



GLOKOM NEDİR?

KOLESTEROL Dost mu? Düşman mı?

Düşükler (Abortus)

Radyoloji

Sünnet

Sedef Hastalığı

Neden Check-Up

İçindekiler

05

Rumeli BÖLÜM

Glokom Nedir?

Güneş Gözlüğü Neden Önemli,
Alırken Nelere Dikkat Etmeli!

10

Rumeli SAĞLIK

- KOLESTEROL Dost mu? Düşman mı?
- Düşükler (Abortus)
- Radyoloji
- Sertleşme Sorunu
- Sünnet
- Sedef Hastalığı
- Neden Check-Up
- Akılcı İlaç
- Yarımburgaz Mağaraları

30

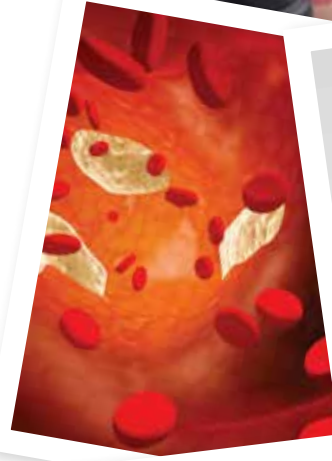
Rumeli Gezi

32

Rumeli Ekibimiz

34

Bulmaca





Genel Yayın Yönetmeni
Opr. Dr. Nilgün KUŞTARCI HUNCA

Editör'den

İyi Yazlar

Rumeli Dergi, her üç ayda bir çıkan mevsimsel sayılarıyla Rumeli Hastanesi dostlarından aldığı itici güçle yayın hayatına devam ediyor.

Her sayıda hastanemizin bir ünitesini ön plana çıkararak daha etraflica tanıtmayı amaçlıyoruz. Okurların ilgisini çekeceğine ve günlük pratikte yararlı olacağına inandığımız konuları seçmeye özen gösteriyoruz. Yayın kurulunun tüm üyelerinin çabası takdire değer. Özellikle her sayıda dönüşümlü olarak gezi sayfasını yazı ve güzel fotoğraflarıyla hazırlayan, Op. Dr. Levent SAĞIT ve Uzm. Dr. Çağlar CANBULAT'a teşekkürler. Sayelerinde ilçemizde ve yakın çevremizdeki tarihi ve görülmeye değer yerler hakkında bilgi sahibi oluyoruz. Yanından fark etmeden geçtiğimiz ne çok hazinemiz varmış!

Gelecek sayılarda buluşmak dileğiyle güzel bir yaz geçirmeniz diliyorum.

Genel Yayın Yönetmeni
Opr. Dr. Nilgün KUŞTARCI HUNCA



Opr. Dr. R. Faruk YERLİOĞLU

Gözetim'den

Zaman hızla akıp gidiyor. Küresel ısınmayla beraber mevsimler sertleşiyor. Yaşamın ve ekonomik düzenin hızına ayak uydurmak her gün zorlaşıyor.

Bizler Rumeli Grubu olarak zamanın hızına, sağlık sistemindeki sert, biraz da haksız rekabete uyum sağlamaya çalışıyoruz.

Büyümek gelişmek zorunda olduğumuzu biliyoruz, büyüemeyenlerin bu sistem içerisinde yok olacağının farkındayız.

Biraz gecikmiş olsak büyümek ve daha iyi sağlık hizmeti vermek için hem kadro anlamında hem de fiziki anlamda yatırımlarımız ve değişimimiz hızla devam etmektedir.

Bizler amatör ruhlarımızla bu acımasız ve haksız sistem içerisindeki onurlu duruşumuzu sonsuza kadar sürdüreceğiz.

Aramızdan ayrılan değerli meslektaşlarımız hastanemiz iç hastalıkları uzmanı Uz.Dr. Mustafa Çetin Ezel ve radyoloji uzmanı Uz. Dr. Hüseyin Numan Düven'e Allahtan rahmet ailelerine ve tüm meslektaşlarına baş sağlığı diliyoruz.

Rumeli Hastanesi Yönetim Kurulu
Opr. Dr. R. Faruk YERLİOĞLU



Sahibi:
Özel Rumeli Hastanesi
Sağlık Hizmetleri Ltd. Şti.

Genel Yayın Yönetmeni
Opr. Dr. Nilgün Kuştarıcı Hunca

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü
Beyhan Mutlu

Editöryal Hazırlık
Meryem Gülsu
Gökmen Ural

Yönetim Merkezi
Tevfik Bey Mah. Mektep Sk.
No:11 Sefaköy/K.Çekmece/İst.
Tel: 0212 580 86 86

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

Opr. Dr. Nilgün Kuştarıcı Hunca - Opr. Dr. R. Faruk Yerlioğlu - Opr. Dr. Hasan Kayım - Uzm. Dr. Çağlar Canbulat - Opr. Dr. Barış Çöllüoğlu -
Opr. Dr. Levent Sağıt - Doç. Dr. Yusuf Günerhan - Dyt. N. Emre Koyunlu - Hemşirelik Hiz. Gülten Şüyün -
Bilgi İşlem Sorm. Gökmen Ural - Kalite Birim Sorm. Beyhan Mutlu - Poliklinik Hiz. Sorm. Meryem Gülsu



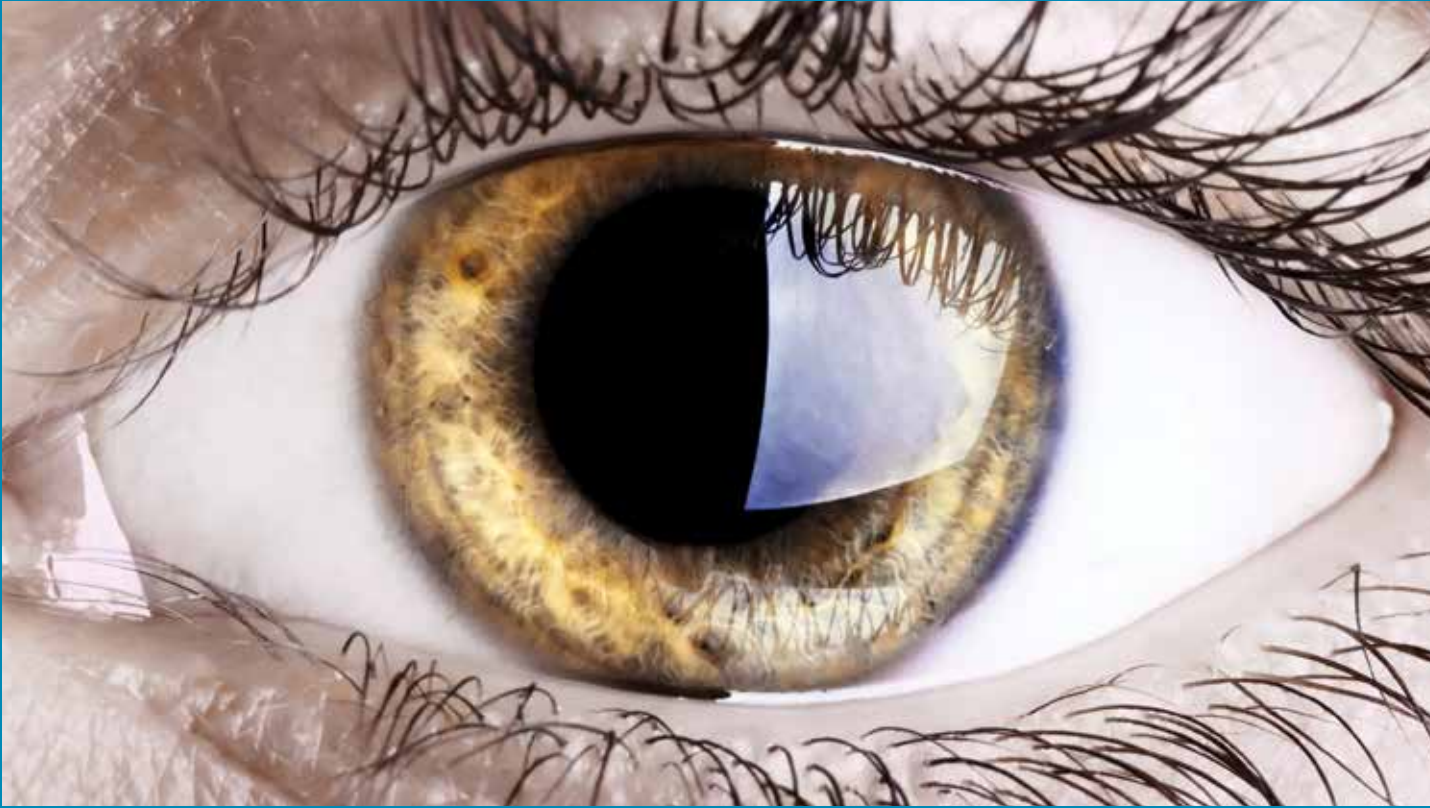
Glokom Nedir?



Opr. Dr. Hüseyin ŞİMŞEK
Göz Hastalıkları

Ankara Üni. Tıp Fakültesi
mezunu. İhtisasını Dicle Üni.
Tıp Fakültesi'nde yapmıştır.

Halk arasında “Göz Tansiyonu” ya da “Karasu Hastalığı” olarak bilinen glokom, göz içi basıncının sıklıkla yükselmesi nedeniyle görme sinirinin hasara uğramasıdır. Buna bağlı olarak kişinin görme alanı yavaş yavaş daralır. Kendini hastalığın en son aşamalarında fark ettiren sinsi bir hastalık olan glokom, geç tanı konulduğunda görme sinirinde onarılması mümkün olmayan ciddi tahribatlar oluşturabilmektedir.

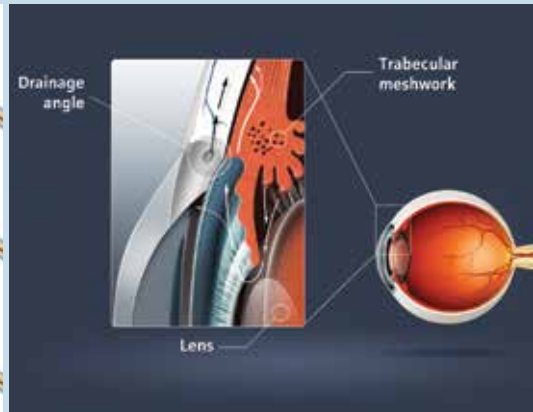
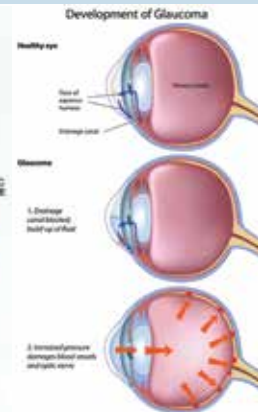
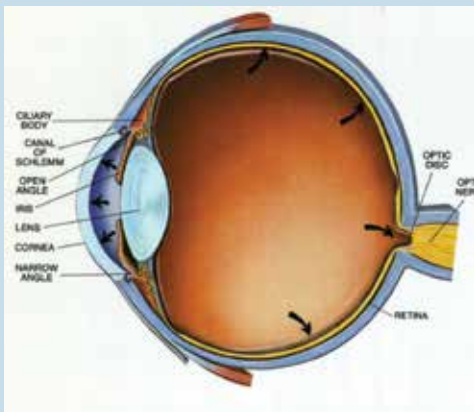


Glokom kimlerde görülür?

- Göz içi basıncı normalden yüksek olan kişilerde glokom gelişme riski daha yüksektir; ancak göz içi basıncı yüksek olan herkeste glokom olabileceği anlamına gelmez.
- 60 yaşın üzerindeki kişilerde glokom riski artmaktadır.
- Glokomun genetik ile ilişkisi olabilir. Ailesinde glokom olan kişilerde gelişme riski daha yüksektir. Diğer bir deyişle, bir veya birden fazla gende bozukluk olabilir ve bu bireyler hastalığa karşı daha hassas hale gelebilir.
- Şeker hastalığı ve hipotiroidizm (guatr) olan hastalarda glokom gelişme riski daha fazladır.
- Ciddi göz yaralanmaları göz içi basıncı yükselmesine neden olabilir. Diğer risk faktörleri; retina dekolmanı, göz tümörleri ve kronik üveit veya iritis gibi göz iltihaplarıdır. Bazı göz cerrahileri de ikincil glokom gelişimini tetikleyebilir.

- Genellikle uzağı iyi görememe olarak bilinen miyopide glokom sıklığı yaklaşık iki misli artmıştır.
- Uzun süreli kortizon kullanımı (damla, ağızdan veya cilt pomadı vb. olarak) ikincil glokom gelişimine neden olabilir.

Bu özelliklere sahip kişilerin, görme sinirindeki hasarın erken tespiti için düzenli göz muayenesi olmaları Glokom tipleri Doğuştan göz tansiyonu (konjenital glokom) olabileceği gibi genellikle 40 yaşlarından sonra ortaya çıkmaya başlamaktadır. Doğuştan göz tansiyonu gözün ön tabakasının bulanıklaşması gözün çok sulanması gözün büyümesi gibi belirtilerle kendini gösterebilir. Tedavisi cerrahidir. Geç kalınması halinde körlükle sonuçlanır. İleri yaşlarda ortaya çıkan glokom ise gözdeki bazı hastalıklara (katarakt, üveit) bağlı olabileceği gibi göz suyunu dışarıya boşaltan kanalların daralması sonucu ortaya çıkabilir.





Acil ve kronik şekilleri mevcuttur. Acil olanda (dar açılı glokom) göz tansiyonu birdenbire yüksek değerlere ulaşarak görmenin çok azalmasına, gözde kızarıklığa, sulanmaya, baş ağrısına, bulantı ve kusmaya sebep olabilir. 48 saat içinde müdahale edilip göz tansiyonu düşürülmezse körlükle sonuçlanabilir. Tedavisi lazer veya ameliyattır.

Kronik tipinde ise göz tansiyonu) acık acılı glokom) yavaş yavaş yükselir. Kişiler bunun farkında olmayabilirler. Ancak muayene sonucu anlaşılır. Baş ağrısı ve görme alanında daralma yapılabilir. Teşhis edilmezse körlükle sonuçlanır. Teşhisinde göz tansiyonu ölçümü, göz dibi muayenesi, bilgisayarlı görme alanı testleri, görme sinir lifleri analizi gibi testler kullanılır. Göz tansiyonu normal bulunsan bile görme sinirinde hasar meydana gelmiş glokom hastaları mevcuttur. Tedavisi ilaç, lazer veya ameliyattır.

Göz tansiyonu ile vücut tansiyonu arasında bir ilişik bulunmamaktadır. Ayrıca yiyeceklerle de ilişkisi yoktur. Tamamen göz yapısıyla ilgilidir.

Glokom dikkati bir göz muayenesi ile teşhis edilir. Glokom yavaş seyreden, fakat sürekli ilerleyen ve giderek görme siniri tahribatına yani görme kaybına yol açan, karakteristik bir belirtisi olmayan bir hastalık olduğundan erken teşhis edilmesi çok önemlidir. Glokom teşhis edildiği zaman o ana kadar tahrip olan görme hücrelerini canlandırmak mümkün değildir, tedavi haraplanacak görme hücrelerine yöneliktir. Tanı ne kadar erken yapılırsa, o oranda görme sinir lifi ve görme hücresi haraplanmaktan kurtulacaktır. Teşhis edildiğinde glokomun niteliği ve ciddiyeti doktor tarafından hastaya ve hasta yakınlarına tüm açıklığıyla anlatılmalıdır. Glokom aşağıdaki yöntemlerle teşhis edilir.





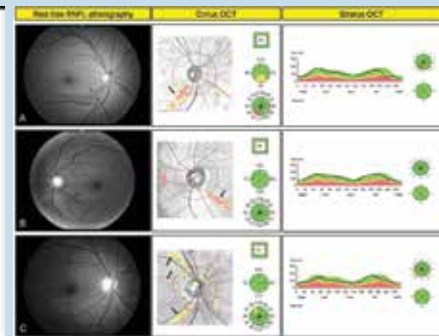
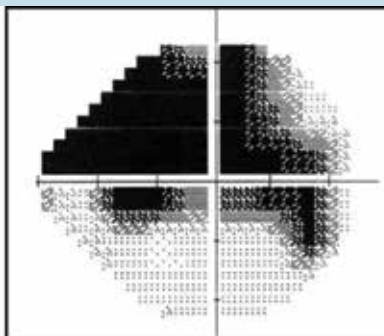
Göz Tansiyonu Ölçümü: Tonometre adı verilen bir aletle ölçülür. Göz tansiyonunun ölçülmesi, kişinin hiç şikayeti olmasa dahi glokom şüphesi taşıyıp taşımadığı hakkında çok önemli ipuçları vermektedir. Halen günümüzde poliklinik muayene şartlarında en kolay ve en hızlı yapılabilen glokom tarama yöntemidir. Göz tansiyonunu önemli bir ipucu olduğu için göz hekimi tarafından ölçülmeli ve göz muayenesinin bir parçası olmalıdır. Çünkü sadece göz tansiyonunun yüksek olması glokom demek değildir. Normal göz tansiyonu 10-20 mmHg'dir, ancak bu kuralın istisnaları vardır (Normal tansiyonlu glokom gibi).

Optik Sinir Başı Muayenesi: Optik sinir başı muayenesi glokomun tanı ve takibinde en önemli muayene yöntemlerindendir. Optik sinir başı, hekim tarafından oftalmoskop veya benzeri cihazlar kullanılarak direkt gözlemlenebilir ve bilgisayarlı görüntüleme yöntemleri kullanılarak tomografi çekilmesi yöntemleri ile incelenebilir. Tüm yöntemlerdeki amaç, optik sinir başında meydana gelen değişiklikleri ortaya koymak ve glokom hasarında zaman içinde oluşabilecek ilerlemeyi izleyebilmektir.

Sinir Lifi Tabakası Ölçümü: Optik siniri oluşturan sinir lifi tabakasının incelenmesidir. Ölçümlerin standardize ve tekrarlanabilir olması için bilgisayar destekli görüntüleme yöntemlerine ihtiyaç vardır.

Görme Alanı Muayenesi: Görme alanı retinadaki görme hücrelerinin hassasiyetinin hasta ifadesine dayalı olarak ortaya konulması ile elde edilir. Perimetri olarak adlandırılan görme alanı muayenesi günümüzde bilgisayarlı otomatik perimetreler kullanılarak yapılmaktadır. Bu perimetreler ışık uyarılarını kendileri üretmekte, hasta yanıtlarını değerlendirmekte, içinde bulunan normal kişilere ait bulgularla karşılaştırarak yorum yapmakta ve aynı hastada zaman içinde oluşabilecek değişiklikleri izleyebilmektedir.

Kornea Kalınlık Ölçümü: Kornea kalınlığının ölçümü "Pakimetri" olarak bilinir ve özel cihazlarla yapılır. Normal gözlerde merkezi korneanın kalınlığı yaklaşık 530-550 mikron arasındır. Eğer kornea kalınlığı, normalden fazla ise göz içi basıncı daha yüksek, normalden az ise göz içi basıncı daha düşük bulunacaktır.





Laser Tedavisi

Glokom tedavisinde ilaç tedavisine cevap alınamayan bazı açık açılı glokom olgularında ve açılı kapanması glokomunda da kullanılmaktadır.

Cerrahi Tedavi (Ameliyat)

İlaç tedavisi ile glokom yeterince kontrol altına alınamıyorsa göz içi basıncı arzu edilen düzeye düşürülemezse ameliyat işlemine geçilir. En çok uygulanan ameliyat tekniği "Trabekülektomi"dir. Trabekülektomi, ön kamara açısında bulunan trabeküler ağ kısmından bir parça çıkarılmasıdır. Böylece gözde biriken sıvıya yeni bir akış yolu sağlanmış olur. Bu akış yolu görüş tabakaları içinde kalmaktadır. Normal cerrahi tedaviye cevap vermeyen inatçı glokomlarda, göz sıvısını boşaltmak için özel araçlar kullanılır.

Glokom ameliyatı mevcut görme kabiliyetini koruyabilir, ancak kaybedilen kabiliyeti geri kazandırmaz. Bazen tek bir cerrahi müdahale göz tansiyonunu yeteri kadar düşürebilir. Bu durumda glokom damlalarının ek olarak kullanılması, hatta bazen ikinci ameliyat olunması gerekebilir. Erişkinlerde ilk ameliyat başarıları %80-85 civarındadır.

Ameliyat olan hastanın mutlaka düzenli aralıklarla hekimine kontrol olması şarttır.

İlaç Tedavisi

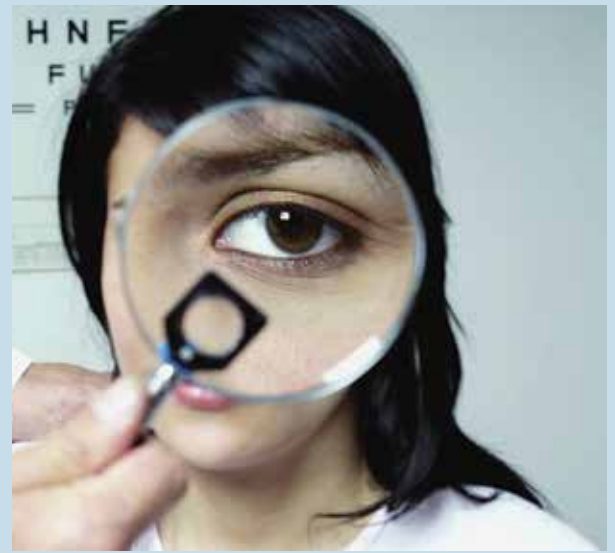
Göz Damlaları : Glokomun tedavisinde kullanılan birçok damla mevcuttur. Bunlar değişik mekanizmalarla göz içi basıncını düşürürler. Göz sıvısının yapımını azaltmak veya dışı çıkışını arttırmak yoluyla etki etmektedirler. Önce bir ilaçla tedaviye başlanır, yetmezse ikinci ilaç ilave edilir, yine glokom ilerlemeye devam ediyorsa ameliyat edilir.

Ancak her hastayı kendi içinde değerlendirmek lazımdır. Eğer ilerleyici bir glokomsa veya hastalık ileri safhadaysa ameliyatla tedaviye erken safhaya almak gerekebilir.

Yukarda anlatılan tedavi şekli, açık açılı glokom ve kriz geçirmemiş dar açılı glokom için geçerlidir.

Ağız Yolu İle Alınan İlaçlar: Eğer göz damlaları ile göz tansiyonu istenen seviyeye düşürülmezse, geçici bir süre için (ameliyat öncesi ve sonrası vs) ağız yoluyla da ilaç tedavisi verilebilir. Asetazolamid ve Metazolamid gibi göz sıvısının yapımını azaltan ilaçlar en sık kullanılanlardır.

Bu ilaçlar, potasyum kaybına neden olabileceği için diyetle muz, kayısı ve elma eklenmelidir. Bu ilaçların alımında sık idrar yapma isteği, el ve parmaklarda sıslama ve titreme, bağırsak ve mide rahatsızlıkları gelişebilir.



2. Gözlüğün üzerinde mor ötesi ışınları kestiğine dair bir tescilli ve Sağlık Bakanlığı'na onaylanmış sertifikası mutlaka bulunmalı, camları UV filtreli olmalı.

3. Cam renkleri, eskiden kahverengi ve siyahla sınırlıyken, bugün her türlü renge ulaşmak mümkün. Mavi, turuncu, mor, eflatun... Bu renkler kişisel zevklere hitap ediyor gibi görünse de, aslında her birinin asli birer görevi var. Örneğin gri ve kahverengi, özellikle araba kullanırken tavsiye ediliyor, çünkü iki renk de ışığı mükemmel süzüyor. Oysa mavi ve yeşil, ışığı keskinleştiriyor ve renkleri algılamayı zorlaştırıyor. Yani trafik ışıklarını düşüncecek olursak araç kullanırken son derece sakıncalı. Ancak mavi ve yeşil camlı gözlüklerle de çok iyi, spor karşılaşmaları izlenebiliyor, hatta spor yapılabilir.

Güneş gözlüğünüzü doğru seçin!

4. Gözlük, yüzüne tam olarak oturmalı, yoksa yanlardan ışık alır ve gözlük takmanın hiçbir anlamı kalmaz. Bunun için taktığınız gözlüğü her iki tarafından tutmalısınız. Kolay hareket etmiyorsa yüze tam oturmuş demektir.

5. Sapları, kulak arkasını sıkıkmamalı, yoksa kısa süre sonra gözlük takmak bir işkenceye dönüşebilir.

6. Eğer numaralı gözlük veya lens kullanıyorsan, güneş gözlüğü almadan önce doktora danışmanda fayda var.

7. Ten rengi açık olanlar, açık gül ve amber gibi açık renk ve hafif çerçeveleri seçmeli, çünkü yeşil, mavi gibi koyu renkler yüzü soluklaştırabilir. Koyu tenlilerde ise, gümüş, altın ve şeffaf çerçeveler mükemmel duruyor.

8. Çerçeve, yüzün büyüklüğü ile orantılı olmalı. Büyük suratlarda büyük, küçük suratlarda ise küçük çerçeveler daima iyi durur. Yüzün biçimiyle zıt modeller ise, oluşacak kontrastla daha şık olacaktır.

Hangi yüze hangi gözlük

Yuvarlak



Yuvarlak yüzlü kişiler geniş yanaklara sahip olup, yüzün uzunluğu ile genişliği hemen hemen birbirine eşit gibidir ve yüzleri köşeli değildir. Yuvarlak yüzlü insanların en tercih etmemesi gereken gözlük biçimi yine yuvarlak kesimli gözlüklerdir. Yüze biraz uzunluk katmak ve daha zayıf görünmesini sağlamak için köşeleri çok keskin olmayan dikdörtgen şeklindeki gözlükler daha uygun olacaktır.

Üçgen Yüzler



Üçgen yüzlü kişiler dar bir çene ve yüksek elmacık kemiklerine sahiptir. Bu tipte en yanlış seçim kalın ve sert hatlı çerçevelerdir. Kedi gözlükler, oval veya çerçevesiz gözlükler tercih edilebilir. Üst kısmı daha geniş, alt kısmı daha dar gözlükler bu tipe çok yakışır.



Uzun Yüzler

Uzun yüzlü kişilerde elmacık kemikleri uzun ve düzdür. Bu nedenle yüze uzunluk yerine hacim katacak gözlükler seçilmelidir.

Oval Yüzler



Oval yüzlü kişiler daha geniş bir yelpazeden gözlük seçebilecekleri için diğerlerinden daha şanslıdır.

Bu kişilere büyük camlı ve gözlük köprüsünün (gözlüğün üst kısmı) girintili olduğu modeller çok yakışır. Aynı şekilde dikdörtgen şeklindeki çerçeveler, ince veya çerçevesiz gözlükler de tercih edilebilir.

Kare Yüzler



Kare yüzlü kişilerde çene kemikleri belirgindir ve yüzü çevreleyen saç çizgisi ile adeta kare bir görüntü oluşturur.

Bu tipte yüzü biraz daha yumuşatmak için yuvarlak hatlı gözlükler seçilebilir. Ayrıca daha küçük çerçeveler yüzü daha uzun gösterecektir.

Gözün gibi bak

1. Gözlük saplarının gevşemesini istemiyorsan, gözlüklerini taç gibi kullanma!

2. Gözlüğünü çantanda taşıyacağın zamanlarda mutlaka kutusuna koy. Aksi halde onca para verip aldığın güzelim gözlüklerinin camları çizik içinde kalabilir.

3. Gözlüklerini üzerindeki kıyafetle değil, özel bezi ile temizle. Böylece çizilmesini önlemiş olursun.

4. Parfüm, saç spreyi gibi kimyasal içerikli maddeleri gözlüklerinden uzak tut.

5. Ter de gözlüğe zarar veriyor! Bu yüzden sen de terlediğin zamanlarda gözlüğünü daha sık temizle.

Pazar işi neden sakıncalı

Özellikle ozon tabakasının delinmesiyle birlikte, artık güneş gözlüğü kullanmak bir zevk değil, önemli bir ihtiyaç. UV ışınlarına uzun süre çıplak gözle maruz kalmak, pek çok göz hastalığına neden olabiliyor.

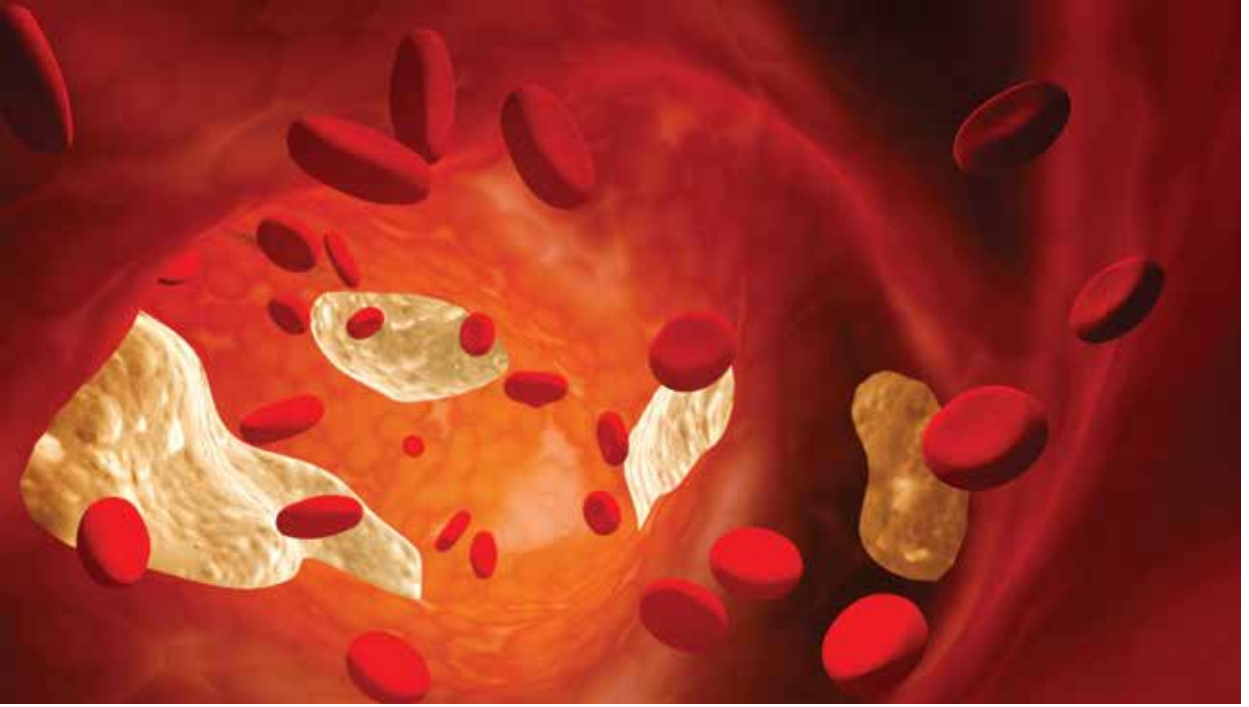
Örnek mi? Retinanın tahriş olması, katarakt o yüzden sadece yazın değil, kışın bile yüzümüzden gözlüğümüzü eksik etmemeliyiz. Tabii kaliteli olanlardan bahsediyorum. Pazar tezgahlarında, bujuturilerde satılan 5-20 liralık gözlükleri, aksine asla kullanmamak gerekiyor. Zira, bu kalitesiz gözlükler, zaten var olan tehlikeyi daha da artırıyor.

Bozuk camlar yüzünden, koyu renge aldanıp büyüyen gözbebekleri daha fazla ışığa maruz kalıyor.



KOLESTEROL

Dost mu? Düşman mı?



Uzm. Dr. Mustafa Çetin EZEL
İç Hastalıkları Uzmanı

*İstanbul Üni. İstanbul Tıp
Fakültesi mezunu. İhtisasını
Haydarpaşa Numune Hastanesi'nde yapmıştır.*

■ Kolesterol ilaçları ülkemiz koşullarında pahalıdır. Bu nedenle ilaçların sosyal güvenlik kurumları tarafından ödenmesi çeşitli şartlara bağlanmıştır.

Yeni milenyumda artık iletişim çağındayız. Yazılı basına ek olarak sayısını takip edemediğimiz televizyon kanalı, internet ve elektronik haberleşme sayesinde bilgiye kolaylıkla ulaşmak mümkün. Ancak madalyonun diğer yüzü, medyadaki vahşi reyting rekabetinin getirdiği bilgi kirliliğidir. Bu kirlilik sağlığı ilgilendiren konuları da kapsadığı düşünülürse akılları karışan hastaların hayatını nasıl tehdit ettiğini tahmin etmek hiç de güç değil. Çoğunlukla bilinen yalın gerçekler medya için yavan kabul edilip reyting oranlarına katkı bulunamadığından elbette haber değeri yoktur. Diğer taraftan evrensel doğruların tersi de olsa çarpıcı ifşaatlar her zaman merak uyandırır. Bu "müthiş" açıklamaları yapanlar, kendi meslektaşları arasında tebessümle karşılanırken, medya tarafından adeta bilim dünyasının sözcülüğünü yapıyormuş gibi kanal kanal dolaştırılırlar. Tabii ki sağlığı için kaygılanan milyonlarca insan da geçmişten kalan alışkanlıklarla medyadan edindiği her şeyi doğru kabul ederek, doktorlarının uyarılarına rağmen tedavilerini terk etmektedir. Kolesterol de üzerinde en yoğun spekülasyon yapılan konuların başında. Özellikle zengin batı ülkelerinde kolesterol ile ilgili yüzlerce merkezde binlerce denek üzerinde uzun yıllar süren çalışmaların sonuçlarını göz ardı edip, tıp dünyasında kabul görmemiş fikirleri cımbızla çekip alarak yayınlamak, kelimenin en hafif haliyle sorumsuzluktur.



Kolesterol duvarlarda birikerek bir süre sonra daman tıkayacaktır. Hastanın akıbeti, söz konusu damanın büyüklüğüne, hangi organda olduğuna ve tıkanan damarların yanında alternatif yolların bulunup bulunmadığına bağlıdır.

Nedir bu kolesterol?

Kolesterol gerçekte vücudun yapı taşlarından biridir. Özellikle hücre zarının olmazsa olmazlarından. Birçok hayati hormonun da yapısına girer. Yani vücut için gerekli. Ancak hemen her şeyde olduğu gibi fazlası zararlı. Damar duvarlarına yerleşerek ateroskleroz (damar sertliği) dediğimiz ve tuttuğu damarların daralarak sonunda tıkanmasıyla sonuçlanabilen hastalığa yol açmakta. Hastalığa tutulan damarın bulunduğu organa göre başta kalp krizi ve felç olmak üzere pek çok hastalığa yol açmaktadır.

Aslında kolesterol kendi içinde alt gruplara ayrılır. Bunlar içinde iyi ve kötü huylu olanlar vardır. Özellikle et, beyin, tereyağı gibi yağlı süt ürünleri ve yumurta sarısı kötü huylu kolesterolden zengin gıdalardır. Bununla beraber kolesterolün en büyük kısmı vücudun kendisi tarafından üretilir. Bu üretim de genetik mirasımıza bağlı olarak düşük veya yüksek olabilir.

Laboratuarda kolesterol ölçümü yapılırken bahsedilen iyi-kötü huylu değerleri ayrı ayrı belirlenir. En çok dikkat edilmesi gereken LDL-kolesterol (kötü huylu kolesterol) seviyesidir ve tedavi karan LDL-seviyesi belirler. Tedavi karanında ayrıca HDL-kolesterol (iyi huylu kolesterol) seviyesi de etkili olabilir. Hedef LDL-kolesterol seviyesinin 100mg/dl'nin altında tutulmasıdır. Ancak hastada artık damar tıkanıklıkları (koroner arter hastalığı, beyin damarlarında tıkanıklıklar gibi) başlamışsa yahut da diyabet, hipertansiyon gibi hastalıklar eşlik ediyorsa, hele bir de kan bağı olanlarımızda kolesterole bağlı damar tıkanıklıkları yaşanmışsa daha da düşük değerler (70mg/dl) hedeflenir.

Hedeflenen güvenli değerlere inebilmek için öncelik düzenli egzersiz, kilo vermek ve sigarayı kesmek şarttır. Ayrıca kolesterolün düşmesine yardımcı gıdalardan yardım alınır. Özellikle Omega-3 yağ asitlerinden zengin olması dolayısıyla balıklar, doymamış yağ asitlerinden zengin besinler (zeytinyağı, kanola yağı, keten tohumu) kolesterolün düşürülmesine yardımcı olur. Bütün bu önlemlere rağmen kolesterol seviyeleri kontrol altına alınamadığı takdirde artık çok vakit kaybetmeden kolesterol düşürücü ilaçlara başlamak gerekecektir. En iyimser tahminle söz konusu ilaçlar, genellikle daralmış damarları açmayacak, ancak daha fazlasının



tıkanmasına engel olunabilecektir. Dolayısıyla ilaçların başlanmasında isteksiz davranılması ve gecikilmesi, telafisi imkansız olaylara sebep olabilecektir.

Kolesterol ilaçları ülkemiz koşullarında pahalıdır. Bu nedenle ilaçların sosyal güvenlik kurumları tarafından ödenmesi çeşitli şartlara bağlanmıştır. Ayrıca bu ilaçlar bütünüyle zararsız ilaçlar olmayıp nadiren de olsa karaciğer ve kaslar üzerinde yan etki oluşturabilir. Bu yan etkiler hemen her zaman ilacın kesilmesi veya değiştirilmesiyle ortadan kalkmaktadır. Hemen her hastalıkta olduğu gibi önemli olan; ilacın kullanılması ile girilen riskin kullanılmaması halinde girilecek riskle karşılaştırılarak karar alınmasıdır. Bu değerlendirmeyi de sizin adınıza yapacak olan doktorunuzdur.



Anjiyografi, damarların daraldığı ve tıkanmış yerleri gösteren en iyi yöntemdir. Böylelikle doktorlar tarafından müdahalenin hangi yöntemlerle yapılacağına karar verilir. Damara stent koymak en sık kullanılan yöntemlerdendir. Günümüzün gelişmiş bilgisayar tekniklerinden de yararlanarak çok daha ileri görüntüler alınabilmektedir. Şekilde de tıkanmış damanın stent uygulamasından sonra açıldığı görülmektedir.

Düşükler

(Abortus)



Opr. Dr. Mehriban ARIKAN
Kadın Hastalıkları ve Doğum

*İstanbul Üni. Cerrahpaşa Tıp
Fakültesi mezunu. İhtisasını
Haydarpaşa Numune Hastane-
si'nde yapmıştır.*

Düşük; gebeliğin son adet tarihine göre yirminci haftadan önce çeşitli nedenlere bağlı olarak sonlanması olarak tanımlanır. Bu dönemde fetus 500 gramdan azdır. Gebeliğin 12. haftasına kadar olan düşükler erken düşüklerdir. 13-20 hafta arası oluşan düşükler ise geç düşüklerdir.

■ Düşük tipleri; Düşük tehdidi, Kaçınılmaz düşük, Tam olmayan düşük, Anne karnında bebek ölümü ve düşük, Boş gebelik kesesi ve düşük olarak tanımlanabilir.

GÖRÜLME SIKLIĞI

Düşükler sık görülür,öyle ki erken gebeliklerin yaklaşık beşte birinin henüz gebeliğin klinik bulguları görülmeden kısa süreli bir adet gecikmesi sonrası olan kanamalar ile kaybedildiği tesbit edilmiştir.

Düşük oranı anne yaşıyla artar.20 yaşında %12 dolaylarında iken 45 yaş sonrasında kadınlar nadiren gebe kalabilirken bu gebeliklerin yarıdan fazlası da düşükle sonuçlanacaktır.

DÜŞÜĞÜN ZAMANI

Düşüklerin çoğu gebeliğin başında görülür.Tüm düşüklerin yarıdan fazlası gebeliğin 9. haftasından önce görülür.9-10 haftalıkken % 22 si,11-12 haftalarda da %11 i görülür. Yani tüm düşüklerin %85i 13. haftadan önce erken düşük olarak gerçekleşmektedir.

DÜŞÜK NEDENLERİ

1-Fetal genetik nedenler: En önemli nedenlerdendir. Sekizinci haftadan önceki düşüklerin yaklaşık dörtte üçünde embriyonun kromozomlarında bozukluk vardır. Organları sağlıklı oluşamaz ve düşükle atılır. Sağlıklı olan çiftlerden de kromozom bozukluğu olan embriyolar oluşabilir.

2-Anne ya da babada mevcut genetik kusurlar:Fetusta kromozom bozukluğu oluşturarak düşüğe neden olur.Tekrarlayan düşüğü olan çiftlerde araştırılmalıdır. Tekrarlayan düşük art arda üç veya daha fazla düşük olmasıdır.

3-Geçirilen enfeksiyonlar: Gebeliğin belli dönemlerinde geçirilen toxoplazma, kızamıkçık gibi enfeksiyonlar düşüğe neden olabilir.

4-Annenin bazı hastalıkları: Annede mevcut tansiyon yüksekliği, böbrek kalp, karaciğer hastalıkları düşük oranını arttırabilir. Annenin tedavisi düzenlenmemiş şeker hastalığı özellikle gebeliğin ikinci yarısındaki fetal kayıp ve düşüklere neden olabilir.Tiroit hastalıkları,otoimmun hastalıklardan romatoid artrit ve sistemik lupus gibi hastalıklar,bazı pıhtılaşma faktör bozuklukları, annenin kullandığı alkol ve tütün düşüklere neden olabilir.Ağır psikolojik travmalar ve



aile içi şiddete maruz kalmak düşüğü tetikleyebilir. Annenin doğumsal olarak rahim yapısındaki bozukluklar, rahim ağzının yetersiz sıkılıkta olması, rahim içinde yerleşmiş iyi huylu urlar gene geç dönemde düşüğe neden olabilir.

DÜŞÜK TIPLERİ

Düşük tehdidi:20. gebelik haftasına kadar tüm kanamalar ilk planda düşük tehditini akla getirir.Muayenede rahim ağzı kapalı, embriyo canlı, gelişimi normaldir.Hekim gerekli görürse progesteron desteği verebilir.Cinsel ilişki yasaklanır ve aşırı bedensel aktiviteye son verilir.

Kaçınılmaz düşük:Rahim ağzı açılmıştır.Er veya geç gebelik sonlanacaktır.

Tam olmayan düşük:Gebelik ürününün bir bölümü rahim ağzından atılmış ancak bir bölümü rahim içindedir.Kanama ve ağrının şiddeti farklılıklar gösterir.Rahimde kalan parçalar hekim tarafından temizlenmelidir.Kalan parçalar kanama yaptığı gibi enfeksiyon kaynağı olması nedeniyle ilerde kısırlığa kadar giden yan etkilere neden olabilir.

Anne karında bebek ölümü ve düşük:Bu klinik tabloda kanama veya sancı yoktur.Bazen tanı gebelik muayenesi sırasında konur.Embriyo veya fetus ölmüştür.Daha önce sözünü ettiğimiz gibi çoğunun nedeni bebekteki kromozom bozuklukları ve buna bağlı olarak sağlıklı gelişememesidir.Tanı konulunca gebeliğe hekim tarafından son verilmelidir.

Boş gebelik kesesi ve düşük:Bu klinik tabloda da başlangıçta kanama yoktur.Su kesesinin içinde embriyo görülmez.Tanı konulunca gebeliğe son verilmelidir.



Radyoloji

Radyoloji, halk arasında röntgen doktorluğu olarak bilinen ve hastalıkların tanı ve tedavisi için yıllardır hizmet veren bir branştır. Tanısal radyoloji (radyodiagnostik) ve tedavi amaçlı (radyoterapi) olmak üzere iki alt dalı bulunmaktadır.



Uzm. Dr. Özgür SÜ
Radyoloji

Ankara Üni. Tıp Fakültesi
mezunu. İhtisasını Uludağ
Üni. Tıp Fakültesinde yap-
mıştır.

Radyoloji, halk arasında röntgen doktorluğu olarak bilinen ve hastalıkların tanı ve tedavisi için yıllardır hizmet veren bir tıp branşdır. Tanısal radyoloji (radyodiagnostik) ve tedavi amaçlı (radyoterapi) olmak üzere iki alt dalı bulunmaktadır.

Bu yazıdaki amacımız, tanısal radyolojiyi tanıtmak, kullanılan yöntemler konusunda ana hatları ile bilgi vermek ve bazı soruları açıklığa kavuşturmadır.

Tanısal radyoloji (radyodiagnostik), 7 temel alt grup altında toplanabilir.

- Floroskopi/Direkt Röntgen (x-ray)
- Mamografi
- Ultrasonografi
- Renkli Doppler Ultrasonografi
- Bilgisayarlı Tomografi (BT)
- Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG)
- Girişimsel Radyoloji/Anjiyografi

Floroskopi/Direkt Röntgen (x-ray)

Radyolojinin en eski ve en temel görüntüleme yöntemidir. Hastaya verilen X ışınının bir röntgen filmi üzerine düşürülerek görüntülerin elde edildiği bir yöntemdir. Bu inceleme ile vücuttaki tüm kemik yapılar, akciğer, sindirim sistemi, üriner sistem ve memenin incelemesi



yapılabilir. Ayrıca kontrastlı incelemeler adı altında kalın barsak, mide ve oniki parmak bağırsağı, ince barsaklar, böbrek ve idrar yolları, kadın ve erkek üreme organları ayrıntılı olarak bu yöntemlerde değerlendirilebilir. Yöntemin avantajı ucuz olması, çoğu merkezde bulunması ve kolay ulaşılmasıdır. En büyüğü dezavantajı ise X ışını içermesi ve bu bağlı olarak hastanın radyasyona maruz kalmasıdır. Bununla birlikte günümüz röntgen cihazlarında ileri teknoloji sayesinde eskisine nazaran oldukça düşük dozlarda X ışını kullanarak yeterli bilgi elde edilebilmektedir.

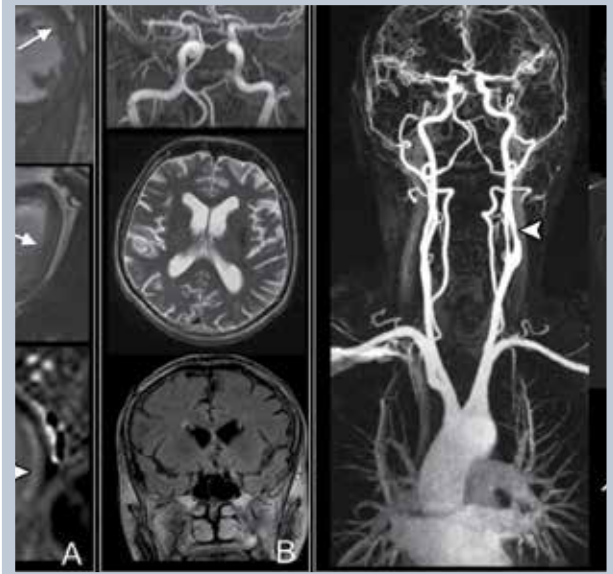
Mamografi

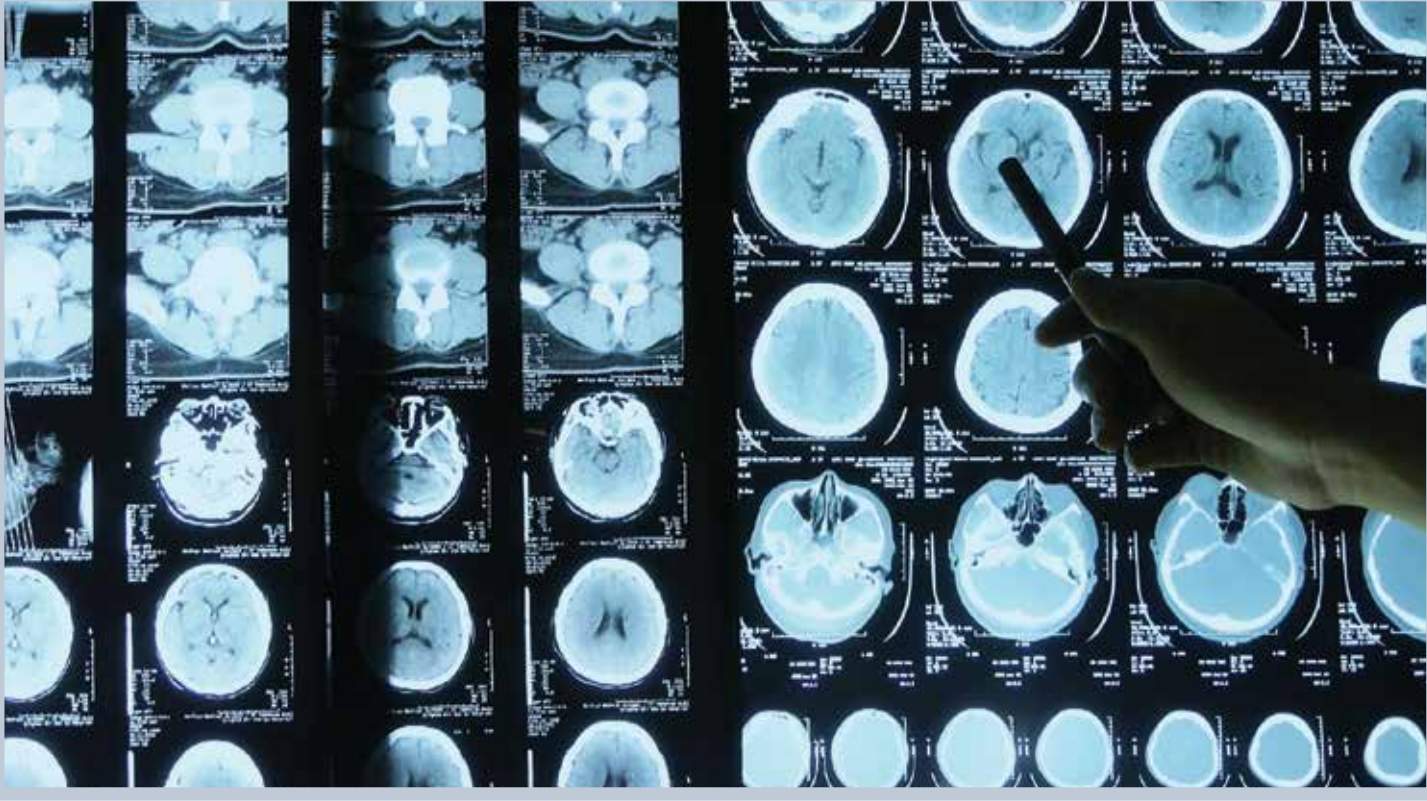
Mamografi meme dokusunun röntgen ışınları ile görüntülenerek olası hastalıkları tespit etmede yaygın olarak kullanılan bir yöntemdir. Günümüzdeki mamografi cihazları eski cihazlara göre çok daha az radyasyon kullanarak daha yüksek kalitede filmler üretebilmektedir. Bu incelemede meme dokusu, cihaz ile hafif derecede sıkıştırılarak film edilir.

Mamografi, meme kanserinin ilk basamak tarama testidir. Memede ele gelen kitle bulunması, meme başı akıntısı, çekintisi veya meme cildindeki değişiklikler gibi şikayeti olanlarda teşhise yönelik kullanılacağı gibi, özellikle 40 yaş üstünde herhangi bir şikayeti olmayan kadınlarda kanser tarama testi şeklinde kullanılmaktadır. 40 yaşın üstündeki kadınların, sonraki testlere referans olması amacıyla 'baseline' mamografi çekilmesi önerilir. 40-50 yaş arasında her iki senede bir ve 50 yaş üstü her kadının senede bir mamografi çekilmesi önerilir.

Ultrasonografi (US)

İnsan kulağının işitemeyeceği kadar yüksek frekanslı ses dalgaları kullanarak insan vücudunu görüntülemeye yarayan bir tanı yöntemidir. Yöntemin en büyüğü avantajı





radyasyon içermemesidir. Bu nedenle küçük çocuklar ve gebeler dahil, yaygın olarak kullanılabilir. Yaygın olması, ucuz olması ve çoğu merkezde kolaylıkla yapılabilmesi nedeniyle günümüzde oldukça sık başvurulanan bir inceleme yöntemidir. Ultrason en sık karaciğer, safra kesesi, dalak, pankreas, böbrekler, idrar torbası, testis ve prostat, kadın üreme organları, tiroid ve meme hastalıklarının tanısında kullanılmaktadır.



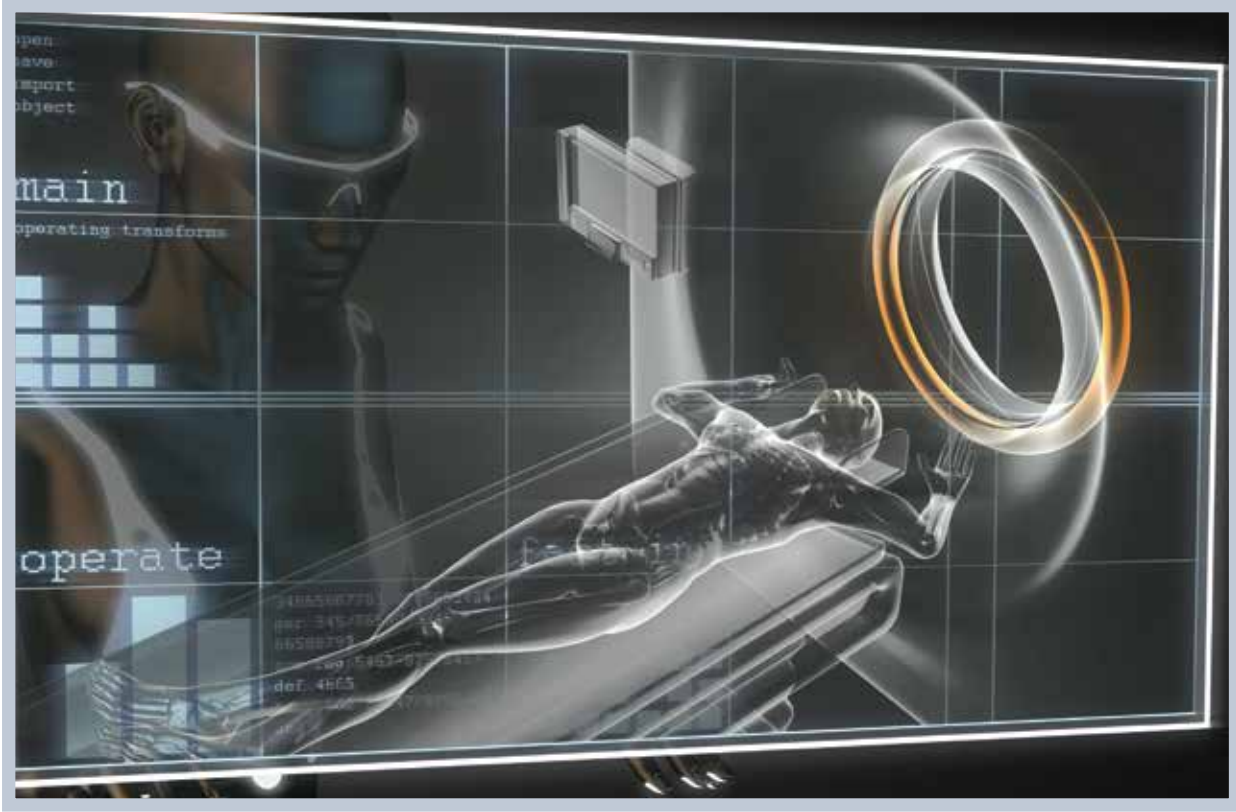
Daha önce bahsedildiği gibi yöntemin hiçbir yan etkisi yoktur. Güvenlikle hemen her kişiye ultrasonografi yapılabilmektedir.

Renkli Doppler Ultrasonografi (RDUS)

Renkli Doppler, gelişmiş ultrasonografi cihazları ile yapılmaktadır. Cihazın ultrason özelliğine ek olarak, özellikle iç organlarda ve damarlarda kan akımını değerlendirerek tanı koymamıza yardımcı olur. Anjiyografi yapmaksızın kan akımının miktarı ve hızı ölçülebilir. Bacak varisleri, karaciğer ve böbrek gibi iç organları besleyen damarlar, beyne giden boyun damarları, gebelikte anne ve fetus arasında beslenmeye yarayan damarlar, göz ve vücudun diğer hayatsal organlarına ait damarlar yaygın olarak incelenebilmektedir. Damarlardaki darlık veya tıkanmalar anjiyografiye gerek kalmayacak şekilde ortaya konabilmektedir. Oldukça invaziv olan ve komplikasyonlar yaratabilen anjiyografiye alternatif olarak geliştirilmiş olması nedeniyle günümüzde hemen tüm gelişmiş sağlık merkezlerinde kullanılmaktadır. Yine ultrason cihazı gibi bu incelemenin de hiç bir yan etkisi bulunmamaktadır, radyasyon içermez.

Bilgisayarlı Tomografi (BT)

Bilgisayarlı tomografi, X ışını kullanarak ve vücuttan kesitsel görüntüler alarak hastalıkları tespit etmeye yarayan, yaklaşık son 30 yılda geliştirilmiş bir inceleme yöntemidir. X ışını içeren gantry denilen tüp içine giren hastanın vücut bölgesi, kısa bir süre içinde taranarak gerekli bilgiler elde edilir. Bu bilgiler bilgisayar yardımı ile tekrar işlenerek organlar film edilebilir, 3 boyutlu (3D) görüntü-



ler yaratılabilir. Hastalıkları erken teşhis edebilmesi ve bu sayede daha iyi tedavi edilebilmesi nedeniyle, bilgisayarlı tomografi günümüzde doktorlarının sıklıkla başvurduğu tanı yöntemidir.

Bu inceleme ile beyin ve sinir hastalıkları, bel ve boyun fıtığı, boyun ve damar hastalıkları, akciğer ve göğüs kafesi hastalıkları, başta karaciğer ve böbrek olmak üzere karın içi organlar, kas-iskelet ve omurga hastalıkları, kalça ve diz eklemi gibi büyük eklem hastalıklarında yaygın olarak kullanılabilir. İncelemenin, geleneksel röntgene göre en büyük avantajı, röntgen ile görüntülenmeyen yumuşak dokuların görüntülenebilmesidir. Ayrıca, hızlı olması, nispeten ucuz olması diğer avantajları iken yine X ışını kullanması nedeniyle gebelerde kullanılamamaktadır.

Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG)

Manyetik Rezonans Görüntüleme, teknolojik gelişmelerin son 20 yılda diagnostik radyolojiye kattığı en büyük ve değerli yöntemdir. X ışını içermemesi, ağrısız olması en büyük avantajıdır. Özellikle beyin, beyincik, beyin sapı, omurilik, başta siyatik olmak üzere büyük sinirler ve sinir kökleri görüntülenilmektedir. Kemik iliği ve kemiğe yakın kıkırdak yapıları çok net bir şekilde görüntülenmesi nedeniyle kas-iskelet sistemine ait ortopedik ve romatizmal hastalıklarda

yaygın olarak kullanılır. Ayrıca karaciğer, safra kesesi ve yolları, böbrek ve böbrek üstü bezleri, pankreas, meme, rahim ve yumurtalıklara ait hastalıkların tanısına büyük yardım sağlar.

Cihazda güçlü bir elektromanyetik alan (mıknatıs) bulunması nedeniyle kalp pili ve metalik protezleri olan hastalar bu cihazdan yararlanamaz. Bununla birlikte günümüzdeki protezlerin çoğu, MR cihazları ile uyumlu olarak üretilmektedir.

Girişimsel Radyoloji/Anjiyografi

Tanı ve tedavi amacıyla, radyolojik yöntemler kullanarak genel anestezi veya cerrahi girişim riskine girmeksizin yapılan işlemler bu grupta toplanmıştır. Yaygın olarak ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi, direkt röntgen ve floroskopi kullanılır. Günümüzde sıklıkla tiroid, meme, prostat biyopsileri, batın içi apselerin drenajları, nefrostomi gibi böbreğe ait girişimler yapılmaktadır.

Sonuç olarak radyoloji, tıbbın en hızlı ilerleyen dallarından biri olduğu söyleyebiliriz, teknoloji ile paralel olarak radyoloji branşı da ilerlemekte ve insan sağlığındaki yerini genişletmektedir.

Daha detaylı bilgiler elde etmek istiyorsanız Türk Radyoloji Derneği ile ilişki kurabilirsiniz (www.turkrad.org.tr).

Radyoloji Floroskopi/Direkt Röntgen (x-ray), Mamografi, Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG), Girişimsel Radyoloji/Anjiyografi, Ultrasonografi (US) Renkli Doppler Ultrasonografi (RDUS), Bilgisayarlı Tomografi (BT)., olmak üzere yedi grupta toplanır.

Sertleşme Sorunu

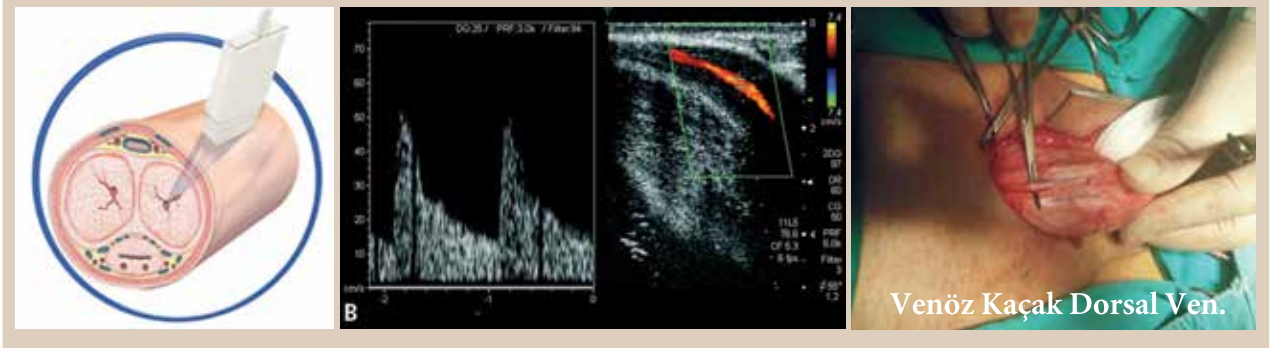
EREKTİL DİSFONKSİYON



Opr. Dr. R. Faruk YERLIOĞLU
Üroloji

*İstanbul Üni. İst. Tıp Fakültesi
mezunu. İhtisasını Haseki
Eğitim ve Araştırma Hastane-
si'nde yapmıştır.*

Ülkemizde yapılan araştırmalara göre 40 yaşın üstündeki erkeklerin en az 1/3 inde hafif orta veya ağır sertleşme sorunu yaşadığı tespit edilmiştir.



Cinsellik yaşamımızın en önemli unsurlarından biridir. Önemli ama söylenemeyen, saklanan, paylaşılmayan, öğrenilmeyen ve yanlış öğrenilen, olağan dışı bir durum olduğunda utarılan, sanki rahatsız olan kişinin kendi elindeymiş gibi...

Öylesine abartmışız ki konuyu iktidar her şeye hükmeden ve bir anda iktidardan düşme iktidarsızlık olarak tanımlamışız.

Aslında o kadar basit ki konu mavi-turuncu- mor iktidarlar, alıyorsun minicik bir hapi sonra oluyorsun hükümdar.

Şaka bir yana konu gerçekten önemli yüzyıllardan beri konuyla ilgili araştırmalar denemeler yapılmış türlü bitkiler türlü ilaçlar denenmiş bunların bir kısmı da gerçekten başarılı olmuş.

Biz kısaca erektil disfonksiyon nedir? Organik kaynaklı ereksiyon problemlerinin tanısı nasıl konmaktadır? Tedavide neler yapılmaktadır? Bunları özetleyelim.

Erektil disfonksiyon nedir?

1992 yılından beri bilimsel ortamda "iktidarsızlık" kelimesini kullanmamakta çünkü erkeğin cinsel "iktidarını" kaybetmesi sadece cinsel organının sertleşmemesini değil, bunun yanında erken boşalma sonucu eşini tatmin edememesi veya stresli yaşamı yüzünden isteğini kaybetmesi gibi farklı nedenlere de bağlı olabilecek karmaşık bir ikili ilişki sorununa işaret etmekte. Bu yüzden "memnun edici seksüel performansa izin verecek yeterli ereksiyonu sağlamak ve devam ettirmedeki kalıcı yetersizlik" tanımlanabilecek bu durumu "sertleşme bozukluğu" veya "erektil disfonksiyon" olarak tanımlamak daha doğru olacaktır.

Erektil disfonksiyonun sebepleri norojenik, hormonal, damarsal, geçirilmiş operasyonlar veya psikojen olabilmektedir. Bazı sistemik hastalıklar diyabet, yüksek tansiyon, obezite organik kaynaklı empotansa sebep olabilmektedir. Özellikle obezite diğer sistemik hastalıkları ve hormon profilini etkileyerek organik kaynaklı empotansa sebep olmaktadır.

Kalp damarlarımızı etkileyen her türlü sistemik hastalık aynı zamanda penil vasküler yapıyı da etkilemektedir.

Ülkemizde yapılan araştırmalara göre 40 yaşın üstündeki erkeklerin en az 1/3 inde hafif orta veya ağır sertleşme sorunu yaşadığı tespit edilmiştir.

Hastalığın teşhisi hastanın üroloji uzmanına gelmesi ve hastanın şikayetlerinin dikkatlice dinlenmesi ile başlar, deneyimli bir üroloji uzmanı hasta ile detaylı konuşma esnasında hastalığın sebebini en başında tahmin edebilir. Yapılacak detaylı muayene biyokimyasal ve hormonal değerlendirme ile sistemik hastalıklar kolayca tanınabilir. Uyku esnasında penil değerlendirme vasküler yapı hakkında detaylı bilgi verir. Radyolojik değerlendirme ile vasküler ve penil anatomik yapıya ait sebepler kolayca ortaya konabilir.

Vasküler yapıya ait değerlendirme renkli doppler ultrasonografi ile yapılmaktadır

Bu inceleme esnasında penise yeterince kan gelip gelmediği veya yeterince kan gelmesine rağmen penis içerisinde bu kanın muhafaza edilip edilmediği tam olarak ortaya konulabilmektedir. Hastada tespit edilen hafif ve orta derecedeki sertleşme sorunları sistemik nedenlerin tedavisi, hormonal destek tedavileri ve daha da önemlisi PDE 5 inhibitörleri dediğimiz ülkemizde birçok ticari çeşitleri bulunan ilaçlarla kolayca tedavi edilebilmektedir.

Ağır derecedeki organik kaynaklı sertleşme sorunlarında son ve kesin çözüm cerrahidir.

Cerrahi tedaviyi üç başlık altında toplamak gerekir.

Bunlardan ilki penis içerisine gelen kanın muhafaza edilememesi durumudur. Hastaların en büyük şikayetleri penis sertliğinin ilişki sırasında kaybedilmesi ve çoğu zamanda müteakiben erken boşalmadır. Venöz kaçak olarak tanımladığımız bu durumda penis üzerinde bulunan top-



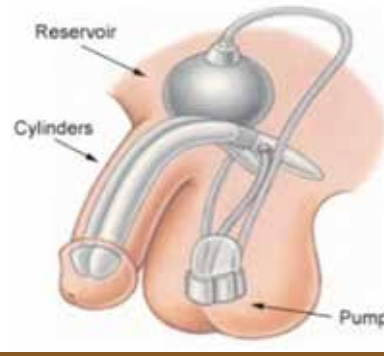
TEK PARÇALI BÜKÜLEBİLİR PROTEZLER



İKİ PARÇALI ŞİŞİRİLEBİLİR PROTEZLER



ÜÇ PARÇALI ŞİŞİRİLEBİLİR PROTEZLER



lardamarlardan kan geriye kaçmaktadır. Kanı geriye kaçırarak damarların doğru değerlendirilmesi ve deneyimli bir operatörün yapacağı başarılı bir operasyon sorunu büyük ölçüde çözmektedir. Literatüre bakıldığında uzun dönem sonuçlarının iyi olmadığı nüksün fazla olduğu belirtilmektedir. Benim kişisel kanaatim bu operasyonun yeterince doğru yapılmadığı yönündedir.

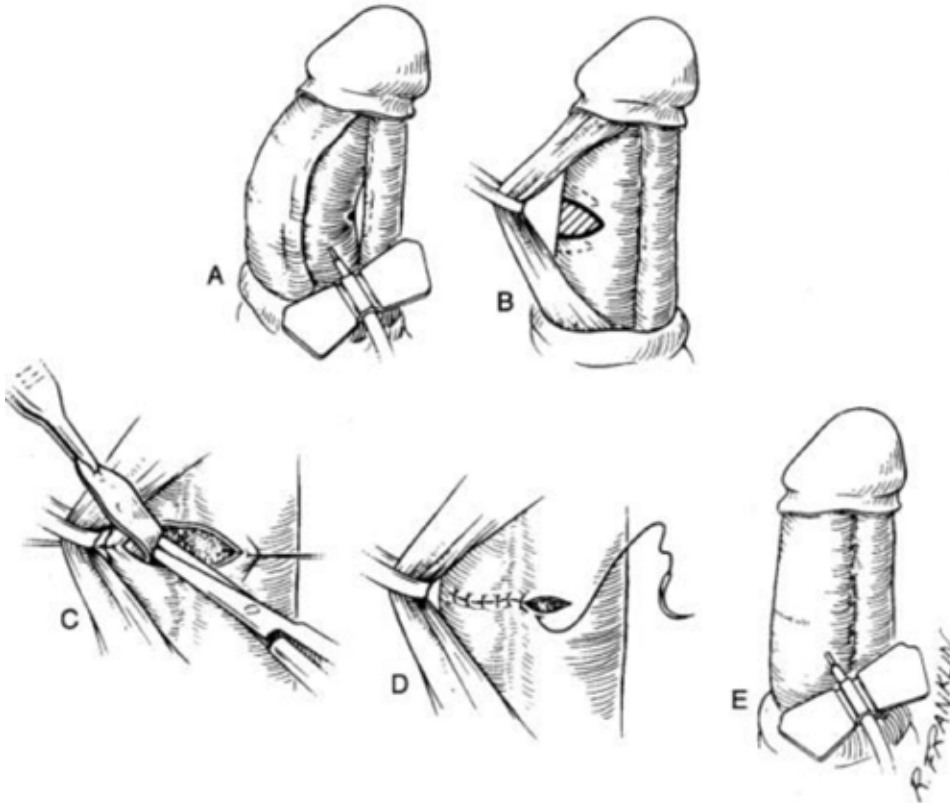
veya peyroni olarak adlandırdığımız penis üzerinde oluşan fibrotik plaklara bağlı eğilmeler nedeni ile yaptığımız penis düzeltici operasyonlardır.

TÜM BU OPERASYONLAR HASTANEMİZDE BAŞARI İLE YAPILMAKTADIR.

İkincisi penil arteriel sistemin yetersizliğinde yani penise yeterince kan gelmediği medikal tedavilerden sonuç alınamayan durumlarda uygulanan son ve kesin sonuç alınan ve halk arasında mutluluk çubuğu olarak bilinen penil protez uygulamalarıdır.

Penil protez uygulamaları tarihte ilk kez 1930 yılında Bogaras'ın insan kaburgasından hazırladığı uygulama ile başlamıştır. Bilahare 1952 de Goodvin ve Scott bunları takiben loefer ve Sayegh sentetik protezler üzerinde çalışmış, 1970 yılında Small ve Scott silikon tek parçalı penil protezleri geliştirmiştir. Nihayet 1973'te Scott Brantley ve Tim isimli araştırmacılar şişirilebilen protezleri geliştirmişlerdir.

Üçüncü operasyon tekniği ise doğuştan olan penis eğriliklerinin düzeltilmesi, sonradan gelişen bir travma





Sünnet

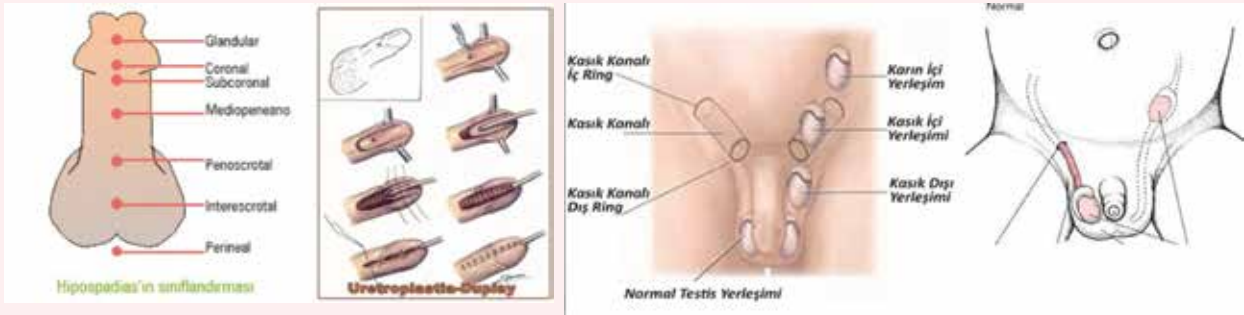
Hipospadias - Kriptorşidi

■ “Oldu da, Bitti! Maşallah...
Adam olur inşallah....”

İlkbaharın bitip yazın başlaması ile yeni bir sünnet sezonunu açmış bulunuyoruz.

Bu sayıda sünnetin ne zaman ve hangi şartlarda yapılması gerektiği üzerinde çok fazla durmak istemiyorum. Ancak toplu

sıdır. Tuvalet terbiyesinden önce olup alt bezi ile bakıma izin verir. Bu yaştaki bebekler genital organ algılamasından uzaktır ve yaşadıklarını unuturlar. 6 aydan itibaren anestezi riski erişki-ne eşittir.



sünnetlere karşı olduğumu sünnet gibi önemli bir cerrahi operasyonun hiçbir zaman hafife alınmamasını önemle vurgulamak isterim. Dikkatli anne babalar ve mesleğini özenle yapan çocuk hastalıkları uzmanı arkadaşların yeni doğan dönemde ve erken yaşlarda cerrahi gerektiren birçok rahatsızlığı zamanında teşhis etmekte ve bu çocuklara zamanında yapılması gerek operasyonlar yapılabilmektedir.

Ama her şeye rağmen bu hastalıklan sünnet esnasında ve bu konuda uzman hekimler tarafından teşhis edilebilmektedir.

Bu hastalıklardan iki tanesini sizlere tanıtmak ve anne babaların bir kez daha dikkatini çekmek istiyorum. Bu hastalıklardan ilki HİPOSPADİAS olarak adlandırdığımız halk arasında peygamber sünneti olarak bilinen idrar çıkış deliğinin yerinde olmaması, ikincisi ise KRİPTORŞİDİ dediğimiz testisin yerinde bulunmaması durumlarıdır.

HİPOSPADİAS

Hipospadias; uretra dediğimiz idrar kanalının ön kısmının, corpus cavernosum olarak adlandırılan penisi sertleştiren cisimlerin ve sünnet derisinin eksik gelişimiyle sonuçlanan doğumsal penil defektidir. Bu çocuklar idrar çıkış deliğinin (eksternal üretral meatus) bulunduğu yere bağlı olarak aşağı doğru idrar yaparlar. Bu çocuklardan pek çoğu zamanında teşhis edilir ve sevk edildikleri ilgili hekimler tarafından cerrahi düzeltmeleri yapılır ama bir kısmı özellikle uc kısma yakın olanlar fark edilemez ve sadece sünnet esnasında fark edilebilirler. Sünneti yapan hekim bu konuda uzman bir hekim ise sünnet esnasında fark edeceği bu rahatsızlığı cerrahi müdahale ile düzeltebilecektir. Cerrahi düzeltme esnasında sünnet derisinin kullanılıyor olması ayrıca işin önemini göstermektedir.

Hipospadias ameliyatı için ideal yaş penceresi 6 - 18 ay ara-

KRİPTORŞİDİ (İNMEMİŞ TESTİS)

Sünnet için gelen çocukların muayenesinde mutlaka testislerin yerlerinde olup olmadıkları dikkatlice muayene edilmelidir. İdeal olan yeni doğan döneminde yerinde olmayan testislerin tespit edilmesi ve en geç 1,5 yaşında bu testislerin normal yerlerine indirilmeleridir ama yine üzülmek istemiyorum ki bu durum birçok anne babanın hatta hekim arkadaşlarının dikkatinden kaçmaktadır. Geç kalınan durumlar ileri yaşlarda infertiliteye (istendiği halde çocuk sahibi olamama) ve erken dönemde yakalanabilecek testis tümörlerinin gözden kaçmasına sebep olabilmektedir. Sünnetle beraber aynı seansta inmemiş testis operasyonu da yapılmalıdır.

Hastanemiz Üroloji kliniğinde tüm bu operasyonlar başarı ile yapılmaktadır.



SEDEF HASTALIĞI (PSORİAZİS)

■ Bazı sedef vakalarında deriden biopsi almak gerekmektedir.



Genetik yatkın zeminde tetikleyici faktörlerin oluşturduğu enflamatuvar (yangısal) bir hastalıktır.

Tetikleyici faktörler enfeksiyonlar (üst solunum yolları, üriner sistem enfeksiyonları), travmalar (çarpma, vurma, yanık, yabancı cisim batmaları), obezite, diyabet, emosyonel stresler.

Klinik olarak psoriasis vulgaris, psoriasis artropatika (eklem tutulumu ile seyreder), eritrodermik psoriasis, psoriasis püstüloza olarak çeşitli tipleri vardır. Psoriasis vulgaris deride eritemli skuamlı (pembe zemin üzerinde kabuklu) plaklarla karakterize genellikle kaşıntısız ağrısız ancak hastaları psikososyal açıdan olumsuz etkileyen bir



hastalıktır. Avuç içi ve ayak tabanını tuttuğu zaman deride kalınlaşma, çatlamlar yaparak iş görmeyi zorlaştırabilir. Saçlı deride oluşan kabuklanmalar hem görünüş olarak bazen de kaşıntı yaparak hastaları rahatsız eder.

Tırnaklarda kalınlaşma ve tırnak yüzeyinde noktavi çukurcuklar (yüksük tırnak görünümü) oluştururlar .

Artropatik Psoriasis; seronegatif (laboratuvar bulguları negatif olan) artritler grubundandır. Deformitelere yol açabilir, tedaviye güç cevap verir.

Eritrodermik Psoriasis; tüm vücut kırmızıya varan pembeliktir. Deri sürekli soyulur, hastada yaygın soyulmadan dolayı protein kaybı vardır.

Psoriasis püstüloza; jeneralize tip ve palmo planter püs-

tüler psoriasis olarak iki tipi vardır. Jeneralize (yaygın) Tip bütün vücutta püstüller (iltihaplı görünümde lezyonlar) ile seyredir. Bu püstüller sterildir ve bazen birleşerek gruplar oluştururlar klinik olarak ağır seyreden bir tablodur.

Palmoplanter püstüler psoriasis avuç içi ve ayak tabanını tutan ve püstüllerle seyreden lokalize bir formdur.

Sedef hastalığında teşhis klinik bulgulara dayanır. Bazı vakalarda (özellikle püstüler tip ve kepeklerin kalın olduğu tiplerde) deriden biopsi almak gerekebilir.

Tedavi: Tetikleyici faktörlerin ortadan kaldırılması yanı sıra çeşitli sistemik ve topikal (deri üzerine sürülen) ilaçlar uygulanır.





Neden Check-Up?

■ Sağlığınıza kontrol ettirirken hangi hastalıklarla ilgili risk altında olduğunuz ve bu riskler ışığında bir tarama yapılması oldukça önemlidir.



Uzm. Dr. Sebnem KORKMAZ
Biyokimya

*İstanbul Üni. İst. Tıp Fakültesi
mezunu.
İhtisasını Ankara Üni. Tıp
Fakültesi'nde yapmıştır.*

Günümüzde, Tıp Dünyası oldukça ilerleme kaydetse de temel amaç daima hastalıkların oluşumunun önlenmesi ve erken tanısının sağlanmasıdır.

Hastalıklar aşikar bulgular vermeyebilir, hatta sinsice ortaya çıkabilir. Bu sebeple düzenli aralıklarla şikayetiniz olmasa bile sağlığınız hakkında bilgi almalısınız. Özellikle de toplumda sık görülen hipertansiyon, şeker hastalığı, koroner kalp hastalığı, kanser (meme, kolon, prostat, rahim ağzı vb.) gibi insan sağlığını ciddi düzeyde etkileyen hastalıkların aile öyküsünde var olması durumunda kontrol sıklığı arttırılmalı ve daha dikkatli olunmalıdır.

Aile öyküsü önemli olduğu gibi yaş, cinsiyet, ırk, sosyal yaşam ve alışkanlıklar da hastalıkların ortaya çıkmasında risk faktörleridir. Sağlığınıza kontrol ettirirken hangi hastalıklarla ilgili risk altında olduğunuz ve bu riskler ışığında bir tarama yapılması oldukça önemlidir.

Bir sağlık taraması olan Check-Up işte bu noktada devreye girmektedir. Sağlıklı bir bireyin yılda en az bir kez sağlık taraması yaptırması son derece önemlidir. Check-Up programları da bu amaçla hazırlanmıştır.

Koruyucu hekimliğin önemli olduğu hastanemizde sağlığınız bizim için her şeyden önce gelmektedir. Sizler için oluşturmuş olduğumuz Check-Up programlarımız hakkında özel birimimizden detaylı bilgi alabilirsiniz. Sizin için uygun Check-Up programını belirledikten sonra tek yapmanız gereken "SAĞLIĞIM İÇİN MERHABA" demektir.

Merhaba dedikten sonra;

- Randevu günü sizi Check-Up görevlisi karşılar ve bundan sonraki tüm süreçlerde size eşlik eder.
- Check-Up tetkikleri 8:30 itibari ile başlar,yaklaşık yarım gün sürer.
- Programda belirlenen günde Uzman Hekimimiz sonuçlarınızı değerlendirir.
- Sonuç görüşmesi sırasında Hekiminiz bulgu ve tespitlerini açıklayıp tıbbi önerilerini sunar.

Check-Up gününde ve öncesinde dikkat edilecek noktalar nelerdir?

- Hastanemiz Check-Up birimini arayarak mutlaka randevu alınız.
- Check-Up günü hiçbir şey yemeden ve içmeden sabah aç karnına geliniz (8-12 saatlik bir açlık yeterlidir). Sigara içmeyiniz.
- Daha önce (Son 6 ay) yapılmış test ve tetkik sonuçlarınız varsa lütfen getiriniz.
- Check-Up'a gelmeden 48 saat önce,doktorunuz tarafından mutlaka alınması gerekli görülenler dışında,vitamin ve besin takviyesi türünden ilaçları almayı kesiniz.
- Check-Up'tan bir gün önce gaz yapıcı şeyler çiğ sebze, baklagiller,meyve,sütlü gıdalar, gazlı ve kolalı içecekler vb.tüketmeyiniz,alkollü içecek içmeyiniz.
- Kullanmakta olduğunuz ilaçların adlarını ve dozajlarını beraberinizde getiriniz.
- Hamileyseniz veya hamilelik ihtimali varsa işlemlere başlamadan önce mutlaka bilgi veriniz.
- Kadınlar için check-up'ın menstruasyon (adet) günlerine rastlamaması tavsiye olunur.



“Hastalıkta ve sağlıkta Sağlık Kartı”

Özel Rumeli Hastanesi
SAĞLIK KARTI
ALDINIZ MI

“SAĞLIK KARTI”
AVANTAJLARINDAN
ve İNDİRİMLERİNDEN
FAYDALANMAK
İSTİYORSANIZ.
DANIŞMAYA
BAŞVURUNIZ.

RUMELİ HASTANESİ
“Önce Sağlık”

Bilgi ve
Randevu için **0212 580 86 86**

CHECK-UP PROGRAMLARIMIZ

- 1- 40 YAŞ ALTI ERKEK MİNİ CHECK-UP
- 2- 40 YAŞ ALTI ERKEK GENEL CHECK-UP
- 3- 40 YAŞ ALTI ERKEK MAXİ CHECK-UP
- 4- 40 YAŞ ÜSTÜ ERKEK MİNİ CHECK-UP
- 5- 40 YAŞ ÜSTÜ ERKEK GENEL CHECK-UP
- 6- 40 YAŞ ÜSTÜ ERKEK MAXİ CHECK-UP
- 7- 40 YAŞ ALTI KADIN MİNİ CHECK-UP
- 8- 40 YAŞ ALTI KADIN GENEL CHECK-UP
- 9- 40 YAŞ ALTI KADIN MAXİ CHECK-UP
- 10- 40 YAŞ ÜSTÜ KADIN MİNİ CHECK-UP
- 11- 40 YAŞ ÜSTÜ KADIN GENEL CHECK-UP
- 12- 40 YAŞ ÜSTÜ KADIN MAXİ CHECK-UP
- 13- STANDART CHECK-UP
- 14- 0-16 YAŞ ARASI ÇOCUK CHECK-UP
- 15- HOŞGELDİN BEBEK CHECK-UP
- 16- PROSTAT CHECK-UP

Akılcı ilaç

■ Kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre; uygun ilacı, uygun süre ve dozda, en uygun maliyetle ve kolayca sağlayabilmeleridir.



Ecz. Osman DUMLUPINAR

Ege Üni. Eczacılık Fakültesi
mezunudur.

Akılcı ilaç kullanımı tüm dünyada önemli bir sağlık sorunudur. Dünya sağlık örgütü ilacı "fizyolojik sistemleri veya patolojik durumları, alıcının yararı için değiştirmek veya incelemek amacıyla kullanılan veya kullanılması öngörülen bir madde yada ürün" olarak tanımlamaktadır. İlaç doğru kullanıldığında insan sağlığını ve yaşamını

tehdit eden olumsuzluklara son verirken, yanlış kullanıldığında yaşama son verebilen bir madde olması nedeniyle, insan ve toplum sağlığında önemli bir yere sahiptir.

İlacın, koruyucu ve tedavi edici etkilerinin yanında oluşturabileceği yan etkilerin varlığı ve sağlık harcamalarında önemli payı olması, akılcı ilaç kullanımını daha da önemli hale getirmektedir. İlaçların akılcı kullanımında temel yaklaşım; ilacın doğru zaman, gereken nitelikte, gerektiği kadar ve gerektiği biçimde hastalığın ve hastanın durumuna göre akılcı ve doğru kullanılması gerekmektedir.

Kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre; uygun ilacı, uygun süre ve dozda, en uygun maliyetle ve kolayca sağlayabilmeleridir.

Akılcı olmayan ilaç kullanımı ile ilgili yapılan araştırmalarda tespit edilen temel problemler arasında; gereğinden fazla ilaç reçete edilmesi, ilaçların yanlış şekilde kullanılması, gereksiz olarak pahalı ilaçların kullanılması, gereksiz antibiyotik tüketimi, yada gereksiz enjeksiyon önerilmesi sayılabilir. 2007 yılında ülkemizde yaklaşık 14 milyar dolarlık ilaç satışı gerçekleşmiştir. Kişi başına düşen yıllık ilaç harcaması yaklaşık 200 dolardır. Sosyal Güvenlik Kurumu'nun (SGK) 2007 ilaç harcaması 8,6 milyar liradır. Sosyal güvenlik kurumlarının toplam sağlık harcamaları içinde ilaç giderlerinin payı yaklaşık %40-50 arasında seyretmektedir. Bu harcamaların içerisinde özel ilaç harcamaları %25 civarında iken, SGK harcamaların %75'ni karşılamaktadır. Cepten yapılan ilaç ödemeleri OECD ülkeleri içindeki en yüksek orandır.

Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), geçen yıl toplam 1.003 haneyle tek tek görüşerek evlerdeki ilaçları masaya yatırdı. Toplam 190 milyon kutu ilacın stokta tutulduğu tespit edildi. İlaçların 10 milyonu henüz açılmamış. Her evde ortalama 11 kutu, nüfusun yüzde 5'inin evinde ise ortalama 30'un üzerinde ilaç bulunuyor. Üçte birinin ise ancak 1-2 adedi kullanılmış. Yüzde 8'inin son kullanma tarihi geçerken vatandaş depoladığı 67 milyon kutu ilacı ihtiyaç halinde kullanmayı düşünüyor. 28 milyon kutu ilacı ise hiç kullanmayı düşünmüyor. Evlerde depolananlar arasında ağrı kesici, antibiyotik, mide ve soğuk algınlığı ilaçları başı çekiyor. Doç. Dr. Zeki Bay-

raktar, tabloyu, "Vatandaş ilaç yazmayan doktoru iyi görmüyor. Her durumda ilaç talep ediyor." sözleriyle özetliyor. Prof. Dr. Ahmet Aydın ise, yoğunluk sebebiyle hekimlerin yeterli zaman ayıramadıkları hastalara daha çok ilaç yazma yoluna gittiklerini söylüyor. Devlet geçen yıl ilaca 16 milyar lira harcadı. Bunun 2 milyar TL'lik kısmının boşa gittiği tahmin ediliyor. 2002 yılında Türkiye'de toplam ilaç satışları 700 milyon kutuydu. Geçen yıl bu rakam 1,9 milyar kutuya çıktı. Evinde 50 kutudan fazla ilaç bulunan Soner Vneden ecza dolabında ilaç beklettiğini "Annemin ilaçları var. Evdeki küçük çocuğa lazım olabilir diye bulundurduğumu söylemekte. Aile hekimine ilaç yazdırmaya giden vatandaşların talepleri de bir hayli ilginç. İstanbul Küçükçekmece'de yaşayan 60 yaşındaki Kazım F, eşinin verdiği listeyi doktora sıralıyor. Özellikle ağrı kesici olarak 'X' isimli ilacı istediğini söylüyor. Doktor, "Bu ilaç iltihap kurutucu (antibiyotik), ağrı kesici değil. Faydası olmaz." karşılığını veriyor. Kazım Fise, "Eşim onunla ağrısının geçtiğine inanıyor." sözleriyle ısrar ediyor.

Yukarıda ki örneklerden de anlaşılacağı üzere toplumumuzda akılcı ilaç kullanma bilgisi yerleşmemiştir. İlaç israfı konusunda yeni düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.

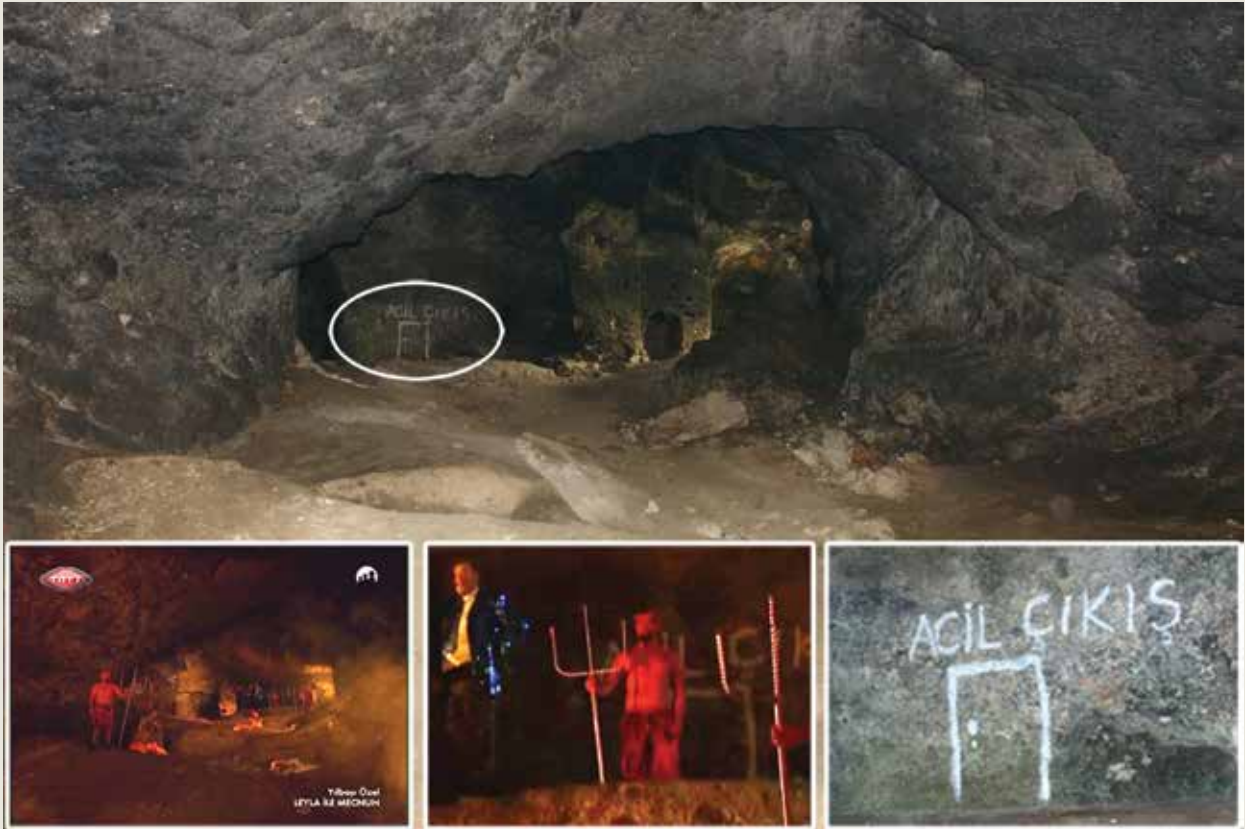
- Tüm bunlar ilaç kullanımı konusunda kötü bir alışkanlığımız olduğunu göstermektedir. İlaç israfı konusunda yeni düzenlemelerin yapılması gerekmektedir. İlaç şirketlerinin promosyon çalışmaları sınırlandırılmalı ve bu konudaki harcamalar disiplin ve kontrol altına alınmalıdır.
- Hekimler eşdeğer ilaç kullanımı konusunda bilgilendirilmelidir.
- İlaç kullanımını etkileyen faktörler çok ve birbiriyle ilgilidir. Kültürel ve sosyal inançlarda yerleşmiş bilginin, tutumların, altyapının ve ekonomik çıkarların şekillendirdiği karmaşık uygulamaları değiştirmek oldukça zordur. Farklı grupların ve farklı çevrelerin ihtiyaçlarına göre değişen bir stratejiler kombinasyonu gerekmektedir.
- Akılcı ilaç kullanımını yaygınlaştırma politikaları pahalı olan ilaçları yazmaktan finansal çıkar sağlamaları engellenmelidir.
- Akılcı ilaç kullanımını yaygınlaştırmak için hekimlere DSÖ'nün belirlediği ulusal olarak kabul edilmiş klinik rehberler ve temel ilaç listeleri geliştirilmelidir.
- Klinik rehberler geçerli klinik kanıtlara dayalı en maliyet etkili terapötik yaklaşımı göstermektedir. Klinik rehberlerin hekimler arasında kullanımı yaygınlaştırılmalıdır. Çeşitli basılı materyaller akılcı reçete yazmanın ileri yaygınlaştırılması için kullanılabilir.
- Ülkemizde yasal olarak reçetesiz ilaç alımına sınırlama getirilmesine rağmen, pratikte bu konuda sorunlar yaşanmaktadır. Denetim mekanizmaları geliştirilip reçetesiz ilaç satışı belli ilaçlarla sınırlandırılmalıdır.
- Hastaların istenmeyen ilaç etkileşimleri ve ilaç yan etkilerinden korunabilmeleri için reçetesiz ilaç kullanımının önüne geçilerek, insanların bu konuda bilgilendirilmeleri, hekim, eczacı, hemşire işbirliğiyle bu problem önlenmeye çalışılmalıdır.
- Halkın akılcı olmayan ilaç kullanımını önlemek için, görsel ve yazılı medya aracılığı ile veya bilgilendirici afiş/broşür yardımıyla doğru ilaç kullanımı konusunda eğitimler verilmelidir.
- Tedavinin yarım kalması, çocukların ilaç zehirlenmeleri riski ve ilaç israfı açısından halka ilaç biriktirmenin yanlış bir uygulama olduğu halk eğitimleri ile bildirilmeli, atık ilaçların toplama kampanyaları geliştirilmelidir.
- Akılcı ilaç kullanımı için sağlık mensuplarının eğitim kaliteleri artırılmalı ve bilgileri periyodik hizmet içi eğitim programları ile güncelleştirilmelidir.



- Tüm dünyada kullanım oranı artmakta olan alternatif tedavi yöntemlerinden bitkisel tedavi hakkın da halkın sağlık bakanlığı tarafından bilgilendirilmesi sağlanmalıdır.
- Toplumu doktora danışmadan ilaç kullanmaya yönelten eğitim eksikliği dışındaki nedenler üzerinde araştırmalar yapılmalıdır.
- Eğitimli eczacı ve eczacı asistanı eksikliği olan ülkelerde reçete ilaçları, resmi ehliyeti olmayan veya eğitimsiz ilaç satıcıları tarafından satılmaktadır. Onlara temel hizmet içi eğitim sağlanmalıdır. İşlerini daha iyi yapmalarına ve hastalarla etkili iletişim kurmalarına yardımcı olabilir.
- Halk eğitim programları uzun dönem ve sürdürülebilir olmalıdır. Kısa kampanyalar, özellikle medyayı kullanarak "farkında" olma durumunu artırmalarına rağmen bu kısa kampanyaların uzun dönemde davranış değişikliği oluşturması veya topluluğun bu konudaki gücünün ve bilgisinin artmasına katkıda bulunulmalıdır.
- Gelişmekte olan ülkelerde yaygın olarak görülen reçete ilaçlarını kullanarak uygun olmayan kendi kendine tedavi insan sağlığı için tehlikeli olabilir. Antibiyotiklerle kendi kendine tedavi bir örnektir. Ayrıca ekonomik sonuçları vardır. Halk bu sorun hakkında eğitilmelidir.
- Yazılı ve görsel basında eğitici haberler yapılmalı, halkı bilinçlendirmeye yönelik programlar hazırlanmalı, reklamlar yayınlanmalıdır.
- Satışı onaylanan tezgah üstü ilaçlar doğru, okunaklı ve tıbbi yabancı kişiler tarafından anlaşılabilir etiketler ve talimatlarla temin edilmelidir.
- Ucuz ama doğru ilaç yazımı konusunda doktor adayları iyi eğitim almalıdır.



Yarımburgaz Mağaraları



Küçükçekmece Gölü havzası dünyanın en eski yerleşkelerinden birine ev sahipliği yapıyor. Yerli ve yabancı pek çok araştırmacının yaklaşık 200 yıldır incelediği muhteşem mağaralar uygarlığın gelişimini en güzel anlatan arkeoloji ve tarih incisi. Ne yazık ki bu mücevheri binlerce yıl önce yaşamış hemşehrilerimiz kadar koruyamadık. Hele bu tarih katliamı sanat adına yapıldıysa...

Küçükçekmece Gölü'nün 1,5 km kuzeyinde Altınşehir-Kayabaşı yolu üzerinde yer alan Yarımburgaz Mağaraları, Yakındoğu ve Avrupa'nın en önemli yerleşkelerinden biridir. Mağara, Eosen kökenli kalker oluşumlu bir kayalığın yer altı suları tarafından aşındırılması ile oluşmuştur. Girişi, biri üstte, diğeri altta olmak üzere 2 galeriden oluşmakta

ve bu iki galeri daha içlerde birleşmektedir. Daha sonra mağaranın derinliklerinde sağa ve sola iki galeri olarak ayrılmaktadır. Mağaranın uzunluğu 1021 metredir. İlk defa Abdullah Bey tarafından 19. yy'ın ortalarında bilim dünyasına tanıtılan Yarımburgaz Mağaralarındaki ilk dönem kazılar Şevket Aziz Kansu'nun önderliğinde Kılıç Kökten'in yönetiminde 1963 yılında aşağı mağaranın giriş kısmında yapılmış, daha sonra 1964 ve 1965 yıllarında Kansu; Kökten ve N. Dolunay'ın yönetiminde mağara karelere bölünerek daha sistemli bir şekilde kazılmıştır. 1966 yılından 1986 yılına kadar mağaranın çeşitli nedenlerle tahrip edilmesi gibi çok önemli bir sebepten dolayı; 1986 yılında İstanbul Üniversitesi; Edebiyat Fakültesi; Prehistorya Anabilim Dalı öğretim üyelerinden Mehmet Özdoğan'ın başkanlığında;



ikinci dönem Yanımburgaz kazıları gerçekleştirilmiştir. Üçüncü dönem kazılar İstanbul Üniversitesi; Edebiyat Fakültesi; Prehistorya Anabilim Dalı öğretim üyelerinden Güven Arsebük'ün yönetiminde; ABD Berkeley'deki California Üniversitesi; Antropoloji Bölümü öğretim üyelerinden F Clark Howell'in katılımıyla; her iki üniversitenin ortak projesi olarak 1988-1990 yıllarında gerçekleştirilmiştir. BÜMAK tarafından 1984-85 yıllarında araştırılıp; BCRA 5d standartlarında haritası yapılmıştır. Daha sonra Eurasian Bridge '99 Projesi kapsamında biospeleolojik yönden araştırılmıştır. 2001 yılında 1.Derecede Arkeolojik-Doğal Sit Alanı ilan edilmiştir. Tabakalar halinde yer alan buluntulardan ve duvarlardaki resimlerden anlaşıldığı gibi Alt Paleolitik Çağdan Bizans dönemine kadar 400 bin yıllık geçmişe sahiptir. Özellikle duvarlara kırmızı kille yapılmış, biri yelkenli, diğeri kürekli iki gemi resmi, burada yaşayanların çok eski çağlarda denizcilikle uğraştığı, özellikle fırtınalı günlerde küçük gemilerin mağaranın önlerine kadar geldiğini göstermekte. Bizans döneminde ise şapel olarak kullanıldığı bilinmektedir. Mağarada Ursus deningeri denen ve günümüzdekilerinin atası olan ayı kemiklerine rastlanmıştır ve bir dönem hayvanların kullandığı anlaşı-

mıştır.

Defineciler, Tinerciler, Mantar yetiştiricileri, Sinemacılar ve hatta kamu kuruluşları tarafından dikitler ve sarkıtlar kırılarak, çukurlar kazılarak, içinde ateş yakılarak, duvarlarına alçıyla veya kazımak suretiyle çeşitli resimler ve isimler yapılarak tahrip edilmiştir. Bugün mağaranın girişi demir parmaklıklarla kapatılarak korunmaya çalışılmaktadır.

Ali Baba ve Kırk Haramiler, Tarkan, Kara Murat filmleri burada çevrilmiş olup, ayrıca Leyla ile Mecnun dizisinde duvara "Acil Çıkış Kapısı" çizilmiş, Yorr'un Öyküsü filminde mağaraya havuz yapılmış ve bu havuz dinamitle patlatılmış, Küçük Ağa dizisinde duvarlardaki tarihi freskler kazınarak yok edilmiştir. Son olarak Muhteşem Yüzyıl dizisinin 43. ve 44. bölümlerinde mağaranın tabanında 3x3 metre-karelik bölümün kazıldığı, tavana alçı kullanılarak film setine dekorasyon hazırlandığı ve demir kapının bir kanadının söküldüğü İstanbul Arkeoloji Müzesi uzmanları tarafından tutulan raporlarda belirtilmiş ve konu yargıya intikal etmiştir.

Yanımburgaz Mağaralarında ilkel insanlarca çizilmiş çeşitli figürlerden günümüze kadar ulaşmayı başaranlar uygarlığın gelişimine ışık tutmakta. MÖ. 5000 yıllardan kalan biri kürekli, diğeri yelkenli 2 gemi figürünün Fenil-



kelilere ait olduğu sanılmaktadır. Bunun yanı sıra, bu figürlerin üzerine "Mehmet", "Dursun" ve "Işık" isimlerinin de MS.2000 yıllarında duvarlara ustaca (!) kazındığı tahmin ediliyor. Hangisinin daha ilkel olduğuna siz karar verin.



*Burgaz (Pyrgos) İçinde kale, kule, hisar, kemer gibi dikili yükselti mimarının bulunduğu antik kasabalara verilen ad. Kemerburgaz (İstanbul), Burgaz Ada (İstanbul), Sahil Burgaz (Bursa), Lüleburgaz (Kırklareli), Burgaz (Datça'da Knidos harabeleri).

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.

**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.

**Opr. Dr. R. Faruk YERLİOĞLU**
Üroloji

İstanbul Üni. İst. Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapmıştır.

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

İstanbul Üni. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını Haseki Eğitim ve araştırma Hastanesi'nde yapmıştır.

**Doç. Dr. Lutfiye ERSOY**
Dermatoloji

İstanbul Üni. İst. Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını Şişli Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapmıştır.

**Uzm. Dr. Suna DALÇIK**
Dermatoloji

Uludağ Üni. Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapmıştır.

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

Bursa Uludağ Üni. Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını GATA Ankara'da yapmıştır.

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

İstanbul Üni. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını Şişli Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapmıştır.

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

Cumhuriyet Üni. Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını İstanbul Üni. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde yapmıştır.

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

Trakya Üni. Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapmıştır.

**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.

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

Osmangazi Üni. Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde yapmıştır.

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

Atatürk Üni. (Erzurum) Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını Haydarpaşa Numune Hastane'sinde yapmıştır.

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

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını İstanbul Üni. Çapa Tıp Fakültesi'nde yapmıştır.

**Opr. Dr. Kenan İPEK**
Genel Cerrahi

Ankara Üniv. Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi'nde yapmıştır.

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

Dokuz Eylül Üni. Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını Taksim Eğitim Araştırma Hastanesi'nde yapmıştır.

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

İstanbul Üni. Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastane'sinde yapmıştır.

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

Ankara Üni. Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını Dicle Üni. Tıp Fakültesi'nde yapmıştır.

**Uzm. Dr. Kadriye ALPAY**
Nöroloji

İstanbul Üni. İst. Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını İstanbul Üni. Çapa Tıp Fakültesi'nde yapmıştır.

**Uzm. Dr. Şebnem KORKMAZ**
Biyokimya

İstanbul Üni. İst. Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını Ankara Üniv. Tıp Fakültesi'nde yapmıştır.



Opr. Dr. Turgay HAN
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları

İstanbul Üni. İst. Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapmıştır.



Yard. Doç. Dr. Levent SAĞIT
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları

İstanbul Üni. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapmıştır.



Yard. Doç. Dr. Hüseyin B. BAYRAKTAR
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları

İstanbul Üni. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını Dokuz Eylül Üniversitesi'nde yapmıştır.



Uzm. Dr. Çağlar CANBULAT
İç Hastalıkları

İstanbul Üni. İst. Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını Gaziantep Üniversitesi'nde yapmıştır.



Uzm. Dr. Gönül İREN
İç Hastalıkları

İstanbul Üni. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını İstanbul Üni. Haseki Kardiyoloji Enstitüsü'nde yapmıştır.



Uzm. Dr. Ali Haydar RENKAL
İç Hastalıkları

Ege Üni. Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapmıştır.



Uzm. Dr. Mustafa Çetin EZEL
İç Hastalıkları Uzmanı

İstanbul Üni. İstanbul Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını Haydarpaşa Numune Hastanesi'nde yapmıştır.



Uzm. Dr. Gülten Dönmez KÜLLÜ
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

İstanbul Üni. İst. Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapmıştır.



Uzm. Dr. Gürbüz DOĞU
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

İstanbul Üni. İst. Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını GATA Ankara'da yapmıştır.



Uzm. Dr. Zafer BURSALI
Kardiyoloji

İstanbul Üni. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını İst. Üni. Haseki Kardiyoloji Enstitüsü'nde yapmıştır.



Uzm. Dr. Özgür SÜ
Radyoloji

Ankara Üni. Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını Uludağ Üni. Tıp Fakültesinde yapmıştır.



Uzm. Dr. Engin ÇAĞLIYAN
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

İstanbul Üni. İst. Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını Ege Üni. Tıp Fakültesi'nde yapmıştır.



Uzm. Dr. Neslihan ALPARSLAN
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon

İstanbul Üni. İstanbul Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını Haydarpaşa Numune Hastanesi'nde yapmıştır.



Uzm. Dr. Salamon OVADIA
Anestezi Ve Reanimasyon

İst. Üni. Çapa Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını Stadt. Krankenanstalten Bielefeld, Mitte, Almanya'da yapmıştır. İhtisasını Şişli Etfal Hastanesi'nde yapmıştır.



Uzm. Dr. Sevinç GÖKTUNA
Anestezi Ve Reanimasyon

İstanbul Üni. İst. Tıp Fakültesi mezunu. İhtisasını Haydarpaşa Numune Hastanesi'nde yapmıştır.



Dr. Erman YILMAZ
Acil Doktoru

Fırat Üni. Tıp Fakültesi mezunu.



Dr. Nihat TANIŞIK
Acil Doktoru

Akdeniz Üni. Tıp Fakültesi mezunu.



Dr. Ziya TÜRKEŞ
Acil Doktoru

İstanbul Üni. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi mezunu.



Dyt. N. Emre KOYUNLU
Diyetisyen

Hacettepe Üni. Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü mezunu.



Fizyoterpist Ender AYDIN

İst. Üni. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Okulu Mezunu.



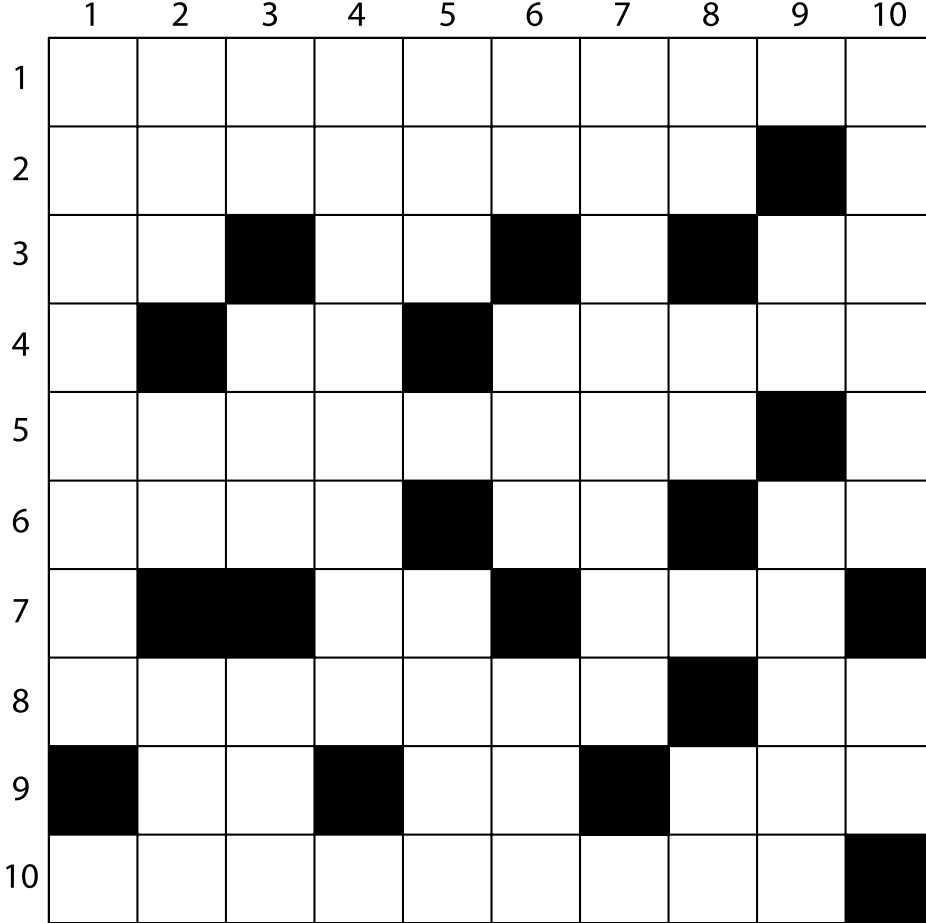
Dt. Aylin HOŞZEBAN
Diş Hekimi

İstanbul Üni. Diş Hekimliği Fakültesi mezunu. İhtisasını Çapa Diş Hekimliği'nde yapmıştır.

Sağlık'lı

BULMACA

Hazırlayan : Opr. Dr. Barış ÇÖLLÜOĞLU



SOLDAN SAĞA

1-Göz Hastalıkları Doktoru 2-Yabancı Dil Kökenli Hafif Bir Tatlı 3-Türkiye'nin Plaka Kodu-“Ve Allah Kadını Yarat-tı” Filminin Aktirstinin İsmi Kısaltılması-Miktarca Faz-la Olmayan 4-Altının Simgesi- Şişlide Bir Hastane 5-Bir Renk Ve Çiçek İsmi 6-Kanun- Bir Hayvan- İlave 7-Numa-ranın Kısaltılması- Mürekkep Kurutmakta Kullanılan İnce Kum 8-Soyadı “İdiz” Olan Bir Tiyatro Sanatçısı- Mısırd a Güneş Tanrısı 9-Molibdenin Simgesi – Eski Dilde Ayak-Akira Kurosawa'nın Ünlü Filmi 10-Renk Körlüğü

YUKARIDAN AŞAĞIYA

1-Göz Hekimliğinde Teknik Eleman 2-Göz Nuru-Miad Ke-limesindeki Ünlüler- Eski Bir Korkutan Masal Kahramanı 3-Ateş Kelimesindeki Ünsüzler- Dingil- Yapmacık Hare- ket 4-Sağlıkta Acil Taşıma Aracı 5-Eski Dilde Dudak- Bir Bankacılık Terimi 6-Mililitrenin Kısaltması- Tembih Sözü- Kaba Bir Hitap Tarzı 7-Doğum Hekimliği 8-Bir Nota- “Fani”

Kelimesinin Ünsüzleri- Rezervasyonun Kısaltılması 9-Bir Ajans İsmi-Hacda Giyilir 10-Eksik Bir Vücutsal Beceri yi Güçlendirmek İçin Kullanılan Bir Araç- En Küçük Zaman Birimi

Önceki Sayının Çözümü...

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	K	A	R	T	A	L	K	A	Y	A
2	A	S	A	L	G	A	Z	L	A	R
3	R	A		O	R	N	A	T	M	A
4	A	M	İ	S	O	S			A	S
5	K	A	K		N	E	K		N	T
6	E		E	L	O		A	K	S	A
7	Ç	U		A	M	O	N	Y	A	K
8	İ	R	O	N	İ	K		U	Z	
9	L	A	N	D		S	A	D		P
10	İ	N	S		S	O	D	O	M	İ

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

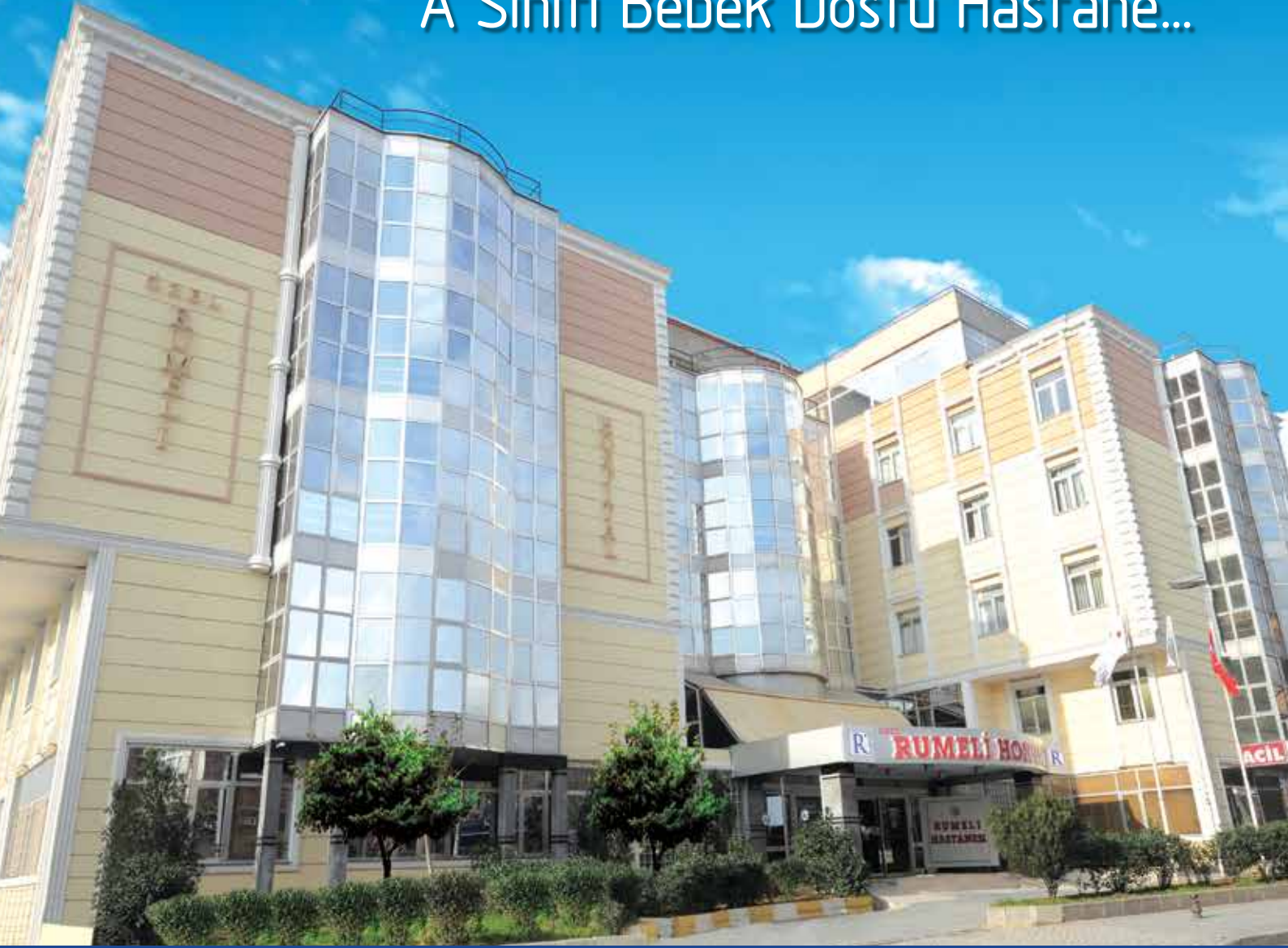
ARTI YAŞAM
CARD FİNANS
PROMED
FİBA SİGORTA
FİNANS BANK

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.