

ÜCRETSİZ
ALABİLİRSİNİZ

YAKIN SAĞLIK

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ DERGİSİ

SAYI 03 • İlkbahar - Yaz / 2015 - 6 ayda bir yayınlanır

DOSYA KONUSU:
KALBİNİZİ
ÖNEMSIYORUZ!
SİGARAYI
BIRAKMA
STRATEJİLERİ

TOPLUMDA
DAMGALAMA
ÇARPINTI HASTALIK
BELİRTİSİ Mİ?



Hayallerinizin Bir Rengi Olmalı.



b NEAR EAST BANK YAKIN DOĞU

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





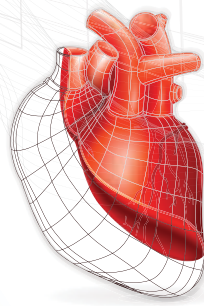
Dosya Konusu: KARDİYOLOJİ - Kalbinizi Önemsiyoruz

- 04 Mütevelli Heyet Başkanı
- 05 Ön Söz
- 06 Katkıda Bulunanlar
- 10 Adet Düzensizliği
- 12 Bahar Nezlesi
- 14 Behçet Hastalığı
- 18 Besin Maddeleri Riskli mi?
- 20 Yazı Formda Yaşayın
- 22 Çocuklarda Laparoskopisi
- 23 Dijital Gülüş Dizaynı
- 24 Çocuklarda Tık Bozuklukları
- 26 Toplumda Damgalama
- 28 Demir Eksikliği Anemisi
- 30 Adım Adım Liposuction
- 33 Fazlalıklara Elveda
- 34 Gül Hastalığı
- 36 Yaz Aylarında Güneşe Dikkat
- 38 5 Soruda Gut Hastalığı
- 40 YDÜ Hayvan Hastanesi
- 42 İç Kulak Kristal Hastalığı
- 44 HPV Enfeksiyonundan Korunun
- 45 Dosya Konusu: Kalbinizi Önemsiyoruz!
- 46 Yüksek Tansiyon Artıyor
- 48 Kalp ve Damar Hastalıkları
- 51 Kalbiniz ile İlgili Öneriler
- 52 Kalp Yetersizliği

- 55 Sigarayı Bırakma Stratejileri
- 56 Çarpıntı Hastalık Belirtisi mi?
- 58 Kirma Kusurları
- 60 Lazer Tedavisi Nedir?
- 62 Lösemi ve Genetik
- 66 Baş Ağrılarının %90'ı Migren
- 68 Prematüre Bebeklerin Yaşadığı Sorunlar
- 72 Erkeğin Makyajı Saçdır
- 74 Tekrarlayan Kafa Travmaları
- 76 Ayak ve Topuk Ağrısı
- 78 Varikosel
- 80 Yaz İshalleri Ölümcül Olabilir
- 82 Reflü Hastalığı ve Önlemleri
- 84 Güncel Haberler
- 94 Bulmaca

DOSYA KONUSU

45



24



68

GEÇEN SAYININ CEVABI

Taşınır gizli Layışın gizli	P	Karın gizli Layışın gizli	A	Karın gizli Layışın gizli	E	Karın gizli Layışın gizli	P	Karın gizli Layışın gizli	P	Karın gizli Layışın gizli	K	Karın gizli Layışın gizli	M
L	A	K	L	A	K	A	L	A	B	O	R	A	
R	Ü	Y	A	F	L	Ü	T	S	E	R			
T	A	P	U	B	A	P	I	L	I	N	G		
V	V	Ü	R	K	A	Ç	L	Ü	S	K	A		
H	A	Z	A	R	E	G	Ü	Ç	L	Ü	S	K	A
N	A	R	A										
G	A	F											
M	A	Y	I	T	A								
Y	E	K											
Y	A	T	I	M									
K	A	R	I	C	A								
A	K	A	S	E	P	K	E	N					
A	D	A	K	L	I								
A	B	I	S										
I	L	I	M	L	I								
Y	A	K	I	N									
D	O	Ğ	U										

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 Erkmen



TIPTA YENİLİKLERİN MERKEZİ; **YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ**

Çeyrek asrı geride bırakan **Yakın Doğu Üniversitesi**, kurulduğu günden bu yana her alandaki değişimi ve gelişimi, **Kıbrıs halkına** sunmayı kendine vizyon edinmiştir. Edindiği tecrübeyle sürekli gelişim göstererek uzmanlık alanlarını genişletmeye, Kıbrıs'ın gelişim merkezi görevini sürdürmeye devam etmektedir. Her alandaki en önemli uzmanları bünyesine katarak yoluna devam ederken, öğrencilerine çok yönlü bir vizyon aşılamayı, her birini düşünen araştırmacı bireyler olarak yetiştirmeyi hedeflemektedir.

Tıp alanında sürekli artan bilgi birikimiyle bulunduğu başarı noktasına ulaşan **Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi**, kurulduğu günden bu yana tıp dünyasındaki yenilikleri Kıbrıs halkına sunmaktadır. Tüm uzman kadrosuyla ve teknolojik imkanlarıyla Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'ni **Akdeniz'in sağlık üssü** konumuna getirmekten gurur duymaktayız. İnanmaktayız ki karanlıklar bilgiyle aydınlanacaktır.

Sürekli üreterek, gelişerek, çalışarak ve içinde bulunduğumuz teknoloji çağının yeniliklerini kullanarak, üreten bir merkez olmak ve en iyi hizmeti sizlere sunmak için çaba göstermekteyiz. Bilginin, çağın değeri olduğunun bilincinde olarak, eğitimlere son derece önem vermekteyiz. Kıbrıs'ın ilk ve tek üniversite hastanesi olarak, bilgiye ve gelişime ne kadar önem verdiğimizizi her çalışmamızda, her adımımızda göstermekteyiz. Bu doğrultuda gerçekleştirdiğimiz eğitimlerin yanında, herkesi sağlık alanında bilinçlendirmek adına, altı ayda bir yayınlanan **Yakın Sağlık dergisinin** üçüncü sayısını sizlerle buluşturmaktayız. Yakın Sağlık, uzman kişilerce hazırlanan

içerikleri ile sağlık alanındaki güncel bilgileri sizlere sunarken, hastalıklar hakkında da bilgiler vermektedir.

Yakın Doğu Üniversitesi olarak yola çıktığımız günden bugüne, **Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti** vatandaşlarının ada içindeki ihtiyaçlarını karşılayabilmesini hedefledik. Gerek üniversitemizle, gerek hastanemizle ve diğer kuruluşlarımızla bu hedefimizi gerçekleştirmenin gururunu ve mutluluğunu yaşamaktayız. Adamız için yaptığımız çalışmalara ara vermeden, yenilerini eklemekteyiz.

Bir eğitim kurumuna bağlı olmanın avantajlarından faydalanmakta olan Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi, araştırmacı yönünü de güçlü tutmaktadır. Yakın Doğu bünyesindeki tüm kuruluşlar insan odaklı anlayış içinde çalışmalarını sürdürmektedir. Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi, hastalarının sadece fiziksel durumunu değil, psikolojik durumunu da göz önünde bulundurmaktadır. Hastaların, hastanemizde geçirdiği süre boyunca kendini rahat hissetmesi, hastalık hakkında detaylı bilgiye ulaşması ve normal hayatına en kısa sürede geçiş yapması bizlerin son derece önemseytiği konulardır.

Medeniyete çalışmakla, araştırmakla ulaşılacağına farkında olarak, attığımız her adımda ülkemize yararlı olmayı amaçladık. Yakın Doğu'lu olarak ülkemizin yeniliklerde öncü konumda olması için çalışmaya ve ülkemize faydalı yatırımlarda bulunmaya devam edeceğiz. ▶

Doç. Dr. İrfan S. GÜNSEL
Mütevelli Heyeti Başkanı

Yakın Sağlık, **üçüncü sayısı** ile sizlerle merhaba diyor. Sizlerin özverili çalışmaları ile merhaba diyebilmek ve ülke insanımızın sağlık kaygısı olmadan kendini güvende hissetmesi ve gece rahat uyuyabilmesi ne kadar güzel...

Bu güzellikleri yaşamak, **Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'nin** tüm çalışanlarına çok büyük sorumluluklar yüklüyor. Ne kadar gurur vericidir ki tüm personelimiz sorumluluk bilinci ile görevini yapıyor. Herkese sonsuz teşekkürler.

Ülke insanımızın sağlık hizmetine daha yakın olması, hizmete daha kolay ulaşması ve kendini daha güvende hissetmesi için **Güzelyurt, Mağusa** ve son olarak **Girne'de** Yakın Doğu Üniversitesi Güzelyurt Dispanseri ve Yakın Doğu Üniversitesi Mağusa Dispanseri'nin açılışı yapılmış, Girne Dispanseri de hasta kabulüne başlamıştır. Ülke insanı daha kaliteli daha doğru teşhis ve daha iyi tedavi olanağını, daha iyi hizmetti bölge dispanserlerimizden alabilecektir. Ülke insanı dışında yurt dışından gelen vatandaşlarımıza sağlık turizmi ile ülkemize gelen hastalarımıza en iyi hizmeti vermek görevimizdir. Girne bölgesinin diğer bölgelere nazaran yabancıların yoğun olduğu ve önemli bir turizm bölgesi olduğu bilinci ile Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi olarak en iyi hizmeti verme görevinin ve sorumluluğunun bilincindeyiz.

Toplum sağlığımızın insan için ne kadar önemli olduğunun bilinci ile Yakın Sağlık

olarak halkımıza yönelik önemli sağlık konularında seminerler düzenliyoruz. **Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, kronik böbrek yetmezliği, anne ve çocuk sağlığı**, son olarak da **otizmle** birlikte yaşamak konuları hakkında değerli hocalarımız tarafından sunumlar yapılmıştır.

Yakın Sağlık Söyleşileri'nin büyük ilgi görmesi nedeniyle gururla her ay toplantılarımızın devam edeceği müjdesini veriyoruz.

Yakın Doğu Üniversitesi olarak hedeflerimizi daha da yükseltmemiz gerekiyor. **Harvard** ve **Oxford** gibi dünyada yerimizi alabilmek için; değerli hocalarımızın yayınları ile dünyada kendimizi daha çok tanıtmalı, gerekli durumlarda yurt dışından hocalarla akademik kadromuzu güçlendirmeli, **Orta Doğu'nun** en çok aranan, en önemli sağlık merkezi olmalıyız. Bu nedenle özel hastane olmanın yanında Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi olduğumuzu hiç unutmamalıyız.

Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi ödüle doymamakta. Kurucu Rektör'ümüz Sayın **Suat Günsel'in** Medya İhtisas Gazetecileri Federasyonu tarafından 2014 yılının **Oskar Ödülü'nü** almasını gururla izlemekteyiz.

Ülkemiz insanına sağlık adına hizmetleri etik değerlerden ödün vermeden en iyi tıbbi kadro ve teknoloji ile vermeye devam edeceğimiz sözünü veriyoruz. ▶

Sağlıklı olun, sağlıklı kalın...



Dr. Sevim ERKMEN

Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi
Başhekim



Uzm. Diyetisyen Hatice Baygut

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



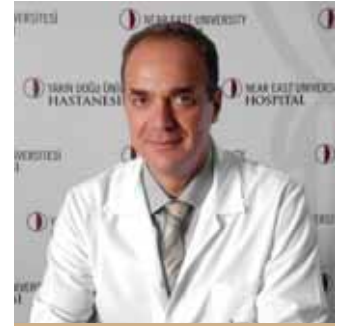
Doç. Dr. Ali İbrahim Shorbagi

2000 yılında tıp doktoru ünvanını kazandıktan sonra 2007 yılında İç Hastalıkları uzmanlığı, 2011 yılında ise Gastroenteroloji uzmanlığını aldı. 2008 yılında İstanbul'da düzenlenen 18. Dünya Gastroenteroloji ve Genel Cerrahi Derneği (IASGO) kongresinin genel sekreterliğini yaptı. Ulusal ve uluslararası saygın tıbbi dergilerinde çok sayıda bilimsel makalesi bulunmaktadır. Ayrıca Gastroenteroloji alanında ulusal ve uluslararası birçok dernekte üyeliği bulunmaktadır.



Dr. Ayşe Çırakoğlu

1992 yılında İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyolojik Bilimler Bölümü'nden mezun oldu. Yüksek Lisans ve Doktorasını İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne bağlı Genetik Anabilim Dalı'nda tamamladı. 2013 yılından itibaren İstanbul Üniversitesi'nden görevlendirme izniyle Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde görevine devam etmektedir. European Cyto-genetic Association, Tıbbi Biyologlar Derneği, Tıbbi Genetik Derneği, Tıbbi Biyoloji ve Genetik Derneği ile Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği'ne üyelikleri bulunmaktadır.



Prof. Dr. Mustafa Asım Şafak

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



Uzm. Dr. Rona Emiroğlu

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



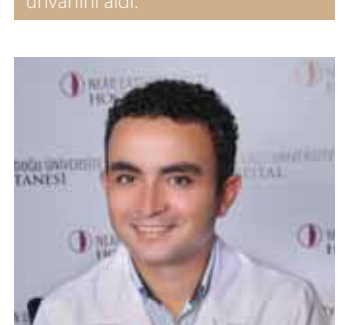
Uzm. Dr. Gönül Işık Şahli

1998'de Ankara Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Ardından Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği'nden 2011'de uzmanlığını aldı. Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2011 yılına kadar asistanlığa devam etti. 2011-2013 yılları arasında Ankara Nallıhan Devlet Hastanesi'nde, İç Hastalıkları Uzmanı olarak çalıştı. Teknik becerileri Gastrointestinal Sistem Endoskopisi, tiroid ve karaciğer biyopsisi ile tanı koymadır.



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'de Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'nde görevine devam etmektedir.



Yrd. Doç. Dr. Ceyhan Dalkan

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nde Tıp eğitimini gördü, ardından, Zeynep Kamil Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları 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 görevine başladı. Anne sütü eğitimi (2006), Yenidoğan canlandırma Kursu (2006-2011), Çocuk Acil ve Yoğun Bakım Kursu (2009) ve Yenidoğan canlandırma eğitimsi (2011) eğitimlerini başarıyla tamamlamıştır.



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. İpek Sönmez

2003 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi eğitimini tamamladı. 2003-2006 yılları arasında ilk yarı süre psikiyatri asistanlığına 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.



Yrd. Doç. Dr. Tijen Ataçağ

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



Doç. Dr. Doğa GÜRKANLAR

1991-1997 Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni Antalya'da tamamladıktan sonra, 1998-2004 yılları arasında Ankara SSK Eğitim Hastanesi'nde Nöroşirürji uzmanlığını aldı. 1998-2004 yılları arasında Ankara SSK Eğitim Hastanesi'nde Dr. Araştırma Görevlisi olarak çalıştıktan sonra, 2004-2005'de Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Yar. Doç. olarak görevine devam etti. 17 Mart 2015'den itibaren görevine, Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'nde Doçent olarak devam etmektedir.



Uzm. Dr. Mehmet Yavuz Selhanoğlu

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



Yrd. Doç. Dr. Mehtap Tınazlı

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



Doç. Dr. Arzu Babayiğit Hocaoglu

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



Doç. Dr. Emil Mammadov

1998-2004 yılları arasında Tıp eğitimini Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde aldıktan sonra, 2005 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde Çocuk Cerrahisi uzmanlık ihtisasına başlamış ve başarılı bir şekilde 2010 yılında tamamlamıştır. 2010-2011 yılları arasında İstanbul Florence Nightingale Hastanesi, Minimal İnvasif ve Robotik Cerrahi Merkezi'nde robotik ameliyatlara aktif olarak katılarak bu dalda uzmanlaşma konusunda ilk adımlarını atmıştır.



Uzm. Dr. Kamil Gülşen

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni 1999-2005 yıllarında başarı ile tamamladı. İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsü'nde 2005-2010 yıllarında kardiyoloji uzmanlığını aldı. Mesleki ilgi alanları; invaziv kardiyoloji, aritmi, Ekokardiografi, kalp yetmezliği ve tıbbi istatistiktir.



Başşekim Dr. Sevim Erkmen

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



Doç. Dr. Aslı Feride Kaptanoğlu

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



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'lik ünvanını Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı'nda 1982-1986 yılları arasında aldı. 'Doçentlik' ünvanını ise Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı'nda 1986-1996'da, 'Profesörlük' ünvanını ise Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı'nda aldı.



Uzm. Dr. Selda Öktem

1995 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 2000 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimi'ni tamamladı. 2004 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları ABD, Romatoloji Bilim Dalı'nda üst uzmanlığını bitirdi. Nisan 2015'ten itibaren Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'nde yarı zamanlı doktor olarak görev yapmaktadır.



Doç. Dr. İbrahim Orgun Deren

1984 yılında T.C. Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Sınavları'nda Kıbrıs ikincisi ve dördüncüsü oldu. 1984 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne girdi ve 1990 yılında mezun oldu. 1991 yılında Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Plastik Cerrahi eğitimine başlayan Doç. Dr. Orgun Deren 1997 yılında Uzmanlığını aldı. 2007 Yılında T.C. Üniversiteler arası Kurulun düzenlediği doçentlik sınavını kazanarak doçentlik ünvanını aldı.



Prof. Dr. Onur Akpınar

2005-2006 yılları arasında Urfa Devlet Hastanesi'nde, 2006-2009'da 25 Aralık Devlet Hastanesi'nde, Gaziantep Medikal Park Hastanesi'nde 2009-2011 yılları arasında çalıştı. 2011'den 2014 yılına kadar Adana Medline Hastanesi'nde görev yaptıktan sonra, Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'nde göreve başladı.



Doç. Dr. Gökçe Meriç

2001 yılında Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'nden mezun olup, Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı'nda doktora öğrencisi olarak çalışmalarına başladı. Yakın Doğu Üniversitesi'nde 2012 yılında doçent kadrosuna atanan Dr. Meriç, halen aynı görevi sürdürmektedir.



Yrd. Doç. Dr. Osman Ergene

2005 yılında Ankara Üniversitesi Veteriner Fakültesi'nden mezun oldu. Aynı yıl yine Ankara Üniversitesi Veteriner Fakültesi Doğum ve Jinekoloji Anabilim Dalı'nda doktora eğitimine başladı. 2009 yılında Dr. ünvanı olarak Yakın Doğu Üniversitesi Veteriner Fakültesi'nin kurucu kadrosunda yer aldı. 2011 yılında Yrd. Doç. Dr. ünvanı almış ve aynı yıl Veteriner Fakültesi Dekan Yardımcılığı'na atanmıştır. 2014 yılında ise Yakın Doğu Üniversitesi Hayvan Hastanesi Başşekimi olarak görev yapmaya başlamıştır.



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 eğitimi aldı. 2003'de Tıbbi Genetik Doçentliği'ni 2007'de ikinci çalışma alanı olan yaşlanma ve kök hücre genetiği dalında ikinci doçentliğini aldı. 2011'de Tıbbi Genetik ve Kök Hücre Genetiği Bölümleri'nden Profesörlüğünü aldı.



Doç. Dr. Ulaş Yavuz

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



Yrd. Doç. Dr. Teoman Toni Sevinç

1979-1985 yılları arasında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'ni bitirdikten sonra, 1992- 1997 yılları arasında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği Uzmanlık eğitimi tamamladı. Omurga cerrahisi, omuz cerrahisi, spor yaralanmaları, Artroskopik Cerrahi mesleki ilgi alanlarıdır.



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.



Yrd. Doç. Dr. Senem Ertuğrul Mut

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 2003 yılında mezun oldu. Ardından S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Nöroloji dalında uzmanlığını 2009 yılında aldı. Alzheimer Hastalığı, Baş ağrısı, Nöromusküler Hastalıklar ilgi alanına girmektedir.



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 Nearestetica Güzellik merkezinin kurucularındandır.



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 Üniversitesinde 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 devam etmektedir.



KADINLARIN GİZLİ KABUSU: ADET DÜZENSİZLİĞİ



Genel tabiri ile “**adet görme**” sağlıklı her kadın bireyin, ergenlik döneminin belli bir safhasında tanıştığı ve **menapozal döneme** girene kadar da varsa gebeliklerin haricinde düzenli olarak yaşadığı bir süreçtir. Adet görmeye başlama, kadının hormonal üretkenlik döneminde girdiğinin bir göstergesi olarak kabul edilmektedir.

NEDEN ADET GÖRÜYORUZ?

Potansiyel üretkenliğimizin beklentileri olan hormonların aktif çalışmaya başlaması ile, kadının hem yumurtalıklarında (Overler) hem de rahiminde (Uterus) bazı tekrarlayan değişiklikler görülmeye başlar. Yumurtalıklarda yumurta gelişim süreci işlerken, diğer taraftan rahim iç duvarı (Endometrium) potansiyel bir gebelik için hazırlanır. Yumurtlamayı takiben eğer bir gebelik olursa, embriyo yani hücresele sevi-

yedeki bebek, hazırlanmış endometriuma tutunur. Eğer bir gebelik gerçekleşmez ise, belli bir bekleme süresinin sonunda hormonların etkisi ile endometriumun hazırlanmış olan kısmı atılır. Bu dokunun, bir miktar da kan ile beraber dışarıya atılmasına adet görme (Menstruasyon) denir.

HER KADININ ADET DÖNGÜSÜ FARKLI

Her sağlıklı kadının kendine has bir düzenli adet döngüsü vardır ve kişiden kişiye küçük farklılıklar gösterebilir. Bir kadının adetinin süresi ile bir başka kadınınki arasında fark olabileceği gibi, miktarında ve döngü aralıklarında da farklılıklar görülebilir. Bunun sebebi her kadının hormonal doğasının bir diğerinden farklı ve tamamen kişisel olmasıdır.

21-35 GÜN ARASI ADET NORMAL KABUL EDİLMEKTE

İlk adet görmeye başlama ile aktif çalışma sürecine giren üreme hormonlarımız, 2 yıllık bir süreç sonunda kendine özgü sistemini kurar ve düzenli adet görme süreci işlemeye başlar. Bu bilginin önemi şudur; ilk kez adet görmeye başlayan genç kadının adet döngüsü hemen o adeti ile düzene girebileceği gibi, 2 yıllık bir süre içerisinde de düzene girebilir ve her ikisi de normaldir.

Genç erişkin bir kadının; bir adetinin başladığı gün ile, diğer adetinin başladığı gün arasındaki gün sayısı o adetin periyodu olup **21-35 gün arası** normal kabul edilmektedir. Yani, her kadın **28 günde bir** veya **30 günde bir** adet görmeyebilir; bu limitlerin arasında ve sabit olan periyodları normal kabul etmekteyiz. Tabi ki hastanın döngü periyodu giderek



uzuyor veya kısalıyor ise bu durum değerlendirilmelidir.

8 GÜNDEN UZUN SÜREN ADETE DİKKAT

Bir diğer adet döngü bilgisi, kadının vajinal kanamasının olduğu gün sayısıdır. Bu süre de kadından kadına değişkenlik göstermekle birlikte, **2 ila 8 gün** arasındaki süre normal kabul edilmektedir. Bir kadının 8 günden uzun adet kanaması olması ciddi bir problemin habercisi olabilir ve kesinlikle hastanın kadın hastalıkları ve doğum uzmanına başvurmasını gerektirir.

KAYBEDİLEN KAN MİKTARI ÖNEMLİ

Üçüncü ve son adet döngüsü bilgisi ise; kadının bir kanama döneminde kaybettiği kan miktarıdır. Sağlıklı bir kadın her adet kanaması döneminde **20 ila 80ml** kadar kan kaybeder. Türk toplumunda hazır ped ve tampon kullanımı yaygın olmakla beraber, her kadının bu ürünleri değiştirme sıklığı sadece kanama mik-

tarına bağlı olmayıp; **titizlik seviyesi ve fiziksel koşullara bağlı** olarak da değişkenlik gösterir.

Tamamen adet döngüsünden bağımsız bir şekilde kendiliğinden veya cinsel aktivite esnasında oluşan lekelenme veya kanamalar çok ciddi problemlerin ilk habercisi olabildiğinden mutlaka zaman kaybetmeden doktora başvurulmalıdır.

ADET DÜZENSİZLİĞİ SEBEPLERİ

Yetişkinlerde adet düzensizliğine sebep olan problemler iki ana grupta toplanabilir: **Hormonal problemler** ve **Organik problemler**.

Hormonal problemler: Yumurtlama döngüsünü etkileyen her hormon ile ilişkili olabilir. Bu hormonlar, yumurtalıkların yani overlerin çalışma mekanizmasını düzenleyen temel hormonlar olabilir veya tiroid hormonları gibi diğer bazı hormonların da bozuklukları sadece adet düzensizliği ile kendini gösterebilir. Organik yani yapısal problemler, uterus yani rahim ile ilgili olabileceği gibi, rahim ağzı ile veya va-



Adet düzenlerini kaydetmedikleri için, düzensizliklerinin farkında olmayan kadınların sayısı oldukça fazla.

jinal bir problem ile de ilgili olabilir. Örneğin, uterusu bir myom (iyi huylu rahim tümörü), bir over yani yumurtalık kisti, rahim ağzı yani servikte bir lezyon veya bazen kanser öncesi yapılar vajinal düzensiz kanama sebebi olabilir.

Hastadan alınacak tam bir tıbbi öykü ve muayene ile doğru yöne doğru ve gerekli ise tetkik istemek daha hızlı ve daha kolay sonuca varmayı sağlayacaktır. Bu nedenle; hastanın başvurusu ile kadın hastalıkları ve doğum uzmanının bir dedektif gibi ipuçlarını toplaması ve bulguları ile şüphelendiği yöne doğru araştırmasını derinleştirilmesi gereklidir.

Adet düzensizliğinin ötelenmesi; çeşidine, sebebine ve süresine göre farklı klinik problemlere neden olabilmektedir.

- Kısırlık veya çocuk sahibi olmada sorunlarla karşılaşma,
- Serviks (Rahim ağzı) veya endometrium (Rahim iç duvarı) kanseri,
- Adet düzensizliğine sebep olan iyi huylu lezyonun daha basit tedaviler ile düzeltilebilecek iken büyük cerrahiler gerektirmesi,
- Kadının gebe kalması halinde gebelikte problemler (Düşük, erken doğum, düşük doğum ağırlıklı bebek),
- Anemi (Kansızlık),
- Aşırı tüylenme,
- Kontrolsüz kilo alma veya kilo verme,
- Sosyal problemler

BAHAR NEZLESİ

Ülkemizde bütün alerjik hastalıklar da olduğu gibi, alerjik rinit sıklığında da son yıllarda ciddi bir artış gözlenmiştir. Araştırmalar her üç kişiden birinde alerjik rinit olduğunu göstermektedir.

Rinit burun iltihabı, alerjik rinit ise iltihabın alerji kaynaklı olmasıdır. **Alerjik rinit, hışırtı, burun akıntısı ve burun tıkanıklığı** ile karakterize olan, sıklıkla **göz, burun ve damak kaşıntısının** eşlik ettiği bir hastalıktır.

ALERJİK RİNİT BELİRTİLERİ

Alerjik rinitli hastalar genellikle hışırtı, burun akıntısı, burun tıkanıklığı ve burun kaşıntısı şikayetleri ile başvurur.

Geniz akıntısı, öksürük, halsizlik, koku almada güçlük olabilir. Bazı hastalarda damak ve kulak içinde kaşıntı görülebilir.

Berberinde alerjik konjunktivit de varsa gözlerde kaşıntı, sulanma ve kızarıklık eşlik edebilir. Sürekli ağız solunumuna bağlı yüksek damak ve diş bozuklukları oluşabilir. Alerjik rinitte şikayetler çift taraflıdır, tek taraflı veya sarı/yeşil renkli burun akıntısı olması alerjik rinit ile uyumlu değildir.

Kaşıntı nedeniyle sık sık elleriyle burunlarını yukarıya doğru itme hareketi ve buna bağlı burun ucunda yatay çizgi oluşumu ile beraber göz altlarında görülen ödem, hafif koyu renk değişikliği alerjik rinitin tipik bulgularıdır.



Alerjik rinitin tedavi edilmemesi durumunda;

- Rahat nefes alamama nedeniyle uyku bozuklukları, tekrarlayan kulak ve sinüs enfeksiyonları ve işitme problemleri görülebilir.
- Çocuklarda dikkat eksikliği, konsantras-

yon bozukluğu, okul başarısında düşme ve özgüvende azalma olabilir.

- Erişkin hastalarda ise anksiyete, depresyon, akademik performansta ve iş üretkenliğinde azalma, bunların sonucunda da yaşam kalitesinde düşme görülebilir.



Yıl boyu alerjik rinitte nedenler daha çok ev tozu akarı, küf mantarı, hamam böceği, hayvan tüyü gibi ev içi alerjenlerdir.



BELİRTİLERİN SÜRESİNE VE ŞİDDETİNE GÖRE ALERJİK RİNİT

Bulgular haftada dört günden az veya dört haftadan kısa süreli ise **“itermitan (Aralıklı)”**, haftada dört günden çok ve dört haftadan uzun süreli ise **“persistan (Süreğen)”** alerjik rinit olarak adlandırılır.

Şiddetine göre sınıflarken ise uykuda bozulma, günlük aktivite ve egzersizde bozulma, iş/okul hayatında bozulma eşlik ediyorsa **“orta/ağır”**, hiçbirisi eşlik etmiyorsa **“hafif”** alerjik rinit olarak sınıflandırılır.

Günlük pratikte ise daha sık olarak; bahar mevsiminde görülüyorsa **“mevsimsel”**, tüm yıl boyunca görülüyorsa **perennial (Yıl boyu)** alerjik rinit olarak sınıflandırılır.

ALERJİK RİNİT TANISINDA HASTANIN ŞİKAYETLERİ YARDIMCI OLUR

Alerjik rinit tanısında en önemli nokta hastanın hikyesidir. Hastanın şikayetlerini nelerin tetiklediği ve hangi mevsimde ortaya çıktığı tanıyı koymada yardımcı olacaktır. Fizik muayenede burun iç yüzeyi soluk ve **“konka”** denilen yumuşak dokular şiştir.

Kan veya deriden yapılan alerji testleri ile rinite neden olan alerjik ajan ortaya çıkarılabilir. Deri testleri alerjiyi saptamada öncelikle tercih edilen ve birçok alerjene duyarlılığın araştırılabildiği önemli bir testtir. Radyolojik görüntüleme tetkikleri normal şartlarda istenen bir tetkik değildir, tedavinin başarısız olduğu veya alerjik rinit dışında bir hastalık düşünüldüğünde yapılmalıdır.

Alerjik rinit; enfeksiyona bağlı rinit, alerjik olmayan rinit, rinosinüzit, polip (Burunda et), geniz eti büyüklüğü, yabancı cisim, kistik fibrozis, Kartegener sendromu ve tümör

gibi pek çok hastalıkla karışabileceğinden hastalar ayrıntılı değerlendirilmelidir.

ALERJİK RİNİT TEDAVİSİ

Alerjik rinitin tedavisinde bulguları tetikleyen alerjenlerden kaçınma, ilaç tedavisi ve uygun hastalarda alerji aşı tedavisi kullanılabilir. Birçok hastanın şikayetleri bu şekilde kontrol altına alınabilir.

En sık kullanılan ilaçlar; alerjenlerin etkisini azaltan antihistaminikler ve kortizon içeren burun spreylere dir. Spreylerde bulunan kortizon sadece burun bölgesine uygulandığından yan etkisi yok denecek kadar azdır.

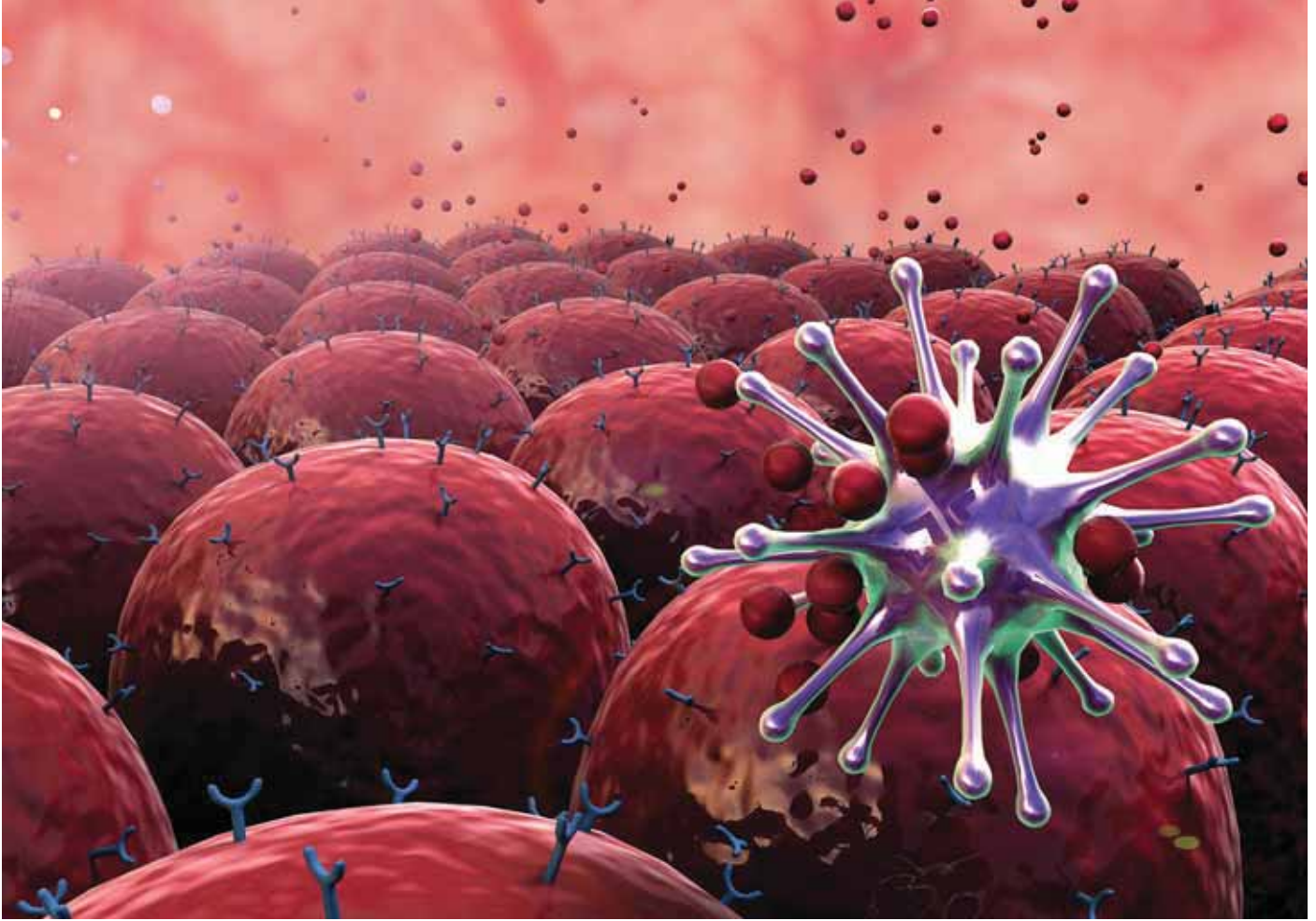
Burun yıkama gibi tedaviye yardımcı önlemlerin de faydası vardır.

İlaç tedavisi yanında etkinliği kanıtlanmış diğer bir tedavi alerjen ile aşı tedavisidir. Alerjen immünoterapi yöntemi bu uygulama için uygun şartları ve alerjileri olan bireylerde, kişiye özel olarak belirlendiğinden mutlaka alerji uzmanlarınca yapılmalıdır.

Alerjik rinit şikayetlerinin tümü ile düzelmesini sağlayabilen ve hastalığı kökten yok edebilen alerjen immünoterapi hastalarda astım gelişimini ve yeni alerjenlere duyarlanmayı da önleyebilir. ■



BEHÇET HASTALIĞI KARMAŞIK BİR HASTALIK



Behçet hastalığı, vücuttaki birçok doku ve organ sistemini etkileyebilme özelliği olan kronik romatolojik bir hastalıktır. Birçok hekim grubunun ortak çalışmasını gerektirir, oldukça karmaşıktır.

Behçet hastalığında birçok organ için içine girdiği için, hasta ilk önce ilgili organlarla ilişkili hekimlere gider. Behçet şüphesi doğmuşsa hastalar hem tanının konması hem de tedavinin düzenlenmesi için romatoloji uzmanına yönlendirilmelidir. Behçet hastalığı birçok hekim grubunun ortak çalışmasını gerektiren, karmaşık bir hastalıktır.

BEHÇET HASTALIĞININ COĞRAFİK DAĞILIMI

Kuzey yarım kürede ve tarihsel “İpek Yolu” sınırı ülkelerinde (Japonya, Kore, Çin, İran ve

Türkiye) oldukça sık görülmektedir. Güney Avrupa ve Kuzey Afrika ülkelerinde oldukça az rastlanmaktadır. Türkiye’de yapılmış bir çalışmada sıklık 37/10.000 olarak bildirilmiştir.

BEHÇET HASTALIĞININ BELİRTİLERİ

- En belirgin yakınmalar ağız içinde sık ve çok miktarda olan aftlar, cinsel organlarda tekrarlayan yaralardır.
- Behçet hastalığının diğer cilt bulguları arasında yaygın büyük sivilceler ve ağrılı, sıcak cilt altı bezeleri yer almaktadır. Hastalar bu



Behçet hastalığının gençlerde ve erkeklerde daha çok görüldüğü bilinmektedir.

yaratır. Kalp damar cerrahları, gastroenterologlar, nörologlar, iç hastalıkları uzmanları ve bazen göğüs hastalıkları uzmanları hastaların ilk başvurdıkları hekimlerdir. Ama birçok sisteme ait değişik yakınmaların varlığı hekim tarafından fark edilirse Behçet hastalığı düşünülebilir ve o zaman hastalar romatoloji bölümüne yönlendirilmelidir.

- Halsizlik, yaygın vücut ağrısı, eklem ağrısı ve şişliği, hareket kısıtlılığı varsa ilk başvuru romatoloji uzmanına olabilir. Behçet hastalarında özellikle diz ve ayak bilek eklemlerinde daha sık görülen ağrı ve şişlik olabilir. Ağrı ve tutukluk sabaha karşı ve sabah belirgindir, hareket ettikçe azalır. Ama şişlik geçmez. Hatta ağrı kesicilerle geçmez. Uzun süre hastayı rahatsız eder, yürümesini ve günlük işlerini yapmasını engeller.

- Önemli bir kas iskelet yakınması da bel ağrısıdır. Kalçalara doğru uzanan ve alt bel dediğimiz bölgede başlar. Zamanla tüm omurga boyunca yukarı kadar çıkabilir. Bu ağrının özelliği de sabaha karşı ve sabah çok daha yoğun olmasıdır. Bu yakınmalar aslında omurga romatizmalarının yakınmalarıdır. Behçet hastalığı olan kişilerde omurga romatizması sıklığı da artar.

YAKINMALAR HASTALARA GÖRE FARKLILIK GÖSTERİR

Behçet hastalığı birçok sistemde yakınlara neden olur ama tüm bulgular aynı anda ve aynı kişide olmayabilir. Yani bazı hastalar hafif



yakınmalarla ilk olarak ve sıklıkla dermatoloji (Cilt hastalıkları) uzmanına başvururlar.

- Gözde kızarıklık, ağrı ve bulanık görmeyle kendini gösteren, görme tabakasında iltihaplanma (Üveit) önemli bulgulardandır. Geç fark edilirse ve iyi tedavi edilmezse körlüğe neden olabilir. Bu yakınmaların ilk adresi göz hastalıkları uzmanlarıdır.

- Daha çok diz ve ayak bilek ekleminde görülen şişlik, ağrı ve kısıtlılıkla giden iskelet sistemi bulguları olabilir. Bazen standart tedavilere dirençli eklem iltihabı sakatlığa neden olabilir. Behçet hastalarında omurga boyunca

ve kuyruk sokumu bölgesinde, özellikle sabah ağrıları ve tutuklukları olabilir.

- Enfeksiyonun eşlik etmediği, sık tekrarlayan testis iltihabıyla üroloji hekimlerinin kapısını çalabilirler.

- Bazen bacak ve kol damarlarında, bazen iç organları besleyen damarlarda ve bazen de beyin içindeki damarlarda pıhtı oluşması ve tıkanıklıklar görülür. Eğer beyin damarlarında ise ani bilinç kaybı ve felç bulgularına neden olur. Bağırsakları besleyen damarlar etkilendiğinde karın ağrısı, kanlı ishal gibi yakınmalar yapabilir. Akciğer ve kalpte daha hafif bulgular



Çoğunlukla 20-30 yaşlarında başlangıç gösterir. Türk Behçet hastalarının ortalama başlangıç yaşı 23,3 iken, İran'lı olgular da 26,2 ve Japonya'da 35,7'dir. Türkiye'de ve İran'da erkeklerde 1,5 kat daha sık gözlenirken, Japonya ve Kore'de kadınlarda sıklık daha fazla olarak bildirilmiştir. Son yıllarda Behçet hastalığının çocuklukta da görülebildiği dikkat çekmiştir. Tunus, İran ve Türkiye'den bildirilen 3 büyük çalışmada çocuklarda sıklık %2 olarak bildirilmiştir.

cilt bulgularıyla yıllarca sorunsuz yaşayabilirken, bazı hastalar görme kaybı ve damar tıkanıklıkları nedeniyle yaşamı tehdit eden sorunlarla karşılaşabilirler. Bu nedenle hiçbir Behçet hastası bir diğerine tam anlamıyla benzemez. Her insanda hastalık çok farklı seyir gösterir.

İlginç olarak, hastalık ilk başladığı yıllarda daha şiddetli yakınmalara yol açarken, ilerleyen yıllarda daha selim olma eğilimindedir.

Yıllar içinde hastalık aktivitesi değişkenlik gösterebilir. İlkbahar mevsiminde yakınmaların arttığı görülür.

YAŞAM KALİTESİNİ ETKİSİ DEĞİŞKENDİR

Hastalığın etkilediği organlara göre yaşam kalitesine etkisi değişmektedir. Sıklıkla ağrılı ağız aftı ve ağrılı genital yarası olan bir kişi için, sürekli bir ızdırap söz konusudur. Yemek

yerken, konuşurken ve yürürken acı çeker, tat alamaz. Günlük hayatımızda devamlı surette yaptığımız bu ritüeller Behçet hastalığı olan kişilerde acıdır ve hayattan zevk almayı engeller.

Gözünde sık tekrarlayan üveiti olan bir kişi tanı konamaz ve yeterli tedavi olmazsa görme kaybı yaşayabilir. Eklem ve kas etkilenmesi olan bir bireyde hareket etmek, yürümek ve koşmak büyük bir işkence haline gelebilir. Hatta hastalar gündelik aktivitelerini ve kişisel bakımlarını yapamaz hale gelebilir.

Diğer önemli organ etkilenmelerinin varlığı ise hayatı tehdit edici boyutlara ulaşabilmektedir.

BEHÇET HASTALIĞININ TEDAVİSİ

Tedaviyi belirlerken tamamen hastalığın



Genetik yatkınlığı olan ve ailesinde Behçet hastalığı olan kişilerde geçirilen enfeksiyonlar hastalığı başlatıcı faktör olabilir. Ama suçlanan özel bir enfeksiyon yoktur. Ailesel Behçet hastalığı görülme sıklığı Türkiye'de %8'dir.

şiddetine ve organ tutulumlarına göre hareket edilir. Cilt bulguları ile sınırlı hafif bir hastalık varsa tekli ve basit ilaçlar kullanmak yeterli olur.

Beyin, damarlar, göz gibi organlarda yankınma varsa çok daha karmaşık ve özel ilaçlar kullanmak gerekir. Çünkü tedavi edilmeyen göz iltihapları körlüğe neden olabilir. Damar tıkanıklığı ve beyin tutulması yaşamı tehdit edici olabilir ve daha ciddi bir tedavi gerektirir. Böyle durumlarda birkaç ilacı bir arada kullanmak gerekir. Burada kullanılan ilaçlar çoğu kez kortizon ve bağışıklık sistemini baskılayan ilaçlardır. Kullandığımız bazı ilaçlar kanser tedavisinde de kullanılan ilaçlar olabilmektedir. Bu durum bazen hastalarda tedirginlik yaratabilmektedir. İlaç kullanırken hastaların yakın ve sık takip edilmesi gereklidir. ▶



Behçet hastalığıyla ilgili en sık sorular ve cevapları

Yanaklarımın içinde ve dilimin üzerinde ortası kırtı beyaz ve çevresi kızamık görünümlü çok sayıda aft var. Bu sorunun Behçet hastalığına işaret ediyor olabilir mi?

Ağız yaralarının birçok nedeni olabilir. Ailesel, alerjik, ilaçlara bağlı, beslenme yetersizliği ve viral enfeksiyonlar gibi birçok sebep vardır.

Her insanda hayatının bir döneminde nadiren ağız aftları çıkabilir. Behçet hastalığında ise ayda bir veya daha sık, birkaç adet, dudak ve dilde, büyük ve uzun sürede iyileşen ağrılı yaralar dikkat çekicidir. Eğer ağız yarasına ağrılı genital yara da eşlik ediyorsa, mutlaka Behçet hastalığı araştırılmalıdır.

Ailesinde Behçet hastalığı olduğu bilinen bir kişide sık ağız yarası çıkıyorsa, diğer yakınmalar açısından dikkatle sorgulanmalıdır.

Soruda tarif edilen ağız aftları patolojik tiptedir ve Behçet hastalığı açısından ileri araştırma yapılmasını gerektirir.

Behçet hastasıyım. Yıllardır tenis oynuyordum, bu spora devam etmemde bir sakınca var mı?

Eğer eklemelerinizle alakalı bir yakınmanız yoksa devam edebilirsiniz. Behçet hastalığında yaşamınızda özel bir kısıtlama yapmanıza gerek yoktur. İstediğiniz sporu yapabilirsiniz. Herhangi bir spor dalının iyi geldiğine veya kötü yönde etkilediğine dair bir veri yoktur.

Behçet hastalarının yaşam alışkanlıklarında dikkat etmeleri gereken davranışlar neler?

Hemen her hastalıkta olduğu gibi stresten kaçınmak önemlidir. Stresli dönemlerde yakınmaların şiddeti artabilir. Yorgunluk, yoğun tempo ve uykusuzluk dönemlerinde aftlar sıklaşır, halsizlik belirginleşir, üveit atağı tetiklenebilir. Bu nedenle sağlıklı beslenme ve uykuya dikkat edilmesi çok önemlidir.

Behçet hastasıyım. Çocuk sahibi olabilir miyim?

Çocuk sahibi olabilirsiniz. Behçet hastası olan gebelerde yapılan çalışmada, gebeliğin hastalık seyrini etkilemediği ve sağlıklı doğumun normal toplumdan farklı olmadığı bildirilmiştir. Bebekte herhangi bir sorunla karşılaşmamaktadır. Sadece genetik olarak yatkınlığı bebeğinize aktarabilirsiniz ama bu onun gelecekte mutlaka hasta olacağı anlamına da gelmez.

Behçet hastalığının tanısı nasıl konuyor?

Bu hastalığın tanısını koymak bazen kolay bazen zordur. Hastanın yakınmalarının ayrıntılı sorgulanması çok önemlidir. Çünkü hastalar bazı bulguları dikkate almadıkları için söylemeyebilirler. Tek tek her bulgunun olup olmadığı sorulmalıdır. Tanı koymak için bir takım kriterler değerlendirilir. Ağız aftları ve genital aftların varlığı tanıda en önemli kriterdir.

Diğer organ belirtileri olabilir veya olmayabilir. Diğer organların etkilenmesi sadece hafif, orta veya ağır hastalık gruplamasını etkiler.

Maalesef tanı koydurucu özel bir laboratuvar testi yoktur. Genetik molekülün varlığı (HLA-B5 ve B-51) tanıyı desteklerken, negatif olması bu hastalığın olmadığı anlamına gelmez. Yardımcı olarak bakılabilir.

Paterji testi olarak isimlendirilen bir deri testi tanıya yardımcı olabilir. İğne cilt ve cilt altına doğru batırılır, toplam 6 kez bu işlem tekrarlanır ve 72 saat sonra iğne giriş deliklerindeki görüntü değerlendirilir. Bu testin pozitif olması tanıyı destekler ama negatif bulunması hastalık yok anlamına gelmez. Yani bu hastalığın tanısını koymak bu konuda mutlak deneyimli ve uzman olmayı gerektirir.

Behçet ömür boyu süren bir hastalık mı?

Evet, Behçet hastalığı kronik bir hastalıktır. Kullanmakta olduğumuz ilaçlarla hastalığın bulgu ve belirtilerini kontrol altında tutmaktayız ama hastalığı tamamen yok edemiyoruz. Genetik yatkınlığın neden olduğu bir hastalıkta belki gelecek yıllarda gen tedavileri denenebilir ama bugün sadece bir takım ilaçları kullanabiliyoruz.

Behçet hastasıyım. Yaraların çıkmasını önleyebilir miyim?

Elbette engellenebilir. Behçet hastası olan kişilerin düzenli ve sürekli hekim kontrolünde olmaları ve ilaçlarını düzenli kullanmaları durumunda yakınmaları yatışabilir.





BESİN DESTEK MADDELERİ RİSKLİ Mİ?



Performans katkısı sağlayan alternatiflerin başında besin destek maddeleri gelmektedir. Besin destek maddeleri adından da anlaşılacağı gibi içerik olarak aldığımız besinlerde de yer alan ham ya da işlenmiş yapıları içerir. Önceleri yarışmacı sporcuların yoğun olarak kullandığı bu maddeler günümüzde milyarlarca dolarlık bir pazar yaratmış olup, tüm dünyada yaygın olarak kullanılmaktadır.

BESİN DESTEK MADDELERİ TEMEL BESİN YERİNE KONULMAMALI

Besin destek maddelerinin kullanım amacı, beslenmenin yanında gereksinim

duyulabilecek ekstra besin maddelerinin sağlanması olmalıdır. Bu maddeler sağlıklı beslenmenin yerine alternatif olarak düşünülmemelidir. Birçok suplement vücutta kuvvetli biyolojik etkileri olan etken maddeler içerir. Bu durum kişinin bu etkilerden olumsuz etkilenebileceği durumlarda olumsuz, hatta hayatı tehdit eden sonuçlar doğurabilir. Bu etken maddelerin birbirleriyle ve kullanılan ilaçlarla da etkileşebileceği unutulmamalıdır. Bu nedenle farklı supplementleri kombine ederken veya farklı nedenlerle ilaç kullanırken ekstra dikkat göstermek gerekir. A vitamini, D vitamini, demir gibi supplementlerin fazla miktarda alınması da ciddi sağlık sorunlarına yol açabilir.

BESİN DESTEK MADDELERİ GÜVENLİ OLMAYABİLİR

Çoğu Amerika menşeli olan bu ürünlerde **Amerikan gıda ve ilaç idaresinin** (FDA) onayı bulunmamaktadır. Bu maddelerin güvenirliliğinden tamamen üretici sorumludur. Bu da resmi bir güvenirlilik kontrolü olmadığı anlamına gelir. Bazı besin destek maddelerin yararları ya da performans üzerine olumlu etkileri gösterilmiş olsa da birçok madde için etki ya da yan etkileri ile ilgili çok az sayıda çalışma vardır ve etkinlikleri kanıtlanmamıştır. Buna rağmen yoğun şekilde satılan birçok madde bilinmektedir. Bunun nedeni üretici ve satıcıların iddia ettikleri etkileri ya da yararları kanıtlama zo-



Besin destek maddelerinin güvenilirliği üzerinde herhangi bir kontrol mekanizması bulunmamaktadır.

runluluğun bulunmamasıdır. Kontrolsüzlük supplement pazarının yüz milyarlarca dolara ulaşması üzerinde önemli etki göstermiştir. Yüz milyarlarca dolarlık bir pazara ulaşması kontrolsüzlüğü doğurmuş olabilir.

YAN ETKİLERİ İLE İLGİLİ KESİN BİLGİ BULUNMAMAKTA

Suplement kullanıcılarının, satıcılarının ya da kullanımını onaylayan bir çoklarının söyledikleri gibi çok etkili ve tamamen zararsız olduğunu iddia etmek ne kadar yanlışsa, basit besin destek maddelerinin kanser yaptığını, ölümlere neden olduğunu söylemek de aynı oranda yanlıştır ve bilim-sellikten uzaktır.

İHTİYAÇ YOKSA BESİN DESTEK MADDELERİ KULLANILMAMALI

Besin destek maddeleri ihtiyacın normal beslenme ile karşılanmadığı durumlarda performans üzerinde olumlu etkiler gösterebilmektedir. Ancak düşük kalorik diyet, vejeteryan ve/veya vegan diyet, beslenme bozuklukları gibi bazı durumlar dışında besin maddelerinin eksikliği çok nadiren görülür. Yoğun antrenmanlara rağmen hi-

pokalorik diyet yapan sıklet sporcularında da bu eksiklikler görülebilir. Besin destek maddelerini kullanmaya başlamadan önce sporcunun ihtiyacı olup olmadığı ve varsa hangi maddelere ihtiyacı olduğu mutlaka belirlenmelidir.

ÜRÜN VE İÇERİK TUTARLI OLMALI

Ürünlerle ilgili yapılan çalışmalarda bazı ürünlerin etiketleri ile içeriklerinin birbirini tutmadığı da görülmüştür. Ürünlerin bir kısmına doping sınıflaması içerisinde yer alan maddelerin kontamine olduğu da rapor edilmiştir. Dolayısıyla yarışmacı sporcuların bu ürünleri kullanımı tamamen kendi riskleri altındadır. Sporcu vücuduna giren her maddeden sorumludur.

BESİN DESTEK MADDELERİ OLDUKÇA KARIŞIK YAPIDA

Ürünlerin bir çoğu farklı etken maddelerin karışımlarından oluşur ve bu durum ürünlerle ilgili bilimsel çalışmaların yapılmasını daha da zorlaştırır. Karmaşık yapı olası bir pozitif ya da negatif etki durumunda etkiyi yaratan bileşiğin belirlenmesini güçleştirir. İçerikteki maddelerin bir çoğunun teker teker etkileri bilinmediği gibi birbirleriyle etkileşimleri de

bilinmemektedir. Bu nedenle formülasyon olarak satılan ürünlerin etki ve yan etkilerini daha belirsiz hale getirmektedir.

HALK SAĞLIĞI İÇİN RİSK OLUŞTURMAKTA

Ürünlerle ilgili esas sorun bunların yarışmacı sporcularca kullanımından çok, daha geniş bir kullanım alanı oluşturan rekreasyonel spor yapan bireylerde kullanımıdır. Daha iyi bir fiziğe kavuşmak, daha güçlü olmak, karşı cinsi etkilemek isteyen bir çok genç yaygın olarak bu ürünleri kullanmaktadır. Ürünlerin temelsiz vaatleri ve kontrolsüz satışları, bir halk sağlığı riskini de beraberinde getirmektedir.

KULLANIM YAŞI GİDEREK İNMEKTE

Yapılan çalışmalarda bu ürünlerin kullanımının ortaokullara kadar indiği gösterilmiştir. Adolesan çağıdaki çocukların ürünlerin satış stratejilerinden daha kolay etkilendiği ve kolay yoldan rol modelleri olan sporcular, sanatçılar, aktörler gibi görünmek istedikleri bilinmektedir. 8 haftalık kullanımdan sonra inanılmaz sonuçlar gösteren önce-sonra resimleri, ürün etiketleri üzerinde kullanılan kaslı sporcu figürleri gençleri çok daha kolay etkilemektedir. Bu nedenle bu ürünlerle ilgili yasal düzenle-



İDEAL KİLONUZDA YAZI FORMDA YAŞAYIN

Havaların ısınması ile birlikte kilo vermeye ilgi oldukça artmaktadır. Son zamanlarda bir anda popüler olan birçok diyetle yazın gelmesiyle daha çok ilgi çekmektedir. Sağlıklı beslenmek için günlük kaloringin **%50-55'inin karbohidrattan, %15-20'sinin proteinden, %25-30'nun ise yağlardan** gelmesi gerekir. Popüler diyetler yeterli ve dengeli beslenmeyi sağlayamadıklarından sağlık sorunlarına neden olabilirler. Yüksek protein içeren diyetlerde; proteinli gıdalar bol tüketilirken, karbohidrat içeren gıdalar daha az tüketilmektedir. Kilo verilerek

te fakat proteinlerin sindirimiyle açığa çıkan maddeler böbrekleri ve karaciğeri yormaktadır. Sadece protein ağırlıklı beslenme kalp ve damar hastalıklarının riskini de artırmaktadır. Karbohidratlı gıdaların az tüketilmesi yağdan alınacak enerjinin artmasına neden olmaktadır. Hayvansal proteinlerin yağ içerikleri de fazladır. Ekmek tüketimine son vermek son derece sakıncalıdır. Kasların enerji kaynağı olarak kullanılmaması için her gün yeterli miktarda ekmek tüketilmelidir. Önemli olan ekmeğin ya da alınan karbohidratın miktarı ve türünün iyi ayarlanmasıdır. Gereksinimden

düşük kalori içeren diyetler ise **bazal metabolizma hızını** düşürerek, normal beslenme başlayınca vücudun daha fazla yağlanması-na neden olur. Sürekli farklı diyetleri denemek metabolizma hızınızı da olumsuz yönde etkiler. Amaç tartıda kilonun azalmasının yanında, yağ yüzdesinin de azalması ve sağlık sorunları ortaya çıkmadan kişinin zayıflaması olmalıdır. Normal olan **haftada 0,5-1 kg** verilmesidir. Yeterli ve dengeli beslenme şekli kişiye özeldir; **bireyin yaşı, vücut yapısı, boyu, cinsiyeti, fiziksel aktivitesi** gibi birçok faktör göz önüne alınarak sağlanır.



YAZA ZİNDE GİRMENİN SIRLARI

Günün en önemli öğünü kahvaltı olduğundan asla güne kahvaltısız başlanılmamalıdır. Kahvaltı metabolizmayı uyandırmaktadır. Yaz aylarında yapılacak kahvaltıda, az yağlı peynir çeşitleri, taze yeşillikler ve kafeinli içecekler yerine süt, taze sıkılmış taze meyve suları ve bitki çaylarına, tam tahıllı gevreklerle yer verilmelidir.



Amaç tartıda kilonun azalmasının yanında, yağ yüzdesinin de azalması ve sağlık sorunları ortaya çıkmadan kişinin zayıflaması olmalıdır.

AZ VE SIK BESLENİN

4 yapraklı yoncaı uygulayın; yeterli ve dengeli beslenmeyi hedeflemek için, **3 ana ve 3 ara öğün** şeklinde beslenmeli ve ana öğünlerinize **4 besin grubuna** yer verilmelidir. Bunlar **süt grubu, tahıl grubu, sebze-mey-**



ve grubu ve et grubudur.

Ağır yemeklerden kaçınılmalıdır. Tüm sağlıklı beslenme önerilerinde olduğu gibi yaza özel beslenme önerilerinde ve yağlı yiyeceklerden ve yağda kızartmalardan uzak durulmalıdır. Pişirme yöntemi seçilirken, buharda, ızgara veya fırında pişirme tercih edilmelidir. Böylece hem kalori alımı azaltılacak, hem de sindirim güçlüğü yaşanmayacaktır. Kan şekerinizi hızlı yükselten besinlerden kaçınılmalıdır. Kan şekerini hızlı yükselten, kısa süreli tok tutan yiyecekler yerine tam tahıl ve lif içeriği yüksek besinlere yer verilmeli, ağır hamur işleri, şerbetli tatlılar sıcak yaz aylarında tüketilmemelidir. Bunların yerine meyve tatlıları veya sütlü tatlıların tüketimi hem daha hafif hem daha sağlıklı olacaktır.

GÜNDE EN AZ 2 LİTRE SU

Her gün en az **2-2,5 litre su** tüketilmelidir. Su, terleme ile artan sıvı ihtiyacını ve mineral ihtiyacınızı karşılamakla birlikte, vücutta oluşan toksinlerin atılmasına, vücut işlevlerinin düzenli çalışmasına da yardımcı olacaktır. Sıvı ihtiyacı, süt, ayran, meyve suyu gibi içeceklerle de desteklenilir. Fiziksel aktiviteyi artırarak ekstra yüklerden daha rahat arınılabılır. 

ÇOCUKLARDA AMELİYAT TERCİHİ LAPAROSKOPI

Çocuk yaş grubunda yapılan ameliyatlarda, kapalı ameliyat olarak bilinen laparoskopik cerrahi işlemlerinin sayısı gittikçe artmaktadır. 90'lı yıllarda yapılmaya başlanan pediatrik laparoskopik işlemler, özellikle son 10 sene içinde büyük bir ivme kazandı ve daha önce açık yapılan birçok ameliyatın laparoskopik alternatifleri yapılmaya başlandı. Laparoskopinin açık ameliyatlara karşı ciddi avantajları bulunmaktadır.

Bunlardan en önemlileri:

- Ameliyat sonrası daha kısa iyileşme süreci
- Ameliyat sonrası hastanede yatış süresinin kısalması
- Ameliyat sonrası ağrı kesici ihtiyacının daha az olması
- Ameliyat izinin açık ameliyatlara göre çok daha küçük olması
- Açık ve kapalı ameliyatın farkı ameliyat kesisi

Laparoskopik ameliyatlara teknik olarak açık ameliyatların aynısıdır. Tek fark işlemin karnı açmadan işlemin küçük tüpler (Port) içinden yapılıyor olmasıdır. Ameliyat kamera sistemi izlemi ile yapılır. Kamera portu genellikle göbek içinden veya yanından yerleştirilir. Çalışma portları ise ameliyat türü ve şekline bağlı olarak yerleştirilir.

LAPAROSKOPI OLDUKÇA YAYGINLAŞTI

Geçmiş dönemlerde sadece birkaç çocuk operasyonu laparoskopik olarak yapılabilirken, son 10 yılda bu liste oldukça genişlemiş ve neredeyse tüm karın içi operasyonlar laparoskopik olarak yapılmaya başlanmıştır. Yaş olarak bakıldığında, önceden belli yaş ve kilo altında bu ameliyatlara yapmak neredeyse imkansız gibi görünürken, günümüzde 1 günlük bebeklere bile bu tür operasyonlar yapılabilir. İleri düzey operasyonlar bile artık bu teknikle güvenle uygulanabilmektedir.



BEBEKLERE BİLE UYGULANMAKTA

KKTC'deki çocuk laparoskopik ameliyatlara, kliniğimizde 2011 senesinden itibaren uygulanmaktadır. İleri düzey ameliyatlara da laparoskopik olarak uygulayan Çocuk Cerrahisi ekibimiz, Kuzey Kıbrıs'ın ilk pediatrik laparoskopik hasta serisini bu yıl 32. Ulusal

Çocuk Cerrahisi Kongresi'nde sunmuştur. Hastanemizde bu yöntemle ameliyat olan en küçük bebek 13 günlüktür. Aynı zamanda sağlık personelinin de bu konuda eğitim ve tecrübesini artırmayı hedefleyerek, ilk defa bu yıl Kıbrıs geneline açık "Yardımcı Sağlık Personeli İçin Temel Laparoskopik Eğitimi" adında kurs verilecektir. ▶



DİJİTAL GÜLÜŞ DİZAYNI



Geçmişten günümüze estetik kavramı değişmekte olsa da genç ve güzel görünmek insanlar için hep evrensel bir arzu olmuştur. Kişiler tarafından ilk olarak algılanan bölge yüz olduğu için yüz estetiği tarih boyunca ön planda olmuştur.

Gülümseyen bir yüzün üzerimizde bıraktığı **pozitif etki** tartışılmaz. Ancak estetik diş hekimliğinde yüz, dişler ve dudaklar birbirinden bağımsız olarak değerlendirilmemeli, mutlaka bir bütün olarak ele alınmalıdır. Her diş şeklinin her yüzde aynı güzellikte durmayacağı düşüncesiyle “**gülüş tasarımı**” konsepti ortaya çıkmıştır.

Dijital teknolojinin her alanda hayatımıza girmesiyle artık günümüzde bireye özel gülüş dizaynları yapılmaktadır. Bu teknolojiyle **kişinin fotoğrafları çekilmekte, yüz, dudak kontürleri** esas belirleyici olarak bilgisayar üzerinde kişiye özel diş dizaynları yapılmaktadır.

Bu yapılan dizaynlar ile daha diş tedavilerine, restorasyonlarına başlamadan, “**dijital gülüş tasarımı**” adını verilen konsept ile diş tedavileri şu şekilde gerçekleşmektedir;

Hasta kliniğe geldiğinde, kendisinin fotoğraf ve gerekirse video kayıtları alınmaktadır.

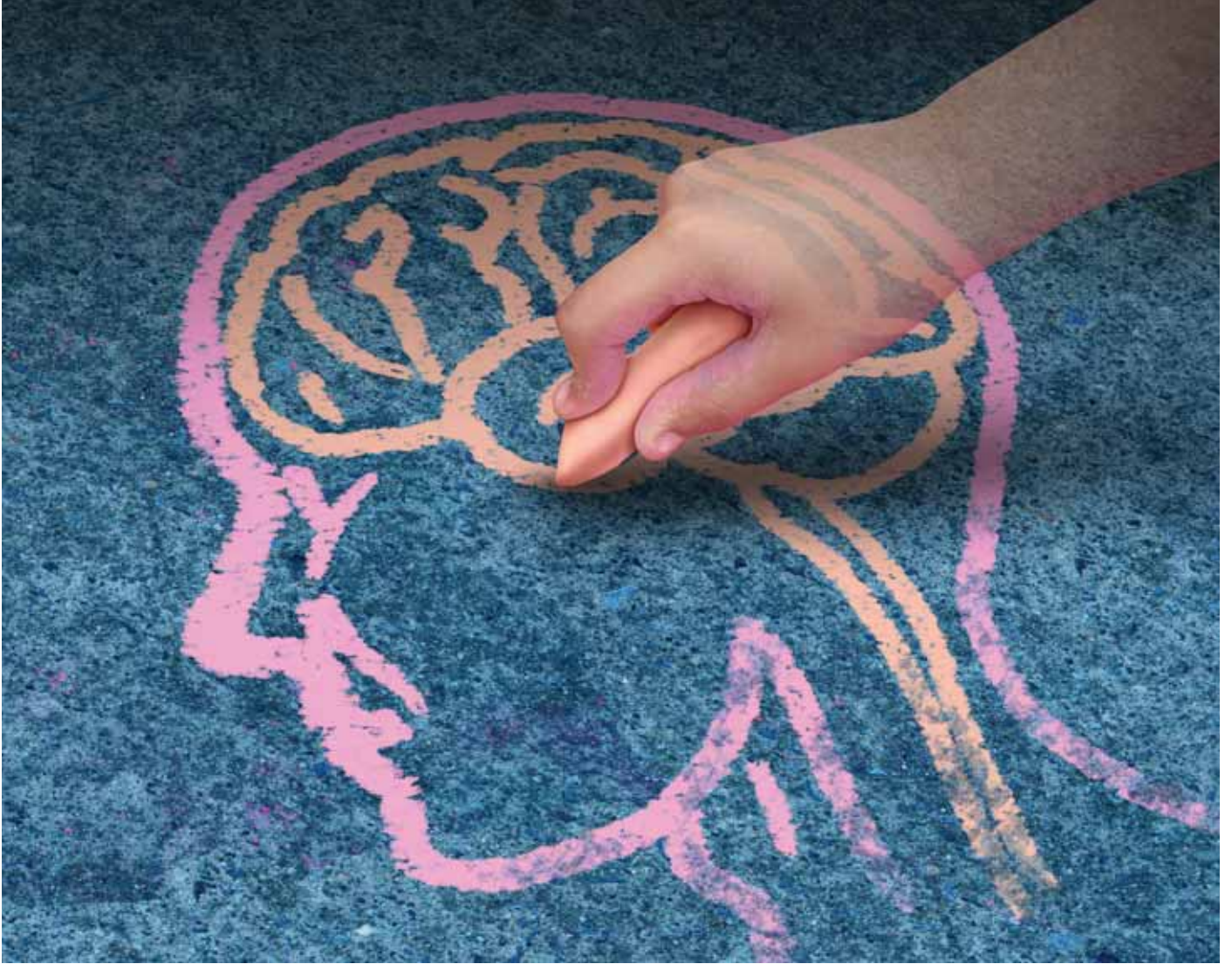
Hasta ikinci seansa gelinceye kadar hekim tarafından bilgisayar üzerinde hastaya en uygun diş dizaynları tasarlanmaktadır. Ardından bu diş dizaynlarına uygun geçici dişler laboratuvarımızda üretilmektedir.

Hastamız ikinci seans için geldiğinde, kendisine özel olarak hazırlanmış yeni diş ve gülüş dizaynını görebileceği geçici dişleri, kendi orjinal dişleri üzerinde herhangi bir işlem yapılmadan takılır.

Geçici dişleri ile yapılan fotoğraf çekiminin ardından, hastaya eski ve yeni hali gösterilerek, tedaviye başlamadan önce hastanın kafasındaki tüm soruların ortadan kalkması ve hastanın istekleri doğrultusunda tedavinin şekillenmesi sağlanmış olur ▶



ÇOCUKLARDA TİK BOZUKLUKLARI



Ses çıkarmaya yardımcı olan kaslardaki tiklere **vokal**, diğer kaslarda oluşan tiklere **motor tikler** denilmektedir. Motor tikler **göz kırpma, dudak ve burun oynatma, kol kaldırma, baş ve omuz silkme** gibi basit hareketler olabileceği gibi, birçok istemsiz hareketin aynı anda ortaya çıktığı **komplike tikler de** olabilir. Vokal tiklerden bazıları **basit boğaz temizleme, öksürme sesinden karmaşık sesler çıkarmaya, küfretmeye, karşısındakinin sözlerini**

tekrarlamaya kadar değişkenlik gösterebilir. Erkeklerde kızlara oranla daha sık görülmekte olan tikler, yakın akrabalarında bu bozukluk olan çocuklarda daha sık ortaya çıkmaktadır.

TİKLER NEDEN OLUŞUR?

Geçici tiklerin oluş mekanizmalarında daha çok çevresel etkenler ve stresli yaşam olayları suçlanırken, kronik motor tik ve **Tourette sendromunda** genetik (Kalıtsal),

nörobiyolojik, nörokimyasal ve çevresel faktörlerin rol oynadığı düşünülmektedir. Son araştırmalar sinir sisteminin yapısında yer alan bazı kimyasal maddelerin metabolizmasındaki bozuklukların etken olduğundan bahsetmekte, kullanılan ilaçlardan elde edilen olumlu yanıtlar da bu görüşü desteklemektedir.

Tikler gün içinde artma ve azalmalarla seyreder. Stresli yaşam olaylarıyla tiklerde artma görülür. Tikler kısa süreliğine de olsa



istekle durdurulabilir. Uykuda belirgin derecede azalır ya da kaybolur.

Psikiyatri sınıflama sistemi (DSM 5) tik bozukluklarını dört gruba ayırmakta:

Geçici tik: Bir yıldan kısa süre görülen motor ve/veya vokal tiktir.

Kronik motor tik: Bir yıldan uzun süren motor tiktir.

Kronik vokal tik: Bir yıldan uzun süren vokal tiktir.

Tourette sendromu: Tanımlanmış en özel ve ağır tik bozukluğudur.

TOURETTE SENDROMUNDA MOTOR YA DA VOKAL TİKLER GÖRÜLEBİLMEKTE

Erken çocukluk döneminde göz kırpması, baş silkme gibi geçici basit motor tiklerle başlayabilir. 1-2 yıl içinde vokal tikler de tabloya eklenir. Saçını koluyla tekrarlayıcı biçimde geriye atma, geniz-boğaz temizleme, dil şaklatma, viyaklama-miyavlama tarzında sesler çıkarma, omuz silkme (Omuzlarını yukarı-aşağı, ileri-geri oynatma), başı öne-arkaya-sağa-sola sallama, burun

Hastalık esnasında tek ya da birden çok motor tik olabileceği gibi motor ve vokal tikler aynı anda da görülebilir.

çekme ve öksürme gibi farklı motor ya da vokal tikler Tourette sendromunda sıklıkla gözlenir. Ekolali dediğimiz, karşıdakinin çıkardığı ses ve sözcükleri aynen tekrarlama, koprolali dediğimiz, küfür ve müstahcen sözlerin yüksek sesle ve patlayıcı tarzda istemsiz biçimde ağızdan çıkması durumu da Tourette sendromunda görülebilmektedir.

HASTALIK ÇEŞİTLİ DÜZEYLERDE OLABİLİR

Hastalık fark edilmeyecek kadar hafif seyredebileceği gibi çok ileri düzeyde yorucu ve korkutucu psikiyatrik klinik tablolar da gösterebilir. Yetişkinliğe doğru klinikte gerilemeler söz konusu olabilmektedir. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk ve davranışsal ve duygusal sorunlar (Çabuk sinirlenme, hiddetlenme, tahammülsüzlük vb.), ani ve rahatsız edici davranışlar, dokunma ve koklama benzeri tekrarlayıcı eylemlerle birbiri içine geçmiş psikiyatrik görünüm sergileyebilirler.

TİK BOZUKLUKLARI KLİNİK OLARAK GENELLİKLE İYİ SEYİRLİDİR

Tikler genelde ergenlik sonrası yok olur. Aile ve çevre desteğinin az olması, madde kullanımı ve eşlik eden diğer psikiyatrik bozuklukların varlığı hastalığın gidişini olumsuz yönde etkiler. Aile çocuğunda tik düşündüren hareketler fark ettiğinde mutlaka bir hekime başvurmalıdır. Tik bozukluklarının tedavisinde, süreklilik tedavinin başarısı açısından birinci derecede önemlidir. Eğitim, destekleyici psikoterapiler ve ilaç tedavileri tik bozuklukları tedavisinde olguya göre uygulanır. Tedavide çocuğun ailesinin bilgilendirilmesi, bunun bir hastalık olduğu, istem dışı olduğu ve denetiminin mümkün olmadığı anlatılmalıdır.

CEZALANDIRMA TİKLERİ TETİKLEMEKTE

Yapılacak uyarıların, cezalandırmaların tiklerde artışa neden olacağı da söylenmelidir. Öğretmenlerinin bilgilendirilmesi, çocuğun okulda desteklenmesi önemli bir noktadır. İlaç tedavisi her zaman gerekli olmayabilir. Ancak okul, ev, iş ve sosyal yaşamın etkilendiği, yaşam kalitesinin bozulduğu gözleniyorsa ilaç tedavisine başlanması uygun olur. İlaç tedavisi çocuk ve ergen psikiyatristleri tarafından dikkatlice seçilip, kontrol altında sürdürülmelidir. ▶



RUHSAL HASTALIĞI OLANLAR TOPLUMDAN DIŞLANIYOR

Dünya Psikiyatri Birliği'nin şizofreni nedeniyle damgalanma ve ayrımcılıkla küresel savaş kampanyası kapsamında toplumun şizofreni hastalarına yaklaşımını incelediği ankette, ruhsal hastaların soyutlandığı sonucuna ulaşıldı.



Damgalama, kişinin içinde yaşadığı toplumun “normal” saydığı ölçülerin dışında sayılması nedeniyle, toplumu oluşturan diğer bireyler tarafından, kişinin saygınlığını azaltıcı atıfta bulunulmasıdır. Damgalama ile damgalanan kişi ya da grubun farklı olduğu vurgulanır ve bu farklılık nedeniyle de damgalanmış kişilere birçok olumsuz özellik atfedilir. Damgalama toplum tarafından geçmişten günümüze önemli hastalığı olan kişilere uygulansa da,

diğer hastalıklardan farklı olarak, ruhsal bozuklukların tümünü kapsamaktadır.

ŞİZOFRENLER TOPLUMDA İSTENMİYOR

Dünya Psikiyatri Birliği'nin şizofreni nedeniyle ortaya çıkan damgalanma ve ayrımcılıkla küresel mücadelesi doğrultusunda yapılan ankette, katılımcıların %20'si şizofren biriyle arkadaşlığını sürdüremeyeceğini, %50'si aynı odayı paylaşamayacağı-

nı, %75'i evlenmeyeceğini belirtmiştir.

DAMGALAMAYA MARUZ KALAN HASTALIKLARDAN BİRİ DE BİPOLAR BOZUKLUK

Ruhsal hastalıklara yönelik damgalanan diğer hastalık kümeleri ise **anksiyete bozuklukları** ve **alkol ve madde kullanım bozukluklarıdır**. Ruhsal hastalığı olanların damgalanması, kökeni tarihin derinliklerinde saklı olan, insanlık tarihinin güçsüzlük ve bilgisizlik



Ruhsal hastalığa yönelik damgalamanın nedenleri bireysel, toplumsal ve politik olabilmektedir.

BİREYLER DAMGALANMAKTAN KORKUYOR

Yakın zamanda yapılmış bir çalışmada depresyon tanısı almış tıp fakültesi öğrencileri arasında sadece **%22'lik** bir kısmın psikiyatrik danışmanlık aldığı gösterilmiştir. Öğrencilerin **%30'u** danışmanlık talep etmemelerine gerekçe olarak damgalanma kaygısını belirtmişlerdir. Öğrencilerin **%24'ü** için ise güvensiz hissetme ve kayıt altına alınma kaygısı temel sebep olarak bildirilmiştir.

Ruhsal hastalığa yönelik damgalamayı oluşturan etkenler:

- Yaş, cinsiyet, eğitim
- Meslek, medeni durum
- Sosyal sınıf, kültür
- Dini inançlar
- Hastalık konusunda bilgisizlik
- Ruhsal hasta etiketi

Yapılan uluslararası araştırmalarda ruhsal hastalıklara yönelik gençlere verilen bilgilendirme eğitimlerinin tutumları olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir. Damgalama konusunun, öğrenci kitaplarına entegre edilmesi sorunun çözümüne yardımcı olacaktır. ▶



dönemlerinde, bu belirtilerin açıklanamadığı ve korkuya kapıldığı zamanları kapsar. Kontrol dışılığına bağlı korku, hastaların dışlanmasına neden olmuştur.

DAMGALANAN BİREYLER DURUMU İÇSELLEŞTİREBİLİYOR

Toplumun diğer bireyleri gibi, ruhsal hastalığı olanlar da toplumdaki kalıp yargılarla karşı karşıya kalmaktadır. Bu bireyler bir kez kendileri ya da başkaları tarafından **“akıl hastası”** olarak etiketlendiklerinde, istemeyerek de olsa kendilerini bu grubun bir üyesi olarak görürler. Damgalanmanın içselleştirilmesiyle

birlikte bu olumsuz kalıp yargılar, kendileri için de geçerli **“gerçekler”** haline gelir ve kişide utanç duygusuna yol açar. Ailelerin üzerindeki damganın daha büyük ve ağır olduğu açıktır. Bir yandan çocuklarının, kardeşlerinin hastalığından kendilerini sorumlu tutmakta suçluluk duymaktadırlar.

Özellikle ruhsal sorunlu bireye karşı hissedilen korkunun, damgalamaya neden olan en büyük faktör olduğu belirtilmektedir. Bu hastalar toplum tarafından; **tehlikeli, dengeleri tamamen bozuk, ne zaman ne yapacakları belli olmayan, çevresindekilere zarar veren ve iletişim sorunu olan** kişiler olarak düşünülmektedir.



YETİŞKİNLERDE DEMİR EKSİKLİĞİ ANEMİSİ

Vücut yeterli demire sahip olmadığında, depoladığı demiri kullanmaya başlar. Bu da kısa süre sonra, vücutta depolanmış demirin tükenmesine, eritropoezi azalması sonucu ise demir eksikliği anemisine neden olur.

Kanda bulunan kırmızı kan hücrelerinin yapısında, oksijenin taşınmasını ve bu hücrelerin kırmızı olmasını sağlayan **hemoglobin** bulunur. Demir bu proteinin en önemli yapı taşıdır. Vücudun kendi demirini tüketmesi üzerine ortaya çıkan demir eksikliği anemisinin düzeyi ne olursa olsun nedeni mutlaka araştırılmalıdır.

KAN KAYBI DEMİR EKSİKLİĞİ ANEMİSİNE NEDEN OLABİLİR

Hastalarda **gastrointestinal sistemden** (Mide bağırsak kanalı) kanama tüm nedenlerin **1/3'ünü** oluşturur. Kanayan bir ülser, bağırsak

polipi ya da kalın bağırsak kanseri kan kaybına yol açabilir. Aspirinin veya steroid olmayan iltihap önleyiciler gibi diğer ağrı kesicilerin düzenli kullanımı, idrar yollarında kanama, ağır yaralanmalar, cerrahi operasyonlardan veya sık kan alımlarından kaynaklanan kan kayıpları da demir eksikliği anemisine neden olabilir.

Bazen beslenmede yeteri kadar demir olsada ince bağırsaklarda tam olarak emilemeyebilir. Bu geçirilmiş bir bağırsak ameliyatına veya **Chron hastalığı, Çölyak hastalığı** gibi bağırsak hastalıklarına bağlı olabilir. Midedeki asidi azaltan ilaçlar da demir emilimini bozabilir.

Demir eksikliği anemisi riski taşıyanlar:

- Bebekler, küçük çocuklar, kadınlar ve iç organlarında kanama olan yetişkinler demir eksikliği anemisi açısından en yüksek riske sahiptirler.
- Kadınlar da **aylık menstruasyon** (adet) kanamaları sırasında gerçekleşen kan kaybından dolayı demir eksikliği anemisi açısından daha fazla risk altındadırlar. Çocuk doğurma yaşındaki yaklaşık beş kadından birinde demir eksikliği anemisi vardır.
- Kalın bağırsak kanseri ve kanamalı mide ülseri gibi bazı durumlar kan kaybına neden olabilir.



Demir eksikliği anemisi bulunan kişilerde buz, kireç, kül ve boya gibi yiyecek olmayan maddeleri yeme isteği olabilir.



• Aspirin gibi belli bazı ilaçlar da iç kanamaya sebep olabilir. Böbrek diyalizine giren kişilerde demir eksikliği anemisi oluşabilir. Bunun nedeni diyaliz sırasında kan kaybının oluşmasıdır.

• Böbrekler alyuvar yapımı için gerekli olan hormondan yeteri kadar üretememektedir. Bazı beslenme şekilleri ya da alışkanlıkları demir eksikliği anemisi açısından yüksek risk grubuna sokabilir.

DEMİR EKSİKLİĞİ ANEMİSİNİN BULGU VE BELİRTİLERİ ÇOK DEĞİŞKEN OLABİLİR

Hafif-orta ağırlıktaki demir eksikliği anemisi hiçbir bulgu ve belirti vermeyebilir. Demir eksikliği anemisi **halsizlik, kendini yorgun ve bitkin hissetme, çabuk yorulma, konsantrasyon güçlüğü, nefes darlığı, özellikle ayağa kalkıldığında baş dönmesi, baş ağrısı, göğüs ağrısı, deride diş etlerinde ve tırnaklarda soluklaşma** ve diğer belirtilere neden olabilir.

Demir eksikliği anemisinin bazı bulgu ve belirtileri, duruma yol açan nedenlerle ilgilidir. Örneğin, bağırsak kanaması dışkıda parlak taze kan bulunmasına ya da dışkının siyah, kahve telvesi görünümünde olmasına neden olabilir.

Bir kadında menstruasyon (adet) kanamasının çok fazla olması, uzun sürmesi veya başka nedenlerle vajenden kanama olması demir eksikliği anemisi bulgusu olabilir.

DEMİR EKSİKLİĞİ ANEMİSİNDE TANI

Demir eksikliği anemisi tanısı tıbbi ve ailelel öykü, muayene bulguları ile yapılan tahlil ve tetkikler sonucu konulur. Hafif-orta ağırlıktaki demir eksikliği anemisi hiçbir bulgu ve belirti vermeyeceğinden bazen tarama testlerinden sonra veya başka sorunları araştırırken bu durumu ortaya çıkarana dek kişinin haberi olmayabilir.

Fizik muayenede tanı: Demir eksikliği anemisini saptamak için sistemik muayene şarttır. Tansiyon ve nabız kontrol edildikten sonra, solukluk veya sararma olup olmadığını görmek için cilt, diş etleri ve tırnaklar kontrol edilir.

Hızlı veya düzensiz kalp atışı olup olmadığını anlamak için kardiyak muayene, karaciğer ve dalağın büyüklüğünü kontrol etmek için karın muayenesi, iç kanama olup olmadığını anlamak için vajinal veya rektal muayene yapılabilir.

TANI VE TEST İŞLEMLERİ

Genellikle, anemi tanısında ilk yapılacak test tam kan sayımıdır (CBC/hemogram olarak da adlandırılır). Hemogramda aneminin olduğu kesinleşirse bu duruma yol açan nedenleri araştırmak, şiddetini değerlendirmek ve en iyi tedavi yolunu bulmak için başka testlere de gereksinim duyulabilir. Kemik iliğinin doğru hızda alyuvar

üretip üretmediğini gösteren retikülosit, alyuvarların ve diğer hücrelerin mikroskop altında incelenmesi anlamına gelen periferik yayma, demir düzeyi demir deposu ferritin, demirin kanda taşınmasını sağlayan transferinin ne kadarının demir taşıdığını gösteren demir bağlama kapasitesi ilk etapta istenecek testlerdendir.

Kişinin öykü ve fizik muayenesi sonucu gerekirse başka hormon testleri, sindirim ve genitoüriner sistemden kan kayıplarını gösterecek testlerde (Tam idrar tetkiki dışında gizli kan gibi.) ilave olarak bakılabilir ve bunların sonuçlarına görede ilave incelemeler yapılabilir.

DEMİR EKSİKLİĞİ ANEMİSİ TEDAVİSİ

Demir eksikliği anemisi tedavisi altta yatan nedene ve durumun ağırlığına göre değişir. Tedavi yöntemleri arasında beslenme tarzı değişiklikleri, takviyeler, ilaçlar ve cerrahi girişim bulunabilir.

Ağır demir eksikliği anemisi hastanede yatarak tedavi gerektirebilir, kan nakli, demir enjeksiyonları veya damardan demir tedavisi uygulanması gerekebilir. Demir eksikliği anemisinde tedavinin amaçları altta yatan nedeni iyileştirmek ve alyuvar, hemoglobin ile demir düzeylerini normale getirmektir.▶



ADIM ADIM LIPOSUCTION

Yazın daha formda görünmek isteyenler egzersizlerini daha disiplinli bir şekilde yapmaya başladılar. Siz de tüm diyet ve egzersiz çabalarınıza rağmen bazı bölgelerinizdeki yağların gitmediğini fark ediyorsanız **liposuction** işlemi yaptırabilirsiniz.

LIPOSUCTION NEDİR?

Liposuction, **lipoplasti** ve **body contouring** olarak da bilinir. Deri altındaki yağın negatif basınçla vücuttan uzaklaştırılması yöntemidir. Liposuction vücudun belirli bölgelerini inceltir ve yeniden şekil verir. Vücut kontur ve oranlarını iyileştirir. Bu da kişinin vücut algısını olumlu olarak etkiler. En sık kullanıldığı bölgeler; **kalça, uyluk, karın, bel bölgesi, diz içleri, sırt** ve **çene altı** olarak sayılabilir. Uygun hastalarda başka anatomik bölgelerde de kullanılabilir. Tek başına uygulanabildiği gibi, başka plastik cerrahi işlemleriyle birlikte de kullanılabilir. Örneğin karın germe ameliyatıyla birlikte sıklıkla uygulanmaktadır.

LIPOSUCTION ÖNCESİ GENEL SAĞLIK DURUMU

Bu işlem kozmetik amaçlı olsa da, cerrahi bir işlem olduğu unutulmamalıdır. Bu nedenle, liposuctiondan önce, hasta genel sağlık durumu açısından plastik cerrahi uzmanı tarafından değerlendirilmelidir. Sistemik hastalığı olan kişiler genellikle ilgili branş doktorları tarafından değerlendirilir ve operasyona buna göre karar verilir. Örneğin tiroit bezi hastalığı olan bir hasta, ameliyat öncesi ilgili branş uzman tarafından değerlendirilir, tiroit hormon seviyeleri normal sınırlara getirilir ve daha sonra opere edilir. Bir diğer önemli konu da hastanın sigara alışkanlığının olup olmadığıdır.

Genel anestezi uygulanacaksa, anestezi ile ilgili komplikasyonlar da sigara içenlerde daha sık görülmektedir. Bu nedenlerden dolayı, liposuction yaptırmayı planlayan bir kişi ameliyattan önce, mümkün olduğu en uzun süre sigarayı bırakmalı ve ameliyattan sonra da bunu devam ettirmeye çalışmalıdır.

BÖLGESEL DEĞERLENDİRME

Liposuction yaptırmayı planlayan kişi genel sağlık durumu açısından değerlendirildikten sonra, liposuctiondan önce kişinin stabil bir kiloya sahip olup olmadığına bakılmalıdır. İşlem öncesi kilo almaya veya vermeye devam eden hastaların sabit bir kiloya gelmeleri beklenir.

Daha sonra hastanın bölgesel özellikle deri sıkılığı, elastikiyeti ve hastanın beklentileri değerlendirilir. Eğer kişi bu yönlerden liposuction için uygun aday olarak kabul edildiyse, işlemin nasıl yapılacağı planlanmaktadır.

GENEL VEYA LOKAL ANESTEZİ ALTINDA OLABİLİR

Liposuction genel veya lokal anestezi ve sedoanaljezi altında yapılabilir. Çok geniş alanlara işlem yapılmayacaksa ve başka plastik cerrahi işlemleriyle birleştirilmeyecekse, genellikle lokal anestezi altında ve



Liposuction ile ilgili bilinmesi gereken en önemli noktalardan biri bu ameliyatın bir zayıflama ameliyatı olmadığıdır.



İşlem sırasında kendisi pozisyon değiştirebilmekte, işlemin daha hızlı ilerlemesine yardımcı olmaktadır. Ayrıca, işlem sonrası hızlı bir şekilde derlenmekte ve erken hastaneden çıkabilmektedir. Hasta bu yöntemin seçilmesini istemiyorsa veya işlem sırasında uyum gösteremiyorsa, rahatlıkla genel anestezi altında da liposuction yapılabilir.

LIPOSUCTION İŞLEMİ NASIL YAPILIR?

Liposuction işlemine 2 mm. uzunluğundaki minik kesiler ile başlanır. Bu kesiler yapılmadan önce o bölge derisi az miktarda lokal anestetik ile uyuşturulur.

Liposuction yapılacak her bölgeye bir veya iki adet kesi yapılması yeterlidir. Kesiler yapıldıktan sonra, içinde lokal anestetik ve kanamayı azaltacak ilaçlar içeren bir serum, ince kanüller (İnce içi boş tüpler) aracılığı ile liposuction yapılacak bölgeye verilir. Böylece, işlem yapılan bölgede lokal anestezi sağlanması yanında, kanama miktarı da minimuma indirilmiş olur ve daha geniş alanlar sorunsuz bir şekilde şekillendirilebilir. Bu yöntemin bir diğer avantajı lokal anestezinin süresinin uzun olmasıdır.

Sıvı verildikten sonra yapılan işlem,

önceden cerrahi işaretleme kalemiyle yapılan çizimlere uygun olarak yağ dokusunun uzaklaştırılmasına başlanmasıdır. Bu işlem için ucu künt mikrokannüller kullanılmaktadır. 2-3 milimetre çaplı olan içi boş tüpler minimum travmaya neden olacak şekilde tasarlanmışlardır. Liposuction işleminde kullanılmak üzere özel olarak tasarlanmış bir vakum cihazına bağlı olan kanüller, ile-ri geri yavaş bir şekilde hareket ettirilirler. Böylece, yağ dokusu kansız bir şekilde kanülden toplama kabına doğru çekilir. Plastik cerrah bu sırada aldığı yağın, ne kadar saf olduğunu ve miktarını görebilir. Bu sayede, ne kadar daha almasına kolayca karar verebilir. Eğer gerek görülürse başka bir noktadan, aynı bölgeye çapraz olarak liposuction yapılır.

İşlem sonlandırılmadan önce simetri ve çöküntülerle, kabarık alanlar kontrol edilir. Yüzey düzensizlikleri mikrokannül kullanımı ve tumescent yöntemle minimum seviyede tutulabilmektedir. Son şekil verildikten sonra başka bir bölgeye geçilir veya işleme son verilir. İşlem öncesi yapılan minik kesilere dikiş yapılmasına genellikle gerek yoktur. Bu kesiler rahatlıkla sorunsuz iyileşir. Dikiş yapılmamasının bir avantajı da içerde kalan sıvıların kolayca dışarıya boşalmasıdır. Bu

sedoanaljezi desteğiyle rahatlıkla yapılabilir. Lokal anestezi ve sedoanaljezi altında yapıldığında hastaya lokal anestezi uygulanmakta ve anestezi uzmanı tarafından rahatlatıcı, ağrı giderici ilaçlar verilmektedir. Hasta için konforlu olan bu yöntemde hasta işlem sırasında verilen komutlara uyabilmekte, sorulara cevap verebilmektedir.



Hastaların liposuction sonrası kurtuldukları yağlar aynı bölgede yeniden birikir mi?

Vücudumuzda yağ, adiposit denilen yağ hücreleri içinde depolanmaktadır. Obezler haricindeki bireylerde ergenlik dönemi sonrası bu hücrelerinin sayısının artmayacağı kabul edilmektedir. Liposuction yapıldığı zaman, vücuttan sadece yağ değil, adipositler yağla birlikte uzaklaştırılmaktadır. Bu nedenle vücudun yağ depolayacak hücre sayısında bir azalma olmaktadır. Fazla kilo alımları olmadığı sürece vücut konturundaki düzelme kalıcı olacaktır. Unutulmaması gereken konu, aşırı kalori alımlarında vücut fazla yağı adiposit hücrelerinin hacmini artırarak depolar. Morbid obezlerde ise yeni adipositler oluşabilir.

Liposuction öncesi kilosuna yakın ağırlıkta kalan hastalarda liposuctionla elde edilen sonucun kalıcı olacağı beklenmektedir. Sonuç olarak, doğru hastaya doğru uygulanan liposuction hastanın beklentisini karşılayabilmektedir.

da şişlik ve morlukların daha az olmasına yardımcı olur.

İşlemden sonra pansumanla minik insizyonların üstü kapatılır. Ardından, liposuction bölgelerine belli bir basınç sağlayacak korse giydirilir ve hastanın istirahat etmesi için yatağına alınır. Kullanılan lokal aneste-

zi yöntemi sayesinde genellikle işlem sonrası ağrı kesiciye ihtiyaç olmaz ya da çok az olur. Genel anestezi almayan hastalar genellikle aynı gün evlerine gidebilirler. Liposuction işlemi çoğunlukla kolay bir işlem olsa da, diğer cerrahi işlemlerde olduğu gibi, kanama, enfeksiyon gibi komplikasyo-



**Sigara kullanımı
yara iyileşmesini
geciktirip enfeksi-
yona eğilimi ar-
tırabilir, iyileşme
sürecinin daha
yavaş ilerlemesi-
ne neden olabilir.**

nu olabileceğini unutmamalıdır. Ancak bu komplikasyonlar nadiren görülmektedir.

LIPOSUCTION SONRASI SÜREÇ

- Liposuction sonrası en erken zamanda hastaların ayağa kalkmaları istenir ve kısa yürüyüş yapmalarına izin verilir.

- 48 saat sonra genellikle duş alabilirler. İlk iki hafta işlem yapılmış bölgenin aktivitesinin minimal seviyede tutulması önerilir ve sportif egzersizlere dört haftadan önce başlanması önerilmez.

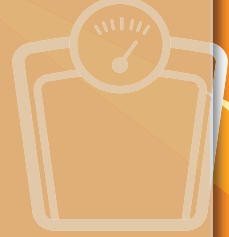
- Korse 4-6 hafta kadar kullanılır. Bu süre, hastadan hastaya ve liposuction yapılan bölgeye göre değişebilir.

- İşlem sonrası erken dönemde vücut son halini almayacaktır. Şişlikler haftalar içinde inmeye devam edecek ve yağ hücrelerinin işlem bölgesinden vücudun savunma mekanizmaları tarafından uzaklaştırılmaya devam etmesiyle vücut şekillenmeye devam edecektir.

- Genellikle 4-6 haftadan sonra az miktarda değişiklik meydana gelecektir. İşlem sonrası güneşten korunmak önemlidir. Bu amaçla hastalara güneş koruyucuları düzenli kullanmaları önerilir. ▶



Yaza Merhaba... Fazlalıklara Elveda!



- Birinci altın kural: Değişmeye karar verin. Sonuç iyi değilse bir şeylerin değişmesi gerekiyor demektir ve bu yazıyı okuyorsanız sonuç iyi değil demektir.
- Öğün atlamayın, aksine öğün sayınızı artırın. Öğünlerinizi azar azar, sık sık tüketmek kilo vermenin en önemli şartıdır.
- Acelecilik sağlığı bozar, yemeklerinizi iyice çiğnenerek yavaşça yiyin.
- Porsiyonlarınızı küçültün. Büyüyen porsiyonlar iştahınızı da kabartır.
- Sofrada iştah açıcı turşu, garnitür gibi çeşitler bulundurmayın.
- Televizyon başında oturma süresini azaltın.
- Yemek saatlerinde televizyonunuzu kapatın. Yemek yerken televizyon seyretmek, daha fazla yemenize sebep olur.
- Çiğ beslenmek sağlıklıdır. Yemeklerinizin yanında bol söğüş sebze tüketin, hem kalorisi çok az hem de tok tutucudur.
- Kızartmalardan kaçının, yerine ızgara, haşlama, buğulama yöntemlerini tercih edin.
- Kolesterol probleminiz yoksa 1 adet yumurtayı kahvaltınızdan eksik etmeyin, yumurta iştah yönetimi üzerinde olumlu etkiye sahiptir.
- Günde 2 fincan yeşil çay içerek metabolizmanızın hızına hız katın.
- En sağlıklı 3 beyazı yarım yağlı tercih edin; peynir süt ve yoğurt.
- Çikolata, gofret, cips, kola gibi besleyici değeri olmayan ve bol kalori içeren yiyeceklerden uzak durun.
- Öğün aralarında kalorili abur cuburlar yerine meyve, tam tahıllı ürünler, kuru yemiş ya da yarım yağlı süt ürünlerini tercih edin.
- Sofranızda karbonhidrata yer verin, protein diyetlerinden uzak durun.
- Su tüketimini artırın, günde 2-3 litre su için.
- Stresten uzak durun. Stres ve yemek yeme birbiri ile yakından ilişkilidir.
- Günde en az 6 saatlik kaliteli uykuya özen gösterin. Düzensiz uyku, metabolizmayı olumsuz yönde etkiler.
- Haftada en az 150 dakika yürüyün. Düzenli yürüyüş hem metabolizmanızı hızlandırır hem de sizi stresten uzak tutar.



GÜL HASTALIĞI

Yüzde yaygın kızarıklık şikayetinin en sık nedenlerinden biri “rozasea hastalığı”dır. Sıklıkla açık renk deri tipine sahip bireylerde görülür. Gül hastalığı diye de bilinen hastalık, hayati tehlike oluşturmasa da hastaları psikolojik olarak olumsuz etkilemektedir.

Kadınlar erkeklere göre daha fazla etkilenmekte, ancak erkeklerde genellikle daha şiddetli seyretmektedir. Hastalığın en sık görüldüğü dönem 40-50 yaşlar arası olup 20 yaşın altında çok nadir izlenir. Hayatı tehdit eden bir hastalık olmamakla birlikte yüzde kızarıklık ve yanma hissine neden olmakta ve hafif ataklarla başlayıp, zamanla kalıcı hale gelmektedir. Yüzde görülmesinin psikolojik etkisi ile kendine güvende azalma, utanç hissi ve sosyal ilişkilerinde azalma gibi yaşam kalitesini olumsuz etkileyen sonuçlara neden olmaktadır.

GENETİK YATKINLIKTAN OLUŞTUĞU TAHMİN EDİLİYOR

Rozaseanın etyolojisi henüz netlik kazanmamıştır. Genetik yatkınlık mevcut olup, hastaların %30-40'ında rozasealı bir akraba varlığı söz konusudur. Demodex folliculorum maytına karşı gecikmiş bir aşırı hassasiyetten şüphe edilmektedir. Psikolojik stres hastalığın en önemli tetikleyici faktörlerindendir. Vasküler duyarlılığa bağlı olarak güneş ışınları, aşırı sıcak ve soğuk hava, alkol, baharatlar ve sıcak içecekler yüzdeki kılcıl damarlarda genişlemeye ve kızarıklık atak-

ları ile yüzde yanma hissine neden olmaktadır. Hormonal değişiklikler hamilelik, adet dönemleri ve menopoz sonrası dönemde şikayetlerin artmasına neden olabilmektedir.

ROZASEA HASTALIĞININ KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Rozasea klinik olarak yanaklar, burun, çene, alın gibi yüzün orta kısmını tutmaktadır. Rozasea yüzde kızarma ve yanma atakları ile başlamakta sonrasında kalıcı kızarıklık, kılcıl damarlanma artışı, deride ödem ve doku büyümelerine neden olmaktadır. Kliniği yavaş ilerleyen bir hastalık olup,



başlıca dört dönem izlenmektedir.

1. Dönem: Başlangıç dönemi olup kızarıklık ve yanma ataklarının sıklığı zamanla artış göstermektedir. Kozmetik bakım ürünleri, temizleyiciler ve hatta bazı güneş koruyuculara bile cildin toleransı azalmaktadır.

2. Dönem: Kızarmanın yüzün ortasında kalıcı olmaya başladığı dönem olup telenji-ektaziler (Kılcal damarlar) oluşmaya başlar.

3. Dönem: Yüzdeki kızarıklık kalıcı hale gelir, kılcal damarlar artar, yanaklarda hafif ödem ve sivilce benzeri iltihaplı kızarıklık kabarıklıklar gözlenir. Bu dönemde konjunktivit, göz kapağı iltihaplanması, kirpik diplerinde kızarıklık ve kepeklenme gibi göz tutulumu belirtileri de izlenebilir.

4. Dönem: Deri ve göz tutulumu daha da artmaktadır. Burun kanatlarında ve yanaklar ile çenede kılcal damarlar daha da genişler. Sebace bezlerin fibrosis ile büyümesi deride kabalaşmalara neden olur.

ROZASEA KLİNİK BELİRTİLERİNİ ARTIRAN FAKTÖRLER

Yiyecekler; karaciğer gibi sakatatlar, ekşi krema, çikolata, vanilya, soya, sirke,

patlıcan, portakal, mandalina, domates, acılı yiyecekler.

İçecekler; alkollü içeceklerden kırmızı şarap, bira, cin, votka ve şampanya, sıcak içecekler.

Kozmetikler; alkol ve parfüm içerenler bakım ürünleri, aseton.

Çevresel ısı değişimi; sauna, sıcak banyo.

Dış etkenler; güneş, rüzgar, soğuk.

İlaçlar; kortizon içerikli kremler, damar genişletici sistemik ilaçlar.

Sistemik durumlar; kronik öksürük, kabızlık.

Hormonal değişiklikler; hamilelik, adet dönemleri, menapoz sonrası egzersiz

Stres

ROZASEANIN TEDAVİSİ

Tedavide ilk basamak, artırıcı faktörlerin azaltılmasıdır. En önemlisi güneşten korunmadır. Stres, egzersiz, acılı yiyecekler ve alkol kullanımı kısıtlanmalıdır. Yüz, ılık su ile yıkanmalı, sıcak veya soğuk sudan kaçınılmalıdır. Hassas cilt yapısına uygun bir temizleyici ürün seçilerek, kurulamak için yumuşak bir havlu kullanılmalıdır. Aşırı yağlı ürünler ile alkol, mentol, nane, okaliptüs yağı gibi kurutucu içerikli ürünler ve parfümlü kozmetiklerden kaçınılmalıdır. Güneş koruyucu ürünler; hem UVA ve hem UVB ışınlarına karşı koruyucu olmalı, en az

30 faktör koruma düzeyinde ve kimyasal içermeyen, fiziksel güneş koruyucular tercih edilmelidir. Güneş koruyucular sadece yaz mevsiminde değil tüm yıl boyunca kullanılmalıdır. Güneşe çıkmadan 20 dakika önce sürülmeli ve 4 saat aralarla tekrarlanmalıdır.

TEDAVİ İÇİN;

Topikal ve sistemik antibiyotikler; tetrasiklin ve doksisisiklin grubu sistemik antibiyotikler ve tetrasiklin içerikli topikal antibiyotikler 12 haftaya kadar kullanılabilir.

Topikal metronidazol; %0.75-1 gel ve krem formları kullanılmaktadır.

Topikal sodyum sulfasetamid losyon; metronidazole oranla daha az tahriş yapması ile tercih edilir.

Topikal azelaik asit; özellikle iltihaplı şişlikler olduğunda etkilidir.

Topikal C vitamini; yüzdeki kızarıklık ve kılcal damar belirginliği için önerilir.

Sistemik isotretinoin; şiddetli formlar için tercih edilir.

Rozaseada kılcal damar ve yüzdeki kızarıklık için lazer tedavileri uygulanırken, rinofima gibi derideki kabalaşma için cerrahi, kriyoterapi veya lazer tedavileri uygulanmaktadır. ▶





YAZ AYLARINDA GÜNEŞE DİKKAT!



Yaklaşan yaz ile önümüzde güzel, eğlenceli, neşeli ve güneşli günler var. Fakat bu güzel günlerin tadının kaçmaması, hatta kabusa dönmemesi için önlemler alınmalı, ruh sağlığı, bağışıklık sistemi ve kemik sağlığı için hayati önem taşıyan güneşle ilişkilere dikkat edilmelidir.

GÜNEŞİN DERİDEKİ ETKİLERİ

Güneş ışınları hem hızlıca ortaya çıkan değişikliklere neden olur, hem de uzun dönemde ortaya çıkan birikici etkisi ile deride hasar yapar. Bunlar, hızlı ve güneşle temas

ile saatler ya da günler içinde ortaya çıkan **kızarıklık, deri renginde koyulaşma, güneş yanığı** gibi akut etkiler veya **deride yaşlanma, leke oluşumu, cilt kanseri gelişimi** gibi kronik etkiler olabilir.

GÜNEŞ KAYNAKLI KIZARIKLIKLARA DİKKAT

Fotosensitivite, yani güneşe duyarlılığı, güneş ışığına karşı gelişen immunolojik temelleri olan bir grup deri reaksiyonunu ifade eder. Özellikle güneş ışınlarının yoğun olduğu yaz aylarında ortaya çıkan **ciltte kızarma,**

kabarma, kaşıntı gibi şikayetlerin arkasında basit bir güneş alerjisinden başka pek çok neden olabilir. Güneşe bağlı deri lezyonları, bazı ilaçlar ve kimyasal maddelerle temas üzerine eklenen güneş maruziyeti ile ortaya çıkabilir veya bazen sistemik hastalıkların bileşeni olabilir. Ağız yoluyla alındıktan (ilaç ya da gıda olarak) ya da deriye uygulandıktan sonra güneşe maruz kalma ile deri reaksiyonlarına neden olan çok sayıda madde bilinmektedir. Bu reaksiyonlar **fototoksisite** ve **fotoalerji** olarak ayrılır.

Fototoksik reaksiyon: Sık rastlanan, ba-



Deri hastalığı olan kişi hastalığının güneşten nasıl etkileneceğini doktoruna sormalıdır. Tüm bu güneşle tetiklenen deri hastalıklarında mutlaka ışıktan korunma gerekir.

ışıklık sisteminden bağımsız, daha ilacın ilk alımında ortaya çıkabilen bir tablodur. Fototoksitede, güneşe maruz kalma ile ışık emici bileşikler doğrudan serbest radikaller ve inflamatuvar mediatör denilen maddelerin oluşumuna neden olarak doku hasarı oluşur. Bu doku hasarı, ağrı ve kızarıklık şeklinde saatler içinde ortaya çıkan tablo şiddetli bir güneş yanığına benzer. Bu reaksiyon son derece değişken olmasına rağmen, daha önce alerjene maruz kalma gerektirmez ve herhangi bir kişide görülebilir.

FOTOTOKSİK REAKSİYONLAR GÜNEŞLE SINIRLI KALMAYABİLİR

Fototoksik reaksiyonların tipik nedenleri topikal (Örneğin; parfüm, kömür katranı ve bergamut, kereviz, maydanoz gibi bitkiler ile bunların kullanıldığı kozmetikler) veya ilaçlar (Bazı antibiyotik, ağrı kesici ve idrar söktürücü ilaçlar) olabilir. Fototoksik reaksiyon sadece güneş gören alanlarda sı-

nırlı kalır ve kapalı alanlara yayılım göstermez. Bazen bu fototoksiteden tırnaklar da etkilenebilir ve tırnağın yatağından ayrılması bile görülebilir. Fototoksik reaksiyon iyileşirken bazen renk değişimi ya da leke bırakabilir.

Fotoalerjik reaksiyon: Bir çeşit bağışıklık yanıtıdır. Fototoksik reaksiyona göre daha nadir görülür ve güneşle temasta daha geç (24-72 saat) ortaya çıkar. Bir ilaç ya da kimyasal ajanda ışığın emilmesine bağlı olarak yapısal değişiklikler oluşur. Böylece normalde alerjik olmayan bir maddede doku proteinlerine bağlanıp bir alerjene dönüşür. Fotoalerjik reaksiyon aniden ortaya çıkmaz, mutlaka alerjene daha önceden maruziyet gereklidir. Fotoalerjik reaksiyonda kızarıklık ve kaşıntı ön planda olup, bazen kabarcıklar ve su toplama izlenebilir. Reaksiyon güneşe maruz kalmayan, kapalı deri bölgelerine dek yayılıp tüm vücudu etkiler hale gelebilir. Fotoalerjik reaksiyonların tipik nedenleri de tıraş sonrası losyonlar,

güneş kremleri ve sülfonamidlerdir.

GÜNEŞİN TETİKLEDİĞİ HASTALIKLARDA NE YAPMALIYIZ?

Hastanın detaylı özgeçmiş ve soygeçmiş öyküsü alınmalıdır. Güneşle temastan ne kadar süre sonra, vücudun hangi bölgelerinde döküntülerin oluştuğu ve eşlik eden diğer şikayetleri (Ağrı, acı, kaşıntı, yanma gibi) mutlaka dikkatle sorgulanmalıdır. Kullanıldığı ilaçlar, kozmetikler, ev-iş ortamı ve hobileri maruz kalabileceği fotosensitizan maddeler açısından gözönüne alınmalıdır.

Belli bir ultraviyole spektrumuna ait reaksiyonlar için fototest yapılabilir. Tedavide en önemli basamak tanı konulmasıdır. Sistemik bir hastalık ya da fotodermatoz durumunda hastalığa özgü tedavinin yanı sıra, gerekli güneşten koruyucu önlemler alınır. Bir ilaç ya da kimyasal fotoduyarlandırıcı tespit edilirse, ilaç kesilir veya bu maddeye maruziyeti önlenir. ▶



5 SORUDA GUT HASTALIĞI

Gut hastalığı nedir?

“Kralların Hastalığı” ya da “Hastalıkların Kralı” olarak bilinen **gut hastalığı**, belki de tarihçesi en eskilere dayanan hastalıktır. Uzun süreli ürik asit yüksekliğini izleyen, eklem ve dokularda monosodyum urat monohidrat kristallerinin birikmesi ile ortaya çıkan, yineleyen eklem iltihabı (Artrit) atakları ile karakterize konjenital veya edinilmiş bir grup hastalığın oluşturduğu tablodur.

Hipokrat, gutu; ayak baş parmağı, dirsek ya da diz tutulumuna dayanarak **Podagra** ya da **Gonagra** olarak adlandırmıştır. Gut terimi ise Latince “**gutta**” (Damla) kelimesinden türetilmiş olup, ilk olarak 13. yüzyılda kullanılmıştır.

Orta yaşlı erkeklerde daha sık görülüyor

Gut hastalığı genellikle orta yaş erkekleri etkileyen sıklıkla obezite, kan basıncı ve kolesterol yüksekliklerinin eşlik ettiği bir kristal hastalığıdır. Erişkin erkeklerde popülasyonunun %1-2’sini etkileyen bir iltihablı eklem hastalığıdır.

Son iki dekatta gut görülme sıklığında artış izlenmekte, yaşam tarzında oluşan değişimler nedeni olarak görülmektedir. **Et, deniz ürünleri, bira, likör, kan basıncı yüksekliği, obezite, diüretik** (İdrar söktürücü ilaç) kullanımı ürik asit yüksekliği ve gut hastalığı için risk faktörlerini oluşturmaktadır. Düşük doz aspirin kullanımı da ürik asit

atılımını azaltarak serum ürik asit düzeyini artırırken, yüksek doz aspirin ürik asit atılımını artırmaktadır.

Akut gut atağının özellikleri nelerdir?

En sık; birinci ayak baş parmağında ani gelişen ağrı, şişlik ve kızarıklık ile giden eklem iltihabı bulgusu görülür. İlk atak genellikle tek eklemi ilgilendirirken, sonraki ataklar birden çok eklemi tutabilir. En az omurgayı tutar. Genellikle atağı ortaya çıkaran bir neden vardır. Örneğin; ağır etli yemekler, açlık, travma, enfeksiyon, operasyon, ani kilo verme vb.

İlk atak sonrası **asemptomatik** (Sessiz)



Et ve balık tüketimi fazlalaştıkça gut hastalığı ihtimali de artar.

Gut hastasının kaçınması gereken faktörler nelerdir?

Travma, cerrahi, pürinden zengin diyet, ilaç kullanımı, alkol kullanımı ve damardan beslenme gibi nedenler gut atağını provoke edebilir. Gut atağı nadir olmayarak ürik asit düzeyi normal olan hastalarda da ortaya çıkabilir. Et ve balık tüketimi fazlalaştıkça gut atağı ihtimali de artar. Ayrıca süt ve süt ürünleri tüketimi arttıkça gut atağı riski azalmaktadır.

Gut tedavisinde güncel yaklaşım nedir?

Diyet: Hiperürisemisi veya gut artriti olan herkese pürinden fakir diyet ve bol sıvı alımı önerilir. Genel olarak hayvansal proteinler, özellikle sakatat ve deniz ürünleri tüketimi azaltılmalı, alkol alınmamalıdır. Gut için en riskli alkollü içecek bira, en az riskli alkollü içecek ise şaraptır. Süt ve süt ürünlerinin tüketimi gut atağı sıklığını azaltmaktadır. Kilo fazlası olan hastalar zayıflamalıdır. Ürik asiti yükseltebilecek ilaçların kullanımından kaçınılmalıdır.

İlaç tedavisi: Akut atakta steroid olmayan antienflamatuvar ilaçlar, kolşisin ve kortikosteroidler kullanılabilir. Atak geçtikten sonra koruyucu tedavi atak önlemek için verilmelidir. En tercih edilen ilaç kolşisindir. Günde 1-2 draje verilebilir. Ayrıca ürik asiti azaltıcı ilaç alması gereken hastalar vardır. Bunlar yılda ikiden fazla gut atağı olması, tofus varlığı, böbrekte ürik asit veya kalsiyum okzalat taşları, böbrek yetersizliği olan gut hastalarıdır. ■



döneme girilir. Bu dönem genellikle kan tahlillerinde serum ürik asit düzeylerinin artmış olmasıyla düşünülür. Serum hiperürisemi seviyesi olarak 6.8 mg/dl genelde kabul edilen sınırdır. Bir grup hastanın >3/4'ü hayatı boyunca asemptomatik olarak kalır. Gut hastalığı ortaya çıkıncaya kadar uzun süre (20 yıl kadar) hiperürisemili bir dönem geçirmektedir. Ürik asit yüksekliğinin derecesi ile gut atağının ortaya çıkma sıklığı arasında ilişki mevcuttur. Hiperürisemili hastaların 15 yıllık takibinde, yıllık gut atağı ortaya çıkması oranı, ürik asit düzeyi >9.0 mg/dl ise %4.9, ürik asit düzeyi <7.0mg/dl ise %0.1 bulunmuştur.

Benzer şekilde ürik asit atılımının miktarı ile böbrek taşı sıklığı arasında paralel-

lik bulunmaktadır. Böbrek taşlarının %10'u ürik asite bağlı ortaya çıkar. Sıcak iklim bölgelerinde bu oran %40'a kadar çıkmaktadır.

Gut tanısı nasıl konulmaktadır?

Pratikte en önemli unsur hastanın hikayesidir. Ayak baş parmağında ve/veya ayak bileğinde ani başlangıçlı, dokununca bile belirgin ağrılı olan kızarıklık, şişlik olması, günler içinde azalıp düzelmesi ve bu şekilde bir eklem iltihap atağını hastanın daha önce de geçirmiş olması tanı için önemlidir. Başka hastalıklardan ayırım için hikaye, eklem sıvısının kültürü ve eklem sıvısında kristal araştırması yapılmalıdır. Hastaların %70'inde eklem sıvısında ürik asit kristali görülebilmektedir.



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ HAYVAN HASTANESİ

Yakın Doğu Üniversitesi Hayvan Hastanesi, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nin ilk ve tek hayvan hastanesi olarak 15 Kasım 2014 tarihinde yapılan görkemli bir törenle hizmet vermeye başladı.



Ülkenin ilk ve tek, tam donanımlı ve uzman kadroya sahip hayvan hastanesi, ülkedeki hayvanların sağlığına çözüm bulmanın yanında ileride mesleki beceriye ve saygıya sahip veteriner hekimler yetiştirmek amaçları ile kurulup ve hizmet vermeye başladı.

Hayvan sağlığı ve öğrenci yetiştirme misyonlarının yanısıra günümüzde hayvanlardan insanlara geçerek, ciddi tehlikelere neden olan **zoonoz hastalıklarının** teşhisi ve tedavisine katkıda bulunarak; insan sağlığı adına önem taşıyan görevi ve sorumluluklarının bilinci ile kurulan hayvan hastanesi, **15 Kasım 2014'den** itibaren de bu yönde hizmet vermeye başladı.

GELECEĞİN VETERİNERLERİ YETİŞİYOR

Yakın Doğu Üniversitesi Veteriner Fakültesi öğrencileri, klinik eğitimleri süresince hasta kabulünden başlayarak ön tanı, kesin tanı, medikal veya cerrahi tedavi, profilaktik veteriner hekimlik, post-operatif yoğun bakım ve hasta taburcu edilmesi gibi klinik veteriner hekimliği pratiğinin her aşamasını birebir yaşama ve uygulama imkanını bulmaktadırlar. Küçük gruplar halinde öğrencilerimize bir yandan İç Hastalıkları, Cerrahi ve Doğum ve Jinekoloji Anabilim Dallarının kapsamına giren konularda uygulamalı klinik eğitimi yaptırılırken eş zamanlı olarak laboratuvar tanı yöntemleri hakkında da uygulama yapma şansı tanınarak,

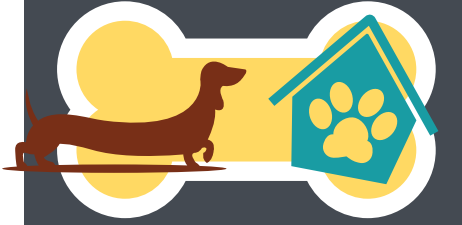
bir yandan da sadık dostlarımız ve evlerimizin birer ferdi olan kedi ve köpek gibi evcil hayvanlarımızın her türlü sağlık sorununa kesin ve kalıcı çözümler üretilmektedir.

HAYVAN HASTANESİ BÜNYESİNDEKİ İLKLER

Yakın Doğu Üniversitesi Hayvan Hastanesi adanın ilk hayvan hastanesi olma özelliğini ile birlikte kendi içerisinde de birçok ilkler barındırmaktadır. Hastanemiz, hayvan sağlığında görüntüleme yöntemi olarak kullanılan ilk dijital röntgene ve doppler ultrasonografiye sahiptir. Yine ilk hayvan sağlığını yakından ilgilendiren hayvanlara belirli teşhis yöntemleri ve cihazları kullanan ilk teşhis laboratuvarına sahiptir. Yakın Doğu Üniversitesi Hayvan Has-

Yakın Doğu Üniversitesi Hayvan Hastanesi'nin kapsamı

- Resepsiyon ve hasta kabul bölümü
- Bekleme salonu
- Pet shop
- 4 adet genel muayene odası
- 1 adet özel muayene odası
- Traş ve banyo odası
- Tedavi meydanı
- Eczane
- Hospitalizasyon birimleri
- Merkezi tanı laboratuvarı
- Digital röntgen odası
- Doppler-Ultrasonografi ve Endoskopi odası
- Ameliyathane bölümü
- Ameliyat hazırlık odası
- Sterilizasyon odası
- 2 ameliyathane
- Yoğun bakım birimi



tanesi, ilk mikro cerrahi operasyon mikroskobu ile katarak gibi birçok mikro cerrahi operasyon gerçekleştirilebilmektedir.

DOĞAL YAŞAMA KARŞI DUYARLILIK

Hayvan sağlığı ile ilgili tüm teşhis ve tedavilerin yapıldığı hastanemizin önemli bir diğer misyonu ise doğal yaşama karşı olan duyarlılığı ve sorumluluğudur. Bu kapsamda, açılışın gerçekleştiği ilk günden itibaren ülkemiz için büyük öneme sahip deniz kaplumbağalarına ve de ülkemizde bulunan yırtıcı kuşlara hayvan hastanemiz bünyesinde ücretsiz tedavi hizmetleri verilmektedir. Bugüne kadar bu alanda birçok deniz kaplumbağasına ve de yırtıcı kuşa tedavi uygulanmış ve tekrar doğal yaşam alanlarına dönmeleri adına katkı sağlanmıştır.



TEŞHİS, TEDAVİ VE AMELİYATLAR

Yakın Doğu Üniversitesi Hayvan Hastanesi, açılışını gerçekleştirdiği ilk günden itibaren uzman kadrosu ile birçok önemli hastalık teşhisi koyarken, bu hastalıkların tedavilerini de başarı ile gerçekleştirmiştir. Ülkemizde daha önce teşhisi konulamayan birçok hastalık hastanemiz bünyesinde yer alan tam donanımlı laboratuvarımızda teşhis edilmiş ve tedavileri yapılmıştır.

HAYVAN HASTANESİ BÜNYESİNDE ÖNEMLİ AMELİYATLAR

Ortopedi, yumuşak doku ve göz operasyonlarında öncü olan hayvan hastanesinde günümüze kadar birçok başarılı kırık operasyonu, çıkık tedavisi, salya kisti operasyonu, ekto-pik üreter operasyonu, katarak operasyonu gibi



ülkemizde gerçekleştirilemeyen operasyonlar yapıldı. Yine bu önemli operasyonların yanı sıra rutin olarak kastrasyon, kısırlaştırma gibi operasyonlarda başarılı bir şekilde hastanemizde yapılmaktadır.

AMBULANS SERVİSİ

Hayvan sağlığı için önemli ve eksik kalan bir hizmet olan ambulans servisi adada ilk kez hastanemiz tarafından hayvanseverlere sunulmaktadır. Bu kapsamda hizmet veren ambulans acil vakaların alınıp hastaneye getirilmesinin yanı sıra, rutin kontroller ve tedaviler için de ev-hastane arası hizmetlere sunulmaktadır.

HAYVAN SEVGİSİNİN ÖNEMİ

Hayvan sağlığına ve insan sağlığına hizmet etmenin yanında bir diğer önemli misyon ve görevimizin ülkemizdeki hayvan sevgini ve hayvanlara bakışı değiştirmek olduğu bilinci ile birçok eğitim kurumu ile ortak çalışmalar yaparak, okul öncesi, ilköğretim düzeyinden başlayarak hayvanlara karşı sevginin artırılması yönünde de üzerimize düşen görevleri yapmaktayız ve yapmaya devam edeceğiz.

İLETİŞİM:

Hayvan hastanesi, **pazartesi-cumartesi 09:30-18:00** saatleri arasında hizmet vermektedir. Her türlü soru ve görüşleriniz için ve bilgi almak için mesai saatleri içerisinde **0392 675 10 00 / 3145-3150 dahili numaralarından** ulaşabilirsiniz. 📞



İÇ KULAK KRİSTAL HASTALIĞI

Yatarken bir yandan diğer yana döndüğünüzde, yukarıya bakarken veya öne eğildiğinizde başınız mı döndü? Oluşan baş dönmesi çok şiddetli de olsa, 60 saniyeden daha kısa süreli miydi? Bu çok rahatsız edici bir yakınma olsa da, tedavisi çok basit bir hastalık olabilir; iç kulak kristallerinizin yeri değişmiş olabilir. Bu belirtilerle karşılaşıyorsanız, ilgi alanı iç kulak hastalıkları olan bir Kulak Burun Boğaz hekimine başvurmalısınız.

İç kulak neresidir?

Kulak yapılarımızı belli başlı bölgeler olarak üçe ayırabiliriz. İç kulak, dış ve orta

kulaktan sonra gelen, kafa tası kemiklerinden şakak kemiğimizin en derindeki, piramit şekilli en sert bölümünde yer alır. İşitmeden sorumlu kulak salyangozu ve bir tür hareket sensörü olan denge organımız iç kulakta yerleşmiştir. İç kulak yapılarımızın tamamı sıvılarla dolu ince zarlardan oluşmuştur.

İç kulak kristali nedir?

Denge organımız içinde beş ayrı bölüm vardır. Bunlardan üçü yarım daire kanalları (YDK) şeklinde olup, başımızın her bir boyuttaki dönme hareketlerini algılamak

içindir. YDK yapıları yerleşimlerine göre üst kanal, yan kanal ve arka kanal olarak isimlendirilir. Kalan iki bölüm üzerlerine yapışık kristaller sayesinde yatay ve dikey düzlemlerdeki hareketleri algılar. Normalde YDK yapılarının içinde kristaller bulunmaz.

Kristal hastalığı nasıl oluşur?

Kafa travmaları veya geçirilen iç kulak viral enfeksiyonları sonucunda yapışık haldeki kristaller yerlerinden koparak iç kulak sıvıları içinde serbest şekilde yüzer hale geçebilmektedir. Böylece yatay düzlemdeki hareketleri algılayan bölümden kopan



kristaller, YDK bölgelerine kaçarlarsa kristal hastalığına neden olmaktadırlar. Yerleşimleri nedeniyle doğal olarak kristaller en sık arka kanala, daha nadir olarak yan kanala kaçabilmektedir. Teorik olarak üst kanala da kristal kaçması söz konusudur ancak pozisyonu nedeniyle kolayca tekrar geri çıkabilmektedir. Arka kanal ve yan kanala kaçan kristallerin özel baş hareketi manevralarıyla çıkarılmaları gerekmektedir.

Kristal hastalığı tanısı nasıl konulur?

Baş dönmesi ile başvuran hastanın yakınmaları dikkatle sorgulanıp, şikayetlerin başlayış ve devam etme şekli aydınlatılıp, eşlik eden diğer yakınmalar etrafıca tespit edilmelidir. Öncelikle tam bir Kulak Burun Boğaz muayenesi yapılmalıdır. Ardından beyin ve beyincik fonksiyonlarına yönelik nörolojik muayenelerin yapılması gerekir. Daha sonra iç kulak hareket sensörlerinin fonksiyonları özel muayene yöntemleriyle incelenmelidir. Kristal hastalığının tespit edilmesi sadece fizik muayene yöntemleriyle mümkündür. Diğer bir deyişle ayırıcı tanıya yönelik çalışmalar dışında herhangi bir kan tetkiki yapılmasına, özel elektrofizyolojik laboratuvar yöntemlerine ya da herhangi bir film çekilmesine gerek yoktur.

Unutulmamalı!

- İç kulak kristal hastalığı çok şiddetli, kısa süreli baş dönmesi atakları oluşturur.
- Baş dönmesi yatarken bir yandan diğer yana dönmeler ve/veya yukarı bakma ya da aşağı eğilmeler ile tetiklenir.
- Beraberinde işitme azalması, kulak çınlaması ya da uğultusu gibi yakınmalar yoktur.
- Dönme atakları dışında hayatımızı etkileyen başka bir probleme yol açmaz.
- Tanı konulması için herhangi bir tetkik yapılmasına gerek yoktur.
- Tedavisi için diyet yapmaya, ilaç kullanmaya ya da herhangi bir ameliyata gerek yoktur.
- Hastalığın odağı doğru anlaşılırsa, özel manevralar ile kolayca tedavi edilebilir.

Kristal hastalığının tanısı için, serbest halde yüzen kristallerin hangi kulakta, hangi kanala kaçtığına tespit edilmesi gerekir. Kristal hastalığının sağ kulakta mı, yoksa sol kulakta mı olduğunun ve hangi kanalın ya da kanalların tutulduğunun tespit edilmesi karışık fizik muayene yöntemlerini gerektirir. Her bir durumun incelenmesi için özel tanı manevraları vardır. Hastalık genellikle tek bir kulakta ve tek bir kanalın tutulumuyla görülse de, son derece karışık durumlarla da karşılaşılabilir.

Kristal hastalığı nasıl tedavi edilir?

Tedavi için kaçan kristallerin bulundukları yanlış konumdan çıkarılarak, ait oldukları iç kulak yapısına gönderilmesi gerekir. Kristallerin orijinal yerlerine gönderilmesi için re-pozisyon manevraları uygulanır. Kristalin kaçtığı kulağa ve kanala göre değişen farklı manevra yöntemleri vardır. Hatta aynı patolojik durum için tanımlanmış birden çok re-pozisyon manevraları da söz konusudur. Düzeltici manevraların bazen tekrarlı defalar uygulanması gerekebilir. Genellikle ilk manevra ile hastaların yaklaşık %80'i tedavi edilebilmektedir.

Birden fazla kulak ve/veya kanalın tutulduğu kristal hastalığı durumlarında, öncelikle bulguların en belirgin olduğu pozisyona göre düzeltici re-pozisyon manevraları yapılmalıdır. Yapılan kontrol muayeneleri ile devam eden diğer kulak ya da kanallara ait kristal hastalığı durumları da sırayla tedavi edilmelidir.

Kristal hastalığının takibi nasıl yapılmalıdır?

Düzeltilen manevra sonrasında hasta 2 hafta boyunca ani baş ve boyun hareketlerinden kaçınmalı ve tutulan kulak altta kalacak şekilde yatmamalıdır. Hastalar hayatı tehlike yaratabilecek durum ve pozisyonlardan uzak durmalıdır. Yapılan kontrol muayenesinden sonra bulgular düzelmişse kısıtlamalara son verilir. Kristal hastalığına ait yakınmalar düzeltici re-pozisyon manevraları ile tamamen düzelir. Hastaların ek olarak herhangi bir ilaç kullanmalarına gerek kalmaz. Ancak kristal hastalığına eşlik eden diğer denge yakınmalarının birlikte bulunması halinde, tanı için ek araştırmalar ve ilaç tedavileri gerekebilmektedir. Kontrol muayenelerinde hastalığın devam ettiği tespit edilirse, düzeltici re-pozisyon manevraları tekrarlanmalıdır. İki hafta aralarla toplam üç kez düzeltici manevra yapılmasına rağmen hala yakınmalar devam ediyorsa mutlaka ayırıcı tanı çalışmaları yapılmalıdır. ▶



HPV ENFEKSİYONUNDAN KORUNUN

Bazı türleri ayak tabanlarında bazıları da yüzde ve boyunda siğillere neden olan HPV'nin **40'dan fazla** türü genital bölgede etkili olabilmektedir. Birçok HPV enfeksiyonu kansere neden olmazken, bazı tipleri genital bölgede görülen **serviks** (Rahim ağzı) kanserine neden olabilir. Aşılarla genital siğillere veya serviks kanserine neden olan HPV türlerine karşı korunulabilir.

SİĞİLLERİN GÖRÜNTÜSÜ TÜRÜNE GÖRE DEĞİŞİYOR

Birçok vakada, vücudun bağışıklık sistemi HPV enfeksiyonunu siğiller oluşmadan yeniler. Siğiller oluştuğu zaman görüntüsü HPV tipine göre değişiklik gösterebilir. Genital siğiller, yatay lezyonlar, küçük karnabahar şeklinde diken diken veya saplı uzantılar görünümünde olabilir. Birçok kadında genellikle vulvada, anüs etrafında, serviks üzerinde veya vajinada görülebilir.

SİĞİLLER KAŞINTI YAPMAKTA

Erkeklerde genital siğiller peniste, skrotumda veya anüs etrafında görülebilir. Genital siğiller nadiren rahatsızlığa veya ağrıya ne-



den olur ancak kaşıntı olabilir. Açık bölgedeki siğiller pürüzlü, kabarık diken diken lezyonlar şeklinde ellerde, parmaklarda veya dirseklerde görülebilir. Görünümlerinden dolayı sorun oluşturabilirler. Tabana ait siğiller sert olurlar. Vücut ağırlığının en fazla bindiği bölgelerde olurlar ve ağrıya sebep olabilirler.

SERVİKS KANSERİNE KARŞI SMEAR TESTİ

Serviks kanseri, ileri evrelere, tedavisi zor aşamalara ulaşmaya kadar, genellikle belirti vermez. Bu nedenlerden dolayı her bayanın düzenli olarak serviks kanseri için tarama, smear testi, yaptırmayı gerekmektedir. Smear testi enfeksiyonun erken belirtilerini yakalayıp, kansere dönüşmeden, erken evrede tedavi edilmesini sağlar. Serviks kanserinin birçoğunda, 2 spesifik genital HPV rol oynar. Bunlar genellikle siğillere neden olmaz. Dolayısıyla da hasta enfekte olduğunu farketmez.

HPV VİRÜSÜ YILLAR SONRA KANSERE YOL AÇABİLİR

HPV serviks kanserine neden olabileceği gibi vulva, vajina, penis, anal bölge, boğazın gerisinde dil kökünde, orofarengeal kanserlere neden olabilir. Kanser oluşması için genellikle

le, HPV enfeksiyonu alındıktan sonra, yıllar gereklidir. Kimlerde kanser gelişeceğini bilemeyiz. Genellikle bağışıklık sistemi zayıf kişilerde sorunlar daha çok ortaya çıkar.

HPV enfeksiyonundan korunmak için;

Aşılar:

Hem kadınları hem de erkekleri bazı HPV türlerine karşı koruyan aşılar mevcuttur. Aşılar emniyetli ve güvenlidir. 11-12 yaşlarından itibaren hem kızlara hem de erkek çocuklara yaptırabilir.

Korunma:

HPV enfeksiyonunun geçiş riskini cinsel ilişki sırasında korunma azaltmaktadır.

Sigaradan uzak durma:

Sigarayı kesmek orofarengeal kanser riskini azaltır.

HPV VİRÜSÜ İÇİN SPESİFİK BİR TEDAVİ YÖNTEMİ YOK

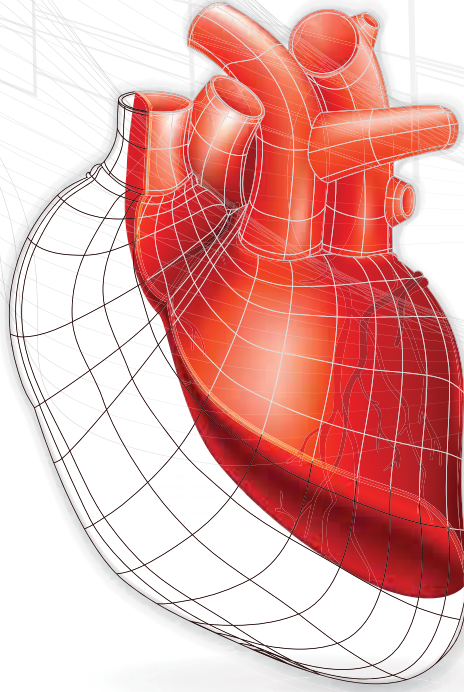
Serviks kanserlerinin hemen hemen hepsi HPV enfeksiyonuna bağlı oluşur. Birçok zamanda herhangi bir sağlık problemine yol açmadan kendi kendine kaybolur. Bu kişiler genellikle immün, bağışıklık sistemleri güçlü kişilerdir. Kimlerde sorunlara, kansere yol açabileceğini önceden bilemeyiz



Senede 5 dakikamızı ayırıp pap smear testi ve diğer kontroller düzenli olarak yaptırılmalıdır.



Dosya Konusu:
KARDİYOLOJİ - Kalbinizi Önemsiyoruz



KALBİNİZİ Önemsiyoruz!



YÜKSEK TANSİYON RİSKİ GİDEREK ARTIYOR

Yüksek tansiyon veya tıptaki adıyla **hipertansiyon** atar damarlar içindeki kanın damar duvarına uygulamış olduğu anormal yüksek basınç olarak tanımlanabilir. Özellikle birinci derece yakınlarında yüksek tansiyon bulunan, aşırı kilolu, fiziksel olarak hareketsiz yaşam tarzı olan, aşırı tuz tüketen, aşırı alkol alımı olan, stresli yaşam şekli olanlar ve şeker veya böbrek hastalığı olanlarda risk fazladır.

Hipertansiyon tüm dünyadaki önlenebilir ölüm nedenleri arasında ilk sırada gelmektedir.

Yüksek tansiyon ne gibi sorunlara yol açar?

Hipertansiyon **felç, görme kaybı, kalp krizi, kalp yetmezliği, böbrek yetmezliği** ve tüm diğer atardamarlarda **damar sertliğine** yol

açabilir. T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen PATENT çalışmasında, Türkiye’de her **4 ölümden 1’inin** nedeninin hipertansiyon olduğu belirlenmiştir. Yapılan geniş çaplı araştırmalarda yüksek tansiyonun felç gelişme olasılığını **7 kat**, kalp yetersizliği gelişme olasılığını **6 kat**, kalp damarlarında damar sertliği gelişme olasılığını ise **4 kat** artırdığı ortaya çıkmıştır. Yüksek tansiyon tüm bu hastalıklar için değiştirilebilir risk faktörlerinin başında gelmektedir. Yüksek tansiyonlu hastalarda kan basıncını **1-2 mmHg** düşürmek bile kalp damar hastalıklarından ölümlerde önemli azalma sağlamaktadır. Bir örnek vermek gerekirse 5 yıllık tedavi ile küçük tansiyonun 5-6 mmHg’lık düşürülmesinin felçleri %42, kalp damarlarındaki tıkanıklıklara bağlı olay gelişme olasılığının da %16 oranında azaldığı saptanmıştır.

Hipertansiyon sıklığı nedir?

Dünyadaki erişkin nüfusun %26’sının hipertansiyonu olduğu ve bu oranın 2025 yılında % 29’lara ulaşacağı bildirilmektedir. Türkiye’de hipertansiyon sıklığının büyük çaplı çalışmalarda tüm toplumda %32 civarında olduğu gösterilmiştir. Hipertansiyon görülme sıklığı kadınlarda (%36) erkeklerden (% 27.5) daha yüksektir ve yaşla birlikte artış eğilimi göstermektedir. Toplumda orta yaş (35-64 yaş) grubunda bu oran %42 (erkeklerde % 35, kadınlarda % 50), yaşlılarda ise (≥ 65 yaş) %75 (erkeklerde % 67.2, kadınlarda % 81.7)’dir.

Yüksek tansiyon tanısı nasıl konur?

Tanı uygun koşullarda en az iki kez ölçülmek kaydıyla **büyük tansiyonun** (Sistolik kan basıncı) **140 mmHg** (14 cmHg) ve/veya



Komplikasyonsuz yüksek tansiyon çoğu kez belirti vermiyor.

de hipertansiyon nedenidir. Önerilen ortalama günlük tuz miktarı yaklaşık 6 gram iken Türkiye'deki günlük tuz alımı ortalaması kişi başı 18 gramdır.

Tuz alımı yarıya indirilirse, tüm dünyada bir yıl içinde inme ve kalp krizinden yaklaşık 2.5 milyon insanın hayatı kurtarılabilmektedir.

Yaşam tarzı değişikliklerine ek olarak yüksek tansiyonun evresi, organlarda yaratmış olduğu hasar, eşlik eden hastalıklar da göz önüne alınarak uygun ilaç tedavisi başlanmaktadır. Yüksek tansiyonda ilaç tedavisi ömür boyudur. Tedavide hedef kan basıncı tansiyonun 140/90 mmHg'nin altına çekebilmektir. Yaşlılarda bu eşik değer 150/90 mmHg olabilir. Bu hedefe ulaşabilmek için tek veya çoklu ilaç tedavileri uygulanabilmektedir. Son yıllarda tedaviye dirençli hastalarda ilaç dışı bir takım tedavi yöntemleri denenmekle birlikte bunlar henüz araştırma aşamasındadır.

Hipertansiyon farkındalığı ve tedavi edilme düzeyleri nasıldır?

Ortalama yüksek tansiyon farkındalık oranı %40'lardadır. Bu oran kadınlarda erkeklere nazaran daha yüksektir. Farkındalık oranları yaşla birlikte artmaktadır. Toplum genelinde yapılan çalışmalar Türkiye'de yüksek tansiyonun yaygın olmakla birlikte yeterince tedavi edilmeyen bir sağlık sorunu olduğu gösterilmiştir. İlaç tedavisi alma oranı %30'lardadır. Hipertansiyon kontrol oranı, tüm hipertansiflerde 2003 verilerine göre %8 iken, 2007 verilerine göre %14'tür. Tedavi altındakilerin oranı ise 2003 verilerine göre %20, 2007 verilerine göre ise %27'dir. ▶

küçük tansiyonun (Diyastolik kan basıncı) **90 mmHg** (9 cmHg)'nin üzerinde olması olarak tanımlanır. Tansiyon ölçümü yapılırken yarım saat öncesinde sigara, çay veya kahve içilmesi, ölçümün sessiz sakin bir odada beş-on dakika kadar dinlenildikten sonra yapılması, uygun genişlik ve uzunluktaki bir tansiyon aletiyle (Standart koşullarda kol çevresinin en az %80'ini saracak şekilde, 35 cm uzunluğunda ve 12-13 cm genişliğinde) ölçüm yapılması, kolun tamamının çıplak olması, tansiyon aletinin kalp seviyesinde tutulması, iki ölçüm arasında 1-2 dakika kadar süre bırakılması, ilk ölçümlerde her iki koldan alınması (Hangisi daha yüksekse o ölçüm kabul edilir) ve yaşlı ve şeker hastalarında oturarak ve ayakta tansiyonun ölçülmesi gerekmektedir.

Yüksek tansiyonun nedenleri ve belirtileri nelerdir?

Yüksek tansiyonlu hastaların yaklaşık **%90-95'inde** bir neden bulunamamaktadır (Primer veya esansiyel hipertansiyon). Hastaların ancak %5-10'unda böbrek rahatsızlıkları, hormon hastalıkları, aort damarının doğuştan darlıkları, ilaçlar ve uykuda solunum durması gibi birtakım hastalıklara bağlı olarak yüksek tansiyon gelişebilmektedir. Bu tip yüksek tansiyonun önemi klasik ilaç tedavisine daha az yanıt vermesi dolayısıyla esas tedavisinin altta yatan hastalığın tedavisi olmasıdır. Altta yatan

hastalık tedavi edildiğinde yüksek tansiyon gerileyebilmekte veya yüksek tansiyonun kontrol altına alınması kolaylaşabilmektedir.

Komplikasyonsuz yüksek tansiyon çoğu kez belirti vermez. Belirti vermeden sinsi ilerlediği ve bazen ancak komplikasyona yol açtığından tanı konabildiğinden yüksek tansiyona **"sessiz katil"** de denilmektedir. **Yüksek tansiyonun belirtilerini**; özellikle sabahları ense ve başın arka bölümünde hissedilen **baş ağrısı**, **kulak çınlaması**, **baş dönmesi**, **sersemlik hissi**, **burun kanaması**, **konsantrasyon kaybı** şeklinde özetlenebilir.

Yüksek tansiyonun tedavisi nasıl yapılır?

Yüksek tansiyon tedavisini yaşam tarzı değişiklikleri ve ilaç tedavisi şeklinde iki ana gruba ayırabiliriz. Yaşam tarzı değişikliklerini sigarayı bırakmak, ideal kiloyu korumak, kilo alımını önlemek, fiziksel egzersiz, aşırı alkol ve tuz tüketimini azaltmak, meyve ve sebzeden zengin, kırmızı et ve doymuş yağlardan fakir diyet yapmak şeklinde sıralanabilir.

Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği tarafından 2008 yılında yapılan bir çalışmada, Türkiye'de günlük tuz tüketiminin diğer ülkelere oranla daha fazla olduğu saptanmıştır.

Aşırı tuz tüketimi kan basıncını artıran önemli bir faktördür ve her on erişkinin üçün-



ÖNLENEBİLİR ÖLÜMLERDE İLK SIRADA: KALP VE DAMAR HASTALIKLARI



Kalp ve damar hastalıkları, günümüzde, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde başta gelen ölüm ve iş görmezlik nedenlerindendir. Kalp-damar hastalıkları birçok Avrupa ülkesinde orta ve ileri yaş grubunda en önemli ölüm nedenidir.

Avrupa'da tüm ölümlerin %49'u, 65 yaş altındaki ölümlerin ise %30'u kalp-damar hastalıkları nedenlidir. 20. yüzyıl başlarında kalp ve damar hastalıkları dünya genelinde ölümlerin %10'undan daha azından sorumluyken, 21. yüzyıl başında gelişmiş ülkelerde ölümlerin neredeyse yarısından, gelişmekte olan ülkelerde ise %25'inden sorumludur. 21. yüzyılda da kalp ve damar hastalıklarının dünya genelinde sakatlık ve ölümlerin önemli nedeni olduğu kabul edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 2001 yılında yaklaşık 16,6 milyon insan kalp ve damar hastalıklarından yaşamını yitirmiştir.

RİSK TAŞIYAN KİŞİLER SAPTANMALI

Koruyucu hekimlik kalp ve damar hastalıklarından ölümlerin azaltılmasında çok önemli role sahiptir. Buradaki amaç kalp damar tıkanıklığı için yüksek risk taşıyan bireylerin saptanması ve bu kişilerdeki ilk veya tekrarlayan kalp damar tıkanıklıklarının önlenmesidir. Kalp ve damar hastalıkları birden fazla faktöre bağlı hastalıklardır. Bugün için kalp ve damar hastalıkları riskini artırdığı bilinen ve her toplumda etkin olduğu kabul edilen risk faktörleri vardır.

KALP VE DAMAR HASTALIKLARINI BİRÇOK ETKEN TETİKLİYOR

Kalp ve damar hastalıkları ile ilgili risk faktörleri arasında **yaş, cinsiyet, genetik ve etnik etkenler** “değiştirilemez etkenler” grubuna girerken; **sigara, sağlıksız beslenme alışkanlıkları, aşırı alkol, oturgan yaşam, şişmanlık, kan yağlarının yüksekliği, kan basıncı yüksekliği ve kan şekeri yüksekliği** “düzeltilebilir risk faktörleri” olarak ayrılabilir. Özellikle düzeltilebilir risk faktörleri kalp ve damar hastalıklarının önlenmesi stratejilerinin temelini oluşturur. Başta ge-



len üç risk faktörü olan **obezite, hipertansiyon ve sigara, kalp ve damar hastalıkları** ile savaşta ana hedef olmalıdır.

YAŞAM TARZI GENÇ YAŞA İNDİRİYOR

Günümüzde teknolojinin hızla ilerlemesinin getirdiği değişimler nedeniyle toplum gün geçtikçe farklılaşan bir yaşam tarzı sürdürmektedir. Modern yaşamın getirdiği olanaklar nedeniyle insanlar daha az hareket eder hale gelmişlerdir. Değişen yaşam tarzı insanların beslenme alışkanlıklarını da kötü yönde etkilemektedir. Beslenme-

nin daha çok hayvansal kaynaklı gıdalara dayanması, sebze ve meyvenin yeterince tüketilmemesi, aşırı yağlı, soslu, yüksek enerjili gıdalar tüketilmesi, fiziksel aktivite eksikliği ile birleştiğinde kalp damar hastalıklarına yakalanma riskini artırmaktadır. Son yıllarda, yirmili-otuzlu yaşlarda da kalp damar tıkanıklıklarına daha sık rastlamaktayız. Bunun en önemli nedeni sigara alışkanlığıdır. Buna ek olarak fiziksel aktivitedeki azalma, kilo artışı, beslenmeye yeterince dikkat edilmemesi ve stres de katkıda bulunan faktörler olabilir.



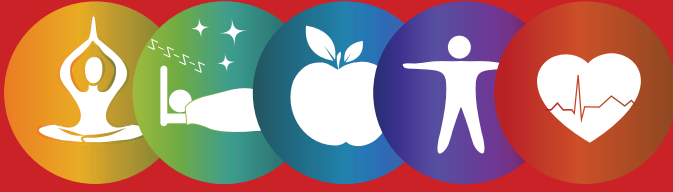
Düzenli olarak sigara içenlerin % 50'si sigara içimi ile ilişkili nedenlerden kaybedilmektedir. İçilen sigara miktarı ile kalp damar hastalıkları, kanser ve solunum sistemi hastalıkları ile doğrudan bir ilişki mevcuttur.

KALP SAĞLIĞINI KORUMADA BESLENME ÖNEMLİ

Sağlıklı beslenme sayesinde kalp-damar hastalıklarına neden olan risk faktörlerinden **aşırı kilo, kolesterol yüksekliği, şeker hastalığı ve yüksek tansiyon gelişimi** geciktirilebilir veya azaltılabilir. Toplumun giderek yerleşen batı tipi diyet ve fast food alışkanlığı ile mücadele etmek bu hedeflere ulaşmak için gereklidir. Diyet alışkanlıkları çocukluk yaşlarda başladığından, bu yaşlardan itibaren sağlıklı diyet alışkanlığının yerleştirilmesi ile toplumun kalp-damar hastalığı riski azaltılabilir.

RİSKİ AZALTMAK MÜMKÜN

Aşırı kalori ve tuz tüketilmesinin önlen-



Bilinen kalp damar hastalıkları olan veya yüksek risk grubuna dahil edilen bireylerde korunma tedavisinin ana hedefleri şu şekilde özetlenebilir:

- Sigara dumanından uzak durulmalı,
- Sağlıklı beslenme alışkanlığı kazanılmalı,
- Her gün düzenli spor yapılmalı,
- Kilo almamaya dikkat edilmeli, ideal kilo korunmalı,
- Kan basıncının yükselmemesine özen gösterilmeli,
- Fazla tuzdan uzak durulmalı,
- Kötü huylu kolesterol yüksekliğine dikkat edilmeli,
- Kan şekeri kontrolü sağlanmalı,
- Günde ortalama 7 saat uyumaya dikkat edilmeli,
- Stresli yaşamdan uzak durulup, iyimser olmaya gayret edilmeli,
- Fazla alkol tüketiminden kaçınılmalı,
- Mümkün olduğunca kirli havanın olduğu yerlerden uzak durulmalı.

Tercih edilmesi gerekenler:

Hayvansal gıdalarda (Kırmızı et, sakatat, sucuk, pastırma, sosis vb.) ve tereyağında bol bulunan doymuş yağlar ve trans yağ asiti içeriği yüksek margariner yerine; tekli (Zeytin yağı) ve çoklu doymamış yağlardan (Soya ve mısır yağı, balık) zengin yiyecekler ve omega 3 ve 6 (Soya yağı, mısır özü) yağ asitinden zengin yiyecekler tercih edilmelidir.

Bu tip beslenme ile hem kötü huylu kolesterol (LDL-kolesterol) ve trigliserid artışı önlenmekte, hem de iyi huylu kolesterol (HDL-kolesterol) artmaktadır.

Bireyler kalp-damar hastalıklarından korunmak için:

- Yağsız süt ve süt ürünleri tüketmeli,
- Haftada 1-2 kez balık yemeli,
- Günde en az üç kez sebze-meyve tüketmeli,
- Beyaz et tercih etmeli,
- Katı yağlardan kaçınılmalı,
- Bol posalı yiyecekleri tüketmeli,
- Ara öğünlerini sebze-meyve ile geçiştirmeli,
- Yatmadan önce kesinlikle yemek yememeli,
- Aşırı alkolden kaçınılmalı,
- Sigara ve stresten uzak durmalı,
- İdeal kiloda kalabilmek için haftada 5 gün en az yarım saat egzersiz yapmalıdır.

mesi, hayvansal yağların azaltılarak bitkisel yağların, taze sebze, meyve, lifden zengin yiyecekler ve balığın daha çok tüketildiği bir diyetin benimsenmesi kalp damar hastalığı riskini azaltmaktadır. Nitekim zeytin yağı ve balık tüketiminin daha fazla olduğu bölgelerde kalp-damar hastalıklarından ölüm daha az görülmektedir. Toplam tüketilen enerjinin % 30'dan azının hayvansal yağlardan köken alması gerekmektedir.

Diğer bir öncelik verilmesi gereken konu da şeker hastalığı sıklığındaki korkutucu artıştan sorumlu

şişmanlık

ve hareket azlığı

ile mücadele

edir. Bu mücadele de toplum düzeyinde verilmeli ve topluma bu bilinç eğitim yo-

luyula kazandırılmalıdır. İlk ve orta dereceli okullarda fiziksel aktivite ve beslenmeyle ilgili eğitimlere daha çok önem verilmelidir. Okullarda öğrencilerin günde 1 saat beden eğitimi yapma olanağı sağlanmalıdır. Erişkinlerin beden eğitimi yapabileceği merkezlerin sayısı ve kalitesinin artırılması devletçe desteklenmelidir.

YÜRÜYÜŞLERE ÖNEM VERİLMELİ

Yerleşim alanlarında insanların güvenle yürüyüşlerinin sağlanabileceği parkurlar sağlanmalı, var olanların kaliteleri yükseltilmelidir. Haftanın beş günü, günde en az 30 dakika süre ile yapılacak yürüyüş, koşu, jogging, step, yüzme gibi yarışmalı olmayan aerobik spor ve aktiviteler kalp kasının oksijenlenmesini artırmasının yanı sıra kişinin ideal kilosuna ulaşmasına, kolesterol dü-

zeyinin düşmesine, kan basıncının kontrol altına alınmasına yardımcı olur. Bu durum ayrıca kişinin stres düzeyini de azaltır. Şişmanlık ile mücadelede medyaya önemli görevler düşmektedir.

SİĞARA KULLANANLAR DAHA AZ YAŞIYOR

Pasif içicilik de benzer riskleri getirmektedir. Sigara kullanımının önlenmesinde ilk basamak eğitimidir. Hedefler okullar, iş yerleri ve sağlık kuruluşları olmalı, her aşamada yoğun çabalar harcanmalıdır. Sigaranın bırakılması ile kalp damar hastalıkları riskinin azaldığı kanıtlanmıştır. Sigaranın bırakılması sonrası kalp damar hastalıkları riski 10 yıl içinde azalarak hiç içmeyenler seviyesine inmektedir. Kalp krizi geçirenlerde sigaranın bırakılması ile krizi tekrarlama riski yarı yarıya azalmaktadır. ▶



KALBİNİZ İLE İLGİLİ ÖNERİLER



1- Her beş ani ölümün biri kalp krizinden dolayı gerçekleşmektedir. Kalp krizi yetişkinlerdeki ani ölümün başlıca nedenlerinden biridir.

2- Koroner arter hastalığı bulunan hastaların yaklaşık üçte birinde hiçbir belirti yoktur.

3- Koroner arter hastalıklarının ve kalp krizinin genel olarak risk faktörleri; hipertansiyon, hiperkolesterolemi, diyabet, sigara içmek ve ailede erken yaşta koroner kalp hastalığı görülmesidir.

4- Perikard kalbi çevreleyen zardır. Kalp zarının iltihaplanmasına da perikardit denir.

5- Kalp krizinde “ZAMAN=KALP KASI” demektir. Bu nedenle tedavide ilk 60 dakika “altın saat” olarak değerlendirilmektedir.

6- Damar sertliği (Ateroskleroz) tüm vücuttaki damar iç duvarında yerleşebilen ve yerleştiği bölgede darlıklara neden olan bir hastalıktır. Kalp krizi, akut inme, kalp yetmezliği ve genel olarak çoğu kalp hastalığının altında yatan neden aterosklerozdur.

7- Kalp kaslarını besleyen damarların tıkanması kalp krizine yol açar. Bu dokular zarar gördüğü zaman sadece %2 oranında yenilendikleri için meydana gelen hasarların sonucu hastayı öldürmese dahi kalıcı bir etki bırakabilir.

8- By pass sonrası tekrar tıkanma oranı ilk 5 yıl için %25, 10 yıl içinde ise % 50'lerin üzerindedir.

9- İlaç kaplı stentler günümüzde pahalı olmakla birlikte tıkanma ihtimali düşük olduğu için tekrar işlem ve operasyon ihtiyacı düşünüldüğünde toplam maliyet düşük olarak değerlendirilmektedir. Balon anjiyoplasti sonrası tekrar daralma oranı %40-50, çıplak stent sonrası %20-25, ilaç kaplı stent sonrası %10'un altındadır. Tercih, yarar-zarar hesabı yapılarak kardiyoloğun önerisi doğrultusunda hastaya bırakılmaktadır.

10- Koroner kalp hastalarının yaklaşık 3'te 1'i perkütan koroner girişimler ile tedavi edilir.

11- Koroner stent (Çelik tel kafes), koroner damarlarında balon tedavisi ile yeterli açıklık sağlanamayan ve/veya balon işlemi sonrasında damar içinde yırtılma meydana gelen hastalarda bu sorunları giderme amacıyla kullanılan bir yöntemdir.

12- Balon ve stent uygulamasında başarı oranı %65-99 arasındadır. Altı aylık süreç içinde %20 olasılıkla tekrar daralma (Restenoz) olabilmektedir. Yeni kullanıma giren ilaç kaplı stentlerde bu ihtimal %5'e inmiştir. Stent içinde daralma olması durumunda tekrar balon veya stent uygulanabilmektedir.

13- Başarılı bir stent implantasyonu sonrasında daha fazla kan akışı sağlanacağından dolayı efor kapasitesinin de artacaktır. Dolayısıyla spor hayatınızda daha aktif olabileceksiniz.

14- Düzenli egzersiz kan basıncınızı ve kolesterolünüzü azaltmaya ve sağlıklı bir kiloya ulaşmanıza yardımcı olabilir. Egzersiz, modern yaşamın günlük stresini de daha kolay yönetmenize yardımcı olur.



KALP YETERSİZLİĞİ

Kalp yetersizliği bütün dünyada yaygın olarak görülmektedir ve hastaneye yatış nedenleri arasında birinci sırada yer alır. Görülme oranı yaşla beraber artar. Kalbin pompalama fonksiyonundaki hafif bir bozukluk kişinin günlük yaşantısını fazla kısıtlamazken, ağır bir bozukluk basit günlük aktiviteleri bile engelleyebilir. Birçok kalp hastalığının ileri devrelerinde kalp yetmezliği ortaya çıkabildiği için kalp hastalıklarının erken tanısı ve etkin tedavisi kalp yetersizliğinin önlenmesi açısından büyük önem taşır.

KALP YETERSİZLİĞİNE YOL AÇAN NEDENLER

Koroner arter hastalığı: Kalp kasını besleyen koroner arterlerin damar sertliği nedeniyle daralması sonucu kalp kasının yeterli beslenememesi kasılma ve kanı pompalama

fonksiyonunun bozulmasına neden olur.

Kalp krizi (Myokard infarktüsü): Koroner arter hastalığının ilerlemesi sonrasında kalp damarların tam tıkanmasıyla kalp krizi meydana gelir. Sonuçta kalpte kalıcı hasar oluşur ve bu hasarın miktarına göre erken veya geç dönemde kalp yetersizliği ortaya çıkabilir.

Hipertansiyon: Atardamarlardaki kan basıncının yüksek olması olarak tanımlanan hipertansiyon iki mekanizma ile kalp yetersizliğine neden olur. Öncelikle damar iç yüzeyinin devamlılığını bozup, damar sertliği (Ateroskleroz) gelişimini kolaylaştırır. Bunun sonucunda oluşan koroner kan akımı yetersizliği ve kalp krizi, hastalarda gelişebilecek kalp yetersizliğine zemin hazırlar. Diğer yönden ise hipertansiyona bağlı kalp kası zamanla yorulur. Önce kalp kası kalınlaşır, kalbin gevşeme fonksiyonu bozulur ve diyastolik kalp yetersizliği tablosu gelişir.

Kontrolsüz hipertansiyon devam ederse kalp boşlukları genişlemesine ve kalp kasının kasılma gücünün azalmasına yol açar ki, burada sistolik kalp yetersizliği denir.

Kalp kası hastalıkları (Kardiyomiyopati-ler): Kalp hastalıkları Kardiyomiyopati olarak adlandırılır. Aşırı alkol kullanımı, kokain, bazı özel enfeksiyonlar, tiroid bezinin fonksiyonundaki bozukluklar ve bazı ilaçlar kardiyomiyopatiye neden olabilir. Birçok kardiyomiyopatide sebep saptanamaz ve idyopatik kardiyomiyopati olarak sınıflandırılır.

Kalp kapak hastalıkları: Akut Eklem Romatizması gibi nedenlerle kapak fonksiyonlarında oluşan bozukluklar kalp kasının daha fazla yük altında kalmasına neden olur. Daha fazla çalışmak zorunda kalan kalp kası zamanla yorulup kalp yetersizliği gelişir.

Doğumsal kalp hastalıkları: Kalp ve büyük damarlarda doğumsal yapı bozukluk-



lariyla seyreden bu hastalık grubunda erken veya geç dönemde kalp yetersizliği görülebilir.

Kalp ritim bozuklukları: Hızlı ve düzensiz kalp atımlarıyla seyreden kalp ritim bozuklukları, tedavi edilmezlerse kalp kasını yorup kalp yetersizliğine neden olabilir.

Diğer nedenler: Şeker hastalığı, ağır kan-sızlık, böbrek yetmezliği ve amfizem gibi bazı hastalıklar kalp yetersizliğine zemin hazırlayan hastalıklar olarak bilinir.

HASTALARIN DOKTORA BAŞVURDUĞU ŞİKAYETLER

Bitkinlik, yorgunluk ve iştahsızlık: En sık görülen bu şikayetlerdir. Vücudun ihtiyacı olan kanın yeterli sağlanamamasından dolayı gelişir.

Nefes darlığı: Egzersize bağlı nefes darlığı kalp yetersizliği hastalarının en sık doktora başvurduğu şikayetlerden biridir. Hastayı gece nefes darlığı ile yataktan kaldıracan bir önemli bir şikayettir.

Yastık sayısının artışı: Hastada akciğerde sıvı birikmesine bağlı olarak hastanın düz bir şekilde yatamaması, yastık sayısını artırılmasıdır.

Bacaklarda şişme ve karında sıvı birikmesi: Özellikle ayak ve ayak bileğinde saptanan, bazen karında yaygın sıvı birikmesine neden olan bu bulgu genellikle ilerlemiş kalp yetersizliğinde görülür.

TANISAL TESTLER

Akciğer filmi

Kalp gölgesinde genişleme kalp boşluklarının artışına bağlı olarak görülebilir. Bazen iki taraflı, ancak tek taraflı görülürse genellikle sağ tarafta saptanan akciğer dokusunda sıvı birikmesi izlenebilir. Bu hastaların daha ileri tetkik olan ekokardiyografi ile incelenmesi gerekmektedir.

Elektrokardiyografi (EKG)

Kalp hastalarının çoğunluğunda anormal EKG bulguları izlenir. Bunlar geçirilmiş kalp krizine ait bulgular, ritim bozuklukları ve kalbin büyümesine ait değişiklikler olabilir. Bu hastaların en sık ölüm nedeni ritim bozukluğu olduğu düşünüldüğünde, EKG'nin detaylı incelenmesinin önemini daha belirgin olarak ortaya çıkarmaktadır.

Ekokardiyografi

Kalbin değerlendirmesinde en yararlı testtir. Şüphelenilen her hastaya uygulanmalıdır. Kalbin yapısı ve fonksiyonları hakkında bilgi verir. Özellikle duvar hareket bozuklukları, kalp duvarlarının kalınlaşması, kapak fonksiyonları, kapaklardan kaçak akımlarının izlenmesi ve yine kapaklardaki darlıkların saptanmasında kullanılır. Aynı zamanda hastaların takipleri sırasında kalbin fonksiyonel ve yapısal değişikliklerini gösterir, tedavilerinin yönlendiril-

mesinde yardımcı olur.

Hematolojik ve Biyokimyasal tetkikler

Hafif ve orta dereceli kalp yetersizliğinde laboratuvar tetkikleri genellikle normaldir. Ancak özellikle ileri kalp yetersizliğinde kansızlık, sıvı yüklenmesi ve idrar sökücü ilaç kullanımına bağlı sodyum ve potasyum gibi elektrolitlerinin bozulması, böbrek fonksiyonlarındaki değişiklikler, karaciğerde sıvı birikmesine bağlı karaciğer enzimlerinin yükselmesi görülebilir.

Anjiyografi ve kateterizasyon

Kalp yetersizliğine en sık neden olan kalp damar tıkanıklığını incelemeye koroner anjiyografinin yeri tartışılmazdır. Hastada göğüs ağrısı mevcutsa muhakkak yapılmalıdır.

RİSK FAKTÖRLERİ

Yaş: Kalp yetersizliği riskli yaşla belirgin artar. Amerikan Kalp Cemiyeti'nin (AHA) verilerine göre 40 yaşın üzerindeki kişilerin beşte birinde yaşamlarının herhangi bir döneminde kalp yetersizliği gelişir.

Cinsiyet: Kalp yetersizliği erkeklerde kadınlara oranla biraz daha sık görülür.

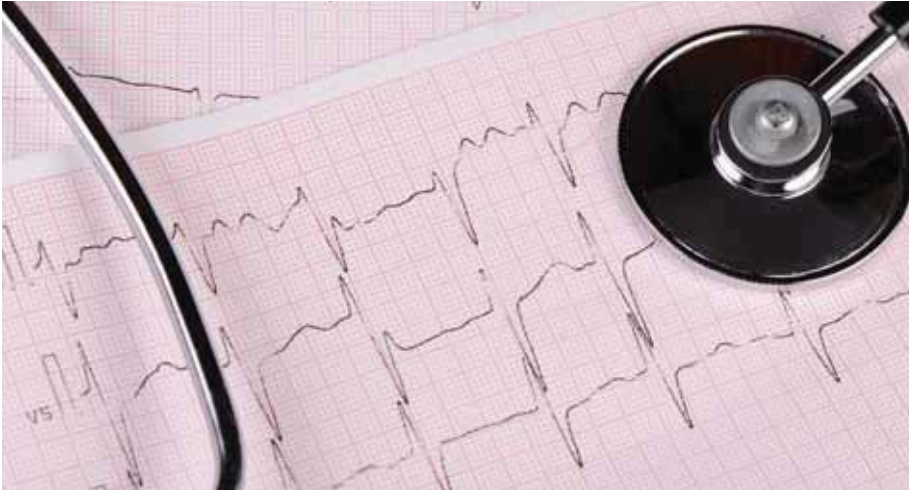
Koroner arter hastalığı: Kalp yetersizliğine neden olan en önemli ve en sık görülen risk faktörü olarak bilinir. Yapılan çalışmalarda bu oran %50 ile %75 arasında değişir. Bu nedenle koroner arter hastalığı riskini artıran; şeker hastalığı, hipertansiyon, kolesterol yüksekliği, sigara, fazla kilo ve hareketsiz yaşam gibi faktörlerin tedavi ve düzenlenmesi kalp yetersizliği riskini de belirgin olarak azaltacaktır.

Hipertansiyon: Hipertansiyon bir yandan koroner arter hastalığı riskini artırırken, diğer yandan kalp kasında yol açtığı kalınlaşma nedeniyle kalp yetersizliği için önemli bir risk oluşturur.

Alkol: Uzun süreli aşırı alkol tüketimi kalp kası üzerine toksik etki ile Alkolik Kardiyomyopati adı verilen, kalp boşluklarında genişleme ve kalp

yetersizliği ile seyreden bir hastalığa neden olabilir.





Şeker hastalığı (Diyabetes mellitus):

Koroner arter hastalığı için en önemli risk faktörü olması yanında diğer faktörlerden bağımsız olarak kalp yetmezliği riskini 2 misli artırdığı bilinir.

Diğer: Sigara, fazla kilo ve kolesterol yüksekliliği de birçok çalışmada kalp yetersizliği için bağımsız risk faktörü olarak bilinir.

KALP YETMEZLİĞİ TEDAVİSİ

İlaç dışı tedaviler:

- Hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi, eğitilmesi ve hastanın yaşam tarzı değişikliklerinin düzenlenmesi Bu tedaviler; sigara ve alkolün bırakılması,
- Diyet ve beslenme alışkanlıklarının düzenlenmesi (Tuz ve sıvı alımının doktor kontrolünde kısıtlanması),
- Aşılama, doğum kontrolü ile ilgili bilgilendirme ve egzersiz eğitimi gibi temel başlıklar altında toplanabilmektedir.

Vücutta yoğun sıvı birikimi (Ödem) olan ve yüksek doz idrar söktürücü kullanma ihtiyacı olan hastalarda günlük sıvı alımının 1,5-2 lt. ile kısıtlanması önerilir.

Fazla kilo kalbin iş yükünü artırdığından kalp yetersizliğini olumsuz yönde etkiler. Sıkı olmayan, uzun vadeli, dengeli bir diyetle kilo verilmesi sağlanmalıdır. Günlük kilo ölçümü yapılmalıdır. Vücutta sıvı birikimi en erken günlük kilo takibi ile fark edilebilir.

SİĞARA VE ALKOL HEMEN BIRAKILMALI

Özellikle koroner arter hastalığı ve kalp krizine bağlı kalp yetmezliği gelişmiş olan hastalarda sigara, yeni bir kalp krizine zemin hazırladığı gibi kalp hızını artırıp tansiyonu yükselterek kalp yetersizliğini kötü yönde etkilemektedir. Bu nedenle sigara derhal bırakılmalıdır.

Alkol bırakılmalı özellikle alkolik kardiyomiyopatiye bağlı kalp yetersizliği varsa alkol derhal kesilmelidir. Alkolün kalp kası üzerine bilinen toksik etkisinin dışında aritmi yapıcı ve tansiyon yükseltici etkileri de mevcuttur.

GRİP VE PNÖMOKOK AŞISI YAPILMALI

Solunum yolu enfeksiyonları kalp yetersizliğini artırdıklarından bu tip önleyici tedbirlerin alınmasının faydalı olduğu bilinmektedir. Düzenli egzersiz yapılmalıdır. Kalp yetersizliğinde; düzenli egzersizin fonksiyonel kapasiteyi artırdığı, hastalığa ait şikayetleri azalttığı, iskelet kasının tonusunu artırdığı, hipertansiyonun kontrolünü kolaylaştırdığı ve hastanın moralini iyi yönde etkilediği bilinmektedir. Bu nedenle şikayete neden olacak sınırı aşmadan yürüyüş, bisiklet yüzme gibi sporların düzenli olarak yapılması önerilmektedir.

İLAÇ TEDAVİLERİ

Digoksin: Özellikle ileri evre kalp yetersizliği ve atriyal fibrilasyon denilen ritim bozuk-

luğu olan hastalarda kullanılması önerilmektedir. Bir çok ilaç ile etkileşime girdiği ve yan etki profilinin fazla olması nedeniyle bu ilacın kullanımında dikkat edilmesi gerekmektedir.

İdrar söktürücü ilaçlar: Vücutta sıvı birikmesinde ilk kullanılması gereken ilaçlardır. Hastanın nefes darlığını ve vücuttaki şişlikleri azaltır. Bu ilaç alındığı zaman sık idrara çıkılacağı için bu ilaçların gündüz saatlerinde alınması önerilir. Ancak bu ilaçlar kullanırken vücut sıvısı ve elektrolit bozuklukları oluşabileceği unutulmamalıdır.

ACE inhibitörleri: Tüm geniş çaplı çalışmalarda ACE inhibitörlerinin kalp yetersizliğinde ölüm ve hastaneye yatış miktarı üzerinde yararlı etkileri olduğu gösterilmiştir. Bu ilaçların nadiren kuru öksürük yapıcı etkisi olduğu unutulmamalıdır.

Anjiyotensin reseptör antagonistleri: ACE inhibitörleri gibi kalp yetersizliğinde faydası gösterilmiş bir başka grup ilaçtır ve öksürük yan etkileri ACE inhibitörlerine göre daha az izlenir.

Beta blokerler: Kalp yetersizliğinde son yarıda giren bu ilaçların yararları olduğu saptanmıştır. Bu ilaçlar kullanılırken dikkat edilmesi gereken en önemli nokta, düşük dozlarda başlanması ve uzun süre içerisinde hastanın uyum gösterebileceği yüksek doza kadar çıkılmasıdır.

Kanı sulandıran ilaçlar (Aspirin): Kalp yetersizliği varlığında aspirin tedavisi önerilmektedir. Bu hastalarda gelişebilecek yeni kalp krizini ve beyine pıhtı atmasına bağlı oluşabilen felçliği azaltabildiği gösterilmiştir.

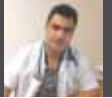
Ritim bozukluğu tedavisi: Kalp yetersizliği ile izlenen hastaların en önemli ölüm nedeninin ritim bozukluğu olduğu bilinmektedir. Bu amaçla kullanılan yeni kalp pilleri (ICD) halen en iyi ritim bozukluğu tedavisi olduğu yapılan çalışmalarla gösterilmiştir.

Cerrahi tedavi: Kalp damar tıkanıklığına bağlı gelişen hastalarda koroner by-pass ameliyatı, kapak cerrahileri, kalp destek cihazları ve kalp nakli bu hastalarda uygulanabilen cerrahi tedavi yöntemleridir ■



SİGARAYI BIRAKMAK İÇİN DESTEK STRATEJİLER

- Sigarayı bırakacağınızı ailenize ve arkadaşlarınıza söyleyin. Onlardan anlayış ve destek isteyin.
- Aynı evde yaşayan kişilerde, kendileriyle beraber sigaraya bırakmaya veya onların bulundukları ortamlarda sigara içmemeye özen göstermelidirler.
- Daha önceki sigarayı bırakma girişimlerine nelerin destek olduğunu ve nelerin engellediğini bulun.
- 2 hafta içerisinde olmak üzere bırakma tarihi belirleyin.
- Tamamen sigaradan uzak durmak çok önemli.
- Bıraktıktan sonra tek bir nefes bile yok!
- Bulunduğunuz ortamdan tütün ürünlerini uzaklaşmasını sağlayın, küllükleri atın, giysilerinizi, halıları ve arabanızı sigaradan temizleyin.
- Sigarayı bırakma konusunda mümkün olduğunca fazla şey okuyun.
- Alkol tekrar sigara içmeye neden olduğundan, sigarayı bıraktıktan sonra alkol alımını sınırlama/kesme düşünülmelidir.
- Yoksunluk semptomlarına hazırlıklı olun, şiddetli isteğe karşı koyma yollarını belirleyin;
 - Ev temizliği
 - 5 dakikalık bir yürüyüş
 - Germe egzersizi yapmak
 - Ağza bir kürdan almak
 - Tarçınlı sakız çiğnemek
 - Ağza limon damlatmak
 - Birkaç derin nefes almak
 - Dişleri fırçalamak
 - Sigara içmeyen bir arkadaşı aramak ve konuşmak
 - Özel durumlar haricinde sigarayı bırakmaya çalışan kişiler ilk basamakta ilaç tedavisi (Nikotin bandı, sakızı, bupropion vb.) deneyebilir.



ÇARPINTI GERÇEKTEN HASTALIK BELİRTİSİ MİDİR?



Çarpıntı toplumun hem genç hem yaşlı kesimlerini etkileyen, çoğu kişinin zaman zaman hissetmiş olduğu bir yakınmadır. Bu şikayet kalpte herhangi bir ritim bozukluğu olmadan da ortaya çıkabileceği gibi ciddi bir sağlık sorununun da habercisi olabilir.

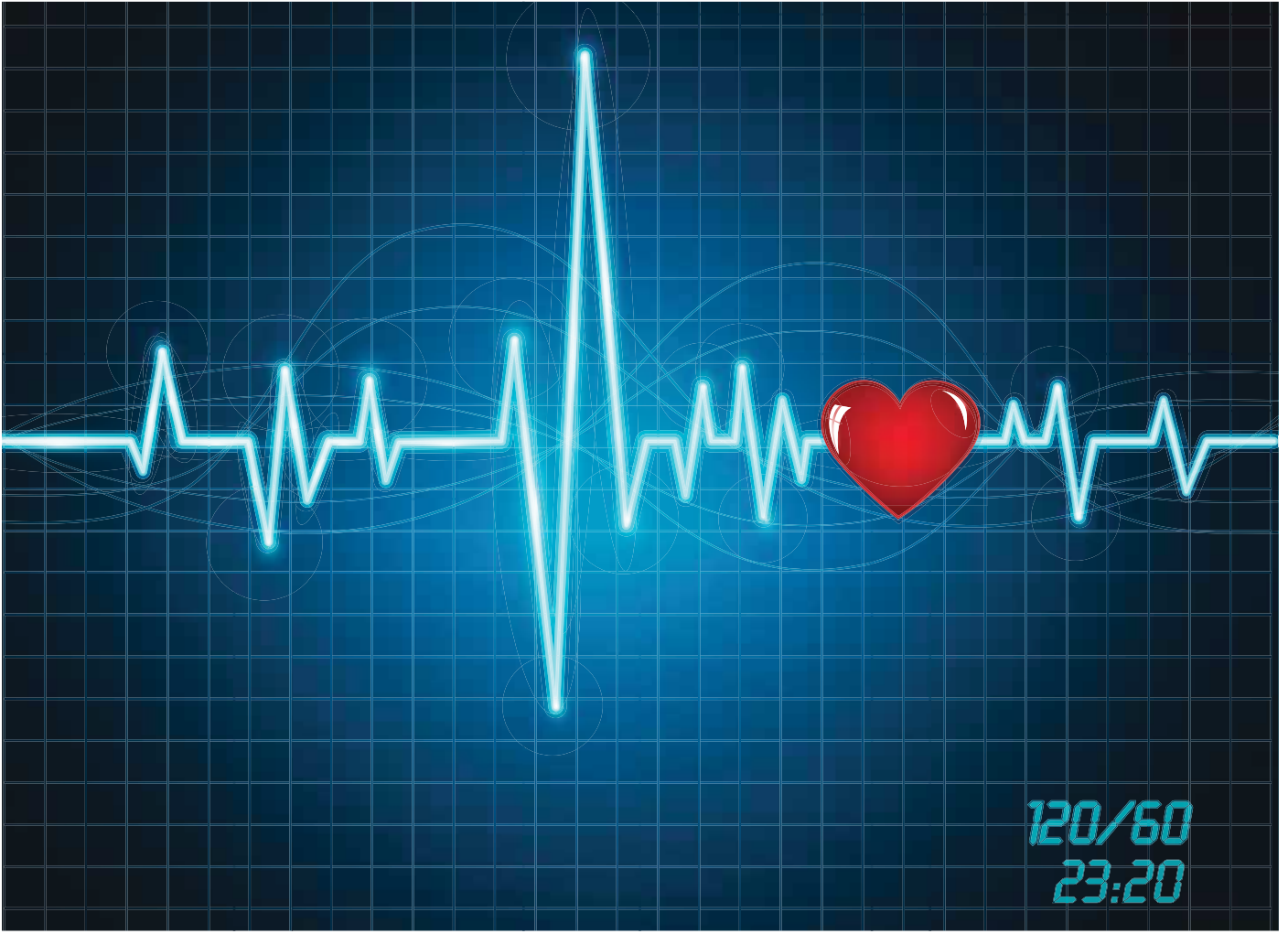
Çarpıntı ile ilgili toplumun bilinçlenmesi kişilerin doktora zamanında ve gerektiğinde başvurmasını sağlamaktadır. Bilinçlenme ile önemli bir sağlık sorunu olmayanların gereksiz yere korku ve paniğe kapılmalarının önüne geçilir.

AİLEDE KALP HASTALIĞI VARSA DİKKAT EDİLMELİ

Çarpıntı şikayeti olan kişilerde ailede kalp hastalığı öyküsü bulunması, genç yaşta neden-siz yere aniden ölen kişi olması, söz konusu kişilerde bayılma ataklarının bulunması, daha önceden bilinen bir kalp hastalığının varlığı

gibi durumlar bu yakınmanın önemsenmesi gerektiğini işaret eder.

Ailede ani ölüm öyküsü varlığı, çarpıntısı olan kişide bayılma ataklarının olması, şikayetin yaşam kalitesini etkileyecek şekilde tekrarlayıcı olması gibi durumlar çarpıntının tetkik edilmesini gerektirir. Çarpıntı her zaman bir



**Çarpıntıya
göğüs ağrısı,
nefes darlığı,
baygınlık hissi,
baş dönmesi,
titreme, terleme
gibi şikayetlerin
eşlik etmesi de
önemlidir.**

aritmî nedeni ile olmaz, bazen kişi normal ritminde çalışan kalp atışlarını da hissedebilir. Bu nedenle çarpıntı yakınması olan kişilerin ciddi bir hastalığı varmış gibi endişeye kapılması çoğu zaman yersiz ve gereksizdir.

ORTA YAŞIN ÜZERİ RİSK ALTINDA

Orta yaşın üzerinde ve yaşlı insanlarda kalp ve damar hastalıklarının görülme sıklığı gençlere göre daha fazladır. Bu nedenle bu kişilerde çarpıntının altta yatan bir kalp hastalığına bağlı olma olasılığı daha yüksektir. Orta yaşın üzerindeki kişiler eğer tekrar eden çarpıntı atakları hissediyorlarsa bir kalp doktoruna başvurmalıdır.

ÇARPINTI BAŞKA HASTALIKLARA DA İŞARET EDEBİLİR

Çarpıntı şikayeti kalp hastalığından başka bir sağlık sorununa da bağlı olabilir. Kansızlık, ateşli hastalıklar, akciğer ve solunum yolu hastalıkları, tiroid bezinin aşırı hormon salgılaması, gebelik, kan şekerinin düşmesi gibi kalp dışı durumlar da çarpıntıya sebep olabilir. Bu nedenle çarpıntı yakınması ile kalp yönünden yapılan tetkiklerde bir sorun saptanmaz ise çarpıntının başka bir nedene bağlı olabileceği akla gelmelidir. Özellikle ruhsal stres ve anksiyete bozukluğuna bağlı artmış sempatik sinir sistemi aktivitesi kalp atışlarında bir miktar hızlanmaya ve kişinin kalp atışlarını hissetmesine neden olabilir. Böyle durumlarda altta yatan esas neden ortadan kalkmadan çarpıntı giderici ilaçların kullanılması fayda göstermez. 



Yakın gözlük kullanmama ısrarı böyle durumlarda baş ağrılarına sebep olabilir.



ASTİGMATİZMA KORNEA VE LENSİN YAPISINA BAĞLI OLARAK DEĞİŞKENLİK GÖSTEREBİLİYOR

Korneanın kırma gücünün birbirine dik iki eksende farklı olması sonucunda görüntünün farklı düzlemlerde kırılmasıyla meydana gelir. Göz yatay ekseninde belirli bir kırıcılığa sahipken dikey ekseninde farklı numaradadır. Yatay kırıcılık normalden dikey kırıcılık fazlaysa miyopik astigmatizmadan, dikey kırıcılık azsa hipermetropik astigmatizmadan bahsedilir. Her iki aksta da fazla kırıcılık mevcutsa kombine miyop ve astigmattan, her iki aksta da kırıcılık azsa kombine hipermetropik astigmattan bahsedilebilir. Bir aks fazla bir aks az kırıcıysa mixt astigmatizma mevcuttur. Korneanın lekeleri de astigmatizmaya neden olabilir. Bazı kataraktlar astigmatizma yaratabilir. Katarakt ameli-

yatından sonra da astigmatizma gelişebilir. Astigmatizma, kornea ve lensin yapısına bağlı olarak değişkenlik gösterebilir ve astigmatik kişilerde her mesafede yansıma ve bulanık görmeye neden olur. Astigmatik görme, yamuk aynalarda oluşan görüntüye benzetilebilir. D harfinin O harfi olarak okunması gibi, harflerin yanlış okunmasına yol açmaktadır. Astigmatın sürekli artması normal değildir, tetkik yapılmasını gerektirebilir. Korneanın dikleşme ve inceme hastalığı olan keratokonus hastalığında astigmat ve miyopi sürekli artar ve görme kalitesi düşebilir.

YAŞA BAĞLI YAKIN GÖRME BOZUKLUĞU: PRESBYOPİ

Yaşın ilerlemesine bağlı olarak lensin esnekliği yitirmesi ve bunun sonucunda yakın görmenin bozulmasıdır. 35-40 yaşlarında başlar ve 60 yaşına dek sürekli ilerler. Presbiyopi

bir göz uzağı net gördüğü gözlükle yakını göremez. Uyum refleksi genellikle 40 yaşlarında zayıflamaya başlar. Uzağı net gören gözler presbiyopi çağına gelince yakın görmeye zorlanmaya başlar ve ek bir kırıcılığa ihtiyaç duyarlar. Bu ihtiyaç yakın gözlükleriyle düzeltilir. Eldeki yazıyı daha uzaktan okurken yazıyı netleştirme de zorluk çekmek ve çabuk yorulma presbiyopinin ana belirtileridir. Göz net görmek için sürekli uyum sağlamaya çalışır ancak görüntüyü eskisi gibi netleştiremez. Yakın gözlük kullanmama ısrarı böyle durumlarda baş ağrılarına sebep olabilir. Yakın gözlük kullanmaya başlayan kişiler birden konforlarının arttığını hissederler. Miyop gözler zaten normalden fazla kırıcı olduklarından yakına bakarken merceğin ek kırıcılığına ihtiyaçları yoktur. Miyoplar presbiyopi çağında gözlüklerini çıkartınca yakını görebilirler. Presbiyopi yakın gözlüğü ile düzeltilir. Yakın gözlük numarası hastanın uzak gözlük numarası ile birlikte yaşına da bağlıdır. Hem uzak hem yakında gözlük kullananlar ikisini bir arada ihtiva eden progresif gözlük kullanmayı tercih edebilirler. Presbiyopi cerrahisi lazerle ve cerrahi yöntemlerle denlenmektedir.

KIRMA KUSURLARI NASIL DÜZELTİLİR?

Kırma kusurunun çeşidine bağlı olarak değişik mercekler (Gözlük), kontakt lens ve kırma kusurunu düzelteren refraktif cerrahi denilen ameliyat ve lazer cerrahiler ile düzeltilenmektedir. ▶



LAZER TEDAVİSİ NEDİR?



Lazer, yüksek enerjili ışınlar kullanılarak uygulanan tedavileri ifade eder. Bugün tıbbın birçok dalı bu teknolojiyi kullanmaktadır. Lazer uygulaması göz, dermatoloji ve plastik cerrahi uzmanlarının günlük rutin uygulamaları haline gelmiştir.

LASER, “**Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation**” kelimelerinin baş harflerinden türetilmiş olup çok güçlü bir enerjiyi ifade eder. Bu ışık dalgaboyu ve ışığın gücü de etkilediği dokuyu, yani tıptaki kullanım alanını belirler. Tıpta özellikle dermatoloji ve plastik cerrahinin kullandığı farklı dalga boylarındaki cihazlar farklı amaçlarla kullanılmaktadır.

Lazer nasıl etki eder?

Lazer cihazı tarafından üretilen ışık, dalga boyuna göre, o dalga boyuna duyarlı molekül-

ler tarafından absorbe edilir. Bunu, şimşek ve paratoner benzetmesi ile açıklayabiliriz. Yüksek enerji nasıl iletken metali buluyor, enerjisini ona aktarıyor ama çevre dokuda bir hasar oluşturmuyorsa, Lazer enerjisi de uygulama amacına göre belli dokuları, hedefler ve enerjisini aktararak yanık benzeri bir reaksiyon oluşturur. Eğer koyu renkli oluşumlar hedefleniyorsa (Kıl, leke gibi) deriye rengini veren **melanin pigmenti**, damarsal lezyonlar kırmızılıklar hedefleniyorsa kandaki **hemogloblin pigmenti** hedef alınır. Dalga boyu ve gücüne göre farklı tedavi amacıyla kullanılan çok sayıda lazer tipleri ve

bunların kullanıldığı hastalıklar vardır.

Lazer, denince aklımıza en çok epilasyon gelse bile artık günümüzde pek çok hastalığın tedavisinde ve estetik amaçlarla da kullanılmaktadır.

Hangi durumlarda lazer tedavisi uygulanmalıdır?

Lazer epilasyon: Çok farklı cihazlar olmakla beraber, epilasyonda en etkili olan yöntem alexandrite lazerdir. Yapılmadan önce hastaların kılınma durumunun bir hastalıkla ilişkili olup olmadığı ve ilaç kullanımları çok iyi sorgulan-



//
**Vücuttaki
güneş lekesi
gibi pigmente
lezyonlara lazer
uygulanmasında
dikkatli olunmalı,
melanom ihtimali
mutlaka akılda
tutulmalıdır.**



malıdır. Bazı ilaçlar ışık duyarlılığı yaratabileceğinden yanık ve lekelerle sonuçlanabilir. Ayrıca Nd Yag lazerler, epilasyonda özellikle koyu deri rengi olan kişilerde tercih edilen lazer çeşitidir. Hedefi melanin değil kıl kökü olduğu için ince kıl, kalın kıl veya kıl rengi fark etmez.

Damarsal lezyonlar: Kan benleri, kırmızı lekeler, hemanjiomlar, doğuştan yüzde ve vücutta bulunan koyu kırmızı lekeler (Şarap lekesi), telenjektazi adı verilen yüz ve vücuttaki kılcal damar çatlamaları ve yüzde görülen gül hastalığında özellikle Nd-Yag lazer oldukça etkilidir. Bacaklardaki varis-

lerde de oldukça etkili lazerlerdir.

Yüz gençleştirme ve kırışıklık tedavisi: Nd yag lazerlerin derin dokulara inebilme özelliği ile cilt gençleştirme ve özellikle göz çevresindeki çizgilenmelerde oldukça iyi sonuçlar alınmaktadır.

Tırnak mantarı tedavisi: Son yıllarda sık kullanılan yöntemlerden biri olmuştur. Ancak ayak tırnak mantarında lazerden fayda görüp görmeyeceğinize mutlaka bir dermatoloji uzmanı karar vermelidir. Ayak tırnağına uygulanan lazer ışığı (1064nm Nd YAG lazer), tırnak yatağına, tırnak ve etrafındaki

yumuşak dokuya zarar vermeden uygulanır. Lazerle tırnak mantarı(Ayak mantarı) tedavisi esnasında tırnağınızın görünüşünde hemen bir değişiklik meydana gelmemektedir. Tırnak yatağında yapılmış işleme bağlı olarak, zamanla tırnak uzayacak ve yeni gelen tırnakta tedavinin etkisi ortaya çıkacaktır. Bu tedavi yöntemi özellikle yaygın, kronik mantar durumunda ve/veya hap tedavileri kullanmasında sakınca olan hastalarda özellikle tercih edilmektedir.

Derinin iyi huylu tümörleri: Piyogenik granülom, angiokeratom gibi deri tümörlerinde de lazer tedavileri uygulanabilir. Ancak özellikle yüzdeki çil, vücuttaki güneş lekesi gibi pigmente lezyonlara lazer uygulanmasında özellikle dikkatli olunmalı, melanom ihtimali mutlaka akılda tutulmalıdır.

Komplikasyonlara dikkat

Lazer tedavilerinde komplikasyonlar için tıptaki genel kurallar geçerlidir. Genellikle doğru tanı, doğru lazer, doğru uygulama yapılmamasına bağlı olarak yan etki gelişmektedir. Lazerin cinsi, modeli, markası ne olursa olsun öncelikle bu üç parametrenin uygunluğundan emin olunmalıdır. ▶



LÖSEMİ ve GENETİK

Vücudumuzdaki kan üretim sistemini tutan bir kanser türü olan lösemi, kan veya kemik iliği kanseri olarak da adlandırılmaktadır. Lösemi, kemik iliğinin çok miktarda anormal/sağlıksız özellikte akyuvar üretmesi sonucu kendini gösteren geniş bir kanser grubudur.



Lösemiler, somatik hücrelerdeki DNA'da meydana gelen hasar ve değişiklikler, kanser yapıcı genler olan **onkogenlerin** aktivasyonu veya tümör baskılayıcı genlerin devre dışı kalması sonucu hücre bölünmesinin/çoğalmasının regülasyonunun bozulmasıyla oluşan dengesiz hücre çoğalması olarak kendini göstermektedir. DNA'da oluşan bu hasara genetik sebeplerin yanı sıra **kanserojen, radyasyon, kimyasal maddelerin** ve **bazı virüslerin** (HPV, EBV, HIV gibi) neden olduğu bilinmektedir.

LÖSEMİ HEM ÇOCUKLARDA HEM YETİŞKİNLERDE GÖRÜLEBİLİR

Lösemi, hem çocuklarda hem de yetişkinlerde görülebilen kanser türlerinden olup farklı çeşitleri bulunmaktadır. Lösemiler, mikroskoptaki görünüşleri yanı sıra, tümörün yayılım ve gelişim özelliklerine göre akut veya kronik olarak sınıflara ayrılmaktadırlar.

İLERLEME HIZINA GÖRE LÖSEMİLER

İlerleme hızına göre lösemiler; akut lösemi, akut lenfoblastik lösemi ve akut myeloid lösemi olarak, kronik lösemi ise, kronik lenfositik lösemi ve kronik myeloid lösemi olarak sınıflandırılmaktadır. Genel olarak akut lösemiler, birden ortaya çıkıp hızlı ilerlerken, kronik lösemiler daha yavaş seyirlidir.

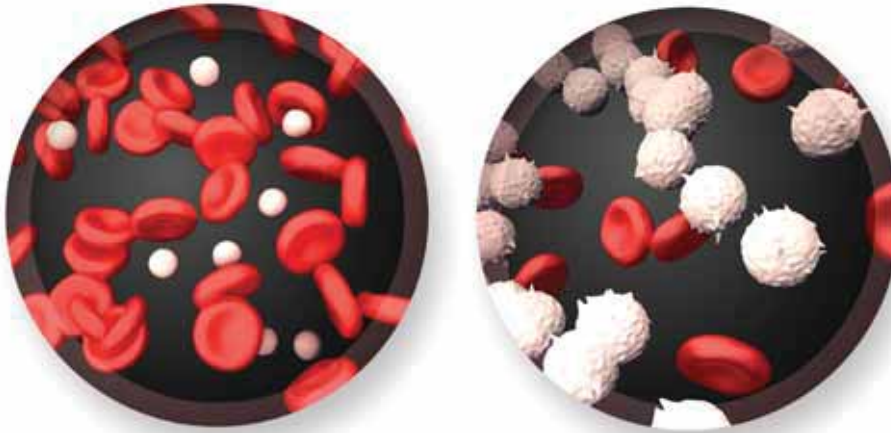
Genel olarak, akut lösemiler çocuklarda ve gençlerde daha sık görülürken kronik lösemiler daha ilerleyen yaşlarda ortaya çıkma eğilimindedir.

Akut lenfoblastik lösemi (ALL):

Olgun kan hücresi olan lenfosit dönüşmesi gereken olgunlaşmamış öncül hücre olan lenfoblastların aşırı çoğalması ve genelde lenf düğümlerinde birikerek karakterize olan ve 15 yaş altında en sık görülen lösemi tipidir.

Akut miyeloid lösemi (AML):

Alyuvarlara ve trombositlere dönüşmesi gereken myeloblast adı verilen hücrelerin çoğalma bozukluğu olarak kendini gösteren kansızlık (Kırmızı kan hücrelerinin yeterince



üretilememesinden ortaya çıkmaktadır) ve miyeloblastların anormal çoğalması sonucu kemik iliğinde eritrosit ve trombosit yapımı bozulmakta ve buna bağlı olarak anemi ve trombosit sayısında azalma meydana gelmektedir. Nötrofil, monosit gibi olgun hücreler meydana gelemediği için mikroplara karşı vücut savunmasız kalır ve sık tekrar eden enfeksiyonlar gözlenir. 50 yaş üzerinde de görülmekle beraber ergenlik ve 20'li yaş lösemilerinin %50'sini oluşturmaktadır.

Kronik lenfoid lösemi (KLL):

Olgun lenfositlerin kan ve kemik iliğinde aşırı çoğalması gözlenmekle birlikte ancak lenfositlerin sayısı artması ile beraber bağışıklık sistemi zayıflamaktadır. Çünkü bu lenfositler normal fonksiyonlarını yerine getirememekte ve mikroplarla savaşamamaktadırlar. Kemik iliğinde aşırı derecede lenfositlerin çoğalması sonucu eritrosit, trombosit gibi normal hücrelerin yapılması engellenmektedir. Anormal lenfositler kemik iliği, lenf bezleri, karaciğer ve dalakta birikerek bu organların büyümesine neden olmaktadır. Kronik lenfositik lösemi akut lenfoblastik löseminin aksine yavaş ilerleyen bir hastalıktır. Tüm lösemilerin yaklaşık %30'unu oluşturmakta ve genellikle 30 yaşın altında seyrek gözlenirken yaşla görülme sıklığı artmakta ve 60-70'li yaşlarda sıklıkla gözlenmektedir.

Saçlı hücreli lösemi (HCL):

Lenfosit kaynaklı bir kronik lösemi tipi

olup KLL'nin yavaş ilerleyen bir türüdür. Bulguları ve belirtileri çok spesifik olmayıp özgün başka birçok hastalıkla ortak. Saçlı hücreler kemik iliğinde birikerek ve kemik iliğinin yeterli sayıda normal kan hücresi üretmesini engellemekte ve normal kan hücrelerinin üretimini bozmaktadır. Ayrıca KLL'den tedaviye verdiği cevap dolayısı ile farklılık göstermektedirler.

Kronik myeloid lösemi (KML):

Olgun görünüşlü ama fonksiyonlarında zayıflık/kayıp bulunan akyuvarların aşırı çoğalması ile karakterize edilen bir lösemi tipidir. Yetişkin lösemilerin %20-30'unu oluşturan ve genellikle 25 ve 60 yaş aralığında gözlenen lösemi türüdür.

Lösemideki genetik değişiklikler:

Lösemi oluşumunda genetik faktörler büyük öneme sahiptir. Lösemili hastaların kemik iliği ve kan hücrelerinde tekrarlayan kromozom anomalileri gözlenmektedir. Kansere ilişkili olduğu bilinen ilk kromozom anomalisi 1960 yılında kronik myeloid lösemili (KML) hastaların kan kültürlerinde gösterilmiş olan 9. ve 22. kromozomlar arasında parça değişimi (Translokasyon) sonucu ortaya çıkan Philadelphia Kromozomu (Ph)'dur. Philadelphia Kromozomu'nun KML hastalarının % 95'ten fazlasında bulunduğu gösterilmiştir. Ph kromozomu'nun keşfinin ardından, yapılan çalışmalarla tüm kanser türlerinde ve lösemi türlerinde kromozom



Moleküler genetik çalışmalar, lösemilerde, onkogenler ve tümör baskılayıcı genlerde ve bu genlerin etkileştiği birçok gende mutasyonların meydana geldiğini ortaya koymuştur.

anomalileri bulunduğu gösterilmiştir ve bu anomalilerin çoğunlukla lösemi türüne özgü tekrarlayan anomaliler olarak bulunduğu ilerleyen zaman ve teknikler ile anlaşılmıştır. Bu değişimler ya kromozom düzeyinde ya gen düzeyinde translokasyon kırık noktaları farklılık göstererek veya her ikisi birden bulunabilmektedir.

LÖSEMİLERDE GÖZLENEN KROMOZOM ANOMALİLERİ

Lösemilerde gözlenen kromozom anomalileri; kromozom sayısında (Artış veya azalış) veya kromozom yapısında meydana gelen değişiklikler translokasyon (Kromozomlar arasında parça değişimi), delesyon (Kromozomun bir bölgesinin kaybı), duplikasyon/amplifikasyon (Kromozomun bir böl-



gesinin artışı) veya inversiyon (Kromozomun bir bölgesinin iki bölgeden kırılarak kendi içinde yüz seksen derece dönüp yeniden birleşmesi) gibi kromozom yapı anomalileri şeklinde olabilmektedir.

Normalde hücrelerin büyüme ve farklılaşmasında rolleri olan protoonkogenler genetik şifrelerinin yazılımında oluşan bir değişimle (Mutasyon) aktive olarak onkogene dönüşür ve olması gerekenden daha farklı çalışarak hücre döngüsündeki kontrol noktalarını dinlemeden devamlı olarak hücre bölünmesini desteklerler.

Tümör baskılayıcı genler, hücre bölünmesini kontrol altında tutan ve DNA hasarlarının tamir edilmesini ve gerektiğinde programlı hücre ölümüne gitmesini sağlayan genlerdir. Bu genlerin devre dışı kalması veya bu genlerin kaybı kontrolsüz hücre bölünmesine yol açabilmektedir. Kanser oluşumunda rol oynayan bir üçüncü gen grubu ise DNA tamir mekanizmalarında rol oynayan genlerdir. Bu genler DNA'mızda meydana gelebilecek hataları tamir ederek hücre döngüsünü denge tutmakla görevlidirler. Bu genlerin de tam olarak görevini yapamaması hücre dön-



Çocukluk çağı lösemilerinde tedavide başarı oranı %80'e yükselmiştir.

güsünün kontrolsüz çalışmasına veya hasarlı çalışmasına yol açarak kanser oluşumuna yol açabilmektedir.

LÖSEMİLERDE GÖZLENEN TANI VE TEDAVİDE ÖNEMLİ GENETİK DEĞİŞİMLER

Akut lenfoblastik lösemi (ALL): Çocukluk çağında daha sık görülen bir hastalık olan ALL'de genetik değişimler hem tanı hem de hastalığın seyri açısından büyük öneme sahiptir. ALL'de yaş gruplarına göre genetik anomalilerin sıklığı ve etkisi de farklılık gös-

termektedir. Örneğin ALL'de en sık görülen sayısal anomali hiperploidi yani kromozom sayısının 46 yerine 51-67 arasında olması, özellikle X, 4, 6, 10, 14, 17, 18 ve 21 kromozomlarının artışı gözlenirken en sık yapısal anomali erişkin dönemde t(9;22), çocukluk çağında kromozom 4 ile 11 arasında t(4;11), ve kromozom 12 ile 21 arasında parça değişimi t(12;21) olmasıdır. Belirtilen bu anomaliler, hastalığın tanısı kadar seyri veya tedaviye vereceği cevapla yakından ilişkilidir. Yukarıda belirtilen hiperploidilerin bulunması hastalığın seyrini olumlu olarak etkilerken bazılarının bulunması daha şiddetli ve tedaviye dirençli olduğuna işaret edebilmektedir.

Akut myeloid lösemi (AML): Akut myeloid lösemi hem klinik hem de genetik olarak oldukça heterojen bir hastalık grubudur ve farklı alt gruplara ayrılmaktadır. Daha önce bu sınıflandırma tutulum gösteren hücrelerin tiplerine göre yapılırken 2008'de Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) yayınladığı bildiriyle genetik değişimler de sınıflandırma kriterleri arasına girmiştir.

AML'li olgularda 100'den fazla genetik anomali bildirilmiş olmakla birlikte yaklaşık %50'sinde kromozom anomalisi bulunmaktadır. Sıklıkla saptanan ve tanısal değeri olan kromozom anomalilerinin başında kromozom 8 ve 21 arasında parça değişimi (t(8;21)), aynı zamanda kromozom 15 ve 17 arasında parça değişimi (t(15;17)), kromozom 9 ve 11 arasında parça değişimi (t(9;11)) ve onaltıncı kromozomun bir parçasının kopup kendi eksenini etrafında dönerek tekrar yapışması ile oluşan kromozom on altı inversiyonu (inv(16)) veya kromozom on altılar arasında parça değişimi (t(16;16)) gelmektedir. Ayrıca kromozomları normal olan hastaların da büyük çoğunluğunda gen düzeyinde değişimler bulunduğu gözlenmiştir.

Kronik lenfositik lösemi (KLL) hastalarının %5-8'inde gözlenen 17. kromozomun kısa kolundaki parça kaybı (Delesyon; del(17p)) birçok kanser türü ile ilişkili olan P53 tümör baskılayıcı geninin kaybına yol açmaktadır.



Kronik myeloid lösemi (KML): Kronik myeloid lösemi hastaların %95'inden fazlasında Ph kromozomu veya bu anomalinin sonucu oluşan BCR/ABL füzyon geni bulunmaktadır. Hastalığın ileri evrelerinde bu anomaliye ek olarak; Y kromozom kaybı 8. kromozomda artış (Trizomi), ilave Ph kromozomu ve 17. kromozomun kısa kolunun kaybı ve uzun kolunun duplikasyonu ile oluşan izokromozom 17 gibi ikincil kromozom anomalileri görülmektedir. Ayrıca KML'de genetik anomaliye özgü tedavi geliştirilmiş ve BCR/ABL füzyon proteininin hücre bölünmesini tetikleyen etkisini yok etmeyi hedefleyen ilaçlar geliştirilmiştir.

Kronik lenfositik lösemi (KLL): Erken evrelerinde sadece belli aralıklarla kan tetkikleri yapılarak takibi yapılan KLL selim bir hastalık olarak değerlendirilmektedir. KLL uzun bir sürece sahip olmasına rağmen hastanın taşıdığı genetik anomalilere göre daha kısa sürede ve şiddetli olarak seyretmekte veya daha iyi ve yavaş seyirli olabilmektedir. İzlem sürecinde oluşan genetik değişimler hastalığın seyrini de-

ğiştirebilmektedir. KLL'de en sık gözlenen genetik değişimler; 13. kromozomda parça kaybı (Delesyon), p53 gen bölgesini taşıyan kromozom 17 kısa kolunda parça kaybı, 11. kromozomda parça kaybı (Delesyon) ve 12. kromozomda sayı artışı, bir başka deyişle bu kromozomdan üç tane olma (Trizomisi) durumudur.

KRONİK LENFOSİTİK LÖSEMİ (KLL) İKİ GRUBA AYRILIR

Klinik ve genetik (Sitogenetik ve moleküler sitogenetik) inceleme yapıldığında KLL iki gruba ayrılabilir. İlk gruptaki KLL B hücrelerinden kaynaklanmakta ve İmmünglobulin geninin de IgVH mutasyonuna sahiptir. Bu grup erken klinik evre; stabil hastalık ve mükemmel yaşam sürelerine sahiptir. İkinci grupta KLL de ise yine B-hücrelerinden köken almakta fakat IgVH mutasyonu taşımamaktadır ve genel olarak bu grup kötü prognostik kromozomal anomalilerle seyir eder. Görülen kromozom ve/veya gen anomalileri planlanacak tedaviye yani kemoteröpatik ilaçlara cevabı etkilemekte ve teda-

vinin planlanmasında önem arz etmektedir.

Bunun yanısıra görülen bazı genetik bulgular hastalığın hangi evrede olduğuna dair de bilgi verebilmektedir. Örneğin, akut myeloid lösemide birçok kromozom anomalisinin bir arada bulunması da hastalığın kötü seyretmesine ve kötü yaşam kalitesine işaret olarak değerlendirilmektedir.

TEDAVİDE BAŞARI ORANI ARTIYOR

Moleküler biyoloji ve genetikteki ilerlemeler lösemiler için yeni tedavi yaklaşımlarının geliştirilmesinde oldukça önemli adımlar atılmasını sağlamıştır. Günümüzde araştırmacılar, genomik çalışmalardan elde edilen veriler ve yeni teknolojiler doğrultusunda kişiye özgü tedaviler geliştirmeyi hedeflemektedir. Böylece hastada meydana gelecek genetik değişimler ve bunların moleküler mekanizmaları hedeflenerek tedavi yoluna gidilmektedir. Ayrıca son yıllardaki çalışmalar, her bireyin genomik yapısı ve gen ifadesi farklı olduğundan, kemoterapi ilaçlarına verilen yanıt ve hassasiyetin de farklı olduğunu göstermektedir. Lösemi tedavisinde hedeflenen, tedavi başarı oranlarının %100'e yükseltilmesi ve hastaların yaşam sürelerinin uzatılmasıdır.

Yakın Doğu Üniversitesi Tıbbi Genetik Laboratuvarı'nda sitogenetik, moleküler genetik ve moleküler sitogenetik yöntemler hematolojik malignansilerin gerek tanısında gerekse tedavi planlanması ve takibinde başarı ile uygulanmaktadır. Sitogenetik yöntemlerle kan ve kemik iliğindeki kromozomal anomaliler analiz edilirken, kromozomal boyutta gözlenemeyen P53 gen delesyonları veya t(9;22) gibi tedavi planlamasında önemli translokasyonlar ve yine hematolojide sık karşılaşılan kompleks kromozomal anomaliler ise M-FISH yöntemi kullanılarak moleküler sitogenetik (FISH) olarak belirlenebilmekte ve moleküler genetik yöntemler ile de mutasyonların veya yeni oluşan gen ürünlerinin belirlenmesi yapılabilmektedir



BAŞ AĞRILARININ %90'I MİGREN

Baş ağrısı toplumda ve nöroloji polikliniklerinde en sık görülen şikâyetlerin başında gelir. Baş ağrısı şikâyeti olanların oranı toplumda %90'lara ulaşır. Tüm baş ağrılarının %90'ını ise migren ve gerilim tipi baş ağrıları oluşturmaktadır.

Baş ağrılarının 14 ana tipi var

Uluslararası Baş Ağrısı Derneği, baş ağrılarını **14 ana grup** ve **yüzlerce alt grup** olarak sınıflandırmıştır. Doğrudan doğruya baş ağrısı tablosuyla ortaya çıkan, başka bir hastalıkla ilişkisi olmayan baş ağrıları primer baş ağrılarıdır. Bunlar migren, gerilim tipi ve küme baş ağrılarıdır. Sekonder baş ağrıları ise %10 oranında görülen, nedeni belli bir hastalığa bağlı olarak, beyin damar hastalıkları, sinir sistemi hastalıkları, beyin tümörleri, göz hastalıkları, sinüzit, menenjit gibi hastalıkların seyri sırasında ortaya çıkan baş ağrılarıdır.

Migrenin özellikleri nedir?

- Genelde ağrı başın tek tarafındadır.
- Ağrı zonklayıcı özellikte, orta veya şiddetlidir.
- Bulantı, kusma olur.
- Krizler halinde gelir.
- Ağrı 4 ile 72 saat arası sürer.
- Ağrı başlangıcında görme bozuklukları olabilir.
- Baş hareketleri ve fiziksel aktiviteyle ağrı artar.
- Işıktan ve sestten rahatsız olunur.

Migrenin kaç tipi vardır?

Genel olarak iki gruba ayrılır. Bunlar "aura"lı denilen ön belirtili migren ve **aurasız migren**dir. Migrenlerin yalnızca %10'u auralıdır.



Migrenin aurası nedir?

Aura, ön belirtili migrende rastlanan şikâyetlerdir. Bu belirtilerin çoğu görmeyle ilgilidir. Hasta, parlak ışıklar, zig zag çizgiler gördüğünü ya da görmenin bulanıklaştığını, bir alanda veya bir bölgede görme kaybı olduğunu söyler. Ayrıca kolda, bacakta uyuşma, baş dönmesi, konuşmayla ilgili bozukluklar da görülür. Ortalama 20-30 dakika sürer ve ardından ağrı başlar.

Migrenin nedeni biliniyor mu?

Çevresel faktörler, genetik olarak yatkın kişilerde, beyinde bir aktivasyon yaratırlar. Bu aktivasyon, beyin damarlarında genişleme yapar ve kimyasal maddeler açığa çıkar. Bunlar sinirleri uyarak ağrıya neden olurlar.

Migrende kalıtımın etkisi var mı?

Migrenlilerin yakın akrabalarında migren olma olasılığı yüksektir. Genetik bozukluk migrenin sadece bazı özel tiplerinde gösterilebilmiştir.

Migren çocukluklarda da görülür mü?

Tüm migrenlilerin %10-15 kadarında hastalık, çocukluk çağına başlar. Migrenin çocukluk çağına görülme oranı ise %3-5 kadardır. Bu rakam ergenlikten sonra %10'ların üstüne çıkar. Uyku düzensizliği, uyuma güçlüğü, nensiz kusmaları, alerjisi, araba tutması olan çocuklarda ileride migren gelişme olasılığı daha fazladır.

Migreni tetikleyen faktörler nelerdir?

- Yükseklik değişiklikleri
- Hava kirliliği, sigara dumanı
- Parlak ışık veya titreyen ışık
- Yüksek ve devamlı gürültü
- Parfüm kokusu, kuvvetli diğer kokular ve kimyasal maddeler
- Hava durumundaki değişiklikler (Basma, sıcaklık ve nem değişikliği, lodos)
- Mevsimsel değişiklikler (Sonbahar ve ilkbahar)

har en kötü zamanlar)

- Açlık, öğün atlama
- Çok ya da az uyuma, uyku düzenindeki bozukluklar
- Uçak yolculukları
- Doğum kontrol hapları
- Kadınlarda hormonal değişiklikler (Adet dönemi)
- Bazı yiyecek ve içecekler (Çikolata, kabuklu kuruyemiş, kırmızı şarap vb.)

Gerilim tipi baş ağrısını migrenden nasıl ayırt edebiliriz?

- Gerilim tipi baş ağrısı sıklıkla stresten kaynaklanır.
- Tüm başı tutar, tepede etkilidir. Başın arkasından öne yayılma gösterir.
- Çok nadir tek taraflı olabilir.
- Bulantı olabilir ama kusma görülmez.
- 1 hafta-15 gün ağrıyla (Hafif) geçer.
- Ağrı kriz şeklinde olmaz.
- Ağrı başlamadan önce görme bozuklukları olmaz.
- Hareket etme ağrıyla artırmaz.

Migrende tedavi nasıl olmalıdır?

Tedavideki hedef, tetik çekici faktörleri azaltmak, sinir sistemindeki hassasiyeti ve ağrı sırasında ortaya çıkan damar ve damar çevresindeki olayları baskılamaktır. Temel tedavi, koruyucu ve atak tedavisi olmak üzere ikiye ayrılır. Eğer hastanın ağrıları ayda bir iki kez görülüyorsa sadece atak sırasında tedavi önerilir.

Atak-ağrı tedavisi nasıl yapılır?

Ağrı tedavisinde basit ağrı kesiciler, steroid olmayan anti-inflamatuvar ilaçlar ve triptanlar kullanılır. Ağrı kesici ilaçlar sık kullanıldığı takdirde ağrıyı sürekli yapar ve bazen daha ciddi yan etkilere yol açabilirler. Atak sırasındaki bulantı ve kusma için de anti emetik grubu ilaçlar verilir. Ağrı kesiciler atağın başında alınmalıdır. Emilimi hızlandırmak için de bulantıyı önleyici ilacın ağrı kesiciden önce alınması gerekir.

Koruyucu-önleyici tedavi nasıl yapılır?

Bir ay içinde atak sayısı üçü, dördü geçi-



Migren, kadınlarda hormonal düzenle ilgili daha çok görülür. Menopozdaki kadında migren krizleri seyrekleşir. Hamilelikte 3. ile 9. aylar arasında migren krizleri azalır.

yorsa o zaman sadece atak sırasında değil, migren atağını önlemeye yönelik ilaçları da kullanmak gerekir. Kişi ayda, ya da 6 ayda bir kez migren krizi geçiriyorsa uygulanmaz. Ağrı kesicilerin her gün alınması sakıncalıdır. Koruyucu tedavide ilaçlar her gün alınır. Bu amaçla kalp ilaçları, depresyon ilaçları, epilepsi ilaçları kullanılmaktadır.

İlaç dışında tedavi alternatifleri var mı?

Gerilim tipi baş ağrısında biofeedback (Geri iletim - gevşeme eğitimi), migrende akupunktur, kronik ağrılarda doku masajı, Riboflavin, magnezyum, "fever few" bitkisi içeren ilaçlar alternatif tedaviler olarak kullanılmakta ve bazı hastalarda yararlı olmaktadır.

Botox tedavisi migrende yararlı mı?

Son yıllarda baş ağrısı tedavisinde de kullanılmaya başlanan bu ilaç, sık gelen ve kronik ağrılarda bir tedavi alternatifi olmakla birlikte çok pahalı olması nedeniyle pratikte kullanılan veya öncelikli bir tedavi değildir.

Sürekli baş ağrıları neden olur?

Sürekli ağrılarda sekonder bir neden olup olmadığı mutlaka araştırılmalıdır. Daha önce periyodik gelen ağrıları olan hastalarda ağrılar süreklilik kazanmışsa hastanın çok sayıda ağrı kesici ilaç kullanmış olması ya da altta psikolojik nedenlerin var olabileceği olasılığı düşünülmelidir.

Ağrı kesiciler sürekli kullanıldıklarında bağımlılık yapar mı?

Morfin türevi olmayan ağrı kesiciler sürekli kullanıldıklarında temel olarak bağımlılık yapmaz, ancak ilaç kötü kullanımına bağlı baş ağrısı dediğimiz yeni bir ağrı türü de eklendiği için hastalar böyle hissedebilirler. Bu durumda hastanın mutlaka bir hekime başvurarak ağrı kesiciler dışında bir tedavi için yardım alması gereklidir.

İleri yaşlarda görülen baş ağrılarının nedenleri nelerdir?

İleri yaşlarda başlayan baş ağrılarında öncelikle altta yatan bir neden olup olmadığı araştırılmalıdır. Migren yaşla birlikte azalma gösteren bir hastalıktır. %2 oranında İleri yaşlarda başlayabilir. Özellikle ileri yaşta başlayan ve baş ağrısı nedeni olan iki hastalık temporal arterit (Özel bir damar iltihabına bağlı baş ağrısı) ve hipnik (Gece gelen) baş ağrılarıdır. Bu nedenle 50 yaş üzerindeki bir hastada yeni ortaya çıkan baş ağrıları varsa mutlaka doktora danışılmalıdır.

Baş ağrıyan hasta ne zaman mutlaka doktora başvurmali?

- Ağrı sürekli ve artan şiddette ise,
- İlk kez ağrıyla tanışan kişinin yaşı 10'un altında, 50'nin üstündeyse,
- Daha önce mevcut olan ağrının şiddeti, şekli değiştiyse, tedaviye cevap vermiyorsa,
- Baş ağrısı şimdiye kadar hayatında karşılaştığı en şiddetli ağrıya ve ağrı bir fiziksel aktivite sırasında (Ağır bir yük kaldırmak, cinsel ilişki) ortaya çıkmış ve şiddetini artırmışsa mutlaka doktora gitmek gerekir. ▶



PREMATÜRE BEBEKLERİN YAŞADIĞI SORUNLAR

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



Ikiz veya üçüzlerin prematüre doğum riski 6 kat daha fazladır. 34-36 hafta arasında doğan bebeklerin “geç preterm” olarak tanımlanır. Bu bebeklerin kiloları ve görünüşleri normal olsa da, doğum sonrası yaşadıkları sorunlar prematüre bebekler gibidir. Geç preterm bebekler, ısılarını, kan şekerlerini normal sınırlarda tutmakta sorun yaşamaktadırlar ve ayrıca solunum sıkıntıları, zamanında doğan bebeklere göre daha sıktır. Bu nedenle deneyimli ekiplerce prematüre oldukları bilinenek takip edilmeleri daha uygundur.

PREMATÜRE DOĞUMUN NEDENLERİ

Anneye, bebeğe ve gebeliğe ait birçok faktör prematüre doğuma neden olabilir.

ANNEYE AİT FAKTÖRLER

- Preeklampsi (Tansiyon yükselmesi, gebelik zehirlenmesi veya gebelik hipertansiyonu),
- Annenin kronik hipertansiyonu,
- Enfeksiyonlar,
- Rahmin anormal kasılması, rahim ağzının açılması ve daha önceden prematüre doğum yapmış olmak.

GEBELİĞE AİT FAKTÖRLER

- Anormal yerleşimli plasenta,
- Polihidramnion (Kese suyunun fazla olması),
- Kesenin erken yırtılması.

PREMATÜRE BEBEKLERDE ANTİKOR SAYISI AZ

Hamileliğin son üç ayında anneden bebeğe geçen ve bebeği enfeksiyonlardan koruyan, vücudun mikroplarla savaşında önemli rol oynayan antikor denilen maddeler salgılanır. Prematüre bir bebek hamileliğin son dönemini anne karnında geçirmediği için antikor sayısının az olması beklenir.



diği için bebeğe geçen antikor miktarı azdır. Bu nedenle bebek mikroplara karşı daha savunmasızdır. Ayrıca bu bebekler birçok antibiyotiğe karşı dirençli olan hastane ortamında izlendiklerinden enfeksiyon kapma olasılıkları artmıştır.

PREMATÜRE BEBEKLERİN HASTANE SÜRECİNDE KARŞILAŞTIĞI SORUNLAR

Prematüre bebeklerin sorunları doğum haftasının küçük olmasıyla doğru orantılıdır. Özellikle 34. hamilelik haftasından kü-

çük doğacak bebeklere doğar doğmaz acil müdahale gerekeceğinden yeni doğan konusunda deneyimli bir ekip karşılamalıdır. Bu bebekler doğrudan “Yeni Doğan Yoğun Bakım Ünitesi”ne alınırlar. Burada aşağıdaki durumlar göz önünde bulundurulur ve gereği yapılır.

Vücut ısının korunması: Prematüre bebeklerin derisi incedir. Ayrıca cilt altı yağ dokusu azdır. Ağırlıklarına kıyasla vücut yüzeyleri fazladır. Bu nedenle prematüre bebeklerin hem ısılarını korumaları zordur,



Prematüre bebeklerin ısı düzensizliklerinin, yağ dokusunun az olması nedeniyle ısılarını düzenleyememelerinden kaynaklanmaktadır.

hem de ısı kayıpları fazladır. Prematüre bebeklerin kuvöz denilen, ortam ısınısını veya bebeğin ısınısını istenen uygun düzeylerde tutabilen özel ısıtıcı yataklara gereksinimleri vardır.

Prematürenin solunum sıkıntısı: Prematüre bebekler erken doğduklarından dolayı anne karnında gelişimini hala devam ettiren akciğerler olgunlaşmamıştır. Akciğerlerde surfaktan denilen bir madde yapılır. Bu madde akciğerlerdeki alveol denilen hava odacıklarının soluk verme sonrasında kapanmasını engeller. Surfactanın yapımı 34. hamilelik haftasına doğru tamamlanır. Dolayısı ile hamilelik haftası 34 haftadan daha küçük bebeklerde Respiratuar Distres Sendromu (RDS) denilen durum görülmektedir. Hamilelik haftası ne kadar düşükse RDS riski de o kadar artmaktadır.

Apne: Solunumun 20 saniyeden daha uzun süre durmasına denir. Altta yatan başka nedenlerde (Kan şekeri düşüklüğü, kansızlık, beyin kanaması, enfeksiyon gibi) olabilmesine rağmen prematüre bebekte en sık neden, bebeğin solunum merkezinin henüz gelişimini tamamlayamamasıdır. Be-



Ailelere öneriler

- Bebeğiniz taburcu olurken, mutlaka size Yeni Doğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde takip eden doktorunuzdan, bebeğinize ait ayrıntılı epikriz alınız ve ayrıca bebeğinizin taburcu sonrası takipleri ile ilgili planları öğreniniz.
- 34 hafta altında doğan bebeklere beyin ultrasonu çekilmesi gerektiğini, 1 aylık olduklarında ise göz muayenesinin yapıp yapılmadığının sorularak, eğer yapılmadıysa mutlaka en erken zamanda yaptırılması gerektiğini dile getiriniz.
- Prematüre bebekler enfeksiyonlara karşı hala savunmasız olduklarından, bebeğe dokunurken el temizliği çok önemlidir.
- Bebeğinizin çok kalabalık ortamlara sokulmaması gerekir. Bu arada prematüre doğan bebekleri korurken aşırıya da kaçmamaya özen gösterilmelidir. Sürekli evde kapalı tutulmamalıdır. Özellikle ılıman havalarda temiz havaya çıkarılmalıdır.
- Bebekler ortalama 6-7 aylıktan itibaren kendi savunma faktörlerini oluşturmaya başlarlar. Enfeksiyonlar açısından ilk 6-7 ay hatta ilk 1 yıl fazlasıyla dikkat etmeniz gerekmektedir.

beğe oksijen verilir, gerekirse ilaca başlanır ve solunum cihazına bağlanabilir.

Enfeksiyon: Hamileliğin son üç ayında anneden bebeğe geçen ve bebeği enfeksiyonlardan koruyan, vücudun mikroplarla savaşında önemli rol oynayan antikor denilen maddeler salgılanır. Prematüre bir bebek hamileliğin son dönemini anne karnında geçirmediği için bebeğe geçen antikor miktarı azdır; bu nedenle bebek mikroplara karşı daha savunmasızdır. Ayrıca bu bebek-

ler birçok antibiyotiğe karşı dirençli olan hastane ortamında izlendiklerinden enfeksiyon kapma olasılıkları artmıştır.

Beslenememe: Emme ve yutmanın birlikte koordinasyonu hamilelik yaşı 34 haftalık iken normaldir. Eğer bebek daha erken doğmuşsa emme ve yutma koordinasyonu tam olamayabilir. Bu nedenle erken doğan bebekleri midelerine yerleştirilen sonda ile beslemek gerekebilir. Eğer bebek beslenebilecek ancak ememeyecek durumdaysa

ağızdan midesine indirilen bir beslenme sondası ile aralıklı olarak beslenir. En önemli besin kaynağı kendi annesinin veya başka bir annenin sütüdür.

Hipoglisemi (Kan şekeri düşüklüğü): Prematüre bebeklerin karaciğer şeker depoları ve yağ depoları azdır. Metabolizmaları hızlıdır. Ayrıca beslenmeleri geciktiği için kan şekeri düşme riski fazladır. Bu nedenle kan şekeri düzeyleri yakından takip edilerek damar yolu ile verilen şeker miktarı ayarlanır.

Hiperbilirubinemi (Sarılık): Prematüre bebeklerde sarılık riski fazladır. Erken doğan bebeklerde kan hücrelerinin yıkımı sonrasında oluşan bilirubin (Sarılık maddesi), karaciğerin olgun olmayışından dolayı vücuttan atılamaz ve birikir. Yüksek bilirubin değerleri bebeğin özellikle beynine zarar verebilir bu nedenle bilirubin düzeyleri dikkatle takip edilir. Tedavi gerektirecek düzeye geldiğinde ise fototerapi (Işık tedavisi) uygulanır. Bu ışık ciltteki bilirubinin atılmasına yardımcı olur. Fototerapiye rağmen sarılık düzeyi tehlikeli sınıra ulaşırsa bebekteki yüksek miktardaki bilirubini uzaklaştırmak için kan değişimi yapılır.

Beyin kanaması: Hamilelik yaşı ilerledikçe bebeklerin beyindeki damar yumağı giderek küçülür ve sağlamlaşır. Bir bebek ne kadar erken doğarsa beyindeki damar ağı da o kadar geniş ve zayıftır. Prematüre bebeklerde stres anında (Solunum cihazındayken, aspirasyon yapılırken, damar yolu açma gibi girişimsel işlemler yapılırken) bu damarlar kanayabilir. Kanamanın derecesine göre kanama giderek azalıp eriyebileceği gibi; kanama fazla olduğu takdirde beyindeki su dolu odacıklarda (Ventriküllerde) tıkanıklık olabilir ve beyinde su birikimi (Hidrosefali), baş çevresinde artış (Makrosefali) ve beyin dokusunda azalma görülebilir. Hidrosefali varsa ameliyat ile beyin ve karın boşluğu arasına şant denilen ve beyindeki sıvıyı karın içine boşaltmayı sağlayan bir ci-



haz takılır. Beyin kanaması olan bebeklerde ileride zeka geriliği olabilir. Bu bebeklerin bu açıdan takip edilmesi önemlidir.

Patent duktus arteriyozus: Sağ kalpten çıkan ve akciğere giden damar ile sol kalpten çıkan aort damarı arasındaki köprü damarın açık kalmasıdır. Anne karnında açık olan ve doğumdan sonraki ilk üç gün içinde bebeklerin birçoğunda kapanan bu damar kapanmazsa kalpten akciğerlere giden kan miktarı artar. Kalbe gelen kan miktarı da artacağı için bebeklerde kalp yetmezliği ve solunum sıkıntısı gelişebilir. Bu damarın açık kalma olasılığı prematüre bebeklerde daha fazladır. Damarın

açık kaldığından bebeğin muayenesi sırasında kalpte üfürüm duyulması ile şüphelenilir ve ekokardiyografi yapılarak kesin tanı konulur. Bu damarı kapatmak için ilaç tedavisi uygulanır.

Kansızlık (Anemi): Prematüre bebeklerde kansızlığın birçok nedeni olmaktadır. Bu bebekler hastanede izlendikleri süre içinde zorunlu olarak pek çok kan tetkiki yapılmakta ve bu tetkikler için kan alınmaktadır. Prematüre bebekler bu kanı üretmekte yetersiz kalırlar. Ayrıca alyuvarların ömrü zamanında doğan bebeklere göre daha kısadır. Anneden bebeğe demir geçişi son aylarda daha fazla ol-

duğundan dolayı prematüre bebekler demir depolarından mahrumdur. Bu nedenle demir takviyesine erken başlanmaktadır.

Nekrotizan enterokolit (Bağırsak nekrozu, gangreni): Prematüre bebeklerin sindirim sistemi iyi gelişmediğinden, bu bebeklerde enfeksiyon riski, oksijensiz kalma, tansiyon düşüklüğü riski daha fazla olduğundan bağırsak nekrozu gibi sorunlar daha sık görülür. Nekrotizan enterokolitli bebeklerde karın şişliği, safralı kusma, aldıkları sütü sindirememesi gibi bulgular vardır. Tıbbi tedavi ile iyileşebilirler. Ancak bağırsaklarda delinme (Perforasyon), gangren varsa cerrahi tedavi yapılır ve gangren olmuş bağırsak kısmı kesilip çıkarılır.

Prematüre retinopatisi (ROP): Özellikle uzun süre ve yüksek konsantrasyonda oksijen almak zorunda kalmış doğum ağırlığı 1000 gr'ın altındaki bebeklerde sık görülür. Retinadaki damarlanma artışına bağlı olarak bebekte değişik derecelerde görme bozukluğu ve körlük gelişebilir. Hamilelik yaşı azaldıkça ROP riski artmaktadır. Prematüre bebeklere belirli aralıklarla (Genellikle hamilelik yaşı 32 hafta olunca) göz muayenesi yapılarak ROP olup olmadıkları incelenmelidir. Bu muayene özellikle körlüğün önlenmesi için çok önemlidir.

İşitme problemleri: Erken doğan bebekler işitme kaybı açısından yüksek risk taşırlar ve bu bebeklere ilk üç ay içinde işitme testi (ARB) yapılması gereklidir. İşitme kaybı olan bebekler yakın takibe alınırlar ve kalıcı bozukluk saptanırsa konuşmayı öğrenmeleri için tedavi planlanır.

PREMATÜRE BEBEKLER NE ZAMAN TABURCU EDİLİR?

Prematüre bebek, hastalığının tedavi edildiği, kendi ısını sağlayabildiği, anne göğsü veya biberonla beslenebildiği, kalp ve solunum durmasının olmadığı zaman ve aile bebeğe bakabilecek durumda olduğunda taburcu edilmektedir



ERKEĞİN MAKYAJI SAÇIDIR

Saç ekimi son yıllarda hem ülkemizde hem de tüm dünyada erkekler arasında çok popüler bir estetik uygulama haline gelmiştir. Bunun nedeni; erkeğin makyajı saçdır düşüncesidir. Bu popülerliğin arkasında uygulamaların hasta açısından konforlu bir hale gelmesi de yatmaktadır.

Saç ekimi uygulamalarının tıbbi bir uygulama olduğu, bu uygulamaların mutlaka bu konuda tecrübeli bir hekim tarafından yapılması gerektiği, işlem öncesinde kişilerin genel sağlık anlamında mini bir Check-up'a tabi tutulması göz ardı edilmektedir. Tüm bunlar uygulama kalitesi ve sonuç ilişkisi oranını hızla düşürmektedir.

SAÇ EKİMİ STANDARTLARINA UYULMALI

Saç ekimi uygulamasında standartlar hem işlemin başarısının hem de işlem ya-

pılan kişinin sağlığının garantisidir. Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'nde de bu standartlara her detayıyla uyulmakta ve kişilerin sadece saç sağlığı değil genel sağlığı da işlemden önce ve işlem boyunca gözetilmektedir.

FUE YÖNTEMİ NEDİR?

FUE kelime anlamı olarak kıl kökünün alım şeklini tarif etmektedir. Kıl kökünü eski yöntem olan fut saç ekiminde olduğu gibi blok halinde değil tek tek alındığını tanımlamaktadır. Saç köklerinin ense veya vücuttan 0.7-0.8 mm çaplı özel iğneler yardımı ile 1'li, 2'li, 3'lü ve 4'lü kökler halinde

alınır, saç açıklığı olan bölgelere açılan kanallara tek tek ekilmesi sureti ile saç ekim işleminin gerçekleştirilmesidir.

FUE NASIL UYGULANIR?

İşlemden önce ense saçlarının traş edilmesi ile başlanır. Tüm saçlar 1 numaraya traş edilmelidir. Traş yapılmadan FUE yapılması olanaksızdır. Foliküler üniteler yani saç kökleri FUE yönteminde özel büyüteçler altında çok hassas bir biçimde titizlikle ekilmelidir. Bu yüzden saç ekimi ve özellikle FUE yöntemi tecrübesi olan hekim tarafından yapılmalıdır. FUE ile ekilen saçların bir çoğu 2-6 hafta arasında şok dökülmeye uğ-



rar. Bu dönemde dökülen saçlar 4-8 ay sonra çıkmaya başlar. 1 yılda yaklaşık sayısal sonuç tamamlanır ve kalite değişimi 2 yıla kadar devam eder.

GELİŞEN TEKNOLOJİLER VE SAÇ EKİMİ

Hayatımızın her alanına giren teknoloji tıp alanında ve saç ekimi alanında da kendini göstermekte, bir kaç yıl önce prototiplerini gördüğümüz saç ekim robotları artık işlemin belli alanlarında kullanılmaktadır. Henüz istenilen düzeye gelmese de doktora yardımcı olmaktadır. Tıbbin diğer alanların-

da kullanılan robotların saç ekimi alanına uygulanması ile ortaya çıkan bu robotlar Amerika, Avrupa ve Uzak Doğu'da yaklaşık 20-25 klinikte saç ekimi konusunda doktorlarla çalışmaya başlamıştır. Yakın gelecekte saç ekiminde daha çok klinikte daha gelişmiş robotları görülecektir.

İŞLEM SONRASI DESTEKLER İÇİN NE YAPILMALI?

İşlemin yapılışı kadar sonrası da önemlidir, gelişen teknolojiler bize bu konuda da yardımcı olmakta, PRP ve kişinin yağ dokusundan üretilen kök hücre kültür en-



Tıbbi tüm uygulamalarda işlemin belli bir standarda uygun yapılması başarının ilk ve tek anahtarıdır. Bu standartlar göz ardı edilirse başarı ve sonuçlardaki kalite hızla düşmeye başlar.

jeksiyonları yeni ekilen saçların hızla hayatıyetini yeniden kazanması için önemli desteklerdir. Her iki yöntemde yüksek teknoloji ile elde edilmekte ve saç ekiminin sonuçlarına %30-80'a kadar ekstra katkı sağlamaktadır.

SAÇ EKİMİNDE SAĞLIK TURİZMİ POTANSİYELİ YÜKSEK

Bu hizmet duyulup yaygınlaştıkça, ülkemize gelen saç ekim hastalarının ciddi bir sağlık turizmi potansiyeli de oluşturacağı bir gerçektir. Bu yükselen potansiyel ülke turizmini de etkileyecektir. Bu konuda sektörde çalışan hekimler ve sağlık kuruluşların standardizasyon ve kaliteli hizmet konusunda desteklenmesi ile işlem güvenliği ve kalitesinin, dolayısıyla da bu potansiyelin çok daha fazla artacağı öngörülmektedir. ▶



TEKRARLAYAN KAFA TRAVMALARI

Sporif aktiviteler profesyonel, amatör ya da eğlence amaçlı olarak toplumun büyük bir kesiminin hayatında yer almaktadır. Özellikle takımlar halinde karşılıklı mücadele şeklinde, temas edilerek yapılan sporlar (Futbol, amerikan futbolu, basketbol vs.) kafa travması riskini de beraberinde getirmektedir. Gerek eğlence sporlarında gerekse resmi müsabakalarda tekrarlayan kafa travmaları ve buna bağlı gelişen **konküzyonlara** sıklıkla rastlamaktayız. Her ne kadar sağlıklı bir yaşam ya da eğlence amaçlı yapılsa da burada gerekli önlemlerin alınmaması, kurallara uyulmaması sonucu gelişen kafa travmaları telafisi zor, kimi zaman da mümkün olmayan zararlara neden olabilirler. Bu travmaların izlerini kişiler ömür boyu taşıyabilmektedirler.

SPOR YAPARKEN KAFA TRAVMASINA DİKKAT

Hayatımızın öyle ya da böyle bir parçası haline gelen spor ve eğlence yaşamı sonucunda oluşan kafa travmaları tüm orta şiddetteki kafa travmalarının %10'unu oluşturmaktadır. Araştırmalara göre yılda yaklaşık 3000 yeni vaka oluşmaktadır. Travmaya maruz kalmış kişilerde ikinci bir kafa travmasına maruz kalma riski oldukça yüksektir. Beynin ön kısmını oluşturan ve pek çok bilişsel fonksiyona yön veren **frontal lob** ise beynin en sık etkilenen bölgesidir. Eğlence sporlarında ve resmi müsabakalarda genellikle konküzyon adını verilen kafa travmalarına rastlıyoruz. Konküzyon; **geçici bilinç kaybı, travma sonrası amnezi, travma sonrası hafıza kaybı, oryantasyon bozukluğu** ve **dikkat bozukluğu** gibi hızlı



gelişen kısa süreli nörolojik disfonksiyonlarla ilişkili ortaya çıkan ve beyni etkileyen kompleks patofizyolojik bir prosesdir. Laboratuvar çalışmaları konküzyonun pek çok patojenik olay sonucu beyinde geçici fonksiyon bozukluklarına sebep olduğunu ve bu olayların da beyni ikinci bir travmatik beyin hasarına hassas kıldığını göstermiştir. Sportif aktiviteleri de ele alacak olursak, bir kaza sonucu konküzyona maruz kalan bir kişinin ikinci bir konküzyona maruz kalma oranı normale göre 3 kat fazladır. Bu da

ilk travmadan korunmak için tüm emniyet önlemlerine uyulmasının ne kadar önemli olduğunu ortaya koymaktadır.

TEKRARLANAN TRAVMALARI ZARARI ARTIRIYOR

İki yaralanma arasındaki zaman aralığı yedi günün üzerine çıktığı zaman bilişsel fonksiyonların etkilenme oranı önemli şekilde azalmaktadır. Her ne kadar tekrarlayan konküzyonların kümülatif etkisi olduğu söylene de tekrarlayan kafa travmasına



maruz kalan kişilerin bir adaptasyon kapasitesine sahip olabileceği ve konservatif olarak sadece istirahat ile tedavi edilebileceği de söylenmektedir.

TEKRARLAYAN Kafa TRAVMALARINDA ÖNÜNE GEÇİLMESİ GEREKEN BİR PROBLEM DE NÖBETLERDİR

Geçirilen bu nöbetler özellikle **temporal lobun** iç kısmında yer alan **Hippocampus'u** da etkileyerek beyinde ek hasarlar gelişmesine sebep olmaktadır. Nöbet geçiren bir hastanın nöbetlerinin sürekli olması durumunda uzun süre nöbet önleyici tedavi alma zorunluluğu ve bu tedavinin olası yan etkileri de göz ardı edilmemelidir.

TEKRARLAYAN Kafa TRAVMALARINDA TEDAVİ ZORLAŞIR

Geriye dönük analizlerin sonuçları ise son derece kafa karıştırıcıdır. Tüm bu kafa karıştırıcı olaylardan bağımsız olarak dikkat edilmesi gereken nokta ise, kafa travmasında maruz kalan sporcunun yeniden sportif bir aktivitede yer almadan önce egzersiz esnasında veya dinlenme halinde iken semptomsuz olmasının gerektiğidir. Semptomları düzelmeyen bu kişilerin sebebi ne olursa olsun sportif aktivitelere geri dönmelerine, tekrar bir travmaya maruz kalıp belki de spor hayatlarının bitmesine neden olacağından kesinlikle izin verilmemelidir.

Tüm elde edilen bu verilerin ışığında tek-



Eğlence sporlarında ve resmi müsabakalarda genellikle konküzyon adını verilen kafa travmalarına rastlanılmakta.

rarlayan kafa travmalarına maruz kalan kişilerin üretken çağdaki insanlar oldukları, takip ve tedavilerine gereken hassasiyetin gösterilmemesi durumunda, kendi hayatlarının olumsuz etkilenebileceği ve aileleri için önemli bir üzüntü kaynağı olabileceklerinin yanında, çalışamayacak olmaları durumunda da ülkelerinin ekonomisine olumsuz etkilerinin olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. ▶

AYAK VE TOPUK AĞRISI

Topuk ağrısı başladığında akla ilk gelen ya da ilk tanı genellikle topuk dikenidir. Topuk dikenini, rahatsız edici bir durum olsa da topuk dikenini olan insanların ancak az bir kısmında ciddi ağrıya neden olur, ağrı olmasa bile röntgen filminde görülür derecede bir topuk dikenini bulunabilir. Topukta ağrının büyük olasılıkla nedeni topuk dikenini değildir. Çünkü topuk dikenini ciddi ayak ağrısına yol açmaz. Ancak topuğunuzda sizin bile kolaylıkla farkedebileceğiniz bir çıkıntı, sertlik oluşturunca kadar ciddi rahatsızlık vermeyen topuk dikenini nedeniyle topuk ve ayak ağrısının teşhisi ve tedavisi kolaylıkla gözardı edilebilmektedir.

Ağrının başlangıç yeri tespit edilmeli?

Ayak **bağlar, tendonlar ve kemiklerden** oluşan komplike bir yapıdır. Sıklıkla mevcut bulunan topuk dikenine bağlı olmayarak çeşitli hastalıklar nedeniyle topuk ve ayak ağrısı gelişir ve tanıda ağrının ayağın hangi bölgesinden başladığı önem taşır.

Ayak ve topuk ağrısının nedenleri nelerdir?

Tekrarlayan yüklenmeler: Topuk ve ayak ağrısının önde gelen nedenidir. Uzun süre ayakta duran, uzun mesafe yürüyen ve ağırlık taşıyan kişilerde bu tekrarlayan yüklenme nedeniyle **ayak ve topuk ağrısı** gelişir. Eğer gergin bir **aşil tendonunuz** varsa topuk kemiğiniz üzerine aşırı yüklenme olur ve topuk ağrısının gelişmesi kaçınılmazdır.

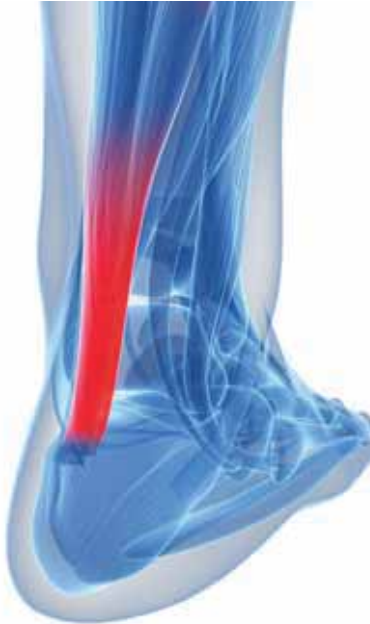
Düşme şeklindeki yaralanmalar: Ayak tabanına doğrudan olan travmalar gerek **"fat pad"** denen topuk yastığında gerekse ayak tabanı ön kısmında derin dokuların yaralanmasına yol açar ve ağrı ile birlikte çakıl taşında yürünüyor hissi yaratabilir. **Kalkaneus** adı verilen topuk kemiğinin kırıkları da bu tür düşmelerle oluşabilir ve ciddi ağırlara yol açar.

Koşma, zıplama ve benzer şekilde ayak





**Topuk ağrısının
uygun tedaviden
sonra ortalama
geriye dönüş ve
düzelme süresi
6 aydır.**



üzerine yük veren aktiviteler: Bu tür aktiviteler özellikle ayak tabanı tarak kemikleri altında rahatsızlık, şişlik ve ağrıya yol açabilir.

Yüksek topuklu ayakkabı giyilmesi: Morton nöromu adı verilen hastalık sıklıkla yüksek topuklu ayakkabı giyilmesine bağlı olarak gelişir ve ayak tabanı ön kısmında ağrı ile birlikte uyuşma hissi yaratır. Bu hastalık parmak aralarında bulunan sinir dokusunun etrafında

kalınlaşma gelişmesi sonucu oluşmaktadır..

Ayak taban kavsı ağrısı: Sıklıkla sebebi "plantar fasit" adı verilen ve hem topuğu hem de ayak kavsini boylu boyunca etkileyen bir hastalıktır. Ağrı genellikle sabah uyanınca ilk basma ya da uzun süre oturduktan sonra ayağa kalkınca ortaya çıkar.

Diğer nedenler: Artrit denen eklem rahatsızlıkları da özellikle ayak orta kısmında ve

başparmakta tutulum göstererek şiş ve ağrıya yol açarlar. Ayrıca 'Halluks Valgus' adı verilen başparmak eğriliği, parmakların değişik şekil bozuklukları, tırnak bozuklukları da ayak tabanını ve topukta ağrıya yol açarlar.

Topuk ağrısının uygun tedaviden sonra ortalama geriye dönüş ve düzelme süresi 6 aydır.

Ağrının düzelmesi

Yaklaşık hastaların %5'inde düzelme gelişmeyebilir. Bazı önlemlerin hasta tarafından alınması çok yararlı olabilir.

Germe egzersizleri: Çoğu topuk ağrısının tedavisi benzerdir. Evde yapılacak ayak germe egzersizleri ana tedavi yöntemidir. Ayak bileğini 90 derece doğal pozisyonda tutacak gece atellerinin özellikle sabah ilk basma ağrısına yararı olur.

Aktiviteler sırasında uygun ayakkabı seçimi: Koşma, yürüyüş, doğa yürüyüşü gibi daha uzun ve düzgün olmayan zeminlerdeki yürüyüşler, basketbol, futbol, tenis gibi spor aktivitelerinde giyilecek uygun ayakkabılar, ayak ve topuk ağrısının çözümünde önemlidir. Yine ayak yapısına uygun ayakkabı seçimi ayak sağlığı için önem taşımaktadır. 



VARİKOSEL SPERM KALİTESİNİ DÜŞÜRÜYOR

Toplardamarların içinde bulunan ters akımı engelleyen kapakçıklar, damar çapının genişlemesi sonucunda yetersiz kalır ve testislerin toplardamar çıkışında basınç artışı gerçekleşir. Artan basınç sonucu testis dokusu içindeki kan dolaşımı bozularak sperm üretimi ve sperm kalitesi etkilenir. Genetik yapısı uygun olanlarda ve fazla ayakta duranlarda ağrı ve görüntü bozukluğu ile ortaya çıkar.

Normal vücut ısı 36.5 derece iken insanlarda sperm hücreleri 35 derece sıcaklıkta gelişir. Vücut ısısının tek farklı olduğu yer testislerdir. Varikozel sonucu bu ısı artar ve buna bağlı olarak sperm hücrelerinin üretimi bozulmaya ve hücre sayısı azalmaya başlar. Bir diğer sorun ise, kan birikmesi sonucu (Testis çevresinde) göllenme meydana gelmesidir. Bu kan birik-

mesi hücrelerin hareketini kısıtlar ve kandaki hormonlarla temas eden testisteki hücreler hasara uğrar.

VARİKOSELİ SICAKLIK DA ETKİLİYOR

Sperm yapımında azalmayla birlikte, yapımın gerçekleştiği tubullerde de değişiklikler olur.

Varikozelli hastada testiste **Leydig hücre disfonksiyonu** nedeniyle, Leydig hücrelerinde **testosteron** yapımında azalma meydana gelebilir. Bu da **FSH** ve **LH** seviyesinde yükselmeye neden olabilir. Sıcaklık artışı ve dolaşım bozukluğu sperm kalitesini (Sayı, hareketlilik, yapı olarak) bozar ve kromozomal yapıya da etki ederek döllenme kapasitesini olumsuz yönde etkiler. Varikozel genellikle sol testiste görülür.

Varikozelin daha çok sol testiste olma nedenleri:

- Soldaki toplar damarın boşaldığı yer ana damarla dik açı yapar. Bu nedenle kan rahat bir şekilde boşalmaz.
- Testisin sol toplar damarı daha uzundur.
- Soldaki toplar damarın içerisinde kanı ileri pompalayacak kapakçıklar daha az ve yetersizdir.
- Sol damardaki basınç daha fazladır. Böylece kanı ileri sevk edemez.

VARİKOSEL BELİRTİLERİ

En sık görülen varikozel belirtileri kasığa vuran künt ağrı ve testiste çekilme hissidir. Uzun süre ayakta kalındığında artan, yatmakla azalan ağrı oluşur. Genişlemiş ve kıvrılmış damarlar hissedilebilir. Hasta yatırıldığı zaman



Varikosele karşı önlem alın!

- Fazla ayakta durmamaya dikkat edin. Akşam mutlaka uzun oturup ayaklarınızı yükseğe kaldırın.
- Testis torbasındaki kan drenajını önleyen hareketlerden ve egzersizlerden mutlaka kaçınin.
- Testis ve torbanın hareketini önleyen kot gibi dar pantolon ve sıkı iç çamaşırı giymeyin.
- Ağır spor ve egzersizlerden kaçınin, yük kaldırmayın.
- Varikoseli olan hastalar aşırı sıcak ortamlarda çalışmamalıdır.



Normalde sağlıklı erkeklerin %10-15'inde varikosel bulunurken, bu oran infertil erkeklerde %20-40 arasında değişmektedir.

damarlar boşalmakta ve damar pakeleri kaybolmaktadır. Varikoseli olan erkeklerde çoğu zaman belirtiye rastlanmaz. Genellikle başka bir hastalığa bakılırken tesadüfen farkedilir. Varikosel ilerlediğinde, testisler küçülür ve yuvarlanır.

VARİKOSEL TANISI

Farklı derecelerde görülebilen varikoselin tanısı bu konuda tecrübeli bir üroloji uzmanı



tarafından detaylı bir muayene ile konur. Varikoselin tanısında esas fizik muayenedir. Tanı ve tedavi kararı vermede "scrotal doppler ultrasonografi" iyi bir muayene yöntemidir. Doppler ultrasonografi ile venlerde genişleme, geriye kaçış belirlenebilir. Daha sonra sperm tahlili ile hastanın sperm hücrelerinin kalitesi incelenir. Herhangi bir bozukluk varsa tespit edilir. Varikosel için tedavi kararı vermede fizik muayene, sperm analizi ve scrotal doppler ultrasonografi yapılmalıdır.

VARİKOSEL TEDAVİSİ

Varikosel hastalığının tedavisi ameliyattır. Kısırlık problemi olanlara, yapılan tahlil sonu-

cunda sperm üretimi bozulmuş ve testisi küçülmüş kişilere uygulanır. Ameliyattan sonra 3 ay içinde sperm üretimi düzelmeye başlar. 5-6 aylarda yapılan sperm tetkikleri ile hastalığın ne kadar düzeldiğine bakılır. Ameliyatın başarılı bir sonuç verme ihtimali yüzde 75'lerdedir. Cerrahi sonrası komplikasyon olarak testislerde sıvı birikmesi veya bir süre sonra tekrar varikosel oluşması görülebilir.

Tüp bebek (Mikro-enjeksiyon) uygulamasından önce varikoselin opere edilmesi ile sperm hücrelerinin dölleme yeteneğini azaltan, kromozomlardaki parçalanma oranını artıran etkinin ortadan kaldırılması ile hamilelik oranlarının arttığı saptanmıştır. ▶



YAZ İSHALLERİ ÖLÜMCÜL OLABİLMEKTE



Yaz ishalleri, toplumun geniş kesimini etkisi altına alabilen, kimi zaman yaz tatilini zehir eden, kimi zaman da ölümcül olabilen mevsimsel bir sorundur.

Bilimsel çevrelerin “Gastroenterit” dediği yaz ishallerini **Dünya Sağlık Örgütü** oldukça önemsemektedir. Dünya Sağlık Örgütü’nü bu denli ürküten ise ishale ilgili bilimsel istatistiklerdir. Her yıl dünyada sadece beş yaş altı çocuklardan **760.000’inin** yaşamını ishallerden hastalıklardan yitirdiği rapor edilmektedir. Bu rakamlar ishallerin çocuklar arasında en sık ölüme neden olan ikinci hastalık olduğunu göstermektedir. Tüm yaşlarda ise her yıl 2 milyara yakın insanın ishale yakalandığı hesaplan-

maktadır. Bu da önemli bir risk ve iş gücü kaybı anlamına gelmektedir.

İSHALLERİN ÇOĞU MİKROP KAYNAKLI

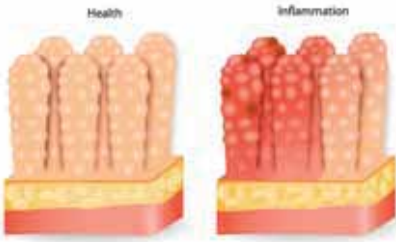
İshal deyince hastaların günde en az üç kez dışkı çıkarma ve/veya dışkının sulu ve şekilsiz olmasını anlaşılar. Bebeklerin biraz yumuşak dışkı çıkarmaları veya yaşlıların şekilli ama üçten çok defa tualete gitmeleri ishal olarak kabul edilmez. İshallerin hepsi değilse de, çoğu mikroplarla oluşmaktadır.

Bakteriler, virüsler ve parazitler bunlara yol açabilir. Geniş bir etken yelpazesi ishale yol açmaktadır. Bunların hemen tamamı ağız yoluyla yiyecekler içecekler aracılığı ile bulaşıyor. Bulaşım kaynaklarının başında ise kalkınmakta olan ülkelerdeki **içme sularıdır**. İçme sularını, kirli ve özellikle kanalizasyon artığı karışmış sularla, kirlenmiş çiğ yenen sebze ve meyveler ile kremalı yiyecekler ve et ürünleri izlemektedir. Et ürünleri arasında ise birinci sırayı yeterince soğuk ortamda saklanamamış kümes hayvanları almaktadır.



Unutulmamalıdır ki ishale baş etmede sorun ishalin kendisi değil, neden olduğu madensel tuz ve su kayıplarıdır.

GASTROENTERİTİS



YAZ AYLARINDA FAZLA SU TÜKETİLMELİ

Yaz aylarında su ihtiyacımızın artması, sağlıklı su temininde güçlükler, gıdaların saklanması dikkatsiz davranılması yaz mevsiminde ishallerin daha sık karşımıza çıkmasına neden olmaktadır. Üstelik yaz aylarında terlemeyle daha fazla su kaybedildiği için yaz ishallerine karşı insanların toleransları, tahammülleri daha az olmaktadır.

YAZ İSHALLERİNDE NELERE DİKKAT EDİLMELİ?

İçme ve mutfak sularının güvenli olduğundan emin olunmalıdır. Şehir sularını tercih etmenin daha güvenli olduğunu varsayılmaktadır. Özellikle içme suyu ile çiğ sebze ve meyvelerin yıkandığı sular mutlaka güvenli su olmalıdır. Güvenli su mikrop



barındırmayan sudur. Sulara güvenilemiyor, suların kaynatıldıktan ve soğutulduktan sonra kullanılmaları en güvenli yoldur. Bu durumda su 20 dakika kaynatılmalıdır. Kaynamış suyun lezzetinin geri gelmesi için hem hemen soğutulmalı, hem de havalandırılmalıdır. Özellikle anneler bebeklerine mama hazırlamak için buna özen göstermelidir.

Özellikle ishal salgınları söz konusu olduğunda çiğ sebze meyve tüketimine ara vermelidir. Ancak salgınlar son bulduğunda tekrar bu gıdaları tüketebilir.

İshallerin önlenmesinde kişisel hijyen kuralları da önemlidir. Özellikle tuvaletlerden sonra, ya da yemek hazırlıklarından önce ve sonra elleri sabunlu ve güvenli suyla yıkamak önemli bir korunma yöntemidir.

YEREL OTORİTELERİN GÖREVLERİ

İshal salgınlarından korunmada özellikle belediyelere ve diğer yerel yönetimlere önemli görevler düşmektedir.

Öncelikle yerleşim yerlerine klorlanmış, iyi kalitede su temini en önemli görevdir. Buna ek olarak, sebze ve meyve bahçelerinin içine kanalizasyon artığı karışmamış suların sulanmasının sağlanması gerekir.

Kuyu sularının kontrolü, su kuyularına yakın yerlerde kanalizasyon çukuru açılması, varsa bu kuyuların düzenli klorlanması, kullanıma izin verilmesi de önemli bir korunma yöntemidir.

Belediyelerin bir diğer görevleri de gıda sağlığını özellikle yaz aylarında çok sıkı kontrol etmeleridir. Yaz aylarında özellikle kremalı, sütü ürünlerin mutlaka soğuk koşullarda muhafaza edilmesi gerekir. Buna dikkat edilmemesi durumunda da gıdanın tüketilmesinden sonra 4-6 saat içinde karın ağrısı, bulantı kusma ve ishal yakınmaları gelişebilir. Gıda üretiminde kullanılan sütün pastörize olması bu hastalığı önlememektedir. Önemli olan soğuk zincirin bozulmaması. Bu nedenle krema ve sütü tatlılar ile mayonezlerin hazırlanışından sonra saklama koşulları çok önemlidir. Yerel otoriteler hazır gıda satan pastane, kafeterya ve lokantaların denetimini düzenli olarak yapmalıdır.

Piliçlerin bazı özel mikropları da insanlarda yaz ishallerine yol açabilir. Piliç etinin hazırlanışı sırasında yeterince uygun sağlık koşulları sağlanmazsa bu mikroplarla bulaşan piliç etleri evimize kadar gelebilmektedir. Bu nedenle gıda güvenliği açısından piliç eti üretim ve paketlenme tesislerinin kontrolü önemlidir. ▶



REFLÜ HASLIĞI VE ÖNLEMLERİ

S ağılıklı bebekler, çocuklar ve erişkinlerde de görülebilen **asit reflü** genellikle kısa süreli olup herhangi belirti veya komplikasyona neden olmazken, hastalık durumunda normalden daha sık ve rahatsız edici belirtilerle birlikte görülür.

ASİT REFLÜ, FARKLI HASTALIKLARI TETİKLEYEBİLİR

Verdiği rahatsızlık hissi ve belirtileri dışında, asit reflü hastalığı önemli komplikasyonlara sebep olabilir. Mide asitinin yaptığı tahrişe bağlı yemek borusunda yaralar gelişebilir ve sonucunda kanama veya daralma meydana gelebilir. Çok nadir olsa da, uzun süren tahrişe bağlı yemek borusu alt kısmını döşeyen hücrelerdeki değişim ile hücreler zemininde yemek borusu kanseri gelişebilir. Bunun dışında, mide asitinin daha yukarı seviyeye gelmesi ile **ses tellerinde zedelenme** ve **ses kısıklığı**, **zatürre** ve **astım** gibi hastalıkları görülebilir.

EN SIK GÖRÜLEN BELİRTİ YENİLENLERİN GERİ GELMESİ

Asit reflü hastalığının en sık görülen belirtileri **göğüste yanma hissi** ve **ağıza acı/ekşi su gelmesidir**. Daha az sıklıkla görülen birçok belirtisi de vardır. Bu belirtiler; **göğüs ağrısı**, **yutma zorluğu**, **ağrılı yutma**, **düzelmeyen ses kısıklığı**, **geçmeyen boğaz ağrısı**, **uzun süren öksürük**, **gece astımı**, **boğazda düğümlenme hissi**, **diş sağlığında bozulma**, **tekrarlayan akciğer enfeksiyonları**, **kronik sinüzit** ve **boğulma hissiyle uyanmadır**.

ASİT REFLÜ YAŞAM TARZINI DEĞİŞTİREREK ÖNLENEBİLİR

Asit reflü hastalığının tedavisinde en önemli unsurun hayat tarzı değişikliklerini



Asit reflü yaşam tarzını değiştirerek önlenabilir. Asit reflü hastalığının tedavisinde en önemli unsur hayat tarzı değişikliklerini benimsemedir.

benimsemedir.

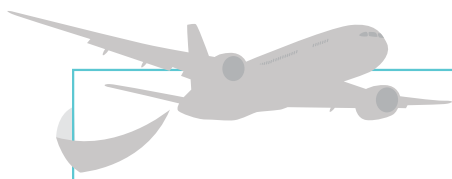
Asit reflü hastalığı tanısı konulan hastalar,

- Kilo fazlası varsa kilo vermeli, yemek yedikten hemen sonra uzanmamalı,

- Yüksek yastık ile uyumalı, asit reflüsünü artıran gıdalardan kaçınılmalı ve sigarayı bırakmalı,
- “Tıka-basa” yemek yememeli, “az az-sık sık” beslenme alışkanlığını benimsemeli,
- Karın bölgesine baskı yapan kıyafetler giymemelidir.

ASİT REFLÜ TEDAVİSİ

Diyet ve hayat tarzı değişikliklerinin yetersiz kaldığı hastalarda, şikayetleri kontrol altına almanın yanı sıra, özellikle yemek borusu ve boğazda oluşan hasarın iyileşmesini sağlamak ve yeniden oluşmasını engellemek amacıyla mide asit üretimini azaltan ilaçlar önerilir. Bazı hastalarda mide boşalmasını artıran ilaçlar önerilir. Başka amaçlarla kullanılan bazı ilaçların mide kapağı gevşekliğini artırarak asit reflü hastalığına neden olabildiği unutulmamalı ve hastanın aldığı bütün ilaçlar bu açıdan değerlendirilmelidir. Bazı hastalarda cerrahi müdahaleye ihtiyaç duyulmaktadır



GİRNE ÜNİVERSİTESİ

GELECEĞİNİZ İÇİN DOĞRU ADIM...



FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

- Deniz Ulaştırma İşletme Mühendisliği
DENİZCİLİK FAKÜLTESİ

- Deniz Ulaştırma İşletme Mühendisliği Bölümü
 - Gemi Makineleri İşletme Mühendisliği Bölümü
- ## DENİZ İŞLETMECİLİĞİ VE YÖNETİMİ FAKÜLTESİ

- Deniz İşletmeciliği ve Yönetimi Bölümü
- ## DENİZ BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

- Balıkçılık Teknolojisi Mühendisliği Bölümü
- ## HAVACILIK VE UZAY BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

- Sivil Hava Ulaştırma İşletmeciliği Bölümü
 - Uçak Mühendisliği Bölümü
 - Pilotaj Bölümü

DENİZCİLİK YÜKSEKOKULU

- Deniz Ulaştırma İşletme Mühendisliği Bölümü
 - Gemi Makineleri İşletme Mühendisliği Bölümü
- ## DENİZCİLİK MESLEK YÜKSEKOKULU

- Deniz Ulaştırma ve İşletme
- Gemi Makineleri İşletme
- Deniz ve Liman İşletmeciliği



BURS İMKANLARI



Detaylı bilgi için: +90 392 680 20 00 www.kyrenia.edu.tr

kyreniauni / kyreniauni

OTİZM EKSİK DEĞİL FARKLILIK

Yakın Doğu Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Özel Eğitim Bölümü, Özel Eğitim Vakfı (ÖZEV) ile Gönyeli Fazıl Plümer Anaokulu iş birliğinde “2 Nisan Dünya Otizm Farkındalık Günü” nedeniyle farkındalığı ve toplumsal bilinci artırmak amacıyla çeşitli etkinlikler yapıldı.

2 Nisan Dünya Otizm Farkındalık Günü'nde Yakın Doğu Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Özel Eğitim Bölümü, Özel Eğitim Vakfı (ÖZEV) ile Gönyeli Fazıl Plümer Anaokulu, otizm hakkında bilgi vermek ve bilinçlendirme çalışmaları yürütmek adına gelenekselleştirdiği etkinliklerine bir yenisini ekledi.

Yakın Doğu Üniversitesi Basın ve Halkla İlişkiler Dairesi Müdürlüğü'nden yapılan açıklamaya göre, Zihinsel Engelliler Öğretmenliği Bölümü, Üstün Zekalılar Öğretmenliği ve İşitme Engelliler Öğretmenliği öğrencileriyle fakültenin çeşitli bölümlerinde öğrenim gören öğrencilerin gönüllü olarak katıldığı etkinlikte Gönyeli Çemberi'nde pankart açılarak, güne özel hazırlanan broşür dağıtıldı.

Ötisme karşı bilinç artırıyor

ÖZEV öğrencileri, Gönyeli Fazıl Plümer Anaokulu ve Şehit Tuncer İlkokulu minikleri de farklı bir bilinçlendirme etkinliğine katılarak destek verdi. Zihinsel Engelliler Öğretmenliği Bölümü Topluma Hizmet Uygulamaları dersi



kapsamında öğrencilerin organize ettiği etkinlikte öğrenciler resimler çizdi, yüzleri boyandı. Boyama etkinliklerinin ardından katılımcılar gerçekleştirdiği yürüyüşte havaya balonlar bıraktı. Etkinliğin gerçekleşmesinde Yakın Doğu Üniversitesi, Lefkoşa Türk Belediyesi, Artix&Copy Center, Deniz Plaza, The Linde Group, Çınar Yurtları, Evsu, Güner Nuri Petrol, Şehitoğlu Yapı Market, Evrensel Özel Eğitim ve Psikolojik Hizmetler Derneği ve Okan Yapı Market katkıda bulundu. ▶



MEDYADAN YILIN OSKARI DR. GÜNSSEL'E

Medya İhtisas Gazetecileri Federasyonu (MİGFED) olarak, 2014 yılında Türkiye ve uluslararası alanda başarıları imza atmış politikadan spora, diplomasiden aktüaliteye, eğitim, sağlık, turizm, çevre, kadın, ekonomi, magazin, kent vb. birçok alandaki haberleri izleyen ihtisas gazetecileri, alanlarında başarılı olmuş kişi ve kuruluşlara gazeteci gözüyle Yılın Oskarı ödülünü veriyor.

Medya İhtisas Gazetecileri Federasyonu tarafından, Ankara Sheraton Hotel Convention Center'da gerçekleştirilecek ödül töreninde Yakın Doğu Üniversitesi Kurucu Rektörü Dr. Suat İ. Günsel'e KKTC'de eğitim ve sağlık

alanında yaptığı girişimler ve ülke tanıtımına sağladığı desteklerden ötürü Yılın Oskarı takdim edilecek.

MİGFED tarafından gerçekleştirilen törende; Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanı Recep Tayyip Erdoğan, Azerbaycan Cumhurbaşkanı İlham Aliyev, Kazakistan Cumhurbaşkanı Nursultan Nazarbayev, Arnavutluk Başbakanı Edi Rama'nın yanı sıra, Ankara Büyükşehir Belediye Başkanı Melih Gökçek, iş dünyasından Güler Sabancı, spor dünyasından Arda Turan, medyadan Acun Ilıcalı, show dünyasından Beyazıt Öztürk de ödül alacaklar arasında olacak. ▶



YDÜ HASTANESİ'NDE KALP HASTALARI DAHA GÜVENDE

Yakın Doğu Üniversitesi, Basın ve Halkla İlişkiler Dairesi Müdürlüğü'nden yapılan açıklamaya göre, YDÜ Hastanesi Kalp Merkezi'nde kullanılmaya başlanan **4 boyutlu EKO cihazı**, kalp doktorlarına 4 boyutlu teşhis imkanı sağlıyor. Kalp ve kalp damarlarını dört boyutlu ve renkli olarak görüntüleme olanağı sağlayan 4 boyutlu EKO cihazı, doğru tanı koyma imkanını artırıyor.

Kalp damar hastalıklarına ve buna bağlı ölümler günümüzde halen tüm dünyadaki ölümler içerisinde birinci sırada yer almaktadır.

Erken tanı ile hayat kurtarabilen tanı yöntemlerinden ekokardiyografi, hasta için hiçbir zararı olmaması, radyasyon içermediği için çocuk ve gebelerde dahi güvenli olarak kullanılabilme özelliklerine sahiptir.

EKO ile erken tanı olanağı

Kalp fonksiyonları, kalbin kasılma gücü, doğumsal kalp hastalıklarına bağlı delikler, kapak bozuklukları gibi birçok kalp hastalığının erken tanısı, konusunda uzman kişiler tarafından yapılan detaylı bir ekokardiyografik inceleme ile mümkün olduğunu belirten Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi Başhekimisi **Dr. Sevim Erkmen**, 4 boyutlu EKO cihazının, kalp hastalıklarının tanı ve tedavisinde önemli bir teşhis yöntemi olduğunu vurgulamaktadır. Dr. Erkmen Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi olarak her zaman sağlık alanındaki teknolojik yenilikleri yakından takip ettiklerini belirterek, hastalarına son teknoloji tanı ve tedavi yöntemlerini sunduklarını ifade etti.

4 boyutlu ekokardiyografi (EKO) nedir?

Yıllardır kalp hastalıklarının erken tanısında kullanılan ekokardiyografi (EKO)



cihazları kalbin 2 boyutlu görüntülerinin fotoğraflarının çekilmesini ve bu görüntü kayıtları üzerinden bazı ölçümlerin yapılabilmesine olanak sağlamaktaydı. 4 boyutlu ekokardiyografide ise kalbin gerçek eş zamanlı, canlı 4 boyutlu görüntüleri alınmaktadır. Bu görüntüler, kalp cerrahının, göğüs kafesini açtığında kalbi gözleriyle gördüğü gerçek görüntüsüne oldukça yakındır. Bu görüntüleme ile kalp sonsuz açıdan çevrilip, ince kesitler halinde incelenir.

Eski yöntemlerden farkı nedir?

4 boyutlu EKO, 2 boyutlu EKO'ya göre hem görüntü kalitesi hem de gerçeğe yakın görüntü elde etmesi açısından üstündür. Özellikle kalp kapak hastalıklarının tanı ve değerlendirilmesinde, ameliyat ihtiyacının ve ne tür bir ameliyatın uygun olacağı, ameliyatın zamanlaması konusunda daha detaylı bir bilgi almak mümkündür. Yapay kapakların ameliyat sonrası takibinde oldukça verimli sonuçlar alınmaktadır. Doğumsal kalp bozukluklarının tanısında (Delik,



kapak ve kalp kası bozuklukları vb.) detaylı inceleme imkanı sunmaktadır. Yine kalp büyümesi, kalbin kasılma gücü hakkında 4 boyutlu EKO ile yapılan detaylı analizlerle daha güvenilir sonuçlar alınmaktadır. İnsan sağlığını tehdit eden kalp damar hastalıklarının tanı ve değerlendirmesi bu yöntemle daha detaylı ve doğru bir şekilde yapılabilir. ■

YAKIN DOĞU EV SAHİPLİĞİNDE “GELECEĞİN ÜNİVERSİTELERİ” KONFERANSI GERÇEKLEŞTİ



Yakın Doğu Üniversitesi'nin ev sahipliğinde, European Business Assembly (EBA) tarafından düzenlenen ve Oxford Academic Union (OAU) ile Club of Rectors'ün katılımları ile “University of the Future: University Cities and Health Tourism” başlıklı uluslararası konferans görkemli bir açılışla gerçekleşti.

Açılış konuşmalarını KKTC Cumhurbaşkanı **Dr. Derviş Eroğlu**, Yakın Doğu Üniversitesi Kurucu Rektörü **Dr. Suat İ. Günsel** ve EBA Başkanı **Prof. Dr. John Netting**'in yaptığı konferansta, Yakın Doğu Üniversitesi Mütevelli Heyeti Başkanı **Doç. Dr. İrfan S. Günsel** ve Oxford Academic Union temsilcisi **Prof. Nathan Pike** da konuşma yaptı.

YDÜ'nün geldiği nokta gurur verici

KKTC Cumhurbaşkanı Dr. Derviş Eroğlu konuşmasına, yüksek öğrenimin geldiği ileri nok-

tanın gurur verici olduğunu belirtirken, “Yakın Doğu Üniversitesi bugün geldiği aşama itibarıyla ülkemizin en güzide yüksek öğrenim kurumlarından bir tanesi durumundadır. Bütün alanlarda olduğu gibi özellikle tıp alanında atmış olduğu cesur adımlar ve yatırımlar bu kurumu diğer kurumlardan daha farklı bir noktaya taşımaktadır. Ben tıp doktorluğu eğitiminin ne anlama geldiğini çok iyi bilen biriyim. Tıp fakültesinin kurulmasında müteakip coğrafyamızın nimetlerinden yararlanarak bu fakültede hizmet alabilecek yabancı hasta alımını da sağlamak büyük bir adım olacaktır. Temennim bunun en erken zamanda

gerçekleşmesi ve dünyanın her yerinden gelecek olan hastaların KKTC’de şifa bulmalarıdır.” diyerek, konferans süresince yürütülecek panellerin ve ortaya çıkacak sonuçlarının takipçisi olacağını belirtti.

Dr. Suat İ. Günsel; “KKTC’yi temsil etmenin mutluluğunu yaşıyoruz.”

Kurucu Rektör Dr. Suat İ. Günsel konuşmasında, 350.000 nüfusa sahip ülkemizin yaklaşık 5.000 kadarının Yakın Doğu Üniversitesi’nde istihdam edildiğini ifade ederek, “Çocukluğumda kurduğum hayallerden yola çıkarak bugün 108 farklı ülkeden gelen 25.000 öğrenciye çok kül-



türlü bir eğitim-öğretim olanağı sunmuş olmanın gururunu yaşıyoruz.” dedi. Dr. Suat İ. Günsel, Yakın Doğu kurumları ile KKTC halkının kucaklaştığı bir yaşam alanı inşa etmenin düşüncesi ile çıkılan bu yolda, Büyük Kütüphane, Olimpik Yüzme Havuzu, Atatürk Kültür ve Kongre Merkezi gibi birçok alanda topluma fayda sağlamış olmanın mutluluğunu yaşadıklarını sözlerine ekledi. Yakın Doğu Üniversitesi'nin tüm birimleri ile uluslararası alanda KKTC'yi temsil etmenin mutluluğunu yaşadıklarını ifade etti. Prof. Netting ise konuşmasında, geçtiğimiz yıl Yakın Doğu Üniversitesine yaptığı ziyarette üniversitenin sunduğu eğitim olanaklarından ve kampüs yaşamından oldukça etkilendiğine dikkat çekerek, “**Geleceğin Üniversitesi**”ni Yakın Doğu Üniversitesi'nde gerçekleştirme kararı aldığını ifade etti.

Yakın Doğu KKTC'yi dünya ile buluşturmada öncü

Yakın Doğu Ünivesitesi Mütevelli Heyeti Başkanı Doç. Dr. İrfan S. Günsel konuşmasını, “Bugün burada sizlerle birlikte olmaktan ve bize ve toplumumuza inanan, engel tanımadan hayallerini gerçekleştirmek için çalışan Dr. Suat İ. Günsel'in oğlu olduğum için kendimi çok şanslı hissediyorum.” sözleri ile açtı. Dr. İrfan S. Günsel,

25 yıllık geçmişi ile Yakın Doğu Üniversitesi'nin özellikle toplumsal kalkınma, araştırma-geliştirme, teknoloji ve inovasyon gibi alanlarda öncü yaklaşımı ile adada kıtalı gibi yaşamının ötesine geçilerek, küresel ölçekte kıtalara adalı kimliği taşımanın haklı gururunu yaşadıklarını sözlerine ekledi. Yakın Doğu Üniversitesi'nin tüm eğitim kurumları, en son teknoloji ile donatılmış alt yapısı, sosyal-kültürel yürüttüğü yerel, bölgesel ve uluslararası faaliyetleri ve kampüs yaşam alanları ile değişen ve dönüşen küresel dünyamızda öğrencilere birçok alanda imkan sağlamanın yanı sıra Kıbrıs Türk halkının dünya ile bütünleşmesinde taşıdığı öncü rolü ve önemli misyonun altını çizdi. Özellikle Yakın Doğu Üniversitesi'nin tüm kurumları ile içerisinde yer aldığı başkent Lefkoşa ile iç içe örülmüşlüğü'nün ülkemizde kent ve üniversite kültürü inşa edilmesindeki önemine vurgu yapan Dr. Günsel, “*Gerçek bir üniversite bir gökkuşağına benzer. Gökkuşakları rengarenktir, tektir, değerlidir ve önlenemezler. Gökkuşağına hoş geldiniz.*” ifadeleri ile konuşmasını noktaladı.

EBA Ödülleri sahiplerini buldu

Açılışın ardından, EBA'ye katılan yeni üyelere katılım belgeleri takdim edilerek, EBA Ödülleri de sahiplerini buldu. Yılın bilim insanı



ödülleri (the Scientist of the Year) Yakın Doğu Üniversitesi'nden Prof. Dr. Doğan İbrahim Akay, Dhofar Üniversitesi'nden Prof. Dr. Ahmmed Saadi, National Technical Üniversitesi'nden Prof. Dr. Lev Ruskin ve Kostanai Branch, Chel-yabinsk Üniversitesi'nden Prof. Dr. Alimzhan Bekmagambetov törenle EBA Başkanı Prof. Netting'den ödülleri aldılar. ▶

YDÜ HASTANESİ GİRNE DISPANSERİ

Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi olarak ülke insanımızın kaliteli sağlık hizmetine daha kolay ulaşmasını sağlamak amacı ile **Girne** ve **Mağusa'da** açılışı yapılan dispanserlerden sonra **4 Mart 2015 tarihinden** beri hizmet veren ve Cumhurbaşkanlığı seçimleri nedeni ile açılışı ertelenen **YDÜ Hastanesi Girne Dispanseri** 15 Mayıs 2015 tarihinde Sayın T.C. Büyükelçisi **Halil İbrahim Akça**, bakan ve milletvekilleri, misafirler, YDÜ ailesi ve basın mensuplarının katılımı ile açılmıştır.

Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi Girne Dispanseri'nin açılışı ile sağlık hizmetlerini halkımızın ulaşabileceği en yakın noktaya taşıyarak hedeflerimizi büyütüyoruz. YDÜ Hastanesi Girne Dispanseri'nin açılışı ile ülke insanımız daha kaliteli hizmeti, doğru teşhisi ve daha iyi tedavi olanağını bölge dispanserlerimizden almış olacaktır. Ülke insanı dışında yurt dışından gelen vatandaşlar, SGK'lı T.C. vatandaşları, turistik seyahat ve sağlık turizmi ile ülkemize gelen hastalarımıza en iyi hizmeti vermek görevimizdir.

Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi olarak ülkemize tatil için gelen turistlerin tatil esnasında acil sağlık hizmeti alması önem taşımaktadır. Sağlık turizminde; **kronik hastalıklar, planlı tedaviler, bu tedavilerin ekonomikliği**, en erken bir zamanda ve en etkin şekilde hizmet vermenin hasta memnuniyetine ve ülke ekonomisine katkılarının bilincini ve sorumluluğunu taşıyoruz.

Ülkemizin özellikle Girne'nin de önemli turizm bölgelerinden biri olduğunun bilinci ile sağlık turizmi için iklimi, altyapısı, konuksevirliliği ve YDÜ Hastanesi gibi son teknoloji ile donanımlı bir üniversite hastanesi olarak YDÜ Hastanesi Girne Dispanseri'ni bu koşullara cevap verecek şekilde düzenlenmiştir.



YDÜ Hastanesi Girne Dispanseri, **aile hekimliği, İç Hastalıkları, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları ve Diş Hekimliği** dallarında **tam gün** (pazartesi-cuma: 09.00-18.00 - cumartesi: 09.00-14.00) **Kardioloji, Ortopedi ve Travmatoloji, KBB ve Nöroloji** dallarında ise **haftanın belirli günlerinde** hizmet vermektedir. Girne Dispanseri, hastaların acil sorunlarında YDÜ Hastanesi'ne ulaşmalarını sağlamak amacı ile **24 saat hizmet** vermektedir.

YDÜ HASTANESİ MAĞUSA DISPANSERİ

YDÜ Hastanesi'nin temel misyonu bilimsel, etik değerler ve ilkelerden ödün vermeden saygılı, dürüst, güvenilir, akademik ve tıbbi kadro ile yurt içi ve yurt dışından gelen vatandaşlara, yabancı hastalara, SGK'lı T.C. vatandaşlarına, Güney Kıbrıs'tan gelen hastalara Hipokrat Andı'nı hiç unutmadan sağlık hizmeti verirken, uluslararası saygınlığından asla taviz vermemektedir.

Ülke insanımızın kendi ülkesinde kendi evindeymiş gibi hizmet almasının yanında, sağlık hizmetlerine daha yakın olması ve sağlığının daha güvende olduğunu hissetmesi için uygulamaya koyduğumuz bölge dispanserleri ile sağlanmaktadır.

YDÜ Mağusa Dispanseri'nin açılışı 3. Cumhurbaşkanı **Dr. Derviş Eroğlu**, bakan ve milletvekilleri, Mağusa Belediye Başkanı, misafirler, YDÜ ailesi ve basın mensuplarının katılımı ile **30 Ocak 2015 tarihinde** yapılmıştır.

Dispanser; **İç Hastalıkları, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Kadın Hastalıkları ve Doğum dallarında** pazartesi-cuma: 09.00-18.00, cumartesi: 09.00-14.00 saatleri arasında tam gün olarak hizmet verecektir.

Kardiyoloji, Ortopedi ve Travmatoloji, KBB (Odiometri-cumartesi) ve Nöroloji dallarında haftanın belirli günlerinde hizmet vermektedir.

Unutulmamalıdır ki Güzelyurt, Mağusa ve Girne'de açılan poliklinikler YDÜ Hastanesi'ndeki polikliniklerle koordineli bir şekilde çalışmaktadırlar.

YDÜ Hastanesi Mağusa Dispanserinde de Güzelyurt ve Girne'deki gibi bölge insanının ihtiyaçlarına göre gerekli düzenlemeler yapılmaya devam edecektir.



YDÜ HASTANESİ GÜZELYURT DISPANSERİ

Yakın Doğu Üniversitesi'nin temel misyonu ülke insanının kendi ülkesinde, kendini evinde hissederek, son teknoloji ile ehil ellerde hizmet almasını sağlamaktır. Yıllarca sağlık sorunları için yurt dışına giden Güney Kıbrıs'ta çare arayan ülke insanı huzurludur, çünkü sağlığı güvendedir.

Ülke insanımızın kaliteli sağlık hizmetine daha kolay ulaşmasını sağlamak amacı ile sağlık hizmetlerini halkımızın ulaşacağı en yakın noktaya ulaştırarak toplumsal hizmet

hedeflerimizi büyütüyoruz. Ülke insanımız haricinde buradaki sağlık hizmetlerinden; yurt dışından gelen vatandaşlarımız, turizm amaçlı gelenler ve SGK'lı T.C. vatandaşları da yararlanacaktır.

Hedeflerimiz doğrultusunda **8 Ocak 2015 tarihinde** üçüncü Cumhurbaşkanı **Dr. Derviş Eroğlu**, bakan ve milletvekilleri, Güzelyurt Belediye Başkanı, misafirler, YDÜ ailesi ve basın mensuplarının katılımı ile **YDÜ Hastanesi Güzelyurt Dispanserisi'nin** açılışı yapılmıştır.

İç Hastalıkları, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları tam gün olarak pazartesi-cuma:09.00-18.00, cumartesi: 09.00-14.00 saatleri arasında hizmet verecektir.

Kadın Hastalıkları ve Doğum, Ortopedi ve Travmatoloji, Kardiyoloji, Nöroloji, KBB ve Çocuk ve Ergen Psikiyatri de haftanın belirli günlerinde hizmet verecektir. Bölge insanının istekleri doğrultusunda düzenlemeler yapılmaktadır. 24 saat hizmet verecek şekilde çalışmalar devam etmektedir.



4D ULTRASON İLE DOĞUM DAHA GÜVENLİ

Kadın hastalıklarının teşhisi, takibi ve gebelik sürecinin takibinde önemli yer tutan 4D ultrason, ek imkanlarıyla Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'nde hizmete başladı. Yakın Doğu Üniversitesi aracılığıyla Kıbrıs bir yenilikle daha buluştu.

D Kadın hastalıkları ve doğum konularında ultrason görüntülerinin kalitesinin büyük önem taşımaktadır. Kalite ne kadar yüksek olursa elde edilen sonuçların da o kadar güvenilir olduğu bilinmektedir. Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi, daha güvenli tanı için var olan GE Voluson 730 Pro v ve Voluson/30 cihazları ile sınırlı kalmayarak, Voluson S6 cihazını da bünyesine kattı.

Kadın hastalıkları ve hamilelikte kaliteli ultrason önemli

Serisinin en yenisi olan Voluson S6 cihazı ergonomik tasarımı, 19" LCD monitöre ve geniş görüntü alanı ve ileri düzey teknolojik donanımı ile hastalara kolaylık sağlıyor. 2D ve 3D ve 4D görüntüleri daha keskin ve net ulaştıran cihaz ile yüksek kalitede görüntü elde edilebiliyor. Cihaz ek yazılımları ile gebelikte down sendromu taraması, Sono NT yazılımı ile otomatik NT ölçümü, tüp bebek tedavisinde follikül takibinde Sono AVC follicle ile follikül hacimlerinin hesaplanması gibi oldukça önemli konular hakkında bilgi vermektedir.

Dört boyutlu görüntüler ebeveynleri heyecanlandırıyor

Voluson S6 ultrasonografi cihazına ayrıca eklenen yazılımlar ile HD FLOW, HD zoom, Harmonik görüntü, SRI, CRI görüntüleri elde edilmekte ve gerek bebeğin dört boyutlu incelenmesinde gerekse fetal kalp ekosunda HD kalitede sonuç alınabilmektedir. Ebeveynler tarafından yoğun ilgi gören, anne karnındaki bebeğin dört boyutlu görüntüleri, gebeliğin takibi açısından da önemlidir.

SonoView yazılım ile ultrasonografi ta-

raması bittikten sonra bilgisayara aktarılan görüntüler daha sonra da incelenebilmekte ve yurtdışına konsültasyon amacıyla hastayı göndermeden detaylı bilgi sahibi olunabil-

mektedir. Kağıt çıktı yanında, DVD veya USB belleğe görüntülerin aktarılıp hastalara verilmesine imkan tanıyan cihaz, geniş imkanlarıyla dikkat çekmektedir.▶





YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ

ANLAŞMALI KURUMLARIMIZ

**ANADOLU
SİGORTA**

ACIBADEM



GÜNEŞ SİGORTA



Allianz



ERGO



K.K.T.C.





YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ

ANLAŞMALI KURUMLARIMIZ





Otobur		Anlama yeteneği		Tek parçalı bir kadın giyeceği		Simgesi 'Pt' olan değerli element		Bir metreküplük odun		Bir işi yapma		Üslup, biçem
Ansızın		Rus para birimi						Kareli desen				Sahte aydın
						Güzellik, hoşluk						8
Dolaşma, seyahat				Böcekte soluk borusu						Kars' ta ünlü antik kent		
Leşle beslenen bir kuş						Arabada itme kuvveti				Yakacak iri saman		
	1					Bir seslenme sözü		2		Kısaca 'Türk Lirası'		
Birinci, en başta				Küçük tekne kaptanı						Doğa		
Kraliçe				Mektup kabı								Cisimlerin niteliği
				Fotoğraftaki sanatçı						11		
				Yıkıntılar, harabeler								
Atın dörtlünlü koşması		Bir şaşma sözü								Teras		Bir tür başörtüsü
	6			İstek, arzu						Verilen gizli bilgi		
										Memur maaşı çizelgesi		
Başkenti Akra olan Afrika ülkesi		Gelenek										
		Bilimsel niteliği olan										
						Yemişlerle yapılan bir tatlı				Yayın organıyla verilen bilgi		Kuzu sesi
Karayıpler' de bir ülke												Toplanıp yığılma
Kavga												
						Odacı		Uyanıklık, ilgi, özen		Sırlı pişmiş balçık		9
						Bir tür boru bağlantı parçası				Genişliği az		
Bir, tek		Metal paranın resimli yüzü						Yönetimsel				Taşıt, vasıta
		Aynı biçimde										
				Bir salata bitkisi, hindiba						Bir şeyin yere bakan yanı		Gözde sarıya çalan kestane rengi
				Eski dilde dudak								
Yeti								Bir tür tuzlu bisküvi				
Ülkeye giriş izni												
	7									Açık mor renk		4
				Bağ kütüğü								
Gösteri ve eğlence yeri								Hamur parçalı yoğurtlu çorba				

ANAHTAR
KELİME

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11



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

%75

%50

%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 •Dış 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)
girme@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