



Sağlık, Eğitim, Araştırma
Merkezi

FİYATI: 15 TL

Anadolu Böbrek Vakfı Yayın Organı

Renaliz

35

ISSN 1305 - 8011

Yıl:11, Sayı: 35, 1 Ekim 2009 - 1 Ocak 2010

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



NEFROLOJİ TOPLULUĞUNA YENİ YIL DİLEKLERİ...



Değerli Meslektaşlarım,
Yeni yılınızı en iyi duygularla kutlar. 2010 yılında sağlık, mutluluk ve başarılar dilerim. Dopdolu ve başarılı geçen 2009 yılının ardından 2010 yılına ilişkin beklenti ve umutlarımızı sizlerle paylaşmak isterim.

Derneğimizin ve şubelerinin geleneksel eğitim faaliyetlerine 2009 yılında da etkin bir şekilde devam edilmiştir. Derneğimizin en önemli faaliyetlerinden olan 26. Ulusal Nefroloji, Hipertansiyon, Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi 9. BANTAO Kongresi ile ortak olarak 18-22 Kasım 2009 tarihleri arasında Antalya'da, TND Kış 25-28 Mart 2009 tarihlerinde Kapadokya'da gerçekleştirilmiştir. Bunun yanı sıra, Nefroloji yan dal ihtisasını yapan araştırma görevlilerinin kaynaşmasını sağlamak ve temel nefroloji konularında ileri eğitimi amaçlayan Nefroloji Yan Dal Toplantıları başlatılmıştır. 2009'da 20.000'in üzerindeki RRT hastasının yaklaşık 10 yıllık izlemine kapsayan renal kayıt çalışması ülkemizdeki RRT'lerin sonuçlarının başarısını belgeleyen önemli bir çalışmadır. Bu bilginin üretilmesi ve Türk tıbbına mal edilmesinde emeği geçen başta sayın hocam Prof. Dr. Kamil Serdengeçti olmak üzere kayıt kurulunda yer alan bütün arkadaşlarıma bir kez daha minnet ve şükranlarımı sunarım.

Türkiye'de KBH'nin yaygınlığının saptanması amacıyla TND tarafından gerçekleştirilen CREDIT Çalışmasının son raporu nefroloji ve ülkemizin sağlık otoriteleri ile paylaşılmıştır. KBH'nin çocuklardaki sıklığını belirlemeye yönelik CREDIC çalışması ile birlikte ülkemizdeki böbrek sağlığı ve hastalıklarının çözümü adına atılacak adımlara esas oluşturacak çok değerli epidemiyolojik veriler elde edilmiştir. 12 Mart 2009 Dünya Böbrek Günü'nü kutlamak ve tıp camiasını ve toplumu bilinçlendirmek amacıyla önemli adımlar atılmış TND web sitesinde, ulusal ve yerel televizyon kanallarında ve gazetelerde günün anlam ve önemine ilişkin haberler yer almıştır. 1992'den bu yana düzenli olarak yayınlanmakta olan Türk Nefroloji Derneği'nin resmi yayın organı Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, Prof. Dr. Bülent Altun'un editörlüğünde yeniden yapılandırılmış uluslararası dizinlere dahil olması için gerekli çalışma ve girişimler başlatılmıştır.

TND ve Diyaliz hekimleri ilişkilerinin güçlendirmek, diyaliz hekimlerinin nefroloji ve diyaliz alanlarında sürekli eğitimlerine katkı sağlamak ve güncel uygulamaların tartışılmasına olanak sağlamak amacı ile Türkiye'nin bütün coğrafi bölgelerinde Sağlık Bakanlığımız ile işbirliği halinde "Diyaliz Okulu" programının 2010 yılında hayata geçirmesi planlanmıştır. Nefroloji, hipertansiyon, transplantasyon ve diyaliz gibi konularda yurt genelinde ve bölge-sele toplantılar ve bilimsel çalışmalar yeni yılda da etkili bir şekilde devam edecek, TND Şube Eğitim Toplantıları ve Çalışma Grubu Toplantıları sürdürülecektir. Yeni yılda derneğimizin kuruluşunun 40. yılına da kutlamanın heyecanı ve haklı gururunu da duyumaktayız. Derneğimiz oturmış kurumsal yapısı, renal kayıt sistemi çalışmaları, giderek artan eğitim ve araştırma faaliyetleri ile Türk Nefroloji'sinin düzeyini daha da geliştirmeyi, böbrek hastalıklarının toplumsal farkındalığını arttırmayı ve çözümüne aktif olarak katılmayı hedeflemiştir. En önemli gücümüz olan değerli üyelerimizin katkı ve yardımları ile büyük başarılarla imza atacağımızdan emin olarak hepinize sevgi ve saygılar sunarım.

Prof. Dr. Gültekin Süleymanlar
TND Yönetim Kurulu Başkanı



Değerli meslektaşlarım,
Sevgili Renaliz okurları;

Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği olarak başarılı bir yıl daha geçirdik. Yönetim kurulumuzdaki değerli arkadaşlarımızla birlikte bu yıl da derneğimiz bir çok bilimsel faaliyetlerde yer aldı. Meslektaşlarımıza hem Ankara'da yaptığımız lokal toplantılarda, hem de bölgesel toplantılarda çeşitli konularda son bilimsel yenilikleri aktarma imkanı bulduk. Bu yıl da değerli bilim adamlarının katılımı ve katkılarıyla 11. kongremizi gerçekleştirdik. Başarılı geçen bu kongrede son bilgiler meslektaşlarımızla detaylı olarak tartışıldı ve paylaşıldı.

Türkiye'nin tansiyonunu ölçüyoruz projesi bu yıl da gerçekleştirildi. Kısıtlı imkanlara rağmen Sağlık Bakanlığımızın da büyük desteğiyle Ankara, Antalya ve İstanbul'da yaklaşık 30 binden fazla kişinin kan basıncı ölçüldü ve katılımcılara 50 bin civarında kan basıncı yükseklikleri ile ilgili bilgilendirici broşürler dağıtıldı. Sonuçta proje bu yıl da başarıyla tamamlandı.

2010 yılında da derneğimiz bir taraftan eğitim toplantılarına devam edecek, diğer taraftan yedi ilde gerçekleştirilecek olan Türkiye'nin tansiyonunu ölçüyoruz projesini hayata geçirecektir.

Antalya'da 19-23 Mayıs tarihleri arasında gerçekleştirilecek olan 12. kongremizin daha önceki kongrelerde olduğu gibi bilimsel, eğitici ve coşkulu geçmesi için tüm olanaklar şimdiden seferber edilmiş durumdadır. Bu yıl da kongremizde değerli bilim adamlarının katkılarıyla pek çok güncel konu ele alınarak tartışılacaktır.

Yönetim kurulu arkadaşlarımız ile birlikte tüm değerli okurlarımızın ve meslektaşlarımızın yeni yılını kutlar, ülkemize 2010 yılının sağlık, barış, başarı ve mutluluklar getirmesini diler, hepinize saygı ve sevgilerimi sunarım.

Saygılarımla;

Prof. Dr. Şükrü SİNDEL

Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Dernek Başkanı



Değerli Meslektaşlarım,

2009 yılını Çocuk Nefrologları, yine çok yoğun bir çalışma temposu ve çeşitli uluslararası başarılarla imza atarak geçirdi. Çocuk Nefroloji Derneği 2009 yılında kendine Ankara Gazi Osman Paşa'da bir apartman katı almış ve faaliyetlerine burada devam etmeye başlamıştır.

Dünya Pediatrik Transplantasyon Kongresi (IPTA) 18-21 Nisan 2009 tarihlerinde İstanbul'da düzenlendi ve simdiye kadar yapılan kongrelere göre en yüksek katılım sağlandı.

Birçok arkadaşımız Avrupa Pediatrik Nefroloji Kongresinde ve diğer uluslararası toplantılarda konuşmacı olarak yer aldılar. Prof. Dr. Ayfer Gür Güven, ESPN kurulu üyeliğindeki görevi sona ermesine karşın 3 yıl daha ESPN eğitim komitesinde görev yapmaya devam edecektir. 2009-2012 Yılları için ESPN kurulu üyeliğine Prof. Dr. Rezan Topaloğlu seçilmiştir. Meslektaşlarımızın uluslararası dergilerdeki yayınları giderek artan bir hızla devam etmektedir.

2009 yılında derneğimizin Türk Nefroloji Derneği ile birlikte yürüttüğü Çocuklarda Böbrek Hastalıkları Prevalans çalışması "CREDIC" sonuçlanmış ve ön raporu Türk Nefroloji Kongresinde sunulmuştur. Gerçekten heyecan verici sonuçların elde edildiği bu çalışmanın raporu 2010 yılında tamamlanacaktır. Emeği geçen arkadaşlarımıza ve Türk Nefroloji Derneği'ne teşekkürü borç biliyoruz.

2010 yılını Çocuk nefroloji eğitimine yeni başlayan arkadaşlarımız için yoğun bir eğitim yılı olarak belirledik. Diyaliz, Renal Patoloji ve Renal Transplantasyon olmak üzere 3 kurs dernek merkezinde düzenlenecektir. 2010 Ekim ayında da ulusal kongremiz Ankara'da toplanacaktır.

Çocuk nefroloji camiası adına tüm meslektaşlarımızın yeni yılını kutlar 2010 yılının sağlık, mutluluk ve başarı dolu geçmesini dilerim.

Prof. Dr. Oğuz Söylemezoğlu

Çocuk Nefroloji Derneği Başkanı

Köşem



Prof. Dr. Ayla SAN

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

2010
Yılına
Girerken

Geçtiğimiz senenin değerlendirmesini yaparken Türk Nefroloji Topluluğu o kadar seri ve kapsamlı çalışmalara imza attı ki, bunların değerlendirmesini yapmaktan zorlandığımı hissettim. Bizler, en iyisini yakalamak için uğraşırken o kadar çok mesafe kat etmişiz ki bunun farkına varmamız bile zaman aldı. Geçen yıl Renaliz Gazetemizin 10. yılını kutlamak mutluluğuna eriştik.

Geçen yılın en güzel olayı Renaliz gazetemizin 10. yılını kutlama mutluluğuna erişmemizdir. Her yıl olduğu gibi bu yıl da Dünya Böbrek Günü çalışmalarımıza büyük bir şevkle başladık.

Türk Nefroloji Topluluğu içinde yapılan her kongrede birbirinden kaliteli ve aynı hedeflere doğru, birlik ve beraberlik içindeki örnek davranışlar ile güzel çalışmalar sunulmuştur. Bu seneki en önemli olaylardan birisi ise iki farklı organ transplantasyonunun aynı anda gerçekleştirilmiş olmasıydı. "Böbrek - kalp", "pankreas- böbrek" nakli yapılması en önemli olaylar arasındaydı. Ayrıca organ naklindeki önemli sorunlar olan organ vericilerinin artırılması için alınan tedbirlerin etik kurallar çerçevesinde oturturulması çalışmalarının başlaması idi. Diğer faaliyetler ise bilimsel yönden doyurucu, takdire değerdi.

Bunun yanında gittikçe büyüyen Türk Nefroloji Topluluğundaki organ nakli ve diyaliz merkezlerinin sayısının artması sorunlar ortadan artan böbrek hastası sayıları, bu vakaların hepsine ulaşamama endişesini taşımamız, ekonomik krizin Nefroloji topluluğuna da vurmuş olması bizi en

çok düşündürülen olaylardır. 2005 yılında planlanan resertifikaasyon sınavının nihayet 2009 Kasım ayında yapılmış olması memnuniyet verici idi.

Nefroloji topluluğu içinden tutuklamalar ve gözaltına alınmalar hariç 2009 yılının beklediğimizden de verimli geçtiğini söyleyebiliriz. Arkadaşlarımızın vazifelerinin başına dönmeleri en büyük dileğimizdir.

Bu yılın geçen yıldan daha verimli ve başarılı geçmesini, tüm güçlüklerin, mutlulukların, yaşama sevincinin Türk Nefroloji Topluluğu üzerinde güneş gibi parlamasını diliyorum.

Beni Türk Hekimlerine Emanet Ediniz.



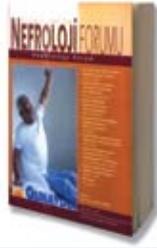
Profesör Olanlar

- Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı öğretim üyelerinden Doç. Dr. Kenan Keven,
- İstanbul Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı öğretim üyelerinden Doç. Dr. Gülçin Kantarcı,
- Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı öğretim üyelerinden Doç. Dr. Serhan Tuğlular,
- Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı öğretim üyelerinden Doç. Dr. Betül Kalender profesör olmuşlardır.

Kendilerini kutluyor, başarılar diliyoruz.

Renaliz

Yeni Çıkan Dergi ve Hasta Eğitim Kitapçıkları



Editörlüğünü İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı öğretim üyelerinden Prof. Dr. Tevfik Ecder'in Yürüttüğü "Nefroloji Forumu" dergisi Cilt 3'ün 3. sayısı da çıkmıştır.



Prof. Dr. Nurok Arık; (Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı) hipertansiyon tedavisinde hasta eğitiminin kaynaklı eksikliğin giderilmesine katkıda bulunmayı amacı ile "Hipertansiyon ile Yaşamak" konulu bir kitapçı çıkarmıştır.



Ayrıca kronik böbrek hastasının böbreklerinin hem yapısal hem de fonksiyonel anlamda ne durumda olduğunu farkında olmasını sağlayan ve ürün sistemin şematik resmi, sorunu çizerek anlatmaya izin veren, glomerüler filtrasyon hızının durumunu gösteren "Hasta Eğitim Formu" hazırlamıştır.

Arkadaşlarımızı ve bu çalışmaların hazırlanmasında emeği geçenleri Nefroloji topluluğu adına yaptıkları bu güzel hizmetlerinden dolayı kutluyor, başarılarının devamını diliyoruz.

Renaliz

Resertifikasyon Sınavı

01.01.2004 tarihinden önce Sağlık Bakanlığı tarafından sertifikalı sağlık personeline Yönetmelik gereği çıkarılan Tebliğ hükümlerine göre 25.10.2009 tarihinde Gazi Üniversitesinde Diyaliz Resertifikasyon Sınavı yapılmıştır. Söz konusu sınava; 264 uzman hekim başvururken 28 kişi sınava katılmadı. (%10.6). Katılan 236 kişiden 1 kişi tam puan aldı (%0.42). 27 kişi başarısız oldu (%11.44). 712 pratişyen hekim başvurmuş olup 36 kişi girmede (%5.06). Katılan 676 kişiden 33'ü başarısız oldu (%4.9). 1798 hemodiyaliz hemşiresi başvururken 110 kişi katılmadı (%6,12). Katılan 1688 kişiden 4'ü tam puan aldı (%0.24). 31 kişi başarısız oldu (%1,72). 96 Periton diyalizi hemşiresi başvurdu. 12 kişi katılmadı (%12.5). Katılan 84 kişiden 3 kişi başarısız oldu (%3.6).



TND 2. Nefroloji Yeterlilik Sınavı

Türk Nefroloji Derneği, ülkemizde Nefroloji Uzmanlığının eğitim standartlarının oluşturulması ve geliştirilmesi ile Nefroloji Uzmanlarının en yüksek kalitede sağlık hizmeti verebilecek bilgi, beceri ve sorumluluk düzeyinde olduklarının belirlenmesi için geçen yıldan başlayarak her yıl Nefroloji Yeterlilik Sınavı düzenlemektedir.

Nefroloji yeterlilik sınavının ikincisi; 19 Kasım 2009 tarihinde yapılmıştır. Sınava katılan 10 aday başarılı olarak Nefroloji Yeterlilik Belgelerini almışlardır.

Sınavı hazırlayan Türk Nefroloji Derneği'ni ve sınavda başarılı olan tüm arkadaşlarımızı kutlarız.

Renaliz

Çocuk Nefroloji Derneği Prof. Dr. Ayfer Gür Güven'in Emekli Olması Nedeni ile Antalya'da Bir Toplantı Düzenlemiştir

AKDENİZ ÇOCUK NEFROLOJİ SEMPOZYUMU ve PROF. DR. AYFER GÜR GÜVEN'İN EMEKLİLİK TÖRENİ ANTALYA'DA GERÇEKLEŞTİRİLDİ

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Nefroloji Bilim Dalı, Akdeniz Çocuk Nefroloji Sempozyumu'nu düzenledi. 18-19 Aralık 2009 tarihlerinde Antalya'da düzenlenen sempozyumda Prof. Dr. Ayfer Gür Güven'in Emeklilik Töreni de gerçekleştirildi. Antalya'dan 77, Antalya dışından 86 kişi katılmıştır. Prof. Dr. Ayfer Gür Güven'in yetiştiği uzmanlar, birlikte çalıştığı hemşireler, diyetisyenler ve hizmet verdiği hastalarının da katıldığı emeklilik töreninde duygusal anlar yaşanmıştır. 18 Aralık 2009 Cuma günü yapılan törende



sıra ile Prof. Dr. Ayfer Gür Güven'in yaşam hikayesinin sunumu (Doç. Dr. Sema Akman), Bilimsel aktivitelerinin sunumu (Uzm. Dr. Çomak), Çocuk Nefroloji Derneği Başkanı Oğuz Sendrom Patogenezi'ni Prof. Dr. Sevgi Mir, Elektron Mikroskop Deneyimleri'ni Yrd. Doç. Dr. İpek Işıkgönül anlatmışlardır. İkinci oturumda Steroid Dirençli Nefrotik Sendrom Tedavisinde Yeni Arayışlar başlığı altında Nominmünsüpresif Yaklaşımlar'ı Prof. Dr. Lale Sever, Immünsüpresif Yaklaşımlar'ı Prof. Dr. Salim Çalışkan, Nefrotik Sendrom Komplikasyonları'nı Prof. Dr. Fa- toş Yalçınkaya anlatmışlardır. 19 Aralık 2009 Cumartesi günü Renal Transplantasyonda Zorluk-

yapılan üçüncü oturumda

lar başlığı altında

Renal Transplan-

tasyon Sonrası

Rekürrenslar'ı

Prof. Dr. Oğuz Söy-

lemezoğlu, Pedi-

atrik Renal Trans-

plantasyonda

Cerrahi Zorluklar'ı

Doç. Dr. Alihan

Gürkan anlatmış-

lardır. Renal Transplantasyon ve Viral Enfeksiyonlar başlığı

altında Renal Transplant Alıcılarında Viral Monitorizasyon'u

Prof. Dr. Dilek Çolak, Donör Enfeksiyonları'nı Prof. Dr. Filiz

Günseren, BKV Nefropatisi'ni Öğr. Gör. Mustafa Koyun anlat-

mışlardır. Bilimsel içeriği ve yoğunluğu üst düzey olan sem-

pozyum kapanış töreni ile sona ermiştir.



Söylemezoğlu'nun, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Şenay Haspolat'ın, Akdeniz Üniversitesi Rektörü İsrail Kurtcephe'nin ve Prof. Dr. Ayfer Gür Güven'in konuşmaları gerçekleşmiştir. Verilen çiçek ve plaketerle tören sona ermiştir. Sempozyumda Nefrotik Sendrom ve Renal Transplantasyon iki ana konu olarak seçilmiştir. İlk oturumda Nefrotik

Anadolu Böbrek Vakfı Ödülü

26. ULUSAL NEFROLOJİ, HİPERTANSİYON, DİYALİZ VE TRANSPLANTASYON KONGRESİ (18-22 KASIM 2009)



EVRE 3-4 KRONİK BÖBREK HASTALARINDA ATEROSKLEROZ: ETKİLİ FAKTÖRLER VE ASİMETRİK DİMETİLARJİNİNİN YERİ:

Akpınar S¹, Üstündağ S², Karadağ H³, Kunduracılar H⁴, Alicioğlu B⁵, Özgen Z⁶, Karataş G⁵, Süt N⁶

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi¹ İç Hastalıkları AD, ²Nefroloji BD, ³Farmakoloji AD, Klinik ⁴Mikrobiyoloji AD, ⁵Radyodiagnostik AD, ⁶Biyoistatistik AD, EDİRNE

Asimetrik dimetilarjinin kronik böbrek hastalığı (KBH) ndaki erken- hızlanmış ateroskleroz gelişiminde önemli rolü olabileceği düşünülmektedir. Çalışmamızda 32 sağlıklı birey ve 3. - 4. evre KBH olan 65 hastada asimetrik dimetilarjinin ateroskleroz gelişimindeki yeri araştırıldı.

Renaliz

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

Yayın Adı : Renaliz Gazetesi
Yayın Türü : Yerel, Süreli Yayın
Yayın Şekli : 3 Aylık Türkçe **Baskı Tarihi:** 12.01.2010

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

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

Tel : 0312 425 07 34
Faks : 0312 425 07 36

Baskı : **Öncü Basımevi**
Kazım Karabekir Cad. Ali Kabakçı İşhanı
No: 85/2 İskitler / ANKARA

Tel : 0312 384 31 20 (pbx)
Faks : 0312 384 31 19

www.oncubasimevi.com

Gazetemiz Basın İlkelerine Uymayı TAAHHÜT EDER.



CANLI VERİCİLERDE GERİ ÖDEME KONUSUNDA KÜRESEL BİLGİ AKIŞI TOPLANTISI

4-5 Kasım 2009 tarihleri arasında Kanada'nın Toronto şehrinde Western Ontario Üniversitesi Klinik Böbrek Araştırmaları Bölümü bünyesinde yapılmıştır.



Günümüzde renal transplantasyon; böbrek yetmezliği hastaları için tercih edilen bir tedavi yöntemidir, canlı vericiden böbrek nakli ise kadavradan yapılan nakillere ve diyalize göre daha fazla tercih edilmektedir. Ne yazık ki organ nakli tüm dünya çapında henüz istenilen seviyeye gelememiştir. Organ naklinde vericilerin tıbbi olmayan harcamaları karşılanırsa transplantasyon sayısında artış görülecektir. Etik açıdan da problemlerin bir kısmının çözülebileceği düşüncesi ile bu çalışma yapılmıştır. Tıbbi olmayan harcamalar genellikle canlı vericilerin üzerine yüklenmektedir. Bu harcamalar ise; yol giderleri, park sorunları, yemek, konaklama ve transplantasyona bağlı olarak ileride oluşabilecek tedavi masrafları, çocuk bakımı, ayrıca organ nakli sebebiyle vericinin çalışmadığı günlere dair gelir kayıplarıdır. Canlı Vericilerde Geri Ödeme Konusunda Küresel Bilgi Akışı Toplantısı; vericilerin bu zararları ile ilgili sorunları evrensel etik kuralları çerçevesinde ele alarak transplantasyon sayısını artırmak için yapılan bir çalışmadır.

Toplantıda 2008 yılında yapılmaya başlanan dünya genelindeki anket çalışmalarından elde edilen veriler sunulmuştur, bu anket çalışmalarında Türkiye'nin deneyimlerine de başvurulmuştur. Canlı Vericilere Geri Ödeme uygulamasının dünyadaki yasal anlamda işleyiş koşulları saptanmıştır. Uluslararası deneyimler hakkındaki düşünceler tartışılarak fikir birliği oluşturulmasına çalışılmıştır. Canlı vericilerde organ nakli konusunda yeni programlar oluşmasına öncülük etmek ve renal transplantasyonun sayısını artırmak çalışmanın özünü teşkil etmektedir.

Toplantı programından kısaca bahsedecek olursak; 4 Kasım 2009 günü açılış konuşmaları Amit Garg (Western Ontario Üniversitesi Tıp Fak. Nefroloji, Epidemiyoloji, Biyoistatistik Bilim Dalları) Kimberly Young tarafından yapılmıştır. Diğer konular: Canlı Donörlerin Artırılması; Kimberly Young, Canlı Vericiden Organ Bağışığı Konusunda Evrensel Eğilimler: Meyzuat, Programlar ve Politikalar: Manisha Sickand (Western Ontario Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji B.D.), Geri Ödeme: Uluslararası Panel: Canlı Vericiye Geri Ödeme Yapılması Konusunda Uluslararası Deneyimler: Elles van Cromvoirt, Hollanda, Ayla San, Türkiye (Anadolu Böbrek Vakfı ve Ufuk Üniversitesi Tıp Fak. Nefroloji B.D. Başkanı), Anne Wilson, Avustralya (Avustralya Böbrek Sağlığı Vakfı, Yöneticisi, IFKF Sekreteri), Geri Ödeme: Kanada Paneli: Canlı Donörlere Geri Ödeme Programları Konusunda Bölgesel Temsilcilerin Sunumları Lorraine Gerard, British Columbia, Val Dunphy, Manitoba, Versha Prakash/Anjeet Bhogal, Ontario, Katherine Poser, New Brunswick, ABD'deki Geri Ödeme Deneyimleri: Eyalet ve Ulusal Programlar Birlikte Nasıl İşliyor?, Ulusal ve Eyaletler Bazında Hazırlanan Programların Etkinliği: Katrina Crist, 5 Kasım 2009: Hoşgeldiniz Konuşması: Amit Garg, Perspektif Canlı Böbrek Verici Çalışması: Amit



Garg, Araştırma için Fırsatlar: British Columbia Anketinin Sonuçları: Scott Klarenbach, Gelir Kaybının Geri Ödemesi: Scott Klarenbach, Geri Ödeme Programlarının Geliştirilmesi ve Uygulanması için Hazırlanan Mevzuatın Rolü: TBD. Kapanış konuşmaları Amit Garg, ve Kimberly Young tarafından yapılmıştır.

Ülkemiz adına hazırladığım konuşma hakkında biraz bilgi vermek isterim. Ülkemizde 1975 yılından 2008 yılının sonuna kadar 8932'si canlı 3112'si kadavradan olmak üzere toplam 12.044 böbrek nakli gerçekleştirilmiştir. 38 böbrek nakli merkezi vardır. Türkiye'de ilk başarılı organ nakli 1975 yılında Prof. Dr. Mehmet Haberal tarafından gerçekleştirilmiştir. İlk organ nakli koordinatörü, Prof. Dr. Levent Yüce'tir (1992). Ülkemizde böbrek nakliyle en uzun yaşayan hasta Abdülğani Ayaz'dır, kendisine 34 yıl önce ağabeyinin böbreği nakledilmiştir.



Organ Naklinde Tıbbi Olmayan Harcamaların Geri Ödemeleri konusunda ülkemizdeki kanun, yönetmelik ve yönergelerden de biraz bahsetmek istiyorum. 3 Haziran 1979 tarih ve 2238 sayılı "Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli" hakkındaki kanunun 1. maddesine göre; Tedavi, teşhis ve bilimsel amaçlarla organ ve doku alınması, saklanması, aşılması ve nakli bu kanun hükümlerine tabidir. 3. maddesine göre ise bir bedel veya başkaca çıkar karşılığı, organ ve doku alınması ve satılması yasaktır. Aynı kanunun 2. Bölümünün (Yaşayan Kişilerden Organ ve Doku Alınması) 5. maddesinde yaş ve nitelikten şu şekilde bahsedilmektedir: On sekiz yaşını doldurmuş ve mümeyyiz olmayan kişilerden organ ve doku alınması yasaktır. Madde 6: On sekiz yaşını doldurmuş ve mümeyyiz olan bir kişiden organ ve doku alınabilmesi için vericinin en az iki tanık huzurunda açık, bilinçli ve tesirden uzak olarak önceden verilmiş yazılı ve imzalı veya en az iki tanık önünde sözlü olarak beyan edip imzaladığı tutanağın bir hekim tarafından onaylanması zorunludur. Alınmayacak organ ve dokulardan ise 8. maddede bahsedilmektedir: Vericinin yaşamını mutlak surette sona erdirecek veya tehlikeye sokacak olan organ ve dokuların alınması, yasaktır.

19735 sayılı Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Sistemi Yöner-



gesi 28 Mayıs 2008'de yürürlüğe girmiştir. Bu yönetmeliğin 3. bölümü organ ve doku nakli hizmetlerini yürüten merkezlerin ve personelin görev ve sorumluluklarından bahseder. Bu bölümün 9 maddesi şöyledir: (1) Organ ve doku nakli merkezlerinin görev ve sorumlulukları şunlardır:

a) Organ ve doku nakli merkezleri nakil amacıyla başvuran hastalar için nakil türlerine göre ilgili Bilimsel Danışma Kurulu tarafından hazırlanan formata uygun olarak hasta bekleme listelerini oluştururlar. Organ ve doku nakli merkezleri hasta bekleme listelerini UKM'ne gönderir.

b) Hasta bekleme listelerinde kayıtlı olan hastalara ilişkin acil organ taleplerini BKM'ne ve UKM'ne bildirirler.

c) Hasta bekleme listelerini güncellettirerek, yeni başvuruları ve listeden çıkan hastaları en geç bir iş günü içinde UKM'ne bildirirler.

ç) Kanun'a uygun olarak beyin ölümü teşhisi konulan ve bağışığı sağlanan vericiye ait bilgiler organ nakli koordinatörü vasıtasıyla (Ek 4)'deki Verici Bilgi Formu doldurularak BKM'ne ve UKM'ne bildirilir.

d) Organ alımı gerçekleştirildiğinde (Ek 5)'deki Organ Bilgi Formu organı çıkaran organ ve doku nakli merkezi tarafından doldurularak organ ile birlikte organın nakledileceği merkeze gönderilir. Aynı form BKM'ne ve UKM'ne hemen bildirilir.

e) Organ ve doku nakli yapan merkez, nakil sonrası 1inci gün, 1inci, 3 üncü, 6 nci, 12 nci aylarda, daha sonra her 12 ayda bir olmak üzere ve ölüm günlerinde (Ek 6)'daki Alıcı İzleme Formunu doldurarak BKM ve UKM'ne bildirilir.

f) Canlıdan organ ve doku nakli, alıcının dördüncü dereceye kadar (dördüncü derece dahil) kan ve kayın hısımlarından yapılabilir. Bu kapsam dışında kalan organ ve doku verici adaylarının durumları, ilgili organ ve doku nakli merkezindeki Yerel Etik Kurullar tarafından değerlendirilir, uygun bulunması halinde nakil gerçekleştirilir.

(2) Kemik iliği, kök hücre ve kordon kanı nakillerinde hısımlık bağı şartı aranmaz.



(3) Ülke genelinde canlıdan yapılan organ ve doku nakillerinde, alıcı ve vericinin Başhekimlikçe onaylı nüfus cüzdanı fotokopisi, akrabalık durumunu gösteren nüfus kayıtları, Verici Bilgi Formu ve Alıcı İzleme Formu (İlk 24 saatlik form) ile Yerel Etik Kurul çalışmalarının aylık olarak Bakanlık Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğüne (UKM) gönderilmesi zorunludur.

Sosyal Güvenlik Kurumu'nun 2008 yılı Sağlık Uygulama Tebliği (29 Eylül 2008, Sayı: 27012):

Madde 18: Organ ve doku nakli tedavileri:

(1) Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılanlara organ veya doku nakline gerek görülmesi halinde 2238 sayılı "Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun" hükümleri dikkate alınmak şartıyla, tedavilerine ilişkin giderler ile verici durumundaki kişinin bu tedaviye ilişkin giderleri Kurum tarafından karşılanır.

(2) Kurumca sağlık yardımları karşılanmayan kişilere, organ veya doku vericisi durumunda olan kapsam bölümünde yer alan kişilerin işlemlerine ait bedeller karşılanmaz.

(3) Organ nakli tedavileri, bünyesinde "organ nakli merkezi" bulunan sağlık kurumlarında gerçekleştirilecektir.

(4) Yurtiçinde veya yurtdışında organın bulunması halinde hastanın organın bulunduğu yere veya organın organ nakli yapılacak merkezin bulunduğu yere getirilmesine ilişkin gidiş-dönüş için nakliye/transfer masrafları Ulusal Koordinasyon Merkezi veya Bölge Koordinasyon Merkezi tarafından tutanak altına alınarak belirlenen ulaşım aracı esas alınmak kaydıyla Kurumca karşılanır.

3.1.1. Refakatçi yemek ve yatak gideri:

Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin yatarak tedavileri sırasında hekimin veya dış hekiminin tıbben göreceği lüzum üzerine; ilgili sağlık hizmeti sunucusuna düzenlenmiş refakatçi kalındığına dair belgeye istinaden, yanında kalan refakatçinin yatak ve yemek giderleri bir kişi ile sınırlı olmak üzere Kurumca karşılanır. 18

yaşını doldurmuş çocuklar için refakatçi kalınmasının tıbben lüzum görülmesi şartı aranmaz.

3.1.2.1. Yol gideri: Kişinin sosyal sigortası varsa yol giderleri kurum tarafından ödenir.

3.1.2.2. Gündelik ücreti:

(1) Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, belediye/büyükşehir belediye mücavir alanı dışındaki sağlık hizmeti sunucusuna sevklerinde,

Sevk edildikleri sağlık hizmeti sunucusuna müracaat tarihi itibarıyla ayakta tedavi gördüğü günler için gündelik ödenir. Ancak ayaktan tedavi sonrasında istirahat raporu verilmiş ise müracaat tarihi ile tedavinin sona erdiği tarihler arasında istirahatlı olunan süreler için gündelik ödenmez. Müracaat sonrası sağlık hizmeti sunucusunda yatarak tedavi edilmesi gerekli görülmesine rağmen, yatak bulunmaması nedeniyle sağlık hizmeti sunucusuna yatırılmaksızın geçen günler için bu durumun sağlık hizmeti sunucusuna belgelenmesi şartıyla beş günü geçmemek üzere gündelik ödenir.

Gelir Kaybı: Ülkemizde vericinin gelir kaybı sosyal sigortası var ise ödenir.

Çocuk Bakımı: Çocuk bakımı ile ilgili herhangi bir kanun, tüzük veya yönerge bulunmamaktadır.

Bu konuşmanın hazırlanmasında görüşlerini aldığım; Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'ndan Doç. Dr. Fazıl Tuncay Aki ve Sağlık Bakanlığı Organ Nakli Bölümü'nden Dr. Altay Köken'e teşekkür ediyorum.

Prof. Dr. Ayla SAN



AİLEVİ AKDENİZ ATEŞİ TANI ÖLÇÜTLERİ

Dr. Fatoş Yalçinkaya
Ankara Tıp Fakültesi
Çocuk Nefroloji Bilim Dalı

Türk AAA çalışma grubu → n=2838

Turkish FMF Study Group. Medicine, 2005

Başlangıç yaşı: 9.6±8.6 yıl

Tanı yaşı: 16.4±11.6yıl

TANI GECIKMESİ: 6.9±7.65yıl

<1981 (n=73) 10.2±9.77

1981-1991 (n=422) 7.8 ±8.6

1992-2001 (n=2119) 6.3 ±7.32

Turkish FMF Study Group. Medicine, 2005

- Sabit aralıklarla tekrarlamaz
- %90'ı <20 yaş başlar

Livneh A. Arthritis & Rheumatism 1997

TAM OLMAYAN ATAK

- Ateş < 38°C
- Atak süresi kısa-uzun (< 6 saat; >7 gün olmamalı)
- Atak sırasında peritonit bulguları yok
- Lokalize abdominal ataklar
- Diz, ayak bileği, kalça dışındaki eklemlerde artrit

Livneh A. Arthritis & Rheumatism 1997

TEL HASHOMER TANI ÖLÇÜTLERİ

Majör Ölçütler

Tipik ataklar

- Peritonit (yaygın)
- Plörit (tek taraflı) ya da perikardit
- Monoartrit (diz, ayak bileği, kalça)
- Sadece ateş
- Tam olmayan (inkomplet) karın atağı

Minör Ölçütler

- İnkomplet ataklar (aşağıdakilerden bir ya da ikisini içeren)
- Göğüs
- Eklem
- Bacaklarda çekilme ağrısı
- Kolşisine yanıt

Destekleyici Ölçütler

Ailede AAA öyküsü

Uygun etnik köken

Başlangıç yaşının <20 yaş olması

Atakların Özellikleri

1. Ani başlangıç, yatak istirahati gerektirmesi
2. Kendiliğinden düzelmesi
3. Bulgusuz ara dönem
4. Akut faz yanıtı göstergelerinden bir yada fazlasında yükselme sap-tanması (BK sayısı, EÇH, fibrinojen, CRP, SAA)
5. Aralıklı proteinüri, hematüri
6. "Akut karın" ön tanısı ile laparotomi yapıp neden bulunamaması ya da apendektomi öyküsü
7. Akut faz yanıtı göstergelerinden bir yada fazlasında yükselme sap-tanması (BK sayısı, EÇH, fibrinojen, CRP, SAA)
8. Aralıklı proteinüri, hematüri
9. "Akut karın" ön tanısı ile laparotomi yapıp neden bulunamaması ya da apendektomi öyküsü
10. Akut faz yanıtı göstergelerinden bir yada fazlasında yükselme sap-tanması (BK sayısı, EÇH, fibrinojen, CRP, SAA)

TANI: ³ 1Majör

³ 2Minör

1 Minör + ³ 5 destekleyici ölçüt

Livneh A. Arthritis & Rheumatism 1997

AMAÇ

- Tel Hashomer tanı ölçütlerinin çocuklarda geçerliliğini araştırmak
- Livneh A. Arthritis & Rheum 1997

- Çocuklarda AAA tanısında pratik uygulamada kullanılabilecek yeni tanı ölçütleri geliştirmek

ÇALIŞMAYA ALINMA KRİTERİ

Genetik tanı (+)

İki allelinde MEFV mutasyonu taşıyan homozigot veya birleşik heterozigot hastalar

HASTALAR ve METODLAR

Çalışma Grubu: Ocak 2000'den sonra tanı alan ve her iki allelinde mutasyon taşıyan hastalar

Ağustos 2007 – Ocak 2008 arasında kontrole gelen tüm hastalar n=170

Soru Formu: Kolşisin tedavisi öncesi hastada bulunabilecek 35 belirti ve bulgu

Hastalar çalışma yürütücülerinden biri tarafından sorgulanmış ve dosyalar geriye dönük incelenmiştir

SORU FORMU

• Demografik özellikler

Yaş, cinsiyet, başlangıç yaşı, tanı yaşı

• Aile öyküsü

Akraba evliliği, ailede AAA, amiloidozis veya KBY öyküsü

• Ateş

• AAA'nin tekrarlayan tipik atakları

Peritonit, plörit ve artrit

• Atak sırasında akut faz göstergelerinde artış, atak sonrası düzelme

AİLEVİ AKDENİZ ATEŞİ (AAA)

- ✓ 1908 Janeway – Mosenthal
- 1945 Siegal S
- 1946 Marmaralı A

- ✓ 16p
- N Engl J Med, 1992

✓ AAA geni: MEFV

International FMF Consortium. Cell, 1997

French FMF consortium. Nat Genet 1997

AİLEVİ AKDENİZ ATEŞİ (AAA)

- ✓ MEFV

Ekspresyon: Nötrofiller, aktive monositler, dendritik hücreler, serozal ve snovyal fibroblastlar

- ✓ Protein: Pyrin / Maresnostrum

Centola M. Blood 2000

Mansfield E. Blood 2001

B30.2

CC B box

PyD

MONOGENİK OTİNFLAMATUAR HASTALIKLAR

• Ailevi Akdeniz Ateşi (AAA)

• Kriyoprinopati (FCAS, MWS, NOMID/CINCA)

• TRAPS

• HIDS

AİLEVİ AKDENİZ ATEŞİ

ve diğer otoinflamatuar hastalıklar üzerinde yapılan çalışmalar inflama-syon ve doğal immünitenin anlaşılmasına ışık tutmuştur

İlk tanımlanan, en sık görülen, en iyi anlaşılmiş

Otoinflamatuar hastalık

TANI: Klinik bulgular ile konur

KLİNİK BULGULAR

Herhangi bir uyarı ve bağışıklık sisteminin katkısı olmadan gelişen inflamasyon atakları !

Kısa süren
Kendi kendine düzelen
Ağrılı, ateşli } **ATAK**

ATAK

- Ateş

- Serozal tutulum: Karın, göğüs, eklem, ELE (Erizipel Benzeri Eritemi)

- Süre: 12-72 saat

- Tedavisiz düzelir

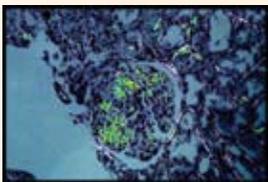
- Tipi: değişken

- Sıklık: 1-2/hafta, ay, yıl... Daha seyrek

Ataklar arasında → Fizik inceleme ve laboratuvar bulguları normale döner (%30 AFG yüksek kalabilir)

Tezkarlayan İnflamasyon Atakları

AMILODOZIS



TANI ÖLÇÜTLERİ ???

• Türk, Yahudi, Ermeni, Arap

• Amerikalı, İtalyan, Japon

Taşıyıcı sıklığı → Türklere: 1/5

Prevalans → 1/250 -1/1000

AİLEVİ AKDENİZ ATEŞİ (AAA)

	AMILOID (+) n=321	AMILOID (-) n=2126	p
Başlangıç yaşı	9.6±8.07 yıl	8.9±8.28yıl	
Tanı yaşı	19.22±11.84yıl	15.2±11.05 yıl	<0.001
Tanı gecikmesi	9.4±8.60yıl	6.3±7.14 yıl	<0.001

Turkish FMF Study Group. Medicine, 2005

AMILOİD GELİŞME SIKLIĞI

Kolşisin öncesi: %75-100

Özer FL. Am J Med, 1971

Kolşisin sonrası: %13

Turkish FMF Study Group. Medicine, 2005

AYIRICI TANI

KARIN AĞRISI

- A. Apandisit
- İdrar yolu enf.
- A. Kolesistit
- Ülser
- Taş
- Behçet Hastalığı
- İnf. barsak hast.
- Parazitöz

AMILOİDOZIS

- MDNS

TEKRARLAYAN ATEŞ

- Hiper Ig D sendromu (HIDS)
- TNF res-1 ilişkili periyodik sendrom (TRAPS)
- Periyodik ateş, aftöz stomatit, adenopati (PFAPA)
- Behçet Hastalığı



ARTRİT

- Akut romatizmal ateş (ARA)
- Juvenil idyopatik artrit (JIA)
- Tüberküloz artrit
- Septik artrit

TİPİK ATAK

Karın ağrısı

Göğüs ağrısı + ATEŞ

Artrit

• Kısa süreli (12 saat- 3 gün)

• En az üç kez benzer atak

• Atak aralarında tamamen normal

AİLEVİ AKDENİZ ATEŞİ TANI ÖLÇÜTLERİ

- AAA'nin nadir fakat önemli bulguları
- Erizipel benzeri eritem, amiloid (+) böbrek biyopsisi

- AAA'nin yeni tanımlanan bulguları
- Uzamis ateşli miyalji, bacak ağrısı, skrotal atak

KONTROL GRUBU (n=141)

Fonksiyonel karın ağrısı n=32
Tekrarlayan İdrar Yolu Enfeksiyonu n=13
İnflamatuvar Barsak Hastalığı n=22
Hiperimmüoglobulin D Sendromu n=3
PFAPA Sendromu n=3
Muckle Wells Sendromu n=1
Akut Romatizmal Ateş n=28
Sistemik Juvenil İdyopatik Artrit n=20
Reaktif Artrit n=6
Ankilozan Spondilit n=1
Henoch Schönlein Purpurası n=7
Behçet Hastalığı n=1
Erizipel n=1
Göğüs Ağrısı (kas kökenli) n=3

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

- * Sonuç değişkeninin (FMF-kontrol) risk faktörlerini belirlemek amacıyla çoklu lojistik regresyon kullanılmıştır.
- * Çoklu lojistik regresyon analizini uygulamadan önce, her bir bağımsız değişkenin sonuç değişkeniyle olan ilişkisi tek değişkenli lojistik regresyon ile incelenmiştir.
- * Tek değişkenli analiz sonucunda p değeri < 0.25 olan ve biyolojik olarak önemli olduğu bilinen değişkenlerin hepsi çoklu lojistik regresyona girmeye aday değişkenler olarak belirlenmiştir.

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

35 bağımsız değişken ⇒ 15 değişken ⇒ 5 Değişken Modeli
Student's t testi ve Ki-kare testi (Sürekli ve kategorik değişkenler)
P < 0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi
Analizler SPSS (11.5) ile yapıldı
35 aday kriterden 5'i AAA hastalarını kontrollerden ayırıyor (Çoklu Lojistik Regresyon Analizi)
Sensitivite: %88.8 (%95 CI 83.2-92.7)
Spesifisite: %92.2 (%95 CI 86.6-95.6)
Pozitif prediktif değer (PPD): %93.2 (%95 CI 89.7-95.6)
Negatif prediktif değer (NPD): %87.2 (%95 CI 82.9-90.6)

ÖLÇÜT TANIMLAMA

Ateş > 38°C, Süre 6-72 saat, ≥3 atak
Karın Ağrısı Süre 6-72 saat, ≥3 atak
Göğüs Ağrısı Süre 6-72 saat, ≥ 3 atak
Artrit Süre 6-72 saat, ≥ 3 atak, oligoartrit
Ailede AAA Öyküsü
AAA Olasılık Denklemi
 $A = \exp(-2.55 + 1.99 \times \text{Ateş} + 2.09 \times \text{KA} + 1.49 \times \text{GA} + \text{Artrit} + 3.36 \times \text{AAAAÖ})$
KA: Karın Ağrısı
GA: Göğüs Ağrısı
AAAAÖ: Ailede AAA Öyküsü

Çalışma Grubunun Demografik Verileri

	AAA hastaları n=170	Kontrol Grubu n=141	p
Erkek/kız	88/82	68/73	0.53
Başlangıç yaşı (yıl)*	4.07±3.19	7.13±4.09	<0.001
Tanı yaşı (yıl)*	7.67±4.01	7.69±4.11	0.44
Akraba Evliliği	49 (28.8%)	23 (16.3%)	0.009

* Ortalama±Standard deviasyon

AAA HASTALARININ MUTASYON ANALİZLERİ

	Sıklık	%
M694V/M694V	99	58,2
M694V/M680I	28	16,5
M694V/V726A	22	12,9
M680I/M680I	6	3,5
M680I/V726A	5	2,9
V726A/E148Q	2	1,2
M694V/E148Q	4	2,4
M680I/E148Q	1	,6
M694V/R761H	1	,6
V726A/V726A	1	,6
V726A/F479L	1	,6
Toplam	170	100,0

AAA'DE ÇOKLU ANALİZ İÇİN SEÇİLEN DEĞİŞKENLERİN KARŞILAŞTIRMASI

	AAA Hastaların (%)	Kontrol Grubun (%)	p	OR	%95 CI
Ateş	135 (79.4)	21 (14.9)	<0.001	22.04	12.17-39.93
Karın Ağrısı	129 (75.9)	18 (12.8)	<0.001	21.50	11.72-39.44
Göğüs Ağrısı	59 (34.7)	6 (4.3)	<0.001	11.95	4.98-28.74
Artrit	38 (22.4)	12 (8.5)	0.001	3.09	1.55-6.19
Ailede AAA öyküsü	80 (47.1)	3 (2.1)	<0.001	40.89	12.53-133.44
ELE	49 (28.8)	1 (0.7)	<0.001	56.69	7.71-416.73
Egzersizle bacak ağrısı	89 (52.4)	34 (24.1)	<0.001	3.45	2.12-5.64
Diz ağrısı	42 (24.7)	5 (3.5)	<0.001	8.92	3.42-23.27
Kusma	28 (16.5)	25 (17.7)	0.769	0.92	0.51-1.66
Splenomegali	44(25.9)	17 (12.1)	0.002	2.55	1.38-4.70
ESR (ataktada)	168 (98.8)	102 (72.3)	<0.001	32.12	7.59-135.85
ESR (atakt dışında)	37 (21.8)	27 (19.1)	0.57	1.18	0.67-2.05
CRP (ataktada)	164 (96.5)	97 (68.8)	<0.001	12.4	5.09-30.17
CRP (atakt dışında)	29 (17.1)	22 (15.6)	0.73	1.11	0.61-2.04

SONUÇLAR

- * Çocukluk çağında AAA tanı ölçütleri → Genetik tanı (+)
- * Duyarlılık ve özgüllük ↑
- * Hastalığın karakteristik klinik bulguları (+)
- * Uygulaması kolay ve gündelik kullanıma uygun
- ÇEKİNCELER
- * Türk çocuklarını içeriyor
- * Kontrol grubunda az sayıda otoinflamatuvar hastalık var
- * Erişkinlerde geçerliliğinin araştırılması
- * AAA'nin daha az görüldüğü toplumlarda geçerliliğinin araştırılması

POZİTİF KRİTER SAYISINA GÖRE SENSİTİVİTE, SPESİFİSİTE, PPD VE NPD

Ölçüt Sayısı	Sensitivite (%95 CI)	Spesifisite (%95 CI)	PPD (%95 CI)	NPD (%95 CI)
*1	92.9 (88.1-95.9)	64.5 (56.4-72.0)	76.0 (70.7-80.5)	88.3 (84.1-91.6)
*2	86.5 (80.5-90.8)	93.6 (88.3-96.6)	94.2 (90.9-96.4)	85.2 (80.6-88.8)
*3	55.3 (47.8-62.6)	99.3 (96.1-99.9)	98.9 (96.8-99.7)	64.8 (59.2-70.1)
*4	21.2 (15.7-27.9)	100.0 (97.3-100.0)	100.0 (98.5-100.0)	51.3 (45.6-56.9)
5	3.5 (1.6-7.5)	100.0 (97.3-100.0)	100.0 (98.5-100.0)	46.2 (40.6-51.9)

AAA VE KONTROL HASTALARINDA TANI ÖLÇÜTLERİ

	İki Ölçüt		Toplam
	(-)	(+)	
AAA Hastaları n Grup % K2 %	%13.5 %14.8	147 86.5%	170
Kontrol Grubu n Grup % K2 %	132 %93.6 %85.2	9 %6.4 %58	141
Toplam n	155	156	311

**AAA VE KONTROL GRUBUNUN TEL HASHOMER ÖLÇÜTLERİNE GÖRE TANILARI**

	İki Ölçüt		Toplam
	(-)	(+)	
AAA Hastaları n Grup % THK %	2 1.2%	168 98.8%	170
Kontrol Grubu n Grup % THK %	77 54.6%	64 45.4%	141
Toplam n	79	232	311

Rheumatology 2009; 1 of 4

doi:10.1093/rheumatology/ken509

A new set of criteria for the diagnosis of familial Mediterranean fever in childhood

Fatma Yalçınkaya^{1*}, Seza Özen^{2*}, Zeynep Birsin Özçakar¹, Nuray Aktay², Nilgün Çakar³, Ali Düzova², Özgür Kasapoğlu⁴, Atilla H. Elhan⁵, Beyza Doğanay⁶, Mesiha Ekim¹, Nazlı Kara⁷, Nermin Uncu⁸ and Ayşin Bakkaloğlu⁹

Objectives. Several sets of criteria mainly for adults have been proposed for the diagnosis of FMF. The aim of the present study is to validate the most widely used diagnostic 'Tel Hashomer' criteria in children and to establish a new set of criteria for use in childhood.
Methods. The study group consisted of 170 recently diagnosed FMF patients who had mutations at both alleles. They were interviewed about the presence of 35 features and manifestations of FMF at the time of diagnosis. Controls were consecutive patients without FMF (n=141) who had episodes of fever and clinical features mimicking that of FMF. The diagnostic performance of the candidate features was assessed by multiple logistic regression analysis.
Results. The sensitivity and specificity of Tel Hashomer criteria in our study group were 98.8 and 54.6%, respectively. The multiple logistic regression analysis showed that 5 (fever, abdominal pain, chest pain, arthritis and family history of FMF) of the 35 candidate criteria discriminate FMF from controls with a sensitivity and specificity of 88.9 and 92.2%, respectively. The presence of two or more of these five criteria diagnosed FMF with a sensitivity of 86.5% and a specificity of 85.6%.
Conclusion. It was demonstrated that although the Tel Hashomer criteria were successful in diagnosing the FMF patients in childhood, its specificity was definitely low in children. The new set of criteria has a high sensitivity and specificity for the diagnosis of FMF and is practical to use on an everyday basis.

Key words: Paediatric FMF, Diagnostic criteria, Tel Hashomer criteria.

Dünya Böbrek Günü
11 Mart 2010

Diyabetinizi ve Hipertansiyonunuzu Kontrol Altında Tutarak Böbreklerinizi Koruyunuz.

11 MART 2010 | ANKARA



Dr. Neval Duman
Ankara Üniv. Tıp Fak.
Nefroloji BD

DİYALİZDE ETİK SORUNLAR

- Yaşam beklentisi 2 yıldan az ve ciddi co-morbid hastalığı olanlar (D. Mellitus, KVH, Ca, HIV +, sistemik hastalar)
- Madde bağımlılığı
- Sürekli ağrı ve ıstıraba sebep olan hastalığı bulunanlar

diyalize kabul edilmemelidir

1960 yılında Scribner'in kr.üremili hastalarda intermitent hemodiyaliz uygulamasının ilk sonuçlarını yayınlaması ile "Nefrolojide etik sorunlar" tartışılmaya ve çözüm aranmaya başlandı.

Scribner BH. Ethical problems of using artificial organs to sustain human life. Trans Am Soc Artif Intern Organs 10:210-3;1964

Dünyada ve ülkemizde sayıları giderek artan SDBH nedeni ile diyaliz ve transplantasyon uygulamalarında etik sorunlar giderek artmakta ve çözüm aranmaktadır...

Kr. Diyaliz Tedavisinde Hasta Hakları - I

IFKF Hasta Hakları Komitesi & IFKF Direktörler Kurulu NDT 19:2004

Tedavinin gereksinimi ve hastanın seçimi

- 1.Hak:** Doğru ve adaletli seçim
 - 2.Hak:** Doğru zamanda seçim
 - 3.Hak:** Tedavi seçiminde hastanın tercihini dikkate almak
 - 4.Hak:** Hastanın özeline dikkat etmek ve özerkliğini kabul etmek
- Tedaviyi reddetme hakkına sahip olmak ve bunun tüm tıbbi sonuçları hakkında bilgilendirilmiş olmak
- Araştırma çalışmalarına katılımı onaylamak veya reddetmek
- Saygılı, güvenilir, şefkatli, kültürel hassasiyetlere duyarlı, dürüst ve doğru tedavi uygulanması
- Tedavinin muhtemel komplikasyonlarının anlaşılır şekilde ve detaylı açıklanması; soru ve cevaplara yeterince zaman ayrılması
- Tedavi için farklı görüşlere açık olmak, diğer hekimlerle konsültasyon yapmak
- Önerilen ilaçların ismi, dozu, endikasyonları ve yan etkileri konusunda bilgilendirmek
- Laboratuvar veya uygulanan herhangi bir test var ise sonuçları hakkında bilgilendirmek
- Hasta yakınlarını ve arkadaşlarını tıbbi durum hakkında sürekli olarak bilgilendirmek
- ### Kr. Diyaliz Tedavisinde Hasta Hakları-II
- 5.Hak:** Diyaliz merkezine ulaşım kolaylığı sağlanması
 - 6.Hak:** Uygun alet ve ekipmanları içeren diyaliz üniteleri, yeterli eğitime sahip hemşire
 - 7.Hak:** Düzenli kayıt tutulması; ulusal böbrek kayıt sistemine ve klavuzlara uyum gösterilmesi
 - 8.Hak:** Gerekli durumda hastaneye kabulde öncelik tanınması
 - 9.Hak:** Diyaliz işlemi için uygun damar yolu oluşturulması
 - 10.Hak:** Depresyonun tanısı ve tedavisinin yapılması
 - 11.Hak:** Yeterli diyaliz dozuna ulaşılması
 - 12.Hak:** Yeterli diyaliz süresinin sağlanması
 - 13.Hak:** Uygun membran tipi, yüzey alanı ve yeterli kan akımı
 - 14.Hak:** Uygun diyaliz suyu ve diyalizat
 - 15.Hak:** Yeterli kan basıncı kontrolü
 - 16.Hak:** Yeterli beslenme
 - 17.Hak:** Aneminin izlenmesi ve tedavisi
 - 18.Hak:** Renal Osteodistrofinin önlenmesi
 - 19.Hak:** Periton Diyalizinde Eğitim ve Ev ziyaretleri ile desteklenme
 - 20.Hak:** Transplantasyon için değerlendirme ve hazırlama

Diyalizde Ortak karar almak

Hastanın Diyaliz Tedavisini Kabul Etmemesi

Hastanın Diyaliz Tedavisine Kabul Edilmemesi

Diyaliz Tedavisinin Sonlandırılması

Diyaliz tedavisinden yararlanamayacak kadar kötü durumda olan hastalara Nefrologlar "HAYIR" demeyi öğrenmeli

AJKD 41(4):2003

- 1.gurup:** Düşünme, duygu ve anlamlı davranış biçimini kaybetmiş, kendinin ve çevresinin farkında olmayan kalıcı nörolojik hasarlı hastalar
 - 2.gurup:** Böbrek yetmezliği dışında terminal hastalığı olanlar
 - 1-Alb. düzeyindeki düşüklük
 - S.alb < 3.5 ise muhtemel 1 yıllık mortalite oranı %50.
 - S.alb < 2.5 vs S.alb > 4.0 erken ölüm riski 7.45 kat fazla
 - 2-Kötü fonksiyonel durum: Erken ölüm riski 3.46 kat fazla
 - 3-Comorbid hastalık: Özellikle AMI 1 yıllık mortalite %60
 - 4-Dizüstü amputasyon: 1 yıllık mortalite %73
 - 3.gurup:** Tıbbi durumları diyalizin teknik işlemine uygun olmayanlar (Ciddi demans ve zihinsel gerilik)
- Diyaliz tedavisine başlama veya tedaviyi sonlandırma kararı; sadece filozofik, teknik veya ekonomik koşullara bağlanmış bir durum değil oldukça kompleks ve **hasta kararına yoğunlaşılan** bir durumdur.

Hasta kararı diğer etik prensiblerin hepsinden daha önemlidir.

Hasta kararı nereye kadar haklı olabilir?

Ekonomik kaynaklar yetersizse?

Hastanın kararı hastaya zarar verecekse?

Uygulanacak tedavinin hastaya yarar getirmeyeceğine inanılıyorsa!!!
Hastanın kararını dikkate almada; mental yeterliliğinin belirlenmesi çok önemlidir.

Hastanın mental yeterliliğinin değerlendirilmesinde; hastanın durumu anlama kapasitesinde olup, olmadığı; hastanın değer yargıları ve inançları önemli rol oynar.

ABD'de(1993) diyalizin sonlandırılmasına bağlı ölüm oranı %17.6

Prospektif bir çalışma(1995); 1479 diyaliz hastası Nefroloji uzmanları ve Pratisyen Dr. sorumluluğunda izlenmiş

Nefrologların diyalizi sonlandırma oranı %7

(762 hastanın 60'ı)

Akademisyen Nefrologların tedaviyi sonlandırma oranı %12

Özel kliniklerde çalışan Nefrolog ve Pratisyen hekimlerin tedaviyi sonlandırma oranı %6

Diyaliz sonlandırma nedenleri;

- Hastanın mevcut yaşam şekli ve kalitesini kabul etmemesi (%41)
- Akut komplikasyonlar (%21)
- Demans (%12)
- Kalıcı bilinç kaybı (%7)
- Kanser (%6)

Diyaliz sonlandırıldıktan sonra ortalama yaşam süresi 12 gün

AJKD 31:1998

Diyalize alma veya durdurma: Ortak karar vermenin klinik pratik rehberi

Rehber; American Society of Nephrology(ASN) ve Renal Physicians Association (RPA)'in multidisipliner çalışma grubu tarafından oluşturulmuştur.

J Am Soc Nephrol 11:2000

Öneri 1: Uygulama için ortak karar verin.

Öneri 2: Bilgilendirilmiş onay veya ret formu imzalatın.

- Uygun diyaliz tedavi tiplerini
- Diyalize alınmama durumunda uygulanacak medikal tedavileri ve sorunları
- Diyalizin belli bir süre denenebileceğini
- Diyalizin kesilmesinde uygulanacak rahatlatıcı (palliative) tedavileri detaylı anlatın

Öneri 3: Prognozu tahmin edin ve paylaşın, tarihli olarak dökümanete edin

Öneri 4: Uyuşmazlık var ise çözmeye uğraşın

Öneri 5: Hastanın ileriye yönelik istemlerini yazılı olarak alın

Öneri 6: Diyaliz tedavisine başlamama veya durdurma kararı

A- Karar verme yeteneğine sahip ve tedavi konusunda yeterince bilgilendirilmiş olan; ancak seçimini özgür bir şekilde yaparak diyalizi reddeden veya durdurulmasını isteyen hastalar

B- Artık karar verebilme yeteneğine sahip olmadığı halde, daha önce yazılı ve sözlü olarak diyalizi reddeden veya durdurulmasını isteyen hastalar

C- Karar verebilme yeteneğine sahip olmayan hastaların önceden belirlediği yasal vekillerinin veya yoksa ailelerinin diyalizi reddetme veya durdurma isteği

D- Düşünme, duygu ve anlamlı davranış biçimini kaybetmiş, kendinin ve çevresinin farkında olmayan kalıcı nörolojik hasarlı hastalar

Öneri 7: Özel hasta gurubları

Böbrek yetmezliği dışında terminal hastalığı olanlar

Tıbbi durumları diyalizin teknik işlemine uygun olmayanlar

(Ciddi demans ve zihinsel gerilik)

Öneri 8: Diyalizin belli bir süre denemesi

Amaçlar;

1-Hasta tedaviyi istemez ancak tıbbi ekip hastanın yararlanabileceğine ve daha uygun bir yaşam kalitesi sağlanabileceğine inandığı için denemek ister.

2-Tıbbi ekip tedaviyi yetersiz bulur; ancak hasta ve ailesi ister.

3-Hem hasta hem tıbbi ekip hastanın iyileşebileceğinden şüphelidir ancak yine de bir süre diyalizi denemeye karar verir.

Deneme süresinin belirleyen faktörler;

Deneme süresi

A-Böbrek yetmezliğine bağlı semptomların giderilmesi

B-Hastanın düzeltilmesi mümkün olmayan mevcut hastalıklarının bulguları ve fiziksel durumunun kalıcı hale gelmesi

C-Hastanın sosyal çevresinin ve hastaya yapılabilecek yardımların algılanması

7bbi Etik İlkeleri

1- Dürüstlük ilkesi.

Hekim hem tanıda hem uygulayacağı tedavide hastasını aldatamaz

2- Yaşama saygı ilkesi

Başta insan olmak üzere bütün yaşam biçimlerine saygı duymak gerekir.

3- Zarar vermeme ilkesi

Hekim başvuracağı girişim ve tedavinin yararı ve zararını değerlendirmek zorundadır.

4- Adalet ilkesi

Tüm hastalar eşit haklara sahiptir.

5- Özerklik ilkesi

Hastaların bağımsız bir biçimde kendileri hakkında karar vermeleridir.

6-Yasallık ilkesi

Hekim yürürlükte olan bütün yasa, yönetmelik, kurallara uymak zorundadır.

Nefrolojide Etik Tartışmaların Başlama noktası:Diyaliz tedavisine kimler alınmalı & alınmamalı ?

1960'lı yılların önerisi:

Shaldon S. Postgrad MedJ Suppl.1967

- Koroner ve SVH olanlar
 - Yaşamı tehdit eden başka hast.bulunması
 - Sistemik hast. Ör:SLE
 - Çocuklar
 - Erişkin > 55 Yaş
- diyalize kabul edilmemelidir.

Willem J.Kolff'un 1945 yılında üremik hastaların yaşamını uzatmak amacı uyguladığı yapay böbrek "NEFROLOJİDE ETİK" in doğmasına sebep olmuştur.



Şüphesiz ki diyalize kabul edilecek en iyi hasta

- Evli ve genç çocuklu
- Dengeli ev düzeni olan
- Çalışmaması neden ile ekonomik sıkıntıya düşmeyecek
- Özel aracı ve telefonu bulunan
- Pahalı diyetini karşılayacak geliri olan **hastadır**

Shaldon S.;1967

Özetle HD alınmak için hastanın ihtiyacı;

AKIL, EV, EŞ ve PARA

1990 yılların önerisi;

Brockner D. AJKD 16:1990

- Maligniteli hastalar
- AIDS
- Akc patolojisi
- Irreversibl Kalp yetmezliği
- Periferik vasküler hastalık
- Kalıcı nörolojik hastalıklar (Alzheimer, Demans)

Lowance DC. AJKD 21;1993

- Yaşam beklentisi 2 yıldan az olan fizyolojik veya kronolojik yaşlılar
- Demansı bulunan veya demans gelişebilecek hastalar

D-Hasta ve ailesinin diyaliz tedavisinin ne olduğunu anlamasına yetecek kadar uzun olmalıdır.

Öneri 9: Diyalize alınmayan veya tedavisi durdurulan hastalarda rahatlatıcı(palliative) tedavi uygulanmalıdır
İnsani doğruların en önemlisi; ölünceye kadar yaşama saygı duymak ve doğrusunu yapmaktır.

Rahatlatıcı tedavi:

Hastanın onayı ile sağlık elemanları tarafından; ölünceye kadar hastaya medikal, psikososyal ve ruhsal açıdan destek verilmelidir.

1- Fiziksel Rahatlatma

Ağız bakımı ve vucut temizliği,

Pozisyon verme, sırt masajı

Ortamı havalandırma ve gerekirse Oksijen tedavisi

2- Sıvı ihtiyacı ve yeterli beslenmenin sağlanması

Hipervolemi bulgularının izlenmesi, gerekirse UF

(90-120 dak/haftada 3 kez)

3-Ağrının tedavisi: Morfin, hydromorfine infüzyonu, Lorezepam ve fentanyl

4- Delirium veya ajitasyon: Haloperidol

5-Kasılma ve huzursuz bacak sendromu: Diazepam

II-Ruhsal rahatlatma: Aile bireyleri, din adamı veya sevdikleri ile görüşme

Karar verme yeteneği olmayan hastanın; tedaviye alınması veya durdurulmasına ailenin itirazı

Alınacak karar hastanın istemi doğrultusunda veya hasta çıkarına uygun olmalıdır.

1- Görüşme: Aile ile uzun görüşmeler yapılmalı

2- Konsültasyon: Diyaliz tedavi ekibinin tüm üyeleri aynı fikirde olmalı

3- Onay: Mümkünse etik kurul onayı alınmalı

4- Dökümantasyon: Kararı almada önemli olan tüm medikal bulgular detaylı dökümanite edilmeli

5- Transport: Eğer hasta yakınları isterse, hastanın tedavisinin başka merkezde sürdürülmesini sağlamalıdır.

Nefrolog doktor ailenin istemini *etik zorunluluk ve yasal doğrulara göre red edebilir.*

Hastaların büyük bir kısmının 75 yaş üzerinde olması; bu hastaların diyalize kabul veya red edilmesi; diyaliz tedavisin kesilmesi tartışmalarını gündeme taşımaktadır.

Yaşlı Diyaliz Hastası ve Mortalite

• Yaşlı hastalarda;

- çok sayıdaki co-morbid durum,

- kötü beslenme

- yatağa bağımlılık mortalite belirleyicisidir.

• *USRDS 2009 yılı SDBH veri kayıtlarına göre;*

75 yaş ve üzeri HD hastalarında KVH nedeni ile hastahaneye yatış oranı yüksektir. (0.62 /hasta yılı)

• 75-84 yaş HD hastalarında inme sonrası bir yıl içinde kalıcı felç (yatağa bağımlılık) oranı %51 dir.

• 75-84 yaş HD hastalarında; inme sonrası bir yıl içinde ölüm oranı %60 dir. ASN Kongresi 2009

ETİK KURAL: YARAR SAĞLAMA

Yaşlı hastalarda yüksek ölüm oranlarına rağmen; diyalize başlama hastanın genel durumunu düzeltir, yaşam süresini uzatır.

Yaşlı KBHastaların tümünü; yaş ve tıbbi durumlarını dikkate almadan diyalize başlatılmı mı?

• Bir yıllık prospektif çalışma;

• Nefrolog olmayan doktorların; diyalize başlamayı düşünmeyip, yaşlı hastayı nefrologa gönderme oranı %22

• Nefrologa gönderme kararını etkileyen faktörler;

İleri yaş

Nörolojik bozukluk

Kalb, Akc ve KC gibi diğer organ yetmezlikleri

Metastatik kanser

Çok fazla co-morbid durum

Hasta ve ailenin reddi

• Nefrologların yaşlı hastayı diyalize başlatmama kararı %7;

• En önemli neden nörolojik bozukluk

(AJKD 31:1998)

SONUÇ: Yaşlı Hastada Diyalize Başlama Kararı

ETİK KURAL 1: Hastanın bilinç durumu iyi ise kendi özgür kararı önemlidir. Sadece ileri yaş gurubunda olmak diyalize başlamayı engellemelidir!!!

İleri yaş; hasta yaşam süresini olumsuz etkileyen bir faktördür.Tedavi önerilirken bu durum özellikle vurgulanmalıdır.

Diyalize başlama kararını alırken; prognozu tahmin etmek ve hastanın diyalizden yarar sağlayıp sağlamayacağını değerlendirmek amacı ile belli bir süre tedavinin uygulanmasını önermek etik ve akılcı bir yoldur.

ETİK KURAL 4: ADİL OLMA Kaynakların eşit ve uygun kullanımını kuralı

Hastanın tedaviye uyumu arttırmak, fonksiyonel ve psikososyal durumunu düzeltmek amacı ile rehabilitasyon programına alınması veya daha iyi yaşam kalitesi sağlanması için günlük diyaliz uygulaması çok pahalı yöntemlerdir.

Yaşlı hastada Diyalizi Sonlandırma Kararı

• ABD'de yaşlı hastaların % 20 'si diyaliz tedavisinin sonlandırılması nedeni ile ölmektedir.

• İleri yaşla birlikte tek başına yaşama, yatağa bağımlılık, ırk, dinsel inançlar, cinsiyet, co-morbid durum, aile istemi bu kararın alınmasında rol oynar.

• Bilgilendirilmiş yazılı olur ve ortak karar alındıktan sonra diyaliz sonlandırma klinik ve etik olarak kabul edilir.

• Bundan sonra hastaya ölümüne kadar uygulanacak rahatlatıcı (palliative) tedavi koşulları sağlanmalı ve uygulanmalıdır.

Zihinsel Hasarlı Hasta ve Diyaliz Etiği

• Diyalize başlama ve sonlandırma kararında; hastanın çevresine uyumu ve ilişki kurabilmesi, bu nedenle zihinsel yeteneği önemlidir.

• Diyalizle başlama veya sonlandırma kararlarını anlayabilmesi ve bilgilendirilmiş olur formunu imzalaması gerekir.

• Hastanın bitkisel yaşamda olması,ileri derecede nörolojik hasarı veya demansının bulunması durumunda ailesi ve tıbbi tedavi ekibinin ortak kararı ile diyaliz tedavisine başlanmaz veya tedavi durdurulur.



Kültürel farklılıklar ve Diyaliz Etiği-I

• Hasta özkerliği ve özgür tedavi kararı

Batı ve Doğu kültür farkı

Toplumsal Değerler

Sosyal uyum ve ilişkiler

Çevrenin baskısı ve kararı

Dinsel inançlar

• Hastanın ileriye yönelik istemlerinin hazırlanması

• Uyumsuz ve gereksiz diyaliz uygulaması; Yararı olmayacağı halde diyaliz tedavisinde ısrarcı olmak

• Yarar sağlama ve zarar vermeme etik kurallarını ihlal eder

• Tıbbi standartları ve profesyonel doğruları olumsuz etkiler,

• Finans kaynaklarının haksız ve uygunsuz bir şekilde harcanmasına yol açar.

Kültürel farklılıklar ve Diyaliz Etiği-II

• Yaşam sonu bakımın sağlanması

Evde ölüm isteği

Hastaya eziyet çektirmeme düşüncesi

Tıbbi ekibin rahatlatma tedavi önerisini kabul etmeme

• Kaynakların adaletli ve uygun kullanımı

Batının bioetik anlayışı; kaynakların dengeli ve düzgün bir şekilde kullanılmasını sosyal bir zorunluluk olarak kabul ediyor.

Uyumsuz Hasta ve Etik

ABD (2002) 211.433 HD hastası(Tüm hastaların~ %75'i)

~ %0.2 hasta istemsiz olarak HD'den uzaklaştırılmış

En sık görülen davranış bozuklukları

1- Tedavi uyumsuzluğu (%26)

2-Sözlü veya fizik tehdit (%19)

3- Geri ödemenin olmaması (%8)

Gönderilen hastaların %50'si başka merkezde, %22'si Acil servislerde tedaviye alınmış ve %8'i ölmüş. Adv CKD 12(1):2005

2000'de yapılan bir araştırmada merkezlerin %49'u bu hastalara nasıl davranacağını bilmiyor,%40'nın yazılı bir politikası yok.Bu durum giderek uyumsuz hasta sayısının artmasına yol açıyor. Nat.c Prac.Neph 4(9) 2008

Uyumsuz hastaya karşı alınacak tedbirlerde tedaviyi sürdürenler

1- Etik kurallara uymak zorundadırlar.

2- Fiziksel veya sözlü saldırılarıyla ünite ve diğer hastalara zarar veren hastaların tedavilerini red ettiklerinde yasalara karşı suçlu duruma düşmekten sakınılmalıdır.

Uyumsuz veya saldırgan davranış spektrumu

Uyumsuz hastanın kendine zarar veren davranışları

Diyaliz reçetesine uymama(seans atlama,süreyi kısaltma)

Diyet uyumsuzluğu

İlaçları almama

Diyaliz ünitesinde yasaklanmış davranış(yemek yemek)

Diyaliz ünitesinin işleyişine zarar veren davranışlar

Tedavi seanslarına geç gelme

Sıvı kısıtlanmasına uymayıp seans dışı diyaliz talep etme

Gerçek dışı nedenlerle diyaliz merkezini karalama ve suçlama

Ünite personeline ve diğer hastalara zarar veren davranışlar

Sözlü saldırı, tehdit ve korkutma

Fiziksel saldırı

Uyumsuz hasta sonuçlarını iyileştirme yolları:

Hastanın davranış biçiminin tanımının uygun şekilde yapın ve hastayı yanlış etiketlemeyin

Tedavi rejimini basitleştirin

Hastanın eğitimini sağlayın

Hasta ile iletişim kurun

Ünitede uyulması gereken davranış kurallarını belirleyin

ve sözleşme yapın

Ünitenin politikalarını yazılı olarak saptayın

Personelinizi bu konuda eğitin ve kurallara uymasını sağlayın

Uyumsuz hastayı diyaliz tedavisinden uzaklaştırmada izlenecek yol

1- Hastanın yakın çevresiyle(arkadaş,eş,aile) problemi tartışın ve çözümlü için yardım alın

2-Hastanın dosyasına uyumsuz veya saldırgan davranışını ve buna karşı alınan önlemleri açık şekilde yazın

3-Psikiatristten yazılı konsültasyon isteyin

4-Çözüm olmazsa giderek büyüyen sorunu ünite veya hastahane yönetimine yazılı olarak bildirin

5-Hastaya davranışının tolerans sınırlarını aştığını ve düzeltilmesi gerektiğini bildiren yazılı bildirimde bulunun. Bir tarihe kadar davranışını düzeltmesini isteyin.

6-Eğer hasta uyumsuz davranışını belirlenen tarihe kadar düzeltmezse, hastaya merkezdeki tedavisine devam edemeyeceğini yazılı olarak bildirin, ve başka bir merkezde tedavisini sürdürmesi için gerekli süreyi tanıyın(en az 30 gün)

7-Hastaya gidebileceği merkezlerin adreslerini ve telefon numaralarını içeren liste hazırlayıp verin.

Nefroloji uygulamalarında Kaynakların Adil kullanımı ve Etik sorunlar



1- Eritropoetin uygulaması

2- Oral fosfor bağlayıcıların kullanımı

3- Damar yolu seçimi (Kalıcı katater ve AV Fistül)

4- Organ transplantasyonu ve desteklenmesi

5- Ciddi tıbbi sorunları olan karmaşık hastaların izlenmesi

6-Böbrek hastalıklarında tıbbi araştırmalar /endüstriyel veya büyük firma destekli çalışmalar ve "düşünce önderi" akademisyenler

7- Jenerik veya eşdeğer ilaç tartışmaları

8- Daha pahalı Alternatif diyaliz modellerinin seçimi

Ülkemizde Diyaliz Uygulamalarında Etik sorunlar

1- Kamu kurum ve kuruluşlarında çalışanların davranış biçimi

2-Diyaliz ünitesi çalışanlarının etik dışı davranışları

3-Hastayı ikna amaçlı promosyonlar (yemek vs.)

4-Kar amacı güden özel diyaliz merkezlerinin sorumluları ve sahiplerinin etik dışı davranışları ve uygulamaları

5- Merkezler arası hasta transferleri

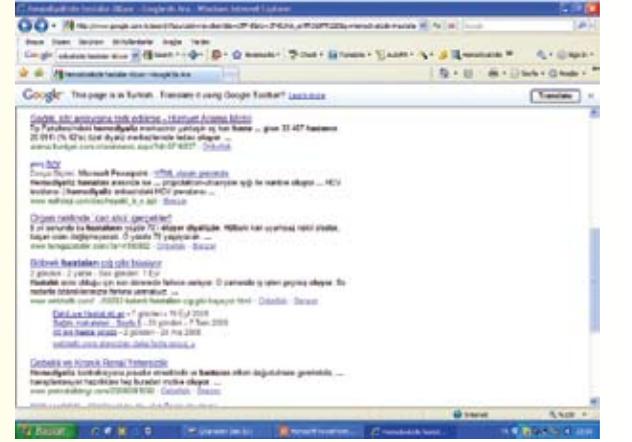
- Hasta simsarları (Diyaliz hastası, sağlık personeli, sekreter, hasta yakınları)

- Ev gezmeleri

- Telefonla davet/bıktırıcı arama ve ısrarlar

- Gerçek dışı yalan ve karalamalar

6- Sosyal Güvenlik Kurumunun ve diğer Denetim Kurumlarının yaklaşım biçimi





TRANSPLANTASYONDA ETİK SORUNLAR

Prof. Dr. Mehmet Şükrü Sever
İstanbul Tıp Fakültesi
Nefroloji BD

Temel bilgiler

- Akriba olmayan canlı donör tx.

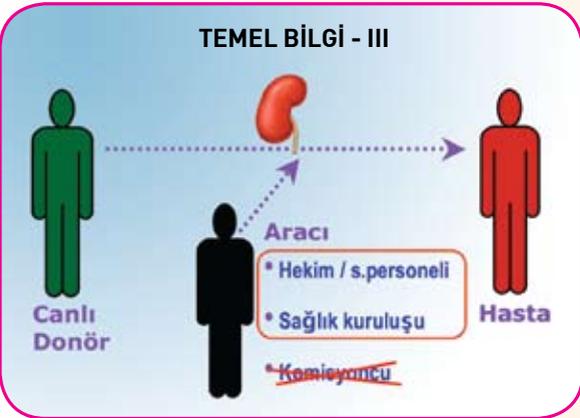
• Sonuçlar TEMEL BİLGİ - I

Etik:

Ahlaki, ahlakla ilgili çeşitli meslek kollarında tarafların uyması veya kaçınması gereken davranışlar bütünü.

TEMEL BİLGİ - II

Ticaret: Kazanç amacıyla yürütülen alım satım etkinliği
Telafi: Kötü bir etkiyi veya sonucu başka bir etki (Kompansasyon) ile yok etme, karşılama, yerine koyma
Fedakarlık: Özveri, başkalarının iyiliği uğruna kendini feda etme



ÖRNEK VAKA

- M.D., 46 yaş, K., polikistik böbrek, kre.: 2.6 mg/dl, asemptomatik
- Şubat 2007: 47 yaş., donörden çapraz böbrek tx. (GFR: 21 ml/d.)
- Nisan 2007: kre.: 2.2 mg/dl. → CMV (+) → gansiklovir
- Temmuz 2007: transplant piyelonefriti. Kre.: 1.2 mg/dl.
- Posttx 1. yıl hipertrikoz → CsA → FK 506 → CNI toks., kre. 1.7 mg/dl
- Nisan 2008 kc. kist infeksiyonu → bilirubin → hastanede yatış
- Mayıs 2009 transplant piyelonefriti → hastanede yatış
- Kasım 2009 transplant piyelonefriti → hastanede yatış

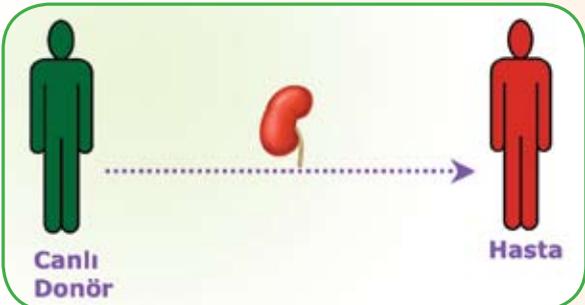
PROFİLAKTİK TRANSPLANTASYON

SGK böbrek tx. geri ödemesi: 22.474 YTL

ARA SONUÇLAR

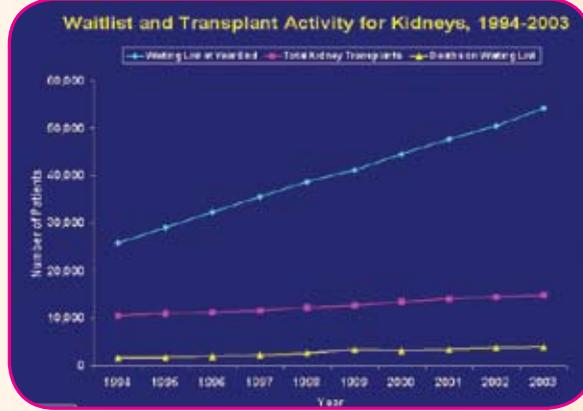
- Para kazanma tutkusunu
- Akademik yarışma
- Başka klinikleri "sollama" arzusu

BİLİMSEL İNDİKASYONLARI UNUTTURMAMALI !
HIRS AKLIN ÖNÜNE GEÇMEMELİ !!



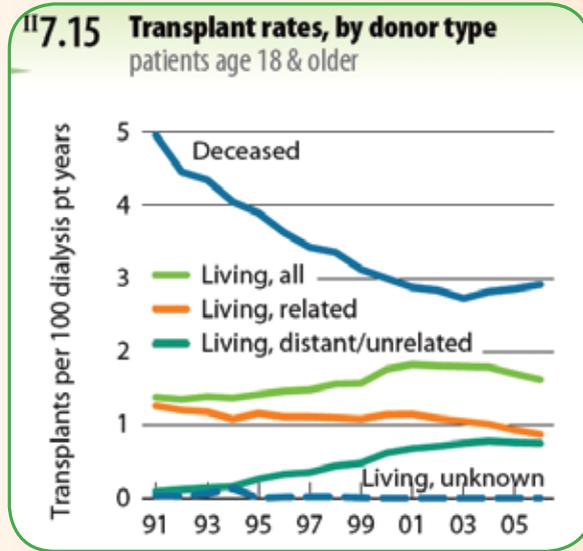
TEMEL BİLGİ - IV

- Kadaverik organ temini yetersiz
 - Pek çok SDBY hastasının uygun canlı donörü yok
- Akriba olmayan canlı donör transplantasyon (AOC D Tx)



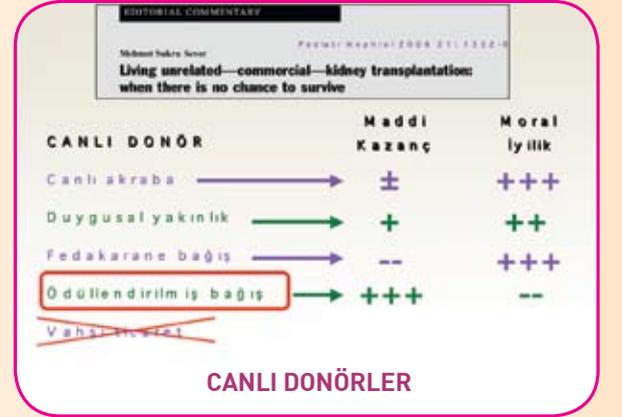
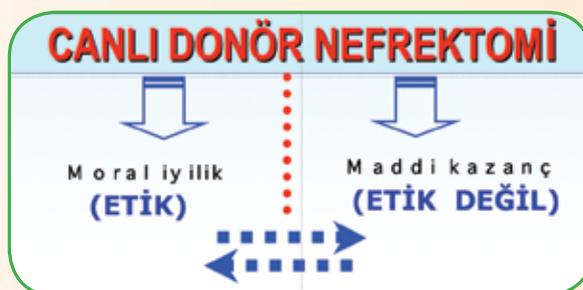
TEMEL BİLGİ - V

Gelişmiş ülkelerde bile kadaverik transplantasyon sayısı yetersizdir



TEMEL BİLGİ - VI

Tıp pratiğinde kendi beden sağlığına yarar getirmesi beklenmeyen tek major cerrahi girişim:



CANLI DONÖRLER

ORGAN TİCARETİ

TİCARİ TRANSPLANTASYONU KINAYANLAR

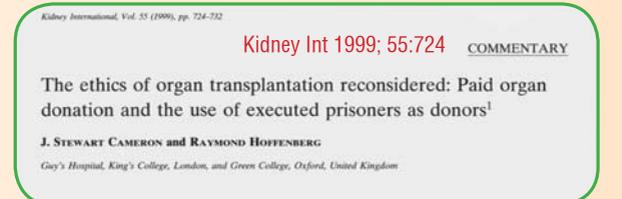
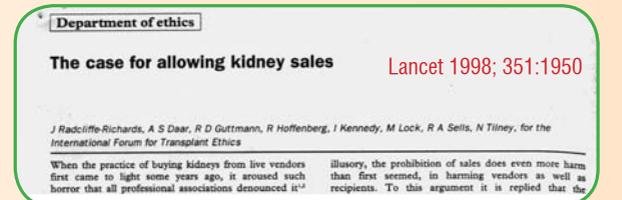


ORGAN TİCARETİ NİÇİN KÖTÜ?

- Moral yönden kötüdür; ulvi duyguları rencide eder.
- Yalnızca zenginler yararlanabilir.
- Donörlerin kandırılmasına, sömürülmesine yol açar.
- Uygun olmayan kimselerin donörlüğüne göz yumar.
- Lokal transplant programları negatif etkilenir.

TİCARİ (KOMPANSE EDİLEN) ORGAN BAĞIŞI NİÇİN UYGUNDUR?

- Bir kimsenin kendine ait bir şeyi satması ve/veya bir kimsenin (donörün) maruz kaldığı acı-acı veya zararın telafisi etiğe uygundur.
- Fark gözetmeksizin tüm ticari transplantasyonların yasaklanması pek çok hastanın ölümüne yol açar.
- İki insan düşünün birinin sağlığı var; parası yok, diğerinin parası var; sağlığı yok
- Niçin sağlık ve parayı paylaşıp daha mutlu yaşamasınlar?



ETİK KOMİTELER



Giriş...; Tarifler...; Prensipler...; Öneriler:

- Donörün masraflarının hasta (veya sigortası) tarafından karşılanması
- Giderlerin donöre değil, hastaneye yapılması
- Donörün uğradığı kayıpların (kazanç kaybı, görünmeyen giderler) transplantasyonu karşılayan kurum genellikle (resmi / özel sağlık sigortası) tarafından yapılması; hastadan donöre doğrudan ödeme yapılmaması
- İncelemeler sırasında elimine edilen donörlerin de giderlerinin karşılanması
- "Legitimate expenses that may be reimbursed when documented"
- Bağış ile ilgili dolaylı masrafların (telefon, seyahat, otel hizmetleri vb.) ve
- Donörün bağış sonrası kontrol ve masraflarının ve bağışın getirebileceği gelir kayıplarının da karşılanması gereğini (kime?)

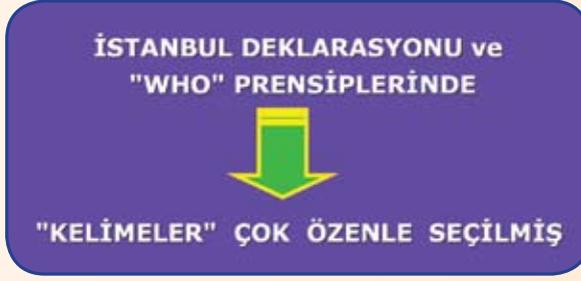
26 Mayıs, 2008**Toplam 11 prensip ve yorumları**

Prensip-3: Genelde canlı donörler ile hastalar arasında genetik, yasal veya duygusal bir bağ bulunmalıdır.

Prensip-5: Hücre, doku ve organ bağışı ücretsiz veya teşviksiz olmalıdır. Doğrudan / dolaylı ticaret yasaklanmalıdır. Ancak, donörün uğradığı "kabul ve dökümanite edilebilir" gelir kaybı ve diğer kayıpların geri ödemesi yapılabilir.

Prensip-6. Para karşılığında organ bağışını teşvik yasaklanmalıdır.

Prensip-7. Donörün kandırıldığı, sömürüldüğü veya para ilişkisinin bulunduğu transplantasyonlar hekimler tarafından yapılmamalıdır. Ancak, bu tip hastalara posttransplant bakım sağlanabilir; mamafih, bakım vermeyen hekimler de suçlanmamalıdır.

**GELİŞMEKTE OLAN ÜLKELERDE ETİK HAYATİ KAYGILAR HİNDİSTAN**

Her yıl 8 0,000 yeni SDBY hastası

Haftada 2/7 HD ile tedavi edilebilecek: 18,000

ETİK KAYGILARI KİM TAKAR ?

Babanın ikilemi (dramı):

ORGANINI SAT (veya) BIRAK ÇOCUK ÖLSÜN

**ETİK KAYGILARI KİM TAKAR ?**

"Hindistan (veya bir başka ülkedeki) hekimler hastalarını ha-

yatta tutmak için tek yolun ticari transplantasyon olduğunu düşünüyorlarsa:

Onları eleştirmek bizim ne haddimize ?"

- "Organ satışı hakkındaki etik tartışmalar batılıların kendilerini tatmin ettikleri yüzeysel tartışmalardır.
- Problemi çözmekten ziyade, batıya ait duyarlılıkları korumayı amaçlar".

Cameron and Hoffenberg, 1999

BİR ÖZELEŞTİRİ

İstanbul Tıp Fakültesi'nde

etik sorunla hiç karşılaşmadık.

Sorumluluktan kaçıyor muyuz?

Kafamızı kuma mı gömüyoruz?

Elimizi taşın altına sokmuyor muyuz?

"Şu mektepler olmasaydı, maarifi ne güzel idare ederdim"

Maarif Nâzın Emrullah Efendi

SONUÇLAR - I

Donöre organ karşılığı ödeme yapılması:

"... kesinlikle etiğe aykırıdır; para uğruna vücudun veya organların satılması moral yönden kabul edilemez".

- Tıbbi, kültürel, ekonomik ve sosyal değerlerine göre, her ülke etik değerlerini kendi başına ortaya koymalıdır.

SONUÇLAR-II (veya basit 2 soru)

Eğer kendim (veya bir çocuğum) diyaliz hastası olsaydı,

...ve hiç donör bulma şansım olmasaydı:

BÖBREK SATIN ALMAYA TEŞEBBÜS EDER MIYDİM?

Eğer kendim (veya bir çocuğum) malign bir hastalığa tutulsaydı, ...ve iyileştirici bir tedavi için para bulma şansım hiç olmasaydı:

BÖBREKLERİMDEN BİRİNİ SATMAYA

TEŞEBBÜS EDER MIYDİM?

Hedef: Stabilité¹

Roche

Ortak Geleceğimizi İçin Keşfediyoruz

RENAL ANEMİ
tedavisinde
Hb Stabilités

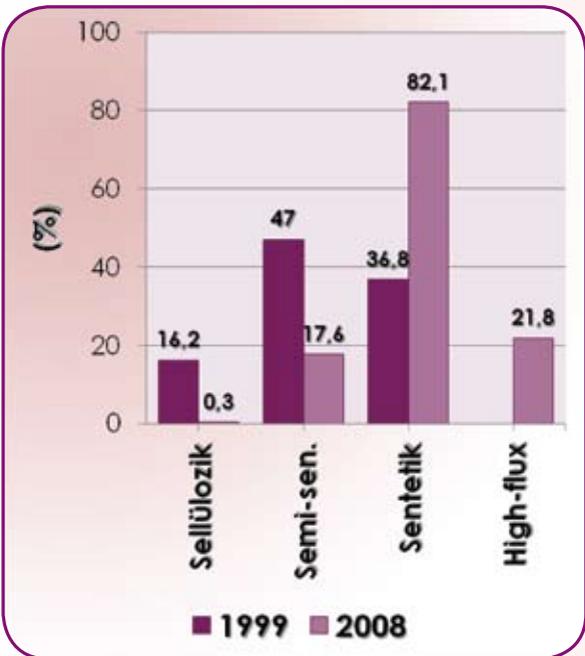
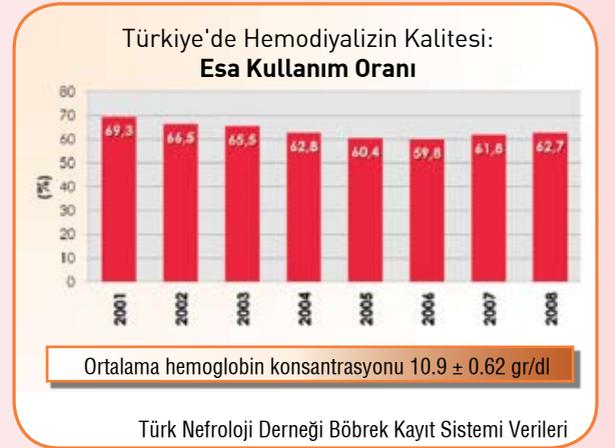
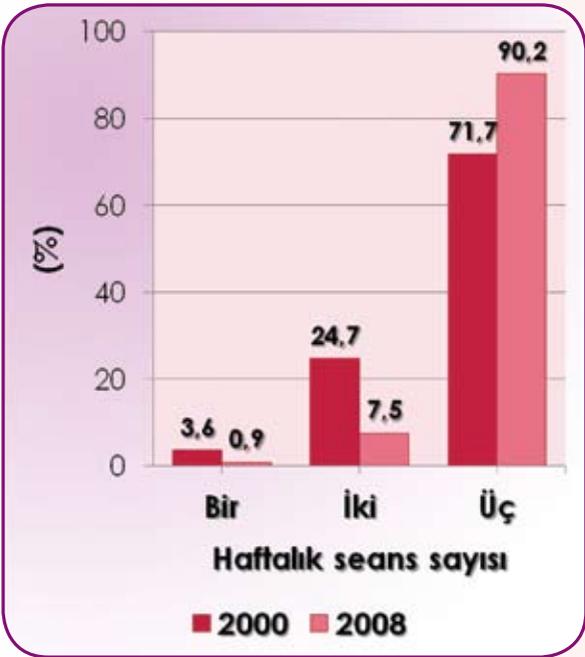
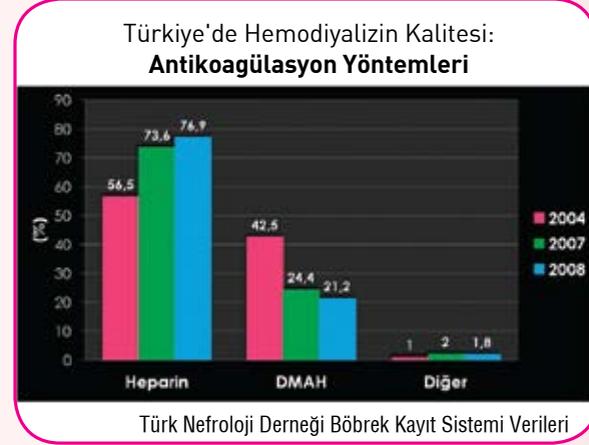
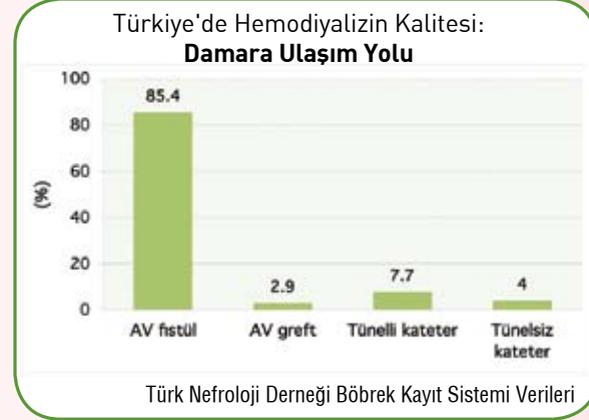
Referans: 1. Gilbertson DT, et al. Hemoglobin level variability: associations with mortality. Clin J Am Soc Nephrol. 2008 Jan;3(1):133-8.
www.roche.com.tr
MIR 05/D2/09



NUSAL NEFROLOJİ, HİPERTANSİYON, DİYALİZ VE TRANSPLANTASYON KONGRELERİNİN VAZGEÇİLMEZ KONUSU
HEMODİYALİZDE SORUNLAR
 • KALİTE - ÜCRETLENDİRME ÇELİŞKİSİ
 • KONTROLSÜZ BÜYÜME
 • DENETİM SORUNU
 • EĞİTİM
 • ARTAN MALİYETLERİ KARŞILAYABİLECEK MİYİZ?
TÜRKİYEDE HEMODİYALİZİN KALİTESİ

TÜRKİYE'DE HEMODİYALİZ SORUNLARI

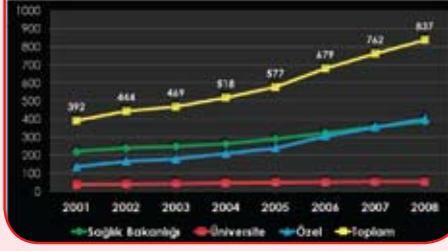
Dr. Kenan Ateş
 Türk Nefroloji Derneği
 Yönetim Kurulu Üyesi
 S. B. Diyaliz Bilimsel Danışma
 Kurulu Üyesi



Hemodiyaliz Hasta Sayıları



Hemodiyaliz Merkez Sayıları



Madde 6- Değerlendirme Yapacak Merkezler
Madde 7- Resertifikasyon Değerlendirme Kurulu
Madde 8- Başvuru
Madde 9- Sürekli Mesleki Eğitim
Madde 10- Resertifikasyon Sınavı ve Yeniden Belgelendirme
Madde 11- Geçici Maddeler

sağlık otoritesi ve geri ödeme kuruluşu ile işbirliği yapmak. Sorun yaratma potansiyeli olan uygulamaların etik boyutlarının tartışılacağı bir platforma sahip olmak.

Toplam 23 bölgede 30 okul. Bütün iller kapsama alanındadır. Genel olarak en fazla 2-2.5 saatlik yolculuk ile okula ulaşılması. Her okula 50-60 hekim katılımı, TND tarafından belirlenen eğitim programının bölgesel eğitimcilerin aktif katılımı ile uygulanması, Yılda iki kez, tercihan tüm bölgelerde aynı gün konaklamasız Pazar toplantısı.

RESERTİFİKASYON TEBLİĞİ

AMAÇ

MADDE 1 – Bu Tebliğ; hemodiyaliz ve periton diyalizi sertifikası olan ve görev tanımlamaları 8/5/2005 tarihli ve 25809 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelikte belirtilen sorumlu uzman, sorumlu tabip ve diyaliz hemşirelerinin böbrek hastalıkları ve diyaliz tedavileri ile ilgili eğitimlerinin sürekli yenilenmesini ve bilgi düzeylerinin yeterliliğinin değerlendirilmesini sağlamak amacıyla hazırlanmıştır.

KAPSAM

MADDE 2 – Bu Tebliğ; hemodiyaliz ve periton diyaliz sertifikası olan ve görev tanımlamaları 8/5/2005 tarihli ve 25809 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelikte belirtilen sorumlu uzman, sorumlu tabip ve diyaliz hemşirelerinin eğitimlerini ve sertifikalarının yenilenmesine ilişkin usul ve esasları kapsar.

DAYANAK

MADDE 3 – 13/12/1983 tarihli ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname-nin 43 üncü maddesi ile 8/5/2005 tarihli ve 25809 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmeliğin 35 inci maddesine dayanılarak hazırlanmıştır.

Resmî Gazete – Tarih: 28 Şubat 2009, Sayı: 27155

Madde 4- Resertifikasyon Süresi

Madde 5- Resertifikasyon Değerlendirmesi

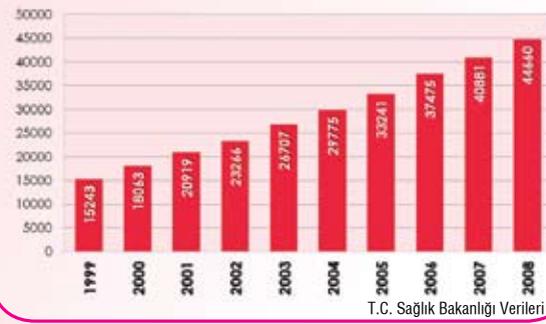
TÜRK NEFROLOJİ DERNEĞİ DİYALİZ OKULU

PRİMER AMAÇLAR

Diyaliz hekimlerine temel standart bilgilerin sunulması ve diyaliz hekimlerinin diyaliz farklı boyutları ile ilgili bilgilerinin sürekli güncellenmesi.

Ülkedeki genel diyaliz hizmet kalitesinin artırılması.

Türkiye’de son 10 yılda hemodiyaliz hasta sayısındaki artış



SEKONDER AMAÇLAR

Diyaliz hekimlerinin Türk Nefroloji Derneği ile ilişkilerini güçlendirmek, yeni bir platforma oturtmak. Diyaliz hekimlerinin nefroloji pratiğindeki yerini daha net belirlemek. Diyaliz uygulamaları ile ilgili sorunları saptamak ve bu sorunların çözümü için lokal/ulusal

CREDIT Çalışması: Türkiye’de kronik böbrek hastalığı prevalansı



Hemodiyaliz yaklaşık maliyeti

Hemodiyaliz	1.000.000.000 TL
Diğer	500.000.000 TL
TOPLAM	1.500.000.000 TL

2015
3 MİLYAR TL

BÖBREK HASTALIKLARINI ÖNLEMELİYİZ

“DİLLERİN EN GÜZELİ DURU TÜRKÇEMİZİ ARIYORUZ”



Süreç Yönetim Sistemi



Tabldot:

Domates Çorba
İtalyan Soslu
Izgara Tavuk
İtalyan Makarna
Panna Cotta Tatlı

Alakart:

Spagetti Bolonez
Supangle
Energy Drink
Tavuk Kievski

- Köy düğününde disko **ambiyansı**
- Sizi **fellowlarım** ile tanıştırayım.
- Devlet, pamuk üreticilerinin çeşitli kredilerle **sübvans** ediyor.
- Pazarlama sonrası **sürveyans (post-marketing sürveyans)** bilgileri
- Haciz, ihtiyati haciz, ihtiyati tedbir, iflas, **konkordato** ya da başkaca sınırlamalar
- Ziganâ'da **skibord** keyfi.
- QuickChina'dan çok acıkanlara **premium** açık büfe
- Narcity'den ev sahibi olma ayrıcalığını yaşayın.
- Kesici ve delici aletler **sharp box** kutularına konulmalıdır.
- Konteyner'de kampanya.
- Güncel bilgileri lütfen **update** edelim.
- Edebiyat Eleştirisi Dersi **Quiz** Soruları

Seyahate mi çıkıyorsunuz?



-Okey

-Hadi Bye Bye...

Yorumsuz...

Hemşire Kösesi

19. KONGREMİZİ GERÇEKLEŞTİRDİK

7. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği olarak, 19. Ulusal Böbrek Hastalıkları, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi'ni 2009 Kasım ayında, Antalya-Beldibi'nde gerçekleştirdik. Kongre mekânımız artık neredeyse evimiz gibi benimsediğimiz Sungate Otel'di.

19. Kongremizin hazırlıklarına yılın ilk günlerinden başladık. Aylarca süren yoğun, titiz ve özverili çalışmalarımızın sonuncu olarak çok güzel ve verimli olduğuna inandığımız bir kongre gerçekleştirdik. Kongre Başkanımız Prof. Dr. Birsen Yürügen, Kongre sekreterimiz Mine Uraz, sekreter yardımcılarımız Tülay Aksoy ve ben yoğun bir çalışma ile düzenlemeleri yaptık. Bu çalışmalarımız esnasında bize her konuda yardım elini uzatan tüm üyelerimize ve kongremize konuşmacı olarak katılan hocalarımıza ve meslektaşlarımıza teşekkürlerimizi sunarız.

Bu sene kongremize katılımcı hemşire sayısı 555 kişi idi. Meslektaşlarımız alanlarında yaptıkları çalışmalarını 34 adet sözlü

bildiri, 22 adet poster bildirisi olarak sunma olanağı buldular. Her yıl olduğu gibi ilk günümüz kurslara ayrıldı. 3. Hemodiyaliz Hemşireliği Kursuna katılan kişi sayısı 328 idi. 5. Periton Diyalizi Hemşireliği Kursuna 78 kişi, 2. Transplantasyon Hemşireliği Kursuna ise 62 kişi katılarak bu kurslara katılım sertifikası aldılar.

32 konferans ve panel oturumunun gerçekleştiği kongremizde bu seneki konularımız yine çok güncel ve Nefroloji ile iç içe geçmiş, meslek hayatımızı yakından ilgilendiren konulardı. Ağrı tedavisine mistik yaklaşım, liyezon psikiyatrisi, domuz gribi gibi konuların işlendiği oturumlara ilgi çok büyük oldu. Derneğimizi ve alanda çalışan meslektaşlarımızı her zaman destekleyen Fresenius Medikal Hizmetler ve Eczacıbaşı-Baxter firmaları yine yanımızda yer alarak sözlü ve poster çalışmalarının en iyi birinci, ikinci ve üçüncülerini ödüllendirerek bizi onurlandırdılar. Saygıdeğer firma yöneticilerine yürekten teşekkür eder, çalışmalarını ödül alan katılımcılarımızı tebrik ederiz.

Rabia PAPILA
TNDTHD Sayman Üye
Yönetim Kurulu Adına

Bu sene yönetim kurulumuzun 2 üyesi bebek bekledikleri için kongreye gelemediler. Sevgili üyelerimiz dernek masasında bizi yalnız bırakmadılar, işlerimize yardımcı oldular ve bizim arkadaşlarımızın yokluğunda zorlanmamamız için ellerinden geleni yaptılar. Organizasyon firmasından Ata Ceyhan ise her ihtiyacımızı anında karşılayarak işlerimizi kolaylaştırdı. Kendilerine sevgi ve teşekkürlerimizi sunuyoruz.

Kongre sonunda katılımcıların memnuniyetlerini bildiren teşekkürleri, tebrikleri, hazırlayacağımız başka kongreler için öneri ve yardım dilekleri bizim hem yorgunluğumuzu aldı, hem de yeni çalışmalara başlamak için enerjimizi tazeledi.

Önümüzdeki yıl bizim 20. kongre yılımız olacak. Güzel etkinlikler planlamak için kolları sıvadık şimdiden. Yeni yılda güzel ve heyecanlı programlarda görüşmek dileği ile tüm Nefroloji ailesine saygılarımızı sunarız. Sevgi, saygı ve selamlarımızla...



Ayla SAN



Ayla SAN



"Koltuk Önemlidir" Ergün ERTUĞ

Hasta Köşesi

BİR BÖBREK HASTASININ
ŞİİRLERİYLE HAYATI

| Tuğba Gürçay



"339617"

Her şey normaldi herkesin yaşadığı gibi
Farkına bile varmamıştım o çocukluğumda.

Nereden aklıma gelebilirdi ki?
Ya da kim isterdi ki aklıma getirmeyi
Kaybetmeden anlayamadığımız o sağlığı kaybetmeyi?

Bir burun kanamasıydı annemi telaşlandıran
Koşa koşa götürdü beni hastaneye.
Pek önemsemesin ya hani
Hele ki bilmediysen kıymetini,
Har vurup harman savurursun güzelim sağlığını.

Gün günü kovaladı bir baktım ki,
Neler görmüşüm neler
Daha göreceklerimi bile bilmeden.

Bazen korkardım duyacaklarımdan,
Bazen ağlırdım ağrılarımdan,
Bazen de sessiz kalırdım çektiklerime.
Gelirdi Esra Abla yanıma,
O tatlı sesi ile "Tuğba" derdi,
Ve ben anlardım o ses tonuyla ne diyeceğini.

Sevincimiz de oldu kahkahalarla,
Hüzünlerimiz de oldu hıçkırıqlarla,
Gelip geçti de denemez hâlâ.

Aylarca bir hastane odasında kalmak....
Çıkıp bir saat nefes almak için

Saatlerce ağladığımı bilirim
Ve o bir saat iznim dolmadan rahatsızlandığımı,
Ne zor gelirdi ağrılar içinde o odaya gelmek.

Tam da pencere kenarında okul çıkışını izlerdim hiç bıkmadan,
Düşünmek ağrıma giderdi ve düşünmezdim hiç.

Bir okulum vardı gerçi bir formam da,
Bundan 600 km uzakta...
Özlerdim okulumu, arkadaşlarımı.
İyi hissettiğim zamanlar olurdu kendimi
Sabahına hazırlanıp giderdik Elbistan'a
Giderdik gitmesine de
On gün geçmez dönerdik buraya.

Ya ağrım olurdu ya da sebepsiz ateşim,
Ne halim kalırdı, ne de gücüm.
En çok da annemin o yüz ifadesini görmek zor gelirdi bana.
Babam, ağabeylerim dayanamaz olurlardı halime.
Canımın acıdığını bile görmez olurdu gözüm,
Onları o halde görmek bitirdi gücümü.

Sanki bir devir daim gibi,
Zaman olurdu umudu gözlerimden okurlardı,
Ama umutsuzca sessizliğim ismim olmuştu,
Kalmadı gücüm, bitti demek değil niyetim.
Ki verileni kaldırmak benim Müslümanlığım,
İsyan çok uzak bana,
Şükür ve sabir kardeşim.
Her zaman tutunacak dalım varken
Yakışmaz pes etmek bana ve inancıma.



Yol göstermiş ya Rabbim yüreğime,
Elbet her sıkıntı ulaşır rahata.
Aylar dahi geçse, yıllar da,
Zor da olsa, ağlasam da,
Hastalık sağlığım da olsa
Yüreğim ve ellerim hep semada...

Üç Böbreğim Var

Tutunmaya çalışırız hepimiz yaşama
Kimileri varlıkla, kimileri yoklukla
Kimileri de hastalıkla savaşırılar
Ben o hastalıkla savaşanlardanım.

Evet, topla tüfekle gelinmiyor üzerime ama
Emin olun bazen toptap, tüfekten bile ağır geliyor bana.
Yaklaşık 7 ay önce ben nakil oldum.
Bir hayat gitmişti zaten uzaklara.
Ve ben onun hayatından kalanlarla hayat buldum.

Şimdi üç tane böbreğim var...
Biri o değerli insanın, ben onunla hayat buldum.
Bazen sıkıntı veriyor gerçi ama,
Hiçbir şey yeni bir böbreğin yerini alamaz benim için.

Düşünsenize artık haftada dört değil yedi günüm var,
Benim de diğer çocuklar gibi
Artık rahatça plan yapabiliyorum,
Artık kollarım iğne izlerine veda etti
Ve en önemlisi korkusuzca su içebiliyorum.

Bir doktor olsaydım eğer bir böbrek yapardım
Ya da insanlığa trans bilinci yapan bir ilaç icat ederdim
Ki bir tek ben değil bütün nakil bekleyen hastalar gülün diye,
Bugün trans günü ve ben sizleri doktor olmadan da davet
ediyorum
Unutmayın ölünce yaşamak da mümkün.



Fevzi ERSOY



Taner ÇAMSARI



"Suluboya" Fevzi ERSOY



Taner ÇAMSARI



1- Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği'nin 2009-2010 döneminin ilk toplantısını 23 Ekim 2009 tarihinde



Ankara Swiss Otel'de gerçekleştirildi. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden Dr. Fatih Dede'nin konuşmacı olarak katıldığı toplantının konusu ise "Diyabetik Hasta ve Renal Korunma; Ulaşılabilir Hedefler" di.

2- "Sağlık Bakanlığı Organ Bağışı Haftası Etkinlikleri"

çerçevesinde Kasım 2009 Perşembe günü Ankara Büyükşehir Belediyesi Tiyatrosu, Gençlik Parkı'nda bir toplantı düzenlendi. Toplantı konuşmaları; Ankara: Prof. Dr. Sadık Ersöz (Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanı, Medicana International Ankara Hastanesi Organ Nakli Merkezi Başkanı), Prof. Dr. Uluğ Eldegez (Türkiye Organ Nakli Kuruluşları Koordinasyon Derneği Başkanı), Prof. Dr. Gültekin Süleymanlar (Türk Nefroloji Derneği Başkanı), Op. Dr. Ata Bozoklar (Organ Nakli Koordinatörleri Derneği), Sanatçılar, Sporcular, TV/ Gazeteciler, İ. Melih Gökçek (Ankara Büyükşehir Belediye Başkanı), Prof. Dr. Cevdet Erdöl (TBMM Sağlık Komisyonu Başkanı), Prof. Dr. Recep Akdağ (Sağlık Bakanı), Mehmet Ali Şahin (TBMM Başkanı) tarafından yapıldı. Konuşmaların ardından organ nak-



li ile hayata dönen ve nakil bekleyen hastalar ve hasta aileleri, toplantıya katılan sanatçı, sporcu, TV ve gazete mensupları için bir plaket töreni yapıldı. Toplantı, sinevizyon gösterisi ve şiiir dinletisi ve Ankara Büyükşehir Belediyesi Kent Orkestrasının mini konseri ile sona erdi.



3- 26. Ulusal Nefroloji, Hipertansiyon, Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi 19 Kasım 2009:

9 BANTAO Kongresi ile birlikte yapılması da ayrıcalık teşkil ediyordu. 2000'e yakın kişinin katıldığı bu toplantı gerek bilimsel, gerek sosyal aktiviteler yönünden çok doyurucu ve başarılıydı. 19 Kasım 2009: TND 3. Beslenme Kursu: Üremide karbonhidrat ve protein metabolizması değişiklikleri: Ülver Derici, Malnütrisyonun renal fonksiyonlara etkisi: Semra Bozfakioğlu, Prediyaliz hastalarında düşük proteinli diyet ve esansiyel keto aminoasitlerin rolü: Neslihan Seyrek, Pediyatrik yaş grubundaki hastalarda beslenme tedavisi: Necla Buyan, Tartışma, Erişkin yaş grubu hastalarda beslenme tedavisi: Kübra Kaynar, Malnütrisyon inflamasyon atheroskleroz (MIA) sendromu: Siren Sezer, Tartışma, Türkiye'de Hemodiyaliz Sorunları Paneli: Sağlık Bakanlığı Temsilcisi: İrfan Şencan, DIADER Temsilcisi: Mustafa İşık, Sosyal Güvenlik Kurumu Temsilcisi: Tuncay Alkan, Türk Nefroloji Derneği Temsilcisi: Kenan Ateş, Tartışma, Açılış Töreni, Açılış Kokteyli, 20 Kasım 2009: Uzmanına Danış Oturumu: Kronik böbrek yetmezlikli hastalarda perioperatif değerlendirme: Kayser Çağlar, Dirençli hipertansiyon tedavisi: Nurok Arık, Konferans: Hemodiyalizin geleceği: Raymond Vanholder, Kayıt Sistemi Oturumu: Türk Nefroloji Derneği Kayıt Sistemi 2008: Nurhan Seyahi, Türkiye'de renal replasman tedavisi gören hastaların uzun dönem sağkalım sonuçları: Gültekin Süleymanlar, Tartışma, Nefrolojide Etik Sorunlar Paneli: Diyalizde etik sorunlar: Neval Duman, Transplantasyonda etik sorunlar: Mehmet Şükrü Sever, Tartışma, Uydu Sempozyumu, Renal anemi tedavisinin bugünü ve geleceği: Martin Kuhlmann, CERA Türkiye klinik deneyimi: Moral ve Prediyaliz Çalışmaları: Neval Duman, Alaattin Yıldız, Poster Tartışması: Genel Nefroloji, Hipertansiyon, Konferans: FMF'de yeni tanı kriterleri:



Fatoş Yalçınkaya, Renal Transplantasyon Paneli: Böbrek nakli sonrası gelişen viral infeksiyonlar: Aydın Türkmən, Böbrek nakli sonrası oluşan rekürren ve de-novo glomerulonefritler: Ülkem Yakupoğlu, Böbrek nakli sonrası gelişen malignansiler: Turgay Arın-

Gültekin Süleymanlar, Türkiye'de çocuk hastalarda KBH prevalansı: CREDIC çalışması: Oğuz Söylemezoğlu, Tartışma, Uydu Sempozyumu, Metabolik Kemik Hastalığı: Kalsiyum, fosfor, D-vitamini ve paratiroid hormon fizyolojisi: Çetin Özener, Kronik böbrek hastalıklarında kalsiyum, fosfor, D-vitamini ve paratiroid hormon metabolizması bozukluklarının patogenezi ve kliniği: Gülay Aşçı, Kronik böbrek hastalığında kalsiyum, fosfor, D-vitamini ve paratiroid hormon metabolizması bozukluklarının tedavisi: Kenan Ateş, Metabolik kemik hastalığı: Cinacalcet - Klinik kullanımı ve güncel çalışmalar: Nurok Arık, Poster Tartışması: Hemodiyaliz, Periton Diyalizi, Transplantasyon, Konferans: Kronik böbrek hastalığı - metabolik kemik hastalığı patogenezi ve klinik ve yeni oyuncuların rolü: Jorge Cannata-Andia, Konferans: Magnezyum: Dost mu düşman mı?: Dimitrios G. Oreopoulos, Kistik Böbrek Hastalıkları Paneli: Kistik böbrek hastalıklarında tanı ve izlemde görüntüleme yöntemleri: Lütfullah Altıntepe, Polikistik böbrek hastalığı tedavisinde yeni ufuklar: Caner Çavdar, Tartışma, Hemodiyaliz Paneli: Kronik böbrek yetmezliğinde metabolik asidozun önemi



soy, Tartışma, Konferans: Nefrolojide Kılavuzlar: KDIGO Klavuzu 2009: Kronik Böbrek Hastalığı-metabolik kemik hastalığı tanısı, değerlendirilmesi, önlenmesi ve tedavisi: Markus Ketteler, Hipertansiyon kılavuzları: Tefik Ecdar, Tartışma, Serbest Bildiriler, 21



rumu: Türk Nefroloji Derneği Kayıt Sistemi 2008: Nurhan Seyahi, Türkiye'de renal replasman tedavisi gören hastaların uzun dönem sağkalım sonuçları: Gültekin Süleymanlar, Tartışma, Nefrolojide Etik Sorunlar Paneli: Diyalizde etik sorunlar: Neval Duman, Transplantasyonda etik sorunlar: Mehmet Şükrü Sever, Tartışma, Uydu Sempozyumu, Renal anemi tedavisinin bugünü ve geleceği: Martin Kuhlmann, CERA Türkiye klinik deneyimi: Moral ve Prediyaliz Çalışmaları: Neval Duman, Alaattin Yıldız, Poster Tartışması: Genel Nefroloji, Hipertansiyon, Konferans: FMF'de yeni tanı kriterleri:



ve güncel tedavi yaklaşımları: Ali Çelik, Huzursuz bacak sendromu: Tuğrul Sezer, Hemodiyaliz hastalarında görülen inatçı kaşıntıda güncel tedavi: Nedim Yılmaz Selçuk, Kalp yetmezliği tedavisinde hemodiyaliz ve ultrafiltrasyon tedavisinin etkinliği: Ali İhsan Günal, Tartışma, Periton Diyalizi Paneli, Kalp yetmezlikli hastalarda periton diyalizi tedavisinin etkinliği: Cengiz Utaş, Sklerozan enkapsüle peritonit: Mahmut Yavuz, Peritonit tedavisinde güncel yaklaşımlar: Zerrin Bicik, Tartışma, Konferanslar: Fabry hastalığı: Meltem Pekpak, Glomerulonefritlerde yeni görüşler: Eritrositler akantositlere nasıl dönüşür?: Hans-Ulrich Gutschke, Tartışma, Serbest Bildiriler.



Kasım 2009: Uzmanına Danış Oturumu: Kronik böbrek yetmezliğinde beslenme:Pratik yaklaşımlar: İbrahim Karayaylı - Neslihan Seyrek, Kronik böbrek yetmezlikli hastalarda aşılama: Güncelleme: Dilek Arman, Panel: Nefrolojide Deneysel Modeller: Experimental Models In Nephrology: İskemik akut böbrek yetmezliği modeli: Belda Dursun, Peritonit modeli: Gülçin Kantarcı, Diyabet modeli: Sedat Üstündağ, Sklerozan peritonit modeli: Soner Duman, Tartışma, Hipertansiyon Paneli: Primer hipertansiyonda kombinasyon tedavisi: Mustafa Güllülü, Kardiyak korumada kombinasyon tedavisi: Celalettin Usalan, Renal korumada kombinasyon tedavisi: Alaattin, Tartışma, Türkiye'de Kronik Böbrek Hastalığı Prevalansı Paneli: Türkiye'de erişkinlerde KBH prevalansı: CREDIC çalışması:



4- Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği'nin Ankara Crowne Plaza Otel'de 25.12.2009 tarihinde düzenlediği "Vakalarla Renal Transplantasyon Patolojileri"



toplantı bilimsel açıdan çok doyurucuydu. Konuşmacı olarak Prof. Dr. Handan Özdemir'in katıldığı toplantının oturum başkanlığını ise kardeşi Prof. Dr. Nurhan Özdemir yapmış olması ayrı bir özellik taşıyordu. Konu ve sunum olağanüstüydü. Nefes almadan izlenildi. Bilimsel toplantının ardından soru ve katkılara geçildi.



2010 Yılında Yapılacak Önemli Kongre ve Toplantılar

1. Türk Nefroloji Derneği, Nefroloji Yan Dal Toplantısı, Sıvı Elektrolit Bozuklukları, 25-28 Şubat 2010 Antalya.
2. 3rd Congress of Nephrologists of Bosnia and Herzegovina with international participation, 5-7 May 2010, CME Course on 08 May 2010, Sarajevo, Bosnia and Herzegovina, Association of Nephrologists of Bosnia and Herzegovina.
3. 11th IFKF International Meeting, 9 to 12 May 2010, Kuala Lumpur, Malaysia
4. 12. Ulusal Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Kongresi, 19-23 Mayıs 2010, Cornelia Diamond Resort, Antalya
5. June 05, 2010 - June 08, 2010, The 12th Asian Pacific Congress of Nephrology Seoul, Republic of Korea
6. 7th Congress of the International Association for the History of Nephrology 17-19 June, 2010, Torun, Poland
7. June 18, 2010 - June 21, 2010, International Society for Peritoneal Dialysis: 13th Congress of ISPD, Mexico City, Mexico
8. XLVII ERA-EDTA Congress, II DGfN Congress, June 25-28, 2010, Munich, Germany
9. June 30, 2010 - July 03, 2010, Nexus 2010 Geneva: Fibrosis and the Kidney: Emerging Culprits in Pathogenesis and Advances in Therapy, Geneva, Switzerland
10. August 29, 2010 - September 02, 2010, International Pediatric Nephrology Association (IPNA): 15th Congress of IPNA 2010, New York, NY, United States
11. Türk Nefroloji Derneği 27. Ulusal Nefroloji, Hipertansiyon, Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi 22-26 Eylül 2010, Antalya
12. 20. Ulusal Böbrek hastalıkları, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi, 22-26 Eylül 2010, Antalya.
13. November 16, 2010 - November 21, 2010, American Society of Nephrology: Renal Week 2010, Denver, CO, United States

Aranesp®

(darbepoetin alfa)



 Eczacıbaşı

Eczacıbaşı İlaç Pazarlama



9. BANTAO KONGRESİ İLE BİRLİKTE 26. ULUSAL NEFROLOJİ, HİPERTANSİYON, DİYALİZ VE TRANSPLANTASYON KONGRESİ, 18-22 KASIM 2009 TARİHLERİ ARASINDA TND'NİN EV SAHIPLIĞINDA ANTALYA'DA GERÇEKLEŞTİRİLDİ.

BANTAO (Balkan Şehirleri Nefroloji, Diyaliz, Transplantasyon ve Yapay Organ Birliği) 1993 yılında kuruldu, 4. kongresini 1993 yılında İzmir'de düzenledi. BANTAO fikri şu temeller üzerine oturtulmuştur: birliktelik, dostluk, Balkan ülkeleri arasındaki güçlü tarihi bağlar. Son derece yararlı geçen ve gelecekte bilimsel işbirliğinin artarak sürmesi umudu ile 9 kongre yapıldı. Savaşlar ve doğal afetlere rağmen birlik, yapılan kongrelerle daha güçlü hale gelmiştir.



mitr Nenov(Varna) Charalambos Stathakis (Atina); Onur Uyeleri H. Klinkmann (Rostok), J. vienken (Hamburg), E. J. Mees Dorhout (Vorden); Kongre Organizasyon Komitesi Başkanı ve BANTAO Yönetim Kurulu Üyesi Ali Başçı (İzmir), Kongre Sekreteri Cengiz Utaş (Kayseri), Kongre Sekreter Yardımcısı Soner Duman (İzmir), Yerel Organizasyon Komitesi Üyeleri: Gültekin Süleymanlar (Antalya), Turgay Arınsoy (Ankara), Kenan Ateş (Anka-

Azalması Örneği; Fokal Glomerüloskleroz (FSGS); Akut Böbrek Hasarında İnflamasyon; Biyolojik Göstergeler Kardiyovasküler Ölümleri Tahmin Etmede Yeterli mi?, Avrupa'nın En Yeni ve En İyi Renal Uygulama Klavuzları, Anemi Klavuzları, Polimerlerden Biyofilmlere Kadar Biyolojik Malzemeler ve İnflamasyonu, Yeni Fizyopatolojik Mekanizmalar ve Akut Böbrek Hasarının Tedavileri; Akut Böbrek Hasarı: Biyolojik Göstergeler ve Tedavi Seçenekleri, Kalp



9. BANTAO Kongresi 18-22 Kasım 2009 tarihleri arasında Türk Nefroloji derneği Ulusal Nefroloji, Hipertansiyon Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi ile birlikte ve Türk Nefroloji Derneğinin ve diğer bazı uluslararası derneklerin desteği ile gerçekleştirildi. Kongre diğer BANTAO Kongreleri gibi İngilizce olarak gerçekleştirildi, 26. Ulusal Nefroloji Hipertansiyon, Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi'nin Türkçe yapılan oturumları ise anında İngilizceye çevrildi. Böylece Balkanlardan gelen konuklarımız da bu oturumlara katılma olanağı buldular. Kongrenin son günü ERA-EDTA tarafından bir CME kursu düzenlendi. Bu toplantıda birçok tanınmış bilim adamı konferanslar verdi.

Kongre Başkanı Prof. Dr. Ali BAŞÇI Derneğin ilkelere göre önümüzdeki iki yıl için BANTAO Başkanlığı yapacak. Dernek genel sekreterliğine ise Prof. Dr. Cengiz Utaş seçildi. Ülkelerin kongre katılımcı sayıları şu şekilde olmuştur: Arnavutluk 6, Azerbaycan 1, Bosna 4, Bulgaristan 22, Hırvatistan 20, Yunanistan 27, İran 1, Kosova 5, Makedonya 29, Romanya 8, Sırbistan 59, Slovenya 13, Türkiye 49, toplam 744. En fazla bildiri Türkiye'den (108), Makedonya'dan (40), Arnavutluk (31), Sırbistan (29) ve Yunanistan'dan (28) oldu. BANTAO 1993 yılında kurulmuş ve 9 kongre yapmış olmasına rağmen tüzük çalışmasını tamamlayıp kurumsal bir kimlik kazanamamıştı. Antalya Kongresi bu anlamda bir dönüm noktası oldu. İlk kez Genel Kurul'da Tüzük yürürlüğe kondu. Derneğin kaydı Bulgaristan'ın Varna kentinde yapılacak. Varna hem bir Avrupa Birliği ülkesinde bulunması hem de ilk BANTAO Kongresinin yapıldığı kent olması bakımından önem kazanıyor.

9. BANTAO Kongresi'nin hazırlanmasında emeği geçenler: Bantao Başkanı Vidosava Nešč (Belgrad); Başkan Yardımcısı Momir Polenakovic (Usküp); BANTAO Yönetim Kurulu Üyeleri Ljubica Djukanovic (Belgrad), Di-



ra, Tefik Ecdar (İstanbul), Taner Çamsarı (İzmir), Bülent Altun (Ankara), Kamil Serdengeçti (İstanbul).

19 Kasım 2009: Sağlık Zenginliktir, Zenginlik de Sağlık mıdır?; Kronik Böbrek Hastalığı Taramasının Çok Yönlü Faydaları; Son Dönem Böbrek Yetmezliğinde Hipertansiyon; Hemodiyaliz Böbrek Nakline Göre Gerçekten de Çok Geride midir?, Hemodiyalizde Aşıl Tendonu: Vaskü-



ler Giriş; Kronik Böbrek Hastalığında Fosfat ve Kardiyovasküler Risklerin İdamesi, Kronik Böbrek Hastalığı- Mineral ve Kemik Bozukluklarında Klinik Sonuçlar; Anemi ve Kronik Böbrek Hastalığı: Nefroloji Alanında Uzun Bir Yolculuk; Değiştirilmiş Eritropoez Uyarıcı Ajanlara Karşı Rekombinan İnsan Eritropoetini: Gerçekler ve Hipotezler; Neden Klavuzlara İhtiyaç Duyuyoruz?; Hemodiyaliz için Vasküler Girişten Başlayarak Nefrologlar Tarafından Sağlanan Tüm Böbrek Hastalığı Teavileri; Diyabetik Nefropati: Erken Tanı ve Tedavi Seçenekleri; Böbrek Naklinden Sonra Gelişen Yeni Diyabetik Ataklar; Diyabet ve Hipertansiyon; Son Dönem Böbrek Yetmezliğinde Ev Diyalizi, Kalan Renal Fonksiyonların Diyalizle Korunması (PD,HD); Renal Kemik Hastalığı: Adinamik Kemik Hastalığı; Hiperparatiroidizm, Hemodiyaliz Hastalarında İkincil Hiperparatiroidizme Eşlik Eden Brown Tümörleri; Çocuklarda Henoch-Schönlein Purpurası Nefriti; Risk Faktörleri, Önlenmesi ve Tedavisi; Glomerüler Hastalıklarda Hedeflenen Tedaviler; Membranöz Nefropatide B-Hücre



Ameliyatı ile Eşlik Eden Akut Böbrek Hasarı; **20 Kasım 2009:** Diyaliz Hastalarında Kalsiyumun Aşırı Yüklenmesi ve Tedavi Yöntemleri; D Vitamini Kullanımı, Renal Kemik Hastalığında Tedavinin Etkileri, Kalsiyum ve Vasküler Kalsifikasyon, Hasta Tarafından Diyaliz Tipinin Seçilmesi Bilim Kurgu mu, yoksa Gerçek mi?; Periton Diyalizinde Hangi Yöntem Daha Etkilidir?; SAPD mi, APD mi?; Peritoneal Membranın Korunması; Yaşlı Hastalar için Uygun Bir Tedavi Yöntemi Olan Yardımcı Olunarak Yapılan Periton Diyalizi; Unutulan Katil Tuz; Türklerde Tansiyon ve Tuz; Duygusal Hastalara Yaklaşım; Yeni İmmüno-süpresyon Klavuzları; 50 Yıl Sonra Balkan Endemik Nefropatisi, Şu Anda Neredeyiz?; Diyaliz Hastalarında Hepatit C; Kronik Böbrek Hastalığında İnflamasyon,



21 Kasım 2009: ERA-EDTA CME Kursları: Vitamin D Reseptör Aktivatörlerin Rolünün Güncellenmesi; Klasik ve Klasik Olmayan D Vitamini Reseptör Aktivatörleri (Pleiotropik Etkileri); Kronik Böbrek Hastalığı- Mineral Kemik Bozukluklarının Tedavisinde Kullanılan Klavuzlar: Gerçek Nedir?; Kronik Böbrek Hastalığında D Vitamini Aktivatörleri Ne Zaman, Neden ve Nasıl Başlar?; Kalsimimetrikler; Kronik Böbrek Hastalığı - Mineral ve Kemik Bozukluklarına Bir Etki Sağlar mı?; Ateroskleroz/İnflamasyon; Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarında Oksidatif Stres; Son Dönem Böbrek Yetmezliği Hastalarında Kemik-Damar Etkileşimi; Yeniden Değerlendirilen Anemi Tedavileri; Diyalizde Bütün ESA'lar Eşit midir? Evde Kullanılan Tansiyon Aletleri; Böbrek Naklinde Doku Uyuşması; Obezite ve Böbrek Hastalığının Gelişimi.



6th Congress BANTAO 6-9 October, 2003 VARNA, Bulgaria



1. BANTAO Kongresi, 22-24 Eylül 1995, Varna, Bulgaristan

2. BANTAO Kongresi, 6-8 Eylül 1997, Struga, Makedonya

3. BANTAO Kongresi 18-20 Eylül 1998, Belgrad, Yugoslavya

4. BANTAO Kongresi, 14-16 Kasım 1999, İzmir- Türkiye

5. BANTAO Kongresi, 30 Eylül - 3 Ekim 2001, Thessaloniki- Yunanistan

6. BANTAO Kongresi, 6-9 Ekim 2003, Varna - Bulgaristan

7. BANTAO Kongresi, 8-11 Eylül 2005, Ohrid- Makedonya

8. BANTAO Kongresi, 16 -19 Eylül 2007, Belgrad-Sırbistan

9. BANTAO Kongresi, 18-22 Kasım 2009, Antalya - Türkiye