

ÜCRETSİZ
ALABİLİRSİNİZ

YAKIN SAĞLIK

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ DERGİSİ

SAYI 02 • Sonbahar - Kış / 2014 - 6 ayda bir yayınlanır

AŞI TEDAVİSİ
ALERJİYE ÇÖZÜM
OLABİLİR Mİ?

ÇOCUK VE
ERGENLERDE
TİP 2 DİYABET
GELİŞİR Mİ?

REFLÜ HAKKINDA
BİLMENİZ GEREKENLER

AMAN DİKKAT:
ZATÜRRE

BAĞIŞIKLIK SİSTEMİNİZİ
BESİNLERLE GÜÇLENDİRİN



Hayallerinizin Bir Rengi Olmalı.



b **NEAR EAST BANK** YAKIN DOĞU

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



- 04** Mütevelli Heyeti Başkanı
- 05** YDÜ Hastanesi Dekanı
- 07** Önsöz
- 08** Katkıda Bulunanlar
- 12** Kalp Sağlığı
- 16** Fonksiyonel Burun Estetik Cerrahisi
- 18** Skolyoz
- 22** Ağrısız Yaşlanalım
- 24** Aknede Neler Oluyor?
- 26** Bariatrik Cerrahi
- 30** Yeni Doğan Bebeklerde Dudak - Damak Yarıkları
- 34** Bağışıklık Sisteminizi Besinlerle Güçlendirin
- 36** Alerji Aşı Tedavisi
- 38** Çocuklarda Astım
- 40** Çocuk ve Ergenlerde Tıp 2 Diyabet Gelişir mi?
- 44** Yetişkinlerde Dikkat Eksikliği
- 46** Diyabet ve Egzersiz
- 49** Saç Ekiminde FUE Yöntemi
- 50** ESWL Tedavisi
- 52** Fibrokistik Meme
- 54** Reflü Hastalığı ve Tedavisi
- 56** Zatürre
- 58** Göz Yorgunluğu
- 60** Grip ve Grip Aşıları
- 62** Sigaranın Esareti
- 64** Kanser Genetik mi?
- 68** Laparaskopi ve Laparoskopik Rahim Ameliyatı
- 70** Felçte Erken Müdahale
- 72** Okul Çağındaki Çocuklarda Okul Korkusu
- 75** Glokom
- 76** Organ ve Doku Nakli
- 80** Meme Kanserinde Bir Rol Model: Angelina Jolie
- 82** Gelişimsel Kalça Displazisi Tarama ve Takibinde Ultrasonografi
- 84** Solunum Rehabilitasyonu
- 87** Duyuru: KKTC'nin İlk Hayvan Hastanesi Açıldı
- 88** Vezikoüreteral Reflü
- 90** Güncel Haberler
- 94** Bulmaca



12



44



49



88

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



İLKLERİN VE YENİLİKLERİN TEMSİLCİSİ YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ

Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'nin altı aylık süreli yayın organı olarak hizmet veren **Yakın Sağlık** dergimizin ikinci sayısıyla karşınızda olmanın mutluluğunu yaşıyoruz. Ülkemizde, dünyada ve Yakın Doğu hastanemizde sağlık bilimleri ile tıp alanında kaydedilen güncel bilgi ve gelişmeleri, hastalıkları, tedavi yöntemlerini insanımıza en etkin şekilde anlatmayı hedefleyerek yayımladığımız Yakın Sağlık Dergisi'nde, hastanemizin uzman ve deneyimli doktorları bilgi ve tecrübelerini aktarmaktadır.

Her geçen gün yenilik ve atılımlar gerçekleştirerek büyüyen, sağlıkla ilgili her şeyi bir bütün olarak hayata geçiren hastanemiz, bu çerçevede logosunda da değişikliğe giderek yenilikçi bir kimliğe bürünmüştür. Aynı zamanda Yakın Doğu hastanemize bağlı yeni açılan **Girne, Magosa ve Güzelyurt** polikliniklerimiz ile ülkemizde poliklinik hizmetlerini en üst düzeyde sunmaktayız. Çünkü Yakın Doğulu olmak, değişimi gerçekleştir-mektir. Yakın Doğu'lu özgün ve özgürdür. Yakın Doğu'lu fark yaratır.

Kurulduğu günden bu yana sağlık alanındaki bütün gelişmeleri yakından takip ederek, en üstün imkanları hastalarımıza sunmayı amaçlayan Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi hem sağlık kadrosuyla hem de teknolojik altyapısıyla her yıl **Kıbrıs'a**, Kıbrıs toplumuna ve tüm insanlara katkılarda bulunmaya, hep daha ileriye giderek yenilikçi aşamalar kaydetmeye devam etmektedir.

Sağlık alanındaki güncel gelişmelerin sürekli takip edilerek, yaşam boyu yararlanılacak bilgi ve deneyimlerin kazandırıldığı **Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu**'nda, doktorların sağ kolu niteliğinde sağlık teknikerleri yetiştirilmektedir. Yeni dönemde **Ağız ve Diş Sağlığı, Eczane Hizmetleri, Çocuk Gelişimi, Diyaliz Teknikerliği ve Radyo-**

terapi Teknikerliği olmak üzere **5 yeni bölüm** daha açılmıştır. Teorik bilgilerin, modern teknoloji ile bir arada donatıldığı Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'nde yapılan eğitimlerde; **bilgili, deneyimli, teknolojiye hakim, insan odaklı ve mesleğini severek uygulayan doktorlar, bilim insanları**, hem **KKTC**'nin hem de **Türkiye**'nin sağlık sistemlerinde her zaman ihtiyaç duyduğu, nitelikli sağlık personelleri yetiştirilmektedir.

Kuzey Kıbrıs'ın ilk ve tek tıp fakültesi hastanesi olan Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi, her yıl dünyanın çeşitli ülkelerinden **sürdürülebilir güvenilirlik** ve **mükemmellik** ödülleri alarak uluslararası boyutta örnek gösterilen bir konumda bulunmaktadır. Üniversitenin sadece **2013** yılında uluslararası kuruluşlardan aldığı ödül sayısı **sekizi** bulmuştur. Diş Hekimliği Fakültesi Hastanesi ise, **Joint Comission International (JCI)** tarafından dünyada kalitesi **tam puanla** onaylanmış ilk **Diş Hekimliği Fakültesi Hastanesi**'dir.

En son **21 Eylül 2014** tarihinde, hastanemize **Amerika, Avrupa, Asya ve Afrika** kıtalarından uluslararası katılım ile **İsviçre**'nin **Cenevre** şehrinde 15'si düzenlenen törende, **kurumsal başarı, kurumsal kalite, kurumsal yenilik, hizmette mükemmellik, teknoloji kullanımı, müşteri hizmetleri, kurumsal prestij, ISO9000 ve QC100 kriterlerine** uygun olarak **Yıldız Kalite Ödülü** layık görülmüştür.

Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi, her zaman etik değerlerden ödün vermeden çalışacak, bugün olduğu gibi gelecekte de tüm dünya insanların yanında olmaya devam ederek, Kıbrıs'ın sağlık üssü olacaktır. ►

Doç. Dr. İrfan S. GÜNSEL

Mütevelli Heyeti Başkanı

YDÜ TIP FAKÜLTESİ

1 988 yılında kurulan Yakın Doğu Üniversitesi **100'e** yakın farklı ülkeden gelen seçkin öğrencileriyle, 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 **9. 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 Adası'nın o dönemdeki tek Tıp Fakültesi olarak İngilizce dilinde eğitim/öğretime başlamıştır.

Fakültemiz, Yakın Doğu Üniversitesi **Diş Hekimliği, Eczacılık, Sağlık Bilimleri ve Veteriner Fakültesi** ile birlikte Sağlık Kompleksi'nde yerini başarı ile almış olup **55.000 m²** inşaat alanında iki sene boyunca **600 kişi**nin gece gündüz emek vererek çalışması ile ortaya çıkmış modern donanımlı üniversite hastanemiz, tıp fakültesi üniversite hastanesi ile bir bütünlük kazanmıştır.

Altıncı yılında genç bir fakülte olan Yakın Doğu Üniversitesi 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, öğ-**



Prof. Dr. Gamze MOCAN KUZÉY

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



renmenin 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 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 gerçekleşmektedir.

Yurtdışı kongrelerde bilimsel çalışmalarımızın kabulü ve sunulması, prestijli Tıp dergilerinde yayımlanan medikal makalelerimizle **Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’ne** uygulanan ambargo bilimsel yönden ortadan kaldırılmaktadır.

Fakülte olarak vizyonumuz, hem tıp eğitiminde hem de 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 birçoğunuz 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. Yakın Doğu Üniversitesi 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 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 üye 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. ■

Yakın Sağlık Dergisi'nin 1. Sayısı, İlkbahar / Yaz 2014, büyük bir heyecanla meslektaşlarımızın özenle hazırladığı tıbbi makalelerle hazırlandı ve yayınlandı. Emeği geçenlere sonsuz teşekkürler.

Büyük bir özveri ve güvenle hazırlanan 2. sayıya kavuşmuş bulunuyoruz. Meslektaşlarımızın ellerine ve yüreklerine sağlık. **Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi**'nin misyonu, ülke insanının kendi ülkesinde, kendi evinde gibi hissedecek en son teknoloji ile en etkin ellerde hizmet almasını sağlamaktır. Yıllarca sağlık sorunları için bin bir zorlukla yurt dışına giden, **Güney Kıbrıs**'ta çare arayan ülke insanı, sağlık sorunlarını kendi ülkesinde, kendi evinde çözebildiği için huzurludur ve kendini son derece güvende hissetmektedir. Bu nedenle **Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi** olarak mutluyuz, gururluyuz.

Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi genelde Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, özelde ise Özel Hastane konseptindedir. Bu nedenle özel hastanelerde olduğu gibi doktor ve hemşire değişimi devlet hastanelerinden farklı olarak fazladır. Bazı hocalarımız özel nedenlerle ayrılmışlar, onlara sağlık ve başarılar dileriz.

Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi ailesine yeni katılan meslektaşlarımızla kadromuz genişlemiştir. Göz Hastalıkları AD'ye bir uzman arkadaşımız tam zamanlı olarak katılmıştır. **Uzm. Dr. Füsun Uzunoğlu** vitreoretinal cerrahide çok başarılı bir hocamız. **Prof. Dr. Osman Çekiç** yarı zamanlı olarak kadromuzda olacaktır. Radyoloji AD'de özellikle

Çocuk Radyolojisi'nde eğitim almış **Prof. Dr. Murat Kocaoğlu**, İç Hastalıkları AD'de Alerji ve İmmünoloji-Romatoloji **Uzmanı Dr. Arzu Didem Yalçın**. Nükleer Tıp AD'de **Prof. Dr. F. Suna Kırış**. Kadın Hastalıkları ve Doğum AD'de Tüp bebekte de deneyimi olan **Uzm. Op. Dr. Burcu Özbakır** göreve başlamıştır. Organ Nakil Merkezi'nde görev yapacak olan **Prof. Dr. Alp Gürkan** ile protokol imzalanmıştır.

Ülkemiz insanına kendi ülkesinde ilkleri yaşatmak için çalışmalarımız devam etmektedir ve bilinmelidir ki, tıbbi ve etik değerlerden ödün vermeden hastalarımızın kendi ülkesinde, kendi evinde gibi ailesi yanında nakil operasyonunun yapılması için tüm ekip hazırdır ve nakil için hasta takipleri yapılmaktadır.

Yakın Doğu Dergisi'nin 3. sayısında nakil yapılan hastalarımızın ve daha çok ilklerin ülkemiz insanına yaşatmak için özveri ile çalışmalarımız devam etmektedir.

Halkımıza müjdelemek istediğimiz önemli çalışmalarımızdan biri de sağlık hizmetini daha kolay alabilecekleri ortamı sağlamaktır. Bu nedenle **Güzelyurt, Mağusa** ve **Girne**'de Yakın Doğu Hastanesi Sağlık Merkezleri çok yakında hizmet vermeye başlayacaktır.

Dergimizi yayına hazırladığımız devrede, Yakın Doğu Üniversitesi tarafından üretilen **Güneş Tanrısı NEU-RA 25**'in **South Africa Solar Challenge Uluslararası Otomobil Yarışı**'nda **KKTC**'yi adı ve kaynağı ile temsil etmesinin büyük gurur ve mutluluğunu yaşıyoruz. Başarıların devamını heyecanla izleyeceğiz. ▶



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. Hasan Besim

1984-1990 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi eğitimini tamamlayarak "Tıp Doktoru" ünvanı aldı. Ardından Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Genel Cerrahi alanında uzmanlık eğitimine başladı ve 1991 ile 1995 yılları arasında eğitimini tamamlayarak "Genel Cerrahi Uzmanı" ünvanı aldı. 14 Mart 2011 tarihinde "Genel Cerrahi Profesörlüğü" ünvanını alan Dr.Hasan Besim halen Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığı'nda görev yapmaktadır.



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 Alerji-İmmünoloji Bilim Dalı'nda Alerji Yan Dal Uzmanlık Eğitimi'ni tamamlayarak Çocuk Alerji Uzmanı, 1998-2000 yılları arasında ise Çocuk İmmünolojisi Eğitimi'ni tamamlayarak Çocuk İmmünoloji uzmanı oldu. 2002 yılında Doçent, 2007 yılında Profesör oldu.



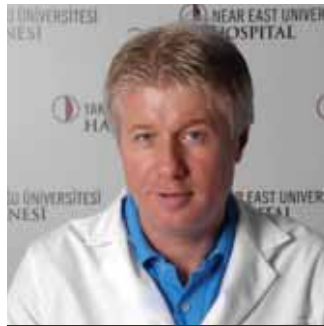
Prof. Dr. Mustafa Asım Şafak

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.



Doç. Dr. Levent ÇELEBİ

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesini 1996 yılında bitirdi. 2000 yılında Ortopedi ve Travmatoloji Uzmanı, 2006 yılında Ortopedi ve Travmatoloji Doçenti oldu. 1996-2010 yılları arasında Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde, Asistan Dr., Uzman Dr., Başasistan ve Klinik Şef Yardımcısı olarak çalıştı. 2005-2006 yıllarında Amerika Birleşik Devletleri'nde Twin Cities Spine Center, Minneapolis-Minnesota'da Omurga Cerrahisi üzerine çalıştı. Özel ilgi alanları Omurga Cerrahisi, Çocuk Ortopedisi ve Ortopedik Travmatolojidir. Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesinde yarı zamanlı olarak çalışmaktadır.



Prof. Dr. Rüveyde Bundak

Prof. Dr. Rüveyde Bundak 28 kasım 1952'de Kıbrıs, Baf'da doğdu. 1978'de İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden mezun oldu. 1984 yılında İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlığını alan Rüveyde Bundak aynı kurumda 1987 yılında yardımcı doçent, 1990'da doçent, 1996 yılında da profesör oldu.



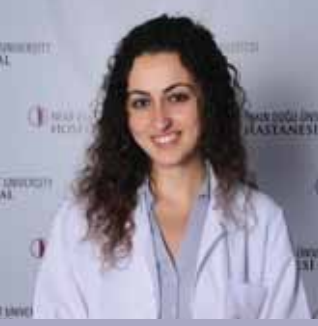
Yrd. Doç. Dr. Nilüfer Galip Çelik

1999'da Akdeniz Üniversitesinde başladığı Tıp Fakültesi'nden 2005 yılında mezun oldu. 2006-2010 yılları arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimini tamamladı.



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. Pembe Hare Yiğitoğlu

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



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.



Uzm. Dr. Levent Cerit

1995-2001 yılları arasında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni başarı ile tamamlayıp Tıp Doktoru ünvanını aldı. 2004-2009 yılları arasında Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Denizli'de Kardiyoloji üzerine uzmanlığını tamamladı. 2013 Haziran ayından itibaren Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'nde tam zamanlı çalışmaktadır.



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

1965'de Danimarka'da doğdu. 1992 yılında Güney Danimarka Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 2000 yılında Güney Danimarka Üniversitesi Göğüs Hastalıkları, Astım ve Alerji üzerine Doktora eğitimini aldı. 2001 yılında Ulusal Sağlık Kurulu, Güney Danimarka Üniversitesi'nde Göğüs Hastalıkları Uzmanlığı'nı alıp 2006-2008 yılında Güney Danimarka ve Aarhus Üniversitelerinde Göğüs Hastalıkları Doçentliği'ni almış ve 2010 yılında ise Profesör olmuştur. Güney Danimarka Üniversitesi'nde Göğüs Hastalıkları ve Alerji Anabilim Dalı Başkanlığı yanında Akciğer Hastalıkları ve Akciğer Transplantasyon Ünitesi Başkanlığı görevlerini yürütmüştür. 2010 yılında Doctor of Science DMS-thesis tamamlayıp Doctor of Science ünvanını almıştır.



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.



Yrd. Doç. Dr. Mehtap Tınazlı

16.02.1971'de Kars doğumludur. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Üniversite eğitimini tamamladıktan sonra, Dahiliye ihtisasını da Nisan 2011'de İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapmıştır. Branşı ile ilgili özel ilgi alanları Diyabet ve Romatolojik hastalıklardır.



Doç. Dr. Arzu Babayigit Hocaoglu

1993-1999 Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun olduktan sonra, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlığı'nı yaptı. 2004-2010 yılında Çocuk Alerji Hastalıkları Yan Dal Uzmanlığı yaptı. 2010 yılında "Doçentlik" ünvanını aldı.



Doç. Dr. H. Mete İnançlı

1978 yılında Sakarya'da doğdu. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirdi. Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Kulak Burun Boğaz Baş ve Boyun Cerrahisi dalında uzmanlık eğitimini 2008'de tamamladı. Horlama(uyku apnesi) Cerrahisi, Endoskopik Sinüs Cerrahisi, Endoskopik Paratiroidektomi, Tiroid Cerrahisi, Otoplasti ve Rinoplasti, Kulak Cerrahisi ve Baş Boyun Kanseri Cerrahisi ile ilgilenmektedir.



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 Uzmanlığı'nı aldı.



Uzm. Psikiyatrist Dr. Ece Uslu

2007 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni başarı (A2 ortalama) ile mezun olarak Tıp Doktoru oldu. Ardından Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimini tamamladı.



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 Başşekim 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 Hastalıkları Uzmanı oldu. 2010 yılında Yakındoğu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Bölümü'nde Yrd. Doç. Dr. olarak görevine devam etmektedir.



Yrd. Doç. Dr. Barış Kaya

Tıp eğitimini İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi'nde tamamladı. Ardından İzmir Ege Doğumevi Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Kadın Hastalıkları ve Doğum ihtisasını tamamladı. Kişisel ilgi alanları Minimal İnvazif Cerrahi (Laparoskopik cerrahi), ürojenekolojik operasyonlar, prenatal invazif prenatal testler (amniyosentez, CVS) ve postpartum hemorajilerin konservatif yönetimidir.



Prof. Dr. Hikmet Solak

1985 yılında Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'nden mezun oldu. 1986 yılında Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Diş Hastalıkları ve Tedavisi Anabilim Dalı'nda 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 KKTC Yakın Doğu Üniversitesi arasındaki protokol gereğince Yakın Doğu Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'ne Kurucu Öğretim Üyesi olarak atandı. Halen Yakın Doğu Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Başşekimi olarak çalışmaktadır.



Uzm. Dr. Füsün Uzunoğlu

1 Eylül 2014'den itibaren Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'nde full time göreve başlayan Uzm. Dr. Füsün Uzunoğlu, İstanbul 1954 doğumludur. 1972 Kadıköy Maarif Koleji'ni bitirdikten sonra, 1978 Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'ni başarı ile tamamladı. Ardından 1982 yılında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Polikliniği'nde uzmanlığını aldı.



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.



Dr.Dt.Beste Kamiloğlu

1977-1982 Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'nden mezun olduktan sonra aynı yıl Fakültenin Ortodonti Ana Bilim Dalı'nda doktora eğitimine başlamıştır. 1984 yılında yeterliliğini, 1987 yılında "Farklı Yüz-İskelet Yapısına Sahip Bireylerde Mandibuler Simfizinin Alan ve Boyutlarının İncelenmesi" konulu tezi ile Doktorasını tamamlamıştır. YDÜ Diş Hekimliği Fakültesi'nin KKTC'deki kurucu üyesi olup 1 Ekim 2007 yılından itibaren Ortodonti Ana Bilim Dalında danışman ortodontist olarak ve 2003 yılından beri de Başşekim yardımcılığı olarak idari görevini sürdürmektedir.



Prof. Dr. Erkan Kaptanoğlu

1990 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1997 yılında Ankara Numune Hastanesi'nde ihtisasını tamamlayarak Beyin ve Sinir Cerrahisi uzmanı oldu. 2004 yılında Doçent oldu. Ocak 2005 tarihinde Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde İleri Nörolojik Bilimler Doktorası'nı tamamlayarak Bilim Doktoru (PhD) ünvanını aldı. 2010 yılında Yakındoğu Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Profesörlüğe atandı. Halen Kıbrıs'ta Yakındoğu Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroşirürji Anabilim Dalı Başkanı olarak görev yapmaktadır.



Prof. Dr. Nedime Serakıncı

1992 yılında İstanbul Üniversitesi Biyoloji Bölümünden mezun oldu. 1993'de İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim dalında master eğitimi aldı. 2003'de Tıbbi Genetik Doçentliği'ni 2007'de ikinci çalışma alanı olan yaşlanma ve kök hücre genetiği dalında ikinci doçentliğini aldı. 2011'de Tıbbi Genetik ve Kök Hücre Genetiği Bölümleri'nden Profesörlüğünü aldı.



Yrd. Doç. Serap Soytaş İnancı

2000 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İngilizce Tıp bölümünden mezun oldu. İç Hastalıkları Uzmanlığı'nı 2005 yılında Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden aldı. 2006-2007 yılları arasında Ankara Üniversitesi Geriatri Anabilim Dalında İç hastalıkları uzmanı olarak çalıştı. 2008 yılında Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Uzmanlık eğitimine Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde başlamış ve 2011 yılında Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Uzmanı olmuştur. Tiroid hastalıkları, Tiroid kanseri, Tiroid Ultrasonografisi, Ultrasonografi eşliğinde tiroid ince iğne aspirasyon biyopsisi, Hipofiz bezi hastalıkları (prolaktinoma), Obesite, Osteoporoz ve Diyabet ile ilgilenmektedir.



Yrd. Doç. Dr. Ulaş Yavuz

1991-1998 Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 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.



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 Dalı'nda 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.



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.



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. Murat Kocaoğlu

1992 yılında GATA Tıp Fakültesi'nden mezun olmuştur. Uzmanlık eğitimi GATA Radyoloji AD de 1998 yılında bitirmiştir. 2004 yılında ABD'de Duke Üniversitesi Çocuk Hastanesi'nde 1 yıl süreyle eğitim almış, 2011 yılında Pediyatrik Radyoloji uzmanlık belgesi almıştır. GATA Radyolojide 2001'de Yrd.Doç, 2006 yılında Doçent, 2014 yılında ise Prof. ünvanını almış 01.08.2014 tarihinden itibaren Yakın Doğu Üniversitesi'nde çalışmaya başlamıştır.



Uzm. Solunum Terapisti Şahveren Çakartaş

2003-2007 Ankara/ Başkent Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon'u başarı ile tamamlayarak, 2007-2010 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi'nde Kardiyopulmoner Rehabilitasyon Programı'nı bitirdi. Halen Hacettepe Üniversitesi'nde Kardiyopulmoner Rehabilitasyon üzerine doktora programını sürdürmektedir.



KALP SAĞLIĞI

Sağlıklı bir yaşam tarzı sayesinde kalbimizi koruyabiliriz.

Kalp ve damar hastalıkları bilim ve teknolojiye ileriye giden ışığında gelişen tıp alanındaki yeni tanı ve tedavi yöntemlerine rağmen halen günümüzde dünyadaki başlıca ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır. **20. yüzyıl** başlarında **kalp ve damar hastalıkları** dünya genelinde ölümlerin **%10**'undan daha azından sorumluyken, **21. yüzyılın** başında gelişmiş ülkelerde ölümlerin neredeyse yarısından, gelişmekte olan ülkelerde ise **%25**'inden

sorumludur. 21. yüzyılın başında olduğumuz şu günlerde, kalp ve damar hastalıklarının tüm dünya genelinde sakatlık ve ölümlerin en önemli nedeni olduğu bilinmektedir. Değiştirme şansımızın olmadığı **aile öyküsü, cinsiyet, yaş** gibi risk faktörleri olmasına rağmen kalp hastalıklarından korunmak için bazı önlemler alınabilir. Kalp ve damar hastalıkları ölüme neden olabilir fakat kalp damar hastalıklarına bağlı ölümler insanlığın kabul etmesi gereken bir kader değildir.

Sağlıklı bir yaşam tarzı benimseyerek gelecekte yaşayabileceğiniz kalp problem-

leri önlenmektedir. Kalp hastalıklarından korunmaya yönelik **6 adet ipucundan** bahsedeceğiz:

1. TÜTÜN VE TÜTÜN MAMÜLLERİ

Sigara içmek veya tütün mamülleri- nin herhangi bir çeşidini kullanmak kalp hastalıklarının gelişimi için en önemli risk faktörlerinden biridir. Tütünün içindeki kimyasal maddeler kalp ve damarlara zarar vererek damarlarda daralmaya (Aterosklerozis), **aterosklerozis** de kalp krizine sebep



Kalp sağlığınız için günde en az 30 dakika egzersiz yapmalısınız.

olur. Sigara dumanındaki **karbonmonoksit**, kandaki **oksijen** ile yer değiştirir. Bu da kalbin yeterli oksijeni sağlamak için daha güçlü çalışmasına, sonuç olarak kan basıncı ve kalp hızının artmasına sebep olur. Sigara içen ve doğum kontrol hapı alan kadınlarda **kandaki pıhtılaşma** miktarındaki artışa bağlı olarak kalp krizi ve inme riski daha yüksektir. **Pasif içicilik** gibi **dumansız sigaralar** ve **düşük katran, düşük nikotin içeren tütün mamülleri** de zararlıdır. Sadece arkadaşlarla **bar** veya **restoran** ortamında içilen **sosyal içicilik** bile kalp hastalıkları riskini artırmaktadır. Sigarayı bırakanlarda kalp hastalıkları riski yaklaşık **5 yılda** içmeyenlerle aynı seviyeye düşmektedir.

2. GÜNDE EN AZ 30 DAKİKA EGZERSİZ

Düzenli olarak her gün yapılan egzersiz ölümcül kalp hastalıkları riskini azaltabilmektedir. Fiziksel aktivite ideal kilonun korunması gibi diğer yaşam tarzı değişiklikleri ile birlikte kombine edilirse, daha iyi sonuçlar elde edilebilmektedir. Fiziksel aktivite **hiperkolesterolemi**, **hipertansiyon** ve **diyabet** gibi hastalıkların gelişimini önleyerek kalp hastalığı riskini azaltır.

3. SAĞLIKLI DİYET

DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) ve **Akdeniz diyeti** gibi sağlıklı diyetler kalp hastalıkları riskini azaltabilir. **Amerikan Ulusal Sağlık Kurumu** tarafından desteklenen DASH (Hipertansiyonu Durdurmak İçin Beslenme Yaklaşım-



ları) diyeti tansiyonu yüksek olan hastalar üstünde oldukça etkili bir diyettir. **Meyve, sebze** ve **tahıldan zengin** bir diyet kalbinizi korumaya yardımcı olabilir. Yağların tüketimini kısıtlamak kalp sağlığı için önemlidir. Doymuş yağların tüketimini günlük kalori ihtiyacınızın **%10'unu** geçmeyecek şekilde kısıtlayarak, özellikle **sature** ve **trans yağ**lardan kaçınılmalıdır.

Doymuş Yağ İçerenler:

- Kırmızı Et
- Süt Ürünleri
- Hindistan Cevizi ve Plamiye Yağı

Trans Yağ İçerenler:

- Dondurulmuş Fast-Food
- Unlu Mamüller
- Ambalajlı Çerez Yiyecekler
- Margarınler
- Bisküviler

Sağlıklı beslenme yağların hepsinin kesilmesi anlamına gelmez. Sağlıklı yağlar kötü tip (LDL) kolesterolü düşürerek kalp sağlığını koruyan **avokado yağı**, **fındık yağı**, **zeytinyağı** gibi bitki kökenli olanlardır. Çoğu insanın günde **5** ila **10 porsiyon**



Kalp hastalıklarında erken tanı ve tedavi hayat kurtarıcıdır.

40 kg/m²'nin üzerinde olanlar: **İleri derecede obez** (Morbid obez)

Eğer **VKI 25**'in üstündeyse hiperlipidemi, hipertansiyon, artmış kalp hastalıkları riski ve inme ile ilişkilidir. VKI iyi bir parametredir fakat mükemmel değildir. Kas kitlesi yağ kitlesinden fazla olan, sporla uğraşan fit kişilerde yüksek VKI değerleri artmış kalp hastalıkları riski ile ilişkili değildir. Bundan dolayı bel çevresi ölçümleri abdominal yağ oranını değerlendirmede daha faydalıdır. Bel çevresinin doğru ölçümü için sağ leğen kemiğinin en üst noktasını bulun, mezurayı bu noktaya yerleştirin. Yere paralel (yani düz) bir şekilde tutarak mezurayı dolandırın. Erkeklerde **40 inç**'ten (101,6 cm), bayanlarda **35 inç**'ten (88,9 cm) fazla ise aşırı kilolu olarak değerlendirilebilir.

5. KALİTELİ UYKU

Yeteri kadar uyumayan kişilerde **şişmanlık, hipertansiyon, diyabet, depresyon** ve **kalp krizi** riski daha yüksektir. Çoğu erişkin **7 ile 9 saat uykuya** ihtiyaç duyar. Kaliteli bir uykuyu için her gün düzenli olarak aynı saatlerde yatmalı ve uyanılmalıdır. Daha kolay uyuyabilmeniz için yatak odanız karanlık ve sessiz olmalıdır. Yeteri kadar uyuduğunuz halde kendizi hala yorgun hissediyorsanız uykuya apne sendromu yönünden uyanık olunmalıdır. **Uyku apne sendromu** tanısı, göğüs hastalıkları bölümü tarafından uykü laboratuvarında gözetimli **polisomnografi** ile konulmaktadır. Uykü apne sendromu



arasında olacak şekilde, diyetine **meyve** ve **sebze** eklemesine ihtiyacı vardır. Daha fazla meyve ve sebze yemek sadece kalp hastalıklarından korunmakla kalmaz, kanserden ve diyabetten koruyabilir.

4. SAĞLIKLI KİLODA KALMAK

Aşırı kilolu olmak, özellikle **abdominal şişmanlık** kalp hastalıkları riskini artıran **hipertansiyon, hiperlipidemi** ve **diyabet** gibi hastalıklara sebep olmaktadır. Vücudunuzdaki yağ miktarının sağlıklı seviyelerde

olup olmadığını değerlendirmek için boy ve kilonuza göre hesaplanan (Vücut kitle indeksi, vücut ağırlığının boy uzunluğunuzun karesine bölünmesi ile elde edilir: kg/m²) vücut kitle indeksi kullanılır.

Vücut Kitle İndeksi Değerleri

18.5 kg/m²'nin altında olanlar: **Zayıf**

18.5-24.9 kg/m² arasında olanlar: **Normal kilolu**

25-29.9 kg/m² arasında olanlar: **Fazla kilolu** (Overweight)

30-39.9 kg/m² arasında olanlar: **Obez** (şişman)



soluk borusunun tıkanmasıyla geçici olarak solunumun durmasıdır. Uyku apne sendromu olan kişilerde;

- Gürültülü horlama
- Uykuda nefes darlığı
- Gece boyu bir çok kez uyanma
- Baş ağrısı ile uyanma
- Boğaz ağrısı
- Kuru ağız

-Öğrenme ve hafıza problemleri gibi semptom ve bulgular görülebilir. Uyku apne sendromunun tedavisinde kilo vermek ve sürekli pozitif havayolu basıncı (CPAP) cihazları ile uyku esnasında hava yolu açıklığı sağlanır. Uyku apne sendromunda **CPAP** tedavisi ile kalp hastalıkları riski azalmaktadır.

6. DÜZENLİ SAĞLIK KONTROLLERİ

Hipertansiyon ve hiperlipidemi kalbini ze ve damarlarınıza zarar verebilir. Düzenli kontroller yaptırarak sağlığımızı koruyabiliriz.

Kan Basıncı: Düzenli kan basıncı kontrollerine genellikle çocukluk çağında baş-

lanılmalıdır. Erişkinlerin en azından her iki yılda bir kan basıncı kontrolü yaptırması gerekmektedir. Eğer kardiyak bir risk faktörü varsa veya kan basıncı değerleri ideal seviyelerde değilse daha sık kan basıncı ölçümleri gerekebilir. Optimal kan basıncı **140/90 mmHg**'dan küçük olmalıdır. Sistolik kan basıncının **20 mmHg**, diyastolik kan basıncının **11 mmHg** düşürülmesi inme riskinde **%63**, Koroner arter hastalığı riskinde **%46** azalma sağlar.

Kolesterol Seviyesi: Erişkinler şişmanlık veya hipertansiyon gibi risk faktörlerine sahipse **20 yaş**ından sonra her **5 yılda** bir kolesterol seviyelerini kontrol ettirmelidir. Sağlıklı erkeklerin **35 yaş**ına, kadınların **45 yaş**ına geldiğinde kolesterol taraması yaptırması gerekmektedir.

Diyabet Taraması: Diyabet **kardiyovasküler hastalık** eşdeğeri olduğu için diyabet taraması önemlidir. **Şişmanlık**, diyabet yönünden aile öyküsü gibi risk faktörlerine sahip kişilerde daha erken diyabet taraması yapılabilir. Eğer kilonuz normal ve **tip 2 diyabet** için herhangi bir risk faktörünüz yoksa **Amerikan Diyabet Derneği** 45 yaşına

gelindiğinde, her **3 yılda bir** diyabet yönünden test yapılmasını önermektedir. Diyabet, **Koroner Arter hastalığı** eşdeğeri olarak kabul edildiği için diyabetiklerin her yıl düzenli olarak kalp kontrollerini yaptırması önerilmektedir.

Her ne kadar kalp hastalıklarından korunmak için gerekli stratejilerden bahsetsek de, kalp hastalıkları dünyada olduğu gibi ülkemizde de başlıca ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almaya devam etmektedir. Bizim üzerimize düşen; kalp hastalıkları ile ilgili halkımızın farkındalığının artırılması, bu sayede kalp hastalıklarına yönelik taramaların artırılması ve erken tanı konularak gerekli tedavilerin uygulanmasıdır. Bu düzenli kalp kontrolleri çeşitli kalp hastalıklarının erken tanısını sağlayarak oluşabilecek ölümcül komplikasyonları büyük oranda azaltabilir. **Yakın Doğu Üniversitesi Kardiyoloji Departmanı'nda EKG, Renkli Doppler Ekokardiyografi, Stres Ekokardiyografi, Efor Testi, Tilt Testi, 24 saatlik EKG Holteri ve Tansiyon Holteri ile kardiyak değerlendirme** yapılabilmektedir. İleri teknoloji ve ekipmanlara sahip **Kater Laboratuvarı'mızda Koroner Anjiyografi, Elektif Perkutan Girişim, Primer Perkutan Girişim (7 Gün/24 Saat), Elektrofizyolojik Çalışma** (Temel Tanısal EPS, Kateter Aracılığıyla Ablasyon), **Kalıcı Kalp Pili İmplantasyonu** (CRT, ICD dahil), **Periferik Anjiyografi ve Periferik Girişim** gibi işlemler yapılabilmektedir. Hastanemizde kardiyoloji alanındaki gelişmeler yakından takip edilmekte, hastalarımıza en güncel bilgiler ışığında gerekli tedaviler uygulanmaktadır. **Kök hücre uygulamaları, elektroanatomik haritalama** yöntemi eşliğinde kateter aracılı **Radyofrekans Ablasyon, Eriyebilen Koroner Stent** uygulamalarının da dahil olduğu birçok tedavi yöntemi hastanemizde yapılmaktadır. Hastanemizde ayrıca son evre kalp yetmezliğinde olan hastalarımıza yapay kalp nakli yapılarak **KKTC**'de tıp alanında bir ilke daha imza atılmıştır.

Sağlık, mutluluk dolu, kalbinizden sevginin hiç eksik olmadığı günler diliyorum. ▶

FONKSİYONEL BURUN ESTETİK CERRAHİSİ

Burun yüz ifademizde en etkili organlardan biridir. Birinin yüzüne baktığınızda burun gözünüze çarpıyorsa genelde estetik bariz bir sorun vardır. Burnumuz sadece yüz ifadesini sağlamaz, aynı zamanda solunumun başlangıç noktasıdır. Aldığımız havayı nemlendirir, filtreler ve ısı ayarını yapar. Bu fonksiyonların çoğu burun içinde yan duvarlara yerleşmiş üç sıra halindeki burun etleri ile gerçekleşir. Burnumuzun diğer önemli bir fonksiyonu da koku almaktır. Kokuları alabilmemiz ve ayırt etmemiz burun tavanına doğru artan özelleşmiş koku algılayabilen hücre grupları sayesinde mümkün olur.

Burunun estetik kaygı ile planlanan cerrahi girişimleri fonksiyonunu koruyacak, bozuk olan fonksiyonu geri getirecek nitelikte olmalıdır. Bunu sağlamak anatomi bilgisine hakim ve saygılı olmakla, cerrahi sırasında sadece gereken işlemleri yapmakla olur. Dış eğrilikler burun sırtında ve burun ucunda olmak üzere iki ana başlıkta incelenebilir. Burun sırtı kemik çatının yansıyan eğriliklerini barındırırken burun ucundaki eğrilikler daha ziyade kıkırdak çatılı ilgilendiren düzensiz oluşumların yansımasıdır.

Kimler uygun rinoplasti adaydır?

Estetik ihtiyacı makul bir gerekçeyle olmalıdır. Hastanın bu estetik cerrahi sonrası bir eş bulma, çok para kazama hayalı ile modellik ajansına kayıt olma ya da medya yıldızı olma gibi amaçları barındırmaması en uygundur. Bu amaçlar her insanın hayali olabilir fakat tümünün bir cerrahi girişimle gerçekleşmesini beklemek gerçekle bağdaşmayacak bir durumdur. En nihayetinde estetik kaygısı mevcut ve beklentisi makul olan hastalarımız bu cerrahi işleme adaydırlar.

Rinoplasti için alt yaş sınırı **18**'dir. 18 yaş ke-



mik büyümesinin durduğu eğriliğin büyüme durduktan sonra düzeltilmesi sonucun kalıcı olması açısından önemlidir.

Rinoplasti hazırlığı nasıl yapılır?

Fonksiyonel estetik burun cerrahisi için kulak burun boğaz muayenesi rutin olarak yapılmalıdır. Burun için eğrilikler, burun etlerinin durumu, burun dışının eğrilik ve düzensizlikleri kayıt altına alınır. Medikal fotograflama ameliyat öncesi gerçekleştirilir. Hastanın burnunun dış görünüşü ile ilgili rahatsız olduğu noktalar cerrahin bu noktalara çözüm önerileri üzerinde konuşulup karar verilir. Etnik durumun burun estetiğindeki beklentiyi değiştirdiği bir gerçektir. Aynı zamanda etnik kökene göre anatomik yapılarıdaki varyasyonlar cerrahi

sonuca etki etmektedir. Hastalarımıza cerrahi işlem tüm ayrıntısı ile anlatılır. Ameliyata karar veren hastalarımıza bilgilendirilmiş onam formu imzalatılır. Bu form bize bu cerrahi yapabileme iznini verir.

Rinoplasti cerrahi prosedürü neleri içerir?

Rinoplasti kabaca iki ana teknik ile yapılabilir. **Açık teknik** ve **kapalı teknik** olarak ayrılır. Bu teknikler uygun hastalara tadbik edilir. **Major eksternal nazal deformitesi**(dış burun eğriliği) olan hastalarda hemen her zaman açık teknik rinoplasti tercih edilir. Bu teknikte burun ucunda her iki burun deliğini ayıran direk üzerindeki cilt kesilerek burun ucu ve sırtı soyulması içeren, cerrahi anatomiye tam hakimiyeti



Burun fonksiyonu- nuza g z ll k katın

Rinoplasti sonrasında sizi neler bekliyor?

Burun içinde yapışmaya ya da i  mukozayı hasara u ratacak tamponlar rutinde asla kullanılmaz. En korkulan kanama komplikasyonu olsa dahi özel kanama durdurucu tozlar ve küçük tamponlar uygulanır. Bunlara rağmen durmayan kanamalarda ise geleneksel ekstrafor tamponlar kullanılmak zorunda kalınabilir. Bu tip komplikasyonlar bizlerin yıllardır g rmedi imiz komplikasyonlardır.

Burun ve göz etrafında şişlikler oluşabilir. Hatta göz kapaklarındaki şişliklere ek olarak morarmalar olabilir. Bu durumun en önemli belirleyicileri hastanın cilt, cilt altı yapısı, cerrahi teknik ve cerrahi s residir. Ameliyattan sonraki ilk 10 saat burun yanlarından uygulanacak etkin bir soğutma işlemi(su tatbiki) şişme ve morarma miktarını en aza indirecektir. Ameliyatı takip eden ilk 3 saatte gelen anestezi sonrası rutin tansiyon nabız ve ateş takipleriniz hemşireler tarafından yapıp, 4.-6. saatten itibaren yiyecek kısıtlaması olmadan diyetiniz başlatılır. Gıda alımında herhangi bir öneri ya da kısıtlama yoktur. Ameliyat sonrası ilk ya da ikinci gün(zamanına cerrahınız karar verecektir) burun içindeki silikon destekler kolaylıkla alınır. Burun içi aspirat rlerle temizlenir. Size evde alacağınız ilaçlar tarif edilir. Evde en etkili yapmanızı istediğimiz işlem burun yıkamadır. Özel burun yıkama kitleri sayesinde burun içinde birikme ihtimali olan salgılar ve pıhtılar bu şekilde yıkama ile burundan uzaklaştırılır. Ameliyat sonrası ilk gün hasta evine gönderilir. İkinci, beşinci ve onuncu gün kontrollere çağırılır. Hasta evde serin bir odada iki yastıkla yatarak uyumalıdır. Duş alırken burun sırtındaki desteğe ve her iki burun deliği arasındaki dış dikişlerine su de dirmemelidir. Ağır

kaldırma, uzun süre ayakta durma ve ağır efor harcama gerektiren işlerden uzak durulmalıdır. Sigara ve alkol içilmemelidir. Bu  nlemler ilk on gün için geçerlidir. Onuncu gün kontrolünde burun dışına koyduğumuz destek alınır ve medikal foto rafılama yapılır. Burun ödemi ve göz kapalarının  demi büyük oranda inmiş olacaktır. Burun  deminiz 6 ay içinde tama ya-kın inecek ve bir yılda nihayi halini alacaktır.

Rinoplasti tekrar yapılır mı?

Bazı cerrahi sonuçlarından memnun kalınmayan hastalara tekrar rinoplasti ancak bir önceki ameliyatından en erken 6 ay sonra yapılabilir. Tercihen ilk yapılan cerrahi işleme ait epikriz ile başvuran hastalarda geride kalan dokular hakkında daha sağlıklı bilgi edinilece i için cerrahi plan daha net yapılabilir.

Rinoplasti komplikasyonları nelerdir?

Kanama en korkulan komplikasyondur fakat çok nadiren görülür. Burun sırtında şişlik ve morarmalar ensık görülen fakat hızlıca ortadan kaybolan komplikasyondur. Bu süre zarfında güneşe çıkmamak ve  ıkılacaksa da güneş koruma kremleri kullanmak önerilir. Gözlük kullanımı burnun sırtında çökme oluşmaması cildin iyileşmesinde sorun oluşmaması için 6 ay ertelenir. Burun altındaki dikiş hattının doğal iyileşmesi için yansıyan güneş ışınları için önlem alınmalıdır. Skar (nedbe) dokusu ile yara iyileşmesi olanlarda dış dikişler normalden kabarık iyileşebilirler. Aşırı düzeltilmiş burunlar bu cerrahide hedeflenmez. Burnun yüzden silinmesi göze batmaz hale getirilmesi amaçlanır. Aşırı burun deliği görünen, burun u u çok havada, burun sırtı aşırı kavisli, burun sırtı çok geniş bırakılmış cerrahi sonuçlar komplikasyonlar grubuna dahildirler.

Fonksiyonel estetik burun cerrahisi ile hem görünümü hem de fonksiyonu doğal olan burun sağlamak amacıyla gerçekleştiren cerrahi işlemdir. Rahat nefes alabildi iniz, uykunuz rahat olduğunda hayat kaliteniz artacaktır.  

sa layabildi imiz, her işlemi görerek yapt ımız işlemler mevcuttur. Kapalı teknikte ise tüm kesiler burun içinden yapılır ve bir çok çıkartma işlemi görmeden yapılır. Zaman zaman endoskopların da devreye sokuldu u kapalı teknikle dış e rili i minör olan hastalarda uygulandığında sonuçlar çok çok daha iyi olmaktadır. Burun cildi soyulup altındaki kıkırdak ve kemik çatıdan ayrıldığında ameliyat öncesindeki plana uygun olarak gerekli çıkartmalar yapılır. **Burun orta dire i**(nazal septum) eğrilikleri de bu aşamada ortaya konularak düzeltilir. **Burun etleri**(nazal konkalar) tıkaçıcı derecede büyükler ise radyo frekans ablasyon yöntemi ile fonksiyonel özelliklerini kaybetmeyecek şekilde k   lt l rl r. Bazı hastaların aynı zamanda kronik sin zitleri de mevcut olup aynı seansta fonksiyonel endoskopik sinüs cerrahisi de uygulanır. Bu prosedür burun dışına hiç müdahil olunmadan sadece endoskopların kullanıldığı sinüs girişlerini a tı ımız ve sinüs içerindeki iltihabi dokuları temizledi imiz işlemlerdir. Tüm bu açılan anatomik planlar uygun cerrahi teknikle kapatılırlar. Burun içine silkondan yapılmış destekler, dışına ise  ekil verilebilen plastikten destekler yerleştirilir. Toplam cerrahi işlem açık teknikte 3 saati, kapalı teknikte ise 2 saati geçmez. Genel anestezi altında yapılan rinoplasti işlemi bazen sınırlı burun ucu deformiteleri için önerdiğimiz cerrahi işlemler lokal anestezi altında yapılabilir. Tüm işlemlerin ameliyathane ortamında yapılması esastır.



SKOLYOZ



Skolyoz tanım olarak **omurganın yana eğriliği**dir. Normalde omurgada omuz hizasında doğal bir kamburluk ve bel hizasında doğal bir içe çöküklük gibi doğal eğrilikler mevcuttur. Yandan bakıldığında insan omurgasında doğal eğrilikler görülürken, arkadan ya da önden bakıldığında omurga düz görünür. Ancak bazı insanlarda, arkadan ya da önden bakıldığında, omurgada anormal bir yana eğrilik görülür ve bu durum belli bir oranı geçtiği zaman **skolyoz** olarak adlandırılır. Toplumda görülme sıklığı **%2** ile **%4** arasındadır. Sıklıkla **puberteden** önceki hızlı boy uzaması döneminde farkedilir. Bazı sinir ve kas sistemi hastalıkları sebebiyle oluşabilmekle

birlikte, çoğu kez (%80'den fazla) skolyozun sebebi bilinmemektedir. Bu tür olgular **idyopatik** (sebebi bulunamamış-bilinmeyen) skolyoz olarak adlandırılır. Bu tip skolyoz en sık **adelosan** (ergenlikteki) kız çocuklarında görülür.

Skolyozun **ağır yük kaldırma, atletik aktiviteler, uyuma/ayakta durma pozisyonları ve duruş alışkanlıkları** ile bir ilişkisi yoktur. Bunun bilinmesi, bu durumun değerlendirilmesi konusunda özellikle ebeveynler ile çocuk arasındaki iletişimin sağlıklı açısından ve zamanında profesyonel yardıma başvurma noktasında önemlidir.

Genelde ılımlı bir seyir izleyen skolyoz, bazı çocuklarda büyüme ile beraber ilerle-

yen ciddi omurga **deformitelerinin** gelişmesine sebep olabilir. Bazı olgularda skolyoz özüre de sebep olabilir. Özellikle ciddi olgulardaki omurga deformiteleri, göğüs hacmini daraltabilir ve akciğerlerin yeterli fonksiyon görmesine engel olabilir. Bu sebeple ılımlı skolyozu bulunan çocuklar yakın takibe alınmalı ve belirli aralıklarla röntgen kontrolleri ile deformitenin ilerlemesi değerlendirilmelidir. Bazı çocukların deformitenin ilerlemesini kontrol altında tutmak amacı ile **korseler** giymesi gerekirken, diğer bir grup çocuğun ise deformite kontrolü ve eğriliğin düzeltilmesi amacıyla ameliyat edilmesi gerekebilmektedir.

Skolyozun belirti ve bulguları arasında,



Çocuğun belden öne eğilmesi ile yapılan muayene, göğüs kafesinin bir tarafta daha çıkıntılı olup olmadığının tespiti için değerli bir muayene yöntemidir.

maktadır.

Skolyoz çoğu kez ılımlı seyretmekle beraber bazen olumsuz etkileri de olabilmektedir. Ciddi skolyozlarda **göğüs kafesinin kemiklerine, akciğerlere ve kalbe** baskı yapabilir. Bu durumda akciğerlerin soluma, kalbin de pompalama kabiliyetleri olumsuz etkilenir. Çocukluğunda skolyozu bulunanlar, yetişkinlik döneminde daha sık bel ağrısı problemleri yaşamaktadırlar. Yine skolyoz ilerledikçe görünüm ile ilgili sıkıntılara yol açabilmektedir. İlerlemiş olgularda **omuz eşitsizliği, kalça eşitsizliği, bir tarafta kamburgaların belirgin çıkıntısı, gövde ve belin bir tarafa kayması**, kişinin görüntüsü ile ilgili endişeler ve hoşnutsuzluk yaşamasına sebep olabilmektedir.

Skolyoz şüphesi ile doktora başvurduğunuzda, doktor çocuğunuzun tıbbi hikayesi ve son dönemdeki fiziki gelişimi ile ilgili detaylı bir sorgulama yapacaktır. Çocuğun belden öne eğilmesi ile yapılan muayene, göğüs kafesinin bir tarafta daha çıkıntılı olup olmadığının tespiti için değerli bir muayene yöntemidir. Doktor ayrıca kas güçsüzlüğü, his kusuru ve anormal reflekslerin varlığını araştırmak için detaylı bir nörolo-

omuz dengesizliği, bir omuz küreğinin diğerinden daha belirgin görünümü, bel bölgesinde eşitsizlik, bir kalçanın diğerine göre yüksekliği gibi durumlar mevcut olabilir. Eğer skolyoz eğriliği kötüleşirse bu durumda omurga sadece yana eğilmekle kalmayacak, aynı zamanda kendi etrafında dönecek, bu durum göğüs kafesinin bir yarısının öne doğru ilerlerken diğer yarısının geriye çekilmesine neden olacaktır. Böyle ciddi skolyozlar sırt ağrısı ve solunum güçlüğüne sebep olabilirler. Skolyoz belirti ve bulguları fark edildiğinde uzmana başvurulmalıdır. İlımlı eğrilikler zamanla belirgin hale geldikleri ve genelde ağrısız oldukları için, bazen aile ve çocuğun gözünden kaçabilmekte ve skolyozu ilk fark edenler çocuğun öğretmenleri ve arkadaşları olabilmektedir.

Skolyozun en sık görülen tipinin sebebi bilinmemektedir. Ancak kalıtsal faktörlerden bahsetmek mümkündür çünkü hastalık

nesiller içinde devamlılık gösterebilmektedir. Daha nadir görülen diğer tipler ise **serebral palsy** ya da **kas distrofisi** gibi kas-iskelet sistemine bağlı bozukluklar, omurga kemiklerinin gelişimini etkileyen doğum defektleri ve omurga yaralanmaları veya iltihaplarını takiben ortaya çıkabilmektedir.

Skolyozun en sık görülen tipi için bazı risk faktörlerinden bahsetmek mümkündür. Bu risk faktörleri, yaş, cinsiyet ve aile hikayesi olarak sayılabilir. Belirti ve bulgular en sık, puberte öncesindeki boy uzama döneminde ortaya çıkar ve bu dönem genellikle **9-15 yaşlarına** denk gelmektedir. İlımlı skolyozların görülme oranı erkek ve kız çocuklarında benzer olmakla birlikte, kız çocuklarında görülen skolyozun ilerleme olasılığı ve tedaviye ihtiyaç oranı daha yüksektir. Skolyoz aile içinde aktarım gösterebilmektedir ancak yine de skolyozlu çocukların ailelerinde skolyoza rastlanma-



Eğer kemik büyümesi durmuş ise eğriliğin ilerleme riski azdır.

rilik) ilerleme riski tek eğriliklere (C tipi eğrilik) göre daha yüksektir.

Eğriliğin yerleşimi. Merkeze (göğüs bölgesine) yerleşen eğrilikler, gövdenin üst ve alt bölgesindeki eğriliklere nazaran daha sık ilerler.

Kemik yaşı. Eğer kemik büyümesi durmuş ise eğriliğin ilerleme riski azdır.

TEDAVİ

Korse tedavisi

Eğer çocuğun kemik büyümesi durmuş ve kemikleri büyümeye devam ediyorsa veya orta derecede bir skolyoz söz konusu ise bu durumda korse bir tedavi seçeneği olabilir. Korse takmak skolyozu iyileştiremeyecek ve eğriliği geriletmeyecektir. Ancak eğriliğin ilerlemesini kontrol altında tutacaktır. Çeşitli tiplerde korseler mevcuttur ve çoğu hem gece hem de gündüz kullanımı için tasarlanmıştır. Korselerin **24 saat** içindeki giyilme süreleri arttıkça etkinlikleri de artmaktadır. Korse takan çocuklar çoğu aktiviteye katılabilecek ve az miktarda kısıtlılık hissedeceklerdir. Korse gerektiğinde spor ve diğer fiziksel aktivitelerde çıkarılabilmektedir. Kemik büyümesi tamamlandıktan sonra korse tedavisi işe yaramaz ve devam edilmez. Bu dönem tipik olarak;

-Kızlarda adet gördükten sonraki ikinci yıla
-Erkeklerde günlük traş ihtiyacının ortaya çıktığı döneme

-Boyda değişikliğin durduğu (artık uzamanın olmadığı) döneme denk gelir.

jik muayene yapacaktır.

Direkt röntgenler skolyoz tanısını koymak ve eğriliğin ciddiyetini değerlendirmek için yeterlidir. Ancak skolyoza sebep olabilecek altta yatan sebepleri araştırmak için, doktorunuz **manyetik rezonans görüntüleme, bilgisayarlı tomografi ve kemik sin-tigafisi** gibi görüntüleme yöntemlerine de başvurabilir.

İlimli skolyoza sahip çocukların bir çoğunun korse ya da cerrahi tedaviye ihtiyacı olmaz. Skolyoz hastalarının yaklaşık olarak **%10'u** tedaviye ihtiyaç duyarlar. Ancak bu çocukların da her **4-6 ayda** bir, eğriliklerin-

de değişiklik olup olmadığını görmek için takibi gerekmektedir. Takip, direkt röntgen çekilerek yapılır.

İlimli, orta ya da ciddi eğriliklerin takip ve tedavisi için bazı kılavuzlar olmakla birlikte, tedaviye başlamakla ilgili karar, her çocuğa özel olarak değerlendirilmelidir. Göz önünde bulundurulması gereken faktörler arasında şunlar sayılabilir:

Cinsiyet. Kızlardaki eğriliğin ilerleme riski erkekler göre daha yüksektir.

Eğriliğin ciddiyeti. Büyük eğrilikler zamanla daha çok ilerler.

Eğriliğin tipi. Çift eğriliklerin (S tipi eğ-



CERRAHİ TEDAVİ

Ciddi skolyozlar tipik olarak zamanla ilerlerler. Böyle durumlarda eğriliğin daha

da kötüleşmesini engellemek ve eğrilikte belli miktar düzeltme sağlamak için cerrahi tedavi önerilir. En sık yapılan skolyoz cerra-

hisi, omurganın dondurulması ameliyatıdır. Bu ameliyatta amaç skolyoza sebep olan eğriliği oluşturan omurgaların belli kısmının, eğrilik düzeltildikten sonra birbirine kaynatılmasıdır. Eğriliği düzeltmek ve bu düzeltmeyi kemik kaynayana dek korumak için ameliyatta **vida** ve **rod**lar kullanılır. Ameliyat genellikle kemik büyümesi durana kadar ertelenmeye çalışılsa da, eğer skolyoz çok küçük yaşta hızla ilerliyorsa cerrahi müdahale ertelenemeyebilir. Bu durumda **uzayan rod tekniği** denilen yöntemle kemik kaynama uygulanmadan, vida ve rodlar aracılığı ile eğrilik düzeltilebilir ve çocuk uzadıkça (ortalama her 6 ayda bir) bu rod-vida sistemi de uzatılarak kemik büyümesinin durma dönemine ulaşılabilir. Kemik büyümesi durunca kemik kaynatma ameliyatı uygulanır.

Fizik tedavi egzersizlerinin skolyozu durdurduğuna dair delil yoktur, ancak genel egzersiz ve spor çocuğun genel sağlığını ve kendisini iyi hissetmesini sağlamak için önerilir.

Çalışmalar göstermiştir ki, **el masajı yöntemleri** (karyopraktik manüplasyonlar), kasların **elektrik stimülasyonu** ve **biofeedback** gibi alternatif yöntemler skolyoz tedavisinde etkili değildir. Bu durumun bilinmesi özellikle hastalık ve hasta suistimalinin önlenmesi açısından önemlidir.

Zaten hayatının zorlu bir döneminde olan bir genç için, skolyoz ile mücadele etmek zorluklarla dolu olabilir. Gençler bu dönemde oldukça fazla miktarda fiziksel değişiklik, duygusal ve sosyal uyarılar ile karşı karşıya kalmaktadır. İlâveten gelen skolyoz tanısı ile sinirli, güvensiz olabilirler ve korkabilirler. Dolayısı ile destekleyici bir akran grubu, bu dönemde çocuk veya gencin hastalığını ve tedaviyi kabullenmesinde ciddi manada olumlu etkiler oluşturabilir. Bu anlamda çocuk, akranları ile bu konuyu konuşmak ve onların desteğini almak konusunda cesaretlendirilmelidir.

Benzer problemi yaşayan çocuk ve ebeveyn grupları ile bir araya gelip tavsiyeler almak ve onların tecrübelerini tartışmak da katkı sağlayabilir. ■



AĞRISIZ YAŞLANALIM

Osteoartrit, halk arasında **kireçlenme** olarak bilinen hastalıktır. Önemi, yaşlı hastalarda kas iskelet sistemi kaynaklı özürüllüğün ve ağrının en sık nedeni olmasıdır. Eklemlerimizi uzun süreli tekrar tekrar kullanmamız, kaza geçirmemiz, yaralanmalar yaşamamız, eklemleri tutan romatizmal hastalıklarımızın olması kırıkdağın özelliklerini kaybetmesine neden olur. Kırıkdağın özelliklerini kaybetmesi de osteoartrit gelişimine zemin hazırlar.

Yaşla birlikte hem hastalığın sıklığı hem de ciddiyeti artar. **75 yaş** üzerindeki kişilerin **%50'sinden** fazlasında osteoartrit bulguları görülmektedir. Yaşlanmanın yanında osteoartrit gelişimini hızlandıran başka risk faktörleri de vardır. Kilolu olmak yük taşıyan eklemlerde osteoartrit riskini

arttırır. Özellikle diz osteoartriti gelişme riskini arttırır. Bunun yanında genetik olarak yatkın olma, kadın cinsiyet, eklemlerin aşırı esnek olması ve aşırı mekanik yüklenme osteoartrit için risk faktörleridir.

Hastanın şikayetleri yaygın olarak tüm vücutta olmaz. Hangi eklemden osteoartrit varsa orada olur. Şikayetler ani başlamaz. Uzun sürede artarak ilerler. En sık olan şikayet ağrıdır. Ağrı eklem aşırı yük bindiren ve zorlayan aktiviteler sonrasında artar, istirahat ile azalır.

Osteoartritte tek şikayet ağrı değildir. Tutulan eklemden katılık hissi, hareket sırasında eklemden kırıltı şeklinde ses gelmesi, eklem şeklinin değişerek daha geniş bir görünüm alması, eklem normal hareketlerinde zorlanması ve işlevselliğinin kaybı,

hatta aşırı ağırlı dönemlere eklem şişliğinin eşlik etmesi osteoartritli hastalarda görülen diğer şikayetlerdir.

Boyun, bel, kalça, el, diz ve ayaklarda diğer eklemlere göre osteoartrit görülme sıklığı artmıştır.

Osteoartrit boyunda olursa ağrı omuz ya da kafanın arkasına yayılabilir. Belde olursa sırtın alt kısmına veya bacağa yayılabilir, uzun süreli oturma, ayakta durma, hareket ile artan bel ağrısı olabilir. Kalçada olursa kasığa, kalçaya ya da dize yayılabilir. Yürüme bozukluğuna neden olabilir. Diz eklemdeki tutulum yürümede, merdiven inmede ve çıkmada ağrıya ve buna bağlı zorluğa neden olabilir. Elde başparmak kökündeki osteoartrit, başparmağın alt kısmında ağrıya neden olabilir ve kişinin kav-



Osteoartritin tanısının konulmasında radyolojik görünüm karakteristik olduğu için ilk kullanılan tanısal yöntemdir.

ramasını zorlaştırabilir.

Şikayetleri olan hasta, konusunda uzman hekime başvurduğunda hekim **anamnez** ve **fizik muayene** ile hastanın şikayetlerini, hastalıkla ilgili bulgularını saptar. Şikayetlerine neden olabilecek olası nedenleri değerlendirerek, gerekli tetkikleri isteyerek hastalığının tanısını koyar. Osteoartritin tanısının konulmasında **radyolojik görünüm** karakteristik olduğu için ilk kullanılan tanısal yöntemdir. Hekim eğer

gerek görürse **kan testleri** ve **ileri tetkikler** planlayabilir. Bu süreçte hekim her hastanın tedavisini, o hastaya özgü olacak şekilde planlar.

Osteoartrit yaşamı tehdit eden bir hastalık olmamasına rağmen neden olduğu şikayetler yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler ve kişinin önceki günlük yaşamını aynı şekilde sürdürememesine neden olur.

Hastalığın kendisi ve yaşlanma süreci hareketsizliğe, bu da ağrı, kas güçsüzlüğü ve hareket kısıtlanmasında artmaya neden olur. Bunlar bir kısır döngüye girerek hastanın işlevselliğini git gide azaltır.

Osteoartrit tedavisinde temel amaçlarımız hastanın ağrısını azaltmak, hareketliliğini artırmak ve günlük yaşamını kolaylaştırmak olmalıdır.

Hasta hastalığı ile ilgili bilgi sahibi olmalıdır. Olası tedavi seçeneklerini bilmeli, eklemi nasıl koruyacağını öğrenmeli, günlük yaşamında yapılması gerekli değişiklikleri uygulamalıdır.

Osteoartrit için önemli risk faktörlerinden biri olan kilolu olmak yaşam tarzının düzenlenmesiyle değişebilecek olan risk faktörleri arasındadır. Kilo vermek osteoartritli hastanın şikayetlerini azaltacaktır.

Isıtıcı-soğutucu ajanlar, su tedavisi, ağrı kesici akımlar, kullandığımız fizik tedavi yöntemleri arasındadır. Bu yöntemlere ek olarak osteoartritli hastanın yapacağı egzersizlerin önemi büyüktür. Osteoartrite bağlı diz ve kalça eklem hareket açıklığında azalma, yürüme hızının yavaşlamasına, adım uzunluğunun kışalmasına, yürürken daha fazla enerji harcanmasına neden olur. Bu nedenle hastalara **eklem hareket açıklığı egzersizleri, güçlendirme egzersizleri, yürüme, bisiklete binme, yüzme** önerilen egzersizler arasındadır. Kronik bir hastalık olan osteoartritte hastalarımızın bu egzersizleri düzenli bir şekilde yapmaları yaşam kalitelerini belirgin şekilde artırır. Çünkü düzenli egzersiz eklem ağrısının azalmasına, eklem hareket açıklığının ve gücün artmasına, yürüyüşün normalleşmesine, günlük yaşam aktivitelerinin sürdürülebil-



mesine neden olur.

Osteoartritli hastalara, hastalığa bağlı gelişen fiziksel bozuklukların kompanse edilmesi için hastalıklarının şiddeti ve eklemlerinin işlevselliğindeki bozulma değerlendirilerek **tabanlık, baston, walker** gibi yürümelerine yardımcı cihazlar önerilir.

Hekimin önerdiği şekilde alınacak olan ilaçlar osteoartrit kaynaklı ağrıyı azaltacaktır. Bu ilaçların **kalp, karaciğer, mide, böbrek rahatsızlıklarına** neden olabilme riski hekim kontrolünde kullanılmaları gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Hekim tarafından osteoartritli eklem içine ilaç enjekte edilebilir. Aynı zamanda şiş eklemde olan sıvıyı boşaltmak amacıyla da **enjeksiyon** yapılabilir.

Bu tedavi yöntemlerinin uygulanması na rağmen tedavi edilemeyen osteoartrit vakalarında **cerrahi yaklaşım** göz önünde bulundurulmalıdır.

Unutulmamalıdır ki osteoartritin zamanında ve uygun tedavisi ile hasta eski işlevselliğini yeniden kazanarak günlük yaşamına geri dönebilir.

Sağlıklı günler... ▶





AKNEDE NELER OLUYOR?



Akne ya da halk arasında genel bilinen ismi ile **ergenlik sivilce-leri**, tarihin eski çağlarından günümüze dek devam eden cilt sorunlarından birisidir. **Eski Mısır**'da 19 yaşında ölen **firavun Tutankamon**'un mezarında bulunan papiruslardaki akne reçetelerinden günümüze pek çok gelişme olmasına rağmen, aknenin nedenleri tam olarak aydınlatılabilmiş değildir. Ancak son 10 yılda gelişen teknolojiler ve moleküler yöntemlerle yapılan çalışmalar **akne patogenezi** ve tedavisinde yeni ufuklar açmaktadır.

AKNEYİ BAŞLATAN NEDENLER

Akne yağ bezlerinin kronik yangısal bir hastalığıdır. **Aşırı yağ salgılanması, yağ bezi kanalının tıkanması, bakteriler, androjen hormonuna duyarlılık, genetik faktörler, gıdalar, derinin üst tabakalarının yenilenme hızı** gibi pek çok neden öne sürülmekle beraber, son yıllarda yapılan çalışmalar **Propionobacterium Acnes** isimli bir bakteri üzerinde yoğunlaşmaktadır. Bu bakterinin deride kolonizasyonu ile kıl follikülü çev-

resindeki derinin en üst tabakasını oluşturan **keratinosit**lerin etkileşimi, derinin doğal bağışıklık yanıtını uyarmakta ve çeşitli kimyasal mediatörlerin salınımına neden olarak, yağ salgısının değişmesine ve hücre çoğalmasında farklılaşmaya neden olmaktadır. Son 10 yıl içindeki gelişmeler, akne oluşumunda P. Acnes adı verilen bakterinin ve yol açtığı yangısal sürecin öne çıkmasına ve tedavilerin kısmen de olsa yön değiştirmesine neden olmuştur.



AKNE TEDAVİSİNDEKİ GÜNCEL GELİŞMELER

Akne tedavisinde tüm dünyada tedaviye yönelik çalışmalar özellikle son **2-3** yılda bir ivme kazanmıştır. Bu çalışmalar;

- 1- Bilinen ve kullanılmakta olan ilaçlara karşı gelişen direnç sorununun üstesinden gelmeyi,
- 2- İlaç teknolojisinin gelişimi ile mevcut ilaçların etkinliğini artıracak ve yan etkilerini azaltacak formülasyon ve teknolojiler geliştirmeyi,
- 3- Yeni etkin moleküller ve cihazların keşfini,
- 4- Aşı çalışmalarını hedeflemektedirler.

Kısaca bu başlıkları açacak olursak,

Akne de uzun süre kullanılan antibiyotiklere karşı bir süre sonra direnç gelişmekte ve artık etkili olamamaktadır. Çalışmaların sonucunda, özellikle topikal formülasyonlarda, hemen hemen tüm etken maddeler için kombinasyon tedavileri daha etkin bulunmuştur. Yani bir tek etken madde içeren kremler değil, birden çok etken madde içeren formülasyonlar daha etkili ve uzun dönemde güvenlidir. Bu kombinasyonlar bazen **iki antimikrobiyal madde** içerebilir ya da bir antimikrobiyal madde ile yüzeyel soyucu özelliği

olan başka bir etken madde birlikteliği olabilir. Gelişen ilaç teknolojisi sayesinde daha önce birlikte kullanılamayan etken maddelerin bir kısmı da kullanılabilir hale gelmiştir.

İlaç teknolojisinin bir başka avantajı da **nanoteknoloji** gibi ileri teknolojilerin kullanılmasıdır. Bu sayede bazı ilaçların tahriş gibi yan etkileri azaltılabilmekte, mikro ya da nano ilaç molekülleri ile etken maddenin derin dokulara dek ulaşması sağlanabilmektedir.

Akne oluşumunda yangısal sürecin etkisi öne çıktıkça, çeşitli **anti-inflamatuar tedaviler** de değer kazanmıştır. Bunlar içinde deride bulunan doğal bağışıklığın bir parçası olan **“anti mikrobiyal peptidler”** ayrı bir öneme sahiptir. Akne de özellikle kurbağa derisi kökenli peptidler üzerinde yoğun şekilde çalışmalar devam etmektedir.

Sistemik yani ağız yoluyla kullanılan **retinoik asitler** ve **A vitamini tedavileri** de bu süreçte daha çok değer kazanan tedavilerden biridir. Akne oluşumundaki hemen her aşamada kontrol edici ve düzenleyici olan **isotretinoine** ait klasik doz şemaları artık çok daha genişlemiştir. Şiddetli akne formlarında çok daha yüksek dozlarda, uzun süreli kullanımının güvenli olduğu ve nöksleri belirgin şekilde azalttığı gösterildiği gibi, daha hafif



Aşı tedavileri akne de çığır açabilecek gelişmelerden birisidir.

olgularda bile iz kalmasını beklemeden, aralıklı veya düşük doz kullanımının da etkili olduğu bildirilmektedir.

Yine son yıllarda ışık ve laser teknolojilerinde de büyük gelişmeler olmuştur. Mavi ve kısmen kırmızı ışık inflamatuvar akne formlarında etkili bulunduğu gibi, özellikle **“eski akne izlerinde”** etkili laser tedavileri iyi sonuçları ile geniş yer bulmuştur.

Aşı tedavileri ise akne de çığır açabilecek gelişmelerden biridir. Akne de süreci tetikleyen P.Acnes aslında faydalıdır, zira deri yüzeyinde **biofilm** denilen bir tabaka oluşturarak başka enfeksiyonların girişinden deriyi korur. Bu nedenle çalışmalar P. Acnes’i yok etmeden, oluşturduğu yangısal sürecin baskılanmasına yönelmiştir. Akne de aşı tedavisi ilk kez P.Acnes’in keşfinden hemen sonra, **1909** yılında gündeme gelmiş ancak bir gelişme sağlanamamıştır. Bir asır kadar sonra tekrar önem kazanan aşı için **2011** yılında alınmış aşı patentleri olmasına rağmen henüz hiçbir klinik çalışması mevcut değildir. Bu nedenle rutin kullanım ve uygulamaya geçmesi zaman alacak gibi görünmektedir.

ÖZET OLARAK:

- Akne kaderiniz değildir.
- Akneniz varsa telaşlanmayın, güzel gelişmeler oluyor.
- Akne tedavisinde sonuç için bilimsel yöntemleri tercih edin ve doktorunuza görünin. ▶



BARIATRİK CERRAHİ



Bariatrik Cerrahi ameliyatı nedir? Diabetes Mellitus tedavisinde kullanılabilir mi?

Diabetes mellitus (DM) tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sık görülen ve hızlı bir şekilde yayılan kronik bir hastalıktır. **2004** yılında dünyada **150 milyon diyabet hastası** olduğu ve bu sayının **2025** yılında **300 milyona** ulaşacağı tahmin edilmektedir.

Bilindiği gibi **iki tip** diyabet vardır. **Tip 1** DM'de; pankreasta insülin yapımı çok azalmıştır veya insülin yapımı yoktur. Hasta, kan şekerini düzenleyebilmesi için dışarıdan in-

sülin almak zorundadır. **Tip 2** DM'de; pankreasta insülin salınımı azalmış, normal veya fazla salınıyor olabilir. İnsüline karşı vücutta direnç başlamıştır. En sık nedeni kilo alımıdır.

Tüm diyabetiklerin yaklaşık **%90'**ını tip 2 diyabetik hastalar oluşturmaktadır. Artmakta olan hastalık sıklığı, ek hastalık giderleri ve sağlık harcamalarında artışa neden olmaktadır. Çoğu, gelişmekte olan ülkelerde artan **şehirleşme, fast-food tarzı beslenme alışkanlığı** ve **sedanter yaşam tarzı** gibi nedenlerle, **2030** yılında bahsedil-

en oranlarda **%150'**ye varan artışlar olacağı öngörülmektedir.

Ülkemizdeki insanların yaklaşık **%25'**inin obez olduğu ve yine ülkemizde erişkin popülasyonun yaklaşık **%11'**inin tip 2 diyabet hastası olduğu bilinmektedir.

Obezite nedir?

Obezite günümüzde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin en önemli sağlık sorunları arasında yer almaktadır. Obezite genel olarak bedenın yağ kütesinin yağsız kütleyle oranla aşırı artması sonucu, vücut ağırlığının



boy uzunluğuna göre arzu edilen düzeyin üstüne çıkmasıdır. Yetişkin erkeklerde vücut ağırlığının **%15-18**'ini, kadınlarda ise **%20-25**'ini yağ dokusu oluşturmaktadır. Bu oranın erkeklerde **%25**, kadınlarda ise **%30**'un üstüne çıkması obeziteyi oluşturmaktadır. Günlük alınan enerjinin harcanan enerjiden fazla olması durumunda, harcanamayan enerji vücutta yağ olarak depolanmakta ve obezite oluşumuna neden olmaktadır.

Son yıllarda **Bariatrik Cerrahi** obezite tedavisinde öne çıkan tedavilerden biri olmaya aday görünmektedir. Yıllardır yapılan takiplerde, bu cerrahi sırasında diyabeti olan hastaların kan şekerlerinin tamamen normalleştiği hatta diyabet hastalığının ortadan kalktığı gözlemlenmiştir. Tip 2 DM tedavisinde Bariatrik Cerrahi, uzun yıllardır kullanılmaktadır. Ne yazık ki yararı halen tartışılmaktadır.

Bariatrik Cerrahi nedir?

Metabolik cerrahi adı verilen ameliyat grubu çok fazla sayıda ameliyattan oluşur. Bu ameliyatlar farklı şekillerde **50-60** yıldan fazla bir süredir uygulanmaktadır. Ortaya çıkarttıkları etkiler ve sonuçları dolayısıyla metabolik cerrahi olarak gruplandırılırlar.

Bu ameliyatlar fazla kilolu ve obez hastalarda yapılmaya başlanmıştır ve **mideyi küçültme** üzerine yoğunlaşmıştır. Sonraları tek başına mideyi küçültmenin kalıcı olmadığı ve hastaların tekrardan kaybettikleri kiloları geri almaya başlamaları üzerine daha kalıcı bir yol aranmaya başlanmıştır. Bu nedenle ince bağırsakların işlevini kısıtlamak gerektiği anlaşılmış ve bu duruma da **"bypass"** denilmiştir. Mide ve ince bağırsak bypassları ile hastalar çok daha iyi kilolar vermişler ve bu kazançlarını uzun yıllar korumayı başarmış-

lardır. Kilo kaybının yanında hastaların başta şeker hastalıkları olmak üzere, **hipertansiyon, kötü kolesterol yüksekliği, kalp hastalıkları** gibi ağır başka hastalıklarından da kurtuldukları görülmüştür.

Obezite cerrahisi, metabolizmada farklı değişiklikler yaptığından dolayı tek başına obezite cerrahisi ameliyatı olarak adlandırılmazlar. Daha kapsamlı olarak "metabolik cerrahi" ismini alırlar.

Bariatrik cerrahi yöntemleri nelerdir?

Obezitenin cerrahi tedavisinde, mide veya ince bağırsakların büyük bölümü çıkarılan hastalarda başarılı kilo kaybı gözlenmesiyle gelişmiştir. İki tip cerrahi teknik uygulanmaktadır; **malabsorbatif** (emilimi engelleyici), **restriktif** (kısıtlayıcı) veya **kombine**



malabsorbif-restriktif prosedürler.

1. Restriktif (kısıtlayıcı) yöntemler:

a. Bu yöntemde en sık kullanılan mide bandıdır (kelepçe). Bu yöntemdeki amaç, midenin girişini daraltarak erken doyma hissine neden olmaktır. Böylelikle hasta kilo kaybetmektedir. Laparoskopik veya açık ameliyat olarak yapılabilir. Tekrar kilo almasına neden olabilir. Belirli aralıklarla bandın ayarlanması gerekebilmektedir.

b. Mide balonu uygulaması ve uyumu çok zor bir yöntemdir. İlk günler veya haftalar çoğunlukla bulantı ve kusma ile geçer. Ağızdan endoskopik olarak yerleştirilen mide balonu, mide içinde kişinin özelliklerine bağlı olarak 400-700 ml sıvı ile şişirilir ve mide içinde bırakılır. Mide balonu genel kabulde 6 ay tutulmakta, sonrasında balon değiştirildiğinde 6 ay daha devam edilebilmektedir.

c. Sleeve Gastrectomy, midenin en esnek olan bölümünün ameliyat ile çıkartılmasıdır. Geriye kalan bölüm fazla esnemediğinden

hastaya erken tokluk hissi yaratmaktadır. Midenin tüp şeklinde küçültülmektedir. Laparoskopik olarak özel aletler ile küçültülür. Midenin tüp haline getirilmesi aşırı büyük hacimde gıdaların geçişine izin vermez. Yenilen yemeklerin küçük hacimde alınması gerekmektedir. Sleeve gastrektomide açlık hormonu olarak bilinen Ghrelin miktarı azalır. Tokluk hissi uzun sürer, Ghrelin hormonunun azalması ile insülin direnci azalır ve mide küçültülerek kalori kısıtlaması elde edilir.

2. Malabsorbif yöntemler:

Ameliyatın amacı hem mideyi küçültmek (böylece yenilen gıda miktarını azaltmak) hem de hastanın ince bağırsığını kısaltarak alınan gıdanın tam sindirilmeden dışarı atılmasını sağlamaktır. Çeşitli seçenekleri vardır.

- a)** Biliopankreatik Diversiyon
 - b)** Jejunoleal Bypass
 - c)** Sleeved Duodeno-İleal İnterpozisyon
- DM hastalarının iyileşmesinde en sık kul-



Mide balonu uygulaması ve uyumu çok zor bir yöntemdir.

lanılan yöntem **Sleeved Duodeno-İleal İnterpozisyon** ameliyatıdır. Sleeved Duodeno-İleal İnterpozisyon ince bağırsağın bitiş kısmı (İleum) ile başlangıç kısmının (Duodenum yada Jejunum) yer değiştirmesidir.

Sleeved Duodeno-İleal İnterpozisyon ameliyatı etkisini nasıl gösterir?

Sleeved Duodeno-İleal İnterpozisyon ameliyatı, etki gücü olarak bütün diğer ameliyatlardan daha güçlüdür. Emilim bozukluğuna yol açmadan hormonal sistemi uyara-bildiği için diğer benzer ameliyatlardan çok daha üstündür.

1) İnce bağırsağın ilk kısmı olan duodenumun gıdalar ile temasını kesmek.

Gıdaların ince bağırsağın duodenum kısmından geçişinin engellenmesinin, şeker hastalığının kontrolü açısından bir çok faydası vardır. Bunlardan en önemlisi, gıdaların safra içindeki ve pankreas salgısı içindeki sindirim enzimleriyle erkenden karşılaşarak, hızlıca sindirilmelerini engellemektir. Gıdaların sindiriminin yavaşlaması insülinin etkisini daha iyi göstermesini sağlar.

2) İleum'a, gıdaların erken ulaşmasını sağlamak.

Safra ile karışmamış gıdaların, ince bağırsakların son kısmı olan İleum'a erken geçişi hormonları uyarır. İleum'dan salgılanan **GLP-1** adı verilen hormon, yiyeceklerin erken gelmesi ile çok güçlü bir şekilde uyarılır. GLP-1 hızla kan dolaşımına salgılanır. Bu hızlı GLP-1 üretimi, kan şekerinin kontrolünü kolaylaştırır. GLP-1 iki önemli etkiye sahiptir:



a. Pankreastan insülin üretimini artırır.

b. Kasların ve dokuların insüline karşı duyarlılığını artırır.

3. Hormonal dengeyi sağlar

Duodeno-Ileal Interpozisyon ile sağlanan etki asıl olarak ince bağırsaklar ile beyin arasındaki hormonal sinyallerin düzene koyulmasıdır. Bu etki sayesinde insüline karşı direnç oluşturan hormonlar engellenmiş olur. Daha az insülin ile hastanın kan şekeri normal seviyeye getirilebilir.

Bariatrik Cerrahiler hangi hastalara uygulanmalı?

- Vücut kitle indeksi 40'ın üstünde olan hastalar
- VKİ 35-40 arasında olup ek hastalığı olan hastalar
- Tıbbi yöntemler ile zayıflaması mümkün olmayanlar

kün olmayanlar

- 15-70 yaş arasında ve en az 3 yıllık obezite sorunu olanlar
- Alkol ve ilaç bağımlısı olmayanlar

Bariatrik Cerrahiler tüm diyabetik hastalara uygulanabilir mi? Kimlere uygulanmalı?

Tip 2 DM nedeniyle tedavi alan ve standart ilaç tedavisi, diyet ve yaşam şekli değişiklikleri ile kan şekerlerini kontrol edemeyen ancak **vücut kitle indeksi (VKİ) 30-35 kg/m²** arasında olan hastalarda, diyabete bağlı kalp-damar risk faktörleri varsa, bu cerrahi yöntemler alternatif bir tedavi olarak değerlendirilmelidir.

Tip 2 DM olan hastalar, hastalığın süresi ve ciddiyeti açısından farklılıklar göstermektedir. Tip 2 DM başlangıç yaşı, süresi, kullanılan ilaçlar, insülin kullanma süresi, günlük

insülin dozu, kan şekerinin kontrol düzeyi ve birçok faktör hastalığın ciddiyetini değiştirir. Bu ameliyatlara çeşitli hormonal mekanizmaları değiştirerek insülin üretimi ve mevcut insülinin etkisini artıracak şekilde etkisini gösterir. Vücutta oturmuş olan insülin direncini ciddi oranda azaltır hatta yok eder. Ameliyat ile bu etkilerin elde edilebilmesi için temelde pankreas organında insülin üretiminin iyi bir oranda korunmuş olması gereklidir. Hastaların ameliyatlara uyunluğunu belirlerken pankreasta ne kadar insülin kaldığını değerlendirmek gerekir.

Vücuttaki insülin rezervi nasıl değerlendirilir?

Vücutta pankreas organında bulunan β -beta hücreleri insülin üretiminden sorumlu olan hücrelerdir. Bu hücrelerin insülin üretme kapasitesi ise kandaki C-peptit düzeylerine bakarak değerlendirilir. İnsülin öncüsü olan molekülde, insülin ile birlikte aynı zincirin parçası olarak yer alır. Molekül insülin oluşturmak üzere iki parçaya bölündüğünde geride kalan parçaya C-peptit adı verilir. Dolayısıyla kandaki C-peptit düzeyleri insülin üretimi hakkında, yani β -beta hücrelerinin insülin üretme kapasitesi hakkında bilgi verir fakat kesin sonuç vermez.

Günümüzde **morbid obezitesi** ve Tip 2 DM olan kişilerden obezite cerrahisine yönelen hastaların büyük çoğunluğu, obeziteden çok kontrol altına alınması gittikçe zorlaşan ve yüksek doz insülin ihtiyacı nedeniyle bu tercihi yapmaktadırlar.

Ne yazık ki Bariatrik Cerrahi Tip 2 Diyabetli bütün hastalar için uygun olmayabilir. Bazı hastalar düzensiz ilaç kullanmış ve takip edilmemiş olmaktadır. Bu hastaların büyük çoğunluğu vücutlarındaki insülin üretme kapasitelerini ciddi oranda tüketmişlerdir. Bu tip hastalara yapılacak hiçbir cerrahi girişim Tip 2 Diyabet açısından fayda veremez. Bu hastaların hiçbirine Tip 2 DM tedavisi için Bariatrik Cerrahi önerilmez. Bariatrik Cerrahi tip 2 DM tedavisinde pratik uygulamada en son tedavi seçeneği olarak önerilmektedir. ▶



YENİ DOĞAN BEBEKLERDE DUDAK-DAMAK YARIKLARI



Dudak-damak yarıkları **konjenital** (doğumsal) **anomalilerdir**. **İntra-uterin dönemin** (hamilelik dönemi) **6. haftasında** damak gelişmeye başlar ve **12. haftaya** kadar gelişmeye devam eder. Damak oluşumunda hamilelikte 6. haftanın sonu ile 9. haftanın başlangıcı önemlidir. **Yüz gelişimi** gebeliğin 4-12. haftalarında tamamlanan kompleks bir olaydır. Başlangıçta birkaç tomurcukla başlayan gelişim aşamaları, orta hatta doğru tomurcukların büyümeleri ve birbirleriyle birleşmeleri ile yüzün son hali belirlenir. Birleşmeyi sağlayan **gen yapısının** bozulması, yüzü oluşturan parçaların kaynaşmasını engeller ve

yarık dudak-damak başta olmak üzere farklı yüz yarıklarının oluşmasına yol açar.

DUDAK-DAMAK YARIKLARININ SEBEPLERİ

Dudak damak yarıkları yapısal anomalilerdir ve anomalinin sebebi genetik olabileceği gibi çevresel faktörlerden veya her iki sebepten de kaynaklanabilir. Ancak bugün bile dudak damak yarıklarının etyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Çevresel etkenler incelendiğinde; **hamilelik döneminde annenin sigara ve alkol kullanması, hamilelik sırasında geçirilen kızamıkçık enfeksiyonu, A vitamini fazlalığı veya eksikliği,**

annede Diyabet (şeker hastalığı) ve **annenin hamilelik esnasında kullandığı steroid, salisilat, aminopterin ilaçları** gibi çeşitli etmenlerin dudak-damak yarığı oluşmasında rol oynadığı belirtilmiştir. Başka bazı anomalilerin oluşmasını önleyen folik asit eksikliği dudak-damak yarıklarını önlemede etkilidir. Hamilelik öncesi **2 ay** ve hamilelik başlangıcından sonraki **3 ay** boyunca **folik asit** içeren **multivitamin preparatları** alan annelerin çocuklarında dudak-damak yarığı gelişme riskinin **%25-50** arasında azaldığı belirtilmektedir. Araştırmalar dudak ve primer damak yarıklarının hem **genetik** hem de **embriyolojik** olarak **sekonder damak ya-**



rıklarından, yani **izole damak yarıklarından** farklı olduğunu belirtmişlerdir.

DUDAK DAMAK YARIKLARINDA AKRABA EVLİLİĞİNİN ÖNEMİ

Anne veya baba dudak ve/veya damak yarıklı ise, dudak-damak yarıklı çocuğa sahip olma olasılığı **%5** iken, anne veya babada dudak damak yarığı yoksa ama bir çocuklarında varsa doğacak diğer çocuklarda yarık olasılığı yine **%5**'tir. Dudak-damak yarığı etyolojisinde genetik faktörler ve yakın akraba evliliğinin çok önemli rolü vardır. Fakültemizde tedavi edilmekte olan bir kız bebekte bilaterak (çift taraflı) dudak damak yarığı varken, **1 yıl** sonra aynı ailenin ikinci kız bebeği **unilateral** (tek taraflı) **DDY** ile doğmuştur. **Anamnezde** bebeklerin halasında ve hala çocuklarından birinde de **DDY** olduğu belirtilmiştir. Üçüncü kız bebeklerinde anomalinin artarak görülmesi beklenirken

bu bebek dudak-damak yarıksız sağlıklı olarak doğmuştur. Kız bebeklerin anne ve babası genç ve sağlıklı kişiler olup anne sorunsuz hamilelikler geçirdiğini söylemektedir. Akraba evliliği yoktur. Burada kalıtımın önemli etken olduğu ancak çevresel faktörlerin de anomali oluşmasını tetiklediği düşünülmektedir. Kliniğimizde tedavi ettiğimiz dudak damak yarıklı vakalardan birinin anne ve babasından alınan anamnezde annenin hamileliği süresince sürekli sigara içtiği bilgisine ulaşılmıştır. Anne hamileliği süresince ekonomik sıkıntılardan dolayı ciddi stres yaşadığını da belirtmiştir. Dudak damak yarıklarının sebeplerinin **multifaktöriyel** (birden fazla) olduğunu düşünürsek, genetik yatkınlığın yanı sıra çevresel faktörler de bu konjenital anomalinin ortaya çıkmasında önemi rol oynamaktadır. Çevresel faktörlere **tarımda kontrolsüz zirai ilaç kullanımı** da örnek gösterilebilir.

DUDAK DAMAK YARIĞI VAKALARININ DÜNYADAKİ GÖRÜLME SIKLIĞI

Dudak ve/veya damak yarıklı vakaların görülme sıklığını etkileyen değişkenler; **takvim yılı, mevsimler, coğrafi lokalizasyon, etnik yapı, sosyo-ekonomik statü, anne adayının yaşı** olabilir.

Toplumlarda dudak veya damak yarığının demografik prevalansı varyasyon göstermektedir. Dünyada **DDY** görülme olasılığı ortalama olarak **1/1000**'dir. En yüksek prevalans **Asyalı**'larda, özellikle **Japon**'lardadır. **Caucasian**'larda (Avrupalı) görülme sıklığı ikinci iken, **Afrikalı** bireylerde görülme olasılığı en düşüktür. **DDY**'nin **%25**'i bilateraldir. Yarıkların **%75-80**'i **unilateral**dir ve sıklıkla yarık sol taraftadır. Erkek çocuklarda yarık olma olasılığı kızlara göre **2/1** dir. Bilateral dudak yarıklarının **%85**'inde; unilateral dudak yarıklarının **%70**'inde damak yarığı da vardır. **Yakın Doğu Üniversitesi**



tesi Diş Hekimliği Fakültesi Ortodonti Ana Bilim Dalı'na 2008-2014 yılları arasında toplam **sekiz** dudak-damak yarıklı bebek getirilmiştir. Bebeklerin dördü kız, dördü erkektir. Bir bebekte sadece izole damak yarığı varken, üç bebek çift taraflı dudak-damak yarıklı; beş bebek ise tek taraflı dudak-damak yarıklıdır.

DUDAK-DAMAK YARIKLARIYLA BİRLİKTE GÖRÜLEBİLEN DİĞER ANOMALİLER

Dudak ve/veya damak yarıkları **sendromik** ve **non-sendromik** (sendromik olmayan) gelişebilir. Sendromik dudak-damak yarıklı hastalarda en sık görülen **malformasyon el parmağı anomalileridir**. Bunlardan başka sıklık sırasına göre, **böbrek, yüz görünüm anomalileri, tri-zomiler, hemofili, beyin ve kalp anomalileri**

gelmektedir. Bu sebeplerden dolayı, dudak-damak yarıklı bebeklerde özellikle yukarıda sözü edilen organlar ve bütün vücut ek anomali açısından fizik muayene ve ultrason ile incelenmelidir.

Dudak-damak yarığı gebeliğin ikinci üç aylık döneminde **%100** doğruluk payı olmamakla birlikte, üç boyutlu ve dört boyutlu ultrason ile tespit edilebilmektedir ancak damak yarığı görülememektedir. **Transvajinal sonografi (TVS)** ise **fetal malformasyonların %95'ini 14-16. haftalarda** göstermektedir.

INTRAUTERİN DÖNEMDE DUDAK DAMAK YARIĞININ TESPİT EDİLMESİNDEN SONRA ANNE ADAYININ HAMİLELİĞİ SONLANDIRMAK İSTEMESİ DURUMUNDA DOĞRU YAKLAŞIM NEDİR?

Dudak yarığı tek başına küçük bir **kozmetik malformasyon**dur ve ultrasonda tespit edildikten sonra hamileliğin sonlandırılması için bir sebep oluşturmaz ve kadın doğum uzmanları da etik olarak sırf bu sebepten **kürtaj** yapmayı ülkemizde kabul etmezler. Ancak annede **ağır depresyona** sebep olursa hamileliğin sonlandırılması düşünülebilir. Ancak dudak yarığı ile birlikte damak yarığı ve ağır ek malformasyonlar da tespit edilmişse hamilelik sonlandırılabilir. Teorik olarak bir **fetüsün** tüm fiziksel anomalilerine karşı dünyaya gelme ve yaşama hakkı vardır ve bu hak elinden alınmamalıdır. Bu duruma en güzel örnek ALS hastası **Stephen Hawking**'dir. Fiziksel yetersizliklerine rağmen bir dehadır ve insanlığa hizmet etmektedir. Bir başka görüş ise anomali(ler)le doğacak olan fetüsün, bu defektlerle hayata gelmeyi istemeyebileceği gerçeğidir. Ebeveyn yönünden bakılacak olursa defektli bir çocuğa sahip ol-



manın **psikolojik, finansal ve toplumsal yükü**nü kaldıramayabilecekleri gerçeği ile hamileliğin sonlandırılmasını isteme haklarının olması gerektiğidir. O zaman bir anomalinin hangi şiddette olduğuna ve hamileliğin sonlandırılması kararını kimin vermesi doğrudur? Kadın doğum uzmanı mı? Maksillofasiyel cerrah mı? Oluşturulacak etik kurul mu? Bence hiçbiri bu kararı vermemelidir. Ülkeler arasında, farklı kültür ve dinlerde de kürtaj kararı ciddi farklılık göstermektedir. Kararın anne ve baba adayına bırakılması daha uygun olur düşüncesindeyim.

DUDAK-DAMAK YARIĞI VAKALARINDA TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

Dudak-damak yarığı vakaları doğumdan itibaren 18 yaşına kadar **multidisipliner yaklaşım**la tedavi edilen çok zor vakalardır. Bu vakaların tedavisinde **ortodontist, plastik ve rekonstruktif cerrah, oral-maksillofasiyel cerrah, konuşma terapisti** (logopedist), **pedodontist, protez uzmanı** ve **psikolog koordinasyonu** gerekmektedir. Amaç dudak-damak yarıklı bireyleri dış görünüş ve yaşamsal fonksiyonlar açısından normale yakın hale getirerek bu bireyleri topluma kazandırmaktır. Dudak-damak yarığı ile doğan bebekte burun boşluğu

ile ağız boşluğunu ayıran sert ve yumuşak damak yarıktır ve bu nedenle bebek biberon ve anne memesi ile beslenemez. Bu durumda tam teşekküllü bir hastanenin **Yeni Doğan Ünitesi'nde nazogastrik besleme** yapılarak bebeğin hayatta kalması sağlanmaktadır; ancak bebek taburcu edilemez. Bebeğe **postnatal yaşamın ilk 48 saati** içerisinde ortodontist tarafından üst çeneden ölçü alınarak beslenme plağı yapılması ve anneye besleme şekli ile ilgili eğitim verilmesi, bebeğin ve annenin ev ortamına geçmesine olanak sağlaması açısından çok değerlidir.

DUDAK-DAMAK YARIĞI VAKALARINDA BEBEKTEN ÖLÇÜ ALMA TEKNİKLERİ

Bebekten ölçü alınırken hava yolunun açık kalması için baş aşağı tutulması veya dik tutulması, uyanık olması, aspirasyon cihazının hazır tutulması ve ölçü alma işleminin mutlaka anestezi uzmanı gözetiminde yapılması gerekmektedir.

PREOPERATİF NAZOALVEOLER ŞEKİLLENDİRME (PNAM) TEKNİĞİ

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde dudak damak yarığı ile doğan bebeklere ortodontistler tarafından farklı yaklaşımlarla tedavi yapılmaktadır ancak fakültemizin ortodonti ana bilim dalında uyguladığımız tedavi yöntemi, dünyadaki pek çok ortodonti kliniğinde uygulanmakta olan preoperatif nazoalveoler şekillendirme tekniğidir. Tedavide amaç beslenme plağı ile yarık hat 9-10mm'den 4-5mm'ye gerileyince apareyin nazoalveoler şekillendirme plağına dönüştürülmesi, haftalık kontrollerle apacey üzerinde gereken değişikliklerin yapılarak bebek **4-5 aylık** olunca ve operasyon için yeterli ağırlığa gelince, dudak operasyonu yapılarak burun kanatlarının dikilerek burun deliklerinin şekillendirilmesi ve dudaktaki yarık(lar)ın dikilerek estetik görünüm kazandırılmasıdır.

DUDAK DAMAK YARIKLI BEBEKLERDE BİBERONLA BESLEME ŞEKİLLERİ

Plak ağıza uygulandıktan sonra normal biberonla besleme yapılabileceği gibi özel dizaynlanmış biberon ucuyla da besleme yapılabilmektedir. Bebek biberonla beslenirken dik pozisyonda tutulmalıdır. ▶



KIŞ AYLARINDA BAĞIŞIKLIK SİSTEMİNİZİ BESİNLERLE GÜÇLENDİRİN

Bağışıklık sistemimizin kuvvetli olmasında besinlerin çok büyük rolü vardır. Herkesin bildiği **C vitamini**ne ek olarak **A ve E vitaminleri**; **selenyum**, **çinko** gibi mineraller, **bazı yağ asitleri** ve **bitkilerde doğal olarak bulunan koruyucu kimyasal maddeler** (fitokimyasallar) bağışıklık sistemi fonksiyonlarının devamlılığını sağlamada etkilidir. Özellikle C vitamini; E vitamini ve **beta karoten** ile diğer meyve ve sebzelere oranla bağışıklık sistemi üzerinde daha olumlu etkilere sahiptir. **Antioksidan** özelliği ile bağışıklık sistemini güçlendirir ve oluşabilecek birçok kronik ra-

hatsızlığa karşı korunmanızı sağlar. Mevsim geçişlerinde metabolizma hızının değişmesi, bağışıklık sisteminin zayıflamasıyla enfeksiyon hastalıklarına yakalanma riskini de artırır. Güçlü bağışıklık sistemi için; **yeterli ve kaliteli uyku**, **fiziksel aktivite**, **stresten uzak yaşam**, **yeterli ve dengeli beslenme**yi sağlamalıyız.

GÜÇLÜ BAĞIŞIKLIK SİSTEMİ İÇİN GÜÇLÜ BESİNLER

Sebze ve meyveler, önemli vitamin ve mineral kaynağı besinler olmalarının yanı sıra güçlü antioksidan özellik gösterir. Özel-

likle **koyu yeşil, sarı, turuncu, kırmızı, mor sebze ve meyveleri** her gün en az **5-6 porسیون** tüketin.

Domates zengin **likopen** içermesi nedeniyle araştırmalara konu olan ve kanserli hücre oluşum riskini azalttığı düşünülen domates, A ve C vitamininden zengin olma özelliğiyle bağışıklık sistemini güçlendirmeye yardımcıdır.

Turunçgiller zengin C vitamini ve karoten içerikleri nedeniyle savunma sisteminin bekçileridir. Limon, portakal ve greyfurtu gerek salatalarınızda sos olarak gerek taze



İhtiyacınız olan birçok vitamini besinlerden elde edebilirsiniz. Gerek olmadıkça ilaç kullanmayın.

sıkılmış sularını içerek veya meyve olarak yiyerek C vitamin alımınızı artırabilirsiniz.

Kivi yüksek C vitamini içeriği ile virüsle-re karşı kalkan görevi görür.

Ananas, amino asit ihtiyacının karşılan-masına ve mutluluk hormonu olarak bilinen serotonin salgılanmasına yardımcı olur .

Narın çekirdekleriyle tüketilmesi daha faydalıdır. Antioksidan kapasitesi ve yüksek A ve C vitaminleri sayesinde hem cilt sağ-lığını koruyucu hem de bağışıklık sistemini güçlendirici özellik sağlar.

Sarımsak ve **soğan** zengin sülfür içe-rikleri sayesinde bağışıklık sistemini güç-

lendirici etki gösterir, virüs ve bakterilerin vücuda girmelerini engeller.

Bağışıklık sistemini güçlendirerek has-talık riskini azaltan probiyotik ürünleri dü-zenli olarak kullanmak gerekir. Yararlı bak-terilerden zengin olan probiyotik yoğurtlar, bağırsak sağlığını korur ve bağırsakların çalışmasını düzenler. Zararlı bakterilerle sa-vaşarak bağışıklık sisteminin güçlenmesine katkıda bulunurlar.

Bağışıklık sisteminin savaşçı hücreleri için önemli olan protein tüketimine dikkat edin. Kırmızı et yerine balığı tercih ederek hem protein alımınızı artırın hem de balık-ta yüksek miktarda bulunan ve bağışıklığı destekleyen **omega-3** yağ asitlerinden ya-rarlanın. Omega-3, anti-inflamatuar etkisi sayesinde bağışıklık sistemini korur ve güç-



lendirir. Beslenmenizde omega-3 kaynağı **deniz ürünlerine**, **ceviz**, **keten tohumu** ve **semizotu** gibi yiyeceklerle sıkça yer vermeli, haftanın en az 2-3 günü balık tüketmelisiniz.

Anti-inflamatuar özelliği belirgin olan **zencefil**, **sarımsak**, **zerdeçal**, **pulbiber** ve **kekik** gibi baharatları yemeklerinize katın.

Çay, **kahve**, **kola**, **kakao** gibi **kafein** içe-ren içecekler yerine C vitamini yönünden zengin olan **kuşburnu**; rahatlatıcı özellik gösteren ve bağışıklık sistemini güçlendirici **yeşil çay**, **rezene**, **melisa**, **papatya**, **ıhlamur** ve **ısırgan otu çayı** gibi bitki çaylarını tercih edin. Kuşburnu çayı C vitamini, ekinezya çayı ise antiviral etki gösteren antioksidan özellikleri olan çay türleridir. Gün içerisinde 2-3 fincan içerek bağışıklık sisteminizin güçlenmesine katkıda bulunabilirsiniz.

Bağışıklık sistemini baskılayan aşırı yağ tüketiminden kaçının, hayvansal yağ alımını azaltıp bitkisel yağları tercih edin.

Su içimine yaz dönemindeki kadar önem verin, her gün **2.5-3 litre su** tüketin.

Sağlıklı bir kış ayı geçirmek için beslenmeyi çeşitlendirmek ve sağlıklı besin seçimleri yapmak çok önemlidir. Sağlıklı ve mutlu bir kış geçirmeniz için beslenmenize yeterli özeni gösterin. ▶



ALERJİ AŞI TEDAVİSİ

Alerjenlerin kalite ve içeriğindeki teknolojik gelişmeler, yeni ve daha kolay uygulama yollarının tespiti (dil altı aşılar gibi) ve bu uygulamaların yaygınlaşarak tüm dünyaya ulaşması, alerjik hastalık mekanizmalarının daha iyi anlaşılmasını sağlamış, alerji tedavisinde immunoterapinin rolü daha da artmıştır.



Yrd. Doç. Dr. Nilüfer GALİP
Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Çocuk Alerji ve İmmünoloji



Doç. Dr. Arzu Babayigit HOCAOĞLU
Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Çocuk Alerji ve İmmünoloji



Prof. Dr. Nerin Bahçeciler ÖNDER
Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Çocuk Alerji ve İmmünoloji

2 0. yüzyılın başlarında **alerji** nadir bir hastalık olarak görülüyordu. O zamandan bu yana değişik faktörlerin tetiklemesiyle son yıllardaki artış dramatik hale geldi. Şimdilerde **Avrupalıların %30'u alerjik rinit** ya da **konjonktivit**, **%20'ye** yakını **astım**, **%15'i alerjik cilt hastalıklarından** yakınmakta ve birçok bölgede görülme sıklığı gittikçe artmaktadır. **Avrupa Alerji Derneği'nin** verilerine göre önümüzdeki **15 yılda** Avrupa nüfusunun yarısından fazlasının bir çeşit alerjiden etkileneceği tahmin edilmektedir. Dünya genelinde görülen bu sıklık tedirginlik vericidir. Dünyada, yakla-

şık yarım milyar insan rinitten, yaklaşık 300 milyon kişi de astımdan yakınmaktadır. **Gıda alerjileri** de giderek sıklaşmakta ve seyirleri ağırlaşmaktadır. Alerjiler genellikle çocukluk çağında başlar ve uzun yıllar, genellikle yaşam boyu devam eder.

Çocukluk çağında alerjik hastalıklar en sık görülen **kronik** (müzmin) hastalıklardır. Bu konuda başka bir önemli husus da, alerjik hastalığı olan hastaların daha başka alerjiler geliştirmekte yüksek riske sahip olmalarıdır. Çocuklarda ise bir alerjik hastalık sıklıkla diğerini takip eder (alerjik yürüyüş). Çocukluk yaş grubunda öncelikle **atopik**

egzema ve **gıda alerjileri** ortaya çıkmakta, bunu sıklıkla astım ve alerjik rinitten oluşan solunum yolu alerjileri izlemektedir. Alerjiler genellikle ailevidir ancak ailede hiç alerji öyküsü olmayan yeni olgular olabileceği de bilinmelidir. Günümüzdeki düzensiz yaşam tarzı, katkı maddelerinin yoğun kullanıldığı **hazır gıda ağırlıklı beslenme**, **şehir hayatı**, **endüstrileşme**, **hava kirliliğine maruziyet** ve daha birçok etken, alerjik hastalık belirtilerinin daha sık ortaya çıkmasına neden olan ana faktörlerdir.

Alerjik hastalıkların tedavisi için önümüzdeki tek çıkış yolu koruyucu ve tedavi



edici stratejileri güçlendirmek ve ideal hale getirmektir. **Alerjen immunoterapisi** (Aşı tedavisi) alerjik hastalıkların tedavisinde yaklaşık yüz yıldır kullanılan bir tedavidir. Alerjen spesifik immunoterapi, hastaya giderek artan dozlarda düzenli alerjen verilmesiyle immun sisteminin bunu öğrenmesini ve tolere etmesini sağlayan tıbbi tedavi yöntemidir. Alerjenlerin kalite ve içeriğindeki teknolojik gelişmeler, yeni ve daha kolay uygulama yollarının tespiti (Dil altı aşılar gibi) ve bu uygulamaların yaygınlaşarak tüm dünyaya ulaşması, alerjik hastalık mekanizmalarının daha iyi anlaşılmasını sağlamış,

alerji tedavisinde immunoterapinin rolü daha da artmıştır. Bu tedavi biçimi, doğru tanı sonrasında iyi kalitede, iyi tanımlanmış ve klinik olarak etkin ekstreler ile yerinde kullanıldığında alerjik bireylerin hayatını değiştirebilmektedir. İmmunoterapi şu an için alerji yoğunluğunu azaltan, uzun süreli maliyetleri düşüren ve hastalığın doğal seyrini değiştirebilen tek tedavi yöntemidir. Başka bir deyişle, alerji uzmanlarının uyguladığı doğru hasta seçiminin, preparatların ve doz şemasının kullanıldığı alerjen immunoterapi, alerjik hastalıklarda kesin tedaviyi sağlayabilen tek tedavi biçimidir. ▶



Dünyada, yaklaşık yarım milyar insan rinitten, yaklaşık 300 milyon kişi de astımdan yakınmaktadır.



ÇOCUKLARDA ASTIM

Astım nedir?

Astım, solunum yollarının **kronik** (Müzmin) ve **yangısal** (İltihabi) bir hastalığıdır. Tüm toplumlara bakıldığında astım sıklığının **%1** ile **%30** arasında değiştiği görülür. Yapılan bir çalışmada bu sıklığın **çocukluk çağı**nda (18 yaş altında) **%20** olduğu belirlenmiştir. Bu, üzerinde durulması gereken çok yüksek bir orandır. Farklı nedenler ile hava yolunda ortaya çıkan **mikrobik olmayan yangı**, **solunum yolu duvarında hasarlanma**, **hava yolunda daralma**, **mukus (balgam) artışı** ve **hava yolunda tıkanıklığa** neden olur. Bu bulgular başlangıçta kendiliğinden ya da tedavi ile tamamen geri dönüşümlü olmasına karşın, zamanla yangı ve yineleyen hasar hava yolu duvarında bazı geri dönüşümsüz değişikliklere neden olur.



Astımın bulguları nelerdir?

Astımın klinik bulguları arasında tipik olarak yineleyen **hırıltı**, **hışıltı**, **öksürük**, **nefes darlığı**, **göğüste daralma hissi** ile kendini gösteren ataklar yer alır. Bu bulgular özellikle ailesinde astım olan kişilerde astım tanısına yaklaştırmaya gereken özelliklerdir. Bulguların **ağır kokular**, **sigara du-**

manı gibi uyarıcılar ile gece artması beklenilebilir. Ancak bu kadar tipik ve beklenen bulgular yanında, hastalar sadece öksürük ile ya da egzersiz yaptıklarında öksürük ve nefes darlığı yakınması ile de başvurlar.

Çocuklarda astım nasıl teşhis edilir?

Astım tanısı koymada en değerli tanı aracı, hastanın şikayetleridir. Öksürük, hırıltı, hışıltı ve/veya nefes darlığı gibi belirtilerin varlığı ve bu belirtilerin bronş açıcı tedaviyle veya kendiliğinden kaybolması ancak bir süre sonra tekrar ortaya çıkması ön planda astımı düşündürür. Yattıktan sonra veya sabaha karşı yaklaşık **30 dakika** süreyle devam eden ve bronş genişletici ilaçlara olumlu yanıt veren öksürük atakları da aksi ispat edilene kadar astım olarak kabul edilmelidir. Doktor muayenesinde akciğerlerde bronş daralmasına ait bulgular gözlenmesi de tanıyı destekler ancak şart değildir. Çocuklarda astımın **%80'i** alerjik kökenli olduğu için alerji testlerinin yapılması da tanıda önem arzeder. Eğer hasta **5 yaşın** üzerinde

ise solunum fonksiyonlarının ölçümü tanıda yardımcıdır.

Çocuklarda astım nasıl tedavi edilir?

Tüm alerjik hastalıklarda olduğu gibi, astımda da birinci basamak tedavi alerjik olunan maddeden uzak durmaktır. Uygun öneriler doğrultusunda alınacak çevre önlemleri ile hastalık belirtilerinin ve bronşlardaki aşırı duyarlılığın azalması mümkündür. Çevre önlemlerinin yeterli olmadığı, ilaç tedavisinin uygun görüldüğü hastalarda sprey şeklindeki ilaçlar kullanılmaktadır. Bunlar, allerjinin yarattığı bronş hassasiyetini ve akciğerlere göç eden iltihabi hücreleri azaltarak atakları önleyen ilaçlar ve sadece hastalık alevlenmeleri sırasında kullanılan bronş gevşetici ilaçlar olarak ikiye ayrılabilir. Astım tedavisinde atakları önleyici ilaçların bir çoğunda düşük dozlu kortizon bulunmaktadır. Bu kortizonlar kana karışma oranı çok düşük, uygun dozda kullanıldıklarında yan etkilere yol açmayan ilaçlardır. Ancak bilinmelidir ki, bu ilaçlarla





- Fungisitler veya %10'luk çamaşır suyu ile mantar olan yüzeylerin temizlenmesi
- Buzdolabı veya nem gidericilerin çamaşır suyu ile temizlenmesi
- Evde sıvı sızdıran yerlerin tamiri
- Yemek pişirme veya duş alma sırasında havalandırma
- Ev içi bitkilerinin azaltılması
- Bodrum katında yaşamaktan kaçınmak

Evcil hayvan alerjisi olanlara korunma önerileri nelerdir?

Öncelikli önlemler:

- Hayvanın evden uzaklaştırılması veya ev dışında tutulması

Ek öneriler:

- Hayvanın, zemini cilalı ve ayrıca silinebilir mobilyaların olduğu bir odada tutulması
- Hayvanın yatak odası dışında tutulması
- HEPA filtreli hava temizleyicilerinin kullanılması
- Hayvanın ılık su ile düzenli yıkanması

Polen alerjisinde korunma mümkün mü?

Bu alerjenlerin tümünden kaçınmak olanaksızdır. Duyarlı olunan polenin yılın hangi dönemlerinde yüksek miktarda olduğunu bilmek önemlidir. Bu dönemlerde mümkün olduğu kadar iç ortamda kalmak, evde ve arabada pencereleri kapalı tutmak yararlı olacaktır. Dış ortama çıkılacaksa yüz maskesi ve gözlük kullanımı önerilebilir.

Sigara maruziyetinin azaltılması alerjik hastalıkların tedavisinde ne kadar önemli?

Sigara dumanı, alerjenlerin havayolundaki etkilerini artırıcı rol oynamaktadır. Sigara dumanı solunum sistemi bulgularında artışa ve astım bulgularında kötüleşmeye neden olmaktadır. Alerjik hastalıklardan korunmanın her basamağında çevresel sigara maruziyetinin önlenmesi önerilmektedir. Alerjik, özellikle astımı olan çocukların ailelerinin sigara maruziyetinin engellenmesi konusunda bilgilendirilmesi kritik önem arz eder. ▶



tedavi hastalığı kökten yok edememektedir. Çoğu çocukta spreyler verildiği sürece etkili olmakta, kesildiğinde ise yeniden belirtiler ortaya çıkmaktadır. Alerjik astımda hastalığı kökten tedavi edecek ve doğal seyrini değiştirebilecek tek tedavi yöntemi alerji aşısı tedavisidir.

Ev tozu akarlarından korunma yöntemleri nelerdir?

Temel önlemler

- Yastık, yatak, yorgan için özel dokunmuş kılıfları kullanmak.
- Yatak çarşaflarını her hafta 55-60°C'de yıkamak.

Diğer önlemler

- Halıları kaldırmak.

- Değiştirilmeyen halıların akarları yok eden spreyler ile temizlenmesi.
- Evin, her hafta çift kat torbası ve HEPA filtresi olan süpürgelerle temizlenmesi.
- Perdelerin sık sık yıkanması.
- Toz tutan malzemelerin kapalı dolaplarda saklanması.
- Tüylü oyuncakların kaldırılması.

Mantar (Küf) alerjenlerinden korunma yöntemleri nelerdir?

Dış ortam:

Çayır biçmekten, yaprak toplamaktan, saman veya bitkisel materyal ile çalışmaktan ve ahır temizlemekten kaçınmak.

İç ortam:

- Nem gidericiler cihazlar ile nemi azaltmak



ÇOCUK VE ERGENLERDE TIP 2 DİYABET GELİŞİR Mİ?



Diyabet nedir?

Halk arasında şeker hastalığı veya diyabet olarak bilinen **Diabetes Mellitus** pankreas organının odacık hücrelerinden salgılanan **insülin hormonunun** eksikliği veya etkisindeki yetersizlik sonucu gelişen karbonhidrat, yağ ve protein metabolizması bozukluğudur.

İnsülinin vücuttaki görevi şekeri hücre içine sokarak bize gerekli olan enerjiyi sağlamaktır. Bu nedenle insülinin eksik veya etkisiz olması sonucu şeker hücre içine girmez ve kanda birikerek artar. Kanda artan şeker **180 mg/dl**'yi aştığında idrarla atılmaya başlar. İdrarla atılan şeker beraberinde

suyu da sürükler ve kişi sık idrara çıkar. Sık idrara çıkan kişi susuz kalır ve çok su içmeye başlar. Diğer yandan insülin olmadığı veya etkisiz olduğu için enerji sağlanamaz, kişi de **halsizlik** ve **kilo kaybı** olur. İşte diyabetin sık görülen bulguları **çok su içme, sık idrara çıkma, halsizlik** ve **kilo kaybı** böyle gelişir.

Kaç çeşit diyabet vardır?

Tablo 1'de diyabetin sınıflaması görülmektedir.

Tablo 1 – Diyabetin sınıflaması

- I.** Tip 1 Diyabet (İnsülin eksikliği sonucu gelişir.)
- II.** Tip 2 Diyabet (İnsüline karşı reseptör

törlerde (algılayıcılarda) oluşan direnç sonucu insülin etkisini gösteremez.)

III. Diğer spesifik tipler

a. MODY

b. Bazı ilaçların etkisi ile gelişen diyabet

c. Bazı genetik hastalıklarda görülen diyabet

IV. Gebelikte ortaya çıkan diyabet

Çocuk ve ergenlerde en sık hangi tip diyabet görülür?

İki binli yıllara kadar çocuk ve ergenlerde görülen diyabetin **%98–99'u Tip 1 diyabet** olarak biliniyordu. **Tip 2 diyabet** ancak

%1-2 oranında görülüyordu.

Amerika Birleşik Devletleri'nde, 1980'li yılların sonu ile **1990**'lı yılların ortalarına kadar ergenlikte Tip 2 diyabet **%54** oranında artış göstermiştir. Aynı şekilde **Japonya, Libya, Kanada, Avustralya** ve **Bangladeş**'te çocuk ve ergenlerde Tip 2 diyabetin sıklığında artış bildirilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde ergenlerde yeni diyabet vakalarının **% 5–45**'i Tip 2 diyabet tanısı almaktadır. Genlerdeki bozukluğa bağlı **MODY** (çocuklarda görülen erişkin tip diyabet) ve sendromlarda görülen diyabet nadirdir. Bizim ülkemizde de çocuk ve ergenlerde Tip 2 diyabet görülme sıklığı artmaktadır.

Tip 1 Diyabet nasıl gelişir?

Tip 1 diyabet, **pankreas**ta insülin üreten adacık hücre hasarı sonucu oluşur ve insülin eksikliği ile gider. Tip 1 diyabetli vakaların çoğunluğu otoimmün kökenlidir. Bazı vakaların **%10**'unda ise **otoimmünite bulguları** saptanamamaktadır. Bunlar da **idiopatik** (nedeni bilinmeyen) olarak isimlendirilmektedir.

Tip 1 diyabetin çok su içme, sık idrara çıkma, zayıflama, halsizlik gibi bulguları fark edilmezse, bulgular ortaya çıktıktan **6-8 hafta sonra** kişi **ketoasidoz koması** ile hastaneye başvurur. Bu nedenle Tip 1 diyabet genellikle ani başlangıçlı bir hastalıktır.

Tip 2 Diyabet nasıl gelişir ?

Tip 2 diyabet görülen ergenlerin **%85**'inin **şişman** olduğu saptanmıştır. Şişmanlık insülin direncine ve sonuçta Tip 2 diyabetin gelişmesine yol açmaktadır. Özellikle karın ve gövdede aşırı yağlanmanın, insülin direncinin gelişmesinde önemli rol oynadığı gösterilmiştir. Ayrıca beden kitle indeksi arttıkça Tip 2 diyabet gelişme riskinin arttığı bildirilmiştir. Normalde, ergenlik döneminde artan büyüme hormonuna karşı insülin direnci gelişir. Bunun üzerine bir de şişmanlık olması, durumu daha da kötüleştirir.

Şişmanlık dışında ailede diyabetik hastaların olması, doğum tartısının **2.5 kg**'ın altında veya **4.5 kg**'ın üstünde olması da



Tip 2 diyabetin gelişmesinde rol oynayan faktörlerdir. Ayrıca bazı ırklarda da (Afrika kökenli Amerikalılar gibi) Tip 2 diyabete eğilim vardır.

Yemeklerden sonra artan kan şekeri, insülin salgısını artırır ve şekerin dokularda (kas, yağ dokusu vs.) kullanımını ve karaciğerde depolanmasını sağlar. Eğer bu dokularda insülin direnci varsa insülin etkisini yeterli gösteremez ve kanda şeker artar. Artan şekere karşı başlangıçta insülin artar ve daha sonra pankreasa etki ederek

insülin salınımını azaltır; böylece kan şekeri artmaya devam eder.

Neden çocuk ve ergenlerde Tip 2 diyabet görülme sıklığı artmıştır ?

Tip 2 diyabetin gelişmesinde en önemli faktörlerden birisi şişmanlıktır. Son **20–30** yılda, tüm dünyada şişmanlığın arttığı ve buna paralel olarak Tip 2 diyabetin sık görüldüğü ileri sürülmektedir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde **12-17** yaşlarında şişmanlık sorunu **%5.2** iken,

1990'lı yıllar %12.8'e yükselmiştir. Aynı şekilde Kanada, Avustralya ve Avrupa ülkelerinde de ergenlikte şişmanlık oranı 2 kat artmıştır. Akdeniz ülkelerinde ergenlerdeki şişmanlık oranı İtalya'da %14-16, İsrail'de %10-15, Kıbrıs Rum Kesimi'nde %6 ve Türkiye'de %5.6 olarak bildirilmiştir. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde ise Kıbrıs Türk Diyabet Derneği'nin yaptığı araştırmaya göre bu oran %11.7'dir. Bu oran kızlarda %13.5, erkeklerde ise %10'dur. En yüksek obezite oranı Gırne'de (%17.4), en düşük obezite oranı ise İskele'de (%7.7) saptanmıştır.

Tüm bu çalışmalar, obezite sıklığının artmasını, beslenme alışkanlığının değişmesini (hazır yağlı yiyecekler), sedanter hayat (bilgisayar ve televizyon karşısında fazla vakit geçirme, fiziksel aktivite azlığı) yaşanmasını Tip 2 diyabetin artışından sorumlu tutmuştur.

Şişmanlık (obezite) nasıl tanımlanır ve neden son yıllarda artış göstermiştir?

Toplumsal bir sağlık sorunu olan şişmanlığın tanımlanması için yaygın ve kolay kullanılabilir yöntemlere ihtiyaç vardır. Yağ dokusu fazlalığını gösteren en basit yöntem vücut tartısıdır. Ancak şişmanlık değerlendirilirken boyu da dikkate almak gerekir. Boy ve tartı ilişkisi için birçok oran geliştirilmiştir. Bugün bu oranlar içinde en çok kabul gören **beden**

kitle indeksi (BKİ)'dir.

BKİ kişinin kilosunun, kişinin boyunun karesine bölünmesiyle hesaplanır: (BKİ: Kilo/boy²) Çocuk ve ergenlerde BKİ yaşa bağlı olarak değişim



gösterirken erişkinlerde boy uzaması olmadığı için sabittir. Örneğin erişkinlerde normal BKİ ortalama 22 kg/m²'dir. Bir yaşındaki bir çocuğun BKİ ortalama 17 kg/m², 6 yaşında 15.5 kg/m²'dir. Bu nedenle çocuk ve ergenlerde şişmanlık tanımı için geçerli yaşa ve cinse özgü BKİ değerlerini bilmek ve BKİ için geliştirilmiş persentil eğrilerini kullanmak gerekir. BKİ 85. persentil üzerinde ise ergen fazla tartılı, BKİ 95. persentil üzerinde ise şişman olarak tanımlanır.

Şişmanlığın en sık nedeni, alınan enerji ve tüketilen enerji arasındaki dengesizliktir. Alınan enerjinin fazlası yağ dokusunda depolanır. Bu tip şişmanlık eksojen (dış etkenlere bağlı) şişmanlıktır. Çocuk ve ergenlerde görülen şişmanlığın diğer bir nedeni de hastalıklara bağlı olan endojen şişmanlıktır. Endojen şişmanlıkta enerji alımı fazla olmasa bile bazal metabolizmada yavaşlama ve büyümede duraklama kilo fazlalığını geliştirir. Bu tip şişmanlık (böbrek üstü bezi ve tiroid bezinin az çalışması ile ilgili) Cushing Sendromu, hipotiroidi gibi hastalıklarda görülür.

Şişmanlığın oluşumunda kalıtımın da rolü vardır. Ancak şişmanlık, kalıtımla çevresel faktörlerin etkileşimi sonucu oluşur. Anne

ve babasından biri şişman olan çocuk %40, her iki ebeveyni şişman olan çocuk %80 olasılıkla şişman olacaktır. Kalıtım dışında **çevresel etkiler, ailenin beslenme alışkanlığı, aşırı televizyon izleme, bilgisayar kullanımına bağlı hareket azlığı, sportif aktivite alışkanlığının kazanılmış olmaması, ekonomik alım gücüne karşın sağlıklı beslenme konusunda bilinç eksikliği, psikolojik nedenler ve anne karnında iyi beslenememe** şişmanlığın oluşumuna etki eder.

Kıbrıs Türk Diyabet Derneği'nin yaptığı çalışmada şişman çocukların annelerinin %52.4'ü, babalarının %36.2'si şişman bulunmuştur. Günde 1 saatten fazla TV seyreden çocukların %13'ü şişman çıkmıştır. Obezite oranı memur çocuklarında %18 iken, bu oran çiftçi çocuklarında %6.5 olarak saptanmıştır. Bu bulgular bize şişmanlık oluşumunda aktivitenin önemini göstermektedir.

Psikolojik sorunlar şişmanlığı kolaylaştırdığı gibi, şişman çocuklarda psikolojik sorunlar da sıktır.

Obez çocuğu bekleyen en önemli sağlık sorunu Tip 2 diyabet, hipertansiyon ve damarsal bozukluklardır.





Çocukların diyet enerjileri hiçbir şekilde 1200 kalorinin altına düşürülmemelidir.



Tip 2 Diyabet kimlerde araştırılmalıdır ?

Tip 2 diyabete ait çok su içme, sık idrara çıkma, şişmanlık, **Akantozis Nigrikans** (boyunda ve koltuk altında koyu kahverengi, kir gibi görünen cilt bulgusu, insülin direnci varlığının en önemli göstergesidir) gibi klinik bulguların ve ailede diyabetli kişilerin varlığı durumunda ergen, diyabet yönünden araştırılmalıdır. Bunun için açlık kan şekeri veya günün herhangi bir saatinde alınan şeker değerleri tanı koydurucudur. Açlık kan şekerinin (8 saatlik açlıktan sonra) **126 mg/dl** üzerinde olması veya günün herhangi bir saatinde alınan kan şekerinin **200 mg/dl** üzerinde olması tanıyı koydurur. Ayrıca Amerikan Diyabet Derneği belirtisi olmayan, ama risk altında olan ergenlerde de Tip 2 diyabetin araştırılmasını önermektedir. Yani şişman (Beden kitle indeksi > 95 pers.), ailesinde Tip 2 diyabet bulunan ve vücudunda akantozis nigrikansı olan ergenlere açlık kan şekeri veya şeker yükleme testi yapılmasını önermektedir. Açlık kan şekeri **100–125 mg/dl** arasında veya şeker yüklemesinden 2 saat sonraki kan şekeri **140–199 mg/dl** ise, bu çocuklarda Tip 2 diyabet gelişme riski yüksektir. Bir çalış-

maya göre, bu çocuklarda **10 yıl** içinde Tip 2 diyabet gelişebilmektedir.

Diyabetin gelişmesi önlenbilir mi?

Tip 1 diyabeti önlemek bugün için olası değildir. Ancak Tip 2 diyabetin gelişmesini önlemek olasıdır.

Şişman ve insülin direnci olmasına rağmen kan şekeri hala normal olan çocuklarda düzenli egzersiz ve beslenmenin düzenlenmesi Tip 2 diyabet gelişimini önleyebilir. Bunun için ergenin haftada en az **3 saat** düzenli egzersiz ve sağlıklı beslenme kurallarına uygun diyet yapması gerekir.

Çok düşük kalorili (600 kaloriden az) diyetler çocuk ve ergenlerde hiçbir dönemde önerilmez. Yine likit diyetler, tek veya birkaç çeşitle sınırlı diyetler ya da ketojenik diyetler uygun değildir. Çünkü bu tür diyetler, hızlı zayıflamayı amaçlar ve çocuklarda beslenme eksikliklerine, dolayısıyla büyüme-gelişme geriliğine neden olurlar.

Hızlı zayıflamayı amaçlayan diyetler, besleyicilikten uzak olmanın yanında lezzetsiz ve katı oldukları için, çocuklar tarafından uygulanmaları zordur.

Enerji alımını azaltmak ve sağlıklı-dengeli bir diyet planlayabilmek için:

- Şeker, reçel, bal, pekmez, çikolata, gofret, bisküvi, hamur tatlıları ve sütlü tatlılar (dondurma dahil) sınırlanır.
- Yağ tüketimi azaltılır. Bunun için yemeklere eklenen yağ sınırlanır, etin görünen yağı ile tavuğun derisi çıkarılır, kızartmalardan kaçınılır. Yemekler tencerede, fırında ya da ızgarada yapılır. Süt-yoğurt-peynir çocuğun yaşına göre yarım yağlı veya yağsız tüketilebilir. Kuru yemişler zengin yağ içeriklerinden dolayı az miktarda yenir.
- Hazır meyve suları, kola ve gazoz türü içeceklerin tüketimi azaltılır. Varsa kalorisiz veya düşük kalorili olanları tercih edilir.
- Cips gibi besleyici değeri düşük, yağ ve tuz içeriği zengin besinlerden kaçınılır.
- Yemek öğünlerine özen gösterilir. Sık atıştırmalardan kaçınılır.

Hepsinden daha önemlisi çocuk ve ergenleri şişmanlıktan korumaktır. Hamilelikte şişmanlıktan korunmaya başlanmalı, hamile annenin beslenmesi izlenmelidir. İlk **9 ayda** bebek **anne sütü** ile beslenmeli, özellikle anne-babası şişman olan aileler eğitilerek sağlıklı yaşam koşulları öğretilmelidir. Bu eğitimlere okul, yuva yöneticileri de katılarak kantinde satılan ve okul menülerinde bulunan yiyeceklerin sağlıklı beslenme koşullarına uygun olması sağlanmalıdır. Spor yapma alışkanlığı aileye, yuva ve ilköğretim döneminden başlayarak kazandırılmalıdır. Kent yapılaşması içinde mahallelerde yeşil alan ve spor alanları sağlanmalıdır. Belediyeler yalnızca çocukları değil, erişkinleri de fiziki etkinliklere çekebilecek düzenlemeler yapmalı ve böylece çocuklara örnek anne-baba modeli geliştirilmelidir. ▶

Kaynaklar :

- 1- American Diabetes Association. Type 2 Diabetes in Children and Adolescents. Diabetes Care 2000; 23 : 381 – 389.
- 2- Artz E, Hagg A, Freemark M. Hormonal and Metabolic Consequences of Childhood Obesity. Endocrinol Metab Clin N Am 2005; 34 : 643 – 658.
- 3- Sanetis V, Pintor C, On behalf of MAGAM. Obesity in adolescents living in Mediterranean countries. Pediatric Endocrinology Reviews. 2004; 1 : 340 – 342.
- 4- Willi SM, Egde LE. Type 2 diabetes mellitus in adolescents. Current Opinion in Endocrinology and Diabetes 2000; 7 : 71 – 76.



YETİŞKİNLERDE DİKKAT EKSİKLİĞİ



Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) çocukluk çağında en sık tanı konulan ruhsal hastalık olmakla birlikte, hastaların %50-70'inde bu sorun yetişkinlik döneminde de semptom vermeye devam etmektedir. Türkiye ve dünya genelinde yapılmış çalışmalar yetişkinlik dönemindeki **ADHD** sıklığının %3-4 civarında olduğuna ve özellikle erkeklerde daha sık rastlandığına işaret etmektedir.

Yetişkinlik döneminde **DEHB tanısı** koyabilmek için kesin tanı ölçütlerimiz bulunmamakla birlikte tanı koyarken özellikle 2 temel noktaya dikkat edilmelidir. Bunlardan biri DEHB'nin yetişkin yaşlarda başlangıcının olmayacağıdır. Yani bu noktada bireyin çocukluk dönemi hikayesi önem taşımaktadır. Yetişkin bir bireye DEHB tanısı koyabilmemiz için belirtilerin **7 yaşında** veya daha önce başlamış olması gerekmektedir. İkinci önemli koşul ise bu belirtilerin kişinin hayatının

farklı alanlarında (sosyal hayatında, evde, işte) sorunlara yol açıyor olması gereğidir.

Özetle DEHB çocukluk çağında başlayan bir hastalıktır. **Dikkat eksikliğinin baskın olduğu tip, aşırı hareketliliğin baskın olduğu tip ve bileşik tip** olarak **3 alt grupta** incelenmektedir. Çocukluk döneminde en sık izlenmekte olan bileşik tipin aynı zamanda en çok kronikleşme eğiliminde olan tip olduğunu bilmekteyiz. Bileşik tip dediğimiz zaman **dikkat, hareketlilik ve dürtüsellik** alanlarının tümünden kaynaklanan sorunların bir arada barındığı tipi anlamaktayız. Ancak yaş ilerledikçe aşırı hareketlilik sorunları daha az görülmeye başlarken, dürtüsellik ve özellikle **öfke kontrol sorunları** daha sık görülmektedir. Yetişkin DEHB'ler sıklıkla toplum içerisinde sırasını beklemekte güçlük çeken, öfke ve dürtü kontrolleri zayıf, ani kararlar verebilen, sıklıkla sonunu düşünmeden konuşan, randevularını unutan, başladığı işi bitirmekte zor-

luk yaşayan, yaptıkları planlara sadık kalamayan, kolay sıkılan, durduğu yerde duramayan, dağınık ve unutkan bireyler olarak karşımıza çıkmaktadırlar. Maalesef bu kişilerde çocukluk döneminden itibaren hastalığa maruziyet beraberinde pek çok ikincil ruhsal sorunlar da gelmektedir. Bu bireyler yaşadıkları dikkat sorunları nedeniyle yaptıkları planlara uyamazlar, planladıkları şekilde işlerini yetiştiremezler, yetiştirebilmek amacıyla aynı anda birden çok işi yapmaya çalışırlar, sürekli bir endişe ve telaş hali yaşarlar. Zamanlarını ayarlamakta güçlük çektiklerinden sürekli bir erteleme halindedirler. Tüm bunların sonucunda genellikle sahip oldukları kapasitenin altında performans sergilerler, hayal kırıklığına uğrarlar ve başarısız hissederler. Bu durumun sürekli olması **depresyon, kaygı bozuklukları** ve **açıklarını kapatabilmek adına çeşitli kompulsiyonların** (takıntı davranışı) gelişimine zemin hazırlar.

Öte yandan dürtüselliikleri bu kişilerin ani kararlar vermesine, sık sık karar değiştirmelerine yol açar ve bu da beraberinde sık iş ve eş değişimi, maymun iştahlılık, gereksiz harcamalarda bulunma ya da zarar görmesine neden olabilecek işlere girişmesine neden olabilmektedir. Ani öfke patlamaları ve unutkanlık da yine bu kişilerin çeşitli alanlarda zarar görmelerine, işlerinde, aile veya arkadaş ortamlarında sorunlar yaşamalarına yol açabilmektedir. Yine çabuk tepki vermeleri, kolaylıkla kavgaya girişebilmeleri, riskli işlere kolaylıkla girişebilmeleri de çeşitli sosyal sorunları beraberinde getirmektedir. Son olarak riskli cinsel davranışlar nedeni ile çeşitli sağlık sorunları yaşamaları da olasıdır.

Şüphesiz bir çocuğun sağlıklı bir birey olarak yetişebilmesi için gerekli en önemli etkenlerden biri de sağlıklı, davranışlarında tutarlı, güvenilir, sağlıklı bağlanma geliştirelebileceği ebeveynlerinin olması ve huzurlu bir aile ortamı olduğundan ebeveynlerden herhangi birindeki bir patolojinin çocuk üzerindeki olumsuz etkileri de kaçınılmazdır.

DEHB ani öfke kontrol sorunlarının, duygusal dalgalanmaların sık yaşandığı ve kişinin ani-tutarsız tepkiler verebileceği bir hastalıktır. Bu bakımdan daha ufak yaşlardan başlayarak karşısında tutarlı bir otorite figürü göremeyen çocuk belirgin bir bocalama içine girecektir. Anne baba arasında sıklıkla yaşanan tartışmalar olabileceğinden bu durumlardan da çocuk olumsuz anlamda etkilenecektir. Dürtü kontrolü zayıf bir ebeveynin, çocuğu ve ailesi üzerinde maddi manevi çeşitli örseleyici etkileri olacaktır. Çocuğun anne veya babası özdeşim yapacağı figür olması açısından önem taşımaktadır. Yani çocuğun kişilik yapısının gelişiminde ebeveynlerinin kişilik özellikleri de önemli bir rol oynamaktadır. Depresif, özgüveni düşük veya aşırı kaygılı bir ebeveyn varlığında, şüphesiz çocuğun da kendine güveni zayıf, bağımlı kişilik özellikleri gösteren bir birey olarak yetişme riski yüksek olacaktır. Bu bireylerin unutkanlık, zamanlarını ayarlama da güçlük vb. nedenlerle aileleri ve çocuklarıyla ilgili sorumluluklarını aksatmaları da olduk-



ça sık karşılaşılan bir sorundur ve bu da çocuk ile ebeveyn arasındaki karşılıklı güven ilişkisine zarar verecektir.

DEHB ile birlikte görülen eş tanı oranı da oldukça yüksektir. Hastalığın tedavi edilmemesi halinde bu oran daha da artmaktadır. Kadın DEHB'lerde eşlik eden en büyük ruhsal sorun genelde kaygı bozuklukları iken, erkeklerde en büyük sorun **alkol/madde bağımlılığı**dır. Bunun haricinde her iki cinsiyette de **depresyon** başta olmak üzere, **duygudurum bozuklukları** ve **antisosyal kişilik bozukluğu** gibi çeşitli kişilik bozuklukları normalden sık görülmektedir.

Yetişkin bir bireyde tedavi gerekliliği, işlevselliğindeki bozulma ile ilişkilidir. Yani bu bireyin mevcut kapasitesini kullanması hastalık tarafından kısıtlanıyor mu, hastalık

belirtileri iş-ev-sosyal alanlarda sorunlara neden oluyor mu buna bakıyoruz. İkinci aşamada bireyin işlevselliğinde bozulmaya yol açan semptomun ne olduğuna bakmaktayız. Acaba dikkatini sürdürememekle alakalı sorunlar mı yaşamakta, dürtüsellik ya da aşırı hareketlilik ile ilgili sorunlar mı işlevselliğini bozmakta yoksa ADHD'ye ikincil yaşadığı zorlanmalara bağlı gelişen depresyon, anksiyete vb. ruhsal hastalıklarla ilişkili olarak mı işlevselliği bozulmakta; bunları değerlendiriyoruz. Altta yatan nedenleri belirledikten sonra, hastaya uygun ilaç seçimleri ve/veya psikoterapi yöntemleri ile sorunun üstesinden gelmeye çalışıyoruz. Bazı hastalarımıza ise sadece çeşitli davranışçı önerilerde bulunarak sorunu büyük ölçüde çözebiliyoruz. ▶



DİYABET VE EGZERSİZ

Sağlıklı bir yaşama iyi beslenme ve fiziksel aktiviteyle kavuşulabileceği düşüncesi bin yıllar öncesine dayanır. **Hipokrat** (M.Ö. 460-370), hastalıkların mistik kuvvetlerin değil, özellikle diyet ve yaşam alışkanlıkları gibi çevresel faktörlerin bir sonucu olduğunu vurgulamıştır. Hipokrat'ın *"Eğer herkese, çok fazla veya çok az değil, doğru miktarda besin ve egzersiz verilseydik, sağlık için en güvenli yolu bulmuş olacaktık."* sözü, aradan geçen binlerce yıla rağmen bugün de geçerliliğini korumaktadır.

Teknolojik gelişmelerin her geçen gün hayatımıza biraz daha girmesiyle insanoğlunun hayatın devamı için fiziksel aktiviteye gereksinimi giderek azalmıştır. Geçmişte

zorunlu olarak yapılan birçok fiziksel aktivite bugün artık modern cihazlar tarafından yapılmaktadır. En basit işleri bile teknolojiye bırakan insanoğlu, teknolojinin nimetlerinden yararlanırken giderek tembelleşmiş ve hareketsizleşmiştir. Çocukluk çağındaki oyunların yerini video oyunları, sokakta arkadaşlarla yapılan uzun yürüyüşlerin yerini otomobil gezileri almıştır. Tüm bu hareket-siz ve tembel yaşam tarzına ek olarak beslenme alışkanlıklarının da hızlı tüketilen yüksek yağ ve kalori içerikli besinlere kayması, kaçınılmaz olarak kronik hastalıklarda inanılmaz bir artışa yol açmıştır. Halk arasında **şeker hastalığı** olarak bilinen **diyabet** de (tip 2 diabetes mellitus) bu hastalıkların başında gelir.

Diyabette egzersizin ne gibi yararları olabilir?

Egzersiz yapmak ve fiziksel aktiviteyi artırmak, şeker hastalığının önlenmesinde ve tedavisinde büyük önem taşır. Egzersizle artan enerji ihtiyacı, yiyeceklerin parçalanması sonucu oluşan şekerin, kas dokuları tarafından kullanılmasını hızlandırarak kan şekerini düşürür. Ayrıca şişman diyabetlilerde egzersiz ile harcanan enerjinin artması vücut ağırlığının azalmasına yardımcı olur. Yüksek riskli gruplarda kilo kaybı ile birlikte düzenli egzersizin **tip 2 diyabet** riskini önemli ölçüde azalttığı gösterilmiştir. Egzersizin lipid profili, kan basıncı, kardiyovasküler sistem ve yaşam kalitesi üzerine olumlu etkilerini gösteren çok sayıda çalışma da mevcuttur.



Egzersize başlamadan önce nelere dikkat edilmelidir?

Tüm bu olumlu etkilerine rağmen diyabet hastalarının egzersiz yaparken dikkatli olması gereklidir. Egzersiz reçeteleri planlanmadan önce mutlaka hastayı takip eden hekimle görüşülmeli ve onayı alınmalıdır. Aksi takdirde farkına varmadığınız bir **kalp-damar** veya **böbrek hastalığı**, egzersiz programı sırasında sorun yaratabilir. **Hipertansiyon, koroner kalp hastalığı, akciğer, damar sistemi hastalıkları** varsa uzun süreli, yorucu bir egzersiz programını planlamadan önce bunların da dikkate alınması ve hastanın **retinopati** açısından da değerlendirilmesi gereklidir. **Retinopati, nefropati, diyabetik ayak** gibi komplikasyonları olan diyabetlilerde egzersiz konusunda çok dikkatli olmak gerekir.

Özellikle 35 yaş üzeri bireylerin egzersiz programlarına başlamadan önce bilinen bir rahatsızlıkları olmasa dahi genel bir sağlık kontrolünden geçmeleri önerilmektedir.

Egzersize başlamadan önce, egzersiz esnasında ve egzersizden sonra kan şekeri ölçümü yapılmalıdır. Kan şekeri ölçümünün yapılması özellikle insülin kullanan diyabetliler için çok önemlidir. Kan şekerindeki

ani değişimler, özellikle **hipoglisemi** (kan şekerinde düşme) egzersiz sırasında yaşamsal riskler yaratabilir.

Kan şekeri seviyesi:

* 100 mg/dL (5.6 mmol/L)'nin altında ise egzersiz yapmak için çok düşüktür ve egzersize başlamadan önce karbonhidrat içeren bir atıştırma veya meyve yiyip tekrar kontrol etmek gerekir.

* 100-250 mg/dL (5.6-13.9 mmol/L) arasında ise bu aralık güvenli egzersiz aralığı olarak kabul edilmektedir.

* 250 mg/dL (13.9 mmol/L) veya üzerindeyse **dikkat zone'**udur. Egzersiz öncesi idrarda keton kontrolü gerekir. Aşırı keton vücudunuzun kan şekerini kontrol edebileceği kadar insüline sahip olmayabileceğini gösterir. Bu durumda egzersiz yaptığınızda diyabetin acil müdahale gerektiren ciddi bir komplikasyonu olan **ketoasidoz riski** yüksektir. İdrar testi sonucunda keton olmadığı veya çok düşük olduğu görülmeden egzersiz yapılmamalıdır. En sağlıklı kan şekerinin güvenli aralığa ulaşmasını sağlamaktır. * 300 mg/dL (16.7 mmol/L) ve üzeri ise dehidrasyon ve ketoasidoz riski çok yüksektir ve kan şekeri güvenli aralığa dönmeden kesinlikle egzersiz yapılmamalıdır.

Egzersiz, tip 2 diyabetin önlenmesinde ve tedavisinde önemli bir rolü vardır. Ancak yine de doktor kontrolünde başlanmalıdır."

Egzersiz planlaması mutlaka bir uzman tarafından yapılmalı, kişiye özel olmalı ve kişinin önceden sahip olduğu diğer sağlık sorunları da planlamada dikkate alınmalıdır.

Egzersiz sırasında nelere dikkat edilmelidir?

Düşük şeker seviyeleri egzersiz sırasında da sorun olabilir. Uzun süreli bir fiziksel aktivite planlanıyorsa mutlaka her **30 dakikada bir** şeker seviyeleri ölçülmelidir. Antrenman yoğunluğu artırıldığında veya yeni bir aktivite deneniyoorsa özellikle dikkatli olunmalıdır.

Antrenman sırasında kan şekeri 70 mg/dL (3.9 mmol/L)'nin altına düşerse veya titreme, bilinç bulanıklığı veya zayıflık hissedilirse antrenman derhal kesilmelidir. Kan şekerini yükseltmek için meyve suyu veya şekerli içecekler alınmalıdır.

İnsülin kullanan hastalarda, egzersiz saati bir önceki insülin enjeksiyonunun maksimum etki zamanına rastlamamalıdır. Örneğin saat 7.00'de enjekte ettiğiniz kısa ve orta etkili insülinin en etkili olduğu zaman yaklaşık olarak sabah saat 10.00 ve öğleden sonra saat 15.00'tir. Bu saatlerde egzersiz yapılmamalı, yapılacaksa da mutlaka



Egzersize başlamadan önce şeker seviyenizi mutlaka kontrol etmeniz gereklidir. Eğer şeker seviyeniz uygun değilse uygun değere gelene kadar egzersiz yapmamalısınız."

ekstra karbonhidrat tüketimi sağlanmalıdır.

Egzersiz esnasında aktif olacak ekstremiteye insülin enjeksiyonu yapılmamalıdır. Bacak egzersizleri öncesi bacağına enjeksiyon yapılırsa bölgeye giden kan akımı artacağından insülin dağılımı hızlanacak ve hipoglisemi riski artacaktır.

Kimler risk altındadır?

- * 35 yaş üzeri
- * 10 yıldan uzun süredir tip 2 diyabet olanlar
- * 15 yıldan uzun süredir tip 1 diyabet olanlar
- * Koroner arter hastalıkları açısından ek risk taşıyanlar
- * Mikrovasküler hastalık varlığı (retinopati, nefropati gibi)
- * Çevresel damar hastalığı
- * Otonomik nöropati görülen hastalar kalp damar hastalıkları açısından yüksek riskli grup olarak kabul edilir. Diyabet hastalığının önlenmesinde ve tedavisinde egzersiz önemli bir yer tutar. Ancak egzersiz planlan-

madan önce hastanın detaylı olarak değerlendirilmesi gerekir. Egzersize kesin olarak izin verilmeyen durumlar nadir olmakla birlikte, özellikle yüksek risk grubundaki hastalara egzersiz programlarına başlamadan önce gözetim altında egzersiz stres testleri uygulanmalı ve kalp damar sisteminin egzersize cevabı değerlendirilmelidir. ▶





SAÇ EKİMİNDE FUE YÖNTEMİ

Yıl 2014 ve saç ekimi halen doktorlar tarafından yapılan tıbbi bir uygulama...

Saç ekimi son yıllarda hem Türkiye’de hem de tüm dünyada erkekler arasında popüler bir estetik uygulama haline gelmiştir. Bunu en iyi açıklayan “**ERKEĞİN MAKYAJI SAÇIDIR**” psikolojisidir.

Bu popülerliğin arkasında işlemin tekniğinin gelişmesi ve hasta açısından konforlu bir hale gelmesi de yatmaktadır.

Bu işlemin tıbbi bir uygulama olması, bu uygulamanın mutlaka tecrübeli bir hekim tarafından yapılması gerekmesi, işlem öncesinde kişilerin genel sağlık anlamında mini bir check-up işlemine tabi tutulması ve hastane ortamında yapılması mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır.

Bu standartlar hem işlemin başarısının hem de işlem yapılan kişinin sağlığının garantisidir. **Yakın Doğu Üniversitesi**

Hastanesi’nde bu standartlara her detayıyla uyulmakta ve kişilerin sadece saç sağlığı değil, genel sağlığı da işlemden önce ve işlem boyunca gözetilmektedir.

FUE yöntemi ile Saç Ekimi nedir?

FUE kelime anlamı olarak kıl kökünün alım şeklini tarif etmektedir. Kıl kökünün eski yöntem olan fut saç ekiminde olduğu gibi bloklar halinde değil, tek tek alındığını tanımlamaktadır.

Saç köklerinin ense veya vücuttan **0.7-0.8 mm çaplı** özel iğneler yardımı ile 1’li, 2’li, 3lü ve 4’lü kökler halinde alınıp, saç açıklığı olan bölgelere açılan kanallara tek tek ekilmesi suretiyle saç ekimi işleminin gerçekleştirilmesidir.

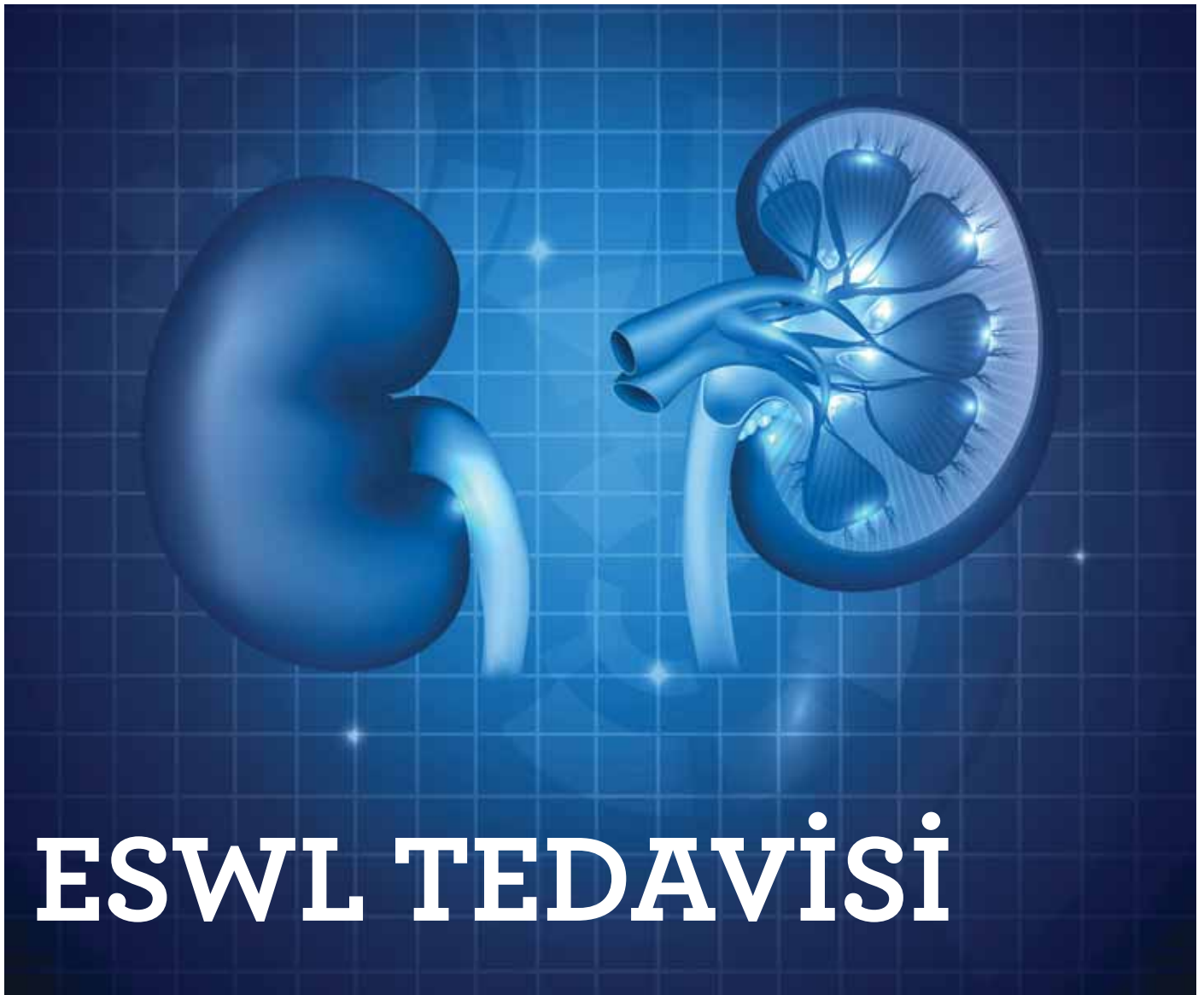
İşlemden önce ense saçlarının traş edil-

mesi ile başlanır. Tüm saçlar 1 numaraya traş edilmelidir. Traş yapılmadan **FUE** yapılması olanaksızdır. Traş işlemi ameliyattan hemen önce hastanede yapılır.

Enseden alınan kökler **DHT** denilen erkeklik hormonundan etkilenmediği için, ekilen saçlar ömür boyu dökülmez.

Foliküler üniteler, yani saç kökleri FUE yönteminde özel büyüteçler altında çok hassas bir biçimde elde edilmeli ve titizlikle ekilmelidir. Bu yüzden saç ekimi ve özellikle FUE yöntemi tecrübesi olan hekim tarafından yapılmalıdır.

FUE ile ekilen saçların bir çoğu **2-6 hafta** arasında şok dökülmeye uğrar. Bu dönemde dökülen saçlar **4-8 ay sonra** çıkmaya başlar. **1 yılda** yaklaşık sayısal sonuç tamamlanır ve kalite değişimi **2 yıla** kadar devam eder.



ESWL TEDAVİSİ

ESWL (vücut dışından çok dalgaları ile taş kırılması) **1980**'li yılların başından beri **modern, ağrısız, anestezi gerektirmeyen** bir taş tedavi yöntemi olarak yapılmaya başlamıştır.

ESWL cihazları; enerji kaynağı, odaklayıcı sistem, su yatağı ve görüntüleme sistemlerinden oluşmaktadır.

Şok dalgası üretim sistemlerine göre de ESWL cihazları farklılık göstermektedir.

ESWL KİMLERE YAPILMAMALIDIR?

- Bedensel yapı anomalisi olanlara
- 130 kilo ve üzerinde olanlara
- Hamilelere

- Abdominal Aort anevrizması olanlara
- Kontrol altına alınamayan kan hastalığı olanlara

- Kalp pili olan hastalara
Son zamanlarda kalp pili olan hastalara ESWL odasında ve Kardiyolog gözetiminde, yanında yedek kalp pili bulundurularak ESWL tedavisi uygulanmaktadır.

HASTAYI ESWL'YE HAZIRLAMAK

Direkt Üriner Sistem Grafisi, Ürografi (ilaçlı Böbrek filmi), Üriner Ultrasonografi veya Bilgisayarlı Tomografi ile taşı tespit edilmiş hastaları ESWL'ye hazırlamak için:

- Hemogram

- Kanama-pıhtılaşma zamanı
- Kandaki üre, kreatine bakılması
- Tam idrar tahlili (idrarda enfeksiyon varsa idrar kültür ve antibiogramı yapılarak enfeksiyon tedavisine başlanmalı)

-Kan sulandırıcı ilaç kullanan hastalar ESWL tedavisinden 3 gün önce kan sulandırıcı ilaçları kesmeli

-Müdahaleden 12 saat önce sıvı alımını kesmek gerekir.

ESWL ENDİKASYONLARI

ESWL tedavisine karar vermek için taş yükü yani taşın boyutunu, taşın lokalizasyonunu (taşın bulunduğu yer), taşın yapısını, böbrek ve üreterlerin anatomik yapısını iyi



taşlarında en erken **3 gün** sonra, üreter taşlarında **1 gün** sonra yapılabilir. Normal şartlarda **5 gün** sonra kontrol yapılmalıdır. **3 seans** ESWL uygulanan taşın boyutunda, şeklinde ve yerinde hiçbir değişiklik olmazsa, bu tür taşlar için alternatif tedavilere geçilir.

ESWL SONRASI

ESWL tedavisi uygulanan hastalarda, tedavi sonrası geçici olarak **idrarda kanama**, **karın ağrısı**, **hafif ateş**, **idrarda yanma** ve **ağrı** şikayetleri görülebilir.

ESWL sonrasında verilen medikal tedaviye ilave olarak, hastanın bol sıvı alması ve aktif olarak hareketli olması kırılan taşların dökülmesine yardımcı olur.

ESWL KOMPLİKASYONLARI

Erken komplikasyonlar:

- Ciltte ekimoz (Sıyrık şeklinde kanamalar)
- Hematüri (İdrarda kanama)
- Renal Kolik (Taş dökülme ağrısı)
- Ürosepsis (İdrar yolu iltihabına bağlı yüksek ateş)
- Böbrekte hematom
- Taş yolu (kırılan taş parçacıklarının idrar yolunda arka arkaya birikmesi)

Geç Komplikasyonlar:

- Hipertansiyon

değerlendirmek gerekir.

Taş yükü önemlidir. Böbrekteki taşlar için maksimum 4 cm², üreterdeki taşlar için ise maksimum 1.5 cm² yüzey büyüklüğü olan taşlara ESWL uygulanabilir.

Taşın lokalizasyonu (bulunduğu yer) itibarıyla ESWL tedavisi, uygulandıktan ve taş kırıldıktan sonra dökülmeye müsait olan hastalara uygulanmalı.

Taşın yapısı, sertlik derecesi, yapılacak tetkikler sonucunda yumuşak karakterli taşlara uygulanmalı.

Böbrek ve üreterlerin anatomik yapılarındaki anomaliler (bozukluklar) değerlendirile-

rek, ESWL'ye uygun hastalara tedavi yapılmalı.

ESWL UYGULAMASI

Hastanın taşının bulunduğu yere göre yatış pozisyonu ayarlanır. Hasta ESWL cihazına yatırıldıktan sonra odaklama işlemi yapılır. Odaklama işleminden sonra ESWL yapılabilir. Taş kırma cihazlarının şok dalgası için ürettiği enerjiye göre, şok gücü **400** ile **1500** bar arasındadır. Bir seansta şok vuruş sayısı **3000** ile **5000** şok vuruşunu geçmemelidir. Şok dalgasının vuruş sayısı ise dakikada **60** ile **90** arasında olmalıdır. ESWL seansı takriben **30** ile **45 dakika** sürer. İkinci seans uygulaması böbrek



FİBROKİSTİK MEME

Meme dokunuzda sertlikler, hassasiyet ve ağrılar mı var? Eğer bu sorulara evet diyorsanız büyük olasılıkla **Fibrokistik Meme Değişiminiz** vardır. Bu çok yaygın durum eski devirlerde fibrokistik meme hastalığı olarak adlandırılmasına rağmen son dönemde Fibrokistik Değişim terimi daha çok kabul görmektedir. Bu durumun kanserle bir ilgisi yoktur. Doktorunuz, gerekli muayene ve tetkikler sonucunda bu tanıyı koyması durumunda şikayetleriniz açısından size yardımcı olacak, şüphelerin ortadan kaldırılması açısından gerekli tetkikleri planlayacaktır.

Hastayı doktora getiren şikayetler sıklıkla adet öncesi döneme denk düşen günlerde meme dokusunda olağanın dışında bir gerginlik, hassasiyet ve ele gelen sertliklerdir. Bu şikayet ya da bulgular az ya da çok her kadında olabilmekte ancak Fibrokistik Değişim'e sahip hastalarda daha fazla olmaktadır.

DEĞERLENDİRME

Memenizde ele gelen bir veya birden çok sertlik, hassasiyet veya başka yeni bir değişiklik durumunda mutlaka konu ile ilgili eğitim almış bir hekime başvurmalsınız. Doktorunuz şikayetlerinizi dinledikten sonra klinik meme muayenesi olarak adlandırılan fizik incelemeyi yapacak, sonrasında gerekli görmesi durumunda uygun görüntüleme tetkikleri yardımı ile meme dokunuzdaki değişikliğin nedenlerini araştıracaktır.

Yapılan tetkikler sonucunda meme dokunuzda çeşitli kistler, kitleler ya da başka değişiklikler saptanabilir. Kist, içi sıvı dolu kitle anlamındadır. Kistler tek ya da birden fazla sayıda olabilmektedir. Fibrokistik Değişim'de görülen kistler genellikle birden fazla ve milimetrik küçük kistlerdir.

Görüntülemelerde solid yani içi sıvı dolu olmayan kitleler saptanırsa bunun muayene, ultrason ve mamografik görüntüleme



bulgularına göre değerlendirilmesi yapmakta ve şüpheli olanlarına çeşitli yöntemlerle biyopsi işlemi uygulanarak doku analizine gidilebilmektedir.

Meme sağlığının değerlendirilmesi amacı ile;

- Meme sağlığı ve sistemik bulgularla ilgili bir öykü alınması ve takibinde klinik meme muayenesi
- Hastanın yaşına ve/veya şikayetlerine göre mamografi ya da ultrasonografi gibi

bir görüntüleme tetkiki yapılmaktadır. Bu tetkiklerin ve muayenenin sonucu ile durumun aydınlatılması durumunda gerekli tedavi veya önlemler planlanmaktadır. Görüntüleme tetkikleri ile tanısı tam olarak konulamayan şüpheli kitlelerde kalın bir iğne ile örnek alınabilmekte (iğne biyopsisi) veya kitle, küçük bir cerrahi girişimle alınarak patolojik incelemeye gönderilebilmektedir.



TEDAVİ

Fibrokistik Değişim tanısı almanız durumunda aslında herhangi bir tedavi gerekli değildir. Çünkü bu durum, önceden de anlatıldığı gibi bir hastalık olarak değil, normalin bir varyasyonu olarak algılanmaktadır. Genellikle yapılan tetkikler ve muayene sonucunda altta yatan durum aydınlatıldığı ve kanser şüphesi ortadan kalktığı zaman semptom ve şikayetler de gerilemekte ve herhangi bir tedavi gereksinimi ortadan kalkmaktadır.

Şikayetlerin devam etmesi veya ön planda olması durumunda, eğer sorun büyüyen ve gerginleşerek şikayetlere neden olan bir kist ise, basit bir işlemle içindeki sıvının boşaltılması çözüm olabilmektedir. Bu işlem, hastaneye yatmayı gerektirmediği gibi ofis koşullarında rahatlıkla uygulanabilmekte, hastaya herhangi bir zararı olmamakta, doktorunuz gerekli görürse alınan sıvı sitolojik yani hücresel incelemeye de gönderilebilmektedir.

Fibrokistik Değişim'e bağlı yakınmaların ön planda olması durumunda bazı diyet ve hayat tarzı değişiklikleri önerilebilmekte, bir kısım ilaçların kullanılması gerekebilmektedir. **Örneğin;**

- Kafein alımının kısıtlanması. Kolalı içecekler, kahve, çikolata gibi yiyecek maddeleri azaltılmalıdır.
- Sporcuların kullandığı şekilde destekli bir

sütyen giyilmesi, meme dokusunun sarkmasının ve hareketinin azaltılması, şikayetleri geriletebilmektedir.

- Basit ağrı kesiciler kullanılabilir.
- Vitamin E ya da Evening Primrose Oil (çuha çiçeği yağı) kapsülleri doktor önerisi ile kullanılabilir ve yarar sağlayabilir.
- Hormonal dengeyi düzenlemek amacıyla bitkisel ya da sentetik çeşitli hormonal tedaviler uygulanabilmektedir.

Hangi tetkiklerin yapılması gerektiği, muayene bulguları ve olası tedaviler konusunda mutlaka bir hekime danışılmalı, meme sağlığının devamlılığı garanti altına alınmalıdır.

Herhangi bir yakınması olmaması durumunda bile her kadın adet döneminden bir hafta sonra kendi kendine meme muayenesini öğrenerek uygulamalı, memesinde herhangi bir sertlik ya da anormal olduğunu düşündüğü bir değişiklik fark etmesi durumunda, meme sağlığı ile ilgili bir hekime başvurmalıdır. Bu hekim sıklıkla meme sağlığı konusunda eğitim almış bir genel cerrahdır. Memesinde herhangi bir şikayeti olmaması durumunda bile kadınlar, yılda bir defa klinik meme muayenesi için doktoruna başvurmalıdır. Hekim önerisi doğrultusunda yılda bir kez mamografi ve/veya meme ultrasonografisi ile meme kontrolü yapılmalıdır. ▶



**Fibrokistik
değişime bağlı
yakınmaların ön
planda olması
durumunda bazı
diyet ve hayat
tarzı değişiklikleri
önerebilmekte,
bir kısım ilaçların
kullanılması gere-
kebilmektedir.**

REFLÜ HASTALIĞI VE TEDAVİSİ

Reflü ya da bilinen tıbbi adıyla **Gastro-özofageal reflü hastalığı** (GRÖH), mide içeriğinin yemek borusuna geri kaçarak bazı yakınma ve semptomlara yol açması olarak tanımlanmaktadır. Hastaların en sık olarak tanımladıkları şikayet '**midede yanma**' olmasına rağmen, **ağız kokusu, göğüs kafesinde takılma** ya da **sıkışma, şişkinlik** ve **ağızda acı tat hissi** de olabilmektedir. Hastalığın daha ileri aşamalarında **kronik boğaz** ve **akciğer enfeksiyonları, sinüzit, alerjik astım** ve **diş çürükleri** görülebilmektedir. Nedeni bulunamayan öksürüğü olan hastaların büyük çoğunluğunun altında reflü hastalığı vardır. Yine göğüs ağrısı nedeni ile anjiyo yapılan ve anjiyosu normal çıkan hastaların yarısının da ana sorununun reflü olduğu bulunmuştur. Günümüzde her **5 kişiden birinde** GRÖH mevcuttur.

GASTRİT VE REFLÜ

Belirtileri zaman zaman karışsa da GRÖH ve **Gastrit** birbirinden farklı iki hastalıktır. Gastrit, midede oluşan bakteriyel enfeksiyonlara (helikobakter pylori) ikincil olarak gelişen ya da mide asidinin mide iç yüzey dokusunu tahriş etmesine bağlı olarak ortaya çıkan yangısal süreçleri tanımlayan **inlammatuvar** bir tanımdır. Gastritte mide içeriğinin yemek borusuna geri kaçması (reflüsü) görülmez. Ancak bir kişide hem gastrit hem de reflü hastalığı beraber görülebilir. Gastrit tanısı mideden alınan dokunun mikroskopik incelemesi ile konulmaktadır. GRÖH'de ise yemek borusu ile mide arasında görevini tam olarak yapamayan bir kapakçık sistemi eksikliği vardır. Bazen mide asidinin normal hatta düşük olduğu durumlarda bile reflü semptomları görülebilmektedir.



TANI YÖNTEMLERİ

Gastroskopi

Endoskopi yemek borusunun, midenin ve duodenumun (on iki parmak bağırsağı) incelenmesi yöntemidir. Bu inceleme sırasında mide ile yemek borusu arasındaki bileşkenin kapalı ya da açık olduğu ya da gevşekliği ve bundan dolayı mideden gelen asidin yemek borusunda yaptığı tahribatlar görülebilmekte ve tanı konulabilmektedir.

Konvansiyonel pHmetri Yöntemi

Bu yöntemde **özofagus** içerisine ince bir kateter yerleştirilerek hastanın 24 saat boyunca normal yaşantısına devam etmesi söylenir ve kateter ucundaki asid miktarı ölçücüsü bunu her saat başı kayıt altına alır. Böylece mide asidinin yemek borusuna ne

zaman ve ne miktarda geçtiği hesaplanır. Ortalama **PH<4** ise, reflü tanısı konmaktadır.

Empedans pH metri

Konvansiyonel pH metri yöntemi ile sadece asit reflüsü saptanabilirken, bu yöntemle gaz ya da yiyecek içeriğinin olup olmadığı da belirlenmektedir.

Manometri Yöntemi

Bu işlemde yemek borusunun içine yerleştirilen ince bir algılayıcı kateter ile yemek borusunun **peristaltizmi** (lokmayı mideye doğru iletme şekli, gücü ve niteliği) incelenir.

Empedans Manometri

Yemek borusu içine belli aralıklarla yerleştirilmiş olan empedans elektrotları ve basınç



// Nedeni bulunamayan öksürüğü olan hastaların büyük çoğunluğunda reflü hastalığı vardır.

algılayıcılarının arasındaki elektrik iletisi ve basınç değişimlerinin ölçülmesi sağlanır.

Mide Boşalım Sintigrafisi Yöntemi

Bu yöntemle reflü oluşumundaki mide içi basınç yüksekliğinin, ani mide boşalım güçlüğüne etkisi değerlendirilmektedir.

REFLÜNÜN TEDAVİSİ

Günümüzde reflü tedavisi için uygulanan yaşam tarzı değişikliklerinin, verilen diyetin, kilo kontrolünün ve uzun süreli ilaç kullanımının reflü hastalığını tedavi etmekteki yetersizliği bilinmektedir. Bu tedavi ve değişikliklerin, reflünün ana mekanizmasına yönelik bir işlevinin olmadığı, sadece mide asidini düşürmek suretiyle şikayetleri geriletmediği ve ömür boyu sürdürülebilir bir yöntem olmadığı açıktır. Ayrıca mide asidinin uzun bir süre boyunca yemek borusunun alt ucuna teması ile yemek borusu iç dokusu bozulmakta ve değişikliğe uğramaktadır. Nadiren de olsa bu değişikliklerin olduğu yemek borusuna “Barret Özofagus” denir ve buradan da kanser öncesi hücreler olarak

tanımlanabilecek “Displazi” gelişimi olabilir. Reflü hastalarının %12’sinde Barret Özofagus denilen durum ortaya çıkmaktadır.

REFLÜNÜN CERRAHİ TEDAVİSİ

Endoskopide reflü ile beraber hiyatal herni (mide fıtığı) saptanan hastalar, kapak mekanizması bozuk olan hastalar, yemek borusunda özofajit gelişen ve kanaması olan hastalar, yemek borusu alt ucunda hücresel değişikliklerin görüldüğü hastalar ve ilaçlarını kestiğinde şikayetleri yinelenen ve bu yüzden ömür boyu ilaç kullanması gereken hastalar cerrahi tedaviye adaydır. Laparoskopik olarak yapılan reflü cerrahisi kalıcı şifa sağlayan, yaşam kalitesini artıran ve hastayı sürekli ilaç kullanımından kurtaran bir yöntemdir. Cerrahiden sonra nüks (hastalığın tekrarlaması) görülmesi oranı %5 civarındadır. Son yıllarda ameliyat esnasında kullanılan greft (yama) yöntemi ile nüks oranları düşürülmüştür ancak yamaya bağlı yan etkilerde hafif bir artış görülmüştür. Nüksün en önemli nedeninin, ameliyat sonrası erken dönemdeki provake kusmaların olduğu bi-



linmektedir. Günümüzde Reflü Cerrahisi’nde deneyimli cerrahların elinde %90-95 oranında başarılı sonuçlar alınmaktadır. Reflünün cerrahi tedavisinde laparoskopik olarak en sık uygulanan 2 ameliyat tekniği vardır;

a) Nissen Fundoplikasyon Ameliyatı

Reflü ameliyatında en çok tercih edilen bu ameliyat yönteminde mide fundusunun bir kısmı, özofagus arkasından geçirilerek ön tarafta birleştirilmekte ve dikişlerle özofagus ön duvarına sabitlenerek 360 derece bir fundoplikasyon oluşturulmaktadır.

b) Toupet Fundoplikasyon Tekniği

Bu yöntemde mide fundusunun bir bölümü Nissen Yöntemine benzer şekilde, özofagus arkasından geçirilerek ön tarafta özofagusun iki yanına 270 derece olarak tespit edilir.

Reflü cerrahisinde yapılan cerrahi tedavilerin tümü Laparoskopik olarak yapılmakta ve başarı oranı %95-98 arasındadır. Operasyon sonrası en sık görülen komplikasyon %5 oranında görülen disfaji’dir (ağır yutma). ▶



ZATÜRRE

Kiş hastalığı olarak bilinen zatürre, bakteri ya da virüslerle ortaya çıkan tanı yöntemlerinin, hastane ve yoğun bakım imkanının artmasına ve antibiyotiğe rağmen sık görülüp risk gruplarında ölümlerle sonuçlanabilen akciğer enfeksiyonudur. Enfeksiyon nedeniyle akciğerlerdeki hava keseciklerinde iltihap ve sıvı birikir, bunun sonucunda oksijenin kana geçişi güçleşir. Kanda oksijen basıncının düşmesi dokulara yeteri kadar oksijen taşınamamasına, bu da vücut hücrelerinin tam olarak işlevlerini yerine getirememesine yol açar. Enfeksiyonun akciğer içinde yayılması veya mikropların kana geçmesi hastanın yaşamına mal olabilir. İstatistiklere göre yılda her **1000 kişinin 10-15'i** zatürre geçirmektedir. Zatürreden ölümler ise en çok **5 yaş altı**, özellikle **bebeklikte, ileri yaşlarda** ek hastalığı olan

kişilerde ve gelişmekte olan ülkelerde daha yüksek oranda görülmektedir.

Kış aylarında solunum yolu enfeksiyonlarının artması nedeniyle toplumun bu konuya dikkatinin çekilmesi, bilgilendirilmesi amacıyla kasım ayının son haftası **“Zatürre Ölümünün Önlenmesi”** haftası olarak belirlenmiştir. Erken tanı konması ve zamanında uygun yapılan tedavi ile zatürre kaynaklı ölümlerin büyük bir bölümü önlenabilir.

Zatürre; kişinin ağız, boğaz, sindirim kanalında bulunan, normal koşullarda sorun yaratmayan mikropların, vücut savunma sisteminin zayıflaması ile güçlenip akciğere ulaşması ile olur. Grip kadar yaygın olmasa da, hasta kişiden sağlam kişiye öksürük, hapsi, ağız burun sekresyonu bulaşmış mendil, bardak, kapı kolu gibi eşyalar ile de bulaşabilir.

RİSK FAKTÖRLERİ

Sigara, alkol, uyuşturucu madde kullanımı, bebek, çocuk ve ileri yaş, kronik akciğer hastalığı, kronik karaciğer hastalığı, şeker hastalığı, böbrek hastalığı, yutma refleksini engelleyen nörolojik hastalık, çene, yutak hastalıkları, AIDS gibi bağışıklık sistemi hastalığı, **kemoterapi** gibi bağışıklığı baskılayan ilaç kullanımı ağır seyirli zatürreye yakalanma risk faktörleri içinde yer alır.

Yüksek ateş, öksürük, balgam, nefes alınca ortaya çıkan göğüs ağrısı klasik zatürre belirtileri olmakla beraber, **kas eklem ağrıları, halsizlik, bulantı, kusma** gibi **atipik belirtiler** de gösterebilmektedir. Bu yakınmalarla gelen hastaya klinik muayene ve akciğer filmi ile tanı konur. Bazen kan ve balgam tahlillerine ihtiyaç duyulabilir.



TEDAVİ

Tedaviye ne kadar erken başlanırsa, başarı şansı o kadar yüksektir. Tedavi genellikle **2 hafta** sürer ancak kişi kendini **1 ay** halsiz hissedebilir. Hastalığın başlama şekli, yaş, altta yatan hastalıklar, hastalığın yaygınlığı, neden olan mikroorganizmanın tespit edilmiş olması, yaşamsal bulguların değerleri gibi faktörler tedavi seçeneklerini belirler. Hastaneye yatış kriterleri ve hastalığı ağırlaştırıcı faktörler belirlendikten sonra etki edebilecek en uygun antibiyotikler ile evde veya hastanede tedavi uygulanır. Sıvı tüketiminin mutlaka artırılması gerekir. Zatürre olan bir kişinin belirli bir süre dinlenmesi, düzenli ve dengeli beslenmesi, bol sıvı tüketmesi, uykusunu iyi alması ve tedaviye mutlaka uyması gerekmektedir. ▶

DİKKAT!

- ▶ Sigara, alkol, uyuşturucu kullanımından uzak yaşam
- ▶ Dengeli beslenme ve spor yapmak
- ▶ Kreş, bakımevi gibi toplu yaşam alanlarında hijyenik barınma koşullarının sağlanması
- ▶ Kişisel bakım, ağız ve diş sağlığına dikkat etmek
- ▶ Kronik hastalığı olan kişilerin uygun bakım ve takibi
- ▶ Çocukluk dönemi aşılarını aksatmamak ve erişkinlerde risk gruplarına grip ve zatürre aşısının yapılması
- ▶ Grip salgını dönemlerinde havalandırma, hijyen kuralları gibi bulaşma riskini azaltan önlemler almak, risk grubunda olan kişilerin mümkün olduğunca kalabalıktan uzak kalması ve gerektiğinde maske kullanılması ile zatürreden uzak, sağlıklı bir yaşam sürmek mümkündür.



GÖZ YORGUNLUĞU



Gözler görmek için vardır. Dünyayla bağlantımızı oluştururlar. **Aristo**'nun dediği gibi, "Görme tüm duylardan önce gelir."

Bu değerli organımızı sakınmak için gözümüzü yormamak gibi bir düşünceye kapıldığımız da olur. Oysa göz, bize çok değerli bir atasözümüzü hatırlatacak şekilde, kullanıldıkça güçlenir.

"İşleyen demir ısıldar"

Günümüzde artık yaşlı hastalarda bile görme kapasitesini artıracak egzersizler önerilmektedir. Yani zamanı geri sarabilmekteyiz. "Nöroplastisite" diye bir kavram, öğrenmenin, uyum sağlamanın hayat sürdürükçe devam ettiğini anlatır bize. O nedenle elbette bakmak, görmek, öğrenmek hayat kalitemizi artırır.

Göz yorgunluğuna gelirse, sıradan bir göz yorgunluğu dinlenmekle geçer. Fakat dinlenmekle geçmeyen bir göz yorgunluğu var ki, buna "astenopi" deriz. Astenopi 1935'lerde ilk kez **Luckiesh** tarafından tanımlandı ve **floresan lambalar, katod tüpler** ve en son da **bilgisayar ekranları** nedeniyle sürekli gündemde kalmıştır.

Çağımızda her yaşta ve meslek grubunda bilgisayar kullanımının artmasıyla, ekranlara has bir görme bozukluğu sıklıkla karşımıza çıkmaya başlamıştır: "Bilgisayara bağlı görme bozukluğu". Günde beş saatten fazla bilgisayar kullanan kişilerin %75'inde görülmektedir. Kırklı yaşlarda, kadın ve hafif miyop olan hastalar daha sık etkilenir. Gözlerde **sulanma, kızarıklık, zaman zaman bulanık görme, çift**

görme, boyun ve sırt ağrısı ile kendini gösterir.

Yapılan bilimsel çalışmalarda bu bulguların "kuru göz" bulgularıyla el ele gittiği gösterilmiştir. Göz kuruluğu olan hastaların %71'i astenopiden yakınmaktadır. Göz yorgunluğundan yakınanların ise yaklaşık yarısında (%51.4) kuru göz bulguları vardır.

O nedenle bu hastalarda şu önlemler işe yarayabilir:

- Sık sık gözyaşı kullanımı
 - Sık sık ve bilinçli bir şekilde göz kırpmak
 - Bilgisayar ekranlarına biraz uzaktan bakmak
 - Ekranı omuz hizasından yukarıda tutmamak
 - Her saat başı 5 dakika ara vermek
- Yakınmalar doğru gözlük kullanımı ile



azalmaktadır. Çalışmalarda göz yorgunluğu olanların %60'tan fazlasının son 2-3 yıl içinde gözlüklerini kontrol ettirmedikleri görülmüştür. Fakat yakınmaların azaltılması için yalnızca doğru gözlük yetmez. İş yerindeki psikolojik stresin azaltılması, çevre ve ışık şartlarının elverişli hale getirilmesi, bilgisayarların doğru mesafeye yerleştirilmesi, yani ergonomi de aynı derecede önemlidir.

Bu konuda yapılan başka ilginç araştırmalar vardır. Bunlardan biri sürekli bilgisayar ekranındaki verileri izlemek zorunda kalan bilim adamları üzerinde yapılmıştır. Çalışmaya katılan bilim adamlarında astenopiye neden olan etkenler şöyle sıralanmıştır: Ekranlardan yansıyan ışınlarla bağlı kamaşma, beş saatten fazla bilgisayara bakma, fontların okunabilirliği, ekranın pozisyonu, rengin aşırı kullanımı.

Başka bir çalışmada ise, bilgisayara dikkatle bakarken göz kırpmaya refleksinin azaldığı vurgulanmıştır. Kuru gözle ilgili olmayan fakat gözün yakına uyum yapması ile ilgili olan baş ve göz ağrısı, acı hissi gibi içsel uyarıcı etkenlerden de söz edilmiştir. "Sürekli gelen görsel uyarılarla gözün zorlanması, retina, iris ve görme yolları üzerinde yarattığı stres sonucunda astenopiye neden olabilir" sonucuna varılmıştır.

PİLOTLARDAKİ GÖRSEL STRES

Pilotlardaki göz yorgunlukları da bu aşırı uyarılarla ilgilidir. O kadar ki, tümüyle hareketsiz kalacak şekilde gökyüzünde hızla değişen uzaklıklar, ışık şartları, yaklaşan-uzaklaşan görüntülerle başa çıkmak beyinde son derece zorlu bir uyum mekanizmasını devreye sokmaktadır: Biraz önce sözünü ettiğim "nöral plastisite" yani beyin-sinir sistemindeki esneklik ve şartlara uyum sağlama becerisi.

Bazı durumlarda bu uyarılar o kadar fazla olur ki, beyin kendini bir süreliğine kapatmak zorunda kalır. Zihinsel boşluk ve kısa süreli hafıza kaybına neden olur. Çok uzun ve zorlu bir süreç olan uçuş sırasında oluşan bu uyarı bombardımanı, %30 oranında karar verme süreçlerindeki hatalara, %6 oranında ise algı bozukluğuna bağlı pilotaj hatalarına ve kazalara neden olabilmektedir.

Bu durumdaki hastalarda **gözlerde kızarıklık, baş ağrısı, çift görme** gibi yakınmaların dışında **mide bulantısı, baş dönmesi, çarpıntı, eklemlerde uyuşukluklar, kulak çınlaması, nefes darlığı, panik atak** gibi bozukluklar da kendini gösterebilir ve bu belirtiler bilinen bir hastalığa dayanmadığı için de ilgili hekimler ve yöneticiler ta-

rafından önemsenmeyebilir. Bu belirtileri gösteren çalışanlar için farkındalık ve ciddi bir destek tedavisi (yeniden eğitim) gerekmektedir.

DİĞER ETKENLER

Göz yorgunluğuna neden olan diğer etkenler, yaygın beyin hasarı olan hastalardaki belirtiler ve organik maddelerle zehirlenme geçiren işçilerdeki belirtilerdir. Parkinson hastaları da hem beyinsel nedenlerle hem de bu hastalarda sıkça görülen göz kuruluğu nedeniyle dinlenmekle geçmeyen göz yorgunluğundan yakınırlar.

Gelelim göz doktorlarına...

Göz doktorları üzerinde de araştırmalar yapılmıştır. Kendileri de bilgisayar kullanan oftalmologlar, hasta yakınmalarının daha fazla farkındadırlar. Gözlük, sık göz kırpmaya, gözyaşı gibi tedavileri diğerlerine göre daha fazla yazarlar.

1862'de eski bir tıp dergisinde, "astenopi" yakın çalışmadan kaynaklanan bir çeşit göz tembelliği olarak nitelenmekte ve "yine de neden kaynaklandığı esrarını koruyor" diye yazmaktadır. Bu gün dinlenmekle geçmeyen göz yorgunlukları ile ilgili çok daha fazla bilgimiz vardır ama yine de tüm ayrıntılar çözülüş değildir. ▀

Herkese ağrısız, ışıltılı gözler dileğiyle...



GRİP VE GRİP AŞILARI

Gribal enfeksiyonlar **influenza virüsü** tarafından oluşturulan ve hemen tüm sistemlerin etkilendiği **inflamatuvar sistemik** bir enfeksiyondur. Gribal enfeksiyonlar oldukça ağır seyrederler ancak sağlıklı erişkin insanlardaki savunma sisteminin gücüyle önemli bir hasar oluşmadan kontrol edilebilirler. Ancak bağışıklık sistemi zayıf olan çok yaşlı insanlar, yenidoğan çağındaki bebekler, organ nakli yapılan veya kanser tedavisi alan hastalar

ve bazı kronik hastalıklar ile **AIDS** gibi **immünolojik sistemi** baskılayan özel durumlarda **grip** çok ağır seyredebilir ve ölüme dahi sonuçlanabilir.

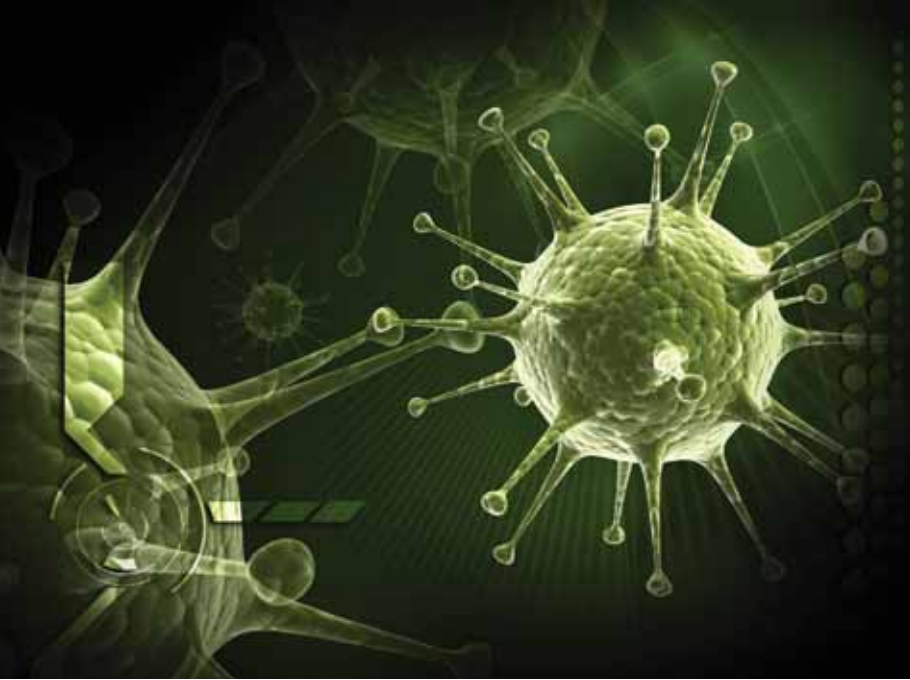
Pek çok **viral enfeksiyon** ile bir kez enfeksiyon geçirmekle ömür boyu bağışıklık kazanılabilir. Ancak Influenza virüsü, geçirdiği **mutasyon**larla fazla sıklıkla yüzeysel antijenleri değiştirebilir ve her bir değişiklik bağışıklık sistemini atlatabildiği sürece yeni enfeksiyonlara neden olur. Bu

mutasyon küçük bir değişiklik ise daha küçük gruplarda, ancak çok önemli değişiklik olduğu takdirde dünya çapında salgınlara neden olabilmektedir.

Influenza virüsü, hasta bir insanın çevreye yaydığı virüslerle kolayca bulaşabilir; damlacık enfeksiyonu şeklinde, hava yoluyla ve elin enfekte bölgelerle temas etmesi gibi nedenlerle üst solunum yollarından kolayca yayılabilir. Virüsler havada **8 saate** kadar asılı kalabilmektedir. Bu nedenle



İnfluenza virüsünde yüzey antijenlerine karşı geliştirilen aşı-larda, grip enfeksiyonlarından korunmak mümkündür.



ortamların havalandırılması ve el yıkama alışkanlığı enfeksiyonun önlenmesi için çok önemlidir.

Influenza virüsündeki yeni mutasyonların ilk görüldüğü bölgelerden elde edilen örnekler göre yüzey antijenlerine karşı geliştirilen aşılarla muhtemel grip enfeksiyonlarına karşı korunmak mümkün olabilmektedir. İlgili aşığı yaptıran kişiden bu değişik mutasyona karşı **antikor** geliştirilmesi beklenir. Açıkta ki, aşısı hazırlanmış bir Influenza virüsü ile karşılaştığımızda ve

aşığı yaptıran kişide yeterli antikor oluşturulmuşsa, pratik olarak bir gribal enfeksiyon gelişmesi beklenmez. Ancak bu denklemde iki kritik soru vardır. Birincisi, Influenza virüsünün aşısını yatırdığımız mutasyonuyla mı karşılaştık, yoksa başka bir mutasyonla mı enfekte olduk? İkincisi, yaptırdığımız Influenza virüsünün yeni mutasyonlarına karşı bağışıklık sistemimiz yeterli oranda antikor geliştirebildi mi?

Gribal enfeksiyonun sağlıklı kişilerde önemli bir hasar oluşturmadan atlatılabil-

diğini belirtmiştik. Asıl amacımız özellikle risk grubundaki insanların gribal enfeksiyonlara yakalanmasını önlemek olmalıdır. Bu durumda ilk bakışta hemen şu sonuç ortaya çıkıyor: “O zaman risk grubundaki insanları aşılayalım.” Ama şu noktayı sakın kaçırmayalım. Risk grubundaki insanların bağışıklık sistemleri zaten zayıf olduğuna göre, bu gruptaki insanlar aşılama sonrası nasıl yeterli oranda antikor geliştirebilecekler? Öte yandan gribal enfeksiyonlar salgınlar şeklinde yayıldığı için, toplumda ne kadar çok grip hastası olursa, o kadar daha çok yeni hasta ortaya çıkacak demektir. Bu durumda sadece risk grubundaki kişileri değil, özellikle sağlıklı kişileri aşılamalıyız ki, toplumdaki muhtemel grip enfeksiyonuna yakalanacak kişilerin sayısını mümkün olduğunca azaltabilelim. Hatta ancak bu şekilde toplumun risk grubunu oluşturan bireylerini gribal enfeksiyonlardan güvenle koruyabiliriz.

Virüs aşılarının sadece Influenza virüslerinin yüzeyel antijenlere karşı hazırlanması yeterli değildir. Influenza virüsünün yüzeyel antijenleri mutasyonlar ile sık değiştiğine göre, günümüzdeki grip aşıları hiç sonu gelmeyecek bir sanayi ve ekonomi haline gelmiştir. Asıl önemli olan virüsün kor antijenine karşı aşı geliştirilebilmesidir. Bu daha yüksek maliyetli ARGE çalışmalarını gerektirir ancak çok daha kalıcı bir çözüm olacaktır. ▶



SİGARANIN ESARETİ

Biz üç kafadar, mahalleden çocukluk arkadaşları, ben, Ali ve Rifat. Beraber mahallede top koşturduk, komşu ağacından meyve aşındık, aynı okula gittik, aynı zamanlarda ergen olduk ve aynı zamanlarda kız sevdik. Bizi ilk Rifat terketti ve çok erkendi... O melun hastalığa yakalanmıştı. Ara ara öksürdü, sonra sıkıştı. Doktora git, derdi eşi ama "**sigaradan**" deyip önemsemezdi. Artık eski neşesi de yok gibiydi ve zayıflıyor gibi geliyordu bize. Aramızda en sosyal olan oydu, bütün parlak fikirler ondan gelirdi, en başarılı da o olmuştu hem işte hem sosyal yaşantıda. Benim evlenme teklifimi bile karıma o yapmıştı. Şimdi onu suskun ve içine kapanık görmek bize dayanılmaz zor geliyordu. İşler zor, ekonomik sıkıntı, geri ödemeleri alamıyoruz, diyordu ama çok inanmıyorduk. Altı ay böyle geçti, çok zayıfladı, iki aydır evden de çıkmaz olmuştu. Eşi; geceleri uyuyamıyor, kan tükürmeleri oluyor, hiç yemiyor ama doktora götüremiyorum diyerek çaresizlikle ağlıyordu hep. Oğlunu çağırdık İngiltere'den onu kıramaz diye. Üniversitede son senesi diye ondan gizlemişti annesi. Ve O gelince öğrendik acı gerçeği... Dostum, kardeşim **akciğer kanseriydi!** O biliyormuş, bu kadar zamandır bizden gizlemiş. Doktor **kemoterapi** demiş, artık cerrahi aşamayı geçmiş. O kabul etmemiş, kendi içinde yaşamış tüm hastalıkla yüzleşmeyi. Sonra Ali depresyona girdi, kendini suçladı ben alıştırdım onu sigaraya diye. Ali'nin annesi babası sigara içerdi. Ali'nin esareti henüz **11 yaşında** anne babanın paketinden aldığı sigaralarla başladı. Sonra Rifat tanıştı Ali'nin aşındığı sigaralarla. Sonra harçlıklarıyla paket alıp içmeye başladılar gizli gizli. Rifatların bahçelerindeki incir ağacında bir yer yapmışlardı paketi saklamaya. Ben 17 yaşına kadar direndim bu merete bulaşmamak için. Sonra ilk ve son aşkım Nihal'e kendimi ergen göstermek için okulun arka bahçesinde sigarayla görünme pozları vermeye başladım. Benim de böyle başladı sigara ile esaretim. Önce sadece Nihal'in yanına giderken arkadaşlarımdan



alırdım sigarayı. Sonra onlardan istiyorum diye utandım, mahallenin bakkalı tek sigara satarı, öyle almaya başladım sonra pakete döndüm. Artık ben de bağımlılar ordusunun bir ferdiydim. Biz üç kafadarın dördüncü dostu olmuştu sigara! Ve artık büyümüşük; paketi cebimizde gururla taşıyorduk, masamızda mutlaka yeri vardı. Buluştuğumuzda sigarayı ilk masaya atan olmak pek bir havalı oluyordu, paketin ağzı açık ve çakmak yanında olacaktı. İlk ben evlendim, biricik aşkım Nihal'le. Sonra Ali evlendi, Nihal'in kardeşi ile. Rifat en son. O'nun hayalleri vardı, çok çalışacak zengin olacaktı, evlilik çocuk engel diyordu, Zehra ile tanışana kadar tabii. Evlendiler, çok mutlu oldular, oğulları oldu, Can. Can 21 yıl gördü babasını. Rifat henüz 53 yaşında idi onu kaybettiğimizde. Sonra Ali derhal sigarayı bıraktı, eşimle

aynı gün bırakma kararı aldılar. Ali Rifat'ı son yolculuğuna gönderdiğimiz günden sonra bir daha asla ağzına sigara almadı. Zaten annesini de rahim kanserinden kaybetmişti, o zaman da doktorlar sigarayı suçladı. Ali'ye bırak dediler, bak genetik yatkınlık var. Azaltarak bırakırım dedi, azaltmıştı da ama 1 yıl sonra tekrar arttırdı ve ben bağımlıyım bırakamıyorum diyordu. Nihal ise Rifat'ın ölümüyle çok korktu ve sigara bitti benim için dedi ve bıraktı. 3 ay sonra tekrar başladı, ben çok seviyorum ya diyordu her sigara yaktığında. Bense daha fazla arttırdım, hele her Zehra'ya gidip gelmemize daha çok içiyordum. Kızım bize çok kızıp arkadaşınızı kaybettiniz hala ders almıyorsunuz deyip hergün elinde sigaranın zararlarını anlatan bir sürü yazıyla çıkardı karşımıza. Baktı bu kar etmiyor siz bırakmazsanız ben başlayacağım



dedi bir gün, eline 1 paket sigara alıp çıktı karışma. Bunun üzerine, onun bulduğu bir sigara bıraktırma merkezine gittik Nihal'le. Nihal tekrar bıraktı ancak yine 3 ay sonra başladı. Ama ben bir türlü Rıfat'ı unutamıyorum, üzüntümü sigara içmezsem yenemeyeceğim gibi geliyordu. Bir taraftan da onun gibi olacağım diye çok korkuyordum. Bir gün benim de öksürüğüm oldu ve balgamda kan. Hemen panikle doktora gidip ben kanser miyim diye sordum. Tetkikler yapıldı, çok şükür değildim, **zatürre** olmuştum. Bir hafta hastanede yattım sonra çıkarken doktor bir test daha lazım dedi, akciğerimde havalanma artışı varmış, ne güzel işte dedim, ama öyle değilmiş. **KOAH** dedi doktor ve sigaraya bağlı, mutlaka bırakman lazım yoksa hastalık sinsi bir şekilde ilerler ve seni yataktan çıkamaz hale getirir dedi. Bana başka KOAH hastasını gösterdi, onun böyle olacak dedi. Oksijen makinesine bağlı eğilerek oturuyordu, çok zayıftı, kaburga kemikleri dışardan sayılıyordu. Rıfat'ın son günleri bile bu kadar kötü görünmüyordu. Yok canım ya bunun başka hastalıkları da vardır, ben 5 yıl öncesine kadar futbol oynardım, şimdi de yürüyüş yapıyorum. Gerçi son günlerde eskisi kadar yürüyemiyorum, dinlenmek zorunda kalıyorum ama üzüntümden vücudum zayıf düştü diye, yoksa ben hasta değilim dedim ve doktorun verdiği ilaçları almadım, kontrole de gitmedim. Ta ki 8 ay sonra şiddetli bir göğüs ağrısı ile uykudan uyanana kadar. Bunu da atlattım, **anjio** yapıldı, tıkalı damar açıldı ve bir çanta ilaçla taburcu oldum. Taburcu olmadan önce beni aynı doktora tekrar gönderdiler, tekrar kalp krizi geçirmemen için KOAH tedavisini de kullanman lazım dediler. Sevmeydim bu doktoru, bana kötü olacağını demişti ya, kötü olan hastasını göstermişti, çocuk gibi korkutmaya çalıştı beni, müdürlük yapmış adamı! Yine almadım onun ilaçlarını, ben her gün bahçede yürüyecek, temiz hava alacak ciğerlerimi temizleyeceğim, bir de sağlıklı beslenme, ben bunu atlatırım dedim. Öyle olmadı 10 yıl geçti üzerinden, şimdi 10 yıl önce hastane odasında gördüğüm o hasta gibiyim. Torun doktor oldu, evimi küçük bir hastaneye dönüştürdüler, boğazımdan bir delik açıp beni



akciğer işi gören bir makineye bağladılar. Nihal elimi hiç bırakmadı, kızım ve torunum da.

Anne-babasını rol model alan çocuğun bilinçaltına verilen mesajla sigara bağımlısı olma riski **2 kat** artıyor.

Sigarayı deneyen her 3 kişiden biri bağımlı oluyor.

Sigara içen, sigaranın zararlarını bildiği yanımsaması içindedir. Oysa bilmiyordur, bilse bile yeterince aklına getirmiyordur.

Bir sigara içenin trafik kazasına uğrama ihtimali nedir? Buna karşı önlem alma oranı? Oysa sigaraya bağlı, karşılaşması muhtemel yüzlerce hastalıktan birine yakalanma oranı? **Peki ya aldığı önlem?**

Vücudumuz bizi bir ömür boyu taşıyacak, elimizin, gözümüzün, akciğerimizin, hiçbir organımızın yerine bir yenisini koyamayız. Para verip aldığımız varlıklarımıza, evimize, arabamıza ne çok kıymet gösteririz. Ya para verip alamayacağımız organlarımıza?

Püf nokta zararı bilmek değil, öyle olsa sigara içen doktor olmazdı....

Bu işi kafada bitirmeli!!! İnançlarınızı önemseyin; inançlarımız beynimizi, beynimiz de tüm vücudumuzu yönetme mekanizmasına sahiptir.

Bu işi bitirmeli!!! Korkutmaya çalışmadan, öğrendirme taktiklerine başvurmaktan, sigaranın zararlarından bahsetmeden, sigarasız bir hayat için yola çıkılmalı. Bu yolda donanım sağlayacak ne, nasıl, nerede, ne kadar... **Hemen yapılmalı!**

Siz bu hikayenin neresindesiniz, rol model misiniz, esarete aday mısınız, esir misiniz, binlerce sigara hastasından birisi misiniz, bu işi bitirmek için yola koyulan mısınız veya sevdiğinizi bu yola çekmeye çalışan mısınız, bu işi bitirmiş olan mısınız ya da en şanslısı hiç tanışmayan mısınız?

(devamı gelecek sayıda)



Kanser Genetiği ve Genetik Danışmanlık KANSER GENETİK Mİ?

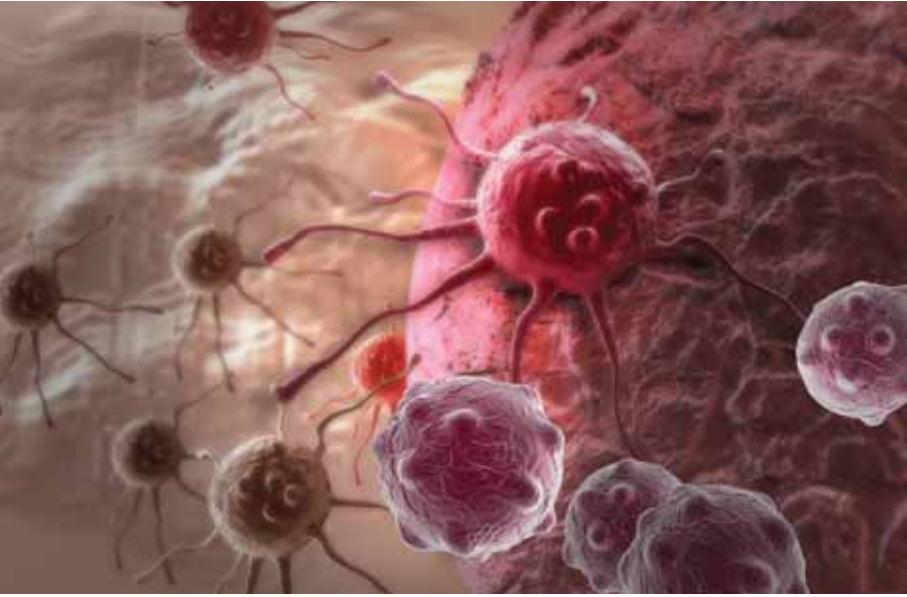
Kanser, en basit ifadeyle **kontrolsüz hücre çoğalması** olarak tanımlanabilir. Buna karşın kanser hücrelerini tanımlamak için sadece kontrolsüz çoğalmadan bahsetmek yeterli olmayacaktır. Kanser hücreleri “normal” vücut hücreleri ile kıyaslandığında, diğer bazı karakteristik özellikler de göze çarpar. Bu karakteristik özellikler, hücrelerdeki genetik materyalde, yani **DNA**’da, olan değişikliklerden (mutasyonlardan) ileri gelir. Aslında kanser hücreleri ilk başta normal hücreler olarak hayatlarına başlasalar da, ortaya çıkan bu mutasyonlardan ötürü kanser hücrelerine dönüşürler ve içinde yaşadıkları organizmanın ölümüne dahi neden olabilirler. Normal hücrelerden

kanser hücrelerine giden bu değişim sürecine **Onkogenez** veya **Karsinogenez** denir. Bu süreçte hangi mekanizmaların rol oynadığı kısmen anlaşılabilmiştir. Buna göre onkogenez, çeşitli nedenlerle genetik değişiklikler; yani mutasyonlar üzerinden gelişen bir süreçtir. Bazı mutasyonlar zararlı değilken, bazıları hücre için zararlı bazıları da yardımcıdır. **Mutasyonlar** (yani genetik materyalde olan değişiklikler) ve **DNA**’da (genetik materyal) olan kalıtsal değişiklikler eğer **eşey üreme hücrelerini** (sperm veya yumurta) etkilerse kuşaktan kuşağa geçerler. Üreme hücre mutasyonları, kanser vakalarının **yüzde 5-10**’undan sorumludur ve bu kalıtsal kanser türlerinin olduğu grubu kapsamaktadır. Bu

durumda kanser genetik materyali etkilediğinden, hem genetik hem de kalıtsal olabilir.

Kansere neden olan birçok gen mevcut olduğu gibi, bu genler üzerinde de birçok farklı noktada, farklı mutasyonlar tanımlanmıştır. Ayrıca, aynı genetik bölgedeki değişimler farklı kanserlerin gelişimine neden olabilir. Aynı kanser türüne sahip kişilerde hastalık farklı genetik bölgelerdeki mutasyonlardan kaynaklanabilir. Sonuç olarak, kanser gelişimi, anlaşılması zor ve kompleks bir etkilere sahip bir süreçtir.

Kansere neden olan genler “**onkogenler**” ve “**tümör baskılayıcı genler**” olarak iki grupta toplanmaktadır. Onkogenler, hücre



çoğalması ve farklılaşması üzerinde etkili olan genlerdir. Normal şartlarda, genetik değişimlerin gözlenmediği durumlarda bu yapılara “**proto-onkogenler**” adı verilir. Fonksiyonel değişikliğe neden olan mutasyonların gözlenmesi durumunda ise onkogen olarak adlandırılırlar ve aşırı hücre çoğalmasına neden olurlar. “**Tümör baskılayıcı genler**” hücre çoğalmasını kontrol altında tutan genlerdir. Etkilerini; hücre döngüsünde bir bozukluk olması durumunda döngünün devamını engellemek, gerekli durumlarda hücreleri programlı hücre ölümüne yönlendirmek ve hücre DNA’sının replikasyonu, tamiri ile dağılımının düzgün gerçekleşmesini sağlamak suretiyle genetik yapının korunmasını sağlarlar. Tümör baskılayıcı genlerin veya fonksiyonlarının kayıplarına yol açan mutasyonlar sonucunda hücre bölünmesindeki kontrol ve tamir mekanizmaları da işlemez hale geleceğinden, yine kontrolsüz hücre çoğalması meydana gelir.

Kansere yol açan mutasyonlar **sigara, mor ötesi (UV) ışınlar ve çeşitli toksin ve kimyasallar** gibi çevresel etkenlere bağlı olabileceği gibi kalıtsal da olabilir. Kişinin genetik materyalinde ortaya çıkan mutasyonlar normal vücut hücrelerinde görülüyorsa, bu değişiklikler yalnızca o kişinin kendisini etkiler. Bu şekilde, kazanılmış mutasyonlara bağlı kanserler, sporadik kanserler olarak

adlandırılır. Ailesele ve kalıtsal kanserlerde durum sporadik kanserlere göre daha farklıdır. Kişinin genetik yapısında taşıdığı ve tüm hücrelerinde bulunan bazı mutasyonlar dolayısıyla bireylerin kanser geliştirme ihtimalleri artmıştır. Bu kişiler bu mutasyonları eşey hücreleri de dahil her hücrelerinde taşıdıkları için bu kanser yatkınlıklarını çocuklarına da genler yoluyla aktarabilmektedirler. Bu tür kanserlere en iyi örnek **meme kanseri** ve bu kanserle ilişkili **BRCA1** ve **BRCA2** genleri ile verilebilir. BRCA1 ve BRCA2 genlerinde belirli mutasyonlar (genetik bozukluklar) taşıyan kadınlarda meme ve yumurtalık kanseri görülme riski **%85’e** kadar çıkmaktadır. Bu mutasyonları taşımayan kadınlarda ise meme kanseri riski yaklaşık **%10’dur**. Ailesele ve kalıtsal kanserler, kanser vakalarının yaklaşık **%5-10’unu** oluşturur.

Kalıtsal kanserleri sporadik kanserlerden ayıran belli başlı özellikler vardır. Kanserin ortalamadan daha erken bir yaşta görülmesi (özellikle 50 yaşından önce), kanserin ailede birden fazla nesilde görülmesi (özellikle aynı kanser türü için) ve iki veya daha fazla aile üyesinin aynı kanser türüne yakalanması gibi konular kalıtsal kanserlerde irdelenmesi gereken konular arasındadır. Örneğin; anne ve kız kardeşte meme kanserinin görülmesi veya baba ile kızına kolorektal kanser tanısı konulması gibi bir aile hikayesi, kalıtsal



Kanser hücreleri ilk başta normal hücreler olarak hayatlarına başlasalar da, ortaya çıkan bu mutasyonlardan ötürü kanser hücrelerine dönüşürler ve içinde yaşadıkları organizmanın ölümüne dahi neden olabilirler.

kanserlerin bir göstergesi olabilir. Ayrıca yakın akrabalarda iki veya daha fazla değişik kanser türünün saptanması, her iki memede kanser tespit edilmesi, ailedeki bir erkek bireyde meme kanserinin görülmesi, birkaç yakın akrabada kansere rastlanması, aile içinde bir takım nadir görülen kanserlere/tümörlere tanı konulması (sarkom, erkek meme kanseri, medüller tiroid kanseri ve feokromasitoma [adrenal bezin iç kısmında olan medulladan köken alan nadir bir kanser türü] gibi) ve **polipozis** (midede veya bağırsaklarda birçok polipe rastlanması) gibi durumlar da ailesele veya kalıtsal kanserleri akla getirir. Bu aile hikayelerinin kanser genetiği açısından uzman genetik danışmanlar tarafından detaylı bir şekilde incelenmesi ve kişinin taşıdığı riskler ile kişiye sunulabilecek opsiyonların bu ince-



lemeye göre değerlendirilmesi gerekmektedir.

Kanserde meydana gelen bazı mutasyonlar, o kanserin şiddetini, seyrini ve tedaviye olan cevabını etkilemektedir. Örneğin; meme kanserinde **HER2 geninde** aşırı artış olması hastalığın daha agresif seyretmesine işaret eder. Diğer yandan bu mutasyonu taşıyan kişilerin bazı kanser ilaçlarına cevabı daha iyi olmakta ve hastalık gerilemektedir. Birçok **lösemi** türünde oluşan genetik değişikliklere göre tedavi protokolleri geliştirilmekte ve oldukça etkili olmaktadır. Buna da örnek olarak bir ileri yaş lösemisi olan **Kronik**

Myeloid Lösemi'yi (KML) verebiliriz. Bu hastalığa yakalananların neredeyse tümünde meydana gelen **9** ve **22. kromozomlardaki BCR** ve **ABL** genlerinin birleşmesiyle oluşan **mutant gen** ürününü baskılamaya yönelik ilaçlar geliştirilmiş ve artık bu hastalık ölümcül bir hastalık olmaktan çıkmıştır.

Kanser, en sık görülen ve en ağır seyreden hastalıklardan biri olduğundan, klinik tıpta önemli ve yaygın bir problemdir. Kanser, bazen hiç belirti ve bulgu vermeden ilerleyebilir ve her organ ve/veya dokudan köken alabilir. Köken aldığı yere ve tümörün cinsine



Birçok ülkede erken tanıya yardımcı olabilmek ve halkı bilinçlendirmek için meme ve testis kanseri gibi kanserler için kişilere kendi kendine muayene yöntemleri üzerine eğitimler verilmektedir.”

göre de kanserlerin belirtileri birbirinden çok farklı olabilmektedir. **Genetik** ve **çevresel faktörler**, kanserin ortaya çıkmasından sorumludur. Ailevi olan bir grup kanserde soruna yol açan mutant gen kalıtsaldır ve doğumdan önce bile vücuttaki tüm hücrelerde mevcuttur. Diğer grup kanser, yaşamın herhangi bir döneminde belli bir grup hücrede ortaya çıkabilir. Kanser, özellikle gelişmiş toplumlarda ölümlerin **%20'**den fazlasından sorumludur.

Birçok kanserde erken tanı ve önleyici tedaviler büyük bir önem taşımaktadır. Gelişmiş sağlık sistemlerinde kanserde erken tanıya yardımcı olabilmek için kanser tarama testleri sunulmaktadır. Bu tarama programlarının en iyi bilinenlerinden bir tanesi de meme kanseri için yapılan **mamografi taramasıdır**. Ayrıca birçok ülkede erken tanıya yardımcı olabilmek ve halkı bilinçlendirmek için **meme** ve **testis kanseri** gibi kanserler için kişilere kendi kendine muayene yön-



temleri üzerine eğitimler verilmektedir. Vurgulanmak istenen nokta aslında kendi vücudumuzu daha iyi tanımak ve vücudumuzdaki değişiklikleri düzenli kontrollerle en kısa zamanda fark etmektir.

Kanserden korunmada elbette ki sağlıklı yaşamın da rol oynadığı unutulmamalıdır. Buna karşın bazen sağlıklı yaşam denklemin sadece küçük bir kısmını oluşturur. Kişinin genetik yapısı bazı durumlarda göreceli olarak daha baskın çıkabilir. Çoğu zaman etrafımızda kanserle veya kansere yakalanan birisiyle ilgili “sigara bile içmiyordu, çok sağlıklı yaşıyordu fakat kısa sürede kanserden öldü” gibi yorumlara tanık oluruz. Bu durumun temelinde genetik faktörler ile çevresel faktörlerin birbiriyle olan etkileşimi yatar. Eğer bizler varsayımsal olarak %50 oranında mutant genlerle dünyaya gelmişsek ve olumsuz çevre koşullarında yaşıyorsak (örneğin; sigara kullanıyor ve kötü besleniyorsak) %50 olan kanser riskinin üzerine %25 daha ilave ederek toplam riski %75'lere çıkarabiliyoruz. Nasıl bir genetik yapı ile doğduğumuzu



Kanser gelişimi, anlaşılması zor ve kompleks etkileşime sahip bir süreçtir. Düzenli kontrollerle ve sağlıklı yaşam formülleriyle kanserden korunabilirsiniz.”

kestiremediğimize göre, bütün bu saydığımız kötü alışkanlıklardan uzak durarak kanser riskini en alt seviyede tutmak esas olmalıdır.

Yukarıda yazılanlardan da anlaşılacağı gibi, kanser genetiği ve buna bağlı olarak kanser genetik danışmanlığı karmaşık iki süreçtir. Risklerin belirlenmesinden tutun da hastalık tanısı konulması ve kişiye en uygun tedavinin uygulanmasına kadar kanserin her alanında genetiğin ve genetik danışmanlığın yeri vardır. Genetik danışmanlık, özellikle meme ve kolorektal kanserlerde risklerin en iyi şekilde hesaplanması ve varolan genetik testlerin uygulanmasında çok ciddi bir rol oynar. Uluslararası kriterlere göre risklerin en iyi şekilde hesaplanması, sadece genetik testler açısından uygunluk gösteren kişilere ilgili testlerin yapılması ve bu testler açısından uygunluk göstermeyen kişiler için en uygun tarama protokollerinin uygulanması, hem çıkacak sonuçların en iyi şekilde değerlendirilmesi hem de kişilerin gerçekte var olan riskleri anlamaları bakımından oldukça önemlidir. ■



LAPARASKOPİ VE LAPARASKOPİK RAHİM AMELİYATI

Günümüzde baş döndürücü teknolojik gelişmelerden tıp dünyası da nasibini almaktadır. Özellikle son yıllarda halk arasında '**kapalı ameliyat**' olarak da bilinen **laparaskopi** sayesinde, göbek deliğinden girilen kamera ve karın alt bölgesinde açılan **5 mm.**'lik küçük kesilerden içeri sokulan aletler ile artık açık cerrahide yapılan neredeyse bütün kadın hastalıkları ameliyatları yapılabilmektedir.

Eskiden çoğu kadın hastalığı ameliyatı yine **sezaryen** kesisiyle yapılmaktaydı, ancak artık bu durum gelişmiş ülkelerde tarihe karıştı. **Robotik cerrahinin** konuşulduğu bu günlerde kapalı ameliyatlar rutin hale geldi.

Peki kapalı ameliyatlar kadın hastalıklarında hangi durumlarda uygulanır?

Çocuk sayısını tamamlamış ve artık çocuk doğurmak istemeyen çiftler için halk arasında **kordon** veya **tüp bağlanması** olarak bilinen **rahim tüplerinin** laparoskopik yöntemle bağlanması, hasta için büyük konfor sağlamak ve sadece bir gün hastanede kalarak ertesi gün taburcu edilebilmektedir. Yine dış gebelik dediğimiz gebelik kesesinin rahim yerine sıklıkla rahim tüplerinden birine yerleşmesi ve iç kanama yapabilmesi açısından hayati olabilen bu hastalık, eskiden sezaryen kesisiyle ameliyat edilirken artık günümüzde laparoskopik yöntemle başarıyla tedavi edilebilmektedir.

Yumurtalık kistleri genellikle çoğu kadında oluşur ve tekrar kaybolur. Ancak bazıları **7-8 cm.**'i geçebilir ve **2-3 ay** beklememize rağmen kaybolmaz. Bu tip durumlarda veya kist içeriğinin ultrasonla şüpheli görüldüğü durumlarda bu kistlerin operasyonla alınması gerekebilir. Yumurtalık kistlerinin bazıları kendi etrafında dönerek, eğer erken müdahale edilmezse hastanın yumurtalığının kaybına sebep olabilir. Bazı yumurtalık kistleri patlayarak iç kanamaya dahi yol açabilirler. Yine artık bu operasyonların neredeyse tamamına yakını çocuk yaştaki hastalarımızdan menopozdaki hastalarımıza kadar laparoskopik yöntemle yapılabilir.



Halk arasında **çikolata kisti** diye de anılan **endometriozis**, **geçmeyen adet ağrısı** ve **adet dışında da alt karın ağrısı**, **dışkılamada ağrı** ve **kısırlık sebebi** olan tedavisi güç bir hastalıktır. Karın içindeki organlarda yapışıklık yapan bu kistler ameliyatla alınsa bile tekrarlayabilir ve hasta birden fazla çikolata kisti ameliyatı olabilir. Yine bu hastalığın da operasyonu laparoskopik olarak yapılabilir.

Açıklanamayan **infertilite** (kısırlık) vakalarında, rahim filminde tüplerde tıkanıklıktan şüpheleniliyorsa veya tedavilere rağmen gebe kalınamıyorsa, tanısız laparoskopi uygulanabilir.

Laparoskopinin tanısız amaçlı kullanım alanlarından bir diğeri de, açıklanamayan kronik karın ağrısı vakalarıdır. **Kronik pelvik ağrısı** için en az **6 ay** süreli ağrının karının alt bölgesinde ve kasıklarda olması gerekmektedir. Laparoskopi, kronik pelvik ağrısı olan hastalarda nedeni ortaya koymak ve tedavi amaçlı yapılır. Kronik kasık ağrısı nedeniyle laparoskopi yapılan hastalarda en çok karşılaşılan iki hastalık **karın içi yapışıklıklar** (adhezyon) ve **endometriozis** (çikolata kisti)'dir.

Laparoskopik Rahim ameliyatı (Kapalı Rahim ameliyatı)

Tüm dünyada en sık yapılan kadın hastalıkları ameliyatı, hasta açısından ağır bir ameliyat olan rahim alınmasıdır. Amerika

Birleşik Devletleri'nde **65 yaşına** gelmiş her üç kadından birinin operasyonla rahminin alınmış olacağı tahmin edilmektedir. Bu kadar sık yapılan bir ameliyat olan rahim ameliyatı da günümüzde laparoskopik olarak yapılabilir. **1989**'da ilk tanımlandığından beri laparoskopik rahim ameliyatı üzerinde artan bir ilgi vardır. Çünkü bu yöntemle hastanın cildi ve karın tabakaları kesilmemekte, kozmetik olarak çok iyi bir görüntü oluşmakta, ama en önemlisi hasta çok kısa sürede ayağa kalkabilmekte ve işine kısa sürede dönebilmektedir.

Laparoskopik Rahim ameliyatı bu konuda deneyimli bir uzman ekip, buna uygun modern bir ameliyathane ve laparoskopik ameliyat için gerekli olan malzemelerin bulunduğu büyük merkezlerde yapılabilir.

Laparoskopik Rahim ameliyatı, rahimi büyüten ve kanamalara sebep olan **myomlar** (fibroid, halk arasında 'ur'), **menopoz sonrası geçmeyen ve tekrarlayan kanamalar**, **endometriozis** (çikolata kisti), **pelvik iltahabı hastalıkları**, **abseler**, **kronik pelvik ağrıları**, **rahim ağzı problemleri**, **kanserden korunma**, **atipili endometriyal hiperplazi** (Rahim içi tabakasında ileride kanser tehlikesi yaratabilen kalınlaşma) gibi durumlarda yapılabilir.

Laparoskopik rahim ameliyatının fayda-

ları ciltte uzun bir kesi olmaması ve dolayısıyla daha iyi bir kozmetik görünüm sağlanması, ameliyat sırasında daha az miktarda kanama, ameliyatların dikiş gerektirmeden yapılmasından dolayı düşük enfeksiyon oranları, ameliyat sonrası ağrının daha az olması, aynı gün hemen ağızdan gıda alınabilmesi, hastaların daha erken taburcu olabilmesi ve normal günlük aktivitelere ve işlerine hastaların daha kısa sürede dönmeleridir. Hastalar operasyondan en geç bir hafta içinde günlük aktivitelerine dönebilmektedir. Bu zaman süreci açık rahim ameliyatlarında bir ay kadar sürebilmektedir ve ameliyat sonrası ağrıları daha fazla olmaktadır.

Laparoskopik ameliyatları nerelerde yaptırabiliriz?

Laparoskopik ameliyatlar geniş olanaklara sahip ameliyathane koşullarında, tıbbi cihazları uygun, deneyimli bir ekibe sahip ve gereğinde diğer branşların da operasyona katılabileceği büyük merkezlerde yapılmalıdır.

Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği olarak, her türlü laparoskopik operasyonu yapabilecek altyapıya sahip üniversite hastanesimizde deneyimli bir ekiple hastalarımıza en güncel tedavi yöntemlerini uygulamak için çalışmaktayız. 



FELÇTE ERKEN MÜDAHALE

Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi Nöroloji Hekimi **Yrd. Doç. Dr. Amber Eker**, felçte erken dönem pıhtı eritici tedavi (trombolitik) ve İnme Üniteleri'nin önemi hakkında açıklamalar da bulundu.

İnme nedir?

Beyin damarlarıyla ilgili olarak ortaya çıkan hastalıklara **İNME** denir. Temel olarak iki tipe ayırabiliriz. Birinci tipi '**tıkayıcı İNME**' dir. Beyine giden atardamarların genellikle bir pıhtı ile tıkanması sonucunda gelişir. Tüm İnmelerin **%80'i** bu tiptedir. Diğer tipi ise kanamalıdır.

İnme neden önemlidir?

İnme tüm dünyada kalp hastalıkları ve kanserden sonra en sık üçüncü ölüm nedenidir. Ayrıca ciddi sakatlıklar ile sonuçlanabilir.

İnme belirtileri nelerdir?

Tedaviye erken ulaşmak, inme belirtilerini tanımaktan geçer. Ani olarak yüzün, kolun ve bacağın aynı tarafında kuvvet kaybı veya his kaybı, görme bozukluğu (göreme veya çift görme), konuşma bozukluğu (peltek konuşma, konuşamama veya söylenenleri anlamama), yürüme bozukluğu, denge kaybı görülebilir.

İnme hastalığında erken dönem trombolitik tedavi nedir?

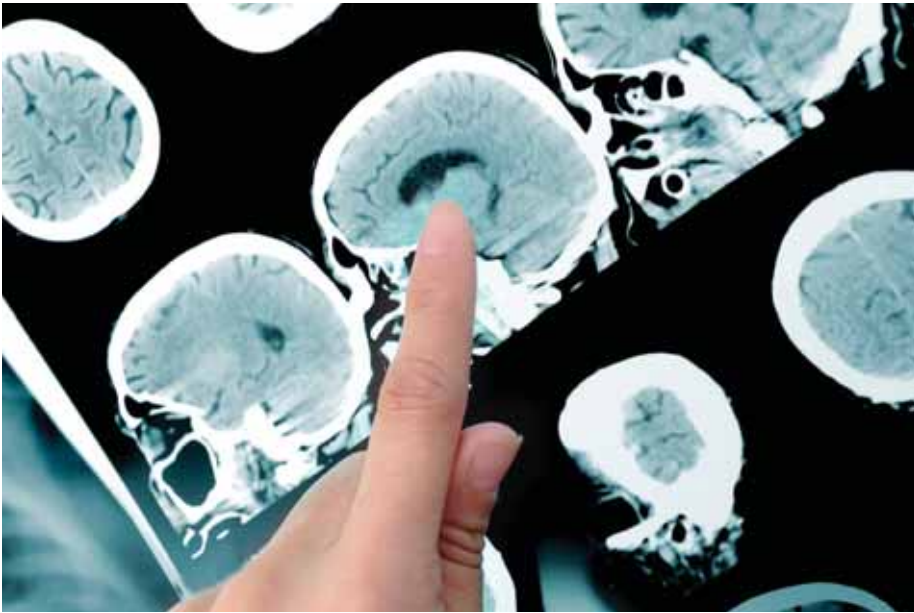
Bugün için, erken dönem inmede yararlı kanıtlanmış en önemli tedavi ilk 3 saatte yapılan **trombolitik** (pıhtı eritici) tedavidir. Sonuçları **1995 yılında** açıklanan bir çalışmada gösterdi ki, uygun hastalara ilk 3 saatte uygulanan trombolitik tedavi her **6-8** has-



tadan birini 3 ay sonunda yaşamını bağımsız olarak sürdürebilir hale getiriyordu. İlaç **1996'da** ilk kez **Amerika'da**, erken dönem inmede kullanmak için ruhsatlandırıldı. **Kıbrıs Adası'nda** da **2011'den** beri erken dönem inmede başarıyla kullanılmaktadır.

Akut inme belirtilerinin tanınması ve

hastanın tedavi verebilecek organizasyona sahip merkezlere hızlı ulaştırılması çok önemlidir. Yapılan birçok çalışmada ne kadar erken uygulanırsa o kadar etkili olduğu özellikle vurgulanmaktadır. Tedavi ilk **90 dakikada** uygulandığında her **3 hastadan bir tanesi**; ilk **3 saatte** uygulandığında her **6**



hastadan biri; 3-4.5 saatte uygulandığında ise **14 hastadan biri** tedaviden yararlanmaktadır.

Felç belirtilerini farkettilikten sonra erken dönemde başvuran hastalar acil serviste nöroloji uzmanı eşliğinde büyük bir hız içinde değerlendirilir. Bu sırada kan tetkikleri, kalp incelemeleri yapılır ve hastalar beyin tomografisi, MR'ı ve anjiyografi ile tıkalı damar ve beyinde yarattığı etkiler açısından incelenir. Kurtarılabilecek beyin dokusu değerlendirilir. Uygun olduğu tespit edilen hastaya damar içi trombolitik tedavi uygulanır ve tansiyonu yakından takip edilir.

Uygun hastalarda anjiyografi ile tıkalı damarlara ulaşır pıhtı eritici ve damar açıcı tedavilerin uygulanması, ölümcül ve yatağa bağımlılık gibi ciddi sakatlık sonuçları olabilecek felçlerde başarılı sonuçlar alınmasını sağlamaktadır. Sonuç olarak halkın, ambulans ekiplerinin, acil servislerin bilgilendirilmesi

hastaların hızla tedaviye ulaşması için önemlidir.



Felç farkedildikten ilk 3 saat içinde trombolitik tedavi uygulayabilen merkeze başvurulması gereklidir.

İnme Ünitesi'nin önemi nedir?

İnmeli hastaların akut ve akut dönem sonrası tedavilerinin ve rehabilitasyonlarının, inmeli hasta bakımında özelleşmiş servislerde yapılmasının yararı birçok çalışmada gösterilmiştir. Bu çalışmaların sonuçlarına göre, inmeli hastalar inme ünitelerinde tedavi edildiğinde; ölüm oranları çok daha düşük, hastanede kalış süresi daha kısa, taburcu olduktan sonra eve dönüş oranı daha yüksek ve bir yıl sonra bağımsız yaşama oranları daha fazladır. Bu konuda uzman Nöroloji hekimlerinin, her an MR, BT, BT anjiyografi, girişimsel anjiyografi uygulama imkanlarına sahip Radyoloji birimi ve inme konusunda eğitim almış hemşirelerin çalıştığı yoğun bakım ünitelerine sahip merkezlerde bu

tedavi en ideal şekilde uygulanabilmektedir. Ayrıca hastaların hem inme ünitesinde izlemeleri hem de taburculuk sonrası takiplerinde işbirliği içinde çalışılan **Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı'nın** tecrübeli ekibinin tedavilerinin de iyileşme sürecindeki katkıları çok önemlidir. Tüm dünyada ve Türkiye'de sadece bazı merkezlerde yapılabilen erken dönem felçte pıhtı eritici tedavi (trombolitik tedavi) artık adamızda da en iyi imkanlarla ve bu konuda uzman Nöroloji ve Radyoloji ekibinin uyum içinde çalışması ile başarılı şekilde **Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'nde** uygulanabilmektedir. Hastanın iyileşme süreci Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı'nın tecrübeli ekibinin katkıları ile devam etmektedir.

Hastaların hastaneye ulaştırılırken ambulans içinde haberleşme zincirinin hızlıca kurulması önemlidir. Bu sayede Nöroloji ve Radyoloji inme ekibinin hastayı karşılaması, acil servisin hızlı organizasyonu, laboratuvar testleri ile radyolojik incelemelerin çok hızlı şekilde yapılabilmesini ve tedavinin başarısını önemli şekilde etkilemektedir. Bu tedavinin uygulanabilmesi için özellikle felç farkedildikten sonra ilk 3 saat içinde trombolitik tedavi uygulayabilen merkeze başvurulması gereklidir. Adanın coğrafi koşulları göz önüne alındığında adanın her yerinden erken dönemde farkedilen inme hastalarının pıhtı eritici tedaviye ulaşması mümkündür. Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ekibi erken dönem inme hastalarına müdahale için hazırdır. Bu güne kadar ölümcül ve ciddi sakatlık bırakacak damar tıkanıklıkları olup erken dönemde başvuru ile bu tedavi uygulanan hastalar yürüyecek evlerine taburcu edilmiştir.

Zaman kaybı beyin kaybıdır!

Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi Acil Servis ekibi ve Yoğun Bakım ekibi için felçte erken müdahale konusunda eğitimler düzenlenmiştir.

Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi Nöroloji Bölümü İnme Ünitesi'nde, tıkalı inmede erken dönem trombolitik tedavi uygulaması dünya standartlarında uygulanmaktadır. ▶



OKUL ÇAĞINDAKİ ÇOCUKLARDA OKUL KORKUSU

Okula başlayan çocukları okulun ilk günleri heyecan sarmaktadır. Bazı çocuklar okula keyifle giderken, bazı çocuklar ise okula gitmek istemezler, anne ve babalarından ayrılmak istemezler veya okula gitseler bile okulda bir takım sorunlarla karşıımıza çıkarlar. Okulun ilk günleri çocuklar kadar aileler de heyecanlıdır. Çocuklarını okulda bırakıp giden aileler olduğu kadar, çocukları okuldan çıkana kadar dışarıda çocuklarını okul bahçesinde bekleyen aileler ve çocuğu kendinden ayıramadığı için sırada yanında oturup bekleyen ebeveynlere de sıklıkla tanınmışsunuzdur. Okula yeni başlayan çocuklar için okula alışmak bir uyum sürecini gerektirmektedir. Bazı çocuklar kısa sürede okula uyum sağlasa da bazı çocuklar için bu uyum süreci uzayabilmektedir. Özellikle yapılan çalışmalar, okul öncesi eğitimi almış çocukların, almayanlara göre okula daha kısa sürede uyum sağlayabildiklerini göstermektedir. Çocuğun, ebeveyninden ayrılma kaygısının olması, çocuğun anne babası okuldan ayrıldığı zaman arkalarından ağlayarak tepki vermesi, çocuğun okula gitmek istememesi, okulda derslere karşı ilgisiz olması, okulda arkadaşlarıyla ilişki kurmakta güçlük çekmesi, daha çok sessizce bir köşede gruba katılmadan oturması gibi okula uyum sürecinin uzamasının sebeplerinden biri de **okul korkusudur**.

Okul korkusu, çocuğun okula gitmeyi reddetmesi ya da bu konuda isteksiz olması, yoğun ve şiddetli yaşadığı ayrılma kaygısıdır. Okul korkusu yaşayan çocuklarda genellikle **baş ağrısı, mide bulantısı, karın ağrısı** gibi **somatik şikayetler** görülmektedir. Bu yakınmalar organik bir nedene bağlı olmaktan çok **psikolojiktir**. Belirtiler özellikle sabahları, okul saatlerinde ortaya çıkmakta ve yoğunlaşmaktadır. Çocuk



okuldan ayrıldığı zaman ise bu yakınmalar azalmakta hatta tamamen kaybolmaktadır. Çocuk hiçbir şey olmamış gibi oynayıp, hatta derslerine bile çalışabilmektedir. Okul korkusu her çocukta rastlanan bir durum değildir.

Okul korkusu olan çocukların özellikleri nelerdir?

■ Ebeveynleri tarafından aşırı bir şekilde korunmuş ve kollanmışlardır.

■ Kendine güveni olmayan, anne ve babaya bağımlı kişilerdir. Ebeveynlerine karşı adeta yapışık gibidirler.

■ Attıkları her adımda anne ve babalarının onayını beklemektedirler.

■ Her istedikleri, anında karşılanmış, anında tatmin olmak isteyen, bu olmayınca hileyle

başvurabilen yapıdadırlar.

■ Sadece kendine ilişkin konulara değil tüm aile içi işlere karışan, ebeveynlerin çocukları üzerinde disiplin konusunda yetersizlik ve başarısızlık yaşadıkları, çocuk egemen ailelerin çocuklarıdır.

■ Aile bireyleri dışındaki yabancı kişilerle sosyal ilişki kurmakta güçlük gösteren utangaç çocuklardır.

Okul korkusunun nedenleri nelerdir?

*Yapılan çalışmalar ebeveynleri tarafından aşırı özen içinde, bir dedikleri ikilenmeyen, çocuklarını gözünün önünden ayırmayan, aşırı koruyucu ailelerin çocuklarında okul korkusu görülebilmektedir.

* Okul korkusunda kalıtsal ve yapısal



etkenlerden çok, psikolojik yaşantılar daha önemli bir yer tutmaktadır.

* Ebeveyninden ayrılma endişesi yaşayan çocuklarda okul korkusu olabilmektedir. Örneğin çocuğun kendisinin yokluğunda anne ve babasının başına kötü bir şey geleceği veya kendisini terkedip gidecekleri endişesi okul korkusu yaratabilmektedir.

* Yeni deneyimlerle başetme becerisi düşük olan çocuklarda okul korkusu görülebilmektedir.

* Anne veya babası kaygılı, çocuğuna bir şey olacak diye endişelenen, gereksiz endişelerini çocuklarına yansıtan ebeveynlerin çocuklarında okul korkusu görülebilmektedir.

* Arkadaş edinme konusunda zorluk yaşayan ve kendini bundan dolayı yalnız hisseden veya arkadaşları tarafından zarar verici davranışlara maruz kalan çocuklarda okul korkusu oluşabilmektedir.

* Ailede hastalık, kardeş doğumu, ailede kayıp, okul veya öğretmen değişikliği, öğretmenin olumsuz tutum ve davranışları gibi etkenler çocuklarda okul korkusu oluşmasına sebep olabilmektedir.

Okul korkusunun görülme sıklığı nedir?

Okul korkusu anaokuluna giden ya da ilkökula yeni başlayan çocuklarda sıklıkla görülmekle birlikte, ortaokul ve lisede de görülebilmektedir. Yaş büyüdükçe okul korkusunun görülme sıklığı azalmaktadır. Yapılan çalışmalarda okul korkusu görülme sıklığının kız ve erkek çocuklar arasında anlamlı olmadığı görülmektedir.

Çocuklarda okul korkusu tedavi gerektirir mi ?

Okul korkusu olan çocuklarda bu korkuyu birkaç hafta içinde yenmelerini bekleriz. Eğer bu korku 1 aydan fazla sürüyorsa veya bir aydan daha kısa olup bu korkuya **karın ağrısı, mide bulantısı, baş ağrısı, ağlama, gece kabusları, uyku düzeninde bozulma, okul ve evde nedensiz ağlama, alınganlık, sinirli olma** gibi belirtiler eşlik ediyorsa ve okul korkusu çocuğun okuldan, sosyal faaliyetlerinden ve öğrenme yaşantısından uzaklaşmasına neden oluyorsa mutlaka çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanına başvurmak gerekmektedir.



Okul korkusu, çocuğun akademik ve sosyal gelişimini ciddi bir biçimde etkilemektedir.

Okul korkusu tedavi edilmezse ne olur?

Tedavi edilmeyen okul korkusu, bir süre sonra kronikleşip ilerleyen yaşlarda çocukların sadece okuldan değil aynı zamanda önceden zevk aldıkları faaliyetlerden de uzaklaşmalarına, ev içinde sıkıntılı zaman geçirmelerine ve okulla ilgili korkularını tüm çevreyle genelleştirmelerine neden olabilmektedir. Ayrıca okul korkusu çocu-



ğün okuldan, sosyal faaliyetlerden ve öğrenme yaşantısından uzaklaşmasına neden olduğundan, akademik ve sosyal gelişmeyi ciddi bir biçimde etkilemektedir.

Okul korkusu olan çocuğa anne ve babalar nasıl yaklaşmalıdır?

■ Çocuğun okuldan uzak kalmasına izin verilmemelidir. Evde kalış uzadıkça okula dönüş o ölçüde güçleşecektir. Çocuğun okula gitmesi konusunda aile fertleri ısrarlı olmalı ve taviz vermemelidirler.

■ Vedalaşma uzun sürmemelidir.

■ Çocukla, okula niçin gitmek istemediği konusunda konuşmalı, onu anlamaya

çalışmalı ve okula gitmek istememesinin sebebi birlikte araştırılmalıdır.

■ Çocuk korkusundan dolayı korkutulmamalı ve cezalandırılmamalıdır.

■ Korkusundan dolayı çocuk suçlanmamalı, yargılanmamalı ve kendisi ile alay edilmemelidir.

■ Bu durumun geçici olduğu, başka çocuklarda da bu durumun olabildiği, aslında bu durumun üstesinden gelinebildiği anlatılmalıdır.

■ Anne ve babadan hangisi daha tutarlı ve kararlı davranabiliyorsa çocuğu okula onun götürmesi sağlanmalıdır.

■ Çocuğun ertesi gün nelerle karşıla-



Klinik muayene ve tarama testlerinin normal topluma göre daha erken yaşlarda başlatılarak daha sık yaptırılması, erken tanı konmasına fayda sağlayacağı için önemlidir.

şacağı, anne/babanın neler yapacağı konusunda bilgilendirilmesi, örneğin anne/babanın onu okula bıraktıktan sonra nereye gideceğini, ne yapacağını paylaşması, okul çıkışı onu tam zamanında alacağını ya da servise bindiği zaman evde mutlaka onu karşılayacak birinin olduğunu açıklanması çocuğun ebeveyni ile ilgili endişe duymasını azaltacaktır.

■ Bağımlı olduğu ebeveyn yerine okula diğer ebeveynin götürmesi, çocuğun ebeveyninden daha kolay ayrılmasına yardımcı olacaktır.

■ Eve geldiğinde okulda yaşadıklarıyla ilgili konuşun, okul dönüşü eğer isterse olan biten her şeyi size anlatmasına izin verin.

■ Bir sonraki gün için çocuğun giysilerinin ve çantasının önceden hazırlanmasına özen gösterin. Böylece ertesi sabahın telaşlı geçmesini önlemiş olacaksınız.

■ Çocuğunuzun okul korkusu ile baş etmekte zorlandığınız ve çocukta gerek okulda gerekse evde uyum sorunları olduğunu farkettiğiniz noktada bir uzman yardımı alınız. ▶



GLOKOM

Glokom, sıklıkla yükselen göz içi basıncının görme sinirini tahrib etmesi sonucu görme alanında daralmaya yol açmaktadır. Maalesef, hasta tarafından genellikle fark edilmez ve bu hastalık uzun süre hiç belirti vermediğinden hastanın şikayeti de olmaz. Hastada bir yakınma geliştiğinde, görme sinirindeki tahribat onarılmaz düzeye gelmiş olabilir. Bu nedenle körlüğe kadar ilerleyebilen bu hastalıkta erken teşhis yaşamsal önemdedir.

Erken tanı için, **göz muayenesi, göz içi basınç ölçümü, gerektiğinde tanıyı keskinleştirmek için ek testlerden görme alanı, OCT, Kornea kalınlığı ölçümü, HRT** yapılması gerekmektedir.

Göz içi basıncı, **10-20 mmHg** arasında normal kabul edilir. **20 mmHg** üzerindeki değerler **glokom şüphesi** olarak tanımlanır.

Göz içi basıncı normalden yüksek olan kişilerde glokom gelişme riski daha yüksektir ancak bu, göz içi basıncı yüksek olan herkeste glokom olabileceği anlamına gelmez.

Glokom şüphesi olan hastalara ek testler istenmektedir. Diğer testlerde de görme sinirinde hasar bulgusu saptanırsa glokom teşhisi konulmaktadır.

Glokom hastalığı ilerleyen bir hastalık olduğundan dolayı tedavinin amacı hastalığı kontrol altına alarak mevcut görmeyi koruyabilmek ve ilerlemesini durdurabilmektir.

Glokom'un tedavisi, göz içi basıncını belli değerlere kadar düşüren, yeni gelişmiş tek veya kombine ilaç içeren damlalarla oluşmaktadır. İlaçlara rağmen göz içi basıncı kontrol altına alınamayan hastalarda ise cerrahi tedavi uygulanmaktadır.

Glokom riskini artıran faktörlerden, özellikle **ailede glokom öyküsü, şeker hastalığı, ileri yaş, ırk, yüksek miyopi, yüksek hipermetropi, kansızlık, yüksek veya düşük**



NORMAL GÖRÜŞ



GLOKOM



kan basıncı, migren, kortizon tedavisi, göz yaralanmaları oluşturmaktadır.

Glokom ömür boyu sürececek bir hastalık olarak ele alınmalıdır.

Tedavinin amacı göz içi basıncını kabul edilebilir değerlerde ayarlayabilmektir. Tedavinin başarısı, sık aralıklarla yapılan kontroller ve çekilen görme alanı, OCT, HRT tetkikleri ile değerlendirilir.

Glokom hastalarının ortalama **3-4 ayda** bir kontrole gelmeleri uygundur. ▶



ORGAN VE DOKU NAKLİ

Organ bağıışı bir kişinin hayattayken serbest iradesiyle, tıbben yaşamı sona erdikten sonra doku ve organlarının başka hastaların tedavisi için kullanılmasına izin vermesi ve bunu belgelemesidir.

ORGAN NAKLİ NEDİR?

Vücutta görevini yapamayan bir organ yerine canlı bir vericiden veya kadavradan alınan sağlam ve aynı görevi üstlenecek bir organın nakledilmesi işlemidir. Alıcı ve vericinin uyum testleri belirlenir ve en yüksek doku uyumunda cerrahi işlem gerçekleştirilir. Doku uyumunun yanı sıra verilen bağıışıklık önleyici ilaçlarla (immünosupresiv) organ nakli başarı şansı yükselir.

ORGAN BAĞIŞI TARİHİ

M.Ö. 5. yüzyıla ve M.S. 3. yüzyıla ait efsane ve söylentiler mevcuttu. Fakat daha **1596** yılında **Bolognalı İtalyan Gaspare Tagliacozzi**, transplantasyonda vücudun yabancı dokuyu reddettiğini yazmıştır. **17., 18. ve 19. yüzyıllarda deri, dişler, lif ve yumurtalıkların** nakli denenmiş fakat başarılı olunamamıştı. **1902** yılları başlarında **Fransız Alexis Carrel**, iki ayrı birey arasında yapılan organ naklinde, doku uyumsuzluğunun ortaya çıktığını; fakat nakil bireyin kendi vücudu içerisinde yapılırsa, bu durumun ortaya çıkmadığını fark etti. Carrel daha sonra damarların dikilmesi ile ilgili teknikleri geliştirdi ve bu tekniği organ ve doku nakillerinde başarı ile uyguladı. Geliştirdiği bu teknik,

onun **1912** yılında **Nobel Tıp Ödülü'nü** almasını sağladı. **1942** yılına kadar başarısız birçok deneme yapıldı. 1942 yılında İngiliz zoolog **Sir Peter Brian Madawar**, vücudun reaksiyonunun bağıışıklık sistemi ile ilgili olduğunu yazdı. Bu tespiti ile **1960** yılında Nobel Tıp Ödülü aldı.

1944 yılında **Hollandalı Willem Kolff** tarafından '**DIYALİZATÖR**' ismi verilen yapay bir böbrek geliştirildi. Böbrek hastaları bu mekanik alet yardımı ile hayatta kalabiliyorlardı.

İlk başarılı böbrek transplantasyonu **1954** yılında **Chicago'da Joseph Murray** tarafından yapıldı. **1990** yılında **Nobel Barış Ödülü** aldı. Organ bağıışını yapan kişi, hastanın tek yumurta ikiziydi. Bağıışıklıkla ilgili



tepkiler en aza indirilmişti ve ameliyat olana ışın tedavisi de uygulanmış fakat hasta **8 yıl** sonra kalp krizinden ölmüştü.

1958 yılında **Jean Dausset**, **Paris**'te **Human Leukocyte Antigen-System**'i (HLA-System) buldu. Jean Dausset, bağışıklık sisteminin kendisinin veya yabancıların organ ve dokularına tepki göstermesi ile genetik kalıtlar arasındaki bağlantıyı buldu. Bu buluşu nedeniyle **1980** yılında Nobel Tıp Ödülü'nü aldı.

1967 yılında **Güney Afrika**'da, dünya'da büyük yankılar uyandıran kalp nakli ameliyatı gerçekleşti. **Christian Barnard** tarafından kalp nakli gerçekleştirilen hasta, **18 gün** sonra enfeksiyon kaptığı için öldü. Aynı yıl **Thomas Starzl** başarılı bir karaciğer nakli yaptı.

1968 yılında **Harvard-Committee** beyin ölümünün tanımını yayınladı.

70'li yılların sonunda bağışıklık sisteminde en etkili olan **Ciclosporin** elde edildi. **1989** yılında tüm dünyada **100.000 böbrek nakli** yapıldı. **1985** yılında A.B.D.'de dün-

yada ilk defa tüm bir akciğerin transplantasyonu yapıldı. (Joel Cooper) **1988** yılında ölüden karaciğer alındı ve biri yetişkin biri çocuk iki kişiye nakledildi. (Karaciğer Parça Transplantasyonu)

Aynı yıl **Kiel**'de ince bağırsak transplantasyonu **Eberhard Deltz** tarafından gerçekleştirildi. **1998** yılında **Minnesota**'da **David Sutherland** tarafından, yaşayan bir organ bağışıcısından alınan bir parça ile **pankreas transplantasyonu** gerçekleşti. Şu ana kadar tüm dünyada yaklaşık yarım milyon böbrek nakli gerçekleştirilmiştir.

NAKLEDİLEBİLİR (TRANSPLANTASYONA MÜSAİT) ORGANLAR

Bugün tıptaki gelişmelerle insan vücudunun birçok organı nakledilebilmektedir. Ölümden sonra bağışlanabilecek organlarla, yaşarken bağışlanacak organlar arasında bir ayrım yapmak gerekiyor.

Yaşarken bağışlanabilir organlarda, yaşayan bir insan, diğer bir insana gerekli



Bugün Tıptaki gelişmelerle insan vücudunun birçok organı nakledilebilmektedir. Ölümden sonra bağışlanabilecek organlarla, yaşarken bağışlanacak organlar arasında bir ayrım yapmak gerekmektedir.



olan organı veya hücreyi bağışlar. Bu organlar çift veya tabaka halinde olan veya kendini yenileme yeteneğinde olan organlardır.

Böbrek, karaciğer, yenilenebilir özelliğe sahip hücreler veya kan, ilik ve üreme hücreleri gibi dokulardır. Burada bağış yapanın yaşından ziyade organın durumu çok önemlidir. Yaşarken yapılabilen organ bağışlarında, vücudumuzda çift olması ve bağış yapanın organını vermesiyle fonksiyonlarını kaybetmemesi nedeni ile böbrek transplantasyonu başı çekmektedir. Diğer bir organ ise yüksek oranda yenilenebilir özelliğe sahip karaciğerdir. Ancak karaciğerin tamamı bağışlanamaz, bir kısmı alınabilir.

Bağış yapan kişi, **18 yaşını** doldurmuş ve karar verecek durumda olmalıdır. Yapılacak müdahalenin büyüklüğü, olası tehlikeler, sağlığına şimdi ve sonra gelebilecek

zararlar konusunda bir doktor tarafından, başka bir doktorun da bulunduğu ortamda aydınlatılmalıdır.

ÖLÜMDEN SONRA BAĞIŞ

Ölümden sonra bağış kabul edilebilecek organlar ve dokular: **Böbrek, karaciğer, pankreas, kalp, kalp kapakçıkları, akciğer, bağırsak, damar, kulak kemikçikleri, deri, gözün saydam tabakası, kemik dokusu, kırıldak dokusu, kas ve beyin zarının bir kısmı.**

Ölümden sonra organın alınması, ancak beyin ölümünün tespit edilmesinden ve izin alındıktan sonra mümkündür.

BEYİN ÖLÜMÜ NEDİR?

Bir kişinin herhangi bir nedenle yaşamsal işlevlerini tam anlamıyla yitirmesine beyin ölümü denir.

Bu durumda kişi kendiliğinden soluk alıp veremez. Beyin işlevini geri dönülmez biçimde yitirmiştir. Tıp bu durumu ölüm durumu olarak kabul eder. Kalp ise, solunumu sürdürmeyi sağlayan cihazlara ve makinelere bağlı olduğu sürece çalışabilir.

Beyin ölümü kararını, **kardiyolog, anestezi ve reaminyasyon uzmanı, nörolog ve nöroşirürjiden** oluşan dört uzman verir. Bu ekip fizik muayene ve laboratuvar tetkiklerini yaparak karar verir ve bunu bir belge ile resmileştirir. Bu resmi belge hazırlanmadıkça, beyin ölümü resmîyet kazanmaz ve kişinin organları asla alınamaz. Dört kişilik ekipte hastayı yatıran, durumunu takip eden doktor ve organ naklini yapabilecek doktor olmaz.

Beyin ölümü kararını tıbbın olanakları ölçüsünde, yukarıda sayılan uzmanlar bağımsız olarak verir.



ORGAN BAĞIŞI NASIL UYGULANIR?

Yalnız hastane ve yoğun bakım ortamında tıbben ölümü gerçekleşen insanlardan organ nakli yapılabilir. Alıcı ve verici olacak kişilerin doku uyumları önem arz etmektedir. Alıcı ve vericinin doku uyumları testlerle belirlenir, en yüksek doku uyumunda cerrahi işlem gerçekleştirilir. Bağışıklık önleyici ilaçlarla (İmmunosupresiv) ameliyatta başarı şansı yükselir. Görüldüğü üzere organ bağışı yapılsa bile işlem yalnızca hastane ortamında ve uygun koşullarda yapılır. En ideali alıcı ve vericinin aynı ameliyat ortamında olmasıdır. Fakat bu çoğunlukla mümkün değildir. Organ, uygun saklama solüsyonları içerisinde en kısa sürede alıcıya ulaştırılmalıdır. Üç güne kadar süre uzayabilir.

ORGAN BAĞIŞÇISI NASIL OLUNUR?

18 yaş üzeri ve akli dengesi yerinde olan herkes organ bağışı yapabilir ve organ bağış kartı sahibi olabilir. Organ bağış kartı iki şahit huzurunda alınır. **70 yaş** üzerindekilerin organları çok nadir durumlarda alınmaktadır. Bağış kartı olmasına rağmen, şahıs bu kartı iptal ettirebilir. Organ bağışçısının kartı olmasına rağmen beyin ölümü gerçekleşince ailenin de izni olması gerekir.

ORGAN NAKLİNDE YASAL SÜREÇ

1991 yılında **KKTC Meclisi**'nden organ nakli ile ilgili bir yasa geçirildi. Fakat yönetmelik ve tüzükler yapılmadığı için rafa kalktı. Halen mecliste çalışmalar yapılıyor.

2014 yılı içerisinde **Yeni Organ Nakli Yasası** ile ilgili çalışmalar başlamış ve halen devam etmektedir.

Dünyada ve Türkiye'de yasal düzenlemeler yapılmış ve Türkiye'de **2000** yılında, organ bağışı konusunda bir **Ulusal Koordinasyon Sistemi** oluşturularak, bakanlığın olanakları ile organ bekleyenler sistematik sıralamaya dahil edilmişlerdir. Kişilerin bir bedel karşılığı organlarını vermesi yasaktır. Organları alınan kişinin cenazesi, son derece özenli bir şekilde vücut bütünlüğü bozulmadan aileye teslim edilir. Bu konuda nakil merkezleri gereken hassasiyeti göstermelidir. Organ nakli konusunda **Din İşleri Yüksek Kurulu**, organ bağışını insanın insana yapabileceği en büyük yardım olarak tanımlamıştır.

Ülkemizde organ naklinin önemi, bir gencimizin acil kalp nakli ihtiyacı nedeniyle tekrar gündemdeki yerini almıştır. Organ bağışı aslında çok önceden gündeme gelen bir konudur. Gerekli yasal düzenlemeler yapılmış olsaydı, bugün bu aile bu acıları bu kadar yaşamamış ve gencimiz de sağlığına kavuşmuş olabilirdi.

Düşünün, bizim ve sevdiklerimizden birinin organ nakline ihtiyacı olursa, yaşamak ve onları yaşatmak için neleri feda ederiz? Bu nedenle bu konu gündeme gelmişken, gerekli ve kararlı adımları atalım, gerekli yasaların geçirilmesi için toplumu bilinçlendirelim. Eğitimin en etkili olduğu yer genç beyinlerdir. Bu nedenle ilkokullardan başlayarak, çocuklarımızı ve gençlerimizi organ bağışı, ülkemizin en önemli sorunlarından biri olan kan bağışı ve gönüllü kan bağışçısı olma konusunda bilgilendirelim, onları motive edelim. Her bireyin kendi yaşama hakkı olduğunu ve trilyonda bir yaşama dönüş şansı olsa bile, bu şansı sonuna kadar kullanması gerektiğini hepimiz biliyoruz. En temel ilke budur. Bu nedenle organ bağışçısı olurken bu konularda asla tereddütümüz olmasın. Bu işlemler tamamen yasal prosedüre ve etik değerlere uygun olarak yapılmaktadır. Bu nedenle toplumu bilinçlendirmek için üniversiteler, eğitimciler kadar, yazılı ve görsel basın da bu konulardaki görev ve sorumluluğunun önemi tartışılmazdır. ▶



MEME KANSERİNDE BİR ROL MODEL: ANGELINA JOLIE

Ekim ayı, tüm dünyada meme sağlığı farkındalık kampanyalarının yoğun olarak sürdürüldüğü, **meme kanseri** ile mücadele ayı olarak bilinmektedir. Kadın kanserleri içerisinde görülme sıklığı açısından birinci sırada yer alan meme kanserine, gelişmiş ülkelerde **her sekiz kadından birinde** rastlanmaktadır. Meme kanserinde erken evrede yakalanıp tanı konulduktan sonra uygulanan doğru ve güncel tedaviler ile başarılı sonuçlar almak mümkün olduğu gibi, ilerleyen tıp teknolojileri ve bilgileri sayesinde tedaviye bağlı yan etkileri en aza indirerek hastaların hayat kalitelerini bozmadan hastalısız yaşamlarını sürdürmelerini sağlayabiliyoruz. Bu da bize meme kanserinin **erken tanısında** en önemli faktör olan farkındalık kavramının önemini vurgulamaktadır. Meme kanserine dikkat çekmek ve farkındalık yaratmak konusunda en başarılı eylemlerden birisi **Angelina Jolie'nin 2013 yılı Mayıs ayında** yaptığı açıklama oldu. Annesini **56 yaşında** meme kanserinden kaybeden Angelina Jolie, meme ve yumurtalık kanseri riskini artıran **BRCA1** genine sahip olduğundan **%87 meme kanseri, %50 yumurtalık kanseri** riski taşıyordu. Jolie, *"Bunun benim gerçeğim olduğunu anladığım anda, riski mümkün olduğu kadar azaltmaya, çocuklarım ve kendim için geleceği değiştirmeye karar verdim"* dedi. Böylesine ünlü ve geniş hayran kitlesine sahip genç bir kadının her iki memesini aldırarak yaşamını değiştirme gücüne sahip olması, toplumu bu konuda bilinçlendirmekte çok önemli bir etki yarattı. Hemen ardından, **meme kanseri mutasyonuna** yönelik genetik danışmanlık ve testler için hekimlere başvuranların sayısının **2012** yılındaki aynı döneme oranla **iki buçuk kat** arttığı belirtildi. Angelina Jolie'nin BRCA1 mutasyonu nedeniyle, risk azaltma amacıyla **mastektomi ameliyatı** olduğunu duyurması,



muhtemelen hastaların önleyici ameliyat sonrası cinsel kimliklerinin kaybolacağı yönündeki korkularını azalttı ve gen testi yaptırmaları konusunda cesaretlendirdi.

BRCA1 ve BRCA2 genleri nedir?

Normal hücrelerde bulunan BRCA1 ve BRCA2 genleri, hücrenin genetik materyallerini, yani **DNA'sını** dengede tutar ve kontrolsüz hücre gelişimini önler. Bu genlerin mutasyona uğraması durumunda DNA tamiri yeterince yapılamadığı için kanser gelişme riski artmaktadır. Bu hasarlı geni taşıyan kadınlarda tüm yaşamı boyunca meme kanseri gelişme riski **%85-90**, yumurtalık kanseri gelişme riski ise **%50** gibi çok yüksek oranlarda görülmektedir. Bu genler kuşaklar boyu anne ve babadan çocuklara aktarılmakta, hasarlı geni taşıyan er-

keklerde de ileri yaşlarda **meme, prostat ve kalın bağırsak kanseri** görülme olasılığı artmaktadır. Bunun yanında, BRCA2 ve bazı BRCA1 taşıyıcılarında, **pankreas kanseri** gelişme riski de bulunmaktadır.

Bu gruptaki kadınlarda meme kanseri daha erken yaşta ortaya çıkmaktadır (**%70** oranında 45 yaştan önce). Kadının birden fazla birinci derece yakınında (annesi, kız kardeşi veya kız çocuğu) meme kanseri görülmekte ve genellikle (**%65**) her iki memede birden gelişmektedir.

Kimler hasarlı BRCA1 ve BRCA2 geni araştırması testini yaptırmalıdır?

Bu genetik değişikliğin taşıyıcısı olmak mutlaka meme veya yumurtalık kanserine yakalanmak anlamına gelmemekte, sadece



// Klinik muayene ve tarama testle- rinin erken yaş- larda ve daha sık yaptırılması, erken tanı için önemlidir.

risk artışını göstermektedir. ABD’de, “**National Comprehensive Cancer Network**” tarafından yayınlanan kriterlere göre aşağıda belirtilen özellikleri taşıyanlara bu hasarlı genlerin araştırılması testini yaptırmaları önerilmektedir:

- Yakın aile bireylerinden birisinde hasarlı BRCA1 ve BRCA2 genlerinden birisi saptanmış ise,

- Meme kanseri saptananlarda; meme kanseri teşhisi 40 yaşından önce konmuş ise, meme kanseri teşhisi 50 yaşından önce konmuş ve yakın bir akrabaya da meme kanseri veya yumurtalık kanseri teşhisi konmuş ise,

her iki memede birden meme kanseri ortaya çıkmış ve yakın bir akrabaya da meme kanseri veya yumurtalık kanseri teşhisi konmuş ise, yakın bir erkek akrabada meme kanseri ortaya çıkmış ise,

- Yumurtalık kanseri saptananlarda; aile yakınları arasında yumurtalık kanseri olan başka bir birey var ise, her iki memesinde birden kanser olan veya meme kanseri teşhisi 50 yaşından önce konmuş bir yakın akraba var ise, meme kanserine yakalanmış iki yakın akraba var ise, meme kanserine yakalanmış yakın bir erkek akraba var ise,

- Etnik köken olarak Ashkenazi Yahudi’si kökeninden gelen kadınlarda meme kanseri teşhisi 50 yaşından önce konmuş ise veya yumurtalık kanseri teşhisi konmuş ise.

Bu hasarlı genleri taşıyanlarda risk azaltıcı önlemler nelerdir?

Klinik muayene ve tarama testlerinin normal topluma göre daha erken yaşlarda başlatılarak daha sık yaptırılması, erken tanı konmasına fayda sağlayacağı için önemlidir.

İlaçla korunma: Meme kanseri tedavisi sonrasında kanserin diğer memede veya vücudun başka bir yerinde tekrar etmesini önlemek amacıyla kullanılan Tamoksifen’in koruyucu etkisi, östrojen (ER) ve progesteron (PR) algi-

layıcılarını taşıyan meme kanseri tipleri için geçerlidir. Hasarlı BRCA1 genini taşıyanlarda ortaya çıkan meme kanserleri genellikle ER ve PR negatif hastalar olup bu algiyıcıları taşımamaktadır. Bu nedenle bu kadınlarda tamoksifenin koruyucu etkisi söz konusu olmamaktadır. Hasarlı BRCA2 genini taşıyanlarda gelişen kanserler ise, büyük oranda ER ve PR pozitif görülmekte ve taşıyıcılarda tamoksifen kullanılması, meme kanseri gelişme riskini azalttığı için önerilmektedir.

Cerrahi korunma: Her iki memeyi ameliyatla alarak bu kadınlarda kanser gelişme riskini azaltmak mümkündür. Alınan meme dokusu yerine protez yerleştirilerek memenin dış görünümü korunabilmekte ve estetik görünüm bozulmamaktadır. Bu tip girişimlerde meme dokusunun tamamı çıkartılmadığı için bu kadınlarda %5-10 oranında meme kanseri görülmeye devam etmektedir. Memenin deri dokusu ile birlikte tümünün alınması durumunda ise kanser gelişme riski oldukça azalmakta fakat tamamen ortadan kalkmamaktadır. Bu kadınlarda memenin alınması sırasında plastik cerrahi yöntemleri ile yeniden meme yaptırılabilir. Hasarlı BRCA1 taşıyıcılarında yumurtalık kanseri riskinin de yüksek (%50) olması nedeniyle yumurtalıkların da alınması önerilmektedir. ▶

GELİŞİMSEL KALÇA DİSPLAZİSİ TARAMA VE TAKİBİNDE ULTRASONOGRAFİ



Önceden “doğuştan kalça çıkığı” olarak bilinen **gelişimsel kalça displazisi** (GKD), **hafif asetabular displazi** (şekil bozukluğu), **femur başının kötü pozisyonu** ve **hafif sublüksasyondan** femur başının tamamen dislokasyonuna kadar olan bir spektrumdaki kalça patolojilerini içerir. Eğer **6 aydan önce** tedaviye başlanırsa medikal tedavi (cerrahisiz) genellikle başarılı olduğundan erken tanısı önemlidir. **Nonoperatif tedavi** için bu patolojinin erken tanısı gerekir, aksi halde geç tanı **kompleks cerrahi** girişimleri gerektirebilir. GKD’nin klinik tanısında ultrasonografi (US) ideal bir yöntemdir. Çünkü **radyasyon** içermez, sedasyon gerektirmez ve ayaktan hastalara uygulanabilir.

GKD İNSİDANSI

GKD nin gerçek insidansını değerlendirmek zordur. Çünkü bu patolojinin tanımı değişkendir ve tanıda altın standart bir yöntem yoktur. İnsidans **1000** doğumda **1.5-2** arasında değişmektedir. GKD gelişmesinde birkaç risk faktörü tarif edilmiştir. Bunlardan en önemlisi, birinci derece akrabasında GKD öyküsü olması, doğumda makat gelişi, kundaklama yapılması ve konjenital ayak deformitesi olmasıdır. Kız çocuk olması, tortikolis ilk çocuk olma daha az risk oluşturmaktadır.

Fizik muayane bulgusu olarak, muayene esnasında kalçada klik olması (instabilite bulgusu olmadan), artmış kalça displazi-

si ihtimali ile birlikte değildir. İlave olarak **asimetrik anterior uyluk plileri** olması da kalça displazisinin mevcudiyetini doğrulama açısından güvenilir değildir. Çünkü bu bulgu normal infantların **%25**’inde mevcuttur. Yeni çalışmalarda fizik muayenede anormal bulgu saptanan yenidoğanların **%41-58**’inde **sonografik patoloji** olmaması sebebiyle US incelemesi önerilmektedir.

GKD İÇİN US TARAMASI

İlk olarak **1980**’lerde **Graf** tarafından tanımlanmış, daha sonra değişik teknikler ilave olmuştur. Bu yöntemler **asetabulum morfolojisinin** değerlendirildiği statik inceleme yöntemleri ve stres manevraları



Geç tanınan displazi veya kalça dislokasyonu insidansını azaltmada, hayatın ilk yılında yapılan klinik tarama güvenilir bir strateji olarak kabul edilmektedir.

ile kalça stabilitesinin değerlendirildiği dinamik inceleme yöntemlerinden oluşmaktadır. **Amerikan Radyoloji Akademisi** kılavuzları, hem dinamik hem de statik US incelemelerinin birlikte yapılmasını önermektedir.

GKD TARAMASINDA GENEL VEYA SEÇİLMİŞ US TARAMASI

Almanya ve **Avusturya** gibi bazı Avrupa ülkeleri GKD için risk faktörü olsun veya olmasın, tüm yeni doğanları taramaktadır. Bu genel tarama tüm dünya tarafından kabul edilmiş bir görüş değildir. Çünkü mevcut bi-

limsel araştırmalarda US taraması yapılanlar ve yapılmayanlar karşılaştırıldığında geç ortaya çıkan GKD tanısında iki grup arasında **geç sublüksasyon** veya **dislokasyonun prevelansı** açısından istatistiksel fark bulunamamıştır. Bu nedenle **İngiltere** ve **ABD** gibi bazı ülkeler sadece risk grubundaki yenidoğanların incelenmesini önermektedir.

Eğer US taraması yapılacak ise, klinisyen kalçanın nasıl görüntüleneceğinin yanı sıra bu taramanın ne zaman olacağı konusunda da karar vermelidir. Eğer fizik muayene bulguları normal ise ve ciddi risk faktörleri varsa, o zaman infant **4-6 hafta**lık olana kadar US taraması ertelenmelidir.

Çünkü böyle olguların çoğunda doğumda mevcut olan morfoloji ve stabilitedeki hafif anormallikler herhangi bir tedavi gerekmeden büyük oranda düzelmektedir. Bu kısa gecikme pek çok infantta gereksiz girişimi engelleyecektir.

GKD'NİN TEDAVİSİNDE US İNDİKASYONLARI

- a-** Brace tedavisindeki infantlarda reduksiyonu takip etmek için
- b-** Doğumdan sonraki ilk 4-6 hafta içinde sublüksasyonun düzelmesini takip etmek için
- c-** 4-6 aydan küçük infantlarda asetabular displazinin düzelmesini takip için
- d-** 4-6 haftadan sonra anteroposterior pelvis grafisi, ossifiye femur başı epifizini gösterebildiğinden daha üstündür.

DiĞER GÖRÜNTÜLEME YÖNTEMLERİ

1. Radyografik değerlendirme: 3 aydan önce femur başı henüz kıkırdak yapıda olduğundan duyarlılığı düşüktür. 4-6 aylıktan sonra femur başı epifizinde ossifikasyonla birlikte duyarlılığı artar ve artık US'nin duyarlılığının düşeceği 6 aydan sonra ise ilk inceleme yöntemidir.

2. Artrografi, bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme genellikle intraoperatif veya postoperatif dönemde femur başını lokalize etmede ve asetabulumun gelişimini takipte kullanılır.

ÖZET:

Geç tanınan displazi veya kalça dislokasyonu insidansını azaltmada, hayatın ilk yılında yapılan klinik tarama güvenilir bir strateji olarak kabul edilmektedir. Bununla beraber tek başına klinik muayene bazen geç tanıya yol açabilir. Bu nedenle US incelemesi ve tarama geç tanınan displazilerinin insidansını azaltmak amacıyla kullanılmaktadır. Kalça displazisini taramada çoğu US temelli yöntem hem morfolojik hem de dinamik değerlendirmeyi esas almaktadır. ■



SOLUNUM REHABİLİTASYONU

Vulmoner (solunum) Rehabilitasyonu; solunumsal şikayetleri olan ve günlük yaşam aktiviteleri kısıtlanmış kronik solunum hastaları için kanıt dayalı, multidisipliner ve kapsamlı bir tedavi programıdır. Son yayınlanan kılavuzlarda, solunum rehabilitasyonunun semptomları inatçı, aktiviteleri kısıtlı olan ve/veya optimal medikal tedaviye rağmen hastalığı kontrol altına alınamayan tüm kronik solunum hastaları için düşünülmesi gerektiği bildirilmiştir.

Solunum rehabilitasyonu, kronik (süreğen) akciğer hastalarına uygulanan stan-

dart tıbbi tedavinin etkinliğini artırmanın yanı sıra, fonksiyonel düzeyi ve günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlığı geliştiren bir programdır. Başta **kronik obstrüktif akciğer hastalığı** (KOA) olmak üzere **astım**, **bronşektazi**, **interstisyel akciğer hastalıkları** ve **toraks deformitelerinden** kaynaklanan solunum problemlerinde de uygulanmaktadır.

Solunum Rehabilitasyonunun Amacı Nedir?

• Hastalığa bağlı gelişen nefes darlığı ve fonksiyonel yetersizliği ortadan

kaldırmak

- Egzersiz kapasitesini artırmak
- Hastalık konusunda kişileri ve ailelerini bilgilendirmek
- Hastalığın oluşturduğu kötü etkileri ortadan kaldırmak amacıyla psikososyal destek sağlamak
- Günlük aktiviteleri yeniden kazandırmak

Solunum rehabilitasyonu; şikayetlerin rahatlatılması ve kontrol altına alınmasına yardımcı olmak, fonksiyonel kapasiteyi iyileştirmek ve akciğer hastalığının neden olduğu hasarın tıbbi ve ekonomik sorunla-



rını azaltmak için standart tedaviye katkıda bulunur.

Solunum Rehabilitasyonunun Hedefleri Nedir?

Yaşam kalitesini artırmanın amaçlandığı bu programların başlıca hedefleri:

- Solunum problemlerinden kaynaklanan yakınmaları, nefes darlığını ve gelişebilecek olumsuzlukları azaltmak, önlemek
- Günlük yaşam aktivitelerinin yapılabilir hale gelmesine yardımcı olmak
- Fiziksel gücü iyileştirmek, egzersiz kapasitesini artırmak
- Duygu durumunun iyileştirilmesi, motivasyonun artırılması
- Bağımlılığın azaltılması
- Hastane başvurularını ve yatış gerekliliğini azaltmak
- Sağlık bakım harcamalarının azaltılması
- Sigarayı bıraktırmak ve bu konudaki programları uygulamak
- Yaşam kalitesinin iyileştirilmesi
- Sağ kalımın artırılması

Solunum Rehabilitasyon

Programlarına Kimler Başvurabilir?

Solunum rehabilitasyon programlarına;

- Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH)
- Amfizem
- Kronik Bronşit
- Astım
- Bronşektazi
- Kistik Fibrozis
- Göğüs kafesi hastalıkları
- Solunum problemi yaratan sinir-kas hastalıkları
- Akciğeri etkileyen bağ dokusu hastalıkları
- Akciğer nakli bekleyenler veya akciğer cerrahisi öncesi ve sonrası
- Nefes darlığı nedeniyle yaşam kalitesi bozulanlar
- Hastalığı hakkında daha fazla bilgi edinmek isteyenler
- Hastalığın yarattığı kısıtlamalarla baş edebilme yöntemlerini öğrenmeyi arzu edenler
- Fiziksel gücünü artırmak isteyen kişiler başvurabilir.

Pulmoner Rehabilitasyon Nasıl Yarar Sağlar?

a. Fiziksel aktiviteyi artırmak niçin önemli?



Egzersiz eğitimi, pulmoner rehabilitasyon programlarında bireysel ihtiyaca göre birebir veya grup içinde uygulanır.

Egzersiz, pulmoner rehabilitasyon programlarının en önemli bölümüdür. Egzersiz kalp ve akciğer fonksiyonlarını iyileştirir. Kaslarını güçlendirerek, nefes darlığı hissini azaltır. Solunumsal problemleri olanlar nefes darlığı gelişme korkusu nedeniyle fiziksel aktivitelerini kısıtlarlar. Aktivite kısıtlandığında dayanıklılık ve güç azalır. Pulmoner rehabilitasyon, bireyin kapasitesinin el verdiği ölçüde aktif olmasına yardımcı olur. Egzersiz eğitimi, pulmoner rehabilitasyon programlarında bireysel ihtiyaca göre birebir veya grup içinde uygulanır. Yürüme, bisiklete binme gibi aerobik egzersizleri ve güçlendirme egzersizlerini içerir. Ayrıca, solunum egzersizleri, gevşeme ve günlük aktiviteler sırasında enerji kullanma teknikleri ve nefes darlığını azaltma yöntemleri öğretilir.

b. Hasta ve ailesinin eğitimi niçin önemli?

Hasta ve ailesinin eğitimi, pulmoner rehabilitasyonun diğer bölümüdür. Eğitim birebir verildiği gibi, yazılı ve görsel materyal kullanılarak, grup eğitim toplantılarında da verilir.

Eğitim programlarının içeriğinde aşağı-



Egzersiz eğitimi solunum rehabilita- syonu program- larının en önemli bileşenidir.

daki konu başlıkları yer alır:

- Akciğerlerin nasıl çalıştığı
- Hastalıklarla ilgili bilgilendirme
- Tedavi, ilaçların etkileri ve yan etkileri, inhaler kullanma teknikleri, yardımcı solunum cihazlarının kullanımı ve kendine bakım
- Oksijen kullanımı koşulları ve nasıl kullanılacağı
- Solunum teknikleri
- Egzersizin önemi
- Solunum problemleriyle (nefes darlığı, öksürme, balgam çıkarma) baş edebilme yöntemleri
- Seyahat

Solunum Rehabilitasyonu Programının İçeriği

Kendi kendine yönetim eğitimi:

Hasta eğitimi, tüm sonuçlara direkt katkısının ölçümündeki zorluklara rağmen, kapsamlı solunum rehabilitasyonu programlarının esas bileşenlerinden biridir. Eğitim konuları; **solunum stratejileri, ilaçların ve oksijenin uygun kullanımı, hava yolu temizleme teknikleri, sigara bırakma, enerji kullanımı, anksiyete ve depresyonla başa çıkma** vb. konuları içerir.

Psikososyal destek:

Psikososyal destek, rehabilitasyon programının stresle başa çıkma ve stres yönetimini öğrenmeye odaklanan bir başka bileşenidir.

Hava yolu temizleme teknikleri:

Yeterli sıvı alımı ve nemlendirme, solunum egzersizleri, aktif solunum teknikleri döngüsü, öksürme tekniği, postural drenaj, manuel teknikler (perküsyon, vibrasyon, 'shaking'), mekanik yardımlar (perküsörler, vibratörler), zorlu ekspirasyon tekniği, otojenik drenaj, 'flutter' vb. cihazların kullanımı içerir.

Egzersiz Eğitimi:

Egzersiz eğitimi solunum rehabilitasyonu programlarının en önemli bileşenidir. Egzersiz programları bacak kasları için yürüme, sabit bisiklet, bisiklet, yüzme, merdiven çıkma vb. egzersizleri içerir. Kol kasları için ağırlıklar ve elastik bantlardan faydalanılabilir.

Solunum Kas Eğitimi:

Solunum kaslarının eğitimi, nefes alma ve verme kaslarına yönelik olarak taşınabilir küçük aletler aracılığıyla yapılabilir.

Solunum Kaslarının Egzersizleri:

Solunum egzersizleri ile solunumun koordinasyonu ve normal solunum paterninin kazanılması sağlanır. Solunum kas kuvvetini ve enduransını artırmak, solunum kaslarının uzunluk gerilim ilişkisini düzeltmek ve solunum kapasitesini artırmak amacıyla inspiratuar ve ekspiratuar kaslara uygulanmaktadır. Inspiratuar kas egzersizi; inspiratuar kasların kuvvet ve enduransını, egzersiz kapasitesini, yaşam kalitesini artırmakta ve dispne algısını azaltmaktadır. Inspiratuar kas güçsüzlüğü olan KOAH'lı olgularda genel egzersiz programına eklenmesi önerilmektedir. ▶

KKTC’NİN İLK VE TEK VETERİNER FAKÜLTESİ BİNASI VE HAYVAN HASTANESİ AÇILDI



Yakın Doğu Üniversitesi **Veteriner Fakültesi Binası ve Hayvan Hastanesi** açılışı gerçekleşti. Açılıшта Yakın Doğu Üniversitesi Rektörü **Ümit Hassan**, Veterinerlik Fakültesi Dekanı **Emer Esendal**, Yakın Doğu Üniversitesi Mütevelli Heyeti Başkanı **İrfan Günsel**, T.C. Başbakan Yardımcısı **Bülent Arınç**, Başbakan **Özkan Yorgancıoğlu** ve TBMM Başkanı **Cemil Çiçek** tarafından açılış konuşmaları yapıldı.

Saygı duruşu ve **İstiklal Marşı**’nın ardından açılış konuşmasını yapan Yakın Doğu Üniversitesi Rektörü Ümit Hassan adalet konusunu ele aldı. Hassan, Veterinerlik Fakültesi ve Hayvan Hastanesi’nin şefkat dünyasına yeni boyutlar ekleyeceğini kaydetti.

Veteriner hekimliği eğitiminin dünyada ve Türkiye’deki gelişimi hakkında bilgiler veren Veterinerlik Fakültesi Dekanı Ömer Esendal, tarım ve hayvancılığın **KKTC**’de önemli bir sektör olduğunu, bu fakültenin veteriner eksikliğini ortadan kaldırmak için kurulduğunu ifade etti. Esendal, fakültenin

yakın gelecekte cazibe merkezi olacağına inandığını ve sadece hayvanları tedavi konusunda değil, hayvandan insana bulaşabilecek hastalıklar konusunda da çalışmalar ve araştırmalar yapılacağını kaydetti.

Yakın Doğu Üniversitesi Mütevelli Heyeti Başkanı İrfan S. Günsel konuşmasında fakültenin akademik yapılanması ve ders programının **Avrupa standartlarına** göre düzenlendiğini, öğrencilerin veterinerliği aktif katılımı öğreneneğini ifade etti. Fakültenin aynı zamanda hayvanlarla birlikte ve onları severek yaşama kültürüne katkı sağlayacağını kaydeden Günsel, bu hastanenin ülkeye verdikleri değerlerin bir simgesi olduğunu belirtti. Günsel, hastane açarak halkı Rum kesimine ve yurt dışına mahkum olmaktan kurtardıklarını söyledi.

T.C. Başbakan Yardımcısı Bülent Arınç da KKTC’deki önde gelen sektörün üniversiteler olduğunu ve Yakın Doğu Üniversitesi’nin Türkiye ve diğer ülkelerden çok sayıda öğrencisi olan saygın bir üniversite olduğunu,

bu öğrencilerin KKTC’li öğrencilerle birlikte dostça eğitim aldığını belirterek, veterinerlik fakültelerinin bölge ülkelerinde de olduğunu ama bir hayvan hastanesiyle birlikte veterinerlik fakültesinin tek olduğunu düşündüğünü dile getirdi.

Başbakan Özkan Yorgancıoğlu **Yakın Doğu Üniversitesi**’nin sürekli ilklere imza attığına dikkat çekerek insan ve hayvan sağlığını korumak adına böyle bir hastanenin açılmasının çok önemli olduğunu vurguladı.

TBMM Başkanı Cemil Çiçek, Kıbrıs’a ne zaman gelse Günsel ailesinin bir temel atma töreni ya da açılışına katıldığını kaydetti ve Günsel ailesini tebrik etti. Ülkelerin gelişmişliklerini, eğitim ve bilime verdikleri değerin belirlediğini kaydeden Çiçek, bu yatırımların KKTC’nin bağımsızlık ve egemenliğinin en büyük teminatı olduğunu ifade etti. Konuşmaların ardından Arınç ve Çiçek’e günün anısına plaket takdim edildi. Daha sonra açılış kurdelesi kesildi ve hastane gezildi. ▀



VEZİKOÜRETERAL REFLÜ

Vezikoüreteral reflü ve önemi nedir?

VUR, böbreklerden idrar kesesine (mesaneye) gelen idrarın mesaneden böbreklere geri kaçmasıdır. Normalde **mesane** ne kadar dolu olursa olsun mesane idrarı böbreklere geri kaçmaz. **İdrar yolunun** (üreter) mesaneye girdiği bölgede idrarının böbreklere geri kaçmasını önleyen anatomik bir mekanizma vardır. Bu aynen tek taraflı çalışan valf sistemi gibidir ancak burada bu sistemi oluşturan herhangi bir kapakçık yoktur. Tamamen üreter ve mesaneye ait adale ve bağ dokusunun oluşturduğu dinamik bir mekanizmadır.

Bazı durumlarda mesane idrarı böbreklere geri dönerek böbrek iş yükünü artırır ve sonuç olarak böbrek yetmezliğine kadar giden ciddi hastalıklara neden olur. Bu ciddiyet hastanın hemodiyalize bağımlı olması ya da böbrek nakli yapılması derecesinde olabilir.

Vezikoüreteral reflü hastalığı nasıl belirti verir?

Vezikoüreteral reflüye özgü yakınma yoktur. Belirtiler çeşitlilik gösterir ve genellikle idrar yolu enfeksiyonu varlığında **titreme, ateş, yan ağrısı** şeklindedir; buna **iştahsızlık, bulantı ve kusma** eşlik edebilir. VUR uzun dönemde büyüme geriliğine neden olabilir. Küçük çocuklarda yakınmalar değişik şekilde ortaya çıkabilir ve ateş, karın ağrısı, idrar kaçırma (inkontinans), kabızlık, bazen de ishal şeklinde olabilir. Bu yakınmalar genellikle böbrek iltihabına bağlı olarak gelişir. VUR herhangi bir yakınmaya neden olmadan da böbrek iltihabı yapabilir (asemptomatik pyelonefrit). Her iki durumda da idrar ve kan analizlerinde idrar yolu enfeksiyonuna ait bulgular mevcuttur.

VUR, sistit yakınmaları ile de ortaya çıkabilir. Yani **sık idrara çıkma, idrar yaparken sızlama, yanma** olabilir. Bu da yine idrar yolu enfeksi-

yonunun neden olduğu bir yakınma olarak ortaya çıkar.

İdrar yaparken böbreğe vuran ağrı yakınması VUR hastalığına özgü bir yakınmadır ve genellikle yüksek dereceli VUR'da meydana gelir.

Hastalığın ileri dönemlerinde böbrek yetmezliğinin bir sonucu olan üreminin (kan üre seviyesinin yüksek olması) neden olduğu yakınmalar ortaya çıkar. Bu yakınmalar **halsizlik, yorgunluk hissi, kansızlık, karın ağrısı, mide bulantısı ve kusma** şeklinde olabilir. Böbrek yetmezliğinin bir sonucu olarak **hipertansiyon** meydana gelebilir. Mevcut tabloya baş ağrısı yakınmaları da eklenebilir.

Vezikoüreteral reflü hastalığı ne sıklıkta görülür?

VUR tanısı çocuklarda daha sık olarak konur ve çocukların yaklaşık **%1-2'sinde** mevcuttur.

tur. İdrar yolu enfeksiyonu olduğu durumlar-
da **VUR** görülme sıklığı **%25-%40**'lara, hatta
%50'lere çıkar. Yenidoğan (ilk 1 ay) erkek ço-
cuklarda kızlara göre daha sık görülür. Yaş iler-
ledikçe kızlarda görülme sıklığı artar ve kız/er-
kek oranı 4-6/1 olarak değişir. Bir çocukta idrar
yolu enfeksiyonu varlığında VUR hastalığının
mutlaka ekarte edilmesi gereklidir.

Veziköüreteral reflü hastalığı nasıl tanınır?

Çocuğun yakınmaları, şimdiye kadar geçir-
miş olduğu hastalıklar, özellikle idrar yolu en-
feksiyonu dikkatle değerlendirilmelidir. Ayrıca
hastanın anne, baba ve kardeşlerinde bu tür
hastalığın varlığı doktora bildirilmelidir.

Fizik muayene ile böbreklerde hassasiyet
varlığı araştırılır, VUR nedeni olabilecek mesa-
ne çıkım tıkanıklıklarının mesaneye ait bulgu-
ları saptanabilir.

İdrar analizi enfeksiyon bulgusuna sahip-
se, tanı açısından önemli bir veri oluşturur. Bu
durumda idrar kültürü yapılarak enfeksiyona
neden olan bakteri saptanır ve uygun antibi-
yotik verilir.

Kan testleri de tanıda yardımcı olabilir.
Özellikle VUR hastalığının neden olduğu **böb-
rek yetmezliği** (VUR nefropatisi) geliştiğinde
serum kreatinin değerleri normalin üzerine
çıkabilir. Bu da böbrek yetmezliğinin bulgusudur.

Tüm bu tanı yöntemleri VUR varlığından
şüphe etmeye yarar. Kesin tanı radyolojik in-
celeme ile konulur. VUR'da tanı için uygulanan
en önemli radyolojik yöntem işeme **sistogra-
fisidir** (Voiding Cysto-Urethrography-VCUG).
Bu uygulama, idrar kesesine takılan bir kateter
yoluyla mesaneye verilen radyo-opak ilaçla
reflünün saptanması prensibine dayanır.

VUR hastalığının sebebi nedir ve ürolojik hastalıklar VUR nedeni olabilir mi?

VUR en sık doğumsal nedenlerden mey-
dana gelir. Bunları da 2 kategoride toplamak
olasıdır. Birincisi mesanede valf mekanizma-
sını oluşturan adale yapısında zayıflık (en sık
neden), diğeri ise üretere bağlı anomalilerdir
(anormal anatomik yapı). VUR'a neden olan

üreter anomalileri, üreterin mesaneye giriş ye-
rine ait anormalliklerdir. Bunun anlamı üreter
mesaneye olması gereken giriş yerinden değil
de, daha farklı bir yerden girse VUR oluşma
olasılığı artar.

Özellikle idrar kesesi (mesane) çıkışında
oluşan tıkanıklıkların neden olduğu mesane
değişiklikleri VUR oluşumunu kolaylaştırabilir.
Bunlardan biri mesane içi basınç artışına bağlı
olarak gelişen "**mesane trabekülasyonu**" adı
verilen durumdur (Resim 1).

VUR başka bir hastalığın cerrahi tedavisi
sonrasında **yatrojenik** (tedavi kaynaklı) olarak
adlandırılan nedenler olarak karşımıza çıkar.
Örneğin, **prostat ameliyatı** gibi VUR oluşumu-
na engel olan anatomik mekanizmayı hasara
uçratan ameliyatlarda VUR gelişebilir.

Kontrakte mesane: Mesanenin bir çok has-
talığı mesane kapasitesinin azalmasına neden
olur. Böyle durumlarda VUR oluşumu kolaylaşır
ve böbreklere ciddi hasar verebilir. **İnterstisyel
sistit, tüberküloz, mesane bölgesine radyotera-
pi** (ışın tedavisi) **uygulaması, mesane kanseri,
sistit** gibi hastalık ve uygulamalar kontrakte
mesane ve buna bağlı VUR oluşturabilirler.

VUR hastalığı nasıl tedavi edilir?

VUR tedavisinde erken tanı ve dikkatli
gözlem önemlidir. Tedavinin amacı normal
böbrek gelişimini sağlamak, kalıcı renal pa-
rankim hasarını ve geç komplikasyonları (Reflü
Nefropatisi) önlemektir.

VUR hastalığının en önemli özelliği sıklık-
la doğumsal nedenle oluşması ve çocukların
gelişimine paralel olarak pek çok hastada ken-
diliğinden iyileşmesidir. Hastalığın tedavi kara-
rı pek çok faktöre bağlıdır. Bu faktörler; **böb-
rekte hasarlı doku** (skar) **varlığı, reflü derecesi,
tutulan taraf böbreğin işlevi, iki taraflı olup**



Resim 1: Mesane trabekülasyonu. Mesa-
ne çıkımı tıkanıklığının sonucu olarak ortaya
çıkan ve mesane içi basınç artışına bağlı ada-
lelerin belirginleşmesi durumu. (Mesane içine
ait görüntü)

**olmadığı, idrar kesesi kapasitesi ve işlevi, idrar
yollarına bağlı anomaliler, hasta yaşı,** tedaviye
hasta ve ebeveyn uyumu şeklinde sıralanabilir.

VUR'da tedavi seçenekleri genel olarak
aşağıdaki tablodaki gibidir.

1. Antibiyotik profilaksisi (Antibiyotik ile
korunma)

2. Girişimsel yaklaşımlar

- Endoskopik subüreteral enjeksiyon
- Cerrahi

a) Laparoskopik cerrahi

b) Açık cerrahi

VUR tedavisinde en önemli parametreler-
den biri hasta yaşı ve cinsiyetidir. **Avrupa Üro-
loji Derneği'nin** (EAU) bilimsel verileri değer-
lendirilerek sunduğu tedavi şeması aşağıdaki
tabloda gösterilmektedir:

Tablodan anlaşılacağı gibi, 1 yaşına kadar
VUR tanısı konan hastalarda zorunlu olmadık-
ça girişimsel tedavi (ameliyatla tedavi) öneril-
memektedir. Bu durumda hastaya uzun süreli
koruyucu antibiyotik verilerek ya da verilme-
den hastalar izlenebilmektedir. ▶

Hastanın Yaşı	Reflü Derecesi/Cinsiyet	Başa Çıkma Yöntemi
<1 Yaş		Konservatif (Koruyucu)
1-5 Yaş	Grade I - III	Konservatif
	Grade IV - V	Cerrahi Düzeltme
>5 Yaş	Erkek Çocuklar	Cerrahi İçin Endikasyon Seyrek
	Kızlar	Cerrahi Düzeltme

GENÇ OYUNCU HAZAR ERGÜÇLÜ YDÜ HASTANESİ'Nİ TERCİH ETTİ

Ülkemizin yetiştirdiği **Kuzey Güney, Med Cezir** gibi bilinen dizilerin genç ve başarılı oyuncularından **Hazar Ergüçlü'nün Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'nde** sağlık kontrolünden geçtiği belirtildi.

Hazar Ergüçlü'den Günsel'e teşekkür...

Oyuncu Hazar Ergüçlü sağlık kontrolleri sırasında sevecen ve sempatik tavırları ile takdir topladı. Hazar Ergüçlü, **KKTC**'ye uluslararası standartlarda hizmet veren bir hastane kazandırarak ülke insanının sağlıkta yurt dışına bağımlılığını ortadan kaldıran **Dr. Suat İ. Günsel**'in yanısıra, kendisine gösterilen samimi ilgi ve verilen kaliteli sağlık hizmetinden ötürü hastanenin yönetici, doktor, hemşire, danışman ve diğer bütün sağlık çalışanlarına teşekkür ettiğini bildirdi. ▶



YDÜ HASTANESİ'NE AVRUPA ULUSLARARASI KALİTE ÖDÜLÜ

Otuzdan fazla ülke temsilcisini **İtalya**'da bir araya getiren **Liderler Zirvesi'nde Doç. Dr. İrfan S. Günsel'e** ödül takdim edildi.

Otuzdan fazla ülkeden iş insanlarını ve diplomatların da içinde bulunduğu liderleri **İtalya'nın Stresa kentinde** bir araya getiren **Liderler Zirvesi'nde YDÜ Mütevelli Heyeti Başkanı Doç. Dr. İrfan S. Günsel'e** ödül takdim edildiği belirtildi.

Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'nin, merkezi **İngiltere'nin Oxford kentinde** bulunan **Avrupa İşletmeler Kurulu** tarafından sağlık alanında ve üniversite gelişimi konusunda Avrupa standartlarında yönetim, verilen hizmetlerde üstün kurumsal kalite, Avrupa ve Dünya piyasalarında rekabetçi potansiyel ortaya koyma ve bu alanlarda dinamik gelişime olan katkıları vesilesiyle **Avrupa Uluslararası Kalite Ödülü'ne** layık görüldüğü vurgulandı. Aynı açıklamada ödülün uluslararası katılım ile **İtalya'da** gerçekleşen seremonide **Yakın Doğu Üniversitesi Mütevelli Heyeti Başkanı Doç. Dr. İrfan S. Günsel'e** sunulduğuna yer verildi.

Yakın Doğu Üniversitesi Mütevelli Heyeti Başkanı Doç. Dr. İrfan S. Günsel, dünyanın birçok ülkesinden nakillerin gerçekleştiği, kanser, kalp ve daha pek çok hayati riski yüksek hastalıkta gün geçtikçe daha fazla uluslararası hastanın **Kuzey Kıbrıs'ı** tercih ettiğini anlattı. Doç. Dr. İrfan Günsel, **KKTC'nin** pek çok tanınmış ülkenin önem gösterdiği **Medikal Turizm'de** de alternatif bir konumda olduğunu belirtti. ▶



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ'NDE İLK BİYONİK KULAK AMELİYATI GERÇEKLEŞTİ!

Doğuştan sağır olan hastalar ve işitme cihazından fayda görmeyecek kadar ileri derecede işitme kaybı olan hastalar için, işitme duyusunu normale yakın seviyede düzeltebilen bir teknik olan **Cochlear Implant** (Biyonik Kulak) uygulaması, **YDÜ Hastanesi'nde** ilk kez **Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı** tarafından başarıyla uygulandı.

YDÜ Hastanesi'nde ilk kez Cochlear Implant (Biyonik Kulak) uygulaması **KBB Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Mustafa Asım Şafak** başkanlığında başarıyla gerçekleştirildi.

İşitme cihazı ile biyonik kulak arasındaki fark nedir?

Biyonik kulağın işitme cihazından çok farklı olduğunu anlatan Prof. Dr. Şafak, işitme cihazının kulağa gelen sesin şiddetini artırarak tıpkı bir hoparlör gibi kulağa verdiğini,



buna karşılık biyonik kulağın iç kulakta harap olmuş hücreleri aşarak doğrudan işitme sinirini uyardığını belirtti.

Prof. Dr. Şafak "Biyonik kulak işitme duyusunun oluşmasını sağlayarak ileri derecede işitme kaybı veya işitmesini tamamen kaybet-

miş olan kişilere sosyal iletişim imkanı yaratır. Özellikle yenidoğan ve çocukluk çağında uygulandığında, bireyin normal bir insan gibi büyü-yüp gelişmesine, normal eğitim alabilmesine olarak sağlayarak kişileri topluma kazandırmış olur." dedi. ▶

YDÜ HASTANESİ MEME SAĞLIĞI MERKEZİ

Merkez amacı; "Kıbrıs ve yakın çevresinde yaşayan kadınların meme sağlığı konusunda bilgilenmelerini ve farkındalıklarını sağlamak, ülkede yaşayan kadınların meme sorunlarında, alanında uzmanlaşmış multidisipliner (çok dallı bilimsel) bakım olanağına kendi ülkelerinde ulaşabilmelerini mümkün kılmak" olduğu belirtilen Meme Sağlığı Merkezi YDÜ Hastanesi'nde açıldı.

Merkezin faaliyet alanında, **meme kanseri tarama programı organizasyon ve izlenmesi, benign (kanser olmayan) meme hastalıkları, meme kitleleri, fonksiyonel bozukluklar** gibi durumlar ve meme kanseri tanı ve tedavisi bulunuyor.

Merkezin çekirdek multidisipliner ekibi **cerrahi, radyoloji, patoloji, radyasyon onkolojisi ve medikal onkoloji uzmanlarından** oluşuyor. ▶



SİNÜZİT TEDAVİSİNDE YENİ YÖNTEM!

YDÜ Hastanesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı doktorlarından Doç. Dr. Hasan Mete İnançlı önderliğinde başarılı bir şekilde “balon sinoplastisi” gerçekleştirildi. Sinüzit tedavisinde yeni yöntem olan “balon sinoplastisi” yöntemiyle hasta aynı gün taburcu edilebilmekte ve uygulama kanamasız olarak gerçekleşmektedir.

Doç. Dr. Hasan Mete İnançlı yaptığı açıklamada “Kronik sinüzit tanısı almış medikal tedaviye dirençli kalan vakalarda, kullanıma 2005 yılında girmiş olan balonla sinüs girişlerini genişletme tekniği, gelişmiş ülkelerde güvenle kullanılmaktadır” dedi.

Bu teknik sayesinde sinüs ameliyatlarının artık **Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’nde** de uygulanmaya başlandığı müjdesini veren Doç. Dr. Hasan Mete İnançlı, bu yöntemle sinüslerin girişlerinin **minimal invazif** yöntemle kalıcı olarak açılabilmekte olduğunu belirtti.

Doç. Dr. Hasan Mete İnançlı “tamamen endoskopların kullanıldığı bu teknikte, radyas-



yon gerekmeden, kılavuzlar sinüs girişlerinden sinüslerin içerisine doğru itilmekte ve kılavuzların üzerinden yönlendirilen balon ile genişletme sistemi, genişletilmek istenen bölgede sabitlendikten sonra özel yüksek basınç sağlayarak kemiklerde kontrollü kırıklar yapabilmektedir” diyen Doç. Dr. Hasan Mete İnançlı, sinüs girişleri yeterince açıldıktan sonra yıkama kateteri ile

sinüse girilip içindeki dokuların antibiyotikli sıvılarla yıkandığını söyledi.

Minimal invazif yöntemler arasında yer alan balon sinoplasti ile etkin ve kalıcı sinüzit tedavisinin mümkün olduğunu belirten Doç. Dr. Hasan Mete İnançlı, bunun Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi’nde başarı ile gerçekleştirilmenin gururunu yaşadıklarını belirtti. ▶

KIBRIS’TA İLK KEZ KAFA TABANI CERRAHİSİ YAPILDI!



Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB Anabilim Dalı’nda, dünya literatüründe son derece nadir görülen bir tümör olan **HEMANİOPERİSİTOMA** tanısı alan bir olgu, kafa tabanı cerrahisi yaklaşımıyla tedavi edildi.

YDÜ Hastanesi KBB Anabilim Dalı Başkanı **Prof. Dr. Mustafa Asım Şafak**, konuyla ilgili olarak yaptığı açıklamada, 2010 yılı Mayıs ayında, aynı hastalık nedeniyle Türkiye’de operasyon geçiren hastanın 3 ay sonra nüks nedeniyle Radyoterapi tedavisi aldığını belirtti.

Prof. Dr. Şafak, alınan tedaviye rağmen kitlenin büyümeye devam ettiğini ifade ederek, “Büyümeye devam eden kitle parafaringeal bölge, infratemporal fossa ve preaurikuler bölgeyi doldurarak 10×12 cm’lik boyutlara ulaşmıştı. İnfratemporal Fossa Tıp B ve C yaklaşımıyla, geçici segmentel mandibulektomi yapılarak tümör total olarak başarıyla çıkarılmış, mandibula yerine iade edilip miniplaklar ile restore edilmiştir” diye konuştu. ▶

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ ECZACILIK FAKÜLTESİ'NE ÖDÜL

Yakın Doğu Üniversitesi **Eczacılık Fakültesi**, 12. Türkiye Eczacılık Kongresi'nde temsil edildi. 12. Türkiye Eczacılık Kongresi **Ankara Congressium**'da "*Bilgi İlaçtır: Eczacılık mesleği için... Eczacılar için... Toplum için... Mesleki Birliklik için...*" teması ile gerçekleştirildi. Bilmek, bilmeyi bilmek ve neyi bilmediğini bilmek; hem toplum sağlığı için, hem mesleki gelişimimiz için, hem de mesleki stratejileri geliştirmede şeffaflık için anahtar kavramlardır. Bu nedenle 12. Türkiye Eczacılık Kongresi'nde hastaların sağlık okuryazarlığından kendi mesleki gelişimine kadar her konu tartışılarak, yeni sonuçlar ve yeni kararlar üretildi.

Yakın Doğu Üniversitesi Basın ve Halkla İlişkiler Dairesi Müdürlüğü'nden yapılan açıklamaya göre, iki yılda bir yapılan Türkiye Eczacılık Kongreleri **eczacıların, ilaç sanayicilerinin, kamunun, siyasetçilerin** bir araya gelerek görüş alışverişi yaptığı, bilimsel ve sosyal programı ile son derece öğretici ve geliştirici, en geniş bilimsel platform olma işlevini üstleniyor.

Kongreye davetli konuşmacı olarak katılan Yakın Doğu Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Kurucu Dekanı **Prof. Dr. Rümeysa Demirdamar**'ın yanı sıra, Dekan Yardımcısı **Doç. Dr. Dudu Özkum**, Eczacılık Fakültesi Öğretim Üyelerinden **Dr. İlker Gelişen**, **Uzm. Ecz. Mertoğan Soyalan**, **Ecz. Kemalettin Akalın**, mezun (Uzm. Ecz. Halime Ceren Ateş, Uzm. Ecz. Ayşe Betül Çınar) Lisans (Mustafa Emrah Vicir, Uğur Yaşar Can, Talip Akpek, Sevin Çağay, Ali Burak Salman) ve Doktora (Uzm. Ecz. Laika Gökçekuş) öğrencileri ile kongrede temsil edildi.

Yakın Doğu Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Rümeysa Demirdamar, Kaliteli Sağlık Bilgisine Erişim konulu oturumda "**Sağlık Profesyonelleri Arasında İşbirliği**" başlıklı konuşmasını ve Yakın Doğu Üniversitesi Eczacılık Fakültesi öğrencilerinin mezuniyet projelerini 6 poster ile kongrede sundu. Alper Ziya Kahveci, Dudu Özkum, Rümeysa Demirdamar tarafından hazırlanan "**Eczacılar için Yeterlilik Standartları-Competency Standarts for Pharmacists**" başlıklı poster ise **TEB** tarafından ikincilikle ödüllendirildi.



macist" başlıklı poster ise **TEB** tarafından ikincilikle ödüllendirildi.

Yakın Doğu Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Rümeysa Demirdamar yaptığı açıklamada, Yakın Doğu Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'nin eğitimde kaliteden asla ödün vermediğini, her zaman ilerlemek için tüm yenilikleri öğrencilerle birlikte takip ettiklerini, yeni projeler üretmek halkımızla paylaştıklarını söyledi. ▶

EPA KONGRESİ'NDE DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ'NİN BAŞARISI

Dünyanın önde gelen diş hekimliği birliklerinden olan **European Prosthodontic Association**'ın (EPA) **38. Uluslararası Konferansı ve Türk Prostodonti ve İmplantoloji Derneği'nin 21. Bilimsel Kongresi**, 25-27 Eylül tarihlerinde Wyndham İstanbul Kalamış Marina Hotel'de 650 uzman katılımıyla gerçekleştirildi. Kongreye, Yakın Doğu Diş Hekimliği Fakültesi Dekanı **Prof. Dr. Mutahhar Ulusoy** önderliğinde Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı öğretim üye ve elemanlarından **Doç. Dr. Gökçe Meriç**, **Doç. Dr. Oğuz Ozan**, **Yrd. Doç. Dr. Sevcan Kurtulmuş Yılmaz**, **Dr. Serhat Ramoğlu**, **Dt. Selim Günsoy**, **Dt. Oğuz Hamiş**, **Dt. Salim Ongun** ve **Dt. Hüseyin Aktöre** 3 sözlü sunum ve 6 poster sunumu ile katıldı. **120 sözlü**



sunum ve 245 poster sunumunun yapıldığı kongrede, Prof. Dr. Mutahhar Ulusoy ve Doç. Dr. Oğuz Ozan oturum başkanlıkları yaptılar. Yrd. Doç. Dr. Sevcan Kurtulmuş Yılmaz'ın sunduğu "**Accuracy of Impression Techniques and Materials in Angulated Implants**" adlı araştırma, bilimsel jüri

tarafından "**En İyi Sözlü Sunum-Best Oral Presentation**" seçilerek, **EPA Oral Prize ödülüne** layık görüldü. Bu ödülle fakültemiz ve üniversitemizin yanı sıra **Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nin** de uluslararası bilimsel arenada varlığını bir kez daha hissettirmiş olması hepimizi gururlandırmıştır. ▶

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

94 YAKIN SAĞLIK DERGİSİ • Sonbahar - Kış / 2014



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ



MÜKEMMEL AKADEMİK KADRO İLE KİŞİYE ÖZGÜ HİZMETİN BULUŞMASI

Sağlık kadrosu, teknolojik alt yapısı ve çok kapsamlı uzmanlık dallarıyla Kuzey Kıbrıs'ın en gelişmiş olanaklara sahip ilk ve tek tıp fakültesi hastanesi.

PRIVATE, PERSONALIZED CARE WITH ACADEMIC EXCELLENCE

The one and only university hospital in North Cyprus, Near East University Hospital offers utmost quality with state of the art facility, cutting edge technology and medical expertise at almost every specialty.

neareasthospital.com

+90 392 4440535 Acil Çağrı Numarası: 153 Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi, Lefkoşa / KKTC, Mersin 10 Türkiye



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

