

GÜNEŞİ SEV,
CİLDİNİ KORU

SAĞLIKLI FLORA,
HAFİF BİR YAŞAM

SADECE SU
İÇMEK YETMEZ

KAYGILAR
ÇOĞALIYOR

MEDİPOL Sağlıcakla

SAĞLIKLI YAŞAM DERGİSİ, YAZ 2026, SAYI: 28

BU YORGUNLUK
DİJİTAL

GİDEREK AĞIRLAŞIYORUZ:
OBEZİTE

KANGREN
BACAKLARIN
'KALP KRİZİDİR'

 MEDİPOL
YAYIN



ŞAMPİYONLARIN TERCİHİ DEĞİŞMEDİ ÜÇ BİRİNCİNİN 3'Ü DE MEDİPOL TIP'TA

Sayısalda ilk 5'ten 4, ilk 100'den 27 öğrenci
İstanbul Medipol Üniversitesi'ni tercih etti.
Tıp Fakültesi, Yapay Zekâ Mühendisliği,
İşletme ve Yapay Zekâ, Felsefe ve Yapay Zekâ,
Tarih ve Yapay Zekâ bölümleri ile,
İstanbul Medipol Üniversitesi
beş bölümde zirvede.





KULAK BURUN BOĞAZ HASTALIKLARI

Burun farkıyla güzellik

Rinoplasti (burun estetiği) ameliyatları ile
kişiyeye özel ve doğal görünüm



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



MEDİPOL
BAHÇELİEVLER
MEDİPOL BAHÇELİEVLER HASTANESİ



Modern yaşamın sessiz salgını

Dünya genelinde giderek artan obezite, artık yalnızca estetik bir sorun değil; kalp hastalıklarından diyabete, karaciğer yağlanması ve bazı kanser türlerine kadar pek çok ciddi sağlık probleminin temel risk faktörlerinden biri olarak kabul ediliyor. Günümüzde obezite, modern yaşamın getirdiği beslenme alışkanlıkları, hareketsizlik, stres ve çevresel faktörlerin birleşimiyle ortaya çıkan karmaşık bir sağlık sorunu haline gelmiş durumda.

Uzmanlar obeziteyi artık yalnızca 'fazla kilo' olarak değil, çok sayıda biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörün rol oynadığı kronik bir hastalık olarak tanımlıyor. Hormonlar, metabolizma, bağırsak mikrobiyotası, genetik yatkınlık, yaşam tarzı ve psikolojik etkenler bu tablonun önemli parçalarını oluşturuyor. Bu nedenle obeziteyle mücadele de tek bir yöntemle değil; beslenme, tıbbi tedavi, davranış değişikliği ve gerektiğinde cerrahi yaklaşımların bir arada değerlendirildiği multidisipliner bir yaklaşım gerektiriyor.

Bu sayımızın kapak dosyasında obeziteyi tüm yönleriyle ele alıyoruz. Beslenme ve diyetetik uzmanları sağlıklı ve sürdürülebilir kilo yönetimini anlatırken, endokrinoloji uzmanları hormonların ve metabolizmanın rolünü açıklıyor. Kardiyoloji uzmanları obezitenin kalp ve damar sağlığı üzerindeki etkilerine dikkat çekerken, gastroenteroloji uzmanları bağırsak sağlığı ve karaciğer yağlanması gibi önemli konulara ışık tutuyor. Psikoloji alanındaki uzmanlar yeme davranışlarının arkasındaki duygusal ve zihinsel süreçleri değerlendirirken, genel cerrahi uzmanları ise obezite cerrahisinin kimler için uygun olduğunu ve ameliyat sonrası yaşamı ele alıyor.

Amacımız, obeziteyi yalnızca rakamlarla ifade edilen bir kilo sorunu olarak değil; bireyin yaşam kalitesini, sağlığını ve geleceğini etkileyen önemli bir sağlık meselesi olarak ele almak. Bu dosyada yer alan uzman görüşlerinin, hem sağlık profesyonelleri hem de okurlar için yol gösterici olmasını umuyoruz.

Ayrıca kanser başlığı altında lenfomalar, kemik metastazları ve likit biyopsi konularını ele alıyoruz. Alanında uzman hekimlerimizin kaleme aldığı yazılarla, bu 2 konuyu derinlemesine incelemiş oluyoruz. Bu yoğun gündemde çocuklarımızı da unutmamak elbette. Bu sayıda; çocukluk çağı baş ağrıları ve günümüzde sıklıkla duyduğumuz dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunda ilaç kullanımı konusu ile ilgili yazılarımız yer alıyor. Geleceğimizin teminatı çocuklarımızın sağlığı oldukça önemli ve bizler de bunun farkındayız.

Sağlığı açıkça tehdit eden unsurları sıklıkla ele aldık dergimizde.

Bu kez, pek de görülmeyen bir tehditi sizlerle paylaşıyoruz: Mikroplastikler! Son yıllarda bilim insanları, mikroplastiklerin insan vücudunda birikip birikmediğini ve hangi hastalıklara yol açabileceğini araştırmaya başladı. Elde edilen veriler oldukça dikkat çekici. Mikroplastiklerin akciğer, karaciğer, böbrek, bağırsak, beyin ve hatta kalp dokusunda bile tespit edildiği gösterildi. Prof. Dr. Bülent Demir'in hazırladığı mikroplastikler yazısında dikkat çekici ayrıntılar yer alıyor.

Artık daha fazla uzatmadan sizi Sağlıcakla Dergisi'nin bilimin ışığında hazırlanan içeriği ile baş başa bırakıyorum. Kalın sağlıcakla!

PROF. DR.
O. GAZİ YİĞİTBAŞI



İçindekiler

14

Sadece su içmek yetmez

Yazın gelmesiyle birlikte sıcak havalarda aşırı terleme, yetersiz sıvı alımı, kusma, ishal ya da bazı hastalıklar elektrolit dengesini bozabilir. Sıcak havalarda vücut ısını dengellemek için daha fazla terlenir. Terleme sırasında yalnızca su değil, aynı zamanda sodyum ve potasyum başta olmak üzere önemli mineraller de kaybedilir. Kaybedilen sıvı ve mineraller yerine konulmadığında elektrolit dengesizliği ortaya çıkabilir. Önemli olan yalnızca su almak değil, kaybedilen mineralleri de dengeli şekilde yerine koymaktır.



30

Kemik ağrısı sinyal olabilir

Kemikler kanserin en sık metastaz yaptığı bölgeler arasında yer alır. Özellikle meme ve prostat kanserleri gibi sık görülen kanserlerde kemik tutulumu maalesef sık görülür. Bunun yanında akciğer, böbrek gibi pek çok kanser türünde de kemik metastazları görülebilmektedir. Kemik metastazlarında en sık görülen yakınma; ağrıdır.



42

Kalbinize 'yük' bindirmeyin

Obezite çoğu zaman yalnızca fazla kilo ya da estetik bir sorun gibi algılanır. Oysa günümüzde obezite, kalp ve damar sağlığını doğrudan etkileyen kronik bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Vücutta yağ dokusunun artması yalnızca tartıdaki sayıyı yükseltmez; kan basıncını, damar yapısını, kalbin çalışma yükünü, kan şekeri ve kolesterol metabolizmasını da etkiler. Bu nedenle obezite; hipertansiyon, damar sertliği, kalp yetersizliği ve kalp krizi açısından önemli bir risk faktörüdür. Obeziteye bağlı kalp etkilenmesi, doğrudan kalp kası üzerinde de olumsuz etkiler oluşturur.



8

DOKTORUNUZ
CEVAPLIYOR

12

GÜNEŞİ SEV,
CİLDİNİ KORU

14

SADECE SU İÇMEK
YETMEZ

16

'İÇERİDEN'
HABER VAR!

20

BU YORGUNLUK DİJİTAL

22

'GÖRÜNMEZ' TEHDİT

24

KÜÇÜK BİR BEZ,
BÜYÜK BİR SORUN

26

KAYBEDECEK
VAKİT YOK!

28

BACAK KEMİĞİNDEN
ÇENE YAPILDI

29

KANSERİ VE FELCİ YENDİ,
HAYATA YENİDEN
TUTUNDU

30

KEMİK AĞRISI
SİNYAL OLABİLİR

34

GİDEREK
AĞIRLAŞIYORUZ:
OBEZİTE

36

MODERN ÇAĞIN
VEBASİ

38

OBEZİTE BİR
HASTALIK MIDIR?

40

SAĞLIKLI FLORA,
HAFİF BİR YAŞAM

42

KALBİNİZE 'YÜK'
BİNDİRMEYİN

44

MUCİZE Mİ,
TEHLİKE Mİ?

62

Kangren bacakların 'kalp krizidir'

Uzuv kayıplarının en büyük faili dış faktörler değil; vücudumuzun içindeki o sessiz ama derin tıkanıklıklar. Günümüzde kangren vakalarının ve buna bağlı uzuv kayıplarının yaklaşık yüzde 60'ı damar tıkanıklığından kaynaklanıyor. Periferik arter hastalığı (PAH) bugün dünya çapında 200 milyondan fazla insanı etkiliyor. Yaşam tarzımız, damarlarımızı birer birer kapatıyor. Özetle, kangren bacakların 'kalp krizidir' diyebiliriz.



72

Tanılar artıyor, kaygılar çoğalıyor

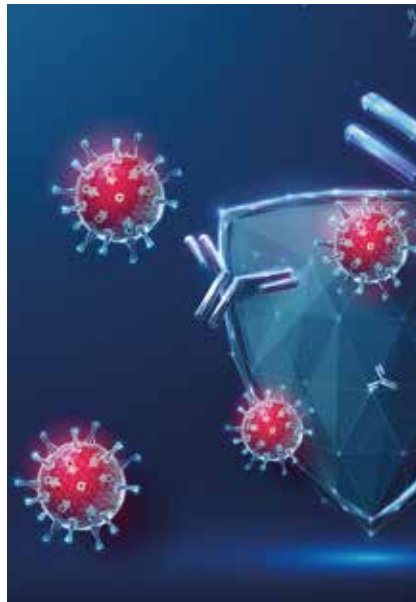
Son yıllarda dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı ve bu tanıya yönelik tedaviler giderek daha sık gündeme geliyor. Özellikle bir çocuğa tanı konulması ve tedavi önerilmesi, ailelerde kaçınılmaz olarak bir sorgulamayı beraberinde getiriyor: "İlaç gerçekten gerekli mi, yoksa fazla mı tanı konuluyor?" Bu sorular son derece anlaşılır. Hiçbir ebeveyn çocuğunun gereksiz bir etiket almasını ya da gereksiz bir tedavi görmesini istemez. Ancak aynı ölçüde önemli bir başka gerçek daha vardır: Gerekli bir tedavinin gecikmesi de çocuğun gelişimi açısından ciddi sonuçlar doğurabilir.



80

Bağışıklığınız güçlü mü?

Bağışıklık sistemi vücudumuzu enfeksiyonlara karşı koruyan ve anormal hücreleri tanıyarak onları yok eden, vücut içindeki sağlığı sürdüren bir savunma mekanizmasıdır. Bağışıklık sistemimiz, vücudu doğrudan enfeksiyonlara karşı savunur ve ilk savunma hattını oluşturur. Peki bağışıklık sistemimizin güçlenmesi için nelere dikkat etmemiz gerekir? Dengeli beslenme, uyku, egzersiz, aşılar, stres yönetimi, hijyen ve rutin sağlık kontrolleri bağışıklığı güçlendirmede en fazla dikkat etmemiz gereken noktalardan birkaçı. Bağışıklık sistemi, genellikle bir dizi faktörün kombinasyonunun sonucu olarak güçlendirilir.

46 İĞNEYLE ZAYIFLAMAK
MÜMKÜN MÜ?

48 SON ÇARE!

50 BÜYÜYÜNCE GEÇMEZ

52 HAREKETE GEÇ

54 NE YEDİĞİMİZ Mİ,
NASIL HİSSETTİĞİMİZ Mİ?

56 DİKKAT KENE VAR!

58 BU BİR ALARM
OLABİLİR!60 LENFOMA İSMİ
KORKUTMASIN62 KANGREN BACAKLARIN
'KALP KRİZİDİR'64 8 SORUDA
TRAKEOSTOMİ68 MİNİK NEFESLERE
BÜYÜK ÖZEN72 DEHB: TANILAR ARTIYOR,
KAYGILAR ÇOĞALIYOR

74 NE EKSİK, NE FAZLA

76 ÇOCUKTUR,
AĞIRIMAZ DEMEYİN80 BAĞIŞIKLIĞINIZ
GÜÇLÜ MÜ?82 MEDİPOL
ÜNİVERSİTESİ'NDEN
HABERLER

86 İNGİLİZCE ÖZET

88 ARAPÇA ÖZET

90 RUSÇA ÖZET

92 AJANDA

94 BULMACA

96 DOĞAL, HAFİF, FERAH:
SAĞLIKLI DONDURMALAR

Katkıda bulunanlar



Prof. Dr. Abdullah SAKIN
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 2007 yılında mezun oldu. 2012 yılında İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde iç hastalıkları uzmanlık eğitimi tamamladı. 2018 yılında İstanbul Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde tıbbi onkoloji yan dal uzmanlığını aldı. Dr. Sakin, Bahçelievler Medipol Üniversite Hastanesi'nde görev yapmaktadır.



Prof. Dr. Ömer Faruk ÇALIM
2003 yılında İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Tıpta uzmanlık eğitimi 2011 yılında Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde kulak burun boğaz hastalıkları alanında tamamladı. 2019 yılında aynı merkezde doçent unvanı aldı. 2025 yılında İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde profesör unvanı aldı. Dr. Çalım, Medipol Mega Üniversite Hastanesi'nde görev yapmaktadır.



Prof. Dr. Yaşar ÖZDENKAYA
1997'de İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Genel cerrahi uzmanlık eğitimi Sağlık Bilimleri Üniversitesi Cemil Taşcıoğlu EAH'de 2003 yılında tamamladı. Dr. Özdenkaya, Medipol Mega Üniversite Hastanesi'nde görev yapmaktadır.



Prof. Dr. Bülent DEMİR
2005 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Kardiyoloji alanındaki uzmanlık eğitimi Ankara Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2010 yılında tamamladı. 2016 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde Tıbbi Farmakoloji doktorasını tamamlayarak bilim doktoru (PhD) unvanını aldı. 2017 yılında doçent, 2024 yılında ise profesör unvanını alan Dr. Demir, Medipol Mega Üniversite Hastanesi'nde görev yapmaktadır.



Prof. Dr. Mustafa ELİAÇIK
2000 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Göz hastalıkları uzmanlık eğitimi 2005 yılında Beyoğlu Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde tamamladı. 2010 yılında yardımcı doçent, 2017 yılında doçent, 2022 yılında ise profesör unvanı aldı. Dr. Eliaçık, Medipol Koşuyolu Hastanesi'nde görev yapmaktadır.



Prof. Dr. Yılmaz BİLGİÇ
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 2001 yılında mezun oldu. 2007 yılında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde iç hastalıkları uzmanlık eğitimi, 2012 yılında İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde gastroenteroloji yan dal uzmanlığını tamamladı. Prof. Dr. Bilgiç, Medipol Acıbadem Bölge Hastanesi'nde görev yapmaktadır.



Prof. Dr. Filiz TOPALOĞLU DEMİR
2007 yılında İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Dermatoloji alanındaki uzmanlık eğitimi 2012 yılında Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde tamamladı. 2017 yılında doçentlik, 2023 yılında ise profesör unvanı aldı. Dr. Topaloğlu Demir, Medipol Mega Üniversite Hastanesi'nde görev yapmaktadır.



Prof. Dr. Nalan KARABAYIR
1991 yılında İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Tıpta uzmanlık eğitimi 1996 yılında yine aynı üniversitenin çocuk sağlığı ve hastalıkları alanında tamamladı. İstanbul Medipol Üniversitesi'nde 2012 yılında doçent, 2020 yılında profesör unvanı alan Dr. Karabayır, Medipol Mega Üniversite Hastanesi'nde görev yapmaktadır.



Doç. Dr. Emre SELÇUK
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nden 2012 yılında mezun oldu. 2018 yılında İstanbul Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde kalp ve damar cerrahisi uzmanlığını tamamladı. Doç. Dr. Emre Selçuk, Medipol Acıbadem Bölge Hastanesi'nde görev yapmaktadır.



Prof. Dr. Sedat ÖKTEM
1996 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 2001'de Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı'nda tıpta uzmanlık eğitimi tamamladı. 2008'de Marmara Üniversitesi Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı'nda yan dal uzmanlığını yaptı. 2011 yılında doçent, 2016 yılında profesör olan Dr. Öktem, Medipol Mega Üniversite Hastanesi'nde görev yapmaktadır.



Doç. Dr. Esra ÇOKİÇLİ
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 2009 yılında mezun oldu. 2014 yılında İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde iç hastalıkları uzmanlık eğitimi tamamladı. 2023 yılında doçent unvanı alan Dr. Çokiçli, Medipol Acıbadem Bölge Hastanesi'nde görev yapmaktadır.


Doç. Dr. Hüsnü AYDIN

Tıp eğitimini İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde, genel cerrahi uzmanlık eğitimini Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde tamamladı. Erciyes Üniversitesi'nde cerrahi onkoloji yan dal uzmanlık eğitimini tamamladı. 2022 yılında doçent olan, Dr. Aydın, Medipol Acıbadem Bölge Hastanesi'nde görev yapmaktadır.


Doç. Dr. Burçin ÇAKAN DEMİREL

2013 yılında Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. İç hastalıkları uzmanlık eğitimini 2018 yılında İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde tamamladı. Tıbbi onkoloji yan dal uzmanlık eğitimini 2023 yılında Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde tamamladı. Dr. Demirel, Medipol Mega Üniversite Hastanesi'nde görev yapmaktadır.


Dr. Öğr. Üyesi Ahu PAKETÇİ

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden 2006 yılında mezun oldu. 2012 yılında Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çocuk sağlığı ve hastalıkları alanında tıpta uzmanlık eğitimini, 2020 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çocuk endokrinolojisi ve diyabet alanında yan dal uzmanlığını tamamladı. Dr. Paketçi, Medipol Bahçelievler Üniversite Hastanesi'nde görev yapmaktadır.


Dr. Öğr. Üyesi Hatice BETİGÜL MERAL

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 2018 yılında mezun oldu. 2023 yılında İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimini tamamladı. Dr. Meral, Medipol Mega Üniversite Hastanesi'nde görev yapmaktadır.


Dr. Öğr. Üyesi Olgu
Erkin ÇINAR

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 2013 yılında mezun oldu. 2018 yılında aynı kurumda iç hastalıkları alanında tıpta uzmanlık eğitimini, 2023 yılında ise hematoloji yan dal uzmanlığını tamamladı. Başlıca ilgi alanları hematolojik kanserler ve kök hücre naklidir. Dr. Çınar, Medipol Mega Üniversite Hastanesi'nde görev yapmaktadır.


Dr. Öğr. Üyesi Özkan BEKLER

2015 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Kardiyoji uzmanlık eğitimini 2020 yılında Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Sökmen Tıp Fakültesi'nde tamamladı. 2023 yılında doktor öğretim üyesi oldu. Dr. Bekler, Medipol Acıbadem Bölge Hastanesi'nde görev yapmaktadır.


Uzm. Dr. İlkin MURADOV

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi'nden 2016 yılında mezun oldu. 2021 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde iç hastalıkları alanında uzmanlık eğitimini, 2025 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde endokrinoloji ve metabolizma alanında yandal uzmanlık eğitimini tamamladı. Dr. Muradov, Medipol Mega Üniversite Hastanesi'nde görev yapmaktadır.


Uzm. Dr. Zeynep ZORLU

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 2012'de mezun oldu. 2021 yılında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nde çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları alanında tıpta uzmanlık eğitimini tamamladı. Uzm. Dr. Zorlu, Medipol Acıbadem Bölge Hastanesi'nde görev yapmaktadır.


Uzm. Psikolog Sümeyra
SAVAŞ AKÇİCEK

Üsküdar Üniversitesi İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi, Psikoloji Bölümünden 2018 yılında mezun oldu. 2021 yılında İstanbul Kent Üniversitesi'nde Klinik Psikoloji Anabilim Dalını tezli bir şekilde tamamladı. Akçiçek, Medipol Acıbadem Bölge Hastanesi'nde görev yapmaktadır.


Uzm. Dr. Sümeyra ACAR
KURTULUŞ

2014 yılında İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Tıpta uzmanlık eğitimini 2020 yılında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi'nde tamamladı. Dr. Kurtuluş, halen Medipol Üniversitesi Sefaköy Hastanesi'nde görev yapmaktadır.


Dyt. Nazlı AYDIN

İstanbul Medipol Üniversitesi'nden 2015 yılında Sağlık Yönetimi bölümünden mezun oldu. İstanbul Bilim Üniversitesi'nden 2020 yılında Beslenme ve Diyetetik bölümünden mezun oldu. Dyt. Aydın, Koşuyolu Medipol Hastanesi'nde diyetisyen olarak 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

HER MENİSKÜS YIRTIĞI AMELİYATLIK MIDIR?

► Prof. Dr. İbrahim Azboy

Dizde ani dönme, düşme veya darbeye oluşan kök ve kova sapı gibi hayati menisküs yırtıkları, acil cerrahi müdahale gerektirebilir. Bu tür yırtıklar zamanında tedavi edilmezse kıkırdak kaybına ve kireçlenmeye yol açarak eklem sağlığını ciddi şekilde tehdit eder. Ancak, daha çok orta ve ileri yaşlarda, yıpranmış bir doku zemininde görülen dejeneratif menisküs yırtıkları, çoğunlukla ameliyatsız, fizik tedavi yöntemleriyle başarıyla tedavi edilebilir. Menisküsleri tamamen çıkarmaktan kaçınıyoruz çünkü ekleme binen yükün önemli bir kısmını (yüzde 50) paylaşıyorlar.

2

ÇOCUKLARDA YETERSİZ UYKU NELERE SEBEP OLUR?**► Uzm. Dr. Gaye Türkmen Noyan**

Uzun vadede bağışıklık zayıflığı, enfeksiyonlara yatkınlık, büyüme ve gelişmede duraksama, obezite gibi metabolik sorunlar görülebilir. Ayrıca kaygı, depresyon, davranış problemleri ve öğrenme güçlükleri de ortaya çıkabilir. Uyku problemleri dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirtilerini taklit edebilir. Dikkat eksikliği şikâyetiyle başvuran çocuklarda uyku mutlaka ayrıntılı şekilde değerlendirilmelidir. Şiddetli bir uyku bozukluğu varsa, öncelikle uykunun ele alınması gerekir. Kaliteli uyku bir lüks değil, bir ihtiyaçtır. Çocuğun akademik başarısı, ruh sağlığı ve yaşam kalitesi için sağlıklı bir uyku düzeni şarttır. Günlük yaşamda yapılacak küçük değişiklikler bile büyük fark oluşturabilir.



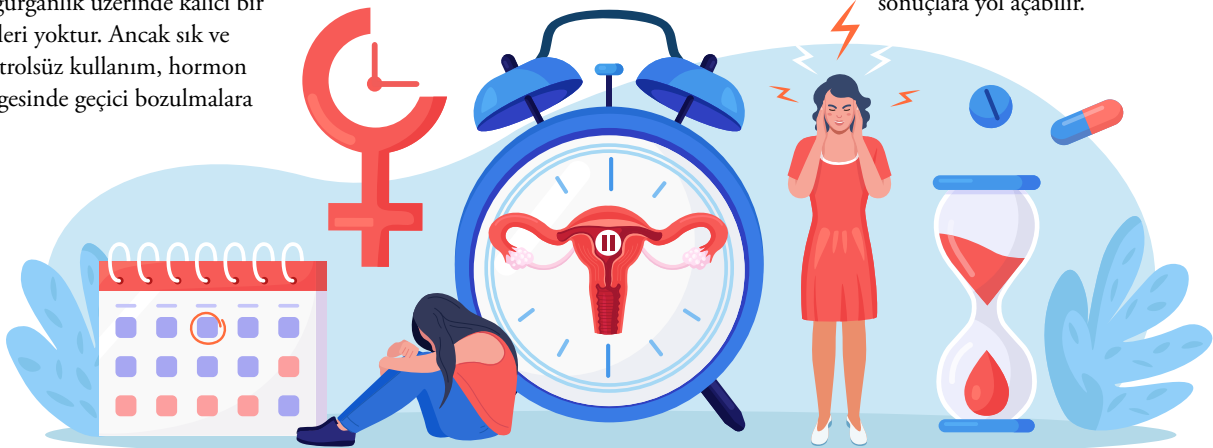
3

TATİLE GİDERKEN ADET GECİKTİRİCİ KULLANMAK GÜVENLİ Mİ?**► Prof. Dr. Evrim Bostancı Ergen**

Kısa süreli, geçici kullanımda bu ilaçlar güvenlidir. Fakat mutlaka bir hekim kontrolünde alınmalıdır. Gelişi güzel, dost tavsiyesiyle ya da internetten edinilen bilgilerle kullanılmamalıdır. Doğurganlık üzerinde kalıcı bir etkileri yoktur. Ancak sık ve kontrolsüz kullanım, hormon dengesinde geçici bozulmalara

yol açabilir. Biz de zaman zaman bu ilaçları öneriyoruz ama bu, her yaz tatilinde alışkanlık haline gelmemeli. Gerekteğinde kısa dönemlerde, örneğin 7 ile 10 gün gibi, geçici süreyle kullanılabilir. Önemli olan, bunu düzenli

hale getirmemek. Kadınlar her zaman hormonlarına ve vücutlarına kulak vermeli. Bilinçli kullanıldığında bu ilaçlar güvenli ve faydalıdır. Ancak 'nasıl olsa bir şey olmuyor' diyerek her tatilde başvurmak uzun vadede istenmeyen sonuçlara yol açabilir.





4

BAĞIŞIKLIK İÇİN ALINAN TAKVİYELER KANSER TEDAVİSİNİ ETKİLER Mİ?

► Doç. Dr. Ayşe İrem Yasin

Yüksek doz C vitamini veya glutatyon gibi antioksidanlar, tedavinin etkisini azaltabilir. Bu nedenle rastgele takviye kullanımını kesinlikle önermiyoruz.

Her hastanın ihtiyaçları farklı, takviye kullanımının ancak hekim kontrolünde ve kişiye özel planlanması gerekir. Eksiklik varsa örneğin D vitamini ya da B12, bu kontrollü şekilde yerine

koyulur. İçeriği ve dozu belli olmayan ürünler karaciğer zehirlenmesine, böbrek yetmezliğine kadar giden sonuçlara yol açabiliyor. Bu nedenle bu tür ürünleri önermiyoruz.

5

MENİER HASTALIĞININ BELİRTİLERİ NELERDİR?

► Prof. Dr. Selahattin Tuğrul

Meniere hastalığı, ilerleyici bir hastalıktır. Tekrarlayan baş dönmesi atakları ve kulakta dolgunluk hissi ile kendini gösteriyor. Zamanla kalıcı işitme kaybına neden olabiliyor. Bu yüzden doğru tanı büyük önem taşıyor. Ataklar genellikle 20 dakikadan 1 saate kadar süren baş dönmesiyle başlıyor. Atak sırasında bulantı, kusma ve kulakta basınç hissi oluyor. Hastalar genellikle bunu bir kerelik vertigo olarak değerlendirebiliyor, fakat tekrar eden ataklar menierenin tipik belirtisidir.



6

**AKNE İZLERİ
TAMAMEN GEÇER Mİ?****► Prof. Dr. Ali Balevi**

Akne, özellikle 15-45 yaş arası bireylerde en sık görülen cilt sorunlarından biri olarak hayatın herhangi bir döneminde ortaya çıkabiliyor. Her akne izi kalmasa da, şiddetli iltihaplı akne deride çöküntü (atrofik skarlar) veya kabarıklıklara (hipertrofik skarlar, keloid) yol açabiliyor. Günümüzde mikro iğneleme, kimyasal peelingler, fraksiyonel lazerler, altın iğne, eksozom ve kök hücre gibi pek çok tedavi yöntemi akne izlerinde kullanılabiliyor. Ancak hiçbir yöntem izleri tamamen ortadan kaldırmaz. Burada en önemli yaklaşım akne izleri oluşmadan önce dermatolog kontrolünde doğru tedavinin başlanmasıdır.



7

**ERKEN MENOPOZDA
HORMON TEDAVİSİNDEN
KORKMALI MIYIZ?****► Op. Dr. Mine Kaymakçı**

Kontrollü dozlarda uygulanan hormon tedavisi, özellikle 45 yaş altı menopozda son derece güvenlidir. Ateş basması, terleme, uykusuzluk, vajinal kuruluk gibi semptomları azaltır, kalp-damar

sağlığı ve kemik yoğunluğunu korur. Erken menopoz, sadece fiziksel değil, duygusal etkiler de bırakabiliyor. Kadınlar bu dönemde yoğun stres, kabullenememe ve özgüven kaybı yaşayabiliyor. Gerekirse psikolojik destek ve bazı antidepressanlarla

bu süreci daha sağlıklı atlatalmaları sağlanabilir. PRP ve kök hücre gibi yöntemlerle yumurtalık dokusunu yeniden canlandırmaya yönelik araştırmalar devam ediyor. Henüz rutin kullanıma girmese de, gelecek adına umut verici gelişmeler yaşanıyor.

Güneşi sev, cildini koru

PROF. DR. FİLİZ TOPALOĞLU DEMİR

Yaz geldi, güneş tenimizi yakmaya başladı. Düzenli ve doğru kullanacağınız güneş koruyucular; UV'ye bağlı kolajen yıkımı, elastikiyet kaybı, kırışıklık, leke ve düzensiz cilt tonu gibi fotoaging bulgularını azaltmaya yardımcı olur.

SPF nedir ve neyi ölçer?

SPF, 'Sun Protection Factor' yani güneşten koruma faktörüdür. Güneş koruyucu uygulanmış deride minimal eritem (kızarıklık) oluşturmak için gereken ultraviyole B (UVB) dozunun, korunmasız deriye göre oranını ifade eder. Başka bir deyişle SPF, bir ürünün güneşten gelen zararlı UVB ışınlarına karşı sağladığı koruma düzeyini gösterir. Ancak SPF değeri tek başına ultraviyole A (UVA) korumasını göstermez; bu nedenle ürünün aynı zamanda 'geniş spektrumlu' olması önemlidir.

Yüksek SPF kullanmak daha iyi koruma sağlar mı?

Yüksek SPF, UVB'ye karşı daha yüksek koruma sağlar; ancak koruma artışı doğrusal değildir. SPF 30, UVB ışınlarının büyük kısmını filtrelerken SPF 50 bir miktar daha yüksek koruma sağlar. Bununla birlikte SPF yükseldikçe fark giderek azalır. Yüksek SPF ürünler özellikle açık tenli kişilerde, leke eğilimi olanlarda, fotosensitivite yaratan ilaç kullananlarda, dış ortamda uzun süre kalanlarda ve deniz/havuz tatillerinde avantajlı olabilir. Ancak yüksek SPF, daha az sürülebileceği veya daha seyrek yenilenebileceği anlamına gelmez.

SPF tek başına güneşten korunmak için yeterli midir?

Hayır. SPF, güneşten korunmanın yalnızca bir parçasıdır ve temel olarak UVB ışınlarına karşı koruyuculuğu gösterir. Oysa modern fotoproteksiyon yaklaşımı yalnızca UVB ve UVA korumasını değil, aynı zamanda görünür ışık, mavi ışık ve serbest radikal hasarına karşı korunmayı da hedeflemektedir. Bu nedenle geniş spektrumlu güneş koruyucular tercih edilmeli; güneş koruyucu kullanımına ek olarak şapka, güneş gözlüğü ve UV koruyucu giysiler gibi fiziksel korunma yöntemleri uygulanmalı, ayrıca güneş ışınlarının en yoğun olduğu saatlerde doğrudan güneş maruziyetinden kaçınılmalıdır.

'Geniş spektrum' ne anlama gelir?

"Geniş spektrum", bir güneş koruyucunun hem UVB hem de UVA ışınlarına karşı koruma sağladığını ifade eder. Yeni nesil geniş spektrumlu güneş koruyucular ise UVA ve UVB'ye ek olarak görünür ışık ve serbest radikal hasarına karşı da koruma sağlamayı hedeflemektedir.

Güneş kremi ne sıklıkla yenilenmelidir?

Güneşten koruyucular, dışarı çıkmadan 30 dakika önce, tüm açıkta kalan alanlara sürülmeli ve 2-3 saatte bir tekrarlanmalıdır. Terleme, yüzme, havluyla kurulanma veya yoğun fiziksel aktivite sonrası bu süre beklenmeden tekrar uygulanmalıdır. SPF'nin etikette belirtilen koruma düzeyine ulaşabilmesi için güneş koruyucunun yeterli miktarda uygulanması gerekir. Yüz ve boyun bölgesi için önerilen miktar yaklaşık 2 mg/cm² olup, bu pratikte kabaca ¼ çay kaşığı ürün miktarına karşılık gelmektedir.

Günlük makyaj ürünlerindeki SPF koruma sağlar mı?

SPF içeren fondöten, BB/CC krem veya pudralar belirli ölçüde katkı sağlayabilir; ancak çoğu zaman tek başına yeterli koruma sağlamaz.



Bunun en önemli nedeni, makyaj ürünlerinin SPF testlerinde kullanılan miktarda uygulanmamasıdır. Yani ürünün üzerinde SPF 30 yazsa bile yüze sürülen gerçek miktar genellikle bu korumaya ulaşmak için yetersizdir. Günlük kullanımda en doğru yaklaşım, önce geniş spektrumlu SPF 30 veya üzeri bir güneş koruyucu uygulamak, ardından makyaj yapmaktır.

Çocuklar ve bebekler için SPF seçimi nasıl olmalıdır?

Çocuklarda geniş spektrumlu, SPF 30 ve üzeri, tercihen suya dayanıklı ürünler tercih edilmelidir. Özellikle çocuklarda güneşten korunma yalnızca güneş kremi kullanımıyla sınırlı kalmamalı; şapka, UV koruyucu kıyafet, gölgede kalma ve güneş ışınlarının en yoğun olduğu öğle saatlerinde direkt güneş maruziyetinden kaçınma gibi fiziksel korunma yöntemleri de mutlaka uygulanmalıdır. Bebeklerde ise özellikle 6 aydan küçüklerde rutinde güneş koruyucu kullanımı önerilmemektedir. Bu yaş grubunda temel yaklaşım, riskli saatlerde doğrudan güneş maruziyetinden kaçınmak ve şapka ile koruyucu giysiler gibi fiziksel bariyer yöntemlerinden yararlanmaktır.

Güneş koruyucu kullanılması gereken durumlarda ise çocuklar ve bebekler için uygunluğu test edilmiş, pediatrik kullanıma uygun ürünler tercih edilmelidir.

Güneş kremi kullanırken en sık yapılan hatalar nelerdir?

En sık hatalar; yetersiz miktarda ürün kullanmak, sadece yüze sürüp kulak, boyun, el sırtı, dudak ve saçlı deri sınırını unutmak, ürünü yenilememek, bulutlu havalarda güneş koruyucu kullanmamak, makyajdaki SPF'ye güvenmek, suya dayanıklı ürünü 'su geçirmez' sanmak ve yalnızca yaz aylarında güneş koruyucu kullanmaktır. Ayrıca güneşten koruyucular, güneşe maruziyet süresini uzatmak için de kullanılmamalıdır. Güneş ışınlarından UVA'nın camdan geçtiği unutulmamalı, özellikle araç kullanırken güneş koruyucu kullanımına özen gösterilmelidir.

Deniz ve havuz SPF etkisini azaltır mı?

Evet. Deniz, havuz, terleme ve havluyla kurulanma güneş koruyucunun derideki miktarını ve etkinliğini azaltabilir. Bu nedenle deniz veya havuz sonrası, ürün suya dayanıklı olsa bile yeniden uygulanmalıdır. 'Water resistant' ibaresi, ürünün su ile temas sonrasında belirli bir süre koruyuculuğunu sürdürebildiğini gösterir. Ancak bu koruma süresi sınırsız değildir; belirtilen süre aşıldığında veya yoğun terleme ve kurulanma sonrası güneş koruyucu mutlaka yenilenmelidir.

SPF içeren ürünler cilt yaşlanmasını gerçekten önler mi?

Evet. Düzenli ve doğru güneş koruyucu kullanımı, UV'ye bağlı kolajen yıkımı, elastikiyet kaybı, kırışıklık, leke ve düzensiz cilt tonu gibi fotoaging bulgularını azaltmaya yardımcı olur. Ancak bu etkinin ortaya çıkması için ürünün geniş spektrumlu olması, yeterli miktarda uygulanması ve düzenli yenilenmesi gerekir.



Sadece su içmek yetmez

DOÇ. DR. HANDE ERMAN

Özellikle yaz aylarında terleme sırasında yalnızca su değil, sodyum ve potasyum başta olmak üzere önemli mineralleri de kaybederiz. Bu nedenle yalnızca su içmek değil, kaybedilen mineralleri de dengeli şekilde yerine koymak oldukça kritiktir.

Elektrolitler; sodyum, potasyum, kalsiyum, magnezyum ve klor gibi minerallerdir. Bu mineraller vücuttaki sıvı dengesinin korunması, kasların çalışması, sinir iletimi, kalp ritminin düzenlenmesi ve tansiyon kontrolü gibi birçok önemli görevi yerine getirir. Vücudumuz bu mineralleri belirli bir denge içinde tutmaya çalışır. Ancak özellikle sıcak havalarda aşırı terleme, yetersiz sıvı alımı, kusma, ishal ya da bazı hastalıklar bu dengeyi bozabilir. Sıcak havalarda vücut ısınıp dengelemek için daha fazla terleriz. Terleme sırasında yalnızca su değil, aynı zamanda sodyum ve potasyum başta olmak üzere önemli mineraller de kaybedilir. Kaybedilen sıvı ve mineraller yerine konulmadığında elektrolit dengesizliği ortaya çıkabilir. Özellikle nemli havalarda uzun süre dışarıda kalan kişilerde, ağır egzersiz yapanlarda, güneş altında çalışanlarda ve yeterince sıvı tüketmeyen yaşlı bireylerde risk daha yüksektir. Bazı kişiler “Bol su içiyorum, yeterli olur” diye düşünebilir. Ancak aşırı miktarda sadece su tüketmek de bazen kandaki sodyum seviyesini düşürerek farklı sorunlara yol açabilir. Bu nedenle önemli olan yalnızca su

almak değil, kaybedilen mineralleri de dengeli şekilde yerine koymaktır. Elektrolit dengesizliği hafif belirtilerle başlayabileceği gibi ciddi sağlık sorunlarına da neden olabilir. En sık görülen belirtiler şunlardır: Halsizlik ve yorgunluk, kas krampları, baş dönmesi, çarpıntı, bulantı, konsantrasyon bozukluğu, baş ağrısı, tansiyon düşüklüğü ve aşırı susama hissi. Daha ileri durumlarda bilinç bulanıklığı, bayılma, ritim bozuklukları ve ciddi kas problemleri gelişebilir. Özellikle yaşlı bireylerde belirtiler bazen daha silik olabilir ve durum geç fark edilebilir.

KİMLER DİKKATLİ OLMALI?

Elektrolit kaybı herkes için önemli olsa da bazı gruplarda daha ciddi sonuçlar doğurabilir: 65 yaş üstü bireyler ilk sırada yer alır. Yaş ilerledikçe susama hissi azalabilir bu durumda da yeterince sıvı tüketilmeyebilir. Ayrıca tansiyon ilaçları veya idrar söktürücü kullanan kişilerde mineral kaybı daha fazla olabilir. Yine kronik hastalığı olanlar da bu gruba girer. Kalp, böbrek, diyabet veya tansiyon hastalığı bulunan bireylerde elektrolit dengesi daha hassastır. Bu kişilerin sıvı tüketimini bilinçli şekilde düzenlemesi gerekir.

NE ZAMAN DOKTORA BAŞVURULMALI?

Siddetli halsizlik, bayılma hissi, yoğun kas krampları, çarpıntı veya bilinç değişikliği gibi belirtiler varsa mutlaka bir sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır. Özellikle yaşlılarda, çocuklarda ve kronik hastalığı olan bireylerde belirtiler hafife alınmamalıdır. Yaz sıcakları yalnızca güneş çarpması riski oluşturmaz; aynı zamanda vücudun hassas sıvı ve mineral dengesini de etkiler. Bu nedenle sıcak havalarda yalnızca

yeterince su içmek değil, vücudun ihtiyaç duyduğu mineralleri dengeli şekilde yerine koymak da büyük önem taşır.

Unutulmamalıdır ki elektrolit dengesi yalnızca sporcuların değil, herkesin sağlığı için gereklidir. Özellikle yaz aylarında vücudun verdiği sinyalleri doğru okumak, sıvı tüketimini ihmal etmemek ve gerektiğinde uzman desteği almak sağlığın korunmasında önemli rol oynar.

Ayrıca spor yapanlar da uzun süreli egzersiz sırasında yoğun terleme nedeniyle ciddi elektrolit kayıpları yaşayabilirler. Ancak burada önemli nokta, her spor yapan kişinin mutlaka elektrolit içeceği tüketmesi gerekmediğidir. Hafif tempolu kısa egzersizlerde çoğu zaman dengeli beslenme ve yeterli su tüketimi yeterlidir.

İHTİYAÇ KİŞİYE GÖRE DEĞERLENDİRİLMELİDİR

Toplumda elektrolitlerin yalnızca sporcular için gerekli olduğu yönünde yaygın bir algı vardır. Oysa günlük yaşamda çalışan, yürüyüş yapan, sıcak ortamda bulunan ya da hastalık geçiren

herkesin elektrolit dengesi önemlidir. Özellikle yaz aylarında uzun süre güneşte kalan kişilerde, ağır fiziksel iş yapanlarda veya sıvı kaybına yol açan enfeksiyon durumlarında elektrolit desteği gerekebilir. Ancak bilinçsiz şekilde elektrolit takviyesi kullanmak da doğru değildir. Gereksiz mineral yüklenmesi özellikle böbrek ve kalp hastalarında risk oluşturabilir. Bu nedenle ihtiyaç kişiye göre değerlendirilmelidir.

ELEKTROLİT DENGESİ NASIL KORUNUR?

Elektrolit dengesini korumak için günlük yaşamda alınabilecek basit ama etkili önlemler vardır. Öncelikle gün boyunca

düzenli su tüketin. Aşırı sıcak saatlerde uzun süre dışarıda kalmayın. Terlemeyi artıran yoğun aktivitelerde sıvı alımını artırın. Meyve, sebze, ayran, yoğurt ve mineral açısından zengin besinler tüketin. Kusma veya ishal durumunda sıvı kaybını ciddiye alın. Çocuklar ve yaşlıların sıvı tüketimini takip edin. Kronik hastalığınız varsa sıvı-elektrolit düzeni konusunda doktorunuza danışın. Doğal besinler elektrolit desteği açısından oldukça değerlidir. Muz potasyum açısından zenginken, ayran ve yoğurt sodyum ile kalsiyum desteği sağlayabilir. Karpuz, kavun ve salatalık gibi su oranı yüksek besinler de yaz aylarında faydalıdır.





LİKİT BİYOPSİ 'İçeriden' haber var!

PROF. DR. ABDULLAH SAKİN

Klasik biyopsinin aksine kan örneği ile kanserin teşhis edilmesini sağlayan likit biyopsi; henüz çok küçük ve belirti vermeyen tümörleri bile yakalayabiliyor. Bu yöntem, tanıdan iyileşme sürecine kadar her aşamada kullanılabilir.

Kanser tedavisi için verilen mücadele, tıp tarihinin en karmaşık ve çok katmanlı savaşlarından bir tanesidir. Bu mücadeledeki en büyük yardımcımız, tümörden parça alınarak yapılan doku biyopsidir. Ancak tıp teknolojisi artık 'içeriden' haber almanın çok daha hızlı ve kolay bir yolunu buldu. Likit biyopsi, son yıllarda adını daha sık duymaya başladığımız bir yöntemdir. Özellikle kanser hastalıklarının tanısı ve takibinde önemli bir kolaylık sağlamasıyla dikkat

çekerek. Bu yöntem, vücut sıvılarının ve kanın içine gizlenmiş genetik kodları okuyup kanserin kimliğini deşifre ederek sadece bir tanı aracı değil, aynı zamanda tedavi stratejilerini kökten değiştiren bir yöntem haline geldi. Klasik biyopsilerde, vücuttaki şüpheli bir bölgeden parça alınır ve bu parça laboratuvarında incelenir. Likit biyopsi ise bu iş için doku örneği almaya gerek kalmaz. Çoğunluklar kan örneği kullanılsa da beyin omurilik sıvısı, tükürük ve idrar gibi diğer vücut sıvılarından da bakılabilir.

KLASİK YÖNTEMLERDEN FARKI NEDİR?

Vücudumuzdaki normal hücreler sürekli yenilenir. Bu yenilenme sırasında bazı hücreler parçalanır ve içerdikleri maddeler kana karışır. Kanserli hücreler de benzer şekilde hızlı çoğalır ve bu çoğalma sırasında parçalanır. Çoğalma döngüsünde küçük DNA parçacıkları ve protein parçacıkları kana veya vücut sıvılarına geçer. Likit biyopsinin temel mekanizması bu parçacıkları tespit etmeye çalışır. Kanser 'heterojen' yani çok sesli bir yapıdır; vücudun farklı

yerlerindeki metastazlar birbirinden farklı özellikler taşıyabilir. Dahası, kanser hücreleri sürekli değişime uğrar. Bugün etkili olan bir ilaç, 3 ay sonra tümörün kendi genetik yapısını değiştirmesiyle etkisiz kalabilir. Likit biyopsi adı verilen bu yöntem, tanıdan iyileşme sürecine kadar her aşamada kullanılabilir.

Tanı ve Erken Teşhis: Kanser çoğunlukla sinsî başlar ve ilerler. Likit biyopsi, kanserin başlangıç aşamasında görüntüleme yöntemlerinde henüz saptanamayacak kadar küçük olan kanser hücresine ait DNA parçalarını yakalayıp çok erken evrede müdahale şansı doğurabilir. Bu yöntem halen geliştirilmekte olsa da yakın gelecekte klinik kullanıma girmesi beklenmektedir.

Kişiselleştirilmiş Tedavi: Günümüzde kanser tedavisinde herkese aynı tedavi

devrinden; her hastaya ve tümöre özel hedefli tedavi devrine geçilmiştir. Bir çok kanser türünde spesifik gen mutasyonları olup olmadığını likit biyopsiyle belirleyerek hastaya sadece o mutasyona yönelik akıllı ilaçlarla tedavi şansı sunabiliyoruz.

Tedavi Direnci: Kanser hücreleri, tedavi sonrası yeni yollarla bularak tedaviye direnç geliştirebilirler. Likit biyopsi, tümör büyümeden haftalar, hatta aylar önce kanda ‘direnç mutasyonlarını’ tespit edebilir. Bu da tümör büyümeden veya yayılmadan erken müdahale şansı verebilmektedir.

Cerrahi Sonrası Minimal Kalıntı Hastalık Takibi: Ameliyatla tümörü alınan bir hastada “Vücutta gerçekten hiç hücre kaldı mı?” sorusu hayati önem taşır. Likit

biyopsi, mikroskopik düzeyde kalan hücreleri tespit ederek tekrarlama riskini öngörebilir. Bu durum tamamlayıcı tedavi ihtiyacı ve süresi konusunda doktora yol göstermektedir. Bu yöntemin en önemli avantajlarından birisi, hastaya kolaylık sağlamasıdır. Çünkü doku biyopsileri çoğu zaman kalın veya ince iğne ile yapılabilirken bazı durumlarda ameliyat gerektirebilir. Bu işlemler hem ağrılı olabilir hem de bazı riskler taşır. Oysa likit biyopsi, sıradan bir kan tahlili kadar basit bir işlemdir. Hastadan örnek alınır ve laboratuvara gönderilir. En önemli avantajlarından bir tanesi de tekrarlanabilir olmasıdır. Klasik doku biyopsisini sık sık tekrarlamak çoğu zaman mümkün değildir. Ancak likit biyopsi gerektiğinde belirli aralıklarla yapılabilir. Kanser tedavisi uzun sürebilir ve bu süreçte hastalığın nasıl ilerlediğini görmek gerekir. Tümörlerin genetik yapısı kişiden kişiye farklılık gösterebilir.



Bu da hangi tedavinin daha etkili olacağını etkiler. Likit biyopsi sayesinde tümörün genetik özellikleri hakkında bilgi edinilir. Bu bilgiler doğrultusunda hastaya en uygun tedavi yöntemi seçilebilir. Bu yaklaşım günümüzde ‘kişiye özel tedavi’ olarak da bilinir. Kanser hastalıklarında erken teşhis hayat kurtarıcıdır. Hastalık ne kadar erken fark edilirse, tedavi şansı o kadar fazladır. Araştırmalar, likit biyopsinin henüz çok küçük ve belirti vermeyen tümörleri bile yakalayabileceğini göstermektedir. Bu da yakın gelecekte bu alanda kullanımı artacağı ve kanser taraması amacıyla daha yaygın kullanılabileceğini düşündürmektedir.

GELECEK NELER GETİRECEK?

Şu an için likit biyopsi, doku biyopsisinin yerini tamamen almış bir teknoloji değildir; daha çok onun en güçlü tamamlayıcısı konumundadır. Ancak teknoloji geliştikçe, kandaki çok düşük miktardaki DNA’yı bile tespit edebilen cihazlar daha yaygın hale gelecektir. Son yıllarda yapılan çalışmalar, likit biyopsinin kullanım alanının giderek genişlediğini göstermektedir. Sadece kanser değil, bazı genetik hastalıkların takibinde

de kullanılabileceği düşünülmektedir. Ayrıca organ nakli yapılan hastalarda, vücudun nakledilen organı reddedip reddetmediğini anlamak için de bu yöntemden yararlanılabileceği araştırılmaktadır. Toplum açısından bakıldığında, likit biyopsi gelecekte kanserle mücadelede önemli bir rol oynayabilir. Daha erken teşhis, daha doğru tedavi ve daha yakın takip imkânı sunması, hastaların yaşam süresini ve kalitesini artırabilir. Bu nedenle bu alandaki araştırmalar büyük bir hızla devam etmektedir. Yakın gelecekte, yıllık kontrol muayenelerinde sadece kan vererek

vücudumuzdaki muhtemel bir kanser riskinden haberdar olabileceğiz. Sonuç olarak; kanser, yaşayan ve değişen bir organizmadır. Likit biyopsi, modern tıbbın getirdiği önemli yeniliklerden biridir. Her ne kadar henüz her durumda tek başına yeterli olmasa da, sunduğu kolaylıklar sayesinde giderek daha fazla kullanılmaktadır. Bilimsel veriler, genetik analizler ve klinik tecrübenin harmanlandığı bu yeni dönemde, ‘çaresiz kanser’ yerine ‘yönetilebilir hastalık’ kavramı ön plana çıkıyor. Unutmayın ki, doğru bilgiyle donatılmış her tedavi planı, kansere karşı kazanılmış en büyük zaferdir.

HER SAĞLIK MERKEZİNDE UYGULANMAZ

Tabii ki her yöntem gibi likit biyopsinin de bazı kısıtlı yönleri vardır. En önemlisi, her zaman kesin sonuç vermeyebilir. Özellikle tümör çok küçük veya kana karışan DNA miktarı da az ise test sonucu yanıltıcı olabilir. Ayrıca diğer önemli bir konu da elde edilen sonuçların doğru yorumlanması için gelişmiş laboratuvarlar ve uzman ekipler gerekir. Bu nedenle

her sağlık merkezinde aynı kalitede uygulanamayabilir. Bununla birlikte, likit biyopsi henüz klasik doku biyopsinin tamamen yerini almış değildir. Bazı durumlarda, özellikle tümörün tam yerini belirlemek veya daha ayrıntılı inceleme yapmak için doku biyopsisi gereklidir. Yani likit biyopsi çoğu zaman tek başına değil, diğer yöntemlerle birlikte kullanılmalıdır.



G Ö Z S A Ğ L I Ğ I V E H A S T A L I K L A R I

Kişiye özel göz tedavileri ile görüş üstünlüğü

Lazer ve Göz İçi Lens | Retina Hastalıkları | Kornea Hastalıkları | Glokom
Katarakt | Şaşılık ve Göz Tembelliği | Nöro Oftalmoloji | Oküloplastik Cerrahi



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



MEDİPOL
Acıbadem Bölge Hastanesi

Bu yorgunluk dijital

PROF. DR. MUSTAFA ELİAÇIK

Dijital göz yorgunluğu yalnızca rahatsızlık hissi oluşturmaz; aynı zamanda dikkat süresini azaltabilir, iş verimliliğini düşürebilir ve yaşam kalitesini etkileyebilir.

Sabah uyandığımızda çoğumuzun ilk baktığı şey telefon ekranı oluyor. Gün içinde bilgisayar monitörleri, tabletler ve akıllı telefonlarla geçirilen saatler; akşam ise televizyon ve sosyal medya ile devam ediyor. Modern yaşamın merkezine yerleşen ekranlar hayatı kolaylaştırırken, gözlerimizi de daha önce hiç olmadığı kadar yoğun bir yük altında bırakıyor.

Gün sonunda gözlerde yanma, batma, sulanma, bulanık görme, odaklanma güçlüğü ve baş ağrısı yaşayan kişi sayısı her geçen yıl artıyor. Özellikle ofis çalışanları, öğrenciler ve yoğun dijital cihaz kullanan bireylerde bu şikâyetler artık oldukça yaygın. Ancak burada önemli bir soru ortaya çıkıyor: Ekranlar yalnızca geçici bir göz yorgunluğu mu oluşturuyor, yoksa uzun vadede kalıcı hasar bırakabilir mi?

Dijital göz yorgunluğu nedir?

Tıpta 'astenopi' veya daha yaygın adıyla 'göz yorgunluğu', uzun süre ekran kullanımına bağlı gelişen göz ve görme sistemi şikâyetlerini ifade eder. Yapılan çalışmalar, günde iki saatten fazla ekran kullanımının belirtileri belirgin biçimde artırdığını göstermektedir. Dijital göz yorgunluğu yalnızca rahatsızlık hissi oluşturmaz; aynı zamanda dikkat süresini azaltabilir, iş verimliliğini düşürebilir ve yaşam kalitesini etkileyebilir. Özellikle uzun süre yakın mesafeye odaklanmayı

gerektiren işlerde çalışan kişilerde bu durum daha sık görülür.

Ekran karşısında gözde ne oluyor?

İnsan gözü sürekli yakın mesafeye odaklanmak için tasarlanmış bir organ değildir. Ekran karşısında geçirilen uzun saatler gözün doğal çalışma düzenini zorlar. Bunun en önemli nedenlerinden biri göz kırpması sayısındaki azalmadır. Normalde insan dakikada yaklaşık 15-18 kez göz kırpar. Ancak ekran kullanımında bu sayı belirgin biçimde düşer. Göz kırpması hareketi, göz yüzeyini nemli tutan gözyaşı tabakasının korunmasını sağlar. Kırpması azaldığında gözyaşı daha hızlı buharlaşır ve göz kuruluğu gelişir. Bunun sonucunda yanma, batma ve kızarıklık ortaya çıkabilir. Bir diğer sorun ise sürekli yakın odaklanmadır.

Dijital ekranlar gözlerin sürekli küçük odak ayarlamaları yapmasını gerektirir. Gün boyunca çalışan göz kasları zamanla yorulur ve özellikle akşam saatlerinde bulanık görme ya da odaklanma güçlüğü gelişebilir. Ekran parlaklığı, düşük ortam ışığı ve yanlış oturma pozisyonu

da şikâyetleri artırır. Ekranın göze çok yakın olması veya göz hizasının üstünde konumlandırılması gözlerin daha fazla efor sarf etmesine neden olur.

Mavi ışık gerçekten zararlı mı?

Son yıllarda dijital göz sağlığı tartışmalarının merkezinde mavi ışık yer alıyor. Telefonlar, tabletler ve LED ekranlardan yayılan bu kısa dalga boylu ışığın etkileri hâlâ araştırılıyor. Bilimsel veriler, mavi ışığın en belirgin etkisinin uyku düzeni üzerinde olduğunu gösteriyor. Özellikle gece saatlerinde yoğun ekran kullanımı melatonin hormonunun salgılanmasını baskılayarak biyolojik ritmi bozabiliyor. Bu durum uykuya dalmayı zorlaştırırken ertesi gün yorgunluk hissine yol açabiliyor. Ancak toplumdaki en büyük merak konusu retina üzerindeki etkiler. Günlük ekran kullanımının retina üzerinde doğrudan ve kalıcı hasar oluşturduğunu gösteren güçlü klinik kanıtlar şu an için bulunmuyor. Yani normal kullanım düzeylerinde ekranların kalıcı körlüğe yol açtığını söylemek bilimsel olarak doğru değil.

Bununla birlikte uzmanlar, yıllara yayılan yoğun maruziyetin etkilerinin henüz tam olarak bilinmediğini vurguluyor. Özellikle mevcut retina hastalığı olan bireylerde dikkatli olunması gerektiği belirtiliyor.

Kalıcı hasar oluşturur mu?

Dijital göz yorgunluğu çoğu zaman fonksiyonel bir problemdir. Yani şikâyetler göz kaslarının aşırı çalışması ve göz yüzeyinin kurumasıyla ilişkilidir; kalıcı doku hasarıyla değil. Bu nedenle erişkin bireylerin büyük bölümünde belirtiler dinlenme ve ekran süresinin azaltılmasıyla gerileyebilir. Ancak bu durum, ekran kullanımının tamamen zararsız olduğu anlamına gelmez. Özellikle kuru göz hastalığı olan bireylerde şikâyetler daha ağır seyredebilir. Benzer şekilde gizli odaklanma problemleri veya şaşılık eğilimi bulunan kişilerde ekran kullanımı belirtileri artırabilir. Asıl dikkat çekici konu ise çocuklardır.

Çocuklarda ekran kullanımı miyopi artışına sebep olur mu?

Son yıllarda dünya genelinde miyopi sıklığında ciddi bir artış yaşanıyor. Özellikle çocukların uzun süre yakın mesafeye odaklanması ve açık havada daha az zaman geçirmesi bu artışın önemli nedenleri arasında gösteriliyor. Çocuk gözü gelişim sürecinde olduğu için uzun süreli yakın odaklanma miyopinin ilerlemesine katkıda bulunabiliyor. Ayrıca çocukların ekranı fiziksel özellikleri nedeni ile yetişkinlere göre daha yakın mesafeden kullanması riski artırıyor. Araştırmalar, açık havada geçirilen sürenin

miyopi gelişimini yavaşlatabileceğini gösteriyor. Gün ışığının göz gelişimi üzerinde koruyucu etkisi olduğu düşünülüyor. Bu nedenle çocukların yalnızca ekran süresinin azaltılması değil, düzenli açık hava aktivitelerine yönlendirilmesi de önem taşıyor. Yüksek dereceli miyopi ilerleyen yıllarda erken yaşlarda katarakt, retina yırtığı, retina dekolmanı ve glokom gibi ciddi hastalıklar için risk oluşturabileceğinden, genetik faktörlere ek bir risk oluşturmamak adına çocukluk çağındaki ekran alışkanlıkları önemsenmelidir.

Gözleri korumak için neler yapılabilir?

Dijital yaşamdan tamamen uzaklaşmak mümkün görünmüyor. Ancak basit önlemlerle göz yorgunluğunu azaltmak mümkün. Uzmanların en sık önerdiği yöntemlerden biri 20-20-20 kuralıdır. Buna göre her 20 dakikada bir, yaklaşık 6 metre uzaklıktaki bir noktaya 20 saniye boyunca bakılması önerilir. Bu kısa mola göz kaslarının gevşemesine yardımcı olur. Bilgisayar ekranının gözden yaklaşık 50-60 cm uzaklıkta olması ve ekranın göz hizasının hafif altında konumlandırılması önerilir. Ortam ışığının ekran parlaklığıyla uyumlu olması da önemlidir. Bilinçli göz kırpmaya alışkanlığı ve gerektiğinde suni gözyaşı damlaları kullanılması özellikle kuru göz şikâyeti yaşayan bireylerde fayda sağlayabilir. Çocuklarda ise ekran süresinin yaşa uygun şekilde sınırlandırılması kritik öneme sahiptir. Dijital ekranlar artık modern yaşamın ayrılmaz bir parçası. Bugünkü bilimsel veriler, dijital göz yorgunluğunun çoğu erişkinde kalıcı bir hasardan çok geçici ve fonksiyonel bir sorun olduğunu gösteriyor. Ancak bu durum şikâyetlerin önemsiz olduğu anlamına gelmiyor. Sürekli yorgunluk hisseden gözler aslında bize mola vermemiz gerektiğini söylüyor. Özellikle çocuklarda kontrolsüz ekran alışkanlıkları ilerleyen yıllarda daha ciddi göz problemlerinin zeminini hazırlayabiliyor. Ekranlar hayatımızdan çıkmayacak; ancak gözlerimizi koruma biçimimiz değişebilir. Daha sık mola vermek, doğru mesafeyi korumak ve açık havada zaman geçirmek, dijital çağda göz sağlığını korumanın en temel yolları arasında yer alıyor.

MİKROPLASTİKLER

‘Görünmez’ tehdit...

PROF. DR. BÜLENT DEMİR

Mikroplastikler, modern çağın görünmez sağlık tehditlerinden biri olarak karşımızda! Kalp damar hastalıklarından nörolojik hastalıklara kadar birçok alanda etkili olabileceği düşünülen bu parçacıklar konusunda farkındalığın artması büyük önem taşıyor.

Günümüzde plastikler hayatımızın vazgeçilmez bir parçası haline geldi. Ancak plastik kullanımındaki artış, beraberinde yeni ve sessiz bir sağlık tehdidini de ortaya çıkardı: Mikroplastikler. Mikroplastikler, büyük plastik parçalarının zamanla güneş ışığı, sıcaklık, dalga hareketleri ve mekanik aşınma gibi etkilerle parçalanması sonucu oluşan çok küçük plastik parçacıklarıdır. Genel olarak 5 milimetreden küçük plastiklere mikroplastik adı verilir. Daha da küçük boyuttaki parçacıklar ise nanoplastik olarak adlandırılır. Bu parçacıklar artık yalnızca denizlerde ya da doğada değil; içtiğimiz suda, soluduğumuz havada ve tükettiğimiz gıdalarda da bulunmaktadır. Özellikle pet şişeler, plastik saklama kapları, ambalajlı işlenmiş gıdalar, tek kullanımlık plastik ürünler ve kozmetik ürünler mikroplastik maruziyetinin başlıca kaynakları arasında yer almaktadır. Yapılan araştırmalar, insanların her hafta farkında olmadan kredi kartı büyüklüğünde plastik parçacığına maruz kalabileceğini düşündürmektedir. Son yıllarda bilim insanları, mikroplastiklerin insan vücudunda birikip birikmediğini ve hangi hastalıklara yol açabileceğini araştırmaya başladı. Elde edilen veriler oldukça dikkat çekici. Mikroplastiklerin akciğer, karaciğer, böbrek, bağırsak, beyin ve hatta kalp dokusunda bile tespit edildiği gösterildi.

Özellikle kalp damar sağlığı açısından elde edilen bulgular endişe verici boyuta ulaşmaktadır. Yapılan çalışmalarda mikroplastiklerin damar sertliği plaklarının içinde bulunduğu gösterildi. Şah damarı tıkanıklığı nedeniyle ameliyat edilen hastalardan alınan damar plakları incelendiğinde, bazı hastaların plaklarında mikroplastik birikimi saptandı. Daha da önemlisi, bu hastaların yaklaşık 3 yıllık takiplerinde kalp krizi, inme ve ölüm riskinin belirgin şekilde daha yüksek olduğu görüldü.

İNSAN BEYNİNDE DE MİKROPLASTİK BİRİKİMİ GÖSTERİLDİ

Peki mikroplastikler bunu nasıl yapıyor olabilir? Bilim insanları, bu parçacıkların vücutta ‘yabancı madde’ gibi algılandığını düşünüyor. Bunun sonucunda bağışıklık sistemi aktive oluyor ve kronik inflamasyon dediğimiz düşük düzeyli iltihabi süreç ortaya çıkıyor. Ayrıca damar iç yüzeyini kaplayan endotelde hasar, oksidatif stres artışı ve pıhtılaşma eğiliminde artış gelişebiliyor. Tüm bu mekanizmalar damar sertliği sürecini hızlandırabiliyor. Mikroplastiklerin yalnızca kalp damar sistemiyle sınırlı olmadığı da görülüyor. Yakın zamanda yayımlanan bazı çalışmalarda, insan beyninde de mikroplastik birikimi gösterildi. Özellikle polietilen adı verilen plastik türünün beyin dokusunda

daha sık bulunduğu tespit edildi. Araştırmacılar, bu durumun Alzheimer ve diğer nörodejeneratif hastalıklarla ilişkili olabileceğini düşünüyor. Ancak bu konuda kesin sonuçlara ulaşabilmek için daha fazla bilimsel çalışmaya ihtiyaç vardır. Mikroplastiklerin hormonal sistem üzerinde de olumsuz etkileri olabileceği düşünülmektedir. Özellikle Bisfenol A (BPA) gibi bazı plastik bileşenleri, hormon sistemini etkileyerek metabolik hastalıklar, obezite ve insülin direnciyle ilişkili olabilir.

‘MİKROPLASTİK DETOKS’ YÖNTEMLERİ GELİŞTİRİLMELİ

Vücudumuzu mikroplastiklerden tamamen korumak mümkün müdür? Günümüz dünyasında buna tamamen ‘ever’ demek zor. Çünkü mikroplastikler artık çevrenin hemen her alanında bulunuyor. Ancak maruziyeti azaltmak için alınabilecek bazı önemli önlemler var. Öncelikle sıcak yiyecek ve içeceklerin plastik kaplarda tüketilmemesi önemlidir. Özellikle sıcak temas, plastiklerden daha fazla kimyasal ve mikroplastik salınımına neden olabilir.

Bu nedenle cam veya paslanmaz çelik ürünler daha güvenli seçeneklerdir. Pet şişe kullanımını azaltmak, plastik ambalajlı işlenmiş gıdalardan uzak durmak ve plastik saklama kaplarında mikrodalga kullanmamak da önemli adımlar arasında yer alır. Bunun yanında liften zengin beslenme, sebze ve meyve ağırlıklı bir diyet, bağırsak sağlığını destekleyerek vücudun zararlı maddelerle mücadelesine katkı sağlayabilir. Düzenli egzersiz, kaliteli

uyku ve sigara dumanından uzak durmak da vücuttaki inflamasyonu azaltan önemli yaşam tarzı alışkanlıklarıdır. Şu an için mikroplastiklerin vücuttan nasıl temizleneceğine dair kanıtlanmış bir tedavi yöntemi bulunmuyor. Ancak önümüzdeki yıllarda mikroplastiklerin ölçülmesi, sağlık etkilerinin daha net anlaşılması ve olası 'mikroplastik detoks' yöntemlerinin geliştirilmesi tıbbın

en önemli araştırma alanlarından biri olabilir. Sonuç olarak mikroplastikler, modern çağın görünmez sağlık tehditlerinden biri olarak karşımıza çıkıyor. Kalp damar hastalıklarından nörolojik hastalıklara kadar birçok alanda etkili olabileceği düşünülen bu parçacıklar konusunda farkındalığın artması büyük önem taşıyor. Belki de gelecekte sağlıklı yaşam denildiğinde yalnızca ne yediğimiz değil, yiyeceklerimizin neyle temas ettiği de en önemli konulardan biri olacak.



Küçük bir bez, büyük bir sorun

DOÇ. DR. HÜSNÜ AYDIN

Vücudumuzda yer alan küçük bir bezden kaynaklanan paratiroid adenomu, kemiklerden böbreklere kadar tüm vücudu etkileyebilecek sonuçlar doğurabilir.

Boynun ön kısmında yer alan ve çoğu kişinin adını bile duymadığı paratiroid bezleri, vücudun kalsiyum dengesini düzenleyen son derece önemli organlardır. Genellikle tiroid bezinin arkasında bulunan bu dört küçük bez, 'parathormon' adı verilen bir hormon salgılar. Bu hormon sayesinde kandaki kalsiyum seviyesi dengede tutulur. Kalsiyum ise yalnızca kemik sağlığı için değil; kasların çalışması, sinir sistemi, kalp ritmi ve böbrek fonksiyonları için de hayati önem taşır. Paratiroid bezlerinde görülen en yaygın hastalıkların başında paratiroid adenomu gelir. Adenom,

bezde gelişen iyi huylu bir büyüme veya tümör anlamına gelir. Paratiroid adenomu olan hastalarda bezlerden biri kontrolsüz şekilde fazla hormon üretmeye başlar. Bu durum kandaki kalsiyum seviyesinin yükselmesine yol açar ve primer hiperparatiroidizm adı verilen hastalık ortaya çıkar. Paratiroid adenomu genellikle yavaş gelişir ve uzun süre belirti vermeyebilir. Günümüzde birçok hasta rutin kan tahlilleri sırasında kalsiyum yüksekliği saptanmasıyla tanı almaktadır. Ancak bazı kişilerde zaman içinde oldukça farklı şikâyetler gelişebilir. Halsizlik, sürekli yorgunluk

hissi, unutkanlık, dikkat dağınıklığı, isteksizlik ve depresif ruh hali en sık görülen yakınmalar arasındadır. Hastalar bazen kendilerini uzun süredir iyi hissetmediklerini ifade ederler ancak bunun nedenini açıklayamazlar.

KADINLARDA SIK GÖRÜLÜR

Yüksek kalsiyum seviyesi böbrekleri de etkileyebilir. Özellikle tekrarlayan böbrek taşı oluşumu paratiroid adenomu açısından önemli bir uyarıcı olabilir. Sık taş düşüren kişilerde mutlaka paratiroid hastalığı araştırılmalıdır. Bunun yanında kemiklerden sürekli kalsiyum çekilmesi nedeniyle kemik erimesi gelişebilir. Bazı hastalarda kemik ağrıları, kas güçsüzlüğü ve boy kısalması görülebilir. İleri dönemlerde mide şikâyetleri, kabızlık, tansiyon

yüksekliği ve kalp ritim problemleri de ortaya çıkabilir. Paratiroid adenomu kadınlarda erkeklere göre daha sık görülür ve özellikle 50 yaş sonrasında daha yaygın hale gelir. Kesin nedeni tam olarak bilinmese de bazı genetik yatkınlıkların ve radyasyon maruziyetinin etkili olabileceği düşünülmektedir. Çoğu hastada yalnızca tek bir paratiroid bezinde adenom bulunur. Daha nadir durumlarda ise birden fazla bez etkilenebilir.



TEDAVİSİ CERRAHİDİR

Tanı süreci genellikle basit kan testleriyle başlar. Kandaki kalsiyum düzeyinin yüksek bulunması ve buna eşlik eden parathormon yüksekliği tanıyı destekler. Bunun yanında fosfor ve D vitamini düzeyleri de değerlendirilir. Tanı konulduktan sonra hastalıklı bezin yerini belirlemek amacıyla boyun ultrasonu ve sintigrafi gibi görüntüleme yöntemlerinden yararlanılır. Ayrıca kemik yoğunluğu ölçümü ve böbrek değerlendirmeleriyle hastalığın vücuda etkileri incelenir. Paratiroid adenomunun en etkili tedavisi cerrahidir. Ameliyat sırasında aşırı çalışan bez çıkarılır ve böylece kandaki kalsiyum düzeyi kısa sürede normale döner. Günümüzde deneyimli merkezlerde yapılan paratiroid ameliyatları oldukça yüksek başarı oranlarına sahiptir. Çoğu hasta ameliyattan sonra daha enerjik hissettiğini, kas ağrılarının azaldığını

ve yaşam kalitesinin belirgin şekilde düzeldiğini ifade eder. Cerrahi tedavi korkulacak bir işlem değildir. Teknolojinin gelişmesiyle birlikte günümüzde daha küçük kesilerle ve hedefe yönelik yöntemlerle ameliyat yapılabilmektedir. Özellikle ameliyat öncesi görüntüleme yöntemlerinin gelişmesi, hastalıklı bezin daha kolay bulunmasını sağlamaktadır. Bununla birlikte paratiroid cerrahisinin deneyim gerektiren özel bir alan olduğu unutulmamalıdır. Bu nedenle ameliyatın bu konuda deneyimli cerrahlar tarafından yapılması önem taşır. Bazı hastalarda ameliyat sonrası geçici kalsiyum düşüklüğü gelişebilir. Bunun nedeni, uzun süre yüksek kalsiyuma maruz kalan kemiklerin ameliyat sonrasında hızla kalsiyum çekmeye başlamasıdır. Böyle durumlarda geçici kalsiyum ve D vitamini desteği gerekebilir. Çoğu hastada bu durum kısa sürede düzelir.

KALICI HASARLAR BIRAKABİLİR

Paratiroid adenomu tedavi edilmediğinde zaman içinde böbrekler, kemikler ve kalp üzerinde kalıcı hasarlara yol açabilir. Bu nedenle erken tanı büyük önem taşır. Özellikle nedeni açıklanamayan halsizlik, tekrarlayan böbrek taşı, kemik erimesi, kas güçsüzlüğü veya sürekli yüksek kalsiyum saptanan kişilerin bir endokrinoloji veya genel cerrahi uzmanına başvurması gerekir. Son yıllarda toplumda sağlık kontrollerinin yaygınlaşması sayesinde paratiroid adenomu daha erken dönemde tespit edilebilmektedir. Erken tanı ve uygun tedaviyle hastalar sağlıklı ve kaliteli bir yaşam sürdürebilmektedir. Küçük bir bezden kaynaklanan bu hastalık, tüm vücudu etkileyebilecek sonuçlar doğurabileceği için belirtilerin göz ardı edilmemesi önemlidir.



Kaybedecek vakit yok!

PROF. DR. NALAN KARABAYIR

Belirtileri çoğu zaman grip, mide-bağırsak enfeksiyonu veya sıradan ateşli hastalıklarla karıştırılabilen meningokok enfeksiyonunda erken antibiyotik tedavisi hayat kurtarıcıdır. Ailelerin “Biraz daha bekleyelim” yaklaşımı hastalığın hızlıca ağırlaşmasına ve hastanın hayatını kaybetmesine yol açabilir.

Meningokok enfeksiyonu, Neisseria meningitidis adlı bakterinin neden olduğu ciddi bir hastalıktır. Sık görülmemekle beraber, çok hızlı ilerleyebilir ve ağır sonuçlara yol açabilir. En çok menenjit olarak tanımlanan beyin zarı iltihabı ya da bakterinin kan dolaşımında çoğalması sonucunda ortaya çıkan sepsis tablosuna neden olur. Bu hastalık özellikle bebeklerde, küçük çocuklarda, ergenlerde ve bağışıklık sistemi zayıf olan kişilerde daha ağır seyredebilir. Meningokok hastalığı erken fark edilmezse saatler içinde yaşamı tehdit eden bir tabloya dönüşebilir ve çocuğun hayatını kaybetmesine neden olabilir. Meningokok bakterisi genellikle solunum yoluyla bulaşır. Aynı evde yaşama, öpüşme, aynı bardak veya çatal-kaşık kullanma, kapalı ve kalabalık ortamlarda uzun süre birlikte bulunma bulaşma riskini artırır. Bakteriye boğazında taşıyan bazı kişiler hasta olmaz; ancak bakteriyi başkalarına bulaştırabilir. Bu nedenle hastalık görülen kişilerle yakın teması olanların hekim tarafından değerlendirilmesi gerekir.

KIRMIZI MOR DÖKÜNTÜLER GÖRÜLÜR

Çocuklarda meningokok enfeksiyonunun ilk belirtileri çoğu zaman grip, mide-bağırsak enfeksiyonu veya sıradan ateşli

hastalıklarla karışabilir. Ateş, halsizlik, huzursuzluk, iştahsızlık, bulantı, kusma, baş ağrısı ve kas-eklem ağrıları görülebilir. Daha büyük çocuklarda şiddetli baş ağrısı, ense sertliği, ışığa bakamama, bilinç

bulanıklığı ve uykuya eğilim menenjit düşündürür. Bebeklerde ise tablo daha belirsiz olabilir. Sürekli ağlama, emmeme, tiz sesle ağlama, solukluk, gevşeklik, bingıldakta kabarıklık veya aşırı uyku hali acil değerlendirme gerektirir. Meningokok hastalığında en dikkat çekici belirtilerinden biri döküntüdür. Bu döküntü başlangıçta küçük kırmızı-mor noktalar şeklinde olabilir, zamanla bu noktalar büyüyebilir. Halk arasında ‘cam bardak testi’ olarak bilinen yöntemde, döküntünün üzerine şeffaf bardak bastırıldığında renk solmuyorsa bu ciddi bir işaret olabilir. Ancak döküntünün her hastada görülmeyebileceğini veya geç ortaya çıkabileceği unutulmamalıdır. Bu nedenle döküntünün olmaması meningokok hastalığını dışlamaz. Ateşle birlikte çocuğun genel durumu hızla bozuluyorsa, bilinç bozukluğu, dalgalılık, morarma, soğuk el-ayak veya hızlı soluk alıp verme varsa acilen bir sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır.

ACİL TEDAVİ GEREKTİRİR

Meningokok enfeksiyonu acil tedavi gerektirir. Şüphe varsa “Biraz daha bekleyelim” yaklaşımı hastalığın hızlıca ağırlaşmasına ve hastanın hayatını kaybetmesine



yol açabilir. Erken antibiyotik tedavisi hayat kurtarıcıdır. Hastanede kan testleri, beyin omurilik sıvısının incelenmesi yapıldıktan ve kültürler alındıktan sonra hemen antibiyotik tedavisine başlanır. Bazı olgularda yoğun bakım desteği gerekebilir. Bu arada yakın temaslı kişilere de koruyucu antibiyotik verilmelidir. Hastalığın sonuçları ağır olabilir. Uygun tedaviye rağmen meningokok enfeksiyonu ölümcül seyredebilir. Hayatta kalan bazı çocuklarda işitme kaybı, nörolojik sorunlar, öğrenme güçlüğü, epilepsi, deri ve doku kaybı, böbrek sorunları veya uzuv kaybı gibi kalıcı sonuçlar gelişebilir. Sepsis tablosunda kan dolaşımı bozulduğu için ciltte morarmalar, organ yetmezliği ve şok görülebilir. Bu nedenle meningokok hastalığı yalnızca 'menenjit' olarak düşünülmemeli; tüm vücudu etkileyebilen ağır bir enfeksiyon olduğu bilinmelidir.

ENSE SERTLİĞİ UYARICIDIR

Meningokok aşıları ülkelerin ulusal aşı takvimlerinde farklı şekilde yer alabilir. Bazı ülkelerde bebeklik veya ergenlik döneminde rutin uygulanırken, bazı ülkelerde belirli risk gruplarına ya da özel koşullara göre önerilir. Ülkemizde meningokok enfeksiyonları en sık ilk 5 yaşta ve en ağır tablolar ilk 1 yaşta görüldüğünden ikinci aydan itibaren meningokok aşılarının uygulanması uygun bir yaklaşım olacaktır. Bu aşilar henüz rutin aşı programında olmamakla

beraber, Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmış her iki tip aşıya kolayca ulaşılabilir.

Meningokok aşılarının yan etkileri genellikle hafif şiddette ve geçicidir. Enjeksiyon yerinde ağrı, kızarıklık, şişlik, hafif ateş, halsizlik, baş ağrısı veya kas ağrısı görülebilir. B tipi aşısından sonra ateş yan etkisi sık görülmekle beraber aşidan önce ya da hemen sonrasında parasetamol uygulaması ile çoğu zaman bu yan etki önlenabilmektedir. Ciddi alerjik reaksiyonlar ise çok nadirdir.

Sonuç olarak; meningokok enfeksiyonu nadir ama çok ciddi bir çocukluk çağı enfeksiyonudur. Belirtileri erken dönemde sıradan hastalıklara benzeyebilir; ancak hızlı kötüleşme, döküntü, bilinç bulanıklığı ve ense sertliği uyarıcıdır. Erken tedavi hayat kurtarır, aşilar ise hastalıktan korunmada güçlü bir araçtır. İkinci aydan itibaren aşı programının oluşturulması için çocuğunuzu izleyen hekime danışmak; acil belirtilerde ise randevu beklemeden sağlık kuruluşuna başvurmak çocuğunuzun sağlığını korumada büyük önem taşır.



AŞILAMA İKİNCİ AYDAN İTİBAREN BAŞLAMALIDIR

Korunmanın en etkili yollarından biri aşılamadır. Artmış risk grupları arasında yer alan dalağı olmayan çocuklar, bağışıklığı zayıf bireyler, meningokok salgını görülen bölgede bulunanlar, laboratuvarında meningokokla temas riski olanlar, yurt veya kalabalık toplu yaşam alanlarında kalan ergenler ve belirli riskli bölgelere seyahat edecek çocuklar meningokok aşılaması açısından öncelikli gruplardır. Ayrıca meningokok hastalığının öngörülemeyen seyri,

sağlıklı çocuklarda da ağır ve ölümcül enfeksiyona yol açabilmesi nedeniyle aşılama yalnızca risk gruplarıyla sınırlandırılmamalıdır. Sağlıklı her çocuk için, hekim değerlendirmesiyle, ikinci aydan itibaren meningokok aşılamasının gündeme alınması ve ailelere bu konuda bilgilendirme yapılması uygun bir koruyucu sağlık yaklaşımıdır. Meningokok bakterisinin farklı serogrupları vardır; aşilarla hedeflenen gruplar ise A, C, W, Y ve B'dir. Ailelere

anlatılırken "meningokok aşısı" ifadesinin tek bir aşiyi tanımlamadığı özellikle vurgulanmalıdır. ACWY konjuge aşıları A, C, W ve Y serogruplarına; MenB aşıları ise serogrup B'ye karşı koruma sağlar. Bu nedenle yalnızca ACWY aşısı yapılmış bir çocuk serogrup B'ye karşı korunmuş kabul edilmez; benzer şekilde yalnızca MenB aşısı da ACWY serogruplarını kapsamaz. Bu nedenle yeterli koruma sağlanabilmesi için her iki grup aşısının da uygulanması gerekir.

Bacak kemiğinden çene yapıldı

Nijerya'dan şifa arayışıyla ülkemize gelen Munir Bashir Yuguda bacak kemiğinden yepyeni bir çene yapılarak hayata döndürüldü.

Dişlerindeki gevşeme şikâyetiyle Nijerya'dan Türkiye'ye gelen 24 yaşındaki Munir Bashir Yuguda isimli gencin çenesinde, her an ölümcül bir kanamaya yol açabilecek nadir bir damar yumağı tespit edildi. Medipol Sağlık Grubu'nda multidisipliner bir yaklaşım ile 10 saatlik zorlu operasyonda gencin alt çenesi tamamen alınırken, yerine bacak kemiğinden yepyeni bir çene yapılarak hayata döndürüldü. Radyoloji Uzmanı Prof. Dr. Erol Akgül, Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Uzmanı Prof. Dr. Sina Uçkan ile Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Uzmanı Doç. Dr. Burak Özkan'ın ortak yürüttüğü multidisipliner tedavi planıyla hasta, tıp dünyasında parmakla gösterilecek 10 saatlik bir operasyonla sağlığına kavuştu. Prof. Dr. Akgül, "Hastamızda oluşan damar yumağı hastanın yaşamı için ciddi bir risk oluştuyordu. Ağız içinde oluşabilecek en küçük bir travma bile kontrolsüz ve uzun süren kanamalara yol açarak hayatı tehlike yaratabilirdi. Tespit edilen damar yumağının tedavisinde öncelikle embolizasyon işlemi uygulandık. Birçok hastada sadece embolizasyon yeterli olabilirken, bu vakada lezyonun geniş alanı etkilemesi, çene kemiğinde incelmeye ve diş kayıplarına yol açması nedeniyle cerrahi müdahale de gerekiyordu. Öncelikle damar yumağını embolize ederek kanama riskini azalttık. Ardından belirli bir süre bekleyerek hastanın stabil hale gelmesini sağladık" diye konuştu.

"AĞRILARIM AZALDI, KENDİMİ DAHA İYİ HİSSEDİYORUM"

Ameliyat sürecine ilişkin bilgi veren Doç. Dr. Özkan, "Cerrahi sırasında çene kemiğini açarak damarları tıkanmış yumağı herhangi bir kanama



Ağız Diş
ve Çene
Cerrahisi
Uzmanı
Prof. Dr.
Sina Uçkan



Radyoloji
Uzmanı
Prof. Dr.
Erol Akgül

komplikasyonu olmadan çıkardık. Ardından oluşan boşluğu hastanın bacağından aldığımız damarlı kemik dokusuyla yeniden şekillendirdik ve çene formuna getirerek yerine naklettik. Bu kemiğin damarlarını boyun bölgesindeki damarlara bağlayarak yaşamasını sağladık. Ağız içindeki doku eksikliğini de koldan aldığımız dokularla tamamladık. Oldukça uzun ve zorlu geçen ameliyat başarıyla sonuçlandı. Operasyon multidisipliner ekip çalışmasıyla gerçekleşti. Ameliyatın birinci ayında hastanın ağız içi tamamen iyileşti, çene hareketlerinde herhangi bir

problem bulunmuyor. İlerleyen süreçte kemik iyileşmesi tamamlandığında dental implant uygulamalarıyla hastanın eksik dişleri de tamamlanacak" ifadelerini kullandı. Nijerya'dan gelen Munir Bashir Yuguda yaşadığı zorlu süreci ve duyularını şu sözlerle aktardı: "24 yaşındayım ve dişlerimde yaşadığım ciddi problemler nedeniyle buraya başvurdum. Gerçekten çok zor bir süreçti ama doktorlarım çok başarılı bir operasyon gerçekleştirdi. Şu an ameliyatımın sonucu oldukça iyi, ağrılarım büyük ölçüde azaldı ve her geçen gün kendimi daha iyi hissediyorum."



Fiziksel Tıp ve
Rehabilitasyon Uzmanı
Dr. Öğr. Üyesi Gökhan
Özkoçak

Kanseri ve felci yendi, hayata yeniden tutundu

Böbrek kanseri nedeniyle vücudunun sol kısmı felç olan Necat Özçelik'in hayatı durma noktasına gelmişti. Ancak Medipol Sağlık Grubu'nda uygulanan robotik tedavi sayesinde yeniden yürümeye başladı.

Boğaz ağrısıyla gittiği bir hastanede yapılan ultrason sonucu böbrek kanseri olduğunu öğrenen Necat Özçelik'te, böbrekten omuriliğe yayılan metastazın ardından sol tarafında felç gelişti. Hareket kabiliyeti durma noktasına gelen Özçelik, farklı merkezlerde uygulanan tedavilerden de beklenen verimi alamadı. Son çare olarak Medipol Acıbadem Bölge Hastanesi'ne başvurduktan sonra yeniden tedavi altına alınan Özçelik, kendi başına yürüyebilir hale geldi. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Uzmanı Dr. Öğr. Üyesi Gökhan Özkoçak, hastalara sunulan robotik tedavi sürecinin, teknolojiyle birleşerek çok daha verimli hale geldiğini ve hastaların daha hızlı iyileşmelerini sağladığını belirtti. Son yıllarda rehabilitasyon alanında önemli bir yenilik olarak robotik teknolojilerin kullanımının arttığını vurgulayan Dr. Özkoçak,

“Robotik rehabilitasyon, tedavi süreçlerini başka bir boyuta taşıyan en önemli gelişmelerden biri oldu. İnme, omurilik yaralanmaları ve Parkinson hastalığı gibi hareket bozukluklarının tedavisinde çok daha ileri seviyelere gelindi. Eskiden tedavisi zor olan bu hastalıklar, artık günümüz teknolojisiyle çok daha etkin bir şekilde tedavi edilebiliyor. Özellikle yürüyüş, denge ve kol fonksiyonlarının geri kazanılmasında kullanılan robotik cihazlar, tedavi sonuçlarını ciddi şekilde iyileştiriyor” ifadelerini kullandı.

“SOL TARAFIM FELÇ OLDU”

Necat Özçelik, yaşadığı süreci şu sözlerle anlattı: “Sol böbreğimin alındığı bir operasyon geçirdim ve sonrasında 6 ay boyunca akıllı ilaç tedavisi aldım. Ancak tedavi sonrası yapılan MR görüntülemesinde boyun bölgemde bir

kitle tespit edildi. Bu kitlenin böbrekten omuriliğe yayılan bir metastaz olduğu söylendi ve hızlı bir şekilde ikinci bir operasyon olmam gerektiği belirtildi. Ne yazık ki, bu operasyon sonucunda sol tarafımda felç gelişti, sol kolum ve bacağım tamamen tutmaz hale geldi.” Dış merkezlerde robotik yürüme tedavilerine katıldığını ancak istediği verimi alamadığını belirten Özçelik, “Son çare olarak Dr. Gökhan Özkoçak ve ekibiyle tanıştım. Burada, daha önce hareket ettiremediğim sol kolumu ve bacağımı tedavi etmek için özverili çalışmalar yapıldı. Başladığımda kolumu hareket ettiremiyordam. Kuvvetsizlik ve ayağımın pozisyonunun düzgün olmamasına bağlı yürüme bozukluğum vardı. Sosyal hayatımda ciddi kısıtlamalar yaşıyordum. Ancak yapılan tedavi ve rehabilitasyon süreciyle hızla iyileşmeye başladım” diye konuştu.

Kemik ağrısı sinyal olabilir

DOÇ. DR. BURÇİN ÇAKAN DEMİREL

Özellikle meme ve prostat kanserlerinde sık görülen kemik metastazlarının en büyük belirtisi ağrıdır. Kemik metastazları yalnızca hastalığın yayıldığını göstermez; aynı zamanda hastaların günlük yaşamını belirgin şekilde etkileyebilen sorunlara da neden olabilir.

Kanser tedavisindeki gelişmeler sayesinde bugün birçok kanser türünde hastalık daha etkin şekilde kontrol altına alınabilmektedir. Ancak hastalığın başka organlara yayılması, yani metastaz gelişimi, hâlâ önemli sağlık sorunlarından biridir. Kemikler de kanserin en sık metastaz yaptığı bölgeler arasında yer alır. Özellikle meme ve prostat kanserleri gibi sık görülen kanserlerde kemik tutulumu maalesef sık görülür. Bunun yanında akciğer, böbrek gibi pek çok kanser türünde de kemik metastazları görülebilmektedir. Kemik metastazları yalnızca hastalığın yayıldığını göstermez; aynı zamanda hastaların günlük yaşamını belirgin şekilde etkileyebilen sorunlara da neden olabilir. En sık görülen yakınma; ağrıdır. Bunun yanı sıra kırıklar, omurilik basısı ve kanda kalsiyum yüksekliği gibi komplikasyonlar da gelişebilir. Bu durumlar hareket kabiliyetini azaltabilir, günlük yaşam aktivitelerini zorlaştırabilir ve bazı hastalarda acil

müdahale gerektirebilir. Bu yüzden kemik metastazlarının erken fark edilmesi ve uygun şekilde yönetilmesi oldukça önemlidir. Kanser hücreleri zamanla bulundukları organdan ayrılarak kan dolaşımı aracılığıyla kemik dokusuna ulaşabilir. Kemik iliğinin damar yapısından zengin olması ve kendine özgü mikroçevresi, bu hücrelerin kemikte yerleşmesini kolaylaştırır. Bu durum, tıpta 'tohum ve toprak' teorisi ile açıklanır. Yani tümör hücreleri uygun ortam bulduklarında kemikte tutunup çoğalabilir. Normal şartlarda kemik dokusunda sürekli bir yapım-yıkım dengesi vardır. Ancak metastatik hücreler bu dengiyi bozabilir. Bunun sonucunda kemikte zayıflama ya da anormal kemik oluşumu gelişebilir. Süreç ilerledikçe kemik dayanıklılığı azalır ve çeşitli belirtiler ortaya çıkabilir. Kemik metastazlarında en sık görülen belirti ağrıdır. Bu ağrı çoğu zaman gece artan, hareketle şiddetlenen, süreklilik gösteren bir karakterdedir.

ANİ GELİŞEN KIRIKLAR GÖRÜLEBİLİR

Bazı hastalarda ise ani gelişen kırıklar, yürüme zorluğu, kolları veya bacaklarda güç kaybı, uyuşma gibi belirtiler görülebilir. Kemik metastazına bağlı ağrı zamanla kronik hale gelebilir ve yaşam kalitesini belirgin şekilde etkileyebilir. Bu nedenle ağrı yalnızca bir belirti olarak değil, ayrıca tedavi edilmesi gereken önemli bir klinik durum olarak değerlendirilir. Kemik metastazlarının erken dönemde saptanması, tedavinin doğru planlanabilmesi açısından önem taşır. Tanıda çoğunlukla görüntüleme yöntemlerinden yararlanılır. Röntgen, bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik rezonans görüntüleme (MR), kemik sintigrafisi ve PET/BT en sık kullanılan yöntemlerdir. Her yöntemin farklı avantajları vardır. Röntgen genellikle daha ileri değişiklikleri gösterirken, MR ve PET/BT gibi yöntemler metastazları daha erken dönemde saptayabilir. Hangi yöntemin tercih edileceği hastanın klinik durumuna





ve hastalığın özelliklerine göre belirlenir. Bazı durumlarda kan veya idrar testlerinde kemik metabolizmasına ait belirteçler de değerlendirilebilir. Ancak bu testler tek başına tanı koydurucu değildir ve genellikle görüntüleme yöntemleri ile birlikte yorumlanır.

TEDAVİDE MULTİDİSİPLİNER YAKLAŞIM GEREKİR

Kemik metastazlarının tedavisi hastaya özel planlanır ve çoğu zaman multidisipliner yaklaşım gerektirir. Bu süreçte medikal onkoloji, radyasyon onkolojisi, ortopedi, beyin cerrahisi ve nükleer tıp gibi farklı branşlar birlikte çalışır. Tedavi planı

oluşturulurken hastalığın yaygınlığı, primer tümörün türü, hastanın genel durumu ve yaşam beklentisi gibi birçok faktör göz önünde bulundurulur. Burada en önemli noktalardan biri, kemik metastazı tedavisinin yalnızca kemiğe yönelik olmadığıdır. Asıl amaç, primer kanserin kontrol altına alınmasıdır. Kemikteki sorunların yönetimi ise bu genel tedavi planının bir parçasını oluşturur. Tedavinin hedefi yalnızca hastalığı kontrol etmek değil; ağrıyı azaltmak, kemik bütünlüğünü korumak ve hastanın yaşam kalitesini mümkün olduğunca sürdürmektir. Kemik metastazlarının tedavisinde sistemik

tedaviler, radyoterapi, cerrahi yaklaşımlar ve bazı durumlarda kemik güçlendirici tedaviler birlikte değerlendirilebilir. Hangi yöntemin ön planda olacağı ise hastanın klinik durumuna göre değişir.

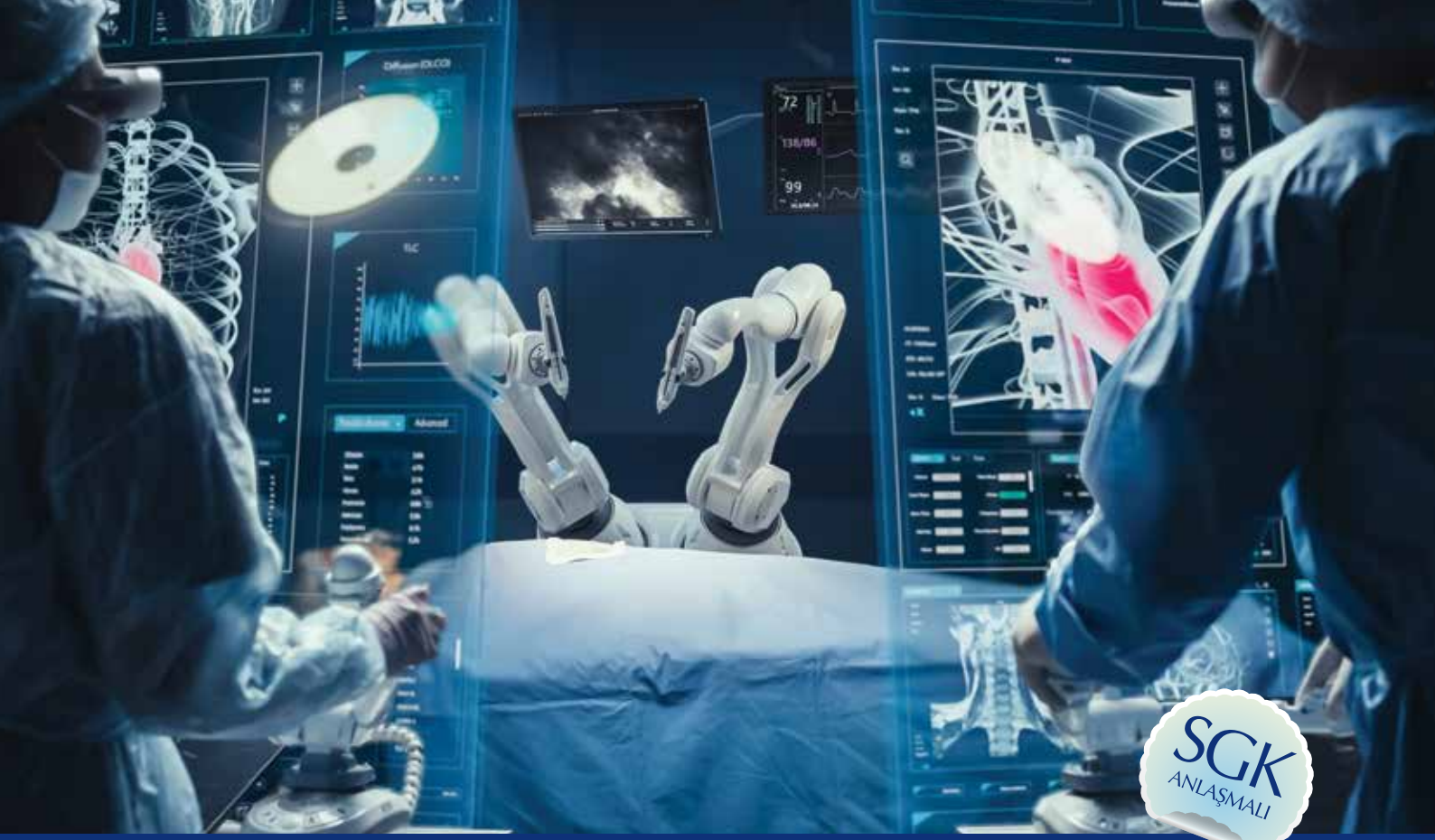
CERRAHİ NE ZAMAN GEREKİR?

Bazı durumlarda cerrahi tedavi gerekebilir. Özellikle kemikte kırık oluşmuşsa, kırık riski yüksekse, omurlilik basısı gelişmişse cerrahi seçenekler gündeme gelebilir. Bu girişimlerin temel amacı ağrıyı azaltmak, hareket kabiliyetini korumak ve hastanın günlük yaşamını mümkün olduğunca sürdürdürebilmesini sağlamaktır. Sonuç olarak; kemik metastazları, kanser hastalarında sık görülen ve yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyebilen bir durumdur. Ağrı, kırıklar ve nörolojik komplikasyonlar hastaların günlük yaşamını zorlaştırabilir. Günümüzde gelişmiş görüntüleme yöntemleri ve modern tedavi yaklaşımları sayesinde kemik metastazları daha erken dönemde saptanabilmekte ve daha etkin şekilde yönetilebilmektedir. Özellikle multidisipliner yaklaşım, hastaların hem yaşam kalitesinin korunmasında hem de komplikasyonların azaltılmasında önemli rol oynar. Bu nedenle kemik metastazları yalnızca hastalığın yayılımını gösteren bir durum olarak değil, aktif şekilde takip ve tedavi edilmesi gereken bir süreç olarak değerlendirilmelidir.

UZUN SÜREN AĞRILAR GÖRÜLÜR

Kemik metastazına bağlı ağrı genellikle uzun süren ve günlük yaşamı belirgin şekilde etkileyen bir ağrıdır. Tedavide temel hedef, ağrıyı mümkün olduğunca azaltarak yaşam kalitesini artırmaktır. Ağrı tedavisi çoğu zaman basamaklı şekilde planlanır. İlk aşamada daha basit ağrı kesiciler kullanılırken, gerektiğinde daha güçlü ilaçlara geçilebilir. Bu yaklaşım Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği ağrı tedavi basamaklarına dayanır. Bazı

hastalarda ise ilaç tedavisi tek başına yeterli olmayabilir. Böyle durumlarda radyoterapi özellikle ağrı kontrolünde oldukça etkili sonuçlar sağlayabilir. Gerekteğinde farklı tedavi yöntemleri birlikte kullanılarak daha başarılı ağrı kontrolü elde edilebilir. Nadiren, tedaviye dirençli şiddetli ağrılarda girişimsel yöntemler de uygulanabilir. Bu yöntemler ağrı iletimini azaltmayı hedefler ve seçilmiş hastalarda belirgin rahatlama sağlayabilir.



Kansere karşı akıllıyız

Hekimlerin üçüncü gözü olan
ileri görüntüleme teknolojileriyle desteklenen; multidisipliner,
hedefe odaklı ve kişiye özel tedavi yaklaşımı

Onkolojik Cerrahi | Tıbbi Onkoloji | Radyasyon Onkolojisi
Pediatrik Onkoloji | Patoloji | Nükleer Tıp | Hemato Onkoloji



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



**MEDİPOL
MEGA**
MEDİPOL MEGA
HASTANELER KOMPLEKSİ





Giderek ağırlaşıyoruz: Obezite

2050 yılında dünya yetişkin nüfusunun yaklaşık %60'ı, yani 3,8 milyar kişi fazla kilolu veya obez olacak.

Çocuk ve ergenlerde de tablo endişe verici. 2050'de yaklaşık her üç çocuktan/ ergenden birinin fazla kilolu veya obez olacağı öngörülüyor.



Modern çağın vebası

DOÇ. DR. ESRA ÇOKİÇLİ

Dünyada ve maalesef ülkemizde obez hasta sayısı giderek artıyor. Obezite; sessiz ama hızla ilerleyen bir salgın gibi toplumları dönüştürüyor.

A rtık obeziteyi tarif ederken hastalarımıza bu tabiri kullanıyoruz çünkü obezite tam manasıyla bu çağın vebası. Her evde muhakkak fazla kilolu ya da obez birey var, her çalışma ortamında, her sosyal ortamda mutlaka bir dostumuz, sevdiğimiz bir kişi bu dertten muzdarip. Ve herkesin dilinde aynı cümleler, aynı serzenişler: “Kilo veremiyorum, kendimi durduramıyorum, ne yapsam işe yaramıyor...” Peki obezite gerçekten baş etmesi güç bir durum mu? Ne oldu da insanlık tarihi boyunca olmadığı kadar kilo almaya başladı? Neden obez birey sayısı tüm dünyada ama bilhassa ülkemizde ciddi bir artışa geçti? Gelin birlikte bakalım... Çağımızın en hızlı büyüyen halk sağlığı sorunlarından biri olan obeziteyi Dünya Sağlık Örgütü; genetik, biyolojik, davranışsal, çevresel ve ticari faktörlerin birlikte rol oynadığı kronik ve tekrarlayıcı bir hastalık olarak tanımlıyor. Yani obezite sanıldığından aksine sadece bir irade problemi değil, çok faktörlü bir hastalıklar bütünü. DSÖ verilerine göre 2022 yılında dünyada her 8 kişiden biri obezite ile yaşıyordu.

Yetişkin obezitesi 1990’dan 2022’ye kadar iki kattan fazla, çocuk ve ergenlerdeki artış ise (5–19 yaş grubunda) yaklaşık 4 katına çıkmıştır. 2025 tarihli küresel projeksiyonlara göre mevcut eğilimler değişmezse 2050 yılında dünya yetişkin nüfusunun yaklaşık %60’ı, yani 3,8 milyar kişi fazla kilolu veya obez olacak. Çocuk ve ergenlerde de tablo endişe verici: 2050’de yaklaşık her üç çocuktan/ergenden birinin fazla kilolu veya obez olacağı öngörülmüyor. Türkiye açısından tablo daha da dikkat çekici. TÜİK Türkiye Sağlık Araştırması 2022’ye göre 15 yaş ve üzeri bireylerin %20,2’si obez, %35,6’sı ise obezite öncesi yani fazla kilolu gruptadır. Kadınlarda obezite oranı %23,6 iken erkeklerde %16,8’dir; buna karşılık erkeklerde obezite öncesi fazla kiloluluk oranı %40,4 ile oldukça yüksektir. Bu veriler, Türkiye’de her





iki kişiden birinden fazlasının fazla kilo veya obezite sınırında olduğunu göstermektedir.

KARMAŞIK BİR HASTALIK...

Türkiye, DSÖ Avrupa Bölgesi içinde obezite sıklığının en yüksek olduğu ülkeler arasında gösterilmektedir; TEMD 2024 Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu da DSÖ 2022 verilerine dayanarak Türkiye'nin Avrupa'da obezite sıklığı bakımından ilk sırada yer aldığını belirtmektedir. Bu durum, Türkiye'de obezitenin yalnızca bireysel sağlık sorunu değil, diyabet, hipertansiyon, kalp-damar hastalıkları, karaciğer yağlanması, bazı kanserler ve sağlık harcamaları açısından da ciddi bir toplumsal yük oluşturduğunu göstermektedir. Obeziteyi yalnızca fazla yemek yeme sorunu olarak görmek artık bilimsel olarak doğru kabul edilmiyor. Günümüzde obezite, multidisipliner yani birden fazla uzmanlığı aynı anda ilgilendiren karmaşık bir hastalık olarak değerlendiriliyor. Çünkü obezitenin ortaya çıkışında sadece beslenme alışkanlıkları değil; genetik yatkınlık, hormonal mekanizmalar, psikolojik durum, bağırsak florası, uyku düzeni, fiziksel aktivite seviyesi, kullanılan ilaçlar ve hatta sosyoekonomik koşullar bile rol oynuyor. Bu nedenle obezite tedavisinde tek bir yaklaşım çoğu zaman yeterli olmuyor. Endokrinoloji ve iç hastalıkları uzmanları hormonal ve metabolik süreçleri değerlendirirken, diyetisyenler sürdürülebilir beslenme planları oluşturuyor; psikiyatri ve psikoloji uzmanları duygusal yeme davranışı, stres ve yeme bozuklukları üzerinde çalışıyor. Kardiyoloji, obezitenin kalp-damar sistemi üzerindeki etkilerini takip ederken; gastroenteroloji karaciğer yağlanması ve metabolik ilişkili bağırsak sorunlarını değerlendiriyor. Fizik tedavi ve spor hekimliği uzmanları ise hastaların hareket kapasitesini artırmaya yönelik programlar planlıyor. İleri derecede obezite tedavileri olan GLP-1 RA ve bariatrik cerrahi de tedavinin önemli bir parçası haline geliyor.

VÜCUTTAKİ HER SİSTEMİ ETKİLİYOR

Aslında obeziteyi multidisipliner yapan en önemli neden, vücuttaki hemen her sistemi etkileyebilmesidir. Diyabetten hipertansiyona, uyku apnesinden kısırlığa, depresyondan karaciğer yağlanmasına kadar onlarca hastalık obeziteyle doğrudan ilişkilidir. Bu yüzden modern tıpta obeziteye yaklaşım, yalnızca kilo vermeyi değil; kişinin metabolik, fiziksel ve ruhsal sağlığını birlikte iyileştirmeyi hedefleyen kapsamlı bir süreç olarak görülmektedir. Sonuç olarak obezite, sessiz ama hızla ilerleyen bir salgın gibi toplumları dönüştürüyor. Artış hızının çocukluk çağında daha belirgin olması,

önümüzdeki yıllarda diyabet, kalp hastalıkları ve karaciğer yağlanması gibi kronik hastalıkların daha erken yaşlarda karşımıza çıkabileceğini düşündürüyor. Bu nedenle obeziteyle mücadele yalnızca 'daha az ye, daha çok hareket et' önerisine indirgenmemeli; sağlıklı gıdaya erişim, okul beslenmesi, fiziksel aktiviteyi destekleyen şehirler, gıda etiketleri, reklam politikaları ve sağlık okuryazarlığı ile birlikte ele alınmalıdır. Ülkemiz için mesaj nettir: Dünya obezite krizinin içindedir, ancak Türkiye bu krizi dünya ortalamasından daha ağır yaşamaktadır ve en kısa sürede çözüme ulaştıracak önlemler alınmalıdır.

Obezite bir hastalık mıdır?

UZM. DR. İLKİN MURADOV

Evet, obezite kronik bir hastalıktır; tedavisi uzun soluklu ve sürekli. Nasıl ki hipertansiyon ya da diyabet birkaç aylık ilaç tedavisiyle kalıcı olarak iyileşmiyorsa, obezite de kısa süreli diyetlerle kalıcı olarak çözüme kavuşturulamaz.

Obezite, vücutta aşırı miktarda yağ birikmesi sonucu ortaya çıkan ve sağlığı ciddi biçimde tehdit eden kronik bir hastalıktır. Eskiden yalnızca bir görünüm ya da estetik sorunu olarak değerlendirilse de günümüzde tıp dünyası obezitenin; kalp-damar hastalıkları, tip 2 diyabet, hipertansiyon, eklem sorunları ve hatta bazı kanser türleri için bağımsız bir risk faktörü olduğunu açıkça ortaya koymaktadır. Obezite, günümüzün en hızlı yayılan sağlık sorunlarından biri hâline gelmiştir. Dünya genelinde yetişkinlerin neredeyse üçte biri fazla kilolu ya da obez kategorisindedir; ülkemizde de bu oran her geçen yıl artmaktadır. Sorunun bu denli yaygınlaşmasının ardında yatan temel neden, enerji dengesinin bozulmasıdır. Alınan kalori, harcanan kaloriyi kronik olarak aştığında vücut fazlalığı yağ olarak depolar. Hazır ve işlenmiş gıdaların kolayca ulaşılabilir hâle gelmesi, sedanter yaşam biçiminin yaygınlaşması ve uyku düzeninin bozulması bu dengesizliği besleyen başlıca etkenlerdir. Bununla birlikte, nadir de olsa bazı tıbbi durumlar kilo artışını tetikleyebilir ya da ona eşlik edebilir. Kortizol hormonunun aşırı üretildiği cushing sendromu veya ileri düzey tiroid fonksiyon bozuklukları (örneğin ağır hipotiroidi) bu durumların başında gelir.

Bu hastalıklarda kilo artışı, beraberinde gelen başka bulgularla birlikte seyreder ve altta yatan hastalığın tedavisi ön plana alınmadan yalnızca kilo yönetimine odaklanmak yetersiz kalır. Bu nedenle, özellikle başka semptomlara eşlik eden ya da açıklanamayan kilo artışlarında bir hekime başvurmak büyük önem taşır. Obezitenin tanısında en yaygın kullanılan ölçüt, vücut kitle indeksidir (VKİ). Hesaplaması oldukça basittir:

Kişinin kilosu (kg), boyunun karesine (m²) bölünür. Örneğin 75 kg ağırlığında ve 1,70 m boyunda bir kişinin VKİ'si $75 \div (1,70 \times 1,70) = 25,95$ olarak hesaplanır. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımlamalarına göre VKİ 18,5–24,9 arasındaysa normal kilolu, 25–29,9 arasındaysa fazla kilolu, 30 ve üzerindeyse obez olarak kabul edilmektedir. VKİ, pratik bir tarama aracı olsa da tek başına yeterli değildir; özellikle kas kitlesi yüksek kişilerde yanıltıcı sonuçlar verebilir. Bu nedenle bel çevresi ölçümü ve vücut yağ oranı gibi ek değerlendirmeler de göz önünde bulundurulmalıdır.

İNSÜLİN DİRENCİ BİR NEDEN DEĞİL SONUÇTUR

Obezitenin hormonal boyutunu anlamak, hastalığa bakışı köklü biçimde değiştirebilir. Düzensiz ve karbonhidrattan zengin beslenme alışkanlıkları, pankreastan sık ve yoğun insülin salınımını tetikler. İnsülin, vücudun en güçlü yağ depolama hormonlarından biridir; kan şekerini düşürürken fazla enerjiyi yağ olarak biriktirme emrini verir. Kronik olarak yüksek seyreten insülin düzeyleri zamanla yağ depolamayı kolaylaştırırken yağ yakımını güçleştirir.

Peki ya insülin direnci? Burada sıkça karıştırılan önemli bir noktanın altını çizmek gerekir: İnsülin direnci çoğunlukla obezitenin bir nedeni



değil, kötü beslenme alışkanlıklarının zaman içinde yarattığı bir sonuçtur. Başka bir deyişle, insülin direnci obezitenin kendisini açıklamaz; tersine, yıllarca süren sağlıksız beslenmenin vücutta bıraktığı bir izdir. Bu ayrımı doğru anlamak, tedavide doğru yönü bulmak açısından kritik önem taşır. Öte yandan obezite yalnızca fiziksel değil, aynı zamanda psikolojik boyutu olan bir durumdur. Bazı kişilerde duygusal yeme, stres veya mutsuzluk durumlarında aşırı yeme, hatta tıkanırçasına yeme atakları görülebilir. Bu tür durumlar bir yeme bozukluğuna işaret edebilir. Bu nedenle bazı hastalarda sadece diyet ve egzersiz yeterli olmayabilir; psikolojik destek ve gerektiğinde psikiyatrik değerlendirme de önemlidir.

KRONİK BİR HASTALIKTIR

Hastalardan en sık duyduğumuz ifadelerden biri şudur: “Bir süre diyet yaptım, kilo verdim; ama diyeti bıraktıktan sonra kiloları geri aldım.” Bu durum aslında bize çok önemli bir gerçeği hatırlatır. Diyet, belirli bir hedefe ulaşmak için geçici olarak uygulanan bir reçete değil, kalıcı bir yaşam biçimidir. Obezite, nasıl ki hipertansiyon ya da diyabet birkaç aylık ilaç tedavisiyle kalıcı olarak iyileşmiyorsa, obezite de kısa süreli diyetlerle kalıcı olarak çözüme kavuşturulamaz. Kronik hastalıkların tedavisi uzun soluklu ve sürekli bir süreçtir.

Bu nedenle beslenme düzeninin yeniden yapılandırılması, kısa bir program olarak değil; hayatın bir parçası hâline getirilecek kalıcı bir alışkanlık değişikliği olarak planlanmalıdır. Obezite tedavisinde sıkça karşılaştığımız engellerden biri de gerçekçi olmayan kilo hedeflerinin yarattığı motivasyon kaybıdır. Birkaç haftada onlarca kilo vermeyi hedefleyen bireyler, beklentileri karşılanmadığında hayal kırıklığına uğrayarak diyeti erken bırakabilmektedir. Oysa tıbbi açıdan sürdürülebilir ve sağlıklı kabul edilen kilo kaybı hızı, ayda yaklaşık 2–4 kilogramdır. İlk üç ayda başlangıç kilosunun yüzde onu oranında bir kayıp, hem metabolik açıdan anlamlı hem de ulaşılabilir bir hedef olarak önerilmektedir. Başarılı bir obezite programının içeriği kadar yapısı da önemlidir. Düzenli aralıklarla yapılan takip ziyaretleri, uzun vadeli planlama ve gerçekçi kilometre taşları bu yapının temel unsurlarıdır.

MEDİKAL TEDAVİLER TEK BAŞINA YETERLİ DEĞİLDİR

Son yıllarda obezite tedavisinde özellikle GLP-1 reseptör agonistleri başta olmak üzere farklı ilaç seçenekleri yaygınlaşmıştır. Bu tedaviler iştahı azaltma, tokluk hissini artırma ve metabolik kontrolü iyileştirme açısından kilo yönetimine katkı sağlayabilmektedir. Ancak medikal tedaviler tek başına kalıcı çözüm değildir. Beslenme alışkanlıklarında kalıcı değişim sağlanmadığında ilaç bırakıldıktan sonra verilen kiloların büyük kısmının geri alındığı bilinmektedir. Bu nedenle ilaç tedavileri, yaşam tarzı değişikliği ve sağlıklı beslenmenin yerine değil, ancak destekleyici olarak değerlendirilmelidir.

Kalıcı kilo yönetiminin temelini sürdürülebilir beslenme alışkanlıkları oluşturur. Sonuç olarak; obezite metabolik, hormonal ve psikolojik boyutlarıyla ele alınması gereken karmaşık ve çok katmanlı bir kronik hastalıktır. Temel tedavisi beslenme düzeninin kalıcı olarak yeniden yapılandırılmasıdır. Tedavide başarıya ulaşmak için yalnızca ne yenildiğine değil, nasıl yenildiğine, yemenin arkasındaki duygusal dinamiklere ve hedeflerin gerçekçiliğine de odaklanmak gerekmektedir. Hem hasta hem de sağlık profesyoneli için sabır, süreklilik ve bütüncül bir bakış açısı bu yolculuğun en önemli yol arkadaşlarıdır.

Sağlıklı flora, hafif bir yaşam

PROF. DR. YILMAZ BİLGİÇ

Obezite ile mücadelede bağırsak mikrobiyatasının da büyük bir payı var. Sağlıklı bir bağırsak florası; kilo kontrolünü kolaylaştırıyor.

Bağırsak mikrobiyotası ile obezite, zayıflama ve metabolik sağlık doğrudan ilişkilidir. Araştırmalar, bağırsak bakteri dengesinin iştah hormonlarını, enerji emilimini ve vücuttaki kronik inflamasyonu etkilediğini ortaya koymaktadır. Özellikle firmicutes ve bacteroidetes bakteri aileleri arasındaki dengesizliklerin kilo alımı ve insülin direnci ile bağlantılı olduğu, sağlıklı bir floranın ise kilo kontrolünü kolaylaştırdığı vurgulanmaktadır. Bağırsak mikrobiyotası, vücut ağırlığını ve iştah hormonlarını kontrol etmek için karmaşık bir mekanizma ağı kullanır. Bağırsaktaki bazı bakteriler, özellikle firmicutes türleri, bağırsak enzimlerinin parçalamadığı kompleks karbonhidratları ve lifleri fermente ederek daha fazla enerji elde edebilir.

KISA ZİNCİRLİ YAĞ ASİTLERİ (KZYA):

Polisakkaritlerin fermentasyonu sonucu oluşan asetat, propiyonat ve bütirat gibi KZYA'lar vücut için önemli roller üstlenir. Bütirat kolon hücreleri için enerji kaynağıdır.

YAĞ DEPOLANMASININ DÜZENLENMESİ:

Mikrobiyota, açlık etkisiyle oluşan adiposit faktörünün (Fiaf) baskılanmasını sağlar. Fiaf baskılandığında lipoprotein lipaz aktivitesi artar, bu da yağların adipoz dokuda daha fazla depolanmasına yol açar.

BAKTERİYEL KOMPOZİSYON: Obez bireylerin bağırsaklarında genellikle firmicutes oranının daha yüksek,

bacteroidetes oranının ise daha düşük olduğu gözlemlenmiştir. Bu dengesizlik 'disbiyozis' olarak adlandırılır ve kilo artışı tetikleyebilir. Bağırsak mikrobiyotası, beyne tokluk veya açlık sinyalleri gönderen enteroendokrin hücreler ve hormonlar üzerinde doğrudan etkilidir.

TOKLUK HORMONLARI (GLP-1 VE PYY):

Bakteriyel fermentasyon ürünleri olan KZYA'lar, etkileşime girerek Peptid YY (PYY) ve Glukagon benzeri Peptid-1 (GLP-1) salınımını uyarır. GLP-1 iştahı azaltan ve yağ yakımını artıran bir hormondur; PYY ise bağırsak motilitesini ve iştahı düzenler.

AÇLIK VE TOKLUK DENGESİ: Sağlıklı bir mikrobiyota, grelin (açlık hormonu) ve leptin (tokluk hormonu) seviyelerini dengede tutarak gereksiz açlık hissini azaltır ve tokluk hissini artırır. Mikrobiyotadaki dengesizlikler bağırsak geçirgenliğini artırarak kana lipopolisakkarit (LPS) gibi bakteriyel toksinlerin karışmasına neden olabilir. Bu durum, metabolik endotoksemi denilen düşük dereceli kronik inflamasyona yol açar. İnflamasyon ise adipositlerde hiperplaziye ve insülin direncine neden olarak kilo alımını kolaylaştırır. Sonuç olarak, bağırsak mikrobiyotasının besin emilimi, enerji tüketimi ve hormonal regülasyonu yoluyla vücut ağırlığı üzerinde 'gizli bir organ' gibi çalıştığını vurgulamaktadır.

YARARLI BAKTERİ ARTIŞI:

Özellikle inülin ve oligofruktoz gibi prebiyotiklerin tüketimi, bağırsaktaki bifidobacterium ve lactobacillus popülasyonunu artırır.

TOKLUK SİNYALLERİ:

Prebiyotik lifler, tokluk hormonları olan GLP-1 ve Peptid YY (PYY) düzeylerini yükselterek iştah kontrolü sağlar.

BAĞIRSAK GEÇİRGENLİĞİ

VE İNFLAMASYON: Prebiyotik suplemantasyonu, bağırsak geçirgenliğini düzelterek kana toksin (LPS) karışmasını engeller ve TNF-alfa, Interlökin-6 gibi inflamatuvar belirteçlerin düzeyini düşürür.

METABOLİK İYİLEŞME: Karaciğerde oksidatif stresi düşürür ve insülin direncini azaltarak metabolik hastalıkların (diyabet vb.) önlenmesine katkıda bulunur.

ENDOSKOPİK YÖNTEMLER

KALICI BİR TEDAVİ DEĞİLDİR

Obezite tedavisinde kullanılan endoskopik yöntemler, cerrahi müdahale gerektirmeyen, mide içerisinden yapılan minimal invaziv işlemlerdir. Bu yöntemler temel olarak mide hacmini küçültmeyi veya mide boşalmasını geciktirerek tokluk hissini artırmayı hedefler. Mide balonları, uygulama yöntemlerine, dolgu maddelerine ve vücutta kalış sürelerine göre çeşitlilik gösterir.



Sıvı ile şişirilen balonlar; salin (tuzlu su) ve metilen mavisi karışımıyla doldurulur. Sızıntı durumunda idrar rengi maviye dönerek hastayı uyarır. Orbera; 6 ay (bazı modellerde 12 ay) süreli, endoskopik uygulama gerektirir. Medsil ise 6 aylık kullanım süresi olan ekonomik bir seçenektir. Spatz3; ayarlanabilir balon

olarak bilinir. Diğerlerinden farklı olarak, hastanın ihtiyacına göre hacmi sonradan artırılıp azaltılabilir. 12 ay midede kalabilir. Hava ile şişirilen balonlar ise sıvı balonlara göre daha hafif oldukları için bazı hastalarda daha iyi tolere edilebilir. Öte yandan; yutulabilir bir kapsül şeklinde alınan balon mideye ulaştığında

kateterle şişirilir. 4-6 ay kalır. Son olarak heliosphereden bahsedilebilir. Heliosphere endoskopik olarak yerleştirilen hava dolu bir balondur. Yutulabilir mide balonlarından bahsetmek gerekirse (işlemsiz balon); allurion (elipse) su ile yutulabilen kapsül formundadır. Uygulama için endoskopi veya anestezi gerekmez. Midede 4 ay kalır, süresi dolunca kendiliğinden boşalarak doğal yollarla atılır. Sonuçta; endoskopik yöntemler kalıcı bir tedavi değildir; başarısı için diyet, egzersiz ve sağlıklı yaşam tarzı değişikliklerinin bu süreçlere eşlik etmesi zorunludur.

OBEZİTE TEDAVİSİNDE KULLANILAN ENDOSKOPİK YÖNTEMLER

- ▶ **İntragastrik balon (Mide balonu):** Mideye yerleştirilen silikon bir balonun sıvı veya hava ile şişirilmesiyle mide hacminin önemli bir kısmının kaplanması işlemidir. Kişinin daha az gıdayla doymasını sağlar.
- ▶ **Mide botoksu (İntragastrik botoks):** Mide düz kaslarına botulinum toksini enjekte edilerek mide kaslarının kasılma gücünün azaltılması ve mide boşalmasının yavaşlatılmasıdır. Genellikle VKİ 27-35 arasındaki hastalarda tercih edilir.
- ▶ **Endoskopik Sleeve Gastropласти (ESG):** 'Ameliyatsız tüp mide'

olarak da bilinen bu yöntemde, ağız yoluyla mideye girilerek özel dikiş sistemleriyle mide hacmi içeriden daraltılır. Mide hacmi yaklaşık %60-70 oranında küçültülür ve herhangi bir cerrahi kesi yapılmaz.

- ▶ **Endoluminal Primer Obezite Cerrahisi (POSE):** Mide fundusuna ve çıkışına endoskopik olarak dikişler (plikasyon) atılarak mide hacminin azaltılması işlemidir.
- ▶ **Aspirasyon Tedavisi (AspireAssist):** Mideye yerleştirilen bir tüp aracılığıyla, yemeklerden sonra mide içeriğinin yaklaşık %30'unun dışarı aspire edilmesi yöntemidir.

- ▶ **İnce Bağırsağa Yönelik Prosedürler:** Bu yöntemler besin emilimini etkileyerek metabolik iyileşme sağlar.
- ▶ **Endoluminal Bypass Sleeve:** Mide içeriğinin bağırsakların bir kısmına temas etmeden geçmesini sağlayan tüplerdir. (örn: endobarrier)
- ▶ **Manyetik Anastomoz:** Mıknatıslar yardımıyla bağırsak bölümleri arasında yeni geçitler oluşturulmasıdır.
- ▶ **Duodenal Mukozal Resurfacing:** Onikiparmak bağırsağı mukozasının yenilenerek insülin direncine müdahale edilmesidir.

Kalbinize ‘yük’ bindirmeyin

DR. ÖĞR. ÜYESİ ÖZKAN BEKLER

Kalp ve damar sağlığını doğrudan etkileyen obezite; artan kilo ile kalbe yük bindirmeye sebep olur. Obezitenin kalp üzerindeki yükünü azaltmak içinse sürdürülebilir yaşam şartları değişikliği yapmak gerek.

Obezite çoğu zaman yalnızca fazla kilo ya da estetik bir sorun gibi algılanır. Oysa günümüzde obezite, kalp ve damar sağlığını doğrudan etkileyen kronik bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Vücutta yağ dokusunun artması yalnızca tartıdaki sayıyı yükseltmez; kan basıncını, damar yapısını, kalbin çalışma yükünü, kan şekeri ve kolesterol metabolizmasını da etkiler. Bu nedenle obezite; hipertansiyon, damar sertliği, kalp yetersizliği ve kalp krizi açısından önemli bir risk faktörüdür. Avrupa Kardiyoloji Derneği’nin klinik uzlaş raporunda obezitenin; ateroskleroz, kalp yetersizliği, ritim bozuklukları, ani kardiyak ölüm, toplardamar pıhtıları ve bazı kapak hastalıklarıyla ilişkili olduğu vurgulanmaktadır. Aynı raporda obeziteye bağlı fazla ölümlerin büyük bölümünün kardiyovasküler hastalıklardan kaynaklandığı belirtilmektedir. Avrupa Kardiyoloji Derneği verilerine göre Türkiye, erişkin obezite prevalansında %30’un üzerindeki ülkeler arasında, yani haritada en yüksek risk grubunu temsil eden kırmızı kategoride yer almaktadır. Türkiye için bildirilen yaklaşık %32.1’lik obezite oranı, her üç erişkinden birinin obezite sınırında olduğunu göstermektedir. Bu tablo, obezitenin ülkemizde yalnızca bireysel bir kilo problemi değil;

hipertansiyon, damar sertliği, kalp krizi ve kalp yetersizliği açısından büyüyen bir toplum sağlığı sorunu olduğunu ortaya koymaktadır. Kalbimiz vücudun ihtiyaç duyduğu kanı her dakika dokulara ulaştırmakla görevlidir. Vücut ağırlığı arttığında, kanlanması gereken doku miktarı da artar. Bu durumda kalp daha fazla kan pompalamak zorunda kalır. Başlangıçta kalp bu yükü karşılayabilir; ancak zaman içinde kalp kası kalınlaşabilir, kalbin gevşeme kapasitesi bozulabilir ve özellikle nefes darlığı, çabuk yorulma, bacaklarda şişlik gibi belirtilerle ortaya çıkan kalp yetersizliği gelişebilir.

Obeziteye bağlı kalp etkilenmesi yalnızca damar tıkanıklığına bağlı değildir; doğrudan kalp kası üzerinde de olumsuz etkiler oluşturabilir.



HİPERTANSİYONA DA SEBEP OLUR

Obezitenin kalp üzerindeki en önemli etkilerinden biri hipertansiyondur. Fazla kilo, vücutta dolaşan kan hacmini artırır. Böbrekler daha fazla tuz ve su tutmaya eğilimli hale gelir. Ayrıca sempatik sinir sistemi ve tansiyonu yükselten hormonal mekanizmalar daha aktif çalışır. Sonuçta damar duvarına binen basınç artar. Artham, Lavie ve arkadaşlarının derlemesinde obeziteyle birlikte kan hacmi ve damar direncinin arttığı, bunun da hipertansiyon gelişimine katkı sağladığı belirtilmektedir. Aynı çalışmada 10 kilogramlık kilo artışının sistolik kan basıncında yaklaşık 3 mmHg, diyastolik kan basıncında ise 2.3 mmHg artışla ilişkili olduğu aktarılmıştır. Hipertansiyon çoğu zaman sessiz seyreder. Kişi kendini iyi hissedebilir, baş ağrısı ya da çarpıntı yaşamayabilir. Ancak yüksek tansiyon yıllar içinde kalbi yorar, kalp kasını kalınlaştırır, damar sertliğini hızlandırır, böbrekleri ve beyin damarlarını etkileyebilir. Bu nedenle obezitesi olan bireylerde düzenli tansiyon ölçümü basit ama hayat kurtarıcı bir kontroldür.

YAĞIN VÜCUTTA BİRİKTİĞİ YER ÖNEMLİ

Obezite damar hastalıklarını da hızlandırır. Özellikle karın bölgesinde biriken yağ dokusu, metabolik açıdan oldukça aktiftir. Bu yağ dokusu yalnızca enerji deposu değildir; inflamasyonu artıran maddeler, hormonlar ve damar iç yüzeyini bozan biyolojik sinyaller salgılar. Bu süreç insülin direnci, kan şekeri yükseliği, trigliserid artışı, iyi kolesterol olarak bilinen HDL kolesterolde düşüklük ve pıhtılaşmaya yatkınlıkla birleştiğinde damar sertliği için uygun bir zemin oluşur. Damar sertliği, tıp dilinde ateroskleroz olarak adlandırılır. Bu süreçte damar duvarında yağ, kolesterol ve iltihap hücreleri birikir. Zamanla plak adı verilen yapılar oluşur. Plaklar damarın iç boşluğunu daraltabilir ya da yırtılarak ani pıhtı oluşumuna yol açabilir. Eğer bu olay kalbi besleyen koroner damarlarda meydana gelirse kalp krizi gelişir. Amerikan Kalp Derneği'nin 2021 tarihli bildirisinde obezitenin; inflamasyon, insülin direnci, damar iç yüzeyi bozukluğu ve pıhtılaşmaya yatkınlık üzerinden koroner arter hastalığı riskini artırdığı belirtilmektedir. Bu noktada yalnızca vücut kitle indeksine bakmak yeterli değildir. Aynı kiloda iki kişinin kalp-damar riski farklı olabilir. Yağın vücutta nerede

biriktiği büyük önem taşır. Bel çevresi artışı, özellikle iç organ yağlanmasının önemli bir göstergesidir. Karın tipi obezite; hipertansiyon, diyabet, kolesterol bozukluğu ve kalp krizi riskiyle daha yakından ilişkilidir. Bu nedenle hastalar değerlendirilirken kilo ve boy ölçümünün yanında bel çevresi, kan basıncı, açlık kan şekeri, HbA1c, kolesterol düzeyleri ve aile öyküsü birlikte ele alınmalıdır.

OBEZİTEYE BAĞLI KARDİYOVASKÜLER RİSK AZALTILABİLİR

Son yıllarda dikkat çeken bir diğer konu da kalbin çevresindeki yağ dokusudur. Epikardiyal yağ dokusu adı verilen bu yapı, kalbin ve koroner damarların hemen komşuluğunda yer alır. Bu bölgede yağlanmanın artması, damar duvarında inflamasyonu artırabilir ve koroner arter hastalığı gelişimine katkı sağlayabilir. Yani obezite yalnızca genel metabolik etkilerle değil, kalbin çevresindeki lokal etkilerle de kalp sağlığını bozabilir. İyi haber şu ki, obeziteye bağlı kardiyovasküler risk azaltılabilir. Vücut ağırlığının yüzde 5-10 oranında azaltılması bile kan basıncında, kan şekeri kontrolünde, trigliserid düzeylerinde ve inflamasyonda anlamlı iyileşmeler sağlayabilir. Düzenli fiziksel aktivite, Akdeniz tipi beslenme, işlenmiş gıdalardan uzak durma, yeterli uyku, sigaranın bırakılması ve stres yönetimi kalp sağlığını korumada temel adımlardır. Bazı hastalarda ilaç tedavileri, endoskopik yöntemler veya bariatrik cerrahi de gündeme gelebilir. Ancak tedavi kararı mutlaka kişinin yaşı, eşlik eden hastalıkları, kalp-damar riski ve yaşam tarzı dikkate alınarak bireyselleştirilmelidir. Sonuç olarak obezite, kalbin iş yükünü artıran, tansiyonu yükselten, damarları erken yaşlandıran ve kalp krizi riskini artıran çok yönlü bir hastalıktır. Obeziteyle mücadele, yalnızca kilo kaybı hedeflemek değildir; kalbi, damarları, beyni, böbrekleri ve yaşam kalitesini koruyan bütüncül bir sağlık yaklaşımıdır. Erken farkındalık, düzenli takip ve sürdürülebilir yaşam tarzı değişiklikleriyle obezitenin kalp üzerindeki yükünü azaltmak mümkündür.



ŞOK DİYETLER

Mucize mi, tehlike mi?

DYT. NAZLI AYDIN

Uzun zamanda alınan kiloyu çok kısa sürede vermeye çalışmak, vücut için ciddi bir stres oluşturur. Sağlıklı beslenme bir mücadele alanı değil, bedenle kurulan bir denge sürecidir. Burada amaç kusursuz beslenmekten ziyade sürdürülebilir bir denge kurabilmektir.

Obezite günümüzde yalnızca estetik bir problem olarak değerlendirilmemektedir. Artık biliyoruz ki obezite; metabolik, hormonal ve psikolojik boyutları olan kronik bir sağlık problemidir. Bu nedenle tedavi süreci de kişiden kişiye göre değişmek zorundadır. Çünkü her bireyin yaşam tarzı, metabolizma hızı, sağlık öyküsü, günlük rutini ve beslenme alışkanlıkları birbirinden farklıdır. Poliklinikte en sık karşılaştığımız durumlardan biri, kişilerin daha önce birçok farklı diyet denemiş olmasıdır. İnternette bulunan listeler, arkadaş tavsiyeleri, sosyal medyada görülen popüler yöntemler... Ancak kişiler, çoğu zaman kısa süreli sonuçlar aldığını söylese de bunu sürdüremediğini ifade eder. Bunun en temel nedeni; beslenme planının kişiye uygun olmamasıdır. Oysa sağlıklı bir beslenme programı hazırlanırken yalnızca kilo hesabı yapılmaz. Kişinin yaşı, kas kütlesi, çalışma düzeni, uyku kalitesi, fiziksel aktivitesi, mevcut hastalıkları, kullandığı ilaçlar, bağırsak sistemi, hatta yemek yeme saatleri bile değerlendirilmelidir. Gece çalışan bir kişiyle gündüz çalışan bir kişinin, yoğun egzersiz yapan biriyle masa başında çalışan birinin ihtiyaçları aynı değildir.

DİYET SÜRDÜRÜLEBİLİR BİR YAŞAM BİÇİMİDİR

Bazı kişiler uzun saatler aç kaldığında kan şekeri düşüklüğü yaşarken, bazı kişilerde düzensiz uyku kilo verme sürecini doğrudan etkileyebilir. Bazı bireylerde stres ve duygusal yeme davranışı ön plandayken, bazı kişilerde hormonal problemler veya insülin direnci sürecin temel belirleyicisi olabilir. Bu nedenle obezite tedavisinde tek tip liste ve tek tip beslenme yaklaşımı çoğu zaman sürdürülebilir olmaz. Burada en önemli noktalardan biri de 'diyet' kelimesinin toplumda yanlış algılanmasıdır. Diyet denildiğinde birçok kişinin aklına aç kalmak, çok az yemek yemek ya da sevilen besinleri tamamen hayatından çıkarmak geliyor. Oysa diyet

aslında kişinin yaşamına uygun şekilde düzenlenmiş beslenme modelidir. Yani birkaç haftalık geçici bir süreç değil, sürdürülebilir bir yaşam biçimidir. Çünkü insan bedeni yalnızca kilo vermek için çalışan bir sistem değildir. Kalp, beyin, kas sistemi, hormonlar ve tüm organlar düzenli enerjiye ihtiyaç duyar. Son dönemde sık konuşulan otofaji kavramı da zaman zaman yanlış yorumlanabiliyor. Kontrollü açlık süreçlerinin bilimsel olarak araştırılan bazı olumlu etkileri olsa da, bu durum uzun süreli ve bilinçsiz aç kalmak anlamına gelmez. Vücudu sürekli yetersiz enerjiyle bırakmak metabolizmayı koruma moduna geçirebilir, kas kaybını artırabilir ve hormonal dengeyi olumsuz etkileyebilir.

VÜCUT KITLIK SÜRECİNE GİRER

Vücut uzun süre çok düşük kalorili beslenmeye maruz kaldığında kendini korumaya almaya başlar. Enerji harcamasını azaltır, metabolizmayı yavaşlatır ve hayatta kalma mekanizmasını devreye sokar. Yani beden, bu süreci bir 'zayıflama dönemi' değil, bir 'kıtlık süreci' olarak algılar. Bu nedenle süreç uzadıkça halsizlik, üşüme, dikkat dağınıklığı,

yorgunluk ve motivasyon kaybı daha sık görülmeye başlar. Özellikle protein açısından yetersiz uygulanan şok diyetlerde kas kaybı daha belirgin hale gelir. Oysa kas dokusu yalnızca hareket etmek için değil, metabolik sağlığın korunması açısından da oldukça önemlidir. Kas kaybı arttıkça kişinin günlük enerji ihtiyacı düşer ve kilo koruma süreci daha zor hale gelir.



3 GÜNDE İNCELMEK MÜMKÜN MÜ?

Tam da bu noktada 'şok diyetler devreye girer. Özellikle sosyal medyada sıkça karşımıza çıkan '1 haftada 5 kilo', '3 günde incelme', 'detoksla hızlı zayıflama' gibi vaatler kulağa cazip gelebiliyor. Çünkü çoğu kişi uzun süredir olduğu yüksek kilolardan hızlıca kurtulmak istiyor. Ancak uzun zamanda alınan kiloyu çok kısa sürede vermeye çalışmak, vücut için ciddi bir stres oluşturur. Beden bazen aldığı kiloyu geçici bir durum değil, korunması gereken bir yatırım gibi görebilir, bu yüzden ani kilo kayıplarını önlemek için metabolizma savunmaya geçebilir. Şok diyetlerde ilk etapta tartıda

hızlı düşüş görülse de kaybedilen ağırlığın önemli kısmı çoğu zaman yağ değil; su ve kas dokusu olur. Özellikle kas kaybı arttığında metabolizma hızı yavaşlar ve kişi normal beslenmesine döndüğünde verdiği kiloları çok daha hızlı geri alabilir. Bu durum halk arasında sık duyulan 'az yememe rağmen kilo alıyorum' hissinin temel nedenlerinden biri olabilir. Şok diyetler hormonal sistemi de etkiler. Uzun süreli açlık durumunda stres hormonlarında artış görülürken, bu durum aynı zamanda uyku düzenini, iştah mekanizmasını ve kan şekeri dengesini olumsuz etkileyebilir. Özellikle kadınlarda adet düzensizlikleri, yoğun tatlı isteği ve enerji düşüklüğü sık karşılaşılan şikâyetler arasında yer alır.

TEK HEDEF TARTIDAKİ RAKAMLAR DEĞİL

Bir diğer önemli konu ise safra kesesi sağlığıdır. Hızlı kilo kayıplarında ve çok düşük kalorili diyetlerde safra akışı yavaşlayabilir. Bu durum safra taşı oluşum riskini artırabilir. Özellikle kısa sürede yüksek miktarda kilo vermeye çalışan kişilerde bu tablo daha sık görülür.

Elbette bağırsak sistemi de bu süreçten etkilenebilir. Liftten fakir, tek tip beslenmeye dayalı diyetler kabızlık, şişkinlik ve bağırsak düzeninde bozulmalara yol açabilir. Aynı zamanda vitamin ve mineral eksiklikleri nedeniyle saç dökülmesi, tırnak kırılması ve cilt problemleri de görülebilir. Şok diyetlerin yalnızca fiziksel değil psikolojik etkilerinden de söz etmek gerekir. Sürekli yasaklarla ilerleyen süreçler kişinin yemekle ilişkisini bozabilir. Kişi bazen küçük bir kaçamak yaptığında bile 'diyet bozuldu' düşüncesiyle tamamen kontrolü bırakabilir. Bu durum zamanla suçluluk hissi, kontrolsüz yeme atakları ve motivasyon kaybına dönüşebilir. Beslenmenin psikolojik boyutu da göz ardı edilmemeli. Sürekli yasaklarla ilerleyen süreçler, kişinin yemekle ilişkisini bozabiliyor. Bir süre sonra kişi yalnızca fiziksel olarak değil, zihinsel olarak da yorulmaya başlar. Bu nedenle sağlıklı beslenmenin temelinde sürdürülebilirlik yer almalı. Kilo verme sürecinde asıl hedef yalnızca tartıdaki sayının azalması değildir. Önemli olan; yağ kaybını desteklerken kas kütlesini korumak, metabolik dengeyi sağlamak, kişinin enerji seviyesini artırıp bunu sürdürülebilir hale getirmek ve kişinin yaşam kalitesini yükseltmektir. Sağlıklı beslenme bir mücadele alanı değil, bedenle kurulan bir denge sürecidir. Burada amaç kusursuz beslenmekten ziyade sürdürülebilir bir denge kurabilmektir. Ve vücudumuz yasaklarla değil, düzenle ve dengeyle daha iyi çalışır.



İğneyle zayıflamak mümkün mü?

PROF. DR. M. FATİH KILIÇLI

Başlangıçta diyabet tedavisi için üretilen ve halk arasında zayıflama iğnesi olarak bilinen GLP-1 ilaçları diyabet, uyku apnesi, kolesterol yüksekliği gibi ek risk faktörleri bulunan kişilerde hekim değerlendirmesiyle kullanılabilir. Ancak bu ilaçlar estetik amaçlı, kısa sürede hızlı kilo vermek isteyenler için uygun değildir.

Son yıllarda adını sıkça duyduğumuz GLP-1 ilaçları, halk arasında çoğu zaman 'zayıflama iğnesi' olarak bilinse de aslında bu ilaçları yalnızca kilo vermek için kullanılan basit iştah kesici ilaçlar olarak adlandırmak doğru değildir. Başlangıçta Tip 2 diyabet tedavisi için üretilmiş ilaçlardır. Bu ilaçlar, tam adlarıyla GLP-1 (Glukagon Benzeri Peptit-1) reseptör agonistleri veya GLP-1 ve GIP (glukoz bağımlı insülinotropik peptid) reseptör agonistleri, vücudumuzda doğal olarak bulunan GLP-1 ve GIP adlı hormonların etkisini taklit eden ilaçlardır. Bu hormonlar; kan şekeri, iştah, mide boşalması ve tokluk hissi üzerinde önemli rol oynamaktadırlar. Bu ilaçların farklı şekilde birden çok hormon üzerinde etkinlik gösterecek yeni formları üretim aşamasında olup daha etkili olacak şekilde üretime geçmesi önümüzdeki yıllarda beklenmektedir.

GLP-1 ilaçları nasıl etki eder?

Bu ilaçlar birkaç farklı yoldan etkinlik gösterir. Öncelikle kan şekeri yükseldiğinde pankreastan insülin salgısını artırır ve aynı zamanda kan şekerini yükselten glukagon hormonunu baskırlar. Bu nedenle Tip 2 diyabetli

hastalarda kan şekeri kontrolüne yardımcı olurlar. Bir diğer önemli etkileri mide boşalmasını yavaşlatmalarıdır. Yani yemek mideyi daha geç terk eder; böylelikle kişi daha uzun süre tok hisseder. Ayrıca beyindeki iştah merkezleri üzerinde de etki ederek açlık hissini azaltıp iştahı baskırlar. Bu nedenle uygun hastalarda belirgin kilo kaybı sağlanabilir.

GLP-1 ilaçları kimlerde kullanılabilir?

GLP-1 ilaçları yukarıda da belirttiğimiz üzere başlangıçta Tip 2 diyabet tedavisinde kullanılmak üzere üretilmiş ilaçlardır. Özellikle kan şekeri hedeflerine ulaşamayan, kilo fazlalığı olan veya kalp-damar hastalığı riski bulunan hastalarda yüz güldürücü sonuçlar alınmaktadır.

GLP-1 ilaçları kullanıldığı sürece iştah ve kilo kontrolüne yardımcı olur. Ancak ilaç bırakıldığında iştah artabilir ve verilen kilonun bir kısmı geri alınabilir.

Bazı GLP-1 agonisti etkili ilaçların iştah azalması ve kilo kaybı etkisi gözlenmesi sonrasında obezite tedavisinde de kullanılabileceği görülmüş ve takip eden süreçte obezite tedavisinde kullanılması onaylanmıştır. Genellikle beden kitle indeksi 30 kg/m² ve üzeri olan kişilerde ya da beden kitle indeksi 27 kg/m² üzerinde olup hipertansiyon, diyabet, uyku apnesi, kolesterol yüksekliği gibi ek risk faktörleri bulunan kişilerde hekim değerlendirmesiyle kullanılabilir. Ancak bu ilaçlar estetik amaçlı, kısa sürede hızlı kilo vermek isteyenler için uygun değildir. Obezite kronik bir hastalıktır ve tedavisi yalnızca ilaçla değil; beslenme düzeni, fiziksel aktivite, uyku, stres yönetimi ve uzun dönem takip ile birlikte planlanmalıdır.

En sık yan etkiler ve dikkat edilmesi gereken durumlar nelerdir?

Bu ilaçlarla ilgili en sık görülen yan etkiler bulantı, kusma, ishal, kabızlık, şişkinlik, hazımsızlık, ağızda metalik tat hissi ve iştahsızlık olarak görülebilir. Bu şikâyetler genellikle tedavinin başlangıcında veya doz artırıldığında daha belirgindir ve zamanla azalabilir. Yan etkileri azaltmak için küçük porsiyonlarla yemek, çok yağlı ve ağır gıdalardan kaçınmak, yavaş yemek ve yeterli sıvı almak faydalı olabilir. Daha nadir ama

önemli durumlar da vardır. Pankreatit dediğimiz pankreas enflamasyonu şiddetli ve geçmeyen karın ağrısı, özellikle sırta vuran ağrı ile birlikte ciddi bulantı kusma hissi olması ile kendini gösterir. Bu, acil bir durumdur ve ilaçların nadir fakat önemli bir yan etkisidir. Böyle bir yan etki görüldüğünde mutlaka sağlık kuruluşuna başvuru gerektirmektedir. Safra kesesi ağrısını düşündüren sağ üst karın ağrısı, sarılık, ciddi halsizlik veya susuz kalma belirtileri olursa da mutlaka sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır.

Kimler kullanmamalı, kimlerde çok dikkatle kullanılmalıdır?

Gebelikte ve emzirme döneminde bu ilaçlar genellikle önerilmez. Bu ilaçları kullanmak isteyen ve aynı zamanda gebelik planlayan hastaların mutlaka hekimleriyle görüşmesi gerekmektedir. Safra kesesi hastalığı bulunanlar, ciddi mide-bağırsak hareket bozukluğu olanlar, ciddi böbrek fonksiyonları bozuk olanlar veya çoklu ilaç kullanan kişilerde tedavi daha dikkatli değerlendirilmelidir. Pankreatit öyküsü olanlar ve ayrıca ailesinde medüller tiroid kanseri veya ailesel geçiş gösteren kendinde veya

aile öyküsünde MEN2 sendromu denilen bir sendrom öyküsü olan kişilerde GLP-1 ilaçlarının kullanılması önerilmemektedir.

Tip 2 diyabet tedavisinde kullanımında dikkat edilecek noktalar nelerdir?

Tip 2 diyabet tedavisinde kullanımında GLP-1 ilaçlarının tek başına kullanıldığında hipoglisemi, yani kan şekeri düşüklüğü riski genellikle düşüktür. Ancak insülin veya sülfonilüre grubu diyabet ilaçlarıyla birlikte kullanıldığında kan şekeri düşüklüğü riski artabilir. Bu durumda hekim ilaç dozlarında dengeleme yapabilir. Hastalar terleme, titreme, çarpıntı, ani açlık, baş dönmesi gibi hipoglisemi belirtilerini bilmelidir. Ayrıca GLP-1 agonisti bu ilaçların, DPP-4 inhibitörü dediğimiz bazı ilaçlar ile etki mekanizması aynı fizyolojik yol üzerinden olması nedeniyle birlikte kullanımı önerilmemektedir. Tip 2 diyabet tedavisi için ilaç değerlendirilmesi ve tedavi düzenlenmesi mutlaka hekim kontrolünde yapılmalıdır.

Tedavi bırakılınca ne olur?

Bu ilaçlar kullanıldığı sürece iştah ve kilo kontrolüne yardımcı olur. Ancak ilaç bırakıldığında iştah artabilir ve verilen kilonun bir kısmı geri alınabilir. Bu nedenle tedavi sürecinde sürdürülebilir beslenme alışkanlıkları ve düzenli fiziksel aktivite kazanmak çok önemlidir. Kilo verme amacıyla kullanıldığı durumlarda hekim kontrolünde tedavi bitirilmesi planlanmalı ve hasta bazında değerlendirme yapılmalıdır. GLP-1 tedavileri “başla, hızlı kilo ver, bırak” mantığıyla değil; hekim kontrolünde, kişiye özel ve uzun vadeli bir metabolik tedavi yaklaşımıyla değerlendirilmelidir. Sonuç olarak GLP-1 ilaçları Tip 2 diyabet ve obezite tedavisinde çok önemli bir gelişmedir. Kan şekeri kontrolünü iyileştirebilir, kilo kaybına yardımcı olabilir ve bazı hastalarda kalp-damar riskleri açısından ek faydalar sağlayabilir. Kısacası GLP-1 ilaçları mucize değil; doğru hastada, doğru takip ile kullanıldığında güçlü bir tedavi seçeneğidir.

BU İLAÇLAR NASIL UYGULANIR?

GLP-1 agonisti ilaçların çoğu cilt altına enjeksiyon şeklinde uygulanır. Bazıları günlük, bazıları haftalık kullanılır. Yurt dışında ağızdan alınan formu bulunan ilaçlar da vardır. Ülkemizde şu aşamada ağızdan alınan GLP-1 agonisti ilaç bulunmamaktadır. Tedavi ister ağızdan alınan formda, ister cilt altına enjeksiyonla uygulanan formda olsun, düşük dozla başlanır ve yan etkileri azaltmak için doz zamanla artırılarak hasta bazında dozu ayarlanarak uygulanır. İlacın düzenli kullanılması önemlidir. Doz atlanırsa ne yapılacağı, kullanılan ilacın tipine göre ve ne kadar zaman atlandığına göre değişebilir. Bu nedenle hasta kendi kendine karar vermemeli, doktorunun önerisine göre hareket etmelidir.

Son çare!

PROF. DR. YAŞAR ÖZDENKAYA

Değişen beslenme şekilleri ve yaşam tarzı değişikliklerinin işe yaramadığı durumlarda obezite ile mücadelede devreye tüp mide ve gastrik by-pass ameliyatları girebilir.

Uzun yıllarca sağlık sorunları içinde son sıralarda görülen şişmanlık (obezite) beraberinde getirdiği sorunlar gün yüzüne çıkınca, son 20-30 yıldır çözülmesi gereken bir durum halini almaya başladı. Daha önceleri, sadece fazla kilo olarak görülen şişmanlık, içinde barındırdığı tip 2 diyabet, hipertansiyon, insülin direnci, eklem hastalıkları, solunum rahatsızlıkları, üreme sorunları, damar sorunları gibi aslında vücudun tüm sistemlerini dolaylı olarak etkilediği ortaya çıkınca çözüm yolları çok önem kazandı. Yemeklere getirilen kısıtlamalar, spor, diyet programları gibi birçok farklı yöntem daha sık kullanılır olmaya başladı. Sağlık profesyonelleri ve endüstrisi bu yönde çok ciddi yatırımlar yapmaya başladı. Şişmanlık artık sadece fazla kilo değildi ve içinde hayatı riske sokan, ömrü kısaltan hastalıklara sebep olduğundan daha ciddiye alınmıştı. Yapılan araştırmalarda bu durum açıkça ortaya kondu. Morbid obezite diye isimlendirilen yani hastalık derecesinde şişmanlıkta insan ömrü 10-15 yıl azalabilir. Artık obeziteye yönelik ilaçlar ve ameliyat teknikleri duyulmaya ve daha sık kullanılmaya başlandı. Aslında 1950'li yıllarda obezite ile ilgili ameliyatlar tanımlanmaya başlanmıştı ama sadece obezite için bir ameliyat, insanların kulağına gereksiz yapılan ve riskli bir iş olarak geliyordu

ve çok taraftar bulmamıştı. Bu yüzden 2000'li yılların başına kadar sayısal olarak çok az obezite ameliyatı yapılıyor, medikal ilaçlarla obezite çözülmeye çalışılıyordu. Emilimi bozan, ishal yapan ilaçlar revaçtaydı ve çok kontrolsüzce kullanılmaya başlanmıştı. Hastalarda gelişen aşırı sıvı ve mineral kayıpları nedeniyle istenmeyen sonuçlar gözlenince ameliyat teknikleri tekrar gündeme geldi. Aslında çözüm ve kalıcılık olarak ameliyatın üzerinde bir tedavi seçeneği yoktu. Ancak ameliyatın maliyeti ve sonuçta sadece kiloya bağlı ameliyat olma fikri, insanları ameliyat kararı alma konusunda tereddütte bırakıyordu.

OBEZİTENİN ÇÖZÜMÜ ZORLU VE KARMAŞIKTIR

Bu arada sağlıklı beslenme konusunda topluma daha fazla veri ulaşmış ve kiloya neden olan yiyecekler ve koşullar iyiden iyiye ortaya çıkmıştı. Kalori hesabı, hareketli yaşam, beslenme zamanlaması, profesyonel destekler ile kilo ile mücadele daha disiplinize edildi. Sağlık kurumları ve uygulayıcıları olarak biz hekimler obezite ile daha kapsamlı bir ekiple mücadeleye başladık. Bu sorunun tek bir bakış açısı ile çözülemeyeceği, multidisipliner bir yaklaşımla mücadele etmek gerektiği iyice anlaşılır olmuştu. Obezite; vücuttaki normalden fazla depolanan yağ dokusu varlığıdır. Tanım

bu kadar kısa ve nettir. Ancak çözüm yolları zorlu ve karmaşıktır. Bu yüzden obezite sınıflandırılarak işe ne ile başlamak gerektiği, ön plana alınması gerekenler belirtilmiştir. Normal şartlarda obezite sınıflaması için dünya sağlık örgütünün tanımladığı kriter, vücut kitle indeksi üzerindendir (VKİ). Normal kilolu olarak kabul edilen sınır 25'dir. VKİ 25'in üzerinde olanlar fazla kilolu olarak tanımlanır ve bu kişiler VKİ 25-30 kg/m² olan bireylerdir. VKİ 30-35 kg/m² olan kişiler Tip 1, yani hafif obeziteye sahip kişilerdir. VKİ 35-40 kg/m² olanlar orta yani Tip 2, orta obeziteye sahiptirler. VKİ > 40 kg/m² olanlar ise ağır yani morbid obezlerdir.

VÜCUT KİTLE İNDEKSİ TEK KRİTER DEĞİL

Obezite ve metabolik cerrahi ameliyatlar için sadece VKİ yeterli bir kriter değildir. Beraberinde en az 5 yıllık bir sürede bu sorunla mücadele ettiği ve başarısız olduğu görülmelidir. Yani yaşam ve beslenme koşulları değişimi, medikal yöntemler de denenmiş ve başarısız olduğu görülmelidir. Ayrıca hastanın aktif psikiyatrik yakınması, madde ve ilaç bağımlılığı ve kanser tedavisi görmesi de bu ameliyatlara engeldir. Dünyada kabul görmüş ve halen uygulanagelen ameliyat prosedürleri iki ana başlıkta toplanır. Birincisi kısıtlayıcı ameliyatlar (tüp mide= sleeve

gastrektomi), ikincisi ise hem kısıtlayıcı hem de emilimi azaltan ameliyatlardır. (Gastrik by-pass ameliyatları ve benzerleri) Obezite nedeniyle ameliyat için başvuran hastalarımız, kriterleri karşıladığı anlaşıncaya multidisipliner değerlendirmeye alınır. Yani genel cerrahi, endokrinoloji, psikiyatri ve belli şartlarda kardiyoloji, göğüs hastalıkları ve ihtiyaç halinde diğer branşlar tarafından görülür. Kapsamlı kan tetkiki, kanın ultrasonu, solunum fonksiyon testi ve mide endoskopi için değerlendirme yapılır. Hastamızın mevcut ana sorunu kilo ise tüp mide (sleeve gastrektomi),

kilo beraberinde diyabeti ve kolesterol yüksekliği gibi metabolik sorunları ve bunların komplikasyonları var ise; emilim azaltıcı ve kısıtlayıcı tekniklere başvurulur.

YENİ HAYAT, YENİ BESLENME ŞEKLİ

Ameliyatlar kapalı yöntemler (robotik veya laparoskopik) ile 1-3 saat süren zaman diliminde gerçekleştirilir. Ameliyat sonrası hastanın destek tedavisi ihtiyacı var ise yoğun bakım ünitesine, yoksa

servise alınarak tedavisine devam edilir. Bu hastalarımız 8-10 saat sonra berrak sıvı olarak tariflediğimiz; su, komposto, ayran ve kefir gibi sıvıları yudum yudum almaya başlayarak yeni hayatlarının beslenme şekline ulaşırlar. Aynı gece yürüyerek harekete başlarlar. Ertesi gün diyetisyenimizle görüşerek beslenmelerini birlikte planlarlar. İki günlük takip sonrasında ise herhangi bir komplikasyon gözlenmezse taburcu olurlar ve yeni hayatlarına başlarlar. Hastanemizde belli aralıklarda diyetisyen ve genel cerrahi polikliniklerinde kontrolleri yapılarak gerekli destekleri ve önerilerini alırlar.



ÇOCUKLUK ÇAĞI OBEZİTESİ

Büyüyünce geçmez

DR. ÖĞR. ÜYESİ AHU PAKETÇİ

Çocukluk çağı obezitesiyle mücadele, sadece bir kilo verme süreci değil, çocuğumuza sağlıklı bir yetişkinlik borcumuzdur. Tedavi sabır gerektirir; hızlı kilo kayıpları değil, boy uzadıkça vücut kitle indeksinin normale yaklaşması hedeflenir.

Yirmi birinci yüzyılın en büyük halk sağlığı sorunlarından biri olan obezite (şişmanlık) artık sadece yetişkinleri değil, çocukları da yaygın olarak etkiliyor. Günümüzde çocuk parklarının yerini ekranların, ev yemeklerinin yerini ise hızlı tüketim gıdalarının almasıyla birlikte, 'çocukluk çağı obezitesi' küresel bir sağlık krizine dönüştü ve obezite çocuk endokrinolojisi polikliniklerinin en sık başvuru nedeni haline geldi. Ebeveynlerin en sık düşüştüğü yanlış, çocuğun iştahlı olmasını mutlak sağlıklı eşdeğer görmektir. Toplumumuzda kilolu çocuk, uzun yıllar boyunca 'sağlıklı ve iyi bakılmış' çocuk olarak algılanmıştır. Oysa ki obezite vücutta yağ dokusunun aşırı miktarda olması veya yağ miktarının vücut kütlelerine oranının artması sonucu ortaya çıkar ve bir çok sağlık sorununu beraberinde getirir. Obezite; ekzojen (basit) obezite ve patolojik obezite olarak iki gruba ayrılır. Obez çocukların %90'ından fazlası ekzojen obezite grubundadır; yani aldıkları enerji, harcadıklarından fazladır. Tiroid bezinin az çalışması (hipotiroidi), böbrek üstü bezinin aşırı kortizol üretmesi veya nadir genetik sendromlar patolojik obezite grubundadır ve bu hastalıklar ekzojen obeziteye kıyasla daha nadir görülür.

GENETİK Mİ, ALIŞKANLIK MI?

"Bizim ailede herkes kilolu" cümlesi, obezite tedavisinde en sık duyulan savunma mekanizmasıdır. Evet, genetik bir yatkınlık söz konusudur; anne ve babanın her ikisi de obez ise, çocukta obezite görülme riski %80'e kadar çıkar. Ancak genetik faktörler olmaksızın aile içi yanlış beslenme alışkanlıkları, hareketsiz yaşam tarzı, ekran başında uzun zaman geçirmek, yetersiz uyku da obeziteye yol açan faktörlerin başındadır. Yapılan araştırmalar çoğu obez çocuğun ebeveynlerinin de kötü beslenme alışkanlıklarına sahip olduğunu ve hareketsiz bir yaşam sürdüğünü göstermektedir. Günümüzde 'süpermarket diyeti' denilen paketli, şekerli ve işlenmiş gıdaların tüketimi hızla artıyor. Bu kötü beslenmeye ekran başında geçen hareketsiz saatler, yetersiz uyku ve geç yatma alışkanlığı da eklenince; vücudun enerji dengesi maalesef geri dönülemez şekilde bozuluyor. Obezite, vücudun iç dengesini (homeostasis) bozan bir zincirleme reaksiyon başlatır. Bu reaksiyonun ilk halkası genellikle insülin direncidir. Kanda artan insülin, vücutta depolanan yağı artırmakla kalmaz, aynı zamanda ciltte fiziksel belirtiler verir. Özellikle boyun arkasında, koltuk altlarında veya

eklem yerleri gibi kıvrım yerlerinde görülen kirliymiş gibi duran deri koyulaşmaları (akantozis nigrikans), vücudun 'şekerini yönetemiyorum' çığlığıdır. Bu süreç yönetilmezse, sadece yetişkinlerde görüldüğü sanılan Tip 2 diyabet, artık çocukluk çağında da karşımıza çıkmaktadır. Karaciğer yağlanması (steatoz), kan yağlarının yükselmesi (dislipidemi) ve yüksek tansiyon, obez çocukların %30'unda daha okul çağındayken görülmeye başlar. Kız çocuklarında görülen tüylenme artışı, adet düzensizliği ve polikistik over sendromu da obezitenin tetiklediği hormonal bozuklukların bir sonucudur. Diğer taraftan hızlı kilo alımına bağlı olarak ciltte stria adı verilen çatlaklar oluşur. Özellikle kol, bacak ve karın bölgesinde görülen bu çatlaklar, cildin hızlı genişlemeye



yetişemediğinin fiziksel bir kanıtıdır. İlk oluşum esnasında mor, kırmızı renkli görünen bu çatlaklar zamanla beyaz, sedef renkli bir hal alır ve kalıcı bir kozmetik sorun haline dönüşür.

PSİKOLOJİK YÜK: OKUL BAHÇESİNDEKİ YALNIZLIK

Obezitenin çocuk sağlığı üzerindeki etkileri sadece fiziksel değildir, obezite aynı zamanda ruh sağlığını da olumsuz olarak etkiler. Akran zorbalığına en çok maruz kalan çocuklar, maalesef obez çocuklardır. Sosyal hayattan çekilme, içe kapanıklık, özgüven kaybı ve hatta depresyon bu çocukların akademik başarılarını ve sosyal gelişimlerini baltalar. Yemek yemenin bir teselli aracı haline gelmesi ise durumu içinden çıkılmaz bir kısır döngü haline getirir. Özellikle ergenlik dönemindeki beden algısı,

farkındalığının artması, güzel görünme ve beğenilme isteği obez çocukların ruh halinde ciddi bozulmalara neden olur. Çocukluk çağı obezitesiyle mücadele, sadece bir kilo verme süreci değil, çocuğumuza sağlıklı bir yetişkinlik borcumuzdur. Tedavi sabır gerektirir; hızlı kilo kayıpları değil, boy uzadıkça vücut kitle indeksinin normale yaklaşması hedeflenir. Unutulmamalıdır ki, bugün beslenme ve yaşam tarzında yapılacak küçük bir değişiklik, yarının sağlıklı nesillerini inşa edecektir. Eğer çocuğunuzda aşırı iştah, hızlı kilo alımı veya boy kısalığı gibi belirtiler gözlemliyorsanız, bir çocuk endokrinolojisi uzmanına başvurmak, bu uzun yolculuktaki en doğru ilk adımdır.

ÇÖZÜM YOLU: YASAĞLAR DEĞİL, YAŞAM BİÇİMİ

Çocukluk çağı obezite tedavisi, yetişkinlerdeki gibi katı diyetler veya cerrahi müdahaleler ile değildir. Hedef, çocuğun büyüme ve gelişmesini engellemeden, hatalı beslenme alışkanlıklarını değiştirmektir.

► **Ailece Değişim:** Çocuktan sağlıklı beslenmesini beklerken sağlıklı beslenmeyen bir ebeveynin başarılı olma şansı yoktur. Beslenme düzeni ve sağlıklı beslenme alışkanlıkları tüm aile için uygulanmalıdır.

► **Hareketin Gücü:** Spor salonu şart değildir. Günde en az 40-45 dakika sürecek tempolu bir yürüyüş veya parkta oyun, metabolizmayı canlandırmak için yeterlidir.

► **Ekran Diyeti:** Televizyon ve bilgisayar süresi sınırlandırılmalı, yemek asla ekran karşısında yenmemelidir. Tokluk sinyallerinin beyne ulaşması için yavaş yeme alışkanlığı kazandırılmalıdır.

► **Uyku Düzeni:** Yetersiz uyku, iştah hormonlarını (leptin ve ghrelin) altüst ederek çocuğun daha fazla acıkmasına neden olur.



Harekete geç

DR. ÖĞR. ÜYESİ HATİCE BETİGÜL MERAL

Obezite ile mücadele ederken en büyük kozlardan biri de spor. Fazla kilolarından kurtulmak isteyenler hiç vakit kaybetmeden harekete geçmeli ve düzenli egzersizi hayatlarına yerleştirmeli.

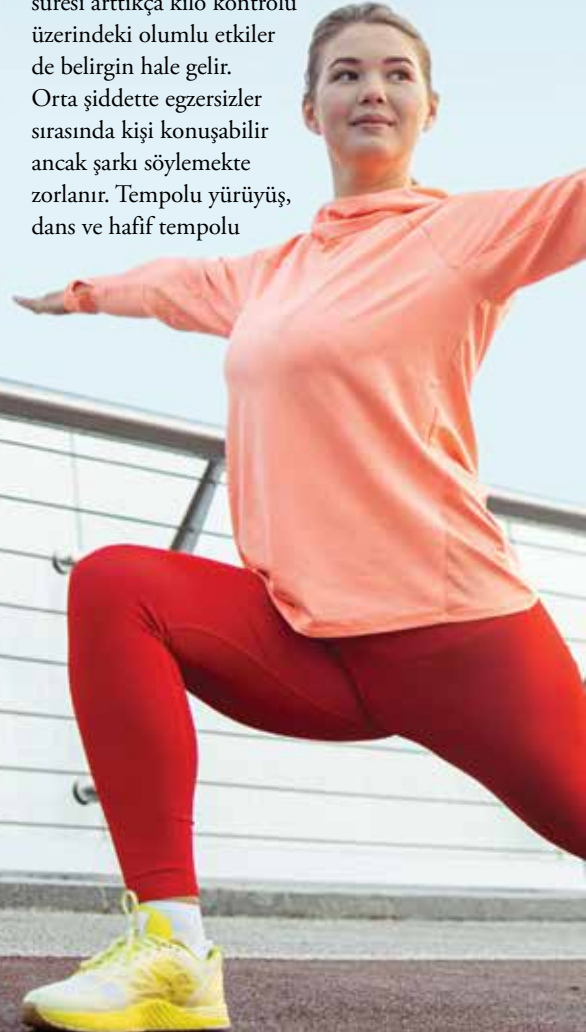
Obezite, günümüzde giderek yaygınlaşan ve başta kalp-damar hastalıkları, diyabet ve hipertansiyon olmak üzere birçok kronik hastalığın gelişiminde rol oynayan önemli bir sağlık sorunudur. Tedavisinde dengeli beslenme, davranış değişikliği, medikal tedaviler ve düzenli fiziksel aktivite birlikte önemli rol oynar. Bu süreçte egzersiz, yalnızca kilo kaybına katkı sağlamakla kalmaz, aynı zamanda genel sağlığın korunmasında da önemli bir rol üstlenir. Düzenli egzersiz, sağlıklı beslenmeyle birlikte daha fazla kalori yakılmasına yardımcı olur, kilo verme sürecini destekler ve verilen kilonun geri alınmasını önlemeye

yardımcı olur. Ayrıca düzenli fiziksel aktivite; insülin direncinin azalmasına, kolesterol düzeylerinin iyileşmesine ve kalp sağlığının korunmasına katkı sağlar. Kas kütlesinin korunması ve artırılması sayesinde metabolizma daha aktif hale gelir. Bunun yanında egzersiz, stres düzeyini azaltır, uyku kalitesini artırır ve kişinin kendini daha iyi hissetmesini sağlar. Bu etkiler, sağlıklı yaşam alışkanlıklarının sürdürülebilirliği açısından oldukça önemlidir.

NE KADAR EGZERSİZ YAPILMALI?

Genel olarak sağlıklı bir yaşam için haftada 150–300 dakika orta şiddette ya da 75–100 dakika yüksek şiddette

aerobik egzersiz yapılması önerilmektedir. Ancak obezite tedavisinde bu süre çoğu zaman yeterli olmayabilir. Daha etkili sonuçlar elde etmek ve özellikle verilen kilonun geri alınmasını önlemek için haftada 200–300 dakika egzersiz yapılması önerilmektedir. Fiziksel aktivite süresi arttıkça kilo kontrolü üzerindeki olumlu etkiler de belirgin hale gelir. Orta şiddette egzersizler sırasında kişi konuşabilir ancak şarkı söylemekte zorlanır. Tempolu yürüyüş, dans ve hafif tempolu



bisiklet bu gruba örnek verilebilir. Yüksek şiddette egzersizlerde ise konuşmak zorlaşır; koşu, yoğun spor aktiviteleri ve hızlı tempolu egzersizler bu grupta yer alır. Egzersizin düzenli yapılması en az süresi kadar önemlidir. Haftaya yayılmış şekilde yapılan aktiviteler, düzensiz egzersize göre daha faydalıdır. Ayrıca günlük hareketliliğin artırılması da toplam enerji harcanmasına katkı sağlar.

HANGİ EGZERSİZLER DAHA ETKİLİDİR?

Obezite tedavisinde herkes için ideal olan tek bir egzersiz türünden söz etmek mümkün değildir. En etkili egzersiz, kişinin düzenli olarak yapabildiği ve sürdürdüğü egzersizdir. Bununla birlikte farklı egzersiz türlerinin sağladığı faydalar birbirini tamamlar. Aerobik egzersizler, kilo kaybı sürecinin temelini oluşturur. Yürüyüş, yüzme, bisiklet ve koşu gibi aktiviteler kalp atım hızını artırarak yağ yakımını destekler. Özellikle yürüyüş, kolay uygulanabilir

olması ve sakatlanma riskinin düşük olması nedeniyle en çok önerilen egzersizlerden biridir. Günlük düzenli yürüyüş alışkanlığı, hem kilo kaybı hem de kilo koruma sürecinde önemli katkı sağlar. Direnç egzersizleri, kas kütlesini artırarak metabolizmanın daha aktif çalışmasına yardımcı olur. Kas dokusu arttıkça vücudun dinlenme halinde harcadığı enerji miktarı da artar. Bu durum uzun vadede kilo kontrolünü kolaylaştırır.

Ayrıca direnç egzersizleri, kilo verme sürecinde oluşabilecek kas kaybını önler ve vücut kompozisyonunun korunmasına katkı sağlar. Güçlenen kaslar aynı zamanda eklemleri korur, duruşu iyileştirir ve günlük yaşam aktivitelerinin daha rahat yapılmasını sağlar.

DENGE VE ESNEKLİK EGZERSİZLERİ İHMAL EDİLMEMELİ

Egzersiz programlarında çoğu zaman ihmal edilen bir diğer önemli unsur denge ve esneklik egzersizleridir. Denge egzersizleri düşme riskini azaltır ve kişinin farklı fiziksel aktiviteleri daha güvenli şekilde yapmasına yardımcı olur. Esneklik egzersizleri ise kasların daha rahat çalışmasına yardımcı olur, hareket açıklığını artırır, kaslara giden kan akımını destekler ve sakatlanma riskini azaltır. Bu egzersizler doğrudan kilo kaybına büyük katkı sağlamasa da sürdürülebilir ve güvenli bir egzersiz alışkanlığı oluşturulmasına destek olur. Düşük şiddetli fiziksel aktiviteler de göz ardı edilmemelidir. Özellikle orta veya yüksek şiddette egzersiz yapamayan bireyler için bu aktiviteler önemli bir seçenek oluşturur. Daha uzun süre yapıldığında toplam enerji harcanmasını artırarak kilo kontrolüne katkı sağlayabilir. Günlük yaşam içerisindeki hareketliliğin artırılması da önemlidir. Merdiven kullanmak, kısa mesafelerde yürümek ve ev işleriyle aktif olmak gibi alışkanlıklar toplam enerji harcanmasını artırarak kilo kontrolüne destek olur.

NASIL BAŞLANMALI?

Egzersize başlarken en önemli nokta, yavaş ve kontrollü bir başlangıç yapmaktır.

Kısa sürede yüksek performans beklemek yerine, kademeli olarak ilerlemek gerekir. Başlangıçta haftada 3 gün 20–30 dakikalık yürüyüşler yapılabilir. Zamanla egzersizin süresi ve temposu artırılabilir. Egzersiz programı oluşturulurken kişinin yaşı, mevcut hastalıkları ve fiziksel kapasitesi dikkate alınmalıdır. Gerekli durumlarda hekim değerlendirmesi yapılmalıdır. Özellikle ileri derecede obezitesi olan bireylerde yüzme veya sabit bisiklet gibi egzersizler daha güvenli bir başlangıç olabilir. Obez bireyler egzersiz yaparken bazı fiziksel ve psikolojik zorluklarla karşılaşabilirler. Fazla kilo, özellikle diz ve ayak bileği gibi eklemler üzerinde yük oluşturduğu için ağrıya ve sakatlanma riskine yol açabilir. Bu durum egzersize başlama ve devam etme sürecini zorlaştırabilir. Ayrıca bazı bireylerde egzersiz sırasında veya sonrasında iştah artışı görülebilir. Bu durum, harcanan enerjinin tekrar alınmasına neden olarak kilo kaybını sınırlayabilir. Bu nedenle egzersizle birlikte dengeli ve yeterli beslenme büyük önem taşır. Motivasyon eksikliği ve süreklilik sorunu da sık karşılaşılan engeller arasındadır. Egzersizin bir zorunluluk olarak değil, yaşam tarzının bir parçası olarak görülmesi bu noktada önemlidir. Kişinin keyif aldığı aktiviteleri seçmesi, egzersizi sürdürülebilir hale getirir.

Sonuç olarak egzersiz, obezite tedavisinin vazgeçilmez bir parçasıdır. Sağlıklı beslenme ile birlikte uygulandığında kilo vermeyi destekler ve verilen kilonun korunmasına yardımcı olur. Bu nedenle kişiye uygun, güvenli ve sürdürülebilir bir egzersiz planı oluşturmak büyük önem taşır. Küçük adımlarla başlayan düzenli fiziksel aktivite alışkanlığı, uzun vadede sağlığın korunmasına katkı sağlar.

Ne yediğimiz mi, nasıl hissettiğimiz mi?

UZM. PSK. SÜMEYRA AKÇİÇEK

Obezite yalnızca ne yediğimizle ilgili değil, nasıl hissettiğimizle de yakından ilişkilidir. Bu nedenle obeziteyi anlamak için bu davranışı ortaya çıkaran psikolojik süreçlere odaklanmak gerekir.

Obezite biyolojik, psikolojik ve çevresel etkilerin bir arada görüldüğü karmaşık bir süreçtir. Bu yazıda obezitenin psikolojik rolüne değineceğiz. Obezite problemi yaşayan kişilerin tedavi süreçlerine bakıldığında, programa uyum sağlamakta zorlandıkları, tedaviyi yarım bıraktıkları, tedaviye devam etseler bile eski yeme alışkanlıklarına geri döndükleri sıkça rastlanan bir tablodur. Bu tablo çoğu zaman sadece 'yeme problemi' olarak ele alınsa da, aslında görünenin ötesinde bir hikâyeyi barındırır. Çünkü obezite yalnızca ne yediğimizle ilgili değil, nasıl hissettiğimizle de yakından ilişkilidir. Bu nedenle obeziteyi anlamak için bu davranışı ortaya çıkaran psikolojik süreçlere odaklanmak gerekir. Peki kişiyi aşırı yeme davranışına iten tetikleyiciler nelerdir? Bugün bu tetikleyicilerin obezite üzerinde belirleyici bir rol oynadığını biliyoruz.

DIŞ UYARANLAR VE OTOMATİK YEME

DAVRANIŞI: Yemeğin görüntüsü, porsiyonun büyüklüğü hatta yakındaysak ortamda yayılan kokusu gibi dışsal uyarıcılar, açlık ve tokluk duyumlarımıza odaklanmadan yeme davranışını tetikleyebilir. Örneğin telefonunuzda gezinirken bir anda karşınıza çıkan bol malzemeli, eriyen peynirli ve çıtırdayan

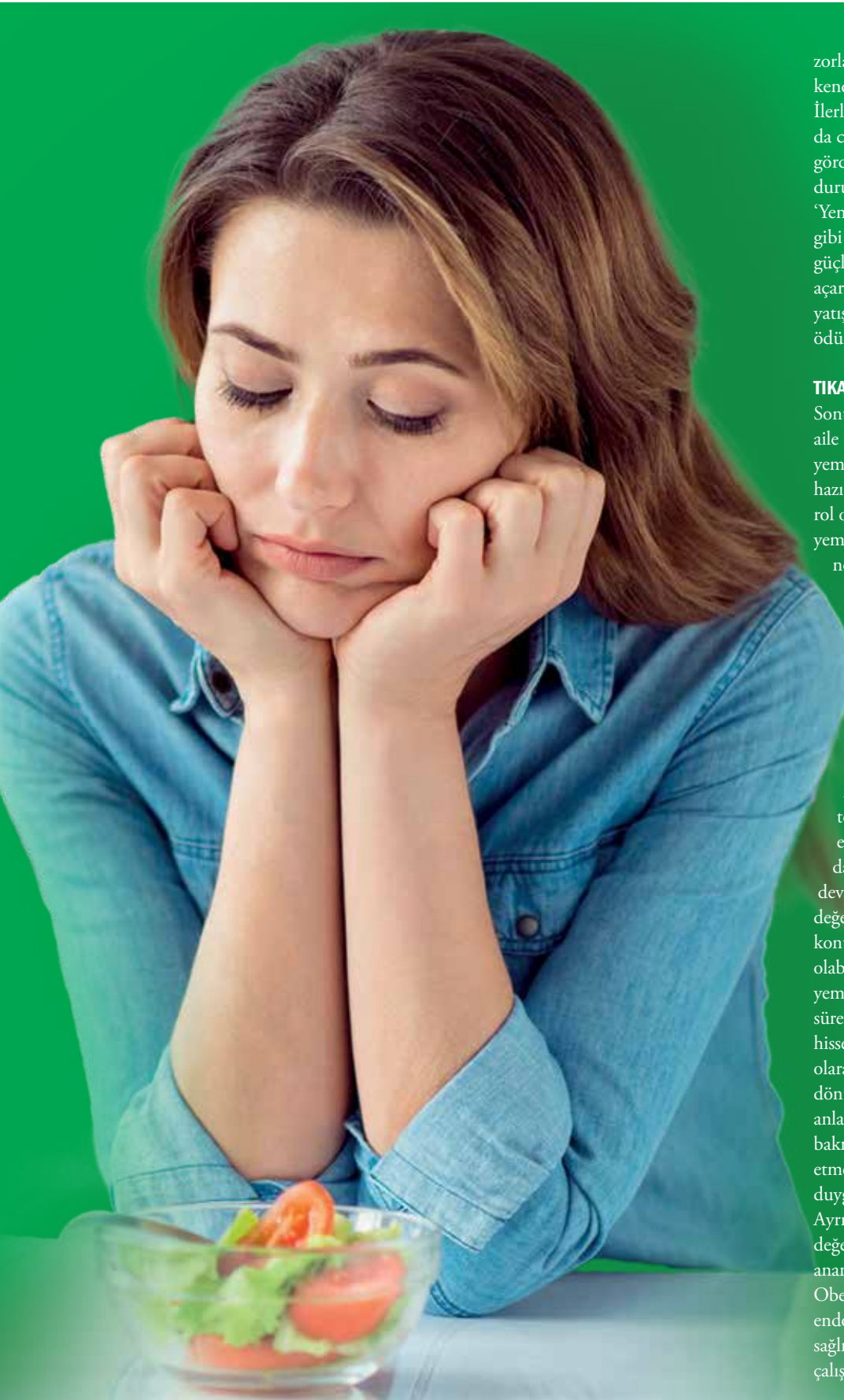
patateslerin olduğu bir hamburger reklamı, aç olmasanız bile sizde yeme isteği uyandırabilir. Dışsal uyarıcılara içsel duyumlarımızdan daha fazla odaklıysak, bu yeme biçimimiz sağlıklı bir kilo alımına neden olur. Diğer taraftan yeme davranışı çoğu zaman diğer davranışlarımıza eşlik eder. Örneğin televizyon izlerken tatlı yemeyi seviyor olabilirsiniz. Bunu sıklıkla yaptığınızda bir alışkanlık haline gelir ve bir süre sonra her televizyon izlediğinizde canınız tatlı bir şeyler çekmeye başlar. Bu yeme biçimi bilinçli ve lezzetine odaklanan bir yeme değildir. Bu yeme şekli bir otomatik yemedir. Kilo problemi olan kişilerde başka bir davranışa eşlik eden yeme şeklinin sık görüldüğü dikkat çekmektedir.

DUYGUSAL YEME: Günlük yaşamın getirdiği stres, gerginlikler, kişilerarası tartışmalar; öfke, kırgınlık, değersizlik gibi zorlayıcı duyguların ortaya çıkmasına neden olabilir. Aşırı yeme davranışı ise çoğu zaman bu duygularla uyumsuz (maladaptive) bir baş etme şeklinde karşımıza çıkar. Kişi yemek yiyerek yaşadığı zorlayıcı duygulardan geçici olarak kendini uzaklaştırır ve kısa süreli de olsa bir rahatlama yaşar. Ancak bu durum, asıl problemin fark edilmesini ve sağlıklı şekilde değerlendirmeyi engeller. Duygulardan kaçınmak kişinin kendine

yönelik farkındalığını azaltır. Oysa duygu ve düşüncelerimizin farkında olmak bize neyin iyi gelmediğini anlamamızı ve işlevsel şekilde baş etme yolları geliştirmemizi sağlar. Farkında olunmadığında kişi tekrar tekrar aynı döngüye girer. Burada yaşanan 'açlık' aslında duygusaldır. Kişi besine değil, yaşadığı sevgisizliği doyurmaya ihtiyaç duyar.

ÖĞRENİLMİŞ KALIPLAR VE ÇOCUKLUK

DENEYİMLERİ: Erken dönem deneyimlerimiz, aile tutumları ve öğrenilmiş alışkanlıklar, yeme davranışımızı belirleyici bir şekilde etkiler. Frued psikanalitik kuramında yaşamın ilk dönemini 'oral dönem' olarak tanımlar. Bu dönem, bebeğin ihtiyaçlarının karşılanma biçimiyle, güven duygusunun şekillendiği kritik bir süreçtir. Bu dönemde bebeğin haz bölgesi ağızdır. Beslenme, yalnızca fiziksel bir ihtiyaç değil, aynı zamanda duygusal ihtiyaçların karşılanmasına bir araçtır. Frued'a göre ihtiyaçların aşırı ya da yetersiz karşılanması, bireyin o döneme takılı kalmasına yani fiksasyon gelişmesine neden olabilir. Örneğin bebeğin tüm ağlama ve gerilimlerini açlık olarak yorumlayan ve bu şekilde gidermeye çalışan bir ebeveyni varsa, bu kişi yetişkinlik yaşamında fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarını ayırt etmekte



zorlanır. Sorunlarını yemekle çözmeye ve kendini bu şekilde yatıştırmaya çalışabilir. İlerleyen dönemlerde ise yemeğin ödül ya da ceza aracı olarak kullanılması sıklıkla gördüğümüz bir aile tutumudur. ‘Uslu durursan sana çikolata alırım’ ya da ‘Yemeği bitirmezsen parka gidemezsin’ gibi ifadeler yeme ve duygular arasında güçlü bir ilişki kurulmasına alan açar. Zamanla kişi, kendini besinle yatıştıran veya mutlu olduğunda besinle ödüllendiren bir davranış geliştirebilir.

TIKANIRCASINA YEMEK...

Sonuç olarak; bu öğrenilmiş kalıplar ve aile tutumların, duygusal ihtiyaçların yeme davranışıyla karşılanmasına zemin hazırlayarak obezite gelişiminde önemli rol oynadığı düşünülmektedir. Kişiyi yeme davranışına iten tetikleyicilerin ortak noktası kısa süreli bir iyi hissetmenin ardından suçluluk, pişmanlık gibi duygular ortaya çıkarmasıdır. Bu zorlayıcı duygular ile baş etmek için yeniden yeme davranışına yönelmesi kişinin kısır bir döngü içinde kalmasına neden olur. Özellikle bu döngüden kurtulmak ve kilo vermek amacıyla uygulanan katı diyetler, uzun süreli açlık veya tek tip beslenme gibi günlerce devam eden sağlıksız yaklaşımlar bu döngüyü daha da derinleştirebilir. Uzun süre devam eden açlığın kan şekeri ve insülin değerlerini oldukça düşürdüğü için kontrol edilemeyen yeme ataklarına neden olabildiği görülmektedir. Tıkanircasına yeme atakları olarak tanımladığımız kısa süre içerisinde rahatsız edici derecede tok hissedene kadar yemeyi durduramaması olarak seyreden zorlayıcı bir tabloya dönüşebilir. Bu nedenle obeziteyi anlamak için sadece beslenme düzenine bakmak yeterli değildir. Kişinin baş etme şekli, yemekle kurduğu ilişki ve duygusal ihtiyaçlarını anlamak gerekir. Ayrıca hastanın yemekle ilişkisini değerlendirebileceğimiz ayrıntılı bir anamnez tedavi süreci için önemlidir. Obezite tedavisi; psikolog, diyetisyen, endokrinoloji uzmanı ve gerekli diğer sağlık profesyonellerinin multidisipliner çalıştığı bir yaklaşımla planlanmalıdır.



Dikkat kene var!

UZM. DR. SÜMEYRA ACAR KURTULUŞ

Yaz aylarının gelmesiyle kene ısırığı şikâyetiyle acillere başvuran hastas sayısı arttı. Kenelere karşı dikkatli olmak, ısırıldığı görülen keneleri çıkartmak için bir sağlık kuruluşuna başvurmak son derece önemlidir.

Kene; siyah, koyu kahve rengi olabilen; 6-8 bacaklı olabilen büyüklüğü 0.5 cm'den -2 cm ye değişebilen eklem bacaklı bir hayvandır. Çiftlik hayvanlarında, yerde, çalılarda, otlarda yaşarlar. Keneler sıçramaz, uçmaz; nadiren ağaçtan düşerler. Dünyada yaklaşık dokuz yüz küsur kene türü vardır. Türkiye'de ise saptanan kene türü sayısı yaklaşık 50-55 civarındadır. Kenenin her türü hastalık yapmamaktadır. Keneler, mayıs- eylül ayı arasında en fazla görülürler. Vakaların yüzde doksanı haziran-temmuz ayında görülmektedir. Bu aylarda dikkatli olmakta fayda vardır. Ülkemizde en çok Kelkit Deresi'nin aktığı Kelkit Vadisi boyunca uzanan illerde bulunur. Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) hastalığının en çok görüldüğü 5 il; Gümüşhane (Kelkit), Yozgat, Sivas, Çorum ve Tokat'tır. Tokat'ta çok fazla tanı konulduğu için hastalığa "Tokat ateşi" de denilmektedir. Erzurum, Erzincan, Kayseri ve Kastamonu gibi komşu illerde de bildirilen vakalar olmaktadır. Burada unutulmaması gereken nokta ise; hayvan taşımacılığı ve turistik gezilerle keneler her yere dağılabilmektedir. Peki keneler hangi hastalıkları yapmaktadır? Kenelerin kendisi değil taşıdığı mikroplar virüsler hastalığa neden olmaktadır. Tularemi, Lyme hastalığı ve Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) buna örnek olarak verilebilir. Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi; kenelerin bulaştırdığı virüsten kaynaklanan zoonotik hastalıklardan biridir. Bu hastalık 1940'larda ilk defa Kırım'daki askerlerde saptanmış, 1950'lerde Kongo'da bir çocukta tanı konulmuş daha sonra bu iki hastalığın aynı olduğu fark edilmiş ve adı 'Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi' olarak

konulmuştur. Bu hastalıktan bu denli korkulmasının nedeni etkin bir tedavisinin olmamasıdır.

ATEŞLE KENDİNİ GÖSTERİR

Hastalığın ilk- erken dönemindeki belirtilerini şöyle sıralayabiliriz: Baş ağrısı, yaygın vücut ağrısı, ateş (38 dereceden fazla), bulantı-kusma, karın ağrısı ve yoğun halsizlik. Hastalığın geç dönemde ortaya çıkan bulguları ise; burun kanaması, diş eti kanaması, mide kanaması, mide kanaması kaynaklı kahverengi kusma, idrardan kan gelmesi ve cilt altı kanamalar olarak kendini gösterebilir. Hastalığın kuluçka süresi 1-14 gündür. Bu nedenle hastalar kendilerini; kene çıktıktan sonra 2 hafta boyunca takip etmelidirler. Hastalığın erken bulguları varlığında vakit kaybetmeden bir sağlık kuruluşuna başvurmalarıdır.

VÜCUTTAN HIZLICA ÇIKARILMALI

Peki kene yapıştığını fark ettiğimizde ne yapmalıyız? Kene fark edildiği anda hiç vakit kaybetmeden keneye dokunmadan acil servise başvurulmalıdır. Keneye çıplak elle dokunmamak, gövdesini çekip bacaklarını koparmamak, kene üzerine alkol, gaz yağı,

kolonya, kimyasal madde dökmek, kene üzerine sigara veya ateş tutmamak gerekir. Bu durumlarda kene kusup içindeki mikrobi hastaya bulaştırabilir. Keneyi tek parça halinde çıkartılıp mikrop bulaşını en aza indirmek amacıyla sağlık kuruluşunda çıkarttırmalıyız. Kene vücuttan ne kadar erken çıkartılırsa bulaş riski- hastalığa yakalanma riski o denli azalmaktadır. Kene tarağı veya cımbız ile direkt çekilip çıkartılır. Çıkartılan yer dezenfekte edilir. Keneyi çıkaran hekim ilk muayenesini yapar, herhangi bir belirti bulgu var mı diye kontrol eder. Ayrıca kene yapışan (ısıran) hastalara eğer geçmiş aşıları eksikse veya son 10 yıl içinde (riskli yaralarda son 5 yıl içinde) tetanoz aşısı yapılmamışsa tetanoz aşısı yapılmalıdır. Eğer kene kendi düşmüşse keneye dokunmadan bir kap içinde sağlık kuruluşuna getirilmelidir ya da fotoğrafı çekilmelidir. Kenenin cinsine, görünüşüne göre hekim tedavi kararı vermektedir. Kesin tanı PCR, RT-PCR ile konulmaktadır. KKKA hastalığının kanıtlanmış kesin bir tedavisi yoktur. Bu yüzden önce korunmalı daha sonra belirtileri takip edip erken dönemde hastane başvuruları hayat kurtarmaktadır.

KENELERDEN NASIL KORUNMALIYIZ?

- ▶ Keneyi farketmemizi sağlayacak açık renk kıyafetler giyilmeli,
- ▶ Pantolon paçaları çorap içerisine sokulmalı,
- ▶ Kapalı ayakkabılar tercih edilmeli,
- ▶ Cilt için %20-30 DEET içeren kene kovucu spreyler tercih edilmelidir.
- ▶ Kıyafetler için permetrin içeren spreyler kullanılabilir.
- ▶ Doğadan eve döndüğünde tüm kıyafetler değiştirilmeli,
- ▶ Tüm vücut kontrol edilmeli (Saçlı deri dahil),
- ▶ Varsa evcil hayvanlar da kontrol edilmelidir. Kene ısırıklıkları çoğu zaman ağrı- kaşıntı yapmaz.



Bu bir alarm olabilir!

DR. ÖĞR. ÜYESİ CANAN ACAR DEMİR

Çoğu kadının utandığı için hekime başvurmadığı vajinal kaşıntılar birçok hastalığın habercisi olabilir. Vajinal kaşıntının en sık sebebi ise enfeksiyonlardır.

Vajinal kaşıntı birçok kadının hayatı boyunca karşılaştığı ve yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen bir durumdur. Kaşıntı nedenine bağlı olarak birkaç saat gibi kısa süreli olabilir, bazen de birkaç hafta veya ay sürebilir. Kaşıntıya neden olan alta yatan sorunu belirlemek doğru tedavi için önem taşımaktadır. Vajinal kaşıntının en sık sebebi enfeksiyonlardır. Bu durum genellikle kaşıntı ile birlikte akıntı, kötü koku, genital bölge derisinde oluşan küçük çatlaklar, kızarıklık ve şişlik gibi şikâyetlere de neden olmaktadır. Vajinal enfeksiyon etkenleri candida türlerinin yaptığı mantar enfeksiyonu başta olmak üzere cinsel yolla bulaşan bel soğukluğu, trikomoniyaz ve klamidyaz gibi patojenlerdir. Tüm kadınların %50-60'ı yaşamları boyunca en az bir kez vajinal mantar enfeksiyonu geçirir. Genital cilt özellikle kimyasal tahriş edici maddelere karşı hassastır. Boyalı veya parfümlü tuvalet kağıdı, kokulu pedler, tamponlar, sentetik iç çamaşırı, köpük banyoları, sabunlar, çamaşır deterjanları ve yumuşatıcılar, vajinal spreyler gibi tahriş edici maddelerin tümü genital cildi kapsayan egzama veya dermatite neden olabilir. Bu son derece rahatsız edici uzun süreli kaşıntı ve yanmaya neden olabilir. Bu nedenle bu ürünlerin genital cilt ile temasından kaçınmak önemlidir.

ÜLSERLER DE SEBEP OLABİLİR

Vajina ve genital bölge derisi hormonlara oldukça duyarlı dokulardır. Östrojen hormonunun üretiminin henüz başlamadığı çocukluk döneminde ve üretiminin durduğu menopoza döneminde, vajinal mukozada ve genital bölge derisinde incelleme ve kuruma meydana gelmektedir. Bu durum ciddi kaşıntıya neden olabilir. Vulvar liken skleroz, şiddetli inflamasyon, ciltte incelleme ve kaşıntı, yanma ve ağrı gibi semptomlarla ilişkili vulvanın inflamatuvar bir cilt bozukluğudur. Vulvar liken sklerozunun kesin nedeni

bilinmemektedir. Liken skleroz teorik olarak derinin herhangi bir bölgesinde oluşabilmesine rağmen vakaların %95'inden fazlası genital bölgede ortaya çıkar. Her yaştan kadında ortaya çıkabilir ancak en yoğun yaş grubu erken menopoza yılları olan 50-60 yaş grubudur. Genital uçuk ise cinsel yolla bulaşan yaygın bir hastalıktır. Genital bölgede meydana gelen ülseler en sık şikâyetir. Ancak ülsere oluşmadan önce ilk belirti, genital uçuk çıkacak bölgede kaşıntı ve kızarıklık olmasıdır. Genital uçuk özellikle yakın zamanda şüpheli cinsel ilişki varsa, ağrı ve genital kaşıntıda akla gelmesi gereken hastalıklardan birisidir.

REÇETESİZ ÜRÜNLER KULLANMAYIN

Birçok kadın kaşıntı semptomlarını hafifletmek için reçetesiz satılan ürünler kullanır, ancak bu bir hatadır. Yanlış tedavi semptomları kötüleştirebilir ve kaşıntı ve tahrişin daha uzun sürmesine neden olabilir. Bunun yerine, doğru tanı ve tedaviye başlamak için bir kadın doğum uzmanına başvurmak en doğru yaklaşım olacaktır. Tedavide kaşıntının sebebine göre bakteri, mantar veya virüslere etkili ilaçlar ağızdan veya lokal uygulanan krem formları doktorunuz tarafından

reçete edilir. Tedaviyi önerilen doz ve sürede kullanmak, yarıda bırakmamak kaşıntının tekrar etmemesi ve dirençli hale gelmemesi için önemlidir. Son yıllarda geliştirilen lazer teknolojileri de kronik vajinal kaşıntı tedavisinde kullanılmaktadır. Lazer uygulaması vajinal mukozada kolajen üretimini aktive ederek bu bölgenin gençleşmesini ve yenilenmesini sağlar. Özellikle menopoza dönemindeki östrojen azlığına bağlı oluşan patolojilerde oldukça başarılı sonuçlar almaktadır.

Lenfoma ismi korkutmasın

DR. ÖĞR. ÜYESİ OLGU ERKİN ÇINAR

Lenfoma çoğu alt tipi başarıyla tedavi edilebilen, akıllı ilaçlar ve immünoterapilerle tedavisi giderek daha kişisel hâle gelen bir hastalık grubudur. Lenfomaların önemli bir kısmı artık ömrü belirgin biçimde kısaltan hastalıklar arasında değildir.

Vücudumuz, önemli bir savunma ağıyla çevrilidir ve buna ‘lenf sistemi’ denir. Damarlarımız gibi uzanan ince kanallar, boyun, koltuk altı ve kasık gibi bölgelerde kümelenen küçük bezeler (lenf bezleri) ile dalağımız, bu sistemin önemli parçalarıdır. İçinde dolaşan beyaz kan hücreleri olan lenfositler, bağışıklığımızın tehlikeleri hafızasına alarak öğrenden akıllı hücreleridir. Lenfoma, işte bu asker hücrelerin kontrolden çıkarak çoğaldığı bir kanser grubudur.

‘Grup’ diyoruz, çünkü lenfoma tek bir hastalık değildir. Günümüzde sekseni aşkın alt tipi tanımlanmıştır ve bu alt tiplerin davranışları birbirinden çok farklı olabilmektedir. Bazıları haftalar ve aylar içinde hayatı tehdit edebilecek hızda ilerlerken, bazıları yıllarca tedavi dahi verilmeden takip edilebilen yavaş seyirli türlerdir. Bu nedenle ‘lenfoma teşhisi’ tek başına bir anlam taşımaz; alt tipin anlaşılması, hastalığın gidişatını ve tedavi planını belirler. Gidişatı ve planı daha kolay belirlemek için, çok sayıda alt tipi olan lenfomaları iki büyük başlık altında grupluyoruz: Hodgkin lenfomalar çoğunlukla gençlerde görülen ve günümüzde yüksek oranda iyileştirilebilen lenfoma grubudur. Hodgkin dışı (Non-Hodgkin) lenfomalar

ise çok daha geniş bir yelpazede, farklı davranışlara ve tedavi seçeneklerine sahip lenfoma grubudur. Yaş arttıkça görülme riski de artar. Lenfomalar, dünya genelinde en sık görülen on kanser türünden biridir. Türkiye’de de durum benzerdir ve görülme sıklığı, ortalama ömrün uzaması ile birlikte son yıllarda hafif bir artış eğilimindedir. Bu artışın bir kısmı da tanı yöntemlerinin gelişmesi ve farkındalığın yükselmesiyle açıklanabilir. Hastalık kadın ve erkeklerde, çocukluktan ileri yaşa kadar her dönemde görülebilir.

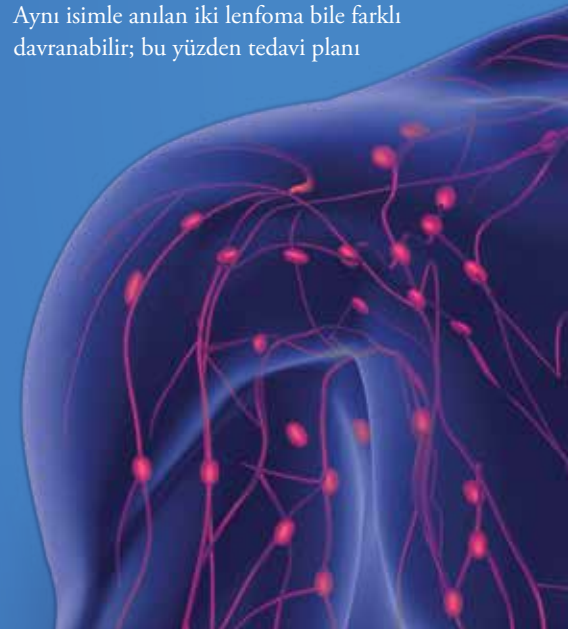
HER LENF BEZESİ KANSER DEĞİLDİR

Hastalarımızda en sık karşılaşılan başvuru şikâyeti, ağrısız büyüyen lenf bezesidir. Boyunda, koltuk altında ya da kasıkta fark edilen, küçülme veya giderek büyüyen bir şişlik söz konusudur. Diğer önemli ipuçları şunlardır: Uzun süreli ateş, belirgin gece terlemeleri, istemeden gelişen kilo kaybı, artan halsizlik ve geçmeyen kaşıntı. Burada hemen belirtelim. Hayır, her lenf bezesi büyümesi lenfoma değildir. Aksine, çoğu zaman elle hissedilen bezeler boğaz enfeksiyonu, diş veya cilt iltihabı gibi bilindik nedenlere bağlıdır ve birkaç hafta içinde düzelir. Endişe verici olan durum, haftalardır küçülmeyen, ağrısız, sertleşmiş

bezelerdir. Şüpheli durumlarda kesin tanı için şart olan adım biyopsi; yani büyüyen bezeden parça alınarak patolojide incelenmesidir. Sadece kan tahlili veya görüntülemeyle kesin tanı konulamaz. Ayrıca PET-BT gibi tüm vücudu tarayan tetkikler ve bazı durumlarda kemik iliği örneklemeyle hastalığın yayılımı (evresi) belirlenir.

TANI BİR YAŞAM TARZI UYARISIDIR

Alt tip ve evre netleştikten sonra hekiminiz hastalığınızın kimliğini çıkarır. Aynı isimle anılan iki lenfoma bile farklı davranabilir; bu yüzden tedavi planı



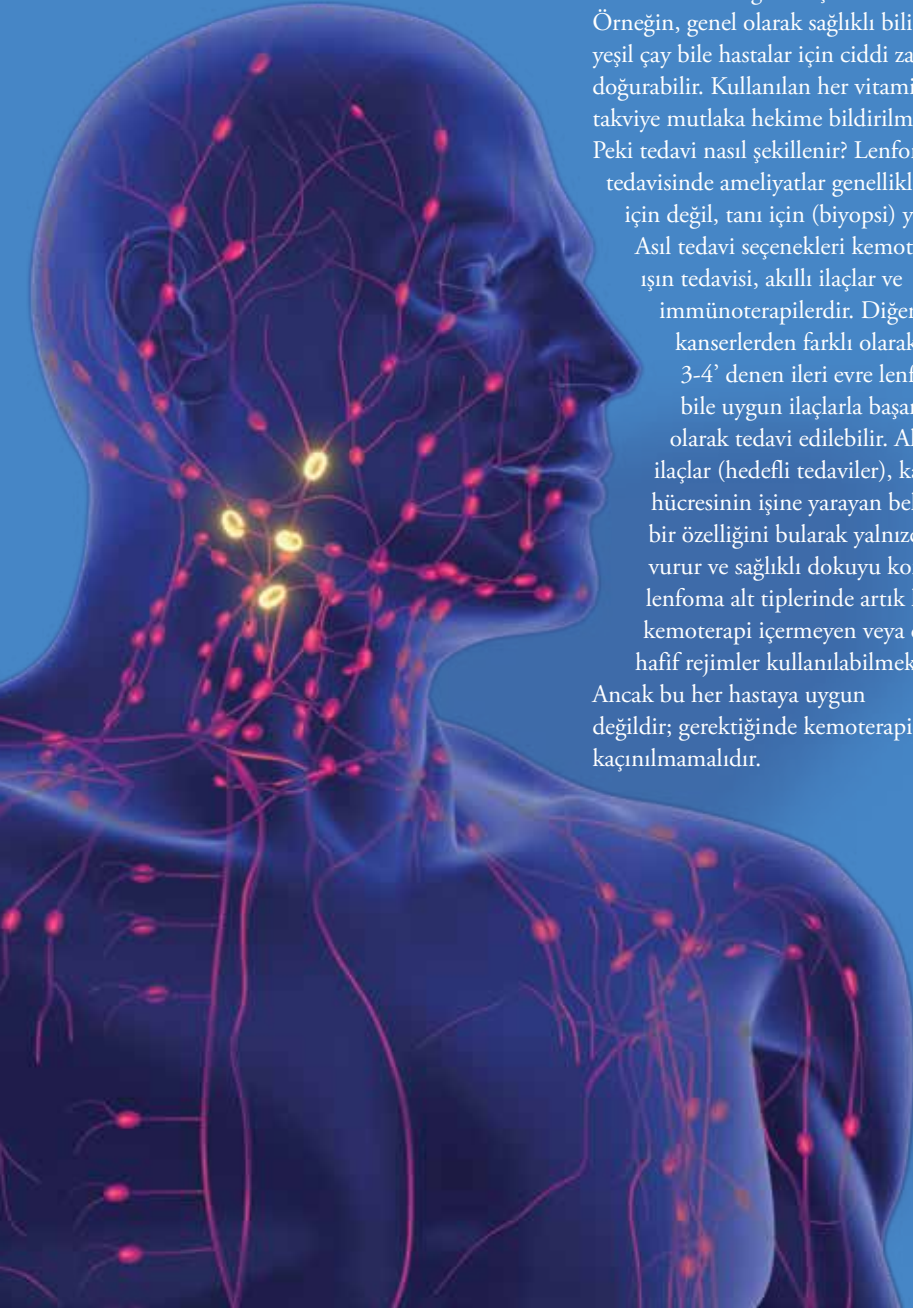
size özgü çizilir. Süreçte sabırlı olmak ve tetkiklere katlanmak büyük önem taşır. Kararlar bazen konsey denilen, hekimlerin bir araya geldiği toplantılarda ortak alınır. Tanı, aynı zamanda bir yaşam tarzı uyarısıdır. Hasta zararlı alışkanlıklarından vazgeçmelidir. Sigara mutlaka bırakılmalıdır; bu, tedaviye yanıt ve yan etkilerin azaltılması için çok önemlidir. Alkolden uzak durulması özellikle karaciğer ve ilaç etkileşimleri açısından gereklidir.

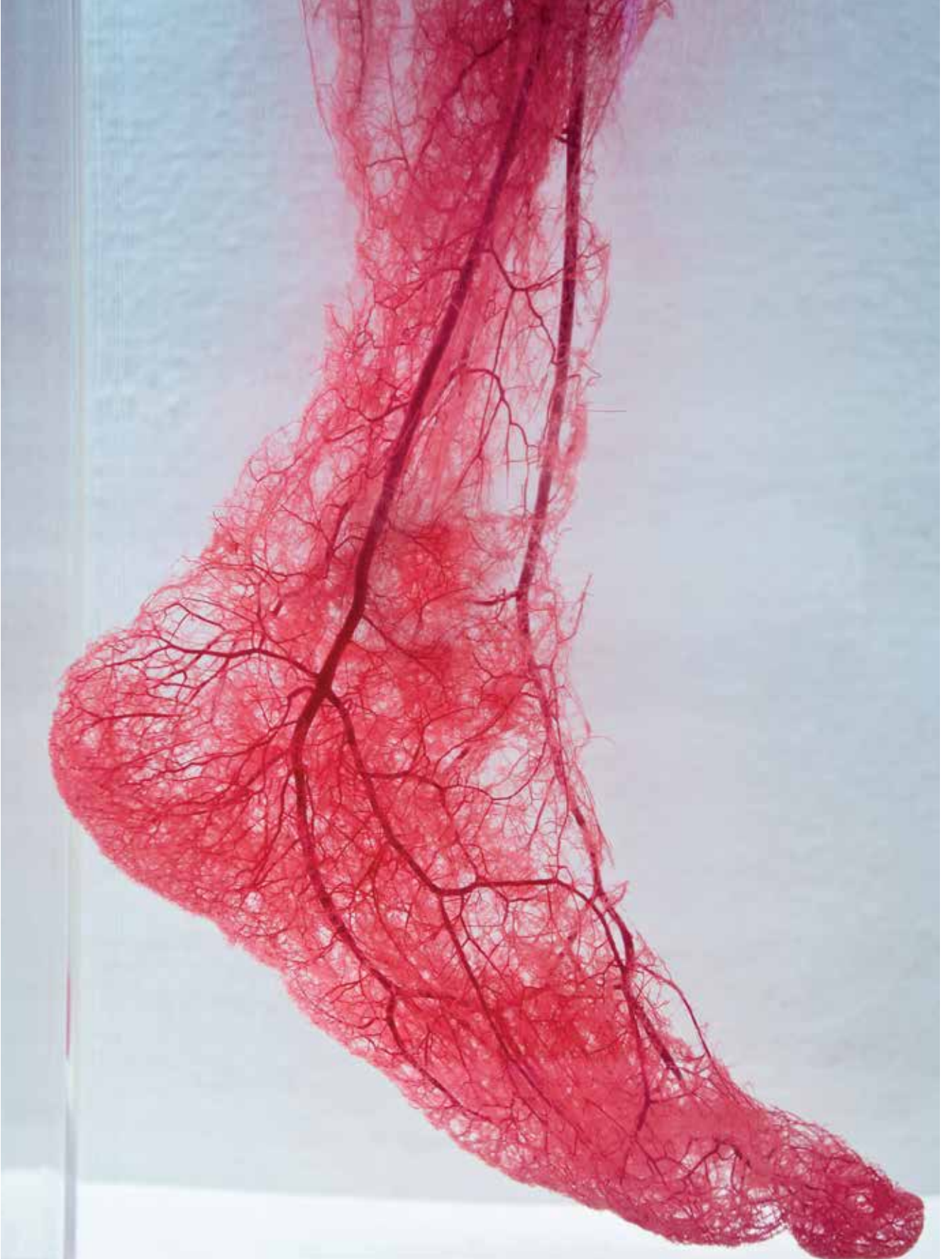
Öte yandan aşırılıklardan kaçınmak, dengeli, taze ve az işlenmiş gıdalar tüketmek temel kuraldır. ‘Şu besin kanseri yener’ veya ‘şeker kanseri besler’ gibi inanışlar gereksiz endişeler doğurabilir; doğru bilgi hekim ve diyetisyenlerden alınmalıdır. Burada ‘alternatif tıp’ başlığına da değinmek gerekir. İnternette sıkça karşılaşılan doğal tedavi önerilerinin birçoğu etkisiz olmakla kalmaz, tedavinin gecikmesiyle hayati tehlike doğurabilir. Bazı bitkisel ürünler kemoterapiyle etkileşerek tedavinin etkinliğini düşürebilir. Örneğin, genel olarak sağlıklı bilinen yeşil çay bile hastalar için ciddi zararlar doğurabilir. Kullanılan her vitamin ve takviye mutlaka hekime bildirilmelidir. Peki tedavi nasıl şekillenir? Lenfoma tedavisinde ameliyatlar genellikle tedavi için değil, tanı için (biyopsi) yapılır. Asıl tedavi seçenekleri kemoterapiler, ışın tedavisi, akıllı ilaçlar ve immünoterapilerdir. Diğer kanserlerden farklı olarak, ‘evre 3-4’ denen ileri evre lenfomalar bile uygun ilaçlarla başarılı olarak tedavi edilebilir. Akıllı ilaçlar (hedefli tedaviler), kanser hücresinin işine yarayan belirli bir özelliğini bularak yalnızca onu vurur ve sağlıklı dokuyu korur. Bazı lenfoma alt tiplerinde artık klasik kemoterapi içermeyen veya daha hafif rejimler kullanılabilmektedir. Ancak bu her hastaya uygun değildir; gerektiğinde kemoterapiden kaçınılmamalıdır.

Tedavi süresi agresif lenfomalarda genelde 4-6 ay sürerken, yavaş seyirli türlerde aralıklı tedavi ve uzun süreli takip söz konusu olabilir. Tedavi sonrası düzenli kontroller başlar; ilk birkaç yıl nüksetmeyen birçok türde risk hızla azalır ve normal yaşama dönülür. Birinci basamak tedaviye yanıt vermeyen veya iyileştikten sonra nükseden hastalıkta seçeneklerimiz artık çok sayıdadır. İkinci veya üçüncü basamak ilaçların yanı sıra, hastanın kendi hücreleriyle (otolog) veya uygun bir vericiden (allojeneik) kök hücre nakli uygun hastalarda iyileşme şansı sunabilir.

‘ŞU HÜCREYİ YOK ET!’

Son yılların en heyecan verici gelişmeleri ise immünoterapilerdir. Bispesifik antikorlar, kanser hücresini ve savunma hücresini birbirine kenetleyerek vücuda ‘Şu hücreyi yok et’ komutu verir. ‘CAR-T’ hücre tedavisi ise bağışıklık sistemimizin komutanları olan T lenfositlerinin laboratuvarında kansere karşı eğitildikten sonra hastaya verilmesidir. Tüm tedavilere dirençli hastalarda dahi çarpıcı yanıtlar sağlayabilmektedir. Bu yenilikçi yöntemler, başarı oranlarındaki yükselişle birlikte hızla tedavinin daha erken aşamalarına taşınıyor. Ülkemizde de bazı bispesifik antikorlara ulaşılabilen ve CAR-T tedavileri ilgili klinik araştırmalar devam etmektedir. Bu tedavilere yakın gelecekte daha çok hastamızın ulaşabilmesini heyecan ve umutla beklemekteyiz. Lenfoma, ismiyle korkutucu bir hastalıktır. Ancak bugün, çoğu alt tipi başarıyla tedavi edilebilen, akıllı ilaçlar ve immünoterapilerle tedavisi giderek daha kişisel hâle gelen bir hastalık grubudur. Çok sayıda alt tipinin olması, kötü ya da iyi lenfoma diye genel bir hüküm vermeyi hatalı kılar. Bilinmesi gereken şudur: Lenfomaların önemli bir kısmı artık ömrü belirgin biçimde kısaltan hastalıklar arasında değildir. Şüpheli bir bulgu olduğunda bir hekime başvurmaktan çekinmemek, bu yolculuğun en kıymetli adımudur. Tüm hastalarımıza şifa, okurlarımıza sağlıklı bir yaşam dileriz.





Kangren bacakların 'kalp krizidir'

DOÇ. DR. EMRE SELÇUK

Kalp damarları tıkanığında göğüs ağrısıyla sinyal verir; bacak damarları ise yürüme mesafesinin kısalması, baldırda kramp ve istirahat halinde bacakta soğuma ile imdat çağrısı yapar. Bu sürecin en büyük tetikçileri ise; diyabet, sigara kullanımı ve obezitedir.

Yıllar önce cerrahi önlüğümü ilk giydiğimde, uzuv kaybı denilince akla gelen ilk senaryo genellikle trajik trafik kazaları, ateşli silah yaralanmaları veya ağır iş kazalarıydı. Ancak modern tıp dünyasında bugün tablo çok farklı. Artık uzuv kayıplarının en büyük faili dış faktörler değil; vücudumuzun içindeki o sessiz ama derin tıkanıklıklar. Günümüzde kangren vakalarının ve buna bağlı uzuv kayıplarının yaklaşık yüzde 60'ı damar tıkanıklığından kaynaklanıyor. Dünya geneline baktığımızda tablo oldukça ciddi. Periferik arter hastalığı (PAH) bugün dünya çapında 200 milyondan fazla insanı etkiliyor. İstatistikler korkutucu; yalnızca ABD'de 2050 yılına gelindiğinde her yıl yaklaşık 3 milyon kişinin damar hastalıkları ve diyabete bağlı kangren nedeniyle uzuv kaybı yaşayacağı öngörülüyor. Bu rakamlar bize tek bir şeyi söylüyor: Yaşam tarzımız, damarlarımızı birer birer kapatıyor. Kangren, bacakların adeta 'kalp krizidir'. Kalp damarları tıkanığında göğüs ağrısıyla sinyal verir; bacak damarları ise yürüme mesafesinin kısalması, baldırda kramp ve istirahat halinde bacakta soğuma ile imdat çağrısı yapar. Bu sürecin en büyük tetikçileri ise; diyabet, sigara kullanımı ve obezitedir. Özellikle diyabet hastalarında sinir uçlarındaki his kaybı (nöropati), küçük bir yaranın fark edilmemesine ve

hızla kangrene evrilmesine neden olur. Sigara ise damar çeperini bozarak bu tıkanıklığı kalıcı hale getirir.

ERKEN MÜDAHALE İLE UZVU KURTARMAK MÜMKÜN

Kangrene giden süreç genellikle aniden başlamaz. İlk belirtiler yürüyüş sırasında hissedilen ağrılarla ortaya çıkar. Hastalık ilerledikçe istirahat halinde bacaklarda uyuşma, soğuma ve solukluk meydana gelir. Daha ileri evrelerde kalbe en uzak noktalar olan ayak başparmakları ve topuklarda siyahlaşmalar ve yaralar ortaya çıkar. Bu süreç yavaş yavaş yukarıya

doğru ilerler. Hastalığın bu aşamalarına gelmeden ya da tam bu aşamalarda teşhis edilmesi halinde damarlar açılarak kan akışı yeniden sağlanabilir ve kangrenin etkilerinden korunmak mümkün olabilir. Ancak hastalık ilerlemiş ve kangren oturmuşsa tek tedavi seçeneği amputasyon yani uzuv kaybıdır. Kangren tedavisinde en kritik faktör zamandır. Eğer doku tamamen ölmemişse, modern damar cerrahisi yöntemleriyle o bacağı kurtarmak mümkündür. Eskiden 'kesilmesi lazım' denilen pek çok vaka, bugün geliştirilen yöntemlerle hayata tutunuyor. Hastalık siyahlaşma ve yara aşamasına gelmeden, yani 'kangren oturmadan' yapılan müdahalelerle bacağı kurtarma şansınız çok yüksek. Ancak unutulmamalıdır ki tıbbi müdahale kadar, operasyon sonrası yaşam tarzı değişikliği ve düzenli ilaç tedavisi de hayatı önem taşır. Sigarayı bırakmak, kan şekerini kontrol altında tutmak ve doktorun reçete ettiği kan sulandırıcıları aksatmamak, ikinci bir tıkanıklığın önüne geçecek en güçlü kalkanlardır. Sonuç olarak; kangren bir son değil, doğru zamanda doğru kapıyı çaldığınızda önlenabilir bir süreçtir. Unutmayın, erken tanı hayat kurtarır, ama damar cerrahisinde erken müdahale sevdiklerinizle sağlıklı adım atmaya devam etmenizi sağlar.

NELER YAPIYORUZ?

- ▶ **Anjiyo ile damar açma (Endovasküler):** Kesiksiz, sadece iğne deliğinden girerek tıkalı damarları balon veya stent ile açıyoruz.
- ▶ **Hibrit Cerrahiler:** Aynı seansta hem kapalı (anjiyo) hem de açık cerrahiye birleştirilerek en zorlu tıkanıklıkları dahi aşabiliyoruz.
- ▶ **Kompleks Bypass Operasyonları:** Tıkanıklığın ötesine yeni yollar inşa ederek diz altı damarlarda kan akışını yeniden sağlıyoruz.

8 soruda trakeostomi

PROF. DR. ÖMER FARUK ÇALIM

Çoğu durumda, tıbbi sorunlar çözülene kadar kısa bir süre için solunum yolu olarak trakeostomi gerekir. Hastanın ventilatöre ne kadar süre bağlı kalması gerektiğini bilmiyorsa, trakeostomi genellikle en iyi kalıcı çözümdür. Hava yolu ve yutma konseyinin üyesi uzmanlar, trakeostomi tüpünün ne zaman çıkarılmasının uygun olacağına karar vermek için hastalarla iletişim halindedir. Sonrasında delik kendiliğinden kapanıp iyileşebilir veya bir cerrah tarafından kapatılabilir. Trakeostomi hakkında merak edilenleri cevaplamaya çalışacağız.

1

Trakeostomi nedir?

Bir kişi ağzından veya burnundan nefes alamıyorsa, doktor cerrahi bir hava yolu oluşturabilir. Bazen, bir kişi muhtemelen trakeadaki bir yaralanma veya tıkanıklık nedeniyle akciğerlere daha az hava akışı yaşayabilir. Bu, akciğer fonksiyonunu veya kan oksijenlenmesini etkileyen tıbbi bir durumun bir sonucu olarak da ortaya çıkabilir. Sebep ne olursa olsun, trakeostomi, bir kişinin nefes almasına yardımcı olacaktır. Trakeostomi, boyunun önündeki trakeaya bir açıklığın oluşturulmasını içerir. Daha sonra açıklığa bir tüp sokulur, böylece geçici veya kalıcı bir cerrahi hava yolu oluşturulur. Bu tüp, boynu saran yumuşak bir bağla yerinde tutulur. Bazı insanlar tüp yoluyla kendi kendine nefes alabilirler. Diğer durumlarda, doktorun tüpü bir ventilatöre veya solunum makinesine bağlaması gerekebilir.

2

Trakeostomi gerektirebilecek durumlar nelerdir?

Solunum makinesinin (ventilatör) uzun bir süre, genellikle bir veya iki haftadan fazla kullanılmasını gerekli kılan tıbbi durumlar, ses telini felç veya boğaz kanseri gibi hava yolunu tıkayan veya daraltan tıbbi durumlar, felç, nörolojik problemler veya boğazdan salgıları öksürmeyi zorlaştıran ve hava yolunu temizlemek için nefes borusunun (trakea) doğrudan emilmesini gerektiren diğer durumlar, iyileşme sırasında solunuma yardımcı olmak için büyük baş veya boyun cerrahisine hazırlık, nefes almayı engelleyen başa veya boyuna şiddetli travma, solunumun engellendiği ve acil durum personelinin ağızdan ve trakeaya bir solunum tüpü koymayacağı diğer acil durumlarda trakeostomi gerekebilir.

3

Acil durumda krikotirotomi prosedürü nedir?

Trakeotomilerin çoğu hastane ortamında yapılır. Bununla birlikte, acil bir durumda, bir hastane dışındayken, örneğin bir kaza mahallinde bir kişinin boğazında bir delik oluşturmak gerekli olabilir. Acil trakeotomilerin yapılması zordur ve komplikasyon riski artar. Acil bakımda kullanılan biraz daha az riskli bir prosedür krikotirotomidir. Bu prosedür, Adem elmasının (tiroid kıkırdağı) hemen altındaki bir alanda doğrudan larinkse bir delik oluşturur.

Bir kişi bir hastaneye nakledildikten ve stabilize edildikten sonra, uzun süreli solunum yardımına ihtiyaç varsa bir krikotirotomi bir trakeostomi ile değiştirilir.

4

Trakeostomi nasıl uygulanır?

Trakeotomi en sık genel anestezi ile bir ameliyat odasında yapılır ve bu da sizi bilinçsiz hale getirir, böylece işlem sırasında hiçbir şey hissetmez, görmez veya duymaz. Nefes almaya yardımcı olmak için solunum tüpü takılabilir. Cerrah genel anesteziye öden verilecek hava yolu konusunda endişe duyuyorsa veya prosedür bir ameliyathane yerine bir hastane odasında yapılıyorsa, boyun ve boğazı uyuşturmak için lokal bir anestezi kullanılır. Vücudun küçük bir bölümü uyuşturulur, böylece hasta ağrı hissetmez. Ayrıca hastayı rahatlatmak ve uykulu hissettirmek için 'sedatif' adı verilen ilaçlar da verilebilir. Doktorlar ve hemşireler işlem sırasında nefes alıp veriş, kan basıncını ve kalp atış hızını izleyecektir.

5

Trakeostominin komplikasyonları ve etkileri nelerdir?

Her cerrahi işlemde olduğu gibi trakeostominin de bazı riskleri bulunur. Zamanla ameliyattan başka komplikasyonlar da ortaya çıkabilir. Trakeostomi nedeniyle görülebilecek olası komplikasyonlar şöyle sıralanır:



Trakeostomi tüpü kazara çıkması, trakeada (nefes borusu) ve trakeostomi tüpü çevresinde enfeksiyon, nefes borusunda hasar meydana gelmesi, tüpten gelen basınç, yemek borusunda hasar, enfeksiyonlara neden olan ve yara dokusu oluşturan bakterilerin yayılması ve hareket fazlalığından dolayı tüpün sürtünmesi. Bunların yanında kesin açıldığı bölgede kanama, mukus veya kan pıhtılarının trakeostomi tüpünü tıkaması, akciğerlerde, göğüste veya trakeostominin etrafında derinin altında sıkışan hava gibi komplikasyonlar da görülür.

6

Trakeostomi sonrası konuşma ve beslenme nasıldır?

Trakeostomi işlemi uygulanan birçok kişide solunum yolunda tüp yer aldığından ses telleri engellenir. Bu nedenle kişinin konuşması zor hale gelir. Kişiler konuşma terapistinden



7

Trakeostomi deliği kapanır mı?

Trakeostomi, çoğunlukla geçici olarak takılan bir tüptür. Bu nedenle trakeostomiye yerleştirmek için açılan delik, alet çıkarıldıktan sonra birkaç gün içerisinde iyileşmeye başlar ve kapanır. Trakeostominin neden açıldığı çok önemlidir. Eğer hasta solunum makinasına (mekanik ventilatöre) bağımlı ise trakeostomisi kapatılamaz. Mekanik ventilatör bağımlılığı ortadan kalktığında trakeostomisinin kapatılması mümkün olabilir. Üst havayolunda darlık nedeni ile trakeostomi açıldı ise, darlık ortadan kaldırıldığı taktirde trakeostomi kapatılması söz konusu olabilir. Kas zayıflığı, felç gibi durumlarda trakeostomi açılmışsa yine bu hastalıklarda düzelme olursa trakeostomi kapatılması mümkün olabilir. Uzun süre yoğun bakımda entübe kalıp trakeostomi

açılan hastalar da mekanik ventilatöre bağımlı değilse, akciğer kapasitesi yeterliyse, kas zayıflığı yok ise, gırtlak bölgesinde, soluk borusunda darlık veya başka bir patoloji yok ise trakeostomi kapatılması açısından hava yolu ve yutma konseyi tarafından değerlendirilmelidir. Hava yolu ve yutma konseyi; konusunda uzmanlaşmış kulak burun boğaz, göğüs hastalıkları, nöroloji, gastroenteroloji, fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanları, yutma, dil ve konuşma terapisti ve diyetisyenden oluşmaktadır. Her bir uzman tarafından gerekli muayene ve endoskopileri yapıldıktan sonra hasta ve ailesi ile birlikte tedavi yönetimi ve planı konusunda karar verilmektedir.

8

Trakeostomi hakkında yaygın yanlış kanılar ve doğruları nelerdir?

YANLIŞ İNANIŞ: Trakeostomi yaptırmak, kişinin konuşamayacağı ve yemek yiyemeyeceği anlamına gelir.

DOĞRUSU: Çoğu çocuk, tüpün ucuna takılabilen bir konuşma valfi kullanarak, trakeostomi tüpü takılı olsa bile normal şekilde konuşabilir. Trakeostomiye ihtiyaç duyan çocukların yutkunmayı zorlaştıran bir rahatsızlığı olması yaygın olsa da, trakeostomi kendisi normal yutkunmayı engellememelidir.

YANLIŞ İNANIŞ: Trakeostomi yaptırmak, çocuğumun nefes almak için ventilatöre bağımlı olacağı anlamına gelir.

DOĞRUSU: Bazı çocuklar nefes almayı desteklemek için ventilatöre ihtiyaç duyar, ancak bu, alta yatan solunum sorununa bağlıdır. Trakeostomi tüpü takılan birçok çocuk ventilatöre ihtiyaç duymaz ve tüp aracılığıyla kendi başına nefes alabilir.

YANLIŞ İNANIŞ: Trakeostomi tüpü takıldıktan sonra asla çıkarılamaz.

DOĞRUSU: Trakeostomi tüpüne ömür boyu bağımlılık nadirdir. Tüpün artık gerekli olmaması durumunda, sonrasında çıkarılabilir. Bazı çocuklar zamanla tüp ihtiyacını aşabilir. Diğerleri ise tüpün çıkarılması için daha ileri tedavi veya ameliyat gerektirebilir.

TRAKEOSTOMİ AMELİYATINDAN SONRA EVDESİNİZ VE:

- ▶ Yutma sorunları yaşıyorsanız,
- ▶ Yemek yedikten veya içtikten sonra öksürüyorsanız veya hasta oluyorsanız,
- ▶ Nefesiniz gündüz veya gece gürültülü ise (horlama dahil),
- ▶ Yaranız kabarık veya rahatsız ediciyse,
- ▶ Özellikle yutma sırasında trakeostomi bölgesinde ağrı veya rahatsızlık hissediyorsanız,
- ▶ Sesiniz bir haftadan uzun süredir kısık veya zayıfsa bu sorunların daha detaylı araştırabilmesi için bir uzmana başvurunuz. Trakeostominiz var ve nefes almada zorluk çekiyorsanız acilen 112'yi aramalısınız.



Kalbinizdeyiz

Deneyimli uzman akademik kadro,
hekimlerin üçüncü gözü olan yeni nesil akıllı teknolojiler

Erişkin Kardiyolojisi | Çocuk Kardiyolojisi
Erişkin Kalp Damar Cerrahisi | Çocuk Kalp Damar Cerrahisi



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



**MEDİPOL
MEGA**
MEDİPOL MEGA
HASTANELER KOMPLEKSİ



ÇOCUKLARDA TRAKEOSTOMİ BAKIMI

Minik nefeslere
büyük özen

PROF. DR. SEDAT ÖKTEM

Trakeostomi aracılığıyla nefes alan minik hastalarda trakeostomi ile ilgili sorun yaşanmaması için aspirasyon, trakeostomi kanülünün belirli aralıklarla değiştirilmesi, cilt bakımı, pedlerin ve boyun bağlarının değişimi gibi bakımların düzenli olarak yapılması hayati öneme sahiptir.

Çocukların birçok farklı nedenden dolayı daha rahat nefes alabilmesi için trakeostomi kanülüne ihtiyacı olabilir. Akciğerlerinden sekresyonları öksürerek atamayan ya da solunum yetersizliği nedeni ile günde 16 saatten fazla ventilatöre (solunum makinesi) ihtiyaç duyan çocuklar için uzun süreli trakeostomi gerekebilir. Bazı durumlarda çocuk büyüdüğünde veya sorun giderildiğinde artık trakeostomi kanülüne ihtiyaç duyulmayabilir ve trakeostomi kanülü çıkarılabilir. Bu nedenle hastaneden taburcu olmadan önce sağlık profesyonellerinden çocuğa bakım veren kişilere trakeostomi bakımı ile ilgili eğitim verilmelidir. Buna rağmen trakeostomi değişimi gibi bazı işlemlerde beklenmedik sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Trakeostomi değişimi aile tecrübe kazanana kadar sağlık profesyoneli tarafından yapılmalı ancak bakım veren aile üyelerine de artan sorumluluklar verilerek bir süre sonra aile bireylerinin sağlık profesyonelleri gözetiminde kanül değişimini yapmaları sağlanmalıdır. Detaylara geçmeden önce genel birtakım bilgiler verebiliriz. Öncelikle çocuklarda trakeostomi ihtiyacı gerektiren hastalıklar nelerdir bunlara bakalım. Nefes almayı etkileyen doğumsal ya da sonradan edinilen solunum merkezindeki hastalıklar,

solunum borusundaki darlıklar, ses tellerinin normal hareket edememesi, solunum yollarının, kıkırdaklardaki yumuşaklık nedeni ile kolay kapanması (trakeomalazi), akciğer hastalıkları nedeniyle gelişen solunum yetmezliğinin düzeltilmesi için solunum cihazına ihtiyaç duyulması, solunumu kontrol eden kasları etkileyen hastalıklar, solunumu kontrol eden sinirleri etkileyen hastalıklar trakeostomi açılmasını gerektirebilir. Trakeostomi aracılığıyla nefes alan hastalarda trakeostomi ile ilgili sorun yaşanmaması için aspirasyon, trakeostomi kanülünün belirli aralıklarla değiştirilmesi, cilt bakımı, pedlerin ve boyun bağlarının değişimi gibi bakımların düzenli olarak yapılması hayati öneme sahiptir.

TRAKEOSTOMİNİN ASPIRE EDİLMESİ

Üst hava yolu; soluduğumuz havayı ısıtır, temizler ve nemlendirir. Trakeostomi kanülü olan çocukların soluduğu hava daha soğuk, daha kurudur ve temiz değildir. Bu nedenle; bu çocuklarda solunum yollarında daha fazla balgam üretimi vardır ve bu balgamların aspire edilmesi çocuğun daha kolay nefes almasına yardımcı olur. Farklı şekilde önerilmediğinde trakeostomi kanülü günde en az iki kez (sabah ve akşam buhar tedavileri ve göğüs fizyoterapisi yapıldıktan

sonra) ve gerektiğinde aspire edilmelidir. Çocuğun solunumunda değişiklik fark edildiğinde (özellikle normalden daha hızlı ya da zorlu nefes alıyorsa), 'gürültülü' nefes alıyor, sekresyon sesi geliyorsa ya da trakeostomi kanülünde sekresyon görüldüğünde, trakeostomi kanülünden ılık gibi ses geliyorsa, çocuğun tırnak, ağız çevresi ya da cildinde morluk ya da solukluk varsa, çok öksürüyor ve çok öksürmesine rağmen balgamını atamıyorsa, trakeostomi kanülü ya da ventilatör devresinde balgam görülmüyorsa, oksijen düzeyi %92'nin altına ya da doktorun söylediği değerin altına düştüğü durumlarda, ventilatör yüksek basınç veya düşük hacim alarmı veriyorsa da yine trakeostominin aspire edilmesi gerekir.

ASPIRASYON NASIL YAPILIR?

Çocuğunuzun anlayabileceği bir şekilde aspire edeceğinizi açıklayın. Malzemeleri toplayın ve çalışma alanını düzenleyin/temizleyin. Ellerinizi yıkayın ve kurulaşın. Ekipmanı hazırlayın ve aspirasyon sondasını aspirasyon cihazına bağlayın. Temiz bir kap içine serum fizyolojisi dökün. Eldiven takın (Gerekli ise temiz ya da steril aspirasyon yapıp yapılmadığına göre değişebilir). Aspirasyon cihazını açın (küçük çocuklar için önerilen basınç 80-100mmHg, büyük çocuklar/

yetişkinler için 100-120 mmHg). Sondanın ucunu ıslatmak ve aspirasyon cihazının çalıştığından emin olmak için aspirasyon sondasının ucu ile serum fizyolojik koyduğunuz kabın içerisinden serum fizyolojik aspire edin. Aspirasyon sondasının ne kadar derine sokulabileceği her hastanın kanül uzunluğuna göre değişir. Doktorunuzdan aspirasyon sondasının trakeostomi kanülünden kaç cm ileriye itileceğini öğreniniz. Aspirasyon sondası, trakeostomi kanülünün toplam uzunluğunun 0,5-1 cm daha fazlası olacak şekilde trakeostomi kanülünün içine yerleştirilip aspirasyon işlemine başlanır ve yuvarlak hareketler ile geriye doğru çekilerek 10 saniye içinde tamamlanır. Hastanın oksijen düzeyinin düşmemesi için aspirasyonun 10 saniyeden uzun yapılmaması önerilir. Eğer hastanın sekresyonları çok koyu kıvamda ve aspire edilmesi zor ise aspirasyon öncesi 5 yaş altı çocuklarda 0,5 cc, 5- 15 yaş arası çocuklarda 1 cc serum fizyolojik trakeostomi kanülüne koyulur ve sonra aspire edilir. Aspirasyon sırasında bazı çocukların oksijen seviyesi düşebilir.



Hekimin uygun gördüğü çocukların aspirasyon sırasında oksijen satürasyonlarının takip edilmesi, eğer gereklilik var ise aspirasyon öncesinde ve aralarda oksijen verilmesi ve/veya ambu (balon maske) ile satürasyonu %92 ya da doktorunuzun söylediği değerin üzerine çıkana kadar 3-4 kez nefes verilmesi gerekebilir. Daha sonra aspirasyon kateterini durulayın. Çocuğunuzun rengini ve nefes alma çabasını gözlemleyin. Aspirasyonlar arasında çocuğunuz en az 30 saniye dinlendirerek nefesini düzenlemesine izin verin. Aspirasyon işlemi; çocuğunuzun göğsünden duyduğunuz balgam sesi temizleninceye kadar ya da aspirasyon kakateri temiz ya da çok az mukus ile geri dönünceye kadar 3 keze kadar tekrarlanabilir. Aspirasyon sondası ölçtüğünüz kadar ilerletilemiyorsa 5 yaşın altındaki çocuklarda 0,5 cc, 5-15 yaş arasındaki çocuklarda 1 cc serum fizyolojik trakeostomi kanülünden verilir ve sonra aspire edilir. Eğer bu işlem sonrası da aspirasyon sondası ilerletilemiyorsa trakeostomi kanülünü değiştiriniz. Aspirasyon işlemi bittikten sonra kullandığınız malzemeleri atın ve aspirasyon cihazını kapatın. Ellerinizi yıkayın ve kurulayın.

Aspire edilen sekresyonlarda çizgi şeklinde kan var ise, aspirasyon derinliğini kontrol edin ve serum fizyolojik ile aspire etmeyi deneyin. Yeterince nemlendirilmemiş kuru hava soluk borusunun tahrişine ve kanamaya neden olabilir. Bu hastalarda aspirasyon nazıkçe yapılmalı, gerekli ise nemlendirme artırılmalıdır. Sekresyonlardaki kan 24-48 saat içinde düzelmezse, doktorunuza bildirin. Parlak kırmızı kan görürseniz, çocuğunuzun hemen doktorunuz tarafından görülmesi gerekir.

TRAKEOSTOMİ CİLT BAKIMI

Trakeostomi bölgesindeki cildin temiz ve kuru kalması gerekir. Trakeostomi kanülünün sürtünmesi ve salgıların birikmesi, kanülün giriş yerindeki cildi tahriş edebilir. Trakeostomi kanülü ve bağları altındaki cildin bozulmasını ve enfeksiyonları önlemek için trakeostomi bölgesinin günlük bakımı gereklidir. Bakım normalde günde bir kez, cildinde kızarıklık ya da tahriş olan hastalarda daha



Resim 1.
Trakeostomi
aspirasyonu için
gerekli ekipman



Resim
2. Trakeostomi
aspirasyon işlemi



Resim 3.
Trakeostomi cilt
bakımı yapılması

sık yapılmalıdır. Öncelikle ellerinizi yıkayın. Yapılacak işlemi çocuğunuzun anlayacağı şekilde açıklayın. Küçük bir battaniye veya havlu rulosunu çocuğunuzun omuzlarının altına koyun (boyun açıkta kalacak şekilde). Bu pozisyon trakeostomiye daha rahat görmenizi sağlar ve işlemi kolaylaştırır. Steril pamuk çubukları ve gazlı bezleri açın. Trakeostomi bağları değiştirilecekse, yeni boyun bağlarını hazırlayın. Bir kaba steril su dökün. Hidrojen peroksit kullanılacak ise ayrı bir bardağa (1/2 oranında) hidrojen peroksit ve steril su karışımını koyun. Trakeostomi kanülünün etrafındaki cildi steril suyla nemlendirilmiş pamuk çubuklar ile merkezden çevreye doğru olacak şekilde temizleyin. Kanülü hafifçe kaldırarak kanülün sağ ve sol taraflarını ayrı pamuk çubuk ile temizleyin. Herhangi bir sıvının trakeostomi kanülüne veya kanülün altındaki trakeostomi giriş alanına girmesine izin vermeyin. Trakeostomi giriş alanında yapışkan, koyu sekresyonlar var ise bunları temizlemek

için 1/2 oranında steril su ile karıştırılmış hidrojen peroksitle nemlendirilmiş pamuk çubuk kullanabilirsiniz. Hidrojen peroksit kullanıldı ise alanı steril su ile nemlendirilmiş pamuk çubuk ile durulayın. Gazlı bez veya kuru pamuk çubuk ile kurulayın. Gerekirse trakeostomi bağlarını değiştirin. Bu arada trakeostomi bağlarının altındaki cildi de kontrol edin. Trakeostomi pedini ya da gazlı bezi trakeostomi kanülünün çevresine ve altına sıkıştırın ve cildin katlanmamasına dikkat edin. (Gazlı bez kullanıyorsanız, kesilmiş gazlı bezden çıkan lifler kanülden solunabileceğinden gazlı bezi kesmeden kullanın). Cilt tahrişini önlemek için, bu sargıların her nemlendiğinde değiştirilmesi gerekir. Trakeostomi kanülü uzun süredir mevcut ise, cilt iyi durumda ve kızarıklık yoksa trakeostomi altına trakeostomi pedi ya da gazlı bez konulmasına gerek olmayabilir. Bu alanda kızarıklık, şişlik, kötü bir koku, boyun bağının yol açtığı kesik varsa ya da bu alan anormal görünüyor ise hekiminiz ile

temasa geçin. Bu bölgeye bir krem, losyon vs. uygulamadan önce mutlaka hekiminize danışın. Bakımdan sonra ellerinizi yıkayın.

TRAKEOSTOMİ KANÜLÜ DEĞİŞİMİ

Trakeostomi kanülünün sekresyonlar ile tıkanmasını önlemek ve kanülü temiz tutmak için hekiminiz tarafından farklı bir şekilde önerilmedi ise trakeostomi kanülünün türüne göre belirtilen sürelerde (genellikle ayda 1 kez) değiştirilmesi gerekir. Eğer çocuğunuz sık enfeksiyon geçiriyor ya da trakeostomi giriş yerinde (stoma) enfeksiyon, kızarıklık gibi bulgular varsa doktorunuzun önerisi ile daha kısa aralıklarla da değiştirilebilir. Rutin trakeostomi kanülü değişiklikleri için iki eğitimli kişinin olması tercih edilir. Ama acil bir durumda, kanülü tek başına değiştirmeye hazır olunmalıdır. Yapacağınız işlemi çocuğunuzun anlayacağı şekilde sakın ve nazikçe açıklayın. Endişeli iseniz, çocuğunuz bunu hissedebilir. Gerekli malzemeleri hazırlayarak çalışma alanını temizleyin ve düzenleyin. Ellerinizi yıkayın, kurulaşın ve steril eldiven giyin (Steril eldiven giydikten sonra steril olmayan hiçbir şeye dokunmayın). Steril işlemleri bir kişi, steril olmayan işlemleri diğer kişi yapacak şekilde organize olun. (Yeni kanülü takacak kişinin steril olması, hastaya pozisyon verme, eski bağıcıkları çözme gibi steril olmayan işleri ise diğer bir kişinin yapması gibi). Hazır boyun bağının paketini açın ya da yeni trakeostomi bağlarını hazırlayın. Hasta balonlu tüp kullanıyor ise doktorunuzun önerdiği şekilde hava ya da su ile şişirerek kaçak olmadığından emin olunması gerekir.

Paketin içinden çıkan kanül tıkaçını yeni tüpe yerleştirin, kolayca içeri ve dışarı kaydırdıktan emin olun. Kanül tıkaçı kanülü yönlendirmeye yardımcı olur ve yuvarlak ucu sayesinde yeni tüp takılırken trakeostominin giriş alanı içinde koruma sağlar, aynı zamanda kanülün bükülmesini engeller. Yeni trakeostomi kanülünün ucuna az miktarda steril kayganlaştırıcı sürülebilir. Tüp takılıncaya kadar steril veya temiz bir yüzeye yerleştirin (Kanülün paketini bu amaçla kullanabilirsiniz). Aspirasyon cihazını ve oksijeni hazır bulundurun. Boyunu ortaya çıkarabilmek için çocuğunuzun omuzlarının altına küçük bir battaniye veya havlu rulosu yerleştirin. Çocuk koopere olmuyor ve çok hareketli ise bir battaniyeye sarılabilir. Büyük ve koopere çocuklarda trakeostomi kanülü değişikliği oturarak yapılabilir. Trakeostomi kanülünü değişiklik öncesi aspire edin, oksijen durumunu kontrol ederek gerekirse oksijen verin. (Oksijen düzeyini işleme başlamadan önce %95'in ya da doktorunuzun söylediği değerin üzerine çıkarın). Varsa trakeostomi kanülünün balonunu indirin. Trakeostomi kanülünü tutarken eski bağları çıkarın. (Steril olmayan kişi bir elle kanülü sabit tutarken diğer eliyle bağıcıkları çözer. Bu işlemi yaparken kanülün tutulması önemlidir çünkü bu sırada çocuk öksürebilir ve trakeostomi kanülü yerinden çıkabilir. Eski trakeostomi kanülünü yukarı ve dışa doğru kanülün açısını takip ederek yavaşça çıkarın. Yeni kanülü nazik ve hızlı bir şekilde kanülün ucunu boynun arkasına aşağıya ve içe doğru yönlendiren hareket ile

(aspirasyon kataterini kullanır gibi) yerleştirin. Trakeostomi kanülünün değiştirilmesi çocuğun öksürmesine neden olabilir, sekresyonları silmeye veya aspire etmeye hazır olun ama bu süreçte kazara kanülün çıkmasını önlemek için trakeostomi kanülünü bırakmayın. Bu sırada zamanınız var ise trakeostomi giriş yerini kızarıklık, kanama veya enfeksiyon belirtileri açısından inceleyin.

KANÜLÜ ZORLAMAYIN!

Trakeostomi kanülünü yerleştirdiğinizde, kanülü güvenli bir şekilde tutarken trakeostomi tıkaçını hemen çıkarın (Trakeostomi tıkaçı içeride iken çocuğunuzun nefes alamadığını unutmayın). Oksijen satürasyonunu ve trakeostomi kanülünden hava hareketi olup olmadığını kontrol edin. Boyun ve trakeostomi bağları arasında bir parmak kalacak şekilde bağıcıkları sabitleyin. Trakeostomi kanülünün balonu varsa balonu azami 20 cm H2O (15 mmHg) olacak şekilde hava (Bivona marka kanül kullanıyorsanız su) ile şişirin. (Balon için basınç ölçeriniz yoksa balonu kulak memesi kıvamına gelmesini sağlayacak kadar şişirin). Çıkardığınız eski kanülü renk (sarı, yeşil, kanlı), mukus tıkaçları veya koku açısından inceleyin. Çocuğunuza da işlem sonrası pozitif geri dönüşler vermek önemlidir. Yeni kanülün yerleştirilmesi zorsa, işaret parmağınızı trakeostominin giriş alanının üzerine ve başparmağınızı da altına yerleştirerek giriş alanını açın / genişletin ve trakeostomi kanülünü yerleştirmeyi tekrar deneyin. Halen yerleştirmek zor oluyor ise yavaşça bir küçük boy kanülü yerleştirmeyi deneyin. Daha küçük boyutlu kanülü de yerleştiremiyorsanız, trakeostomi giriş deliğinden oksijen verin. Acil servise ulaşım için 112 'yi arayın. Trakeostomili çocuklarda mümkün olan en kısa sürede trakeostominin kapatılması düşünülmelidir. Trakeostomi ihtiyacı ortadan kalkan hastalarda trakeostomi kapatılması düşünülür ancak trakeostomi kapatılması için havayolunun değerlendirilmesi, trakeostomi kapağı kullanılması, uyku çalışması gibi ek tetkikler ve değerlendirmeler gerekebilir. Buna göre trakeostomi kapatılmasına karar verilir.

TRAKEOSTOMİ BAĞININ DEĞİŞTİRİLMESİ

Trakeostomi kanülünün çıkmasını önlemek ve boyundaki cildin bozulmasını ve döküntüleri önlemek için trakeostomi bağının en azından günlük olarak ya da her kirlendiğinde değiştirilmesi gerekir. Ellerinizi yıkayın. Trakeostomi bağları altındaki cilt bölgesini tahriş veya enfeksiyon belirtileri açısından her gün inceleyin. Trakeostomi bağları altındaki boyun bölgesini sabun ve suyla yıkayın ve kurulaşın. Trakeostomi kanülünün

tutarken, kanülün etrafındaki eski bağları çıkarın (Burada iki kişi var ise biri kanülü tutabilir ve diğeri bağları değiştirebilir). Trakeostomi bağını önce kanülün bir ucuna bağlayın sonra boynun etrafından geçirin, daha sonra da trakeostomi kanülünün diğer ucuna bağlayın. Bağları değiştirirken çocuğunuz öksürürse tüp çıkabilir. Trakeostomi ve boyun bağları arasında bir parmak kadar boşluğa izin verin (çok sıkı olmasın).

DEHB

Tanılar artıyor, kaygılar çoğalıyor

UZM. DR. ZEYNEP ZORLU

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı alan çocuk sayısı her geçen gün artıyor. Endişelerinde haklı olan aileler unutmamalı ki; gereksiz tedaviden kaçınmak ne kadar önemliyse, gerekli tedaviyi geciktirmemek de o derece önemlidir.

Son yıllarda dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı ve bu tanıya yönelik tedaviler giderek daha sık gündeme geliyor. Özellikle bir çocuğa tanı konulması ve tedavi önerilmesi, ailelerde kaçınılmaz olarak bir sorgulamayı beraberinde getiriyor: “İlaç gerçekten gerekli mi, yoksa fazla mı tanı konuluyor?” Bu sorular son derece anlaşılır. Çünkü hiçbir ebeveyn çocuğunun gereksiz bir etiket almasını ya da gereksiz bir tedavi görmesini istemez. Ancak aynı ölçüde önemli bir başka gerçek daha vardır: Gerekli bir tedavinin gecikmesi de çocuğun gelişimi açısından ciddi sonuçlar doğurabilir. Bu nedenle konuyu bireysel gözlemlerden çok, bilimsel veriler ve klinik kılavuzlar üzerinden değerlendirmek gerekir. DEHB; dikkat, dürtü kontrolü ve davranış düzenleme ile ilişkili beyin işlevlerindeki farklılıklarla karakterize nörolojiksel bir durumdur. Burada söz konusu olan, ‘yaramazlık’ ya da ‘karakter meselesi’ değil, beyin temelli bir işleyiş farkıdır. Tanı koyma süreci de bu nedenle yüzeysel değildir. Kısa bir gözlemlerle tanı konulmaz; çocuğun gelişimsel öyküsü, farklı ortamlardaki davranışları ve günlük işlevselliği birlikte değerlendirilir. Güncel klinik kılavuzlar, DEHB tedavisinde tek



tip bir yaklaşım olmadığını açıkça ortaya koymaktadır. Okul öncesi dönemde davranışsal müdahaleler ön plandayken, okul çağından itibaren tedavi çoğunlukla davranışçı yaklaşımlar ile ilaç tedavisinin birlikte planlanmasını içerir. Burada belirleyici olan yalnızca belirtilerin varlığı değil, bu belirtilerin çocuğun yaşamını ne ölçüde etkilediğidir. Tam da bu noktada kritik soru şudur:

NEDEN TEDAVİ EDİYORUZ?

DEHB yalnızca hareketli olmak ya da derste sıkılmak değildir. Tedavi edilmediğinde dikkat sorunları öğrenme sürecini doğrudan etkiler. Çocuk, kapasitesinin altında performans göstermeye başlar. Sürekli uyarılan, ‘dikkatini ver’, ‘yerinde dur’ gibi geri

bildirimlere maruz kalan çocuklarda zamanla özgüven kaybı gelişebilir. Başarısızlık deneyimleri biriktikçe çocuk kendisini yetersiz olarak tanımlamaya başlayabilir. Bu durum yalnızca akademik alanla da sınırlı değildir. Dürtüsellik nedeniyle akran ilişkileri zorlanabilir, kurallara uyumda güçlük yaşanabilir ve sosyal dışlanma ortaya çıkabilir. Daha ileri dönemlerde ise bu tabloya ikincil sorunlar eklenebilir. Klinik çalışmalar; karşıt olma-karşı gelme bozukluğu, öğrenme güçlükleri ve davranım sorunlarının DEHB ile birlikte daha sık görüldüğünü ortaya koymaktadır. Ergenlik döneminde risk alma davranışlarında artış ve madde kullanımı açısından artmış yakınlık da bu tabloya eşlik edebilir.

DEHB tedavisinde kullanılan ilaçlar da bu çerçevede ele alınmalıdır. Bu ilaçlar çocuğu sakinleştirmek ya da çevresini rahatlatmak için verilmez. Aynı şekilde bir performans artırıcı/doping olarak da kullanılmaz. Amaç; dikkat ve dürtü kontrolünü düzenleyen beyin sistemlerini destekleyerek çocuğun kendi potansiyeline ulaşmasını sağlamaktır. İlaçların kontrollü reçete sistemine tabi olması, ailelerde zaman zaman endişe yaratmaktadır. Oysa bu durum, ilacın

tehlikeli olduğundan çok, dikkatli kullanım ve düzenli izlem gerektirdiğini gösterir. Uygun hastada, doğru dozda ve düzenli takip ile kullanıldığında bu tedavilerin etkili ve güvenli olduğu çok sayıda bilimsel çalışma ile gösterilmiştir. Burada tıbbın temel bir ilkesini hatırlamak gerekir: Gereksiz tedaviden kaçınmak ne kadar önemliyse, gerekli tedaviyi geciktirmemek de o kadar

önemlidir. Bu yaklaşım yalnızca çocuk psikiyatrisi için geçerli değildir. Örneğin diyabet tanısı alan bir çocuğa “Bir süre bekleyelim, belki düzelir” demek ne kadar doğruysa; ciddi dikkat ve dürtü kontrol sorunları yaşayan bir çocukta tedaviyi ertelemek de benzer şekilde sorunludur. Aynı şekilde görme bozukluğu olan bir çocuğa gözlük vermemek nasıl ki onun öğrenme sürecini olumsuz etkilerse, DEHB’de de uygun tedaviyi vermemek çocuğun akademik ve sosyal gelişimini sekteye uğratır.

TANILAR NEDEN ARTIYOR?

Ebeveyn yaşının artması ve prematüre bebeklerin yaşam oranlarının yükselmesi gibi faktörler de nörogelişimsel farklılıkların daha sık görülmesine katkıda bulunmaktadır. Günümüz yaşam koşulları da bu tabloyu anlamak açısından göz ardı edilemez. Beslenme alışkanlıklarının değişmesi, işlenmiş gıdaların yaygınlaşması, fiziksel aktivitenin azalması, çocukların daha kapalı ve izole ortamlarda, çoğu zaman ekran merkezli bir yaşam sürmesi; yalnızca DEHB’yi değil, obezite, diyabet ve kaygı bozuklukları gibi pek çok sağlık sorununu daha sık görmemize neden olmaktadır. Bu noktada sık duyulan bir itiraz vardır: “Biz de çocukken hareketliydik, bize kimse tanı koymadı.” Bu ifade anlaşılabilir, ancak eksik bir karşılaştırmaya dayanır. Çünkü geçmişte tanı konulmayan birçok bireyin eğitim hayatında zorlandığı, okulu erken bıraktığı ya da potansiyelini tam olarak kullanamadığı da bir gerçektir. O dönemlerde bu durum çoğu zaman tembellik, uyumsuzluk ya da söz dinlememe olarak etiketlenmiş, altta yatan nedenler yeterince anlaşılamamıştır.

HER ÇOCUK POTANSİYELİNE ULAŞMAYI HAK EDER

Bugün ise elimizde daha fazla bilimsel bilgi ve daha etkili müdahale yöntemleri vardır. Bu nedenle mesele, eskiden yoktu değil; eskiden fark edilmiyordu gerçeği üzerinden değerlendirilmelidir. Bu nedenle artışı tek bir nedene bağlamak yerine, değişen yaşam tarzının çocuk gelişimi üzerindeki çok boyutlu etkileri üzerinden değerlendirmek daha sağlıklı bir yaklaşım olacaktır. Sonuç olarak DEHB, basit bir fazla tanı ya da gereksiz ilaç tartışmasına indirgenemeyecek kadar kapsamlı bir tıbbi durumdur. Eleştiriler tamamen yersiz değildir; ancak genellemelere dayandığında yanıltıcı olabilir. Doğru yaklaşım; dikkatli değerlendirme, güncel bilimsel rehberlere dayalı karar verme ve aile ile kurulan güven ilişkisine dayanır. Her çocuk, anlaşılmayı, doğru zamanda doğru desteği almayı ve potansiyeline ulaşmayı hak eder.

Ne eksik, ne fazla

Vitamin ve minerallerin fazlası kemik, karaciğer, böbrek gibi organlarımızda birikerek ve toksikasyona sebep olur. Bu sebeple bir hekime başvurmadan takviye kullanmanın sakıncaları olabilir.



ÇİNKO EKSİKLİĞİ VE FAZLALIĞI NEYE YOL AÇAR?

EKSİKLİĞİ: Kuru cilt, siville, egzama gibi cilt sorunları, tırnak kırılmaları, saç dökülmesi, tekrarlayan solunum yolu enfeksiyonları, yara iyileşmesinde gecikme, derin çinko eksikliğinde hem kadın hem erkek üreme fonksiyonlarını etkileyerek infertilite (kısırlık), insülin sentezi, salgılanması ve depolanmasında görevli olduğu için eksikliğinde şeker hastalığının kötü seyretmesine neden olabilir.

FAZLALIĞI: Bulantı, kusma, baş dönmesi, baş ağrısı, ishal. Ek olarak çinko fazlalığı bakır emilimini bozarak vücutta bakır eksikliğine neden olabilir.



D VİTAMİNİ EKSİKLİĞİ VE FAZLALIĞI NEYE YOL AÇAR?

EKSİKLİĞİ: Halsizlik, yorgunluk, yaygın kas-eklem ağrıları, kas kuvvetinde azalma, baş ağrısı, baş dönmesi, saç dökülmesi, bağışıklık sisteminin zayıflaması nedeni ile sık tekrarlayan enfeksiyonlar, uyku problemleri. D vitamini eksikliği uzun süre devam eder ve tedavi edilmez ise çocuklarda raşitizm adı verilen kemiklerin yumuşaması, zayıflaması ile seyreden, büyüme geriliği ve kalıcı kemik deformitelerine neden olan hastalığa neden olur. Erişkinlerde görülen formuna

osteomalazi denir ve kemik kırılmaları ile seyreder.

FAZLALIĞI: Halsizlik, yorgunluk, yaygın kas-eklem ağrıları, kemik kırılabilirliğinde artış, iştahsızlık, bulantı, kusma, mide ağrısı, sık idrara çıkma, böbrek taşı, aritmi (kalp ritminde bozulma), baş ağrısı, baş dönmesi, unutkanlık, konsantrasyon bozukluğu.



B12 EKSİKLİĞİ VE FAZLALIĞI NEYE YOL AÇAR?

EKSİKLİĞİ: Anemi (kansızlık), halsizlik, nefes darlığı, çarpıntı, üşüme, cilt renginde solukluk, ellerde ve ayaklarda batma, yanma, karıncalanma, uyuşma, unutkanlık, konsantrasyon bozukluğu, denge bozukluğu, saç dökülmesi, kas kuvvetinde azalma ve ağız içinde yaralar.

FAZLALIĞI: Bulantı, kusma, ishal, deri döküntüleri, kaşıntı, baş ağrısı ve baş dönmesi.



MAGNEZYUM EKSİKLİĞİ VE FAZLALIĞI NEYE YOL AÇAR?

EKSİKLİĞİ: Halsizlik, yorgunluk, iştahsızlık, saç dökülmesi, unutkanlık, konsantrasyon bozukluğu, bulantı, kabızlık, yaygın kas ağrıları, kas krampları, aritmi (kalp ritminde bozulma), ellerde ve ayaklarda karıncalanma.

FAZLALIĞI: Bulantı, kusma, ishal, baş dönmesi, kas kuvvetinde azalma, nefes darlığı, tansiyon düşüklüğü, aritmi (kalp ritminde bozulma)-kalp durmasına kadar gidebilir.





C VİTAMİNİ EKSİKLİĞİ VE FAZLALIĞI NEYE YOL AÇAR?

EKSİKLİĞİ: Halsizlik, yorgunluk, bağışıklık sisteminin zayıflaması nedeni ile sık hastalanma, yara iyileşmesinde gecikme, diş eti iltihabı, ciltte morarmalar, kas-eklem ağrıları, saç dökülmesi.

FAZLALIĞI: Bulantı, kusma, mide ağrısı, karın ağrısı, ishal, baş ağrısı, deri döküntüleri, uyku problemleri.



OMEGA 3 EKSİKLİĞİ VE FAZLALIĞI NEYE YOL AÇAR?

EKSİKLİĞİ: Yaygın kas-eklem ağrıları, halsizlik, yorgunluk, cilt kuruluğu, göz kuruluğu, kaşıntı, unutkanlık, konsantrasyon bozukluğu, saç dökülmesi, tırnak kırılması, depresyon ve uyku problemleri.

FAZLALIĞI: Mide yanması, bulantı, uyku problemleri, düşük tansiyon, kanama eğiliminde artış görülür. Özellikle kan sulandırıcı ilaç kullanan hastalar omega 3 dozu açısından dikkatli olmalıdır.



MULTİVİTAMİNLERİ TÜKETMELİ, KİMLER TÜKETMELİ?

İçerisinde birden fazla vitamin ve minerali barındıran takviye edici gıdalar multivitamin olarak isimlendirilmektedir. Vitamin ve mineraller vücudumuzda çok çeşitli reaksiyonlarda görev alan, dışarıdan besinler yolu ile ve yetmediği durumlarda takviyeler ile almamız gereken mikro besinlerdir. Sıklıkla halsizlik, yorgunluk, kas-eklem ağrıları, bağışıklığı güçlendirmek, unutkanlık, konsantrasyon problemleri, saç ve cilt sorunları, uyku problemleri nedeni ile tercih edilmektedirler. Günümüzde çok çeşitli içeriklerde multivitaminlere kolaylıkla ulaşmak mümkündür. Gribal enfeksiyonlar esnasında bağışıklığı güçlendirmek için veya belli bir süre için konsantrasyonu arttırmak gibi amaçlarla kısa süreli kullanılmalarında sakınca olmamakla birlikte uzun süreli kullanım planlanıyor ise mutlaka hekime başvurup kan tahlillerimizi yaptırmamız gerekir zira, toksikasyona neden olabilir, altta yatan farklı bir hastalığımız olabilir veya yetmeyebilir. Vitamin ve minerallerin fazlası kemik, karaciğer, böbrek gibi organlarımızda birikmekte ve toksikasyona sebep olmaktadır. Belli bir şikâyetimiz var ise ve buna iyi geleceğini düşünerek direkt multivitamin başlıyor isek bu da büyük bir yanıltır çünkü başta kanserler olmak üzere birçok hastalığın ilk belirtileri halsizlik, yorgunluk, kas-eklem ağrıları gibi müphem şikâyetlerdir. Altta yatan bir hastalık durumu olabilir ve bu şekilde tanının gecikmesine sebep olabiliriz. Bir süredir devam eden bu tarz bir durumumuz varsa takviyelere yönelmek yerine bir hekime başvurmamız gerekir. Bu tarz takviyelerin içinde vitamin ve mineraller her birinden az az olacak şekilde yer alır. Bu dozlar ciddi bir eksikliği tedavi etmek için yeterli olmayacaktır. Böyle durumlarda hekim tarafından reçete edilen formları ilaç olarak kullanmak gerekir. Tüm bu sebeplerle bu tarz takviyeleri kan düzeyleri kontrol edilip eksiklik tespit edildikten sonra uygun doz ve sürede kullanmak gerekir.

Çocukta ağrımaz demeyin

PROF. DR. DİLARA FÜSUN İÇAĞASIOĞLU

Toplumda bilinenin aksine çocuklar da baş ağrısı yaşayabiliyorlar. Burada önemli olan bulguları iyi takip edip, alanında uzman hekimlere danışmaktır.

Baş ağrısı toplumda karşılaştığımız en sık sorunlardan birisidir. Geçmiş insanlığın var olmasına kadar uzanır. Bir hastalık olarak kabul edilmesi ise geçtiğimiz yüzyıla dayanmaktadır. Erkeklerin %93'ü, kadınların ise %99'u ömürleri boyunca en az bir kez baş ağrısından yakınır. Toplumda bu kadar sık görülen baş ağrısı için çocuklarda durum nedir? Toplumda genel bir anlayış olarak 'çocukların baş ağrımayacağı' düşünülmeyle birlikte, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) baş ağrısını 'her yaştan', 'her ırktan' insanı ilgilendiren küresel bir sorun olarak kabul etmiştir. Yapılan çalışmalarda, dünyada çocuklarda tekrarlayan baş ağrısı sıklığı, okul çocuklarında %58,4, tüm çocukluk çağında ise %26-93 olarak bildirilmiştir. Ergenlik dönemine kadar baş ağrısı kızlarda ve erkeklerde benzer sıklıkta iken ergenlik dönemlerinde kızlarda sıklık artar. Baş ağrısı, çocukların günlük yaşamını ve okul başarısını etkilemesi, ailelerde ciddi hastalık şüphesi ile endişe yaratması nedeniyle çocukluk çağıının önemli sağlık sorunlarından biri haline gelmiştir. Çocuklardaki baş ağrısı, alışlagelen nedenlere bağlı olabileceği gibi, hayatı tehdit eden sorunların da habercisi olabilir. Bu yüzden çocuklarda

görülen baş ağrıları dikkate alınmalı ve ayrıntılı olarak araştırılmalıdır. Çocukluk çağı baş ağrısı nedenleri şu şekilde sınıflandırılabilir.

NEDENLERİ NELERDİR?

Ani başlayan ikincil baş ağrıları genelde; ateş, üst solunum yolu enfeksiyonları (tonsillit, sinüzit, ortakulak iltihabı), göz bozuklukları, diş çürükleri, sistemik enfeksiyonlar, travma, zehirlenmeler, kan şekeri düşüklüğü, epileptik nöbet sırasında veya sonrasında, menenjit, ensefalit, tansiyon yüksekliği (hipertansiyon), beyin kanaması ve inme olduğu durumlarda görülür. Birincil baş ağrıları; gerilim tipi baş ağrıları, küme baş

ağrıları (trigeminal otonomik baş ağrıları), migren ve diğer primer baş ağrıları olarak kategorize edilir.

Süreğen ve ilerleyici baş ağrıları ise; tiroid hastalıkları, yalancı beyin tümörü (psödötümör serebri) ve beyin tümörleri sebebiyle ortaya çıkarlar.

YAŞAM KALİTESİNİ OLUMSUZ ETKİLER

Gerilim tipi baş ağrısı (GTBA), çocukluk ve ergenlik çağıında çok sık görülür. Günlük yaşam aktivitelerini ve akademik performansını olumsuz etkileyebilir. GTBA kızlarda erkeklere göre iki kat fazla görülür ve genellikle ergenlik öncesi başlar, yıllarca devam edebilir.

BAŞI AĞRIYAN ÇOCUĞUMA NASIL YARDIMCI OLABİLİRİM?

- ▶ Baş ağrısı günlüğü tutmaya başlayın. Tarih, saat, tetikleyici faktörler, şiddeti ve diğer ilişkili semptomları kaydedin. Doktorunuz bu bilgilerden çok yararlanacaktır.
- ▶ Çocuğunuzun yeterli miktarda sıvı tükettiğinden emin olun (kafeinli/gazlı içeceklerden kaçının).
- ▶ Çocuğunuzun düzenli yemek yediğinden ve öğün atlamadığından emin olun.
- ▶ İyi uyuduğundan emin olun.
- ▶ Düzenli egzersiz yaptığınızdan emin olun.
- ▶ Ekran süresini sınırlamayı düşünün.
- ▶ Basit ağrı kesiciler (parasetamol veya ibuprofen) verilebilir, ancak haftada 3 kereden az kullanmaya dikkat edin.
- ▶ Baş ağrısının nedenini belirleyebilmek için çocuk nörolojisi doktorunuzdan randevu alın.



GTBA, başın iki tarafında olan, hafif ile orta şiddette, sıkıştırıcı veya baskılayıcı karakterde olup, 30 dakika ile 7 gün arasında sürmektedir. Kafa arkasına ve boyuna yayılabilir. Ağrı yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir. Fiziksel aktivite ile kötüleşmez. Fotofobi (ışıktan rahatsız olma) ve fonofobi (gürültüden rahatsız olma) ile ilişkili olabilir ancak ikisi aynı anda görülmez. Bulantı, kusma veya aura eşlik etmez. Küme baş ağrıları (KBA), genellikle tek taraflı ağrı ile başlar. Gözlerde kızarıklık/sulanma, göz kapağı ödemi, göz kapağı düşüklüğü, huzursuzluk, alın ve yüzde terleme ile karakterizedir. Ataklar 15 ila 180 dakika sürebilir ve günde 8 kez atak görülebilir. KBA çok düzenli şekilde ortaya çıkar. Çoğu hasta, gece belirli saatlerde bu ağrıları yaşar. İkincil nedenler KBA'da daha sık görülür. Bu nedenle hastalara manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ve manyetik rezonans anjiyografi (MR anjiyo) yapılması önerilir.

KUSMA VARSA...

Çocukluk döneminde süregelen ve tekrarlayan özellikteki baş ağrılarının en sık görülen nedeni migrendir. Migren atakları, okul başarısını, sosyal yaşamı ve günlük aktiviteleri etkileyebilir. Çocuklarda migren tanısı için gerekli kriterler şöyledir; aşağıdaki kriterleri karşılayan en az 5 atak,

tedavi edilmemiş veya başarısız tedavi edilmiş atakların 4-72 saat sürmesi, baş ağrısının aşağıdaki dört özelliğinden en az ikisine sahip olması. Bahsedilen maddeler ise; tek taraflı veya iki taraflı yerleşim (çocuklarda genellikle iki taraflı), zonklayıcı baş ağrısı, orta veya şiddetli ağrı ve günlük fiziksel aktiviteyle (örneğin yürüyüş veya merdiven çıkma) artma veya bu aktiviteden kaçınma olarak sıralanabilir. Ayrıca baş ağrısı sırasında eşlik eden bulgulardan bulantı ve/veya kusma ve fotofobi (ışıktan rahatsız olma) ve fonofobiden (gürültüden rahatsız olma) biri görülürse, başka bir tanıyla daha iyi açıklanamayan baş ağrısı varsa migren teşhisi konulabilir.

İLAÇ DIŞI TEDAVİLER UYGULANABİLİR

Baş ağrılarında tedavinin temel amacı atak sıklığını, şiddetini ve süresini azaltmak, yaşam kalitesini artırmak ve gereksiz ilaç kullanımını önlemektir.

MİGRENİ NELER TETİKLER?

- ▶ Uyku düzeninde bozukluklar
- ▶ Uzun süre aç kalma
- ▶ Öğün erteleme
- ▶ Besinler (Yumurta, kahve, kakaolu yiyecekler, kabuklu deniz ürünleri vb)
- ▶ Fiziksel antrenmanlarda fazla yorulma
- ▶ Keskin kokular
- ▶ Şiddetli ışık kaynağı
- ▶ Stres
- ▶ Ani hava değişimleri
- ▶ Tütün ve içki kullanımı
- ▶ İlaçlar
- ▶ Adet dönemleri de migreni tetikleyen faktörler arasında sayılmaktadır.

Bu amaçla medikal tedavi ve ilaç dışı tedaviler kullanılmaktadır. İlaç dışı tedavi uygulamaları; olası tetikleyicileri faktörleri belirlemek ve onlardan uzak kalmak, akut ağrı tedavisini yapmak, dengeli beslenme alışkanlığını benimsemek (öğün atlamamak, mayalı yiyecekler, çikolata, salam-sosis içeren yiyeceklerden uzak durmak, katkılı ve kafeinli gıdalardan kaçınmak, yeterli su içmek), düzenli uyku alışkanlığı kazanmak (her gün aynı saatte yatıp, 8-10 saat uyumak), ekran kullanımını sınırlandırmak, fazla ağrı kesici kullanımından kaçınmak, okul ve aile kaynaklı stres faktörlerini azaltmak (gerekirse psikolojik destek almak) olarak sıralanabilir. Atak esnasında ise; çocuğun ışık ve yüksek gürültüden uzaklaşması, soğuk, karanlık ve sessiz bir odada uyuması, gevşeme tekniklerini uygulaması, ağrının olduğu bölgeye soğuk uygulama yapılması ağrıyı geçirebilir.

BAŞI AĞRIYAN ÇOCUĞUM İÇİN NE ZAMAN ENDİŞELENMELİYİM, NE YAPMALIYIM?

Çocuğunuzun baş ağrısı sırasında aşağıdaki bulgulardan bir veya birkaçı varsa hemen bir çocuk nörologuna danışmanız önerilir: Giderek şiddetlenen veya kafa arkası yerleşimli baş ağrısı, 6 yaşın altındaki çocuklarda baş ağrısı, sabahları bulantı ve kusma ile birlikte olan baş ağrısı, öksürük, ıkınma veya egzersiz ile şiddetlenen baş ağrısı, dengesiz yürüme, koordinasyon bozukluğu, kişilik değişiklikleri, güçsüzlük, göz dibinde ödem, bulanık görme, cisimlerin tamamını görememe, görme kaybı, kusma ile beraber olan baş ağrısı, ani gelişen şaşılık, yüz felci, nöbetler, ateş, ense ağrısı (yukarı bakarken veya çenesini göğsüne değdirirken ağrı ve zorlanma), uykudan uyandıran baş ağrısı, malign hastalıklar, orak hücreli anemi veya beyinde şant varlığı ile olan baş ağrıları. Çocuğunuzdaki baş ağrısı, şimdiye kadar yaşadığı ağrıların en şiddetlisi ise ve fişkirir tarzda sürekli kusuyorsa 112'yi arayarak acil servise gitmeniz uygun olur.





Organ nakli hayata bağlar!

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



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



**MEDİPOL
MEGA**
MEDİPOL MEGA
HASTANELER KOMPLEKSİ



Bağışıklığınız güçlü mü?

DOÇ. DR. RIDVAN SİVRİTEPE

Sağlıklı bir hayat sürmemiz için kritik öneme sahip bağışıklık sistemimizi güçlendirmek için dikkat etmeniz gerekenleri sıralıyoruz...

Bağışıklık sistemi vücudumuzu enfeksiyonları karşı koruyan ve anormal hücreleri tanıyarak onları yok eden, vücut içindeki sağlığı sürdüren bir savunma mekanizmasıdır. Bağışıklık sistemimiz, vücudu doğrudan enfeksiyonlara karşı savunur ve ilk savunma hattını oluşturur. Peki bağışıklık sistemimizin güçlenmesi için nelere dikkat etmemiz gerekir?

DENGELİ BESLENME: Bağışıklık sisteminin sağlıklı bir şekilde çalışması için yeterli ve dengeli beslenme son derece önemlidir. Proteinler, vitaminler (C, D, A, E, B12), mineraller (çinko, selenyum) ve antioksidanlar bağışıklık sistemi için gereklidir. Turunçgiller gibi meyveler, yeşil yapraklı sebzeler, tam tahıllar, sağlıklı yağlar (zeytinyağı, avokado) ve protein kaynakları (tavuk, somon, sardalya gibi balıklar, fasulye, yoğurt) içeren bir diyet bağışıklık sisteminin güçlenmesine yardımcı olur. Yine prebiyotik ve probiyotikler içeren gıdalar, bağırsak sağlığını iyileştirerek bağışıklık sistemini destekler. Belli periyotlar ile kişilerin vitamin mineral ve eser element düzeyleri için tetkikleri yaptırması ve ihtiyaç halinde takviye kullanılmasını öneriyoruz.

UYKU: Uyku, bağışıklık sistemi için kritik bir rol oynar. Yetersiz uyku, bağışıklık sisteminin zayıflamasına neden olur. Günlük olarak 7-9 saatlik uyku,

bağışıklık sisteminin düzgün çalışmasını destekler. Kaliteli bir uyku, bağışıklık hücrelerinin yeniden üretilmesini destekler.

EGZERSİZ: Düzenli fiziksel aktivite bağışıklık sisteminin işlevini artırır. Orta şiddetteki egzersiz vücuttaki iltihaplanmayı azaltarak, bağışıklık hücrelerinin daha etkili bir şekilde dolaşmasını ve patojenlere karşı daha hızlı tepki vermesini sağlar.

STRES YÖNETİMİ: Kronik stres, bağışıklık sisteminin zayıflamasına neden olur. İbadet, yoga, meditasyon ve derin nefes egzersizleri gibi stres azaltma teknikleri stresin etkilerini azaltır.

AŞILAR: Aşılar, bağışıklık sisteminin belirli hastalıklara karşı güçlendirilmesini sağlar. Bilimsel araştırmalar, aşıların hastalıkları önleme ve kontrol etme konusunda en etkili yöntemlerden biri olduğunu kanıtlamıştır. Bu nedenle özellikle çocukluk ve yaşlılık döneminde rutin olan aşıların yapılması hayati öneme sahiptir.

HİDRASYON: Yeterli su içmek, vücuttaki toksinlerin atılmasını destekler. Vücut yeterli su almadığında, bağışıklık sistemi zayıflar. Her gün yeterince su içmek, vücut fonksiyonlarının düzgün çalışmasını sağlar. Günlük kilo başına 30-40 cc arasında su tüketilmesini önermekteyiz.

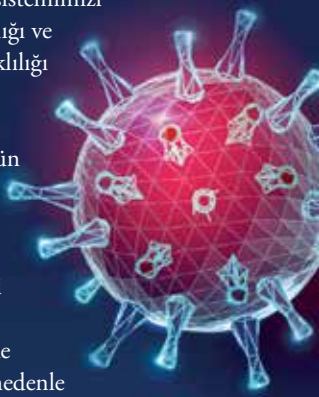
SİGARA VE ALKOL TÜKETİMİNİ SINIRLAMA: Bilimsel çalışmalar, sigara ve alkol

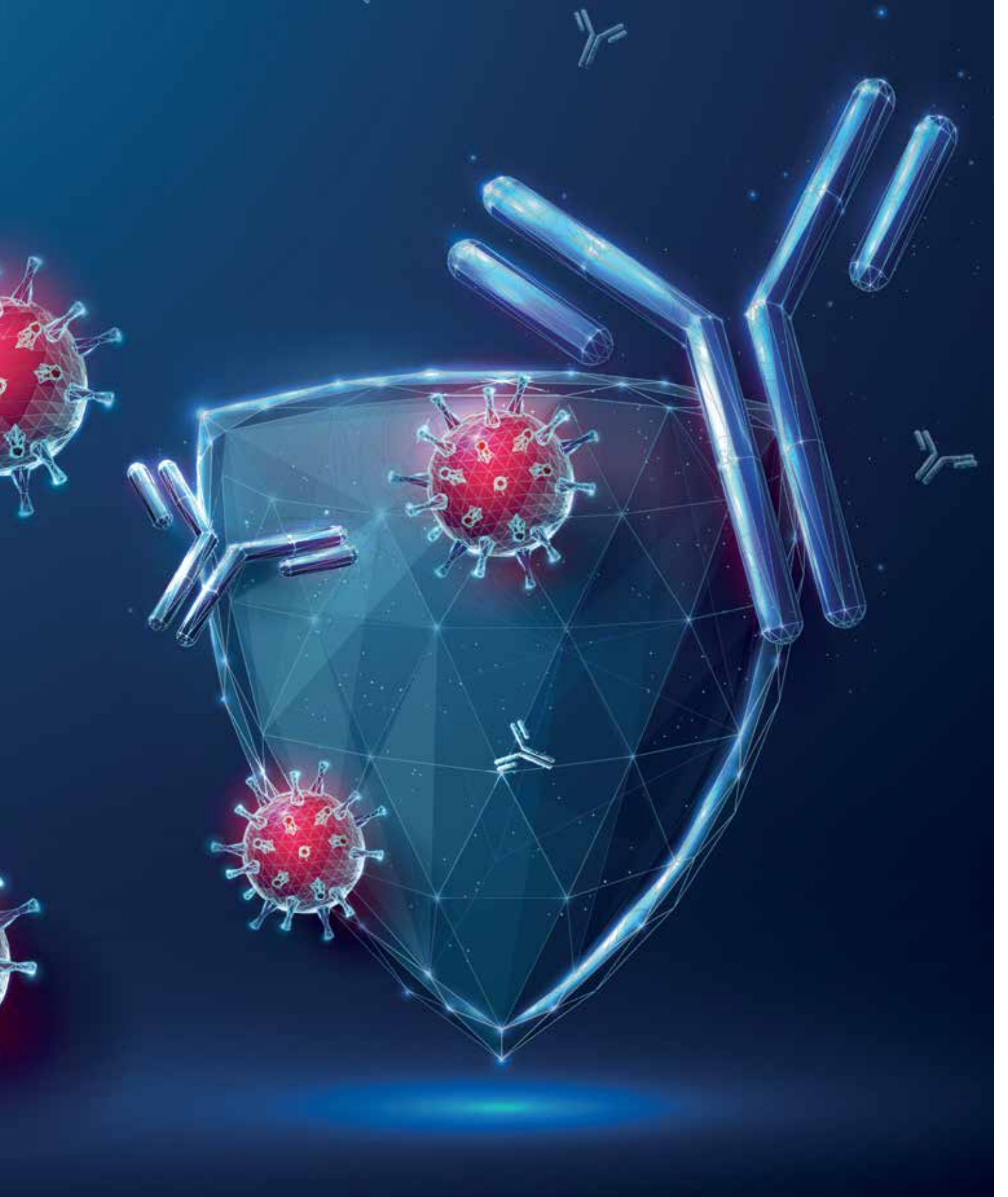
tüketiminin bağışıklık sistemi üzerinde negatif etkileri olduğunu göstermiştir. Bu maddelerin tüketimini sınırlamak veya tamamen bırakmak, bağışıklık sisteminin sağlığını korumaya yardımcı olur.

HİJYEN: Temizlik ve hijyen kurallarına uymak enfeksiyonları önlemenin en önemli yoludur. Enfeksiyonlardan kaçınmak için el yıkama, maske takma (gerekli durumlarda) ve enfekte olmuş kişilerden uzak durma gibi temel hijyen kurallarına dikkat edilmelidir.

RUTİN SAĞLIK KONTROLLERİ: Düzenli sağlık kontrolleri, potansiyel sağlık sorunlarını erken teşhis ederek tedaviye başlamak için fırsat sunar. Erken ve doğru müdahaleler, bağışıklık sisteminin koruyucu rolünü güçlendirir. Sonuç olarak bağışıklık sistemimizi güçlendirmek, genel sağlığı ve hastalıklara karşı dayanıklılığı artırmak için önemlidir.

Bağışıklık sistemi, genellikle bir dizi faktörün kombinasyonunun sonucu olarak güçlendirilir. Ancak her bireyin bağışıklık sistemi farklıdır ve kişisel sağlık durumları da göz önünde bulundurulmalıdır. Bu nedenle herhangi bir sağlık sorunu veya bağışıklık sistemi zayıflığı ile ilgili endişeleriniz varsa, bir sağlık uzmanına başvurmanız öneriyoruz.







Sürdürülebilirlik ve İkiz Dönüşüm Merkezi tanıtıldı

İstanbul Medipol Üniversitesinde Sürdürülebilirlik ve İkiz Dönüşüm Merkezinin kuruluşu kapsamında düzenlenen etkinlikte, yeşil ve dijital dönüşümün sanayi, kalkınma ve insan kaynağı üzerindeki etkileri ele alındı. İstanbul Medipol Üniversitesi Sürdürülebilir Kalkınma ve İkiz Dönüşüm Uygulama ve Araştırma Merkezi (SURKAM) yürütücülüğünde, Dijital ve Sürdürülebilir Gelecek Derneği (DİSÜDER) ortaklığında ve İstanbul Kalkınma Ajansı (İSTKA) desteğiyle hayata geçirilen “Sürdürülebilirlik ve İkiz Dönüşüm Merkezi Projesi” düzenlenen etkinlikte tanıtıldı. Etkinlik kapsamında düzenlenen panel oturumu, Prof. Dr. Rana Atabay Kuşçu’nun moderatörlüğünde gerçekleştirildi. Panelde; DCUBE Kurucu Ortağı Av. Oya Eroğlu, MEXT Sürdürülebilirlik Yöneticisi Yusuf Turhan ve Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Ece Ümmü Deveci, sürdürülebilirlik ve ikiz dönüşüm süreçlerini akademik ve sektörel boyutlarıyla ele aldı. İstanbul Kalkınma Ajansı Genel Sekreteri Dr. Ziya Taşkent

duyduğu memnuniyeti dile getirerek, “Biz kalkınmayı yalnızca yatırımlar ya da ekonomik büyüklükler üzerinden değerlendirmiyoruz. İnsan odaklı, bilgi ve yeniliği üretimle buluşturan bir dönüşümden söz ediyoruz” dedi. Avrupa Birliği Yeşil Mutabakatı, sınırda karbon



düzenlemesi ve dijital ürün pasaportu gibi yeni uygulamaların ticaretin doğrudan parçası hâline geldiğini söyleyen Taşkent, “Bugün sadece ucuz üretmek rekabet gücü sağlamıyor. Daha temiz, daha şeffaf, izlenebilir ve dijital üretim yapmak gerekiyor.” ifadesinde bulundu. İstanbul Medipol Üniversitesi Rektörü Prof. Dr. Bahadır Kürşat Güntürk ise konuşmasında sürdürülebilirliğin yalnızca çevreyi korumaya yönelik bir yaklaşım olarak ele alınamayacağını belirtti. Olası bir gelecek senaryosu üzerinden konuşan Güntürk, gerekli önlemler alınmadığı takdirde insanlığın ciddi çevresel ve toplumsal sorunlarla karşı karşıya kalabileceğine dikkat çekti. “Sürdürülebilirlik ve İkiz Dönüşüm Merkezi” projesi, İstanbul Kalkınma Ajansı (İSTKA) İkiz Dönüşüm Mali Destek Programı kapsamında hibe almaya hak kazandı. Bir yıl sürecek proje kapsamında, plastik sektöründe faaliyet gösteren 10 firmanın ikiz dönüşüm olgunluk analizleri gerçekleştirilecek; firmalara özel yeşil dönüşüm yol haritaları oluşturulacak ve GRI uyumlu sürdürülebilirlik raporları hazırlanacak.

5. Kariyer Fuarı yoğun katılımı gerçeğe geçti

İstanbul Medipol Üniversitesi'nde düzenlenen 5. Kariyer Fuarı, iki gün boyunca öğrenciler ve mezunları iş dünyasının farklı alanlarından kurumlarla bir araya getirdi. İstanbul Medipol Üniversitesi öğrencilerinin iş yaşamıyla buluşmasına olanak sunan Kariyer Fuarı, Güney Kampüs'te gerçekleşti. İstanbul Medipol Üniversitesi Kariyer Merkezi tarafından bu yıl beşincisi düzenlenen fuarın açılış törenine; İstanbul Vali Yardımcısı Hasan Gözen, İstanbul Medipol Üniversitesi Rektörü Prof. Dr. Bahadır Kürşat Güntürk, Kariyer Merkezi Müdürü Doç. Dr. Tuba Işık, akademik ve idari personel ile öğrenciler katıldı. İki gün süren fuarda öğrenciler ve mezunlar, sektörün farklı alanlarından firmalarla bir araya geldi. 120'den fazla firma ve kurum stant açtı. Fuarda katılımcılar, staj



ve iş fırsatları hakkında bilgi alırken firma temsilcileriyle birebir görüşme imkânı buldu. Fuar alanında stant ziyaretlerinin yanı sıra kariyer söyleşileri, sektör buluşmaları, öğrenci-işveren görüşmeleri, networking etkinlikleri ve müzik dinletileri de gerçekleştirildi. Katılımcılar gün boyunca sektör temsilcileriyle bir araya gelerek kariyer fırsatları hakkında bilgi aldı. İstanbul Medipol Üniversitesi Rektörü Prof. Dr. Bahadır Kürşat Güntürk, konuşmasında çalışma hayatındaki değişimlere dikkat çekti. Güntürk, teknolojinin çalışma hayatındaki

etkisinin arttığını belirterek, "Artık sadece diploma yetmiyor. Merak, sürekli öğrenme isteği, disiplin, ekip çalışması ve güçlü ilişkiler kurma becerisi ön planda" dedi. İstanbul Medipol Üniversitesi Kariyer Merkezi Müdürü Doç. Dr. Tuba Işık, açılış konuşmasında fuarın amaçlarına değindi. Işık, "Bugün burada yalnızca bir fuar düzenlemiyoruz. Öğrencilerimizin iş dünyasını yakından tanımalarını, kamu ve özel sektör temsilcileriyle doğrudan iletişim kurmalarını, network ağlarını genişletmelerini ve üniversite-sanayi iş birliğini geliştirmeyi hedefliyoruz" dedi.

EtraPay, Ava Labs tarafından satın alındı



İstanbul Medipol Üniversitesi'nde geliştirilen teknoloji girişimi EtraPay'ın ABD merkezli Ava Labs tarafından satın alınması, Türkiye girişimcilik ekosistemi ile üniversite temelli inovasyon açısından önemli bir dönüm noktası oldu. Satın alma, Türkiye'de blockchain alanında gerçekleşen ilk çıkış işlemi olarak kayıtlara geçti. ZK Proof'lar (Sıfır Bilgi Kanıtları) ve homomorfik şifreleme teknolojileri üzerine çalışan EtraPay, blockchain tabanlı ödemelerde mahremiyet ile denetlenebilirlik arasında denge kuran çözümleriyle öne çıkıyor. Girişimin geliştirdiği Encrypted ERC (eERC) standardı, gizlilik odaklı ve aynı zamanda regülasyonlarla uyumlu finansal altyapıların oluşturulmasına katkı sunuyor. İstanbul Medipol Üniversitesi Mühendislik ve Doğa Bilimleri Fakültesi Bilgisayar Mühendisliği

Bölümü mezunları Furkan Boyraz, Berat Öztürk ve Emre Kaan Satış ile kurulan girişim, kısa sürede uluslararası teknoloji ekosisteminin dikkatini çekti. Yaklaşık 2,5 yıl önce akademik bir girişim fikri olarak başlayan süreç, küresel ölçekte önemli bir satın alma anlaşmasıyla sonuçlandı. Ava Labs, EtraPay'ın geliştirdiği eERC standardını kendi ekosistemine entegre ederek blockchain tabanlı ödemelerde yeni bir dönüşüm hedefliyor. AvaCloud altyapısı üzerinden hassas verileri korurken tam denetlenebilirlik sunan sistemlerin geliştirilmesi planlanıyor. Bu gelişme, İstanbul Medipol Üniversitesi bünyesinde geliştirilen bir girişimin uluslararası bir teknoloji şirketi tarafından satın alınmasıyla, üniversite kaynaklı yenilikçi projelerin küresel pazarda değer üretebildiğini ortaya koydu.

Yüzme, bisiklet ve koşudan oluşan zorlu etapları başarıyla tamamlayan Medipollü sporcular, tarihi yarımada kürsü mücadelesinin öne çıkan isimleri arasında yer aldı.

Sınırları zorlayan 112 km'lik mücadele: Medipol kürsüde

İstanbul Medipol Üniversitesi öğrencileri, Çanakkale'nin tarihi atmosferinde düzenlenen 2026 Gelibolu Triatlonu'nda dayanıklılık, tempo ve mental gücün sırandığı parkurda dikkat çeken dereceler elde etti. Yüzme, bisiklet ve koşudan oluşan zorlu etapları başarıyla tamamlayan Medipollü sporcular, tarihi yarımada kürsü mücadelesinin öne çıkan isimleri arasında yer aldı. Çanakkale'nin tarihi atmosferinde düzenlenen 2026 Gelibolu Triatlonu, dayanıklılık ve stratejinin ön plana çıktığı mücadelelere sahne oldu. İstanbul Medipol Üniversitesi öğrencileri ise zorlu parkurda ortaya koydukları performanslarla limitleri zorladı. Organizasyonun startı, Tarihi Gelibolu Yarımadası'ndaki Eski Jandarma Kampı'ndan verildi.

Yaklaşık 200 sporcunun katıldığı yarışta atletler; 1,9 kilometrelik yüzme, 90 kilometrelik bisiklet ve 21 kilometrelik koşu etaplarından oluşan zorlu parkuru tamamlamak için mücadele etti. Farklı yaş kategorilerinde gerçekleştirilen yarışlarda İstanbul Medipol Üniversitesi öğrencileri 20-24 Yaş Kategorisi'nde elde ettikleri derecelerle dikkat çekti. Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü öğrencisi Ömer Salih Karaosman, güçlü temposunu yarış boyunca koruyarak 5:54:03'lük derecesiyle kürsüye çıkmayı başardı ve organizasyonu üçüncü sırada tamamladı. Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü öğrencisi Berkant Taşçı, teknik açıdan zorlu etaplarda gösterdiği istikrarlı performansla 06:42:51'lik derece elde ederek yarışmayı beşinci sırada bitirdi. İşletme ve Yönetim Bilimleri Fakültesi İşletme (İngilizce) Bölümü öğrencisi Mehmet Işık ise dayanıklılık gerektiren parkuru 07:23:17'lik süreyle tamamlayarak yedinci sırada yer aldı.

SD'de yayımlanan makale, iş ve sanat dünyasında yankı buldu

İstanbul Medipol Üniversitesi Akademisyenlerinin genç işsizliği üzerine hazırladığı çalışma, yayımlanmasının ardından kültür-sanat platformu Vox Artistica'da referans kaynak olarak kullanıldı. Araştırma daha sonra TÜSİAD İstihdam ve Sosyal Güvenlik Çalışma Grubu toplantısında ele alındı. İstanbul Medipol Üniversitesi İşletme ve Yönetim Bilimleri Fakültesi akademisyenleri Doç. Dr. Pınar Akıncı Acar ve Doç. Dr. Öznuur Gülen Ertosun tarafından hazırlanan "Bilgi ve Teknoloji Çağında Genç İşsizlik: OECD Ülkeleri



ve Türkiye Karşılaştırması" başlıklı çalışma, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi'nde yayımlanmasının ardından hem kültür-sanat çevrelerinde hem de iş dünyasında dikkat çeken bir referans kaynağına dönüştü. Çalışmada, bilgi ve teknoloji çağında dönüşen iş gücü piyasalarının gençler üzerindeki etkileri OECD ülkeleri ve Türkiye verileri üzerinden karşılaştırmalı olarak incelendi. Araştırmada dijitalleşme, yapay zekâ, otomasyon süreçleri ve

değişen çalışma modellerinin genç istihdamı üzerindeki etkilerine yer verildi. Araştırmada, genç işsizliğinin yalnızca ekonomik bir gösterge olmadığı; bireysel, toplumsal ve ekonomik sonuçları bulunan çok katmanlı bir kriz alanına dönüştüğü vurgulandı. OECD ülkeleri ve Türkiye verileri üzerinden yapılan karşılaştırmalarda, dijital dönüşüm ve teknoloji eksikli yeni ekonomi modelinin gençler üzerindeki etkileri detaylı biçimde ele alındı.



30'dan fazla ülke Uluslararası Kültür Festivali'nde birleşti: Özgür Filistin

İstanbul Medipol Üniversitesinde düzenlenen "Uluslararası Kültür Festivali", 30'dan fazla ülkeden öğrenciyi aynı atmosferde buluşturdu. Geleneksel kıyafetlerden dünya mutfaklarına, müzikten dans gösterilerine kadar kültürel zenginliğin ön plana çıktığı festival, farklı coğrafyalardan gelen öğrencilerin dostluk ve birlik mesajlarıyla renkli görüntülere sahne oldu. Güney Kampüs B4 Bahçe'de gerçekleştirilen festivalde, 30'dan fazla ülkeden öğrenciler kendi kültürlerini tanıtırken, kampüste gün boyu renkli ve yoğun katılımlı uluslararası bir atmosfer oluştu. Festival alanı gün boyunca farklı coğrafyalardan ezgiler, geleneksel danslar,



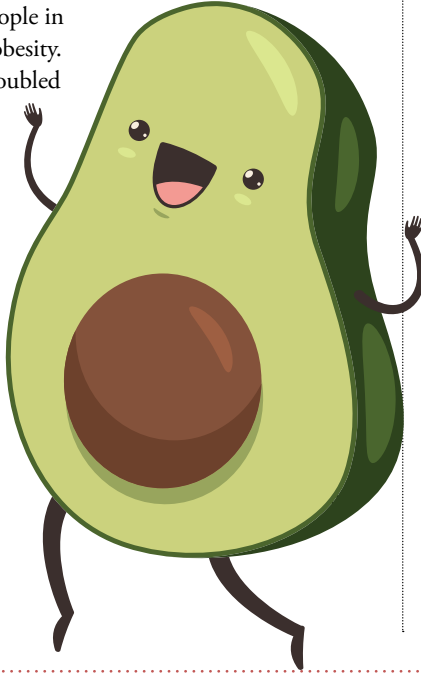
yöresel kıyafetler ve dünya mutfaklarından lezzetlerle bir buluşma noktasına dönüştü. Öğrenciler kurdukları ülke stantlarında kendi kültürlerini tanıtmaya fırsat bulurken, katılımcılar farklı ülkelerin geleneklerini yakından deneyimledi. Farklı dillerin, müziklerin ve kültürlerin aynı ortamda bulunduğu etkinlikte öğrenciler hem eğlendi hem de kültürel paylaşımın önemini bir

kez daha hissetti. Festival kapsamında öğrenciler, İsrail'in Gazze'ye yönelik sürdürdüğü saldırılara dikkat çekmek ve Filistin halkıyla dayanışma mesajı vermek amacıyla çeşitli sloganlar attı. Ellerinde Filistin bayrakları taşıyan öğrenciler, "Free Palestine" ve "Nehirden Denize Özgür Filistin" sloganlarıyla Gazze'de yaşanan insanlık dramına dikkat çekti.

INTERNAL MEDICINE

The plague of the modern age

The World Health Organization defines obesity, one of the fastest-growing public health problems of our time, as a chronic and recurring disease in which genetic, biological, behavioral, environmental, and commercial factors play a combined role. In other words, contrary to common belief, obesity is not merely a problem of willpower but a multifactorial group of diseases. According to WHO data, in 2022 one in every eight people in the world was living with obesity. Adult obesity more than doubled between 1990 and 2022, while the increase among children and adolescents (in the 5–19 age group) rose roughly fourfold. According to global projections published in 2025, if current trends do not change, by 2050 approximately 60% of the world's adult population, that is, 3.8 billion people, will be overweight or obese.



OPHTHALMOLOGY

This fatigue is digital

When we wake up in the morning, the first thing most of us look at is the phone screen. During the day, the hours spent with computer monitors, tablets, and smartphones continue in the evening with television and social media. While screens, now placed at the very center of modern life, make life easier, they also place our eyes under a heavier burden than ever before.

By the end of the day, the number of people experiencing burning, stinging, watering, blurred vision, difficulty focusing, and headache increases every year. These complaints are now quite common, especially among office workers, students, and individuals who use digital devices intensively. But an important question arises here: do screens cause only temporary eye fatigue, or can they leave permanent damage in the long term?

CARDIOVASCULAR SURGERY

Gangrene is the “heart attack” of the legs

Peripheral artery disease (PAD) today affects more than 200 million people worldwide. The statistics are alarming; in the United States alone, it is projected that by 2050 approximately 3 million people each year will experience limb loss due to gangrene linked to vascular disease and diabetes. These figures tell us one thing: our lifestyle is closing off our blood vessels one by one. Gangrene is, in effect, the “heart attack” of the legs. When the heart's vessels become blocked, they signal it with chest pain; the leg's vessels, on the other hand, call for help through a shortening of walking distance, cramping in the calf, and coldness in the leg at rest.

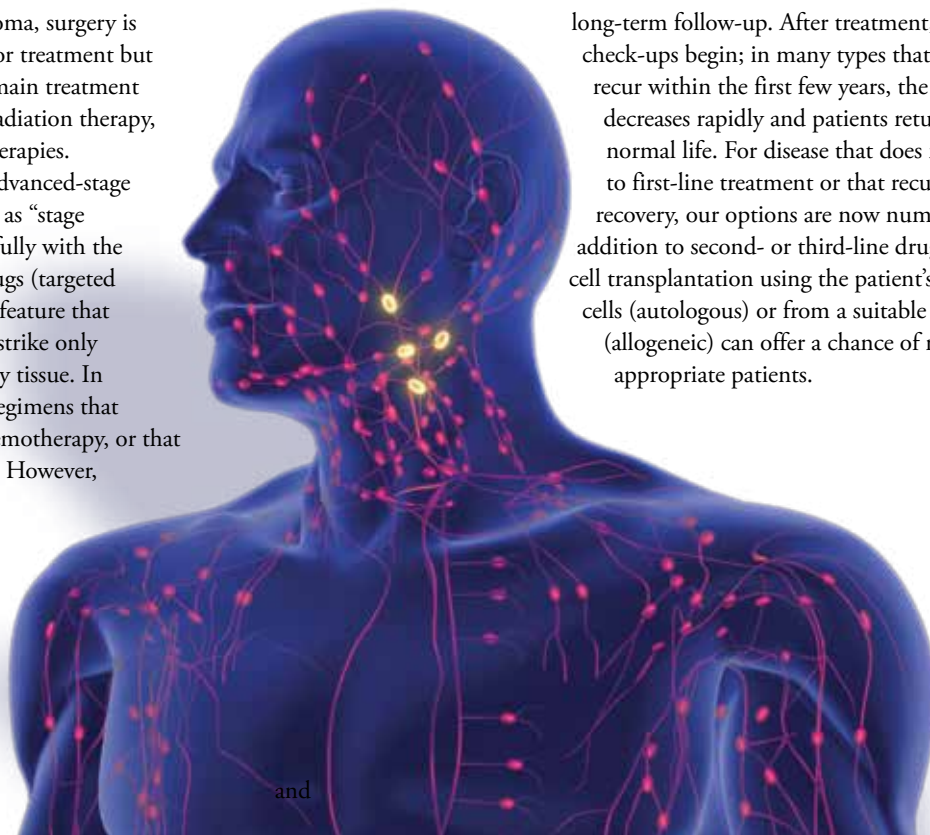
The biggest triggers of this process are diabetes, smoking, and obesity. In diabetic patients in particular, loss of sensation at the nerve endings (neuropathy) causes a small wound to go unnoticed and to progress rapidly to gangrene. Smoking, meanwhile, damages the vessel wall and makes this blockage permanent.



HEMATOLOGY

Don't let the name "lymphoma" frighten you

In the treatment of lymphoma, surgery is generally performed not for treatment but for diagnosis (biopsy). The main treatment options are chemotherapy, radiation therapy, smart drugs, and immunotherapies. Unlike other cancers, even advanced-stage lymphomas, those described as "stage 3–4" can be treated successfully with the right medications. Smart drugs (targeted therapies) identify a specific feature that the cancer cell relies on and strike only that, while protecting healthy tissue. In some lymphoma subtypes, regimens that no longer contain classic chemotherapy, or that are milder, can now be used. However, this is not suitable for every patient; when necessary, chemotherapy should not be avoided. While the treatment period for aggressive lymphomas generally lasts 4–6 months, slow-progressing types may involve intermittent treatment



long-term follow-up. After treatment, regular check-ups begin; in many types that do not recur within the first few years, the risk decreases rapidly and patients return to normal life. For disease that does not respond to first-line treatment or that recurs after recovery, our options are now numerous. In addition to second- or third-line drugs, stem cell transplantation using the patient's own cells (autologous) or from a suitable donor (allogeneic) can offer a chance of recovery in appropriate patients.

PEDIATRIC NEUROLOGY

Don't assume a child can't be in pain



Headache is one of the most common problems we encounter in society. So what is the situation in children, for a headache that is seen so frequently in the general population? Although there is a general belief in society that "children's heads do not ache," the World Health Organization (WHO) has recognized headache as a global problem affecting people "of every age" and "of every race." Studies have reported the frequency of recurrent headache in children worldwide as 58.4% among school-age children and 26–93% across all of childhood. Until adolescence, headache occurs at a similar frequency in girls and boys, whereas during adolescence the frequency increases in girls. Because it affects children's daily lives and school performance, and because it creates anxiety in families through the suspicion of serious illness, headache has become one of the important health problems of childhood. Headache in children may be due to the usual causes, but it can also be a harbinger of life-threatening problems.

الغرغرينا في الساقين... هي بمثابة "نوبة قلبية" للأطراف السفلية

"نوبة قلبية" للأطراف. فحين تنسد الشرايين التاجية تُرسل إشارات تحذير كآلم الصدر، أما شرايين الساقين فتصير مستغيثة بتقلص مسافة المشي، وتشنج عضلة الساق، وبرودة القدمين أثناء الراحة. وأبرز المحرضين لهذه الحالة: السكري، والتدخين، والسمنة. وعند مرضى السكري تحديداً، يُفضي فقدان الإحساس في الأطراف (الاعتلال العصبي) إلى إغفال جرح صغير يتفاقم سريعاً حتى يصل إلى الغرغرينا. أما التدخين فيُتلف جدار الأوعية الدموية ويُرسخ الانسداد ويجعله دائماً.

تُصيب أمراض الشرايين المحيطية (PAD, Peripheral Artery Disease) اليوم أكثر من 200 مليون شخص حول العالم. والأرقام مقلقة؛ ففي الولايات المتحدة وحدها، يُتوقع أن يفقد نحو 3 ملايين شخص أطرافهم سنوياً بحلول عام 2050 جراء أمراض الأوعية الدموية والغرغرينا المرتبطة بالسكري. تقول لنا هذه الأرقام شيئاً واحداً: إن نمط حياتنا يُضيق أوعيتنا الدموية واحداً تلو الآخر. الغرغرينا في الساقين هي بمثابة



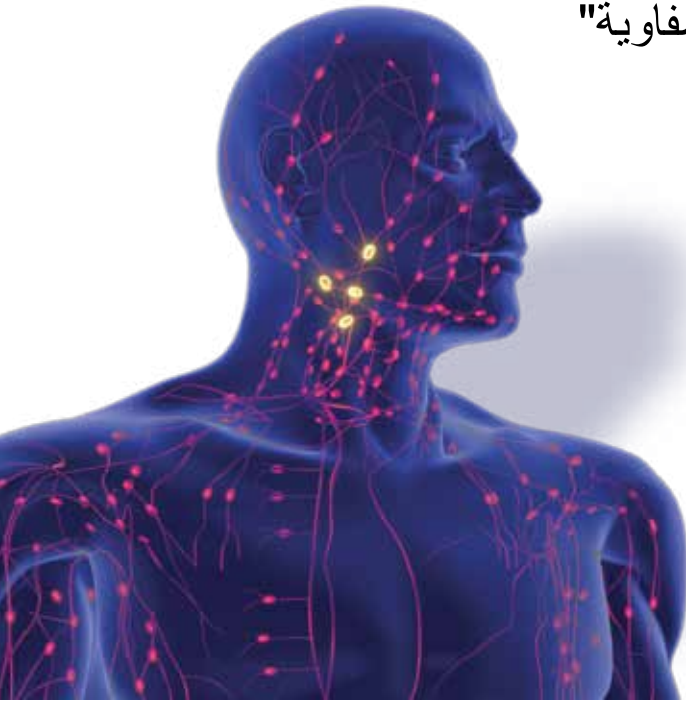
لا داعٍ للخوف من اللmfوما "سرطان الغدد اللمفاوية"

ففي علاج اللmfوما، نادراً ما تكون الجراحة هي خيار العلاج الأول — فهي تُستخدم في الغالب لأخذ عينة من الأنسجة (الخزعة) لتشخيص المرض وتحديد نوعه. العلاج الحقيقي يعتمد على أسلحة أكثر دقةً وفاعلية: العلاج الكيميائي، والعلاج الإشعاعي، والأدوية الذكية الموجهة، والعلاج المناعي الذي يُحفز جهاز المناعة على محاربة الخلايا السرطانية. وما يُميز اللmfوما عن كثير من السرطانات الأخرى أن تقدّم المرض لا يعني نهاية الطريق. حتى في المراحل المتأخرة كالمرحلتين الثالثة والرابعة، يظل الشفاء التام ممكناً مع اختيار البروتوكول العلاجي المناسب.

الأدوية الذكية — أو ما يُعرف بالعلاجات الموجهة — تعمل بآلية مختلفة تماماً عن العلاج الكيميائي التقليدي؛ فبدلاً من ضرب كل الخلايا السريعة التكاثر، تستهدف هذه الأدوية نقطة ضعف محددة في الخلية السرطانية وحدها، مما يُقلل الأضرار الجانبية ويحمي الأنسجة السليمة. وفي بعض أنواع اللmfوما، بات من الممكن الاكتفاء بأنظمة علاجية أخف وطأة لا تحتوي على الكيمائي التقليدي أو تحتوي على جرعات مخففة منه — غير أن ذلك يُقرره الطبيب بحسب كل حالة، وليس خياراً متاحاً للجميع.

أما مدة العلاج فتختلف باختلاف النوع: اللmfوما العدوانية تستغرق عادةً ما بين أربعة وستة أشهر، في حين قد تستدعي الأنواع بطيئة التطور متابعة على المدى الطويل مع دورات علاجية متقطعة. وبعد انتهاء العلاج تبدأ مرحلة الفحوصات الدورية، وكلما مرت السنوات الأولى دون انتكاسة، كلما تراجعت احتمالية عودة المرض وأصبح العودة إلى الحياة الطبيعية في المتناول.

وحتى لو لم يستجب المرض للعلاج الأول، أو عاد بعد فترة من الشفاء، فإن الخيارات المتاحة اليوم لا تزال واسعة: أدوية الخط الثاني والثالث، وزراعة الخلايا الجذعية سواء من المريض نفسه أو من متبرع متوافق — وهي خيارات قد تُعيد فرصة الشفاء لمن يستحقها.

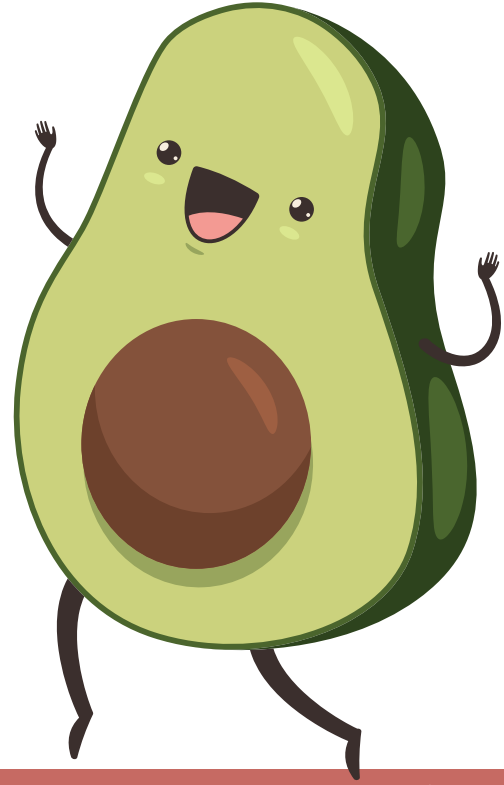




أمراض العيون

كل هذا التعب سببه الوسط الرقمي

معظمنا يبدأ يومه بالنظر إلى شاشة الهاتف فور الاستيقاظ. وخلال النهار تتوالى ساعات أمام شاشات الحواسيب والأجهزة اللوحية والهواتف الذكية، لتنتهي المساء بالتلفاز ومنصات التواصل الاجتماعي. لقد وضعت الشاشات نفسها في صميم الحياة العصرية، وبينما تُيسر حياتنا، تثقل على أعيننا عيماً لم نعرفه من قبل. ويتزايد كل عام عدد من يعانون في نهاية يوم عمل من الحرق والوخز والدموع وضبابية الرؤية وصعوبة التركيز والصداع. وهذه الشكاوى باتت شائعة بشكل خاص لدى العاملين في المكاتب والطلاب والمستخدمين المكثفين للأجهزة الرقمية. لكن السؤال المهم يظل قائماً: هل تسبب الشاشات إرهاقاً بصرياً مؤقتاً فحسب، أم أنها قد تُخلف أضراراً دائمة على المدى البعيد؟



الأمراض الباطنية

وباء العصر الحديث

تُعرّف منظمة الصحة العالمية السمنة، بوصفها أحد أسرع مشكلات الصحة العامة نمواً في عصرنا، بأنها مرض مزمن ومتكرر تتضافر في نشوئه عوامل وراثية وبيولوجية وسلوكية وبيئية وتجارية. بمعنى أن السمنة ليست مجرد ضعف إرادة كما يُظن، بل هي مجموعة أمراض متعددة الأسباب. وتُشير بيانات المنظمة إلى أن شخصاً واحداً من كل ثمانية حول العالم كان يعاني من السمنة عام 1990 و 2022 وقد تضاعفت السمنة لدى البالغين أكثر من مرتين بين عامي 1990 و 2022 فيما ارتفعت بنحو أربعة أضعاف في صفوف الأطفال والمراهقين (٩١-٥ سنة). ووفق التوقعات العالمية لعام 2025 ، فإن 60% من سكان العالم البالغين، أي نحو 3,8 مليار شخص، سيكونون إما بدناء أو يعانون من زيادة الوزن بحلول عام 2050 إن لم تتغير الاتجاهات الحالية.



طب الأطفال - أمراض الأعصاب

هل الأطفال يصابون بالصداع؟

الصداع من أكثر الشكاوى شيوعاً في المجتمع. فكيف يبدو الحال عند الأطفال؟ رغم الاعتقاد السائد بأن "رأس الطفل لا يؤلمه"، اعترفت منظمة الصحة العالمية بالصداع مشكلة عالمية تطال الناس في "كل الأعمار" و"كل الأعراق". وتُشير الدراسات إلى أن معدل انتشار الصداع المتكرر بين أطفال المدارس يبلغ 4,58% في حين يتراوح بين 26% و93% على مدار مرحلة الطفولة كاملة. وقبل سن المراهقة يتساوى الصداع بين الجنسين، ثم يرتفع معدله لدى البنات في مرحلة البلوغ. بات الصداع من أبرز مشكلات الصحة في مرحلة الطفولة، لآثره الواضح على الحياة اليومية للطفل وتحصيله الدراسي، ولما يؤلده من قلق لدى الأسر التي تخشى أن يكون خلفه مرضاً خطيراً. وقد يكون صداع الأطفال نتيجة لأسباب اعتيادية، غير أنه قد يكون أيضاً مؤشراً على حالات تهدد الحياة.



ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

Это усталость — цифровая

Утро большинства людей начинается с экрана телефона. В течение дня часы работы за компьютерными мониторами, планшетами и смартфонами продолжаются, а вечером к этому добавляются телевизор и социальные сети. Экраны, ставшие центром современной жизни, с одной стороны облегчают повседневность, с другой — создают для глаз нагрузку, которой они ранее никогда не подвергались в таком объёме. К концу дня всё больше людей отмечают жжение в глазах, ощущение сухости и «песка», слезотечение, затуманивание зрения, трудности с фокусировкой и головные боли. Особенно часто эти жалобы встречаются у офисных работников, студентов и людей, активно использующих цифровые устройства. Однако возникает важный вопрос: вызывают ли экраны лишь временное переутомление глаз или могут приводить к долгосрочным, стойким изменениям зрения?

ВНУТРЕННЯЯ МЕДИЦИНА (ТЕРАПИЯ)

Чума современной эпохи

Ожирение, являющееся одной из самых быстро растущих проблем общественного здравоохранения нашего времени, Всемирная организация здравоохранения определяет как хроническое и рецидивирующее заболевание, в развитии которого совместно участвуют генетические, биологические, поведенческие, экологические и коммерческие факторы. Таким образом, ожирение, вопреки распространённому мнению, является не просто вопросом силы воли, а комплексным заболеванием, обусловленным множеством факторов. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, в 2022 году каждый восьмой человек в мире жил с ожирением. С 1990 по 2022 год распространённость ожирения среди взрослых увеличилась более чем в два раза, а среди детей и подростков (в возрастной группе 5–19 лет) — примерно в четыре раза. Согласно глобальным прогнозам 2025 года, если текущие тенденции не изменятся, к 2050 году около 60% взрослого населения мира — то есть примерно 3,8 миллиарда человек — будут иметь избыточную массу тела или ожирение.



ДЕТСКАЯ НЕВРОЛОГИЯ

Не стоит думать, что у ребёнка не может болеть голова

Головная боль является одной из самых распространённых проблем, с которыми мы сталкиваемся в обществе. А как обстоит ситуация с головной болью у детей? В обществе широко распространено мнение, что «у детей не может болеть голова», однако Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рассматривает головную боль как глобальную проблему, затрагивающую людей «всех возрастов» и «всех рас». Согласно проведённым исследованиям, частота повторяющихся головных болей у детей в мире составляет 58,4% среди школьников, а в целом в детском возрасте — от 26% до 93%. До подросткового периода головные боли встречаются с одинаковой частотой

у мальчиков и девочек, однако в подростковом возрасте у девочек частота возрастает. Головная боль стала одной из важных проблем детского возраста, поскольку она влияет на повседневную жизнь детей и их успеваемость в школе, а также вызывает серьёзное беспокойство в семьях из-за подозрения на тяжёлые заболевания. Головная боль у детей может быть связана как с привычными, относительно безобидными причинами, так и служить признаком потенциально угрожающих жизни состояний.



СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ

Гангрена конечностей — это, по сути, «инфаркт ног»

Заболевание периферических артерий (ЗПА) сегодня поражает более 200 миллионов человек по всему миру. Статистика вызывает серьёзную тревогу: только в США к 2050 году ежегодно прогнозируется около 3 миллионов случаев потери конечностей, связанных с сосудистыми заболеваниями и диабетом, сопровождающихся развитием гангрены. Эти данные говорят об одном: наш образ жизни постепенно «закрывает» сосуды изнутри. Гангрена — это, по сути, «инфаркт» нижних конечностей. Когда закупориваются сосуды сердца, организм сигнализирует болью в груди. Когда же страдают сосуды ног, тревожными признаками становятся сокращение дистанции ходьбы, судороги в икроножных

и ощущение холода в ногах даже в состоянии покоя. Главные факторы риска этого процесса — сахарный диабет, курение и ожирение. У пациентов с диабетом особенно опасна нейропатия: снижение чувствительности нервных окончаний приводит к тому, что небольшие раны остаются незамеченными и быстро прогрессируют до гангрены. Курение, в свою очередь, повреждает сосудистую стенку и закрепляет процесс закупорки, делая его необратимым.



ГЕМАТОЛОГИЯ

Лимфома — термин, который не должен вызывать страх

Хирургическое вмешательство при лимфоме, как правило, не является методом лечения — оно используется в основном для точной диагностики (биопсии). Основу терапии составляют современные подходы: химиотерапия, лучевая терапия, таргетные (умные) препараты и иммунотерапия. В отличие от многих других онкологических заболеваний, даже при распространённых стадиях (III–IV) лимфома во многих случаях хорошо поддаётся лечению при правильно подобранной терапии. Таргетная терапия — это «умный» подход, при котором препараты избирательно воздействуют на специфические особенности опухолевых клеток, практически не затрагивая здоровые ткани организма. Благодаря этому лечение становится более точным и в ряде случаев более щадящим. Для некоторых подтипов лимфомы сегодня уже применяются схемы лечения,

позволяющие уменьшить или полностью исключить классическую химиотерапию. Однако выбор терапии всегда строго индивидуален, и при необходимости от эффективной химиотерапии отказываться нельзя. Длительность лечения при агрессивных формах обычно составляет около 4–6 месяцев. При медленно прогрессирующих вариантах возможны более гибкие схемы — периодическое лечение и длительное наблюдение под контролем специалистов. После завершения терапии пациент находится под регулярным наблюдением. Во многих случаях, если рецидив не возникает в первые годы, риск возврата заболевания значительно снижается, и пациент возвращается к полноценной жизни. Даже в ситуациях, когда заболевание не отвечает на лечение первой линии или возникает рецидив, современная медицина предлагает широкий спектр возможностей. Помимо препаратов второй и третьей линии, у подходящих пациентов применяются высокотехнологичные методы, включая трансплантацию стволовых клеток — аутологичную (с использованием собственных клеток) или аллогенную (от донора), что в ряде случаев позволяет добиться длительной ремиссии и устойчивого контроля заболевания.



AJANDA

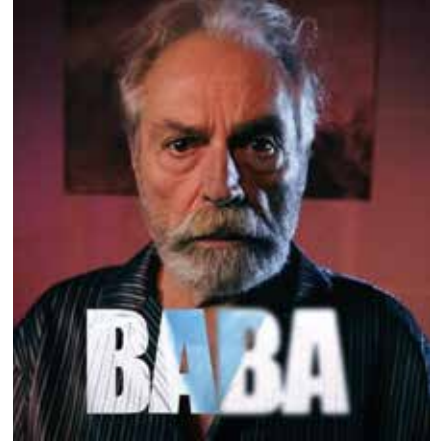


BİR OYUN

Baba

Fransız yazar Florian Zeller'in meşhur oyun üçlemesinden en ses getireni Baba; yeni sezonda da Muharrem Özcan rejisi ve Oyun Atölyesi kadrosuyla seyirci karşısına çıkıyor. Oyun; demans hastası bir baba ve kızı arasındaki ilişkiye, bu ilişkinin yarattığı çıkmazlara odaklanıyor. Haluk Bilginer, Özlem Zeynep Dinsel, Ezgi Coşkun, Faruk Barman, Mine Nur Şen, Ufuk Tevge, Ceren Şık, Ezgi Metin, Arkan

Mert Atakan ve Berkay Tüfekçi'nin rol aldığı oyunda; gerçeğin bulanıklaştığı, zamanın belirsizleştiği bir dünya sahneye taşınıyor. Aile dinamiklerini de irdelemeye sevk eden bu etkileyici oyun, metaforlarla ve Haluk Bilginer'in güçlü performansı ile yükselen baba figürünün savaşıyla; hayatın inişli çıkışlı, hayal-gerçek düzlemindeki ilerleyişini sarsıcı bir biçimde anlatıyor.



BİR SERGİ

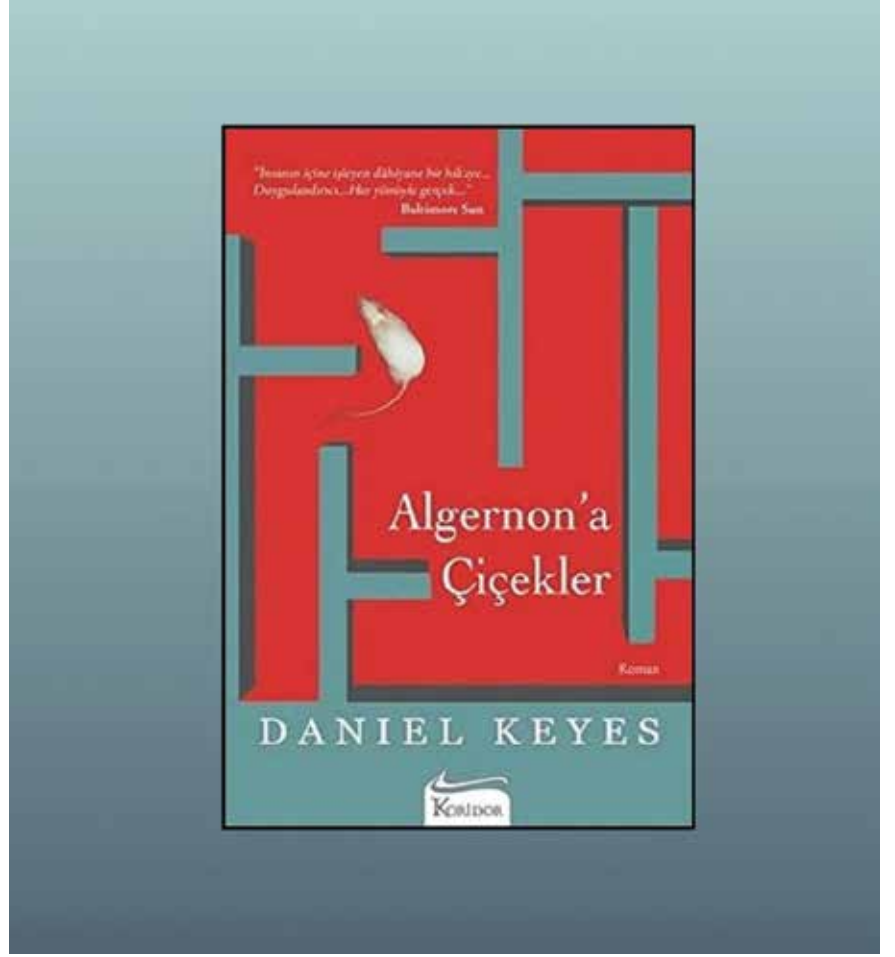
Temenos: İç Deniz

Zeyrek Çinili Hamam, 2026 yılı güncel sanat programının ilk sergisi olarak Santa Fe merkezli sanatçı Margaret R. Thompson'un Türkiye'deki ilk kişisel sergisi Temenos: İç Deniz'i Anlam de Coster küratörlüğünde sunuyor. 16'ncı yüzyıldan kalma hamamın altında yer alan Bizans sarnıcı için özel olarak üretilen ve ilk kez sergilenen tuval ve ipek üzerine resimler ile ses ve koku yerleştirmelerinden oluşan sergi, izleyiciyi içe dönük bir deneyime ve dönüşüm fikrine davet ediyor. Margaret R. Thompson, kökeni Antik Yunan'a uzanan temenos kavramından yola çıkıyor. Temenos, gündelik yaşamdan ayırılmış kutsal bir alan; insan ile ilahi olan arasındaki geçişi mümkün kılan koruyucu bir sığınak ifade ediyor. Psikolojik bağlamda ise kavram, kişinin bilinçdışıyla güvenli biçimde karşılaşabileceği bir tür içsel barınak tanımlıyor. Sergide kelimenin farklı anlamları iç içe geçiyor. Temenos: İç Deniz, alt katmanlara doğru bir yolculukla ulaşılan sarnıcı hem kapsayıcı bir sığınak hem de içsel bir manzara olarak deneyimlemeye davet ediyor.

BİR KİTAP

Algernon'a Çiçekler

Algernon'a Çiçekler, Daniel Keyes tarafından yazılmış bilimkurgu hikâyesi ve romanıdır. Hikâye 1958 yılında yazılmıştır ve ilk olarak The Magazine of Fantasy & Science Fiction dergisinin Nisan 1959 sayısında yayınlanmıştır. Hikâye 1960 yılında En İyi Kısa Hikâye dalında Hugo Ödülü'ne layık görülmüştür. Çok düşük bir IQ ile doğan Charlie, bilim adamlarının, zeka seviyesini artıracak deneysel ameliyatı gerçekleştirmeleri için kusursuz bir adaydır. Bu deney Algernon adındaki laboratuvar faresinde test edilmiş ve büyük bir başarı elde edilmiştir. Ameliyattan sonra, Charlie'nin durumu günlüğüne yazdığı raporlarla takip edilmeye başlanır. İlk yazdığı raporlara çocuksu bir dil ve imla hataları hakimdir. Ve sonra ameliyat etkisini göstermeye başlar. Charlie artık, insanların kendisiyle dalga geçemeyeceğini ve bir sürü arkadaş edineceğini, aşık olduğu kadına açılacağını düşünür. Fakat zekası normalin çok üstüne fırladığından, çevresinde yadırganır, kıskanılır ve istemiş olduğu arkadaşları edinmekte



yine başarısız olur ve yine yalnızdır... Bu deney, son derece önemli bir buluş olarak görülüyordu, ta ki Algernon'da ani bir gerileme baş gösterene kadar... Acaba Charlie'de de aynı gerileme olacak mıydı?

BİR KONSER

Maher Zain

Maher Zain, World Tour 2026 kapsamında 12 Eylül'de Harbiye Cemil Topuzlu Açıkhava Tiyatrosu'nda sahne alıyor. Maneviyatı, zarafeti ve modern müziğin evrensel dilini buluşturan sanatçı; klasikleşmiş hitlerinin yanı sıra yeni albümünden eserler, sürprizler ve özel konuk performanslarıyla Harbiye'de hafızalara kazınacak bir geceye hazırlanıyor. Milyarlarca dijital dinlenme ve izlenme, 184 ülkede dinleyici ve güçlü global etkisiyle bu konser, 2026'nın en seçkin canlı müzik deneyimlerinden biri olmaya aday.



► ÇENGEL BULMACA

HAZIRLAYAN: AHSEN ÖZTAŞ

Kalbin 100 atımı aşması	Vücutta hayati sıvı	Felç veya sinir iletimindeki hareket kaybı anlamında bir terim	Kalın bağırsak	Salgında ölüm artışının durduğu dönem	Ultrason (kısaca)	Oksijenin sembolü	Tıpta içe yöneliklik
Fotoğraftaki yapı	Takma ad				Geometrik bir şekil	İridyumun sembolü	ilaç, çare, merhem
Ün, ad		Bölgesel anestezi				Kabul etmeme	
İrade dışı kas hareketi		Solunumun geçici durması				Türk Standardları Enstitüsü (kısaltma)	
		Serebral Perfüzyon değerlendirilmesinde bir MRI tekniği		Tam İdrar Testi (kısaca)		Bir nota	
Kan pompalayan organ			Ceset üzerinde tıbbi inceleme	"TORAKS" ilk hecesi		Tahrif edici	Öge, eleman
Komprime		Bir tıp teknolojisi (... tıp)			Damardan verilen steril bir tıbbi sıvı		
		Tıbbi operasyon					
Dokularda sıvı birikmesi	'APSE'nin ünlüleri				Sporda gol veya sayı pası	Radonun sembolü	Transformasyon Zonu (kısaltma)
	Bir göz rengi		Küçük bitkilerin genel adı			Sıvı ilaç çözeltisi	
İnce bağırsağın son kısmında tıkanma					Bir sayı		
Fosfor sembolü	Vücutta bir enzim türü				Bir çoğul eki		 Bağırsak Sendromu
	Mutluluk				Bugünden önceki gün		
Vücutta bağ dokusunu meydana getiren tabaka	Tıpta yemek borusu ameliyatında bir yöntem		Lenf (.. kan)				Dingil, mihver
					Yıldız		
Ani psikiyatrik durum (Panik)			Kükürtün sembolü	Örtü kenar süsü	Ruhsal yaşama egemen olmakla ilgili Hint felsefesi	Kuruş (kısaltma)	
Görenek			Muta, done			Tıpta "akciğer"	
		Etkisiz, tarafsız, yansız		Doku örneği alma			
Asker, nefer		Rutubet		Ceset konulan yer			
Köpek		Flu olmayan görüntü		Mevzu, süje			Demirin sembolü
		Sinir hastalıkları uzmanı		Bir çoğul eki			
		VAKA'nın ilk hecesi				Yanal Akış Testi	
Troit bezi büyümesi, guşa, cedre	Süreç				Alfabe ilk harf	Millî Eğitim Bakanlığı (kısaltma)	
			Kül rengi, boz renk		Bir nota		Romen rakamıyla 50

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.

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

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: Hastane, Cerrahi ve Temel Terimler - ŞİFRE: ?

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

Doğal, hafif, ferah: Sağlıklı dondurmalar

Limonlu Dondurma

Malzemeler

- ▶ 3 su bardağı süt
- ▶ 1 çay bardağı şeker
- ▶ 1 dolu tatlı kaşığı salep
- ▶ 2 adet küçük limon
- ▶ 1 yemek kaşığı bal
- ▶ Yarım çay kaşığı zerdeçal

Hazırlanışı

Şeker, salep, süt tencereye alınır ve çırpılır, orta ateşte 2-3 dakika kaynatılır. Ara ara karıştırılır ve soğutulur. Soğurken bir kapta

2 limon rendenin ince yeri ile rendelenir ve üzerine limonların suyu sıkılır. Bir yemek kaşığı bal ve yarım çay kaşığı zerdeçal katılarak karıştırılır. Tamamen soğumuş olan sütlü salepli karışıma süzgeçten süzülen limonlu karışım eklenip karıştırılır. Bu karışım dondurucuya konulur ve saat başı çıkarılıp çırpıcı ile karıştırılıp çırpılır. 4-5 kez bu şekilde kıvamlanana kadar çırpılır. Sonra tamamen donduktan sonra dondurucudan çıkarılır ve 2-3 dakika beklenip servis edilir.

Çilekli Yoğurt Dondurması

Malzemeler

- ▶ 2 su bardağı dondurulmuş çilek
- ▶ 1 su bardağı süzme yoğurt
- ▶ 1-2 tatlı kaşığı bal (isteğe bağlı)
- ▶ 1 çay kaşığı vanilya

Hazırlanışı

Tüm malzemeleri blenderdan geçirin. Karışımı bir kaba aktarın. 2-3 saat dondurucuda bekletin. Servis etmeden 5 dakika önce dışarı çıkarın.

► BULMACA ÇÖZÜMLERİ

- ÇENGEL BULMACA -									
T	K	P	P	U	O				
G	A	L	A	K	U	L	İ	Ö	
S	A	N	L	O	K	A	L	R	İ
T	İ	K	A	S	L	T	İ	M	İ
K	A	L	P	O	T	O	P	S	İ
H	A	P	N	A	N	O	S	E	R
R	A	E					R	N	
Ö	D	İ	M			A	S	İ	S
İ	L	E	O			O	T	U	Z
P	A	L	T			L	A	R	
S	İ					D	Ü	N	İ
F	A	Ş	Y	A		S	T	A	R
A	T	A	K	S	P	Y	K	R	
A	D	E	T	V	B	İ	Y	O	P
E	R	N	E	M	K	O	N	U	T
İ	T	N	Ö	R	O	L	O	G	L
V	E	T	İ	R	E	A	M	E	B
G	U	A	T	R	G	İ	D	O	L

► SUDOKU

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

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

- ŞİFRELİ KELİME AVI - KONU: Hastane, Cerrahi ve Tıbbi Terimler - ŞİFRE: CERRAHI MUHAFİZE									
T	C	E	N	T	Ü	B	A	S	Y
R	B	R	S	S	P	A	T	O	L
A	A	İ	O	T	S	R	R	A	A
V	R	K	Y	E	E	Ö	D	O	N
M	A	H	D	O	M	R	Z	I	B
A	Y	Y	İ	Ü	P	M	İ	V	A
Ü	E	D	T	A	H	S	A	L	E
K	R	O	N	İ	K	L	İ	L	I
S	E	N	K	O	P	S	N	A	L



Yeni nesil lazer gücü Holmium Lazer (150 watt)

Prostatın tamamen çıkartılması (HOLEP) | Endoskopik böbrek taşı kırma
Mesane tümörü ablasyonu | İdrar kanalı darlığı tedavisi





Medipol Eğitim ve Sağlık Grubu'nun yeni referans merkezi

Medipol Acibadem Bölge Hastanesi

Gelişmiş tanı ve tedavi üniteleri, akıllı sistemlere sahip ameliyathaneleri,
tam donanımlı yoğun bakım üniteleri ve multidisipliner bir yaklaşımla
sunulan 24 saat kesintisiz sağlık hizmeti sizi bekliyor.



Kuruluşumuz,
Akademik Tıp Merkezi
Hastanesi olarak
JCI tarafından
akredite edilmiştir



MEDİPOL
Acibadem Bölge Hastanesi