

YAKIN SAĞLIK

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ DERGİSİ

6 ayda bir yayınlanır

YDÜ HASTANESİ'NDE YAPAY KALP NAKLİ

DEPRESYON VE
BESLENME

TÜP BEBEK
MUCİZESİ

OKUL ÇAĞINDAKİ ÇOCUKLARDA
DİKKAT EKSİKLİĞİ VE
HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU

Hayallerinizin Bir Rengi Olmalı.



b **NEAR EAST BANK** YAKIN DOĞU

444 0 632 | www.neareastbank.com | iletisim@neareastbank.com





SAĞLIKLI GELİŞİM, VERİMLİ EĞİTİM YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ...

Kurulduğu günden bu yana sürekli ve hızla gelişen **Yakın Doğu Üniversitesi, Kıbrıs**'ın en büyük, en kapsamlı ve en donanımlı eğitim kurumu olmuş, **Başkent Lefkoşa**'nın bilimsel, sanatsal ve kültürel değerlerini dünya ile bütünleştirerek **Akdeniz**'in en önemli bilim ve kültür merkezi haline gelmiştir.

Yakın Doğu Üniversitesi **25. yılına** geldiğinde, **beş kıttadan 100'ü aşkın ülkenin** yirmi iki bine varan öğrencisine kucak açmış, dünyada çok az rastlanır bir kültürler buluşması yaratmıştır. Kuruluşundan bugüne, her zaman ilklerin ve yeniliklerin temsilcisi olmuş, hem eğitim ve öğretim alanında hem de **sanat, bilim, spor, kültürel ve sağlık alanlarında** öncü adımları atmanın gururunu yaşamıştır.

Üniversitemizin sahiplendiği en önemli kimliklerden biri de uluslararası bir **bilim platformu** olmasıdır. Yakın Doğu Üniversitesi binlerce bilim insanının katılımıyla gerçekleştirilen ve dünyanın en büyük bilimsel etkinlikleri arasında sayılan etkinliklere ev sahipliği yapmıştır. Çünkü Yakın Doğu bir kültürdür, üretmektir, gelişmektir. Yarınları değer katmaktır. Yakın Doğu sadece bireyler için değil, ülkesi için de düşünmektir, var etmektir.

Tüm bu adımların ve gelişimin temelinde, insanlarımızın en yüksek dünya standartlarında yaşamayı amacı vardır. Bu amacın gerçekleşmesi için en önemli gerekliliklerden biri de **sağlık hizmetidir**.

Ülkesi ve insanı için bugüne kadar ne hayal ettiyse hepsini başarıyla gerçekleştirmenin gururunu taşıyan Yakın Doğu ailesi, topluma sağlık alanında da en iyi hizmeti sunmak için önemli yatırımlar gerçekleştirmektedir. Sağlık hizmetinin kalitesi, modern bir toplumun en önemli yapı taşlarından biridir. Doğru işleyen bir sağlık hizmeti güven verir.

"**Adada kıtılı gibi yaşamak**" vizyonumuz doğrultusunda insanlarımızın olası sağlık sorunlarına Yakın Doğu Hastanesi'nde dünya standartların-

da çözüm bulacaklarına inanmalarını ve sağlıklarına kavuşacaklarının rahatlığı ile yaşamalarını istiyoruz. Halkımız herhangi bir gelişmiş ülke vatandaşı gibi sağlık hizmeti almalı, bu konuda asla hiçbir tereddüt yaşamamalıdır.

36 ana bilim dalını içerisinde barındıran, **400 yatak kapasitesine** sahip **Yakın Doğu Hastanesi**, sağlık alanındaki bütün gelişmeleri yakından takip ederek, tüm yenilikleri hastalarımıza sunmayı amaçlamaktadır. Hastanemiz 209 özel, tek hasta odaları, 8 ameliyathane, 30 yataklı Yoğun Bakım Ünitesi, 17 yataklı Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi, modern laboratuvar ile 55.000 metrekairelik kapalı alana ve bir öncü diognostic görüntüleme merkezine sahiptir. Bölgemizdeki birçok ülkeden daha gelişmiş olanaklara sahiptir ve sürdürülebilir gelişmeyi ilke edinen hastanemiz, uluslararası hastaların çeşitli ihtiyaçlarını karşılamak için bir "**Uluslararası Hasta Koordinasyon Merkezi**" oluşturmuştur.

Yakın Doğu Hastanesi hem sağlık kadrosuyla hem de teknolojik altyapısıyla her yıl büyük adımlar ve projelerle tüm adaya katkılarda bulunmaya devam etmektedir. Çünkü Yakın Doğulu olmak, ezberleri bozup değişimi gerçekleştirmektir. Asla olanla yetinmemek, daha ileriye doğru yenilikçi aşamalar kaydetmektir.

Yakın Doğulu olmak, sağlık alanında da yapılamaz denen her şeyi yapmak, üstüne hayal edilemeyişi gerçekleştirmektir. Sağlıklı bir geleceği tasarlamak ve inşa etmektir. Dünya tarafından hayranlıkla izlenmek, ilham vermektir, insana yatırım yapmaktır.

Yakın Doğu Hastanesi, bugün olduğu gibi yarınlarda da hem halkımızın hem de dünyanın her köşesinden insanın yanında olmaya devam edecektir. ▶

Yrd. Doç. Dr. İrfan S. GÜNSEL
Mütevelli Heyeti Başkanı

- 03** Mütevelli Heyeti Başkanı
- 05** Önsöz
- 06** Katkıda Bulunanlar
- 10** Güncel Haberler
- 12** YDÜ Hastanesi'nde
Yapay Kalp Nakli
- 14** Bel Ağrısı ile Yaşamaya
Mahkûm Değiliz
- 16** Tüp Bebek Mucizesi
- 21** Emziren Anneler Emzirmeyi
Azaltarak Kesmeli
- 22** Kanser Bizden Korksun
- 25** Yaşa Bağlı Sarı Nokta Hastalığı
- 26** IQS Yöntemiyle Sigaradan
Kurtulabilirsiniz
- 30** Dişhekimliği Fakültesi
Tanıtım Yazısı
- 31** Ortognatik Cerrahi
- 32** Şişmanlık Hastalığı
- 34** Azı Karar Çoğu Zarar
- 36** Okul Çağındaki Çocuklarda
Dikkat Eksikliği ve
Hiperaktevite Bozukluğu
- 40** Uyku Apnesi Sendromu
- 42** Üriner Sistem Taş Hastalığı
- 46** Burnunuzun Yarısyıla
Yetinmeyin
- 48** Çocuktur Korkar
Ona Korkmamayı Siz Öğretin
- 50** İnce Hastalık Günümüzde
Hâlâ Yaygın
- 52** Şok Tedavisi (EKT)
- 53** Varis'te Yeni Ameliyatsız
Tedavi Yöntemleri
- 54** Neden Kaşınıyoruz?
- 56** YDÜ Tıp Fakültesi Dekanı
- 58** EEG ve EMG Ünitelerinin Önemi
- 60** Omuz Ağrıları
- 62** Ayak Sağlığı
- 64** Kadınlarda İdrar Kaçırma
- 66** Cinselliği Özgürce Yaşamak
- 68** Görme Engelli Olmak
- 70** Bir Ömür Boyu Rehberlik
- 73** Birçok Hastalığın Tespiti İçin
Nükleer Tıp
- 74** Şeker Hastalığı
- 77** Alerjik Hastalıklar
- 78** Mikroplar ve Onların Dünyası
- 80** Ağrı Kesicileri Nasıl
Kullanmalıyız?
- 82** Sporcu Sağlığı
- 85** İş Yaşamındaki
Bel ve Boyun Ağrıları
- 86** Depresyon ve Beslenme
- 88** Daha İyi Bir Yaşam İçin
20 Pratik Bilgi
- 89** Ödüller



Sahibi

Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi adına
YDÜ HASTANESİ

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü: Dr. Sevim Erkmen

Görsel Danışman: Gökçe Şekeroğlu

Yayın Yönetmeni: Burcu Süerdem

Reklam Ajansı : Tabir-i Caiz İletişim Hizmetleri

Görsel Yönetmen: Orçun Peköz

Yayın Kurulu:

Prof. Dr. Nedime Serakinci
Prof. Dr. Finn Rassmussen
Prof. Dr. Mustafa Asım Şafak
Prof. Dr. Barış Ökçün
Yrd. Doç. Dr. Ulaş Yavuz
Dr. Sevim Erkmen

1988 yılında kurulan **Yakın Doğu Üniversitesi**, çok kısa bir zaman diliminde insanoğlunun hayal edemeyeceği bir gelişim göstermiştir. Tarih kitaplarında okuduğumuz dünyanın yedi harikasının Yakın Doğu Üniversitesi kampüs alanı içerisinde yaratılmış olduğunu gururla izlemekteyiz. Bu Yedi Harika; **Olimpik Yüzme Havuzu, Büyük Kütüphane, Yakın Doğu Üniversitesi IBM İleri Araştırma Merkezi, Eczacılık Fakültesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Tıp Fakültesi ve Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi**'dir. 8'inci harika; **Yakın Doğu Üniversitesi Camisi** olacaktır.

Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'nin, uluslararası Özel Hastane konseptinde işletilmesine rağmen Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi olarak uluslararası standartlar ve **Joint Comission International Akreditasyon(JCI)** kriterleri dikkate alınarak, uluslararası standartlarda alt yapısı, medikal kadrosu, laboratuvarları, tıbbi görüntüleme ve tanı merkezi, ameliyathaneleri ile bölgemizde eşi benzeri olmayan bir hastane olarak **20 Temmuz 2010** yılında açılışı yapılmıştır.

Yıllardır sağlık hizmetlerini bin bir zorlukla yurt dışında ve **Kıbrıs Rum Kesimi**'nde alan insanımız, artık kendi ülkesinde, kendi evindeymiş gibi, dış dünyayı aratmayacak uluslararası düzeyde sağlık hizmetini kendi ülkesinde alabilmektedir. Yerli vatandaşlarımız dışında ülke dışından ve **Güney Kıbrıs**'tan gelen sağlık arayan herkese hizmet verecek koşullar sağlanmıştır.

Bugün tüm Anabilim Dallarımız ve Yan Dalları, bilimsel etik değerler ve ilkelerden ödün vermeden, saygılı, dürüst, güvenilir, teknolojiye açık **Akademik** ve **Tıbbi** kadrolarla yurtiçi ve yurtdışı vatandaşlara en iyi ve en son teknolojik olanaklarla hizmet vermeyi ulvi bir görev bilinci ile yapmaktadı.

dır. **Dil, din, ırk, renk farkı** gözetmeden uluslararası düzeyde aranan saygın bir merkez olmayı görev bilmiştir.

Ülkemizin en önemli yaralarından biri olan **kanser hastalarına** güvenli bir şekilde en son tıbbi ve teknolojik olanaklarla hizmet verilmektedir.

Kalp Merkezi 24 saat görevde olan bir ekip ile Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'nin gururu olmuştur. Türkiye'de ve dünyada çok az yerde uygulanan **Yapay Kalp Operasyonu** ülkemizde başarı ile ülke insanımıza ve ülke dışından gelen hastalara başarılı bir şekilde uygulanmıştır.

Organ ve Doku Nakli Merkezi hasta almaya hazır, yasal düzenlemeler için beklemektedir. Tıbbi etik kurallardan ödün vermeden çalışacak olan **IVF merkezi**, ocak ayının ilk haftasından itibaren hasta kabulüne başlamıştır.

Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi, **Koruyucu Sağlık Hizmetleri** konusunda toplum bilincini geliştirmek için birçok çalışma yapmaktadır. Bu çalışmalardan, insanın sağlıklı iken sağlığını koruması için uygulamaya koyduğumuz **check-up programları** ve birçok hastalığın önemli nedenlerinden biri olan, insan sağlığına en zararlı **kanserojen maddeleri** içeren sigarayı bırakmak için, **IQS Sigarayı Bıraktırma Merkezi** faal olarak çalışmalarını sürdürmektedir.

Yakın Doğu Üniversitesi ve Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'ni anlatmak, Kurucu Rektörümüz Sayın **Suat Günsel**'i anlatmak demektir ki, bu da mümkün değildir.

Böyle bir ortamda görev yapmak, hele de **Kurucu Başhekim** olarak görev yapmak ne büyük bir gurur ve onurdur, anlatılmaz. Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi olarak ülkemiz insanına sağlıkta ilkleri yaşatmak en ulvi görevimiz olacaktır. Sağlıklı günler dileği ile...▶



Dr. Sevim ERKMEN

Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi
Başhekim



Uzm. Diyetisyen Hatice Baygut

2010 yılında Hacettepe Üniversitesi'nde lisans eğitimini, 2013 yılında Yakın Doğu Üniversitesi'nde bilim uzmanlığını tamamladı. 2010 tarihinden itibaren Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesinde Başdiyetisyen, Sağlık Bilimleri Beslenme ve Diyetetik Bölümünde öğretim görevlisi olarak görev yapmaktadır.



Prof. Dr. Nedim Çakır

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni 1967-1973 yılları arasında tamamladıktan sonra, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı'nda Tıpta Uzmanlık Eğitimini bitirdi. 'Yardımcı Doçent'lik ünvanını Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı'nda 1982-1986 yılları arasında aldı. 'Doçentlik' ünvanını ise Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı'nda 1986-1996'da, 'Profesörlük' ünvanını ise Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı'nda aldı.



Prof. Dr. İlhan Sanisoğlu

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni 1982-1988 yılında başarı ile tamamlamış, 1990-1996'da İstanbul Siyami Ersek GKDCM'de Kalp ve Damar Cerrahisi üzerine uzmanlığını almıştır. 2006 yılında doçentlik, 2011'de Profesörlük ünvanını almıştır.



Prof. Dr. Mustafa Asım Şafak

1988 yılında Hacettepe Üniversitesi'nde Tıp eğitimini tamamladı. 1988-1992 tarihinde Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde KBB Hastalıkları Uzmanı olarak atandı. 1992-1993 yıllarında Hacettepe Üniversitesi Biyofizik Anabilim Dalında doktora programına devam etti, 2003 yılında doçent, 2010 yılında Profesör ünvanını aldı.



Uzm. Dr. Rona Emiroğlu

1979 yılında Kosova'da doğdu. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni 2004 yılında başarı ile bitirdi. 22/04/2010 Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Göz Hastalıkları dalında uzmanlığını aldı.



Prof. Dr. Nerin Nadir Bahçeciler Önder

1989 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden mezun olarak Tıp doktoru ünvanını aldı. 1990-1994 yılları arasında T.C. Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Hastanesinde Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ihtisasını tamamlayarak Pediatri uzmanı oldu. 1995-1998 yılları arasında Marmara Üniversitesi Çocuk Allerji-İmmünoloji Bilim Dalı'nda Allerji Yan Dal uzmanlık eğitimini tamamlayarak Çocuk Allerji Uzmanı, 1998-2000 yılları arasında ise Çocuk İmmünolojisi eğitimini tamamlayarak Çocuk İmmünoloji uzmanı oldu. 2002 yılında Doçent, 2007 yılında Profesör oldu.



Uzm. Psikolog Tuğçe Denizgil

Uzman Psikolog Tuğçe Denizgil 2010 yılında Yakın Doğu Üniversitesi'nde Psikoloji Lisansını tamamladıktan sonra Yakın Doğu Üniversitesi Klinik Psikoloji yüksek lisans programını birincilikle kazandı.



Uzm. Dr. Matilda Masaroğulları

21 Eylül 1980 yılında Amavutluk'ta doğdu. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni 1999-2005 yılında tamamladıktan sonra, Ege Üniversitesi'nde 2007-2012 yılında Göz Hastalıkları İhtisasını yaptı.



Uzm. Dr. Mehmet Yavuz Selhanoğlu

1976-1982 yılları arasında Trakya Üniversitesi Edirne Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Ardından 1984-1989 İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'nda uzmanlığını aldı.



Yrd. Doç. Dr. Deniz Bedel

Tıp Doktoru ünvanını 1998'de Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinden aldı. Nükleer Tıp ihtisasını Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesinde 2007 yılında tamamlamıştır. Kasım 2010'dan beri Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi Nükleer Tıp Bölümünde Yardımcı Doçent olarak görev yapmaktadır.



Yrd. Doç. Dr. Kalbim Arslan

1989-1995 yılları arasında Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden Tıp Doktoru ünvanını aldı. 2000-2004'de Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden Genel Cerrahi uzmanlığını aldı.



Uzm. Dr. Barçın Özçem

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni 1999-2005 yılında başarı ile tamamladıktan sonra İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde uzmanlık eğitimi, Kalp ve Damar Cerrahisi üzerine tamamlamıştır.



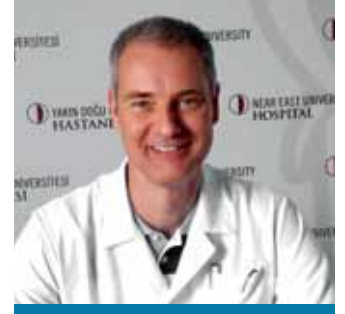
Uzm. Dr. Didem Mullaaziz

Tıp eğitimini 2000-2006 yılları arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde, uzmanlık eğitimi 2008-2012 yılları arasında Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar alanında aldı.



Prof. Dr. Emir Barış Ökçün

1992 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1993 yılında İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsü'nü kazanarak 1998 yılında Kardiyoloji uzmanı oldu. 15 Nisan 2005 tarihinde Doçentlik sınavını kazandı. Eylül 2011 tarihinde İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsü'nde Profesör oldu.



Prof. Dr. Finn Rasmussen, Prof. Dr. PhD, D.BMSc

1965 de Danimarka da doğdu. 1992 yılında Güney Danimarka Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. 2000 yılında Güney Danimarka Üniversitesi Göğüs Hastalıkları, Astım ve alerji üzerine Doktora eğitimini aldı. 2001 yılında Ulusal Sağlık Kurulu, Güney Danimarka Üniversitesinde Göğüs Hastalıkları Uzmanlığını alıp 2006-2008 yılında Güney Danimarka ve Aarhus Üniversitelerinde Göğüs Hastalıkları doçentliğini almış ve 2010 yılında ise Profesör olmuştur. Güney Danimarka Üniversitesinde Göğüs Hastalıkları ve Alerji Anabilim Dalı Başkanlığı yanında Akciğer Hastalıkları ve Akciğer Transplantasyon ünitesi başkanlığı görevlerini yürütmüştür. 2010 yılında Doctor of Science DMSc-Thesis tamamlayıp Doctor of Science ünvanını almıştır.



Prof. Dr. Barbaros Baykal

1980 yılında Gülhane Askeri Tıp Akademisi'nden 1986 yılında Tabib Teğmen olarak mezun olmuştur. Ardından Ortopedi ve Travmatoloji Uzmanlığını almıştır. 19 Kasım 2011 yılında Süleyman Demirel Üniversitesi'nde Profesör ünvanını almıştır.



Prof. Dr. Ali Ulvi Önder

Eylül 1975 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde tıp eğitimime başladı ve Temmuz 1981'de mezun oldu. 1987- 1992 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'nda uzmanlığını tamamladı. 2000 yılında doçent, 2009 yılında da profesör ünvanını aldı.



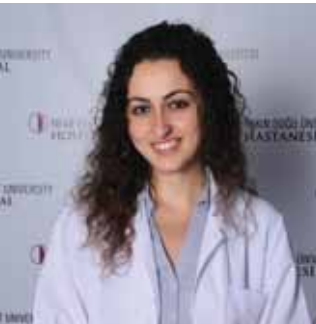
Doç. Dr. Arzu Babayiğit Hocaoglu

1993-1999 Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun olduktan sonra, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlığını yaptı. 2004-2010 yılında Çocuk Alerji Hastalıkları yan dal uzmanlığı yaptı. 2010 yılında "Doçentlik" ünvanını aldı.



Yrd. Doç. Lokman Onur Uyanık

1996-2001 'de Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'ni kazanarak yüksek öğrenimini tamamladı. Daha sonra uzmanlığını 2007 yılında Ankara Üniversitesi Ağız, Diş, Çene Cerrahisi Anabilim Dalı'nda ihtisasını aldı. 2007 yılında Yakın Doğu Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'nde göreve başlamış, 2009 Kasım ayında Yrd. Doç. Dr. unvanını alarak Ağız, Diş, Çene Cerrahisi Anabilim Dalında öğretim üyesi olmuştur.



Yrd. Doç. Dr. Pembe Hare Yiğitoğlu

Tıp eğitimini 1998-2004 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi- İngilizce Tıp bölümünde tamamladı. Çukurova Üniversitesi'nde Mart 2011'de Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon uzmanlığını aldı.



Uzm. Dr. Yeliz Cengiz

1999-2005 İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'ni bitirdi. 2006-2011'de İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda uzmanlığını aldı.



Uzm. Dr. Fadime Tülüçü

1988-1994 Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni tamamlayarak, 2006-2011'de İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı'nda uzmanlığı almıştır.



Başşekim Dr. Sevim Erkmen

1972 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1977'de Dahiliye Uzmanlığı ihtisasını tamamladı. 1988 Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ve 1999 yılında University London Collage Hospital'de Kan Hastalıkları dalında eğitim aldı. 4 Haziran 2010'dan itibaren halen YDÜ Hastanesi Başşekimi görevini sürdürmektedir.



Yrd. Doç. Dr. Aslı Feride Kaptanoğlu

1995 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1996 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı'nda ihtisasa başladı ve 2000 yılında ihtisasını tamamlayarak Deri ve Zührevi Hastalıklar uzmanı oldu. 2010 yılında Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Bölümünde Yrd. Doç. Dr. olarak görevine devam etmektedir.



Prof. Dr. Ali Bozkurt

1983-1989 yıllarında Gülhane Askeri Tıp Fakültesi'ni bitirdi. 1992-1996 yılları arasında Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlık eğitimini tamamladı. "Yardımcı Doçent"lik ünvanını 2001-2007'de Gülhane Askeri Tıp Fakültesi'nde Psikiyatri'yi ardından da 2007-2012 yılları arasında Doçent'lik ünvanını aldı. Yakın Doğu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde "Profesörlük" ünvanını 2012 yılında aldı.



Prof. Dr. Hikmet Solak

1985 yılında Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesinden mezun oldu. 1986 yılında Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Diş Hastalıkları ve Tedavisi Anabilim Dalında Doktora öğrencisi olarak Akademik hayata başladı. 1991 yılında doktora tezini verdi. 1994 yılında Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Diş Hastalıkları ve Tedavisi Anabilim Dalında Yardımcı Doçent olarak atandı. 1996 yılında Doçent, 2002 yılında Profesör oldu. 2007 yılında Ankara Üniversitesi ve KTC Yakın Doğu Üniversitesi arasındaki protokol gereğince Yakın Doğu Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesine Kurucu Öğretim Üyesi olarak atandı. Halen Yakın Doğu Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Başşekimi olarak çalışmaktadır.



Yrd. Doç. Dr. Tijen Ataçağ

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesinden tıp doktoru olarak mezun olduktan sonra, 1996 yılında Ankara Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Hastanesinden Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanlığı ünvanını aldı. 1996 – 2006 yılları arasında Ankara'da Fatih Üniversitesi, Keçiören Belediye Hastanesi, Garanti Bankası Sağlık Merkezi, Ortadoğu Polikliniği ve Bilgi Tıp Merkezi'nde kadın hastalıkları ve doğum uzmanı olarak görev yaptı.



Klinik Psikolog Damla Alkan

Yakın Doğu Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü'nden 2007 yılında mezun oldu. Lisans eğitiminden sonra Atatürk Öğretmen Akademisi'nde 2007-2008 yılları arasında Ortaöğretim Alan Öğretmenliği Tezsiz Yüksek Lisansını tamamladı. Daha sonra Yakın Doğu Üniversitesi'nde Klinik Psikoloji Yüksek Lisansına başlayıp 2012 yılında yüksek lisansını tamamladı.



Hemşire Halil İbrahim Çolakoğlu

Eğitimi K.K.T.C. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Hemşirelik ve Ebelik Encümeni olarak 2003 yılında tamamladıktan sonra Anadolu Üniversitesi İşletme Bölümünü lisans olarak tamamladı. Ardından Atatürk Öğretmen Akademisi'nde Ortaöğretim Alan Öğretmenliği Tezsiz Yüksek Lisansını tamamladı. 2011-2012 yılları arasında TC Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığı Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na bağlı Uyku Araştırma Merkezi'nde Uyku Bozuklukları ve Polisomnografi eğitimi sertifikasını aldı.



Prof. Dr. Nedime Serakinci

1992 yılında İstanbul Üniversitesi Biyoloji bölümünden mezun oldu. 1993 de İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim dalında master eğitimini aldı. 2003 de Tıbbi Genetik Doçentliğini 2007 de ikinci çalışma alanı olan yaşlanma ve kök hücre genetiği dalında ikinci doçentliğini aldı. 2011 de Tıbbi genetik ve kök hücre genetiği bölümlerinden Profesörlüğünü aldı.



Yrd. Doç. Dr. Ulaş Yavuz

1991-1998 Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. İtalya'da Messina Üniversitesi Hastanesi ve Hırvatistan'da Rijeka Üniversitesi Hastanesi'nde Genel Cerrahi ve İspanya'da Barcelona Vall D'hebron Üniversitesi Hastanesi'nde Ortopedi ve Travmatoloji stajı yaptı. 2002 yılında Hacettepe Üniversitesi'nde Spor Hekimliği yüksek lisansını tamamladı. 2007'de yine Hacettepe Üniversitesi'nde Spor Bilimleri ve Teknolojisi-Egzersiz Fizyolojisi doktorasını aldı. Yardımcı Doçentliğini 1 Eylül 2012 'de Yakın Doğu Üniversitesi'nde almıştır.



Dekan Prof. Dr. Gamze Mocan Kuzey

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1974 yılında mezun olmuştur. Aynı yıl Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde uzmanlık eğitimine başlamıştır. 1978 yılında patoloji uzmanı olup, aynı üniversitede öğretim görevlisi, yardımcı doçent ve doçentlik aşamalarından sonra 1992 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Profesörlük kadrosuna atanmıştır.



Yrd. Doç. Dr. Ferhat Harman

1998 yılında GATA Tıp Fakültesi'nden Tıp Doktora ünvanını aldı. 2001-2006 yılında GATA Tıp Fakültesi Beyin ve Sinir Cerrahisi'ni bitirdi. 2010-2011 Eğitim ve öğretim döneminde Yardımcı Doçent ünvanıyla Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'nde Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniğinde görevine devam etmektedir.



Prof. Dr. Oktay Demirkisen

1981-1987 yılları arasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nden başarı ile mezun oldu. Uzmanlık eğitimini İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'nda 1988-1995 yılları arasında tamamladı. Doçentlik ünvanını 2002'de, Profesörlük ünvanını 2008'de aldı.

Şubat 2012 tarihinden itibaren part time olarak yakın doğu üniversitesi hastanesi'nde görevine başlamıştır.



Yrd. Doç. Dr. Amber Eker

1998 yılı ÖSS ve ÖYS'de tüm dallarda Kıbrıs birinciliği ile Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni kazandı. 2005-2010 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalında Araştırma görevlisi olarak çalıştı. Araştırma görevliliği döneminde birçok ulusal ve uluslararası kongrede sunumları oldu. Aralık 2010 tarihinden itibaren Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalında Yardımcı Doçent olarak göreve başladı.



Prof. Dr. Meltem Nalça Andrieu

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1987 yılında mezun oldu. TUS sınavı ile girdiği Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimini 1993'te tamamladı. 2002'de Yardımcı Doçent, 2005'te Doçent, 2010'da Profesör ünvanlarına hak kazandı. Prof. Dr. Meltem Nalça Andrieu şu anda Yakın Doğu Üniversitesi Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalında görev yapmaktadır. Yakın doğu üniversitesi radyasyon onkolojisi anabilim dalı başkanlığı görevini sürdürmektedir.



Prof. Dr. Tümay Sözen

1965 Yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun olduktan sonra 1971 yılında İç Hastalıkları alanında uzmanlığını aldı. 1988 yılında Hacettepe Üniversitesi'nde Profesörlük ünvanını aldı. Görevine Yakın Doğu Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı olarak devam etmektedir.

S.G.K. ARTIK Y.D.Ü. HASTANESİ'NDE...

D Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi ile T.C. arasında **Sosyal Güvenlik Kurumu** ile ilgili **Sağlık Hizmetleri Protokol imza töreni** gerçekleştirildi. Tören, Türkiye Cumhuriyeti Başbakan Yardımcısı Prof. Dr. **Beşir Atalay**, T.C. Enerji ve Tabii Kaynaklar Bakanı **Taner Yıldız**, T.C. Orman ve Su İşleri Bakanı Prof. Dr. **Veseli Eroğlu**'nun yanı sıra, T.C. Lefkoşa Büyükelçisi **Halil İbrahim Akça**, K.K.T.C. Yüksek Mahkeme Başkanı, S.G.K. Kurum Başkanı ve Yönetim Kurulu Başkanı, Y.D.Ü. Kurucu Rektörü Dr. **Suat İ. Günsel**, Mütevelli Heyeti Başkanı Yrd. Doç. Dr. **İrfan S. Günsel**, Öğretim Üyeleri ve davetliler, Türkiye ve K.K.T.C. basınının katılımı ile gerçekleştirildi. 1 Şubat 2014 günü imzalanan protokol töreninde yeni bir müjde daha verildi.

Artık K.K.T.C.'de öğrenim gören Türkiye'den gelen öğrencilerin, **Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi**'nde tedavi hizmeti alabileceğini ve bunun için ayrıca bir ödeme talebinde bulunulmayacağını, tedavinin ardından gereken ödemeleri **S.G.K.**'nin karşılayacağı belirtildi. Törende konuşma yapan Türkiye Cumhuriyeti Başbakan Yardımcısı Prof. Dr. Beşir Atalay, "*Öğrenci gelecek, sağlık hizmetini alacak, ödeme yapmadan buradan ayrılacak. Biz de bunu karşılayacağız. Türkiye'deki okullarda öğrenciler, sağlık hizmetinin*



% 30'unu ödüyor ama Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi o farkı da almayacak. Bu bir rekabettir ve güzeldir. Kendilerine teşekkür ediyorum." dedi. Atalay'ın konuşmasının ardından Protokolde imzalar atıldı ve Y.D.Ü. Mütevelli Heyeti Başkanı Yrd.Doç. Dr. İrfan S.Günsel, TC Başbakan Yardımcısı Prof. Dr. Beşir Atalay'a ve S.G.K. Başkanı Yedigöller İlhan'a birer Plaket takdim etti. Tören verilen resepsiyonla sona erdi. ▶



T.C. VATANDAŞI OLUP K.K.T.C.'DE ÖĞRENİM GÖREN ÖĞRENCİLERE MÜJDE

D Yakın Doğu Üniversitesi Rektör Yardımcısı Prof. Dr. **Şenol Bektaş**, Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi ile **Türkiye Cumhuriyeti Sosyal Güvenlik Kurumu** arasında imzalanan işbirliği protokolü uyarınca, **K.K.T.C. Üniversiteleri**'nde eğitim gören T.C. uyruklu öğrenciler Sosyal Güvenlik Kurumu kapsamına alınmış olup, herhangi bir ücret ödemedi Y.D.Ü. Hastanesi'nde tedavi ve muayene olabileceklerini ve her yıl kayıtlı birlikte sağlık fonu için alınan **140 TL**'nin de artık alınmayacağını açıkladı.

Prof.Dr. Bektaş, KKTC'ye eğitim almak için gelen T.C. uyruklu öğrencilerin bundan böyle hangi üniversiteye kayıt yaptırırsa yaptırsın, sağlık fonunu artık ödemedi YDÜ Hastanesi'nden ücretsiz muayene ve tedavi olabileceklerinin altını çizdi ve bununda eğitim almak için K.K.T.C.'ye gelmelerine bir teşvik unsuru olacağını vurguladı. ▶



YDÜ HASTANESİ / SOSYAL GÜVENLİK KURUMU SAĞLIK HİZMETLERİ PROTOKOLÜ

Yakın Doğu Üniversitesi Hastanemizde; “**Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) / Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Protokolüne**” istinaden **4 Ekim 2013** tarihi itibarı ile ilgili hastalarımıza hizmet verilmeye başlanmıştır. Söz konusu protokole göre hizmet alacak kişiler, **Genel Sağlık Sigortası** kapsamında olan tüm **Türkiye Cumhuriyeti vatandaşlarıdır**.

Yakın Doğu Üniversitesi, imzalamış ol-

duğu bu protokolle hizmetlerin en kutsalı olan sağlık hizmetini **K.K.T.C.**'de yaşayan, görevli olan, olmayan, eğitim gören veya turistik amaçla ülkeye gelen tüm Türkiye Cumhuriyeti vatandaşlarının ayağına getirmiştir.

İlgili protokolle Yakın Doğu Üniversitesi, **Türkiye Cumhuriyeti**'ndeki **Vakıf Üniversitesi şartlarına** haizdir. Yakın Doğu Üniversitesi Hastanemize **T.C. Nüfus Cüzdanı** ile



Gülcan Solak
SGK Koordinatörü

müracaat eden kişinin sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkının olup olmadığının tespiti için **Kurum Bilgi İşlem Sistemi** üzerinden T.C. Kimlik Kartı numarası ile hasta takip numarası (Provizyon) alınmaktadır. Bu takdirde sunulan hizmetler **Sosyal Güvenlik Kurumu**'na (S.G.K.) faturalandırılmaktadır. Hak sahibi olan söz konusu kişilerin tüm sağlık birimlerimizde ayakta veya yatarak muayene, tetkik, tahlil ve tedavisinin temini sağlanmaktadır.

Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi, son teknoloji tıbbi cihaz ve donanımları ile, daha da önemlisi, ileri düzey bilgi ve girişimleri ile Tıp Dünyasında isim yapmış, genellikle Profesör ünvanı olan hekimleriyle birlikte özellikle sağlık hizmetleri vermek konusunda markalaşmış, sayılı Tıp Fakülteleri arasında yerini almaktadır.

Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'nin hedefi kaliteli, güvenilir, doğru ve zamanında sağlık hizmeti vermek, bu hizmeti verdiği sürece de kişileri “**Adada kıtılı gibi yaşatmak**”tır. **■**





YDÜ HASTANESİ'NDE YAPAY KALP NAKLİ

Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Anabilim Dalı ve Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı önderliğinde **Ada**'da ilk kez gerçekleştirilen **yapay kalp nakli** ile ilgili Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanı **Prof. Dr. İlhan Sanisoğlu** bilgi verdi. Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. İlhan Sanisoğlu, **Yapay Kalp Destek Cihazları** üzerine dergimize açıklamalarda bulundu.

Kalp Yetmezliği nedir?

Kalp yetmezliği, kalp kasının yeterince kasılamaması sonucu gelişen ve değişik organları etkileyen bir hastalıktır. Klinik olarak kalbin sol tarafını etkileyen **sol kalp yetmezliği**, kalbin sağ tarafını etkileyen **sağ kalp yetmezliği** veya kalbin her iki tarafını da etkileyen **konjesif kalp yetmezliği** şeklinde görülür. Kalp vücudun ihtiyacını sağlayacak kadar kan pompalayamadığı için, kalp yetmezliği, akciğerler ve vücudun diğer bölgelerinde sıvı birikimi ve nefes darlığı ile seyreden ciddi bir hastalıktır. Kalp yetmezliği eğer tedavi edilmezse zaman içinde yavaş yavaş kötüleşme eğilimi göstererek kronik ve geri dönüşmez bir safhaya girer. İleri derece kalp yetmezliği olan hastaların yaklaşık **%50-60'a** yakını bir yıl içinde hayatını kaybetmektedir. Gelişmiş toplumlarda en önemli ölüm sebeplerinin başında kalp yetmezliği gelir.

Yapay Kalp kimlere uygulanır?

Cerrahi ve medikal tedaviden fayda göremeyecek kadar ileri derecede kalp yetmezliği olan hastalar **yapay kalp** veya **kalp nakli**(transplantasyonu) için aday olan hastalardır. Bu hastalar genellikle kalbin kasılması ileri derecede bozulduğu, kalbin kanı pompalama gücünün %20-25 in altına düştüğü, böbrek ve karaciğer fonksiyonları bozulduğu veya bozulmaya başladığı, yatağa bağımlı ve



*Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanı
Prof. Dr. İlhan Sanisoğlu*

yüksek dozlarda kalbi destekleyen ilaçlar alan ve genellikle de diyaliz alan hastalardır. Bu tür hastaları iki gruba ayırabiliriz. Birincisi mekanik destek uygulanacak olan hastalar, ikincisi kalp nakline gerek olan hastalardır.

Dünyada kalp nakli ihtiyacı son on yılda **%100** oranında artmasına rağmen **donör**(verici) sayısı buna orantılı olarak artmadığı için, kalp bekleme listelerindeki hasta sayıları giderek artmaktadır. Bekleme listesindeki hastalara; herhangi bir girişim yapılmadığı takdirde bunların yaklaşık yarısı bir yıl içinde hayatını kaybetmektedir. Dolayısıyla kalp nakli için bekleyen hastalara yapay kalp olarak da adlandırılan mekanik destek cihazları takılmak suretiyle uygun kalp bulunana kadar hayatla-

rını devam ettirme şansı tanınır. Kalp nakli olmayacak kadar ileri yaştaki hastalara da kalıcı yapay kalp takılarak, hayatlarını devam ettirme imkanı tanınır.

Uzun süreli yapay kalp genellikle kalbin sol karıncığının kasılmasının ileri derecede bozuk olduğu hastalara uygulanır. Sağ ve sol karıncığın kasılmasının bozulduğu durumlarda kalp nakli daha uygun bir çözümdür. Kalbin sağ veya sol tarafının bozuk olması durumunda ise kalbin sol tarafını destekleyen mekanik destek cihazları denilen, yapay kalpler kullanılabilmektedir.

Eğer hasta kalp nakline aday ise ve uygun bir donör bulunamamışsa, kalbin sağ ve sol karıncığı ileri derecede bozursa, o zaman **total**



yapay kalp (Total Artificial Heart) uygulanabilmektedir.

Total yapay kalp daha çok kalp nakline geçişi kolaylaştıran, **köprü** (bridge) görevini alır. Bu uzun dönem tedavi şekli için uygun değildir.

Yapay Kalp uygulaması nasıldır?

Yapay kalpleri kabaca iki gruba ayırabiliriz. Birincisi kısa süreli mekanik destek sağlayan cihazlar, ikincisi ise uzun süreli(kalıcı) mekanik destek sağlayan yapay kalplerdir. Kısa süreli mekanik destek sağlayan cihazlar geçici olarak on günden bir aya kadar destek sağlayabilmektedirler. Bu cihazlar vücut dışındadırlar ve hastayı yatağa bağımlı kılarlar. Kısa süreli mekanik destek cihazları geçici süreli olarak kalbin yükünü üzerlerine alırlar ve kalbin kasılması düzeldiği zaman tekrar hastadan çıkartılarak, hasta kendi kalbinin fonksiyonuyla hayatına devam eder. Uzun süreli yapay kalpler oldukça küçüktürler, genellikle hastanın göğüs boşluğuna yerleştirilirler. Bu cihazların bataryaları vücut dışındadır ve ciltten geçen bir kablo ile cihaza enerji sağlar. Uzun süreli yapay kalplerin yedi yıla kadar destek sağladıkları bildirilmekle beraber, son jenerasyon yapay kalplerde daha uzun süreler verilebilmektedir.

Yapay kalp takılan hastalarda en önemli problemler kullanılan kan sulandırıcı ilaçlara bağlı olarak gelişebilecek kanama ve yetersiz kan sulandırıcı ilaç kullanımına bağlı olarak,

cihaz içi veya vücudun başka yerlerinde oluşabilecek pıhtılaşma durumu sayılabilir.

Yapay Kalp Destek Cihazı nasıldır?

Mekanik yapay kalpler vücutta göğüs duvarının içine takılıp, ince bir kablo aracılığıyla vücut dışındaki batarya sistemine bağlıdır. Batarya kısmı oldukça hafiftir ve hasta omuza asılı bir çantayla bataryayı taşıyabilir. İlerisi için tasarlanan yapay kalplerde, omuzda taşınan bataryaların tamamen ortadan kaldırılması planlanmakta. Bunların yerine cilt altına yerleştirilen alıcı yardımıyla dışarıdan cihazın şarj edilmesi planlanmaktadır.

Yapay Kalp takılan hastalar nelere dikkat etmelidir?

Yapay Kalp Cihazı takılan hastalar, cihaz ile birlikte hafif egzersizlerle yürüyüşünü yapabilir, bisiklet sürebilir, banyosunu yapabilir ve her türlü günlük aktivitelerini bu cihaz ile yapabilir. Bu cihazlar vücut içinde göğüs boşluğuna yerleştirildiği için genelde hastaların kan sulandırıcı ilaç olan **Coumadin** kullanmaları gerekir. Eğer hasta bu ilacı kullanıyorsa, hastanın ağır efor sarfetmemesi, en basit ke-silmelere bile dikkat etmesi gerekir. Oluşan kanamaları durdurmak zor olabilir ve hasta herhangi bir travmaya maruz kaldığı zaman cilt altlarında şişlikler, morarmalar, kan birikimleri olabilir. Dolayısıyla çok ağır spor, aşırı egzersizlerden kaçınmaları gerekmektedir.



Gelişmiş toplum-larda en önemli ölüm sebepleri-nin başında kalp yetmezliği gelir.”

Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi’nde başarılı bir şekilde gerçekleştiren Yapay Kalp nakli sonrasında hastalarımızın genel durumu nasıldır?

Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi’nde bugüne kadar **Prof. Dr. Ömer Bayezid** başkanlığındaki kalp nakil ekibi tarafından üç hastada gerçekleştirilen yapay kalp nakli operasyonu başarılı bir şekilde sonuçlanmıştır. Her üç hasta da ameliyat öncesi dönemde yatağa bağımlı bir şekilde kalbi destekleyen ilaç almak zorundaydılar. Gelişen böbrek yetmezliğine bağlı olarak her üç hastayada ameliyat öncesi dönemde diyaliz uygulanmaktaydı. Tüm hastalarımız şifayla taburcu edilmiştir. Kalıcı yapay kalp uygulanan hastalarımız, bundan sonraki yaşamlarını yapay kalp ile sürdürecektir.

Adamızda Kalp Nakli uygulanabiliyor mu?

K.K.T.C.’de Kalp nakli için gerekli olan alt yapı çalışmaları sürdürülmektedir. Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi adada kalp nakli için uygun tek özel hastanedir. Kalp nakli için gerekli en önemli madde kalp yetmezliği olan hastalar için, uygun verici bulmaktır. Yakın bir gelecekte de nakil için gerekli olan tüm hazırlıklar tamamlanarak, Kalp naklinin Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi’nde gerçekleştirebileceğinin müjdesini verebileceğiz. ▶



BEL AĞRISI İLE YAŞAMAYA MAHKÛM DEĞİLİZ

Bir çok hekimin hayatı boyunca hastalardan en sık duyduğu şikayetlerin başında **bel ağrıları** gelmektedir.

Bel ağrıları günümüzde insanların hastanelere en sık başvuru nedenlerinden birisini oluşturmaktadır ve insanların çalışma hayatını olumsuz olarak etkileyen bir problemdir. Neredeyse her birey hayatında en az bir kez ciddi bel ağrısı yakınması geçirir. Bel ağrılı hastaların sadece %3'ünde **bel fıtığı** vardır. Geri kalan hastalar **kas, kemik, eklem** ve **tendonların** hasarından veya yıpranmasından kaynaklanan sebeplerle bel ağrısı çekerler.

Bel ağrıları **akut** veya **kronik** olabilirler. Özellikle yeni başlamış oniki haftayı geçmeyen ağrılar akut bel ağrıları olarak kabul edilirken oniki haftadan daha uzun süren ağrılar kronik bel ağrıları olarak kabul edilmektedir. Akut bel ağrıları daha çok **travma, soğuğa veya rüzgara maruz kalma, ağır yük kaldırma, ani bel hareketleri** ve **özensiz yapılan sporlar** gibi nedenlerle başlarlar ve bel dokularında zedelenmeye sebep olurlar. Akut bel ağrılarına zamanında ve uygun tedavilerin yapılması çok önemlidir, çünkü tedavileri ihmal edilirse akut bel ağrıları belde kalıcı hasar yaparak kronik ağrılara dönüşebilmektedir. Kronik bel ağrıları daha çok tedavi edilmemiş akut bel ağrıları, özellikle ileri yaşlarda görülen **kireçlenme** (Spondiloz) veya **osteoporoz, bel fıtıkları, omurganın enfeksiyonları, kanserler** gibi nedenlerle ortaya çıkmaktadır.

Bel ağrısında tanı nasıl konulur?

Bel ağrılarının tanısında hastayı dinlemek ve iyi bir fizik muayene en önemli basamağı oluşturur. Bel ağrısını en iyi ağrıyı çeken kişi bilir ve doğal olarak ağrının tanısı en iyi o ağrıdan muzdarip kişi tarafından yapılır. Bazen



hastanın kendisi bel ağrısını o kadar güzel tarif eder ki daha muayene bile yapmadan hekim bel ağrısının olası teşhisini bulur. Hastayı dinledikten sonra iyi bir fizik muayene yapılır ve istenecek tetkikler belirlenir. Radyolojik görüntüleme metotları bel ağrılarının teşhisinde hekimlere çok yardımcı olmaktadır. Bazen yapılacak basit bir röntgen filmi bile tanı konmasında yardımcı olabilirken bazen de **bilgisayarlı tomografi (BT)** ve **manyetik rezonans görüntüleme (MRG)** gibi dokuları ve kemik yapıyı çok daha iyi gösteren **ileri radyolojik incelemeler** gerekebilmektedir.

Bel ağrılarının nedenleri neler olabilir?

Kireçlenme (Spondiloz), eklem zedelenmeleri ve bel fıtığı gibi hastalıklar omurga dokularının bozulması ile oluşan hastalıklardır ve **dejeneratif omurga hastalıkları** olarak adlandırılırlar. Gerek yaşlanma, gerekse omurganın hor kullanılması, fazla zorlanması, yetersiz ve uygun olmayan beslenme gibi sebeplerle omurgayı oluşturan eklem, kaslar, bağlar ve kemiklerde bozulma (dejenerasyon) meydana gelmektedir.

Bel ağrılarında tedavi yöntemleri nelerdir?

Bel ağrıları kronikleşerek hastaları hayat boyu devam eden ağrıya mahkûm edebilir. Günümüzde dejeneratif omurga hastalıklarından kaynaklanan bel ağrılarının tedavisinde ilaç tedavisinden başlayıp, fizik tedaviye ve cerrahi müdahaleye kadar birçok tedavi yöntemi uygulanmaktadır. Uygun tedavi seçenekleri hastalığın tanısı, kişinin sağlık durumu, hastalığın şiddeti, hastanın isteği gibi etkenlere bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Ne yazık ki hastaların çoğu cerrahi tedaviden çekindiği için doktora bile gitmemekte, sadece etraftan aldıkları tavsiyelerle ve ilaçlarla yaşamlarını ağrı içinde ve mutsuz olarak geçirmektedirler. Hatta bazı hastalar bel çektirme gibi tıbbi olarak çok sakıncalı olan ve hastaya fayda değil, aksine zarar verebilen işlemleri tıp dışı kişilere yaptırmaktadırlar. Hastalar bu gibi yanlış tedavilerle daha kötü hale gelmektedir. Hâlbuki uygun tedavi ile dejeneratif bel ağrılarını azaltmak veya tamamen yok etmek mümkündür. Birçok hasta, açık cerrahiye gerek olmadan **minimal invazif girişimler** dediğimiz yöntemlerle tedavi edilebilir. Minimal invazif girişimler açık cerrahiye göre hastanın dokusuna daha az zarar verir, **genel anesteziye** (narkoz) gerek duyulmaz ve daha kısa sürede yapılabilirler. En önemli avantajlarından birisi genel anestezi alamayacak ve ameliyat olamayacak derecede sağlık problemleri olan hastalarda ve ileri yaştaki hastalarda bile uygulanabilmesidir. Tüm minimal invazif girişimler bilgisayarlı tomografi, ultrason, özel röntgen cihazları gibi görüntüleme yöntemlerinin yardımıyla yapılmaktadır.

Spinal Enjeksiyon nedir? Nasıl uygulanır?

Minimal invazif girişimlerden en yaygın kullanılanı **spinal enjeksiyonlardır**. Spinal enjeksiyonlar ilaç tedavisi ve fizik tedavi yöntemlerinden fayda görmeyen ve cerrahi müdahale gerektirmeyen hastalarda uygu-

lanabilir. Spinal enjeksiyonlar, kabaca tanımlayarak ciltten girilen çok ince bir iğne yardımı ile omurgada hastalıklı bölgedeki ağrıya sebep olan sinirlere, **ağrıyı azaltıcı, yangıyı ve ödemi çözücü** ilaç verilmesidir. Ağızdan alınan, damardan veya kalçadan yapılan enjeksiyonlara göre daha etkilidir. Çünkü doğrudan hastalıklı bölgeye ilaç yapılır. İşlem sırasında hasta uyanıktır ve sadece iğnenin gireceği cilt kısmı lokal anestezi ile uyuşturulur. İşlem ortalama **15 dakika** sürer ve hasta birkaç saat içinde evine gidebilir. Tedavinin etkisi genellikle işlemden hemen sonra veya bir iki gün içinde başlar. Eğer doğru tanı konulursa spinal enjeksiyon yapılan hastaların önemli bir kısmında bel ağrıları azalır veya tamamen kaybolur. Bu iyilik halinin süresi kişiden kişiye değişmektedir. Bazı hastalar tam olarak iyileşir ve bir daha ağrı çekmezken bazı hastalar birkaç aylık bir süreyle (genellikle altı ay) fayda görür. Spinal enjeksiyondan bir kez fayda gören hastalara ağrılar tekrarladığında aynı işlem tekrar yapılabilir.

Bel fıtığında ameliyatsız tedavi; İntradiskal Elektrotermal Terapi (IDET)

Omurgalar arasında yastık görevi gören kıkırdak yapıdaki dokulara **disk** denir. Bel fıtıkları bu disklerin dışarı taşarak omurilikten çıkan sinirlere baskı yapması sonucu oluşur. **Yıpranma, yük binme ve zorlanma** gibi sebeplerle diskin yapısı bozulur ve diskin içindeki lif şeklindeki sinirler bel ağrısına sebep olur. Bir diğer minimal invazif girişim intradiskal elektrotermal terapi (IDET) dediğimiz işlemdir. Bu işlem özel yapıda ince bir tel yardımı ile diske girilerek yapılır ve diskteki ağrıya sebep olan sinirleri harap ederek ağrıyı ortadan kaldırır. Bu işlem sadece ağrı yapan sinirleri etkileyeceği için hastanın hareket ve duyu yeteneğinde bozulma olmaz. Genel anesteziye gerek olmadan kısa süre içinde uygulanır ve hasta aynı gün evine gidebilir. İşlemden sonra hastanın iki gün istirahat etmesi, ağır kaldırmaması ve araba kullanmaması istenir. İşlemden sonra üç hafta hastanın ağır



Tıp dışı kişilerin yaptığı bel çekme gibi uygulamalar hastaya fayda değil aksine zarar verebilir.”

işler yapmaması gerekir. Hasta üç haftadan sonra normal fiziksel aktivitesine geri dönebilir. Minimal invazif yöntemlerle düzelmeyen hastaların **mikro cerrahi** ile tedavi edilmesi gerekebilir.

Günümüzde bel ağrılarının tanı ve tedavisinde tıptaki gelişmeler artarak devam etmekte ve sürekli yeni yöntemler bulunmaktadır. Doğru tanı konup uygun tedavi yöntemi uygulandığında bel ağrısız bir yaşam mümkün olabilir. ▶



TÜP BEBEK Mucizesi



Tüp bebek yöntemi (in vitro fertilizasyon veya IVF), döllenmenin laboratuvar ortamında gerçekleştiği, üremeye yardımcı yöntemlerine verilen genel isimdir. Bu yöntemlerin her biri **kısırlık** (infertilite) tedavisinde kullanılır. Bir çiftin korunmasız düzenli cinsel ilişkiye rağmen **1-3 yıl** içerisinde gebe kalamaması durumu infertilite olarak değerlendirilmektedir. Yapılan çalışmalar, herhangi bir problem yoksa, kadının yaşının **35**'in altında olduğu çiftlerde bir yıl içerisinde gebelik şansının **%90**'ın üzerinde olduğunu göstermektedir. Çiftlerin yaklaşık **%10-15**'inde infertilite bir sorun olarak karşımıza çıkmakta ve **%40-50** oranda kadına bağlı, **%30-50** oranda ise erkeğe bağlı nedenlerden kaynaklanmakta; **%10-20** oranda çiftlerin her ikisinde de problem olduğu bildirilmektedir. Tüm bu verilere rağmen olguların **%10-15**'inde standart araştırmalar ile ne kadında, ne de erkekte herhangi bir kısırlık yapıcı neden bulunamayabilir. Bu duruma "**açıklanamayan infertilite**" adı verilir. Kadına ait faktörler; **yumurtlama problemleri** (%30-40), **tüplere bağlı sorun-**

lar (%30- 40), **rahim ağzı sorunları** (%10-15), **rahimin doğumsal bozuklukları ve bağışıklık sistemi bozuklukları** gibi nedenler şeklinde özetlenebilirken, erkeğe bağlı infertilite sorunlarının başında ise **sperm sayı** veya **yapısındaki bozukluklar** gelmektedir.

Tüp bebek teknolojisinin tarihi **1970**'lere uzanır. Dünyanın ilk başarılı tüp bebeği olan **Louise Brown, 1978**'de İngiltere'de doğmuştur. İlgili tedaviyi geliştiren fizyolog **Robert G. Edwards**, bu çalışmalarından ötürü **2010** yılında **Nobel Fizyoloji ve Tıp Ödülü**'ne layık görülmüştür.

IVF yönteminde, olgun yumurtalar yumurtalıklardan toplanır ve laboratuvar ortamında sperm tarafından döllenir. Daha sonra **döllenmiş yumurta** (embriyo) ya da yumurtalar rahime yerleştirilir. IVF'nin bir döngüsü yaklaşık **iki hafta** sürmektedir. Tüp bebek tedavilerinde amaç iyi gelişen sağlıklı bir veya iki embriyonun rahim içine transfer edilmesi ve kalan sağlıklı embriyoların dondurularak saklanmasıdır. Her iki amacın gerçekleştirilmesi uygun laboratuvar koşullarına ve uygulanan embriyo

dondurma işlemlerinin kalitesine ve güvenilirliğine bağlıdır. Tüp bebek laboratuvarında uygulanan dondurma tekniklerinin başarısına paralel olarak anne adaylarına bir-iki adet embriyo transfer edilmesi ve gebelik sürecinin problemlili olduğu çoğul gebelik riskinin azaltılması günümüzde ulaşılan nihai gelişmelerdir.

Embriyo transferi sonrası, kalan sağlıklı embriyoların dondurulması için, başarısı klinik deneyler ile ispatlanmış **Embriyo Vitrifikasyon**, bir başka ifade ile "**Cam Formasyonuna Geçiş**" yöntemi kullanılabilir. **Vitrifikasyon yönteminin** en önemli özelliği, embriyoların yüksek yoğunluktaki bir koruyucu madde ile **3-4 dakika** muamele edildikten sonra dakikada **eksi 2.000-20.000 Santigrad** derece soğutma hızı ile hasar görmeden dondurulabilmesine imkan sağlamasıdır. Klasik-yavaş embriyo dondurma yönteminin aksine, Vitrifikasyon veya Hızlı Dondurma Yöntemi ile, özellikle üçüncü gün, dördüncü gün ve "**Blastokist**" dediğimiz beşinci gün embriyolar çok daha başarılı bir şekilde dondurulmaktadır. Dondurma

yönteminin başarısını gösteren en önemli kriterlerden biri olan çözme sonrası embriyolarındaki canlılık oranı, Vitrifikasyon ile dondurulmuş embriyolarda neredeyse **%100'e** yakındır. Embriyo çözme sonrası yüksek canlılık oranına ilave olarak Vitrifikasyon yöntemi, anne adaylarına tekrar ve yüksek gebelik şansı veren en başarılı dondurma yöntemidir.

Embriyo Vitrifikasyon Yöntemi, transfer sonrası çok sayıda embriyosu bulunan hastalara ilaveten, tıbbi gereklilik nedeniyle tüm embriyolarının dondurulmasına karar verilen hastalarda da başarıyla uygulanmaktadır. Tüm embriyoların Vitrifikasyon ile dondurulması, genellikle hastanın rahim iç yapısının uygun olmadığı veya hastada kullanılan hormon tedavisi neticesinde **Aşırı Yumurtalık Uyarılma Sendromu**'nun (Ovarian Hiperstümülasyon Sendromu) görüldüğü durumlarda gerçekleştirilmektedir. Rahim içi şartlarının hasta için uygun hale getirilmesinden veya aşırı uyarılma belirtilerinin geçmesinden sonra Vitrifikasyon ile dondurulan embriyolardan uygun sayıda (3-4 adet) çözülerek, hastaya çözme döngüsünde embriyo transferi yapılmakta ve dondurulmamış kadar gebelik şansı verilebilmektedir.

Yardımcı üreme tekniklerinden biri olan **"Mikroenjeksiyon İşlemi"** (Intracytoplasmic Sperm Injection veya ICSI), tek bir spermin yumurta içine transfer işlemidir. Mikroenjeksiyon işlemi (klasik ICSI), **100-400 kat mikroskopik büyütme** altında, hareketli spermier arasından, şekil olarak en düzgün olanların seçilmesine imkan vermektedir. Fakat bu yöntem döllenme, embriyo gelişimi ve gebelik için çok önemli olan sperm anomalilerinin tanımlanmasında yeterli olmamaktadır. Bu anomaliler, **Androloji laboratuvarları**nda özel boyama teknikleri ile tanımlanabilmekte, ancak bu spermier boyama sonrası canlı kalamadıklarından mikroenjeksiyon için kullanılamamaktadır. Bu alandaki en son gelişmelerden birisi olan **IMSI** (Intracytoplasmic Morphologically Selected Sperm Injection) ile, yüksek mikroskopik büyütme ile normal yapıda olduğu saptanan spermi, mikroenjeksiyon uygulamasında özel optik sistemler aracılığı ile mikroenjeksiyon için hazırlanan



spermier **1600 - 7000 kata** kadar büyütme ve spermin başı içerisindeki anomalili yapıları ayırt ederek seçim yapmak mümkün olmaktadır.

Özellikle 2005 yılından bu yana yoğun olarak yapılan çalışmalarda, sperm başı içerisindeki **genetik materyali** (DNA'yı) içeren çekirdek kısmında bulunan **"Vakuol"**ler (sıvı dolu kesecikler), DNA yapısında hasar bulunabileceği konusunda ipucu vermektedir. Sperm DNA yapısındaki hasarlar, döllenme başarısızlığı, embriyo gelişiminin durması, kötü ve/veya yavaş embriyo gelişimi gibi problemlere sebep olabilmekte ve dolayısıyla gebelik şansını olumsuz etkilemektedir. Özellikle şiddetli erkek faktörü olan vakalarda, tekrarlayan tüp bebek başarısızlığında ve nedeni izah edilemeyen infertilite durumlarında, spermin rolünü anlamaya ve uygun yapıdaki spermierin seçilmesine olanak veren IMSI sistemi; Blastosist evresine ulaşabilecek iyi embriyoların gelişimine de imkan vermesi yönünden bu alandaki yeni ve önemli gelişmelerden birisidir.

Embriyo transferi genellikle döllenmeden sonraki günde yani ikinci gün ile beşinci gün arasında yapılabilir. Transfer edilecek embriyoları seçerken hekim, embriyolog ve hastanın birlikte kaç adet embriyo transferi yapılacağına karar vermesi gerekir. Bu kararı verirken öncelikle ülkemizdeki yönetmeliklere göre, eğer geçerli bir sebep yoksa transfer edilecek emb-



Uygun şartlarda yapılan embriyo transferi, tüp bebek tedavisinde başarıyı arttıran önemli bir faktördür."

riyo sayısı üç ile sınırlandırılmıştır. Kötü embriyo gelişimi ve ileri anne yaşı gibi durumlarda bu sayı artabilir. Merkezimizde geçerli olan kriterlere göre daha önceden başarısız denemeleri olmayan, en iyi kalite denilen embriyolara sahip ve 35 yaşından genç kadınlarda en fazla iki adet embriyo transferi prensibi benimsenmiştir.

Bu sayı kadının yaşı arttıkça, varsa önceki başarısız denemeleri ve transfer edilecek embriyoların kalitesinin istenen özelliklerde olup olmadığı göz önüne alınarak artırılabilir; ancak dörtten fazla embriyo verilmesinin gebelik şansını arttırmadığı bilindiğinden çok nadir durumların dışında bu sayının üstüne



çıkılmamaktadır. Ayrıca embriyolarda genetik araştırma yapıldığında sonuçlar bu sayıyı kısıtlayabilmektedir. Örneğin, **HLA uyumu** (doku uyumluluğu) açısından araştırma yapılan hastalarda bu incelemelerin sonuçlarına göre embriyo sayısı belirlenebilmektedir.

Tüp bebek tedavileri uygulanmaya başlandıktan beri, tedavi protokolleri, kullanılan ilaçlar, hasta takip kriterleri, embriyo laboratuvar ortamları ve kullanılan araç ve gereçler yıldan yıla değişmiş ve gelişmiştir. Özellikle erkek infertilitesi durumlarında kullanılan ICSI, IMSI ve cerrahi sperm elde etme yöntemlerinin (mikro TESE gibi) geliştirilmesi, daha önce gebelik elde edilmesinin imkansız olduğu düşünülen olgularda yüksek oranlarda gebelik elde edilmesini sağlamıştır.

Ancak sağlanan bu gelişmeler, başarılı bir şekilde gebelik oranlarını artırırken, bazı istenmeyen durumları da beraberinde getirmiştir. Gebelik oranlarını artırmaya yönelik yapılan fazla sayıda embriyo transferine bağlı olarak gelişen çoğul gebelikler ve buna bağlı komplikasyonlar da görülebilmektedir. Çoğul gebeliklerde doğan bebeklerdeki **prematürite** sonucu olarak çok ciddi sağlık ve finansal sorunlar ortaya çıkmıştır. Bu nedenle gelişmiş ülkelerde tüp bebek tedavilerinde yeni bir yaklaşım doğmuştur ve **“sağlıklı tek bebek doğumu”** başarı göstergesi olarak kabul edilmektedir.

Tüp bebek uygulamalarında, embriyo ka-

litesini arttırmak için mümkün olduğunca iyi kalite yumurta elde etmek gereklidir. Bu nedenle gerçekten doğru seçilmiş ve kişiye özel bir yumurta büyütücü tedavi kullanılmalıdır. Sayısal fazlalıktan ziyade, daha kaliteli yumurtaların elde edilmesine yönelik uygulamalar hedeflenmelidir. Böyle tedaviler, daha kaliteli yumurtaların elde edilmesini amaçlarken, aynı zamanda yüksek doz ilaç kullanımlarına bağlı olarak hastada oluşabilecek istenmeyen rahatsızlıkların azalmasına olanak sağlamaktadır. Özellikle tüp bebek tedavilerinin en korkulan yan etkilerinden biri olan yumurtalıkların aşırı uyarım sendromunun engellenmesi veya daha hafif atlatılmasına olanak sağlamaktır. Bu tür yaklaşımlar sayesinde, hastaların tüp bebek tedavilerine çok daha iyi uyum sağladıkları ve tedaviyi bırakma oranlarının azaldığı da gözlemlenmiştir. Bununla birlikte, erkek infertilitesinin tanı ve tedavisi çok daha hızlı bir gelişim göstermiştir. Cerrahi yollardan sperm elde etme teknikleri, Mikro Cerrahi Teknikleri (mic-TESE) eskiden sperm bulma yönünde umutsuz olan hastaların çocuk sahibi olmalarına büyük katkılar sağlamıştır. Bunun yanında kaliteli spermlerin seçilerek kullanılmasını sağlayan tanı yöntemleri (sperm FISH, TUNNEL testleri, MSOME-IMSI vs.) gebelik şansının artırılmasında katkıda bulunmuştur.

Tüp bebek tedavilerinde uygulamaların belirli bir sınırı olmamakla birlikte, yapılan ça-

lışmalar çok sayıda uygulamanın başarı şansını artırmadığını göstermiştir. Bu durumda tekrarlayan tedavilere geçmeden önce infertilite'ye neden olabilecek faktörlerin detaylı olarak araştırılması, olası faktörlerin ekarte edilmesi ve sonrasında tekrar tedaviye geçilmesi önemlidir. Her uygulama arasında en az üç ay ara verilmelidir.

Ayrıca anne adayının uzun süreli ve yüksek sayıda sigara kullanımının üreme sistemi ve hormon aktivitesini olumsuz etkilediği düşünülmektedir. Etkinin özellikle yumurtalıklar düzeyinde olabileceği ve sigaranın adet düzensizliği, infertilite ve erken menopoz gibi önemli sonuçlara yol açabileceği bilinmelidir. Gebelikte de sigara kullanımı, **fetusta** gelişme geriliği ve düşük doğum ağırlığına yol açabilir.

Tüp bebek tedavisinin son basamağı olan embriyo transferi önemli bir işlemdir. Ortalama olarak bir aya yakın süren tedavi sonucu geliştirilen embriyolar artık hastaya transfer edilmeye hazırdır. Embriyo transferinde temel prensip, embriyoların rahim içinde belirlenecek bölgeye mümkün olduğunca en az travma ile yerleştirilmeleridir. Uygun şartlarda yapılan embriyo transferi, tüp bebek tedavisinde başarıyı arttıran önemli bir faktördür.

Genetik incelemeler, hem infertilite nedenlerinin araştırılmasında hem de sağlıklı embriyoların yerleştirilmesinde önemli yer tutmaktadır. Yapılan araştırmalar, erkek kısırlılığının nedenleri hakkında çok önemli bilgiler elde etmemizi sağlamıştır. Cinsiyet kromozomlarından **Y kromozomu** üzerindeki **mikrodelesyonlar**, testiste sperm yapımının azalması veya hiç sperm yapılmaması gibi durumlara yol açmaktadır. Aynı şekilde yine cinsiyet kromozomlarındaki sayı anomalileri, örneğin en sık görülen **Klinefelter Sendromu** (47,XXY) gibi genetik hastalıklarda da testis gelişimi yetersiz kalmış ve sperm yapımı azalmış olabilir. Ayrıca testislerden sperm taşıyan kanalların doğuştan olmaması halinde testiste normal sperm üretimi olmasına rağmen çıkış imkanı olmadığı için menide sperm görülmez. Bu da genetik olarak **Konjenital Bilateral Vas Deferens Agenezisi** (CBAVD) denilen bir hastalığa bağlı olmakla beraber Vas Deferensin Konjeni-



tal Bilateral yokluğu, **Obstrüktif Azospermi**nin yaygın bir nedenidir ve erkek infertilitesinde olguların **%1-2**'sinden sorumludur. Tüm bu olasılıkların bir tıbbi genetik uzmanı tarafından değerlendirilmesi ve uygun bir algoritmanın planlanması gerekmektedir.

Preimplantasyon Genetik Tanı (PGT), In Vitro Fertilizasyon Yöntemleri kullanılarak geliştirilmiş olan embriyolarda ortaya çıkabilecek potansiyel Kromozomal Anomali'leri belirlemek amacıyla uygulanmaktadır. Infertilite tedavisi ile oluşturulan, farklı gelişim aşamalarındaki embriyoların transfer öncesi dönemde kromozomal incelemesinin yapılması işlemidir ve IVF uygulamalarındaki ilerlemeler ile birlikte artmıştır. Embriyonun morfolojisi ve gelişim potansiyelinin iyi olmasının yanında, genetik yapısının da hayatla bağdaşır olması gerekmektedir. **Floresan In Situ Hibridizasyon (FISH)** çalışmaları ile normal olarak gelişen **preimplantasyon embriyoların** Blastomer'leri incelendiğinde, bunların **%30-65**'inde en az bir hücrede **Anöploid**i saptanmaktadır. Blastomerlerin **%25-60**'ında ise kromozomal mozaiklik gözlenmiştir. Transfer öncesi embriyoların incelenmesi ve kromozomal anomali tespit edilen embriyonun transferinin engellenmesi, PGT'nin en önemli avantajlarından birisidir. Bu nedenle PGT, bazı çalışmalarda prenatal tanı yöntemlerine alternatif olarak öne sürülmektedir. Günümüzde PGT, yapısal kromozomal anormallikler (translokasyonlar, inversiyonlar, delesyonlar, vs.), tek gen defektleri, X kromo-

zomu ile kalıtılan hastalıklar ve HLA tiplemesi için kullanılmaktadır. Yapısal Kromozomal Anomaliler ve Anöploid'lerin var olduğu gebelikler klinikte fetal gelişim anomalileri ve Abortus (düşük) ile sonuçlanmaktadır. PGT embriyonal gelişimin farklı dönemlerine göre Polar **Cisim Biyopsisi**, **Blastomer Biyopsisi** ve **Blastokist Biyopsisi** olmak üzere üç farklı şekilde uygulanabilmektedir. **FISH** tekniği ile embriyodan alınan tek blastomer ile dokuza kadar kromozom taranabilmektedir. **Translokasyon taşıyıcıları** için yapılacak PGT çalışmalarından önce bir hazırlık aşamasının (set-up, ön hazırlık) tamamlanması gerekir. Bu aşamada, **Sitogenetik Analiz**'le translokasyon taşıyıcılığı saptanmış çiftlerde, FISH analiziyle kırık noktalarının doğrulanması, PGT çalışmasında kullanılacak problemleri belirlemek açısından çok önemlidir. Bunun için eşlerden kan alınıp kromozomların incelenmesi ve FISH yöntemiyle kromozomlar üzerindeki kırık noktalarının teyidinin yapılması gerekmektedir. Yine PGT işlemi öncesinde eğer çiftlerde baba adayı translokasyon taşıyıcısı ise, spermde yapılacak FISH analizi ile sperm hücrelerindeki normal veya **dengeli/dengesiz gamet** (üreme hücresi) oranını saptamak mümkün olabilmektedir. Sperm FISH, özellikle **Resiprokal Translokasyon Taşıyıcıları**nın embriyolarında **dengeli/dengesiz embriyo oranının** tahmin edilmesinde ve tedavide yol gösterici olması bakımından oldukça faydalıdır.

PGT, bu hasta grubunda gebelik oranını



Genetik incelemeler, hem infertilite nedenlerinin araştırılmasında hem de sağlıklı embriyoların yerleştirilmesinde önemli yer tutmaktadır."

arttırmakta ve gebelik kayıplarını azaltmaktadır. **Xe** bağlı kalıtım gösteren hastalıklar taşıyıcı anneden çocuklarına geçebilmektedir. Anomalili **X'i** erkek çocuklarına verdikleri takdirde hasta bir erkek bebeğe sahip olacaklardır. Bu nedenle anne adayının **Xe** bağlı kalıtım gösteren bir hastalığın taşıyıcısı olduğunu bilmesi halinde yapılması gereken **Preimplantasyon Tanı** ile hasta çocuk sahibi olma şansını sağlıklı embriyonun transferine izin vererek ortadan kaldırmaktır. Tek gen hastalıkları, tek bir gende meydana gelen **mutasyon** veya **malformasyon** sonucu oluşan hastalıklardır. Bugüne kadar yaklaşık **4000'e** yakın tek gen hastalığı tanımlanmıştır. **Otozomal dominant, otozomal resesif**, X kromozomuna bağlı **dominant** ve **resesif**; Y kromozomuna bağlı ve **mitokondrial kalıtım**la geçiş gösterebilirler. Ülkemizde **Akdeniz Anemisi**, **Beta-Talasemi** gibi **otozomal resesif geçiş** gösteren türde hastalıkların daha embriyo aşamasında tanılarının yapılması büyük önem arz etmektedir. Bu yöntem, ilgili kromozom bölgesinin tanımlandığı her tek gen hastalığı için uygulanabilir. Bunlara **Postnatal** (doğum sonrası) ve/veya **Prenatal** (doğum öncesi) tanı ile analiz edilebilen tek gen hastalıklarının tümü dahildir. ▢



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ

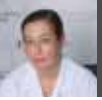
Tüp Bebek Merkezi

hizmet vermeye başladı!

Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi bünyesinde yer alan ve dünya standartlarında hizmet sunan Tüp Bebek Merkezimiz, deneyimli uzman kadrosuyla hizmet vermeye başladı.



Detaylı Bilgi İçin: Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi,
Yakın Doğu Bulvarı, Lefkoşa-KKTC
Tel: +90 444 0535 Dahili: 1282
www.neareasthospital.com



EMZİREN ANNELER EMZİRMİYİ AZALTARAK KESMELİ

“Yaşamın ilk altı ayında sadece ve sadece anne sütü verilmelidir” diyen Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı **Yrd. Doç. Dr. Tijen Ataçag** anne sütünün bebekler için özel olduğunu ve onların beslenmesi için ideal yapıya sahip olduğunu belirtti.

Anne sütü en mükemmel şekilde vitamin, protein ve yağ karışımından oluşur. Bebeği yenidoğan döneminde virüs ve bakterilere karşı koruyan antikörlere sahiptir. İlk **6 ay** sadece anne sütü ile beslenen bebeklerde daha az kulak enfeksiyonu, daha az solunum sorunları ve ishale karşılaşırlar.

Anne sütü ileri yaşlarda daha yüksek **IQ** seviyeleri ile de bağlantılı bulunmuştur. Emziren bebeklerin kilo alımı daha uygun olmaktadır. Aynı zamanda **diyabet, obezite ve kanser** riskini azalttığına dair çalışmalar da mevcuttur.

Emzirirken **cilt cilde olan temas, göz teması** bebeğinizin size bağlanmasını ve kendisini güvende hissetmesini, rahatlamasını sağlar. Anne ile bebek arasındaki yakın ilişkinin başladığı dönemdir.

Altıncı aydan sonra çocuk doktorunuzun önereceği şekilde ek gıdalara başlanılabilir. Bu süreç bazen kolay, bazen zor olabilmektedir. Sabır ve zaman gerektirir. Asla zorlayıcı olmamak lazımdır. Bebeğiniz hazır olduğunda gerçekleşecektir. Bu süreç esnasında anne sütüne devam edilmelidir. Bebek bir yaşına geldiğinde ek gıdalardan tüm ihtiyacını karşılar hale gelir. Artık bebeğinizi süttan kesmeyi, emzirmeyi sonlandırmayı düşünebilirsiniz. Bebeğinizi bir yaşından önce süttan kesmek istiyorsanız anne sütüne eşdeğer süt vermeniz gerekmektedir.

Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı Yrd. Doç. Dr. Tijen Ataçag emziren annelerin, süttan kesme iş-

leminin kademeli olarak yapılması gerektiğini belirterek bunlar hakkında bilgi verdi.

1.Basamak: Bebeği emzirdikten sonra ona küçük porsiyonlar halinde başka gıdalar da vermeyi deneyiniz. Şimdiye kadar sadece sıvı ile beslenen bebek, kaşıkla beslenmeye, ağzına gelen sert şeyleri hissetmeye, keşfetmeye, tatmaya başlar. Bazıları severken, bazı bebekler hiç mutlu olmayabilir. Zamana ihtiyaç vardır. Bu süreç esnasında bebek gıda ihtiyacını anne sütünden sağlamaktadır.

2.Basamak: Bebek ek gıdaları güzel yemeye başladıktan sonra, bazı öğünlerde emzirmeden önce ek gıda verilmesi denenir.

3.Basamak: Sonra her öğünde katı gıdalar verilmeye başlanır. Bebeğiniz süttan kesilmeye hazırdır. ▶



KANSER BİZDEN KORKSUN !...

Kanser, günümüzde hızla yaygınlaşan ciddi bir hastalık. Her yıl tüm dünyada milyonlarca kişi, ilk kez bu hastalıkla tanışıyor. Hastalığın insan hayatını tehdit eder nitelikte olması, bilim insanlarının tedavi alanında yeni araştırmalar ve keşifler yapmasında en temel etkenlerden birisidir. Bu çabaların sonucu gelişmiş teknolojilerle üretilen cihazlar, kanserin tanı ve tedavisinde yeni olanaklar sunuyor.

Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı Başkanı **Prof. Dr. Meltem Nalça Andrieu**, Kanser tedavisiyle ilgili sorularımızı yanıtladı. Yakın-doğu Üniversitesi Hastanesi'nde kullanılan **Rapidarc Cihazı**'nın adada tek olduğunu, dünyada kullanılan en yüksek teknolojiye sahip olduğunu belirterek, kanser tedavisi hakkında bilinmesi gerekenleri kısaca özetledi.

Radyoterapi ne demektir? Kısaca anlatır mısınız?

Kanser tedavisinde sıklıkla kullanılan tedavilerden birisi de ışın tedavisi olarak bilinen **radyoterapi**dir. İyonize radyasyonun günlük seanslar halinde tümör bölgesine verilmesi ile tümör hücrelerinin öldürülmesi amaçlanır. Bu uygulama direkt tümörün ışınlanması şeklinde olabileceği gibi, cerrahi tedavi ile tümörlü dokunun çıkarıldığı durumlarda geride kalabilecek gözle görül-meyen tümör hücrelerinin yok edilmesi ve böylece nüks olasılığının azaltılması için de yapılabilir. Son yıllarda çeşitli kanserler için yapılan tarama programları, insanların erken tanı konusunda bilinçlenmesi ve tanı yöntemlerinin gelişmesi, kanserin daha



Prof. Dr. Meltem Nalça Andrieu

erken evrelerde yakalanmasına neden olmaktadır. Hem erken tanı konması, hem de günümüzde uygulanan modern ve gelişmiş tedavi yöntemleri, birçok hastanın başarı ile tedavi edilmesini ve yaşamlarını hastalıklı

bir şekilde sürdürmelerini sağlamaktadır. Hastalıklı yaşam süreleri uzadıkça, özellikle radyoterapi uygulanan hastalarda, radyasyona bağlı yan etkilerin azaltılması ve yaşam kalitesinin korunması gittikçe



daha önemli bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Tümör bölgesine etkili yüksek doz radyasyon verilirken çevresindeki normal dokuların korunması çok titizlik gerektiren bir tedavi planlaması ile mümkündür ve bu planlamayı uygulayabilecek yüksek teknolojiye sahip tedavi cihazlarına gereksinim vardır. Bu nedenle radyasyon onkolojisi kliniklerinde kullanılan cihazlar tedavi kalitesi açısından büyük önem taşır.

IMRT (Intensity Modulated Radiation Therapy): IMRT, diğer adıyla **Yoğunluk Ayarlı Radyoterapi (YART)**, büyük bir hassasiyet ile radyasyon dozunu tümör şeklinde üç boyutlu olarak verir. Bu tekniği kullanarak çevredeki sağlıklı dokuları koruma yeteneği o kadar etkileyicidir ki, tüm dünyada klinisyenler neredeyse her türlü solid tümörlerin tedavisinde bu yöntemi kullanmaktadır. Örneğin baş-boyun bölgesi tümörlerinde radyoterapi yaparken omurilik, göz sinirleri ve tükrük bezleri gibi dokuları koruyarak oluşturabilecek ciddi yan etkileri azaltmak mümkündür. Yapılan çalışmalarda erken evre prostat kanserinde YART uygulanan hasta-

larda tümör nükslerinin anlamlı derecede azaldığı, üç yıllık yaşam süresinde %10'luk artış ve rektal kanama komplikasyonunda %14'lük azalma olduğu görülmüştür. YART yöntemi bazı olgularda cerrahi tedaviye alternatif oluşturabileceği gibi bazen de aynı bölgeye ikinci kez radyoterapi uygulanmasına olanak sağlar.

VMAT (Volumetric modulated arc therapy): RapidArc, Lineer Hızlandırıcı'nın başının tek bir 360 derecelik dönüşü ile üç boyutlu heykel hassaslığında doz dağılımı sağlayan bir hacimsel ark tedavisidir. Bir tedavi planlaması algoritması tarafından tedavi sırasında üç parametrenin aynı zamanda değiştirilebilmesi mümkün olur. Bu parametreler; cihaz başının dönme hızı, çok yapraklı kolimatör hareketleri ile tedavi açıklığının şekli ve verilen doz hızıdır. RapidArc bugün uygulanmakta olan en hızlı, dinamik **IMRT radyoterapi** tekniklerinden bile sekiz kat daha hızlı bir tedavi sağlamaktadır. RapidArc IMRT, sadece tümörü kaplayan çok hassas bir tedavi dozunun diğer IMRT uygulayan cihazlara göre çok daha kısa sürede verilmesini sağlar. RapidArc,

hasta etrafında dönerek, hastanın hareket etmesine fırsat vermeden ışınlama işlemini yapabilmektedir. Yaklaşık 20-35 dakika süren bir tedavi 2-4 dakikaya iner ve bu durum tedavi boyunca hastanın ağrısı, rahatsız hissetmesi veya organ hareketleri gibi nedenlerle tedavi volümünde oluşan belirsizlikleri azaltarak tümörün tedavi volümü dışına çıkması veya normal dokuların yüksek doz bölgesine girmesi olasılığını düşürür, hastanın konforunu büyük ölçüde artırır. Ayrıca RapidArc Cihazı sayesinde hastaya verilen doz üçte bir oranında düşürüldüğü için radyasyona bağlı ikincil kanserin oluşma riski azalır.

Dynamic Targeting IGRT (Image-Guided Radiation Therapy): Görüntü Kılavuzluğunda Radyoterapi, her tedavi seansında hedefin aynı pozisyonunda olduğundan emin olmak için kullanılır. Radyoterapi sırasında ki uygulama ile tedavi planının uyumunu sağlamak için **OBI** ve **CBCT** aksesuarları ile donatılmıştır. OBI (On Board Imager) ile hastanın tedaviden önce radyolojik filmi çekilmekte ve planlama merkezinin doğruluğu kontrol edilebilmektedir. Ayrıca CBCT

RapidArc kumanda merkezi



(Cone-Beam CT) ile hastanın tomografisi çekilebilmekte ve yumuşak dokuları da görerek tedavinin kalite kontrolü yapılabilmektedir. Cihaz üzerine entegre edilmiş **radyografi**, **floroskopi** ve **tomografi** modları ile hasta pozisyonu ve tedavi volümü kontrol edilerek gerektiğinde hasta yatağı otomatik olarak kaydırılarak tam çakışma sağlanır. Böylece hastanın pozisyonundan ya da organ hareketlerinden kaynaklanabilecek hatalar önlenir. Bu özellik, IMRT gibi çok keskin sınırlı tedavilerin kalite kontrolü için önemlidir.

DART (Dynamic Adaptive Radiotherapy):

Gerçek zamanlı adaptasyonda (RPM), tedavi sırasındaki solunum hareketleri hesaba katılarak ışın verilir ve böylece tedavi şartları hasta anatomisi ile uyumlu hale getirilir. Örneğin, tedavi boyunca solunum hareketleri bir monitör aracılığı ile izlenerek, hasta derin nefes alıp tuttuğu zaman göğüs duvarı veya meme ışınlanır. Hasta nefesini bıraktığında bunu algılayan cihaz ışınlamayı otomatik olarak keser ve tekrar nefes alma ile birlikte tedavi devam eder. Böylece ışınlanan hedef volüm, alttaki akciğerden ve kalpten uzaklaşacağı için bu normal dokuların aldıkları doz ciddi anlamda düşer ve radyasyondan korunmuş olurlar.

Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'nde, Radyoterapi merkezi ne kadar zamandan beri hizmet vermektedir?

Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, **Nisan 2010** tarihinde kurulmuştur. Kurulduğu tarihten itibaren **Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti**'nde bulunan tek **Radyoterapi Merkezi**'dir ve **Kıbrıs Adası**'nda bulunan merkezler arasında da en üst düzey teknolojiye sahip Radyoterapi Merkezi'dir. Kanser tedavisinde kullanılan Rapidarc Cihazı dünyada kullanılan en yüksek teknolojilerden birisine sahiptir. Kıbrıs'ta sadece Yakındoğu Üniversitesi Hastanesi Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı'nda bulunan Rapidarc cihazı, tüm bu gelişmiş radyoterapi yöntemlerini adada uygulayabilen tek cihazdır. Rapidarc'ın sağladığı tüm bu avantajlar deneyimli ve titiz çalışan bir tedavi ekibinin de katkıları ile doğru kullanıldığı zaman kanser tedavisinde ciddi başarılar ile sonuçlanmaktadır.

Röportajımızı Prof. Dr. Meltem Nalça Andrieu'nun özellikle erken yakalanmış kanserler için söylediği söz ile bitirelim: "*Kanserden korkmayın. Elimizde yeni geliştirilmiş en son nesil silahlar var, kanser bizden korksun!..*"

Sağlıkla kalın... 



İnsanların erken tanı konusunda bilinçlenmesi ve tanı yöntemlerinin gelişmesi, kanserin erken evrede yakalanmasını sağlamaktadır."



YAŞA BAĞLI SARI NOKTA HASTALIĞI

Yaşa bağlı makula dejenerasyonu (Sarı nokta hastalığı) 50 yaş ve üzeri insanlarda görme kaybının en önemli nedenleri arasında yer almaktadır. Yaşa bağlı makula dejenerasyonu görülme sıklığının, %5.8 - 15.1 arasında olduğu belirlenmiştir. Özellikle gelişmiş toplumlarda artan yaşam süresi ile orantılı olarak, hastalığa yakalanacak kişi sayısında belirgin artış beklenmektedir.

Makula keskin ve renkli görmeden sorumlu, retina tabakasının ortasında bulunan küçük bir alandır ve bu alana "sarı nokta" adı verilir. Görmemiz merkezde daha keskin, kenarlara doğru ise daha zayıftır. Yaşa bağlı makula dejenerasyonunda makula bölgesinde hücre hasarı geliştiği için, görme kaybı meydana gelir.

Yaşa bağlı makula dejenerasyonu, **kuru tip** ve **yaş tip** olmak üzere iki alt tipten oluşur ve bu iki tip tedavi ve **prognoz** açısından farklılık gösterir. Hastaların %80-90'ını kuru tip oluşturmaktadır. Kuru tipte görme kaybı daha yavaş ilerler. Yaşa bağlı makula dejenerasyonunun yavaş ilerleyen formudur. Yaş tip yaşa bağlı makula dejenerasyonu ise tüm olguların ancak %10-20'sinde görülmekle birlikte görme kaybından %80-90 oranında sorumludur. Yaş tip yaşa bağlı makula dejenerasyonunda görme kaybı hızlı ilerler ve tedavi edilmezse kalıcı görme kaybı ile sonuçlanabilmektedir. Kuru tip de bazen yaş tipe dönüşebilir.

Yaşa bağlı makula dejenerasyonunda görmede azalma, renklerin daha soluk görünmesi, düz çizgilerde bükülmeler, bulanık görme gibi bulgular ortaya çıkar ve görme kaybı ilerledikçe yaşam kalitesi ciddi oranda düşmeye başlar. Yaşa bağlı makula dejenerasyonu erken dönemde tespit edilebilir ve tedavi edilirse, mevcut görme düzeyleri korunabilir ve görme kayıplarının ilerlemesi durdurulabilir.



Yaşa bağlı makula dejenerasyonunda **genetik** ve **çevresel** faktörler rol oynar. Makula dejenerasyonunun gelişmesinde temel risk faktörü ilerleyen yaştır. Bunun yanı sıra aile öyküsü, cinsiyet (kadınlarda daha fazla), açık renkli göz, hipertansiyon, kalp hastalığı, sigara öyküsü ve UV ışınları da risk faktörleridir.

TEDAVİ

Yaşam tarzı değişimi: Çevresel etkilerin ve yaşam tarzının yaşa bağlı makula dejenerasyonunun gelişimi üzerindeki etkilerinin daha iyi anlaşılması nedeniyle, hastalar kendilerini riske sokacak davranışlardan uzak durma konusunda bilgilendirilmelidir. Sigara içimi ve şişmanlıktan uzak durulması önem arz eder.

Ultraviyole ışığından korunma: Birçok çalışmada ışık toksitesitesinin yaşa bağlı makula dejenerasyonunun gelişimi ve ilerleme-

si üzerine etkisinin olduğu gösterilmiştir. Güneş gözlüğü ve şapka kullanımı gibi dış ortamdan gelen ışınları engelleyen yöntemler kullanılmalıdır.

Kuru tip: Herhangi bir tedavi yöntemi yoktur. Çeşitli vitamin ve bazı antioksidan özelliğe sahip olan ilaçlar, hastalığın gidişini yavaşlatabilir.

Yaş tip: Daha önce makulada yeni damarların oluşmasının engellenmesi ve retinada sıvının azaltılması için **lazer** ve **fotodinamik tedavi** uygulanmaktaydı. Son dönemde **intravitreal** (göz içi) **anti - VEGF** ilaç enjeksiyonları uygulanmaktadır.

Anti- VEGF ilaç enjeksiyonları göz arkasında hastalık durumunda salgılanan ve yeni damar oluşturan proteini engelleyerek görme kaybını önler. 4-6 hafta aralıklarla uygulanabilen ilaç, yeni damar oluşumunu durdurmakta ve hastanın şikayetlerini azaltmaktadır. ▶



I QUIT SMOKING

IQS YÖNTEMİYLE SİĞARADAN KURTULABİLİRSİNİZ!

SİĞARASIZ HAYATA SİZ DE MERHABA DEYİN!

Bağımlılık kişinin madde alımı üzerindeki kontrolünü kaybetmesini ifade eder. **Dünya Sağlık Örgütü;** madde bağımlılığını “*kullanılan bir psikoaktif maddeye kişinin daha önceden değer verdiği diğer uğraşlardan ve nesnelerden belirgin olarak daha yüksek bir öncelik tanıma davranışı*” olarak tanımlar. Diğer bir deyişle madde kullanımı bireye ve topluma zarar verici düzeyde bir davranış haline gelir. Sigara içme veya dumanının solunması zamanla kişide psikolojik ve fiziksel bağımlılık oluş-

turur. Tütünde esas bağımlılık yapan madde **nikotindir**. **Sigara**, daha çok alışkanlık yapıcı daha az zevk verici bir bağımlılık türü olarak kabul edilmektedir. Sigara; uyarıcı etkisi olan ve uyuşturucu madde bağımlılığı olarak değerlendirdiğimiz bir bağımlılık türüdür. Uzun süre alınan nikotin beynin çalışma düzenini, yani fizyolojik yapısını değişikliğe uğrattır. Bir çoğumuzun bağımlılığı bir **İRİADE** meselesi olarak görmesinin aksine; bağımlılık **TEDAVİ EDİLMESİ GEREKEN** bir beyin hastalığıdır. Sigara içenlerin

beyinlerinde zamanla **NİKOTİN ALICILARI** oluşur. Bu alıcılar uykuda bile açıktır. Kişi sigarayı bırakma kararı aldığı ve uyguladığı halde alıcılar oradan yok olmazlar dolayısıyla kişi yaşam boyu **İYİLEŞMEKTE OLAN BİR BAĞIMLI** olduğunu unutmamalı ve hayatını o şekilde şekillendirmelidir.

Peki bir beyin hastalığına neden olan sigara bağımlılığından kurtulmak mümkün müdür? Bilindiği gibi bir çok zararlı kimyasaldan oluşan bu çok kolay ulaşılabilir maddeden ve dolayısıyla sosyal bağımlılığa da



neden olan sigara bağımlılığından kurtulmak çok kolay ve dahası mümkün. Her türlü hastalığın başlangıcı sayılabilecek ve ciddi sağlık sorunlarına neden olduğu kanıtlanmış sigara bağımlılığı ile **Sigara Bırakma Merkezi** ciddi mücadele içerisinde.

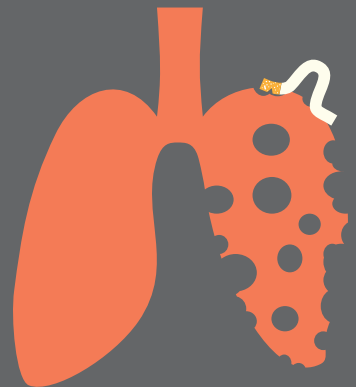
Bu merkez, **35 ülkede** hizmet veren uluslararası bir sigara bıraktırma programıdır. **IQS programı** patentli **R.I.S.E.** (Reflection Instrument Scanning Electropulse) cihazıyla yapılan uygulama yanında, kişiye özel destek, takip ve özel danışmanlık hizmeti içeren güvenilir bir tedavi şekli uygulanıyor. IQS Programının altında yatan amaç, beynin kendini '**nikotinsizlik**' durumuna adapte etmesi sırasında yaşanan sıkıntıları ortadan kaldırarak, bağımlının sigaranın fizyolojik ve psikolojik bağımlılığından çok kolay bir şekilde kurtulmasını sağlamaktır. R.I.S.E cihazıyla bağımlının her iki kulağındaki belirli '**refleks**' noktaları çok düşük gerilimli elektrik akımıyla uyarılarak **beta-endorfinler** salgılanmaktadır. Vücudumuzun doğal ağrı kesicisi olan beta-endorfinler sayesinde sigarayı bırakan kişi nikotin yoksunluğu sıkıntısıyla ve nikotin isteğiyle kolayca baş edebilmektedir.

UYGULAMA ŞEKLİ; Kişiye özel form doldurulur, bilgiler RISE cihazına girilir. Kişiye özel süre ve şiddet belirlenir. **Pod cihazı** devreye girer. Sağ ve sol kulağa cihazın belirlediği refleks noktalarından atışlar yapılır. **Electro-pulseler** ise beta-endorfinler salgılanmasına neden olur Her iki kulağa belirlenmiş noktalardan atışlar tamamlandığında uygulama sona erer.

PSİKOLOJİK TEDAVİ; Riskli Durumların tanımlanması, stresle baş etme becerileri kazandırmak, öfke kontrolü sağlamak, iletişim becerilerini geliştirmek ve **Relaps**(geri dönme)önleme teknikleri yaratmak ise psikolojik tedavinin basamaklarıdır. IQS programına başvuran kişilere **6 ay** boyunca **5 seans** uygulama şansı veriyor. İlk seans **%70**, ikinci seans sonrası ise kişinin nikotin reseptörlerini **%90** kapatma şansı olup, kişi sigaranın yoksunluğunda yaşanan bir takım fizyolojik sıkıntıları yaşamıyor. Geriye kalan diğer **3 seans** ise kişi için adeta bonus gibidir. Kişi zorlandığını hissettiği zaman geriye kalan 3 seansını eğer 6 aylık süre içindeyse tekrar kullanabiliyor. IQS programı doğal olup, hiçbir yan etkisi bulunmamaktadır. ▶



Her türlü hastalığın başlangıcı sayılabilecek ve ciddi sağlık sorunlarına neden olduğu kanıtlanmış sigara bağımlılığı ile Sigara Bırakma Merkezi ciddi mücadele içerisinde.”





KORKMAYIN! YÜZLEŞİN! SİZ DE BIRAKABİLİRSİNİZ!...

Sigara kullanmaya ne zaman başladınız, ne kadar zamandır içiyorsunuz?

19 yaşında sigara içmeye başladım, 31 yıldır kesintisiz sigara içiyorum. Arkadaş çevremde, yak bir tane bir taneden bişey olmaz gibi sözler beni sigaraya teşvik etti. Sonrasında ise askerlik görevi yaparken sigara kullanımım arttı ve sigarayı bırakamadım.

Sigarayı Bırakma Tedavi Merkezi'ni nasıl buldunuz?

Biz bu merkezi medya yoluyla öğrendikten sonra, buraya başvurmaya karar verdik. Sigarayı kendi çabalarımla bırakmaya çalıştım, fakat başarılı olamadım. Yakın Doğu Üniversitesi'nde Sigarayı Bıraktırmaya Tedavi Merkezi'nin olduğunu bana eşim söyledi. Karar verdikten sonra bu kötü alışkanlığımızdan kurtulalım istedik. Ardından bu merkeze başvurduk. Çünkü evimizde üç kişi sigara kullanıyor, sadece küçük oğlum sigara içmiyor ve yanında da içilmesine izin vermiyordu. Sigarayı Bıraktırmaya Tedavi Merkezi'nin çok yardımlarını gördüm. Kendi kendime bir çok kez denememe rağmen sigarayı bırakamadım. Fakat YDÜ Hastanesi'nin geniş olanakları sayesinde, destek de alarak sigaradan kurtuldum.

Tedavi süresince sigaraya hiç istek duyduunuz mu?

Tabii ki istek duydum ama yinede sigaraya başlamadım. Çünkü bu merkezde tedavi sırasında bize sigarayı içmememiz için birçok ipuçları verildi ve gerekli destek sağlandı. Sigarayı içme isteği oluştuğunda, yemek yiyerek çerez tüketerek o isteğimi bastırdım. Ve sigarayı bırakırken yaşadığım tedavi süreci, kendi iradem sayesinde iki seansa sonuç verdi. Kimi hastaların tedavisi daha uzun sürmektedir.



31 yıllık sigara tiryakisi Mehmet Kaşot

Ailenizden ve çevrenizden tedavi süresince destek gördünüz mü?

Evet destek gördüm tabii. Zaten ben, eşim ve oğlum sigarayı bırakmak için tedaviye başladığımız için evde herhangi bir sorun yaşamadık. Bu merkez sayesinde bu alışkanlığımızdan kurtulduk. Kendi bünyemde değişiklik olarak yaşadığım şey ise, gece uykularım rahatladı ve merdivenleri daha rahat çıkabiliyorum. Sadece biraz kilo aldım ama şikayetçi değilim.

Tedavi süresince sigara içilen ortamlarda bulununca ne hissediyorsunuz?

Sigara içilen ortama girdiğim zaman, kendimi sanki daha önce hiç sigara içmemiş gibi hissediyorum. 31 yıldır sigara kullanıcısı olarak yanımda sigara içildiği zaman, hiçbir şekilde rahatsız olmuyorum ve sigara içme isteği de bende oluşmuyor. Çünkü sigarayı kendi kafamda bırakmayı istedikten sonra bu merkeze başvurdum. Bu yüzden tedavideki en önemli şey sigarayı bırakma konusunu kendi yüreğimizden istememiz lazım.

Tedavi esnasında ve tedavi sonra-

sında psikolojik destek aldınız mı?

Sigarayı Bıraktırmaya Merkezi'nde psikolojik destek aldım. Çevrem ve ailemin bana desteği de oldu. Kendimi denemek için, arabamda her zaman bir paket sigara bulunduruyordum. Acaba irademe sahip çıkıp, oradaki sigarayı içmeyi istiyor muyum diye. Fakat bazı zaman istek duymama rağmen, ki bu isteğim çok uzun sürmezdi, hiçbir zaman oradaki sigara paketini açmadım. Çevremde benim sigarayı bırakacağıma kimse inanmıyordu. Çünkü herkes, günde 1-2 paket sigara içen birinin, sigarayı bırakmasının zor olacağını söylüyordu. Ama ben bunlara aldırmayarak, kendi içimden gelerek bu merkeze başvurdum ve sigarayı bıraktım.

Çevrenizdeki insalara sigarayı bırakmaları konusunda neler söylemek istersiniz?

Burada sizin aracılığınızla kendi arkadaşlarıma ve sigarayı yürekten bırakmak isteyen herkese, Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'nde bulunan Sigarayı Bıraktırmaya Merkezi'ni tavsiye ediyorum. Ben günde 1-2 paket sigara içen biriymen sigarayı bırakabiliyorsam, kimse korkmasın onlarda bırakabilir. ■



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ



Sigarasız hayata siz de **merhaba deyin!**



Yakın Doğu Bulvarı, Lefkoşa - KKTC
Tel: +90 392 675 10 00 - 444 05 35 Faks: +90 392 675 10 90 - 91
www.neareasthospital.com



Prof. Dr. Hikmet SOLAK

Yakın Doğu Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Hastanesi
Başhekim

YDÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

Öğrencilerine kapılarını ilk kez 1 Ekim 2007 tarihinde açan ve KKTC Üniversite-leri bünyesinde kurulan ilk Diş Hekimliği fakültesi olma özelliğini taşıyan Yakın Doğu Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi güçlü bir sağlık eğitimi kompleksi içinde kendine ait 8500 m2 alanda, eğitim ve klinik bölümleriyle iki bloktan oluşmaktadır. Öğrenci eğitimi için çağdaş eğitim cihazları ile donatılmış 5 derslik, 1 seminer salonu, 1 temel tıp laboratuvarı, 1 preklinik çalışma laboratuvarı, 1 simülasyon (fantom) laboratuvarı ve 1 bilgisayar destekli üç boyutlu planlama ünitesi mevcuttur.

Sınıf, laboratuvar ve klinikleri, diş hekimliği eğitiminin gerektirdiği en son teknoloji ile donatılan fakültede tüm dünyada çağdaş bina ve kliniklerde kullanılan, havayı filtre ederek temizleme özelliği olan 'Hepafiltre' havalandırma sistemi binanın tümüne yerleştirilmiştir.

Diş Hekimliği Fakültesi Hastanesi, mevcut 8 anabilim dalı (Oral Diagnoz ve Radyoloji Anabilim Dalı, Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı, Periodontoloji Anabilim Dalı, Endodonti Anabilim Dalı, Diş Hastalıkları ve Tedavisi Anabilim Dalı, Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı, Ortodonti Anabilim Dalı, Pedodonti Anabilim Dalı) için hazırlanmış kliniklerde dünyanın en

gelişmiş ülkelerinde kullanılan teknolojik donanım, yöntem ve malzemelerle, ağız, diş ve çene sağlığı ve rahatsızlıklarına yönelik hizmetler vermek üzere tasarlanmıştır. İmplantoloji, estetik diş hekimliği, koruyucu diş hekimliği, özellikle engelli ve uyumsuz çocuklar başta olmak üzere, sedasyon gerektiren hastaların tedavisi için bilinçli sedasyon gibi modern diş hekimliğinin güncel uygulamaları, gerek klinik gerekse eğitim olarak fakülte programı içerisinde yer almaktadır. Birçok hastane, poliklinik ve klinikte eksikliği bilinen, engelli hastaların tedavisi için özel olarak oluşturulmuş 'Engelli Ünitesi' Fakülte Hastanesi'nde hazır bulunmaktadır. Hastane klinikleri içinde tüm bölümlere veri aktarımı yapılabildiği gibi dünyanın her tarafına bu verileri elektronik ortamda aktarabilecek kapasitedeki, halen dünya diş hekimliğinde bile çok az sayıda bulunan dental dijital tomografi cihazı ve hastanın daha az radyasyon almasını sağlayan diğer modern dijital görüntüleme ekipmanları ile hizmet verilmektedir.

Yakın Doğu Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Hastanesi, hasta güvenliği ve sağlık alanında kalite standartlarını oluşturarak, uluslararası JCI (The Joint Commission International) akreditasyon belgesini ilk yılında alarak bu onura sahip olan Dünya'daki ilk bağımsız diş hekimliği klinikleri olma özelliğini kazanmıştır. ▶



YDÜ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ HASTANESİ'NDE BİR İLK: ORTOGNATİK CERRAHİ

Ortognatik cerrahi, büyüme ve gelişim çağında tedavisi ihmal edilmiş veya tedavi imkanı bulamamış hastaların alt ve üst çene uyumsuzluklarında, ortodontik tedaviyi takiben cerrahi olarak çenelerin birbirlerine uyumlandırılarak dişlerin, çenelerin ve dolayısıyla yüz profilinin yeniden fonksiyonel ve estetik biçimde yapılandırılmasıdır. Yakın Doğu Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Cerrahi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi, **Yrd. Doç. Dr. Lokman Onur Uyanık**, yedi kişilik cerrahi ekip ile başarılı bir şekilde gerçekleştirdikleri **ortognatik cerrahi operasyonu** hakkında bilgiler verdi.

Ortognatik Cerrahi nedir?

Ortognatik cerrahi, yüzde daha estetik görüntü yaratmak için sadece ortodontik tedavinin başka bir deyişle halk arasında **"Tel Tedavisi"** olarak bilinen tedavi türünün yeterli olmadığı iskeletsel bozukluklarda, ortodontik tedavi sonrası, çenelerin de kesilerek yani ameliyatla düzgün konumlarına getirildiği kombine işlemin adıdır. **Ortodontik tedavi** ile dişlerin düzgün sıralanması gerçekleştirilebilir. Çeneler arası ilişkiler de bir sınıra kadar düzeltilebilir. Fakat bazı vakalarda ortodontik tedavi yetersiz kalır. Böyle durumlarda bir çene-yüz cerrahi, ortodontistle birlikte çalışarak ağır bir anormaliyi cerrahi metotla düzeltebilir.

Cerrahinin başarı oranları nedir?

Günümüzde ortognatik cerrahi tedavisi kısa sürede elde edilen estetik sonuçlar sağlamakta ve hem estetik hem de düzgün bir çene fonksiyonu sağlayarak başarılı olmaktadır. Operasyonlar yüksek bilgi ve teknik gerektirir ve hem hekimin operasyonu kolaylıkla tamamlayabilmesi için hem de



hastanın operasyon sonrası dönemi kolay atlatabilmesi için yüksek teknik donanımına sahip bir hastanede gerçekleştirilmesi önemlidir.

YDÜ Diş Hekimliği Fakültesi'nde ilk kez 23 Ocak 2014'de gerçekleştirilen ortognatik operasyon nasıl sonuçlandı?

Alt çenesi üst çenesine göre ileride bulunan ve dişleri çapraz olarak kapanışta bulunan bir hastamızı ortognatik cerrahi operasyonu ile başarılı bir şekilde tedavi ettik. Operasyon yaklaşık üç saat kadar sürdü ve başarı ile tamamlandı. Hastayı, hastanemizde dört gün misafir ettikten sonra şifa ile taburcu ettik. Halen rutin kontrolleri için Diş Hekimliği Fakültemizde ayaktan tedavisini sürdürmekteyiz. Yaklaşık üç aylık bir süre sonunda tamamen normal yaşantısına dönmesini bekliyoruz.

Bu operasyonun bizim açımızdan önemi, Diş Hekimliği Fakültesi olarak Yakın Doğu Hastanesi'nde bu operasyonu ilk kez gerçekleştirmiş olmamızdır. Bir başka önemli kısmı ise, hatta en önemli kısmı diyebiliriz buna, Yakın



Doğu Hastanesi'nin yüksek donanımını ve teknik imkanlarını da kullanarak, tamamı Kıbrıslı olan ve Yakın Doğu Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı bünyesinde yetişen bir ekip ile bu ilki gerçekleştirmiş olmamızdır. Bu ilklerin Kıbrıslı hastalarımızın, Kıbrıs'ta yaşayan insanların ve tedavisini Yakın Doğu Hastanesi'nde, Kıbrıs'ta gerçekleştirmek isteyecek olan hastaların isteklerini hayata geçirebilmek için bir vesile olacak olması bizi mutlu etmektedir. ▶

ŞİŞMANLIK HASTALIĞI



Şişmanlık Hastalığı (Morbid Obezite) Nedir ?

Morbid obezite, vücuttaki yağ miktarının kişinin fiziksel yapısına uymayacak ölçülerde çok fazla depolanması olarak tanımlanmaktadır. Herkesin boy ve kilosu kendisine özgü olsa da boya göre aşırı kilonun olup olmadığını anlamanın en kolay yolu tıpta da uygulanan basit bir formülle **BMI** (Body Mass Index) ya da **VKI** (Vücut Kitle Endeksi) hesaplamaktır. **Obeziteyi** klinik olarak tariflemek için, boyunuzun (metre olarak) karesini alın ve kilonuzu bulduğunuz sayıya bölün ve çıkan değeri not edin. Bu değer m2 başına ağırlığı, yani Vücut Kitle İndeksiniz gösterir. Bulduğunuz değer 25 ve altındaysa ideal bir VKİ'ye sahipsiniz demektir. 25-30 arası değerler kilolu olmak anlamına gelir. 30'un üzeri obezitedir. 40 ve üzeri

ri değerler de Morbid Obezite, yani Şişmanlık Hastalığı olarak tariflenmektedir.

Obezitenin sonuçları nelerdir ?

- *Kronik kalp hastalıkları riski artar.
- *Diyabet (şeker) hastalığı görülme riski artar.
- *Hipertansiyon riski 3 kat artar.
- *Ateroskleroz (damar tıkanıklığı) riski artar.
- *Obezite, felç ve inme riskini artırır.
- *Gut hastalığı riski artar.
- *Depresyon daha sık görülür.
- *Safra kesesi hastalıkları obezlerde 7 kat daha artmıştır.
- *Erkeklerde, kalın bağırsak ve prostat kanserlerinde artış olabilir.
- *Cinsel isteksizlik ve kadınlarda adet düzensizliği yapabilir.
- *Reflü, özofajit ve mide fıtığı daha sık oluşabilir.

*Eklem ve kemik hastalıkları daha fazla görülmektedir.

*Uyku apnesi obezlerde 5 kat daha fazla görülür.

Obezitenin tedavisi nelerdir?

Morbid obezite hastalığı kendi kendini besleyen ve arttıran bir durumdur. Hasta şişmanladıkça hareketleri azalır, hareketler ve aktivasyon azaldıkça da şişmanlığı artar. Obezite tedavisinde **multi-disipliner** bir yaklaşım gerekmektedir. Tedavi ekibinde Endokrinoloji, Gastroenteroloji, Fizik Tedavi, Psikiyatri ve morbid obeziteyle uğraşan Genel Cerrahi Uzmanları bulunmalıdır. Morbid obez hastalar diyet ve günlük yaşam düzenlemelerine karşı yeterli kilo veremiyorlar ya da kilo verip bir süre sonra tekrar kilo alıyorsa (ki çoğu za-

man böyle olur ve eski kilolarının da üzerine çıkarlar) cerrahi tedavi için aday olarak kabul edilirler. Beraberinde diyabet, hipertansiyon, eklem hastalıkları ve solunum problemleri olan hastalar, cerrahi tedaviden öncelikle yarar görecektir hasta grubundadırlar. Bu tür ek hastalık gelişmiş olan Morbid Obez hastalarda VKİ alt değeri **35 kg/m²** olarak kabul edilir.

Obezitenin cerrahi tedavisi nasıldır?

Minimal invazif cerrahi operasyonlar sayesinde günümüzde Morbid Obezite cerrahisinin bütün yöntemleri **laparoskopik** olarak yapılmaktadır. Morbid Obezite ameliyatları **Restriktif** (kısıtlayıcı) ve **malabsorbtif** (gıda emilimini azaltıcı) olarak iki ana başlık altında yapılmaktadır. Restriktif ameliyatlar; **intragastrik balon**, **ayarlanabilir mide bandı** ya da **mide kelepçesi** ve **mide küçültme ameliyatları** olarak sayılabilir. Malabsorbtif ameliyatların ise en tipik örneği **mide by-pass ameliyatıdır**.

1- GASTRİK BAND (MİDE KELEPÇESİ):

Bu ameliyat yöntemi dünyada en fazla yapılan obezite cerrahisi yöntemlerinin başında gelmektedir. Laparoskopik olarak yapılan bu yöntemde, dışarıdan ayarlanabilir bir mide bandı, midenin yemek borusu ile olan sınırından **4-5 cm** aşağıya yerleştirilerek mide hacmi küçültülmekte ve yiyeceklerin mideye geçişi azaltılarak kilo kontrolü sağlanmaktadır. Bu yöntemin gastrik bandın hasta tarafından ayarlanabilir olması, gastrik bandın kayması ve yer değiştirmesi, ya da aşırı darlık nedeni ile hastaların beslenmesinde sorunlar yaşanması, yabancı cisim reaksiyonları, bol kalorili sıvı diyetle beslenmesine devam eden hastaların kilo verememesi gibi dezavantajları olmasına rağmen, bandın tamamen çıkarılarak bir geri dönüş olanağı sunması da avantajıdır. Dünyada hızla uygulama alanı bulmasına ve en çok yapılan ameliyat yöntemi olmasına rağmen uzun dönem sonuçları değerlendirildiğinde mide bandı ile ilgili sorunların ve komplikasyonların artması ve bu



yöntemde kilo kontrolünün yine kısmi olarak hastada bulunması gibi dezavantajları nedeni ile yavaş yavaş yerini diğer yöntemlere bırakacak gibi görünmektedir.

2- SLEEVE GASTREKTOMİ (MİDENİN KÜÇÜLTÜLMESİ – TÜP MİDE)

Bu yöntem de laparoskopik olarak yapılmaktadır. Midenin büyük eksenini doğrultusunda yaklaşık $\frac{3}{4}$ 'lük kısmı cerrahi olarak çıkarılmaktadır. Bu yöntemin **gastrik banda** göre üstünlükleri ameliyatta herhangi bir yabancı cisim kullanılmaması ve daha hızlı ve etkili kilo verme özelliğidir. Dezavantajı ise çıkarılan $\frac{3}{4}$ 'lük mide dokusunun geri dönüşü olmamasıdır. Son yıllarda fazlaca tercih edilmeye başlanan bir ameliyat yöntemi olmakta ve ameliyat ile ilgili komplikasyonlara daha az rastlanmaktadır.

3-MİDEYE BY-PASS

Bu yöntemde midenin yemek borusuna yaklaşık **5-6 cm** daha küçük bir mide volümü oluşturulmakta ve geri kalan mide dokusunun **anatomik ve fizyolojik dokusuna** herhangi bir

işlem yapılmamaktadır. Oluşturulan yeni küçük mide volümüne **75 cm**'lik bir ince bağırsak bölümü getirilerek mideyle bağlantısı oluşturulmaktadır. Bu şekilde mideye giren yiyecekler midede uzun süre kalmayıp yeni oluşturulan küçük mide ve bağırsak bağlantısı ile emilimin fazla olduğu bölgeleri 75 cm atlayıp besin emiliminin daha az olduğu barsak bölümüne geçmekte ve bu sayede kilo verme sağlanmaktadır. Diğer ameliyat yöntemlerine göre daha uzun sürmekte ve kanama, dikiş hattında kaçak ve uzun dönemde beslenme bozuklukları gibi daha ciddi komplikasyonlar olabilmektedir. Bu ameliyat yöntemi de geri dönüşümsüzdür fakat **6 ayda 70 kilo, 1 yılda 100 kilo** vermek olasıdır.

4- BİLİYO-PANKREATİK DİVERSİYON WITH DUODENAL SWITCH

Bu ameliyat yönteminde de, mide küçültme ameliyatı gibi midenin büyük bir kısmı çıkarıldıktan sonra **duodenum** ve **ince bağırsak** bağlantıları yeniden yapılmakta ve bağırsaklardan gıda emilimi azaltılmaktadır. ▶



AZI KARAR ÇOĞU ZARAR

Saç dökülmesi hem kadın hem de erkeklerde en sık rastlanan estetik problemlerden biri olup, hastayı psikolojik açıdan olumsuz etkileyebilmektedir. Saçlı deride ortalama **100.000** adet saç kökü bulunmakta ve bir saç teli günde **0.3-0.5 mm** kadar uzamaktadır. Her saç teli **büyüme, duraklama ve dökülme dönemle-**rinden geçer ve belli oranda saç kaybı normal süreç dahilinde kabul edilir. Saç dökülmesi şikayeti ile gelen hastaların çoğunun patolojik kabul edilmeyen, dönemsel saç

dökülmesi olduğunu söyleyebiliriz. Günlük **80-100 adet** saç teli kaybı normal kabul edilirken bu değer üzerindeki saç kaybında mutlaka altta yatabilecek nedenlerin araştırılması gerekmektedir.

Saç dökülmesi şikayeti ile gelen hastalarda yaş, cinsiyet, eşlik eden hastalıklar, kullanılan ilaçlar, doğum öyküsü mutlaka sorgulanmalıdır. Hastanın şikayetinin başladığı dönem ve üç ay öncesine kadar olan sürede psikolojik stres varlığı, uygulanan diyet programları, geçirilen cerrahi ope-

rasyonlar, ateşli hastalıklar ayrıntılı olarak irdelenmelidir. Saça uygulanan çeşitli kozmetik işlemler (boya, fön, saç düzleştiriciler, şekil vermek veya sabitlemek için kullanılan saç jöleleri, krem, köpük veya spreyler) ayrıntılı sorgulanmalıdır.

Dermatolojik olarak saçlı deri muayenesinde genel bir seyrelme mi yoksa belli odaklarda para şeklinde sınırları belirgin saç kaybı mı olduğu önemli özelliklerdir. Saç kaybı olan alanların yerleşimi, dağılımı, bu alanlardaki saç köklerinin ve/veya gö-



zeneklerin varlığı tanı ve tedavi açısından belirleyici faktörlerdir.

Saç dökülmesi çok çeşitli nedenlere bağlı gelişebilmektedir. **Anemi** (demir eksikliği, vitamin eksiklikleri) kadın hastalarda daha belirgin olmak üzere en sık rastlanan saç dökülmesi nedenleri arasındadır. Ayrıca **tiroid hastalıkları** (tiroid bezinin az veya çok çalışması ile hastalığın tedavisinde kullanılan tiroid ilaçları), **eşlik eden sistemik hastalıklar açısından kullanılan ilaçlar** (kolesterol-tansiyon düşürücü, kan sulandırıcılar, doğum kontrol hapları, psikiyatrik tedaviler, onkolojik tedaviler), **romatolojik hastalıklar ve bunların tedavilerinde kullanılan ilaçlar** ciddi saç dökülmesine neden olabilmektedir.

Çocukluk çağında saçlı derideki saç kaybının olduğu alanda kaşıntı, kepeklenme ve/veya sulantılı yara varlığı mantar hastalıkları açısından değerlendirmeyi gerektirir. Saçlı derideki mantar enfeksiyonlarının erken tanı ve tedavisi, hastalığın derinleşip geri dönüşümsüz saç kaybına neden olmasını önleyecektir.

Halk arasında **saç kıran** olarak adlandırılan saçlı deri veya sakal bölgesindeki para şeklindeki kıl kayıpları, genellikle yoğun stres sonrasında gelişmektedir. Bu hastalıkta saç köklerinde hasar olmadığı için stres kaynağının giderilmesi dökük alanlardan yeni kıl çıkışını sağlayabilmektedir.

Erkek tipi saç dökülmesi, erkek hastalarda sıklıkla **20-40 yaş** arası başlangıç



gösterir. Alın saçlı deri sınırı, şakak ve tepe bölgesindeki saçlarda seyrelme bazı hastalarda tam saç kaybı ile sonuçlanır. Genetik faktörler önemli bir risk faktörü olup, özellikle baba ve birinci derece yakın erkek akrabalarda bu tip saç kaybının varlığı kişi için artmış risk olarak kabul edilir.

Kadın hastalarda da erkek tipi saç dökülmesi izlenebilmekte ve genellikle tepe kısmında seyrelme veya orta saç çizgisinde genişleme ile karakterizedir. Özellikle anede erkek tipi saç dökülmesinin varlığı en önemli risk faktörüdür.

TEDAVİ SÜRECİ

Saç dökülmesi şikayeti ile başvuran hastalarda, alınan hastalık öyküsü ve yapılan dermatolojik muayeneye dayanarak patolojik boyutta saç dökülmesinin varlığı durumunda nedene yönelik ayrıntılı tetkik yapılmalıdır. Saç dökülmesinin nedeni tespit edilerek tedavi edilmeye çalışılır. Mevsimsel faktörlere bağlı olan dönemsel saç dökülmelerinde tedavi verilmeksizin takip önerilmektedir. Saç dökülmesine neden olabilecek tedavi altındaki sistemik hastalık varlığında ise destek tedavileri verilebilir. Erkek tipi saç kaybı olan hastalarda **şampuan, sprey ve losyon tedavileri** ile saç dökülmesi durdurulabilmekte, kellik gelişimi önlenabilmekte veya geciktirilebilmektedir. Bazı vakalarda **mezoterapi, PRP ve saç ekimi tedavileri** uygulanabilmektedir. ▶



Günlük 80-100 adet saç teli kaybı normal kabul edilirken, bu değer üzerindeki saç kaybında altta yatabilecek nedenlerin araştırılması gerekmektedir.”

OKUL ÇAĞINDAKİ ÇOCUKLARDA DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU



Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) aşırı hareketlilik, dikkat eksikliği ve dürtüsellikle karakterize bir bozuktur. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu **Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları** bölümlerine yapılan başvuruların en sık nedenlerinden biridir. Başta bireyin kendisi olmak üzere aileyi ve toplumu ilgilendiren yönleriyle

çocukluk çağının en önemli psikiyatrik sorunlarından biridir. Okul öncesi çocuklukta başlayıp yetişkin yaşamda da değişik bulgularla seyredebilen süregelen bir bozuktur. Tedavi edilmediği takdirde, belirtileri çocuğun eğitim ve yaşantısının hemen her alanını olumsuz etkilemekte, yoğun ruhsal, sosyal ve okul sorunları ortaya çıkmaktadır.

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozuk-

luğu, okul yaşı çocuklarının yaklaşık **%3-8**'inde gözlenir. Sıklık konusunda ergen ve erişkinlerdeki bilgilerin sınırlı olduğu belirtilmektedir. Erkeklerde sıklığı kızlardan fazla olup, erkek/kız oranı **3-5/1** arasında bildirilmektedir. Kızlarda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun daha çok dikkatsizlik ve bilişsel zorluklarla seyretmesinin, ataklık ve saldırgan davranış sorunlarının

daha az olması nedeniyle gözden kaçtığı ya da önemsenmediği düşünülmektedir. Erkeklerin saldırganlık, ataklık ve davranım bozukluklarını daha sık göstermeleri nedeniyle polikliniklere getirilmeleri daha sık ve erkendir.

Başlangıcı genellikle 3 yaş dolaylarında olmakla birlikte tanı koymak için eğitim ve öğrenimde gerekli olan dikkat süresi ve yoğunlaşmanın beklendiği ilkökul yılları en uygun zamandır.

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, nedeni bilinmeyen heterojen bir bozukluktur. Konu ile ilgili araştırmalarda (Genetik nedenler, Beyin hasarı, Nörotransmitterler, Gıda-katkı maddeleri ve toksik maddeler, Psikososyal etkenler) bazı olası sebepler ileri sürülmektedir.

KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğuna ilişkin belirtiler değişik yaşlarda farklı görüntüler sergiler. Elde edilen bilgilerin çoğu ilkökul çocuklarına ilişkindir. Daha küçük ve daha büyüklere yönelik veriler azdır. Ancak anne-babalar, emekleme yıllarında bile çocuğun kurulmuş motor gibi sağa sola hareket ettiğini ifade ederler. Hatta bazı anneler çocuklarının anne karnında bile çok hareketli olduğunu belirtirler.

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun temel özelliği dikkati vermede ve sürdürmede güçlük, benzer gelişim düzeyindeki çocuklara oranla aşırı hareketlilik ve dürtüselliktir (**impulsivite**).

"Dikkat eksikliği", bir konuya yoğunlaşmada güçlük, verilen görevleri tamamlayamama, sınırlı dikkat zamanı ve dikkat dağınıklığı belirtileri ile kendini gösterir. Bu bozukluğu olan çocuklar ayrıntılara karşı dikkat eksikliği gösterir, okul ve diğer ödevlerinde birçok hatalar yaparlar. Çalışmalarını plansız, düzensiz ve karmakarışık bir biçimde sürdürürler. Oyun ve benzeri etkinliklerde dikkatlerini uzun süre toplayamazlar, başladıkları işleri tamamlamakta zorlanırlar. Sanki akılları başka yerdedir ya da söylenenleri dinlemiyor ya da duymuyor

görünümü verirler. Sıklıkla tamamlanmamış bir etkinlikten diğerine geçerler. Kendilerine verilen okul ödevi ya da herhangi bir iş üzerinde belirtilen ve beklenen biçimde çalışamaz, ödevlerini bitiremezler. Bu çocuklar belirli bir zihinsel çaba gerektiren iş ve görevlerden (ev ödevleri, yazı vs.) kaçınırlar ve bu gibi etkinliklerde yer almaya karşı isteksizdirler. Ödevlerini yaparken uzun süre sandalyede oturamazlar. Anne-babalarının zoruyla bir süre derslerinin başında otursalar bile kalem, silgi ve kalemıraş gibi nesnelerle oynarlar. Dikkatleri ilgisiz uyarılarla kolaylıkla dağılıbilir. Başkalarının dikkatini çekmeyen bir ses veya bir görüntü onların ilgisini anında çeker. Çalışma biçimleri dağınık ve düzensizdir. Sıklıkla eşyalarını ve okul araç ve gereçlerini bir yerde unutur veya kaybedebilirler. Günlük etkinliklerde sıklıkla unuttukları. Başkalarını dinlemezler, konuşmaya yoğunlaşamazlar ve oyunların veya etkinliklerin kurallarını izleyemezler.

"Hiperaktivite", yerinde rahat duramama ya da oturduğu yerde bile kıpır kıpır olma hali, gerektiği zamanlarda yerinde oturmama, uygunsuz ortamlarda koşuşturma ya da eşyalara tırmanma, **"motor takılmış gibi"** sürekli hareket halinde olma tarzında kendini gösterir. Bu çocuklar, uyarıları dinlemeden, durmak yorulmak bilmeden birbiri ardına hareket ederler. Sınıf öğretmenleri bu gibi çocukların sık ayağa kalkmalarından, sağa sola sataşmalarından ve arkadaşlarına laf yetiştirmelerinden yakınabilir. Koltukların üzerinden atlamaları ve dolaplara tırmanmaları nedeniyle **"düz duvara tırmanma"** deyimi bu çocuklar için uygundur. Diğer çocuklardan daha fazla tehlikeli ve kaza yaratan durumlara girerler. Çok hareketli ve atak oldukları için tehlikeyi hemen kavrayamayabilirler. Çok konuşurlar ve sessiz olunması gereken etkinlikler sırasında gürültü yaparlar.

"İmpulsivite", bir davranışın sonucunu düşünmeksizin harekete geçme ile kendisini gösteren ataklıktır. Dürtüsellik (impulsivite) kendini sabırsızlık, soru tamamlamadan



Başlangıcı genellikle 3 yaş dolaylarında olmakla birlikte, DEHB tanısı koymak için en uygun zaman, eğitim ve öğrenimde gerekli olan dikkat süresi ve yoğunlaşmanın beklendiği ilkökul yıllarıdır."



cevabını verme eğilimi, sırasını beklemede güçlük, başkalarının konuşmasının veya işinin arasına girme şeklinde kendini gösterir.

BELİRTİLERİ

Okula başladıklarında bu çocukları bekleyen bir çok güçlük vardır. Çocuğun sırasında oturmaması, dikkatini bir konu üzerinde yoğunlaştırıp oturmaması, algılama bozukluğu ve sakarlığı onun sürekli azarlanmasına, eleştirilmesine ve uyarılmasına yol açar. Ek olarak arkadaşlık kurmada ve sürdürmede yaşadıkları zorluklar onu daha içe kapanık, yalnız, öfkeli, küskün ve oyun bozan yapabilir. Bu da karşı gelme ve davranım bozukluğu gibi ek tanılarının konulması için uygun zemin hazırlar. Bu çocuklar mesafeleri yanlış tahmin eder, eşyalara çarpar. Bu yüzden anne-babalar çocuklarının sakar olmasından sıklıkla yakınır. İnce motor koordinasyon bozukluğu çivi çakma, çatal bıçak kullanma, yazı yazma, resim yapma gibi etkinliklerde çok belirgindir. Çocuğun eli hiçbir zaman düşünceleri kadar iyi ya da hızlı çalışmaz. Sıklıkla iki seçim vardır; ya çok yavaş yazacak ve ödevleri zamanında bitiremeyecek ya da çabuk yazıp birçok hata yapacaktır. Bu çocukların defterleri düzensizdir. Harf ve hece atlamaları, harflerin ters yazılması ve yarım bırakılmış sayfalar defterlerin en belirgin özellikleridir.

DEĞERLENDİRME, TANI KOYMA

Tanı konulması aşaması ayrıntılı bilgi alınması ile başlar, anne-babadan, öğretmenlerden, çocuğun kendisinden ve olabildiğince çok bilgi kaynağından bilgi elde edinilmeye çalışılır. Aileler çoğu zaman okul öncesi dönemde dikkatsizlik, aşırı hareketlilik, dürtüsellik belirtilerini gözlemlerler ancak genellikle tanı, çocuğun okula başlamasından sonra konulur. Aile içinde ve erken dönemde sorun yaratmasa da okul gibi yapılandırılmış, kurallı ve kalabalık bir ortamda belirtiler belirgin hale gelir. Öğretmenler çok sayıda çocukla çalıştıkları için dikkat ve kendini kontrol edebilmeyi gerektiren sınıf



ortamında “**ortalama**” bir çocuğun davranışlarına aşinadırlar. Hiperaktivite ve dürtüsellik ile ilgili belirtileri daha çabuk fark edebilirler. Ancak bazen sadece “**dikkat eksikliği**” olan çocuklar, özellikle de uysal ve uyumlu bir çocuksa, gözlemlerinden kaçabilmektedir.

Daha sonraki aşama çocuğa hekim tarafından fizik muayene yapılmasıdır; ayrıntılı bir fizik muayene, işitme ve görme ile ilgili sorunlar da dahil karışabilecek diğer tıbbi nedenlerin anlaşılmasını sağlayacaktır. Ayrıca çocukta örneğin motor becerilerde sorun olması gibi sinir sistemine ait gelişimsel gecikmeler ile ilgili bulgular varsa bunların erken dönemde tanınmasını da kolaylaştıracaktır. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ile ilişkili olabilecek genetik sendromları ortaya çıkaracaktır.

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu klinik bir tanıdır; tanıyı kesinleştirmeye yönelik herhangi bir laboratuvar tetkiki veya özgün bir test yoktur. Klinisyenin tanı araçları aile ve çocuk ile yapılan görüşme-

ler, klinik gözlem, fizik ve nörolojik muayene, davranış değerlendirme ölçekleri ve bilişsel testlerdir. Değerlendirmede ebeveynler, öğretmenler ve diğer özel kişilerden ölçekler yardımı ile de bilgi toplanır.

DSM-5'e göre aşırı hareketliliğin ve dürtüsellüğün belirgin olduğu tipin tanısı için hiperaktivite-dürtüsellik listesindeki 9 semptomdan 6'sının; dikkat eksikliğinin belirgin olduğu tipin tanısı için ise dikkatsizlik listesindeki 9 semptomdan 6'sının karşılanması gerekir. Ayrıca semptomların 12 yaşından önce başlaması ve tanı için gözlenen belirtilerin ev ve okul gibi iki ortamda bulunması gerekir.

Okul öncesi dönemde en zorluk çekilen ayırt edici tanı sorunu, normal çocukların hareketliliği ile dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olanların ayırt edilmesidir. Pek çok anne-baba çocuklarını dikkatsiz ve aşırı hareketli olarak tanımlar. Gerçek dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocukların bu yakınmaları süregeldir. Bu çocuklar



her zaman ve her yerde benzeri türde davranışlarda bulunurlar.

Dikkat eksikliği dışında okuma ya da matematik beceriksizliğine bağlı olarak ortaya çıkabilen değişik tiplerdeki öğrenme bozuklukları da dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğundan ayırt edilmelidir. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğundan ayrılması gereken önemli bir tanı da **uyum bozukluğu**dur (adjustment disorder). Uyum bozukluğunda süre genellikle altı aydan kısadır ve ortaya çıkış yaşamın daha geç dönemlerindedir.

Anksiyete bozuklukları ve depresyon da aşırı hareketliliğe ve dikkatin kolay dağılmasına neden olabilir. Ancak anksiyete ve depresyonun kendine özgü belirtileri vardır.

Absans nöbetler dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğuna eşlik edebildiğinden ya da ona benzer belirtiler sergileyebildiğinden ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır.

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, karşı olma-karşı gelme bozukluğu, davranım bozukluğu ve özgül öğrenme bozukluğu ile yüksek oranda birliktelik gösterebileceği de unutulmamalıdır.

TEDAVİ

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun tedavisinde psikososyal ve tıbbi girişimleri içeren **çok yönlü tedavi** (multi-modal) yaklaşımları söz konusudur:

Psikofarmakolojik Tedavi:

İlaçlar ve yanısıra bazı davranış düzenleme teknikleri belirtilerin düzeltilmesine yardımcı olur. **"Stimülan"** ilaçların dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda kullanımı ile ilgili 70 yıldan uzun süreli deneyim vardır ve uzun yıllardır dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tedavisinde başarı ile kullanılmaktadırlar. Bu ilaçlar beyin işlevlerini yavaşlatmaz tam tersine beynin bazı kısımlarını uyarır, odaklanabilme ve davranışlarını kontrol edebilme becerilerini artırır. Ancak tedavinin başarısı tek başına ilacın başarısına bağlı değildir. Tedavinin başarı-

sında başta öğretmenler olmak üzere söz konusu çocuğun sağlıklı gelişimine katkıda bulunabilecek diğer meslek dallarından kişilere (rehber öğretmen, okulun danışman psikoloğu gibi) ve aileye de önemli görevler düşmektedir

Bilişsel- Davranışsal Terapiler:

Bu yaklaşımla tedavi sonucunda daha çok impuls kontrolü, daha uzun düşünerek harekete geçme ve motor hareketliliğin uygun bir biçimde gerçekleşmesi sağlanır.

Anne-Baba Eğitimi:

Bu eğitimde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu hakkında ve çocuğa tutumlar konusunda ailenin bilgilendirilmesi amaçlanır. Burada anne ve babalara çocuklarına uygun disiplin ve tutarlı davranılması öğretilir. Aşırı hoşgörölü veya aşırı cezalandırıcı tarzdaki yaklaşımlardan kaçınılmalıdır.

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tedavi edilmediği takdirde çocuğun ya da gencin yapısal zorluklarından kaynaklanan davranış sorunları ve okul başarısızlıkları devam edecektir. Çevresinden olumsuz eleştiriler alma riski artacaktır. Bütün bunlar çocuğun ya da gencin ikincil sorunlar geliştirmesine yol açacaktır. Yani okul başarısızlıkları ileride iş yaşamındaki başarısızlıklara; arkadaş ve aile ilişkilerinde yaşadığı sorunlar da ileride sosyal ilişkilerinde hatta evlilik yaşamında sorunlar yaşamasına yol açacaktır. Yine depresyon, davranım bozukluğu gibi ek başka psikiyatrik bozukluklar gelişmesi söz konusu olacaktır.

Yanlış bilgilendirme – yönlendirmelerle karşılaşabileceğinizi daima göz önünde bulundurunuz. En sık yapılan yanlışlardan birisi tedavi gerektiren bir çocuğu tedavisiz bırakmaktır. Bunun gerekçesi olarak aileler sıklıkla psikiyatrik ilaçlardan çekindiklerini ifade ederler. Bu konuyla ilgili mutlaka uzman bir **"çocuk ve ergen psikiyatrisi hekimi"** ile görüşülmesini öneririz. Kulaktan dolma bilgiler ile çocuğunuzun zamanında tedavi olmamasının onun için ileride başka riskleri beraberinde getirebileceğini unutmayınız! ▶



Okul öncesi dönemde normal çocukların hareketliliği ile dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olanların ayırt edilmesi önemlidir.

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tedavi edilmediği takdirde çocuğun ya da gencin yapısal zorluklarından kaynaklanan davranış sorunları ve okul başarısızlıkları devam edecektir."



UYKU APNESİ SENDROMU



Uyku, organizmanın çevreyle iletişiminin, çeşitli uyaranlarla geri döndürülebilir biçimde, geçici, kısmi ve periyodik olarak kesilmesi durumudur. Uyku boşa geçen zaman değildir, vücudun yenilenmesi için gerekli olan aktif bir süreçtir.

Normal uyku süreleri yaşa ve genetik faktörlere göre değişiklik gösterebilir. Yetişkin bir insanda temel uyku süresi **6-11 saat** iken, yeni doğan bebeklerde günlük **16 saat**, bebeklik ve çocukluk döneminde ise yaklaşık olarak **12 saattir**. Yaşlılarda ise bu süre **4-6 saattir**. **Horlama; Parsiyel üst solunum yolu obstrüksiyonuna** bağlı olarak sesli olarak uyumadır. Horlamanın sebebi **faringeal solunum yolunun** daralması sonucunda yumuşak damağın yüksek frekanslı titreşimidir.

Horlama Dereceleri

1o Horlama: Fazla yorgun olunca, fazla alkol alınca ya da sırtüstü yatınca ortaya çıkan durumdur.

2o Horlama: Her pozisyonda yatışta yüksek sesli horlama.

3o Horlama: Evin birkaç odasından duyulan horlama.

4o Horlama: Tüm evde duyulan çok şiddetli horlamadır.

UYKU APNE SENDROMU

Apne kelimesi Yunanca'da "**soluksuz kalmak**" anlamına gelir. Uyku apnesi erkeklerde kadınlardan **2 kat** daha sıktır ve daha çok orta yaş üzerindeki erişkinlerde görülür.

En basit şekilde tanımlamaya çalışırsak, uyku sırasında nefesimizin **10-15 sn.** süre ile durması ya da vücudumuza yetmeyecek kadar azalmasıdır. Apne gece boyunca belirlili periyotlarla devam eder ve uyku bütünlüğünü bozar. Genel anlamda üç türde ortaya çıkar:

Obstrüktif uyku apnesi(Tıkayıcı tipte): Üst solunum sisteminde hava geçirgenliğini zorlaştıran etkenlerin neden olduğu düşünülmektedir. Karın ve göğüs hareketle-

rinin aktif olarak görülmesine rağmen hava akımının olmaması durumudur.

Santral uyku apnesi: Bu hastalarda nefes, beyindeki kontrol mekanizmalarından kesilmekte olduğu için, karın ve göğüs hareketleri de aktif değildir, solunum çabası yoktur.

Mikst uyku apnesi: Bu hasta gruplarında santral gerçekleşen apne, obstrüktif şekilde devamlılığını sürdürmektedir.

RİSK FAKTÖRLERİ

İdeal kilosunun **%15** üstünde olanlar, **40 yaş üstü** kadın ve erkekler, tütün ve alkol kullananlar, ailesel ve genetik yatkınlıkları olanlar risk altındadır.

BELİRTİ VE BULGULAR

Kişinin uyukudan boğularak uyanma hissi olması veya yatak partneri tarafından gözlemlenen **'Tanıklı Apne'** olarak tanımlanan horlamanın ardından soluğun durması en klasik gözlemlenen belirtidir. Gündüz



Uyku laboratuvarı sorumlusu
Hemşire Halil İbrahim Çolakoğlu



Uyku Laboratuvarı

uyku halinin görülmesi, hafıza ve muhakeme gücünün azalması, konsantrasyon bozukluğu, seksüel disfonksiyon, okul ve iş performansında düşme, sabah baş ağrıları, ağızda kuruluk, tansiyon dengesizlikleri, göğüs ağrısı, gece kalp ritm bozuklukları, yorgunluk uyku hastalığı olan kişilerde görülebilecek değişikliklerdir.

POLİSOMNOGRAFİ NEDİR ?

Polisomnografi, horlama, uyku apnesi, uykuda periyodik bacak hareketleri gibi yaklaşık **85 çeşit** uyku bozukluğu tanımlan ve gece uykusu boyunca hastanın beyin

dalgalarının, göz hareketlerinin, solunum faaliyetlerinin, kanındaki oksijen yüzdesinin ve kas aktivitesinin ölçülmesi ile yapılan incelemenin adıdır.

Polisomnografik inceleme yapılacak hasta, hekimin önerdiği veya uyku saatine yakın bir saatte uyku merkezine gelir. Hasta uyku merkezine ya da uyku laboratuvarına geldiğinde bir süre istirahat ettikten sonra uyuyacağı odaya alınır. Uyku odasına alınan hasta evinden getirdiği kendi pijama ya da uyku kıyafetlerini giyer. Uyku teknisyeni/hemşiresi hastaya yapılacak işlemleri anlattıktan sonra kayıt için gerekli elektrotları bağlamaya başlar.

Teknisyenimiz çalışma öncesi yaklaşık 45 dakika süren, vücudunuzun belli bölgelerine elektrot ve sensörleri bağlama işlemini yapacaktır. Bu elektrot ve sensör aracılığı ile gece boyunca beyin dalgalarınız, horlamanız, kalp elektronuz (EKG), solunum eforunuz, çene-göz ve bacak kas aktiviteniz ve kandaki oksijen düzeyiniz kayıt edilecektir. Ayrıca yatak odasında bulunan bir kamera ile hastadan tüm gece boyunca görüntü kaydı alınır.

Elektrotlar bağlandıktan sonra uykunuz geldiğinde teknikerimiz ışıkları kapatır ve uyku çalışmanızı başlatır.

İhtiyaç duyduğunuzda teknisyen ile iletişim kurabilir, istediğiniz zaman teknisyenimize cihaz bağlantısını çıkarttırıp, lavaboya gidebilirsiniz.

Hastaya uyuması için herhangi bir ilaç verilmez yani hasta uyutulmaz ve kendi doğal uykusu sırasında kayıt yapılır.

Kayıt esnasında bağlanan elektrotlarla hastaya hiçbir şekilde elektrik akımı verilmez. Bu işlemde, hastanın vücudundaki doğal elektrik, gelişmiş cihazlarla kayıt edilir. Dolayısıyla hiçbir zararı yoktur.

TEDAVİ SÜRECİ

1- PAP Cihazları

Ağız, burun veya yüze yerleştirilen bir maske ile solunum yoluna basınçlı hava verilerek uykuda solunumun durması veya yavaşlaması önlenir. Çalışma prensiplerine göre değişik şekillerde isimlendirilen cihazlar vardır.

2-Cerrahi Tedavi

Uygun hastalarda hava yolunu kapatan lezyonların alınması, küçültülmesi veya gerginleştirilmesi işlemi yapılır.

3-Ağız İçi Aletler

Uygun hastalarda alt çeneyi ve dili öne çekerek hava yolunu açık tutmayı amaçlayan protezler kullanılabilir.

4- Hastaya Düşen Önlemler

Kilo verme, alkol alımının kesilmesi, sedatif ilaçların kesilmesi, uyku pozisyonunun düzenlenmesi alınacak olan önlemler arasındadır. ▶



ÜRİNER SİSTEM TAŞ HASTALIĞI

Antik çağdan bu yana varlığı bilinen idrar yolları taş hastalığının oluşma nedeni hâlâ kesin olarak belirlenmiş değildir. Daha önceleri idrar kesesinde sık görülen taş hastalığı, günümüzde modern yaşam tarzı nedeni ile daha çok böbrek ve üreter gibi üst idrar yollarında görülmektedir.

İdrar yolu taşları en sık **20-50 yaş**ları arasında görülmektedir. Erişkin erkeklerde taş görülme sıklığı kadınlara oranla **2-3 kat** daha fazladır. Bunun en önemli nedeni idrarda taş oluşumunu engelleyici etkisi bilinen **sitrat**ın kadınlarda daha yüksek ol-

masıdır.

Taş oluşum nedenleri nelerdir?

Taş oluşumunda etkili faktörler ya tek başlarına ya da birlikte etki ederek taş oluşumuna neden olurlar. Taş oluşumunu kolaylaştıran faktörleri **cinsiyet, yaş, ırk, iklim, beslenme, vücut ağırlığı** ve **meslek** olarak sıralayabiliriz.

Meslek grupları arasında da taş oluşumu riski açısından farklılıklar mevcuttur. Fiziksel aktivitenin az olduğu işlerde (masa başı görevlileri, müdürler ve profesyonel pozisyon dakiler v.s) çalışanlar gibi, yüksek ısıli çalışma ortamında (yüksek ısıli fırınlar)

görev yapanlarda taş daha sık görülmektedir.

Bazı hastalık ve durumların varlığında taş oluşum riski çok yüksektir. Kalsiyum yönünden zengin gıdaların fazla tüketimi, böbreklerin kalsiyumu gereğinden fazla idrara geçirmesi, yine bazı hastalıklarda oluşan hormonal değişikliklerin etkisi ile kalsiyumun kemiklerden kana geçmesi ve oradan da idrarla atılımındaki artış, taş oluşumunun başlıca nedenini oluşturur.

İdrarla atılan ve taş oluşumuna neden olan kristallerin birbirleriyle yapışmasını ve taş oluşumunu engelleyen maddelerin (sit-

rat, magnezyum, bazı proteinler vs.) idrardaki miktarının yetersizliği, idrar yolu taşı nedenidir.

Taş hastalığı çocuklarda da görülmektedir ve bunun en önemli nedenleri; doğumsal metabolizma hastalıkları, idrar kesesi (mesane) fonksiyonlarındaki bozukluklar ve idrar yolu iltihabıdır.

Beslenmenin taş oluşumunda rolü var mıdır?

Beslenme ile taş oluşumu arasında da yakın bir ilişki vardır. Protein, karbonhidrat ve tuz kullanımı arttıkça taş oluşma riski de artmaktadır. Ayrıca bazı taşların bileşiminde bulunan kalsiyum ve oksalat gibi maddelerin gıdalarla yüksek oranda alınıp tüketilmesi de taş oluşumunu kolaylaştırıcı faktördür.

Benzer şekilde, diyetle fazla alınan **oksalat**, idrardan fazla oksalatın atılımına neden olan hastalıklar ve oksalatın bağırsaklardan emilimini artıran hastalıklar da taş oluşumunu kolaylaştırır. Oksalat daha çok yeşil sebze, kahve, kakao, çay ve fındık gibi besinlerde bulunur; ancak sadece diyetle bağlı oksalat taşı oluşumu enderdir.

Yine kırmızı et, sakatat, karides, kalamar, midye gibi deniz ürünlerinin aşırı tüketimi, Gut hastalığı, bazı kanser hastalıklarının kemoterapisi sırasında oluşan ürik asidin fazla miktarda idrarla atılımı ürik asit taş oluşumuna neden olabilir.

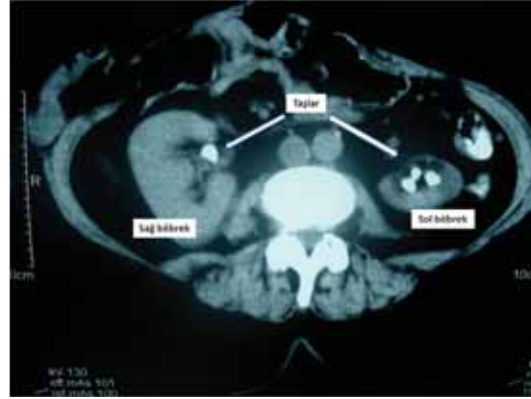
İdrar yolu hastalıkları taş oluşumuna yol açar mı?

İdrar yollarının bazı hastalıkları taş oluşumunu kolaylaştıran bir faktördür. Bunlar idrar yolu tıkanıklıkları ve idrar yolu iltihaplarıdır.

İdrar yolu tıkanıklıklarının pek çok nedeni vardır. En çok bilinenleri prostat büyümesi ve doğumsal idrar yolu hastalıklarıdır (atnalı böbrek, üretero-pelvik bileşke darlığı, vezikoüreteral reflü gibi). Bu gibi hastalıklarda normalde idrarla atılabilen taş oluşturan kristaller atılamayıp birbirine yapışarak taş oluştururlar.



Resim 1: Atnalı böbrek anomalisi bulunan bir hastada sol böbrekte çok sayıda taş ve aynı hastanın IVP filmi.



Resim 2: Bilgisayarlı tomografide her iki böbrekte oluşan taşların görünümü.

İdrar yolu iltihaplarında idrardaki üre parçalanır ve bu durumda idrar asitliği azalır ve bazı taş cinslerinin oluşumu kolaylaşır.

İdrar yolu tıkanıklıkları aynı zamanda idrar yolu iltihaplarının oluşumunu kolaylaştırarak da taş oluşumuna neden olur.

Taşlar nasıl belirti verir?

Taşın idrar yolunda bulunduğu yere göre belirtileri değişir. Örneğin; böbrek içindeki taşlar çoğunlukla sessizdir. Bazen böbrek içindeki idrar yollarını tıkadığı zaman künt bel ve yan ağrısına neden olabilirler. Ayrıca gözle görülebilen ya da görülmeyen kanama (Makroskopik – Mikroskopik Hematüri) oluşturabilirler.

Üreter taşlarında ağrı çok şiddetli ola-

bilir (kolik) ve belin yan tarafı ile kasıklarda veya erkekte torbalarda (skrotum) ve peniste, kadında ise hazne yolunda hissedilebilir. Ağrıya bulantı, kusma, soğuk terleme ve idrarda kanama gibi belirtiler eşlik edebilir. Ayrıca sık idrara çıkma ve idrar yaparken yanma görülebilir. Eğer idrar yolu iltihabı gelişirse ateş yükselir.

İdrar kesesi taşlarında ise sık idrara çıkma ve idrar yaparken yanma ve idrarda kanama gibi belirtiler ön plandadır. Taş, idrar yaparken idrar yolunu tıkadığı takdirde çatallı idrar, idrarın ani kesilmesi veya idrar yapamama durumu görülebilir.

İdrar yolunda oluşan taşların tanısı nasıl konur?

İdrar yolu taş hastalığı tanısı, hastalık



Resim 3: Tedavi öncesi sol böbrek toplayıcı sistemini dolduran böbrek taşlarının (A) DÜSG ve (B) IV ürografi görüntüsü. Aynı hastada “kapalı böbrek taşı ameliyatı” sonrası (C) DÜSG ve (D) IV ürografisinde taşların tamamının çıkarıldığı görülmektedir.

öyküsü, fizik muayene, idrar analizi ve radyolojik incelemeler ile kolaylıkla konulabilir. Ailede taş hastalığı öyküsü, Gut hastalığı, taş oluşumuna yol açabilecek diyet alışkanlığı, yaşadığı iklim veya çalışma ortamı gibi risk faktörlerinin bulunması tanıyı kolaylaştırır.

Taş tanısında en önemli muayene yöntemi radyolojik muayenedir. Taşın lokalizasyonu ve bileşimine göre bulgu veren birkaç radyolojik muayene yöntemi vardır. X ışını

kullanılarak yapılan radyolojik incelemeler genellikle kalsiyum içeren taşların görülmesini sağlar ve bu grup taş cinsi tüm idrar yolu taşlarının %90'ını oluşturur. Ayrıca radyolojik muayene yöntemleri böbrek fonksiyonu hakkında da bilgi vererek taşın oluşturduğu böbrek hasarını da saptamada yararlıdır. Bu yöntemler **Direkt Üriner Sistem Grafisi** (DÜSG), **İntravenöz Ürografi** ya da **Pyelografi** (IVU-IVP) ve bilgisayarlı tomografidir (BT) (Resim 1-3). X-ışını ile

görülmeyen bazı taş cinslerini saptamada özellikle yan etki açısından avantajlı olan **ultrasonografi** (USG) tanıda kullanılan diğer bir radyolojik muayene yöntemidir. Ancak USG üreter taşlarının tanısında tercih edilen bir yöntem değildir.

İdrar yolu taşlarının zararları nelerdir?

İdrar yolu taşlarının sebep olduğu tıkanıklık, iltihap ve tahriş, böbreklerde istenmeyen zararlı etkilere neden olur. İdrar yolu taşlarının neden olduğu en önemli iki kötü sonuçtan biri böbreğin fonksiyonunun bozulması, diğeri ise iltihabın tüm vücuda yayılmasına neden olan Sepsis'tir. Bu durum hayatı tehdit eden ciddi bir enfeksiyon varlığını ifade eder. Eğer hasta tek böbrekli ise ya da her iki idrar yolunda da taşla sahip ise böbrek fonksiyonu kaybı hastanın diyalize bağımlı hale gelmesine sebep olabilir.

İdrar yolu taş hastalığı nasıl tedavi edilir?

İdrar yolu taşlarının tedavi seçenekleri, mevcut taşın ve hastanın özelliklerine bağlıdır. Taş tedavi seçenekleri ilaç tedavisi, dışarıdan şok dalga ile kırma, endoskopik ameliyat ve açık ameliyat şeklinde olabilir.

İdrar yolu taş hastalığında ilaç tedavisi hangi hastalara uygulanır?

Taş boyutu küçük olan taşlar (0,5 cm den küçük taşlar) **spazm çözücü** ve **anti-enflamatuvar analjezik ilaçlar** yardımı ile tedavi edilirler. Bu tedavi taşın düşürülmesi amacıyla kullanılır ve tedavi sırasında hastanın sıvı alımı özendirilir. Bu boyuttaki taşların yaklaşık **%80'i** bu tedaviyle düşer. İlaç tedavisinin başka amaçla uygulandığı bir şekli de **ürik asit taşlarıdır**. Kendiliğinden düşemeyecek kadar büyük olsalar bile ürik asit taşları idrarın asit derecesini değiştiren ilaçlarla eritilebilir. Ayrıca ilaç tedavisi, ameliyat ya da başka yöntemle taş tedavi edilmiş hastaların tekrar taş oluşturmalarına engel olmak amacıyla **Proflaksi** uygulanır.



Erişkin erkeklerde taş görülme sıklığı kadınlara oranla 2-3 kat daha fazladır.”

ESWL nedir ve hangi hastalara uygulanır?

ESWL “**Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy**” teriminin baş harflerinden oluşan bir kısaltmadır ve dışarıdan şok dalga uygulaması yöntemi ile taş kırılması anlamına gelir. Bu yöntemle tedavinin amacı, kırılan taşların küçük parçalara ayrılarak idrarla dışarı atılmasını sağlamaktır. Genellikle **2 cm**'den daha küçük böbrek taşlarının tedavisinde ilk seçenek ESWL tedavisidir. Ayrıca üreter ve mesane gibi idrar yollarının herhangi bir yerinde mevcut taşların tedavi

sinde de başarı ile kullanılır. Bu yöntemle elde edilen başarıyı taş boyutundan başka faktörler de etkiler. **Sert taşlar** (kalsiyum oksalat monohidrat, kalsiyum fosfat dihidrat, sistin taşı), idrar yolları tıkanıklığı ve azalmış böbrek fonksiyonu başarıyı olumsuz etkileyen faktörlerdir.

Ayrıca böbrek atardamarı kireçlenmesi, idrar yolu iltihabı, kanama-pıhtılaşma bozuklukları ve hamile olan hastalarda bu yöntemin uygulanması ciddi zararlara neden olabileğinden bu hasta grubunda uygulanmaz.

Kapalı böbrek taşı ameliyatı nedir ve hangi hastalara uygulanır?

Kapalı böbrek taşı ameliyatı (Perkütan Nefrolitotomi-PCNL) taşı olan böbreğe yaklaşık **1 cm**'lik bir delik açıp, buradan girilerek taşın tedavisini sağlayan yöntemdir. Bu yöntemde taşlar enerji veren bir alet (**Probe**) yardımı ile kırılır ve kırılan parçalar **Grasper** denilen aletle dışarı alınır. Bazen bu işlem sırasında böbreğe birden fazla giriş yapılabilir. Günümüzde böbrek taşlarının tedavisinde tüm dünyada yaygın olarak kullanılmaktadır (Resim 3).

Kapalı ameliyat, genellikle çapı 2 cm'nin üzerinde olan taşlara uygulanır. ESWL tedavisinin başarısız olduğu, vücut yapısı ESWL'ye uygun olmayan ya da ESWL ile düşük başarı beklenen 2 cm'den küçük taşlarda da güvenli bir şekilde uygulanır.

Son zamanlarda rutin olmamakla beraber böbrek taşlarının tedavisinde laparoskopik yöntem de seçilmiş hasta grubunda uygulanmaktadır.

İdrar yolu taşlarının tedavisinde açık ameliyat uygulamaları halen kullanılmakta mıdır?

Bu sorunun yanıtı “**evet**”tir. Günümüzde açık ameliyat, halen idrar yolu taşlarının tedavisinde uygulanmaktadır. Böbreğin taştan arındırılması açısından diğer yöntemlere göre daha başarılı bir uygulama olmasına rağmen, vücutta büyük **yara izi** oluşturması, ameliyat sonrasında diğer yöntemlere göre daha ağırlı olması, hastane kalış süresinin ve günlük yaşama dönüşün daha uzun olması gibi dezavantajları vardır. Ancak diğer yöntemlerin (ESWL, PCNL) başarısız olacağı düşünülen bazı taş hastalarında açık ameliyat, ilk seçenek olarak karşımıza çıkar. Genellikle kapalı ameliyat yöntemini rutin uygulayan kliniklerde açık ameliyat uygulama oranları **%1-5'e** kadar gerilemiştir.

Üreter taşlarında en uygun tedavi yöntemi hangisidir?

Günümüzde tercih edilen yöntem ESWL olmasına rağmen **Üreterorenoskopi** (URS) üreter taşlarının tedavisinde eşit oranda ilk tedavi seçeneğidir. **Üreterorenoskop** ile taş ulaşarak **elektrohidrolik, ultrasonik, pnömatik** ya da **holmium lazer** gibi enerji kaynakları yardımıyla taşın kırılıp dışarı alınmasından ibarettir. Bu yöntemlerin başarılı olma olasılığının düşük olduğu, özellikle büyük ve sert taşlarda **Laparoskopi** ile üreter taşının alınması son zamanlarda uygulama alanına giren yeni bir uygulamadır. Üreter taşı tedavisinde açık ameliyat bu yöntemlerin uygulanamadığı merkezlerde yer bulmaktadır. ►



BURNUNUZUN YETİNMEYİN! Yarısuyla

Burun, solunum sistemimizin ilk organıdır. Sahip olduğu çok özel yapısı nedeniyle solunum sistemine yönlendirilecek havanın işlenmesinde önemli görevleri vardır. Yaşamak için nefes almak zorundayız ve bunun burun yoluyla gerçekleşmesi çok önemlidir. Ağız yoluyla nefes almak da mümkündür ancak bu fizyolojik olmayıp, beraberinde pek çok hastalığa zemin hazırlayacaktır.

BURUN YAPISI VE GÖREVLERİ

Akciğerlerimizde kanın temizlenmesi diye bilinen **oksijenizasyon** olayı akciğerle-

rin **alveol** denilen bölümünde gerçekleşir. Oksijenizasyon olayının tam gerçekleşebilmesi için alveollere ulaşan havanın **vücut ısısında**(38 derece), yüksek oranda nemli ve tamamen süzülüp temizlenmiş olması gerekir. Solunum havasının ısıtılması, nemlendirilmesi ve süzülmesi ancak burun solunumuyla mümkün olabilir. Burun içinde **konka** denilen normalde bulunması gereken burun etleri bulunur. Konkalar çok kanlanan organlardır ve adeta kalorifer petekleri gibi çalışır. Kalorifer peteklerinden geçen sıcak su gibi, konkalardan geçen kan sayesinde konkalar ısıtılır. Bu nedenle burun solunumu sırasında

konkaların etrafından geçen hava geniz bölgesine ulaştığında vücut sıcaklığına kadar ısıtılmış olur. Yine konkalarda bulunan özel hücreler sayesinde **mukus** denilen ve halk arasında sümük diye bilinen salgı üretilir. Konkaların sıcaklığı ve mukus sayesinde burunda nemli bir ortam oluşur. Böylece burundan geçen hava geniz bölgesine ulaştığında akciğerlerin ihtiyacı olan nemliliğe ulaşmış olur. Ayrıca mukus doğası gereği çok yapışkan bir maddedir. Bu sayede burundan geçen havadaki toz partikülleri ve bir kısım mikro organizmalar mukusa yapışıp kalırlar ve genize ulaşan hava süzülmüş olur.

Anlaşıldığı üzere burnumuzun nefes alma işlevi sırasında **3** önemli görevi vardır; **havanın ısıtılması, nemlendirilmesi ve süzülmesi**. Doğaldır ki solunum havasının bu şekilde işlenmesi sırasında burnumuz da bir taraftan soğumakta, kurumakta ve kirlenmektedir. Belli bir seviyede soğuyan, kuruyan ve kirlenen burun pasajı yorulmuştur ve bu durum sinir bağlantıları sayesinde santral sinir sistemi tarafından algılanır. Refleks yollar sayesinde yorulan burun pasajındaki konkaların kan damarları genişletilir ve konkalara daha çok kan gönderilir. Kan ile dolan konkalar şişerek ilgili burun pasajını tıkayarak hava geçişini bir süre durdurur. Bu durum ilgili burun pasajının dinlenme periyodudur. Bu sırada diğer burun pasajındaki konkaların kanı çekilip büzüştürülerek nefes alma sırası ona verilir. Böylece biz kesintisiz olarak burun yoluyla nefes almaya devam ettiğimiz halde, gerçekte bir burun pasajı tıkanmış dinlenme dönemine geçmiş, diğer burun pasajı görev yapmaktadır. Burun pasajlarının sırayla çalışmasından oluşan bu döngüye **nazal siklus** denir.

SEPTUM DEVIASYONUNUN TANIMI

Nazal siklusun düzenli devam etmesi için her iki burun pasajını birbirinden eşit olarak ayıran ve burnumuzun tam ortasında bulunan septum adı verilen bir duvar vardır. Bu duvarın ön bölümleri kıkırdak ve arka bölümleri kemik yapıda olup, halk arasında burun kemiği olarak bilinir. Septumun burun pasajlarına doğru eğilmiş olmasına **septum deviasyonu** denir ki; halk arasında burunda kemik var diye anılır. Septum deviasyonunda özellikle daralan tarafta burun tıkanıklığı hissedilir. Tek taraflı deviasyonlarda, hastalar sadece bir burun pasajını sağlıklı olarak kullanabilir. Açık olan pasaj görevdeyken burun solunumu yapabilir, bu pasaj dinlenme dönemine geçtiğinde diğer burun pasajı septum deviasyonu nedeniyle tıkalı olduğu için her iki burun pasajının tıkalı olduğunu hisseder. Septum deviasyonu bazen her iki burun pasajını da tıkayacak şekilde özellik gösterebilir.

HASTALARIN YAKINMALARI

Septum deviasyonu bulunan hastalar bazı dönemlerde ağız solunumu yapmak zorundadırlar. Geceleri uyurken genellikle ağızları açık kalır, bazen horlama olabilir. Sabah uyandıklarında ağızlarının kurumuş olduğunu hissederler. Bazen sabah uyandıklarında yorgunluk hissederler ve yataktan kalkmak istemezler. Gün içinde uykuları gelebilir, çalışma performansları düşebilir. Zihinsel fonksiyonlarda bir konuya odaklanma zorlukları, dikkat dağınıklıkları hissedebilirler. Yol yürümekle, merdiven çıkmakla çabuk yorulurlar, hava açlığı ve çarpıntı hissederler. Bu tip şikayetler genç hastalarda nispeten daha hafif hissedilirken, yaşın ilerlemesiyle belirgin hale gelir. Uzun süreli burun tıkanıklıkları sonucunda sık boğaz hastalıkları, sinüslerin havalanma problemleri ve sinüzit gelişimi kaçınılmazdır.

TEDAVİ

Sorun burundan randımanlı nefes alamamaktır, neden septumun eğri olmasıdır. Doğal olarak tedavi eğriliğin cerrahi yöntemle düzeltilmesidir. Septum deviasyonu için yapılan operasyonlara **septoplasti** denilir. Ameliyat lokal yada genel anestezi altında yapılabilir. **30-40 dakika** süren bir cerrahi girişimdir. Ameliyat sonrasındaki ilk birkaç gün burunda şişme, burundan hiç nefes alamama, sürekli ağızdan nefes alma nedeniyle boğaz kuruluğu ve baş ağrısı şikayetleri olabilir. Ancak bu dönem geçicidir ve **10-15 gün** içinde operasyon alanı tamamen iyileşerek burun solunumu, olması gereken fizyolojik şartlara ulaşır.

Dışarıdan bakıldığında ameliyata ait bir iz yoktur. Hastaların ameliyat sonrası yaklaşık **2-3 gün** iş ve güç kaybı oluşabilir. Ameliyatın yapıldığı dönemin mevsimlerle bir ilişkisi yoktur, sadece hastanın işlerinin en az yoğun olduğu, kendine zaman ayırabileceği bir haftalık bir süreye ihtiyacı vardır.

KOMPLİKASYONLARI

Erken dönemde çok nadiren septoplasti sonrası **şiddetli burun kanaması** olabilir. Ameliyat sonrası bir burun travması olmadığı sü-



Deviasyon problemi ameliyatla tamamen düzeltilebilir."

rece septum deviasyonu tekrarlamaz. Ameliyat yeterli yapılmamışsa hafif deviasyon kalabilir, genellikle burun fonksiyonlarını bozmaz. Gereğinden fazla kemik çıkarılması durumunda **burunda çökme, septumda perforasyon** (delik) gelişebilir. Yeterli olmayan ameliyatlarda sonucunda **revizyon**(yeniden) septoplasti operasyonu gerekebilir ki; ilk kez ameliyat yapılmasına göre daha zorlu bir durumdur.

UNUTULMAMALI

- Fizyolojik solunum yolu burun ile başlar.
- Ağızdan nefes alınması beraberinde pek çok problem doğurur.
- Burun kemiğinin eğriliği (septum deviasyonu) en sık görülen burun tıkanıklığı nedenidir.
- Ameliyatla(septoplasti) deviasyon problemi tamamen düzeltilebilir.
- Ameliyatın yapılacağı özel bir mevsim yoktur.
- Ameliyat sonrası birkaç günlük iş ve güç kaybı oluşur. ▶



ÇOCUKTUR KORKAR! ONA KORKMAMAYI SİZ ÖĞRETİN!

Anne babaların çocukları için endişelendikleri konulardan biri de çocuklarındaki korkulardır.

"Çocuğum köpekten korkuyor, acaba bu normal mi?"

"Çocuğuma korkusuyla başatması için nasıl yaklaşmalıyım?"

"Biz çocuğumuzu hiç korkutmadık çocuğumuzda korku nasıl gelişmiş olabilir?" gibi sorular sıklıkla ebeveynlerden, çocuklarındaki korkulara yönelik endişeleri sıklıkla yaşanır. Bu aynı zamanda korkunun ne olduğuyla, korkunun hangi durumlarda normal olup hangi durumlarda normal olmadığıyla, korkunun nedenleriyle, anne babaların çocuklarına korktukları zaman nasıl yardımcı olmaları gerektiğiyle ilgilidir.

Korku ile ilgili genellikle hep olumsuz düşünceler aklımıza gelir. Peki korku normal bir şey mi? Korku, canlı varlıkların görünen ve görünmeyen tehlikeler karşısında gösterdikleri doğal bir tepki olmakla birlikte aynı zamanda, canlıyı uyaran ve kişinin kendini savunmasını sağlayan doğal bir mekanizmadır. Yani korku bizi savunmaya ya da kaçmaya iten güçlerimizi harekete geçirmekte ve korktuğumuz duruma karşı bizi hazırlamaktadır. Örneğin; üzerimize havlayarak gelen bir köpek karşısında ya kaçmaya çalışırız, ya da orada kalıp köpeklerle mücadele ederiz. Her insan zaman zaman korku yaşayabilmektedir. Bu doğal bir duygudur. Çocuklarda gelişim süreci içinde belli dönemlerde, belli korkular vardır. Bu korkuların beklediğimiz gelişim dönemlerinden sonra kaybolmasını bekleriz. Eğer bu korkular beklediğimiz gelişim dönemlerinden sonra kaybolmaz, ya da gerek beklediğimiz gelişim döneminde, gerekse beklediğimiz gelişim dönemlerinden sonra



çocuğun günlük yaşantısını etkileyecek boyuta ulaşırsa, bu noktada korku bizim için normal ve beklediğimiz boyutta değildir, diyebiliriz.

ÇOCUKLARDA BELLİ YAŞ GRUPLARINDA SIKLIKLA GÖRÜLEN KORKULAR

Genellikle yeni olan ve bilinmeyen her şey ürküntü verir. Çocuğun güçsüzlüğü ve bilmediklerinin çokluğundan ötürü korkular daha çoktur. Çocuk çevresini tanıdıkça,

beden gücü ve yetenekleri geliştikçe korkularını bir bir yenebilir.

Bebekler için herşey korkutucudur. Gürültüler, bir yabancı yüz, acıkmak, susamak, altının ıslanması bebeğin korku geliştirmesine neden olabilir. 2-3 yaşlarında çocuklar yüksek seslerden, sifonun çekilmesinden, gök gürültüsünden korkabilirler. 3-4 yaşlarında bunlara karanlık, dilenci, hırsız, polis, öcü korkuları eklenmektedir. 4-5 yaşlarında çocuklar köpek, yılan gibi hayvanlardan ve düşüp yaralanmak, bir yerlerinin sıyrılıp

çizilmesi, kesilip kanaması gibi, vücutlarına zarar gelmesinden korkarlar. 6 yaşında hayalet, cadı, hortlak, karyolanın altında birinin olduğundan, yangından ve hırsızdan korkma söz konusudur. Okul çağı çocuklarında karanlıktan korkma, televizyon ve haberlerdeki adam kaçırmaya, cinayet gibi olaylardan korkma, ölüm korkusu, savaş korkusu, başarısızlık korkusu, reddedilme korkusu ve okul korkusu gibi korkular görülebilir.

ÇOCUKLARDA GÖRÜLEN KORKULARIN NEDENLERİ

• Çocuklar, deneyimlerinin az, düşünme yeteneklerinin sınırlı olması nedeniyle gördüklerini ve duyduklarını gerçekçi olarak değerlendirememeleri sonucu belirli bir nesne/duruma karşı korku geliştirebilirler.

• Anne, baba ya da bir başkası çocuğu korkutmasa da korkular anne, baba ya da bir başkası tarafından model alınarak öğrenilebilir.

• Çocuğuna “Kumla çamurla oynama mikrop kaparsın!”, “Koşma düşersin!” gibi tutumlarla yaklaşan, çocuğu adım atsa yanındaki ve ona yardıma hazır, aşırı koruyucu, kollayıcı ebeveyn tutumlarına bağlı olarak da çocukta korku gelişebilir.

• Çocuklarda korkuya neden olan bir başka neden de anne ve babaların, çocuklarının disiplinini sağlamak amacıyla onlara karşı, “uslu durmazsan bırakır giderim seni”, “uyumazsan öcü gelir seni alır götürür”, “uslu durmazsan sana iğne yapması için seni doktora götüreceğim” gibi korkutmalara başvurmalarıdır.

• Korku filmi, çocukları korkutacak nitelikteki çizgi film karakterlerinin izlenmesi, ya da çocuğun yanında anlatılan korku içerikli öyküler çocuğun korkmasına neden olabilir.

• Çocuğun, annesinin ve babasının ya da bir yakınının şiddete maruz kalması, cinsel birleşmesi gibi olaylara tanık olması da çocuklarda korkulara neden olabilir. Ayrıca kardeş doğumu gibi çocuğa sıkıntı veren olaylardan sonra da korku oluşabilir.

• Arkadaşlarından duydukları korkulu olaylar da çocukların korkmalarına neden olabilir.

ANNE VE BABALAR ÇOCUKLARA KORKULARIYLA BAŞ ETMELERİNDE NASIL YARDIMCI OLMALIDIR?

• Çocuğa karşı sabırlı olunmalı.

• Çocuğun korktuğu durum/nesne önemsiz, küçük, gerçek hayatta olmayan bir nesne/durum bile olsa böyle bir korkunun varlığı kabul edilmeli.

• Çocuğun korkusu küçümsenmemeli ve çocuğun korkusuyla ilgili duygu ve düşünceleri anlaşılmalı çalışılmalı.

• Çocuğun korkusuna yol açan nedenler araştırılmalı.

• Çocuğun korkan tek kişi olmadığı ve başka arkadaşlarının da korkusuna benzer korkuları olabileceği vurgulanarak, yalnız olmadığı mesajı verilmeli.

• Çocuk korktuğu için küçük düşürülmemeli ve cezalandırılmamalı.

• Aşırı kollayıcı ve koruyucu tutumlarından kaçınılmalı.

• Çocuklar korkutulmamalı ve korkutmalar bir disiplin yöntemi olarak kullanılmamalı.

• Çocuk korktuğu için anne ve babasının yatağına yatmasına izin verilmemeli. Bunun yerine kendi yatağında sakinleştirilmeye çalışmalı ve gerekiyorsa yatağında uyuyana kadar yanında ebeveyn ona eşlik etmeli.

• Çocuk korkacağı bir durumun üstüne gitmesi konusunda zorlanmamalı.

• Çocuğun gerek korkusuyla yüz yüze gelerek, gerekse korkusunu oyuna dökerek yaptığı korkuyu yenme çabaları desteklenmeli.

• Bu korkular çocuğun gerek okul yaşıntısı, gerek aile içi ilişkilerini, gerekse kendi yaşantılarıyla olan ilişkilerini etkileyecek ve kişinin günlük yaşam kalitesini bozacak boyutta ise ve ayrıca ebeveynler çocuklarının korkularıyla baş etmeleri konusunda zorluk yaşıyorlarsa mutlaka bir uzman yardımı alınmalı. ▶



**Korkutmaları
bir disiplin yöntemi olarak
kullanmayın.”**



İNCE HASTALIK GÜNÜMÜZDE HÂLÂ YAYGIN

Verem tıp dilinde **tüberküloz**, bilinme tarihi çok eskilere dayanan ve Dünya tarihi boyunca en çok insan ölümlerine yol açan bir hastalıktır. Özellikle **Hindistan, Çin** gibi **Asya** ve **Afrika ülkeleri** başta olmak üzere dünya genelinde halen ikinci en çok ölüme yol açan bulaşıcı hastalıktır. Dünya nüfusunun **üçte biri** verem basili ile tanışmıştır ve bir yılda **1.3 milyon** insan tüberküloz nedeniyle ölmektedir. Tedavi edilebilir bir hastalıktır. Verem tedavisinde kullanılan ilaçlar **1940-1950**'li yıllarda bulunmuştur. Tedavisi ucuzdur ve ücretsizdir. Buna rağmen halen yaygın görülüyor olma-

sında verem etkeninin özelliği, hastalığın seyri, bulaşma şekli, tedavisinin uzun ve çok ilaçla yapılıyor olması gibi hastalığa spesifik özellikler yanında, gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin yetersiz olması ve ülkeler arası göçler veya seyahatler rol oynamaktadır. Çünkü verem mikrobi dayanıklı olup, ilaçlara direnç geliştirebilmektedir. Hastalık sinsi başlangıçlıdır ve farkedilebilir olana kadar hastanın çevreye hastalığı yayması, tedavinin uzun süreli ve çok ilaçla yapılıyor olması nedeniyle hastanın tedaviye uyumunu azaltması hastalığın halen yok edilememesinin en önemli sebepleridir.

Hastalık etkeni insan vücuduna solunum yoluyla girer ve hangi organa yerleşirse o organın adı ile anılır. **Akciğer veremi, lenf bezi veremi, kemik veremi, gırtlak veremi** gibi. Hastalar tarafından konuşma ile **0-210 damlacık, öksürme ile 0-3.500 damlacık, hapşıрма ile 4.500-1.000.000 damlacık** çıkarılır ve her defasında **1-5 mikron** çapında **1-3 adet basil** içeren, **3500 kadar enfeksiyöz parçacığı** etrafa saçılır. Verem mikrobi ısıya duyarlı, güneş görmeyen kuru yerlerde havada uzun süre, **2-8 ay** gibi, canlı kalabilirken, direkt güneş ışığı altında **2 saat** içinde ölür. Hasta ile yakın ve uzun sü-



Üç haftadan uzun bir süredir öksürüyorsanız verem olabilirsiniz, bir göğüs hastalıkları uzmanına başvurmalısınız.”

reli teması olan kişilere bulaşma riski fazladır. Bunlar, aile bireyleri, aynı evi paylaştığı arkadaşları, işyeri arkadaşları olabilir.

Alınan basiller kişiyi hastalandırmaksızın vücutta saklı kalır ve vücut direncinin düştüğü bir anda hastalık oluşturur. Hastalık riskini artıran bazı durumlar vardır: Aktif ve tedavi olmayan veremli kişi ile uzun süreli yakın temas olması, mikropla karşılaşan kişinin 0-5 yaşta veya ileri yaşta olması, zayıf ve düşkün olması, sigara, uyuşturucu kullanımı veya kortizon gibi bağışıklığı baskılayan ilaç kullanımı, diyabet, siroz, AIDS gibi bağışıklığı baskılayan hastalığı olması, akciğer filminde verem sekel lezyonunun varlığı, ağır stres durumunun varlığı gibi.

Hastalığın tanısı için hastalanan kişinin verem hastalığından şüphelenmesi gerekir. Öksürük, ateş, iştahsızlık, halsizlik, kilo kaybı, gece terlemesi gibi yakınmaların varlığı ve bu yakınmaların yavaş seyirle ilerlemesi, uzun sürmesi, özellikle antibiyotik tedavisine rağmen yakınmaların geçmemesi veremi düşündürmelidir. Bu durumda bir göğüs hastalıkları uzmanına başvurulmalıdır. Akciğer filmi, kan ve balgam tetkikleri yapılır. Balgamda verem mikrobunun görülmesi ile kesin tanı konur.

Veremin tedavisi **6 ay** süreyle bir grup ilacın düzenli ve devamlı içilmesi ile ya-

pılır. Çok sayıda ilacı, uzun süre, düzenli içmek zordur. Bunun için sağlık politikasında “**doğrudan gözetimli ve ücretsiz tedavi**” uygulaması zorunludur. Veremli hasta ile yakın temaslılarda tarama tetkikleri yapılır, gerekli görülenlere 6 ay süre ile bir ilaçla koruyucu tedavi uygulanır.

Düzenli tedavi alan verem hastalarının hepsi iyileşir ancak ilaç direnci olması verem tedavisinde önemli bir sorundur. Bu hastalarda farklı ilaçlarla daha uzun süreli tedavi uygulanır. Ancak asıl endişe verici olan, son yıllarda ortaya çıkan dirençli tüberkülozda kullanılan ilaçlara karşı da mikrobun direnç kazanmasıdır. Bu nedenle veremle mücadele her ülkede titizlikle yürütülmesi gereken önemli bir halk sağlığı uygulamasıdır. Topluma düşen görev de hava yoluyla bulaşan tüm hastalıklarda olduğu gibi, kişisel hijyene ve ortam hijyenine önem vermek ve hasta olunduğunda erken ve düzenli tedavi olmak, başkalarına bulaştırmamak adına gereken tüm önlemleri almaktır. Öksürüp hapşırıırken her defasında yeni mendil kullanmalı, ellerimizi sık yıkamalı, dengeli beslenmeli, bulunduğu ortamları sık havalandırmalı, öksürüp hapşıran kimselerle öpüşüp tokalaşmamalı, başkasının kişisel eşyalarını kullanmamalıyız. ▶



ŞOK TEDAVİSİ (EKT)

1 960 ile 1980 yılları arasında çok fazla kullanılmış olan sonrasında kullanımı belirli hastalıklarla sınırlandırılmış kimi hekimlerce de pek sevilmeyen bir tedavi yöntemi **Elektro Konvulsif Terapi (EKT)**. Halk arasında bilinen adı “**şok tedavisi**”dir.

Günümüzde en çok depresyon tedavisinde kullanılan, bu yöntem hala yüzgüldürücü bir tedavi seçeneğidir.

Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı bünyesine Yakın Doğu Hastanesi’nde kullanılmak üzere; **Thymatron System IV model EKT Cihazı** mevcut olup **04 Eylül 2013** tarihinden bu yana EKT uygulaması yapılmaktadır.

Bu tedavi yönteminin bulunuşu birçok başka yöntem gibi hasta gözlemlerine dayanıyor. **1938**’de iki İtalyan bilim adamı **Cerletti** ve **Binni** epilepsi hastalarının geçirdikleri nöbetler sonrasında daha neşeli daha canlı olduğunu gözlemliyorlar. Bu gözlemleri sonrasında yapay nöbet oluşturma fikri ortaya çıkıyor. İnsanda elektrik uyarısının emniyetli bir biçimde epilepsi nöbetleri oluşturulabileceğini buluyorlar. EKT 1938’den bu yana yaklaşık **65 yıldır depresyon, mani ve şizofreni** tedavisinde etkin ve güvenilir bir yöntem olarak kullanılmaktadır.

Depresyon hastalarının **% 20**’ye yakını ilaç tedavisinden fayda görmemektedir. Bu durumda kullanılabilecek başka tedavi yöntemlerine ihtiyaç vardır. Bunlardan bir tanesi şüphesiz ki hala EKT’dir. Birçok ülkede ve Türkiye’de tedavi kılavuzlarında ilaç tedavilerine yanıt alınmadığında tedavi seçeneği olarak yer almaktadır.

EKT hangi hastalıklarda kullanılır?

EKT’nin en sık kullanım alanı **major depresif bozukluktur**. EKT depresyonda halen altın standart olarak kabul edilmektedir. Depresyon tedavi kılavuzlarında iki antidepresan ilacı etkin doz ve sürede kullanıp yarar görmeyen hastalarda **lityum** ve **tiroid hormonu** eklenme-



si seçeneklerinden sonra kullanılması önerilmektedir.

Bununla birlikte ilk seçenek olarak kullanıldığı durumlar da mevcuttur. Bunlar daha önce EKT’den yarar gören, diğer tedavilerden yarar görmeyen, EKT’yi ilk tedavi seçeneği olarak isteyen hastalardır. Ailede EKT’den yarar öyküsünün varlığı EKT ilk seçenek olarak kullanmak için önemli bir nedendir.

Özellikle intihar riski olan hastalarda EKT ilk seçenek olarak kullanılabilir. EKT bu hastalarda daha hızlı yanıt alınmasını sağlamaktadır. Depresyonda adam öldürme düşüncesi olan hastalar ile gebe depresif hastalarda EKT ilk seçeneklerden biri olarak kabul edilmektedir. Yemek yemeyi reddeden depresif hastalar EKT’ye öncelikli aday hastalardır.

Ayrıca hızlı yanıt alınması istenen ve ilaç tedavisine yanıt vermeyen psikiyatrik bozuklukların tedavi kılavuzlarında EKT tedavisinin yeri vardır.



Özetle hızlı yanıt alınması gereken bir durum söz konusu ise EKT ilk seçenek tedavilerden biridir.

EKT etkin bir tedavi midir?

EKT etkinliği depresyonda **%80-90** olarak kabul edilmektedir. EKT’nin karşılaştırıldığı bütün ilaç tedavilerinde daha etkin olduğu bilinmektedir. Yaş arttıkça EKT’ye yanıtın daha fazla olduğuna dair veriler vardır. Depresyonun alt türlerinde olan **psikotik** ve **katatonik** özellikli depresyonlarda yanıt alınması daha fazla olasıdır.

EKT’nin yan etkileri nelerdir?

En sık rastlanan yan etkiler kalp ile ilgili yan etkiler, baş ağrısı ve unutkanlıktır. Kalp ile ilgili yan etkiler EKT’nin sempatik sinir sistemini uyarmasına bağlıdır ve nadirdir. Unutkanlık yan etkisi ise genelde kalıcı olmaz. Birçoğunun 6 ay içinde düzeldiği bildirilmektedir. Bunun dışında baş ağrısı da görülebilmektedir. Geçmişte anestezi kullanılmadan yapıldığı dönemde kırıklar da görülebilmekte idi. Günümüzde EKT ameliyathanede hasta uyutularak ve kas gevşetici verilerek yapıldığından bu yan etki görülmemektedir. ●



VARİSTE YENİ AMELİYATSIZ TEDAVİ YÖNTEMLERİ

Yüzeysel toplardamarların çeşitli nedenlerle uzayıp bükülmüş ve genişlemiş hale gelmesi **varis** olarak tanımlanır. **Mısır papirüslerinde** ve **Hippocrates'ten** günümüze kadar ulaşan belgelerde varisden söz edilir. Modern toplumlarda yüksek oranda görülen varisin geniş bir yelpazede aralığı olup basit telenjektazilerden (kılcal damar varisleri), bacak yaralarına kadar görülebilir.

Ailevi yatkınlık (Kalıtsal), **yaş**, **hamilelik**, **obezite**, **kabızlık**, **ilaç kullanımı** gibi nedenlerin varis oluşumuna neden olabileceği gibi, **yüksek ayakkabı** ve **çok dar giysiler**, **toplardamar hastalıkları** veya **travmalar** da varis oluşumunu artırabilmektedir.

Varis çok çeşitli belirtileri olmakla birlikte, ağrılı, ağır ve yorgun bacaklar, ayak bileklerinde kaşıntı, bacaklarda ve ayak bileklerinde şişlik (ödem), gece krampları, ciltte kalınlaşma, sertleşme ve renk değişiklikleri gibi oldukça geniş şikayetlere neden olmaktadır.

Varis tedavisinde ayrıntılı olarak tedavinin planlanması gerekmektedir. Tedavide ayrıntılı tetkik yapılmadan sadece cilt üzerindeki varislere müdahale etmek, varislerin kısa zamanda tekrarlamasına ve şikayetlerin de devam etmesine neden olmaktadır.

RADYOFREKANS (RF) TEDAVİSİ: Günümüzde radyofrekans teknolojisinin gelişimi ve cerrahideki **minimal invaziv** dediğimiz kesi gerektirmeden ameliyat yapma arzusu radyofrekansın varis cerrahisinde kullanımına neden olmuştur. Son yıllarda sıkça kullanılan bu yöntem, radyofrekans dalgalarının yüksek ısı oluşturarak varis damarının tedavi edilmesinde kullanılmasıdır.

Bu yöntemin klasik ameliyata göre önemli avantajları vardır. Hastanın normal aktivitelerine hemen geri dönebilmesi, hastanede yatışa

gerek olmaması, girişimin başarı oranının %98 civarında olup, tedavi süresinin çok kısa olması, yara izinin çok az veya hiç olmaması, işlemin tamamen lokal anestezi ile yapılıp, genel anestezi veya belden uyuşturmaya gerek duyulmaması önemli avantajlarıdır.

KÖPÜK (FOAM) SKLEROTERAPİSİ: Özel bir cihaz vasıtasıyla köpüklü hale getirilen ilaç çok ince iğnelerle damar içine uygulanır. Genelde uygulama seanstar halinde

20-40 dk sürer. Tekniği bilen, deneyimli ellerde köpük skleroterapisi ile hem küçük (kılcal), hem orta çaplı, hem de büyük çaplı varislerin tedavisinde kullanılır. **Vasküler Doppler Ultrason** eşliğinde yapılan köpük skleroterapi ile işlemin kalitesi çok artmakta ve uzun dönemde mükemmel sonuçlar elde edilmektedir. Uygulama sonrasında daha iyi bir netice alabilmek için kompresyon gerekir ve bu durum en az 2-3 gün boyunca devam etmelidir. ▶





NEDEN KAŞINIYORUZ?

Kaşıntı dermatoloji polikliniklerine başvuran hastaların büyük çoğunluğunun ortak yakınması olabilmektedir. Çeşitli deri hastalıklarının bir bulgusu olarak gözlenebileceği gibi birçok iç hastalığına bağlı olarak da gelişebilmektedir.

Kaşıntı nedenleri araştırılırken; hastanın yaşı, eşlik eden deri ve sistemik hastalıkları, kullandığı ilaçlar, psikolojik durumu gibi faktörler ayrıntılı olarak sorgulanmalıdır. Kaşıntı yakınmasını artıran ve azaltan faktörler, gün içerisindeki değişiklikler, gıdalarla olan ilişkisi, mevsimsel farklılıklar, uyku düzeni, ailede benzer yakınmanın varlığı, eşlik eden deri bulguları, kaşıntıya neden olan etkeni bulmada önemli ipuçlarıdır. Kaşıntının en sık rastlanan nedenlerinden birisi deri kuruluğudur. Özellikle yaşlı hastalarda çok sık rastlanılan bir bulgu olup, banyo sonrası artan kaşıntıya neden olabilmektedir. Hastanın nemlendirici kullanma alışkanlığı edinmesi ve özellikle banyo sonrası düzenli olarak nemlendirici kullanımı kaşıntı yakınmasını büyük ölçüde azaltacaktır. Allerjik deri hastalıklarında da benzer şekilde düzenli nemlendirici kullanımı hem mevcut deri lezyonlarının iyileşmesinde hem de kaşıntının giderilmesinde yardımcı bir faktördür.

Deri kuruluğuna bağlı kaşıntıdan kaçınmak için öneriler:

- Banyo ılık suyla ve kısa süreli (10 dakika) aşmayacak olarak yapılmalıdır.
- Banyo sırasında renkli, parfümlü, kimyasal içerikli sabunlar yerine nemlendirici özelliği olan ve deri pH ile uyumlu temizleyiciler kullanılmalıdır.
- Aşırı kese veya lif kullanımından kaçınılmalı, yumuşak banyo süngerleri tercih





Düzenli nemlendirici kullanımı deri lezyonlarının iyileşmesinde ve kaşıntının giderilmesinde yardımcı bir faktördür.”

edilmelidir.

- Banyo sonrasında yumuşak bir havlu ile deriyi tahriş etmeden kurulanmalı ve ilk üç dakika içerisinde deriye uygun nemlendirici ürünler sürülmelidir.

- Kolonya, alkol gibi maddeler, antiseptik içerikli sıvı sabun ve ıslak mendiller deriyi kurutarak kaşıntının daha da artmasına neden olabilir.

- Deri kuruluğu olan veya allerjik deri yapısına sahip kişilerin pamuklu iç çamaşır ve kıyafetler tercih etmeleri, sentetik ürünlerden ya da yünlü giysilerden kaçınmaları gerekmektedir.

- Yüksek ısı veya düşük nemli ortamlar ile ani ısı değişimleri kaşıntıyı tetikleyebilmektedir.

Deride görünür bir bulgu saptanmaksızın kaşıntı yakınmasının varlığı, aksi ispatlanana kadar altta yatan bir hastalığın belirtisi olabileceği için ayrıntılı tetkik edilmelidir.

RİSK FAKTÖRLERİ

Anemi (demir, vitamin eksiklikleri), **tiroid hastalıkları** (tiroid bezinin az veya çok çalışması, tiroid ilaçları), **diyabet** (kan şekeri dengesizlikleri), **bağırsak parazitleri**, **karaciğer hasta-**

lıkları (viral hepatitler), **safra kesesi taşları** ve **safra yolu tıkanıklıkları**, **böbrek yetmezlikleri**, **diyaliz tedavisi**, **iç organ kanserleri**, **lösemi** ve **lenfoma** gibi **malign kan hastalıkları**, **AIDS** gibi sistemik hastalıkların seyri sırasında ya da bazen bu hastalıkların ilk belirtisi olarak tüm vücutta yaygın ve tedavilere dirençli kaşıntılar ortaya çıkabilmektedir.

Kaşıntı ile seyreden deri hastalıkları arasında **uyuz** ve **bitlenme** gibi bulaşıcı hastalıklar başta gelmektedir. Bu tarz hastalıklarda deri bulgularının yanında, aile fertlerinde, partnerde veya arkadaşlarda da benzer yakınmaların eşlik etmesi önemli ipuçları arasındadır. Şiddetli kaşıntıya eşlik eden hastalığa özgü deri bulgularının varlığı durumunda gerekli görülen laboratuvar tetkikleri ve deri biyopsisi sonuçlarına dayanarak tanı konulabilmektedir. Kaşıntıya neden olan hastalık tespit edildikten sonra etkene yönelik tedavi verilmektedir.

Etyolojiden bağımsız olarak kaşıntı yaklaşması olan hastalara; serin ortamda bulunma, pamuklu, yünlü ürünlerden çok, ince ve bol kıyafetlerin tercih edilmesi, aşırı terlemeden kaçınma, alkol tüketiminin kısıtlanması ile aşırı sıcak veya baharatlı gıda alımının azaltılması en başta gelen öneriler arasındadır. ▶





Prof. Dr. Gamze MOCAN KUZEY

Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı
Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji
Anabilim Dalı Başkanı

YDÜ TIP FAKÜLTESİ

1 988 yılında kurulan **Yakın Doğu Üniversitesi**, 100'e yakın değişik ülkeden gelen seçkin öğrencileri ile uluslararası bir kimlikte, **Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti**'nin Başkenti **Lefkoşa**'da yüksek düzeyde eğitim olanakları ve yetkin öğretim kadrosuyla etkinlik göstermektedir. Yakın Doğu Üniversitesi, **Avrupa Üniversiteler Birliği**'ne (EUA), **UNESCO** bünyesindeki **Uluslararası Üniversiteler Birliği**'ne (IAU), **İslam Dünyası Üniversiteler Federasyonu** (FUIW) ve **Uluslararası Mühendislik Eğitimi Topluluğu**'na (IGIP) tam üyedir.

Çağdaş bir kampüs alanı içerisindeki düzeni ve estetik açıdan mükemmel dokusuyla Yakın Doğu Üniversitesi, günümüzde **16 Fakülte, 4 yüksekokul, 88 bölüm, 15 araştırma merkezi** ve **20.000'i aşkın öğrencisi** ile **Kıbrıs Adası**'nın en büyük üniversitesidir. 27 Eylül 2013 tarihinde, adanın dokuzuncu üniversitesi olan, denizcilik eğitimi ağırlıklı **Girne Üniversitesi**'nin de temeli atılmıştır. Çok zengin kütüphanesinde **800.000'i aşkın kitap** mevcut olup bunun

9.000'e yakını Tıp kitaplarıdır. Avrupa'nın sayılı merkezleri içerisinde yer alan İnovasyon ve Bilişim Teknolojileri Başkanlığı'nda ise bilimsel veriler titizlikle toplanmaktadır.

Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültemiz; Barış Harekatı'nın 34. yılı olan **20 Temmuz 2008** tarihinde açılmış, 7 Ekim 2008 tarihinde **"Beyaz Gömlek Giyme Töreni"** ile Kıbrıs adasının o dönemde tek Tıp Fakültesi olarak İngilizce dilinde eğitim/öğretime başlamıştır.

Fakültemiz, Yakın Doğu Üniversitesi **Diş Hekimliği, Eczacılık, Sağlık Bilimleri** ve **Veteriner Fakülteleri** ile birlikte Sağlık Kompleksi'nde yerini başarı ile almış olup **55.000 m2** inşaat alanında iki sene boyunca **600 kişinin** gece gündüz emek vererek çalışması ile ortaya çıkardığı modern donanımlı hastanemizle bir bütünlük kazanmıştır.

6. yılında genç bir fakülte olan YDÜ Tıp Fakültesi'nin temel amacı, mezuniyet öncesi, mezuniyet sonrası ve sürekli tıp eğitimini uygulamak, bu şekilde karşılaştığı sorunları çözme yeteneği ile donanmış, bilgili, yeterli, dürüst, hem tıp hem evrensel etik değerlerine bağlı, öğrenmenin hayat boyu

sürdüğüne inanan, insanlığa hizmeti amaç edinmiş, hastalarına karşı saygılı, anlayışlı ve sorumlu, akılcı, yaratıcı, araştırmacı ve özgür düşünceye sahip Atatürk ilke ve Devrimlerini özümsemiş, yüksek nitelikli tıp doktorları yetiştirmektedir. Organ/sistem temelli entegre eğitim sistemi uygulanmaktadır. Dersler konularına göre multidisipliner olarak planlanmıştır.

İyi ve doğru tanı koyabilmek, uygun tedavi uygulayabilmek için çağdaş bilimsel bilgileri ve teknolojileri bilen ve bunlardan yararlanabilen, çağdaş tıbbın bilgi birikimine hakim, kendini yenileyebilen, tıptaki yenilikleri tanı ve tedavi uygulamasına yansıtabilen iyi hekimler yetiştirmek istiyoruz. Çağdaş tıp anlayışında hekimin sadece kendisine ulaşan hastanın tanı ve tedavisiyle yetinmesi mümkün değildir. Bu nedenle yetiştireceğimiz hekimler temel tıp bilimlerini çok iyi bilen kişiler olacaktır. Tıp Fakültelerinde Temel Tıp Bilimleri ne kadar güçlü olursa tanı ve tedavi o derece isabetli ve başarılı olur.

Fakültemizden mezun olacak hekimler koruyucu hekimlik ve toplum sağlığını ön planda tutan, bu alanlarda topluma yönelik eğitici rolü üstlenen kişiler olacaktır. Sağlığın korunması, hastalıkların nedenleri, sonuçları ve tedavisi konularında yapacakları araştırmalarla evrensel bilgi birikimine katkı yapacak, bu konuda oluşturulacak sağlık politikalarına yön vereceklerdir.

Hekimin bir başka görevi de araştırmacı olmak ve kendini devamlı yenileyebilmektir. Zira Tıp disiplini sürekli yeni gelişmeler ve buluşların yaşandığı, ulusal ve uluslararası düzeyde rekabetin çok fazla olduğu bir alandır. Bu nedenle **“Sürekli Tıp Eğitimi”** programlarımız da yoğun bir şekilde başarı ile gerçekleştirilmektedir.

Yurtdışı kongrelerde bilimsel çalışma-



larımızın kabulü ve sunulması, prestijli Tıp dergilerinde yayımlanan medikal makalelerimiz ile Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'ne uygulanan ambargo bilimsel yönden ortadan kaldırılmaktadır.

Fakülte olarak vizyonumuz, hem tıp eğitiminde, hem bilimsel araştırma ve sağlık hizmetinde uluslararası düzeyde aranan ve saygın bir merkez olmaktır. 2008 yılında fakültemizin açılış töreninde en son teknolojiyle, çağdaş bilimsel koşullara uygun biçimde hazırlanan eğitim programımız, araştırma laboratuvarlarımız ve uluslararası saygınlığı olan eğitici kadromuzla kısa sürede önemli bir cazibe merkezi haline geleceğimize inanıyoruz, demiştim. Çok geçmeden söylediklerimin gerçekleşmiş olduğuna eminim birçokunuz şahitsinizdir. Bu eğitim döneminde ne mutlu ki İngilizce eğitim-öğretim yapmakta olan Tıp Fakültemiz **Türkiye Cumhuriyeti Yüksek Öğretim Kurumu** tarafından takdir görerek ikinci bir Tıp Fakültemizin açılmasına onay vermiş ve çok sayıda öğrenci fakültelerimizi tercih etmiştir.

Tıp Fakültemiz 2012 yılında **AVICENNA** (İbn-i Sina) **Tıp Rehberi**'ne kabul edilmiştir. AVICENNA Tıp Rehberi dünyadaki tıp okullarının bulunduğu bir veri tabanıdır ve sadece belirli kriterleri sağlayabilen tıp okullarını

Kabul etmektedir. YDÜ Tıp Fakültesi **kaliteli eğitimi, eğitici kadrosu, altyapısı, yönetmeliği, en son teknolojiye sahip araştırma laboratuvarları ve modern eğitim ve araştırma hastanesi** ile bu listeye kabul edilmiş bulunmaktadır. En değerli varlığımız olan sağlığınıza hizmet edecek, hastalara şifa dağıtacak hekimleri yetiştirecek olan böyle çağdaş, ilim ve irfan yuvası olan eğitim kurumunu ve hastanesini insanlığa kazandırdığı için Yakın Doğu Üniversitesi Kurucu Rektörü gerçek eğitimci ve bilim adamı **Dr. Suat Günsel'e**, Mütevelli heyeti başkanımız **Yrd. Doç. Dr. İrfan Günsel'e**, Rektör **Prof. Dr. Ümit Hassan'a**, Rektör Yardımcılarımız **Prof. Dr. Şenol Bektaş'a** ve **Prof. Dr. Fahrettin Sadıkoğlu'na**, Üniversitemiz yönetimine, Tıp Fakültesi eğitim koordinatörleri ve yardımcılara, öğretim üyeleri ve yardımcılara, tüm akademik ve idari personele şükranlarımı sunarım.

Nobel Tıp Ödülü'nü almış büyük Tıp insanlarını idol olarak benimseyen, özverili, dürüst, kendilerini insan sağlığına adanmış birçok hekimin yetişeceğine inancımın sonsuz olduğu bilim yuvası fakültemiz, Üniversitemizin kuruluşunun **25. yılı** olan 2014'te ilk mezunlarını verecek, dünya ve ülkemiz sağlık ordusuna nefer kazandıracaktır. ▶



EEG ve EMG ÜNİTELERİNİN ÖNEMİ

Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Nöroloji Anabilim Dalı Başkanı **Yrd. Doç. Dr. Amber Eker**, Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi Nöroloji Anabilim Dalı **Nörolofizyoloji Laboratuvarları**'nda başarı ile uygulanan **Elektroensefalografi (EEG)** ve **Elektromiyografi (EMG)** işlemleri hakkında bilgi verdi ve kullanım alanlarını vurguladı.

Elektroensefalografi (EEG) nedir?

EEG, beyindeki sinir hücreleri tarafından üretilen elektriksel faaliyetin kağıt üzerine beyin dalgaları şeklinde yazdırılmasıdır. Hastaya elektrik akımı verilmesi söz konusu olmadığından herhangi bir ağrı hissedilmez.

EEG tetkiki hangi durumlarda istenir?

EEG tetkikinin en önemli kullanım alanı beyinde kontrolsüz, normal olmayan elektriksel aktivite sonucu oluşan **epilepsi** (sara hastalığı) hastalığının teşhisi içindir. Epilepsinin teşhisi yanında, tiplerinin belirlenmesinde de yardımcıdır. Bayılması olan hastalarda da bayılmanın kaynağının beyinin anormal elektriksel aktivitesi nedeniyle olup olmadığının araştırılması aşamasında da kullanılır.

EEG nasıl çekilir?

Kişi yatar pozisyonunda iken, beyin elektriksel faaliyeti, hastanın saçlı derisi üzerine yerleştirilen küçük metal elektrodlar aracılığıyla EEG aletine iletilir ve veriler ortalama **20 dakika** süreyle bilgisayara kaydedilir. Çekim sırasında hastaya elektrik verilmesi söz konusu değildir. Çekimin 3 dakikasında hastadan derin nefes alıp vermesi, çekimin



10 dakikasında ise aralıklı olarak verilen ışık kaynağına bakması istenir.

Uykuda EEG tetkiki neden istenir?

Uyku, beyindeki anormal elektriksel faaliyetin ortaya çıkmasına yardımcı olur. Epilepsi teşhisi için uyanıklık halinde 20 dakika süreyle yapılan EEG'nin yeterli bilgi vermediği durumlarda, daha uzun süreli olarak ve uykuda EEG çekilmesi gerekebilir. Çekim süresinin uzamasıyla anormal beyin dalgalarına rastlama olasılığı da yükseltilmiş olur. Hastanın bu tür çekime gelmeden önce doktorunun belirttiği şekilde gece uykusuz kalması, gerek gündüz uyumasını kolaylaştıracağı, gerek anormal beyin dalgalarının ortaya çıkma olasılığını arttıracığı için yararlıdır.

Çekime gelirken dikkat edilecekler nelerdir?

EEG'si çekilecek kişinin karnının tok olması gerekir. EEG incelemesinin parazitsiz

olması bakımından çekim gününün sabahında saçların yıkanması yararlıdır. Çekimden sonra saç temizliği için yıkama yeterlidir. (Elektrodların saçlı deriye yapıştırılması için kullanılan "**pasta**" olarak bilinen kreme benzeyen madde, suda çözünelirdir ve saçlı deriye zarar vermez). Sürekli kullanılan ilaçlar varsa, çekim gününde de ilaçlar kullanılmaya devam edilir ve EEG'yi değerlendirecek olan hekime bu konuda bilgi verilmesi uygun olur. Hastada çekim sırasında atak gelişmesi durumunda, önceki ataklarına benzerliği değerlendirebilmek açısından EEG çekimine refakatçi eşliğinde gelmesi önerilir.

EMG nedir?

EMG, elektromiyografinin kısaltması olup, sinir ve kasların elektriksel potansiyellerinin incelenmesine dayanan nörolojik bir inceleme yöntemidir. EMG tetkiki, sinir iletim çalışmaları ve kasların iğne ile ince-



lemelerinden oluşmaktadır. Sinir iletim çalışmaları, düşük voltajlı elektrikle sinirlerin uyarılması ile yapılan bir tetkiktir. İğne EMG incelemesinde ise kasa batırılan bir iğne yardımı ile kaslar değerlendirilmektedir.

EMG hangi hastalıklardan şüphelenildiğinde istenir?

EMG; omuriliğin **ön boynuz hücreleri** (motor nöron hastalıkları), **sinir kökleri** (bel ve boyun fıtıkları), **sinir ağları** (doğumsal yada travmatik zedelenmeler), **sinirler** (yüz felci, sinir basıları ve zedelenmeleri, karpal tünel sendromu, polinöropati), **sinir-kas kavşağı** (miyastenia gravis) veya **kas hastalığı** şüphesi varsa yapılır. Bu hastalıkların bir kısmında tek başına tanı koydurmakla birlikte, bir kısmında da tanıya yardımcı olarak başka tetkiklerin yapılması için yön göstermektedir.

EMG nasıl uygulanır?

EMG incelemesi, hekim tarafından yapılır. Genellikle, önce elektrik uyarını vererek sinir iletim çalışması yapılır, ardından kas incelemesi yapmanın gerekli olduğu durumlarda steril iğneler kullanılarak kaslar incelenir. İnceleme rahatsız edici ve



‘Video-EEG monitorizasyon epilepsi hastalığı tanısında altın standarttır.’

bazen ağırlı bir inceleme olmakla birlikte, hastalar dayanılmayacak kadar ağırlı olmadığını bildirmektedirler ve tetkiki yarıda bırakan hasta sayısı yok denecek kadar azdır. EMG’de inceleme sırasında iğne aracılığı ile kaslara ilaç verilmektedir. Kas incelemesi, iğne ile kasa girdikten sonra, kas istirahat halindeyken ve kas kasılırken yapılır. İncelenen kas sayısı hastada şüphelenilen tanıya göre değişmektedir. Tetkik süresi de, 15 dakika ila 1 saat arasında olmak üzere yine hastadan hastaya değişkenlik göstermektedir. İncelemenin hastada kalıcı bir etkisi bulunmamaktadır.

EMG tetkiki için herhangi bir hazırlık gerekir mi?

Herhangi bir özel hazırlığa gerek yoktur. Sadece temiz bir cilt teknik olarak bazı problemlerin çıkmasını engeller. Tetkikten önce aç kalmak gerekmez. İncelenen bölgeye göre değişmekle birlikte rahat elbiselerin giyilmesi önerilir. Varsa, önceki EMG raporları ve hastalığı için yapılmış tetkiklerin (kas enzimleri, görüntüleme) getirilmesi önemlidir. Eğer hasta kan sulandırıcı ilaçlar kullanıyorsa (warfarin, heparin gibi), kanama bozukluğu ya da bulaşıcı hastalığı varsa (hepatit, AIDS vs.) hekime bildirmelidir. Kalp pili varsa veya hasta gebe ise inceleme sakıncalı olabilir, mutlaka hekime söylemelidir.

Video EEG Ünitesi nedir? Hangi durumlarda kullanılır?

Video-EEG monitörizasyon, özellikle sık tekrarlayan bayılma şikayetleri olan hastaların ayırıcı tanıların araştırılması amacıyla, hastanede yatırılmak suretiyle, kesintisiz (gece-gündüz) EEG kaydı eşliğinde video kaydının da yapıldığı bir tetkik yöntemidir. Hastanın bayılması olduğunda elde edilen video görüntü kayıtları ile eş zamanlı beyin dalga aktiviteleri değerlendirilerek, hastanın bayılmalarının sınıflaması yapılabilmektedir. Hastaların yatış süresi ise bayılmanın ortaya çıkma durumuna göre değişkenlik göstermektedir.

EEG video monitörizasyon, sadece bayılmaların ayırıcı tanısının araştırılmasında kullanılmakla kalmayıp, dirençli epilepsiye sahip, epilepsi cerrahisi adaylarının belirlenmesinde de ileri tetkik olarak kullanılmaktadır. Bütün bunların yanı sıra, uyku sırasında ortaya çıkan kişilerde uyku bozukluklarına neden olabilen bazı hareket bozukluklarının (periyodik bacak hareketleri, huzursuz bacak sendromu vb.) tanısında da yardımcı bir role sahiptir.

Epilepsi tanısının konulmasında tanıda altın standart olarak bilinen ve adamızda tek olan Video-EEG (elektorensefalografi) monitörizasyon ünitesi de hastanemizde hizmetlerine devam etmektedir. ▶



OMUZ AĞRILARI

Omuz vücudumuzda en fazla hareket açıklığına sahip eklemdir. Bunun böyle olmasında kemik yapıların sınırlayıcı olmaması en büyük etkindir. Ancak eklem yerinde kalmasını sağlayan yumuşak dokulara binen yükler nedeni ile omuz çevresinde bir takım rahatsızlıkların görülmesi kaçınılmazdır. Bazen ağrı sadece omuz hareketleri ile ortaya çıkarken bazen de sürekli ağrı olabilir, hatta ağrı gece kişiyi uykudan uyandırabilir. Ağrı geçici olabilir veya sürekli olup tıbbi tanı ve tedavi gerektirir biçimde karşımıza gelebilir.

Omuz eklemi başlıca **3 kemik** oluşur: **kol kemiğinin üst ucu** (humerus başı), **kürek kemiği** (skapula) ve **köprücük kemiği** (klavikula). Esas eklem kol kemiği ile kürek kemiği arasında olmakla beraber, bu kemikler arasında ve bunlar ile göğüs kafesi arasında başka eklemler de vardır. Omuzu ye-

rinde **kas** ve **tendonlardan** oluşan bir yapı, **omuz eklemi kapsülü** ve **bağlar** yerinde tutarlar. Omuz başını çevreleyen **tendinöz yapıya rotator manşet** adı verilir.

Omuz problemlerini başlıca **4 grupta** inceleyebiliriz:

- İnstabiliteler (çıkıklar)
- Kırıklar
- Kireçlenmeler (Artrozlar ya da artritler)
- Tendon, bursa (kese) problemleri

Daha az görülmek kaydı ile tümörler, enfeksiyonlar ve sinir kökenli problemler de vardır. Burada unutulmaması gerekli bir nokta da bazı kalp, safra kesesi, boyun ve akciğer problemlerinde omuza yansıyan ağrıların olabileceğidir ve bu nedenle ayırtıcı tanıda mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır.

İNSTABİLİTE (ÇIKIKLAR): İnstabilite dediğimiz olay, omuza fizyolojik yükler bin-

diği zaman omuzun yerinden çıkması veya oynamasıdır. Genellikle ani bir darbe ya da zorlama sonrası meydana gelir ancak tekrarlayan mikrotravmalarla da ortaya çıkabilir. Omuz tam olarak yerinden çıkar veya yerinden çıkıp hemen yerine girebilir. Travmatik olanlarda genellikle omuz kapsülü ve bağlar koparlar. Ne kadar genç yaşta görülür ise nüksetme oranları o kadar yüksektir ve genellikle cerrahi tedavi ile kopan bağların ya da yapıların yerine dikilmesi gerekir. Eğer cerrahi tedavi uygulanmaz ise tekrarlayan çıkıklara bağlı olarak uzun vadede omuzda kireçlenme meydana gelir.

KIRIKLAR: Kırıklar da bu bölgede sık olarak görülürler. Daha önce bahsedilen üç kemikte de kırık izlenebilir. Gençlerde daha çok yüksek enerjili travmalarla kırık oluşurken, yaşlılarda daha basit travmalar ile kırık oluşabilir. Genellikle 1 cm'den fazla



ayrışmış omuz başı kırıklarında cerrahi tedavi gerekirken, köprücük kemiği ve kürek kemiğinin çoğu kırıkları konservatif, yani ameliyatsız olarak tedavi edilebilirler.

KİREÇLENMELER: Kireçlenmeler ise daha çok iyi tedavi edilmemiş kırıklar veya instabiliteler sonucu meydana gelirken, nadiren bazı romatizmal hastalıklar sonucu görülürler. Hafif olanları ameliyatsız tedavi (iğneler, ilaçlar, fizik tedavi) edilebilirken, ileri derecede olanlarına cerrahi tedavi gerekir.

BURSİTLER VE TENDİNİTLER: Eklem bölgesinde eklem hareketlerini kolaylaştırmaya yarayan içi sıvı dolu keseciklere **bursa** ve bunların iltihaplarına da **bursitis** adı verilir. Omuzda da vücudun en büyük keseciği bulunur (omuz başı ile kürek kemiği arasında). Bursalar kemikler ve üzerlerin-

deki yumuşak dokular arasında bir yastıkcık görevi görür ve hareket esnasında kayan kaslar ile kemik arasında sürtünmeyi minimuma indirmeye çalışırlar. Bazen darbeler ya da aşırı kullanım sonrası bu keseciklerde bir tür **mikropsuz iltihap** (enflamasyon) gelişir. Omuzda şişlik olabilir ya da olmayabilir ama omuz başı üzerinde bir ağrı vardır, hasta saçını tararken ya da elbisesini giyerken ağrı hisseder. **Tendinit** dediğimiz olay da kasların kemiğe yapışma yeri olan kısımların, tendonların enflamasyonudur. Omuz bölgesindeki çoğu tendinit zaman içerisinde aşırı kullanmaya bağlı gelişir, baş üzeri aktivitede daha fazla bulunan kişilerde daha çok görülürler. Gençlerde daha çok akut tendinitler izlenirken, orta yaş ve üzeri kişilerde kronik tendinitler görülür. Tendinitler daha çok rotator manşet tendonlarında görülür. Zaman içerisinde kemik yapılarıdaki çıkıntıların ortaya çıkması da şikayetleri artırır ve tedavi edilmezler ise tendonlar kemiğe yapışma yerlerinden yırtılabilirler. Bu durumda cerrahi tedavi kaçınılmaz olur.

TANI

Tanıda önce hastanın hikayesinin iyiye alınması gerekir. Ağrı ne zaman ve nasıl başladı, yeri, şiddeti, hangi hareketler ile arttığı sorulur. Genel sağlık durumu ve eşlik eden hastalıklar soruşturulur. Ayırıcı tanıda dikkat edilmesi gerekli durumlar da göz önünde bulundurularak hasta muayene edilir. Fiziksel anormallikler, şişlik, morarma, şekil bozukluğu, kaslarda erime var mı, bakılır. Bu bölgeye özel bazı testler hastaya uygulanır.

Hikâye ve fizik muayene ile bir ön tanı konulabilir ve tanının teyidi için gerekli incelemeler istenir. **DirekT grafiler** ile daha çok kemiksel patolojiler ortaya konabilir. Yine bilgisayarlı tomografiler kemik yapıları bize daha detaylı gösterir. Yumuşak dokuları omuz ultrasonu ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ile daha iyi ortaya koyabiliriz. Eklem içi yapıları değerlendirmek için eklem içine görünür (radyopak) madde-



Kalp, safra kesesi, boyun ve akciğer problemlerinde de omuza yansıyan ağrılar olabilir, ayırıcı tanı önemlidir”.

ler verilip film çekilebilir ya da artroskopi denilen yöntemle küçük kameralar ile eklem içi direkt olarak görünebilir. Bazı sinir ve kas kökenli hastalıklarda elektromiyografiler ve sinir iletim testleri yapılabilir.

TEDAVİ ŞEKLİ

Bu testler ve tetkikler ile tanı konulduktan sonra tedavi aşamasına geçilir. Genellikle çoğu rahatsızlıkta **istirahat, aktivite değişikliği, ilaç ve soğuk uygulama** tedavi edicidir. Omuz çevresi kaslarını kuvvetlendiren ve elastikiyetlerini artıran egzersizler verilir. Omuzda ağrıya yol açan hareketlerden kaçınılmalıdır. İlaç olarak daha çok enflamasyonu azaltan ve ağrıyı kesen ilaçlar kullanılır. **Lokal kortizon iğne uygulaması** da sık başvurulmuş bir tedavi şeklidir.

İlaçlar ve fizik tedaviye rağmen düzelme olmuyor ise, cerrahi tedavi de altta yatan sebebi düzeltmeye yönelik olarak yapılabilir. Özellikle parçalı ve kaymış kırıklarda, tendon yırtıklarında, tekrarlayan omuz çıkıklarında ve ileri derecedeki kireçlenmelerde cerrahi tedavi gerekebilir. Omuzdaki yırtıklar ve çıkıklar günümüzde **artroskopi** denilen yöntemle nispeten daha küçük deliklerden, halk arasında kapalı diye tabir edilen şekilde de yapılabilir. Ancak kırıklar için bu yöntem kullanılmaz. ▶



AYAK SAĞLIĞI

Doğduğumuz günden itibaren bütün yükümüzü çeken ayaklarımız bir ömür boyunca gerek dış nedenlere, gerekse iç nedenlere bağlı olarak hayatımızın izlerini taşırlar. Vücudumuzdaki kemiklerin dörtte birinin bulunduğu ayaklarımızda **26 kemik, 33 eklem, 107 ligament** ve **19 kas** vardır. Hayatımızı sürekli bir koşuşturmaca içinde sürdürürken ayaklarımıza önemli bir yük düşer. Bir gün aniden ayaklarımızdaki değişiklikleri farkederiz. Ama aslında, zannedildiğinin tersine, birçok ayak problemi bir gecede ortaya çıkmaz, yıllar içinde yavaş yavaş birikerek oluşurlar. Bazı nadir hastalıklar dışında, hemen hemen tüm bebeklerin bir ayak problemi yoktur. Doğumda sağlıklı, yumuşak, pembe renkli, kokmayan ayaklar yürümeye başlayınca değişmeye başlar. Bir insanın günde ortalama **8.000-10.000** adım attığı gözönüne alınırsa, bir ömür boyu **115.000 mil** ya da dünyanın çevresini **4 kez** dönecek kadar yürüdüğü tah-

min edilebilir.

Ayrıca, yaşımızla beraber değişen beslenme ve sağlık durumumuz da tüm dokularımızı etkilediği gibi bütün yükümüzü taşıyan ve yorulan ayaklarımızı da elbette etkiler. Bunun sonucu olarak ayaklarımızın sağlığı bizim sağlığımızın da bir göstergesi haline gelir.

SAĞLIĞIN AYNASI: AYAKLAR

Eski bir deyişe göre “**ayaklar sağlığın aynasıdır**”. **Şeker hastalığı, dolaşım bozuklukları, bazı kan hastalıkları, nörolojik ve romatizmal hastalıklar** gibi sistemik bazı hastalıklara ait ilk bulgular ayakta ortaya çıkabilir. Bunlar **deri kuruluğu, tırnak renk ve yapı değişiklikleri, yanma-karıncalanma, soğukluk, keçeleşme, deride renk ve doku değişiklikleri** ile **kaşıntı** şeklinde olabilir. Ayrıca yaşla beraber olan kilo değişimleri de kemik ve bağlarda yapısal değişikliklere yol açarak ayak yapısında deformasyon yapabilir. Yine **kemik erimesi, kronik ödem**

gibi nedenlere bağlı olarak anatomik ilişkilerin değişimi ile de ayakkabı numarası değişimleri olabilir. Ayrıca, bu anatomik ilişkilerin değişmesine bağlı olarak yürüyüş değişmesi de ayakta travmaya neden olan faktörlerdir. **Kalp yetmezliği, omurga ve eklem rahatsızlıkları** ile **obezite** de kimi zaman kişilerin eğilmelerine ve ayaklarına uzanmalarına engel olur. Bunun sonucunda, hastalar kendi ayak bakımlarını düzenli ve uygun bir şekilde yapamayabilirler. Tüm bu nedenlere bağlı olarak “**yaşlı ayaklarımızda**” **nasırlar, mantar ve benzeri bakteriyel enfeksiyonlar, tırnak mantarları, koku, kaşıntı, ağrı** ve **yaralar** ortaya çıkabilmektedir.

KALİTELİ VE BAĞIMSIZ BİR HAYAT İÇİN AYAK SAĞLIĞI

Yaşamızın artmasına ve birtakım sağlık sorunlarının ortaya çıkabilmesine rağmen, tatminkar ve kaliteli bir yaşam için hareket edebilmek çok önemlidir. Birçok hastalıkta

egzersizin önemi vurgulanmakta ve en çok yürüyüş önerilmektedir. Bizlere hareket imkanı sağlayan ayaklarımız ve bacaklarımızın sağlığı da bu yüzden ayrıca önem taşımaktadır. Ayak sağlığını korumak, yaşla beraber ortaya çıkabilecek çeşitli sistemik hastalıklara karşı uyarıcı olmak ve bunlara ait komplikasyonlardan korunmak, ağrısız ve bağımsız olarak değişen şartları ile günlük hayata daha güzel ve kaliteli olarak uyum sağlamayı getirecektir.

ÖNLENEBİLİR SORUNLAR

Düzenli olarak ayak muayenesi ve ayak bakımı ile birçok sorun daha ortaya çıkmadan çözülebilmektedir. Şeker hastalığı ve dolaşım bozukluğu olan kişilerde deri beslenmesinin bozulması nedeniyle travma ile kolay yara açılabilmesi ve yara iyileşmesinin gecikebileceği gözönüne alınarak, bu kişilere travmadan korunmaları konusunda eğitim verilmektedir. Ayrıca yaş ilerledikçe ayak numarasındaki değişimler unutulmamalı, ayakkabı numarası sık ölçülerek uygun ayakkabılar giyilmelidir.

İPUÇLARI:

* Hergün ayaklarınızı kontrol edin. En ufak şüpheli bir değişiklikte dermatoloji uzmanına başvurun.

* Her zaman rahat ayakkabı giyin. Ayaklarınızın sıkılaşmaması ve vurmaması gereklidir.

* Yaş ile beraber ayakkabı numaranızın değişebileceğini unutmayın. Yılda bir kez ayakkabı numaranızı kontrol edin.

* Ayağın kendisinde oluşabilecek deformasyonlar nedeni ile özel ayakkabılar gerekebilir. Bunun için bir ortopediste danışmak uygun olacaktır.

* Pamuklu çorapları tercih edin. Sıkı lastikleri olan naylon ve sentetik çoraplardan sakının.

* Tırnaklarınızı düzenli olarak kısa ve küt kesin. Sertleşen tırnaklarınız için dermatoloji uzmanına danışın.

* Deniz kenarı ve bahçe gibi yerlerde asla çıplak ayakla dolaşmayın, ayaklarınızı travmalardan koruyun.

* Ayaklarınızı ısıtmak için ısı kaynaklarını (sıcak su, soba, kalorifer gibi) kullanmayın. Masaj ile kan dolaşımını hızlandırmak ve kalın çoraplar giymek ayaklarınızı ısıtmak için en uygun yoldur.

* Ayaklarınızda sertleşmiş dokular, nasırlar veya tırnak batması varsa bunları kendiniz kesmeye, kazımaya çalışmayın; zarar verebilirsiniz. Ne yapmanız gerektiğini dermatoloğunuza danışın.

* Yürüyüş yapın ve bunun için uygun ayakkabılar giyin.

* Ayak sağlığınızın sizin sağlığınızın bir parçası olduğunu unutmayın. ▶



Düzenli olarak ayak muayenesi ve ayak bakımı ile birçok sorun ortaya çıkmadan çözülebilmektedir.



Şeker hastalığı, dolaşım bozuklukları gibi sistemik bazı hastalıklara ait ilk bulgular ayakta ortaya çıkabilir."



KADINLARDA *İdrar Kaçırma*



Her türlü idrar tutamama hali **idrar kaçırma** olarak tanımlanmaktadır ve görülme sıklığı kadınlarda % 4,5–53, erkeklerde %1,6–24 düzeyindedir.

Mesane ve uretradan (idrar çıkış borusu) oluşan **alt üriner sistem**, idrarı uygun basınçlarda depolar (**depolama dönemi**) ve düşük basınçla dışarı atar (**boşaltım dönemi**). Bu sistemde anatomik, işlevsel veya sinirsel bir aksama işleme bozukluklarına yol açabilir.

İşleme bozuklukları depolama veya boşaltım döneminde mesane ve mesane çıkımını ilgilendiren bozukluklar olarak sınıflandırılır. İdrar kaçırma çoğunlukla depolama dönemi ni ilgilendiren bir işleme bozukluğudur. Bu dö-

nemde çeşitli sebeplerle mesane basınçlarının yüksek seyretmesi veya mesane çıkımının yetersiz olması idrar kaçırmaya neden olabilir.

RİSK FAKTÖRLERİ

Yaş, doğum, diğer işeme yakınmalarının varlığı ve hastanın hareket kısıtlılığının bulunması en iyi ortaya konmuş risk faktörleridir.

Yaşla idrar kaçırma sıklığı artmakta ve bu durum özellikle sıkışma tipi idrar kaçırma sıklığından kaynaklanmaktadır. Yaşlanma ile oluşan **mesane** ve **pelvik yapı**lardaki değişiklikler yanında, çeşitli metabolik hastalıklar da bu durumdan sorumlu olabilir. Doğum süre-

cinde adale ve bağ dokusundan oluşan pelvik dokulardaki zayıflama ve gerilme, ayrıca sinirde oluşabilecek hasarlar idrar kaçırmaya neden olarak tanımlanmaktadır. **Sigara, menopoz, kronik öksürük, kabızlık, obezite ve geçirilmiş ürolojik cerrahilerin** de diğer risk faktörleri olduğu ileri sürülmektedir. Ayrıca hastanın kullandığı ilaçlar da sorgulanmalı ve idrar kaçırmaya neden olabilecek ya da miktarını artırabilecek olanlar konusunda hasta bilgilendirilmelidir.

İDRAR KAÇIRMA TİPLERİ

• **Stres idrar kaçırma:** Efor, egzersiz, öksürük ya da hapsizlikle idrar kaçırma halidir.



- **Sıkışma idrar kaçırma:** Aniden ortaya çıkan şiddetli idrar etme isteği ile idrar kaçırılmasıdır.
- **Karışık tipte idrar kaçırma:** Sıkışma ve stres idrar kaçırma yakınmasının bir arada bulunmasıdır.
- **Uykuda idrar kaçırma (Enurezis Nokturna):** İdrar kaçırmanın uyuduktan sonra oluşmasıdır.
- **Devamlı idrar kaçırma:** Farkına vararak veya varmadan devamlı idrar kaçırma olmasıdır.
- **Dolma-taşıma tip idrar kaçırma:** Mesane kasılma yetersizliği olanlarda idrarın damla damla kaçırılmasıdır.
- **Seyrek görülen idrar kaçırma:** Cinsel ilişki sırasında ya da sadece gülerken idrar kaçırma olmasıdır.

TETKİKLER

Ayrıntılı bir sorgulama ve bu sorgulamayı takip eden fizik muayene başlangıç değerlendirmesinin en önemli bölümüdür. Sorgulama da idrar kaçırma miktarı ve şiddeti de ortaya konmalı, hastanın hayat kalitesinin ne oranda etkilendiği belirlenmelidir. Ağrı, idrarda kanama, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu, diğer işeme bozuklukları, mesane veya diğer pelvik organların sarkması, idrar kaçırma veya diğer nedenlerle yapılan pelvik cerrahiler, nörolojik

hastalıklar gibi komplike ve ileri tetkik gereken idrar kaçırma durumları dışlanmalıdır.

Fizik muayene abdominal, vajinal ve kısıtlı da olsa nörolojik bir değerlendirmeyi içerir. Vajinal muayenede öksürürken idrar kaçırma olup olmadığı, organ sarkma durumu, pelvik taban adalelerinin yeterli kasılıp kasılmadığı belirlenmelidir. İleri değerlendirme gereken bir durum olmadığında, bunlara ek olarak tam idrar tetkiki, idrar kültürü-antibiyoqram, işeme günlüğü ve işeme sonrası mesanede kalan idrar miktarının tayini başlangıç değerlendirmesinde yeterlidir.

TEDAVİ

Sorgulama, fizik muayene ve başlangıç değerlendirmesi ile ileri değerlendirme gereken bir risk faktörü bulunmuyorsa tedavi planlanabilir. Bu aşamada çoğunlukla bir depolama bozukluğu olan idrar kaçırmanın, mesane mi yoksa mesane çıkımını mı ilgilendiren bir bozukluktan kaynaklandığı belirlenmiş olmalıdır.

MESANE KAYNAKLI İDRAR KAÇIRMADA TEDAVİ SEÇENEKLERİ

Bu hastalarda ilk basamakta sorgulamada belirlenen ve değiştirilebilecek risk faktörleri ortadan kaldırılmaya çalışılır. Sıvı

tüketim miktarı ve çeşidi, beslenme tipi, tedavi edilmesi gereken metabolik bozuklukları varsa bunlar gözden geçirilir. Obezite açısından hasta değerlendirilir ve %5'den fazla kilo vermenin bu hastalarda idrar kaçırma ile iyileşmeye yol açabileceği vurgulanır. Daha sonra özellikle genç ve pelvik taban adaleleri yeterli kasılan hastalara idrar kontrolü için bu adaleleri nasıl kullanabilecekleri konusunda eğitim planlaması yapılabilir. Bunlardan sonra 2. basamak, yani ilaç tedavileri ile yakınmaların azaltılması için destek alınabilir. Ancak unutulmamalıdır ki, ilaçlar kullanıldığı sürede etki eder ve ilk basamaktaki tedavilerle birlikte etkinliği artar.

Tedavi ve ilaç etki etmiyorsa **ürodinamik değerlendirme** gerekebilir. Ürodinami, alt üriner sistemin basınç ölçümleri de yapılarak mesane ve mesane çıkışının işleyişini değerlendirme işlemidir. Bu sayede idrar kaçırma nedenini daha iyi değerlendirmek ve 3. basamak tedavi seçeneklerinden seçim yapma olanağı sağlanır. 3. basamak tedaviler olarak da mesane içine **endoskopik yaklaşımla botulinum toksin enjeksiyonu** veya **sinir uyarı yöntemleri** önerilebilir.

MESANE ÇIKIM KAYNAKLI İDRAR KAÇIRMA

Mesane çıkım kaynaklı idrar kaçırma da 1. basamak tedaviler aslında hemen hemen benzerdir. Ancak burada ilaç tedavileri konusunda istenilen aşama kaydedilememiştir. Genelde nispeten daha genç bir hasta grubunu ilgilendiren bu hastalarda mesane çıkımını güçlendirici cerrahi girişimler ise oldukça başarılı sonuçlar vermektedir. Hastanın en fazla **24 saat** hastanede kaldığı ve vajinal yoldan uygulanan bu operasyonlar ile idrar kaçırmanın engellenmesi yüksek olasılıktır.

Sonuç olarak idrar kaçırma hayat kalitesini çok etkileyen ve stres, sıkışma ve karışık idrar kaçırma tiplerinin sıklıkla görüldüğü bir hastalıktır. İyi bir değerlendirme ile nedeni belirlendikten sonra uygun yaklaşımlarla tedavisi büyük oranda mümkündür. ▶



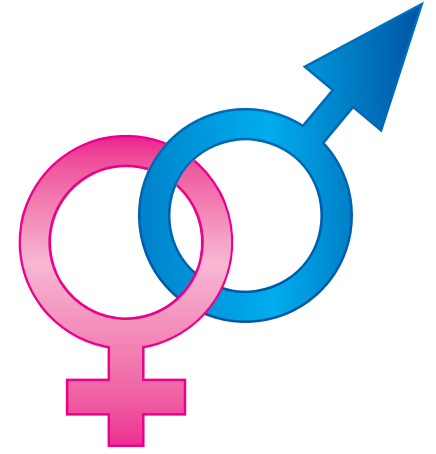
CİNSELLİĞİ ÖZGÜRCE YAŞAMAK

Canlı olmanın temel koşulu, kendi varlığını koruyabilmek ve kendini çoğaltabilmektir. Mikroorganizmalar bölünme yoluyla ürerken, ilkel canlılarda üreme bir dizi tekrarlayıcı davranış ile olmaktadır. Gelişmişlik artarken üreme davranışı da daha karmaşık hale gelmektedir. İnsanda cinsellik, yer ve zamana göre düzenlenen, gerektiğinde ertelenen, bir bölümünde sosyal kurallar ve kendi doğurularımızın belirleyici rol aldığı, oldukça zenginleştirilmiş bir yaşantı olarak ortaya çıkmaktadır.

Cinsellik (normallik); toplumsallaşma

tarihi içinde bir tarafta **konservatif** diğer tarafta **liberal** bakış açılarının etkisinde farklı olarak tanımlanmıştır. Bununla birlikte, böylesine köklü ve zengin bir yaşantıda “normal” sınırlarının çizilmesinde güçlükler vardır. Günümüzde temel prensip olarak bireylerde **bunaltı** ve **suçluluk** uyandırmayan, karşılıklı kabul edilmiş tutumlar sağlıklı cinsellik olarak tanımlanabilir. Bu açıdan bakıldığında normal cinsellik her iki partnerin kabul sınırları içinde olan, cinsel eylem sonrası bireylerde suçluluk hissine yol açmayan, zorlayıcı ve takıntılı olmayan doyum tarzı olarak tanımlanabilir.

Cinsellik, cinsel doyum ve iki insanın bir uyum içerisinde beraberliklerini içeren; **sosyal kurallar, değer yargıları** ve **tabularla** belirlenmiş, **biyolojik, psikolojik, sosyal yönleri** olan özel bir yaşantı olarak nitelendirilebilir. Bir diğer yanı sıra cinsellik, yoğun bedensel ve psikolojik etkileşim içinde yaşanan ve paylaşılan, iki insanı biraraya getirmeye motive eden bir alan olarak dikkati çekmektedir. Yoğun haz duygularıyla ilişkili olmakla birlikte, haz almaya yönelik her davranışın cinsellik içerdiğini öne sürmek hatalı olur. Bunun gibi, cinsellik görüntüsü içindeki davranışların bazıları da bağımlılık,



saldırganlık, kabul edilme, narsistik doyum bulma gibi farklı güdülerden kaynaklanıyor olabilir. Temelde cinsellik, fiziksel seksten daha ötede bir anlam taşımaktadır. İnsanda cinselliğin, içten gelen cinsel dürtünün fantastik öğelerle zenginleştirildiği, üst benliğin onayı ve toplumsal yargıların etkisi ile yer ve zamana göre düzenlenerek yaşandığı söylenebilir.

Olgun heteroseksüel sevgi, erkekle kadın arasındaki ilişkinin özel bir niteliği olan yakınlık ile karakterizedir. Olgun cinsel ilişkide yakınlığın niteliği, severken sevilmeye de izin vermez. Bu durum başkasına olanın yanı sıra kendine sevginin de derin bir farkında oluşturu. Böyle bir sevgi ilişkisinde cinsellik, bir katalist olarak düşünülebilir. Birey, sevgi alış verişinde korku ve çatışma yaşamadığında başkalarıyla gerçek anlamda yakın ilişki geliştirebilir. Yakın ilişkiye girdiğinde ise sevdiği kişinin gelişmesi ve mutluluğu için de çaba gösterir. Cinsel sevgi, bireyin kendinin farkında oluşunda, sıcaklık duymasında belirginleşir ve gururla

birlikte kendini doğrulamada artışı beraberinde getirir.

Bireyde cinsellik, kişiliğin her yönüyle yakından ilişkilidir. Bu nedenle cinselliğin yaşanmasında ve hatta bozukluklarının değerlendirilmesinde temel etmen olarak kişilik yapısı yer almaktadır. Cinselliğin özgürce ve doyumlu yaşanması, sağlıklı gelişimin sonunda ulaşılan uzlaşmış bir kimlik içinde gerçekleşebilir. Cinsellik, iki insan arasındaki ilişkilerin özel bir konumu olarak ele alınırken **benlik kavramı**, **beden** ve **benlik algısı**, bunların ışığında başkalarıyla ilişkide kendisi ve diğerini, karşılıklı rolleri algılayış, tutumlar önem kazanmaktadır. Cinselliği yaşamak, bir birey olma, tek başına, bağımsızlık, kendini cinselliği yaşamaya özgürce bırakabilme, bir anlamda teslimiyet, diğerinin benzer yaşantılarına katılabilme, bir olma, birlikte olma, bütün olma, tek başına yenden bütünlenme, diğerinin bütünleşmesine katkı, onunla olmanın öznel ve özel durumunu algılama, kaybolma, hoşnutluk; hoşnutluğun ötesinde, varoluşun yeni boyutlarının keşfi anlamına gelir. ▶



Temelde cinsellik fiziksel seksten daha ötede bir anlam taşımaktadır.



GÖRME ENGELLİ OLMAK!

görmeye engelli olmak

Görme engelli bir kişinin yaşadığı en önemli sorun, gözlerinin görmemesi değil, toplumun görme engellilerle ilgili yanlış anlayışı, ön yargıları ve fırsat eşitsizliğidir.

Eğer görme engellilere de yaşamın her alanında gerekli fırsat eşitliği ve yeterli olanaklar sağlanırsa, görme sorunu olması o insanlar için basit bir fiziksel sorun düzeyine inecektir. Görme engellilerin ulaşmak istediği başlıca hedef, herkesle eşit hak ve olanaklara sahip olmak, toplumla kaynaşmak ve günlük yaşamlarını sürdürürken bağımsız ve özgür olabilecekleri koşullara sahip olmaktır.

GÖRME ENGELLİ VE AZ GÖRENLER

Görme engelli; görme yetisini ağır derecede kaybetmiş olan kişidir. **Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliği**'nde görme engelli, tüm düzeltmelere rağmen iki gözle görmesi **1/10**'dan aşağı olan, eğitim-öğretim faaliyetlerinde görme gücünden faydalanması mümkün olmayan kişi olarak tanımlanmaktadır. Az gören ise, tüm düzeltmelere rağmen görme derecesi **1/10** ile **3/10** arasında olan ve özel bir takım araç ve yöntemler kullanmadan eğitim-öğretim çalışmalarında görme gücünden yararlanması mümkün olmayan kişiler olarak tanımlanır.

GÖRME ENGELLİLER NASIL OKUYUP YAZARLAR?

1825'de **Luis Braille** tarafından bulunan noktalardan oluşan kabartma bir yazı sistemi ile görme engelliler okuyup yazmaktadır. **Fransa**'da doğan ve küçük yaşta gözlerini kaybetmiş olan Luis Braille icat etmiş ve bu yazı sistemi resim kartonuna benzer kağıtlar üzerine kabartılmış **6 nokta**nın değişik konfigürasyonu sonucu görme engelliler tarafından parmak uçlarıyla okunmaktadır. Bu yazı sistemine '**Breyl yazı**' denilmektedir.

GÖRME ENGELLİLER KENDİ BAŞLARINA NASIL GEZİP DOLAŞABİLİRLER?

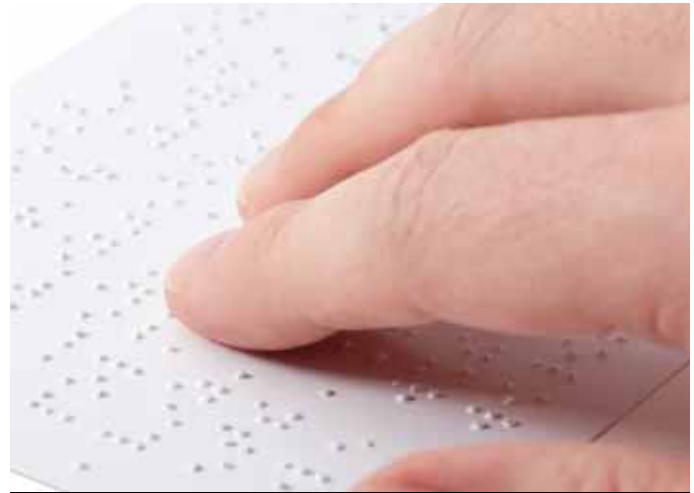
Bazı koşulların ve olanakların sağlanması halinde, düzenli bir çevrede görme engellilerin de kendi başlarına gidebilmeleri mümkündür. Gezip dolaşmak için beyaz renkli, metalden veya plastikten yapılmış bir baston kullanırlar. Bunun için özel bir eğitim gerekir. Bazısı eğitim almadan da öğrenebilmektedir. Tehlikeli kazaları engellemek için baston kullanmak gereklidir. Bazı gelişmiş ülkelerde görme engelliler için eğitilmiş köpekler bulunmaktadır.

GÖRME ENGELLİLERİN KULLANDIĞI ÖZEL ARAÇ VE GEREÇLER

Günlük yaşamda, eğitimleri sırasında ve iş yerlerinde görme engelliler özel olarak üretilmiş çeşitli araçlardan yararlanmaktadırlar. Örnek olarak, rakamları kabartma noktalarla gösterilen saatler, konuşan hesap makineleri, derece, tansiyon ve kan şekeri ölçen aletler, paraları renkleri sesli olarak belirten cihazlar, fen, matematik, geometri, coğrafya derslerinde kullanılan çeşitli özel araçlar, özel gözlükler, büyüteçler, bilgisayarlar, mutfak aletleri görme engellilerin yararlandığı araçlardır.

GÖRME ENGELLİLERE NASIL DAVRANILMALI?

Görme engellilere yardımcı olmak istiyorsak bazı ayrıntılara dikkat etmeliyiz. Yürürken o sizin kolunuza girmelidir. Kaldırım veya merdiveni anlaması için bir adım geride olmalıdır. Bir adım geriden izlediği için arada biraz yavaşlamak yeterlidir. Ona ismiyle hitap etmeniz gerekir, aksi halde kiminle konuştuğunuzu anlayamayabilir. ▶



GÖZ

Göz, 5 duyu organımız içinde en önemli olanlardan biridir. Gözler, önde göz kapaklarıyla örtülü kemik boşlukları içinde yer alan görme organımızdır. Gözde, ışığın içeri girmesine imkan veren, önde **şeffaf doku** (kornea) ve karanlıkta genişleyip aydınlıkta daralan **göz bebeği** (iris), gelen ışınların odaklanmasını sağlayan **mercek** (lens) ve arkada **sinir tabakası** (retina) vardır.

Görme fonksiyonu göz merceği ile odaklaştırılan görüntü sinir tabakasını uyarır. Bu görüntü göz siniri yoluyla beynimizin arka kısımlarındaki görme merkezine ulaştırılır. Beyin bu görüntüleri yorumladıktan sonra biz cisimleri, insan, kağıt, masa vb. diye algılayabiliriz.

Görme duyusu; ışık, şekil, renk, hareket ve derinlik gibi özelliklerin toplamıdır. Görme duyusunun gelişmesi, doğumdan sonra altı yaşına kadar devam etmektedir. **Göz tembelliği;** gözlerde kayma, kırma kusuru veya hastalıklara bağlı olarak gözlerden birinde görüntünün net olmaması sonucunda beynin o gözün görmesini devre dışı bırakmasıdır.

Göz hastalıkları çeşitlidir. En basit olanı **kırma kusurları**dır. Çocuklukta tedavisi önemlidir. Görmenin korunması için bebeklikten muayenenin yapılması şarttır. Tedavisi gözlük ve **kontakt lensler** ile olmaktadır. Göz içi basınç yüksekliği göz sinirinde tahribata neden olarak ilerleyen bir hastalıktır ve körlüğe neden olmaktadır. Çocuklukta gözlerde irileşme ile seyredirken, erişkinlerde genellikle belirti vermemektedir. Çeşitli **enfeksiyöz hastalıklar** doğuştan veya **edinsel toxoplazmoz, trahom, şaşılık**lar ayrıca lenste opaklaşma sonucu ilerleyen yaşlarda **katarakt**, çağımızın hastalığı **diyabet**, retinada kanama ve tahribata sebep olarak ve yaşa bağlı **makula dejeneresansı** (sarı nokta hastalığı) yine körlüğe yol açan hastalıklar içinde yer almaktadırlar. Kazalar sonucu keskin objeler, kalem, bıçak, trafik kazaları, yaralanmalar, kimyasal yanıklar da yine körlüğe sebep olmaktadır.





Tıbbi Genetik Uzmanlığı ve Genetik Danışmanlık BİR ÖMÜR BOYU REHBERLİK!



Tıbbi genetik, kısaca kalıtsal hastalıkların, tanısı ve ne anlama geldiğini nasıl yaşanacağını öğreten ve araştıran bilim dalına verilen isimdir. Kalıtsal hastalıklara sahip olan ve/veya bu hastalıklar için taşıyıcı olan bireylerin gelecek kuşaklarında hastalığın görülme sıklıklarının belirlenmesi, ailelerin uygun doğum öncesi tanı testlerine yönlendirilmesi ve hastalar ile ailelerin hastalıkla ilgili bilgilendirilmesi de tıbbi genetik bilim dalının kapsamında genetik danışmanlık alanına girmektedir.

DNA'nın keşfiyle birlikte genetik, tıp ve biyolojideki araştırmaların odak noktası olmuştur. Teknolojinin de gelişimiyle tıbbın hemen her alanında yapılan araştırmalar, birçok hastalığın kökeninde genetik etkenlerin rol oynadığını ortaya koymuştur. Bu nedenle **tıbbi gene-**

tik; daha embriyo rahime tutunmadan önceki dönemden başlayarak ölüm sonrası döneme kadar hayatın birçok evresine dokunabilen bir uzmanlık dalıdır. Tıbbın hemen her disiplini ile ilişkili hastalıkları ve incelemeleri içermesi nedeniyle ile diğer tıp dalları ve yan dal uzmanlık alanları ile sıkı bir işbirliği içinde bulunur. En sık işbirliği yaptığı alanlar şunlardır: **Dahili tıp bilimleri** (tıbbi onkoloji, hematoloji, radyasyon onkolojisi, endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları, romatoloji, nefroloji, gastroenteroloji, immünoloji ve alerji hastalıkları, nöroloji, kardiyoloji, yenidoğan, çocuk nörolojisi, çocuk kardiyolojisi, çocuk endokrinolojisi, çocuk metabolizma hastalıkları, çocuk nefrolojisi ile çocuk romatolojisi), **cerrahi tıp bilimleri** (patoloji, kadın hastalıkları ve doğum, üroloji, ortopedi ve travmatoloji ile göz hastalıkları), **üreme sağ-**

lığı üniteleri, organ ve doku nakli üniteleri ve kök hücre uygulama üniteleri.

Tıbbi genetik ve genetik danışmanlık, sadece kişiye/hastaya değil, kan bağı olan üst kuşak ve gelecekte aileye katılacak bireylere ulaşabilen tüm aile fertlerine odaklıdır. Bu nedenle tıbbi genetik; anamnez, aile ağacı çıkarılması, fizik/fenotipik muayene, tanıya yönelik biyokimya ve/veya patoloji testleri ile genetik testlerin planlanması, genetik testlerin yapılması, test sonuçlarının yorumlanması, gerektiğinde ilgili birimlerden konsültasyon istenmesi, tanının konulması, genetik danışma verilmesi, aile içinde risk altındaki bireylerin saptanması, yeni gebeliklerde preimplantasyon/prenatal genetik tanı gerçekleştirilmesi, gerektiği durumlarda fonksiyonel çalışmaların yapılması ve post-mortem/postnatal genetik değerlendirmeleri



içermektedir. Bunları yaparken insan genomunu ve ürünlerini kullanan (DNA, RNA, protein vb.) laboratuvar testlerinden yararlanır.

Tıbbi genetik uzmanı, klinik tıp/biyoloji/temel genetik teorik bilgilerine sahip, hasta ve ailesinin mahremiyetine özenli ve etik yaklaşan, tanı/ayırıcı tanı kriterleri doğrultusunda etkin laboratuvar testlerini isteyebilen, genetik testleri yapabilen, test sonuçlarını yorumlayabilen, kesin tanı varlığında genetik danışmanlık çerçevesinde doğru iletişim becerilerini kullanarak hasta ve ailesine bu bilgileri aktarabilen, hasta izlem protokollerini uygulayabilen bilgi ve tecrübeye sahip kişidir. Bu hizmetleri gerçekleştirirken, tıbbi genetik ve genetik danışmanlık profesyonel çalışma prensipleri, evrensel etik kuralları ve toplumun ahlak değerlerine uygun davranır. Tıbbi genetik uzmanları, saptanabilir genetik hastalığın doğum öncesi dönemde saptanması, aileye bu yönde genetik danışmanlık hizmeti verilmesi, tedavi edilebilen hastalıkların tedavi edilmesi, izlenmesi, aile ve yakın akrabaların doğacak çocuklarına ilişkin gerekli bilgilerin aktarılması; doğumdan sonraki dönemde genetik hastalıkların tanısı, bu konuda toplum taramalarının yapılması, taşıyıcı ve hasta bireyler ile risk altında olan bireylerin saptanması ve bu bireylere genetik danışmanlık sağlanması alanlarında rutin ve araştırma hizmetleri yapmaktadırlar. Kişinin kendisinde kalıtsal olduğu bilinen/düşünülen bir hastalığın bulunması halinde, akrabalarının da da kalıtsal olduğu bilinen/düşünülen bir hastalığın bulunması ve kendisinin bu hastalık

için taşıyıcı olma olasılığının bulunması durumunda, ailede kalıtsal hastalığı olan çocuk ya da çocuklar varsa, tekrarlayan gebelik kayıpları söz konusuysa, ileri yaştaki (≥ 35) anne ve baba adaylarında ya da gebelik planlayan çiftlerde, akraba evlilikleri, infertilite, gebelik sırasında fetüste problem saptanması halinde, gebelik sırasında **teratojen ajana** maruz kalma durumlarında mutlaka genetik danışmanlık hizmeti verilmelidir.

Genetik hastalıkları üç ana başlık altında toplamak mümkündür. **Kromozomal hastalıklar** ilk grubu oluşturur. Normalde **46 adet** olan ve **kromozom** adı verilen genetik yapıların sayısında veya yapısında düzensizlik/değişiklik bulunması durumunda meydana gelen hastalıklara **kromozomal hastalıklar** denir. **Tek gen hastalıkları** ise, **gen** adı verilen genetik yapılarıdaki değişimler (mutasyonlar) sonrasında meydana gelen hastalıklardır. Bu hastalıkların yanı sıra genetik faktörler ve çevresel faktörlerin etkileşimi ile ortaya çıkan hastalıklar da bulunmaktadır, bunlara **multifaktöriyel hastalıklar** denir. **Kalp ve damar hastalıkları, hipertansiyon, obezite, diyabet** gibi hastalıkları ve ayrıca **kanserleri** de içine alan bu durumları **multifaktöriyel hastalıklar** adı verilmektedir.

Kullanılan genetik analiz yöntemlerini; **sitogenetik tanı yöntemleri, moleküler sitogenetik tanı yöntemleri** ve **moleküler genetik tanı yöntemleri** olarak üç ana başlık altında toplayabiliriz.

İnsan kromozomları ilk kez **1857** yılında **Virchow** tarafından görüldü; "**kromozom**" söz-

cüğü ise **1988** yılında **Waldeyer** tarafından kullanıldı. **Tjio** ve **Levan** **1956** yılında insan **fetal akciğer hücrelerinde** insan kromozomları sayısının 46 olduğunu ve cinsiyet kuruluşunun **XX** (kadın) ve **XY** (erkek) olduğunu kesin olarak saptadı. **Sitogenetik**, kromozom adı verilen hücre **organellerinin işlev ve morfolojilerini mitotik/mayotik metafaz** sürecinde inceleyen bilim dalıdır. **Sitoloji** (hücre bilimi) ve **genetik bilimlerinin** birleşmesiyle ortaya çıkmıştır. Sitogenetiğin amacı, kromozomal evreye girmiş olan DNA'da meydana gelen **yapısal** (translokasyon, delesyon, insersiyon, inversiyon, duplikasyon vs.), **sayısal** (anöploidi, poliploidi vs.) değişiklikleri ve köken farklılıklarını (kimerizm, mozaizm, vs) saptamak ve elde edilen sonuçların ışığında **fenotip** ile **genotip** arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir. Moleküler sitogenetik yöntemlerde ise, yalnızca kromozom analizi ile saptanması mümkün olmayan genetik hastalıkların tanımlanması (mikrodelesyon sendromları ve kanser), kromozomal hastalıkların hızlı değerlendirilmesi ve kromozom analizinde saptanmış ancak tanımlanamamış bazı kromozomal hastalıkların hızlı değerlendirilmesi yapılmaktadır. Moleküler sitogenetik inceleme için kromozomlar çeşitli **floresan boyalarla** işaretlenip analize hazır hale getirilir. Bu yöntem **FISH** (floresan in situ hibritleme) adı verilir. Kromozomlar, amaca göre farklı bölgelerinden işaretlenip analiz edilebilirler. FISH yönteminin en büyük avantajı, kromozomlar elde edilmeden direkt olarak hücre çekirdeğine uygulanabilmesidir. **Prenatal tanı** ve **preimplantasyon genetik tanıda** (PGT) paneller halinde uygulandığında, FISH bir seferde beş, iki seferde toplam dokuz kromozoma kadar (13, 16, 18, 21, 22 ve 15, 17, X, Y) inceleyebilir. **İnsan Genomu Projesi** (HUGO) kapsamında yapılan çalışmalar sonucunda, insan genomunun yaklaşık **21.000** anlamlı gene sahip olduğu anlaşılmış ve bunların büyük bir çoğunluğunun işlev ve özellikleri belirlenmiştir. Günümüzde klinikte konulan hastalıkların tanıları, moleküler genetik tanı ile desteklenmektedir. Ayrıca, belirli ilaçların vücuttaki etkinliğini kontrol eden genlerin kişisel farklılıklarına bakılarak kişiye özel ilaç tedavileri düzenlenebilmekte ve bu



uygulama da giderek tedavi planlamalarında önem kazanmaktadır.

Söz konusu hastalığa yönelik en uygun tanı testini belirlemek, tıbbi genetik uzmanının ve/veya genetik danışmanın işidir. Örneğin; sitogenetik analiz, kromozomal genetik hastalıklar için tanısal yaklaşımda ilk basamak olmakla beraber her zaman yeterli olmamakta moleküler sitogenetik ve/veya moleküler genetik ile desteklenmesi gerekebilmektedir. Bunun yanı sıra diğer bazı hastalıklarda (enzim eksikliği gibi) ilk adım biyokimyasal testler olup, test sonucuna bağlı olarak uygun moleküler genetik test seçimi yapılmalı ve bunun yerine göre **radyoloji** vs. gibi testler ile değerlendirilerek kesin tanıya gidilmesi gerekmektedir. Bu amaçla; farklı dokular örneğin **kan, kemik iliği, fibroblast** (deri biyopsi kültürü), **amniyon sıvısı, kordon kanı ve koryon villus biyopsisi** kullanılabilmekte ve hangi dokunun direkt bilgi verici olduğu yine genetik danışman tarafından belirlenmektedir.

Günümüzde **moleküler biyolojik** ve **robotik tekniklerin** bir arada kullanımı sonucunda, **cam matris** üzerinde her biri özgün bir geni temsil eden binlerce DNA parçasının yapıştırılması ile elde edilen **arrayler** ile hücrelerde gen ifade analizleri ve tek **nükleotid polimorfizmlerinin** (SNP) **genotiplemelerini** (haritalamalarını) yapmak mümkündür. **Array teknolojisi, Preimplantasyon genetik tanı** (PGT) gibi bazı uygulamalarda **24-48 saat** içerisinde tüm **genom** hakkında bilgi sahibi olmamıza imkan tanımaktadır. Bu nedenle bugün “**kişiyeye yönelik tedavi**”lerin giderek yerleştiği tıp ve bilim dünyasında genetik tanı çok önemli bir yer tutmaktadır.

Bu gelişmelere ek olarak, genetik hastalık riski taşıyan ailelerin sağlıklı çocuklara sahip olma şanslarını arttırmak amacıyla da doğum öncesi tanı uygulamaları yapılmaktadır. Böylece doğacak çocuğun hasta olma/olmama durumuna göre hareket edilebildiği gibi, PGT yöntemlerinin kullanılmasıyla da gebeliğe müdahale edilmesine gerek kalmadan çiftlere sağlıklı bir bebeğe sahip olma imkanı sağlanabilmektedir.

Doğumsal anomaliler, zeka gerilikleri, nöral tüp defektleri, yarık dudak veya damak problemleri, anomalili düşükler, ileri anne yaşı ve/veya ileri baba yaşı (50 yaş üzeri) (35 yaş ve üzeri) veya diğer sebeplerle doğum öncesi tanı, düşükler (tekrarlayan gebelik kayıpları), infertilite, akraba evlilikleri, eşlerden birinde tanımlanmış dengeli kromozomal translokasyon taşıyıcılığı, kendisinde ya da akrabalarında genetik hastalık ve/veya taşıyıcılığının saptanması (Down sendromu, kistik fibroz, frajil X sendromu, Rett sendromu vs.), yeni doğan taramalarında ve evlilik öncesi rutin testlerde pozitif bulunan olgular (fenil ketonüri, talasemi vs.), ileri yaşlarda belirti veren bazı hastalıklar (Huntington hastalığı vs.), bazı kanserler (meme kanseri, kalın bağırsak kanseri, akciğer kanseri, tiroid kanseri vs.), gebelikte alkol alımı, gebelik öncesi veya gebelik sırasında alınan tedaviler, gebelikte diyabet ve/veya gebelikte tirod problemleri, gebelikte radyasyona (röntgen, tomografi) maruz kalınması, mesleki çalışma koşulları, bazı kimyasallar ve radyasyona maruz kalınması gibi hallerde genetik danışmana başvurulması gerekir.

Prenatal (doğum öncesi) tanı ise, **fetus** veya **embriyo**daki hastalıkların doğum öncesi dönemde tespit edilmesi işlemidir. Burada amaç; **nöral tüp defektleri** gibi **doğumsal anomalileri**, **Down sendromu** ve **frajil X sendromu** gibi genetik hastalıkları saptamaktır. Prenatal tanı da kullanılan genetik testler; sitogenetik ve moleküler sitogenetik testler (kromozom düzeyinde değerlendirme) ile moleküler genetik testleri (DNA düzeyinde mutasyon analizi) içermektedir. Prenatal tanı ile özellikle risk taşıyan gebeliklerde bebeğe henüz anne karnındayken tanı konulması mümkün olmaktadır. Prenatal tanı aynı zamanda hastalık varsa doğum öncesi tedavisine ve doğum sonrası gerekli önlemlerin alınmasına, tedavi planlanmasına da olanak vermektedir.

Tıbbi genetik ve genetik danışmanlığın amacı her ne olursa olsun sağlıkta ve hastalıkta kişiye ve ailesine kaliteli bir yaşam sunmak için yaşam boyu rehberlik hizmeti sunmaktır. ▶



Birçok hastalığın kökeninde genetik rol oynar.”



BİRÇOK HASTALIĞIN TESPİTİ İÇİN NÜKLEER TIP

Nükleer Tıp birçok hastalığın tanısı veya tedavisi için **radyoaktif maddeler** kullanılan bir bilim dalıdır. Her iki durumda da amaca yönelik özel olarak hazırlanmış radyoaktif maddeler, hasta başına hesaplanan belirli dozlarda vücuda genellikle **damardan** veya **ağızdan**, nadiren ilgili bölgeye **doğrudan enjeksiyonla** verilir. Belirli bir bekleme süresini takiben hastalardaki radyasyonu görüntü haline çeviren cihazlar ile iki veya üç boyutlu çekimler yapılır.

Nükleer Tıpta kullanılan radyoaktif maddelere bağlı olarak, **Gama Kamera** ve **PET/BT** adı verilen cihazlar görüntüleri elde etmek için kullanılmaktadır. Yapılan görüntüleme genellikle **sintigrafi** olarak adlandırılmaktadır. Ancak eğer **3 boyutlu**

çekim yapılıyorsa kullanılan cihaz ve radyoaktif maddeye göre görüntülemeye **SPECT** ve **PET** adı verilmektedir.

Radyoaktif maddeler ile başta **tiroid** (güatre) hastalıkları olmak üzere çeşitli hastalıklara yönelik tedavi uygulamaları mevcuttur. Tedavi amacıyla verilen radyoaktif madde miktarı teşhis amaçlı verilenden genellikle çok daha fazladır. Bu işlemlerde alınan **radyasyon** miktarı da göreceli olarak fazladır. Ancak elde edilecek fayda yanında önemsiz kalır. Tedaviyi yapan ışınların ulaşabildiği uzaklık genellikle birkaç milimetre olduğu için sadece hedef organ ve dokuda etki eder, çevre dokulara genellikle zarar vermez. Yüksek doz uygulamaların bir kısmında hastaların **3-5 gün** süre ile özel yalıtılmış odalarda gözetim altında tutulması söz konusu olabilmektedir.

Nükleer Tıbbın başlıca kullanım alanları şunlardır; **Tümörlerin yerinin gösterilmesi** ve **tümörlerin evrenmesi**, **Radyoterapi planlanmasında**, **tedaviye cevabın değerlendirilmesinde** ve **tedavi sonrası takipte**, **kemik metastazlarındaki ağrının tedavisinde**, **koroner arter hastalıklarının tanısı** ve **takibinde**, **idrar yollarında tıkanıklıkların gösterilmesi**, **böbreklere idrar kaçıışı olup olmadığının araştırılması**, **böbrek enfeksiyonlarına bağlı hasarların araştırılması**, **guatr hastalıkları**, **çeşitli yemek borusu ve mide hastalıkları**, **bağırsak kanamaları**, **vücuttaki gizli enfeksiyonların araştırılması**, **tükürük bezlerinin fonksiyonlarının incelenmesi**, **gözyaşı yollarının incelenmesi**, **çeşitli radyofarmasötiklerle belirli tümörlerin gösterilmesidir**. ▶



PET BT



Gama Foto



ŞEKER HASTALIĞI

Diabetes Mellitus (DM), halk arasında **şeker hastalığı** olarak bilinir, kan şekerinin, normalden daha yüksek seyrettiği bir hastalıktır. Şeker hastalığı çok yaygın olup, **2025** yılında dünyada en az **300 milyon** diyabetli (özellikle Tip 2 DM) olacağı varsayılmaktadır. Sanayileşme ile zenginleşme, fazla gıda tüketimi, fiziki aktivitenin azalmasını yaratan, taşıt araçlarının yaygın kullanımı, televizyon veya bilgisayarlar başında uzun hareketsiz saatlerin geçirilmesi ile şişmanlığın artışı buna sebeptir. Gelişmemiş ülkelerde, **kar-**

bonhidrat denen, şekere kolayca dönüşen maddeleri içeren, daha ucuz olan gıdaların fazla tüketilmesi, bilinçsiz beslenme şişmanlığı kolaylaştırmaktadır.

Pankreastan salınan, **İnsülin** denilen hormonun salınımında eksiklik ya da bozukluk olduğunda kan şekerinde yükselme olur. Çünkü insülin şekerin (glukoz) vücutta kullanımını ve depolanmasını sağlar. Kan şekeri yükseldiğinde şeker, su ile birlikte idrarla atılır ve idrar artar, su kaybedilir, içme güdüsü ile fazla su içilir. İdrarla atılan şeker vücutta kullanılamaz, vücut yağlarını yaka-

rak, şeker yapmaya çalışır, zayıflama meydana gelebilir. Fazla su içme, fazla idrar yapma ve yemek yemeye karşı nedensiz zayıflama, halk arasında da şeker hastalığının belirtisi olarak yaygın bir şekilde bilinmektedir.

Kan şekerinin uzun süreli yüksek oluşu, başta damarlar olmak üzere vücudun bütün organlarında olumsuz değişiklikler yapar ve şeker hastalığı, özellikle bu uzun süreçte oluşan organ çalışma bozuklukları nedeniyle önem kazanır. Organlardaki olumsuz fonksiyon bozukluklarına diyabetin komplikasyonları denir. Gözde ağ tabakasında,



böbrekler ve sinir sisteminde diyabete özgü çeşitli bozukluklar olur. **Aterosklerozun** (damar sertliği) yarattığı kalp, beyin ve bacaklardaki damar bozuklukları diyabetle daha ağırlaşır ve **inmeler, enfarktuslar, ayaklarda gangrenler** oluşabilir.

Diyabetin başlıca **2 tipi** vardır; **Tip 1** ve **Tip 2 DM**, ayrıca ikincil DM (başka hastalıklara bağlı oluşan) ve **gebelikte görülen Diyabet** de vardır.

TİP I DM

Daha ziyade çocuk ve ergenlik çağında başlarsa da, daha geç yaşlarda da görülebilir. Ailevi değildir. İnsülin yapımının az veya olmadığı diyabet tipidir. İnsülin tedavisi yapılmazsa ölümcül olur. Hastalık aşırı susama, fazla su içme, fazla idrar yapma fazla yemek yemeye karşın zayıflama ile kendini gösterir. Tanı erkenden konup, insülin tedavisi yapılmazsa **diyabetik koma** ile hasta kaybedilebilir. Koma öncesi bulantı, kusma, karın ve/veya göğüs ağrıları, dalgalılık, ağızda aseton kokusu, derin solunum, tansiyon düşmesi, uyku hali ve şuur kapanması olur. Tedavisinde diyet, medikal beslenme yanında, insülin kullanılması şarttır. Diyabetik Koma durumu, bir hastanede ve varsa yoğun bakım ünitelerinde yapılmalıdır.

TİP 2 DM

Tüm diyabetiklerin **% 90'ı tip 2** diyabetlidir. Kırk yaş sonrası sık ise de, şişmanlığın artışıyla genç ve çocuklarda da giderek fazla rastlanmaktadır. Ailesel geçişim vardır. Tip 2 DM ebeveynde varsa, çocuklarda da görülme riski yüksektir. Gebelik diyabeti yaşamış kadınlar, şişmanlar, yüksek tansiyon ve/veya kolesterolü olanlarda, Tip 2 DM riski yüksektir. Pankreastan insülin salınımı vardır ama yetersiz veya etkili değildir. Bu nedenle kan şekerinin yükselmesine karşın belirti vermesi uzun bir süreçte çıkar, dolayısıyla, hastalığın başlangıç zamanı tam tayin edilemez. Tanı konmamış devrede kandaki yüksek olan şeker, organlarda hasar yaratır. Bu hastalar doktora, kalp (koroner) yetmezliği, enfarktüs, görme bozukluğu, böbrek hastalığı, bacak damarlarındaki dolaşım bozuklukları veya gangrenlerle müracaat edebilirler. Belirtiler Tip 1 DM'deki gibidir. Kadınlarda genital mantar enfeksiyonları ve bunlara bağlı vajinal veya deride kaşıntı, genel güçsüzlük, halsizlik vs. gibi şikayetler olabilir. Tip 1 DM'deki gibi diyabetik koma bu tipte daha nadirdir.

Diyet tedavisi, başlangıçta ağızdan alınan ilaçlarla tedavi edilebilirse de, insülin tedavisi de bazı hastalarda gerekebilir.

İKİNCİL DİABETES MELLİTUS

Bazı hastalıkların seyri veya bazı ilaçların kullanımı sırasında, insülin etkisi yetersiz kalabilir ve diyabet ortaya çıkabilir. Mevcut hastalığın tedavisi ilaçlara bağlı ise ve ilaçlar kesilemiyorsa insülin tedavisine başlanması gerekir.

GEBELİK DİYABETİ

Gebelik sırasında kan glukoz düzeylerinde yükselmeler olur. Bu duruma gebelik diyabeti denir. Gebelik diyabeti, hem bebek hem de hamile kadının sağlığı ve yaşamı için önemlidir. Bebeğe doğum anormallikler, diyabete yatkınlık yarattığı gibi gebede rahim içi ölümler, düşükler, doğum anında komplikasyon oluşma riski vardır. Gebe kadının sağlıklı bebekler doğurmasını sağlamak



Fazla su içme, fazla idrar yapma ve nedensiz zayıflama, şeker hastalığı belirtisi olabilir."





Gebelik diyabeti, hem bebek hem de hamile kadının sağlığı ve yaşamı için önemlidir. Diyabet tanısı konulan gebe kadınların tedavisine önce diyet ayarlaması ile başlanmalıdır. ”

için gebe kadınların kliniğe ilk geldiğinde açlık kan şekerleri ölçülmeli ve diyabet tanısı koyduracak şekilde yüksek bulunursa, tedaviye önce diyet ayarlanması ile başlanmalıdır. Bu ilk kan şeker ölçümü normal ise, hamileliğin **24-28. haftaları** arasında **Şeker Yükleme Testi** yapılmalı, gebelik diyabeti saptanırsa diyet tedavisi ile şeker kontrolü yapılmalı, diyetle sağlanamazsa insüline başlanmalıdır.

ÖNERİLER

- Ailesinde diyabet olanlar, şişmanlık, hipertansiyon ve kolesterol yüksekliği bulunanlarda diyabet riski yüksektir. Diyabetin erken tanınması için bu bireyler kan şekerlerini bir doktorun önerisine göre belirli zamanlarda yaparak, olası bir diyabetin erken tanısıyla, tedavi alarak ileride olabilecek olumsuz sonuçları önlemelidir.

- Diyabet tanısı konmuş olanlar doktorun önereceği aralıklarla **AKŞ** (Açlık Kan



Şekeri), **TKŞ** (Tokluk Kan Şekeri: Yemeğe başlanmasından 2 saat sonra alınan kan şekeri) tayınları ile şeker durumunu kontrol etmelidirler.

- Kan şekerinin son **3 ay** içindeki seyri, kanda ölçülen **Hemoglobin A1c** (Hb A1c) ile yapılabilir. Hb A1c'nin ideal değeri **% 6.0**'nin aşağısında olmasıdır.

- Kan şekerleri normale ne kadar yakın tutulabilirse, diyabetik komplikasyonları önlemek veya oluşunu geciktirmek o kadar mümkündür.

- Diyabetli hastalar kaliteli, uzun, sağlıklı bir hayat yaşamak istiyorlarsa kan şekerlerini olduğunca normal tutmak için gerekli gayreti sarfetmelidirler. ▶



ÇOCUKLARDA ALLERJİK HASTALIKLAR

Alerjiyi, insan savunma sisteminin genellikle zararsız maddelere karşı verdiği abartılı tepki olarak kısaca özetleyen, Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hastalıkları ve Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. **Nerin Bahçeciler Önder** ve Doç. Dr. **Arzu Babayigit Hocaoglu**'na alerji hakkında daha detaylı bilgiler almak için sorular yönelttik. Alerji hakkında merak ettiklerinizi yazımızda bulabilirsiniz.

Alerjik hastalıklar en sık görüldüğü yaş grubu hangisidir?

Alerjiler genellikle çocukluk çağında başlar ve uzun yıllar, genellikle de yaşam boyu devam eder. Çocuklarda en sık görülen kronik hastalıklar **alerjik hastalıklardır**. Çocuklarda sıklıkla bir alerjik hastalık diğerini takip etmektedir. Öncelikle bebeklik döneminde süt, yumurta gibi gıdalara gelişen alerjiyle **alerjik egzema** ya da **gıda alerjisi** olarak ortaya çıkmakta, yıllar içinde çocuk büyüdükçe **solunum sistemi** ile ilgili alerjilerin belirtileri başlamaktadır. Bunlar genel olarak **ev tozu, küf, nem, polen** gibi alerjenlere duyarlanma sonrası, alerjenle karşılaştıkça tekrarlayan, veya sürekli olan **hırıltı, öksürük, burun akıntısı, burun tıkanıklığı** gibi belirtilerle kendini gösterir. Yaş büyüdükçe zamanla azalıp artmakla birlikte alerji hayat boyu devam etmektedir.

Alerjik hastalıkların dünyada görülme sıklığı nedir?

Alerjik hastalıklar yüzyılın başlarında nadir hastalıklar olarak görülürken, o zamandan bu yana çevredeki olumsuz değişimlerin tetiklemeyle son **30-40 yılda** çok ciddi oranda artmıştır. Dünyadaki sıklığı araştıran çalışmalara göre önümüzdeki **15 yıl** içinde Avrupa nüfusunun yarısından fazlasının herhangi bir çeşit alerjiden yakınacağı öngörülmektedir.

Alerji bugün Avrupa'da çocukların **%30-40'**ından fazlasını etkilemektedir. Ülkemizde, Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatri Anabilim Dalı olarak 2010 yılında



Lefkoşa'da 1200 ilkököl çocuğunda yaptığımız bir taramada, alerjik hastalıkların sıklığı (astım, hırıltı) **%39** olarak bulunmuştur. Bu sonuç ülkemizde de bu hastalıkların tehlikeli bir boyuta arttığını göstermektedir.

Alerjik hastalıklarının tedavi süreci nasıldır?

Günümüzde alerjiler çoğu zaman kısa süreli kullanılıp belirtileri (öksürük, hırıltı, kaşıntı v.b) azaltan, ya da daha uzun süreli kullanılan kontrol edici (**kortizonlu spreyler**) ilaçlarla tedavi edilmektedir. Kontrol edici ilaçlar kullanılmadığı takdirde hastalığın ağırlığı gittikçe artmakta ve kronikleşme gibi ciddi sonuçlar ortaya çıkabilmektedir. Buna rağmen yıllar süren devamlı etkin bir tedaviden sonra günlük kullanılan kontrol edici ilaç kesilince belirtiler tekrardan ortaya çıkabilmektedir. Önemli bir nokta da, uzun süreli ilaç tedavilerinin yan etki olasılığını, aynı zamanda yan etki korkusunu beraberinde getirmektedir. Tüm bu nedenlerden dolayı bilim insanlarınca kalıcı iyileşme ile sonuçlanan tedavilere yönelme gereği duyulmuştur. Bu tedavi yöntemlerinden en önemlisi ve geçerlisi **alerjen immünoterapisi** olarak adlandırılmaktadır.

Alerjen immünoterapisi yani aşı tedavisi yöntemi nedir?

Alerjen immünoterapisi, **astım** ve **alerjik rinitte** şikayetlerin giderilmesinin yanı sıra

uzun dönem, hatta hayat boyu iyileşmeyi sağlamakta, astım gelişimini ve yeni alerjenlere duyarlanmayı önlemektedir. Kısacası şu an için elimizdeki hastalığı ortadan kaldıran tek tedavi yöntemidir. Alerjen spesifik immünoterapi, hastaya duyarlı olduğu alerjen veya alerjen karışımının giderek artan dozlarla enjeksiyonu veya dil altı yoluyla düzenli olarak verilmesi sonucu immün sistemin bu alerjene yanıt vermemeyi öğrenmesini ve tolere etmesini sağlayan tıbbi yöntemdir. Doğru tanı sonrasında yerinde kullanıldığında iyi kalitede, iyi tanımlanmış ve klinik olarak etkin alerjen preparatları kullanıldığında alerjik bireylerin hayatını değiştirebilmektedir. Bu tedavinin başlanmasından ortalama altı ay sonra klinik belirtiler ve ilaç tedavisine ihtiyaç belirgin olarak azalmakta, pek çok olguda bir yıl sonunda ilaç gereksinimi kalmamaktadır. Uzun vadede yeni alerjenlere duyarlanma önlenmekte, çocuğun hastalığının ilerlemesi durdurulmakta ve astım gelişimi önlenmektedir. Aşı tedavisine başlandıktan sonra en az üç yıl devam edilmelidir. Dünyada yüz yıldan uzun süredir kullanılmakta olan alerjen immünoterapi yöntemi, önceleri iğne tedavisi olarak uygulanmış, ancak son 20 yıldır dil altına uygulanan, hastaların evlerinde kolayca tatbik edebilecekleri bu yöntem popülerlik kazanmıştır. Bu tedavi yönteminde uygun hasta ve alerjen seçimi sadece alerji uzmanlarınca uygulanabilmektedir. ▶



EVRENDEKİ GÖRÜLMEMEYEN ORTAKLARIMIZ: MİKROPLAR VE ONLARIN DÜNYASI

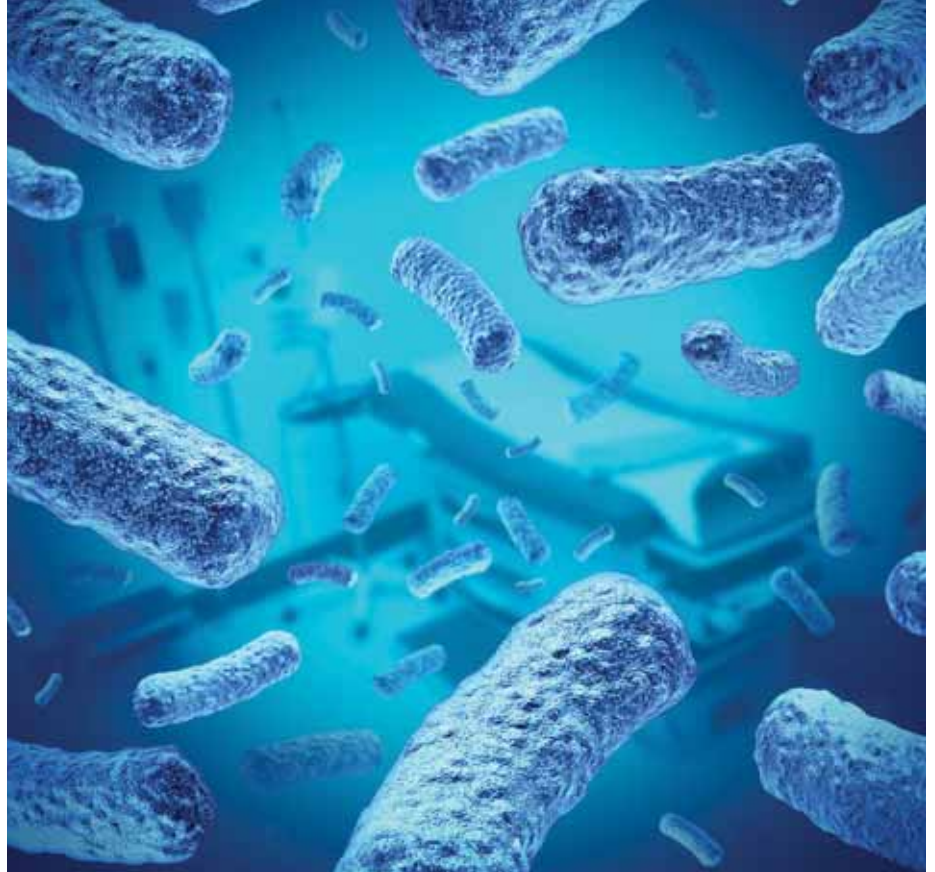
Mikroplar kimdir? Neyin nesidirler?

Bilim insanları mikroplara biraz daha bilimsel bir ad takarak “**Mikroorganizmalar**” der. Günlük yaşamımızda kullandığımız mikrop sözcüğünden hiçbir anlam farkı yoktur.

Mikroorganizmalar çıplak gözle görmediğimiz ama sık sık kendisinden bahsettiğimiz canlılardır. Bilim adamları mikroorganizmaların yaklaşık **3,5 milyar** yıldır dünyada var olduklarını hesaplıyorlar. Halbuki biz insanların evrimleşerek insanlaşmamızın üzerinden çok çok bir **on milyon yıl** geçtiği sanılıyor. Yani mikroorganizmalar bizden çok daha eski dünyalılar, bildiğimiz kadarıyla. Çıplak gözle görülemez olmaları nedeniyle hissettiğimiz halde, onların varlıklarını kabul etmemiz tarihte bir hayli geç ve güç olmuş. Özellikle bazılarının sebep olduğu hastalıkları pek ala bilip gördükleri halde “*Ben görmediğim şeye inanmam*” diyenler hep ağır basmışlar. Ancak çok sonraları artık varlıkları inkar edilemez hale geldikten ve **mikroskopların** modernleşip onları görünür hale getirmesinden sonra herkes yelkenleri suya indirip küçücük canlıların varlığını kabul etmişler. O gün bu gündür giderek kendilerini yaşantımızın içinde daha fazla hissederek olmuşuz. Evren(ve bu evrendeki yeryüzü) 3,5 milyar daha var olacaksa, mikroplar yaşamaya devam ederken insanoğlunun pek o kadar şansı olamayabilir de.

Mikroorganizmaların dünyası nasıl bir dünya?

Öncelikle bir yanlış kaniyi düzeltelim; Mikroorganizmaların çok küçük bir bölümü insanlara zarar veriyor. Büyük çoğunluğunun ise bırakın zararsız olmalarını, faydalarının varlığından bile söz edebiliriz. Uzun



uzun, hatta daha da ileri giderek, biyolojik yaşamın sürdürülebilmesi için vazgeçilmez olduklarını bile söyleyebiliriz. Mikroorganizmalar dünyada hani neredeyse, milyarlarca yıl tek başlarına yaşadılar. Bizlere gerek duymadan var oldular. Bir taraftan da biz yüksek canlıların yaşayabilmesi için ortamı hazırladılar. Dantel öreri gibi yüksek canlıların gereksinim duyacağı organik maddeleri üretilip durdular, inorganik maddelerden. Milyonlarca yıl da biz insanlara evrimleştikten sonra da bizimle birlikte yaşamayı öğrendiler. Bu arada çok az bir kısmı da insanlara zarar vermeyi başardılar. Siz bakmayın haklarında yapıp duran kara propagandaya. Hastalık yapabilmek özellikleri sadece küçük bir kısmına özgü. Çoğunun hala böyle bir niyetleri de yok. İn-

sanların içinden nasıl bir kısmı suç işliyor ve nasıl biz suç işleyebiliyorlar diye tüm insanlara, tüm insanlığa kızmıyorsak, mikroorganizmaların tümüne de bazıları hastalık yapıyor diye onlara kızmamak gerekir. Hele onlara kızıp yeryüzünden yok etmeye çalışmak insanoğlu için bindiği dalı kesmeye benzer.

Şimdi mikroorganizmaların nasıl faydaları olabilir sorusuna örnekler verelim; Hepimiz ister insan olsun, isterse de hayvan veya bitkiler olsun yaşar ve ölürler. Ölen canlılar yeni gelenlere yer açmak üzere parçalanırlar ve yok olurlar. İşte bu parçalanma işinin en önemli mühendisleri mikroorganizmalardır. Eğer mikroorganizmalar olmasaydı, milyarlarca yıl ölen hiçbir canlı parçalanıp yok olmayacak, böylece yenile-

re yer açılmayacak, büyük olasılıkla da bugünkü dünya yaşam düzeni olmayacaktı. Bir an dünyanın kurulduğu günden beri hiçbir canlın parçalanıp doğaya geri dönmediğini düşünelim. Yiğınlarla ölü bitki, hayvan, insan artıkları arasında bir yaşam var olabilecek miydi? Tabii ki hayır.

Başka bir faydalarından söz edelim; Bağırsaklarımızda biraz da tiksiniş küçümseyerek baktığımız mikroorganizmalar, bizlere vitaminler ile bizim sentez edemediğimiz maddeleri sentezleyip üretip verirler; birçok gıdayı da bu arada parçalayıp bize hazırlarlar. Dünyada madde dönüşümüne başka canlıların asla yapamayacakları kadar katkılarda bulunurlar.

Bugünkü gıda ürünlerimizin başlıcalarından ekmeğin mayalanması; sütün yoğurda, peynire; üzüm suyunun sirkeye, şaraba dönüşmesi de hep mikroorganizmaların işlevleriyle oluşur. Bu örneklerin çoğaltılması mümkündür.

Mikroorganizmaların yapıları ve yaşantıları hakkında birkaç gerçeği sıralayalım şimdi de; Çamaşır suyu reklamlarından hatırlarız. İri burunlu, kıvrık kıvrık kollu, iğrenç saçlı çirkin varlıklar olarak resmedilirler, belleklerde de öyle çirkin kötü huylu canlılar gibi kalırlar. Gerçekte öyle çirkin görünümüne sahip karmaşık bir vücut yapısına sahip canlılar değildir. Çok basit bir yapıları vardır ve tek hücrelidirler. Cinsiyetleri de yoktur. Dişisi-erkeği yoksa da zaman zaman birbirleriyle küçük aşklar yaşayıp bazı özelliklerini birbirlerine nakledebilirler. İşte bu iş, tıpta işimizi zorlaştıran bir karakterleridir.

Boyları milimetrenin birkaç yüzde veya binde biri kadardır. Yaklaşık üç-beş yüz tanesi yan yana gelse ancak bir milimetre uzunluğa erişirler. Bu ölçü de gözün çıplak olarak görme sınırının ötesinde.

Yakın zamana kadar aralarında bir iletişim olup olmadığı hakkında pek bilgimiz yoktu. Şimdi mikroorganizmaların birbirleriyle haberleştiklerini, birbirlerine bilgi aktardıklarını, hatta bir yerde uzun süre kalır ve uygun koşullar bulurlarsa kendilerini dış tehlikelerden uzak tutacak mağaracıkların

imal ettiklerini biliyoruz. Bu mağaracıkların içine kaçıp saklanarak yaşadıkları ortamdaki olumsuz koşullardan korunabiliyorlar. Doğal koşullarda bireysel olarak ölüm gibi bir dertleri de yok. Uygun koşullarda büyüyüp gelişiyorlar. Fazla büyüyünce ve kendi kendilerine beslenemeyecek hale gelip ikiye bölünmeleri gerektiği kanaatine varıyor ve iki küçük canlıya dönüşüyorlar. Yani bir yaşlı anneden bir çocuk doğmuyor, iki yavru çocuk oluşuyor mikroorganizmalarda. Bu nedenle de çevrede besin maddeleri azalıp zehirli atıklar tehlikeli boyuta gelmeden ölüm gibi bir dertleri yok. Ortam fiziksel koşulları uygunsa bu üreme işi süreklilik kazanıyor. İdeal koşullarda ise bu süre 15-30 dakika alıyor. Bu döngüyü sona erdiren en önemli fiziksel koşul ise ortamda besinlerin azalması ve kendi ortamlarını kendilerinin kirlenmesi. Bu durumda mikroorganizmalar kitleler halinde **"Toplu katliam"**a uğruyorlar. İçlerinden sağ kalanlar ise koşulların iyileşmesini bekliyor.

Peki ya hastalık yapanlar?

Hastalık yapan mikroorganizmalar yüz binlerce yıl içinde beraber yaşadıkları insanlara zarar vermeyi öğrenen küçük bir grup. Ya ortama salgıladıkları zehirli maddelerle yapıyorlar bu işi, ya da insanların hücrelerindeki maddeleri aşırıyorlar. Bunu yaparken de çevrelerine zarar veriyorlar. Biz de bu zararlarını hastalık olarak tanımlıyoruz. Bu ilişki sırasında aslında mikroorganizma insanı öldürmeden sürekli ondan faydalanmak ister. Onu uyuşturup oyalayıp rahat rahat sövmeye bakar. Bu iş her zaman istenildiği gibi gitmez ve bu sırada insan yaşamını yitirebilir.

Bilinen evrenin en zeki yarattığı gibi duran biz insanlar bu zararlardan binlerce yıldır pek şikayetçi olduğumuz için mikroorganizmalara karşı savaş açmışız. Başta antibiyotikler gibi ilaçlarla mikroorganizmaların hastalık yapanlarını ortadan kaldırmaya çalışıyoruz. En azından bunu hasta olan insanlarda gerçekleştiriyoruz. Şimdi burada bize bir görev düşüyor; Seçici olmak

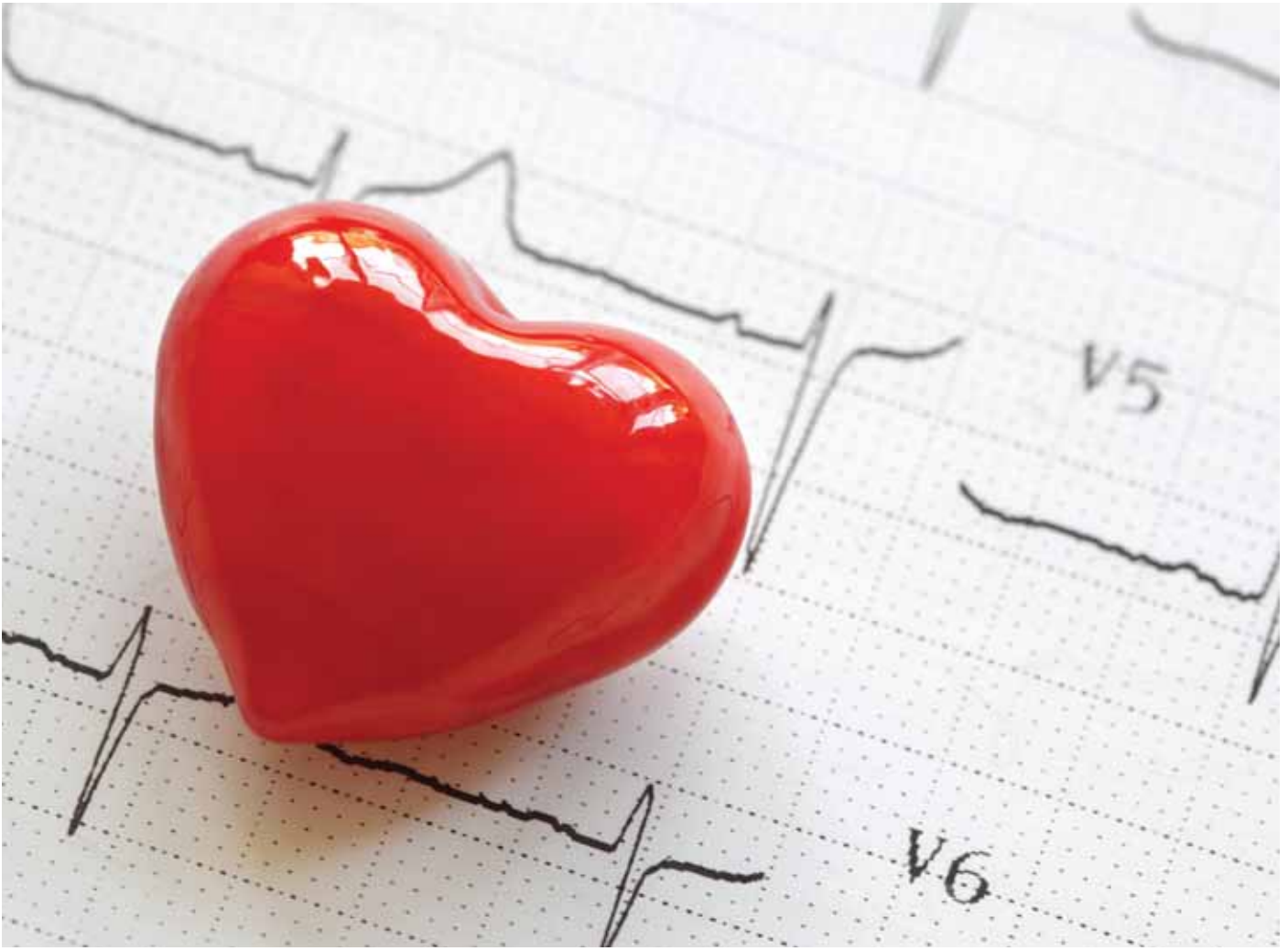


“İyi” ve “kötü” mikroorganizmaları ayırt etmeden, hepsini hedef almak insanlık için bir felakettir.”

ve **“iyi”**ler ile **“kötü”**leri ayırt etmek. Yoksa hepsini hedef alırsak bunun bedeli insanlık için tam bir felaket olur.

Bu arada zararlıların bir özellikleri daha var can sıkıcı. O da kullandığımız antibiyotiklere direnç geliştirebiliyorlar. Direnç demek normalde zararlı mikroorganizmaları öldürmesi beklenen ilaca karşı o mikroorganizmaların hiç etkilenmemeleri. Bunu öğrendikleri gibi birbirlerine haber verip öğretiyorlar da. İşte bu olduğu zaman küçük çapta bir çevre felaketi yaşanıyor. Abarlıklı durumlarda bu hastalık yapanlara karşı elimizde hiçbir silah kalmayabiliyor.

Hastane gibi ortamlarda bu gibi direnç kazanmış veya direnci öğrenmiş mikroorganizmaların yayılması da modern tıbbın baş ağrıtan bir sorununu oluşturuyor. 



KALP DAMAR HASTALIĞI OLAN KİŞİLERDE AĞRI KESİCİLERİ NASIL KULLANMALIYIZ?

Son yıllarda yapılan araştırmalar kalp damar hastalığı olan kişilerin baş ya da eklem ağrısı nedeniyle sık ve yüksek dozda ağrı kesici kullanmalarının kalp krizi geçirme riskini artırdığını ortaya koymuştur.

Ağrı kesici olarak kullandığımız ilaçların büyük çoğunluğu vücudumuzda bulunan **siklooksijenaz(COX) enzimini** inhibe ederler. COX enzimi 2 büyük alt gruba ayrılmaktadır: **COX-1** bir çok dokuda özellikle

pihtılaşmada rol oynayan **trombositlerde** yer alırken, **COX-2** inflamasyon varlığında damar duvarı ve diğer dokularda bulunan hücrelerde oluşmaktadır. COX-1 ile pıhtılaşma sağlanırken, COX-2 enzimi ile ise pıhtılaşmada azalma, damar duvarında gevşeme ve böbreklerden su-tuz atılımı gerçekleşmektedir.

Ağrı kesiciler selektif olarak COX-2 enzimini inhibe edenler, selektif olarak etmeyenler(non COX-2 selektif inhibitörler)

ve diğerleri olarak üç büyük gruba ayrılmaktadırlar. Selektif COX-2 inhibitörlerini non COX-2 selektif inhibitörlerinden ayıran en büyük fark, inflamasyona karşı daha etkili olmalarının yanında, mide duvarında COX-2 enziminin çok az miktarda bulunması nedeniyle mide ile ilgili yan etkilerinin düşük olmasıdır. Bu iki nedenden dolayı 2000'li yılların başlarında çok sık kullanılmaya başlanılan bu grup ilaçların kalp damar hastalıklarını arttırdıklarına dair

bulgular da beraberinde ortaya çıkmaya başlamıştır. Gerçekten de COX-2 enzimini inhibe eden ağrı kesiciler ile pıhtılaşma artmakta, damar duvarında gevşeme ve böbreklerden su-tuz atılımı engellenmekte başta hipertansiyon olmak üzere kalp damar hastalığı oluşma riski artmaktadır.

Amerikan Kalp Cemiyeti ilk kez **2005** yılında ağrı kesicilerin kalp damar hastalığı olan kişilerde kullanımı ile ilgili bir bildiri yayınlamış, 2005 yılından günümüze dek bir çok yeni verinin elde edilmesiyle **mart 2007**'de bu bildiri yenilemiştir. Bu yeni bildiri ile 2005 yılında bildirildiği gibi selektif COX-2 inhibitörleri grubuna giren ağrı kesicilerin, kalp damar hastalıklarını arttırdıkları yeni verilerle daha da desteklenmiştir. Bu gruba giren ilaçların etken maddeleri; **rofecoxib, valdecoxib, celecoxib, etorocoxib, lumoxicob**'dir. Şu an için ABD' de sadece celecoxib etken maddeli ilaç diğer ağrı kesiciler ile ağrı kontrolü yapılmıyor ise doktor kontrolü altında düşük doz ve kısa süreli olarak kullanılmasına izin verilmektedir. Rofecoxib ise ABD' de kaldırılmıştır.

2007 Amerikan Kalp Cemiyeti bildirisinde kalp damar hastalığı olan ve kalp damar hastalığı olma riski yüksek bulunanlarda baş ya da eklem ağrısı için başlangıç tedavisi olarak ilaç dışı tedavi önerilmektedir. İlaç dışı tedavi; **stresin azaltılması, kilo verilmesi, fizik tedavi, sıcak ve soğuk uygulamasını** içermektedir. Eğer ilaç dışı tedavi yetersiz kalırsa bu durumda ilaç tedavisine geçilmelidir.

İlaç tedavisinde kural olarak hangi ilaç grubu kullanılırsa kullanılsın semptomları kontrol altına alabilecek en düşük dozla başlanılmalı ve mümkün olan en kısa sürede tedavi sonlandırılmalıdır. İlaç tedavisin-

de ilk planda COX enzimini inhibe etmeyen etken maddeleri **asetaminofen** ve **tramadol** olan ilaçlarla **aspirin** önerilmektedir. Eğer bu ilaçlarla etkin bir tedavi sağlanamaz ise bu durumda **nonasetile salisilatlar** adını verdiğimiz ilaçlar denenmelidir(etken maddeleri; salisilat, Na salisilat, Mg salisilat, salsalat, kolin salisilat). Tedavi bu ilaçlarla da yetersiz kalırsa bu durumda non COX-2 selektif inhibitörleri olarak adlandırılan ilaçlara geçilmek zorunda kalınabilir. Daha önceden zararsız olarak kabul edilen bu gruptaki ilaçlarında özellikle son

2 yılda elde edilen yeni verilerin ışığında selektif COX-2 inhibitörleri kadar olmasa da kalp damar hastalıklarında artışa yol açtığı görüşü artık benimsenmeye başlanmıştır.

Bu grupta yer alan ilaçların bazılarının etken maddeleri şunlardır; **ketoprofen, indometasin, naproksen, tolmetin, ibuprofen, piroksikam, diklofenak, etodolak**. Piroksikam, diklofenak ve etodolak' ın COX-2' yi inhibe etme oranları diğer non COX-2 selektif inhibitörlere oranla daha fazla olduğundan dolayı ketoprofen, indometasin, naproksen, tolmetin veya ibuprofen ile

cevap alınmaz ise kullanılması Amerikan Kalp Cemiyeti önerileri içerisinde yer almaktadır. Non COX-2 selektif inhibitörleri arasında sadece ibuprofen ile aspirin kullanımı arasında etkileşim saptanmıştır. Bu nedenle aspirin kullanan kişilerde ibuprofen kullanılacak ise aspirinin etkinliğinin azalmaması için ibuprofen, ya aspirinden 30 dakika sonra ya da en az sekiz saat önce alınmalıdır.

Eğer tedavide non COX-2 selektif inhibitörler ile de cevap alınmaz ise bu durumda fayda-zarar tespiti de yapılarak son tercih olarak selektif COX-2 inhibitörleri çok



Kalp damar hastalığı olan kişilerin yüksek dozda ağrı kesici kullanmaları kalp krizi geçirme riskini artırır."

düşük dozda ve mümkün olduğunca kısa süreli olarak başlanılabilir. Bu ilaç grubundan da gerekirse tercih edilmesi gereken ilaç celecoxib'dir.

Kalp damar hastalığı olan veya kalp damar hastalığı olma riski yüksek bulunanlarda ağrı kesici olarak non COX-2 selektif veya selektif COX-2 inhibitörlerinden biri kullanıyor ise **tromboz riskini** azaltmak amacıyla düşük doz aspirin ile mide koruyucu olarak **proton pompa inhibitörü** Amerikan Kalp Cemiyeti tarafından önerilmektedir.

Non COX-2 selektif veya selektif COX-2 inhibitörlerinin damar duvarında gevşemeyi azaltacağı, vücutta su ve tuz tutulumunu arttıracığı bilinmeli, böbrek fonksiyonları ve kan basıncı yakından takip edilmelidir. Özellikle **hipertansiyon, böbrek ve kalp yetersizliği** bulunan kişilerde bu ilaçların kullanımına çok dikkat edilmelidir.

Sonuç olarak; kalp damar hastalığı olan veya kalp damar hastalığı olma riski yüksek bulunanlarda ağrı kesici kullanımı mutlak gerekiyor ise öncelikli olarak **parasetamol, tramadol** ve **aspirin** önerilmektedir. Eğer bu ilaçlarla tedavi başarısız kalırsa nonasetile salisilatlar denenebilir. Non COX-2 selektif inhibitörleri ve de özellikle selektif COX-2 inhibitörleri grubuna giren ilaçlar çok gerekmedikçe kalp hastalığı olan veya kalp hastalığı olma riski yüksek bulunan kişilerde kullanılmamalıdır. ▶





SPORCU SAĞLIĞI

Sporcu sağlığı üzerine Yakın Doğu Üniversite Hastanesi Spor Hekimliği Anabilim Dalı'ndan Yrd. Doç. Dr. Ulaş Yavuz kısa ve faydalı bilgiler verdi. Düzenli egzersiz yapmanın çok yararlı olduğunu, yaşam boyu yapılacak olan bu egzersizlerin hem fiziksel hem de psikolojik açıdan çok olumlu etkileri olacağını sözlerine ekledi.

Sporcuların sağlığı için iki önemli konu var. Birincisi **sağlık** tarafı, ikincisi de **performans** tarafıdır. Spor yaralanmalarında en önemli kriter zaman kaybıdır. Dolayısıyla sporcuyla diğer hastalardan ayırt etmemiz için gereken en önemli şeylerden bir tanesi sporcunun sahadan ne kadar uzak kaldığıyla ilgilidir. Örneğin, bize Perşembe günü gelen bir hastanın pazar günü maçı olabilmektedir. Dolayısıyla amaç sporcuyla sağlığını kazanmış ve performans gösterebilecek bir şekil-

de bir an önce sahaya döndürmektir. Sporcu sağlığını sadece sağlık olarak değerlendirmek yeterli değildir. Sağlık ve performans iç içe geçmiş bir şekilde eş zamanlı olarak yürütülmelidir.

Sporcunun yaralanmasını nasıl önleyebiliriz?

Yaralanmalara sporcudan kaynaklanabilen veya sporcunun dışında gelişen faktörler neden olabilir. Sporcuya bağlı faktörler; **yaşı, cinsiyeti, eşlik eden başka bir**

hastalığı olması, psikolojik durumu, tutum, davranış ve yaşam şekli olarak sıralanabilir. Sporcudan kaynaklanmayan sebepler olarak ise; **sahanın yapısı, zemini, kullanılan malzeme, kötü hava şartları, seyircinin, hakemin ve antrenörün tutumu, yanlış antrenman** gibi birçok faktör karşımıza çıkabilir. Riskleri azaltmak için sporcunun beslenmesine, dinlenmesine, antrenmanı doğru uygulanmasına, sosyal hayatına ekstra özen göstermesi gerekir. Eğer bunları uygulamazsa sporcu hem sağlığından olur



hem de performans göstermede yetersiz kalır. Sağlık olmadan performans olmadığı için kişi sağlığına dikkat etmeli, doğru antrenman programının uygulanmasına özen gösterilmelidir.

Sporcudaki gelişen ani ölümler veya kalp krizinden nasıl korunmalıdır?

Normal kişilerde ani ölüm riski **100.000** kişide bir görünürken, sporcuda bu risk **2-4 kat** daha fazladır. Bunun sebebi sporcunun yoğun efor sarfediyor olmasıdır. Sporcularda ani ölümlerin büyük bir çoğunluğu **kardiyovasküler nedenlere** bağlıdır. Otuz beş yaşın altındaki sporcularda **hipertrofik kardiyomiyopati**, bu yaşın üzerindeki sporcularda ise **koroner arter hastalıkları** en sık neden olarak karşımıza çıkmaktadır. Kalbi besleyen damarların genetik anomalileri, miyokardit, marfan sendromu, kardiyak ileti bozuklukları gibi birçok farklı kardiyak sorun ani ölümlere neden olabilir. Her ne kadar sporda ani ölümlerin büyük çoğunluğu kardiyovasküler kaynaklı olsa da kafa ve boyun travmaları, diyabet, sıvı ve elektrolit dengesizlikleri, sıcak çarpması gibi birçok farklı nedenle de görülebilmektedir.

Sporcuların riskleri azaltmak açısından sezon başlamadan önce mutlaka periyodik kontrollerinin düzenli olarak yapılması gerekir. Maalesef lisans muayeneleri çoğu zaman yöneticiler, antrenörler ve hatta sporcular tarafından bir **angarya** olarak görülüyor ve muayenelere gerekli önemi göstermiyorlar. Oysaki birçok sporcu için sezon öncesi muayeneler potansiyel risklerin değerlendirilmesi açısından hayati önem taşır.

Daha çok gençlerin kullandığı besin destek maddelerinin zararları nelerdir ?

Gençlerde “*Protein tozları, amino asitler, kreatin gibi besin destek maddelerini kullanmazsak egzersizden sonuç alamayız*” gibi yanlış bir kanı vardır. Bu kullanılan besin destek maddelerinin birçoğunun işe yaradığına dair, bilimsel olarak herhangi bir kanıt



//

Besin destek maddeleri ihtiyaç doğrultusunda kullanılabilir. Ancak yoğun egzersiz yapmayan bireylerde karaciğer ve böbrekler üzerinde gereksiz yüklenmeye neden olabilir.”

yoktur. Dolayısıyla bu kadar yoğun kullanımının sebebi bu ürünlerin reklamlarının çok fazla yapılmasından dolayıdır. En büyük sıkıntı da bu türden reklamları düzenleyecek herhangi bir yasal düzenleme olmasından dolayıdır. Ortaokul, lise çağında gençler bu reklamları izleyip bunlardan etkilenebiliyorlar.

Besin destek maddeleri ihtiyaç doğrultusunda kullanılabilir. İhtiyaç, genel olarak eksikliğin giderilmesi amacıyla. Alınan besin maddeleri ihtiyacı karşılamıyorsa sporcuya önerebiliriz. Ancak bu maddelerin egzersiz yeni başlayan ya da yoğun egzersiz yapmayan bireylerde yararı olmayacağı gibi karaciğer ve böbrekler üzerine de gereksiz yüklenmeye neden olabilir. Kalorik diyet yapan ya da vjetaryen sporcularda da zaman zaman besin destek maddelerine gerek duyulabilir. Vücut geliştirme ve fitness salonlarına giden kişilerin bir kısmı doping maddesi içeren yasaklı maddeler de kullanmaktadırlar. Bunların bir kısmı anabolik androjenik steroid içermektedir. Bu

maddeler **kısırlık, karaciğer kanseri, kalp hastalıkları** ve **damar hastalıkları** gibi çok ciddi yan etkileri olan maddelerdir. Üst düzey müsabık sporcular düzenli olarak yarışma dışı ve yarışma sırasında kontrol edilmekteyken, spor salonlarına giden gençlerin üzerinde hiçbir kontrol mekanizması olmadığı için bu maddelerin yaygın kullanımı görülebilmektedir. Bunlarla ilgili yasal düzenlemeler olmazsa ileride halk sağlığı açısından çok ciddi sonuçlar doğurabilir.

Doğru Egzersizin önemi nedir?

Kısaca söylemek gerekirse, kalp hastalıklarından kansere, depresyondan diyabete kadar birçok hastalıkta **“Egzersiz ilaçtır”** diyebiliriz. Egzersiz hem yaşam süresinin uzatılmasında hem de yaşam kalitesinin arttırılmasında büyük öneme sahiptir. Tüm ilaçlar gibi doğru şekilde ve doğru dozda uygulanmalıdır. Doğru uygulanan egzersiz, beklenen tüm etki ve yan etkileri ile olumlu olan tek ilaçtır. ▶



İŞ YAŞAMINDAKİ BEL VE BOYUN AĞRILARI

Kiş aılarının en yaygın şikayetle-
rindendir bel ve boyun ağrıları.

Altta yatan bir neden olsun olma-
sın, genç yaşlı hepimiz havaların soğuduğu
bu dönemlerde bel ve boyun ağrılarından
şikayet ediyoruz. Peki ama bu şikayetlerin
olmasını engellemek için ne yapmalıyız? İş
ortamı şartlarımızın uygun olmasının, bu
ağrıların hiç yaşanmamasını sağlamasın-
daki öneminin farkında mıyız? Hayatımızın
önemli bir parçası haline gelen bilgisayar-
larımızı doğru pozisyonda mı kullanıyoruz?

Boyun sorunları, bel sorunları, yumu-
şak doku bozuklukları (sinir sıkışmaları,
kas gerginlikleri, dolaşım bozuklukları, aşırı
kullanım bozuklukları) büro-ofis çalışan-
larında çok sık görülmektedir. Bel ağrıları,
tıbbi harcamalar ve hastaların çalışmadığı
günlerin fonksiyonel kaybı nedeniyle ma-
liyeti en yüksek olan hastalıklardandır. El
bileği ve elin, dirsekler, omuzlar ve boyunun
kötü pozisyonlarda kullanımı, kötü pozis-
yonda oturma, uzun süreli aynı pozisyonda
çalışma, çevresel etkenlerin (aydınlatma,
sıcaklık, nem) yetersizliği gibi fiziksel risk
etkenlerinin yanında iş memnuniyetsizliği,
ağır iş yükü, sorumluluğu gibi psikososyal
etkenler de **Mesleki Kas İskelet Hastalıklarının**
gelişiminde rol oynar.

Kas İskelet Sistemi Hastalıkları hekim ta-
rafından değerlendirilip tanısı konulduktan
sonra, tedavisi için ilaç, fizik tedavi, egzersiz,
cerrahi gibi yöntemler kullanılabilir. Fakat
öncelikli amacımız çalışanlarda kas iskelet
sistemi rahatsızlıkları gelişmeden önce, işe
özgü rahatsızlıklardan bireyleri korumak için
ofis ergonomisine önem vermek olmalı. Er-
gonomi alanında insanların sağlıklı ve üret-
ken şekilde çalışmaları ve sakatlanma riskini
en aza indirerek en yüksek verimi almaları
için çalışmalar yapılmaktadır.



Böylesine sık görülen, günlük yaşantıyı
etkileyen ve iş gücü kaybına sebep olarak
tedavi maliyetinin yükselmesine neden olan
rahatsızlıkların yaşanmaması için, çalışırken
bazı önemli noktalara dikkat edilmelidir.

* Sandalye, ayakların rahat hareket
etmesine, hatta uzatıldığında bile yere düz
basabilmelerine izin verecek biçimde alçak
olmalıdır. Klavyeye erişmek amacıyla koltuk
yükseltildiğinde ayaklar için ek bir destek
kullanılmalıdır.

* Yüksek arkalığa sahip sandalyede otu-
rulmalıdır. Sandalyenin arkılığı, sırtı ve beli
desteklemelidir.

* Kalça-bacak açısı 130° olmalıdır.

* Monitör göz seviyesinden aşağıya yer-
leştirilmelidir.

* Klavye bilek-el düzleminin yatay olaca-
ğı biçimde kullanılacak mesafede olmalıdır.

* Dirsek, ön kol ve bileklerin sert yüzey-
lere dayanmasından kaçınılmalıdır.

* Masa başında, bel değil tüm vücut
döndürülerek hareket edilmelidir.

* En sık kullanılan eşyalar en yakına yer-
leştirilmelidir.

* Yüksek yerdeki eşyalar, uzanmadan, ta-
bureye çıkılıp, gövdeye yakın olarak alınma-
lı ve taşınılmalıdır

* Ani boyun hareketlerinden sakınılmalıdır.

* Az süreli ama sık sık ara vermek ge-
rektilidir. Uzun süre aynı postürü koru-
mak zararlıdır.

* Germe egzersizleri belirli bir pozisyon-
da uzun süre oturmaktan doğan rahatsızlığı
azaltır.

Unutulmamalıdır ki, kas iskelet sistemi
rahatsızlıklarında öncelikli amacımız bu
hastalıkların gelişiminin önlenmesidir. ▶



DEPRESYON VE BESLENME



Günümüzün en büyük problemlerinden biri **Depresyon**. Bu zor durumu tıbbi destek, psikolojik yardım ve kendimize olan inancımızla atlatmaya çalışıyoruz elimizden geldiğince. Depresyonun umut verici yanı tedavi edilebilir olmasıdır. İlginç olansa, bazı besin öğelerinin de bize bu konuda yardımcı olabileceği gerçeği!

İlk kez depresyonun tanımlanması **Hi-pokrat dönemi**ne kadar eskilere uzanır. Depresyonun temelinde kişinin daha önceden isteyerek ve severek yaptığı günlük aktivitelere karşı isteksizlik ve hayattan zevk alamama durumu vardır. Ek olarak kişide kederli ve üzgün bir duygu durumu ile birlikte görülen bazı değişiklikler zamanla

oluşur. Bu durumda kişi her şeyi olumsuz olarak değerlendirerek, karamsar bir şekilde geçmişi ve geleceği düşünmeye başlar. Ayrıca kişi **huzursuzluk, yorgunluk** ve **depresyon** olmak üzere **aşırı iştah** veya **iştahsızlık** gibi çeşitli belirtiler de gösterebilir. Bu durumda, **mutluluk hissi**ni sağlayan **serotonin, noradrenalin** gibi salgıların artırılmasıyla, depresyon yanında istenmeyen bir durum olan iştahsızlık ya da aşırı iştah semptomlarının da düzelmesi sağlanabilir.

Birçok depresyonlu hastada **folik asit** düzeyleri düşük bulunmuştur. **B12** (kobalamin) vitamini yetersizliği olanlardaysa daha fazla depresyon riski saptanmıştır. İyi kalite proteinli besinlerle beslenenlerde B12 ihtiyacı azalabilir. Günlük ihtiyaç **1.5-2**

mg'dir. En çok bulunduğu besinler **et, karaciğer, böbrek, tahıllar** ve **kuru baklagiller**dir.

Depresyonlu hastaların bir çoğunda **B6 vitamini**nin de düşük olduğu görülmüştür. Bu vitamin sadece hayvansal kaynaklı besinlerde bulunmaktadır. Günlük B12 vitamini gereksinmesi 2 mcg'dır. En çok bulunduğu besinler **et, süt, peynir, yumurta** ve **balıktır**. B12 vitamini bitkisel besinlerde bulunmaz. **Oral kontraseptiflerin** (doğum kontrol hapının) B6 (piridoksin) vitamini tüketimini artırarak depresyona yol açması olasıdır. Noradrenalinin ham maddesi olan tirozin düzeyleri de doğum kontrolü hapı kullananlarda düşmektedir. Bu durum hap kullananlarda daha sık depresyon görülmesinin nedeni olabilir. B6 vitamini adet önce-



si görülen depresyonu da hafifletebilir.

Depresyonu olan kişilerin önemli bir bölümünde **çinko** düzeyleri de düşük bulunmuştur. **Demir** ise, **dopamin sentezi** için gerekli olduğundan önemli bir yere sahiptir. **Magnezyum yetersizliği** depresyondan psikoza çeşitli **psikatrik semptomlara** neden olabilmektedir. Diyetle gereksinmelerin karşılanamadığı durumlarda vitamin-mineral desteklerine başvurarak bu eksikleri kapatabiliriz.

Kefirde **triptofan**, **magnezyum** ve **kalsiyum** içeriğinin yüksek olmasına bağlı olarak depresyon tedavisinde yer alabilecek bir içecektir. Benzer özellikler **yoğurtta** da mevcuttur. **Alkol** ise, geçici olarak **Prostaglandin E1** düzeyini artırarak **hafif depresyonları** düzeltir. Alkol bitince düzeyler tekrar düşer ve tekrar depresyona girmeniz kaçınılmazdır.

Tedavi edilmemiş ya da düzenli tedavi görmemiş **çölyak hastalarında** ishal, karın şişliği ve büyüme geriliğinin yanında dep-



Kötü beslenme depresyonu kolaylaştırıyor Dengeli beslenme depresyona iyi gelir."

resyon ve içe kapanıklılık da çok yaygındır. Diyet tedavisini düzgün kullanan çölyak hastalarında ise depresyon hızla düzelir. Bir diğer nokta da tatlandırıcı kullanımıdır. Örneğin **aspartam** adlı tatlandırıcının **%50'si fenilalanindir** ve aşırı kullanımı, **triptofanın** beyin hücrelerine geçişini azaltarak depresyona yol açabilir.

Bir çok vitamin ve mineral sağlığımız üzerinde gösterdikleri olumlu ve olumsuz etkileri psikolojimiz üzerinde de gösterebiliyor. Öyleyse, hem beden hem de ruh sağlığımız için yeterli ve dengeli beslenmek doğru bir davranış olacaktır. ▶





DAHA İYİ BİR YAŞAM İÇİN 20 PRATİK BİLGİ

Günlük beslenmede çeşitlilik olması, besin öğelerinden iyi şekilde faydalanabilmek için önemlidir. Tek tip diyetler veya sınırlayıcı detoks gibi uygulamalar, uzun dönemde vitamin ve mineral yetersizliklerine sebep olabilir. Bazı besinlerin faydaları ve diyetinizde yer vermek için kolay ipuçlarını şöyle sıralayabiliriz;

1.Fındık, badem, ayçekirdeği, zeytin, ıspanak, kuşkonmaz E vitamini içerir. Her gün 25-30 gr. fındık yemek, günlük E vitamini ihtiyacının tamamını karşılar.

2.Demir eksikliği nedeniyle pekmez tüketme alışkanlığınız varsa bunu C vitamini deposu meyvelerle (tüm narenciyeler) yapabilirsiniz.

3.Hayvansal ürünler içerisinde en iyi protein kalitesine sahip yumurta; A, B, D, E, K grubu vitaminleri bakımından, demir ve fosfor gibi mineraller açısından zengindir.

4.Yoğurttaki laktoz miktarı, süte göre yarı yarıyadır. Bu nedenle sabah kahvaltıda yenilen yoğurt, sindirimi kolaylaştırıp, bağırsakların çalışmasına yardım eder.

5.Sigara bırakıldığında kan şekerinde düzensizlik oluşabilir, tatlı yiyecekler isteyebilirsiniz. Bu ihtiyaç, kuru ve taze meyvelerle karşılanabilir.

6.Kırmızı biber; A, B6 ve C vitamini bakımından zengindir. Aynı zamanda manganez, niasin, potasyum ve lif içerir. Kahvaltıda da tercih edebilirsiniz.

7.Badem özellikle potasyum ve E vitamini; antep fıstığı ise B6 vitamini açısından zengindir. Fındık, folat ve kaju, magnezyumun çok iyi kaynaklarıdır.

8.Suya eklenen greyfurt, C vitamini içeriği dolayısıyla, canlılık verebilir ve güne başlarken kendini iyi hissetmenizi sağlayabilir. Ancak yağları eritmez.

9.Mandalina, C vitaminiyle bedenimizin hastalıklara karşı direnme gücünü artırır. Yüksek



sek orandaki potasyum içeriğiyle yüksek tansiyonu düşürmeye yardımcı olur.

10.Likopen, bilinen en etkili antioksidandır ve en fazla domateste bulunur. Ayrıca ketçap, domates salçası, sosu ve püresinde de bol miktarda vardır.

11.İhlamur göğsü yumuşatıp, balgam söktürür. Zencefil, rezene, anason, kekik otu gibi bitkiler de soğuk algınlığı ve gribe karşı son derece yararlıdır.

12.Daha fazla enerji için nohut ve kırmızı biber, iyi bir görüş için ıspanak ve avokado, pürüzsüz bir cilt için domates ve zeytinyağı birlikteliğinden faydalanın.

13.Günde iki adet orta büyüklükte elma yemek, kolesterol seviyesini yüzde 16 oranında düşürür. Elma ayrıca mükemmel bir anti-oksidan kaynağıdır.

14.Keten tohumu, omega-3 kaynağı olmasının yanı sıra yoğurtla bir çay kaşığı tüketildiğinde sindirim sistemini düzene sokar.

15.Kerevize özel kokusunu veren fitalid

adlı madde, damarların gevşemesini sağlar. Kereviz, antioksidan olup, sindirim sistemini rahatlatıcı bir etkiye sahiptir.

16.Pekmez, demir bakımından zengin, kırmızı kan hücre oluşumunda etkili bir besindir. Bir çorba kaşığı pekmezin içinde yumurtadan üç kat fazla demir vardır.

17.Mide yakınmalarınız ve reflünüz varsa gıdaları çok sıcak veya soğuk tüketmeyin. Sıvıları öğün aralarında alın.

18.Meyve suyundan vazgeçemiyorsanız kaloriyi azaltmak için sulandırın ya da maden suyu ekleyin. Çünkü bir çay bardağı meyve suyu, bir porsiyon meyveye eşdeğerdir.

19.Kimyon, sindirimi kolaylaştırıcı etki gösterir. Gaz söktürücü ve sinirleri yatıştırıcı etkisi de vardır. İçeriğindeki bileşenlerle bağırsıklık sistemini destekler.

20.Yulaf kepeğinin kendi yapısında betaglukan isimli suda çözünebilir bir lif bulunur. Bu lif, kolesterolü düşürür, kan şekerini azaltır, kan basıncını düzenler.



KASIM 2013 - BEŞ BÜYÜK KITA KALİTE VE MÜKEMMELLİK ÖDÜLÜ

Fransa merkezli Otherways Kuruluşu tarafından Beş Büyük Kıta Kalite ve Mükemmellik Ödülü İsviçre'de Kempinski Otel'de düzenlenen uluslararası törende Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'ne Kasım 2013'de verildi.

■ ■ ■



EKİM 2013 - WORLDLOB KURUMSAL MÜKEMMELLİK ÖDÜLÜ

Merkezi ABD'nin Houston kentinde bulunan Dünya İşletmeler Konfederasyonu'nun (World Confederation of Businesses – WORLDLOB) Kurumsal Mükemmellik Ödülü Ekim 2013'de Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'ne verildi.

■ ■ ■



HAZİRAN 2013 - KALİTE VE İŞLETME PRESTİJİ ALTIN ÖDÜLÜ

KKTC Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'ne İtalya'nın Başkenti Roma'da TC Vatikan Büyükelçisi, Roma Büyükelçisi Maslahatgüzarı ile KKTC Roma Temsilcisi'nin de katıldığı uluslararası törende Haziran 2013'de Kalite ve İşletme Prestij Altın Ödülü verildi.

■ ■ ■



NİSAN 2013 - ULUSLARARASI ALTIN KALİTE ÖDÜLÜ

Yakın Doğu Üniversitesi (YDÜ) Hastanesi'ne Almanya'da Uluslararası Altın Kalite Ödülü verildi. Almanya'da 26'sı düzenlenen Avrupa Uluslararası En İyi Ödüller Gala Töreni'nde KKTC, Yakın Doğu Üniversitesi (YDÜ) Hastanesi'ne Nisan 2013'de Altın Kalite Ödülü verildi.

■ ■ ■



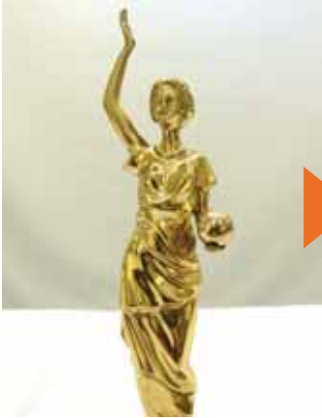
ARALIK 2013 – AVRUPA TOPLULUĞU EN İYİ UYGULAMA ÖDÜLÜ

Merkezi İsviçre'nin Lozan kentinde bulunan Avrupa Topluluğu Kalite Araştırma Kuruluşu'nun (ESQR) sağlık alanında verdiği Avrupa En İyi Uygulama Ödülü bu yıl Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'ne Aralık 2013'de verildi.



KASIM 2013 – KURUMSAL GELİŞİMDE KALİTE ÖDÜLÜ

Dünyadaki sağlık hizmetleri ile medikal turizmin bu günüyle geleceğinin değerlendirildiği ve 200'den fazla görsel etkinlik ile 100'den fazla konuda uzmanın konuşma yapıldığı kongrede Kurumsal Gelişimde Kalite Ödülü'nün Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'ne Yrd. Doç. Dr. İrfan S. Günsel'e sunuldu.



TEMMUZ 2013 – EN İYİ ÜNİVERSİTE ALTIN ÖDÜLÜ

İsviçre'nin Montreaux kentinde XXI'si gerçekleştirilen Liderler Zirvesi'nde (Swiss Summit of Leaders) Dr. Suat İ. Günsel'e Sokrates, Yrd. Doç. Dr. İrfan S. Günsel'e de En İyi Üniversite Altın Ödülü verildi.



2013 – SOCRATES ÖDÜLÜ

İngiltere kökenli Oxford Europe Business Assembly (EBA) Değerlendirme Kurulu tarafından önceki yıllarda TC Cumhurbaşkanı Abdullah Gül, Rusya Başbakanı Viktor Chernomyrdin, Avrupa Parlamentosu Polonya üyesi Barbara Kudrycka'ya layık görülen "SOKRATES" Ödülü, Dr. Suat İ. Günsel'e takdim edildi. Kendi alanlarında yaptıkları çalışmalarla uluslararası toplumun sosyal, ekonomik, kültürel gelişimine ve uluslararası işbirliğine katkılarından ötürü kişilere, kurumlara ve kuruluşlara verilen Uluslararası Sokrates Ödülü'nün bu yıl ülke ve dünya eğitimine yaptığı sürdürülebilir katkılardan dolayı Yakın Doğu Üniversitesi Kurucu Rektörü Dr. Suat İ. Günsel'e verildi.



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ



MEDİKAL TURİZM'DE EN İLERİ TEKNOLOJİYİ,
GÜNCEL BİLGİ VE YÜKSEK KONFORLA BİRLEŞTİREREK
KUZEY KIBRIS'TA FARK YARATIYORUZ...



www.cyprushealth.eu
www.neareasthospital.com
Kuzey Kıbrıs: +90 392 675 10 00





YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ



*"Ülkesine ve Toplumuna Kendi Hikayesini
Yazdırabilecek Öğrenciler Yetiştirir"*



www.neu.edu.tr