

GAZİOSMANPAŞA HASTANESİ

KALBİM BÜLTEN

Ocak 2012 Aspirin Dergisi ekidir. Ücretsizdir.



Editörden...

Merhaba,

Söz verdiğimiz gibi sizlerle yine beraberiz. Dergimizin ikinci sayısında sizlere; Kardiyoloji ve Kalp Damar Cerrahisi bölümlerini kısaca tanıttıktan sonra, faydalanacağını düşündüğümüz, güncel hayatta sık olarak karşımıza çıkan sorunları içeren konular seçtik.

Derginin her yeni sayısında kendimizi biraz daha geliştirerek, daha iyi bir şekilde karşınızda olmaya devam edeceğiz. Bu sayının hazırlanması ve sizlere kadar ulaşmasında emeği geçen herkese bu vesile ile teşekkür etmek istiyorum.

Sizlerle beraber, bir yılın daha son günlerine sağlıklı ve mutlu bir beraberlikle ulaşmış bulunmaktayız. 2012 yılının, sizlere ve ailenize sağlık, mutluluk, huzur ve bol şans getirmesini, ben, ekip arkadaşlarım ve tüm hastane çalışanları adına diliyorum.



**DIŞ İLE İLGİLİ
CERRAHİ
İŞLEMLER
ÖNCESİ,**



**KAN SULANDIRICI
İLAÇ TEDAVİLERİNİN
DÜZENLENMESİ**

Kan sulandırıcı ilaç tedavileri, günümüzde kalp damar hastalıklarının oluşmasının engellenmesi, mevcut damar hastalıklarının hem ilerlemesinin, hem de bu damar hastalıklarına bağlı hayatı tehdit edecek durumların... **Syf.5**

Uz.Dr. Betül CENGİZ ELÇİOĞLU
Kardiyoloji Uzmanı

DİYABET VE KALP HASTALIKLARI

Diyabet sadece şeker yüksekliği ile değil aynı zamanda, insülin direnci, hiperinsülinemi, dislipidemi (kolesterol-trigliserid yüksekliği), hipertansiyon, endotel disfonksiyonu ile ilişkili birçok mekanizmayı tetikleyerek kalp ve damar hastalıklarına neden olabilir. Diyabet vücudun glukozu... **Syf.8**

**Uz. Dr.
Müjdat KARA**

**Endokrinoloji ve
Metabolizma
Hastalıkları
Uzmanı**



GEBELİK VE KALP SAĞLIĞI

Gebelikte hızla büyüyen bebeğin ihtiyaçlarını karşılamak ve anneyi doğum sırasındaki muhtemel kan kaybına dirençli kılmak amacıyla kalp dolaşım sisteminde bir takım değişiklikler olur Gebeliğin başlangıç anından itibaren böbreklerden tuz ve su geri emilimi... **Syf.9**

Uz. Dr. Yelda SALTAN ÖZATEŞ
Kardiyoloji Uzmanı



KARDİYOLOJİ ÜNİTESİ



Doç. Dr. Nuri KURTOĞLU
Kardiyoloji Uzmanı

Kardiyoloji Ünitemiz 2007 yılında kuruldu ve bugüne kadar 100 binin üzerindeki hastaya poliklinik hizmeti vererek hastanemizin büyüme hamlesine paralel olarak gelişim gösterdi. Halen beş kardiyoloji uzmanı hekim ve 20 hemşire ile siz değerli halkımıza hizmet vermekteyiz.

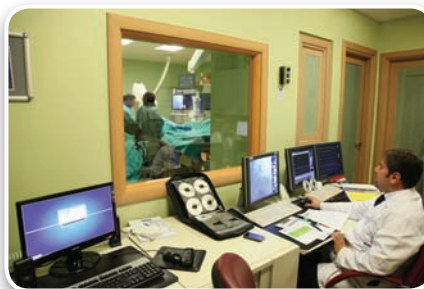
Servisimiz, bünyesinde yirmi adet kardiyoloji yatağı ile birlikte her türlü girişimsel izlemin yapılabilirdiği altı yataklı bir koroner yoğun bakım ünitesi barındırmaktadır. Sahip olduğumuz son derece gelişmiş teknolojik cihazlar ile kalp hastalıklarının tanı ve tedavisini başarı ile yapabilmekteyiz. İnvaziv kardiyoloji labo-

ratuarında Siemens marka koroner anjiyografi cihazı ile yıllık ortalama 3500 hastamıza teşhis ve tedavi uygulamaktayız. Tıkanmış kalp damarlarının koroner anjiyografi ile tespit edilerek balon ve stent yardımı ile açılması, doğuştan olan kalpteki bazı deliklerin ameliyatsız kapatılması, kalp ritm bozukluklarının kalıcı kalp

pili takılarak veya ablasyon metodu ile tedavi edilmesi gibi uygulamalar kliniğimizin rutin uygulamaları arasında yer almaktadır.

Ayrıca kliniğimizde kalp hastalıklarının teşhisinde son derece yüksek duyarlılıkla kullanabildiğimiz birisi 3 boyutlu olmak üzere dört adet ekokardiyografi cihazımız mevcuttur. Bu cihazlarla yüzey ekokardiyografisinin yanı sıra "transözefajiyal ekokardiyografi" ve "stres ekokardiyografi" uygulamalarını da yapabilmekteyiz. Kalp damar hastalıklarının teşhisinde kullandığımız üç adet efor testi cihazı ve kalp ritm bozukluklarının teşhisinde kullandığımız sekiz adet Holter cihazımız mevcuttur. Ayrıca kliniğimizde bulunan ve hipertansiyon tanısında kullanılan dört adet "tansiyon holteri"ne sahibiz.

Hastanemiz bünyesinde bulunan radyoloji ve nükleer tıp departmanları ile yaptığımız iş birliği neticesinde ise "kardiyak çok kesitli bilgisayarlı tomografi", "kardiyak MR" ve "miyokard perfüzyon sintigrafi" lerini yapabilmekteyiz. Bu tetkikler de kalp hastalıklarının teşhisinde çok duyarlı olan yöntemlerdir. Kardiyoloji alanındaki gelişmeler baş döndürücü bir hızla ilerlemektedir. Amacımız bu gelişmeleri yakından takip ederek halkımızın kalp sağlığının iyileşmesine katkıda bulunabilmektir.



KALP VE DAMAR CERRAHİSİ ÜNİTESİ



Doç. Dr. Denyan Mansuroğlu
Kalp ve Damar Cerrahisi Uzmanı

Hastanemiz Kalp ve Damar Cerrahisi Ünitesi, 2007 yılında profesyonel anlamda hizmet vermeye başlamıştır. Açık kalp ameliyatı olan hasta sayısı 2500'ü aşmıştır.

Ünitemiz; 2 poliklinik, 9 servis yatağı, 2 ameliyathane ve 6 yoğun bakım yatağından oluşmaktadır. Ancak yeni hastane binasının devreye girmesi ile beraber kapasitemiz 2 katına çıkacaktır.

Kalp ve Damar Cerrahisi hizmetini Dr. Kenan Sever ve Dr. Cihan Özbek ile beraber yürütmekteyiz. Bu hizmeti verirken ekibimiz bünyesinde bulunan, kalp cerrahisinde tecrübeli üç anestezi uzmanı doktor yanında, tecrübeli servis, yoğun bakım ve ameliyathane hemşireleri, kalp ve akciğer makinesini yöneten perfüzyonistlerimiz, ayrıca poliklinik katında sizleri karşılayan bir sekreterin, koordinatörlerin ve diğer yardımcı personelimizin katkıları yadsınmaz.

Kliniğimizde her türlü açık ve kapalı kalp cerrahisi ameliyatını gerçekleştirmekteyiz. Koroner bypass, kapak tamir ve değiştirme ameliyatları, aort damarı anevrizmaları ve yırtılma müdahaleleri, kalp tümörleri ve doğuştan olan kalp hastalıklarının cerrahi tedavileri yanında endovasküler stentleme girişimleri başarılı bir şekilde yapılmaktadır. Bunun yanında periferik damar cerrahisi girişimleri, venöz damar cerrahisi, diyaliz fistül açma kapama, kalıcı kateter takılması veya çıkarılması gibi tedaviler modern cihazlar ve güncel tedavi yöntemleri uygulanarak başarılı bir şekilde yapmaktayız. Ayrıca yeni dönemde, hastanemizin üniversite hastanesine dönüşümü ile birlikte, yapay kalp cihazlarının takıldığı

ve kalp nakli yapıldığı referans bir merkez olmayı planlamaktayız.

Günümüzde artık kalp hastaları çok daha ciddi risk faktörleri ile birlikte polikliniğimize başvurmaktadır. Ameliyat edeceğimiz hastaların çoğunu ya daha önce mükerrer kereler anjiyografi yapılmış ve stent takılmış hastalar ya da yakın zamanda kalp krizi geçirmiş veya ileri yaş, şeker hastalığı, ince damar yapısı, akciğer ve böbrek fonksiyon bozukluğu, eşlik eden boyun damar tıkanıklığı gibi ciddi risk faktörleri olan hastalar oluşturmaktadır.

Sizde takdir dersiniz ki bu ağır hasta gurubunda iyi sonuçlar elde etmek; cerrahi başarı yanında, hastanenin tüm branşlarının uyumlu, ekibin her bir ferдинin özverili, son derece dikkatli ve titiz çalışması neticesinde elde edilebilir. Modern ameliyathane tekniklerinin kullanılması ile günümüzde kalp ameliyatlarında seçilmiş vakalarda risk %1 altına çekilmiştir. Hastalar ameliyattan sonra hızlı bir şekilde ayağa kalkmakta, bir gün yoğun bakımda kalmakta, 4-5 gün hastane yatışından sonra taburcu olmaktadır.



TUZ

VAZGEÇİLMEZ BİR MİNERAL Mİ? SİNSİ BİR DÜŞMAN MI?



Uz. Dr. Ayhan BALTAY
Kardiyoloji Uzmanı

Tuz antik çağdan beri insanların hayatında önemli bir rol oynamıştır. Salary (ücret) kelimesinin bile salt (tuz) dan geldiği ileri sürülmektedir.

Tuz insan vücudu için en önemli dört mineralinden biridir. Besinlerin içinde doğal olarak bulunduğu gibi işlenmiş olarak sofraya tuzu (sodyum klorür) adı altında besinlere ilave edilmektedir. Sofra tuzu sodyum ve klorür elementlerinden oluşur ve %40'ını sodyum oluşturur.

Tuz insan vücudunda su dengesinin ve tansiyonun ayarlanmasında, sinir hücreleri ve kaslar arasındaki elektrik iletisinin sağlanmasında rol oynarken klorür mide asidinin oluşumu ve sindirim işlevlerinde, asit-baz dengesinin ayarlanmasında görev alır.

Vücudumuzdaki tuz miktarı böbrekler tarafından ayarlanır ve günlük tuz kaybı yaklaşık 500 mg civarındadır.

Dışarıdan ilave tuz katılmasa bile, besinlerdeki doğal tuz miktarı günlük kayıpları karşılamaya yeterlidir ve normal şartlarda tuz eksikliğine bağlı belirtiler ortaya çıkmaz.

Tuzun aşırı tüketilmesi suyun tutulmasına ve dolayısıyla tansiyon yükselmesine sebep olur.

Ülkemiz nüfusunun yaklaşık 1/3'i hipertansiyon hastası olup bunlarında %30'unda tuz hassasiyeti mevcuttur. Yüksek tuz tüketimi tansiyona bağlı böbrek fonksiyonlarının bozulmasında, kalp yetersizliğinin ve siroz gibi hastalıkların kötüleşmesinde ciddi bir etkidir. Tuz tüketiminde 1 gr/gün azaltmaya gidilmesi kalp krizi

riskinde %3, felç riskinde %5 azaltmaya sebep olmaktadır.

Sağlıklı bireylerde günlük 5 gr tuz (NaCl) tüketimi yeterli olurken, Türkiye'de kişi başına günlük tüketim gelişmiş ülkelerin 2-3 katı olup 18 gramdır.

Sanayileşme ile birlikte işlenmiş yiyeceklerin artışı, uzun süre saklama ihtiyacı nedeni ile kullanıcıların tuz miktarı giderek artmıştır.

Konserve, salamurla yiyecekler, salça, ketçap, hazır çorba, margarin, kraker, cips, peynir, zeytin, turşu, et suyu tabletleri gibi yiyeceklerde tuz oranı çok yüksektir. Ülkemizde ekmek tüketimi de aşırı olup çok yüksek oranda tuz içermektedir.

Sonuç olarak aşırı tuz tüketimi toplum sağlığı açısından ciddi bir risk oluşturmaktadır.

Bu riskin azaltılması sağlık kuruluşları, medya ve devlet kurumlarının ortak hareket etmesi ile mümkündür.

Öncelikle halkın bu konuda bilinçlendirilmesi, sofrada ihtiyaçtan çok alışkanlık olarak tuz tüketiminin önlenmesi, gıda kodekslerinde değişikliğe gidilerek özellikle başta ekmek olmak üzere hazır gıdalardaki tuz miktarının azaltılması, içerdikleri tuz miktarını ambalajlarında belirtilmesi, ve bu tür yiyeceklerin daha az tüketilmeye teşvik edilmesi ilk adımlar olmalıdır.



DIŞ İLE İLGİLİ CERRAHİ İŞLEMLER ÖNCESİ, KAN SULANDIRICI İLAÇ TEDAVİLERİNİN DÜZENLENMESİ



Uz. Dr. Betül CENGİZ ELÇİOĞLU
Kardiyoloji Uzmanı

Kan sulandırıcı ilaç tedavileri, günümüzde kalp damar hastalıklarının oluşmasının engellenmesi, mevcut damar hastalıklarının hem ilerlemesinin, hem de bu damar hastalıklarına bağlı hayatı tehdit edecek durumların oluşmasının önlenmesi gibi yaygın amaçlarla kullanılmaktadır. Ayrıca protez kapak hastalarında kapakta pıhtı oluşumunu ve bazı ritim bozuklarında kalpte pıhtı oluşumunu engelleyen kan sulandırıcı ilaçlar da mevcuttur. Bu tarz ilaçların bunca faydası yanında kanama zamanını uzatarak vücutta kanama riskini artırdığı, bu nedenle verilecek hasta grubunun kanama riski açısından değerlendirilmesi önemlidir. Ayrıca önemli ve sık karşılaştığımız sorunlardan bir tanesi de bu ilaç tedavilerini alan hastalarda uygulanması gereken diş ile ilgili cerrahi girişimler öncesi ilaçların kesilme gereksiniminde çelişkiler söz konusudur. Özellikle de ilacın kesilmesi ile hastada damar tıkanıklığı ve pıhtı oluşumu açısından risk mevcutsa bu sorun daha da önem kazanmaktadır.

Bu konuda son yıllarda yapılan çalışmalarda antiplatelet ilaçlar dediğimiz ve bu grubun en yaygın kullanılan ilaçları olan aspirin ve klopidoğrelle devam etmenin, klinik olarak anlamlı, lokal ve basit yöntemlerle durdurulamayacak bir kanamaya yol açmadığı yönündedir. 2011 Mayıs American Heart Journal'da yayınlanan bir çalışmada 111 hastadan 42 hasta aspirin, 36 hasta

klopidoğrel, 33 hasta da her iki ilacı beraber kullanmaktayken hastalara diş çekimi işlemi yapılmıştır. Bu hastalar, kan sulandırıcı hiçbir ilaç almayan 532 kişilik kontrol grubuyla karşılaştırılmış ve ikili kan sulandırıcı ilaç alan hastalarda işlemden hemen sonra görülen kanama süresi daha uzun saptanmıştır. Ancak tek ilaç kullanan grupta kontrol grubuna göre anlamlı farklılık saptanmamıştır. Ayrıca işlemden hemen sonra kanaması olan tüm hastalarda kanama lokal uygulamalarla kontrol altına alınmış, hiç bir hasta grubunda geç dönemde kanama saptanmamıştır. Daha önce yapılan benzer bir çalışmada da aspirin kullanan hastaların bir kısmında aspirin işlemden 7 gün önce kesilmiş, bir kısmında da devam edilmiş, ilacın devam edildiği hasta grubunda işlem sonrası kanama süresi daha uzun olmasına rağmen yapılan lokal müdahaleler ile kontrol edilmiş, hiç bir hastada kontrol edilemeyen kanama gözlenmemiştir.

Sonuç olarak diş operasyonları öncesi önerilen, tekli tedavi alan hastalarda ilacın kesilmesi durumunda trombotik ve tromboembolik riski yüksek hastalarda ilacın ke-

silmemesi, ikili tedavi alan hastalarda da eğer ilaç kaplı stent nedeniyle hasta bu tedaviyi alıyorsa iki ilaca da devam edilmesi yönündedir.

Varfarin (Coumadin) kullanan hastalarda ise köprü ve dolgu gibi minör işlemlerde ilacı kesmenin gerekli olmadığı, özellikle çoklu diş çekimi, diş eti cerrahisi gibi işlemlerden en az 4 gün önce ilacın kesilip, INR kontrolü yapılması INR<1,5 olunca işlemin yapılması bu arada hastaya cilt altı heparin başlanması önerilmektedir. İşlemden sonra en kısa sürede tekrar Varfarin başlanmalı, INR etkin düzeye gelene kadar heparin de devam edilmelidir.



KALBİN GÖRÜNTÜLENMESİNDE YENİ TEKNİKLER: BT MR



Uz.Dr. Serap BAŞ
Radyoloji Uzmanı

Hastanın ailesinde kalp-damar hastalığı varsa hasta risk taşıyor demektir. Ayrıca yüksek tansiyon hastaları, obezite hastaları, yüksek kolesterol ve trigliserit değerine sahip olan hastalar, sigara kullananlar ve diyabet hastaları için bilgisayarlı tomografi yöntemi uygundur.

Koroner BT Anjiyografi ile Kalbin Görüntülenmesi

Günümüzde, ileri teknolojilerle geliştirilen görüntüleme teknikleri sayesinde, kalp ve koroner damarlarda meydana gelebilecek hastalıklar bilgisayarlı tomografi (BT) ile çok kısa bir süre içerisinde değerlendirilebilmektedir. BT anjiyografide de hasta tekerlek şeklinde bir cihazın içine yatırılarak önce kol toplardamarından damarları boyayan bir ilaç verilir. Daha sonra hızlı bir şekilde vücudun incelenecek kısmından kesit şeklinde çok sayıda tomografi görüntüleri alınır. Bu ince kesitler bilgisayar ortamında birleştirildikten sonra da üç boyutlu anjiyografi görüntüleri elde edilir.

Damarların 3 boyutlu görüntüsü alınabiliyor

Koroner BT yöntemi hasta açısından da konforlu bir işlemdir. İlk aşamada

koroner damarlarda genişleme sağlanması amacı ile hastaya dil altı bir tabletin verildiği uygulamada, damardan verilen bir kontrast madde sayesinde de üç boyutlu görüntüleme sağlayan özel bilgisayar programları ile hastanın değerlendirmeye alınacak olan koroner damarlarının farklı açılardan görüntüleri alınır. Aslında bilindik akciğer veya beyin tomografisi ile aynı mantıkta işleyen bu yöntem ile tıkalı veya daralma olan bir damar olup olmadığı kontrol edilir. Bir tıkanıklık saptanması durumunda ise; tedavi yönteminin belirlenmesi ve gerektiğinde uygulanması amacıyla hasta klasik anjiyografiye yönlendirilir.

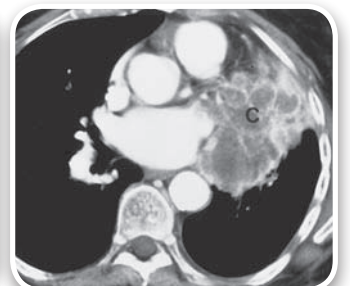
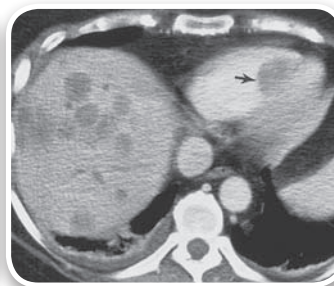
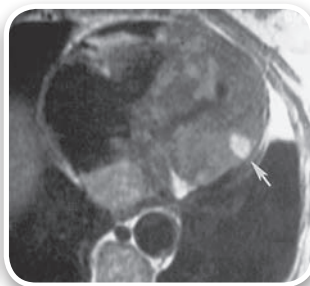
Hareketli bir organ olan kalbin radyolojik olarak görüntülenmesinin zor olması sebebiyle daha hızlı cihazlarla bu zorluk ortadan kaldırılmıştır. Koroner BT tekniği ile görüntüleme esnasında kalbin hareketinin neden

olabileceği yanıltıcı tanımlar ortadan kalkar. Kontrast maddeye bağlı olarak görülebilen hafif yan etkiler ise birkaç saniyede geçmektedir.

Koroner BT anjiyografi kimler için uygundur?

Hastanın ailesinde kalp-damar hastalığı varsa hasta risk taşıyor demektir. Ayrıca yüksek tansiyon hastaları, obezite hastaları, yüksek kolesterol ve trigliserit değerine sahip olan hastalar, sigara kullananlar ve diyabet hastaları da bilgisayarlı tomografi yöntemini kullanabilirler. Öte yandan koroner BT yöntemi, stenti olan ve by-pass operasyonu geçirmiş hastaların, gerektiğinde kontrol tetkiki amacıyla da kullanılmaktadır.

İşlem kısa sürede gerçekleşmektedir, tetkik sonunda normal hayata devam edilir, Bay-Pass ve stent kontrollerinin yapılabilir, Kalsiyum Skorlama yöntemi ile Kalp damarları

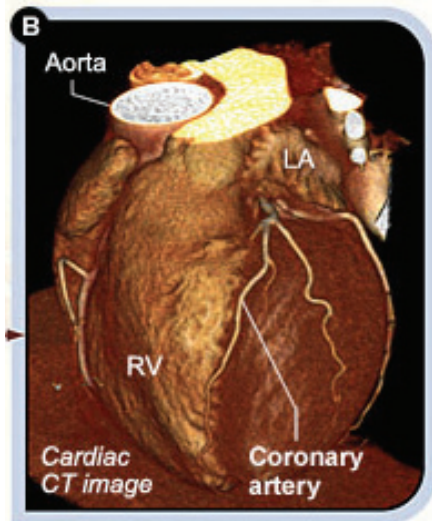




içerisindeki plaklar kolay tespit edilir, klasik kalp anjiyosu yapılamayan yada yapılp istenilen verim alınamayan hastalarada uygulanabilir.

Bunun yanı sıra

- Görüntüleme esnasında X ışını kullanılmaktadır (yeni nesil cihazlar ile maruz kalınan x ışını seviyesi 20 de 1 oranına kadar indirgenmiştir, ayrıca klasik anjiyoda da az miktarda da olsa x ışını kullanılır)
- Tespit edilen damar problemlerinde, klasik anjiyo da olduğu gibi hemen müdahale edilememektedir
- Klasik anjiyoya göre azda olsa istenilen görüntü kalite seviyesinin yakalanamama olasılığı bulunmaktadır.
- Herhangi bir damar problemi tesbitinde, müdahale için tekrar klasik anjiyo yapılması gerekmektedir.



Kalp ve Damar Sistemi MR

Kabin ve ana damarların yapısı ve fonksiyonu ile kalp adacıklarının boyutu, duvar kalınlıkları, kalp krizi veya ilerleyici kalp hastalığına bağlı gelişen kalp hasarının boyutunu saptamak için kullanılır. Koroner damarların görüntülenmesi, fonksiyonel çalışmalar ve eforlu perfüzyon MR çalışmaları da gün geçtikçe daha umut verici olma yolundadır. Hipertansiyon hastalarında, böbrek damarlarındaki daralma ve sorunların saptanmasında karaciğer, akciğer, kol ve bacak damarları gibi damarların da değerlendirilmesi işlemi MR anjiyografide kolayca ve detaylı bir şekilde yapılabilmektedir.

Kalp kası hastalıklarını inceler, kalp içindeki kitleleri saptar

Manyetik Rezonans Görüntüleme (MR), aslında çok da yeni bir görüntüleme tekniği değil, 80'li yılların başlarında geliştirilmiş ileri bir tıbbi görüntüleme yöntemi. Ancak kardiyak amaçlı kullanım prosedürleri son yıllarda geliştirildi.

Hangi durumlarda kullanılıyor?

Doğumsal kalp hastalıkları, kalp boşlukları ile kalbe giren ve çıkan ana damar yapılarının detaylı değerlendirilmesi, fonksiyonları bakımından önemli bilgiler sağlıyor. Bu grup hastalıklarda ekokardiyografi bulguları

nı tamamlayan ve hastaya zarar vermeyen bir inceleme yöntemi olarak, gittikçe artan bir önem kazanıyor. Kalp damar tıkanıklıklarının değerlendirilmesi, kalp krizi sonrası kalp kasının ne kadar etkilendiğinin ve bu etkilenme sonucu kalp kasının ne kadarının canlı ve fonksiyonel yapısını koruyabildiğinin belirlenmesi konusunda çok detaylı veriler sağlıyor. MR inceleme, anjiyografik görüntüler ve koroner damarların da görüntülenmesini sağlıyor, aynı inceleme sırasında hem fonksiyonel ve fizyolojik, hem de histopatolojik değerlendirme yapabilmeye imkân veriyor. Halen kardiyomiyopatiler olarak adlandırılan kalp kası hastalıklarının değerlendirilmesinde ve kalp içi kitlelerin değerlendirilmesinde en önemli tanı hassasiyetine sahip olan yöntem MR inceleme.

En önemli özelliklerinden birisi, işlem sırasında kullanılan tekniklerin böbrekler açısından önemli bir sakınca oluşturmaması. Bilinen klasik görüntüleme yöntemlerinden farklı olarak, radyasyon ve ultrason dalgaları içermiyor ve organların gerçek görünümünü, fizyolojik parametreleri kullanarak görüntülüyor. MR'ın, ortaya koyduğu veriler bakımından günümüzde kalp damar hastalıklarının tanısında girişimsel olmayan bir görüntüleme yöntemi olarak, giderek artan geniş bir kullanım alanı buluyor.

DIYABET ve KALP HASTALIKLARI



Uz. Dr. Müjdat KARA
Endokrinoloji ve Metabolizma
Hastalıkları Uzmanı

Diyabet sadece şeker yüksekliği ile değil aynı zamanda, insülin direnci, hiperinsülinemi, dislipidemi (kolesterol-trigliserid yüksekliği), hipertansiyon, endotel disfonksiyonu ile ilişkili birçok mekanizmayı tetikleyerek kalp ve damar hastalıklarına neden olabilir.

Diyabet vücudun glukozu (şeker) enerji olarak kullanabilmesi için gerekli olan insülini yeteri kadar üretememesi veya var olan insülini gerektiği gibi kullanamaması sonucu ortaya çıkan ilerleyici bir metabolizma hastalığıdır. Bu hastalıkta, kandaki şeker miktarı normalden oldukça fazladır.

Ortalama yaşam sürelerinin giderek uzaması, fiziksel aktivitenin azalması ve yüksek kalorili besinlerin aşırı tüketilmesi nedeniyle obezitenin hızla artması gibi nedenler diyabet sıklığının artmasına neden olmaktadır. Diyabetik hasta sayısının artışı, diyabete bağlı olarak gelişen komplikasyonlardan daha fazla sayıda kişinin etkilenmesini de beraberinde getirmektedir. Türkiye’de diyabet sıklığını araştıran bir çalışmanın geçtiğimiz yıl açıklanan sonuçlarına göre, diyabet sıklığı ülkemizde %13 olarak bildirilmiştir, bu sonucun 2001 yılında %7,2 olduğunu düşünürsek artış ciddi boyutlarda olup, ülkemizde yaklaşık 10 milyon civarında diyabetik hasta olduğunu söyleyebiliriz. Bu nedenle genetik yatkınlığın önemli olduğu Tip 2 Diyabet’in tanısının erken konulması ve olabilecek komplikasyonlardan korunmak adına, ailesinde diyabet olan bireylerin yılda bir kez kan şekeri ölçümü veya gereğinde OGTT (Oral Glukoz Tolerans Testi) yaptırılmalıdır.

Diyabetin takip ve tedavisi sadece ilaç kullanmaktan ibaret olmayıp, bilinçli diyet, hastaya göre seçilmiş egzersiz programları gibi yaşam tarzı değişikliklerini de kapsar. Doktor, hasta ve hemşire işbirliği çok önemlidir. Ancak, kötü kontrollü diyabetiklerde kalp hastalıkları, böbrek yetersizliği, felç, körlük, diyabetik yaralar ve ayak amputasyonları gibi hayatı olumsuz etkileyen birtakım komplikasyonlar görülebilir.

Diyabet kalp ve damar hastalıkları için önemli bir risk faktörüdür. Kalp ve damar hastalıkları nedeniyle ölüm oranı, diyabetik olmayanlara göre, diyabetik erkeklerde 2-3 kat, diyabetik kadınlarda 3-5 kat artmıştır. Tüm diyabetik hasta ölümlerin %70-80’inden kalp ve damar hastalıkları sorumludur ve bu ölümlerin ¾’ü koroner arter hastalığına bağlıdır. Miyokard infarktüsü gelişme riski her yaşta artmıştır. Diyabet değiştiremeyen risk faktörleri arasında ateroskleroz açısından en güçlü risk faktörüdür.

Diyabet sadece şeker yüksekliği ile değil aynı zamanda, insülin direnci, hiperinsülinemi, dislipidemi (kolesterol-trigliserid yüksekliği), hipertansiyon, endotel disfonksiyonu ile ilişkili birçok mekanizmayı tetikleyerek kalp ve damar hastalıklarına neden olabilir.

Günümüzde mevcut tüm gelişmelere

rağmen miyokard infarktüsü sonrası 5 yıllık sağ kalım oranları diyabetik hastalar için halen %50’dir. Akut miyokard infarktüsü geçiren diyabetik hastaların sağlık kuruluşuna başvuru şikâyetleri sıklıkla atipik vasıfta ve yanıltıcı olabilir. Bunun nedeni kan şekeri yüksekliğinin zamanla sinirlerde yarattığı tahribattır. Bu nedenle acil servise başvuru ve tanı konma süresi diyabetik hastalarda diyabetik olmayanlara göre daha uzundur. Kaybedilen bu süre zaman, zaman hayati sonuçlara neden olabilmektedir. Akut miyokard infarktüsü için tipik bir bulgu olan, belli bölgelere yayılan göğüs ağrısı hastaların büyük çoğunluğunda hiç olmayabilir veya belli belirsiz olabilir. Daha çok hastaneye başvuru nedenleri bulantı, kusma, nefes darlığı, bayılma, öksürük, yorgunluk, karın ağrısı gibi atipik şikâyetlerdir. Bu yüzden, bu hastalarda erken tanı ve uygun tedavi başlanması için en önemli şey miyokard infarktüsünden şüphelenmektir.

Sonuç olarak diyabetin kalp ve damar hastalıkları risk artışına katkısı tartışılmazdır. Bu konuda tedavi seçenekleri gün geçtikçe artmakta ve hasta yaşam kalitesini arttırmak adına tedavi hedefleri yükselmektedir. Diyabet tedavisinde amaç, şeker kontrolüyle sınırlı kalmamalı, aynı zamanda komplikasyonların önlenmesi ve yaşam kalitesinin artırılması olmalıdır.

GEBELİK ve KALP SAĞLIĞI



Uz. Dr. Yelda SALTAN ÖZATEŞ
Kardiyoloji Uzmanı

Gebelikte hızla büyüyen bebeğin ihtiyaçlarını karşılamak ve anneyi doğum sırasındaki muhtemel kan kaybına dirençli kılmak amacıyla kalp dolaşım sisteminde bir takım değişiklikler olur.

Gebeliğin başlangıç anından itibaren böbreklerden tuz ve su geri emilimi artar, tuz atılımı azalır, böylece vücutta sıvı birikimi olur. Kanın sıvı kısmı %40, hücreli kısmı %30 oranında artar. Bu durum kan hacminin artmasına ancak hücrelerin yavaş artışı nedeniyle hafif bir kansızlığa ve vücutta sıvı birikimine yol açar. Bu nedenle gebelerin çoğunda normal olarak ayaklarda ve bacaklarda şişme ve ödem görülebilir. Ayrıca rahim büyüdükçe diaframı yukarı doğru iterek akciğer hacmi ve kapasitesini azaltır, bu nedenle gebeliğin ileri evrelerinde hafif bir nefes darlığı görülebilir.

Kan hacminin artışı ile birlikte büyüyen bebeğin ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla kalbin dakikadaki atım sayısı ve dakikada pompaladığı kan miktarı artar. Gebelik ilerledikçe büyüyen rahmin ana toplardamara basısı nedeniyle sırtüstü yatarken kalbe gelen kan akımı azalır ve kalbin dakikada pompaladığı kan miktarı azalır. Yan yatarken rahmin uyguladığı bu baskı kalkacağından kalbe ana toplar damar aracılığı ile gelen kan akımı ve dolayısıyla dakikada pompalanan kan miktarı artar. Bu nedenle ani tansiyon düşüşlerinde gebelere sol yan yatış pozisyonu önerilir.

Gebelikte ayrıca büyümekte olan bebeğin ihtiyaçlarının karşılanması

için gerekli kanın plasenta ve bebeğe rahat ulaşımı için vücutta damar direnci düşer. Bu da ilk üç ay kan basıncının düşmesine neden olur. Kan basıncındaki bu düşme eğilimi ikinci üç ayın ortalarına dek sürer. Sonra vücutta artan sıvı hacminin etkisiyle son üç ay gebelik öncesi değerlere döner.

Yakın zamana kadar kalp hastalığı olan birçok kadına gebe kalmamaları önerilirken günümüzdeki gelişmeler sonucunda kalp hastalığı olan birçok kadın sağlıklı ve güvenli bir gebelik geçirebilmektedir. Ancak bazı kalp hastalıkları gebelik için çok risklidir. Böyle bir kalp hastalığına sahip kadınların kalp sorunları giderilene kadar gebe kalmamaları önerilir. Kalp hastalığı olan gebeler yakın klinik takipte olmalıdırlar. Kalp hastalığı olan hemen her gebede ağır fiziksel aktivite kısıtlanır, yüksek proteinli tuzdan kısıtlı diyet önerilir. Gebede kansızlık gelişimi önlenir. Gebenin kilo alımı kontrol altına alınır. Bütün bu önlemler ile kalbin iş yükü azaltılmaya çalışılır.

Kalp hastalığında önerilen bazı ilaçlar ve dozları gebelik sırasında doktor tavsiyesi ile tekrar düzenlenir. Bazı ilaçların büyüyen bebeğe zarar verme ihtimali nedeniyle kesilmesi ve değiştirilmesi gerekebilir Bunun yanı sıra ilaçların dozlarının değişen dolaşım düzenine göre tekrar ayarlama ihtiyacı vardır. Kalp hastalığı olan gebelerde vajinal doğumla sezaryen karşılaştırıldığında vajinal yolla doğumun daha iyi tolere edildiği görülür ,ancak sezaryen ile doğumdan da fayda görecektir sınırlı sayıda hasta grubu mevcuttur. Doğum

sonrası erken dönemde kan kaybı en aza indirilmeli, kan basıncı düzenlenmeli ve kalp yetmezliğine yol açacak aşırı sıvı yükünden kaçınılmalıdır. Doğumdan yaklaşık 4-6 hafta sonra gebeliğe bağlı kalp damar sistemindeki değişiklikler kaybolur. Bu dönemde hasta bir kardiyolog tarafından tekrar değerlendirilmelidir. Belirli kalp hastalıklarının genetik geçişi nedeniyle yeni doğan özenle ayrıntılı şekilde değerlendirilmelidir.

Kalp hastalıklarında kullanılan bir çok ilacın emzirme üzerine olumsuz bir etkisi yoktur. Ancak yeni doğan bebeklerin ilaçlardan etkilenme ihtimali nedeniyle ilaçların değiştirilmesi ya da tedavinin muhtemel etkilerinden ötürü takip edilmeleri gerekebilir. Sonuçta kalp hastalığında dahi doktor kontrolü ve önerisi ile bebek emzirmenin hiçbir sakıncası olmayacaktır.



TIKAYICI PERİFERİK DAMAR HASTALIKLARI



Op. Dr. İ. Cihan ÖZBEK

Kalp ve Damar Cerrahisi Uzmanı

Tıkayıcı periferik damar hastalığı kendine has belirti ve bulguları olan oldukça ciddi, bazen hayatı tehdit edici sonuçları olabilen bir hastalıktır. Hastalığın tanısı ne kadar erken konulursa gerekli tedbirleri almak ve en azından ortaya çıkabilecek olumsuz durumları engellemek mümkün olmaktadır.

Bacak damarlarımız neden daralır, neden tıkanır? Risk faktörleri nedir?

Kalp ya da beyin damarları niye hastalanıp tıkanıyorsa aynı sebepten: Ateroskleroz, halk dilinde damar sertliği. Risk faktörleri de aynıdır. Başlıcaları diyabet, hipertansiyon, hiperlipidemiler, ileri yaş ve sigara içimidir.

İlk belirti nedir?

İlk belirti yol yürümekle ortaya çıkan ve dinlenmekle geçen bacak ağrısı (Aralıklı topallama da denir) olabileceği gibi ayak parmak ucunda iyi-

leşmeyen bir yara ya da ayakta soğukluk, devamlı üşüme hissi, soluk renk, uyuşukluk, hissizlik gibi yakınmalardan herhangi birisi de olabilir. Tipik bacak ağrısı yürümekle başlar ve dinlenince geçer. Ağrı yokuş veya merdiven çıkarken daha çabuk başlar. Yürüme mesafesi kişiden kişiye değişir. Kollateral dolaşım dediğimiz, zamanla oluşan küçük çaplı yan dalların yaygınlığı ne kadar fazla ise yakınmalar doğal olarak daha hafiftir. Tıkalı damarın yerine göre ağrının yeri de değişir. Ağrı, dizden aşağıda baldırda, dizüstü uyluk bölgesinde ya da gluteal bölgelerde (kabalarda) olabilir. İlerlemiş vakalarda ağrı devamlıdır. Ayakları aşağı sarkıtınca azalır, düz uzatınca şiddetlenir. Bu sebeple hastalar geceleri oturarak uyumak zorunda kalırlar. Bir sonraki aşamada parmak uçları, ayak sırtı veya tabanında morarmalar ve tiki-ben gangren dediğimiz doku ölümleri başlar ve geri dönüşümsüz aşama başlamıştır. Diyabetli hastalar çok özel bir hasta grubudur. Yakınmalarının sebebi periferik nöropati, damar hastalığı ya da her ikisi birden olabilir. Diyabetiklerde ayaklarda ortaya çıkan yaralar çok hızlı şekilde kötüleşip günler içinde gangren dediğimiz doku ölümleri ile sonuçlanabilir. Bu yüzden özellikle diyabet hastalarının damar muayeneleri rutin yapılmalı ve belirli periyotlarla tekrarlanmalıdır. Ayak bakımı ile ilgili özel eğitimler mutlaka verilmelidir. Yürüme mesafesinin günlük hayatı kısıtladığı, devamlı ağrısı olan ya da ayağında beslenme bozukluğuna bağlı yarası olan hastalar ameliyat adayıdır. Ameliyat

düşünülen hastalar olası kalp hastalığı yönünden mutlaka araştırılır. Pek çok hastada gizli kalp hastalığı bu araştırmalarımız sonucunda tespit edilip öncelikle tedavi edilmektedir.

Ameliyatta ne yapılacaktır?

Amaç tıkalı bölgenin yeni bir damar kullanılarak geçilmesi, uç bölgelere gerekli olan kanın taşınmasıdır. Kullanacağımız damar suni bir damar ya da hastanın kendisinden alınacak bir damardır.

Suni damar mı kendi damarım mı daha iyi?

Aort ya da iliyak arterler gibi geniş çaplı damarlara girişim suni damarlarla yapılıyor. Çünkü bu çapta yedek damarımız yok. Kendi damarımız uyluk ya da dizaltına yapılan bypasslarda kullanılabilir ancak çapının ve kalitesinin uygun olması koşuluyla. Bir de koroner bypass ameliyatında daha önceden çıkarılıp kullanılmamışsa, bazen de ilerisi için saklamayı düşünmüyoruz. Dizaltındaki küçük damarlarda ise öncelikli tercihimiz kendi damarınız çünkü daha uzun süre açık kalıyor. Ekstremitayı kurtarmak için dizaltı seviyede hatta ayak bileğine kadar çok ince damarlara girişim yapmak gerekli olabilir. Yerinde yapılmış bir cerrahi girişim, titiz ve sabırlı bir yara bakımı ile ekstremiteleri kurtarmak mümkün olabilir. Bu tip vakalarda hiperbarik oksijen tedavisi oldukça faydalı yardımcı bir yöntemdir.

Sonuç olarak risk faktörünüz varsa yakınmalarınız hafif de olsa doktorunuza başvurmanızı öneriyoruz.



KALP HASTALIKLARI VE ENFEKSİYON



Dr.Derya Bayırlı TURAN
Enfeksiyon Hastalıkları ve
Klinik Mikrobiyoloji Uzmanı

Enfeksiyon hastalıkları kalp hastalıklarının seyrini değiştirebilen hastalıklardandır. Kalp hastalığı olan bireyler enfeksiyonları daha ağır bir tabloda geçirirler.

Enfeksiyonların tedavilerinde güçlükler yaşanabilir. Enfeksiyonlar hem mevcut kalp hastalıklarını kötüleştirir, hem de kalp hastalığı olan bireylerde daha ağır seyreder. Böylece kalp hastalığı olan kişilerde enfeksiyon hastalıklarından hastaneye yatış oranları yükselir.

Enfeksiyon hastalıklarının en temel bulgusu ateştir. Yüksek ateş kalp hastalığı olan kişilerde kalp hızında artış, nefes darlığında kötüleşme, tansiyonda yükselmeye neden olarak hemen bütün kalp hastalıklarını kötüleştirebilir. Ateş, kalp hastalığı olan bireylerde dikkate alınmalı, sebebi aydınlatılarak, enfeksiyonun tanısı konulmalı, en kısa sürede tedavisi yapılmalıdır.

Kalp hastalığı olan bireylerde enfeksiyon hastalıklarından özellikle grip ve pnömoni/zatürre en sık karşılaşılan ve genellikle ağır seyreden hastalıklardandır. Bronşit ve zatürre gibi alt solunum yolu enfeksiyonları kalp hastalığı olanlarda kalp yetmezliği bulgularını kötüleştirir. Öksürük ve balgam kalp hastalığına ait şikayetleri ve özellikle bronşit ve zatürre nefes darlığı bulgularını artırır. Pnömonokok aşılması ile zatürreden korunmak mümkündür. Kalp hastaları 5 yılda bir yaptıracakları pnömonokok aşısı ile zatürreden korunabilirler. Aşı güvenilir ve yan etkileri çok az olan bir aşıdır.

Grip özellikle sonbahar kış aylarında görülen yüksek ateş ve yaygın kas-eklem ağrısı, baş ağrısı ile karakterize bir hastalıktır. Özellikle

grip ve diğer ağır geçirilen üst yolu enfeksiyonları ve vücutta gelişen enfeksiyona yanıt, kalp hastalığı olanlarda kalp krizi geçirme ihtimalini arttırır. Yapılan araştırmalarda kalp krizi geçirme öyküsü olan bireylerin %35'inde kalp krizi öncesinde grip ve üst solunum yolu enfeksiyonu geçirme öyküsü olduğu gösterilmiştir. Grip tedavisinde kullanılan halk arasında grip ilacı olarak bilinen ilaçlar tansiyon yükselmesi ve kalp hızında artış şeklinde yan etki yaparak mevcut kalp hastalıklarını kötüleştirir.

Grip aşısı olmak kişiyi grip'ten %50-90 oranında korur. Grip aşısı her yıl yapılmalı ve tercihen eylül-kasım ayları arasında uygulanmalıdır. Grip geçirmeyen bireylerde kış ayları süresince grip aşısı uygulanabilir. Grip aşısı ve pnömonokok aşısı ateşli hastalık geçirilirken yapılmaz. Her iki aşının en önemli yan etkileri enjeksiyonun yapıldığı alanda ağrıdır. İki aşı birlikte farklı kollardan yapılabilir. Grip aşısı yumurta alerjisi varlığında yapılmaz.

Kalp kapak hastalığı olan

kişilerde geçirilen tüm enfeksiyonlar hasarlı kalp kapağına yerleşerek kalp zarı iltihabına yol açabilir. Bu nedenle kalp kapak hastalığı olan olguları tüm enfeksiyonları yakın izlenmeli ve gerekirse koruyucu antibiyotik tedavileri uygulanmalıdır.

Sonuç olarak enfeksiyon hastalıkları kalp hastalıklarının daha ağır geçirilmesine yol açan ve tedavisini zorlaştıran hastalıklardır. Sık görülen grip ve zatürreden aşılama ile korunmak mümkündür.



KALP VE DAMAR CERRAHİSİNDE ANESTEZİ VE KLİNİĞİMİZDEKİ UYGULAMALAR



Uz. Dr. Hakan KİLERCİK
Anestezi ve Reanimasyon Uzmanı

Anestezi uzmanı; cerrah, ameliyat hemşiresi ve perfüzyonist ile birlikte oluşturdukları ameliyat ekibi içerisinde, hasta ile ilgili riskleri en düşük düzeyde tutmak ve ameliyat süreci içerisinde hastanın tüm hayati organlarının ve fonksiyonlarının korunması ve bu süreçten en az seviyede etkilenerek çıkmasını sağlamak için bilgi ve tecrübesi ile çaba sarf eder.

Kalp Cerrahisinde ilk anestezi uygulamasının 1979 yılında yayınlanmasından beri bu alandaki hızlı ilerlemeler neticesinde Kalp ve Damar Cerrahisi Anestezisi, anestezinin önde gelen alt branşı olarak kabul edilir.

Kalp ve damar cerrahisinde erişkin hastaların yanı sıra, yenidoğan ve çocukların ameliyatları da özel anestezi uygulamalarını ve deneyimini gerektirmektedir. Ayrıca kalpten çıkan ana atardamar olan aortanın ameliyatı sırasında, vücut sıcaklığı çok düşürülerek uygulanan, "total dolaşım durdurulması" gibi farklı anestezi uygulamaları da vardır.



Kardiyovasküler cerrahi anestezisi şu nedenlerden dolayı farklıdır;

Kardiyak cerrahi uygulanacak hastada genellikle daha fazla ilerlemiş kalp hastalığı mevcuttur. Kalp cerrahisi anestezisinde ilk aşama, hastanın ameliyata hazırlık safhasında anestezi uzmanı tarafından ziyaret edilmesi ile başlar.

Değerlendirme farklıdır:

Goldman kardiyak risk indeksi, anjinal sendromların sınıflandırılması (NYHA, CCS), EuroSCORE (European System for cardiac Operative Risk Evaluation) gibi kardiyak cerrahiye spesifik sistemler kullanılır.

Anestezi öncesi değerlendirme olarak adlandırılan bu aşamada anestezi uzmanı, hastanın tıbbi bilgilerini detaylı olarak öğrenir, kaydeder ve hastayı muayene eder. Hastanın dosyasında bulunan koroner anjiyografi, ekokardiyografi, karotis doppler, EKG, laboratuvar kan testleri, akciğer grafisi, solunum fonksiyon testi ve tomografiler gibi bir çok ameliyat öncesi tetkiki inceler, gerekirse ek tetkik ve konsültasyon ister.

Hazırlık farklıdır:

Yeterli hazırlık kardiyak anestezisi-

nin esasıdır. Kan ve kan ürünlerinin (Trombosit, taze donmuş plazma, eritrosit, kriyopresipitat vs.) hazırlanması gereklidir. Anestezi uzmanı hastanın, hikâyesi, ek hastalıkları, vücut yapısı, kullandığı ilaçlar ile ilgili bilgiler ile birlikte kalp ve damar fonksiyonlarını ayrıca böbrek, akciğerler, sinir sistemi ile kan sisteminin analiz ederek en uygun anestezi yöntemini tespit eder ve hazırlar. Hastaya ve yakınlarına ameliyat ile ilgili bilgiler vererek, onların ameliyata en sağlıklı şekilde hazırlanmalarına yardımcı olur.

İkinci aşamada, ameliyat saatinde anestezi uzmanı tarafından verilen talimat doğrultusunda, sedatif ilaçlar ile rahatlaması sağlanmış olan hasta güvenli bir şekilde ameliyathaneye kabul edilir.

Burada anestezi uzmanı, Dünya Standartları ve Sağlık Bakanlığı'mızın kriterleri doğrultusunda, hasta servisinden başlayan ve ameliyathanede devam eden, hasta ile ilgili cerrahi güvenlik değerlendirme kriterleri ile anestezi güvenlik koşullarının eksiksiz olarak uygulanmasını ve formlara kaydedilmesini sağlayarak, hastayı anestezi uygulanmasına en güvenli şekilde hazır eder.

Kardiyak anesteziye monitorizasyon ayrıntılıdır:

Temel monitorizasyonlara ek olarak; invaziv arter kan basıncı, santral venöz basınç, pulmoner arter basıncı, transözefageal ekokardiyografi, serebral monitorizasyon (EEG, BIS, NIRS) gibi özel yöntemler de kullanılır.

Genel anestezi İndüksiyonu (başlangıcı) farklıdır:

“Kardiyak indüksiyon” adı da verilen anestezi başlangıcı, kalp fonksiyonları ve mevcut kalp patalojisi değerlendirilerek yavaş ve kontrollü şekilde yapılır. Anestezi uzmanı hastaya gerekli monitorizasyon yöntemlerini uygulayarak, ameliyata uygun özel atardamar ve toplardamar kanüllerinin yerleştirilmesini sağlar ve önceden belirlediği ilaçlar ile hastaya anestezi verir. Yüksek doz opioid teknikleri sık kullanılır.

Bu aşamadan itibaren hastanın tüm hayati fonksiyonları anestezi uzmanı tarafından sürekli olarak, çok yakından takip edilmeye başlanır. Anestezi esnasında hastaya anestezi cihazı ile solunum desteği verilirken; hastaya uygulanmak üzere hazır bulundurulan, anestezi ilaçları ile kalp fonksiyonları ve kan sistemine yönelik destek ilaçlarıyla gerekli tedavileri uygulamak üzere, anestezi uzmanı tarafından hastanın uygun bölgesinden özel santral kanüller yerleştirilir.

Kalp cerrahisi sırasında laboratuvar monitorizasyonu zorunludur:

Kan gazları, hematokrit, serum elektrolitleri, glukoz, ACT vs. sürekli takip edilir. Antikoagülasyon, Heparin ile kontrollü olarak ACT monitorizasyonu altında uygulanır.

Ekstrakorporeal Dolaşım Kullanılır:

Cerrah tarafından kalp-akciğer pompası kullanılmadan ameliyat edilmesi planlanan “off-pump cerrahi” hastaları dışındaki hastalarda, kalp kanülasyonu sonrasında dolaşım ve solunum vücut dışı olarak gerçekleştirilir. Bu işlem “kalp akciğer pompası” adı verilen komplike bir cihaz

ile, özel eğitilmiş bir perfüzyonist tarafından yapılır. Hasta eğer kalp-akciğer pompasına bağlanacak ise, cerrahi işlemler sırasında pıhtılaşma sistemine etki eden ilaçlar ile hazırlık yapılarak kan dolaşımı, cerrah ve perfüzyonist eşliğinde pompa sistemine geçirilir.

Hipotermi uygulanır:

Organ hasarını en aza indirmek için, vücut sıcaklığı uygun bir dereceye düşürülerek cerrahi işlem devam ettirilir. Bu sırada kalp kasını korumak için “ kardiyopleji solüsyonları ” adı verilen sıvılar kullanılır. Bu esnada kan ve vücut sıcaklığı ile birlikte kanın kimyasal özellikleri ve yapısı sürekli olarak kontrol edilir. Bütün bu aşamalarda anestezi uzmanı hastayı, cerrahi işlemi, kalp-akciğer pompasını ve hastanın tüm hayati fonksiyonlarını yakından takip ederek gerekli müdahale ve tedavilerini yapar.

Kalp-akciğer pompasından ayrılma önemli bir aşamayı oluşturur:

Yapılan cerrahi girişim ve özellik-

le kalp-akciğer pompası dolaşımının etkisi ile stres altında kalan ve olumsuz etkilenen kalp, dolaşım sistemi, sinir sistemi ve böbrekler başta olmak üzere diğer hayati organ fonksiyonlarının normale gelmesi için anestezi uzmanı, tedavi ve müdahalelerini sürdürürken, cerrahi işlem devam eder.

Ameliyatın bir aşamasında anestezi uzmanı, cerrah, perfüzyonist işbirliği ile hastanın kalp ve dolaşım sistemi tekrar devreye sokularak kalp-akciğer pompasından çıkması sağlanır.

Cerrahi işlemin bitiminde hasta, uygun monitorizasyon koşulları ve destek tedavisi altında en güvenli şekilde, anestezi uzmanı tarafından Kardiyoloji Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesine nakledilerek, burada yoğun bakım tedavisinin ve solunum desteğinin sürdürülmesi sağlanır. Yoğun bakım süresince de, hastanın uyanması, solunum cihazından ayrılması ve diğer tedavi aşamalarında anestezi uzmanı, gerekli oldukça yoğun bakım ekibine destek vermeye devam eder.



VARİS HASTALIĞI ve TEDAVİ SEÇENEKLERİ

Kalbiniz Güvende



Op. Dr. Kenan SEVER
Kalp Demar Cerrahisi Uzmanı

Kanı kalbe geri taşıyan damarların (toplardamarların) genişlemiş hale gelmesi VARİS olarak tanımlanmaktadır. % 10-20 oranda görülmektedir. Kadınlarda erkekler oranla daha sıktır. Yaşla birlikte varis görülme olasılığı çok artmaktadır. Varise ailesel bir yatkınlık söz konusudur. Anne veya babasında varis bulunan bireylerde varis gelişme olasılığının % 80 olduğu bildirilmiştir. Hamilelerde de varis sıktır.

Gece oluşan kramplar, kaşıntı, şişkinlik, ayakta kalma ile artan ağrı en sık görülen şikayetlerdir. Bu şikayetler varislerin büyüklüğü veya sayısı ile orantılı değildir.

Teşhiste en sık kullanılan yöntem Venöz Doppler Ultrasonudur. Bu yöntem ile yüzeysel ve derin toplardamarlar incelenebilmekte ve kapak yetersizliği değerlendirilebilmektedir. Varis tedavisi öncesi altta yatan tüm sorunları anlayabilmek için Doppler ultrason yapılmalıdır.

Tedavisi için yakınması az olan hastalara veya cerrahi riski yüksek olan hastalara varis çorabı önerilir. Varislerin yerleşimine göre dizaltı,

dizüstü veya külotlu varis çorapları önerilmektedir. Hafif, orta, yüksek ve çok yüksek basınç uygulayan varis çorapları mevcuttur. Korunma amacıyla hafif basınçlı çoraplar yeterlidir. Ancak şişme olan hastalar da orta veya yüksek basınçlı çorapları giymelidir.

Tedavi seçenekleri:

Skleroterapi (iğne tedavisi): Bacaktaki ince varislerin içine çok ince iğneler ile bir sklerozan madde (sıvı veya köpük) verilerek toplardamarın tıkanmasıdır. Orta ve büyük çaplı varislerde önerilmemektedir. Çapı 1-3 mm civarında olan varislerde kullanılabilir. Skleroterapi poliklinik koşullarında yapılmaktadır. Hasta skleroterapi sonrası yürüyerek evine gidebilmekte, araba kullanabilmektedir. Girişim sonrası 3-5 gün arasında varis çorabı giyilmesi önerilmektedir. Başarı oranı yüksektir. Yan etkiler nadir olsa da görülebilir.

Lazer tedavisi: Cildin dışından verilen lazer ışınları ile çapı 1 mm altındaki olan toplardamar genişlemeleri yok edilebilir. Damarı kapatmak için gereken yüksek enerji ciltte yanıklara, renk değişikliğine ve parşömen gibi değişikliklere yol açabilir.

Radyofrekans: Lazere benzer bir yöntem olan radyofrekansa ses dalgaları kullanılmaktadır. Tek fark

lazer enerjisi yerine ses dalgaları kullanılarak tıkanma sağlanmasıdır.

Endovenöz lazer: Büyük varislerin içten lazer ile kapatılmasıdır. İşlem sırasında öncelikle bir iğne ile damarın içine girilmektedir. Doppler ultrason denen bir cihaz kılavuzluğunda öncü tel damarda yerleştirilerek lazer ile kontrollü olarak damarın içten tıkanması sağlanmaktadır. İşlem lokal anestezi ile yapılmaktadır. İşlem 1 saat sürmekte, hasta 1-2 saat sonra yürüyerek evine gönderilmektedir. Başarı oranı %98 dir. Bu yöntem varis yakınması olan olguların % 70'ine uygulanabilmektedir.

Cerrahi tedavi

Cerrahi olarak dıştan görülen varislerin çıkartılmasıdır. Hastaların ameliyat öncesinde Doppler ultrason ile incelenmesi bu nedenle çok önemlidir. Varisler 2-3 mm uzunlukta küçük kesilerdir ve çoğu zaman dikiş gerektirmeden iz bırakmadan iyileşmektedir. 3-4 gün dinlenme önerilmekte ancak kesin yatak istirahati gerekmemektedir. 1-2 hafta varis çorabı önerilmektedir. Tecrübeli cerrahların dikkatli bir teknikle gerçekleştirdiği varis ameliyatlarından sonra 5 yıl içinde varisin tekrarlama olasılığı sadece %2-5 arasındadır. Diğer bir deyişle, %95-98 oranında KESİN tedavi elde edilir.



DÜNYA KALP GÜNÜ'NDE KULÜP KALBİM ÜYELERİ BİRLİKTEYDİ



"Dünya Kalp Günü nedeniyle Gaziosmanpaşa Hastanesinin Kulüp Kalbim üyeleri için düzenlediği etkinliğe, Sn. Erman Toroğlu destek verdi.

Gaziosmanpaşa Hastanesi Kardiyoloji ve Kalp Damar Cerrahisi Bölümü önderliğinde geleneksel olarak Dünya Kalp Günü'nde yapılan "Sağlıklı Kalpler" yürüyüşü, Miniaturk'te, 25 Eylül Pazar günü gerçekleşti.

Anjiyo ve by-pass olmuş "Kulüp Kalbim" üyeleri ve onlara destek vermek isteyen gönüllülerin katıldığı etkinlikte, Gaziosmanpaşa Hastanesi Kardiyoloji Bölümü Sorumlusu Doç. Dr. Nuri Kurtoğlu, Kalp ve Damar Cerrahisi Sorumlusu Doç. Dr. Denyan Mansuroğlu, kalbimizi nasıl ko-

ruyabileceğimiz hakkında da bilgiler verdiler.

'Umut dolu kalpler için sağlıklı kalpler gerekir' sloganıyla hareket eden Kulüp Kalbim üyeleri, kahvaltının ardından, yürüyüşlerini yaptılar.

Toroğlu; kendisinin de bir kalp ritm hastası olduğunu, mümkün olduğunca stresten uzak bir hayat geçirip, sağlıklı beslenmemiz gerektiğini vurguladı.

Kurtoğlu ve Mansuroğlu; yaşam tarzımızda yapacağımız küçük değişikliklerle kalp sağlığı konusunda önemli adımlar atacağımızı açıklarken, şöyle konuştular; "Her insanın haftada 3 gün en az 30 dakika tempolu yürü-

yüş yapması gerekiyor. 5 gün ve 45 dakika daha tercih edilebilir bir durum. Ancak bunu yapamıyorsak, bazı alışkanlıklarımızı değiştirerek, kalbimizi koruyabiliriz. Söz gelimi, çalıştığımız işyerinde veya evimizde 3 kata kadar asansöre binmekten vazgeçelim. Keza alışveriş merkezlerinde yürüyen merdiven yerine klasik merdivenleri kullanalım. Alışverişe gittiğimizde otomobili olanlar, giriş en yakın yere değil, en uzağa park etsinler. Toplu taşıt kullanırken imkânımız varsa bir durak önce veya sonra inelim. Bol su içelim, içme suyuna ulaşırken, yürüme mesafesi oluşturalım. Öğle arası yemek için daha uzak bir yeri seçelim"

KALBİNİZ İHMALE GELMEZ

Göğüs ağrısı, nefes darlığı, şişkinlik, iştahsızlık, düzensiz nabız vb.
şikayetlerde doktorunuza başvurunuz!



**GAZİOSMANPAŞA
HASTANESİ**

**KARDİYOLOJİ, KALP ve
DAMAR CERRAHİSİ ÜNİTESİ**



ÖZEL GAZİOSMANPAŞA HASTANESİ
444 1 300

www.gophastanesi.com.tr
www.kulupkalbim.com
www.koronerbypass.net