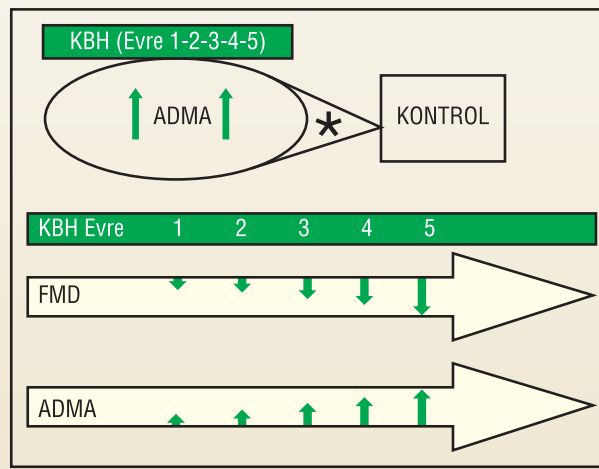


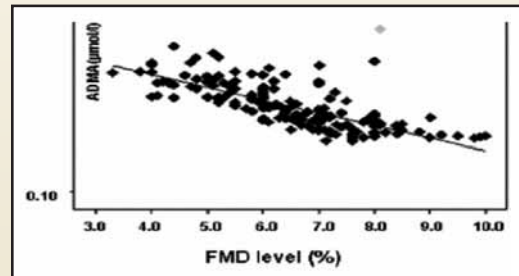
## TÜBİTAK ÖDÜLÜ GETİREN ÇALIŞMALAR

## The Determinant of Endothelial Dysfunction in CKD: Oxidative Stress and Asymmetric Dimethylarginine



Mahmut Ilker Yilmaz, MD. Mutlu Saglam, MD. Kayser Caglar, MD. Erdinc Cakir, MD.  
Alper Sonmez, MD. Taner Ozgurtas, MD. Ahmet Aydin, MD. Tayfun Eyileten, MD.  
Omer Ozcan, MD. Cengizhan Acikel, MD. Mustafa Tasar, MD. Gultekin Genctoy, MD.  
Kemal Erbil, MD. Abdulgaffar Vural, MD. and Carmine Zoccali, MD

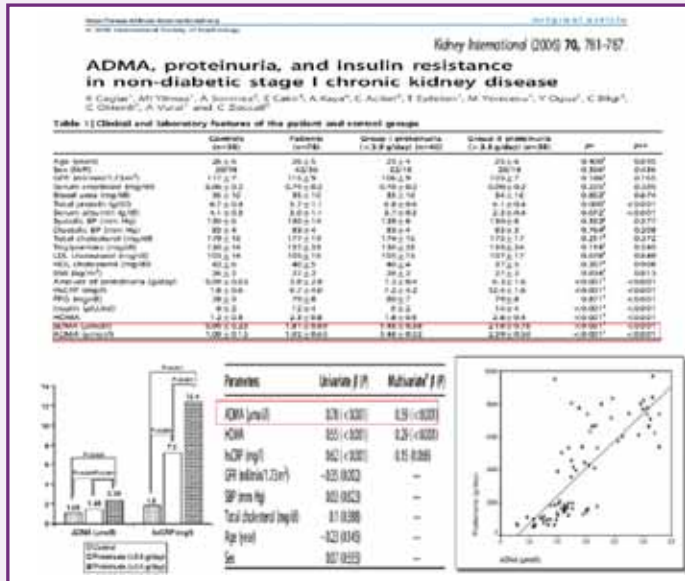
Am J. Kidney Dis. 2006 Jan; 47 (1): 42-50



transplant sonrasında ilişkili olduğu gösterilmiştir. Böylece endotel disfonksiyonunun, transplant sonrası ADMA ve hsCRP düzeylerindeki düşüşün eşilik ettiği erken dönemden itibaren iyileşmeye başladığı ilk olarak gösterilmiştir (21).

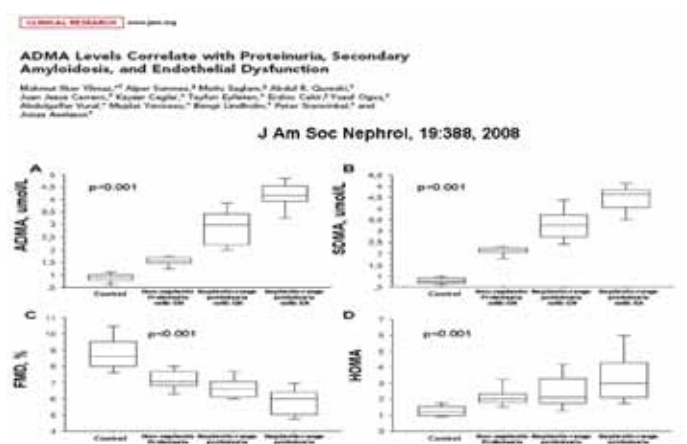
ADMA düzeylerini, L-arginin/ADMA oranını ve (brakiyal arter akımı aracılığıyla vazodilatasyonla) endotelial fonksiyonu değerlendirdik. Değerlendirmeye alınan hastalar primer glomerülofrit (GN) veya Sekonder Amiloidoz nedeniyle değişik derecelerde proteinürisi olan kronik böbrek hastalarıdır ve bu hastalar sağlıklı bir kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır. İlk defa sekonder amiloidoza bağlı nefrotik sınırlar içinde proteinürisi olan bir hasta grubunu çalışmaya dahil etmek ve bu hastaların benzer derecede bir proteinüri, kıyaslanabilir bir metabolik profil ve özdeş düzeyde inflamasyona rağmen anlamlı ölçüde daha kötü bir endotel fonksiyonuna sahip olduğunu gösterdik. Bu çalışmada FMD ile dolaşımdaki metilargininler ve proteinüri arasında bağımsız bir ilişki bulunduğundan, biz artmış metilarginin konsantrasyonlarından kaynaklanan endotel disfonksiyonun proteinürik hastalarda, özellikle amiloidozlu olanlarda kardiyovasküler hastalık riskinin yükselmesine katkıda bulunan bir faktör olabileceğini varsayımını ortaya atıyoruz (23).

Yaptığımız çalışmalar ile KBH olan hastalarda ADMA düzeylerinin yüksek olarak saptandığı ve böylece ADMA ve FMD arasında da güçlü bir negatif korelasyonunun varlığından hareketle kan basıncı yüksek olan hastalarda endotel fonksiyon ölçümünün dolaşımdaki bir belirteç olan ADMA ile yapılabileceği kolay ve uygun bir yol olarak görülmektedir.



Diğer çalışmamız ile de KBH'nın oluşmasında ve ilerlemesinde önemli yer tutan proteinürinin ADMA ile ilişkisi saptanmaya çalışılmıştır. Bu çalışma ile de ilk kez diğer risk faktörlerinden bağımsız olarak ADMA'nın proteinüri ile dirket olarak ilişkili olduğu saptanmıştır (15).

Bir çalışmamızda da proteinürik KBH'larında RAS blokajının endotel fonksiyonu ve ADMA düzeylerine olan etkilerini araştırdık. Hem ACE inhibitörü hem de AT II reseptör blokleri olan iki ilacın bozulmuş olan endotel fonksiyonu (Azalmış FMD) ile yükselmiş olan ADMA düzeylerini 12 haftalık tedavi sonrasında FMD düzeylerini artırdığı, ADMA düzeylerini de düşürdüğü ilk olarak gösterilmiştir (22). Son çalışmamızda ise Kesitsel bir çalışmada biz CVD risk faktörlerini, serum



## Improving Proteinuria, Endothelial Functions and Asymmetric Dimethylarginine Levels in Chronic Kidney Disease: Ramipril versus Valsartan

Mahmut Ilker Yilmaz<sup>a,f</sup> Mutlu Saglam<sup>b</sup> Alper Sonmez<sup>c</sup> Kayser Caglar<sup>a</sup>  
Erdinc Cakir<sup>d</sup> Yasemin Kurt<sup>d</sup> Tayfun Eyileten<sup>a</sup> Mustafa Tasar<sup>b</sup>  
Cengizhan Acikel<sup>e</sup> Yusuf Oguz<sup>a</sup> Abdulgaffar Vural<sup>a</sup> Mujdat Yenicesu<sup>a</sup>  
**Blood Purification; 2007; 25(4):327-335**

**Blood Purification; 2007; 25(4):327-335**

|                                  | Group I<br>ACE inhibitor (ramipril)<br>n = 32 (16 M, 16 F), 5 mg/day |                  | Group II<br>AT II blocker (valsartan)<br>n = 34 (17 M, 17 F), 160 mg/day |                 |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------|
|                                  | baseline                                                             | 3 months         | baseline                                                                 | 3 months        |
| eGFR, ml/min/1.73 m <sup>2</sup> | 44.00 ± 11.79                                                        | 41.87 ± 11.67    | 39.79 ± 11.51                                                            | 38.47 ± 11.54   |
| ADMA, μmol/l                     | 1.52 ± 0.24                                                          | 1.13 ± 0.18*     | 1.57 ± 0.31                                                              | 1.17 ± 0.25*    |
| SDMA, μmol/l                     | 1.63 ± 0.22                                                          | 1.52 ± 0.24*     | 1.66 ± 0.28                                                              | 1.56 ± 0.27*    |
| L-Arginine, μmol/l               | 81.1 ± 10.2                                                          | 91.5 ± 8.9*      | 82.0 ± 7.5                                                               | 85.3 ± 10.6     |
| L-Arginine/ADMA ratio            | 57.1 ± 13.7                                                          | 83.8 ± 22.7*     | 54.3 ± 13.9                                                              | 77.9 ± 28.1*    |
| hsCRP, mg/l                      | 12.34 ± 1.99                                                         | 7.81 ± 2.24*     | 12.90 ± 4.49                                                             | 7.17 ± 3.58*    |
| SBP, mm Hg                       | 154.84 ± 7.84                                                        | 131.87 ± 7.85*   | 151.55 ± 7.02                                                            | 135.94 ± 9.17*  |
| DBP, mm Hg                       | 94.59 ± 2.90                                                         | 86.56 ± 4.33*    | 91.41 ± 2.65                                                             | 88.47 ± 3.13*   |
| FPG, mg/dl                       | 84.75 ± 5.80                                                         | 69.43 ± 6.49*    | 90.47 ± 4.46                                                             | 70.38 ± 5.64*   |
| Insulin, μU/ml                   | 5.20 ± 1.11                                                          | 4.13 ± 0.97*     | 5.01 ± 1.00                                                              | 4.55 ± 1.49*    |
| HOMA                             | 1.08 ± 0.24                                                          | 0.71 ± 0.19*     | 1.12 ± 0.22                                                              | 0.79 ± 0.26*    |
| Proteinuria, mg/day              | 1,485.31 ± 286.66                                                    | 697.34 ± 221.31* | 1,481.47 ± 409.98                                                        | 957.64 ± 361.56 |
| NMD, %                           | 12.86 ± 0.42                                                         | 12.93 ± 0.52*    | 12.80 ± 0.52                                                             | 13.00 ± 0.59*   |
| FMD, %                           | 7.07 ± 0.44                                                          | 8.25 ± 0.74*     | 6.43 ± 0.55                                                              | 7.67 ± 0.79*    |

## KAYNAKLAR

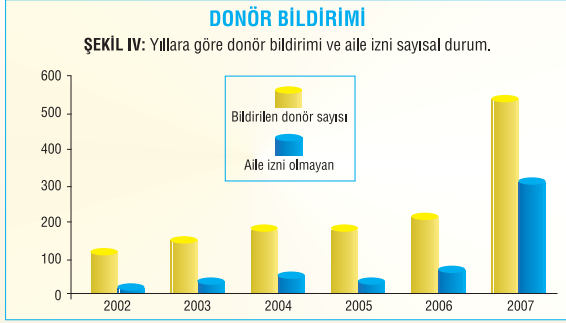
- 1- Annuk M, Soveri I, Zilmer M, Lind L, Hulthe J, Fellstrom B. Endothelial function, CRP and oxidative stress in chronic kidney disease. *J Nephrol* 2005; 18(6):721-726.
- 2- Vallance P, Leone A, Calver A, Collier J, Moncada S. Accumulation of an endogenous inhibitor of nitric oxide synthesis in chronic renal failure. *Lancet* 1992;339(8793):572-575.
- 3- Cooke JP. Does ADMA cause endothelial dysfunction? *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2000;20(9):2032-2037.
- 4- Landmesser U, Hornig B, Drexler H. Endothelial function: a critical determinant in atherosclerosis? *Circulation* 2004;109(21 Suppl 1):II27-33.
- 5- Boger RH, Bode-Boger SM, Szuba A, et al. Asymmetric dimethylarginine (ADMA): a novel risk factor for endothelial dysfunction: its role in hypercholesterolemia. *Circulation* 1998;98(18):1842-1847.
- 6- Sydow K, Munzel T. ADMA and oxidative stress. *Atheroscler Suppl* 2003;4(4):41-51.
- 7- Yilmaz MI, Saglam M, Caglar K, et al. The determinants of endothelial dysfunction in CKD: oxidative stress and asymmetric dimethylarginine. *Am J Kidney Dis* 2006;47(1):42-50.
- 8- Slaghekke F, Dekker G, Jeffries B. Endogenous inhibitors of nitric oxide and preeclampsia: a review. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2006;19(8):447-452.
- 9- Dayal S, Lentz SR. ADMA and hyperhomocysteinemia. *Vasc Med* 2005;10 Suppl 1:S27-33.
- 10- Stuhlinger MC, Abbasi F, Chu JW, et al. Relationship between insulin resistance and an endogenous nitric oxide synthase inhibitor. *Jama* 2002;287(11):1420-1426.
- 11- Boger RH, Bode-Boger SM, Thiele W, Junker W, Alexander K, Frolich JC. Biochemical evidence for impaired nitric oxide synthesis in patients with peripheral arterial occlusive disease. *Circulation* 1997;95(8):2068-2074.
- 12- Surdacki A, Nowicki M, Sandmann J, et al. Reduced urinary excretion of nitric oxide metabolites and increased plasma levels of asymmetric dimethylarginine in men with essential hypertension. *J Cardiovasc Pharmacol* 1999;33(4):652-658.
- 13- Zoccali C, Maas R, Cutrupi S, et al. Asymmetric dimethyl-arginine (ADMA) response to inflammation in acute infections. *Nephrol Dial Transplant* 2007;22(3):801-806.
- 14- Krzyzanowska K, Mittermayer F, Schnack C, Hofer M, Wolzt M, Scherthaner G. Circulating ADMA concentrations are elevated in hypopituitary adults with and without growth hormone deficiency. *Eur J Clin Invest* 2005;35(3):208-213.
- 15- Caglar K, Yilmaz MI, Sonmez A, et al. ADMA, proteinuria, and insulin resistance in non-diabetic stage I chronic kidney disease. *Kidney Int* 2006;70(4):781-787.
- 16- Usui M, Matsuoka H, Miyazaki H, Ueda S, Okuda S, Imaizumi T. Increased endogenous nitric oxide synthase inhibitor in patients with congestive heart failure. *Life Sci* 1998;62(26):2425-2430.
- 17- Valkonen VP, Paiva H, Salonen JT, et al. Risk of acute coronary events and serum concentration of asymmetrical dimethylarginine. *Lancet* 2001;358(9299):2127-2128.
- 18- Cross JM, Donald A, Vallance PJ, Deanfield JE, Woolfson RG, MacAllister RJ. Dialysis improves endothelial function in humans. *Nephrol Dial Transplant* 2001;16(9):1823-1829.
- 19- Vallance P. Importance of asymmetrical dimethylarginine in cardiovascular risk. *Lancet* 2001;358(9299):2096-2097.
- 20- Yilmaz MI, Saglam M, Caglar K, Cakir E, Sonmez A, Ozgurtas T, Aydin A, Eyleten T, Ozcan O, Acikel C, Tasar M, Gencotay G, Erbil K, Vural A, Zoccali C. The Determinants of Endothelial Dysfunction in CKD: Oxidative Stress and Asymmetric Dimethylarginine. *Am J Kidney Dis* 2006; 47(1):42-50.
- 21- Yilmaz MI, Saglam M, Caglar K, Cakir E, Ozgurtas T, Sonmez A, Eyleten T, Yenicesu M, Acikel C, Oguz Y, Ozcan O, Bozlar U, Erbil K, Aslan I, Vural A. Endothelial Functions Improve with Decrease in Asymmetric Dimethylarginine (ADMA) Levels after Renal Transplantation. *Transplantation* 2005;80(12):1660-1666.
- 22- Yilmaz MI, Saglam M, Sonmez A, Caglar K, Cakir E, Kurt Y, Eyleten T, Tasar M, Acikel C, Oguz Y, Vural A, Yenicesu M. Improving Proteinuria, Endothelial Functions and Asymmetric Dimethylarginine Levels in Chronic Kidney Disease: Ramipril versus Valsartan. *Blood Purif* 2007; 25 (4):327-335.
- 23- Yilmaz MI, Sonmez A, Saglam M, Qureshi AR, Carrero JJ, Caglar K, Eyleten T, Cakir E, Oguz Y, Vural A, Yenicesu M, Lindholm B, Stenvinkel P, Axelsson J. ADMA levels correlate with proteinuria, secondary amyloidosis and endothelial dysfunction. *J Am Soc Nephrol* 2008; 19(2):388-395.

# KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ TEDAVİSİNDE NEREYE DOĞRU? RENAL TRANSPLANTASYON DA DURUM



**Prof. Dr. Ali Başçı**  
Ege Üniv. Tıp Fakültesi  
Nefroloji BD

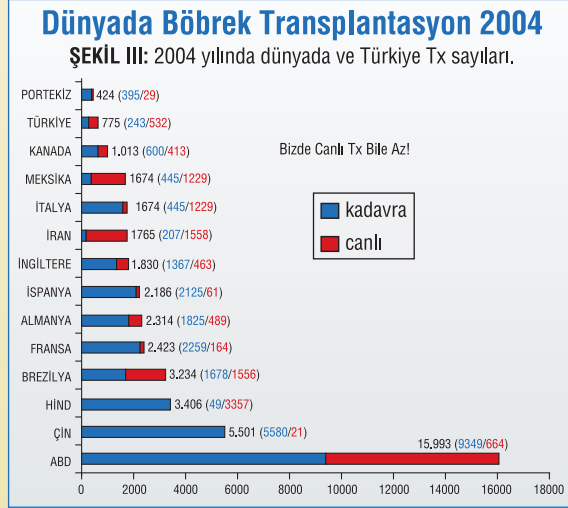
**T**ürk Nefroloji Derneğinin kayıt sistemi ve Sağlık Bakanlığı verilerine göre ülkemizde son dönem böbrek hastalığı yıllık yeni hasta artışı oldukça stabil giderken, prevalans hızla artmaktadır. Bu kuşkusuz hasta sağkalım oranındaki iyileşmelerle ilgilidir. 2007 yılında 40000 kadar son dönem böbrek hastası tedavi görmektedir. Bu sayı milyon nüfus başına 700 kadar hastayı temsil etmekte, bu sayı Batı Avrupa ülkelerindeki düzeydedir. Bu prevalansın büyük çoğunluğunu (%89) hemodiyaliz ile tedavi etmekteyiz. Periton diyalizi %8 gibi bir paya, fonksiyone böbrek graftli hastalar ise milyon nüfus başına 80 civarında ve %5 gibi bir paya sahiptir. Batı Avrupa'da Şekil I de görüldüğü gibi ERA-EDTA Kayıt Sistemine göre ülkeden ülkeye 600-1000 arasında değişen prevalansın hemen hemen yarısı fonksiyone graft taşıyan hastalardan oluşmaktadır. Ülkemizde bu hızlı artış güçlükle karşılanan sağlık



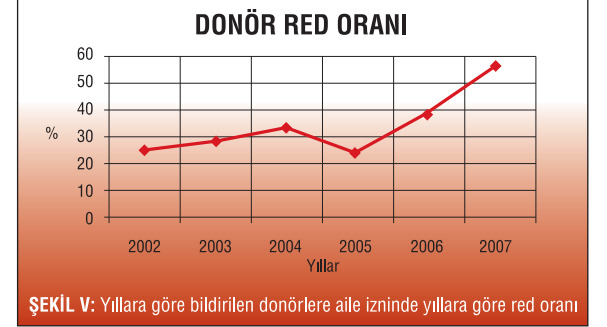
harcamaları için artan bir yük kaynağıdır. Ere E. Et al 2004 yılında bildirdiğine göre HD, PD ve birinci yıl renal Tx hasta başı maliyeti yıllık 23.000 USD ve toplam RRT yıllık maliyeti ülkemiz için 500 milyar doları bulmakta ve bu maliyet ülkemizin yıllık sağlık harcamalarının %5.5 gibi önemli bir payını kapsamaktadır. Aynı araştırmacılar renal Tx maliyeti ikinci yıldan itibaren hasta başına 10.000 doları ancak bulmaktadır. Bu araştırma değişik modalitelerin morbidite farkından kaynaklanabilecek ek bazı maliyet farkını dikkate almamakta ve kuşkusuz bu bağlamda renal Tx ek bir maliyet avantajına sahiptir. Bu maliyet gerçeğini ele aldığımızda, ülkemizde yılda 1000 civarında olan renal Tx sayısını örneğin bir çok yönüyle bize benzeyen bir ülke olan İspanya'nın yakaladığı yılda 3000 düzeyine çıkarabilmiş olsaydık, 5 yıllık graft sağkalım süresinin de en kötü olasılıkla %70 olduğunu düşünürsek, bizim de fonksiyonel renal graftli hasta prevalansımız birkaç yıl içerisinde İspanya'ya benzeyecek yani milyon nüfusa 300 civarında olabilecek, HD ve PD prevalansımız da yarıya düşecekti. Böylece de 500 milyarlık bütçe en az %30 küçülecekti. Bu yine aynı kaynağa göre 10.000 civarında HD hastasının toplam yıllık maliyeti demektir. Bu tür maliyet hesapları bu modalitelerde tedavi gören hastaların toplam tedavi maliyetini ortaya koyamamaktadır. Çünkü her bir modalitede tedavi gören hastalar için, farklı oranda ilaç (EPO, D vit gibi) tüketimi, farklı oranda enfeksiyon(kateter enfeksiyonu veya peritonit) oluşumu, farklı oranda hastane yatışı görülmekte, hafta farklı oranda koroner revaskülarizasyonu oranları gibi bir çok komorbidite farklılığı ile değişken ek maliyetler söz konusudur. Olasılıkla yine renal transplantasyon toplam tedavi maliyeti olarak da en ucuz tedavidir. Sosyal Güvenlik Kurumu, bir arşiv çalışmasıyla, örneğin 5 yıllık süreyle HD, PD ve Tx olan 1. yıl ve sonraki yıllardaki hastalardan randomize edeceği önemli sayıda hasta gruplarının toplam ilaç ve hastane maliyetini (örneğin hasta bypass operasyonu da geçirmişse onu da ekleyerek) araştırmak suretiyle çok gerçekçi olarak hasta başına toplam tedavi maliyetini ortaya koyabilecek ve daha doğru bir karşılaştırma yapabilecektir ve yapmalıdır da. Bu tür bir çalışma hastaların diyalizden transplantasyona geçişleriyle elde edilecek gerçek hasta başı maliyet farkını ortaya koyabilecektir. Pek tabii ki bu farkın bir kısmının transplant merkezlerinin geri ödemesine aktarılması transplant sayısında ciddi bir patlamayı sağlayabilir. Yine bu kazancın bir kısmı 4 yıldır artmayan diyaliz seans ücretine aktarılması, diyaliz kalitesine yansiyacak, bir takım suistimallerin önüne geçebilecektir. Böylece milyonlarca vergi mükellefinin ödediği vergiler boşa gitmeyecektir ama asıl önemlisi sonuçta hastalar yarar sağlayacaktır.

**Böbrek Transplantasyonunda durum nedir ?** Ülkemizde 30 yıldır renal Tx

yapılmaktadır. 1980li yıllara kadar nisbeten az sayıda Tx yapılmıştır. Gerçi bu dönemde diyaliz sorunu da aşılmış değildir. Dolayısıyla hastalar diyaliz olanağı da bulamadan Tx hazırlığı yapılmadan kaybediliyordu. 1980'li yıllardan itibaren öncelikle SSK'nın malzeme maliyetini dövizle bağlaması yüksek enflasyon oranına rağmen diyaliz seans ücretinin nisbeten makul hale gelmesi HD alanında özel sektörü teşvik etmiş, son dönem böbrek hastalığı prevalansında ciddi bir artışa neden olmuştur. Bununla birlikte ülkemizde transplant merkezi sayısı artarken transplant sayısı da artmış, bu arada kadavra transplantasyonu da artmaya başlamıştır (Şekil II). Başlangıçta lokal gayretlerle daha sonra Organ Nakli Merkezleri Koordinasyon Derneği aracılığıyla bir organizasyon yapılmaya çalışılmıştır. En sonunda Sağlık Bakanlığı Ulusal Bekleme Listesi ve paylaşım için bir puan sistemi ile daha iyiye götürülmeye çalışılmıştır. Ama maalesef asıl gayret hep paylaşıma yönelik olmuş gerçekten transplantasyon sayısında bir artışa yönelik olmamıştır. Buna rağmen 2006 ve 2007 yılında kadavra böbrek naklinde nisbi bir artış olduğunu söyleyebiliriz (Şekil II). Önceleri kadavra donör bildirimlerinin çoğunluğunun İzmir Antalya gibi şehirlerde görülmesi bu son iki yılda İstanbul'da da artmış olması renal transplantasyonda yeni aktörlerin rol almasına bağlıdır ki bu aktörler özel hastanelerdir. Bu değişim SGK'nın böbrek transplantasyon ücretlerine belirgin bir artış sağlaması aynı zamanda -doğruluğu tartışılabilir- özel sağlık kurumlarının değişken oranlarda fark almasına izin vermesiyle özel hastanelerde bırakın, canlı böbrek naklini kadavra donör sağlamada belirgin bir gayreti teşvik etmiştir. Bu arada kamu hastanelerinde durağan seyir birkaç merkez dışında devam etmektedir. Özellikle transplantasyonların büyük çoğunluğunu yapılageldiği üniversite hastaneleri, büyük hasta yığınları ile büyük bir uğraş verirken kadrosuzluk (örneğin hiçbir üniversite kliniğine Nisan 2008 TUS ve YDUS'ta asistan verilmemiştir), ödeneksizlik içerisinde gerileme eğilimindedir. Ayrıca üniversite hastaneleri SGK'nın geri ödeme politikasının transplant sonrası izlemi kapsamaması nedeniyle özel hastanelerin yapmış olduğu transplantasyon hastalarını izlemek zorunda kalarak bunalmış durumdadırlar.



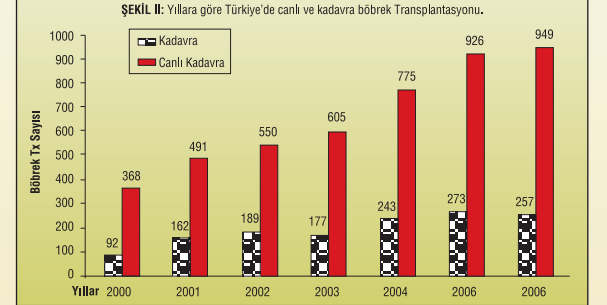
**Canlı böbrek nakli yeterli mi?** Kadavra naklini değerlendirmeden önce belki nisbeten daha kontrolümüzda olabilecek canlı böbrek nakline öncelikle değinmek istiyoruz. Ülkemizin büyüklüğü dikkate alınınca tx yapılan merkezlere uzaklığı nedeniyle bir çok diyaliz hastası kadavra bekleme listesine kaydedilememekte veya kaydılmasının anlamı olmamaktadır. Böyle hastalara canlı nakil yapılacakken yine uzak bir merkeze ekonomik nedenle hasta vericisi olsa dahi



**ŞEKİL V: Yıllara göre bildirilen donörlere aile izninde yıllara göre red oranı**

başvuru yapamamaktadır. Aslında ülkemizde canlı böbrek nakli dahi az yapılmaktadır. Merkezlerin sayısı 40'a yakındır ama bu merkezler büyük oranda Batı bölgelerimizdedir büyük kentlerde toplanmıştır. Doğu bölgelerimizde hastalar belirli zaman dilimi içinde kadavra nakli için çağrıldığında yetişmesi olası değildir. Canlı vericisi olanların da Batıdaki büyük kentlere ulaşması sosyoekonomik olarak olanağı yoktur. Bu bölgede geniş aileler söz konusudur, canlı Tx operasyonlarının bu bölgedeki merkezlerde yapılır hale biran evvel gelinmesi gereklidir. Bunlar gibi birçok nedenle bırakın kadavra naklini canlı Tx da ihtiyacın çok altında yapılabilmektedir. Başka ülkelerle karşılaştırıldığında bu belirgin sayı azlığı dikkati çekicidir (Şekil III).

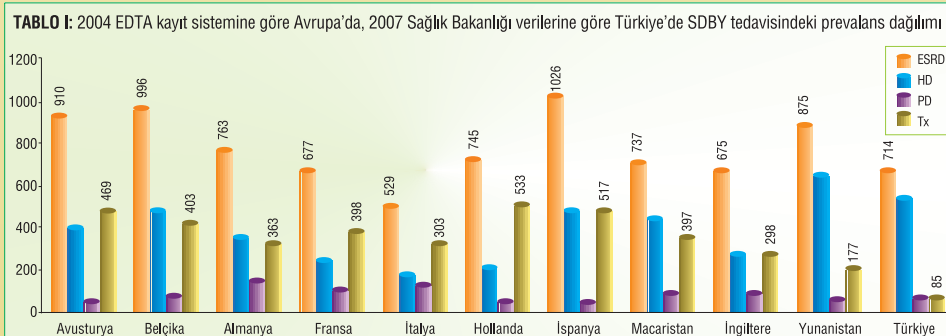
**Kadavra böbrek nakli nasıl artabilir?** Bu soruya yanıt ararken elimizdeki Sağlık Bakanlığı verilerine daha dikkatle bakmayı öneririm. Şekil IV kadavra donör bildirimindeki artışı göstermektedir. Bu grafiğe dikkatle bakıldığında ailelerin kabul



oranında sayısal bir artışa karşılık Şekil V'de 2002'de İspanya'dan bile daha düşük olan red oranında yıllar içerisinde belirgin bir artış söz konusudur. Tüm gayretlere rağmen toplumumuz giderek duyarsızlaşmaktadır. Bu durumun nedenleri kesinlikle ortaya konmalı ve bu artış durdurulmalıdır. Medyanın olumlu katkısı yanında olumsuz katkısı da olabilmekte, bilinçsizce ve bilgisizce beyin ölümü ile ilgili olumsuz yayın dahi yapılabilmekte, doğru olması asla mümkün olamayacak bazı şehir efsaneleri, asparagas haberler sorumsuzca yayınlanabilmektedir. Ayrıca önemli miktarda aile onayı alınmış donör kullanılamamıştır. Bu belki olabilir ama bu anlamda bölgeler arasında ciddi değişkenlikler kişisel tasarruf farkını ortaya koymakta (oysa marjinal vericili Tx'nun başarılı sonuçlarını bildiren birçok yayın mevcuttur), mevsimsel değişimler -örneğin İstanbul'da 2007 yılında yaz aylarında kış aylarına oranla daha fazla donör kullanılamamış- ki bu durum kadro darlığının bir yansıması olabilir. Bütün bu sorunların aşılmasında en etkin yol, son yıllarda özel hastanelerdeki organ nakli artışı da göstermiştir ki, organ nakline daha fazla para ve dolayısıyla kadro sağlamaktır. Bu paranın tamamı devletçe karşılanmalıdır ve ayırım yapılmaksızın hem kamu hem de özel kurumlarda aynı düzeyde olmalıdır. Tx yalnızca operasyondan ibaret olmadığı, hazırlık ve izlem safhalarında çok sayıda sağlık personeli tarafından üstlenilen bir sorumluk paylaşımı olduğu göz önünde bulundurulmalı ve kaynak kapsamlı biçimde dağıtılmalıdır. Bu paranın kaynağı yukarıda açıklandığı gibi transplantasyonun diyalize görece sağladığı tasarruftur.

Yeterli destek ve kadro verilse mevcut merkezler kadavra nakli yeterli yapılamasa da canlı Tx operasyon yapma kapasitesini birkaç katına çıkarabilirler. Bu bile RRT bütçesine ciddi katkı sağlar ve kronik böbrek yetmezliği hastalarının sağkalım süresini ve yaşam kalitesini daha da artırabilir.

1.Erek E, Sever MS, Akoglu E, et al. Cost of renal replacement therapy in Turkey. Nephrology (Carlton). 2004 Feb;9(1):33-8.



# BÖBREK VERİCİ SAĞLIĞI ÜZERİNE YAPILAN ÇALIŞMALAR

Gün geçtikçe böbrek yetmezlikli hasta sayısı ve onlara yapılan sağlık harcamalarında artış olmaktadır. Diyaliz tedavisine yapılan harcamalar tüm dünyada ve Türkiye'de çok önemli meblağlara ulaşmaktadır. Ayrıca hastanın psikososyal durumunu da önemli ölçüde etkilemektedir. KBY hasta tedavi ve bakımında tablo böyle iken böbrek transplantasyonu hastanın yaşam kalitesi ve tedavi masrafları açısından büyük bir önem kazanmaktadır.

Ancak burada da karşımıza farklı sorunlar çıkmaktadır. İnsanların böbrek vericiliğine önyargılı yaklaşımları veya çeşitli korkuları canlı vericiden transplantasyonun sayısının Türkiye'de istenenden çok daha az olmasına yol açmaktadır. Durumun düzeltilebilmesi için potansiyel böbrek vericisi olabilecek insanlara yönelik bilgi verici ve teşvik edici çalışmalara ihtiyaç vardır.

**İşte dünyada böbrek verici sağlığına yönelik yapılmış çalışmalardan bazıları:**

**1. Transplantation Proceedings: Rosenblatt GS et. al.: End Stage Renal Disease after kidney donation: A single center experience. 2008 Jun:40(5):1315-8**

1959-2005 yılları arasında merkezlerinde yaptıkları 3591 böbrek transplantasyonunun 1195'i canlı vericiden olmuş. Bu canlı vericilerin daha sonra 4 tanesinde ESRD görülmüş. Rosenblatt ve arkadaşları yaptıkları çalışmada ESRD'nin vericiler arasında seyrek olduğunu, böbrek bağışının gerekli kriterler sağlandığında güvenli olduğunu ve ailesinde böbrek hastalığı öyküsü olanlarda ESRD gelişim riskinin artmış olabileceğini bildirmektedir.

**2. Transplantation: Garg AX et. al.: Cardiovascular disease and hipertantion risk in living kidney donors: An analysis of health administrative data in Ontario, Canada 2008 Aug 15:86(3):399-406**

1993-2005 yılları arasında 1278 canlı böbrek vericisi ve kontrol grubu olarak 6359 sağlıklı yetişkin bu retrospektif kohort çalışmasına konu edilmiş.Sonuç olarak kardiyovasküler hastalık riskinin bağışçılarda transplantasyondan sonraki ilk dekatta değişmediği bulunmuş. Tanılı hipertansiyonda artış gözlenmiş ancak bunun da muhtemelen normal popülasyona göre nefrektomiden sonra çok sıkı kan basıncı kontrolü yapılmasına bağlanmış.

**3. Transplant Proceedings: Shrestha A. Et. al.:Quality of life of living kidney donors A single center experience. 2008 Jun:40(5):1375-7**

1978-2006 yılları arasında İngiltere'de 82 canlı verici ve 38 kişilik kontrol grubu ile yapılan bu çalışmada bağışçılarla kontrol grubu arasında hayat kalitesi yönünden bir fark görülmemiş.

**4. Transplantation: Minnee RC et. al.:Older living kidney donors: Surgical outcome and quality of life. 2008Jul27:86(2):251-6**

Yaşlı vericiler (55 yaş üstü) ile genç vericilerin cerrahi sonrası hayat kalitesinin karşılaştırıldığı bu çalışmada ; yaşlı vericilerin özellikle izlenmesine gerek duyulacak kadar hayat kalitesinde farklılık olmadığı bulunmuş.

**5.Progress en Urologie: Gres P et al.: Long term morbidity of living donor kidney harvesting. 2007Apr:17(2):194-8**

1977-2005 arası 114 vericiyi içeren bu retrospektif çalışmada periop komplikasyonlar BMI ve flank insizyonu ile korele bulunmuş. Makroalbuminüri ve hipertansiyon frekansı genel popülasyondan yüksek değilmiş. Vericilerin hayat kalitesinde değişme olmamış. Çalışmadan çıkan sonuç böbrek bağışının teşvik edilmesi yönünde olmuş.

**6.Kidney International: Garg Ax et. Al.:Proteinüria and reduced kidney function in living kidney donors: A systematic rewiev,metaanalysis, and metaregresion. 2006Nov:70(10):1801-10**

Bu çalışmada ortaya çıkan sonuçlara göre böbrek bağışı üriner proteinde minimal artış yapabilir. Başlangıçtaki GFR düşüşünü, takip eden 15 yılda hızlanmış bir kayıp izlemez.

**7.Transplant International: Lumsdaine JA et. al.: Higher quality of life in living donor kidney transplantation: prospective cohort study. 2005Aug:18(8):9.75-10**

İngilterede yapılan bu çalışmada İngiliz böbrek vericilerinin transplantasyon öncesinde ve sonrasında sağlık durumları ile ilgili önemli endişeleri olmadığını ve böbrek bağışına sıcak baktıklarını göstermiştir. Bu çalışmada transplantasyondan 1 yıl sonra vericiler üzerinde böbrek bağışının herhangi bir fiziksel veya mental zararlı etkisi görülmemiştir.

**8. American Journal of Transplantation: Rhamcharon and Matas: Long term (20-37 year) follow up living kidney donors.2002:2:959-964**

1963-1979 yılları arasında canlı vericiden yapılan 773 transplantasyon taranarak yapılan bu çalışmada 464 böbrek vericisi izlenmiş. Bunlardan 84'ü ölmüş ve bu 84 kişinin de 3 tanesinde böbrek yetmezliği mevcutmuş. Yaşayan 380 kişinin de 3 tanesinde böbrek yetmezliği gelişmiş ve bunlardan da 2'si transplantasyona gitmiş. Kalanların böbrek fonksiyonları tamamen normalmiş. Proteinüri ve hipertansiyon düzeyleri genel popülasyon ile benzermiş. Neticede birçok vericinin transplantasyondan sonraki 20-37 yılda bile normal böbrek fonksiyonuna sahip olduğu gösterilmiş.

Düzenleyen: A. San, A. Karaman-Ufuk Üniv. Nefroloji BD.

## “Güzel Türkçemizi Ne Hale Getiriyoruz”



### HASTA DOSYALARINDAN ÖRNEKLER

BİR TIBBİ GÖRÜNTÜLEME MERKEZİNDEN ALINAN RAPOR

-Lomber 2-3 intervertebral disk mesafesinde jeneralize **bulging** zemininde bası bulgusu oluşturmayan minimal sağ parasantral fokal **protrüzyon** ile uyumlu görünüm izlemektedir.

PATOLOJİ; RAPOR ÖRNEĞİ

HİPERPLASTİK PROSTAT DOKUSU, KRONİK PROSTATİTİS, Sağ lob **midgland**, Sağ lob lateral,sağ **farlateral**, sağ lob bazis, sol lob bazis, sol lob **midgland**, sol lob lateral, sol lob **farlateral**, sol lob bazis.

GÜNLÜK TAKİP

-Hasta yatağında Görüldü KKY, PTE, AF tanısı mevcuttu  
-PAN++/++PTÖ-/-.  
-Delix, Corastin **stop**landı.  
-**TİT'** e bakıldı, HIHTSEK.

### İNTERNETTEN ALINAN ÖRNEKLER

-Sanırım ' **forward** ' edilmesi gereken bir mesaj varsa o da budur... \*  
-Hızlı Bir Şekilde **Forward** Edelim !!!!!  
-Gönderdiğim dosyayı "**Download**" yaptıktan sonra bilgisayarını "**Reset**"le  
-Dergideki bu fotoğrafı **scanning** ederek bana gönderir misin?

### Yemek Listesi ;

Mercimek çorba  
**Beef stroganof**  
İrmik helvası

**TABLDOT**  
Domates Çorbası  
**Piliç Gordonblue**  
Erişte



öğrenci

## Transkript

No:

Adı:

Soyadı:

DNO : 2.88

### 2006-2007 Bahar Dönemi Notları

| BİM Kodu | Ders Kodu | Ders Adı              | Kredi | K.K. | D.Z.  | PuanSonuç | Y.Yılı |
|----------|-----------|-----------------------|-------|------|-------|-----------|--------|
| 5014008  | MUH204    | MALZEME BİLGİSİ       | 2     | 1    | E 4   | AA        | 06B    |
| 5014013  | SUF208    | BİYOKİMYA             | 3     | 1    | E 2   | CC        | 06B    |
| 5014014  | SUF204    | OSİNOLOJİ             | 2     | 1    | E 2.5 | CB        | 06B    |
| 5014015  | SUF206    | DENİZ METEOROLOJİSİ   | 2     | 1    | E 4   | AA        | 06B    |
| 5014016  | SUF212    | BALIK SİSTEMATİĞİ     | 4     | 1    | E 2   | CC        | 06B    |
| 5014021  | SUF216    | BALIK BİYOLOJİSİ      | 2     | 1    | E 2   | CC        | 06B    |
| 5014007  | MUH202    | MUKAVEMET             | 2     | 1    | E 3.5 | BA        | 06B    |
| 5014017  | SUF214    | MESLEKİ YABANCI DİL I | 2     | 1    | E 4   | AA        | 06B    |

DNO : 2.52

### 2007-2008 Güz Dönemi Notları

| BİM Kodu | Ders Kodu | Ders Adı                    | Kredi | K.K. | D.Z.  | PuanSonuç | Y.Yılı |
|----------|-----------|-----------------------------|-------|------|-------|-----------|--------|
| 5015023  | SUF327    | PLANKTON KÜLTÜRÜ            | 2     | 1    | E 3   | BB        | 07G    |
| 5015005  | MUH301    | AĞAŞKANLAR MEKANİĞİ         | 2     | 1    | E 2   | CC        | 07G    |
| 5015011  | SUF307    | İÇ SU BALIKLARI YETİŞTİRİCİ | 3     | 1    | E 3.5 | BA        | 07G    |
| 5015019  | MUH321    | ÖLÇME BİLGİSİ               | 2     | 1    | E 3.5 | BA        | 07G    |
| 5015021  | SUF323    | BALIKÇILIK POPULASYON DİNA  | 3     | 1    | E 3.5 | BA        | 07G    |
| 5015022  | SUF325    | BALIK BESLEME               | 3     | 1    | E 2.5 | CB        | 07G    |
| 5015024  | SUF321    | AVLANMA TEKNİKLERİ          | 2     | 1    | E 2   | CC        | 07G    |
| 5015020  | SUF311    | MESLEKİ YABANCI DİL II      | 2     | 1    | E 4   | AA        | 07G    |

DNO : 3.03

GNO (4'lük): 2.93

Sonuç Sütunu D:Devamsız R:Girmedi G:Geçti T:Tekrar S:Süren Çalışma

Bu Sayfada Yayımlanan Notların Resmi Geçerliliği Yoktur.

Olası değişiklik talepleriniz ve **konfirme** talebiniz  
ile ilgili tarafıma bilgi vermenizi rica ederim.

2002

*Yorumsuz...*

## Hasta Köşesi



| Mehmet KAHRAMAN

Merhabalar ben 1962 Çorum İskilip doğumlu Mehmet KAHRAMAN. 1999 yılına kadar sizler gibi bende sağlıklı bir kişi olarak yaşamımı sürdürüyordum. Evli ve biri oğlan biri kız iki çocuk babasıyım. 1999 yılının Eylül ayının 26. günü diyalize girmem söyledi. O günden beri tam 9 yıl aralıksız diyalize girdim. 2001 yılında bu kez de 14 yaşında olan kızımda da aynı hastalık meydana geldi. 7 ay diyalize girdikten sonra annesinin böbreğini vermesiyle sağlığına kavuştu ve şu an son derece sağlıklı bir şekilde hayatına devam ediyor. 20.09.2008 cuma günü saat 23.00'da gelen bir telefonla benimde bir anda hayatım değişti. Telefon Hacettepe Organ Nakil Merkezinden geliyordu ve benim acilen hastaneye gelmem istendi. Bursa'da 9 yaşındaki bir kardeşimiz elim bir trafik kazası sonucu hayatını kaybetmiş, ailesi de organlarını bağışlamış ve bu organlardan bir böbrek bana nakledildi. Bu duygularımı hastaneden yazıyorum. Ölen kardeşimize Allah'tan rahmet acılı ailesine sabır ve başsağlığı diliyorum ve tüm vatandaşlarımızı organ bağışına davet ediyorum. Organ naklinin gerçekleşmesinde emeği geçen Prof. Mehmet BAKKALOĞLU ve Prof. Tuncay Bey, başta olmak üzere organ nakli merkezine ve tüm personele en içten dileklerimi sunuyorum, hepsinden Allah razı olsun. En büyük zenginlik beden sağlığıdır. Lütfen unutmayalım. Hepinize sağlıklı günler dilerim.



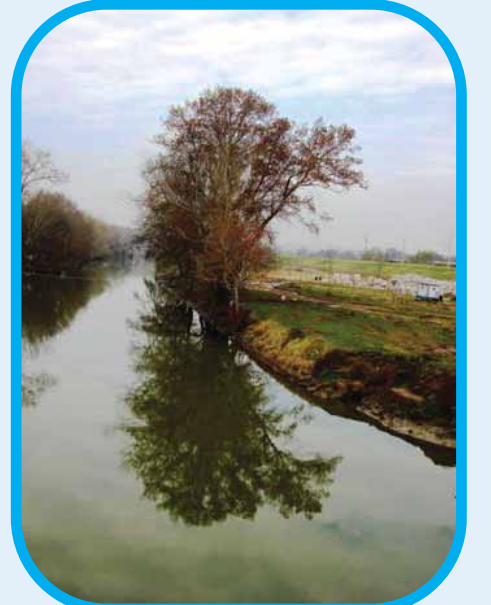
| Özcan Demircioğlu

Selam arkadaşlar, ben Samsun'dan Özcan Özdemiroğlu. 1976 Samsun doğumlu olup, böbrek hastalığına 2004-2005 yılı arasında yakalandım. Benim diyaliz olayım olmadan nakil oldum. Böbrek hastalığı artık çok kolay oluyor. Ben çok korkuyordum ama nakil olduktan sonra tıbbın ne kadar ilerlediğini gördüm. Ben babamdan böbrek aldım ve çok rahatım. Allah babamdan razı olsun ki bana böbreğini verdi. Ne yazık ki Türkiye'de organ bağıışı yok denecek kadar az. Hâlbuki organ nakli artmış olsa birçok insan daha hayata yeniden doğacak. Bu yüzden hasta olmayan arkadaşlar hastaların halinden anlamıyorlar. İnsanlar bilinçli olsalar da organ bağıışı yapsalar ne olur. Bana sorsalar şu an siz ölseyiz bağıış yapar mısınız deseler evet derim. Çünkü bedenin öldükten sonra ne olacak sanki ama bağıış yaparsam birçok insanın hayatı kurtulur. Benim bir şansım vardı ki ben hiç diyalize girmedim nakil oldum. Öyle insanlar var ki 10 yıldır diyalize girip böbrek bekliyorlar. Hastaneler böyle insanlarla dolu. Allah onların yardımcısı olsun Allah'ım beni kurtardı onları da kurtarır inşallah. Bu yüzden haydi insanlar herkesi organ bağıışına çağırıyorum. İnsanlar yaşasın ölmesin. Hacettepe hastanesinde nakil oldum ve çok memnunum. Hastane çalışanlarından Allah razı olsun ki herkes işini bilerek yapıyorlar ve hepsi çok iyi insanlar. Ameliyatımda bulunan herkese çok teşekkür ederim: Başta Prof. Çetin Tumar Beye ve ekibine çok ama çok teşekkürler Prof. Mehmet Bakkaloğlu hocama ve ekibine çok ama çok teşekkürler beni yeniden hayata bağladılar. Saygılarımla...

## nefroloji ve sanat



Ayla **SAN**



Ergün **ERTUĞ**



Ayla **SAN**



Fevzi **ARISOY**



Ergün **ERTUĞ**

# Hemşire Köşesi



37. Uluslararası EDTNA-ERCA Kongresi  
5-9 Eylül, Prag  
EDTNA/ERCA Başkanı Jitka Pancirova

37. Uluslararası EDTNA-ERCA Kongresi 5-9 Eylül tarihleri arasında Çek Cumhuriyeti'nin başkenti Prag'da 2183 katılımcıyla gerçekleşmiştir.

"Renal bakım ve tedavini geliştirilmesi, teorik ve pratik yaklaşımların birleştirilmesi" ana teması altında yapılan bilimsel çalışmalar toplam 14 başlık altında katılımcılarla paylaşıldı.

## Kongrede yer alan ana konular:

Anemi, Eğitim, Kronik Hemodiyaliz, Akut Hemodiyaliz, Hemodiyalizde vasküler girişi, Enfeksiyon Kontrolü, Beslenme, Pedyatrik Nefroloji, Periton Diyalizi, KBY, Prediyaliz, Psikososyal Bakım, Sağlıkta Kalite Yönetimi, Teknoloji, Transplantasyon. Altmışın üzerinde sözlü sunum 91 poster çalışmasının sunulduğu kongrede, birbirinden değerli ve konularında otorite olan değerli bilim adamlarının seminer ve konferansları ile bilimsel anlamda çok başarılı ve doyumludur bir kongre gerçekleşti. Bu yıl da EDTNA kongresinde Haseki Eğitim ve Araştırma hastanesi'nden Doç. Dr. Rumeysa Kazancıoğlu "The assessment of patient training in peritoneal dialysis with repeated home visits" başlıklı sözlü sunumu,

Ren-Tıp Diyaliz Merkezinden Hem. Asiye Akarsu "The Usage of Warfarin in the Prevention of Vascular Access Thrombosis in Hemodialysis Patients" ile biri sözlü, biri sözlü poster, 16 poster olmak üzere toplam 17 çalışma ile katılarak bilimsel katılım anlamında en aktif ülkelerden biri olma özelliğimizi bu yıl da sürdürdük.

Poster çalışmalarını detayları aşağıdaki tabloda yer almaktadır. Kongre sırasında Türkiye'den gelen 39 katılımcı ile "Türkiye Country Meeting" gerçekleştirildi. Bu toplantıda Nefroloji alanında ülkemizde yapılan çalışmaların sayı ve niteliğinin nasıl artırılabilirliği tartışıldı.

"The Usage of Warfarin in the Prevention of Vascular Access Thrombosis in Hemodialysis Patients" çalışması Türkiye'den katılan çalışmalar içinde en iyi çalışma olarak seçildi ve Ren-Tıp Diyaliz Merkezinden Hem. Asiye Akarsu'ya EDTNA özel plaketi verildi.

Zehra AYDIN



|                    | Araştırma Konusu                                                                                                                                          |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Araştırmacı</b> | The effect of intravenous Calcitriol on high parathyroid hormone level in renal osteodystrophy                                                            |
| Akkaya, L.         | Do night and day dialysis programmes affect the functionality?                                                                                            |
| Akyol, A.          | The outcomes of diabetic foot lesions in dialysis patients                                                                                                |
| Avci, N.           | Relationship Between Blood Pressure and Hydration-Nutrition Status in Peritoneal Dialysis Patients                                                        |
| Cakmak, H.         | Bloody peritoneal dialysate of unknown cause: a case report                                                                                               |
| Cevik, M.          | Sleep problems and life quality in peritoneal dialysis and hemodialysis patients                                                                          |
| Dolgun, R.         | The effect of Dialysis Center vs Home Education on peritonitis, exit site infection prevalence and nutritional parameters in pd patients                  |
| Erturk, J.         | Effect of Restless Leg Syndrome on sleep and life quality in patients treated with hemodialysis and peritoneal dialysis                                   |
| Eylem, B.          | Does Icodextrin use affect peritoneal permeability in patients on peritoneal dialysis?                                                                    |
| Eyuboglu, A.       | Relationship between Staphylococcus transportation and peritonitis in children and parents who have chronic renal failure and diagnosed by CAPD treatment |
| Gorgulu, F.        | The effects of the educational programmes on the discharge of peritoneal dialysis wastes                                                                  |
| Kirikci, G.        | Relationship of serum bicarbonate levels with parathormone and albumin levels in dialysis patients                                                        |
| Oz, N.             | The comparison of normal saline and povidon-iodine in preventing exit-site infection and peritonitis in children on chronic peritoneal dialysis treatment |
| Yavascan, O.       | Fungal Peritonitis in a continuous ambulatory peritoneal dialysis patient                                                                                 |
| Yildirim, L.       | The evaluation of bioelectrical impedance analysis method and dry weight notion in capd patients                                                          |
| Yildirim, L.       |                                                                                                                                                           |



## 5. ULUSAL ÇOCUK NEFROLOJİ KONGRESİ KAPADOKYA 2008

**5. Ulusal Çocuk Nefroloji Kongresi 9-12 Ekim 2008** tarihlerinde, Kapadokya'da düzenlendi. Aynı zamanda paralel olarak 3. SEPNWG (Southeast European Pediatric Nephrology Working Group) Toplantısı yapıldı.

Toplantıya 200 yerli, 30 civarında uluslararası katılım oldu. Toplantının birinci gününde düzenlenen Periton Diyalizi Kursu'nda yeni pediatrik nefroloji fellowlarına periton diyalizinde temel bilgiler ve yeni gelişmeler aktarıldı. Nefrologlara yönelik ultrasonografi kursu büyük ilgi ile karşılandı.

Sistinozis uydu sempozyumunda ise güncel tedaviler ve ülkemizdeki durum tartışıldı. Kongreye uluslararası derneklerden ESPN (Avrupa Pediatrik Nefroloji Derneği) Genel Sekreteri Pierre Cochat, IPTA (Dünya

Pediatric Transplantasyon Derneği) Seçilmiş Başkanı Richard Trompeter ve Pediatric Nephrology dergisi baş editörü Otto Mehls aktif olarak konuşmaları ile katıldılar; ve Türk pediatrik nefrolojisinin bilimsel potansiyelinden övgü ile bahsettiler.

Bilimsel oturumların yoğun ve aktif katılımlı geçmesi yabancı konuklar tarafından da takdirle karşılandı. Türk Nefroloji Derneği'nin de üst düzeyde temsiliyeti, Türk nefroloji camiasının birlikteliğinin ve üretkenliğinin güzel bir yansıması oldu. Kongrede sözlü sunum ve poster bildirileri de çok ilgi çekti. Gala yemeğinde, son dönemde doçent ve profesör unvanı almış meslektaşlarımıza ve Pediatrik Nefroloji Yeterlik Sınavında başarılı olanlara plaketleri takdim edildi. Sosyal programında çok doyurucu olduğu kongre başarı ile tamamlandı.

Prof. Dr. Oğuz SÖYLEMEZOĞLU

**sasan**

www.sasan.com.tr sasan@sasan.com.tr

**ÜRÜN LİSTESİ**

**B BRAUN ÜRÜNLERİ**

Wüstenhoff ağızgeçirimi B.Braun Medizintechnologie GmbH tarafından tasarlanmış ve üretilmiştir. B.Braun Medizintechnologie GmbH tarafından üretilen ve üretilen cihazlar ve aksesuarlar aşağıdaki gibidir:

- 1. Renkli diyaliz cihazı / Hastahap diyaliz cihazı
- 2. Yüksek basınçlı diyaliz cihazı / Plazmafiltrasyon cihazı
- 3. LBL Alarmlar cihazı
- 4. Tek cihazlık ve cihazlar
- 5. Arter/Ven kateterleri
- 6. Arter/Ven kateteri (gözetim)
- 7. Diyalizörler
- 8. Solüsyonlar, diyaliz, serum ve diğer medikal ürünler
- 9. Alarmlar ve aksesuarlar
- 10. Taz. birleştirici
- 11. Diyaliz cihazları için donatılar
- 12. Taz birleştirici

**HEAD OFFICE (MERKEZ OFİSİ)**

Tuna Cad. 30/A 06420  
Yenişehir - Ankara / TÜRKİYE  
Phone: +90 312 435 53 01 (pbx)  
Fax: +90 312 435 15 14

**FACTORY (ÜRETİM YERİ)**

İstanbul Yolu 30. Km. Saray  
Kazan - Ankara / TÜRKİYE  
Phone: +90 312 815 46 50 (pbx)  
Fax: +90 312 815 41 14

**İZMİR SİLLER (İZMİR BAŞİ)**

SAYIN TIP TİCARİT LTD. ŞTİ.  
Kurtuluş Mh. Çiğdem Cd. No:13/A  
Buğday - İZMİR / TÜRKİYE  
Phone: +90 232 259 11 31 Fax: +90 232 277 47 90  
Web: www.sayintip.com.tr E-mail: sayin@sayintip.com.tr

**İSTANBUL SİLLER (İSTANBUL BAŞİ)**

DEFNE MEDICAL ÜRÜNLER SAN. VE TİC. LTD. ŞTİ.  
Yıldırım Paşa Cd. Akın Sırası 1 Blok No:8 D:3  
Göztepe - İSTANBUL / TÜRKİYE  
Phone: +90 212 274 81 20 Fax: +90 212 274 82 60  
E-mail: ferdin@defne.com.tr; ferred@defne.com.tr

**BURSA SİLLER (BURSA BAŞİ)**

SİSTOL TİBBİ ALETLER MEDİKAL LTD. ŞTİ.  
İsmail Yokuş Akıncı & Sırası Kurumlar Sk. A Blok K:2 D:4  
Bursaspor - BURSA / TÜRKİYE  
Phone/Fax: +90 224 249 00 66  
E-mail: mussey@sisol.com; feryat@sisol.com



### Organ Nakli Kuruluşları Koordinasyon Derneği 6. Kongresi (Uluslararası Katılımlı) “Elele Organ Naklinde Zirveye” Transplantasyon 2008 Erzurum 15-18 Ekim 2008

Türkiye Organ Nakli Kuruluşları Koordinasyon Derneği 6. Kongresi 15-18 Ekim tarihleri arasında Erzurum'da Yapıldı.

Kongre açılışı Atatürk Üniversitesi oditoryumunda Sağlık Bakanı ve Atatürk Üniversitesi Rektörünün de katılımıyla yapıldı.

Kongreye Yurt içi ve dışından 50'ye yakın konuşmacının yanısıra yaklaşık 350 kişi katıldı.

Kongre katılımcıları bilimsel programın yanısıra düzenlenen sosyal programla Erzurum ve çevresini de görme fırsatı elde ettiler.

İmmünoloji, Organ Bağışını Arttırma Yolları, Marjinal Donörler ve Kullanımı, Tolerans, Hepatit B ve Hepatit C donörler ve alıcılar, Solit Organ Transplantasyonu, Karaciğer, Böbrek, Kalp, İnce Bağırsak, Pankreas, Pediatrik Transplantasyon, Transplantasyon ve Patoloji, Transplantasyon ve Enfeksiyon, Transplantasyon ve Radyoloji, Organ Naklinde Hemşirelik Hizmetleri konuları işlenmiştir.

### 2008 yılı sonu ve 2009 da Yapılacak Olan Önemli Kongre ve Toplantıları

- 1- American Society of Nephrology, Philadelphia, Nov 4-9
- 2- Türk Nefroloji Derneği 25. Ulusal Nefroloji, Hipertansiyon, Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi ve Ulusal Böbrek Hastalıkları, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi, 19-23 Kasım 2008 tarihlerinde Sungate Port Royal Otel, Kemer / Antalya
- 3-ASN Congress in Philadelphia, from November 6 to 8, 2008.
- 4- 4. Dünya Böbrek Günü 12 Mart 2009
- 5- 10. IFKF Böbrek Vakıfları Federasyon Toplantısı 17-20 Mayıs 2009 İstanbul
- 6-World Congress of Nephrology 2009 - Milan, Italy 22-26 May 2009



# Aranesp®

(darbepoetin alfa)



 Eczacıbaşı

Eczacıbaşı İlaç Pazarlama

Kronik böbrek yetmezliğinde

# Nakılcı çözüm...



- Diyaliz hastalarında serum albümin seviyelerini anlamlı düzeyde yükseltir.<sup>1</sup>
- Negatif azot dengesini düzeltir.<sup>2</sup>
- Böbrek yetmezliğinin ilerlemesini geciktirir.<sup>2</sup>
- Üremiye bağlı toksik semptomların gelişimini önler.<sup>3</sup>
- Diyalize başlama zamanını geciktirir.<sup>3</sup>
- Ekonomik tedavi sağlar.<sup>3</sup>

1) JA Eustace ve ark., Kidney International 2000; 57: 2527-2538

2) Alvestrand A. ve ark., Clinical Nephrology 1983; 19: 67-73

3) Alvestrand A. ve ark., The American Journal of Clinical Nutrition 1980; 33: 1654-1665

#### AMİNESS - N FİLM TABLET KISA ÜRÜN BİLGİSİ

**FORMÜLÜ:** Her tablet; 45 mg L-Histidin, 60 mg L-Izölösün, 90 mg L-Löşin, 96 mg L-Lizin asetat (65 mg Lizin'e eşdeğer), 90 mg L-Metiyonin, 70 mg L-Fenilalanin, 65 mg L-Treonin, 25 mg L-Triptofan, 75 mg L-Tirozin, 135 mg L-Valin içerir. **FARMAKOLOJİK ÖZELLİKLERİ:** Aminess-N Film Tablet, kronik böbrek yetmezliğinin geleneksel tedavisi için gereken sekiz esansiyel amino asit ile özellikle üremik hastaların gereksinim duyduğu histidin ve tirozini içermektedir. Optimum protein alımı sonucu semptomların gelişiminin yavaşlaması ve üremik belirtilerin hafiflemesine bağlı olarak, Aminess-N Film Tablet kullanan hastalarda diyaliz oldukça uzun bir süre ertelenebilmektedir. Aminess-N Film Tablet'de yer alan etkin maddelerin biyoyararlanımları %100'dür. Plazma yarılanma ömürleri 5 dakika (triptofan) ile 14 dakika (histidin) arasında değişmektedir. Renal yetmezlikte bu değerler artar. **ENDİKASYONLARI:** Kronik böbrek yetmezliğinde, yetersiz veya bozuk protein metabolizması durumlarında; özellikle düşük proteinli diyetle düzeltilemeyen negatif azot dengesine sahip hastalarda, düzenli diyaliz uygulanan hastalarda meydana gelen amino asit kayıplarının yerine konması amacıyla kullanılmaktadır. **KONTRENDİKASYONLARI:** Aminess-N Film Tablet, içerdiği herhangi bir maddeye karşı aşırı duyarlılığı olanlarda kontrendikedir. **UYARILAR/ÖNEMLER:** Şiddetli üremi ya da başka bir nedenle ortaya çıkan belirgin katabolik durumlarda, Aminess-N Film Tablet'in içerdiği amino asitler okside olarak üre oluşumunu artırabileceğinden, serum üre düzeyi 35 mmol/l'nin altına düşene kadar kullanılmamalıdır. Eğer semptomlar diyet ile de ortadan kaldırılamazsa, diyaliz tedavisine geçilmelidir. Gebelik kategorisi B'dir. **YAN ETKİLER:** Ender olarak mide bulantısı görülebilir. **İLAÇ ETKİLEŞİMLERİ:** Aminess-N Film Tablet'le bilinen bir ilaç etkileşimi bulunmamaktadır. **KULLANIM ŞEKLİ VE DOZU:** Doktor tarafından başka bir şekilde önerilmediği takdirde; Yetişkinlerde: Günde üç veya beş kez, yemeklerle birlikte toplam 5-25 tane Aminess-N Film Tablet alınır. Tabletler gerekmedikçe bölünmemelidir. **DOZ AŞIMI:** Doz aşımı meydana gelirse doktora veya hastaneye başvurulmalıdır. **RUHSAT SAHİBİ:** Abdi İbrahim İlaç San. ve Tic. A.Ş. Maslak / İSTANBUL **İMAL YERİ:** Recip AB / İSVEÇ **RUHSAT TARİHİ:** 24.10.2007 **RUHSAT NO:** 123/39. **FİYATI:** 205,78 YTL KDV dahil (Temmuz 2008). Detaylı bilgi için firmamıza başvurunuz. Abdi İbrahim İlaç San ve Tic. A.Ş. Eski Büyükdere Cad. Ayazağa Yolu No: 5, 34398 Maslak / İSTANBUL Tel (0212) 366 84 00



ABDİİBRAHİM

  
**Aminess® N**  
Dengeli aminoasit desteği