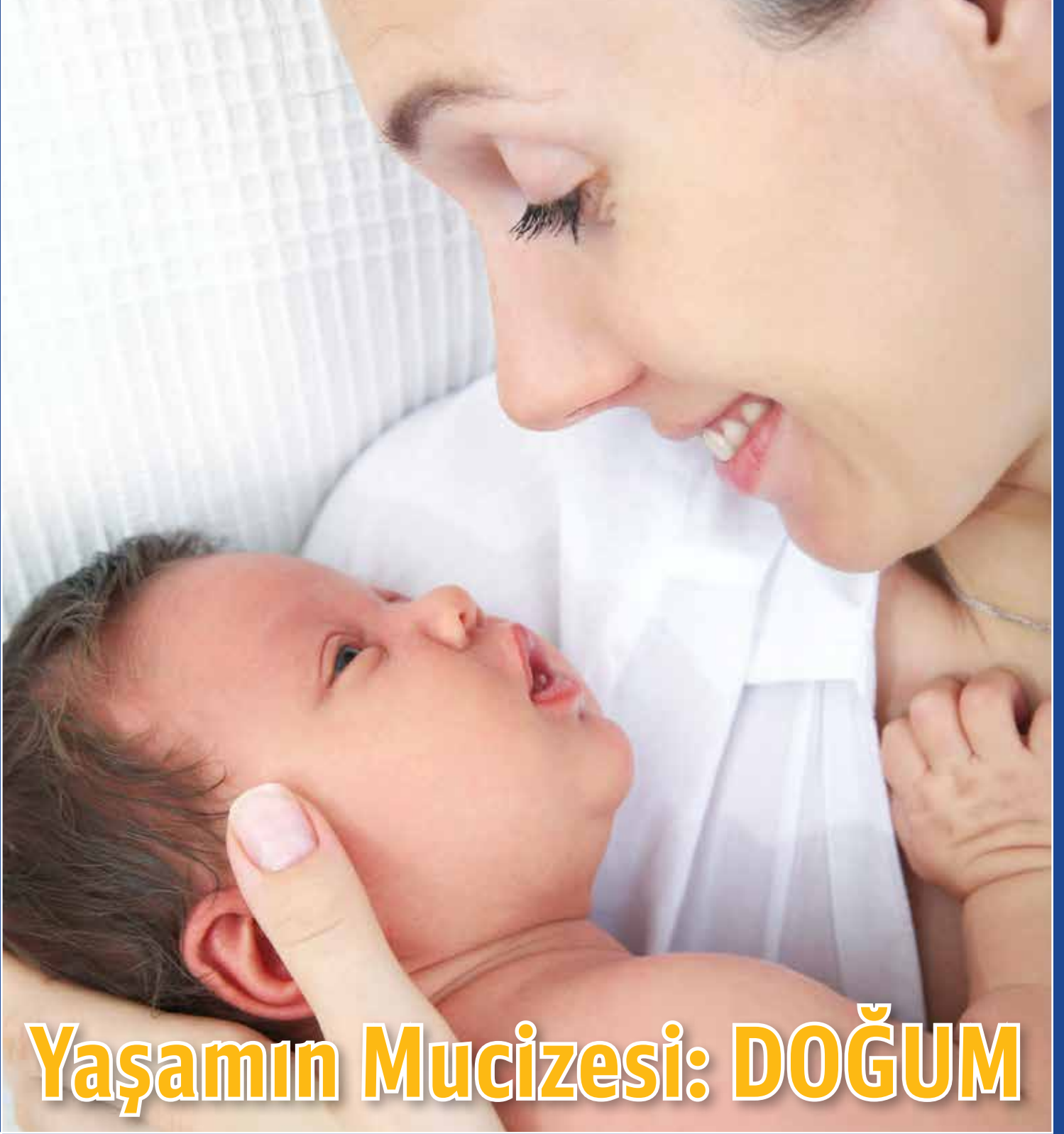




Yaşamın Mucizesi: DOĞUM

Gebelikte Hipertansif Bozukluklar Gebelik ve Diyabet
Kış Aylarında KOAH **Yenidoğan Sarılığı** Bademcik ve Geniz Eti

İçindekiler

05

Rumeli Bölüm

Yaşamın Mucizesi : DOĞUM

10

Rumeli Sağlık

- Gebelikte Hipertansif Bozukluklar
- Gebelik ve Diyabet
- Doğumdan Önce Yapılan Testler
- Kış Aylarında KOAH

18

Güncel

Hayat Onların Elinde Başlar...

19

Rumeli Haber

Gebe Eğitim Kurslarımız
Dünya Diyabet Günü Ücretsiz Şeker Ölçümü
Beslenme Seminerleri
Armoni Park ile Birlikte
Gerçekleştirdiğimiz Ücretsiz
Sağlık Söyleşileri

20

Rumeli Sağlık

- Yenidoğan Sarılığı
- Ürtiker
- Bademcik ve Geniz Eti
- Hemoroid Hastalığı
- Beslenme Seminerleri

29

Rumeli Bilim ve Teknoloji

30

Rumeli Gezi

32

Rumeli Ekibimiz

34

Bulmaca



Gözetim'den



Tahsin Çağrı DÜNDAR

İyi Seneler

Rumeli Dostları;

Hastanemiz açısından çok önemli hizmetlere dayalı bir yılı daha geride bıraktığımız 2013 yılı ülkemizdeki sağlık hizmetinin vatandaşa ulaşmasında en önemli ve en başarılı yıl olmuştur. Bizler bu başarının keyfini yaşarken diğer yandan da aktif hizmet anlayışımızın vizyonumuza ve de misyonumuza uygun bir anlayış içinde günümüzün dinamik yapısını muhafaza eden kararlılıkta çalışmalarımızı sürdürüyoruz.

Bizler Rumeli ailesi olarak siz Rumeli dostlarımızın sağlıktaki güvencesi olmaya her zamankinden daha fazla heyecan ve sorumlu hizmet anlayışımız doğrultusunda devam edeceğiz.

Bu vesile ile siz Rumeli dostlarımızın yeni yılını kutluyor başarı, mutlu ve sağlıklı bir yıl diliyorum.

Saygılarımla.
Tahsin Çağrı DÜNDAR



Genel Yayın Yönetmeni
Opr. Dr. Nilgün KUŞTARCI HUNCA

Editör'den

Merhaba

Bu sayıyı ağırlıklı olarak 'gebelik ve doğum' konusuna ayırdık. Yeni bir yıla girerken, dünyaya gelişleriyle bize mutluluk ve geleceğe dair umutlar veren bebeklerimizin anne bedeni dışındaki hayata başladıkları anı vurgulamak istedik. Yenilenmiş ve dekore edilmiş iki doğumhanemiz ve servis katlarımız, deneyimli kadrolarıyla bu özel dönemde annelerin hizmetindedir.

Hastanemizde doğan tüm bebeklere sağlıklı ve mutlu uzun bir yaşam diliyor, yeni yılın ülkemize mutluluk,refah ve barış getirmesini temenni ediyorum.

JİN. Op. Dr. Nilgün K. HUNCA



Sahibi:
Özel Rumeli Hastanesi
Sağlık Hizmetleri Ltd. Şti.
Genel Yayın Yönetmeni
Dr. Nilgün Kuştarcı Hunca

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü
Fatma Açıkgöz

Editöryal Hazırlık
Beyhan Mutlu
Meryem Gülsu
Gökmen Ural

Yönetim Merkezi
Tevfik Bey Mah. Mektep Sk.
No:11 Sefaköy/K.Çekmece/İst.

Web
www.rumelihospital.com.tr

E-mail
info@rumelihospital.com.tr

Görsel Yönetmen
Erol ÜNAL

Grafik-Tasarım:
Martı Design Group

Baskı ve Cilt

Martı Ofset
Litros Yolu Fatih Sanayi Sitesi
No: 129-130-131 Topkapı/İST.
Tel: 0212 565 21 12

Yayın Türü

Yerel süreli.
Üç ayda bir yayınlanır.

HASTANE DERGİSİ YAYIN KURULU EKİBİ

Dr. Nilgün Kuştarcı Hunca - Dr. R. Faruk Yerlioğlu - Dr. Hasan Kayım - Dr. Çağlar Canbulat - Dr. Sibel K. Mercan - Dr. Barış Çöllüoğlu -
Dr. Levent Sağit - Dr. Yusuf Günerhan - Dyt. N. Emre Koyunlu - Hastane Müd. Fatma Açıkgöz - Hemşirelik Hiz. Gülten Şüyün -
Bilgi İşlem Sorm. Gökmen Ural - Kalite Birim Sorm. Beyhan Mutlu - Poliklinik Hiz. Sorm. Meryem Gülsu



Yaşamın Mucizesi : DOĞUM

Diğer pek çok memeli türü gibi, insan da doğurarak çoğalır. Yaşamın sürmesi için kurgulanmış bu mucizevi olaya kadınlar kendi doğumlarını yaşayarak, erkekler de eşleri ya da bir yakınlarının doğumuna uzaktan ya da yakından dahil olarak tanık olmuşlardır. Ayakta duran ve yürüyen insan (Homo Erectus) bu yeteneğine kavuşmak için kalça kemik yapısını evrimleştirirken ne yazık ki bunun bedelini zor doğum yaparak ödeyecektir. Doğum süreci diğer memelilere göre zor ve uzundur. Çünkü düşünen ve yürüyen memeli türünün hem başı vücuduna oranla büyüktür hem de doğum kanalını çevreleyen kemik yapı daralmıştır.



Opr. Dr. Nilgün K. HUNCA
(Başhekim Yardımcısı)
Kadın Hastalıkları ve Doğum

*İstanbul Üni. İst. Tıp Fakültesi
mezunu. İhtisasını Haydarpaşa
Numune Hastanesi'nde yapmıştır.
Yüksek Lisansını, Bahçeşehir Üni.
Hastane Yöneticiliği bölümünde ta-
mamlamıştır. 2006 yılından itibaren
hastanemizde görev yapmaktadır.*

İlk doğumda doğum ağrıların başlaması ve doğumun sonlanması arasında yaklaşık 10-12 saatlik bir süre geçer. Bu esnada gittikçe sıklaşan ve şiddetlenen sancılı kasılmalarla, rahim kasları bebeği doğum kanalına doğru iterken, bir yandan da rahim boynu açılmaya başlar. Bu süreç kadının sonraki doğumlarında giderek kısılır ve kolaylaşır. Çoğu gebe için kabus gibi karşılanan doğum sancıları fizyolojik bir süreçtir. Bebeği ve anneyi doğum sonrasına da hazırlar. Kasılmalar sırasında kısa süreli oksijen azalmalarına maruz kalan fetus (anne karnındaki henüz doğmamış bebek) soluk almayı öğrenir ve akciğerleri olgunlaşır. Kasılmaları tetikleyen hormonlar anne adayının süt glandelerini harekete geçirirerek bebeğin beslenmesini garantiler. Dolayısıyla normal doğum hem anne hem bebek için doğum sonrası hayatı kolaylaştıran bir geçiş sürecidir de...



Bu süreç çeşitli nedenlerle katlanılmaz durumu gelebilir ya da imkansızlaşabilir. Önceden öngörülen ya da travay (doğum süreci) esnasında ortaya çıkan bazı sorunlar normal doğumu olanaksız kılar, ya da bebek ve anneyi ciddi risklere maruz bırakabilir. Hekim bu durumlarda sezeryan kararı alır. Zorunlu tıbbi durumların dışında anne adayının doğum sancılarının korkusu ve travay sırasındaki uyumsuz davranışları hekimin sezeryan yapma kararına yol açabilir.

Türkiye’de sezeryanla doğum oranı %47.7 dir. Bu oranla tüm Dünyada üçüncü sıradadır. Bu oran üniversite hastanelerinde %72 ye, özel hastanelerde %69 a kadar çıkmaktadır. Rumeli Hastanesi %48 sezeryan oranı ile, normal doğumu en çok gerçekleştiren kuruluşlardan biridir.

Zorunlu tıbbi nedenleri dışında tutarsak, anne adayının normal doğumdan kaçmasını engellemenin yolu, doğum korkusunu yenmesine yardımcı olmaktır. Ağrı çekme paniği, ailevi çatışmalar, sorunlu kişilik yapısı ve travay konusundaki bilgisizlik doğum ağrılarını katlanılmaz kılmakta, hem gebeyi hem de doğumhane ekibini sıkıntıya sokmaktadır. Doğum sürecini doğal bir olgu olarak kabullenip, sancılı işlevini kavramış olan bilinçli gebeler bu deneyimi daha kolay atlattıklarıdır. Bu mucizevi yaşamsal serüvenin bilincinde olarak her anını





farkındalıkla geçirmek, sonunda kollarına aldığı o minik mutluluk ve umut parçasıyla ilk tanışma anının muhteşem hazzını doya doya yaşamak her gebenin hakkıdır. Doğan her bebek, annesinin geleceğe fırlattığı bir yaşam enerjisidir ve kadın bunun için bedenini onun hizmetine sunar, riskli durumlarda sağlığını, bazen de hayatını tehlikeye sokar. Bu süreçte ona yardımcı olmak için tıbbın tüm imkanlarını kullanmak gerekir.

Doğum yapacak gebeye yardımcı olmak için şunları yapmak gerekir:

- Travay konusunda doğru bilgilendirme
- Doğum ekibi ile gebe arasında karşılıklı olarak güven duygusunun oluşması
- Gebenin vücudunu iyi tanınması, gebelik boyunca çalışılmış egzersiz ve yöntemlerle doğuma hazırlanması. Gebelik yogası ve platesi ile hangi kasları gevşetip, hangilerini kasacağını öğrenebilir.
- Kilo kontrolü
- Vajinal kanalın infeksiyonlardan arındırılması, bazı yağ ve kremlerle sağlıklı ve esnek tutulması.
- Doğum sırasında gebenin etrafında panik yaratacak, gerilimli yakınların bulundurulmaması. Yakınında sevdiği ve güvendiği, sakin yapılı bir ya da bir kaç kişinin bulunması yeterlidir.
- Tüm bu basit yöntemlerin dışında, profesyoneller tarafından yapılan kolaylaştırıcı uygulamalar da vardır.



Gebelik boyunca uzman bir hipnoterapist tarafından eğitilebilir. Doğum sırasında önceden öğrenilmiş şifrelerle kendisine hipnoz uygulayabilir. (otohipnoz). Son zamanlarda rastladığımız Doğum Koçluğu denen bir uygulama da benzer bir yöntemdir.

- En kesin ağrısızlaştırma işlemi olan Epidural Anestezi uygulanması.

Epidural Anestezi:

Doğumun kaçınılmaz bir şekilde gerçekleşeceğinden emin olunduktan sonra karar verilir. Bu da rahim boyunu açıklığının 4 santimetreye ulaştığı dönemdir. Doğum hekiminin uygun görmesi ile Anestezi uzmanı hekim tarafından uygulanır. Omurilik dışındaki bir aralığa bel hizasındaki iki omur arasından girilerek yapılır.

Omurilik, içinde beyin-omurilik sıvısı bulunan zardan yapılmış bir kesenin içindedir. Epidural anestezide, bu kese ile bunun dışındaki katman arasındaki milimetrik boşluğa lokal anestezi madde verilir. Uzman hekim, uygulama yerindeki cilde lokal anestezi yapar, sonra ince bir iğne ile iki omur arasından girer. Uygun boşluğa geldiğinden emin olduğunda iğnenin içinden kateter ilerletir ve iğneyi çeker. Travay sırasında kalıcı olması istenen yumuşak kateter sabitlenir. Kateterden istenen dozda, aralıklı olarak lokal anestezi verilir ve ağrısızlığın sürekliliği sağlanır. Kateter seviyesinin alt kısmında ağrısızlık oluşur. Verilen doz, hareketi, yürümeyi ve ıkınmayı engellemez miktardadır. Bebek çıkarken anne ıkınarak doğuma yardımcı olabilir.



Epidural anestezi uygulanmış ve uygulanmamış şekilde doğumlar yapmış bir anne, kıyaslaması istendiğinde epidural anestezi ile doğumu 'mucizevi ve muhteşem' olarak nitelemektedir. Ne yazık ki, gelişmiş ülkelerde hemen her doğumda uygulanan bu yöntem, ülkemizde gereksiz ve yersiz korkular nedeniyle çekinceyle karşılanmaktadır. Bu yöntem hastanemizde anestezi uzmanlarımızca başarıyla uygulanmaktadır. Biz, takip ettiğimiz gebeleri anestezi uzmanlarımıza yönlendirerek yöntem konusunda bilgilenmelerini ve korkularını yenmelerini sağlıyoruz.

Gebelikte Hipertansif Bozukluklar



Opr. Dr. Rabia YILDIRIM AKBAS
Kadın Hastalıkları ve Doğum

Trakya Üni.Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapmıştır. 2012 yılından itibaren hastanemizde görev yapmaktadır.

Gebelik ile beraber görülen hipertansif bozukluklarla sık karşılaşılır. Günümüzde tansiyona bağlı hastalık ve anne ölümleri ciddi tehdit oluşturmaktadır. 5 tip hipertansif hastalık vardır:

- 1. Gestasyonel hipertansiyon:** Çoğu ilk gebelik olan hastalarda gebelikte ortaya çıkan, doğumdan hemen sonra gerileyen, komplike olmayan, geçici hipertansiyon. Gebelerin %6 sında görülmektedir.
- 2. Preeklampsi:** 20. haftadan sonra ortaya çıkan, hipertansiyona idrarda protein kaybının eşlik ettiği durum. Baş ağrısı, üst-orta karında hassasiyet gibi semptomlarla ve böbrek, karaciğer veya hematolojik fonksiyon testlerinde anormal bulgularla seyreden ağır formları bulunur. Gebelerin %5-8 inde ortaya çıkmaktadır.
- 3. Eklampsi :** Preeklampsiye konvulsyonların (nöbetlerin) eşlik etmesi.
- 4. Kronik hipertansiyon:** Gebelikten önce (veya 20. gebelik haftasından önce) görülen hipertansiyon. Gebelerin yaklaşık %3 ünde görülmektedir. İleri yaş annelerde obezlerde sık görülür.
- 5. Kronik hipertansiyon zemininde gelişen preeklampsi:** Hipertansif bir kadında 20. haftadan sonra eklenen protein kaybı ve diğer klinik bulguların görülmesi. Kronik hipertansif gebelerin %25 inde preeklampsi ortaya çıkmaktadır.

Hipertansiyon kan basıncı 140/90 mmHg veya üzerinde olduğunda teşhis edilir. Ödem tanı koydurucu bir kriter değildir, çünkü pek çok normal gebe kadında ödem olabilmektedir.

Onlarca yıllık yoğun araştırmalara rağmen gebeliğin hipertansiyonu nasıl teşvik edip şiddetlendirdiği henüz netlik kazanmış değildir.

Risk Faktörleri:

Gestasyonel hipertansiyon en çok ilk gebeliklerde görülür. Yaş ilerledikçe kronik hipertansiyon ve onun zemininde gelişen preeklampsi riski daha yüksektir. O halde üreme çağıının iki ucunda bulunan gebeler, gebelik hipertansiyonu açısından daha dikkatli davranmalıdır. Bunun dışında gebelik ve doğum sayısındaki artış, ırk, etnik köken, dolayısıyla genetik yatkınlık ilişkili bulunmuştur. Çevresel faktörlerin etkisi de yadsınmaz. Bazı araştırmalar sonucunda yüksek rakımın preeklampsi riskini arttırdığı bulunmuş, sosyoekonomik açıdan avantajlı kadınların daha düşük riske sahip olduğu ortaya konulmuştur. Diğer risk faktörleri ise çoğul gebelik, obezite, gebelik yaşı, kalsiyumdan fakir beslenme şeklinde sayılabilir. Eklampsi, genellikle önlenemez bir hastalıktır ve çoğu kadın yeterli bir doğum öncesi bakım hizmeti aldığından daha az görülmeye başlamıştır.

Önleme:

Gebelik hipertansiyonu ve özellikle preeklampsiyi önlemek için pek çok stratejiye başvurulmaktadır. Bunlar; diyetin düzenlenmesi (tuz kısıtlanması, gebelik boyunca kalsiyum alımı, diyet ek balık yağı verilmesi), hipertansiyon gelişiminde rolü olduğu düşünülen patofizyolojik

mekanizmaları etkisizleştirmeye yönelik farmakolojik girişimler (düşük doz aspirin ve antioksidanlar vb)

Değerlendirme:

Geleneksel olarak gebelik muayeneleri 7. Aya kadar 4 haftada bir, sonrasında 2 haftada bir ve doğuma yakın haftada 1 şeklindedir. Üçüncü yarıda izlem sıklığının artması preeklampsinin erken tespitini kolaylaştırır. Aşırı hipertansiyonu olan gebeler, gebelik hipertansiyonlarının derecesini değerlendirmek üzere 2-3 gün hastaneye yatırılır. Hafif hastalığı olanlar sıklıkla poliklinikten takip edilip yönlendirilir; sebat eden ağır hastalığı olanlar yakın gözlemlenir ve çoğunun doğum yapması sağlanır.

Preeklampsi ile komplike olmuş gebeye müdahalede temel hedefimiz şunlardır:

1. Anne ve bebek açısından mümkün olan en az travma ile gebeliğin sonlandırılması.
2. Sonrasında çok iyi gelişecek olan bebeğin doğumu,
3. Annenin sağlığına tamamen kavuşmasının sağlanması.

Uzun dönem sonuçlar:

Preeklampsi geçiren kadınlar, gelecekteki gebeliklerinde hipertansiyona daha yatkın olurlar. Genellikle gebeliğin ne kadar erken döneminde tespit edilirse tekrarlama riski o kadar artar. Erken başlangıçlı ağır preeklampsi kadınlar altta yatan bir trombofili (pıhtılaşma bozukluğu) açısından değerlendirilmelidir.



Gebelikte; Gestasyonel hipertansiyon, Preeklampsi, Eklampsi, Kronik hipertansiyon, Kronik hipertansiyon zemininde gelişen preeklampsi olmak üzere 5 tip hipertansif hastalık vardır.



Gebelik ve Diyabet

■ Şeker hastalığı doğumdan sonra geçse bile anne hayatının ileri dönemlerinde tekrar ortaya çıkabilir.



Opr. Dr. Hasan KAYIM
Kadın Hastalıkları ve Doğum

Cumhuriyet Üni. Tıp Fakültesi
mezunu. İhtisasını İstanbul Üni.
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde
yapmıştır.
2012 yılından itibaren hasta-
nemizde görev yapmaktadır.

Gebelik sırasında yapılan tetkiklerle şeker hastalığının saptanmasına Gestasyonel Diyabet (gebeliğe bağlı şeker hastalığı) denir.

Diyabet veya hepimizin bildiği ismi ile şeker hastalığı sinsice ilerleyen ve çoğunlukla yan etkileri geliştikten sonra tanı konan bir hastalıktır. Gebelikte de şeker hastalığı sinsice ilerleyerek bebek ve anne hayatını tehlikeye sokabilecek yan etkilere neden olabilir.

Gebelikte şeker hastalığı görülme olasılığı % 5-7 arasında değişir. Önemli bir durum da şudur: gebelik şeker hastalığına eğilim yaratır bu nedenle bütün gebelerde şeker hastalığı olup olmadığı düzenli olarak kontrol edilmelidir.

Gebelikte Şeker Hastalığı Kimlerde Sıkılır:

- Önceki gebeliklerinde düşük-ölü doğumu olanlarda



- Önceki gebeliklerinde iri bebek (4000 gr üzerinde) doğuranlarda
- Önceki gebeliklerinde şeker hastalığı saptananlarda
- Gebelikten önce kilosu fazla olanlarda
- 35 yaş üzeri gebelerde
- Ailesinde şeker hastalığı olanlarda
- Tekrarlayan enfeksiyonu olanlarda
- Var olan gebeliğinde: bebeği iri, amnios sıvısı fazla, idrarında şeker saptanan kişilerde şeker hastalığı sık olarak görülür.

Peki şeker hastalığı olan kişilerin çocuklarında ve kendilerinde ne gibi problemler gelişir.

1.Çocukta gelişen problemler :

- Düşük, ölü doğum, iri bebek
- Amnios sıvısının fazla olması
- Bebeğin akciğer olgunlaşmasının az olması ve buna bağlı solunum sıkıntısı
- Bebeğin iri olması dolayısıyla zor doğum, doğumda omuz takılması, sezeryan sıklığının artması
- Bebeğe kalp, böbrek, sinir sistemi hastalıklarında artış (2-3 kat)
- Doğumdan sonra bebekte kan şekeri-kalsiyum-magnezyum düzeylerinde düşme, bilirubin (sarılık) düzeylerinde yükselme sık olarak görülür.

2. Annede gelişen problemler :

Annede ise şeker hastalığı doğumdan sonra geçebilir yada kalıcı olabilir. Şeker hastalığı doğumdan sonra geçse bile anne hayatının ileri dönemlerinde tekrar ortaya çıkabilir. Bu nedenle gebelikten sonra şekeri normale dönen kişiler hayatları boyunca düzenli olarak kontrol olmalılar, diyet ve spora gerekli özeni göstermelidirler.

Gebelerde 24-28. haftalarda yapılan 50 gram şeker yüklemesi testi ile (50 gr OGTT) riskli gebeler saptanır. Riskli olan gebelerde şeker hastalığı olup olmadığı bu testten



hemen sonra yapılan 75 ve 100 gr ogtt testi ile anlaşılır. Eğer anne adayında şeker hastalığı var ise öncelikle diyet ile şeker düzenlenmeye çalışılır. Şeker bu şekilde yeterince normale inmezse ilaçla tedavi edilir (İnsülin tedavisi). Tedaviye ne kadar erken başlanır ve şeker düzeyi ne kadar iyi düzenlenirse gebelikte görülen yan etkiler o kadar az olacaktır.

Gebelikten önce de diyabeti olan gebelerin kan şekeri iyi düzenlenmelidir ve bundan sonra gebe kalmalarına mücadele edilir. Bu nedenle bu kişiler takiplerini düzenli olarak yapmalı ve diyet-ilaç tedavisini iyi uygulamalıdır.





Gebelik Döneminde DOWN SENDROMU Tanısı



Opr. Dr. Mehmet AYGÜN
Kadın Hastalıkları ve Doğum

İstanbul Cerrahpaşa Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapmıştır. Perinatoloji Eğitimi Süleymaniye Doğum ve Kadın Hastalıkları Hastanesi'nde tamamlamıştır. 2011 yılından itibaren hastanemizde görev yapmaktadır.

İlk olarak John Langdon Down isimli İngiliz bir doktor tarafından 1866 yılında tanımlanan ve aynı bilim adamının ismine ithaf edilen bu hastalık tıp dilinde Trisomi 21 olarak adlandırılan bir kromozom sayı bozukluğudur. Trisomi sözcüğünün tanımı; iki tane olması gereken bir kromozom çiftinin üç adet olması sonucu ortaya çıkan 47 kromozomlu birey olarak açıklanır. Bilindiği gibi bütün vücudumuz ve organlarımız hücrelerden oluşmakta olup her hücrenin birer çekirdeği ve bu çekirdek içinde bütün genetik özelliklerimizin kodlandığı toplam 46 adet kromozom vardır. Yalnızca eşey hücreleri ismi verilen kadın yumurta hücresi ve erkek spermi 23'er adet kromozom taşır ve bu iki hücrenin birleşmesi(döllenme) ile yeni oluşan 46 kromozomlu(23 çift) hücrenin çoğalmasıyla(mitoz bölünme) insan organizması meydana gelir. Çoğunlukla an-

neden gelen yumurta hücresinin içinde 21 sayılı kromozomun çift olması sonucu yeni oluşan birey 47 kromozomlu Trisomi21(Down Sendromu) hastası olarak dünyaya gelir.

Down Sendromluların tipik dış görüntüleri ve karakteristik özellikleri olup hepsi birbirine çok benzerler. Bu özellikler özetle basık ve küçük bir burun, ufak çene, ufak ve hafif bozuk ağız yapısıyla birlikte büyük olması nedeniyle dışarıya çıkık bir dil, birbirine yakın ve çekik(badem şeklinde) gözler(Moğol tipi), kısa boyun, kısa kol ve bacak kemikleri nedeniyle az gelişmiş ve kısa bir vücut, kalın ense dokusu v.b.sıralanılabilir. Bu sayılan dış özelliklerden daha önemli olan, bu bireylerin hafif(IQ:50-70) veya orta(IQ:35-50) dereceli zeka gerilikleri vardır ki bu nedenle her zaman özel eğitime ihtiyaç duyarlar ve hayatları bo-

yunca özel ilgiye muhtaç yaşarlar. Aynı zamanda doğumsal kalp hastalıkları (AVSD v.b.), hipotroidi, tekrarlayan kulak enfeksiyonları, yemek borusu reflüsü, uyku apnesi gibi rahatsızlıklar nedeniyle sık sık tıbbi destek gereksinimleri duyarlar.

Down sendromu görülme sıklığı her 600 canlı doğumda bir olmak kaydıyla oldukça fazla olup sizler bu yazıyı okurken tüm dünya üzerinde yaklaşık 3 tane yeni Down sendromlu bebek doğmuş veya anne karnında tanısı konmuş olduğu gerçeği hastalığın sıklığı hakkında bilgi verecektir. Her ne kadar annenin yaşı arttıkça (35 yaş ve üstü) görülme sıklığının arttığı bilinse de unutulmaması gereken dünyaya gelen Down sendromlu bebeklerin %70'inin annesi 35 yaşından daha gençtir. Bu nedenle bu hastalığın Prenatal (doğum öncesi) dönemde tanısının konması sağlıklı bir çocuğa sahip olma beklentisi olan aileler için büyük önem taşımaktadır.

Doğum öncesi dönemde Down Sendromunun tanısının konulması için kullanılan bir çok yöntem vardır ki bunlar iki gruba ayrılır. Birinci grup Tarama Testleri (İkili test, Üçlü test, Dörtlü test) olarak adlandırılan testler olup bu testler doğacak olan fetusun Down Sendromu olma olasılığının o gebelik için ne kadar olduğunu (orantısal) gösterirler. Bu ancak riskli grubu saptamaya yararlar ki gerçek anlamda tanı testi olan ikinci grup olan tanı testlerinin (CVS, Amniosentez, Kordosentez) hangi fetusa yapılmasının gerekli olduğu konusunda yol göstericidir.

TARAMA TESTLERİ

İkili Tarama Testi; gebeliğin 11.-14. haftaları arasında yapılır. Bu testin iki önemli parçası vardır. İlki Ultrasonografi ile fetusun ense bölgesindeki saydam kısmın kalınlığının ölçümü ve ikincisi fetusun plasentası tarafından salgılanan β -HCG ve PAPP-A isimli iki maddenin (ikili test) anne kan seviyeleri değerlendirilerek yapılır. Testin Cut-off (sınır) değeri 1/250 olup bu sınır değerinden daha yüksek gelen risk oranı tanısal amaçlı testlerden (CVS, Amniosentez, Kordosentez) birinin yapılması gerekliliğini ortaya koyar. Duyarlılığı yani hastalık yakalama olasılığı yaklaşık %85-90 olup erken dönemde sorunu ortaya çıkarma konusunda son derece hatta en değerli test olarak kullanılır.

Üçlü (Tripple) test: 16.-20. gebelik haftalarında yapılan tarama testi olup anne kanında β -HCG, AFP ve Estriol isimli üç gebelik hormonu seviyesi ölçümleri ile değerlendirilir. Testin Cut-off (sınır) değeri 1/280 olup bu sınır değerinden daha yüksek gelen risk oranı tanısal amaçlı testlerden birinin yapılması gerekliliğini ortaya koyar. Testin duyarlılığı yaklaşık olarak %70 olup Down Sendromlu fetusların %70 inde risk oranı 1/280 ve daha fazla olarak görülür.

Dörtlü Test: Üçlü test ile aynı dönemde yapılan ve üçlü testte değerlendirilen üç maddeye ilave olarak İnhibin A isimli ilave bir gebelik proteinin ölçüldüğü bu testin duyarlılığı %81 kadardır.

Tarama testleri sonucu risk grubuna dahil olan gebelerde yapılacak olan tanı (CVS, Amniosentez, Kordosentez) testleri hastalığın kesin tanısı için şarttır. Bu testlerde amaç fetusa ait hücrelere ulaşmak ve alınan hücrelerin içerdiği kromozomların sayılmasıdır ve bu işleme 'Karyotip Analizi' denir.

CVS (Koryon Villus Biopsisi): Gebeliğin 3. ayında fetus ile aynı kromozom dizilimine sahip olan plasentadan bir iğne aracılığı ile az miktarda doku alınması şeklinde yapılır. Yapılan işlem sonrasında Genetik Laboratuvarına gönderilen materyaldeki hücreler çoğaltılarak kromozom sayıları değerlendirilir. Test sonucunda, varsa; hastalık tanısı kesin olarak konulur.

Amniosentez: Gebeliğin 16.-22. haftaları arasında fetusun içinde geliştiği amnion mayiinden 15-20 cc kadar alma işlemidir ve alınan mayii içindeki fetusa ait hücrelerden kromozom analizi yapılarak tanı konulabilir.

Kordosentez: Gebeliğin 22. haftasından sonra fetusun göbek kordonundan kan alma işlemidir. Alınan kan örneğinden genetik laboratuvarında karyotip analizi yapılarak kromozom hastalıkları ve Down sendromunun kesin tanısı konulabilir.

Ultrasonografi eşliğinde yapılan her üç uygulamanın ortalama 1/100-1/200 oranında gebelik kaybına sebebiyet vermesi nedeniyle böyle bir girişim yapılacak gebenin doğru olarak seçilmesi gerekmektedir.

Tarama amacıyla yapılan laboratuvar testlerine yardımcı en önemli muayenelerden biri de Ultrasonografi muayenesidir. Bu amaçla ikili test ile eş zamanlı olarak fetusun ense kalınlığı ölçümü bu konuda deneyimli ve sertifika sahibi hekimler tarafından yapılması, gerek yalnız pozitif gerekse yalnız negatif sonuçların alınmasını engellemek yönünden çok önemlidir. Bu muayene sırasında aynı zamanda Down sendromlu fetusta sık görülen burun kemiği yokluğu, barsak parlaklığında artış gibi uyancı belirtilerlerin dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi hasta fetusu ayırdetme konusunda hekimlere dolayısıyla gebelere çok yardımcı olacaktır. 18-22. haftalar arasında yapılan 2. düzey ayrıntılı Ultrasonografi ile de Down Sendromlu fetuslarda Marker olarak adlandırılan belirtilerlerin değerlendirilmesi mümkündür. Down Sendromlu fetusların %65 kadarında bu belirtileri görmek mümkün olup tarama testleri Ultrasonografi kullanılarak daha duyarlı birer test olma imkanına kavuşur.

Hastanemizde yukanda bahsi geçen tüm tarama testleri, ayrıntılı Ultrasonografik muayene ve gerekli vakalar için tanı testleri konusunda uzman hekimler tarafından yapılmaktadır.





Kış Aylarında KOAHA



KOAHA, “Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı” isminin baş harflerinden oluşan kısaltılmış bir hastalık ismidir. KOAH’ı, “uzun süredir bronşlarda tıkanmaya neden olan bir hastalıktır” şeklinde tarif edebiliriz. Bu hastalığın en kötü yanı, bronşlarda oluşan tıkanmanın bir daha düzelmemesi ve tedavi olunmaz ise hastalığın sinsice ilerlemesidir. Hastalığın en önemli nedeni SİGARA bağımlılığıdır.



Uzm. Dr. Gönül İREN
İç Hastalıkları

*İstanbul Üni. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını İstanbul Üni. Haseki Kardiyo-
loji Enstitüsü'nde yapmıştır.
2007 yılından itibaren
hastanemizde görev yap-
maktadır*



Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre Dünya'da 600 milyon KOAH'lı vardır ve yılda 2.3 milyon kişi de KOAH nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Ülkemizde en iyimser tahmin ile 5 milyon KOAH'lı vardır. Fakat bu hastaların sadece az bir kısmı teşhis edilmektedir. Hastaların önemli bir bölümü hastalıklarının farkında olmayıp öksürük, balgam çıkarma ve nefes darlığı gibi şikayetleri çok rahatsız edici olmadıkça doktora gitmemektedirler. Sigara bağımlısı olanların rahatsızlıklarında doktora gitmemelerinin önemli bir nedeni de sigarayı bırakmaları konusunda uyarı almaktan kaçınmalarıdır.

Sigara dumanı ile nefes borularına ve hava keseciklerine zararlı gazlar ve maddeler dolar. Yıllar geçtikçe bu zararlı gazlar ve maddeler bronşların ve hava keseciklerinin yapısını bozmaya başlar. Sigara içimi ile hem bronşlarda tıkanıcı bronşit hem de aynı zamanda amfizem gelişir. Akciğerlerde ortaya çıkan bu tıkanıklıklar ve bozulmalar sonucunda kana oksijen geçişi azalır ve vücudun oksijensiz kalması ile pek çok ciddi rahatsızlıklar doğar. KOAH ilerleyici ve geriye dönüşü olmayan bir hastalık olduğu için, ne kadar erken teşhis edilir ve ne kadar erken tedaviye başlanırsa hastalık o kadar az rahatsızlığa neden olacaktır. Ne yazık ki, KOAH'lı hastalar ilk teşhis edildikleri anda genellikle akciğer kapasitelerinin önemli bir kısmını kaybetmiş olurlar. Bunun nedeni öksürük, balgam ve nefes darlığı şikayetlerini ihmal etmeleridir. Hastalığın hafif dönemde iken teşhis edilmesi ile tedavi kolaylaşacak, hastalar tedaviden daha çok yararlanacak ve hastalığın ilerlemesi durdurulmuş olacaktır. KOAH, teşhisi çok kolay olan hastalıklardan birisidir. Bu hastalığı akla getiren iki önemli özellik vardır. Bunlar;

- Sigara içimi.
- Uzun zamandır Öksürük, Balgam ve Nefes darlığı şikayetlerinin olması.

KOAH hastalığının kesin teşhisinde solunum fonksiyon testi yapılır. KOAH'ın erken teşhisi için Solunum Fonksiyonları testinin yapılması günümüzde tüm dünyada kullanılan en geçerli yöntemdir. KOAH erken teşhisi için sigara içen ve 40 yaşını aşmış herkes yılda bir kez solunum testi yaptırmalıdır. Uzun süredir öksürük, balgam ve en önemlisi nefes darlığı şikayetleri olan sigara içicilerde KOAH riski çok yüksektir. Bu kişilerin en kısa sürede solunum testi yaptırmaları gerekir.

KOAH ALEVLENMESİ

KOAH atağı ya da alevlenmesi; KOAH'lı kişinin, öksürük sıklığında artış, balgam renginde koyulaşma, miktarında artma ve nefes darlığında ağırlaşma ile karakterizedir. KOAH alevlenmelerinde en sık neden solunum yolu enfeksiyonlarıdır. Özellikle solunum yolu enfeksiyonlarının arttığı kış ayları KOAH hastalarının akut atak geçirdikleri mevsim olup, ağır KOAH hastalarında hekime başvurulmakta gecikilirse hayati tehlike söz konusu olabilir. Hastane yatışları ve solunum yetersizliği ile yoğun bakım ünitelerine yatışlar da kış mevsiminde ciddi oranda artmaktadır. Yine KOAH alevlenmelerinde önemli diğer neden hava kirliliğidir. Kış aylarında ülkemizde son yıllarda alınan ölemlerle 20-25 yıl öncesine göre kısmen gerilemiş olsa da, SO₂ ve partikül düzeyleri halen uluslararası standartlar ve son zamanlarda güncellenen Hava Kalitesi Değerlendirme ve Yönetimi Yönetmeliği'nin belirlediği sınırların



üzerinde seyretmektedir. Dolayısıyla kış aylarında KOAH hastalarının akut alevlenmesi dediğimiz, öksürük, balgam nefes darlığı yakınmalarında artış olmasının bir sebebi de hava kirliliğidir.

KOAH NASIL TEDAVİ EDİLİR ?

KOAH tedavisinde başarılı olabilmek için uyulması gereken kurallar;

- Sigaranın bırakılması
- Tozlu ve dumanlı ortamlarda çalışmamak, bulunmamak
- Düzenli ilaç tedavisidir.

KOAH tedavisinin temelini "sigaranın terk edilmesi" oluşturur. Sigara bırakıldığı zaman bronşlardaki ve hava keseciklerindeki bozulmaların şiddeti yavaşlar. Solunum yoluyla kullanılan ilaçlar lokal etkili olduklarından (çok az bir kısmı kana karıştığından) yan etkileri yok denecek kadar azdır. Solunum yoluyla kullanılan ilaçlar alışkanlık yapmazlar, dişlere ve akciğerlere herhangi bir zarar vermezler. Hekimin önerdiği şekilde kullanılmaları uygundur.

Oksijen tedavisi

Çok ağır KOAH'lı hastalar sürekli olarak günde en az 15 saat oksijen kullanma zorundadırlar. Kanda oksijen seviyesi tehlike sınırının altına inmiş olan hastaların uzun süreli oksijen tedavileri hem şikayetlerini azaltacaktır hem de yaşam kalitelerini artıracaktır. Çünkü KOAH'da ortaya çıkan sorunların önemli bir bölümü vücudun yeterince oksijen almamasından kaynaklanır. KOAH alevlenmesinde ayrıca uygun dozda antibiyotik balgam yumuşatıcı ilaçlar ve ağır KOAH olgularında hekim gerekli görürse hastaneye yatarak tedavi uygun olabilir.

Tedavide Yardımcı Tedbirler Nelerdir?

- Yapılabilecek kadar egzersiz yapılmalıdır.
- Soğuk ve hava kirliliğinin fazla olduğu saatlerde dışarıya çıkılmamalıdır.
- Sık aralıklarla ve her öğünde az miktarda yeme alışkanlığı kazanılmalıdır.
- Yiyecekler daha çok sulu gıdalardan (çorba, sulu sebze yemekleri) oluşmalıdır. Katı ve ağır yemekler sonrasında nefes darlığı artmaktadır.
- Hazımsızlığa ve gaz şikayetlerine neden olabilecek yiyeceklerden kaçınılmalıdır.
- Bol sıvı (su, asitsiz meyve suları, bitkisel çaylar) tüketilmelidir.
- Her yıl sonbaharda grip aşısı yaptırılmalıdır.

Hayat Onların Elinde Başlar...



Ebeler doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemde anneye bakım hizmetleri ve eğitimler vererek sağlık alanında yurdumuzun her köşesinde oldukça önemli ve kutsal bir görev yapmaktadırlar.

Türkiye’de, ebelik mesleğinin önemi uzun yıllar yeterince anlaşılmamıştır. Ebelik, 1909 senesine kadar anneden kıza geçen, görgü ve de deneyime dayanan meslek olarak görülmüştür. O dönemde eğitim gerektirecek bir uzmanlık alanı olarak görülmeyen ebelik ,uzun yıllar gereken öneme sahip olamamıştır. Oysa ebenin, birinci basamak sağlık hizmetlerinde önemli bir rolü vardır. Geçen yıllar içinde elbetteki çok şey değişti. Ebelik meslek olarak görülmeye başlandı. Ebeler daha öğrencilik yıllarında mesleği sorgulamaya ve bir adım öne çıkmak için yenilikleri takip etmeye başladılar. Uzun yıllardan beri yapmaları gereken bir şeyi de tekrar gündeme getirdiler. Doğal doğumun yeniden önem kazanması konusunda anneleride destekleyerek bununla ilgili seminerler, kurslar düzenlenmesine yardımcı olarak anneleride bilinçlendirmeye çalışıyorlar.

Ebelerin normal doğumun kolay geçmesindeki payları yadsınamayacak kadar büyüktür, ebenin, doğuma yardımcı olmanın yanı sıra anneye psikolojik destek de vermesi gerekiyor. Çünkü güler yüzlü ve teselli edici bir yaklaşım, normal doğuma hazırlanan annenin rahatlaması için azami önem taşıyor.

Düşünüldüğünde iki canın emanetçisi olarak, hem annenin hem de bebeğin sorumluluğunu taşıyorlar . En san-

cılı ve en mutlu anların şahitliğini yapıyorlar aynı zamanda .Yeni bir canlının dünyaya gelmesine yardımcı olmak, doğum sancısı çeken bir annenin acısını dindirmek insanoğlunun var oluşu ile başlayan bu mesleğe daha saygılı bir gözle bakılması gerektiğini ortaya koyuyor.

Sezaryen doğum oranlarının düşük olduğu gelişmiş ülkelerde ebelik sisteminin hayli yaygın olduğu, buralarda kadın, çocuk ve aile sağlığını korumaya yönelik çalışmalarda ebelerin etkin rol oynadığı gözlemleniyor.

Uluslararası Ebelik Konfederasyonu; anne ve bebek yaşamının korunması ve güçlendirilmesi, sezaryen do-



ğumların azaltılması için ebelik mesleğinin önemine dikkat çekmektedir. Görülmektedir ki, uluslararası organizasyonlar, tüm başarılı ülke modelleri veya programların ortak teması, sezaryen oranının azaltılması için ebelerin ve ebelik modelinin güçlendirilmesi yönündedir.

Ulusal Ebelik Hizmet Modeli”nin temel amacı, ülkemiz sağlık sistemine uygun, toplumsal beklentilere cevap verebilen, mesleki memnuniyet ve bağlılığı yükselten, güvenli, verimli ve etkin bir sistem oluşturabilmektir Burada değinilen önemli bazı noktalar; doğumla ilgili hastanelerin bu birimlerine ağırlıklı olarak ebe istihdam edilmesi, ebelik hizmetlerinin ebeler tarafından yürütülmesi, ebelerin mesleğe özgü sertifika programlarıyla güçlendirilmesi , uzmanlaşması ve ebelik eğitiminin güçlendirilmesidir. Tüm bunlar gebelik doğum ve yenidoğanla ilgili hizmetlerin kalitesini artıracak gibi, ebelerinde motivasyonunu yükseltecek ve hizmet sunumunu olumlu etkileyecektir.

Gebe Eğitim Kurslarımız



Hastanemiz Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümünün geçirdiğimiz 2012-2013 tarihleri arasında ilkin ve ikincisini düzenlemiş olduğu Ücretsiz Gebe Eğitim Kursumuz yeniden açılacak.

Kursumuza ara vermeden başarılı bir şekilde devam eden gebelerimize Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanlarımız tarafından sertifikaları verilecek.

► Dünya Diyabet Günü Ücretsiz Şeker Ölçümü



14 Kasım Dünya Diyabet Günü'nde Armonipark AVM işbirliği ile halkımıza ücretsiz şeker ölçümü yapılmıştır.

► Beslenme Seminerleri



Diyetisyenimiz N.Emre KOYUNLU çocuklarda beslenme eğitimlerini anaokulu ve ilokullarda ücretsiz olarak vermeye devam edecek.

Armoni Park ile Birlikte Gerçekleştirdiğimiz Ücretsiz Sağlık Söyleşileri

Seminer Konusu: MEME KANSERİ

Konuşmacı: Doç.Dr.YUSUF GÜNERHAN

Tarih: 11.10.2013 **Saat:** 14:00 – 15:00

Yer: Armoni Park

Seminer Konusu: SAÇ EKİMİ VE ESTETİK

Konuşmacı: Saç Ekim ve Medikal Estetik Direktörü MİTAT HANBABA

Tarih: 25.10.2013 **Saat:** 14:00 – 15:00

Yer: Armoni Park

Seminer Konusu: DİYABET

Konuşmacı: Uzm.Dr.ÇAĞLAR CANBULAT

Tarih: 14.11.2013 **Saat:** 16:00-17:00

Yer: Armoni Park

Seminer Konusu: PROSTAT

Konuşmacı: Opr.Dr.R.FARUK YERLİOĞLU ve Opr.Dr.M.AKİF GÜVENDİ

Tarih: 06.12.2013 **Saat:** 14:00 – 15:00

Yer: Armoni Park

Seminer Konusu: İMPLANT

Konuşmacı: Dt.Aylin HOŞZEBAN

Tarih: 20.12.2013 **Saat:** 14:00 – 15:00

Yer: Armoni Park



Yenidoğan Sarılığı



Uzm. Dr. Gülten Dönmez KÜLLÜ
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

İstanbul Üni. İst Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapmıştır. 2008 yılından itibaren hastanemizde görev yapmaktadır.



Yenidoğan Sarılığı bebeklerin büyük bir bölümünde hafif veya belirgin olarak görülür...

Büyük bir heyecanla beklenen doğumdan sonra aileleri en tedirgin eden durumlardan biri bebekte ortaya çıkan sarılıktır.

Yenidoğan sarılığı derinin sararmasıyla fark edilir; Fizyolojik ve Patolojik olarak ikiye ayrılır.

Fizyolojik Sarılık:

Bebeklerin büyük bir bölümünde hafif veya belirgin olarak görülür. 24 saatten sonra başlar. Termlerde yani za-

manında doğanlarda 3-5. günlerde, erken doğanlarda, 5-6. günlerde en yüksek seviyelere ulaşır. Seviyesi Total Bilirubin değerlerine bakılarak saptanır. Genellikle maximum düzey 13mg/dl, erken doğanlarda 10mg/dl yi geçmez. Termlerde 2-3 gün, prematürelerde daha uzun sürede normale döner. Tedavi gerektirmez. Bazı bebeklerde bilirubin bu seviyeleri aşabilir.

Patolojik Sarılıklar:

- İlk 24 saatte ortaya çıkan,





- Bilirubin yükselme hızı fazla olan,
- Total Bilirubin seviyesi fizyolojik sınırın üstünde olan,
- Geç başlayıp, uzayan (2 haftadan 3 aya kadar), sarılıklardır.

Nedenleri:

- Rh, ABO ve alt grup kan uyumsuzlukları,
- Enfeksiyon (yenidoğan sepsisi...),
- Hemoliz yani kırmızı kan hücrelerinin parçalanmasına yol açan yenidoğanın hipoksisi, zor doğum, kafa içi kanamalar, iyi beslenememe veya sıcak ortam, ateş nedeni ile oluşan sıvı kayıpları vs.
- G-6-PD gibi enzim eksiklikleri,
- Hemolitik hastalık,
- Hipotroidi, Fenilketonüri vs. gibi endokrin ve metabolik hastalıklar,
- Sindirim sistemi sorunları (Mide, Bağırsak, Karaciğer ve Safra yollarındaki doğumsal veya gelişimsel bozukluklar,
- Anne sütü sarılığı (1-2 gün anne sütü kesildiğinde sarılık hızla açılır.)

Patolojik sarılıklarda bebekler yakın takibe alınır. Nedeni saptamak için ek tetkikler yapılır. Bebek gününe, kilosuna, erken veya zamanında doğmasına, bilirubin yükselme hızına, eşlik eden hastalık bulgularına, bilirubin düzeyine bakılarak değerlendirilir. Tedavisiz izlenir veya Fototerapi için yenidoğan servisine yatırılır. Fototerapi ultraviyole ışınları ile uygulanan bir tedavi yöntemidir. Fototerapiye cevap vermeyen ya da Total bilirubin düzeyi, kan değişimi sınırının üzerinde olan bebeklere kan değişimi uygulanır. Sarılık el ve ayaklarda da gözleniyorsa genellikle fototerapi seviyesindedir.

Bebeğin beslenmesinin bozulması, uyku hali, reflekslerin yavaşlaması, ateş, kusma, tiz sesle ağlama, koyu renkli idrar, ailede ciddi yenidoğan sarılığı öyküsü tehlike işaretleridir.

Sarılığın belirli bir seviyenin üzerinde seyretmesi Bilirubin beyindeki motor sinir hücrelerine oturması ile kalıcı hasara yol açar. Cerebral Palsy denilen nöromotor gelişim bozukluğu gelişir.

Bu nedenle sarılığın erken ve etkin tedavisi önemlidir. Hastanemizde yenidoğan bebekler serviste ve taburcu sonrası kontrole çağılarak sarılık, eve uyum sorunları ve beslenme yönünden değerlendirilir.

Bebeklerinizi sağlıklı ve sevgi dolu günlerde büyütmeniz dileğiyle.





Ürtiker

■ Ürtiker'i teşhisi, Anamnez, Kısıtlama testleri (gıda), Labaratu-
ar tetkikleri, Deri testleri ile belirlenir.

Ürtiker, deride ve mukozalarda eritemli, ödemli 2 saat ile 24 saat esnasında kaybolan papül (küçük) veya plaklar (şişlikler) la karakterize olan ve halk arasında kurdeşen olarak da adlandırılan bir tablodur. Bulgular 1-5 mm den 5-10 cm'lik büyüklüklere kadar olabilirler ve kaybolanların yerine başka bölgelerde yenileri oluşur. Ürtiker adını ısırgan otu (ürtica dioica) dan alır. Bulgular vakaların



Uzm. Dr. Suna DALÇIK
Dermatoloji

*Uludağ Üni. Tıp Fakültesi
mezun.*

*İhtisasını Haseki Eğitim ve
Araştırma Hastanesi'nde
yapmıştır.*

*2006 yılından itibaren hasta-
nemizde görev yapmaktadır.*

%20-30 kadarında deri veya mukozanın derinliklerinde oluşurlar ve kaşıntıdan ziyade ağrıdırlar. Bu durum anjio ödem olarak adlandırılır. Dudak ve göz çevresi eritemli ödemli olup, yutma güçlüğü hırıltı ve hastalarda endişe hali vardır. Üst solunum yolları etkilendiğinde hayatı tehlike oluşabilir. Ürtiker dünyanın her yerinde ve her yaşta görülür. Her iki cinste eşit olarak görülmekle birlikte, çocuklarda akut ürtiker, orta yaşlılarda ve kadınlarda kronik ürtiker, erkeklerde ise basınç ürtikeri sık görülür. Alerjen ile temas sonucu deride histamin salınımı oluşur ve vazodilatasyon neticesinde bulgular gelişir. Seyrine Göre akut (altı haftadan kısa süren) ve kronik (6 haftadan uzun süren ürtiker olarak ayrılır)



Ürtiker sebepleri

Fiziksel nedenler; sıcaklık değişimleri (ısı soğuk), egzersiz, solar (güneş), basınç, dermografizm (deriyi künt bir cisimle sürme ile kaba kıklık oluşumu), terleme, akua jenik (su ile temas)

Kolinerjik ürtiker (egzersiz ve stres), ilaçlar (aspirin, romatizma ilaçları, antibiyotikler, morfin, kodein, B1, B2 vitaminleri, radyokonstrast maddeler, lokal ve genel anestezikler.

Besinler ; süt ve süt ürünleri, deniz ürünleri, meyve (çilek muz kivi vb), ceviz fındık, yer fıstığı, bezelye, domates, patates, şarap, çikolata, baharat, tatlandırıcılar ve gıdalar-daki katkı maddeleri. Gıda allerjilerinde gıdanın deriye teması ile de ürtiker oluşabilir.

Enfeksiyonlar; mantar enfeksiyonları, diş enfeksiyonları, parazit enfeksiyonları, mide kandidiyazisi, bakteriyel (helicobacter pylori ve streptokok) enfeksiyonları.

Sistemik hastalıklar, maligniteler, kan ürünleri, aşılarda (polio, sarı humma ve bakteri aşılarda)

Otoimmün hastalıklar (Tiroid, vitiligo, romatoid artrit, insüline bağımlı diyabet)

Kontakt ürtiker

Allergenlerin deriye teması ile oluşur. Deniz hayvanları, bitkiler, turuncgil kabukları, gıdalar, (tarçın, soğan balık unu, patates, kuş burnu), peru balsamı, ilaçlar, lateks, kimyasallar, kozmetikler, böcekler (anılar, tahta kuruları, karnıca, sivri sinek, pireler toksik etkileri ile) ürtiker oluşturur.

Kronik idiyopatik ürtiker ; vakların büyük kısmında bir sebep bulmak mümkün değildir. Bu grup kronik idiyopatik ürtiker olarak adlandırılır. Otoimmün tiroid hastalıkları ile birliktelik görülmektedir.

Teşhis

- Anamnez
- Kısıtlama testleri (gıda)
- Laboratuvar tetkikleri
- Deri testleri

Tedavi

İlaçsız tedavi; tetikleyici faktörlerden kaçınmak

İlaçlı tedavi çok hafif vakalarda deri üzerine sürülebilen kaşıntı gidericiler. Bir sonraki aşamada birinci kuşak, ikinci kuşak, ve daha sonra yeni ikinci kuşak antihistaminikler H2 antagonistleri Ağır vakalarda epinefrin, prednizolon, kronik vakalarda; doksepin, tiroksin ve daha ileri tedavi yöntemleri.

Günümüzde allerjik hastalıkların artmasında sigara, stres, kentleşme, iklim değişiklikleri, hava kirliliği, kozmetikler, aşırı ilaç kullanımı, klimalı ve halı kaplı binalar, fazla çay, kahve tüketimi ve katkılı gıdaların aşırı tüketimi rol oynar. Ürtiker hastalar ve hekimler açısından zor bir hastalık grubudur.



Bademcik ve Geniz Eti



■ Bademcik ve geniz eti büyümeleri üst solunum yolunu daraltacak boyuta ulaştığında horlama ve apne dediğimiz uykuda nefessiz kalma meydana gelir...



Opr. Dr. Hüseyin B. BAYRAKTAR
Kulak Burun Boğaz
Hastalıkları

*İstanbul Üni Cerrahpaşa Tıp
Fakültesi mezunu. İhtisasını
Dokuz Eylül Üniversitesi'nde
yapmıştır.
2012 yılından itibaren
hastanemizde görev yap-
maktadır.*

Badecikler (Tonsil) ve geniz eti (Adenoid) vücudun bağışıklık sisteminde rol alırlar. Bu görevi -lenfosit- adı verilen ve mikroplarla savaşmakla görevli hücreleri üretmekle yerine getirirler. Herhangi bir şekilde ağızdan veya burundan giren mikropları tutmak gibi bir görevleri yoktur. Bademcikler boğaz girişinde dil kökünün iki yanında, geniz eti ise nasofarenks denilen burun arkasındaki geniz bölgesinde yer alır. Bademcik ve geniz eti tarafından üretilen lenfositler ve antikorlar lokal bağışıklık sisteminde sadece yardımcı bir role sahiptirler.

Yeni doğanda geniz eti ve bademcikler anneden geçen koruyucu savunma hücreleri nedeniyle küçüktürler. 4-5 yaşlarda daha sık olmak üzere geçirilen sık enfeksiyonlara bağlı olarak büyürler. Onlu yaşlardan itibaren küçülme eğilimi gösterirler. Geniz etinin büyük olması burundan solunuma engel oluşturur. Ayrıca kulak ve sinüslerin boşalmasını bozarak değişik boyutta problemlere yol açarlar. Bu çocuklarda işitme kayıpları, horlama, ağızdan soluma, gece öksürükleri, burun akıntılarını gözlenmektedir. Kronik geniz eti iltihapları veya büyümeleri ortodontik bozukluklar, yüz gelişiminde bozukluklar ve konuşma bozukluğuna yol açabilmektedir.

Bademcik ve geniz eti büyümeleri üst solunum yolunu daraltacak boyuta ulaştığında horlama ve apne dediğimiz uykuda nefessiz kalma gibi ciddi sorunlar başlatır. Bu durumlarda bir KBB uzmanı ile görüşülmesinde yarar vardır.

Romatizmal ateş olarak bilinen hastalık ise bademciklere yerleşen ve burada tekrarlayan iltihaplara yol açan A grubu beta hemolitik streptokoklara karşı oluşturulan antikorların yol açtığı bir komplikasyondur. Kalp kapakçıklarında, böbreklerde ve eklemlerde bozukluklara yol açabilmektedir.

Özellikle tekrarlayan enfeksiyonlara bağlı ameliyat kararı verirken hastaların genel durumu, enfeksiyonların günlük hayatı, iş ve okul hayatını etkileme derecesi, alerjinin varlığı, tanının konduğu mevsim gibi değişkenler de etkili olmaktadır. Yaz mevsiminde bu enfeksiyonlar belirgin olarak azalmakta olduğundan ilkbahar aylarında tanı konulan hastalarda son bahara kadar beklemek bu süreçte vücut savunma sistemini güçlendirecek aşı ve tedavilerin uygulanması, varsa alerjinin kontrol altına alınması tercih edilebilir. Antibiyotik tedavisi her zaman ameliyat için bir alternatif olmakla beraber sık antibiyotik kullanımına bağlı direnç gelişimi, mide bağırsak sistemi etkileri, alerjik reaksiyonlar dikkate alınmalıdır. Depo penisilin uygulaması ağrılı olması ve ciddi alerji riski nedeni ile sıklıkla tercih edilmemektedir.

İlaç tedavisinden fayda görülmediğinde cerrahi olarak bunların çıkartılmasına başvurulur. Bu ameliyata karar vermek için kullanılan iki kriter var.

Kesin ve göreceli olarak ameliyatın gerekliliği belirlenir.

- Üst solunum yolu bademcik ve geniz eti büyüklüğüne bağlı olarak sık sık tıkanıyorsa
- Bademcik etrafında abse oluşuyorsa
- Kötü huylu tümör şüphesi varsa
- Çene yapısını bozan geniz eti ve bademcik büyümesi görülüyorsa
- Konuşma bozukluğuna sebep oluyorsa
- Uyku apnesine yol açıyorsa bu durumlar kesin ameliyat gerektiren durumlar olarak karşımıza çıkar.

Göreceli kriterlerin en başında sık tekrar eden bademcik enfeksiyonları gelir, bademcik ameliyatlarının %40'ı bu nedenle yapılır. Göreceli kriterler;

- Son bir yılda yedi defa veya son iki yılda yıl başına beş defa veya son üç yılda yıl başına 3 defa ya da daha sık ateşli bademcik iltihaplanması geçirilmesi
- Hastanın difteri (Kuşpalazı) mikrobunu taşıyıcısı olması
- Hastada kalp kapak bozukluğu olması
- Bademcik ve geniz eti iltihaplanmasına bağlı olarak sık orta kulak iltihabı geçirilmesi.

Çocuğunuz bu tür problemler yaşıyorsa, hemen bir uzmana başvurun. Aksi takdirde, çocuklarda horlama, huzursuz uyku, gece terlemeleri gibi belirtileri beraberinde getiren bademcik ve geniz eti, büyüme ve gelişmede geri kalmaya, saldırganlık, huysuzluk gibi kişilik değişikliklerine, öğrenme güçlüklerine sebebiyet verir.

Çocuk felci aşısının yaz aylarında yapıldığı dönemlerde bademcik ameliyatlarının bu aylarda yapılmaması önerilmektedir. Günümüzde bu aşının standart olarak yapılmıyor olması nedeni ile artık yaz aylarında da bademcik ameliyatı yapılabilir.

Bademciklerin özellikle ilk 3 yaşta vücut savunma sisteminin (immün sistem) gelişmesindeki katkıları göz önüne alınarak solunum yolunun tıkanmasına neden olacak düzeyde büyüme olmadığı sürece cerrahinin geciktirilmesi tercih edilebilir. Ancak geniz eti operasyonlarında böyle bir alt sınır yoktur. Gerekli şartlar ve zorunluluklar oluştuğunda, çocuk daha da büyüsün diye beklemek çoğu zaman faydadan çok zarar getirecektir. Bademcik operasyonlarında üst yaş limiti yoktur fakat erişkin hastalar

da operasyon sonrası kanama, ağrı gibi komplikasyonlar daha sık görülür.

Ameliyat genel anestezi altında yapılmakta ve cerrahi 10-20 dakika civarında sürmektedir ancak hastanın anestezi için hazırlanması, ameliyat sonrası kanama kontrolü ve anestezinin sonlandırılması aşamaları ile birlikte toplam süre 45-60 dakikayı bulmaktadır. Anestezi biliminde son yıllarda gelişen yeni teknikler ve ilaçlar, anestezi komplikasyonlarını oldukça azaltmıştır. Operasyon sonrası ağrı özellikle erişkin hastalar için problem yaratabilir fakat çocuk hastalarda ağrı çoğu zaman basit ağrı kesicilerle ortadan kalkar.

Ameliyata bağlı gelişebilecek en önemli problem Kanama'dır. Kanama en sık ilk 24 saat içinde görülmektedir. Diğer bir riskli dönem ise ameliyat bölgesinde oluşan beyaz renkli iyileşme dokusunun döküldüğü 7-14. günlerdir. Bu nedenle ameliyatı takiben ilk 2 hafta beslenme yönünden kritiktir. Genel olarak sıcak olmayan yumuşak ve sıvı gıdalar tüketmek önerilmektedir.

Ağrı ise erişkinlerde iki haftaya kadar devam edebilirken çocuklarda çok daha kısa sürmektedir.

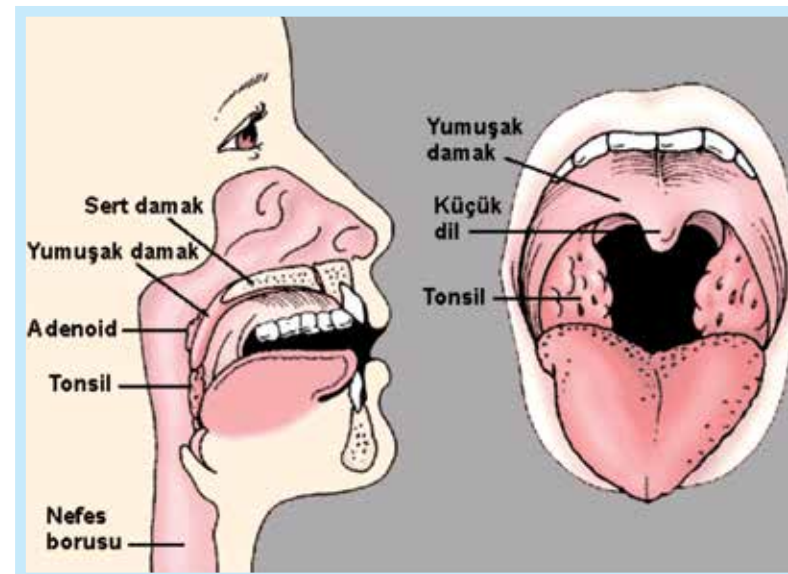
Ameliyat sonrasında ateşin 0,5-1 derece artması normaldir. Daha yüksek ve uzun süreli ateş genellikle susuz kalmaktan kaynaklanır. Bol sıvı almak önerilmektedir.

Çocuklar ameliyat sonrası 2-3 gün evde dinlenmelidirler. Ameliyattan 6-7 gün sonra okula dönebilirler. En az 14 gün spor faaliyetlerinde bulunmamalıdır.

Yetişkinler ameliyattan 7-10 gün sonra kontrol muayenesini takiben çalışmaya başlayabilirler. İki hafta boyunca sportif ve yorucu faaliyetlerden kaçınılmalıdır.

Ameliyat sonrası 3-4. Günden itibaren ilk 15 gün ılık su ile olmak üzere banyo yapılabilir.

Bademcik ameliyatından sonra daha kolay farenjit olduğu yolunda bir inanış vardır. Bademciği alınmış yada alınmamış insanlarda farenjit görülme oranı aynı sıklıktadır. Bademciklerin alınması farenjit olma oranını artırmamaktadır.



Hemoroid Hastalığı



Opr.Dr. Erol AYDIN
Genel Cerrahi

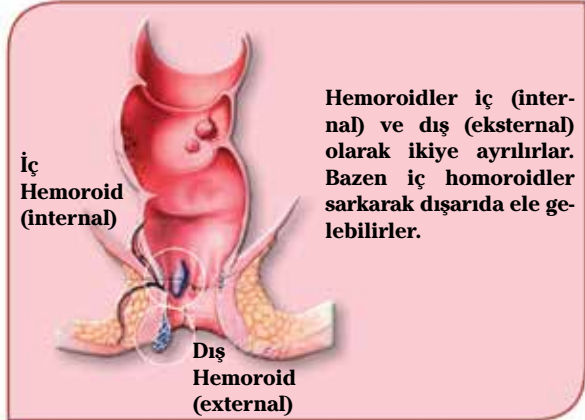
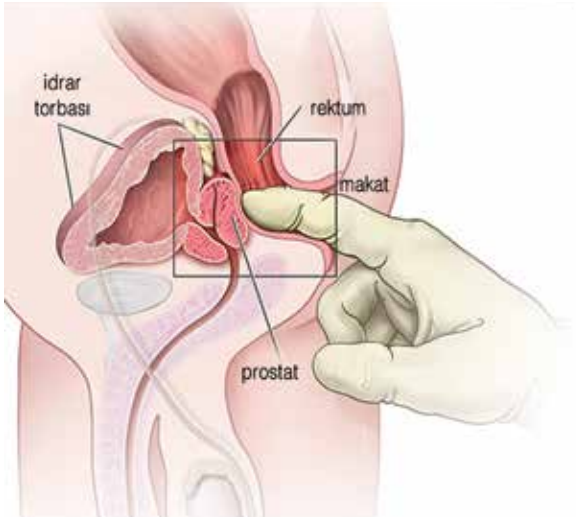
Trakya Üniversitesi Tıp
Fakültesi mezunu. İhtisasını
İstanbul Üni. Çapa Tıp
Fakültesi'nde yapmıştır.
2008 yılından itibaren
hastanemizde görev yap-
maktadır.

Hemoroid hastalığının türü ve evresine göre en düşük riskli, hastayı en az rahatsız edecek, tedavi ve sonrasını en konforlu şekilde geçirmesini sağlayan yöntemi seçmektir.

Hemoroidler, bağırsağın son kısmında anüs (makat) bölgesinde bulunan, içleri damar yumakları ve bağ dokusundan oluşan yastıkcıklardır.

Bunlar herkeste vardır ve makatın dışkı ve gaz kontrolünde yardımcı olurlar.

Bu yastıkcıkların genişlemesi ve sarkmasıyla makatta şişlik, ağrı, kanama gibi belirtilere yol açarlar ve buna hemoroid hastalığı denir.



Hemoroidler iç (internal) ve dış (eksternal) olarak ikiye ayrılırlar. Bazen iç hemoroidler sarkarak dışarıda ele gelebilirler.

Hemoroid hastalığının teşhisinde bölgenin gözlemi ve parmakla muayene genellikle yeterle olur.

Bazen anoskopi veya kolonoskopi gibi aletle muayene gerekebilir.

Hemoroid hastalığı şiddetine göre 1. 2. 3. ve 4. derece olarak sınıflandırılır.

1. Derece Hemoroidler: Sadece muayene ile varlığı anlaşılan içeride kalan hemoroidlerdir. Hastalar genellikle makattan kanama şikayetiyle başvururlar.

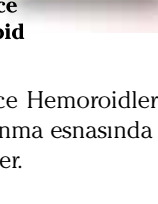
1. Derece Hemoroid



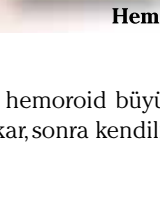
2. Derece Hemoroid



3. Derece Hemoroid



4. Derece Hemoroid



2. Derece Hemoroidler: Büyümüş hemoroid büyük tuvalette ıkınma esnasında dışarıya çıkar, sonra kendiliğinden içeri girer.

3. Derece hemoroidler: Hemoroid düğümü ıkınma, ağır iş, spor esnasında dışarıya çıkar, kendiliğinden içeri girmez. Parmakla iterek içeriye sokulabilir.

4. Derece hemoroidler: Sarkmış hemoroidler parmakla içeri itilemez.

Tedavi Yöntemleri

Hemoroid hastalığının çeşitli ameliyatsız veya ameliyatsız tedavi yöntemleri vardır. Seçilecek tedavi yöntemine muayene bulgularına göre karar verilir. Amaç, hemoroid hastalığının türü ve evresine göre en düşük riskli, hastayı en az rahatsız edecek, tedavi ve sonrasında en konforlu şekilde geçirmesini sağlayan yöntemi seçmektir. Gerekğinde bu yöntemlerden birkaçı aynı anda uygulanabilir.

SEMPTOMATİK (Şikayetlere Dönük) TEDAVİ:

Bunlar hemoroid hastalığının başlangıç döneminde veya diğer tedavilerle birlikte, şikayetlerin giderilmesinde yardımcı olurlar. Kalıcı tedavi sağlamazlar. Hemoroid krem-

leri ve fitiller makat çevresinin yumuşatılmasını ve ağrının azalmasına yardımcı olurlar. Sıcak suya oturma banyosu yine makat çevresine kaslarında gevşeme sağlayarak ağrıyı azaltır. Lif oranı yüksek gıdalarda (sebze, meyve, kepekli yiyecekler gibi) beslenme önerilir. Bu gıdalar kabızlığı önler. Gerekğinde dışkı yumuşatıcılar kullanılabilir. Hemoroidlerdeki kan akımının düzenlenmesine yardımcı bazı ilaçlar vardır. Bunların etkisi sınırlıdır ve genellikle diğer tedavilerle birlikte verilir.

AMELİYATLA TEDAVİ

Hemoroidektomi:

Klasik hemoroid ameliyatıdır. Hemoroidler kesilerek alınır. Genel veya lokal anestezi ile uygulanabilir. İleri derecedeki hemoroid hastalığında veya diğer yöntemlerin yetersiz kaldığı durumlarda tercih edilir. Ameliyat sonrası ağrının fazla olması dezavantajdır. Ligasure cihazı kullanılarak daha kısa sürede, dikişsiz ve kanamasız yapılabilir.

Hemoroidopeksi (Longo)

Stapler denilen aletle anüs mukozasının çepeçevre kesilip, tekrar dikilmesidir. Genel anestezi gerekmektedir. Oldukça etkili fakat daha pahalı bir yöntemdir.

AMELİYATSIZ TEDAVİ YÖNTEMLERİ:

Bu yöntemlerin avantajı hastanede yatılmayı gerektirmedi, genel anestezi (narkoz) uygulanmadan, sadece sakinleştiriciler ve lokal anestezi ile, bazen anesteziye yapılabilmeleridir. Klasik ameliyata göre çok daha az ağrı olmaktadır. Yönteme bağlı komplikasyon riski çok düşüktür ve defalarca uygulanabilir.

Bant ligasyonu (Ruberband):

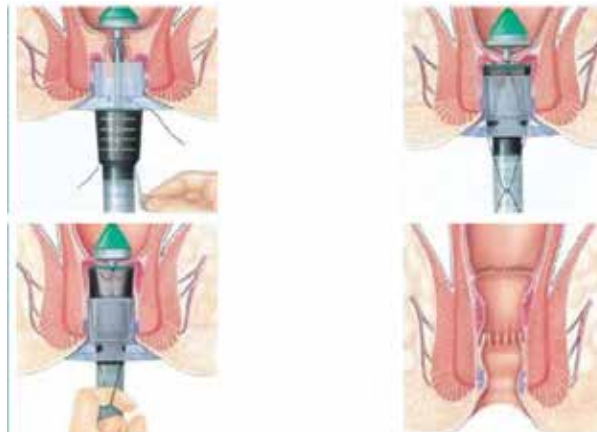
Hemoroidin lastik ligasyon bandıyla boğulması yöntemidir. Kan akımı bozulan hemoroidin sarkması önlenir. Özel bir tabanca aracılığıyla uygulanır. 1. 2. ve 3. derecedeki iç hemoroid hastalığında uygulanabilir.

Infrared Koagülasyon (Kızılötesi Işın):

Anoskop içinden sokulan infrared koagülatör cihazının probu, hemoroidleri besleyen damarların bulunduğu bölgeye dayanır ve ateşleme yapılır. Hemoroidlerin kan dolaşımı bozulur ve oluşan iyileşme dokusu sayesinde sarkması önlenir. 1. 2. ve 3. derecede iç hemoroid hastalığında uygulanabilir.

Skleroterapi:

Aethoxysclerol adlı ilacın hemoroid içine enjekte edilmesidir. Özel sırnaga ile enjekte edilen ilaç hemoroid içindeki damarların tıkanmasına ve hemoroidin küçülmesine yol açar. Diğer yöntemlerle kombine uygulanabilir.



Gebelikte Beslenme



Dyt. N. Emre KOYUNLU
Diyetisyen

Hacettepe Üni. Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü mezunu. 2008 yılından itibaren hastanemizde görev yapmaktadır.

Anne karnındaki bebeğin bedensel ve zihinsel olarak büyümesi ve gelişmesi annenin gebeliği süresince yeterli ve dengeli beslenmesi ile mümkündür. Gebelik süresince annenin yetersiz ve dengesiz beslenmesi ile erken (premature) doğum, düşük doğum ağırlıklı (2500 gramın altı) bebek, bedensel ve zihinsel yönden gelişimi yetersiz bebekler ve ölü doğumlar olabilmektedir.

Anne karnındaki Fetüsün besin ihtiyacı, gebelikle birlikte annede oluşan özel bir organ olan plasenta aracılığıyla sağlanır. Annenin beslenmesiyle aldığı vitamin, mineraller, protein ve diğer besin öğeleri yetersiz ise Fetüsün yeterli beslenmesini sağlamak için annenin depoları kullanılır. Örneğin anne yetersiz kalsiyum alıyorsa kemiklerinden kalsiyum çekilmeye başlar (osteomalasi), yetersiz demir aldığı anda ise ihtiyaç demir depolarından sağlanmaya çalışır ve bu durumda da annenin kan demir değerleri düşer (anemi).

Gebelikte vücutta yeni bir canlı büyüyüp gelişeceğinden anne beslenmesindeki günlük enerji, protein, vitamin ve mineral ihtiyaçları da doğal olarak artmaktadır. Hatta bazı vitamin ve mineral ihtiyaçları sadece besinler yoluyla sağlanamayacağından kadın doğum uzmanınız gebeliğin ilk haftalarından itibaren folik asit ve demir preparatları gibi bazı ek vitamin ve mineral önerisinde de bulunabilmektedir. Sağlıklı gebe bir kadının ihtiyaçları için gerekli ortalama besin kaynağı porsiyonları tabloda gösterilmiştir.

Enerji ihtiyaçlarıyla ilgili vurgulanması gereken en

önemli konu gebenin gebeliğe başlangıç ağırlığı dikkate alınarak gebelik ayına göre aylık ortalama 1-1,5 kg. lık (çoklu gebeliklerde değişebilir) ağırlık kazanımları normal kabul edilmekle birlikte gebelik öncesi anne ağırlığı normal ise ilk 1-3 ay normal enerji ihtiyacına 150 kalori, 4-9 aya arsında ise 300 kalorilik ek bir enerji ile destek verilmekte olup gebeliğe başlangıç ağırlığı yüksek olan gebelere ekstra bir enerji desteği verilmektedir. Anne eğer çok şişmense ilk 3 aya kadar enerji kısıtlaması yapılabilir fakat bu kısıtlama 1200-1500 kalori alımının altında kalmayacak şekilde olmalıdır. 4. aydan itibaren artık gebe anne kesinlikle zayıflatılmaz.

Gebelikte anne adayının yakın çevresinin, genellikle kulaktan dolma bilgilerle “iki canlısın bol bol ye!” gibi önerilerde bulunup gebeyi ihtiyacından çok fazla ve dengesiz enerji alımına yönlendirilmesinin bebeğe bir yarar olmayacağı gibi bilakis bebek ve annenin sağlığını olumsuz yönde etkileyerek doğumu da zorlaştırabilmektedir. Sağlıklı bir gebeliğe hazırlık için gebelik öncesi beslenmenin de dengeli ve yeterli olması gerektiğini sakın unutmayalım. Sağlıklı ve mutlu gebelikler.

Gebe Kadınlar İçin Gerekli Günlük Besin Tüketim Miktarları

Besin Grupları	Miktar
Süt Yoğurt	2 su bardağı (400-500 ml)
Peynir (çok yağlı olmayan)	2 kibrit kutusu kadar (60 g)
Et, tavuk, balık	3-4 porsiyon
Yumurta, kuru baklagiller	1 porsiyon
Taze sebze ve meyveler (mevsiminde)	5-7 porsiyon
Tahıllar	
Ekmek (mümkünse tam tahıllı)	4-6 dilim
Pirinç, bulgur, makarna, vb.	Hiç veya 2-3 porsiyon

* Sağlıklı bir gebe için ortalama değerlerdir, ihtiyaçları bireysel farklılıklar gösterebilir.

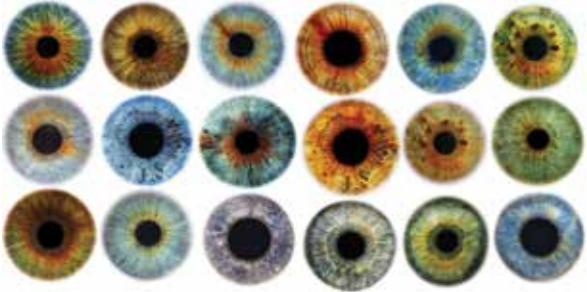


Deve Kuşu Yumurtasından “KEMİK DOLGUSU” Üretildi...

Selçuk Üniversitesi (SÜ) Diş Hekimliği Fakültesi öğretim üyesi prof.Dr.Ercan Durmuş konuyla ilgili yaptığı açıklamada, insan kemiği dolgu maddesi üretilmesiyle ilgili araştırmalara, Veteriner Fakültesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. İlhami Çelik ile 2002’de başladıklarını söyledi.

“Trafik kazaları başta olmak üzere çeşitli kemik yaralanmalarının tedavisi yurt dışından ithal ettiğimiz ve fiyatı

son derece pahalı olan sentetik dolgu maddeleriyle yapılabiliyor. Yada kadavra ve sığırdan alınan kemik parçalarını kullanılabiliyor. Ancak bu da greft uygulanan hastaya enfeksiyon bulaşmasına neden olabiliyor. Deve kuşu yumurta kabuğu ve zarının, kompakt veya süngerimsi kemik dokusunun, hasar ve farklı nedenlerle oluşan kemik kayıplarının tedavisinde yüzde yüz olumlu sonuç verdiğini tespit ettik. Deve kuşunun yumurta kabuğundan sentetik madde içermeyen, yüzde 100 doğal yöntemlerle elde ettiğimiz toz ve jel, hem enfeksiyon bulaşma riskini tamamen ortadan kaldırıyor hem de ithal edilen sentetiklerin üçte bir fiyatına mal oluyor. Proje Sanayi ve Ticaret Bakanlığının desteğiyle TÜBİTAK tarafından İstanbul Fuar Merkezi’nde bu yıl ikincisi düzenlenen İnovasyon Fuarı’nda görücüye çıktı. SÜ Konya Teknokent Selçuk TTO tarafından hazırlanan stantta sergilenen proje, katılımcıların ilgi odağı oldu.”



HERKES İSTEDİĞİ GÖZ RENGİNE SAHİP OLACAK

ABD’nin New York kentinin Long Island bölgesinde bulunan ‘Island Eye Surgicentre’ adlı göz hastanesi, Doktor Kenneth Rosenthal öncülüğünde yaptığı çalışmayla ‘yapay iris implantı’ ile göz rengini değiştirmenin yolunu buldu.

Bu operasyon sayesinde artık geçici lenslere ihtiyaç duyulmadan, kalıcı bir şekilde mavi gözlere sahip olunabilecek. Yöntemin kozmetik sebepler dışında, iki gözü farklı renk olan heterokromi hastalarına da uygulanabileceği vurgulandı. Renk değişimini sağlayan implantı üreten BrightOcular adlı firma, implantın herhangi bir yan etkisinin bulunmadığını ve uygulanan kişilerde herhangi bir görme bozukluğuna sebep olmadığını altını çiziyor. Lokal anestezi ile yapılabilen operasyon 15 dakika sürüyor. Dr. Rosenthal’ın bu işlemi göz korneasında 2.8 mm’lik bir kesik açarak göze yerleştirdiği silikon implantla yapıldığı belirtiliyor.

İNSAN BEYNİNİN SIRLARINI ÇÖZEBİLMEK İÇİN DEV PROJE

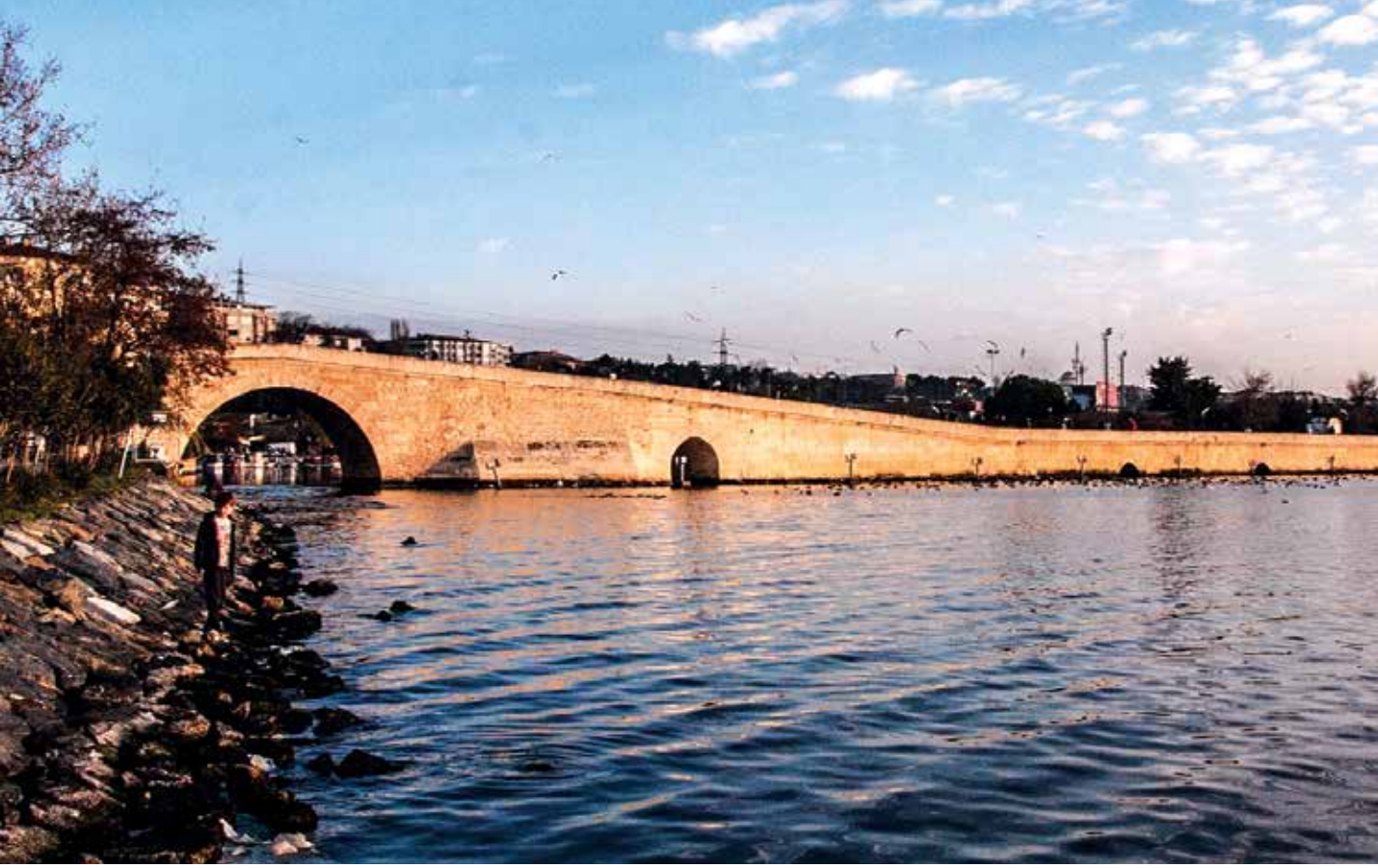
İngilizce ‘The Human Brain Project’ yada kısaca HBP olarak bilinen proje ile, insan beyninin işleyişini bilgisayar ortamına taşıyacak teknolojiler geliştirecek. Mevcut hali hazırda bulunan ve her yıl onbinlercesi yayımlanan beyin araştırmalarını bir araya getirerek bir veri tabanını oluşturulmasını hedefliyor. Toplam maliyetinin 1 buçuk milyar dolar, bulması beklenen araştırma kısmen Avrupa Birliği tarafından finanse ediliyor.

Proje ile insan beyni araştırılıyor

Halihazırdaki bilgisayar teknolojisi beynin işlevlerini taklit edebilecek düzeyde değil. Fakat önümüzdeki on yıl içerisinde süper bilgisayarların insan beyni kadar hızlı ve karmaşık çalışma yetisine yaklaşabileceği tahmin ediliyor.

Bilim çevreleri İnsan Beyni Projesini, insanın genetik haritasının çıkarıldığı İnsan Genomu Projesi’ne benzetiyor. Genom Projesi, dünyanın dört bir yanından binlerce araştırmacının katkılarıyla on yılı aşkın bir sürede gerçekleştirilmişti.

Ancak İnsan Beyni Projesi, beynin tam bir haritasını çıkarmayı vaat etmiyor. Bu süreç insanoğlu için şu an aşırı karmaşık bir iş. İnsan beyni 100 milyar sinir hücresi ve 100 trilyon sinaptik bağlantı içeriyor



Küçükçekmece Köprüsü

Bizans ve Osmanlı döneminin en muhteşem mesire yeri, yazlık saraylar ve avlaklarını bulduğu Halı-Küçükçekmece civarında avlanmakta olan Kanuni Sultan Süleyman, şiddetli fırtana ve yağmura yakalanır. Vadiyi kaplayan sel sularının gazabından güçlükle kurtulan padişah, İskender Çelebi Sarayı'na sığınır ve burada 24 saat mahsur kalır. Bu olaydan sonra Mimar

Sinan'a köprünün yeniden yapılmasını emreder. Hammer, Osmanlı Tarihi'nde köprünün yapımını bu şekilde nakletmekle birlikte kimi tarihçiler, köprünün Mimar Sinan'ın selefi, Osmanlı'nın bilinen ilk başmimarı Acem Ali tarafından gerçekleştirildiğini ileri sürülmektedir. Kimbilir, belki de ikisi de doğrudur. Zira, Roma çağında Myrmex (karnca geçidi) ismini almış ahşap köprüden Bizans ve



Köprü civarı da dahil olmak üzere Küçükçekmece Gölü, yalnızca insanlar için değil, aynı zamanda çok çeşitli kuş türü tarafından da güzel bir habitat olup, Doğa Koruma ve Milli Parklar Genel Müdürlüğü'nün Uluslararası Önemli Sığınak Alanları listesinde yer almaktadır. Fotoğraf sanatçıları ve kuş gözlemcilerinin sık ziyaret ettiği yerlendendir.



Osmanlı Dönemlerine uzandıkça, gördüğü doğal afetler ve savaşıardan Kanunı kadar şanslı çıkamamış olacak ki, onlarca kez yıkılmış, ama stratejik konumu dolayısıyla yüklendiği ağır görevi yerine getirmek üzere taş ustalarının maharetli elleriyle onarılmış yahut tekrar yapılmış.

Yine de köprüden mahrum kalınan dönemler olmuştur tabii. Bu dönemlerde karşıdan karşıya geçmekte kullanılan ve “Çekmece” ismini alan salları, Bizans dönemindeki Rhagion isimli bölgeye bugünkü adını vermiştir.

Batılı kaynaklarda Ponte Piccolo (Küçük Köprü) olarak anılan köprü, Osmanlı zamanında İstanbul’un giriş – çıkış kapısı sayılmış, tarihinde pek çok olaya evsahipliği etmiş olup Avrupa’dan gelen imparatorların karşılandığı veya elçilerin geri çevrildiği sınır olarak bir ucunda kontrol noktası ve karakol yer alırdı.

1993 yılında yapılan restorasyondan sonra araç trafiğine kapatılarak yayaların kullanımına bırakılmış, 2007’de gerçekleştirilen ve 1.3 milyon liraya malolan son restorasyonla geceleri Küçükçekmece’nin boynunda ışıldayan elmas gerdanlık misali bugünkü sevimli halini almıştır. Günümüzde 227 metre uzunluğunda ve ortalama 7 metre genişlikteki köprünün 12 gözü olup gerçekte orijinal halinden günümüze değişmeden kalan hemen yegane yadigar, en büyük gözü oluşturan ve 12 metre açıklığa, 5 metre yüksekliğe sahip olan büyük kemerdir.

XXX

Dürr-i eşkin etrafıma ekmece
Göründü nihayet Küçükçekmece
Küçükçekmece bir müferrâh mahal
Havası iyi olmamak muhtemel

Güzel cami bir imaret de var
Dahi nice asâr-ı himmet de var
Küçük karye amma letâfetli yer
Beyaz etmeği var suyu kand-i ter

Kenarındaki göl denizden cesîm
Yapılmış o deryaya cisr-i azîm
Gören bâm-ı çarha sanır bir oluk
Kenarında var tahtadan korkuluk

Oturdum nişiminde hayran olup
Görüp anda derbendi şâdan olup
Kuş uçmaz mahal görmedinse eğer
Varup eyle derbend-i şâha nazar

Eğer tezkiren yok ise dön geri
İstanbul’a avdet edip serseri
Vezir ol, emîr ol ne olursan ol
Kapanır o demde sağ ve sol

Bu dünyâyı versen bölükbaşıya
Ne mümkün seni öteye taşıya

Keçecizade İzzet Molla,
(Keşan’a sürgüne giderken konakladığı
sırada Küçükçekmece)

R u m e l i H a s t a n e s i

**Uzm. Dr. Vahap BAKLACI**
(Başhekim)
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Ege Üni. Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını Çukurova Üni Tıp Fakültesi'nde yapmıştır. 2005 yılından itibaren hastanemizde görev yapmaktadır.

**Opr. Dr. Nilgün K. HUNCA**
(Başhekim Yardımcısı)
Kadın Hastalıkları ve Doğum

İstanbul Üni. İst. Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını Haydarpaşa Numune Hastanesi'nde yapmıştır. Yüksek Lisansını, Bahçeşehir Üni. Hastane Yöneticiliği bölümünde tamamlamıştır. 2006 yılından itibaren hastanemizde görev yapmaktadır.

**Opr. Dr. Faruk YERLİOĞLU**
Üroloji

İstanbul Üni. İst. Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapmıştır. 2010 yılından itibaren hastanemizde görev yapmaktadır.

**Opr. Dr. Mehmet Akif GÜVENDİ**
Üroloji

İstanbul Üni. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapmıştır. 2010 yılından itibaren hastanemizde görev yapmaktadır.

**Doç. Dr. Lutfiye ERSOY**
Dermatoloji

İstanbul Üni. İst. Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını Sıslı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapmıştır. 2011 yılından itibaren hastanemizde görev yapmaktadır.

**Uzm. Dr. Suna DALÇIK**
Dermatoloji

Uludağ Üni. Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapmıştır. 2006 yılından itibaren hastanemizde görev yapmaktadır.

**Uzm. Dr. İbrahim Emre EROL**
Cildiye (Dermatoloji)

Bursa Uludağ Üni. Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını GATA Ankara'da yapmıştır. 2012 yılından itibaren hastanemizde görev yapmaktadır.

**Opr. Dr. Mehriban ARIKAN**
Kadın Hastalıkları ve Doğum

İstanbul Üni. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını Haydarpaşa Numune Hastanesi'nde yapmıştır. 2011 yılından itibaren hastanemizde görev yapmaktadır.

**Opr. Dr. Hasan KAYIM**
Kadın Hastalıkları ve Doğum

Cumhuriyet Üni. Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını İstanbul Üni. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde yapmıştır. 2012 yılından itibaren hastanemizde görev yapmaktadır.

**Opr. Dr. Rabia YILDIRIM AKBAŞ**
Kadın Hastalıkları ve Doğum

Trakya Üni. Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapmıştır. 2012 yılından itibaren hastanemizde görev yapmaktadır.

**Opr. Dr. Mehmet AYĞÜN**
Kadın Hastalıkları ve Doğum

İstanbul Cerrahpaşa Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapmıştır. Perinatoloji Eğitimini Süleymaniye Doğum ve Kadın Hastalıkları Hastanesi'nde tamamlamıştır. 2011 yılından itibaren hastanemizde görev yapmaktadır.

**Opr. Dr. Barış ÇÖLLÜOĞLU**
Beyin ve Sinir Cerrahisi Uzmanı

Osmangazi Üni. Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde yapmıştır. 2011 yılından itibaren hastanemizde görev yapmaktadır.

**Doç. Dr. Yusuf GÜNERHAN**
Genel Cerrahi

Atatürk Üni. (Erzurum) Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını Haydarpaşa Numune Hastanesi'nde yapmıştır. 2013 yılından itibaren hastanemizde görev yapmaktadır.

**Opr. Dr. Erol AYDIN**
Genel Cerrahi

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını İstanbul Üni. Çapa Tıp Fakültesi'nde yapmıştır. 2008 yılından itibaren hastanemizde görev yapmaktadır.

**Opr. Dr. Kenan İPEK**
Genel Cerrahi

Ankara Üniv. Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi'nde yapmıştır. 2013 yılından itibaren hastanemizde görev yapmaktadır.

**Opr. Dr. Serkan ÇAĞAN**
Ortopedi ve Travmatoloji

Dokuz Eylül Üni. Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını Taksim Eğitim Araştırma Hastanesi'nde yapmıştır. 2013 yılından itibaren hastanemizde görev yapmaktadır.

**Op. Dr. Ali Volkan ÖZLÜK**
Ortopedi ve Travmatoloji

İstanbul Üni. Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapmıştır. 2013 yılından itibaren hastanemizde görev yapmaktadır.

**Opr. Dr. Hüseyin ŞİMŞEK**
Göz Hastalıkları

Ankara Üni. Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını Dicle Üni. Tıp Fakültesi'nde yapmıştır. 2012 yılından itibaren hastanemizde görev yapmaktadır.

**Uzm. Dr. Kadriye ALPAY**
Nöroloji

İstanbul Üni. İst. Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını İstanbul Üni. Çapa Tıp Fakültesi'nde yapmıştır. 2011 yılından itibaren hastanemizde görev yapmaktadır.

**Uzm. Dr. Şebnem KORKMAZ**
Biyokimya

İstanbul Üni. İst. Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını Ankara Üniv. Tıp Fakültesi'nde yapmıştır. 2013 yılından itibaren hastanemizde görev yapmaktadır.



Opr. Dr. Turgay HAN
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları

İstanbul Üni. İst. Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapmıştır. 2011 yılından itibaren hastanemizde görev yapmaktadır.



Opr. Dr. Levent SAĞIT
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları

İstanbul Üni. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapmıştır. 2012 yılından itibaren hastanemizde görev yapmaktadır.



Opr. Dr. Hüseyin B. BAYRAKTAR
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları

İstanbul Üni. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını Dokuz Eylül Üniversitesi'nde yapmıştır. 2012 yılından itibaren hastanemizde görev yapmaktadır.



Uzm. Dr. Çağlar CANBULAT
İç Hastalıkları

İstanbul Üni. İst. Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını Gaziantep Üniversitesi'nde yapmıştır. 2008 yılından itibaren hastanemizde görev yapmaktadır.



Uzm. Dr. Gönül İREN
İç Hastalıkları

İstanbul Üni. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını İstanbul Üni. Haseki Kardiyoloji Enstitüsü'nde yapmıştır. 2007 yılından itibaren hastanemizde görev yapmaktadır.



Uzm. Dr. Mustafa Çetin EZEL
İç Hastalıkları Uzmanı

İstanbul Üni. İstanbul Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını Haydarpaşa Numune Hastanesi'nde yapmıştır. 2006 yılından itibaren hastanemizde görev yapmaktadır.



Uzm. Dr. Ali Haydar RENKAL
İç Hastalıkları

Ege Üni. Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapmıştır. 2012 yılından itibaren hastanemizde görev yapmaktadır.



Uzm. Dr. Gülten Dönmez KÜLLÜ
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

İstanbul Üni. İst. Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapmıştır. 2008 yılından itibaren hastanemizde görev yapmaktadır.



Uzm. Dr. Sibel K. MERCAN
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Trakya Üni. Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapmıştır. 2012 yılından itibaren hastanemizde görev yapmaktadır.



Uzm. Dr. Gürbüz DOĞU
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

İstanbul Üni. İst. Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını GATA Ankara'da yapmıştır. 2010 yılından itibaren hastanemizde çalışmaktadır.



Uzm. Dr. Zafer BURSALI
Kardiyoloji

İstanbul Üni. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını İst. Üni. Haseki Kardiyoloji Enstitüsü'nde yapmıştır. 2013 yılından itibaren hastanemizde görev yapmaktadır.



Uzm. Dr. Özgür SÜ
Radyoloji

Ankara Üni. Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını Uludağ Üni. Tıp Fakültesinde yapmıştır. 2013 yılından itibaren hastanemizde görev yapmaktadır.



Uzm. Dr. Neslihan ALPARSLAN
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon

İstanbul Üni. İstanbul Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını Haydarpaşa Numune Hastanesi'nde yapmıştır. 2011 yılından itibaren hastanemizde görev yapmaktadır.



Uzm. Dr. Salamon OVADIA
Anestezi ve Reanimasyon

İst. Üni. Çapa Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını Stadt. Krankenanstalten Bielefeld'de Almanya'da yapmıştır. İhtisasını Şişli Etfal Hastanesi'nde yapmıştır. 2006 yılından itibaren hastanemizde görev yapmaktadır.



Uzm. Dr. Sevinç GÖKTUNA
Anestezi ve Reanimasyon

İstanbul Üni. İst. Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını Haydarpaşa Numune Hastanesi'nde yapmıştır. 2010 yılından itibaren hastanemizde görev yapmaktadır.



Dr. Abdulmecit BULUT
Acil Doktoru

Pamukkale Üni. Tıp Fakültesi mezunu. 2010 yılından itibaren hastanemizde görev yapmaktadır.



Dr. Nihat TANIŞIK
Acil Doktoru

Akdeniz Üni. Tıp Fakültesi mezunu. 2010 yılından itibaren hastanemizde görev yapmaktadır.



Dr. Ziya TÜRKES
Acil Doktoru

İstanbul Üni. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi mezunu. 2012 yılından itibaren hastanemizde görev yapmaktadır.



Dt. Aylin HOŞZEBAN
Diş Hekimi

İstanbul Üni. Diş Hekimliği Fakültesi mezunu. İhtisasını Çapa Diş Hekimliği'nde yapmıştır. 2004 yılından itibaren hastanemizde görev yapmaktadır.

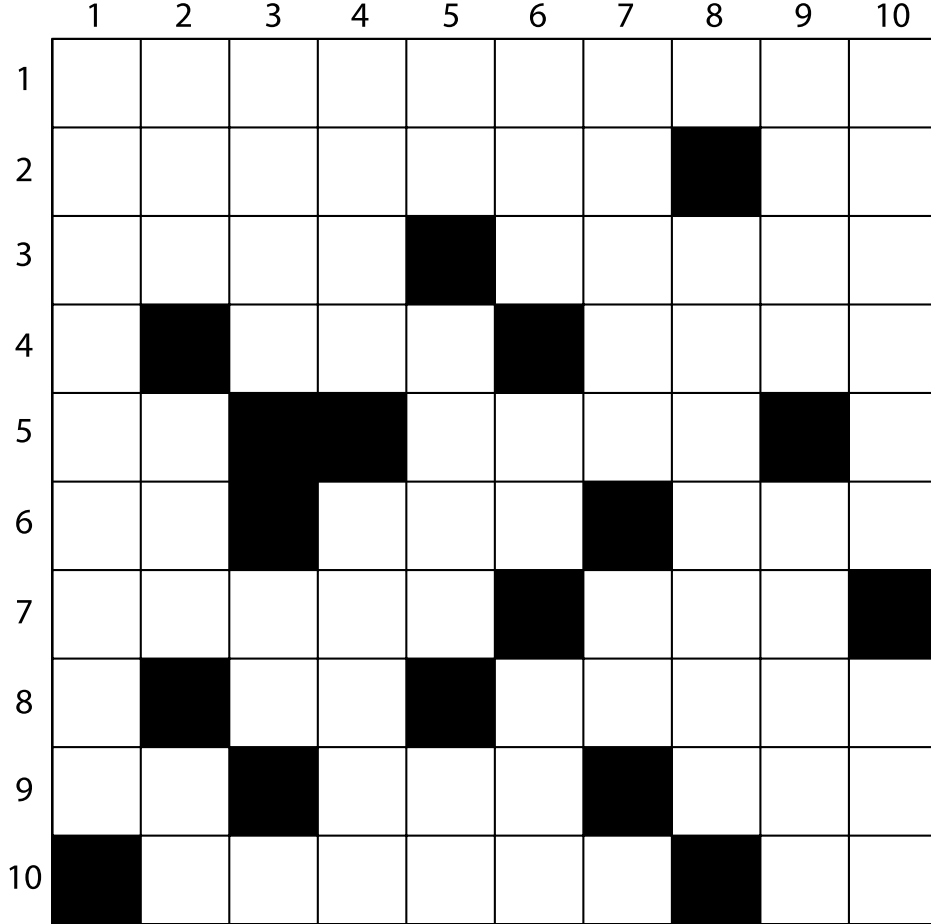


Dyt. N. Emre KOYUNLU
Diyetisyen

Hacettepe Üni. Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü mezunu. 2008 yılından itibaren hastanemizde görev yapmaktadır.

Sağlık'lı BULMACA

Hazırlayan : Opr. Dr. Nilgün KUŞTARCI HUNCA



SOLDAN SAĞA

1. Çocuk hastalıkları uzmanı 2. Yabancı dilde gerçeklik - Uzaklık anlatan söz 3. TAC MAHAL'in bulunduğu şehir - Bir çokluğu oluşturan varlıkların her biri 4. Gözleri görmeyen - Vücudumuza kan pompalayan organ 5. İridyumun Simgesi Süleymanoğlu soyadlı ünlü haltercimiz 6. En kısa zaman biriminin kısaltması, Sergen, Eski dilde göz 7- Dağların eğimli yüzeyi Acı çekirtme 8. İlave, Taşıtlara takılan tanımlayıcı levha, 9. Soru sözü, Ceylan Kutsal Işık 10- Hastanemizin ismi, Türk hava yolları rezervasyon numaralarının en başındaki harfler

YUKARIDAN AŞAĞIYA

1.Tıp Fakültesini bitirmiş ancak uzmanlığı olmayan hekim 2. Beyin dalgalarını ölçme yöntemi-Hücresele bir genetik materyalin kısaltması-Yiğit 3.Tartılan bir nesnenin kabının ağırlığı-Kuzu sesi 4- Mahkemelerde hüküm belgesi-Sayı işaretleri 5.Bir hayvan-Yavru yetiştirecek duruma gelmiş hayvan-Helyumun simgesi 6.Doktor-

ların meslek odalarının kısaltması-Bağışlama-Zarflara yapıştırılır. 7.Bir tür şifacılık yöntemi-Bir uzvumuz 8.Eski dilde bir ay ismi 9. Uslup-Değerli bir taş 10- Kanayan yaraya yapılır-Toprağa su akıtmak için yapılan oluk

Önceki Sayının Çözümü...

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	E	N	F	E	K	S	İ	Y	O	N
2	N	A	R			A	R	A	B	A
3	J			B	O	L	İ	V	A	R
4	E	T	M	E		A	B	A		S
5	K	İ		K	O	M	A	N	Ç	İ
6	S		M		T	U	Ş		İ	Z
7	İ	T	İ	B	A	R		K	L	M
8	Y	A	Z		M	A	K	U	L	
9	O	S	A	K	A		E	M	E	K
10	N	A	N		K	A	M	A	R	A

ÖZEL
RUMELİ
HASTANESİ

Hastanemiz SGK (SSK, BAĞKUR, EMEKLİ SANDIĞI) Anlaşmalıdır.

DİĞER ANLAŞMALI KURUMLAR

ÖZEL SİGORTA ŞİRKETLERİ

YAPI KREDİ SİGORTA
ACIBADEM SİGORTA
EUROKO SİGORTA
MAPFRE GENEL SİGORTA
AXA SİGORTA
ZİRAAT SİGORTA
AK SİGORTA
DEMİR HAYAT
ERGO SİGORTA
FORTİS BANK SANDIK DIŞ TİCARET
CGM (Compu Group Medical)
TÜRKİYE ASİST CARD SİGORTA

BANKALAR

TÜRKİYE HALK BANKASI
EMEKLİ SANDIĞI
İŞ BANKASI
AKBANK TEKAÜT SANDIĞI

İNDİRİMLİ KARTLARIMIZ

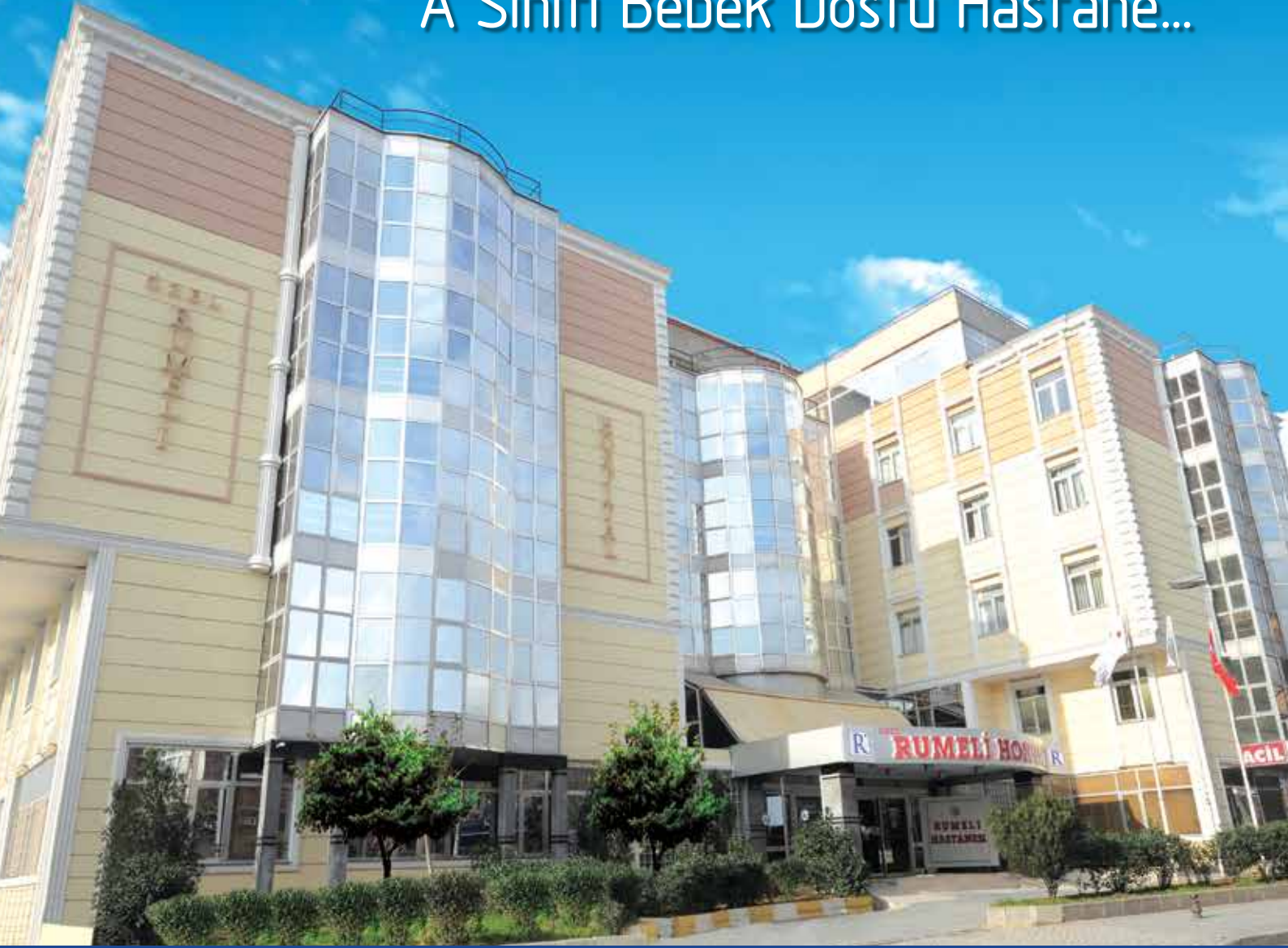
ARTI YAŞAM
CARD FİNANS
PROMED
FİBA SİGORTA
FİNANS BANK

KADIKÖY CARD
MED PAWER
SUPER CARD
S- LİNE
FİBA SİGORTA
ELİTE SİGORTA
ANGELSS CARD
ŞİŞLİ CARD
HDI
ÜYE KARTI
DAH ASSIST
BAŞAK GROUPAMA
CLUB FİNANS
MEDLINE
BEYKARD

***MAPFRE GENEL SİGORTA İLE TAMAMLAYICI SİGORTA ANLAŞMASI MEVCUTTUR.**



ISO 9001 Kalite Belgeli A Sınıfı Bebek Dostu Hastane...



BİRİMLERİMİZ

- GENEL CERRAHİ BÖLÜMÜ
- İÇ HASTALIKLARI
- KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM
- ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ
- KULAK BURUN BOĞAZ
- NÖROLOJİ BÖLÜMÜ
- ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
- BEYİN VE SİNİR CERRAHİSİ (NÖROŞİRURJİ)
- CİLDİYE (DERMATOLOJİ)
- ÜROLOJİ
- GÖZ HASTALIKLARI
- BESLENME VE DİYET
- ESTETİSYEN
- Diş
- FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON
- AMELİYATHANE
- ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON
- DOĞUMHANE
- YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ
- ERİŞKİN YOĞUN BAKIM
- BİYOKİMYA
- CHECK UP
- RADYOLOJİ

TEŞHİS VE TEDAVİ ÜNİTELERİ

- Hematoloji,
- İmmünoloji,
- Biyokimya,
- Patoloji,
- Alerji testleri,
- Mikrobiyoloji,
- Hormon testleri,
- Endoskopi,
- Kolonoskopi,
- Rektoskopi,
- Gastroskopi,
- MR,
- Bilgisayarlı Tomografi,
- Mammografi,
- Renkli Doppler,
- Ultrasonografi,
- Panoramik Röntgen,
- Direkt röntgen,
- Girişimsel Röntgen,
- Girişimsel Radyolojik İşlemler,
- DİTİ,
- Odyometri,
- Timpanometri,
- Yenidoğan işitme testi.