Anadolu Böbrek Vakfı Yayın Organı

Renaliz 64

ISSN 1305 - 8011

Yıl 19, Sayı: 64, 1 Mayıs 2018 – 1 Eylül 2018

Sağlık, Eğitim, Araştırma Merkezi

FİYATI: 15 TL

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

20-22 Nisan 2018 tarihleri arasında Mostar Venue Hotel "Mepas" Bosna-Hersek'te gerçekleştirilen 4. Akdeniz Ülkeleri Böbrek Hastalıkları Derneği Kongresi'nin ardından 20. Ulusal Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Kongresi de, 9-13 Mayıs 2018, K.K.T.C, Bafra, Limak Antares Otel Kongre Merkezi'nde gerçekleştirilmiştir.

55. ERA-EDTA Kongresi 24-27 Mayıs 2018 tarihleri arasında Danimarka'nın başkenti Kopenhag'da Bella Center'da düzenlenmiştir.

55. ERA-EDTA Kongresi yoğun ilgi görmüş olup göz ve çok yararlı bilgilerle dolu bir kongre idi.

ERA-EDTA Kongre gazeteleri üç gün boyunca yayınlanmış, kongre geniş bir katılımcı kitlesi tarafından izlenmiştir. Bu sene ilk kez Nefroloji Tarihi oturumu gerçekleştirilmiştir. Anadolu Böbrek Vakfı adına Vakıf Başkanımız Prof. Dr. Ayla SAN, "Safran ve Böbrekler Üzerine Etkileri" ve "Üroskopiden Ürinalize İdrar Muayenesinin Tarihi Gelişimi" konulu sözlü sunumlarla katılmıştır.

25 Mayıs 2018, Böbrek Hastalıklarında Yeni Yaklaşımlar, Yeni Mücadeleler, Yeni Fırsatlar konusu üzerinde 55. ERA-EDTA Kongresi Başkanı Bo Feldt-Rasmussen konuşma yapmıştır. Prof. Dr. Toni Cathomen tarafından yapılan "Gen Yönetimi: Nefroloji Araştırmaları ve Tedavi Yönünden Yeni Gelişmeler" konulu konuşma ile açılış töreni sona ermiştir.

ERA-EDTA 2018 ÖDÜLLERİ:

Daha sonra ERA-EDTA 2018 Ödül Töreni'nde ise Klinik Nefrolojiye Üstün Katkılarından dolayı Prof. Jürgen Floege, Temel Bilime Üstün Katkılarından Dolayı Prof. Hans-Joachim Anders, ERA-EDTA'ya Üstün Katkılarından Dolayı Prof. Andrzej Wieck ERA-EDTA 2018 ödüllerine layık görülmüşlerdir. Dr. Shrikant Ramesh Mulay ise 2018 ERA-EDTA Stanley Shaldon Genç Araştırmacılar Ödülü'nü kazanmıştır.

55. ERA-EDTA Kongresi Hakkında Genel Bilgiler

55. ERA-EDTA Kongre-si'ne toplam 9598 kişi katılmıştır. Bunların 2711'i standlarda görevli olanlar ve ziyaretçilerdir. Kayıt yapanlardan %2'si Afrika, %22'si Asya, %3'ü Orta ve Güney Amerika, %3'ü Akdeniz'e sınırı olan ülkeler, %62'si Avrupa, %1'i Ortadoğu, %5'i Kuzey Amerika ve %2'si Okyanusya'dan katılmışlardır. Böbreğin Yeni Paradigmaları – KBH'de Vasküler Aksis Kemiği oturumu 2457 kişilik katılımla en fazla ilgi gören oturum olmuştur. T

oplantıya 2165 özet sunum gönderilmiş bunların 1788'i kabul edilmiştir. Sunum özetlerinin konuları şu şekildeydi; %14 Temel Bilimler, %41 Klinik Nefroloji, %29 Diyaliz, %11 Transplantasyon, %3 Pediyatrik Nefroloji, %1 Nefroloji Tarihi, %1 Hasta Eğitimi Araştırmaları ve Nefroloji Eğitimi.

55. ERA EDTA Kongresi Gazeteleri (24, 25, 26 Mayıs 2018)

Toplantı her konuda oldukça doyurucu geçmiştir.

Köşem

Türk Nefrolojisi'nin Attığı Mükemmel Adımlar

Prof. Dr. Ayla SAN
Anadolu Böbrek Vakfı Bşk.

63. sayımızda 2018 yılında yapmış olduğumuz Dünya Böbrek Günü ile ilgili verileri sunduktan sonra aynı gün içinde aynı zamanda Dünya Kadınlar Günü olması nedeniyle Yeditepe Üniversitesi'nin sunmuş olduğu "Nefrolojide Kadın Ayak İzleri" adında bir toplantıda ilk kadın Nefrolog olduğum için katılmış bulunmaktayım. Bu konuda görüşlerimi, yapmış olduğum çalışmaları dile getirdim. Türk Nefroloji Tarihi'ni yenileme çalışmaları içinde olan vakfımız, Renaliz gazetesinin 64. sayısını çıkarmış bulunmaktadır.

Sağlık Bakanlığı'nın 2018 yılı verilerini topladığımız zaman Türkiye'nin Nefroloji dalında çok büyük ilerlemeler gördüğü gözlenmektedir. 332 Özel, 57 üniversite, 471 Sağlık Bakanlığı'na bağlı toplam 860 diyaliz merkezi bulunmaktadır.

Cihaz sayısı; 16.675, hasta sayısı ise 59.558'e ulaşmıştır. Bu büyük bir rakamdır. Sağlık Bakanlığı verilerine göre böbrek nakli çalışmaları; kadavra vericiden böbrek nakli sayısı 507, canlı vericiden böbrek nakli sayısı; 1.831, toplam; 2.338'e ulaşmıştır.

Bu hızda daha çok mesafeler alacağımıza inanıyorum. Çalışmalarımızın devamını diliyorum.

Beni Türk Hekimlerine Emanet Ediniz.

Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği'nin 20. Ulusal Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Kongresi, Anadolu Böbrek Vakfı En İyi Bildiri Ödülü

Anadolu Böbrek Vakfı En İyi Bildiri Ödülü'nü; Gazi Üniversitesi İç Hastalıkları A.D., Kardiyoloji A.D. ve Nefroloji B.D. birlikteliği ile hazırlanmış olan Rana Tuna Doğrul, Belma Yaman, Ülver Derici, Şükrü Sindel tarafından hazırlanan "Son Dönem Böbrek Hastalığında Vücut Sıvı Kompozisyonu ile Ekokardiyografik Doku Doppler Ölçümleri Arasındaki İlişki" konulu çalışma kazanmıştır.

Ödül Prof. Dr. Ayla SAN tarafından Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği Başkanı Prof. Dr. Ülver DERİCİ eşliğinde Prof. Dr. Şükrü SİNDEL'e takdim edilmiştir.

Doç. Dr. Kültigin TÜRKMEN "ERA-EDTA Bilimsel Danışma Kurulu" üyeliğine seçildi.

Türk Nefroloji Derneği üyesi meslektaşımız Doç. Dr. Kültigin Türkmen, ERA-EDTA'nın Bilimsel Danışma Kurulu (Scientific Advisory Board) üyeliğine seçildi. http://web.era-edta.org/sab

Bu olay Nefroloji Dünyasını çok sevindirmiştir.

Bu kurulda ülkemizi Prof. Dr. Mehmet Şükrü Sever ile birlikte temsil edecek olan Dr. Türkmen'i kutluyor ve başarılar ve bunun gibi güzel haberlerin devamını diliyoruz.

Renaliz

Avrupa Nefroloji Sertifikası Alan Hekimler

Türk Nefroloji Derneğimizin internet sayfasından öğrendiğimize göre; 2017 yılında yapılmaya başlanan Avrupa Nefroloji Sertifika sınavına giren ve başarılı olan;

- **Dr. Cuma Bülent GÜL** (2017 yılı),
- **Dr. Melih ANIL** (2017 yılı), **Dr. Hakan AKDAM** (2018 yılı),

- **Dr. Özant HELVACI** (2018 yılı) ve
- **Dr. Şehmuz ÖZMEN**'i (2018 yılı) kutluyoruz.

Avrupa Nefroloji Sertifika sınavı hakkında daha fazla bilgiye aşağıdaki linkten ulaşabilirsiniz.

http://www.nefroloji.org.tr/content.php?id=77

Renaliz

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

Yayının Adı : Renaliz Gazetesi
Yayının Türü : Yerel, Süreli Yayın
Yayın Şekli : 3 Aylık, Türkçe **Baskı Tarihi:** 1 Mayıs 2018
Sorumlu Yazı İşleri Müdürü : Mutlu GÜRLER
Düzeltmen : Sibel ÖZKAN
Yayın İdare Merkezimiz : Emek 29. Sok. (Eski 57. Sok.) Köşe Apt. 9/1 06510 - ANKARA
Telefon : 0312 213 98 80 - 212 52 09
Faks : 0312 213 79 02
e-mail : aylasan@anadolubv.org.tr, ayla.san@hotmail.com
www.anadolubv.org.tr
Web Sitesi Güncelleştirme : Adnan ŞENEL

Tasarım : **Hangar Marka Iletisim Reklam Hizmetleri Yay. Ltd. Sti.**
Konur 2 Sokak 57/4 Kızılay - Çankaya / ANKARA
Telefon : 0 312 425 07 34
Faks : 0 312 425 07 36
www.hangarreklam.com
Baskı : **Öncü Basımevi Basım Yayım Tanıtım Ltd. Stı.**
Kazım Karabekir Caddesi Ali Kabakçı İş Hanı No:85/39 İskitler / ANKARA
Telefon : 0 312 384 31 20 (pbx)
Faks : 0 312 384 31 19
www.oncubasimevi.com

Gazetemiz Basın İlkelerine Uymayı TAAHHÜT EDER.

Özel Hemodiyaliz Merkezleri Olarak; **Sayın Cumhurbaşkanımız'a Arzımızdır (Hürriyet Gazetesi, 24 Temmuz 2018, Sayfa 13)** başlıklı yazıyı Hürriyet Gazetesi'nde görmem üzerine bu konuyu ele almayı düşündüm.

Yazının içeriği diyaliz merkezlerinin 2002'den günümüze kadar Euro değerlerine bağlı olarak diyaliz ücretlerinin düşmesi üzerine zor durumda oldukları dile getirilmiştir. Bunun üzerine **DİYAMER (Bağımsız Diyaliz Merkezleri Derneği) Genel Sekreteri Sayın Dr. Gürkan YURTERİ**'den bir yazı istenmiş, göndermiş olduğu yazı ilişikte sunulmuştur.

TÜRKİYE'NİN ÖZEL HEMODİYALİZ MERKEZLERİ OLARAK SAYIN CUMHURBAŞKANIMIZ'A ARZIMIZDIR.

Diyaliz Merkezleri Hakkında

Özel Hemodiyaliz Merkezleri Olarak; **Sayın Cumhurbaşkanımız'a Arzımızdır (Hürriyet Gazetesi, 24 Temmuz 2018, Sayfa 13)** başlıklı yazıyı Hürriyet Gazetesi'nde görmem üzerine bu konuyu ele almayı düşündüm. Yazının içeriği diyaliz merkezlerinin 2002'den günümüze kadar Euro değerlerine bağlı olarak diyaliz ücretlerinin düşmesi üzerine zor durumda oldukları dile getirilmiştir. Bunun üzerine **DİYAMER (Bağımsız Diyaliz Merkezleri Derneği) Genel Sekreteri Sayın Dr. Gürkan YURTERİ**'den bir yazı istenmiş, göndermiş olduğu yazı ilişikte sunulmuştur.

DİYALİZ MERKEZLERİ ZOR DURUMDA

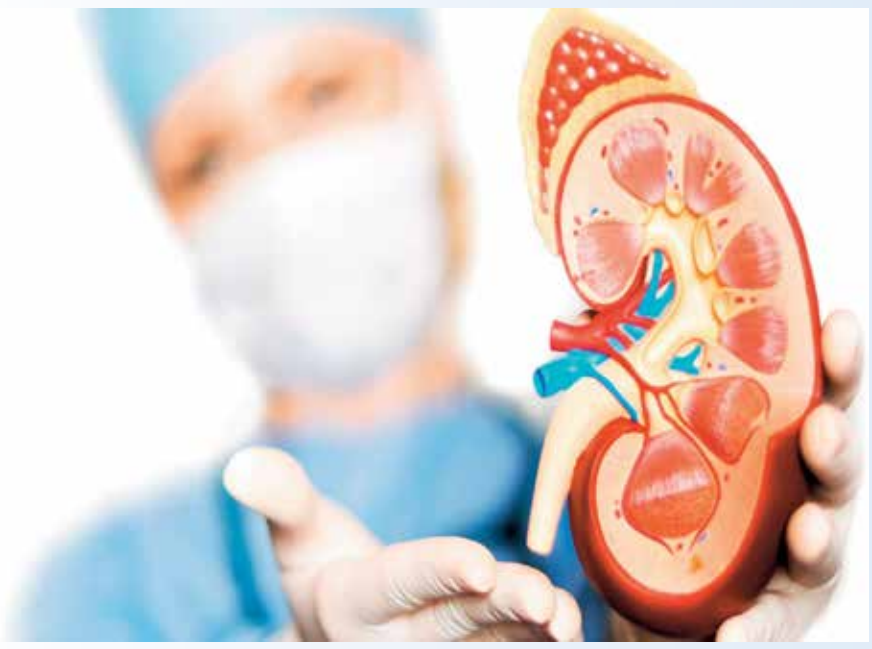
DİYAMER (Bağımsız Diyaliz Merkezleri Derneği) üyeleri yirmibeş yıldır ülkemizde Diyalize giren 70 bin diyaliz hastasının %60 ının tedavisini yapmaktadır. Kronik böbrek yetmezliği ve diyaliz sadece medikal bir problem değil aynı zamanda ekonomik bir problemdir. Ancak son zamanlarda artan kur ve buna paralel olarak artan hayat şartları nedeniyle maliyet geri ödemenin üzerine çıkmıştır. Derneğimizin yaptığı çalışmada bu maliyet dolar kuru 6,01 alındığında 308 TL'yi bulmuştur.

Gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerin diyaliz maliyeti 2015 de yapılan bir çalışmada yayınlanmıştır.(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4642658/) Bu çalışmada, Dr. Mehmet Şükrü Sever'in de içinde olduğu bir grup tarafından yapılan çalışmanın verileri kullanılmıştır. Bu çalışmada hastabaşı maliyet 2004 dolar kuruna göre yıllık hesaplanmıştır.

Hemodiyaliz için 28,399,77 bulunmuştur. Hatta bu çalışmada birçok parametre çalışmaya ilave edilmemiştir (Tıbbi atık, Sağlık Kalite Giderleri, hasta servis, elektrik, su, doğalgaz, sterilizasyon…). Bugünkü kura uyarladığımızda tek seans bedeli 387 TL bulunmuştur. İlaç bedeli ve hastane yatış bedeli düşüldüğünde hemen hemen bizim bulduğumuz 308 TL ye yaklaşmaktadır. Bundanda anlaşıldığı gibi hemodiyaliz için yapılan maliyet çalışmalarında kur farkı uygulandığında esasen bir fark bulunmamaktadır. Bundan sonra yapılan çalışmalarda bunu teyit edeceği aşikardır.

Bu çalışmada, 2004 yılı Amerikan Doları ortalama kuru 1.429 TL dir. Bugün için kur 6.01 dir.

Yani Dolar bazında ödenen ücret (6.01/1.429=4.205. 28399,77/4.205= 6753) 6753 Amerikan Dolarına gerilemiştir. Ödenen ücret Mısır ve Çin'in altına düşmüştür.



Bugün yapılan geri ödemeyle hemodiyaliz tedavisinin yapılamıyacağı kesindir. Bugün bir diyaliz hastası merkezi tarafından evinden alınıyor, tıbbi tedavisi yapılıyor, doktor muayenesi ve konsultasyonları yapılıyor, beslenmesi sağlanıyor yine servisle evlerine bırakılıyor.

Tüm bu ekonomik sıkıntılara rağmen yaptığımız diyaliz kalitesi Avrupa standartlarındadır (TND verisi). Birçok diyaliz merkezi tıbbi sarflarını ödeyememekte vadelerini bir yılın ötesine uzatmaktadır. Sürekli kredi alarak merkezlerini ayakta tutmaya çalışmaktadırlar. Derneğimizi hergün arayan merkez sahibleri bir umut arayışına girmişlerdir.

Çözüm ne olmalıdır?

- Nefroloji Dernekleri , Diyaliz Dernekleri birlikte hareket etmelidir. Ortak kararla hareket etmeli ve sektörün sorunlarını tek ağızdan ilgili makamlara aktarmalıdır.
- Maliyet düşürülmeli ve kurumun geri ödemesi enflasyona göre ayarlanmalıdır.

Maliyet düşürme önerileri:

- Hasta servis işlerinin belediye tarafından üstlenilmesi, diyaliz otobüsü projesinin gündeme alınması,
- Reuse yapılmasına izin verilmesi,
- Elektrik, su ve vergide, tıbbi atıkta indirim uygulaması,
- Hasta sevklerinin bölge içerisinde sıraya konulması (istendiği takdirde bununla ilgili yazılımı yaptırabiliriz)
- Diyalizde tamgün doktor zorunluluğunun kaldırılması (birçok ülkede sürekli doktor istihdamı bulunmamaktadır). Ev hemodiyalizinde de doktor bulunmamaktadır. Bu çelişkinin ortadan kaldırılması gerekmektedir.
- Ağır ve engelli hastaları Eğitim Araştırma Hastanelerinde diyalize alınmalıdır.

Türk Nefroloji Derneğinin desteğiyle yaklaşık 40.000 diyaliz hastamızın diyalizini kaliteden ödün vermeden yapmak istemekteyiz. Bu konuda katkılarınızın olacağına inancımız tamdır.

Saygılarımızla

Dr. Gürkan YURTERİ

DİYAMER Genel Sekreteri

‘BLUE ZONES’, TAŞ DEVRİ VE TANSİYON

Prof. Dr. Tekin AKPOLAT
Liv Hospital-İSTANBUL
İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi
11 Mayıs 2018
www.tekinakpolat.com

Plan

- Blue Zones
- Sahte Blue Zones
- Blue Zones tansiyon çalışmaları
- İleri yaş tansiyon çalışmaları
- Taş Devri
- Blue Zones çözümleri ve Okinawa paradoksu
- Özet

Blue Zone (Mavi Bölge)

- İlk kez National Geographic Dergisi muhabiri Dan Buettner tarafından Dünyada ortalama yaşam süresinin en uzun olduğu beş bölge için kullanılmıştır.

Mavi Bölge

- Bu bölgelerin özellikleri insanların sağlıklı ve uzun yaşamalarıdır, 100 yaşın üzerinde (Centenarians) çok insan vardır. Bu bölgelerde nüfus kayıtları güvenilir olduğu için insanların 100 yaş iddiaları kanıtlanmıştır.

Sahte? Mavi Bölge

- Nüfus kayıtlarının güvenilir olmadığı Kafkaslarda Abhazya, Ekvator’da And dağlarında Vilcabamba, Pakistan’ın kuzeyinde bulunan Hunza gibi bölgelerde de insanlar sağlıklı ve uzun yaşamaktadır ama 100 yaş üzerindeki insan sayısı konusunda şüpheler vardır, bu nedenle Mavi Bölge olarak tanımlanmamıştır.

Stamatis Moraitis

- Bu yazıyı yazdığımda Moraitis 97 yaşında ve son derece sağlıklıdır
- Adaya dönüş yaptıktan 25 yıl sonra kendisine teşhis koyan doktorlara bunun nasıl olabileceğini sormak için Amerika’ya hastaneye gider ve aldığı yanıt ise oldukça ilginç olur: 9 doktorun 9’u da çoktan vefat etmişlerdir.

Ikaria

- İnsanlar geç uyanıyorlar.
- Sabah 11’den önce iş yerlerini açmıyorlar çünkü o saate kadar kimse uğramıyor.
- Muhakkak öğlen uykusuna yatılıyor.
- Adada hiç bir kimsede saat bulunmuyor. Söylenenlere göre evinize davet ettiğiniz arkadaşınız öğlen 12’de de gelebilir, akşam üzere 6’da da.

Okinawa

- Hawaii’ye benziyor
- Okinawalıların savaş dönemi yokluğunda tükettikleri üç besin: Tatlı patates, zerdeçal ve yosun
- Goya denilen acı kavun

Sardinya

- Yaşam süresi en uzun erkekler
- Adanın yokuşlu yolları her yere yürümek zorunda olan adalılara hayat boyu egzersiz yapma imkânı veriyor.
- En çok tükettiği ekmek, yüksek proteinli, düşük glutenli durum buğdayından yapılan bir tür lavaş ekmeği.

Loma Linda

- Sebebi şehirde yoğun yaşayan, Hıristiyan Yedinci Gün Adventist Kilisesi mensupları
- Rejimleri bitki tabanlı; balık ve süt ürünlerini az tüketiyorlar; sigara içmiyorlar; kilolarını muhafaza ediyorlar; haftada dört beş defa bir avuç dolusu yemiş yiyorlar; düzenli idman yapıyorlar.

Nikoya (Kostarika)

- Diğer Mavi Bölge insanları gibi düşük kalorili, düşük yağlı ve bakliyat açısından zengin bir diyet
- Geleneksel olarak en çok fasulye yiyorlar.
- Mısırdan yaptıkları tortilla ve tropikal meyveler de rejimin içinde.

Sahte Blue Zones

- Kafkaslarda Abhazya
- Ekvator’da And dağlarında Vilcabamba
- Pakistan’ın kuzeyinde bulunan Hunza
- İnsanların uzun, sağlıklı ve mutlu yaşadığı diğer bölgeler

Karbonhidrat oranı

- Abhazya %65
- Vilcabamba %74
- Hunza %73
- Aldıkları kalori günlük 1800-1900

Bitkisel kaynak

- Abhazya %90
- Vilcabamba %99
- Hunza %99

Mavi Bölgeler

- Tansiyon açısından ne öğrenebiliriz
- Ama önce ne durumdayız
- PATENT2

Patent2 (80 yaş üzeri)

- Ortalama sistolik/diyastolik: 142/73
Erkeklerde biraz daha yüksek
- Prevalans%76
Kadınlarda daha sık

Implications from and for food cultures for cardiovascular disease: longevity (Suzuki ve ark)

- 341 Centenarians
- 62 erkek, 279 kadın
- Kan basıncı yüksek: Erkek %39, Kadın %38
- Ortalama kan basıncı

Erkek: 132/71, Kadın: 130/73

Patent 2: 142/73 (>80 yaş)

Implications from and for food cultures for cardiovascular disease: longevity (Suzuki ve ark)

- Çoğunda tuz için tat duyusu gelişmemiş
- Kalp hastalığı ve inme Japonya ortalamasının çok altında

Mildly elevated blood pressure is a marker for better health status in Polish centenarians

- Polonya'da yaşayan 86 centenarian (16 erkek, 70 kadın), ortalama KB 150/77
- 180 gün takip edilmişler
- Yaşayanlarda sistolik KB, diyastolik KB ve nabız basıncı daha yüksek
- SKB ≥140, DKB ≥90, OAB ≥100 ve NB ≥40 mmHg ile 180 gün yaşama şansı daha fazla
- Hafif yüksek tansiyon yararlı olabilir

Amerindian ancestry and extended longevity in Nicoya, Costa Rica (2017)

- 20 kişi (≥ 99 yaş)
- Ortalama KB: 142/75 mmHg
- Patent 2: 142/73 (>80 yaş)

Predicting mortality with biomarkers: a population-based prospective cohort study for elderly Costa Ricans (2012)

- Ortalama yaş 80
- 80 yaş üzeri 1300 kişi var
- Ortalama kan basıncı 144/84

Patent 2: 142/73 (>80 yaş)

Beyond Meatless, the Health Effects of Vegan Diets: Findings from the Adventist Cohorts (2014)

- Adventist Mortality Study (AMS)
- Adventist Health Study-1 (AHS-1)
- Adventist Health Study-2 (AHS-2)

Vegetarian diets: what do we know of their effects on common chronic diseases? (Fraser 2009)

Diet group	BMI[2]	Diabetes[3]	Hypertension[3]
Nonvegetarian	28.26 (28.22, 28.30)	1.00	1.00
Semivegetarian	27.00 (26.96, 27.04)	0.72 (0.65, 0.79)	0.77 (0.72, 0.82)
Pescovegetarian	25.73 (25.69, 25.77)	0.49 (0.44, 0.55)	0.62 (0.59, 0.66)
Lactoovo-vegetarian	25.48 (25.44, 25.52)	0.39 (0.36, 0.42)	0.45 (0.44, 0.47)
Vegan	23.13 (23.09, 23.16)	0.22 (0.18, 0.28)	0.25 (0.22, 0.28)
p^4	0.0001	0.0001	0.0001

Tsimane

- Amazon bölgesinde yaşıyorlar kalp hastalığı ve tansiyon yok
- Hem tarım hem avcılık yapıyorlar.
- Kalorilerinin yani enerjilerinin büyük bir kısmı karbonhidrattan (%72), kalanı protein ve yağ.

Yanomamo

- Dünyada en az tuz yiyen toplumdur, yüksek tansiyon görülmez.
- Tuz ve tansiyon ilişkisini araştıran çalışmalara büyük katkıları olmuştur.
- Erkeklerin nerdeyse yarısında ölüm nedeni komşular ile savaş.

Coronary atherosclerosis in indigenous South American Tsimane: a cross-sectional cohort study (Lancet 2017)

- 40 yaş büyük 705 hasta (çoğu >55)
- Koroner arter kalsiyum skoru belirgin düşük
- Ortalama LDL 91
- Ortalama HDL 40

Coronary atherosclerosis in indigenous South American Tsimane: a cross-sectional cohort study (Lancet 2017)

- Şişmanlık, yüksek şeker ve sigara kullanımı çok az
- Hipertansiyon sıklığı %5
- Yüksek sensitif CRP > 3 mg/dl oranı %51 yani inflamasyon var
- Temiz su yok, 2/3 sürekli bağırsaklarda solucan var

Okinawa paradoksu

- Gençlerde ise böyle değil
- Beslenme değişti: Yağlı ve işlenmiş gıda çok fazla
- Kolesterol düzeyleri artmaya başlamış
- Şimdi Japonya ortalamasına göre koroner arter hastalığı riskleri artmış durumda

Özet 1

- Uzun yaşayanlar vücutlarında öyle bir denge kurmuşlar ki hem çok hareket ediyorlar hem az yiyorlar ve kilo veremiyorlar (Muhtemelen uzun yaşayan kaplumbağa gibi metabolizma hızları düşük).
- Az yemelerine rağmen kilo vermiyorlar ama kilo da almıyorlar.

Özet 2

- İleri yaşlarda tansiyon konusunda yapılan çalışma ve bilgi sınırlıdır
- Uzun yaşayan insanlarda hipertansiyon vardır ama çok sık değildir
- Uzun yaşayan insanlar büyük ölçüde bitkisel kökenli ve işlenmemiş/doğal gıdalar ile beslenmektedir

Özet 3

- Akdeniz tipi beslenme ve vejeteryan diyet ön plana çıkmaktadır
- Tuz tüketimleri çok azdır
- Popüler diyetlerin, ilginç/ilgi çekmeye yönelik çıkışların toplum sağlığına olumsuz etkilerinin olması kaçınılmazdır

Özet 4

- İleri yaşlarda diyastolik kan basıncının düşük olması önemli/risk faktörü
- Sistolik düşürüp diyastolik etkilemeyecek en etkin yöntem: Tuz kısıtlaması?
- Hastalık yoktur hasta vardır

Akea=100 yaşa

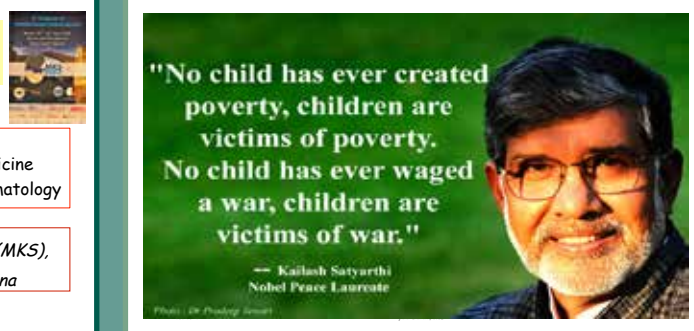
(May you live to be 100, Sardinya'dan)

www.tekinakpolat.com

6

TINY HEARTS HIT BY THE WAR: KIDNEY DISEASE PROFILE IN SYRIAN REFUGEE CHILDREN

Tiny hearts hit by the war: Kidney disease profile in Syrian refugee children



Ayşe Balat, MD
İstanbul Aydın University, School of Medicine
Department of Pediatric Nephrology & Rheumatology

4th Congress of the Mediterranean Kidney Society (MKS), 20-22 April 2018, Mostar, Bosnia and Herzegovina

Introduction

- War in Syria has cost thousands of lives,
- Injured and displaced many…
- Turkey is the largest refugee hosting country worldwide
- The Turkish Government's Disaster Emergency and Management Agency states that nearly 3 million Syrian live in and outside the camps and in provinces of Turkey

Disaster and Emergency Management. Agency of The Turkish Government. http://www. afad.gov.tr.

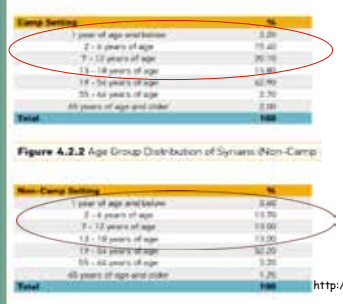
- The Government provides for all basic needs including healthcare
- Health Centers are trying to treat the large refugee patients who have no previous medical records, are socially and psychologically affected, and struggling with the language barrier…

28.08.18 Ayse Balat, MD 4

28.08.18 Ayse Balat, MD 5

- Gaziantep University is one of the biggest centres for Syrian refugees healthcare
- Most chronically-ill children have been admitted to the hospital, because of a border with Syria
- Although preventative nephrology is the most effective way of managing young renal patients, it is difficult to administer in harsh working and living conditions

28.08.18 Ayse Balat, MD 6



The percentage of paediatric renal admissions rose from **3%** to **69%** between 2012 to 2016.

http://www. afad.gov.tr.

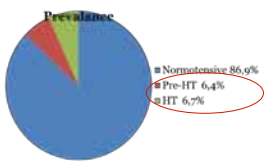
28.08.18 Ayse Balat, MD 7

We visited the refugee camps to measure the blood pressure of 314 children from different age groups aiming to detect asymptomatic children with increased blood pressure.

28.08.18 8

28.08.18 Ayse Balat, MD 9

- The mean age of 314 patients (female/male, 158/156) was 10.80±3.77 year (4-19 y)
- 40.0% of the children was <10 y
- 60.0% was within adolescent age group (≥10 years)
- %5.8 (18) Nutritional deficiency
- %62.4 (196) Normal weight
- %23.6 (73) Over weight
- %8.7 (27) Obesity



Kılıç BD, Akbalık Kara M, Çöl N, Alaşehirli B, Avşar H, Özdemir N, Büyükçelik M, Balat A. Oral presentation in 3rd MKS Congress-2015

28.08.18

- In the adolescent age group, systolic and diastolic BP were higher than the others (p<0.05)
- There was a positive correlation between systolic/diastolic BP and BMI (r: 0.371, p: 0.000, r: 0.292, p:0.000,respectively)
- Diastolic HT (preHT+HT) was more frequent ≥ 10 years (p=0.032)
  ≥10 years: 17/188, 9.0%;
  <10 years: 4/126, 3.2%;
- Systolic hypertension (preHT+HT): No statistically difference.

28.08.18 Ayse Balat, MD 11

- The prevalence of hypertension in children has been reported to be approximately 1-3% (4th Report)
- Hypertension prevalence (preHT/HT) is increasing in children
- *6.1% in Turkey
- Brazil 17.3%
- Canada 7.4%
- Greece 12.3-15.1%
- India 10.1%
- Iran 7.7%
- South Africa 1-11.4%
- Taiwan 12.9%
- USA 13.8%
- Italy 10.1%

*Düzova a et al. NDT 2013
Feber J et al. Clin Sci 2010

28.08.18 Ayse Balat, MD 12

28.08.18 Ayse Balat, MD 13

Our results show that the prevalence of hypertension was higher among Syrian refugee children.

Possible causes

- Poor socio-economic status of their parents
- Obesity and overweight rate of children is high (this may be attributable to physical inactivity and irregular eating habits)
- Because of the war, they had to live away from their habitat
- They have got a lot of psychological stress

28.08.18 Ayse Balat, MD 14

- We needed to evaluate our data, as one of the closest center to these children (September 2012 to January 2015)*.
- Considering the limited data regarding the kidney disease profile of children in Middle-East**, we thought that renal diseases in refugee children may provide information to care for affected children in our environment and other places.

*Akbalik Kara M, Demircioglu Kilic B……Balat A. Iran J Kidney Dis 2017
**Saeed MB . *Saudi J Kidney Dis Transpl* 2005

28.08.18 Ayse Balat, MD 15

Table 1. Spectrum of paediatric kidney disease among 130 Syrian refugee children.

Disorders	2012-2015 (n=130) N (%)
Congenital anomalies of the kidney and urinary tract (CAKUT)	34 (26.2)
Chronic kidney disease (CKD)	30 (23.1)
Nephrotic syndrome	24 (18.5)
Enuresis	12 (9.2)
Urolithiasis	9 (6.9)
Acute glomerulonephritis	5 (3.8)
Acute kidney injury	4 (3.1)
Others	12 (9.2)

28.08.18 Ayse Balat, MD 16

- Of the 34 cases of CAKUT;
- 12 had bladder abnormalities, while others showed vesico-ureteric reflux (6), pelvi-ureteric junction obstruction (6), unilateral renal agenesis (5), posterior urethral valve (2), and multicystic dysplastic kidney (3).
- Haemodialysis was the most preferable method for treating children with end stage kidney disease, in spite of the advantages of peritoneal dialysis (PD).
- This was mostly because of unsuitable living conditions for PD.
- We observed that a few parents accepted the disease as a fate, and refused the treatment options.

28.08.18 Ayse Balat, MD 17

28.08.18 Ayse Balat, MD 18

- The findings demonstrated the increased prevalence of kidney disease in our environment, since the rising admission of refugee children to our clinic due to the ongoing war
- 122 new admissions in 2016 and 2017

Disorders	2012-2015 (n=130)	2016-2017 (n=122)
Congenital anomalies of the kidney and urinary tract (CAKUT)	34 (26.2)	19
Chronic kidney disease (CKD)	30 (23.1)	15
Nephrotic syndrome	24 (18.5)	20
Enuresis	12 (9.2)	9
Urolithiasis	9 (6.9)	15
Acute glomerulonephritis	5 (3.8)	3
Acute kidney injury	4 (3.1)	
Others	12 (9.2)	41

28.08.18 Ayse Balat, MD 19

Akbalik Kara M, Demircioglu Kilic B.....Balat A. Iran J Kidney Dis 2017

28.08.18 Ayse Balat, MD 20

ERA-EDTA/2017

USRDS/2017; Pediatric ESRD - 2009-2013

- CAKUT 33%
- Glomerulonephritis 24.6%
- Secondary GNs/Vasculitis 12.9%
- Hypertensive/Large vessel disease 7.3%
- Interstitial nephritis/pyelonephritis 5.1%

- Unfortunately, they have been admitted to hospital after the beneficial periods of early diagnosis, mostly in emergency situations, and when the problem is huge…

28.08.18 Ayse Balat, MD 22

http://www. afad.gov.tr.

28.08.18 Ayse Balat, MD 23

http://www. afad.gov.tr.

28.08.18 Ayse Balat, MD 24

http://www. afad.gov.tr.

28.08.18 Ayse Balat, MD 25

28.08.18 Ayse Balat, MD 26

Conclusion-1

- CAKUT and CKD are highly prevalent in Syrian refugee children.
- Although healthcare expenditures are provided, the continuing political crisis and instability would increase the number of admissions, and affect the children's quality of life in a different environment from their home country.

28.08.18 Ayse Balat, MD 27

Conclusion-2

- Most of them do not have previous medical records and/or information, making difficult to understand and solve their problems.
- Despite all our efforts in such a difficult conditions to provide the best healthcare, the number of patients coming for regular follow-up remains low. This is one of the main problems to be resolved.

28.08.18 Ayse Balat, MD 28

"If you lose your way one day, look into the eyes of a child;
because there are always three things a child can teach an adult:

- To be happy for no reason,
- To always be busy with something,
- and to know how to demand which he desires. "

Paulo Coelho

29

28.08.18 Ayse Balat, MD

I would like to thank all my colleagues providing optimal healthcare to these children in every condition;

- Mithat Büyükçelik
- Beltinge Demircioğlu Kılıç
- Mehtap Akbalık Kara
- All my colleauges in Department of Pediatrics

Gaziantep University Hospital

28.08.18 Ayse Balat, MD 30

Mediterranean Kidney Society (MKS)

Ayşe Balat, MD
President of MKS

4th Congress of the Mediterranean Kidney Society (MKS),
20-22 April 2018, Mostar, Bosnia and Herzegovina

History of MKS-1

2005, Spring

The idea of a society of nephrology devoted to study the specific problems affecting the countries on the shores of the Mediterranean Sea was firstly nurtured by **Prof. Guido Bellinghieri** and **Prof. Natale G De Santo**.

Mediterranean Renal Association (MEREA) was founded and a scientific international event was organized on *October 23, 2005, as part of the 7th Taormina Course*

Main speakers were nephrologists from Italy, Egypt, Slovenia, Israel, and Morocco. Mutual discussions generated the conviction that a
'Mediterranean Kidney Society'
would better serve the interest of nephrologists working in the Mediterranean area

28.08.18 Professor Ayse Balat 32

History of MKS-2

The next step was the merging of MEREA with MENEA (Mediterranean Nephrology Association) a Sicily based society.

The Societies merged into the "Mediterranean Kidney Society", logo mks abbreviated as MKS (in Italian Società Mediterranea del Rene).

The notary document was prepared in Siracusa (with the help of the Notary, Dr. Annio De Luca on **June 26, 2009**

The agreement was signed by *Guido Bellinghieri, and Natale G De Santo*, for MEREA and by Giuseppe Daidone, Pasquale Fatuzzo, Salvatore Gianni, Maurizio Li Vecchi, Silvio Maringhini for MENEA.
They all are from then on recognized as the 'Founders of MKS' lifelong.

28.08.18 Professor Ayse Balat 33

1st Congress of MKS- Giardini Naxos-Taormina, Sicily

October 2-4, 2009 - Russott Hotel

Prof. Guido Bellinghieri and Prof. Natale G De Santo (organisers)

Algeria, Morocco, Tunisia, Libya, Egypt, Israel,Turkey, Greece, Croatia, Bosnia &Herzegovina, Slovenia, Macedonia, Montenegro, Italy, France,Spain, Malta, Serbia, San Marino, Austria, Belgium, Bulgaria, Germany, Slovak Republic

The Council of the MKS
-Guido Bellinghieri (President),
-Natale Gaspare De Santo (Secretary),
-Rashad Barsoum (Egypt), -Athanasios Diamandopoulos (Greece), -Mohammed Benghamen Gharbi (Morocco),
-Batya Kristal (Israel),
-Radoslav Kveder (Slovenia),
-Mohamed Aziz El Matri (Tunisia),
-Mariano Rodriguez (Spain),
-Yahya Sagliker (Turkey).

The Council of Representatives
-Alessandro Balducci (San Marino),
-Jadranka Buturovic Ponikvar (Slovenia),
-Rim Goucha-Louzir (Tunisia),
-Petar Kes (Croatia),
-Tahar Rayane (Algeria),
-Halima Resic (Bosnia &Herzegovina),
-Antonio Santoro (Italy),
-Giovanni Gambaro (Vatican),
-Emanuel Farrugia (Malta)

34

2nd Congress of MKS- Milazzo (ME), Italy

April 12-14, 2013

Prof. Biagio Ricciardi (Congress President- Chairman of the Division of Nephrology at the Milazzo General Hospital)

Italy, Algeria, Egypt, Turkey, Greece, Croatia, Bosnia &Herzegovina, Slovenia, France, Spain, Malta, Germany

The Council of the MKS -2013-2015
-Guido Bellinghieri (President),
-Natale Gaspare De Santo (Secretary),
-Ayşe Balat (President Elect)
-Athanasios Diamandopoulos (Greece)
-Batya Kristal (Israel)
-Tarek Fayad (Egypt)
-Mohamed Aziz El Matri (Tunisia)
-Radoslav Kveder (Slovenia)
-Mariano Rodriguez (Spain)
-Yahya Sagliker (Turkey)

The Council of Representatives
-Alessandro Balducci (San Marino)
-Jadranka Buturovic Ponikvar (Slovenia)
-Rim Goucha-Louzir (Tunisia)
-Petar Kes (Croatia)
-Tahar Rayane (Algeria)
-Halima Resic (Bosnia &Herzegovina)
-Antonio Santoro (Italy)
-Giovanni Gambaro (Vatican)
-Emanuel Farrugia (Malta)

35

3rd Congress of MKS- Cappadocia, Turkey

Prof. Ayşe Balat (Congress President)

June 10-13, 2015

Turkey, Italy, Algeria, Egypt, Greece, Croatia, Bosnia &Herzegovina Tunisia, Libia, France, Spain, Poland, USA

The Council of the MKS (2015-2019)
-Ayşe Balat (President)
- Halima Resic (President Elect)
-Guido Bellinghieri (Past President),
- Natale Gaspare De Santo (Secretary),
- Costas Fourtounas (Greece)
- Abdulhafid Shebani (Libia)
- Tarek Fayad (Egypt)
- Fatma Ben Moussa (Tunisia)
- Vincenzo Savica (Italy)
- Biagio Ricciardi (Webmaster)

The Council of Representatives
-Rümeyza Kazancıoğlu (Turkey)
-Jadranka Buturovic Ponikvar (Slovenia)
- Jamil Hachicha (Tunisia)
- Sanjin Rachi (Croatia)
-Tahar Rayane (Algeria)
-Enisa Mesic (Bosnia &Herzegovina)
-Emanuel Farrugia (Malta)
-Banu Sadıkoğlu (North Cyprus)

4th Congress of Mediterranean Kidney Society was held on 20-22 April 2018, Bosnia and Herzegovina, Venue Hotel Mepas.

Prof. Halima Resic (Congress President)

SAFFRON AND ITS EFFECTS ON KIDNEYS

Saffron and Its Effects on Kidneys

- **INTRODUCTION AND AIMS**: A study which examines the efffects of saffron, the oldest medicinal plant, on kidneys.
- **METHODS**: Review of published literature on saffron and its effects on kidney diseases.

RESULTS:

- Saffron is derived from the stigmas of Crocus sativus L. Flowers and its cultivation goes back to about 2300 B.C.
- A definite identification of saffron crocuses dates from about 1700-1600 B.C.

- In the 4th century B.C., the principal area of cultivation was at Corycos in Cilicia. Its name from the plant, as did the names of Krokos in Greece

GREECE

- Safranbolu in Turkey

TURKEY

Safranbolu, Turkey

- Saffron Walden in England.

UNITED KINGDOM

- Saffron and its constituents are widely used as spice and medicinal plant in folk medicine.
- The Ebers papyrus (ca 1550 B.C.) mentions saffron as an ingredient in a cure for kidney problems (Woenig, 1886)

Ebers Papyrus

Historian
Georg Ebers
(1837-1898)

Stigmas of Saffron

- In Unani medicine, saffron is used to **reduce inflammation of enlarged liver and in infection of the bladder and kidneys.**
- The effect of saffron extract may be related to the **antioxidant properties and its reducing blood glucose level and radical scavenging effect.**
- In ancient cultures, saffron was used to relieve **kidney stones** and also as an agent in improving the circulation of blood.

Photograph by A.San

- The main compounds in saffron are **crocin, picrocrocin and safranal.**
- Since ancient times, saffron has been used as a part **of religious rituals, folk medicine and cuisine.**

- The active components in saffron have many therapeutic applications in many traditional medicines **as antiseptic, antidepressant, antioxidant, digestive, and anticonvulsant.**
- Some recent studies have shown that saffron has possible **anti-carcinogenic, anti-mutagenic, and immune-modulating effects** mainly resulted from antioxidant-like agents of saffron such as **volatile agents** (*e.g., safranal*), **bitter principles** *(e.g.,picrocrocin)*, and dye materials (e.g., *crocetin and its glycoside, crocin*).

- Saffron tea 100% natural Saffron AAAAA Crocus
- Chinese Flower tea Endocrine conditioning skincare
- Crocus Stigma herbal tea

SAFFRON AND ITS EFFECTS ON KIDNEYS

* SSRI: selective serotonin reuptake inhibitors
** OCD: obsessive-compulsive disorder

- Saffron extract and its active constituents; «*crocin, picrocrocin*» are known to have an overall protective effect against kidney ischemia/reperfusion injury.
- These may be useful agents for the **prevention of renal ischemia-reperfusion** (IR)-induced oxidative injury in rats.

- Saffron and its carotenoid crocin could be potentially useful in **diabetic nephropathy** treatment.
- Safranal was found to reduce dysfunction (**lowered BUN and CREA levels**) and tissue damage that occur in renal tissue, by means of its both **antioxidative and anti-inflammatory activities.**
- In the light of these results, it's suggested that safranal contributes to the development of new treatment protocols in the **treatment of type 2 diabetes** and its **complication diabetic nephropathy.**

Briefly;

- Saffron as a harmless substance **can increase renal blood flow** and **can play the diuretic role** in the diagnosis and **treatment of many diseases like glomerulonephritis** or **localization of antigen-antibody complexes in the renal glomerulus.**
- **Antioxidative** and **anti-inflammatory** activities and **protective effects** for the hydro-ethanolic extract of saffron is clear and therefore it can be used in ischemic conditions due to its diuretic effect.

Saffron Extract

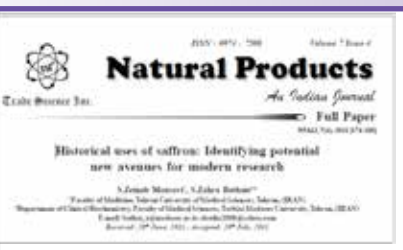
- Nowadays, **a lot of research is done** on applications of this precious spice in the treatment of numerous human and animal ailments.
- **El daly (1998)** found that daily supplement of the **aqueous extract reduced the nephrotoxicity of the chemotherapy,** slowing down the renal excretion.

Genitourinary:

- The aged rats exhibited a dsyregulation of the oxidative stress, and inflammation in the kidneys, but crocin treatment significantly reduced the expression of the inflammatory genes.
- These results provide pivotal documentation that crocin has renoprotective effects against the development of oxidative stress and inflammation in the kidney of old rats.

Safranbolu Saffron Harvest Festival 2017

- Every year Saffron Harvest Festival is celebrated in Safranbolu.
- On 9th November 2017, the 18th Saffron Harvest Festival was celebrated which started with a «Painting and Photography Exhibition» followed by the opening of the Saffron Statue.
- This year the 19th Festival is to be celebrated on same day in same place.



Saffron has had many different uses such as being used as a food additive along with **being a palliative agent** for many human diseases. Thus, as an important medicinal herb, it is a good candidate with many promising potentials to be considered for new drug design.
2011 Trade Science Inc. - INDIA

Saffron Festival in Safranbolu

Harvest of Saffron in Safranbolu, Turkey.

As Result;

- It is a diuretic;
- It can purify kidney and bladder.
- If used with honey, it can facilitate passage of renal stone.
- By putting one stigma in urethra, it can cure obstructed urination.

CONCLUSION: It can be concluded that saffron can act as a diuretic and purifies the blood, kidney and bladder, and may regulate the BUN and sCr rate in blood.

I believe that more emphasis should be made on saffron and its benefits on kidneys.

Harvest of Saffron in Iran.

A saffron field in Safranbolu.

A saffron farm in Safranbolu.

My homeland Gümüşhane is a province in northern Turkey.
Saffron; Gümüşhane, Turkey, 1995, *Photo by A. San*

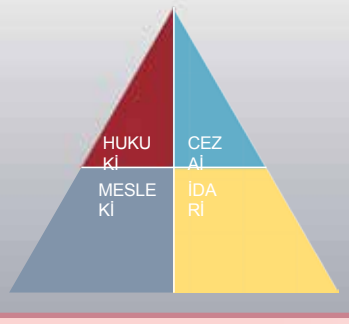
When I took this photo, I didn't know that it was saffron. Now I am very glad to learn it.

10 VAKALAR İLE HEKİMİN HUKUKİ SORUMLULUĞU

VAKALAR İLE
HEKİMİN HUKUKİ SORUMLULUĞU

Avukat Ece SİNDEL

HEKİMLERİN SORUMLULUĞU



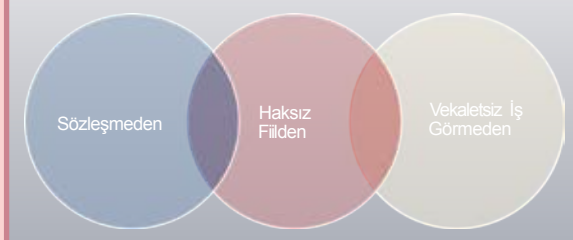
HEKİMİN CEZAİ SORUMLULUĞU

- KASTİ DAVRANIŞINDAN DOĞAN (KASTİ SUÇ)
  - TEDAVİ AMACI İLE HAREKET ETMELİDİR. AKSİ KASIT ORTAYA ÇIKARIR.
  - ÖLDÜRME YA DA DURUMUNU KÖTÜYE SOKMA
- TAKSİRLİ DAVRANIŞINDAN DOĞAN (TAKSİRLİ SUÇ)
  - OLASI RİSKLERE KARŞI GEREKLİ ÖNLEM ALINMAMASI
  - TIBBİ UYGULAMA ESNASINDA GEREKLİ DİKKAT VE ÖZENİN GÖSTERİLMEMESİ

HEKİMİN İDARİ SORUMLULUĞU

- Hekimlerin idari sorumluluğunun ortaya çıkabilmesi için; kamu hastanelerinde çalışması şarttır.
- Kamuya ait hastaneler; yurttaşlara kamu hizmeti olan sağlık hizmetlerinin verilmesi amacıyla kurulmuş ve devlet idaresi içinde yer alan kuruluşlardır.
- Kamu hastanesinde çalışan hekime karşı direkt dava yoluna gidilemez, öncelikle idareye başvurulmalıdır.

HEKİMİN HUKUKİ SORUMLULUĞUNUN KAYNAKLARI



Sorumluluk; hukuka aykırı olarak meydana getirilen zararların üstlenilmesidir.

- Tıbbi müdahale; en basit tıbbi tedaviden en ağır cerrahi ameliyatlara kadar uzanan ve kişilerin sağlığına yönelik tüm tıbbi uğraşları kapsar.
- Bir fiilin tıbbi müdahale sayılabilmesi için deri bütünlüğünün bozulması gerekmez. Hastalık önlenmesine ilişkin tedaviler buna en uygun örneklerdir.

- Hekimin hukuki sorumluluğunda, ***kusur sorumluluğu*** esas alınmaktadır.
- Hekimin hukuki sorumluluğunun dayanağını; tıbbi teşhis ve müdahaleyi içeren tedavi sözleşmesinin kapsamı ve sonuçları oluşturur.

Tıbbi Yardım ve Müdahaleden Doğan Hukuki Sorumluluğun Belirlenmesinde;

SÖZLEŞMEDEN DOĞAN SORUMLULUK

- Hekim ile hasta arasında önceden açık veya zımni kurulmuş bir "Tedavi Sözleşmesi" olmalıdır.
- Tedavi sözleşmesi için; biçim şartı yoktur.
- Sözleşmenin hekim tarafından ihlal edilmesi gerekmektedir.

Tedavi Sözleşmesinin İhlali Nedeniyle Hekim Sorumluluğu Şartları

TEDAVİ SÖZLEŞMESİ

Hekimin tıbbi müdahale nedeniyle sorumluluğu kural olarak "sözleşmeden dolayı" sorumluluğudur. Sözleşme için kabul edilen görüş ise; doktrinde vekalet sözleşmesi niteliğinde olduğudur. İstisnai durumda; eser (istisna) sözleşmesi niteliğindedir.

Tedavi Sözleşmesinin Eser (İstisna Sözleşmesi) Niteliği Taşıması Halleri;

- Diş protezi, köprü ya da kron yapımı,
- Takma göz, kol, bacak gibi yapay organların takılması,
- Burun vb. güzelleştirici estetik ameliyatlarda hekim belli bir sonucu gerçekleştirmeyi borçlandığı için **ESER SÖZLEŞMESİ NİTELİĞİNDEDİR**.
- Eser sözleşmesindeki esas amaç; işin ayıpsız olarak yapımı ve teslimidir.

- Vekalet sözleşmesinde; ücret zorunlu unsur olmadığı halde; eser sözleşmesinde zorunlu unsurdur.
- Yargıtay kararları; tedavi sözleşmesinin kural olarak vekalet sözleşmesi olduğunu belirtmektedir.
- Davacının davalıların yanlış tedavisi sonucunda karaciğerini kaybettiği, organ nakli ile yaşama döndüğünü ileri sürerek maddi manevi tazminat istenmesi ve davanın temelinin vekillik sözleşmesi olup; özen borcuna aykırılığa dayanılır.
(Yargıtay 13. HD 2005/15820 E., 2006/2367 K.)

HEKİMİN HAKSIZFİİL SORUMLULUĞU

- Haksız fiil; kişinin diğer kişilere karşı zarar verici nitelikte davranışıdır.
- TBK md.49'dan itibaren düzenlenmiş olup; "kusurlu ve hukuka aykırı bir fiille başkasına zarar veren, bu zararı gidermekle yükümlüdür."
- TBK md.50; zarar gören; zararı ve zarar vereni ispatla yükümlüdür.
- Hekimin, sözleşme dışı kusura dayanan sorumluluğu haksız fiil sorumluluğuna girmektedir.
- Hukuka aykırılık, kusur, zarar, illiyet bağı olmalıdır.

Hekimin haksız fiillerinden dolayı kusuru belirlenirken;

- Hekimin hastaya verdiği değer ve gösterdiği ilgi,
- Meslek koşullarını yerine getiripgetirmediği,
- Tıp bilimi kurallarını gözetme ve uygulamadaki tutumu,
- Tıbbi müdahaleden önce alınması gereken tüm önlemleri alıp almaması,
- En küçük aksamalara yer açacak durumlarda, gerekli araştırmaları yapma, önlem alma, hastanın özelliklerine göre en uygun tedavi yöntemlerini seçme konusundaki yaklaşım ve becerileri göz önünde tutulmalıdır.

Asistanlar; "eğitim gören" konumunda bulunduklarından dolayı uzmanlık bilgi ve becerisi gerektiren tıbbi uygulamaları TEK BAŞLARINA YAPMALARI UYGUN DEĞİLDİR.

- Her kurum; asistan eğitimlerini; öğretim görevlisi, baş asistan ve uzman sayısına göre planlaması gerekmekte olup; bir öğretim görevlisi, başasistan veya uzman birden fazla asistana nezaret edecek şekilde eğitimler organize edebilecektir.
- Asistana nezaret eden ilgili öğretim görevlisi, başasistan ve uzmanın bilgisi ve değerlendirmesi bulunmadan hastalara tedavi planlanmayacaktır. Hastalara yapılan uygulamalar ile planlanan tedavilerden, asistana nezaret eden ilgili öğretim görevlisi, başasistan ve uzmanın sorumlu olduğunun Sağlık Bakanlığı tarafından genelge ile hatırlatılmasında fayda görülmüştür.

Örnek Vaka; "Tümörlü böbreği yerine diğer böbreği çıkarılanhasta"

- Özen yükümlülüğü ihlali söz konusudur.
- Yanlış böbreğin çıkarılmasına sebep olan tüm ameliyat ekibi ile servis görevlilerinin;

- ***TCK Ceza Kanunu (TCK) açısından;*** 22/5; "birden fazla kişinin taksirle işlediği suçlarda herkes kendisi kusurundan dolayı sorumlu tutulur. Her failin cezası kusuruna göre belirlenir."
- TCK 89; taksirle yaralama suçunu oluşturacak;
- ***Tazminat açısından;*** birlikte zarara sebebiyet verme suçu olduğundan müteselsilen sorumlu olacaklardır.
- ***Örnek Uslaş;*** "Hekimin reçete şifresini öğrenci veya sekretere vermesi, önerilen ilaç yerine ismi benzer başka ilaç verilmesi nedeni ile hasta ölümü halinde; "özen ve dikkat yükümlülüğü ihlali ile taksirle ölüme sebebiyet TCK 22/5 ve maddi ve manevi tazminat yükümlülüğü bulunmaktadır. Hekim şifresini kendi kullanmakla yükümlüdür.

Tıbbi Müdahalenin Hukuka Uygunluğu İçin;

- Subjektif ölçü; hekimin müdahaleyi yapmaya yetkili olması,
- Objektif ölçü; hekimin müdahale sırasında tıp biliminin kabul ettiği güncel veriler ışığında hareket etmiş olmasıdır.
- Hastanın hekim tarafından tıbbi müdahalenin riskleri ve sonuçları hakkında ayrıntılı bilgilendirilerek aydınlatılmış onamının da alınması gerekmektedir.

Kan Şekerinizi ve Kan Basıncınızı Normal Seviyede Tutunuz, Böbrek Hastası Olmayınız.

VAKALAR İLE HEKİMİN HUKUKİ SORUMLULUĞU

Tedavi sözleşmesi; kural olarak hastanın muayene ve tedavi olmak için hekime başvurması, hekimin de hastayı muayene etmeyi kabul etmesiyle başlar.

Serbest çalışan hekimlerin sorumluluğu

Tedavi sözleşmesinden doğan sorumluluk ile haksız fiilden kaynaklanan sorumlulukların yarışması durumunda hakim; lehe olanı uygular. Özel hukuk kuralları uygulanır.

Sözleşmeye aykırılık ya da haksız fiil nedeniyle tazminat sorumluluğuyla karşılaşılır.

Kamuda çalışan hekimlerin sorumluluğu

Hastaya karşı direkt hekim değil hastane sorumlu olur. Özel hukuk anlamında bir ilişki yoktur.

Yargıtay Genel Kurul kararı ile; kamu hastanesinde görev yapan hekimlere karşı doğrudan tazminat davası açılamaz.

TEDAVİ SÖZLEŞMESİNDEN DOĞAN YÜKÜMLÜLÜKLER

Hasta Yükümlülüğü

- Ücret ödeme,
- Doğru bilgi verme,
- İşbirliği,
- Tedavi ile ilgili ve gerekli belgeleri verme,
- Hekim tarafından verilen talimatlara uyma,
- Teşhise yönelik incelemelere uyma,
- Teşhis ve tedaviye yönelik inceleme ve uygulamalara katlanma borcu

Hekim Yükümlülüğü;

- Teşhis koyma,
- Tedavi yöntemlerini seçme ve uygulama,
- Tedaviyi bizzat yapma,
- Hastayı aydınlatma,
- Hasta rızası (aydınlatılmış onam)
- Sadakat ve özen yükümlülüğü. (sır saklama yükümlülüğünü de kapsar.)

Hastayı Aydınlatma Yükümlülüğü

- Tıbbi tedavi ve müdahalenin hukuka uygunluğu için; hastanın tıbbi müdahale hakkında tüm bilgiler verilmiş olmalıdır.
- Hastanın; müdahalenin nasıl yapılacağı ve müdahalenin sonuçları ile, teşhis, tıbbi tedavi ve gerekli tıbbi meseleler hakkında aydınlatılması gerekmektedir.
- Hasta aydınlatılması;
  - Konulan tanının ayrıntılı anlatılması,
  - Tanıya göre yapılması gereken tedavi yöntemi ve başarı şansının ne olacağı,
  - Ne için bu tedavi yönteminin seçildiği,
  - Ne gibi riskler taşıdığı,
  - Önerilen tedavinin/müdahalenin kabul edilmemesi halinde ortaya çıkabilecek sonuçların neler olabileceği,
  - Başka bir tedavi seçeneği olup olmadığı hakkında yapılmalıdır.

md.25'te Tedaviyi Reddetme ve Durdurma Hakkı düzenlenmiştir.

- Kanunen zorunlu olan haller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu hastaya ait olmak üzere; hasta kendisine uygulanması planlanan veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek hakkına sahiptir. Bu halde, tedavinin uygulanmamasından doğacak sonuçların hastaya veya kanuni temsilcilerine veyahut yakınlarına anlatılması ve bunu gösteren yazılı belge alınması gerekir.
- Bu hakkın kullanılması, hastanın sağlık kuruluşuna tekrar müracaatında hasta aleyhine kullanılamaz.
- Örnek Vaka; *"Taburculuğu tıbben uygun değilken hastaneyi habersiz terk eden hasta";* hasta önceden ayrıntılı aydınlatılmış ise; hastanın kaçtığı ayrıntılı tutanakla tespit edilmiş ve yasal temsilcisi ya da hastanın kendine ulaşılmaya çalışılmış ve sonucunda tüm hususun ayrıntılı şekilde kayda alınması neticesinde hekim, hastanenin ya da personelin sorumluluğuna gidilemeyecektir.

Sadakat ve Özen Yükümlülüğü

- Tedavi sözleşmesindeki en önemli yükümlülüktür.
- TBK md.506/2-3'te; Özen borcundan doğan sorumluluğun belirlenmesinde "benzer alanda iş ve hizmetleri üstlenen basiretli bir vekilin" göstermesi gereken davranışın esas alınacağı belirtilmiştir. Dolayısıyla; hekim de basiretli bir hekimin göstermesi gereken özeni göstermekle yükümlüdür.
- Sadakat borcu; hastanın yararına davranışlarda bulunma yükümlülüğüdür. Tıbbi müdahale yapıldığı anda, öncesinde ve sonrasında da geçerlidir.

Örnek Vaka; "Tümörlü böbreği yerine diğer böbreği çıkarılan hasta"

- Özen yükümlülüğü ihlali söz konusudur.
- Yanlış böbreğin çıkarılmasına sebep olan tüm ameliyat ekibi ile servis görevlilerinin;

- *Türk Ceza Kanunu (TCK) açısından;* 22/5; "birden fazla kişinin taksirle işlediği suçlarda herkes kendisi kusurundan dolayı sorumlu tutulur. Her failin cezası kusuruna göre belirlenir."
- TCK 89; taksirle yaralama suçunu oluşturacak;

- *Tazminat açısından;* birlikte zarara sebebiyet verme suçu olduğundan müteselsilen sorumlu olacaklardır.

- *Örnek Vaka;* "Hekimin reçete şifresini öğrenci veya sekretere vermesi, önerilen ilaç yerine ismi benzer başka ilaç verilmesi nedeni ile hasta ölümü halinde; "özen ve dikkat yükümlülüğü ihlali ile taksirle ölüme sebebiyet TCK 22/5 ve maddi ve manevi tazminat yükümlülüğü bulunmaktadır. Hekim şifresini kendi kullanmakla yükümlüdür.

MALPRAKTİS SORUMLULUĞU

Tıbbi malpraktis *(malpractice)*; tıbbi uygulamalarda bulunan hekim ve yardımcı personelin mesleğin gerektirdiği ortalama dikkat ve özeni göstermemesi nedeniyle yapılan tıbbi hatadır.

- Hasta kabulde,
- Acilde,
- Teşhiste,
- Tedavide malpraktis sorumluluğu ortaya çıkmaktadır.

Asistanlar; "eğitim gören" konumunda bulunduklarından dolayı uzmanlık bilgi ve becerisi gerektiren tıbbi uygulamaları TEK BAŞLARINA YAPMALARI UYGUN DEĞİLDİR.

- Her kurum; asistan eğitimlerini; öğretim görevlisi, baş asistan ve uzman sayısına göre planlaması gerekmekte olup; bir öğretim görevlisi, başasistan veya uzman birden fazla asistana nezaret edecek şekilde eğitimler organize edebilecektir.
- Asistana nezaret eden ilgili öğretim görevlisi, başasistan ve uzmanın bilgisi ve değerlendirmesi bulunmadan hastalara tedavi planlanmayacaktır. Hastalara yapılan uygulamalar ile planlanan tedavilerden, asistana nezaret eden ilgili öğretim görevlisi, başasistan ve uzmanın sorumlu olduğunun Sağlık Bakanlığı tarafından genelge ile hatırlatılmasında fayda görülmüştür.

Uzmanlığı gerektiren tıbbi vakaya asistan tarafından bakılması;

Yetkili olmayan birinin tıbbi müdahalesi anlamında sorumluluk doğurur.

Tıbbi özene aykırılıktan kaynaklı zarar ortaya çıkar.

KOMPLİKASYON

Tıbbi yardım ve müdahale sırasında öngörülemeyen bir tehlikenin aniden ve umulmadık bir şekilde ortaya çıkmasıdır. *("izin verilen risk")*

Hastada oluşan komplikasyondan kaynaklandığının anlaşılması için;

Komplikasyonlara karşı tüm önlemlerin alınmış olması, araç gereçlerin bulundurulmuş olması, gerekli müdahalelerin yapılmış olması gerekmektedir.

Komplikasyonlarda tüm bu önlemler alınmış olması şartıyla; hekimin ya da hastanenin ya da yardımcı personellerin sorumluluğuna gidilemeyecektir.

Her hastalığa göre değişen durumlar olup; her hastalıkta ayrı ayrı değerlendirilmesi gerekmektedir.

ÖRNEK VAKALAR İLE HEKİM SORUMLULUĞU

I. Örnek Vakalar

- İlaç listesinin hekim tarafından hastadan yanlış alınması neticesinde kalbinde stent olan hastanın kan sulandırıcı ilacının kesilmesi neticesinde kalp krizi geçiren hasta;
- İlaç doz ayarlaması yapılmadığı için karaciğer yetmezliğine giren hasta;
- Konsültasyon notu okunmadığı için antibiyotiği geç verilen hastanın ölmesi;
- Kalp krizi geçirirken muayene edilmeyen, EKG çekilmeyen gastrit tedavisi verilen hasta;
- Ağızdan verilmesi gereken ilacın yanlışlıkla damardan verilmesi sonucunda akciğer embolisi gerçekleşen hasta;

Sayılan tüm vakalarda; hekimin uygulama ve özen yükümlülüğüne dair sorumluluğu bulunmaktadır.

Yapılan dikkatsizlik ile sonuç arasında illiyet bağı olması halinde; Türk Ceza Kanunu açısından;

Sonucu *yaralama; organ kaybı, zarar görme vb.* ise; taksirle yaralama suçu;

Sonucu *ölüm* ise; taksirle öldürme suçu oluşacak;

Vakalarda organizasyon kusurunun da ayrıca ele alınması gerekmektedir. Her bir olay için herkes yaptığı işe bağlı olarak kusuru oranında sorumlu tutulacaktır.

Tazminat açısından;

KAMU HASTANESİ

Olayın kamu hastanesinde gerçekleşmesinde; hekime doğrudan değil hastaneye karşı Tam Yargı Davası açılacak; İdare tarafından yükümlülük yerine getirildikten sonra idare; sorumlu hekime rücu davası açılarak hekimden zarar karşılanacaktır.

ÖZEL HASTANE

Olay özel hastanede olmuş ise; hastaneye doğrudan dava açılabileceği gibi; hekime de doğrudan dava açılabilecek sözleşmeye dayalı olarak ifa yardımcısı fiillerinden sorumluluk; haksız fiile dayanılırsa haksız fiilden kaynaklanan adam çalıştıranın sorumluluğuna göre özel hastane de sorumlu tutulabilecektir.

II. Örnek Vakalar

- İdrarda mikroskobik hematürisi olup idrar yolu enfeksiyonu denilerek nefrolog hekimlere yönlendirilmeyen hastanın son dönem böbrek yetmezliğine girmesi;
- Nefroloji bölümünce diyaliz önerilen hastanın diyalize alınmaması ve sonucunda hastada komplikasyonlar gelişmesi.

Olaylarda bilirkişi raporu doğrultusunda *illiyet bağının tespiti* halinde;

TCK açısından; taksirli yaralama suçu ve Tazminat sorumluluğu ortaya çıkacaktır.

Hekimlerin uzmanlık alanı dışındaki vakalarda mutlaka alanında uzman hekimlere danışması ve tedavinin bu doğrultuda yapılması gerekmektedir. Aksi cezai ve hukuki sorumluluk doğurur.

III. Örnek Vakalar

VAKA: Nefroloji bölümüne danışılmadan; ancak istem kağıdına danışıldı yazılarak diyalize gönderilen hastaya ilişkin;

Nefroloji Bölümüne bağlı diyalize ilişkin sorumlu uzmanın talimatı olmadan hastayı diyalize alan personelin KUSURU ile özen yükümlülüğünün ihlali; buna bağlı olarak cezai ve hukuki yükümlülükleri yanında;

İstem kağıdına gerçeğe aykırı kayıt düşmesi nedeni ile TCK 204. maddesi gereğince Resmi Belgede Sahtecilik Suçu da işlenmiş olacaktır.

IV. Örnek Vaka; İlaç sisteminde 0 hatası nedeni ile hastaya 10 kat ilaç verilmesi

Doktor Tarafından

- Özen ve Dikkat Yükümlülüğü nedeni ile hastanın zarara uğramasına bağlı olarak cezai ve tazminat sorumluluğu vardır.
- Hekimin hemşiresine ve yardımcılarına doğru talimat verme ve denetleme yükümlülüğü bulunmaktadır.

Hemşire Tarafından

- Hemşire; hekimin verdiği talimatları uygulamalıdır. ANCAK; Hemşire Yönetmeliğine göre; tıbbi tanı ve tedavinin hastaya zarar vereceğini öngördüğü durumlarda hekim ile durumu görüşmesi ve hekim işlemin uygulanmasında ısrar ederse durumu kayıt altına alarak hekimin yazılı talebi ile işlemi yapması gerekir. Doz kullanılabilir bir doz ise sorumluluk yüklenemez; ancak fahiş ise sorumluluk yüklenebilecektir.

V. Örnek Vaka;

Gebelik sorgulaması ve testi yapılmadığı için gebelikte kesinlikle kullanılamayan ilaç başlanan hasta sonucunda;

KÜRTAJ

Taksirle Yaralama Suçu 89/3; gebe kadının çocuğunun düşmesine neden olma nedeni ile ceza bir katarttırılır.

Maddive Manevi Tazminat Sorumluluğu

SAĞLIKLI BEBEK

Bebekte ilerleyen dönemlerde de buna bağlı sağlık sorunu çıkmaz ise; cezai sorumluluk olmayacaktır.

Doğuma kadar çekilen üzüntü, kaygı, stres için Manevi Tazminat Sorumluluğu

VIII. Örnek Vakalar;

Hemodiyaliz seansı sırasında sigara içmek istediği için kendini 15 dakikada bir diyalizden çıkarıp tekrar bağlatmaya çalışan kabul edilmeyince kavga çıkaran hasta ile uyarılmasına rağmen 13:30'daki diyaliz seansına her defasında 14:30'da gelen hasta

Hasta Hakları Yönetmeliğinde de düzenlenen *"hastanın işbirliği yükümlülüğü"* bulunmaktadır. Hastanın; başvurduğu kuruluşun kural ve uygulamalarına uygun davranma yükümlülüğü vardır. Bu yükümlülüğe aykırılık nedeni ile kuruma, personele ve hekime sorumluluk yükletilemez. Hastanın kusurlu davranışlarının ispatı amacı ile durumun tutanak ile tespiti önem taşır. Hekimlik Meslek Etiği Kuralları; Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne bağlı olarak; tabip ve diş tabibi mesleki veya şahsi sebeplerle tedaviyi bitirmeden hastasını bırakabilir. Ancak; diğer meslektaşın tedavi veya müdahalesine imkan verecek zamanı önceden hesaplayarak hastayı vaktinde haberdar etmesi şart olduğu gibi; hastanın bırakılması halinde hayatının tehlikeye düşmesi veya sağlığının zarara uğraması muhtemelse; diğer meslektaş temin edilmedikçe terk edilemez.

HİPERTANSİYON TEDAVİSİNDE CİNSİYET AYRIMI VARDIR? YOKTUR

Hipertansiyon tedavisinde cinsiyet ayrımı vardır? yoktur

Dr Rüya Mutluay
Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi Nefroloji Birimi

Kadında HT: Multifaktoryel

Kadınla erkek arasındaki farklar

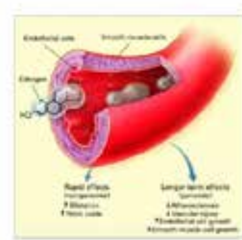
- Kardiyak debi %10 daha fazla
- SVR: %10 daha az
- Sistolik kan basıncı daha yüksek
- Diyastolik kan basıncı daha düşük veya benzer
- Nabız basıncı daha geniş
  - Arteryel yapının daha kısa olması
  - Vasküler rijidite
  - KH yüksek olması
- Koroner perfüzyon daha az
- Kalp hızı daha fazla

Farklar

- Egzersizle kan basıncı artışı erkeğe göre 2/3 oranında daha az
- Kan basıncına barorefleks cevap daha kötü
- Akut stres durumunda ve vazoaktif ilaçlara azalmış kardiyovasküler cevap

Otonomik disfonksiyon

Östrojenin etkileri



- Anjiyotensin tip 1 reseptör ekspresyonu ↓
- ACE aktivitesinde ↓
- Sempatik aktivasyon ↓
- Endotelin sistem ↓
- NO bioavailibitesi ↑
- Tuz rezistansı
- Antioksidan etki

Relaksin

- Potent vazodilatör ve anti-fibrotik bir hormon
- Menstruel siklusta luteal fazda ve gebelik esnasında kadınlarda kan basıncını düşürme konusunda etkin olduğu düşünülen ovarian bir hormon
- Relaksin eksikliğinin kan basıncını arttırıcı etkisi dişilerde belirgin; ancak erkeklerde etkisi belirgin değil (hayvan çalışmalarında)

Menapoz

- Kan basıncında yükselme meydana gelir
- Yaş, VKİ ve eşlik eden risk faktörlerindeki değişiklikler ilişkili !?
- Tüm faktörler dışlandığında menopoz HT riskini yaklaşık x2 artırır
- Menapoza erken girmek ve menapozdan sonra geçen süreKB yüksekliği ile korele

Hypertension 2008; 51:952-959

Hipertansiyon tedavisi

İlaç dışı tedaviler

BMJ RESEARCH

Salt intake, stroke, and cardiovascular disease: meta-analysis of prospective studies

Results There were 13 independent cohort samples from 10 studies, with 177 025 participants (follow-up 3.5-19 years) and over 11 000 vascular events. Higher salt intake was associated with greater risk of stroke (pooled relative risk 1.23, 95% confidence interval 1.06 to 1.43; P=0.007) and cardiovascular disease (1.14, 0.99 to 1.32; P=0.07), with no significant evidence of publication bias. For cardiovascular disease, sensitivity analysis showed that the exclusion of a single study led to a pooled estimate of 1.17 (1.02 to 1.34; P=0.02). The associations observed were greater the larger the difference in sodium intake and the longer the follow-up.

Conclusions High salt intake is associated with significantly increased risk of stroke and total cardiovascular disease. Because of imprecision in measurement of salt intake, these effect sizes are likely to be underestimated. These results support the role of a substantial population reduction in salt intake for the prevention of cardiovascular disease.

A Gender Difference in the Association Between Salt Sensitivity and Family History of Hypertension

Shunichi Kojima, Kazuo Murakami, Genjiro Kimura, Toru Sanai, Kaoru Yoshida, Masahito Imanishi, Hiroshi Abe, Minoru Kawamura, Yuhei Kawano, Teruhiro Ashida, Hiroki Yoshimi, Morio Kuramochi, Teruo Omae, and Keiichi Ito

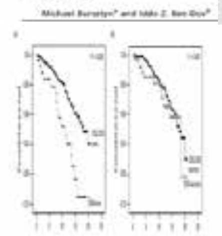
We examined 174 subjects (82 men and 92 women) with essential hypertension to determine whether gender played an important role in the association of blood pressure (BP) familial disposition, and hypertension. To evaluate the salt sensitivity of BP, we measured changes in blood pressure after restricting salt intake from about 15 g/day to less than 5 g/day. The familial disposition to hypertension was categorized into four groups according to the presence or absence of hypertension in the father, mother, and siblings. If none, one, two, or three family members had hypertension, they were assigned the FH(−), FH(+), FH(++), and FH(+++) groups, respectively. Only in women did the FH(−) group show a significantly smaller blood pressure reduction than that of the other groups. The mean BP reduction in the four groups was 4.1 ± 1.9, 8.5 ± 1.1, 10.1 ± 1.5, and 11.2 ± 2.0 mm Hg (mean ± SEM), respectively. This difference in BP reduction was not observed in men. Multiple regression analysis, using percent changes in mean BP as the dependent variable and other factors as independent variables, also showed a significant partial correlation coefficient for familial disposition to hypertension only in women. Thus, the relationship between salt sensitivity and familial disposition to hypertension differed according to gender. This difference may provide an important insight into the hereditary nature of hypertension. Am J Hypertens 1992;5:1–7

KEY WORDS: Essential hypertension, salt sensitivity, sodium, sexual differences, heredity of hypertension.

Original Article

Sex differences in salt-sensitivity risk approximated from ambulatory blood pressure monitoring and mortality

Michael Bursztyn and Iddo Z. Ben-Dov



Journal of Hypertension 2013; 31: 900-905

Effects of Diet and Sodium Intake on Blood Pressure: Subgroup Analysis of the DASH-Sodium Trial

William M. Vollmer, PhD; Frank M. Sacks, MD; Jamy Ard, MD; Lawrence J. Appel, MD; George A. Bray, MD; Denise G. Simons-Morton, MD, PhD; Paul R. Conlin, MD; Laura P. Svetkey, MD; Thomas P. Erlinger, MD; Thomas J. Moore, MD; and Njeri Karanja, PhD, for the DASH-Sodium Trial Collaborative Research Group*

Background: Initial findings from the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH)-Sodium Trial demonstrated that reduction of sodium intake in two different diets decreased blood pressure in participants with and without hypertension.

Objective: To determine effects on blood pressure of reduced sodium intake and the DASH diet in additional subgroups.

Design: Randomized feeding study.

Setting: Four clinical centers and a coordinating center.

Participants: 412 adults with untreated systolic blood pressure of 120 to 160 mm Hg and diastolic blood pressure of 80 to 95 mm Hg.

Intervention: Participants followed the DASH diet or a control (typical U.S.) diet for three consecutive 30-day feeding periods, during which sodium intake (50, 100, and 150 mmol/d at 2100 kcal) varied according to a randomly assigned sequence. Body weight was maintained.

Measurements: Systolic and diastolic blood pressure.

Results: In all subgroups, the DASH diet and reduced sodium intake were each associated with significant decreases in blood pressure; these two factors combined produced the greatest reductions. Among nonhypertensive participants who received the control diet, lower (vs. higher) sodium intake decreased blood pressure by 7.0/3.8 mm Hg in those older than 45 years of age (P < 0.001) and by 3.7/1.5 mm Hg in those 45 years of age or younger (P < 0.05).

Conclusion: The DASH diet plus reduced sodium intake is recommended to control blood pressure in diverse subgroups.

Table 3. Unadjusted Analyses of the Effects of DASH-Sodium Trial Interventions on Diastolic Blood Pressure in Selected Subgroups*

Subgroup	DASH Diet Recipients/Control Diet Recipients	DASH Diet – Control Diet, Higher Sodium Intake	Lower – Higher Sodium Intake, Control Diet	Lower – Higher Sodium Intake, DASH Diet	DASH Diet with Lower Sodium Intake – Control Diet with Higher Sodium Intake
Hypertension status					
Hypertension	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Nonhypertensive	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Ethnicity					
African American	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Non-African American	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Sex					
Female	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Male	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Age					
≤45 y	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
>45 y	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Alcohol Consumption and the Risk of Hypertension in Women and Men

Howard D. Sesso, Nancy R. Cook, Julie E. Buring, JoAnn E. Manson, J. Michael Gaziano

Abstract—Heavy alcohol intake increases the risk of hypertension, but the relationship between light-to-moderate alcohol consumption and incident hypertension remains controversial. We prospectively followed 28 848 women from the Women's Health Study and 13 455 men from the Physicians' Health Study free of baseline hypertension, cardiovascular disease, and cancer. Self-reported lifestyle and clinical risk factors were collected. In women, total alcohol intake was summed from liquor, red wine, white wine, and beer; men reported total alcohol intake from a single combined question. During 10.9 and 21.8 years of follow-up, 8680 women and 6012 men developed hypertension (defined as new physician diagnosis, antihypertensive treatment, reported systolic blood pressure ≥140 mm Hg, or diastolic blood pressure ≥90 mm Hg). In women, we found a J-shaped association between alcohol intake and hypertension in age- and lifestyle-adjusted models. Adding potential intermediates (body mass index, diabetes, and high cholesterol) attenuated the benefits of alcohol in the light-to-moderate range and strengthened the adverse effects of heavy alcohol intake. Beverage-specific relative risks paralleled those for total alcohol intake. In men, alcohol intake was positively and significantly associated with the risk of hypertension and persisted after multivariate adjustment. Models stratified by baseline systolic blood pressure (<120 versus ≥120 mm Hg) or diastolic blood pressure (<75 versus ≥75 mm Hg) did not alter the relative risks in women and men. In conclusion, light-to-moderate alcohol consumption decreased hypertension risk in women and increased risk in men. The threshold above which alcohol became deleterious for hypertension risk emerged at ≥4 drinks per day in women versus a moderate level of ≥1 drink per day in men. (Hypertension. 2008;51:1080-1087.)

Alcohol and hypertension: gender differences in dose–response relationships determined through systematic review and meta-analysis

Benjamin Taylor, Hyacinth M. Irving, Dolly Baliunas, Michael Roerecke, Jayadeep Patra, Satya Mohapatra & Jürgen Rehm

ABSTRACT

Aims To analyze the dose–response relationship between average daily alcohol consumption and the risk of hypertension via systematic review and meta-analysis. Design A computer-assisted search was completed for 10 databases, followed by hand searches of relevant articles. Only studies with longitudinal design, quantitative measurement of alcohol consumption and biological measurement of outcome were included. Dose–response relationships were assessed by determining the best fitting model via first- and second-degree fractional polynomials. Various tests for heterogeneity and publication bias were conducted. Findings A total of 12 cohort studies were identified from the literature from the United States, Japan and Korea. A linear dose–response relationship with a relative risk of 1.57 at 50 g pure alcohol per day and 2.47 at 100 g per day was seen for men. Among women, the meta-analysis indicated a more modest protective effect than reported previously: a significant protective effect was reported for consumption at or below about 5 g per day, after which a linear dose–response relationship was found with a relative risk of 1.81 at 50 g per day and of 2.81 at an average daily consumption of 100 g pure alcohol per day. Among men, Asian populations had higher risks than non-Asian populations. Conclusions The risk for hypertension increases linearly with alcohol consumption, so limiting alcohol intake should be advised for both men and women.

Journal of Integrative Cardiology

Short Communication

Gender differences in cardiovascular disease

✓Sigara kullanımı kadınlarda erkeklere göre daha fazla risk artışına yol açar
✓Sigara kullanan kadınlarda kardiyovasküler olay gelişme riski 3.6 kat; erkeklerde ise 2.4 kat artmıştır

J of Integrative Cardiology 2015;Vol 1: 20-22

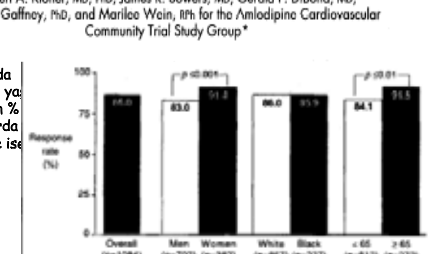
Hipertansiyon tedavisi

İlaç tedavisi

Sex- and Age-Related Antihypertensive Effects of Amlodipine

Robert A. Kloner, MD, PhD, James R. Sowers, MD, Gerald F. DiBona, MD, Michael Gaffney, PhD, and Marilee Wein, RPh for the Amlodipine Cardiovascular Community Trial Study Group*

➤Toplamda (ortalama ya
hastaların %
➤Kadınlarda
erkelerde ise



HİPERTANSİYON TEDAVİSİNDE CİNSİYET AYRIMI VARDIR? YOKTUR

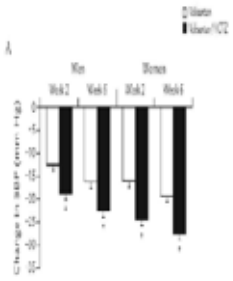
Original Paper

Predictors of Blood Pressure Response to Angiotensin Receptor Blocker/Diuretic Combination Therapy: A Secondary Analysis of the Irbesartan/Hydrochlorothiazide Blood Pressure Reductions in Diverse Patient Populations (INCLUSIVE) Study

Brief Report

Combination Therapy Versus Monotherapy as Initial Treatment for Stage 2 Hyper
Subgroup Analysis of a Com
Randomized, Open-Label Ti

Evre 2 hipertansif
1668 hasta
% 45.3'ü kadın,
% 23.5 siyah
% 13.2 yaşlı,
% 59.1 obez
% 10 diyabet



Outcomes in subgroups of hypertensive patients treated with regimens based on valsartan and amlodipine: an analysis of findings from the VALUE trial

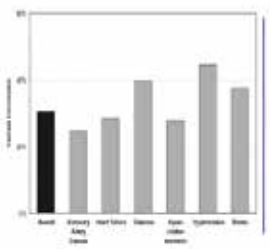
Methods The 15 245 hypertensive patients participating in VALUE were divided into subgroups according to baseline characteristics. Treatment by subgroup interaction analyses were carried out by a Cox proportional hazard model. Within each subgroup, treatment effects were assessed by hazard ratios and 95% confidence intervals.

Results For cardiac mortality and morbidity, the only significant subgroup by treatment interaction was of sex ($P = 0.016$), with the hazard ratio indicating a relative excess of cardiac events with valsartan treatment in women but not in men, but SBP differences in favour of amlodipine were distinctly greater in women. No other subgroup

Randomize kontrollü çalışmalarda kadınların temsili

✓Tüm kardiyovasküler çalışmaların sadece % 24'ünde cinsiyetle ilişkili alt grup analizleri mevcut

Randomize çalışmaların % 44'ünde kadınlar temsil ediliyor.

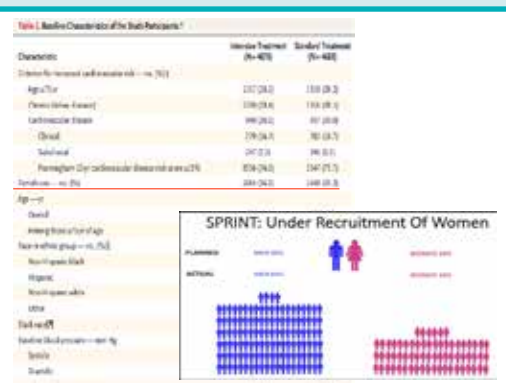


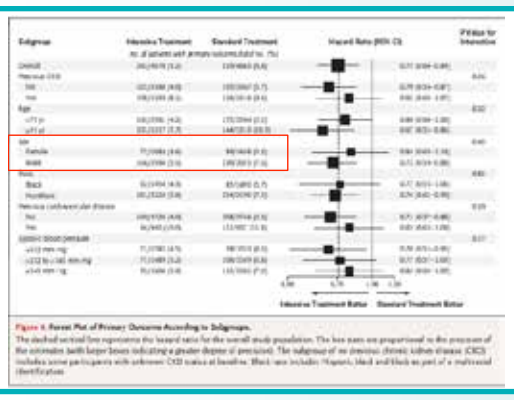
A Randomized Trial of Intensive versus Standard Blood-Pressure Control

The SPRINT Research Group*

- Diyabeti olmayan toplam 9361 vaka takipte intensiv tedavi alan grup ile standart tedavi alan grup karşılaştırılıyor
- İntensiv tedavi alan grubun ortalama SKB 121.4 mm Hg; standart tedavi alan grubun ise 136.2 mm Hg.
- Çalışma 3.26 yılda erken sonlandırılıyor; intensiv gruptaki azalmış tüm nedenlere bağlı ölüm oranları yüzünden

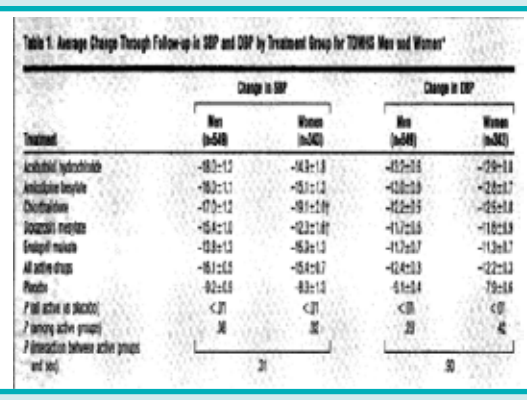
N Engl J Med 2015; 373: 22





Efficacy and Tolerance of Antihypertensive Treatment in Men and Women With Stage 1 Diastolic Hypertension

Results of the Treatment of Mild Hypertension Study



Antihipertansiflerin etki/yan etkileri

- Kadınlarda ACE-inhibitörüne bağlı öksürük oranı yaklaşık 2-3 kat daha fazla
- Özellikle post-menapozal kadınlarda (osteopeni ve osteoporoza karşı) tiazid diüretiklerin kemik kaybı ve kırığına karşı olan olumlu etkileri
- Kadınlarda kalsiyum kanal blokerlerine bağlı ödem daha belirgin

Antihipertansiflerin etki/yan etkileri

- Diüretiklere bağlı hiponatremi kadınlarda daha sık; gut ise erkeklerde daha sık
- Diüretiğe bağlı hipokalemi kadınlarda daha fazla görülmektedir.

Effect of Antihypertensive Drug Treatment on Cardiovascular Outcomes in Women and Men

A Meta-Analysis of Individual Patient Data from Randomized, Controlled Trials

20802 kadın ve 19975 erkeği içeren toplamda 7 çalışmanın meta-analizi yapılıyor (beta bloker ve tiazid diüretik kullanımı)

•Kadınlarda tedavi ile inme ve major kardiyovasküler olay oranında belirgin azalma
•Erkeklerde tüm olaylarda (tüm koroner olaylar, inme, major kardiyovasküler olaylar)
•Tedaviden kazanım cinsiyetler arasında farklılık sergilemiyor

Ann Intern Med 1997; 126: 761

CLINICAL RESEARCH

Do men and women respond differently to blood pressure-lowering treatment? Results of prospectively designed overviews of randomized trials

Fiona Turnbull*, Mark Woodward, Bruce Neal, Federica Barzi, Toshiharu Ninomiya, John Chalmers, Vlado Perkovic, Nicole Li, S MacMahon and the Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration*

Major kardiyovasküler sonlanımlar açısından cinsiyetler arasında farklılık yok.
Kan basıncı düşürücü ilaçların koruyucu etkileri de benzerlik sergiliyor

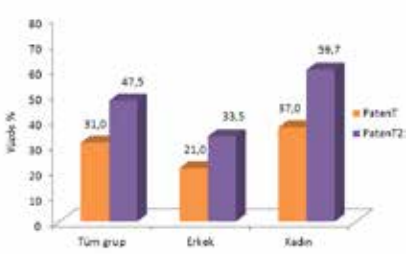
Comparison of Clinical Outcomes Between Genders Following Anti-hypertensive Therapy: A Meta-Analysis

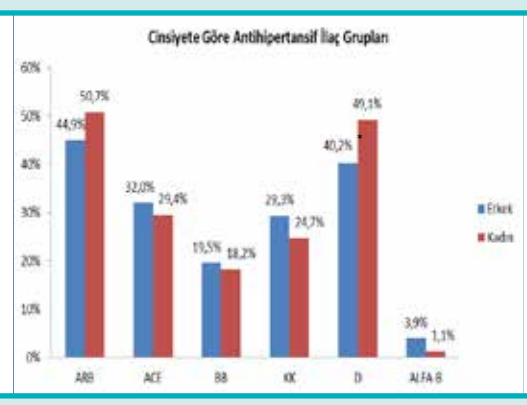
ORIGINAL PAPER — WILEY

Drug treatment of hypertension in Sweden in relation to sex, age, and comorbidity

Fredrik Wallentin MD | Björn Wettermark MSc Pharm, PhD | Thomas Kahan MD, PhD

Antihipertansif İlaç Kullanımı





1 Mayıs - 1 Eylül 2018 tarihleri arasında 20. Ulusal Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Kongresi olmuştur.

9 Mayıs 2018 tarihli Açılış Oturumu'nda Dr. Serpil Müge Değer, Dr. Ülver Derici tarafından Hipertansiyonun Dünü Bugünü ve Yarını hakkında bilgi verilmiştir.

SÖZLÜ BİLDİRİLER I: Renal transplantasyon, Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Hastalarında Kan Manganez Seviyesi ile Beyin MRI Bulgularının İlişkisi, Böbrek Nakil Hastalarının Akciğer Fonksiyonlarında İyileşme: Ön Çalışma, Böbrek Nakli Hastalarında Osteoporoz ve Serum Sklerostin Düzeyleri, Kronik böbrek yetmezlikli veya Böbrek nakilli hastalarda serum sklerostin düzeyi ile karotis intima-media plak ve kalınlığı arasındaki ilişkinin incelenmesi, Böbrek Nakilli Hastalarda Ürik Asit Yüksekliği ve Hiperglisemi Rejeksiyon Gelişimi İçin Risk Faktörleridir: Tek Merkez Deneyimi, Renal Transplantasyon Uygulanan Hastalarda Takrolimus ve Siklosporin ile Gözlenen İlaç Etkileşimlerinin Değerlendirilmesi.

10 Mayıs 2018: KONFERANS: Hipertansiyon Arenası Yeniden Hareketlendi: Neden yeni bir kılavuza ihtiyaç duyuldu?

Yeni kılavuz ile ne kazandık? Türkiye hipertansiyon profili nasıl Etkilendi?

POSTER TARTIŞMASI bölümü iki salonda yapılmıştır. Salon A'da Diyabet ve Hipertansiyon konusu ele alınmış, Türkiye'de diyabet profili, Diyabetik yaşlı hasta: Hedef kan basıncı? Düşürmek her zaman iyi midir?, Diyabetiklerde maskeli hipertansiyon konuları görüşülmüştür.

Salon B'de ise; Sık rastlanan ve Unutulmaması Gereken Bulgu: Albuminuri: Türkiye' de Albuminuri Prevalansı: PAIT Araştırması Sonuçları, Mikroalbuminuri Tedavisi : Nasıl Yapılır? konuları ele alınmıştır.

UYDU SEMPOZYUMU: Dünden Bugüne Hipertansiyon Tedavisi, Yeni Antidiyabetikler Kan Basıncını Etkiler mi?

KONFERANS: DOZ SAVAŞLARI: Dü-şük Doz Salisilat Yüksek Doz Salisilata Karşı

UYDU SEMPOZYUMU: ''Kanaate Karşı Kanıtlar'' Hipertansiyon Tedavisinde Güncellemeler, Hipertansiyon Tedavisinde Cinsiyet Ayrımı Var mıdır? Vardır, Yoktur.

BİTMEYEN SENFONİ: Kemik Mineral Bozuklukları, Hangisi Daha Kötü? Fosfor, Parathormon, Ne zaman, nasıl tedavi edelim?: Olgularla.

SEMPOZYUM: Obez Hipertansif Hastaları Nasıl Tedavi Edelim?, Obezite ve hipertansiyon ilişkisi, Medikal Tedavi: Ne zaman, Nereye Kadar?, Bariatrik cerrahi ve kan basıncı.

PANEL: Nefrolojide Malpraktis: Hekimin hukuki sorumluluğu- vakalarla anlatım.

SÖZLÜ BİLDİRİLER II: Böbrek nakilli hastalarda serum endocan düzeyi hipertansiyon ve böbrek fonksiyonlarının kaybı ile ilişkili midir?, Kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda inflamatuar biyobelirteçlerle birlikte oksidatif stresin ve ilgili enzim polimorfizmlerinin değerlendirilmesi, Böbrek Nakli

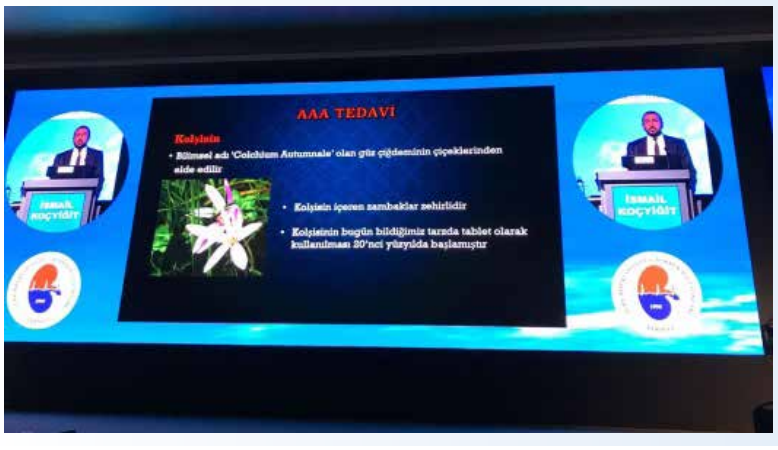
Olan Çocuklarda Fırsatçı Parazit Enfeksiyonları, HCV pozitif Diyaliz Hastalarında Yeni Tedaviler ve Sonuçları, Kocaeli ilinde hemodiyaliz hastalarındaki pnömokok aşılanma farkındalığı, Son Dönem Böbrek Hastalığında Vücut Sıvı Kompozisyonu ile Ekokardiyografik Doku Doppler Ölçümleri Arasındaki İlişki konuları tartışılmıştır.

11 Mayıs 2018: SEMPOZYUM: Nasıl Yapalım? Kan basıncını nasıl ölçelim ve izleyelim?, Ayaktan kan basıncı ölçüm cihazı raporlarını nasıl yorumlayalım?, Dirençli hipertansiyonu nasıl değerlendirelim?, Kronik Böbrek Hastalığında Kardiyovasküler Cerrahi, Cerrahi öncesi hazırlık ve antihipertansif tedavi yönetimi, Post-op Takip: Ne zaman diyalize alalım?, Post- op RRT Seçimi: Hangisi en doğru? Hemodiyaliz, sürekli tedaviler. Kronik Böbrek Hastalığının Yavaşlatılmasında Hangisi Daha Etkili? ACE inhibitörü daha etkili, ARB daha etkili. Diğer salonda ise "Blue Zone", Taş Devri, Tansiyon konusu ele alınmıştır.

UYDU SEMPOZYUMU: Ürik Asit Dost mu Düşman mı?, Hipertansif Hastada Atriyal Fibrilasyon, Her Diyaliz Mutlu Sonla mı Biter?

SEMPOZYUM: Tek Sebep: Üç Farklı Sonuç, Hipertansif böbrek hastalığı, Hipertansif kalp hastalığı, Hipertansif Serebrovasküler olay.

SÖZLÜ BİLDİRİLER III: Böbrek Biyopsisini Kim Yapmalı? Nefrolog mu? Radyolog mu?, IgA nefropatili hastalarda shear wave elastografi yöntemi ile tubuler fibrozis derecesinin belirlenmesi, Büyük soliter basit böbrek kisti serum renalaz ve anjiotensinojen seviyeleri üzerine etkili midir?, Otosomal Dominant Polikistik Böbrek Hastalığı Hastalarında Artmış Toplam Böbrek Hacmi ile Renal ve Kardiyovasküler Olayların İlişkisi, Omega-3 desteğinin diyabetik kronik böbrek hastalarında glisemik kontrol ve böbrek fonksiyonları üzerine etkisinin incelenmesi, Nefroloji Yoğun Bakım Ünitelerinde Hastaneye Yatış Prokalsitonin Düzeyi Mortalitenin Belirleyicisidir, Geriatrik hastalarda glomerüler filtrasyon hızı(GFH) ile kırılganlık arasındaki ilişki, Acil koroner anjiografi uygulanan hastalarda kontrast madde nefropatisi gelişme insidansı ve klinik sonlanım konuları ele alınmış olup tartışılmıştır.



UYDU SEMPOZYUMU: Tuzlu mu, tuzsuz mu? konusu da işlenmiştir.

12 Mayıs 2018: SEMPOZYUM: Gebelik ve Böbrek Kronik böbrek hastası gebe kalmak istiyor, Böbrek nakli hastası gebe kalmak istiyor.

SEMPOZYUM: Renal Transplantasyon Sonrası Sorular ve Çözüm Önerileri, Diyabet, Hipertansiyon, Hiperlipidemi.

KONFERANS: RAS Blokajında Önemli Bir Engel Hiperkalemi ve Tedavisi,

Diyalizde Anemi Tedavisi: Demir İle Eritropoetin Eş Değer mi?

UYDU SEMPOZYUMU: Birlikte Gidilecek Daha Çok Yolumuz Var.

SEMPOZYUM: Tavuk mu ? Yumurta mı? Hiperürisemi, hipertansiyon ve kronik böbrek hastalığı, Hiperürisemi: Eski düşmana yeni tedaviler ve getirdikleri.

SÖZLÜ BİLDİRİLER IV: KBH hastalarında acil koroner anjiografi sonrasında kontrast madde nefropatisi gelişimi ile ilişkili faktörler, Dirençli ailesel akdeniz ateşinde anti IL-1 tedavilerin etkinliği ve güvenliği, Ağır proteinürisi olan veya olmayan hastalarda biyopsi ile kanıtlanmış böbrek hastalıklarının klinikopatolojik özellikleri: Tek merkez deneyimi, Radyokontrast nefrotoksisitesi dexpantenol ile önlenebilir mi?, IgA Nefropatisinde Prognostik Belirteçler: Renal Biyopsi Verilerinin Önemi, Ejeksiyon fraksiyonu korunmuş olan kalp yetmezliği hastalarında serum VEGF ve sVEGFR-1 seviyeleri.

UYDU SEMPOZYUMU: "NOPOTasyum, No Problem- Kronik Böbrek Hastalığında Hiperpotasemi Tedavisi".

KONFERANS: Eski Hastalıklar, Yeni Tedaviler: Glomerulonefritlerde steroid dışı tedaviler, Ailevi akdeniz ateşi hastalığında kolşisin dışı tedaviler. Diğer salonda ise Sözlü Bildiriler takip etmiştir.

SÖZLÜ BİLDİRİLER V: Otozomal Dominant Polikistik Böbrek Hastalığında Süksinat seviyelerinin Rolü, Hipoksi-Teşvik edici Faktör-1 alfa ve IL-1β Genlerinin Ekspresyonu ile olan ilişkisi.

Deneysel sklerozan enkapsüle peritonit modelinde adalimumab tedavisinin etkinliği.

Yaşlı hastalarda dolaşan mikropartiküllerin hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalık belirteçleri ile olan ilişkisi, Yeni tanı hipertansif hastalarda serum endocan düzeylerinin ateroskleroz ve inflamasyonla ilişkisi.

Hipertansif Hastalarda Hedef Organ Tutulumu İçin Elde Edilen Artmış Karotid – Femoral Nabız Dalga Hızı ve Ana Karotid Arter Intima-media Kalınlığının İlişkisi.

Yeni tanı hipertansif hastalarda dipper, non-dipper hipertansiyonun ürik asit düzeyi ve klerensi ile ilişkisi.

Kongrenin 20 Yıllık Hikayesi konusunu Ödül Töreni takip etmiştir.

13 Mayıs 2018'de ise 20. KONGREDEN AKILDA KALANLAR (İNTERAKTİF OTURUM), AKILCI İLAÇ OTURUMU: Nefrolojide Akılcı İlaç Kullanımı oturumları yapılmıştır.

KONGRE GAZETELERİ

35. Ulusal Nefroloji Hipertansiyon, Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi, 3-7 Ekim 2018, Antalya, Kongre İçinde Düzenlenecek Kurslar:

- Olgularla Güncel Nefroloji Kursu,
- İleri Kardiyak Yaşam Desteği Kursu,
- Hemodiyaliz Okulu,
- İleri Evre ve Diyalize Giren Kronik Böbrek Hastalarında Diyabet Yönetimi Kursu.

Türk Nefroloji Derneğimizin olağanüstü çalışmalarını kutlamaktan büyük onur duyuyoruz.

Renaliz

1 Eylül 2018'den Sonra Yapılacak Kongre ve Toplantılar

1. 27th Scientific Meeting of the International Society of Hypertension, October 10-15, 2018, Beijing – China.
2. 18th International Conference on Nephrology and Therapeutics, October 22-23, 2018, Osaka- Japan. 8. American Society of Nephrology Kidney Week 2018, October 23-28, 2018, San Diego, CA, USA.
3. 35. Ulusal Nefroloji Hipertansiyon, Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi, 3-7 Ekim 2018, Antalya.
4. Türkiye Organ Nakli Kuruluşları Koordinasyon Derneği XII. Kongresi, Transplantasyon '18, 18-21 Ekim 2018 / Trabzon
5. 1st International Transplant Network kongresi 17-21 Ekim 2018 tarihleri arasında Rixos Sungate Otel, Kemer, Antalya'da gerçekleştirilecektir.
6. Türk Nefroloji Derneği Transplantasyon Yoğun Eğitim Programı, 19-23 Kasım 2018, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi • Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi • İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi • Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi , İbni Sina Hastanesi.
7. 18th IFKF Meeting and 1st Biennial Meeting, 10-12 December 2018, Hotel Savera, Chennai, India.

ANADOLU BÖBREK VAKFI

Erzurum (1980 - 1985)

Ankara (1995 - 2018)

Atatürk Üniversitesi Kronik Böbrek Hastalıkları Tedavi Vakfı

A.Ü.T.F. Doku Tiplendirme Laboratuvar Açılışı

Prof. Dr. Ayla San'ın Yapmış Olduğu Çalışmalar Tarafından Üniversite Tarafından Teşekkür İçin Düzenlenen Tören

Anadolu Böbrek Vakfı, 16 Temmuz 2001 tarihinde; Diyaliz merkezi, doku tiplendirme laboratuvarı, böbrek hastalıkları ve hipertansiyon polikliniğinden oluşan mal varlığını yapılan bir törenle Atatürk Üniversitesi'ne bağışlamıştır. Ayrıca diyaliz merkezinin Prof. Dr. Ayla SAN tarafından kurulduğunu ve Anadolu Böbrek Vakfı'nın yaptığı bağışı gösteren bir levha asılmıştır.

Anadolu Böbrek Vakfı Sağlık, Eğitim, Araştırma Merkezi

Prof. Dr. Alp İkizler, "Vanderbilt Üniversitesi Nefroloji ve Hipertansiyon Departmanı" Başkanı Oldu

Türk Nefroloji Derneği üyesi meslektaşımız Prof. Dr. T.Alp İkizler, Vanderbilt Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji ve Hipertansiyon Bölümü Başkanı oluyor.

Uzun süredir Vanderbilt Üniversitesinde çalışan ve dünya çapında tanınan dernek üyemiz Dr. İkizler, 1 Temmuz 2018 tarihinden itibaren bu göreve başladı.

Konuyla ilgili haberi okumak için:

http://news.vumc.org/2018/06/28/ikizler-to-succeed-harris-as-nephrology-and-hypertension-director/

Dr. İkizler'i kutluyor, çalışmalarında başarılar diliyoruz.

Prof. Alp İKİZLER

Vanderbilt University, Medical Center Catherine McLaughlin-HakimChair in VascularBiology Nashville, TN, ABD
alp.ikizler@vanderbilt.edu

Araştırma Alanları: Akut ve Kronik Böbrek rahatsızlıkları Beslenme bozuklukları Metabolizma

Prof. Dr. Alp İKİZLER'in Kısa Hayat Hikayesi

Prof. Alp İkizler, 1987 İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi mezunu olup İç hastalıkları uzmanlığını 1993 yılında Şişli Etfal Hastanesi'nden, Böbrek hastalıkları (Nefroloji) uzmanlığını 1996 yılında Vanderbilt Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden almıştır.

1996 yılından beri Vanderbilt Üniversitesinde öğretim üyesi olarak çalışmakta olan Prof. İkizler, şu anda İç Hastalıkları Profesörü olup aynı zamanda CatherineMcLaughlinHakim kürsüsü sahibidir.

T. Alp Ikizler şu anda Nashville, Tennessee Vanderbilt Üniversitesi Tıp Fakültesi Vasküler Biyoloji ve Tıp Profesörü Catherine McLaughlin Hakim Başkanıdır.

Nefroloji Bölümü Direktör Yardımcısıdır ve aynı zamanda Vanderbilt Üniversitesi Klinik Tercüme Araştırmaları için en önemli eğitim platformları olan Klinik Araştırma Programında Yüksek Lisans derecesini yönetmektedir. Uluslararası Renal Beslenme ve Metabolizma Derneği Başkanıdır.

İkizler Tıp Fakültesini İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden, stajını ve iç hastalıkları uzmanlığını tamamladıktan sonra aldı. Araştırma grubu, böbrek hastalığı olan hastalarda ciddi klinik sonuçlara yol açan faktörleri araştırmayı amaçlamakta olup, bu nüfus ciddi bir şekilde hastaneye yatma ve ölüm riskini artırmaktadır.

İkizler Laboratuarının birincil araştırma ilgisi, enflamasyon ve oksidatif strese özel bir ilgi ile böbrek hastalığının beslenme ve metabolik yönleridir. Grubu ayrıca, antioksidan ve antiinflamatuar tedavilerin, KBH hastalarında oksidatif stres, inflamasyon ve endotele bağlı vasküler fonksiyon üzerindeki etkilerini test eden çalışmalar yürütmektedir.

Akut böbrek hasarı (AKI) da birincil araştırma ilgi alanlarından biridir. İkizler'in ilk çalışmaları, AKI hastalarındaki diyaliz tedavisinin miktarını araştırdı. Son 10 yılda, Vanderbilt Üniversitesi Tıp Merkezi, Dr. İkizler'ın yerel liderliğinde AKI hastalarında yapılan geniş klinik çalışmaların bir parçası olmuştur. Bu çalışmalardan biri (PICARD) 5 kurumda gerçekleştirildi ve YBÜ'de yerleşmiş AKI ile birlikte 618 kişiyi içeriyordu, 398 böbrek replasman tedavisi gerektiriyordu ve benzer hasta kohortlarının en kapsamlı fenotipini içeriyordu.

VALID çalışmasının kullanılabilirliği sayesinde, ICU ayarlarında biyolojik belirteç onaylama konusundaki ilgilerini artırdılar. Dr. İkizler araştırma grubu, AKI'lı hastalara sağlık hizmeti sunumunu geliştirmek için elektronik tıbbi kayıt tabanlı risk sınıflandırma modelleri ve AKI önleme stratejileri geliştirmek için VUMC Biyomedikal Bilişim fakültesi ile işbirliği yapmaktadır. Bu aktiviteler, başlangıçtan beri ASSESS-AKI'ya klinik bir alan olarak katılmalarını sağlamıştır.

Uluslararası hakemli dergilerde yayınlanmış 243 yayını bulunmaktadır. Birçok kitap bölümüne de katkısı vardır.

Öne Çıkan Yayınları:

1. Impaired Glucose and Insulin Homeostasis in Moderate-Severe CKD.

de Boer IH, Zelnick L, Afkarian M, Ayers E, Curtin L, Himmelfarb J, Ikizler TA, Kahn SE, Kestenbaum B, Utzschneider K (2016) J Am Soc Nephrol 27(9): 2861-71

2. A prospective, Multi-Centre, observational study to examine kidney disease progression in adults with chronic kidney disease - CKDOD - Study design and preliminary results.

Shah B, Kirpalani A, Sunder S, Gupta A, Khanna U, Chafekar D, Tan LP, Sirivongs D, Pahari D, Nath G, İkizler TA (2015) BMC Nephrol 16(): 215 Citation · 26696239 (PubMed) PMC4687357 (PubMed Central)

3. Coenzyme Q10 dose-escalation study in hemodialysis patients: safety, tolerability, and effect on oxidative stress.

Yeung CK, Billings FT, Claessens AJ, Roshanravan B, Linke L, Sundell MB, Ahmad S, Shao B, Shen DD, Ikizler TWWA, Himmelfarb J (2015) BMC Nephrol 16(): 183. Citation · 26531095 (PubMed) PMC4630830 (PubMed Central)

Kaynaklar:

http://www.tubitak.gov.tr/tubitak_content_files//ytbik/BiyografiKitapcigiPart-3.pdf

http://www.vckd.org/vckd-members/t-alp-ikizler