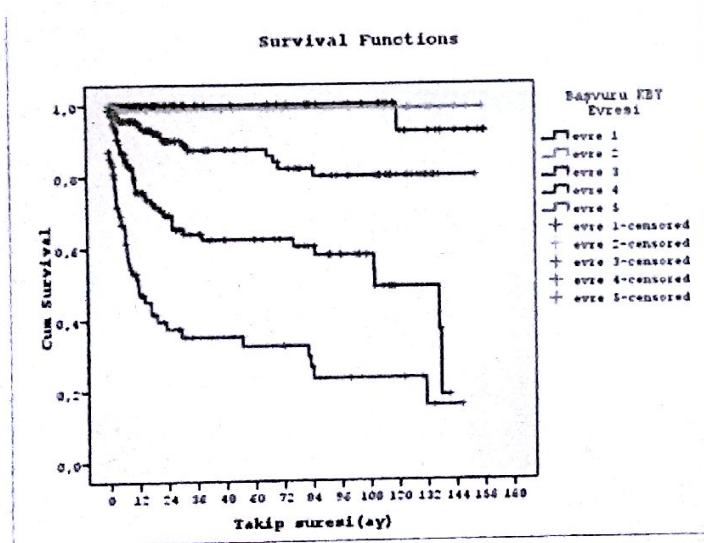


değerlendirildi. İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007&PASS (Power Analysis and Sample Size) 2008 Statistical Software (Utah, USA) programı kullanıldı. Sağkalım analizlerinde Kaplan Meier Sağkalım analizi ve Log Rank (Mantel-Cox) test kullanıldı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan olguların yaş aralığı 16-94 yaş, yaş ortalaması ise $53,1 \pm 16,8$ idi. Hastaların %54,5'i (n=511) kadın, %45,5'i (n=427) erkekti. Ortalama takip süresi $24,7 \pm 39,6$ ay (median değeri 5,8) olarak saptanmıştır. Olguların % 61,6'sı (n=578) 0-12 ay; %23,6'sı (n=221) 13-60 ay ve % 14,8'i (n=139) 61 ay üzerinde takip edilmiştir. KBY etyolojisi açısından %31,1 ile (n=292) diyabetik nefropati, %26,7 ile (n=250) hipertansif nefroskleroz, %10 ile (n=94) kronik glomerulonefrit ilk üç sırayı almaktaydı. İlk ziyaret kreatinin ortalaması $2,52 \pm 2,01$ mg/dl, son ziyaret kreatinin ortalaması ise $2,97 \pm 2,55$ mg/dl idi. Ortalama yıllık GFR azalma miktarı $17,17 \pm 60,13$ ml/dk, median değeri ise 4,63 ml/dk bulundu. İzlem süresinde olguların %9,6'sının (n=90) KBY evresi azalırken, %72,6'sının (n=681) evresi aynı kaldı, %17,8'inin (n=167) ise KBY evresi arttı. Başvuru sırasındaki KBY evresine göre sağkalım oranları Tablo-1'de sunulmuştur. Takip sırasında KBY evresi artan hastaların evresi aynı kalan hastalara göre sağkalımlarının anlamlı olarak azaldığı saptandı. Başvurudaki KBY evresine göre sağkalım oranları Log Rank test ile değerlendirildiğinde 13 yıllık sağ kalım oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p < 0.01$). Evre arttıkça sağkalım oranlarının düştüğü izlendi (Şekil-1).

Sonuç ve Tartışma: Özellikle evre 4-5 KBY'nin çok düşük sağkalım oranları klinisyenleri daha erken evrelerdeki hastaların progresyonunu yavaşlatmak için her türlü eforu göstermeye itmeli.

Anahtar Kelimeler: Kronik böbrek yetersizliği, Proteinüri, Sağkalım



Şekil 1. Başvurudaki KBY evrelerine göre sağkalım eğrisi

Tablo 1. Başvurudaki KBY evresine göre sağkalım analizi

| KBY evresi | N | ex | yaşayan | sağkalım oranı | ortalama sağkalım süresi (ay) |
|------------|-----|----|---------|----------------|-------------------------------|
| Evre 1 | 158 | 1 | 157 | 99,4 | $153,2 \pm 2,7$ |
| Evre 2 | 149 | 1 | 148 | 99,3 | $153,3 \pm 1,7$ |
| Evre 3 | 261 | 20 | 241 | 92,3 | $128,8 \pm 4,9$ |
| Evre 4 | 230 | 52 | 178 | 77,4 | $85,7 \pm 6,0$ |
| Evre 5 | 140 | 61 | 79 | 56,4 | $46,5 \pm 7,3$ |

Kaplan-Meier analizi

[PS/GN-166]

Mersin ilinde nefrolojik hastalıklara bağlı gelişen iş gücü kaybı

Mustafa Hari, Şimge Bardak, Kenan Turgutalp, Serap Demir, Ahmet Kıyıkım, Ali Biçer

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Kliniği, Mersin

Amaç: Kalıcı anatomik ve fonksiyonel tıbbi bozukluklar hastaların günlük yaşam aktivitelerini etkilemekte ve iş gücü kaybına neden olmaktadır. Kronik dahili hastalıklar, sıklığı ve neden oldukları fonksiyonel kayıp nedeniyle iş gücü kaybının önemli nedenleri arasında yer alır. Bu sorunların ciddiyetine göre hastaların özür oranları belirlenmiştir. Nefrolojik hastalıklar ve bunlar arasında özellikle kronik böbrek hastalığı toplumumuzda artan prevalansı ile önemli sağlık sorunları olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu çalışmada maluliyet değerlendirilmesi için başvuran hastalardaki nefrolojik hastalık sıklığını ve bu hastaların nefrolojik özür tiplerine göre dağılımını araştırmayı amaçladık.

Gereç-Yöntem: 2009-2013 yılları arasında hastanemiz sağlık kuruluna maluliyet durumunun değerlendirilmesi amacıyla giriş yapan toplam 3481 hasta retrospektif olarak incelendi. Nefrolojik hastalıklara bağlı iş gücü kaybı oranları, özel nedenleri ve maluliyet dereceleri değerlendirildi.

Bulgular: 2009-2013 yılları arasında değerlendirilen toplam 3481 hastadan Nefrolojik problemi tanımlanmış olan 205 hasta (%5.9) saptandı. Bu hastaların hastalıklarına bağlı iş gücü kaybı oranları Tablo 1'de gösterilmiştir. En sık izlenen nefrolojik sorunun diyaliz gerektiren böbrek yetmezliği olduğu saptandı (%37).

Sonuç: Nefrolojik hastalıklar, maluliyet nedenleri arasında önemli bir yer kaplamaktadır. Bu hastalıklar ciddi iş gücü kaybına neden olabilmektedir. Özellikle diyaliz gerektiren böbrek yetmezliği sıklığı ve iş gücü kaybı oranının yüksekliği ile dikkat çekmektedir. Nefrolojik hastalıkların önlenmesi, erken tanısı ve ilerlemesinin geciktirilmesi iş gücü kaybını azaltacak stratejiler arasında yer alabilir.

Anahtar Kelimeler: İş gücü kaybı, Nefrolojik hastalıklar, Özür

Tablo 1. Nefrolojik hastalıklar ve iş gücü kaybı oranları

| Özür tipleri | iş gücü kaybı oranları (%) | Sayı (n) |
|---|----------------------------|----------|
| Nefrotik proteinüri (tedavi ile düzelmeyen, kreatinin normal) | 60 | 6 |
| Nefrotik olmayan proteinüri (tedavi ile düzelmeyen, kreatinin normal) | 40 | 5 |
| Kronik böbrek yetmezliği (GFH<25+ Diyalize girmeyen) | 60 | 15 |
| Kronik böbrek yetmezliği (GFH=25-39) | 60 | 16 |
| Kronik böbrek yetmezliği (GFH=40-49) | 40 | 8 |
| Kronik böbrek yetmezliği (GFH=50-65) | 20 | 20 |
| Kronik böbrek yetmezliği (Diyaliz tedavisi gerektiren) | 90 | 76 |
| Böbrek nakilli | 70 | 23 |
| Böbrek nakilli+ Kronik böbrek yetmezliği | 70 + KBY derecesi | 2 |
| Nefrektomi (Diğer böbrek normal) | 10 | 21 |
| Nefrektomi (Diğer böbrekte izlem gereken sorun: taş vb.) | 15 | 3 |
| Nefrektomi+ Kronik böbrek yetmezliği | 10 + KBY derecesi | 1 |
| Agenetik böbrek+ Kronik böbrek yetmezliği | KBY derecesi | 1 |
| Soliter böbrek doğuştan | 0 | 2 |