığıyla sağlık hakkında çok fazla merak edilen soruları alanlarında uzman hekimlerimize sorduk. Doğru bilgiye ulaşma noktasında katkı sağlayacağını düşündüğümüz bu yazı dizisi, ilerleyen sayılarımızda da devam edecek.

Bir sayıya sığdırdıklarımızın hepsinin özetini burada aktarmamız imkânsız. Geziden yemeğe, ajandadan bulmacaya, hasta hikayelerinden üniversitemizden haberlere kadar geniş yelpazede hazırladığımız sağlık dışı konuların da ilginizi çekeceğini düşünüyoruz.

Sağlık ve huzurun eksik olmadığı günler dileğiyle...

Kalın sağlıcakla!

PROF. DR.
O. GAZİ YİĞİTBAŞI



İçindekiler

12

Kırılan kalpler hasta oluyor

Bir anda aldığınız üzücü haber ya da aşırı strese maruz kalan kalbinizin kırılıp buna bir tepki verebileceğini biliyor muydunuz? Kırık kalp sendromu adı verilen bu durum; geçici ama potansiyel olarak ölümcül bir kalp rahatsızlığı olarak biliniyor. Ancak bu durum, özellikle kişi hastaneye kaldırılıp hızla tedavi edilirse nadirdir. Sıklıkla kalp kası normal haline döner. Hastalığın net tanısı koymak içinse anjiyografi gerekir.



20

Medipol Bahçelievler hastalarımızın hizmetinde!

Medipol Bahçelievler Hastanesi, 400 yatak kapasitesi ile Medipol Sağlık Grubu'nun en büyük ikinci hastanesi olma özelliğini taşıyor. Medipol Bahçelievler Hastanesi, alanında uzman hekimleri, tam donanımlı ameliyathaneleri, ileri teknolojik cihazlara sahip yoğun bakım üniteleri, laboratuvarı, acil servisi ve gelişmiş tedavi üniteleriyle donatılmış odalarıyla 7/24 hastaların sağlığı için çalışıyor.



26

Bir hayat bağışla!

Organ nakli bekleyen hastaların sayısı gün geçtikçe artıyor ve hastalar büyük bir umutla gelecek iyi haberleri bekliyor. Dünyanın en çok canlı nakil yapan ülkesi olmamıza rağmen istatistiklere göre ülkemizde kadavradan bağış oranları oldukça düşük. Bu oranları yükseltmek, nakil bekleyen hastalara umut olmak için harekete geçmek gerekiyor. Ülkemizde organ yetmezliği yaşayanların sayısı artarken siz de öldükten sonra organlarınızın bir hastaya umut olmasını istemez misiniz?



8 DOKTORUNUZ CEVAPLIYOR

12 KIRILAN KALPLER HASTA OLUYOR

14 TOPUĞUM NEDEN AĞRIYOR?

16 GÜÇLÜ BİR BAĞIŞIKLIK İÇİN...

20 MEDİPOL BAHÇELİEVLER HASTALARIMIZIN HİZMETİNDE

24 BU BİR SIR DEĞİL

26 BİR HAYAT BAĞIŞLA

28 BAĞIŞLA BİZİ

31 BABASINDAN EMANET BÖBREKLE SAĞLIĞINA KAVUŞTU

32 YAŞAMAK DA GÜZEL YAŞATMAK DA

34 BURADAN DÖNÜŞ YOK

36 NAKİL ÖLÜM RİSKİNİ AZALTIYOR

38 BÖBREK NAKLİ GÖZÜNÜZÜ KORKUTMASIN

40 SIRADA ONCA ÇOCUK VARKEN...

42 ANNE BABADAN İKİNCİ ŞANS

44 KİMLER KALP NAKLİ OLABİLİR?

47 ZAMANLA YARIŞ

48 HAYATA SON BİR ŞANS

50 BU ZORLUĞA DEĞER

54 DOĞUMA HAZIR MISINIZ?

58

Aceleyle doğup, hızla büyüyorlar

Gebeliğin 37'nci haftasından önce doğan prematüre bebekler, boy ve kilo açısından yaşitlarını kısa zamanda yakalayabilseler bile nörolojik ve zihinsel gelişimlerini ayrıca izlemek gerekir. Gelişim basamakları bebekler büyürken zaman içerisinde kazanmış olacağı becerilerdir. Prematüre bebekler muhtlaka doktor kontrolü altında olacaktır, ancak ailelerin de bu gelişim parametreleri ile ilgili bilgi sahibi olması bebeklerin gelişimindeki aksamaların erken dönemde saptanması açısından faydalı olacaktır.



62

Sıcak kemoterapi yaşam süresini uzatıyor

Karın içerisine yayılmış kanserlerin tedavisinde kullanılan sitoredüktif cerrahi yani tümör hücre sayısını azaltıcı ameliyat ve karın içi sıcak kemoterapi; uygun hastalarda birlikte uygulandığında hastanın karın zarında ve diğer iç organlarında yerleşmiş tümör odaklarını azaltarak ya da tamamen yok ederek hastanın yaşam kalitesini ve yaşam süresini artıran yeni bir tedavi yöntemi olarak ön plana çıkıyor. Fakat ameliyat öncesi tümörün tamamen temizlenemeyeceği düşünülüyorsa hastalara sıcak kemoterapi önerilmemelidir.



76

Mamografi çekirtmem şart mı?

Meme kanseri tarama programları ile özellikle kadınlarda meme kanserinden ölümlerde %30-40'lara varan azalma sağlandığı bilinmektedir. Erken tanının hayat kurtaracağı düşünüldüğünde 40 yaş üstü kadınların mutlaka mamografi çekirtmesi gerekir. Bu sayede yıllar içerisinde, seri mamografilerle, sessiz anormallikleri saptamak daha kolay olur. Ayrıca erkek hastalarda meme şikâyetlerinin ve jinekomastinin değerlendirilmesinde birinci sıradaki görüntüleme yöntemi yine mamografidir.



56

GEBELİKTE DİYABET İRİ BEBEK SEBEBİ

58

ACELEYLE DOĞUP, HIZLA BÜYÜYÖRLAR

60

DOKTOR MUAYENESİNE NASIL GİDİLİR?

62

SICAK KEMOTERAPİ YAŞAM SÜRESİNİ UZATIYOR

66

KANSERDE PSİKOLOJİK DESTEK ŞART

68

KARIN ŞİŞLİĞİ KANSERİN HABERCİSİ

72

MİNİMUM DOZ, MAKSİMUM HIZ

74

FELÇ KELİMESİ KORKUTMASIN

76

MAMOGRAFİ ÇEKTİRMEM ŞART MI?

78

GENETİK MİRASI MEDİPOL'DE DEĞİŞTİ

79

SITMA DEDİLER FELÇ ÇIKTI

80

UYUYUNCA GEÇER

82

TARİHİN SIFIR NOKTASINA YOLCULUK

84

MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ'NDEN HABERLER

86

İNGİLİZCE ÖZET

88

ARAPÇA ÖZET

90

RUSÇA ÖZET

92

AJANDA

94

BULMACA

96

İÇİNİZİ ISITAN ÇORBALAR

Katkıda bulunanlar



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. Ünal, halen Medipol Mega Üniversite Hastanesi'nde görev yapmaktadır.



Prof. Dr. H. Çağatay AYDIN

1989 yılında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Genel cerrahi uzmanlık eğitimi 1996 yılında Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde tamamladı. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 2007 yılında doçent oldu ve yine aynı üniversitede 2012 yılında profesör unvanını aldı. Dr. Aydın, halen Medipol Mega Üniversite Hastanesi'nde görev yapmaktadır.



Prof. Dr. Korhan ERKANLI

2000 yılında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Kalp ve damar cerrahisi uzmanlık eğitimi Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde tamamladı. 2013 yılında doçent, 2019 yılında profesör unvanını alan Dr. Erkanlı, halen Medipol Mega Üniversite Hastanesi'nde görev yapmaktadır.



Prof. Dr. Bilal BOZTOSUN

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



Prof. Dr. Irmak DURUR SUBAŞI

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 2002 yılında mezun oldu. 2008 yılında radyoloji uzmanlık eğitimi; 2016'da anatomi alanında doktorasını tamamladı. 2015'te doçent, 2021'de profesör oldu. 2022 yılında Avrupa Meme Görüntüleme Diplomasını (EDBI) alan Dr. Subaşı, halen İstanbul Medipol Üniversitesi Uluslararası Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı'nda tam zamanlı öğretim üyesi olarak çalışmaktadır.



Prof. Dr. Murat DAYANGAÇ

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1996 yılında mezun oldu. Genel cerrahi alanındaki tıpta uzmanlık eğitimi 2002 yılında yine aynı üniversitede tamamladı. 2012 yılında doçent, 2018 yılında ise profesör unvanlarını alan Dr. Dayangaç halen Medipol Mega Üniversite Hastanesi Organ Nakli biriminde görev yapmaktadır.



Prof. Dr. Esin KORKUT

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1998'de mezun oldu. 2004 yılında Abant İzzet Baysal Üniversitesi Düzce Tıp Fakültesi'nde iç hastalıkları alanında tıpta uzmanlık eğitimi, 2008 yılında Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde gastroenteroloji yan dal uzmanlığını tamamladı. Prof. Dr. Korkut, halen Medipol Mega Üniversite Hastanesi'nde görev yapmaktadır.



Prof. Dr. İbrahim Oğuz KARACA

2005 yılında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Kardiyoloji uzmanlık eğitimi Kartal Koşuyolu Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2010 yılında tamamladı. Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 2012 yılında yardımcı doçent, 2017 yılında doçent oldu ve yine aynı üniversitede 2022 yılında profesör unvanını aldı. Prof. Dr. Karaca, halen Medipol Mega Üniversite Hastanesi'nde görev yapmaktadır.



Prof. Dr. Önder YAVAŞCAN

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1996 yılında mezun oldu. Pediatri alanındaki uzmanlık eğitimi 2000 yılında İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde, çocuk nefroloji yan dal eğitimi ise Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 2010 yılında tamamladı. 2009 yılında doçent, 2019 yılında profesör unvanını alan Dr. Yavaşcan, halen Medipol Mega Üniversite Hastanesi'nde görev yapmaktadır.



Prof. Dr. Evrim METCALFE

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1998 yılında mezun oldu. 2006 yılında, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı'nda tıpta uzmanlık eğitimi tamamladı. 2017 yılında doçent, 2022'de ise profesör unvanlarını alan Dr. Matcalfe, halen Medipol Bahçelievler Hastanesi'nde görev yapmaktadır.



Prof. Dr. Volkan ÜLKER

1997 yılında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Kadın hastalıkları ve doğum uzmanlık eğitimi 2002 yılında İstanbul Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde tamamladı. 2011 yılında jinekolojik onkoloji cerrahisi yan dal uzmanı oldu. 2015 yılında doçent unvanı aldı. Prof. Dr. Ülker, halen Medipol Mega Üniversite Hastanesi'nde görev yapmaktadır.


Doç. Dr. Çiğdem ARSLAN

2007 yılında Akdeniz Üniversitesi'nden mezun oldu ve Dokuz Eylül Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimi başladı. Cleveland Clinic Robotik Cerrahi biriminde research fellow olarak çalıştı. 2017'den beri İstanbul Medipol Üniversitesi Uluslararası Tıp Fakültesi'nde ders vermektedir. 2019 yılında doçentlik unvanı alan Dr. Arslan halen Medipol Bahçelievler Hastanesi'nde hizmet vermektedir.


Doç. Dr. Kadir İDİN

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden 1989 yılında mezun oldu. 1993 yılında İstanbul Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi'nde anesteziyoloji ve reanimasyon dalında tıpta uzmanlık eğitimi tamamladı. 2016 yılında doçent unvanı alan Dr. İdin, halen Medipol Bahçelievler Hastanesi Genel Yoğun Bakım Ünite Sorumlusu olarak görev yapmaktadır.


Doç. Dr. Mehmet AĞIRMAN

2007 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Aynı yıl başladığı Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı'ndaki uzmanlık eğitimi 2012 yılında tamamladı. 2020 yılında doçent unvanı alan Dr. Ağırman, halen Medipol Mega Üniversite Hastanesi'nde görev yapmaktadır.


Doç. Dr. Mehmet BÜYÜKTİRYAKI

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 2001 yılında mezun oldu. Tıpta uzmanlık eğitimi 2007 yılında Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları bölümünde tamamladı. Neonatoloji yan dal uzmanlığını 2017 yılında Ankara Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde tamamladı. 2019 yılında doçent unvanını alan Dr. Büyüktiryaki halen Medipol Bahçelievler Hastanesi'nde görev yapmaktadır.


Doç. Dr. Mehmet Onur YÜKSEL

2009 yılında Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Beyin ve sinir cerrahisi uzmanlık eğitimi 2014 yılında İstanbul Haydarpaşa Numune Hastanesi'nde tamamladı. 2021 yılında doçent olan Dr. Yüksel, halen Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı'nda öğretim üyesi olarak görev yapmaktadır.


Doç. Dr. Yaşar ÖZDENKAYA

1997'de İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Genel cerrahi uzmanlık eğitimi 2003 yılında İstanbul Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde tamamladı. Dr. Özdenkaya, Medipol Üniversitesi Hastanesi'nde görev yapmaktadır.


Dr. Öğr. Üyesi Abdullah KANSU

2007 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 2014 yılında Bezmialem Vakıf Üniversitesi'nde göğüs hastalıkları uzmanlığını tamamladı. Dr. Öğr. Üyesi Kansu, halen Medipol Mega Üniversite Hastanesi'nde görev yapmaktadır.


Dr. Öğr. Üyesi Ece YİĞİT

2012 yılında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 2013 senesinde Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği'nde başladığı uzmanlık eğitimi 2017 senesinde tamamladı. 2020 senesinde doktor öğretim üyesi olan Yiğit halen Medipol Üniversitesi Pendik Hastanesi'nde görev yapmaktadır.


Dr. Öğr. Üyesi Hülya BİLGİN

1988'de İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıbbi Biyoloji ve Genetik bölümünde transplantasyon immünolojisi doktorası yaptı. Dr. Öğr. Üyesi Bilgen, halen Medipol Mega Üniversite Hastanesi'nde transfüzyon merkezi sorumlusu olarak görev yapmaktadır.


Dr. Öğr. Üyesi Leyla TELHAN

1991 yılında İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Çocuk sağlığı ve hastalıkları alanındaki uzmanlık eğitimi 1997 yılında İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Ve Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi'nde tamamladı. Dr. Telhan halen Medipol Mega Üniversite Hastanesi'nde görev yapmaktadır.


Dr. Öğr. Üyesi Sevdâ GÜMÜŞ ŞANLI

2007 yılında Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Ruh sağlığı ve hastalıkları alanındaki uzmanlık eğitimi 2013 yılında Ord. Mezhar Osman Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde tamamladı. Dr. Şanlı, halen Medipol Mega Üniversite Hastanesi'nde görev yapmaktadır.


Dr. Öğr. Üyesi Tansel ÇAKIR

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 2004 yılında mezun oldu. 2010 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Nükleer Tıp bölümünde uzmanlık eğitimi tamamladı. Dr. Çakır halen Medipol Mega Üniversite Hastanesi'nde görev yapmaktadır.



Doktorunuz cevaplıyor

Yaşadığımız sağlık sorunlarıyla ilgili merak ettiğimiz çok soru var.
Doğru cevaplara ulaşmak ise sanıldığı kadar zor değil.
Doktorunuz sizin için cevaplıyor...

1

Tenisçi dirseği nedir?

► Doç. Dr. Cem Coşkun Avcı

Tenisçi dirseği sıklıkla tenisçilerde
görülen dirseğin ağrılı hastalığıdır.

Ayrıca dirseğin aşırı zorlandığı çiftçilik, kasaplık gibi birçok meslek grubunda da görülebilmektedir. El bileğini yukarı kaldıran kas grubunun başlangıç noktası olan dirsek dış tarafında oluşan ağrı hastalığın belirtisidir. Hastalığın tedavisinde ağrılı aktivitelerden kaçınmak

ve soğuk uygulaması, ilaç tedavisi, ortezler, fizik tedavi, esneklik ve kuvvet kazandırma egzersizleri, steroid (kortizon) enjeksiyonu ve PRP enjeksiyonu gibi uygulamalar gerçekleştirilebilir. Bunlara rağmen iyileşmeyen vakalarda ameliyat gerekebilir.

2

Burun estetiğinde
piezo yöntemi nedir?

► Doç. Dr. Muhammet Fatih Topuz

Piezo yöntemi burun estetiği cerrahisinde teknik olarak büyük bir ilerleme sağladı. Piezo'da kemik dokuya etki etmeyen ultrasonik ses dalgaları kullanılır. Bu ses dalgaları yumuşak doku, damar ve sinir yapılarına direkt etki etmez. Eskiden kullanılan cerrahi aletlerle kemik dokular kırılarak şekillendirilirdi. Bu kırılma işleminde nadir de olsa kırık hattı istenmeyen noktaları da içerebiliyordu. Piezo yönteminde ise kemik doku tam istenilen bölgeden kesilerek şekil verilebilmektedir. Yumuşak doku, sinir ve damarlara direk etkisinin olmaması, daha az kanama yapması ve iyileşme döneminde daha az şişlik ve morluk oluşması gibi avantajları mevcuttur.

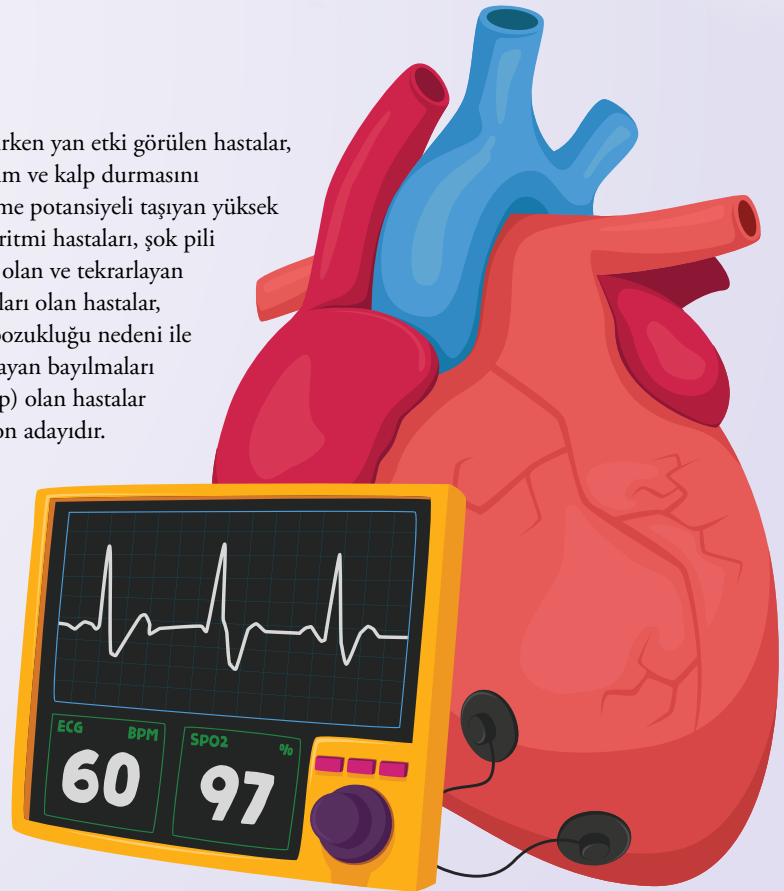
3

Ritim bozukluğunda ablasyon
tedavisinin yeri nedir?

► Prof. Dr. Dursun Aras

Kalbin içine yerleştirilen elektrod kateterler ile ritim bozukluğuna neden olan odakların veya kısa devreye neden olan ekstra yolların yakılarak veya dondurularak etkisiz hale getirilmesi işlemine ablasyon denir. Amaç kalp ritmini normale çevirmektir. Pek çok aritmi tipi için ablasyon tedavisi sorunu kalıcı olarak ortadan kaldırabilen bir tedavi şeklidir. Sıklıkla hastalar kullandıkları ritim düzenleyici ilaçlardan kurtulurlar. Ablasyon sonrası yaşam kalitesi düzelir. Hayatı tehdit eden bazı ritim bozukluğu tiplerinde ablasyon hayat kurtarıcı bir tedavidir. Tekrarlayan çarpıntı ve ritim bozukluğu olan hastalar, ilaç tedavisine rağmen devam eden ritim bozuklukları, ilaç kullanmak istemeyen veya ilaç

kullanırken yan etki görülen hastalar, ani ölüm ve kalp durmasını tetikleme potansiyeli taşıyan yüksek riskli aritmi hastaları, şok pili (ICD) olan ve tekrarlayan pil şokları olan hastalar, ritim bozukluğu nedeni ile tekrarlayan bayılmaları (senkop) olan hastalar ablasyon adaydır.



4

Mantarlı tırnağın bakımı nasıl yapılmalıdır?

► Podolog Dursiye Özdemir Avcı

Tırnak mantarı; tırnak yüzeyinin zarar görmesi, kırılması ya da deformasyonları sonrasında tırnak plağının enfeksiyonlara açık hale gelmesi sonucu mantarların neden olduğu enfeksiyondur. İnsandan insana bulaştığı gibi ortak kullanılan alan ve eşyalardan da bulaşabilmektedir. Bunun yanı sıra bazı grup hastalıkları; diyabet, kan dolaşımı ve bağışıklık sistemi ile ilgili rahatsızlıklar, ileri yaş, ayakları havasız ve nemli kalan kişiler mantar

enfeksiyonuna daha yatkındır. Tırnak mantarının tedavisinde ise ekip çalışması çok önemlidir. Hasta-hekim-podolog ilişkisi tedavide başarıyı getirmektedir. Dermatoloji hekiminin oluşturmuş olduğu tedavi planına hastanın uyum sağlaması, kullandığı eşyaların temizliği ve ilaçlarının düzenli kullanılması, ilacı kullanırken bir podolog tarafından tırnakların mekanik

temizliği yapılarak inceltilmesi, sağlıklı tırnağın önünün açılması bu tedavide çok önemli bir basamaktır. Bütün bu sorunları ortadan kaldırmak doğru uygulama ile gerçekleşmektedir. Kalın, görüntüsü kötü olan tırnak hiçbir ağrı olmadan podolojik bakım teknikleri ile inceltip baskı ortadan kaldırılmakta, aynı zamanda uygulanan ilaç tedavisinin etkinliği de artmaktadır.

5

Aşırı terlemenin tedavisi var mıdır?

► Op. Dr. Tamer Vardaloğlu

Primer hiperhidroz denilen terleme tamamen ortaya konulamamış, hiçbir şekilde altında başka bir hastalık olmadığı kesinleşen terleme şeklidir. Guatr, böbrek üstü bezleri, kalp yetmezliği, şeker hastalığı, ilaçlar ve benzeri durumlardan dolayı var olan terlemeler sekonder terleme olarak adlandırılan terlemedir. Buradaki en önemli olay terlemenin primer mi, sekonder mi olduğunu anlamaktır. Bunun da tek muayene yöntemi hastanın anamnezi, hikâyesi ve klinik muayenesidir. Geçici tedavi

yöntemlerinin başında ağızdan alınan ilaçlar, dışarıdan uygulanan kremler ve losyonlar gelmektedir. Cerrahi, kalıcı tedavi yöntemidir. Cerrahide sinir kesilmekte, yakılmakta veya klipslenmektedir. Hangi bölge klipslenir ise o bölgenin terlemesi durdurulmaktadır. Tercih edilen yöntem genellikle klipsleme yöntemidir. Çünkü klipsleme geri dönme şansı verebilir.



6

**Hemoroid tedavisinde HeLP
teknığının avantajları nelerdir?****► Prof. Dr. İlker Sücüllü**

Hemoroid Laser Prosedürü (HeLP), 2011 yılından bu yana, hemoroidal hastalığın tedavisinde güvenle ve etkin şekilde kullanılan bir ameliyat yöntemidir. Hemoroidal hastalığın kanama ve sarkma olarak bilinen iki önemli semptomu bulunmaktadır. Kanama yakınmalarının sarkma yakınmalarına göre daha belirgin olduğu hasta grubunda, özel uygulama ekipmanı ile birlikte hastaneye yatış yapılmaksızın ofis koşullarında kolaylıkla yapılabilmesi HeLP'in en büyük avantajıdır. Hastaneye yatış yapılmaksızın yapılabilen bu uygulama sonrasında hasta, işlem sonrası ağrı çekmemekte, kısa süre içerisinde günlük aktivitelerine ve işine geri dönebilmektedir. Özellikle kanama yakınmalarının ön planda, sarkma (prolaps) yakınmalarının ise ikinci planda olduğu hasta grubunda işlem yüksek başarı oranları ile yapılabilmektedir.

Kırılan kalpler hasta oluyor

PROF. DR. BİLAL BOZTOSUN

Bir anda aldığınız üzücü haber ya da aşırı strese maruz kalan kalbinizin kırılıp buna bir tepki verebileceğini biliyor muydunuz? Kırık kalp sendromu adı verilen bu durum; geçici ama potansiyel olarak ölümcül bir kalp rahatsızlığı olarak biliniyor.

Kırık kalp sendromu, strese bağlı kardiyomiyopati dediğimiz kalp kasını tutan bir rahatsızlık, takotsubo sendromu ve takotsubo kardiyomiyopati (takotsubo; Japonya'da kullanılan bir ahtapot av kabıdır; bu hastalarda hasarlı kalbin şekli buna benzer bir şekil alır) gibi başka isimlerle de anılmaktadır. Kalp krizi şüphesiyle görülen hastaların yaklaşık %2'sinde kırık kalp sendromunun meydana geldiğini biliyoruz. Bununla birlikte, bu rakamın gerçek vaka sayısının olduğundan az olduğu düşünülmektedir, çünkü durum genellikle tanınmamaktadır. Kırık kalp sendromu, özellikle orta yaştaki (menopozdan sonra; ortalama yaş aralığı 58-77) çoğunlukla kadınları (yaklaşık %88) etkiler. Olası bir açıklama, kadınlık hormonu östrojenin, kalbi strese tepki olarak salınan hormonların zararlı etkilerine karşı korumasıdır. Yaşla birlikte östrojen seviyesi düştüğünden, kadınlar ani stresin etkilerine karşı daha duyarlı olabilir. Stres kardiyomiyopatisi dediğimiz bu hastalık, sevilen birinin ani ölümü gibi travmatik bir olayın ardından kalbin geçici olarak 'şaşkınlaşması' durumudur. Stresli durumların ve duyguların neden olduğu geçici ama potansiyel olarak ölümcül bir kalp rahatsızlığıdır. Kalp krizine ciddi şekilde tıkanmış damar

neden olurken, kırık kalp sendromu tipik olarak stresli olaylardan kaynaklanır ve kalp kasının ani zayıflamasına yol açar. 9 farklı ülkeden yaklaşık bin 750 kırık kalp sendromlu hastayı analiz edilen bir çalışmada, hastalardan 485'inin (96%) ölüm, kaza ve ani ayrılık gibi stresli olaylar nedeniyle sendromdan muzdarip olduğu gösterilmiştir. Ancak yirmi hastada (%4) torun doğumu, düğün ya da sürpriz bir kutlama gibi olumlu olaylar

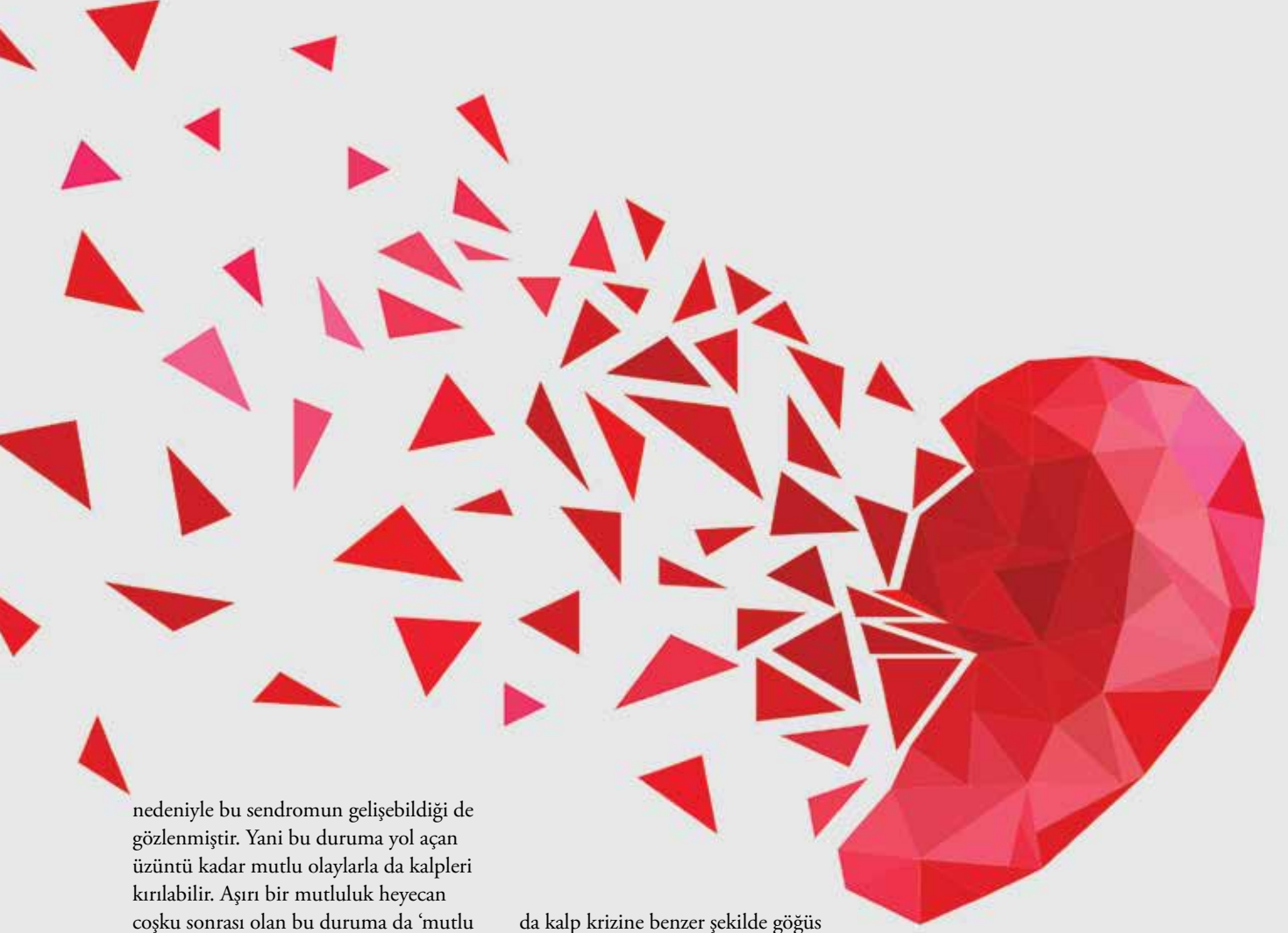
KIRIK KALP SENDROMU İLE İLGİLİ BİLİNMESİ GEREKENLER

Sağlıklı insanlarda, genellikle kadınlarda aniden ortaya çıkar ve %90 menopoz sonrası görülür.

- ▶ Şiddetli bir duygusal veya fiziksel stres dönemini hemen takip eder.
- ▶ Mevcut semptomlar kalp krizini kuvvetle düşündürür.
- ▶ İlk başta, kurbanlar kalp yetmezliği ile kritik derecede hastadır, ancak uygun bakım ile çoğu zaman hayatta kalır ve kardiyomiyopati neredeyse her zaman tamamen kaybolur.
- ▶ Balon anjiyoplasti ve stent yerleştirme ve hatta ameliyat gibi kalp krizini tedavi etmek için sıklıkla kullanılan prosedürler, kırık kalp sendromu için etkili tedaviler

değildir. Standart tedavi, kalp yetmezliği semptomlarını gideren ilaçların kullanımıdır. İlk iyileşme hastanede kalışla gerçekleşir. Daha sonra, yaklaşık 90 günlük bir süre boyunca hastalar, kalbi desteklemek ve güçlendirmek için kalp yetmezliğini tedavi etmek için kullanılan ilaçları alırlar. Çoğu hasta otuz ila 90 gün içinde iyileşir.

▶ Strese bağlı kardiyomiyopati nadiren ölümcüldür, ancak hastaların yaklaşık % 20'sinde kalp yetmezliğine neden olur. Son araştırmalara göre, hastalığa sahip insanların yaklaşık yüzde dördü bunun sonucu olarak vefat etmektedir.



nedeniyle bu sendromun gelişebildiği de gözlenmiştir. Yani bu duruma yol açan üzüntü kadar mutlu olaylarla da kalpleri kırılabilir. Aşırı bir mutluluk heyecan coşku sonrası olan bu duruma da 'mutlu kalp sendromu' adı verilmektedir.

MUTLU KAL SENDROMU DA OLABİLİR

Sonuç olarak aslında hem olumlu hem de olumsuz insan duygusal aralığının aşırı uçları, kardiyovasküler sistemi etkilemede önceden düşünülenlerden daha yakından ilişkilidir. Klinik olarak 'mutlu kalp sendromu' ve 'kırık kalp sendromu' ile başvuran kişilerde göğüs ağrısı ve nefes darlığı gibi benzer semptomlar vardır. Ancak diğer nokta olumlu bir olaydan sonra bu sendromu yaşayan insan sayısının çok daha az olmasıdır, bu nedenle daha fazla araştırma gerekmektedir. Kırık kalp sendromunda

da kalp krizine benzer şekilde göğüs ağrısı, nefes darlığı, baş dönmesi ve mide bulantısı yaşanabilir. Kalp krizinden ayıran en önemli fark ise, bu hastaların atardamarlarda herhangi bir tıkanıklık yoktur ve kalp kası hücreleri geçici olarak sersemleken ölmezler. Kırık kalp sendromunun tetikleyicileri arasında romantik bir ayrılık, sevilen birinin yakın zamanda ölümü, tıbbi hastalık veya herhangi bir ciddi stresli olay sayılabilir.

ANJİYO GEREKİR

Stresin neden olduğu kırık kalp sendromu adını verdiğimiz bu rahatsızlık ölümcül olabilir, ancak bu durum, özellikle kişi hastaneye kaldırılıp hızla

tedavi edilirse nadirdir. Kalp kası normal haline sıklıkla döner. Ancak göğüs ağrısı ve nefes alma zorluğu şikâyetlerine göre hareket etmek çok önemlidir. Hasta; göğüs ağrısı, nefes darlığı veya kalp krizine benzer başka semptomlar hissediyorsa hızlı hareket etmelidir. Elektrokardiyogram (EKG), ekokardiyografi, göğüs röntgeni, kan testi veya diğer birkaç görüntüleme prosedüründen birini içerebilecek testlerden geçene kadar doktorlar gerçek rahatsızlığın ne olduğunu teşhis edemeyebilir. Çoğu hastada net tanı koymak için anjiyografi gerekmektedir.

Topuğum neden ağrıyor?

DOÇ. DR. MEHMET AĞIRMAN

Genç yaşlı demeden herkesin yaşayabileceği topuk ağrısının çok farklı sebepleri olabilir. Tedavisi içinse doğru tanı şarttır.

Topuk ağrıları genç yaşlı, erkek kadın herkesin hayatının bir döneminde yaşayabileceği bir rahatsızlıktır. Topuk veya ayak tabanındaki bazı hastalıklar buna neden olabileceği gibi, romatizmalar gibi sistemik hastalıklar da bu ağrıların nedeni olabilir. Tedavileri birbirinden farklı olduğu için tanının doğru konulması oldukça önem taşımaktadır. Tanı koymada ağrının başlangıcı,

yayılımı, hangi durumlarda artıp hangi durumlarda azaldığı önemlidir. Muayene sonrası tanıyı kesinleştirmek için bazen röntgen, MR ve kan tahlilleri istenebilir.

TOPUK VE AYAK TABANI AĞRILARININ NEDENLERİ

Topuk Dikeni: Akla ilk gelen ve en sık karşılaştığımız hastalıktır. Hastalar genellikle kırk yaşın üzerindedirler. Topuk kemiğinde gelişen, sivri ve

etrafındaki yumuşak dokulara baskı yapan kemik çıkıntılaridir. Röntgen ile kolaylıkla tespit edilebilir. Ağrı topuktan başlayıp, ayak tabanına doğru yayılabilir. Sabah ilk uyanıldığında ağrı fazladır, zamanla kısmen azalsa da gün içerisinde ayakta durmakla ve yürümekle artabilir. Sabah ağrısı nedeni ile akla romatizmal hastalıkları getirebilir. Ancak topuk dikeninde şişlik, kızarıklık, eklem çevresinde ısı artışı olmaz. Dışarıdan da

cilt üzerinden bir lezyon yoktur fakat bastırmakla topuk üzerinde ağrı artar. Topuk dikeninin yaş ile birlikte daha da sıklaştığını biliyoruz. Bununla birlikte, kadın cinsiyet, obezite, romatizmal diğer hastalıkların olması ve diyabet risk faktörleri olarak söylenebilir. Uzun süre ayakta durma, uygunsuz ayakkabılar da binen yükü artırdığı için ağrının şiddeti de artar. Tanı hastanın şikâyetleri, fizik muayene ve röntgende topuk dikeninin görülmesi ile konur. Röntgende görülen topuk dikenleri her zaman ağrı yapmaz. Küçük bir topuk dikenini şiddetli ağrı yapabilirken, büyük bir topuk dikenini tamamen ağrısız seyredebilir. Topuğa yük bindiren herhangi bir durumda şikâyetler ortaya çıkabilir. Bu şikâyetler birkaç haftada kendiliğinden geçebileceği gibi yıllarca da sürebilir.

► **Plantar Fasiit:** Topuktan ayak parmaklarına kadar uzanan bir bağ dokusudur. Ayak arkını destekleyen bu yapının gerilmesi, yük binmesi veya zorlanması sonucu ödem oluşmasıdır. En sık topuğa yapışma yerinde olmakla birlikte ayak tarak kemikleri boyunca oluşabilir. Ağrısı topuk dikenini ağrısı ile benzerdir ancak grafilerde kemik çıkıntı görülmez. Düz tabanlık, uzun süre ayakta durma, uygunsuz ayakkabı ve obezite en sık risk faktörleri arasında durur.

► **Sinir Sıkışmaları:** Ayak bileği etrafından ayak tabanına uzanan sinirlerin sıkışması sonucu topuk ve ayak tabanında ağrı, uyuşma, karıncalanma ile kendini gösterir. Ağrı ile birlikte uyuşmanın varlığı, ağrının zonklayıcı tarzda olması sinir sıkışmasını düşündürür. En sık nedenler ayağa gelen travmalardır. Diyabet hastaları bu konuda daha duyarlıdır.

► **Romatizmal Hastalıklar:** Romatizmal hastalıklar her eklemi etkileyebilir. Topuk ağrısı şeklinde başlayan bazı romatizmal hastalıklar vardır. Spondiloartropati denilen ve genç yaş grubunu etkileyen romatizmal hastalıklarda özellikle sabahları olan topuk ağrısı hastalığın ilk belirtisi olabilir. Bu durumlarda ağrı genellikle iki taraflıdır ve beraberinde sistemik başka şikâyetler de olabilir. Eklemelerde şişlik veya kızarıklık eşlik ediyorsa romatizmal hastalıklar akıld tutulmalıdır.

► **Bel Fıtığı:** Bel fıtıkları ilk bulgu olarak olmasa da topuk ve ayak tabanı ağrısı yapabilirler. Beldeki sinir baskılarına bağlı olarak zonklama, uyuşma, karıncalanma tarzı ağrı beklenir ve çoğunlukla bel ağrısı ile beraberdir.

► **Düz Tabanlık:** Ayak arkının bozulması sonucu ayak tabanındaki yük dağılımının değişmesi ile ağrı oluşturur. Çocukluk ve erken gençlik döneminde daha belirgindir. Ağrı ve yürüme bozukluğuna neden olabilir. Toplumda oldukça sık görülmesine rağmen tüm hastalarda şikâyetler oluşmayabilir.

TEDAVİ YÖNTEMLERİ NELERDİR?

Topuk dikenini tedavisinde topuk dikenini yok etmek değil, ağrıyı gidermek hedeflenir. Ağrısız topuk dikenlerine

herhangi bir müdahale önerilmez ve koruyucu önlemler yeterlidir. Öncelikli olarak ayağa yük bindiren durumlardan kaçınmak gerekir. Kilo kontrolü, uzun süre ayakta durmaktan sakınmak, uygun ayakkabı ve tabanlık kullanımı ilk basamak tedavilerdir. Şikâyetleri devam eden hastalarda ESWT tedavisi uygulanır. ESWT hasarlı dokuya yüksek basınçlı ses dalgaları göndererek dokunun iyileşmesini ve ağrının giderilmesini sağlayan bir tedavi yöntemidir. Uygulanan bölgede kan akımını arttırarak, dokuda iyileşme cevabını uyarır. Haftada bir, ağrı durumuna göre 3 yada 5 seans önerilen

ESWT tedavisi oldukça iyi

sonuçlar sağlamaktadır.

Tedavi süreçlerinde

fizik tedavi

yöntemleri de

uygulanabilir.

Fizik tedavi

seanslarında

uygulanan soğuk/

sıcak uygulamaları,

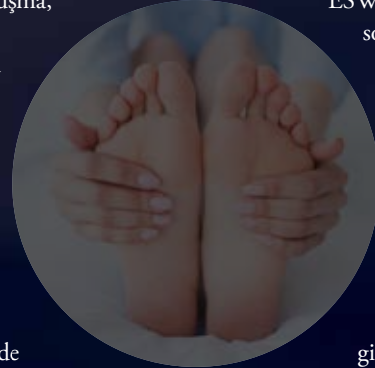
lazer, ultrason

gibi yöntemlerle ağrı

azaltılmaya ve oluşan

inflamasyon baskılanmaya çalışılır.

Bir diğer tedavi yönteminde ise; hastaya aşıl ve plantar fasya germe, güçlendirme egzersizleri, denge ve propriosepsiyon egzersizleri önerilir. Kilo kontrolü amacıyla aerobik egzersizler de mutlaka tedaviye eklenmelidir. Ayrıca kişiye özel, ayak arkını ve topuğu destekleyen tabanlık kullanımı da önemlidir. Gün içerisinde maksimum sürede kullanması faydalı olacaktır. Çocukluk çağındaki hastalar için 6 ayda bir tabanlık değiştirilmesi önerilir. Tedavide son olarak ise enjeksiyonlar sayılabilir. Bir çok farklı enjeksiyon tedavi yöntemi vardır. Hastalığa, ağrının dağılımına, hastanın yaşı ve eşlik eden diğer rahatsızlıklarına göre en uygun olan tedavi seçilir. PRP, steroid (kortizon), ozon tedavisi en sık uygulanan yöntemlerdir.



RİSK FAKTÖRLERİ NELERDİR?

- Obezite
- Uzun süre ayakta durma
- Uygunsuz ayakkabı
- Ayak travmaları
- Diyabet
- Genetik faktörler
- Düz tabanlık

Güçlü bir bağışıklık için...

DR. ÖĞR. ÜYESİ ECE YİĞİT

Ani mevsim değişiklikleri, stres ve modern dünyanın negatif etkileri maalesef bağışıklık sistemimizi zayıflatıyor. Peki bağışıklığımızı güçlendirmek ve hastalıklardan korunmak için neler yapmalıyız?

Mevsimlerin ani ve sert değişimleri, aşırı stres, uyku düzeninin bozulması, kirli hava gibi modern dünyanın negatif etkileri bağışıklık sistemimizde dalgalanmalara ve zayıflamalara neden olurken bunlar da alerjik hastalıklara yatkınlık ve viral enfeksiyonlara yakalanma riskinin artması anlamına geliyor. İşte bu yüzden özellikle sonbahar ve kış aylarında bağışıklık sistemini zayıf düşürecek unsurlardan olabildiğince uzaklaşmalı, hatta onu desteklemenin yolları aranmalı. Bağışıklık sistemi, dışarıdan gelen zararlı mikroorganizmalara karşı (bakteri, virüs, mantar vs) vücudun kendini koruması ve hastalık oluşumunu engellemesi için gerekli olan bir sistemdir. Kış mevsiminde alt ve üst solunum yolu enfeksiyonlarının sıklığında ciddi bir artış oluyor. Bu durumun altında yatan başlıca nedenler arasında; soğuk ve kuru havanın virüs ve bakterilerin direncini artırırken, insanların bağışıklık sistemini zayıflatıyor ve enfeksiyonlara daha duyarlı hale getiriyor olması, güneş ışığında deride sentezlenen ve bağışıklık sistemimizin daha iyi çalışmasını sağlayan D vitamininin kış aylarında yeterince sentezlenemiyor olması olarak sayılabilir. Peki kış aylarında bağışıklık sistemimizi güçlendirmek ve enfeksiyon hastalıklarından korunmak için neler yapabiliriz?

İŞTE 13 ETKİLİ YÖNTEM

1

Su tüketimini arttırmak

Bağışıklık sistemimizi güçlendirmemizde ilk adım yeterli sıvı alımıdır. Kadınlar için günlük su ihtiyacı yaklaşık 2-2,5 litre, erkekler için ise 3-3,5 litre kadardır. Yeterli sıvı alındığının en iyi göstergelerinden birisi idrar renginin açık sarı olmasıdır.

2

C vitamini

C vitamini insan vücudu tarafından üretilmeyen bir vitamindir. Doku iyileşmesi ve bağışıklık sisteminin en iyi şekilde çalışması için hayati önemi olan C vitaminin yüksek dozlarda damar yolu ile kullanıldığında kanser tedavisinde dahi iyileşme sürecine katkıda bulunduğu gösterilmiştir. Portakal, mandalina, kivi gibi meyvelerde ve brokoli, ıspanak, biber gibi sebzeler C vitamininden zengin olmakla birlikte özellikle hastalık durumunda takviye ilaç formunda kullanımı faydalı olacaktır.

3

D vitamini

D vitamini eksikliği başta solunum yolları enfeksiyonları olmak üzere tüm enfeksiyonlara karşı duyarlılığı artırmaktadır. D vitaminin esas sentez

yolu güneş ışığı yolu ile deride sentez olduğundan yaz aylarında yükselirken, kış aylarında en düşük seviyelerde seyretmektedir. D vitamini için optimal düzey 30-80 ng/ml aralığıdır. Yapılan bir çalışmada 76 bin solunum yolu enfeksiyonu bulunan hasta verisi incelenmiş, D vitamini eksikliğinin hastalık riskini, süresini, şiddetini olumsuz yönde etkilediğini ve ölüm oranını belirgin olarak artırdığı gösterilmiştir. D vitamininin fazlasının da vücudumuzda birikerek zararlı olacağı unutulmadan düzeyi optimal aralıkta tutulmalıdır.

4

Çinko

Çinko insan vücudunun üretilmediği bir mineraltir. Bağışıklık sistemini güçlendirmekte ve yara iyileşmesini hızlandırmaktadır. Kırmızı et, kümes hayvanları, deniz mahsülleri, badem, yer fıstığı, kabak çekirdeği gibi kuruyemişlerde bol miktarda bulunmaktadır. Çinkodan zengin besinleri diyetie eklemenin yanında kan çinko düzeyi kontrol edildikten sonra eksiklik tespit edilmesi halinde takviye ilaç formunda kullanmak faydalı olacaktır. Özellikle C vitamini ile kombine edilmiş formlarının kullanımı sinerjik etki oluşturmaktadır.



5

Mucize bitki; sarımsak

Sarımsak kükürtlü bir birleşik olan alliinden zengindir. Sarımsak hücreleri kesme, doğrama ile hasar gördüğünde içerisinde bulunan alliin allisine dönüşür. Allisin antioksidan etki gösterir ve hücrelerimize zarar verebilecek serbest radikal hasarını engeller. Allisin her türlü patojen mikroorganizmaya karşı (bakteriler, virüsler, mantarlar) öldürücü özelliğe sahiptir. Kimyasal antibiyotiklerden farklı olarak bağırsak florasına zarar vermeyen doğal bir antibiyotik olarak tanımlanabilir. En iyi tüketim şekli, 1-2 diş kadar sarımsağı bir miktar ezmek, sonrasında birkaç

dakika beklemek ve çiğ olarak tüketmektir. Fazla kullanıldığında kanama eğilimini arttıracığı unutulmamalı ve dikkatli olunmalıdır!

6

Egzersiz yapmak

Haftada 3-4 gün 30-60 dakika kadar toplamda minimum 150 dakika olacak şekilde açık havada, yeşil alanlarda yürüyüş yapmak güçlü bir bağışıklık sistemi için çok önemlidir. Ayrıca bilgisayar başında ve hareketsiz çok zaman geçirmemek, iki saatte bir ara vererek ofis içerisinde kısa da olsa yürümek kan dolaşımınızı artırarak bağışıklığı destekleyecektir.

7

Yeterli ve kaliteli uyku

Erişkin bir insanın günde 7-8 saat kadar uyuması gerekmektedir. Uykunun süresi kadar kalitesi de önemlidir. Kaliteli uyku

için yapılabilecekler; sabah aynı saatte uyanmak, gece aynı saatte yatmak, hemen yatmadan önce egzersiz yapmamak, yatmadan iki saat öncesine kadar kafein, nikotin, alkol alımını kesmek, aşırı sıvı ve gıda alımından kaçınmak, ılık ve sesi minime getirmek şeklindedir. Yeterli ve kaliteli uyuyamamak bağışıklık sisteminin zayıflamasına yol açmaktadır.

8

Stresi yönetebilmek

Stres kortizol salgılanmasına neden olmaktadır. Stres uzun süre devam ettiğinde dolayısı ile kan kortizol düzeyi uzun süreli yüksek kaldığında bağışıklık sistemi baskılanmaktadır. Yoga, meditasyon, sağlıklı beslenme ve egzersizin ruh halini iyileştirmek ve stresi yönetebilmek için etkili yöntemler olduğunu göstermiştir.



PROBİYOTİK KULLANIMI

Yeterli miktarda alındığında konak sağlığına yararlı olan canlı organizmalar olarak tanımlanan probiyotikler yarı halinde bulundukları zararlı mikroorganizmaların bağırsak yüzeyine tutunmasını engellemekte, dışkı ile atılmalarını sağlamakta ve bağırsak florası üzerine olumlu etki göstermektedir. Son yıllarda yapılmış

çalışmalar bazı probiyotiklerin bağırsak-beyin aksı üzerinden etki ederek anksiyete ve depresyon tedavisinde dahi fayda sağlayabildiğini göstermiştir. Hem bağırsak florası hem stres bağışıklık sistemini etkileyen çok önemli faktörlerdir dolayısı ile her ikisi üzerine olumlu etkileri olan probiyotiklerin kullanımı direncimizi artıracaktır.

9

Turuncu güç beta karoten

Beta karoten birçok meyve ve sebzeye renk veren bitki pigmenti olarak tanımlanabilir. İlk kez 1831 senesinde havuçtan izole edilmiştir ve ismi latince havuç anlamına gelen kelimeden türemiştir. Güçlü antioksidan özelliğe sahiptir sahiptir. Vücut tarafından A vitamini oluşumunda kullanılır. Bağışıklık sisteminin iyi çalışması için olmazsa olmazdır. Bol bulunduğu sebze ve meyveler; tatlı patates, kırmızı ve sarı biber, havuç, bal kabağı, kayısı olarak sayılabilir.

10

Sigaradan uzak durun

Sigara içerisinde bulunan başta nikotin olmak üzere birçok madde bağışıklık sisteminin baskılar. Ayrıca yine sigara içerisinde bulunan katran, solunum yollarımızda bulunan, görevi ağız ve burundan solunum yollarımıza giren bakteri, virüs, toz gibi zararlı partikülleri dışarıya atmak olan titre tüylerimizi hareketsiz hale getirir ve bu partiküllerin akciğerimize daha kolay ulaşmasına sebep olur.

11

Ellerinizi iyice yıkayın

Sabun ve su ile ellerimizi yıkamak gözümüzle göremediğimiz bakteri ve virüslerin etkisiz hale gelmesini sağlayacak ve vücudumuza girerek hastalığa sebep olmalarına engel olacaktır.

12

Temiz hava alın

İç ortam havalandırmaları çoğu kez yeterli olmamakla birlikte tam tersi bakteri ve virüslerin daha kolay yayılmasına sebep olabilmektedir. Bulunduğunuz ortamı sık sık temiz hava ile havalandırmak hem hücrelerimizin daha fazla oksijen almasını sağlar hem de bizi enfeksiyon etkenlerinden korur.

13

İdeal kilonuzu koruyun

Yapılan çalışmalar fazla kilolu kişilerde enfeksiyonların daha sık görüldüğünü, daha şiddetli seyrettiğini ve yaraların daha geç iyileştiğini göstermiştir. Şekerden fakir, proteinden ve sebzelerden zengin bir diyet hem kilo verilmesini kolaylaştıracak hem de bağışıklık sisteminin güçlendirecektir.



Güzel bir gülümsemenin başladığı yer...

Gülüş estetiğinde uzman eller ve üstün teknoloji bir arada.

Doğal, estetik ve fonksiyonel bir gülüş kazanmanız için.



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



**MEDİPOL
MEGA**
MEDİPOL MEGA
HASTANELER KOMPLEKSİ





Medipol Bahçelievler hastalarımızın hizmetinde!

AYSEL YAŞA YILMAZ

Medipol Sağlık Grubu'nun ikinci büyük hastanesi olarak hastalara hizmet vermeye başlayan Medipol Bahçelievler Hastanesi, alanında uzman hekimleri ve son teknoloji cihazlarıyla dikkat çekiyor.

Medipol Bahçelievler Hastanesi, alanında uzman hekimleri, tecrübeli sağlık kadrosu ve ileri teknolojiye sahip donanımıyla ihtiyaç duyulan birçok branşta sağlık hizmeti vermeye başladı.

İstanbul Avrupa yakasında bulunan Medipol Bahçelievler Hastanesi, tam donanımlı ameliyathaneleri, ileri

teknolojik cihazlara sahip yoğun bakım üniteleri, laboratuvarı, acil servisi ve gelişmiş tedavi üniteleriyle donatılmış odalarıyla 7/24 hastaların sağlığı için çalışıyor.

Mayıs ayında hizmet vermeye başlayan Medipol Bahçelievler Hastanesi, 400 yatak kapasitesi ile Medipol Sağlık Grubu'nun en büyük ikinci

hastanesi olma özelliğini taşıyor. İleri teknolojilerle donatılan Medipol Bahçelievler bünyesinde ulusal ve uluslararası alanlarda uzman hekimler görev yapmakta. Geleceğe doğru atılmış bu önemli adımla ilgili merak edilenleri Medipol Bahçelievler Hastanesi Medikal Direktörü Prof. Dr. Cihangir Akgün anlattı.

**Grubun en büyük ikinci hastanesi
Medipol Bahçelievler nihayet açıldı.
Hastanenin genel özelliklerinden
bahseder misiniz?**

17 Mayıs 2022 tarihinden bu yana hizmet veren hastanemiz sizin de belirttiğiniz gibi Medipol Sağlık Grubu'nun ikinci büyük hastanesidir. 442 yatak kapasiteli, 60 bin metrekare kapalı alana sahip, toplam 15 katlı hastanemiz tüm branşlardan hekimleri bünyesinde barındırmaktadır. Yüz otuz iki poliklinik odasıyla hastalarımıza hizmet verdiğimiz hastanemizde şu anda 906 kişi çalışmaktadır. Ameliyathane salon sayımız ise on dört. Standart hasta odaları, süit hasta odaları ve engelli hasta odalarının yanı sıra LDRP (Labor Delivery Recover Postpartum) denilen kişiye özel doğum ünitesine sahip toplamda 7 adet özel oda da mevcuttur. Yeni doğan yoğun bakım ünitemizde elli iki kuvvüzümüz bulunuyor. Diğer yoğun bakımlarda da -genel, kalp damar cerrahisi, çocuk ve ara yoğun bakım olmak üzere- elli sekiz yatak kapasitemiz bulunuyor. Acil servisimizde on dört gözlem odamız, yine aynı sayıda

Medipol
Bahçelievler
Hastanesi
Medikal
Direktörü
Prof. Dr.
Cihangir
Akgün



kllinik gözlem odamız bulunuyor. Birçok hastanede olmayan ara yoğun bakım da yine acil servisimizde bulunuyor. Buranın yatak kapasitesi ise, 4. Şu anda yaklaşık yüz hekimimiz var fakat nihai hekim kadromuz 147 kişiden oluşuyor. Bizler şu anda, ileri tıbbi görüntülemelerin ve komplike ameliyatlara yapılabileceği üçüncü basamak bir referans hastane konumundayız.

ve hâlihazırda 3. basamak sağlık kuruluşu olarak hizmet vermekteyiz.

AYDA BEŞ YÜZ DOĞUM OLUYOR

Nisa Hastanesi kadın doğum konusunda en fazla tercih edilen noktalardan biriydi. Medipol Bahçelievler'de de bu sürdürülecek mi?

Biliyorsunuz Nisa Hastanesi, şimdiki binamızın hemen yan tarafında yirmi sekiz yıl boyunca hizmet verdi.

Adeta bir kadın doğum ve çocuk hastanesi olarak hizmet vermiştir ve her ay toplamda beş yüz civarında doğum gerçekleşiyordu. O hastanede doğmuş büyümüş çocukların bazıları şu anda hastanemizde personel olarak çalışıyorlar. Nisa Hastanesi'nin neredeyse tüm kadrosunu bünyemize kattık. Mevcut alışkanlık devam ederek

YAN DALLARDA UZMAN KADRO

Medipol Bahçelievler'de; pediatri ve iç hastalıkları gibi ana dallardaki poliklinik ve yataklı hizmetin yanı sıra bu branşların, nefroloji, hematoloji, gastroenteroloji, endokrinoloji, nöroloji, romatoloji, enfeksiyon, allerji-immünoloji gibi yan dallarında da akademik düzeyde doktor kadrosu ile hastaların hizmetindedir.

Üçüncü basamak referans hastanesi ne anlama geliyor?

Sağlık Bakanlığı hastaneleri sınıflandırırken basamakları kullanır. Üçüncü basamak hastanelerde yapabileceğiniz işlemlerin sayısı oldukça artmakta. Biz de bu işlemleri yapabilecek donanıma sahip bir hastaneyiz. Bu konuyla ilgili başvurumuz neticelendi





LDRP odaları, normal doğumun ev konforunda gerçekleştirilmesine imkân sağlıyor.

vermekteyiz. Türkiye'nin en iyilerinden biri olan kardiyoloji birimini kurduk. Nisa Hastanesi'ndeki hekim kadrosunu yeni binamızda ikiye katladık. Olmayan branşlar -medikal onkoloji, radyasyon onkolojisi, nükleer tıp gibi- da eklendi. Hekimlerimizle birlikte endoskopi ünitesi ve altmış sekiz üniteyi içeren medikal onkoloji tedavi alanı kuruldu. İleri radyolojik görüntülemeleri sağlayacak altyapı hazırlandı. Medikal onkoloji alanında güçlü bir ünitemiz var. Burada hem medikal onkoloji hem de radyasyon onkolojisi hastalarına tedaviler uygulanıyor. Ayrıca üçüncü basamak fizik tedavi ünitemiz de bulunuyor. Yakın zamanda A grubu hastalara robotik fizik tedavi hizmeti verecek olan ünitemiz de devreye girmiş olacak. Öte yandan çok önemli ameliyathaneler kuruldu. Kardiyolojide ikisi profesör olmak üzere 6 hekimimiz görev yapmakta. Özellikle ritim ve invaziv işlemler konusunda oldukça yüksek bir kaliteye sahip bir ekip bu. Türkiye'nin



üzerine bir takım eklemeler yapıldı. Şu anda beş yüz doğumun devam ettiği bir süreçteyiz.

Burada LDRP'den de bahsetmek gerekir. Normal doğumu teşvik eden, bunun için uygun bir ortam hazırlayan bu odaların avantajları nelerdir?

LDRP odaları normal doğum planlayan ailelerin özellikle babaların da doğuma iştirak ettiği ve doğumu da kendi odasında gerçekleştirdiği özel odalar.

Hekim kadronuzdan da bahsedermisiniz?

Tüm ana ve yan dallarda hekim kadromuz mevcut. Özellikle iç hastalıkları ve pediatri de tüm yan dallarımızla hizmet

SAĞLIK TURİZMİNE KATKI SUNACAĞIZ

“Tüm ana branşların ve acil servis hizmetinin 24 saat kesintisiz verildiği hastanemizde, ortopedi, göz ve kulak burun boğaz gibi cerrahi branşlarda da mesai dışı poliklinik ve operasyon hizmeti verilmektedir. Medipol Bahçelievler Hastanesi'nde, genel hastane hizmetleri dışında ileri kardiyovasküler cerrahi, invaziv kardiyolojik işlemler, girişimsel radyoloji, medikal ve radyasyon onkolojisi gibi birimler de yer almaktadır. Doğumhane veya ameliyathane hizmetlerinin yaygın olarak verildiği hastanemizde, 52

kuvöz kapasiteli yeni doğan yoğun bakım ünitesi mevcuttur. Ayrıca erişkin ve çocuk yoğun bakım üniteleri, kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım ünitesi, 3 basamak düzeyinde hizmet vermektedir. Şu anda günde bin 500 hastaya hizmet vermekteyiz. Nihai hedefimiz ise günlük 2 bin 500 hastanın şifaya kavuşması için durmadan çalışmak. Hastanemiz, uluslararası hastalara hizmet vermek ve sağlık turizmine katkıda bulunmak üzere yeterli tercüman ve personel desteği ile de bu konuda hazırlığını tamamlamıştır.”

birçok yerinden olduğu gibi yurt dışından hastalar da gelmeye başladı. Özellikle hekimlerimizi ve kadromuzu duyup başvuru yapan hasta sayımız oldukça fazla. Özetle, daha şimdiden diyebiliriz ki, Medipol Bahçelievler, sağlıkta standartları yüksek bir hastane olarak hizmet veriyor.

JCI İÇİN HAZIRLANIYORUZ

Tüm dünyada sağlık alanında önemli bir referans noktası olan JCI (Joint Commission International) belgesi için sürdürdüğünüz çalışmalar nelerdir?

Hastanemiz, donanım olarak uluslararası hastalara da hizmet verecek kapasitede tasarlandı. Bu hazırlığı yaparken özellikle bir yıl içerisinde JCI kriterlerini sağlamak



ve bu konuda gerekli belgeleri almak üzere tüm çalışmalarımız devam ediyor. Uluslararası hasta departmanımız yoğun bir şekilde çalışıyor. JCI, Türkiye'deki TSE gibi düşünülebilecek özellikle sağlık merkezlerinin aldığı bir standartizasyon belgesi. Denetimden geçerken merkezden gelen denetçiler yaklaşık bir hafta süren çalışmalar sonucunda tüm birimleri incelerler ve uygun görülen hastaneler bu akreditasyonu almaya hak kazanırlar. Bu, özellikle uluslararası hastalar açısından oldukça önemlidir. Hastalar JCI akreditasyonu almış hastaneleri güven içerisinde tercih edebilirler. Bunun için şu anda 200 kişilik bir ekip hazırlık yapmakta.



KANSERSİZ YAŞAM

Bu bir sır değil

PROF. DR. EVRİM METCALFE

Kanserden korunmanın yolları sır değil. Vücudumuza gereksinimi olan beslenme, hareket, uyku, moral ve motivasyonu sağlamak ve kusursuz çalışan sapasağlam bir mekanizmayı bozmamak yeterli.

Başlığı okuyunca heyecanlandınız mı? İnsanlık tarihiyle yaşıt bu hastalıktan korunmanın yolları sır değil oysa ki! Her gün vücudumuzda binlerce kanser hücresi üretildiğini biliyor muydunuz? Süzgeç gibi çalışan bağışıklık sistemimiz sayesinde bu normal dışı hücreler bize zarar vermeden dolaşımımızdan temizleniyor. Peki neler oluyor da, mükemmel işleyen bu süzgeci atlatan anormal hücreler dünyanın en ölümcül hastalıklarından kansere dönüşüyor?

Kanser çok büyük oranda önlenabilir bir hastalık. Çünkü %90-95'inin çevresel faktörlerle yani yaşam alışkanlıklarıyla ilişkili. Sanılanın aksine, sadece %5-10 oranında kanser ailesel geçiş yani genetik ile ilgili. Peki bunu biliyor muydunuz? Vücudumuzun mükemmel işleyen bir biyolojik saati var. Tüm organ ve sistemler birbiriyle sıkı bir haberleşme içinde saniye şaşmadan görevlerini yerine getiriyor ve o bedenin içinde ikâmet eden bize sağlıklı bir hayat sunuyor. Bizim görevimiz ise öylesine basit ki. Vücudumuza gereksinimi olan beslenme, hareket, uyku, moral ve motivasyonu sağlamak. Daha doğrusu, kusursuz çalışan sapasağlam bir mekanizmayı bozmamak. İşte kanserden korunmanın sırrı bu!

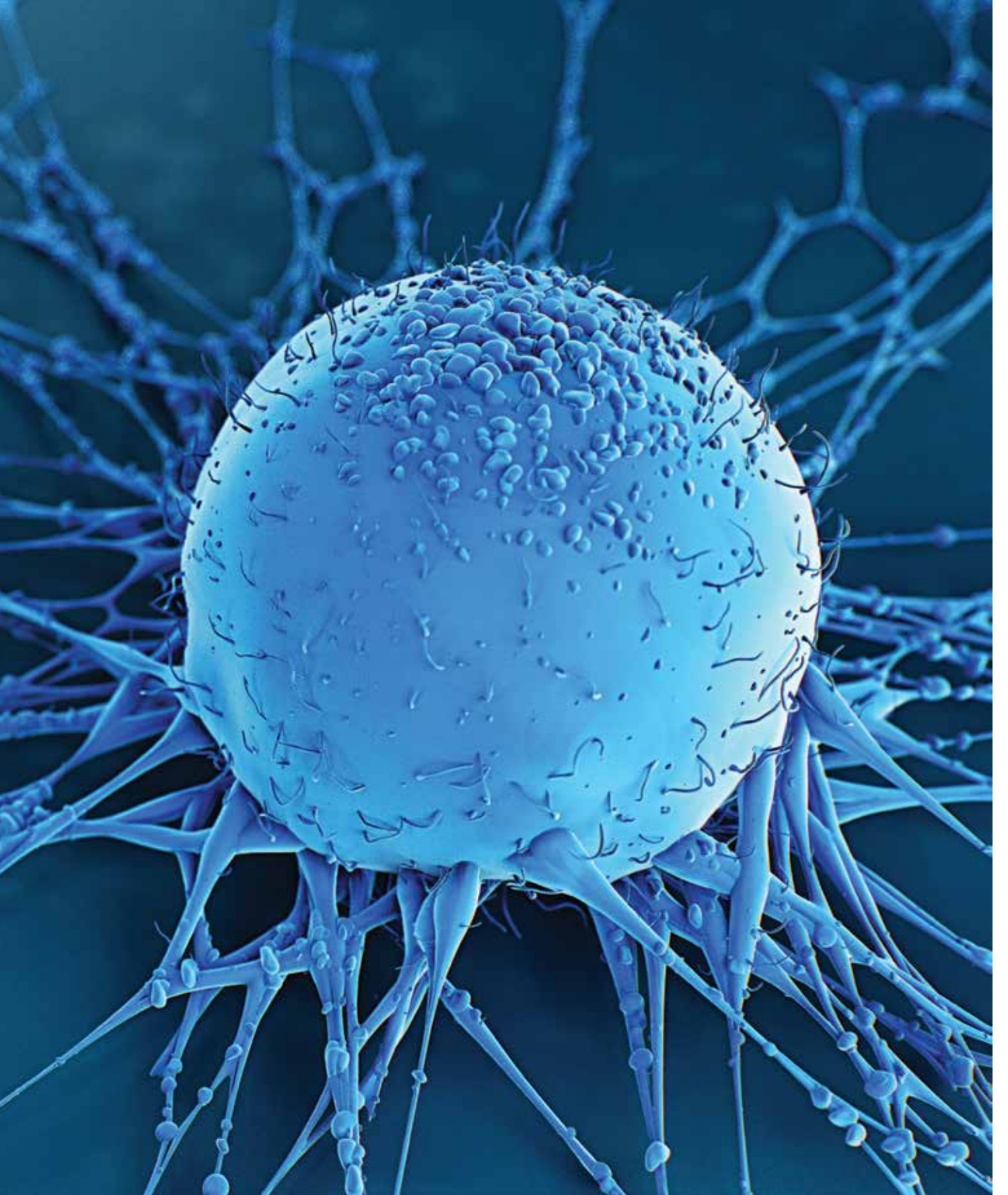
SAĞLIKLA YAŞ ALIN

Yaşlanmak tek başına en önemli kanser sebebi. Tüm dünyada endişe yaratan temel sağlık sorunu, insan ömrünün uzaması ve yaşlı nüfus oranının artıyor olması. Yönetim kurulu üyesi olduğum, ulusal ve uluslararası çalışmalar yürüttüğüm Geriatrik Onkoloji Derneği vasıtasıyla sık sık tekrar ettiğim mesaj şudur: “Yaşlanmayın, sağlıklı yaş alın!” Gereksinimden fazla yemek, hazır gıdaları abartılı tüketmek, gece geç saatlere kadar tıkinma alışkanlığını sürdürmek, tazelere yerine dondurulmuş ürünlerle beslenmek kendinize yapacağınız en büyük kötülükler. Genç yaşlardan itibaren yeni nesillere aşılamamız gereken alışkanlık, kaliteli beslenme olmalı. Gıdaya erişimin zorlaştığını söyleyenlere muhit pazarlarını öneriyorum. Taze ve sağlıklı ürünleri uygun fiyata üreticisinden alınca maddi ve manevi iyi hissedeceksiniz. Doğru beslenmeyen birey şeker, yüksek tansiyon, kalp-damar hastalığı, demans (bunama) ve tabii ki konumuz olan kanser riskini sağlıklı beslenenden kat be kat fazla taşıyor. Bunun üzerine bir de sporuna özen gösteren ruhsal ve bedensel sağlıklı bir gencin kaliteli yaş alması hem kendini kanserden koruyacak, hem de topluma

iyi örnek olacaktır. Spor alışkanlığı her ne kadar kültür ve iklimlere göre değişiklik gösterse de, kalp hızımızı arttıran ve haftada en az 3 kez ve en az yarımşar saat yapacağımız düzenli egzersiz bize kaliteli ömür katacaktır.

UYKU BOZUKLUKLARI DA ETKİLİ

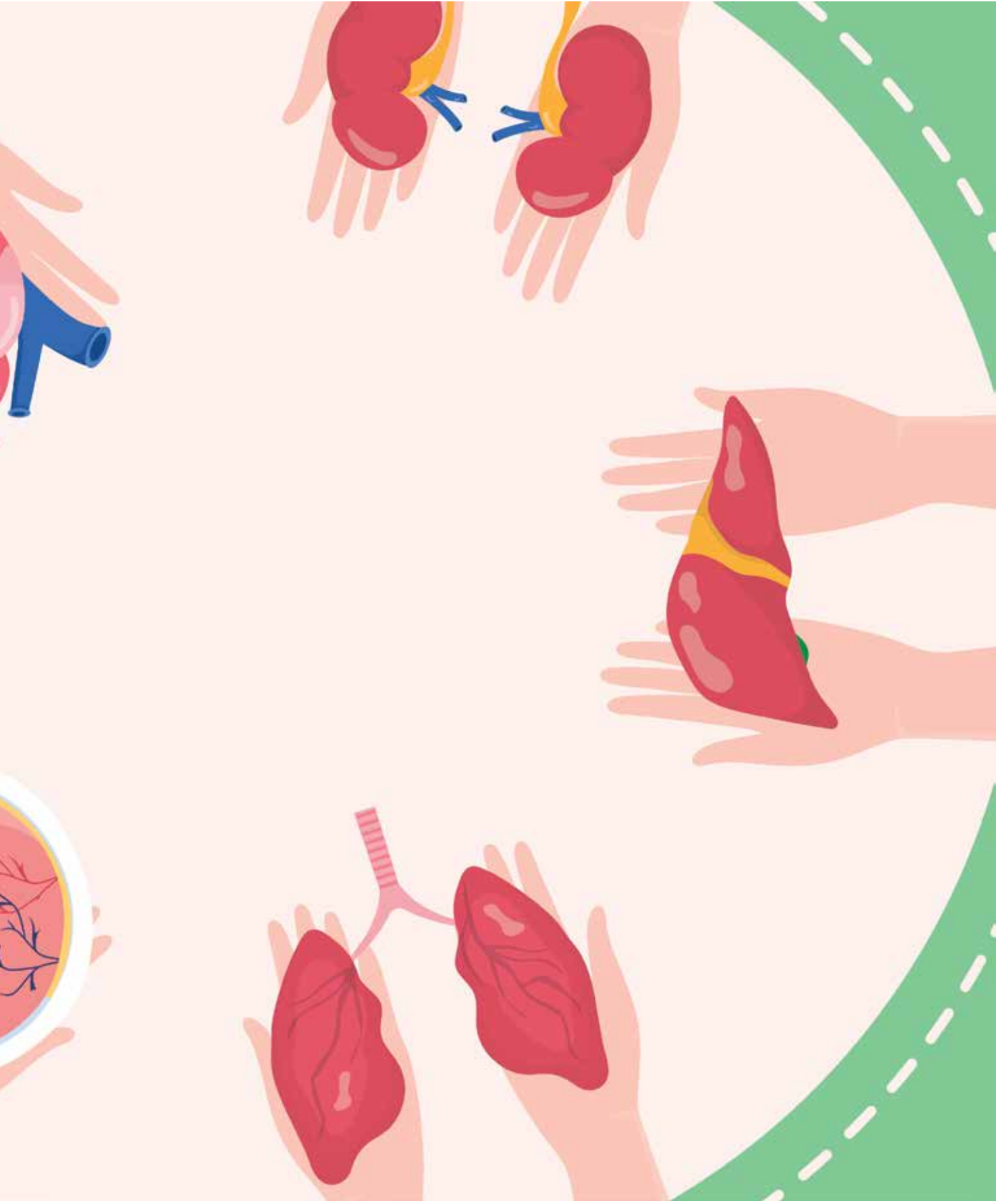
Uyku, bedenimizin yenilenmesi, hücrelerimizin dinlenmesi için gerekli. En az yedi-sekiz saatlik düzenli, kesintisiz gece uykusu, kanser dahil tüm hastalıklardan koruyucu. Sigaranın zararlarından bahsetmeme gerek yok sanırım. Dünyanın en sık ölüm sebeplerinden biri olan akciğer kanseri ve az önce saydığım tüm hastalıklarda başrol oyuncusu sigaradan kesinlikle uzak durmak gerektiğini hepimiz biliyoruz. Sigara, alkol alışkanlığı kadar tehlikeli olan yeme ve uyku bozuklukları da dünyanın başa çıkması gereken stres ilişkili büyük sorunları arasında. Sağlık, sadece bedensel değil, ruhsal ve zihinsel olarak da güçlü olmak demek. Bu konularda rehberlik almaktan çekinmemeliyiz. Diyelim ki tüm bu önerileri dinlemedik, yaşamımızı düzene sokmadık, bedenimizi ihmal ettik ve kanser tanısı aldık. Bizi neler bekliyor dersiniz, gelin bunu da bir sonraki sayıda ayrıntılı inceleyelim.



Bir hayat başıyla!

Öldükten sonra organlarınızın
bir hastaya umut olmasını
ister misiniz? İstatistiklere
göre ülkemizde kadavradan
başı oranları oldukça düşük.
Bu oranları yükseltmek, nakil
bekleyen hastalara umut olmak
için harekete geçin...

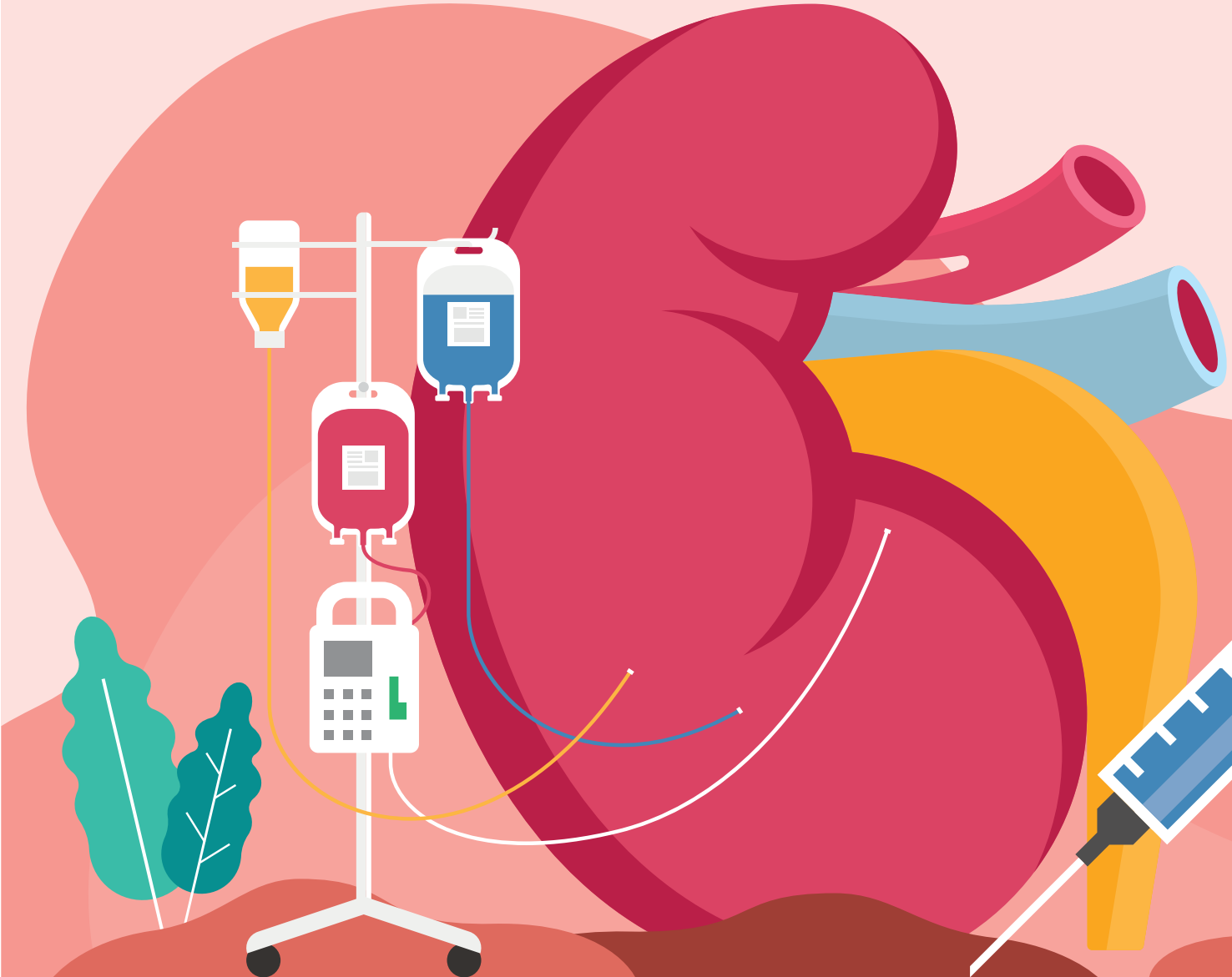




Bağışla bizi!

ESİN GÜLKAYA ANIK

Dünyanın en çok canlı nakil yapan ülkesi olmuşken hala kadavra bağış seviyesi en düşük ülkeler arasındayız. Ülkemizde organ yetmezliği yaşayanların sayısı artarken çevremizi organ bağışı konusunda bilgilendirmeli ve bağış için harekete geçmeliyiz.



Organ veya doku nakli; bir bağışçıdan (vericiden) bir alıcıya iyileştirme amacıyla doku veya organların nakledilmesidir. Nakil, son dönem organ yetmezliği hastaları için tedavi yöntemidir. Hayvandan insana nakil ya da kök hücrelerden yapay organ üretme çalışmaları devam ediyor olsa da, organ naklinin gerçekleşebilmesi için tıbben kabul edilebilir henüz 2 seçenek bulunmaktadır; kadavra (ölmüş kişilerden) vericili nakil ve canlı vericili nakil.

Ülkemizde organ nakil aktivitesi ilk olarak kadavra nakil ile başlamıştır. Türkiye’de yapılan ilk kadavra nakil 1968 yılında kalp naklidir. Canlı nakil uygulamaları ise ilk olarak 1975 yılında anneden oğluna yapılan böbrek nakli ile gerçekleştirilmiştir. Yaklaşık altmış yıllık organ nakil sürecinde çok ciddi çalışmalar ve dünya çapında yarışacak düzeye gelmemizi sağlayacak yatırımlar yapılmıştır. Geldiğimiz noktada dünyanın en çok canlı nakil yapan ülkesi olmuşken hala kadavra bağış seviyesi en düşük ülkeler arasındayız. Ülkemizde olduğu gibi dünya genelinde de organ yetmezliği hastalarının sayısı gün geçtikçe artmakta buna karşın kadavra organ ve canlı donör yetersiz kalmaktadır. Özellikle son 2,5 yıldır yoğun bakımların hizmet alanında covid enfeksiyonlu hastaların bulunması nedeniyle beyin ölümü tanısı konulan verici adaylarının sayısı ve kullanılabilir kadavra organların oranı azalmıştır.

Örneğin dünyanın en çok kadavra donör oranına sahip ülkesi olan İspanya’da 49,6 olan kadavra organ donör oranı, 2019 yılında 37,9’a düşmüştür.

Ülkemizde genel olarak yapılan nakillerin sadece %20’si kadavra verici kaynaklıdır. Ülkemizde 7,5 olan kadavra donör oranı, 2019 yılında 3,1’e düşmüştür. Tek seçeneği kadavra nakil olan hastalar bekleme listesinde kalmaya devam etmektedir. Bu durum nakli mümkün olan böbrek ve karaciğer yetmezliği hastalarını, canlı nakle yönlendirmektedir. Canlı nakil oranı ise ülkemizde 51,9’dur.

Hastanemizde organ nakil merkezi 2013 yılında kurulmuş olup, nakil aktivitesi karaciğer ve böbrek nakliyle başlamıştır. 2019 yılında da kalp nakil merkezi kurulmuştur. Karaciğer ve böbrek yetmezliği hastalarında canlı ve kadavra nakil, kalp yetmezliği hastalarında ise kadavra nakil ve yapay kalp nakli yapılmaktadır. Merkezimizde bugüne kadar toplam 430 karaciğer nakli, 300 böbrek nakli, bir kadavra ve 32 yapay kalp nakli yapılmıştır. Yapılan nakillerin yaklaşık %9’u kadavra nakildir. Yapılan nakillerin %12’si çocuk hastalarda gerçekleştirilmiştir. Merkezimiz kapsamlı uluslararası hasta nakil hizmeti vermekte olup yapılan nakillerin % 20’si yabancı uyruklu hastalarda gerçekleştirilmektedir. Ayrıca merkezimizde organ bağış birimi bulunmaktadır, organ bağışı için gelen gönüllüler burada karşılanmakta ve kayıtları alınmaktadır. 2014 yılında hastanemizde 428 çalışanımızla, organ bağış inanc, tutum ve görüşlerine yönelik yaptığımız çalışmada; hastane personelinin sadece %6,5’inin organ bağış kartı olduğu, %20,8’inin asla organlarını bağışlamayı düşünmediği ve %55,8’inin organ bağışının yetersizliğinin en önemli nedeni olarak halkın bilgisizliği olduğunu düşündüğü tespit edilmiştir.

BU BİR EKİP BAŞARISI

Organ nakli, nakil cerrahlarının yanı sıra çok sayıda uzmanlık alanının bir arada çalışmak zorunda olduğu çok disiplinli bir alandır. Organ naklinin başarısı, uygun ekipman, malzeme ve teknolojinin kullanılması, nitelikli insan kaynağının bulunması ve bu karmaşık yapının eşgüdüm içinde sorunsuz çalışması ile mümkündür.

Nakil süreci hastanın hastaneye ilk başvurusu ile başlayıp, nakil sonrası bir ömür takipleriyle devam eden bitmeyen bir süreçtir. Bütün bu süreçte organ nakil koordinasyonu, hastanın ve donörün güvenliği ve sonuçların kalitesiyle doğrudan ilişkilidir. Nakil merkezine başvuran hastaların koordinasyonu üç başlıkta değerlendirilebilir. Öncelikle hastanın nakil için uygunluğu değerlendirilmektedir. Nakil açısından uygun bulunan hastalar, kadavra nakil ya da canlı nakil sürecine alınmaktadır.

Hastaların Nakil Uygunluğunun Belirlenmesi ve Kadavra Nakil İçin Hazırlık:

Her organ yetmezliği hastası merkeze nakil olma umudu ile başvurmaktadır. Ancak organ yetmezliğine eşlik eden bir ya da daha fazla kronik hastalıklarının bulunması nakil uygunluklarını etkileyebilmektedir. Bu noktada nakil uygunluğunun belirlenmesi için ayrıntılı değerlendirilme gerekmektedir. Değerlendirme sürecinde daha önceden bilinmeyen tıbbi durumlarla karşılaşılabilir. Hazırlık sürecinde hastalara ve ailelerine, tıbbi değerlendirmeye birlikte hazırlık prosedürleri ve organa özel bekleme listesi kriterleri konusunda bilgilendirilme yapılmaktadır. Hastalar sorumlu hekimlerinden (gastroenteroloji, nefroloji, kardiyoloji, nakil cerrahisi) bölüme özel tedavi seçenekleri, beklenen başarı oranı gibi tıbbi süreçlerle ilgili bilgileri ayrıntılı olarak alabilmektedirler. Bunlarla birlikte hastalara, merkezimiz tarafından oluşturulan hem hastalık hem nakil süreciyle ilgili rehber olacak organa özel alıcı ve verici bilgilendirme kitapçıkları da verilmektedir.

BEKLEME LİSTESİNDE SİZ DE OLABİLİRSİNİZ

Merkeze başvuran her hastanın sonuçları düzenli olarak toplanan nakil konseyi tarafından değerlendirilmektedir. Hastalar bu değerlendirme sonucunda, tıbbi olarak nakil olmaya uygun bulunursa ve bekleme listesine kaydolmak için yeterli kriterlere sahipse organ bekleme listesine kaydedilir.

Nakil konseyi, ilgili organa yönelik ekip üyelerinden oluşur. Kalp nakil konseyinde kardiyolog, kalp cerrahı ve anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanı bulunur. Karaciğer konseyinde gastroenterolog, nakil cerrahı ve anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanı bulunur. Böbrek konseyinde nefrolog, nakil cerrahı, immünolog ve anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanı bulunur (2013 tarih, 34492 sayılı Organ Nakil Merkezleri Yönergesi). Bununla birlikte merkezimiz nakil konseyinde; koordinatörle birlikte patoloji ve radyoloji uzmanları, transplantasyon immünolojisi konusunda deneyimli doku tiplendirme laboratuvarı sorumlusu, yoğun bakım uzmanı ve çocuk hastaların değerlendirilmesinde, ilgili alanların pediatri uzmanları bulunmaktadır. Hastaların kadavra organ alabilmeleri için Ulusal Organ Bekleme Listesi'ne kaydedilmesi ve sistemdeki bilgilerinin düzenli aralıklarla güncellenmesi gerekmektedir. Her organ için ulusal organ bekleme listesi

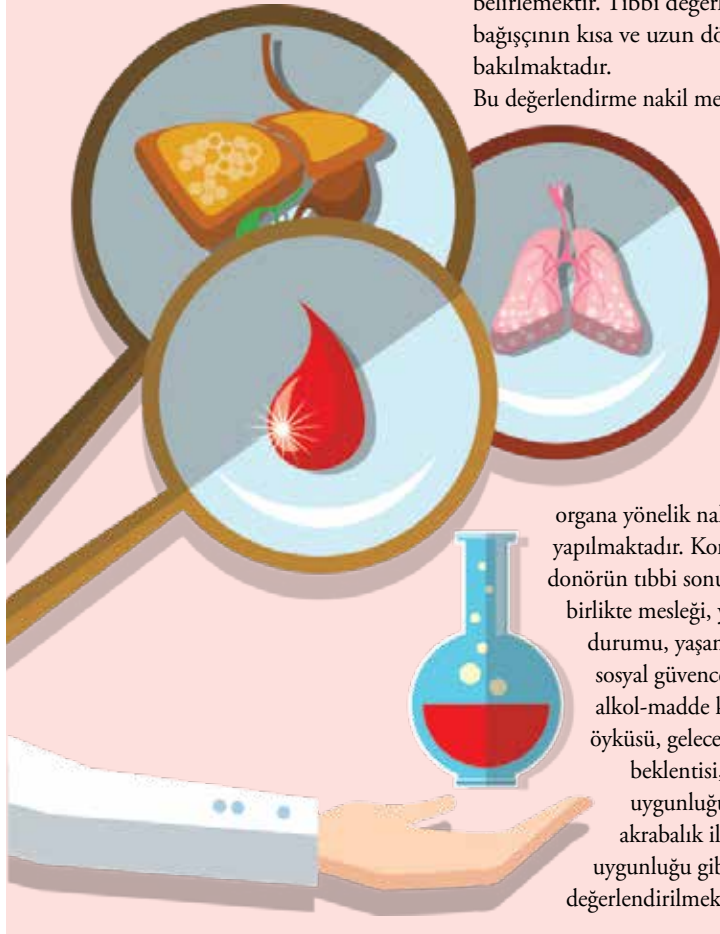
kayıt kriterleri farklılık göstermektedir. Ülkemizde ulusal organ paylaşım sistemi 2003 yılında, ulusal organ bekleme listesi, dağıtım ve eşleştirme ilkeleri ise 2008 yılında başlamıştır (2008 tarih ve 19735 sayılı Ulusal Organ Ve Doku Nakli Koordinasyon Sistemi Yönergesi). Kadavra organlar, Ulusal Koordinasyon Merkezi (UKM) tarafından Merkezi Bekleme Listesi'nde bulunan hastalara dağıtılır. UKM, sistem aracılığıyla organların kurallara uygun ve adaletli dağıtımını, nakil bekleyen ve nakil olan hastaların takibini, merkezlerin nakil performanslarının değerlendirilmesini ve istatistiki verilerin toplanmasını sağlar.

CANLI NAKİL İÇİN HAZIRLIK

Merkezimizde canlı bağışçılardan organ temini, vericinin korunması ve alıcının fayda görmesi prensibine göre uygulanmaktadır. Bağışçı değerlendirmesinin amacı bağışçının tıbbi, yasal, psiko-sosyal ve etik olarak canlı bağış için uygun olup olmadığını belirlemektir. Tıbbi değerlendirmede bağışçının kısa ve uzun dönem risklerine bakılmaktadır. Bu değerlendirme nakil merkezimizde

BAĞIŞÇININ ZARAR GÖRMEMESİ BİRİNCİ ÖNCELİK

Bağışçının gönüllülüğü ve ilgili operasyondan zarar görmemesi birinci önceliklidir. Bu önem, Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun'da; "Vericinin yaşamını mutlak surette sona erdirecek veya tehlikeye sokacak olan organ ve dokuların alınması, yasaktır." maddesiyle belirtilmiştir. Canlı nakil hazırlıklarında etik ve yasal uygunluğun değerlendirilmesi bir diğer önemli konudur. Hukukun geçerli rızaya dayalı olmaksızın organ alınması; organ veya doku satın alma, satma ve satılmasına aracılık etme gibi davranışlar kanunen suçtur (2238 sayılı "Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun"). Tedavi, teşhis ve bilimsel amaçlarla organ ve doku alınması, saklanması, aşılması ve nakli Organ Nakil Kanunu hükümlerine tabidir. Kanun on sekiz yaşını doldurmamış ve mümeyiz olmayan kişilerden organ ve doku alınmasını yasaklamaktadır. Organı alacak hekim bağışçıyı bilgilendirmekle yükümlüdür. Merkezimizde organ nakli sorumlu cerrahı, uygun bir biçimde ve ayrıntılı olarak organ ve doku alınmasının yaratabileceği tehlikeler ile bunun tıbbi, psikolojik, ailevi ve sosyal sonuçları hakkında ve alıcıya sağlayacağı yararlar hakkında vericiyi başvurusunda ilk değerlendirmede ve konsey kararı sonrasında aydınlatmaktadır. Canlı vericiden nakil yapılan nakil programları verici adaylarının ya da fiili vericilerin haklarını korumalıdır. Merkezimizde vericilerin organ bağışı için baskı altında olmadıklarından emin olmak, bağış kararlarında yardımcı olmak ve canlı vericilerin haklarının korunmasını sağlamak için; canlı organ bağışı, nakil süreci, tıbbi etik ve bilgilendirilmiş onam konularında bilgili bir canlı donör savunucusu bulunmaktadır. Canlı donör savunucusu vericiye nakil olana kadar eşlik etmekte ve vericide hazırlığın her aşamasında vazgeçme hakkı olduğunu bilmektedir.



organa yönelik nakli konseyinde yapılmaktadır. Konseyde donörün tıbbi sonuçlarıyla birlikte mesleği, yaşı, medeni durumu, yaşam tarzı, sosyal güvencesi, sigara-alkol-madde kullanım öyküsü, gelecek meslek beklentisi, psikolojik uygunluğu, alıcıyla akrabalık ilişkisi ve yasal uygunluğu gibi birçok faktör değerlendirilmektedir.



Babasından emanet böbrekle sağlığına kavuştu

Kendisi de böbrek hastası olan babasının, annesinin vermek istediği böbreği oğlu için emanet bırakmasıyla nakil şansı bulan Dragisa, Medipol Mega Üniversite Hastanesi'nde sağlığına kavuştu.

4 yaşından bu yana böbrek hastalığıyla mücadele eden Sırbistanlı Dragisa Petković Medipol Mega Üniversite Hastanesi'nde geçirdiği böbrek nakli ameliyatıyla sağlığına kavuştu. Dragisa'nın hayatı annesinden nakledilen böbrekle değişti. 2019 yılından bu yana diyalize giren Dragisa yaşadığı süreci şöyle özetliyor: "Ben 4 yaşından bu yana böbrek hastasıyım. 2019 yılından beri de diyalize giriyorum. Diyaliz beslenmemle ilgili sorunlara neden oldu. O dönemde mide ağrılarım ve diğer çeşitli komplikasyonlarım oldu. Periton diyalizinden sonra hemodiyalize geçtim. Ondan sonra nakil için araştırmalara başlandı. Annem böbreğini bana vermek isteyince bu sürece başladık." Oğlunun sağlığına kavuştuğu için memnuniyetini dile getiren Dragisa'nın annesi "Oğlumun rahmetli babasında da böbrek hastalığı vardı. Ben böbreğimi çişime vermeyi planlıyordum.

Fakat o oğlumuz için saklamamı istedi. Bunu bana görev olarak bıraktı ve emanet etti" şeklinde konuşuyor. Dragisa'nın nakil öncesi süreçte muayene ve tetkiklerini takip eden nefroloji uzmanı Prof. Dr. Aydın Ünal naklin yüz güldüren sonuçlar verdiğini söyleyip ekliyor: "Yaptığımız tetkiklerde nakile engel bir durumun olmadığını görünce nakle onay verdik. Nakil sonrasında ameliyat süresinde ufak bir tansiyon yüksekliği ve çarpıntı sorunu oldu. Onu da bir gece yoğun bakımda atlattık. Sonraki takiplerde bir sorun yaşamadık. Nakledilen böbrek gayet iyi çalıştı. Herhangi bir ret olayı yaşamadık. Şu anda gayet iyi. Hastayı yakından takip ediyoruz. İştahı gayet iyi, kilo almaya başladı. Daha öncesinde vücut kitle endeksi de düşük olan, zayıf bir hastaydı. Tabi bu kronik böbrek yetmezliğinin bir sonucuydu. artık şimde hastamızı sağlıklı bir şekilde ülkesine gönderebileceğiz."

Dragisa'nın nakil ameliyatını gerçekleştiren genel cerrah uzmanı Prof. Dr. Hüseyin Çağatay Aydın ise hastanın sürecini şöyle anlatıyor: "Dragisa bize böbrek nakli olmak üzere müracaat etti. Verici aday olarak annesiyle gelmişti. Gerekli değerlendirmeleri yaptık. Nefroloji hocamız nakil olmalarında bir sorun olmadığını belirttikten sonra birlikte konsey toplantımızı yaptık. Annesinin de uygun olduğunu tespit ettikten sonra ameliyat aşamasına geçtik. Operasyon sonrasında cerrahi açıdan bir problem olmadı. Nakil sonrası nefroloji bölümü yakından takip etmeye devam ediyor. Burada hastanın hayatında dikkat etmesi gereken en önemli şey enfeksiyon durumlarından kaçınmak. Çünkü vücut böbreği reddetmesin diye bağışıklık baskılayıcı ilaç içmek durumunda kalan hastalar enfeksiyonlara açık hale gelebiliyorlar. Kalabalık ortamlara girmemek, yenilen içilen şeylerin hijyenine dikkat etmek gerekiyor." Sağlıklı bir şekilde ülkesine dönmeye hazırlanan Dragisa, Medipol Mega Üniversite Hastanesi Organ Nakli Ekibi'nde yer alan hekimlere teşekkürlerini iletiyor: "Sırbistan'a dönebilmem ve sağlıklı bir genç adam olarak yaşayabilmem doktorlar ve onların yardımları sayesinde oldu. Beni ameliyat eden, bana moral ve destek veren tüm doktorlara çok teşekkür ederim."

Yaşamak da güzel, yaşatmak da

DR. ÖĞR. ÜYESİ HÜLYA BİLGİN

Organ nakli bekleyen hastaların sayısı gün geçtikçe artıyor ve hastalar büyük bir umutla gelecek iyi haberleri bekliyor. Kanunlarla desteklenen bağış ve nakil süreçleri kafalardaki soru işaretlerini giderirken daha fazla bağışçının kazanılması için de önemli bir adım olarak görülüyor.

Özellikle yirminci yüzyılın ikinci yarısından itibaren teknolojik ve tıbbi baş döndürücü gelişmelerin yaşandığı bir gerçektir. Bu gelişmeler içinde ‘insan kökenli biyolojik madde’ olarak adlandırabileceğimiz organ, doku, hücre ve kök hücreler ile ilgili araştırmalar ve uygulamalar sıkça ilgi çekmektedir. Gelişen teknoloji ile birlikte organ ve hücrelerin yalnızca içinde barındıkları vücuda ve kişiye değil üçüncü kişilere de yarar sağlayan özellikler taşıdığı ve bu yönde yararlanılması gerektiği anlayışı egemen olmuştur. Bu bağlamda organ nakilleri ile tedaviler olası olmuştur. Kişiler organlarını başka insanların yararına bağışlamaktadır. Tedavisi mümkün olmayan hastalıklar nedeniyle görev yapamayacak derecede hasar gören organların yerine, canlı veya kadavradan alınan sağlam organın naklinin yapılarak hastanın tedavi edilmesine ‘organ nakli’ denir. Organ nakli için organ bağışçıları organlarını canlı iken ya da beyin ölümü gerçekleştikten sonra bağışlayabilmektedirler. Canlıdan organ bağışı kadavradan elde edilebilecek organ sayısının azlığı karşısında organ nakli bekleyen kişiyi hayata kazandırmak için o ülkedeki organ nakli kanununa uygun olarak yapılmaktadır. Vericinin açık onayını arayan sistemde, organ bağışı için vericinin açık rızası aranmaktadır. Kişinin sağlığında açık bir rızası mevcut değilse, onun organlarının

ölümünden sonra alınması mümkün değildir. Sistemin katı şekilde uygulandığı hallerde, yalnızca vericinin rızası esas alınırken, biraz esnek uygulamanın söz konusu olduğu sistemlerde, sıra halinde belirtilen yakınlarından (eş, ana-baba, kardeş vs.) birinin rızası da nakil için yeterli görülmektedir. Onayın şekli konusunda ise farklı şekillerin kabul edildiğini söylemek mümkündür. Açık onay sistemini kabul eden ülkelere örnek olarak Amerika, Almanya, İngiltere, Japonya ve Türkiye gösterilmektedir. Vericinin onayını aramayan sistemde organ naklinde vericinin rızası hiç bir şekilde aranmamaktadır. Tıbbi olarak kabul edilen ölümün gerçekleşmesinin ardından kişiden

organ alınabilmektedir. Kişinin sağlığında aykırı bir rızayı açıklamış olmasının da önemi bulunmamaktadır. Bu sistem, dünyada pek fazla kabul görmemektedir.

SON ONAY AİLEDEN ALINIR

Türkiye’de organ ve doku nakilleri, Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkında Kanun’u (ODNK.) ve bu kanuna bağlı olarak çıkartılan 1. 2. 2012’de Resmi Gazete’de 28191 sayı ile yayımlanan organ ve doku nakli hizmetleri yönetmeliği ve 13.02.2012 tarihli Organ Nakli Merkezleri Nakli Yönergesi çerçevesinde yapılmaktadır. Bu kanun, (ODNK.) konuyu yaşayan kişilerden yapılan nakiller ve ölümlerden yapılan nakiller olmak

ORGANLARIMI NASIL BAĞIŞLAYABİLİRİM?

Organ bağışında bulunmak isteyenler, il sağlık müdürlükleri, devlet ve üniversite hastaneleri, organ nakli yapılan merkezler, toplum sağlığı merkezleri ve organ nakliyle ilgili dernek ve kuruluşlara başvurarak, ‘beyin ölümü’ gerçekleşmesi halinde organlarını bağışladığına dair bir belgeyi, iki tanık önünde doldurup organ bağış kartı alabilir. Organ nakli bağış kartı, sadece ‘beyin ölümünün’ gerçekleşmesi halinde, ailenizin, sizin hayattayken organlarınızın

bağışlanmasını vasiyet ettiğinizi bilmelerini sağlayan bir belgedir. Bir kimse, sağlığında organ bağışında bulunmuş olsa bile, beyin ölümü gerçekleşmesi halinde sırasıyla eşi, reşit çocukları, anne veya babası veya kardeşlerinden birisinin; bunlar yoksa yanında bulunan herhangi bir yakınının muvafakati olmaksızın organ ve dokuları alınmamaktadır. O yüzden herkesin ailelerine organ bağışı konusunda niyetlerini yaşarken belirtmesi ailenin karar vermesi aşamasında çok rahatlatıcı olacaktır.

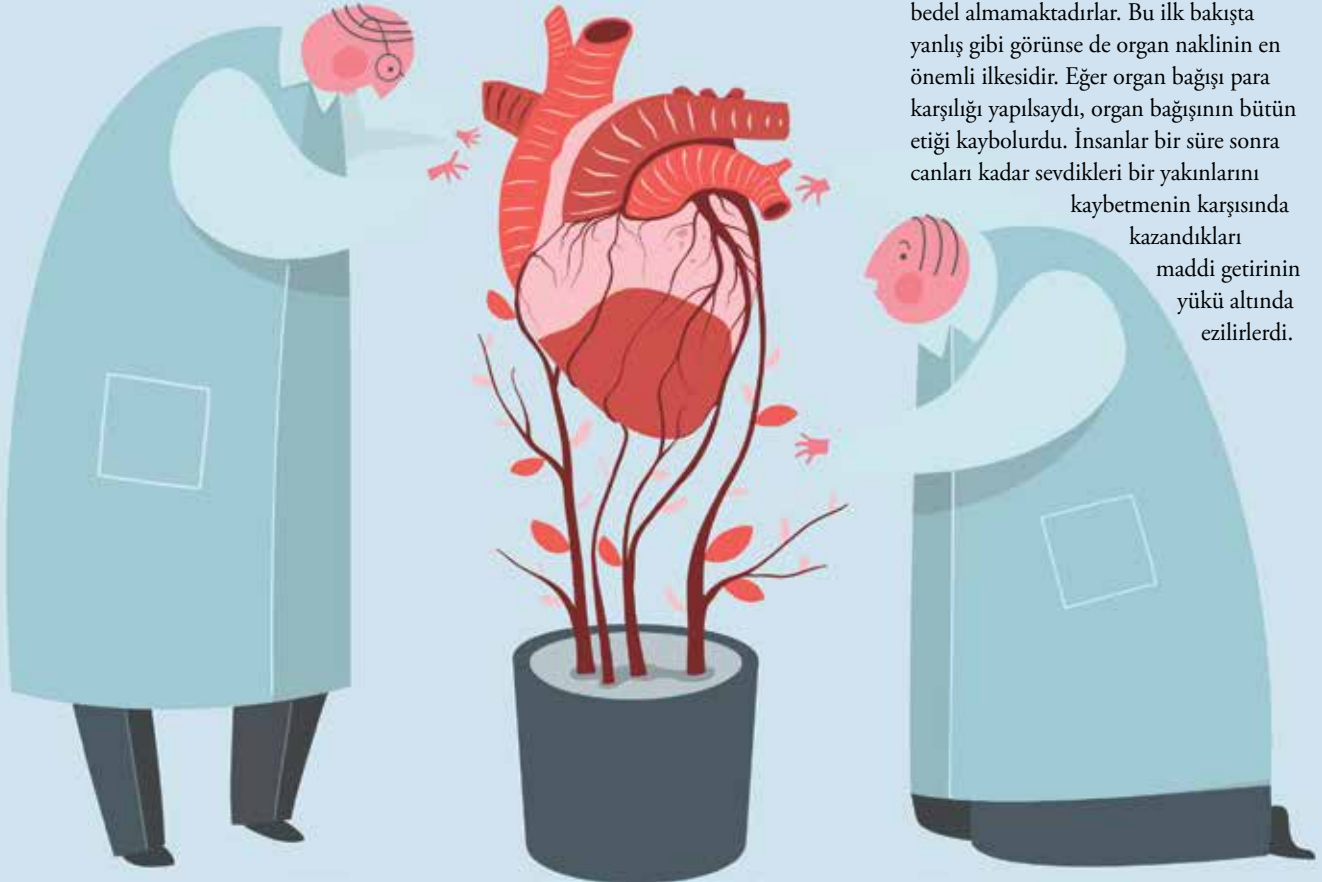
üzere ikiye ayırmış ve bedel veya başkaca çıkar karşılığı organ ve doku alınmasını ve satılmasını (m.3); organ ve doku alınması ve verilmesine ilişkin hür türlü reklamı (m.4); on sekiz yaşını doldurmamış ve mümeyyiz olmayan kişilerden organ ve doku alınmasını (m.5) açıkça yasaklamış, on sekiz yaşını doldurmuş ve mümeyyiz olan organ ve doku alınması ise, vericinin iki şahit huzurunda açıklamış olduğu aydınlatılmış rıza şartına bağlanmıştır (m.6,7). Bir kimse sağlığında vücudunun tamamını veya organ ve dokularını, tedavi, teşhis ve bilimsel amaçlar için bıraktığını resmi veya yazılı bir vasiyetle belirtmemiş veya bu konudaki isteğini iki tanık huzurunda açıklamamış ise sırasıyla ölüm anında yanında bulunan eşi, reşit çocukları, ana veya babası veya kardeşlerinden birisinin; bunlar yoksa yanında bulunan herhangi bir yakınının muvafakatiyle ölüden organ veya doku alınabilir. Aksine bir vasiyet ibraz edilmedikçe, kornea gibi ceset üzerinde bir değişiklik yapmayan dokular alınabilir. Ölü, sağlığında kendisinden ölümünden sonra organ veya doku alınmasına karşı

olduğunu belirtmişse organ ve doku alınamaz. Canlıdan organ nakli; alıcının en az 2 yıldan beri evli olduğu eşi ile dördüncü dereceye kadar (dördüncü derece dahil) kan ve kayın hısımlarından yapılabilir. Organ nakli gereken hastalığın evlilikten sonra teşhis edildiği durumlarda eşlerin en az 2 yıllık evli olması şartı aranmaz. Birinci fıkrada yer alan hususların dışında kalan canlıdan organ nakillerinin etik açıdan değerlendirmesi, organ nakli başvurusunun yapıldığı ilde oluşturulan Organ Nakli Değerlendirme Etik Komisyonları tarafından yapılır.

ADİL OLUNMASI GEREKİR

Organ nakli hizmeti sunan hastanelerin bulunduğu her ilde Organ Nakli Değerlendirme Etik Komisyonu kurulur. Komisyon başvurusunun yapıldığı tarihten itibaren en geç on beş gün içinde, acil durumlarda ise derhâl toplanır ve oy çokluğu ile karar alır. Organ Nakli Değerlendirme Etik Komisyonlarının kararlarına karşı yapılacak itirazları değerlendirmek üzere Ulusal Organ Nakli Etik Kurulu teşkil edilir. Ulusal

Organ Nakli Etik Kurulu, itiraz üzerine komisyon kararlarını inceleyerek onaylar, iptal eder veya komisyonun yerine geçip yeniden karar alır. Kurulun organ nakli başvurularına dair verdiği kararları kesindir. Ulusal Organ Nakli Etik Kurulu itirazın yapıldığı tarihten itibaren en geç 15 gün içinde, acil durumlarda ise derhâl toplanır ve katılanların üçte ikisinin oyuyla karar alır. Bu çoğunluk sağlanmadığında itiraz reddedilmiş sayılır. Ulusal Organ Nakli Etik Kurulu ve Organ Nakli Değerlendirme Etik Komisyonlarının toplantıları gizli oturum şeklinde yapılır. Toplantıda alınan kararlara dair bilgi ve belgeler gizlidir; üçüncü kişi ve kuruluşlarla paylaşılamaz. Organ nakilleri bağış yönü ve hangi hastanın organı alacağı yönünden adil olunması gereken ve gerçekten de çok zor bir durumdur. Organ alınıp verilmesinde doku uyumu önemlidir ancak bu uyumun bugünkü sosyal ayrılıklarla (ırk, din, dil, milliyet) hiçbir ilgisi olmamasının verdiği insanlık mesajının çok olumlu bir mesaj olduğuna kuşku yok. Kadavradan organ bağışı yapıldığında organları alınan kişinin yakınları hiç bir bedel almamaktadırlar. Bu ilk bakışta yanlış gibi görünse de organ naklinin en önemli ilkesidir. Eğer organ bağışı para karşılığı yapılsaydı, organ bağışının bütün etiği kaybolurdu. İnsanlar bir süre sonra canları kadar sevdikleri bir yakınlarını kaybetmenin karşısında kazandıkları maddi getirinin yükü altında ezilirlerdi.



BEYİN ÖLÜMÜ

Buradan dönüş yok

DOÇ. DR. KADİR İDİN

Organ nakli konusunda kafaları en çok karıştıran konu hiç kuşkusuz beyin ölümü. Konuyla ilgili hekimlerin özellikle altını çizdiği nokta; beyin ölümü gerçekleşmiş kişinin bir daha hayata döndürülmesinin imkânsız oluşu.

Organ nakli ve organ bağışi konusunun belki de en can alıcı ve en dikkat çekici bölümü beyin ölümü konusudur. En çok spekülasyon bu konuda yapılır. Kimine göre beyin ölümü gerçekleşti dendiğinde gerçekten insanın ölüp ölmediği şüphesi gelir aklara. Kimine göre ise daha radikal bir söylem olarak 'beyin ölümü denen safsata'. Bunların hiçbirisi beyin ölümü konusunda gerçek bilgi sahibi olmadan söylenen sözlerdir. Ya da ciddi hatalar içeren art niyetli sözlerdir. Beyin ölümü ile ilgili toplum içerisinde kafa karışıklığına yol açabilecek birçok paylaşım sosyal medya üzerinden yapılmaktadır. Hal bu ki bu konuda söz söyleme yetkisi ne din alimlerinde, ne sosyal medya fenomenlerinde ne de herhangi başka bir meslek mensubundadır. Söz söyleme yetkisi tıp bilimi ile uğraşanlardır. Hatta daha özelinde bu konuda imza yetkisi anesteziyoloji ve yoğun bakım doktorları ile nöroloji ve beyin cerrahisi ihtisaslı hekimlerdedir. Peki nedir beyin ölümü? Bu konu neden bu kadar spekülasyona yol açmaktadır? Öncelikle ifade etmeliyim ki, beyin ölümüne konu olan hasta profili özelliklidir ve beyin ölümü konusunu tartışabileceğimiz hasta ağır bir koma durumundadır. Herhangi bir sebeple ciddi beyin hasarı ile yoğun bakıma alınmıştır. Örnek olarak, ağır kafa travmaları, ciddi ve yaygın beyin kanamaları, yaygın beyin ödemi ve herniasyon dediğimiz beyin kafa kemik kaideleri arasında sıkışması, beyin uzun

süre oksijensiz kalmasına sebep olan boğulma veya kalp durması gibi klinik tablolar gösterilebilir. Sonuç olarak beyin ölümü kavramını konuştuğumuz hastalar öncelikle şuur kaybı yaşayan ağır koma hastalarıdır. Yoğun bakıma yatırılan her hasta hayata kazandırılmak amacıyla tedavisi planlanır ve uygulanır. Aksini düşünmek elbette kimsenin aklından geçmez. Uygulanan tedavi yöntemlerine cevap alamadığımız koma durumundaki hastalarda bazı belirteçlere bakarak hastada beyin ölümünün gerçekleşmiş olma ihtimalini göz önüne alırız.

ULUSLARARASI STANDARTLI TESTLER UYGULANIR

Bunun üzerine bir seri testler yaparak bu ihtimalini düşündüğümüz klinik tablonun kanıtlarını ararız. Bu kanıtların

bir kısmı zaten başlangıçta bize bu ihtimali düşündürten bulgulardır. Uygulanan testler ise tüm dünyada uygulanan, uluslararası standartları olan testlerdir. Beynin tüm fonksiyonları test edilip değerlendirilir. Hangi bulgu beyinle ilgilidir, hangi bulgu omurilikten kaynaklı reflektir, tüm bunlar test sonuçları olarak kaydedilir. Bir hastada beyin ölümünün gerçekleşmiş olduğunu belirleyen 3 temel bulgu olmalıdır. Birincisi, hastada koma varlığı ve hiçbir şekilde her türlü uyarıya karşı yanıt alınamamasıdır. İkincisi, beyin sapı yapılarına ait hiçbir refleks aktivitesinin görülmemesidir. Bu refleks aktiviteyi uyarmak için birçok test yapılır. Gözlerde ışık ve kornea refleksi, ağrıya refleks cevap, yine gözlerle ilgili okülovestibüler ve okusefalik dediğimiz

NAKİL İÇİN BİR MUCİZE!

Beyin ölümü kararını yoğun bakım hekimi ile birlikte ya nöroloji uzmanı ya da beyin cerrahi uzmanı beraberce verirler ve imza altına alırlar. Karar verilir imza altına alındığı dakikadan itibaren de hasta artık vefat etmiş kabul edilir. Hukuken de 'ölü' sayılır. Hatta miras işlemleri de bu dakikadan itibaren başlamış olur. Yoğun bakım hekiminin bir diğer görevi de bu son durumu vefat eden kişinin ailesine uygun dille ifade etmesidir. En çok merak edilen konulardan bir tanesi de beyin ölümü gerçekleşen kişinin hala kalbinin çalışıyor olması, böbreklerinin

çalışıyor olması gibi hayatyeti gösteren bulguların varlığıdır. Hekim kişinin yakınlarına bu bulguların varlığının bundan sonra hayatietini devam ettirebilmek için yeterli olmadığını, geçici bir süre devam edeceğini veya ettirilebileceğini açıklaması gerekir. Aslında bu durum gerçekten de bir umut organ nakli bekleyen birçok hastaya çare olabilme açısından mucizevi bir çözüm oluşturur. Yoksa kişinin organları kısa bir süre daha çalışsa bile çok uzun sürmeden onlar da iflas edeceklerdir. Bunun aksi mümkün değildir.

refleksler kontrol edilir. Gözlerde taş bebek bulgusu özellikle bilinen tipik bir bulgudur. Beyin ölümü gerçekleşen hastada tüm bu testlerde istenen refleks cevaplar alınamamıştır. Son olarak üçüncü temel bulgu ise apne testi ile belirlenir. Hiçbir şekilde hastada spontan, kendiliğinden solunum hareketi yoktur. Solunum hareketinin olup olmadığı bu test ile belirlenir. Yapılan tüm bu değerlendirmeler ve testler hastamızda beyin ölümü gerçekleştiği konusunda bize ciddi kanıtlar sunar.

BEYNE KAN AKIMI DURUR

Ancak bilinmesi gereken çok önemli bir nokta da biz bu testlere başlamadan önce hastada olması gereken bazı ön koşullar ve şartların varlığıdır. Bu şartlardan en önemlisi koma nedeninin biliniyor olmasıdır. Bu, daha en başta hastanın durumu ve gidişatı hakkında doğru karar vermemizi sağlar. Diğer önemli ön koşullardan bazıları ise, hastanın vücut ısısının 32 dereceden düşük olmaması, hastada halen bir ilaç etkisinin olmadığını kanıtlanması, hastada sodyum, potasyum, kalsiyum gibi elektrolit dengesizliğinin olmaması, asit-baz dengesizliği olmaması, tansiyon düşüklüğünün olmaması, kanda oksijen düzeyinin çok düşük olmaması gerektiği gibi konulardır. Testlere başlamadan önce hastada bu ön koşulların uygun olması gerekir. Tüm bu klinik ön koşullar ve yapılan testlere ek olarak ayrıca bir tane de ciddi kanıt ortaya koyabilen laboratuvar testi uygulanmaktadır. Transkranyal doppler ultrasonografi veya bilgisayarlı tomografi ile yapılan beyin anjiyografisi ile özünde ciddi beyin hasarı mevcut olan ağır koma durumundaki hastada beyin kan akımının yokluğunun tespit edilmesi en son ve şüpheye meydan vermeyen bir kanıt oluşturur. Daha 1938 ve 1939'da Sugar ve Gerard ile Crafoord beyin ölümünü tanımlarken, "Beyine giden kan akımının kesilmesinden başka bir şey değildir" diye ifade etmişlerdir. Yapılan bu test ile hastanın beyin kan akımının durduğu, olmadığı şeklinde verilen radyoloji yorumu klinisyen için artık beyin ölümü kararı verdiren ve son noktayı koyan bir değerlendirme olacaktır.



Nakil ölüm riskini azaltıyor

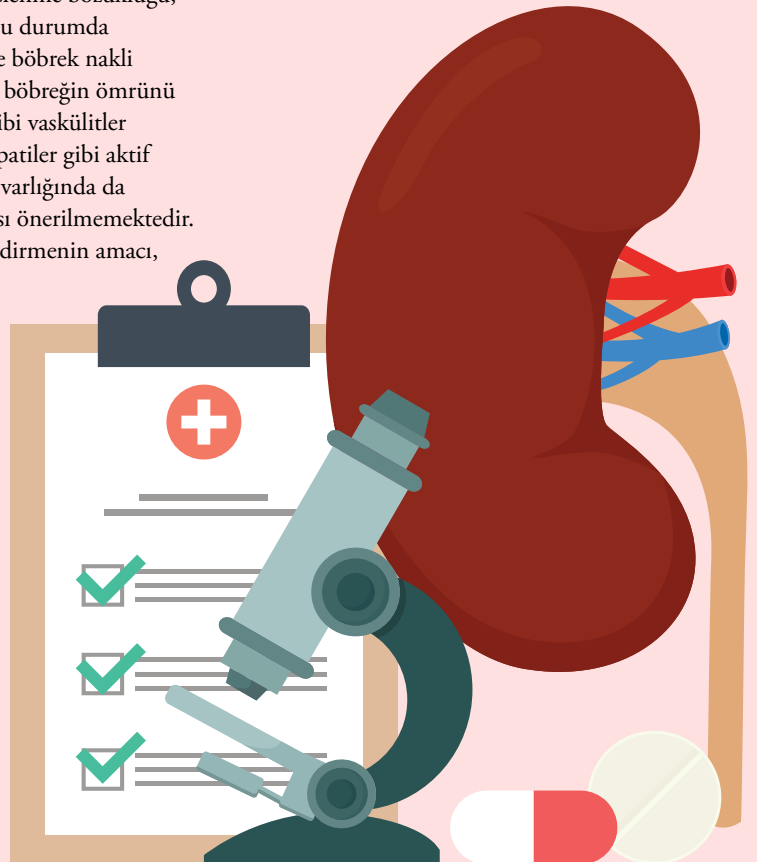
Başarılı bir böbrek nakli yaşam kalitesini artırır, ölüm riskini azaltır ve diyaliz ile karşılaştırıldığında hastaların çoğu için daha az maliyetlidir.

PROF. DR. AYDIN ÜNAL

Böbrek nakli; son dönem böbrek hastalığı (SDBH) için önemli bir tedavi yöntemidir. SDBH'si olan hastalar sıklıkla önemli eşzamanlı hastalıklara sahiptir. Böbrek nakli adayları, nakil sonrası perioperatif risk ve sağkalımı etkileyebilecek eşzamanlı sorun ve hastalıkları saptamak ve tedavi etmek için, dikkatli bir şekilde değerlendirilmelidir. Bu değerlendirme mümkün olduğunca etkin ve uygun maliyetli olmalıdır. Geriye dönüşüz ve ilerleyici kronik böbrek hastalığına (KBH) sahip hastalar böbrek nakli hususunda bilgilendirilmeli ve bu konu hasta ile enine boyuna ele alınmalıdır. Eğer yapılacaksa, diyaliz gerekmeden önce böbrek nakli yapmak en iyi yaklaşımdır. Yapılan çalışmalar 'preemptif' böbrek nakli denilen bu yaklaşımın, hasta ve greft sağkalımı açısından en doğru yaklaşım olduğunu ortaya koymuştur. Başarılı bir böbrek nakli yaşam kalitesini artırır, ölüm riskini azaltır ve diyaliz ile karşılaştırıldığında hastaların çoğu için daha az maliyetlidir. Bir hastayı böbrek nakli için değerlendirirken ilk göz önünde bulundurulması gereken konu, böbrek naklinin mutlak yapılmaması gereken bir durumun var olup olmadığıdır. Aktif bir enfeksiyonun varlığı, bazı cilt tümörleri dışında aktif bir kötü huylu tümörün varlığı, aktif uyuşturucu madde kullanımı, geriye dönebilir böbrek yetmezliği, kontrol altına alınamamış akıl hastalığı, belgelenmiş tedaviye

uyumsuzluk ve net bir rakam üzerinde uzlaşmamış olmamakla birlikte yaşam beklentisinin çok kısa olması bu durumlar arasında sayılabilir. Alıcının yaşı tek başına nakil için bir kontrendikasyon değildir. Altmış yaşın üzerindeki birçok hastaya ve 70 yaşın üzerindeki seçilmiş bazı hastalara, güvenli bir şekilde ve kabul edilebilir bir uzun vadeli greft fonksiyonu oranıyla nakil yapıldığı ortaya konmuştur. Ciddi beslenme bozukluğu, primer oksalozis (ki bu durumda hem karaciğer hem de böbrek nakli yapılmalıdır) ve nakil böbreğin ömrünü sınırlayabilen lupus gibi vaskülitler ve monoklonal gamopatiler gibi aktif sistemik hastalıkların varlığında da böbrek nakli yapılması önerilmemektedir. Nakil öncesi değerlendirmenin amacı, nakil sonrası hastanın sağkalımını etkileyebilecek eşlik eden hastalıkları belirlemektir. Bu değerlendirme ayrıca böbrek naklinin teknik olarak uygulanabilir olup olmadığını belirler ve nakil sonrası böbrek reddinin önlenmesi için gerekli olan immünosüpresyona rehberlik edebilir. Nakil öncesi ilk değerlendirme tıbbi ve cerrahi

öykü ile başlar. Bazı böbrek hastalıkları nakil sonrası tekrarlayabildiği için SDBH'ye neden olan böbrek hastalığının nedeni araştırılmalıdır. Eğer mevcutsa böbrek biyopsi raporu gözden geçirilmelidir. Aynı zamanda, SDBY'ye neden olan mevcut hastalık aktivitesi de değerlendirilmelidir. Özellikle canlı akraba bir vericiden böbrek nakli planlanıyorsa ailesel



veya genetik bir hastalığın var olup olmadığı sorgulanmalıdır. Böbrek nakli sonrası organ reddine zemin hazırlayan immünolojik olarak nakil adayının duyarlılaşmasına neden olabilen, kan transfüzyonları, gebelikler ve daha önceki böbrek nakilleri sorgulanmalıdır. Ayrıca SDBY'ye neden olan böbrek hastalığının tedavisi için immünsüpresif tedavi kullanıp kullanılmadığı gözden geçirilmelidir. Kardiyovasküler, serebrovasküler veya periferik vasküler hastalıklar, diyabet, kanser veya enfeksiyon öyküsü veya aktif kanser veya enfeksiyon varlığı, akciğer hastalığı veya pulmoner hipertansiyon, peptik ülser hastalığı, safra kesesi taşı, kolon ve karaciğer hastalıkları, tekrarlayan düşüklük gibi pıhtılaşmaya eğilimin artmasını düşündüren hastalıkların varlığı, mesane işlev bozukluğu, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu veya vezikoüreteral reflü gibi ürolojik sorunlar, depresyon, anksiyete ve bipolar bozukluk gibi psikiyatrik bozukluklar gibi eşlik eden hastalıklar etrafıca

değerlendirilmelidir. Gerekğinde ilgili bölüm uzmanlarına hasta yönlendirilmeli, onların görüşleri alınmalı ve tedavileri düzenlenmelidir. Karın bölgesindeki cerrahi girişimler başta olmak üzere geçirilmiş cerrahi öyküsü ve aşılama öyküsü sorgulanmalıdır. Daha önce böbrek nakli yapılmış ama tekrar böbrek nakli olması planlanan hastalarda önceki nakil süreci, greft kaybının neden(ler)i, hastanın tedaviye uyumu ve daha önceki böbrek nakline bağlı komplikasyonlar ayrıntılı bir şekilde incelenmelidir.

PSİKOSOSYAL DEĞERLENDİRME GEREKİR

Detaylı bir fizik muayene yapılmalıdır. Vücut kitle indeksi hesaplanmalı ve abdominal obezite açısından değerlendirme yapılmalıdır. Tedavi gerektiren diş çürükleri ve dişeti hastalıkları için gerekirse bir diş hekimi desteği alınmalıdır. Serebrovasküler hastalıklar ve karotid arter üfürümleri açısından oskültasyon yapılmalıdır. Hemodiyaliz hastalarında damara ulaşım yolları, periton diyalizi hastalarında ise periton diyaliz kateteri çıkış yeri incelenmelidir. Tüm potansiyel nakil alıcı adayları, nakil sonrası uyumu ve sonuçları etkileyebilecek davranışsal ve sosyal sorunları belirlemek için psikososyal bir değerlendirmeden geçmelidir. Hastanın nakil sürecini ve yaşam boyu immünsüpresif tedaviye olan ihtiyacı anlaması oldukça önemlidir. Duygudurum, anksiyete veya kişilik bozukluğu olan hastalar, nakilden sonra

başarıyı arttırmak için tedavi amacıyla psikiyatri kliniğine yönlendirilmelidir.

Alkol ve/veya uyuşturucu madde kullanım bozukluğu olan hastaların bir rehabilitasyon programına dahil olmaları, uyuşturucu veya alkolden uzak kalmaları şarttır. Sigara kullanan hastaların sigarayı bırakması önerilir.

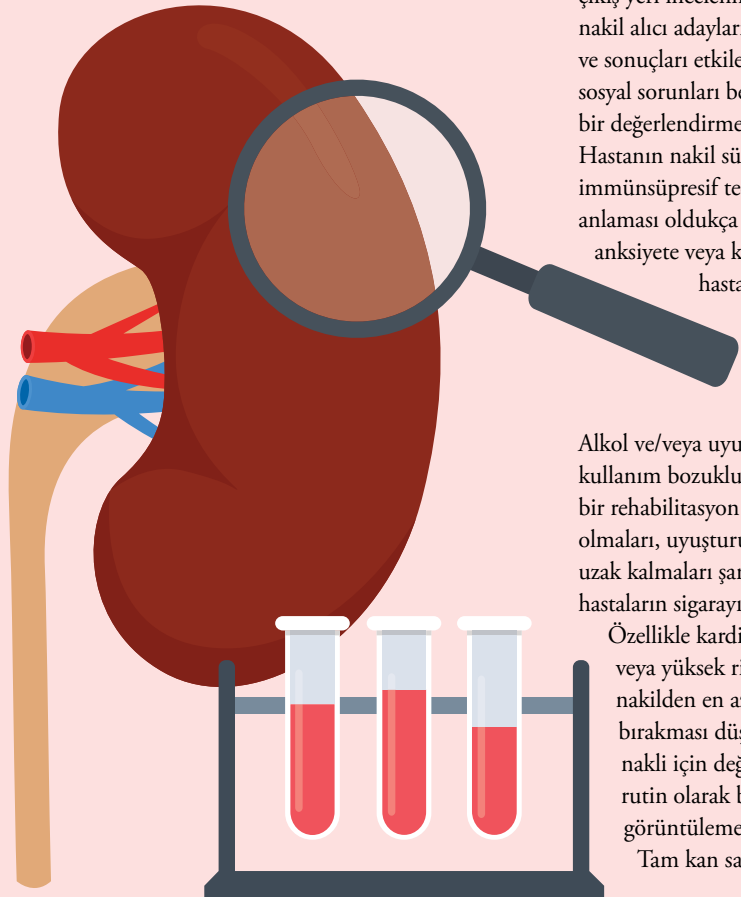
Özellikle kardiyovasküler hastalığı olan veya yüksek risk taşıyan hastalarda, nakilden en az 6 ay önceden sigarayı bırakması düşünülmelidir. Böbrek nakli için değerlendirme yapılırken rutin olarak bazı laboratuvar ve görüntüleme testleri yapılmalıdır.

Tam kan sayımı, böbrek ve karaciğer

fonksiyon testleri, elektrolitler ve kan gazı değerlendirilmesi, açlık kan şekeri, pıhtılaşma testleri, doğurganlık çağındaki kadınlarda gebelik testi, tam idrar tahlili ve idrar kültürü, hepatit B ve C virüsleri, HIV (insan bağışıklık yetmezliği virüsü), CMV (sitomegalovirüs), EBV (Epstein-Barr virüsü) serolojileri bu testler arasındadır. Tüberküloz ve koronovirüs (COVID-19) testleri de rutin yapılan testler arasındadır.

KAN GRUBU UYUMU ARANIYOR

Nakil öncesi yapılması gereken önemli değerlendirmelerden biri de kan grubu ve immünolojik testlerdir. Böbrek nakli alıcısı ile verici arasında kan grubu uyumu olmalıdır. Örnek vermek gerekirse A kan grubuna sahip bir alıcı ya A ya da O kan grubu bir alıcıdan, buna karşılık B kan grubuna sahip bir alıcı da ya B ya da O kan grubu bir alıcıdan böbrek alabilir. AB kan grubuna sahip bir alıcı ise verici kan grubu ne olursa olsun, tüm kan gruplarından böbrek alabilir. Öte yandan O kan grubu bir alıcıya, sadece O kan grubu bir vericiden böbrek nakli yapılabilir. Böbrekte RH antijenleri bulunmadığı için, böbrek naklinde RH faktörünün negatif veya pozitif olması dikkate alınmamaktadır. Böbrek nakli alıcı ve vericisinin doku grubu antijenleri rutin olarak bakılması gereken immünolojik testlerdir. Doku grubu (HLA) antijenleri açısından uyumun iyi olması, nakil sonrası klinik süreci olumlu yönde etkilemektedir. Nakil öncesi çapraz karşılaştırma (cross-match) testi yine rutin yapılan bir testtir. Bu testin pozitif olması durumunda böbrek naklinin yapılmaması önerilmektedir. Panel reaktif antikor (PRA) testleri bir böbrek nakli alıcısında yapılması gereken immünolojik testlerden birisidir. Pozitif test varlığında alıcıda, olası böbrek vericisinin doku gruplarına karşı gelişmiş antikorlar (DSA) da bakılmalıdır. Gerekli durumlarda desensitizasyon protokolleri yapılabilmektedir. Yine böbrek nakli öncesinde kanser tarama ve görüntüleme testleri de yapılması gereken değerlendirmeler arasındadır. Tüm bu değerlendirmeler sonucunda böbrek nakline engel durum saptanmazsa nakil başarılı bir şekilde yapılabilir.



Böbrek nakli gözünüzü korkutmasın

PROF. DR. H. ÇAĞATAY AYDIN-DOÇ. DR. YAŞAR ÖZDENKAYA

Canlı vericili ya da kadavra vericiden alınan böbrekler, başarılı cerrahi süreçlerin sonunda hasta kişilere naklediliyor. Bir hafta içerisinde taburcu edilen hastaların takibi aksatılmıyor.

Böbrek nakli ameliyatı, canlı veya kadavra (beyin ölümü gerçekleşmiş kişi) vericiden alınan sağlıklı bir böbreğin, artık böbrekleri çalışmayan bir hastanın vücuduna yerleştirildiği cerrahi işlemdir. Normalde iki böbrekle doğan insanların, bu iki böbreğin de sağlıklı olması durumunda tek bir böbrekle yaşamlarına devam etmeleri mümkündür. Bu nedenle canlı vericili böbrek nakilleri de yapılabilmektedir. Diyaliz aşamasına gelmiş olan kronik böbrek yetmezliği hastası için böbrek nakli ameliyatı kararı verilmeden önce anestezi altında uygulanacak böyle büyük bir ameliyata uygun olup olmadığının değerlendirilmesi gerekir. Aktif kanseri veya enfeksiyonu, ciddi karaciğer yetmezliği, kalp-damar hastalıkları olan hastalarda ekip olarak değerlendirme yaptıktan sonra konsey kararı almaktayız. Bu hastalarda örneğin koroner damar hastalığı gibi ameliyata engel olabilecek durumların tedavisinin yapıldıktan sonra hastalarımız yeniden değerlendirilmekte ve uygun olduğu takdirde ameliyatları planlanmaktadır. Canlı vericili böbrek naklinde verici adayının nefroloji ekibimiz tarafından değerlendirilmesi de bittikten sonra ameliyat aşamasına geçilir. Bunun için cerrahi, anestezi, nefroloji, immünoloji, organ nakli koordinatörü olarak ekibimiz toplanır ve bir konsey kararını takiben ameliyat kararı onaylanarak günü tespit edilir. Bu süreç; canlı vericili ve kadavra vericili hastalarımızda kısmen farklılık

göstermektedir. Kadavradan böbrek naklini zamanı önceden bilinmeyeceğinden dolayı nispeten acil bir ameliyat olarak niteleyebiliriz. Bir kadavra organ bağışı sonrası Ulusal Koordinasyon Sistemi aracılığıyla merkezimize sunulan organın ve kadavra bekleme listemizde yer alanlar arasından seçilen uygun hasta listesinin tarafımıza bildirilmesi sonucunda bu hastalar merkezimize acil olarak çağırılmakta ve durumları değerlendirildikten sonra listedeki sıraya göre en uygun olan hastanın yatışı yapılmaktadır ve eğer ihtiyacı varsa diyalize alınmasını takiben ameliyat aşamasına geçilmektedir. Canlı vericili böbrek naklinde ise, hasta ve vericinin değerlendirilmelerinin ayakta tamamlanmasını takiben alıcı ameliyattan 1-2 gün, verici ise bir gün önceden olacak şekilde hastaneye yatışı yapılır. Ameliyat öncesi son kontroller ve anestezi doktorunun değerlendirmesi sonrası aksi bir durum olmaması halinde takip eden gün alıcı ve verici ameliyathaneye alınır ve cerrahi ekibimiz tarafından ameliyatlar başlatılır.



NAKLEDİLEN BÖBREK HEMEN İDRAR YAPMAYA BAŞLAR

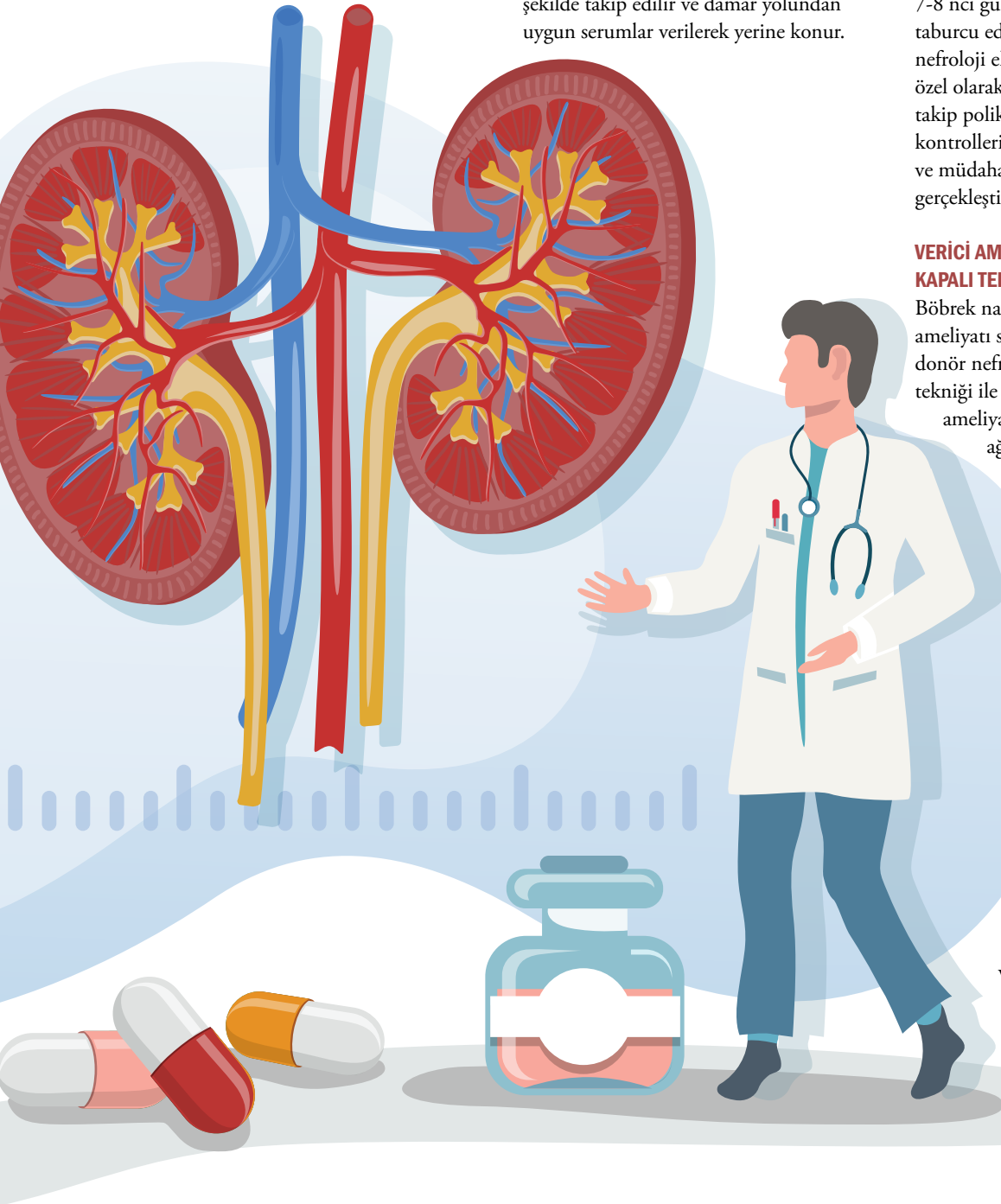
Alıcı ameliyatı yaklaşık 4 saat sürer. Ameliyatta duruma göre hastanın sağ veya sol kasık bölgesine bir insizyon yapılır, böbreği yerleştirmek için bir yuva oluşturulur. Böbrek damarları bacağına giden ve bacadan gelen atardamar ve toplardamarlara ayrı ayrı bağlanır. Ameliyat sonrası hastamız uyanışını takiben anestezi doktorumuzun onayı ile genellikle organ nakli servisine alınır. Yaş,

ek hastalıklar gibi durumlar nedeniyle daha yakından takip edilmesi gereken hastalarımız yoğun bakıma da alınabilir. Servise gelen hastalarımız tansiyon, kalp ve solunum durumunu gözlemek ve takip etmek için gerekli cihazlara bağlanır ve ameliyat yerinde oluşabilecek ağrılar için analjezikler ile diğer tedaviler başlanır. Canlı vericili nakillerde bir sorun olmadığı takdirde yeni böbrek genellikle hemen idrar yapmaya başlar ve ilk bir kaç gün aşırı miktarda idrar çıkışları olabilir. Bu nedenle kaybedilen sıvı hassas bir şekilde takip edilir ve damar yolundan uygun serumlar verilerek yerine konur.

Hastalarımız ameliyattan 6-8 saat sonra ağızdan sulu gıdalarla beslenmeye ve oral yoldan kullanılan bazı ilaçlarını almaya başlarlar. Ertesi gün hastamızın ayağa kaldırılıp mobilize olması sağlanır. Normal gıda başlanır, solunum fizyoterapileri ve günlük kilo takibi yapılır. Ameliyat sonrası beşinci gün idrar sondası alınır. Ameliyat sırasında ameliyat bölgesinde birikebilecek sıvıların almak için konulan direnden gelen sıvıların günlük takibi yapılır ve uygun miktara düşünce bu diren de alınır ve hastalarımız genellikle ameliyattan sonra 7-8'nci günde kontrole gelmek üzere taburcu edilir. Ameliyat sonrası kontroller nefroloji ekibimizin gözetiminde ve özel olarak oluşturduğumuz organ nakli takip polikliniğinde olur. Yara yerinin kontrolleri ve gerekli durumlarda bakımı ve müdahalesi cerrahi ekibimiz tarafından gerçekleştirilir.

VERİCİ AMELİYATI KAPALI TEKNİKLE YAPILYOR

Böbrek nakli merkezimizde verici ameliyatı standart olarak laparoskopik donör nefrektomi denilen kapalı ameliyat tekniği ile yapılır. Bu yöntemin açık ameliyata göre avantajı ameliyat sonrası ağrının daha az olması, hastanın daha çabuk taburcu olarak işine ve normal hayatına dönebilmesi ve estetik sonuçlarının da daha iyi olmasıdır. Tetkikleri ve hazırlığı tamamlanan, ameliyat onamı alınan böbrek vericisi, alıcı ile aynı anda ameliyathaneye getirilir ve genel anestezi ile uyutulur. Ameliyat sonrasında kendine gelen hasta bir süre gözlemlendikten sonra servis odasına alınıp 4-6 saat sonra ağızdan beslenmesine izin verilecek şekilde takibe alınır. Diren genellikle ertesi gün çekilir. Vericimiz de ameliyat sonrası genellikle ikinci gün taburcu edilir. Bir hafta sonra olacak şekilde kontrolleri planlanır.



Sırada onca çocuk varken...

DR. ÖĞR. ÜYESİ LEYLA TELHAN

Beyin ölümü sürecindeki 1 ay- 18 yaş arası çocuk hastalar, organ donörü olsun veya olmasın çocuk yoğun bakım ünitesinde çok yakın izlenirler. Beyin ölümü gerçekleştiğinde ise, kısıtlı sayıdaki bağış kaynaklarını değerlendirebilmek için bir sonraki aşama olan organ korumaya yönelik yaklaşımlar uygulanır.

Solunum ve dolaşım sistemi işlevlerinin geri dönüşümsüz olarak kaybedilmesine ölüm denmektedir. Mekanik solunum ve dolaşım desteği yöntemlerinin uygulanmaya başlanmasından sonra kullanılan beyin ölümü tanımı ise klinik bir tanıdır ve tüm beyin işlevlerinin tam ve geri dönüşümsüz olarak kaybedilmesi durumudur; tıbbi olarak ölümle eşdeğerdir. Çocuklarda beyin ölümü kararı 29.05.1979 tarih ve 2238 sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkındaki Yasanın 11. maddesi ve 02.01.2014 tarihinde kabul edilen 6514 sayılı yasada yapılan değişiklik ile biri çocuk nöroloji veya nöroşirürji uzmanı, biri de anesteziyoloji ve reanimasyon veya çocuk yoğun bakım uzmanından oluşan iki hekim tarafından kanıta dayalı tıp kurallarına uygun olarak oy birliği ile verilir. Beyin ölümü gerçekleşen ve organ nakline uygun bulunan çocuk olgular, ailelerinin onayı alınarak organ donörü olabilmektedir. Ülkemizde araç içi ve dışı trafik kazaları, bisiklet kazaları, yüksekte düşmeler gibi nedenlerle meydana gelen akut travmatik beyin hasarları, çocuklarda beyin ölümünün en sık nedenlerini oluşturmaktadır. Çocuk istismarı, yabancı cisim aspirasyonuna bağlı solunum durması, suda veya dumandan boğulma ve ani bebek ölümü sendromu da beyin ölümünün diğer nedenleri arasında yer almaktadır. Adli olay olarak kabul

edilen bu olgular 112 ekibi tarafından veya acil servislere resüsite edildikten sonra çocuk yoğun bakım ünitelerine transfer edilmektedir.

ZAMANA KARŞI YARIŞ

Çocuk yoğun bakım ünitelerinin temel işlevi normal ve sağlıklı yaşam beklentisi olan; hayatı tehdit eden bir durumla karşılaşan ve bir veya birden fazla organ yetmezliği gelişen hasta çocuklara gereken destekleri uygulamaktır. Burada esas amaç hastanın iyileşmesine katkıda bulunmak ve beyin fonksiyonlarının da yaşanan olumsuzluklardan etkilenmesini önlemektir. Ancak bazen tüm destek tedavilere rağmen veya yoğun bakım ünitesine ulaşmadan hastanın beyin ölümü gerçekleşebilmektedir. Bu durumda da çocuk yoğun bakımın temel işlevi, diğer dokuların canlılığını sürdürecektir destek tedavileri uygulayarak organ donörü olabilmesi için zaman kazandırmaktır. Aynı zamanda yoğun bakımlar, organ yetmezliği gelişen ve organ naklinden başka iyileşme imkânı olmayan hastalara uygun organ bulunana ve nakil gerçekleştirilene kadar köprü tedavilerin uygulandığı yerlerdir. Klinik olarak beyin ölümü gerçekleşmiş olan adli olguların organ nakli için donör adayları olarak değerlendirilmesi sırasında adli tıp, etik ve hukuk açısından farklı sorunlar karşımıza çıkabilmektedir ve bu da organ nakil

sürecinde yavaşlamalara yol açmaktadır. Adli olgular, gerekli bildirimlerin yapılmasının ardından, adli tıp kurumu ve savcılığın değerlendirmesi sonrasında donör olarak değerlendirilebilmektedir ve bu süreçte hasta yoğun bakımda izlenmektedir. Çocuklarda beyin ölümü tanısının kesinleştirilmesi için altta yatan düzeltilebilir bir hastalık olmadığından emin olunmalıdır. Aşırı vücut ısı kaybı, şok, zehirlenmeler, metabolik komalar, kafa içi basınç artışı gibi nedenler dışlanmalı, uygun tetkikler yapılmalı ve gerekli tedaviler uygulanmalıdır. Tüm dışlamalar yapıldıktan sonra çocuğun koma durumu devam ediyor ve beyin korteksi ve beyin sapı işlevlerinin kaybolduğunu gösteren bulgular varsa; mevcut durumun geri dönüşümsüz kabul edilmesi için yaş grubuna göre belirlenen bekleme süresi sonunda bulguların değişmediği gösterilmelidir.

BEKLEME SÜRELERİ BULUNUYOR

Bekleme süresi 2 aydan küçük bebeklerde 48 saat, 2 ay ile 1 yaş arası çocuklarda 24 saat, bir yaş üzerindeki çocuklarda ve yetişkinlerde 12 saat olmalıdır. Bu süre sonunda tanı sürecine dahil olmuş uzmanlarca yapılan ikinci muayenede koma ve beyin sapı reflekslerinin yokluğunun devam ettiğinin ortaya konulması yeterlidir; apne testinin tekrarlanması zorunlu değildir. EEG,

dopler ultrasonografi, konvansiyonel anjiyografi, BT anjiyografi, MRI, SPECT gibi destekleyici tetkikler de istenebilir.

YAKINDAN TAKİP EDİLİR

Günümüzde sıklıkla canlı erişkin vericilerden çocuklara organ nakli uygulanmakta olup organ boyutunun uygunsuzluğu işlevsel, fiziksel ve hemodinamik sorunlara yol açabilmektedir. Bu nedenle de, çocuk yoğun bakımdaki izlem sürecinde olguların beyin ölümünün erken dönemde tanınması ve organ koruyucu destek tedavilerin başlanması ile organ donörü olmaya uygunluk açısından değerlendirilmesi çok önemlidir. Beyin ölümünün gerçekleşmesi ile birlikte vücutta meydana çıkacak değişiklikler konusunda yoğun bakım ekibi bilgili ve hazırlıklı olmalıdır. Çocuk yoğun bakımda donör bakımında hedeflenenler kan basıncının stabilizasyonu, uygun solunum desteği ile dokuların oksijenizasyonunun sürdürülmesi, sıvı-elektrolit dengesinin sağlanması, varsa kanama kontrolü, böbrek işlevinin

korunması, vücut ısısının 36-38 derece arasında tutulması, kan şekeri ve hormonal regülasyon ve yakın hemodinamik izlemidir. Organ nakli için sıra bekleyen hasta sayısı, yeterli sayıda organ bulunamaması nedeniyle her geçen gün artış göstermektedir. Canlıdan yapılan organ nakillerinin yanı sıra, beyin ölümünü tanıyan konulan olgular da, bu açıdan önemli bir kaynak oluşturmaktadırlar. Ülkemizde organ bağışının artırılabilmesi ve kısıtlı sayıdaki bağış kaynaklarını değerlendirebilmek için tanının erken konulması kadar; bu konu ile ilgili tüm yasaların açık ve

net olmasının önemi aşikardır. Beyin ölümü sürecindeki 1 ay- 18 yaş arası çocuk hastalar, organ donörü olsun veya olmasın çocuk yoğun bakım ünitesinde çok yakın izlenmelidir ve beyin ölümü gerçekleştiğinde, bir sonraki aşama olan organ korumaya yönelik yaklaşımlar uygulanmalıdır. Hastane organ nakli koordinasyon birimleri ile en kısa zamanda iletişime geçilerek ailelerin beyin ölümü ve organ nakli konusunda bilgilendirilmesi, rızalarının alınması ve uygun alıcı belirlenebilmesi için Sağlık Bakanlığı Organ Nakli Koordinasyon Merkezi'ne bildirim yapılması sağlanmalıdır.



Anne babadan ikinci şans

PROF. DR. ÖNDER YAVAŞCAN

Çocuk hastalarda canlı vericiden böbrek nakillerinin sonuçları yüz güldürücü. Bu durumlarda vericiler ise genellikle anne veya baba oluyor.

Son dönem böbrek yetmezliği olan kişiler tedavi edilmezlerse yaşamları mümkün değildir. Bu hastalar için diyaliz ve böbrek nakli olmak üzere iki tedavi alternatifi vardır. Bu tedavi alternatiflerinin seçimine hekim, hasta ve ailesi görüşerek karar vermelidir. Böbrek yetmezliği, çocuklarda gelişmeyi ve büyümeyi yavaşlatan, bu nedenlerle tedavisi çok daha önem kazanan bir hastalıktır. Diyaliz tedavisi gören çocukların akranlarından farklı olması da çocukta ek problemler yaratabilir. Diyaliz hastayı yaşatan bir tedavi yöntemidir. Fakat hiçbir makine doğal organın yapmış olduğu bütün fonksiyonları yerine getiremez. Bu nedenle böbrek nakli hem hastanın yaşama süresi, hem yaşadığı hayatın kalitesi itibarıyla çok büyük üstünlüklere sahiptir. Hastane bazlı hemodiyaliz tedavileri çocuklarda önemli oranda eğitimi aksatan tedavilerdir. Mümkün ise hastalara fistül açılmadan, diyalize başlamadan çok kısa sürede hazırlıklarının tamamlanması ve ameliyatının yapılması en iyisidir. Erişkinlerde böbrek naklindeki başarılı sonuçların yaygınlaşması ile çocuklarda da böbrek nakli uygulamaları yaygınlaşmıştır. Çocuk hastalarda kadavra ve canlı seçenekleri değerlendirilerek, olabildiğince erken böbrek nakli yapılmalıdır. Çocuk hastalarda verici çoğunlukla anne veya baba olmaktadır. Canlı vericiden temin edilen böbreklerle yapılan nakillerin sonuçları, kadavradan alınan böbreklerle yapılanlara göre daha

iyidir. Çocuklarda böbrek nakline engel sebepler çoğunlukla kanser ve sürekli enfeksiyon ve mesane sorunlarıdır. Küçük çocuğa takılacak böbreğin, çocuğun kilosu ile uyumlu olması önemlidir. Yirmi kilonun üzerindeki çocuk bir erişkin böbreği alabilir. Yirmi kilonun altındaki çocuklara erişkin böbreği takılırsa çocuğun dolaşım sistemini olumsuz etkileyebilir. Böbrek ve diğer organların beslenmesinde sorunlar yaşanabilir. Cerrahi olarak nakil yerinde yapılacak değişiklikler ile bu problem çözülebilir. On kilonun altındaki çocuklarda, beden yapılarına uygun çocuk böbreğinin takılması gerekir. Aksi takdirde takılan böbrekte tromboz gibi sorunlar yaşanabilir.

KATI KURALLARI VAR

Çocuklarda böbrek yetmezliği, erişkinden farklı olarak glomerül hastalıklarının yanında, idrar yolunda kapakçık olması, idrarın mesaneden böbreğe geri kaçması, tekrarlayan enfeksiyon gibi alt üriner sistem bozukluğu nedeniyle de olabilmektedir. Bu nedenle çocuklarda böbrek nakli öncesi, alt üriner sistem detaylı olarak değerlendirilmelidir. Bazı hastalıklarda nakil öncesi düzeltme ameliyatları gerekebilmektedir. Ciddi mesane problemi olan çocuklarda önce üriner diversiyon yapılmalı daha sonra böbrek takılmalıdır. Canlı akrabadan ya da canlı vericili böbrek nakli, vefat sonrası bağışlanan organların yetersizliği nedeniyle devreye giren bir organ nakli yöntemidir. Sağlıklı bir kişinin

tek böbreğini bağışlaması esasına dayanır. Canlı vericili böbrek nakli bugün için katı kurallar dahilinde verici adayının detaylı olarak muayene ve tetkik edilmesi sonucunda gerçekleşebilir. Aslında en basit ifade ile bu nakil ile, ailede bulunan bir hastayı yine sağlıklı bir aile ferdinin yardımıyla tedavi etmek amaçlanmaktadır. Bu nedenle verici adayının bir böbreğini bağışlamasının uygun olup olmadığının tespiti en önemli husustur. Bir yakınına böbrek bağışlama isteği ile başvuran kişilerde sadece böbreklerinin sağlığına bakılmaz. Tüm organ sistemleri değerlendirilir, risk analizi yapılır, tahlil ve görüntüleme yöntemleriyle tepeden turnağa incelenir. Bu incelemeler sonucunda engel bir durum saptanması halinde, bu duruma yönelik tedavi başlanır. Böylesi durumların bazıları böbrek vericisi olmaya kesinlikle engel olurken bazı geçici durumların tedavisi sonrası nakil değerlendirmesi tekrar yapılabilir. Birinci önceliğimiz, böbrek bağışçı adayımızın zarar görmeyeceğine dair değerlendirmenin yapılması ve kesin olarak emin olunmasıdır.

ÇAPRAZ NAKİL DE BİR ALTERNATİF

Bir kişinin bir başka kişiye organ verebilmesi için dördüncü dereceye kadar akrabalık bağı olması gereklidir. Yakın akrabalarında uygun verici bulamayan hastalara etik kurul onayı almak kaydıyla akraba olmayan yakınlarından da organ nakli yapılabilir. Canlı vericili böbrek naklinde diğer bir alternatif ise

çapraz nakildir. Vericileri ile arasında doku ya da kan uyumsuzluğu olan alıcılarda benzer bir sorun yaşayan başka bir alıcı verici çifti arasında böbrek değişimi esasına dayanır. Çapraz böbrek naklinde yapılan ameliyat ve tedavi aynıdır. Böbrek alıcısı ile böbrek vericisi arasında yapılacak değerlendirmede birinci önemli konu kan grubu uyumudur. Basitçe bir kişiye kan verebiliyorsanız, böbrek de verebilirsiniz. RH grubunun böbrek naklinde bir önemi bulunmamaktadır. Yani, Rh negatif bir kişi RH pozitif bir kişiye ya da tersi durumlarda böbrek verebilir. Kan grubu uyumu olmaması halinde çapraz nakil gündeme gelir. Bu nakil en az iki çiftin böbrek değişimi esasına dayanır. Tabloda da görüldüğü gibi, AB kan grubu olan hastalara tüm kan gruplarından böbrek nakli yapılabilir. O (sıfır) kan grubuna sahip vericiler ise tüm kan gruplarına böbrek verebilir. Doku uyumundan daha çok, doku uyumsuzluğunun olup olmadığı önemlidir. Vericiden alınan böbreğin doku grupları alıcı ve vericinin tek yumurta ikizleri olması dışında alıcıdan farklılık gösterir. Anne ve babadan alınan böbreklerin çocuklarına nakledilmesi halinde en az yarı yarıya, sıklıkla daha fazla doku benzerliği mevcuttur. Asıl belirleyici olan hastaya nakledilecek böbreğin dokularına karşı, hastada önceden gelişmiş bir savunma olup olmadığıdır. Yapılan testler bu anlamda bir uyumsuzluk olup olmadığını araştırır. Bu testlerin sonucunun, 'böbrek naklinin gerçekleşmesine uygun' olarak değerlendirilmesi; ameliyatta vericiden alınan böbreğin alıcıya nakledilmesi sonrasında, damarları açıldığında böbreğin bağışıklık sistemi açısından çalışmasına engel bir durum olmayacağı anlamına gelir. Ameliyat gerçekleştirildikten sonraki süreçte ömür boyu hastanın kendisine nakledilmiş böbreğin farklı bir kişiye ait olduğunu anlamaması ve organı

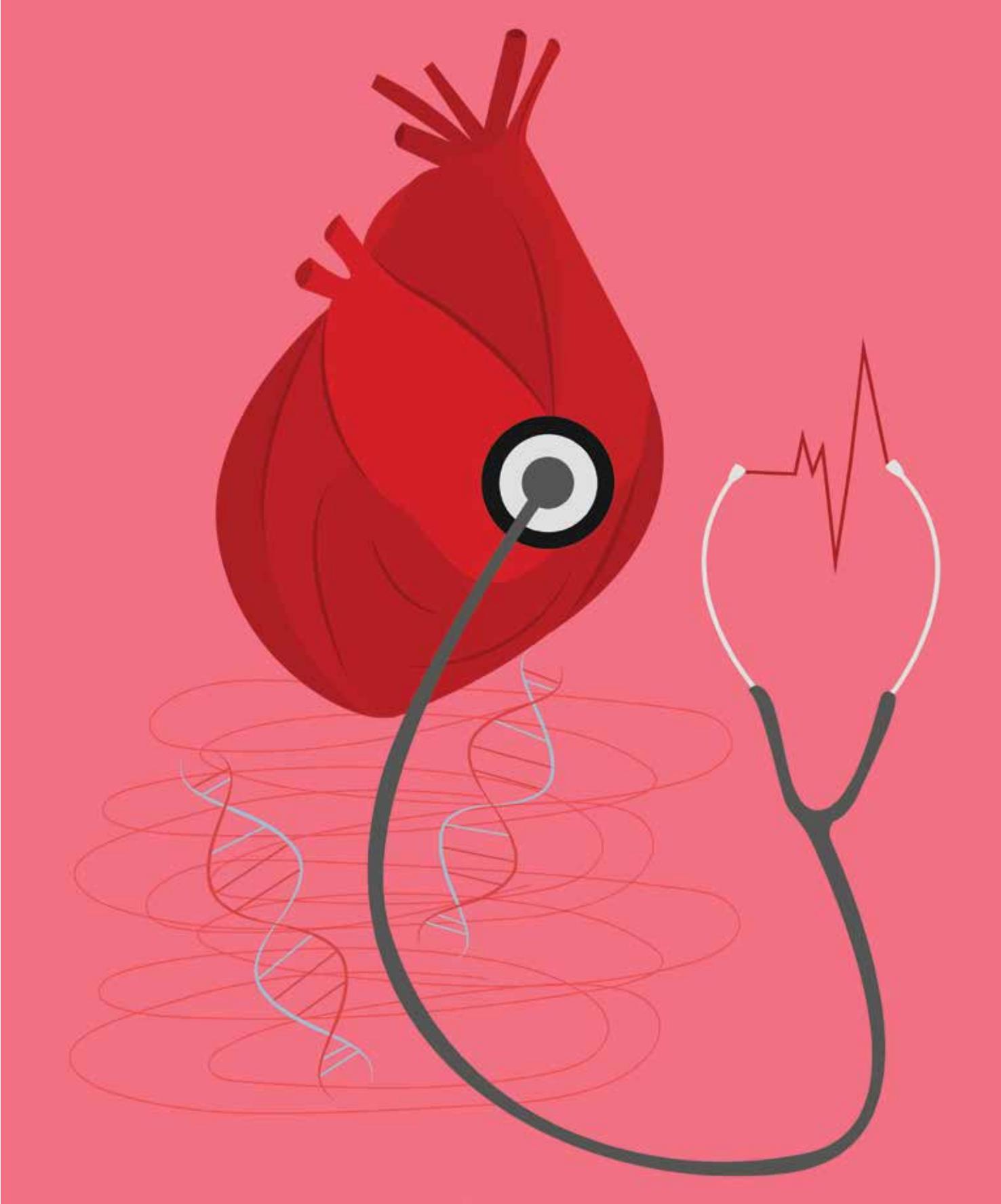
reddetmemesi için ilaç tedavisi uygulanır. Bağışıklık baskılayıcı tedavi olarak da adlandırılan bu tedavi, ameliyattan sonraki erken dönemde biraz daha yoğun, ilk 3 aydan sonra ise dozları ve sayıları azaltılarak uygulanır. Ancak ömür boyu devam edecek bir tedavidir. Alıcının veya vericinin viral hepatit hastası olması nakil için mutlak engel değildir. Gerekli kontroller, testler yapılarak ve koruma tedavileri düzenlenerek nakil gerçekleştirilebilir.

NAKİL SONRASI DÜZENLİ İLAÇ BAŞLANIR

Ortalama bir haftalık süreç içinde böbrek nakli yapılacak hastanın ayrıntılı muayeneleri gerçekleştirilerek gerekli laboratuvar incelemeleri tamamlanır. Özellikle enfeksiyon ve kalp hastalıkları

yönünden hastanın ameliyata girmesine engel bir durumun olmadığı netleştirilir. Bu incelemeler sırasında ilgili hekimler tarafından istenebilecek röntgen, tomografi, endoskopi, sintigrafi gibi tıbbi incelemeler gerekebilir. Alıcının böbreği reddetme riskini belirlemeye yönelik bağışıklık sistemiyle ilgili tetkikler yapılır. Tüm tetkiklerin tamamlanmasından sonra verici ve hasta dosyaları ilgili hekimlerin katıldığı bir toplantıda son kez değerlendirilip operasyon tarihi netleştirilir. Çocuklarda böbrek nakli sonrası düzenli ilaç kullanımı da dikkat edilmesi gereken bir konudur. Böbrek nakli olan çocuk, ergenliğe geçince ilaç kullanımını aksatabilmekte, hatta ilaç kullanmayı bırakabilmektedir. İlaç kullanımının aksatılması, bağışıklamanın uyanması ve graft kaybı (böbreğin reddedilmesi) ile sonuçlanabileceğinden dolayı oldukça önemlidir.

VERİCİ	ALICI	YORUM
A	A veya AB	A grubu, kan grubunda A olanlara verebilir.
B	B veya AB	B grubu, Kan grubunda B olanlara verebilir.
O	A, B, AB veya O	O grubu herkese verebilir.
AB	AB	AB grubu, sadece AB grubuna verebilir.



Kimler kalp nakli olabilir?

PROF. DR. İBRAHİM OĞUZ KARACA

Kanıtlanmış güncel kalp yetersizliği ilaçlarına, anjiyografik tedavilere, kalp pili uygulamalarına ve cerrahi tedavi yöntemlerine rağmen kaliteli yaşam kalitesi sağlanamayan hastalarda kalp nakli düşünülebilir.

Günümüzde güncel ilaç tedavileri, anjiyografik girişimler, kalp pili uygulamaları ve cerrahi teknikler sayesinde 'kalp yetersizliği' yaşam kalitesinin ve yaşam beklentisinin arttığı bir hastalıktır. Tüm erişkin toplumda görülme sıklığı %1-2 civarındadır. Tedavi yöntemlerindeki gelişmeye rağmen hastaların %5 gibi bir kısmını ileri evre kalp yetersizliği grubu oluşturmaktadır. Standart tedaviye cevapsız ve yaşam beklentisi çok düşük olan bu hasta grubunda kanıtlanmış tek tedavi seçeneği kalp naklidir. Kalp nakli, yeterli fonksiyon gösteremeyen hasta kalbin sağlıklı bir insan kalbi ile değiştirilmesi işlemidir. Beyin ölümü geliştikten sonra organları bağışlanan kişilerden alınan sağlıklı kalp daha önceden kalp nakli kararı alınmış alıcı hastalara nakledilir. İleri evre hastalarda 5 yıllık beklenen sağkalım yaklaşık %20'dir ve birçok ileri evre kanserden daha kötüdür. Kalp nakli ile bir yıllık %81 ve 5 yıllık %69 yaşam beklentisi sağlanarak altın standart tedavi kabul edilmesine rağmen, bekleme listelerinin kalabalıklığı, uygun organ sayısının kısıtlılığı ve transplantasyona engel klinik durumlar nedeniyle tüm ileri evre hastalar altın standart tedaviden faydalanamamaktadır. Bağışlanan organ

sayısının kalp nakli bekleyen hasta sayısına göre daha az oranda kalması nedeniyle kalp nakli olacak hasta seçimi kısıtlı organın doğru hastaya verilmesi açısından çok önemlidir. Kanıtlanmış güncel kalp yetersizliği ilaçlarına, anjiyografik tedavilere, kalp pili uygulamalarına ve cerrahi tedavi yöntemlerine rağmen kaliteli yaşam kalitesi sağlanamayan hastalarda nakile uygun olmayan durumlar yokluğunda kalp nakli düşünülmelidir. En sık kalp nakli gerektiren kalp hastalıkları şunlardır:

İskemik kardiyomiopati: Koroner arter hastalığı, en sık görülen kalp hastalığıdır. Koroner damarlar kalbi besleyen damarlardır. Bu damarların daralması ve/veya tıkanması sonucu kalbe yeterince besin ve oksijen gitmez. Bu da kalp kasının hasar görmesine, hatta ölmesine (miyokard enfarktüsü) neden olur. Kalp kasının zarar görmesi/ ölmesi sonucu kalp kasılma gücünde azalma meydana gelir ve buna iskemik kardiyomiopati adı verilir. Kalbin kasılma gücü azaldıkça, kalp yetmezliği belirtileri ortaya çıkmaya başlar ve belirtilerin şiddeti zamanla artar. **Dilate kardiyomiopati:** Kalp kaslarının doğuştan gelen yapısal bozukluğu

sebebiyle yeterince kasılamamasına bağlı olarak kalbin büyüyüp genişlemesi ile kalp yetmezliğine yol açan bir hastalıktır. Dilate kardiyomiopati ile doğan insanlarda kalp yetmezliği bebeklik veya çocukluk çağında ortaya çıkabilir veya erişkin yaşlarda belirti verene kadar fark edilmeyebilir.

Kompleks kalp kapak hastalığı:

Doğuştan veya sonradan olan aort ve/veya mitral kapak bozuklukları, kalbin iş yükünü artırır ve kalp büyümesine neden olarak kalp yetersizliğine yol açabilir.

Miyokardit: Virüs enfeksiyonu sonucu kalbin kasılma gücünün azalması ile ortaya çıkan bir hastalıktır. Kalbin kasılma bozukluğu, virüs enfeksiyonu geçtikten sonra tamamen düzelebileceği gibi, kalıcı hale gelip kalp yetmezliği ile de sonuçlanabilmektedir.

Doğumsal Kalp Hastalıkları: Anne karnında gerçekleşen embriyolojik gelişim sürecinde kalbin veya kalple ilişkili damarların gelişiminde meydana gelen aksaklıklar, doğan bebeklerin kalplerinin normal yapıda olamamasına yol açar. Çok çeşitli şekilde olabilen bu doğumsal kalp hastalıkları, zamanında tanı konduğunda cerrahi veya girişimsel tekniklerle onarılabilir. Ancak bu onarıma

rağmen erken veya geç dönemde kalp yetmezliği ortaya çıkabilir. Kalp naklinin uygun olmadığı belli başlı durumlar vardır. 70 yaş üzeri, akciğer hipertansiyonu, aktif kanser, düzelmesi mümkün olmayan karaciğer, böbrek veya akciğer fonksiyon bozukluğu (Bu hastalarda kalp-böbrek, kalp-karaciğer, kalp-akciğer birlikte nakledilebilir), aktif enfeksiyon, damar hasarı yapmış diyabet hastalığı, ileri dönem beyin damarları hastalığı, aşırı şişmanlık/aşırı zayıflık ve madde bağımlılığı olarak özetlenebilir. Elektrokardiografi (EKG), ekokardiyografi (EKO), laboratuvar testleri, kalp kateterizasyonu ve anjiyografi (anjio), periferik doppler testi, karotid doppler testi, batin (karın) ultrasonu, akciğer filmi ve akciğer fonksiyon testleri kalp nakli öncesinde kullanılan tanı yöntemleri olarak sıralanabilir. Kalp nakilleri, diğer organ nakillerinden farklı olarak, çok nadir bağışlanan bir organ olması, sadece kadavradan nakil yapılabilmesi ve nakil için karar verme süresinin kısa olması nedeniyle çeşitli zorluklarla karşımıza çıkmaktadır.

BEKLEME SÜRECİNDE YAPAY KALP DESTEĞİ SAĞLANIR

Kalp nakli konusunda uzmanlaşmış bir kardiyolog, kalp damar cerrahı ve anesteziistten oluşan kalp nakli konseyinde nakil kararı verilerek bekleme listesine alınan hastalardan durumu evinde yaşayabilmesine imkân verecek düzeyde olanlar belli aralıklarla kontrole gelmek üzere evlerinde, ağır kalp yetersizliğinde olanlar ise hastanede yatarak uygun kalp beklerler. Bekleme sürecinde durumu kritikleşen hastaların, yapay kalp destek cihazları takılarak organ bulunana kadar hayatta tutulmaları sağlanabilir. Herhangi bir nakil merkezinde takip edilip kalp nakli kararı verilen hastalar, Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan ulusal nakil bekleyen hasta havuzuna dahil olurlar. Bu hasta havuzunda en önemli kriter hastaların tıbbi durumunun aciliyetidir. Kan grubu (A, B, AB ya da O) ve vücut ölçülerine (boy ve kilo) göre uygun bir verici (donör) bulunduğu ilk önceki

listedeki tıbbi durumu en acil durumda olan hastalara öncelik verilecek şekilde tüm liste taranır ve organın en uygun hastaya verilmesi hedeflenir. Kalp nakli bekleyen hastalar, ruhen ve bedenlen her an nakil ameliyatına hazır durumda olmalıdırlar. Verilen ilaçların eksiksiz ve zamanında kullanılmasına özen göstermelidirler.

ENFEKSİYONA DİKKAT!

Bu hastalar enfeksiyona yatkın olduklarından kalabalık ortamlardan kaçınmalı, kişisel hijyene dikkat etmeli ve kontrollerine düzenli olarak gelmelidirler. Kalp nakli ameliyatı için önceden randevulaşmak mümkün olmadığından, hasta ve yakınlarına ait telefonlar gece-gündüz ulaşılabilir olmalı, telefonla görüştüktan sonra

derhal hastaneye doğru yola çıkmaya hazır olunmalıdır.

Kalp nakli bekleme listesine alındıktan sonra uygun donör (verici) kalbi bekleme süreci başlar. Alıcı verici seçiminde en önemli kriterler kan gruplarının (A, B, AB veya O grubu) ve vücut ölçülerinin (boy, kilo, vücut yüzey alanı) uygunluğudur. Görevli doktorlar seçimi yaparken diğer birçok kriteri de göz önünde bulunduracaktır. Bunlar hastanın mevcut klinik durumu, aktif enfeksiyon varlığı, akciğer hipertansiyonu gibi nakil esnasında ilaç tedavisi gerektirebilecek veya amaliyatı riske sokacak sorunlar olabilir. Donör (verici) hakkında alıcıya ve ailesine herhangi bir kişisel bilgi verilmez, verilecek bilgiler transplantasyon koordinatörünün uygun gördüğü kadar olacaktır.



Zamanla yarış

PROF. DR. KORHAN ERKANLI

İflas etmiş kalp ne kadar erken nakledilirse başarı oranı da o derece artar. Geç kalınması halinde ise bozulan organlar kalp naklini imkânsız hale getirir.

NAKLİN ZAMANLAMASI ÇOK ÖNEMLİ

Kalp nakli temel olarak iflas etmiş kalbin, beyin ölümü gerçekleşmiş bir kişiden alınan kalp ile değiştirilmesi esasına dayanır. İflas etmiş kalp çok geç kaldığı zaman diğer organların da bozulmasına neden olur. Yani kalp naklinin zamanlaması gerçekten çok önemlidir çünkü eğer organlar bozulursa artık kalp nakli imkânsız hale gelir. Bu yüzden diğer organlar bozulmadan yapılması ameliyat başarısını ve uzun dönem sonuçlarını etkiler.

AMELİYATLARA TEKNOLOJİK YENİLİKLER EŞLİK EDİYOR

Kalp nakli ameliyatı denilince herkesin gözünde devasa bir ameliyat canlanır. Aslında bu doğrudur. Yılların getirdiği deneyim ve teknolojik yeniliklerle çok başarılı ve yüz güldürücü sonuçlara ulaşılmıştır. Ameliyat 2 farklı ve senkron safhadan oluşmaktadır.

ON BİNLERCE KİŞİ KALP YETMEZLİĞİNDEN ÖLÜYOR

Kalp nakli ilk kez Güney Afrika'da Christiaan Barnard tarafından yapıldı. Bu olay ilk başarılı yapılan kalp nakli olarak tarihe geçti ve yakın tarihimize kadar kadavradan organ nakli yapılırken geçtiğimiz sene içinde genetiği değiştirilmiş hayvandan yapılan organ nakline kadar uzanan uzun bir sürecin başlangıcı oldu. Ülkemizde ve dünyadaki en büyük sorun verici bulmakla ilgili yaşanmaktadır. Bu sorun hassasiyetle yaklaşılması gereken bir konu olup her yıl on binlerce kişinin kalp yetmezliğinden kaybedilmesindeki asıl neden olarak görülmektedir.

NAKİLDEN SONRA YAŞAMA SIKI SIKI SARILIRLAR

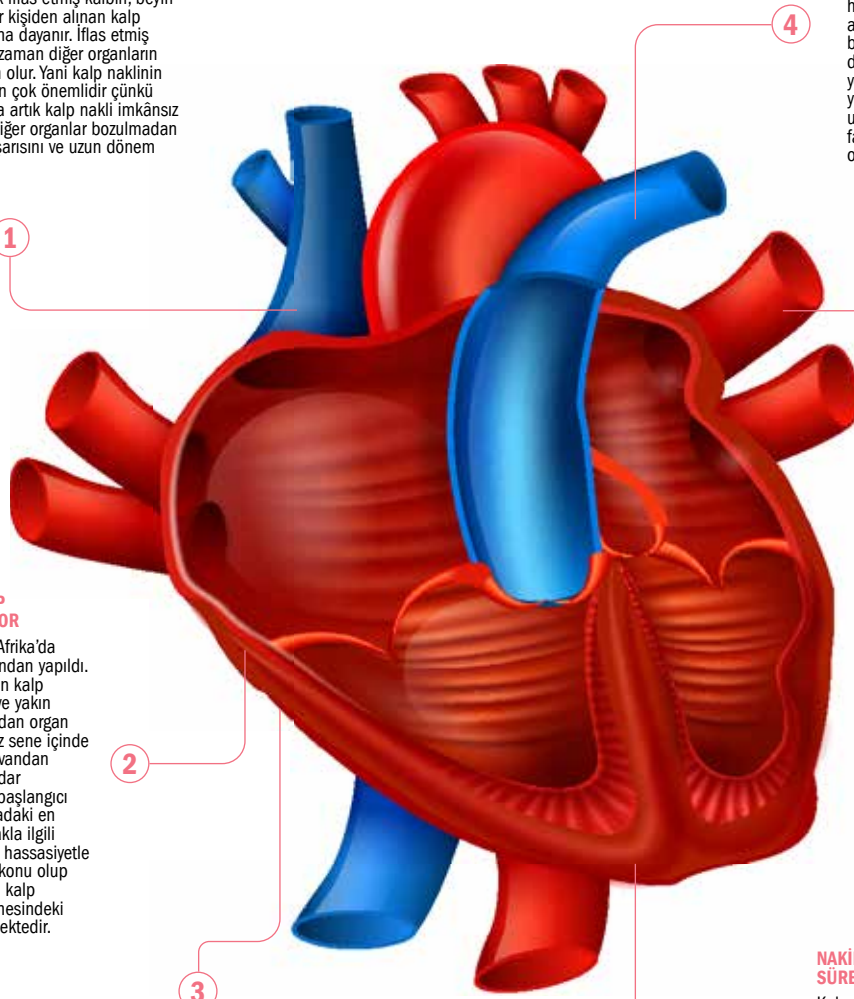
Peki, kalp nakli kimlere yapılmaktadır? Temel olarak bir yıllık ortalama yaşam beklentisi %50'den az olan hastalar kalp nakli için aday hastalardır. Yalnız değerlendirme sürecinde diğer organlar değerlendirilir ve organ bozulması olmayan hastalar kalp nakli için bekleme listesine alınırlar. Bu esnada kalp çıkan hastalara kalp nakli yapılarak hastalar artık normal bir hayatlarına dönerek yaşama sıkı sıkı sarılırlar.

BEYİN ÖLÜMÜ GERÇEKLEŞTİKTEN SONRA KALP ALINIR

Birinci safha kalbin beyin ölümü gerçekleşmiş kişiden alınmasıdır, bunun için ekip ilgili hastaneye doğru yola çıkar, ameliyata başlarlar ve göğüs kafesi açıldıktan sonra kalbin değerlendirilmesi yapılır. Bu arada ikinci ekibe haber ulaşır ve ikinci ekip de hızlıca kalbi alacak kişiyi hazırlar. Tabi ki birinci ekibin kalbi getirmesi için gerekli süre hesaplanır ve kalbi alacak hastanın operasyonu başlar.

NAKİL SONRASINDAKİ SÜREÇ KRİTİK

Kalp nakli yapıldıktan sonra asıl önemli süreç başlar bu dönem yoğun bakım aşamasıdır. Takılan kalbin yoğun bakımda uyum sağlaması, doku reddinden korunmasını esas alan takip sürecidir. Bu süreçleri atlatan hasta artık yeni hayatına kavuşmuş demektir.



Hayata son bir şans

PROF. DR. ESİN KORKUT

Karaciğer nakil ameliyatları sayesinde sağkalım oranları yüzde doksana ulaşabiliyor. Hastalara son bir şans olan nakil ameliyatlarının hazırlık süreçleri de titizlikle yürütülüyor.

Karaciğer nakli karaciğer yetmezliği hastalarında önemli hayat kurtaran tedavi yöntemidir. Karaciğer gibi hayati bir organın nakliyle gerçekleştirilecek bir süreç; hastalarımıza sağlıklı yeni bir yaşamın kapısını açmaktadır. Karaciğer nakli olmaksızın yaşam oranı %10 ve altında olan hastaların karaciğer nakli ile yaşama tutunma olasılıkları %90 düzeylerindedir. Karaciğer nakli, tıbbi tedavinin sınırları aşıldığında, şiddetli ani veya ilerlemiş kronik karaciğer hastalığı için uygun tedavi yöntemidir. Siroz tanısı konulması karaciğer naklinin acil gereğini göstermez. Nitekim bir hasta siroz olup 15-20 yıl nakil gerektirmeden yaşayabilir. Karaciğer nakli; karaciğer fonksiyonlarının ileri derecede bozulduğu ve komplikasyonlar gelişen hastalarda (varis kanaması, karında su toplaması, bilinç durum değişimleri) düşünülür. Çünkü bu tür komplikasyonların geliştiği hasta gruplarında yaşam beklentisi önemli derecede azalmaktadır. Bu aşamadan hastanın kan kreatinin, bilirubin, protrombin zamanı, sodyum değerlerini kapsayan matematiksel bir formül olan MELD skoru hesaplanır. Hesaplanan MELD skoru 10 ve daha büyük olması karaciğer nakli açısından aday olunduğu anlamında gelmektedir. MELD Skoru ≥ 15 olan hastalar nakil için değerlendirilir. Skor 15 ve üzerine çıktığında ise hastanın kaydı, Sağlık Bakanlığı tarafından izin verilen ve izlenen bir sistemle, ulusal kadaverik karaciğer bekleme listesine alınabilir.

DEĞERLENDİRME SÜRECİ

Karaciğer nakil değerlendirilmesine başlarken bir dizi başka önemli faktörler de mevcuttur.

Hastanın nakil süresini başarıyla geçirmesi engelleyecek eşlik eden önemli bir hastalığı mevcut mu? Örneğin ileri kalp yetmezliği, ileri akciğer hastalığı gibi. Nakil öncesi tedavi edilmesi gereken alkol veya madde bağımlılığı sorunları var mı? Hastanın büyük bir cerrahi müdahale geçirmesini engelleyecek psikososyal sorunları var mı? Cerrahi takiben ömür boyu sürececek olan tıbbi bir tedavi süreci olacaktır. Bunun için yeterli sosyal desteği mevcut mu? Nakil öncesi tedavi edilmesi gereken enfeksiyon sorunları mevcut mu? Resmi değerlendirme süreci, hastalığın geri dönüşü olmayan doğasını doğrulamak, nakil cerrahinin mutlak gerekliliğini göstermek amacı ile bir dizi test ve değerlendirme gerektirir. Bu incelemelerde ana hedef, hastanın karaciğerinin nakil gerektirecek düzeyde sorunlu olduğunun ve diğer organ sistemlerinin de nakil ameliyatı sırasında ya da sonrasında oluşabilecek sorunlara karşı dirençli olduklarının kanıtlanmasıdır. Değerlendirme süreci merkezler arası farklılık göstermek ile birlikte genel olarak şu şekilde ilerler:

► **Hepatoloji değerlendirmesi:** Hastalığın ciddiyeti ve süreci değerlendirilir. Nakil sürecine kadar olan tedavi tekrar düzenlenir.

► **Cerrahi değerlendirme:** Nakil ihtiyacını doğrulanır, olası cerrahi teknik zorlukları ya da engeller belirlenir (geçirilmiş karın cerrahileri, karaciğer ana damarda pıhtı varlıkları araştırılır), donör (organ verici) seçenekleri (canlı, kadavra) değerlendirilir.

► **Laboratuvar testi:** Karaciğer fonksiyon

testleri, serum elektrolitlerini, böbrek fonksiyonunu, viral serolojiler, karaciğer hastalığının diğer nedenlerinin belirteçleri, tümör belirteçleri, kan grubu, idrar tahlili ve idrar ilaç taraması

► **Kardiyak değerlendirme:** Nakil öncesi hem cerrahi öncesi risk değerlendirme hem de nakil sonrası süreci etkileyecek eşlik eden akciğer-kalp ilişkili hastalıkların olası varlığı değerlendirilir. Ekokardiyografi, kardiyak risk değerlendirmesi (kolesterol yüksekliği, hipertansiyon, diyabet, sigara tüketimi, yaş >60 yıla) ile ilk girişimsel olmayan değerlendirme yapılır.

► **Karaciğer görüntülemesi:** Portal ven açıklığını belgelemek için doppler ile ultrasonografi, üç fazlı bilgisayarlı tomografi veya manyetik rezonans görüntüleme ile olası tümör değerlendirilmesi



► Genel sağlık değerlendirmesi:

Karaciğer alıcıları çeşitli kanserler açısından risk altındadırlar. Önceden kanser öyküsü olanlar tedavi edilmiş olmalı tedavi takibi belirli sürelerin geçmiş olması gerekmektedir. Bu nedenle tüm karaciğer nakil adayları yaş, cinsiyet ve risk faktörlerine uygun kanser taraması yapılmaktadır. Kolonoskopi, mammografi, smear testi, sigara içme öyküsü olanlarda KBB değerlendirilmesi, göğüs görüntülenmesi dahil edilir.

► **Anestezi değerlendirmesi:** Ameliyat öncesi anestezi değerlendirilmesi yapılır.

► Psikososyal değerlendirme ve eğitim:

Nakil hastaları için standart tıbbi değerlendirmelere ilave olarak hasta eğitimi, nakilin faydalarını ve risklerini, olası kötü sonuçlarının da anlatılması gerekir.

Hastanın psikolojik değerlendirilmesi ve sosyal destek varlığının değerlendirilmesi zorunludur. Bunları değerlendirmenin amacı nakil sonrası başarı için güçlü bir sosyal ve psikolojik destek gerekliliğidir. Alkol ya da ilaç bağımlılığı olan hastalar nakil öncesi değerlendirilir ve bağımlılığı olduğu ilaç veya alkolü bırakma programına alınır. Bağımlılığı bıraktıktan 6 ay sonra nakile alınmakta, bu şekilde nakil sonrası uzun dönem hasta ve organ ömrü arttırılmaktadır.

► Bulaşıcı hastalık değerlendirilmesi:

Karaciğer yetmezliği olan karaciğer nakil adayları idrar yolu, akciğer hastalıkları gibi çeşitli enfeksiyonlar açısından artmış risk mevcuttur. Nakil öncesi mevcut enfeksiyonların mutlaka tedavisi sağlanmalıdır. Nakil hazırlığı esnasında HBV, HCV, HIV dahil viral enfeksiyonlar araştırılır, gerektiğinde tedavileri nakil öncesinde planlanlanır.

Hepatit A ve B bağışıklığı kontrol edilir, gerektiğinde aşılamalar tamamlanır. Bunun dışında önlenabilir hastalıklara karşı gerekli aşılamalar tamamlanır. Epstein-Barr virüsü (EBV) ve sitomegalovirüs (CMV) için serolojik testler de belirtilir. Gizli frengi ve tüberküloz (TB) enfeksiyonları için test edilmelidir. Gereğinde tedavileri planlanır. Karaciğer alıcılarında potansiyel bir enfeksiyon kaynağı da diş çürükleri olup diş hekimi tarafından değerlendirilerek, gerekli tedavileri yapılır.

► Beslenme değerlendirmesi:

Malnutrisyon, kötü beslenme nakil başarısını olumsuz etkilediğinden diyetisyen tarafından beslenme durumu değerlendirilir ve gerekli beslenme desteği sağlanır.

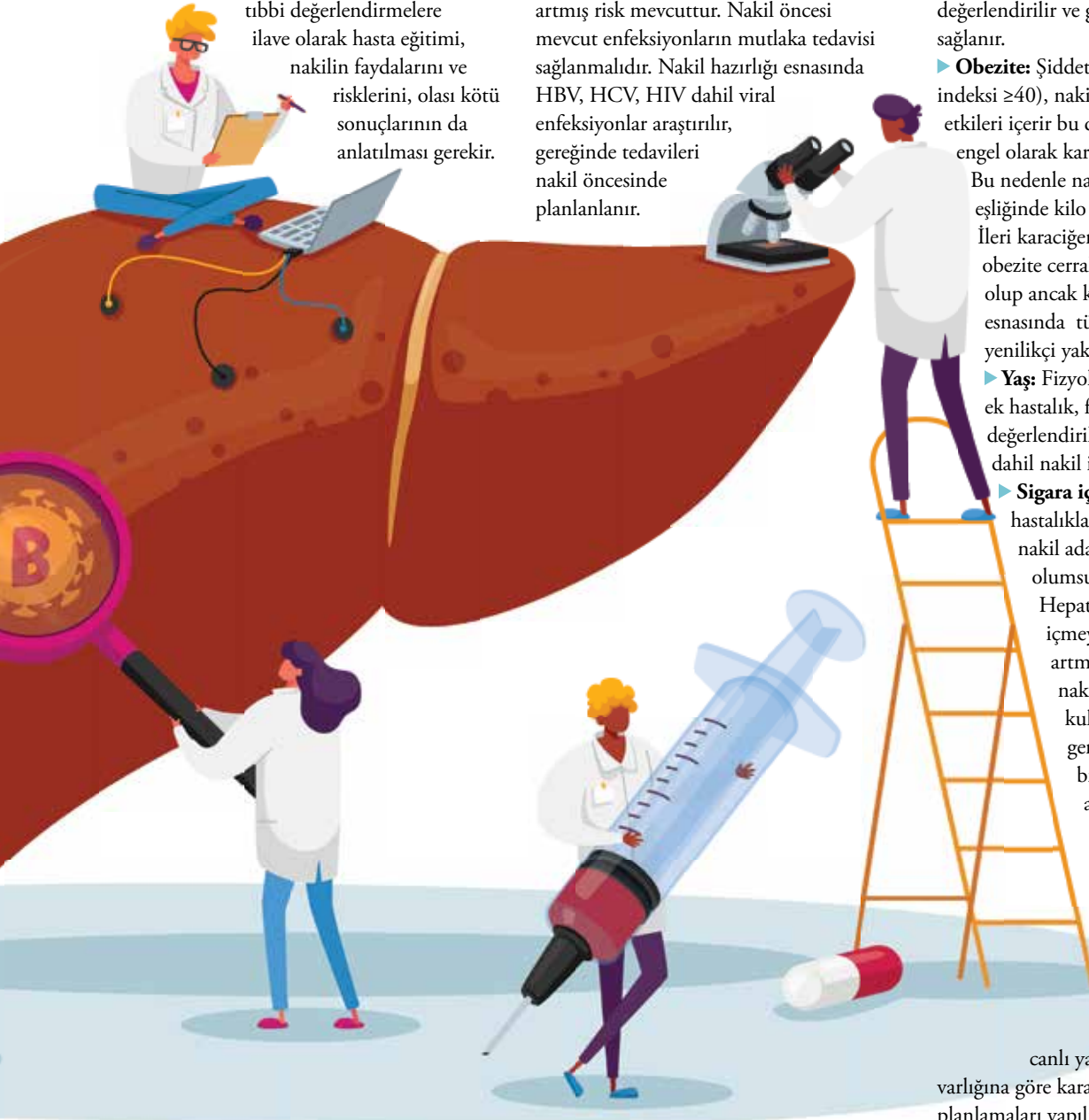
► **Obezite:** Şiddetli obezite (Vücut kitle indeksi ≥ 40), nakil sonrası çeşitli olumsuz etkileri içerir bu da nakil cerrahi için kısmi engel olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bu nedenle nakil öncesi diyetisyen eşliğinde kilo verme denenmelidir. İleri karaciğer yetmezliği hastalarında obezite cerrahisi kontrendike olup ancak karaciğer nakil cerrahi esnasında tüp mide ameliyatı gibi yenilikçi yaklaşımların rolü olabilir.

► **Yaş:** Fizyolojik yaş önemli olup ek hastalık, fonksiyonel durumlar değerlendirilmesi takiben 70 yaş üstü dahil nakil için değerlendirilebilir.

► **Sigara içimi:** Kalp damar hastalıkları dahil olmak üzere nakil adaylarında bir dizi olumsuzluğu yol açmaktadır. Hepatik arter pıhtı riski içmeyen bireylere oranla artmıştır. karaciğer nakil adaylarında tütün kullanımı yasaklanmakta gerektiğinde sigara bırakma programlarına alınmaktadır. Hazırlıkları tamamlanan alıcı adayının, MELD skoru ve eşlik eden problemleri göz önüne alınarak bu aşamadan sonra hepatolog tarafından yakın takibi sağlanabilir,

canlı ya da kadaverik organ varlığına göre karaciğer nakil işlemi için planlamaları yapılır.





Bu zorluğa değer

PROF. DR. MURAT DAYANGAÇ

Organ yetmezliği ve kanser gibi hayatı tehdit eden durumlar için uygulanan bir ameliyat olan karaciğer naklinde ulaştığımız %90'ın üzerindeki başarı oranı, verilen emeğin ve yaşanan zorlukların karşılığının alındığını gösteriyor.

Bir hastaya karaciğer nakli gerektiğine karar verildiyse, bu genellikle hastada mevcut olan karaciğer hastalığının karaciğer fonksiyonlarını ileri derecede bozduğu, karaciğerin kendini yenileyemeyecek kadar hasarlandığı, siroz hastalığına bağlı gelişen varis kanaması, karında sıvı toplanması, karaciğer koması gibi sorunların hastanın hayatını tehdit ettiği veya karaciğerde başka yöntemlerle tedavi edilmesi mümkün olmayan bir kanser bulunduğu anlamına gelir. Bu aşamada öncelikli olarak hastanın, karaciğer nakli için tıbbi olarak uygun bir aday olup olmadığına karar verilmesi gerekir. Çünkü ister ölmüş kişiden alınacak bir organ ile, isterse hastanın bir yakınından alınacak bir karaciğer parçası ile karaciğer nakli yapılsın, kullanılacak kaynak çok değerlidir ve hastada en iyi sonuçların elde edileceğinden emin olunmalıdır. Bu değerlendirmede hastanın klinik öykü, laboratuvar ve görüntüleme tetkiklerinin yanı sıra, performans durumu, yandaş hastalıkları, akciğer ve kalp fonksiyonunu gösteren testler ve mental durumu göz önünde bulundurulur. Bu nedenle nihai karar verilmeden önce birçok ön tetkikin tamamlanması gerekir. Karaciğer nakli için değerlendirilen her hasta, gerekli tetkikler tamamlandıktan sonra, başvurduğu nakil merkezinin gastroenteroloji uzmanı, nakil cerrahları,

nakil koordinatörleri, radyoloji ve anestezi uzmanları, sosyal hizmet uzmanı ve gerektiğinde hastanın durumunun gerektirdiği diğer uzmanların yer aldığı Karaciğer Nakli Konseyi'nde görüşülür. Konseyde hastanın karaciğer nakli için uygun olduğuna karar verilirse, naklin ölmüş vericiden mi, yoksa canlı vericiden mi gerçekleştirileceği planlanır.

GENELDE CANLI VERİCİLİ NAKİLLER YAPILYOR

Türkiye'de ölmüş kişilerden organ bağışının gelişmiş ülkeler ile karşılaştırıldığında çok düşük seviyede kalmış olması nedeniyle karaciğer nakillerinin %90'a yakın bir kısmı canlı vericiden gerçekleştirilmektedir. Bu nedenle ülkemizde bir hasta için karaciğer nakline karar verildiğinde, öncelikli olarak hastanın yakınları arasında uygun bir verici adayı olup olmadığı araştırılır. Eğer bir verici adayı yoksa ve bekleme listesine girmek için uygun koşulları taşıyorsa (karaciğer için hastalık skorunun 15 ve üzerinde olması ve kanseri olan hastalarda tümör boyutlarının belirlenen sınırlarda bulunması), hasta tüm tetkikleri tamamlandıktan ve konseyde onaylandıktan sonra organ nakli koordinatörü tarafından Ulusal Bekleme Listesi'ne kaydedilir. Hastanın verici adayı veya adayları varsa, bu durumda

verici değerlendirmesine başlanır.

İdeal canlı verici adayını, 18-40 yaşları arasında, hasta ile uyumlu (hasta ile aynı veya O) kan grubuna sahip, önemli bir sağlık sorunu veya öyküsü bulunmayan gönüllü bir kişi olarak tanımlayabiliriz. Karaciğer nakli için doku uyumu testleri gerekmemektedir. Verici adayında, aynı hastada olduğu gibi, karaciğer vericisi olmak için fiziksel ve mental olarak uygun olup olmadığının belirlenmesi amacıyla kapsamlı tetkikler yapılır ve değerlendirmeler tamamlandığında, aynı hastada olduğu gibi verici de Karaciğer Nakli Konseyi'nde görüşülür. Alıcı ve vericinin değerlendirmesi olumlu olarak sonuçlandığında, sıra artık ameliyat gününün planlanmasına gelir.

HER ŞEY EKSİKSİZ OLMALI

Canlı vericili karaciğer naklinde alıcı adayı, durumunun gerektirdiği şekilde ameliyata hazır olması için gerek görülen süre göz önünde bulundurularak bir veya birkaç gün önce hastaneye yatırılır. Ölmüş kişiden nakil yapılacaksa, bu durumda süreç biraz daha acil şekilde işler. Ulusal veya Bölgesel Koordinasyon Merkezi tarafından nakil merkezine sunulan organ uygun bulunursa, bekleme listesindeki kan grubu aynı olan hastalardan, en yüksek hastalık skoruna sahip (ilk sırada) bulunan hasta aranarak hastaneye davet edilir.

Bu sırada, başka bir hastanede yatıyor olması, kısa zamanda hastaneye ulaşamayacağı bir yerde bulunması, aktif enfeksiyonu olması gibi olumsuz olabilecek faktörler ve ne kadar süre içinde hastanede olabileceği sorgulanır. Ameliyat öncesi ideal olarak en az 8 saatlik açlık gerekeceğinden, hastaneye gelene kadar bir şey yiyip içmemesi ve refakatçisi yanında olarak ve daha önce kullandığı ilaçlarla birlikte gelmesi hatırlatılır. İster ölmüş kişiden ister canlı vericili nakil planlanmış olsun, hastadan yatışı sonrası laboratuvar testleri için kan alınıp, gerekiyorsa radyolojik görüntülemeleri tekrarlanıp, nakil ekibi tarafından muayene edilir. Konsey notları gözden geçirilerek her şeyin eksiksiz olduğundan emin olunur. Karaciğer nakli, çok sayıda kan ve kan ürünü gerektirebilen bir ameliyat olduğundan, hasta için gerekli sayıda kan ve kan ürününün hastane kan merkezince temin edildiği doğrulanır. Son olarak hastanın ameliyat öncesi anestezi değerlendirmesi yapılır. Canlı vericili nakillerde verici adayı, ameliyattan bir gün önce hastaneye yatar. Aynı alıcı adayında olduğu gibi, laboratuvar testleri ve gerekiyorsa radyolojik görüntülemeleri tekrarlanıp, nakil ekibi tarafından muayene edilir. Verici ameliyatlarında kan ürünü nadiren kullanılsa da verici için de kan hazırlığı yapılır ve son olarak anestezi tarafından değerlendirilir.

AMELİYATHANE SÜRECİ TEMPOLU

Canlı vericili nakillerde, genellikle önce verici ekibi tarafından ameliyata başlanarak, uygun kesi ile karın açılıp karaciğerin uygun olduğundan bir kez daha emin olunur ve ardından diğer salonda alıcı ekibi, hastanın ameliyatına başlar. Verici ameliyatında, daha önce belirlendiği şekilde alıcı için uygun olan karaciğer parçası hazırlanır ve alıcı salonundan yeni karaciğerin takılması için hazır olduklarına dair haber alındığında sırasıyla safra yolu ve karaciğer parçasının damarları kesilerek karaciğer grefti çıkarılır. Masada özel bir solüsyon ile karaciğer damarları yıkandıktan ve gerekiyorsa, takılması için gereken ek işlemler (yapay damar eklemek veya mevcut damarları birleştirmek gibi) tamamlanıp alıcı salonuna geçilir. Bu sırada verici, karnı kapatılarak uyandırılır ve yoğun bakım



ünitesine alınır. Eğer karaciğer ölmüş kişiden alındıysa, hastaneye gelir gelmez cerrahi ekip tarafından ameliyathaneye alınır ve steril şartlarda saklama kabından çıkarılır. Masada nakil için uygun olduğu bir kez daha doğrulanır ve ardından alıcıda takılmaya hazır hale getirilip, alıcı hazır olana dek buz içinde saklanmak üzere tekrar steril saklama kabına yerleştirilir.

YÜKSEK TEKNİK ZORLUKLARI VAR

Bu ameliyatlardaki yüksek teknik zorluklar nedeniyle karaciğer nakli, ancak bu konuda yeterli eğitim alarak Sağlık Bakanlığı sertifikası verilmiş kişiler tarafından ve onaylı merkezlerde yapılabilir. Ameliyat süreleri, alıcı için ölmüş vericiden nakillerde 6 saat ve canlı vericili nakillerde 8-10 saat kadarken, canlı verici ameliyatının 6 saatte tamamlanması beklenir. Ameliyat sonrası canlı vericiler ilk yirmi dört saati yoğun bakım ünitesinde geçirip ardından servise alınırlar. Vericilerin ameliyat sonrası 5-7 gün arasında taburcu olması beklenir. Bu süreçte servise alındıktan itibaren fizyoterapistler eşliğinde yataktan kaldırılır, ağızdan yeterli miktarda sıvı ve gıda alması sağlanır, cerrahi drenleri çekilir, laboratuvar testlerinin beklenen değerler sınırında olduğu görülür ve yara yeri ağrısının ağız yoluyla alınan ağrı kesicilerle kontrol altına alınması sağlanır. Taburculuktan bir hafta sonra laboratuvar testlerinin tekrarlanması ve karın ultrasonu yapılmak üzere kontrol muayenesine çağırılır. Alıcılarda ameliyat sonrası yatış süresi genellikle 2-3 hafta sürer. Bu süreçte, hastanın fizyoterapistler eşliğinde solunum egzersizleri yapması,

yataktan kalkıp kısa mesafe yürütülmesi ve ağızdan yeterli miktarda sıvı ve gıda alması sağlanır. Alıcının karaciğer, akciğer, kalp ve böbrek fonksiyonlarını kontrol etmek için kan testleri ve diğer tıbbi testler yapılır. Ayrıca alıcının bağışıklık sisteminin yeni takılan yabancı karaciğere zarar vermesini önlemek için hayat boyu kullanılması gereken bağışıklık sistemini baskılayıcı ilaçlar başlanır. Bu ilaçların yanı sıra, daha önce kullanılmakta olduğu bazı ilaçlar, anti diyabetikler ve enfeksiyonları önlemek için uzun süreli kullanılacak anti mikrobik ilaçlar verilir.

NORMAL YAŞAMA DÖNÜŞ ZAMAN ALABİLİR

Karaciğer nakli sonrası hastane yatışı sırasında en sık görülen olumsuz durumlar, ameliyat sahasında kanama olması veya karın içine safra kaşması gibi teknik sorunlar olabileceği gibi, akciğerde sıvı toplanması ve solunum güçlüğü, böbrek yetmezliği, karın içi ve kan enfeksiyonları gibi dolaylı problemlerdir. Bunların her birinin hastanın hastanede yatışını uzatması söz konusudur. Ayrıca hastanın eve taburcu edilmesinde, ameliyat öncesi performans durumu, kalp, akciğer ve böbrek hastalığı gibi yandaş sorunlarının şiddeti de etki etmektedir. Yatışı boyunca hastaya, beslenme, egzersiz, toplumsal hayata dönüş gibi konularda karaciğer nakilli yeni yaşamında uyması gereken kurallar hakkında bilgi verilir. Özellikle, taburculuk öncesi hastanın ve refakatçisinin yeni başlanan çok sayıda ilacı ne amaçla ve nasıl kullanacağını öğrenmesi büyük önem taşır. Taburculuk sonrası ilk birkaç hafta hastanın haftada 2 defa kontrole gelmesi beklenir ve bundan sonra kontrol süreleri giderek uzatılır. Normal yaşama dönüş, genellikle 3 ayı bulurken, bu süre bazı hastalarda bir yıla dek uzayabilmektedir. Ancak organ yetmezliği ve kanser gibi hayatı tehdit eden durumlar için uygulanan bir ameliyat olan karaciğer naklinde ulaştığımız %90'ın üzerindeki başarı oranı, verilen emeğin ve yaşanan zorlukların karşılığının alındığını göstermektedir. Bu başarı, ameliyatı gerçekleştiren cerrahların kişisel deneyimleri kadar, bu büyük organizasyona katılan tüm sağlık çalışanlarımızın özveri ile çalışmalarının ve hastanemizin sağladığı çalışma ortamı ve imkânların bir sonucudur.



Kanserın tanı ve tedavisinde yeni bir boyut, yeni nesil teknoloji: Biograph mCT

Minimum doz, maksimum hız,
yüksek çözünürlükte görüntüleme

Kanser hastalarında yapılan PET-CT taramalarının çözümü olarak sunulan, tanı ve tedavide önemli bir gelişme olarak görülen Biograph mCT cihazı ile daha düşük dozlarda radyasyonla yüksek çözünürlükte görüntüleme sağlanıyor.

Medipol Mega Üniversite Hastanesi Nükleer Tıp bölümünde kullanılan ve hem hekim hem de hastalar açısından yüksek avantajlar sunan Biograph mCT cihazıyla, tüm vücut PET-CT taraması 5 dakika gibi kısa bir sürede gerçekleştiriliyor. Fazla kilolu ve obez hastalar da göz önünde bulundurularak geliştirilen cihaz, 78 cm'lik gantri açıklığıyla daha geniş alan, klostrofobi olan hastalar için de daha konforlu bir çekim alanı sunuyor.



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



**MEDİPOL
MEGA**
MEDİPOL MEGA
HASTANELER KOMPLEKSİ





Doğuma hazır mısınız?

AHSEN KARAGÖZ*

İnsan bilmediğinden daha çok korkar. Hastanemizi tercih eden gebelerin doğumu bir korku unsuru olarak görmeden atlatması için doğuma hazırlık okulumuzda bu bilinmeyen sürece dair tüm detayları paylaşıyoruz.

Gebelik eşi benzeri olamayan bir serüvendir. Bu serüven kadın ve ailenin hayatında fiziksel, psikolojik, ve sosyolojik birçok değişimi meydana getirmekle birlikte bu değişimlere uyum sağlamayı gerektirir. Kadın ve ailesinin bu süreci en sağlıklı şekilde geçirebilmesi için kendilerini hazır hissetmeleri çok önemlidir. Kadınlar özellikle gebelik sürecinde vücudunu iyice tanımak, gebelik ve doğum sürecinde merkezine kendisini alarak bu serüvenin en güzel şekilde sonlanmasını ister.

Doğum sürecine dair bilinmezliğe karşı bir korku, ya da şahit olunan, duyulan olumsuz doğum algıları, aileye yeni katılacak bebeklerinin bakımı, anne sütü ve emzirme gibi konular üzerinde birçok endişe yaşanmaktadır. Sağlıklı nesillere sahip olabilmek adına doğuma hazırlık eğitimleri giderek artmaktadır. Ancak günümüzde hala doğum süreci ve bebek bakımı geleneksel yöntemler aracılığı ile anneden kıza aktarma şeklinde devam etmektedir. Oysa ki doğuma hazırlık sınıflarında hazırlıklar gebelik öncesi

ve doğumdan sonraki 2 yıllık süreci kapsamaktadır. Kadının doğuma en iyi şekilde hazırlanıp desteklenmesini, doğumunu sağlık profesyonelleri eşliğinde merkezinde kadını olarak en önemlisi hayal ettiği bir formda gerçekleştirebilmesini sağlamak, bilinçli ebeveynliğe hazırlamak ve baş etme yöntemlerini kazandırabilmek adına gebe okulları ve doğuma hazırlık sınıfları oluşturulmuştur. Bu sürecin en başından beri en temel hedef bu sınıfları sağlık sisteminin içine bütünleştirmek ve tüm gebelerin ve eşlerin katılımını

sağlamaktır. Sağlık Bakanlığı'nın normal doğumları desteklemesi, medya, yazılı basın ve teknolojinin getirmiş olduğu olanaklar sayesinde halka duyurması, sağlık profesyonellerine yönelik düzenlenen eğitimler ile de farkındalıklar artırılmıştır. Bu sayede kadınlar kendilerini doğumun merkezinde hissederek, müdahalesiz bir şekilde, kendilerine ve bebeklerine güvenerek hayallerindeki doğumu gerçekleştirmek istemektedirler. Gebelerin bu doğrultudaki istek ve arzuları eşlerin gebe okullarına olan başvurularını artırmış ve devletin politikasını sürdürmesine destek sağlamıştır.

NEYİ AMAÇLAR?

Doğuma hazırlık sınıfları çiftleri değişen annelik ve babalık rollerine hazırlar, olumlu bir şekilde ebeveynliğe geçişini sağlayarak gebelik döneminde bebekle kaliteli bir vakit geçirmeyi sağlar. Kadının bedenine yönelik farkındalığını arttırarak kendisine olan güvenini sağlar. Çiftleri sürecin bilinmezliğine dair korku ve kaygılarından arındırarak baş etme yöntemleri kazandırır. Güvenli ve keyif alınan bir doğum deneyimi için gebelik okullarında yapılan hazırlığın önemini fark ettirir. Doğum dalgaları sırasında kullanılacak olan rahatlatıcı yöntemler hakkında bilgiler verir ve birebir uygulamalarına olanak sağlar. Nefes egzersizlerini öğreterek kullanılmasını ve doğum sonrası dönemde meydana gelen fizyolojik değişiklikler konusunda bilinçlendirme sağlar. Emzirme öz-yeterlilik algısını kazandırır ve yeni doğan bebek bakımını uygulamalı olarak öğretir.

AY AY TAKİP EDİYORUZ

Medipol Mega Üniversite Hastanesi'nde doğuma hazırlık sınıfı eğitimlerimiz çiftlerin gereksinimleri doğrultusunda değişebilmektedir. Eğitimlerimizi, birinci trimester (0-3 ay) ve ikinci trimesterde (3-6 ay) çiftlerin gebeliğe uyumlarını ve gebelikteki sağlık ve konforlarını yükseltmek amacıyla yürütmekteyiz. Bu süreçte gebeliğin oluşum fizyolojisi ve embriyonel dönem, gebeliğin psikososyal yaşama etkisi, gebelikte oluşan rahatsızlıklar ve kanıt temelli baş etme yöntemleri, rutin gebelik izlemleri, gebelikteki tehlike belirtileri ve yapılması gerekenler, hijyen,

beslenme, egzersiz, vücut mekaniği, aile olma süreci ile bilgilendirmeler sağlamaktayız. Üçüncü trimester (6-9 ay) döneminde ise son 3 ayındaki değişimler ve baş etme yöntemlerini, kegel egzersizlerinin polikliniğimizde birebir eğitimlerini vermekteyiz. Eğitimlerimizde doğuma yönelik olumlu duyguların desteklenmesini ve olumsuz duygular ile baş etmeyi, doğumun fizyolojisini, doğumun başlama belirtilerini, doğum başladıktan sonra evde geçirilecek zamanda olan değişiklikler ve baş etme yöntemlerini doğumhanemizde aktif olarak çalışan ebe hanımlar ve sorumlu ebemiz tarafından anlatmaktayız. Eğitimlerimizde aktif doğum sürecinde hastane prosedürlerini, doğuma yönelik kanıt temelli uygulamaları anlatmakla birlikte nefes ve gevşeme egzersizlere, anne sütü ve emzirmeye, gebelik ve emzirme döneminde beslenmeye online eğitimlerimizde yer vermekteyiz. Lohusalık sürecini, bebek bakımı ve pilates egzersizlerimizi gebelerimizin müsait olma durumlarına göre birebir planlamaktayız. Otuz altıncı gebelik haftasına ulaşmış gebelerimize doğum salonlarımızı gezdirerek ebeler ile tanışmalarını sağlamakta, ortam koşullarını görerek süreçteki bilinmezlik korkularını yıkmayı hedeflemekteyiz.

MÜDAHALESİZ DOĞUMLAR İÇİN...

Doğuma hazırlık sınıflarının birçok pozitif etkisi bulunmaktadır. Doğumun bilinmezliğine karşı yaşanan korkularda azalma, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde bilgi

düzeyinde artma, doğum memnuniyetinde artma, doğumun müdahale ile başlama oranlarında azalma, perineye ait komplikasyonlarda azalma, epizyotomi uygulamasında azalma, gebelikteki konforda yükseliş, emzirme döneminde meme ucu komplikasyonlarında azalma, anne sütü ile beslenme oranında artma, erken emzirmede artma, yalancı doğum belirtileri ile hastaneye başvurmada azalma, eşlerin sürece katılımında artma görülmüştür. Sonuç olarak çiftlerin bu eğitimlere katılarak daha sağlıklı ve konforlu bir gebelik geçirmesi sağlanmış olacak, müdahalesiz doğumlar gerçekleşecek, ebeveynlik sürecinde anne bebek ve baba arasındaki bağlar daha etkin bir şekilde kurulacaktır.

*Gebe Eğitimcisi



DOĞUMA HAZIRLIK OKULUMUZA BEKLİYORUZ

Medipol Mega Üniversite Hastanesi olarak doğuma hazırlık okulumuzda birinci trimester (0-3 ay), ikinci trimester (3-6 ay) ve üçüncü trimester (6-9 ay) hakkında yüz yüze görüşmeler sağlanmaktadır. Aylık online eğitim programı; salı ve perşembe günleri 2 gün, toplam 9 saat olarak planlanmıştır. Burada; gebe

eğitimcisi, doğumhane sorumlusu ve çalışan diğer ebe hanımlar, kadın doğum hekimleri, emzirme danışmanı ve diyetisyenlerimizin aktif katılımı ile multidisipliner bir eğitim sunmaktayız. Haftalık uygulamalı eğitim programımızda pilates egzersizleri, lohusa bakımı, bebek bakımı üzerine de birebir eğitimler verilmektedir.

Gebelikte diyabet iri bebek sebebi

DR. YAKUP KARAKURT

Hamilelik döneminde ortaya çıkan diyabet, dikkatle takip edilmelidir. Kontrol altına alınmayan şeker, iri bebek doğumlarına ya da hipoglisemi gibi durumlara sebep olabilir.

Diyabetli olmak anne olmaya engel bir durum değildir. Ancak hamilelik dönemi boyunca sorun yaşanmaması ve bebeğin sağlıklı dünyaya gelmesi için yaşanabilecek sıkıntılara karşı önceden önlem alınması ve uzman kontrollerinin aksatılmaması gerekir. Diyabet, gebelikte en sık karşılaşılan sorunlardan biridir. Gebelik sırasında diyabet gelişebileceği gibi gebelik öncesinde de diyabeti olan anne adaylarının da sayısı azımsanmayacak kadar çoktur. Tüm hamileliklerin %0.2–0.3'ünde annede önceden şeker hastalığı mevcuttur. Gestasyonel diyabet ise, gebeliğin başlangıcından sonra ortaya çıkan ve kan şekeri yüksekliği (hiperglisemi) ile sonuçlanan karbonhidrat intoleransı ile karakterize özel bir diyabet grubudur. Gestasyonel diyabette hiperglisemi tablosu çeşitli şiddetlerde görülebilir ve tedavide insülin kullanılıp kullanılmaması veya tablonun gebelikten sonra devam edip etmemesi tanımlamayı değiştirmez. Hamilelikte hormonların etkisiyle kan şekerini düzenleyen insülinin etkisi azalabilmektedir. Buna bağlı olarak kan şekeri yüksekliği görülebilir. Gebelikte oluşabilecek şeker hastalığı nedeniyle tüm hamilelerde 24–28'nci haftalarda oral glikoz tolerans testinin yapılması gereklidir. Bu test sonucunda kan

şekerinde yükseklik saptanırsa gestasyonel diyabet tanısı konulabilir, diyet veya gerekirse insülin tedavisi önerilebilir. Gebe, kontrollerini ne kadar düzenli yaptırırsa ve kan şekeri ne kadar düzenli seyrederse bebekte gelişebilecek sorunlar o derece azalmış olacaktır.

DIYABETİK ANNE BEBEKLERİNDE GÖRÜLEBİLECEK SORUNLAR

- **İri bebek (Makrozomi):** Zamanında doğan bebeğin ağırlığının 4 kilonun üzerinde olması veya gebelik haftasına göre bebeğin ağırlığının üst seviyede olması halinde bu sorundan söz edilir. Bütün doğumlar içinde makrozomi görülme oranı % 2-8 civarındayken diyabetik anne bebeklerinde bu oran %26'lara kadar çıkabilir. Makrozomide beyin ve böbrekler dışındaki tüm organlar büyüktür. Büyük bebeğin doğum esnasında birçok problemle karşılaşması doğaldır. En sık görülen problemler doğum travmalarıdır. Makrozomik olan bebekler genellikle bir yaştan sonra yaşlılarıyla aynı kiloda olurlar, ancak bu bebeklerin 5- 8 yaştan sonra şişmanlık riski artar.
- **Hipoglisemi (Kan şekeri düşüklüğü):** Kan şekerinin 40 mg/dl'nin altında olması hipoglisemi olarak değerlendirilir.

Kan şekeri düşük olan bebeklerde ellerde titreme, huzursuzluk, morarma, vücut ısısının düşüklüğü, sık nefes alma, solunum durması ve solunum güçlüğü gibi belirtiler görülür. Çok düşük kan şekeri ve bunun uzun sürmesi, kalıcı beyin hasarına neden olabilen önemli bir olaydır. Bebek hipoglisemi nedeniyle havale geçirebileceği gibi hipogliseminin uzaması kalp kasını etkileyerek kalp yetmezliğine neden olabilir. Bu nedenle bebekte beslenmeye engel herhangi bir durum yoksa bebek hemen ağızdan beslenmelidir.

- **Hipokalsemi ve hipomagnezemi (Kalsiyum ve magnezyum düşüklüğü):** Diyabetik anne bebeklerinin %19-50'sinde kalsiyum düşük seviyede görülebiliyor. Sıklıkla kalsiyum düşüklüğü ile birlikte magnezyum düşüklüğü de görülen bu bebeklerde pek fazla belirti gözlenmemekle birlikte kalsiyum ve magnezyum düşüklüğü olan bebeklerde en sık görülen belirti titremedir.
- **Sarılık:** Diyabetik annelerin bebeklerinde sağlıklı annelerin bebeklerine oranla bilirubin düzeyleri daha yüksek seyredebilir. Bu sebeple diyabetik anne bebeklerinin %20-30'unda yenidoğan sarılığı görülebilir.

► **Respiratuar distres sendromu (Sürfaktan kıskılığına bağlı solunum sıkıntısı):** Diyabetik anne bebekleri bu soruna karşı, normal bebeklere oranla 5-6 kez daha fazla riske sahiptir. Akciğerlerin yeterince olgunlaşmaması nedeniyle gelişen respiratuar distres sendromunda akciğerler nefes alırken yeterince genişleyemez, nefes verirken de içindeki tüm havayı boşaltamaz. Bu bebeklerin solunum sıkıntısı, inleme, hızlı soluk alıp verme gibi sorunlarının nedeni akciğerlerde sürfaktan isimli bir maddenin eksikliğidir.

► **Renal ven trombozu (Böbrek damarının pıhtı ile tıkanması):** Böbrek damarlarında pıhtı olması durumu olarak bilinen renal ven trombozu, diyabetik anne bebeklerinde daha yüksek oranda görülmektedir.

► **Konjenital anomaliler:** Diyabetik anne bebeklerinde konjenital anomali görülme oranı diyabetik olmayan anne bebeklerine göre 7.9 kat daha fazladır. Diyabetik anne bebeklerinde görülebilecek anomalilerden bazıları kalp problemleri, beyin ve omurilik anomalileri, sindirim sistemi anomalileridir. Bu nedenle diyabetik anneden doğan bebekler doğumdan sonra bu anomaliler açısından taranmalıdır.



Aceleyle doğup, hızla büyüyorlar

DOÇ. DR. MEHMET BÜYÜKTİRYAKI

Prematüre bebekler boy ve kilo açısından yaşitlarını kısa zamanda yakalayabilirler. Fakat yine de nörolojik ve zihinsel gelişimlerini ayrıca izlemek gerekir.

Gebeliğin 37'nci haftasından önce doğan bebeklere prematüre bebek denmektedir. Prematüre bebeklerde, özellikle de 32'nci gebelik haftasından küçük olanlarda ve bilhassa yenidoğan yoğun bakım izlemleri boyunca prematürel ile ilişkili sorunları yaşayanlarda daha belirgin olarak nörolojik ve gelişimsel gerilik görülme riski artmaktadır. Bu bebeklerde serebral palsy, körlük, sağırılık, öğrenme güçlüğü ve davranış bozukluğu gibi sorunlara daha sık rastlanmaktadır. Gelişim basamakları bebekler büyürken zaman içerisinde kazanmış olacağı becerilerdir. Bebekler kendi hızlarında büyürler, ancak her bebek aynı zamanda aynı gelişim basamaklarına ulaşmayabilir. Bu özellikle prematüre doğan bebekler için geçerlidir ve onların gelişimi geri kalmış bebekler olduğu anlamına gelmez. Aynı yaştaki, zamanında doğmuş bir bebekle aynı anda başını tutamaz, gülümseyemez, oturamaz, emekleyemez ve yürüyemezler ancak gelişimleri geri de değildir. Örneğin, zamanında doğan bebekler yaklaşık 6-8 aylıktan desteksiz oturabilir; eğer bebek miadından 3 ay önce doğmuşsa, doğumdan sonraki sekizinci aydaki gelişimi, 5 aya (düzeltilmiş yaşı) uygun olacaktır. 5 aylık bebeklerin de desteksiz oturması beklenemez. Bu nedenle ilk 2 yaşta düzeltilmiş yaşı kullanılması prematüre bebeklerin gelişim hedeflerine ne zaman ulaşacağı ile ilgili daha doğru bir bilgi verecektir. Bundan dolayı prematüre bebeklerin her gelişiminin

değerlendirilmesinde düzeltilmiş yaş kullanılmalıdır. Normal gebelik süresi 40 hafta kabul edilir. Bebeğin doğum haftası ile 40 hafta arasındaki fark, bebeğin takvim yaşından çıkarılır ve prematüre bebeğin düzeltilmiş yaşı bulunur. Örneğin 32 haftalık doğan bir bebek için $40 - 32 = 8$ şeklinde hesaplama yapılır. Bebek, 8 hafta erken doğduğu için düzeltilmiş yaşı, takvim yaşından sekiz hafta düşük hesaplanır. Böyle bir bebek, takvim yaşı dört aylık iki aylık bebeklerin motor becerilerine ve gelişimine sahip demektir.

GELİŞİM BASAMAKLARINI TAKİP ÖNEMLİ

Prematüre bebekler, boy ve kilo açısından yaşitlarını kısa zamanda yakalayabilseler bile nörolojik ve zihinsel gelişimlerini ayrıca izlemek gerekir. Prematüre bebekler doktor kontrolü altında olacaktır, ancak ailelerin de gelişim parametreleri ile ilgili bilgi sahibi olması

bebeklerin gelişimindeki aksamaların erken saptanması açısından faydalı olacaktır.

2

Düzeltilmiş ikinci ayda;

yatarken bas ve gövdesini kaldırabilir, başını daha uzun süre dik tutar, el ve ayaklarını aktif hareket ettirir, ellerini çoğu zaman açık tutar, objeleri elinde tutabilir. Sese doğru dönmek ve karşılık vermek gibi seslere yanıt verir, bir şeye ihtiyacı olduğunda ağlar, 'aaah' ve 'oooh' gibi mırıldanma sesleri çıkarır. Gözlerini bir kişi veya objeye sabitler ve hareketlerini izler, farklı ihtiyaçları için farklı ağlama geliştirirler. Gülümseyerek, yüzüne bakarak ilişki kurar ve annesi veya bakıcısını tanır ve onlarla birlikte olmaktan keyif alırlar.

4

Düzeltilmiş dördüncü ayda;

karın üstü iken başını kaldırır ve kolları üzerinde kalkar, emekleme

PEDİATRİ UZMANLARI TARAFINDAN DEĞERLENDİRİLMELİ

Birçok anne-baba, prematüreliliğin bebeğin zekâ gelişimini etkileyip etkilemeyeceğini merak eder. Doğum ağırlığı 1500 gram üzerinde olan ve önemli sorunlar yaşamayan bebeklerin büyük bir çoğunluğu, daha küçük olanların ise önemli bir kısmı normal olarak gelişir. Ancak prematüre bebeklerde, düzeltilmiş 1-2 aylıktan sonra gevşek hali devam ediyorsa, bacak ve

kollarında sertlik varsa, vücudunu geriye atıyorsa, düzeltilmiş 3 ayda başını ortada tutmuyor, ellerini bir araya getirmiyorsa, vücudunun bir tarafını diğer tarafa göre daha fazla hareket ettiriyorsa ve beklenen gelişim basamaklarında belirgin gecikme var ise nörolojik olarak etkilenmiş olabilir ve çocuk nöroloji ve gelişimsel pediatri uzmanları tarafından değerlendirilmeleri gerekir.

hareketi yapabilir. Ellerini ağzına veya bir araya getirir. Tanıdık seslere başını çevirir, sesli güler, 'aaah-oooh', 'gaaa-gooo' gibi sesleri birleştirir. Objelere daha çok uzanıp kavrar, ağzına götürür ve oyuncak gördüğünde aktivitesi artar. Aynalara bakarak gülümser ve kendi kendine kısa süreli de olsa oyalanmayı bilir.

var ya da yok olduklarını fark eder, yabancılara farklı reaksiyon verir, heyecanını, mutluluğunu ve mutsuzluğunu belli eder.

9 **Düzeltilmiş dokuzuncu ayda;** emekler, ayakta mobilyalara tutunabilir, sıralar ve elinden tutulunca

12 **Düzeltilmiş on ikinci ayda;** yarımsız ayakta durur, ilk adımlarını atar, kitabın sayfalarını bir seferde birkaç tane çevirir, küçük objeleri bir kap içine atabilir. Bir aktivitede bulunurken seslerle hareketlerini birleştirir, bir şeyi yapmaması söylendiğinde duraklar ya da durur, 'mama' veya 'baba' kelimelerini ebeveynleri ile ilişkilendirir, istendiğinde bir objeyi size uzatır. Kendini beslemede daha iyidir, giyinirken yardım eder. Ailesi ve bakıcısı ile olmayı tercih eder, çocuklar ile oynar.

15 **Düzeltilmiş on beşinci ayda;** sandalye ve diğer mobilyalara tırmanır yarımsız yürür. 'Mama', 'baba' ve 'dede'nin yanı sıra iki üç kelime daha söyler, ses çıkarak veya kelimelerle yiyecek veya içecek istediğini belirtir, çekerek, işaret ederek, homurdanarak ne istediğini gösterir. Kendini kaşıyla besler, kendi başına yemek konusunda çoğu kez ısrarcıdır. Öpücük verir, insanları 'baş baş' ile selamlar, masal dinler.

18 **Düzeltilmiş on sekizinci ayda;** karalama yapar, yarımsız yürür ve bazen koşabilir, topu tekme ile öne doğru atar, bir oyuncağı yer boyunca sürükleyerek çeker. Basit emirleri yerine getirir, daha fazla sayıda basit kelime söyler (en az 5-10), burun, ağız, gözler, kulaklar, el ve ayaklarını gösterir. Kendi başına yemekten keyif alır, ama saçarak yer, objelerin nasıl çalıştığını taklit oyunla gösterir. Bazen işine karışıldığında hayır der, ebeveynlerden daha kolay ayrılır, ama tekrar görünce çok sevinir.

6 **Düzeltilmiş altıncı ayda;** kendi başına oturabilir, objeleri sallar, vurur ve objeleri bir elden diğerine geçirir. Her bir elde iki objeyi aynı anda tutabilir. Yüzükoyun yatarken sırtüstüne dönebilir, yürütölmeye çalışıldığında ağırlığını ayağına vererek basabilir. İsmi söylendiğinde döner ve bakar, agular, 'ba', 'da', 'ga', 'ka' gibi sesler çıkarır. Oyuncakların ses çıkarması, ışık saçması gibi özelliklerine dikkat eder, görme alanından çıkan objeleri izler. Çevresinin daha çok farkına varmıştır, ebeveynlerin

yürüyebilir. Başparmağı ve parmağı ile küçük objeleri tutabilir. Ünlü ve ünsüz sesleri bir araya getirir, 'dede', 'baba', 'mama' gibi; sesleri ve hareketleri taklit eder. Oyuncakları ve değişik nesneleri aşağı yukarı çevirir, açıklıklardan elini sokarak dikkatli bir şekilde inceler, beslenme ile daha fazla ilgilenerek, biberonu veya parmak besinleri tutmaya çalışır, oyuncaklarının alınmasına direnç gösterir. Yabancılardan korkar ve kaygılanır, ce-e oynar ve heyecanlandığında ellerini çıkarır.

24-36 **Düzeltilmiş 24-36'ncı ayda;** yuvarlak hareketlerle karalama yapar ve dikey çizgiler çizebilir, iyi koşar, nadiren düşer, tek başına merdiveni iner çıkar, tek ayağı üstünde desteksiz durur, kitabın sayfalarını teker teker çevirebilir. 2-3 kelimelik cümleler kurar, 2 parçalı komutları yerine getirir, en az 20 kelime kullanır. Kitabın sayfalarını çevirerek resimlerine bakar, tokmağı çevirerek kapıyı açar, ellerini yıkar ve kurular, daha az saçarak kendi yemeğini yer. Basit ev işlerine yardım eder.

Doktor muayenesine nasıl gidilir?

DR. ÖĞR. ÜYESİ ABDULLAH KANSU

Hastasınız ve doktor muayenesine gitmek istiyorsunuz. Peki muayeneye giderken dikkat etmeniz gerekenleri biliyor musunuz?

Sağlık okuryazarlığı ailede, ilkokul döneminde başlayacak şekilde ve sonrasında yaşam boyu devam ettirilmesi gereken bir eğitimi içermelidir. Sağlık sisteminin çalışmasının aksamaması, hastalıklarımızla ilgili yanlış bilgiler kanaatler, doktor ve bölüm seçimi, gereksiz hastane müracaatı, ilaçların yanlış kullanımı, sağlığın kaybı, kalıcı hasarlar ve dahi ölüme kadar gidebilecek hatalara sebebiyet verebilecek durumlar sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilişkilendirilebilir. Bir şikâyetimiz ya da hastalığımız olduğunda önemsememiz gereken durumları, kendi sağlık geçmişimizin (hikâyemiz-anamnez) hekimlerce önemsendiği kısımları, aklımıza getirdiğimiz kötü durumları, hastaneye gelirken yanımızda getirmemiz gereken eski tetkikler, hasta- hekim muayenesinin iki taraf için de nasıl daha verimli hale getirilebileceği gibi konularda bilgi-tecrübemizin artması sağlık merkezine yaptığımız ziyareti ve sonuçlarını başarıya ulaştıracaktır. Randevu saatinden kısa bir süre önce muayene olunacak yerde olmaya dikkat edilmeli, yapılacak tetkikler ile ilgili açıklık gereken durumlar mevcutsa, erken saatler tercih edilmelidir. Bazı bölümlerden muayene öncesinde yapılabilecek tetkik ve ölçümlerin (göz muayenesi öncesi ölçüm yapılması, dış muayenesi öncesi görüntüleme gibi) olabileceğini bilmeliyiz. İlk muayene ile kontrol muayenesinde sürecin farklı işleyebileceğini unutmamalıyız.

Ayrıca randevu saatinde hastane şartları sebebiyle (acil gelişen bir operasyon v.b.) küçük değişiklikler olabilmektedir. Hekim hasta ilişkisinde sürecin en önemli aşamaları anamnez (hasta hikâyesi) ve fizik muayenedir. Hastanın şikâyeti, ilişkili durumlar ve yaşamı boyunca sahip olduğu özellikleri kapsayan hikâyesini tanımlayan anamnez, tedavi sürecinin başarısında önemli katkılar sağlar. Hastanın şikâyetiyle birlikte başlayan sorgulama; temel kişisel özellikleri, tıbbi geçmişi, hastalıkları, geçirdiği operasyonları, ailede bulunan belirgin sağlık problemleri, sosyal durumu ve mesleki geçmişini de kapsayarak fizik muayenesi ile tamamlanmalıdır. Hasta muayenesi yeterli genişlikte, ferah aydınlık bir ortamda, gerekli durumlarda olmak üzere yardımcı sağlık personelinin bulunması ile yapılmalıdır.

ESKİ TETKİKLER DE HAZIR EDİLMELİ

Muayene ilk olarak hekimin kendini hastaya tanıtması ve hastaya ismiyle hitap ederek teyit etmesi ve geliş sebebini sorması ile başlar. Hastanın öncelikle kendi tarifi ile anlatmasına müsaade edilmelidir. Sonrasında hekimin yönlendirici sorgulaması başlar. Hastanın söylediği şikâyetlerin nasıl olduğu, ne kadar süredir mevcut olduğu, eşlik eden başka durumların varlığı hekim tarafından detaylandırılarak konuşmaya devam edilir. Hasta tarafından mevcut durumuyla ilişkisiz görülebilecek sorularda da amaç

doğru tanıyı bulmaktır. İnsan vücudu ve sağlığı bir bütün olarak sistematik bir etkileşim halindedir. Hastanın mevcut şikâyetleri kadar sahip olduğu hastalıklar ve kullandığı ilaçlar da muayenede sonraki aşamada sorgulanacaktır. Kişinin kronik bir hastalığı varsa bunları söylemesi ve kullandığı ilaçların bir listesini bulundurması tavsiye edilir. Kanseri tanısı konulmuşsa bu, özel olarak belirtilmelidir. Hastalıklar yanında geçirilmiş operasyonlar da önemlidir. Çocukluktan itibaren yapılan tıbbi işlemlerin (cerrahi operasyonlar, endoskopik işlemler, anjio- stent, ortopedik müdahaleler) zamanı, görüntüleri (tomografi, MR, cd) raporları ve patoloji sonuçları da değerlendirilecektir. Son günlerde kan- hormon tetkiki, idrar tetkiki, genetik

inceleme yapıldıysa bunların muayenede hazır bulundurulması önemlidir. Ülkemizde mevcut olan e-nabız sistemi de bu verilere ulaşmayı kolaylaştırmıştır. Özellikle yaşlı hastaların yakınları tarafından e-nabız ile ilgili uygulama-şifre işlemlerinde hazırlıklı olmalarını hatırlatmak gerekir.

ALERJİLER BELİRTİLMELİ

Sigara, alkol, kahve gibi alışkanlıklar, hobilerimiz, seyahatlerimiz, hayatımızda son dönemdeki değişiklikler doğru şekilde anlatılmalıdır. Tütün ürünleri yanında narkotik ürünlerin kullanımı, enerji içecekleri, destekleyici ürünler kullanılıyor ise belirtilmelidir. Sadece hastalığın tanısını koymak için değil, tedavi seçiminde de bu durumlar önemlidir. Ailede olan hastalıklar var ise; kalp krizi, kalp krizine bağlı ani ölümler, akciğer kanseri, meme kanseri, kolon kanseri, astım- alerji, tüberküloz (verem) ve genetik tanısı konulmuş hastalıklar kişinin sağlık durumu ve riskleri ile ilgili hekime bilgi verecektir. Geçmişte yaşanan alerjik durumlar önemsenmeli, kullanılan bir ilaç tedavi sonrası vücutta oluşan durumlar belirtilmelidir. Sadece ilaçlar değil tüketilen gıdalara bağlı gelişen alerjiler de ifade edilmelidir. Hastanın gebelik ve emzirme durumunun da tüm bölümler için önemli olduğu bilinmelidir. İstenecek radyolojik-laboratuvar tetkiklerinde ve başlanacak tedavi seçeneklerinde hekime yardımcı olacaktır. Ayrıca daha önceki gebeliklerde düşük olması sadece kadın doğum için değil diğer branşlar için de önem kazanabilmektedir. Gebe hastada sezaryen doğum-erken doğum sebepleri araştırılmalıdır.

MUAYENE BAKIŞLA BAŞLAR

Hasta- hekim görüşmesinde detaylı sorgulama sonrası fizik muayene kısmı ile devam edilmelidir. Hastanın vital bulguları denilen tansiyon, nabız,

ateş, solunum sayısı, oksijen değerleri tespit edilmelidir. Muayenede kullanılan yöntemler arasında ana başlıklar halinde; inspeksiyon (bakış), palpasyon (dokunma), perküsyon, oskültasyon (steteskop ile dinleme), manevralar ve nörolojik muayeneden bahsedilebilir. Hekimin hastaya bakışında onun sağlık durumu ile ilgili birçok bilgiye ulaşıldığı bilinmelidir. Bilinç durumu bozuk, etrafla ilişkisi olmayan bir görüntü akla önemli durumları getirebilir. Hastaya bakışta (inspeksiyon) ciltteki değişimler solukluk, kuru-nemli, düzensizlikler, kızarıklık, morarmalar önemli bulgulardır. Vücut yapısında olan anatomik değişiklikler; omurgada, kol ve bacaklarda doğuştan gelen ya da sonradan hastalıklar kazalar ile oluşmuş farklı durumlar gözlenebilir. Hastanın şikâyetinin olduğu vücut bölümüne ait değerlendirme palpasyon (dokunarak) yapılarak devam edilecektir. Ağrının, şikâyetin olduğu kısma dokunulmalı, manevralar ile değişkenliği değerlendirilmelidir. Steteskop yardımıyla akciğer seslerinin dinlenmesi, karın (bağırsak) seslerinin dinlenmesi dahili branşlar açısından önemli bilgiler vermektedir. Tüm bu muayeneler esnasında hastanın rahat edeceği şartların oluşturulması, mahremiyet kavramına dikkat edilmesi en temel haklardır. Birçok branşın kendine has muayene usulleri ve yöntemleri olduğu unutulmamalıdır. Bazı muayenelerde gerekli olması halinde başka branş hekimlerinin de değerlendirmesi istenebilmektedir. Bu duruma konsültasyon denilmektedir. Ve hasta kadar hasta yakınının da hazır bulunması ve bilgi vermesi süreci verimli hale getirmektedir. Muayene sonunda düşünülen ön tanımlar ile ilgili olarak yapılacak tetkikler ve sonuçlanma süreleri farklılık gösterebilmektedir. İlgili tetkikler yapıldıktan sonra sonuçların kontrol muayenesinde ya da gün içinde gösterileceği unutulmamalıdır. Tedavide verilen ilaçların nasıl, ne kadar süre kullanılacağı anlaşılır bir şekilde hasta ve yakınlarına ifade edilir ve hangi durumlarda neler yapılması gerektiği anlatılarak muayene tamamlanmış olur.



SICAK KEMOTERAPİ

Yaşam süresini uzatıyor

DOÇ. DR. ÇİĞDEM ARSLAN

Karın içine yayılmış kanserlerin tedavisinde kullanılan ve kemoterapi ilaçlarının 42 derecede ısıtılarak direk karın içine uygulanmasıyla gerçekleştirilen sıcak kemoterapi; yaşam kalitesini yükseltip yaşam süresinin uzamasını sağlıyor.

Peritoneal karsinomatoz nedir?

Kalın bağırsak, yumurtalık, mide, karın zarı ve apandiks kanserlerinin ileri evrelerinde kanserli hücreler karın içinde yayılarak karın zarı ve diğer karın içi organlar üzerinde çok sayıda tümör oluşturabilirler. Kanser karın içindeki diğer organların ve karın zarının üzerini 'implant' denilen irili ufaklı taneciklerle kaplaması 'peritoneal karsinomatoz' (karın zarı kanseri) adı verilen bir tabloyla sonuçlanır. Birçok kanserin ortak sonucu ve en son evresi olan bu durumda çoğu kez cerrahi, kemoterapi, radyoterapi, hormon tedavisi gibi yöntemler yetersiz kalmaktadır.

Bu tür kanserlerin tedavisi var mıdır?

'Sitoredüktif cerrahi' yani tümör hücre sayısını azaltıcı ameliyat ve 'karın içi sıcak kemoterapi' bu tip hastaların yaşam süresini uzatabilen yeni bir tedavi yöntemidir. Bu 2 yöntem uygun hastalarda birlikte uygulandığında hastanın karın zarında ve diğer iç organlarında yerleşmiş tümör odaklarını azaltarak ya da tamamen yok ederek hastanın yaşam kalitesini ve yaşam süresini artırabilmektedir. Tümör hücrelerini azaltıcı cerrahi olarak bilinen sitoredüktif cerrahide amaç karın içinde gözle görülebilir tümör odağı bırakmadan karın zarı ve iç organlardaki



kanserli dokuları çıkarmaktır. Bu amaçla karın zarı ve organlardaki tümörlü alanlar temizlenmekte, gerektiğinde karın zarı tamamen soyulmakta ve tümör odaklarıyla tamamen tutulmuş ise mide, ince bağırsak, kalın bağırsak, yumurtalık, rahim ve dalak gibi organlar çıkarılmaktadır. Gözle görülür tüm tümör taneciklerini temizlemeyi amaçlayan bu ameliyat oldukça uzun ve zahmetlidir. Eğer bu ameliyatla tüm tümör odakları temizlenemezse sıcak kemoterapinin faydası azalmaktadır. Bu nedenle ameliyat öncesi tetkiklerde ya da ameliyat başlangıcında tümörün tamamen temizlenemeyeceği

görülyorsa hastalara sıcak kemoterapi önerilmemelidir.

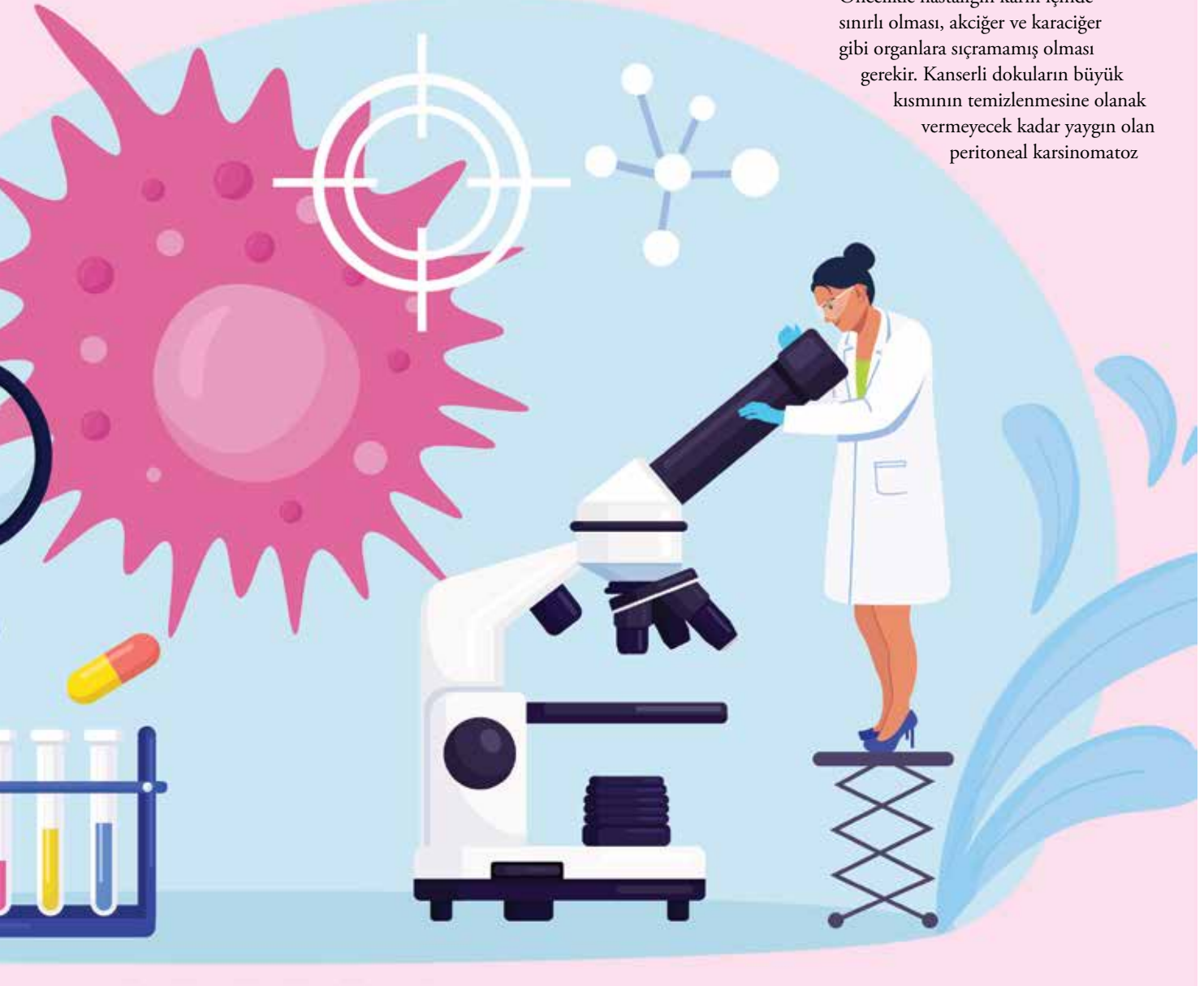
Sıcak kemoterapi nasıl bir tedavi yöntemidir?

Sitoredüktif cerrahi ile tümör odakları temizlendikten sonra karın içine özel bir cihaz yardımıyla 42 dereceye kadar ısıtılmış kemoterapi ilacı verilir ve yaklaşık bir saat boyunca hastanın karını sıcak kemoterapi ilacıyla yıkanır. Karın içine verilen kemoterapinin kanserli hücreleri öldürmede damardan verilen kemoterapiden daha başarılı olduğu, kemoterapi ilacının 42 dereceye ısıtılarak verilmesinin ilacın etkisini artırdığı

bilimsel çalışmalarda kanıtlanmıştır. Sıcak kemoterapi tedavisinde amaç sitoredüktif cerrahi sonrası temizlenemeyen ya da gözle görülemeyen kanser odaklarının ilaçlarla yok edilmesi ya da azaltılmasıdır. Son yıllarda karın içine yayılmış kanserlerin tedavisinde giderek yaygınlaşan sitoredüktif cerrahi ve karın içi sıcak kemoterapi birçok ileri evre kanser hastasında yaşam kalitesini ve yaşam süresini uzatmakta, bazı hastalarda tümörlü hücreleri tamamen ortadan kaldırmaktadır.

Tedavinin yararlı olabilmesi için koşullar nelerdir?

Öncelikle hastalığın karın içinde sınırlı olması, akciğer ve karaciğer gibi organlara sıçramış olması gerekir. Kanserli dokuların büyük kısmının temizlenmesine olanak vermeyecek kadar yaygın olan peritoneal karsinomatoz





uygulandığı hastaların büyük kısmı önceden birden fazla karın cerrahisi geçirmiş, kemoterapi almış, beslenme ve protein değerleri normalden düşük, genel durumu iyi olmayan hastalardır. Ameliyata karar verirken tümörün yaygınlığı ve temizlenebilirliği kadar hastanın genel durumunun bu ameliyatı kaldırıp kaldıramayacağı da önemli bir kriterdir.

Ameliyat kararı nasıl verilir?

Hastaların ameliyat kararı multidisipliner onkoloji konseyinde genel cerrahi, onkoloji, radyasyon onkolojisi, radyoloji, patoloji ve gerekirse üroloji, jinekoloji gibi çok sayıda branşın ortak görüşüyle kararlaştırılır. Ameliyat öncesi ve sonrası dönemde bu alanda tecrübeli bir anestezi ekibinin değerlendirmesi önemlidir. Yine ameliyat esnasında bu hastalara özel yaklaşımlarla anestezi takibi gerekmektedir. Beslenme uzmanları, fizyoterapistler ve psikologlar da bu cerrahide ekibin önemli parçalarıdır. Sitoredüktif cerrahi ve sıcak kemoterapi tedavisinin bu alanda eğitim almış bir cerrahi ekip ve tecrübeli bir merkezde yapılmasının komplikasyon oranlarını düşürdüğüne dair bilimsel çalışmalar vardır.

olgularında sitoredüktif cerrahi ve sıcak kemoterapinin yararı olmamaktadır. Ameliyat ve karın içi kemoterapi uygulamasına karar verilmeden önce hasta; klinik ve radyolojik olarak hastalığın karın içindeki yaygınlığı ve akciğer, karaciğer gibi organlara yayılımı açısından taranmalı, tedaviden yarar göreceği öngörülen hastalar seçilmelidir. Çok sayıda organın aynı ameliyatta çıkarıldığı ve karın içine verilen kemoterapinin yan etkileri

göz önünde bulundurulmalı, sitoredüktif cerrahiyle kanserli dokuların büyük kısmının temizleneceği öngörülüyorsa bu yöntem seçilmemelidir. Yöntemin yan etkileri arasında ameliyatta çıkarılan organlarla ilgili komplikasyonların yanı sıra karın içi sıcak kemoterapiye bağlı böbrek ve kemik iliği hasarı vardır. Yaklaşık 10-12 saat sürebilen bu cerrahi sonrası hastaların yoğun bakım ihtiyacı olabilir. Bu tedavinin



- ONKOLOJİK CERRAHİ
- TIBBİ ONKOLOJİ
- RADYASYON ONKOLOJİSİ
- PEDIATRİK ONKOLOJİ
- HEMATO ONKOLOJİ
- PATOLOJİ
- NÜKLEER TIP



Kanser Konseyi

Kansere karşı akıllı teknolojiler,
uzman kadro ve multidisipliner yaklaşım

KANSER TEDAVİSİNDE KULLANILAN İLERİ VE AKILLI TEKNOLOJİLER



ROBOTİK CERRAHİ



TRUEBEAM



CYBER KNIFE



GAMMA KNIFE



İNTRAOPERATİF
RADYOTERAPİ



BIOGRAPH mCT



PET-CT



444 70 44



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



MEDİPOL
MEGA
MEDİPOL MEGA
HASTANELER KOMPLEKSİ



Kanserde psikolojik destek şart

DR. ÖĞR. ÜYESİ SEVDA GÜMÜŞ ŞANLI

Kanserle mücadele eden hastalarda korku, kaygı ve çaresizlik gibi durumlar görülebilir. Bu tepkilerin bir kısmı normaldir ancak sıkıntının arttığı durumlarda psikiyatrik tedavi gerekir.

Psiko-onkoloji; kanserin psikolojik, sosyal, davranışsal ve etik yönlerini, hastanın, hasta yakınlarının ve bakımverenlerinin tüm evrelerde kansere psikolojik tepkilerini, kanser sürecini etkileyecek psikolojik, davranışsal ve sosyal faktörleri ele alan yeni bir alandır. Kanser hastalarının yaşamış oldukları psikolojik sorunlar sebebi ile psiko-onkolojinin temelleri 1950'li yıllarda atılmıştır. Günümüzde psiko-onkolojik destek radyoterapi ve kemoterapi gibi tedavi yöntemlerine ek olarak düşünülmelidir. Dünya Sağlık Örgütü tüm ülkelerde onkolojik hastalarda psiko-sosyal yaklaşımların da etkin olması ve ulusal kanser planlarına psiko-onkoloji hizmetlerinin eklenmesi ve bütün kanser merkezlerinde psikolojik desteğin verilmesi gerektiğini belirtmektedir. Son zamanlarda tüm insanlığın en önemli ve en trajik sorunlarından olan kanser, insanlarda genel olarak ölüm korkusu, umutsuzluk, çaresizlik, yalnız kalma gibi olumsuz duygu ve düşünceleri tetiklemektedir. Yıllar içerisinde kanser tedavisinde yaşanan tüm gelişmelere rağmen kanser tanısı hala insanlarda kaygı ve depresif duygular uyandırır, zaman içerisinde belirsizlikler içeren, ağrı ve ölümü düşündüren bir hastalık olmayı sürdürmektedir. Kanser şüphesi olan hasta ile ilk konuşulduğunda korku, kaygı, hayal kırıklığı, bağımsızlığın kaybı ve yalnız ölmek ile ilgili kaygılar meydana gelir. Bu tepkilerin bir kısmı

normaldir ancak sıkıntının arttığı ve hayat kalitesinin bozulduğu durumlarda psikiyatrik tedaviye gereksinim doğar. Hastalar arasında kanser tanısı sonrası tepkiler farklılık gösterebilir. Elisabeth Kübler Ross tarafından kanser tanısı sonrası oluşan yas sürecinde psikolojik tepkiler; inkâr, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme olarak üzere 5 dönemde ele alınmıştır. Birinci sırada sık görülen şok; inanmama ve kabullenmemedir. İnkâr etme, kişiyi sürece ve olaya alıstırarak aynı zamanda süre kazandıran savunma mekanizmalarından birisidir.

İLK ÖNCE GERÇEK İNKÂR EDİLİR

Bu aşamada kanser gerçeğinin kabul edilmemesi ve inkâr edilmesi dayanması çok zor olan kanser gerçeğinin oluşturduğu anksiyete ve ümitsizlik duygularına karşı geliştirilen ilk gerçek psikolojik savunmadır. Bu sürecin süresi, kişiden kişiye birkaç saatten birkaç haftaya kadar değişebilmektedir. Kişi gerçeği reddederek, kendini şiddetli anksiyeteden korumaktadır. Bu sebeple bu gibi hastaların önceden ruhsal açıdan hazırlanarak, çevrenin özellikle eşin duygusal ve sosyal desteğinin alınması ve kanser tanısının yavaş yavaş söylenmesi daha doğru bir yaklaşım olabilir. İkinci aşamada hastanın verdiği tepki fazla miktardadır. Kişi kanser gerçeği ve tedavisi ile yüzleşmeye başlar ve emosyonel tepkiler gösterir. Bu dönemde ana tepki

kaygılanmadır. Ölümün olasılığı, ayrılık ve ölüm düşünceleri, ve bedene yabancılaşma durumları bu kaygının ana etmenleridir. Bu dönemde sıklıkla huzursuzluk ve korkular eşlik eder. Uyku bozuklukları ortaya çıkabilir, işe ve günlük aktivitelere konsantre olmak son derece zordur. Ölümün ağrılarla olacak olması, fiziki bütünlüğü değiştirecek bir operasyonun gerekliliği, bağımsızlığın kaybı, aile ve eşin desteğini kaybetme gibi korkular yoğunluktadır. Bu dönem genel olarak bir ya da iki hafta sürer ve kanser tedavisinin başlaması ve hastanın tekrar yaşam umudunu kazanması ile birlikte sona erer. Son aşama, hastanın kanser gerçeğini kabullenip yaşamına tüm enerjisini yönelttiği, tedavinin hayatta kalmayı uzattığına dair inancın verdiği rahatlama ve uyum sürecidir. Hastalığın hayatın bir parçası olduğunun kabullenildiği dönemdir. Bu aşama ile birlikte hasta hayatının ve varoluşunun nedenlerini sorgular. Hastalar kanser tedavisinin başlamasıyla rahatlarlar ve kanserle mücadele etmeye başlarlar. Çok sayıda ileri tetik ve tedavi yöntemleri tedavi evresi ile birlikte ortaya çıkmaktadır. Hasta bu dönemde kemoterapi, radyoterapi, cerrahi tedavi yöntemleri gibi tedavilerin oluşturduğu etkiler konusunda anksiyete hisseder. Cerrahi olarak kitlenin alınması hastalarda bağımlılık hissi oluşturur. Bağımlılık hissi özgürlüğün ortadan

kalkmasını içermektedir. Hasta cerrahi olarak kaybedilen organın üzüntüsünü hisseder. Hastalar kanser tanısı sonrasında işlevselliklerini kaybedebilmektedirler. Bu durum operasyon sonrası depresyona sebep olabilmektedir. Kanser tanısı sonrasında geleceğe dair belirsizlikler oluşur. Kemoterapinin yan etkileri ortaya çıktıkça kaygılı bir durum oluşturur. Kemoterapi sebebi ile oluşan bulantı, kusma, saç kaybı gibi yan etkiler ve enfeksiyon riski kişinin psikiyatrik durumunu daha da olumsuz etkilemektedir. Tedavi bitse de hastalarda, hastalığın tekrar etme korkusu ve tedavi sonrası döneme uyum sorunları oluşmaktadır. Hastaların çoğunda hastalığın tekrar etme korkusu yoğun olarak devam eder. Hasta her küçük şikâyetini kanserinin tekrarına bağlayabilir.

YOĞUN KAYGI GÖRÜLEBİLİR

Hastalar her kontrol zamanında hastalığın tekrar etme olasılığı sebebi ile yoğun kaygı yaşayabilirler. Hastalıkta yeni bir tekrar oluştuğu durumda, hastada kanser tanısı aldığı ilk dönemdeki kadar ya da daha fazla miktarda inkâr gibi psikolojik reaksiyonlar, ümitsizlik ve en çok uykusuzluk, iştah kaybı, mutsuzluk ve umutsuzlukla birlikte yoğun depresyon oluşabilmektedir. İlerleyen hastalık döneminde hastalar alternatif tedavi yöntemlerini araştırarak bir ümit bulmaya çalışabilirler. Geride bırakılacak çocuklar ve yaşanmamış bir hayat ile ilgili düşünce uğraşları yoğun olarak görülebilir. Kanser ile ilişkili psikiyatrik bozuklukların incelendiği çalışmalarda, psikiyatrik hastalıkların yaygınlığının % 9-60 oranında değişken bir aralıkta bulunduğu bilinmektedir. Hastaların %90'ında psikiyatrik bozukluk hastalık sonrası ya da tedaviye tepki olarak ortaya çıkmış iken, hastaların %10'unda kişilik bozukluğu ya da anksiyete bozuklukları gibi tanılar kanser öncesinde de bulunmaktadır. Kanserli hastanın toplumla olan ilişkileri, ailevi ve kişisel deneyimleri, özgüveni hem kanserin hem de psikolojik durumların üstesinden gelmesinde etkili önemli etmenlerdir.

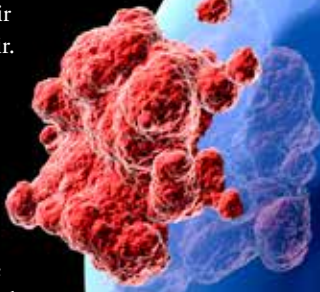


Karın şişliği kanserin habercisi

PROF. DR. VOLKAN ÜLKER

Sinsice ilerleyen yumurtalık kanserinin en sık görülen belirtici
karında yaşanan şişlik ve basınç hissidir.

Kadınlardaki önemli kanser türlerinden birisi olan yumurtalık kanseri (over kanseri), her yaş grubunda görülebilsede özellikle menopoz sonrası dönemde daha sıklıkla karşımıza çıkar. Dünya genelinde kadın kanserleri arasında sekizinci sırada yer alan yumurtalık kanseri, kadın kanser ölümeleri açısından daha üst sıralarda kendisine yer bulmaktadır. Ülkemiz kanser kayıt verilerine göre ise her yıl yaklaşık 4 bin civarı kadın bu hastalıkla yüzleşmek zorunda kalmaktadır. Günümüzde özellikle cerrahi ve medikal onkoloji alanlarındaki önemli araştırma ve gelişmelerle birlikte bu ölümcül hastalıkla mücadele tüm hızıyla ve giderek artan bir ivmeyle devam etmektedir. Hastalığın erken dönemlerinde herhangi bir belirti vermemesi ve sinsi ilerlemesi nedeniyle olguların büyük çoğunluğu genellikle ileri evrelerde tanı almakta, dolayısıyla da bu sebeple de yumurtalık kanserinin tedavisi oldukça zorlu olup sıklıkla da uzun bir süreç gerektirmektedir. Erken teşhis edildiğinde ise yüzde 80-90 oranında başarılı tedavi sonuçları elde edilebilmesi yüz güldürücüdür.

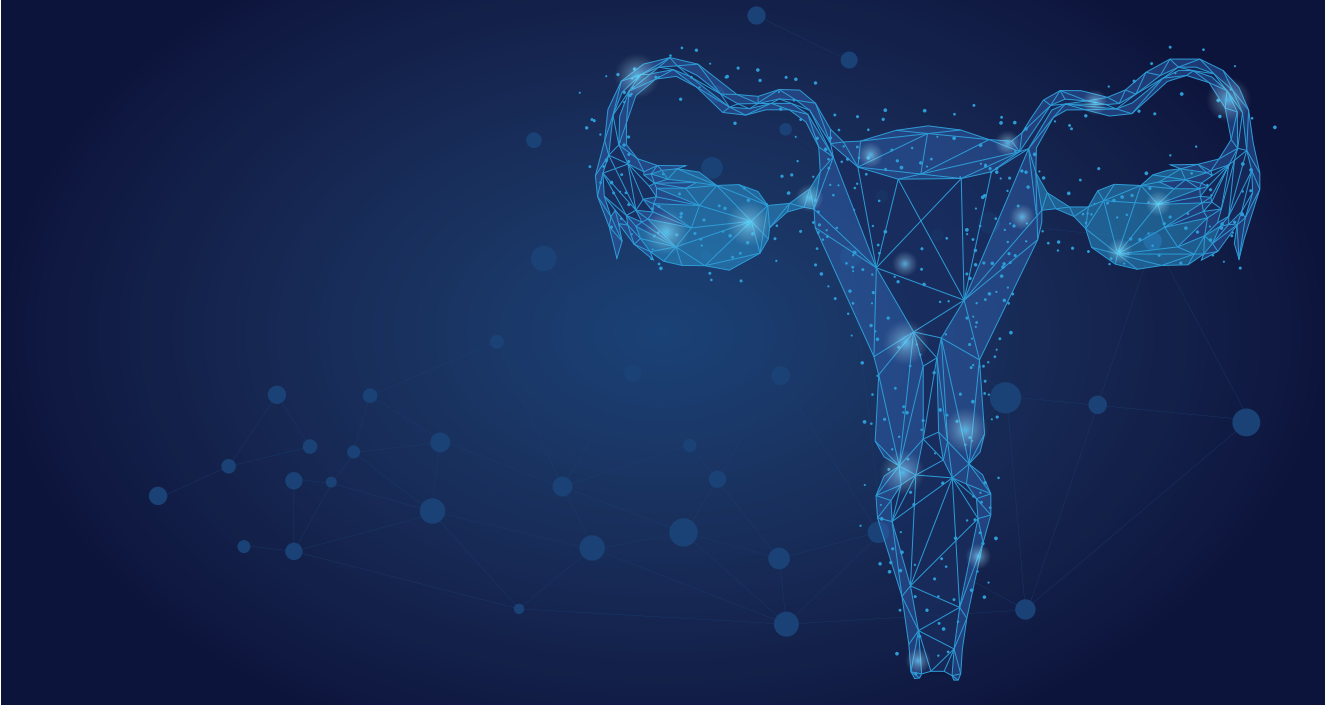


ihtiyacı, vajinal kanama ve kilo kaybıdır. Bu gibi genel belirtilerin zaman zaman sağlıklı bireylerde de görülebilmesi nedeniyle hastalar sağlık kuruluşlarına ancak uzun süreli şikâyet varlığında başvurmakta, bu durum tanı ve tedavide ciddi oranda gecikmeye neden olmaktadır. Karın şişliği hastalık ilerledikçe giderek artan bir seyir gösterir ve bu durum hem yumurtalık kaynaklı tümörün büyümesi hem de sıklıkla tümöre eşlik eden karın içerisinde giderek artan sıvının (asit) varlığına bağlı olarak gelişmektedir.

Hastalarda en sık görülen belirtiler karında şişkinlik ve basınç hissi, kasıkta dolgunluk ve ağrı, hazımsızlık, bulantı, iştah kaybı, erken doyma, bağırsak alışkanlıklarında kabızlık gibi değişiklikler, sık idrara çıkma

TEDAVİDE AMELİYAT ŞART

Çevresel faktörler, kalıtsal gen mutasyonlarının varlığı, ailede yumurtalık ve meme kanseri hikâyesi olması, ileri yaş ve hiç hamile kalmamış ya da doğum yapmamış olmak bilinen



risk faktörleri arasında yer almaktadır. Çok sayıda doğum yapan, emziren, doğum kontrol hapı kullanan veya tüplerin cerrahi olarak çıkarıldığı (salpenjektomi) kadınlarda ise yumurtalık kanserinin daha az görüldüğü bilinmektedir. Tanı aşamasında karın ve pelvik bölgeye yönelik ultrasonografi, tomografi (BT), MR ve PET-CT gibi radyolojik incelemeler oldukça yardımcıdır. Bu yöntemlerle normal anatomik yapıdan farklı olan ve yumurtalıklardan kaynaklanan çeşitli boyutlardaki kistler ve/veya kitleler, karın boşluğunda sıvı birikimi, karın boşluğunda bulunan diğer organlarda veya akciğer gibi uzak organlarda hastalığın yayılımı ve büyümüş lenf nodları tespit edilebilmektedir. Hastalarda görüntüleme yöntemleri dışında, tümör belirteçlerinin kan değerlerindeki artışı da mutlaka değerlendirilmektedir. Yumurtalık kanseri tanısı alan hastaların çoğunda CA 125 düzeyleri çok yüksek düzeylere çıkabilir. Sadece tanı aşamasında değil takip sürecinde de hastalık nüksü açısından radyolojik görüntüleme yöntemlerinin yanı sıra tümör belirteçleri oldukça faydalı testlerdir. Yumurtalık kanseri olduğu düşünülen veya komplike yumurtalık kistleri olan hastalar doku tanısı için ameliyat edilip, şüpheli olan kitle etrafa yayılmadan tam olarak çıkartılarak hem patolojiye gönderilip doku tanısı elde edilebilir hem de kitle bütünüyle çıkartıldığı için hastalığın tedavisi yapılmış

olur. Ameliyat esnasında yapılan patolojik tanı (frozen inceleme) yumurtalık kanseri olarak gelirse evreleme cerrahisi denilen ve jinekolojik onkoloji uzmanlarının gerçekleştirebildiği geniş bir ameliyat yapılarak hastalığın yaygınlığı (evresi) tespit edilip, geride hiç tümör kalmadığından emin olmak hedeflenir.

AMAÇ GERİDE TÜMÖR DOKUSU BIRAKMAMAK

Yumurtalık kanseri tedavisi genelde karın içindeki birçok organı içine alan geniş bir cerrahi ve kemoterapi kombinasyonunu içerir. Ameliyat çoğunlukla; her iki yumurtalık, rahim, çevredeki lenf düğümleri, ve hastalık yayılımı varlığında karın zarı, diyafragma peritonu, kalın bağırsak ya da ince bağırsak rezeksiyonu, dalak, apendiks ve karaciğerin tümör yayılımı olan kısmının alınmasını içerir. Yumurtalık kanseri cerrahisinde amaç geride hiç tümör dokusu bırakmamaktır. Hastaların bir kısmında kalın bağırsağın bir kısmı çıkartıldıktan sonra bağırsak karın dışına alınabilir, kolostomi olarak adlandırılan bu ameliyat sohrasında hastanın dışkılaması bu yolla olur. Kolostomi bakımı ve torba sistemi konusunda hasta ve yakınları eğitilir. Kemoterapi, büyük ve geniş hacimli yumurtalık tümörlerine etki edemediği için tümörün mümkün olduğunca

çıkartılmasıyla kemoterapinin daha etkin olması sağlanır ve hastanın yaşam süresi uzar. Eğer yumurtalık kanseri genç ve henüz çocuk doğurmamış bir hastada çok erken evrede tespit edildiyse hasta olmayan diğer yumurtalık ve rahim bırakılarak hastanın çocuk sahibi olma yeteneğinin ve hormon üretiminin korunabilmesi mümkün olmaktadır.

İLK 5 YILDA TEKRARLAYABİLİR

Tedavinin bu zor ve komplike hali, yumurtalık kanseri tedavisinin bu konuda eğitim almış jinekolojik kanser cerrahisi uzmanları tarafından yapılmasını gerektirir. Ameliyat sonrası hastalığın evresine göre değişen sayıda kemoterapi uygulanabilir. Kemoterapiye ameliyat sonrası çok gecikmeden başlanmalıdır. Eğer tümör erken evrede, küçük ve yumurtalıkta sınırlı ise, laparoskopi veya robotik cerrahi ile yapılacak bir ameliyat yeterli olabilir. Böyle bir cerrahi sonrası hastanın iyileşme süresi açık ameliyata göre çok daha hızlı olacaktır. Yumurtalık kanseri tedavisi gören hastaların önemli bir kısmında hastalık ilk 5 yıl içinde tekrarlayabilir. Bu nedenle hastalar cerrahi ve kemoterapi bitiminden sonra belli aralıklarla takip ve kontrol edilmelidir. Hastalığın nüks etmesi durumunda ise yeniden kemoterapi uygulamaları ya da uygun vakalarda ikincil cerrahi girişimlere ihtiyaç duyulabilir.

Ayrıcalıklı ve konforlu bir
sağlık çözümü...

Evde sağlık hizmetimiz ile her zaman yanınızdayız

'Evinizdeyiz' sağlık hizmetimiz ile hastaneye
gidemediğiniz ya da gitmeyi tercih etmediğiniz
durumlarda evden çıkmadan sağlığınıza
koruyabilmeniz, tedavilerinizi güvenle,
konforlu ve eksiksiz sürdürebilmeniz için
İstanbul'un her noktasına evde sağlık
hizmeti sunuyoruz.

Her zaman yanınızdayız.



Minimum doz, maksimum hız

DR. ÖĞR. ÜYESİ TANSEL ÇAKIR

Özellikle kanser hastalarında yapılan PET-CT taramalarının çözümü olarak sunulan Biograph mCT cihazı sayesinde hastalara daha düşük dozlarda radyasyonla yüksek çözünürlükte görüntüleme sağlanıyor. Bu da tanı ve tedavide önemli bir gelişme olarak görülüyor.

Son dönemde görüntüleme tekniklerinde yaşanan teknolojik gelişmeler doğru tanı ve tedavi konusunda da önemli adımlar atılmasını sağladı. Özellikle kanser hastalarında tarama yapılmasını sağlayan diagnostik görüntülemede önemli bir gelişme olarak kabul edilen Biograph mCT ile daha düşük radyasyonla en yüksek çözünürlük elde ediliyor. Ayrıca tüm vücut PET-CT taraması 5 dakika gibi kısa bir sürede yapılabilir. Diğer cihazlarda görülemeyen en küçük detayların bile tespit edilebilmesi, tanı ve tedavi sürecine katkı sağlayarak gereksiz cerrahi işlem ve biyopsilerin önüne geçilmesine yardımcı oluyor. Medipol Mega Üniversite Hastanesi Nükleer Tıp bölümünde de kullanımına başlanan cihazlar hem hekim hem de hastalar açısından yüksek avantajlar sunuyor. Diagnostik görüntülemenin, klinik sorgulamalara kesin ve zamanında yanıt vermesi, aynı zamanda bu yanıtların mümkün olan en güvenli ve verimli şekilde sağlanması kritik bir önem taşıyor. Diğer taraftan tüm sağlık kuruluşları ve hekimlerin en iyi hasta bakımı sunmaya, hastaların da rahat görüntüleme deneyimine yönelik talepleri giderek artıyor. Biograph mCT ile hem sağlık profesyonellerinin hem de hastaların

daha yüksek kaliteli ve hasta odaklı bakıma yönelik artan beklentilerini karşılıyor. Yüksek verimlilik ve üretkenlik, günümüzde sağlık sektörünün en önemli ihtiyaçları arasında bulunuyor.

GÖRÜNTÜLEMEDE YENİ BİR BOYUT

Hastalarımıza daha hızlı ve kesin sonuçlar sunmak en büyük önceliğimiz. Konu diagnostik görüntüleme olduğunda da hem bu gerekliliklerin karşılanması hem de teşhis ve tedavide belirleyici bir

rol oynayabilen en küçük ayrıntıların yakalanabilmesi doğru teşhis ve tedavi için büyük bir önem taşıyor. Kanserli hastalarda kullanılan geleneksel PET-CT sistemlerinin standart çapları veya sınırlı CT işlevselliği, tüm hastalara hizmet vermeyi zorlaştırdığı gibi teşhis ve tedavi yetenekleri üzerinde de sınırlayıcı olabiliyor. Biograph mCT çözümü, PET ve CT prosedürlerini esnek bir sistemde bir araya getirerek inovatif özellikleriyle diagnostik görüntülemeye yeni bir boyut kazandırıyor.





PET VE CT TARAMALARI TEK SEANSTA BİRLEŞİYOR

Pozitron emisyon tomografisi (PET) ve bilgisayarlı tomografi (CT) birleşimi ile oluşturulan, ileri teknolojiye sahip bir görüntüleme yöntemi olan PET-CT çözümü Biograph mCT, kalp ve nörolojik rahatsızlıkların yanı sıra özellikle onkoloji alanında da aktif rol üstleniyor. Genelde ayrı ayrı yapılan PET ve CT taramaları, hekimler tarafından üst üste konularak teşhis ve tedaviye yön veriyor. Ancak bunun için yapılan iki ayrı taramada, hastanın tamamen aynı pozisyonda konumlandırılması gerekiyor. Bu gereklilik hem tarama sürecini zorlaştırıyor hem de tekrar çekimlere olan ihtiyacı artırıyor. Biograph mCT ise, hastayı hareket ettirmek zorunda kalmadan tek seansta her iki taramayı da hızlı bir şekilde gerçekleştirmeyi mümkün kılıyor. Böylece, PET taraması ile elde edilen metabolik veriler ve CT ile gelen anatomik veriler, tek bir cihazdan eş zamanlı olarak alınarak, diğer görüntüleme yöntemlerine göre daha ayrıntılı ve doğru bilgileri daha kısa zamanda sunuyor. Biograph mCT, kanserden tanı konulamayan rahatsızlıklara, enfeksiyonlardan kalp



ve beyin hastalıkları ile Alzheimer ve demans hastalığının ayırımına kadar birçok sağlık sorununda erken teşhis ve tedavi planlamasında yol gösterici bir işlev üstleniyor.

AVANTAJLARI NELERDİR?

Fazla kilolu ve obez hastalar da göz önünde bulundurularak geliştirilen cihaz, 78 cm'lik gantri açıklığıyla, diğer üreticilerden yüzde 24 daha geniş gantri sunuyor. Daha geniş alan, klostrofobi olan hastalar için de daha konforlu bir çekim anlamına geliyor. Biograph mCT Flow, en zorlu hastalıkların tanı ve tedavisinde olağanüstü ilerleme kaydetmenin önünü açıyor. Diğer PET-CT cihazlarında bulunmayan Flow Motion özelliği ile hastanın ihtiyacına özel çekim protokolleri oluşturabiliyor;



multiparametrik çekim özelliği ile de hastalığın tespiti çok daha ayrıntılı olarak yapılabilir. Sistemin sunduğu yüksek teknoloji Time of Flight (ToF) özelliği sayesinde hastanın taranması için damar yolundan enjekte edilen radyoaktif madde çok daha düşük dozlarda kullanılabilir ve azalan doza rağmen yüksek çözünürlüklü görüntüler elde edilebilir. TrueV yüksek hız teknolojisi, ise aksiyel görüş alanını genişletiyor ve standart bir görüş alanı ile karşılaştırıldığında %30 daha az yatak pozisyonu sunuyor. %70'in üzerinde artan sayım oranı performansı, doz oranları veya tarama süresi düşürülebilir. Örneğin, bir tarama süresi on dakikaya düşürülüp hastaya %50 daha az doz enjekte edilebilir. TrueV; dozu yarı yarıya azaltırken hızı 2 katına çıkarabilir.

Felç kelimesi korkutmasın

DOÇ. DR. MEHMET ONUR YÜKSEL

Bir sabah uyandığınızda kendinizi yüz felci geçirmiş olarak bulursanız ne yaparsınız? Felç kelimesi hemen korkutmasın. Ani olarak ortaya çıkan yüz felci uygun tedavi yöntemleriyle tamamen iyileşebiliyor.

Yüz felci nedir?

Yüz felci yedinci kranial sinir olan nervus facialis adındaki sinirin felci neticesinde oluşan bir hastalıktır. Fasial sinir yüzümüzdeki ifadeleri kontrol etmekle birlikte, tat duygusunu iletmekte ve tükürük salgılanmasında görev almaktadır. Fasial sinirin felç olması sonucunda yüzümüzdeki simetri bozulur, konuşurken ağızımız sağlam tarafa doğru kayar, göz tek taraflı olarak kapanmaz, tükürük salgısı azalır ve tat duygusu bozulur. Yüz felci genellikle ani olarak başlar. Tamamına yakın bir kısımda yüzün tek tarafı kısmi veya tam felç olur. Görülme oranı yüz binde yirmidir. Yüz felci hemen her yaşta görülebilir. Yenidoğan bebeklerde ve gençlerde bile yüz felci oluşabilmektedir. Kadın ve erkeklerde aynı oranda görülmektedir. Kadınlarda özellikle gebeliğin son 3 ayı ve lohusalık döneminde yüz felcinin görülme oranı artmaktadır.

Ortaya çıkış nedenleri nelerdir?

Fasiyal sinir felcinin yarıdan fazlası hiçbir neden yok iken ortaya çıkmaktadır. Bu durum bell paralizi olarak adlandırılmaktadır. Fasiyal sinir felcinin bilinen nedenleri ise travma, iç kulak yolu enfeksiyonu ve üst çenedeki diş iltihaplarına bağlı oluşan enfeksiyonlar, tümör, diyabet, gebelik, inme, sarkoidoz, su çiçeği virüsünün neden olduğu ramsey hunt sendromu ve otoimmün

hastalıklardır. Zor doğumda kafatasında ezilme ve sıkışma neticesinde de yüz felci oluşabilmektedir. Tiroid hormonu hastalıkları (guatr, hipo/hipertroidi) fasiyel paralizi riskini artırabilmektedir. Soğuk, rüzgar ve klimaya direk maruz kalmak da yine yüz felcine neden olan diğer sebeplerdir.

Kimlerde daha çok görülür?

Yaş önemli bir faktördür. Çocuklarda daha az görülmektedir. Kafa travmasına maruz kalanlarda, beyin ve omuriliği etkileyen multipl skleroz ve guillain-bare sendromu gibi otoimmün hastalıklarda risk artmaktadır. Diyabet varlığında risk 4 kat daha fazladır. Soğuğa ve klimaya direk maruz kalanlarda yüz felci daha çok görülür.

Yine gebeliğin özellikle son trimesterinde ve lohusalık döneminde yüz felci daha çok görülür. Bağışıklık sisteminin bozukluğuna sebep olan hastalıklar da başka bir risk grubudur. Vücut direncinde düşmeye neden olacak enfeksiyon, yorgunluk, uykusuzluk, beslenme bozukluğu ve stres hastalığın görülme ihtimalini artırmaktadır.

Tedavisi nedir?

Yüz felcinin tedavisi öncelikli olarak bir neden var ise nedene yönelik olmalıdır. Enfeksiyon varsa kontrol altına alınmalıdır, diyabet ve hipertansiyon varsa kontrol altına alınmalıdır. İlaç tedavisi olarak kortizon tedavisi ve virüslere yönelik antiviral tedaviler verilmelidir. Vitamin takviyesi gerekebilir.

BELİRTİLERİ NELERDİR, NASIL ANLAŞILIR?

Yüz felci olması durumunda yüzde asimetri oluşur, konuşurken ağız sağlam tarafa kayar. Bu kayma özellikle gülerken çok belirginleşir. Yeme ve içmede zorluk çekilir. Hastanın konuşması bozulur, mimik hareketlerinde azalma olur. Göz tek taraflı olarak kapanmaz, göz yaşı ve tükürük salgısında azalma olur. Gözyaşı salgısının azalması ve göz kapağını kapatamama neticesinde göz kuruluğu ile birlikte etkilenmiş göz kapağı azalmış gözyaşını göze tam

olarak yayamadığından dolayı sürekli göz yaşarma sorunu yaşanır. Göz sürekli açık kalırsa ve uygun biçimde kapatılmaz ve korunmazsa gözde tahriş ve iltihaplanma olur. Tat alma bozulur. Özellikle hastalar metalik bir tat hissettiklerini belirtirler. Isık çalma hareketi yapılamaz, burun kanatları nefes alırken hareketsiz kalır. Kulağın iç ya da arka kısmında ağrı olur. Çene eklemi çevresinde ağrı oluşur. İştihade bozulma olur ve gürültüye duyarlılık artışı görülür.

Sıcak uygulama, masaj , sakız çiğnemek, balon şişirmek, ılık çalmak gibi yüz kaslarının kullanılacağı egzersizler oldukça etkilidir. Hastalarda göz kapanmasında sorun olduğu için hem göz kuruluğunu engellemek hem de enfeksiyon oluşumunu önlemek için steril göz damlaları ve pomadlar kullanmak ayrıca göz bandajı kullanarak gözü kapatmak gerekir. Bazı durumlarda ise nedene yönelik cerrahi tedavi de gerekebilmektedir. Ayrıca altta yatan bir neden yoksa ve ilaç tedavisi ile şikâyetler düzelmediyse kulak arkasından girilerek sinire ulaşmak ve etrafındaki kılıfı açmak gerekebilir. Yüz kaslarının felç olmasının yanı sıra tükürük salgısında azalma, tat duyusunda azalm , göz yaşı salgısında azalma varsa %80-90 oranında iyileşme tam olmayabilir.

Tedavide egzersizlerin yeri nedir? Hastalara ne gibi egzersiz önerilir?

Yüz felcinin iyileşmesinde fizik tedavinin katkısı çoktur. Yüzeysel sıcak uygulaması, masaj-yüz egzersizleri yapılmalıdır. Elektrik stimülasyonu ve elektroterapi uygulanır. Bu sayede lokal kan dolaşımını artırmanın yanı sıra cildin elektrik direnci azaltılarak kontraktür (kasılma) ve atrofi (kas erimesi) gelişimi önlenmiş olur bu sayede kas fonksiyonlarında iyileşme görülür.

Tamamen iyileştirilebilir bir hastalık mıdır?

Yüz felci %80 oranında 2-3 hafta içinde uygun tedaviler ile tamamen düzelir. %10'luk bir oranda tedavi bir yıla kadar uzayabilir. %10'luk bir kısmında ise kalıcı olabilir. Yüz felcinin tekrar etme olasılığı %5-15 civarındadır ve bu oran altta yatan hastalıklar ve risk faktörlerine göre değişir.

Mamografi çektirmem şart mı?

PROF. DR. IRMAK DURUR SUBAŞI

Meme kanseri tarama programları ile meme kanserinden ölümlerde %30-40'lara varan azalma sağlandığı bilinmektedir. Erken tanının hayat kurtaracağı düşünüldüğünde 40 yaş üstü kadınların mutlaka mamografi çekmesi gerekir.

Mamografi bir yumuşak doku radyografisidir. Görüntüleme alanında yalnız yumuşak dokuların olması nedeni ile düz radyografilere oranla daha düşük enerjili x-ışınlarının ve dolayısıyla daha düşük radyasyon dozunun kullanıldığı bu yöntem, görüntüleme yöntemleri arasında en yüksek uzaysal çözünürlüğe sahiptir. Bu sayede mikron düzeyindeki bazı değişikliklerin görselleştirilmesine imkân sunar. Mamografi ile meme, anatomik bütünlük içerisinde gösterilebilir. Yani tek bir filme bakıldığında neredeyse memeye ait tüm yapılar gözlemlenebilir. Bu sayede yıllar içerisinde, seri mamografilerle, sessiz anormallikleri saptamak daha kolay olur. Ayrıca erken meme kanserine ait olabilecek kireçlenmeleri (kalsifikasyon) sadece mamografi gösterebilir. Kireçlenmelerin görüntülenmesi ve sınıflandırılmasında ultrasonografi veya manyetik rezonans görüntülemeye güvenilemez.

Mamografinin en önemli çekincesi x-ışınları ile görüntüleme yapılması yani radyasyondur. Bu radyasyon, başta da bahsedildiği şekilde, tetkikin doğası nedeni ile diğer görüntüleme yöntemlerinden çok çok daha düşüktür, yeryüzünde yaklaşık olarak 60 günde alınan zemin radyasyonuna eşittir. Bu da uluslararası rehberlerde, mamografi için önerilen standartların altındadır. Mamografi ile

ilgili özellikle hastalar açısından yaşanan bir diğer çekince ise tetkik sırasında baskı uygulanmasıdır. Baskılamanın amacı, meme kalınlığının azaltılması yoluyla görüntü kalitesinin artırılmasıdır. Ayrıca bu yolla uygulanan radyasyon dozu da azalmış olur. Tetkik genellikle ağrısız veya hafif-orta ağrılıdır. Bu durum memenin iç yapısına ve hastanın hormonal durumuna da bağlıdır. Baskılama öncelikle memeye zarar vermez, ancak zaman zaman kanallardaki salgıları ortaya çıkarabilir. Baskılama sırasında ağrı şikâyeti olan kadınlar, özellikle adet döneminin 4-5'nci günlerinde görüntülendiğinde hissedilen ağrının miktarı nispeten düşük olacaktır. Ayrıca mamografi randevuları, strese daha dayanıklı olunan sabah saatlerine ayarlanabilir. Daha önce ağrı deneyimlemiş olan kadınlar, bu durumu, meme radyologları veya teknikerleri ile paylaşırsa teknik olarak da, sınırlar dahilinde bazı düzenlemeler yapmak mümkündür.

YÜZBİNLERCE KADINA FAYDA SAĞLADI

Dünyada mamografilerin öncülü olan tetkikler ilk defa 1913'te, bir Alman cerrahı olan Solomon tarafından, ameliyat edilmiş meme dokularına uygulandı. Böylece meme kanserinin radyografik işaretleri fark edildi ve mamografi ile erken meme kanserinin fark edilmesini sağlayacak şekilde

yıllar içerisinde önemli gelişmeler kaydedildi. Başlarda basit bir röntgen durumundayken, yıllar içerisinde bu konuda çalışan hekimlerin ve mühendislerin önemli çabaları ile memeye adanmış, yüksek çözünürlüklü, hızlı ve etkin bir tarama ve tanı aracı haline geldi. Dolayısıyla ultrasonografi manyetik rezonans görüntülemeden onlarca yıl önce meme görüntüleme alanında yerini aldı, yüzbinlerce kadının tarama, tanı ve tedavi izleminde önemli faydalar sağladı. Dünya çapında uygulanan meme kanseri tarama programları ile meme kanserinden ölümlerde %30-40'lara varan azalma sağlandığı bilinmektedir. Elbette bu süreçte, tedavi ile ilgili gelişmelerin de katkısı bulunmaktadır. Mamografi veya radyolojik diğer yöntemler, esasında bir görselleştirme çabasıdır. Herhangi bir enerji ile vücut yapıları test edilir ve normal anatomik oluşumlar veya patolojik süreçlere ait resimler elde edilir. Tüm anatomik oluşumların tek bir karede görüntülenmesi anlamındaki süperpozisyonel veya projeksiyonel görüntüleme metodlarında tümörlerin normal dokular altında gizlenmesi veya normal dokuların üst üste gelerek tümörmüş gibi kendini göstermesi söz konusu olabilir. Bu problemler ilgili radyologlarca önerilen özel

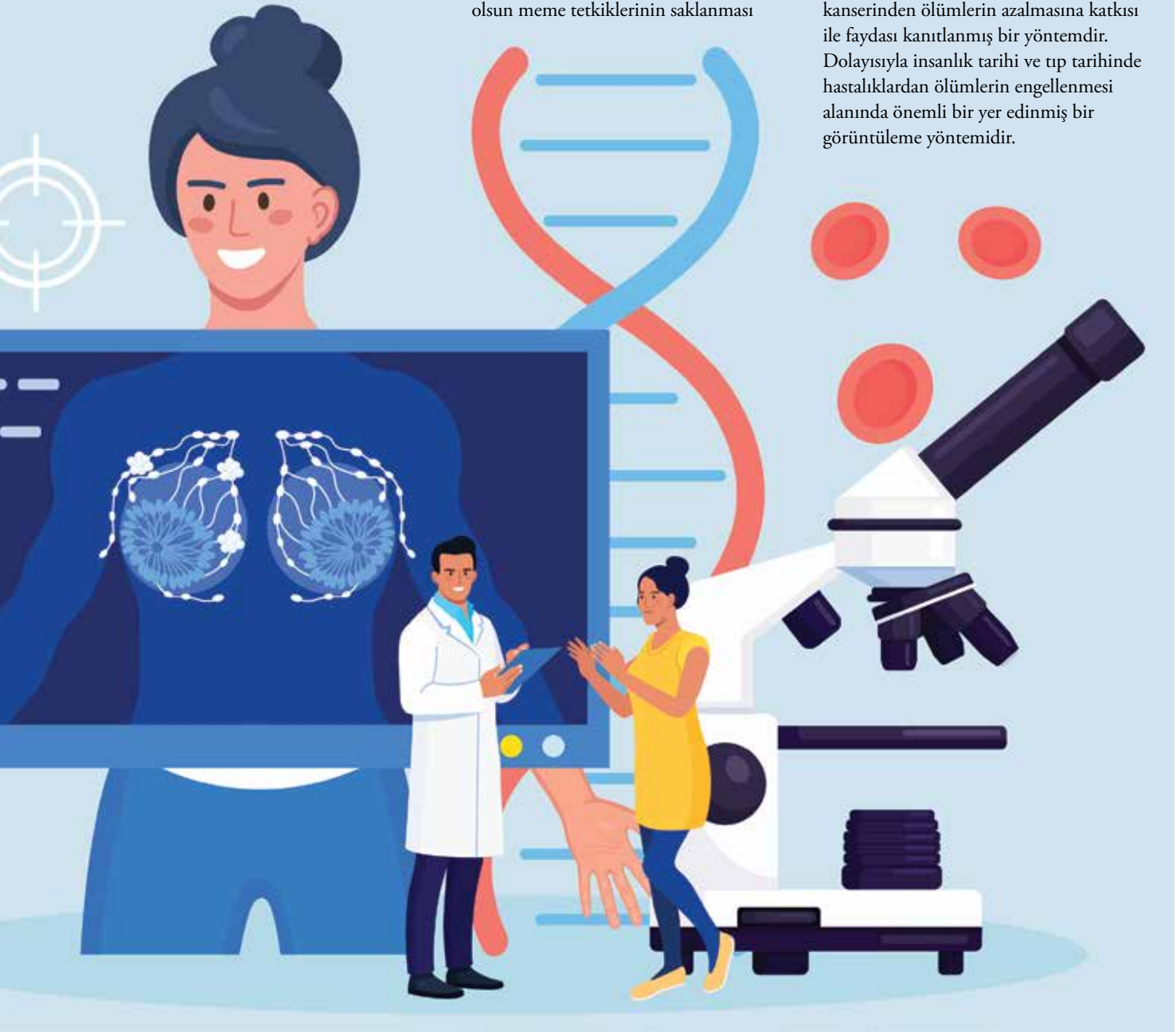
bazı mamografi projeksiyonları ve ultrasonografi ile çözümlenir. Ayrıca tomosentez olarak adlandırılan mamografi yöntemi ile 3 boyutlu değerlendirme de bu gibi sorunların giderilmesine yardımcı olur. Ayrıca son yıllarda geliştirilen kontrastlı mamografi, anatomik bilgi yanında fonksiyonel bilgi de sunar. Özellikle meme manyetik rezonans görüntülemeye giremeyen hastalarda değerli bir alternatif oluşturur. Ayrıca mamografi çok yüksek doğrulukla memeye yönelik girişimsel işlemlere rehberlik eder.

ERKEK HASTALARDA DA KULLANILIR

Erkek hastalardaki meme şikâyetlerinin veya jinekomastinin değerlendirilmesinde birinci sıradaki görüntüleme yöntemi mamografidir.

Mamografilerin elde edilmesinden değerlendirilmesine kadar tüm basamaklar özen gerektirmektedir. Yüksek kaliteli görüntüler elde edildikten sonra en yüksek çözünürlüklü tıbbi monitörler ile değerlendirilir. Varsa mutlaka eski mamografi görüntüleri ile yan yana konularak karşılaştırma yapılır. Dolayısıyla ne kadar eski olursa olsun meme tetkiklerinin saklanması

gerekir. Toplum taraması için mamografi ile takip 40 yaşında başlasa da şikâyeti bulunan kadınlarda radyoloji uzmanının önerisi ile 40 yaştan önce mamografi ile değerlendirme yapılması gerektiği unutulmamalıdır. Mümkünse mamografi takiplerinde çok fazla kurum değişikliği olmadan eski-yeni filmlerin karşılaştırmasına imkân sağlayacak bir sistem oluşturulmalı, mamografi karışıklığına yol açabilecek her türlü yanlış uygulama ve söylemden kaçınılmalıdır. Mamografi düşük radyasyon içeren, ileri teknoloji ürünü, geçen yıllarda meme kanserinden ölümlerin azalmasına katkısı ile faydası kanıtlanmış bir yöntemdir. Dolayısıyla insanlık tarihi ve tıp tarihinde hastalıklardan ölümlerin engellenmesi alanında önemli bir yer edinmiş bir görüntüleme yöntemidir.



Sıtma dediler felç çıktı

Afrika'da sıtma denilerek ilaç verilerek evine gönderilen Çadlı Abdoulaye'in, beyninin sağ kol ve bacağına yöneten damarlarında tıkanıklık tespit edildi, inme kaynaklı felç geçirdiği belirlendi. Hekimlerin multidisipliner tedavisi sayesinde Abdoulaye sağlığına kavuştu.

Çad'da çalıştığı elektrik firmasında fenalaşarak baygınlık geçiren 47 yaşındaki Ousman Tabit Abdoulaye, kaldırıldığı hastanede Afrika'da yaygın görülen sıtma hastalığına karşı ilaç verilerek evine gönderildi. Tam bir teşhis konmayan Abdoulaye, ertesi gün uyandığında sağ kol ve sağ bacağına hareket ettiremediğini, yataktan kalkamadığını ve konuşamadığını fark etti. Bu nedenle yeniden başvurduğu hastanede bir süre yatarak tedavi gören, ağrıları ve hareket kısıtlılığı bir türlü geçmeyen Abdoulaye, Türkiye'deki yakınları aracılığıyla Medipol Mega Üniversite Hastanesi'yle irtibata geçerek İstanbul'a geldi. Hastanenin nöroloji ile fizik tedavi ve rehabilitasyon birimleri hekimlerinin tedavisini multidisipliner yaklaşımla yürüttüğü Abdoulaye'nin beyninin sağ kol ve bacağına yöneten damarlarında tıkanıklık tespit edildi, inme kaynaklı



felç geçirdiği belirlendi. Hekimler, buna sıtmanın yol açmış olabileceği kanaatine vararak hem ilaç tedavisi hem de egzersiz ve yürüme robotu desteği ile tedavi planladı. Abdoulaye, yaklaşık bir aylık sürecin sonunda, tedavilerin etkisini göstermesiyle tekerlekli sandalyeden kurtuldu.

BİR BUÇUK AYDA YÜRÜMEYE BAŞLADI

Yaşadıklarını anlatan Abdoulaye, hastalığı nedeniyle sıkıntılı süreçler yaşadığını, sağ bacağı ve kolunda çok ağrı hissettiğini dile getirdi: "Buraya geldiğimde tekerlekli sandalyedeydim. Hastanede tedavi gördüm, ilaçlar verildi. Fizik tedavi ve egzersizler sayesinde şu an kendimi daha iyi hissediyorum. Hatta hiç ağrım kalmadı. Tek başıma, desteksiz adım atıp, yürüyebiliyorum. Eskiye göre çok büyük fark var ve ben bunu hissedebiliyorum. Bundan sonra egzersize devam edip diyet yapacağım. 6 ay sonra kontrole geleceğim." Medipol Mega Üniversite Hastanesi Nöroloji Uzmanı Doç. Dr.

Özge Arıcı Düz, hastanın vücudunun sağ tarafında oluşan güçsüzlük şikâyetiyle Çad'dan hastanelerine başvurması üzerine kendisini ambulans ile havaalanından alarak acil ünitesine kabul ettiklerini söyledi. Bu sırada ilginç bir durumla da karşılaştıklarından bahseden Düz, "Hastanın hikâyesinde, ülkemizde endemik olmadığı için sık görmediğimiz sıtma söz konusuydu. Bize, bu olay ortaya çıkmadan yaklaşık on gün önce ateşlendiğini söyledi. Afrika'dan geldiği için bu durumun (felcin) onunla ilgili olabileceğini düşünüp, tetkiklerimizi yaptık, sıtma geçirdiğini tespit ettik. Sonraki incelemelerimizde, Afrika'daki inmelerin büyük kısmının malaria (sıtma) kaynaklı olduğunu tespit ettik" dedi. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Uzmanı Doç. Dr. Mehmet Ağırman, ise Abdoulaye'nin hastaneye ilk başvurduğunda, oturma dengesi ile kol, bacak aktivitesi ve kas fonksiyonları olmadığı için tekerlekli sandalye kullandığını dile getirdi. Doç. Dr. Ağırman, Abdoulaye'e lokomat yürüme robotu tedavisini uyguladıklarını belirterek, "Tedaviye erken başlamamız, hastanın uyumunun çok iyi olması, beyin hasarı bölgesinin nispeten sınırlı bir alanda kalması ve tedaviye uyum sağlaması ile birlikte, 1,5 aylık süreçte hasta yürüyebilir pozisyona geldi" değerlendirmesini yaptı.



Genetik mirasları Medipol'de değişti

Gizli kalp hastalığı olan Aydoğan ailesinin genetik mirası, yollarının Medipol Mega Üniversite Hastanesi'ne düşmesiyle değişti. Ailesel risk faktörleri nedeniyle 4 kardeş de anjiyo oldu ve sağlıklarına kavuştular.

İki kuşaktır kalp krizi ve kalp yetmezliğinden aile büyüklerini kaybeden Aydoğan ailesinin genetik mirası Medipol Mega Üniversite Hastanesi'nden Prof. Dr. Oğuz Karaca ile kesişince değişti. Prof. Dr. Oğuz Karaca, Taner Aydoğan'a yaptığı anjiyoda on yıl önce takılan stentin içinde daralma ve bunun dışında tam tıkalı bir ana damarının olduğunu fark edince müdahale etti. Başarılı bir operasyon geçiren Aydoğan, ardından 4 kardeşini de doktoruna emanet etti. Başarılı hekim, ailesel risk faktörleri nedeniyle 4 kardeşe de anjiyo yapınca Aydoğan ailesinin genetik 'gizli kalp hastalığı' da ortaya çıkmış oldu. 4 kardeşin de kalbinin aynı damarlarında benzer bölgelerde (LAD ve RCA) darlıklar tespit edildiğini ifade eden Prof. Dr. Karaca, Aydoğan ailesinin yaşadığı süreci şöyle özetliyor: "On yıl önce kalp krizi sonrası Taner Aydoğan'ın bir kalp damarına stent takılması ve ilaç tedavisiyle

hayatına devam ediyordu. 2015 yılında göğüs ağrısı ve nefes darlığı şikâyetleriyle başvurunca anjiyo yaptık. Tam tıkalı bir damarı ve stentinin içinde daralma vardı. Taner Bey'in damar problemlerini başarılı bir operasyonla tedavi ettik. Sonraki yıllarda yapılan kontrollerinde de bir problem saptamadık ve hastamız İstanbul dışında yaşayan kardeşlerini de sırayla bize yönlendirdi. 4 kardeşine de farklı zamanlarda anjiyo yapınca dördünün de aynı damarlarında ciddi darlıklar olduğu ortaya çıktı ve kritik darlıklara stent takıldı. Bu tıkanıklıkların hepsi kalp kasında beslenme bozukluğu yanında kalp krizi ve ani ölüm riski de oluşturuyor. Tıpta bu durum 'gizli kalp' hastalığı olarak biliniyor."

KARDEŞLERİM İÇİN TEDBİR ALDIM

Ailede birinci derece akrabalarda kalp damar hastalığı öyküsü varsa mutlaka doktora başvurulması gerektiğini altını



çizen Prof. Dr. Karaca "Ailede kalp krizi, anjiyo, stent, by-pass operasyonu gibi durumlar varsa mutlaka kardiyoloğunuza görün. Taner Bey, hiçbir şikâyeti olmayan kardeşlerini bize yönlendirmesi ile belki de kardeşlerini ailenin 2 nesildir yaşadığı kalp krizi riskinden kurtarmış oldu" diye belirtti. Babasını, amcasını, abilerini ve kuzenlerini genç yaşta kaybeden Taner Aydoğan, "Aile büyüklerimizi iki nesildir ani kalp krizinden kaybettik. Tedavi gördüğüm hastane by-pass yapamayacaklarını, ilaçla hayatıma devam etmem gerektiğini söyleyince Oğuz hocanın genç ve teknolojiyi daha iyi kullanacağını düşündüğüm için kendisini tercih ettim. Babamı, amcamı, abi ve kuzenlerimi erken yaşta kaybedince kardeşlerim için tedbir almak istedim. Doğru bir karar almışım erken müdahale sonucu ani bir kalp krizinin de önüne geçmiş olduk" diye konuştu.

Uyuyunca geçer

Genel anestezi altında yapılan diş tedavilerinde hasta hiçbir acı hissetmeden tek seferde diş sorunlarının tamamından kurtulabilir.

Anestezi sözcüğü; Yunanca olumsuzluk ön eki an- ve hissetmek anlamındaki aesthētos kelimelerinin birleştirilmesi ile meydana gelmiştir ve Türkçe kelime anlamı duyumsama yokluğudur. Genellikle cerrahi müdahalelerden önce uygulanan, bedenün tümünün ya da belli bir bölümünün ağrıya duyarız hâle gelmesini sağlayan işlemin adıdır. Günümüzde dental işlemlerin çoğu lokal anestezi altında gerçekleştirilebilmektedir. Lokal anestezinin tek başına yeterli olmadığı ya da uygulanmaması gereken durumlarda ise sedasyon veya genel anestezi altında diş tedavileri gerçekleştirilir. İşlem esnasında işbirliği sağlanamayan küçük çocuklar veya zihinsel engelli hastalar, lokal anestezi ilaçlarına karşı alerjisi olan kişiler ile lokal anestezi ilaçlarının yeterli analjezi sağlayamayacağı cerrahi işlemlerde genel anestezi tercih edilmektedir. Genel anestezi dışarıdan uygulanan ilaçlarla bilincin kapandığı, ağrılı uyarana yanıtın alınamadığı, solunum fonksiyonlarının önemli ölçüde baskılandığı veya durduğu, dolaşım sistemi fonksiyonlarının baskılanabildiği, geri dönüşlü bir durumdur. Genel anestezi uygulamaları, gerekli ekipman ve malzemelerin bulunduğu ameliyathane ortamında, anestezi uzmanı ve ekibi tarafından gerçekleştirilir. Genel anestezi alması planlanan tüm hastalar işlem gününden önce, anestezi uzmanı tarafından

değerlendirilir. Bu görüşme esnasında; hastaya; kronik hastalıkları, geçmiş olduğu ameliyathane, kullandığı ilaçlar ve alerji durumu hakkında sorular yöneltilir. Fizik muayene yapıldıktan sonra, gerekli görülmesi durumunda ek tetkik ve konsültasyonlar istenebilir.

UYUTULMA SAATİ TEDAVİNİN SÜRESİNE GÖRE DEĞİŞİYOR

Anestezi uygulamaları öncesi 6-8 saat yemek yenmemiş, su dahil hiçbir sıvı içilmemiş ve bütün ürünleri tüketilmemiş olmalıdır. Anestezi işlemleri öncesi aç kalınmasının istenilmesinin sebebi, mide içeriğinin hava yollarına kaçmasını engelleyecek reflekslerin

anestezi uygulanmasıyla ortadan kalkacak olmasıdır. Tütün ürünlerinin tüketilmesi ise özellikle uyanma esnasında, solunum yollarında ciddi komplikasyonlara sebep olabilmektedir. Operasyon öncesi, işbirliği sağlanabilen hasta gruplarında damar yolu açıldıktan sonra anestezi ilaçları verilir ve hastanın güvenli bir şekilde uyuması sağlanır. Küçük çocuklar veya özel durumu olan hastaların ise ağız yolu ile sakinleştirici ilaç verilirken ameliyathaneye alındıktan sonra anestezi gaz solutularak uyuması sağlanır. Bu hasta gruplarında damar yolu hasta uyuduktan sonra açılarak gerekli ilaçlar uygulanır. Tüm bu süreçte ve işlem boyunca, hastanın yaşamsal fonksiyonları (kan basıncı, nabız, oksijen saturasyonu vb. gibi durumları) yakından takip edilir. Genel anestezi süresi, uygulanacak diş tedavilerinin süresinin uzunluğuna göre değişmektedir. İşlem sonrası hasta uyandırılarak uyanma odasına alınır ve gerekli takipler yapıldıktan sonra değerlendirilmesi yapılarak taburcu edilir. Diş hekimliğinde uygulanan sedasyon işlemi ise; yine anestezi ilaçları sağlanarak, bilincin baskılanmadığı veya hafif baskılandığı, sözel emirlere yanıtın korunduğu, solunum dolaşım sistemi fonksiyonlarının ve koruyucu reflekslerin korunduğu geri dönüşümlü bir durumdur. Ağrı duyusunun ve stres durumunun azaltılmasını sağlar.





SEDASYON UYGULANABİLİYOR

Sedasyon; diş hekimi fobisi veya abartılı bulantı refleks yanıtı nedeniyle diş işlemlerinin gerçekleştiremediği durumlarda hastanın tedavi olmasına imkân sağlar, lokal anestezi ile ağrının tam olarak kaldırılamayacağı girişimlerde ağrının giderilmesine katkıda bulunur ve bazı cerrahi prosedürlerin daha konforlu geçmesine hizmet eder. Sedasyon işlemi; hastanın bilinci tam kapalı olmadığı ve koruyucu refleksleri korunduğu için ameliyathane dışında da uygulanabilir. Sedasyon alacak hastanın işlem öncesi anestezi uzmanı tarafından sistemik değerlendirmesi ve gerekli hazırlıkları yapılır. Sedasyon işleminden önce de tıpkı genel anesteziye olduğu gibi hasta aç olmalıdır. Hasta işlem esnasında yaşamsal fonksiyonları açısından takip edilir. İşlem bitiminde uyanma odasına alınarak gerekli takip yapıldıktan sonra taburcu edilir. Çocuk hasta grubunda ise çok kısa süreli işlemler (diş çekimi vb.); genel anestezi gerekmez, ameliyathane koşullarında sedasyon altında uygulanabilir. Genel anestezi veya sedasyon sonrası hastanın yorgun ve uykulu hissetmesi normaldir. Bu durumun ne kadar uzun süreceği; uygulanan anestezi ilaçlarına, anestezi

süresine ve hastanın durumuna göre değişebilmektedir. Anestezi sonrası, genellikle bulantı kusma yoksa 2 saat sonra sıvı, yumuşak gıdalar tüketilebilir. Operasyon günü eve taburcu olunacağı için bir erişkin refakatçi eşliğinde hastaneye gelinmesi gereklidir. Anestezi uygulamaları sonrasında araç kullanılmamalıdır. Tüm tıbbi girişimlerde olduğu gibi anestezi uygulamalarında da belli riskler bulunmaktadır. Son yıllarda gelişen teknoloji ile birlikte hasta gözlemini arttıran monitörlerin kullanıma girmesi ve anestezi uzmanı sayısının artmasıyla anestezi uygulamaları daha güvenli bir hal almıştır. Yan etkiler

uygulanan cerrahi işlemin tipine, kullanılan anestezi yöntemine ve hastanın sağlık durumuna göre değişmektedir. Anesteziye bağlı ciddi yaşamsal yan etkiler ve komplikasyonlar artık oldukça nadir gözlenmektedir. Bulantı en sık karşılaşılan yan etkilerden biridir ve kolayca tedavi edilebilir. Genel anestezi esnasında kullanılan tüpe bağlı gelişen boğaz ağrısı da yine sık rastlanan bir durumdur ve bir iki gün içinde geçer.



Tarihin sıfır noktasına yolculuk

AYSEL YAŞA YILMAZ

Peygamberler şehri olarak bilinen Şanlıurfa, tarihin sıfır noktası Göbeklitepe ile de dikkat çekiyor. Tarihin bilinen ilk ve en büyük tapınağı olan Göbeklitepe ziyaretçilerini bekliyor.

Şanlıurfa, son dönemde çekilen diziler ve belgesellerle yeniden popüler bir durak haline geldi. Özellikle Göbeklitepe'ye olan ilginin arttığı Şanlıurfa aynı zamanda peygamberler şehri olarak biliniyor. Hz. Adem, Hz. Eyyüp, Hz. İbrahim, Hz. Şuayip ve Hz. İlyas'ın burada yaşadığı düşünülüyor. Bu sebeple Şanlıurfada kutsal sayılan birçok mekân bulunuyor. Bunlardan en bilineni şüphesiz Balıklı Göl. Rivayet odur ki;

Nemrut, İbrahim Peygamber'in büyük bir ateş yakılarak halkın önünde yakılmasını emreder. O gün hiçbir yerde başka ateş yakılmasına izin verilmez ve bütün odunlar toplanır. Büyük bir ateş yakılır. Hz. İbrahim bugün Urfa Kalesi olarak ayakta duran iki sütuna mancınıkla bağlanır ve bu yakılan ateşe atılır. İbrahim Peygamber'in atıldığı yerdeki ateşin göle, ateşte yanan odunlarınsa balıklara dönüştüğüne inanılır. Balıklı Göl'ün adı Allah'ın Dostu

anlamına gelen Halil-ür Rahman olarak da bilinir. Hz. İbrahim'in arkasından ağlayan Nemrut'un kızı Zeliha'nın gözyaşlarından ise Balıklı Göl'ün hemen yanında bir göl daha oluşur. Bu gölün ismi, Zeliha'nın gözü anlamına gelen Ayn Zeliha'dır. Bu öyküyü gölün kenarında dört beş dilde rehberlik eden çocuklardan da dinleyebilirsiniz. Burada ayrıca Hz. İbrahim'in doğduğuna inanılan mağara da yer alıyor.

HALEPLİBAHÇE MOZAIKLERİ GÖRÜLMELİ

Bu bölgede ayrıca Halilürrahman Camii yer alıyor. 504 tarihinde Rahip Urbisyus tarafından Hz. Meryem adına yaptırılan kilisenin Abbasi Halifesi Me'mun döneminde camiye çevrildiği biliniyor. Yılın her dönemi binlerce turisti ağırlayan Şanlıurfada arkeoloji müzesi de bulunuyor. Müzenin en önemli parçaları kuşkusuz Göbeklitepe kazılarında elde edilen eserler ve heykeller. Göbeklitepe D Tapınağı'nın etkileyici bir replikasının da bulunduğu müzede zaman Paleolitik dönemden başlıyor. Neolitik dönemden ise uygarlık tarihinin bilinen en eski gerçek heykeli Urfa Adamı (Balıklıgöl Heykeli olarak da biliniyor), Göbeklitepe kazı buluntuları ve canlandırmaları, Nevalı Çori Tapınağı, Kalkolitik, Tunç, Demir, Helenistik, Roma, Bizans ve İslami dönemlere ait en önemli eserler sergileniyor. Burada ayrıca müzeyle aynı bahçe içerisinde yer alan Haleplibahçe Mozaikleri de mutlaka görülmeli. Her ne kadar Gaziantep'in Çingene Kızı mozaïği çok popüler olsa da Haleplibahçe'de yer alan, Amazonlar Villası'nın koruyucu Tanrıçası Ktisis'in mozaikleri ve savaşçı Amazon kraliçelerinin mozaïği resmedilmiş dünyadaki ilk örneklerinin de bundan altı kalır yanı yok.

ZAMANIN İZİNDEN GİDİN

Tarihin sıfır noktasına gitme imkânı sunan Göbeklitepe, Şanlıurfa gezisinin en önemli noktalarından biri. 1983 yılında Şanlıurfalı bir çiftçinin tarlasında keşfettiği bu antik tapınak, dünyanın bilinen en eski ve büyük tapınağı. 12 bin yıllık geçmişle UNESCO Dünya Kültür Mirası listesinde yer alan bu tapınak, 2019 yılının Göbeklitepe Yılı ilan edilmesiyle dünyanın da dikkatini çekmeye başladı. T biçimindeki 10-12 dikilitaşın yuvarlak planda dizilmiş,



aralarının ise taş duvarla örülmüş olması Göbeklitepe'yi özel kılıyor. Bu dikilitaşların çoğu üzerinde insan, el ve kol, çeşitli hayvan ve soyut semboller, kabartılarak veya oyularak betimlenmiş. Özellikle son avcı toplayıcı toplum için kült merkezi sayılan Göbeklitepe'de zamanın izinde bir yolculuk yapıyorsunuz.

Halfeti'ye geliyor sıra. Sular altında kalan bu batık şehir, kara gülüyle de biliniyor. Birecik Barajı'nın açılmasıyla sular altında kalan Halfeti'de tekne turu ile Kral Kızı

Dini turizmin de önemli bir merkezi sayılan Şanlıurfa'da, her bir köşede tarihi yapılara rastlamak mümkün. Her yıl yerli yabancı milyonlarca turisti ağırlayan Peygamberler Şehri'nde mutlaka ziyaret edilmesi gereken birçok nokta bulunuyor. Balıklı Göl, Göbeklitepe, Halfeti ve Harran bunlardan sadece birkaçı.



Mağarası ve Rumkale gibi tarihi noktalar görülebiliyor. Tekne turunda ayrıca sular altında kalan Savaşan Köyü'nden kalıntılar ve sadece minaresi dışarıda kalan Halfeti Ulu Camii'ni görülebilir.

Fırat kıyısında bulunan Halfeti günümüzde cittaslow, yani sakin şehir unvanını edinen yerlerden bir tanesi. Halfeti'de sadece buranın mikroklima ikliminde yetişen karagülleri de mutlaka görmek gerekiyor. Şanlıurfa'dan ayrılmadan yapılması gereken son bir şey daha var. Tabi ki sıra gecesi. Birbirinden lezzetli Urfa yemeklerinden oluşan sıra gecesi mönüsü ve güzel türkülerini seslendiren sıra gecesi ekibi finali çiğ köfteyle yaparken, Urfa'ya dair unutulmaz bir deneyim yaşanmasını sağlıyor.





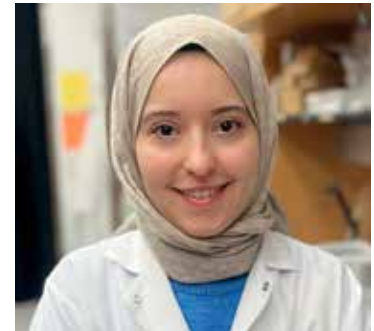
YKS şampiyonları yine Medipol'de

2016 yılından beri şampiyonların adresi değişmedi, YKS'de derece yapan öğrenciler bu yıl da Medipol'ü tercih etti. 2022 YKS'de sayısal puan türünde TÜBİTAK Ek Puanıyla Türkiye 1.'si Abdullah Akif Çelikkaya, TÜBİTAK Ek Puanıyla diğer Türkiye 1.'si Emirhan Şahin ve Türkiye 3.'sü Bilge Ceyda Uzun, İstanbul Medipol Üniversitesi'ni tercih etti. Uluslararası Tıp Fakültesi on kişilik kontenjanının tamamını sınav maratonunu en başarılı şekilde tamamlayan öğrenciler arasından kabul etti. Çelikkaya, Şahin ve Uzun'un yanı sıra Türkiye 20.'si Necati Gökbel, 34.'sü Gamze Nur Altun, 42.'si Bilal Yıldırım, 46.'sı Emre Aydoğan, 50.'si Pınar Tunçil, 60.'sı Zeynep Pelin Göv ve 70.'si Muhammed Burak Sarıaydın İngilizce eğitim veren Medipol UTF'yi kazandı. Medipol UTF, bu sene de 'en yüksek taban puana sahip fakülte' olarak öne çıktı. Türkiye 94.'sü Muhammed Celal Akın ve 117.'si Celal Akış ise Türkçe eğitim veren Tıp Fakültesi'nde eğitim

görmeye hak kazandı. Böylece sayısal puan türünde ilk 100'den 11 öğrenci Medipol'de eğitime başlamış oldu. Sözel puan türünde ise Türkiye 31.'si Abdullah Emir Taşkesen, 44. Zeynep Karasu, 47. Miraç Ali Balkaya ve 55. Şevval Gölbaşı ise İngilizce Halkla İlişkiler ve Reklamcılık Bölümünü kazandı. Şampiyon öğrenciler, düzenlenen basın toplantısında medya temsilcileri ile buluştu. Toplantıda konuşan İstanbul Medipol Üniversitesi Rektörü Prof.Dr. Ömer Ceran şöyle dedi: "Seçkin öğrencilerin Medipol'ü tercih etmesi sorumluluğumuzu artırıyor. YKS'yi en ön sırada tamamlayan öğrencilerimize, mütevelli heyetimizin desteği ile tam burslu eğitim vermekle kalmıyor, hazırlık eğitimlerinin 2. yarısını ABD'de yine tam bursla sağlıyor, Harvard ve MIT gibi bu alanın en prestijli okullarında staj yapma ve gözlemci olma hakkı sunuyoruz. Tüm bunlarla amacımız; araştırmacı doktor ve bilim insanı yetiştirmek. Bu gençleri sadece Türkiye'nin değil, dünyanın iftihar edeceği bilim insanları haline getireceğiz."

Dr. Akyel, Aziz Sancar ile çalışmaya başladı

İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Yasemin Kübra Akyel, Nobel Ödüllü Bilim İnsanı Prof. Dr. Aziz Sancar ile çalışmaya başladı. Akyel, TÜBİTAK Aziz Sancar Yurt Dışı Doktora Sonrası Araştırma Burs Programı kapsamında Prof. Dr. Aziz Sancar'ın laboratuvarında ve danışmanlığında, 'DNA onarımı' ve 'sirkadiyen ritim' alanlarında çalışmalar sürdürüyor. Kuzey Karolina Üniversitesi'nde araştırmalara katılan Akyel'in geçtiğimiz günlerde "Discovery of a small molecule that selectively destabilizes Cryptochrome 1 and enhances life span in p53 knockout mice" başlıklı çalışması Nature Communications'da yayımlanmıştı.



TTO bir kez daha TÜBİTAK BİGG uygulayıcı kuruluş olmaya hak kazandı

TÜBİTAK 1512 Girişimcilik Destek Programı (BİGG) kapsamında, 2023-2025 döneminde girişimcilere hizmet verecek yeni uygulayıcı kuruluşlar belli oldu. Açıklanan kuruluşlarda İstanbul Medipol Üniversitesi Teknoloji Transfer Ofisi (TTO) A.Ş. de yer aldı. Girişimcilik ekosistemindeki dönüşümün bir parçası olan 2022 çağrısına, 163 kuruluşun dahil olduğu 52 projenin başvurusu yapıldı. Değerlendirmeler sonucunda 37 proje başvurusunun desteklenmesine karar verildi. 'Birlikte Geliştirme ve Birlikte

Başarma' motivasyonunun bir yansıması olarak desteklenen projelerde yer alan 134 kuruluşun 32'si üniversite, 7'si üniversite teknoloji transfer ofisi birimi ve TTO AŞ, 40'ı teknoloji geliştirme bölgesi, 2'si kamu araştırma merkezi ve enstitüsü, 2'si TEKMER, 4'ü araştırma altyapısı, 6'sı banka ve iştiraki, 5'i girişim sermayesi fonu veya melek yatırımcı ağı, 36'sı sermaye şirketi olarak belirlendi. Uygulayıcı kuruluş olmaya hak kazanan Medipol TTO, teknolojik iş fikirlerinin hızlı büyüme potansiyeli olan şirketlere dönüşmesinde girişimcilere destek olacak.



Medipol, TÜBİTAK ve ULAK arasında 6G iş birliği



İstanbul Medipol Üniversitesi, TÜBİTAK BİGG ve ULAK Haberleşme arasında iş birliği protokolü yapıldı. 6G standartlarına yönelik patent geliştirme çalışmaları için yapılan protokolü, Mühendislik ve Doğa Bilimleri Fakültesi Dekanımız Prof. Dr. Hüseyin Arslan, TÜBİTAK BİGG Başkanı Dr. Ali Görçin ve ULAK Genel Müdürü Zafer Orhan imzaladı. İmzaların ardından açıklamalarda bulunan Arslan, protokolün 6G ekosistemini güçlendireceğini söyledi. Konuşmasında gençlere de seslenen



Prof. Arslan 'ABD Ulusal Mucitler Akademisi'nde

Akademik 'Oscar'ı olarak gösterilen Ulusal Mucitler Akademisi (NAI); yaşam kalitesi, ekonomik gelişme ve toplumun refahı üzerine olağanüstü buluşlar gerçekleştiren yılın akademisyenlerini açıkladı. İstanbul Medipol Üniversitesi Mühendislik ve Doğa Bilimleri Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Hüseyin Arslan, dünyanın dört bir yanından seçilen 169 mucit akademisyen arasında Türkiye'den tek isim olarak yer bulma başarısı gösterdi. Çalışmalarına İstanbul Medipol Üniversitesinde devam eden Prof. Arslan, kablosuz haberleşme alanında yaptığı yenilikçi çalışmalar nedeniyle NAI 2022 listesinde kendisine yer buldu. Kablosuz haberleşme teknolojileri alanında yenilikçi teknikler geliştiren Prof. Dr. Hüseyin Arslan, aynı zamanda Türkiye'yi 6G'ye hazırlayan ekibin de başında bulunuyor.

Arslan, "6G teknolojileri için gece gündüz çalışarak Türkiye'yi kablosuz haberleşme merkezlerinden birisi haline getirmek istiyoruz. Üniversitelerimiz, endüstrimiz ve enstitülerimizle beraber 6G teknolojilerinin geliştirilmesine yönelik iş birliğinin sağlanması ve doğru bir ekosistem oluşturulması için ciddi adımlar atıyoruz. Bu ekosistemin ve tarihi adımların parçası olmak isteyen, ARGE'ye meraklı, özellikle uygulamalı ARGE alanında doktora yapmak isteyen gençlerimizi aramızda görmek istiyoruz." dedi.



HEALTHCARE

Medipol Bahçelievler is at the service of our patients!

The Medipol Bahçelievler Hospital began offering healthcare services in a variety of fields thanks to its skilled medical professionals, knowledgeable staff, and cutting-edge medical tools. The Medipol Bahçelievler Hospital, which is situated on Istanbul's European Side, provides advanced treatment units, fully equipped operating rooms, intensive care units

with cutting-edge technology, a laboratory, and emergency services to patients around-the-clock. With a capacity of 400 beds, Medipol Bahçelievler Hospital holds the distinction of being the second-largest hospital within the Medipol Health Group. Medipol Bahçelievler, which is equipped with cutting-edge technology, employs highly qualified medical professionals in local and global specialties. Additionally, there are enough interpreters and staff members to assist patients from other countries and promote medical tourism.

GYNECOLOGICAL ONCOLOGY

Abdominal bloating, harbinger of cancer

Although ovarian cancer, one of the important cancer types in women, can be seen in all age groups, it is more common especially in the post-menopausal period. Ovarian cancer, which is the eighth most common cancer in women worldwide, is the leading cause of death for women. The majority of cases are typically diagnosed in advanced stages because the disease progresses stealthily and does not manifest any symptoms in the early stages. Because of this, ovarian cancer treatment can be very challenging and time-consuming. It is encouraging that early diagnosis can lead to 80–90% successful treatment outcomes. Patients typically experience abdominal bloating and pressure, groin fullness and pain, indigestion, nausea, early satiety, loss of appetite, changes in bowel habits like constipation, frequent urination, vaginal bleeding, and weight loss.

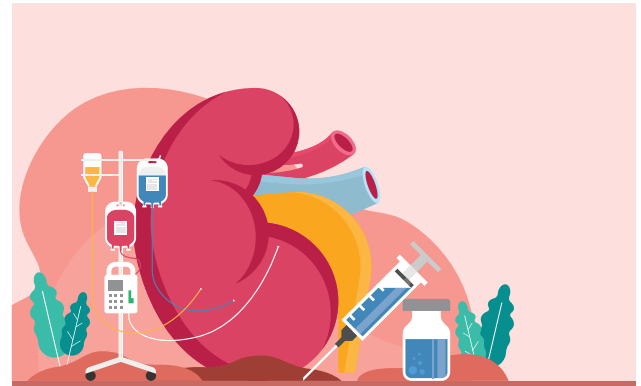




GENERAL SURGERY

Hot chemotherapy prolongs the life span

Hot chemotherapy, which is used in the treatment of cancers that have spread to the abdomen and which is performed by heating chemotherapy drugs at 42 degrees and applying them directly into the abdomen, increases the quality of life and prolongs the life span. It has been proven in scientific studies that chemotherapy applied intraperitoneally is more successful than chemotherapy administered intravenously in killing cancerous cells, and that the administration of chemotherapy drug by heating it to 42 degrees increases the effect of the drug. The aim of hot chemotherapy treatment is to destroy or reduce the cancer foci that cannot be cleared after cytoreductive surgery or invisible, with medications.



ORGAN TRANSPLANTATION

Donate us!

The organ transplantation center was established in our hospital in 2013, and the transplantation activity started with liver and kidney transplantation. Heart transplantation center was established in 2019. Live and cadaver transplantation is performed in patients with liver and kidney failure, and cadaver transplantation and artificial heart transplantation is performed in patients with heart failure. 430 liver transplantations, 300 kidney transplantations, one cadaver and 32 artificial heart transplantations in total have been performed in our center until today. Approximately 9% of transplantations are cadaver transplantation. 12% of transplantations have been performed in pediatric patients. Our center provides comprehensive international patient transport services, and 20% of the transplantations have been performed in foreign patients. In addition, organ donation unit is present in our center, volunteers who come for organ donation are welcomed here and records are done.

CARDIOLOGY

Broken hearts get sick

Broken heart syndrome, a disorder of the heart muscle that we call stress-induced cardiomyopathy, is also known by other names such as takotsubo syndrome and takotsubo cardiomyopathy (Takotsubo is an octopus hunting bowl used in Japan; in these patients, the shape of the damaged heart takes a similar shape). It is known that about 2% of patients who are examined with a suspected heart attack have broken heart syndrome. However, this figure is considered to be an underestimate of the actual number of cases because the condition is often unrecognized. Broken heart syndrome affects mostly women (about 88%), especially middle-aged (post-menopausal; average age range 58-77 years).

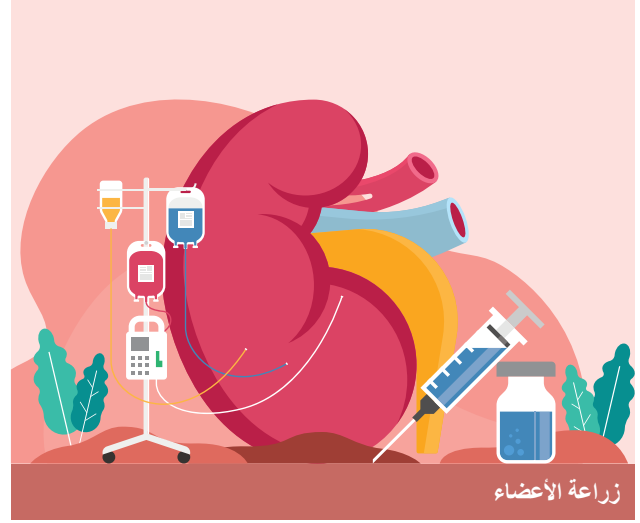




الجراحة العامة

العلاج الكيميائي عالي الحرارة يطيل من متوسط العمر الافتراضي

العلاج الكيميائي عالي الحرارة، الذي يُستخدم في علاج السرطانات المنتشرة في البطن، والذي يتم تطبيقه عن طريق تسخين أدوية العلاج الكيميائي عند ٤٢ درجة واستخدامها مباشرة في البطن، يُحسن جودة الحياة ويُطيل من متوسط العمر الافتراضي. وثبت في الدراسات العلمية أن العلاج الكيميائي داخل الصفاق أكثر نجاحاً في قتل الخلايا السرطانية من العلاج الكيميائي الذي يُعطى عن طريق الوريد، وأن إعطاء دواء العلاج الكيميائي عن طريق تسخينه عند ٤٢ درجة يزيد من تأثير الدواء. والهدف من العلاج الكيميائي عالي الحرارة هو تدمير أو تقليل بؤر السرطان التي لا يمكن إزالتها أو البؤر غير المرئية، بعد جراحة تقليل الخلايا السرطانية، بالأدوية.



زراعة الأعضاء

تبرع لنا!

تم إنشاء مركز زراعة الأعضاء في مستشفىنا في عام ٢٠١٣ وبدأ نشاط زراعة الأعضاء من خلال زراعة الكبد والكلى. وفي عام ٢٠١٩ تم إنشاء مركز زراعة القلب. ويتم إجراء الزراعة من متبرعين أحياء ومتبرعين متوفين للمرضى الذين يعانون من الفشل الكبدي والكلى، وبالنسبة لمرضى قصور القلب فيتم إجراء الزراعة من متبرعين متوفين ويتم إجراء زراعة القلب الصناعي. تم إجراء ما مجموعه ٤٣٠ عملية زرع كبد و ٣٠٠ عملية زرع كلي، و ٣٢ عملية زرع قلب صناعي وعملية واحدة من متبرع متوفى، في مركزنا حتى الآن. وما يقرب من ٩٪ من عمليات الزراعة التي يتم إجراؤها هي عمليات زرع من متبرعين متوفين. وتم إجراء ١٢٪ من عمليات الزراعة للمرضى الأطفال. ويقدم مركزنا خدمات زراعة أعضاء دولية شاملة للمرضى، ويتم إجراء ٢٠٪ من عمليات الزراعة للمرضى الأجانب. بالإضافة إلى ذلك، توجد وحدة للتبرع بالأعضاء في مركزنا، حيث يتم الترحيب بالمتطوعين الذين يأتون للتبرع بالأعضاء ويتم الاحتفاظ بسجلاتهم.

طب القلب

القلوب المنكسرة تمرض

متلازمة القلب المنكسر، وهي اضطراب في عضلة القلب تسميه اعتلال عضلة القلب الناتج عن الإجهاد، تُعرف أيضاً بأسماء أخرى مثل متلازمة تاكوتسوبو واعتلال تاكوتسوبو القلبي (تاكوتسوبو) هو وعاء صيد الأخطبوط المستخدم في اليابان؛ ويكون شكل القلب المصاب عند هؤلاء المرضى، مشابهاً له). نحن نعلم أن متلازمة القلب المنكسر تحدث عند حوالي ٢٪ من المرضى الذين يشبه في إصابتهم بنوبة قلبية. ومع ذلك، يُعتقد أن هذا الرقم يقل عن العدد الفعلي للحالات لأن الوضع غالباً لا يتم التعرف عليه. وتصيب متلازمة القلب المنكسر في الغالب النساء (حوالي ٨٨٪ منهم)، وتحدث خاصة في منتصف العمر (بعد انقطاع الطمث؛ متوسط العمر من ٥٨ إلى ٧٧ عاماً).



الرعاية الصحية

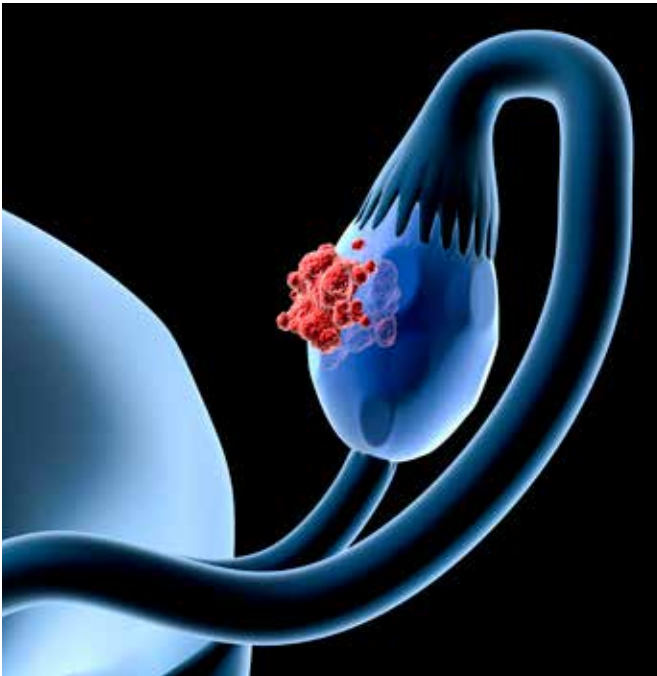
ميدبول باهجيلفلر في خدمة مرضانا!

بدأ مستشفى ميدبول باهجيلفلر في تقديم الخدمات الصحية في العديد من الفروع من خلال أطبائه المتخصصين وطاقمه الطبي من ذوي الخبرة ومعداته التكنولوجية المتقدمة. يعمل مستشفى ميدبول باهجيلفلر الذي يقع في الجانب الأوروبي من اسطنبول، من أجل صحة المرضى على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع من خلال غرف العمليات المجهزة بالكامل ووحدات العناية المركزة ذات الأجهزة التكنولوجية المتطورة والمختبر وخدمة الطوارئ وغرفة المجهزة بوحدة علاجية متقدمة. ويتميز مستشفى ميدبول باهجيلفلر بكونه ثاني أكبر مستشفى في مجموعة ميدبول الصحية بسعة ٤٠٠ سرير. ويعمل الأطباء المتخصصون في المجالات المحلية والدولية في ميدبول باهجيلفلر المجهز بالتقنيات المتقدمة. بالإضافة إلى ذلك، هناك عدد كافٍ من المترجمين ودعم من الموظفين لخدمة المرضى الدوليين والمساهمة في السياحة العلاجية.

علم أورام الجهاز التناسلي الأنثوي

انتفاخ البطن علامة على الإصابة بالسرطان

على الرغم من أن سرطان المبيض وهو أحد أنواع السرطانات الخطيرة لدى النساء، يمكن حدوثه لدى جميع الفئات العمرية، إلا أنه أكثر شيوعاً خاصة في فترة ما بعد انقطاع الطمث. ويحتل سرطان المبيض، الذي يكون في المرتبة الثامنة بين السرطانات التي تصيب الإناث في جميع أنحاء العالم، مرتبة أعلى من حيث الوفيات الناتجة عن الإصابة بالسرطان لدى الإناث. ولأن المرض لا يُظهر أي أعراض في مراحله المبكرة ويتطور بشكل خبيث، فإن الغالبية العظمى من الحالات يتم تشخيصها عادة في المراحل المتقدمة. ولهذا السبب، فإن علاج سرطان المبيض صعب للغاية وغالباً ما يتطلب الكثير من الوقت. وعندما يتم التشخيص المبكر، يمكن الحصول على نتائج علاجية ناجحة بنسبة ٨٠-٩٠٪. الأعراض الأكثر شيوعاً عند المرضى هي انتفاخ البطن والضغط، والشعور بالضغط والألم في منطقة الأربية، وعسر الهضم، والغثيان، وفقدان الشهية، والشعب المبكر، وتغيرات في عادات الأمعاء مثل الإمساك، وكثرة التبول، والنزيف المهلي وفقدان الوزن.





ЗДОРОВЬЕ

К вашим услугам Медиполь Бахчелиевлер

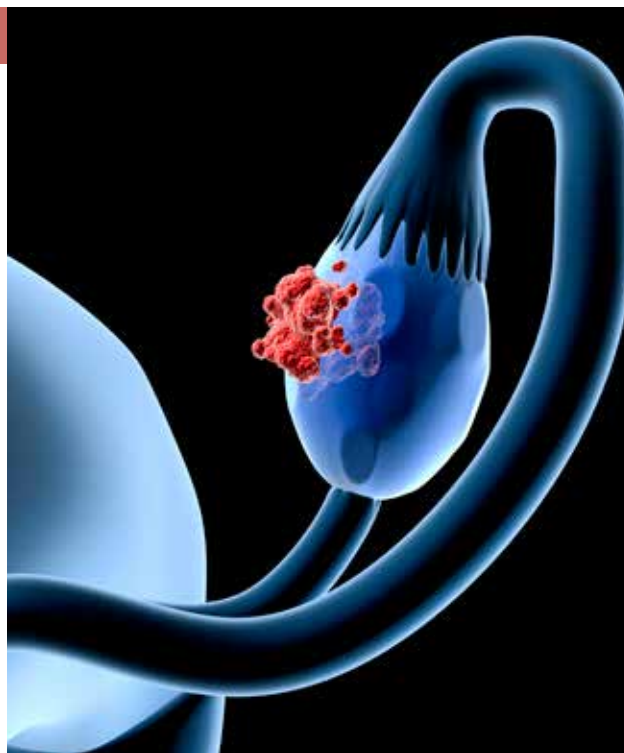
Больница Медиполь Бахчелиевлер начала предоставлять услуги во многих медицинских отраслях. В больнице работают авторитетные врачи и опытный медицинский коллектив и действует высокотехнологичное оборудование для лечения и диагностики. Больница Медиполь Бахчелиевлер расположена в Европейской части Стамбула. В больнице представлены высокотехнологичные отделения реанимации, скорой помощи, лаборатории,

усовершенствованные палаты для лечения и наблюдения за больными. Больница заботится о здоровье пациентов в режиме 24/7. Больница Медиполь Бахчелиевлер располагает 400 койками и является второй по величине больницей Медицинской группы Медиполь. Структура Больницы Медиполь Бахчелиевлер оснащена по современным технологиям, здесь трудятся авторитетные специалисты, известные как в Турции, так и за рубежом. Больница приветствует иностранных пациентов - мы располагаем переводчиками и вспомогательным медицинским персоналом и регулярно вносим вклад в развитие международного туризма.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ОНКОЛОГИЯ

Вздутие живота может быть признаком рака

Рак яичника является серьезным женским онкологическим заболеванием и может встречаться во всех возрастных группах. Однако наиболее он распространен у женщин после менопаузы. Рак яичника на 8 месте среди всех женских типов рака в мире, но он является наиболее опасным с точки зрения женской смертности от онкологии. Большинство случаев рака яичника не проявляют никаких симптомов на раннем этапе, развиваются коварно и диагностируются на поздних стадиях. Поэтому лечение рака яичника проходит очень трудно и обычно представляет собой длительный процесс. При ранней диагностике можно достичь успешных результатов лечения в 80-90% случаев. Самыми распространенными симптомами среди пациентов являются вздутие живота, ощущение тяжести, давления и боли в животе, а также расстройство желудка, тошнота, потеря аппетита, ранняя насыщаемость, запора и прочие изменения работы ЖКТ. Также могут встречаться частые позывы к мочеиспусканию, вагинальное кровотечение и потеря веса.

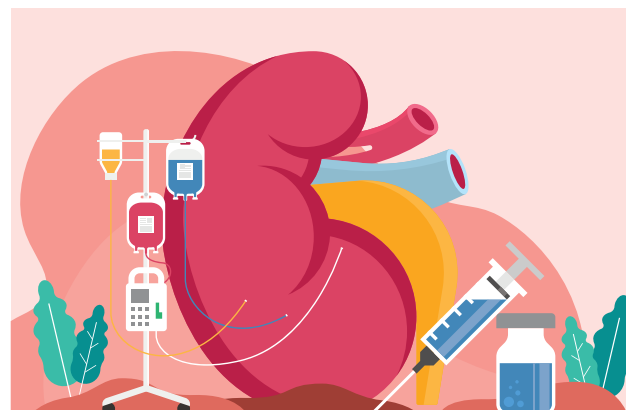




ОБЩАЯ ХИРУРГИЯ

Горячая химиотерапия продлевает жизнь

Горячая химиотерапия применяется для опухолевых поражений в полости живота. При такой процедуре лекарства сначала нагревают до 42 градусов и затем подают прямо в живот. Такое лечение увеличивает продолжительность жизни и улучшает ее качество. Считается, что горячая химиотерапия эффективнее обычной, так как она лучше уничтожает раковые клетки. Научные исследования подтвердили, что увеличение температуры лекарств до 42 градусов повышает успешность лечения. Цель горячей химиотерапии - полное уничтожение или сокращение незаметных глазу участков опухолей, которые не удалось удалить во время циторедуктивной хирургии.



ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ОРГАНОВ

Пожертвуй нами!

Центр пересадки органов нашей больницы был открыт в 2013 году. Тогда мы начали проводить пересадку печени и почек. В 2019 году был открыт центр пересадки сердца. Мы проводим пересадку от живых и мертвых доноров для пациентов с недостаточностью печени и почек. Центр пересадки сердца выполняет трансплантацию от мертвых доноров и пересадку искусственного сердца. На данный момент мы провели 430 операций по пересадке печени, 300 пересадок почек, 32 пересадки искусственного сердца и 1 пересадку сердца от мертвого донора. 9% пересадок проводят от мертвых доноров. 12% пересадок были выполнены для детей. В нашем центре обслуживают множество иностранных пациентов, 20% от всех пересадок выполняют для пациентов из-за рубежа. Кроме этого в нашем центре есть отделение пожертвования органов. Здесь мы регистрируем информацию о всех добровольцах, желающих пожертвовать органы.

КАРДИОЛОГИЯ

Разбитые сердца часто болеют

Синдром «Разбитого сердца» - кардиомиопатия, связанная со стрессом, нарушает работу сердечной мышцы. В результате чего возникает синдром такоцубо, кардиомиопатия такоцубо (Термин «такоцубо» в переводе с японского языка означает приспособление для ловли осьминогов, форму которого принимает сердце, подверженное данному синдрому). Мы знаем, что около 2% пациентов с синдромом «разбитого сердца» наблюдают с подозрением на сердечный приступ. Кроме этого, вероятно, что этот процент значительно ниже, чем на самом деле, так как состояние обычно не удается распознать. Синдром разбитого сердца обычно влияет на женщин среднего возраста (после менопаузы, средний возраст 58-77 лет - такие пациенты составляют около 88% всех случаев).

AJANDA



BİR OYUN

Toz

Murat Mahmut-yazıcıoğlu'nun yazdığı, çok kişiyle kesişen

tek kişilik kadın oyunu Toz sahnede. Hira Tekindor'un yönettiği, Zerrin Tekindor'un tek kişilik performansı ile izleyenleri hayran bırakan oyun, betonların göğü

henüz delmediği zamanlarda büyük şehrin sokaklarında, apartman önlerinde büyüyen bir kız çocuğuna odaklanıyor. Güzeller güzeli ev kadını anne ile titiz avukat babanın tek kızı: Handan. Sokakların da anne babasıyla yaşadığı evin içi gibi huzursuz olduğu zamanlardan geçerek büyüyen, kendi yolunu bulan bir genç kadın. Handan'la tanıştığımızda; o, çocukluğundan bugüne uzanan bir hikâyeye çoktan dalıp gitmiş olacak. Handan'ın ve onun hafızasından çıkıp gelen annesi Feri'nin öyküsü, 1960'lardan bugüne uzanan bir anlatıya yerleşiyor.

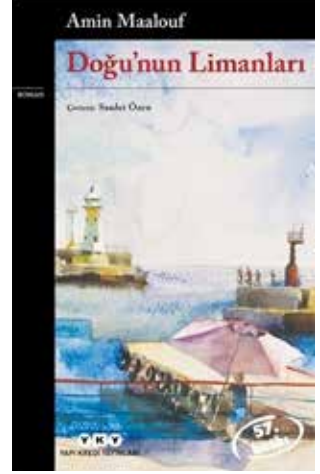
BİR MÜZE

Beykoz Cam ve Billur Müzesi

Milli Saraylar Başkanlığı'na bağlı olarak geçtiğimiz yıl açılan Beykoz Cam ve Billur Müzesi, zengin koleksiyonunun yanı sıra kütüphane, kafe, atölye, botanik park ve mini hayvanat bahçesiyle dünyanın sayılı örnekleri arasında yer alıyor. Kısa sürede İstanbul'un uğrak noktalarından biri haline gelen müzede; 117 ağaç türüne ev sahipliği yapan koruluk

alanı, kafesi, cam atölyesi ve oyun parkı gibi sosyal donatılar bulunuyor. Beykoz Cam ve Billur Müzesi, adını Osmanlı döneminde bu semtte kurulan ve devrin en önemli cam fabrikası olan Beykoz Cam ve Billurât Fabrika-i Hümayûnu'ndan alıyor. Türk cam sanatının gelişim

evrelerinin izlenebildiği Beykoz Cam ve Billur Müzesi'nin koleksiyonunda, Türk camlarının yanı sıra Avrupa'da Osmanlı sarayları için üretilmiş eşsiz eserler de bulunuyor. Cam sanatının seçkin örneklerinden bin 480 parça eserin sergilendiği müze, 12 tematik bölümden oluşuyor.



BİR KİTAP

Doğu'nun Limanları

Amin Maalouf'un sizi içinde savaş, farklı ülkeler ve hüznün barındıran tarihi bir yolculuğa çıkarmasına hazır mısınız? Doğu'nun Limanları, her an savaşların çıktığı bir dünyada yolunu bulmaya çalışan genç bir adamın yürek burkan hikâyesine odaklanıyor. Eserin kahramanı İsyân'ın da hikâyenin başında söylediği gibi, bu hikâye onun doğumundan çok önce başlıyor. Doğu'nun Limanları'nda okuyucu, hikâyeyi İsyân'dan dinliyor. İsyân, kendini bir fotoğraftan tanıyan isimsiz bir anlatıcı aracılığıyla hayatını aktarırken, hikâyesini Osmanlı'daki atalarından ve çocukluğundan başlayarak anlatıyor. Roman, Orta Doğu'daki iki talihsiz aşkın hikâyesi etrafında gelişiyor.



BİR SERGİ

Hikâyelerin Hikâyesi

Figüratif sanatı yeniden tanımlayan Portekizli sanatçı Paula Rego'nun eserleri Hikâyelerin Hikâyesi adlı sergi ile ilk kez İstanbullularla buluşuyor. Sergi adını, Portekiz'in başkenti Lizbon'un bir ucunda bulunan ve Rego'nun eserlerini barındıran 'Hikâyeler Evi' isimli müzeden alıyor. Küratör Alistair Hicks Rego'yu, 'kendisi de küçük



bir hikâyeler evidir' diyerek tanımlıyor. Suna ve İnan Kırac Vakfı Pera Müzesi'ne konuk olan "Paula Rego: Hikâyelerin Hikâyesi" adlı

sergi, Rego'nun resmini ilk kez, kapsamlı biçimde İstanbullu sanatseverlerle tanıştırtıyor. Sergi, çevrimiçi olarak gezilebilir.

BİR KONSER

Erkan Oğur ve İsmail Hakkı Demircioğlu

Farklı ses rengiyle; türküler başta olmak üzere deyişleri kendi yorumuyla seslendiren, perdesiz gitarın mucidi Erkan Oğur ve İsmail Hakkı Demircioğlu dinleyicileriyle buluşuyor. 18 Mayıs Trump Sahne'de gerçekleşecek konserde sanatçılar, çoğu eski, bazıları ise çok eski Anadolu türkülerinden oluşan bir repertuarı seslendirecek. Erkan Oğur ve İsmail Hakkı Demircioğlu, performanslarını bu nedenle "Bir birlikte hatırlama çabası" olarak ifade ediyor. Sanatçıların, duo formatında ortaya koydukları performans, Türk halk müziğinde yeni bir tarz oluşturuyor.



BİR FİLM

Güneş Sonrası

Çekimleri Türkiye'de yapılan Güneş sonrası (Aftersun) filmi yılın en iyi filmlerinden biri olarak görülüyor. Başrollerinde Oscar adayı Paul Mescal ve Frankie Corio'nun olduğu film, 1990'ların sonunda bir tatil beldesinde on bir yaşındaki Sophie'nin çok fazla vakit geçiremediği sevgi dolu ve idealist

babası Calum ile çıktığı tatili konu ediniyor. Yönetmenliğini Charlotte Wells'in üstlendiği filmde; Sophie'nin ergenliğe yaklaşırken, babası Calum'un da kendi içinde babalık dışındaki sorumluluklarıyla mücadele edişine tanık oluyoruz. Zaman geçtikçe anlamı derinleşip güçlenen bir tatilin neşesini, hüznünü ve sıcaklığını aktaran Güneş Sonrası, bir ailenin hayatından duygusal kesitler sunuyor.

► ÇENGEL BULMACA

HAZIRLAYAN: AHSEN İLHAN

Karahumma		Doku bozukluğu		Kalsiyum Oksit (kısaltma)		Bir halife adı		Zeveban		Yadırsıma, kabul etmeme		Tıpta bir uçuş açığı		Konya (Fotoğraf)
Bir iç organ		Bir geçmiş zaman eki		Bir haber ajansı				Ek solu-num sesi				Adale		
				Mekân				Özenli						
Fizyolo-jist										Bâb				
Numara (kısaltma)										Pislik, pasak				
		Bir harfin okunuşu				Yankı								Kan pıhtısı
		Bir göz bozukluğu				Galyum sembolü								
Cerahat	Ceset odası					Buyuran, emreden						Tok karşıtı		
	Bir mide hastalığı											Bir tür oyun konsolu		
				Atardamar								Karışık renkli		
				Dişi kap-layan sert doku								Avuç içi		
Bir seslen-me sözü				Azotun sembolü						Kırık kemgije yapılan destek				
Tıpta ses yitimi										İlaçlı yapışkan bez				
										Helal karşıtı				
Lomber ponksiyon (kısaltma)				Karın ve göğüs boşluğu-nu ayıran ince kas										
Farsçada iki														
		Bir bağlaç								Sabit bir sayı	Belirti, emare		Psikiyat-rik bir rahat-sızlık	
		İsim												
Hasta taşıma yatağı	Eski Filis-tin'de bir kent			Üstünde, üzerinde anlamın-da tıpta bir ön ek								'KEDI'nin ünsüzleri		
	Biyolojide cinsiyet											Allah'ı tanımayan		
Derece, makam olarak yüksel-me		Bir basın ajansı				Kemik dokuda doğal kalsiyum fosfat		Kansızlık hastalığı		Bir bağlaç	Transtor-a-sik Ekokar-di-yografi			
		Tenis aracı						Öğütücü diş			Protein asidi			
						Midenin arkasında bir organ								
						Ana kara								
Uçurum				Sütteki protein maddesi								Bir tür cetvel		
Oksijen sembolü				Dili tutul-muş								Su taşkını		
		Soya çekim								Antistrep-tolisin O (kısaltma)				İlave
		Derviş selamı								Serum, Fizyolojik				
Hemog-lobin ile renklenmiş alyuvar								Duman karası, duman lekesi			Arapçada ben			
Damla hastalığı														
				Dar ve kalınca tahta						B grubundan bir vitamin (..... Asit)				



SUDOKU ► SUDOKU

Tabloda; 1'den 9'a kadar olan rakamları her satır, her sütun ve her 3X3'lük kare içine, birbirine denk gelmeyecek şekilde yerleştirmeniz gerekmektedir. Klasik SUDOKU oyununda basit 3 kural vardır:

1. Her satırda 1'den 9'a kadar rakamlar birer defa yer alır.
2. Her sütunda 1'den 9'a kadar rakamlar birer defa yer alır.
3. Her 3X3'lük karede 1'den 9'a kadar rakamlar birer defa yer alır.

2		4			6			
			3			9		4
7				2		1		
	5				2		1	
		1						
	2			5	7	8		
4				8				2
			6		3	4	5	
9		8						

ŞİFRELİ KELİME AVI

ŞİFRELİ KELİME AVI bulmacasında amaç; tabloda gizlenmiş kelimeleri bulmaktır. Kelimeler; sağdan sola-soldan sağa, yukarıdan aşağı-aşağıdan yukarı ve çaprazlama olacak şekilde yerleştirilmiştir. Bütün kelimeleri bulduğunuzda boşta kalan karelerdeki harfler, bulmacanın konusuna uygun bir şifre kelime oluşturacaktır. Bunun için tablodaki tüm kelimelerin üzeri çizilmeli ve tablonun solundan başlayarak boşta kalan harfler sırasıyla kenara yazılmalıdır.

► ŞİFRELİ KELİME AVI - KONU: PSİKİYATRİ TERİMLERİ

D	Ü	A	J	İ	T	A	S	Y	O	N	A	Ş	N
A	K	A	T	İ	Z	İ	D	Ü	S	M	R	E	N
K	A	T	A	T	O	N	İ	E	N	A	V	O	P
C	E	M	Z	İ	T	O	A	E	M	R	N	S	L
D	E	J	A	V	U	S	Z	P	O	A	İ	R	I
İ	Z	A	F	A	K	İ	I	Z	N	K	N	Ş	I
O	B	S	E	S	Y	O	N	M	O	E	A	S	S
I	İ	B	O	F	O	O	Z	Z	E	F	O	R	İ
M	U	T	İ	Z	M	O	G	E	R	E	P	Ü	S

İçinizi ısıtan çorbalar



Beyran Çorbası

Malzemeler

- Yarım kilo kemikli kuzu eti
- 2 litre su
- Bir su bardağı pirinç
- Bir tatlı kaşığı tuz
- 5 diş sarımsak
- 2 yemek kaşığı pul biber
- 1 çay kaşığı karabiber

Hazırlanışı

Kuzu etini genişçe bir tencereye alarak üzerine suyu ekleyin. Orta-kısık ateşte, harlı bir şekilde kaynatmadan pişirmeye başlayın. Et pişerken üzerinde biriken köpükleri alın. Etler iyice yumuşayıp kemikten ayrılmaya başlayınca kadar haşlayın. Bu sırada pirinçleri bir kaseye alarak üzerine bir parmak geçecek kadar sıcak su ilave edin.

15-20 dakika kadar bu şekilde bekletin. Ardından bir miktar tuz ve 1,5 su bardağı su ilave ederek pişirmeye başlayın, suyunu çekince ocaktan alın ve kenara ayırın. Etler piştikten sonra suyunu süzün. Etleri bir kenara alıp didiklemek için ayırın. Suyu tekrar tencereye dökün. Et suyunun sıcak kalması için servis etmeden önce orta-kısık ateşte bırakın, içine tuzunu ekleyin. Servis ederken pirinci ve didiklenmiş etleri kaselere bölüştürün. Sarımsakları döverek püre haline getirin ve bir kaseye alıp üzerine çok az et suyu ekleyerek açın. Ardından sarımsağı da kaselere bölüştürün. Pul biberi de kaselerin içine paylaşın. Ardından ocakta kaynamış olan sıcak et suyunu kepçeyle kaselere paylaştırarak servis edin.

Çerkez Çorbası

Malzemeler

- Bir su bardağı aşurelik buğday
- Bir su bardağı haşlanmış mısır
- 200 gr tavuk göğüs eti
- Bir su bardağı yoğurt
- 2 yumurta
- Bir çorba kaşığı un
- Bir çorba kaşığı ayçiçek yağı
- Bir kaşık dolusu tereyağı
- 6 su bardağı sıcak tavuk suyu
- Bir tutam tuz
- Bir tutam kuru nane

Hazırlanışı

Buğdayı bir gece öncesinden suda bekletin. Daha sonra yumuşayana kadar haşlayın. Tavuk etini de haşlayıp didikleyin. Haşlama suyundan altı bardak kadarını ayırın. Çorbanın terbiyesi için yoğurt, bir çorba kaşığı su ve yumurtaları bir kapta çırpıp bir kenarda bekletin. Yağları tencerede ısıtın. Çırpma teliyle sürekli karıştırarak unu ilave edin. Tavuk suyunu azar azar ekleyerek pütürlü kıvam elde edinceye kadar karıştırın. Buğday ve mısırı ekleyip kaynatın. Terbiyeyi çorbaya ekleyip bir taşım daha kaynatın. Tavuk etini ekleyin. Tuz ve kuru nane ilave edip tatlandırın.

► BULMACA ÇÖZÜMLERİ

ÇENGEL BULMACA																								KROKİLERİ: ARKHAİON																																																																													
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100		
1	M	F	N	M	İ	R	E	Y	A	F	D	Ü	S	T	E	R	Y	Ö	H	G	U	T	L	A	T	A	F	O	L	I	K	A	R	O	N	K	Ü	Ş	A	İ	N	I	K	A	S	R	A	M	İ	R	Ç	A	L	A	E	T	E	L	Y	A	K	I	H	A	R	A	M	P	İ	K	D	Z	A	R	A	P	A	N	K	R	E	A	S	K	A	Z	E	İ	N	T	E	İ	Ş	E	N	E	F	O	L	I	K
2	M	F	N	M	İ	R	E	Y	A	F	D	Ü	S	T	E	R	Y	Ö	H	G	U	T	L	A	T	A	F	O	L	I	K	A	R	O	N	K	Ü	Ş	A	İ	N	I	K	A	S	R	A	M	İ	R	Ç	A	L	A	E	T	E	L	Y	A	K	I	H	A	R	A	M	P	İ	K	D	Z	A	R	A	P	A	N	K	R	E	A	S	K	A	Z	E	İ	N	T	E	İ	Ş	E	N	E	F	O	L	I	K
3	M	F	N	M	İ	R	E	Y	A	F	D	Ü	S	T	E	R	Y	Ö	H	G	U	T	L	A	T	A	F	O	L	I	K	A	R	O	N	K	Ü	Ş	A	İ	N	I	K	A	S	R	A	M	İ	R	Ç	A	L	A	E	T	E	L	Y	A	K	I	H	A	R	A	M	P	İ	K	D	Z	A	R	A	P	A	N	K	R	E	A	S	K	A	Z	E	İ	N	T	E	İ	Ş	E	N	E	F	O	L	I	K
4	M	F	N	M	İ	R	E	Y	A	F	D	Ü	S	T	E	R	Y	Ö	H	G	U	T	L	A	T	A	F	O	L	I	K	A	R	O	N	K	Ü	Ş	A	İ	N	I	K	A	S	R	A	M	İ	R	Ç	A	L	A	E	T	E	L	Y	A	K	I	H	A	R	A	M	P	İ	K	D	Z	A	R	A	P	A	N	K	R	E	A	S	K	A	Z	E	İ	N	T	E	İ	Ş	E	N	E	F	O	L	I	K
5	M	F	N	M	İ	R	E	Y	A	F	D	Ü	S	T	E	R	Y	Ö	H	G	U	T	L	A	T	A	F	O	L	I	K	A	R	O	N	K	Ü	Ş	A	İ	N	I	K	A	S	R	A	M	İ	R	Ç	A	L	A	E	T	E	L	Y	A	K	I	H	A	R	A	M	P	İ	K	D	Z	A	R	A	P	A	N	K	R	E	A	S	K	A	Z	E	İ	N	T	E	İ	Ş	E	N	E	F	O	L	I	K
6	M	F	N	M	İ	R	E	Y	A	F	D	Ü	S	T	E	R	Y	Ö	H	G	U	T	L	A	T	A	F	O	L	I	K	A	R	O	N	K	Ü	Ş	A	İ	N	I	K	A	S	R	A	M	İ	R	Ç	A	L	A	E	T	E	L	Y	A	K	I	H	A	R	A	M	P	İ	K	D	Z	A	R	A	P	A	N	K	R	E	A	S	K	A	Z	E	İ	N	T	E	İ	Ş	E	N	E	F	O	L	I	K
7	M	F	N	M	İ	R	E	Y	A	F	D	Ü	S	T	E	R	Y	Ö	H	G	U	T	L	A	T	A	F	O	L	I	K	A	R	O	N	K	Ü	Ş	A	İ	N	I	K	A	S	R	A	M	İ	R	Ç	A	L	A	E	T	E	L	Y	A	K	I	H	A	R	A	M	P	İ	K	D	Z	A	R	A	P	A	N	K	R	E	A	S	K	A	Z	E	İ	N	T	E	İ	Ş	E	N	E	F	O	L	I	K
8	M	F	N	M	İ	R	E	Y	A	F	D	Ü	S	T	E	R	Y	Ö	H	G	U	T	L	A	T	A	F	O	L	I	K	A	R	O	N	K	Ü	Ş	A	İ	N	I	K	A	S	R	A	M	İ	R	Ç	A	L	A	E	T	E	L	Y	A	K	I	H	A	R	A	M	P	İ	K	D	Z	A	R	A	P	A	N	K	R	E	A	S	K	A	Z	E	İ	N	T	E	İ	Ş	E	N	E	F	O	L	I	K
9	M	F	N	M	İ	R	E	Y	A	F	D	Ü	S	T	E	R	Y	Ö	H	G	U	T	L	A	T	A	F	O	L	I	K	A	R	O	N	K	Ü	Ş	A	İ	N	I	K	A	S	R	A	M	İ	R	Ç	A	L	A	E	T	E	L	Y	A	K	I	H	A	R	A	M	P	İ	K	D	Z	A	R	A	P	A	N	K	R	E	A	S	K	A	Z	E	İ	N	T	E	İ	Ş	E	N	E	F	O	L	I	K
10	M	F	N	M	İ	R	E	Y	A	F	D	Ü	S	T	E	R	Y	Ö	H	G	U	T	L	A	T	A	F	O	L	I	K	A	R	O	N	K	Ü	Ş	A	İ	N	I	K	A	S	R	A	M	İ	R	Ç	A	L	A	E	T	E	L	Y	A	K	I	H	A	R	A	M	P	İ	K	D	Z	A	R	A	P	A	N	K	R	E	A	S	K	A	Z	E	İ	N	T	E	İ	Ş	E	N	E	F	O	L	I	K
11	M	F	N	M	İ	R	E	Y	A	F	D	Ü	S	T	E	R	Y	Ö	H	G	U	T	L	A	T	A	F	O	L	I	K	A	R	O	N	K	Ü	Ş	A	İ	N	I	K	A	S	R	A	M	İ	R	Ç	A	L	A	E	T	E	L	Y	A	K	I	H	A	R	A	M	P	İ	K	D	Z	A	R	A	P	A	N	K	R	E	A	S	K	A	Z	E	İ	N	T	E	İ	Ş	E	N	E	F	O	L	I	K
12	M	F	N	M	İ	R	E	Y	A	F	D	Ü	S	T	E	R	Y	Ö	H	G	U	T	L	A	T	A	F	O	L	I	K	A	R	O	N	K	Ü	Ş	A	İ	N	I	K	A	S	R	A	M	İ	R	Ç	A	L	A	E	T	E	L	Y	A	K	I	H	A	R	A	M	P	İ	K	D	Z	A	R	A	P	A	N	K	R	E	A	S	K	A	Z	E	İ	N	T	E	İ	Ş	E	N	E	F	O	L	I	K
13	M	F	N	M	İ	R	E	Y	A	F	D	Ü	S	T	E	R	Y	Ö	H	G	U	T	L	A	T	A	F	O	L	I	K	A	R	O	N	K	Ü	Ş	A	İ	N	I	K	A	S	R	A	M	İ	R	Ç	A	L	A	E	T	E	L	Y	A	K	I	H	A	R	A	M	P	İ	K	D	Z	A	R	A	P	A	N	K	R	E	A	S	K	A	Z	E	İ	N	T	E	İ	Ş	E	N	E	F	O	L	I	K
14	M	F	N	M	İ	R	E	Y	A	F	D	Ü	S	T	E	R	Y	Ö	H	G	U	T	L	A	T	A	F	O	L	I	K	A	R	O	N	K	Ü	Ş	A	İ	N	I	K	A	S	R	A	M	İ	R	Ç	A	L	A	E	T	E	L	Y	A	K	I	H	A	R	A	M	P	İ	K	D	Z	A	R	A	P	A	N	K	R	E	A	S	K	A	Z	E	İ	N	T	E	İ	Ş	E	N	E	F	O	L	I	K
15	M	F	N	M	İ	R	E	Y	A	F	D	Ü	S	T	E	R	Y	Ö	H	G	U	T	L	A	T	A	F	O	L	I	K	A	R	O	N	K	Ü	Ş	A	İ	N	I	K	A	S	R	A	M	İ	R	Ç	A	L	A	E	T	E	L	Y	A	K	I	H	A	R	A	M	P	İ	K	D	Z	A	R	A	P	A	N	K	R	E	A	S	K	A	Z	E	İ	N	T	E	İ	Ş	E	N	E	F	O	L	I	K
16	M	F	N	M	İ	R	E	Y	A	F	D	Ü	S	T	E	R	Y	Ö	H	G	U	T	L	A	T	A	F	O	L	I	K	A	R	O	N	K	Ü	Ş	A	İ	N	I	K	A	S	R	A	M	İ	R	Ç	A	L	A	E	T	E	L	Y	A	K	I	H	A	R	A	M	P	İ	K	D	Z	A	R	A	P	A	N	K	R	E	A	S	K	A	Z	E	İ	N	T	E	İ	Ş	E	N	E	F	O	L	I	K
17	M	F	N	M	İ	R	E	Y	A	F	D	Ü	S	T	E	R	Y	Ö	H	G	U	T	L	A	T	A	F	O	L	I	K	A	R	O	N	K	Ü	Ş	A	İ	N	I	K	A	S	R	A	M	İ	R	Ç	A	L	A	E	T	E	L	Y	A	K	I	H	A	R	A	M	P	İ	K	D	Z	A	R	A	P	A	N	K	R	E	A	S	K	A	Z	E	İ	N	T	E	İ	Ş	E	N	E	F	O	L	I	K
18	M	F	N	M	İ	R	E	Y	A	F	D	Ü	S	T	E	R	Y	Ö	H	G	U	T	L	A	T	A	F	O	L	I	K	A	R	O	N	K	Ü	Ş	A	İ	N	I	K	A	S	R	A	M	İ	R	Ç	A	L	A	E	T	E	L	Y	A	K	I	H	A	R	A	M	P	İ	K	D	Z	A	R	A	P	A	N	K	R	E	A	S	K	A	Z	E	İ	N	T	E	İ	Ş	E	N	E	F	O	L	I	K
19	M	F	N	M	İ	R	E	Y	A	F	D	Ü	S	T	E	R	Y	Ö	H	G	U	T	L	A	T	A	F	O	L	I	K	A	R	O	N	K	Ü	Ş	A	İ	N	I	K	A	S	R	A	M	İ	R	Ç	A	L	A	E	T	E	L	Y	A	K	I	H	A	R	A	M	P	İ	K	D	Z	A	R	A	P	A	N	K	R	E	A	S	K	A	Z	E	İ	N	T	E	İ	Ş	E	N	E	F	O	L	I	K
20	M	F	N	M	İ	R	E	Y	A	F	D	Ü	S	T	E	R	Y	Ö	H	G	U	T	L	A	T	A	F	O	L	I	K	A	R	O	N	K	Ü	Ş	A	İ	N	I	K	A	S	R	A	M	İ	R	Ç	A	L	A	E	T	E	L	Y	A	K	I	H	A	R	A	M	P	İ	K	D	Z	A	R	A	P	A	N	K	R	E	A	S	K	A	Z	E	İ	N	T	E	İ	Ş	E	N	E	F	O	L	I	K
21	M	F	N	M	İ	R	E	Y	A	F	D	Ü	S	T	E	R	Y	Ö	H	G	U	T	L	A	T	A	F	O	L	I	K	A	R	O	N	K	Ü	Ş	A	İ	N	I	K	A	S	R	A	M	İ	R	Ç	A	L	A	E	T	E	L	Y	A	K	I	H	A	R	A	M	P	İ	K	D	Z	A	R	A	P	A	N	K	R	E	A	S	K	A	Z	E	İ	N	T	E	İ	Ş	E	N	E	F	O	L	I	K
22	M	F	N	M	İ	R	E	Y	A	F	D	Ü	S	T	E	R	Y	Ö	H	G	U	T	L	A	T	A	F	O	L	I	K	A	R	O	N	K	Ü	Ş	A	İ	N	I	K	A	S	R	A	M	İ	R	Ç	A	L	A	E	T	E	L	Y	A	K	I	H	A	R	A	M	P	İ	K	D	Z	A	R	A	P	A	N	K	R	E	A	S	K	A	Z	E	İ	N	T	E	İ</									

► SUDOKU

2	8	4	9	1	6	5	3	7
5	1	6	3	7	8	9	2	4
7	9	3	5	2	4	1	8	6
8	5	7	4	3	2	6	1	9
3	4	1	8	6	9	2	7	5
6	2	9	1	5	7	8	4	3
4	6	5	7	8	1	3	9	2
1	7	2	6	9	3	4	5	8
9	3	8	2	4	5	7	6	1

Çözdüğünüz ÇENGEL, SUDOKU ve ŞİFRELİ KELİME AVI bulmacalarının cevaplarını bu tablodan kontrol edebilirsiniz.

ŞİFRELİ KELİME AVI - KODLU PÜKÜYATRI TERİMLERİ - ŞİFRE: DOĞUŞİNE SİĞİRMİŞ																																																																																																																													
D	Ü	A	J	İ	T	A	S	Y	O	N	A	Ş	N	A	K	A	T	İ	Z	İ	D	Ü	S	M	R	E	N	K	A	T	A	T	O	N	İ	E	N	A	V	O	P	C	E	M	Z	İ	T	O	A	E	M	R	N	S	L	D	E	J	A	V	U	S	Z	P	O	A	İ	R	I	İ	Z	A	F	A	K	İ	I	Z	N	K	N	Ş	I	O	B	S	E	S	Y	O	N	M	O	E	A	S	S	I	İ	B	O	F	O	O	Z	Z	E	F	O	R	I	M	U	T	İ	Z	M	O	G	E	R	E	P	Ü	S



Yüksek basınç altında oksijen uygulaması iyileştiriyor

Hiperbarik oksijen tedavisi

Hiperbarik oksijen tedavisi bazı hastalıklarda birincil tedavi yöntemi iken birçok hastalıkta da diğer tedavi yöntemlerine ek veya yardımcı tedavi olarak uygulanabilmektedir.

HİPERBARİK OKSİJEN TEDAVİSİNİN UYGULANDIĞI HASTALIKLAR;

İyileşmeyen yaralar | Diyabetik ayak enfeksiyonları | Avasküler nekroz | Kronik osteomyelit
Radyoterapi sonucu ortaya çıkan yaralar ve yanık | Karbonmonoksit zehirlenmesi | Dekompresyon



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



MEDİPOL
MEGA
MEDİPOL MEGA
HASTANELER KOMPLEKSİ



Biz yine başardık!

Türkiye’de Üniversite Hastanesi Standartlarında aldığımız
ilk onay JCI tarafından 4’üncü kez tescillendi!

Medipol Mega Üniversite Hastanesi, JCI tarafından Akademik Tıp Merkezi Hastane Standartları kapsamında
denetlenip gerekli koşulları sağlayarak yeniden, 4’üncü kez onay alan Türkiye’deki ilk hastanedir.



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



MEDİPOL
MEGA
MEDİPOL MEGA
HASTANELER KOMPLEKSİ

