

Здраве

ANADOLU^H

In Affiliation with
JOHNS HOPKINS MEDICINE

ЯНУАРИ – МАРТ
2018

ИНФОРМАЦИОНЕН БЮЛЕТИН НА АНАДОЛУ МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР



„НИЕ МОЖЕМ.
АЗ МОГА“

За нас, Anadolu Медицински Център“ кампанията на Световния ден за борба с рака е ангажимент всеки ден.

Борбата с рака касае най-вече качествено медицинско обслужване. За нас е жизненоважно да инвестираме непрекъснато в професионалното развитие на нашите лекари и служители. В тази връзка разработваме програми за конвенционално и електронно обучение, осигуряваме мрежи за споделяне на опита и инфраструктура за прилагане на напреднали методи на изследване и лечение. Стратегическото ни партньорство с John Hopkins Medicine от 2002 година насам обогатява експертизата ни и подпомага превръщането на човешките ресурси в качествен човешки капитал, който ни отличава от всяка модерно оборудвана болница. Доказателство за това са класирането ни сред Топ 10 болници в света, акредитацията ни от Planetree Patient Centered Care и най-вече отзивите, които получаваме от нашите пациенти.

ОЩЕ ЕДНА НАГРАДА ОТ JOHNS HOPKINS MEDICINE

Анаadolu Медицински Център бе отличен с награда от ежегодния Форум на партньорите на Джон Хопкинс Медисин, който се състоя през м. ноември 2017 година в Балтимор, САЩ. Темата на форума бе „Еволюция на здравеопазването: прогнози и практики в променящата се среда“ и Anadolu Медицински Център получи приз за разработката си „Приложение на инструменти, базирани на до-

казателства, за намаляване на честотата на телеметричната аларма в интензивното отделение“ в категорията „Разработване на нови програми“.

Форумът изтъква постиженията на глобалните сътрудници на John Hopkins Medicine International и включва инициативи в категории като качество на грижите, безопасност на пациентите, резултати

следва на стр. 2

ОЩЕ В БРОЯ ■ стр. 3

ОНКОЛОГИЯ

Проф. д-р Неждет Юскент



За диагностиката и лечението на рака на дебелото черво

ОЩЕ В БРОЯ ■ стр. 5

ГИНЕКОЛОГИЯ

Проф. д-р Айдън Аръджъ



За синдрома на поликистозните яйчници



„Ние можем. Аз мога.“

Всяка година на 4 февруари, Световния ден на рака, обединява населението на света в борбата срещу рака. Посланията в кампанията „Ние можем. Аз мога.“ акцентират на здравословните навици, превантивните мерки, ранната диагностика, участието на пациентите в лечението, споделянето и подкрепа, от която имат нужда и могат да потърсят, възможността да живеят пълноценно, да се върнат на работа, да бъдат обичани, и на достъпа до качествена медицинска помощ.

Нашата политика гарантира достъпа на всеки пациент до ефективни начини за диагностика и лечение на рак чрез мултидисциплинарен подход, висококачествени медикаменти, съвременни таргетни терапии, модерна радиотерапия, роботизирана хирургия, подкрепящи и палиативни грижи. Ние винаги сме на ваше разположение с целия наш медицински персонал за каквото имате нужда, на всеки етап от вашето лечение, дори след като сте се прибрали у дома.



ОЩЕ ЕДНА НАГРАДА ОТ JOHNS HOPKINS MEDICINE

■ от стр. 1

от проучвания, разработване на нови програми и иновации в предоставянето на здравни грижи.

Всяка година Форумът за партньори на Johns Hopkins Medicine International събира представители на всички афилирани медицински центрове с лидери и експерти от Джон Хопкинс. „Това е възможност за споделяне и изучаване на най-добрите практики и сътрудничество при решаване на общите предизвикателства. Това е шанс за разширяване на мрежата, за катализиране и укрепване на взаимоотношения, които отварят вратата за нови съвместни инициативи и споделяне проучване на подобни интереси. Това също е повод за нашите глобални филиали да покажат своите постижения. Най-важното е, че можем да споделим „голямата картина“ колективно и тези постижения повишават стандарта на здравеопазването по света.“ подчертава Памела Полк, президент на Johns Hopkins Medicine International. Бъдещето на здравеопазването налага непрекъснато да изследваме иновативни начини за създаване на стойност и предоставяне на най-високо качество, най-сигурна и най-рентабилна грижа за нашите пациенти. Програмата за телемедицина на Johns Hopkins Medicine трансформира доставката на медицинска помощ отвъд традиционното взаимодействие „лице в лице“, като използва технология за свързване на експерти от Johns Hopkins Medicine с пациенти и медици по целия свят. Телемедицината позволява на нашите партньори да разширят обхвата си и да подобрят ефикасността и ефективността, като същевременно поддържат висок стандарт на грижа и внимание към безопасността на пациентите.

„Ние продължаваме да работим заедно за по-здравословно и безопасно бъдеще.“ – с отговорност заявяват служителите на Анадолю Медицински Център. Анадолю Медицинският Център работи в споразумение за стратегическо съ-

трудничество с Johns Hopkins Medicine International от 2002 г. насам. Това споразумение улеснява обмена на информация между лекарите на Анадолю Медицинския Център и колегите им в Джон Хопкинс в Балтимор – да споделят медицинска информация и да продължат медицинското образование чрез видеоконференции с цел подобряване на качеството на медицинските грижи и обслужването на пациентите. С това споразумение специалистите от двете страни се консултират взаимно в следните области: Създаване на клинични и оперативни програми, Изпълнение на клинични пътеки за стандартизация в здравеопазването, Избор на медицинско оборудване и технологии, Информационни технологии, Управление на човешките ресурси и постижения, Използване на ресурсите и управление на клиничното качество, Правила за контрол на инфекциите в болницата, Програми за безопасност на пациентите, съответствие с изискванията на Joint Commission International.



РАК НА ДЕБЕЛОТО ЧЕРВО



Проф. Неждет Юскент
Специалист Медицинска онкология
Анадолу Медицински Център

Ракът на дебелото черво е често срещано ракови заболяване сред мъжете и се нарежда по разпространение след рака на белия дроб и рака на простатата. Заболяването се среща след 50-та годишнина, но може да се появи и в по-ранна възраст.

Ракът на дебелото черво е патологично състояние, при което злокачествен тумор се развива върху лигавицата на чревните стени. Състои се от дегенерирани клетки и има тенденция да расте бързо. Най-често неоплазмата се намира в слепите, сигмоидни или прави секции. Колоректален рак се нарича наличието на рак на дебелото черво и рак на ректума едновременно. Ракът на ректума произхожда от ректума, които са последните няколко сантиметра от дебелото черво, най-близо до ануса. Ракът на дебелото черво произхожда от злокачествени или доброкачествени тумори, наречени аденоматозни полипи, които се образуват върху вътрешните стени на дебелото черво. Раковите клетки могат да се разпространят от злокачествени тумори до други части на тялото чрез кръвта и лимфните системи. Тези ракови клетки могат да растат и да нахлуват в здравата тъкан наблизо и в други части на тялото, в процес, наречен метастази. Ако ракът се разпространи до ново място в тялото, в новата област могат да се появят допълнителни симптоми. Черният дроб е най-често засегнат. Резултатът е по-сериозно, по-малко лечимо състояние.

До момента медицината не е установила причината за появата му. 5-10% от колоректалния рак (рак на дебелото черво) е наследствен. В зависимост от това къде в дебелото черво е локализиран рака, симптомите са различни.

Рискови фактори

- 50% от заболелите са над 50-годишна възраст
- Малък прием на зеленчуци, плодове, зърнени култури и увеличен прием на червени меса, животинска мазнина и пържени и пикантни храни, храни с емулгатори, подправки, консерванти, които водят до запек и възпаление;
- Ниска физическа активност, наднормено тегло, употреба на цигари и алкохол
- Някои от полипи в червото биха могли да бъдат предпоставка за появата на рак
- Хронични заболявания – ракът може да се развие при улцерозен колит и болестта на Крон
- Фамилна обремененост – наследствени синдроми на рак на дебелото черво са: наследствен неполипозисен колоректален рак, наричан още синдром на Линч и фамилна аденоматозна полипоза – рядко разстройство, което развива хиляди полипи в лигавицата на дебелото черво и ректума.

Симптоми

Колоректалните видове рак обикновено са бавно растящи ракови заболявания, които отнемат години да се развият. Ракът на дебелото черво засяга дебелото черво и обикновено започва с полипи в стената на червата. Тъй като те растат най-често поетапно, редовният скрининг може значително да подобри прогнозата за лечение на болестта.

При рак на дебелото черво, симптомите започват да се проявяват във втория етап на развитие на болестта и с времето само се влошават. Сред тях са:

- продължителни спазми и болки в областта на корема, киселини, чревни колики, метеоризъм;
- чревна обструкция, усещане за пълнота на червата без възможност за облекчение, фалшива нужда от изхождане;
- стомашно разстройство; диария или запек или редуване на двете разстройства за дълго време;
- болка по време на уриниране и дефекация;
- влошаване на апетита, до отвращение от месна храна; нарушаване на възприятието на вкуса; намаляване на телесното тегло;
- кръвни съсиреци в изпражненията;
- инконтиненция на изпражненията и урината;
- гадене и повръщане; повишаване на телесната температура, сухота и бледност на кожата и лигавиците, анемия (придружена от замайване, загуба на съзнание, обща слабост, бърза умора); главоболие, сънливост, повишена раздразнителност, апатия.

В последните фази на развитието на рак на дебелото черво, признаци на пълна интоксикация на тялото се проявяват поради продължителни нарушения в храносмилателния тракт.

Диагноза на рак на дебелото черво

Ако има обезпокоителни симптоми, трябва спешно да отидете на онколог за преглед. Колкото по-рано е открита злокачествена формация, толкова по-големи са шансовете за пълно възстановяване.

Диагностицирането на рак на дебелото черво включва следното:

- Палпация – опипване за определяне на формата, размерите и етапа на развитие на патологични формации, помага за откриване на анормална формация в слепите, правите и сигмоидните секции на дебело черво;
- Иригоскопия – въвеждането на специален контрастен разтвор с клизма, който реагира на рентгеновите лъчи и прави видими отклоненията в чревната стена;
- Ректален пръстов тест – позволява да се идентифицира основният тумор и неговите метастази;

продължава на стр. 4

РАК НА ДЕБЕЛОТО ЧЕРВО

от стр. 3

- Колоноскопия – изследване, при което през ректума в дебелото черво се въвежда фиброоптичен апарат, който позволява оглед на състоянието на лигавицата на дебелото черво и взимане на биопсия за морфологично изследване на патологични лезии;
- Разширен кръвен тест за туморни маркери (абнормни протеини, чието повишено ниво показва тумор);
- Фекален анализ за наличие на скрити кръвни клетки;
- Колонографията, позната и като виртуална колоноскопия е компютърно и магнитно резонансно сканиране, което показва дори и най-малките промени в тъканната структура, може да открие отрано много колоректални полипи и рак, помага да се определи разпространението на злокачествени клетки;
- Жените допълнително се подлагат на влагалищно изследване.

Научните изследвания продължават да усъвършенстват текущите методи за скрининг и да търсят нови и по-точни имунохимични тестове за откриване на промените в изпражненията, показващи, че се е развил рак на дебелото черво.

Лечение

Колоректалният рак е много по-лесен за лечение, ако е открит в ранен стадий. В зависимост от мястото на тумора и стадия на заболяването лечението може да се проведе по различни начини. Методите за лечение могат да бъдат:

- Хирургия – Най-важното тук е да се премахне тумора заедно със здрава част от червото. Заедно с това е необходимо да се премахнат и регионалните лимфни възли. В зависимост от мястото на тумора, в някои случаи, се прилага временна или постоянна колостомия, при която единият

край на дебелото черво може да се изнесе на предната стена на корема.

- Химиотерапия – След извършената операция, с цел да се сведе до минимум рискът от повторение на заболяването или да се предотврати появата на метастази, се прилага химиотерапия. Също така може да се приложи и таргетна терапия, чиято цел е да се предотврати функционирането на механизмите, които причиняват образуването на рака.
- Лъчетерапия – прилага се преди операция и се извършва с цел да се предотврати разпространението на болестта и неговото повторение.

Основният метод за лечение на рак на дебелото черво е хирургичното отстраняване на тумора. За по-голяма ефективност се използват излагане на лъчетерапия и химиотерапия.

Превенция

Ако колоректалният рак е диагностициран в Етап I, има 92% шанс пациентът да живее поне още 5 години, на етап IV шансът е 11%. Ето защо се препоръчва годишен скрининг за мъже и жени на възраст 50 до 75 години, особено след като симптомите може да не се появят, докато ракът не се развие.

Американското дружество по рака предлага колоноскопия за ранно откриване на рак на дебелото черво, тъй като е най-точният метод. Той визуализира цялото дебело черво и позволява на хирурга да премахне полипи по време на процедурата.

Другите скринингови тестове включват:

- годишни фекални окултни кръвни тестове
- изпитване на ДНК на изпражненията
- гъвкава сигмоидоскопия на всеки 5 години
- СТ колонография на всеки 5 години

Тези честотни препоръки зависят от индивидуалния риск от рак на дебелото черво.

ПОРТРЕТ



Проф. д-р Неждет Юскент

Специалист
Медицинска онкология
Анадолу Медицински Център

Завършва медицинско образование в Университет Анкара и специализира вътрешни болести във Медицинско училище Гюлхане, Анкара. Специализира хематология и онкология в Тексаксия университет в Далас и Раков център Уадли, Далас. Като гост-професор е практикувал в Медицинско училище към Червения кръст, Болница Метрополитан Флоранс, Уестминстърски университет, Хамършмид Хоспитал, Роял Мардсън и Роял Фрий Хоспитал в Лондон. Допълнителна квалификация по локо-регионална химиотерапия получава в Кантонспитал Базел, Швейцария.

Академичната си кариера развива в Медицинско училище Гюлхане, Анкара. Създава първите отдели по Онкология и Хематология към Военномедицинска академия Гюлхане Истанбул и Болница за специализация Хайдърпаша. Работи като професор по вътрешни болести, хематология и онкология в Медицински университет Кадир Хас (вече Билим Университет). От 2005 г. работи в Анадолу Медицински Център в отделението по Медицинска онкология. Един от тримата, които за първи път правят трансплантация на стволови клетки в Турция. Реализира

първата химиотерапия с повишени дози със запазване и трансплантация на стволови клетки. Един от седемте основатели на Турското дружество по онкология и Научната група по онкология. Като онколог има афинитет към рак на белите дробове, рак на гърдата и ракови образувания в стомашно-чревния тракт, а като специалист по хематологични злокачествени заболявания – към лимфомите и множествените миеломи. Автор е на 122 национални и 30 международни публикации, 168 национални и 72 международни научни абстракти, 8 глави в книги.

СИНДРОМ НА ПОЛИКИСТОЗНИТЕ ЯЙЧНИЦИ



Проф. д-р Айгьн Арçğж
Департамент Женско здраве
Анадолу Медицински Център

Синдром или болест на поликистозните яйчници?

Синдромът на поликистозните яйчници, наричан още поликистозен овариален синдром е болест, чиято тайна все още не е разбулена. Повечето лекари приемат понятието синдром, защото клиничната проява е съвкупност от различни симптоми, причината за които е една и съща - хормонални нарушения. Това е най-често срещаното ендокринно разстройство, което засяга приблизително 4-6% от жените в репродуктивна възраст и е една от водещите причини за стерилитет и безплодие.

Какво представлява? Как се образува?

Обикновено всеки месец в яйчниците няколкостотин фоликули влизат в надпревара, за да бъдат развиващия се фоликул. Всеки един от тях започва да расте и най-здравият и силен между тях се развива и потиска растежа на другите. По този начин всеки месец един фоликул се оформя и унищожава останалите. При поликистозните яйчници този процес е нарушен. Всички фоликули започват да се развиват едновременно и нито един от тях не успява да достигне пълно развитие. Достигайки среден размер всички те преустановяват растежа си. Празните фоликулни мехури, които остават в яйчника същевременно отделят мъжки хормон, което е признак на поликистозата. По време на преглед с ултразвук се наблюдават малки мехурчета със среден размер, наподобяващи топчета на броелица. Оттам идва и определението на поликистозните яйчници: пълни с течност многобройни мехури в яйчника. У много жени се появява страх от развиване на раково заболяване, породен от самото наименование на болестта, но няма нищо общо между синдром на поликистозните яйчници и рак на яйчниците.

Какви са симптомите?

Синдромът на поликистозните яйчници се проявява в резултат на липса на редовна овулация и менструални нарушения, предизвикани от повишените мъжки хормони в тялото. В зависимост от нивото на тези хормони се наблюдават дерматологични промени в кожата – тя става мазна и се появява акне. По лицето - горната устна и бузите, както и по тялото се образува прекомерно окосмяване, наречено хирзутизъм. В напреднал етап на заболяването се образува окосмяване по средата на гърдите и около тях, в долната част на корема и по колената.

Еднакви ли са синдромите при всички жени ?

Поради това че Синдромът на поликистозните яйчници е твърде разнороден проблем, при всеки един човек проявените симптоми са различни. Това означава, че не



при всеки пациент, страдащ от поликистозни яйчници, се наблюдава прекомерно окосмяване или нарушения в менструалния цикъл. Ако при някои пациенти менструалният цикъл се проявява два-три пъти годишно, то при други е десет пъти годишно.

Кои са причините за появата на Синдрома на поликистозните яйчници?

Ако обърнем внимание на причините за появата на Синдрома на поликистозните яйчници, ще видим, че генетиката излиза на преден план. Има вероятност да се предаде и от майката и от бащата. Поради това болестта е генетична. Почти е невъзможно да се излекува, но разбира се има възможност да се намерят решения на съществуващите проблеми.

Как се диагностицира болестта?

Лесно и бързо може да се постави диагноза при пациенти, които се обръщат към нас с оплаквания от нарушен менструален цикъл и прекомерно окосмяване в конкретни зони на тялото. Но съществуват и някои признаци, които могат да бъдат откривани чрез биохимични изследвания на кръвта. Основният от тях е изследване на количеството тестостерони. Необходимо е да се изследва и нивото на друг андрогенен хормон – ДХЕА (DHEAS), който се отделя от надбъбречните жлези. При установяване на високи нивата на тези хормони в кръвта, болестта се диагностицира. Въпреки това, не винаги тези тестове са наложителни. Ако една жена се обърне към нас с оплаквания от

СИНДРОМ НА ПОЛИКИСТОЗНИТЕ ЯЙЧНИЦИ

от стр. 5

нарушения в менструалния цикъл и прекомерно окосмяване, това се определя като синдром на поликистозните яйчници до доказване на противното.

Може ли да има поликистозни яйчници без наличието на синдрома /комплекса от другите симптоми/ ?

Около 20-30% от жените имат поликистозни яйчници при ехографското изследване, без да имат другите характерни симптоми на синдрома (окосмяване, акне, менструални нарушения, стерилитет, обезитет и др.). Ехографската поликистозна структура трябва да се счита само като един често срещан симптом, който в никакъв случай не е достатъчен за поставяне на диагнозата.

Може ли да има Синдром, без да има яйчникови кистички ?

Въпреки, че поликистозната структура на яйчниците е основен критерий за поставяне на диагнозата, възможно е да има Синдром и без поликистоза. В този случай опорни точки за диагнозата са данните от килиниката и хормоналните резултати. Понякога (особено при трансабдоминално ехографско изследване), не могат да се установят дискретните ехографски характеристики на синдрома (особено при леките форми и в началото на заболяването). Така че липсата на поликистозна структура на яйчниците не отхвърля диагнозата, както и наличието на яйчникови кистички не я поставя със сигурност. Необходими са и други изследвания.

Как се лекува?

Жените, страдащи от Синдрома, обикновено се обръщат към специалист с оплаквания от нарушен менструален

цикъл, хирзутизъм, акне, или поради това, че не могат да имат деца. Лечението се формира в зависимост от това дали жената желае дете, а схемата за лечение е стъпаловидна и се подхожда поетапно. Има няколко начина на действие в случаите, когато пациентът не желае деца. На първо място е регулирането на менструацията. Продължителната липса на менструация повишава нивото на естроген, който започва да влияе върху матката и по този начин увеличава риска от рак на матката.

Втората стъпка е премахване на окосмяването чрез употреба на антиандрогени. При намаляване нивата на андрогени, най-добър ефект има приема на противозачатъчни таблетки. С употребата им се постигат няколко неща: регулиране на менструацията, намаляване на риска от рак на матката и намаляване на прекомерното окосмяване.

Третата стъпка за решаване е проблема с теглото, който възниква вследствие на инсулинова резистентност. Ако при пациента се установи инсулинова резистентност, се препоръчва лечение, което включва комбинация от прием на медикаменти, бедна на въглехидрати диета и упражнения.

Какво лечение се прилага при жени, които желаят деца?

Ако пациентка със Синдром на поликистозните яйчници желае деца, това което може да се направи е да се намали инсулиновата резистентност на пациентката и да се предизвика овулация. При една част от пациентите със Синдрома овулацията се предизвиква чрез таблетки, което дава възможност за забременяване. Въпреки това, тези хапчета не са ефективни при някои пациентки. Затова овулацията се осъществява с помощта на инжекции. В случай, че няма ефект от приложените дотук методи, може да се приложи ваксиниране или да се премине към ин-витро процедура.

ПОРТРЕТ



Проф. д-р Айджън Арджъ
директор на Центъра
по репродуктивно здраве
Анадолу Медицински Център

Проф. д-р Айджън Арджъ завършва медицинско образование в Медицинския университет в Истанбул през 1979 година. Специализира акушерство и гинекология в Колумбийски университет в Ню Йорк, САЩ. Специализира репродуктивна ендокринология и инфертилитет в Медицинския факултет на Тексаски университет и практикува в най-големият родилен дом в страната - Паркленд Мемориал Хоспитал в Далас, САЩ. През 1986 г. на квалификационен изпит заедно с 5000 специалиста по акушерство и гинекология отбелязва най-високият резултат в САЩ. В резултат получава предложение за работа като преподавател в Медицински факултет на Университета Йейл. Две годи-

ни по-късно получава фонд на стойност 1 млн. долара от Националния институт по здравеопазване за разработване на медицински научен проект. През 1998 г. проф. Арджъ е повишен в длъжност председател на отдела по репродуктивна медицина и лечение на стерилитет в Университета Йейл. От 2005 година работи в Анадолу Медицински Център. Медицинските му интереси са в областта на безплодието, хормоналните и репродуктивните проблеми и инвитро оплождането. Проф. д-р Айджън Арджъ е член на 16 международни сдружения. Сертифициран от Американския борд по акушерство и гинекология и в областта на репродуктивна ендокринология. Автор на над 200 международни публика-

ции, бил е 6 пъти международен редактор и над 20 пъти член на Международния редакционен съвет към научни издания. „Като директор на Центъра по репродуктивно здраве заявявам, че ние следим всички научни постижения и нови технологии по света, за да реализираме най-добър процент успеваемост при ин витро оплождане. Освен широкоразпространените процедури към женското безплодие, обръщаме особено внимание на мъжкия инфертилитет. Използвайки различни съвременни техники на асистирана репродукция, но по-важно наблюдавайки внимателно пациентите, ние решаваме техните проблеми, като реализираме едни от най-добрите проценти успеваемост в света.“

КИСТИ НА ЯЙЧНИЦИТЕ ПРИ БЕБЕТА



Д-р Мелтем Чам
гинекологичен хирург
Анадолу Медицински Център



Кистите в детска възраст са една от най-чувствителните теми в семейството. При установени кисти в детска възраст е важно семейството да има съзнателно отношение и да не предприема ненужни интервенции.

Кистите на яйчниците се разделят и проследяват в две групи – предродилна група и група на новородените. Това са кисти, които са открити в утробата на майката по време на бременността или в ранния етап след раждането. Във втората група попадат предпубертетни яйчни кисти, идентифицирани в предменструалния период от детството. При ултразвуковите прегледи, извършвани по време на бременността, при 1 от 2500 момиченца се поставя диагноза кисти на яйчниците. Кистите на яйчниците в този период са функционални. По време на бременността произвежданите от ембриона хормони и хормоните на майката причиняват повишена интензивност и стимулация. Поради тази причина в яйчниците на плода могат да се появят кисти.

По време на бременността, при майки с диабет, хипертония и кръвна несъвместимост, по-често се наблюдават случаи на кисти на яйчниците. Причина за това са повишените нива на хормони, отделящите се от плацентата. Често диагностицирането се извършва чрез ултразвук в последните три месеца от бременността.

Ако по време на изследване на бебето с ултразвук се открие киста, се извършва преглед, за да се установи дали кистата е част от органите – бъбреци, пикочно-отделителна система, стомаха и червата. Ако бебето е момиченце и кистата се намира извън средната линия, ако има правилни форми, може да се определи като киста на яйчниците.

При лечение голямо значение има наблюдаването на нормалното развитие на яйчниците. Рискът от преобразуване на кисти в детска възраст в ракови образувания е почти нулев. Достатъчно е само да бъдат проследявани с ултразвук. Тези кисти не предизвикват оплаквания и намаляват през първия месец с 50%, през втория със 75%, а през третия с 90%. Ако кистата продължава да съществува и след раждането и се разраства, предизвиква симптоми като болки в корема, или при ултразвуково изследване състоянието изглежда комплексно, това показва, че има необходимост от хирургическа намеса. Тъй като усукването на кистата причинява загуба на функцията на яйчниците, може да предизвика кръвене в коремната област или други усложнения. Според клиничните заключения операцията може да бъде отворена или да бъде извършена лапароскопия. За да може да се предотврати увреждането на яйчниците, се планира щадяща хирургическа намеса, насочена към отстраняването на кистата.

НЕ КАЗВАЙТЕ СБОГОМ НА ОГЛЕДАЛАТА!



д-р Ердем Тюрмен
специалист по ендокринология
Анадолу Медицински Център



Някои симптоми като акне, излишно окосмяване, напълняване и нередовна менструация, които се наблюдават обикновено при жени на възраст под 35 години са показателни за наличие на Синдром на поликистозните яйчници, който се лекува успешно.

В резултат на увеличаване на мъжкия хормон (андроген), кожата става мазна, появява се акне, растеж на косми на горните устни и бузите. Следващият етап е появата на космите около и между гърдите, в долната част на корема и горните части на краката. Причината за значително увеличаване на теллото в областта на пъпа и корема е същата.

Най-добрият начин за намаляване на нивата на андроген са контрацептивните хапчета, но проблемът може да се сведе и до решение на инсулиновата резистентност.

Действителният проблем на молекулярно ниво представлява проблеми на метаболитно ниво. Жените, които имат този проблем развиват генетично съпротивление срещу инсулиновия хормон, който регулира кръвната глюкоза. По този начин жените с поликистозен овариален синдром имат по-висок риск от развитие на диабет тип 2 над 50%.

Както е известно, инсулинът е хормон, освободен от панкреаса. Неговата задача е да постави глюкозата в кръвта в клетките. Въпреки това, когато се развива резистентност срещу инсулин, кръвната захар не може да влезе в клетките и да се увеличи в кръвта. В този случай, панкреасът започва да освобождава инсулин, като се има предвид, че глюкозата е висока и няма достатъчно инсулин в кръвта. Действителният проблем е липсата на инсулин, но също и съпротивлението срещу инсулин. Тъй като панкреасът не

знае, че започва непрекъснато да освобождава инсулин и се появява състояние, наречено хиперинсулинизъм (много високи нива на инсулин в кръвта). Прекомерният инсулин причинява повече андрогенно производство както в надбъбречните жлези, така и в яйчниците. Ако този порочен кръг може да бъде нарушен в дадена точка, производството на андроген може да бъде намалено. Новите терапии се фокусират върху този факт и на пациентите се дават лекарства, които нарушават инсулиновата резистентност. Чрез намаляване на инсулиновата резистентност панкреасът освобождава по-малко инсулин, а това означава по-малко андроген и по-добра овулация.

Друг проблем, създаден от прекомерния инсулин, е нарушаването на баланса на апетита чрез ефекта върху центъра на апетита на мозъка. Повечето от пациентите с поликистозен овариален синдром имат затлъстяване поради инсулиновата резистентност. Обаче, наднорменото телло води до влошаване на ситуацията и повишаване на инсулиновата резистентност заедно. Тук също участват и лекарства, намаляващи инсулина.

Хората с поликистозен овариален синдром имат високи нива на андроген, както и на естроген. Когато обсъждаме биохимичната страна на заболяването, предишният стадий на естроген е тестостерон. Андрогените се произвеждат първо в яйчниците и развитата яйцеклетка ги превръща в естроген. Следователно, индивидите с голям брой поликистозни яйчници имат високи нива на андроген и естроген и не съдържат данни за естрогенния дефицит. Съответно, ако заболяването е оставено нелекувано, увеличаването на телесното телло и окосмяването продължава.

ХИПЕРТЕРМИЧНА ИНТРААБДОМИНАЛНА ХИМИОТЕРАПИЯ (HIPEC)

Борбата срещу рака е научната война, водена през настоящия век. Макар че са направени важни стъпки в тази посока, желаният резултат все още не е постигнат. Хипертермичната химиотерапия е една от най-големите стъпки в тази посока. Някои видове ракови заболявания и напредналите им стадии не могат да бъдат лекувани с традиционната интравенозна химиотерапия, или желаният резултат не може да бъде постигнат. Въпреки химиотерапията, болестта прогресира и живота на пациентът се влошава по-бързо от очакваното. Именно в тези области се прилага хипертермичната интраабдоминална химиотерапия.

Хипертермичната интраабдоминална химиотерапия е позната като "Хипертермична интраперитонеална химиотерапия", накратко HIPEC.

Защо се прилага интраабдоминална химиотерапия?

Много видове ракови заболявания, произхождащи от вътрекоремните органи, могат да засягат и коремната мембрана, наречена "перитонеум". Перитонеумът е тъкан, която облекчава триенето на органите като секретира малко количество течност, което покрива както вътрешната страна на коремната стена, така и повърхността на органите. При рак, произхождащ от вътрекоремните органи, раковите клетки включват перитонеума по съседство или при секретиране. Това обикновено показва, че ракът е достигнал последния етап. При раковите заболявания, засягащи перитонеума, интравенозните химиотерапии са неадекватни, тъй като лекарствата не могат напълно да достигнат до перитонеума. Основният принцип за лечение на перитонеален рак е перитонеума да се разглежда като орган и да се отстранят засегнатия перитонеум и болните органи чрез циторедуктивна хирургия. Интраабдоминалната химиотерапия се прилага след тази операция, т.е. след отстраняване на всички туморни тъкани, като целта е да се унищожат остатъчните микроскопични метастази.

Каква е логиката на HIPEC?

Защо се прилага хипертермична химиотерапия? Какъв е ефектът от загряване на химиотерапевтичното лекарство?

- Топлината улеснява проникването на лекарството в тъканите.
- Топлината увеличава убиващия ефект на избрания химиотерапевтичен агент върху раковите клетки.
- Самата топлина има анти туморен ефект.
- Интраабдоминалната химиотерапия може да се разпространи в корема чрез ръчна манипулация, топлината допринася за равномерно разпределение на лекарството на всички вътрекоремни повърхности.
- По време на HIPEC, неблагоприятните ефекти на лекарството върху продукцията на бъбреците и урината могат да бъдат наблюдавани и да се вземат адекватни мерки.



- По време на HIPEC могат да бъдат нормализирани много физиологични параметри на пациента (телесна температура, коагулация, хемодинамика и др.)
- По време на HIPEC механично се изчистват туморните клетки от повърхността на тънките черва и през слоевете на фибриновите съсиреци.

При кои пациенти и заболявания се прилага HIPEC?

Най-често се използва за лечение на рак на яйчниците при жените. Освен това се използва при рак на дебелото черво (ректума), стомаха, апендикса и при ракови заболявания на перитонеума (pseudomuxoma peritonei). През последните години се използва и при рак на панкреаса. Перитонеалното заболяване често включва натрупване на течност (асцит) в коремната кухина. Този асцит предизвиква както подуване на корема на пациента, така и разпространение на ракови клетки до диафрагмата и други интраабдоминални области. Понякога се натрупва толкова течност, че пациента не може да лежи. Често тази течност се източва навън, но това не е решение. Асцитът ще се появява толкова дълго, колкото е налице основната причина за него. Много от тези пациенти се изпращат у дома им, информирайки ги, че са в последния етап от заболяването и няма какво повече да се направи за тях. Ето при тези пациенти и гореспоменатите клинични състояния се използват циторедуктивна хирургия и HIPEC.

ХИПЕРТЕРМИЧНА ИНТРААБДОМИНАЛНА ХИМИОТЕРАПИЯ (HIPEC)

от стр. 9

Достатъчно ли е да се приложи химиотерапия HIPEC като лечение?

Не, сама по себе си химиотерапията HIPEC не е достатъчна. HIPEC е част от лечението, а лечението протича в три фази. Първо, необходима е операция, при която от перитонеума и органите се извличат всички туморни тъкани, като се осигурява пълна или почти пълна циторедукция. При тази операция корема се отваря по цялата линия и се оценява целият корем. Отстраняват се перитонеума и засегнатите органи (дебелото черво, яйчниците, жлъчния мехур, участващата част от стомаха). Междувременно може да е необходимо да се отстрани част от дебелото черво или тънките черва и да се направи анастомоза както за червата, така и за коремната стена (колостомия или илеостомия). Това обикновено е временна мярка и червата се възстановяват след приключване на лечението. Прилагането на HIPEC няма смисъл без да се направи тази операция. И извършването на тази операция няма смисъл без прилагане на HIPEC. Циторедуктивната хирургия и HIPEC трябва да бъдат последвани от системна химиотерапия. Това е триото "циторедуктивна хирургия + HIPEC + системна химиотерапия".

В кои случаи не може да се приложи HIPEC?

HIPEC не се прилага при извънабдоминално засягане (черепни, белодробни, костни метастази). Болестта трябва да бъде ограничена в корема. В допълнение, химиотерапията HIPEC не се прилага при пациенти, които имат множество чернодробни метастази или чернодробни метастази, които не могат да бъдат отстранени. Ако има три или по-малко чернодробни метастази, които могат да бъдат отстранени, няма пречки за прилагане на HIPEC.

При пациенти с много често и плътно увреждане на тънките черва, отстраняването на повечето тънки черва не е подходящо при терапията с HIPEC, тъй като не е съвместимо с живота. Повечето от тези случаи не могат да бъдат открити преди операция и се установяват по време на операцията.

Има ли условия, при които HIPEC се използва самостоятелно?

При някои пациенти HIPEC може да се прилага с катетри в корема, поставени по лапароскопски начин, за да се лекува само асцит и да се подобри комфорта на пациента. Обикновено това е палиативно лечение и то не удължава живота на пациента.

Как се прилага HIPEC?

HIPEC е част от оперативния процес. В края на продължителната трудна операция по отстраняване на интраабдоминалния тумор, докато пациентът е все още под анестезия се извършва HIPEC. Преди затваряне на корема, във всеки от долните и горните квадранти на корема се поставят два дренажа. Между тези дренажи и специалното устройство, което загрява химиотерапевтичната течност, се осигурява връзка, а в горния и долния квадрант на корема се поставят две температурни сонди, за да се следи нивото на температурата. Тези сонди гарантират, че докато се дава химиотерапия, топлината е постоянна между 41 и 43 градуса. Продължителността на химиотерапията е 60 минути. Химиотерапевтичната течност (3,5 литра) се излива в корема и коремът се обработва ръчно отвътре и се разклаща отвън, за може химиотерапевтикът да достигне до всяка негова кухина. В края на процедурата течността в корема се изтегля и процесът приключва.





Какви специалисти участват в циторедуктивната хирургия и HIPEC?

Операцията продължава 6-10 часа. Това изисква опит както в тазовата, така и в чернодробната хирургия. В екипа участват общи хирурзи, когато се налага и гинекологични онколози. И още, опитни радиолози за предоперативно образно изследване, медицински онколози за регулиране на програмите за химиотерапия и лечение на пациенти, опитни патолози за проверка на диагнозата, специалисти по ядрена медицина за оценка на PET томографията, експерти диетолози за регулиране на храненето, опитни анестезиолози, които проследяват състоянието на пациента, опитен и квалифициран персонал за интензивни грижи и медицински сестри – всички са важна част от този голям екип. Тази терапия е мултидисциплинарен метод.

Какъв е ефектът от HIPEC върху преживяемостта?

По-голямата част от кандидатите за тази терапия са тези, които са в напреднал стадий на заболяване и чиято продължителност на живота е ограничена до месеци. Тази важна подробност не трябва да се забравя, когато се говори за преживяемостта.

Приложението на HIPEC има различни дългосрочни резултати при различните видове рак. Най-облагодетелствани са пациентите с рак на яйчниците – петгодишната преживяемост е около 50%. Това съотношение е около 30% при пациенти с рак на дебелото черво. Времето за преживяване е 43% при рак на стомаха за 1 година и 11% за 5 години. Като се има предвид, че нормалното време на живот е по-малко от 6 месеца, особено при пациенти с перитонеални метастатични ракови заболявания, успехът е видим. Петгодишната честота на преживяемост на неоплазма на перитонеума (pseudomyxoma peritonei) е 66-97%.

Какви са рисковете при HIPEC терапия?

Това е сложна терапия, поради което нивото на риск е високо от стандартните операции. Независимо от сложността обаче, резултатът е добър при пациенти, които са добре подготвени преди операцията и са добре наблюдавани и добре управлявани по време на операцията. Най-често се наблюдава временна загуба на функции на стомашно-чревната система. По време на операцията могат да се наблюдават усложнения като хеморагия, бъбречна недостатъчност поради лечението, образуване на съсиреци в белия дроб или мозъка, костномозъчна недостатъчност поради химиотерапия, инфекция на мястото на раната, дисекция на рани и изтичане на анастомоза. По-голямата част от тях обаче се преодоляват чрез мерки, прилагани в опитните медицински центрове и с добро управление на грижата за пациента. Въпреки че в различни проучвания са дадени различни проценти, рискът от загуба на пациенти след тази терапия е 0-7%. Усложненията и смъртните рискове са приемливи, когато се обмислят степента и тежестта на заболяването и се извършва оценка на риска и ползата.

В заключение, циторедуктивната хирургия и HIPEC изисква дълго, внимателно и подготвено за рисковете изпълнение от опитни хирурзи и екипи, но това е съвременен метод за лечение с обещаващи резултати. Мотивацията на пациента и семейството му за лечение и тяхното съдействие на медицинския екип са важни фактори, които ще увеличат успеха на лечението.

Триото „циторедуктивна хирургия + HIPEC + системна химиотерапия“ е единственият начин на лечение днес, който осигурява дълъг шанс за живот (20-50%).

ВНИМАВАЙТЕ С БОЛКОУСПОКОЯВАЩИТЕ!



Аналгетиците са най-доброто средство срещу всякакви болки по тялото... Но трябва да вземем под внимание, че лекарствата, които приемаме след съвет „ний обезболяващо!“ за успокояване на болки, могат да имат сериозни странични ефекти.

Как да се използват аналгетиците?

Аналгетиците са най-употребяваните лекарства в световен мащаб и без съмнение са едно от най-полезните открития в медицинския свят. Освен за лечение, тези лекарства се употребяват и за облекчаване на болки, което предоставя комфорт на пациентите, но след като употребата като болкоуспокояващо средство стана популярна, тяхната самоволна употреба също се повиши. Самоволното приемане на обезболяващи без рецепта по „съвет“ е най-честата грешка при употребата им. Тези лекарства могат да отключат съществуващ здравословен проблем и да доведат до по-лош изход поради страничните си ефекти вместо да окажат лечебен ефект. Как можем да намалим до минимум страничните ефекти на тези лекарства? Кой следва да внимава повече с тях и каква е правилната им употреба? Гастроентерологът на Анадолю Медицински Център, проф. д-р Мелих Йозел и доц. г-р Мурат Гурсой дават отговори на тези важни въпроси.

Единствено за обезболяване ли се използват аналгетиците?

Аналгетиците са широко използвани във всички дялове на медицината, като те нямат само обезболяващи свойства. Тези лекарства също така действат противо-

възпалително и често се използват за лечение на едеми, възпаления, намаляване на отоци с цел облекчаване на движението на стави.

Какви странични ефекти имат?

Най-честите странични ефекти на аналгетиците са върху храносмилателната система. Те могат да увредят стомашно-чревната лигавица чрез различни механизми, които да се проявят с кървене, язва или обостряне на други заболявания на храносмилателните органи. Също така те могат да имат странични ефекти като например гадене, повръщане, диария, запек, загуба на апетит, световъртеж, главоболие и обриви. Някои аналгетици нарушават кръвосъсирването. Техните странични ефекти се състоят в нарушаване на работата на факторите на кървене и кръвосъсирване.

Как да ги ползваме правилно?

Най-важните странични ефекти се проявяват след самоволната употреба на лекарства от пациента. Следователно аналгетиците не трябва да се използват без лекарско предписание. Някои пациенти са много чувствителни към обезболяващите и могат да изпитат бърза реакция, докато при други страничните ефекти се проявяват след дългосрочна употреба. Странични ефекти се наблюдават при по-високи дози и при хронична употреба. Следователно трябва да се използва минималната възможна доза. Въпреки, че пациентът приема лекарството по препоръка на лекар, тя /той трябва да съобщи за промени в храносмилателната система или в цялото тяло, както и за

придружаващи заболявания. Например, ако пациентът е лекуван с противосъсирващо лекарство, приемането на аналгетици по същото време може да доведе до поява на кървене. Съществуват различни групи аналгетици: силни, умерени и леки. Съответно правилната употреба и изборът на подходяща група лекарства се прави от лекаря, чрез оценка на състоянието на пациента

Изчезват ли страничните ефекти, ако лекарствата се употребяват правилно?

Правилната употреба на аналгетици предотвратява появата на странични ефекти; но все пак може да се очаква появата на някои от тях. Всяко лекарство има някакви странични ефекти. Целта е да се елиминират или намалят до минимум доколкото е възможно при лечението на болестта. Да се преустанови употребата на лекарство поради странични ефекти не е правилен подход. По-добре дозата да се намали от лекаря или да се ползва друго лекарство. Накратко, ако очакваните ползи са повече от очакваните странични ефекти, лекарят може да ги игнорира или намери решение за тяхното намаляване или елиминиране.

Как да се предотвратят страничните ефекти?

Лекарят осведомява пациента за вероятните странични ефекти. Някои пациенти може да се нуждаят от друго лекарство, за да се намалят страничните ефекти, а други – не. Но има някои критерии, които са важни, за да се избегнат страничните ефекти. Например, ако има сърдечно заболяване и пациентът използва друго лекарство, взаимодействието между него и аналгетика може да представлява риск. Друг пример: ако пациентът ползва кортизон, страничните ефекти от аналгетичите могат да бъдат смесени и да се увеличат. Съответно е необходимо проследяване отблизо и докладване от страна на пациента какви лекарства използва, което е важно, за да може лекарят да предотврати страничните ефекти.

Начинът на приемане намалява ли страничните ефекти?

При интравенозното, ректалното или оралното приемане на аналгетичите няма кой знае каква разлика по отношение на страничните ефекти. Разбира се, лекарството навлиза в кръвта във всички случаи. Но въпреки, че страничните ефекти намаляват при ректален прием, страничните ефекти за цялото тяло не могат да бъдат предотвратени.

Ами новите лекарства?

Има различни изследвания с цел намаляване на страничните ефекти в новите лекарства. Обаче механизмът на действие на тази група лекарства е да ограничават дадено вещество. С други думи тези лекарства действат като пречат на синтеза на простагландини. След като простагландините, които защитават храносмилателната система, са елиминирани, храносмилателната система започва да се уврежда. По този начин болкоуспокояващите пречат на самопредпазващия механизъм, който стомахът има. В резултат има много изследвания в опит да се разработят нови лекарства с по-ниска токсичност за храносмилателната система.



КОЙ ТРЯБВА ДА ВНИМАВА С БОЛКОУСПОКОЯВАЩИТЕ?

- Пациенти в напреднала възраст
- Пациенти в напреднала възраст с бъбречна недостатъчност
- Деца
- Пациенти с цироза
- Пациенти с портална хипертония поради цироза
- Пациенти с бъбречно заболяване
- Пациенти със сърдечно заболяване
- Пациенти с хронична чернодробна болест
- Пациенти с язви на стомаха и дванадесетопръстника
- Пациенти с възпаление на червата
- Тези с проблеми в кръвосъсирването
- Пациенти с болести на храносмилателната система

Най-често...

Самоволната употреба на аналгетици е най-честа при жени поради болки по време на менструалния им цикъл. Без консултация с лекар може да се приема един аналгетик срещу менструални болки, но често се приемат повече от един, което може да предизвика незабавно увеличаване на страничните ефекти.

НАКРАТКО

КАКВО Е АСЕПТИЧЕН МЕНИНГИТ?



Менингитът е състояние, което причинява подуване на защитните мембрани или менинги, които обграждат мозъка и гръбначния мозък. Асептичният менингит може да бъде причинен от редица вируси. Това обикновено са ентеровируси, като сезонните вируси, които преобладават в края на лятото и есента. Тези вируси са най-честата причина за вирусен менингит, както и други, по-леки заболявания. Симптомите на асептичен менингит могат да включват комбинация от следното: главоболие, треска, втрисане, стомашни болки, гадене и повръщане, чувствителност към светлина, умора.

ПЪРХОТ ИЛИ СУХ СКАЛП?



Пърхотът причинява лющене на скалпа и може да причини видими люспи по дрехите или косата. В някои случаи това се дължи на гъбична или друга инфекция на скалпа. Потенциалните причини за пърхут включват: масла, секретирани от скалпа, чувствителност към вещества, като продукти за коса. Напротив, сухият скалп се получава, когато скалпа не произвежда или не държи достатъчно влага, както и когато скалпа няма достатъчно масло, за да може кожата да се чувства нормално. Разбирането на разликата между пърхота и сухия скалп може да помогне при избора на подходящо лечение.

КАЧЕСТВО НА ЖИВОТА С ДИАБЕТ

Не позволявайте на диабета да контролира интимния ви живот! Сред не толкова познатите, но често срещани усложнения от диабета са сексуалните и урологичните проблеми при мъжете. И макар за тях да не се говори много и да се пренебрегват, те имат важна роля в живота на пациентите.

Д-р Ердем Туремен, ендокринолог и специалист по метаболитни нарушения, и проф. д-р Джемил Уйгур, уролог в Анадолю Медицински Център, споделят, че това състояние, което може да окаже влияние както върху физическото, така и върху психичното здраве на пациентите, трябва да се счита за един от основните проблеми при пациентите с диабет. Процентът на мъжете със сексуална дисфункция сред здравите индивиди е 32%, докато при страдащите от захарен диабет тип 2 процентът е 46%. Известно е, че проблемите с ерекцията настъпват 10-12 години след появата на диабет.

Какви сексуални и урологични проблеми се наблюдават?

Сексуалните проблеми, причинени от диабета, са органична еректилна дисфункция и следващата от нея загуба на сексуално желание. Другите урологични проблеми, за които е отговорен диабетът, са невропатични увреждания на пикочния мехур (неврална дисфункция на пикочния мехур) и склонност към развиване на урологични инфекции (пиелонефрит и простатит). Диабетната нефропатия, която е нефрологично заболяване, е сред останалите усложнения от диабета, свързани с пикочната система.

Защо диабетът влияе върху сексуалността?

Уврежданията в главния и гръбначния мозък и в нервите, които се наблюдават у пациентите с диабет (централна и периферна невропатия), могат да повлияят на сетивните нерви и на автономната нервна система (нервната система, за чието присъствие не съзнаваме и която функционира неволево също като сърцето и други органи). Ето защо в резултат от невропатията в нервните връзки, които отговарят за ерекцията, настъпват увреждания, причиняващи дисфункция на съдовата стена, а оттам и про-

блеми с ерекцията. Еректилната дисфункция насажда у страдащия от нея страх от провал, а това води до загуба на сексуално желание. Освен че диабетът кара пациентите да изпитват неохота по отношение на сексуалния живот поради метаболитни и психологически причини, той води със себе си и загуба на сексуално желание, косвеният резултат от който е еректилна дисфункция.

Има ли лечение за тези проблеми?

Сексуалните и урологичните проблеми, наблюдавани при мъжете с диабет, могат да се лекуват с медикаменти, които се приемат перорално или чрез инжектиране в пениса (интракавернозна терапия), както и с вакуумни апарати и пенис протези. Благодарение на тези методи на лечение се увеличава нарастването на кръвоносните съдове в кавернозните тела и пенисът нараства. Напрежението в пениса се намалява с помощта на вакуумни апарати, вследствие от което се улеснява изпълването му с кръв. Лечението чрез инжектиране в пениса е метод, който се е прилагал преди разработването на медикаментите с перорален прием, но понякога се практикува и днес със сходни активни вещества. Друга възможност за лечение са пенис протезите, ако изброените дотук методи нямат ефект или ако са неприложими при пациента.

Предпазни мерки за здравословен сексуален живот

Сексуалността е изцяло вплетена в живота на човека и предполага пълно психично и физическо здраве. Въпреки че еректилната дисфункция е третото по честота усложнение от диабета, тя се счита за проблем, който има отношение най-вече към качеството на живот. Ето защо като първостепенна предпазна мярка за здравословен сексуален живот мъжете трябва най-вече да не допускат нездравословно хранене и липса на физическа активност, които постигат килимчето за диабета. Ако мъжете все пак се сблъскат с подобни проблеми, лечението и контролните прегледи трябва да се осъществяват в медицински центрове, в които се практикуват медицински процедури, основаващи се на доказателства за ефективност.

СПОДЕЛЕНО

„БИХ ИЗБРАЛА
АНАДОЛУ
МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР
И ЗА ПО-ЛЕКИ СЛУЧАИ“

Милена Чамева има бързо нарастваща киста на яйчника, за която ѝ казват, че не може да се оперира. Но лекарите от Анадолу Медицински Център успяват да я излекуват с лапароскопска операция.

Милена Чамева е 38-годишна майка. Преди 16 години е диагностицирана с киста на яйчника в напреднал стадий. Докато работи като стюардеса в Кипър, тя внезапно се разболява и е оперирана по спешност. След операцията ѝ казват, че кистата е отстранена. Но връщайки се в България и след преглед при гинеколог научава, че заедно с кистата е отстранен и яйчникът ѝ.

Оплакванията и болките, обаче, не спират и младата майка отново се преглежда при гинеколог. Установява се, че кисти са се появили в десния яйчник и на мястото на отстранения яйчник. Препоръчват ѝ втора операция. Отстранена е кистата от десния яйчник, но другата киста е отстранена частично, поради висок риск. Остатъчната киста е вързана, за да се предотврати развитието ѝ. Въпреки това, тя нараства бързо, а гинекологът заявява, че кистата е с висок оперативен риск и не може да се отстрани.

Въпреки мнението на своя гинеколог, Милена не губи надежда и решава да се обърне към Анадолу Медицински Център.

Представителят на Анадолу Медицински Център в България – Мустафа Мехмедов, насочва Милена към доц. д-р Фатих Гючер, специалист по акушерство и гинекология.

„Преди да дойда в Турция бях отчая-

на. Въпреки, че ми бяха казали, че няма как да се излекува кистата ми, гинекологът Фатих Гючер ме увери, че ще направи всичко възможно да отстрани кистата. Бях подложена на трета операция. Беше трудна и високо рискова операция, но всичко мина успешно. След нея няха никакви постоперативни болки. Чувствах се много по-добре отколкото след предишните две операции“.

„Предложихме на Милена лапароскопска операция. Всъщност, лапароскопията беше труден подход, тъй като тя вече имаше направени две операции. Но това си оставаше най-подходящия метод за нея. Изписахме я на другия ден след операцията, без каквито и да е усложнения. Най-голямото ни предимство е опита и познанията при провеждането на такива сложни гинекологични операции. Ето защо, пациентите трябва внимателно да подбират гинеколога и болницата, в която ще се лекуват“, казва доц. д-р Фатих Гючер.

Милена изказва благодарности към целия медицински персонал, които са посветили вниманието си на нейния случай.

„Ако можех, бих идвала тук при всяко оплакване. Препоръчвам на всеки да се обърне без колебание към Анадолу Медицински Център. Не трябва да се губи надежда дори и при най-тежките случаи, преди да бъдат прегледани тук. Скоро ще доведе тук и дъщеря си. Това показва колко съм доволна и колко е голямо доверието ми към лекарите в тази болница“, казва Милена.

НАКРАТКО

КАКВО Е ЕЗОФАГЕАЛЕН
СПАЗЪМ?

Хранопроводът преминава от устата до стомаха и е част от храносмилателната система на човека. Той „транспортира“ храната от гърлото до стомаха, като това се случва по точно определен начин. Езофагеалните спазми се появяват, когато хранопроводът се свива необичайно и това може да бъде болезнено и да причини неудобство. Някои езофагеалните спазми се случват често и пречат на нормалната способност за ядене и пиене. Когато това се случи, обикновено се изисква лекарски надзор и лечение.

ЗАЩО ЧУВСТВАМ
ТЕЖЕСТ В СТОМАХА?

Чувството на тежест в стомаха е такова, сякаш коремните мускули се свиват и създават натиск в стомаха. Усещането за стягане в стомаха обикновено е резултат от храносмилателни или хормонални проблеми. Потенциалните причини за стегнат стомах са: запек, стомашно разстройство, хранително отравяне, хиатална херния, гастрит, предменструален синдром (PMS), бременност. Усещането често изчезва само по себе си, но може също така да сигнализира за основен здравен проблем. Постоянното чувство за тежест в стомаха е повод да потърсите консултация с лекар.



ANADOLU^H

In Affiliation with
JOHNS HOPKINS MEDICINE

КОНТАКТИ

Турция, Истанбул

Cumhuriyet mahallesi 2255
sokak no:3 Gebze 41400
Kocaeli

за разговор на български,
английски и турски:

+90 (262) 678 5764

+90 (262) 678 5348

e-mail:

int.patients@anadolusaglik.org

[http://www.](http://www.anadolumedicalcenter.bg)

[anadolumedicalcenter.bg](http://www.anadolumedicalcenter.bg)

Официални представителства в България:

София

бул. Г. М. Димитров 62

(+359 2) 441 06 62

(+359) 882 103 940

e-mail: amc_sofia@abv.bg

<http://anadolubg.com>

Пловдив

бул. Цар Борис III

Обединител 128

(+ 359 32) 511 592

(+ 359) 888 501 486

e-mail: amc.plovdiv@abv.bg

<http://anadolubg.com>

СКРИНИНГ ПРОГРАМИ

НА АНАДОЛУ МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР

С напредъка при опознаването на биологията на рака се развиват и методите за предпазване от него - т.н. скринингови методи. Те се считат за основни при диагностициране и защита. При много видове рак, като този на гърдата, на яйчниците и шийката на матката, на дебелото черво и простатата, на стомаха и хранопровода, ранното диагностициране е ключов фактор за продължителността и качеството на живота. Ранното диагностициране на рака е животоспасяващо!

Скрининг за рак на стомаха и хранопровода:

Научните изследвания доказват, че при борбата срещу рака на стомаха и лимфомите, е необходимо да се води борба срещу бактериите *Helicobacter pylori* и *Helicobacter*

felis. В страни като Япония и други развити страни, чрез гастроендоскопични

скрининги ракът може да се установи в много ранен стадий и да се излекува само по хирургичен път.

Ранното откриване и лечение на развит Езофаг на Барет, получен вследствие на Рефлукс-езофажити, чрез ендоскопско, хирургично или фотодинамично лечение ще попречи на развитието на поне някой от видовете рак на хранопровода.

Пълна информация за скрининг програмите на Anadolu Медицински Център можете да получите в представителствата в страната.

Здраве

ИНФОРМАЦИОНЕН БЮЛЕТЕН НА АНАДОЛУ МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР

Споделете свои
преживявания или въпроси
на e-mail: amc_sofia@abv.bg

БЕЗПЛАТНО ИЗДАНИЕ

АБОНИРАЙТЕ СЕ БЕЗПЛАТНО
ПРИ НАШИТЕ ПРЕДСТАВИТЕЛИ

В СЛЕДВАЩИЯ БРОЙ

ОНКОЛОГИЯ

д-р Мехмет Танер Йоздемир



За лечението на сарком – ракът, който поражавя предимно младите хора

В СЛЕДВАЩИЯ БРОЙ

ГИНЕКОЛОГИЯ

Доц. д-р Фатих Гючер



За често срещания проблем при жените – миома

ОЧАКВАЙТЕ

ОФТАЛМОЛОГИЯ



Възстановяване на зрението чрез трансплантация на роговица