



Sağlık, Eğitim, Araştırma
Merkezi

FIYATI: 15 TL

Anadolu Böbrek Vakfı Yayın Organı

Renaliz

58

ISSN 1305 - 8011

Yıl: 17, Sayı: 58, 1 Mayıs - 1 Eylül 2016

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

GÜZEL ÜLKEMİZE GEÇMİŞ OLSUN

53rd CONGRESS
ERA-EDTA
VIENNA MAY 21-24, 2016
AUSTRIA



Kongre, 21 Mayıs 2016'da CME kursları ile başlamış, 09.00-17.30'a kadar çeşitli salonlarda, bütün gün devam etmiştir. CME kurslarında; Glomerüler Hastalıkların Tanı ve Tedavisinde Yenilikler, Böbrek Transplantasyonunda Pratik Konular, Diyabet, Obezite ve Renal Hastalıklar, Yaşlı Kronik Böbrek Yetmezlikli Hastaların Beslenme Durumları, Felaketler ve Nefrologlar, Günümüzde Transplant İmmünolojisi-ndeki Güncellemeler, Dirençli Hipertansiyon Tedavisinde Farmakoloji Dışı Görüşler gibi önemli konulara yer verilmiştir. 18.00'da Açılış töreni ile bilimsel program başlatılmıştır.

Kongre Kayıtları: Afrika (%1), Asya (%19), Orta ve Güney Amerika (%4), Avrupa (%59), Orta-doğu (%5), Kuzey Amerika (%6), Okyanusya (%2).

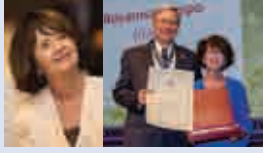
Toplantıya 8000 kişi katılmıştır. En Fazla Bildiri Özeti Kabul Edilen İlk 10 Ülke: 1-Japonya (221), 2-İspanya (183), 3-İtalya (155), 4-Kore (137), 5-İngiltere (126), 6-Türkiye (118), 7- Almanya (108), 8- Polonya (87), 9- Rusya Federasyonu (80), 10-Portekiz'di (79).



Bunun yanında Amerikan Nefroloji Derneği (ASN), Avrupa Renal-Avrupa Diyaliz ve Transplantasyon Birliği (ERA-EDTA), Uluslararası Nefroloji Derneği

(ISN) işbirliği kararı almışlardır. Konuşmanın ardından ödül törenine geçilmiştir.

ERA-EDTA 2016 ÖDÜLLERİ



Prof. Dr. Rosanna Coppo (İtalya)

2003-2009 yılları arasında Sürekli Tıp Eğitimi (CME) programının sorumlusuydu. ERA-EDTA'nın sürekli eğitim programlarının temel taşlarındandı.

Prof. Dr. Rosanna Coppo (İtalya) Nefroloji eğitimine sağladığı üstün katkılarından dolayı ödül aldı.



Prof. Dr. Pierre Ronco (Fransa)

Prof. Dr. Pierre Ronco, Nefroloji'nin temel bilimlerinde klinik ve patofizyolojik alanlarda ve böbreğin immünolojik hastalıklarının tedavisinde üstün katkılarından dolayı 2016 ERA-EDTA ödülüne layık görülmüştür.

Bunun yanında Nefroloji derneklerinde çok aktif rol oynamıştır. Glasgow'da yapılan ERA-EDTA Kongresi'nin ve ISN'nin Cape Town'da düzenlenen Dünya Nefroloji Kongresi'nin bilimsel komite başkanıydı.

Prof. Dr. Christoph Wanner (Almanya)

CKD ve Tip 2 diyabetlilerin tedavisinde, CKD ve diyalizin erken ve geç dönemlerinde yeni gelişmeler getirdi.



Prof. Dr. Christoph Wanner (Almanya), Nefroloji'ye gösterdiği üstün klinik katkılarından dolayı ödüle layık görüldü.

2000-2006 yılları arasında EBPÇ Çalışma Grubu (Avrupa En İyi Uygulama Kılavuzları) üyesi olarak hizmet etti ve hemodiyaliz Bölüm I ve II kılavuzları-

nın hazırlanmasında yardımcı oldu. Günümüze kadar ERBP yönetim kurulu üyesi olarak çalıştı. Profesör Wanner küresel kılavuzların (KDIGO) hazırlanmasında rol aldı.

Bunun yanında her sene yapılan kongrelerin bilimsel programlarında rol oynamıştır.

Prof. Dr. Raymond Vanholder (Belçika)

ERA-EDTA'ya sağladığı üstün katkılarından dolayı Prof. Dr. Raymond Vanholder (Belçika) ödüle layık görüldü.

1985 yılından bu yana ERA-EDTA Kongreleri'nde devamlı konuşmacı ve başkan olarak yer alıp, CME kurslarının önemli rolleri vardır. 2011'den 2014 yılına kadar ERA-EDTA başkanıydı.

Dr. Emilie Cornec-Le Gall (Fransa)

Genç Araştırmacılar için ERA-EDTA Stanley Shaldon Ödülü'nü Dr. Emilie Cornec-Le Gall (Fransa) kazandı.

2013'te Dr. Le Gall, PKD1 ve PKD2 mutasyonu negatif taşıyıcılarının klinik ve moleküler genetikteki yönlerini açıklayan GeneQuest çalışmasına başladı. Bu çalışma ulusal bir halk programı (PHRC bölgeler arası 2013) tarafından finanse edildi ve Fransız Böbrek Vakfı (Fransız genç araştırmacı ödülü 2014) büyük ödülüne layık görüldü.

James Douglas Briggs (İngiltere)

ERA-EDTA Onur Ödülü'nü ise İngiltere'den Prof. Dr. James Douglas Briggs kazanmıştır.

Devamı 8 nci sayfada

Hoşem

Ülkemiz 15 Temmuz'da Beklemediğimiz Olaylara Sahne Olmuş ve Zor Günler Geçirmiştir ve Hala Etkileri Sürmektedir...



Prof. Dr. Ayla SAN

Anadolu Böbrek Vakfı Bşk.

Bu zor günlerde üzerimize düşen vazife; önümüze bakıp, daha hızlı, daha verimli çalışmalar çıkartmamızdır. Ancak birlik ve beraberlik çalışmaları ile bu sıkıntılı günleri hep birlikte aşabiliriz.

Doğu Anadolu'da Nefroloji'yi kurmak üzere çağrıldığımda koşarak gitmiştim, ama bu hiç de kolay olmadı. Her şeye rağmen bu görevi yerine getirmek zorundaydım. İlk çalışmalarımı gerçekleştirdiğim halde, gerisi gelmiyordu, vakıf kurmak zorunda kalmıştım. Tüm gücümü vererek Nefroloji'yi kurma girişimlerinde bulunuyordum. Ama hatırlaması bile şu anda üzücü olaylar ile devamlı karşılaşıyordum. Bugüne benzer olaylar o zaman da aynı şekilde devam ediyordu. Buna rağmen, ne mutlu bana ki, bu görevimi yerine getirdim.

Nefroloji; birlik ve beraberliği iyi olan kurumlardan birisidir. Bu birlikteliği daha da kuvvetlendirecek çatıyı oluşturmamız gerekmektedir.

Bütün çabalara rağmen, kayıplarımızın yerini dolduramaz mümkün değildir. Şunu görüyoruz ki; hep ileriye, güzelliğe ve çalışmaya yönelik hızımızı artırmamız gerektiği her zamankinden fazla hissedilmektedir. Kendimizi her yönden geliştirmemiz, kimseye

muhtaç olmamız gerekmektedir. Bizim amacımız Türk Nefrolojisi'ni dünyada belli bir yere getirmektir. Bunu bir amaç, vazife edinmemiz ve dünyaya Türk Nefroloji çalışmalarını kabul ettirmemiz önemlidir.

Bu olayları atlattığımız damarlarımızdaki asil kana bağlıdır. Onun için birlik ve beraberliğimizi koruyacak, doğruyu, yanlış görebilecek noktalara dikkatle bakarak özleştiriyoruz. Biz onun evlatlarıyız. Bu durumu atlatacağımıza da inanıyorum.

Hepimiz ulu önderimiz Mustafa Kemal Atatürk'ün de ülkemizi kurtarılan ve cumhuriyeti kurarken çok büyük zorluklar ile karşılaştığını biliyoruz. Biz onun evlatlarıyız. Bu durumu atlatacağımıza da inanıyorum.

NE MUTLU TÜRKÜM DİYENE!

Beni Türk Hekimlerine Emanet Ediniz.

**10 Mayıs'ın Polikistik Böbrek Hastalığı Günü Olarak Belirlenmesi Çok Güzel Bir Olay**

Otozomal dominant polikistik böbrek hastalığı (ODPBH), kronik böbrek yetersizliğinin dördüncü sıklıktaki nedenidir. Bu hastalığın ilerlemesini önleyici veya yavaşlatıcı tedavilerin bulunabilmesi için tüm dünyada yoğun bir şekilde çalışılmaktadır. Bu çalışmaların sonucunda hastalarımıza umutlandıracak önemli bir gelişme olmuştur. Otozomal dominant polikistik böbrek hastalığı olan hastalarda, bir vazopressin reseptör antagonisti olan tolvaptan tedavisinin kistlerin büyüme hızını ve böbrek yetersizliğinin ilerlemesini yavaşlatabileceği gösterilmiştir. Bu hastalığın tedavisinde önemli bir dönüm noktası olan bu ilaçla ilgili çalışmalar sürmektedir.

Otozomal dominant polikistik böbrek hastalığı ile ilgili farkındalığın artması ve daha çok sayıda hastanın erken teşhis edilip, iyi bir şekilde takip edilebilmesi için, Avrupa ODPBH Forumu (European ADPKD Forum) adı altında multidisipliner bir uzmanlar grubu kurulmuştur. Bu grup, ODPBH ilgili bir rapor ve bir deklarasyonu hazırlamıştır. Bu deklarasyon 29 Ocak 2015 tarihinde Brüksel'de Avrupa Parlamentosu'na sunulmuştur.

Türk Nefroloji Derneği (TND) Kistik Böbrek Hastalıkları Çalışma Grubu da, ODPBH olan hastaların daha iyi takip ve tedavi edilebilmelerini sağlamak için bir



proje başlatmıştır. Bu projenin ilk adımı olarak Avrupa ODPBH Formu'nun hazırlanmış olduğu rapor ve deklarasyon Türkçeye tercüme edilmiştir. Bu dokümanlar tüm sağlık çalışanlarına ve sağlık politikası düzenleyicilerine dağıtmaya başlanmıştır. Ayrıca otozomal dominant polikistik böbrek hastalığı olan hastaların sorunlarına daha iyi ve daha köklü çözümler bulmak amacı ile "Polikistik Böbrek Hastaları Derneği" kurulmuştur. Bu derneğin başkanı da bir polikistik böbrek hastası olan Arzu Çiftçi Kurçenli'dir.

Otozomal dominant polikistik böbrek hastalığı ile ilgili farkındalığın artması için 10 Mayıs günü ülkemizde "Polikistik Böbrek Hastalığı Günü" olarak ilan edilmiştir. Tüm bu aktiviteler 10 Mayıs 2016 tarihinde yapılan bir basın toplantısında basın aracılığı ile halka duyurulmuştur.

Prof. Dr. Tefik Ecder
TND Kistik Böbrek Hastalıkları Çalışma Grubu Başkanı
Avrupa ODPBH Forumu Üyesi

Polikistik Böbrek Hastalıkları Çalışma Grubu'nu yaptıkları aktivitelerden ve Polikistik Böbrek Hastalıkları Derneği kurma girişimlerinden dolayı içtenlikle kutluyoruz. Renaliz

Anadolu Böbrek Vakfı "Dostlarla Kahvaltı Keyfi" Etkinliği

Anadolu Böbrek Vakfı olarak 19 Mayıs 2016 tarihinde Ankara Atılı Spor Kulübü'nde "Dostlarla Kahvaltı Keyfi" isimli bir etkinlik düzenledik. Yaklaşık 80 kişinin katıldığı etkinliğimiz oldukça başarılı geçmiştir. Marşlar ve müzikler etkinliğimize renk katmıştır.

Etkinliğimize katılan herkese Anadolu Böbrek Vakfı'na gösterdikleri ilgi ve destekten dolayı teşekkür ederiz. Renaliz



Düzen, eğitim, bilimsel araştırma, ekip ruhu. Doç. Dr. Nejat Aksu hocamızın yaşamı boyunca savunduğu ilkelerdi. Bu ilkeleri ölümsüz kılmak adına; 27 Mayıs 2016 tarihinde Nejat Aksu Hocamızın ismini sürekli yaşatacak bir etkinliğe imza atılmıştır. İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi konferans salonunun ismi "Dr. Nejat Aksu Konferans Salonu" olarak değişti. Bu törenin hemen ardından "Doç. Dr. Nejat Aksu Pediatri Sempozyumunu" gerçekleştirilmiştir.

27.05.2016'da İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dr. Nejat Aksu Konferans Salonu'nda düzenlenen etkinliğin bilimsel programı şu şekilde olmuştur: Makroskopik Hematüri Saptanan Çocuğa Yaklaşım, Rastlantı Eseri Proteinüri Saptanan Çocuğa Yaklaşım, 0-2 Yaş Ateşli İYE Geçiren Çocuğa Yaklaşım, Çocuk Diyaliz Oturumu (Hemşire Yaklaşımları), Ev Hemodiyalizi ve Çocuk, Çocuk Acil Oturumu: Pediatrik İleri Yaşam Desteği Rehberi, Kafa Travmalı Çocuğa Yaklaşım, Tartışma, Çocuk Yoğun Bakım Oturumu: Sepsisli Çocuğa Yaklaşım, Bilinci Kapalı Çocuğa Yaklaşım, Zor Hava Yolu Olan Çocuğa Yaklaşım.

İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Nefroloji Bilim Dalı'nı hastanenin konferans salonuna hocalarının ismini vermelerinden ve Nefroloji'ye katkılarından dolayı kutluyoruz. Renaliz

Çocuk Nefroloji Derneği'nin Yeni Yönetim Ve Denetim Kurulu Üyeleri Seçildi

5 Haziran 2016 tarihinde yapılan ÇND Olağan Genel Kurulu sonrasında yeni Yönetim Kurulu aşağıdaki şekilde oluşturulmuştur:

Çocuk Nefroloji Derneği Yönetim Kurulu: Başkan: Dr. Ruhan Düşünsel, Başkan Yardımcısı: Dr. Sevcan A. Bakkaloğlu Ezgü, Genel Sekreter: Dr. Önder Yavaşcan, Sayman: Dr. Osman Dönmez, Üyeler: Dr. Ali Anarat, Dr. Harika Alpay, Dr. İlmay Bilge.

Çocuk Nefroloji Derneği'nin yeni yönetim kurulu üyelerinin hayırlı olmasını dileriz. Renaliz

Nefroloji Yeterlilik Sınavı

Türk Nefroloji Yeterlilik Kurulu'ndan Prof. Dr. Kenan Ateş'ten aldığımız bilgiye göre; 9. Nefroloji Yeterlilik Sınavı 20 Ekim 2016 tarihinde Antalya'da yapılacaktır. Nefroloji uzmanları ile uzmanlık eğitim süresinin 2.5 yılını tamamlamış olan Nefroloji yan dal uzmanlık öğrencilerinin katılabileceği sınav "çoktan seçmeli test" şeklinde uygulanacaktır. Başvurular 16 Ekim 2016 tarihine kadar yapılabilir. Başvuru için ayrıntılar Türk Nefroloji Derneği'nin web sayfasında (www.tsn.org.tr) yer almaktadır.

TND Yetkilileri her sene titizlikle Nefroloji Yeterlilik Sınavı yapmaktadır. Kendilerini kutluyoruz. Renaliz

Renaliz

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

Yayının Adı	: Renaliz Gazetesi
Yayının Türü	: Yerel, Süreli Yayın
Yayın Şekli	: 3 Aylık, Türkçe Baskı Tarihi: .. 1 Eylül 2016
Sorumlu Yazı İşleri Müdürü	: Mutlu GÜRLER
Düzeltilen	: Sibel ÖZKAN
Yayın İdare Merkezimiz	: Emek 29. Sok. (Eski 57. Sok.) Köşe Apt. 9/1 06510 - ANKARA
Telefon	: 0312 213 98 80 - 212 52 09
Faks	: 0312 213 79 02
e-mail	: aylasan@anadolubv.org.tr, ayla.san@hotmail.com www.anadolubv.org.tr
Web Sitesi Güncelleştirme	: Adnan ŞENEL

Tasarım	: Hangar Marka İletişim Reklam Hizmetleri Yay. Ltd. 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. Sti. Kazım Karabekir Cad. Ali Kabakçı İşhanı No: 85/2 İskitler / ANKARA
Telefon	: 0 312 384 31 20 (pbx)
Faks	: 0 312 384 31 19 www.oncubasimevi.com

Gazetemiz Basın İlkelerine Uymayı TAAHHÜT EDER.



Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden Değerli Sınıf Arkadaşım, Sizinle Her Zaman Gurur Duyuyoruz...

Türk Nefroloji Topluluğu için yapmış olduğunuz emekler de çok büyük. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Nefroloji Bilim Dalı'nı kurmak üzere Doğu'ya tek başıma gittiğimde, beni her zaman ulusal ve uluslararası kongrelere davet ederek, yalnız bırakmadınız ve bu gibi Nefroloji kongrelerine ilk katılan bilim insanlarının arasına girmeme vesile oldunuz. Çeşitli zorluklarla kurduğum diyaliz merkezimize iki diyaliz makinesi hediye ettiniz ve açılışımıza teşrif ettiniz. Şahsım, vakfım ve ülkem adına yapmış olduğunuz hizmetleriniz için sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Prof. Dr. Ayla SAN



teşekkürlerimi bildiriyorum."

3 Kasım 1975'te Türkiye'de ilk kez canlı vericiden böbrek naklini, 1978'de de ilk kez kadavradan böbrek naklini gerçekleştirerek tarihe adını yazdıran Prof. Dr. Mehmet Haberal, 2000 yılında da Dünya Organ Nakli Derneği'nin Roma'daki kongresinde Türkiye ve dünyada organ naklinin gelişimine yaptığı katkılardan dolayı ilk kez Türk ve Müslüman bir bilim adamı olarak "Milenyum Madalyası" aldı...

2006 yılında Kuveyt'teki Orta Doğu Organ Nakli Derneği'nin 10. Bilimsel Kongresi'nde de bu başarı öyküsü doruğa çıktı, Prof. Dr. Mehmet Haberal'a dernekten "Ömür Boyu Başarı" ödülü takdim edildi.

Amerikan Cerrahlar Koleji tarafından 97 yıllık tarihinde ilk kez bir Türk cerrahı olarak "Şeref Üyeliği" ünvanını alan Prof. Dr. Haberal, kurucusu olduğu Ortadoğu Organ Nakli Derneği'nin de başkanlığını yürütmektedir.

22 Ağustos 2016 tarihinde Prof. Dr. Mehmet Haberal, 105 ülkeden 6700 organ nakli uzmanı üyenin internet aracılığıyla oy kullanarak katıldığı seçim sonunda, Dünya Organ Nakli Derneği Başkanı seçilmiştir. Görevi 2018 yılında İspanya'nın başkenti Madrid'de yapılacak törenle devralacaktır.

Kendisi, dünyanın en büyük ve en saygın organ nakli derneğindeki yeni görevine 2016-2018 döneminde "Seçilmiş Başkan" olarak başlayacak, görevini 2018-2020 döneminde Dünya Organ Nakli Derneği Başkanı kimliğiyle sürdürecektir. Sayın Haberal'ın yeni başkan seçildiği haberi, derneğin tamamına yakın üyelerinin katılımlarıyla Hong- Kong'da yapılan ve kuruluşun 50. yıldönümünün de kutlandığı 26. Dünya Organ Nakli Genel Bilimsel Kongresi'nde açıklanmıştır.

Bu saygın kuruluşunun başkanı seçilmesinden sonra yaptığı konuşmasında Prof. Haberal, önce Atatürk'e, sonra meslektaşlarına şükranlarını bildirmiştir: *"Konusunda, dünyanın en büyük ve en saygın kuruluşu olan yarım yüzyıllık Dünya Organ Nakli Derneği'ne başkan seçilebilmemi başta, ülkem kurucusu ve milletimin çağdaş bilgilerle yetişmesini sağlayan Mustafa Kemal Atatürk'e borçluyum. Bu nedenle önce, Atatürk'e minnet ve şükran duygularımı bildiriyorum. Ayrıca, benim için gurur verici kararlarıyla, dünyanın bu uzak köşesinden bana, özellikle büyük özlemimi duyduğumuz bugünlerde milletime güzel bir haber göndermek olanağı sağlayan dünyadaki tüm meslektaşlarıma sonsuz*



Ülkemizin bu sıkıntılı günlerinde bu gurur verici haber bizi çok sevindirdi.

Türk Nefroloji Tarihi'ni ilk böbrek nakli ile başladığınız ve devam ettiğiniz eşsiz çalışmalarınız ile süslediğiniz için, Nefroloji adına teşekkürlerimizi sunuyoruz. Renaliz

Yeni Çalışmalar Hipertansiyon Kılavuzlarında Tedavi Hedeflerini Değiştirecek mi ?



Prof. Dr. Bülent ALTUN
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
İç Hastalıkları Anabilim Dalı
Nefroloji Bilim Dalı

TURK Hipertansiyon KILAVUZ RAPORU

Tedavi Eşik ve Hedef Değerleri

Grup	Eşik KB	Hedef KB
Genel Popülasyon	<140/90 mmHg	<140/90 mmHg
Yaşlılar > 65 yaş ≥ 80 yaş	<140/90 mmHg ≥ 160 mmHg	<140/90 mmHg 140-150 mmHg
Dişabet	<140/90 mmHg	SKB: 130-139 mmHg DKB: 80-89 mmHg
Koroner Arter Hastalığı	<140/90 mmHg	SKB: 130-139 mmHg DKB: 80-89 mmHg
Kronik Böbrek Hastalığı Albuminüri (≥ 30 mg/gün)	<140/90 mmHg	<140/90 mmHg + 130/80 mmHg

ti-center clinical trial
trol of systolic blood pressure: revention Trial (SPRINT)

blood pressure management essay

Intensive treatment (target systolic blood pressure <120 mmHg) compared with standard treatment (target systolic blood pressure <140 mmHg) in patients with hypertension. The intensive treatment group had a significantly lower risk of death from cardiovascular causes and a lower risk of death from any cause compared with the standard treatment group. The intensive treatment group also had a higher risk of adverse effects, such as heart failure and the risk of death from a stroke.

Systolic Blood Pressure Intervention Trial (SPRINT)

Study Objectives

1. Establish the optimal systolic blood pressure (SBP) target for patients with hypertension.
2. Compare intensive treatment (target SBP <120 mmHg) with standard treatment (target SBP <140 mmHg) in patients with hypertension.
3. Assess the impact of intensive treatment on cardiovascular morbidity and mortality, and on the risk of death from any cause.
4. Assess the impact of intensive treatment on the risk of adverse effects, such as heart failure and the risk of death from a stroke.

Clinical Trials 2014, Vol. 1(1): 532-544

Systolic Blood Pressure Intervention Trial (SPRINT)

SKB 130-180 mmHg

Yap50 + Subklinik Organ Hasarı

Yap50 + Kardiyovasküler Hastalık (İnme hariç)

Yap30 + Framingham Kardiyovasküler Hastalık Risk Skoru >%15

Yap50 + Kronik Böbrek Hastalığı tGFH 20-59 ml/dk/1.73 m²

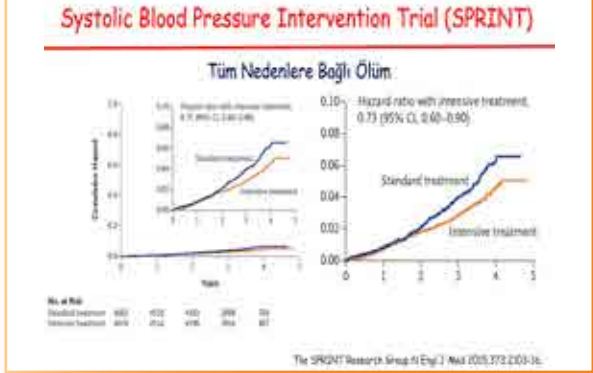
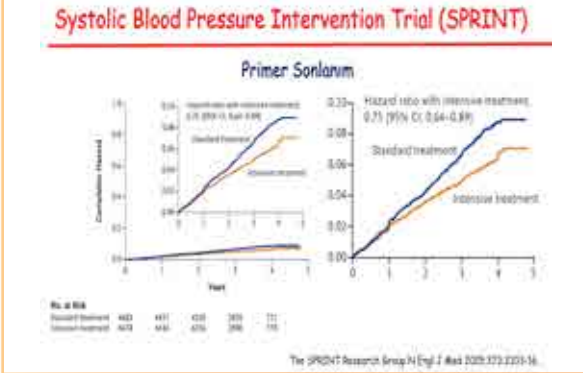
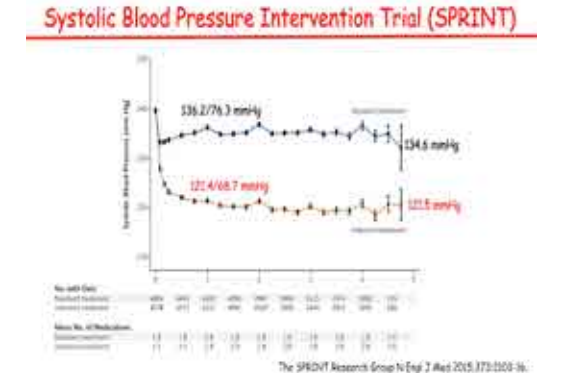
Yap75

Systolic Blood Pressure Intervention Trial (SPRINT)

Primer (Birleşik) Sonlanım:
Myokardiyal infarktüs
Akut koroner sendrom (MI ile sınırlanmayan)
İnme
Akut dekompanse kalp yetmezliği
KV nedenlere bağlı ölüm

Sekonder Sonlanım:
Primer sonlanımın her bir bileşeni
Herhangi bir nedene bağlı ölüm
Primer bileşik sonlanım ve herhangi bir nedene bağlı ölüm

Renal Sonlanım:
KB(+): %50 tGFH kayıp veya SDBH
KB(-): %30 tGFH kayıp veya tGFH <60ml/dk immesi
Albuminüri: Albumin /Kreatinin oranı 10 mg/g alanlarda iki kat artış



Systolic Blood Pressure Intervention Trial (SPRINT)

Outcome	Intensive Treatment (N=4076)	Standard Treatment (N=4022)	Hazard Ratio (95% CI)	P Value
All participants				
Primary outcome	249 (12.2)	319 (15.8)	1.18 (1.05-1.33)	<0.01
Secondary outcomes				
Myocardial infarction	97 (4.7)	124 (6.1)	1.31 (1.14-1.50)	<0.01
Acute coronary syndrome	89 (4.3)	107 (5.2)	1.20 (1.04-1.37)	<0.01
Stroke	112 (5.4)	101 (5.0)	0.92 (0.80-1.05)	0.20
Heart failure	42 (2.0)	59 (2.9)	1.42 (1.24-1.62)	<0.01
Death from cardiovascular causes	171 (8.3)	213 (10.6)	1.23 (1.10-1.37)	<0.01
Death from any cause	212 (10.3)	259 (12.8)	1.26 (1.13-1.40)	<0.01
Adverse events or death	311 (15.2)	421 (20.8)	1.38 (1.25-1.52)	<0.01

The SPRINT Research Group N Engl J Med 2015; 373:2018-26

Systolic Blood Pressure Intervention Trial (SPRINT)

Outcome	Intensive Treatment (N=4076)	Standard Treatment (N=4022)	Hazard Ratio (95% CI)	P Value
Participants with CKD at baseline				
Cardiovascular mortality	14 (1.1)	21 (1.6)	1.48 (0.52-4.21)	0.46
CV mortality (nonfatal CHD)	10 (0.8)	11 (0.9)	1.11 (0.36-3.31)	0.75
Stroke	4 (0.3)	5 (0.4)	1.17 (0.19-7.34)	0.77
Death from any cause	6	8		
Adverse events or death	44 (3.4)	59 (4.5)	1.30 (1.04-1.63)	0.11
Participants without CKD at baseline				
Cardiovascular mortality	212 (10.4)	232 (11.5)	1.11 (1.00-1.23)	0.04
CV mortality (nonfatal CHD)	152 (7.3)	167 (8.2)	1.11 (1.00-1.23)	0.04
Stroke	112 (5.4)	101 (5.0)	0.92 (0.80-1.05)	0.20
Death from any cause	142 (6.9)	167 (8.2)	1.11 (1.00-1.23)	0.04
Adverse events or death	212 (10.3)	259 (12.8)	1.26 (1.13-1.40)	<0.01

The SPRINT Research Group N Engl J Med 2015; 373:2018-26

Systolic Blood Pressure Intervention Trial (SPRINT)

Variable	Intensive Treatment (N=4076)	Standard Treatment (N=4022)	Hazard Ratio (95% CI)	P Value
Stroke	112 (5.4)	101 (5.0)	0.92 (0.80-1.05)	0.20
Ischemic stroke	77 (3.7)	71 (3.5)	1.04 (0.90-1.20)	0.61
Transient ischemic attack	35 (1.7)	30 (1.5)	1.03 (0.81-1.31)	0.82
Stroke mortality	42 (2.0)	59 (2.9)	1.42 (1.24-1.62)	<0.01
Death from stroke	30 (1.4)	41 (2.0)	1.42 (1.18-1.70)	<0.01
Death from any cause	212 (10.3)	259 (12.8)	1.26 (1.13-1.40)	<0.01
Adverse events or death	311 (15.2)	421 (20.8)	1.38 (1.25-1.52)	<0.01

The SPRINT Research Group N Engl J Med 2015; 373:2018-26

Effects of intensive blood pressure lowering on cardiovascular and renal outcomes: updated systematic review and meta-analysis

Effect of antihypertensive treatment at different blood pressure levels in patients with diabetes mellitus: systematic review and meta-analysis

Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis

Effects of blood pressure lowering on outcome incidence in hypertension. 7. Effects of more vs. less intensive blood pressure lowering and different achieved blood pressure levels - updated overview and meta-analysis of randomized trials

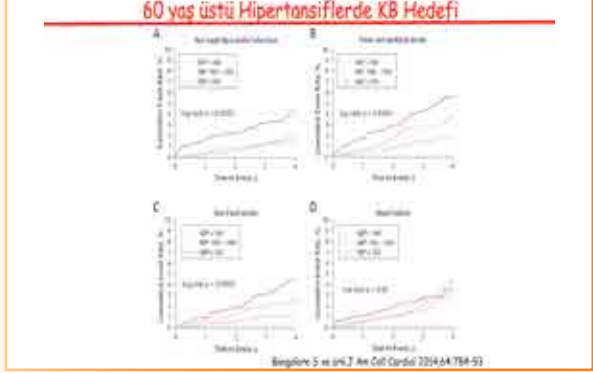
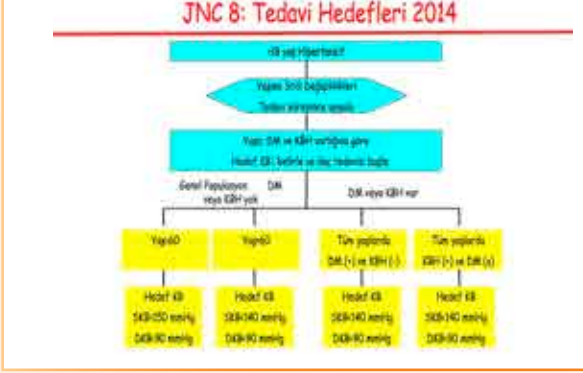
Diabetes Research and Clinical Practice

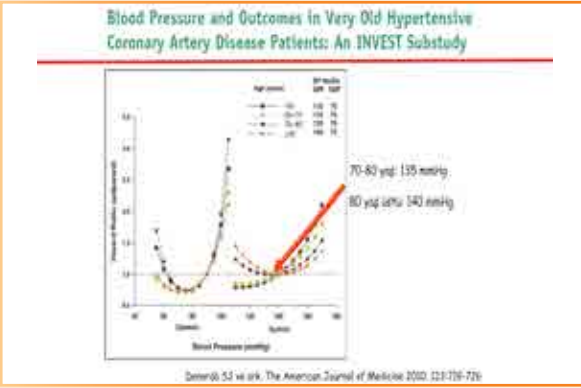


TURK Hipertansiyon KILAVUZ RAPORU

Tedavi Eşik ve Hedef Değerleri

Grup	Eşik KB	Hedef KB
Genel Popülasyon	<140/90 mmHg	<140/90 mmHg
Yaşlılar > 65 yaş ≥ 80 yaş	<140/90 mmHg ≥ 160 mmHg	<140/90 mmHg 140-150 mmHg
Dişabet	<140/90 mmHg	SKB: 130-139 mmHg DKB: 80-89 mmHg
Koroner Arter Hastalığı	<140/90 mmHg	SKB: 130-139 mmHg DKB: 80-89 mmHg
Kronik Böbrek Hastalığı Albuminüri (≥ 30 mg/gün)	<140/90 mmHg	<140/90 mmHg + 130/80 mmHg

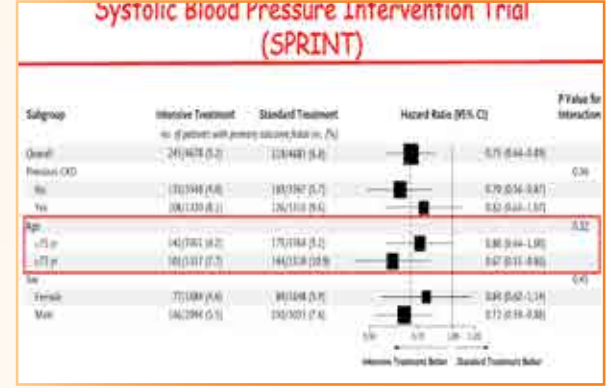




Systolic Blood Pressure Intervention Trial (SPRINT)

Charakteristik	Intensive Treatment (N=475)	Standard Treatment (N=483)
Ortalama yaş (standart sapma)	71.7 (8.2)	71.9 (8.2)
Ortalama tedavi süresi (ay)	1.9 (0.8)	1.9 (0.8)
Ortalama sistolik kan basıncı (mmHg)	119 (13.5)	151 (12.5)
Ortalama diastolik kan basıncı (mmHg)	79 (10.7)	79 (10.7)
Ortalama kalp hızı (dakika)	70 (10.3)	70 (10.3)
Ortalama kolesterol (mg/dL)	187 (42.4)	187 (42.4)
Ortalama kreatinin (mg/dL)	1.1 (0.3)	1.1 (0.3)
Ortalama albuminüri (mg/gün)	30 (10.1)	30 (10.1)
Ortalama tedavi süresi (ay)	1.9 (0.8)	1.9 (0.8)
Ortalama sistolik kan basıncı (mmHg)	119 (13.5)	151 (12.5)
Ortalama diastolik kan basıncı (mmHg)	79 (10.7)	79 (10.7)

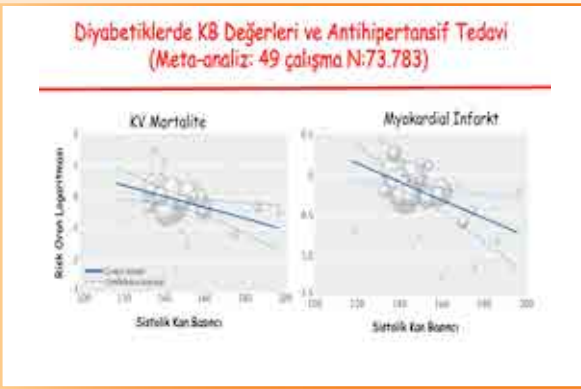
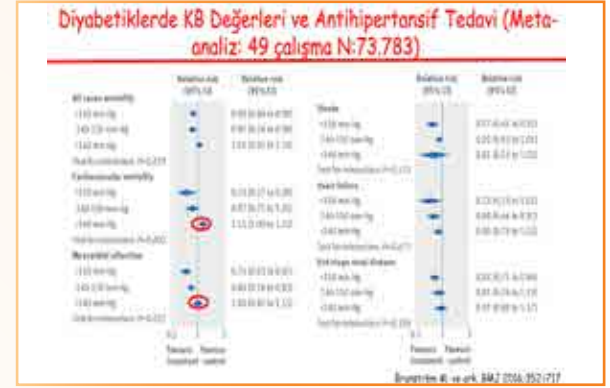
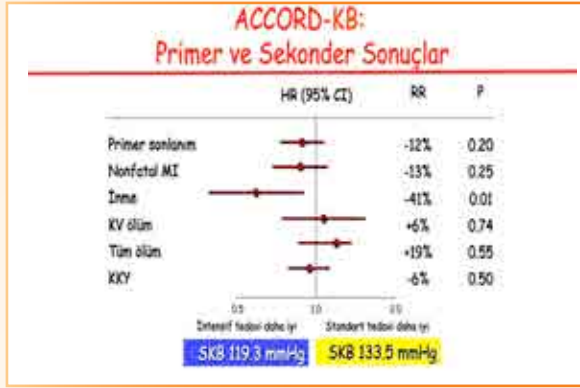
The SPRINT Research Group N Engl J Med 2015;373:2103-16



TURK KRONİK BÖBREK HASTALIĞI RAPORU

Tedavi Eşik ve Hedef Değerleri

Grup	Eşik KB	Hedef KB
Genel Populasyon	≥140/90 mmHg	<140/90 mmHg
Yaşlılar	≥140/90 mmHg ≥160 mmHg	<140/90 mmHg <160 mmHg
Dişabet	≥140/90 mmHg	SKB: 130-139 mmHg DKB: 80-89 mmHg
Koroner Arter Hastalığı	≥140/90 mmHg	SKB: 130-139 mmHg DKB: 80-89 mmHg
Kronik Böbrek Hastalığı	≥140/90 mmHg	<140/90 mmHg <130/80 mmHg



TURK KRONİK BÖBREK HASTALIĞI RAPORU

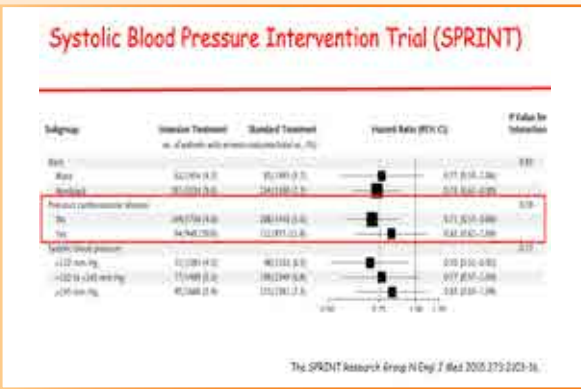
Tedavi Eşik ve Hedef Değerleri

Grup	Eşik KB	Hedef KB
Genel Populasyon	≥140/90 mmHg	<140/90 mmHg
Yaşlılar	≥140/90 mmHg ≥160 mmHg	<140/90 mmHg <160 mmHg
Dişabet	≥140/90 mmHg	SKB: 130-139 mmHg DKB: 80-89 mmHg
Koroner Arter Hastalığı	≥140/90 mmHg	SKB: 130-139 mmHg DKB: 80-89 mmHg
Kronik Böbrek Hastalığı	≥140/90 mmHg	<140/90 mmHg <130/80 mmHg

Systolic Blood Pressure Intervention Trial (SPRINT)

Charakteristik	Intensive Treatment (N=475)	Standard Treatment (N=483)
Ortalama yaş (standart sapma)	71.7 (8.2)	71.9 (8.2)
Ortalama tedavi süresi (ay)	1.9 (0.8)	1.9 (0.8)
Ortalama sistolik kan basıncı (mmHg)	119 (13.5)	151 (12.5)
Ortalama diastolik kan basıncı (mmHg)	79 (10.7)	79 (10.7)
Ortalama kalp hızı (dakika)	70 (10.3)	70 (10.3)
Ortalama kolesterol (mg/dL)	187 (42.4)	187 (42.4)
Ortalama kreatinin (mg/dL)	1.1 (0.3)	1.1 (0.3)
Ortalama albuminüri (mg/gün)	30 (10.1)	30 (10.1)
Ortalama tedavi süresi (ay)	1.9 (0.8)	1.9 (0.8)
Ortalama sistolik kan basıncı (mmHg)	119 (13.5)	151 (12.5)
Ortalama diastolik kan basıncı (mmHg)	79 (10.7)	79 (10.7)

The SPRINT Research Group N Engl J Med 2015;373:2103-16



TURK KRONİK BÖBREK HASTALIĞI RAPORU

Tedavi Eşik ve Hedef Değerleri

Grup	Eşik KB	Hedef KB
Genel Populasyon	≥140/90 mmHg	<140/90 mmHg
Yaşlılar	≥140/90 mmHg ≥160 mmHg	<140/90 mmHg <160 mmHg
Dişabet	≥140/90 mmHg	SKB: 130-139 mmHg DKB: 80-89 mmHg
Koroner Arter Hastalığı	≥140/90 mmHg	SKB: 130-139 mmHg DKB: 80-89 mmHg
Kronik Böbrek Hastalığı	≥140/90 mmHg	<140/90 mmHg <130/80 mmHg



Systolic Blood Pressure Intervention Trial (SPRINT)

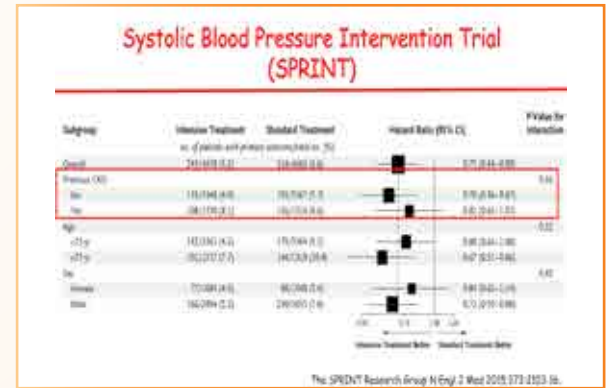
Charakteristik	Intensive Treatment (N=475)	Standard Treatment (N=483)
Ortalama yaş (standart sapma)	71.7 (8.2)	71.9 (8.2)
Ortalama tedavi süresi (ay)	1.9 (0.8)	1.9 (0.8)
Ortalama sistolik kan basıncı (mmHg)	119 (13.5)	151 (12.5)
Ortalama diastolik kan basıncı (mmHg)	79 (10.7)	79 (10.7)
Ortalama kalp hızı (dakika)	70 (10.3)	70 (10.3)
Ortalama kolesterol (mg/dL)	187 (42.4)	187 (42.4)
Ortalama kreatinin (mg/dL)	1.1 (0.3)	1.1 (0.3)
Ortalama albuminüri (mg/gün)	30 (10.1)	30 (10.1)
Ortalama tedavi süresi (ay)	1.9 (0.8)	1.9 (0.8)
Ortalama sistolik kan basıncı (mmHg)	119 (13.5)	151 (12.5)
Ortalama diastolik kan basıncı (mmHg)	79 (10.7)	79 (10.7)

The SPRINT Research Group N Engl J Med 2015;373:2103-16

Systolic Blood Pressure Intervention Trial (SPRINT)

Charakteristik	Intensive Treatment (N=475)	Standard Treatment (N=483)
Ortalama yaş (standart sapma)	71.7 (8.2)	71.9 (8.2)
Ortalama tedavi süresi (ay)	1.9 (0.8)	1.9 (0.8)
Ortalama sistolik kan basıncı (mmHg)	119 (13.5)	151 (12.5)
Ortalama diastolik kan basıncı (mmHg)	79 (10.7)	79 (10.7)
Ortalama kalp hızı (dakika)	70 (10.3)	70 (10.3)
Ortalama kolesterol (mg/dL)	187 (42.4)	187 (42.4)
Ortalama kreatinin (mg/dL)	1.1 (0.3)	1.1 (0.3)
Ortalama albuminüri (mg/gün)	30 (10.1)	30 (10.1)
Ortalama tedavi süresi (ay)	1.9 (0.8)	1.9 (0.8)
Ortalama sistolik kan basıncı (mmHg)	119 (13.5)	151 (12.5)
Ortalama diastolik kan basıncı (mmHg)	79 (10.7)	79 (10.7)

The SPRINT Research Group N Engl J Med 2015;373:2103-16



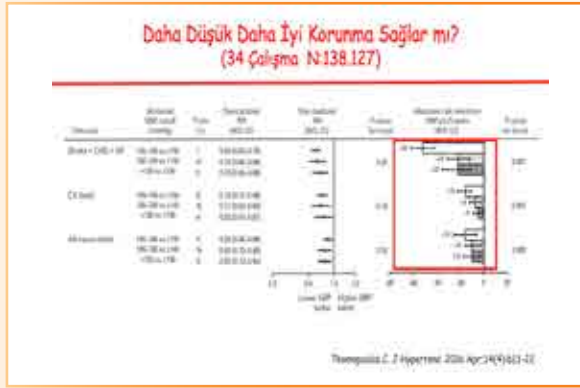
ACCORD Çalışması

Systolic Blood Pressure Intervention Trial (SPRINT)

Akut Böbrek Hasarı 25 hasta / 1000 Hasta / 5 Yıl

Charakteristik	Intensive Treatment (N=475)	Standard Treatment (N=483)
Ortalama yaş (standart sapma)	71.7 (8.2)	71.9 (8.2)
Ortalama tedavi süresi (ay)	1.9 (0.8)	1.9 (0.8)
Ortalama sistolik kan basıncı (mmHg)	119 (13.5)	151 (12.5)
Ortalama diastolik kan basıncı (mmHg)	79 (10.7)	79 (10.7)
Ortalama kalp hızı (dakika)	70 (10.3)	70 (10.3)
Ortalama kolesterol (mg/dL)	187 (42.4)	187 (42.4)
Ortalama kreatinin (mg/dL)	1.1 (0.3)	1.1 (0.3)
Ortalama albuminüri (mg/gün)	30 (10.1)	30 (10.1)
Ortalama tedavi süresi (ay)	1.9 (0.8)	1.9 (0.8)
Ortalama sistolik kan basıncı (mmHg)	119 (13.5)	151 (12.5)
Ortalama diastolik kan basıncı (mmHg)	79 (10.7)	79 (10.7)

The SPRINT Research Group N Engl J Med 2015;373:2103-16



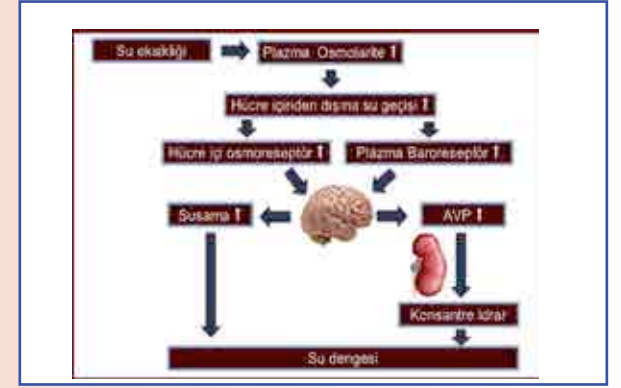
ULUSAL
18. HİPERTANSİYON VE BÖBREK METABOLİZMA KONGRESİ
ELEXUS OTEL GİRNE, K.K.T.C. 11-15 MAYIS 2016

Su ve Sağlık Oturumu:
Ne Kadar Su İçelim?

Dr. Sedat Üstündağ
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı Öğretim Üyesi

Su yaşam kaynağıdır

- O₂/CO₂ taşınması
- Çözünü (yüksek polarite 20°C de 80)
- Besinlerin sindirimi, emilimi, taşınması
- Metabolizma sonucu oluşan atıkların taşınması, atılması
- Termoregülasyon (4.182 kJ/kg)
- Ekstremlerin kayganlığının sağlanması
- Biyokimyasal reaksiyonların gerçekleştirildiği ortamın sağlanması



Su eksikliği bulguları: Hafif-Orta

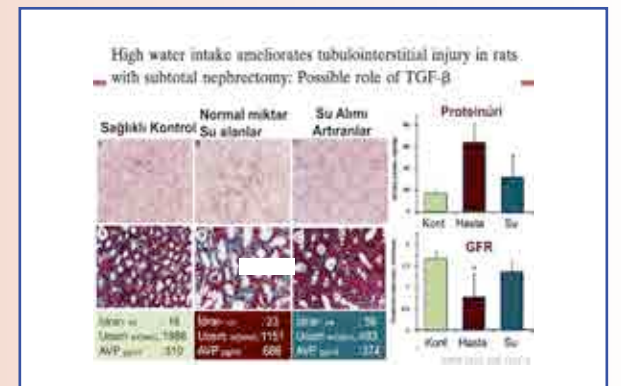
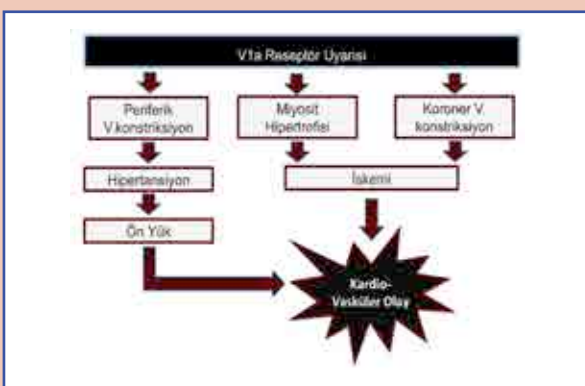
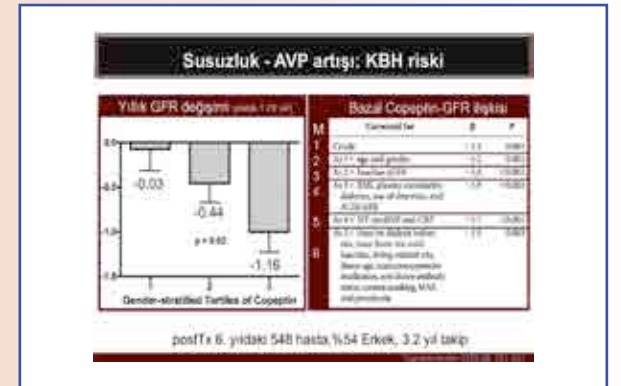
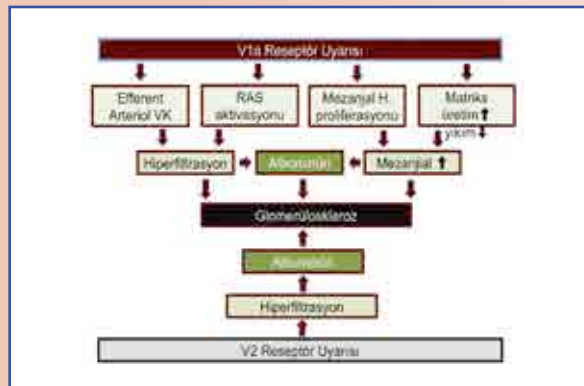
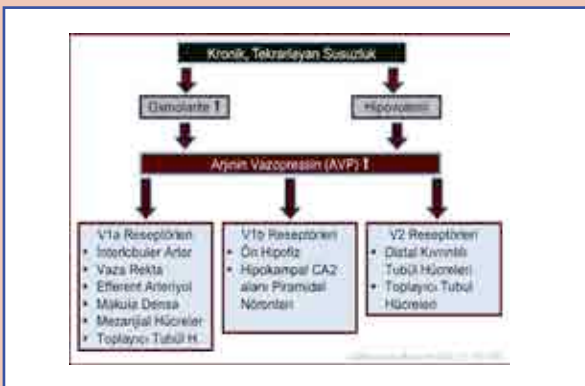
- Ağz-Mukozada kuruluk
- İdrar çıkışının azalması
- Göz yaşı azalması
- Kas güçsüzlüğü
- Yorgunluk
- Ateş (10 kişiye 5-3 C-1)
- Algi ↓
- Kısa-uzun süreli hafıza ↓
- Aritmetik yetenek ↓
- Baş ağrısı
- Baş dönmesi
- Uyku hali
- Hafif Sersemlik
- Taşikardi
- Ortostatik hipotansiyon

Su eksikliği bulguları: Ağır

- Aşırı susama
- Ağz/bil/mukozada aşırı kuruma
- Terlemenin azalması
- Az/hiç idrar olmaması
- Koyu sarı/kehribar rengi idrar
- Göz kürelerinde çökme
- Turgor tonüs azalması
- Hipotansiyon
- Aritmi
- Hipotermi
- Sinirlilik
- Konfüzyon
- Deliryum
- Bilinç kaybı

Su eksikliği ile ilişkili klinik tablolar

Düzye	Klinik Tablo
I	Orofaryngeal sıkılığı artışı Egzersiz toleransı azlığı artışı
II	Diyabetlerde hiperglisemi gelişim riski artışı Diyabetlerde ketosidoz mortalite artışı
III	PKB ve KBH olanlarda daha hızlı GFR azalması Diyabetlerde Non-dipping artışı Koroner Kalp Hastalığına bağlı artmış mortalite İnme ve inme mortalitesinde artışı İnme hastalarında Venöz tromboemboli artışı Dental hastalıklarda Venöz tromboemboli artışı Üriner enfeksiyon gelişim riski artışı
IV	Mesane-Kolon kanser gelişim riski artışı Safra kesesi taşı görüme sıklığı artışı Miköz kalpik proliferasyonu görüme sıklığı artışı



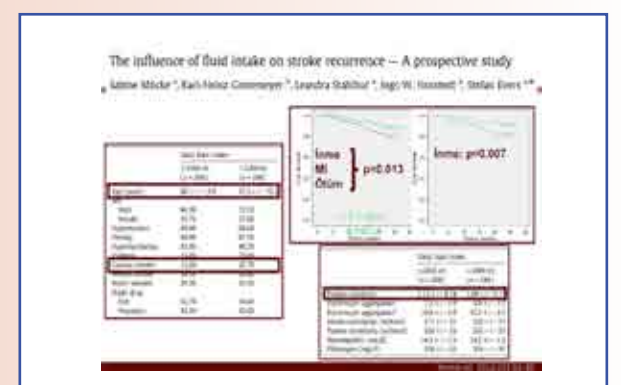
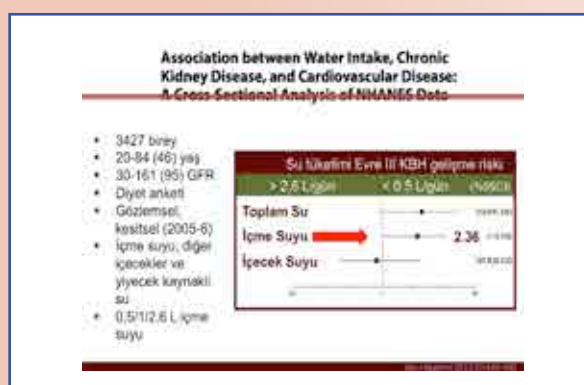
Fluid and nutrient intake and risk of chronic kidney disease

GIANNI PA. STROPELLI¹, IOMATHAN Z. DRAKE¹, ELENA ROSCHONNA¹, VICTORIA M. FLOOD¹, JEANINE PAUL MITCHELL¹

	1992-1994 (n=3654)	1997-2000 (n=3599)
Sıvı (ml)	1792	1621
OR (%95CI)	0.68 (0.45-1.02)	0.50 (0.38-0.66)
Q1	2190	2175
Q2	2453	2434
Q3	2713	2725
Q4	3182	3182
OR (%95CI)	0.59 (0.32-0.77)	0.51 (0.29-0.91)

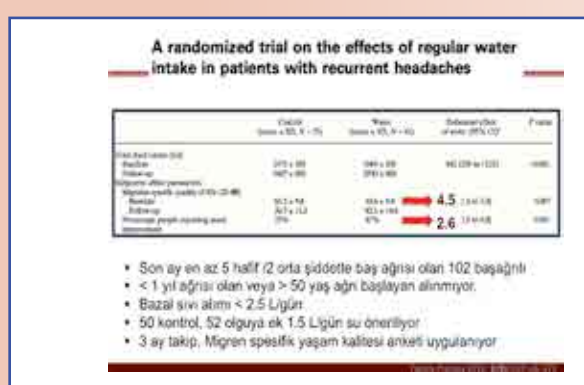
p<0.003*

• Bahi Sidney, birbirine yakın iki kasaba, > 50 yaş olgular
• *Yağ, çin, sigara, kardiyovasküler hastalık, hipertansiyon, gut hastalığı.



Su tüketimi: Kolon kanseri

Kolon Kanseri	Distal Kolon Kanseri	Kolo-Rektal Kanseri
<240 / ≥ 920 ml	<480 / ≥ 1440 ml	<250 / ≥ 820 ml
Riskli	Riskli	Riskli
OR (%95CI)	1.08 (0.76-1.48)	0.55 (0.23-1.30)
%45 ↓		
<480 / ≥ 1200 ml	<960 / ≥ 1440 ml	<300 / ≥ 950 ml
Riskli	Riskli	Riskli
OR (%95CI)	0.68 (0.49-0.96)	0.45 (0.10-0.81)
%32 ↓	%55 ↓	%55 ↓
444 Kanserli olgu 414 kontrol	1993 Kanserli olgu 2410 kontrol	163 Kanserli olgu 163 kontrol



Günlük Su Kayıpları (mL)

		Ortalama
İdrar	1000-2000	1500
Cilt (terleme, buharlaşma)	350-450	400
Gayta	100-300	200
Solunum havasının nemlendirilmesi	250-350	300
Toplam	2000-3100	2500

Su Alım Kaynakları

Yiyeceklerin içeriğinde alınan su (%20-30)



Katı yiyeceklerin su içeriği (%)

	90-99	80-89	70-79	60-69	50-59
Kavun		Yoğurt	Muz	Makarna	Kıyma
Karpuz		Üzüm	Avokado	Baklagiller	Sosis
Çilek		Portakal	K. Peyniri	Somon	B. peynir
Marul		Brokoli (p)	Patates (p)	Dondurma	Bonfile
Lahana		Elma	Mısır (p)	Tavuk	Biftek (p)
Kereviz		Armut	Karides	Tavuk göğsü	
İspanak, Kabak (p)		Havuç			
		Ananas			

Katı yiyeceklerin su içeriği (%)

	40-49	30-39	20-29	10-19	1-9
Pizza		Ekmek	Kek	Tereyağı	Ceviz
		Simit	Bisküvi	Margarin	Fıstık (kuru kav.)
		Ç. Peyniri		Kuru üzüm	Kurabiye
					Kraker
					Tahıllar
					Fıstık ezmesi

Su Alım Kaynakları



Ülkelere Göre Kılavuz Önerileri

- Hollanda (1989)
- Fransa (2001)
- Dünya Sağlık Örgütü (2003 ve 2005)
- Danimarka, Finlandiya, Norveç, İsveç (2004)
- ABD (2004)
- Avusturya, Almanya, İsviçre (2008)
- Avrupa Gıda Güvenliği Ajansı (2005 ve 2008)
- Belçika (2009)

Yeterli Su Tüketimi: ABD-İOM (mL/gün)

Yaş	Erkek			Kadın		
	Besin	İçecek	Total Su	Besin	İçecek	Total Su
1-3	400	900	1300	400	900	1300
4-8	500	1200	1700	500	1200	1700
9-13	600	1800	2400	500	1600	2100
14-18	700	2600	3300	500	1800	2300
>19	700	3000	3700	500	2200	2700

Yeterli Su tüketimi : AB-EFSA (mL/gün)

Yaş	Erkek			Kadın		
	Gıda	İçecek	Total Su	Gıda	İçecek	Total Su
2-3	390	920	1300	390	910	1300
4-8	480	1120	1600	480	1120	1600
9-13	630	1470	2100	570	1330	1900
>14	750	1750	2500	600	1400	2000



Gebeler

ABD	AB
3000 mL/gün	+ 300 mL/gün

Emzirenler

ABD	AB
3800 mL/gün	+ 600-700 mL/gün

- 10-15 (7-10) kg ağırlık ↑
- 10-40 hafta arasında yaşsız vücut kütlesi %2.5 ↑
- %62.5 su artışı kaynaklı



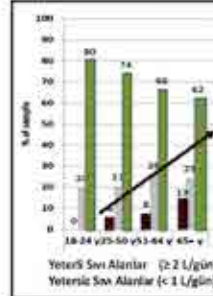
Yaşlıların su ihtiyacını artıran faktörler

- Suya ulaşma zorluğu
- Beslenme ↓
- Susama eşiği ↑
- ADH direnci
- Renin aktivitesi ↓
- Aldosteron ↓
- >20 yaş idrar konsantrasyon yeteneği yılda 3.4 mOsmol/L ↓
- Diüretik kullanımı
- Laksatif kullanımı



Yaşlılarda yetersiz su alımı riski

- > 65 yaş 4020 Alman
- 65-70 yaşta % 28;
- 70-84 yaş % 41;
- > 85 yaş % 51 yetersiz sıvı alımı



Su-Sıvı ihtiyacının bireysel belirleyicileri ?

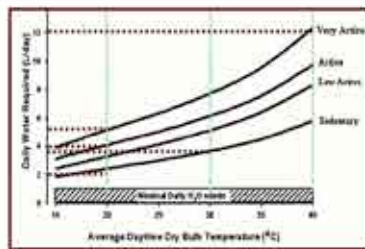
Çevresel Faktörler

- Isı
- Nem
- Rüzgar
- Rakım

Kişisel Faktörler

- Aktivite durumu
- Giyimne alışkanlığı
- Diyetin solüt içeriği (sodyum, protein)
- Cilt kan akımı
- Tübül konsantrasyon-dilüzyon kapasitesi

Çevresel Faktörler ve Fiziksel Aktivite Durumu



- Rakım ↑: Hipoksik-diürez /metabolizma-terleme ↑ ile sıvı kaybı ↑
- Soğuk hava: ADH salgısı ve idrar osmolaritesi azalır, sıvı kaybı ↑

Bireysel Farklılıklar: Osmolar yük X Tübül konsantrasyon yeteneği

	İdrar Osmolaritesi mOsmol/L	Diyet Osmolar Yükü mOsmol/gün	Zorunlu İdrar Miktarı mL/gün
1	300	1200	4000
2	300	600	2000
3	900	1200	750
4	900	600	660

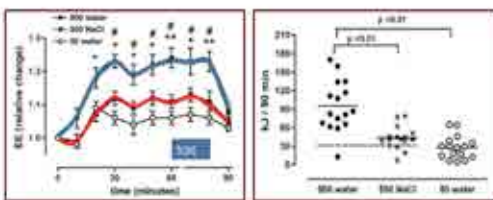
Bireysel Farklılıklar: Solüt yükü

Tahmini Renal Solüt Yük = Na⁺ K⁺ + Cl⁻ + P⁻ + (Nitrojen/28)

Renal Solüt Yük = TRSY - 0.9 X kilo artışı (gr/gün)

Solüt	Etki
Protein	80-180 gram arası protein alımının etkisi sınırlı
Sodyum	100 mg/gün sodyum artışı = 345 ml su gereksinimi
Kafein	Düzenli orta-az kafein kullanımı etkisiz. 5 gün kafein kısıllaması sonrası 6. gün 620 mg/gün → idrar volümünü 753 ml artmış. Ağırlık 0.7 kg. total vücut suyu % 2 azalmış.
Alkol	Hafif dehidrasyonu olan bireyde her gram alkol , su ihtiyacını 10 ml/saat artırır.
Lif	5 gram artırılması gayta volümünü ikiye çıkarır.

Su tüketimini artırmanın yararları



- 500 mL su içmek 1.5 saat süreyle enerji tüketimini %30 artırıyor

Su tüketimini artırmanın yararları



Özetle: Daha iyi sıvı dengesi için.....



- Suyu her zaman görünür bir yerde bulundurmali,
- Susama hissi beklensmeden su tüketmeli,
- Uyanınca 1 bardak su içmeli,
- Her idrar sonrası, 1 bardak su içmeli,
- Egzersiz yaparken su tüketimi artırılmalı,
- Scakta çalışırken su tüketimi artırılmalı,
- Uzun-hareketli yolculuklarda su tüketimi artırılmalı,



NEPHROLOGY LESSONS
Learned from Past Disasters

Mehmet Şükrü Sever
Istanbul School of Medicine, Turkey

Raymond Vanholder
University Hospital Gent, Belgium

SCIENTIFIC METHODOLOGY

- if a question is asked or a problem arises
- a hypothesis is generated
- experiments are used to test that hypothesis
- the results are collected and analyzed
- a conclusion is drawn

There is no experimental model of disasters !!

- Only way to collect information and draw conclusions is: **retrospective analysis of past disasters.**
Taking lessons from previous catastrophes can contribute:
- Decreasing number of mistakes,
- Implementing an effective response,
- Decreasing death toll.

Sever, Vanholder, Lameire. NEJM 2006;354:1052-63

Disasters With Significant Nephrology Lessons
During the Last 50 Years

Location	Date	Magnitude	Deaths	Crush S.	Dialyzed
Tangshan, China	1976	8.0	242,000	2-5%	?
Southern Italian, Italy	1980	6.8	202	19	?
Tyre, Lebanon	1982	---	80	?	14
Spiak, Armenia	1988	6.8	25,000	600	225-385
Kobe, Japan	1995	6.8	5,530	372	123
Marmara, Turkey	1999	7.6	17,000	639	477
Bingöl, Turkey	2003	6.4	177	16	4
Kashmir, Pakistan	2005	7.6	73,000	88	55
Hurricane Katrina, US	2005	---	---	?	?
Haiti	2010	7.0	220,000	92	62
Iraq war	2003	---	500,000	?	?
Syrian War	2011	---	250,000	?	?

REFUGEES >3.000.000 ; KIDNEY PROBLEMS???

Sever, Vanholder, Lameire. NEJM 2006;

Vanholder et al. Nephrol Clin Pract 2011; 30(2):100-105

TANGSHAN (CHINA) EARTHQUAKE

Year:1976; intensity:8.0; deaths:242,000; injured:165,000; crush: ?? (2-5%)

Medical Support in the Tangshan Earthquake: A Review of the Management of Mass Casualties and Certain Major Injuries

- Any patient with crush injury is a major (risky) casualty.
- Crush patients might suddenly die → hyperkalemia.
- Time under the rubble ≠ the probability of AKI
- Crushed area ≠ development of AKI ?
- Fasciotomy is very useful in crush patients ?
- Incidence of crush syndrome: 2 - 5% of all injuries ?

Sheng ZY. J Trauma 1987;27:1130

THE LEBANON EXPERIENCE

Year	N	Time under the rubble (h)	Time to be freed (h)	Traum. Rhabdo.	AKI	Fasciotomy	Fluid balance (L/24 hrs.)
1979	7	12.0	6-10	+	7	5	4.5 - 10.5
1982	7	12.3	0	+	0	0	~ 12
1982	1	5.5	24	+	1	0	2

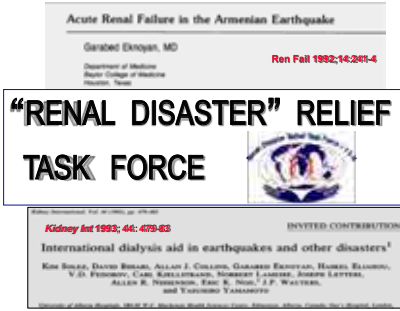
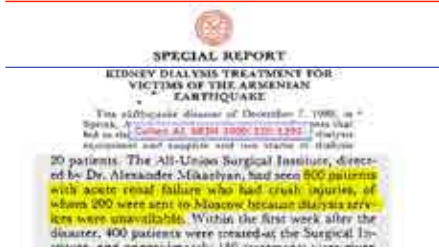
Prevention of Acute Renal Failure in Traumatic Rhabdomyolysis

David Ron, MD; Uri Talsham, MD; Wahe Mithalwan, MD; Gad Bar-Joseph, MD; Simon Shalata, MD; Ori S. Baran, MD

Ron... Better Arch Intern Med 1984; 144:277-80; Reis and Michaelson. J Bone Joint Surg Am. 1986; 68:414-8

THE ARMENIAN EARTHQUAKE (1988)

Year:1988; intensity:8.8; deaths:25,000-150,000?; crush synd.: 600



KOBE (JAPAN) EARTHQUAKE

intensity 6.8; Crush S. 372; Dialyzed 123

- First well-documented "renal disaster"
- 372 crush cases; 54.3% (202) suffered from AKI
- 202 AKI cases; 60% (123) needed dialysis support



THE MARMARA EARTHQUAKE -TURKEY (1999)

Year:1999; intensity:7.4; deaths:17,480; injured: 43,953

The Marmara Earthquake

Pts. with renal prob.: 639 Pts. requiring Dx.: 477

The largest "renal disaster" ever !

Sever et al. Kidney Int 2001;60:1114-23

FLUID RESUSCITATION
(The Marmara Earthquake Experience)

- Mean volume of fluids: 5109±1711 ml/day
- Survivors vs nonsurvivors: NS

Dialyzed: 5407±1623 ml/day vs. Nondialyzed: 3825±1539 ml/day

- Fluids should be given more liberally in the early hours or days
- of the disaster, while a more conservative approach is justified for
- the victims rescued later on, since ATN might have developed in
- these particular victims.

FASCIOTOMIES
(The Marmara Earthquake Experience)

397 fasciotomies in 323 patients

Sepsis: Fasc. (+): 25%
Fasc. (-): 13%

Mortality: Sepsis (+): 27%
Sepsis (-): 12%

Fasciotomies ⇒ objective criteria

Sever et al. NDT 2002;17:1942-9



Tıp kariyerine bakıldığında, şüphesiz ki o Avrupa'nın Nefroloji öncülerinden biridir. 1993 yılında Profesör Briggs Glasgow'da düzenlenen ve çok başarılı geçen ERA-EDTA Kongresi'nin başkanıydı. 2006 yılında yine Glasgow'da düzenlenen kongrenin hazırlık aşamasında çok etkili oldu.

ERA-EDTA Başkanı Andrzej Wiecek, kongreye ev sahipliği yapan Avusturya Nefroloji Derneği adına yeni ve eski başkanlara Karl Ihatta ve Alexander Rosenkranz'a teşekkürlerini sunmuştur.

Bunun yanında bu kongrede emeği geçen kongre başkanına, bilimsel komite başkanına ve ayrıca bilimsel makale seçim komitesi başkanına da böyle etkileyici

ci bir kongre düzenlenmesindeki emeklerinden dolayı teşekkürlerini iletmiştir.

Açılıştaki Anma Töreninde Prof. Dr. Kemal Önen ve Prof. Dr. Cengiz Utaş'ın da Fotoğraflarının Yer Almış Olması Bizlere Duygu Dolu Anlar Yaşattı.

CME kurslarında şu konulara yer verilmiştir; Glomerülonefrit Hastalıklarında Tanı ve Tedavisindeki Yenilikler, Son Dönem KBH'de Kardiyovasküler Risk Faktörleri, Hemodiyalizasyon Tedavisinde Yeni Standartlar, Renal Hastalıklarda Diyabet ve Obezite, Yaşlı Kronik Böbrek Hastalarında Beslenme, Üremi, Böbrekte Kalıtsal Bozukluklar, Nefrologlar için Romatoloji, Kronik Böbrek Hastalıkları ve Kemik Mine-



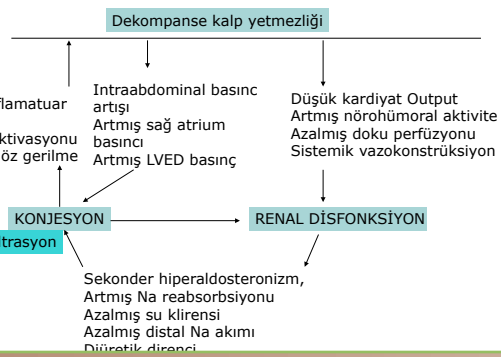
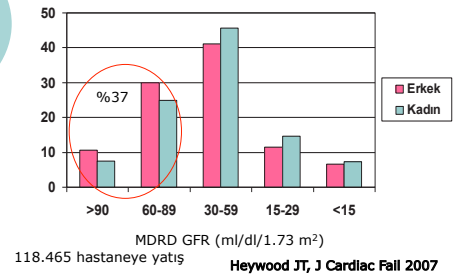
Kalp Yetmezliğine Nefrolog Bakışı

Dr. Gülay Aşçı
Ege Üniversitesi Tıp
Fakültesi
İç Hastalıkları Anabilim
Dalı
Nefroloji Bilim Dalı, İzmir



- 40 yaşında erkek hayat boyu risk %21, kadın için %20;
- KB >160/110 mmHg olanlarda, <140/90 mmHg olanlara göre risk 2 kat daha fazla
 - Lloyd-Jones DM Circulation 2002
- Akut dekompanse kalp yetmezliği (ADKY) nedeni ile hospitalize edilen 65 yaş üstü hastaların %21.3'ü ilk ay içinde tekrar hastaneye başvuruyor !
 - Hernandez AF, JAMA 2010
- KKY nedeni ile hastanede yatan hastaların taburculukları sonrası ilk ay içinde tekrar hastaneye yatma oranı: %26.9
 - 1. neden %37 KKY, %5 pnömoni, %4 böbrek yetmezliği
 - Jencks SF, N Eng J Med 2009

ADKY ile başvuran hastalarda renal disfonksiyon sıklığı ve şiddeti



Furocemid

Oral:IV doz	2:1
Ayaktan başlangıç dozu	20-40 mg (1/2-1 tab)
İdame doz	40-240 mg (1-6 tab)
Max doz/gün	400-600 mg (10-15 tab)
Etki başlangıç	Oral 30-60 dk IV 5 dk
Pik serum düzeyi (oral)	1 saat
Yarı-ömrü	
Normal	1.5-2 saat
Renal yetmezlik	2.8 saat
Kalp yetmezliği	2.7 saat
Etki süresi	6-8 saat

Diüretik direnci nedenleri

- Yetersiz doz****
- Hasta uyumsuzluğu**
 - ilaç kullanmama
 - Tuz tüketimi**
- Kötü emilim**
- Bozulmuş sekresyon**
 - KBY**
 - İleri yaş
 - KKY
 - ilaç (NSAID)
- Proteinüri**
- Hipoproteinemi**
- Hipotansiyon**
- İlaçlar (NSAID-ACE)**
- Diüretik toleransı** (adaptasyon)**
- Nörohumoral aktivasyon**
- Postdiüretik "rebound" (az sıklıkta kullanım)**

DOSE çalışması-2011 NEJM

- Akut dekompanse kalp yetmezliğinde farklı furosemid tedavilerinin etkinliği ve güvenliği
 - Veriliş yolu
 - 12 saatte bir bolus
 - Sürekli infüzyon
 - Doz
 - Düşük doz (1 x oral doz)
 - Yüksek doz (2.5 x oral doz)
- 24 saat içinde randomizasyon, 2x2
 - 48. saatte oral tedaviye geçiş
 - Tedaviye devam
 - Doz artımı
 - 72. saatte birleşik sonlanımlar, 60. günde klinik sonlanımlar

Felker GM, N Eng J Med 2011

Çalışma kriterleri

- İçleme**
 - Günlük furosemid dozu 80-240 mg
- Dişlama**
 - İnotrop, UF planlanımlar
 - Sistolik KB <90 mmHg
 - Serum kreatinin >3.0 mg/dl



Felker GM, N Eng J Med 2011

Bolus vs Sürekli tedavi

	Bolus	İnfüzyon	P değeri
Dispne (72. saatte AUC)	4456	4699	0.36
72. Saatte konjesyonsuz hasta (%)	14%	15%	0.78
72. Saatte kilo değişimi	-3.08 kg	-3.67 kg	0.20
72. Saatte net volüm azalımı	4237 mL	4249 mL	0.89
Tedavi yetersizliği (%)	38%	39%	0.88
Serum kreatinin >0.3 mg/dl artışı	17%	19%	0.64
Hastanede yatış süresi (ortanca)	5	5	0.97

Felker GM, N Eng J Med 2011

Düşük vs yüksek doz diüretik

	Low	High	P value
Dispne (72. saatte AUC)	4478	4668	0.041
72. Saatte konjesyonsuz hasta (%)	11%	18%	0.091
72. Saatte kilo değişimi	-2.76 kg	-3.94 kg	0.011
72. Saatte net volüm azalımı	3575 mL	4899 mL	0.001
Tedavi yetersizliği (%)	37%	40%	0.56
Serum kreatinin >0.3 mg/dl artışı	14%	23%	0.041
Hastanede yatış süresi (ortanca)	6	5	0.55

Felker GM, N Eng J Med 2011

Diüretik tedavi yeterli mi?

- 12 saatte bir bolus grubunun 72 saatteki diüretik dozu: 592 mg ! (100 mg)
- Sürekli infüzyon grubunda 480 mg! (6.7 mg/saat)
- Düşük doz grubu: 358 mg, yüksek doz grubu: 773 mg
- Hastanede yatış süresi, ölüm, yan etki, kreatinin artışı benzer

Felker GM, N Eng J Med 2011

KKY'de azalan kardiyak output ve kan basıncı nedeni ile artmış RAA ve tuz tutulumu

- 22 KKY hastası, UF ve nörohumoral marker ölçümü
- 500 cc/saat UF (ortalama 3122 ml) sağ atrium basıncı %50 azalanana dek
- Plazma renin, noradrenalin ve aldosteron ölçümü
- Plazma volümünde %20 azalma, kardiyak output ve kan basıncında iliml azalma ile birlikte PRA, noradrenalin ve aldosteronda azalma
- Sonraki 48 saatte plazma volümü, kardiyak output ve KB artışı ve nörohumoral depresyon ve su-sodyum ekssresyonunda artışı

Guazzi Md, Br Heart J 1994

Kalp yetmezliğinde UF olası avantajları

- Renal venöz konjesyonda azalma
- Hızlı ve ayarlanabilir sıvı çekimi
- Daha fazla Na klirensi
- Düşük hipokalemi riski
- Nörohumoral aktivasyonun olmaması (SSS, RAS ve AVP)
- Diüretik direnci, natriürez ve idrar çıkışında düzelme
- KY nedeni ile hastaneye yatışta azalma
- Daha kısa hastanede yatış süresi
- Portable UF imkanı (minimal ekstrakorporal volüm (33cc), düşük kan akımları (10-40 ml/min))

Kalp yetmezliğinde UF olası dezavantajları

- Mortalite markerleri üzerine etki? (renal fonksiyon, serum Na)
- Damar yolu gereksinimi (periferik veya santral)
- Deneyimli personel
- Antikoagülasyon ihtiyacı
- Hava embolisi, allerjik reaksiyon, enfeksiyon
- Kullanım kılavuzu? (kime, ne zaman, ne kadar?)
- Uzun dönem sonuçlar?

UF vs IV diüretikler (ADKY) UNLOAD Çalışması

Costanzo MR, J Am Coll Cardiol 2007

- Erken UF (24 saat içinde randomizasyon, tek seans) vs diüretik bazlı tedavi (n=200)
- UF: max 500 ml/saat, 241 ml/h, 12.3±12 saat
- Birincil sonlanım: 48. saatte kilo kaybı 5.0 vs 3.1 kg (UF vs DÜ, p=0.001)
- Renal fonksiyon (kr.1.5 mg/dl) ve KB olumsuz etki yok
- UF grubunda daha az hastaneye yatış, acile başvuruda
- Net sıvı kaybı: 4.6 vs 3.3 L (UF vs DÜ), p=0.001

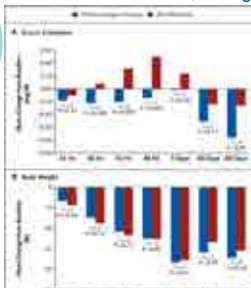
Cardiorenal Rescue Study in Acute Decompensated Heart Failure (CARRESS-HF)

Bart BA, N Eng J Med 2012

- NIH sponsor
- 188 ADKY hastası-renal fonksiyonları kötüleşen ve persistan konjesyonu olan: UF vs farmakolojik tedaviye randomize
- Birincil sonlanım: 96. saatte serum kreatinin ve kiloda değişim
- Fix UF hızı: 200 ml/saat, ortanca UF süresi 40 saat (Aquadex System 100, CHF Solutions)
- Bazal kr: 1.9 mg/dl, UF grubu 2.09 mg/dl
- Kr >3.5 mg/dl dişlama kriteri

Cardiorenal Rescue Study in Acute Decompensated Heart Failure (CARRESS-HF)

Bart BA, N Eng J Med 2012



- 96. saatte kreatinin değişimi: -0.04±0.53 mg/dl farmakolojik grup +0.23±0.70 mg/dl UF grup (P=0.003).

- 96. saatte kilo kaybı ve sıvı azalması benzer (5.7 vs 5.8 kg)
- UF grubunda yan etki daha fazla (erken sonlanım)

Continuous Ultrafiltration for Congestive Heart Failure-CUORE Çalışması

Marenzi G, J Card Fail 2014

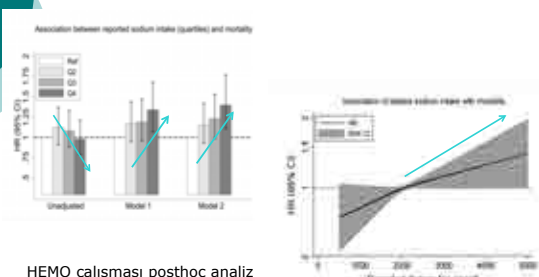
- Avrupa, RCT
- Erken UF vs konvansiyonel tedavi (n=56, 2. ay içinde >4 kg'dan fazla volüm artışı olan ADKY hastaları)
- Birincil sonlanım: 1. yılda KY nedeni ile tekrar hastaneye yatış
- UF kolunda diüretik dahil tedaviler devam !
- Kilo kaybı benzer: -7.9 kg UF kolu, -7.5 kg medikal tedavi kolu (p=0.75)
- 1 yıl içinde rehospitalizasyon UF kolunda daha az (HR:0.14, p=0.002)
- 6. ayda UF kolunda kilo, renal fonksiyon ve diüretik dozu stabil; medikal tedavi kolunda kilo, serum kreatinin ve diüretik dozu arttırılmış
- UNLOAD çalışmasına benzer: erken UF, renal kötüleşme beklenmiyor, medikal tedavi serbest, UF sabit değil (168-485 ml/saat - 19±10 saat), en uzun izlem süresine sahip
- Az hasta sayısı, sadece düşük EF'li hastalar, medikal tedavi protokolü yok

The Aquapheresis Versus Intravenous Diuretics and Hospitalization for Heart Failure (AVOID-HF)

Costanzo MR, JACC Heart Failure. 2016

- Etkin medikal tedaviye ilave olarak etkin UF'nun etkisi ?
- 810 ADKY hastası planlanıyor, ancak yavaş içleme nedeni ile 224 hastada kalıyor (!)
- Erken UF (fix değil) (UNLOAD ve CUORE gibi) vs etkin medikal tedavi (CARRES- HF gibi)
- Birincil sonlanım: 90 gün içinde gelişen KY
- UF hızı 50-300 ml/saat (138 ml/saat)-70 saat
- Total ve net volüm kaybı UF grubunda daha fazla (18.7 L vs 14 L, p=0.02; 12.9 L vs 8.9 L, p<0.01)
- Renal fonksiyonlar benzer: +0.09 mg/dl kreatinin artışı vs +0.05 mg/dl kreatinin artışı p=0.88 (bazal kreatinin: 1.5 vs 1.6 mg/dl)

Yüksek sodyum alımı mortalite ile ilişkili



HEMO çalışması posthoc analiz

Kalp yetmezliği hastalarında volüm yükü yaklaşım

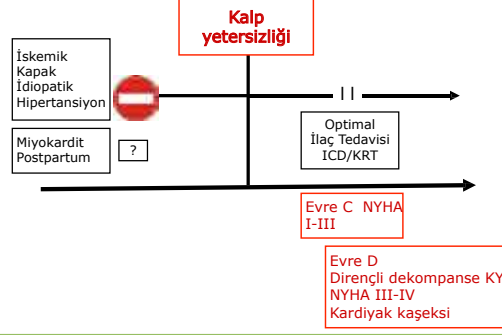
- Hipervolemi varlığına rağmen tuz-su tutulumunun patogenezini iyi bilinmeli
- Böbrek yetmezliğinin dışında, azalmış kardiyak output'dan ziyade venöz konjesyon kötüleşen renal fonksiyon için primer hemodinamik faktör olabilir.
- Diüretikler konjesyonu azaltır, ancak etkileri aşırı tuz alımı, alttaki böbrek yetmezliği, diüretiklere adaptasyon ve nörohumoral aktivasyon gibi nedenlerle etkinlikleri azalabilir.
- Diüretiklerle sağlanan hipotonik idrara karşın, UF ile sağlanan izotonik sıvı uzaklaştırılması Na atılımında artıma ve daha az nörohumoral aktivasyona neden olur.



Kalp Yetersizliğine Kardiyolog Ne Yapsın?

Dr. Ahmet Temizhan
Türkiye Yüksek İhtisas EAH Kardiyoloji Kliniği

İyileşmeyen bir hastalıktır (sendrom?)...



Kalp fonksiyonları bir kere bozulunca normale dönmüyor



Ne hipertrofi belirgin geriliyor!
Ne EF belirgin düzeliyor!
İdare ediyor... (remisyon???)

Kardiyolog ne yapıyor?
KY ile genel olarak ilgilenen kardiyolog
KY ile özellikle ilgilenen kardiyolog

Kronik kalp yetersizliği tedavisinin köşe taşları

ACEi (veya ARB)
Beta-bloker
MRA

Bir kalp takımının üyesidir

Kardiyolog KY hastasında çoklu ilaç tedavisi iyi yönetmelidir



ACEi/ARB MRA

Alabileceği en max doz denenir
Alması almamasından iyidir

Sorun 2; bu üç ilacı birlikte uygun dozda kullanabilmek...

Hipotansiyon - doz dengesi

ACEi+BB+MRA

ACEi etkin doza çık + BB + MRA

ACEi+BB birlikte düşük doz başla

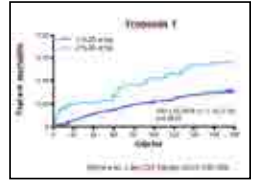
1- Hipotansiyon
2- Böbrek disfonksiyonu

MRA eklemeye izin verecek kadar doz artır ve MRA ekle

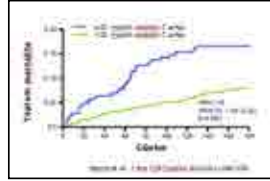


Darbe Miyokarda ve böbreklere !!

AKY'de gelişen miyokard hasarı



AKY'de gelişen böbrek hasarı



Akut kalp yetersizliği sendromu

Çaresizlik

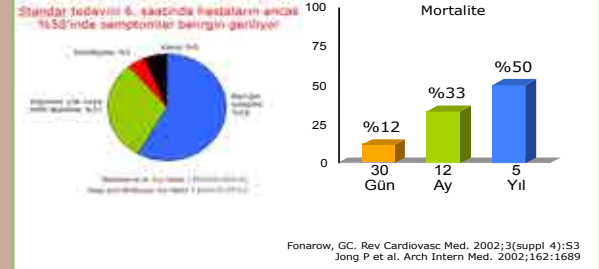


AKY kullanılan mevcut ilaçlar (ESC 2012)

Grup	İlaç	Öneri
Diüretik	Lasex	I
Vazodilatör	Nitrat	IIa
Vazodilatör	Sodyum nitroprusit	IIb
Opilat	Morfün	IIa
İnatrop	Dobutamin	IIa

?

Mevcut tedavilere rağmen yüksek mortalite ve morbidite



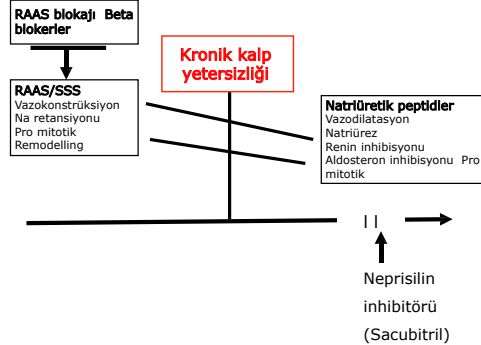
AKY'de bir çok ilaç başarısız olmuştur

- PDE inhibitörü: milrinon: OPTIME-CHF
- Endotelin antagonistleri: tezosentan: VE
- Kalsiyum duyarlatıcı: levosimendan: S
- AVP antagonisti: tolvaptan: EVEREST
- Adenozin A1-reseptör antagonisti: rolidi
- Natriüretik peptidler: nesiritid: ASCEND

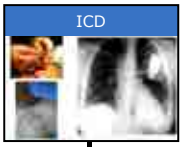
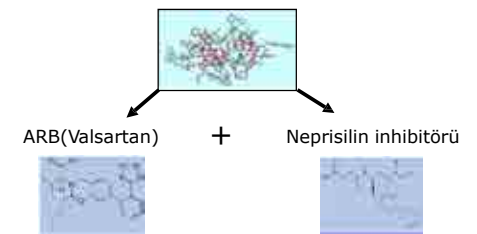
AKY atağında
Semptomatik rahatlama
Mortalite azalma
Miyokard ve böbreği de koruyacak ilaç!



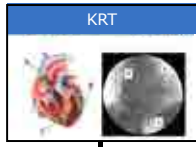
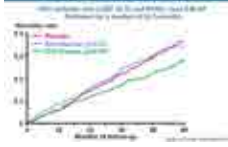
JAMA 2002;287:1541-7, Am Heart J 2005;150:46-53
JAMA 2007;297:1883-91, JACC Heart Fail 2013;1:103-11
JAMA 2007;297:1319-31, J Am Coll Cardiol 2011;57:1899-907
N Engl J Med 2011;365:32-43, Am Heart J 2009;157:271-77



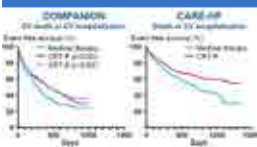
LCZ696 Angiotensin Reseptör Neprisinil İnhibitörü (ARNI)



SCD-HeFT



Ciddi KY; iki KRT çalışması



KY'de 2 türlü KV ölüm olur



Ani ölüm



POMPA Yetmezliğinden ölüm

Seçenek bitmiyor ! KY hastası ile; kısa olan yaşamlarında uzun (?) bir yolculuğumuz var



HeartWare Santrifüj Ventrüler Destek Sistemi

Üçüncü jenerasyon (FDA onaylı)



Mortalite göstergesi

Periferik hipoperfüzyon Kalp dışı organ hasarı
-Karaciğer (Enzim, bilirubin, INR)
-Böbrek (Hiponatremi, GFR)

Ne zaman?

Organ disfonksiyonu etkileyen faktörler;

-Hastalığın süresi
-Sağ ventrikül yetersizliği
-Son organların fonksiyonel rezervi
-Komorbid durumlar
-Yaş

LVAD takarken; Sol ventrikülü değil Sağ ventrikülü dikkate alınır

Tedavi hedeflerimiz

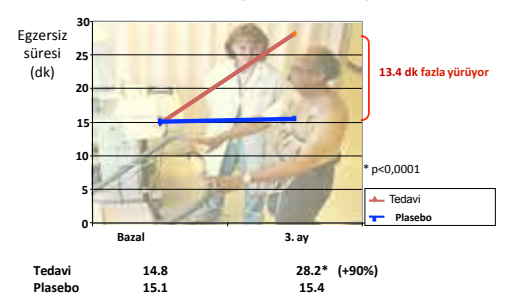
-Hayatta tutmak
-Morbiditeyi azaltmak

Semptomları gidermek
Egzersiz kapasitesini artırmak Yaşam kalitesini artırmak KY'nin ilerleyişi durdurmak Hastaneye yatışı azaltmak

KY ve yaşam kalitesi

Giyinirken, banyo yaparken	Stres altında iken
Ortalama hızda yürürken	Cinsel ilişki sırasında
Hızlı yürürken, yokuş çıkarken	Ağır bir cisim kaldırken
Merdiven çıkarken	Sıcak-soğuk havalarda
Evin bahçesinde gezerken	Çok yemek yiyince

KY tedavisi-egzersiz kapasitesi





Prof. Dr. F. Nurhan Özdemir Acar
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi
Nefroloji Bilim Dalı

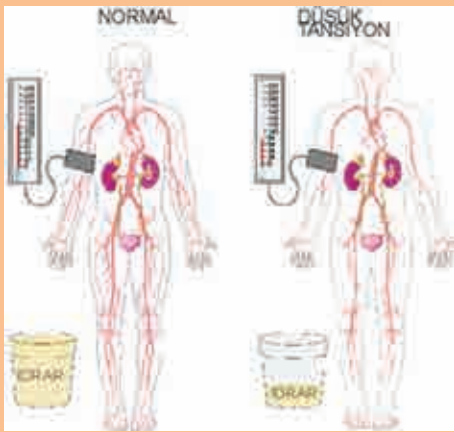
Kalp yetmezliği günümüzde toplumda takibi ve tedavisi komplike ve multi disiplinler olan bir hastalık grubundadır. Özellikle Konjestif Kalp Yetmezliği (KKY) ve kalp nakline kadar giden yolda kardiyolojik

nefroloji grubu tarafından takip edilmesi hastanın klinik bulgularının stabil olması ve hayat kalitesinin artması yönünde etkin olacaktır.

Kalp yetmezliği fonksiyonel anatomi ve fizyolojisine göre 3 kategoride sınıflandırılır;

- 1-Yüksek veya düşük akımlı(atım volümü),
- 2- Sağ veya sol kalp yetmezliği
- 3- Sistolik veya diastolik disfonksiyon

Buradaki her üç grupta da böbrek perfüzyonu bozulmaktadır ve prerenal yetmezlik tablosu ile karşılaşmaktayız .Volüm atımındaki değişikliğin her türünde perfüzyon bozulmaktadır.



Tablo 1: Düşük tansiyonda bozulan perfüzyon mekanizması

Tablo 1 de gösterilen perfüzyondaki azalma mekanizması KKY , Pulmoner Ht ,hipertansif sol kalp yetmezliği tanısı olan hastalarda da gözükmektedir. Kalp debisi yetersiz olduğu için böbrekte sistemik hipotansiyonda görülen fizyopatolojik değişiklikler olmaktadır .

Konuya olgu sunumu ile örnek vermek istiyorum ;

OLGU:

68 yaşında erkek hasta acil servise başvuruyor. Yakınmaları; Nefes darlığı (20-25 metre yürümekle), Bacaklarda şişlik , Halsizlik , Çabuk yorulma. Özgeçmişinde,Hipertansiyon (20 yıl) , Koroner Kalp Hastalığı, 3 yıl önce



MI , DM TİP II, Dislipidemi. Sigara Bırakmış. Soy geçmişinde; Babada DM Tip2, annede Ht tanısı var.

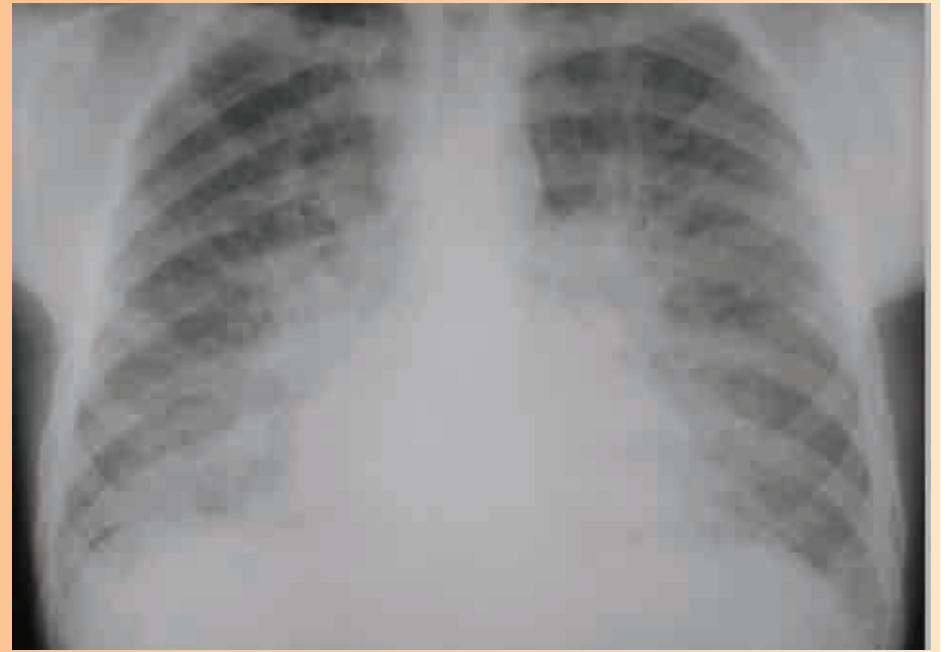
FİZİK MUAYENE;

AKB: 150/80 mmHg N:114 atım/dk (ritmik). Sol Sayısı: 26 / dk Ateş:36.2° C. Boyun venöz olgunluğu (+). Her iki akciğer alt zonlarda ince raller. Pretibial ++/++ gode bırakan ödem.

LABORATUVAR;

BUN 40 mg/dl, Kreatinin 2,5 mg/dl. NA 128 mmol/L , K 6.5 mmol/L. ALT 42 U/L, GGT 110 U/L. Açlık Glukoz 180mg/dl. Hb 9 g/dl , Hct 32 % . İdrar miktarı 1000cc/gün

PA AKCİĞER GRAFİSİ ;



HASTANIN BAŞVURUDA ALDIĞI TEDAVİ ;

Spirinolakton 100 1x1. Furosemid 40mg günde 2 1x2. Valsartan+hidroklorotiazid 320/25mg 1x1. Atenolol 50mg günde 2 x1. ASA 100mg 1x1. Metformin 2x1000mg.

OLGUYA YAKLAŞIM NASIL OLACAK?

Birinci planda sıvı yükü mü?

Kalp debisi mi?

Böbrek kanlanması mı?

Diyaliz ne zaman ve nasıl devreye girmeli?

Kullandığı tedavide böbrek perfüzyonu için çelişki var mı?

Olguya yaklaşımda ilk üç soruda aslında birbirini tetikleyen faktörlerdir. Kalp debisinin düzelmesi ile böbrek perfüzyonu düzelecektir bunu içinde sıvı yükünün kalp ve akciğer üzerinden alınması gerekmektedir. Bu safhada diüretikler etkisizdir. Böbrek desensitize olmuştur ve perfüzyon düşüktür. Valsartan zaten düşük olan perfüzyonu dahada düşürmektedir ve ek olarak potasyumu yükselmektedir. Aldacton'da buna yardımcı olmaktadır. Sodyum dilüsyonel olarak düşük gözükmektedir. Metformin rabdomyolize etken olmakta ve bu böbrek fonksiyonlarında yanlış seçimdir.

Bu nedenle olguya yaklaşım yukarıda bahsi geçen ilaçların kesilip öncelikli olarak sıvı yükünü azaltmak yönünde olmalıdır

Olguya, HDF 6 seans gınaşırı uygulandı toplam 22 litre sıvı çekildi. Kalp debisi sıvı yükünün kalkmasıyla toparladı oksijenizasyon arttı sonuçta da böbrek perfüzyonu arttı. Takibde serum kreatinini 1,2 ye kadar indi. Takibte kan şekeri için insüline geçildi. Bu ve benzer olguların kalp debisi düzeldikten sonra, takibi kardiyoloji ve nefroloji ekibi tarafında yapılmalıdır. Düzenli takip edilen ve ilaçları karşılıklı konsensusla düzenlenen hastaların stabil tabloda beklenen yaşam süresini sağladıkları gösterilmiştir.



1990 yılı başlarında Holladalı bir Nefroloji profesörü Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne Utrecht Üniversitesi'nden emekli olduktan sonra çalışmak üzere

başvuruda bulundu. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı kliniğe bu başvuruyu yolladığı zaman Prof. Dr. Saim Yeğinboy Hoca emekliliğe hazırlanıyordu. Saim Hocam mektubu bana verdi. Nasıl olsa sen çalışacaksın, nasıl istersen o şekilde cevabımızı yazdır, okumadan imzalayacağım dedi. Ben mektubu incelediğimde dünyanın belki de en eski Nefrologlarından biri olduğunu bütün önemli dergilerin yayın kurullarında olduğunu fark ettim. O zaman 2-3 yıllık bir doçent olarak Hoca'nın emekliliğinden sonra Bilim Dalı Başkanı olacağım, hemen tek başına deneyimsiz bir akademisyen olarak kliniği idare edeceğim. Bu kişi deneyimli bir kişi, kenarda otursa hiçbir şey yapmasa sadece beni eleştirse, yaptığımız araştırmalara katkı sağlasa yazdığımız yazıyı kontrol etse, müthiş bir şey olur diye düşündüm, bu gerçekten inanılmaz bir fırsattı. Dr. Mees aslında İstanbul'daki başka üniversitelere de başvurmuştu. Bunların bir kısmı cevap bile vermemişti ama kabul eden 2 üniversite içinde İzmir olduğu için bizi tercih etmişti. Dr. Mees'in 8 yıl sonra ayrılışında Türk Nefroloji Derneği'nde yapmış olduğu veda konuşmasında kendi ifadesiyle bir "Truva Atı" idi. Ama biz onun acımasız, keskin eleştirel yapısından çok yararlandık, çok şey öğrendik. Tabii ki, hiç pişman olmadık. Dr. Mees aslında 1-2 yıllığına gelmişti.



Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı'nda Çalıştığı Yıllardan Bir Görüntü

1998 yılında 8 yıl çalıştıktan sonra özellikle ailesinin baskısıyla ülkesine geri döndü. Ama hemen her yıl bir veya iki kez İzmir'e geldi, bizim yapmakta olduğumuz çalışmalarını ona sunduk, yine şiddetli ama yapıcı eleştirilerinden yararlanmaya devam ettik. Bize araştırma merakını aşıladı. Prof. Dr. Mees "Biyolojik bir olay için açıklama mantıklı gibi görünebilir ama bu olay bilimsel olarak araştırılıp kanıtlanmadıkça gerçek olarak kabul edilemez" derdi. Örnek olarak; "Güneşin doğudan doğup batıdan battığına bakarak, dünyanın etrafında döndüğü mantıklı gibi görünebilir ki insanlar asırlarca buna inandılar" derdi. Nitekim nefrotik ödemli hastalar hakkında 1979 yılında yayınlanan ünlü çalışmasında o zamana kadar inanılan aksine nefrotik ödemli hastalarda hipovolemi değil hipovolemi olduğunu ortaya koydu.



EDTA-EDTNA Kongresi, 4-7 Temmuz 1978, İstanbul.

ERA-EDTA'nın Paris Kongresi'nde Avrupa'nın Nefroloji Öncüleri ödülünü alanlardan biri olarak albümdeki ifadesinde "...Her hasta bir deneydir, ama hastadan bir şey öğrenmek için onu araştırmacı gözüyle görmek gerekir" diyordu ki, yaşamı boyunca araştırma sorularını klinik problemlere göre sordu. Elbette deneysel çalışması da çoktur, ama daha çok klinik çalışmalara büyük önem verdi. Dr. Mees 1951 yılında Utrecht Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirdi.

1956 yılında renal fizyopatolojiye olan özel merakı nedeniyle o zamanki klinik direktörünün desteği olmamasına rağmen Nefroloji'ye yöneldi. Diyaliz ve böbrek naklinin olmadığı dönemde Nefroloji'ye merak için "Ben hasta bir böbreğin küçük müdahalelerle dahi bayağı fonksiyonel olduğunu fark edince Nefroloji'ye merak sardım" derdi. Bize "Bu beğenmediğiniz böbrek sizden akıllıdır" derken fizyolojik kurallara dikkat etmemizi sürekli öğütledi. Normal sağlıklı kişilerde, kronik böbrek yetmezliği ve nefrotik sendrom hastalarında ekstrasellüler sıvı volüm regülasyonu üzerinde önemli çalışmaları oldu. Uzun Nefroloji kariyerinde tüm dünyada aktif çalışan yüzlerce öğrenci, asistan ve uzman yetiştirdi.

ABD St. Louis'te bulunduğu dönemde ünlü bilim adamları Neil Briker, Arthur Guyton ve Gabriel Ricket ile birlikte çalıştı, dostlukları oldu. 1965 yılında Hollanda'da kronik hemodiyalizin, ilk uygulayıcılarından oldu, 1967 yılında ilk "Ev Hemodiyaliz Vakfı" kurucusuydu.

1990 yılında kurucusu ve direktörü olduğu Utrecht Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Nefroloji Departmanı'ndan emekli olduktan sonra eşi Mia ile birlikte İzmir'e geldi. Aslında daha önce Türkiye'ye defalarca gelmişti ama bu kez çok sevdiği bu ülkede yaşamak istemişti.

Ege Üniversitesi'nde bulunduğu süre içinde gayet akıcı bir şekilde Türkçe öğrendi. Türkçe onun konuşabildiği anadilinden başka 5. dili idi. Bu nedenle hem fakültede hem de Türk Nefroloji Derneği'ndeki toplantılarda hep Türkçe konuşmayı tercih etti. Ege Üniversitesi'ndeki çalışmalarımız herkes tarafından yakından bilindiği üzere diyaliz hastalarındaki volüm ve hipertansiyon problemlerine odaklandı. Bu çalışmalar konvensiyonel diyalizle ciddi tuz kısıtlaması, sıkı ultrafiltrasyonla gerçek kuru ağırlığın sağlanması ile gayet başarılı ilaçsız kan basıncı kontrolünün mümkün olabileceğini gösterdi. Bunun da kardiyovasküler parametrelere olumlu yansımalarıyla sağkalım süresine büyük katkısı olabileceğini tüm dünyaya öğretmiş oldu. Bu alanda ortaya konan çalışmalar önemli dergilerde yayınlandı uluslararası kongrelerde sunuldu, çok sayıda atıf aldı. Tüm arkadaşlarımız, tüm dünyada bu konuda konuşmacı olarak davet edildik. Dr. Mees ayrıldıktan sonra da yapmış olduğumuz artık Ege Üniversitesi

Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı'nı tüm dünyaya tanıtan "Ege Study", "Uzun Hemodiyaliz" çalışması ve hatta "OL-HDF" çalışmaları da ilhamını hep bu temel çalışmalardan almıştır.

Dr. Mees BANTAO'nun da onursal üyesidir. Prof. Dr. Momir Polanakoviç'i önceki yıllarda Prof. Dr. Kemal Önen'in de mutabakatı çerçevesinde bir protokol yapmak üzere İzmir'e davet ettiğimizde Dr. Mees İzmir'de idi. Bu derneğin kurulmasında önerilerde bulundu, özellikle beni bu derneğin kurucularından biri olmaya teşvik etti. 1995'te Varna'daki ilk BANTAO Kongresi'nde yayınlanan deklarasyona imza koyan, benimle birlikte iki "Türk" ten biri idi. Aslında bu girişim kliniğimizin, daha önemlisi Türk Nefroloji Derneğimizin dünyaya açılmasında büyük bir adım, bizim camiamıza ERA-EDTA Konsey üyelikleri serisinin miladı oldu.

Yalnız tıp alanında değil, her alanda çok okurdu. Tarih, felsefe alanlarında gayet geniş kültüre sahipti. Dünyadaki politik gelişmeleri yakından izlerdi. Türkiye'de bulunduğu dönem Bosna katliamlarının yaşandığı dönemdi, Avrupa'nın kayıtsızlığından, hatta tarafgirliğinden büyük üzüntü duyduğuna tanık olduk ve o dönem Hollanda'daki gazetelere makaleler yazdığını biliyoruz. Bir insan hakları savunucusu olarak birçok uluslararası çalışmada gözlemci konumunda yer aldı. "Uluslararası Sağlık ve İnsan Hakları Organizasyonları Federasyonu (IFHHRO)" üyesi idi.

1998 yılında Türkiye'den ayrılırken Türk Nefroloji Derneği kendisinden "Türk Üniversitelerine bir *Avrupalı Bakışı*" adlı bir konferans talep etti. Bu konuşmanın başlığı bir Nazım Hikmet mısrası ile başlıyordu; "Rüzgara karşı yürüyen adam". Metin bir çoğumuzu üzen hatta kıran şiddetli eleştiriler içeriyordu. Ama son satırlar çok önemliydi; "Türkiye'de her şey bu kadar mı kötü? Tam tersine elbette iyi şeyler kötü olan şeylerden çok daha fazla. Bu iyi şeyler eşim ve benim 8 yıl mutlulukla



Türkiye'de yaşamamın nedenidir. Ama Türkçe'deki şu deyimini çok seviyorum; "Dost acı söyler".

Evet, dost acı söyledi ve **13 Mayıs 2016 tarihinde 91 yaşında** Hollanda'daki evinde eşi Mia, çocukları ve torunları arasında, aramızdan ayrıldı. Onu hep sevgiyle, minnetle anacağız, özleyeceğiz.

Prof. Dr. Ali BAŞÇI
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Nefroloji Bilim Dalı Adına

Türk Dostu Prof. Dr. Erich Frank'ın ardından severek çalışan, Türk Nefrolojisi'ne emeği geçen, ikinci değerli yabancı hocamızın anısını yâd ediyoruz. Renaliz



11-15 Mayıs 2016 tarihleri arasında K.K.T.C.'nin Girne kentinde düzenlenen 18. Ulusal Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Kongresi, bilimsel açıdan oldukça doyurucu ve başarılı geçmiştir.

Bu yıl da yurt içi ve yurt dışından değerli bilim insanlarının katılımıyla birlikte ülkemizin önemli sağlık sorunları olan “Hipertansiyon” ve “Böbrek Hastalıkları” alanlarında bilgilerin güncellenerek paylaşılması sağlanmış, olgu sunumlarıyla desteklenen bilimsel bir program hazırlanmıştır.

Bildiriler jüriler tarafından değerlendirilerek ödüllendirilmiş, ayrıca bildiri sahibi asistanların kayıt, konaklama ve ulaşım desteği Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği tarafından karşılanmıştır.

Bilimsel Program:
12 Mayıs 2016: Yeni Çalışmalar Hipertansiyon Kılavuzlarında Tedavi Hedeflerini Değiştirecek Mi?, Kanıt Yokken 60 Yaş Altı Hastaları Nasıl Tedavi Ediyoruz, 60 Yaş Üstünde Tedavi Farklı Mıdır?, Demir Tedavisinde Temel Prensipler, Güncel Yaklaşımlar, Esa Tedavisinde Temel Prensipler, Beta Blokerler ve Diüretikler: Monoterapi Mi?, Kombinasyon Mu?, Su ve Sağlık Oturumu: Ne Kadar Su İçelim?, Diyetten D Vitamini Tedavisine Olan Yolculuk, Uydu Sempozyumu: “Şimdi Vah Hipertansiyona” Cevapsız Soru Kalmayacak, Nefroloji Pratiğinde Biyolojik Tedaviler: Glomerüler Hastalıklarda, Fmf ve Amiloidozda, Kronik Böbrek Evre 3 ve 4’te Diyabet, Kronik Böbrek Evre 5 ve Diyalizde Diyabet, Hipertansiyon Tedavisinde Diüretikler: Yeni Çalışmalar, Yeni Açılımlar, Trom-



botik Mikroanjiyopatiye Klinik Yaklaşım, Uydu Sempozyumu: Hipertansiyonda En Farklı Olgular Eşliğinde Güncel Hedefler, Kan Basıncı Ölçümü ve İzlemi: Klinik, Ev, Ambulatuvar, Böbrek Taş Hastalığı, Trajenta İle Zorlu Diyabet Yolunda Sağlam Başlangıç, Kalp Yetmezliği: Kardiyolog Ne Yapsın? Nefrolog Ne Yapsın?: Kalp Yetmezliğine Kardiyolog Bakışı, Kalp Yetmezliğine Nefrolog Bakışı, Antihipertansif İlaç Tedavisinde Yan Etkiler:Diüretikler - Beta Blokerler, Renin - Anjiyotensin Aldosteron Sistem Blokerleri, Kalsiyum Kanal Blokerleri ve Diğer Antihipertansifler, Preeklampside Nefroloji Yaklaşımı, Örnek Vakalarla Böbrek Hastalarında Girişimsel Radyoloji Uygulamaları, Farklı Bir Dihidropiridin Toplantısı, Bağırsaklar, Mikroplar, Hipertansiyon ve Böbrek: İntestinal Mikrobiota Nedir? Ne Yapar?, Biz Tuz Yesek Ama Bağırsaklarımız İçeri Almasa Olur Mu?, Akılcı İlaç Kullanımı - Akılcı Antihipertansif Uygulamalar gibi konuları içeren, kapsamlı, yüksek katılımlı, bilimsel yönden üstün düzeyde, düzenli, akıcı, örnek bir kongre olmuştur.



Türk Nefroloji Derneği “Nefrolojide Biyolojik Ajanların Kullanımı” Konulu Yandal Okulu, 4 Haziran 2016, İstanbul

Dünden Bugüne: Türkiye Verileri: Prof. Dr. M.İlker Yılmaz, Olgularla IL-1 Antagonistlerinin Nefrolojide Kullanımı: Doç. Dr. Rahmi Yılmaz, Tartışma Nefrolojide Rituksimab Kullanımı: Primer Glomerüler Hastalıkların Tedavisinde: Doç. Dr. Yaşar Çalışkan, Lupus Nefritinin Tedavisinde: Prof. Dr. Şükrü Ulusoy, Vaskulitlerin Tedavisinde: Prof. Dr. Serhan Tuğlular, Olgular: Doç. Dr. Tolga Yıldırım, Nefrolojide Ekulizumab Kullanımı: Atipik Hus Tedavisinde: Prof. Dr. Bülent Tokgöz, Primer Glomerüler Hastalıkların Tedavisinde: Prof. Dr. Ülver Derici, Rejeksiyon Tedavisinde: Prof. Dr. Aydın Türkmen, Olgular: Prof. Dr. İdris Şahin, Nefrolojide Biyolojik Ajanlar: Olgularla Tnf İnhibitörlerinin ve IL6 reseptör Antagonistlerinin Nefrolojide Kullanımı: Prof. Dr. Seza Özen, Yeni Biyolojik Ajanlarla Yürüyen Çalışmalar: Belimumab, Fresolimumab, Abatacept, Miltuzumab....:Prof. Dr. Nurhan Seyahi, Günün Değerlendirilmesi Prof. Dr. Turgay Arınsay





ÇOCUK NEFROLOJİ DERNEĞİ, RENAL TÜBÜLER HASTALIKLAR KURSU, 4-5 HAZİRAN 2016, ANKARA

Bilimsel Program: 4 Haziran 2016: Açılış, I. Oturum: Tubuler fonksiyon testlerinin değerlendirilmesi: Dr. Belde Kasap, Aminoasidüri /Glukozüri /Fanconi Sendromu: Dr. Aysun Çaltık, II. Oturum: Kalsiyum, fosfor ve D vitamini metabolizması: Dr. Ebru Yılmaz, Hipofosfatemi/fosfatüri ilişkili hastalıklar: Dr. İsmail Dursun, Hiperkalsürik tübüler hastalıklar: Dr. Sare Gülfem Özlü, RenalTübülerAsidozlar: Dr. Önder Yavaşcan, Hipokalemiktübüler hastalıklar: Dr. Cengiz Candan, Hipomagnezemiktübüler hastalıklar: Dr. Orhan Deniz Kara, 5 Haziran 2016: IV. Oturum: İlaçlar ve böbrek: Dr. Bilal Yıldız, Ürik asit ve böbrek: Dr. Nurdan Yıldız, V. Oturum: Su ve sodyum dengesi: Dr. Yılmaz Tabel, Uyumsuz ADH / Serebral tuz kaybı: Dr. Elif Bahat, NefrojenikDiabetes İnsipidus: Dr. Pelin Ertan, Çocuk Nefroloji Derneği Olağan Genel Kurulu: Gündem: 1. Açılış, yoklama, 2. İstiklal Marşımız ve Saygı Duruşu, 3. Başkanlık Divanı Seçimi, 4.Yönetim ve Denetim Kurulu Raporlarının Okunması, Görüşülmesi ve İbrası, 5. Yeni Yönetim ve Denetim Kurulu Üyelerinin Seçimi, 6. Dilek, Temenniler ve Kapanış.

1 EYLÜL 2016 TARİHİNDEN SONRA YAPILACAK OLAN TOPLANTILAR:

- 15th Asian Pacific Congress of Nephrology& 52nd Australian and New Zealand Society of Nephrology Annual Scientific Meeting (APCN-ASZN 2016), 17-21 September 2016, Western Australia.
- 17th Congress of the International Pediatric Nephrology Association, September 20-24, 2016, Brazil.
- ISN Frontiers: TheMetabolomeand Microbiome in Kidney Disease, September 23 - 25, 2016, San Diego (CA), USA.
- Founding Congress European Association Professors Emeriti, University of Athens Panepistimiou 30, Athens, Greece, September 29-30, 2016.
- Türk Nefroloji Derneği'nin 33. Ulusal Nefroloji, Hipertansiyon, Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi ile Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği'nin 26. Ulusal Böbrek Hastalıkları, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi, 19-23 Ekim 2016 tarihleri arasında Susesi Luxury Otel & Kongre Merkezi, Belek, Antalya'da gerçekleştirilecektir.
- 17th Annual Meeting of IFKF, October 27-28, 2016, Malta 8. American Society of Nephrology Kidney Week, November 15- 20, 2016, McCormick Place, Chicago, IL, U.S.A.
9. Ulusal Çocuk Nefrolojisi Kongresi, 24-27 Kasım 2016, Calistla Luxury Resort, Antalya

ANADOLU BÖBREK VAKFI

Erzurum
(1980 - 1985)

Ankara
(1995 - 2016)

Atatürk Üniversitesi Kronik Böbrek Hastalıkları Tedavi Vakfı

Anadolu Böbrek Vakfı Sağlık, Eğitim, Araştırma Merkezi



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.



TÜRK NEFROLOJİSİ BİR ÖNCÜSÜNÜ DAHA KAYBETTİ



BAŞIMIZ SAĞOLSUN PROF. DR. ŞERAFETTİN TUNA 1929-12.06.2016



PROF. DR. ŞERAFETTİN TUNA'NIN ÖZGEÇMİŞİ

Prof. Dr. Şerafettin Tuna, 1929 yılında Kırklareli'nin Pınarhisar ilçesinde doğmuş, 1940 yılında Babaeski Merkez İlkokulu'nu, 1947 yılında Edirne Lisesi'ni ve 1953 yılında da İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'ni bitirmiştir. 1955-1967 yılları arasında Mardin'de ve Manyas'ta hükümet tabipliği yapmış, 1968-1972 yıllarında İstanbul Tıp Fakültesi 1. İç Hastalıkları Kliniği'nde uzmanlık eğitimini tamamlamış ve aynı kliniğin nefroloji seksiyonunda uzman olarak görevini sürdürmüştür.

Prof. Dr. Şerafettin Tuna, 1977 yılında doçent, 1989 yılında da profesör olmuştur. Prof. Dr. Necdet Koçak ve Prof. Dr. Ercüment Özdoğan tarafından 1964 yılında başlatılan akut periton diyalizi uygulamalarını Prof. Tuna, Prof. Dr. Ergin Ark ile birlikte 1973 yılından itibaren rutin uygulamaya sokmuştur. 1983 yılında Prof. Dr. Sedat Tellaloğlu'nun yoğun çabaları ile İstanbul Tıp Fakültesi'nde tekrar ivme kazanan canlı donörden böbrek transplantasyonu programında, transplantasyonların nefrolojik yönden hazırlanması ve izlenmesinde Prof. Dr. Necdet Koçak'ın başkanlığında ilk yıllarda Prof. Dr. Şerafettin Tuna, Prof. Dr. Ergin Ark ile birlikte görev almıştır.

Prof. Dr. Şerafettin Tuna, 4.6.1996 tarihinde yaş haddinden emekli olmuştur. Prof. Dr. Şerafettin Tuna, 3 çocuk babasıdır.

Prof. Dr. Şerafettin Tuna'nın Vefatının Ardından E-Posta ile Gönderilen Taziye Mesajları

Prof. Dr. Mehmet Şükrü Sever (12.06.2016):

Değerli Meslektaşlarım

Türk Nefroloji camiasının kıdemli Hocalarından ve üzerimizde büyük emekleri bulunan Prof. Dr. Şerafettin Tuna Hoca'mızı kaybetmenin derin üzüntüsü içindeyiz.

Prof. Dr. Ekrem Erek (13.06.2016):

Değerli arkadaşlar,

Prof. Dr. Şerafettin Tuna'nın vefatını Prof. Dr. Mehmet Şükrü Sever'in mesajından üzüntü ile öğrendim. Kendisi Nefroloji'nin yeni duyulma ve gelişme çabaları içinde olduğu, Nefroloji uzmanlarının nadir bulunduğu, diyaliz makinelerinde yer bulmanın çok zor olduğu meşakkatli yılların hocalarındandır. Ülkemizdeki Nefroloji biliminin öncülerinden merhum Prof. Necdet Koçak hocamızın da önemli yardımcılarındandı.. Kendisini az konuşan ve olgun bir kişiliğe sahip bir zat olarak hatırlıyorum. Şerafettin beye Tanrıdan rahmet, ailesine ve Nefroloji camiamıza başsağlığı diliyorum..

Prof. Dr. Hasan Micozkadıoğlu (13.06.2016):

Prof. Dr. Ercüment Özdoğan ile birlikte tıp eğitimimiz esnasında üzerimizde emeği olan değerli hocamız Prof. Dr. Şerafettin Tuna'ya Allah'tan rahmet, yakınlarına başsağlığı diliyorum.

Prof. Dr. Turgay Arınsoy (13.06.2016):

Değerli Üyelerimiz,

Prof. Dr. Şerafettin Turan Hocamızın vefatını üzüntüyle öğrenmiş bulunuyoruz.

Türk Nefrolojisi'nin öncülerinden olan hocamıza Allah'tan rahmet, sevenlerine ve yakınlarına başsağlığı ve sabırlar diliyoruz.

Prof. Dr. Kamil Serdengeçti (13.06.2016):

Haber Bodrum'da aldım. Çok üzülüm. Hoca kuşkusuz Türk Nefrolojisi'nin kuruluşunda emeği geçen öncü nesildendi. Hizmetleri hep hatırlanacaktır.

Kendisine Allah tan rahmet, kederli ailesine başsağlığı dilerim. Nur içinde yatsın!

Prof. Dr. Ayla San (13.06.2016):

Değerli TND Üyesi Arkadaşlarım,

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hocalarından, 1974-1976 yılları arasında İstanbul Tıp Fakültesi'nde eğitim aldığım yıllarda Nefroloji Bilim Dalı'nın ekibinde olan beyefendi, sakin ve olgun davranışları ile dikkat çeken değerli bir hocamızdı. 1999 yılında aramızdan ayrılan Prof. Dr. Ercüment Özdoğan ile hep ortak çalışma içindeydiler.

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı'na ve Tüm Türk Nefroloji Camiası'na bu değerli hocamızın kaybından dolayı baş sağlığı diliyorum. Kendisine Ramazan Günü'nün güzelliğinde vefatından dolayı Allah'tan rahmet, kederli ailesine de baş sağlığı diliyorum.

Selam ve saygılarımla.

Prof. Dr. Lütfullah Altıntepe (13.06.2016):

Allah gani gani rahmet eylesin. mekanı cennet olsun. Ailesine sabır ihسان etsin.

Prof. Dr. İtir Yeğenağa (13.06.2016):

Değerli hocamızın vefat haberini duymaktan derin üzüntü duymaktayım. Tüm Nefroloji camiasının başı sağ olsun.

Prof. Dr. Zeki Tonbul (13.06.2016):

Değerli Meslektaşlarım,

Kıymetli bir hocamızı daha kaybetmenin üzüntüsünü yaşıyoruz. Allah rahmet eylesin, ailesine ve yakınlarına sabır versin. Nefroloji camiamızın başı sağ olsun.

Prof. Dr. Gültekin Süleymanlar (15.06.2016):

Sayın Meslektaşlarım,

Türk Nefroloji camiasının değerli hocalarından, kendisini tıp eğitimine adanmış ve Türk tıbbına yetiştirdiği değerli bilim insanları ile büyük katkıları olan Prof. Dr.Şerafettin Tuna hocamızın kaybından büyük üzüntü duydum. Merhuma Allah'tan rahmet yakınlarına ve camiamıza başsağlığı ve sabır diliyorum.

Selam ve saygılarımla.