



Türkiye Kamu ve Özel Hemodiyaliz Merkezleri - 2008

Kurum Adı	Merkez		Cihaz		Hasta Sayısı	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sağlık Bakanlığı	385	46	4069	29,3	10316	23,1
Üniversite	52	6,2	1095	7,9	2687	6
Özel	400	47,8	8715	62,8	31657	70,9
Toplam	837	100	13879	100	44660	100

Türkiye Kamu ve Özel Periton Diyalizi Merkezleri Tedavi Yöntemleri 2008

Kurum Adı	Merkez		Toplam		S.A.P.D.		A.P.D.	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sağlık Bakanlığı	72	50	1970	33,4	1499	33,8	471	32,2
Üniversite	43	29,9	2851	48,4	2071	46,7	780	53,4
Özel	29	20,1	1073	18,2	862	19,4	211	14,4
Toplam	144	100	5894	100	4432	100	1462	100

2008 Yılında Ülkemizdeki Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarında Uygulanan Tedavi Yöntemleri

Kurum Adı	Toplam Hasta	Hemodiyaliz		Periton Diyalizi		Transplantasyon	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sağlık Bakanlığı	12495	10316	82,56	1970	15,77	209	1,67
Üniversite	6538	2687	41,1	2851	43,61	1000	15,29
Özel	33246	31657	95,22	1073	3,23	516	1,55
Toplam	52279	44660	85,43	5894	11,27	1725	3,30

Hedef: Stabilité¹

Ortak Geleceğimiz İçin Keşfediyoruz

**RENAL
ANEMİ**
tedavisinde
Hb Stabilitesi

Referans: 1. Gilbertson DT, et al. Hemoglobin level variability: associations with mortality. Clin J Am Soc Nephrol. 2008 Jan;3(1):133-8.
www.roche.com.tr
MIR 05/D2/09



KONTROL ALTINA ALINAMAYAN HİPERTANSİYONDA NE YAPALIM ?

Arteriyel hipertansiyon tüm dünyada 1 milyardan fazla insanı etkilemesi nedeniyle günümüzün en önemli sağlık sorunlarından bir tanesini oluşturmaktadır. Bir çok çalışmada yüksek kan basıncının kardiyovasküler mortalite ile güçlü ilişkisi olduğu gösterilmiştir. Etkin kan basıncı kontrolü ise kardiyovasküler hastalıklara bağlı morbidite ve mortaliteyi önemli ölçüde azaltmaktadır. Kardiyovasküler hastalık riskini azaltmak için hedef kan basıncı düzeyi <140/90 mmHg, Diyabetes mellitus / Kronik Böbrek hastalığı (+) olgularda ise <130/80 mmHg olarak kabul edilmektedir. Hastalarda kan basıncını kontrol altına alabilmek için yaşam tarzını değiştirmeye yönelik önerilerde bulunmaya ek olarak, çoğu zaman ilaç tedavisi uygulanmaktadır. Günümüzde antihipertansif tedavide kullanılan değişik gruplardan çok sayıda ilaç bulunmakla birlikte, tüm dünyada hipertansiyon tedavisinde yaşanan en önemli sorun hastaların çoğunda etkin kan basıncı kontrolünün sağlanamamasıdır. Kontrolsüz hipertansiyonun belli başlı nedenlerini ise hastaların tedaviye uyumsuzluğu, yetersiz-etkin olmayan tedavi uygulanması ve dirençli hipertansiyon oluşturmaktadır.

Hipertansiyonun etkin tedavisi için öncelikli olarak bu üç durum birbirinden ayırt edilmelidir. Ancak her şeyden önce kan basıncının gerçekten kontrol altında olmadığından emin olmak gerekir. Çünkü; kan basıncının hatalı ölçümü, kol çevresine uygun manşon kullanılmaması ve beyaz önlük etkisi yalancı direnç nedenleri olarak karşımıza çıkmakta, gereksiz tedavi değişikliklerine yol açabilmektedir.

Tedaviye uyumsuzluk hastalarda kan basıncı kontrolünü engelleyen yalancı direnç varlığına yol açan diğer bir faktör olup, hastanın yaşı, cinsi, ırkı, sosyoekonomik durumu ve eğitim düzeyi ile hastalığı kabullenmemesi, ciddiyetinin farkında olmaması gibi hastadan kaynaklanan bir çok etkene bağlı olabileceği gibi, hasta doktor ilişkisinin yetersiz olması, doktorun hastayı yeterince bilgilendirmemesi ya da ilaç başlandıktan sonra uygun izlemin yapılmaması gibi terapötik ortamdan kaynaklanan sorunlara da bağlı olabilmektedir. Diğer yandan ilaçlarla ilgili ön yargılar, kullanılan ilaç sayısının fazlalığı ve ilaçlara bağlı yan etkiler de tedaviye uyumsuzlukta rolü olan çok önemli faktörlerdendir.

Antihipertansif tedavinin yetersiz dozda, uygun olmayan doz aralıkları ya da kombinasyonlarda uygulanması kan basıncının kontrol altına alınmasını zorlaştıran diğer etkenlerdir. Özellikle kombinasyon tedavisi gerektiğinde diüretiklerin kombinasyonda yer almaması kan basıncının kontrolünü zorlaştırmaktadır.

Değişik gruplardan bir tanesi diüretik olmak üzere en az 3'lü antihipertansif ilaç kullanılmasına rağmen, hedef kan basıncı düzeyine ulaşılamaması durumunda ise gerçek anlamda dirençli hipertansiyondan söz edilmektedir. Yaşam tarzı ile ilgili etkenlerden obezite, diyetle fazla miktarda tuz tüketimi ve fazla miktarda alkol kullanımı hipertansiyon gelişimi açısından risk oluşturmada dışında, tedaviye direnci arttıran en önemli faktörler arasındadır. Diyabetik hastalarda da kan basıncının kontrol altına alınması güçtür ve kullanılması gereken ilaç sayısı daha fazladır.

Dirençli hipertansiyon varlığında göz önünde tutulması gereken diğer önemli bir faktör ikincil hipertansiyon varlığıdır. Kan basıncının kontrolünde güçlük oluşturan çok sayıda ikincil hipertansiyon nedeni bulunmaktadır.

Bu nedenlerden primer hiperaldosteronizm geçmişte seyrek görülen bir hastalık olarak kabul edilirken, günümüzde ikincil hipertansiyonun en önemli nedeni olarak bildirilmektedir. Kan basıncı kontrol altına alınamayan obez, horlayan, gündüz uyuklayan bir hastada ise obstrüktif uyku apnesi mutlaka araştırılmalıdır. Uyku apnesinin şiddeti kan basıncının düzeyi ile paralellik göstermektedir. İkincil hipertansiyonun diğer önemli nedenleri arasında sayılan parankim hastalığı ve renal arter stenozu gibi böbreklerden kaynaklanan etkenler dışında; endokrin hastalıklardan feokromasitoma, tiroid hastalıkları, cushing sendromu; aort koartasyonu; başta analjezikler olmak üzere bir takım ilaçların kullanımı hipertansiyonun tedavisinde dirence yol açabilen diğer etkenlerdendir.

Kan basıncının kontrolünü güçleştiren tüm bu faktörler göz önüne alındığında; kontrol altına alınamayan hipertansiyon söz konusu olduğunda yanıtlanması gereken bir takım sorular karşımıza çıkmaktadır. Bu soruları "Tedaviye Uyumsuzluk var mı? Etkin tedavi uygulanmakta mı? Gerçekten tedaviye direnç var mı? Direnç ikincil hipertansiyon nedenlerinden mi kaynaklanmaktadır?"

Dirençli Hipertansiyona tanı ve tedavi yaklaşımı
Direnç varlığını doğrula En az 3'lü antihipertansif ilaç ile ofis KB>140/90 veya DM-KBH hastasında>130/80 mmHg
Yalancı direnci dışla Tedaviye uyumsuzluk-yetersiz tedavi-beyaz önlük hipertansiyonu
Yaşam tarzı ile ilgili risk faktörlerini saptan ve ortadan kaldır (Obezite, fiziksel inaktivite, aşırı alkol tüketimi, aşırı tuz tüketimi)
Antihipertansiflerin etkisini azaltan ilaç-madde kullanımını en aza indir ya da kes (NSAİİ, sempatomimetikler, uyarıcılar, OKS'ler)
İkincil Hipertansiyon nedenlerini tara (OSAS, Primer hiperaldosteronizm, RAS, KBH, Feokromasitoma, Cushing Sendromu, Aort koartasyonu)
Farmakolojik Tedaviyi düzenle Diüretik tedaviyi maksimum dozda kullan, farklı gruplardan kombinasyon yap, KBH'da lup diüretiği kullan
Uzmanı yönlendir İkincil hipertansiyon varsa veya 6 ay tedaviyle KB halen kontrol altına alınamıyorsa

AHA, Circulation 2008



Prof. Dr. Yasemin Erten
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
İç Hastalıkları Anabilim Dalı,
Nefroloji Bilim Dalı

şeklinde sıralayabiliriz. Bu sorunlardan;

Tedaviye uyumsuzluk varsa :

- Riskli hastaları belirlemeli (Ön yargılı hastaların, depresyon ve diğer psikiyatrik hastalıkların tespiti ve tedavisi),
- Hasta ile etkin iletişim kurmalı,
- Hastayı hipertansiyon ve tedavisi hakkında bilgilendirmeli,
- Hastayı tedavi konusunda ikna etmeli,
- Tedaviye tekli ilaç ile başlamalı (Birden fazla ilaç gerekiyorsa mümkün olduğunca tolere edilebilir ilaçların yavaş salınımlı ve fiks kombinasyonları seçilmeli),
- Tolere edilemeyen yan etki varlığında ilacı değiştirmeli, ancak gereksiz ilaç değişikliğinden kaçınmalı,
- Hastayı tedavi açısından izlemde tutmalı,

Etkin tedavi uygulanmıyorsa :

- Tedavi yeniden düzenlemeli, kombinasyon gerekiyorsa tedaviye diüretik eklemeli

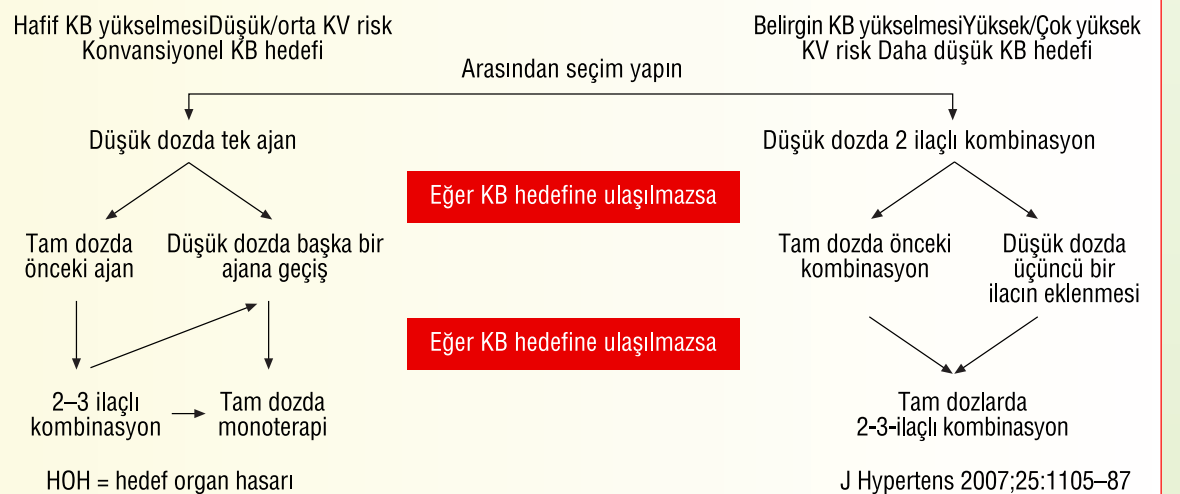
Dirençli Hipertansiyon varsa

- Yaşam tarzı ile ilgili riskler saptanmalı, ortadan kaldırılmalı,
- İkincil hipertansiyon nedenleri araştırılmalı, varsa uygun tedavisi yapılmalı,
- Antihipertansif ilaçların etkinliğini azaltacak ya da zorlaştıracak ilaç kullanımı araştırılmalı, özellikle analjeziklerin kullanımı sorgulanmalı, hasta analjezik kullanmak zorundaysa mümkün olduğunca asetaminofen tercih edilmelidir.

Ancak her şeyden önce kan basıncı ölçümü kurallarına uygun yapılmalı, hastanın kol çevresine uygun manşon kullanılmalı, beyaz önlük hipertansiyonu açısından şüphe varsa evde kan basıncı ölçümleri ya da 24 saatlik ayaktan kan basıncı izlemi ile bu durum açıklığa kavuşturulmalıdır.

ESH-ESC: Hipertansiyon tedavisi için algoritma

Dikkate alınacaklar: Tedaviden önceki KB düzeyi HOH ve risk faktörlerinin yokluğu ya da varlığı



1. Sayfanın Devamı...

Tedavi Yöntemleri ile Karşılaştırma (Ali Başçı), Noktürnal Hemodiyaliz: Avantajları ve Dezavantajları (Alaattin Yıldız), Diyalizin Geleceği: Taşınabilir Hemodiyaliz Makineleri (Mustafa Arıcı. Ülkemizden kongreye 300'den fazla katılımcı olmasına rağmen belki de ilk gün olması nedeniyle bu kursa katılım çok az oldu.

Türkiye 2009 Dünya Nefroloji Kongresi'ne bir serbest bildiri ve altmış poster sunumuyla katılmıştır.

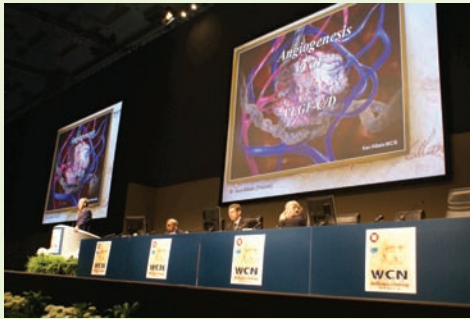
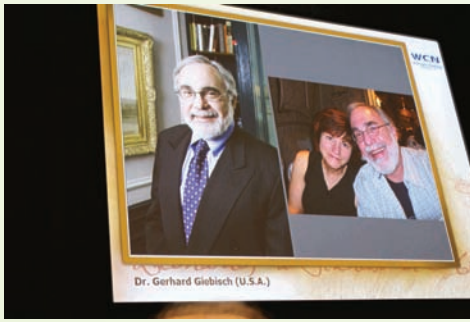
Kongrede Hemodiyaliz Tarihçesine de yer verilmiştir. Almanya'da faaliyet gösteren bir vakıf tarafından Hemodiyaliz Tarihçesine de yer verilmiştir demonstratif olarak aletlerin ve diyalizerlerin ilk günden bu güne kadar gösterilmesi çok muhteşemdi.

Kongrenin diğer bir özelliği ise Dünya Böbrek Günü aktiviteleriyle ilgili hazırlanan posterlerin yer alması idi.



Diğer güzel bir olay da Milano'dan Prof. Dr. G. B. Fogazzi ve Dr. S. Verdesca tarafından 3 saat idrar analizi kursu verilmesi idi.

DÜNYA NEFROLOJİ KONGRESİ 2009 ÖDÜL TÖRENİ



Ödüle Layık Görülenler:

-Alfred Newton Richards Ödülü Temel Araştırmalar Üzerine (Basic Research): Prof. Dr. Heini Murer, İsviçre

-Jean Lillian Kaplan ödülünü (Polikistik Böbrek Hastalığı üzerine yapılan çalışmaların ilerlemesi) kazananlar:

□ Corinne Antignac (Paris, Fransa) - Nefrotoksinler ve epitel hücre polaritesi (Nephrotoxins and epithelial cell polarity)

□ Friedhelm Hildebrandt (Ann Arbor, ABD) - Siller ve sentrozomlar nefronofitizisteki displazi ve bozulmayı açıklar - kistik böbrek hastalığı gibi. (Cilia and centrosomes explain dysplasia and degeneration in nephronophthisis - like cystic kidney disease)

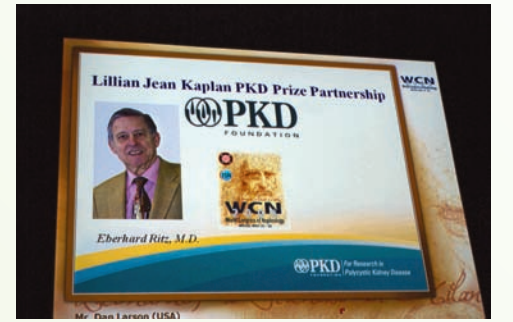
□ Lisa E Guay-Woodford (Birmingham, ABD) - Otozomal Recessif polikistik böbrek hastalığı: Klinikten sile kadar. (Autosomal recessive polycystic kidney disease: from the clinic to the cilium)

-Shire/Bywaters Ödülü (Akut Böbrek Yetmezliğinin Anlaşılması): Prof. Dr. Claudio Ronco, İtalya (Understanding of Acute Renal Failure)

□ Roscoe R. Robinson Ödülü (Nefroloji ve Tıp Eğitimi): Prof. Dr. Saraladevi Naicker, Güney Afrika (Education in Nephrology and Medicine)

-Jean Hamburger Ödülü (Klinik Bir Vurgulamayla Nefroloji Araştırması): Dr. Jared Grantham, ABD (Research in Nephrology with a Clinical Emphasis)

-(Amgen Inc. 2009 International Prize for Therapeutic Advancement in Nephrology) Nefrolojideki Tedavi İlerlemeleri için Amgen 2009 Uluslararası Ödülü: Prof. Dr. Cark Erik Mogensen, Danimarka



IPTA 5. Pediatri Transplantasyon Kongresi, İstanbul, 18-21 Nisan 2009

Uluslararası Pediatrik Transplantasyon Kurumu (IPTA)'nın düzenlediği, pediatrik transplantasyonla ilgili gelişmelerin tartışıldığı 5. Dünya Pediatrik Transplantasyon Kongresi 18-21 Nisan tarihleri arasında İstanbul'da yapıldı. Kongrede pediatrik transplantasyonun yanı sıra doku, kemik iliği, hücre transplantasyonu için yapılan klinik araştırmalar ve gelişmeler de yer aldı.

Dünyanın birçok ülkesinden katılım sağlanan kongreye, transplantasyon konusunda uzmanlaşmış doktorlar, uzmanlar, akademik personel ve sivil toplum örgütleri katıldı. Alanında en büyük kongre olan 5. IPTA Kongresi'ni, Türkiye'nin önde gelen tıp fakültelerinden gelecek 100'ün üzerinde akademik personel izledi. Uluslararası Pediatrik Transplantasyon Kurumu (IPTA), pediatrik transplantasyonun gelişmesi için

çalışıyor ve pediatrik transplantasyonu dünya genelinde yaygınlaştırmayı amaçlıyor.

IPTA ayrıca, transplantasyon ihtiyacı olan tüm çocukların da haklarını savunuyor ve transplantasyon yoluyla sağlıklarına kavuşmasına yardım ediyor. IPTA kongreleri 2 yılda bir yapılıyor ve bu yılki kongre İstanbul'da Harbiye Askeri Müze ve Kültür Sitesi'nde gerçekleştirildi.





Prof. Dr. Birsen Yürügen
TNDTH Derneği Başkanı Haliç Üni. SBYO Öğretim Üyesi

Hemşire Köşesi

- Nefroloji hemşireleri hastalarını ayrı birer birey olarak ele alırlar ve onları fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik olarak değerlendirirler.
- Kronik hastalara bakım verdikleri ve tedavilerinin önemli bir zamanını hastaları ile birlikte geçirdikleri için onların güvenini kazanırlar, sırdaş olabilirler,
- Hemşireler hastalarının hastalıkları ve tedavileri hakkında bilmediklerini öğrenmelerine, tekrar tekrar sorup tartışmalarına fırsat tanırırlar.
- Özellikle yeni hastaların hastalığa ve tedavilerine kabul süreçlerinde en büyük destekçileridir.

dolayı tam ve sürekli eğitim yapılamadığını ortaya koymuştur. Bu olumsuz bir yaklaşımdır. Umarım arzu edilen hasta eğitimlerimiz tüm merkezlerimizde gerçekleşebilir. Sözlerimi Sami Yenibahar isimli bir hastamızın yazdığı cümleler ile bitirmek istiyorum:

“Profesyonellerden beklentimiz alışlagelmiş doktor-hasta veya hemşire-hasta mesafeli ilişkisini bir kenara bırakarak karşılıklı saygı, anlayış ve sevgi çerçevesinde Nefrolojideki her türlü bilgi, yenilik ve tedavi uygulamaları konularını biz hastaları ile paylaşmalarıdır.

Zaten bu konuda tıp camiasında en şanslı hasta grubunun Nefroloji, diyaliz ve transplantasyon hastaları olduğunu belirtmek istiyorum.

Genele bakıldığında en bilinçli hasta grubu olmakla gurur duyuyormuz, ki buda bizlerin yaşamına olumlu yönde etki ediyor. Bu da yaşantımıza olumlu yönde etki ediyor. Bunu da siz Nefroloji hemşirelerimize borçluyuz ve teşekkür ediyoruz.

Sevgiyle kalın, böbreksiz kalmayın”

Sevgili hastamız bu düşünceleri ile bizlere çok şey anlatıyor.



Eğerli Meslektaşlarım
17 Mayıs 2009 tarihinde İstanbul'da IFKF (Uluslararası Böbrek Vakıfları Federasyonu) Kongresi yapıldı ve bu çerçevede bir gün hemşire, diyetisyen ve hastalarımızın da yer aldığı eğitim seminerinde "Eğitimin Hasta Bakımı Üzerindeki Etkinliği ve Eğitim Uygulamaları" ile ilgili sunumlara yer verildi. Faydalı bir toplantı olduğunu belirterek, Türk Nefroloji Hemşireleri'nin eğitime verdikleri önem ile ilgili yaptığım sözlü sunumu Renaliz vasıtası ile paylaşmak istedim.

Ülkemizde son 35-40 yılda böbrek sağlığı, hastalıkları ve tedavileri konusundaki imkansızlıklarımız, yetersizliklerimiz çok büyük oranda aşılmış, batı standartlarına ulaşmıştır. Bu süreçte Nefroloji hemşirelerinin gelişiminde sağlanan büyük ilerlemelerin hasta bakım kalitesi üzerinde olumlu etkileri olmuştur. Bildiğiniz gibi hemşirenin en önemli görevlerinden birisi eğitimidir. Nefroloji hemşireleri hasta eğitiminin önemine inanırlar. Hasta eğitimleri genellikle eğitim hemşirelerimiz tarafından verilmektedir. Özellikle periton diyalizi hemşire grubu eğitimleri örnek olarak gösterilebilir. Ünitelerde çalışan hemşirelerimiz de gerekli durumlarda hastalara eğitim yaparlar. Eğitim verirken hastaların hastalığa uyumlarının nasıl sağlanacağını, hastalığın yaşamlarına nasıl etki edilebileceğini anlatmaya özen gösterirler. Nefroloji Hemşireleri eğitim verirken şu maddeleri dikkate alırlar:

→ Eğitimin başarılı olması, tedavinin başarısı için en önemli etkidir.

- Hemşireler hastayı pes ettiren durumun; hastalıktan önce o insanın psikolojisi olduğunu bilirler,
- Aile yaklaşımının önemine inanırlar
- Belli önlemleri alarak hastalığın ilerleyişini ve diğer organlara verebileceği muhtemel zararın önlenmesi ya da asgariye indirilebilmesinin sadece doğru bilinçli ve doğru bilgilendirilmiş hasta ve yakınlarının başarabileceği bir durum olduğunu bilincindedirler.
- Bu konuda hastanın sadece sağlık ekibinden beklenti içinde olmasının yeterli olmadığını, hastaların diğer hastalara ve ailelerine söyleyeceği her bir sözün çok büyük önem taşıdığını ve yönlendirici rol oynadığını bilerek bu konuya da özen gösterirler.
- Hastaların yaşam kaliteleri üzerine eğitimin etkisini araştırmak için hemşireler tarafından yapılmış birçok çalışmaların sonuçları eğitim verilen hastaların yaşam kalitelerinin diğer hastalara oranla daha iyi olduğunu ortaya koymuştur.
- Hemşireler eğitimin önemine ve yaşam kalitesi üzerine olumlu etkileri olacağına inanırlar.
- Ancak hastaların sosyal çevresi, aile ilişkileri, evindeki fiziki koşullar, eğitim düzeyi, maddi olanakları, dini inanışları, yaşı, yaşama olan bağlılığı, transplantasyon umudu gibi nedenler de yaşam kaliteleri üzerine etki eden diğer önemli faktörlerdir.
- Yine yapılan çalışmalar Türkiye'de tüm merkezlerde değişik nedenlerden

nefroloji
ve sanat



Ayla SAN



Mehmet HABERAL



Ergün ERTUĞ



Ergün ERTUĞ

BÖBREK HASTASI MİLLETVEKİLİMİZ OLUNCA...

Hasta Köşesi

Sayın Başkan, Değerli katılımcılar, ülkemizden ve farklı ülkelerden gelen değerli hekimlerimiz, hemşire arkadaşlarımız.

Hepiniz hoş geldiniz. Ben burada hem milletvekili kimliğimle hem de hasta kimliğimle bulunuyorum. Yaşanan sorunlar ve çözüm önerilerini sizinle paylaşmaya çalışacağım. Türkiye'de 70.000 civarında kronik böbrek yetmezliği olan hasta olduğu söyleniyor, bunun 43.000'i şu anda diyaliz hastası. Ben bu rakamın köylerde, hiç diyaliz almadan hayatını kaybeden ve diyalizi reddeden insanları da sayarsak biraz daha fazla olduğunu düşünüyorum. Organ nakli açısından retina yetmezliği, karaciğer yetmezliği, böbrek yetmezliği ve kalp yetmezliğini de sayarsak 1.000.000'a yakın insanın hedef organ nakli kitlesi olduğunu söyleyebiliriz. Öncelikle yapılması gereken kültürel eksikliğimizi tamamlamaktır. Okullarımızda organ nakli konusunda eğitim programları hazırlamak bilgi düzeyini artırıcı programları resmi müfredata koymak temel olmalıdır. Bu bilinç yükselmediği sürece Türkiye nefrolog ve ürolog arasındaki farkı çok uzun bir sürede anlayabilir. Bir de bunun üzerine ilçelerimizdeki hekim yetersizliğini göz önünde tutarsak hastanın bilgisizliğine ürolog ve dahiliyeciler hekimler tarafından yapılan ve doğru olmayan tedavi yöntemleri de eklenince gelişmelerin toplumsal faturası ağır olmaktadır. Bazı yurttaşlarımız böbrek yetmezliği dönemlerinde diyaliz sürecine geçişte ciddi sıkıntılar çekmektedir. Bir yandan değişen yaşam biçiminin psikolojik sıkıntıları çekmekte, bir yandan da bilgisizlikten dolayı tedavi süreçlerini aksatmaktadır. Bu gerçek diyaliz hastalarının bilinçlendirilmesinin zaruret olduğunu ortaya koymaktadır. Diyalize hazırlanmada iyi yapılmayan bir fistül ameliyatının ya da diyaliz esnasında filtre kalitesi ve süreden kaynaklanan eksik diyalizin hasta sağlığı için ne kadar önemli olduğunu hepimiz farkında olmalıyız. **Diyaliz hastalarına kullanılan ilaçların laboratuvar sonuçlarıyla desteklenen limitlerinin hastanın fiziksel gücünü kaybetmeyecek düzeyde tutulmasına ve hastaya bilinçli, düzgün hekim desteği verilmesine özen gösterilmelidir. Kendi tedavim döneminde yadrgadığım**

iki olay olmuştur. (Birincisi) gittiğim nefroloğun bu ilaçları kullanın inşallah elim uğurlu gelir, iyileşirsiniz demesiydi. (İkincisi) ise bir diyaliz hekiminin ben sadece düzenli gelen hastaları destekliyorum, özen gösteriyorum demesiydi. Kanaatim şudur ki bilim insanının bilim dışı inançlarla hareket etme ve hasta seçme hakkı asla olamaz. Olayın bir başka yanını da çok önemsiyorum. Şüphesiz diyaliz böbrek hastasına hayat veriyor. Ancak diyaliz hastasının devlete yıllık maliyeti 35.000 dolar, üstelik son derece birikimli birçok insan emekli edilerek işinden soyutlanıyor. Hem devlete yüklenen bu yüksek maliyeti ortadan kaldırmanın çözümü, hem de hastanın topluma kazandırılmasının birikimlerinin toplumsal faydaya dönüştürülmesinin çözümü organ kazandırılmasının birikimlerinin toplumsal faydaya dönüştürülmesinin çözümü organ naklidir. Türkiye'nin bu alanda yetişmiş önemli bir kadrosu vardır. Ülkemizi organ nakli konusunda bir çekim merkezi haline getirmek de mümkündür. Bu konuda yapılacak değişikliklerle organ nakli kolaylaştırılarak ülkemiz önemli bir sağlık merkezi olabilir. Rahatsızlığım döneminde izlenimlerimden yola çıkarak bir kanun teklifi hazırlayıp TBMM'ye verdim, amacım organ nakli konusunda da bir bilinç oluşturmak ve kişinin beyanını zorunlu hale getirmektir. Teklifimde "Aksi beyan olmadığı sürece beyin ölümü gerçekleşen kişinin organları alınır" denilmektedir. Bu tanım bazı çevrelerce kişinin rızası olmadan organları alınır şeklinde yorumlanmaktadır. Bu yorum yanlıştır. Teklifim organ bağışi yerine bağışlamak istemeyenlerin beyanını ön görmektedir. Aslında en kati çözüm 18 yaşını geçen herkesin nüfus cüzdanlarında organ nakli bölümünde beyanının yazılmasıdır. Böyle bir değişikliğe Türkiye'nin ihtiyacı vardır. Bizim felsefemizde insan ve insanı yaşatmak var, bu nedenle organ naklinin hastalarımız için yeni bir hayat olduğunun farkına varmak ve bu çerçevede sağlam adımlar atmak zorundayız. Bütün katılımcı arkadaşlarımızın da bu konuya destek olmalarını rica ediyorum, hepinize saygılar sunuyorum.

Not: Sayın Tacidar Seyhan'ın 10. IFKF Kongresi'nde yaptığı konuşma metnidir.



Tacidar SEYHAN
Adana Milletvekili



Fevzi ERSOY



Mehmet HABERAL



Ayla SAN

6. Metabolik Sendrom Sempozyumu

Cornelia Diamond
Golf Resort & SPA / ANTALYA
8-12 Nisan 2009

1- Metabolik Sendrom Sempozyumu, 8-12 Nisan 2009, Antalya:

2009 tarihlerinde Antalya'da düzenlenen 6. Metabolik Sendrom Sempozyumu'nda Dislipidemi Tedavisinde Arayışlar, Trigliseritten Kalp Yetersizliğine Omega 3, Çocuk ve Adolesanda Metabolik Sendrom, Hipertansiyon Aşısı, Gıda Güvenliği, Genetiği Değiştirilmiş Ürünler, İnsülin Direncinde Farmakolojik Tedavi, Oral Antidiyabetik Tedavide Gündem gibi birçok güncel konu tartışıldı. 400'ü aşkın katılımcının takip ettiği, 60'ı aşkın oturum başkanı ve konuşmacının yer aldığı sempozyumda

Türklerin Avrupa'nın en şişman insanları olduğu, her 3 kişiden birinde metabolik sendrom görüldüğü açıklandı.

Sempozyum programı çerçevesinde düzenlenen aile hekimliği ve metabolik sendrom panelinde aile hekimleri çalıştıkları bölgelerdeki sorunları ve beklentilerini dile getirdiler.



2-Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği Adana Bölge Toplantısı, 11 Nisan 2009, Hilton Otel, Adana:

Prof. Dr. Saime Paydaş'ın oturum başkanlığında düzenlenen toplantıda şu konulara yer verildi: "Bütün Beta Blokerler Aynı mıdır?": Doç. Dr. Ahmet Alper Kıyıkım, "Antihipertansif Tedavide Yan Etkilerle Mücadele": Doç. Dr. Gültekin Gençtoy, soru ve katkılar ile toplantı sona erdi.



3- Türk Nefroloji Derneği Renal Anemi Çalışma Grubu Sürekli Eğitim Toplantısı, 11 Nisan 2009, Edirne:



Türk Nefroloji Derneği Renal Anemi Çalışma Grubu Sürekli Eğitim Toplantısı, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı ve Türk Nefroloji Derneği işbirliğinde 10-12 Nisan 2009 tarihlerinde Edirne'de gerçekleştirilmiştir. Başkanlığını Renal Anemi çalışma grubu başkanı Prof. Dr. Şehsuvar Ertürk (Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji BD), bilimsel sekreterliğini Yrd. Doç. Dr. Sedat Üstündağ'ın (Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi) üstlendiği toplantıda, Trakya Üniversitesi Rektör Yardımcısı Prof. Dr. Kemal Kutlu ve Türk Nefroloji Derneği 2. Başkanı Prof. Dr. Cengiz Utaş'ın açış konuşmalarının ardından ilk oturuma geçilmiştir. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji BD ve Türk Nefroloji Derneği 2. Başkanı Prof. Dr. Cengiz Utaş Başkanlığındaki ilk oturumda Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji BD öğretim üyesi Doç. Dr. Sim Kutlay "Renal Anemiye tanısal yaklaşım" isimli konuşmayı yapmışlardır. Kahve molası ardından Tıp Fakültemiz eski Dekanlarından Prof. Dr. Ergün Ertuğ ve Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Nefroloji BD Başkanı Prof. Dr. Mehdi Yeksan Başkanlığındaki 2. oturumda, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji BD öğretim üyesi Doç. Dr. Siren Sezer Renal "Demir tedavi ilkeleri-olası yan etkileri", Trakya Üniversitesi Nefroloji BD Başkanı Yrd. Doç. Dr. Sedat Üstündağ "Adjuvan tedavilerin yeri var mı?" isimli konuşmaları yapmışlardır. Öğle yemeği ardından Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji BD Öğretim Üyesi Prof. Dr. Neval Duman ve Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji BD Başkanı Prof. Dr. Mehmet Emin Yılmaz başkanlığındaki son oturumda Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji BD öğretim üyesi Doç. Dr. Mehmet Koç "ESA tedavi ilkeleri", İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Nefroloji BD öğretim üyesi Prof. Dr. Alaatin Yıldız "ESA tedavisi: Kalp-Damar-Sağ Kalım", Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Nefroloji BD öğretim üyesi Prof. Dr. Süleyman Türk "Yaşam Kalitesi" isimli konuşmalarını yapmışlardır. Türk Nefroloji Camiasının 30 dan fazla öğretim üyesinin ve 163 katılımcının izlediği toplantının ardından Sağlık Müzesi, Selimiye Camisi ve Meriç kenarını kapsayan Edirne tanıtım gezisi düzenlenmiş, toplantının gala yemeği Ağa Köşkü restoranda gerçekleştirilmiştir.

4- 2008-2009 Dönemi Türk Nefroloji Derneği İstanbul Şubesi Perşembe Toplantıları, 16 Nisan 2009:

Prof. Dr. Aydan Şirin'in oturum başkanlığında yapılan toplantıda şu konulara değinilmiştir: Çocukluk döneminden erişkine yansıyan nefrolojik sorunlar: I. Vesikoüreteral reflünün erişkine yansıması (Prof. Dr. Ilmay Bilge), II. Adolesan döneminde hipertansiyon (Doç. Dr. Neşe Bıyıklı).

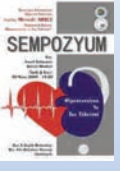


5- Polikistik Böbrek Hastalığı Çalışma Grubu Toplantısı, 16-18 Nisan 2009, Çanakkale, Kolin Hotel: Bilimsel Program:

Polikistik Böbrek Hastalığının Genetiğinde ve Kistogenezde Yenilikler: Genetik (Kıvanç Çefle), Kistogenez (Rümeza Kazancıoğlu), Polikistik Böbrek Hastalığının Klinik Özellikleri - I: Renal Bulgular (Ramazan Çetinkaya), Böbrek Dışı Bulgular (Sabahat Alışır Ecder), Hipertansiyon ve Kardiyovasküler Sorunlar (Tevfik Ecder), Polikistik Böbrek Hastalığının Klinik Özellikleri - II: İntrakranial Anevrizmalar (Caner Çavdar), Türkiye'deki Hastaların Demografik ve Klinik Özellikleri: Çalışma Grubu'nun Raporu (Tevfik Ecder), Polikistik Böbrek Hastalığının Tanısında ve Tedavisindeki Yenilikler: Tanıda ve Takipte Görüntüleme Yöntemlerinin Rolü (Serhan Tuğlular), Tedavideki Yeni Ufuklar (Mehmet Rıza Altıparmak), Renal Replasman Tedavileri (Lütfullah Altıntepe).

6- Çapa Nefroloji Günleri, 23-26 Nisan 2009, Sakarya: Program: Ana Konular:

Klinik Oturumlar: Temel Klinik Nefroloji: Major nefrolojik sendromlar, Ödemli hastaya yaklaşım, Hematürik hastaya yaklaşım, Böbrek biyopsisi - İndikasyonlar, kontrindikasyonlar, komplikasyonlar, Hipertansiyon: Hipertansiyon ve böbrek, Gebelik ve hipertansiyon, Yaşlılarda hipertansiyon, Dirençli hipertansiyon, "Önce zarar verme" - toksik nefropatiler: NSAİ- toksisitesi, Antibiyotik toksisitesi, Kontrast toksisitesi, Sıvı-elektrolit denge ve bozuklukları, Sodyum dengesi ve bozuklukları, Potasyum dengesi ve bozuklukları, Değişik klinik durumlarda böbrek, Böbrek hastasının operasyona hazırlanması, Böbrek hastalığı ve gebelik, Böbrek hastalığı ve karaciğer sorunları, Böbrek hastasında kardiyak sorunlar, Uydu Sempozyumlar: Renal anemi ve eritropoezi uyaran ajanlar, Kılavuzlara göre antihipertansif tedavi, İmmunosupresif tedavi - Teoriden pratiğe, Konferanslar: Kronik böbrek hastalığının progresyonu ve renoprotektif tedaviler, Renal fonksiyon ölçüm yöntemleri. Hangisi daha güvenilir?, Asit-baz dengesi ve bozuklukları, Klinikopatolojik Toplantı: Ödüllü Vaka Takdimi: Doktor; tanınız nedir?, Nefrolojide Güncel Sorunlar: Diyabetik nefropati, Kronik böbrek hastalarında diyet, Diüretikler ve böbrek, Renal replasman tedavisi seçimi, Literatür Güncellemesi: Klinik nefroloji ile ilgili literatür güncellemesi, Hipertansiyon ile ilgili literatür güncellemesi, Diyaliz ile ilgili literatür güncellemesi, Transplantasyon ile ilgili literatür güncellemesi.



7- Hipertansiyon ve Tuz Sempozyumu, 30 Nisan 2009 Ankara:

RAHED ve İl Sağlık Müdürlüğü işbirliği ile 30 Nisan 2009 Perşembe günü saat 13:30'da Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi nefroloji bölümünden Prof.Dr.Mustafa Arıcı'nın katıldığı halka yönelik sempozyum gerçekleştirilmiştir. Halk katılımının yoğun olduğu toplantıya yerel basın da ilgi göstermiştir.

8- TND Antalya Şubesi 2009 3. Eğitim Toplantısı, 2 Mayıs 2009, Dedeman Oteli, Antalya:

Moderatör: Prof.Dr.M.Tuğrul Sezer, 1. Oturum: Hemodiyaliz hastalarında (damar yolu sorunlarının tedavisinde) Girişimsel Radyoloji, Doç.Dr.Mert Köroğlu (SDÜ Tıp Fakültesi, Isparta), Diyaliz Hastalarında Fiziksel Rehabilitasyonun Yeri: Doç.Dr.Feray Soyipek (SDÜ Tıp Fakültesi, Isparta), Diyaliz Hastalarında Psikolojik Rehabilitasyon: Uz.Psikolog Şule Tola (Isparta), Anemi Tedavisinde Yeni Yaklaşımlar ve Hemoglobin Stabilizasyonu: Prof.Dr.Alaattin Yıldız (İstanbul Ü Tıp Fakültesi, İstanbul), Hemodiyalizde Hijyen: Nef.Hem. Jale Ertürk (SDÜ Tıp Fakültesi Diyaliz Ünitesi, Isparta), Yaşamak Güzel Şey "Fotoğraf Sunusu": Op.Dr.Ercan Akbulut (SB Atatürk Devlet Hastanesi Antalya), Diyaliz Hastalarında Hepatit Sorununa Güncel Bir Bakış: Prof.Dr.Yıldırım Songür (SDÜ Tıp Fakültesi Isparta).

9- 2008-2009 Dönemi Türk Nefroloji Derneği İstanbul Şubesi Perşembe Toplantıları, 7 Mayıs 2009:

Oturum Başkanı: Prof. Dr. Alaaddin Yıldız, Klinik-patolojik toplantı: Prof. Dr. Rifki Evrenkaya, Oturum Başkanı: Prof. Dr. Aydın Türkmen, Klinik-patolojik toplantı: Doç. Dr. Rümeyza Kazancıoğlu



10- 11. Ulusal Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Kongresi, 13-17 Mayıs 2009, Susesi Otel, Antalya:

Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneğinin düzenlemiş olduğu 11. Ulusal Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları kongresi 13-17 Mayıs 2009 tarihleri arasında Antalya Susesi Otelde yapıldı. Kongreye 1000'nin üzerinde hekim katılımı oldu. Kongrenin bu yıl Dünya Hipertansiyon Günü olan 17 Mayıs'ta içine alması itibarıyla Dünya Hipertansiyon Ligi Genel Sekreteri Dr. Arun Chockalingam davet edildi. Dünya Hipertansiyon Günü'nün bu yılki temasının "Tuz ve Hipertansiyon" olması nedeniyle, Dr. Chockalingam kongrede Hipertansiyon ve eşlik eden vasküler hastalıkların kontrolünde diyetteki tuz kısıtlamasının önemine ait bir konuşma gerçekleştirdi. Bunun yanı sıra yerli ve yabancı çok sayıda konuşmacının hipertansiyon, diyaliz ve böbrek hastalıklarına ait farklı konularda konuşmaları oldu. Derneğin geçen yıllarda tamamlayıp literatüre kazandırmış olduğu PatenT, HinT ve SalTurk çalışmalarının ışığında Türkiye'deki hipertansiyon prevalansı, insidansı ve tuz tüketimi verileri yeniden tartışıldı ve yorumlandı.

1 Haziran 2009'dan Sonra Yapılan ve Yapılacak Önemli Kongre ve Toplantılar

- 1) Boston-USA American Transplant Congress 2009, 30 Mayıs-3 Haziran 2009, Boston-USA
- 2) 19th European Meeting on Hypertension, 12-16 June 2009, Milan, Italy
- 3) Second Congress of International Society for Hemodialysis 2009, 28-30 August 2009, Hong Kong Convention and Exhibition Center, From Hemodialysis Unit to ICU.
- 4) 2nd Congress of International Society For Hemodialysis 2009, from Hemodialysis to ICU, 28-30 August 2009, Hong Kong Convention and Exhibition Centre
- 5) 3rd 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.
- 6) World Hypertension Congress, 29 October-1 November 2009, Pekin, China
- 7) Türk Nefroloji Derneği 26. Ulusal Nefroloji, Hipertansiyon, Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi ve 19. Ulusal Böbrek Hastalıkları, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi, 9. BANTAO (Balkan Şehirleri Nefroloji, Diyaliz Transplantasyon ve Yapay Organ) Kongresi, 18-22 Kasım 2009 tarihlerinde Rixos Sungate Hotel & Convention Center, Kemer / Antalya
- 8) 41st Course on Advances in Nephrology, Dialysis and Transplantation, Milan, December 5-8, 2009.

Aranesp®

(darbepoetin alfa)



Eczacıbaşı

Eczacıbaşı İlaç Pazarlama

MİLANO'DA YAPILAN 2009 DÜNYA NEFROLOJİ KONGRESİ'NDE ALMAN DİYALİZ MÜZESİ'NDEN DİYALİZ ALETLERİNİN GELİŞİMİ İLE İLGİLİ ÖRNEKLER SUNULDU.

Bu müze (Diyaliz ve Böbrek Nakli Kuratoryumu, Diyaliz Müzesi) aracılığı ile eski ve Orta Çağ'dan başlayarak günümüze kadar kanın temizlenmesi, difüzyon ilkeleri, böbrek replasman tedavisi deneyleri ve hemodiyaliz ve ev diyalizinin başarılı gelişimini gösteren aletler güzel bir sergi ile sunuldu. Bu sergiye ilgi çok büyüktü.

İlk Araştırmalar

M.Ö. 3000 yılının başlarında, Mısırlılar, memeli anatomisindeki periton boşluğunu ve diğer bölümleri buldular. Toksik maddeleri vücuttan atabilmek için ilgilerini vücudun fonksiyonlarını anlamaya yoğunlaştırdılar. Boşaltımı sağlayan ve idrarı artırıcı pek çok tedavi yöntemleri kullandılar.



İLK KLİNİK DİYALİZ

George Haas

Giessen Üniversitesi'nden Jost Benedum, incelemelerini Haas'ın kişisel kayıtlarına göre yaptı. 1914-1915 yıllarında Haas; hayvanlar üzerinde hemodiyaliz çalışmalarına başladı. İlk klinik diyalizini 1924 Ekim'inin ortasında uyguladı, böylece üremik bir kişide diyaliz uygulayan ilk hekim olarak kabul edildi



Membranların İlk Üretimi:

1927 yılında Kolombiya Üniversitesi'nden H.F. Pierce, selüloz membranların yapım yöntemleri ve nasıl geçirgenleştiği, üretimi ve bu membranların kullanımının nasıl rakamsal değerlere döküleceği hakkında inceleme yaptı. Sunumunu tamamlamak için Fick, Baranetzky ve Bechold'un yaptığı eski çalışmalara başvurdu. Terminolojiyi; kollodiyondan nitro-selüloza ya da bugün bildiğimiz selüloza değiştirmesi ilginçtir.

Diyalizde Selofan Kullanımı:

William Thalheimer, Johns Hopkins Tıp Fakültesi'nde Abel'in öğrencisi olmuştu, orada Abel'in yapay böbrek çalışmasına büyük ilgi gösterdi. Kendisi tarafından test edilen hipoteze göre kandaki üre düzeyi ve su konsantrasyonu azaltılabilirdi. Bu deneyleri yürütmek için Abel Böbreğine benzer bir cihaz kullandı. Selüloz asetat membranının eski membran malzemelerine göre, dayanıklı bir malzeme olmasının yanında, ucuz kolaylıkla bulunabilen ve daha emniyetli olduğunu ispatladı.



(Scribner ve arkadaşları 1965).



1945-1950 yılları arasında birkaç grup; suni böbrek cihazlarının ve programlarının geliştirilmesine başladılar.



Nils Alwal:

1945 yılı başlarında Nils Alwall yönetimindeki bir grup İsveçli; dikey kazan (vertical-drum-type) tipi böbrekle diyalize başladılar. Bu sistem Kolff'ün dönen kazanlı sisteminde yaşanan pek çok problemlerin üstesinden geldi.

Gordon Murray:

Murray; çok belirgin farklılıklar olsa da Alwall sistemine benzeyen dikey kazan tipi bir böbrek geliştirdi.



Kolff-Brigham Böbreği:

Dr. Kolff ve Dr. Walter'ın 1947'de yaptıkları toplantıdan sonra, Kolff-Brigham böbreğinin üretiminden sorumlu olan Mühendis Edward Olson; temel Kolff tasarısında yeni bazı değişiklikler yaptı.



Periton Diyalizi:

Periton diyalizi (PD) ile ilgili olarak ilk defa Wegner, 1877'de periton lavajı şeklindeki deneysel çalışmalarını yayınladı. 1918'de öküz bağırsağı kullanılarak ilk ekstra korperal diyaliz denendi. 1923 yılında George Ganter Hemodiyaliz (HD) uygulamasından çok önce canlı üzerinde periton diyalizini gerçekleştirdi.

1946 yılında Frank, Selingman, Fine ise periton diyalizini klinik uygulamaya koymuşlardır.



Gelecek:

Tıp toplumunun ve endüstrisinin amacı; böbrek hastalığından kaynaklanan ızdırap verici sorunları en aza indirecek kaliteli tedaviyi sunmaktır. Gelecekteki çabalar; son dönem böbrek yetmezliğinin nedenlerinin ve nasıl önenebileceğinin anlaşılması konusunda ışık tutacaktır. Hiç kimse; böbrek yetmezliğinin tamamen kontrol altına alınmadan veya kökten çözüm sağlamadan tatmin olmayacaktır.

Kaynakça:

- 1- San A., Atatürk Üniv. Tıp Bülteni, I:113, 128, 1976, Hemodiyalizde Son Görüşler.
- 2- Klinik Diyaliz, Allen R. Nissenson, Richard N. Fine, Çeviri Editörü: Akoğlu E., Hemodiyaliz ve Periton Diyalizinin Gelişimi, Patrick T. Mc Bride, Çeviri: San A., Sayfa: 1-23, Güneş Tıp Kitabevleri, 2009.
- 3- Nefrolojide Yenilikler Sempozyumu Kitabı, 3-8 Eylül 1985, Periton Diyalizinin Tarihçesi ve Kronik Periton Diyalizinde Yeni Kavramlar, San A., Sayfa, 46-65.

İlk Diyalizer

İskoçyalı bir kimyager olan Thomas Graham; koloidlerin ve kristaloidlerin ayrılabilirliğini açıklayan ilk belge olan "Ozmotik Güç" adlı yazısını 1854'te yayınladı.

Diyalizin İlk kez tanımlanması



Thomas Graham (1805-1869)



Thomas Graham'ın parşömen kağıdından yaptığı "Kasnak Diyalizeri". (1861)

Ürenin sodyum klorür kadar hızlı diffüze olduğunu buldu ve ayrıca, koloidlerle kristaloidleri ayırmak için kimyasal işlemlerden geçirilmiş parşömen membranını ilk kez kullandı.

Canlı Difüzyon

Etkili diyaliz sisteminin gelişiminde kapıları açan yegane anahtar olan çalışması Dr. John Jacob Abel'e itibar kazandırdı. Her ne kadar daha fazla çalışma olsa da, yegane gelişme Abel'in bugün suni böbrek diye tabir edebildiğimiz çalışmasıdır.

İlk "Plate" Diyalizer:

Alman kökenli bir doktor olan Heinrich Necheles; I. Dünya Savaşı sırasında yaralı Alman askerlerin tedavisi için görevlendirildiği sırada böbrek yetmezliğine bağlı sorunların farkına vardı.

Necheles; jelatin bikromat emdirilerek dövülmüş altın yapraktan imal edilen yassı borular kullandı. Bu cihazın ilgi çekici yönü, ilk kez, kan yollarını çok ağızlı borularla birleştirilerek daha az kan volümü ve daha fazla yüzeyin kullanılmasıydı.

