

KAMU VE ÖZEL HEMODİYALİZ MERKEZLERİ VERİLERİ

	Merkez	
Kurum Adı	Sayı	%
Sağlık Bakanlığı	384	46.3
Üniversite	46	5.5
Özel	399	48.2
TOPLAM	829	100

	Cihaz	
Kurum Adı	Sayı	%
Sağlık Bakanlığı	3876	29.8
Üniversite	1006	7.7
Özel	8123	62.5
TOPLAM	13005	100

	Hasta Sayısı	
Kurum Adı	Sayı	%
Sağlık Bakanlığı	10374	23.0
Üniversite	2699	5.9
Özel	32003	70.1
TOPLAM	45076	100

2008 YILI SONUNA KADAR YAPILAN BÖBREK TRANSPLANTASYONU SAYISI (1975-2008)

SIRA NO	İLLER	MERKEZLER	BÖBREK		
			DONÖR		TOPLAM
			CANLI	KADAVRA	
1	ADANA	Çukurova Üni. Tıp Fak. Hst.	370	65	435
2	ANKARA	Ankara Üni. Tıp Fak. Hst.	497	108	605
3		Hacettepe Üni. Tıp Fak. Hst.	303	148	451
4		Başkent Üni. Tıp Fak. Hst.	1136	275	1411
5		Gazi Üni. Tıp Fak. Hst.	137	62	199
6		GATA Hst.	302	59	361
7		Ankara Etilik İhtisas Hst.	238	64	302
8		Türkiye Yüksek İht. Eğt. Ve Arş. Hst.	281	41	322
9		Ankara Numune Eğt. Ve Arş. Hst.	2	1	3
10	ANTALYA	Akdeniz Üni. Tıp Fak. Hst.	1589	414	2003
11		Özel Medicalpark Hastanesi	67	1	68
12	BURSA	Uludağ Üni. Tıp Fak. Hst.	191	106	297
13	DENİZLİ	Pamukkale Üni. Tıp Fak. Hst.	30	16	46
14	ERZURUM	Atatürk Üni. Tıp Fak. Hst.	33	16	49
15	ESKİŞEHİR	Osmangazi Üni. Tıp Fak. Hst.	136	23	159
16	İSTANBUL	İstanbul Üni. Cer. Tıp Fak. Hst.	415	97	512
17		İstanbul Üni. İstanbul Tıp Fak. Hst.	602	293	895
18		Marmara Üni. Tıp Fak. Hst.	114	41	155
19		Haydarpaşa Numune Hst.	372	99	471
20		Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğt. Ve Arş. Hst.	58	29	87
21		Özel Memorial Hst.	109	49	158
22		Özel Florence Nightingale Hst.	61	35	96
23		Yeditepe Üniv. Hstanesi	7	18	25
24		Özel Medicana Hst.	85	11	96
25		Özel Hizmet Hst.	20	0	20
26		Özel Gaziosmanpaşa Hst.	129	10	139
27	İZMİR	Dokuz Eylül Üni. Tıp Fak. Hst.	148	129	277
28		Ege Üni. Tıp Fak. Hst.	714	376	1090
29		İzmir Eğitim ve Araştırma Hst.	161	171	332
30		İzmir Tepecik Eğitim ve Arş. Hst.	304	175	479
31		Özel Kent Hastanesi	133	66	199
32		Özel Şifa Tıp Merkezi Hst.	0	9	9
33		İzmir Atatürk Eğt. Ve Arast. Hst.	0	8	8
34	KAYSERİ	Erciyes Üni. Tıp Fak. Hst.	61	52	113
35	KONYA	Selçuk Üni. Tıp Fak. Hst.	25	17	42
36	MALATYA	İnönü Üni. Tıp Fak. Hst.	1	7	8
37	MERSİN	Mersin Üni. Tıp Fak. Hst.	20	5	25
38	SAMSUN	Ondokuz Mayıs Üni. Tıp Fak. Hst.	81	16	97
TOPLAM			8932	3112	12044
GENEL TOPLAM				11998	

**2008 YILINDA YAPILAN BÖBREK TRANSPLANTASYONU SAYISI
(01.01.2008-31.12.2008)**

SIRA NO	İLLER	MERKEZLER	BÖBREK		
			DONÖR		TOPLAM
			CANLI	KADAVRA	
1	ADANA	Çukurova Üni. Tıp Fak. Hst.	38	8	46
2	ANKARA	Ankara Üni. Tıp Fak. Hst.	35	13	48
3		Hacettepe Üni. Tıp Fak. Hst.	30	14	44
4		Başkent Üni. Tıp Fak. Hst.	43	15	58
5		Gazi Üni. Tıp Fak. Hst.	12	14	26
6		GATA Hst.	15	10	25
7		Ankara Etilik İhtisas Hst.	7	6	13
8		Türkiye Yüksek İht. Eğt. Ve Arş. Hst.	15	4	19
9		Ankara Numune Eğt. Ve Arş. Hst.	2	1	3
10	ANTALYA	Akdeniz Üni. Tıp Fak. Hst.	316	43	359
11		Özel Medicalpark Hastanesi	67	1	68
12	BURSA	Uludağ Üni. Tıp Fak. Hst.	16	38	54
13	DENİZLİ	Pamukkale Üni. Tıp Fak. Hst.	12	3	15
14	ERZURUM	Atatürk Üni. Tıp Fak. Hst.	16	3	19
15	ESKİŞEHİR	Osmangazi Üni. Tıp Fak. Hst.	9	0	9
16	İSTANBUL	İstanbul Üni. Cer. Tıp Fak. Hst.	35	6	41
17		İstanbul Üni. İstanbul Tıp Fak. Hst.	42	23	65
18		Marmara Üni. Tıp Fak. Hst.	13	6	19
19		Haydarpaşa Numune Hst.	33	7	40
20		Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğt. Ve Arş. Hst.	24	7	31
22		Özel Memorial Hst.	61	11	72
23		Özel Florence Nightingale Hst.	17	13	30
24		Yeditepe Üniv. Hastanesi	2	7	9
25		Özel Medicana Hst.	81	11	92
26		Özel Hizmet Hst.	20	0	20
27		Özel Gaziosmanpaşa Hst.	127	10	137
28	İZMİR	Dokuz Eylül Üni. Tıp Fak. Hst.	14	22	36
29		Ege Üni. Tıp Fak. Hst.	59	17	76
30		İzmir Eğitim ve Araştırma Hst.	13	27	40
31		İzmir Tepecik Eğitim ve Arş. Hst.	34	23	57
32		Özel Kent Hastanesi	69	26	95
33		Özel Şifa Tıp Merkezi Hst.	0	2	2
34		İzmir Atatürk Eğt. Ve Araşt. Hst.	0	6	6
35	KAYSERİ	Erciyes Üni. Tıp Fak. Hst.	6	5	11
36	KONYA	Selçuk Üni. Tıp Fak. Hst.	1	7	8
37	MALATYA	İnönü Üni. Tıp Fak. Hst.	0	2	2
38	MERSİN	Mersin Üni. Tıp Fak. Hst.			
39	SAMSUN	Ondokuz Mayıs Üni. Tıp Fak. Hst.	21	9	30
TOPLAM			1305	420	1725
GENEL TOPLAM				1725	

SAĞLIK MALZEMELERİ

sasan ÜRÜNLERİ

*Ekstraksiyon Sistemi Topu Satlı (EVS), Cerrahisiz Osmotik Yalıtım Seti, Apık Hızlı Anestezilerinde Kullanılan ve sızdırma analizi eklenmiş tuzlu suyu çözümleri için geliştirilmiş özel plastik kırıntı emiciler, *Akutiyel Filtre, *Hemofiltrasyon Setleri, *Kardiyojenik perfüzyon seti, *Renalüzyon seti (SİS) satlı ile birlikte, *Renalüzyon seti (SİS) satlı ile birlikte, *Nefroprotektif set (Çocuk ile birlikte), *Nefroprotektif set (Yetişkin ile birlikte), *PVC Tüp (1/4" x 1/8", 3/16" x 1/8", 1/2" x 1/8", 3/4" x 1/8", 1" x 1/8", 1 1/2" x 1/8", 2" x 1/8", 2 1/2" x 1/8", 3" x 1/8", 3 1/2" x 1/8, 4" x 1/8, 4 1/2" x 1/8, 5" x 1/8, 5 1/2" x 1/8, 6" x 1/8, 6 1/2" x 1/8, 7" x 1/8, 7 1/2" x 1/8, 8" x 1/8, 8 1/2" x 1/8, 9" x 1/8, 9 1/2" x 1/8, 10" x 1/8, 10 1/2" x 1/8, 11" x 1/8, 11 1/2" x 1/8, 12" x 1/8, 12 1/2" x 1/8, 13" x 1/8, 13 1/2" x 1/8, 14" x 1/8, 14 1/2" x 1/8, 15" x 1/8, 15 1/2" x 1/8, 16" x 1/8, 16 1/2" x 1/8, 17" x 1/8, 17 1/2" x 1/8, 18" x 1/8, 18 1/2" x 1/8, 19" x 1/8, 19 1/2" x 1/8, 20" x 1/8, 20 1/2" x 1/8, 21" x 1/8, 21 1/2" x 1/8, 22" x 1/8, 22 1/2" x 1/8, 23" x 1/8, 23 1/2" x 1/8, 24" x 1/8, 24 1/2" x 1/8, 25" x 1/8, 25 1/2" x 1/8, 26" x 1/8, 26 1/2" x 1/8, 27" x 1/8, 27 1/2" x 1/8, 28" x 1/8, 28 1/2" x 1/8, 29" x 1/8, 29 1/2" x 1/8, 30" x 1/8, 30 1/2" x 1/8, 31" x 1/8, 31 1/2" x 1/8, 32" x 1/8, 32 1/2" x 1/8, 33" x 1/8, 33 1/2" x 1/8, 34" x 1/8, 34 1/2" x 1/8, 35" x 1/8, 35 1/2" x 1/8, 36" x 1/8, 36 1/2" x 1/8, 37" x 1/8, 37 1/2" x 1/8, 38" x 1/8, 38 1/2" x 1/8, 39" x 1/8, 39 1/2" x 1/8, 40" x 1/8, 40 1/2" x 1/8, 41" x 1/8, 41 1/2" x 1/8, 42" x 1/8, 42 1/2" x 1/8, 43" x 1/8, 43 1/2" x 1/8, 44" x 1/8, 44 1/2" x 1/8, 45" x 1/8, 45 1/2" x 1/8, 46" x 1/8, 46 1/2" x 1/8, 47" x 1/8, 47 1/2" x 1/8, 48" x 1/8, 48 1/2" x 1/8, 49" x 1/8, 49 1/2" x 1/8, 50" x 1/8, 50 1/2" x 1/8, 51" x 1/8, 51 1/2" x 1/8, 52" x 1/8, 52 1/2" x 1/8, 53" x 1/8, 53 1/2" x 1/8, 54" x 1/8, 54 1/2" x 1/8, 55" x 1/8, 55 1/2" x 1/8, 56" x 1/8, 56 1/2" x 1/8, 57" x 1/8, 57 1/2" x 1/8, 58" x 1/8, 58 1/2" x 1/8, 59" x 1/8, 59 1/2" x 1/8, 60" x 1/8, 60 1/2" x 1/8, 61" x 1/8, 61 1/2" x 1/8, 62" x 1/8, 62 1/2" x 1/8, 63" x 1/8, 63 1/2" x 1/8, 64" x 1/8, 64 1/2" x 1/8, 65" x 1/8, 65 1/2" x 1/8, 66" x 1/8, 66 1/2" x 1/8, 67" x 1/8, 67 1/2" x 1/8, 68" x 1/8, 68 1/2" x 1/8, 69" x 1/8, 69 1/2" x 1/8, 70" x 1/8, 70 1/2" x 1/8, 71" x 1/8, 71 1/2" x 1/8, 72" x 1/8, 72 1/2" x 1/8, 73" x 1/8, 73 1/2" x 1/8, 74" x 1/8, 74 1/2" x 1/8, 75" x 1/8, 75 1/2" x 1/8, 76" x 1/8, 76 1/2" x 1/8, 77" x 1/8, 77 1/2" x 1/8, 78" x 1/8, 78 1/2" x 1/8, 79" x 1/8, 79 1/2" x 1/8, 80" x 1/8, 80 1/2" x 1/8, 81" x 1/8, 81 1/2" x 1/8, 82" x 1/8, 82 1/2" x 1/8, 83" x 1/8, 83 1/2" x 1/8, 84" x 1/8, 84 1/2" x 1/8, 85" x 1/8, 85 1/2" x 1/8, 86" x 1/8, 86 1/2" x 1/8, 87" x 1/8, 87 1/2" x 1/8, 88" x 1/8, 88 1/2" x 1/8, 89" x 1/8, 89 1/2" x 1/8, 90" x 1/8, 90 1/2" x 1/8, 91" x 1/8, 91 1/2" x 1/8, 92" x 1/8, 92 1/2" x 1/8, 93" x 1/8, 93 1/2" x 1/8, 94" x 1/8, 94 1/2" x 1/8, 95" x 1/8, 95 1/2" x 1/8, 96" x 1/8, 96 1/2" x 1/8, 97" x 1/8, 97 1/2" x 1/8, 98" x 1/8, 98 1/2" x 1/8, 99" x 1/8, 99 1/2" x 1/8, 100" x 1/8, 100 1/2" x 1/8, 101" x 1/8, 101 1/2" x 1/8, 102" x 1/8, 102 1/2" x 1/8, 103" x 1/8, 103 1/2" x 1/8, 104" x 1/8, 104 1/2" x 1/8, 105" x 1/8, 105 1/2" x 1/8, 106" x 1/8, 106 1/2" x 1/8, 107" x 1/8, 107 1/2" x 1/8, 108" x 1/8, 108 1/2" x 1/8, 109" x 1/8, 109 1/2" x 1/8, 110" x 1/8, 110 1/2" x 1/8, 111" x 1/8, 111 1/2" x 1/8, 112" x 1/8, 112 1/2" x 1/8, 113" x 1/8, 113 1/2" x 1/8, 114" x 1/8, 114 1/2" x 1/8, 115" x 1/8, 115 1/2" x 1/8, 116" x 1/8, 116 1/2" x 1/8, 117" x 1/8, 117 1/2" x 1/8, 118" x 1/8, 118 1/2" x 1/8, 119" x 1/8, 119 1/2" x 1/8, 120" x 1/8, 120 1/2" x 1/8, 121" x 1/8, 121 1/2" x 1/8, 122" x 1/8, 122 1/2" x 1/8, 123" x 1/8, 123 1/2" x 1/8, 124" x 1/8, 124 1/2" x 1/8, 125" x 1/8, 125 1/2" x 1/8, 126" x 1/8, 126 1/2" x 1/8, 127" x 1/8, 127 1/2" x 1/8, 128" x 1/8, 128 1/2" x 1/8, 129" x 1/8, 129 1/2" x 1/8, 130" x 1/8, 130 1/2" x 1/8, 131" x 1/8, 131 1/2" x 1/8, 132" x 1/8, 132 1/2" x 1/8, 133" x 1/8, 133 1/2" x 1/8, 134" x 1/8, 134 1/2" x 1/8, 135" x 1/8, 135 1/2" x 1/8, 136" x 1/8, 136 1/2" x 1/8, 137" x 1/8, 137 1/2" x 1/8, 138" x 1/8, 138 1/2" x 1/8, 139" x 1/8, 139 1/2" x 1/8, 140" x 1/8, 140 1/2" x 1/8, 141" x 1/8, 141 1/2" x 1/8, 142" x 1/8, 142 1/2" x 1/8, 143" x 1/8, 143 1/2" x 1/8, 144" x 1/8, 144 1/2" x 1/8, 145" x 1/8, 145 1/2" x 1/8, 146" x 1/8, 146 1/2" x 1/8, 147" x 1/8, 147 1/2" x 1/8, 148" x 1/8, 148 1/2" x 1/8, 149" x 1/8, 149 1/2" x 1/8, 150" x 1/8, 150 1/2" x 1/8, 151" x 1/8, 151 1/2" x 1/8, 152" x 1/8, 152 1/2" x 1/8, 153" x 1/8, 153 1/2" x 1/8, 154" x

HİPERTANSİYON TEDAVİSİNDE YENİLİKLER

Doç. Dr. M. İlker YILMAZ
GATA Nefroloji Bilim Dalı



Hipertansiyon (HT), sürekli yüksek arteriyel kan basıncı ile kendini gösteren sistemik bir hastalık olup, ciddi komplikasyonlara yol açması ve toplumda sık görülmesi nedeniyle önemli bir sağlık problemidir. Dünyada yaklaşık bir milyar kişiyi etkilediği düşünülmektedir (JNC 7).

Hipertansiyon sıklığı, ırk ve coğrafyaya göre değişmektedir. ABD, Avrupa ve diğer bir çok ülkede erişkin popülasyonun yaklaşık %25'inde hipertansiyon vardır. 65 yaş üstü Amerikan siyah ırkında %70'i geçen oranlarda görülür. 50 yaşına kadar görülme sıklığı, erkeklerde daha fazladır.

Hipertansiyon, birincil (primer, idyopatik, esansiyel) ve ikincil (sekonder) olarak ikiye ayrılır. Birincil hipertansiyon, olguların yaklaşık %95'ini oluşturmaktadır. Vakaların %5'lik bölümü ikincil hipertansiyondur ve bunun büyük çoğunluğu böbrek sebeplidir.

Hipertansiyon uzun yıllar belirtisiz veya komplikasyonsuz olarak seyredebilir. Bu sırada tek somut bulgu arteriyel kan basıncının yüksek saptanmasıdır. Ciddi komplikasyonlar uzun yıllar sonra ortaya çıkabilir. Belirtisiz dönemde hastaya tedaviyi benimsetmek güç olur. Bu nedenle yüksek kan basıncı tedavisinde hasta uyumu büyük önem kazanmaktadır. HT hastalarının yaklaşık 1/3'ü, durumlarından haberdar değildir. HT'li hastaların ancak yarısı tedavi almaktadır ve bu hastaların önemli bir bölümü de verilen tedavileri düzenli uygulamamaktadır. Buna bağlı olarak da tedavi alan hastaların yarısından azının kan basınçları kontrol altındadır. Bu durumda, HT hastalarının büyük bölümü yüksek kan basıncı değerlerinin getireceği olumsuzluklarla karşı karşıyadır. Etkin tedavi edilen HT hastalarında inme, kalp yetersizliği, ve miyokard infarktüsu riskinde anlamlı azalmalar meydana gelmektedir.

18 yaş ve üstündeki erişkinlerde kan basıncı sınıflandırması

(JNC 7 raporuna göre)

	Sistolik		Diastolik
Normal	<120	ve	<80
Prehipertansiyon	120-139	veya	80-89
Hipertansiyon			
Evre 1 Hipertansiyon	140-159	veya	90-99
Evre 2 Hipertansiyon	≥160	veya	≥100

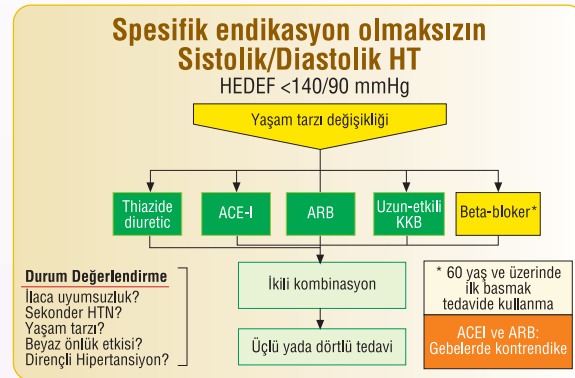
HİPERTANSİYON TEDAVİSİ

Halk sağlığı açısından bakıldığında hipertansiyon tedavisindeki temel hedef kalp damar morbidite ve ölüm oranını azaltmaktır. Bir çok hastada, özellikle de 50 yaşın üzerindeki hipertansiflerde, sistolik kan basıncı hedefine ulaşıldığı zaman diastolik kan basıncı hedefine de

ulaşılmaktadır. Bu nedenle tedavideki temel hedef sistolik kan basıncının olması gereken noktaya çekmektir. Amerikan Birleşik Ulusal komitesinin 7. raporu hipertansiyon tedavisindeki yaklaşımları ve tedavi hedeflerini yeniden düzenlemiştir. Buna göre kan basıncını 140/90 mmHg'nin altına çekerek kalp damar hastalıklarına ait komplikasyonlarda azalma sağlandığı vurgulanmış ve şeker hastalığı ve böbrek yetersizliğindeki hedef <130/80mmHg olarak belirlenmiştir.

Sağlıklı yaşam kriterlerini uygulamak hipertansiyonun tedavisinde olduğu kadar önlenmesinde de çok önemlidir ve her hastada mutlaka uygulanmalıdır. Şişman ve kilolu hastaların zayıflaması, sodyumdan fakir ve potasyum ile kalsiyumdan zengin sağlıklı beslenme rejimlerinin uygulanması, alkol alımının kısılması ve fiziksel aktivitenin artırılması özellikle önerilmektedir. Sağlıklı beslenme ve diyet yaklaşımının tek ilaç tedavisi ile benzer sonuçlar verdiği gösterilmiştir.

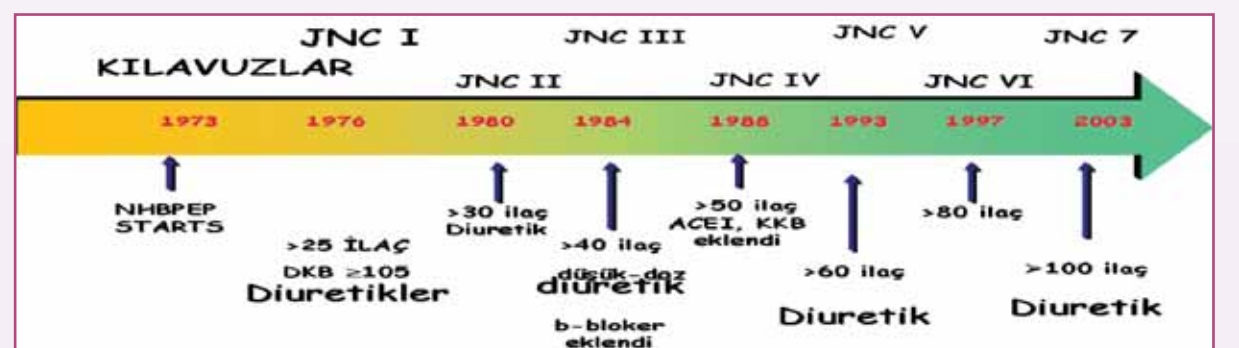
Hastaya antihipertansif ilaç başlandıktan sonra hedef kan basıncına ulaşmaya kadar aylık takiplerle hastayı izlemek önemlidir. Evre 2 hipertansiyon veya komorbid durumlar varsa bu takip süresi daha kısa tutulabilir. Hedef kan basıncına ulaşıldıktan sonra ise bundan sonraki takipler 3 -6 ay aralıklarla yapılabilir.



Hipertansiyon tedavisindeki tarihsel sürece göz atıldığında görülmektedirki, ilk ilaç deneyimi 1930'larda veratrum alkaloidleri ile başlamış olup günümüzde AII reseptör blokerleri ve direk rennin inhibitörleri ile hızla devam etmektedir.

1973 ve 1976 yıllarında yayınlanan ilk kılavuzlar (NHBPEP ve JNC I) ile hipertansiyonda ilaç tedavi önerileri yıllar içerisinde önerilen yeni kılavuzlarla ciddi olarak aşama kaydetmişlerdir.

Durum	Hedef
	SBP ve DBP mmHg
İzole sistolik hipertansiyon	<140
Sistolik/diastolik hipertansiyon	
• SKB	<140
• DKB	<90
Diabetes Mellitus	
• SKB	<130
• DKB	<80
Kronik Böbrek Hastalığı	
• SKB	<130
• DKB	<80



Kan basıncı hedef değerleri aşağıdaki tabloda ki gibi olmalıdır.

Tedaviye başlamadan önce yapılması gereken ilk ve en önemli iş hastanın yüksek kan basıncı hakkında bilgilendirilmesidir. HT'nin kontrolünde hasta eğitimi önemli bir konu olup tedavinin temelini oluşturur. Hastaların tedaviye uyumunu kolaylaştırmak için başlıca şu noktalara dikkat edilmelidir.

1. Hasta, hastalığı konusunda bilgilendirilmeli, tedavi edilmediği takdirde ne gibi problemlerle karşılaşacağı hastaya anlatılmalıdır.

Uygulama	Miktar	SKB/DKB	SKB DKB
Sodyum kısıtlaması	1,8g yada 78 mmol/gün	-5.1 / -2.7	
Kilo kaybı	Her 1 kg kayıp	-1.1 / -0.9	
Alkol alımı	~ 3,6 içecek/gün	-3.9 / -2.4	
Egzersiz	120-150 dak/hafta	-4.9 / -3.7	
Diyet	Hipertansif Normotansif	-11.4 / -5.5 -3.6 / -1.8	

2. Hasta takibi basit ve ucuz tutulmalıdır.

3. Yaşam tarzı değişiklikleri teşvik edilmelidir.

4. Uzun etkili ilaçlar tercih edilmelidir.

5. Başarısız tedavi hızla değiştirilmelidir.

İlaç dışı tedavi, yani yaşam tarzının değiştirilmesi, hastalarda kan basıncının kontrol altına alınmasına gösterdiği katkı dışında, yüksek kan basıncının önlenmesinde de faydalıdır. Yaşam tarzının değiştirilmesi yüksek kan basıncını tek başına kontrol altına alabileceği gibi ilaç gereken durumlarda ilaç dozunun azaltılmasına da olanak sağlar. Kan basıncı üzerine yaşam tarzı değişikliklerin etkisi aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Farmakolojik tedavi seçiminde aşağıdaki soruların mutlaka sorulması gereklidir.

İlişkili olduğu risk faktörü var mı? Ya da Hedef organ hasarı / komplikasyonlar? Ya da Eşlik eden hastalık / durumlar?

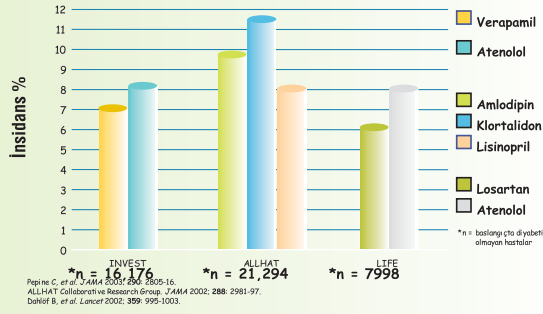
• Spesifik Endikasyonlar:

- ✦ İKH
- ✦ ST Segment Elevation-MI or non-ST Segment Elevation-MI
- ✦ Sol ventrikül sistolik disfonksiyon
- ✦ Serebrovasküler Hastalık
- ✦ SVH
- ✦ Non Diabetik KBH
- ✦ Renovasküler Hastalık
- ✦ Sigara

• Diabetes Mellitus

- ✦ Diabetik Nefropatili
- ✦ Diabetik Nefropatisiz

Büyük ölçekli çalışmalarda yeni başlangıçlı diyabet insidanslarının karşılaştırılması



ONTARGET'in düşündürdükleri

Kombinasyon tedavisi kan basıncında daha etkin olsa da majör kardiyovasküler sonuçlar açısından faydalı olduğu gösterilememiştir. Kombine tedavide proteinüri daha az olsa da, kreatininin yükselmesi ve diyaliz gereksiniminde artış gibi renal yan etkiler daha sık görülmüştür. Proteinüri olan hastalarda kombinasyon tedavisi > 1 g/g protein atılımı olan hastalarla sınırlandırılmalı ve antiproteinürik etki olmadığı ve eGFR azımsanmayacak kadar düştüğü takdirde kesilmelidir.

- Hipertansif hastalarda global vasküler korunma
 - Statin: 3 veya daha fazla kardiyovasküler risk faktörü
 - Aspirin: Kan absıncı kontrol altındaysa

Hipertansiyona Eşlik Eden Hastalıklarda Önerilen İlaçlar

Hipertansiyona eşlik eden bir çok hastalıklar mevcut olup tedavi şekilleri aşağıdaki gibi farklılıklar göstermektedir.

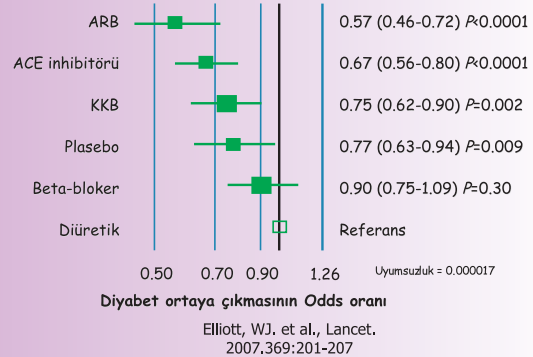
Eşlik Eden Hastalık	Önerilen İlaçlar
Kalp Yetmezliği	ACE, BB, Diüretik, ARB, A.A
Myokardiyal Infarktüs	BB, ACE, Ald.A
Koroner Arter Hastalığı	KKB, BB, ACE, diüretik
açısından yüksek risk	
Diabet	KKB, ACE, ARB, Diüretik, BB
Kronik Böbrek Hastalığı	ACE, ARB
Tekrarlayan İnme	Diüretik, ACE

Hipertansif hastalarda anormal glikoz metabolizması sıkır

Hipertansiyon kliniğine esansiyel hipertansiyonla giden hastaların üçte ikisinde anormal glikoz metabolizmasının sık olduğu yapılan bir çok çalışma ile ortaya çıkmıştır. Hipertansiyonlu 143,153 hastada yapılan network meta

Hipertansiyonda nispi yeni tip 2 diyabet başlangıç riski

Hipertansiyonlu 143.153 hastada network meta analizi (22 klinik çalışma)

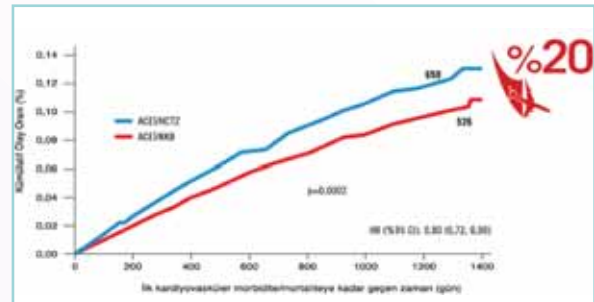


analizine (22 klinik çalışma) göre Diyabet ortaya çıkma oranının diüretik ve beta bloker kullanan hastalarda ACE, ARB veya KKB kullananlara göre oldukça yüksek olduğu gösterilmiştir (Elliott., 2007, Lancet)

İki ayrı grup ile yapılan ACE inhibitörünün KKB ve Thiazid ile kombine olarak kullanıldığı ACCOMPLISH çalışması ile Thiazid ile kombine edilmiş grupta kardiyovasküler mortalite ve morbiditenin KKB ile combine edilen gruba göre %20 daha kötü olduğu ortaya konulmuştur.

ACE İnhibitörü ve Anjiotensin Reseptör Blokeri kombinasyonu çare mi?

Renin anjiotensin sisteminin ACE İnhibitörleri ve Anjiotensin Reseptör Blokerleri ile inhibisyonu hipertansiyon, vasküler hastalık, kalp yetmezliği ve proteinürik nefropatisi olan



hastalarda faydalıdır. Bu iki ilacın kombinasyonu renin sistemini daha etkili inhibe eder ve kalp yetmezliği veya proteinürlü hastalarda monoterapiye oranla daha faydalıdır. Kombinasyonun kalp yetmezlikli hastalardaki yan etkileri kaygı vericidir ki bir yıl önce bu yorumu ayrıntılı yapmıştık. 25 600 vasküler hastalığı olan hasta üzerinde yapılan ONTARGET çalışmasında 5 yıl boyunca Ramipril 10 mg/gün, Telmisartan 80 mg/gün, ve bu iki ilacın kombinasyonu karşılaştırılmıştır. Kombinasyon tedavisi kan basıncında daha etkin olsa da majör kardiyovasküler sonuçlar açısından faydalı olduğu gösterilememiştir.

Kombine tedavide proteinüri daha az olsa da ,kreatininin yükselmesi ve diyaliz gereksiniminde artış gibi renal yan etkiler daha sık görülmüştür.

ONTARGET çalışması mikroalbuminürlü 3000 hasta, makroalbuminürlü 1000 hasta ve 1g/g kreatinin atımlı makroalbuminürlü 300 hasta çalışmıştır. Tüm bu proteinürlü subgruplarda renal fayda tespit edilmemiştir. Subgrup analizleri istatistik problemler açısından sınırlıdır ve sonuçların gücü bilhassa 1g/g makroalbuminüri gibi subsubgruplar açısından belirsizdir. Proteinüri olan hastalarda kombinasyon tedavisi >1g/g protein atılımı olan hastalarla sınırlandırılmalı, ve antiproteinürik etki olmadığı ve GFR azımsanmayacak kadar düştüğü takdirde kesilmelidir.

Direkt renin inhibitörleri

Renin anjiyotensin sistemi (RAS) kan hacmi, kan basıncı ve kardiyovasküler işlevlerin düzenlenmesinde temel bir rol oynar. Kan basıncını ve kardiyovasküler işlevleri düzenlemek amacı ile bu sisteme müdahale edilmesi, hipertansiyon ve buna eşlik eden hastalıkların tedavisinde önemli bir stratejidir. Renin, anjiyotensinojeni anjiyotensin I'e dönüştürür. Anjiyotensin I anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) ile anjiyotensin II'ye dönüşür. Bunun haricinde ACE dışı yollar ile de bu dönüşüm olabilmektedir. Anjiyotensin II, renin anjiyotensin sisteminin temel reseptörü olan anjiyotensin II tip 1 (AT1) reseptörü aracılığıyla kardiyovasküler sistem ve vücut sıvıları üzerinde düzenleyici bir etki yapar.

Renin böbreğin jukstaglomerüler hücrelerinde üretilir ve buradan dolaşıma salınır. Reninin böbrekten salınması aşağıdaki durumlarda artar: o kan basıncının düşmesi o vücuttaki toplam sodyum miktarının azalması o sempatik sinir sisteminin uyarılması

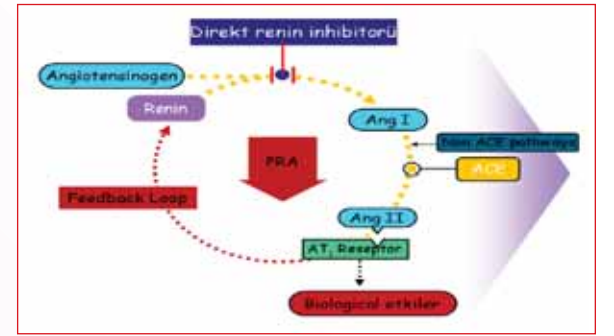
Bunların arasında en önemli fizyolojik ölçüm 'plazma renin aktivitesi'dir (PRA). PRA reninin anjiyotensin I oluşturma



kapasitesidir. Bu, renin anjiyotensin sisteminin aktivitesinin ölçütüdür. Klinikte renin düzeylerini ölçmekten, plazma renin aktivitesini ölçmek çok daha kolay ve yararlıdır. 'Aktif renin' ise aslında renin enziminin miktarı anlamına gelir. Buradaki 'aktif' ifadesi yanıltıcıdır, çünkü eğer ortamda bir renin inhibitörü varsa renin aktif olmayacaktır. Bu yüzden 'plazma renin konsantrasyonu (PRC)' terimi günümüzde giderek daha fazla kullanılan daha doğru bir ifadedir. 'Total renin' ise renin ve öncü maddesi olan proreninin toplam miktarıdır.

Yukarıda bahsedilen avantajlı özellikleri, hem monoterapiye hem de kombinasyon tedavilerinde güvenilir, etkin ve yan etki profili düşük bir ilaç grubu olması nedeniyle yeni antihipertansif olarak kullanımda olan bir gruptur.

YENİ GELİŞTİRİLMEKTE OLAN İLAÇLAR



Endotelin reseptör antagonistleri (bosentan), nötral endopeptidaz inhibitörleri, vazopressin antagonistleri (mixinapril, omipatrilat), serotonin antagonistleri (ketanserin) v. b. daha deneme safhasında olduklarından, henüz yaygın kullanım alanına girmemişler. Bu bakımdan klasikleşmiş yan etkilerinden söz etmek için erkendir. Aşağıdaki tabloda yeni geliştirilmekte olan ilaç sınıfları ve hangi fazda oldukları belirtilmiştir.

Sonuç olarak, Hipertansiyon, daha çok önemsenmesi ve iyi tedavi edilmesi gerekli bir Toplum Sağlığı sorunudur.

İlaç adı	Gelişen firma	Erre	Sınıf
Aliskiren + Hydrochlorothiazide	Pfizer	Registration	Renin inhibitor/diuretic
Olmesartan + amlodipine	Daiichi Sankyo	Pre-registration	ARB/CCB
Darusentan	Glaxo Sciences	II	Endothelin receptor antagonist
Clevidipine	The Medicines Company	II	CCB
Coreg CR + ACE inhibitor	GlaxoSmithKline	II	BB/ACE
CYT006 AngII	Cytos	II	Angiotensin II bound to a virus-like particle
MC 4237	Medicine	II	Unlabeled + candosar
TAK-491	Takeda	II	ARB
Rosartanin	Sigma Tau	II	Oxazolin antagonist
Regapril	Sandoz-Asentis	II	Vasopressinase inhibitor

KAYNAKLAR

- Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr, Jones DW, Materson BJ, Oparil S, Wright JT Jr, Roccella EJ; National Heart, Lung, and Blood Institute Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure; National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. JAMA. 2003 May 21;289(19):2560-72.
- Ong KL, Cheung BM, Man YB, Lau CP, Lam KS. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension among United States adults 1999-2004. Hypertension. 2007 Jan;49(1):69-75.
- Applying the 2005 Canadian Hypertension Education Program recommendations: 3. Lifestyle modifications to prevent and treat hypertension Padwal R. et al. CMAJ • SEPT. 27, 2005; 173 (7) 749-751
- Elliott WJ, Meyer PM. Incident diabetes in clinical trials of antihypertensive drugs: a network meta-analysis. Lancet. 2007 Jan 20;369(9557):201-7.
- Mann JF. What's new in hypertension 2008? Nephrol Dial Transplant. 2009 Jan;24(1):38-42.



KONTROL ALTINA ALINAMAYAN HİPERTANSİYONDA NE YAPALIM ?

Prof. Dr. Yasemin Erten
Gazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Nefroloji Bilim Dalı

Hipertansiyon Prevalansı

Türkiye	%31.8
Avrupa	%44
Kuzey Amerika	%28
Kanada	%27

Tüm dünyada % 26 (>1 milyar kişi) 2025 yılında tahmini sayı 1.560.000.000 kişi

Kardiyovasküler Hastalıklar İçin Risk Faktörleri

RİSK	DÜZELTİLEBİLİR
Sigara	+
Hipertansiyon	+
Hiperkolesterolemi	+
Düşük HDL	+
Diyabetes Mellitus	+
Fiziksel inaktivite	+
Cins	-
Postmenapozal durum	-
Hiperfibrinojenemi	±
Hiperhomosisteinemi	+
Aile öyküsü	-
Obezite	+
Lp(a) yüksekliği	±
ACE gen poliformizmi	-

Kardiyovasküler Hastalıklar tüm dünyada mortalitenin %30 nedeni

Kardiyovasküler Hastalık Riskini Azaltmak İçin Hedef Kan Basıncı Düzeyi; <140/90 mmHg

- DM / Kronik Böbrek hastalığı (+) olgularda <130/80 mmHg

Hipertansiyon Tedavisi

- İlaçsız Tedavi (Yaşam Tarzı Değişikliği)
- İlaç Tedavisi

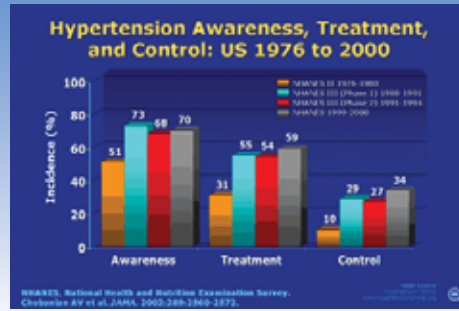
ANTİHİPERTANSİF İLAÇLAR

- Diüretikler
- Kalsiyum kanal blokerleri
- Beta blokerler

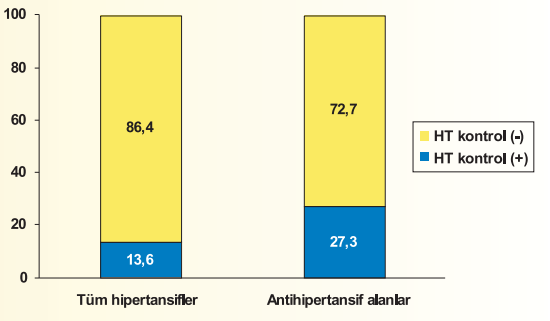


- Alfa blokerler
- Kombine Beta-alfa blokerler
- Santral sempatolitikler
- Anjiyotensin reseptör blokerleri
- Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri
- Aldosteron antagonistleri

Hipertansiyonda farkındalık, Tedavi, Kontrol Yıllara Göre Dağılım (1976-2000)



Türkiye'de Hipertansiyon Kontrolü, 2007



Kontrolsüz hipertansiyon

- Tedaviye uyumsuz ve/veya
- Yetersiz tedavi uygulanan hastalar
- Dirençli hipertansiyon olguları

DİRENÇLİ HİPERTANSİYON

- Değişik gruplardan bir tanesi diüretik olmak üzere 3'lü antihipertansif ilaç kullanımına rağmen hedef kan basıncı düzeyine ulaşılamaması
- Tedaviye uyumsuzluk ya da yetersiz tedavi nedeniyle gözlenen kan basıncı kontrolsüzlüğünün gerçek dirençli hipertansiyondan ayırt edilmesi gerekir.

- Yaklaşımları farklıdır

KONTROLSÜZ HİPERTANSİYON NEDENLERİ

Yalancı direnç

- KB Ölçüm tekniğinin yanlış olması
- Beyaz önlük etkisi
- Tedaviye uyumsuzluk

Yaşam tarzı

- Obezite
- Diyette tuz alımı
- Alkol tüketimi

İlaçlarla ilgili faktörler

- Yetersiz dozaj, uygunsuz doz aralığı
- Uygun olmayan kombinasyonlar
- İlaç etkileşimleri

İkincil Hipertansiyon

- Uyku apnesi
- Primer aldosteronizm
- Renal arter stenozu
- Renal parankimal hastalık
- Diğer

Yalancı direnç 1

Kan basıncının hatalı ölçülmesi

- Hastayı dinlendirmeden KB ölçümü
- Küçük manşon kullanılması

Yalancı direnç 2

Beyaz Önlük Etkisi

- Hastaların kan basınçlarının klinikte ölçüldüğünde yüksek, evde ya da diğer zamanlarda ölçüldüğünde normal bulunmasıdır.
- Görülme sıklığı %20-30
- Hastanede hafif yüksek kan basıncı ölçümü (diastolik kan basıncı 90-104 mmHg) yapılan hastaların %20-25'inde
- Diastolik kan basıncı 105 mmHg ve ≠ olanların %5'inden azında beyaz önlük hipertansiyonu gözlenmektedir.

Yalancı direnç 3

Tedaviye Uyumsuzluk

Uyumu Etkileyen Faktörler

Hasta

- Sosyal özellikler: Yaş, cins, ırk, sosyoekonomik durum, eğitim
- Psikolojik özellikler: Hastalığın kabullenilmemesi, ciddiyetinin farkında olunmaması, depresyon, diğer psikiyatrik bozukluklar; panik atak vb.

Hastalık

- Genellikle semptomsuz

Tedaviye uyumu etkileyen faktörler

- Terapötik ortam
- Doktorun yaklaşımı: Hasta doktor ilişkisi
- Uygun izlemin yapılmaması
- Tedavi
- İlaçlarla ilgili ön yargılar
- İlaç sayısı
- Yan etkiler
- Fiyat

İngiltere MediPlus Çalışması

- 10 222 hasta, yeni başlangıç antihipertansif tedavi
- Süre:6 aylık izlem
- İlaçlar: KKB, Beta bloker, Diüretik, ACEI
- 6 ay sonunda bu ilaçlara devam oranı %40-50 arasında
- 4 grup ilaç arasında farklılık yok
- İlaçların kesilme nedeni?

(Saskatchewan) Kanada Çalışması

1 yıllık izlem

- Yeni tanı hipertansiyon 27.364 hastada %78
- Eski tanı hipertansiyon 52.227 hastada %97
- Tedaviye yeni başlangıç uyumsuzluk için risk faktörü

Antihipertansif tedavi ile ilgili hasta görüşleri

Toplam 482 hasta

	Sayı(%)	Sayı(%)
• Kan basıncımı ilaçsız düşürmek istiyorum	383(85)	299 (66)
• İlaçlara hala ihtiyacım var mı ?	362(80)	165 (37)
• İlaçlar bana hissetmediğim zararları veriyor	365(81)	167 (37)
• İlaçların bana uzun vadede zarar vereceğine inanıyorum	360(79)	187 (41)

Tedaviye Uyumsuzluk nedenleri 14/33 Hasta

Antihipertansif tedaviye uyumsuzluk nedenleri	Sayı
• Yan etkiler ya da ilaca bağlı olduğu düşünülen semptomlar	7
• İlaçlara karşı tepki	4
• Hipertansiyonun semptomunun olmaması	3
• KB'nı normal kabul edip, ilacın gereksizliğine inanma	2
• Özellikle yolculuk ya da tatillerde ilacın yan etkisinden kaçınma	1
• Tedaviyi modifiye etme	1
• İlacı almayı unutma	1
• Bilinmeyen	1

Tedaviye Uyum nedenleri 19/33 Hasta

Antihipertansif tedaviye uyum nedenleri	Sayı
• Doktora güven	11
• Hipertansiyonun komplikasyonlarından kaçınma	
Spesifik: İnme, MI	7
• Nonspesifik: Kalp ve damarların korunması	3
• Erken ölüm korkusu	2
• Hipertansiyonun semptomlarından kaçınma	
• Baş ağrısı	3
• Çarpıntı	2
• Kendini iyi hissetmeme	2
• Yorgunluk	1
• İlaçlarla barışık olma	4
• Hastalığı kabullenme	1

Kanada Çalışması

682 hasta 18 ay izlem;

- 1.ay sonunda %11.9
- 3. ay sonunda %23.8
- 18.ay sonunda %43.3 tedaviyi bırakmış
- 424 hastada (%62) yan etki (+), 214 hasta YE nedeni ile ilacı bırakmış Yan etki tanımlayanlarda ilacı bırakma oranı 1.91 (%95 CI, 1.47-2.47) kat daha fazla
- İlaç:** ARB 33/82, ACEI: 171/382, KKB: 91/218
- Yan etki nedeniyle ilaç kesilmesinde fark yok

Saskatchewan (Kanada) Çalışması**22 000 yeni tanı hipertansif hasta**

Diüretik (9659 hasta), ACEI (7241 hasta), KKB (3305 hasta), Beta bloker (2713 hasta)

6 ay sonunda tedavi devamı %84

Diüretik %80, Beta bloker %85, KKB %86, ACEI % 89
Tedaviye uyum diüretik kullananlarda en kötü, ACEI kullanan hastalarda uyum daha fazla**Tedavi değişikliği**

6 ayda 1 kez ilaç değişiminde tedaviyi bırakma risk oranı 1.07(%95 CI 0.94-1.22)

2 kez ve _ ilaç değişiminde tedaviyi bırakma risk oranı 1.25(%95 CI 1.12-1.37)

Tedaviye uyumsuzluğa yol açan faktörler:

1. Seçilen antihipertansif ilacın türü
2. Demografik özellikler: Genç yaş, erkek cinsiyet
3. Tedavi değişikliği

Antihipertansif ilaçlara uyumu etkileyen faktörler

1000 hasta çapraz kesitsel çalışma

KB kontrolü (<140/90 mmHg) %20

Antihipertansif tedaviye uyum %15

İlaç değişikliği yapılmayanlarda % 95, ilaç değişikliği yapılanlarda %25 (p<0.001)

Yeterli doktor hasta ilişkisi olanlarda %43 olmayanlarda

%3.9 (p<0.001)

Tek ilaç alanlarda %37.8, birden fazla ilaç alanlarda %8.2 (p<0.005)

Almanya Çalışması

Antihipertansif ilaç değişikliği yapılan 1603 hasta ETKEN:

%48.4 Yetersiz KB kontrolü

% 30 Yan etkiler

%20 hasta hoşnutsuzluğu

%16.8 uyumsuzluk

%4.9 İlaç fiyatı

Antihipertansif tedavide gözlenen semptomlar

712 hipertansif hasta

Uyku hali %73

Halsizlik %57

Baş ağrısı %50

Bu etkiler ilaca bağlı olabilir mi? EVET

İlaçların bu etkileri yaptığı kesin mi ? BİLİNEMEZ

Hastalar çoğu zaman genel toplumda da sık görülen semptomları ilaca bağlı yan etki olarak tanımlayabilirler bu tür semptomlarla ilaç değişikliğine gidilmemeli

Çok Merkezli İsveç Çalışması

55 Birinci basamak sağlık merkezi, 11 İç Hastalıkları Kliniği

1013 ilaç kullanan hipertansif hasta,

135 ilaç kullanmayan hipertansif hasta

(En sık bildirilen semptom her iki grupta da baş ağrısı ve baş dönmesi

Tedavideki başarısızlığın nedenleri(Doktor ile ilişkili)

Hastayı hastalığın önemi ve riskleri konusunda yeterince bilinçlendirmeme

Hasta doktor ilişkisinin yetersiz olması

Klinisyenin yeterince etkin tedavi uygulamaması

Yaşam tarzı ile ilgili faktörler 1

Obezite:

KB kontrolü için daha fazla ilaç gerekli

Mekanizma:

Sodyum atılımında azalma,

Artmış sempatik sinir sistemi aktivitesi,

RAS aktivasyonu

Yaşam tarzı ile ilgili faktörler 2

Diyetteki tuz miktarı

Direk etkiyle KB'nı yükseltir

Antihipertansif ilaçların etkinliğini azaltır

Riskli Hastalar: Yaşlılar, KBH hastaları

Dirençli hipertansiyon olgularında 24 saatlik idrarda tuz atılım > 10 gr Nishizaka Mk.Am H Hypertens 2005

Yaşam tarzı ile ilgili faktörler 3

Aşırı Alkol tüketimi: Hipertansiyon riskini ve tedaviye direnci artırır.

Alkol tüketiminin bırakılması ile KB'da 7.2 / 6.6 mmHg düşme

Aguilera MT. Hypertension 1999

İlaç Etkileşimleri

Narkotik olmayan analjezikler (NSAI ilaçlar,aspirin, cox 2 inhibitörleri)

İştahı baskılayan ilaçlar

Sempatomimetikler

Nazal dekonjestanlar

Kokain

Kafein

Oral Kontraseptifler

Adrenal steroidler

Meyan kökü (licorice)

Siklosporin, takrolimus

Eritropoetin

Antidepresanlar

İlaç Etkileşimleri

Narkotik olmayan analjezikler: Kişilere göre değişkenlik gösterir.

NSAI'lar, aspirin, asetaminofen en sık kullanılan ve dirençli HT'a yol açan ilaçlar



Böbreklerde renal PGE2 ve PGI2 yapımını inhibe ederek sodyum ve su tutulumuna yol açarlar

Etkileri:

NSAI'lerle OAB'da 5 mmHg yükselme (Sıvı yüklenmesi) Johnson AG Ann Intern Med 1994

Antihipertansif ilaçların etkinliğinde azalma (ACEI,ARB, Diüretik, Beta bloker)

Yaşlılar, Diyabetik hastalar ve KBH hastalarında risk fazla

Diyabetes mellitus

Diyabetes mellitus hipertansiyon birlikteliği sık Diyabetik hastalarda KB kontrolü güç

Hedef KB'na ulaşmak için gerekli ilaç sayısı 2.8-4.2 Bakris GL.Arch Intern Med 2001

Mekanizma: İnsülin direncine bağlı artmış SSS aktivitesi, vasküler düz kas hücre proliferasyonu, artmış sodyum geri emilimi

İKİNCİL HİPERTANSİYON(%5-10) Gerçek prevalans ?**Sık Görülenler**

- Primer aldosteronizm
- Uyku apnesi
- Renal arter stenozu
- Renal parankimal hastalık

Nadir görülenler

- Feokromasitoma
- Cushing Hastalığı
- Hiperparatiroidizm
- Aort kortasyonu
- Kafa içi tümör
- Tiroid hastalıkları (hipotiroidizm-hipertiroidizm)
- Primer Hiperaldosteronizm
- Hipertansif olguların Geçmişte; %0.1-%0.5
- Günümüzde; %6-10

İKİNCİL HİPERTANSİYONUN EN SIK NEDENİ

- Açıklanamayan hipokalemi,
- Kas güçsüzlüğü, poliüri
- Dirençli hipertansif olguların %17-23'ünde (+) Calhoun DA. Hypertension 2002, Gallay BJ. A J Kidney Dis 2001
- Eide IK J Hypertens 2004
- Neden Sıklığında artma var?
- Obezitede AT2'den bağımsız olarak yağ dokusundaki serbest yağ asitlerinin aldosteron salınımını uyarması
- Uyku apnesi bulunanlarda dirençli hipertansif olgularda aldosteronun fazlalığı Engeli S Hypertension 2005, Goodfriend TL Prostaglandins Leukot Essent Fatty acids 2002, Calhoun DA Chest 2004
- Obezite insidansındaki artış hiperaldosteronizmdeki artışın nedeni olabilir mi?

Kombinasyon tedavisi

- Farklı gruptan ilaçların kombinasyonu KB kontrol oranını arttırmakta
- Tercih ilaç kombinasyonlarından bir tanesinin diüretik olması
- 3'lü kombinasyonda tercih
- ACEI veya ARB + Tiyazid Diüretik + KKB
- 3 ve > kombinasyonlarda hastanın ilaçlarla ilgili deneyimleri, yan etkiler ve ilaçlara toleransı, eşlik eden hastalıklar gözönünde bulundurulmalı
- Calhoun DA. Circulation 2008
- Uzmana yönlendirme
- 6 ay süreyle tedaviye rağmen KB kontrol altına alınamayan olgular
- İkincil hipertansiyon bulunan olgular

1- Prediyaliz Hastalarında Anemi Konulu Eğitim Toplantısı

27 Şubat 2009, Prof. Dr. Şehsuvar ERTÜRK'ün oturum başkanlığı ile ve Doç. Dr. Sim Kutlay'ın anlatımları ile verimli bir toplantı olmuştur.



2- Türk Nefroloji Derneği Transplantasyon Eğitim Toplantısı, Conrad Otel - İstanbul, 27-28 Şubat 2009

27 Şubat 2009: Açılış: Böbrek Transplantasyonu Endikasyon ve Kontraindikasyonları, Hastaların Transplantasyona Hazırlanması: Dr. Aydın Türkmen, Böbrek Transplantasyon Cerrahisi Erken Dönem Hasta Takibi: Dr. Alp Gürkan, Rejeksiyonlar: Mekanizmaları, tipleri, tanı ve tedavi yöntemleri: Dr. Kenan Keven, Pratikte immunsupresif Tedavinin Düzenlenmesi: Dr. Mehmet Şükrü Sever, 28 Şubat 2009, Transplantasyon Sonrası Erken ve Geç Dönem Hasta İzlemi: Dr.

Hüseyin Töz, Transplantasyon Sonrası Maligniteler: Dr. Turgay Arınsoy, Transplantasyon Sonrası Enfeksiyonlar: Dr. Nurhan Seyahi, Transplantasyon Sonrası Kardiyovasküler ve Lokomotor Sistem Komplikasyonları: Dr. Gültekin Süleymanlar, Transplantasyon Sonrası Diğer Komplikasyonlar: Dr. Ali Çelik, Kronik Allograft Disfonksiyonunun Önlenmesi ve Tedavisi: Dr. Murat Tuncer

3- Yoğun Bakım Hastalarında Akut Böbrek Yetersizliği 07 Mart 2008



Kocaeli Üniversitesi / TND İstanbul Şubesi, 07 Mart 2008 Cumartesi, Kocaeli Üniversitesi Uygulama Otel - Derbent / Kocaeli: Program: Açılış, Panel 1: Akut Böbrek Yetersizliği, Tanım, Sınıflama, Erken Tanı Biomarkerleri: Nahit Çakar, Yoğun Bakımda Akut Böbrek Yetersizliği Nedenleri: Dr. Hüseyin Öz, Panel 2: Yoğun Bakım Hastasında Akut Böbrek Yetersizliği Tanı Kriterleri: Dr. Aykut Sifil, Yoğun Bakım Hastasında Akut Böbrek Yetersizliği Risk Faktörleri: Dr. İtir Yeğenağa, Panel 3: Yoğun Bakımda Akut Böbrek Yetersizliği Olan

Hastanın Beslenmesi: Dr. Nur Baykara, Yoğun Bakım Hastalarında Akut Böbrek Yetmezliği Nedeni Olarak Sepsis ve SIRS- (Yeni Tanımlama- Tanı ve Tedavi Yaklaşımları): Dr. Atahan Çağatay, Diyaliz Yöntemleri Dışındaki Medikal Tedaviler: Dr. Belda Dursun, Konferans:



Yoğun Bakımda Diyaliz Tedavileri: Dr. Raymond Vanholder, Uygulama

4- Türk Nefroloji Derneği'nin Şubelerinde Yapılan Kongreler 08 Mart 2008

TND-Antalya Şubesi'nin 2009 Akdeniz Bölgesi Eğitim Toplantıları'nın ikincisi 8 Mart 2009 Pazar günü tarihinde gerçekleştirilmiştir. Değerlenen konular şunlardı: Temel Hemodiyaliz Kursu-2: Hemodiyaliz yeterliliği ve KT/V hedefinin gerçekleştirilmesinde hemşirenin rolü (Hem. Muradiye Akbulut), Diyaliz Hastalarının transplantasyona hazırlanması (Doç. Dr. Sema Akman), Hemodiyalizde diyalizör ve solüsyon kullanımının bireyselleştirilmesi (Doç. Dr. Ramazan Çetinkaya), Dünya

Böbrek Günü ve önemi (Prof. Dr. Gültekin Süleymanlar), Üremik hastalarda anemi, enflamasyon ve anemi (Prof. Dr. F. Fevzi Ersoy), SDBY hastalarında anemi tedavisi prensipleri ve IV demir kullanımı (Doç. Dr. Serap Demir).

- TND Konya Şubesi 12 Mart Dünya Böbrek Günü'nü 150 kişilik bir katılımı kutlamıştır.

5- Diyaliz Hastalarında Malnutrisyon ve Tedavi Yaklaşımları 20 Mart 2008



20 Mart 2009 tarihinde Ankara Limak Ambassade Otel'de Doç. Dr. Ülver DERİCİ'nin konuşmacı olarak yer aldığı 'Diyaliz Hastalarında Malnutrisyon ve Tedavi Yaklaşımları' başlıklı eğitim toplantısı düzenlenmiştir.



6- Türk Nefroloji Derneği- Nefroloji Kış Okulu, 25-27 Mart 2009

Türk Nefroloji Derneği ev sahipliğinde Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi tarafından bu yıl 8.ncisi düzenlenen Nefroloji Kış Okulu, 25-28 Mart 2009 tarihlerinde Kapadokya Dedeman Otel'i'nde gerçekleştirildi.

Nefroloji Kış Okulu açılışında konuşan Türk Nefroloji Derneği Başkanı Prof. Dr. Gültekin Süleymanlar konuşmasında " Son

yıllarda birçok tıp alanında olduğu gibi, nefroloji ve diyaliz alanında da önemli gelişmeler olmuştur. Kronik böbrek hastalığı ve diyaliz hastalarının tanı ve tedavisini olumlu yönde etkileyen bu gelişmelerin hekimlerin günlük uygulamalarına yansıtılması eğitim kurumlarımızın en önemli görevleri arasındadır. Bu bağlamda, Türk Nefroloji Derneği'nin düzenlediği Nefroloji Kış Okullarının ülkemizde böbrek hastalıkları ve diyalizle uğraşan hekimlerin sürekli eğitimine katkıda bulunan en önemli kurumsallaşmış faaliyet olduğunu söylemek sanırım yanlış olmaz. Nefroloji

Kış Okulunda tıp fakülteleri ve eğitim hastanelerinden gelen değerli öğretmenler hem temel bilgilerin gözden geçirilmesini, hem de son gelişmeler ışığında bilgilerin güncellenmesi sağlayacaklardır. Böylece, ülkemizdeki sayısı 800'e ulaşmış hemodiyaliz merkezlerinde hizmet veren diyaliz hekimlerinin günlük pratikte sık karşılaştıkları sorunlarla baş etme yetilerinin geliştirilmesine katkı sağlanmış olacaktır. Bu eğitim çalışmalarının, ülkemizde diyaliz tedavilerinin kalitesinin artmasında belirleyici faktör olduğu düşüncesindeyiz. Derneğimizin düzenlediği kongre ve kış okullarına katılımın, diyaliz yönetmeliğinde tanımlanan resertifikasyon değerlendirilmesinde diyaliz hekimlerine önemli kredi puanı olarak da katkı sağlayacağını belirtmek isteriz" dedi.



Bu yıl düzenlenen Nefroloji Kış Okulu sosyal ve bilimsel programı Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı adına Prof. Dr. Bülent Erbay başkanlığında organizasyon komitesi tarafından gerçekleştirildi. İki gün süren bilimsel oturumlara ülkemizin her yöresinden 600'ün üzerinde hekim katılmış, nefroloji alanındaki güncel gelişmeler 3 konferans, 6 panel, 4 uzmanına danış oturumu ve iki uydu sempozyumda derinlemesine tartışılmıştır. 613 kişi oldu, 487 hekim 102 firma 24 refakatçi idi.



1 Nisan 2009'dan Sonra Yapılacak Önemli Kongre ve Toplantılar

- 1- 6. Metabolik Sendrom Sempozyumu, 8-12 Nisan 2009, Antalya
- 2- Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği Adana Bölge Toplantısı, 11 Nisan 2009, Hilton Otel, Adana.
- 3- Türk Nefroloji Derneği Renal Anemi Çalışma Grubu Sürekli Eğitim Toplantısı 11 Nisan 2009 Cumartesi, Edirne
- 4- Polikistik Böbrek Hastalığı Çalışma Grubu Toplantısı, 16-18 Nisan 2009, Çanakkale Kolin Hotel
- 5- IPTA 5- Congress on Pediatric Transplantation, İstanbul, Turkey, April 18-21, 2009.
- 6-11. Ulusal Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Kongresi, 13-17 Mayıs 2009, Susesi Otel, Antalya
- 7-10th IFKF International Meeting, 17 to 20 May 2009, İstanbul, Turkey
- 8-World Congress of Nephrology 2009, Milan, Italy, 22-26 May 2009
- 9-19th European Meeting on Hypertension, 12-16 June 2009, Milan, Italy
- 10- 2nd Congress of International Society for Hemodialysis 2009, From Hemodialysis to ICU, 28-30 August 2009, Hong Kong Convention and Exhibition Centre
- 11- 43rd Annual Scientific Meeting of the European Society for Pediatric Nephrology, A Joint Meeting with the Renal Association, 2-5 September 2009, University of Birmingham, UK.
- 12- 26. Ulusal Nefroloji, Hipertansiyon, Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi, 18-22 Kasım 2009

Aranesp®

(darbepoetin alfa)



 Eczacıbaşı

Eczacıbaşı İlaç Pazarlama

Renaliz 1999-2009

Sayın Hocam, 10 yıldır yayında olan ve nefroloji camiası içindeki haberleşme ve iletişim boşluğunu dolduran Renaliz Gazetesi yayımı ve Vakfınızın toplumumuza sağlamış olduğu değerli katkılar için sizi kutluyorum. Bu önemli bültenin gelecekte de artan bir başarı grafiği çizeceğinden emin olarak Türk Nefroloji Derneği olarak saygılarımızı sunuyorum.

Prof. Dr. Gültekin Süleymanlar
TND Başkanı

Sevgili Hocam Renaliz gazetesinin 10.yılıni kutlar, böyle güzel bir yayın organını nefroloji camiasına kazandırdığınız için size ve ekibinize saygılar sunarım.
Prof. Dr. Şükrü Sindel
Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği Başkanı

Ayla abla, Renaliz gerek Nefroloji eğitiminde gerek sanat konusunda çok değerli hizmetler verdi. Türkçemize gösterilen özen en güzeliydi. Ayrıca bu konuda etkin işlevler gördü. Senin çalışan, azimli, sanatsever yurtsever duruşun orda her bakımdan ifadesini buldu.Kutluyorum
Prof. Dr. Taner Çamsarı

Aylacığım bende seni tebrik ediyorum, Renaliz ile daha nice 10 yıllar birlikte olmanı vebizlere ulaştırmanı dilerim . Benim yeni mail adresim budur. sonsuz sevgilerimle
Prof. Dr. Emel Akoğlu

Sayın Prof. Dr. Ayla San, Aziz Arkadaşım, Renaliz, Türk Nefroloji camiasının birleştirici-kadirşinas-bilime ve nefroloji eğitimine katkı veren özelliklerinin yanı sıra; 'Ayla San' ile özdeşleşmiş, Erzurum'dan on yıllar önce başlayan Türk Nefrolojisinin ve Türk kadınının da bir başarı-mücadele-dostluk tarihi belgesidir. Çok değerli arşivimizdir. Nice yıllara başarılarınızın-Renaliz'in devam etmesi dileği ile tebriklerimi, sevgi ve saygılarımı sunarım.
Prof. Dr. Ayfer Gür Güven

Sevgili Ayla Abla, büyük bir gayret ve başarı oluşturduğunuz gazetenizin 10. yılında sizi kutluyor. Daha önce 10 yıllarda gazetenizi yayımlayabilmenizi ve Sağlıklı, mutlu ve güzel bir yaşam diliyorum. Saygılarımla
Prof. Dr. Saime Paydaş

Ayla Abla tebrikler. Gazeteniz sizinle 25. yılında da bu güzelliğiyle devam edeceğine inanıyoruz.
Prof. Dr. Cengiz Utaş

Çok kıymetli Hocam, Renaliz nefroloji camiasının gerçekten vazgeçilmezi oldu. Büyük bir eksikliği mükemmel biçimde dolduruyor. Çok büyük emek ve göz nuru verdiğinizizi yakinen biliyorum. Camiamızdaki her kesime hitap ediyor. Herkes renalizde kendinden bişeyler bulabiliyor. Bu güzelliklerin devam etmesi konusunda göstermiş olduğunuz fedakarlıklar için size, camiadan birisi olarak en içten teşekkürlerimizi sunuyor, Renalize yayın hayatında daha nice 10 yıllar diliyorum.
Prof. Dr. H. Zeki TÖNBUL
Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

Başarılı ve Nefroloji camiasına oldukça verimli çalışmalarınızın devamını diler, saygılarımı sunarım
Prof. Dr. Yasemin Erten

Sayın Hocam, Renaliz'in 10. yılını kutluyorum. Daha nice on yıllara bu güzel çalışmanızın ve çalışmalarınızın devam etmesini diliyorum. Sayın Hocam saygı ve selamlarımı sunuyorum.
Doç. Dr. Ramazan Çetinkaya

Sayın Hocam, Tebrik ediyor, başarılarınızın devamını diliyoruz.
Doç. Dr. Ahmet Uğur Yalçın

Ayla Abla Ülkemizin farklı bölgelerindeki nefroloji ailesinin bireylerinin gerçekleştirdiği sosyal,sanatsal ve bilimsel aktiviteleri daha nice 10 yıllar Renaliz'de okumak dileğiyle, saygılarımla
Doç. Dr. Ekrem DOĞAN
KSÜ-Nefroloji, K.Maraş

Çok Değerli Hocam, Nefroloji camiasındaki iletişimi çok başarılı bir şekilde gerçekleştiren "Renaliz" dergisinin 10. yılını kutlar, nice 10 yıllar dilerim. Saygılarımla
Doç. Dr. Mansur Kayataş

Sayın Ayla Hocam, nice 10 yıllara diyor. Emeklerinizi ve her renaliz sayısında nefroloji hemşirelerine ayırdığınız köşe için teşekkür ediyor, en içten saygı ve sevgilerimi sunuyorum
Birsen Yürügen
Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Başkanı

Sayın Ayla Hocam, Türk Nefroloji Hemşireleri olarak,her sayıyı nefroloji ailesi için taze bir nefes olan Renaliz Gazetesinin 10.yılıni tebrik ediyoruz. Her geçen gün biraz daha büyüyen bu camiada; iletişim içinde olmamızı sağlamasından, kıymetli bilgilere ulaşmamıza aracı olmasından, bize ayırdığı köşede kendimizi anlatma ve tanıtmaya fırsatı sunmasından ve diğer değerli katkılarından dolayı Renaliz Gazetesine teşekkür ediyor, sizi ve bu güzel yayında emeği olanları kutluyor, saygılarımızı sunuyoruz. Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Yönetim Kurulu Adına
Rabia Papila

Sevgili Ayla Abla, Özverili çalışmanızı kutluyorum ve herkesin iyi dileklerini paylaşıyorum. Saygılarımla...
Prof. Dr. Seza ÖZEN

Renaliz dergisinin 10.yılı için de mesajım olacak: Renaliz dergisi nefroloji camiasındaki ulusal ve uluslararası haberleri gerek içeriği, gerekse formatı ile okuyucuya en güzel şekilde aktaran bir dergidir. Bunun yanı sıra güncel konularla ilgili konferans ve konuşma slaytlarına yer verilmesi toplantılara katılamamış meslektaşlarımız için eşsiz bir fırsattır. Bu yönleriyle Renaliz dergisi, nefroloji camiasında çok önemli bir yere gelmiştir. Derginin bu seviyeye gelmesinde göstermiş olduğu özverili çabalardan ötürü Sayın Prof. Dr. Ayla San'ı kutluyor ve başarılarının devamını diliyorum.
Doç. Dr. Fatih Öztunç
Hacettepe Üniversitesi Pediatrik Nefroloji Ünitesi

Sevgili Ayla Abla, Ülkemiz nefroloji tarihine yaptığımız değerli katkılarınız ve Renaliz gazetesinin 10. yaş günü nedeniyle sizi ve şahsınızda emeği geçen tüm ekibinizi kutlar,nice yıllar dileğiyle saygı ve sevgilerimi sunarım.
Ruhan Düşünsel
Erciyes Üniv. Tıp Fak.

Değerli Arkadaşlarım, Şahsıma ve gazeteme gösterdiğiniz yakın ilgi ve sevgi beni daha güzel, daha verimli işler yapmak için etmektedir. Türk Nefroloji Topluluğu'na en iyi sunmak için elimden geleni yapacağıma sizlere söz veriyorum.
Prof. Dr. Ayla SAN

Gazetemiz 10 Yaşında

referans olarak hepimizin kullandığı Nefrolojinin ve diyalizin tarihçesini kitaplaştırıp bizlere sunan yine sizsiniz. 10 yıldan beri de Renaliz ile camiamızın günlük bilimsel ve sosyal hayatına ışık tutmakta ve ayna olmaktadır. Bu vesileyle Tarihimizi her yönüyle, her detayıyla retrospektif değil ve fakat günü gününe, canlı olarak yazmaktasınız. Sağ olun, daha nice yıllar bizlere bu güzellikleri sunmaya, içimizi ısıtmaya devam edin. Çok Sevgiler,
Kamil Serdengeçti

Sevgili Ayla Hocam, siz olmasaydınız Nefroloji camiamız ne yapardı? Türkiye'de Ulusal Kongreleri başlatanlardan biri sizsiniz. Gerektiğinde

Değerli hocam, Çalışkan, ülkesi için her zaman iyi işler yapmak için çırpınan, hep daha iyiyi elde etmeyi hedefleyen, enerjik, kendisini nefrolojiye adanmış olan ve hocam olmasından büyük onur duyduğum Ayla hocamın yapmış olduğu güzel hizmetlerden birisi olan Renaliz Gazetesinin nice 10 yıllarca Türk Nefrolojisine hizmet etmesi dileklerimizle...
Prof. Dr. N. Yılmaz SELÇUK

Sevgili Ayla Abla, Sizi yürekten kutluyorum. Nice güzel, başarılı 10 yıllara...
Prof. Dr. Semra Bozkafioğlu

Sevgili Ayla Tüm katkılarını için teşekkür ediyor devamını ve başarılarını diliyorum. Sevgilerimle
Prof. Dr. Bülent Erbay

Sayın Hocam, Renaliz ile Nefroloji Camiasına yaptığınız çok değerli katkılardan dolayı sizi ve ekibinizi tebrik eder , Renaliz' in nice 10 yıllara ulaşmasını dilerim
Prof. Dr. Turgay Arınoy

Sevgili Ayla abla ben de seni tebrik ediyorum. Nice 10 yıllara, sevgilerle..
Prof. Dr. İtör Yegenaga

Ayla Hocam, Selamlar.Renaliz'i çok beğendiğimizi belirtmek isterim. hem eğitici, hem de sosyal yönden gayet yararlı. Böyle bir dergi çıkartığınız için sizi kutlarım.
Prof. Dr. Mehmet Şükrü SEVER

Sevgili Ayla Abla, Elinize, emeğinize sağlık! Bu çok özel ve güzel çabanızın daha nice 10 yıllar devamı dileğimle.
Prof. Dr. Lale Sever

Değerli Ayla Hocam, Renalizin Türkiye'deki nefroloji bilgi birikimi yanısıra Nefro-Sanat açısından yaptığı katkıları da unutmamak gerekiyor. Hepsini için çok teşekkürler. Saygılarımla,
Prof. Dr. F. Fevzi Ersoy

Ayla Hocama sağlıklı nice 10 yıllara dileğimle saygılarımı sunarım.
Prof. Dr. Hüseyin Çeliker

Sevgili Ayla abla Renalizi Nefroloji camiasına kazandırdığınız ve 10 yıldır sürdürdüğünüz için size gönülden kutluyor, çalışmalarınızda başarılar diliyorum. Sevgiler
Prof. Dr. Rezzan Topaloglu

Sayın Prof. Dr. Ayla San Renaliz gazetesinin yayınlanmasında ve hazırlanmasında gösterdiğiniz özverili çalışmalarınızdan dolayı sizi kutlar, başarılar dilerim.
Prof. Dr. Nesrin Beşbaş

Ayla Abla, Bitmek tükenmek bilmeyen enerjinizin daha nice 10 yıllar sürmesi dileğiyle.
Prof. Dr. Necla Buayan

Sevgili Hocam, Renaliz biz nefrologların faaliyetlerini paylaşma alanı olarak hepimiz için ayrı bir yere sahip. Pekçok profesyonel derginin yakalayamadığı 10. yaşa ulaşma başarısı nedeniyle, başta siz olmak üzere tüm ekibinizi içtenlikle kutluyorum. Sevgi ve saygılarımla,
Prof. Dr. Fehmi Akçiçek