



Sağlık, Eğitim, Araştırma
Merkezi

FİYATI: 15 TL

Anadolu Böbrek Vakfı Yayın Organı

Renaliz

54

ISSN 1305 - 8011

Yıl 15, Sayı: 54, 1 Ocak - 1 Mayıs 2015

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

Anadolu Vakfı 20. Yılı Doldurmanın Coşkusuyla Yoluna Devam Ediyor...

10. DÜNYA BÖBREK GÜNÜ'NDE HALKIMIZLA EL ELE

Uluslararası Nefroloji Derneği (ISN) ve Uluslararası Böbrek Vakıfları Federasyonu'nun (IFKF) işbirliği içinde her yıl Mart ayının 2. Perşembe gününü "Dünya Böbrek Günü" olarak kutlamaktayız.

Bu yıl Dünya Böbrek Günü'nü bir hafta erken (5 Mart 2015) kutlamamızın sebebi; 13-17 Mart tarihleri arasında Cape Town'da düzenlenen "ISN-Dünya Nefroloji Kongresi"ne ve bu kongredeki "Risk Altındaki Toplumlarda Böbrek Hastalığı" konulu uyu sempozyumuna katılmamızdır.

Dokuz senedir Ufuk Üniversitesi ile birlikte bilimsel bir ortamda düzenlediğimiz Dünya Böbrek Günü etkinliklerimize bu yıl halkın böbrek hastalıkları üzerine bilgi düzeyini ölçmek ve onlara daha yakın olmak için Yenimahalle Belediyesi'ni de dahil ettik. Bilimsel faaliyetlerimizin yanında sosyal etkinliklerimizi de halkla iç içe yapmayı



planladık. Dünya Böbrek Günü dolayısıyla Yenimahalle Belediyesi, Ufuk Üniversitesi ve Anadolu Böbrek Vakfı işbirliğinde "Halkımızla El Ele" isimli bir toplantı düzen-

lendi. İki oturum halinde gerçekleşen toplantıda, alanında uzman isimler böbrek sağlığı alanında vatandaşları bilgilendirdi.

Bu seneki ana tema "Hepimiz için Böbrek Sağlığı" olarak belirlenmişti. Bu konu doğrultusunda; Ülkemizde Kronik Böbrek Hastalığının Etiyolojik Sebepleri, Diyabet ve Böbrek, Hipertansiyon ve Böbrek, Obezite ve Böbrek, İlaç, Sigara, Alkol ve Böbrek, Beslenme ve Böbrek, Böbrekler ve Spor konularına yer verilmiştir. Halkın görüşlerini almamız, sorularını yanıtlamamız, bilimsel olsun, olmasın her kesim tarafından olumlu karşılanmıştır.

Bilimsel toplantımızın ardından halka yönelik kan şekeri, kan basıncı ölçümleri, ağırlık ve boy ölçümleri, bel çevresi, vücut kitle indeksi ölçümleri ve anket çalışması yapılmıştır.

**ISN WORLD CONGRESS
OF NEPHROLOGY 2015**
March 13-17, 2015
Cape Town

an event by
Advancing Nephrology Around the World
hosted by
in partnership with

Dünya Nefroloji Kongresi
(13-17 Mart 2015 Cape Town, Güney Afrika)

www.wcn2015.org

13-17 Mart 2015 tarihleri arasında Cape Town'da düzenlenen "Dünya Nefroloji Kongresi-2015" 3000 kişinin katılımıyla düzenlendi.

Açılış, çok güzel bir ortamda yöresel müzikler eşliğinde yapılan danslarla görkemli bir şekilde gerçekleştirilmiştir. Ardından ISN

Başkanı Giuseppe Remuzzi bir açılış konuşması yapmıştır.

Lancet Baş Editörü Richard Horton ise "Sağlık insan medeniyeti için neden önemlidir?" konulu bir konuşma yaptı.



Güncel konuları içeren çok kapsamlı, bilimsel bir kongre olmuştur. Dünya Nefroloji Kongresi'nde en güzel müjde de Uluslararası

Nefroloji Derneği'nin Akut Böbrek Yetmezliği için 2025'le 0 yetmezlik girişimidir (Oby25).

Uluslararası Nefroloji Derneği'nin Oby25 girişimi, Akut Böbrek Hasarı için sağlık hizmetlerine ulaşmada ve fiyatlardaki eşitsizlikleri ortadan kaldırmak ve sonunda birçok hayatı kurtarmak için sağlık alanında yapılan büyük bir olaydır.

"2025'te hiç kimse önlenebilir ve tedavi edilebilir ABH'den ölmesin" sloganı amaç edinilmiştir.

Devamı 3. sayfada

Kösem



Prof. Dr. Ayla SAN

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

Haklı Gururumuz... Vakfımız 20, Renaliz Gazetemiz 16 Yaşında...

"Nefroloji Topluluğunun 2015 Yılı Değerlendirmesi"

2015 yılında 20. yılımızı kutlamanın heyecanı içindeyiz. Bu heyecan ile de çalışma hızımız ve azmimiz artmaktadır. Bu yılın başından beri 5 Mart'ta düzenlediğimiz Dünya Böbrek Günü'ne, ISN'nin 13-17 Mart 2015 tarihinde düzenlediği Dünya Nefroloji Kongresi'ne ve Sağlık Bakanlığımızın 8 Nisan 2015 tarihinde düzenlediği Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı çalışma grupları ve genel kurul toplantısına odaklanarak çalışmalarımızı hızlandırdık.

Bu yılki Dünya Böbrek Günü etkinliklerimizde bize kucak açan ve ellerinden gelen her türlü desteği bilfiil gösteren, hatta caddelerdeki rek-

lam panolarıyla Dünya Böbrek Günü'nün önemini vurgulayan Yenimahalle Belediyesi'ne teşekkürlerimizi sunuyoruz.

Bu yıl size verebileceğim en güzel müjde ISN'nin 2025'te Akut Böbrek Hasarı'nı sıfırlayacağını amaç edinmiş olmasıdır.

İkinci güzel haberimiz Sağlık Bakanlığımızın 2014-2017 yılları arasında böbrek hastası sayılarını aşağı çekmek amacıyla olmasıdır. İşte hep birlikte olunca daha güzel çalışmalar ortaya çıkmaktadır ve çıkacaktır da. Bundan sonra da hızla, yorulmadan çalışmak amacımızdır.

Beni Türk Hekimlerine Emanet Ediniz.

H. Öztürk



ADPKD Makalesi Ocak Ayında Parlamento Dergisi'ne (The Parliament Magazine) Haber Oldu

Prof. Dr. Tevfik Eceder'in de halen içinde bulunduğu EAF (European ADPKD Forum) isimli bilimsel grubun en önemli hedefi Polikistik Böbrek Hastalığı ile ilgili farkındalığı olabildiğince artırmaktır. "European ADPKD Forum" bu hastalıkla ilgili sorunları ön planda Avrupa olmak üzere tüm dünyadaki he-

kimlere, hastalara, halka ve sağlık politikalarını düzenleyenlere ulaştırmayı hedeflemektedir.

Aralarında Prof. Dr. Tevfik Eceder'in de bulunduğu 8 Nefrolog, 1 Hepatolog, 1 Genetik Uzmanı ve hasta derneklerini temsil eden 2 polikistik böbrek hastasından oluşan bir grup son 1 yıl içinde Brüksel'de toplanarak bu hastalıkla ilgili detaylı bir rapor hazırlamışlardır. Ayrıca adını Brüksel Deklarasyonu koydukları bir deklarasyon hazırlayarak 29 Ocak 2015 tarihinde bunu Avrupa Parlamentosu üyelerinin de katıldığı bir toplantıda Avrupa basınına duyurmuşlardır. Bu aktiviteyi Avrupa'daki birçok ülkenin ulusal dernekleri ve Türk Nefroloji Derneği desteklemektedir.

Yazımızda hazırlamış oldukları rapor, Brüksel Deklarasyonu ve toplantı sırasında çekilen bir fotoğraf görülmektedir. Bunlar Türk Nefroloji Derneği tarafından Türkçe'ye tercüme edilerek hekimlere ulaştırılacaktır.

Bu aktivite palamento gazetesinde yayınlanmış olup aşağıdaki linkten ulaşılabilir.

https://www.theparliamentmagazine.eu/articles/partner_article/pm-kidney-disease-must-be-included-eu-action-chronic-conditions

Sayın Prof. Dr. Tevfik Eceder'i çalışmalarından dolayı kutuyor, daha nice başarılarına imza atmasını diliyoruz.

Renaliz



Glomerulonefrit Kursu

Türk Nefroloji Derneği ile ERA-EDTA Genç Nefrologlar Platformu ve İmmüno-Nefroloji Çalışma Grubu'nun birlikte düzenlemiş oldukları "Glomerulonephritis and Novel Biomarkers" isimli kurs 6-7 Mart 2015 tarihlerinde İstanbul'da gerçekleştirilmiştir.

Toplantıya katılan Nefrolog, Pediatrik Nefrolog ya da yan dal öğrencisi meslektaşlarımızdan ilk başvuruda bulunan 50'sine Türk Nefroloji Derneği tarafından destek sağlanmıştır.

İmmün Sistem Glomerüler Yaralanmalarda Bio Belirteçler, İmmünglobulin A Nefropatisinin Genetik

ve Patofizyolojisi, Avrupa İşbirliği Çalışması'ndan İmmünglobulin A Nefropatisinin Progresyonunun Klinik ve Histopatolojik Risk Faktörleri, Membranöz (MCD) Nefropatinin Genetik ve Patofizyolojisi, Glomeruloskleroz (FSGS), Renal Amiloidoz ve Fibriler Nefritlerin Sınıflandırılması, Renal Patoloji Laboratuvarı, Biyopsi Değerlendirmeleri, Mikroskop Altında Renal Biyopsinin Değerlendirilmesinde Temel Bilgiler, Renal Patolojide Elektron Mikroskopun Önemli Rolü, Glomerüler Hastalıklarda Kompleman Aktivasyonunun İzlenmesinde Yeni Bakışlar, Atipik HUS: Tanı, Tedavi, Sonuç,

MPGN için Tanıda, Patofizyolojide, Tedavi Seçeneklerinde Yeni Görüşler gibi çok önemli konulara toplantıda yer verilmiştir.

Başta Türk Nefroloji Derneği olmak üzere bu toplantıda emeği geçen herkese teşekkürler.

Renaliz

ISN Konseyl Üyeliği



Prof. Dr. Rümeyza Kazancıoğlu, 2015-2021 dönemi için ISN'nin Doğu ve Orta Avrupa Bölgesi'ni temsilen konsey üyesi olarak seçilmiştir.

Bu, Türk Nefrolojisi'nin dünyada daha iyi tanınması ve kabul görmesi adına önemli bir adımdır.

Kendisini kutuyor ve başarılarının devamını diliyoruz.

Renaliz

Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon'da Önemli Konular Üzerine Uluslararası Katılımlı Bir Toplantı

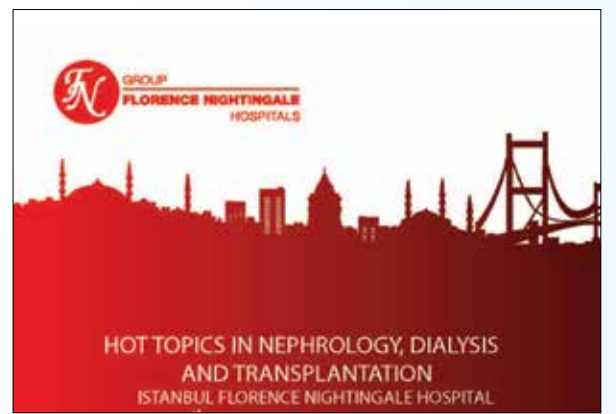
24 Ocak 2015 Cumartesi günü İstanbul Florence Nightingale Hastanesi'nde uluslararası katılımlı bir bilimsel toplantı yapılmıştır. Yurtdışından çok değerli bilim adamlarının da katıldığı "Hot Topics in Nephrology, Dialysis and Transplantation" (Nefroloji Diyaliz, Transplantasyon'da Günümüzdeki Önemli Konular) isimli bu toplantıda Nefroloji, diyaliz ve transplantasyon konularında bazı önemli ve güncel konulara yer verilmiştir.

Bilimsel Konular: İnteraktif konferans olarak yayınlanan vaka sunumları, Retroperitoneoskopik Do-nör Nefrektominin (HARP) Avantajları, HARP Do-nör Nefrektomi- Florence Nightingale Hastanesi'nin

Deneyimleri, Anti-HLA Antikor Tanıma Zorlukları, Canlı Böbrek Vericilerinde Gelişen Kriterler, Glomerüler Bozukluklarda Acil Testler ve Tedaviler, Dirençli Hipertansiyon Tedavisi, Böbrek Parankim Elastisite Değerlendirilmesinde Akustik Radyasyon Gücüyle Impulse'ların Görüntülenmesi, Uluslararası Organ Bağı İşbirliği, Birlikte Yapılan Karaciğer ve Böbrek Nakli, Birlikte Yapılan Kemik İliği ve Böbrek Nakli, Vasküler Girişlerde Güncel Yaklaşımlar Hemodiyalizasyon ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, Ev Hemodiyalizi.

Üst düzeyde yeniliklerin yer aldığı bu toplantıyı düzenleyen arkadaşlarımızı kutuyoruz.

Renaliz



Renaliz

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

Yayının Adı	: Renaliz Gazetesi
Yayının Türü	: Yerel, Süreli Yayın
Yayın Şekli	: 3 Aylık, Türkçe Baskı Tarihi: 18 Mayıs 2015
Sorumlu Yazı İşleri Müdürü	: Mutlu GÜRLER
Düzeltilen	: Sibel ÖZKAN
Yayın İdare Merkezimiz	: Emek 29. Sok. (Eski 57. Sok.) Köşe Apt. 9/1 06510 - ANKARA
Telefon	: 0312 213 98 80 - 212 52 09
Faks	: 0312 213 79 02
e-mail	: aylasan@anadolubv.org.tr, ayla.san@hotmail.com www.anadolubv.org.tr
Web Sitesi Güncelleştirme	: Adnan ŞENEL

Tasarım	: Hangar Marka İletişim Reklam Hizmetleri Yay. Ltd. Şti. Konur 2 Sokak 57/4 Kızılay - Çankaya / ANKARA
Telefon	: 0 312 425 07 34
Faks	: 0 312 425 07 36 www.hangarreklam.com
Baskı	: Öncü Basımevi Basım Yayın Tanıtım Ltd. Şti. Kazım Karabekir Cad. Ali Kabakçı İşhanı No: 85/2 İskitler / ANKARA
Telefon	: 0 312 384 31 20 (pbx)
Faks	: 0 312 384 31 19 www.oncubasimevi.com

Gazetemiz Basın İlkelerine Uymayı TAAHHÜT EDER.





Prof. Dr. M. Şükrü Sindel İstanbul'da doğdu.

Orta öğrenimini Kütahya Lisesi'nde okul birincisi olarak tamamladı.

1971-1977 yılları arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde eğitim aldı. Tıp Fakültesi'ni okul üçüncüsü olarak bitirdi.

1982 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde İç Hastalıkları uzmanı oldu.

1982-1984 yılları arasında Deniz Harp Okulu doktoru olarak Heybeliada'da askerlik görevini; 1984-1987 yıllarında Kastamonu Tosya ilçesinde mecburi hizmet görevini tamamladı.

1987 Şubat ayından itibaren Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim dalında öğretim üyesi olarak göreve başladı.

Prof. Dr. M. Şükrü SİNDEL'in Yaşam Öyküsü

1990 yılında Nefroloji uzmanı; 1991 yılında doçent; 1997 yılında profesör unvanlarını aldı.

1995 yılında Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği'nin kurulmasında görev aldı. Aynı dernekte halen yönetim kurulu üyeliği devam etmekte olup; aynı zamanda Türk Nefroloji Derneği etik kurul üyesidir. Anadolu Böbrek Vakfı'nın da yönetim kurulu üyesidir.

Yurt içi ve yurt dışı pek çok yayını olan Prof. Dr. Sindel Kasım 2014 tarihinde Gazi Üniversitesi

Tıp Fakültesi'ndeki görevinden emekliye ayrılmış olup; hekimlik çalışmalarına Ankara Liv Hospital'da İç Hastalıkları ve Nefroloji uzmanı olarak devam etmektedir.

Prof. Dr. M. Şükrü Sindel; evli ve iki çocuk babasıdır.



Dünya Nefroloji Kongresi

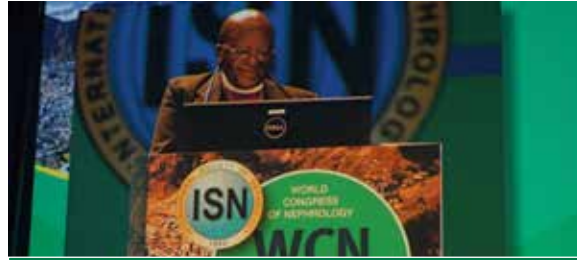
(13-17 Mart 2015 Cape Town, Güney Afrika)



Dünya Nefroloji Kongresi'nden bir gün evvel ISN tarafından gerçekleştirilen Dünya Böbrek Günü etkinlikleri çerçevesinde 5km'lik "Hepimiz için Böbrek Sağlığı" yürüyüşü Cape Town Açık Hava Jimnastik Parkı'nda gerçekleştirilmiştir.



Drum Cafe başarılı performansı ile tüm konferans merkezini coşturdu.



Kongre, ISN, SARS (Güney Afrika Böbrek Derneği), AFRAN (Afrika Nefroloji Derneği ve RCSSA (Güney Afrika Böbrek Tedavi Derneği) işbirliği ile gerçekleştirildi.

Dünya Nefroloji Kongresi Anglikan Kilisesi Başpiskoposu Desmond Tutu'nun başarılı bir kongre olması için yaptığı dua ile başladı.



Bugüne Kadarki İlerleme ve Başarılar

Akut Böbrek Hasarı her yıl tahmini 13,3 milyon vaka ile büyük bir küresel sağlık sorunu haline gelmiştir.

Yük özellikle gelişmekte olan ülkelerde yüksektir, yıllık insidansın 11,3 milyon vaka olduğu tahmin edilmektedir.

ISN'nin 2025 Yılında ABH'yi Sıfırlamayı Amaçlayan Oby25 Girişimi

ABH nedeni ile her yıl meydana meydana gelen 1,7 milyon ölümün 1.4 milyonunun küçük ve orta gelir düzeyine sahip ülkelerde meydana geldiği tahmin edilmektedir.

2015-2017 döneminde Oby25 girişimi bugüne kadar gerçekleştirdiği başarılarının üzerine yenilerini inşa etmeye devam edecek ve küresel sağlık toplumunun genelinde ABH bilincinin teşvik edilmesi üzerinde durulacaktır.



Ayrıca ABH tanı ve tedavilerini geliştirmek amacıyla kanıta dayalı stratejiler ve test amacıyla hedeflenen pilot projelerin geliştirilmesine ve uygulanmasına öncelik verecektir.





ÜLKEMİZDE KRONİK BÖBREK HASTALIĞI VE ETYOLOJİK SEBEPLERİ

Prof. Dr. Kenan ATEŞ

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı



Kronik Böbrek Hastalığı

SIK GÖRÜLÜR

GENELLİKLE İLERLEYİCİDİR

ÖLÜM VE MALİYET ORANLARI YÜKSEKTİR

SAĞLIK BÜTÇESİNİ TEHDİT EDER

FARKINDALIĞI VE ERKEN TANISI DÜŞÜKTÜR

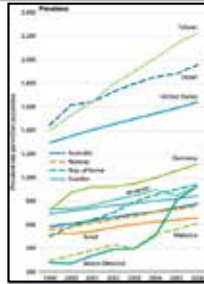
ÖNLENEBİLİR VE TEDAVİ EDİLEBİLİR

Kronik Böbrek Hastalığının Evreleri

KBH Evresi	İsmlendirme	GFH (ml/dk/1.73 m ²)
Evre 1	Böbrek hasarı (GFH normal)	≥90 + Hasar belirteçleri (+)
Evre 2	Hafif GFH azalması	60-89 + Hasar belirteçleri (+)
Evre 3a	Hafif-orta GFH azalması	45-59
Evre 3b	Orta-şiddetli GFH azalması	30-44
Evre 4	Şiddetli GFH azalması	15-29
Evre 5	Son dönem böbrek yetmezliği	<15

Diyaliz veya Böbrek nakli

Çağımızın Salgını: Son Dönem Böbrek Yetmezliği



Dünyada 2 milyonu aşkın kişi böbrek yerine koyma tedavileri altındadır.

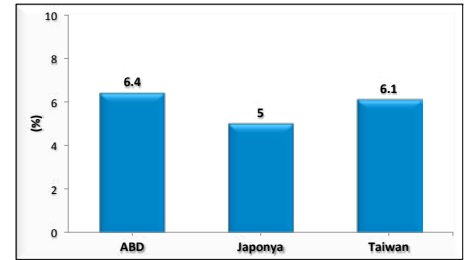
Sıklığı her yıl % 5-6 oranında artmaktadır.

10 yıl içinde bu sayının 2 katına çıkması ve tedavi maliyetinin 1.5 trilyon dolara ulaşması beklenmektedir.

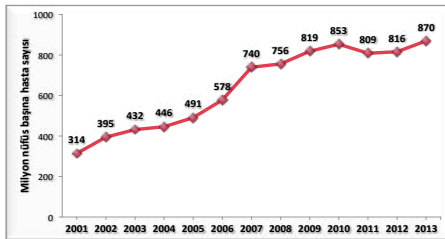
Böbrek yerine koyma tedavisi altındaki hastaların % 80'inden fazlası gelişmiş ülkelerde yaşamaktadır.

Az gelişmiş ülkelerde böbrek yerine koyma tedavi olanakları son derece sınırlıdır.

Son Dönem Böbrek Yetmezliğinin Sağlık Bütçesine Etkisi



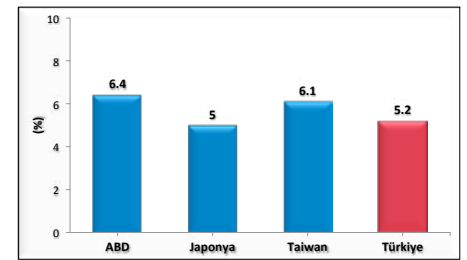
Türkiye'de Son Dönem Böbrek Yetmezliğinin Sıklığı



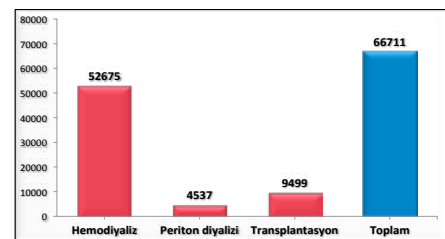
Türk Nefroloji Derneği Böbrek Kayıt Sistemi Verileri



Son Dönem Böbrek Yetmezliğinin Sağlık Bütçesine Etkisi

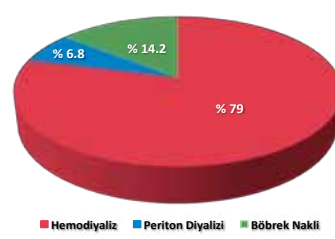


Türkiye'de Son Dönem Böbrek Yetmezlikli Hasta Sayısı – 2013 Verileri



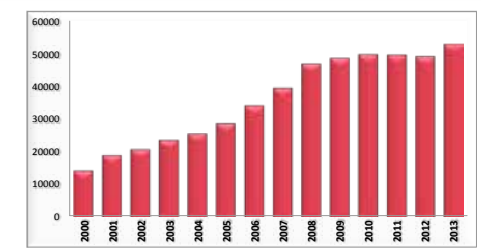
Türk Nefroloji Derneği Böbrek Kayıt Sistemi Verileri

Türkiye'de Son Dönem Böbrek Yetmezlikli Hastaların Uygulanan Tedaviye Göre Dağılımı



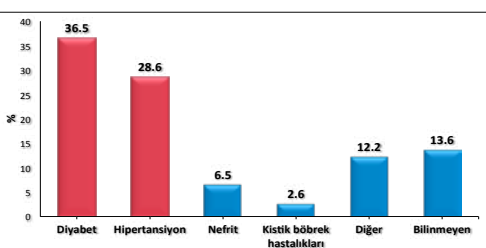
Türk Nefroloji Derneği Böbrek Kayıt Sistemi Verileri

Türkiye'de Hemodiyaliz Hasta Sayısının Seyri



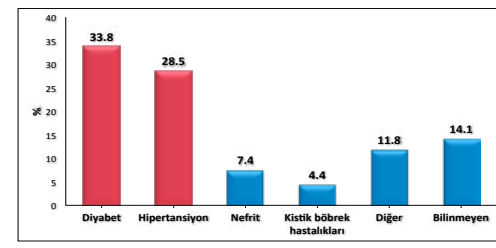
Türk Nefroloji Derneği Böbrek Kayıt Sistemi Verileri

Diyalize Yeni Başlayan Hastalarda Böbrek Yetmezliğinin Nedenleri



Türk Nefroloji Derneği Böbrek Kayıt Sistemi Verileri

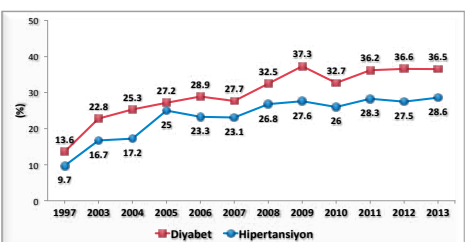
Diyaliz Tedavisi Altında Olan Hastalarda Böbrek Yetmezliğinin Nedenleri



Türk Nefroloji Derneği Böbrek Kayıt Sistemi Verileri



Diyalize Yeni Başlayan Hastalarda Diyabet Ve Hipertansiyon Oranının Yıllara Göre Değişimi



Türk Nefroloji Derneği Böbrek Kayıt Sistemi Verileri

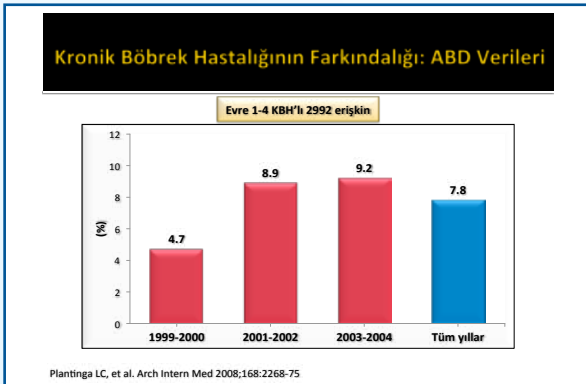
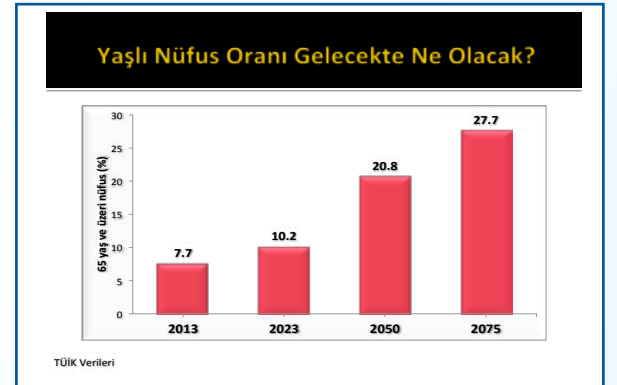
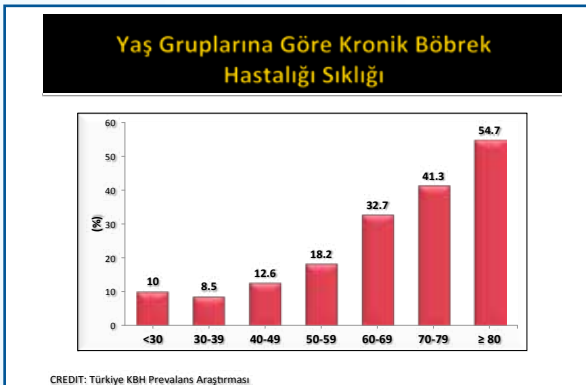
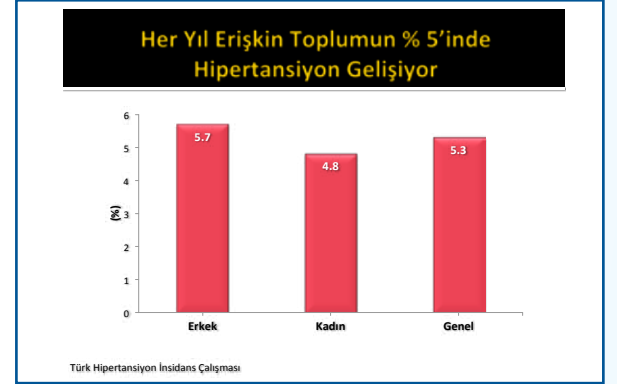
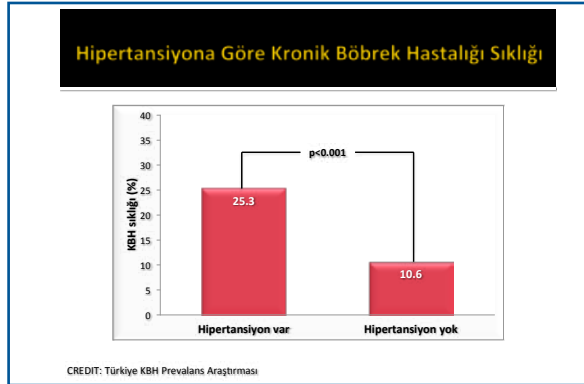
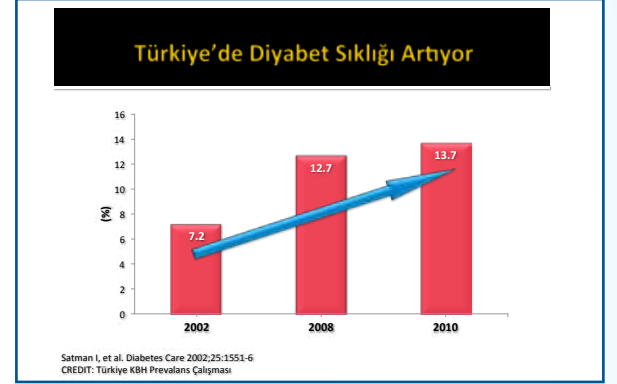
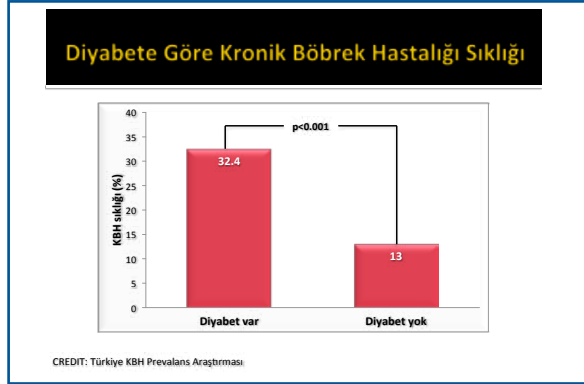
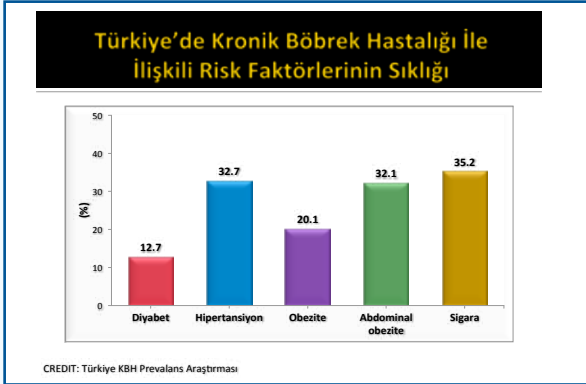
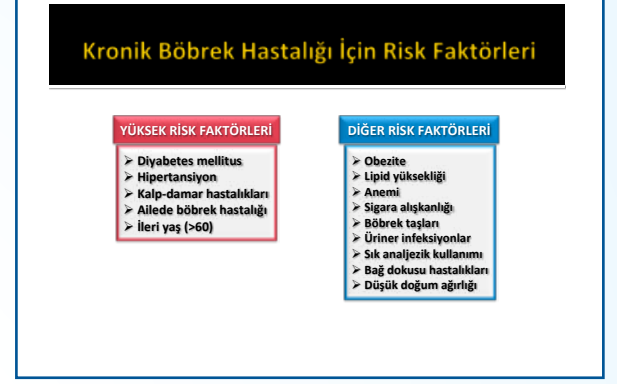
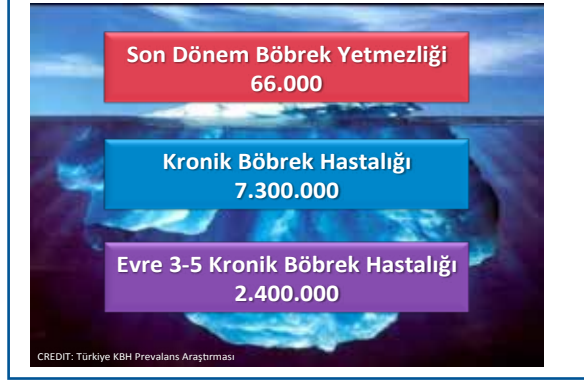
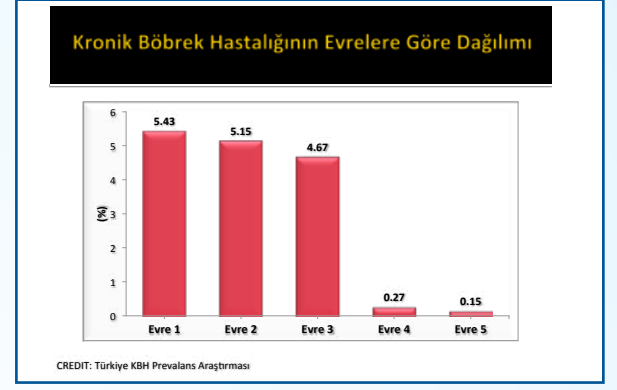
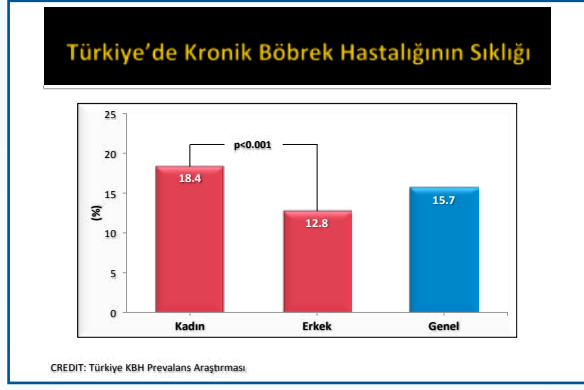
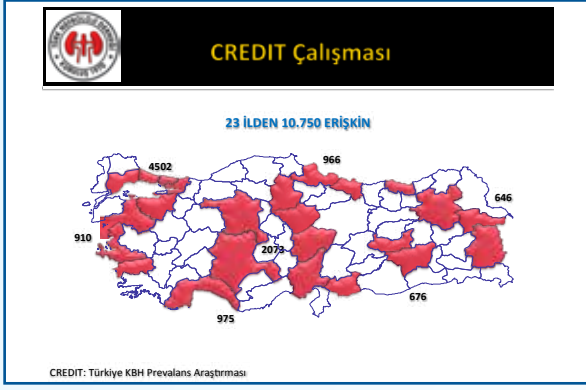
Öncelikle Savaşmamız Gereken İki Hastalık

DİYABET

HİPERTANSİYON

Son Dönem Böbrek Yetmezliği

Kronik Böbrek Hastalığı





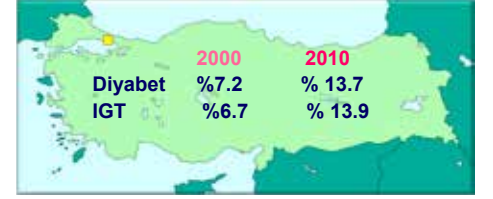
Dünyada Diyabet

- 2013
 - Dünyada tahmini diyabetli insan sayısı **382 milyon (% 8.3)**
 - Diyabet ve diyabete bağlı komplikasyonlar nedeniyle ölen insan sayısı **4.8 milyon**
 - 183 milyon** tanı konmamış diyabet hastası
- 2030
 - Dünyada tahmini diyabetli insan sayısı **592 milyon** olacak (%10)
- Her 10 saniyede
 - 3** insanda diyabet gelişiyor
- Her 7 saniyede
 - 1** insan diyabet ve diyabete bağlı komplikasyonlar nedeniyle ölüyor

Kaynak: IDF Diabetes Atlas 5th Edition (2012 Update)

Türkiye'de Diabetes Mellitus

(2000 ve 2010 yılı 20+ yaş erişkin nüfus sayımına göre) (İstanbul Tıp Fakültesi, Sağlık Bakanlığı, DSÖ)



(Satman I, TURDEP Group: D Care 2002)

Diabetes Mellitus Nedir?

- Pankreasdan salgılanan insülin hormonun tamamen ya da kısmen eksikliğine, salgılanan insülinin etkisinin az olmasına veya bu faktörlerin her ikisinin birlikte olmasına bağlı,
- Kan şekeri yüksekliği (hiperglisemi) ile kendini gösteren,
- Kısa ve uzun dönemde komplikasyonlara yol açan, kronik, metabolik bir hastalıktır



Hücrelerimizin Şekere İhtiyacı Var

- Diyetle aldığımız besinler mide ve barsaklardan geçerek karaciğere ulaşır.
- Karaciğerde şeker haline dönüşüp kana karışır.
- Hücrelerin enerji üretebilmesi için kandaki şekere ihtiyacı vardır.



İnsülin Nedir? Ne Yapar?

- İnsülin pankreasın langerhans adacıklarında β -hücrelerinden salgılanan bir hormondur
- Şekerin kandan hücrelere geçmesinde anahtar rol oynar

İnsülin Eksikliğinde Ne Olur?

- İnsülin eksikliğinde hücreler kandaki şekeri alamaz ve enerji için kullanamaz
- Böylece şeker kanda birikir ve kan şekeri düzeyleri yükselir



Kaç Tip Diabetes Mellitus Vardır?

DM Risk Grupları

- Tip I diabetes mellitus
 - Çocukluk çağı diyabeti
- Tip II diabetes mellitus
 - Erişkin çağı diyabeti
- Gebelik diyabeti (Gestasyonel Diyabet)
- Diğer diabetes mellitus tipleri
 - İlaçlara ve pankreas hastalıklarına bağlı

- ✓Obezite
- ✓Anamnezde gebelik diyabeti ve/veya iri bebek hikayesi
- ✓İleri yaş
- ✓Ailede genetik yatkınlık
- ✓Ailede periferik insülin direnci ile ilişkili hastalık anamnezi
- ✓Erken yaşta hipertansiyon
- ✓Dislipidemi
- ✓Daha önceden bozulmuş açlık glukozu veya glukoz toleransı öyküsü

Dünyayı Saran Tip 2 DM Pandemisi

Nedenleri

- Obezite
- Sağlıksız beslenme
- Hareketsiz yaşam tarzı
- Yaşlı nüfusun artması

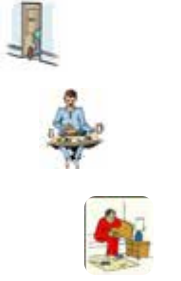


• Vücut ağırlığındaki 1kg artış DM'yi %9 artırır.



Diyabetin En Sık Görülen Belirtileri Nelerdir?

- Sık ve bol miktarda idrara çıkma
- Aşırı acıkma hissi
- Kilo kaybı
- Aşırı susama
- Diğer belirtiler:
 - Yorgunluk
 - Sık ve olağan olmayan enfeksiyonlar
 - Bulanık görme
 - Deride kuruma ve kaşıntı vb



DM' nin Kronik Komplikasyonları

- Mikrovasküler (Mikroanjiyopatik) Komplikasyonlar
 - Retinopati
 - Nefropati
 - Nöropati
- Makrovasküler (Makroanjiyopatik-erken ateroskleroz) Komplikasyonlar
 - Koroner kalp hastalıkları
 - Periferik damar hastalığı
 - Serebro-vasküler hastalıklar

Tip 2 Diyabette Tanı Esnasında Saptanan Komplikasyonlar

- % 20-30 Diyabetik Retinopati
- % 10-20 Mikroalbuminüri
- % 40-50 Hipertansiyon
- % 50-80 Dislipidemi
- % 80-100 Vasküler disfonksiyon

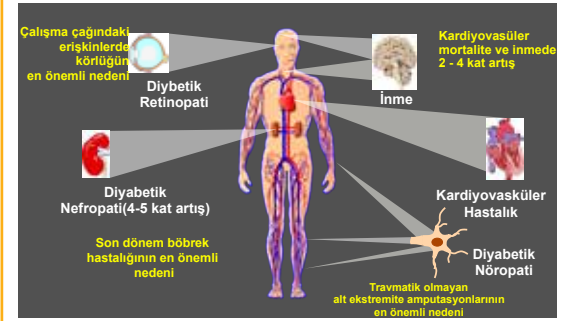
DM' nin Kronik Komplikasyonlarında Patofizyolojik Değişiklikler

- Plazma proteinlerinin artmış glikasyonu (AGE)
- Ekstrasellüler matriksde genişleme
BM kalınlaşması
- Endotel, mezangial ve arterial düz kas hücrelerinde hipertrofi ve hiperplazi

DM' nin Kronik Komplikasyonları

- Hiperglisemi
 - * Polyoil yol aktivitesinde artış (Aldoz Redüktaz akti. artar) ve Na, K-ATP³ az defekti
 - * PKC aktivitesinde artış
 - * Non enzimatik glikolizasyon (AGE artışı)
 - * Reaktif oksijen radikallerinde artış (Oksidatif Stres)
 - * Diğer (nörotrofik fak. C-peptit gibi)
- Genetik Faktörler

Diyabet: Komplikasyonların Önemi



Nefropati

- Genellikle intraglomeruler arteriollerin hasarına bağlı olarak progresif bir şekilde böbrek fonksiyonlarının bozulması sonucu ortaya çıkan bir tablodur (Bazal memb. kalınlaşması-Difuz glomeruloskl.-Noduler glomeruloskl./Kimmelstiel Wilson lezyonu)
- Tip 1 DM'lilerde genellikle 5-15 yıl sonra ortaya çıkar
- Tip 1 DM'lilerin yaklaşık % 50' sinde ölüm nedeni **Diyabetik Nefropati** dir
- Tip 2 DM'lilerde tanı esnasında bile saptanabilir
- Tip 1 ve Tip 2 DM'lilerin % 50'sinde DN saptanır

Diyabetik Nefropati Risk Faktörleri

- İrk (siyah ırk ve hispanikler)
- Cinsiyet (Erkek > Kadın = 1.7)
- Diyabetin başlama yaşı:
 - Diyabeti 11-20 yaş arası başlayanlarda sık
- Glisemik kontrolün derecesi
- Kan basıncının düzeyi
- Genetik yatkınlık
 - İkiz kardeş diyabetik nefropati olanlarda sık
- Sigara kullanımı
- Diyabetin süresi:
 - 14-16 yıllık diyabet süresi
 - 15 yıldan sonra nefropati azalır

Diyabetik Nefropati Tanı Evreleri

- Evre: Glomerüler hiperfiltrasyon
- Evre: Erken glomerüler lezyonlar
- Evre: Mikroalbuminüri evresi (30-300mg/gün)
- Evre: Klinik nefropati evresi
- Evre: Son dönem böbrek yetmezliği (SDBY)

Mogensen, C. E. (1976). Progression of nephropathy in long-term diabetics with proteinuria and effect of initial antihypertensive treatment. *Scandinavian Journal of Clinical and Laboratory Investigation* 36 : 383-388.

Diyabetik Nefropati İçin Tarama

Test	Ne zaman?	Normal Aralık
Kan Basıncı	Her muayenede	< 130/80 mmHg
İdrar albumini	Tip 1 ve Tip 2: Tanıdan itibaren yılda 1 kez	<30 mg/gün <20µg/dk <30 µg/mg cr

American Diabetes Association: Nephropathy in Diabetes: *Diabetes Care* 2007



Prof. Dr. Yunus ERDEM

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı

Hipertansiyon sıklığı ve yol açtığı sorunlar nedeni ile modern çağın salgını olarak adlandırılmaktadır. Ülkemizde her yıl gerçekleşen 4 ölümden biri (100.000 ölümden fazla) hipertansiyona atfedilebilir nedenlerle gerçekleşmektedir. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de hipertansiyon kontrolü yetersizdir. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği tarafından yapılan çalışmalarda ülkemizde 18 yaş üstü nüfusun üçte birinde hipertansiyon olduğu saptanmıştır. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de ilerleyen yaşla birlikte sıklık artmaktadır. Bu hastaların önemli bölümü hipertansif olduklarını bilmezken, haberdar olanların çoğunluğunda da kan basıncı değerleri kontrol altında değildir.

Hastaların düzenli olarak kontrol edildiği ve ilaç kullanımının topluma göre yüksek olduğu bu çalışmalarda bile artan ilaç sayısı ve dozuna karşın, kontrol oranları ancak % 50-60'lar seviyesinde olmaktadır. Kan basıncındaki kontrol oranlarındaki bu başarısızlığın nedenleri arasında hasta uyumu ve ilaçlar ile ilgili nedenlerin yanı sıra modern çağla birlikte ortaya çıkan yaşam tarzı değişiklikleri ön plandadır. Bu nedenle hipertansiyon tedavisinin başarısında yaşam tarzı değişiklikleri önemli bir rol oynamaktadır.

Yaşam biçimi değişiklikleri hipertansif hastaların yanı sıra kan basıncı optimal değerlerin üstündekilere (>120/80 mmHg) de önerilmelidir. Optimal kan basıncına sahip olanların %30'lar düzeyinde olduğu göz önüne alındığında bu önerilerin erişkin nüfusun tamamına yapılması uygun bir yaklaşım gibi görünmektedir. Önerilen tedavi edici yaşam tarzı değişiklikleri Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Hipertansiyon Tedavisinde Yaşam Tarzı Değişiklikleri

Öneri	Kan basıncında düşme (mmHg)
Kilo verme	5-20 /10 kg
Diyetin düzenlenmesi (DASH diyeti)	8-14
Tuz tüketimini azaltmak	2-8
Fiziksel egzersiz	4-9
Alkol kullanımının kısıtlanması	2-4

Kilo Verme

Artan vücut ağırlığı ile kan basıncı yakından ilişkilidir. Artmış kilo ile birlikte normotansif olanlarda da hipertansiyon ortaya çıkma riski artmaktadır. Ülkemiz erişkin nüfusunun önemli bir bölümü fazla kilolu ve şişman sınıftadır. Ayrıca yapılan insidans çalışması kilodan bağımsız olarak erişkinlerin yıllar içinde kilo alma eğiliminde olduğunu ortaya koymuştur. Yapılan klinik bir çalışmada 6.8 kg ve üstünde kilo veren ve bu kiloyu muhafaza eden prehipertansif düzeylerde kan basıncına sahip kişilerde hipertansiyon insidansında aylar içinde % 37'ye varan oranlarda azalmalar saptanmıştır. Erişkin nüfusun yaklaşık üçte biri prehipertansif kan basıncına sahiptir ve kilo alma eğilimi taşımaktadır. Bu nedenle yalnızca fazla kiloların verilmesi değil, ideal kilonun korunması da önemli bir tedavi hedefi olmalıdır.

Kilo verme sürecinde değişik diyet yöntemleri kullanılmaktadır. Son zamanlarda yapılan klinik bir çalışmada değişen oranlarda karbohidrat, yağ ve protein miktarları olan diyetler karşılaştırılmıştır. Elde edilen sonuçlar diyetin içeriğinden çok toplam kalori miktarındaki azalmanın kilo verme sürecindeki en önemli belirleyici olduğunu ortaya koymuştur. Kilo vermede sorun yaşayan ve yüksek riskli hastalarda diyet programı kan şekeri ve kolesterol düzeyi gibi faktörler göz önüne alınarak ayarlanmalıdır. Bu durumdaki hastalarda hastanın klinik özellikleri de dikkate alınarak diyetisyen ile birlikte bir diyet programı düzenlenmesi de yararlı olabilecektir.

Tuz Tüketimini Azaltma

Kan basıncı ve tuz tüketimi arasındaki ilişki uzun zamandan beri bilinmektedir. Gözlemsel ve klinik çalışmalar bu ilişkiyi desteklemektedir. Yapılan toplum bazlı çalışmalarda da bu etki ortaya konmuştur. Tuz tüketiminin yüksek olduğu toplumlarda hipertansiyon insidansı ile birlikte hipertansiyon ile ilişkili kardiyovasküler komplikasyonlar artmakta, düşük tuz tüketimi olan toplumlarda ise sıklık düşmektedir. Son zamanlarda yapılan çalışmalarda tuz alımının kan basıncını yükseltici etkisinden bağımsız olarak da kardiyovasküler sistemi olumsuz etkileyebileceği gösterilmektedir.

Ülkemizde yapılan bir çalışma toplumumuzda tuz tüketiminin yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Erkeklerde ve obezlerde tuz tüketimi daha yüksektir. Bu durumun nedeninin erkeklerin kadınlara göre, obezlerin de normal kilolu olanlara kıyasla daha fazla besin tüketmeleri olduğu anlaşılmaktadır. Ayrıca eğitim düzeyi düştükçe tuz tüketiminin de arttığı gözlenmektedir.

Yüksek tuz tüketimi olan ülkemizde nedenler incelendiğinde yemekleri tuzlu tercih etmek gibi kişisel yönelimlerin yanında ülkemize özgü nedenler de bulunmaktadır. Evde hazırlanan yüksek tuz içerikli yiyecekler önemli bir kaynaktır ve hasta yemeğe hiç tuz eklemese bile yüksek oranda tuz alabilmektedir. Ayrıca ülkemizde ekmeğin tüketiminin de kişi başına günlük 400-500 gram olduğu bilinmektedir. Ekmeğin 100 gramında ortalama 1.5-2 gram tuz olduğu göz önüne alındığında ekmeğin de tek başına önemli bir kaynak olduğu görülmektedir.

Genel olarak önerilen tuz tüketimi günlük 6 gram sodyum klorür (2,4 gr sodyum ~ 100 mmol) civarındadır. Diyetle ilgili olgularda 24 saatlik idrarda sodyuma bakılarak diyet uyumu kontrol edilebilir. Böbrek fonksiyonlarında bir sorun olmayan bir kişide 24 saatlik idrarla atılan sodyum o gün içinde tüketilen sodyuma eşittir. Ülkemizdeki tuz tüketimi dikkate alındığında kan basıncı kontrolünde sorun yaşanan hastaların büyük bölümünde tuz tüketiminin devam ettiği göz önüne alınarak tuz kısıtlamasına özel önem verilmelidir.

Diyetin Düzenlenmesi (DASH Diyeti)

1990'lı yılların sonunda yapılan ve değişik diyet kombinasyonlarının kan basıncına etkisini araştıran çalışmada kombinasyon diyeti adı verilen diyet programı sonradan DASH (Dietary Approach to Stop Hypertension) adını almıştır. Bu diyet yalnızca kan basıncı değil, diğer kardiyovasküler riskler için de yararlı olmaktadır. Bu diyet ile kilo kaybından bağımsız olarak kan basıncı düşmektedir. Bu tip diyet ile kan basıncının düşmesi ilk haftalardan itibaren başlamakta ve diyetle devam edildiği sürece sürmektedir. Bu diyetin temel özellikleri Tablo 2'de verilmiştir. Bu diyetle daha fazla meyve ve sebze, tahıllar, düşük yağlı süt ürünlerinin tüketilmesi önerilir. Bu şekilde günlük potasyum ve kalsiyumun artışı sağlanmakta ve her ikisinin tüketimindeki artışın kan basıncının düşmesinde yardımcı olduğu bilinmektedir. Et olarak beyaz et denilen tavuk ve balık eti öncelikle tercih edilmelidir. Ayrıca ülkemizin dünyada en büyük üreticisi olduğu fındık da kan basıncını düşürücü etkisi nedeniyle "DASH" diyeti kapsamına alınmıştır. Burada klinisyenin dikkat etmesi gereken nokta artırılan besin öğelerinin toplam kalori miktarıdır. Artan kalori ile kilo alımı tehlikesinden kaçınılmalıdır. Kalori artırıcı etkilerinden bağımsız olarak da şekerli ürünlerden ve yüksek kolesterol içeren besinlerden uzak durulması önerilmelidir.

Tablo 2. DASH Diyeti

Daha fazla
•Meyve, sebze
•Düşük yağlı süt ürünleri
•Tahıllar
•Tavuk, balık
•Fındık
•Potasyum, kalsiyum, magnezyum
Daha az
•Kırmızı et
•Tatlılar
•Şekerli yiyecekler
•Total ve saturate yağ ve kolesterol

Fiziksel Egzersiz

Düzenli fiziksel egzersiz kardiyovasküler sağlık için önemlidir, ayrıca kilo vermede de rol oynayabilir. Gene bunlardan bağımsız olarak kan basıncını düşürücü etkisi olduğu bilinmektedir. Egzersiz programı her hasta için

özel olarak hastanın yaşı ve fiziksel kapasitesi göz önüne alınarak düzenlenmelidir. Yüksek efor gerektiren bir program çoğu kez hastanın egzersizi bırakması ile sonuçlanır. Günlük olarak en az 30 dakikalık yürüyüş, hafif koşu ya da bisiklet önerilebilir. Kan basıncına olumlu bir etki için haftalık toplam sürenin en az 120-150 dakikayı bulması önemlidir.

Alkol Kullanımının Kısıtlanması

Yüksek alkol kullanımı ile kan basıncı arasında da ilişki vardır. Düşük oranlı alkolün bazı olumlu etkileri ile ilgili veriler bulunsun da bir tedavi yöntemi olarak kullanılması sakıncalı olabilir. Gene de kullanmak isteyen hastalarda tüketim kısıtlanmalıdır. Miktar olarak erkeklerde 30 mL (alkol oranları değişik içkilerde değişmekle birlikte yaklaşık 350 -500 mL bira ya da 300 mL şarap), kadınlarda 15 mL etanol izin verilebilecek üst sınırdır.

Sigaranın Bırakılması

Sigara yol açtığı malignitenin yanında kardiyovasküler hastalıklar için de önemli bir risk faktörüdür ve hipertansif olsun ya da olmasın tüm kullananların bırakmaları yönünde kuvvetli öneriler yapılmalıdır. Epidemiyolojik çalışmalarda bakıldığında sigara içenlerin ortalama kan basınçlarının, kullanmayanlara göre daha düşük olduğu görülmektedir. Benzer veriler ülkemizde yapılan prevalans çalışmasında da gözlenmiştir. Bu durumun sigara içenlerin kilolarının daha düşük olması ile açıklanabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle sigaranın kan basıncını düşürücü etkisi oldu-



ğunu ileri sürmek yanlış bir yaklaşım olacaktır. İçilen her sigara ile kan basıncı yükselmekte ve yaklaşık 30 dakika içinde önceki değerine dönmektedir. Epidemiyolojik çalışmalarda kan basıncı ölçümü sigarada 30 dakika sonra yapıldığı için bu pressör etki görülmemektedir. İçilen her sigaranın kan basıncını yükselttiği ve sigara kullanımının gün boyu devam ettiği göz önüne alındığında, sigaranın da kan basıncı ile ilişkisi ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle sigaranın bırakılması, gerek hasta, gerekse toplumsal bazda kardiyovasküler riskin düşürülmesi için büyük önem taşımaktadır.

Diğer Faktörler

Kafein kullanımı Akut olarak kan basıncını yükseltmektedir. Ancak çoğu kez bu etkiye karşı tolerans gelişmektedir. Ayrıca uzun süreli kahve içenlerde kardiyovasküler riskin artmadığına ilişkin veriler bulunmaktadır. Bu nedenle çok duyarlı hastalar dışında kahve ve çay tüketiminin kısıtlanmasına gerek yoktur.

Sarımsak ile kan basıncı arasındaki ilişki belirsizdir. Bazı çalışmalarda kan basıncını düşürdüğüne ilişkin veriler bulunmakla birlikte, tedavi edici olarak sarımsak ya da sarımsak ekstraktının kullanılmasını destekleyecek yeterli veri bulunmamaktadır. Her biri tek tek kan basıncını düşürücü etkiye sahiptir. Yapılan çalışmalarda bir bütün olarak tüm önerilerin yapılması ile elde edilen kazanımın daha çok olduğu gösterilmiştir. Bu nedenle klinisyenin amacı; öncelikle hasta ile birlikte tüm yaşam tarzı değişikliklerini birlikte gerçekleştirmek ve bunları kalıcı hale getirmek olmalıdır.

Hipertansiyon toplumda yol açtığı kardiyovasküler morbidite ve mortalite nedeni ile önemli bir sağlık sorunudur. Mücadelede birinci hedef hipertansiyonun ortaya çıkmasını engellemek, ikinci hedef ise var olan hipertansiyonu tedavi etmek olmalıdır. Her iki hedef için de en etkin ve maliyeti olmayan tedavi yöntemi; yaşam tarzı değişikliklerinin gerçekleştirilmesidir.



OBEZİTE VE BÖBREK

Obezite (Şişmanlık)

Bir Dirhem Et Bin Ayrı Örtür
(Türk Atasözü)

Obezite Nedir?

- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından obezite, sağlıklı bozacak ölçüde vücutta aşırı yağ birikmesi olarak tanımlanmıştır.
- Günlük alınan enerjinin harcanan enerjiden fazla olması durumunda, harcanamayan enerji vücutta yağ olarak depolanmakta ve obezite oluşumuna neden olmaktadır.
- Yetişkin erkeklerde vücut ağırlığının %15-18'i, kadınlarda ise %20-25'ini yağ dokusu oluşturmaktadır. Bu oranın erkeklerde %25, kadınlarda ise %30'un üstüne çıkması obeziteyi oluşturmaktadır.

Obezite Nasıl Saptanır?

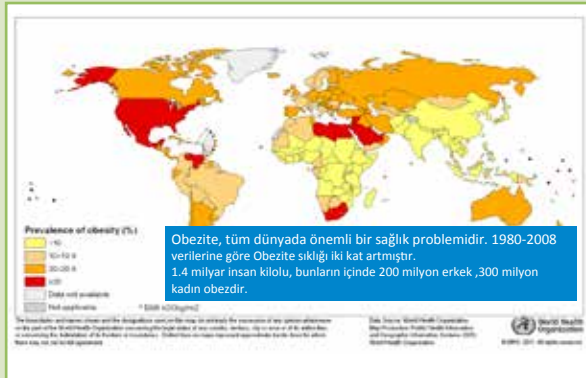
- Obezite: Vücut Kütle İndeksi (Beden Kütle İndeksi) ile tayin edilir.
- VKI= $\frac{\text{Vücut Ağırlığı (kg)}}{\text{Boy (metre)}^2}$
- Örnek: VA: 68 kg Boy:1.50m
- VKI: $\frac{68}{1.50 \times 1.50} = 30.2$



Obezite Tanımlaması ve Sınıflaması

Sınıflama	VKI kg/m ²
Zayıf	< 18.5
İdeal	18.5- 24.9
Kilolu	25.0- 29.9
Obezite	
- I Derece	30 - 34.9
- II Derece	35 - 39.9
- III Derece (Morbit Obez)	≥ 40

2006 World Health Organization - Last update: 12/10/2014



Türkiye'de Obezite Sıklığı

%18.6 (1990)

%21.9 (2000)

Table 1. Summarizes the results of the national surveys in Turkey

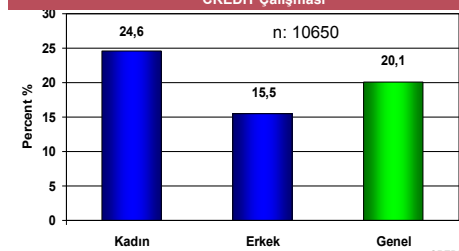
Study	n	Age (years)	Obesity percentage		
			Men	Women	Total
TEKİSAM 1990	3 601	>60	12.3	32.0	18.6
TEKİSAM 2000	2 494	>60	11.3	30.6	21.9
FLORİDOL 1999	24 788	>20	12.9	26.0	20.3
İSBE 2000	20 119	>20	14.4	24.8	19.4

Yumuk; obesity reviews (2005) 6, 9-10

A population-based survey of Chronic Renal Disease in Turkey—the CREDIT study

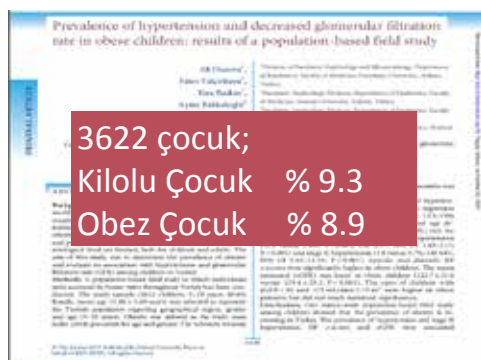
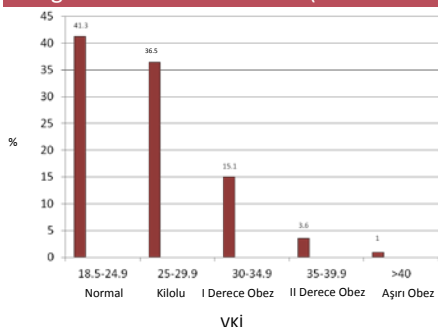
Nephrol Dial Transplant (2011) 26: 1862-1871

Obezite Sıklığı (VKI >30kg/m²) CREDIT Çalışması



CREDIT NDT 2011

VKI göre Obezite Dereceleri (CREDIT 2011)



Obeziteye Neden Olan Faktörler



Yanlış Beslenme ve Hareketsiz Yaşam Tarzı Obeziteye Neden Olur



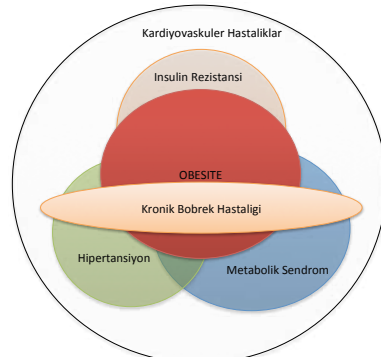
Obezite

Obezite ile İlişkili Hastalıklar

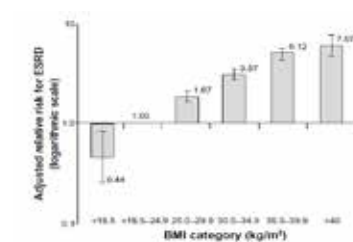
- Diabetes Mellitus
- Hipertansiyon
- Kronik böbrek hastalığı
- Metabolik Sendrom
- Kardiyovasküler Hastalıklar
- Kanser
- Osteoartrit
- Safra Kesesi Hastalıkları
- Non-alkolik Yağlı Karaciğer
- Pankreatit
- OSAS



Obezite, çeşitli mekanizmalarla, Tip II DM ve hipertansiyondan bağımsız olarak böbrek hasarına neden olmaktadır.



Obezite ve Son Dönem Böbrek Yetmezliği Gelişimi



Hsu et al, Ann Intern Med. 2006;144(1):21-28

Abdominal Obezite ve Son Dönem Böbrek Yetmezliği Gelişimi



- Abdominal obezite, artmış VKI ve genel yağlanmadan bağımsız olarak KBH ile ilişkilidir.
- 6500 hasta;
- Bel çevresi >102 cm --- Erkek
- Bel çevresi >88 cm --- Kadın
- Böbrek yetmezlik gelişimi için artmış risk oranı → 1.4

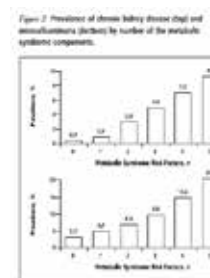
Gomez ve ark. FATH study. J Am Soc Nephrol. 2006; 12(12 suppl 3):194-200

Metabolik Sendrom

	1998, 1999	1997-1998, 2001, 2002	1998, 2001	2001, 2002
Bel çevresi		Erkekler > 102 cm Kadınlar > 88 cm	Erkekler > 102 cm Kadınlar > 88 cm	Erkekler > 94 cm Kadınlar > 80 cm
Bel çevresi oranı		Erkekler > 0.90 Kadınlar > 0.85	Erkekler > 0.90 Kadınlar > 0.85	Erkekler > 0.90 Kadınlar > 0.85
MBG		> 130 mg/dL	> 130 mg/dL	> 130 mg/dL
Toglaması		Erkekler > 35 mg/dL Kadınlar > 40 mg/dL	Erkekler > 40 mg/dL Kadınlar > 50 mg/dL	Erkekler > 40 mg/dL Kadınlar > 50 mg/dL
HDL		Erkekler < 40 mg/dL Kadınlar < 50 mg/dL	Erkekler < 50 mg/dL Kadınlar < 60 mg/dL	Erkekler < 40 mg/dL Kadınlar < 50 mg/dL
Kan basıncı		> 130/85 mmHg	> 130/85 mmHg	> 130/85 mmHg
Çocuklar		Tip 2 diabetes mellitus, beslenmeyle ilişkili şeker hastalığı, beslenmeyle ilişkili hipertansiyon	Insulin direnci, beslenmeyle ilişkili hipertansiyon, şeker hastalığı, hipertansiyon	AKG > 130 mg/dL veya tip 2 diabetes mellitus
Diğer alttanın prevalans oranı		> 30 mg/dL	> 30 mg/dL	> 30 mg/dL

LDL: Düşük Yoğunlukta Lipoprotein; HDL: Yüksek Yoğunlukta Lipoprotein; MBG: Ortalama Glisemik Hemoglobin; AKG: Ortalama Kan Şeker; HDL: Yüksek Yoğunlukta Lipoprotein.

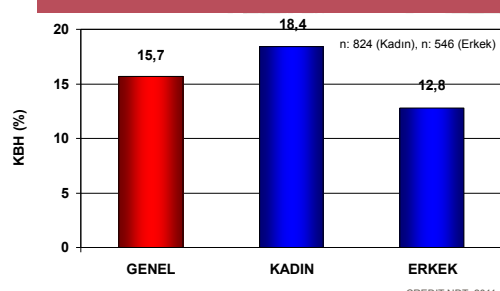
Obezite, Metabolik Sendrom Son Dönem Böbrek Yetmezliği Gelişimi



- 6217 hasta
- Metabolik sendrom kriterlerinde artış ile doğru orantılı olarak hem kronik böbrek hastalığı hem de mikroalbuminuri sıklığının arttığı izlenmiştir.

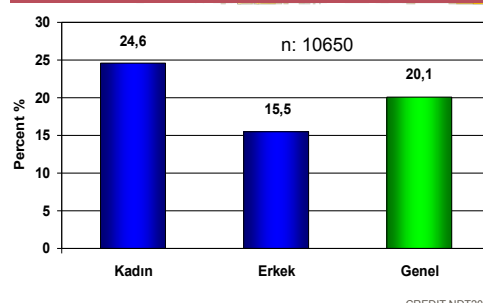
Ann Intern Med 2004;140:167-74.

Türkiyede Kronik Böbrek Hastalığı Sıklığı CREDIT 2011



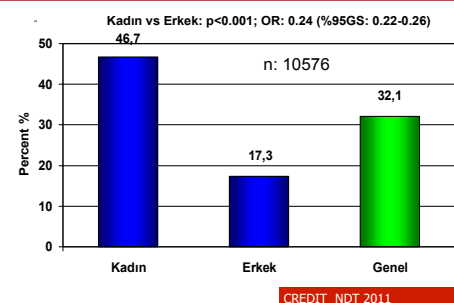
CREDIT NDT 2011

Obezite Sıklığı (VKI >30kg/m²) CREDIT Çalışması



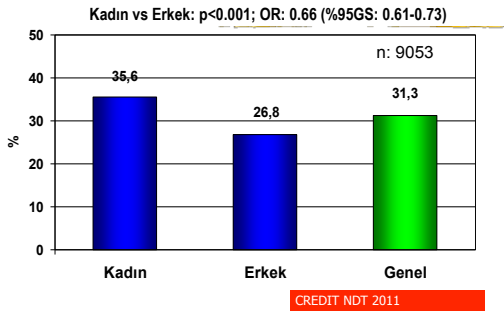
CREDIT NDT2011

Abdominal Obezite Sıklığı (BÇ:E>102, K>88cm), (Cinsiyete Göre)

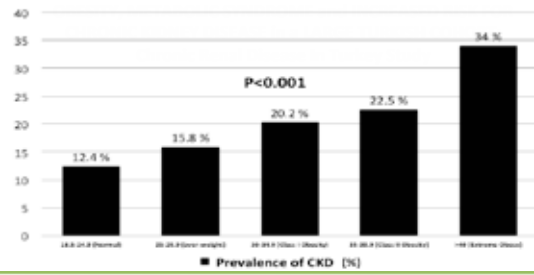


CREDIT NDT 2011

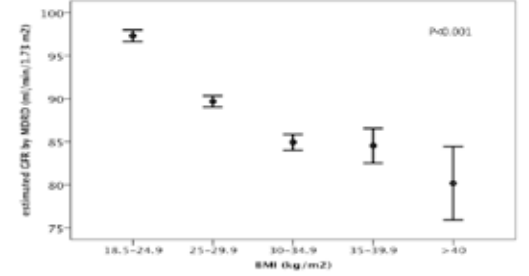
Metabolik Sendrom & Cinsiyet



Obez Kişilerde Kronik Böbrek Hastalığı Görülme Sıklığı Artmıştır



Böbrek Fonksiyonu Obez Kişilerde Daha Düşüktür



Obezite Tedavisi

- Düzenli ve Dengeli Beslenme
- Fiziksel Aktivite
- Cerrahi Tedavi



Çalışmanın amacı:
Obez hastalarda kilo vermekle:
- Böbrek fonksiyonu azalmış olan KBH'li hastalarda böbrek fonksiyonu artmış
- İleride protein kaybı azalmış
- İdrarda Albumin kaybı azalmış

Beslenme

- Toplam Kalori Alımı Azaltılmalı
- Toplam yağ alımını sınırladığı, doymuş yağ yerine doymamış yağlar tercih edilmeli (Kıyma yağ yerine sıvı yağlar).
- Sebzeler, meyveler, baklagiller, tam tahıllar ve kabuklu yemişlerin tüketimi artırılmalı
- Şeker ve tuz alımı kısıtlanmalı
- Beslenmede öğün atlanmamalı

Egzersiz (Fiziksel Aktivite)

- Haftada 3 gün en az 30 dakikalık düzenli orta düzey fiziksel aktivite yapmak (yürüyüş), kalp hastalığı, Şeker Hastalığı, barsak ve meme kanseri riskini azaltmaktadır
- Obez kişilerde
- Egzersiz sıklığı artırılmalı;
- Her gün veya en az 5 gün/hafta 40-60 dakika olmalı



Obezite Tedavisi

- Kısa sürecek olursak;
- Daha az yiyip, daha çok hareket etmeliyiz!

Cerrahi Tedavi

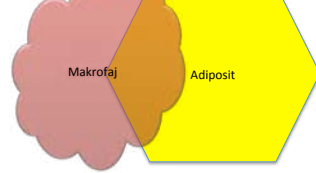
- Obezitede cerrahi yaklaşım VKİ > 40 olan morbid obez hastalarda uygulanabilir.
- Besinlerle alınan enerjinin azaltılmasına yönelik bariyatrik cerrahide hedef, besinlerin gastrointestinal sistemde emilimlerini azaltmaktır. Bu amaçla bypass, gastroplastik, gastrik bantlama, gastrik balon vb. yöntemler kullanılır.
- Hasta seçimi dikkatlice yapılmalıdır. Ameliyat uygun hastalara uzman kişilerce yapılmalıdır. Aksi takdirde ölüm riski yüksek olabilir.

Obezite ile İlişkili Sonuçlar



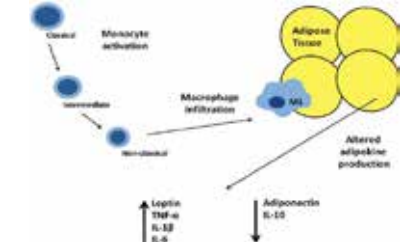
Artmış Viseral Obezite Adiposit ve Makrofaj Fonksiyonu

- Artmış adipoz doku, makrofajlar tarafından infiltre edilir.



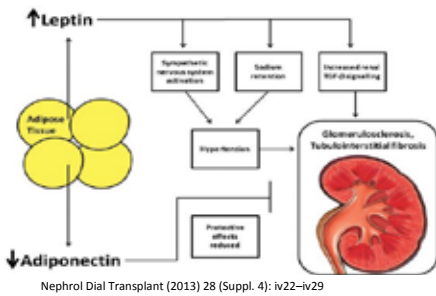
- Adipositler---- inflammatuar sitokin üretimi ↑

Artmış Viseral Obezite Adiposit ve Makrofaj Fonksiyonu

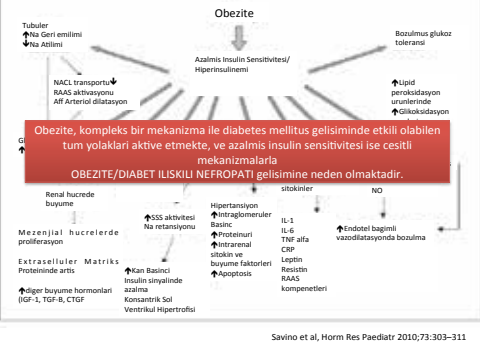


Nephrol Dial Transplant (2013) 28 (Suppl. 4): iv22-iv29

Obesite ve Renal Hasar

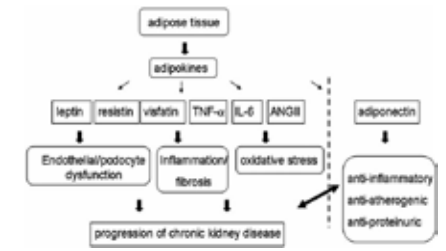


Nephrol Dial Transplant (2013) 28 (Suppl. 4): iv22-iv29



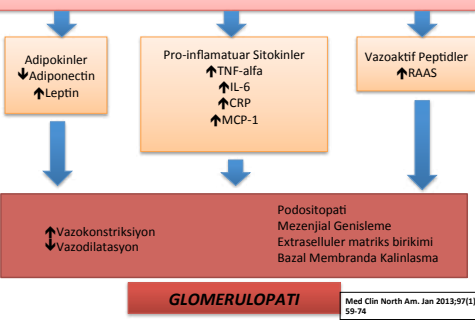
Savino et al, Horm Res Paediatr 2010;73:303-311

Obesite ve Renal Hasar



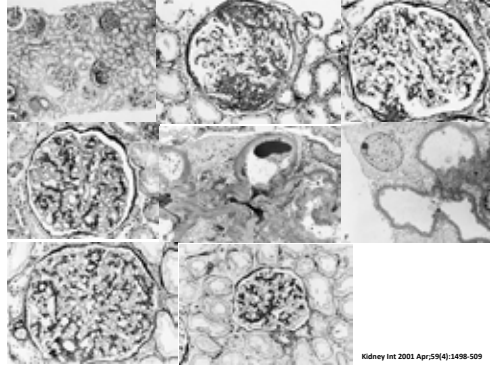
Nephrol Dial Transplant (2013) 28 (Suppl. 4): iv8-iv14

ARTIŞ VISERAL YAG DOKUSU



GLOMERULOPATI

Med Clin North Am. Jan 2013;97(1):59-74



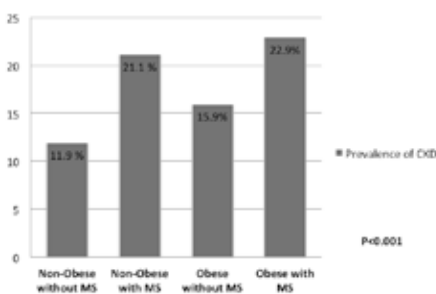
Kidney Int 2001 Apr;59(4):1498-509

Obezitenin Renal Sisteme Etkileri

Hemodinamik
Artmış efektif plazma akımı
Artmış glomeruler filtrasyon hızı
Artmış glomeruler filtrasyon fraksiyonu
Albuminüri
Yapısal
Böbrek büyüğünde artış
Glomeruler yüzey alanında artış
Mezenjial ekspansiyon
Podosit hasarı
Patolojik
Glomerulomegal
Glomeruloskleroz
Obezite ilişkili glomerulopati
Kronik Böbrek Hastalığı
Böbrek hasarı başlama
Böbrek Yetmezliğinde progresyon
Proteinüri
Diğer
Renal karsinom
Nefrolitiazis

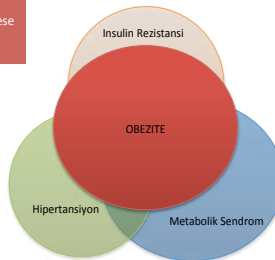
Nefrologia 2011; 31(4):397-403

OBESITY, METABOLIC SYNDROME and INCREASED RISK FOR CHRONIC KIDNEY DISEASE in a LARGE TURKISH COHORT: Chronic Renal Disease in Turkey Study



Prevalence of hypertension and decreased glomerular filtration rate in obese children: results of a population-based birth study

The mean estimated (eGFR) was lower in obese children (122.7 ± 21.6 versus 129.4 ± 23.1, $P < 0.001$)



Obezite, Metabolik Sendrom Son Dönem Böbrek Yetmezliği Gelişimi

Nin of Time	Standardized RR (95% CI)	Age, Gender and Race Adjusted RR (95% CI)	Multivariable Adjusted RR (95% CI)
0	1.00 (Reference)	1.00 (Reference)	1.00 (Reference)
1	1.25 (1.05 to 1.45)	1.26 (1.05 to 1.47)	1.23 (1.03 to 1.43)
2	1.75 (1.38 to 2.21)	1.62 (1.28 to 2.06)	1.58 (1.19 to 2.08)
3	2.53 (1.86 to 3.46)	2.05 (1.47 to 2.73)	1.98 (1.37 to 2.87)
4	3.75 (2.89 to 4.97)	3.01 (2.19 to 4.17)	2.85 (1.97 to 4.14)

*Multivariable model adjusted for age, gender, race, education, BMI, raised and lowered creatinine, history of diabetes, and physical activity. Model 1: $R^2 = 45.1$, $P < 0.005$.

- 10.000 erişkin hasta
- Böbrek fonksiyonu normal
- 9 yıl takip edilmiş
- Metabolik sendrom kriter sayısı arttıkça KBH riski ↑

Kurella ve ark. J Am Soc Nephrol 2005; 16:2134-2140



Prof. Dr. Üner DERİCİ



Sağlıklı böbrekler için 8 altın kural

- 1) Sağlıklı sıvı tüket
- 2) Kan şekerini ayarlı olsun
- 3) Tansiyonunu takip et
- 4) Sağlıklı beslen, kilon kontrol altında olsun (işlenmiş hazır gıdalardan uzak dur, tuz alımını azalt.)
- 5) Aktif ve formunda ol
- 6) Sigara içme
- 7) Bazı ilaçların tüketiminden sakın
- 8) Eğer şeker hastalığı, hipertansiyon, aşırı kilo ve ailede böbrek hastası olan biri isen böbrek fonksiyonlarını düzenli kontrol ettir.

İLAÇLAR VE BÖBREKLER



Bazı ilaçlar böbreklerimize zarar verebilir

Örneğin: bazı romatizma ilaçları (nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar)

Bazı antibiyotikler (aminoglikozidler)

Bu tür ilaçlar sürekli alındıklarında vücutta birikebileceği gibi nadiren çok az kullanıldıklarında bile böbreklere zararlı etkiler yapabilirler.



Antibiyotikler VE Böbrek



Bazı antibiyotikler, bazen tek doz alındıklarında, bazen kanda yüksek dozlara ulaştıklarında böbreklere zarar verebilirler. Antibiyotikler hekim kontrolünde kullanılmalı. Antibiyotikler kullanırken vücudumuzda olan değişikliklerden doktorunuza haberdar ediniz.



İlaç filmlerde kullanılan opak maddeler böbreklerimize zarar verebilir!!!!



Ağrı kesiciler, böbreklerin düşmanıdır"

- Özellikle romatizmal rahatsızlıkların ve kas ağrılarının tedavisinde kullanılan "nonsteroid" tipli ağrı kesiciler uzun süreli ve yüksek doz kullanımında böbrekte çok ciddi hasar bırakabilmektedir.
- Bu ilaçlar böbreğe gelen kan akımını azaltır. Vücutta su ve tuz birikmesine neden olurlar ve tansiyonun yükselmesine neden olurlar.
- Elde edilen sonuçta göre, 10 yılda 2 kiloqramın üstünde ağrı kesici kullanan bir kişide böbrek yetmezliği gelişme riskinin arttığı tespit edilmiştir.

"Her ağrıda hemen ilaç alınmalı"

- İlaç kullanımı yerine: Ağrı duyulan ekleme soğuk buz uygulaması yapılmalı,
- Migren için ağrı kesici olmayan ilaçlar kullanılmalı,
- Tık düş almalı, istirahat edilmeli ve daha da önemli mutlaka hekime başvurulmalı.
- Ağrı kesiciler hekim kontrolünde kullanılmalıdır.

İLAÇLAR, YÜKSEK TANSİYON VE BÖBREKLER

Bazı ilaçlar direk böbreklerimize zarar vermese de böbreklerimize zarar verecek tansiyon yüksekliklerine neden olabilir.

Örneğin: soğuk algınlığı ilaçları
Burun damlaları
Doğum kontrol ilaçları



SİGARA VE BÖBREK



SİGARA VE BÖBREK



2012 YILINDA:
Tüm dünyada 927 milyon kişi hergün sigara içti (6.25 trilyon sigara)
Her 10 erkekten 3'ü (%31)
Her 20 kadından 11 (%56) sigara içiyor.

Tüm dünyada 6 milyon
Türkiyede 100 bin kişi sigaraya bağılı olaylar nedeniyle kaybediliyor.

Sigaranın gerçek yüzü



SİGARA VE BÖBREK

AĞIZ: tat alma duyusunda azalma, kanser
Burun: kokuyu alma duyusunda azalma
Gırtlak-nefes borusu: kanser
Beynin: felç, zihinsel bedensel yorgunluk
Çiğer: erken karıncıklıklar
Ağız-yutak: kanser
Kalp: kalp krizi riskinde artış
Yemek borusu ve mide: kanser
Meme: kanser
Akciğerler: KOPH, kanser
Böbrekler: kanser
Sidik torbası: kanser
Kemik/kemik erimezi: kanser
Eller: sararma
Bacaklar: damar tıkanıklığı, ayak ve bacak gangrenleri
Üreme organları: döllenmede azalma (erkeksiyon bozukluğu)

- Sigara damarlara toksiktir.
- Böbreklere de toksiktir.
- Şeker ve tansiyon hastalarında böbreklerin etkilenebilirliği ve bozulmasını kolaylaştırır.
- Organlara kan akışını azaltır, neden olarak organ yetmezliklerini tetikler.
- Varolan böbrek hastalığının hızı ilerlemesine neden olur.
- Böbrek nakli olmuş bireylerde de böbreğin yaşam süresini kısaltır.



SİGARA VE BÖBREK

DAKİKA DAKİKA SİGARAYI BIRAKTIĞINIZDA NELER OLUYOR?

- | | |
|----------|---|
| 20. Dk | Kalp hızı ve kan basıncı normale döner |
| 8. Saat | Kanda oksijen düzeyi normale döner |
| 24. Saat | Karbonmonoksit vücuttan atılır, akciğer temizlenmeye başlar |
| 48. Saat | Nikotin vücutta saptanamaz hale gelir |
| 72. Saat | Nefes almak kolaylaşır |
| 2-12 hf | Dolaşım düzelir |
| 3-9 ay | Nefes darlığı ve öksürük azalır |
| 5. Yıl | Kalp krizi riski yarıya iner |
| 10. Yıl | Kalp krizi riski sigara içmeyenlere eşit hale gelir |
- Akciğer kanseri riski yarıya iner

Sigara Taslaması

Kuş gribi vardır tavuk yemezsin
Dereler bulandı balık yemezsin
Radyasyon olunca çayı içmezsin
Binbir zehir dolu, içme sigara...
İçti zehirli ot, bir ucu kara
Cepte delik açar, çiğerde yara
Sağlık elden gider, koyar mezara
Bilerek intihar, içme sigara



Ali Rıza Malkoç

ALKOL VE BÖBREK



Tıpta:
-medikal temizlikte,
-mikropları bir yüzeye yapıştırarak boyayıp incelemekte,
-organ parçalarının muhafazasında,
-ciltte sterilizasyon amaçlı kullanılır.
-Enjeksiyon öncesinde de aynı amaçla kullanılır.
-Şurup tarzındaki sıvılarda kullanılır.

Endüstride:
-antifriz olarak (metil alkol)
-Boya
-kir-çıkıcı
-uçukların yüzeyinin buzlanmasını önlemeye kullanılır.

- Günde bir kadeh şarap tüketilmesinin özellikle yaşlı insanlarda kalp krizi ve inme riskini düşürdüğünü birçok araştırmayla kanıtlanmıştır.
- Günde 2 kadehten fazla alkollü içki içenlerde yüksek tansiyonun arttığı çok iyi biliniyor.
- Alkol alımı azaltılırsa kısa süre içinde yüksek tansiyonda iyileşme görülüyor.

Azi karar, çoğu zarar!!!

İçmek ya da içmemek!!!

Yaşam tarzı değişikliklerinin kan basıncı üzerine etkisi

Girişim	hedef	Beklenen KB değişimi
Sodyum kısıtlaması	< 1500 mg/gün	-5 / -3
Kilo verme	BMI < 25 kg/m ²	-7 / -6
Alkol azaltımı	< 2 içki/gün	-5 / -2
Egzersiz	4+ defa/hf	-5 / -4
Diyet tipi	DASH diyeti	-11 / -6

ALKOL

Alkol alımının azaltılması ile bilyelik/küçük kan basıncında 5/2 mm Hg'lık düşüşler olur: Bunun anlamı:
%18 oranında immeye bağlı ölümlün azalması,
%12 oranında kalp damar tıkanıklıklarına bağlı ölümlün azalmasıdır.



Dünya Sağlık Örgütü bildiriyor:

Hipertansiyonun %16'sının nedeni yoğun alkol içimidir.

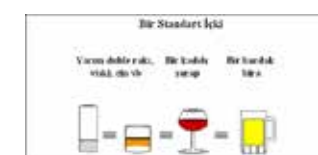
>10 g/gün alkol alanlarda hipertansiyon gelişme riski 4 kat daha yüksektir.

Önerilen 1-2 içki/gün(10-20 g) erkeklerde

<1 içki/gün (10 g) kadınlarda

Alkolün tipi değil MİKTARI, kalp ve damar sağlığının ne kadar tehlikeye girdiğiyle ilişkilidir.

ALKOL VE BÖBREK



1 DOZ İÇKİ: 14 GRAM %100 ETANOL İÇEREN İÇKİDİR.
350 ML BİRA
120 ML ŞARAP
36 ML LİKÖR BİR DOZDUR.

ALKOL

• Yoğun alkol tüketimi: Sadece karaciğere zararlı değildir. Karaciğer yetmezliğine neden olarak böbreklerin fonksiyonlarını bozar.

Kalp kasının daha fazla kasılmasına neden olur.

Damarlarda kasılmayı tetikler, damar lümeni daralır

Damardaki kanın akışkanlığını azaltır

Damar sertliğine neden olur.



Kandaki üre nitrojenini artırır
Protein metabolizmasını artırır
B1, B2, B6 ve folik asidin barsaklardan emilimini azaltır
Kanama ve kansızlığa yol açar
Böbreklerin suyu tutma özelliğini bozar, vücuttan su kaybına yol açar
Kandaki elektrolitlerin dengesini bozarak, organ fonksiyonlarını olumsuz etkiler.

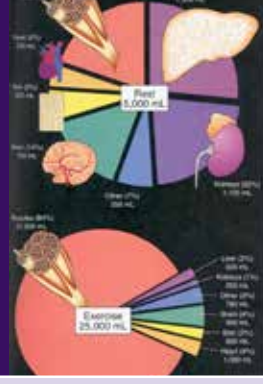
İlaçlarla alkol birarada alınmamalıdır

Böbrekler ve Spor

Prof.Dr.Ali Murat ZERGEROĞLU
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Spor Hekimliği Anabilim Dalı

**Egzersiz ve Böbrekler**

- ◆ Egzersize böbreklerin yanıtı
- ◆ Sporcularda görülen problemler
- ◆ Böbrek problemi olanlarda spor

**Sporcularda Görülen Problemler**

- ◆ Hematüri
- ◆ Proteinüri
- ◆ Hiponatremi
- ◆ Egzersize bağlı böbrek yetmezliği
- ◆ Tek böbrek
- ◆ Kronik böbrek hastalığı
- ◆ Hipertansiyon

**Kronik böbrek hastalığı**

- Yapmaması Önerilen Sporlar**
Boks, Judo, karate, kick boks
- Futbol basketbol
- Önerilen Sporlar**
Yüzme, tenis, yelken, kürek

Antrenmanın Yararları

- ◆ Artmış İş Kapasitesi ve Dayanıklılık
- ◆ VO_2 max da artma
- ◆ Daha az efor ve yorgunlukla daha uzun submaksimal iş yapabilme

**Antrenmanın Yararları**

- ◆ **İskelet Kas Adaptasyonu**
- ◆ Kas tonusu ve kuvvetinde artış
- ◆ Kas kapillerinde artış
- ◆ Myoglobin artışı
- ◆ Glikojen depolarında artış
- ◆ Mitokondri, kas oksidatif metabolizma kapasitesi ve solunum zincir enzimlerinde artış

**Antrenmanın Yararları**

- ◆ **Koroner KH Riskinin Azaltılması**
- ◆ Kan lipid değişimleri
- ◆ Dolaşımdaki insülin seviyesi azalması
- ◆ Gelişmiş glukoz toleransı
- ◆ Azalmış vücut ağırlığı

**KKH Riski Azalma Mekanizmaları**

- ◆ Azalmış kalp atım sayısı ve kan basıncı
- ◆ Buna bağlı azalan myokardial O_2 gereksinimi
- ◆ Myokardial damarların artması
- ◆ Kan koagulabilitesinin azalması
- ◆ Ciddi kardiyak ritim değişimlerine duyarlılığın azalması

Antrenmanın Yararları

- ◆ **Psikososyal Yararlar**
- ◆ Kronik hastalığı olan bireylerde;
- ◆ -kendini iyi hissetmenin
- ◆ -sağlam bir bilincin
- ◆ -kendine güvenin
- ◆ -kendini kontrolün
- ◆ -kendine saygı duymanın önemi büyük

**Antrenmanın Yararları**

- ◆ **Psikososyal Yararlar**
- ◆ Yaşam kalitesi artar
- ◆ Kaslardaki gerginlik azalır
- ◆ Mental depresyon azalır
- ◆ İyi bir uyku sağlanır

**Egzersiz Reçetesi**

- ◆ Yaş
- ◆ Sağlık durumu
- ◆ Sosyal sınıf
- ◆ Genetik altyapı
- ◆ Kişisel hedefler
- ◆ Geçmiş deneyimler
- ◆ Vücut yağ oranı
- ◆ Fiziksel iş kapasitesi
- ◆ Esneklik
- ◆ Kuvvet
- ◆ Kasal dayanıklılık

Egzersiz Reçetesi

- ◆ Kişiyi özel ve ulaşılabilir hedefler verilmeli
- ◆ Kişinin ihtiyaçlarını, ilgisini hedeflerini anlamak
- ◆ Kişi düzenli, devamlı katılmalı, hoşlanacağı etkili ve güvenli programlar verilmeli
- ◆ Sıklık
- ◆ Şiddet
- ◆ Süre
- ◆ Tip
- ◆ Egzersizin progresyonu

Fiziksel Aktivitede Bazı Prensipler

- ◆ Aktiviteler bireylerin hoşlanabileceği, kendi fitness seviyelerine uygun seçilmeli ve ömür boyu sürdürülmeli
- ◆ Aktiviteler vücudun geniş kas kitlelerini içeren ritmik hareketlerden seçilmeli, şiddetinin ılımlı ve orta derecede ve yorgunluk oluşturmayan tipte olmalı (izotonik, aerobik egzersizler)

Egzersiz Önerileri ve Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar

- ◆ Kas-iskelet problemlerini minimize etmek için egzersizler program başında kısa süreli olmalı ve kademeli artırılmalıdır
- ◆ Isınma ve soğuma periyodlarını içermeli
- ◆ Önerilen egzersiz; kişinin hastalığının ciddiyetine, fitness durumuna, imkanlarına uygun olmalıdır

Aerobik Egzersiz Programı Örneği

Haftalar	0	2	4	6	8	10	12	14
Sıklık	2	3	3	3	3	4	4	4
Isınma	5	5	6	6	7	7	7	8
Yüklenme	10	10	15	15	20	20	25	25
Soğuma	5	5	5	6	6	7	7	8
Toplam	20	20	26	27	33	34	39	41
Şiddet (%)	50	55	60	60	65	65	70	70

ACSM Aerobik Egzersiz Önerileri

- ◆ Mod: Geniş kas gruplarını içeren ritmik sürekli
- ◆ Şiddet: VO_2 max'ın % 40-85 ya da max HR'in % 55-90 arasında olmalı
- ◆ Süre: Minimum 30 dak (30-60)
- ◆ Sıklık: 3-5gün/hf
- ◆ Hf.2-3 gün rezistans ve fleksibilite egzersizleri

Kalp Atım Sayısı Hesaplanması

- ◆ Maksimal Kalp Atım Sayısı = 220-yaş
 - ◆ Rezerv Kalp Atım Sayısı = M.K.A.S-D.K.A.S
 - ◆ %Hedef K.A.S.= D.K.A.S+ %R.K.A.S.
- 40 yaşında, Dinlenme Nabız= 80
%50 şiddet = 80+%50(180-80)
=80+50

Böbrek sağlığı için öncelikle doğru beslenme bilgisine ulaşmak gereklidir. Bilgi kirliliğinin olması, uzman olmayan kişiler tarafından topluma yanlış mesaj verilmesi insan sağlığının bozulmasında büyük etkiye sahiptir. Her gün bir televizyon kanalında verilen bitki karışımlarının yanlış kullanımı başta böbrek ve karaciğer olmak üzere birçok organda hasara neden olabilmektedir. O nedenle ilk olarak yapmamız gereken her duyduğumuz beslenme önerilerini kendi üzerimizde denememek, işin uzmanından bilgi almaktır.

Böbrek sağlığımızın korunmasında yeterli ve dengeli beslenme büyük önem taşır. Yeterli enerji almak, fazla enerji almından kaçınmak dolayısıyla obeziteden korunmak böbrek sağlığını koruyucu etki gösterir. Türkiye'ye özgü beslenme rehberinde belirtilen dört yapraklı yoncada yaş grubuna ve özel duruma (ergenlik, gebelik, emzicilik vb) göre belirtilen tüm besin gruplarından önerilen miktarlarda tüketim yapılması tüm organlar gibi böbreklerin sağlığı açısından da büyük öneme sahiptir. Bu besin gruplarından ilki süt grubudur. Süt, yoğurt, peynir, kefir, ayran vb ürünler bu grupta yer alır. Özellikle protein, kalsiyum, fosfor, B₂ vitamini (riboflavin) ve vitamin B₁₂ olmak üzere birçok besin öğesinin önemli kaynağıdır. Yetişkin bir birey günde 2 porsiyon bu gruptan tüketmelidir. Ancak özellikle süt tüketiminde açıkta satılan sütlerden kaçınmalı, pastörize ya da UHT (uzun ömürlü) sütler tüketilmelidir. 2. besin grubu ise et, yumurta ve kuru baklagil grubudur. Bu grupta et, tavuk, balık,



yumurta, kurufasulye nohut, mercimek gibi besinler bulunur. Ceviz, fındık, fıstık gibi yağlı tohumlar da bu grupta yer alır. Yağlı tohumlar diğer besinlere göre fazla yağ içerdiklerinden tüketim miktarlarına dikkat etmek gerekir. Bu gruptaki besinler protein, demir, çinko, fosfor, magnezyum, B₆, B₁₂, B₁ ve A vitamini, posa (kurubaklagiller) içerir. Hücre yenilenmesi, doku onarımı, hastalıklara karşı direnç kazanılmasında büyük önem taşırlar. Bu gruptan yetişkin bir birey haftada 2-3 porsiyon tüketmelidir. Besin gruplarında 3. grup ise sebze ve meyve grubudur. Her türlü meyve ve sebze bu grupta yer alır, vitamin ve minerallerden de oldukça zengindir. Hastalıklara karşı vücut direncini artırarak koruyuculuk sağlarlar. Yetişkin bir birey günde en az 5 porsiyon meyve ve sebze tüketmelidir. 4. ve son besin grubu ise ekmek ve tahıl grubudur. B₁₂ vitamini dışında tüm B grubu vitaminlerinden zengindirler. Yetişkin bir birey günlük beslenmesinde 4-6 porsiyon bu gruptan tüketebilir.

Böbrek sağlığımız için dikkat etmemiz gereken diğer hususlardan biri günlük diyetle aldığımız tuz miktarıdır. Dünya Sağlık Örgütü'nün önerisi olan 5 gramın (1 tatlı kaşığı) altında tuz tüketmeliyiz, kan basıncımızı (tansiyonumuzu) dengede tutmalıyız ki böbreklerimiz hasarlanmasın.

Diğer taraftan da mutlaka sıvı alımımıza dikkat etmeliyiz. Vücu-

dumuzdan zararlı maddeleri günlük sıvı alımımız ile atabileceğimiz için yeterli miktarda aldığımızdan emin olmalıyız. Yeterli sıvı aldığımızı anlamada en basit yöntem ise idrarımızın renginin açık sarı olmasıdır. Ne kadar koyu renkte idrar olursa o kadar az sıvı tüketmişiz demektir.

Aynı zamanda böbrekler üzerinde en büyük zararı diyabet (şeker hastalığı) vermektedir. Eğer şeker hastalığımız var ise mutlaka doktorun verdiği tıbbi tedavinin yanı sıra diyetisyen tarafından kişiye özgü yani bireysel hazırlanan beslenme programına da mutlaka uyulmalı, kan şekeri dengede tutularak böbreklerimizin sağlığı korunmalıdır.



ISN 2015 Ödülleri Sahiplerini Buldu

1. Sayfadan Devam

Dünya Nefroloji Kongresi'nde Nefroloji'ye olağanüstü hizmetlerde bulunan bilim adamlarına ödülleri dağıtıldı. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerden, genç nefrologlar dahil pek çok kişi aday gösterildi. İşte Cape Town'da ödüle layık görülenler:



Jean Hamburger Ödülü

Hindistanlı bir hekim olan Prof. Dr. Manikkam Suthanthiran (Weill Cornell Medical College) yaptığı çalışmalardan dolayı bu ödüle layık görülmüştür.



Polikistik Böbrek Hastalığının Anlaşılmasındaki Gelişmeler için Verilen Uluslararası Lillian Jean Kaplan Ödülü

Dr. Peter Igarashi (Minnesota Üniversitesi Tıp Merkezi) ve Gregory J. Pazour, PhD (Massachusetts Üniversitesi Tıp Fakültesi), Polikistik Böbrek Hastalığı'nın tedavisindeki gelişmelere yaptıkları katkılardan dolayı bu ödüle layık görülmüşlerdir.



Bywater Ödülü

Hindistan Nefrolojisi'nin öncülerinden kabul edilen Dr. Kirpal S. Chugh Akut Böbrek Hasarı üzerine yapmış olduğu çalışmalarından dolayı ISN'nin Akut Böbrek Hasarı Komitesi tarafından Bywater Ödülü'ne layık görülmüştür.



Roscoe R. Robinson Ödülü

ISN Güney Asya COMGAN (Nefrolojide Küresel Gelişme Komisyonu) Başkanı Prof. Dr. Georgi Abraham 2015 Roscoe R. Robinson Ödülü'ne tıp ve Nefroloji eğitiminin geliştirilmesine katkılarından dolayı layık görülmüştür.



ISN Alfred Newton Richards Ödülü

Nefroloji ile ilgili alanlarda yapmış olduğu olağanüstü temel araştırmalardan dolayı Dr. Barry M. Brenner (Brigham and Women's Hospital), Alfred Newton Richards Ödülü'nü kazanmıştır.



Uydu sempozyumu IFKF Başkanı Guillermo Garcia'nın açılış konuşması ile 17 Mart 2015'te başlamıştır.

İlk konuşmayı ISN Başkanı Giuseppe Remuzzi "ABH- Küresel Olarak Kabul Edilmeyen Ölümler" konusu ile yapmıştır.



Obby25 konusuna Uydu Sempozyumu'nda da yer verilmiştir. John Feehally de Afrika'da ve Diğer Kısıtlı Kaynaklara Sahip Topluluklarda "ISN'nin Rolü ve Yaptığı Mücadeleler" başlıklı bir konuşma yapmıştır.

Seçilen Bölgelerde ve Popülasyonlarda Renal Hastalıkların İnsidansı ve Prevalansı konusuna da Malezya'dan, Güney Asya'dan, Güney Afrika'dan ve diğer bazı ülkelerden konuşmacılar değinmişlerdir.

HIV Nefropatisi, Böbrek Hastalıklarında Spektrumlar, Sıtma, Şistosomiazis, Orak Hücre Hastalığı, Toksinler gibi Afrika Nefrolojisi'ne has konulara yer verilmiştir.

Genellikle Afrika asıllı Nefrologların katılmış olduğu Uydu Sempozyumu'na 200 kişinin üzerinde katılım olmuştur.



ISN-IFKF işbirliğiyle düzenlenen "Kısıtlı Kaynaklara Sahip Bölgelerde Böbrek Tedavisinin Teşvik Edilmesinde Böbrek Vakıflarının Rolü" konulu sempozyum; konferansın önemli olaylarından biriydi. Bu sempozyuma; Timur Erk (Türkiye), Gamal Saadi (Mısır), Harun Ur-Rashid (Bangladeş), Anthoni Meyers (Güney Afrika), Georgi Abraham (Hindistan) ve Mary Carter (ABD) konuşmacı olarak katıldılar ve hepsi gelişmekte olan ülkelerde böbrek hastalıklarının tedavisi sürecinde karşılaşılan zorlukları ve elde edilen başarıları anlattılar.



"Anlamlı Bakış"



AYLA SAN'DAN CAPE TOWN GÖRÜNTÜLERİ



"Sonsuzluğu Yakalamak"



"Sahilde Kahvaltı Keyfi"



"Uyum"



12 Mart Dünya Böbrek Günü- Böbrek Naklinin Önemi

(Gaziantep – 12 Mart 2015)

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Oditoryumu



Toplantı Programı: Kronik böbrek yetmezliği olan çocuklarda yaşam kalitesi ve büyüme gelişiminin en iyi çözümü: Böbrek nakli: Y. Doç. Dr. Beltinge Demircioğlu Kılıç, Gaziantep Üni-

versitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Nefroloji Bilim Dalı, Erişkinlerde böbrek naklinin avantajları: Doç. Dr. Özlem Usalan, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, Böbrek naklinde cerrahi



yöntemler: Olası sorunlar ve Yönetimi: Doç. Dr. Sacid Çoban, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Organ nakline dinsel bakış açısı: Y. Doç. Dr. Mustafa Ünverdi, Gaziantep Üniversitesi, İlahiyat Fakültesi,

Diyalizin sağlık bütçesine getirdiği yük ve böbrek naklinin ekonomik avantajları: Doç. Dr. Atilla Uğur, Gaziantep Üniversitesi, İktisat Fakültesi, Böbrek nakliyle ilgili duygu, gözlem ve deneyimlerin paylaşımı: Hasta ve aile bakış açıları, Kokteyl.

Düzenleyenler: Prof. Dr. Ayşe Balat, Prof. Dr. Mithat Bü-

yüçcelik, Y. Doç. Dr. Beltinge Demircioğlu Kılıç, Dr. Mehtap Akbalık Kara.



Türk Nefroloji Derneği NEFROLOJİ KIŞ OKULU

26-29 Mart 2015

(Kaya Artemis Hotel & Kongre Merkezi, Magosa, KKTC)



Bilimsel Program: 27 Mart 2015: Hemodiyaliz cihaz seçimi ve teknik takibin önemi: Oktay Oymak, Membran seçimi: Ali Rıza Odabaş, HD'de fizyolojik prensipler: Ahmet Uğur Yalçın,

KBH'da kan örneklemesinde dikkat edilecek hususlar: Sedat Üstündağ, HD yeterliliği kavramı ve ölçütleri: Nurhan Seyahi, Optimum HD yeterliliği değerlendirmemizdeki engeller nelerdir? Gülsüm Özkan, Prediyaliz ve diyalizde demir tedavisi: Saim Paydaş, Akılcı eritropoetin kullanım prensipleri ve optimum kullanımın önündeki engeller: Dilek

Torun, HD hastalarında hemostatik sistem değişiklikleri ve hemostatik komplikasyonlar: Gülçin Kantarcı, Dünden bugüne renal osteodistrofi patogenezi: Yalçın Solak, KBH'da kalsiyum – fosfor bilmecesi ve çözümleri: Fevzi Ersoy, KBH'da paratiroid cerrahisinin yeri: Belda Dursun, 28 Mart 2015: HD hastalarında çocuk sahibi olma ve sorunları: Rümeyza Kazancıoğlu, HD hastalarında dermatolojik sorunlar: Melda Dilek,



Hemodiyalizde elektrolit bozuklukları ve tedavi yaklaşımları: Fatma Ayerden Ebiç, Resirkülasyon tanı, değerlendirme ve tedavisi: Rengin Elsürer Afşar, Uydu Sempozyumu: NefroGündem: Konuşmacılar: Kenan Ateş, Mustafa Arıcı, Diyaliz hastalarında hiperlipidemi ve tedavisi: Özlem Usalan, Diyaliz hastalarında kuru ağırlığın mortalite ile ilişkisi: Zerrin Bicik BAHÇEBAŞI, Diyaliz hastalarında kan basıncının mortalite ile ilişkisi: Gürsel Yıldız, Kan şekeri regülasyonu, hedefler ve takip: Gülay Aşçı, Diyalizde kateter kullanım esasları: Hadim Akoğlu, Zehirlenmelerde diyaliz uygulamaları: Aykut Sifil, HD ve periton diyalizi arasında hasta geçişi: Yaşar Çalışkan, HD hastalarında optimal nutrisyon: Ülver Dericci, Diyaliz hastalarında yaşam kalitesi belirleme ve iyileştirme stratejisi: Kübra Kaynar.



T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kronik Hastalıklar, Yaşlı Sağlığı ve Özürlüler Daire Başkanlığı

“Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı” Çalışma Grupları ve Genel Kurul Toplantısı

(8 Nisan 2015, Gürkent Otel, Ankara)



Gündem: Açılış Konuşmaları: Uzm. Dr. Bekir Keskinlik (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Programlar ve Kanser Başkan Yardımcısı), Prof. Dr. Turgay Arınsay (Türk Nefroloji Derneği Başkanı, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı), Sunum: Bakanlığımız Çalışmaları: Uzm. Dr. Banu Ekinci (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu



Kronik Hastalıklar, Yaşlı Sağlığı ve Özürlüler Daire Başkanı), Sunum: Elazığ İli BOH Eylem Planı: Dr. İrem Bulut (Elazığ Halk Sağlığı Müdürlüğü Şube Müdürü), Grup Çalışmaları: Başkan ve sekreterlerin belirlenmesi, Faaliyetlerin gözden geçirilmesi, 2015 yılında gerçekleştirilecek faaliyetlerin belirlenmesi, Grup Sunumları, Genel Kurul Toplantısı: Yürütme Kurulu üyelerinin onaylanma-

sı, 2015 Yılı faaliyetlerinin onaylanması. Anadolu Böbrek Vakfı adına Vakıf Başkanımız Prof. Dr. Ayla San, “Risk Faktörleri ve Önlenmesi Stratejileri” konu başlıklı çalışma grubunda görev almıştır.





Incliva Biyomedikal Araştırma Enstitüsü ve Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği Ortak Toplantısı

“Geçmişten Geleceğe Hipertansiyon Tedavisi”

(10-11 Nisan 2015, Valencia, İspanya)

Bilimsel Konular: Hipertansiyonun Tanısı: Prof. Dr. Şükrü Ulusoy, Hipertansiyonun Tedavisi: Prof. Dr. Mustafa Arıcı, Hipertansiyon Tedavisinin Biyomedikal Araştırması ve Geleceği: Prof. Dr. Josep Redon, Geçmişten Geleceğe Diyabette Hipertansiyon Tedavisi: Prof. Dr. Şükrü Ulusoy,

Geçmişten Geleceğe KBH’de Hipertansiyon Tedavisi: Prof. Dr. Mustafa Arıcı, Vaka Tartışmaları: Prof. Dr. Şükrü Ulusoy ve Prof. Dr. Mustafa Arıcı, INCLIVA Biyomedikal Araştırmalar Enstitüsü’ne Düzenlenen Gezi, İlaçların Rasyonel Kullanımı: Prof. Dr. Mustafa Arıcı.



1 MAYIS 2015 TARİHİNDEN SONRA YAPILACAK OLAN TOPLANTILAR:

- 1- 4th International Conference on Nephrology & Therapeutics, May 4-6, 2015, Baltimore, USA.
- 2- 17. Ulusal Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Kongresi, 6-10 Mayıs 2015, Kaya Palazzo Otel, Belek, Antalya.
- 3- Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği, “Hipertansiyon Kılavuzlarını Nasıl Yorumlayalım, Nasıl Uygulayalım?” Konulu Eğitim Toplantısı, 14 Mayıs 2015, Park Zirve, Adana.
- 4- 52nd ERA-EDTA Congress, May 28-31, 2015, London, UK.
- 5- The 3rd Congress of Mediterranean Kidney Society, 10-13 June 2015, Kapadokya Lodge Hotel, Cappadocia- Turkey.
- 6- 16th IFKF Annual Meeting, July 9-12, 2015, Tokyo, Japan.
- 7- 48th ESPN annual meeting, September 3, 2015 to September 5, 2015, Brussels, Belgium.
- 8- 32. Ulusal Nefroloji, Hipertansiyon, Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi, 21-25 Ekim 2015, Antalya.
- 9- American Society of Nephrology, Kidney Week, November 3-8 2015, San Diego, U.S.A.

HALKBANK'TAN YATIRIM FONLU MEVDUAT HESABI



Çifte yatırımın tadı bambaşka!

Mevduatınızı fon yatırımla aynı hesapta birleştiren Yatırım Fonlu Mevduat Hesabı tüm Halkbank Şubelerinde!

HALKBANK



DEĞERLİ HOCAMIZ PROF. DR. ALİ GÜRÇAY'I KAYBETTİK

Prof. Dr. Ali Aydemir Gürçay'ın Biyografisi

1928 Ankara doğumlu. 1944'te Ankara Atatürk Lisesi'ni bitirdi. 1944-1951 İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi. 1951-1955 Maçka – Erba, Ayancık hükümet tabibi. 1955-1962 Rotating Internship-Medical Residency, (Ohio-Mass.) U.S.A.1963 İç Hastalıkları Uzmanlığı, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi. 1963-1966 Muş Devlet Hastanesi İç Hastalıkları Uzmanı (Sosyalizasyon). 1966 Hacettepe Tıp Fakültesi Uzman. 1969 Gözlemci öğretim üyesi (Prof. Dr. Bunger). 1966-1973 Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi (kurucu üyesi) İç hastalıkları klinik şefi. 1967 Hacettepe Üniversitesi Doçent. 1971 Hacettepe Üniversitesi Prof. 1970-1971 Nefroloji Fellow'u. Mt. Sinai Hospital of Cleveland U.S.A.1974-1978 Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Bölüm Başkanı ve Nefroloji Bilim Dalı Sorumlusu. Ev Ekonomisi Yüksek Okulu Müdürü. 1978-1987 Rektör yardımcısı, Bölüm başkanı, Nefroloji bilim dalı sorumlusu. 1978-1990 Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi İç hastalıkları öğretim üyesi. 1990-Halen International Hospital İç Hastalıkları Uzmanı, Check-up Hemodiyaliz sorumlusu.

Kaynak: San A, Türk Nefroloji Tarihi, Sayfa: 123-124, Adım Ajans Matbaacılık, Ankara, 2002.



3. Hemodiyaliz ve Kalite Kongresi'nden bir kare (24-26 Mart 2005, Bolu)

1973'te naklen atandığım Erzurum Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde göreve başladım. Ben geldiğimde, sayın hocam Prof. Dr. Ali Gürçay ayrılmıştı. Periton diyaliz işlemi hocamız tarafından 1971 yılında başlatılmıştı..."

Prof. Dr. Ayla SAN

Kaynak: San A, Türk Nefroloji Tarihi, Sayfa: 45, Adım Ajans Matbaacılık, Ankara, 2002

Prof. Dr. Ayfer Gür Güven'in Kaleminden Prof. Dr. Ali Gürçay

Ali Gürçay Hocamızı saygı ve sevgi ile anıyorum. İyi hekimliğinin yanı sıra beyefendiliği, olaylara sakin ve anlayışlı yaklaşımı, her zaman güler yüzlü ve pozitif bir insan olması, hoşsohbet olması bende kalan izleri.



Ayrıca, kendileri ile hemşeri olmam ve Hacettepe ve Çukurova Üniversitelerinde Nefroloji çatısı altında birlikte çalışmamız da bana gurur veren yönleridir.

Ali Bey ile olan anılarıma gelince; Hacettepe'deyken Nefroloji çatısı altında diyaliz ve sonraları transplantasyon hastalarını daha o dönemde multidisipliner bir anlayış ile tartıştık. Genel Cerrahlar ve Ürologlar ile diyaliz ünitesinde Çarşamba günleri toplantı yapılırdı.

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin kuruluş yıllarında, Faruk Özer hocamız dekan olarak gidince Ali Gürçay ve Emel Akoğlu da Nefroloji'nin kurulması için gruba katıldılar. Bana da aylarca süren ısrarlı davetler geldi ve kararında değerli hocalarımızın ve arkadaşlarımızın orada olması etkili oldu ve "görevlendirme" statüsü ile 1979 Mayıs ayında bu gruba katıldım.

Dahiliye biriminde de Ali Bey ve Emel Akoğlu özellikle gebelik toksemisi ve akut böbrek yetmezliği olan kadınlarımıza diyaliz yapmakla meşgulüydü. Böbrek biyopsilerimizi yapar, Dermatoloji'den ödünç aldığımız dermatomla keser, boyar, kendimiz değerlendirdik. Ali Bey, Seldinger Kateteri'ni çok severdi ve tercih ederdi.

Hayat kısa, sanat uzun. Baki kalan bu kubbede hoş bir seda. Hatırasını saygı ile selamlıyor; Ali Bey'e Yaradan'dan rahmet ve inayet diliyorum.

Prof. Dr. Ayfer Gür GÜVEN

Hocamızın Dilinden Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı Diyaliz Tarihçesi

"Türkiye'de düzenli hemodiyaliz ve periton diyalizi, bildiğim kadarıyla İstanbul ve Ankara'da belki bir belki iki yıl aar ile başladı. 1973'te Hacettepe'de Prof. Dr. Doğramacı, Prof. Dr. Ümit Saatçi yönetiminde pediyatrik nefroloji için 6 makinelik bir ünite açtırmış iken, aynı yılın sonunda benim Erzurum'dan Hacettepe'ye dönüşüm ile yetişkinler için de 6 makine daha alınarak 7. bloğun altında yeni bir yerde, 12 makinelik kronik hemodiyaliz programı uygulamak üzere bir ünite açılmıştır. İki ünite birleştirilince diyaliz ünitesi sorumluluğunu bana veren Prof. Dr. Doğramacı, Prof. Dr. Saatçi'ye de araştırma ve laboratuvar yönetimini vermiştir.



Bundan evvelki yıllarda Hacettepe'de diyaliz tek bir eski makine ile seyrek olarak akut böbrek yetmezlikli yanık vakalarında kullanılmakta, periton diyalizi ise ürologlara açtırılan (Nelaton sondası ile) seyrek bir uygulama idi. Burada rahmetli Prof. Dr. Şeref Zileli'nin inisiyatifi ile yapılmakta idi. Benim 1971'de Amerika'dan Erzurum'a dönüşümde getirdiğim periton kateterleri ile, akut böbrek yetmezliği vakalarında, kendimizin açtığı diyalizle işe başladık. Bu arada da Türkiye'ye ticari amaçla ilk hemodiyaliz (Travenol) makinelerini getiren ve pazarlamak için çok emeği geçen kişinin de Sayın Şefik Soyuyüce olduğunu söylemek yerinde olur..."

Prof. Dr. Ali Aydemir GÜRÇAY

Kaynak: San A, Türk Nefroloji Tarihi, Sayfa: 121-122, Adım Ajans Matbaacılık, Ankara, 2002.

Değerli Hocamız Prof. Dr. Ali Gürçay'ın Ardından



Henüz İç Hastalıkları eğitiminin ikinci yılında Merhum Hocam Doç. Dr. Cemil Kobal tarafından Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde ilk hemodiyaliz merkezinin (Tabii ki Adana'da da) açılması konusunda görevlendirilmiştim. Eğitim gereği önce Yüksek İhtisas Hastanesi'ne bir ay, sonra Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne bir ay ve İsrail Hadassah Üniversitesi'ne de bir ay gitmemiz gerekiyordu.

Hocamla ilk defa Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'ndeki ilk vizitimde alışılmışın dışında bir ortamda karşılaşmıştım. Kendisi çok beyefendi, kibar, akıcı konuşan, papyon takan ve elleri cebinde adeta bürokrat görünümlü bir kişiydi. Vizit çok etkileyiciydi.

Bir süre sonra Merhum Hocam Doç. Dr. Cemil Kobal'ın bir trafik kazasında ailesiyle beraber ebediyete geçmesi ile Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde bu eğitim ve hizmete layık olabilecek değerli bir hocamın geleceğini öğrendim. Hem çok üzülmüş, hem de çok sevinmiştim.

Sayın Hocam Ali Bey; uzun yıllar çalıştığı A.B.D.'ye ve Ankara'ya göre o zamanlar yeni kurulan Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne kısa sürede adapte olmuş, engin tıp, dahiliye ve Nefroloji bilgisinin yanı sıra geniş entellektüel bakış açısı, akıcı konuşması, diplomatik özellikleri ile hastanenin, arkadaşlarının, öğrencilerinin kalbinde taht kurmuştu. Daha sonra bu durum üniversite çapına yayılmış ve rektör yardımcılığını yıllarca çok başarılı olarak üstlenmişti.

A.B.D.'de hak kazandığım hipertansiyon eğitimi başvuru sürecimden itibaren son derece geniş destek vermişti. Beni toplam 3.5 yıl eğitime yollarken tereddüt-süz desteklediği gibi, ailemle gittiğim bu uzun süreçten dönüşümde haberim olmadan üniversite lojmanlarında 10 yıl kalacağım evi bile hazırlamıştı. Nasıl geçineceğimi ve kiralık bir evi nereden bulabileceğimi kara kara düşünürken, karşılaştığımız bu sürprizle ailece nasıl da mutlu olmuştuk.

Türkiye'de ilk hipertansiyon polikliniği kurulması, ilk hipertansiyon kongresinin düzenlenmesi, ilk hipertansiyon derneğinin açılması, ilk hipertansiyon kitabının yazılması çalışmalarını onun öncülüğünde ve teşvikleri ile Sayın Emel Akoğlu, daha sonraları Sayın Saime Paydaş ve naçizane bendeniz başlatmıştık. Tansiyonun ne olduğunun henüz ne Nefroloji, ne Kardiyoloji, ne de Endokrinoloji tarafından bilinmediği bir zamanda başlatıldığı çalışmalarla ülkemizde çığır açmıştı.

İnsan hocalarının ne kadar değerli olduklarını belli bir yere gelince anlıyoruz, kimse kimsenin yerini doluramazmış. İşte Prof. Ali Gürçay Hocamız da öyleymiş. Ne mutlu onlara, ruhları şad olsun.

Öğrencisi Prof. Dr. Yahya SAĞLIKER
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Nefroloji Bilim Dalı