

# Sağlıkla Randevu

Nisan-Mayıs-Haziran 2019 / Sayı 25 Bayındır Sağlık Grubu Süreli Yayımdır.

## İLKELERİMİZ KÜRESEL ÖLÇEKTE BİR KEZ DAHA TESCİLLENDİ



TIBBİ ETİK

SAYGI

VEFA

DÜRÜSTLÜK

GÜVEN

YENİLİKÇİLİK

ARAŞTIRMACILIK

BİLGİ

ŞEFFAFLIK

DUYARLILIK

KATILIMCILIK

KALİTE

TAKIM RUHU

SORUMLULUK



# Gülmek en çok sizi yakışıyor

Bayındır Diş Klinikleri,  
estetik diş hekimliği uygulamaları ile  
diş görünüşün en büyük tamamlayıcısı olan  
gülümsemeleri mükemmelleştiriyor.

- Diş beyazlatma
  - Lamina
- İmplant tedavisi
- Estetik porselenler
- Gülüş tasarımı

## Sağlıkla Randevu



Sahibi  
**Sezai Sevgin**  
Sorumlu Yazı İşleri Müdürü  
**Dr. Cem Talas**  
Yayın Direktörü  
**Doç. Dr. Oğuz Okan**  
Karaeminoğulları  
Yayın Kurulu  
**Prof. Dr. Tayfun Gürpınar**  
**Doç. Dr. İrem Erim**  
**Doç. Dr. Pınar Öztaş**  
**Uzm. Dr. Serap Bilen Hızal**  
**Uzm. Dr. Ersel Düzgün**  
**Uzm. Dr. Tolga Tezer**  
Yayına Hazırlayanlar  
**Elçin Özince, Gülşah Askar,**  
**Gizem Tuncay Boydaş, Burcu Ergin**



**Yayına Hazırlayanlar**  
**Doğan Burda**  
**Dergi Yayıncılık A.Ş.**  
Yayın Yönetim Danışmanı  
**Ferhan Kaya Poroy**  
Yayın Yönetmeni  
**Yaprak Çetinkaya**  
Görsel Yönetmen  
**Üzeyir Çetinkaya**  
Katkıda Bulunanlar  
**Nevin Yönter, İpek Koşan**  
Fotoğraflar  
**Doğan Burda Arşiv, iStock**

Yönetim Yeri:  
**Bayındır Hastanesi**  
Eskişehir Yolu  
Söğütözü 06520 ANKARA  
Tel: 0312 287 90 00  
Faks: 0312 285 07 33  
www.bayindirhastanesi.com.tr  
sagliklarandevu@bayindirhastanesi.com.tr  
Dergideki yazı ve fotoğrafların her hakkı saklıdır.

**Bilnet Matbaacılık ve Yayıncılık A.Ş.**  
Dudullu Org. San. Bölgesi 1.Cad. No:16  
Ümraniye-İSTANBUL  
Tel: 444 44 03 - Fax: (0216) 365 99 07-08  
www.bilnet.net.tr  
Sertifika No: 42716

# editör



Bayındır  
Sağlık Grubu  
Genel Müdürü  
Sezai Sevgin

## Tıbbi Etik ve Kalite Olmazsa Olmaz Önceliğimiz...

Bahan karşılamaya hazırlandığımız şu günlerde aldığımız iyi haberler heyecanımızı ve motivasyonumuzu daha da artırıyor. Bayındır Söğütözü ve Kavaklıdere Hastaneleri, bağımsız akreditasyon kuruluşu Joint Commission International (JCI) tarafından beşinci defa akredite edildi. Bayındır İçerenköy Hastanesi de Sağlık Bakanlığı Kalite Standartları denetiminden üstün başarıyla geçti.

Sağlık Bakanlığı Kalite Standartları ve Ülkemizde 567 hastaneden 44'ünün sahip olduğu JCI akreditasyonu ne anlama geliyor?

Yüksek kaliteli sağlık hizmeti için önemli ve kesin bir taahhüt olan Sağlık Bakanlığı Kalite Standartları ve JCI akreditasyonu; süreçlerin, siz farkında olmadan yüzlerce parametre ile takip edilip sorgulandığı, hasta, hasta yakını ve sağlık çalışanlarının güvenliği için önemli, kendini geliştiren ve iyileştiren bir kültür anlamına geliyor.

Sağlık sektöründe sunulan hizmetler doğrudan insan hayatı ile ilgili ve bu nedenle sunulan hizmetin niteliği ve güvenilirliği çok önemli... Erken ve doğru tanı, doğru tedavi yaklaşımları, doğru tedavi planlaması, hasta ve hasta yakınlarına hissettirilmeden onların güvenliği ve sağlığı için yürütülen süreçler, hastaya özel tedavi olanaklarının sunulması gibi unsurlar kalitenin ayrılmaz parçaları... Gün geçtikçe bilinçlenen hastalar ve hasta yakınlarının da kurumlardan en iyi hizmeti talep etmeleri en doğal hakları... Bayındır Sağlık Grubu olarak, misafirlerimiz olarak gördüğümüz hastalarımıza, en güvenilir hizmeti sunmak ilk günden itibaren vazgeçilmezimiz oldu ve olmaya devam edecek...

Dergimizin yeni sayısında Sizi, her zaman temel ilkelerimizin başında gelen Tıbbi Etik ve Kalite'nin bir defa daha tescillenmesinin mutluluğu ile karşılıyor ve iyi haberlerin hep Sizinle olmasını diliyoruz.

Sağlık, umut ve mutluluk hep sizinle olsun...

*Sezai Sevgin*



## BAYINDIR SÖĞÜTÖZÜ'NDE ÇOCUKLARA ÖZEL HİZMET

Söğütözü Hastanesi'nde, 0-18 yaş aralığındaki çocuk hastalara özel pediatri servisi katı hizmete açıldı.

38

### 6 Sağlık hizmetlerimizin kalitesi bir kez daha tescillendi

Küresel ölçekte tanınan ve kabul gören bağımsız akreditasyon kuruluşu Joint Commission International (JCI) tarafından beşinci kez akredite olmaya hak kazandık.

### 8 Diz ağrınız hangi aşamada?

Diz ağrısını tedavi edebilmek için önce nedenini ve hangi aşamada olduğunu doğru saptamak çok önemli.

### 10 Diz kireçlenmesinde protez uygulamaları

Doğru uygulanan ve rehabilitasyon süreci doğru planlanan total diz protezi, %95-98 başarı ile sonuçlanıyor.

### 14 Dizlerde girişimsel tedavi seçeneği

Su Soğutmalı Radyofrekans (Cooled Rf) tedavi yöntemi, diz ağrısında başarılı sonuçlar sunuyor.

### 16 Biyopsi olmalı mıyım?

Biyopsi işlemi, şüpheli kitlelerde tanıyı kolaylaştırarak gereksiz cerrahi işlemlerin önüne geçilmesini sağlıyor.

### 18 Girişimsel Radyoloji:

**Az risk, yüksek fayda**  
Görüntüleme yöntemlerinden yararlanarak uygulanan bu tedavi, damarlar ve damar dışı işlemler olarak iki gruba ayrılıyor.

### 20 Kalbinizin ritmi bozulmasın

Hayati riskler içerebilen kalpte ritim bozukluğu sorununu engellemenin yolu, yılda bir kez ayrıntılı kardiyoji muayenesinden geçmek...

### 22 Kolon kanserinin cerrahi tedavisi

Tedavinin içeriğine tümörün; seviyesine, tipine, yayılım derecesine, çıkarılabilirliğine ve geçişi kapatıp kapatmamasına göre karar veriliyor.

### 24 7 soruda şok dalga tedavisi

Şok dalga tedavisi, uygulandığı bölgede kanlanmayı artırarak vücudun kendi iyileştirme mekanizmasını devreye sokuyor.

### 26 Glukom düzenli takiple önenebilir

Görme kaybının en önemli nedenlerinden biri olan göz tansiyonu, belirti vermiyor ancak düzenli takiple önenebiliyor.

### 30 Horlama bir hastalık mıdır?

Horlamanın farklı seviyeleri için basit önlemlerden cerrahi tedaviye kadar birçok tedavi seçeneği bulunuyor.

### 34 İdrar kaçırma tedavi edilebilir

Hastaların söylemekten çekindikleri idrar kaçırma sorunu, altında yatan nedene yönelik yaklaşımlarla tedavi edilebiliyor.

### 40 Hamilelikte detaylı ultrason

Perinatoloji uzmanı tarafından, gebeliğin 11-14. ve 18-22. haftaları arasında yapılan detaylı ultrason görüntülemesi ile bebekte normal dışı gelişim olup olmadığı tespit edilebiliyor.

### 46 Geçmişten günümüze Tıp Bayramı

14 Mart 1919'da Tıbbiye'nin kuruluş yıldönümünü kutlamak amacı ile başlayan ilk toplantı, bir kurtuluş mücadelesine dönüşmüş; Anadolu'ya geçen birçok Tıbbiye öğrencisi mücadelede aktif rol almıştı.



44

## İŞ YERİNDE NASIL SAĞLIKLI BESLENİRSİNİZ?

Ofisinizde yapacağınız ufak değişiklikler ile yoğun iş temposunun sağlıklı beslenmenin önüne geçmesine engel olabilirsiniz.



42

## ÇOCUĞUM BÜYÜYOR MU?

Çocuklarda büyümenin düzenli takibi; anormal durumların saptanması, hastalıkların belirlenmesi ve önlenmesi açısından önem taşıyor.



48

## SEYAHAT

Afrika'da olduğunuzu en iyi safari yaparken anlıyorsunuz. Vahşi canlıları doğal yaşamları içinde görebilmek inanılmaz bir deneyim...

### AZERBAJCAN'A SAĞLIK KÖPRÜSÜ

Kaliteli sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması vizyonu ile yola çıkan Bayındır Sağlık Grubu olarak, Türkiye'ye gelen yabancı hasta sıralamasında ilk dört ülke arasında yer alan kardeş ülke Azerbaycan'ın başkenti Bakü'deki ofisimizde hizmet vermeye başladık. Türkiye'de sağlık hizmeti almak isteyen Azerbaycanlı hastalara etkin bir tanıtımın yapıldığı ofisimizde, aynı zamanda hastanın Türkiye'ye geliş organizasyonundan tedavi sonrası gerekli tıbbi kontrollerin yapılması ve hasta memnuniyeti takibine kadar birçok alanda destek sağlıyoruz.



### KAZAKİSTAN'DA SAĞLIK PAYLAŞIMLARI

Kazakistan'ın Almaty şehrinde düzenlenen Kazakistan Health Expo'da yerimizi aldık. Kazakistan'ın farklı şehirlerindeki 100'ün üzerindeki doktor ve turizm şirketlerine, Türkiye'deki tedavi seçeneklerini ve ileri tıp uygulamalarımızı tanıttığımız fuarda, sağlık turizmine ilişkin birçok konuda paylaşımlarda bulunduk.

### MR GÖRÜNTÜLEMESİNE FARKLI BAKIŞ

Bayındır İçerenköy Hastanesi Nöroloji Bölüm Başkanı Z. Betül Yalçın ve arkadaşlarının TÜBİTAK destekli bir araştırma projesi kapsamında yazdığı 'Unutkanlık Yakınması Olan Hastaların Değerlendirilmesinde Yeniden Düzenlenmiş Görsel Manyetik Rezonans Değerlendirme Skalası' (Modified Visual Magnetic Resonance Rating Scale) adlı makale, The Canadian Journal of Neurological Sciences'ta yayınlandı. Makalede, bilişsel işlev bozukluğu olan hastaların tanı ve takibinde, beyin MRG (Manyetik Rezonans Görüntüleme) değerlendirmesinin standartizasyonu için 'MVMRS' isimli skorlama sisteminin kullanımı öneriliyor. Nörolojik ve nöropsikometrik ölçüklere göre puanlama yapılarak, hastayı değerlendirme şansı sunan bu sistemin; yaşlılarda sık görülen bir sorun olan depresyonun dejeneratif süreçten ayırt edilmesine ve günlük klinik pratiğine katkıda bulunacağı öngörülmüyor.

### BEBEK DOSTUYUZ

Bayındır Söğütözü Hastanemiz, Bebek Dostu Hastane değerlendirme toplantısında, Ankara'nın yıldızlı 100 puana layık görülen tek özel hastanesi olarak kalitesini bir kez daha tescilledi.

### SAĞLIK TURİZMİNDE YETKİ BELGESİ

Türkiye'de sağlık turizminin gelişmesi yönünde çalışmalarımıza hız kesmeden devam ediyoruz. Bu kapsamda Bayındır Kavaklıdere Hastanemiz, Sağlık Bakanlığı'na yaptığı başvurunun ardından, gerekli yetkinlikleri bünyesinde barındırarak Sağlık Turizmi Yetki Belgesinin sahibi oldu.



### 3'ÜNCÜ KEZ SPONSORUZ

"Herkes için Spor" temasıyla spor bilincini ve ahlakını geniş kitlelere ulaştırmak amacıyla düzenlenen 31. Samsung Boğaziçi Kıtalararası Yüzme Yarışı'na 3'üncü kez sağlık sponsoru olduk. Türkiye Milli Olimpiyat Komitesi (TMOK) tarafından 21 Temmuz 2019'da, 31'inci kez düzenlenecek olan Samsung Boğaziçi Kıtalararası Yüzme Yarışı'nda, gelenekselleşmiş kaliteli sağlık hizmetimizi bu yıl da yüzücüler ile buluşturacağız.

### GEBELİK VE DİYABET OKULLARI

Bayındır Söğütözü ve İçerenköy hastanelerinde düzenlediğimiz Gebelik Okulu ile anne ve babaların yaşadığı mutlu sürece destek olduk. Bayındır İçerenköy Hastanesi'nde düzenli olarak gerçekleştirdiğimiz Diyabet Okulu ile de şeker hastalığına ilişkin bilinç düzeyini ve farkındalığı bir kez daha arttırdık.



### OTOLOJİDE 8'İNCİ KIŞ TOPLANTISI

Bayındır Sağlık Grubu olarak Uluslararası Vertigo Derneği himayesindeki 'Otoloji'de 8'inci Kış Toplantısı'nı, Bayındır Hastaneleri KBB ve Baş Boyun Cerrahisi Bölüm Başkanı Prof. Dr. Osman Nuri Özgirgin'in moderatörlüğünde düzenledik. Toplantıda ikisi yabancı olmak üzere 22 değerli hekim konuşma yaparken, 100'ün üzerinde KBB uzmanı dinleyici olarak katıldı.

### SAĞLIKLA BÜYÜYORUZ!

Hasta odaklı, kanıt dayalı ve nitelikli hizmet verme anlayışı ile yola çıkan Bayındır İçerenköy Hastanesi 9 yaşında! Bayındır İçerenköy Hastanesi, dünya standartlarındaki kaliteli sağlık hizmetini 9 yıldır, TAVİ, EVAR & TEVAR, renal arter sempatik denervasyon, intratümör kemoterapi, bilişsel aktivite merkezi, kök hücre uygulamaları, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi uygulamaları, perkütan endoskopik diskektomi, kohlear implant, kemik tümörleri ve kanser cerrahisi gibi multidisipliner ileri tıp uygulamaları ile sunuyor.

### KADROMUZ GENİŞLİYOR

Uzman kadromuzu genişletmeye devam ediyoruz. Bayındır Söğütözü Hastanesi Hematoloji Bölümü'nde Doç. Dr. Mehmet Özen, Bayındır İçerenköy Hastanesi Anestezi Bölümünde Uzm. Dr. Hasibe Özlem Uğur, Bayındır Kavaklıdere Hastanesi İç Hastalıkları Bölümü'nde Uzm. Dr. Serpil Kılınc, Bayındır Levent Tıp Merkezi Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü'nde Uzm. Dr. Burçin Demirel ve Bayındır Fenerbahçe Diş Kliniği'nde Dt. Esra Karamağara göreve başladı. Randevu ve bilgi için 0850 911 0 911 numaralı çağrı merkezimiz ile iletişim kurabilirsiniz.

### TEBRİK

Bayındır İçerenköy Hastanesi Kardiyoloji Bölümünden Mutlu Güngör, doçentliğe adım attı. Biz de Doç. Dr. Mutlu Güngör'ü yürekten kutluyor ve başarılarının devamını diliyoruz.



# Kaliteli sağlık hizmetlerimiz bir kez daha tescillendi

Türkiye İş Bankası iştiraki Bayındır Sağlık Grubu, sahip olduğu ulusal ve uluslararası akreditasyonlarla başarısını tescillemeye ve bu anlamda dünyada sayılı sağlık kurumları arasında yer almaya devam ediyor.

**K**alite kültürüne, hasta güvenliğine ve tıbbi etik değerlere verdiği önemi son dönemde gerçekleştirilen denetimler ile de pekiştiren Bayındır Sağlık Grubu; sistemli, gönüllü, samimi, içselleştirilmiş, ortak akla dayalı çalışma tarzı ile kalite yolculuğuna devam ediyor. Küresel ölçekte tanınan ve kabul gören bağımsız akreditasyon kuruluşu Joint Commission International (JCI) tarafından, 2006 yılında ilk defa akredite olan Bayındır Söğütözü

ve Kavaklıdere hastaneleri, kaliteli sağlık hizmetlerini sürdürerek beşinci kez akredite olmaya hak kazandı. Bayındır İçerenköy Hastanesi de Sağlık Bakanlığı Kalite Standartları denetiminden üstün başarıyla geçti. Bayındır Sağlık Grubu, sunduğu sağlık hizmeti kalitesini artırmanın yanı sıra, hasta ve hasta yakınları ile çalışanların hastane içerisinde karşılaşacağı olası risklerin azaltılmasına yönelik çalışmalarını da her geçen gün heyecanla ve istikrarlı bir şekilde geliştirmeye özen gösteriyor.



## JCI NEDİR?

Uluslararası alanda kabul gören bağımsız akreditasyon kuruluşu Joint Commission International, belirlenen kalite standartlarına uygun çalışan hastaneleri akredite eder. JCI'nın akreditasyon belgesine sahip tüm dünyada 1061 kurum bulunurken, ülkemizde ise 567 özel hastaneden sadece 44'ü akredite olarak hizmet vermeyi sürdürmektedir.

## DÜNYA STANDARTLARINDA KALİTELİ HİZMET

Türkiye'de sağlık alanında ilk TS-EN ISO 9001 belgesine sahip Bayındır Sağlık Grubu, etik kurallara bağlı, hasta haklarına saygılı, tüm dünya tarafından kabul edilen kalite standartlarında güvenilir sağlık hizmeti vermeyi misyon olarak belirlemiştir.

Her zaman hasta bakım kalitesinin yükseltilmesine yönelik çalışmalarda bulunan Bayındır Sağlık Grubu, sahip olduğu akreditasyonlarla, sunduğu ulusal ve uluslararası kaliteli sağlık hizmetindeki başarısını kanıtlamaya devam etmektedir.

Sağlıkta kalite değerlendirmeleri sürecinde alınan kalite puanı, sağlık kuruluşlarının sağlık turizmi konusunda yetkilendirilmesinde de belirleyici bir kriter olarak öne çıkmaktadır. Bayındır Sağlık Grubu da sahip olduğu kalite belgeleri ve aldığı yüksek kalite puanlarının teyidi üzere; sağlık turizmi alanında da yetkin hizmet vererek ülkemizi en iyi temsil eden hastaneler arasında yer almaktadır.

# DİZ AĞRINIZ hangi aşamada?

Toplumda çok sık rastlanan sağlık sorunlarından biri olan diz ağrısını tedavi edebilmek için önce nedenini ve hangi aşamada olduğunu saptamak ve ilk andan itibaren dizi korumaya alarak hasarın artmasını önlemek önemlidir.

**D**iz ağrısı; toplumda sık rastlanan, daha çok orta/ileri yaş grubunda görülmekle birlikte her yaşta ortaya çıkabilen ve kişinin hareket yeteneğini azaltması nedeniyle yaşam kalitesini oldukça olumsuz etkileyen bir durumdur. Dizi ağrıyan kişiler yürüme, merdiven inip çıkma, çömelme gibi hareketlerde ciddi sıkıntı yaşarlar. Diz ağrısını tedavi edebilmek için öncelikle sebebinin ne olduğunu saptamak ve hangi aşamada olduğunu bilmek gerekir. Dolayısıyla hastanın detaylı hikayesinin alınması, iyi bir fizik muayene yapılması ve takiben gerekli laboratuvar ve radyolojik incelemelerin tamamlanması gerekir. Yaş gruplarına göre farklılık göstermekle birlikte toplumda en sık görülen diz ağrısı nedenleri; Gonartroz (diz eklemi artrozu/ kireçlenmesi), menisküs/bağ yırtığı, tendinit/bursitler ve eklem iltihabıdır (artrit/sinovit).

## TEDAVİNİN İLK AŞAMASI: KORUMAK

Akut evredeki diz ağrısında ilk yapılacak işlemler; soğuk uygulama, istirahat ve ilaç tedavisidir. Bu aşamada eklemi korumak ve daha fazla hasar oluşumunu engellemek temel hedeftir. Yük bindirmeyi

azaltmak için baston/koltuk değneği gibi destekler verilmelidir. Ağrı kesici/yanğı giderici ilaçlar başlanır. Dizlik ve benzeri yardımcı cihazlar uygulanır. Ağrı sebebi olarak enfeksiyon düşünülürse ek işlemler (antibiyotik tedavisi, eklem lavajı gibi) yapılmalıdır. Akut dönemi takiben asıl hastalığın tedavisi ve rehabilitasyonuna yönelik işlemlere geçilir ki bunlardan başta geleni fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarıdır.

## FİZİK TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

Kronik diz ağrılı hastalarda; özellikle kronik/ilerleyici ağrı, fonksiyon kaybı ve günlük yaşam aktivitelerinde ciddi zorluğa yol açan Gonartroz (öncelikle diz eklem kıkırdağının hasarlanması, giderek tüm eklem yapılarının bozulması ve kireçlenmesi) hastalarında fizik tedavinin amacı; ağrının giderilmesi, eklem hareket genişliği ve fonksiyonlarının geri kazanımı, kasların güçlendirilmesi, dengenin ve yürüyüş kalitesinin artırılması, kişinin özgüveninin sağlanması ve günlük yaşam aktivitelerindeki zorluğun ortadan kaldırılmasıdır. Öncelikle hasta ve ailesi, hastalık hakkında bilgilendirilmeli, ev ve işyerinde yaşamını kolaylaştırıcı düzenlemeler hakkında eğitilmelidir. Fazla kilosu varsa diyetisyene



**Prof. Dr.  
M. Nafiz Akman  
Bayındır**  
Kavaklıdere  
Hastanesi  
Fizik Tedavi ve  
Rehabilitasyon  
Bölüm Başkanı

yönlendirilmeli, düzenli aktivite ve ev egzersizleri yapması için motive edilmelidir. Fizik tedavi; uzman hekimin muayene ve tetkikleri takiben oluşturduğu program doğrultusunda, fizyoterapistler tarafından uygulanan değişik elektrik akımları, elektromanyetik dalgalar, ısı uygulamaları gibi eklemi hazırlayıcı/ destekleyici işlemleri takiben yine fizyoterapistler tarafından yaptırılan tedavi edici egzersizlerden oluşur. Bu süreçte lokal enjeksiyonlar, farklı yardımcı cihaz ve destekler ile 'kinesiotaping' de yapılabilir. Bu uygulamalar yetersiz kaldığında eklem içi hyaluronik asit, PRP (platletlerden zengin plazma) ve kök hücre tedavilerine geçilir.

## NE ZAMAN CERRAHİ TEDAVİ?

Tüm bu konservatif tedavilerle sonuç alınmazsa, kişinin ağrısı sürüyor ve bu durum yaşam kalitesini azaltıyorsa, yürüme mesafesi çok kısalmış ve merdiven inip çıkmada ciddi sorun yaşıyorsa, yaşamını sürdürmek için ikinci bir kişiye ihtiyaç duyuyorsa ve alışık olduğu yaşam tarzını sürdüremiyorsa girişimsel/cerrahi yöntemlere başvurmak gerekir.

# Diz kireçlenmesinde protez uygulamaları

Diz eklemi osteoartriti (kireçlenmesi) tedavisinin en etkili yöntemi olan total diz protezi, rehabilitasyon sürecinin doğru planlanması ve hastanın uyumu da eklendiğinde %95-98 başarı ile sonuçlanıyor.

**D**iz osteoartritinin (kireçlenme) tedavisindeki amaç, ağrıyı azaltmak ve fonksiyonları artırmaktır. Hareketi azaltmak ve dizi dinlendirmek için alışkanlıkların değiştirilmesi, kilo vererek dize gelen yükün azaltılması gibi önlemlerin yanı sıra, konservatif veya cerrahi tedavi yöntemleri de uygulanabilir. Konservatif yöntemlerde amaç ise; diz ekleminde ağrının ve şişliğin azaltılarak uyluk kaslarının optimal fonksiyonel kapasitesinin kazandırılmasıdır. Bu amaçla antiinflamatuvar ilaçlar kullanılabilir ve kaslara tekrar kuvvet, esneklik kazandırmak için fizik tedavi programlarına başlanabilir. Antiinflamatuvar tedavi protokollerine eklem içi enjeksiyon uygulamaları da ilave edilebilir.

## CERRAHİ TEDAVİ

Cerrahi tedavi olarak artroskopik cerrahi ile eklem yıkanması, kırık yapılarındaki hasarlı alanların temizlenmesi ve kırık dokunun canlandırılmasına yönelik işlemler uygulanabilir. Kemiklerde doğrultu bozukluğu gelişmiş ancak ileri derecede kırık harabiyeti oluşmamış vakalarda düzeltici kemik ameliyatları uygulanabilir. Uyluk kemiğinin alt ucunda veya incik kemiğinin üst ucunda yapılan kemiğin dizilimini değiştiren ameliyatlarla kırık harabiyetinin önüne geçilebilir. Eklem yüzeyi tamamen bozulmuş bir dizde total eklem replasmanı uygulaması hem ilk hem de son basamak tedavi yöntemi olarak tercih edilebilir. Diz osteoartriti tedavisinde protez uygulaması en etkili tedavi yöntemidir.

## TOTAL DİZ PROTEZİ NASIL UYGULANIR?

Standart total diz protezi beş günlük bir hastane yatışını ve genellikle 1-3 ay süren bir nekahat dönemini kapsar. Hastaların çoğunda ağrı önemli ölçüde azalır ve günlük rutin aktivitelerine kaldığı yerden devam ederler. Total diz protezi ameliyatı, dizin önünden aşağıya doğru 15-20 cm uzunluğunda bir kesi yapılması ile başlar. Daha sonra protezin yerleştirilmesi için femurun alt (uyluk kemiği) ucu, tibia'nın üst (incik kemiği) ucu ve patellanın (diz kapağı) arka yüzünden özel ekipman vasıtasıyla yeterli miktarda kemik çıkarılır. İlk olarak deneme protezleri kullanılarak protez parçalarının kemiklere tam olarak oturup oturmadıkları ve hizalanıp hizalanmadıkları değerlendirilir. Ameliyatı yapan doktor, bu noktada dizin olası hareketlerini düzgün olarak yapıp yapmadığını kontrol eder. Bu hareketler tam fleksiyon (bükme), ekstansiyon (düzleştirme) ve bağ dengesidir. Tümünde sonuçların iyi olması ve ağrının iyi bir şekilde azaltılması için bu aşama büyük öneme sahiptir. Son olarak eklem protezi parçaları, kemik çimentosu vasıtasıyla yerine yapıştırılır ve cerrahi kesi kapatılır.

## BAŞARI ORANI %95-98

Total diz protezi operasyonu genellikle bölgesel ya da genel anestezi altında yapılır ve yaklaşık 90 dakika sürer. Ancak her operasyon kendine özgüdür, bu nedenle zaman zaman daha uzun da sürebilmektedir. Daha sonra hastalar birkaç saat izlenecekleri ayılma odasına alınır ve anestezinin etkileri geçmeye başladıktan sonra servisteki odalarına çıkarılırlar. İleri derecedeki diz osteoartritinin diz protezi ile tedavisinin 15-20 yıllık başarı oranı %95-98 gibi yüksek oranlardadır.

Uzm. Dr.  
Özgür Özer  
Bayındır  
Söğütözü  
Hastanesi  
Ortopedi ve  
Travmatoloji  
Bölümü



## SIK GÖRÜLEN KOMPLİKASYONLAR

Her cerrahi girişimde olabileceği gibi total diz protezi ameliyatından sonra da bazı komplikasyonlar gelişebilir. En sık görülen komplikasyonların bazıları şunlardır:

### ANESTEZİ KOMPLİKASYONLARI

Cerrahi girişimlerin büyük bir çoğunluğunda ameliyattan önce çeşitli türlerde anestezi verilmesi gerekir. Çok az miktarda hasta anestezi ile ilgili sorunlar yaşar. Bu sorunlar arasında, kullanılan ilaca karşı reaksiyon, diğer tıbbi komplikasyonlara bağlı problemler ve anesteziden kaynaklanan problemler bulunur. Ameliyatta bulunacak anestezi ile bu riskleri ve kaygıları karşılıklı olarak ele almak önemlidir.

### TROMBOZ (TOPLAR DAMARDA KAN PIHTILARI)

Derin ven trombozu her ameliyattan sonra oluşabilir ancak özellikle kalça, pelvis veya diz ile ilişkili operasyonlardan sonra görülme ihtimali daha fazladır. Derin ven trombozu bacakta büyük toplardamarlarda kan pıhtısı oluştuğu zaman meydana gelir. Bu durum bacaklarda şişme, ısı artışı ve ağrıya neden olur. Toplar damarlardaki bu pıhtılar yerinden koparsa, akciğere gider ve kılcal damarları tıkayarak akciğerin bir kısmının kanlanamamasına yol açar. Bu duruma 'pulmoner embolizm' denir. Cerrahlar derin ven trombozunu büyük bir ciddiyet ile ele alır. Bu riski azaltmanın birçok yolu vardır ancak en etkili yolu bir an önce ayağa kalkmayı ve hareket etmeyi sağlamaktır. Yaygın olarak kullanılan diğer iki önlem; kanın bacaklarda durağanlaşmamasını sağlayan basınçlı çoraplar ve pıhtı oluşumunu engelleyen kan sulandırıcı ilaçlardır.

### ENFEKSİYON

Enfeksiyon, yapay eklem replasmanı ameliyatından sonra karşılaşılan en ciddi komplikasyonlardan

biridir. Total diz protezinden sonra enfeksiyona yakalanma olasılığı yaklaşık %1'dir. Bazı enfeksiyonlar çok erken aşamada, hatta hastaneden taburcu olmadan önce kendini gösterebilir. Bazıları da ameliyattan aylar veya yıllar sonra ortaya çıkabilir. Enfeksiyon, yapay eklem enfekte olmuş diğer bölgelerden sıçrayabilir. Diş ile ilgili herhangi bir işlem yaptırma veya belli başlı bazı ameliyatlardan geçirme gibi durumlardan önce antibiyotik kullanımı gibi birtakım tedbirler almak gerekir.

### SERT DİZ

Bu ameliyattan sonra diz hareket açıklığı nadiren normale dönmeyebilir. Sandalyeden rahat ve efektif kalkabilmek için gerekli diz hareketi en az 90 derecedir. Bu ameliyatla beklenen eklem hareketi 110 derece civarındadır. Eklem hareket açıklığını belirleyen en önemli faktör cerrahi sırasında elde edilen yumuşak doku dengelemesidir.

Cerrahi sırasında dizde en iyi dizilimde ve bağların (dizin bükülme ve tam düzeltme sırasında) en iyi dengede olması amaçlanır. Bazen diz cerrahisi sonrası aşırı nedbe (iyileşme dokusu) oluşabilir ve bu da diz hareketini çok ciddi kısıtlayabilir. Bu durumda doktorunuz size anestezi altında diz manipülasyonu önerebilir.

### GEVŞEME

Yapay eklemlerin eninde sonunda iş görmemeye başlaması probleminin en önemli nedeni metal veya çimentonun kemikten gevşemesidir. Yapay eklemlerin ömrünün uzatılmasına ilişkin büyük ilerlemeler kaydedilmiştir ancak çoğu bir süre sonra gevşer ve revizyona ihtiyaç duyulur. Diz protezi 12-15 yıl iş görse de bazen gevşeme bu süreden daha erken olabilir. Gevşemiş bir diz problem yaratır çünkü ağrıya neden olur. Ağrı dayanılmaz bir hal aldığı anda, diz protezini revize etmek için yeni bir ameliyat gerekecektir.



## REHABİLİTASYON, CERRAHİ GİRİŞİM KADAR ÖNEMLİ

Hemen hemen tüm ortopedistler, hastanın yeni dizinden maksimum verim alabilmesi için fizyoterapinin cerrahi girişim kadar önemli olduğunu hemfikirler. Diz, rehabilitasyonsuz iyi işlev görmeyecektir. Diz eklemi diz protezi ameliyatından sonra tutuk hale gelir ve kaslar güçsüzeleşir. Rehabilitasyonda hedef, eklem hareketliliğini ve kas gücünü tekrar kazandırmaktır. Böylece diz, günlük yaşam aktiviteleri sırasında normal olarak işlev görebilir. Hastaya göre değişmekle birlikte, 4-6 hafta arasında yoğun fizyoterapi (haftada 2-3 seans), sonrasında genellikle haftada bir ya da iki kez olmak üzere altı haftalık fizyoterapi gerekir. Başlangıçta yapılacak temel egzersizler kuadriseps, hamstring ve gluteus gibi kas gruplarını güçlendirmek için yapılan izometrik egzersizlerdir. Bu egzersizler kası hareket ettirmekten ziyade sıkılaştırır. Hareket aralığı egzersizleri de eşdeğer öneme sahiptir; kendi kaslarınızla aktif olarak veya bir

havlu ya da kemer aracılığıyla pasif olarak dizinizi bükme ve düzleştirme egzersizleri yapmalısınız. Ayrıca eklem tutukluğunu gidermek için de germe egzersizleri yapılmalıdır.

### İLAÇ PROGRAMINIZI ÖNEMSEYİN

Ameliyattan sonra dizinizi tutulmuş, ağrılı ve biraz şişmiş hissetmeniz normaldir. Burada önemli olan, ağrı oluşmadan önce önlem almaktır. İlaç almak için diziniz ağrıya dek beklerseniz, ağrının geçmesi daha güç olacaktır. Ağrınızı hafifletmeniz için verilebilecek tavsiyelerden bazıları şunlardır:

- İlaçlarınızı programlandığı gibi alın.
- Egzersiz yaparken etkili olması için ilaç alma zamanlarınızı programlayın.
- Bacağınızı düzenli olarak dinlendirin.
- Buz paketleri tatbik edin.
- Ödem azalması için dizinizi yüksekte tutun.

Nekahat döneminin ilk haftalarında kesinlikle bütün gün koltukta oturmak istemeyeceksiniz. Kendinizi rahat hissedeceğinize sürece hareket etmeli ve egzersizleri günde iki kez yapmalısınız. Egzersizlerinizi ister ayakta ister oturur pozisyonda yapın, önemli olan düzenli egzersiz yapmaktır. Bunları yaparken ağrıya göre hareket edin.

### HER ZAMAN DİKKATLİ OLUN

Hastaların çoğu dizlerini hareket ettirme kabiliyetlerini günlük rutin aktivitelerle yeniden kazanır. Ancak belirli kısıtlamalar vardır ve yapay bir diz kendini tamir edemeyeceğinden, hangi hareketi yapacağınıza karar vermeden önce iki kez düşünmelisiniz. İşyeri gibi bir ortamda ağır kaldırma, çukur kazma ve bunun gibi aktivitelerde bulunmamalısınız. Hafif işler (araba kullanma, yürüme, ayakta durma) yapabilirsiniz. Masabaşı işler önerilir.

# Diz ağrısında girişimsel tedavi seçeneği



Uzm. Dr.  
İsmail Gökyar  
Bayındır  
Söğütözü  
Hastanesi  
Ağrı Merkezi



Hastanın yaşı, ek hastalıkların varlığı veya hastanın cerrahi tedavi istemiyor oluşu, diz ağrısında başarılı sonuçlar sunan Su Soğutmalı Radyofrekans (Cooled Rf) ile tedavi seçeneğini ön plana çıkarıyor.

**D**iz kireçlenmesinin erken dönemi ilaç, sıcak/soğuk uygulama ve germe gibi ağrı kesici egzersizler ile tedavi edilebilir. Diz içine yapılan iğne tedavileri başlangıçta etkili olabilir. Hastalığın ilerlediği, hareketliliğin çok engellendiği veya istirahatte bile ağrının dinmez hale geldiği durumlarda diz protezi yapılabilir. Ancak özellikle ileri yaş grubunda ve eşlik eden ciddi hastalıkların varlığında protez ameliyatı yapmak çok riskli olabilir. Yine hastanın korkması ve bu ameliyatı istememesi durumunda ilaç tedavisi seçilir ancak uzun kullanımda ilaçlara bağlı yan etkilerle karşılaşılabilir. Protez ameliyatı olamayan veya

tercih etmeyen hastalarda tüm bu tedavi yöntemlerine alternatif olarak uygulanan radyofrekans tedavisi, ağrıların ortadan kaldırılması ve hastanın günlük hayatına hızla dönmesini sağlaması nedeniyle son yıllarda oldukça tercih edilen bir tedavi yöntemi haline gelmiştir.

#### **Diz ameliyatı mı, ameliyatsız tedavi mi olmalıyım?**

Diz protezi yapılmasının asıl amacı ağrı ve hastanın bu nedenle yürümesinin engelleniyor oluşudur. Dolayısıyla ameliyatsız yöntemlerle diz ağrısı geçiyorsa diz kireçlenmesi için ameliyat olmaya gerek kalmaz. Özellikle orta yaş ve çok ileri yaşlarda ameliyatsız tedavi yöntemleri diz protezi cerrahisine tercih edilebilir.

Yine protez cerrahisinin riskli olabileceği hastalarda girişimsel yöntemler tüm dünyada öncelikli olarak tercih edilmektedir.

#### **Diz kireçlenmesinin ameliyatsız tedavisi nasıl yapılır?**

Su Soğutmalı Radyofrekans (Cooled Rf) uygulamasında radyo dalgaları ile oluşturulan ısı enerjisi sayesinde doku veya sinirin iyileştirilmesi amaçlanır. Ağrı sebebi olan birçok hastalığın tedavisinde kullanılan bu tedavi yöntemi son yıllarda diz ağrılarındaki etkin bir şekilde kullanılmaktadır. Ameliyathane şartlarında, dizde ağrı sebebi olan sinirlerin bulunarak ağrı yolağının ortadan kaldırılması, şiddetli diz ağrısı olan hastalarda olumlu

sonuçlar verir. Cerrahi kesi olmadan, özel iğne problemlerle yapılan bu tedavi yönteminin lokal anestezi altında yapılabilmesi ve risklerinin yok denecek kadar az olması ileri yaş hastalarda önemli bir avantaj sağlar.

#### **Radyofrekans tedavisinin aşamaları nasıldır?**

İşlem, diz bölgesinin mikrop kapmaması için steril şartlarda yapılmalıdır; bu nedenle ameliyathane ortamında yapılır. Skopi denilen sürekli röntgen görüntüsü veren bir cihazla yeri tespit edilir. Hastaya işlem sırasında ağrı duymaması ve strese girmemesi için hafif bir sakinleştirici verilir ve ilgili noktalara RF probu yerleştirilir. Cerrahi kesi olmadan yapılan bu

uygulama yaklaşık 45 dakika sürer. Bir seans yeterlidir. İşlemden sonra hasta 3-4 saat odasında gözlenir. Gece hastanede kalmaya gerek yoktur. Hasta gündelik hayatına aynı gün başlayabilir. İstirahate de gerek yoktur. Tam iyileşme üç hafta içinde olur. Ağrı tekrarlırsa işlem tekrarlanabilir.

#### **Tedavi sonrası iyileşme süreci nasıldır?**

İşlem sonrası hastaların ağrıları hızla azalır. Yürüme sırasında oluşan ağrıyı da azaltması bu hastaların gündelik yaşantılarına dönmesine olanak sağlar. İşlem sonrası hasta aynı gün hastaneden taburcu olarak gündelik yaşantısına dönebilir. İstirahate veya ek özel bir uygulamaya ihtiyaç olmaz.



# BIYOPSİ OLMALI MIYIM?

Şüphe duyulan bir kitlenin gerçekten ne olduğunu ortaya koyan, en çok tiroid ve meme hastalıklarında yapılan biyopsi işlemi, tanıyı kolaylaştırarak gereksiz cerrahi işlemlerin önüne geçmeyi sağlar.

**Uzm. Dr. Tufan Hacıahmetoğlu**  
Bayındır  
İçerenköy  
Hastanesi  
Genel Cerrahi  
Bölümü



**B**iyopsi, çoğu zaman tanı için bazen de hem tanı hem de tedavi için vücudun herhangi bir bölümündeki şüpheli dokudan patolojik inceleme yapılması için örnek alınması işlemidir. Temel olarak iki şekilde yapılabilir: Cerrahi işlem ve iğne biyopsileri. Cerrahi biyopsilerde kendi içinde insizyonel ve eksizyonel biyopsiler olarak ikiye ayrılır. İnsizyonel biyopsilerde incelenen dokudan küçük bir parça alınırken, eksizyonel biyopsilerde ise dokunun tamamı çıkarılır. Teknolojideki gelişmeler ve hastalıklara yaklaşımlardaki değişimler sonucunda cerrahi biyopsiler yerini daha az travmatik ve uygulama kolaylığı bulunan iğne biyopsilerine

bırakmıştır. İğne biyopsileri de kendi içinde kalın ve ince iğne biyopsileri olmak üzere ikiye ayrılır. Ayrıca her organa spesifik biyopsi yöntem ve teknikleride mevcuttur. Genel cerrahi uygulamalarında en çok istenilen organ biyopsileri, tiroid bezi ve meme biyopsileridir. Her iki organdaki kitlelerin kesin tanısında veya ameliyat kararı verilen hastalarda ameliyat yönteminin belirlenmesinde biyopsi olmazsa olmazdır.

## TİROİD HASTALIKLARINDA BİYOPSİ

Tiroid hastalıklarında ince iğne biyopsileri (İİAB) kullanılır. Tarihte ilk biyopsi 11. yüzyılda Ebul Kasım tarafından iğne ile bir tiroid nodülüne uygulanmıştır. Günümüze kadar

birçok gelişme yaşanmış olmasına rağmen hala tiroid iğne biyopsisi vazgeçilmez bir yöntemdir ve tiroid nodüllerine uygulanır. Günümüzde genellikle ultrasonografi eşliğinde uygulanmaktadır. Tiroid nodülleri sık rastlanan klinik bir sorundur. Epidemiyolojik çalışmalar elle muayene ile tespit edilebilen tiroid nodüllerinin görülme sıklığının dünyanın iyot eksikliği olmayan bölgelerinde yaşayan kadınlarda %5 ve erkeklerde %1 dolayında olduğunu göstermiştir. Yüksek çözünürlüklü ultrasonla (US) rastgele seçilen bireylerin ise %19-67'sinde tiroid nodülleri saptanabilmektedir. Tiroid nodülleri kadınlarda ve yaşlılarda daha sık görülmektedir. Tiroid nodüllerinin klinik önemi yaş, cinsiyet, radyasyonla

temas hikayesi, aile hikayesi ve diğer faktörlere bağlı olarak %5-15 oranında görülen tiroid kanserlerinin belirlenmesidir. Amerika Birleşik Devletleri'nde 2009 yılında yaklaşık 37 bin 200 yeni tiroid kanseri vakası tanısı konulmuştur. Yıllık insidans 1973 yılında 100.000'de 3.6 iken, 2002 yılında 100.000'de 8.7'ye yükselmiş ve 2.4 kat artış göstermiştir ve bu eğilimin artmaya devam ettiği görülmektedir. Ayrıca artan insidansın %49'unu 1 cm veya daha küçük, %87'sini 2 cm veya daha küçük kanserler oluşturmaktadır. Bu tümör değişimi, boyun ultrasonografik incelemelerindeki artış, ince iğne biyopsilerinin gelişmesi ve uygulanmasının artması ile açıklanabilir. Tiroid kanserinin büyük çoğunluğu papiller kanserden oluşur. Tedaviyle tam iyileşme sağlanabilmektedir. Ancak ilerlemiş ve gecikmiş vakalarda kötü seyredebilmektedir. Biyopsinin erken tanı ve tedavi için önemi büyüktür. Baş-boyun radyoterapisi görenler, ailesinde tiroid kanseri olanlar, hızlı büyüyen nodüller, sert ve çevre dokulara yapışık nodüller, ses felci, yutma güçlüğü ve öksürüğü olanlar, ultrasonografide bölgesel lenf bezi veya uzak metastazı olan kişiler klinik risk faktörü taşıyır. Klinik risk faktörleri ve ultrasonografik kanser belirtisi olmayan 1 cm altındaki nodüllere sahip hastalara İİAB önerilmez. Ancak klinik risk faktörü olanlarda nodül hangi çapta olursa olsun İİAB yapılır. Tiroid nodüllerinin yaklaşık yüzde 5'i saldırgan, yüzde 95'i ise sakin yapıdadır. Başka bir deyişle tiroid nodülü olan her hasta operasyona gönderildiği takdirde bu nodüllerin yüzde 95'i zararsız olarak gelecek ve hasta boşuna operasyon riski altına girmiş olacaktır. İİAB yöntemi ile saldırgan olmayan nodüller, saldırgan olan nodüllerden %75 duyarlılıkla ayrılabilir. Geri kalan %25 vakada ise tanı koymada güçlük çekilmekte ve yetersiz materyal alınmaktadır. Bu durumda İİAB'nin tekrar edilmesi gerekebilir. Patolog eşliğinde yapılan İİAB'lerde bu durum en aza indirgenebilmektedir. İİAB ile operasyona gönderilen hasta sayısı yüzde 40 azalır, ayrıca operasyonda nasıl bir yöntem izleneceğini de önceden belirlemeye yardımcı olur.



## MEME HASTALIKLARINDA BİYOPSİ

### BİYOPSİ KARARI SİZİ ENDİŞELENDİRMESİN

Biyopsi önerisi ile karşılaşan hastaların zaman zaman telaşlandığı bilinmektedir. Bunun altında yatan neden, çoğu zaman kötü huylu bir hastalığın çıkabileceği endişesidir. Biyopsi önerilen hastaların çoğunda diğer tanı yöntemleri kullanılmış olup hastalığa kesin tanı konamamıştır. Bu nedenle gerektiğinde biyopsi yapılmasından çekinilmemelidir. Unutulmaması gereken nokta; biyopsinin her zaman kanser gibi kötü hastalıkların tanısında kullanılan bir yöntem olmadığıdır. Dolayısıyla biyopsi yapma gerekçeleri hekim tarafından açıklandığında biyopsi yapılmasından korkulmamalıdır. Hatta bazen hastaların belli aralıklarla yapılan biyopsilerle izlendiği olgular da vardır. Ayrıca halk arasında "dokunulursa kansere çevirir" gibi yanlış inanışlar hala vardır. Ancak biyopsi, iyi huylu olan kitleyi kansere çevirmez. Bir başka ifadeyle biyopsi kanser yapmaz, sadece varolan kitlenin ne olduğunu ortaya koyar.

Muayene, meme ultrasonografisi, mamografi ve diğer görüntüleme yöntemleriyle memede saptanan kanser şüpheli kitlelerde, kesin tanı için biyopsiye başvurulur. Meme kitlelerinde de biyopsi, cerrahi yolla uygulanabildiği gibi iğne ile de uygulanabilir. Günümüzde cerrahi biyopsiler ikinci plana itilmiştir. İğne biyopsileri memede ince iğne ve kalın iğne ile yapılabilir. Genellikle görüntüleme eşliğinde radyoloji bölümü tarafından uygulanan iğne biyopsileri cerrahi biyopsilere göre daha az travmatik ve uygulanması daha kolaydır. Bunun haricinde radyologlar tarafından memede kullanılan özel biyopsi teknikleri de mevcuttur. Bunlar ultrasonografide görüntülenemeyen kitlelerde mamografi eşliğinde yapılan biyopsiler ve vakum biyopsileridir. Tüm biyopsi işlemlerinden sonra, kanama, kanamaya bağlı morarma, ağrı ve enfeksiyon olabilir. Bunlar hasta için yaşamsal risk oluşturmazlar. Özellikle iğne biyopsilerinden sonra komplikasyon görülme riski çok daha düşüktür: İğne biyopsisi yapılan 100 kadından 1'inde komplikasyon olurken, cerrahi biyopsi yapıldığında bu oran %5 civarındadır. Aspirin ve benzeri kan sulandırıcı ilaçlar kullanılması halinde kanama ve morarma riski daha yüksektir. Bu ilaçların biyopsiden birkaç gün önce kesilmesi gerekir. Hastanın pek ağrı olmaz. Biyopsi sonrası hastaya bazen o gece için bir ağrı kesici, örneğin parasetamol reçete edilmesi iyi olabilir.

# GİRİŞİMSEL RADYOLOJİ: En az riskle en yüksek fayda

Girişimsel radyoloji, damarları ilgilendiren ve damar dışı girişimsel radyolojik işlemler olarak iki ana gruba ayrılır ve en az riskle en fazla fayda sağlayabilme prensibi üzerine kuruludur.

Doç. Dr. Muzaffer  
Savaş Tepe  
Bayındır  
İçerenköy  
Hastanesi  
Radyoloji Bölüm  
Başkanı



**G**irişimsel radyoloji, radyoloji ana bilim dalındaki yeni ve yüksek teknoloji görüntüleme sistemlerini değerlendirerek, en az riskle en fazla fayda sağlayabilme prensibi üzerine kuruludur. Girişimsel radyolojinin alternatifleri, tıbbi tedavi (ilaçla tedavi) ve cerrahi tedavidir. Her vakada alternatifler mutlaka değerlendirilmeli, yarar ve komplikasyon riskleri hastaya anlatılmalıdır. Her olguyu ayrı değerlendirilmeli, genel cerrahi, gastroenteroloji, üroloji, onkoloji, nükleer tıp, anestezi, kalp damar cerrahisi, kardiyoloji, nöroloji, beyin cerrahisi gibi bölümlerin fikirleriyle ortak konseyler oluşturarak hareket edilmeli, mesleğe başlarken edilen Hipokrat yemini ve “Önce zarar verme” temel prensibi unutulmamalıdır. Her tür cerrahide ve girişimsel yöntemde olması gerektiği gibi, işlem öncesi rutin hazırlıklar eksiksiz yapılmalı, ultrason, manyetik rezonans (MR) ya da bilgisayarlı tomografi

görüntüleme yöntemleri, olası kanama ihtimali, potansiyel riskler değerlendirilmeli, neye, nereye, ne amaçla, ne yarar bekleyerek girişim yapılacağı detaylı anlaşılmalıdır.

## DAMARLARI İLGİLENDİREN İŞLEMLER

Girişimsel Radyoloji, damarları ilgilendiren ve damar dışı girişimsel radyolojik işlemler olarak iki ana gruba ayrılır. Damarları ilgilendiren prosedürler olan tıkanma ihtimali yüksek olan bir damarın açılması ya da açık olmaması gereken, bir travmada, kazada yaralanmış bir damarın kapatılması ya da doğumsal olarak damarlar arasında istenmeyen bağlantıların açıldığı durumlarda, o damarın anjiyografi öncülüğünde kapatılması esasına dayanır. Karotis (şah damarı) arteri, böbrek, bacak-kol damarları gibi yapıların damarları balon ya da stent vasıtasıyla açılır. Aorta anevrizmaları, arter-ven malformasyonları tedavi edilir. Onkolojik işlemlerde, bacakta bir damardan temel anjiyografi yöntemleriyle girilerek, tümörü

ilgilendiren damara mikrokaterler vasıtasıyla ulaşılır ve embolizasyon yapılır; yani damar tıkanması için tümörü besleyen damarın içerisine, tümörü besleyememesi amacıyla kapatıcı maddeler verilir. Karaciğer tümörü veya metastazlarında gene bu yöntemle tümörü kanlandıran damar içerisine girip, sadece tümöre ulaşacak şekilde diğer organlara giden dallar tıkanarak hazırlık yapıldıktan sonra, farklı bir seansta hazırlanan bu yoldan Y90 isimli radyoaktif madde verilerek tümörün veya kitlenin yok edilmesine çalışılır (Radyoembolizasyon). Ablasyon yöntemleriyle radyolojik görüntüleme modaliteleri (deri yoluyla) karaciğer, böbrek

gibi organlardaki birincil ya da metastatik kötü huylu tümör hedefine ulaşıldıktan sonra, kitle ısıtılarak yakılır ya da soğuk uygulanarak dondurulur; böylece tedavi gerçekleşir.

## DAMAR DIŞI İŞLEMLER

Damar dışı işlemler, yüzeysel (tiroid, meme gibi) ve derin organların (karaciğer, pankreas, batin içi organlar, kas iskelet sistemi gibi) biyopsileri, apselerin ve safra yollarının drenajları, nefrostomi, parasentez (karn içindeki sıvının dışarı alınması), torasentez (akciğerdeki sıvının dışarı alınması), kist aspirasyonu, kitle ablasyonları gibi metodlardır. İşlemlerin büyük kısmında aynı gün hastaneden taburcu olunur. Bazen bir ya da iki gün kalarak istirahat etmek gerekebilir.

## NASIL UYGULANIYOR?

Girişimsel radyoloji, bir orkestra gibi, ön planda olmayan ama çok önemli kısımlar içerir. Konusunda deneyimli bir kadro ile uygulanması önemlidir. Radyolojinin tanısal modaliteleri olan görüntüleme yöntemlerinin; ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi ve dijital röntgen cihazının skopisi, anjiyografinin rehberliğinde, iğne deliğinden girilerek, ciltte kesi olmaksızın işlemleri yapar. Bu işlemlerde bazen anestezi kullanılsa da genellikle anestezi yapılmaksızın sadece lokal enjeksiyon ile tedavi tamamlanır.

# KALBİN RİTMİ NEDEN BOZULUR?

Kalpdeki ritim bozuklukları, felçle ya da ölümlerle sonuçlanabilecek kadar önemli olabilir. Bu nedenle herkesin mutlaka yılda bir kez ayrıntılı kardiyoloji muayenesi ile EKG ve ekokardiyografik incelemelerini yaptırmaları önerilir.



**Doç. Dr. Mutlu Güngör**  
Bayındır İçerenköy Hastanesi Kardiyoloji Bölümü

**K**albin ileti sistemi, bir evin elektrik tesisatı gibidir. Bu sistem, elektriksel aktiviteyi oluşturan bir jeneratör (sinoatriyal nod) ve oluşan bu elektriksel aktiviteyi kalp kasına götüren yollardan oluşur. Jeneratörün veya ileti yollarının kendi hastalıkları, bazen de bunları etkileyebilecek sistemik hastalıklarda ritim bozuklukları görülebilir. Kalpte organik ritim bozuklukları ise çok geniş bir yelpazeye dağılır.

## KALBİN JENERATÖRÜNÜN HASTALIKLARI

Kalbin elektriksel aktiviteyi oluşturan sinoatriyal nodunda elektriksel aktivite oluşumu yaşla beraber olan dejenerasyona, damar tıkanıklıklarına bağlı beslenme bozukluğuna, bazı depo hastalıklarına, tiroid fonksiyon bozukluklarına veya pek çok sistemik hastalığa bağlı olarak azalabilir. Bu durumda normalde 60-100 arasında olan impuls çıkarma hızı düşer. Hastanın nabızı 60/dk altındadır. Bu durum vücutta beslenme bozukluğuna sebep olur. Hasta baş dönmesi, halsizlik, minimal eforla dahi nefes darlığı veya bayılma gibi şikayetlerde bulunur. Durum EKG'lerde veya ritim takibi amacıyla yapılan 24 saatlik ritim holter incelemesiyle tespit edilir. Bu durumda tedavi, kalbin elektriksel aktivitesini sağlayabilecek kalıcı kalp pili uygulamalarıdır. Kalp pilleri göğüs kasının altına yerleştirilen, 3x5 cm ebatlarında cihazlardır.

## KALBİN İLETİ SİSTEMİNİN HASTALIKLARI

Normalde kalbin jeneratörüne bağlı kalp kasına iletim sağlayan bir ana kablo mevcuttur. Bazı kişilerde doğumsal olarak ikinci bir kablo bulunabilir. Buna 'aksesuar yolak' denilir. Bu aksesuar yolakın aktiflendiği

durumlarda kalp hızının 150-200 dk'ya kadar çıkabildiği, ani başlayıp ani biten, göğüsünde huzursuzluk hissi oluşturabilen çarpıntılar oluşur. Bu çarpıntılar ne zaman başlayacağını, ne kadar süreceğini tahmin etmek pek mümkün değildir. Eğer çarpıntı süresi uzun olursa hasta acil servise müracaat ettiğinde çekilen EKG veya sık tekrarlıyorsa takılan 24 saatlik ritim holter tetkiki ile tanı konulabilir. Bu çarpıntılar kalp krizine veya kalp yetmezliğine sebep olamaz ancak nabızın çok yükselmesi hastada ciddi bir huzursuzluk oluşturabilir. Bu bozuklukların tedavisi EFÇ (elektrofizyolojik çalışma) ve ablasyon denilen tedavilerdir. Anjiyografi laboratuvarlarında kasık toplar damarından girilerek uygulanır.

## KALBİN YAPISAL RİTM BOZUKLUKLARI

Kalpde yapısal bozukluğu olan hastalarda görülen ritim bozuklukları klinik olarak çok büyük önem taşır. Kalp krizi geçirmiş, bypass, stent gibi işlemler yapılmış veya kalp büyümesi görülen hastalar ile bazı doğumsal anomalilerde (hipertrofik kardiyomyopati, aritmijenik sağ ventrikül displazisi, ebstein anomalisi gibi) veya ritim bozukluğuyla seyreden bazı genetik geçişli hastalıklarda (brugada sendromu, uzun QT sendromu, kısa QT sendromu gibi) gelişen ritim bozuklukları (ventriküler taşikardi veya ventriküler fibrilasyon) kalpte ani durmaya yani bayılmaya veya ölüme sebep olabilir. Dolayısıyla kalp damar hastalığı bulunan tüm hastaların mutlaka rutin kardiyoloji kontrollerinin yapılması gerekir. Bu muayenelerde ekokardiyografik incelemelere gerek duyulduğu takdirde ritim holter incelemeleri yapılmalıdır. Ani ölüm riski görülen hastalara ICD (implantable cardiac defibrilator/vücut içine yerleştirilen kardiak defibrilatör)

dediğimiz şok cihazlarının takılması gerekir. Bu şok cihazları, kalp pillerine benzer şekilde göğüs kasının altına yerleştirilir ve kalbin ritmini sürekli olarak takip edip ölümcül bir ritim bozukluğu görüldüğü zaman şok vererek kalbi tekrar çalıştırır. Sonuç olarak herkesin mutlaka yılda bir kez ayrıntılı kardiyoloji muayenesinin, EKG ve ekokardiyografik incelemelerinin yapılması önerilir. Risk grubundaki hastaların ise koroner arter hastalığı açısından değerlendirilmek üzere eforlu EKG, talyum testi, gerekirse koroner anjiyografi gibi tetkiklerinin yapılması önem taşır. Ailesinde erken ölüm olan kişilerin, sporculanın, kalp yetmezliği ile takip edilen veya baş dönmesi, halsizlik, bayılma gibi şikayeti olan hastaların kalp damar hastalığı veya ritim bozuklukları açısından EKG ve ritim holter takipleri de ihmal edilmemelidir.

## SÜREKLİ DEVAM EDEN RİTM BOZUKLUĞU

Atriyal fibrilasyon (AF) olarak bilinen ve sürekli devam eden ritim bozukluğu ayrıca ele alınması gereken bir hastalıktır. Özellikle ileri yaşta, kapak hastalığı, hipertansiyon, kalp yetmezliği varlığında görülme sıklığı daha da artar. Kulakçıkların (atriyum) kasılmayıp sadece titreşim hareketi yaptığı ritim bozukluğudur. Bu özelliğinden dolayı atriyum içindeki kan, hareketsizliğe bağlı pıhtılaşabilir. Bu pıhtıların embolize olması (kalpten çıkarak beyin damarlarını tıkaması) felç ataklarına sebep olabilir. İleri yaşta görülen felçlerin en sık sebebi de AF'dir. AF'nin tespit edilmesi, mutlaka pıhtı önleyici tedavi kullanımını gerektirir. Pıhtı önleyici tedaviler pıhtı ve felçten korurken diğer taraftan kanama eğilimini arttırdıkları için kontrollü kullanımları gerekir.

## ÇARPINTININ NEDENİ BAŞKA BİR HASTALIKTIR

Çarpıntı, kalbin çalıştığını hissettiğimizde tarif ettiğimiz şikayettir. Normalde kalbimiz ömür boyu hiç aralık vermeden sürekli olarak çalışır ancak biz onun çalıştığını göğsümüzde hissetmeyiz. Bu çarpıntılar bazen düzensiz teklemler, bazen de nabızın 200/dk'ya ulaşması olabilir. Çarpıntı tanısı hastalarda mutlaka sistemik bir rahatsızlığın olup olmadığı araştırılmalıdır. Kansızlık, tiroid hastalıkları, sıvı kayıpları, ateşli

hastalıklar, anksiyete, panik hali, ağır egzersiz, kronik sistemik hastalıklar, kondisyonsuzluk gibi pek çok durumda nabız değerleri artar, kişi bunu çarpıntı gibi hissedebilir. Aslında buradaki durum kalp hastalığından ziyade, kalbin mevcut hastalığı kompanse etmesi için hızını arttırmasıdır, yani olması gereken fizyolojik bir durumdur. Tedavi sebebe yönelik yapılmalıdır.

# Kolon kanserinin CERRAHİ TEDAVİSİ

Kolon kanserinin cerrahi tedavisinde ideal olan primer tümörle birlikte o bölgeyi besleyen ana arterin beslediği alanları, ayrıca tümörle temasta olan komşu organ, yapı ve omentumu çıkarmaktır.



**Prof. Dr. Zafer  
Ferahköşe  
Bayındır  
Söğütözü  
Hastanesi  
Genel Cerrahi  
Bölüm Başkanı**

**K**olon yani kalın bağırsak, üç tabakadan meydana gelir. İç tabaka mukoza, orta tabaka muskularis-kas tabakası, dış tabaka ise seroza tabakasıdır. Kanser, iç tabakadan başlar ve kas tabakasına, daha sonra dış tabaka katmanlarına ve dışa periton boşluğuna yayılım gösterir. Mukoza düzeyindeki kanser 'erken karsinom' adını alır (T1). Kas tabakasından itibaren gelişen kanser ise 'ileri evre kanser' olarak bilinir. (T2) Kolon kanserinin tanısı endoskopik girişim ve biyopsi ile konulur. Ardından abdominal ultrason, dinamik CT ve PET ile evreleme işlemi yapılır ve operasyon yapıp yapılmayacağına, hastanın kemoterapi alıp almayacağına karar verilir. Tanı konulduktan sonra, kolon kanserinin tedavisinde tümörün seviyesine, tipine, yayılım derecesine, çıkarılabilme özelliğine ve geçişi kapatıp kapatmamasına göre seçenekler farklılık oluşturur. Cerrahinin ana prensibinde ideal olan radikal, yani tümörsüz bir alan bırakmak (R0 rezeksiyon), primer tümörle birlikte o bölgeyi besleyen

ana arterin beslediği alanları yani lenfovasküler alanı çıkarmaktır. Tümörle temasta olan komşu organ veya yapı, omentum (bağırsakları örten oluşum) ile birlikte çıkarılır. Eğer tümör tam olarak çıkarılmazsa bu durum palyatif rezeksiyon olarak kabul edilir (R1 veya R2). Yani cerrahinin hastanın yaşam şansına katkısı olmaz, sadece pasajın açılmasını sağlar. Beraberinde ikinci bir kolon tümörü (senkron tümör) veya familial adenomalar veya polipoid yapılar varsa tüm kolon risk altında olabilir. Bu durumda subtotal (kısmi) veya total kolektomi (bağırsağın tamamen çıkarılması) mutlaka yapılmalıdır. Çıkarılan örnekte lenf nodlarının sayısı onkolojik cerrahi yeterliliği açısından önem kazanır. Lenf nodlarının tutulum miktarı ve seviyeleri yine yaşam şansında ve ilave (adjuvant) tedavi seçeneklerinin verilmesinde etkili olur. Bugün için kabul edilen, alınan örnekte en az 12 lenf nodülünün çıkarılmış olmasıdır. Bu da yeterli tümör evrenmesinde yardımcı olur. Pozitif lenf nodlarının ve total lenf nodlarının oranı da yaşam şansına

etkilidir. Operasyon esnasında beklenmedik metastaza rastlanırsa, primer tümörün çıkarılmasına ilaveten eğer metazatik volüm çıkarılabilir yer ile organdaysa ve de hacmi küçükse tümör birlikte çıkarılabilir. Ameliyat öncesinde karaciğer metastazı mevcutsa veya operasyon esnasında tespit edilirse, klinik cerrahi ekip, bu konuda deneyimliyse, geriye kalacak karaciğer volümü hastaya yetecekse, aynı seansta primer tümörle birlikte çıkarılır veya ARF (radio frekans ablasyonu) ile yakılabilir. Metastaz yaygınsa, volüm sıkıntı yaratacaksa veya akciğer metastazı da varsa, primer tümör pasaja izin veriyorsa önce kemoterapi (neoadjuvant) yapılır. Küçülen tümörler ana tümörle çıkarılır veya yakılır. Eğer karsinomatozis tarzında yayılım operasyondan evvel tespit edilmişse veya böyle bir durum şüphesi varsa tanısal laparoskopi yapılabilir ve neoadjuvant kemoterapi devreye girer. Bazı hastalarda tümör geçişine izin vermiyorsa veya çıkarılmıyorsa paliyatif cerrahi (bypass cerrahisi, ileostomi, kolostomi) devreye girer.



## TEDAVİDE CERRAHİ YAKLAŞIMLAR

Bugün kabul edilen cerrahi strateji, TNM (T: tümör, N: lenf nodülü, M: metastaz)'ye göre cerrahi yaklaşımdır. Buna göre;

### Stage 0 (Tis, No, Mo)

Tümör seviye olarak mukozada başlangıç evresindedir. Bunlar 'carsinoma insitu polipler' dir. Polip takibe alınır, endoskopik çıkarılmazsa cerrahi olarak polipektomi veya segment çıkarılır.

### Stage I Malign Polip (T1, NoM0)

Bunlar invaziv kanser olarak kabul edilir. Lenf nod metastazı gösterebilir. Radikal cerrahi tedavi uygulanır.

### Stage II (T1-3, N0, Mo)

Lokalize kolon kanseridir. Radikal cerrahi tedavi uygulanır. Stage I olarak kolon kanseri usulüne uygun çıkarıldığında nüks ihtimali

%1'in altındadır ve ilave tedavi gerektirmez. Stage II komple çıkarıldığında hastaların %46'sı bu hastalıktan kaybedilir. Bundan dolayı yüksek riskli genç hastalarda ve yüksek riskli histolojik değere sahip olan hastalarda adjuvan kemoterapi gerektirir. Bu hastalarda da kemoterapinin yaşama şansını değiştirebileceği tartışmalıdır. Moleküler profilin bilinmesi bu hastalarda ümit vericidir.

### Stage III (T herhangi bir, N1M0)

Lenf nodu metastazlı bu hastalar lokal ve uzak metastaz nüksü açısından risklidir. Bu hastalarda adjuvan kemoterapi elzemdir. 5 flourourasil temel rejim olarak (lecoverin ile birlikte) ve oxaliptatin (folfox) nüksü azaltır ve bu hasta grubunda yaşam şansını artırır. Bazı alt grup hastalarda kemoterapide sonuçlar iyi

olabilir. MSI (mikrosatellit instabilite, genetik faktör) olan, yüksek Stage III hastalarda kemoterapi etkili olmayabilir. Kemoterapinin etkili olabilmesi için moleküler profilin bilinmesi önemlidir.

### Stage IV Uzak metastaz (T herhangi bir, N herhangi bir, M1)

Stage IV kanserlerde yaşam sınırlıdır. Ancak diğer kanserlere benzemez, bazı seçilmiş hastalarda, rezektüle izole metastazlar çıkarılarak iyi sonuç alınabilir. En sık metastaz karaciğerdir. İzole karaciğer metastazı %15 hastada olur. Bunun %20'si potansiyel iyileşme sağlar. Bu hastalarda 5 yıllık yaşam %20-40'dır. İyileşme sağlanamayan stage IV hastalarda bazen kolostomi, ileostomi, by pass, kanama gösteren ve çıkarılmayan kolonda vasküler embolizasyon tedavi seçeneğidir.

### TNM EVRELEME

(AMERICAN JOINT COMMITTEE-AMERIKAN KANSER ORTAK KOMİTESİ)

TNM	Evre	Lokal Rekkurens %	Yaşam %
T1-2N0	I	<5	90
T3N0	IIA	8	74
T4N0	IIB	15	65
T1-2N1	IIIA	6	81
T1-2N2	IIIB	8	69
T3N1	IIIC	11	61
T3N2	IIIC	15	48
T4N1-2	IIIC	19-22	36

### TNM EVRELEMESİ -5 YILLIK YAŞAM

EVRE	TNM	5 yıllık yaşam %
I	T1-2 N0	93.2
IIa	T3N0	84.7
IIb	T4N0	72.2
IIIa	T1-2 N1	83.4
IIIb	T3 N1	64.1
IIIc	T3 N2 veya T4N1-2	44.3
IV	T herhangi bir, N herhangi bir M1	8.1

# 7 SORUDA Şok Dalga Tedavisi

Uygulandığı bölgede kanlanmayı artırarak vücudun kendi iyileştirme mekanizmasının devreye girmesini sağlayan ESWT (şok dalga tedavisi); aşıl tendiniti, topuk dikenini, tenisçi dirseği, omuz sıkışması sendromu ve spor sakatlanmaları gibi durumların tedavisinde kullanılıyor.



Uzm. Dr.  
M. Pınar Dönmez  
Bayındır  
İçerenköy  
Hastanesi  
Fizik Tedavi ve  
Rehabilitasyon  
Bölümü

## NEDİR?

ESWT (vücut dışı şok dalga tedavisi) vücut dışında oluşturulan basınç dalgalarının çelik başlı bir aplikatör vasıtasıyla vücutun istenilen bölgesine odaklanmasıyla uygulanan bir tedavi yöntemidir. ESWT cihazının içerisinde ultrason dalgalarının yaklaşık 10 katı gücünde ses dalgaları oluşur. Bu dalgalar özel bir aplikatör vasıtasıyla vücuda geçirildiği noktalarda tedavi gerçekleştirir.

## NASIL BAŞLADI?

1970'lerden itibaren böbrek taşı kırmak amacıyla kullanılmakta olan bu tedavi yöntemi; topuk, dirsek ve omuz patolojileri gibi kas iskelet sisteminin ağırlı durumlarda, tetik noktalarının ve diğer tedavilere dirençli kas spazmlarının tedavisinde de güvenle kullanılmaya başlanmıştır.

## NASIL İYİLEŞTİRİR?

ESWT, uygulandığı bölgede kanlanmayı artırarak vücudun kendi iyileştirme mekanizmasının devreye girmesini sağlayarak etki eder. Ayrıca kas spazmını çözer, kollajen yapımını uyararak hasar gören tendon ve dokuların rejenerasyonunu sağlar ve hızlı iyileşmeyi oluşturur.

## HANGİ HASTALIKLARDA UYGULANIR?

Yaygın kullanım alanları arasında aşıl tendinitleri, topuk dikenini (%85 etkili), plantar fasiit, tenisçi ve golfçü dirseği (%70 etkili) ve kalsifik omuz tendiniti (%80 etkili), donuk omuzlar gibi durumlar yer alır. Bunların dışında kronik tendon zorlanmaları, omuz sıkışması sendromu, spor sakatlanmaları olarak kaslardaki künt yaralanmalarda, patellar tendinitlerde ve kaslardaki ağırlı

tetik noktalarının tedavisinde etkili olan ve girişimsel olmayan bir tedavi yöntemidir. Tedavi yapılan bölgeye ultrason jeli sürülerek hastanın rahatsızlığına göre seçilen program cihazda ayarlanır ve tedaviye başlanır. ESWT uygulamasından sonra fizyoterapist eşliğinde yapılan mobilizasyon ve yumuşak doku teknikleri ve de fizyoterapistin önerdiği egzersizler ile tedavide başarı oranı artar.

## NASIL UYGULANIR?

ESWT tedavisinde uygulama süresi yaklaşık 5-20 dakikadır. 5-7 gün ara ile ve 3-5 seans olarak uygulanan bir tedavidir. İlk uygulamadan hemen sonra geçici olarak bir miktar ağrı hissedilebilir ve yan etki olarak hafif bir kızarma ve şişlik oluşabilir. Birçok hasta ilk tedaviden sonra bile tedavinin faydasını hissedebilir. Düzenli program sonucunda hastalardaki ağrı ve diğer yakınmalarda 4-6 hafta içerisinde önemli oranda ve kalıcı düzelme sağlanır.

## NEDEN TERCİH EDİLİR?

Girişimsel olmaması, anestezi ve hazırlık gerektirmemesi, tedavi sonrasında istirahat gerektirmemesi, hasta uyumunda kolaylık sağlaması nedenleriyle tercih edilen bir yöntemdir.

## KİMLERE UYGULANAMAZ?

Hamilelerde, kanserli hastalarda ve kalp pili bulunanlarda, açık yarası olan, iltihabi durumu olan, damar tıkanıklığı olan hastalarda ve baş-boyun ve sinirlere yakın bölgelere kesinlikle uygulanmaz. Ayrıca tedavi uygulanacak bölgesinde metal bir protezi olan kişilerde protezin doğrudan üzerine uygulanmamaktadır.



# GLOKOM düzenli takiple önlenabilir

Görme kaybının en önemli nedenlerinden biri olan göz tansiyonu, tanı aşamasına kadar çoğunlukla hiç belirti vermez. Bu nedenle herkesin, özellikle de ailesinde göz tansiyonu hikayesi olan kişilerin düzenli ve kapsamlı göz muayenesi çok önemlidir.



**Prof. Dr. Yonca Aydın Akova**  
Bayındır Kavaklıdere Hastanesi Göz Sağlığı ve Hastalıkları Bölüm Başkanı

## Glokom nedir?

Halk arasında göz tansiyonu olarak bilinen bu hastalık, göz sinirinde tahribata yol açarak kalıcı görme kaybına neden olur. Sinsi bir hastalıktır ve yavaş ilerler. Göz içi basıncı yükseldiğinde gözün ağ tabakasından beyne sinyaller taşıyan göz siniri hücreleri hasarlanır. Glokom nedeniyle oluşan bu tahribat önlenemez görme kayıplarının en önemli nedenlerinden biridir. Tedavisiz kalan gözlerde vakit geçtikçe beyne sinyal taşıyan hücre ölümü artar, hücreler görme işlevini gerçekleştiremez ve beynimize bilgi taşıyamaz. Görülmeyen alanlar erken dönemde çevresel görmeyi etkilediği için şikayet yaratmaz. Hastalar görme merkezde etkilenene kadar görme kaybını fark etmez ve bu nedenle göz doktoruna ancak geç dönemde başvururlar.

## Göz tansiyonu nasıl oluşur?

Göz içi basıncı, aköz hümör adı verilen göz içi sıvısı tarafından oluşturulur ve normal göz sağlığı için gereklidir. Aköz hümör gözün damar tabakası içinde üretilir. Göz içindeki sıvı yapımı ile sıvının dışı akımı arasındaki denge bozulduğunda basınç artışı başlar ve bu artış görme siniri üzerinde harabiyet yaratır.

## Göz tansiyonunun normal değerleri nelerdir?

Normal göz içi basıncı kişiye özel bir değerdir. Göz siniri üzerinde harabiyet yaratmayan ve görme alanında kayıp yaratmayan basıncı 'normal' olarak

kabul edilir. Genellikle 9 mmHg alt sınır ve 22 mmHg üst sınır olarak değerlendirilir. Glokom oluşumunda tek risk faktörü göz içi basınç yüksekliği değildir.

## Göz tansiyonu yüksekliği glokom demek midir?

Hayır. Göz tansiyonu göz sinirinde hasarlanma ve görme alanında kayıp yapmıyorsa yüksek olsa da glokom olarak kabul edilmez ancak bu hastalarda glokom gelişme riskini artırır.

## Glokomlu olup olmadığımı kendim anlayabilir miyim?

Hayır, hiçbir şikayetiniz olmayabilir. Glokom, genellikle rastlantı sonucu göz muayenesinde saptanır. Göz içi basıncı çok yükseldiğinde şiddetli ağrı olur.

## Ailemde görme kaybı gelişen glokom hastaları var, benim göz tansiyonum sınır değerlerde, ne yapmalıyım?

Ailesinde glokom tanısı olan bireylerde risk artar. Bu hastalarda sadece göz tansiyon ölçümü değil, görme alanı muayenesi ve göz siniri taraması yapılmalıdır.

## Glokomda hasarlanan sinir yenilenebilir mi?

Hayır. Bu yüzden erken tanı konulması ve tedavi edilmesi çok önemlidir.

## TANI YÖNTEMLERİ

Glokoma bağlı görme kaybı riskinin önüne geçmek için 40 yaşından itibaren her birey düzenli göz muayenesi olmalıdır. 40 yaş ve

üzeri, göz muayenesi sırasında göz tansiyonu yüksek saptanan, ailesinde glokom hikayesi olan, ince korneaya sahip, diyabet, migren, hipertansiyon ve damar problemi olan olguların glokom geliştirme ihtimali daha fazladır. Glokom tanısı konulmasında gözün mikroskopik incelenmesi, göz tansiyonu ve kornea kalınlığı ölçümü, göz dibi muayenesi, göz tomografisi ve görme alanı en önemli yöntemlerdir.

**Optik Sinir Başı Muayenesi:** En önemli muayene yöntemlerindedir. Göz sinirinde meydana gelebilecek hasarı gösterir. Glokom hastalarında zaman içinde oluşabilecek değişiklikler bu muayene ile takip edilir.

**Retina Sinir Lifi Tabakası Muayenesi:** Göz sinirinde oluşan hasardan önce retina sinir lifi tabakası etkilenmektedir. Son teknolojik cihazlar ile analiz yapılmalıdır.

**Görme Alanı Tetkiki:** Bir göze ait görme alanı, göz karşıya sabit baktığında çevresinde görebildiği alan demektir. Hasta uyumu gerektiren yararlı bir tetkiktir.

**Kornea Kalınlık Ölçümü:** Kornea kalınlık ölçümü göz tansiyonu tanısında mutlaka yapılması gereken bir tetkiktir. Normal gözlerde yaklaşık 520-550 mikron arasındadır. Kornea kalınlığı normalden kalın ise göz içi basıncı aletler tarafından yüksek ölçülecektir ve normalden ince ise düşük ölçülecektir. Bu nedenle yanlış tanı konabilir.

## TEDAVIDE İLK AŞAMA: GÖZ DAMLALARI

Amaç, göz içi basıncını kontrol altına alarak göz siniri harabiyetini minimuma indirmek, görme keskinliği ve görme alanını korumaktır. Glokom tedavisi hastalığın tipine ve ciddiyetine göre değişir. Göz damlaları ilk basamak tedavidir. Göz içindeki sıvının dışı akışı hızlanır ve göz tansiyonu düşer. Genellikle damla başladıktan sonra etkinliğini görmek için birkaç hafta içinde tekrar muayene yapılır.

## Damlalar nasıl kullanılmalı?

Damlaları doktorunuzun önerdiği saatlerde damlatmalısınız. Her uygulamada bir damla yeterli olur. Emin değilseniz bir damla daha

damlatabilirsiniz. İki damla arasında en az beş dakika beklenmelidir.

## GLOKOMDA LAZER TEDAVİSİ:

Glokomda lazer tedavisi, ya göz içi basıncını düşürmek (tedavi edici) ya da koruma amacıyla yapılan lazer tedavi işlemleridir. Tedavi edici maksatlı lazer yöntemi en sık olarak açık açılı glokom için uygulanan 'selektif lazer trabeküloplastisi' yöntemidir. Amaç göz sıvısının dışı akımını arttırmaktır. Ön kamera açısındaki yapısal darlık nedeniyle akut açı kapanması krizine girmiş hastalarda kriz kontrol altına alındıktan sonra lazer kullanılarak

gözün renkli tabakası üzerinde bir delik oluşturulur (Periferik lazer iridotomi). Bu tedavi glokom krizini önlemek amacıyla yatkinliği olan gözlerde koruyucu amaçla yapılabilir.

## GLOKOMDA CERRAHİ TEDAVİ:

Glokomun cerrahi tedavisi göz içi sıvısının dışı akımını sağlayan yeni bir kanal açılmasına yöneliktir. Bu amaçla 'trabekülektomi' en sık kullanılan yöntemdir. Uygulanan tedaviler yetersiz kaldığında göz içi sıvısını göz küresi dışına taşıyacak özel tüpler (seton implantlar) göz içine yerleştirilebilir.



## DİĞER GÖZ PROBLEMLERİ VE GLOKOM İLİŞKİSİ

**Glokomum var, LASİK yaptırabilir miyim?**  
LASİK sonrası glokom olursunuz, denemez. Ancak dikkat edilmesi gereken bazı noktalar var. LASİK ile gözünüzün kornea (gözün önündeki saydam tabaka) tabakası inceltilmektedir ve kırıcılığı değiştirilmektedir. Bu nedenle ameliyat sonrası göz içi basıncınız normalden daha düşük ölçülebilir. Ayrıca LASİK'ten sonra bir süre kullanmanız gereken kortizonlu damlalar göz basıncınızı yükseltebilir. Glokomlu hastalarda katarakt ameliyatı farklı mı olur? Katarakt operasyonu sonrası genellikle göz içi basıncı düşer. Bazı glokom tiplerinde (eksfolyatif glokom gibi) katarakt ameliyatları normale göre daha risklidir. Bu nedenle erken dönemde katarakt cerrahisi önerilir. **Glokomlu hastalara katarakt ameliyatında premium (özellikli) göz içi mercekler takılabilir mi?** Premium mercekler glokomsuz normal gözlerde dahi kontrast duyarlılığı (nesnelerin parlaklık ve netliklerini ayırt edebilme kabiliyetini) azaltır. Glokomlu gözde zaten düşük olan bu özellik nedeniyle bu tür merceklerin kullanımı önerilmez. Edof adı verilen uzak ve orta mesafe görmeyi sağlayan merceklerle hastaların mutlu olduğunu göstermiştir.

## YAŞAM TARZI DEĞİŞİKLİĞİ GÖRME KAYBINI ÖNLEYEBİLİR

Hastaların yaşam tarzındaki bazı değişikliklerin de glokomda görme kaybını önlediği yeni yapılan çalışmalarda gösterilmiştir.

**Düzenli egzersiz:** Göz tansiyonu hastalarında düzenli egzersiz ile görme kaybının yavaşladığı gösterilmiştir. Bu nedenle hastalarımıza egzersiz yapmalarını öneriyoruz. Ancak pigmenter glokom denen özel bir glokom tipinde ağır sporlardan kaçınmak gerekir.

**Meditasyon:** Düzenli meditasyon yapan glokom hastalarında göz tansiyonunun düştüğü ve stres hormonu olan kortizolün azalarak yaşam kalitesinin arttığı görülmüştür.

**Yeşil lifli sebze ve meyvelerden zengin beslenme:** Lifli besinler ile beslenenlerin glokom geliştirme riskinin %20-30 oranında daha düşük olduğu gösterilmiştir. Yeşil sebzelerin içindeki nitratlar nitrik okside dönüşür ve kan

akımını artırarak göz tansiyonunu düzenler.

**Sigaranın kesilmesi:** Sigara içmek glokom riskini artırır ve genel vücut sağlığını kötü yönde etkiler.

**Sağlıklı kiloda olmak:** Vücut kitle indeksi yüksek olan kişilerde diyabete eğilim artar. Diyabetli hastalarda ise glokom ihtimali daha fazladır. Ayrıca çok düşük vücut kitle indeksi de glokom riskini artırır.

**Kortizon kullanımından kaçınma:** Kortizon kullanımı göz tansiyonunu artırır. Bu nedenle göz tansiyonu olan hastalar çok gerekmedikçe kortizon içeren hap, merhem veya damla kullanmamalıdır.

**Kahve-Çay:** Kısa süre içinde büyük miktarlarda sıvı alımı göz içi basıncında ani artışlara neden olabileceğinden sakıncalıdır. Gün içerisinde dağılmış miktarlarda çok fazla olmamak kaydıyla içilebilir.

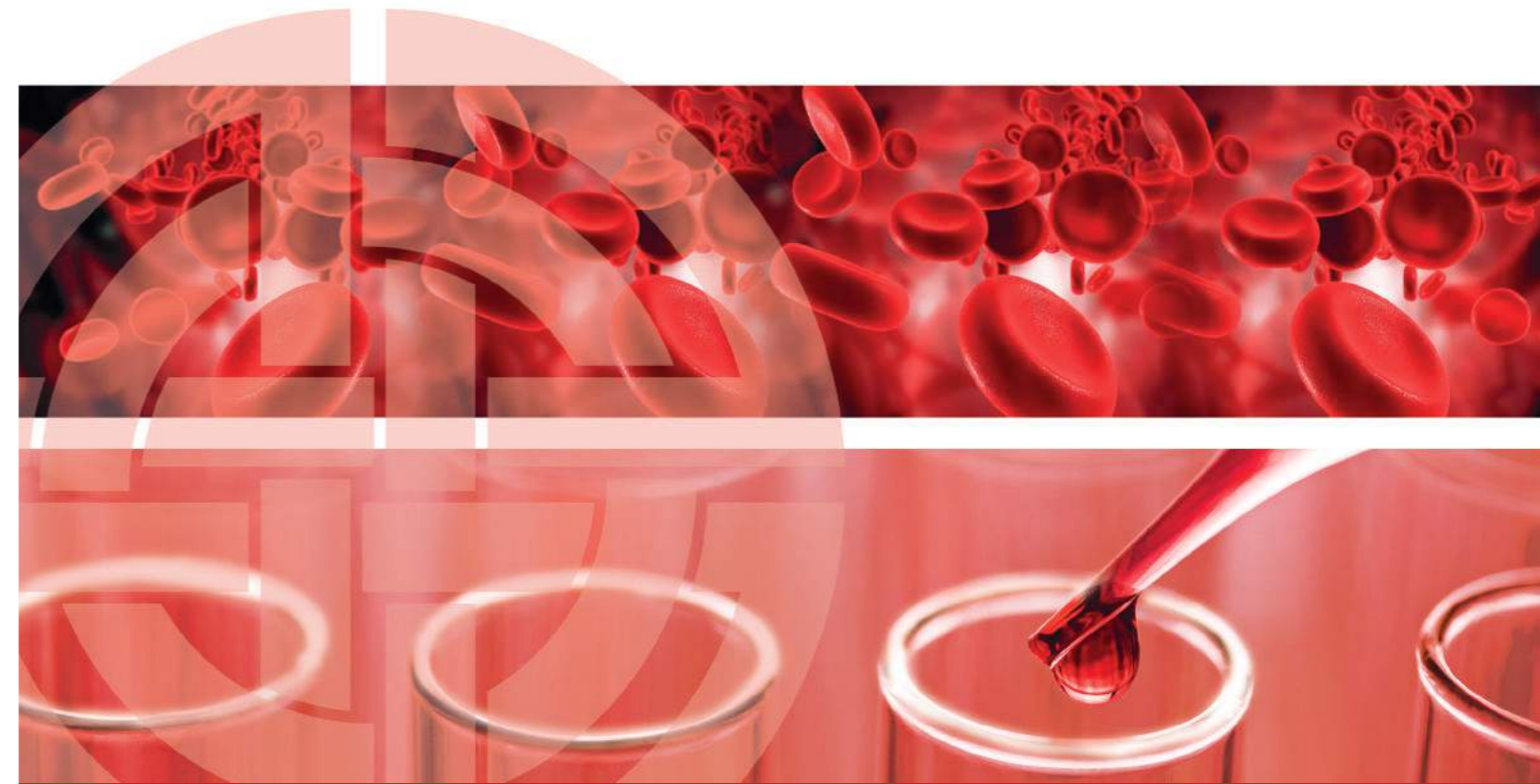
# HEMATOLOJİK KANSERLERDE VE KEMİK İLİĞİ YETERSİZLİKLERİNDE KEMİK İLİĞİ NAKLI

Uluslararası standartlarda hizmet veren ve Avrupa Kemik İliği Nakli Derneği üyesi olan Kemik İliği Nakli Merkezimiz, tedavi süreçlerini multidisipliner bir yapı içinde yürütmektedir.

Hematolojik kanserlerin (akut myeloid ve akut lenfoblastik lösemi, tekrarlayan lenf kanserleri, multiple myeloma), bazı onkolojik kanserlerin ve kemik iliği yetersizliklerinin (aplastik anemi, myelodisplastik sendrom) tedavisinde uygulanan otolog, allojeneik ya da haploidentik nakiller, konusunda uzman ekibimiz tarafından başarı ile uygulanmaktadır.

Bu alanda en önemli tehdit olan enfeksiyon oranını minimumda tutan merkezimiz, teknik donanımı ve yüksek başarı oranları ile öne çıkmaktadır.

SGK ile anlaşmamız bulunmaktadır.





# HORLAMA BİR HASTALIK MIDİR?

Son yıllarda yapılan araştırmalar basit horlamanın dahi gece boyunca solunum için harcanan güç dolayısıyla ertesi gün uykululuğa neden olabildiğini göstermektedir. Bu nedenle basit önlemlerden cerrahi tedaviye kadar uygun tüm tedavi seçeneklerinden yararlanmak önemlidir.



**Doç. Dr. Tuncay Özçelik**  
**Bayındır**  
**Söğütözü**  
**Hastanesi**  
**KBB ve Baş**  
**Boyun Cerrahisi**  
**Bölümü**

**N**efes alıp verme sırasında havanın boğazımızdan geçerken, bu bölgedeki yumuşak damak, küçük dil, dil arka bölmesi ve yutak gibi yumuşak dokuların aşırı büyümesi ve sarkması nedeniyle bu dokuların titreşimine yol açarak ortaya çıkardığı sese horlama denir. Bu gevşeme, sarkma ve darlık arttıkça doğal olarak horlama da şiddetlenir. Kolayca anlaşılacağı gibi burnumuzdaki ve genizimizdeki tıkanıklıklar, soluduğumuz

havanın daha çok boğazımıza yönlendirilmesine yol açacağı için horlamayı da şiddetlendirir. Özellikle çocuklarda büyümüş geniz eti ve bademcik problemleri nedeniyle horlama ve uykuda sıkıntılı solunum problemleri görülebilir. Fizyolojik nedenlere bağlı olarak görülen horlamanın en tipik örneği yoğun fiziksel aktive sonrası görülen horlamadır. Bunun dışında horlama; santral sinir sistemi kaynaklı, solunum yolu yapısının aşırı gevşekliğine bağlı, obezite sonucu dil kökü ve boyunda yağlanma, burun-yumuşak damak-dil kökü-gırtlak ve boyun anomalileri sonucu, ilaç kullanımı ve kronik üst solunum yolu enfeksiyonları sonucu oluşabilmektedir. Ayrıca bazı alerjenler, mesleki faktörler, ağır fiziksel aktiviteler, beslenme bozuklukları, sigara ve aşırı alkol kullanımı, madde bağımlılığı ile ilaç kullanımı da horlamayı artıran faktörlerdir.

## ERKEKLERDE DAHA FAZLA GÖRÜLÜR

Yapılan çalışmalar horlamanın erkeklerde, kadınlardan daha fazla görüldüğünü göstermektedir. Bu durum asıl olarak, yağlanmanın kadınlarda daha çok kalça bölgesinde, erkeklerde ise boyun ve karn çevresinde yoğunlaşmasından kaynaklanır. Özellikle kilolu erkeklerde, yatarken (bilhassa sırtüstü pozisyonda) karn kitlesinin diyaframa baskısıyla göğüs içi basıncı artar; dilin de arkaya kayması ve uyku ile birlikte yutak çevresindeki yumuşak dokuların ve kasların gevşemesiyle horlamayı doğuracak şartlar ortaya çıkmış olur. Kadınlarda kas yapısındaki farklılıkların da horlamayı azalttığı düşünülmektedir. Menopozdan sonra hormonal değişiklikler sonucu kadınlarda kas yapısı da erkeklerinkine benzemeye başladığından, belirli bir yaşta sonra onların da horlama oranı erkeklerle yaklaşır, hatta eşitlenir.

## TEDAVİ OLMALI MIYIM?

Kesintisiz, yani solunum düzensizliğinin eşlik etmediği horlamanın, uykuda bölünme oluşturmuyorsa hastaya herhangi bir zarar vermediği düşünülmektedir. Bu tür horlamaya, basit horlama denir. Burada, gürültüden dolayı çevrenin,

özellikle de eşin rahatsız olması ve uykusunun bölünmesi söz konusudur. Zaten basit horlaması olan kişiler, daha çok yakınlarının ısrarı dolayısıyla hekime başvururlar. Basit horlama başlangıçta yatış pozisyonuna bağlıdır ve genellikle de sırtüstü pozisyonda ortaya çıkar. Kilo aldıkça üst solunum yolundaki darlığın ve gevşekliğin artmasından dolayı her pozisyonda horlama görülür. Ancak son zamanlarda yapılan araştırmalar, uykuda solunumla ilgili düzensizlikler (örneğin solunum durmaları) olmasa bile, basit horlamanın gece boyunca solunum için harcanan güç dolayısıyla vücutta yorgunluğa, buna bağlı olarak da gündüz halsizlik ve uykululuğa neden olabildiğini göstermektedir.

## TEDAVİ, ALTTA YATAN NEDENE YÖNELİK OLMALI

Horlamada asıl sorulması gereken soru, uykuda solunum düzensizliklerine neden olup olmadığıdır. Eğer böyle bir sorun görülüyorsa bazı basit önlemlerle horlama hafifletilebilir, hatta ortadan kaldırılabılır. Düzenli egzersiz ve kilo verme, uyku saatlerinden önce alkollü içki almama, akşamları hafif yemekleri tercih etme, yüksek yastıkla yatma, burundan rahat nefes almayı kolaylaştıracak önlemleri alma gibi basit önlemler genellikle faydalı olmaktadır. Horlamaya neden olan boğaz bölgesindeki sarkma ve daralmalar sırtüstü pozisyonda bu bölgeyi daha yoğun olarak tıkayacağından horlama daha sık ortaya çıkar. Bu nedenle sırtüstü yatmamaya dikkat etmek bile iyi bir önlem olarak görülebilir. Hatta bu nedenle yatmadan önce sırta yerleştirilen rahatsız edici (tenis topu gibi) çıkıntılı bir şeyi sırtüstü yatmaktan vazgeçirerek horlamayı azaltmaya katkıda bulunduğu düşünülmektedir. Piyasada 'horlama önleyici' ya da 'horlamaya kesin çözüm' diye satılan aparatlar çoğunlukla burun solunumunu bir miktar artırmaya yöneliktir. Burun çatı yapısında darlık, burun iç açısında daralma, burun kıkırdak çatısında zayıflık olan hastalarda; burun dış yapısını güçlendirip, germe yoluyla genişleterek burun solunumunda

geçici bir rahatlama sağlayarak horlamayı azaltabilirler. Ancak sürekli kullanımları çok pratik değildir. Ayrıca horlayan her hastada yukarıda saydığımız durumlar olmadığından, anlatıldığı gibi her hastada fayda vermemektedir. Dolayısıyla horlamada altına yatan patolojiye yönelik tedavi çok daha önemli ve etkilidir. Ağız ve çene yapısındaki bozukluklara bağlı olan horlama ve solunum problemlerinde dili bastırma (geriye gitmesini engelleme) ve çeneyi öne doğru iterek ağız içi boşluğunu genişletme yoluyla etkisini gösteren ağız içi alet uygulamaları fayda sağlayabilir. Bu aletler, konuyla ilgili diş hekimleri tarafından her hastanın ağzına uygun ölçüler alınarak yapılır. Horlayan kişi, diş protezine benzer bu aleti takarak yatar ve uyur.

## CERRAHİ TEDAVİ NE ZAMAN?

Alınan önlemlerin yeterli olmadığı ve horlamanın kişiyi ve etrafını rahatsız edici olmaya devam ettiği durumlarda diğer bir tedavi seçeneği de horlamayı giderici ameliyatlardır. Bu durumda öncelikle kulak burun boğaz muayenesiyle burun solunumunun yeterli olup olmadığı saptanmalı ve burundan nefes almayı zorlaştıran burun orta bölmesi kemik-kıkırdak eğriliği (deviasyon), burun eti büyümeleri ve tıkanıklığa yol açabilecek diğer durumlar varsa öncelikle diğer ameliyatla düzeltilmelidir. Bunlara rağmen horlama düzelmiyorsa ağız-boğaz-yutak kısmında horlamaya neden olabilecek bozukluklara ameliyatla müdahale edilebilir. Son zamanlarda bu ameliyatlarda, özellikle radyofrekans gibi teknolojiler kullanılmak suretiyle daha konforlu yapılabilir duruma gelmiştir. Çocuklarda horlama ve uykuda solunum sıkıntılına yol açan en önemli nedenlerden birisi olan geniz eti ve bademcik büyüklükleri; durumu bu tedaviye uygun çocuklarda radyofrekansla tedavi edilerek sorun çözülebilmektedir. Ancak bu ameliyatlarda rastgele yapılmamalı, her şeyden önce rahatsızlığın basit horlamadan ibaret olup olmadığı iyi belirlenmeli, başka bir deyişle mutlaka doğru endikasyon konulmalıdır.



# Uyku tetkiki ile horlamanızın etkilerini öğrenebilirsiniz

**U**ykuda solunum bozuklukları; uyku sırasında solunum paternindeki değişikliklere bağlı olarak gelişen ve bu hastalarda morbidite (hastalık) ve mortalitenin (ölüm) artmasına yol açan klinik tablolardır. En sık görülen türü; 'uykuda solunum bozukluğu ve obstrüktif (tıkaçıcı) uyku apnesi'dir. Temel belirtileri ise horlama, tanıklı apne ve gün içi uykululuktur. Yaşla ve aşın kilo ile görülme sıklığı artar. Çocuklarda en sık görülme nedeni büyük bademcikler ve geniz etidir. Ayrıca her yaşta santral (merkezi) nedenli uyku ile ilişkili solunum bozuklukları da ortaya çıkabilir. Şiddetli ve sürekli horlama, obstrüktif uyku-apne sendromu olarak isimlendirilen ve hayati tehlike oluşturan hastalığın en önemli belirtisidir. Burada kişi daralan hava yolundan nefes almak için aşın bir güç harcar ve dar bir yoldan geçen hava, horlama sesine neden olur.

## UYKU, APNELER SONRASI SOLUK ALABİLMEK İÇİN DEVALARCA BÖLÜNÜR

Obstrüktif uyku-apne sendromu olan hastalar gece düzenli nefes alamazlar. Bunun sonucu olarak dokulara yeterli oksijen taşınmaz, her apne periyodundan sonra nefes alabilmek için kişinin çoğunlukla hatırlamadığı kısa süreli uyanıklıklar ortaya çıkar. Horlamanın kısa

aralıklarla kesilmesi ve ardından derin ve gürültülü bir sesle tekrar nefes almaya başlanması gece içinde apnelerin varlığını düşündürmelidir. Bazı ağır düzeydeki hastalarda solunum durmaları gecede 300-400 kez tekrarlanmakta ve kişi, uykunun ¼'ünde nefessiz kalabilmektedir. Bu aynı zamanda uykunun gecede 300-400 kez bölündüğünün ve uykunun derinleşmediğinin ifadesidir ki hastalar çoğu kez bu uyanıklıkların farkına varamazlar. Böyle yüzeysel ve bölünmüş bir uyku ertesi gün yorgunluk ve uykululuğa sebep olur.

## GÜN İÇİNDE UYKULULUK RİSK YARATIR

Obstrüktif uyku-apneleri olan hastalar bazen uygunsuz yerlerde uyuyakalabilir, iş ve özel hayatlarında uykululuk nedeniyle ciddi problemler yaşayabilirler. Zaman zaman direksiyon başında da uyuyan bu hastaların, normal insanlara göre 6-7 kat daha fazla trafik kazası yaptığı, araştırmalarla ortaya konmuştur. Uyku-apneleri hastalarda isteksizlik ve iş veriminde azalmaya neden olabilir. Bu tür şikayetler bazen aniden yaşanabildiği gibi sıklıkla yavaş yavaş gelişir. Hormonal değişikliklerin etkisi ile hastaların cinsel ilgileri azalabilir. Çoğunlukla hastalar kolaylıkla uykuya daldıklarından uykular ile ilgili şikayetleri olmadığını ifade ederler. Bazıları ise gece boyunca sık sık hava açlığı ile uyanmaktan, gece

Uykuda solunum bozukluklarının en sık görülen türü obstrüktif uyku-apne sendromudur. Temel belirtileri; horlama, tanıklı apne ve gün içi uykululuktur.



Prof. Dr. Fuat Özgen Bayındır  
Söğütözü Hastanesi  
Uyku Merkezi

uyandıktan sonra tuvalete gitme ihtiyacı duyduklarından yakınları. Gece huzursuz bir uykular vardır. Boyun ve baş bölgesinde terlemeleri olabilir. Sabah kalktıklarında baş ağrısı olur ve ağız kuruluğu hissederler. Aşın kilo bir taraftan uyku apnesi için kolaylaştırıcı bir faktör iken diğer taraftan uyku apnesinin varlığı, kişilerin kilo verme çabalarının cevap bulmamasına yol açar. Apnelerin varlığı hipertansiyonun kontrol altına alınmamasına, kalp krizi ve felç gibi hastalıklara da neden olabilir. Çocuk yaşlarda var olan uyku apnesi çocuğun fiziksel ve zihinsel gelişimini olumsuz yönde etkiler.

## UYKUDA NEFES NEDEN DURUR?

Uyku sırasında tüm kaslar gibi solunum kasları da gevşer. Normal insanlarda herhangi bir probleme sebep olmayan bu gevşeme, bazı hastalarda sebebi bilinmeyen nedenlerle daha belirgindir. Bu gevşeme, solunumu zorlaştırır ve uykuyu tehlikeye dönüştürür. Aşın kilo ile anormal boğaz, burun, ağız yapısı solunum yolunu daha dar hale getirir, uyku sırasındaki gevşemenin de etkisi ile solunum yolu kapanır ve apne oluşur. Ancak bu faktörler yine de tek başlarına solunum durmasına sebep olmaz. Uykuda solunum kontrolünü sağlayan beyin merkezlerinin de bu problemde bugün için tam olarak bilinmeyen bir rolü olduğu düşünülmektedir.



## UYKU MERKEZİNDE YAPILAN İNCELEMELER

- Hekiminize bu şikayetlerle başvurduğunuzda muhtemelen yatak partnerinizle ya da yakınlarınızla konuşup hakkınızda daha detaylı bilgi almak isteyecek ve yakınmalarınızın uyku-apne sendromu ile uyumlu olduğuna karar verirse sizi bir uyku bozuklukları merkezine gönderecektir.
- Uyku bozuklukları merkezlerinde sizi, vücudunuzun çeşitli yerlerine yerleştirilen elektrotlar ve sensörler aracılığı ile bir gece boyunca inceleyeceklerdir. Tüm gece poligrafik uyku tetkiki denen bu test sırasında, mümkün olduğu kadar evinizdeki ortama yakın şartlarda, tüm gece boyunca uykunuz ve uykuda çeşitli vücut fonksiyonları kaydedilir ve görevli teknisyenler tarafından izlenerek videoya alınır.
- Standart olarak uyku dönemlerinin ayırt edilebilmesi amacıyla elektroensefalogram (EEG), elektrookülogram (EOG), göz küresi hareketleri, elektromiyogram (EMG, kas gerginliği) kayıtlarının, ağıza ve buruna takılan minik cihazlarla solunan havanın, göğüs ve karın bölgesine takılan kemerlerle uykuda solunum hareketlerinin, parmağa veya kulağa takılan mandal şeklinde bir algılayıcı ile oksijen düzeyinin ve kalp ritminin, yatış pozisyonunun kaydedilmesi zorunludur.
- Tüm gece kaydedilen poligrafik uyku verileri, ertesi gün uzman hekimlerce değerlendirilir ve horlamanızın tehlikeli olup olmadığı, solunum durmalarının süresi, sıklığı ve bu sırada ortaya çıkan normal dışı bulgular size bildirilir. Uyku tetkiki; hastalığınızın şiddetini belirler, tedavinizin nasıl yapılacağı konusunda da değerli ipuçları verir. Obstrüktif uyku-apne sendromu saptanan hastaların gece testinin ardından kulak-burun-boğaz muayenesinden geçmeleri ve bazen bazı solunum fonksiyon testlerinin de yapılması gerekebilir.
- Kilo kontrolü ve düzenli egzersiz yapılmasının tedavide önemi büyüktür. Temel tedavi PAP cihazları denilen, kapanan havayolunu ortam havasını kullanarak pozitif basınç uygulayarak açan cihazlardır. Hava yolunun kapanmasını kolaylaştıran PAP cihazlarına uyumu zorlaştıran anatomik bozuklukların düzeltilmesine yönelik cerrahi işlemler ve kişiye özgü yapılan ağız içi aparatlar da tedavide kullanılan diğer yöntemlerdir.

## UYKU APNESİ ERİŞKİMLERİN %5'İNDE GÖRÜLÜYOR

Dünyanın çeşitli yerlerinde yapılan araştırmalarda horlama, erişkinlerin %10-%30'unda saptanmıştır. Türkiye'de yapılan araştırmalarda bu rakamın %26 olduğu bilinmektedir. Bilinen başka bir gerçek de her 100 kişiden en az beşinin sadece horlamakla kalmayıp, aynı zamanda uykuda apnelerinin (solunum durması) olduğunu. Aşın horlaması olan, aşın kilolu, orta yaşlı erkeklerde uyku-apne sendromunun gelişme riski daha da artmaktadır.

# İDRAR KAÇIRMA düzeltilebilir bir sağlık sorunudur



Toplumda sık görülmesine rağmen sıklıkla da görmezden gelinen idrar kaçırma sorunu, altında yatan nedenlere yönelik olarak tercih edilen farklı yöntemlerle tedavi edilebiliyor.

**İ**drar kaçırma, kişinin isteği dışında ve engelleyemediği bir şekilde idrar yapma eyleminin gerçekleşmesidir. Kann boşluğunun en altında bulunan mesane yani idrar kesesinin en önemli görevi, böbrekler tarafından sürekli üretilmekte olan idrann biriktirilmesi ve uygun zaman ve koşullarda vücuttan uzaklaşmasını sağlamaktır. Mesane, çeşitli nedenlerle idrar depolama fonksiyonunu yerine getiremediğinde idrar kaçırma sorunu ile karşı karşıya kalınır. Bu sorun hem kadın hem erkek erişkinlerde görülebildiği gibi çocukluk döneminde de görülebilir. Ancak çocukluk dönemi idrar kaçırmalarına, nedenleri ve tedavileri farklı olduğundan, bu yazıda değinmeyeceğiz. İdrar kaçırma riski, yaş ile birlikte artış gösterir ve kadınlar bu durumla erkekler göre daha sık karşılaşırlar. Aslında sık görülmekle birlikte bazen görmezden gelindiği de bir gerçektir. İdrar kaçırmanın günlük yaşamımıza ne kadar girdiğini ve özellikle kadınlar arasında bir dereceye kadar kanıksandığını en iyi, 'gülmekten

altına yapmak' deyimi özetlemektedir. İdrar kaçırma, idrar yolu enfeksiyonu, cilt tahrişine bağlı sorunlar ve cinsel fonksiyon bozukluklarının yanı sıra stres, depresyon, günlük aktivitelerden geri kalma ve özgüven azalmasına dek uzanan bir çok sorunu da beraberinde getirir. Bunların sonucunda kişinin kendisini insan ilişkilerinden soyutlaması, iş ve sosyal yaşamının olumsuz etkilenmesi de mümkündür. Bu nedenle idrar kaçırma sorunu olan kişinin umutsuzluğa kapılmadan tedavi arayışına yönelmesi ya da yöneltmesi önemlidir. Ancak özellikle kadınların, hekim özellikle sormazsa, bu sorununu dile getirmediğine sıklıkla tanık olmaktadır. Günümüzde dünyada oldukça yaygın bir sağlık sorunu olup bununla ilgili olarak, oldukça fazla sayıda bilimsel çalışma yapılmıştır. Ayrıca ilaç ve tıbbi cihaz sektörleri de konuya oldukça fazla ilgi göstermektedir. İnkontinansın tipi ve nedeni ortaya konulduktan sonra ilaç tedavisinden cerrahi tedaviye dek değişebilen, her yaş ve cinsiyete özgü tedaviler bulunmaktadır.

Doç. Dr.  
Hakan Akan  
Bayındır  
Söğütözü  
Hastanesi  
Üroloji Bölümü



## BAŞLICA TIPLERİ VE NEDENLERİ

**Sıkışma tipi idrar kaçırma:** Bir fiziksel aktivite olmadan, ertelenemeyen ani bir idrar yapma ihtiyacının ortaya çıkması sonucunda istemeden idrar yapmaktır. En tipik belirtilerinden birisi tuvalete yetişmeye çalışırken idrar kaçırmasıdır.

**Stres tipi idrar kaçırma:** Öksürme, hıçırma veya gülme gibi belirli aktiviteler sırasında idrar kaçırma. Koşma, zıplama ağır kaldırma da idrar kaçırma neden olur. Genellikle mesane dolu iken yaşanır.

**Kaşıksık tip idrar kaçırma:** Yukarıdaki idrar kaçırma tiplerinin aynı hastada bulunması durumudur. Kadında sıkışma tipi idrar kaçırma, en sık aşırı aktif mesane olarak adlandırılan bir bozukluk sonucu ortaya çıkar. Aşırı aktif mesane, nedeni tam olarak bilinmeyen ancak ileri yaş, metabolik hastalıklar (şeker hastalığı gibi), bazı sinir sistemi bozuklukları ve mesane çıkış darlığı ile birlikte sık

görülen bir durumdur. Ayrıca idrar yolu enfeksiyonları da geçici olarak sıkışma tipi idrar kaçırma yol açabilir. Erkeklerde sıkışma tipi idrar kaçırmanın en sık nedeni ise iyi huylu prostat büyümesi (BPH) ya da mesane çıkışında darlık ile birlikte gelişen aşırı aktif mesane sendromu ve idrar yolu enfeksiyonlarıdır. Stres tipi idrar kaçırma ele alacak olursak, öncelikle pelvik taban olarak adlandırılan yapıdan bahsetmek gerekir. Anatomik olarak gövdenin en altını oluşturup, mesane ve çevresindeki organları alttan destekleyen kaslar ve bağ dokusu pelvik taban olarak adlandırılır. Pelvik taban kadında idrar kanalı, vajina ve anüsü içerisine alan bölge olarak da tanımlanabilir. Kadında ilerleyen yaş ve buna bağlı olarak bağ dokusunun bileşenlerinden olan kolajenin nitelik değiştirmesi, kronik hastalıklar, hormonal değişiklikler, gebelik

ve doğum nedeniyle pelvik taban zayıflayabilir. Bu da stres tipi idrar kaçırma yol açar. Toplumda sıklıkla "mesane sarkması" olarak dile getirilen durum budur. Aşırı kilolu olmak da önemli bir olumsuz faktördür. Erkeklerde ise stres tipi idrar kaçırma, en sık prostat kanseri nedeniyle uygulanan radikal prostat ameliyatı sonrasında, idrar tutan kasların yetersiz kalması nedeniyle gelişir. Bu ameliyatın açık ya da kapalı (laparoskopik, robotik) şekilde yapılması arasında idrar kaçırma açısından bir fark yoktur. Erkeklerde iyi huylu prostat büyümesine bağlı kronik idrar yolu tıkanıklığında taşma inkontinansı olarak adlandırılan ve mesanenin aşırı doluluğu sonucunda sürekli idrar sızıntısı olması ile karakterli bir idrar kaçırma durumu da ortaya çıkabilir. Kadınlarda ise buna benzer bir durum idrar yolu darlığı nedeniyle gerçekleşebilir.



# TANI İÇİN YAPILMASI GEREKENLER

Tanı koyarken hekim öncelikle detaylı bir öykü alır. Bu öykü, diğer birçok hastalığın tanı aşamasındaki öyküden çok daha yüksek bir öneme sahiptir. Açıkça konuşmak ve detaylardan bahsetmek önemlidir çünkü idrar kaçırmanın hangi tip olduğuna göre tedavi çok farklılık göstermektedir. İdrar kaçırma tiplerinin ayrımını yapmaya yarayacak en önemli ipuçları, idrar kaçırmaya neden olan bir fiziksel aktivite ve hissedildiği halde önlenemeyen bir idrar yapma isteğinin olup olmadığıdır. Ayrıca idrar sıklığı, kaçırma sıklığı, gece idrara kalkma, eğer kullanılıyorsa bir günde ıslanan ped sayısı, idrardan sonra tam boşalamama hissi de belirtilmelidir. Kullanılmakta olan ilaçlar, sigara kullanımı, alkol kullanımı, kahve tüketimi, bağırsak alışkanlıkları, menopoz durumu ise var olan idrar kaçırmanın şiddetini etkileyebilecek diğer faktörlerdir ve hekime anlatılmalıdır. Geçirilmiş ameliyatlara, gebelik sayısı, şeker hastalığı gibi bazı ek hastalıkların olup olmadığı da hekim tarafından bilinmelidir. Hekim ayrıca mesane günlüğü olarak adlandırılan ve alınan sıvı miktardan yapılan idrar miktarı ve sıklığının kaydedildiği bir çizelgeyi hastaya vererek 1-2 gün boyunca kayıt tutup getirmesini isteyebilir. Fizik muayene ve gerekli olduğu durumlarda bunun bir parçası olarak genital muayene ile idrar kaçırmaya yol açabilecek anatomik değişiklikler

ortaya konulur. Kadında muayene sırasında mesanenin kınma ile aşırı şekilde aşağı kayma göstermesi ve bu sırada idrar kaçırmanın olması stres tipi idrar kaçırma için tipiktir. Ama her zaman bu şekilde tipik muayene bulguları olmayacağından bazı tetkiklere gerek duyulur. Bunlar; idrar tetkiki, ultrasonografi, idrar akım hızının ölçüldüğü üroflowmetri ve mesanenin hassasiyet düzeyi ve basıncının ölçüldüğü ürodinamik incelemeler olabilir.

## HER TİPTE FARKLI TEDAVİ

Tedaviye başlanırken beslenme ve yaşam tarzı değişiklikleri göz ardı edilmemelidir. Tedavi, idrar kaçırmanın tipine, şiddetine ve nedenine bağlıdır; yaşam tarzı değişikliklerinden cerrahi tedaviye kadar değişir. Ancak genel olarak sıkışma tipi idrar kaçırmada ilaçla tedavi ön planda iken stres tipi idrar kaçırmada cerrahi tedavilere daha fazla gerek duyulur. Sıkışma tipi idrar kaçırmaya ait yakınmaları hafifletmek için bilinçsizce sıvı alımını azaltmak; enfeksiyon, taş oluşumu ve kabızlığa yol açabileceğinden zararlı olabilir. Ancak gece sıvı alımı azaltılmalıdır. Alkol, kafein ve enerji içecekleri idrar kaçırmaya neden olmaz fakat yakınmaları artırabilir. Ayrıca baharatlı yiyecek ve içecekler de mesanenin hassasiyetini artırabilir. Kabızlık ve aşırı kilo da olumsuz

faktörlerdir ve düzeltilmeye çalışılmalıdır. Sıkışma tipi idrar kaçırmanın tedavisinde ilaçlar ön plandadır. İlaçlar mesaneyi oluşturan kas dokusunu gevşeterek etkili olur. Bunların önemli bir kısmının ağız kuruluğu ve kabızlık yapabileceği yan etkileri bulunmakta iken son zamanlarda bu tür yan etkileri olmayan ilaçlar da kullanılmaktadır. Bu ilaçlardan birisi kullanılmaya başlanır ve etkili bulunursa devamlı kullanılması gerekecektir. İlaçla çözüm bulunamadığında botoks adı verilen maddenin mesane duvarına içeriden enjeksiyonu düşünülebilir. Ancak bu işlem genel anestezi gerektirir ve altı ay gibi bir süre sonra tekrarlanması gerekir. Bir diğer yaklaşım ise mesaneyi kontrol eden sinirlerin yeniden düzenli çalışır hale gelmelerini sağlamak üzere 'nöromodülasyon' adı verilen tedavinin uygulanmasıdır. Bu yöntemin kalıcı ve en etkili şekli vücut içerisine yerleştirilen ve sinirleri devamlı uyaran pil benzeri bir cihaz olmakla birlikte aynı amaçla ayak bileğindeki sinirleri ince bir iğne ile uyarak dolaylı olarak mesane sinirlerini de tedavi eden ve PTNS (Percutaneous tibial nerve stimulation) olarak adlandırılan bir yöntem de vardır. Vücuda kalıcı pil yerleştirilmesi genel anestezi gerektirirken, PTNS yöntemi anestezi gerektirmez ancak tekrarlayıcı seanslara gerek vardır.

Bu amaca uygun olarak pelvik taban kaslarını elektriksel ya da manyetik olarak uyaran bazı cihazlar da uygun hastalarda önerilebilmektedir. Son yıllarda özellikle kadınlardaki stres tipi idrar kaçırmada kullanılmak üzere bir ilaç geliştirilmiş olmakla birlikte kısıtlı etkiye sahiptir. Eğer egzersizler ve ilaçlarla yeterince düzelme sağlanamıyorsa değişik birçok cerrahi yöntem ile mesane boynu ya da pelvik taban desteği artırılarak bu dokulardaki zayıflığın neden olduğu idrar kaçırma önlenir.



## CERRAHİ YÖNTEMLER

Yöntemler, birbirine benzer olanlar gruplandırılarak şöyle özetlenmektedir:

### ORTA ÜRETRA ASKI YÖNTEMLERİ (MIDURETHRAL SLING):

Minimal invaziv ve halen kadınlarda oldukça yaygın uygulanmakta olan bir cerrahi yöntemdir. Üretranın altından geçen ve iki taraftan üretrayı bir hamak gibi yukarıya doğru asarak destekleyen 1-2 cm genişliğinde bir bant yerleştirilmesidir. Genellikle polipropilen adı verilen sentetik bir malzemeden üretilir. Stres tipi idrar kaçırması olan erkeklerde de uygulanabilmektedir. Genel anestezi altında kadınlarda vajen ön duvarından, erkeklerde testis torbası ile anüs arasında oluşturulan 3-4 cm uzunluğunda bir kesi ile yerleştirilir. Ayrıca bu materyalin yerine yeterli gerginlikte tespit edilebilmesi için her iki kasık bölgesinde oluşturulan minik deliklere gerek duyulur. İşlem sonrası idrar yolunda bir gün kadar sonda kalır. Etkin olması, kalıcı sonuç alınabilmesi ve özellikle diğer cerrahi tekniklere göre uygulama kolaylığı, tercih nedeni olmaktadır. Her ne kadar sık olmasa da yabancı materyalin dokularda yarattığı aşınma nedeniyle daha sonra çıkartılmasının gerekli olabilmesi en önemli dezavantajıdır.

### OTOLOG ASKI YÖNTEMİ (AUTOLOGOUS FASCIAL SLING)

Kadınlara ve açık cerrahi ile uygulanır. Aski materyali olarak hastanın kendi dokularını kullanılır. Vücuda yabancı bir materyal yerleştirilmemesi ve kalıcı sonuç alınabilmesi avantaj olsa da diğer ameliyatlara göre hastaya daha zorlu bir ameliyat süreci yaşatması ve iyileşme süresinin uzunluğu nedeniyle artık fazla tercih edilmemektedir.

### BURCH AMELİYATI

Kadınlarda uygulanmaktadır ve toplumda 'mesanenin yukarı kaldırılması', 'mesanenin asılması' gibi isimlerle anılır. Bu ameliyatta amaç idrar kanalı çevresindeki zayıflamış bağ dokularını ile daha derin bölgelerde bulunan sağlam bağ dokularını dikişlerle birleştirerek idrar kanalına ve mesaneye destek sağlamaktır. Bu dokularda zaman içerisinde tekrar gevşeme olabileceği için idrar kaçırmanın önemli oranda nüks etme olasılığı vardır. Orta üretra askı ameliyatlarının yaygınlaşması ile kullanım alanı daralmıştır.

### YAPAY SFİNKTER YERLEŞTİRİLMESİ

Genellikle erkeklerde ve şiddetli stres tipi idrar kaçırma tedavisinde cerrahi

dışı tedavilere yanıt alınmıyorsa kullanılır. İdrar kanalını saran halka şeklindeki bir manşonun, dışarıdan elle kontrol edilen bir pompa aracılığı ile şişirilip indirilmesi sayesinde mesanenin dolması ve boşalması tam olarak kontrol altına alınmış olur. Dokularla uyumlu bir materyalden yapılmıştır ve tamamen vücut içerisine yerleştirilir. Bu yöntemin en önemli avantajı, tedavisi güç olan olgularda yüksek basınç ile uygulanmasıdır. Ancak vücuda yabancı bir cisim yerleştirildiğinden, enfeksiyon ya da dokularda aşınma nedeniyle cihazın yaklaşık %5 oranında ameliyatla değiştirilmesi olasılığı vardır.

### DENGELİ DİYET TEDAVİYİ DESTEKLER

Unutulmamalıdır ki hangi tipte olursa olsun idrar kaçırmanın bu yazıda anlatıldığı gibi bir çok etkin tedavi yöntemi vardır. Ancak bu tedavilerin yanında aşırı kilodan kurtulmak ve olumsuz diyet faktörlerini düzeltmek, başarı şansını artıran oldukça önemli yaklaşımlardır.

### STRES TİPİ İDRAR KAÇIRMADA CERRAHİ TEDAVİ GEREKEBİLİR

Stres tipi idrar kaçırmanın tedavisinde pelvik taban egzersizleri ilk aşamada denenebilecek bir yaklaşımdır. Hekimin uygun bulunduğu durumlarda önerilebileceği bazı egzersizlerle pelvik taban kısmını güçlendirilebilir. Kegel egzersizi olarak adlandırılan bu egzersiz, idrar tutan kasların istemli olarak kasılması ve olabildiğince uzun süre kasılı tutulup gevşetilmesi ve bu işlemin olabildiğince sık şekilde tekrarlanması prensibine dayanır. Ancak bu egzersizleri sabırla düzenli olarak uygulamak özel bir çaba gerektirir.

# BAYINDIR Söğütözü'nde çocuklara özel hizmet

Uzun yıllardır çocuk sağlığı ve hastalıkları alanında üst iktisat dallarıyla hizmet veren Bayındır Sağlık Grubu olarak şimdi de Söğütözü Hastanesi'nde yalnızca çocuk hastalara özel pediatri servis katını hizmete açtık.



## ÇOCUKLARIN GÜVENLİĞİ ÖN PLANDA

Hastanemizde çocuklara özel ortamın yanı sıra, güvenliklerini ön planda tutan teknolojik detaylar da dikkat çekiyor. Çocuk hastaların güvenliğini sağlayacak teknolojik fonksiyonlar içeren akıllı sistemlerle, nabız, solunum gibi hayati fonksiyonları izleme, sağlık verilerini arşivleme, analiz etme ve yardım çağrılarına cevap verme gibi hizmetlerin en hızlı şekilde sunulması hedefleniyor. Bunun yanı sıra; hasta düşmelerinin büyük oranda yataktan kalkarken gerçekleştiği göz önüne alınarak kullanılan izleme sistemi ile de yatan hastaların her hareketi takip ediliyor.

**B**ayındır Söğütözü Hastanesi kurulduğu günden bu yana çocuk sağlığı ve hastalıkları alanının birçok üst iktisat dalında sunduğu hizmeti, şimdi de yalnızca çocuk hastalara özel ayırdığı pediatri servisinde sürdürecektir. Yeni çocuk servisinde, 0-18 yaş aralığında bulunan çocuk ve ergenlerin yatarak tedavi görmelerini gerektiren her türlü sağlık sorunlarına yönelik tam kapsamlı sağlık hizmeti verilecek.

### POLİKLİNİK 24 SAAT HİZMET VERECEK

Çocuk alerjisi, çocuk gastroenterolojisi, çocuk kardiyolojisi, çocuk nörolojisi, çocuk cerrahisi, çocuk gelişimi ve yeni doğana kadar birçok üst iktisat dalında hizmet veren ve 7 gün 24 saat açık olan pediatri polikliniği ile

özellikle çalışan ailelerin, büyük bir ihtiyaçları da karşılanmış olacak. Yeni pediatri servisinde de yatarak tedavi hizmeti alması gereken çocuk hastalara kesintisiz ve güvenilir sağlık hizmeti sunulacak.

### DOKTOR KORKUSUNU YENECEK TEDAVİ

Çocukların sağlıklarını ilgilendiren tüm koşulları iyi bilen, aile ve çocuklarla güven ilişkisini de önemseyen özel eğitimli doktor ve hemşire kadrosunun hizmet verdiği pediatri katı; doktor ve hastane korkusunun önüne geçecek, cerrahi tedavi süreçlerinde çocuklarda oluşabilecek kaygının giderilmesinde yardımcı olacak şekilde tasarlanan iç dekorasyonu ve fiziksel özellikleri ile de tüm tedavi süreçlerinin güvenli, eğlenceli, keyifli ve rahat geçmesini sağlayacak.

# Hamilelikte Detaylı Ultrason NE ZAMAN? NEDEN?

Perinatoloji uzmanı, gebeliğin 11-14. ve 18-22. haftaları arasında bebekte normal dışı bir gelişim ve görünüm olup olmadığını belirlemek amacıyla detaylı ultrason yaparak tüm ölçüm sonuçlarını ve bebeğin gelişimine dair yorumlarını içeren bir rapor hazırlar.

**Prof. Dr. Nilgün Turhan**  
Perinatoloji Uzmanı  
Bayındır İçerenköy Hastanesi ve Bayındır Levent Tıp Merkezi Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü



**H**amilelik öncesi, hamilelik, doğum ve doğum sonrası dönem anne adayları için heyecan ve mutluluk verici bir süreç olmasına karşın yorucu olabilir ve bazen de zorlukların üstesinden gelmek zorunda kalınabilir. Gebelik planlaması yapan anne adaylarının hamilelik muayenelerinin yapılması gerekir. Bu muayene, olası riskli durumların tespit edilerek gereken önlemlerin alınmasını sağlar. **Perinatoloji nedir?**

Perinatoloji, hamilelik sırasında, doğumda veya doğum sonrasında oluşabilecek riskli durumların ortaya konulmasını, gebelik takibinin en iyi şekilde yapılmasını ve doğum sonrası sağlığının korunması için gerekli önlemlerin alınmasını sağlayan bilim dalıdır. Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nın bir üst uzmanlık alanıdır.

**Perinatoloji uzmanı kimdir?** Perinatoloji uzmanı, doğacak bebeğe ait sakatlıkların erken teşhisi amacıyla ileri düzey ultrason taramalarını (ayrıntılı/detaylı ultrason), kromozomal bozuklukların tarama testlerini yapar, gerekirse koryon villus

örnekleme ve amniosentez gibi invazif girişimleri uygular. Düşüklerin, tekrarlayan gebelik kayıplarının ve ölü doğumların engellenmesini, erken doğumun önceden anlaşılıp önlenmesini, anne karnındaki bebekte gelişme geriliğinin, çoğul gebeliklerde oluşabilecek problemlerin teşhisi için gebeliklerin takibini ve yönetilmesini, doğacak bebek ve anne kaynaklı birçok hastalığın risk değerlendirmesini, doğum öncesi tanısının konulmasını, tedavi-takip planlarının yapılmasını, gebelik sırasında, doğumda ve sonrasında tedavilerinin tamamlanmasını sağlar. Bu nedenlerle perinatoloji uzmanı hem doğacak bebeğin hem de annenin doktorudur.

**Detaylı (ayrıntılı) Ultrason nedir? Ne zaman yapılmalıdır?**

Perinatoloji uzmanı, gebeliğin 11-14. haftaları ve 18-22. haftaları arasında bebekte normal dışı bir gelişim ve görünüm olup olmadığını belirlemek amacıyla detaylı ultrason yapar. Yüksek çözünürlükle çalışan gelişmiş bir ultrason cihazı kullanılarak yapılan bu ultrason muayenesi ortalama 40-45 dakika sürer. İşlem sonucunda bebekteki tüm ölçüm sonuçlarını, bebeğin gelişimi, normal ve normal dışı bulguları ve bunlara



ilişkin önerileri ve yorumlanan tüm görüntüleri içeren bir rapor verilir. Üç veya dört boyutlu ultrason inceleme ise yerine göre ve özellikle yüzeyel anatomi (yüz, dudak, eller, ayaklar gibi) ve bazı kalp anomalilerinin tanısında kullanılmaktadır. Uygun pozisyon ve görüntü kalitesi oluşursa, bebeğin yüzünü görebileceğiniz görüntüler alınır.

**Ayrıntılı (detaylı) ultrasonografi ile neler incelenir?**

Ayrıntılı (detaylı) ultrasonografi ile bebeğin anne karnında duruş şekli, plasenta (bebeğin eşi) yerleşimi ve rahim ağzı uzunluğu, göbek kordonundaki damarların sayısı, bebeğin içinde bulunduğu su miktarı, büyüme takibi için ölçümler (kafa çapı, kafa çevresi, karnı çevresi, kemik uzunlukları), kafa içi yapılar, yüz profili ve burun kemiği, üst dudak bütünlüğü, ense kalınlığı (11-14. haftada), akciğerler, diyafram zarı, kalp odacıkları, kalbe giren ve çıkan büyük damarlar, mide, bağırsak yoğunluğu, böbrekler ve idrar torbası, omurga, kollar, bacaklar, eller, ayaklar, uzun kemikler değerlendirilir. Birçok ölçüm yapılarak bebekteki büyüme saptanır, bebeğin merkezi sinir sisteminde, göğüs boşluğunda, mide ve bağırsaklarda, iskelet sisteminde, böbrek ve idrar yollarında anormallik olup olmadığı tespit edilir. **Renkli Doppler ultrasonografi incelemesi nedir?**

Rahime kan akımını sağlayan uterin arterin ve bebeğin göbek kordonundan

geçen kan akımının renkli Doppler ile incelenmesidir. Bu inceleme, ilerleyen haftalarda gelişebilecek gebelik toksemisi olarak bilinen gebelik tansiyonu (preeklampsi), gebeliğin erken dönemlerinde anneden bebeğe geçen enfeksiyonlar (CMV, rubella, parvovirus enfeksiyonları), bebekteki kromozom bozuklukları, doğumsal sakatlıklar, ikiz gebelik ve diğer çoğul gebelikler gibi gelişme geriliğine yol açabilecek durumlarda kullanılır.

**Sakatlıkların tanısı için tek başına detaylı ultrason yeterli midir?**

Down Sendromu veya diğer bazı kromozomal sakatlıklarda anne karnındaki bebek yapısal olarak normal olabilir. Bu nedenle gebeliğin 11'inci haftasından itibaren bazı kromozom anomalileri için taramalar yapılır, bu taramalar bize kromozom hastalığının 'o gebelikte olma olasılığını' istatistiksel sayılarla verir. Detaylı (Ayrıntılı) veya ileri düzey ultrasonografi taramasında ense kalınlığı ölçülür, ikili ve dörtlü tarama testlerinden yararlanır. Bu amaçla yapılan kombine-ikili veya entegre-dörtlü testlerin sakatlığı yakalama gücü %80-95 aralığındadır. Bunlara son yıllarda bebeğin, anne kanından elde edilen DNA'sı ile yapılan test de eklenmiştir. Anne kanında araştırılan bu tarama testinin kromozomal bozukluğu gösterme hassasiyeti %99'dur.

Tarama testlerinde riskli kabul edilen sonuçlarda 11-14. haftalar arasında CVS (koryonvillus örnekleme) veya

15-22 haftalar arasında amniosentez ile kromozom anomalilerinin kesin tanısı konulabilir.

**Detaylı (Ayrıntılı) Ultrason ile her anomali saptanabilir mi?**

Her 100 gebelikten 2'sinde doğacak bebekte doğumsal bir sakatlık vardır. Tüm sakatlıkların ancak bir kısmı yapısal ve görülebilir olduğu için gebeliğin 11-14. haftaları arasında yapılacak ultrasonografi incelemesi ile doğumda ortaya çıkacak bu sakatlıkların ancak %30-50'si tespit edilebilir. Gebeliğin 18-23. haftalarında yapılan ayrıntılı ultrasonografi incelemesi ile bebekte olan sakatlıkların %50-70'si saptanabilir. Bazen ultrasonun yapıldığı haftada mevcut olan ve bebek küçük olduğu için görülemeyen bir sakatlık daha ileri gebelik haftaları veya doğum sonrasında teşhis edilebilir. Örneğin kalpteki küçük delikler veya kapak sorunları, kalça çıkığı gibi... Bebeğin zekası, görme veya işitme kusurları, endokrin bozuklukları, deri ve sinir hastalıkları, bazı kromozom bozuklukları veya nadir genetik hastalıklar gibi yapısal olmayan sakatlıklar ise ultrason ile tanınmaz. Sonuç olarak anne ve baba adayları için gebelik bazı bilinmezleri ile birlikte oldukça heyecan verici ve mutlu sona ulaşılacak bir süreçtir. Detaylı (ayrıntılı) veya ileri düzey ultrasonografi muayenesi ve tarama testleri gebelik takibinin sağlıklı ve anne-bebek açısından en az riskli geçirilmesini sağlayan önemli testlerdir.

# ÇOCUĞUM BÜYÜYÖR MÜ?

Çocuklarda normal büyüme ve gelişmenin nasıl olduğunun bilinmesi; anormal durumların saptanması, hastalıkların belirlenmesi ve önlenmesi açısından önemlidir.

Uzm. Dr.  
Hacer Yılmaz  
Ünal  
Bayındır Söğütözü  
Hastanesi  
Çocuk Sağlığı  
ve Hastalıkları  
Bölümü



**B**üyüme dinamik bir olaydır. Canlıların temel özelliği olup, bebeğin büyümesi genetik olarak programlandıktan sonra birçok çevresel faktör ve hormonların etkileşimi ile gerçekleşir. Normal büyüme ve gelişme, sağlığın en önemli göstergelerinden birisidir. Normal büyüme için; sağlıklı hücre yapısı, yeterli beslenme, spor, büyümeyi etkileyen hormonların ve büyüme faktörlerinin varlığı gereklidir. Doğumdan önce büyüme genellikle bebeğin yaşadığı ortam yani annenin sağlık durumu, beslenmesi, hastalıkları ile ilişkililikten; doğumdan sonra beslenme ve büyümeyi etkileyen faktörler değişiklik gösterir. Doğumdan sonraki ilk iki yıl çocuğun dengeli beslenmesi, hastalıklardan korunması ve sevgi ortamında büyütülmesi gerekir.

## NORMAL BÜYÜME NEDİR?

Normal büyüme, çocuğun sağlıklı olduğunun iyi bir göstergesidir. Bu nedenle her sağlam çocuk izlenmesinde boy ve ağırlık ölçümleri yapılmalıdır. Ek olarak, yaşamın ilk yılında her muayenede baş çevresi ölçülmelidir. Ardışık ölçümler tek ölçümlerden çok daha yararlıdır çünkü çocukta saptanan değerler normal sınırdan olsa bile çocuğun kendine özgü büyüme örüntüsünden sapmalar

belirlenebilir. Çocuğunuzun büyümesi, kendi yaşındaki ve aynı cinsteki çocukların normal değerlerine göre yavaşlamaya başlarsa; çocuğunuzda büyüme bozukluğu olduğunun ya da gelişebileceğinin bir işareti olabilir. Çocuklarda büyüme ve gelişme her yaş grubunda, kız ve erkek cinsiyette farklılıklar gösterir. Çocuklar her yaşta aynı hızda büyümmezler. Her yaş grubu için büyümeyi olumlu ve olumsuz etkileyen faktörlerde değişiklikler oluşur. En hızlı büyüme; anne karnında, ilk iki yaşta ve ergenlik döneminde olur.

Büyüme, genetik ve çevresel faktöre göre değişiklik gösterir. Büyümenin takibinde kilo, boy, baş çevresi ve bunların artma hızı ve vücut bölümlerinin birbirlerine oranlarından yararlanılır. Büyümenin değerlendirilmesinde yaşa ve cinsiyete göre oluşturulmuş persantil eğrisi adı verilen eğriler kullanılabilir. Bu eğri, bazı pratik formüllerden de yararlanılabilir.

İlk altı ay, hatta ilk iki yaşta çocuğun büyümesi beslenmeye bağlıdır. İyi beslenmeyen bir çocuk, ilk iki yaşta daha az büyür. İki yaşından sonra özellikle büyüme hormonu ve tiroid hormonu olmak üzere hormonal faktörler devreye girer. Ergenlik döneminde ise kızlarda östrojen, erkeklerde testosteron hormonu büyümede rol oynar.

## DÜZENLİ TAKİP ÇOK ÖNEMLİ

Büyümenin takip edilmesi için bebeğin doğduğu andan itibaren belli periyotlarla izlenmesi gerekir. İlk 6 ayda her ay, 6 aydan sonra iki ayda bir, 1 yaşından sonra ise her üç ayda bir çocukların büyüme ve gelişmesi takip edilmelidir.



## KİLO ALIMI

Bebekler ortalama 3000-3500 gr olarak doğar. Hayatın ilk 10 gününde doğum ağırlığının %10 kadarını yitirir, sonra hızlı kilo almaya başlarlar. İlk 6 ayda, ayda ortalama 600 gr kadar kilo alırlar. Sonraki 6 ayda ise, ayda 500 gr almaları yeterlidir. Bebek 5'inci ayda doğum ağırlığının iki katına, 1 yaşında üç katına, 2 yaşında ise dört katına erişir. Bir yaşındaki bir çocuk ortalama 10 kg'dır. Bununla birlikte tamamen sağlıklı çocuklarda bile genetik yatkınlığa bağlı küçük sapmalar olabilir.

## BOY

Zamanında doğan bir bebeğin ortalama boy uzunluğu 50 cm kadardır. İlk üç ayda 8 cm, ikinci üç ayda 8 cm, üçüncü üç ayda 4 cm, dördüncü üç ayda 4 cm boy uzaması olur. Yani bir yaşındayken boyu, ortalama 24-25 cm kadar uzamış olur ve 75 cm'ye ulaşır. İki yaşına geldiğinde boy 10-12 cm daha uzayarak 85 cm'ye ulaşır. Ergenlik öncesi erkek çocuklar, kızlara göre biraz daha uzundur. Ergenlik döneminin kızlarda daha erken başlaması nedeniyle bu dönemde kızlar, erkek çocuklarını geçebilirler. Bir çocuk ergenlik öncesi dönemde 5 cm'den az büyüyorsa, büyüme eğrisinde aynı çizgide devam etmiyor ve geride kalıyorsa, bir sorun olduğu düşünülebilir.

## BAŞ ÇEVRESİ

Zamanında doğmuş bir bebekte baş çevresi 35 cm kadardır. Sağlıklı bir çocukta başın büyümesi, beynin büyümesini yansıtır. Üçüncü ayda; 40,5 cm, altıncı ayda 43 cm, 12'nci ayda 46 cm'dir. Bundan sonraki yaşlarda baş büyümesi yavaşlar.

# Ofiste de sağlıklı beslenmek mümkün

Yoğun iş temposu nedeniyle sağlıklı beslenememekten şikayetçiyseniz, unutmayın ki beslenme düzeninizde yapacağınız iyi yöndeki ufak değişiklikler bile sağlığınız açısından size olumlu sonuçlar ile geri döner.

**G**ünlük koşuşturmanın içinde özellikle de iş yerindeki beslenme şeklimiz en çok göz ardı edilen konuların başında gelir. İş yoğunluğundan dolayı öğün atlanması ve/veya hazır gıdaya yönelme en çok rastlanan olumsuz durumlardır. Sürekli böyle bir beslenme şeklinin benimsenmesi ileride birçok sağlık sorununu beraberinde getirebilir. İş yerinde uygulanan yeterli ve dengeli bir beslenme planı, iş verimliliği ve performansı açısından da çok önemlidir. Peki yoğun iş temposu içerisinde nasıl bir beslenme planı uygulamak doğru olur? Bu konunun birkaç püf noktasına dikkat etmek iyi olacaktır:

1. İlk olarak güne içeriği dengeli bir kahvaltıyla başlayın. Kahvaltıda tam tahıllı veya tam buğdaydan yapılmış ekmekler tercih edilerek hazırlanan sade peynirli bir sandviç tüketebilirsiniz.
2. Ana öğünlerin arasında 2.5-3 saat olacak şekilde ara öğün yapma alışkanlığı edinmek yapılacak ikinci önemli ve doğru hareket olacaktır. Ara öğünlerde meyve, kuruyemiş, kefir, yoğurt, diyet bisküvi gibi yanınızda bulundurması kolay olan besinler tercih edebilirsiniz. Burada

önemli olan nokta tüketilecek miktardan doğru belirlenmesidir. Ayrıca ara öğün yapmak bir sonraki öğüne kadar kan şekeri kontrolünüzü sağlayarak öğle/akşam yemeğinde porsiyon kontrolü yapmanıza yardımcı olacaktır.

3. Özellikle sürekli toplantıların olduğu bir işte çalışıyorsanız bu durum günlük beslenme planınızı olumsuz yönde etkileyebilir. Böyle bir durumda iki şekilde düzenleme yapılabilir: Eğer toplantıdaki ikramların içeriğine siz karar verebiliyorsanız menüde yapılacak ufak değişiklikler hayat kurtarabilir. Örneğin kurabiye yerine minik sandviçler, kuru meyve ve kuruyemişler ikram edilebilir. Eğer ikramların içeriğinde değişiklik yapamıyorsanız ya toplantıya ara öğününüzü yapıp gidebilir ya da toplantıda bol sütlü bir kahve tercih edebilirsiniz.
4. Öğle yemeğinde yapılacak en doğru hareket aldığınız menüde dengeyi sağlayabilmektir. Şöyle ki bir kap karbonhidrat içeriği olan bir yemek, bir kap protein içeren bir besin ve mutlaka yoğurt-cacık-ayran ve yağsız mevsim salata çok doğru bir seçim olacaktır.

**Diyetisyen  
Ayşe Korkmaz  
Bayındır  
İçerenköy  
Hastanesi  
Beslenme  
ve Diyetetik  
Bölümü**



## SAĞLIKLI VE LEZZETLİ TARİFLER

### LEZZET TOPLARI

#### İçindekiler:

- 15 adet suda bekletilmiş çekirdekleri çıkarılmış hurma
- 1 avuç fındık
- 1 avuç ceviz
- Toz tarçın
- Az süt (kıvam vermesi için)
- Yulaf ezmesi
- Hindistan cevizi

#### Yapılışı:

Bütün malzemeleri blender'dan geçirin ve karışımı küçük toplar haline getirin. Dilerseniz topların üzerine Hindistan cevizi serpebilirsiniz.



### GENNET HURMALI ŞEKERSİZ KEK

#### İçindekiler:

- 3 adet yumurta
- 3 adet cennet hurması
- 1 bardak süt
- Yarım bardak sıvı yağ
- 1 avuç fındık
- 1 avuç ceviz
- 2 bardak tam buğday unu
- Tarçın
- 1 avuç kuru üzüm
- 2 paket kabartma tozu
- 4 adet kuru kayısı
- 4 adet kuru incir
- Hindistan cevizi

#### Yapılışı:

Üç adet yumurtayı çırpın. Daha sonra süt ve sıvı yağı ekleyip çırpıma devam edin. Fındık ve cevizi mutfak robotundan geçirip karışım ekleyin. Kulak memesi kıvamında olacak kadar un ekleyin. Son olarak robottan geçirilen cennet hurması, küçük küçük doğranmış kuru kayısı, kuru incir ve kabartma tozunu ilave edin. Yağlanmış kek kalıbına alıp 180 dereceye ısıtılmış fırında 45-50 dakika pişirin. İsteğe göre içine tarçın ve kuru üzüm ekleyebilirsiniz. Servis ederken üzerine Hindistan cevizi serpebilirsiniz.

### ÖRNEK ÖĞLE MENÜSÜ 1

1 porsiyon bulgur pilavı  
Kıymalı sebze yemeği  
1 kase yoğurt ve yağsız salata

### ŞEKERSİZ KAKAOLU KEK

#### İçindekiler:

- 3 adet yumurta
- 1 bardak süt
- Yarım bardak sıvı yağ
- 4 yemek kaşığı şekerless keçiyoynuzu özü
- 2 yemek kaşığı toz tarçın
- 2 yemek kaşığı kakao
- 2 bardak tam buğday unu
- 2 küçük boy Trabzon hurması (robottan geçirilmiş)
- 1 küçük boy muz (robottan geçirilmiş)
- 2 paket kabartma tozu



#### Yapılışı:

Bütün malzemeleri yazıldığı sıra ile ekleyerek karıştırın. 180 dereceye ısıtılmış fırında 45-50 dakika pişirin.

### TUZLU KRAKER

#### İçindekiler:

- 2 bardak nohut unu
- 2 bardak yulaf (robottan geçirilmiş)
- 2 bardak süt
- Yarım bardak sıvı yağ
- 2 yemek kaşığı susam
- 2 yemek kaşığı çörek otu
- 1 yumurta sarısı
- Az tuz

#### Yapılışı:

Bütün malzemeleri karıştırın ve hamur haline getirin. Merdane yardımı ile iki yağlı kağıt arasında ince bir şekilde açın ve kare parçalar şeklinde kesin. Tepsiye yerleştirip üzerine yumurta beyazı sürün. 180 dereceye ısıtılmış fırında üstü kızarana kadar pişirin.

### ÖRNEK ÖĞLE MENÜSÜ 2

1 kepçe çorba  
1 porsiyon tavuk veya et yemeği  
1 kase cacık ve yağsız salata

\*Bütün tariflerdeki bardak ölçüsü 150 cc'dir.



14 Mart 1919 – İşgale karşı yapılan ilk organize etkinlik ve ilk Tıp Bayramı kutlaması

14 MART 1919'DAN 14 MART 2019'A

# Geçmişten günümüze Tıbbiye ve Tıp Bayramı

Mondros Ateşkes Antlaşması'nın ardından İstanbul işgal edilmiş, Haydarpaşa Tıbbiye binası İngilizler'in kışlası olmuştu. Herhangi bir toplantı düzenlemeleri yasaklanan tıp öğrencileri, Tıbhane-i Amire'nin kuruluş tarihi olan 14 Mart 1827'yi kutlama bahanesi ile toplanma izni aldılar. Böylece bir direnişin ilk adımları da atılmış oluyordu.

**B**irinci Dünya Savaşı'nın sona ermesinin ardından İtilaf Devletleri ile Osmanlı İmparatorluğu arasında 30 Ekim 1918'de imzalanan Mondros Ateşkes Antlaşması'nın 7'nci maddesi, İtilaf Devletleri'nin güvenliklerini tehdit edecek bir durumun ortaya çıkması halinde herhangi bir stratejik noktayı işgal hakkına sahip olabileceklerini bildirmekteydi. Bunu bir fırsat bilen İtilaf Devletleri, 13 Kasım 1918'de Osmanlı İmparatorluğu'nun yaklaşık 500 yıldır başşehri olan İstanbul'u işgal ederek, donanma toplanma Dolmabahçe Sarayı, Selimiye Kışlası, Haydarpaşa Tıbbiyesi gibi önemli merkezlere çevirmişlerdi. İşgalin gerçekleştiği gün, Mustafa Kemal Paşa Adana'dan trenle İstanbul'a dönmüştü. Öğle saatlerinde Haydarpaşa Gan'na gelen Mustafa Kemal Paşa, boğazdaki gemileri görünce yanında bulunan yaveri Cevat Abbas'a şu sözleri söyledi: "Geldikleri gibi giderler." 3 Şubat 1919'da İngilizler kışla olarak kullanılmak üzere Haydarpaşa Tıbbiye binasını işgal etti ve bir İngiliz birliği, tıp fakültesi binasına yerleşti. Öğrencilerin bu duruma direniş göstermesinden çekinerek tıbbiye binasının saat kulelerine makineli tüfekler yerleştirdiler. Öğrencilerin okulu işgal eden İngiliz askerleriyle resmi temasta bulunmaları yasaklanmıştı. Ancak İngilizce bilen bazı öğrenciler zamanla İngilizlerle konuşmaya ve ilişki kurmaya başladı. Bu ilişki zamanla alışverişe döndü ve İngilizlerden silah almaya kadar ilerledi. Bu silahlar gizlice Millî Mücadele'nin gizli polis teşkilatı olan ve Anadolu'ya silah ve cephane kaçıran Aydın-Pe (A-P) teşkilatına ulaştırılmıyordu. Bu teşkilat adına çalışan 15 tıbbiyeli, bir gece İngilizlere ait silah deposundan silah ve el bombası çalarak bunları gizlice Anadolu'ya göndermeyi başarmışlardı.



Prof. Dr.  
C. Çınar Başekim  
Bayındır  
İçerenköy  
Hastanesi  
Radyoloji Bölümü

İşgal ve savaşın yarattığı olumsuz etkiler tıbbiye öğrencilerini fazlasıyla öfkeli kılıyordu. Buna tepki olarak bazı şeyler yapmak isteseler de İngilizler okulda her türlü toplantıyı yasaklamışlardı. Bunu bir türlü içlerine sindiremeyen ve tepkilerini ortaya koyabilmek için bir yol arayan öğrenciler Tıbhane-i Amire'nin kuruluş tarihi olan 14 Mart 1827'yi kutlama bahanesi ile izin alabileceklerini düşündüler. Bu şekilde bir araya gelebilecekler ve kendi aralarında bir dayanışma başlatacaklardı. Gerçekten de bu kutlama için İngilizlerden izin almayı başardılar.

Tıp Fakültesi Talebe Cemiyeti bazı hocalarıyla beraber, 14 Mart 1919 günü Beyazıt'taki Darülfünun binasının toplantı salonunda kutlama için toplandılar. Böylece Osmanlı İmparatorluğu'nda modern tıp eğitiminin başladığı 14 Mart 1827'nin 92'nci yıl dönümünde ilk defa tıp bayramı kutlanmış oldu. Bu toplantı, işgale karşı ülke genelinde yapılan ilk organize etkinlikti.

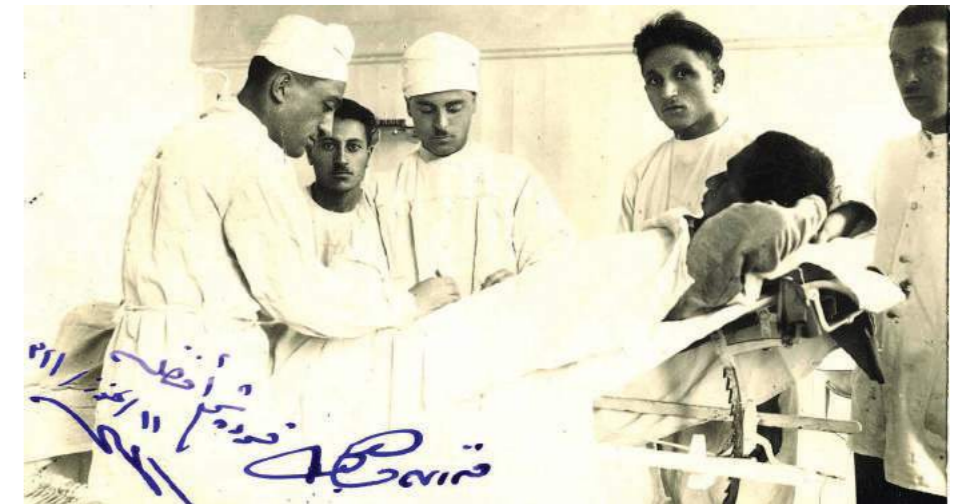
Toplantıya başta Fevzi Paşa, Dr. Akil Muhtar, Dr. Asaf Derviş, Dr. Besim Ömer olmak üzere Tıbbiye'nin ve Darülfünun'un bazı hocaları, İstanbul'daki hastanelerin hekimleri, tıbbiye öğrencileri, İnas Darülfünun'un kız öğrencileri katıldı. Ayrıca İngiliz, Amerikan, Fransız Kızılhaç temsilcileri, Fransız Sıhhiye Genel Müfettişi ve Osmanlı basın temsilcileri de oradaydı.

Toplantıda konuşan Dr. Memduh Necdet Bey, tıbbiyenin Birinci Dünya Savaşı'na katkılarını anlattı ve "İtiraf ediyoruz ki vatan, bilhassa onun kalbi İstanbul bu

dakikada korkunç bir buhran geçiriyor. Ama korkmuyoruz. Buradayız, burada kalacağız. İstanbul bizimdir çünkü halife ve hakan yatağıdır. İstanbul bizimdir çünkü şehitler ve tarih buradadır. İstanbul bizimdir çünkü istiklâl buradadır" diyerek sözlerini bitirdi. Bu konuşma coşku ile karşılandı ve büyük alkış aldı. Ardından İnas Darülfünun öğrencisi Mediha Hanım, bu teşebbüslerinden dolayı tıbbiyelilere teşekkür eden bir konuşma yaptı. Böylece tıbbiyenin kuruluş yıldönümünü kutlamak amacı ile başlayan bu toplantı, işgale karşı bir protesto şeklini aldı. İşgal yıllarında son derece olumsuz şartlarda Anadolu'ya geçen birçok tıbbiye öğrencisi kurtuluş mücadelesinde aktif rol aldı.

Kurtuluş Savaşı'nın kazanılması sonrası 24 Temmuz 1923'te Lozan Barış Antlaşması imzalandı. 23 Ağustos 1923'ten itibaren İtilaf kuvvetleri İstanbul'dan ayrılmaya başladı. Son İtilaf birliği, 4 Ekim 1923 günü Dolmabahçe Sarayı önünde düzenlenen bir törenle Türk Bayrağı'nı selamlayarak şehri terk etti. 6 Ekim 1923'te işgal resmen sona erdi.

İşgalin sona ermesi sonrası İstanbul'u almaya gelen Refet (Bele) Paşa, Tıbbiye'de yaptığı konuşmada şunları söyledi: "Böyle bir fakülteye sahip olmak yalnız bu milletin tekeli altındadır. Nasıl ki yeryüzünün en yüce milleti Türk ise, yeryüzünün en cesur gençleri de sizlersiniz. Gıpta ile söylüyorum ben sizin cesaretiniz önünde eğilmek istiyorum. Tıbbiyeliler uzun senelerden beri pek çok şeyler için öldü. Bu milletin tüm halkının canı sürüklenirken tek isyan sesi bu ocaktan yükselmiştir."





Doç. Dr.  
İrem Erim  
Bayındır  
Söğütözü  
Hastanesi  
Nükleer  
Tıp Bölüm  
Başkanı



Afrika'da olduğunuzu en iyi safari yaparken anlıyorsunuz. Vahşi canlılara bariyersiz olarak bu kadar yaklaşabilmek, onları doğal yaşamları içinde görebilmek inanılmaz bir deneyim...

# GÜNEY AFRİKA: BOTSWANA (3)

Güney Afrika yolculuğumuzun ilk noktası olan Cape Town'ı geride bırakarak küçük bir uçakla Zimbabwe'ye uçuyoruz. İki ayrı ülke olan Zimbabwe'den Botswana'ya bir minibüsle geçiş iki gün safari yapacak ve Afrika'da olduğumuzu iyice anlayacağız. Sonra tekrar karayoluyla Zimbabwe'ye geçiş Victoria Şelaleleri'ni göreceğiz.

Zimbabwe Havalimanı minicik, sevimli bir havalimanı. Çiğış kapısında sadece erkeklerin bulunduğu, üstleri çıplak, bitkilerden yapılmış eteklerden oluşan yerel giysileriyle şarkı söyleyip, dans ederek yolcuları karşılayan bir grup var. Blue jean pantolonlarını katlamış, spor ayakkabılarının üstüne koyup kenara dizmişler. Yolcular uzaklaşınca, sanki düğmelerini birisi kapatmış gibi birdenbire duruyorlar çünkü havalimanı bomboş bir arazide. Hiçbir hareket yok, inip kalkan uçaklardan başka... Cape Town'da sıkça gördüğümüz, rengarenk kumaşlardan dikilmiş süslü etnik elbiseleriyle, kadınlı erkekli kalabalık topluluklar halinde yan yana dizilip, ellerini birbirine vura vura ritim

tutturup, dans ederek gerçekten çok sesli ve çok "African" müzik yapan gruplardan sonra bu grup bana fazla turistik geliyor.

Botswana'ya götüreceğiz olan minibüsün şoförü bizi Zimbabwe Havalimanı'nda karşılıyor. Burada turistleri taşıyan minibüslerin arkasında hep olan, üstü brandalı römorka çantalarımız yükleniyor ve yola çıkıyoruz. Yollar fena değil, tek şerit, biraz engembeli, trafik çok seyrek. Hemen Afrika'da çekilmiş bir filmin içinde gibi hissetmeye başlıyoruz yola çıkınca. Yarım saat kadar yol yapıp, sınıra geliyoruz. Aşı kağıtlarımız, pasaportlarımız ve vize paralarımız ile pasaport kontrolü için kontrol kulübesine giriyoruz. İşler içerde biraz yavaş ilerliyor. Personel aralarında muhabbet ederek iş yapıyor. Çoğu kadın... Her pasaport kontrolünde olan soğukluğu ve rahatsızlığı hissettiriyor onlar da. Sonunda işlemler bitip dışarı çıktığımızda zift gibi bir suyun içinden geçerek ilerde bekleyen minibüsümüze binmemizi istiyorlar. Bu pis görünümlü suyun bir tür dezenfektan olduğunu tahmin ediyoruz. Neyse ki ayakkabılarımızı çıkarmamızı istemediler diye söyleniyoruz.

Yolculuğumuz Botswana'da kalacağımız River View Lodge isimli otele kadar yarım saat daha sürüyor. Otele yaklaşırken birdenbire bir fil sürüsü yolda karşıdan karşıya geçmeye başladığı için biraz uzakta duruyoruz. Büyüklü küçüklü birçok filden oluşan sürü bizi heyecanlandırıyor. Aslında grubumuzda iki kişi dışında herkesin ikinci Afrika yolculuğu bu. Biraz kanıksamış görünmekle birlikte onlar da keyifleniyorlar. Arka planda güneş, ön planda kafaları öne eğilmiş yere yumuşak görünümü ama ağır adımlarını bırakarak yürüyen koca kulaklıların görüntüsünü hep hatırlayacağım. Unutmadan söyleyeyim, Botswana dünyanın en büyük fil topluluğuna sahip. Başka hiçbir yerde bu kadar fil göremezsiniz...

Bungalovlardan oluşan otelin yöneticisi Candy, gülen yüzüyle bizi karşılıyor. Önceden birlikte planladığımız iki günlük programımızı özetliyor. Bungalovların önünde küçük bir yemek salonu ve oturma yerleri var. Onun hemen önünde elektrikli teller ve Chobe Nehri... Hipopotam ve timsah başta olmak üzere nehirden gelebilecek istenmeyen misafirler için önlem bu teller. Tatlı tatlı irkiliyor insan. Ama



zaten buraya biraz da bu heyecanı yaşamak, okuduklarımızı, filmlerde seyrettiklerimizi görmek için gelmedik mi??

Eşyalarımızı odalara bırakır bırakmaz Chobe'de nehir safarisi yapmak üzere bizi bekleyen tekneye doğru yola çıkıyoruz. Ertesi gün de tam gün karada safari yapacağız. Bu tür organizasyonları yapan birçok turizm firması var Botswana'da. İnsanları vahşi doğanın içine sokmak da ayrı bir bilgi ve ruhsat gerektiriyor. İsterseniz köye yürüyerek veya bisikletle rehber eşliğinde gidip gezebilirsiniz, isterseniz gece safarisine çıkarsınız. Hayvanlar hava ağarırken ava çıktıkları için bu da insanların ilgisini çekiyormuş. Ama bizim grupta ortak fikir bu avlanmayı seyretmemekten yana oldu.

Teknede soğuk içeceklerimiz hazır bekliyor ve hemen yola çıkıyoruz. Rehberimiz bize mümkün olan her canlıyı göstermek istediği için, gözleri manzarayı taramakla meşgul. Sürüler halinde veya yalnız dolaşan ya da yıkanan filler, zürafalar, nehre dalıp çıkan su aygırları, kenarda uyuyan timsahlar... Değişik bir manzara olup durunca, durduğunuzu gören diğer tekneler de hemen yanınıza yaklaşır ve sessiz bir izleyiş başlıyor.

Bir filin yıkanmasını belki 20-25 dakika mutlu mutlu seyrederiz ve unutmayacak şekilde beynimize kaydediyoruz. Onu seyrettiğimizi biliyor ve bunun keyfini çıkartıyor. Suyu öyle bir dans ediyor ki hepimiz şaşırıyoruz. Sonra karaya çıkıp yıkadığı bedenini sineklerden ve haşereden korumak için tekrar kumla sıvıyor.

Chobe Nehri'nde güneşin batışının çok güzel olduğunu okuyarak geldiğimiz için bütün grup güneş batarken tekneye duracak güzel bir yer bulmak için uğraşır ve en sonunda bir yer beğeniyoruz. En güzel fotoğrafı çekmeye çalışarak güneşi batırıyor ve bir kıyısı Zambia, bir kıyısı Botswana olan nehir safarimizi çok çeşitli vahşi hayvan görmekle tamamlıyoruz. Suda bu işi yapmak daha güvenli ve ertesi gün karada yapacağımız safari bizi daha çok heyecanlandırıyor.

Dönüşte Botswana'da bir köye gidiyoruz. Köyün yollarında domuzlar yürüyor, bizdeki kedi, köpeklerin yerine. Burada kedi ve köpek hiç görmedim, doğal seleksiyondan olmalı.

Gece güzel, modern bir restoranda nehir kıyısında yemek yemeye gidiyoruz. Şaraplarımızı içip, gaz lambalarının ışığında Afrika'nın sesini dinleyelim derken, hava kararınca siyah küçük sineklerin istilasına uğruyoruz, hepsi işığa hücum ediyorlar. Arkadaşlarımızın bir



kısmı kapalı bir yerde yemeklerini yemeye karar veriyorlar çünkü sinekçikler tabaklarımıza kamikaze saldırı yapmaya başlıyorlar. Bizse ilk ve son kez göreceğimiz bu yerde, nehir kıyısında oturmakta ve tabağımızda görebildiğimiz sinekleri kenara iterek yemeğimizi yemekte ısrar ediyoruz. Yemekten sonra ertesi gün çok erken safariye gideceğimiz için hemen yatmaya gidiyoruz. Gecenin karanlığında önümden bir impala koşarak geçiyor. Yatmadan yatakların cibinlikleri örtülüyor, cibinlik kenarlarına haşere ilaçları sıkılıyor ve cibinlik etekleri yatak kenarına sıkıştırılıyor. Hepimiz haşerelerden korunmak için elimizden geleni yapıyoruz.

Sabah erken kalkıp o gün giyeceğimiz giysileri ilaçlıyor, kendimize de sivrisinek savar sıkıyoruz. Kolu bacağı kapalı ama en ince giysilerimizi giyiyoruz. Safariye iki özel safari arabasıyla çıkıyoruz. Özel dediğime bakmayın, beklediğimizin aksine öyle korunaklı, kapalı değil bunlar. Üstü açık ve alçak bir tentesi var.

Safari arabaları ile etrafı tellerle çevrili ormana (ulusal park) doğru giderken yolun kenarındaki tabelalar dikkati çekiyor: "Vahşi Hayvan Koridoru. Gece dikkatli sürünüz" Gerçekten de arada tellerin açık olduğu yerler var. Hayvanlar yer değiştirmek istediklerinde arada insanların açtığı araba yolunu geçmek durumundalar. O açıklıklara vahşi hayvan koridoru deniyor. Her an bir fil veya zürafa yola çıkabilir, hatta trafik tabelasında da bir fil resmi var. Yolun kenarında tik ağaçları dizi dizi... Pembe çiçekler açmışlar. Ulsal park 11 bin 700 km²'lik bir alana yayılmış, içeri girince heyecan başlıyor. Herkes girişteki tualeti ziyaret ediyor çünkü sonra bu iş zor olacak. İncecik yollarda ilerlerken rehberimiz gördüklerimizle ilgili olarak bize sürekli bilgi veriyor. Ormanın kızıl toprağı dikkatimi çekiyor, koyu bir terakota sanki.

Vahşi hayvanların çoğu sürüler halinde geziyor. O kadar çok sürü var ki bazen tek başına bir fil, bir zürafa görünce şaşırıyor insan. Yavrularını, dişilerini, ailelerini, birbirlerini koruma iç güdüsü bu. Bir sürüye bakıp biraz izleyince aralarındaki iletişimi hissedebiliyoruz.

Filler yürürken küçüklerini hizaya sokuyor, kenara çekilip bekliyor ve hortumlarıyla arada iterek yön veriyorlar. Bunu yaparken onları seyretmek çok etkileyici. Bir sürüyü izlemek için yolda durduğumuzda artçı büyük fil ani bir dönüşle kulaklarını sallayarak üzerimize doğru hamle yaptığında çok korkuyoruz. Bizden birkaç hafta önce bir fil, safari arabasının

Fotoğraflar: İrem Erim



üzerine çıkıp arabayı emmiş. Arabayı da kullanan rehberimiz, o rehberin bağıarak fili korkuttuğunu, hep böyle yapan bir rehber olarak bilindiğini söylüyor.

İmpala sürüleri ve babunlar çoğu yerde birlikte. Aralarında bir alışveriş var. Babunlar ağaç tepelerinde dolaşırken bir tehlikeyi görünce haber veriyor ve ağaçlardaki meyveleri dökerek impalaların yemesini sağlıyor. İmpalalar da hasta veya ölü doğan bebeklerini onlara yemeleri için bırakıyorlarmış. İçim acıyor bunu duyunca. Keşke hiçbir canlı birbirini yemese, sadece ot, bitki, sebze ile idare etsek diye düşünüyorum. İmpala, orta boy bir antilop türü; dişilerinin boynuzu yok, erkeklerin var. Çok ürkekler, güzeller, narinler ve dişilerin sürüsüne hep tek erkek eşlik ediyor.

Safaride bir gelenek var; her kamyon değerinin yanından geçerken yavaşlıyor ve rehberler rastladıkları bir hayvan varsa birbirlerine yerini tarif ediyorlar ama yine de safari sürprizlerle dolu, dakikalar içinde manzara değişiyor. Her an bir hayvan veya değişik bir olay karşınıza çıkabilir. O an sessiz olmalı ve doğanın sesini bozmadan dinlemeli, izlemelisiniz.

Gördüğümüz hayvanlarla ilgili o kadar çok şey öğreniyor ve fotoğraf çekiyoruz ki zamanın nasıl geçtiğine şaşırıyoruz. Fazla oyaladığımız için ormanın çıkış kapısına kapanış saatini beş dakika geçe ulaşıyoruz ve kapının kilitlendiğini, nöbetçilerin gittiğini görüyoruz. Gece çökmeye başlıyor. İki şoför aralarında panik içinde konuşuyorlar. Tekrar ormanın derinliklerine doğru telaşa ve hızla, geç kalanlar için 19:30'da kapanacak olan bir diğer çıkış noktasına doğru sürüyorlar. Gün içinde bir kez yolda kalan ve tuhaf sesler çıkarmaya başlayan safari arabamızın bize bir azırlık yapabileceğini bildiğimiz için nefeslerimizi tutuyoruz. Neyse ki kapı kapanmadan yetmiş, gece olmadan ormandan çıkmayı başarıyoruz.

Safari inanılmaz zevkli ve vahşi canlılara bariyersiz bu kadar yaklaşabilmek, onları doğal yaşamları içinde görebilmek çok güzel.

Botswana'dan Zimbabwe'ye yolculuğumuzu ve Viktoria Şelaleleri'ni anlatmaya bir dahaki sayımızda devam edeceğiz.



bayındır  
sağlık grubu



bayındır  
sağlık grubu

www.bayindirhastanesi.com.tr

Değişim

zamanı  
geldi!



## A B O N E F O R M U

İsim: .....

E-posta: .....

Ev Telefonu: .....

Cep Telefonu: .....

Adres: .....

Şehir: .....

Posta Kodu: .....

- Bayındır Sağlık Grubu ve bağlı Şirketlerinin tarafıma SMS kısa mesaj, anlık bildirim, otomatik arama, bilgisayar, telefon, faks, e-posta/mail ve diğer elektronik iletişim araçları ile ticari elektronik iletiler ve diğer iletileri göndermeleri için açıkça izin ve onay veriyorum.

Lütfen bu formu

**Kızılırmak Mah. 1443. Cad. No: 17 Söğütözü / Ankara**

Bayındır Hastanesi adresine veya taranmış elektronik kopyasını

**sagliklarandevu@bayindirhastanesi.com.tr** adresine gönderiniz.

• Botox

• Dolgu

• PRP

• Dövme ve Pigmentli  
Lezyon Tedavisi

• Yüz Gençleştirme

• Yüz Germe

• Bleferoplasti

(Göz Kapağı Estetiği)

• Kepçe Kulak

Operasyonu

• Meme Büyütme

• Meme Küçültme

• Meme Dikleştirme

• Abdominoplasti

• Liposuction

Size özel avantajlarla yararlanabileceğiniz estetik uygulamaları hakkında bilgi almak ve estetik cerrahi uzmanlarımızla tanışmak için sizleri bekliyoruz. Detaylı bilgi almak için **0850 911 0 911**'i arayabilirsiniz.

0 850 911 0 911

Türkiye İş Bankası kuruluşudur.

TÜRKİYE İŞ BANKASI



GÜVENİLİR SONUÇLAR

# BAYINDIR LABORATUVARLARI

• Doğru Sonuç • Doğru Tanı • Doğru Tedavi

Bayındır Hastaneleri Laboratuvarları, bilimsel gelişmeleri takip ederek test panellerini ve bilgilerini devamlı güncellemekte, laboratuvar analizör ve ekipmanlarını son teknolojiye uygun seçerek, deneyimli personeli ile 7 gün 24 saat hasta odaklı hizmet vermektedir.

