



Sağlık, Eğitim, Araştırma
Merkezi

FİYATI: 15 TL

Anadolu Böbrek Vakfı Yayın Organı

Renaliz

33

ISSN 1305 - 8011
Yıl: 10, Sayı:33 1 Nisan 2009-1 Haziran 2009

Yaşamın güzel, yaşatabilmenin ise ondan daha güzel bir duygu olduğuna inanıyoruz.

10. YILIMIZI KUTLUYORUZ



10. ULUSLARARASI BÖBREK VAKIFLARI FEDERASYONU (IFKF) TOPLANTISI

17-20 Mayıs 2009 tarihleri arasında, İstanbul'da yapılmıştır.

10.'su düzenlenen IFKF Toplantısı İstanbul'da Timur Erk başkanlığında yapılmıştır. Prof. Dr. Yahya Sağlıker ve Shaul Massry tarafından yapılan kongrenin 10 yıl ardından tekrar Türkiye'de düzenlenmesi memnuniyet verici idi. Değişik ülkelerden gelen 52 katılımcı ile birlikte Türk ve diğer ziyaretçiler ile birlikte 80 kişiye varıyordu. Bilimsel ve sosyal içeriği bakımından zengin bir toplantı olmuştur.



Röşem

2009'UN İKİNCİ ÜÇ AYININ ÖZETİ

Prof. Dr. Ayla SAN

Anadolu Böbrek Vakfı Bşk.
Ufuk Üniv. Tıp Fak. Nefroloji BD Bşk.



aman öyle çabuk geçiyor ki, nefroloji topluluğunun yoğun çalışmalarının izlenmesi de oldukça zorlaşıyor. Biz bütün enerjimizi Dünya Böbrek Günü için harcarken bölgesel toplantıların da takip edilmesi gerekiyordu.

Neyazık ki 13 Nisan 2009 günü Nefroloji bilim dalı için ilk imzaları atan arkadaşlarımızdan Sayın Prof. Dr. Mehmet Haberal ve Sayın Prof. Dr. Mustafa Yurtkuran'ın göz altına alınmaları Türk Nefroloji Topluluğunu üzüntüye boğmuştur. Mustafa Yurtkuran arkadaşımızın 25 Haziran'da tahliye edilmesi bizi biraz teselli ettiyse de her iki hocamızın geçirdiği sağlık sorunları bizi endişeye sevk etmektedir.

Bu seneki 10. IFKF Toplantısı'nın ise İstanbul'da Türk Böbrek Vakfı organizasyonunda yapılması ülkemiz adına büyük önem taşıyordu. Toplantının organizasyonu ve konular çok iyiydi. 52 federasyon üyesinin katılımıyla nezih bir toplantı olmuştur.

Bunun ardından İtalya'nın Milano şehrinde düzenlenen Dünya Nefroloji Kongresi her yönden çok görkemli idi. Kongreyi düzenleyenler beklentilerinin çok ötesinde katılımcı ile güzel bir kongre olduğunu dile getirmişlerdir. Katılım öylesine yoğun oldu ki bazı katılımcılar yerlere oturmak zorunda kalırken bazıları da salonların en arkasından toplantıları ayakta takip etmek durumunda kalmışlardı. Kongrenin en güzel olaylarından birisi de çeşitli lisanlarda kursların düzenlenmesi idi. Bu kurslardan bir tanesinin de Türkçe olması gurur vericiydi.

Bu sırada Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Kongresi yapılıyor ve diğer toplantılar devam ediyordu.

Bizim dileğimiz; Nefroloji topluluğunun bütünlüğünü koruyabilmesi, üzücü olaylarla değil de üne ün katan olaylarla kenetlenerek ülkemizin nefrolojisini dünya nefrolojisinin üst sıralarında her zaman görebilmemizdir.

DÜNYA NEFROLOJİ KONGRESİ-2009 MILANO, 22-26 MAYIS 2009

123 ülkeden 10.000 kişinin üstünde katılımcı, 450 konuşmacı ile çok başarılı bir kongre olmuştur. Çok geniş katılım olduğu için kongre salonlarında yer bulmakta zorlanılmıştır.

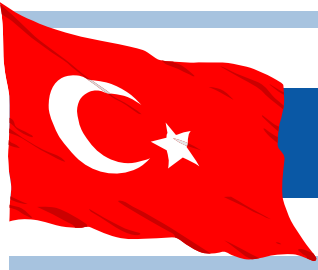


Kalabalığa rağmen ayrılış saatine kadar herkesin zevkle takip ettiği görülmüştür. İki önemli değişiklik vardı: Birincisi Fransızca, İtalyanca, Leh Dili, Portekizce, Sırpça-Hırvatça, İspanyolca, Türkçe yapılan Klinik Nefroloji Eğitimi Kurslarıdır. Bu durum çok memnuniyet vericiydi. Mustafa Arıcı ve Cengiz Utaş başkanlığında düzenlenen kursta şu konulara

değinilmiştir; Diyaliz Yöntemi Seçimi: hangisi? Kime? Ne zaman? Nasıl? (Rezzan Ataman), Akut Böbrek Hasarı: Aralıklı Tedavilere Karşı Sürekli Tedaviler (Ahmet Aykut Sifil), Diyaliz Yapmak ya da Yapmamak: Yaşlılarda Diyaliz (Kenan Keven), Kalp Yetmezliğinde Ultrafiltrasyon ve Diyaliz (Cengiz Utaş), Yüksek Performanslı PD Nedir? (Tekin Akpolat), Ev Diyalizi:

Devamı 11. Sayfada...

Beni Türk Hekimlerine Emanet Ediniz.



Yeni Çıkan Uluslararası Yayınlarımız

Hemoglobin is inversely related to flow-mediated dilatation in chronic kidney disease

✦ Mahmut Yılmaz, Alper Sönmez, Mutlu Sağlam, Mahir Güleç, Selim Kılıç, Tayfun Eyileten, Kayser Çağlar, Yusuf Oğuz, Abdulgaffar Vural, Müjdat Yenicesu and Carmine Zoccali
Kidney International advance online publication 4 March 2009;
doi: 10.1038/ki.2009.63

Dual blockade of the renin-angiotensin system for cardiorenal protection: an update.

✦ Arici M, Erdem Y.
Department of Nephrology, Hacettepe University Faculty of Medicine, Ankara, Turkey.
Am J. Kidney Dis. 2009 Feb; 53(2): 332-45

Cardiovascular abnormalities in autosomal - dominant polycystic kidney disease

✦ Tefik Ecdar and Robert W. Schrier
Nature Reviews Nephrology 5, 221-228 (April 2009) |
doi:10.1038/nrneph.2009.13

*Yazarlarımızı kutluyoruz.**Renaliz***Dünya Nefroloji Kongresi'nde Yapılan Serbest Bildiri**

✦ Bone Mineral Disease in Living Kidney Donors: Meral Taşan, Rezzan Ataman, Nurhan Seyahi, Mehmet R. Altıparmak, Süheyla Apaydın, Salih Pekmezci, Hasan Taşçı, Muzaffer Sarıyar, Kamil Serdengeçti (Nefroloji, Genel Cerrahi, İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul) .

*Arkadaşlarımızı kutluyoruz.**Renaliz***Prof. Dr. Mustafa Arıcı'nın Başarısı**

✦ Sayın Prof. Dr. Mustafa Arıcı'nın ISN tarafından "Eğitim Büyükelçisi" olarak seçilmesi bizleri çok mutlu etmiştir.

*Kendisini kutlar başarılar dileriz.**Renaliz***Çocuk Nefroloji Dernek Mekezi Açılışı**

✦ 1990 yılında kurulan Çocuk Nefroloji Derneği'ne ait Ankara'da Gaziosmanpaşa Koza Sokak No: 134/7'de bulunan merkezin açılışı 20 Haziran 2009'da, bir kısmı şehir dışından gelen 50'den fazla üyenin katılımı ile yapıldı. Açılış sırasında dernek başkanı Prof. Dr. Oğuz Söylemezoğlu tarafından yapılan sunumda derneğin kuruluş dönemi, ulusal ve uluslar arası faaliyet ve başarıları görsellerle paylaşıldı, maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen üyelere ve firmalara teşekkür edildi. Birçok kıdemli ve genç üye mutluluklarını dile getirdiler. Toplantı, hazır bulunan kurucu üyeler Prof. Dr. Aşkın Bakkaloğlu, Prof. Dr. Nesrin Beşbaş, Prof. Dr. Ayfer Gür Güven, Prof. Dr. Keriman Tınaztepe ve Prof. Dr. Hulusi Koçak tarafından kesilen pastanın ikram edilmesi ve Daimi Kurulların toplantısı ile son buldu.

*Yeni ve kendilerine özel bir dernek binasına sahip olmalarından dolayı memnuniyetimizi bildiriyor ve çalışmalarında başarılar diliyoruz. Renaliz***10. Uluslararası Böbrek Vakıfları Federasyonu (IFKF) Kongresi 2009 Ödülleri****12 Mart 2009 Tarihinde Ufuk Üniversitesi ile Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği'nin Katkıları ile Yaptığımız Dünya Böbrek Günü Çalışmalarımız Ödül Getirdi**

✦ 17-20 Mayıs 2009 tarihinde İstanbul'da 10. Uluslararası Böbrek Vakıfları Federasyonu Toplantısı düzenlendi. Anadolu Böbrek Vakfı'nın hazırladığı poster, en iyi Dünya Böbrek Günü posterini seçilmiştir. Bunun yanında hazırladığımız posterler, 22-26 Mayıs 2009 tarihleri arasında İtalya'nın Milano şehrinde düzenlenen Dünya Nefroloji Kongresi'nde de sergilenmiş ve büyük beğeni kazanmıştır.

En güzel olay da Dünya Böbrek Günü için kullandığımız davetiye için yabancı dillerde yapılan çalışmalar kategorisinde sergilenmesidir.



Davetiye



Dünya Nefroloji Kongresi'nde Dünya Böbrek Günü Posterleri arasından-Milano



IFKF'te Sunum İstanbul



10. IFKF Kongresi, İSTANBUL

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin Başarısı

✦ Osmaniye'de beyin ölümü gerçekleşen 24 yaşındaki gencin böbrekleri Kahramanmaraş'ta iki kişiye yaşam ümidi oldu. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı Prof. Dr. İlhami Taner Kale, organ nakli konusunda iki yıldan bu yana hazırlık yaptıklarını ve hastanelerinde ilk organ nakillerini gerçekleştirdikleri için mutlu olduklarını söyledi.

Beyindeki rahatsızlık nedeniyle kaldırıldığı Osmaniye Devlet Hastanesi'nde beyin ölümü gerçekleşen, ailesinin ismini açıklamak istemediği gencin böbrekleri Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde ilk kez gerçekleştirilen çalışmayla 31 yaşındaki Dürdane Eryılmaz ve 18 yaşındaki Meryem Biçer'e nakledildi.

*Böbrek naklini gerçekleştiren tüm arkadaşlarımızı kutlar, başarılarının devamını dileriz.**Renaliz***Renaliz**

ANADOLU BÖBREK VAKFI adına Sahibi ve Genel Yayın Yönetmeni Prof. Dr. Ayla SAN

Yayının Adı : Renaliz Gazetesi
Yayının Türü : Yerel, Süreli Yayın
Yayın Şekli : 3 Aylık Türkçe **Baskı Tarihi** : 20.07.2009

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü : Mutlu GÜRLER
Yayın İdare Merkezimiz : Emek 57. Sok. Köşe Apt. 9-1 ANKARA
Tel : 0312 213 98 80-213 53 85
Faks : 0312 213 79 02
e-mail : aylasan@adolubv.org.tr, ayla.san@hotmail.com
www.anadolubv.org.tr

Web Sitesi Güncelleştirme : Adnan ŞENEL

Tasarım : **Hangar Marka İletişimi ve Reklam Hizmetleri**
Konur 2 Sokak 57/4 Kızılay Çankaya / ANKARA

Tel : 0312 425 07 34**Faks** : 0312 425 07 36**www.hangarreklam.com****Baskı** : **Öncü Basımevi**

Kazım Karabekir Cad. Ali Kabakçı İşhanı

No: 85/2 İskitler / ANKARA

Tel : 0312 384 31 20 (pbx)**Faks** : 0312 384 31 19**www.oncubasimevi.com****Gazetemiz Basın İlkelerine Uymayı TAAHHÜT EDER.**

Sağlıklı yaşam için senede bir kez sağlık taramasından geçin.



www.anadolubv.org.tr

TÜRK NEFROLOJİ TOPLULUĞUNUN BÜYÜK ÜZÜNTÜSÜ

Türk tıbbına büyük hizmetler veren ve dünya sağlık camiasında yerleri doldurulamayacak olan değerli bilim adamlarımız, başarılı idarecilerimiz Prof. Dr. Mehmet Haberal ve Prof. Dr. Mustafa Yurtkuran'ın 17 Nisan 2009'da tutuklanmalarından bugüne geçen sürede hepimiz derin bir üzüntü içindeyiz. Prof. Dr. Mustafa Yurtkuran'ın 25 Haziran'da tahliye edilmesi ile üzüntümüz bir nebze azalmıştır. Türk Yargısı'na güveniyor, arkadaşlarımızı sağlıklı olarak aramızda görmeyi ve tekrar vazifelerine dönmelerini, kendilerini bekleyen hastalarına kavuşmalarını temenni ediyoruz.



Prof. Dr. Mehmet Haberal'ın İlkleri

- * 3 Nisan 1975'te Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Bölümü'nde Türkiye'de ilk akrabalar arası böbrek naklini (annesinden 12 yaşındaki bir çocuğa) gerçekleştirdi.
- * 10 Ekim 1978'de ülkemizdeki ilk kadavradan böbrek naklini Avrupa Transplantasyon Birliği'nden (Eurotransplant) sağlanan böbrek ile başardı.
- * 1. Ulusal Yanık Kongresi'ni 26-27 Mayıs 1979 tarihleri arasında Ankara'da düzenledi.
- * Türkiye'de ilk defa "Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli" yasasının hazırlanıp yürürlüğe girmesine öncülük etti. (3 Haziran 1979 tarih ve 2238 sayılı yasa)
- * 27 Temmuz 1979'da ilk kez yerli kadavradan böbrek naklini gerçekleştirdi.
- * 12 Mart 1982 tarihinde Ankara'da ilk hemodiyaliz merkezini kurdu.
- * 1983 yılında ilk organ nakli kongresini Ankara'da düzenledi.
- * Tüm dünyada en fazla 36 saat saklanabilen kadavra böbreklerin soğuk iskemisi sürelerinin 111 saate kadar uzatılmasını sağlayan çalışmayı yaptı (1983).
- * Ortadoğu'da organ teminini ve paylaşımını kolaylaştırmak için Ortadoğu Diyaliz ve Organ Nakli Vakfı'nı kurdu (1984).
- * Ortadoğu Diyaliz ve Organ Nakli Vakfı'nın ilk kongresini 17-20 Kasım 1985 tarihleri arasında İstanbul'da düzenledi.
- * 1987'de Ortadoğu Organ Nakli Derneği kurucusu ve ilk başkanı oldu.
- * İlk Doğu Akdeniz Yanık Kongresi'ni İstanbul'da düzenledi.
- * Ortadoğu Organ Nakli Derneği'nin ilk kongresini 2-4 Kasım 1988 tarihleri arasında Ankara'da düzenledi.

PROF. DR. MEHMET HABERAL

- * 8 Aralık 1988'de Türkiye ve Ortadoğu'da ilk kadavradan karaciğer naklini yaptı.
- * 15 Mart 1990 tarihinde Türkiye, Ortadoğu ve Avrupa'da ilk kez çocuklarda segmental (kısmi) karaciğer naklini gerçekleştirdi.
- * 24 Nisan 1990'da Dünyada ilk kez yetişkinlerde canlıdan segmental karaciğer naklini de başardı.
- * 16 Mayıs 1992'de Dünyada ilk kez aynı vericiden, aynı anda hem kısmi karaciğer, hem de böbrek naklini gerçekleştirdi.
- 22 Kasım 2008 itibari ile;**
- * 1730 BÖBREK, 320'den fazla karaciğer nakli yaptı.
- * 22'den fazla ulusal ve uluslararası bilimsel kongre düzenledi.
- * Çok sayıda ulusal ve uluslararası tıp derneği üyesi,
- * 1428 Türkçe ve İngilizce bilimsel yayının yazarı. 2 İngilizce, 4 Türkçe kitabı bulunan ve tıp alanında 25 ulusal ve uluslararası ödül sahibi olan Prof. Dr. Mehmet Haberal, Türkiye'nin uluslararası literatürde en fazla bilimsel yayını bulunan rektörüdür.
- * Kurduğu Başkent Üniversitesi'nde 8500 kişi çalışmaktadır. Başkent Üniversitesi'nin yurdun çeşitli bölgelerinde hizmet vermekte olan 10 hastanesi, 1 polikliniği, 13 diyaliz merkezi, biri Adana, biri Ankara'da olmak üzere 2 koleji, 2 oteli, 6 vakfı, 4 vakıf iktisadi işletmesi bulunmaktadır.

(Bütün Dünya, Başkent Üniversitesi Kültür Yayını, 1 Mayıs 2009, Sayı: 2009/05, Sayfa: 33-38, <http://www.mehmetHaberal.com.tr/anasayfa.php>)



Günün 24 saati, haftanın yedi günü çalışmayı hayat felsefesi haline getiren Sayın Prof. Dr. Mehmet Haberal'ın ülkemize yaptığı sayısız hizmetlerin yanında Türk Nefroloji'sine de büyük hizmetleri dokunmuştur.

Bu çalışmalar ile ilgili Türk Nefroloji Tarihi kitabımızda yer alan örneklerden:

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

Prof. Dr. Ekrem Ereğ: "Hemodiyaliz eksikliğinden dolayı ortaya çıkan sıkışıklık, Mehmet Haberal'ın önce Ankara, sonra da İstanbul'da kurduğu özel diyaliz merkezleriyle bir nebze de olsa ferahlamıştı. Bizde ve diğer tıp fakültelerindeki, sigortadaki (Metin ERMAN'ın öncülüğünde) ve Sağlık Bakanlığı hastanelerindeki merkezlerin artmasına, ihtiyacı olan herkesin hemodiyalize girebilmesinde, 1980'den itibaren giderek artan hemodiyaliz merkezlerinin rolünü inkar etmemek gerekir. ..." (Türk Nefroloji Tarihi, Sayfa:155)

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi

Prof. Dr. Ayla SAN: 18 Mayıs 1984'te Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi hemodiyaliz merkezimizin hizmete açılmasını Sayın Arkadaşım Prof. Dr. Mehmet Haberal şereflendirmişti. Sayın Haberal, Vaksan Anonim Şirketi adına iki hemodiyaliz aleti bağışlamak jestini de göstermiş, güzel bir konuşma yapmıştı. (Türk Nefroloji Tarihi, Sayfa:49)



PROF. DR. MUSTAFA YURTKURAN

Prof. Dr. Mustafa Yurtkuran'ın Türk Nefrolojisi'ndeki İlkleri

Türk Nefroloji Topluluğu'nun ilk vakfı olan Bursa Tıp Fakültesi Böbrek Hastalıkları Teşhis Tedavi Vakfı Dr. Mustafa Yurtkuran başkanlığında 1976 yılında kuruldu. Ulusal Türkiye Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi (4-6 Haziran 1980, Bursa); Prof. Dr. Aydoğan Öbek ve Prof. Dr. Mustafa Yurtkuran öncülüğünde yapıldı. Diğer bir büyük çalışması ise 1993 yılında 10. Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi Prof. Dr. Mustafa Yurtkuran başkanlığında Bursa'da gerçekleştirildi. En büyük hizmetlerinden biri de 17 Ağustos 1999 Marmara depremi esnasında en aktif ve yoğun hizmet veren birimlerden biri olarak üzerlerine düşen sorumluluğu yüz akıyla tüm ekip olarak gerçekleştirmeleridir.

(Türk Nefroloji Tarihi, Sayfa: 361)



Trabzon'da yapılan Türkiye'de Hemodiyaliz ve Kalite II. Kongresi'nde (1-3 Temmuz 2004) oturum başkanlığı ve Gümüşhane'den alınan görüntü

Prof. Dr. Mustafa Yurtkuran 8 Eylül 1948 tarihinde Trabzon'da doğdu. İlköğretimi Trabzon Yeni Okul'da, ortaöğrenimini İstanbul (Fevziye) Işık Lisesi'nde, yükseköğrenimini İstanbul Tıp Fakültesi'nde yaptı. Mezuniyetini (1972) takiben 16 ay Trabzon Sağlık Ocağı'nda hekimlik yapan Mustafa Yurtkuran 31 Aralık 1973 tarihinde İstanbul Üniversitesi'ne bağlı olarak kurulan Bursa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Kürsüsü Asistanı oldu. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tel-Aviv Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Bonn Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde iç hastalıkları kliniği asistanlığına devam eden Dr. Yurtkuran Bursa Üniversitesi'nin fiilen kurulmasının ardından Bursa'ya döndü (1975) ve Bursa Tıp

Fakültesi Kronik Hemodiyaliz Merkezi'ni kurarak ilk hemodiyaliz, perkutan renal iğne biyopsisi ve akut periton diyalizi uygulamalarını başlattı. 1978 yılında Bursa Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı'nda uzman, 1983'te Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Nefroloji Bilim Dalı'nda uzman oldu (Bursa Üniversitesi'nin adı, 1982 yılında 2547 sayılı YÖK yasası ile Uludağ Üniversitesi olarak değiştirilmiştir.) 1987 yılında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı'nda doçentliğe yükseldi.

1991 yılında Cleveland Klinik Ohio ve İngiltere Manchester Üniversitesi Hope Hastanesi'nde çalışan Dr. Mustafa Yurtkuran; Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 1992 yılında profesörlüğe yükseltildi.

Akademik görevlerinin yanı sıra Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları ABD Nefroloji ve Romatoloji Bilim Daları Başkanlığı, Tıp Fakültesi Dekan Yardımcılığı gibi idari görevlerde bulundu. 7 Ağustos 2000- 7 Ağustos 2008 tarihleri arasında Uludağ Üniversitesi'nde rektör olarak görev aldı.

Bilim Dalı'nda yapmış olduğu çalışmalarla 1997 ve 1999 yıllarında iki kez uluslararası düzeyde en iyi araştırma ödülüne değer görülen Prof. Dr. Mustafa Yurtkuran'ın ulusal ve uluslararası kongre kitaplarında ve bilimsel dergilerde basılmış 445 adet yayını, 111 adet atfı bulunmaktadır.

(http://www.kalder.org/genel/Bursa/sempozyum/CV/4/mustafa_yurtkuran.doc)

Değerli öğretim üyelerimizin geçirmiş oldukları sağlık sorunlarından dolayı geçmiş olsun diyor, sabırlar diliyor ve eski başarıları günlerine tekrar kavuşmalarını diliyoruz. Renaliz

Diyaliz Tipinin Seçimi Nedir? Kime? Ne Zaman? Nasıl Yapılmalı?

Prof. Dr. Rezzan Ataman
İstanbul Üni.
Cerrahpaşa Tıp Fak.
Nefroloji BD.



Kronik Böbrek Hastalığı Tanımı:

1) 3 aydan fazla süre devam eden yapısal veya fonksiyonel anormallik ile belirlenen böbrek hasarı varlığı (GFR artmış, normal veya azalmış)

* Patolojik anormallikler veya

* Böbrek hasarı belirteçleri varlığı

(Kan idrar anormallikleri veya görüntüleme yöntemleri anormallikleri)

2) 3 aydan fazla süre GFR <60ml/dk/1,73 m² olması (böbrek hasarı var ya da yok)

KBH Evreleme (K/DOQI)

Evre Tanımlama (ml/dk)	GFR
1 GFR Normal veya böbrek hasarı bulguları + > 90 (hematüri, proteinüri, histolojik bulgular)	> 90
2 Hafif GFR azalması ve böbrek hasarı(+)	60 - 89
3 Orta şiddette GFR azalması	30 - 59
4 Şiddetli GFR azalması	15 - 29
5 Böbrek yetmezliği	< 15

“Ne zaman RRT başlamalı?” demeden önce “Ne zaman nefrolog takibine alınmalı?”

- GFR < 60ml/dk nefroloğa yönlendirilmeli!
- GFR < 30ml/dk ise mutlak nefrolog tarafından takip edilmeli!

EBPG 2002

PREDİYALİZ EĞİTİM PROGRAMI (KBH Eğitim Programı)

-Hasta ve hasta yakınlarına birlikte verilmeli!
-Doktor, hemşire, psikolog, diyetisyen sosyal hizmet uzmanından oluşan bir ekip olması ideal!
İçeriği;

- RRF'nin korunması

- KBH'nin komplikasyonlarının önlenmesi ve tedavisi

- Hastaların hastalıklarının durumunu anlaması!

- Diyalize erişim yolları

- Yaşam stili modifikasyonları

- PD, HD, Tx, preemtif Tx hakkında bilgilendirme

Diyalize Ne Zaman Başlanmalı?

-Diyalize başlama zamanı hala tartışmalı!

-En çok kullanılan KDOQI-> 2006 öncesi GFR <10 ml/dk
2006 sonrası GFR <15ml/dk

Erken, Elektif Başlama:

Olumlu yönleri

-Nutrisyonda düzelme

-Hastane yatış sürelerinde azalma

-Mortalitede azalma

-Maliyet azalması

Olumsuz yönleri

-Diet kısıtlaması

-Seyahat kısıtlaması

-Hasta ve ailesinin yaşam kalitesinde değişme

-Dializin olası komplikasyonlarına daha erken maruz kalma

-Maliyet artışı

Bu konudaki bazı literatürler

1) *When to initiate dialysis: effect of proposed US guidelines on survival Karevaar JC ve ark. Lancet 2001 Sep 29, 358 (1046-1050)*

Necosad grubu, 253 hasta

%37 hasta -> ABD rehberlerinden daha geç başlamış, bu hastalarda mortalite riski yüksek, ancak istatistikî anlamlı değil.

2) *Early initiation of dialysis fails to prolong survival in Patients with ESRD. Traynor. Simpson ve ark 2002 JASN*

Toplam 235 hasta

Erken grup

>8.3 ml/dk

Geç grup

<8.3 ml/dk

İki grup arasında sürvi farkı yok.

3) *Effects of comorbidity on the increased mortality associated with early initiation of dialysis*

A) En iyi şekilde predializ bakımı yapılsa ve hiç semptom olmasa da GFR 6ml/dk'nın altına inmeden diyaliz başlanmalıdır.

- B) Diyabet ve yüksek riskli hastalarda daha erken başlanmalıdır.

Kanada kılavuzu:

(Canadian Society of Nephrology) CMAJ November (2008)

Diyalize başlanmadan önce dikkat edilmesi gereken hususlar:

-GFR < 30 ml/dk multidisipliner takibi

(doktor, hemşire, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı)

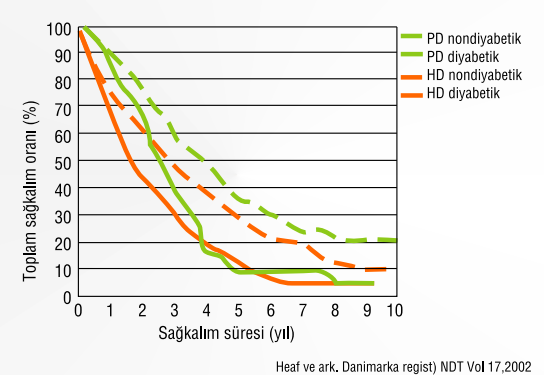
Prediyaliz eğitim programı:

- yaşam stili modifikasyonu

- medikal tedavinin ayarlanması

- modalite seçimi

Diyaliz modalitesinin ve diyabetin hasta sağlığına etkisi



- diyaliz erişim yolları

- Renal tx.

KBH'nin komplikasyonlarının mevcut olmadığı durumlarda, diyalize başlamayı gerektiren GFR değerinin ne olması gerektiğine dair kesin veri yok!

GFR < 20 ml/dk ve aşağıdaki durumlar mevcut ise; diyalize başlanmalı

- üremi sempt.

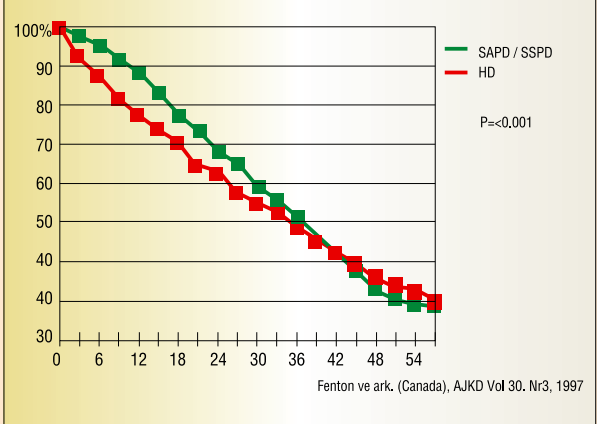
- dirençli metabolik komp.

- volüm yüklenmesi

- nutrisyonel durumda bozulma

Canlı donörlü preemtif tx, GFR < 20ml/dk olmadan yapılmamalı

HD/PD: ayarlanmış mortalite oranlarının karşılaştırılması:



ÖZET

Diyalize ne zaman başlanmalı?

- GFR < 15 ml/dk Diyaliz başlanmalı!
- GFR < 10 ml/dk pratikdeki uygulama
- İleri yaş, çocuk, diyabet GFR > 15 ml/dk iken dializ başlanabilir.
- Üremik semp. şiddetli ise, GFR düşünülmeden diyaliz başlanmalı!

Hangi Hastaya, Hangi Tedavi?

- 1) Hangi tedavi doğru tedavidir ?
- 2) İlk tercih edilen tedavi (HD veya PD) hangisi olmalıdır?
- 3) Tedavi seçimi kim tarafından yapılmalıdır?
- 4) Seçimi etkileyen faktörler nelerdir?
- 5) Tedavi tipinin sürviye etkisi nedir?
- 6) Tedavilerin dünyada kullanım oranları nedir?
- 7) Maliyet farklılıkları var mıdır?

Ülkemizdeki maliyet

- PD (yıllık): 23.702 TL
- HD (yıllık): 29.000 TL

İlk tercih edilen tedavi hangisi olmalı?

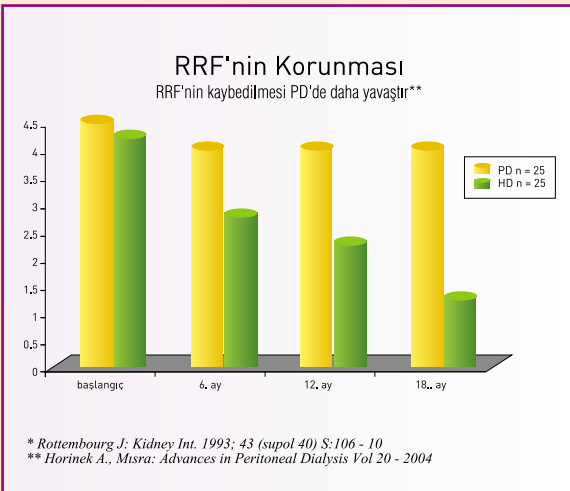
PD ilk tercih olabilir mi ?

Periton diyalizi avantajları:

- Av fistül gereksiniminin olmaması
- Kardiyovasküler stabilite
- Biyokimyasal parametrelerin stabil olması
- Hb seviyelerinin HD'e göre daha iyi olması
- Epo gereksiniminin azalması
- Çocuk ve yaşlı hastalarda uygulama kolaylığı
- Daha aktif ve özgür yaşam olanağı
- Çalışma ve okula devam etme olanaklarının artması
- Diyet kısıtlamalarının daha az oluşu
- Üniteye ulaşım problemi olmaması
- Makine, elektrik su ve teknik ekip gereksiniminin minimum olması
- Heparin gereksiniminin olmaması
- Rezidüel renal fonksiyonun daha iyi korunması
- Viral hepatit riskinin azalması

Periton diyalizi dezavantajları:

- Enfeksiyon (peritonit, çıkış yeri, tünel enfeksiyonu)
- Obezite
- Hiperlipemi
- Malnütrisyon
- Periton permeabilitesinde azalma
- Ultrafiltrasyon yetersizliği
- Psikolojik problemler

**Periton diyalizinin özellikle tercih edildiği hastalar**

- Yeni doğan ve küçük çocuklar
- Çok genç veya yaşlı hastalar
- Fistül problemi olan hastalar
- Ciddi kardiyovasküler problemi olan hastalar
- Üniteden uzak yaşayan hastalar
- Çok seyahat eden hastalar
- Otonomi bağımsızlık isteği fazla olan hastalar

RRF'nin Korunmasının Getirdiği Yararlar

1 ml/dk rezidüel GFR = 10 lt/hafta Peritoneal klirens

- 1) Sıvı dengesinde iyileşme
- ESS volümünün daha iyi kontrolü
- Na atımının günlük 10mmol artışı, ölüm riskini %10 azaltıyor
- 2) Kardiyovasküler morbiditede azalma
- 3) Klirenste iyileşme (küçük solüt, fosfor, β 2-M)
- 4) İnflamasyonda azalma
- 5) Nutrisyonel durumda düzelme
- 6) Yaşam kalitesinde artış
- 7) Sağkalımda artış

Randomize kontrollü İleriye dönük çalışmalara ihtiyaç var

- Ancak imkansız değildir.
- Seçme hakkı olan kişinin çalışma için hakkından vazgeçmesi istenemez!

Tedavinin Seçimi :

- Hastaların çoğu her iki tedaviye de uygundur %64
- Özgür Seçim: Dializ öncesi eğitimden sonra, hastaların %45'i PD'yi seçmiş

Predicting a patients choice of dialysis modality: experience of a United Kingdom renal department (Am J. Kidney Disease, 2001)

Diyaliz Öncesi Eğitim Programımızın Sonuçları

- 2007'de başlayan program
- 23 merkezde 1200 hasta

- Eğitimi tamamlayan 300 hasta

- %46 PD

- %54 HD tercihi

- Acil diyalize başlama oranı

- %53'den %15'e düşmüş

Hastalara özgür seçim olanağı verilirse;

- PD oranı %30 - 40 olabilir.

- PD oranının düşük olma sebebi:

- Yetersiz eğitim (hasta ve hekim)

- HD yönünde yönlendirme

- Geri ödeme sisteminde aksaklıklar

- Ülke politikalar ı: Meksika >%70

Japonya <%10

Almanya <%10

- Kültürel faktörler

İntegre tedavi kavramı:

- Nefroloğa erken yönlendirme

GFR <60 ml/dk (en iyisi)

GFR <30 ml/dk (mutlaka)

- Preemptif tx zorlanması

- Preemptif tx şansı olmayan hastada ilk tercih PD veya ev HD

- Hastanın zamanında hazırlanması ve diyalizin başlatılması (GFR<15 ml/dk)

- Ev tedavilerinde sorun çıkarsa diğer tedavilerle değiştirilmesi

ÖZET

- RRT tipi her hastaya özel seçilmeli

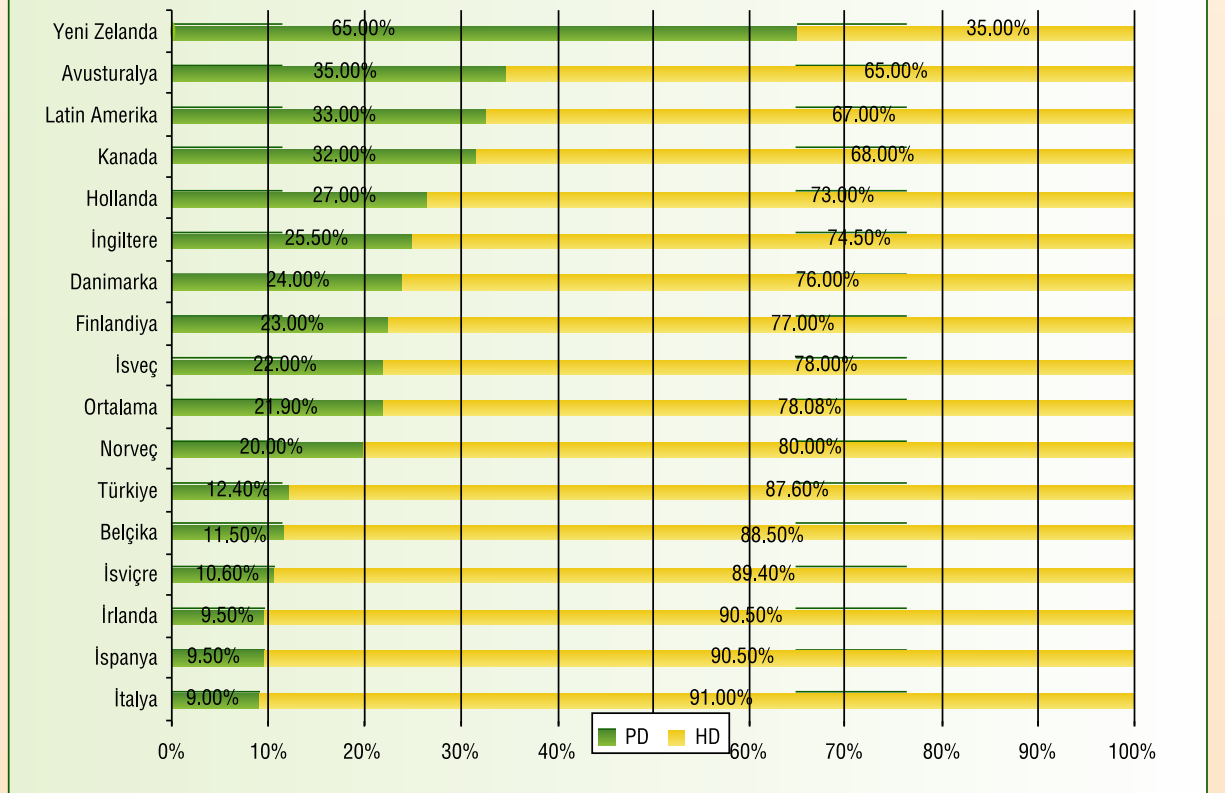
- Medikal ve sosyal endikasyonlar gözden geçirilmeli

- Hasta ve yakınları RRT konusunda mutlaka önceden bilgilendirilmeli

- Hekimin önerisi (önemli!)

- Hastanın kararı (son karar!!)

- Otonomi bağımsızlık isteği fazla olan hastalar

Dünyada Uygulama

AKUT BÖBREK YETMEZLİĞİNDE (ABY) KLASİK HEMODİYALİZE KARŞI SÜREKLİ TEDAVİLER

Dr. Aykut SIFIL
Dokuz Eylül Üniversitesi-Izmir



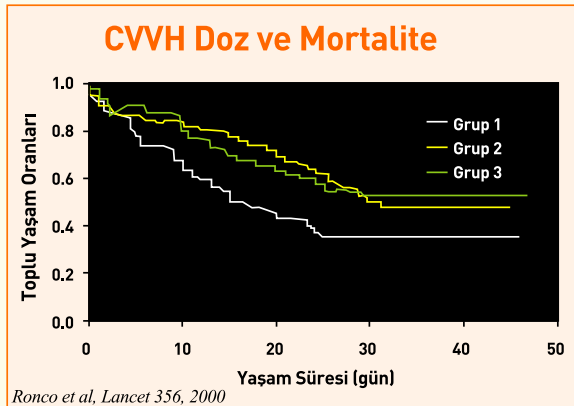
MORTALİTE

Yoğun Bakım (YB) hastalarının %10-23'da ABY
% 50-70 de diyaliz
%50-80 ölüm

ABY-DİYALİZ

	ABY	KBY
Amaç	Organ yetmez. düzeltilmesi	Üreminin düzeltilmesi
Sonuç	Sağkalım, BF geri dönüşümü	Uzun dönem sağkalım yaşam kalitesi
Belirleyici	Diğer organ işlev.	Böbrek işlevi
Diyaliz	Böbrek işlevlerini destekleme	Böbrek işlevlerini yerine koyma

ABY ÇOK HIZLI İLERLEYEN BİR MALİGNİTEDİR



ARALIKLI HEMODİYALİZ AVANTAJI

- Bilindik tedavi
- Hemen yapılabilir
- Hızlı sıvı çekilmesi
- Birim zamanda etkili solüt klirensi

ARALIKLI HEMODİYALİZ DEZAVANTAJI

- %20-30 hastada ciddi hipotansiyon
- Sabit solüt konsantrasyonu sağlayamama
- Kafa içi basınçta artış
- Yapılması istenen özelliklere ulaşamama

DİYALİZ DOZU

	GÜN AŞIRI	HER GÜN	p
MORTALİTE	N=80 37 (%46)	N=80 22 (%28)	00.1
ABY'DEN ÇIKIŞ	16±6	9±2	0.001

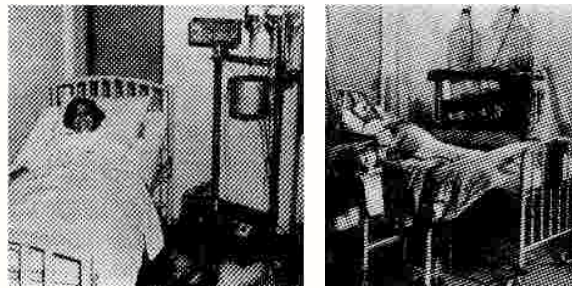
Schiff H, N Engl J Med. 2002 31;346:305-10

PERİTON DİYALİZİ DEZAVANTAJLARI

- Yüksek enfeksiyon riski
- Kötu ve yetersiz solüt temizlenme
- Diafragma hareketlerini kısıtlayarak akciğer ve kalp fonksiyonlarını bozma

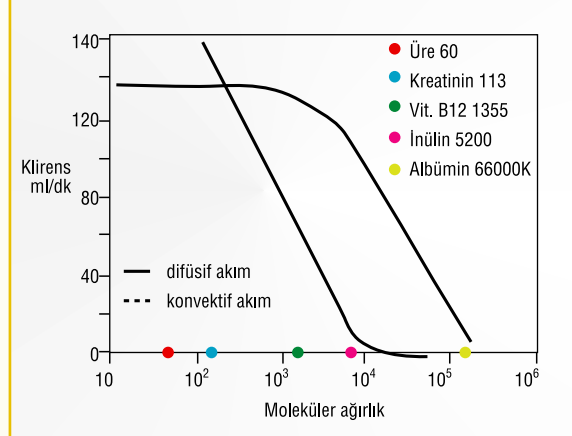
PERİTON DİYALİZİ AVANTAJLARI

- Bilinen tedavi
- Kolay uygulanabilir



- Antikoagülasyon gereksiz
 - 24 saat temizleme
 - Yavaş UF-daha az hipotansiyon
 - Orta Molekül Ağırlıklı Maddelerin temizlenmesi
- NEDEN YAVAŞ SÜRECELİ DİYALİZ TEDAVİSİ (YSDT)?**
- Uzun zaman dilimine yayılması nedeniyle böbreğin çalışmasına benzer bir tedavi sunar
 - Hemodinamik olarak kötü olan hastalar tarafından daha iyi tolere edilir
 - Büyük miktarda sıvı çekilmesi mümkün
 - Daha iyi klirens
 - Orta ve büyük moleküler ağırlıklı maddelerin daha iyi uzaklaştırılması

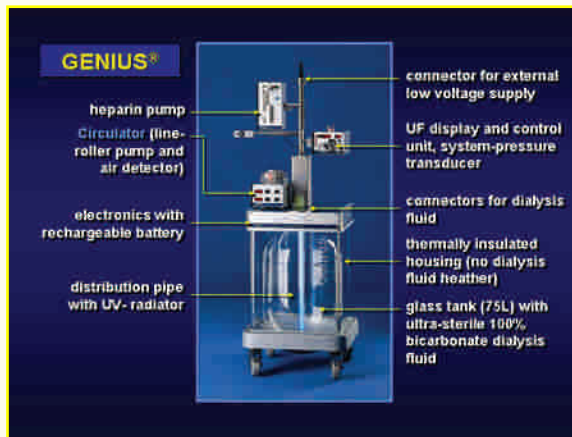
DİFÜZYON / KONVEKSİYON



- İnflamatuar mediatörlerin uzaklaştırılması
- Ek böbrek hasarı olasılığının düşük olması
- Böbrek işlevlerinin geriye dönüşünün daha hızlı olması
- Diğer destek tedavilerine imkan vermesi (beslenme)

OLUMSUZ YANLARI UYGULAMA İHTİYACI

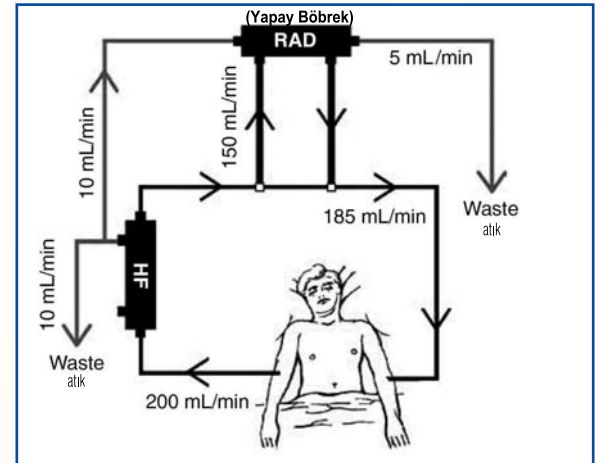
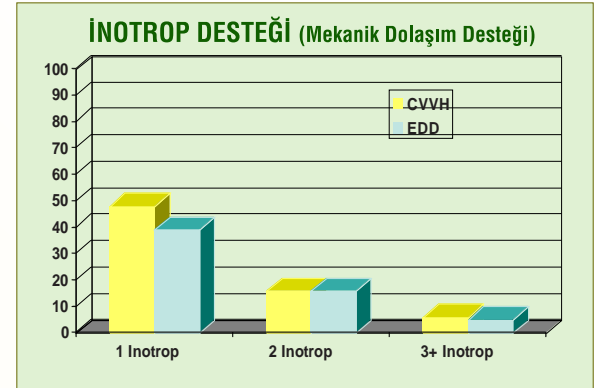
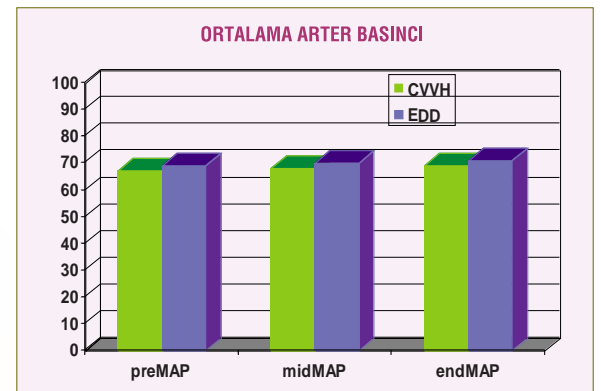
- Sürekli antikoagülasyon/koagülasyon



- Hastanın yatağa bağlı kalması
- Yoğun hemşire izlemi
- Maliyet
- Hipotermi

CVVH DOZ ÇALIŞMASI

	Grup1	Grup2	Grup3
H.sayısı	146	139	140
Yaş	61	59	63
Sepsis(%)	14	12	11
APACHE II	22	24	22
UF(L/gün)	32	58	72



UZATILMIŞ GÜNLÜK DİYALİZ(SLED, EDD)

- Aralıklı Hemodiyaliz (IHD) ve Kronik Renal Replasman Tedavi (CRRT) karışımı
- Diyalizat akım hızı: 100-300 ml/dk
- Kan akım hızı: 100-200 ml/dk
- İleri derecede saflaştırılmış su
- 6-8 saat

YAPAY BÖBREK (Renal Tubule Assist Device)

- Böbreğin metabolik işlevlerini yerine koyma
- Böbreğin endokrin işlevlerini yerine koyma

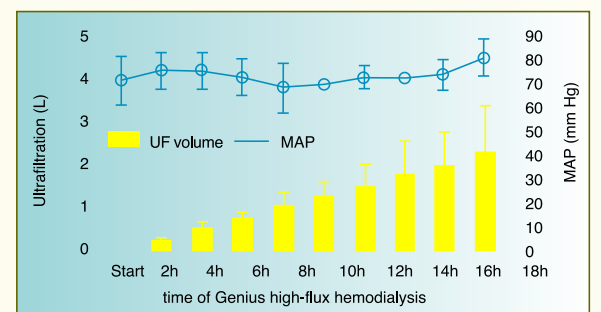
TEDAVİ SEÇENEKLERİ

- Basit ABY
- Elektrolit Bozukluğu
- Sıvı uzaklaştırmak
- ABY+ÇÖY
- ABY+Sepsis
- ABY+KİBAS
- ABY+Yanık
- Zehirlenmeler
- AHD, PD
- AHD, SHD
- YSUF, SHD
- AHD, SHD, SHDF
- SHD, SHDF
- SHD, SHDF
- SHD, SHDF
- Hemoperfüzyon, AHD

Yoğun bakımda diyalize alınan hasta böbrek yetmezliğinden dolayı ölmez. Öldüğünde böbrek yetmezliği vardır.

- HANGİ DİYALİZ?

- En iyi bilinen diyaliz



TÜRKİYENİN İLK EŞ ZAMANLI KALP VE BÖBREK NAKLİ AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ'NDE YAPILDI.

Uzm. Dr. Çağlar RUHI
Akdeniz Üniversitesi
Nefroloji BD



onu hayata bağlıyordu. Fakat zaman zaman olan nefes darlıkları artmış ve sık sık hastaneye yatırılmaya başlamıştı. Kardiyoloji kliniğinde yapılan tetkikler sonucunda kalp yetmezliği tanısı almıştı. Bundan sonraki 1 yıllık süreç Mehmet Ali için daha sıkıntılı bir dönem oldu, medikal tedaviye, artırılan hemodiyaliz süreleri ve seanslarına rağmen kalp yetmezliği ilerlemiş ve uzun süreli hastaneye yatış gerektiren bir hale gelmişti. Ocak 2009'da yüksek ateş, ciddi nefes darlığı, solunum yetmezliği ile hastaneye başvurduğunda, ailesi ve onun için artık bir ölüm-kalım dönemi başlamıştı. Mehmet Ali Güler ileri düzeyde kalp yetmezliği, enfektif endokardit tanılarını ile entübe edilerek kalp damar cerrahisi yoğun bakımına alınmıştı. Kardiyak yönden medikal tedavilere yanıt vermiyordu, Kalp damar cerrahisi birimi kalp nakli gerekliliği yönünde karar vermiş ve acil kalp bildirimini yapmıştı.

başka vücutta can bulmasını isteyen ailesi tarafından organları bağışlanmıştı. Ulusal koordinasyon merkezi tarafından kalp ve böbrek, AÜ organ nakli merkezine Mehmet Ali Güler için sunulmuştu, sonra hızla bir koşturmaca başladı, kalp damar cerrahisi doktorları hemen Konya'ya hareket etmiş 1,5 saat içinde kalp ve böbreği alarak Antalya'ya dönmüştü. Mehmet Ali'nin düşleri gerçek olmuştu, her gördüğünde iç geçirip, dua ettiği helikopter bu sefer onun için inecekti hastanenin bahçesine. Sonrasında hemen ameliyata alındı, ilk önce yeni kalbi Prof. Dr. Ömer Beyazıt ve ekibi tarafından takıldı, herşey yolunda gidiyordu ve sıra böbreğe gelmişti Doç. Dr. Alihan Gürkan ve ekibi böbrek naklini gerçekleştirdiğinde 10 saatir ameliyattaydı. Ameliyat oldukça başarılı geçmiş, kalp ve böbrek başarılı bir şekilde nakledilmişti. Hem Mehmet Ali Güler hem de organ nakli ekibi Türkiye'nin ilk eş zamanlı kalp ve böbrek nakli ile bir anlamda tarihe geçmişti. Birkaç gün sonra açtı gözlerini, rahat nefes alabiliyordu, idrarda yapabiliyordu bir mucize bu diye düşündü artık 6-7 aydır kaldığı hastaneden yürüyerek çıkabilecek ailesiyle sağlıklı bir şekilde hayatına devam edebilecekti, yüzünde mutluluk, minnet, umut dolu bir gülücük oluştu birden, tam o anda da çok iyi tanıdığı bir doktoru fotoğrafını çekiyordu, belki de uzun uğraşlar sonucunda iyileştirdikleri hastasının tebessümünü hatıra olarak saklamak istercesine...

Organ nakli, özellikle böbrek nakli alanında ülkemizin en büyük ve Avrupa'nın sayılı merkezlerinden olan Akdeniz Üniversitesi Organ Nakli Merkezi yine bir ilke imza atarak; dünyada da çok az sayıda merkezde gerçekleştirilen ve az sayıda tecrübe bulunan, Türkiye'nin ise ilk eş zamanlı kalp ve böbrek naklini gerçekleştirdi.

34 yaşında bir çocuk babası Mehmet Ali Güler'in yaklaşık 3 yıldır diyaliz ihtiyacı oluyordu, genç yaşında diyaliz hastası olan ve düzenli bir işi olmaması nedeniyle ciddi maddi sıkıntıları da olan hastanın şansızlıklar peşini tedavi sürecinde de bırakmamış periton diyalizi ile başladığı tedavi, mantar peritoniti nedeniyle hemodiyalize geçilmek zorunda kalmıştı. Haftada 3 kez hemodiyalize bağlanmanın yarattığı düş kırıklığına karşın mücadeleyi bırakmamış Akdeniz Üniversitesi Organ Nakli Merkezi'ne başvurarak canlı vericisi olmadığından kadavra bekleme listesine girmişti, bir gün kendisine de bir kadavra böbrek bulunma umudu ve 4 yaşlarında olan oğlunun sevgisi

Böbrek yetmezliği ve uygun kalp bulunana kadar hayatını idame ettirebilmesi için nefrolojik yönden Prof. Dr. Gültekin Süleymanlar ve Uzman Dr. Çağlar Ruhi tarafından sürekli CVVHD ile diyaliz ve ultrafiltrasyon desteği sağlanmış ve uygun kalp çıkana kadar vakit kazandırılmaya çalışılmıştı. Nefrolojik yönden değerlendirilmesinde kalp nakli ile eş zamanlı böbrek nakli yapılmasının uygun olacağı düşünülmüş ve bu açıdan acil kalp ve böbrek nakli için ulusal koordinasyon merkezine gerekli bilgi verilmişti. Bu dönemde Mehmet Ali'nin kalbi 3 kez durmuş ama hepsinde de doktorları onu tekrar hayata döndürmeyi başarmıştı. İyi olduğu dönemlerde olmuştu, yoğun bakımdan kliniğe çıktığı sayılı günlerde ne zaman hastane bahçesine inen bir helikopter görse bir gün bana da bir kalp gelecek biliyorum diyordu. Mehmet Ali'nin umutları yersiz değildi, nitekim 11 Mayıs günü öğleden sonra, Konya'dan bir kalp bildirimini aldı. 25 yaşında çobanlık yaparak hayatını sürdüren Bekir Harmankaya'nın geçirdiği trafik kazası sonrasında beyin ölümü gerçekleşmiş ve Bekirlerinin



"Lütfen Türkçemize Daha Fazla Yazık Etmeyelim"

- Konaklama talepleri otellerin uygunluğu doğrultusunda **konfirme** edilecektir. **Konfirmasyon** alınmadan yapılacak ödemelere bağlı oda talepleri geçerli olmayacaktır.
- **Volume rendering** ve 3D görüntüleme yöntemiyle yapılan inceleme
- **Vizit** attık
- **CV'nizi** yollayınız.
- **Background'unuz** çok iyi.
- Ürün **portföyümüz** geniştir.
- Toplumda **kaos** yaratmak hedefleniyor
- İnternet **hosting** ücreti
- **İnovasyon** Laboratuvarı
- Hastanın sonuçları çıktıktan sonra **rekonsültasyon** yaptır.
- Efor testindeki **borderline** değişiklikleri **konfirme** etmek için **"MPS"** önerilir.



Alakart:

Şehriye Çorbası
Şefin **Speciali**
Karışık Izgara

Nakit		Tarih: 20.6.2008
CH		Masa No:
Visa		No: 011179
Adet	Cinsi	Tutar
1	yemek	5.00

- Hastayı **hospitalize** edelim.
- Hastanın ilaçları **stopla**
- **Discharge** et

-Okey

-Hadi Bye Bye...

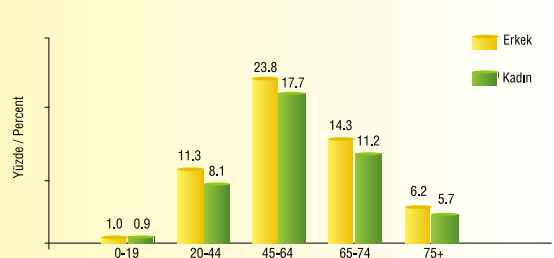
Yorumsuz...

YAŞLILARDA KRONİK DİYALİZ UYGULAMASI: UYGULANMALI MI?

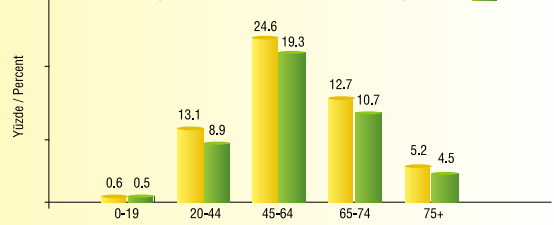
Dr. Kenan Keven
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Nefroloji B.D.

Bilindiği gibi Dünya nüfusu hızla yaşlanmaktadır. Özellikle gelişmiş ülkelerde bu oldukça büyük bir sorun oluşturmaktadır ve yaşlı insanların sağlık sorunları yüklü sağlık harcamalarına neden olmaktadır. Tüm Dünyada 2003 yılında 65 yaş üzeri popülasyon 450 milyon (toplam nüfusun %7'si) olmuştur. 2025'de bu sayı 835 milyon olacak (%10) ve Avrupa'da bu oran en yüksek %20 olacaktır. Yaşam süresi en uzun Japonya'dır ve erkeklerde 78, kadınlarda 85 yıl ortalama yaşam süresi bildirilmektedir. Sağlıklı yaşam süresi ise erkeklerde 72, kadınlarda 78 olarak verilmektedir. Japonya'da 65 yaş üzeri çalışan oranı erkeklerde %30 ve kadınlarda %13. Fransa'da bu oranlar %1-2 kadardır. Ülkemizde ise 65 yaş üzeri popülasyon 2000 yılından 2007 yılına geçildiğinde %5'den %7 düzeylerine çıkmıştır.

Yeni HD hastalarda yaş dağılımı (toplam hasta sayısına göre) Age distribution in incident HD patients (according to total of patients)



Prevalan (mevcut) HD hastalarında yaş dağılımı (toplam hasta sayısına göre) Age distribution in prevalent HD patients (according to total of patients)



Yaşlılık her ne kadar yaş ile belirlenen bir sınıflama ile tanımlansa da kişisel farklılıkların olacağı açıktır. Ancak yine de genel kabul gören sınıflama

- 45-65 yaş pre-yaşlı evre
- 65-74 genç-yaşlı
- 75-84 orta-yaşlı
- 85 ve üzeri ileri yaşlı olarak bildirilmektedir.

Yaşlılarda ko-morbid hastalıkların sayısı artar ve kronik böbrek hastalığı yaşlı popülasyonda en sık gözlenen hastalıkların başında gelir. Yaşla artan, sıklıkla gözlenen ve artmış böbrek hastalığının görülmesine neden olan hastalıklar; Hipertansiyon, diabetes mellitus, obstrüktif üropati (benign prostat hipertrofisi, nörojenik mesane), polikistik böbrek hastalığı, üriner infeksiyon, üriner sistem maligniteleri, multipl myeloma, dehidratasyon, kronik NSAİ ilaç kullanımı ve nefroskleroz olarak adlandırılabilir. Yaşlanma ile ortaya çıkan bir diğer

değişiklik böbrekte ortaya çıkan fizyopatolojik değişikliklerdir. Bunlar glomerüloskleroz, arteriel skleroz, arteriöskleroz, tübül atrofisi, interstisyel fibrozisdir.

Yaşlı SDBH Hastalarda Ko-Morbid Hastalıklar

- İskemik Kalp Hastalığı
- Kalp Yetmezliği
- Demans (Alzheimer ve/veya Vasküler)
- Hipertansiyon
- Diabetes Mellitus
- Maligniteler
- Periferik Arter Hastalıkları
- Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
- Nöromusküler Hastalıklar

Yapılan analizlerde hem ABD'de hem de ülkemizde son yıllarda son dönem böbrek yetmezliği nedeni ile kronik diyaliz uygulanan hastalarda artan yaş dikkati çekmektedir. ABD'de ortalama kronik diyaliz hastalarının yaşı 63 iken bu ortalama ülkemizde 50 dolayındadır. Ancak en dikkati çeken bulgu 45-65 yaş arası popülasyonun en yüksek oranı oluşturmaktadır. Bu hastaların yıllar geçtikçe diyalizde yaşlanmaları daha büyük morbid hastalıklara da neden olacaktır.

Yaşlılarda kronik diyaliz seçenekleri dışında konservatif tedavi seçeneğinde hasta takibinde aklı gelmelidir. Özellikle ko-morbid hastalıkları bulunan yaşlılarda bu tedavi seçeneğinin diyaliz uygulaması ile benzer yaşam oranları bildirilmektedir.

Hemodiyaliz: İleri yaş grubunda

- Vasküler giriş yolu problemleri
- Fistül olgunlaşması yavaş
- Kan akım hızı yetersiz
- Özellikle brakial fistüller ile yüksek debili kalp yetmezliği sıklığı artmakta
- Diyaliz hipotansiyonu %20-30 sıklıkta
- Yaşlılarda daha sık
- Yaşlılarda benign değil (Bilinç kaybı, nöbet, asp. Pnömonisi, vasküler giriş yolu trombozu)
- Yaşlılarda öncü bulgu vermiyor (çarpıntı, terleme vb..)
- Minimal ekstrasellüler sıvı azalması ile görülebiliyor
- Geriye dönüşü genç hastalardan daha güç

Klasik sürekli ayaktan periton diyalizi uygulamalarına ek olarak evde periton diyaliz uygulamaları, evde hemodiyaliz uygulamaları yaşlılarda aklı gelmesi gereken seçenekler olmalıdır.

Son dönem böbrek yetmezliği bulunan yaşlı hastalarda en sık ölüm sebeplerinin başında diyalizi bırakma gelir. Ancak bu konu etik bir takım tartışmaları da beraberinde getirmektedir.

Yaşlılarda Hemodiyaliz-Sorunlar

- %20 hastalarda malnütrisyon vardır
- Sosyal izolasyon
- İştah azalması
- Malabsorbsiyon
- Beslenmenin öneminin farkında olmama
- Diş problemleri
- Depresyon
- İlaçlar
- Kronik konstipasyon

İleri demanslı hastaya diyaliz uygulanmalı mı? İleri ko-morbid hastalıkları olan bir hastaya diyaliz uygulanmalı mı? Bu konularda bir netlik yoktur. Hasta kendi isteği ile tedavisini sonlandırma isteğinde bulunabilir ancak bu durumda hasta terk edilmemelidir ve diyaliz dışı tedaviler ile hastanın rahatlatılmasına çalışılmalıdır. Hasta kararına saygı

Yaşlı Hastalar – HD : Etik Sorunlar

Nephrology Nurses Study 1996

- 393 nefroloji hemşiresi
- %80'i bazı yaşlıların diyalize alınması ile ilgili kararın sorgulanmasını düşünüyor
- %15 kadar hastanın diyalize alınmaması gerektiğini belirtiyor

Baldzek Nephrology Nursing J. 2000



gösterilmelidir. Ancak hastanın depresyonu varsa mutlaka tedavi edilmelidir ve depresyon sonrasında karar yeniden sorgulanmalıdır. Şuur durumu açık olmayan ve kendi kendine karar veremeyecek yaşlılarda ise bu karar, yaşlının zihin fonksiyonu yerinde iken atadığı kendisi ile ilgili kararları verebilecek aileden birisine bırakabilir. Bu tip istekler hastalarla yaşamın sonu ile ilgili kavramların konuşulması ile sağlanabilir.

Wilson R, et al. End-stage renal disease: Factors affecting referral decisions by family physicians in Canada, the United States, and Britain. Am J Kid Dis 2001; 38(1):42-48

- Amerikalı/Kanadalı doktorların %65 kadarı yaşa bakmaksızın diyalize hasta havale ettiklerini
- İngilterede ise %50 doktorlar yaşa bakmaksızın diyaliz uygulamasına hasta göndereceklerini bildirmektedirler.
- Diyaliz düşünmedikleri hasta ortalama yaş: 85 (US/Kanada), 82 (İngiltere)
- Kadın (85 yaş); erkek (83 yaş)

Etik Konular

- Yaşlılarda diyaliz hastalarında en sık ölüm nedeni diyalizin hasta isteği ile sonlandırılması (%9-40)
- Yaşlılarda %17, 45 yaş altında %1.6
- İnsidans yaşla artıyor

Öneri

- Depresyonu tedavi et
- Multidisipliner yaklaşımda bulun
- Hastanın veya onun atadığı kişinin kararına saygı göster

Ismail, Oreopoulos, AJKD, 1993

Nefrologların Diyaliz Kararı

Diyaliz Yapmam	evet	nötr veya karşı
○ İleri yaşlı hastalara (>80 yaş)	%3.3,	%96.7
○ Belirgin demansı olan	%21.9,	%78.1
○ Nursing home'da kendisi beslenemeyen hasta	%4.1,	%95.9
○ Multiple medikal sorunlu hasta	%8 evet,	%92

Lambie NDT, 2006

Etik Konular

- Diyaliz tedavisi bir süre uygulanıp hastanın yeniden görüşü alınabilir
- Hasta ile konuşulmalı
- Karar paylaşılmalı
- Tedavi edici ekip yönlendirici olmamalı
- Diyalizi kesmek hastanın terkedilmesi anlamına gelmemeli

Sonuç

- Yaşlılarda HD ve PD gittikçe artan sıklıkta uygulanmakta
- Her ikisinde kendine göre avantaj ve dezavantajlara sahip
- Hasta seçimi büyük oranda belirleyici
- Benzer yaşam süresi verilmekte
- Diyalize başlamama veya sonlandırma yaşlılarda sıklıkla gündeme gelmekte
- Belirlenmiş bir konsensus yok
- Ancak hasta ve hasta yakınları ile tartışılmalı
- Hayatın sonu (end of life) kavramı bu yaş grubunda mutlaka tartışılmalı
- Hasta kararına saygı duyulmalı