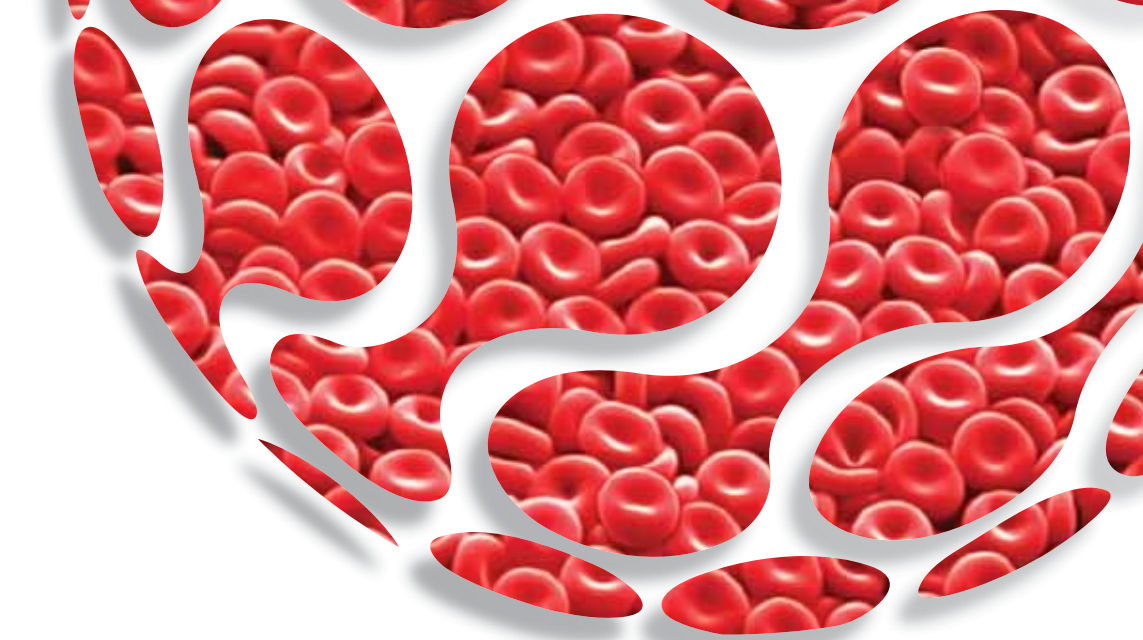




EPOBEL

EPOETİN ZETA

“Yaşam enerjisi”

- Orijinal • Epoetin Zeta • Almanya’dan ithal
- Zengin form avantajı • 17 ülkede tercih ediliyor



Kronik böbrek yetmezliğine bağlı anemi tedavisinde

EPOBEL i.v. steril kullanıma hazır enjektör epoeitin zeta* (rekombinant insan eritropoietini) içerir. Rekombinant DNA teknolojisiyle üretilmiştir. Yardımcı maddeler: Fenilalanin Sodium dihidrojen fosfat dihidrat Sodium monohidrojen fosfat dihidrat Sodium Klorür Sodium hidroksit **Endikasyonlar:** Anemilerdir. Diyaliz giren hastalarda kronik böbrek yetmezliği ile ilgili anemi (renal anemi) tedavisi, Prediyaliz hastalarda semptomatik renal anemi tedavisi, Bu ilaçların kullanımında hedef hemoglobin (Hb) düzeyi 11-12 g/dl’dir. Hedef hemoglobin Hb>12 g/dl üzerine çıkartılmamalıdır. Bu ilaçlar Hb=12 g/dl’den önce kesilmelidir. **Pozoloji ve uygulama şekli:** EPOBEL ile tedavi, yakındaki endikasyonlara sahip hastaların tedavisinde deneyim sahibi olan hekimlerin denetiminde yapılmalıdır. **Pozoloji / uygulama sıklığı ve süresi:** Kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda semptomatik aneminin tedavisi: Erken hemodiyaliz hastaları: Tedavi iki aşamalıdır: 1- Düzeltme aşaması: İntravenöz yoldan haftada 3 kez 50 IU/kg. Düz ayarlamaya gerekli olduğunda bu işlem en az dört hafta süren aralıklarla yapılmalıdır. Her adımda, dozda artış veya azalışın ardından 3 kez 25 IU/kg. 2- İdame aşaması: Hemogloblin değeri istenen seviyeye kadar ulaşana kadar devam etmelidir. (11 ile 12 g/dl (6.83-7.45 mmol/L) arasında) idame dozu, her bir kronik böbrek yetmezliği hastası için bireyselleştirilmelidir. Önerilen toplam haftalık doz, 75’te 300 IU/kg’dır. **Uygulama şekli:** İntravenöz enjeksiyonla uygulanır. Doz, toplam doza bağlı olarak en az 1-5 dakika boyunca verilmelidir. Hemodiyaliz hastalarında diyaliz hattındaki uygun bir venöz kanaldan, diyaliz sırasında bir bolus enjeksiyonu verilebilir. EPOBEL intravenöz infüzyonla uygulanmamalıdır. **Kontrendikasyonlar:** Etkin madde ya da yardımcı maddelerin herhangi birine karşı ağır duyarlılık, kontrol edilemeyen hipertansiyon, herhangi bir eritropoietinle tedaviden sonra Saf Eritrost Aglazisi (PRCA) gelişen hastalar EPOBEL veya herhangi başka bir eritropoietin almamalıdır. **Özel kullanım uyarıları ve önlemleri:** Genel: Eritropoietin alan tüm hastalarda olduğu gibi kan basıncı EPOBEL ile tedavi sırasında artabilir. Kan basıncı EPOBEL ile tedaviden önce, tedavi başlangıcında ve sırasında; önceden epoeitin ile tedavi edilmiş olan veya olmayan tüm hastalarda yakından izlenmeli ve yeterli biçimde kontrol edilmelidir. Antihipertansif tedaviyi eklemek veya artırmak gerekli olabilir. Kan basıncı iyi kontrol edilemezse EPOBEL tedavisi kesilmelidir. Kronik böbrek yetmezliği hastaları: Anzestorlar sebep olduğu Saf Eritrost Aglazisi (PRCA) riski taşıyan hastalarda, EPOBEL’in süblit kullanımı için hemojenizasyonla verilebilir. Yeterli değildir. Bu nedenle renal anemisi olan hastalarda, tıbbi ürün intravenöz olarak uygulanmalıdır. **Diğer tıbbi ürünler ile etkileşim ve diğer etkileşim şekilleri:** Eritropoietin tedavinin diğer tıbbi ürünlerin metabolizmasını değiştirdiğini gösteren bir kanıt yoktur. Ancak siklosporin eritrositlere bağlandığından, diğer tıbbi ürünlerde etkileşimde bulunma potansiyeli vardır. Bu yüzden eritropoietin siklosporinle eşzamanlı olarak verilirse siklosporinin kan seviyeleri izlenmelidir ve hematokrit yükseldiği siklosporin dozu ayarlanmalıdır. **İstenmeyen etkiler:** Özellikle tedavi başlangıcında, baş ağrıları, eklem ağrıları, zayıflık duygusu, baş dönmesi ve yorgunluk gibi “grip benzeri” semptomlar meydana gelebilir. Gerektiğinde ilave destekleyici bakım sağlanmalıdır. Hemogloblin düzeylerinin ağır olması durumunda, geçici olarak EPOBEL verilmemelidir. **Geçimsizlikler:** Bu tıbbi ürün diğer tıbbi ürünlerle karıştırılmamalıdır. **Saklamaya yönelik özel tedbirler:** Buzdolabında muhafaza edilmelidir (2°C ile 8°C arasında). Dondurmamalıdır. Dondurma işlemi yapılmamalıdır. İlaçtan korumak için ambalajında saklayınız. **RUHSAT SAHİBİ:** NOBEL İLAÇ PAZARLAMA VE SANAYİ LTD. ŞTİ. İnkilap Mah. Akçakoca Sok. No:10 Ümraniye 34768 İSTANBUL **RUHSAT NUMARASI:** 129145 **İLK RUHSAT TARİHİ:** 20.11.2009



Lütfen ayrıntılı bilgi için firmamıza başvurunuz.
NOBEL İLAÇ SANAYİ VE TİCARET A.Ş.
 İnkilap Mah. Akçakoca Sok. No:10 Ümraniye 34768 İstanbul
 Tel: (0216) 633 60 00 Faks: (0216) 633 60 01
 www.nobel.com.tr

Professional Solutions:
DMR
 KONGRE
 INCENTIVE
 ORGANİZASYON

DMR Kongre Organizasyon Hizmetleri Turizm İnşaat Taahhüt ve Ticaret Limited Şirketi
MERKEZ Turan Güneş Bulvarı 701. Sok. No: 26/5 06550 • Yıldız - Çankaya / ANKARA
 Tel 0312 442 01 50 • Fax 0312 442 04 10
İSTANBUL Barbaros Bul. Akdoğan Sok. No: 23/2 34353 • Beşiktaş / İSTANBUL
 Tel 0212 258 50 28 • Fax 0212 258 50 29
 Web www.dmrTurizm.com.tr • E-Posta dmr@dmrturizm.com.tr



12. Ulusal Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Kongresi

21 Mayıs 2010 Cuma

DİRENÇLİ HİPERTANSİYONDA BİR SUÇLU: HİPERALDOSTERONİZM

Prof. David Calhoun

Prof. David Calhoun, Birmingham-Alabama Üniversitesi’nde Uyku bozuklukları merkezinde, vasküler biyoloji ve hipertansiyon konusunda çalışmaktadır. 125’den fazla makalesi ve kitap bölümü mevcuttur. Dirençli hipertansiyonun sebepleri ve antihipertansif tedaviye dirençli durumlarda tedavi stratejileri konusunda ağırlıklı olarak makaleler yazmaktadır. Dirençli hipertansiyonun bir nedeni olarak hiperaldosteronizm ile uyku-apne bozuklukları arasındaki ilişkiye dair laboratuvar çalışmaları devam etmektedir.



Primer Aldosteronizm hipertansiyonun nadir nedenlerinden biridir. Çapraz kesitsel çalışmalarda plazma aldosteron düzeylerinin özellikle obez bireylerde kan basıncı ile yakından ilişkili olduğu saptanmıştır. Bu bireylerde plazma renin aktivitesinden bağımsız olarak hipertansiyon gözlenmesi olayın renin-anjiyotensin aksından bağımsız ve aldosteronun etkisi ile oluştuğunun bir göstergesidir. Dirençli hipertansiyon sözkonusu olan vakalarda öncelikle hiperaldosteronizm akla gelir ve %20’lere varan oranlarda tesbit edilir. Bu durumun mevcudiyetinde aldosteron antagonistlerinin tedaviye eklenmesi en uygun tedavi yaklaşımıdır.

TÜRKİYE’NİN TANSİYONUNU ÖLÇMEYE DEVAM EDİYORUZ



nuya daha fazla önem vermesi gerekmektedir.

İşte bu nedenlerle “Türkiye’nin Tansiyonunu Ölçüyoruz” projesi devam etmektedir. Bu sosyal sorumluluk projesi ile “sinsi katil” hipertansiyona karşı halkın farkındalığı sağlanmaya çalışılmaktadır. 2008 yılından beri toplam 14 vilayette 90.000’e yakın bireyin tansiyonu ölçüldü, hastalık anlatıldı ve bilinçlendirme broşürleri dağıtıldı. Projenin bu yılki ayağında gidilen iller ve tarihleri:

- 11 Mayıs 2010 – Sivas Kongre Binası Yanı
- 13 Mayıs 2010 – Eskişehir Vilayet Meydanı
- 15 Mayıs 2010 – Kocaeli Outlet Center
- 16 Mayıs 2010 – İstanbul Kadıköy Meydanı
- 17 Mayıs 2010 – İstanbul Beşiktaş Meydanı

Dünya genelinde 2025 yılında yaklaşık 1,5 milyar insanın hipertansif olacağı tahmin ediliyor. Bu beklentilere göre her bir dakikada 45 kişi hipertansiyon tanısı alacak demektir.

Türkiye’de 2007 verilerine göre 18.500.000 hipertansif birey vardır. 4 yıllık hipertansiyon insidansı %21.3 olup Türkiye’deki hipertansiyon artış hızı tüm dünya genelinde beklenenden daha yüksektir. Bu nedenle hipertansiyon konusunda gerek önleme gerek tedavi anlamında bizlerin ko-



KARDİYOVASKÜLER RİSK PLATFORMU 3 YAŞINDA

Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği'nin diğer 4 uzmanlık derneği (Türk Kardiyoloji Derneği, Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği, Türk Nöroloji Derneği, Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği) ile birlikte oluşturduğu Kardiyovasküler Risk Platformu; kalp ve damar hastalıklarından korunmada hem halkın hem de hekimlerin eğitilmesi için çalışmalarına devam etmektedir.

T. C. Sağlık Bakanlığı'nın da desteğiyle yürütülen bu projede halka yönelik olarak farklı şehirlerdeki yerel belediyelerin işbirliği ile bugüne kadar 25 program düzenlendi.

Toplamda **7.200** kişiye kalp-damar hastalığı risk ölçümü yapıldı. Bu risk değerlendirmelerine göre;

FUTBOL TURNUVASI

Futbol Turnuvasında yarı finalistler belli oldu.

Yarı finalde, Dinamo Nefron'u 2-1 ile geçen Padosit, Seferoğulları'nı 1-0 yenen Van Gölü Canavarı ile yarın saat 18:00'de, Bursalona'yı penaltılar sonucu 4-2 ile geçen Ankara Eylül Diyaliz ise Adanus Körfez'i 3-1 ile eleyen Hiper Hamsi ile yarın saat 18:50'de karşılaşacak.

Padosit Nadir, Ahmet	2
Dinamo Nefron Mustafa	1
Van Gölü Canavarı Selim	1
Seferoğulları	0
Ankara Eylül Diyaliz Vahit	1(4)
Bursalona Tuncay	1(2)
Hiper Hamsi Abbas, Hüseyin, Ömer	3
Adanus Körfez İbrahim	1



35-69 yaş aralığındaki katılımcıların %29'u 10 yıl içinde kalp ve damar hastalığı geçirme açısından yüksek risk taşıyor. 45-54 yaş aralığında her dört kişiden biri, 55-64 yaş aralığında ise her iki kişiden biri kalp ve damar hastalığı geçirme açısından yüksek risk grubunda yer alıyor. Yüksek riskli 3 kişiden yalnızca 1'i son bir yıl içinde kalp ve damar sağlığı konusunda doktora başvurmuş, yani bireyler risklerinin farkında değiller.

"Kalbinizi koruyun. İçinde sevdikleriniz var" kampanyası, toplumun olduğu kadar hekimler üzerinde de kalp ve damar hastalıkları, risk faktörleri ve değiştirilebilir risk faktörlerine müdahale edilmesi konusunda farkındalığın artırılmasını hedeflemektedir. Kampanya dahilinde doktorları bilgilendirmek üzere yapılan Hekim Bilgilendirme Toplantıları çerçevesinde, 18 ilde gerçekleştirilen uydu sempozyumları ve seminerler ile 6.000 pratisyen hekime ve 1.000 uzman hekime ulaşıldı. Hazırlanan hekim eğitim kitleri 30.000 hekime dağıtıldı.

YOĞUN BAKIMDA BÖBREK SORUNLARI

Dr. Melda Türkoğlu

Yoğun bakımlarda böbrek sorunları sıklıkla karşılaşılan ve artmış morbidite ve mortaliteye neden olan önemli sorunların başında gelir. Bu konuşmada yoğun bakımlar için böbrek sorunlarının önemi, yarattığı etkiler, önlemede yapılacak girişimler ve tedavi seçenekleri, yoğun bakım uzmanı ve nefroloji uzmanının bu tedavi süreci içerisindeki rolleri tartışılacaktır.

HİPERTANSİF HASTADA KARDİYAK KORUMA VE BETA BLOKERLER

Prof.Dr.Giray Kabakçı

Kılavuzlarda ilk basamak tedavi için önerilen önemli beş antihipertansif ilaç sınıfı tek başına veya kombinasyon halinde antihipertansif tedaviyi başlatmak ve sürdürmek için uygundur. Bununla birlikte, başlangıç tedavisi veya bir kombinasyonun bir parçası olarak, bazı ilaçların diğerlerinden üstün olduğuna ilişkin çok sayıda durum için kanıt bulunmaktadır. Özgül bir ilaç veya bir ilaç kombinasyonu seçiminde ve diğerlerinden kaçınmada bazı noktalar dikkate alınmalıdır. Bu noktalar; söz konusu hastanın belirli bir sınıftan bileşiklerle daha önceki olumlu veya olumsuz deneyimi, ilaçların kardiyovasküler risk faktörleri üzerindeki etkisi, bazı ilaçlarla diğerlerinden daha iyi tedavi edilebilecek subklinik organ hasarının varlığı, klinik kardiyovasküler hastalık, böbrek hastalığı veya diyabetin bulunması ve özel antihipertansif ilaç sınıflarının kullanımını kısıtlayabilecek başka hastalıkların bulunması olarak özetlenebilir.



BOWLING TURNUVASI

Bowling Turnuvasında çeyrek finalistler belli oldu.

Çeyrek finalde Papatya - Çamlıca, Acı Tantuni - Firidinspor, Ağassi - Spark ve Atmaca - Kafkas Kartalları maçları yapılacak. Çeyrek final maçları saat 18:00 ve 18:40'ta oynanacak.

Papatya	176
Kanaryalar	138
Çamlıca	190
Aslanlar	176
Acı Tantuni	177
Kuzey Rüzgarı	167
Firidinspor	173
Adanus	170
Ağassi	185
Çotanak	151
Spark	272
Güneyin Gümüşü	204
Atmaca	290
Fenerium	176
Kafkas Kartalları	255
Laltay	195

KADIN VE HİPERTANSİYON

Prof. Dr. Betül Kalender

Hastanın cinsiyeti hem hipertansiyonun patofizyolojisini, hem de tedavi ve sonuçlarını etkilemektedir. Bu sunumda, kadınlarda primer (esansiyel) hipertansiyona odaklanılacaktır. Kadınlarda esansiyel hipertansiyon prevalansı, farkındalık, tedavi ve kontrol oranları erkekler ve kadınlar arasındaki farklılıklar gözetilerek ele alınmaktadır. Yine esansiyel hipertansiyon patofizyolojisinde kadın cinsiyet ile ilgili hemodinamik ve hormonal farklılıklar tartışılacaktır. Oral kontraseptif kullanımı ve hormon replasman tedavisinin hipertansiyonla ilişkisi konusundaki bilgiler ve kadınlarda hipertansiyona bağlı hedef organ hasarı ile ilgili özellikler de bu sunumun konuları arasındadır. Son olarak da kadınlarda hipertansiyon tedavisi, ilaç seçimi, ilaç yan etkileri gibi konulardaki farklılıklar ve öneriler tartışılacaktır.

Uydu Sempozyumu



21 Mayıs 2010 Cuma
13:30 - 14:30
Salon A