

ÜCRETSİZ
ALABİLİRSİNİZ

YAKIN SAĞLIK

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ DERGİSİ

SAYI 04 • Sonbahar - Kış / 2015 - 6 ayda bir yayınlanır

**DOSYA KONUSU:
MODERN TIPTA
İNFERTİLİTE
ÇOCUKLARDA
KONUŞMA GECİKMESİ
GEÇ KALMAYIN
ALZHEİMER'İ TANIYIN
SAĞLIKLI YAŞAM
ÖNERİLERİ**

**AGE RELATED
MACULAR
DEGENERATION**





YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ





Dosya Konusu: MODERN TIPTA İNFERTİLİTE

- 04 Merteveelli Heyet Başkanı
 - 05 Ön Söz
 - 07 Katkıda Bulunanlar
 - 12 Aşılama
 - 16 Bağışıklığını Güçlendirin
 - 18 Baş ve Boyun Şişliklerine Dikkat!
 - 20 Çocuklarda İdrar Kaçırma
 - 22 Çocuklarda Konuşma Gecikmesi
 - 24 Alzheimer'ı Tanıyın
 - 26 Özgöl Öğrenme Güçlüğü
 - 28 Doğumsal Kalp Hastalıkları
 - 32 Fibromyalji
 - 34 Gelişimsel Kalça Displazisi
 - 37 Boyun Tutulması
 - 38 Her Nefeste Sağlık
 - 41 Karpal Tünel Sendromu
 - 42 Dış Gebelik
 - 43 Kurdeşen Döküyoruz
 - 44 Hepatit-E Tehlike Saçıyır
 - 46 İlk Yardım Hayat Kurtarır
 - 48 Bebeklerde Besin Alerjileri
 - 51 Dosya Konusu: İnfertilite
 - 56 İşitme Taraması
 - 58 Presbiyopi ve Katarakt
 - 60 Anne Karnında İdrar Kanalları Genişlemesi
 - 62 İçimdeki Düşman: Damar Sertliği
 - 64 Mars'ta Bulunan Su ve Dünya
 - 66 Meme Kanseriinde Erken Tanı
 - 68 Fue Tekniği Saç Ekimi
 - 70 Deri Hastalıkları ve İmmunflöresan İnceleme
 - 72 Gizli Şeker
 - 74 Sarı Nokta Hastalığı
 - 76 Sosyal Fobi
 - 78 Glioblastoma Multiforme Tedavisinde Genetik
 - 82 Uykusuz Her Gece
 - 84 Miyelodisplastik Sendrom
 - 86 Radyoterapi Yan Etkileri
 - 90 Ani İşitme Kaybı
 - 91 Daily News
 - 92 Winter is Coming
 - 94 Age Related Macular Degeneration
 - 96 Haberler
 - 101 Sağlıklı Yaşam Önerileri
 - 102 Bulmaca

DOSYA KONUSU



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
Doç. Dr. Ulaş Yavuz
Dr. Sevim Erkmən



GEÇEN SAYININ CEVABI

[illegible]



AKDENİZ'İN SAĞLIK ÜSSÜ YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ

Adamızdaki yaşam standartlarını yükseltmek adına en büyük adımı, **27 yıl önce** Yakın Doğu Üniversitesi'nin kuruluşu ile attık. Çıktığımız bu yolda, her başarımızda daha büyük hedefler belirledik. Geldiğimiz konum ile asla yetinmedik ve sürekli gelişimin önemine inandık.

Tıp ile ilgili edindiğimiz birikimlerimizi birleştirdiğimiz Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi kurulalı **5 yıl** oldu. Geçtiğimiz 5 yıl boyunca hastane bünyesinde, misafir ettiğimiz tüm hastalara en iyi hizmeti vermek için çalıştık.

Sağlık teknolojilerini takip ederek, bünyemizdeki akademik uzman kadro ile Akdeniz'de aranılan bir sağlık üssü olmayı başardık. Bugün geldiğimiz nokta ile yetinmeyerek başarılarımıza yenilerini ekleme, geldiğimiz noktayı daha ileri taşıma hedeflerimizdeyiz. Bu hedeflere yönelik hastanemize, birçok işlemde kolaylık tanıyan **Robot Da Vinci cihazını da** katarak; hastalarımızı **robotik cerrahi yöntemi** ile tedavi etmeyi, iyileşme sürelerini daha da hızlandırmayı, sağlıklarına daha hızlı kavuşmalarını sağlamayı amaçlıyoruz. Edinmekte olduğumuz diğer bir cihaz olan **PACS** ise, tetkik ve raporların kısa sürede hazırlanmasına, hasta verilerinin uzun süreli saklanması ve hekimlerin bu verilere istenen her noktadan erişebilmesine olanak tanıyacaktır.

Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi, bir üniversite hastanesi olarak bilim yuvası niteliğindedir. Tıp bilimini daha da ileri taşımayı ken-

dine vizyon edinmiştir. Hastane, üniversite ve diğer kurumlarımız bünyesindeki tüm Yakın Doğu'lular, teknolojiyi sadece tüketme değil, edindiği bilgi birikimi ile geleceğe ışık tutarak daha ileri gitme hedefindedir. Yakın Doğu'lular olarak bu bilinci ve vizyonu paylaşmaktan gurur duymaktayız.

Her çalışmamızda ada halkımıza daha iyi hizmet vermek, adada kıtaları gibi yaşama hedefini güçlendirmek adına önemli adımlar atıyoruz. Bu çalışmalarımız tüm halkımıza katkıda bulunmakta, yeni ufuklar açmaktadır.

Kıbrıs Türk halkının her alanda gelişimini desteklemek bizim için önem taşımaktadır. Bu doğrultuda toplumsal gelişimin en önemli iki temelini oluşturan eğitim ve sağlık alanlarına ağırlık vermeye devam edeceğiz.

Yakın Doğu Üniversitesi'nde hizmet verdiğimiz her yılda daha da büyüyerek, daha çok şey öğrenerek durmadan geliyoruz. Hastanemizde şifa bulan her hastamız çalışmalarımıza devam etmek için bizlere güç vermektedir.

Uzun gelişim yolculuğumuzun her adımında bizlerle olan ve Yakın Sağlık dergisine katkıda bulunan herkese teşekkür ederim. ▶

Doç. Dr. İrfan S. GÜNSEL
Mütevelli Heyeti Başkanı



Dr. Sevim ERKMEN

Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi
Başhekim

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ'NDE 6. HİZMET YILI YENİLİKLERLE BAŞLIYOR...

Yakın Sağlık, dördüncü sayısı ile sizlerle birlikte. Dergimizi size ulaştırmada emeği geçen herkese sonsuz teşekkürler.

Yakın Doğu Üniversitesi'nin ulu çınarı Kurucu Rektör'ümüz Sayın **Dr. Suat İ. Günsel'in** babası **İrfan Günsel'i** "İrfan Dayı"mızı kaybetmenin derin acısını hissetmekteyiz. Öyle **bilge** kişiydi ki ondan aldığımız dersler hayatımıza ışık tutmaya devam edecektir. Nurlar içinde yatsın mekanı cennet olsun.

Yakın Doğu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi olarak **5. hizmet yılını** geride bırakmanın büyük gurur ve onurunu yaşıyoruz. Bu nedenle bu sayımızda geride bıraktığımız 5 yılın özetini veriyoruz.

Ülke insanımız 5 yıldır daha kaliteli ve doğru teşhis, daha iyi tedavi olanağını ülkesinde bulduğu için evinde rahattır ve huzurludur. Bu huzuru sağlayan tüm Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi personeline sonsuz teşekkürler.

Bugün hastanemizde 18 Profesör Doktor, 9 Doçent Doktor, 26 Yardımcı Doçent Doktor, 22 Uzman Doktor, 15 Pratisyen Hekim, 14 Yarı Zamanlı Konsültan Hekim, 9 kariyer yapan Doçent Doktor, Yardımcı Doçent Doktor ve Uzman Doktor olmak üzere 113 doktor, 177 hemşire, 17 hasta bakıcı olmak üzere toplam 194 personel ve yardımcı sağlık personeli, teknik personel olmak üzere 670 sağlık personeli ile halka hizmet etmekteyiz.

Kurucu Rektör'ümüz Sayın Dr. Suat İ. Günsel'in "**Adada Kıtalı Gibi Yaşamak**" sözünü hiç unutmadan ülke insanımızın gelişmiş ülkelerdeki gibi en üst teknoloji ve en ehil ellerde, sağlık hizmeti alması için canla başla, tıbbi etik değerlerden ödün vermeden, hasta haklarına sonsuz bir saygı ve sevgi ile çalışmalarımızı sürdürmekteyiz.

Bugün 24 saat Acil hizmeti veren **Acil Servis'imizde** ve yatılı servislere hastaların en iyi hizmeti, en ehli ellerde alabilmesi için Acil Servis doktoru yanında Uzman Doktorlarımız ve hocalarımız 24 saat görev yapmaktadır.

Acil vakalar içerisinde en önde olan kalp hastalıklarında **24 saat kesintisiz hizmet** veren ve adamızda her çeşit kalp hastalığına müdahale edebilecek bir ekip görev başındadır. **Tıbbi Görüntüleme;** Radyoloji ve Nükleer Tıp Bölümleri ve laboratuvarlarımız 24 saat kesintisiz hizmete devam etmektedir.

Tüp Bebek Merkezi'miz tıbbi etik kurallar, yasalar kapsamında kişiye saygı ve güveni ön planda tutarak çalışmalarına devam etmektedir. Kanser hastalığının korkunç boyutta olduğu ülkemizde



Medikal Onkoloji ve Radyasyon Onkoloji Merkezi son teknoloji ile ehil ellere sahiptir. Bugün kronik böbrek yetmezliği ve kronik böbrek hastalıklarının çok fazla sayıda olduğu ülkemizde **Hemodiyaliz Merkezi'miz** hizmetlerini başarılı bir şekilde sürdürmektedir.

Bugün dünyada, hayat kurtaran en önemli tedavilerden biri olan **organ nakline** hastanemiz hazırdır. Gerekli yasal düzenlemelerin yapılması, doku ve organ naklinde, tüzüklerin tam olarak hazırlanması beklenmektedir. Son zamanlarda kalıcı olarak kullanılması da planlanan yapay kalp, **4 hastaya** başarılı bir şekilde uygulanmıştır.

Ülkemiz insanının sağlık hizmetine en yakın ulaşması adına 08 Ocak 2015'de **Güzelyurt Dispanseri'nin**, 30 Ocak 2015'de **Mağusa Dispanseri'nin** ve 15 Mayıs 2015'de **Girne Dispanseri'nin** açılışı yapılmıştır. Bu merkezlerde, İç Hastalıkları, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Kadın Hastalıkları ve Doğum tam gün, diğer cerrahi ve dahili branşlar haftanın belirli günlerinde, Tıbbi Görüntüleme ve Laboratuvar, Acil Ambulans olarak hizmet vermektedir.

Girne Dispanseri'nde 24 saat hizmet verilmekte, bölge insanının memnuniyeti bizi son derece mutlu etmektedir. Halkımızdan gelen olumlu tepkiler diğer bölgeler için de çalışmalarımızda bizleri motive etmektedir.

Ülkemizdeki sağlık olanakları araştırılmış ve ülke insanımızın sağlıklı koşullarda sağlık hizmeti alabilmesi için Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi dışında hizmet veren doktorlarımıza, özellikle cerrahi branşlara, ameliyathane olanaklarından yararlanma imkanı verilmiştir. Toplum bilincini oluşturmak ve uygulamalara katmada bulunmak üzere bu yıl, Lefkoşa ve Güzelyurt'taki fuarlara katılarak ülkemizin en büyük sağlık sorunlarından biri olan **Thalassamia'lı** hastaların kan ihtiyaçlarını sağlamak üzere kan bağıışı kampanyaları düzenlenmiştir ve geleneksel hale getirmek için çalışmalarımızı sürdürmekteyiz.

6. yıla girdiğimiz bu günlerde Mütevelli Heyeti Başkanı'mız Sayın Doç. Dr. İrfan S. Günsel'in verdiği müjde, motivasyonumuzu kat kat yükseltmeye çıkarmıştır. Sağlıkta teknolojinin en üstü buluşlarından biri olan **Da Vinci Robotik Cerrahi tekniğinin** hastanemizde uygulanması için gerekli çalışmalara başlanmıştır. Da Vinci Robotik Cerrahi yöntemi; Üroloji, Çocuk Cerrahi, Kadın Hastalıkları, Genel Cerrahi, Kalp Damar Cerrahisi, Göğüs Cerrahisi ve Kulak Burun Boğaz ameliyatlarının kapalı yöntemle yapılmasına, cerraha 3 boyutlu yüksek çözünürlüklü görüntü sağlanmasına, kolaylık ve güvenliğe, hasta için daha kısa sürede, daha güvenli ortamda hizmet almaya olanak tanımaktadır.

5 yıl sonunda ülkemiz için mutluyuz gururluyuz. Nice yıllara ülkemiz insanına hizmetlerimizin katlanarak devam etmesi dileğiyle. ■





Yrd. Doç. Dr. Bahar Kaymakamzade Çulhaoğlu

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni Tıp Doktoru ünvanı alarak tamamladıktan sonra, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Nöroloji uzmanlığını aldı. 2006-2011 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı'nda, Araştırma Görevlisi olarak, 2011-2013 yılları arasında Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Nöroloji Kliniği'nde Uzman Doktor olarak çalıştı. 2013 yılından bu yana Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'nde görevine, Yrd. Doç. Doktor olarak devam etmektedir.



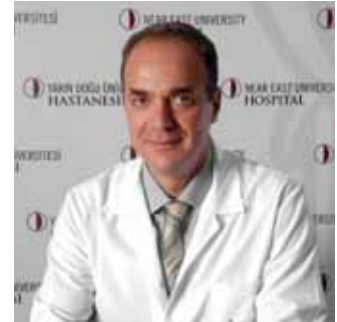
Klinik Psikolog Damla Alkan

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



Uzm. Dr. Özgür Altmışdörtöğlu

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirdikten sonra, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Radyasyon Onkolojisi alanında uzmanlığını aldı. Uzmanlık alanları Genito Üriner ve Gastro İntestinal sistem tümörleri, sarkomlar ve solunum sistemi tümörleridir.



Prof. Dr. Mustafa Asım Şafak

1988 yılında Hacettepe Üniversitesi'nde Tıp eğitimini tamamladı. 1988-1992 tarihinde Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Uzmanı olarak atandı. 1992-1993 yıllarında Hacettepe Üniversitesi Biyofizik Anabilim Dalı'nda Doktora programına devam etti, 2003 yılında Doçent, 2010 yılında Profesör ünvanını aldı.



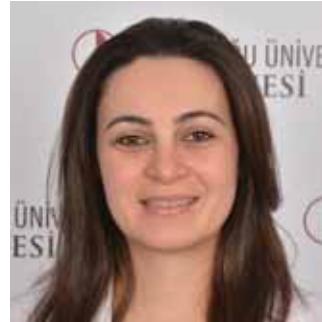
Uzm. Dr. Erol Dülger

1995-2002, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi "Uğur Derman" İngilizce Tıp Bölümü'nü bitirdi. 2003-2009 yılları arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı'nda uzmanlığını aldı. Uzmanlık alanları arasında, göz hastalıkları, katarakt, cerrahi iç segmentler, pediatrik katarakt operasyonları bulunmaktadır. 2014 yılından bu yana Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'nde görevine devam etmektedir.



Uzm. Dr. Gönül Işık Şahlı

1972 doğumlu Dr. Gönül Şahlı, Ankara Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni 1998 yılında tamamlayarak, Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde İç Hastalıkları uzmanlığını 2011 yılında aldı. Uzmanlık alanları, Gastrointestinal Sistem Endoskopisi, Tiroid ve karaciğer biyopsisi ile tanı koymadır.



Uzm. Dr. Didem Mullaaziz

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



Yrd. Doç. Dr. Ceyhan Dalkan

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nde eğitim gördü. Ardından, Zeynep Kamil Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlık eğitimini tamamladı. Eğitimini tamamladıktan sonra K.K.T.C'nin ilk Tıp Fakültesi olan Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'nde Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda Yardımcı Doçent olarak görev ve başladı. Anne Sütü Eğitimi (2006), Yeni Doğan Canlandırma Kursu (2006-2011), Çocuk Acil ve Yoğun Bakım Kursu (2009) ve Yeni Doğan Canlandırma Eğitimsi (2011) eğitimlerini başarıyla tamamlamıştır.



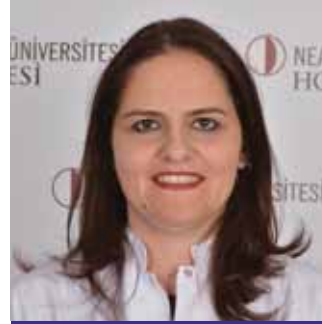
Uzman Doktor Burcu Özbakır

1996-2002 İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'ni başarıyla tamamladıktan sonra, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda uzmanlığını aldı. 1 Ekim 2014'den bu yana Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'nde görevine devam etmektedir.



Doç. Dr. İpek Sönmez

2003 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi eğitimini tamamladı. 2003-2006 yılları arasında, yarı zamanlı Psikiyatri Asistanlığı'na Barış Ruh ve Sinir Hastanesi'nde başlayıp, 2006 yılından itibaren İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde devam etti. 2008 yılında İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden Psikiyatri Uzmanı olarak mezun oldu. 2015 Temmuz ayında Doçent ünvanını aldı. Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'nde görevine devam etmektedir.



Yrd. Doç. Dr. Hanife Özkayalar

1983 Mağusa doğumlu Yrd. Doç. Dr. Hanife Özkayalar, 2006 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirdi. Ardından Ocak 2012'de Şişli Eftal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Patoloji Kliniği'nde uzmanlığını aldı. 1 Mart 2015'de Yardımcı Doçent ünvanını alan Özkayalar, 1 Mart 2012 tarihinden bu yana Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'nde Patoloji Anabilim Dalı'nda, Patalog olarak görevine devam etmektedir.



Uzm. Dr. Hasan Şafakoğulları

1965 Mağusa doğumlu Dr. Hasan Şafakoğulları, 1983-1989 yılları arasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'ni bitirdi. 1990-1993'de Haydarpaşa Numune Hastanesi Kulak Burun Boğaz Uzmanlığı'ni tamamladı. Haziran 2015'den itibaren Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'nde yarı zamanlı hizmet vermektedir.



Uzm. Dr. İlke Beyitler

1999-2006 yılları arasında, Ankara Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirdi. 2007-2012, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ihtisasını tamamladı. 2007-2012 yılları arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi, 2012-2014'de KKTC Devlet Hastaneleri'nde zorunlu hizmetini tamamladı. 2015 yılından bu yana, Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'nde görevine devam etmektedir. Uzmanlık alanları, yenidoğan yoğun bakım, çocuklarda ileri yaşam desteği, Neonatal Resusitasyon'dur.



Uzm. Odyolog Irmak Arcan

2007-2011 Wolverhampton Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi İşitme Engelliler Öğretmenliği Bölümü'nü başarıyla tamamladıktan sonra, 2011-2012 yılları arasında Lancaster Üniversitesi'nde Dil, Konuşma ve İşitme bilim dalı üzerine yüksek lisansını tamamladı. Ardından 2012-2013 yılları arasında Manchester Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde Odyoloji bölümü üzerine 2. yüksek lisansını başarıyla tamamladı. Eğitimi boyunca İngiltere'de çeşitli hastane ve kliniklerde Odyoloji stajı yapmıştır. İngiltere Klinik Odyoloji (2013), Diyabetli Hastalarda İşitsel Fonksiyon Bozukluğu (2013) ve Kulak Çınlamasında Rehabilitasyon eğitimlerini başarıyla tamamlamıştır.



Doç. Dr. Hüseyin Kaya Süer

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'ni 1980-1987 yılları arasında tamamladı. Ardından Westminster Medical Üniversitesi'nde (Londra) Üroloji ve Genel Cerrahi alanlarında 1987 yılında staj yaptı. 2010 yılından bu yana Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'nde Enfeksiyon hastalıkları ve klinik Mikrobiyoloji alanında görevine Doçent Doktor olarak devam etmektedir. Uzmanlık alanları enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji ve viral hepatittir.



Doç. Dr. Koray Karadayı

Mart 1967 Ankara doğumlu Doç. Dr. Karadayı, Gülhane Askeri Tıp Akademisi'ni 1985-1991 yılları arasında tamamlayarak, Gülhane Askeri Tıp Akademisi'nde Göz Hastalıkları uzmanlığını aldı. 2006-2010 arasında Doçent ünvanını GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi'nde aldı. 12 Mayıs 2015 tarihinden itibaren Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'nde tam zamanlı görevine devam etmektedir.



Başhekim 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 Başhekim görevini sürdürmektedir.



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 ünvanlarını kazandı. Prof. Dr. Meltem Nalça Andrieu şu anda Yakın Doğu Üniversitesi Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı Başkanlığı'nda görev yapmaktadır.



Prof. Dr. Nedim Çakır

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



Prof. Dr. Murat Kocaoğlu

1992 yılında GATA Tıp Fakültesi'nden mezun olmuştur. Uzmanlık eğitimi GATA Radyoloji Anabilim Dalı'nda 1998 yılında bitirmiştir. 2004 yılında ABD'de Duke Üniversitesi Çocuk Hastanesi'nde bir yıl süreyle eğitim almış, 2011 yılında Pediatrik Radyoloji uzmanlık belgesi almıştır. GATA Radyoloji'de 2001'de Yardımcı Doçent, 2006 yılında Doçent, 2014 yılında ise Profesör ünvanını alıp, Ağustos 2014 itibarıyla Yakın Doğu Üniversitesi'nde çalışmaya başlamıştır.



Prof. Dr. Nail Bulakbaşı

1983-1989 Gata Askeri Tıp Fakültesi'ni bitirdi. 1992-1995 Gülhane Askeri Tıp Akademisi'nde Radyoloji Uzmanlığı'ni aldı. 1996-2002 yılları arasında Yardımcı Doçentliğini, 1996-2002 yılları arasında Doçent, 2002-2010 yılları arasında Profesör olarak, yine Gülhane Askeri Tıp Akademisi'nde görevini sürdürmüştür. Uzmanlık alanları baş boyun lezyonlarının sağaltımında emboloterapinin rolü, radyoloji ve beyin tümörleridir.



Yrd. Doç. Nilüfer Galip Çelik

1982 Mağusa doğumlu Dr. Nilüfer Galip Çelik 1999-2005 yılları arasında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirdikten sonra, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda uzmanlığını tamamladı. Neonatal Resüsitasyon ve Çocuklarda İleri Yaşam Desteği sertifikaları bulunmaktadır.



Yrd. Doç. Dr. Deniz Aydın

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'ni başarıyla tamamlayarak, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı'nda uzmanlığını aldı. 2013 yılından bu yana Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'nde görevine Yardımcı Doçent Doktor olarak devam etmektedir.



Dr. Rasime Kalkan

1984 Lefkoşa doğumludur. 2001-2005 yılları arasında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Biyoloji Bölümünde lisans eğitimini almıştır. 2005-2011 yılları arasında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı'nda Doktorasını beyin tümörlerinin genetik yapısı ve tedavi parametrelerinin belirlenmesine yönelik yaptığı çalışmalarla tamamlamıştır. Ocak 2012'den itibaren Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Genetik Anabilim Dalı'nda öğretim görevlisi olarak çalışmaktadır.



Prof. Dr. Nedime Serakıncı

1992 yılında İstanbul Üniversitesi Biyoloji Bölümü'nden mezun oldu. 1993'de İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim dalında master eğitimini 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.



Uzm. Dr. Yeliz Cengiz

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



Uzm. Dr. Şeniz Kulle

Lefkoşa doğumlu Dr. Şeniz Kulle, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni 1997-2003 yılları arasında tamamladı. Ardından uzmanlığını, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı'nda 2004-2009'da tamamladı. Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi'nde mecburi hizmetini 2010 ve 2013 yılları arasında tamamladı, Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'nde görevine görevine yarı zamanlı olarak devam etmektedir.



Medikal Estetik Hekimi Tayfun Oğuzoğlu

1990 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni başarı ile bitirdikten sonra, "The International Society of Hair Restoration Surgery", "American Society of Hair Restoration Surgery", "European Society of Hair Restoration Surgery" sertifikaları bulunmaktadır. Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi Near Estetica Güzellik Merkezi'nin kurucularındandır.



Prof. Dr. Suna Kırac

1985 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirdi. 1992 yılında Anadolu (Osmangazi) Üniversitesi'nde İç Hastalıkları Uzmanlığı'ni aldı. 1995'de Ege Üniversitesi'nde Nükleer Tıp, 1998'de Yale Üniversitesi Anabilim Dalı'nda Nükleer Kardiyoloji, 2011 yılında iki ay süre ile Turku Üniversitesi'nde (Finlandiya) Kardiyak Pet-BT, 2014 yılında ise bir haftalık süre ile Budapeşte'de Kardiyak Görüntüleme Merkezi'nde Kardiyak BT eğitimini tamamladı. 1998-2004 Doçent Doktor olarak, 2004'den 2014 yılına kadar Profesör Doktor olarak Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde görev aldı. Eylül 2014 yılı itibarıyla YDÜ Hastanesi'nde görevine devam etmektedir.



Klinik Psikolog Tuğçe Denizgil

1988 doğumlu Tuğçe Denizgil, yüksek lisansını Yakın Doğu Üniversitesi'nde Klinik Psikolog olarak tamamladı. Yakın Doğu Üniversitesi Psikoloji Bölümü'nde, Bölüm Başkan Asistanlığı yaptı. Uzmanlık alanları, depresyon, panik bozukluk, alkol madde bağımlılığı, cinsel terapi, aile terapisi, çift ve bireysel terapilerdir.



Diyetisyen Banu Özbingöl Arslansoyu

2007- 2011 Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nü başarı ile bitirdi. 2011-2012 yılları arasında Yakın Doğu Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Pedagojik Formasyon Tezsiz Yüksek Lisans Programını tamamladı. Lisans eğitimi boyunca Kıbrısta çeşitli hastane, klinik ve kurumlarda, Türkiye'de Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi ve Bilkent Üniversitesi'nde staj eğitimi yapmıştır.



Prof. Dr. Hamza Duygu

1994-2001 Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni başarıyla bitirdikten sonra, 2001-2006 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı'nda uzmanlığını aldı. 2006-2008 yılı arası İzmir Karşıyaka Devlet Hastanesi'nde Uzman Doktor olarak görevine devam etti. 2012'de Doçentlik ünvanını aldı. 1 Aralık 2014'den itibaren tam zamanlı olarak Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'nde görevine Profesör olarak devam etmektedir.



Prof. Dr. Finn Rasmussen

1965'de Danimarka'da doğdu. 1992 yılında Güney Danimarka Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 2000 yılında Güney Danimarka Üniversitesi'nde göğüs hastalıkları, astım ve alerji üzerine Doktora eğitimini aldı. 2000 yılında dünyada ilk kez yapılan "Bronchial Thermoplastic for Asthma" çalışmalarına katıldı. 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 (DrMedSc) DMSc-Thesis'ini verip Profesör olmuştur. Güney Danimarka Üniversitesi'nde Göğüs Hastalıkları ve Alerji Anabilim Dalı Başkanlığı yanında Odense Üniversite Hastanesi'nde Akciğer Hastalıkları ve Transplantasyon Ünitesi Başkanlığı görevlerini yürütmüştür. 2010'dan itibaren Yakın Doğu Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı görevini sürdürmektedir.



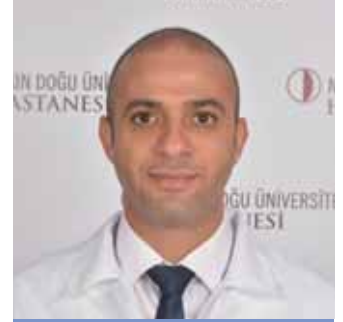
Uzm.Dr.Sabiha Gökçen Asvaroğlu

1979 Londra doğumlu Sabiha Gökçen Asvaroğlu, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'ni 2004 yılında başarı ile tamamladıktan sonra, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı'nda 2010 yılında uzmanlığını tamamladı. Uzmanlık tezini Hipertansiyum Yaşlıların Kognitif Fonksiyonlarına Etkisi üzerine yazmıştır. Ocak 2015'den bu yana Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'nde tam zamanlı olarak çalışmaktadır.



Yrd. Doç. Dr. Mehtap Tınazlı

16.02.1971, 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 Diabet ve Romatolojik hastalıklardır.Hastalıkları Anabilim Dalı'nda aldı.



Yrd. Doç. Dr. Cahit Cenksoy

1983 Lefkoşa doğumlu Dr. Cahit Cenksoy, 1999-2006 yılları arasında Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni başarıyla tamamladıktan sonra, 2012 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda uzmanlığını aldı. Kasım 2013 yılından Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'nde görevine devam etmektedir.

AŞILAMA



Aşılar; insan ve hayvanlarda hastalık yapma yeteneğinde olan virüs, bakteri vb. mikropların öldürülerek, hastalık yapma karakterlerinden arındırılarak ya da bazı mikropların salgıladığı zehirlerin (toksinlerin) ya da hücre yapıları etkileri ortadan kaldırılarak sağlam kişilere hastalık oluşmaması için verilen biyolojik maddelerdir.

Aşılama, ölü ya da etkisi azaltılmış bu maddenin vücuda uygun miktarlarda verilmesi ile gerçekleştirilir. Aşılar, halk sağlığı alanında yaşanan en büyük ilerleme araçlarıdır. Ucuz, etkili ve uygulanması kolaydır.

Aşılar ince uçlu iğne yoluyla kas içine, cilt altına veya ağıza damlatma şeklinde yapılır. Çocukların aşılama programındaki aşıların hiçbirinde koruyucu madde olarak civa kullanılmamıştır. Hastanemizde **Amerikan Pediatri**

Akademisi, K.K.T.C. Sağlık Bakanlığı ve Kıbrıs Türk Pediatri Kurumu'nun önerdiği aşı programlarının değerlendirilmesi ile hazırlanan aşı programı uygulanmaktadır.

Hep B: Hepatit B aşısı; 5'li karma: difteri, boğmaca, tetanoz, inaktif polio, Hemofiluz influenza tip B (menenjit); KPA: Konjuge pnömokok (zatürre); KKK: Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak; Td: erişkin tip difteri, tetanoz; Rota: Rota virüs aşısı (ishal); HPV: Human Papilloma Virüsü (rahim ağzı kanseri) meningokok aşısı, 1

veya 2 yaş üzerinde tek doz uygulanır.

**HPV aşısı, 9 yaş üzeri özellikle çocuklarda 0, 1. ve 6. ayda 3 doz uygulanır.*

Difteri, Boğmaca, Tetanoz, İnaktif polio, Hemofilus İnfluenza Tip B (menenjit)

Hepatit B: Hepatit B virüsü karaciğer iltihabına yol açar. Kalıcı olursa karaciğer yetmezliğine, siroz veya karaciğer kanserine neden olabilir. Bu virüs, kan ürünleriyle, vücut salgıla-



Aşılama için harcanan paranın çok fazlası; hastalanma, sakatlanma ve ölümlerin engellenmesinden dolayı tasarruf edilir.

rına temasla, cinsel ilişkiyle veya doğum sonrasında anneden bebeğe bulaşabilir. Ülkemizde hepatit B taşıyıcılığı sık olduğu için gebeler taramalı ve hepatit B taşıyıcısı olan gebelerden doğan bebeklere hepatit B immunglobulin ve aşı yapılmalıdır. Her bebek doğduktan sonra ilk 3 gün içinde ve 1. ay ve 6. ayda toplam 3 doz aşılanmalıdır. Hepatit B aşısı, hepatit B virüsünün parçalarından oluşmaktadır.

Difteri: Difteri mikrobu solunum güçlüğü, kalp yetmezliği ve sinir sistemi hasarı yaratabilen ve tedaviye rağmen ölümcül olabilen enfeksiyona yol açar.

Boğmaca: Boğmaca mikrobu, nefes almayı engelleyebilecek şekilde öksürük nöbetlerine yol açabilen bir hastalık oluşturur. Bu nöbetler 6-12 hafta sürmekte, beslenme zorluğu ve kusmaya yol açabilmektedir. Bu enfeksiyon özellikle 1 yaşından küçük çocuklar için solunum yetmezliğine yol açarak ölümcül olabilir.

Tetanoz: Tetanoz mikrobu, paslı çivilerden veya toprakla temas eden açık yaralardan insanlara bulaşmaktadır. Doğum sonrasında göbek kordonunun mikroplu bıçak veya jilet ile kesilmesi yeni doğan tetanozuna yol açabilir. Bu nedenle gebelikte anne adayının aşılanması ve doğumun steril koşullarda yapılması önemlidir.



İnaktif polio: Çocuk felci polio virüsüne bağlı gelişen başlangıçta ateş, kas ağrısı, bulantı ve kusma yapabilen, daha sonra kalıcı felçlere yol açabilen bir hastalıktır. Kalıcı sakatlıklar ve ölüme neden olabilen bu hastalığın dünyada kökünün kazınması ancak aşılama ile mümkündür. İnaktif polio aşısı, virüsün hastalık yapma kapasitesi yok edilerek elde edilir. % 99-100 oranında bağışıklık kazandırır.

Hemofilus influenza tip B (Hib): Hib 5 yaş altı çocuklarda sık görülen ve başta menenjit olmak üzere, zatürre ve orta kulak iltihabı gibi birçok önemli hastalığın nedenidir. Aşısı, bakterinin parçalanıp etkisiz hale getirilmesi ile elde edilmiş bir aşıdır.

5'li karma aşı: 2. 4. 6. aylarda ve 18-24 aylar arasında toplam 4 doz uygulanır.

Sık görülen yan etkiler:

- Uygulama yerinde şişlik, kızarıklık, ağrı
- Lenf bezlerinde şişlik

- Ateş
- Huzursuzluk, hırçınlık, yorgunluk, uykuya meyil, neşesizlik hali

Nadir görülen yan etkiler:

- Şiddetli alerjik reaksiyon
- Hipotonik hiporesponsif atak: Solukluk, güçsüzlük, tepkisizlik, aşı uygulandıktan sonraki 48 saat içinde görülebilir.
 - Aşı yerinde görülen şişlik ve/veya kızarıklık durumunda, daha fazla sıvı tüketilmeli (emzirerek).
 - Çok fazla giydirilmemeli.
 - Ağrıyan aşı yerine soğuk, ıslak bir bez yerleştirilmeli.
 - Doktorunuza danışarak uygun dozda ağrı kesici, ateş düşürücü verilmeli.
 - Sayılan yan etkiler 3-5 gün devam edebilir.
- Unutmayın ki sayılan yan etkilerle karşılaşma olasılığınız, çocuğunuzun bu hastalıkları ağır geçirme olasılığından daha azdır.



Aşılar, bebeğinizi bulaşıcı hastalıklardan korur, hastalık geçirirmeden bağışıklık kazandırır.

Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak

Kızamık: Virüsü, solunum yoluyla bulaşmakta, daha sonra ateş, gözlerde kızarma, öksürük ve kırmızı döküntülere yol açmaktadır. Hastalık sırasında zatürre, menenjit gibi durumlar gelişirse, hayatı tehdit edebilir.

Kızamıkçık: Virüsü solunum yoluyla bulaşmakta, ateş, boğaz ağrısı ve vücutta birkaç gün süren deri döküntülerine neden olmaktadır. Hastalık ergenlik çaığında ve erişkinde daha ağır seyretmekte ve eklem sorunlarına yol açabilmektedir. Hamile bayanlar kızamıkçığa yakalanırsa bebekte körlük, sağırılık, zeka geriliği, kalp hastalığı veya ölüm görülebilir. Bu nedenle tüm hamile adayları bir kan testi ile kızamıkçık açısından taranmalıdır. Eğer hastalık daha önce geçirilmediyse, tüm bayanların kızamıkçık aşısıyla aşılanmaları ve 3 ay süreyle hamile kalmamaları önerilmektedir.

Kabakulak: Virüsü, solunum yoluyla bulaşmakta ve ateş, baş ağrısı, kulak ağrısı ve tükürük bezlerinde de iltihabına neden olmaktadır. Bu virüs, menenjit veya yumurtalık iltihabı yaparsa, sağırılık ve kısırılık gibi kalıcı hasara yol açabilmektedir.

Kızamık-kızamıkçık-kabakulak, 3'lü bir aşıdır ve 12. ayda ve 4-5 yaşlarında 2 doz uygulanmalıdır. Bu aşı, bebeklerde nadiren 5-12 gün sonra hafif ateş ve döküntüye yol açabilmektedir. Bu belirtiler tedaviye gerek kalmadan 1-2 günde kendiliğinden iyileşmektedir. Bu aşı, bu hastalıklardan herhangi birini geçir-

	Doğumda	1.ay	2.ay	4.ay	6.ay	12.ay	18-24 ay	4-5 yaş	İlkokul 8.sınıf
Hep. B	I	II			III				
5'li karma			I	II	III		IV		
KPA			I	II	III	IV			
KKK						I		II	
Td								I	II
Su çiçeği						I		II	
Hep. A						I			
Rota			I	II					
MenC*									
HPV**									

Konjuge Pnömonokok Aşısı (Zatürre)

Pnömoni (zatürre), solunum yoluyla insandan sağlıklı kişilere bulaşmakta ve akciğerlerde iltihaba yol açmaktadır. Pnömoni sıklıkla pnömonokok isimli bakteriye bağlı olmakla bir-

likte, bazı virüsler de pnömoni yapabilmektedir. Pnömonokok bakterisi zatürre dışında orta kulak iltihabı ve menenjit de yapabilir.

Pnömonokok aşısı, 2., 4., 6. ve 12. aylarda olmak üzere toplam 4 doz, kas içine uygulanır.



Bebeğinizin aşıları- nın zamanında ve eksiksiz yapılması çok önemlidir.

bu mikrobun yapacağı en basit hastalıktır, özellikle tüm vücutta ağır kanamalar, döküntü ve birçok organın yetmezliğiyle seyreden meningokoksemi denen şok tablosu hızla ilerler ve çok daha ölümcüldür.

Piyasa da 2 tür meningokok aşısı vardır, içerikleri aynıdır. Nimenrix 1 yaşından, Menactra ise 2 yaşından itibaren tek doz kas içine uygulanır. Aşı sonrası genel aşı yan etkileri dışında bir yan etki yoktur.

Human Papilloma Virüsü (HPV)

Serviks (rahim ağzı) kanseri, rahim ağzındaki hücrelerin anormalleşip kontrolsüz çoğalmasıdır. Tedavi edilmezse, bu anormal hücreler kanser hücrelerine dönüşebilir. Dünyada her yıl yaklaşık yarım milyon serviks (rahim ağzı) kanseri tanısı konulmakta ve 250.000 ölüm vakası görülmektedir. Serviks kanserlerinin neredeyse tümü Human Papilloma Virüsü adı verilen bir virüsün belirli tiplerinden kaynaklanır. HPV aşısı ile bu enfeksiyondan korunulabilir ve böylece serviks kanserinden korunulabilir. Ayrıca HPV, erkeklerde penis ucu kanserine de neden olmaktadır. Eskiden sadece kadınlara önerilen bu aşı, hem penis kanserinden korunmak hem de toplum sağlığı açısından erkeklerle de önerilmektedir.

HPV aşısı, 9 yaşından itibaren 3 doz şeklinde kas içine uygulanır. Piyasada 2 ticari formu vardır. Cervarix 0, 1. ve 6. aylarda Gardasil ise 0, 2 ve 6. aylarda uygulanır. Gardasilde ayrıca kansere neden olmayıp sadece genital siğile neden olan tipler de vardır.

Aşının hafif ateş dışında ciddi bir yan etkisi yoktur. ▶

memiş erişkinlere de uygulanabilir. Hamile ve bağışıklık sistemi sorunu olanlara uygulanmaz.

Su çiçeği

Su çiçeği virüsü ateş, kaşıntı döküntü ile seyreden bir enfeksiyona yol açar. Bazı olgularda eklem, akciğer ve sinir sistemi enfeksiyonuna yol açar. Hastalık, bağışıklık sistemi baskılanmışlarda ve erişkinlerde daha ağır seyreder. Hamile kadınlar su çiçeği geçirirse, bebeklerde göz, sinir sistemi ve uzuv gelişim bozukluğu sorunları görülebilir.

Su çiçeği, virüsün zayıflatılması ile hazırlanır. 12. ayda ve 4-5 yaşlarında 2 doz uygulanır. Erişkinlerde 1 ay ara ile 2 doz uygulanır. Kızamık-kızamıkçık-kabakulak aşısı ile birlikte uygulanabilir ve 4 virüsün birlikte olduğu bir aşı da piyasada mevcuttur. Eğer birlikte uygulanmayacak ise, kızamık-kızamıkçık-kabakulak ile su çiçeği aşıları arasında en az 1 ay olmalıdır. Yan etkisi az olan aşılarıdır. Çok az bir hasta grubunda ateş ve döküntü görülebilir.

Hepatit A

Hepatit A virüsü, ateş, halsizlik ve sarılığa neden olabilir. Nadiren de olsa, karaciğer yetmezliğine yol açabilir. Hepatit A virüsü,

insandan insana ve iyi yıkanmamış yiyecekler ve kirlı sularla bulaşır.

Hepatit A aşısı, inaktifleştirilmiş virüsten elde edilir. 1 yaş üzeri çocuklara 6 ay ara ile 2 doz uygulanır. Önemli bir yan etkisi yoktur.

Rotavirüs

Rotavirüs, 1 yaş altı çocuklarda ciddi ishale, sıvı kaybına ve hatta ölüme yol açabilen bir virüstür. Rotavirüs ishali, uzun sürerek çocuklarda beslenme yetersizliğine zemin hazırlayabilir.

Rotavirüs aşısı, virüsün zayıflatılması ile elde edilen canlı virüs aşısıdır. Aşı, 6. haftadan itibaren 2 ay ara ile uygulanır. Piyasada 2 ay ara ile 2 doz uygulanan ve 3 doz uygulanan 2 ticari form mevcuttur. Rotarix 2 ay ara ile 2 doz, Rotateq 2 ay ara ile 3 doz uygulanır. Rotarix'de Rotavirüsün en sık görülen 2 tipi, Rotateq'de ise 5 tipi yer alır.

Meningokok

Meningokok hastalığı, eskisi kadar sık görülme de zaman zaman salgınlar yapabilen, özellikle Haç mevsiminde Orta Doğu'dan taşınabilen, ve yakalanan kişinin 24 saat içinde %50 olasılıkla ölümüne yol açan ağır bir hastalıktır. Menenjit



BAĞIŞIKLIĞINIZI GÜÇLENDİRMENİN TAM ZAMANI

Hastalıklar, bağışıklık sistemimizin zayıf olduğu zamanları fırsat bilerek ortaya çıkarlar. Bağışıklık sistemimiz özellikle mevsim dönümlerinde güçsüz düşmektedir. Bu dönemlerde soğuk algınlığı, nezle ve diğer enfeksiyonlara yakalanma riskimiz artar.

Hastalıklarla mücadelede yeterli ve dengeli beslenme kuvvetli bir bağışıklık sistemi için olmazsa olmazdır. Yeterli ve dengeli bir beslenme programı ile bağışıklık kalkanını her an çalışır halde tutabiliriz. Tam tersi durumda ise yetersiz beslenme hastalıklara yakalanma riskimizi artırmakta ve hastalıkların iyileşme süresini uzatmaktadır.

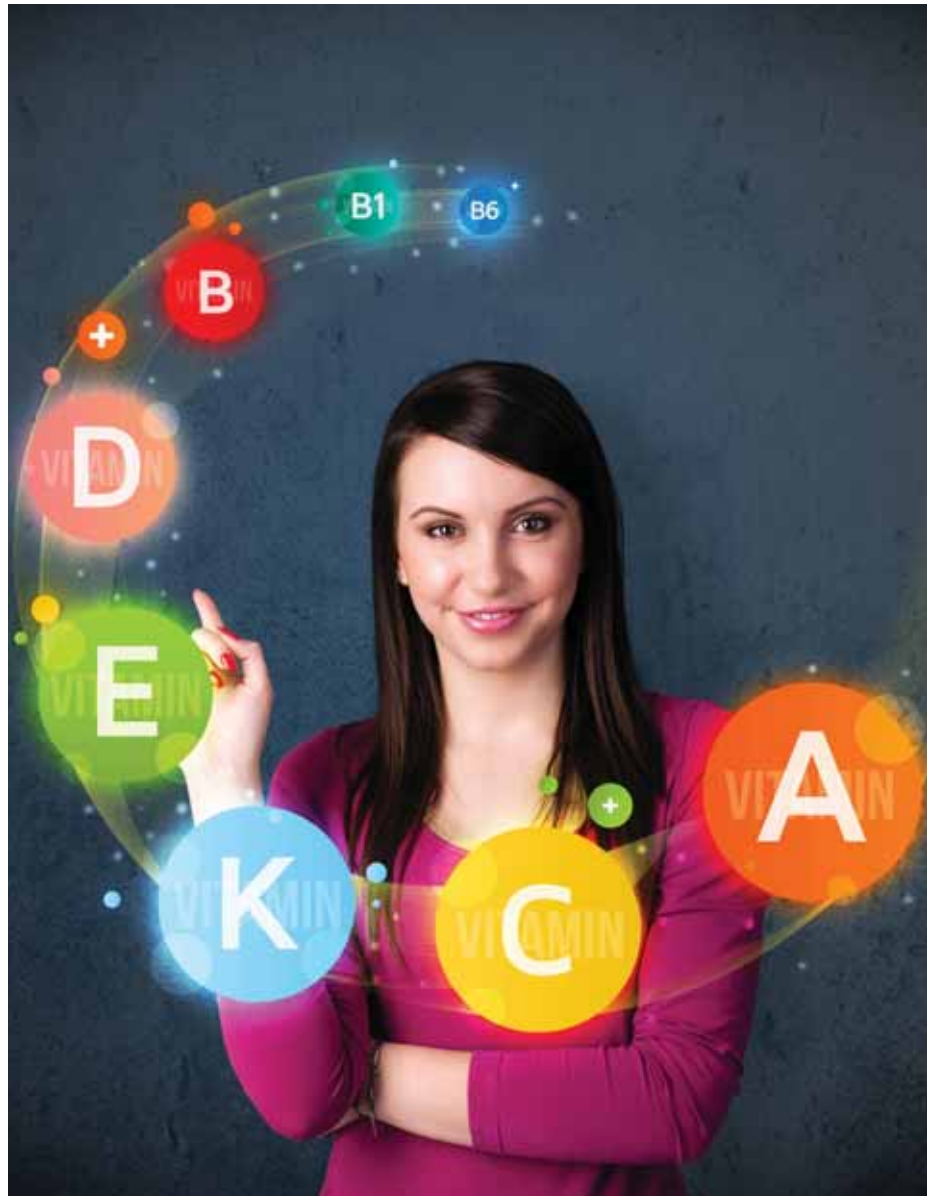
Daha güçlü ve dirençli bir bağışıklık sistemine sahip olabilmek için yapmanız gerekenler şunlardır:

C VİTAMİNİ TÜKETİMİNE ÖZEN GÖSTERİN

C vitamini güçlü bağışıklık sistemi, kolajen üretimi, deri, kıkırdak, tendon, bağ ve kan damarlarının yenilenmesinde önemli rol oynamaktadır. Ayrıca C vitamini içeren besinler bağışıklık sistemini güçlendiren besinlerin başında yer alır. Antiviral ve antibakteriyel etkisinin yanı sıra bağışıklığı artırmakta ve güçlendirmektedir. Turuncgiller, yeşil biber, maydanoz, brokoli, kivi, greyfurt önemli kaynaklarıdır.

ZENCEFİL TÜKETİN

Taze zencefil B6 vitamini, C vitamini, kalsiyum, demir, magnezyum, fosfor, potasyum, manganez ve lif açısından zengindir. Soğuk algınlığı, grip, nezle gibi hastalıkların belirtilerini azaltır.





BOL SU İÇİN

Pek çok kişi kış mevsiminde su tüketimini ister istemez azaltır. Fakat bağışıklık sisteminin gücünü azaltabilecek bazı zararlı maddelerin vücuttan uzaklaştırılabilmesi için düzenli olarak su içmeye devam etmek gerekir. Her gün en az 8 su bardağı su içtiğinizden emin olun.

KÖTÜ ALIŞKANLIKLARINIZI TERK EDİN

Paketlenmiş ve işlenmiş hazır gıdaların, kafeinin, alkolün ve sigaranın fazla tüketimi bağışıklık sisteminin tehlikeye sokan zararlı alışkanlıklardandır. Bunları terk ederek bağışıklık sisteminize ve vücudunuzun işleyişine destek verin.

BİTKİ ÇAYLARINI ABARTMADAN HAYATINIZA KATIN

Kuşburnu, ıhlamur, adaçayı, zencefil, rezene, anason, kekik otu gibi bitki çaylarının da yaygın görülen kış hastalıklarına karşı olumlu etkileri bulunmaktadır.

BOL SEBZE VE MEYVE TÜKETİN

Vitamin ve mineral çeşitliliğini sağlamak için günde 5 porsiyon sebze ve meyve tüketimini ihmal etmeyin.

Sebze ve meyvelerde vitamin kaybını önlemek için ne yapmalı?

- Kabuklu yenilebilen meyve ve sebzeleri kabukları ile beraber tüketin. Bir çok vitamin ve mineral en fazla sebze ve meyvelerin dış kısımlarında bulunur.

- Sebze ve meyveleri az suda pişiriniz.
- Sebze ve meyveleri yıkarken suda bekletmeyin.

- Sebzeleri pişirmeden hemen önce ve büyük parçalar halinde kesin.

- Sebze ve meyveleri pişirirken tencerenin kapağını kapalı tutun, eğer çığ tüketilebilecekse pişirmeden tüketin.

- Sebze ve meyvelerin mevsiminde tüketilmesinin sağlık açısından önemli olduğunu unutmayın. 



ŞEKERLİ GIDA TÜKETİMİNİ AZALTIN

Yüksek şekerli beslenenlerde, kandaki yüksek şeker bağışıklık sisteminin oluşturan kan hücrelerinin savunma gücünü düşürür, kötü hücrelerin büyüyüp gelişmesi için uygun ortam yaratır. Bağışıklık sisteminin güçlü tutmak için şekerli yiyeceklerden uzak durulmalıdır.

YAPAY GIDALARDAN UZAK DURUN

Kimyasal maddeler, suni tatlandırıcılar, fabrikasyon gıdalar da beslenmede en az olmalıdır. Bu gibi gıdalar da vücudun normal dengesini bozarak bağışıklık sisteminin zayıflatılır.

BAŞ VE BOYUN ŞİŞLİKLERİNE DİKKAT!



Baş ve boyun bölgesi vücudumuzun organ çeşitliliği açısından en zengin bölümüdür. Bu organlardan her birine ait çok değişik özellikte şişlik oluşturan hastalıklar olabilir. Bunların önemli bölümü son derece ciddi hastalıkların ilk habercisi olabilir ve ihmal edilmemelidir.

ENFEKSİYON KİTLELERİ TETİKLİYOR

Baş ve boyun bölgesindeki kitlelerin önemli bir bölümü, ilgili organların enfeksiyonları sonucu genişlemeleridir. Ayrıca

bölgedeki organlara bağlı iyi huylu ya da kötü huylu tümörler nedeniyle de kitleler oluşabilmektedir. Baş boyun bölgesindeki **kaslara, damarlara, sinirlere, kemik ve dişlere bağlı** çok değişik kitleler de söz konusu olabilir.

KİTLELERİN BÜYÜK KISMI LENF NODLARINA BAĞLI

Baş ve boyun bölgesindeki kitlelerin çok önemli bir bölümü, **lenf nodlarının** iltihaplar nedeniyle genişlemesiyle oluşur. Normalde boyutları **5x10 mm** dolayında

mekik şeklinde olan lenf nodları, bulundukları bölgeye en yakın organdaki iltihaplara neden olan **patojen mikro-organizmaları** yakalamak ve vücudumuzun savunma sistemini devreye sokmak üzere genişleme gösterirler. Lenf nodlarının büyümesiyle oluşan boyun kitleleri "**Lenfadenit**" olarak isimlendirilir.

Lenf nodlarındaki büyümeler daha uzun süre içinde yavaş yavaş gelişir. Özellikle ağrısız ise daha fazla önemlidir. Bu tür büyümeler "**Lenfadenopati**" olarak isimlendirilir.

Lenfadenopatiler **50-60 mm boyutlara**

Unutulmamalı!

- Baş ve boyun kitlesiyle karşılaşınca bir an önce KBB uzmanına başvurulmalıdır.
- Kitlelerin önemli bir bölümü iltihaplar nedeniyle gelişir ve genel olarak ağrılı kitlelerdir.
- Yavaş gelişen ve ağrısız kitleler konusunda daha dikkatli olunmalıdır.
- Doğumsal kitleler genellikle bebeklik çağlarında görünür olduğu halde, erişkin hayatta ortaya çıkan tipleri de olabilir.
- Baş boyun kitleleriyle ilgili gerekli incelemeler yapılmadan cerrahi girişimlere kalkışılmamalıdır.

Baş ve boyun kitlesiyle karşılaşınca ne yapılmalı?

- Baş ve boyun bölgesi asıl olarak Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı'nın ilgi alanındadır. Bu bölgelerde, herhangi bir şişlik veya simetri bozukluğu ile karşılaşılırsa hiç vakit kaybetmeden doktora başvurulmalıdır.
- KBB hekimleri hastayla yaptıkları görüşme sonrasında yapılan fizik muayene ve endoskopik muayeneler ile kitlenin nedeni konusunda önemli bulgular saptayacaklardır. Çoğu zaman sadece fizik muayene ile tanı konulması mümkündür ve tedavi planlaması yapılır. Tedavi sürelerinin sonunda mutlaka kitlelerin gösterdikleri gelişim kontrol edilmelidir.
- Fizik muayene ile tanı konulması güç olan durumlarda ultrasonografi (USG), bilgisayarlı tomografi (CT), manyetik rezonans görüntüleme (MRI) veya nükleer tıp görüntülemeleri (Sintigrafi, PET CT) gibi radyolojik yöntemler ile incelemeler yapılacaktır. Bazen ilgili kitlenin içinden doku örneklerinin alınması için ince iğne aspirasyon biyopsisi (FNAB) yapılması gerekebilir. FNAB ile tanı konulmasında şüphe varsa açık cerrahi yaklaşımlarla kitlelerden biyopsi yapılmasına gerek duyulacaktır.



kadar büyüyebilir. Şekilleri mekik şeklinden daha çok sferik yani daha çok top şeklindedir. Ağrısız, sferik ve aylar içinde yavaşça büyüyen ve özellikle 20 mm boyutlarını aşan boyun kitleleri ihmale gelmemelidir. Bu tür lenfadenopatiler iyi ya da kötü huylu bir tümörün en önemli habercisidir.

ENFEKSİYONLU KİTLELER AĞRIYA NEDEN OLMAKTA

Tükürük bezlerindeki büyümeler yine genellikle enfeksiyon nedeniyle gelişir. Enfeksiyonların genel özellikleri gereği sıklıkla ağrılı kitlelerdir. Yerleşimleri **yanakta, çene altında** veya **dil altında** olabilir. Tükürük bezi enfeksiyonları ise en sık tükürük bezlerinin kanallarındaki yaralanmalar veya tıkanmalara neden olan taş gelişimleri sonucu görülür.

Tükürük bezi taşlarının kendini en çok gösteren özelliği yemek yeme sırasında büyümeleri ve sonrasındaki birkaç saat içinde yavaşça küçülmeleridir. Uzun süreli tükürük bezi taşları, zamanla tükürük bezinde enfeksiyonlara hatta apselere neden olabilir.

İlginç olarak bazen tükürük bezi enfeksiyonları sonrasında, tükürük bezi kanallarında ve bez içinde taş oluşumları görülebilmektedir. Ne kadar erken tespit edilirse, tedavi o denli başarılı ve komplikasyonsuz olacaktır.

DOĞUMSAL KİTLELER GENELLİKLE ÇOCUKLUK ÇAĞINDA

Doğumsal kitleler sıklıkla çocukluk çağında görülse de, bazen gizli kalıp, erişkin yaşlarda genellikle enfeksiyon gibi tetikleyici bir etkenle ortaya çıkabilir. Bu tür kitleler genellikle doğum öncesi organların gelişiminden sorumlu bir takım oluşumların doğumdan önce körelemeyip kitle şeklinde kalmasıyla oluşur.

Büyük bir kısmı tiroid bezinin gelişiminden sorumlu kitlelerdir ve **"Tiroglossal kist"** olarak isimlendirilir. Tiroglossal kistler genellikle boyun orta hattında tiroid bezi ile dil kökü arasındaki hat üzerinde ortaya çıkar. Enfekte olmadıkları sürece ağrısızdır ve dilin ağız dışına çıkarılmasıyla yukarı yönde hareket gösterirler. ■

ÇOCUKLARDA İDRAR KAÇIRMA

Çocuklarda idrar kaçırma en sık karşılaşılan sorunların başında gelmektedir. İdrar kontrolü sinir sisteminin gelişmesiyle paralel ilerler. Mesane kontrolü yapması gereken yaştaki bir çocukta idrar kontrolünün gelişmemesi “enürezis” olarak tanımlanmaktadır.



Çocukların çoğu 2,5 yaşında gün boyunca kuru kalabilmektedir. 3,5 yaşındaki çocukların %75'i gece boyunca kuru kalabilir. Erkek çocuklar kızlardan daha geç yaşlarda kuru kalırlar. **Enürezis nokturna** 5 yaşından sonra geceleri altını ıslatma durumudur. Gündüz görülen şekli **diurnal**, hem gündüz hem gece görülen şekli **nokturnal** ve **diurnal** olarak isimlendirilir. Ayrıca idrarını başlangıçtan itibaren tutamayan ve daha önce en az 12 ay idrarını tutabildikten sonra tekrar idrar kaçırmaya başlayan çocuklar belirlenmelidir.

TANI İÇİN ACELE EDİLMEMELİDİR

4 yaşından önce çocukların çoğu yatağını ıslattığı için 5 yaşına kadar enürezis tanısı konmamalıdır. Nokturnal enürezis erkeklerde, ailenin ilk çocuğunda, ufak yaşlarda ağır stres altında kalmış çocuklarda daha sık görülür. **İdrar yolu enfeksiyonu, böbrek hastalıkları, mesane hastalıkları, şeker hastalığı, kabızlık, omurilikte doğuştan olan meningomyelose** gibi hastalıklar idrar kaçırmaya sebebi olabilmektedir.

ENÜREZİS NOKTURNA DURUMUNUN KALITSAL OLABİLİR

Bu çocukların çoğunun anne veya babasında da çocukken idrar kaçırmaya öyküsü mevcuttur. Bu sorunun nedeni sinir sisteminin bu bölümünün gelişimindeki yavaşlama olduğu düşünülmektedir. Enürezisli çocuklarda mesane kapasitesi küçük olabilir.



//
Aile içindeki psikolojik stres veya mutsuzluk yatak ıslatmanın nedenlerinden çok sonucuna bağlı ortaya çıkar.

ÇOK YÖNLÜ ARAŞTIRMALAR YAPILMALI

Çocuğun yatağını ıslattığında mutsuz olup olmadığı ve yatağını hemen değiştirip yıkandığı tam olarak belirlenmelidir. Fizik muayenede **karında kitle, genital bölgede anormali, spinal kord lezyonu** dikkatle araştırılmalıdır. Elde edilen bilgiler ve genel muayene sonuçlarına göre idrar incelemesine

ve dışkıda parazite bakılmalıdır. Üriner anormaller, idrar yolu enfeksiyonu ve idrar akım bozuklukları düşünülen hastalarda ultrason ile diğer görüntüleme yöntemleri yapılabilir. Davranışsal gerilemesi olan çocuklarda idrar kaçırmaya yanında okul başarısızlığı, korku gibi ek bulgular yönünden de dikkatli olunmalıdır.

KAÇIRAN ÇOCUK CEZALANDIRILMAMALI

Enürezis genellikle iyi gidişli ve geçici bir hastalıktır. Çocuk psikolojik yönden desteklenmeli, cezalandırılmamalıdır. Altta yatan bir anormallik saptanmayan çocuklarda aileye öneriler sunulurken günlük sıvı ihtiyaçlarının akşam yemeğine kadar karşılanması, akşam yemeğinden sonra sıvı tüketilmemesi gerekmektedir. Bu çocukların gece en az bir kez aynı saatte uyandırılmaları önerilmektedir.

Mesane kapasitesini artıracak egzersizler yararlı olabilmektedir. Bu önerilerle idrar kaçırmaya azalması durumunda özel alarm sistemleri ile koşullandırma tedavisi gibi daha ileri yöntemler ve ilaç tedavisi gündeme gelmektedir. ▶



ÇOCUKLARDA KONUŞMA GECİKMESİ

Konuşma yeteneği insanın en önemli niteliklerinin başında gelir. Dil gelişimi doğumdan itibaren hızla başlayan bu koordineli gelişim ve öğrenme sürecinin önemli bir parçasıdır.



Dil, duygusal ve sosyal iletişimin yegane birimidir. İnsanın duygularını, düşüncelerini, isteklerini bütün ayrıntılarıyla açığa vurmasını, yaşamını sürdürmesini mümkün kılar.

ÇOCUKLARDA DİL GELİŞİMİ

Tüm bebekler dili öğrenmeye öncelikle kullanılan dildeki sesleri öğrenmekle başlar. Dil gelişimi ile beyin matürasyonunun yakın ilişkisi olup, 3 yaş dolaylarında belirgin dil kazanımı beklenir.

Dil ve konuşma birbirinden farklıdır. Dil, insanların birbirleriyle duygu ve düşüncelerini paylaşmak amacıyla kullandığı ortak kurallar sistemidir. Bir dil, yalnızca konuşma dilini akla getirmemelidir; yazı ve işaret kul-

lanımı da bir dildir. Konuşma ise bu duygu ve düşünceleri içeren kuralların gerekli organlar yardımıyla fiziksel olarak üretilen sistemdir.

Bir çocuk duygu ve düşüncelerini aktarmak için gerekli dil bilgisine sahip olabilir fakat konuşma organları (dil, dudak vb.) işlevini gerektiği şekilde yerine getiremediğinden konuşamayabilir. Diğer yandan, başka bir çocuk konuşma organları işlevini kusursuz yerine getirdiği halde dil gelişimindeki bir aksaklık nedeniyle konuşamayabilir ya da her ikisi de aynı anda görülebilir.

DİLİN BİLEŞENLERİ ÜÇ ALANDA İNCELENMEKTEDİR

- Dilin içeriği (anlam/semantik)
- Dilin biçimi: Ses bilgisi (fonoloji), biçimbi-

- rim (morfoloji), söz dizimi (sentaks)
- Dilin kullanımı (pragmatik)

DİL BOZUKLUĞU VE KONUŞMA BOZUKLUĞU FARKI

Bir çocuk eğer başkalarının söylediklerini anlamakta (alıcı dil) veya duygularını, düşüncelerini yeterli düzeyde sözel olarak aktarmakta (ifade edici dil) güçlük yaşıyorsa o zaman bu bir dil bozukluğudur. Sözel anlatım bozukluğu ve karışık dili algılama-sözel anlatım bozukluğu dil bozukluğudur.

Diğer yandan eğer bir çocuk konuşma seslerini doğru veya akıcı bir şekilde üretmekte zorluk yaşıyorsa o zaman bu bir konuşma bozukluğudur. Fonolojik bozukluk



Normal konuşma gelişimi; agulama, babıldama (baba-ba, dedede), başkaları tarafından çıkarılan seslerin taklit edilmesi, sözcükler, sözcüklerin birleştirilmesi ve cümle oluşturma şeklinde olur.



(harfleri söyleyememek R harfi yerine Y, K harfi yerine T kullanılması sık rastlanır) ve kekemelik (konuşmanın akıcılığının ya da ritminin bozuk olması) konuşma bozukluğudur. Tedavide konuşma ve dil terapistleri, çocuk psikiyatristi, ebeveyn ve okul öğretmenleri ortak çalışmalıdır.

KONUŞMA GELİŞİMİ 2-3 AYLIK KEN BAŞLAR

Bebekler 2-3. aylarda agulamaya, 4-9. aylarda babıldamaya başlar. 12-18. ay arasında çocuklar yaklaşık 10-50 sözcük dağarcığına ulaşırlar. 2 yaşında iki kelimelik cümleler (su ver, anne gel vb.) kurabilirler. 10 kelime söylemeli ve en az 50 kelime anlamalıdır. 3-4 yaşlarında 3-6 kelimelik cümleler kurabilir sorular sorabilir, öykü anlatabilirler ve konuşmasının tamamına yakını anlaşılır hale gelir.

KONUŞMA GECİKMESİ

Konuşma gecikmesi çocuğun yaşlarına kıyasla dil gelişiminde yetersizlik olması durumudur. Konuşmanın akıcılığı, içeriği, kelime

dağarcığında önemli derecede yetersizlik vardır. Erkek çocuklarda kız çocuklarına kıyasla 3-4 kat daha sık rastlanır.

Öncelikle araştırılması gereken çocuğun işitme kaybına ilişkin bir durumunun olup olmadığıdır. Konuşma gecikmesinin en sık nedeni işitme kaybıdır. Kulak Burun Boğaz uzmanları tarafından değerlendirilmelidir.

Konuşma gecikmesinin nedenlerinden biri de çocuğun zeka gelişimindeki geriliktir. Çocuğun zeka düzeyi azaldıkça konuşma ve dil gelişimi de azalır. Çoğu zaman zeka sorunu konuşmanın gecikmesiyle saptanır. Zeka geriliğine bağlı konuşma gecikmesinde hem konuşulanı anlamada hem de ifade etmede sorun vardır. Ancak her konuşma gecikmesi sorunu yaşayan çocuğa zeka geriliği tanısı konulamaz.

KONUŞMA GÜÇLÜĞÜ ÇEKEN ÇOCUKLAR ÇEŞİTLİ AÇILARDAN DEĞERLENDİRİLMELİ

Konuşma gecikmesi olan çocuklar otistik spektrum açısından da değerlendirilmelidir.

Otistik çocuklarda konuşmanın başlamaması sık görülen belirtilerdendir.

Evde çocukla az konuşulması, ilgilenilmesi ve uyaran eksikliği nedeniyle de konuşma gecikebilir. Uzun süre TV karşısında oturan çocuklarda da dil gecikmesi görülebilir.

Çocukta konuşma gecikmesinin olduğu durumda öncelikle anlama kapasitesine bakılmalı. Konuşma dışında diğer iletişim araçlarını kullanıyorsa, yaşına göre yeterince kelime anlıyorsa, seslenildiğinde ismine bakıyorsa, göz teması kuruyorsa, 2 komutlu cümleleri anlayıp yapıyorsa, beden dilini kullanıyorsa, elinizle işaret ettiğiniz yere bakıyor veya kendisi eliyle işaret ederek sizin bakmanızı sağlıyorsa genellikle çok fazla endişelenecek bir durum yok demektir. Konuşma ve dil terapistiyle çoğu zaman çok kısa sürede ilerleme kaydedilebilir.

Çocuğunun konuşma için bir gayreti yoksa ve sizi anlamakta ve kendini ifade etmekte zorlandığını düşünüyorsanız mutlaka bir çocuk ve ergen psikiyatristinin görüşünü alın. ▶



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ UYARIYOR:

GEÇ KALMAYIN ALZHEİMER’İ TANIYIN

65 yaşından sonra her sekiz kişiden birinde görülen Alzheimer hastalığı, 85 yaşından sonra her iki kişiden birinde görülmektedir. Bu kadar sık görülen, hem hastanın hem de ailenin yaşam kalitesini ciddi derecede bozan bir hastalık olmasına rağmen, hem dünyada hem de ülkemizde yeterince tanınmamaktadır.



Alzheimer hastalarının en az %50’si tanı ya da tedavi almadan hayatını kaybetmektedir. Bunun en önemli nedenlerinden biri de yaşlanınca unutkanlığın “normal” olduğu düşüncesidir. **Alzheimer hastalığının** geç tanınması ve tedavinin geç başlaması hastalığın seyrini kötü etkilemektedir. Alzheimer hastalığı konusunda çalışmalar yürüten Kıbrıs Türk Nöroloji Derneği (KTND) başkanı Yakın Doğu Üniversitesi öğretim görevlisi Nöroloji Uzmanı **Yrd. Doç. Dr. Bahar Kayma-**

kamzade Çulhaoğlu ile demansı ve Alzheimer hastalığını konuştuk.

Demans (bunama) nedir?

Demans; genellikle ileri yaşlarda ortaya çıkan, hafıza, konuşma, uygun davranma, yön bulma, hesap yapma gibi zihinsel işlevlerin sıklıkla yavaş bir seyrinde ilerleyici olarak kaybedildiği nörolojik bir hastalıktır. Her unutkanlık demans değildir. Hafıza yanında başka becerilerin (konuşma, alet kullanma vb.) kaybının

da olması ve kişinin günlük hayatının etkilenmesi durumunda tabloya demans denebilir.

Belirtileri nelerdir?

Bellek kaybı yanında, edinilmiş becerileri (giyinme, düzgün bir biçimde yemek yeme, alet kullanma becerilerini) yapmakta güçlük, kişilik-davranış değişiklikleri, dili kullanmada, konuşulanları anlamada bozukluk, yol bulamama, hesap yapamama, içe kapanma, canlı hayaller görme de demansın belirtileri olabilir.

Hastalığın erken dönemlerinde, bu belirtilerin birkaçı olabileceği gibi hastalığın seyri sırasında yeni belirtiler tabloya eklenebilir. Başlangıçta daha hafif düzeyde olan şikayetler, zaman içerisinde ağırlaşabilir.

Alzheimer hastalığının nedeni nedir? Demans ve Alzheimer aynı şey midir?

Alzheimer hastalığı beyin hücrelerinin programlanandan daha erken, yaşa göre beklenenden daha hızlı küçülmesi ve kaybı nedeniyle olmaktadır. Alzheimer hastalığı bulaşıcı bir hastalık değildir, bir kanser hastalığı değildir. Alzheimer bir demans çeşididir ancak her demans Alzheimer hastalığı değildir. Alzheimer hastalığı dışında demansa neden olan birçok hastalık ve durum vardır.

Demans kimlerde sıklıkla görülür, kimler risk altındadır?

Ailede demansı olan birey olması, beyin damar hastalığı için risk faktörleri (yüksek tansiyon, yüksek kolesterol, şeker hastalığı) olması, sık kafa travması geçirmek, düşük eğitim seviyesine sahip olmak, en önemlisi de ileri yaş (özellikle 80 yaş üzeri) demans için risk faktörleridir.

Alzheimer hastalığı haricine başka demans çeşitleri var mıdır?

En sık görülen demans tipi Alzheimer hastalığı olsa da daha nadir görülen demans tipleri de vardır. Bunlar arasında geçirilmiş eski felçlere bağlı beyinde hasar sonucu olan demans, beynin ön ve şakak loblarını etkileyen Frontotemporal demans, vitamin eksikliklerine bağlı demans, beyinde su toplanması ile ilişkili demans, enfeksiyonlara bağlı demanslar sayılabilir.

Alzheimer genetik bir hastalık mıdır?

Genel olarak, Alzheimer hastalığına yakalanma riski, eğer ebeveynlerden biri bu hastalığa sahipse topluma göre biraz daha yüksektir. Şu an Alzheimer hastalığının kalıtımla nasıl



geçtiği konusunda çalışmalar devam etmektedir. Kalıtım yanında başka faktörlerin de ortaya çıkmasına katkıda bulunduğu düşünülmektedir. Çok nadir (yaklaşık 100 hastanın 5'inde) olmakla birlikte irsi formları mevcuttur.

Yaşlılık ilişkili unutkanlık, demans başlangıcı adı verilen tablolar nedir?

Yaşlanma ile kişilerde ılımlı bir unutkanlık olabilir. Bu durum ilerlemediği sürece herhangi bir hastalığa yol açmaz. Bu durumun mutlaka demanstan ayırt edilmesi için bir Nöroloji uzmanı tarafından değerlendirilmesi ve bu tip hastaların ilerleme olup olmadığı konusunda periyodik olarak takip altında olması gereklidir.

Hafif kognitif bozukluk (hafif hafıza bozukluğu) halk arasında Alzheimer başlangıcı olarak adlandırılan tabloda hastanın kendisinin hafıza ile ilgili belirgin bir yakınması yoktur. Genelde ailesi daha önce yaptığı işlerde bir miktar zorlanma yaşadığını belirtir. En çok merak edilen konu bu tablonun demansa dönüşüp dönüşmeyeceğidir. Her yıl bu tabloya sahip 10 hastadan birinin demansa dönüştüğü belirtilmektedir. Bu nedenle hastaların düzenli takibi gereklidir.

Demans teşhisinde neler yapılır?

İlk önce hasta ve mutlaka onu iyi gözlemleyen yakını ile görüşme yapılır. Hayatında nelerin değiştiği, neleri unuttuğu sorgulanır.

Daha sonra hafızanın, işlem yeteneğinin, şekilleri kopyalama becerisinin ve daha birçok beyin işlevinin kontrol edildiği nöropsikolojik testler uygulanır. Mutlaka her hastada tedavi edilebilir unutkanlık sebebi olabilecek tiroid hormonlarına ve vitamin B12 düzeyine bakılmalıdır. Hastanın demansı olduğu kanaatine varılırsa beyin MRG'si planlanır. Beyinde bir küçülme olup olmadığı, varsa neresinde küçülme olduğu incelenir. Ayrıca PET dediğimiz beyin çalışmasını gösteren tetkikler de kullanılabilir. Bu tetkikler ile tanı desteklenmiş olur.

Unutkanlığın tedavisi var mıdır?

Bazı nedenlere bağlı olarak gelişen demansların kökten tedavisi olabilir. Bunlar arasında tiroid hormonlarının az salgılanmasına bağlı unutkanlık, beyinde sıvı birikmesine bağlı ortaya çıkan unutkanlık, özellikle B12 olmak üzere vitamin eksiklikleri yer alır. Alzheimer hastalığında henüz kesin bir tedavi olmayıp, amaç ilerlemenin yavaşlatılmasıdır. Bu amaçla Alzheimer hastalarında kullanılan ilaçlar sinir hücreleri arasındaki iletimde yer alan hafıza ile ilgili maddelerin aynı düzeyde kalmasını sağlamaya yardımcıdır. Alzheimer hastalığı tüm dünyada bilimsel çalışmaların en yoğun olarak sürdürüldüğü hastalıklardan birisidir. Çalışmaların devam ettiğini ve mevcut tedavilerin hastanın ve hasta yakınlarının yaşam kalitesini artırmasının yanında hastaya zaman da kazandırdığını unutmamak gerekir. Demans sürecinde ortaya çıkabilecek davranış değişiklikleri, hayaller, hırçınlıklar ve depresyon gibi durumların ise ilaçlarla kontrol edilmesi mümkündür.

Demansla karışabilecek durumlar var mıdır?

Doğuştan gelen zeka ile ilgili problemler demans değildir. Demans sonradan gelişen bir hastalıktır. Sık olarak ruhsal problemler, depresyon durumunda hastalar unutkanlık yakınması ile doktora başvurmaktadır. Bu hastalarda hafıza problemlerinden daha ziyade dikkat dağınıklığı, isteksizlik, ilgi azlığı gibi belirtiler mevcuttur. Ancak bu durumlar demans değildir. ■

DİSLEKSİ OLARAK BİLİNER ÖZGÜL ÖĞRENME GÜÇLÜĞÜ

Halk arasında disleksi olarak bilinen özgül öğrenme güçlüğü, okul çağında çocuğun derslerine çalışıyor olmasına rağmen okuma (disleksi), yazma (disgrafi) ve matematik (diskalkuli) alanlarına yönelik olan becerilerden birinde, ikisinde ya da hepsinde, çocuğun aldığı eğitime, yaşına ve zekasına göre beklenen başarıyı gösterememesi ile seyreden yaşam boyu süren gelişimsel bir bozukluktur.



Okulda öğretmenler öğrencilerinin var olan potansiyellerini göstermeleri için çaba harcarken, bazı çocuklar özel gereksinimleri ile dikkat çekmektedir. Sınıf içerisinde bilgiyi alma ve kullanma açısından yaşitlarına göre farklı olduğu gözlenen, gerek okulda gerekse evde verilen desteğe rağmen, okulda ve evde güçlük yaşamaya devam çocuklar gözlemlenebilmektedir. Özgül öğrenme güçlüğü olan çocuklar dil, algısal kavramsal alan, motor koordinasyon, bellek, dikkat-hareket, organizasyon ve duygusal sosyal alanların bazılarında ya da hepsinde sorun yaşayabilmektedirler.

Özgül öğrenme güçlüğü olan çocukların sıklıkla yaşadıkları güçlükler

Dil alanına yönelik yaşanan güçlükler

•Geç konuşurlar.

- Kelime hazneleri yaşlarına uygun değildir.
- Sözcükleri doğru telafuz etmekte güçlük çekerler.
- Yaşlarına göre okuma hızları düşüktür ve okurken bir çok okuma hatası yaparlar.
- Okumayı öğrenmede yaşitlarına göre gecikirler.
- Bir sözcüğü yanlış şekilde hecelerine ve harflerine ayırırlar.
- Okurken ya da yazarken, bazı harfleri ya da rakamları karıştırırlar.
- Gördüğü harf, sayı ya da sözcükleri ters okuyup yazabilirler.
- Sözcüklerdeki harflerin sırasını yazarken ya da söylerken karıştırabilirler.
- Yazarken ya da okurken, sıklıkla harf, hece, kelime, satır atlar ya da eklerler.

Algısal kavramsal alana yönelik yaşanan güçlükler

•Sayıları, harfleri, geometrik şekilleri öğren-

mekte ve ayırt etmekte güçlük çekerler.

- Nesnelerin benzerlikleri ve farklılıkları, nesnelerin renk, şekil gibi özelliklerine göre sınıflandırılması gibi konularda zorlanırlar.
- Saati öğrenmekte zorlanırlar.
- Zamana ilişkin kavramları (dün, bugün, yarın, sabah, öğlen, akşam, vb.) anlamakta zorlanırlar.
- Sayıların, ayların, mevsimlerin, günlerin ardışıklığı gibi sıralama becerisi gerektiren konularda zorluk çekerler.
- Matematik sembolleri karıştırırlar.
- Çarpım tablosunu öğrenmekte yaşitlarına göre daha geridirler.

Motor koordinasyon alanına yönelik yaşanan güçlükler

- El tercihinde gecikme söz konusudur.
- Yardımsız giyinmekte zorlanırlar.
- El yazıları okunaksızdır ve yaşitlarına göre daha yavaş yazarlar.



Çocuklarda özgül öğrenme güçlüğü görülme sıklığı ortalama %5-15 arasında olduğu bilinmekte ve erkeklerde kızlara göre daha sık görülmektedir.

- Harfleri ve şekilleri yanlış yönlerden başlayarak çizerler.
- Şekilleri kopya etmekte ve çizmekte güçlük çekerler.
- Sağ ve solu karıştırırlar.

- Ayakkabı, kravat bağlamak, düğme ilikleme gibi konularda güçlük çekerler.
- Motor becerilerine yönelik sakarlık ve beceriksizlikler yaşarlar.
- Sek sek oynamak, bisiklet sürmek, ip atlamak gibi oyunlarda zorlanırlar.

Bellek alanına yönelik yaşanan güçlükler

- Arkadaşlarının, öğretmenlerinin isimlerini hatırlamakta güçlük çekerler.
- Şiirleri, şarkıları hatırlamakta zorlanırlar.
- Günler, aylar, sayılar ve alfabenin ardışıklığını hatırlamakta güçlük çekerler.
- Yeni öğrendiği bilgiyi hatırlamakta veya sırasıyla hatırlamakta zorlanırlar.
- Okul araç-gereçlerini sıklıkla kaybederler.

Dikkat-hareket alanına yönelik yaşanan güçlükler

- Sözlü yönergeleri izlemekte zorlanırlar.
- El ve ayakları sürekli hareket halindedir ve hareketsiz oturmakta güçlük çekerler.
- Düşünmeden hareket ederler.
- Sıra beklemekte güçlük çekerler.
- Dikkatlerini bir noktaya odaklamakta ve sürdürmekte güçlük çekerler.
- Toplama çıkarma gibi işlemlerde eldeyi unutabilirler.

Organizasyon alanına yönelik yaşanan güçlükler

- Bir işe başlamak ve bitirmekte zorlanırlar.
- Düşüncelerini ve yapacağı etkinlikleri düzenlemekte zorluk çekerler.
- Aynı anda birkaç şeyi organize edemeyebilirler.
- Giyinirken giysilerinin sırasını karıştırabilirler.
- Düşüncelerini düzgün bir şekilde ifade etmekte zorlanırlar.
- Çoğu zaman defterlerinin düzensiz, karışık ve iyi kullanılmamış oldukları görülmektedir.

Duygusal-sosyal alana yönelik yaşanan güçlükler

- Arkadaşlarının yüz ifadelerini, mimiklerini anlamakta ve yorumlamakta güçlük çekerler.
- Arkadaşlarıyla anlaşmakta zorlanırlar.

- Yaşıtlarına göre daha çocuksu davranışlar gösterirler.
- Neşeliyken birden öfkelenebilirler.
- Yaşına uygun oyunları anlamakta zorlanabilirler.
- Benlik saygılarında azalma gözlemlenebilir.

Özgül öğrenme güçlüğüne tanı ve tedavisi

Sıklıkla çocuklarda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ile birlikte görülen özgül öğrenme güçlüğüne tanısal değerlendirilmesi, çocuk ergen psikiyatrisi kliniğinde çocuk-ergen psikiyatristleri ve bu alanda çalışan uzman psikologlarla birlikte yapılmaktadır.

Tanı çocukla ve ailesiyle yapılan klinik görüşme, okulda öğretmenlerinden çocukla ilgili edinilen bilgiler ve çocuğa çeşitli psikolojik testler yapılarak konulmaktadır.

Temel beceriler için erken değerlendirme önemli

Özgül öğrenme güçlüğü tanısı her ne kadar da okul çağında konulsa da, belirtileri okul öncesi dönemden itibaren görülmektedir. Erken dönemde bu belirtileri fark edebilmek ve müdahale etmek ve sağlanacak uygun destekle çocuğun okul yaşına kadar gereken temel becerileri edinmesi açısından önem taşımaktadır.

Tedavi ile çocuğun akademik ve toplumsal yaşamı desteklenmektedir

Özgül öğrenme güçlüğü olan çocukta tedavi için esas gerekli olan çocuğun öğrenme stiline uygun bireyselleştirilmiş özel eğitimin uygulanmasıdır. Ancak bu bozukluğa eşlik eden başka bir psikiyatrik hastalık söz konusu ise o zaman ilaç kullanımı gerekebilmektedir. Ayrıca özgül öğrenme güçlüğüne tedavisinde çocuğa bireyselleştirilmiş özel eğitimin verilmesinin yanında, çocuk, okul öğretmenleri, çocuk ve ergen psikiyatristi, klinik psikolog ve özel eğitim uzmanı iş birliğiyle tedavinin sürdürülmesi, çocuğun hem akademik hem de toplumsal yaşamının desteklenmesine katkı sağlamaktadır. ▶



DOĞUMSAL KALP HASTALIKLARI



Her 100 canlı doğan bebekten yaklaşık biri doğuştan kalp hastalığı ile doğmaktadır. Ülkemizde de yaklaşık yılda 10 bin civarında bebeğin doğuştan kalp hastalığı ile doğduğu tahmin edilmektedir.

Doğumsal kalp hastalıkları doğumdan önce gelişen hastalıkların genel adıdır. Hastaların yaklaşık olarak %20'sinin erişkin çağa ulaştığı kabul edilirse her yıl 250 doğuştan kalp hastalıklı hasta erişkin grubuna ulaşacaktır. Son yıllarda tanı ve tedavideki gelişmeler sayesinde erişkin yaşa ulaşan hastaların sayısında artış olmaktadır.

Doğuştan kalp hastalığı olanlara özel bakım gereklidir.

Çok yönlü yaklaşım gerektiren bu özel hasta grubu için özel eğitilmiş uzmanlardan oluşan ekiplerin bulunduğu yalnız bu hastalara hizmet veren özel klinik veya polikliniklere gereksinim vardır. Bu hastaların erişkin yaşa geldiklerinde takiplerinde, gebelikten korunma, çocuk sahibi olmaları, gebelikteki takipleri, genetik riskleri ve genetik danışma, kalp enfeksiyonundan korunma, uygulanacak kalp dışı cerrahi girişim şeklinin belirlenmesi ve yönetiminde, eğitim ve meslek seçimlerin-

de, spor aktiviteleri için fiziksel efor kapasitelerinin belirlenmesinde, kullanılacak ilaçların yan etkileri konusunda, psikososyal sorunlar ve toplum desteği açısından da özel olarak deneyimli bir ekip tarafından danışmanlık sağlanmalıdır. Bu amaçla yurt dışında erişkin doğuştan kalp hastalıklarına özel klinikler veya ayakta takiplerde poliklinikler kurulmuştur. Ülkemizde de özel bakım ve takip gerektiren bu özel hasta gruplarının ayrı polikliniklerde takip edilmesi uygun olacaktır.



Anne karnındayken gelişen olumsuzluklar ya da radyasyon alımı doğumsal kalp hastalıklarını tetikleyebilmektedir.



GEBELİKTE GELİŞEN FAKTÖRLER HASTALIĞA NEDEN OLABİLİR

Doğuştan kalp hastalıklarının çoğunun nedeni tam olarak bilinmemektedir. Ancak hastaların bir kısmında akraba evliliği, annede, babada veya ailelerinde doğuştan kalp hastalığı bulunma, hamile iken annenin kızamıkçık gibi enfeksiyonlar geçirmesi, hamile iken röntgen filmi çekirme veya bilinçsiz ilaç kullanma, annenin bazı sistemik hastalıkları (şeker hastalığı), geç yaşta doğum gibi nedenler bilinmektedir. Bununla birlikte hastalığın bu nedenlere bağlı olup olmadığını belirlemek de genellikle mümkün olamamaktadır.

DOĞUMSAL KALP HASTALIKLARINDA RİSK FAKTÖRLERİNE DİKKAT

Doğumsal kalp hastalıkları ile mücadelede ilk ve en etkin adım bu hastalıklara neden olan risk faktörlerini engellemektir. Bunun için ülkemizde yaygın bir sorun olan akraba evliliklerinin önlenmesi, hamilelik yaşının 18-35 arasında tutulması, hamile annenin alkol, sigara kullanımı ve doktora danışmadan

bilinçsiz ilaç alımının önüne geçilmesi, ilk üç ayda zorunlu olmadıkça röntgen çektirilmesi, kızamıkçık aşısının tüm ülke genelinde yaygınlaştırılması, anne adaylarının hamileliğin ilk üç ayında geçirilecek viral enfeksiyonlar ve beslenme konularında eğitimleri ve şüpheli durumlarda doğum öncesi fetal eko için üst merkezlere yönlendirilmeleri gibi konuların üzerinde durulması gerekmektedir.

DOĞUMSAL KALP HASTALIKLARININ TANISI

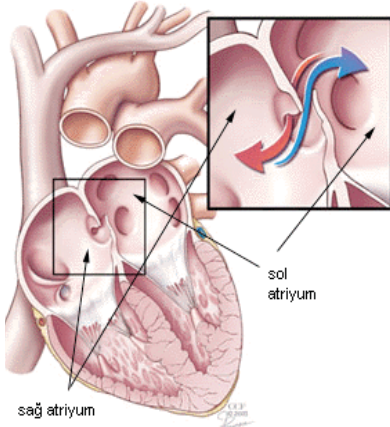
Dördüncü aydan itibaren anne karnındayken bu hastalıkların büyük bir bölümüne deneyimli merkezlerde tanı konabilmektedir. Doğum sonrasında ise muayeneden şüphelenilmesi üzerine (sıklıkla kalpte üfürüm duyulması ile) elektrokardiyografi ve akciğer röntgeni gibi temel tetkiklerin ardından en önemli tanı aracı kalp ultrasonografisidir (ekokardiyografi). Bazı hastalarda bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans görüntüleme (MR) de tanıda yardımcı olabilmektedir. Bu girişimsel olmayan tetkiklerin ardından tanıyı kesinleştirmek için veya uygulanacak tedavi yönteminin belirlenmesine yardımcı olmak için kalp

kateterizasyonu yapılmaktadır.

Kateterizasyon deride ufak bir kesi yapılarak, atar damarların veya toplar damarların içine konulan ince kılıflarla yapılan bir işlemdir. Bu ince kılıflardan farklı damarları hem görüntülemek hem de tedavi amacıyla içerisinden ince teller, balon, stent, lazer, burgulu cihazlar, ses dalgası yayan cihazlar ve diğer malzemeler gönderilebilir. Yani hem teşhis hem de tedavi amacıyla kullanılabilirler.

NORMAL DOLAŞIM

Normal kalp dört boşluktan oluşur. Atriyumlar (kulakçık) vücuttan ve akciğerlerden gelen kanı alır, ventriküller (karıncık) vücuda ve akciğerlere kanı pompalar. Sol ventrikülün pompaladığı temiz kan vücuda oksijen taşır. Kirlili kan toplar damarlar aracılığıyla sırasıyla sağ kulakçığa, oradan da bir kapak aracılığı ile sağ karıncığa gelir, buradan da gene bir kapak aracılığı ile akciğer atardamarına (pulmoner arter) pompalanır. Akciğerde temizlenen kan akciğer toplardamarları (pulmoner venler) ile sol kulakçığa gelerek kapaklar aracılığı ile sırasıyla sol karıncığa ve buradan da aort damarı ile tekrar vücuda pompalanır. Oksijenden zen-



Şekil 1. Patent Foramen Ovale (PFO)

gin ve oksijenden fakir olan kanların birbirine karışmaması için sağ ve sol kalp boşlukları birer bölme ile birbirinden ayrılmıştır.

PATENT FORAMEN OVALE (PFO)

İnsan kalbi iki kulakçık (atriyum) ve iki karıncıktan (ventrikül) oluşur. Sağ ve sol kulakçık arasında bir duvar (septum) mevcuttur. Bu duvar bebek anne karnındayken birbirinden ayrı olan ve biri alttan biri üstten köken alan iki bölmenin uç uca birleşmesi ile oluşur. Bu iki bölme arasında fetüs anne karnındayken bir tünel mevcuttur. (Şekil 1) Fetüste akciğer solunumu henüz başlamadığı için vücuttan toplanan ve eşden (plasentadan) gelen kan ancak bu tünel sayesinde kalbin sağ tarafından sol tarafına geçebilir. Doğumdan sonra bebekte akciğer solunumu başladığı için artık bu aralığa ihtiyaç kalmaz ve kalbin sağ tarafındaki basınç artışı sayesinde bu tünel kendiliğinden kapanır. Ancak insanların yaklaşık %25'inde doğumdan sonra da bu aralık açık kalmaya devam eder.

PFO BİR HASTALIK MIDIR?

Bu sorunun cevabı nettir; PFO bir hastalık değildir. Neredeyse her 4-5 kişiden birinde PFO mevcuttur. İnsanların ancak çok küçük bir kısmında hayatları boyunca PFO'ya bağlı sorunlarla karşılaşma ihtimali vardır. PFO'ya bağlı gelişebilecek en dramatik sorun ise sıklıkla toplardamarlardan köken alan bir pıhtı parçasının bu aralıktan geçip beyine, göze veya diğer

organlara atmasıdır. Geçici veya kalıcı felç veya körlük durumlarına yol açabilir.

PFO'NUN TEDAVİSİ NEDİR?

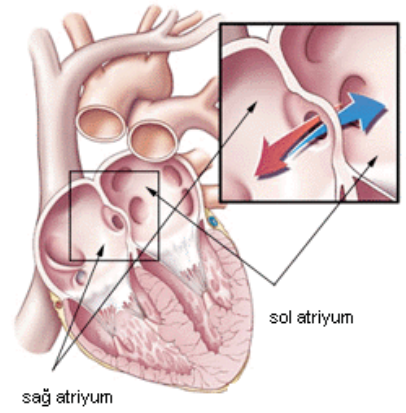
Geçici veya kalıcı felç veya körlük yaşamış PFO'lu bir hastada felce yol açan başka bir neden bulunamazsa bu durum PFO varlığına bağlanabilir. Hastanın aspirin, warfarin (coumadin) gibi kan sulandırıcı ilaçlar kullanması gerekebilir. Eğer felç durumu bu ilaçlara rağmen tekrarlırsa PFO'nun kapatılması gerekebilir. PFO son yıllarda açık kalp ameliyatına gerek kalmadan anjiyografik olarak kapatılabilmektedir.

ATRİYAL SEPTAL DEFEKT (ASD)

ASD, sağ ve sol kulakçığı birbirinden ayıran bölmenin tam olarak gelişmemesi sonucu sağ ve sol kulakçık arasında bir delik kalmasıdır. (Şekil 2) Sol kulakçıktaki temiz kanın tamamı sol karıncığa gideceği yerde bir kısmı bu delikten kirli kan bulunan sağ kulakçığa geçerek bir tür kısa devre yapmaktadır. Temiz kan kirli kana karışarak gereksiz yere bir kez daha akciğerlere temizlenmeye gitmektedir. Sağ tarafta olan artmış kan akımı kalbin sağ kulakçığının ve sağ karıncığının büyümesine ve akciğer damarlarındaki tansiyonun artmasına yol açar. ASD erişkinlerde en sık görülen doğumsal kalp hastalığıdır. Primum ASD ve sekundum ASD (ameliyatsız kapatmaya uygun olan tek tip) olmak üzere başlıca iki tipi vardır ancak nadir görülen diğer tipleri de mevcuttur.

ASD'li hastalarda belirtilerin ortaya çıkması deliğin büyüklüğü ile ilgilidir. Çoğu kez çocukluk döneminde semptom vermeyebilir. Klinik pratiğimizde ASD tanısını ilk kez 40 yaşın üstünde koyduğumuz hastalarla ara ara karşılaşmaktayız. ASD'nin belirtileri diğer birçok kalp hastalığında da görülebilen nefes darlığı, yorgunluk, çarpıntı, göğüs ağrısı ve nadiren geçici felçler olabilir. Bu hastalık, kalp yetersizliği, ritim bozukluğu, felç, tekrarlayan akciğer enfeksiyonları ve akciğer dolaşımında basınç artışı gibi sorunlara neden olabilir.

Çok küçük ASD'ler kapatılmadan da takip edilebilir. Erişkin dönemde saptanan hastalar



Şekil 2. Atriyal Septal Defekt (ASD)

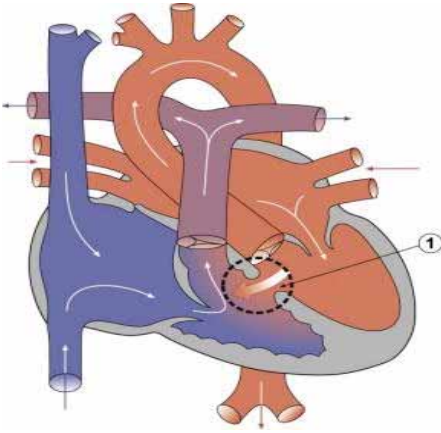
için kapatma kararı alınırken hastanın yaşına, semptom durumuna ve delikten geçen kan akımının büyüklüğüne, kalp boşluklarındaki genişlemeye bakılarak karar verilir.

VENTRİKÜLER SEPTAL DEFEKT (VSD)

Çocuklarda en sık görülen doğumsal kalp hastalığı olan VSD, sağ ve sol karıncığı birbirinden ayıran bölmenin (ventriküler septum) tam olarak gelişmemesi sonucu bir delik kalmasıdır. (Şekil 3) Sol karıncıktaki temiz kanın tamamı aort damarına gideceği yerde bir kısmı bu delikten kirli kan bulunan sağ karıncığa geçerek kısa devre yapmakta ve böylece temiz kan tekrar akciğere gitmektedir. Bu hastalık, kalp yetersizliği, kalp enfeksiyonu, kalp atışlarında düzensizlik, büyüme geriliği, felç ve akciğer dolaşımında basınç artışı gibi sorunlara neden olabilir. Sağ karıncık basıncı sol karıncık basıncını geçerse kan akımının yönü tersine dönerek sağ karıncıktaki kirli kan sol karıncıktaki temiz kana karışabilir ve bu durumda hastada morarma görülebilir. Küçük delikler çocukluk döneminde iki yaşına kadar kendiliğinden kapanabilmektedir. Kendiliğinden kapanmayanlarda ise ameliyatla veya uygun vakalarda ameliyatsız olarak kapatma mümkündür.

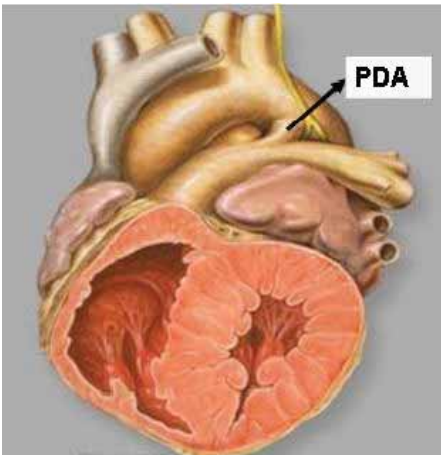
PATENT DUCTUS ARTERİOZUS (PDA)

İnsan kalbinden iki büyük atardamar çıkar. Bunlardan biri pulmoner arterdir ve kirli kanı akciğerlere taşıy diğeri ise aort damarıdır ve



Şekil 3. VSD'nin şematik görünümü

akciğerlerden gelen temiz kanı tüm vücuda taşır. Fetüs anne karnında iken fetüsün akciğer solunumu henüz başlamadığı için iki büyük damar arasında kan akımını sağlayan damarsal bir açıklık vardır. (Şekil 4) Doğum sonrası bu damarsal açıklık kısa sürede kapanır. Ancak bazı bebeklerde, özellikle zamanından önce doğan (prematüre) bebeklerde kapanmayabilir. Eğer kanal açık kalırsa vücuda gitmesi gereken temiz kanın bir kısmı aortadan pulmoner artere geçerek bir tür kısa devre yapmakta ve temiz kanla kirlenmiş kan karışarak gereksiz yere bir kez daha akciğerlere temizlenmeye gitmektedir. Bu da akciğer dolaşımının artmasına yol açmaktadır. Bu olay bir yandan akciğer atardamarında basınç yükselmesine sebep olurken, diğer yandan artan kan akımı kalbin daha fazla çalışmasına ve daha fazla yorulmasına sebep olmaktadır. Bu hastalık, kalp yetersizliği, enfeksiyon, büyüme geriliği ve akciğer dolaşımında



Şekil 4. PDA'nın şematik gösterimi

basınç artışı gibi komplikasyonlara neden olabilmektedir.

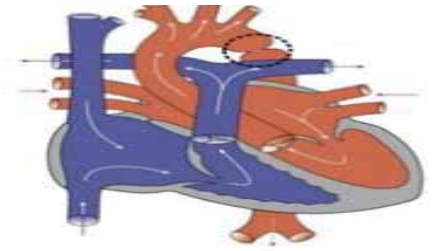
Açıklığın küçük olduğu vakalarda tanı genellikle muayene sırasında üfürümün duyulması ile tesadüfen konur. Büyük açıklığı olan bebeklerde hızlı nefes alıp verme, özellikle emerken aşırı terleme, yeterli kilo alamama ve emme sırasında yorulma dikkati çeker. Erişkin yaşa gelenlerde çarpıntı, nefes darlığı veya göğüs ağrısı görülebilmektedir.

AORT KOARKTASYONU

Aort damarının bir bölümünün çapının doğuştan normalden dar olmasına aort koarktasyonu denilmektedir (Şekil 5). Darlık bir miktar kanın geçmesine izin verebileceği gibi kanın hiç geçmediği durumlar da vardır. Kan, darlığın ilerisindeki bölümlere tali yollarla geçer. Bu hastalık yaşamı tehdit eden çeşitli sorunlara yol açabilir. Aortadaki darlık nedeniyle kalbe aşırı yük binmekte ve darlıktan önceki vücut bölgelerinde fazla basınç olmaktadır (yüksek tansiyon). Gençlerdeki yüksek tansiyonun bir nedeni de bu hastalıktır. Aortanın darlıktan önceki bölümünde basınç artışı sonucu aşırı balonlaşma (anevrizma) ve yırtılma oluşabilir. Enfeksiyon, beyin kanaması, felç ve kalp yetersizliği gelişebilir. Darlığın, hipertansiyon kalıcı hale gelmeden 10 yaşından önce giderilmesi önerilmektedir.

FALLOT TETRALOJİSİ

Bu hastalık Fallot isimli bir doktor tarafından tarif edilmesi ve dört bozukluğun bir arada bulunmasından (tetraloji) dolayı bu ismi almıştır. Bu dört bozukluk VSD, kalbin sağ tarafından çıkan damarda darlık (pulmoner darlık), aortanın sağ karıncığa doğru kayması ve sağ karıncığın kalınlaşmasıdır (hipertrofi). Vücuda yeterli miktarda temiz kan gitmezse ve sağ karıncıktaki kirlenmiş kanın bir kısmı aort damarına atılıp vücuda dağılırsa hastada morarmaya neden olur. Fallot tetralojisi dudaklarda, ellerde ve ayaklarda morarma, beslenme bozukluğu, büyüme-gelişme geriliği, kalp atımlarında düzensizlik ve felç gibi birçok sorunlara yol açar. Bu hastalığın, yaşamın erken dönemlerinde ameliyat edilmesi gerekir. Çocukluk



Şekil 5. Aort koarktasyonunun şematik görünümü

döneminde ameliyat edilen hastaların erişkin dönemde de gelişebilecek komplikasyonlar açısından sıkı takipleri gerekmektedir (kalp yetersizliği, ritim bozuklukları, ana damarlarda genişleme, kalp kapaklarında yetersizlik, ameliyat yamalarının açılması gibi).

ASD KAPATMA CİHAZLARINDA BAŞARI ORANI YÜKSEK

ASD kapatma cihazları birbirine bağlı iki disk şeklindedir. (Şekil 6) Delik çapına uygun olarak seçilen kapatma cihazı kateter içinden ilerletilerek delik geçilir. Sol atriyumda cihazın bir diski açılır, ikinci disk de sağ atriyumda açılarak delik kapatılır ve kateter geri alınarak



Şekil 6. Ameliyatsız yöntemle uygulanan ASD kapatma cihazı

işlem sonlandırılır. İşlem sonrası vücut dokuları aletin üzerine doğru büyür ve ortalama 3-6 ay içinde tamamen vücut dokusu ile kaplanır. Kapatma cihazı sürekli duvar içinde kalır. Cihazın varlığını hasta hissetmez. Hasta işlemden sonraki gün taburcu edilebilir ve birkaç gün içinde normal yaşamına ve çalışmasına dönebilir. Cihaz üzerinde pıhtı oluşumunu önlemek için 3-6 ay süre ile kan sulandırıcı ilaç kullanılır. İşlemden sonraki ilk 6 ay içinde diş çekimi, cerrahi müdahale gibi kana mikroorganizma karışması olasılığı olan işlemlerden önce antibiyotik ile koruma yapılmalıdır. ■

FİBROMYALJİ NEDİR?

Fibromyalji genel vücut ağrısı ve hassas noktaların varlığı ile karakterize bir hastalıktır. Kas iskelet sistemi sorunları ile uğraşan hekimlerin çok sık gördüğü bir hastalıktır. Buna rağmen pek çok hastaya tanı konulamamakta veya başka hastalık tanıları ile izlenmektedirler.



Fibromyalji tanısı birçok hasta için hayal kırıklığı yaratabilmektedir. Hastalar uzun süredir olan ve yaşam kalitelerini azaltan bir hastalığın iltihaplı romatizmal bir hastalıktan kaynaklandığı kanaatindedirler. Aslında hekimlerin bir kısmı da aynı görüşte olsa gerek ki, bu hastalara romatoid artrit, spondiloartrit, gut, akut romatizmal ateş gibi tanıları konulmakta ve pek çok hasta bu nedenle gereksiz tanı ve tedavi yaklaşımlarına maruz kalmaktadır. Fibromyalji sıklığı, romatoloji polikliniklerinde dahi, osteoartritten (eklem kireçlenmesi) sonra en sık görülen ikinci hastalık grubudur. Toplumdaki sıklığının %1-5 olduğu

ve kadınlarda erkeklere oranla sekiz kat daha sık görüldüğü düşünülmektedir.

Kimde fibromyalji hastalığı düşünülmelidir?

Fibromyalji hastaları sıklıkla tam olarak lokalize edemedikleri, genel bir ağrıdan yakınırırlar. Bu ağrıların eklemler ile ilişkisi olduğunu düşündükleri için sıklıkla hekime eklem ağrısı yakınması ile başvurlar. Ancak ağrıyan yerlerini göstermeleri istendiğinde eklem dışı ve çok daha geniş alanları işaret ederler. Bizler hekimler olarak fibromyalji hastalarının daha stresli ve mükemmeliyetçi

yapıda kişiliklere sahip olduğunu düşünürüz. Ancak her hastanın bu şekilde kategorize edilmesi zordur. Fibromyalji hastalarında eşlik eden başka sorunlarda olabilir. Uyku problemleri sık görülür. Hastalar yeterince dinlenmeden ve yorgun olarak uyanmaktan, bunun yanı sıra uykuya dalmakta zorlanmaktan yakınabilirler. Israrıcı ve tekrar eden yorgunluk, migren benzeri baş ağrısı, hafıza bozuklukları, kalple ilişkisi olmayan göğüs ağrısı, çarpıntı, mide ekşimesi, sık idrara gitmek, kadınlarda ağrılı cinsel ilişki ve huzursuz bağırsak hastalığı ile ilişkili yakınmalar da eşlik edebilir.



Fibromyaljinin kronik bir hastalık olduğu, ancak ilerleyici ve sakat bırakıcı etkisinin olmadığı hastaya anlatılmalıdır.

Fibromyalji psikiyatrik bir hastalık mıdır?

Fibromyalji tanısı konulan pek çok hastanın hekime ilk sorduğu sorulardan birisi budur. Ancak bunun yanıtını net olarak söylemek çok kolay değildir. Hastalığın ortaya çıkmasında psikososyal durumun katkısı açıktır. Ancak hastalığın tek başına psikiyatrik olduğunu söylemek genel bir yaklaşım olacaktır. Fibromyaljinin kişilik özellikleri açısından yatkın olan bireylerde, uygun çevresel koşullar oluştuğunda ortaya çıkabilen bir hastalık olduğu söylenebilir. Yoğun bir duygusal bir stres, duygusal veya mekanik bir travmaya maruz kalmak hastalığın tetiğini çekebilir. Hastalık tanı konulmadıkça daha kronikleşir ve kök salar. Yapılan çalışmalar göstermiştir ki, beyinde ağrının hissedilmesi ile ilişkili bozukluklar veya hormonal faktörler fibromyalji hastalığının görülmesinde rol oynayabilir. Bu nedenle fibromyaljinin sadece psikiyatrik bir hastalık olduğunu söylemek doğru değildir.

Fibromyalji hastalığının tanısı nasıl konulur?

Hastalığın tanısı hastanın anlattıkları ve fizik muayene ile konulabilir ve tanı koydurucu bir laboratuvar testi yoktur. Fibromyalji hastalığının tanısında belirlenmiş olan hassas noktaların bası ile muayenesi tanı için önemlidir.

On sekiz hassas noktadan on birinde duyarlılık olması tanıda yardımcıdır. Ancak fibromyalji hastalığının diğer iltihaplı romatizmal hastalıklara ve sistemik hastalıklara eşlik edebileceği unutulmamalıdır. Bu nedenle bir hastaya fibromyalji tanısı konulmadan önce, diğer potansiyel hastalıkların dışlanması önem kazanır. Bunların başında hipotiroidi ve D vitamini eksikliği gelir. Her iki hastalıkta da fibromyaljiyi taklit eden yakınmalar olabilir. Özellikle elli yaşın üzerinde ki hastalarda omuz ve kalça bölgesinde daha fazla olabilen ağrılar polimiyaljiya romatika ile ilişkili olabilir. Sjögren hastalığında ve romatoid artritli hastaların erken dönemlerinde hastaların çok iyi lokalize edemedikleri ağrılar bazen yanlışlıkla fibromyalji tanısı almalarına yol açabilir. Bu nedenle her hastanın fibromyalji hastalığı ile aşina bir hekim tarafından değerlendirilmesi ve laboratuvar tetkiklerinin hastaya özel olması gereklidir. Fibromyalji hastalarında standart bir laboratuvar incelemesi önerilmez.

Fibromyalji hastalığının tedavisi nedir?

Fibromyalji hastalığının tedavisi iki temel alanda olmalıdır. İlki ilaç tedavisi, ikincisi ise ilaç dışı tedavilerdir. Çeşitli antidepresanlar ilaç tedavisinin temelini oluşturur. Bunu yanı sıra, magnezyum tuzları ve nöro-

patik ağrı tedavisinde kullanılabilen ilaçlar da verilebilir. Ağrı kesicilerin, kortizon içeren ilaçların hastanın almakta olduğu ilaç sayısını artırmak dışında etkisi ve faydası yoktur. Egzersiz programları, deneyimlerle ve stresle baş etme yöntemlerinin öğrenilmesi, bilişsel davranış tedavileri ilaç dışı yaklaşımlardır. Ancak her iki yaklaşımın da hastalığı tamamen düzelteceğini söylemek güçtür. Bu nedenle hastaların tedavi ile ilişkili beklenti dozunu yüksek tutmamak gereklidir.

Hastalığın tanısının konulması ve buna hastanın da ikna edilmesi her zaman kolay bir süreç olmamaktadır. Pek çok kişi hastalığının tanısının konulmasından memnun ama tedavi konusunda aynı derecede tatmin olmadan poliklinikten çıkmaktadırlar. Eğer hasta ve hekim iyi bir diyalog süreci başlatabilirlerse, kontrollerde yakınmaların tam olarak geçmesi bile azalmış olduğu çoğu zaman görülmektedir. Diyalog sürecinde bir tarafında hasta ve diğer tarafında onun yakınmalarını dinleyecek ve kaygılarını giderecek sabırlı bir hekimin olması önemlidir. Fibromyalji hastalığı hem hekimler hem de hastalar için tanı ve tedavi aşamasında zorlayıcı bir süreçtir. Hastaların hekimlerine duyacakları güvenin yanı sıra hekimlerin hasta ile empati yapma gayretleri tedavinin kritik noktasıdır. ▶

GELİŞİMSEL KALÇA DİSPLAZİSİ

Gelişimsel kalça displazisi olan bebeklerde, çocuklarda küre ve soketin gelişimi tam olmamaktadır. Küre soket içerisinde gevşek bir şekilde yerleşir ve çıkarılabilir ya da küre soket içersinden çıkar.



Kalça eklemi birbirine uyan küre ve soket şeklinde bir eklemdir. Normal bir kalçada uyluk kemiğinin (femur) üst kısmındaki küre (femur başı) leğen kemiğindeki soketle (asetabulum) sıkı bir uyum içindedir.

Kalça eklemının gelişimi doğumdan sonra devam eder. Doğum sırasında bazı bebeklerde kalça eklemindeki yapılar gelişim geriliği olsa da bu bebeklerin bir kısmında doğum sonrası gelişim kalçanın normal yapısına dönmesini sağlar. Bu be-

beklerin bir kısmında ise gelişim geriliği düzelmez. Tedavi edilmezse kalçayı oluşturan yapıların gelişmemiş kalması ve kalça eklemının yerinden çıkması ile sonuçlanır.

HASTALIĞIN EVRESİNE GÖRE DEĞİŞKEN

Gelişimsel kalça displazisi olan tüm vakalarda asetabulum (soket) sığdır ve femur başı ile asetabulum arasında sıkı uyum yoktur. Beraberinde eklem çevresindeki bağlar gerginleşmiştir. Kalça eklemindeki pek çok

yapıda hastalığın evresine göre değişiklikler oluşur. Hastalığın evresi **asetabulum** ve **femur başındaki** gelişim geriliğinden (displazi), çıkarılabilir kalçaya, yarı çıkık (sublukse) kalçaya ve çıkık (disloke) kalçaya değişebilir.

RİSK FAKTÖRLERİ

Gelişimsel kalça displazisinin aile içerisinde geçiş gösterdiği yani genetik etkenim olduğu görülmüştür. Sol kalçada daha fazla görülür.



Gelişimsel kalça displazisi sıklıkla doğum sırasında olsa da sıkı kundak uygulaması gibi dış faktörler de kalça ekleminin yerinden çıkmaya zorlanmasına ve kalça eklemindeki gelişimin bozulmasına yol açar.

kalçanın yerinden çıkarılabilirliğine veya yerine yerleştirilebilirliğine bakılır. Kalçanın yerinden çıkarılması Barlow manevrası olarak isimlendirilir ve kalça ekleminin gelişmemiş olduğunu gösterir. Çıkık kalçanın yerine getirilmesi ise Ortolani manevrası olarak isimlendirilir.

GELİŞİMSEL KALÇA DİSPLAZİSİNE TANI KOYMA

Tanı risk faktörleri ve fizik muayene bulguları olan hastalarda radyolojik değerlendirme ile yapılır. Bebek 3 aylık olana kadar femur başı röntgende görünür olmadığından ultrason ile değerlendirme yapılır. Ultrasonun 1 aylık bebeklerde tarama yöntemi olarak kullanılması önerilmektedir. Daha erken dönemde ultrason ile tarama yapılmamasının nedeni gelişim geriliği ile doğan bebeklerin çoğunda 1 aylık döneme kadar kendiliğinden düzelme olmasıdır. 3 aylık dönemden sonra femur başı röntgende görünür olacağından röntgen ile değerlendirme yapılır.



- Kız cinsiyet
- İlk doğan çocuk
- Çoğul gebelik
- Oligohidramniyoz (Gebelik sırasında amniyon sıvısının azalması)
- Makat geliş
- Ayak geliş
- Aile öyküsü

Bebek anne karnında kalça ve dizler katlı pozisyonda durur. Anne karnında bu pozisyonu etkileyecek faktörlerin varlığı bu risk faktörlerini açıklar. Yeni doğan döneminde kundak uygulaması da bebeğin pozisyonunu bozduğundan bu risk faktörleri arasında sayılabilir.

GELİŞİMSEL KALÇA DİSPLAZİSİ BULGULAR

- Bacak boyu eşitsizliği
- Pili asimetrisi (Cilt katlantılarının simetrik olmaması)
- Kalça hareketlerinin kısıtlı oluşu
- Yürüyüş bozukluğu (Parmak ucu yürüme, topallama, kısalık yürüyüşü, pergel yürüyüşü)

KALÇANIN YERİNE YERLEŞEBİLİR OLMASINA BAKILMALIDIR

Tanı koymada öykü alma ve detaylı fizik muayene önemlidir. Çocuğun risk faktörlerine sahip olup olmadığı değerlendirilir. Fizik muayenede yukarıdaki bulgulara ek olarak



Yaş ilerledikçe tedavinin zorlaşması ve başarı oranının azalması nedeniyle gelişimsel kalça displazisinin erken tanısı ve tedavisi çok önemlidir.



GELİŞİMSEL KALÇA DİSPLAZİSİNE TANI KOYMA VE TEDAVİ

Gelişimsel kalça displazisinin tedavisi tanı koyulan yaşa ve kalça ekleminin çıkık olup olmadığına göre değişir. Erken tanı koyulan bebeklerde daha basit tedavi yöntemleri ile daha iyi sonuçlar elde etmek mümkün iken, geç tanı koyulan çocuklarda tedavi yöntemi zorlaşmakta, cerrahi tedaviler gerekli olmakta ve başarı oranı düşmektedir. Tanı koyulmamış ya da tanısı bilinse de tedavi edilmemiş hastalar erişkin çağa ulaştıklarında **erken kalça kireçlenmesi** (koksartroz) gelişir. Bu dönemde uygulanabilecek tedavi yöntemleri ise ağrıyı azaltmaya yönelik semptomatik tedaviler veya kalça protezi uygulamasıdır. Gelişimsel kalça displazisine bağlı gelişen kalça kireçlenmesinde protez uygulamalarının başarı oranları diğer hastalara göre daha düşüktür.

İLK 6 AYLIK DÖNEMDE BANDAĞ TEDAVİSİ UYGULANMAKTA

Gelişimsel kalça displazisinin ilk altı aylık dönemdeki en popüler tedavi yöntemi pavlik bandajı uygulamasıdır. **Pavlik bandajı**, **kayış** ve **bantlardan oluşan** yumuşak bir cihaz olup bebeğin hareket etmesine izin vermektedir.

Bandajın amacı bebeğin kalçasını femur başı asetabulumu bakacak pozisyonda tutmak yani küre ile soketin devamlılığını sağlamaktır. Tedavi başlangıcında çıkık olan kalçalar bile pavlik bandajı ile yerine getirilip o pozisyonda kalması sağlanabilir. Bandajın uygulanma süresi tedavi başlama yaşına ve kalçanın gösterdiği gelişime bağlı olarak belirlenir. Bandajın uygulanmasında belirli kurallar vardır ve yanlış uygulanması istenmeyen sorunlara yol açabilir. Bu sebeple bandajın uygulanmasında aile ile hekimin uyumu çok önemlidir.

Pavlik bandajı ile kalça ekleminin yerinde kalması sağlanamazsa abduksiyon breysi adı verilen kalça hareketine izin vermeyen cihazlar kullanılabilir. Kalça ekleminin yerine getirilemediği çıkık kalçalarda anestezi altında kalça ekleminin kapalı olarak yerine getirilmesinin ardından göğüsten ayağa kadar yapılan bir alçıyla (pelvipedal alçı) kalça eklemi yerinde tutulur.

6 AYLIKTAN BÜYÜKLER İÇİN ALÇI UYGULANMAKTA

6 aylıktan büyük çocuklarda pavlik bandajı ile tedavi mümkün değildir. Anestezi altında kalça eklemi yerine getirilerek pelvipedal alçı uygulanır. Eğer kapalı olarak kalça eklemi yerine getirildiğinde, çok kolay bir şekilde tekrar

çıkiyorsa kalça eklemi iç tarafındaki kasları gevşetmek için bir ameliyat gerekebilir. Eğer kalça eklemi kapalı olarak yerine getirmek mümkün olmazsa ameliyatla açık olarak kalça eklemi yerleştirilir.

2 YAŞINDAN BÜYÜKLER İÇİN AMELİYAT GEREKEBİLİR

18-24 aylık döneme kadar kalça eklemi yerine getirildiğinde asetabulum (soket) gelişiminin olacağı bilindiğinden herhangi bir kemik girişim gerekli görülmez. 2 yaşından daha büyük çocuklarda kalça eklemi yerine getirilse bile beklenen eklem gelişimi sağlanmayacağı bilinmektedir. Bu sebeple 2 yaşından büyük çocuklarda kalça eklemi yerine getirmek için yapılan açık ameliyatlarda sırasında leğen kemiğinde soket (asetabulum) çevresinde yapılan kemik kesileri ve düzeltmeleri ile asetabulumun femur başını kapsayacak şekilde yönlendirilmesi amaçlanır.

Kemik ameliyatlardan sonrada çocuk göğüs bölgesinden ayağa kadar alçıya alınarak kaynama süreci beklenir. Kemik ameliyatı yapılan çocuklarda, içeriye yerleştirilmiş olan tel, vida ya da plak gibi materyallerin çıkarılması için daha ileride bazı ameliyatlara gerekebilir. ▶



BOYUN TUTULMASI



Boyun tutulması, boynu destekleyen kasların aşırı gerilmesi ile oluşur. Genellikle şiddetli bir yakınma ile başlar, ağrı ve tutulma nedeniyle kişi başını sağa-sola çeviremeyecek hale gelebilir. Boyun tutulması her yaş grubunda görülebilen önemli bir sağlık sorunudur.

BOYUN TUTULMASI, KÖTÜ DURUŞ BOZUKLUĞU İLE OLUŞABİLİR

Uzun süre yanlış pozisyonda sabit durarak kitap okumak, el işi yapmak, klavyede yazı yazmak, araba sürmek, otururken öne eğilerek çalışmak, boynu desteklemeyen bir pozisyonda televizyon seyretmek, başı desteklemeyen çok yüksek veya çok alçak bir yastık kullanmak, kötü seyahat şartları, ağır bir şey kaldırmak, boyun bölgesinin soğuk hava akımlarına maruz kalması ve ısınma hareketleri yapmadan vücudun üst kısmını zorlayan egzersizler boyun tutulmasının başlıca nedenleridir. En çok kar-

şılaşılan boyun tutulması türü, **mekanik boyun ağrısıdır**.

BOYUN TUTULMASI NASIL ÖNLENİR?

- Öncelikle duruşa dikkat etmek gerekir. Otururken başın öne doğru veya arkaya doğru eğik olması boyuna binen yükü artırır ve kas spazmına neden olur. Sırt düz, omuzları dik olmalıdır.
- Bilgisayar göz hizasına göre ne aşağıda ne de çok yukarıda yer almalıdır. Bilgisayar ekranı ile gözler arasında 50-65 cm mesafe olmalıdır.
- Uzun saatler boyu masa başında oturmak, bir süre sonra yorgunluktan vücudun öne doğru eğilmesine neden olur. Bunu önlemek ve vücudu dinlendirmek için her saat başı ayağa kalkmalı, 3-4 dakika yürünmeli ve boyun kaslarını gevşetecek esnetme hareketleri yapılmalıdır.
- Koltuğa veya çekyata uzanarak televizyon seyredilmemelidir.
- Yastık çok yüksek veya çok yumuşak olmama-

lıdır. Yanlış yastık kullanımı boyunun normal duruşunu değiştirerek boyun kaslarına daha fazla yük binmesine yol açar.

- Ağır bir yük taşıırken (market torbaları gibi) tüm yük tek el ile taşınmamalı ve her iki ele eşit miktarda bölünmelidir.

BOYUN TUTULMASI NASIL TEDAVİ EDİLİR?

- Boyun tutulmasında hastanın evde kısa sürede yapabilecekleri; 20 dakika süre ile sıcak uygulamak (sıcakla kas spazmı azalacaktır), sünger boyunluk kullanmak (böylece kaslar istirahat edebilir), ağrı kesici ve kas gevşetici kremler kullanmak olabilir.
- Ancak uzun süredir boyun ağrısı varsa, boyun tutulması bir kaza sonrasında başladıysa, sık sık kısa boyun tutulması oluyorsa, gün geçtikçe ağrılar artıyorsa, kola yayılan ağrı, kuvvetsizlik, uyuşma varsa vakit kaybetmeden doktora başvurmak ve boyun tutulmasına neden olan durumları araştırmak gerekir. ■



KIŞ YAKLAŞIRKEN HER NEFESTE SAĞLIKLI OLUN

Her gün yaklaşık 20.000 kez nefes alıp vermekteyiz. Bu da akciğerlerimiz için çok iş demek. Bu nedenledir ki kış ayları yaklaştıkça, soğuk algınlığı ve grip de yaklaşmaktadır.



Kiş aylarında hem normal sağlıklı insanlar hemde akciğer hastalığı olan insanlar her zamankinden daha fazla akciğer sorunları yaşamaktadır. Akciğer hastalıkları olan kişiler için kış sezonu özellikle stresli bir zaman olabilmektedir. Çünkü basit bir nezle virüsü akciğer hastalığı olan kişilerde büyük bir akciğer problemini tetikleyebilir.

Sağlıklı kişilerde solunum problemleri ve basit enfeksiyonlar bireyin kendi bağışıklık sistemi ile çözülürken akciğer sorunları olan bireylerde basit enfeksiyonlar bile ciddi sonuçlar doğurabilmekte, hatta basit bir grip ölümcül olabilmektedir.

ISI FARKINA VE HİJYENE DİKKAT

Havaların soğumasıyla insanlar kapalı mekanlara yönelmekte bu da grip nezle gibi salgınları artırmaktadır. Özellikle kış aylarında gece ve gündüz arasındaki sıcaklık farkı oldukça yükseldiğinden, dikkat edilmesi gereken bir unsurdur. Isı farkındaki değişimlere karşı solunum yollarımız hassaslaşmakta ve reaktif olmaktadır. Biliindiği gibi kapalı mekanlarda aynı havayı solumak, yakın temasta bulunmak grip bulaşma riskini yükseltmektedir.

Grip sonrası komplikasyonlara bağlı

olarak bazı hastalarda zatürre riski ortaya çıkmakta olduğu unutulmamalıdır. Genellikle 65 yaşından sonra ve/veya kronik hastalıkları olan bireylerin grip sonrası zatürre gelişmesi görülen bir durumdur. Zatürre geçiren KOAH, diyabet ve kalp yetmezliği, kanser hastalığı bulunan insanlar, aylarca yatağa mahkum kalabilir hatta zatürre nedeniyle ölebilir ya da ağır hasar görebilir. Bu nedenle 65 yaş üzeri bireylerin ve/veya kronik akciğer hastalığı olan bireylerin her yıl grip aşısı olması tavsiye edilir.

Çok soğuk havalarda ağız ve burun etrafını kapatacak şekilde atkı kullanmak



**Devam eden
öksürük, göğüs
enfeksiyonu, ses
kısıklığı, nefessiz
hissetme, yor-
gun ve enerjisiz
hissetme gibi
belirtiler oldu-
ğunda eczane-
den herhangi bir
ilaç almak yerine
doktora danışıl-
malıdır.**

akciğerlerimize aldığımız havayı ısıtarak solunum yollarımızı açık tutarak rahat nefes alınmasını sağlamaktadır. Ayrıca hijyene dikkat etmek ve düzenli el yıkama sizi kolay enfeksiyon kapmaya karşı koruyacaktır. Çünkü grip ellerimizle bulaşabilen bir hastalıktır.

GRİP NEDİR?

Grip influenza virüsünün neden olduğu, bulaşıcı, ateşle seyreden, özellikle kış aylarında salgınlara yol açan bir solunum yolu hastalığı olarak tanımlanmaktadır. Grip birkaç gün sürebilecek ateş, kas ağrısı, boğazda yanma, öksürük, yorgunluk gibi rahatsızlıklar yaratır. Grip hastalığı, hastalığın belirtileri başlamadan bir-iki gün öncesinden başlayarak, hastalığın belirtileri başladıktan sonraki 4-5 gün boyunca bulaştırıla-

bilmektedir.

İnfluenza virüsleri A, B ve C olmak üzere üç tipe ayrılmaktadır. A tipi grip virüsü dünya çapında salgınlar yapabilirken, B tipi grip virüsü, bölgesel salgınlar yapar. Grip virüsü genetik yapısında oluşturduğu küçük veya büyük değişikliklerle kendini değiştirir ve bu sayede insanların bağışıklık sistemi tarafından tanınamayarak tekrar tekrar hastalık yapabilir. Grip virüsünün genetik yapısında meydana gelen küçük değişiklikler her yıl bölgesel grip salgınları oluşmasının ana nedenidir.

GRİP AŞISI

Grip aşısı aktif olmayan (ölü) bir aşıdır ve her yıl tek doz olarak kas içine uygulanması önerilmektedir.

Kimler grip aşısı yaptırmalıdır?

- * 65 yaşından büyük kişiler
- * 6-23 aylık sağlıklı çocuklar
- * Hamile kadınlar
- * Şeker hastaları (Diyabet)
- * Astım hastaları
- * Kronik akciğer hastaları (KOA, Sarkoidoz vb.)
- * Kronik kalp ve damar sistemi hastaları (Koroner arter hastaları)
- * Bağışıklık sistemi baskılanmış kişiler (Kronik kan hastalığı-hemoglobininopati-olanlar, kanser gibi.)
- * Bağışıklık sistemini baskılayan ilaç kullananlar
- * Huzur evi, bakım evi vb. ortamlarda yaşayanlar
- * Tüm önlemleri almamıza rağmen yine de grip olabiliriz. Bu nedenle ne zaman doktora başvurmamız gerektiğini bilmeliyiz.



NE ZAMAN DOKTORA BAŞVURMALIYIZ?

- Yüksek ateş varsa,
- Her zamankinden daha sık öksürük varsa,
- Her zamankinden daha çok balgam varsa veya balgam rengi yeşil veya paslı kahverengi renk almışsa,
- Nefes alındığında göğüs ağrısı varsa hemen doktorunuza başvurmanız gereklidir.

Doktorunuza muayene olduktan sonra hastalığınıza ve ciddiyetine bağlı olarak nefesiniz için evde tedaviler önerilebilir. Örneğin; antibiyotik tedavisi, ilaç tedavisi, sıkıntılarınızı, ağrılarınızı ve nefes darlığınızı rahatlatacak ilaçlar gibi.

TEDAVİ SÜRECİ

Daha fazla yardıma ihtiyacınız varsa hastaneye yatırılarak özenli bakımdan yararlanabilirsiniz, oksijen verilebilir ya da daha etkili tedaviler uygulanabilir. Akciğer hastalığı olan kişiler için entübasyon ve ventilasyon alternatif olarak mümkündür, daha kısa nefesi olanlar için "BiPAP/CPAP" önerilir.

Bu tedavide, hastalar sıkı bir solunum

maskesi ile donatılıp, sürekli bir basınçta oksijen verilip hava yolları açık tutularak oksijenin akciğerlere inmesi sağlanır. Bazı kişiler için BİPAP/CPAP cihazları nefes alma zorlukları olduğunda belirli bir süre yeterli olur ve BiPAP/CPAP cihazları ventilasyona göre daha az rahatsızlık verir. Hatta bazı insanlar bunu her gece kullanarak da yararlanabilir.

DOKTORA GİTMEMEYE İŞARET EDEN ANAHTAR SEMPTOMLAR NELERDİR?

- Üç haftayı aşan öksürük
- Kötüye giden veya geçmeyen öksürük
- Tekrarlayan veya ısrarcı göğüs enfeksiyonları
- Kanlı mukus ya da kan tükürme
- Açıklanamayan devam eden nefes darlığı
- Açıklanamayan sürekli yorgunluk ve enerjisizlik
- Açıklanamayan kilo kaybı

İYİ NEFES NASIL ALINIR?

Akciğer sağlığınız için en önemli hatta

tek tehlikeli faktör sigaradır. Sigara içen kişilerde ciddi akciğer problemleri ile karşılaşma ihtimali artar. Tüm evinizin dumanlı olmasını sağlayın. Sigara, şömine ve mum dumanı kapılar kapalı olsa bile odadan odaya geçmektedir. Hava kirliliğine yol açan partiküler akciğer hastalıklarının riskini artırabilir, akciğer kanseri, astım atağı ayrıca akciğerin genişlemesini ve çalışmasını engelleyebilir. Partiküler kirlilik seviyesinin yüksek olduğu yerlerde yaşayan kişilerin riski daha fazladır. Bazı kişiler daha yüksek riskle karşı karşıya kalır. Partikül kirliliğinden etkilenme riski yüksek olan kişiler;

- Bebekler, çocuklar ve gençler
- 65 yaş üzeri kişiler
- Akciğer hastalığı olan kişiler, astım ya da kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), kronik bronşit ve emfizem dahil.
- Kalp hastalığı ya da şeker hastalığı olan kişiler
- Çalışan veya açık havada aktif olan kişilerdir.

Bu bireylerin nefes almada karşılaşacakları en ufak sıkıntıda doktora başvurması gerekmektedir. ▶



KARPAL TÜNEL SENDROMU



Boyun bölgesinden çıkıp bileğe kadar uzanan el parmaklarının hareket ve hissinin sağlanmasında önemli bir rolü olan median sinir, el bilek seviyesinde çeşitli nedenlerden dolayı baskıya uğrarsa, sinir sıkışmaları arasında en sık görülen “karpal tünel sendromu” ortaya çıkabilir.

Karpal tünel sendromunun en sık nedeni aşırı kullanmaya bağlı bant kalınlaşmasıdır. Özellikle bileğine yük vererek senelerce çalışan kimselerde, daktilo-bilgisayar kullananlarda, örgü ören ve yoğun ev işleri yapan ev hanımlarında, oto tamircileri gibi el bileğini çok kullanan kişilerde sık ortaya çıkar.

GECE UYUŞMUŞLUK HİSSİ İLE UYANMA BELİRTİLER ARASINDA

Şikayetler; median sinirin duyusunu aldığı özellikle başparmak, işaret parmağı, orta parmak ve yüzük parmağının orta parmağa bakan yarısında uyuşma, karıncalanma ve yanma benzeri hisler şeklindedir. Hasta gece uyuşma



Karpal tünel sendromuna özellikle 40-60 yaş arası kadınlarda 3 kat fazla rastlanır.

hissi ile uyanabilir ve elinde şişlik varmış gibi hissedebilir, elini sallayarak rahatlamaya çalışır. Ayrıca el bileğinde ağrı ve kavrama gücünde azalma gibi şikayetlerde gözlenebilir.

TEDAVİ CEVAP VERMEZSE AMELİYAT GEREKEBİLİR

Tedavi kararı problemin derecesine, sinir harabiyeti ve kas atrofisi olup olmamasına bağlıdır. Öncelik eli aşırı kullanmayı önlemektir. Semptomları giderici tedaviler arasında, eklemi dinlendirmek ve bileği hareketsiz bıraktığı halde parmakların hareket etmesine olanak veren ve normal faaliyetlere devam etmeyi sağlayan atel takılması ve anti-inflamatuvar ilaçlar bulunur. Ayrıca karpal tünel içine kortizon enjeksiyonu yapılabilir ve şikayetleri bir süreliğine yok edebilir. Birkaç ay süresince geçmeyen ve konservatif önlemlere rağmen devam eden karpal tünel sendromlarında ameliyat gerekebilir. ▶

DIŞ GEBELİK

Dış gebelik, gebelik materyalinin rahim dışında bir yere yerleşmesidir. Dış gebeliğin en fazla olduğu yer tüplerdir. Ölümcül olabileceğinden tanısı en kısa sürede konulup tedavisi yapılmalıdır.

Diş gebelikte en önemli risk faktörü önceden dış gebelik geçirmiş olmaktır. Bunun dışında **tubal cerrahi, tüp ligasyonu** (tüplerin bağlanması) ve geçirilmiş tubal enfeksiyonlar risk faktörleri arasında öne çıkanlardır. Amacı yumurtaları **endometriyal kaviteye** (rahmin iç kısmına) taşımak ve bu sırada spermle yumurtanın karşılaştığı yer olan tüplerin belirli bir **motilitesi** (hareketi) mevcuttur. Bu hareketliliği bozacak veya tüpün lümen olarak adlandırılan iç yapısını etkileyecek her faktör dış gebelik riskini artırabilir.

DOĞUM KONTROL HAPİ KULLANANLARDA RİSK ARTIYOR

Doğum kontrol hapları gebelik sayısının azalmasına bağlı olarak dış gebelik oranını azaltsa da, doğum kontrol hapları kullanan bir kadının gebe kaldığı takdirde dış gebelik olma ihtimali kullanmayan bir kadına göre daha fazladır. Bu durum **RIA** (spiral) kullanımı için de geçerlidir. Sigara içenlerde de dış gebelik oranları artmaktadır.

GENELLİKLE BELİRTİ ADET GECİKMESİ

Dış gebelik oluşan hastalar acil servise genellikle **adet gecikmesi, karın ağrısı ve vajinal kanama şikayetleri** ile başvururlar. Bu şikayetler ile başvuran hastalara derhal ultrason yapılmalı, gebelik hormonu (β -hCG) testi istenmeli ve dış gebelik dokusunun tüpü patlatıp karın içine kanamaya neden olup olmadığını değerlendirmek gereklidir.

TANI SONRASI DIŞ GEBELİK YERİ SAPTANMALI

Dış gebelik tanısı konursa, dış gebeliğin nerede olduğuna (tüpler, yumurtalıklar, karın



içi dokular) bakılmalıdır. Tedavi dış gebelik kesesinin büyüklüğüne ve β -hCG seviyesine göre planlanır. Tedavi seçenekleri arasında cerrahi, methotreksat, kese içine potasyum enjeksiyonu, hiperosmolar glukoz, prostaglandinler ve RU-486 vardır.

GEBELİK KESESİ PATLARSA ACİL MÜDAHALE GEREKİR

İlk seçenek her zaman medikal (ilaç tedavisi) olmalıdır. En sık kullanılan ve en etkin seçenek methotreksattır. Medikal tedavinin etkin olup olmadığı belirli aralıklarla kanda β -hCG düzeyi ölçülerek yapılır. Tedavi başarısız olursa veya gebeliğin boyutları ile β -hCG düzeyi medikal tedavinin etkili olamayacağını gösteriyorsa cerrahi tedavi düşünülmelidir. Bunların dışında hastanın durumu stabil değilse veya gebelik kesesi patlamış ise hemen cerrahi uygulanmalıdır.

DÜŞÜK OLSA DA HASTA GÖZLENMELİDİR

Dış gebelik bazı durumlarda kendinden düşük ile sonuçlanır ve bu durum müdahale gerektirmez ancak hastanın hastanede gözlem altında tutulması gerekebilir. Düşük karın içine veya vajinal kanama ile dışarıya doğru olabilir. Her iki durum da kan sayımı takibi normal ise gözlem gerektirir. Dış gebelik nedeni ile cerrahi uygulanacaksa ya tüp çıkarılır, sağılır ya da tüp ağızlaştırılır. Tüp çıkarılır ise bir sonraki gebelik diğer tüp sağlam ise doğal yollardan olabilir.

Gebelik materyali uterus içerisinde ise gebelik takibi rutin şekilde yapılmalıdır. Adet gecikmesi olan her kadın mutlaka bir kadın doğum uzmanına başvurup ultrason ile gebelik kesesinin rahim içinde olduğunu doğrulatmalıdır.

Dış gebeliğin görülme olasılığını azaltmak için genital yol enfeksiyonlarının oranını düşürmek ve tüpün motilitesini bozabilecek ertesi gün hapları gibi yüksek doz progesterone içeren ilaçlardan uzak durma önerilir. Bu koşullar mevcut olmasa bile ektopik gebelik ortaya çıkabilir. ■



KURDEŞEN DÖKÜYORUZ

Araştırmalar insanların %15-25 gibi büyük bir kısmının yaşamları boyunca en az bir kez, halk arasında “kurdeşen” olarak bilinen ürtiker atağı geçirdiğini ortaya koymaktadır. Çocuklarda ise bu oran yaklaşık olarak %10 kadardır. Ürtiker, kadınlarda 20-40 yaşları arasında daha sık gözlenmektedir.

Ürtiker, kırmızı renkli, deriden kabarıklık, kaşıntılı bir deri hastalığıdır. Kabarıklıklar, 24 saatten daha kısa bir zamanda kaybolup gün içinde farklı alanlarda yeni lezyonlar oluşur. Daha derin deri altı dokusunun ödemi ise “anjioödem” olarak adlandırılır. Altı haftadan daha kısa süreli ürtiker; anjioödem ani (akut), daha uzun süreli ise süregelen (kronik) ürtiker anjioödem olarak adlandırılır.

Akut ürtiker: Altı haftadan kısa süreli ürtiker tablosudur. En sık saptanan tetikleyiciler ilaçlar, enfeksiyonlar ve gıdalardır. Böcek ısırıkları da akut ürtiker için tetikleyici olabilmektedir.

Kronik ürtiker: Altı haftadan uzun süreli ürtiker tablosudur. Bu tür ürtikerin etkenini bulmak akut ürtikerden çok daha zor olmaktadır. Etkeni saptamak için ayrıntılı tıbbi öykü, muayene ve laboratuvar tetkikleri gerekmektedir.

İLAÇLAR ÜRTİKERE TETİKLEYEBİLİR

Tetikleyici etkenler arasında **solunum yolu enfeksiyonları, idrar yolu enfeksiyonları, bağırsak parazitleri, sinüzit, temas edilen kimyasal**

maddeler, besinler ve gıda katkı maddeleri sayılabilir. Daha çok akut ürtiker nedeni olan besinler sıklıkla çocuklarda etken olarak saptanmaktadır.

İlaçlar da çok sık ürtiker nedeni olmakta ve antibiyotikler, ağrı kesiciler başta olmak üzere vitaminler, gıda takviyeleri, göz-kulak damlaları da neden olabilmektedir. Belirtiler ilaç alınımından 1-2 saat sonra ortaya çıkabileceği gibi 15 güne kadar uzayan tetiklenme de görülebilir.

Fiziksel ürtiker: Fiziksel nedenlerle oluşan ürtikerlerde hastalık belirtileri, çeşitli fiziksel uyarılarla ortaya çıkmaktadır. Basınç, sıcak, soğuk maruziyeti, egzersiz, güneş ışığı veya su teması fiziksel ürtikere neden olabilen tetikleyici faktörlerdir.

TEDAVİDE TETİKLEYİCİ FAKTÖR UZAKLAŞTIRILMALI

Esas tedavi, tetikleyici etkenin saptanması ve uzaklaştırılmasıdır. Akut ürtikerde iyi bir anamnez etkeni ortaya çıkarmaya yardımcı olur ve neden genellikle hastanın sıkça te-

mas etmediği bir şeydir. Bu nedenle de akut olgular genellikle tedaviye iyi ve çabuk yanıt vermektedirler. Kronik ürtikerlerin ise ortalama %50-70'i idiyopatik (nedeni saptanamamış) olup, genellikle tedaviye yanıt daha geç ve zor olmaktadır.

TEDAVİDE YAŞA DİKKAT EDİLMELİ

Etken ilaç ise kesilmeli veya değiştirilmelidir. Enfeksiyon varlığında etkene yönelik tedavi şarttır. Gıdalar, solunum yolu alerjenleri, temas eden maddelere bağlı oluşan vakalarda alerji testlerine başvurulabilmektedir. Hastalığın kontrol altına alınabilmesi için en sık sistemik antihistaminikler kullanılmaktadır. Yaşa, eşlik eden hastalıklara, hastalığın şiddeti ve yaygınlığına bağlı olarak farklı gruptan ve değişen dozlarda antihistaminikler tercih edilmektedir. Şiddetli ürtiker atakları ile anjioödem varlığında ise kısa süreli kortizon tedavilerine ihtiyaç duyulmaktadır. ▶

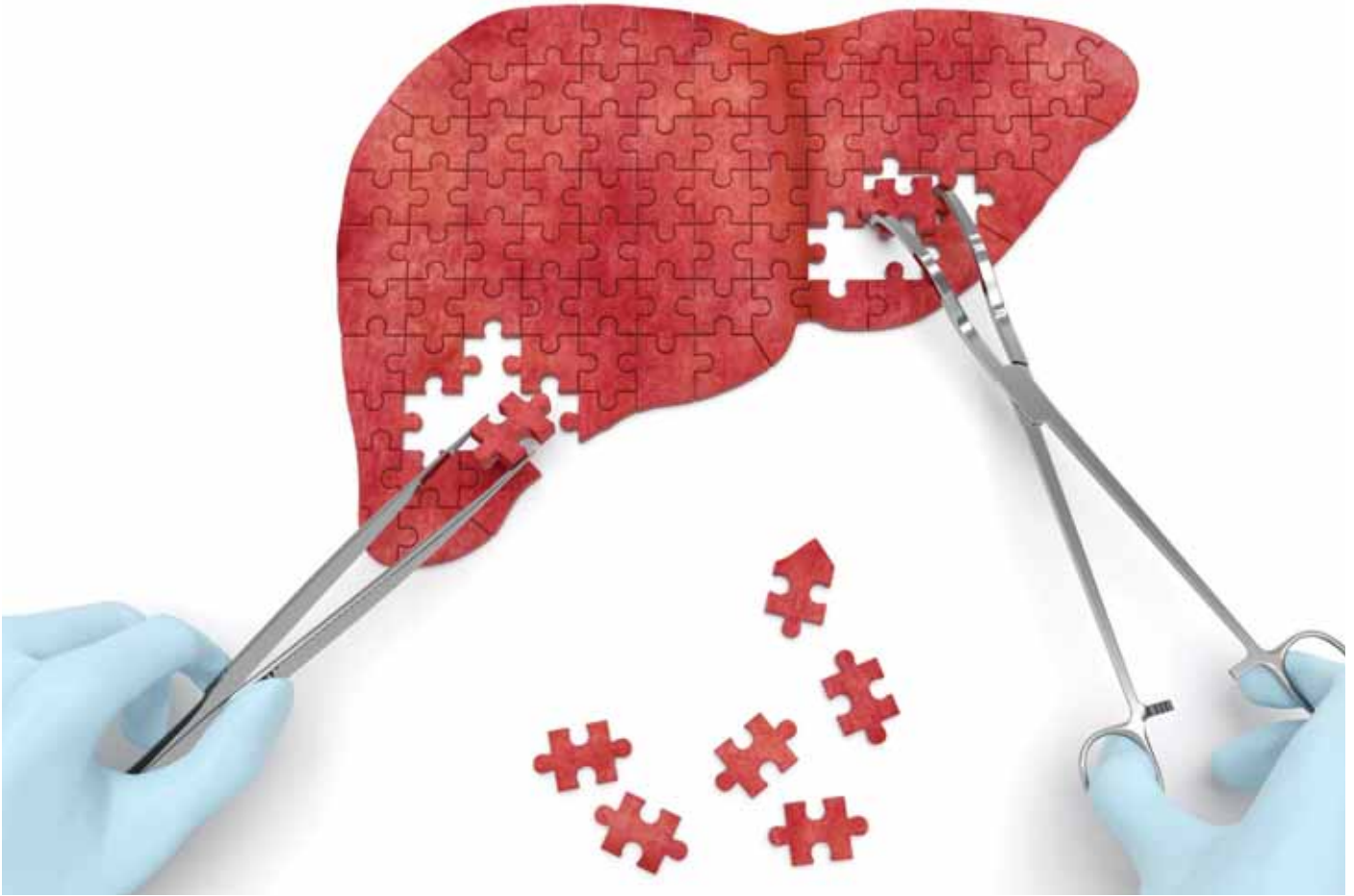




HEPATİT-E

TEHLİKE SAÇIYOR!

Hepatit E enfeksiyonu birçok tropikal ve subtropikal ülkede çeşitli büyüklüklerde salgınlar şeklinde veya tek tek olgular olarak görülür. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde görülen akut viral hepatitlerin önemli bir kısmını oluşturmaktadır.



Bulaşıcı sarılıklar (Viral hepatitler) esas olarak karaciğeri etkileyen sistemik hastalıklardır. **Hepatit E virüsü** (HEV), sıklıkla dışkı-ağız yoluyla bulaşan bir akut viral hepatit etkenidir. Ancak son yıllarda hayvanlardan insanlara geçtiğine dair (zoonoz) yayınların artışı dikkat çekmektedir. Ülkemizde Hepatit E ile ilgili bir veri sağlık bakanlığı bulaşıcı hastalıklar istatistikleri kayıtlarında bulunamamıştır.

ANİ GELİŞEN SARILIK BELİRTİ OLABİLİR

Klinik bulgular açısından akut viral hepatitlere benzer. Ani gelişen sarılık tablosu ardından kendi kendine iyileşme gösterebilen bir hastalıktır. Çocukluk çağında belirtisiz olarak hastalığı geçirme oranı yüksek iken yaş ilerledikçe belirtilerin olduğu hastalık seyri daha sık görülür. Hastalık kronikleşmez ve sekel bırakmadan iyileşir. Ancak hamileliğin

üçüncü döneminde karaciğer komasına kadar gidebilen tablolar oluşturabilir ve hayatı tehdit eder. HEV enfeksiyonları daha çok genç ve orta yaş grubunda görülürken çocuk ve yaşlılarda daha az görülmektedir.

SIĞINMA KAMPINDAKİLER RİSK ALTINDA

Hastalığın sık görüldüğü bölgelerde salgınlar çoğunlukla yağmurlu mevsimler sıra-



sında veya hemen sonrasında ortaya çıkmaktadır. Ancak yıl boyunca herhangi bir zamanda da görülebilir. Daha ılıman iklimi olan bölgelerde HEV enfeksiyonunda sonbahar ve erken kış mevsimlerinde önemli bir artış olmaktadır, Hepatit A'nın mevsimsel pik yaptığı döneme rastlaması nedeni ile aynı bulaş yolunu kullanan bu iki bulaşıcı sarılık tablosunun ayırt edilmesi daha fazla önem kazanmaktadır. Günümüzde yaşanan savaşların sonucunda kalabalık mülteci kampları ya da doğal afetler sonucu insanların yoğun olarak sığındığı geçici kamplarda yaşayan insanlar özellikle risk altındadırlar.

SULARIN TEMİZ OLMASI SON DERECE ÖNEM TAŞIYOR

HEV enfeksiyonlarının sıklıkla görüldüğü bölgelerin özellikleri arasında; genel sağlık koşulları yetersiz, kirlı suların çevreye yayıldığı, kişisel temizlik alışkanlıklarının yetersiz olduğu görülmektedir bu nedenle sıcak iklimlerde çeşitli boyutlarda salgınlarla seyreder. HEV enfeksiyonunun hemen hemen bütün salgınları kontamine su kullanımı ile ortaya çıkmıştır. Büyük salgınlar genellikle sel sularının çekilmesi sonucu, içme suyu kaynaklarının kirlenmesine bağlı olan yağmur ve selleri takip etmiştir. Bazı salgınlar nehirde azalan su akımının kirlenmesi sonucunda yaz aylarında meydana gelmiştir.

RİSKLİ BÖLGELERE SEYAHAT TEHLİKELİ OLABİLİR

Su temininin aralıklı olduğu yerlerde suyun alınmadığı zamanlardaki negatif basınçla içme sularının kontamine olması sonucu enfeksiyonlar görülmüştür. Gelişmiş ülkelerde ise görülen tek tek vakalar incelendiği zaman riskli ülkelere seyahat edenler olduğu sıklıkla görülmektedir. Hepatit E virüsüne bağlı ilk salgın 1955 yılında Hindistan'da Yeni-Delhi'de yaşanmıştır ve 29.000 kişi hastalığa yakalanmıştır.

Sarılık belirtileri gösteren ve HEV' in sık olduğu bölgelere yolculuk yapmış kişilerde diğer hepatitler (A, B, C ve D) ile ilgili testler negatif olduğunda HEV enfeksiyonu akla

gelmelidir. Taniya yardımcı olmak için içme suyunun, pişmemiş yiyeceklerin kaynağı ya da sarılıklı kişilerle temas yönünden hastanın öyküsü alınmalıdır.

KKTC İLE İLGİLİ VERİLERE 2016'DA ULAŞILACAK

Türkiye'de de özellikle 1994 yılından itibaren değişik bölgelerde, değişik gruplarda E hepatiti varlığı araştırılmıştır. Bu çalışmalar da bölgelere göre %3 ile %34 arasında değişen sonuçlar elde edilirken yüksek oranlar Güneydoğu Anadolu bölgelerinde olduğu ortaya konmuştur. Hepatit E'nin görülebildiği bölgeler Hindistan, Pakistan, Nepal, Myanmar (Burma), Çin, Doğu Afrika, Somali, Sudan ve Merkez Asya'dır, başka birçok bölgede de küçük salgınlar bildirilmiştir. KKTC'deki HEV oranı ile ilgili olarak YDÜ Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD'da araştırmalara başlanmış olup 2016 yılının ortalarında ilk veriler elde edilecektir.

BELİRTİLER SARILIK BELİRTİLERİ İLE BENZER

Hastalığın kuluçka süresi, HEV ile karşılaşmadan 3-8 hafta sonra, ortalama 36 gündür. Belirti ve bulgular, diğer bulaşıcı sarılıklarda olduğu gibidir. Diğer hepatitlerde olduğu gibi bazı hastalarda hiçbir belirti göstermeden seyredebildiği gibi bazı vakalarda ise ateş, yorgunluk hissi, iştah kaybı, bulantı ve kusma, karın ağrısı, sarılık, göz aklarında sararma, koyu renk idrar yapma, dışkı renginin açılması ve eklem ağrıları bulguları ile görülebilir. Hastalık belirtili olduğunda, sarılık başlamadan 10 gün önce halsizlik, bulantı ve ateş şeklinde prodromal dönem dediğimiz hastalık öncesi dönemi görülebilir. Bu dönemi takiben sarılık, idrar renginde koyulaşma, karın ağrısı, ateş, karaciğerde büyüme (hepatomegali) ve kusma gelişir. Şikayetler birkaç haftada geriler. Klinik olarak diğer akut viral hepatitlerden muayene bulguları ile ayırt edilemediği için tanı ancak HEV'e karşı oluşmuş antikorlar (Anti HEV IgM) veya virüs RNA'sının (HEV RNA) kanda saptanması ile konulabilir.

HAMİLELER İÇİN RİSK DAHA YÜKSEK

Hastalığa bağlı ölüm oranı erkekler ve hamile olmayan kadınlarda ortalama %1-3 iken gebe kadınlarda bu oran artış (%12-42) gösterir. Özellikle gebeliğin son üç ayı içinde görülen akut hepatit E hastalığı karaciğer koması ve durdurulamayan kanamalar sonucu anne ve bebek ölümlerine neden olmaktadır. Akut E hepatiti seyrinde karaciğer fonksiyon testleri olan ALT, AST ve bilirubin değerlerinde artış görülür. Karaciğer enzimleri ve bilirubin düzeylerindeki yükseklik ortalama 2-3 hafta sürerken, bazı olgularda safra yollarında görülen tıkanmalar sonucunda daha uzun süre devam edebilir. Laboratuvar değerleri ortalama 2 ay içinde normal düzeylerine geri döner.

KANDA DOLAŞIM SÜRESİ KESİN OLARAK BİLİNEMİYOR

Dışkı ile atılım süresinin deneysel enfeksiyonlarda 4-11 hafta arasında olduğu gösterilmiş olmakla beraber, insanlarda, etkenin dışkıyla atılım ve kanda dolaşım süresi kesin olarak bilinmesi de kısa süreli olduğu düşünülmektedir. Virüsün kanda dolaşım süresi 1 hafta ile 4 ay arasında, dışkı ile dış ortama çıkarılması ortalama 2-4 hafta olarak kabul edilir. Özellikle KKTC'nin üniversiteler ülkesi olması ve birçok ülkeden öğrenci kabul edilmesi nedeniyle bu enfeksiyonun ülkemizde görülme riski artmaktadır.

HASTALIĞA KARŞI SULAR KAYNATILMALI

Salgın hastalıkta insandan insana direk temas ile yayılmanın fazla önemi olmadığından vakaların belirlenmesi ve toplumdan izolasyonu halk sağlığı açısından pek önemli değildir, ancak hijyen kurallarına uyulması gereklidir. Suların kullanılmadan önce kaynatılması HEV'in bulaşma riskini azaltmaktadır. Hepatit A ve B'de olduğu gibi aşı ile korunma Hepatit E'ye karşı aşının olmaması nedeniyle günümüzde mümkün değildir. Çin'de ruhsat almış bir aşı bulunmaktadır ancak henüz diğer ülkelerde kullanıma sunulmamıştır.■

İLK YARDIM

İLK YARDIM (TEMEL YAŞAM DESTEĞİ) NEDİR?

Herhangi bir kaza ya da yaşamı tehlikeye düşüren durumda, sağlık görevlilerinin yardımı sağlanıncaya kadar, hayatın kurtarılması ya da durumun daha kötüye gitmesini önlemek amacıyla, ilaçsız olarak yapılan uygulamalara ilk yardım denir.

İlk yardımcıda olması gereken özellikler:

- Sakin ve telaşsız olmalı.
- Hastayı sakinleştirmeli.
- Çevreyi değerlendirip süren bir tehlike olup olmadığını belirlemeli.
- Kendi can güvenliğini tehlikeye atmamalı.
- Çevredeki kişileri, sağlık kuruluşları, itfaiye ve güvenliğe haber vermeleri için organize etmeli.
- Hastanın durumu değerlendirilerek uygun ilk yardıma başlanmalı.
- Hastanın sağlık kuruluşuna bir an önce ulaşmasını sağlamalı.

SOLUK YOLU AÇMA

- Ağzıda toz toprak, kırıntı, kırıntı, kırıntı ve yabancı cisimler varsa çıkarılır.
- Bilinci kapalı kişilerde dil arkaya düşüp havayolunu tıkayabilir. Bu durumda baş geriye itilip çene yukarı kaldırılarak soluk yolu açılır.

KALP MASAJI İLE DOLAŞIM ETKİNLİĞİNİ SAĞLAMA

- Kalp durmuşsa hemen kalp masajına başlanır.
- Hasta sert bir zemine yatırılır ve bir yanına diz çöktülür.
- Yara içindeki yabancı cisimler, kemik parçası vb. çıkarılmamalıdır.
- Göğüs kemiğinin üçte bir alt ucuna bir elin ayası sıkıca yerleştirilir, diğer elin ayası bunun üstüne konur. Parmaklar hastaya temas etmemelidir.
- Kollar dik tutularak (bilek ve dirsekler bükülmeden) sabit ve ritmik bir şekilde göğüse 4-5 cm bastırılır.
- Arada nabız kontrol edilerek dakikada 60 kez olmak üzere dolaşım başlayıncaya kadar devam edilir.

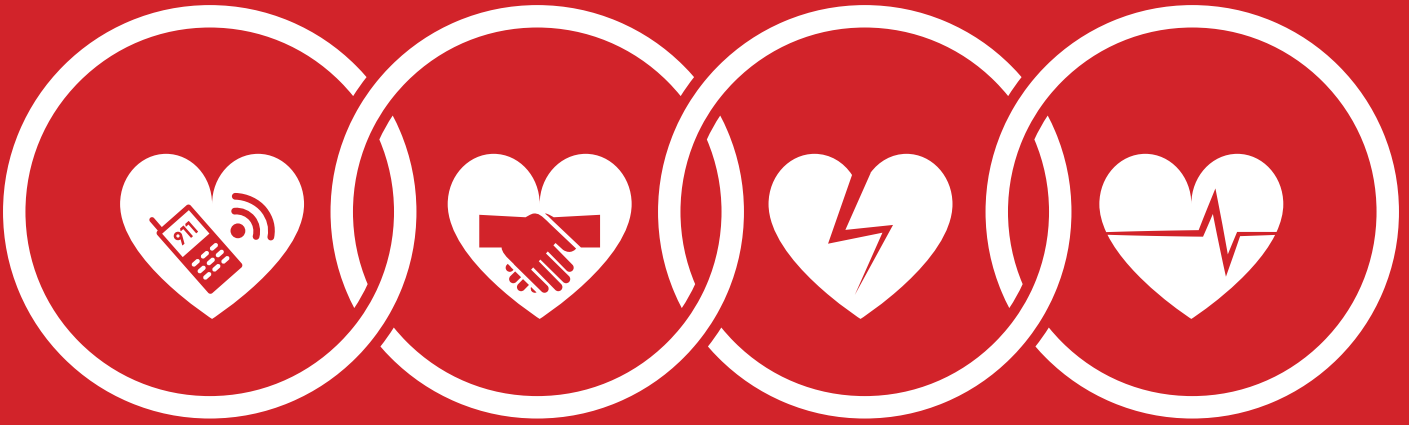
GÖĞÜS YARALANMALARINDA İLK YARDIM

- 1- Yaralı, yan oturur duruma getirilir.
- 2- Havanın akciğerlere dolmasına engel olmak için açık olan yara yerine temiz bir bez kapatıp basınç yapmadan sarılır.
- 3- Kazazedenin ısı kaybı önlenir.

KARIN YARALANMALARINDA İLK YARDIM

- Hastaya ağızdan yiyecek içecek verilmemelidir.
- Yaralı başı hafif yüksek, dizlerin altına rulo edilmiş bir battaniye konularak sırt üstü yatırılır.
- Herhangi bir organ dışarı çıkmış ise asla el sürülmez. Geniş bir gaz bezi varsa serum fizyolojik ile ıslatılarak basınç yapmadan organların üzerine örtülür.
- Yaralı zaman geçmeden sevk edilir.





EGZOS ZEHİRLENMELERİNDE İLK YARDIM

- 1- Hasta derhal temiz havaya çıkarılır.
- 2- Şuuru tam kapalı olmayanlar temiz havada derin solunum yaptırılır.
- 3- Şuuru kapalı veya solunum yapmakta güçlük çeken hastalara suni solunum tatbik edilir.
- 4- Beden ısısının düşmesini engellemek için üstü örtülür.
- 5- Hasta en seri şekilde sağlık merkezine gönderilir.

SİNDİRİM YOLU ZEHİRLENMELERİNDE İLK YARDIM

- 1- Zehrin sulanması ve emilimin yavaşlaması için hastalara; süt, yumurta akı, nişasta solisyonlu su içirilir.
- 2- Kusmasına yardım edilir.
- 3- Asitle olan zehirlenmelerde, hasta hiçbir zaman kusmaya zorlanmaz. Su ve süt yumurta akı karıştırılarak içirilir.
- 4- Alkali ile olan zehirlenmelerde: ¼ oranında sirke ile hazırlanmış 500 mL su veya limon suyu içirilir.

KANAMALARDA İLK YARDIM

- 1- Kanayan uzuv (bacak, kol vb.) yükseltilir.
- 2- Yara üzerine temiz gazlı bez, mendil veya çamaşır parçası konur ve sıkıca bastırılır.
- 3- Kanama durmazsa kanayan yerin 5 cm yukarı kısmına bandaj uygulanır. Bandaj kanamalı yerin etrafındaki sağlam dokudaki dolaşımın tamamen kesilmemesi için belli aralıklarla gevşetilip yeniden sıkıştırılmalıdır.

BURUN KANAMASINDA İLK YARDIM

- 1- Burnu kanayan kişinin başı hafifçe öne eğilir.
- 2- Hasta burun üzerine basınç yapar.
- 3- Bu sırada hasta ağızdan soluk alıp verir ve asla sümürmez.
- 4- Burun kanamasında hastanın başı geriye doğru kaldırılmaz.

ELEKTRİK ÇARPMALARINDA İLK YARDIM

- Önce ilk yardımcı kendi güvenliğini sağlar.
- Elektrik akımının yaralı ile teması kesilir. Bu yapılmadan önce yaralıya dokunulmaz.
- Kuru tahta parçası veya lastik gibi elektrik akımı geçirmeyen maddelerle hasta çekilerek veya kablo itilerek akımdan kurtarılır.
- Solunum durmuşsa yapay solunuma, kalp durmuşsa kalp masajına başlanır.
- Yanık varsa soğuk su ile yıkanır.

KIRIKLARDA İLK YARDIM

- 1- Hasta sarsılmaz ve hareket ettirilmez.
- 2- Kanama varsa durdurulur.
- 3- Hasta taşınmadan önce kırık bölgesi hareketsiz hale getirilir. Bunun için tahta gibi sert cisimler kullanılabilir.
- 4- Açık kırık varsa (kırık uçları görülüyorsa) kırık kemik parçalarına kesinlikle dokunulmaz ve bunlar yerleştirilmeye çalışılmaz. Yara üzerine temiz bir gazlı bez kapatılır.

YANIKLARDA İLK YARDIM

- 1- Soğuk musluk suyu ile ağrı azaltılır.
- 2- Hastanın takıları varsa çıkartılır. (Daha sonra oluşabilecek şişler nedeniyle çıkarmak zorlaşabilir.)
- 3- Oluşan kabarcıklar patlatılmaz.
- 4- Yanan kısımların üzeri temiz gazlı bezle kapatılır hiçbirşey sürülmez.
- 5- Hastanın bilinci yerinde ise bol su içirilir.
- 6- Yanık yüzeyine diş macunu, salça, yoğurt gibi maddeler kesinlikle sürülmemelidir.

YARALANMALARDA İLK YARDIM

- Kanama varsa kontrol edilir.
- Yaranın kirlenmesi önlenir.
- Varsa kopan parça korunur. Islak bir gazlı beze sarılıp naylon torbaya konulur, bu torba da içi buz dolu başka bir torbaya konulur.



BEBEKLERDE BESİN ALERJİLERİ

Bebeklerde en sık rastlanan alerji inek sütü alerjisidir. İnek sütü alerjisinin neden geliştiği tam olarak bilinmemekle birlikte, bebeğin inek sütü proteini tüketmemesinin, belirtileri engellediği bilinmektedir.



İnek sütü alerjisi olan bebeklerin beslenmesinde inek sütünde bulunan proteinlerin parçalanarak küçültülmesinden, amino asit haline getirilmesine kadar çeşitli seçenekler bulunmaktadır. Bebeklerin çoğu büyüdükçe sorun ortadan kalkmaktadır. Bebek veya çocuklara inek sütü proteini verilmesi, alerjik tepkileri tetikleyebilir. İnek sütü proteininden tamamen kaçınılarak, bu

tepkinin neden olduğu belirtiler ortadan kaldırılabılır.

100 bebekten 2-5'inde bulunmakta ve genellikle 2-3 yaş altı bebekleri etkilemektedir. Bu durum bağışıklık sisteminin inek sütünde bulunan bir veya daha fazla proteine aşırı tepki vermesi sonucu oluşur. Bu nedenle inek sütü proteini alerjisi adını alır, ancak kısaca inek sütü alerjisi de denmektedir.

AŞIRI AĞLAMA BELİRTİ OLABİLİR

İnek sütü alerjisinin belirtileri değişkendir ve cilt, solunum yolları ve sindirim sistemi gibi birkaç sistemi etkileyebilir. Alerji belirtileri arasında **deri döküntüleri (kurdeşen), egzama, hışiltılı solunum, kusma, ishal, kolik** veya **aşırı ağlama** sayılabilir. Alerjik tepkiler birkaç dakika içerisinde çok



İnek sütü alerjisinin belirtileri:

Sindirim Sistemi	Cilt Bulguları	Solunum Sistemi	Genel Belirtiler
İshal	Kızarıklık	Hapşuruk	Aşırı Ağlama
Kolik	Kaşıntı	Burun Akıntısı	Huzursuzluk
Kusma	Döküntü	Hışiltılı Solunum	Yüz, Gözler ve Dudaklarda Şişme
Kanlı Gaita		Nefes Darlığı	Kilo Alamama

hızlı ortaya çıkabileceği gibi geç de oluşabilirler.

İNEK SÜTÜ ALERJİSİNİN BELİRTİLERİ

Bebeklerin çoğunda zaman zaman fazlaca ağlama, deri döküntüsü, ishal, kolik, hışiltılı solunum, kusma veya huzursuz uyku gibi sorunlar oluşur; ancak inek sütü alerjisi olan bebeklerde bu sorunlar genellikle inek sütü alındığında oluşmaktadır. Bebeğin yukarıdaki belirtilerden herhangi biri nedeniyle sıkıntı çekmesi üzücüdür; bu nedenle belirtilerin inek sütüyle ilişkili olup olmadığının anlaşılması gerekir. Alerjinin belirtilerini bilerek sorunu erken dönemde fark ederseniz hızla çözebilirsiniz.

İNEK SÜTÜ ALERJİSİNE NASIL TANI KONULUR?

Doktorunuz bebeğinizde inek sütü alerjisi olup olmadığını anlamak için şikayetlerinizi dinleyecek, muayene edecek ve bazen

test yapılmasına gerek duyacaktır. Doktorunuzun alerji testleri isteyip istenmeyeceğine karar vermek için bebeğinizin gelişimi, beslenmesi, belirtileri, ailede alerji varlığı gibi pek çok bilgiye gereksinimi olabilir.

ALERJİ TESTLERİ:

• **Deri testleri:** Hızlı sonuç verdikleri için tercih edilebilir. 2 şekilde yapılır:

Deri prik testi: Test, deriye alergen sıvı dökülüp, alergenine ince uçlu özel aparatlar (lancet) ile deriye enjekte edilmesi yöntemiyle yapılır. Testte, genelde, en sık karşılaşılan, polen, ev tozu, gıda, hayvan tüyleri ve küf gibi alerjenler kullanılır. Test uygulandıktan sonra 10-15 dakika beklenir ve sonrasında derinin gösterdiği reaksiyonlara göre değerlendirme yapılır.

Yama Testi: Yama testinde, deri prik testinden farklı olarak, sonuç alınması daha uzun sürer. Deri yama testinde, alergen deriye sürülerek, üzerine steril bant yapıştırılır ve 24 ila 72 saat beklenir. Daha sonra bant-

lar çıkartılarak deride görülen reaksiyon değerlendirilir.

• **Kan testleri:** Alerjik tepkiler çocuğunuz yedikten hemen sonra görüldüğünde, deri veya kan testinin pozitif çıkma olasılığı yüksektir. Belirtiler daha geç ortaya çıkıyorsa kan testleriyle gösterilmesi daha güçlü olabilir. Kullanılan en yaygın kan testi türü, vücudun belirli alerjenlere tepki olarak oluşturduğu immunglobulin E (IgE) antikorunun kandaki düzeyini ölçer. Spesifik IgE antikor testi ise kişide belli bir madde veya maddelere karşı alerji benzeri belirtiler varsa yapılır. Radyoallergosorbent testi (RAST) gibi diğer kan testleri ise daha detaylı bilgi sağlamak için kullanılır.

• **Tanı amaçlı diyetler:** Alerjik tepkiler besin tüketildikten saatler veya günler sonra ortaya çıkıyorsa diyetten çıkartma (eliminasyon) gibi tanıya yönelik diyetler veya gıda yüklemeleri tercih edilebilir. Besin alerjilerinde daha kesin bir tanı için, kişiye alerjisi olduğu düşünülen besinlerin kademeli olarak verildiği ve reaksiyonun ölçüldüğü, besin yükleme testi uygulanır. Besin yükleme testi, gıdaya karşı anafilaktik tepki gösterme olasılığı nedeniyle, ağır reaksiyonlarla yakın bir geçmişi olan hastalara yapılmamalıdır. Doktorunuzun isteyeceği testin tipi, şüphelendiği alerjinin tipiyle ilişkilidir.

Bu konuda uzmanlığı olan doktor veya kurumlar tarafından yapılması gereken bu testler kesin olarak doğru sonucu veremeyebilir. Alerji testleri doktorunuzun bebeğe tanı koyma sürecinin yalnızca bir parçası olduğunu unutmayın. Doktorunuz test sonuçlarını bebeğinizin durumu ışığında değerlendirecektir.

SIK RASTLANILAN DİĞER BESİN ALERJİLERİ

Çocuklarda alerjiye inek sütü dışındaki besinler de neden olabilmektedir. Çocuk ve erişkinlerde hemen gıdaların tümü alerjik bir tepki oluşturabilir fakat temel olarak



aşağıda yer alan besinler tüm besin alerjilerinin çoğunu oluşturur:

- Yumurta
- Yer fıstığı ve fındık gibi kabuklu yemişler
- Buğday
- Soya
- Balık ve kabuklu deniz ürünleri

YUMURTA ALERJİSİ

Süt alerjisinden sonra çocuklarda en sık görülen alerjilerden biridir. Yumurta alerjisi ürtiker adı verilen kızamık döküntülerden (kurdeşen), anafilaksiye kadar değişik belirtilerle ortaya çıkabilir. Tepkiyi önlemek için yumurta ve yumurta kullanılan ürünlerden kaçınılmalıdır. Çocukların çoğu büyüdükçe yumurta alerjisi kaybolur. Bazı aşılar yumurta proteini içerebilirler; bu nedenle çocuğunuza aşılarını yaptırmadan önce mutlaka aşının içeriği ile ilgili doktorunuza danışmalısınız.

YER FISTIĞI ALERJİSİ

En sık görülen besin alerjilerinden biridir. Ağır bir alerjik tepki olan anafilaksiye (solunumun durmasına neden olan şok) neden olabilir ve ömür boyu sürme eğilimindedir. Bu nedenle; yer fıstığı ve içeren ürünlerden kaçınılması

gerekir. Yer fıstığı alerjisi olan çocukların diğer baklagillere de alerjisi olabilir. Fındık, fıstık, ceviz, badem, kaju gibi kuruyemiş alerjisi de sık görülmektedir. Bu gıdalara karşı gelişen alerji de tehlikeli tepkilere neden olabilir ve yaşam boyu sürebilir.

BUĞDAY ALERJİSİ

Belirtileri ürtikerden, solunumun durmasına neden olan şoka kadar değişebilir. Tepkiyi önlemek için buğday ve buğday ürünlerinden kaçınılmalıdır. Buğday alerjisi gluten intoleransı ile karıştırılmamalıdır.

ÇOKLU BESİN ALERJİLERİ

Çocukların sık görülen farklı besin proteinlerine alerjisi olmasına (örneğin, soya fasülyesine ek olarak; inek sütü, tavuk yumurtası ve fıstık) çoklu besin protein alerjisi denir. Bir besin alerjisi olan çocukların %50'sinden fazlası, birden fazla besin proteinine karşı alerjik tepkiler gösterir. Nadir vakalarda anne sütü alan bebeklerde de görülür. Bu bebeklerin amino asit bazlı formül sütlerle beslenmeleri tercih edilir. Amino asit bazlı formül sütler sadece protein yapı taşları olan amino asitleri içerir ve alerjik yanıtı tetiklemezler.

Alerjinin nasıl olduğunun bilinmesine karşın, neden geliştiği henüz bilinmemektedir. Ailenizde alerji öyküsü varsa, çocuğunuz da büyük olasılıkla alerjik bir durum geliştirecektir.

NEDEN BEBEĞİMİN İNEK SÜTÜ ALERJİSİ VAR?

Ailenizde alerji öyküsü varsa, çocuğunuz da büyük olasılıkla alerjik bir durum geliştirecektir. İnek sütü alerjisi bebeklerde ve çocuklarda en sık görülen besin alerjisidir. İnek sütü proteinleri mamayla beslenen bebeklerin ilk karşılaştığı ana besin proteinleri olduğu için çok sık görülür. Çocuğunuz yalnızca anne sütü alsada, anne inek sütü içtiği veya süt ürünleri tükettiği için inek sütü proteini anne sütünden bebeğe geçerek alerjiye neden olabilir. Neden bazı çocukların bağışıklık sistemlerinin bir veya daha fazla proteinle savaştığı tam olarak anlaşılamamıştır. Genellikle bebekler ve küçük çocuklar, bağışıklık sistemleri hala oldukça olgunlaşmamış olduğundan bu proteinlere karşı çok daha duyarlıdır. Aile öykülerinde alerji, astım, ürtiker, saman nezlesi veya egzama (anne, baba veya kardeşler) bulunan çocuklarda besin alerjisi gelişme riski, akrabalarında alerji olmayanlardan yüksektir. ▶



Dosya Konusu:
İNFERTİLİTE (KISIRLIK) NEDİR?

MODERN TIPTA **İNFERTİLİTE**



İNFERTİLİTE (KISIRLIK) NEDİR?

İnfertilite, halk arasında 'kısırlık' olarak adlandırılır ve 21. yüzyılın ciddi problemlerinden birisi olmaya adaydır.



İnfertilite 1980'li yıllarda ilk başarılı tüp bebek tedavisine kadar; çözümü olmayan veya çok sınırlı bazı yaklaşımlar dışında, çocuk sahibi olamamış çiftin kadrine terk edildiği kara kutuydu. Toplum bu hassas konunun üzerini örtmeyi tercih ettiği için, çiftlerin hastanelere başvuru oranı düşük olmakta ve hastaların psikolojilerinde derin yaralar açmaktaydı.

DOĞRU TANI ÖNEM TAŞIMAKTA

İlk **intrauterin inseminasyon** (aşılama) ve ilk başarılı **in-vitro fertilizasyon** yani IVF (tüp bebek tedavisi) tedavisi, bu konuya çok geniş bir görüş açısı ekledi ve sonraki ge-

lişmelerin önünün açtı. Günümüzde, doğal yöntemler ile çocuk sahibi olamayan kişilerle/çiftlerle, mevcut durumlarına göre sunulabilecek çok çeşitli ve daha yüksek başarı şansına sahip tedavi yöntemleri gelişmiştir. Doğru tedavinin hastaya uygulanması ve bu şekilde en yüksek başarının hedeflenmesinin anahtarı, doğru iletişim ve doğru tanı koymaktan geçmektedir.

BİR YILDA GEBELİK ELDE EDEMEYENLER DOKTORA BAŞVURMALI

İnfertilite, bir çiftin, korunmadan düzenli cinsel birlikteliğe rağmen **1 yıl boyunca** gebelik elde edememesi durumudur. Eğer

kadın hasta **40 yaşın üzerinde ise**, 6 aylık sürede doğal yolla gebe kalmadıysa başvuru yapmasını ve ilk değerlendirmeden geçmesini öneriyoruz. Bunun sebebi 35 yaşı ile yumurta kalitesinde ve sayısında hızlı bir düşüş olmasıdır; bu düşüş 40 yaş üzerinde çok hızlıdır ve bazen hasta için 6 ayın bile dramatik önemi olabilir.

İNFERTİLİTE ARAŞTIRMASINDA NELER YAPILMALIDIR?

Çocuk sahibi olmak konusunda sıkıntı yaşayan bir çiftin ilk yapması gereken, bu konunun hassasiyeti ve önemini göz önüne alarak uzman bir kuruma başvurması-



**Doğru tedavinin
anahtarı
her zaman
profesyonel
araştırma,
profesyonel
tıbbi
danışmanlık
ve profesyonel
tedavidir.**

dır. Hastaların tedavilerinde yaşanan en önemli sıkıntı, hastanın başvuru yapmasındaki gecikmedir. İnfertilite araştırması, aslında oldukça sistematik yapılabilecek ve kısa sürede tamamlanabilecek bir tarama sürecidir ve hastaların endişe duymasını gerektirmez.

İnfertilite araştırmasında yapılması gerekenler:

- Kadın hastanın jinekolojik öyküsünün ve çiftin infertilite anamnezinin alınmasını takiben, kadın hastanın jinekolojik muayenesi yapılır, dış jinekolojik organlar değerlendirilir. Bazen serviks (rahim ağzı) bölgesindeki basit bir yapışıklık gebe kalamama sebebi olabilir ve jinekolojik muayene yapılmazsa bu asla tespit edilemez.

- Bunun akabinde, jinekolojik ultrasonu bakılarak uterus (rahim), servikste (rahim ağzı), overlerde (yumurtalıklar) bir problem olup olmadığına ve karın içerisindeki diğer organlarda ve boşluklarda gebeliğe engel bir ek bulgu olup olmadığına bakılır. Ultrason ile uterus (rahim) ile ilgili doğumsal bazı sıkıntılar tespit edilebile-

ceği gibi (uteurs didelphys: çift rahim veya uterin hipoplazi: gelişmemiş rahim gibi) sonradan oluşan bazı sorunlar da tespit edilebilir. Bu sorunlar içerisinde en sık görülen; büyük bir polip (rahim iç duvarından köken alan ve rahim içerisinde yer kaplayan bir doku parçası) veya uterus içerisine doğru büyüyen ya da uteurus iten bir myom (rahim kas duvarında iyi huylu bir tümör) gibi lezyonlardır. Bu bozuklukların erken dönemde tespiti, erken dönemde gerekli tedavinin hastaya önerilmesini sağlayacağı için hastanın başarı şansını artırmaktadır.

Kadın hastanın yumurta rezervinin değerlendirilmesi için muayeneyi takiben bazı hormonal tetkiklerin yapılması gereklidir:

Bu hormonlar, yumurta olgunlaşmasını sağlayan veya bu olgunlaşmayı etkileyen hormonlardır. Kadınlar, erkeklerin aksine, belli bir yumurta rezervi ile doğar ve sonrasında yeni yumurta üretmez. Erkekler ise ergenlik ile beraber, tüm yaşamları boyunca sperm üretebilir. Kadınlardaki bu rezervin kısıtlı olması durumu çok önemlidir, çün-

kü bu rezerv her hastada farklı bir dönemde bitebilir ve bunun sonrasında da hasta menapoz dönemine girerek adetten kesilir. Bu sebeple, kadının yumurtalık rezervinin bilinmesi ve bu durumu etkileyebilecek diğer faktörlerin varsa ortaya çıkartılması çok önemlidir. Bu tetkiklerin yapılması için genellikle hastanın adetinin belli bir döneminde olması gerektiğinden, hastanın herhangi bir günde veya saatte yaptıracağı hormon tetkikleri doğruyu yansıtmayabilir. Bu tür tetkikler ancak, doktor kontrolünde yapıldığında ve muayene ile birleştirildiğinde önem arz eden bilgilerdir.

RAHİM TÜPLERİNİN TIKALI OLUP OLMADIĞI RAHİM İÇİ FİLM İLE ANLAŞILIR

Kadın hastanın uterus (rahim) iç duvar yüzeyi ve fallop tüplerinde (tüpler) herhangi bir yapısal bozukluk olup olmadığını anlamak her zaman ultrason ile mümkün değildir; çünkü endometrium yani rahim iç duvarı normalde ultrasonda iki duvarı birbirine yapışmış gibi görünür ve bu du-



vardaki küçük düzensizlikler, yapısal bozukluklar tespit edilemeyebilir. Ayrıca, normal yapıdaki tüpler ultrasonda görüntülenemez ve tüplerin açık olup olmadığı ultrason ile tespit edilemez. Bu sebeple, hastaya histerosalpingografi (HSG) yani halk arasında rahim filmi denilen tetkik yapılır. Bu tetkik de hastanın adet döngüsünün belli bir döneminde yapılmalıdır. Bu tetkik küçük bir müdahale gerektirdiğinden jinekolog tarafından radyolojik görüntüleme ünitesi içeren bir birimde yapılır. Bu işlem esnasında bir miktar ağrı olmakla beraber, bu ağrı dayanılmaz kadar uzun ve yoğun değildir. Yine de bazı hastalar bu işlemi anestezi altında yaptırmayı tercih etmektedir. Bu işlemde rahimin içerisine özel bir sıvı verilir ve görüntüleme yöntemi ile (tercihen floroskopi) serviks, uterus ve tüplerin içinin dolduğu görülür. Tüplerin açık olup olmadığı, tüplerin iç duvar yapısı, endometrial duvar düzeni, uterus iç duvarını etkileyen doğumsal veya sonradan oluşan bir durum olup olmadığı, serviks duvar düzeni gibi yapılar değerlendirilir.

SPERM TETKİKİNDE 4 GÜNDEN FAZLA CİNSEL PERHİZ TAVSİYE EDİLMEMEKTE

Erkek hastanın tıbbi öyküsünün alınması takiben bir spermiyogram (sperm tetki-

ki) yaptırılır. Burada önemli olan, sperm tetkiki öncesinde hastanın en fazla 3-4 günlük cinsel perhizi olmasıdır. Daha fazla cinsel perhiz sonrasında verilen örnekler daha kötü çıkacak ve gerçeği yansıtmayacaktır. Sanılanın aksine, ne kadar uzun cinsel perhiz yapılırsa o kadar iyi sperm elde edilir kanısı tamamen yanlıştır. Spemiyogramda spermin sadece sayısına değil, yapısına ve hareketliliğine göre bir rapor düzenlenir. Bu sebeple, spermiyogram tetkikini yapacak ve değerlendirecek kişilerin bu konuda uzmanlaşmış bir ünitenin parçası olması tercih edilmelidir.

TÜP BEBEKTE BAŞARI ORANI KİŞİDEN KİŞİYE DEĞİŞEBİLİR

İnfertilite araştırmasının sonunda hastalara mevcut olan çeşitli tedavilerden en uygun olanı önerilir. Tüp bebek tedavisi ile ilgili son 15 yıl içerisinde gelişmeler çok hızlı ilerlemiş olup, günümüzde tedavinin başarısı önceki tedavilere göre çok artmıştır. Yine de hastalar ile görüşülürken, hiçbir tüp bebek tedavisinin başarısının %100 olamayacağı paylaşılmalı, hastanın tıbbi durumuna göre başarı olasılıkları detaylı bir şekilde anlatılmalıdır.

TEDAVİ SEÇENEKLERİ

Çocuk sahibi olmakta sorun yaşayan çiftler için, hastaların tıbbi durumlarına

göre üç ayrı tedavi başlığı vardır:

- 1- Yumurta gelişimi desteklenerek düzenli cinsel ilişki planlanması
- 2- Yumurta gelişimi daha sıkı desteklenerek intra-uterin inseminasyon (IUI) yani aşılama tedavisi yapılması
- 3- Yumurta gelişimi tedavisi daha da sıkı desteklenerek in-vitro fertilizasyon (IVF) yani tüp bebek tedavisinin yapılması

AŞILAMA TEDAVİSİ NEDİR?

Oosit (yumurta) gelişimi ilaçlar ile desteklenen kadın hastanın yumurta veya yumurtaları olgunlaştığında, halk arasında çatlatma iğnesi olarak da bilinen Trigger tedavi uygulanır ve yumurtaların uterus (rahim) içerisine doğru olan yolculuğu başlar. Bu süreçte, erkek hastadan sperm örneği alınır ve bu örnek laboratuvar şartlarında çok konsantre ve daha kaliteli hale getirilerek uteurusun içerisine enjekte edilir. Bu şekilde daha çok sayıda ve iyi durumda spermin yumurtaya ulaşma şansı olur. Yine de oositin yani yumurtanın döllemesi kadın hastanın vücudunda gerçekleşecektir. Bu sebeple bu tedavi, tüp bebek tedavisi ile karıştırılmamalıdır.

TÜP BEBEK TEDAVİSİ NEDİR?

Hastanın mevcut bilgileri ışığında yumurta gelişimi belli bir program dahilinde iğne ve hap şeklindeki ilaçlar ile desteklenen ve günlük ilaç kullanan kadın hasta, birden fazla sayıda yumurta geliştirir. Bu yumurtalar olgunlaştığında Trigger yani çatlatma tedavisi uygulanır; ancak bu sefer yumurtalar henüz daha overin (yumurtalık) içerisindeyken ve kadın hastanın vücuduna dökülmemişken, hastaya hafif bir anestezi verilerek bu yumurtalar toplanır. Yumurta toplama işlemi çok hassasiyet gerektirdiği ve ağırlı bir işlem olduğu için bu işlemin yapılması esnasında hafif anestezi şarttır. Yumurtalar özel bir iğne sistemi vasıtasıyla vajenden (kadın cinsel organı) toplanır ve hastanın herhangi bir yeri kesilmez.

Toplanan yumurtalar eşin spermi ile laboratuvar ortamında döllendir ve oluşan embriyolar (hücre safhasındaki bebekler) çok gelişmiş



Hasta için uygun olan tedavi seçenekleri arasında en uygun olanına birlikte karar verilmelidir. Unutulmamalıdır ki; infertilite artık tedavi edilebilmektedir.

bir kuluçka sisteminde 3 ila 5-6 gün arasında büyütülür. Hazır olan embriyolar kadının uterusna belli bir tedavi sonrasında yerleştirilir ve buna embriyo transferi denir.

YUMURTA VE SPERM DONASYONU (BAĞIŞI) İLE TÜP BEBEK TEDAVİSİ

Günümüz teknolojisi ile normal tüp bebek tedavisinden fayda göremeyecek yumurta veya sperm yokluğu yaşayan hastalar için de tedaviler mümkündür.

Artık yumurtası olmayan hastaların yumurta nakli ile veya spermi olmayan hastaların sperm nakli ile bebek sahibi olması olanaklıdır. Burada dikkat edilmesi gereken husus, bu tür tedavilerin kurumsal merkezlerde yapılması gerekliliğidir. Çünkü ancak doğru bir kayıt sistemi ile beraber doğru bir tedavi hastanın başarı şansını artırabilir.

CİNSİYET SEÇİMİ

Tüp bebek tedavisine ek olarak yapılabilen bir diğer tedavi de cinsiyet seçimidir. Bu tedavi yöntemi normal tüp bebek tedavi-

sine benzemekle beraber, embriyolar (hücre safhasındaki bebekler) gelişimlerinin belli bir aşamasında ek bir genetik tetkike tabi tutulur ve sadece cinsiyet kromozomlarına değil, istenen belli diğer kromozomlarına da bakılır. Bu sebeple, bu tedavinin ikincil bir faydası da özellikle Down sendromu gibi oldukça sık görülen bazı hastalıkların bebeklerde ekarte edilmesidir. Tedavinin sonunda; istenen cinsiyette ve bakılan kromozomlar için normal kabul edilen embriyo veya embriyolar uterusna yerleştirilir.

GENETİK HASTALIKLAR

Bazı hastalıklar genetik (ırsi) yolla nesilden nesile geçmekte ve aileler için ciddi sorunlar oluşturmaktadır. Bu hastalıklar; coğrafyamızda sık görülen Talasemi gibi bir kan hastalığı olabileceği gibi, nadir genetik hastalıklar da olabilir. Bu hasta grubuna verilecek doğru bir genetik danışmanlık ile araştırılması gereken doğru nokta kan tetkikleri ile tespit edilebilir. Sonrasında hastalara tüp bebek tedavisi uygulanır ve elde edilen embriyolar (hücre seviyesindeki

bebekler) bu genetik hastalık için test edilir. Test sonucunda sağlıklı bulunan embriyolar uterusna yani rahime yerleştirilir.

EN DOĞRU TEDAVİ HANGİSİDİR?

Doğru tedavinin anahtarı her zaman profesyonel araştırma, profesyonel tıbbi danışmanlık ve profesyonel tedavidir.

Tüm hastalar için tek bir doğru tedavi olmayacağı gibi, bir hasta için çok iyi olan bir tedavi bir diğer hasta için tamamen bir zaman kaybı da olabilir. Bu sebeple, hastalar tedavi şekline karar verilirken ekibin bir parçası olarak kabul edilmeli, tek başına karar merci olmak zorunda bırakılmamalıdır. Çünkü hastaların karar vermesini sağlayan şey bilgidir ve tıbbi bilgileri ve bu bilgilerin ne anlama geldiği detaylı olarak her hastaya anlatılmalı, hasta için uygun olan tedavi seçenekleri arasında en uygun olanına birlikte karar verilmelidir. Unutulmamalıdır ki; infertilite artık tedavi edilebilir bir rahatsızlıktır ve infertil hastaların gebelikleri, hasta dahil tüm ekibin başarısı olacaktır. 

YENİ DOĞANLARDA İŞİTME TARAMASI

Yeni doğan bebeklerde işitme kaybı görülme sıklığı yaklaşık olarak her 1000 yeni doğan bebekte, 1-3 arasındadır. Bebeklerde gözlem yoluyla anlaşılması güç olan işitme kaybı erken dönemde tespit edilmediğinde konuşma ve dil gelişimi ile birlikte zihinsel gelişimi de olumsuz yönde etkilemektedir.



Yeni doğan bebeklerde işitme kaybı en sık görülen doğumsal anomalilerden biridir.

Yeni doğan yoğun bakım ünitelerinde kalması gereken bebeklerde her 1000 yeni doğan bebekte 20-40 arasında artış göstermektedir. İşitme kaybının olumsuz

etkilerinin azaltılmasında; işitme kaybının erken teşhis edilmesi, erken işitme cihazı takılması ve işitme-konuşma eğitimine erken başlanması önem taşımaktadır. Bu sebepten her yeni doğan bebeğe Yeni doğan işitme taraması yapılması gerekmektedir.

Yeni doğan işitme taraması ne demektir?

Yeni doğan işitme taraması, doğumdan hemen sonra bebeklerde işitme kayıplarını tespit etmek için uygulanmaktadır. Yeni doğan işitme testinin amacı işitme kaybını erken saptamaktır. Avrupa da 2001 yılından

itibaren rutin yeni doğan taramaları arasında yer alan ve Ulusal Yeni Doğan İşitme Taraması Programı altında uygulanan, yeni doğan işitme taraması, ülkemizde 2011 yılından itibaren yapılmaya başlanmıştır ancak ülkemizde henüz tüm hastanelerde rutin işitme taraması protokolleri hayata geçmemiştir.

Yeni doğan işitme taramasının önemi nedir?

Normal konuşma gelişiminin ilk şartı işitmektir. Bir çocuk için işitmek ve konuşmayı öğrenmek, iletişim kurabilmesi ve oyun oynayarak yeteneklerini geliştirmesi açısından temel gereksinimlerdir. Çocuklar doğar doğmaz duymaya ve dinlemeye başlar. Konuşmayı öğrenirken, çevrelerinde duydukları sesleri taklit ederler. Bunların yanı sıra, işitme; bilişsel, ruhsal, sosyal ve fiziksel gelişim için büyük önem taşımaktadır.

Her yeni doğan bebeğe işitme tarama testi yapılarak, işitmeyen bebeklerin bir an önce saptanması büyük önem sağlamaktadır. Farklı ülkelerde Ulusal Sağlık Enstitüleri, Kulak Burun Boğaz & Baş ve Boyun Cerrahisi Amerikan Akademisi, Amerikan Pediatri ve Amerika Konuşma, Dil ve İşitme Derneği de dahil olmak üzere bir çok ulusal komiteler, bebeklerde işitme kaybının ilk 3 aydan önce tespit edilmesini ve rehabilitasyonun da (işitme cihazı kullanımı) yaşamın ilk 6 ayında başlamasını önermektedir.

Eğer işitme kaybı 6 aylıktan önce tespit edilirse ve rehabilitasyona başlanırsa, işitme kaybı olan çocuk akranları ile eş değer gelişimleri ve becerileri (dil ve konuşma gelişimi, zeka, akademik beceri vb.) gösterme şansına sahip olabilir. İşitme kaybı daha geç saptanan çocuklar da ise akranlarına kıyasla, konuşma, dil ve zeka gelişimlerinde geri dönüşü olmayan ve kalıcı bozukluklar ortaya çıkabilir.

Yeni doğan bebeklerde işitme taraması ne zaman yapılmalı?

Yeni doğan bebeklerde işitme taraması



İşitme kaybının erken teşhisi konuşma gelişimi, yaşam kalitesi ve akademik başarı açısından kritiktir. Erken teşhis, işitme kayıplı çocuklarda normal veya normale yakın konuşma ve lisan gelişimi sağlamaktadır.

bebek doğduktan sonra ilk 24-72 saat içerisinde, yani bebek hastaneden taburcu olmadan yapılmalıdır. Herhangi bir nedenle bebek hastaneden test yapılamadan çıkmışsa ya da bebek hastane dışında doğmuşsa, ilk 4 hafta içerisinde testin yapılması gerekmektedir.

Yeni doğan işitme taraması sadece işitme kaybı açısından risk taşıyan bebeklere mi uygulanır?

2001 yılından önce yeni doğan işitme taraması, sadece işitme kaybı riski taşıyan bebeklere yapılmaktaydı. Ancak araştırmalar işitme kaybı bulunan bebeklerin önemli bir bölümünün herhangi bir risk faktörüne sahip olmadığını ve işitme kayıplı bebeklerin %90'ının normal işiten anne babalara sahip olduğunu göstermektedir. Bu nedenle günümüzde işitme kaybı riski taşıyan veya taşımasın her yeni doğan bebeğe işitme taraması yapılması gerekmektedir.

Bebeklerde işitme tarama testi nasıl uygulanır?

Yeni doğan işitme taramasında Ulusal Yeni Doğan İşitme Taraması Programı'nın belirlediği tarama amaçlı kullanılan iki farklı test bulunmaktadır. Bunlar; Otoakustik emisyon testi (OAE) ve tarama ABR (BERA) işitsel beyin sapı cevabıdır. Otoakustik emisyon testi bebeğin kulağına yerleştirilen bir prob ile kulağa gönderilen sesin, iç kulaktan yansımaları kaydetmeye dayalı, kısa sürede tamamlanabilen bir test yöntemidir.

Tarama ABR (BERA) testinde ise işitsel sinir ve beyin sapı tarafından oluşturulan elektiriksel aktivite kafa cildi üzerine yerleştirilen elektrot ile kaydedilmektedir. Fakat bebekler yapılan Otoakustik emisyon testinde şüpheli görülür ise veya işitme kaybı riski taşımakta ise BERA (ABR) testine yönlendirilmektedir. Her iki test de bebeklerin canını yakmadan, bebek uyurken yapılan ve 5-6 dakika gibi kısa bir sürede tamamlan testlerdir.

Yeni doğan işitme tarama testinden kalan bebeklere ne yapılmalı?

Bebeklerin %30-40 ilk işitme testinden kalır. Bebeklerin birinci testte kalma nedenleri arasında orta kulakta sıvı ve kan pıhtısı bulunması veya dış kulak yolunun dar olması sayılabilir.

Bebek ilk testten geçemez ise, bir hafta sonra tarama testi tekrarlanır. Yine geçemez ise, iki hafta sonra bir kez daha tekrarlanır. Bebek tarama testinden üç kez kalırsa, ileri bir otolojik tetkik olan tarama "ABR (BERA)" ile ayrıntılı işitme değerlendirmesi yapılır.

Yeni doğan işitme tarama testleri ne sıklıkla tekrarlanmalı?

Bebeğin yeni doğan döneminde işitme sorunu olmadığı saptanmış ise, testin düzenli aralıklarla yinelenmesi gerekmez. Ancak yeni doğan döneminde işittiği bilinen bebek sonraki dönemde önemli hastalıklar geçirir ya da geç beliren işitme kayıplarına yol açan genetik hastalıkları olduğu biliniyorsa, çocuğun işitmesinin yeniden sınanmasını istenebilir. 



PRESPIYOPİ VE KATARAKT

Kırk yaş sonrası net görememe şikayetiyle göz polikliniklerine en sık başvuru nedenleri “presbiyopi” ve “katarakt”tır. Günümüzdeki tıbbın ve özellikle de oftalmolojinin geldiği ilerleme düzeyinde artık her iki hastalığın da tedavisi oldukça başarılı ve süratle yapılabilmektedir.

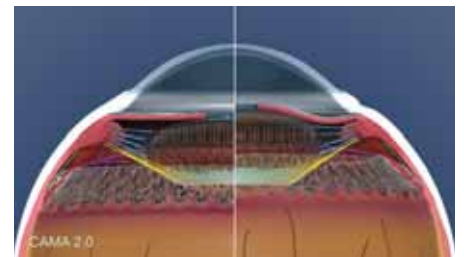


Yakını net görememe olarak da tanımlanabilecek **presbiyopinin** tedavisi çoğu zaman basit bir gözlükle, bazen de özel cerrahi yöntemlerle yapılabilirken, dünyada tedavi edilebilir en sık körlük nedeni olan **katarakt** genellikle cerrahi yöntemlerle tedavi edilir.

KATARAKT PUSLU VE BULANIK GÖRMeye NEDEN OLUYOR

Katarakt, göz küremizin içinde doğal bir mercek olan “**lens**”in şeffaflığının azala-

rak matlaşmasıdır. Bu matlaşma yüzünden görme zamanla puslu, bulanık hale gelir ve katarakt ilerledikçe hastanın görmesi gitgide azalır veya görme kalitesi bozulur. Bebeklikten itibaren her yaşta görülebilse de, kataraktın en sık görülen tipi “**senil**” dediğimiz yaşa bağlı olan ve genellikle 40-50 yaşından sonra görülen tipidir. “**Lens**” aslında kelime anlamı olarak “**mercek**” demektir ve göz kürenin içinde, ön tarafa daha yakındır. Göz bebeğimizin ve irisin (göze rengini veren renkli kısım) hemen arkasında bulunan ve normalde şeffaf olan, disk şeklinde bir



Resim 1. Sol yarım uzağa bakarken, sağ yarımda yakına bakarkenki gözü resmetmektedir. mercektir. Bu mercek çok ince şeffaf bir zarla sarılı olup, kenarlarından 360 derece çevrepevre uzanan liflerle göz küresinin içinde asılıdır. (**Resim-1**)



**Göz travması,
elektrik çarpması
ve şeker
hastalarında,
hızlı kan şekeri
değişmelerinde,
katarakt daha genç
yaşlarda ve süratle
oluşabilmektedir.**



YAŞ İLERLEDİKÇE LENSLERİN BERRAKLIĞI AZALIYOR

Esnek bir mercek olan lens, uzağa ve yakına baktığımızda ön-arka çapını azaltıp artırarak görüntüyü tıpkı bir fotoğraf makinesi gibi odaklar ve bu sayede hem uzaktaki hem de yakındaki cisimleri net görebilmemizi sağlar. Vücuttaki tüm organlarda olduğu gibi, yaş ilerledikçe lensin de su içeriği azalır. Buna paralel olarak lensin doğal şeffaflığı ve esnekliği de yavaş yavaş azalır. Örneğin, 10 yaşındaki bir çocuğun lensi çok esnektir, çok yakından çok küçük yazıları okuyabilir. Fakat 45-50 yaşında bir erişkinin, lensi o kadar esnek olmadığından, aynı küçük yazıları çok yakından okuyabilmesi için çoğu zaman yakın gözlük desteğine ihtiyacı vardır. 40-45 yaş civarında insanların büyük bir kısmının yakın gözlüğüne ihtiyaç duymasının nedeni budur ve lensin esnekliğinin azalmasıyla oluşan bu duruma “**presbiyopi**” adı verilir. Katarakt ise presbiyopiden farklıdır. Zamanla esnekliği azalan lensin şeffaflığı da azalır, matlaşır ve buzlu cama benzemeye başlar.

Daha da ilerlediğinde ise gri-sarımtırak bir renk almaya başlar. Yıllar içinde bu gri-sarı renk daha da koyu sarıya dönerek en sonunda

kahverengi olur. Bu şekilde ilerleyen katarakt “senil” (yaşa bağlı) katarakt adı verilir. Yani lensin esnekliğinin azalmasına bağlı presbiyopi; şeffaflığının azalmasına bağlı da senil katarakt gelişir. Katarakt bazı durumlarda (göze travma, elektrik çarpması gibi “travmatik” kataraktlarda ve şeker hastalarında hızlı kan şekeri düzeyi değişmelerinde olduğu gibi) “metabolik” kataraktlarda daha genç yaşlarda da olabilmektedir. Bu gibi durumlarda katarakt çok hızlı, günler hatta saatler içinde bile oluşabilir.

Kataraktın belirtileri, tipine (senil, travmatik, metabolik kataraktlar) ve yerleşimine (lens içinde hangi bölgeyi tuttuğuna bağlı olarak (ön, arka, merkezi yerleşimli, çepere yakın yerleşimli, lensin tümünü tutan gibi) çok çeşitli olabilir. Örneğin; loş ışıkta iyi görememek, bazen de bunun tam tersi olan, parlak ışıkta iyi görememek, puslu, bulutlu görmek, çift görmek, güneş ışığında göz kamaşması, cisimlerin etrafında hale görmek, gece araba farlarından fazla rahatsız olmak, gözlük numarasının değişmesi gibi.

Presbiyopinin belirtileri ise daha az ve basittir; okurken ışığı artırma ihtiyacı hissetmek, yakından küçük yazıları eskisi gibi rahat oku-

yamamak, okuma hızının düşmesi gibi. Presbiyopinin tedavisi gözlük, kontakt lens ve bazen de çeşitli cerrahi yöntemlerle mümkün iken, kataraktların tedavisi çoğu zaman cerrahidir.

KÜÇÜK YAŞTA Kİ GÖRME SORUNLARI GÖZ TEMBELLİĞİNE NEDEN OLABİLİR

Çocukluk çağı veya doğumsal olan kataraktların diğer katarakt tiplerine göre önemli bir farkına dikkat edilmelidir. Bebek beyni, her iki göze aynı anda düşen benzer görüntüleri analiz edebilir ve yaşamın ilk bir kaç yılında görmeyi öğrenir. Bu dönemde ortaya çıkan kataraktlar, zamanında farkedilmezse, çocuğun beyni görmeyi öğrenemez. Özellikle bir gözü sağlamken diğer gözde görmeyi düşüren herhangi bir hastalık (katarakt, kırma kusurları, glokom, kapak düşüklüğü gibi) varsa ve farkedilmezse, göz tembelliği oluşur. Bu katarakt daha sonra farkedilip ameliyat edilse bile, beynin görmeyi zamanında öğrenemediği için o gözdeki bu körlük ya da az görme durumu kalıcı olabilir. ▶

ÇOCUKLARDA DOĞUM ÖNCESİ TANI KOYULAN İDRAR KANALLARI GENİŞLEMESİ

İdrar kanallarındaki genişleme, doğum öncesi tanı koyulan en sık ürolojik problem olup idrar yollarındaki darlık veya tıkanıklığa bağlı olarak böbreklerin idrar ile dola-
rak büyümesi anlamına gelir. Gebeliğin herhangi bir zamanında tanı koyulabilir.



Şekil 1. Mesaneden böbreklere idrar kaçağı (reflü). Mesaneye ilacli sıvı verildikten sonra bebek mesaneyi boşalttığına idrar kanallarına doğru ilacli sıvının kaçtığı görülmekte.

Gebelik sırasında ultrasonografi ile anomali taramalarının çok yaygın olarak yapılması sebebiyle, doğum öncesi bebeklerde idrar yollarında genişleme (hidronefroz) tanısı giderek artmaktadır. Problem henüz hamileliğin ilk 3 ayında tespit edilebilir ve nispeten sık olarak gözlenmesi sebebiyle anne-babada kaygı yaratır. Bu nedenle ailelere hamilelik sırasında ve sonrasında problemin seyri hakkında gerekli bilgiler verilmelidir.

İLERİ DURUMLARDA CERRAHİ İŞLEM GEREKEBİLİR

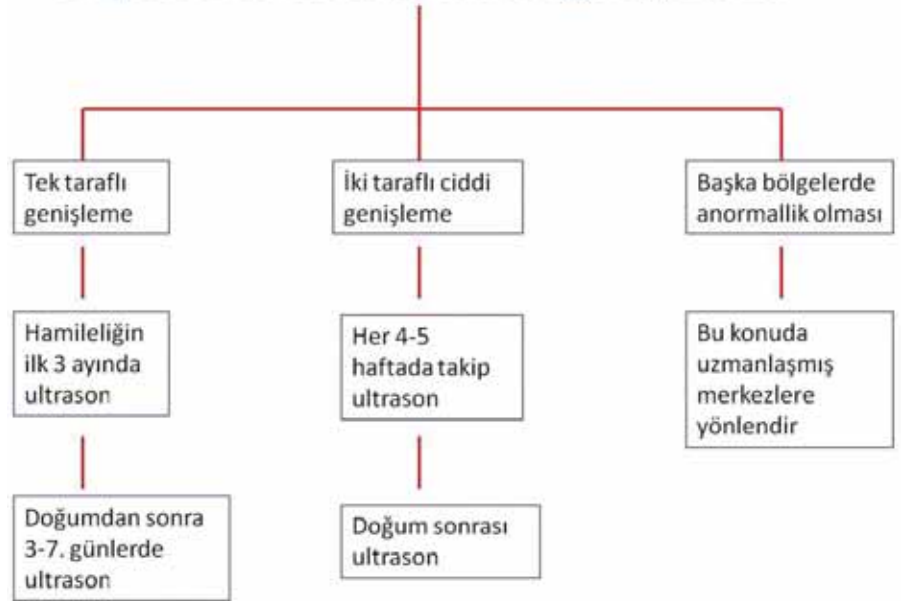
Çoğu olguda idrarı böbrekten idrar kesesine taşıyan kanallardaki daralmadan kaynaklanır. Bu daralma böbrek içinde, idrar kesesi içinde olabileceği gibi idrar kesesinden geriye böbreklere doğru idrar kaçağında kanallarda genişlemeye yol açabilir. İdrarın idrar kesesinden üreterlere kaçması doğum öncesi tespit edilen idrar kanalları geniş-

lemelerinin yaklaşık üçte birini oluşturur. Eğer sebep olarak idrarın geriye kaçağı tespit edilirse bu durumda antibiyotik tedavisi ile takip yapılabilir veya ciddi olgularda cerrahi işlem gerekebilir. İdrar kanallarındaki tıkanıklığın veya darlığın böbrek gelişimini bozduğu durumlarda cerrahi operasyon gerekebilir. Nadir durumlarda bu anne karnında yapılabilir. Bu durumda çocuk üroloğu ve yeni doğan üniteleri ile fetal cerrahi olan merkezlere başvurmak gerekebilir.



Görülme sıklığı tüm anne karnındaki bebeklerde %5'e yaklaşmakta ve bebeklerin %20-50'sinde her iki tarafta gözlenmektedir.

Doğum öncesi idrar kanalı genişlemesi



Şekil 2. Doğum öncesi idrar kanalı genişlemesi olan bebeklere doğum sonrası yaklaşım.

DOĞUM ÖNCESİ İZLEM

Hemen hemen tüm olgularda ultrasonografi takibi yapılması gereken tek testtir. Çoğu olguda gebelik etkilenmez ve normal doğum olur.

- Tek taraflı idrar kanalı genişlemesi olan bebeklerde, hamileliğin son 3 ayında en az bir ultrasonografi inceleme önerilir. Çünkü idrar yollarında hamileliğin başında tespit edilen genişlemelerin yaklaşık %80'i hamileliğin sonuna doğru düzelir. Diğer taraftan eğer hamileliğin sonuna doğru genişleme ilerlerse doğumdan sonra girişim gerektiren problem olma ihtimali vardır ve yakın takip edilmelidir.

- İki taraflı olan bebekler daha sık takip edilmelidir. Bu aralık, hamileliğin süresi, genişlemenin derecesi ve bebeğin anne karnındayken içinde bulunduğu suyun miktarına bağlı olarak 4-6 haftalar arası olmalıdır

DOĞUM SONRASI DEĞERLENDİRME VE TAKİP

- Anne karnında idrar kanallarında genişleme saptanan bütün çocuklar doğum-

dan sonra ilk hafta içinde ultrasonografi ile incelenmelidir.

- Ciddi idrar kanalı genişlemesi olan ve rahim içi sıvısının az olduğu hastalarda bu inceleme ilk 24-48 saat içinde olmalıdır.

- Tüm diğer durumlarda ultrasonografi doğumdan sonra 3-7 gün içinde veya hastaneden taburcu olmadan önce yapılmalıdır.

- İdrar yolu enfeksiyonunu önlemek için bebeğe düşük miktarlarda antibiyotik verilebilir. Doğumda sonraki birkaç gün içinde yapılan ultrason genellikle mevcut anormalliği olduğundan hafif gösterir. Bu nedenle ilk ultrason doğumdan 7-10 gün sonra yapılmalıdır. Bununla birlikte bazı durumlarda ilk ultrasonografi doğumdan sonraki ilk 1-2 günde yapılmalıdır. Bu durumlar, her iki tarafta genişleme, rahim içi sıvısında azalma, doğum sonrası komplikasyonlar, ultrasonografi bulgularında belirsizlik olarak sayılabilir.

- Böyle hastalarda mesaneye kateter yerleştirilerek yapılan ve işeme esnasında mesane ile idrar yollarının görüntülendiği inceleme ile mesaneden idrar yollarına ve böbreğe idrar kaçağı olup olmadığı araş-

tırılabilir. (Şekil 1) Eğer geriye kaçak varsa enfeksiyonları önlemek için tedbir amacıyla antibiyotik kullanılabilir. İdrar yollarında tıkanıklık veya darlık olan çocuklarda cerrahi gerekebilir.

- Eğer idrar yollarındaki genişleme idrarın keseden geriye doğru idrar yollarına kaçmasına veya idrar kanallarının tıkanıklığına bağlı değil ise o zaman periyodik ultrasonografi takipleri genellikle yeterlidir.

DOĞUM SONRASI İZLEM

- İlk hafta içinde ultrasonografik inceleme normal olan bebeklerde 4-6 hafta sonra inceleme tekrarlanmalıdır.

- Hafif veya her iki taraflı idrar kanalı genişlemesi olan bebekler ve çocuklar problemin düzelmesi veya ilerlediğinin gösterilmesi amacıyla ultrasonografi ile takip edilmeleri yeterlidir.

Hamilelik esnasında bebeklerde saptanan idrar kanallarındaki genişleme nispeten sık bir bulgu olup çok büyük oranda herhangi bir tedavi gerektirmez ve ultrason ile takip edilir. (Şekil 2)



İÇİMDEKİ DÜŞMAN! DAMAR SERTLİĞİ

Ateroskleroz yani damar sertliği günümüzün en sık görülen hastalıklardan biri olup, özellikle obezite, kötü beslenme alışkanlıkları, hareketsizlik, aşırı alkol tüketimi ve genetik özellikler sayesinde gittikçe daha sık ve daha genç yaşta görülmeye başlanmıştır.

Ateroskleroz kalp krizine bağlı ölümlerin temel nedenidir. Yaygınlaşmasındaki en temel neden, yukarıda sayılan ve modern yaşamın ivmelendirdiği, insülin direncindeki artışın neden olduğu obezite ve tedavi edilmediği takdirde ardından ortaya çıkan **tip 2 diyabet hastalığıdır**. Obez hastalarda sıklıkla izlenen ateroskleroz, insülin direnci (diyabet) ve hipertansiyon birlikteliği, "**metabolik sendrom**" olarak da adlandırılan klinik tablonun en temel üç sacayağını oluşturmaktadır.

ATEROSKLEROZ ORGANLARIN BESLENMESİNİ ENGELLEMEKTE

Ateroskleroz özellikle atardamarların duvarlarındaki değişik tabakalarda kalınlaşma ve sonrasında içerisinde pıhtı oluşumu ya da kalsifikasyon gelişimine bağlı damar lümeninde daralma ile seyreden ilerleyici bir hastalıktır. Tutulan atardamarın beslediği organlara giden kan akımının azalmasını sağlayan damar lümenindeki daralmaya (**stenoz**) bağlı gelişen organ beslenmesindeki azalma (**iskemi**) yanında, bu aterosklerotik odaklardan kaynaklanan



pıhtıların daha uç damarları tıkaması (**emboli**) sonucu doku ölümlerine (**infarkt**) de neden olabilirler. Bu nedenle ateroskleroz, günümüzde ölüm veya vücutta kalıcı hasar oluşturan **myokard infarktı, inme** veya **uç organ kayıpları** gibi birçok hastalığın gelişmesinin temel nedenidir.

ATEROSKLEROZ'DA TANI YÖNTEMLERİ ULTRASON VE RENKLİ DOPPLER

Koroner arterler dışındaki diğer arterlerde ortaya çıkan **aterosklerotik değişikliklerin** tanısında kullanılan ilk yöntem **ultrason (US)** ve **renkli doppler ultrason (RDUS)** incelemeleridir. Bu yöntemler rad-

yasyon kaynağı içermeyen, kolay, ucuz ve zararsız teknikler olmakla birlikte, başarısı yapan hekimin deneyimine bağlıdır. Yetkin ellerde yapılırsa bile US ve RDUS, ileri darlık (%90 üzeri) durumlarında veya daralmış segmentin uzun olması gibi durumlarda bazen yetersiz kalabilmektedir.

BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ DAHA GÜVENİLİR SONUÇLAR VERMEKTE

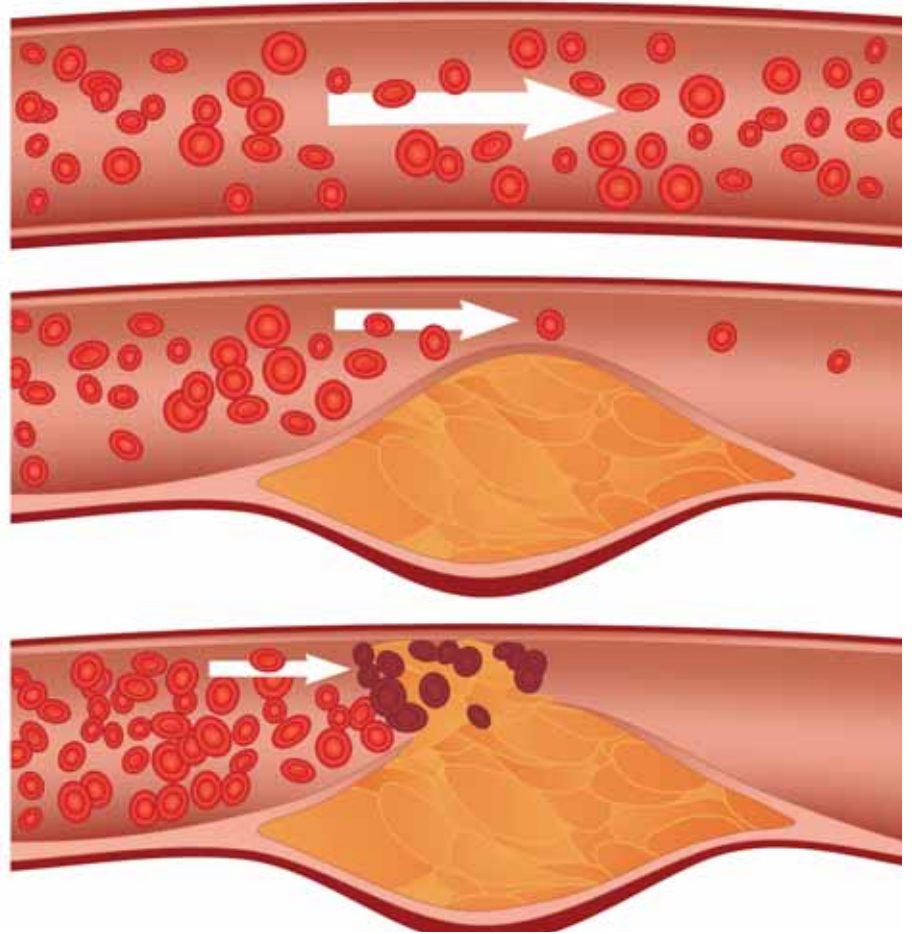
US ve RDUS'da şüpheli veya yetersiz bulguların elde edildiği durumlarda ve özellikle de tedavi amaçlı radyolojik girişimsel işlem veya cerrahi planlanan olgularda yapılması gereken tanısal yöntem, kol toplar damarından kont-



Özellikle beyine giden boyun damarları (karotis ve vertebral arterler) başta olmak üzere, aorta ve ondan çıkan kol ve bacak damarları ile koroner (kalp) arterlerde ateroskleroz gelişimine bağlı darlık ve tıkanmalar, günlük pratikte sıklıkla rastlanılan bulgulardır.

rast madde verilerek yapılan BT (bilgisayarlı tomografi) anjiyografi (BTA) incelemesidir.

BTA incelemesi, aterosklerotik damar hastalığının derece ve yaygınlığı konusunda en doğru ve en güvenilir sonuçları veren radyolojik görüntüleme yöntemidir. Koroner arterlerde dahil olmak üzere tüm vücut damarlarına uygulanabilen BTA yönteminde, hem damar lümenindeki darlık derecesi hem de darlığa neden olan duvar patolojisinin tipi ve yaygınlığı kolaylıkla görüntülenebilir. Bu özelliği ile kasıktan kateter yerleştirilerek yapılan dijital çıkartmalı



anjiyografiden (DSA) çok daha iyi sonuçlar veren BTA tekniğinin en temel dezavantajı ise, radyasyon içermesi ve kontrast madde kullanılmasıdır.

BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİNİN ALTERNATİFİ MANYETİK REZONANS ANJİYOĞRAFI

Diğer bir radyolojik yöntem ise “**manyetik rezonans anjiyografi**” (MRA) incelemeleridir. **Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi’nde** yakın zamanda upgrade edilerek 16 kanala çıkarılan MR cihazı ile, günümüz modern MRG cihazlarının çoğunda bulunan yeni MR sekansları, kontrast madde kullanılmaksızın koroner damarlarda dahil olmak üzere tüm vücut damarlarının gösterilmesi artık mümkün olmaktadır.

MRA yanında beyin ve kalp gibi yaşamsal organlarda, kontrast verilerek yapılan perfüzyon (canlılık) teknikleri ile bu organlarda aterosklerozla bağlı gelişen beslenmesi bozulmuş

(iskemik) alanlar, ölü (infarkt) alanlardan rahatlıkla ayırt edilebilmektedir. BTA’ya oldukça iyi bir alternatif olan bu yöntem özellikle kontrast madde kullanımının uygun olmadığı (böbrek yetmezliği, diyaliz, bazı kanser hastaları gibi) hastalarda veya çocuklar gibi radyasyon riskinin yüksek olduğu yaş gruplarında etkin bir şekilde kullanılmaktadır.

HER HASTALIKTA ERKEN TANI ÖNEM TAŞIMAKTA

Vücudun diğer sistemleri gibi kalp ve damar sistemimizin de rutin kontroller ile takibi ve erken tanı konan lezyonların zamanlı tedavisi ile bu büyük risk ileri derecede azaltılabilir. Bu işlemlerin YDÜ Hastanesi gibi donanımlı ve tecrübeli merkezlerde yapılması, tanı ve tedavideki hata olasılığını azaltacağı gibi çoklu klinik yaklaşımlar ile modern tıbbın gerektirdiği farklı tedavi seçeneklerinin sunulması zenginliğini de sağlayacaktır. ▶



MARS'TA BULUNAN SU VE DÜNYA'DAKİ YAŞAM KAYNAĞI

Canlılığın kaynağı üzerindeki derin tartışmalar yüzyıllardır sürüp gitse de, tatmin edici ve kanıtları ortaya konmuş bir sonuç bulunabilmiş değil.



Charles Darwin, “**Beagle**” isimli gemisine atlayıp tam beş yıl süren **Yeni Dünya Gezisi**’nden döndükten sonra özellikle **Galapagos Adaları**’ndaki gördüğü canlı türlerinin bir evrim sonucu geliştiği kuramını geliştirdiğinde **yıl 1838** idi. “**Türlerin Kökeni Üzerine**” ismini verdiği bu müthiş kuramını yayınlatabilmesi için ise tam 21 yıl düşünüp taşıyıp, cesaretini toplaması gerekti. Kurama göre her canlı kendi alt bir türünden adaptasyona dayalı bir doğal seçim ile gelişiyor ve yeni canlı türleri oluşturuyordu.

Darwin’ın kuramı yeryüzünde canlı türlerinin çeşitliliğini açıklamakla birlikte ilk

ve en basit canlıların nasıl olup da canlılık vasfı kazandığını açıklayamıyordu. Kuramlardan biri de Dünya’mıza yaşamın başka bir gezegen ya da yıldızdan gelmiş ve canlılığın burada gelişip evrimleşmek için yeterli uygun ortamı bulmuş olduğudur.

Bu kuram ise insanları hep uzayda acaba bizden başka canlılar da var mı sorusuna yanıt aramaya itmiştir.

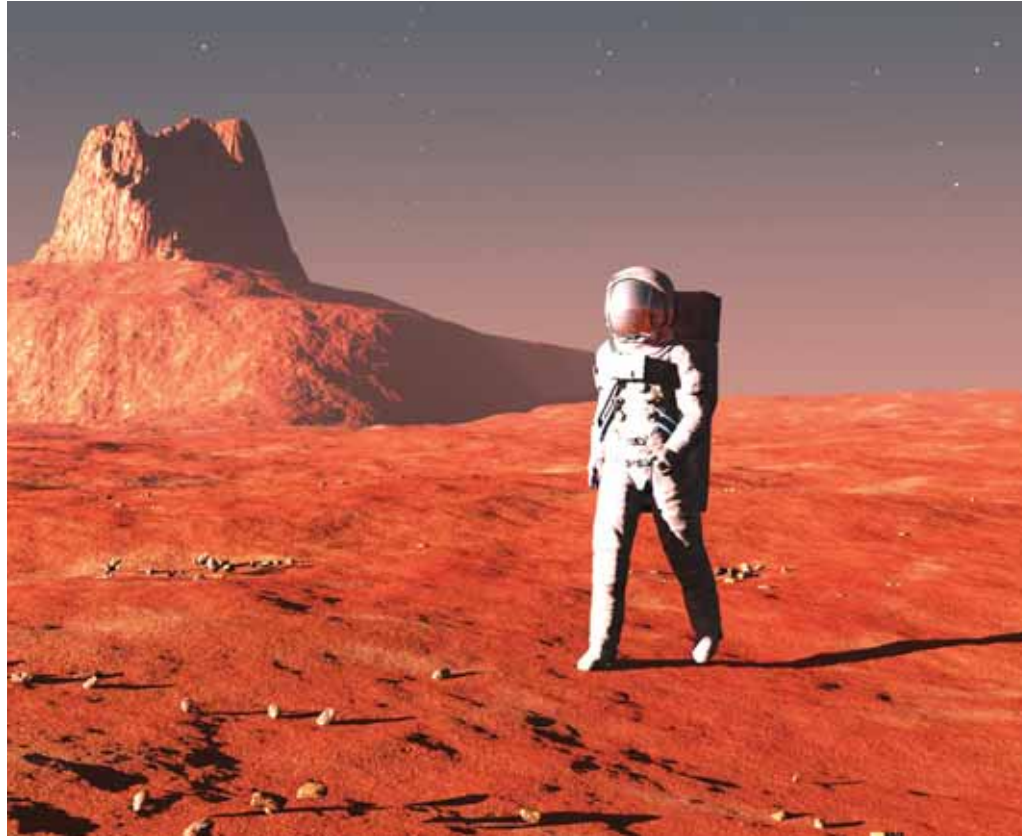
Geçtiğimiz günlerde **Amerikan Uzay ve Havacılık Dairesi** (NASA) **Mars’ta** sodyum perkloratlı bir akarsu bulduklarını açıkladı. Bu haber magazineler dünyada oldukça ilgi ve heyecan uyandırdı. Aslında Mars’ta su bulunduğu bilgisi pek de yeni değildi. Sa-

dece yeni haber edilmişti.

Yaklaşık iki yüz yıldır, en azından ilk teleskopların kullanıldığı yıllardan beri Mars’ı gözlemleyenler güney ucunda beyaz bulutları saptamışlar ve bunların su buharı veya buz olabileceğini iddia etmişlerdir. Bugün uzay bilimciler Mars’ın güney kutup zemininin **35 metre altında 5 milyon kilometre-küplük bir su rezervinin** bulunduğunu biliyorlar. Yine aynı çevreler yaklaşık **4 milyar yıl önce** Mars atmosferinin bu günden çok daha yoğun olduğunu, dev bir okyanusun Mars yüzeyinin hemen **1/3’ini kapladığını** söylüyorlar. Bütün bunlar Mars’ta mikrop yaşamının var olması için tüm koşulların



Dünyanın insanlara yetmeyeceği çok net olarak bellidir. O halde canlı yaşamı evrenin her yerine yayma fikri hiç de yabana atılacak bir düşünce değildir.



bulunduğunu gösteriyor. Peki, mikroplar gerçekten dün veya bu gün Mars'ta var mıydı? İşte buna delil bulmak gerekli. Aslında bunun çok da net bir delili var. Geçelim başka bir öyküye...

ASTRONOMİYİ BIRAKIP JEOLJİK ARAŞTIRMALARA DÖNELİM...

Jeologlar yeryüzünde buldukları bir taşın dünya kaynaklı mı olduğunu, yoksa uzaydan gelen bir meteorit mi olduğunu kolay kolay çözemiyorlar. Ancak kutuplarda bunun yanıtı oldukça basit. Eğer bulunan taş yüzlerce metre karın üzerinde ise büyük olasılıkla bu bir meteorittir. **1984 yılında** jeologlar **Antarktika'da Allan tepelerinde** karlar üzerinde Mars'tan geldiğini ispatladıkları yaklaşık 2 kilogramlık bir meteorit buldular. Bu meteorit halen ABD'de **Smithsonian Doğa Tarihi Müzesi'nde** sergilenmektedir. Bu meteorite **ALH84001 kod ismini** verdiler.

Taşın analizlerinde 4 milyar yıl önce erimiş halde olduğu, sonradan soğuyup katılaşığı, 17 milyon yıl önce bir patlama sırasında

uzaya fırladığı ve 13 bin yıl önce de Dünya'mıza düştüğü hesaplanıyor.

GELELİM EN İLGİ ÇEKEN, ANCAK ÇOK DA BİLİNMEYEN YÖNÜNE...

Bu taşın kesitlerinin yüzey incelenmesinde elektron mikroskoplarla yapılan araştırmalarında mikrop fosili olduğu iddia edilebilecek görüntüler yayınlandı. Bütün bunlar yeryüzünde yaşamın ilk ve en önemli basamağı olan mikropların bir "uzaylı" olabileceğini gösteriyor.

NASA'NIN EDİNDİĞİ MİSYON...

Bir gezegen veya yıldızda yaşamın başlayabilmesi için, orada yüksek canlılardan önce su molekülleri ve mikroplar bulunmalıdır. Bunlar bu gezegeni yaşanır hale getirecek ve orayı yüksek canlılara hazırlayacak temel unsurlardır. Oksijen, karbondioksit, diğer organik maddelerin sentezi, burayı ileri canlıların yaşaması için uygun hale getirecektir. 

MEME KANSERİNDE ERKEN TANI ÖNEM TAŞIMAKTA



Vücudumuzdaki her organ, değişik özellikte olan hücrelerden meydana gelir. Bu hücreler belirli bir düzen ve gereksinim sonucu çoğalırlar. Bu çoğalma normalde kontrol altındadır. Hücrelerin kontrolsüz çoğalmasına ve kitle oluşturmaya kanser denir.

Kitleler **benign** (selim-iyi huylu) ya da **malign** (habis-kötü huylu) olarak iki gruba ayrılır. Benign olan tipte **uzak organlara yayılım** (metastaz) olmazken, malign olan kitlelerde **uzak organlara yayılım ve bulunduğu organdan dışarı taşma özelliği** mevcuttur.

Meme kanseri en sık görülen kadın kanseridir. Ömür boyu bir kadında gelişme riski 1/8'dir, her 8 kadından 1 tanesinde hayatın herhangi bir döneminde bu hastalık gelişmektedir. Son 20 yılda gelişme sıklığı artmak-

la birlikte birkaç yıldır görülme sıklığı sabit kalmıştır. Bunun olası nedeni önceki yıllarda östrojen içeren ilaçların kullanımındaki artış olabilir. Hastalığın büyük çoğunluğu östrojenle ilişkilidir.

MEME KANSERİNDE RİSK FAKTÖRLERİ

Major risk faktörleri:

• Major risk faktörlerine baktığımız zaman en önemli riskin kadın cinsiyeti olduğunu görmekteyiz. Meme kanseri doğal olarak ka-

dın cinsiyetinin bir hastalığıdır ve 100 kadın meme kanserine karşı yalnız 1 erkek meme kanseri ile karşılaşılır.

• Meme kanseri geçiren hastalarda ikinci olarak gelişecek kanser karşı memede gelişecek olan meme kanseridir.

• Anne, abla, teyze, kız kardeş gibi aile bireylerinde meme kanseri varlığı riski artırır.

• DCIS, LCIS gibi prekanseröz (tedavi edilmediği ya da takip edilmediği zaman ileride kansere dönüşecek kanser öncülü lezyonlar) lezyonların varlığı riski artırır.



Meme dokusu gerçekte modifiye olmuş bir ter bezidir. İkinci ve altıncı kaburgalar arasında yerleşim gösterir.

- BRCA1, BRCA2 gen mutasyonu varlığı risk faktörüdür. Bu genlerde olan mutasyon (değişim) öncelikle meme, ikinci olarak da over (yumurtalık kanseri) gelişiminde risk taşıdığını gösterir. Bu kişilerde her iki memenin ve overlerin (yumurtalıkların) alınması uygun yaklaşım olacaktır. Buna en güzel ve en popüler örnek Angelina Jolie'dir. Gen mutasyon testine göre %80 meme kanseri, %50 ise over kanseri olma riski taşıması nedeniyle cerrahi tedavi uygulanmıştır.

- Hiç doğum yapmamak veya ilk doğum yaşının 40 yaş ve üzeri olması durumunda risk artmaktadır.

Minör risk faktörleri:

- Erken adet görmek ve geç menapoza girmek; östrojene daha uzun süre maruz kalmaya sebep olacağından riski artırır.

- Daha önceden göğüs bölgesine lenfoma (lenf kanseri) ya da başka nedenlerle radyoterapi almak. Özellikle 15-30 yaşa arası bu bölgeye uygulanan radyoterapi ileride gelişebilecek meme kanserine zemin hazırlar.

- Obezite (şişmanlık) ve yağlı beslenme riski artırır. Bu kişilerde östrojen seviyesi rölatif olarak daha fazladır.

- Endometrium (rahim) kanseri ve over (yumurtalık) kanseri öyküsü olması, meme kanseriyle benzer sebeplerden dolayı, gelişmesi nedeniyle riskin arttığı diğer bir durumdur.

- 90' lı yıllarda progesteron ile karşılanmamış yani dengelenmemiş östrojenle, menapoz dönemindeki kadınların kalp ve kemik sağlığını korumak, menapozun yan etkilerini azaltmak amaçlı olarak hormon replasman tedavileri uygulanmaktaydı ve aynı durum doğum kontrol hapları için de geçerliydi. Bu ilaçlar bugün kullanılmamaktadır ve özellikle doğum kontrol haplarının meme kanseri riskini ya hiç arttırmadığı ya da ılımlı bir artış yaptığı (istatistiksel olarak anlamlı olmayan düzeyde) gösterilmiştir.

- Günde 1 bardaktan (1 bira, 1 bardak şarap, 1 duble sert içecek) daha fazla alkol tüketimi kadınlarda östrojen hormonu düzeylerini arttırdığı için kanser gelişim riskini artırabilir.

- Kist, fibroadenom ve hiperplazi gibi meme hastalıkları iyi huylu tümörlerdir. Biyopsi sonucu habisi olmayan oluşumlar tespit edilmesi risk faktörüdür.

Meme kanserinin belirtileri:

- Memede ele gelen kitle en sık semptom ve bulgudur, genelde ağrısızdır.

- Memede ağrı çok sık rastlanmasa da genelde ileri evre bulgusudur.

- Meme başı akıntısı, meme ucunu sıkmadan kendiliğinden gelen kanlı ya da diğer vasıflarda sıvıdır, normal süte benzer değildir.

- Meme başında inversiyon, meme başının içe çekmesi ya da dönmesidir.

- Meme cildinde ülserasyon, ödem, portakal kabuğu görünümü

- Koltuk altında ele gelen kitle, memenin en önemli lenfleri bu bölgededir ve lenf bezlerinde olan tutulum bu şekilde kendini gösterir.

- Köprücük kemiği üzerindeki bölgede de meme dokusunun lenfleri mevcuttur. Bu lenfin tutulması da bir belirti olabilir.

- Uzak organlara yayılımla ilgili şikayetlerle de hasta doktora başvurabilir ve şikayetler tutulmuş olan organa göre değişim göstermektedir. Örneğin: Kemik metastazında gelişen kemik ağrıları, beyin tutulumu ile gelişen baş ağrısı gibi.

MEME KANSERİNDE TANI:

Mammografi: 40 yaşından sonra yıllık taramalarda kullanılan tanı yöntemidir. 40 yaşından önce uygulanması önerilmese de şüpheli kitlelerde yaşa bakılmaksızın çekilebilir. Tanı gücü en optimal şartlarda % 85'dir. Bu nedenle mammografi çekilen günde meme ultrasonu yapmak tanı oranını yükseltir.

Meme ultrasonu: Radyasyon içermeyen bir yöntemdir, memede ele gelen kitlenin değerlendirilmesinde ve mammografiyi tamamlamak amaçlı tanı yöntemidir.

Meme MRI: Özellikle genç yaş hastalarda kullanılabilen radyasyon içermeyen bir tanı yöntemidir. İleri yaş grubunda tanı gücü azalsa da gerekli durumlarda tanı amaçlı olarak kullanılabilir.



Doku biyopsisi: Meme kanseri tanısında altın standart tanı yöntemidir. Biyopsi işlemi birkaç çeşit olup uygulama basit lokal anestezi ile yapılır ve hasta ağrı hissetmez.

MEME KANSERİNDE EVRELEME

Evrelemede amaç benzer özellikteki hasta gruplarında uygun tedaviyi sağlamaktır. Örneğin erken evrede aşırı tedavi uygulamalarını engellemek ya da ileri evre hastalıkta yetersiz tedaviyi engellemek amacıyla yapılır.

Evrelemede bazı radyolojik tetkikler yapılmakta

Tomografi: Hastalığın akciğer, karaciğer gibi organlara yayılımını gösterir.

Ultrasonografi: Özellikle hastalığın karaciğere olan yayılımını göstermekte kullanılır.

Total vücut kemik sintigrafisi (TVKS): Meme kanserinde en sık uzak organ metastazı kemiğe olmaktadır. Bu yöntemde kemiğe olan yayılımı göstermek mümkündür.

PET-BT: Son yıllarda kullanıma giren bir tanı ve tedavi değerlendirme yöntemidir. Hastalığın yaygınlığını göstermek amaçlı olarak kullanılır.

MEME KANSERİNDE TEDAVİ:

Cerrahi tedavi: Ana tedavi yöntemi cerra-

hidir. Kanser hastalarında cerrahi uygulamanın hastalığın yayılmasına yol açtığı ve hızlandığı tamamen gerçek dışıdır. Cerrahi uygulama lokal bir tedavi olup tümör dokusunun çıkarılması, tümör yükü denilen kanla dolaşacak olan tümör hücre sayısını da azaltacağından ameliyat sonrası uygulanacak kemoterapi ve radyoterapinin etkinliğini de azaltacaktır. Son yıllarda memenin tamamının alınmadığı, yalnızca hastalık bulunan yerin çıkarıldığı meme koruyucu yaklaşımlar geliştirilmiştir. Cerrahi yaklaşımlar bu nedenle meme koruyucu ya da memenin çıkarılması şeklinde iki grup halinde yapılır. Bazı durumlarda meme koruyucu yaklaşım yapılamamaktadır.

Radyoterapi: Cerrahi uygulamadaki gibi lokal bir tedavi yöntemidir. Meme kanserinde kullanılması amaç bu bölgede ilerleyen dönemde gelişebilecek nüksü engellemektir. Radyoterapi kanser hücrelerinin radyasyona daha duyarlı olması ve hücrenin genetik yapısına müdahale esası ile çalışan bir tedavi yöntemidir.

Kemoterapi: Sistemik bir tedavidir. Uygulanacak tedavi rejimi hastadan hastaya değişmektedir. Bazı durumlarda hastaya önce kemoterapi verilir ve daha sonra hastaya ameliyat yapılır. Örneğin çok büyük tümörlerde ya da özellikle başta genç hastalar olmak üzere

koltuk altı ya da diğer lenflerinde tutulum varsa ameliyat öncesi uygulanır.

Hormonoterapi: Sistemik bir tedavi olup hastalığın tekrarlamasını engellemek amaçlı kullanılır.

Meme kanseri tedavisi, alanında uzmanlaşmış bir ekip tarafından yapılmalıdır. Bu ekip bin temel üyeleri meme cerrahisi, tıbbi onkolog ve radyasyon onkoloğudur. Hastalara uygulanan tedavi yöntemleri hastadan hastaya farklılıklar gösterecektir.

MEME KANSERİNDE TARAMA:

Normalde 20 yaşından sonra meme muayenesi ve yılda bir kez doktora meme muayenesi önerilir. Bu nedenle, erken dönemde hastalığın yakalanması için kadınların bilgi sahibi olması gereklidir. 50 yaşından sonra iki yılda bir mamografi çekilmesi önerilmektedir.

20-40 yaş arası: Ayda bir kendi kendine meme muayenesi, iki yılda bir klinik meme muayenesi, özellikle evlenme ve çocuk sahibi olmanın geç dönemde olduğu ABD de mamografi için sınır 35 yaşa kadar çekilmiştir.

40-69 yaş arası: Ayda bir kendi kendine meme muayenesi, yılda bir klinik meme muayenesi, iki yılda bir mamografi çekilmesi gerekmektedir. Şüpheli herhangi bir lezyon tespit edilmişse; Klinik, MRI ve ultrasonografik olarak takip önerilmişse en erken 6 ay sonra spot mamografi doktorunuz tarafından önerilebilir.

Yeni nesil kemoterapi ilaçları ve gelişmiş radyoterapi olanaklarıyla yan etkiler azaltılmış ve tedavi etkinliği artırılmıştır. Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi bünyesinde bulunan Radyasyon Onkolojisi bölümünde özellikle sol meme bölgesi ışınlanmasında kalbi ve koroner arterleri korumamızı sağlayan RPM adı verilen solunum kontrollü tedaviler yapılmakta ve kalbin tamamı ve aynı taraftaki akciğerin korunması sağlanmaktadır. Yine 3 boyutlu konformal tedavi ile istenilen tedavi dozları sağlanmadığı durumlarda IMRT denilen yoğunluk ayarlı radyoterapi tedavi uygulamaları da başarı ile yapılmaktadır. ■



FUE TEKNİĞİ SAÇ EKİMİ VE GERÇEKLER

Bilinenin aksine eski cerrahi teknik ile FUE tekniği arasındaki fark sadece saçların alım şeklinin farklılığı değildir, birkaç önemli fark daha vardır ki bu küçük detaylar elde edilecek sonucu çok etkiler. FUE tekniği ile saç ekimi eski saç ekim yöntemlerine göre bir çok avantaj içermekle beraber mutlaka tecrübeli uluslararası kayıtlı saç cerrahları tarafından uygulanmalıdır.

Tüm saç ekim tekniklerinde saç köklerinin alımı başlıca ve en önemli adımdır. Bu adımda saç kökleri zedelenmeden, kırılmadan ve koparılmadan çıkarılmalıdır, bir **graftte** (saç kökü topluluğu) bulunan tüm saç köklerinin ortak kullandıkları yağ ve ter bezinin parçalanmadan saç kökleri çıkarılmaktadır. Bu da saç kökü alımını yapan kişinin insan anatomisini çok iyi bilen ve tanıyan, bir saç cerrahi doktoru olmasını gerektirir, yani bilinenin aksine **FUE tekniği ile saç kökü alınması** sadece teknisyenlerinde yapabileceği basit bir işlem değildir. Eğer bu greftler kırılarak veya parçalanarak çıkartılırsa bu saçların yaşama şansı %52 ile %65 arasındadır. Ancak tam ve kırılmadan çıkarılırsa %87-%92 arasındadır.

SAÇ EKİMİ SON TEKNOLOJİ İLE YAPILMALI

Diğer bir detay bu greftlerin vücut dışında kaldığı ortam ve süredir. Eski teknikte işlem ortalama 4-5 saat sürdüğü için greftlerin canlı kalma sorunu çok fazla yaşanmamaktaydı. Ancak FUE işleminde yüksek miktar saç kökü ekildiği için işlem de 7-8 saat sürmektedir, bu nedenle saç köklerinin bu kadar uzun süre vücut dışında kalmaları mutlaka hücrelerin ölmesine ve başarının düşmesine neden olmaktadır.

FUE işlemlerinde greftler mutlaka soğutulmuş ve özel organ transplantation sıvılarında saklanmalıdır ki hiç bir hücre ölmeden 24 saat dahi vücut dışında canlı kalabilsin. Bu tip özel solüsyonlar ve ortamlar



ancak yüksek donanım ve teknolojiye sahip hastanelerde bulunabilmektedir.

SAÇ EKİMİNDE DOKTOR TECRÜBESİ SON DERECE ÖNEMLİ

Saçsız alanlar bizim Picasso veya Goya gibi yeni eserimizi yaratacağımız bir tuvaldir. Bu alanı en iyi şekilde kullanmak hazırlamak ve işlemek çok uzun yıllar içerisinde oluşan bir tecrübe gerektirmektedir. Yeni yerleştirilecek saç kanallarının açılması, bu kanalların sıklığı ve açılırları oluşacak sonucun doğallığını ve başarısını etkileyen diğer önemli bir adımdır. Bu işlemi yapan kişinin tecrübeli bir saç cerrahi doktoru olduğundan emin olunuz aksi takdirde hayal kırıklığı kaçınılmazdır.

Bugün internette gördüğünüz bir çok ucuz ve yüksek sayıda saç ekileceğini söyleyen ilan-

lara temkinli yaklaşılmalıdır. Doktor olduğunuzu söyleyen ama olmayan teknisyenler ya da işlemi kendi yapacağını taahhüt eden ancak işlemin hiçbir adımında olmayan doktorlar maalesef saç cerrahlarından daha çok karşınıza çıkacaktır.

İşlemi hangi doktorun yapacağından ve o doktorun kayıtlı bir saç cerrahı olup olmadığından emin olmadan, güzel renkli ve bol Photoshop'lu resimlerden oluşan internet reklamlarına kanmadan bir kez daha düşünün, araştırın ve unutmayın saç ekimi doktorların yapması zorunlu olan bir medikal müdahaledir.

Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi size en güvenilir ve tıbbi ortamda, tecrübeli saç cerrahları ile hizmet vermektedir. Ekibimiz uzun yıllara dayanan uluslararası tecrübesi ile size yeni ve uzayan saçlarınıza kavuşturacaktır. ▶



DERİ HASTALIKLARI VE İMMUNFLÖRESAN İNCELEME

Otoimmün bülloz deri hastalıkları, vaskülitler (damar iltihabı), sistemik lupus eritematozus (SLE) gibi otoimmün hastalıkların tanısı için klinik öykü, laboratuvar testleri ve deri biyopsilerinin hem histopatolojik hem de immunflöresan incelenmesinin birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir.



Otoimmün bülloz deri hastalıkları, vaskülitler (damar iltihabı), sistemik lupus eritematozus (SLE) gibi otoimmün hastalıklar (Ig A dermatozu gibi birçok deri hastalığı, bül, vezikül, eritem-kızarıklık gibi) birbirine benzer klinik bulgu verir. Otoimmün hastalıkların ayırımında hastanın yaşı, çeşitli laboratuvar testlerinin sonuçları, lezyonun şekli, boyutu ve yerleşim yeri ile biyopsi materyali birlikte değerlendirilmelidir.

BELİRTİLER BENZER OLSA DA HASTALIKLAR FARKLI

Otoimmün bülloz hastalık grubunda yer alan; deri ve mukozalarda vezikülobülloz lezyonlar ile seyreden kronik bir hastalık olan **pemfigus** ile genellikle yaşlılarda görülen **eritematöz** zeminde gergin büllerle seyreden bülloz pemfigoid klinik bulguları ile birbirine benzerdir. Ancak her iki hastalığın ayırımında deri biyopsilerinin klasik histopatolojik incelenmesi ile immunoflüoresan mikroskopi de-

ğerlendirilmesi gerekmektedir.

Bu tür hastalıkların ayırımında hastanın yaşı, çeşitli laboratuvar testlerinin sonuçları, lezyonun şekli, boyutu ve yerleşim yeri ile biyopsi materyali birlikte değerlendirilmelidir. Örneğin SLE de vaskülit de kronik (süreğen) seyirli birbirine benzer klinik lezyonlar/döküntüler yapan hastalıklardır. Ancak her iki hastalığa ait etiyolojik (nedenler) farklılık göstermekle birlikte yardımcı laboratuvar testleri ile deri biyopsilerine ait histomorfo-



lojik ve immunoflöresan bulguları ayırıcı tanı için kullanılır.

TANIDA BİYOPSİ ÖNEMLİ BİR FAKTÖR

Deri hastalıklarının tanısı dermatoloji uzmanı hekimin dikkatli fizik muayenesi ile lezyonu temsil eden alandan alınan deri biyopsisinin değerlendirilmesi ile konur. Lezyondan iki adet deri biyopsisi alınmalı ve biri **rutin histopatolojik değerlendirme** için diğeri ise **immunoflöresan mikroskopi incelemesi** için kullanılmalıdır. Rutin histopatolojik değerlendirme tüm patoloji laboratuvarlarında yapılabilir. Ancak immunflöresan mikroskobik inceleme bu konuda gerekli özel mikroskobun bulunduğu, spesifik donanıma sahip personelin çalıştığı ve özel eğitim almış patoloji uzmanının değerlendirmesine ihtiyaç duyar.

BİYOPSİ İLE DETAYLI BİLGİYE ULAŞILABİLMEKTE

Immunflöresan incelenme serum fizyolojik içinde patoloji laboratuvarına gönderilen özellikle deri ve böbrekten alınan biyopsilerin dondurularak yapılan kesitlerin flöresan işaretli antikorlarla işaretlenmesi esasına dayanan bir işlemdir. Bu yöntemle özellikle bağışıklık sistemini ilgilendiren SLE, Pemfigus v.b hastalıklarda ortaya çıkan immunglobulin ve immunkompleks birikimleri immunflöresan

mikroskobunda değerlendirilir. İncelenme sonucunda tespit edilen immunkompleksler (c3, c5, vb) ve immunglobulinlerin (Ig M, Ig A, Ig G) hastalıkların ayırıcı tanısında altın standart tanı koydurucu teknik ve yöntem olduğu belirtilen birçok yazılı literatür mevcuttur. Literatür sonuçları ile birlikte değerlendirildiğinde özellikle bullöz deri hastalıklarının ve otoimmün deri hastalıklarının ayırıcı tanısında immunflöresan mikroskobik değerlendirmenin atlanması gerektiği kabul görmektedir.

Bullöz otoimmün hastalıklarda (pemfigus, bullöz pemfigoid, Ig A dermatozu, dermatitis Herpetiformis), sistemik vaskülitlerde ve sistemik otoimmün hastalıklarda (DLE, SLE) ayırıcı tanıda kesin kullanılması gerekmektedir. Aynı şekilde böbrek biyopsileri kronik böbrek hastalığı olanlarda, böbrek nakli planlanan veya yapılmış hastalarda veya ani gelişen böbrek yetmezliği durumlarda tanı koymak için yapılmakta olup değerlendirilmesinde immunflöresan inceleme tanı koydurucudur.

İMMUNFLÖRESAN LABORATUVARI DONANIM GEREKTİRMEKTE

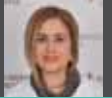
Immunflöresan mikroskopi laboratuvarı pahalı ekipmanlar, özel teknik eğitilmiş personel ve konu ile ilgili özelleşmiş patoloji uzmanı ihtiyacı nedeniyle kurulması kolay olmayan bir bölüm/laboratuvardır. Türkiye'de de tüm



Böbrek biyopsileri; kronik böbrek hastalığı olanlarda, böbrek nakli planlanan veya yapılmış hastalarda veya ani gelişen böbrek yetmezliği gibi durumlarda tanı koymak için yapılmakta olup değerlendirilmesinde immunflöresan inceleme tanı koydurucudur.

hastanelerde bulunmamakla birlikte büyük üniversite ve sağlık bakanlığı hastanelerinde vardır. Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi Tıbbi Patoloji Bölümü olarak gerekli tüm alt yapı hazırlıkları, personel eğitimi tamamlandıktan sonra Haziran 2014 tarihinden itibaren immunflöresan laboratuvarı, gerek deri gerek böbrek biyopsisi kabülüne başlamıştır.

Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi, deneyimli ve eğitilmiş personeli, tam donanımlı alt yapısı ile adadaki **TEK** immunflöresan laboratuvarı olarak, ihtiyaç duyan tüm hastalara için ülkemize hizmet vermektedir. ▶



PRE-DİYABET (GİZLİ ŞEKER)

Pre-diyabet nedir?

Halk arasında gizli şeker olarak bilinen pre-diyabet kişinin açlık kan şekerinin normalin üstünde olması ancak diyabet tanısı koymaya yetecek kadar yüksek olmaması olarak tanımlanır.

Pre-diyabetli olup olmadığınızı hangi testler ile belirlenir?

Pre-diyabeti belirlemek için açlık kan şekeri veya oral glukoz tolerans testi (OGTT) kullanılır. Her iki test için de bir gece boyu süren açlık gereklidir. Açlık kan şekeri için kahvaltı yapmadan önce en az 8 saat açlık ile kan şekeri ölçülür. OGTT'de ise açlık ve glukozdan zengin içecek içildikten sonra 2. saatte tekrar kan şekeri ölçümü yapılır.

Açlık kan şekeri değerlerine göre diyabet veya pre-diyabet nasıl belirlenir?

Normalde açlık kan şekeri 100 mg/dl'nin altındadır. Eğer kişide pre-diyabet varsa açlık kan şekeri 100-125 mg/dl arasındadır. Eğer kan şekeri 126 mg/dl veya daha yüksekse birey diyabetlidir.

OGTT ile diyabet veya pre-diyabet nasıl saptanır?

OGTT'de, bireyin kan şekeri açlıktan sonra ve glukozdan zengin içecek içildikten 2 saat sonra ölçülür. Normal kan şekeri 2. saatte 140 mg/dl'nin altındadır. 2. saat kan şekeri 140-199 mg/dl arasında ise pre-diyabet, 2. saat kan şekeri 200 mg/dl'nin üstünde ise diyabet tanısı konulur.

Pre-diyabet ile bozulmuş açlık glukozu veya bozulmuş glukoz toleransı aynı anlamda mıdır?

Evet. Bozulmuş açlık glukozu açlık kan şekerinin 100-125 mg/dl arasında olması olarak tanımlanır. Bozulmuş glukoz toleransı ise OGTT 2. saat kan şekerinin 140-199



mg/dl arasında saptanması olarak tanımlanır. Bazı kişilerde sadece bozulmuş açlık glukozu veya bozulmuş glukoz toleransı saptanırken bazı kişilerde her iki durum birlikte görülür.

Pre-diyabet neden önemlidir?

Pre-diyabetik hastalar diyabet adayıdır. Pre-diyabetin erken tanısının önemi, hastaya diyabetik olma riskini azaltma veya önleme fırsatı tanımasıdır. Çalışmalar, pre-diyabetik kişide izole bozulmuş açlık glukozu bulunması halinde takip eden 10 yıl içinde diyabet gelişme riskinin %10-15; izole bozulmuş glukoz toleransı bulunması halinde ise riskin %35 düzeyinde olduğunu göstermektedir. Pre-diyabetin en önemli özelliği bu evrede kalp-damar hastalıkları

riskinin sağlıklı bireylere göre 1.5 kat artmış olmasıdır. Uygun tedavi ve yaşam tarzı değişikliği ile pre-diyabetiklerin % 60'a yakınında diyabet önenebilmektedir.

Kimler pre-diyabet açısından taranmalıdır?

- Obezler
- Ailede diyabetli bireyler olanlar
- Gebelik diyabeti öyküsü olanlar
- Hipertansiyonu olanlar
- 4 kg üzerinde bebek doğuranlar
- Düşük HDL-kolesterol ve yüksek trigliserid düzeyi olanlar
- Daha önce glukoz tolerans bozukluğu veya bozulmuş açlık glukozu ya da metabolik sendromu olanlar
- Polikistik over sendromu olanlar



- Şizofreni veya bipolar bozukluk için antipsikotik tedavi alanlar
- Sedanter yaşam tarzı olanlar
- 45 yaşın üzerindeki pre-diyabet açısından taranmalıdır.

Pre-diyabet tedavisi nasıl olmalıdır?

Pre-diyabet tanısı konduğunda ilk öneri ciddi yaşam tarzı değişikliğidir. Günlük aktivitenin artırılmasından beslenme alışkanlıklarına



kadar bir dizi düzenleme yavaş yavaş uygulamaya konur. Obez pre-diyabetik hasta kilosunun en az %5-10'unu vermeli ve yeni kilosunu uzun dönemde korumalıdır. Sakınca yok ise haftada en az 5 gün 30-60 dakika süren orta dereceli bir fiziksel aktivite önerilmektedir. Tuz ve alkolden olabildiğince fakir bir diyet uygundur. Kilo kaybının diyabet gelişimini önlemede çok önemli etkisi olduğundan obezlerde gerektiğinde kilo vermek için ilaç tedavisi ile destek sağlanabilir.

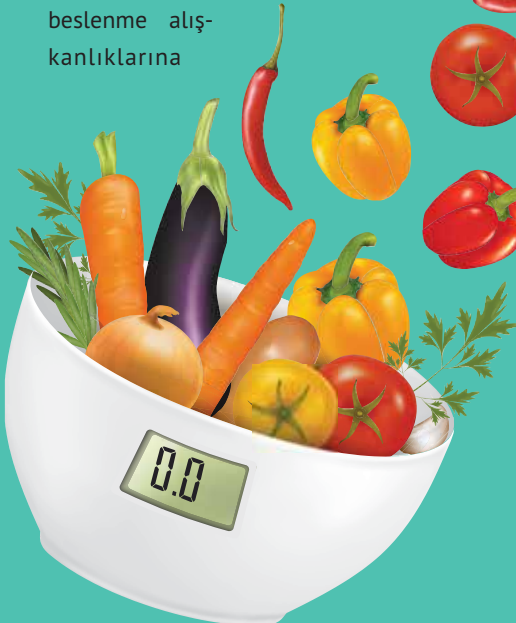
Kilo kaybı pre-diyabeti azaltıyor

Yaşam tarzı değişikliklerinin önemini gösteren en önemli çalışmalardan biri olan Finlandiya Diyabet Önleme Çalışması'nda toplam 522 pre-diyabetik hasta çalışmaya katılmış. Hedef; beden ağırlığının en az %5'i kadar kilo kaybı, günlük total yağ alımının kısıtlanması, diyetle lif alımının artırılması (en az 15 gr/1000 kalori) ve fiziksel aktivitenin artırılması (günde en az 30 dakika orta şiddette egzersiz) idi. 3,2 yıllık izlem sonunda kontrol grubunda diyabet gelişimi %23, yaşam tarzı değişiklikleri uygulanan grupta

ise %11 saptandı. Bu çalışmanın sonuçlarından biri de diyabet gelişimi için yaşam tarzı değişiklikleri görece olarak %58 risk azalması sağlamaktadır. Bu çalışma bize, pre-diyabetik kişilerde sadece yaşam tarzı değişikliğinin bile ileride diyabet gelişimini önlemek adına önemli ölçüde katkı sağladığını göstermektedir.

Dünya nüfusunun %8.3'ü diyabet

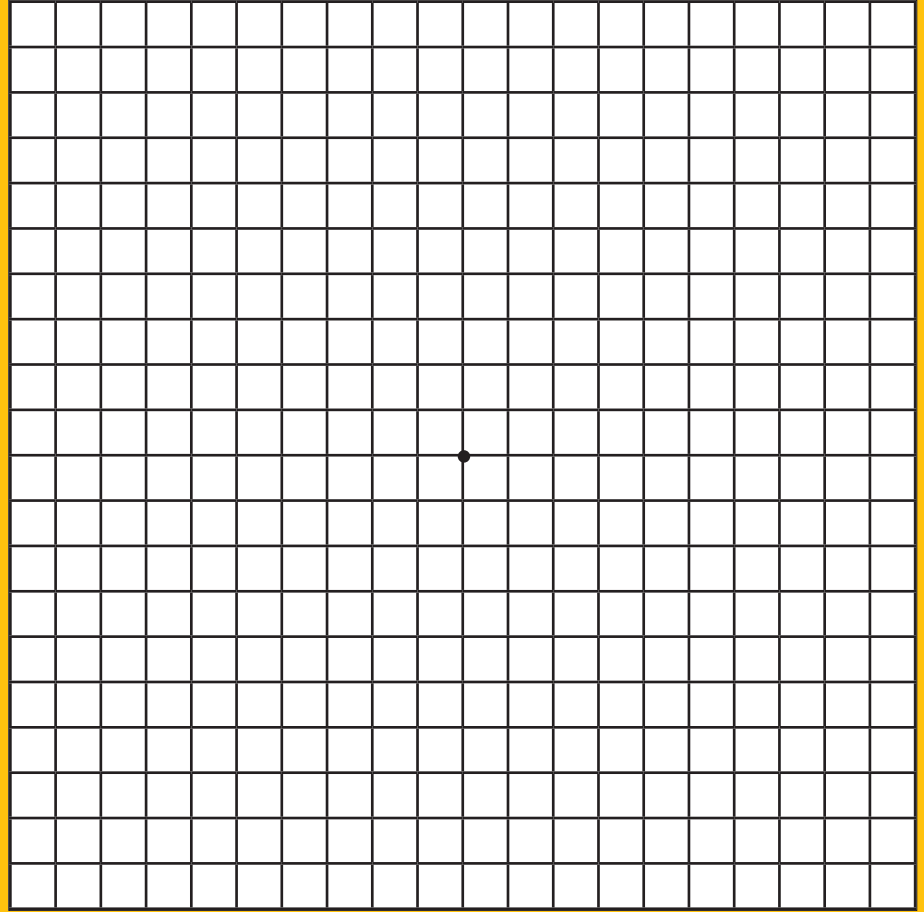
Son verilere göre dünya nüfusunun %8.3'ü diyabet hastası ve %6.9'u ise diyabete aday yani pre-diyabetiktir. Sadece bu veriler bile diyabet ve pre-diyabetin ne ölçüde büyük bir sağlık sorunu olduğunu gözler önüne sermektedir. Dolayısı ile bu denli geniş kitleleri ilgilendiren ve gerek neden olduğu kronik böbrek hasarı, artmış kalp krizi riski ve damarların yapısını bozarak yarattığı diğer organ hasarları, gerekse de devletler açısından yarattığı maliyet nedeniyle çok önemlidir. Bu kadar büyük bir sağlık sorununu daha başlamadan önlemek, yani kişiyi pre-diyabetikken saptayıp uygun tedavi vermek, diyabete aday kişilerin ileride yaşayabileceği ve ölümlle sonuçlanabilecek sağlık problemlerini ortadan kaldırmak açısından hayati öneme haizdir.





10

SORUDA GÖZDE SARI NOKTA HASTALIĞI



Sarı nokta hastalığı nedir?

Sarı nokta hastalığı kalıcı merkezi görme kaybı ile seyreden yaşlı nüfusu etkileyen sebebi ve oluşumu tam olarak aydınlatılamamış bir göz hastalığıdır.

65 yaş üstü bireylerde başlıca kalıcı görme kaybı sebeplerindendir. Göz küresi kabaca üç katmandan oluşmaktadır. En dış kısmı **sert tabaka**, orta kısım **damarlı ağ tabaka** ve en iç kısımda **retina** denilen **sinir tabakasından** oluşmaktadır. Retina üstünde merkezi görmeyi sağlayan hücrelerin bulunduğu **maküla** denilen alanda, yaşlanmaya bağlı veya ağ tabakasından gelen damarlanmalara bağlı maküladaki hücrelerde bozukluk ve merkezi görme kaybı oluşmaktadır.

Sarı nokta hastalığı risk faktörleri nelerdir?

Sarı nokta hastalığı genetik yatkınlık ve

çevresel faktörlerle ortaya çıkan **multifaktöryel bir hastalıktır**. Başlıca risk faktörleri **ailede veya akrabalarda sarı nokta hastalığı, sigara kullanımı, ileri yaş, kötü beslenme, kalp ve tansiyon hastalıkları, obezite ve hareketsizlik, romatizmal hastalıklar**.

Sarı nokta hastalığının bulguları nelerdir?

Düz çizgilerde eğrilme, görüntünün merkezinde siyah nokta olması ve kişilerin yüzleri ayırt etmekte zorlanmalarıdır.

Sarı nokta hastalığı teşhisi nasıl konulur?

Sarı nokta hastalığı göz muayenesi ile tespit edilir. "**Kareli kağıt**" testi ve göz anjiyografi (FFA) ile hastalığın durumu ve tedavi planının oluşturulmasında kullanılmaktadır. Bu işlemlerin uygulanması 5-10 dakikadır ve poliklinik şartlarında uygulanabilmektedir.

Sarı nokta hastalığı nasıl tedavi edilir?

Sarı nokta hastalığının **kuru ve yaş tipi** olmak üzere **2 formu vardır**. Tedavi ile hastalığı ortadan kaldırmak henüz mümkün değildir. Bu tedavilerin amacı hastalığı aynı seviyede tutmak veya ilerlemesini yavaşlatmaktır. Tedavide sarı nokta hastalığı için özel hazırlanmış göz vitamin-mineral-omega3 yağ asitleri içeren tabletler kullanılabilir. Hastalığın durumuna göre bazı göz içi enjeksiyonların da uygulanması gerekebilir.

Sarı nokta hastalığı nasıl önlenir?

Yaşlanma ve genetik yatkınlık kontrol edilemeyen risk faktörleridir. Ancak sigara kullanımı varsa **sigara kullanımını bırakılmalıdır**. Sigara tüm dokularda olduğu gibi maküлада da zehirli atıkların oluşmasına ve yenilenemeyen hücre hasarına yol açarak hastalığa sebep



olduğu düşünülmektedir. Düzenli yaşam tarzı ve egzersiz; hazır gıdalar yerine yeşil sebze, havuç ve balık tüketimi (özellikle omega-3 ten zengin somon balığı) önerilmektedir. Gözdeki sinir tabakasının vitamin ve mineral tüketimi diğer dokulara göre 5 kat daha fazla olabileceği düşünülmektedir. Sonuçta vitamin mineral omega-3 yağ asitleri ve antioksidan alımındaki azalma makûlanın işlevini bozabilmektedir.

Sarı nokta hastalığı tedavi edilmez ise ne olur?

Sarı nokta hastalığı için tedavi uygulanmadığı takdirde merkezi kara leke genişler ve hastalık geri dönüşümsüz tam körlüğe kadar ilerleyebilir.

Sarı nokta hastalığı taraması için ne zaman göz muayenesi önerilmektedir?

Ailede sarı nokta hastalığı olan bireylerde ve ağır sigara içicilerinde hastalık



40-45 yaş arasında oluşabilmektedir. Diğer bireyler için 50 yaşından itibaren doktor önerileri ışığında düzenli göz muayenesi önerilmektedir.

Kareli kağıt testi nedir?

Kareli kağıt testi, sarı nokta hastalığının erken belirtilerini evde kendinizin tespit etmenizi sağlayan bir testtir.

Kareli kağıt testi nasıl yapılır?

- Şemada görülen kareli kağıt, okuma mesafesinde tutulur.

- Bir göz el ile kapatılıp, açık olan gözle tam ortadaki noktaya odaklanılır. Büyük karenin her 4 köşesini de görülüp görülmediğine dikkat edilmelidir.

Eğer çizgilerde dalgalanma, kırılma görülürse bu bulgular sarı nokta hastalığının belirtileri olabilir.



YOKSA BEN SOSYAL FOBİK MİYİM?

Birçok kişi yaşamının içinde özellikle de belli dönemlerde çeşitli konularda endişe, evham ve kaygı yaşayabilir. Ancak sosyal fobi ya da diğer adıyla sosyal anksiyete bozukluğu, utangaçlıktan ya da bazı durumlarda heyecanlanmaktan çok daha fazlasıdır.



Sosyal fobi; bireyin başkaları tarafından yargılanabileceği kaygısını yoğun bir şekilde taşıdığı, toplumsal ortamlarda rezil olacağı ya da küçük düşeceği düşüncesi ve bu konuda belirgin ve sürekli korkusunun olduğu bir **kaygı bozukluğu** olarak tanımlanabilir.

Kişi küçük düşeceği ya da başkaları tarafından yargılanacağını düşündüğü durumda fiziksel olarak **kızarma** ve **kaslarda titreme**, **çarpıntı**, **titreme**, **terleme**, **kaslarda gerginlik**, **midede rahatsızlık**, **boğazda kuruma**, **sıcaklık/soğukluk duyguları**, **kafada basınç**, **kekeleme**, **ses titremesi** yaşar.

SOSYAL FOBİ KADINLARDA DAHA SIK GÖRÜLÜYOR

Sosyal fobi alt tipine göre değişmekle birlikte erken ve geç ergenlik dönemi arasında başlar. Yaygın tipin daha erken yaşta başladığına dair bilgiler vardır. Başlama yaşı için **0-5 yaş arası** ve **11-13 yaş arası** iki pik vardır. Kadınlarda daha sık görülmektedir.

Sosyal etkileşim tipi: Buluşma, konuşmaya katılma, biriyle çıkma, fikrini söyleme, haklarını savunma gibi durumlarda ortaya çıkabilir.

Performans tipi: Topluma karşı konuşma, spor yapma, müzik aleti çalma, dans etme gibi durumlarda ortaya çıkabilir.

Gözlenme tipi: Sokakta yürüme, otobüse binme, odaya sonradan girme, açık tuvaletleri kullanma, biriyle beraber yemek yeme gibi durumlarla karakterize bir durumda ortaya çıkar.

SOSYAL FOBİ TANISI İÇİN BELİRGİN KAYGI GEREKLİ

Sosyal fobi, kişinin hayatında sosyal anlamda işlev bozukluğuna neden olur. Karakteristik özellik olarak kişide, çekingen ya da utangaç yapı olabilir. Bu özelliklerden dolayı kişiye **sosyal fobik** denilemez. Sosyal fobi tanısı koyabilmek için kişinin sosyal ortama gir-



Sosyal fobi, toplum içinde depresyon ve alkol kullanım problemlerin- den sonra en sık rastlanılan psikiyatrik rahatsızlıktır.

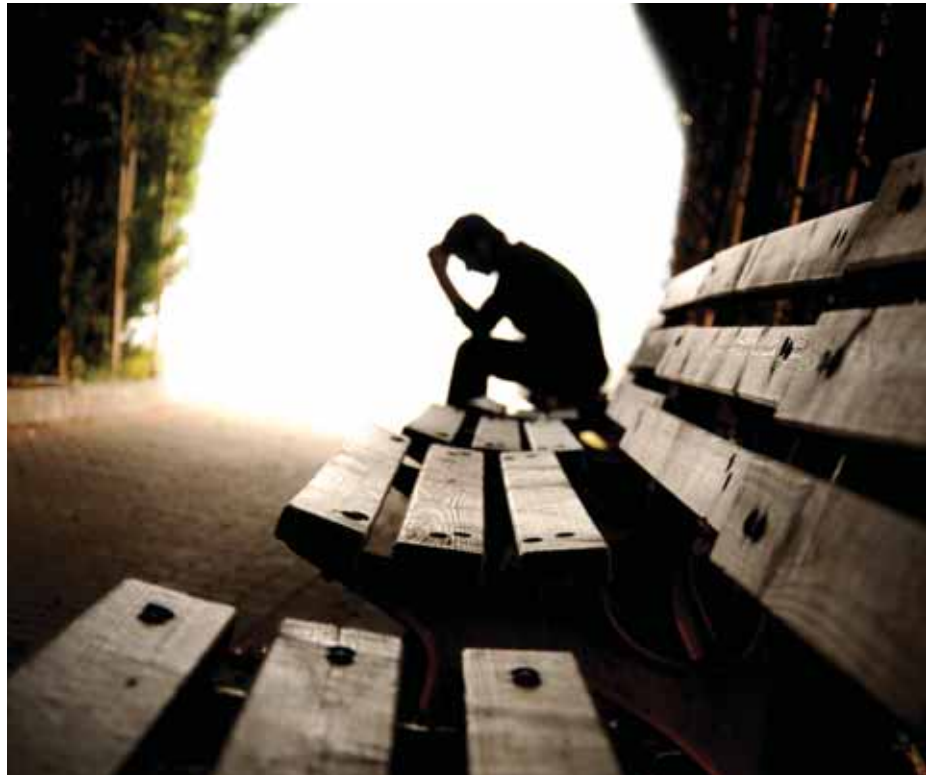
diği ya da girmek zorunda olduğu zamanlarda belirgin kaygı yaşaması ile karakterize olması gerekmektedir.

GENETİK VEYA ÇEVRESEL OLABİLİR

Sosyal fobi, belirli bir genetik yatkınlıkla ortaya çıkabildiği gibi çevresel faktörlerin de çok etkisi olduğu düşünülmektedir. Sosyal fobi olan kişilerin birinci derece akrabalarında da utangaçlık ve çekingenlik gibi kişilik özellikleri daha sık gözlenir. Bu genetik yatkınlığın üzerine yetiştirilme sırasında eleştirel aile ve baskıcı öğretmen tavırları, engelleyici ketleyici sosyal yapılar ve utandırarak cezalandırma gibi yaklaşımlar da eklenirse, ergenlik döneminden itibaren sosyal fobik davranış biçimi bir kalıp gibi oturmaya başlar.

İLİŞKİLERDE SORUN YAŞAYABİLİRLER

Sosyal fobik kişiler ilişkilerinde de ciddi sorunlar yaşayabilirler. Karşı cinsle rahat iletişime giremedikleri için problemler doğabilir. Beraber bir şey yapmayı teklif etmek veya bu aşamaları geçse de, beraber bir faaliyet yaparken bir yanlış yapmak korkusundan dolayı, yal-



nız kalanlar çok olur. Bu kişiler, yeni insanlarla tanışmak, teklif etmek veya teklifi kabul etmek konusunda ileri derecede zorlanırlar.

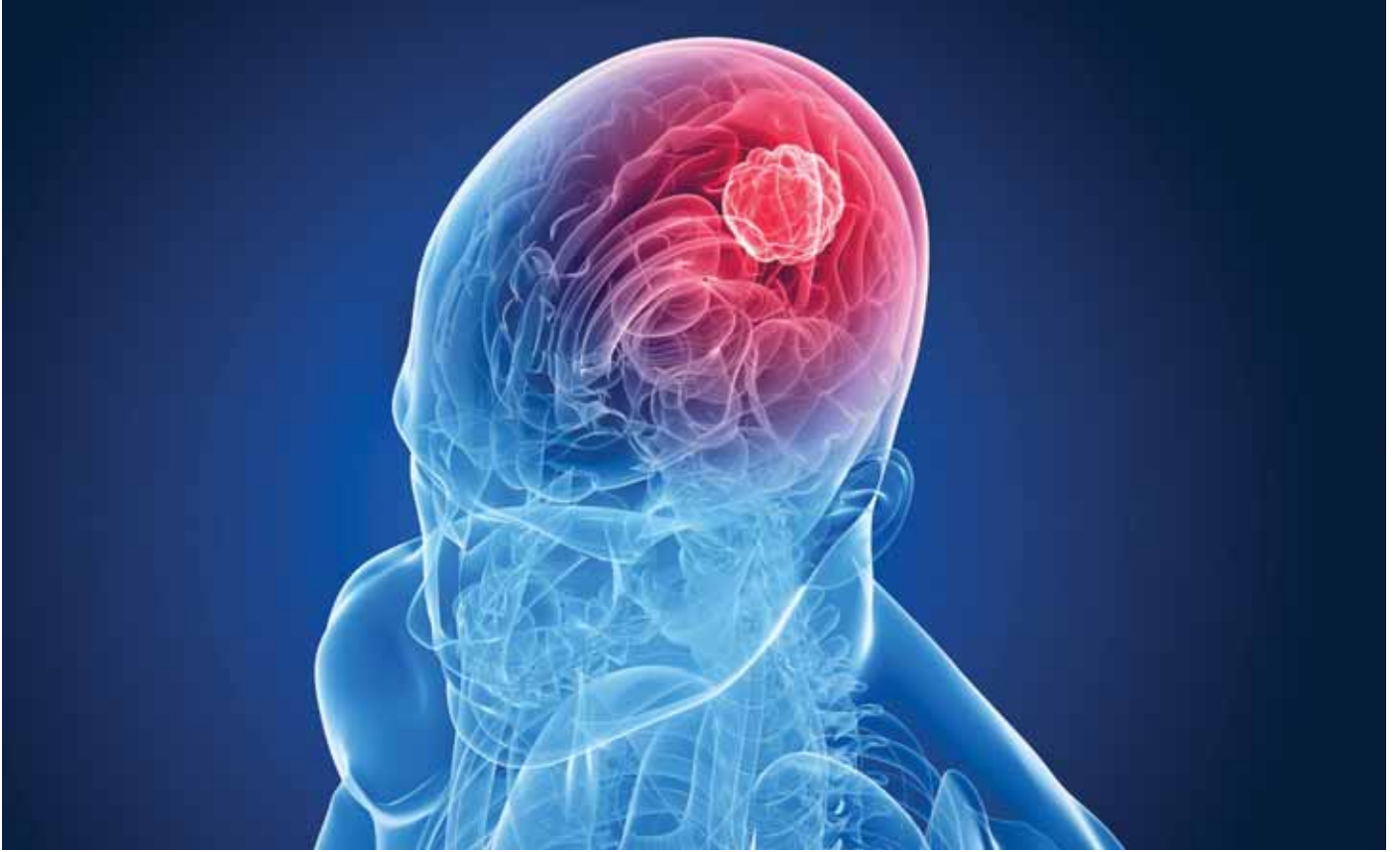
SOSYAL FOBİYE DEPRESYON EŞLİK EDEBİLİR

Sosyal fobinin yanında diğer psikiyatrik rahatsızlıkları da görebiliriz. **Depresyon** en sık eşlik eden diğer hastalıktır. Kişi tedavi edilme-

yen kaygı ve korkularından ötürü depresif bir durum içerisinde de olabilir. Ayrıca tedavi edilmediği takdirde sosyal fobi, yıllar boyunca sürebilen bir rahatsızlıktır. Sosyal fobi genellikle **psikoterapi, ilaç** ya da **her ikisiyle birlikte** tedavi edilebilir. Psikoterapi yoluyla kişinin sosyal durumlarda daha az endişeli olabilmesi için yeni farklı düşünce, davranış ve tepki biçimleri edinmesi amaçlanır. ▶

BEYİN TÜMÖRLERİNDEN GLİOBLASTOMA MULTİFORME TEDAVİSİNDE GENETİK

Primer beyin tümörleri tüm kanserlerin %1,5'inden ve kansere bağlı ölümlerin %2'sinden sorumludur. Hızlı çoğalma, beyin dokusuna invazyon, nekroz, anjiyogenez, mikrovasküler proliferasyon ve migrasyon gibi agresif özellikleri bulunmaktadır. Cerrahi rezeksiyon, radyoterapi ve kemoterapiye rağmen ortalama yaşam süresi bir çok kansere göre daha kısadır.



Beyinden köken alan primer tümörler ve vücudun farklı bölgesinden köken alıp beyine metastaz yapan sekonder tümörler olmak üzere beyin tümörleri iki gruba ayrılmaktadır. Primer beyin tümörleri daha nadir gözlenmekle birlikte genellikle malign özelliktedir. Primer beyin tümörlerinin en büyük alt grubu olan gliomalar köken aldıkları bölgeye göre çeşitlilik göstermektedirler. Beyin veya spinal kanda gelişen astrositomalar, beynin en alt bölgesinde gelişen beyin kökü gliomaları, beynin iç kısmında gelişen ependimomlar ve genellikle cerebrumda gelişen ve çok nadir gözlenen oligodendrogliomaları kapsamaktadır.

ERKEN TANIYA OLANAK SAĞLAMAK İÇİN UZUN YILLARDIR ÇALIŞILMAKTA

Astrositomaların (astrositik beyin hücrelerinden gelişen beyin tümörü) en ilerlemiş formu olan glioblastoma; derece IV astrositoma veya glioblastoma multiforme (GBM) olarak da isimlendirilmektedir. Glioblastomaların erken

ERKEN TANIYA OLANAK SAĞLAMAK İÇİN UZUN YILLARDIR ÇALIŞILMAKTA

Astrositomaların (astrositik beyin hücrelerinden gelişen beyin tümörü) en ilerlemiş formu olan glioblastoma; derece IV astrositoma veya glioblastoma multiforme (GBM) olarak da isimlendirilmektedir. Glioblastomaların erken



tanı ve tedavide yeni hedefler belirlenmesi amacıyla 1990'lardan günümüze gliomanın moleküler biyolojisi ve genetik alt yapısı yoğun olarak araştırılmaktadır. Bu bağlamda hedefe yönelik tedavi amaçlı ajanlar ile sinyal yollarında rol alan potansiyel kritik genlerin keşfi tedavi de yeni umutlar vaat etmektedir.

MOLEKÜLER PROFİLİ BELİRLEMeye YÖNELİK ÖNEMLİ ÇALIŞMALAR YAPILMAKTA

Tümör genomunun moleküler profilini belirlemeye yönelik son zamanlarda oldukça önemli çalışmalar yapılmaktadır. Kolorektal ve meme kanserinin tüm genom sekanslama analizleri ve son olarak da pankreatik duktal adenokarsinoma (PDAC) ve GBM'in sekans analizleri tamamlanmıştır. Bu mutasyonel çalışmalar tümörögenezde daha önce bilinmeyen yeni somatik mutasyonların tanımlanmasına yol açmış ve böylelikle özellikle GBM prognozunu belirlemeye ve potansiyel olarak tedavi hedefi olabilecek olan genleri ve onların protein ürününe spesifik ilaç geliştirilme çalışmalarına imkan tanımaktadır.

DEĞİŞKENLER GENLERİ ETKİLEMEKTE

GBM de düzensizliği bildirilen sinyal yolları diğer birçok tümörler ile benzerlik gös-

termekte ve onkogen aktivasyonu (tümör teşvik eden gelir) veya tümör baskılayıcı genlerin kendini ifadesinde değişiklikler (anomaliler) gözlenmektedir. Genlerin ifade değişiklikleri yanı sıra büyüme faktörleri, hormonlar, büyüme faktör reseptörleri, sinir sistemi hücrelerinin büyüme ve farklılaşmasından sorumlu integrinler ve mikroçevre stimülasyonunda (pH, oksijen seviyesi vs.) değişikliklerde söz konusudur.

PRİMER VE SEKONDER GLİOBLASTOMALAR

Glioblastomalar günümüzde moleküler temelde primer ve sekonder GBM olarak iki alt gruba ayrılmaktadır. Primer ve sekonder glioblastoma farklı hastalık subtiplerini oluşturmakta ve farklı yaşlarda görülebilmektedir. Vakaların majör grubunu (>%90) primer glioblastoma oluşturmakta, hızlı ve de novo (kendiliğinden) gelişmekte ve malign prekürsör (öncül) lezyonlara göre klinik ve histolojik belirtiler göstermemektedir. Tek bir mutasyondan çok birçok ardışık genetik değişiklik sonucu oluştuğu bildirilmektedir.

EN SIK SAPTANAN GENETİK DEĞİŞİKLİKLER:

Primer GBM'de epidermal büyüme faktörü reseptörü (EGFR), siklin bağımlı kinaz inhibitörü 2 (CDKN2A) genlerindeki mutas-



Epigenetik mekanizmalardan biri olan metilasyon, genlerin ekspresyonlarını (kendilerini ifadelerini) azaltıcı etkisi nedeniyle kanser alanında en eski ve en çok çalışılan mekanizma özelliği taşımaktadır.

yonlar ve kromozom 10q23'te heterozigosite kaybı en sık saptanan genetik değişikliklerdir. MDM2 proteininin aşırı ekspresyonu, primer GBM'lerin %50'sinden fazlasında görülürken kromozom 10q23'te meydana gelen heterozigosite kaybı (LOH) olguların %60-80'inde meydana görülmektedir. Ayrıca EGFR gen amplifikasyonu (%40-80) ve EGFR geninin overekspresyonu (kendini fazla ifade etmesi) (%10-%60) görülmektedir. EGFR amplifikasyonu ve overekspresyonu primer GBM'de sık görülürken sekonder GBM'de ise çok daha nadir olarak gözlenmektedir.

EN ÇOK GÖZLENEN VARYANT:

EGFR geninin yedi majör mutant (hatalı gen) varyantı tanımlanmış ve en çok gözlenen varyant III (EGFRvIII), de2-7EGFR veya p EGFR olarak da adlandırılan varyanttır. Ekzon 2-7'deki delesyon sonucunda EGFRvIII

oluşmakta ve sonuç olarak, genomik seviyede anormal transkript ekspresyonu ve protein meydana gelmektedir. Bu genomik delesyon sonucunda ekstraselüler ligand bağlama bölgesinin eksikliğine neden olmakta ve reseptör yapısal olarak otofosforillenmekte ve böylece tümör büyümesi, proliferasyonu, migrasyonu ve tümör neovaskülarizasyonu da artmaktadır.

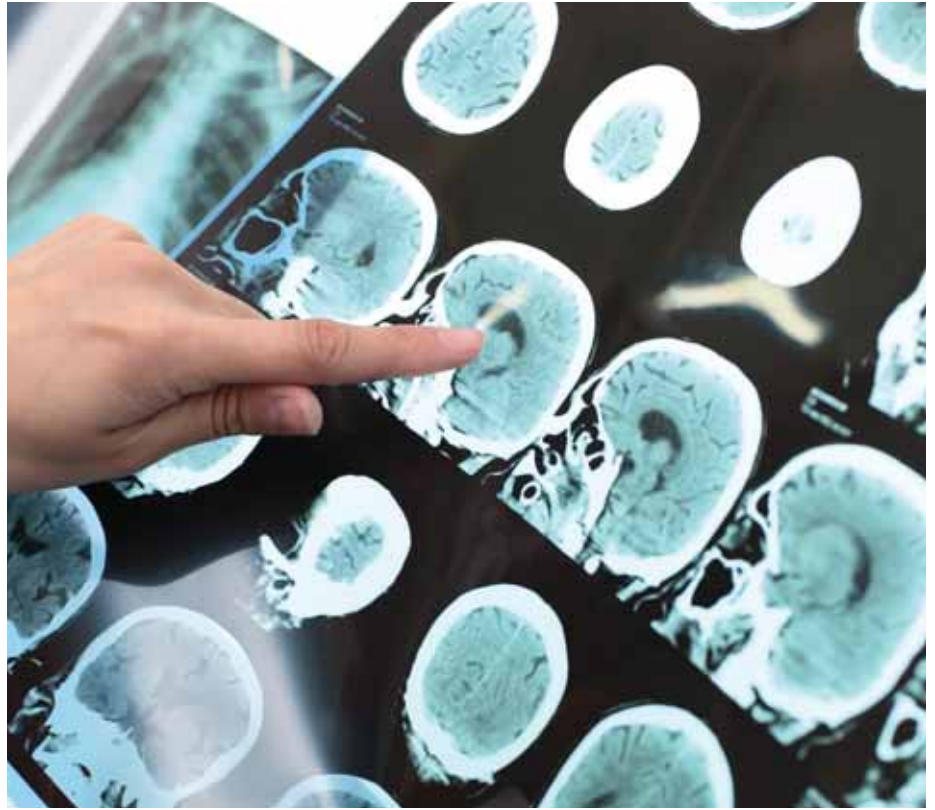
AŞI İÇİN ÇALIŞMALAR DEVAM ETMEKTE

EGFRvIII mutasyonu GBM'in tümörojenik potansiyelini artırmakta ve kötü prognoz ile ilişkilendirilmektedir. Aynı zamanda EGFRvIII geni, kemoterapi direncinden de sorumlu tutulmaktadır. Günümüzde EGFRvIII'e yönelik aşı geliştirme çalışmaları devam ederken EGFR'a yönelik spesifik tedavi protokolleri geliştirilmekte bu amaçla tirozin kinaz inhibitörlerini (TKIs), antikor kökenli tedavi, immunoterapi ve RNA tabanlı pre-klinik çalışmalar yapılmaktadır.

Tirozin kinaz inhibitörleri (TKIs), ekstraselüler domainin ligand bağlanma bölgelerine bağlanarak bu bölgeleri inhibe eden küçük moleküllerdir. Antikor kökenli tedavi de ise monoklonal antikorlar kullanılmakta ve sinyallerin inhibisyonu sağlanmaktadır. EGFRvIII yönelik immunoterapide CDX-110 aşısı ve granülosit makrofaj- koloni stimüle edici faktör (GM-CSF, granulocyte macrophage-colony stimulating factor) kullanılmaktadır. RNA tabanlı tedavi amacı ile oligonükleotidler veya komplementer siRNA geliştirilerek bu bölgelerin sessizleştirilmesi ve bu şekilde klinik yarar sağlanmasına yönelik çalışmalar yapılmaktadır.

SEKONDER GLİOBLASTOMA NEDENİ GENELLİKLE MUTASYON

Sekonder glioblastoma, düşük grade diffüz astrositoma veya anaplastik astrositomadan yavaş progresyonla gelişen bir tümör tipi olup genetik temelinde, TP53 gen mutasyonuna sıklıkla rastlanmakta ve bu anomali tümörögenin erken döneminde saptanabilmektedir.



TP53 geni 17p31.1'de lokalize ve hücre siklusu, DNA hasarına hücresel yanıt, hücre ölümü ve hücre farklılaşmasını içeren birçok hücresel süreçte önemli rolü olan bir protein kodlamaktadır. Sekonder GBM'lerde TP53 mutasyonları yüksek insidansla görülmektedir (>%65).

TP53'ün mutasyonel durumu hızla gelişen hedefe yönelik tedavi stratejileri için de önemli bir hedef oluşturmakta ve CDA(Cytosine Deaminase) tedavisinin uygulanıp uygulanmayacağını belirleyen esas kriteri oluşturmaktadır. Yapılan çalışmalar CDA ve UPRT (Uracil Phosphoribosyl Transferase) genlerinin antitümör etkisi olduğu ortaya koymuştur. CDA tabanlı tedaviler ve replicating retroviral vector (Toca-511) tabanlı çalışmalar phase I/II (NIH trial NCT01156584) klinik çalışmaları devam etmekte ve gelecek için oldukça ümit vaat etmektedir.

GLİOBLASTOMADA GÖRÜLEN GEN MUTASYONLARI:

2009 yılında 22 glioblastoma multiforme örneğinde yapılan geniş çaplı genom analizlerinde EGFR ve TP53 gen mutasyonları yanısıra

daha önce tanımlanmamış ve hücreyi oksidatif strese karşı korumada görevli izositrat dehidrogenaz 1 (IDH1) geninde çeşitli mutasyonların da var olduğu gösterilmiştir. Mutasyonun tanımlanmasını takiben GBM'de prognoz belirlemedeki önemini göstermeye yönelik birçok çalışma yapılmıştır. Birçok tümör ve biyopsi örneğinde IDH1 mutasyonunun TP53 veya 1p/19q kodelesyonundan önce meydana geldiği saptanmıştır.

DİAGNOSTİK VE TERÖPATİK UYGULAMALAR ÇALIŞMALAR İLE AYDINLANMAKTA

IDH1 ve IDH2 mutasyon çalışmaları diagnostik ve teröpatik uygulamalara ışık tutmaktadır. IDH1 ve IDH2 mutasyonlarının tek bir amino asit lokalizasyonuna sahip olması, bu genetik değişimin diagnostik amaçlar için kullanımını kolaylaştırmaktadır. Özellikle patolojik olarak ayırımı yapılamadığı ve sadece klinik özelliklere dayalı olarak gerçekleştirilen primer ve sekonder GBM ayırımının yapılabilmesi için kullanımı önerilmektedir. IDH1 ve IDH2 mutasyonları glioma patogenezinde ve



spesifik glioma alt tiplerinin tanımlanmasında merkezi bir gen olarak belirlenmiştir.

IDH1 mutasyonu iyi prognoz için kuvvetli bir gösterge olup sekonder glioblastomayı primer glioblastomadan ayırt etmek için kullanılabilir. Spesifik bir genetik belitedir. Bu durum histopatolojik analiz için materyalin yetersiz olduğu olgular da oldukça yararlı bir alternatif görevi görmektedir. Mutasyon IDH1'in standart enzimatik aktivitesini inaktive etmekte ve bunun sonucu olarak α -ketoglutarat seviyesi yarıya inmekte böylece de düşük oksijen basıncına adaptasyon geni HIF-1 anjiyogenezi, hücre motilitesi, invazyon ve enerji metabolizmasını düzenleyen genlerin transkripsiyonunu indüklemekte ve tümörün hipoksiye (oksijen düşüklüğüne) direncini artırmakta yani düşük oksijenli ortamda da yaşamasını sağlamaktadır.

GEN MUTASYONU OLMADAN GÖRÜLEN GENETİK DEĞİŞİKLİKLER: EPİGENETİK DEĞİŞİKLİKLER

Gen mutasyonu olmamasına yani genin

yazılımında değişiklik olmamasına rağmen ilgili genin ürün oluşturmaması ya da gerekenden fazla ürün sentezlenmesine neden olan DNA materyali üzerinde geri dönüşümsüz kimyasal değişiklikler de karsinogenez sürecinde rol oynayabilmektedir. Bu kimyasal değişiklik epigenetik değişiklikler olarak adlandırılmaktadır.

Glioblastomlar ile ilişkilendirilmiş birçok genin metilasyon paternlerinde değişiklikler olduğu ve bunların tanı ve prognozu etkilediği bildirilmiştir. Örneğin MGMT, RASSF1A, p16/INK4a, p15/INK4B vb. genlerin hipermetilasyonunun GBM hastalarının prognoz ve sürvi (sağ kalım) da etkili olduğu ayrıca tedavi protokolu seçiminde belirteç olabileceği bildirilmiştir.

Klinik çalışmalarla 1p/19q kodelesyonu radyoterapi veya radyoterapi ile kemoterapi alan oligodendrogliyal tümörlerde ve oligoastroitik ve anaplastik gliomalarda iyi prognoz ile ilişkilendirilmiştir. IDH gen mutasyonları, MGMT ve RAR β promotor metilasyonu ise son 5 yılda özellikle GBM için klinik olarak önemli bir hal almıştır.

HASSASİYET ARTIRILARAK TEDAVİYE CEVAP OLUŞTURULMAKTA

Günümüzde gliomaların tedavisinde kullanılan alkilizan nitrozürelere hücreye zararlı DNA bileşikleri oluşturularak kanserli hücre ölümünü indüklerken DNA tamir genlerinden olan O-6-metilguanin-DNA metiltransferazın (MGMT), metillenmesi sonucunda MGMT proteininin azalmış ekspresyonu ile DNA tamir aktivitesi de azalmaya başlamakta ve temozolomid gibi alkile edici ajanlara karşı hassasiyet artırılarak tedaviye cevap oluşturulmaktadır.

MGMT enziminin, alkil gruplarını DNA molekülünden uzaklaştırarak hasarı tamir etmesi ile tümör hücreleri alkilleyici ilaçlara karşı direnç geliştirmektedir ancak promotor bölgesi metillenerek etkisiz hale getirilen MGMT enzimi, hasarlı DNA molekülünü onaramadığı için tümör hücresi apoptoz süreci sonunda kaybedilmektedir. MGMT geninin promotor hipermetilasyonu primer GBM'de %36 ve sekonder GBM'de %75 oranında görülmektedir ki bu son yıllarda Temazolomid tedavisi için iyi prognoz göstergesi olarak kullanılmaktadır. ▶



UYKUSUZ HER GECE

Araştırmaların büyük kısmı erişkin nüfusun yaklaşık 5'te 1'inde uykusuzluk görüldüğünü bildirmektedir. Uykusuzluk, birçok nedenden kaynaklanabilmektedir.



Uyku örüntüsünde yaşla ilişkili değişimler yaşam boyunca görülür. En belirgin değişim toplam uyku zamanında azalma ve gece sık bölünmelerdir. Özellikle orta yaşlardan sonra gece uykusu süresince fazla uyanıklık zamanı vardır ve uyku ile uyanıklık karışmış durumdadır, parçalı uyku yapısı izlenir. Tek başına uykusuzluk yakınması bir ruhsal bozukluk olarak uykusuzluk tanısının konulması için yeterli değildir.

UYKU GEREKSİNİMİ KİŞİDEN KİŞİYE FARKLILIK GÖSTERİR

Uykuda çeşitlilik oluşturan önemli biyolojik farklılıklar vardır. Bazı kişiler doğal olarak uzun uyur, buna karşın diğerleri kısa uykuyla yetinebilir. Uykudan önce yapılan her akşam aynı şekilde yinelenen uykuya hazırlık davranışları uyku öncesi "ritüeller" olarak adlandırılır. Ritüeller sıklıkla uykudan önceki dönemde gevşemeyi sağlamak için günün stres etmenlerinden dereceli olarak

uzaklaşmak için ve geceye dingin biçimde girmek için yararlıdır.

ÇOCUKLARDA UYKUYA, UYKU ÖNCESİ RİTÜELLER YARDIMCI OLMAKTA

İyi uyuyan çocuklarda uyku öncesinde özenle yerine getirilen ritüeller yardımcı olur. Bu ritüeller uyku öncesi hikaye okuma, hafif yiyecekler atıştırma, dişleri fırçalama, dua etme, sevilen bir oyuncakla oynama,



Uykusuzlukla baş etmek için öneriler:

- Yatakta yaklaşık 15 dakikadan fazla uyanık kalınmamalıdır.
- Gece saat kontrol edilmemelidir.
- Uyku öncesi aşırı yemek ya da aç kalmaktan kaçınılmalıdır.
- Uyarılmışlık durumunu ve gerginliği artıracak zihinsel aktivitelerden kaçınılmalıdır.
- Uykuya yakın saatlerde yoğun egzersiz ve fiziksel aktiviteden kaçınılmalıdır.
- Akşam 18.00'den sonra kahve, tütün, alkol ve kolalı içeceklerden kaçınılmalıdır.
- Yatak odası aşırı ses, ışık, soğuk ya da sıcak olmamalıdır.
- Uyku öncesi gevşeme egzersizleri yapılmalıdır.
- Sabah kalkış saati düzenli olmalıdır.

yastık ve battaniyeyi düzenleme gibi davranışlardan oluşur. Sayılan eylemler uyku başlangıcı için olumlu tepkisel koşullanmada rol oynarlar.

KAYGI UYKUYU OLUMSUZ ETKİLİYOR

Uykusuzluk için tedaviye başvuran hastalar kaygı ve depresyon belirtilerini daha yüksek yaşamaktadır. Özellikle uyku uyuyamama ile ilgili kaygılanma en sık rastlanan bulgudur. Uykusuzluk sürekli hale geldiğinde uykusuzluğun yol açacağı sonuçlar hak-

kında kaygı daha ön plana geçmektedir.

Psikofizyolojik uykusuzluğun klinik özellikleri:

- Uyuyamayacağı hakkında aşırı kaygı duyar.
- Uykuya dalmak için çok çaba göstermektedir.
- Uykuya dalarken kişinin zihninde ruşminasyonlar ya da geleceğe yönelik kaygılı düşünceler vardır.
- Yatağa girerken artmış kas gerilimi vardır.



Uyku hakkında çok düşünülmemeli, uykusuzluğa ve sonuçlarına önem verilmemeli, konu hakkında yakınılmamalıdır.

- Kaygının diğer bedensel belirtileri eşlik eder. (Çarpıntı, göğüste sıkışma hissi vb.)
- Kişi çaba göstermediği durumlarda uykuya dalabilir.

Kötü uyku hijyenine bağlı uykusuzluk:

- Uygun olmayan uyku düzeninde, gece yatışı ve sabah kalkışı olağan saatlerin dışında olur.
- Gün içinde sık sık uyuklanır.
- Değişen uyuma ve uyanma zamanları vardır.
- Yatakta, fazla uyanık zaman geçirilir.
- Alkol, nikotin, kafein gibi ürünler uyku öncesi kullanılır.
- Zihinsel ve fiziksel olarak uyarıcı işlere uyumadan önce başlanır.

UYKUSUZLUKTA DOKTOR YARDIMI ALINMALI

Uykusuzluğun birçok farklı sebebi olabilir ve bu sebebin ortaya çıkarılması için uzman değerlendirmesi gerekmektedir. Bu değerlendirmelerde özellikle 2 hafta boyunca uyku günlüğü tutup uyku bozukluğunun incelenmesi, gündüz işlevselliğinin değerlendirilmesi, ek ruhsal bozuklukların varlığının araştırılması, fiziksel hastalıkların ve kullanılan ilaçların uyku açısından değerlendirilmesi ve uykusuzluğu sürdürücü davranış ve tutumların tespit edilmesi önem taşır. ▶



MİYELODİSPLASTİK SENDROM LÖSEMİYE DÖNÜŞEBİLİR

Dirençli kansızlığı olanlarda, bir kemik iliği hastalığı olan miyelodisplastik sendrom (MDS) görülebilmektedir.



Miyelodisplastik sendrom nedir?

Genellikle ileri yaşlarda görülen, kemik iliğinin yeterince sağlıklı kan hücresi üretmesine neden olan bir grup **kemik iliği hastalığıdır**. Miyelodisplastik sendromda kemik iliğinde yapılan kan hücrelerinin olgunlaşmaması yanında kemik iliğindeki kan hücrelerinde normal hücrelerden farklı bir gelişim söz konusudur. MDS'li hastalarda kan yapımında azalmanın sonucu olarak kırmızı kan hücrelerinde azalma (anemi) ve kan hücrelerinde kalite bozukluğu olur, bu nedenle bu hücreler normal işlevlerini göremezler.

Bazı alt guruplarda lösemiye dönüşüm olmakta

Kırmızı kan hücrelerine etkisi: Kemik iliği normalde dokulara oksijen taşıyan olgun kırmızı kan hücrelerini üretir. Toplam kan volümündeki kırmızı kan hücresi yüzdesi, **hematokrit** olarak adlandırılmaktadır. Sağlıklı kadınlarda hematokrit %36- 46 iken, erkeklerde %40-52' dir. Hematokrit normalin altına düştüğünde sağlıklı kırmızı kan hücreleri dokulara yeteri kadar oksijen taşıyamaz. MDS de kırmızı kan hücrelerindeki displazi nedeniyle oksijen dokulara yetersiz taşınır.

Beyaz kan hücrelerine etkisi: Kemik iliği kırmızı kan hücreleri yanı sıra vücut bağışıklık sisteminin ana hücresi olan enfeksiyonlarla mücadele eden ve önleyen beyaz kan hücrelerini de üretir. Beyaz kan hücrelerinin çeşitli tipleri vardır. **Nötrofiller granülositler** ve **lenfositler** olarak bilinmektedir ve asıl olarak bakteriyel enfeksiyonlarla mücadele eder. Bazı MDS hastalarında **nötropeni** gelişmemesine rağmen tekrarlayan enfeksiyonlar görülmektedir. Bunun nedeni hücrelerin sayısından çok kalitesidir. Beyaz kan hücre sayısı normal olmasına rağmen, bu



Parmak ucundan alınan kan bir cam üzerinde yayıldıktan (çevre kanı) ve boyandıktan sonra mikroskop altında incelenmesi ile kan hücreleri hakkında bilgi sahibi olunur.

hücreler MDS olmayan hastalardaki kadar fonksiyon gösterememektedir.

Trombositler üzerine etkisi: Kemik iliği kan koagülasyonunda ve kanamanın durdurulması için tıkaçların oluşturulmasında kritik rol oynayan plateletleri de üretmektedir. Normalde kanda mikrolitrede 150.000-450.000 platelet bulunmaktadır, ancak bazı MDS hastalarında platelet sayısı azalır. Trombosit sayısının 20.000'den az olduğu ciddi trombositopeni daha az görülmektedir ve önemli kanama problemleriyle birlikte.

MDS'nin sebebi nedir?

MDS'nin sebebi tam olarak bilinmemektedir. Boya sanayi ve ayakkabıcılıkta sık olarak kullanılan **benzene maruz kalma** ile hastalık arasında ilişki vardır. Ayrıca habis hastalıkların tedavisi için kullanılan ilaçlar veya radyoterapi yıllar sonra MDS ortaya çıkabilir. Habis hastalıklarda kullanılan ilaçlara örnek olarak **siklofosamid, klorambusil, melfalan, ifosfamid ve etoposid** gösterilebilir. Bununla beraber **alkolizm, kurşun zehirlenmesi, tüberküloz ilaçlarının kullanımı seyri** veya **sonrasında** MDS gelişebilir. Hastaların yarısından fazlasında 5, 7, 8, 11, 12 ve 20. kromozomlarda kopma veya kırılma olduğu bilinmektedir.

Miyelodisplastik sendromlu hastaların şikayetleri nelerdir?

En sık olan yakınma kansızlığın ana belirtisi olan halsizliktir. Halsizlik genellikle uzun süreli yol yürümekle veya merdiven çıkmakla oluşur. Sıklıkla nefes darlığı ve çarpıntı ile birlikte. Bazı hastalarda özellikle ayağa kalkarken baş dönmesi ve göz kararması olabilir. Kulaklarda işitme azlığı, özellikle yokuş çıkarken veya yürürken olan ve dinlenmekle azalan göğüs ağrısı oluşabilir. Kol ve bacak ağrısı ya da uyuşması doğaldır.

Bazı hastalar enfeksiyonlara kolay yakalanır. Enfeksiyonlar üst veya alt solunum yollarında daha sıktır. Ancak deri veya idrar yollarında da oluşabilir. Bazen de özellikle kol veya bacaklarda toplu iğne başından mercimek büyüklüğüne kadar, deriden kabarıp olmayan, küçük, deri içine kanama odakları oluşabilir ya da kolay çürük oluşumu gerçekleşebilir. Nadiren MDS'li hastalarda kan hücrelerinin yıkılması sonucu oluşan idrarda koyulaşma ve gözlerin beyaz kısmında sararma oluşabilir. Eklem ağrıları ortaya çıkabilir. Gece terlemesi ve ateş meydana gelebilir.

Miyelodisplastik sendrom tanısı nasıl konulur?

Hekim, yukarıdaki yakınmalarla ile başvuran hastanın muayenesinde deride, dudaklarda solukluk, boyun ve koltuk altları ya da kasıklarda lenf bezlerinde büyüme karaciğer veya dalakta büyüme olup olmadığını kontrol etmelidir. Kol veya bacaklarda küçük kanama odakları gözlemlenebilir. Ateşi olan hastalarda enfeksiyon bölgesi ile ilgili belirtiler bulunabilir. Bu belirtiler sonrası tam kan sayımı tahlili yapılır. Tam kan sayımında kırmızı kan hücrelerinde azalma hemen tüm hastalarda vardır. Beyaz kürelerde ve kan pulcuklarında (trombosit) da azalma gözlemlenebilir.

Tanının kesinleşmesi için bir ileri tetkik, kemik iliği aspirasyonu ve biyopsisidir. Kemik iliği aspirasyonu ve biyopsisi için tercih edilen alan kalça kemiğinin üst çıkıntısıdır. Kemik iliği aspirasyonu ve biyopsisinden önce

o bölge uyuşturulur. Daha sonra özel iğneler ile kalça kemiğinin üst çıkıntısına girilerek enjektörle 0,5-1 ml kan çekilir. Bu esnada patoloji bilim dalında incelenmek üzere kemik iliği biyopsisi de gerçekleştirilir. Tüm bu işlemler poliklinik koşullarında ayaktan hastaya yapılabilir. Biyopsi sonrası hastanın evine gitmesinde sakınca yoktur. Elde edilen ilik doku suyu belirli boyalarla ve Prusya mavisi ile boyanarak mikroskop altında incelenir. Kemik iliğinin bir kısmı kromozom tetkiki için kullanılır.

Alınan çevre kanı ve kemik iliği örneğinin hematoloji uzmanları, patologlar ve genetik uzmanları tarafından incelenmesiyle hastalara tanı konulur.

Hastalık lösemiye dönüşebilir

Hastalığın seyri hastalık alt gruplarına göre farklılık göstermektedir. Dirençli anemi ve sideroblast olan olgularda genellikle kansızlık dışında bir anormallik yoktur. Bu hastalar normal yaşamlarını sürdürür. Bazılarında belirtiler hafif olup tedaviye gerek olmayabilir. Ancak blast artışı ile birlikte olan MDS'de ise akut lösemiye dönüşme riski vardır. Bu hastaların birçoğunda enfeksiyonlara eğilim artmıştır. Kol ve bacaklar başta olmak üzere vücudun değişik yerlerinde kanama odakları görülebilir. Bu nedenle bu hastalar düzenli olarak hekime gitmeli, kontrollerini yaptırmalı ve önerilen tedavilere tam olarak uymalıdır.

Miyelodisplastik sendromda tedavi seçenekleri

Tedaviye karar vermede hasta, hasta yakını ve hekim iş birliği içinde olmalıdır. Yaşı 55'in altında olan hastalarda doku uygunluğu olan kardeşlerden veya akraba olmayan birisinden kök hücre nakli tam şifa sağlayabilir.

Hekim hastanın muayene bulgularına, durumuna, kemik iliği ve ileri incelemeler sonucu yapılan MDS sınıflamasına göre; kan transfüzyonu, eritropoietin, kök hücre nakli, B6 vitamini, beyaz küreleri uyaran ilaçlardan (koloni uyarıcı ilaçlar: G-CSF, GM-CSF) biri veya birkaçını kombine ederek bir tedavi şeması oluşturur. ▶

RADYOTERAPİYE BAĞLI ERKEN YAN ETKİLERDEN KORUNMA



Radyoterapinin olası yan etkileri tedavi alanının genişliği ve yeri, ışın alan normal dokuların radyasyona toleransı, uygulanan toplam ve günlük doz miktarı, hastanın yaşı, genel durumu ve tedavinin kalitesi gibi birçok faktörle ilişkilidir, bu nedenle hastadan hastaya değişiklik gösterir. Radyasyona bağlı olarak normal dokularda oluşan bu yan etkiler erken ve geç yan etkiler olarak ayrılmaktadır.

Erken yan etkiler, ışın tedavisi sırasında genellikle ilk günlerde değil, ilerleyen günlerde toplam doz arttıkça başlar veya tedavi bitiminden hemen sonra gelişirler. Genellikle tedavi bittikten sonra 4 ile 12 hafta arasında gerileyerek büyük bir bölümü tamamen kaybolur. Her yan etki için

oluşmasını önleyen veya şiddetini azaltan önlemler olduğu gibi oluşuktan sonra yakınmaları hafifletecek tıbbi yaklaşımlar ve destek tedavileri de mevcuttur.

GEÇ YAN ETKİLER UZUN YILLAR SONRA GÖRÜLEBİLİR

Geç yan etkiler ise radyoterapinin bitmesinden en az 6 ay sonra gelişebildikleri gibi bazen yıllarca, hatta 10-20 yıl sonra görülebilirler. Geç etkiler erken etkilere göre daha az sıklıkta görülen, ancak tedavisi genellikle zor olan veya mümkün olmayan ciddi normal doku hasarları şeklinde kendisini gösterir. Bu nedenle, geç yan etkilerin oluşmasını önlemek için gereken tedbirleri almak ve radyoterapi planlama-

sı sırasında çok titiz davranmak radyasyon onkologlarının ve tüm radyoterapi ekibinin en önemli görevlerinden birisidir. Deneyimli bir ekip tarafından titizlikle hazırlanan tedavi planları hastalara uygulanırken en son teknolojiye sahip tedavi cihazlarının kullanılması, özellikle geç yan etkilerin önlenmesi açısından çok önemlidir.

RADYOTERAPİYE BAĞLI OLARAK GELİŞEN ERKEN YAN ETKİLER VE KORUNMA YÖNTEMLERİ:

Yorgunluk: En sık görülen yan etkilerden olmakla birlikte nedeni tam olarak bilinmemektedir. Işın tedavisinin sağlıklı normal dokular üzerindeki etkiden kaynak-



Radyasyon tedavisinin erken dönem yan etkileri genellikle hafif seyreder ve tedavi bittikten bir süre sonra kaybolur.

lanabileceği gibi kanser hastalığına veya kemoterapi gibi diğer tedavilere bağlı olarak da gelişebilir, bu nedenle asıl sebebini saptamak güçtür. Kadınlarda, aktif tümörü olanlarda ve genel performansı düşük hastalarda görülme riski yüksektir. Hafif fiziksel egzersizler yapılması, enerjinin önemli aktivitelerle harcanarak arada yatak istirahati yapılması, düzenli ve kaliteli uyku, yoga gibi yöntemlerle stresin azaltılması, kognitif terapi ve gevşeme teknikleri ile yorgunluk azaltılabilir. Tedavi bittikten sonra birkaç hafta içerisinde radyoterapiye bağlı yorgunluk tamamen kaybolur.

Depresyon: Yapılan çalışmalarda kanserli hastalarda görülen depresyon sıklığı %0 ile %60 arasında değişmektedir. En sık beyin, meme, akciğer, pankreas ve baş-boyun kanserlerinde gözlenir. Hastada veya ailesinde daha önce geçirilmiş depresyon hikayesi bulunması oluşma riskini artıran bir faktördür. Ortaya çıkan depresyonun hastanın kanser tanısı alması nedeniyle mi yoksa ışın tedavisine veya diğer tedavilere bağlı olarak mı geliştiğini anlamak oldukça zordur. Nedeni ne olursa olsun, depresyonun tedavi edilmesi, hastanın kanserle baş etmesini kolaylaştırır ve tedavilere uyumunu artırır. Bu nedenle mutlaka bir psikiyat-

rist tarafından değerlendirilerek ilaç tedavisi alması önerilmektedir.

Cilt değişiklikleri: Özellikle cilde yakın bölgelerin ısımlandığı hastalarda radyasyona bağlı cilt değişiklikleri çok sık görülmektedir. Ancak, bu yan etki her hastada görülmez, açık ten rengi, alerjik cilt tipi gibi kişisel yatkınlık olması, obezite, vücut-kütle indeksinin yüksekliği, aynı bölgede önceden geçirilmiş büyük operasyonlar ve eş zamanlı kemoterapi uygulanması, radyoterapiye bağlı cilt değişiklikleri oluşması için risk faktörleridir. Toplam ışın dozunun yüksek olduğu hastalarda tedavinin 2-3. haftalarında başlayarak gittikçe şiddeti artar ve genellikle tedavi bitiminden 2-4 hafta sonra kaybolur. Güneş nedeniyle oluşan cilt etkilerine benzer şekilde önce hafif bir kızarıklık ile başlar, doz arttıkça ciltte kuruma ve rengine koyulaşma olur. Bazen kaşıntı eklenebilir. Nadiren, ciltte katlanma olan meme altı ya da koltuk altı gibi bölgelerde, cilt bütünlüğünde bozulma ve ıslak akıntılı deri döküntüleri görülebilir.

Bu bulguların tedavisinde kullanılan ve doktor tarafından önerilen bazı kremler hastaların rahatlamasını ve tedaviye devam etmesini sağlarlar. Ama esas dikkat edilmesi gereken konu, önlem olarak mümkün ol-

duğunca bu cilt değişikliklerinin oluşmasını engellemek ya da şiddetini azaltmaktır.

Cilt değişikliklerinin oluşmasını engelleyecek önlemler:

- Işın alan bölgenin tahriş olmasından kaçınılmalı, doktor tarafından onaylanmayan cilt bakım ve temizlik ürünleri kullanılmamalı, sıcak ya da soğuk kompres yapılmamalı, yapışkanlı bandaj kullanılmamalı, traş olurken jilet yerine makina kullanılmalı, dar ve sentetik giysiler ile cildin hava alması engellenmemelidir.

- Rutin banyo alışkanlığı sürdürülebilir, ancak sadece ılık su ve bebek şampuanı gibi yumuşak bir sabun kullanılmalı ve radyoterapi alanı kesinlikle kesilenmemeli ve ovalanmamalıdır.

- Klorlu havuzlarda veya sıcak suda yüzmekten kaçınılmalıdır.

- En önemlisi bu bölgenin hem tedavi sırasında hem de tedaviden sonra daima güneşten korunması gerekmektedir.

GÖRÜLEBİLECEK YAN ETKİLER

Saç ve kıllarda dökülme: Belli bir dozun üzerinde ışın alan bölgedeki kıllarda dökülme görülebilir, ancak bu durum sadece



Hastalar şikayetlerini doktorlarına iletir ve verilen tedavilere uyum içinde yaklaşıp yaklaşarak eksiksiz yerine getirirlerse, bu yan etkilerle etkili bir şekilde baş etmek mümkün olacaktır.

radoterapi uygulanan vücut bölgesi için geçerlidir. Genellikle tedaviden sonra kıllar veya saçlar tekrar uzar, çok yüksek ışın dozu verilmiş ise bazen bu etki kalıcı olabilir ve kıllar tekrar çıkmayabilir.

Kan hücreleri ile ilgili yan etkiler: Yetişkinlerde kan hücreleri kemik iliği dokusunda yapıldığı için ışın alan kemik dokusunun hacmi arttıkça kan hücrelerinin sayısında düşme riski de artmaktadır. Bu yan etki özellikle kemoterapi ile eş zamanlı veya kemoterapi sonrası yapılan ışınlamalarda daha sık ve daha hızlı gelişir. Radyoterapi ile azalma riski en fazla olan hücreler lökositler, yani beyaz küre denilen hücrelerdir. Bu hücrelerin belli düzeyin altına inmesi durumunda enfeksiyon riski çok artacağı için tedaviye ara vermek ve bazı ilaçlar kullanmak gerekebilir. Diğer kan hücreleri olan trombosit ve eritrositlerin radyoterapi nedeniyle düşmesi ise daha nadir görülen bir durumdur.

Bulantı ve kusma: En sık üst karın radyoterapisi veya geniş alan ışınlamaları nedeniyle

le olur, eş zamanlı veya daha önce uygulanan kemoterapi ile görülme riski artar. Bulantı ve kusma şiddetli ise, bunları önleyecek güçlü ilaçlar ile tedavi edilmelidir. Karın bölgesi dışında bulantı ve kusmaya neden olan bir başka durum ise beyine uygulanan radyoterapidir. Radyasyon beyinde ödeme ve kafa içi basıncın artmasına neden olarak ciddi bulantı ve kusma ile karşılaşılabilir. Bu durumda, bulantı önleyici ilaçların yanı sıra beyin ödemi azaltmaya yönelik antiödem tedavisi de yapılmalıdır.

Sindirim sistemi ile ilgili yan etkiler: Sindirim sisteminin radyoterapi alanına giren bölüme göre değişen yan etkiler görülür.

RADYOTERAPİ ALANLARDA AĞIZ SORUNLARI ÖNLENMELİ

Ağız ve dişler tedavi alanı içerisine girecekse radyoterapi öncesinde hastanın mutlaka diş doktoruna muayene olması ve gereken tedavileri önceden yaptırmaması istenir. Bu bölgenin ışınlanması sırasında ağızda kızarıklık, tahriş

ve yaralar olabilir. Ağızda kuruluk, yutkunmada zorluk, ağız tadının değişmesi ve bulantı yaşanabilir. Dişlerde çürük oluşma olasılığını artar. Ağız sorunlarını önleyici bir bakım rutini tedavinin önemli bir parçasıdır.

Ağız problemleri ile baş etmek için:

- Baharatlar, çiğ sebze, kuru kraker ve kuruyemiş gibi sert yiyeceklerden,
- Asitli ve şekerli yiyecek ve içeceklerden,
- Tütün çiğnemekten, içki ve sigaradan kesinlikle kaçınmak gerekir.
- Diş doktorunun önerdiği yöntem ile ağız ve dişler sık sık temizlenmelidir. Alkol ağızdaki dokuları kuruttuğu için alkol içermeyen gargara kullanılmalıdır.

GÖĞÜS BÖLGESİNDE YAN ETKİLER

Göğüs bölgesi ışınlamalarında yemek



Gençlerde radyasyonun teratojenik etkisi nedeniyle, tedaviden önce gebelik testi yapılması ve tedavi sonrası bir süre doğum kontrolü gereklidir.

borusu tedavi alanı içerisinde ise tedavinin ilerleyen günlerinde yutma güçlüğü ve ağırlı yutma ortaya çıkabilir. Yemek borusundaki tedaviye bağlı ödem ve darlığa eklenen mantar enfeksiyonları ile hasta hiç yutamaz hale gelirse, enfeksiyonun tedavisine ek olarak bu durum düzelene kadar hastaya beslenme desteği vermek gerekebilir.

ÜST KARIN BÖLGESİNDE YAN ETKİLER

Üst karın bölgesine verilen radyoterapi sırasında en sık görülen yan etkiler bulantı, kusma, kolik şeklinde ağrı ve ishaldir. Kolik ve ishal için öncelikle lif içermeyen ve gaz yapmayan besinlerden oluşan özel diyet önerilir, yeterli olmazsa ilaç tedavisi verilir. Çok mecbur kalmadıkça tedaviye ara verilmesi genellikle tercih edilmez. Alt karın ışınlamalarında kalın bağırsaklarda kolik şeklinde ağrı, ishal, ödem ve basur oluşumu görülebilir. Özel diyet ve ilaç tedavileri ile bu yakınmalar azaltılmalıdır.

SİNDİRİM SİSTEMİNDE YAN ETKİLER

Bütün bu sindirim sistemine ait erken yan etkiler, tedavi volümünün büyüklüğü, tedavi dozu, hastaların daha önce geçirdiği karın ameliyatlarına bağlı karın içi yapışıklıklar olması, eş zamanlı kemoterapi verilmesi ve hastada önceden var olan enflamatuvar hastalıklar gibi nedenlerle, her hastada farklı derecede görülürler. Büyük bir kısmı tedaviden bir süre sonra normale döner. Bu sırada önemli olan, gerek bu yan etkiler gerekse iştahsızlık nedeni ile hastanın beslenmesinin bozulmasına izin vermemek ve tedaviye ara verilecek duruma gelmeden önlem almaktır.

GENİTOÜRİNER SİSTEMDE YAN ETKİLERİ

Aşağı karın bölgesi ışınlamalarında idrar kesesinin radyasyona maruz kalması sonucu gelişen ve sistit adı verilen iltihabi durum, sık sık idara çıkma, idrar yaparken yanma tarzında ağrı yakınmalarına yol

açabilir. Bol su içmek bu belirtileri hafifletir, ama bu gibi zamanlarda çay, kahve, alkol türü içeceklerden olabildiğince kaçınmakta fayda vardır. Doktorun önerisi ile antiseptik ve antibiyotik türü ilaçlar kullanmak gerekebilir. Bu yakınmalar tedaviden sonra kısa sürede kaybolacaktır.

Kadınlarda jinekolojik kanserler için yapılan radyoterapi libido azalması, vajinal kuruluk, vajende daralma ve ağırlı cinsel ilişki gibi yan etkilere neden olur. Özellikle 50 yaş üzerindeki kadınlarda vajinal daralma riski yüksektir. Bunu önlemek için, Amerikan Kanser Derneği, haftada en az üç kez cinsel birleşme veya vajinal dilatasyon yapılmasını önermektedir. Hastalar yakındıkları bulguları zamanında doktorlarına iletir, yapılan öneri ve verilen tedavilere uyum içinde yaklaşarak eksiksiz yerine getirirlerse, yan etkilerle etkili bir şekilde baş etmek mümkün olacaktır. Tedaviden sonra çocuk isteniyorsa, sperm veya yumurtaların saklanması ya da overlerin tedavi alanı dışına çekilmesi gibi önlemler de alınabilir. ▶

ANİ İŞİTME KAYBI

Aniden kulakta uğultu, bazen baş dönmesi, seslerin birden kesilmesi veya azalması gibi bir durumla karşılaşılması durumunda dikkatli olunmalıdır. Bu basit bir kulak kiri olabileceği gibi, hastanede yatmayı gerektirebilecek ani işitme kaybı da olabilir.

Ani işitme kaybının sebebi tam açıklanamamıştır, birçok sebebi olabilmektedir. Ancak ortak görüş hastane ortamında tedavisinin yapılmasıdır. Ani işitme kaybında tedaviye başlangıç on günü geçmişse pek faydalı olunamayacağına inanılır, onun için erken tanı ve tedavi önemlidir.

Ani işitme kaybı nedir?

Hastanın yapılan işitme testinde daha önce mevcut olmayan en az üç frekansta 30 db veya daha fazla sinirsel tipteki işitme kaybına ani işitme kaybı denir. Bu hastalığın görülme oranı 5-20/100000'dir. En sık 50-60 yaşlarında görülür, olguların %2'si iki taraflıdır.

Şüphelenilen sebepler

1- Viral sebepler: Sitomegalovirus, influenza B, kabakulak, kızamık, herpes.

2- Otoimmünite: Daha çok iki taraflı hızlı ilerleyen işitme kayıplarında gözlenir.

3- Vasküler (damarsal) sebepler: İç kulağı besleyen damarların yan dalları olmadığından dolayı herhangi bir damar bozukluğunda dolaşım bozukluğu olacak ve işitme kaybı ortaya çıkacaktır.

4- İç kulak sıvılarını ayıran membranların yırtılması durumunda işitme kaybı ortaya çıkabilecektir.

Ani işitme kaybında yapılabilecek tetkikler nelerdir?

Ani işitme kaybıyla gelen hastaya öncelikle işitme testi yapılır. Tanı doğrulandıktan sonra bir çok sebep ani işitme kaybına sebep olabileceğinden romatizmal testlerden enfeksiyona kadar geniş bir inceleme yapılır. Bazen gerekirse tomografi ve MRI



gibi görüntüleme sistemleri de kullanılmak zorunda kalınabilir.

Ani işitme kaybında tedavi seçenekleri:

1- Antienflamatuvar ilaçlar bunların başında kortizon gelir.

2- Damar genişleticiler

3- İdrar söküçüler

4- Anti viral ajanlar

5- Hacim genişleticiler

6- Defibrinojenler

7- Ca antagonistleri

8- Diğer tedavi yöntemleri; vitaminler anti oksidanlar ozon terapileri akupunktur gibi cerrahi tedavi ancak fistül veya travma şüphesi varsa yapılır.

Ani işitme kaybında tedavi sonuçları:

Bazı hastalar herhangi bir tedavi görmeden de iyileşebilirler. Ancak tedavi ile bu oran

yükselmektedir. İyileşmede inatçılık gözleniliyorsa düzelmenin zor olacağının göstergesidir.

Tedaviye rağmen hastaların 1/3'ü iyileşmez, 1/3'ü kısmi iyileşir ve kalan 1/3'ü tamamen iyileşir.

Kötü sonuçlanan durumlar:

1- 15 yaş altı, 65 yaş üstü olanlar

2- Tedaviye geç başlananlar

3- Tiz sesleri tutan iletme kayıplarında sonuçlar iyi olmamakta.

4- Ne kadar ileri derecede kayıp mevcutsa, iyileşme sonucu o kadar kötüdür.

5- Baş dönmesi varsa sonuçlar kötüdür.

Sonuç:

Kendi vücudumuzu dinlemek, sıkıntılarımızı fark etmek ve tedavi için geç kalmamak ömrümüzün uzun ve konforlu olmasını sağlar.

Sağlıklı günlerin sizin olması dileğiyle...

SPECIALISTS ARE ON THE JOB 7/24 IN NEU HOSPITAL EMERGENCY DEPARTMENT

In addition to the doctors who service in NEU hospital emergency department 7/24, a specialist will assigned everyday in the service.

In NEU hospital emergency department , additionally to existing well equipped medical personnel , a specialist taken into service for making first medical attention to medical cases and providing better service.

Emergency service cases are increasing in our country. That is why our purpose is to realize right medical attention with a large staff and at the same time , gain time for true diagnosis. Strengthen emergency department staff with a specialist will ensure true medical diagnosis and medical attention.

Kyrenia hospital started to provide service 7/24...

In accordance with the new mind that NEU hospital brought to Emergency department approach , ambulance number increased to nine from four which belong to 153 emergency call service.

Also , within the frame of timely and true medical attention , Kyrenia hospital started to provide service every weekday 24 hours.

Dr. Sevim Erkmen: "Emergency department is like the pulse of a hospital."

Dr. Sevim Erkmen , chief physician of NEU , said "Human health is the most important subject for us. Our staff that consisted from professional names , participate in Emergency Department. As of innovation and for better service , we decided to keep a specialist everyday in emergency department. With this execution , our aim is to provide more productive service and help our patients with receiving a specialist opinion. After our patients entered to NEU hospital , the only emotion that we want to hear is trust; for providing this emotion , we are following all innovations and adding them into our organization." "Emergency department is like the



pulse of a hospital. Giving true information to patients and patient relatives who enter from emergency service , true guidance and the most important calming them in status panics are very important. In this respect we are providing the best service. The idea

of a specialist doctor in emergency department, shaped with this perspective. We want our patients and their relatives to come our hospital trustfully. Our efforts for providing the best service will continue with innovative approaches." ▮



WINTER IS COMING MAKE EACH BREATH HEALTHY UNDERSTANDING WHEN TO GO TO YOUR DOCTOR



Every day you breathe in and out nearly 20,000 times. That's a lot of work for your lungs. As winter weather rolls in, so do colds and flu. Therefore winter is always the season where both normal healthy people and people with lung disease get more trouble in their lungs than usual. For people with lung diseases this season can be an especially stressful time of year because even a simple cold virus can trigger a major lung problem and they with lung disease often just worry about simply catching their breaths.

In healthy people it is likely that their own immune system will deal with the

disease/infection, as most chest problems infections are caused by a virus.

Just the simple change in weather at winter time with cold and changing temperatures people with lung diseases will have trouble to cope.

Basic protection rules apply to every person with a chronic lung disease. Illness will worsen breathing, so remember to get a yearly flu shot. All people above 65 years or those who have a chronic lung condition are advised to have a flu vaccination every year before winter comes. If the weather is really cold you should wear a muffler or scarf around your mouth and nose. It will

warm the air that you take into your lungs, which will keep your airway open. Hygiene is important and transmission of disease (getting infected) can be easily reduced and prevented by washing hands regularly!

Regarding all these efforts to prevent winter diseases there may be times when it will be important to call your doctor.

You should alert your doctor if you:

- * develop a fever,
- * cough more frequently than usual,
- * produce more sputum or see a change in sputum color to a green or rusty brown color,
- * or experience increased chest pain on breathing.



After visiting your doctor and dependent of the disease and severity he/she may help with breathing treatments at home, antibiotic therapy, medication, medication to relieve anxiety, pain, and to relieve difficulty breathing.

If you need further help you may benefit from hospitalization where you can help with care, oxygen you and even more aggressive treatments such as ventilator assistance.

An alternative to intubation and ventilation that is available for people with lung disease who are very short of breath is called "BiPAP/CPAP". With this treatment, patients are fitted with a tight air mask and oxygen is given at a continuous pressure that forces the airways to stay open so the oxygen can get into the lungs. For some people, using the BiPAP / CPAP can be enough to get over a period of difficulty breathing, and BiPAP/CPAP causes less discomfort than the ventilator. Even some people can benefit from it using it every night.

When should I go to my doctor?

Also if you can't seem to shake off some light symptoms that seem similar to colds and flu, such as a persistent cough or chest

infection, or if you keep losing your voice, feel breathless or tired and lacking in energy, then ask your doctor for advice instead of buying an over-the-counter medicine (cough medicine) or picking something up in the pharmacy.

Other Key symptoms when you always should go to your doctor?

- * A cough that doesn't go away after more than three weeks
- * Worsening, or change of a long-standing cough
- * Repeated or persistent chest infections
- * Blood in the phlegm or coughing up blood
- * Unexplained persistent breathlessness
- * Unexplained persistent tiredness or lack of energy
- * Unexplained persistent weight loss

How to have a good breath?

Of course, having a good health as a start is always beneficial. The single most dangerous factor for your lung health is smoking. Over time your likelihood of having a serious lung problem increases, if you

smoke. So keep your entire home smoke-free. Cigarette, fireplace and candle smoke can travel from room to room, even through closed doors.

The dirty, smoky part of that stream of exhaust is made of particle pollution. Overwhelming evidence shows that particle pollution—like that coming from that exhaust smoke—can kill. Particle pollution can increase the risk of lung disease, lung cancer and asthma attacks and can interfere with the growth and work of the lungs. everyone who lives where particle pollution levels are high is at risk. Some people face higher risk, however. People at the greatest risk to get sick from particle pollution exposure include:

- * Infants, children and teens;
- * People over 65 years of age;
- * People with lung disease such as asthma and chronic obstructive pulmonary disease (COPD), which includes chronic bronchitis and emphysema;
- * People with heart disease or diabetes
- * People who work or are active outdoors.

I wish you all a good and healthy winter breath. ►



AGE RELATED MACULAR DEGENERATION



What is age-related macular degeneration?

Age related macular degeneration (AMD) is a disease of the eye which is a chronic degenerative disorder of unknown pathogenesis that affects older individuals and features central visual loss.

It is the leading cause of central visual loss among individuals 65 years of age and older.

The eye is mainly composed of three layers. Rigid layer is outermost, vascular layer is in the middle, and the nerve layer which is named the retina, is the innermost. There is an area on nerve layer called macula where central vision receptors are located.

Dysfunction of those receptors due to degeneration and/or vascular ingrowth from the vascular layer causes distortion of central vision.

What are the risk factors of AMD?

AMD is a multifactorial disease which has genetic and environmental risk factors.

Main risk factors are family history, smoking, aging, high blood pressure and heart disease, insufficient antioxidant and vitamins in diet (poor diet), obesity and inactivity, chronic inflammatory disease.

What are the signs of AMD?

Distortion or deviation of lines or grid,

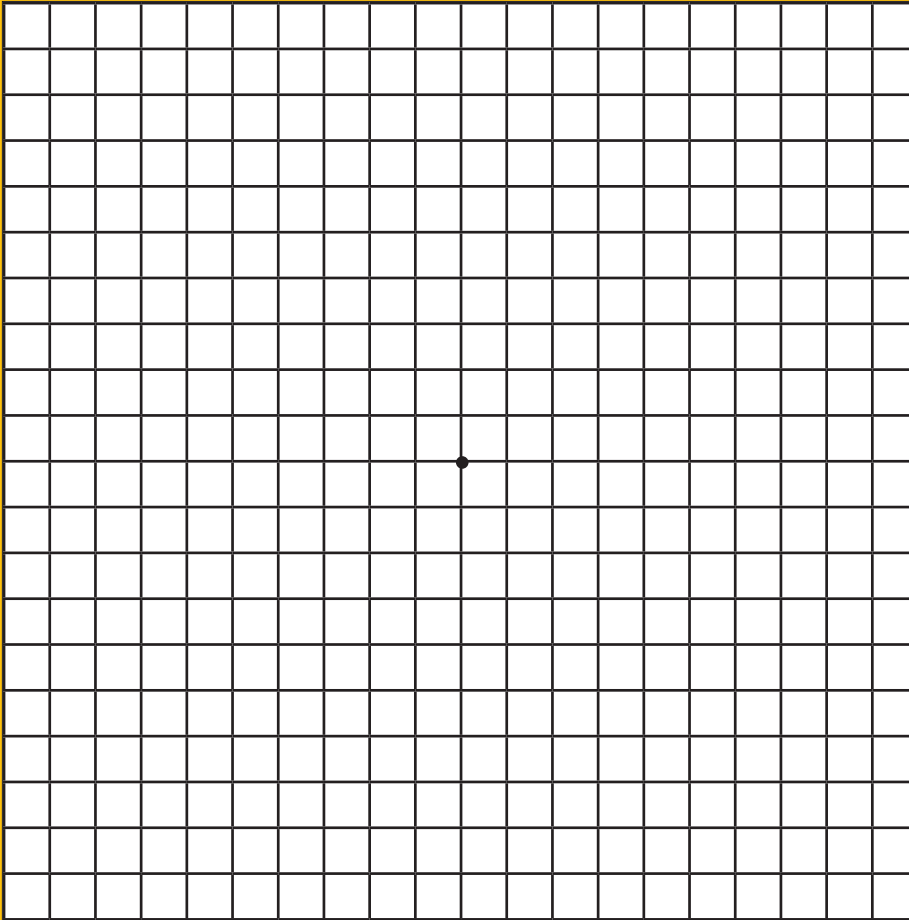
dark point at the center of visual field, difficulty in identifying the faces.

How can AMD be diagnosed?

AMD can be diagnosed at regular ophthalmologic examinations. Some diagnostic tests like amsler visual test, eye angiography (FFA) is needed to determine severity and treatment procedure which takes a few minutes and is done in outpatient department.

How can AMD be treated?

AMD has two forms, dry and wet. The aim of treatment is not to get rid of the disease but to stabilise or to slow progression of disease. Vitamins, minerals, and omega-3 fatty



acid tablets specially designed for AMD can be used. Also some eye injections can be applied, in severe cases.

How can AMD be prevented?

Aging and genetics can not be controlled but smokers should stop smoking. Smoking causes increase in toxic substance and oxidants in macula in the body as in other tissues which may harm the macular cells irreversibly. Regular life style and exercise, and high consumption of green vegetables, carrot and fish (omega-3 fatty) especially salmon fish is suggested instead of fast foods. Because vitamins and mineral consumption of nerve layer of the eye is thought to be 5 times higher than the other tissues in the body. So any decrease in vitamins, minerals omega-3 and other antioxidants may deteriorate the functions of macula.

What happens if AMD is not treated?

If AMD is not treated the central black or dark point may increase progressively which may end up with total irreversible blindness.

When should ophthalmologist be visited for AMD screening?

If there is a family history or heavy smoking the disease may precipitate at the age of 40 or 45, otherwise periodic ophthalmological exam is suggested in people at the age 50 and older.

Amsler grid test:

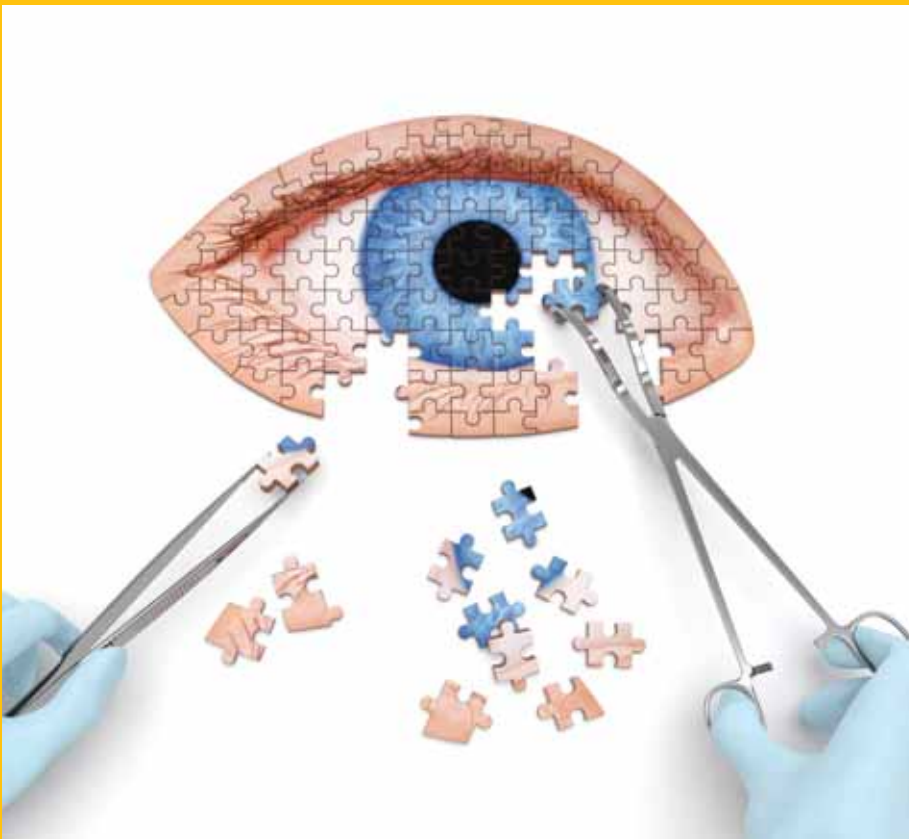
*Cover one eye, then focus on the dot in the center.

■ *Do any of the lines look wavy, blurred or distorted? (All lines should be straight, all intersections should form right angles and all the squares should be the same size.)

■ *Are there any missing areas or dark areas in the grid?

■ *Can you see all corners and sides of the grid?

■ * any irregularity might be the sign of AMD



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ'NİN BÜYÜK PROJESİ HAYATA GEÇİYOR

Suat Günsel Sağlık Fonu, Yakın Doğu örgün eğitim kurumlarında okuyan Yakın Doğu'lu öğrencilere teşhis ve ayakta tedavi hizmetlerini ücretsiz olarak sunacak. Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'nin ve YDÜ Tıp Fakültesi'nin olanaklarından faydalanarak sunulan bu ayrıcalıklı sağlık hizmetinden Yakın Doğu Kreşi, Okul Öncesi, İlkokulu ve Koleji'nde okuyan tüm öğrenciler faydalanabilecek.

Uygulamanın hayata geçirilmesiyle birlikte öğrencilerini “Yakın Doğu ailesi”nin ayrılmaz fertleri olarak gören bir eğitim anlayışının ürünü olan ve Yakın Doğu Kreşi, Okul Öncesi, İlkokulu ve Kolej öğrencilerini kapsayan, Yakın Doğu'lu öğrencilerin öğrenimlerinin yanı sıra “önce sağlık” sloganı ile oluşturulan “Suat Günsel Sağlık Fonu” kapsamındaki ücretsiz teşhis ve ayakta tedavi uygulaması ailelerin sağlık giderlerini sınırlayarak ya da sona erdirerek ekonomik katkıda bulunmakla birlikte, aile-okul ilişkilerini tam bir dayanışma içerisinde olduğunun göstergesidir. Bütün mevsimsel hastalıkların, enfeksiyonların, çocukluk hastalıklarının teşhisini ve ayakta tedavisini kapsıyor.

Projeden tüm Yakın Doğu'lular yararlanabilir

Kreş, Okul Öncesi, İlkokul ve Kolej öğrencilerini çatısı altında toplayan ve onlara kaliteli eğitim sunan bir kurum olarak öne çıkan Yakın Doğu'nun öğrencilerine “Suat Günsel Sağlık Fonu” tarafından verilen bu önemli sağlık hizmetinin tüm öğrencileri kapsamının Yakın Doğu'luları aile fertleri olarak özümseyen kurumsal geleneği ile birer örtüştüğünün altı çizilen açıklamada örgün eğitimdeki her yaşta Yakın Doğu ailesi öğrencisinin bu olanaktan yararlanabileceği vurgulandı. Açıklamada Suat Günsel Fonu'nun sağladığı bu ayrıcalıklı hizmetle Yakın Doğu öğrencilerinin ülkemizde sağlık alanında öncü bir konumda bulunan YDÜ Tıp Fakültesi ve Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'nin sağlık imkanlarından faydalanma şansı bulacaklarının altı çizildi.

Doç. Dr. İrfan S. Günsel: “Geleceğimizi



şekillendirecek öğrencilerimize en iyi sağlık hizmetini sunmanın onlara gösterdiğimiz bütünsel özenin vazgeçilmez bir parçası olduğuna düşünüyoruz.”

Konu ile ilgili konuşan Yakın Doğu Üniversitesi Mütevelli Heyeti Başkanı Doç. Dr. İrfan S. Günsel “Suat Günsel Sağlık Fonu, öğrencilerimize yaşamlarının her alanında artı değerler sağlama amacı ile kurulmuş bir fondur. İlk olarak sağlık alanında bir adım için kullanılacak fon, okul öncesinden koleje kadar her yaştaki öğrencilerimize hak ettikleri en iyi sağlık hizmetinin sunulmasına vesile olacaktır. Velilerimize bir maddi ve manevi bir dayanak, öğrencilerimize ise bir katma değer olarak kullanılacak fonun ilk hizmetinin sağlık alanında olması da Yakın Doğu kurumunun insan sağlığına

ğına verdiği büyük önemi vurgular niteliktedir” dedi.

Öğrencilerimiz geleceğimiz olacak

Ada'nın en donanımlı hastanesine sahip bir kurumun, bu hizmeti en başta kendi öğrencilerine sunması gerektiğine inandıklarını belirten Doç. Dr. İrfan S. Günsel, “Öğrencilerimiz bizim geleceğimiz olacak. Onların hak ettikleri en iyi sağlık hizmetini almalarını istiyoruz. KKTC'nin tıbbi anlamda en son teknolojiye sahip ve en donanımlı hastanesi kurumumuzun bünyesinde ve bu sağlık hizmetini öğrencilerimize ücretsiz sunmanın onlara gösterdiğimiz bütünsel özenin önemli bir parçası olduğuna düşünüyoruz.” dedi. ■

KIBRIS'TA BİR İLK: KONVANSİYONEL CERRAHİ

YDÜ Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Bölümü "Konvansiyonel Cerrahi" yöntemiyle operasyon gerçekleştirerek, Kıbrıs'ta yine bir ilke imza attı. ABD Dahil, Dünyada ve Türkiye'de Sayılı Hastanede, Kıbrıs'ta ise Sadece Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'nde.

Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Bölümü, dünyada ve Türkiye'de sayılı merkezde yapılmakta olan "**Konvansiyonel Cerrahi**" yöntemiyle operasyon gerçekleştirerek, Kıbrıs'ta yine bir ilke imza attı.

Kalp ve Damar Cerrahisi Bölümü'nün yaklaşık 8 saat süren ve başarı ile sonuçlanan operasyonunu, Prof. Dr. **İlhan Sanisoğlu** başkanlığında, Yard. Doç. Dr. **Barçın Özçem**, Op. Dr. **Özlem Balcıoğlu**, Anestezi Uzmanı **Serpil Deren**, Perfüzyonist **Türker Şahin** ile birlikte toplam 8 kişilik bir ekip gerçekleştirdi.

74 yaşında ikinci kez hayata döndü

Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. İlhan Sanisoğlu; 74 yaşındaki Hollanda asıllı **Van Pruijsen** isimli hastanın, **Torakoabdominal Aort Anevrizması** nedeniyle **Yakın Doğu Üniversitesi Kalp ve Damar Cerrahisi Bölümünde** opere edildiğini belirterek, operasyonun başarıyla gerçekleştiğini, operasyon sonrasında ise hastanın yoğun bakım izlemine alındığını vurguladı. Herhangi bir komplikasyon gelişmeden, 3 günlük yoğun bakım izleminin ardından hastanın servise alındığını ifade eden Prof. Sanisoğlu, kısa süre içinde de taburcu edileceğini açıkladı.

Halk arasında "baloncuk" olarak bilinen anevrizmalar adeta patlamaya hazır bomba gibidir

Prof. Sanisoğlu sözlerine şöyle devam etti: "Aort, tıpkı ana su borusu gibi kalbin pompaladığı kanı vücuda dağıtan ana atar damardır. Aort damarında oluşan genişlemelere "**anevrizma**" adı verilir. Halk arasında "**baloncuk**" olarak da bilinen anevrizmalar adeta patlamaya hazır bomba gibidir. Aortun çapı, kalpten çıktığı bölümde yaklaşık 2,5 cm olup, vücutta bu



kadar geniş çapa sahip başka bir damar yoktur. Damarın genişleme hızına paralel olarak anevrizmaların yırtılma riski de artmaktadır.

Aortun göğüs boşluğu kısmındaki bölümünde oluşan anevrizmalar, "**torasik anevrizmalar**", karın boşluğu kısmındaki bölümünde oluşanlar ise, "**abdominal anevrizmalar**" olarak adlandırılırlar. Göğüs bölümünden başlayarak karın boşluğuna kadar devam eden anevrizmalara ise "**Torakoabdominal anevrizmalar**" denir. Anevrizmalar belli bir çapa ulaştıktan sonra yırtılma olasılığını engellemek için mutlaka tedavi edilmelidir. Anevrizmanın yeri ve diğer organlarla olan ilişkisine göre 2 çeşit tedavi yöntemi vardır. Biri stent greft ile yapılan ve halk arasında "**kapalı ameliyat**" olarak bilinen "**Endovasküler tedavi**", diğeri ise açık ameliyat olarak adlandırılan "**Konvansiyonel Cerrahi**" yöntemidir. Hastanın genel durumu, ek hastalıkları, anevrizmanın yeri ve anesteziye engel bir durum olup olmadığı değerlendirilerek hastaya en uygun tedavi uygulanmaktadır.

Torakoabdominal anevrizmanın tedavisi daha zor ve yüksek riskli

Torakoabdominal aort anevrizmalarının tedavisinin diğer türlere oranla daha zor ve yüksek riskli olduğunu anlatan Prof. Sanisoğlu, bazı hastalarda ameliyat sonrasında uyandırmama, felç veya böbrek yetmezliği gibi komplikasyonlar görülebildiğini, bununla beraber

bu komplikasyonların ameliyat esnasında kullanılan değişik yöntemler ve deneyimli hekimler tarafından azaltılabilmekte olduğunu ifade etti. Prof. Sanisoğlu, bugün hala daha dünyada belli başlı merkezlerde yapılan bu tedavilerin, Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Bölümünde de başarıyla uygulanmakta olduğunu da altını çizdi.

Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Bölümü'nde en riskli operasyonlar başarıyla gerçekleştiriyor

Aort anevrizmaları, çoğu zaman tesadüfen saptanan ve bazen müdahaleye zaman vermeden yırtılarak hastanın ölümüne sebep olan tehlikeli durumlardır. Prof. Sanisoğlu, özellikle son zamanlarda ülkemizde hastaneye gelen bu tür vakaların sayısının az olması nedeniyle, bu hastaların teşhis edilemeden adeta patlamaya hazır bomba gibi toplum içerisinde dolaştıklarını düşündüğünü ifade etti. Prof. Sanisoğlu son olarak, Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Bölümü'nün, bu vakaların tanı ve tedavisi için gerekli alt yapıya ve yeterli cerrahi tecrübeye sahip, KKTC vatandaşları dışında yabancı uyruklu hastalar tarafından da tercih edilen, aort anevrizma cerrahisinin başarıyla uygulanmakta olduğu bir hastane olduğunu belirtti. ▶

YDÜ HASTANESİ ACİL SERVİSİNDE 7/24 UZMAN DOKTORLAR GÖREVDE

Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'nin 7/24 hizmet veren Acil Servisi'nde görev yapan hekimlere ek olarak, her gün bir uzman doktor da serviste görev alacak.

Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi Acil Servisi'nde hastalara daha iyi hizmet verebilmek amacıyla mevcut donanımlı sağlık personeline ek olarak tıbbi vakalara ilk müdahaleyi yapmak üzere bir de uzman doktor görevlendirilmeye başlandı.

Ülkede artan acil servis vakalarına daha geniş bir kadroyla daha doğru müdahaleyi gerçekleştirmeyi amaçlayan uygulamada Acil Servis Uzmanı yanında her gün bir uzman doktor yönetiminde Acil Servis'te hastalara hizmet verilmesi, aynı zamanda müdahale için zaman kazanılması ve hastaya daha kısa zamanda teşhis konarak tedaviye başlanması amaçlanıyor. Ayakta tedaviden kritik durumdaki hastalara kadar pek çok durumdaki hasta girişinin gerçekleştiği Acil Servis kadrosunun uzman doktor ile güçlendirilmesi, daha doğru tıbbi teşhis ve zamanında müdahale yapılmasını sağlayacak.

Girne Hastanesi 7/24 hizmet vermeye başladı

Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'nin ülke genelinde Acil Servis yaklaşımına ve uygulamalarına getirdiği yeni anlayış doğrultusunda, geçtiğimiz günlerde **153 Acil Çağrı Servisi'ne** bağlı ambulans sayısında iki kat artış yapılmış ve hizmet veren ambulansların sayısı dörtten dokuza çıkarılmıştı.

Yine hastaya zamanında ve doğru tıbbi müdahale anlayışı çerçevesinde Girne'de bulunan Yakın Doğu Girne Hastanesi de **7/24 prensibi** çerçevesinde haftanın yedi günü 24 saat hizmet vermeye başladı.

Dr. Sevim Erkmen: "Acil Servis, bir hastanenin nabızı gibidir."

Yakın Doğu Üniversitesi Başhekimi Dr. **Sevim Erkmen** konu ile ilgili "İnsan sağlığı bizim için en önemli konudur. Alanında yetkin isimlerden oluşan kadromuz da Acil Servis'te görev



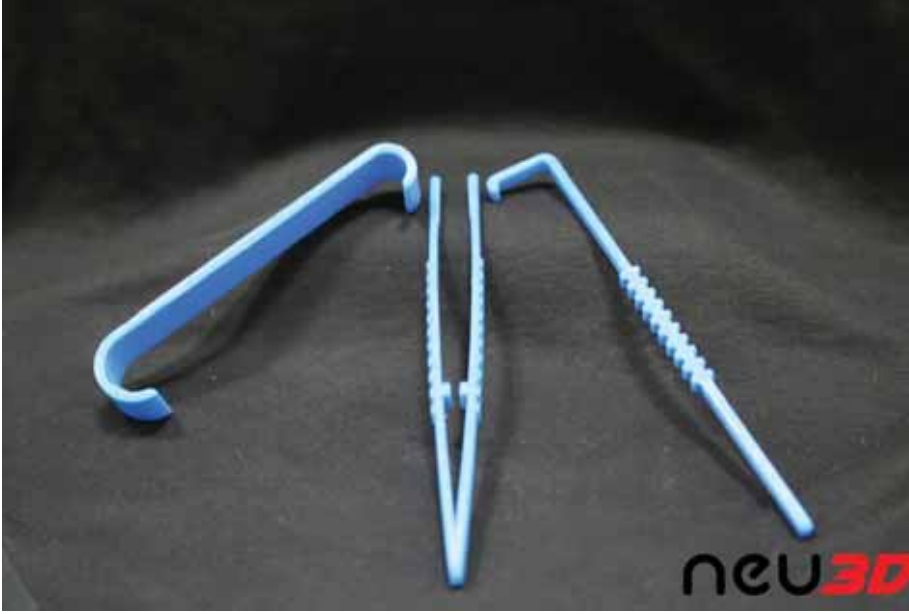
almaktadır. Bir yenilik olarak, hastalarımıza daha iyi hizmet vermek adına bundan böyle Acil Servis bölümümüzde her gün görev alan acil servis hekimlerimizin yanında, bir de uzman doktorumuzun olmasına karar verdik. Bu uygulamaya geçmemiz ile birlikte, hem daha verimli hizmet vermeyi hem de hastaların uzman doktor görüşü de alarak içlerini rahatlatmayı amaçlamaktayız. Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'ne girdikten sonra duyulmasını istediğimiz tek duygu güvenidir. Bu duyuguyu hastalarımıza ve hasta yakınlarına verebilmek için yenilikleri takip ederek bünyemize katmaktayız." şeklinde konuştu.

Acil Servis'te doğru müdahalenin önemine dikkat çeken Dr. Erkmen; "Acil Servis bir hasta-

nenin nabızı gibidir; hastanenin can noktası Acil Servis'te yatar. Acil Servis'ten giriş yapan hastalara ve hasta yakınlarına doğru bilginin verilmesi, doğru yönlendirmeler yapılması ve en önemlisi panik durumdaki hasta ve hasta yakınlarının sakinleştirilmesi çok önemlidir. Bu konuda Yakın Doğu Hastanesi olarak elimizden gelen en iyi hizmeti sunmaktayız. Acil Servis'teki hekimlere ek olarak bir de uzman doktorun Acil Servis'te olması fikrimiz de bu bakış açımız sonucunda ortaya çıktı. Hastalarımızın ve hasta yakınlarının güvenle geldiği hastanemize daha da güvenle gelmesini istiyoruz. Yenilikçi yaklaşımlarımız ile en iyi hizmeti sunmak için çabalarımız devam edecek." dedi. ■

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ BİLİM ADAMLARINDAN BÜYÜK BULUŞ

Yakın Doğu Üniversitesi'nde sağlık alanında 3D yazıcı yöntemi ile cerrahi enstrümanlar üretildi.



D Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı'ndan Yrd. Doç. Dr. Emil Mammadov ve Yakın Doğu Üniversitesi İnovasyon ve Bilişim Teknolojileri Araştırma Merkezi'nden mühendisler Ersin Aytaç ve Görkem Say'dan oluşan NEU3D ekibi Kuzey Kıbrıs'ta ilk defa 3D yazıcı teknolojisi ile ameliyatlarda kullanılabilecek cerrahi enstrümanlar üretti.

Bir yıl süren alt yapı hazırlığı ve sıkı çalışma ile ortaya çıkan bu ürünler mekanik ve ısı dayanıklılığı testlerinden başarıyla geçti. Aynı zamanda mikrobiyolojik denemelerden de başarıyla geçen bu enstrümanların tamamen sterilize edilebilir olduğu da gösterildi. Doğada çözünür termoplastik materyalden üretilen bu aletlerin cerrahi kullanıma hazır olduğu belirtildi.

Çalışmanın amaçlarının, temini uzun sürebilecek aletlerin tasarımının yapıp acil durumlar için stok edilmesi, cerrahi enstrümanlar için yedek parça üretimi ve en önemlisi özellikli ameliyatlara için hasta boyutlarına göre tasarlanmış cerrahi aletlerin üretimini yapılabilmesinin önünü açmak olduğu belirtildi. 3D yazıcı teknolojisinin önünün çok açık olduğunu belirten ekip, çalışma esnasında sonuçları almaya başladıkça projenin daha da büyüdüğünü ve sağlıkta inovasyon konusunda ek çalışma alanlarının da doğduğunu vurguladı.

3D yazıcı yöntemi ile ameliyat öncesi planlama

Ekibin bir diğer çalışma alanı da ameliyat gerektiren hastaların tomografi veya MR görüntülerinin 3 boyutlu rekonstrüksiyon yöntemiyle

bilgisayar ortamından düzenlenip 3D modellerin basılmasıdır. Böylece, zorluk derecesi yüksek ameliyatlarda ameliyat öncesi cerrahi hazırlıkta hastanın 3 boyutlu modelleri cerrahlar tarafından tartışılabilir hale gelecektir. Bu çalışma kolunda daha kaydedilmesi gereken yollarının olduğunu belirten NEU3D ekibinin ilk denemelerden oldukça olumlu sonuçlar aldıkları da belirtildi.

3D yazıcı yöntemiyle hücreler arası bağlantıyı taklit eden yapılar üretildi (Biyomatris)

Ekibin şu anda üzerinde yoğun olarak çalıştığı konu ise, doku mühendisliğinde kullanılacak ve muhtemelen gelecekte bozulan çeşitli organlarımızın yerini alabilecek biyomatris türlerinin üretilmesidir. Dünyada bu konuda büyük ilerleme kat edildiğini belirten ekibin, bu gelişmelerden Kıbrıs tıp biliminin de geri kalmaması ve hızlı bir şekilde adapte olması gerektiği vurgulandı. Devam eden projede Türkiye'den Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi ile beraber çalıştıkları ve yaklaşık 2 ay sonra alabilecekleri sonuçlardan oldukça umutlu oldukları belirtildi.

Yaklaşık bir buçuk yıldır beraber çalışan bu ekibin bu süreç zarfında çok büyük yol kat ettikleri ve KKTC'de birçok ilke imza attıkları belirtildi. Çok yoğun bir şekilde bu işe kendilerini adadıklarını belirten NEU3D ekibi, projeleri olan veya bu konuyla ilgili katkıda bulunmak isteyenlere de kapılarının her zaman açık olduğunu vurguladı. ■

SANAL AMELİYAT DÖNEMİ BAŞLIYOR

Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'nde; son teknoloji Pacs Donanımı ile 4 boyutlu radyolojik görüntüleme, teşhis ve sanal ameliyat dönemi başlıyor



Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi, sunduğu modern ve teknolojik sağlık hizmetlerine bir yenisini daha ekleyerek, hastanedeki radyolojik verilerin ortak bir medyada buluşturulup saklanmasına, gerektiğinde bu verilerin işlenmesi ve raporlanmasına, ayrıca operasyonlardan önce sanal ortamda simülasyon fırsatı ile başarı oranı ve kalitesinin artırılmasına imkan sağlayan son teknoloji ürünü **PACS'a** yatırım yapıyor.

PACS donanımının kullanım alanları

YDÜ Hastanesi Radyoloji Ana Bilim Dalı Başkanı Prof. Dr. **Nail Bulakbaşı** PACS Donanımı ile ilgili açıklamalarda bulundu; Yakın zamanda, Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'nde hayata geçecek Fujifilm Synapse PACS donanımı, 3 boyutlu radyolojik görüntüleme yanında görüntülerin zamansal (4D) işleme ve saklama özelliklerini kullanarak, tetkik ve raporların kısa sürede hazırlanmasını, hasta verilerinin uzun süreli saklanmasını ve hekimlerin bu verilere istenen her noktadan (Tablet, cep telefonu, dizüstü bilgisayar vb.) erişebilmesini sağlayacaktır. Ayrıca,

klasik PACS donanımına göre Nöroloji, Kardiyoloji, Pulmonoloji, Gastroenteroloji, Üroloji ve Onkoloji branşlarında çok ayrıntılı uygulamaların yapılmasını da olanaklı hale getirecektir. Bu uygulamalara sanal kolonoskopi ve bronkoskopi, sanal stent takılması, sanal katater yerleştirilmesi ve gelişmiş damar analizlerinin yapılması gibi birçok uygulama örnek verilebilir.

Kalp ameliyatlarında, operasyon öncesi simülasyon

Kalp ameliyatları öncesinde, sistemin sanal kateter özelliği ile oluşabilecek komplikasyonların önceden görülmesi ve önlem alınması sağlanabilecek, hastaya kateter takılıyormuş gibi, ameliyat öncesi damarlar içindeki tıkanıklık ve oluşabilecek zorluklar önceden izlenebilecektir.

3 boyutlu titanyum kemik oluşturma

Sistemin 3 boyutlu işlem yapabilme özelliği sayesinde, kemik implantları oluşturularak, hastanın kemik kayıplarında, titanyum kemik oluşturulması işlemini, yazıcıdan print

alır gibi gerçekleştirebilecektir. Bu uygulama sayesinde de, özellikle Ortopedi ve Beyin Cerrahisi vakalarında, hasar gören kemiklerin, 3 boyutlu olarak gerçek çıktılarının alınmasına olanak sağlayacaktır. Ayrıca son yıllarda hızlı bir şekilde gelişmekte olan 3D yazıcı teknolojisi sayesinde, hastaların organları bu yazıcılardan çıktı alınarak üniversite içinde yapılan eğitimlerde de kullanılabilir.

Tümör ameliyatlarında simülasyon imkanı

Özellikle karaciğer ameliyatları öncesinde, hangi bölgede işlem yapılacağı, hastanın ne şekilde ameliyat edileceği gibi bilgiler yine karaciğer analiz yazılımı ile kısa sürede simüle edilerek, tümörün tam olarak yeri tespit edilebilecektir.

Sanal kolonoskopi ve bronkoskopi

Sanal kolonoskopi ve bronkoskopi özelliği sayesinde, hastaya fiziksel kolonoskopi ya da bronkoskopi uygulanmadan, kalın bağırsak ya da akciğerlerde gerekli incelemeler gerçekleştirilebilecektir. ▶



Sağlıklı Yaşam Önerileri

Daha iyi bir yaşam için



- İdeal vücut ağırlığınıza ulaşın ve korumaya çalışın.
- Sık sık, azar azar beslenin. (3 ana, 3 ara olmak üzere 6 öğün şeklinde)
- Başta kahvaltı olmak üzere asla öğün atlamayın.
- Yemekleri çok yavaş yiyip, lokmaları iyice çiğneyin.
- Akşam yemeğini yatmadan 3-3.5 saat önce sonlandırın.
- Gün içerisinde tüketmiş olduğunuz sıvı miktarını artırın.
- Sofraya tuzluk getirmeyin, yemeğin tadına bakmadan tuz kullanmayın.
- Şeker ve şekerli tüm besinlerden uzak durun.
- Enerji değeri yüksek, besin değeri düşük kaymak, krema, mayonez, cipsler, soslar, kuruyemiş gibi yağlı besinlerden mümkün olduğunca uzak durun.
- Süt, yoğurt, peynir gibi besinlerin yarım yağlı ya da yağsız olanlarını tercih edin.
- Kırmızı et yerine beyaz et tercih ediniz. Ancak beyaz et de olsa aşırıya kaçmayın.
- Etin yağlı kısmını ve tavuğun derisini yemeyin.
- Sigara ve alkol kullanmayın.
- Stresten mümkün olduğunca uzak durun.
- Günlük fiziksel aktivitenizi mutlaka artırın. Haftada en az 3-4 gün, 30-45 dakikadan az olmamak şartıyla, olabildiğince tempolu yürüyün.
- Hafif tempoda koşma, bisiklete binme, yüzme, tenis oynama, aerobik, jimnastik tarzı kardiyovasküler tipte egzersizler de uygundur.
- Günde 20 dakika kadar güneş ışığından doğrudan yararlanın.
- Yiyeceklerinizi kavurmak, kızartmak yerine; haşlama, ızgara, buğulama, fırında pişirme yöntemlerini kullanarak hazırlayın.
- Yemeklerinize yağı yakmadan ekleyin.
- Yemeklerin yağlı sularını tüketmeyin.
- Yemeklerinizi bitkisel sıvı yağlarla pişirin. Tercihen zeytinyağı, mısırözü yağı, soya yağı, kanola yağı, bitkisel karışım yağı, fındık yağı kullanın.
- Etle pişirdiğiniz yemeklere yağ koymayın.
- Pasta, kek, kurabiye, börek vb. hamur işlerinde çok fazla yağ, şeker, un ve yumurta kullanıldığı için bunlardan mümkün olduğunca az yemeye çalışın.
- Günlük posa (lif) alımınızı artırın.
- Taze meyve ve sebze tüketin.
- Kabuklu yenilebilen sebze ve meyveleri sindirim problemleri yaşamıyorsanız soymadan tüketin. Tercihen mevsiminde en çok bulunanları seçin.
- Haftada 2-3 kez kuru baklagil yemeği ve balık tüketmeye çalışın.
- Beyaz ekmek yerine kepek, çavdar veya yulaf ekmeğini tercih edin.



1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ

GELECEĞİNİZ İÇİN DOĞRU ADIM...

Başarı sıralaması engeline takılmadan
Hukuk Fakültesi ve Tıp Fakültesi hayalleriniz
Yakın Doğu Üniversitesi'nde
gerçek olsun!



Burs
imkanları

%25

%50

%75

%100

**2.600 Euro'dan başlayan
Paket Program ücretleriyle...**

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ

- Atatürk Eğitim Fakültesi •Fen-Edebiyat Fakültesi •Hukuk Fakültesi •İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi •İletişim Fakültesi •Mimarlık Fakültesi •Mühendislik Fakültesi
- Sahne Sanatları Fakültesi •Güzel Sanatlar ve Tasarım Fakültesi •Eczacılık Fakültesi
- Diş Hekimliği Fakültesi •Tıp Fakültesi •Veteriner Fakültesi •İlahiyat Fakültesi
- Sağlık Bilimleri Fakültesi •Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu •Turizm ve Otel İşletmeciliği Yüksekokulu •Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu •Adalet Meslek Yüksekokulu •Meslek Yüksekokulu



DAHİLİ TIP BİLİMLERİ

- Acil Servis ve Ambulans Hizmetleri
- Adli Tıp
- Beslenme ve Diyetik
- Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
- Deri ve Zührevi Hastalıkları
- Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon
- Göğüs Hastalıkları
- İç Hastalıkları
- Kardiyoloji
- Nöroloji
- Nükleer Tıp
- Psikiyatri
- Radyasyon Onkolojisi
- Spor Hekimliği

CERRAHİ TIP BİLİMLERİ

- Anesteziyoloji ve Reanimasyon
- Beyin ve Sinir Cerrahisi
- Çocuk Cerrahisi
- Genel Cerrahi
- Göğüs Cerrahisi
- Göz Hastalıkları
- Kadın Hastalıkları ve Doğum
- Kalp ve Damar Cerrahisi
- Kulak, Burun, Bogaz
- Ortopedi ve Travmatoloji
- Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi
- Üroloji

DİĞER BÖLÜMLER

- Ağız Hastalıkları ve Diş Hekimliği
- Ağrı Kliniği (Algoloji)
- Check-Up Merkezi
- Kan Bankası
- Laboratuvarlar
- Tıbbi Genetik
- Tıbbi Patoloji
- Radyoloji
- Yoğun Bakım Üniteleri

**GİRNE
DİSPANSERİ**

Dahili (2480-2481-2482)
girne@med.neu.edu.tr
36. Semih Sancar Caddesi

**GÜZELYURT
DİSPANSERİ**

Dahili (2470-2471-2472)
guzelyurt@med.neu.edu.tr
Ecevit Cad. (otobüs terminali yanı)

**MAĞUSA
DİSPANSERİ**

Dahili (2430-2431-2432)
gozimagusa@med.neu.edu.tr
Dumlupınar, İsmet İnönü Bulv. No: 20



www.neareasthospital.com



+90 392 444 0 535



153 ACİL



Yakın Doğu Bulvarı, Lefkoşa / KKTC