



TUSWORLD TUS REFERANSLARI

# TEMEL BİLİMLER KLİNİK BİLİMLER

TARİH TEKERRÜRDEN İBARETTİR !

HER TUS OLDUĞU GİBİ YİNE

TUSWORLD EFSANE KONU KİTAPLARI

4128 SAYFA İLE EN ÇOK REFERANSI VERMİŞTİR !

## 223/240

Demek ki neymiş; TUSWORLD EFSANE KONU KİTAPLARI EN İYİ TUS KAYNAĞIYMIŞ !

13.000 sayfada boğulmadan da TUS çok rahat kazanılabiliyormuş !



[tusworld.com.tr](http://tusworld.com.tr)

Kazananların  
*dünyası*

## TEMEL BİLİMLER

### ANATOMİ 13/14

#### REFERANS: 1

1. Dirsek seviyesindeki n. medianus hasarında hangi kasta fonksiyon kaybı olmaz?

**CEVAP:**M. adductor pollicis

M. adductor pollicis thenar bölgede olup thenar gruptan olmayan kistir. Diğer thenar grup kaslardan farklı olarak n. medianus ile değil n. ulnaris ile innerve edilir.

#### REFERANS: TUSWORLD ANATOMİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 87

ADDUKTOR GRUP	M. adductor pollicis	*Caput obliquum: 2. ve 3. metakarpal tabanı ve os capitatum, *Caput transversum: 3. metakarpal	Başparmak proximal phalanx tabanı mediali	N. ulnaris	*Başparmak addüksiyonu
---------------	----------------------	--	---	------------	------------------------

#### REFERANS: 2

2. Servikal ve torakal bölge spinal sinirlerin ramus dorsalis'leri ile innerve edilmeyen kas hangisidir?

**CEVAP:**M. serratus posterior superior

Derin grup sırt kasları, ilgili bölge seviyesindeki spinal sinirlerin ramus dorsalis'leri tarafından innerve edilirler. M. semispinalis, m. erector spinae, m. splenius cervicis, m. multifidus derin grup sırt kaslarından olup hepsi spinal sinirlerin ramus dorsalis'ler ile innerve edilirler.

#### REFERANS: TUSWORLD ANATOMİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 72

DERİN KASLAR	ORIGO	INSERTIO	SİNİR	FONKSİYON
<b>Yüzeyel katman</b> M. splenius	Lig. nuchae, C7- T3 proc. spinosus	Splenius capitis: Proc. mastoideus, linea nuchae sup. Splenius cervicis: C1-C3 proc. transversus	Spinal sinirlerin posterior ramus'ları	Tek başına: Boyun fleksiyonu, başın aynı tarafa rotasyonu. Çift tarafı: Baş ve boyun ekstensiyon
<b>Orta katman</b> M. erector spinae -Iliocostalis -Longissimus -Spinalis	Crista iliaca ve sacrum'un arka kısmı, tüm bel omurlarının proc. spinosus'ları	Iliocostalis: alt seviye kaburgalar, servikal proc. transversuslar Longissimus: Proc. mastoideus ve kaburgalar Spinalis: Üst torakal ve kranyal bölgede proc. spinosuslar	Spinal sinirlerin posterior ramus'ları	Tek tarafı: columna vertebralis'i lateral fleksiyon Çift tarafı: columna vertebralis ve baş ekstensiyonu
<b>Derin katman</b> Transversospinalis -Semispinalis -Multifidus -Rotatores	Vertebralarn proc. transversusları Semispinalis:	Daha üstte bulunan vertebralarn proc. spinosus'ları	Spinal sinirlerin posterior ramus'ları	Columna vertebralis ekstensiyonu

#### REFERANS: 3

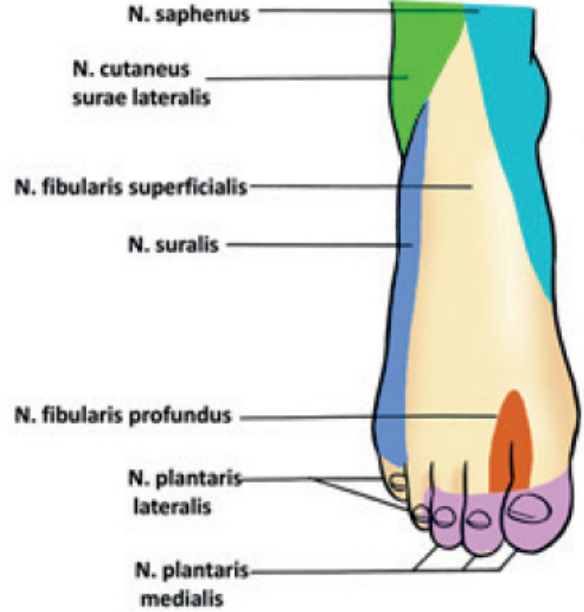
3. N. femoralis hasarında duyu kaybı yaşanacak olan bölge hangisidir?

**CEVAP:**Ayak medial tarafı

N. femoralis'in uç dalı olan n. saphenus bacak ve ayak medial bölgesinin duyunu alır. Seyri esnasında v. saphena magna ile birlikte seyredir.

#### REFERANS: TUSWORLD ANATOMİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 278, 280

-N. saphenus: N. femoralis'in uç dalıdır. A. ve v. femoralis ile birlikte canalis adductorius'ta seyredir ancak kanalı çıkışından değil ön duvarından terk eder. Bacağın medialinde v. saphena magna ile komşudur.



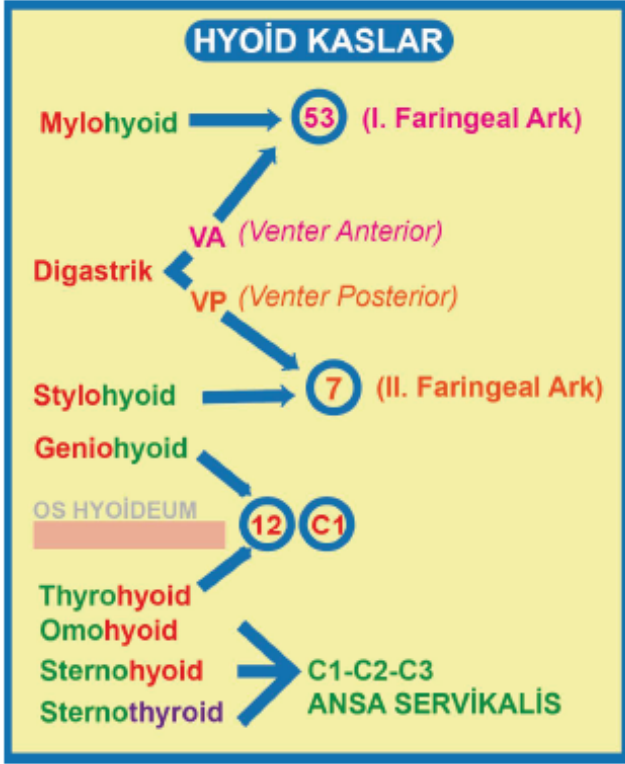
#### REFERANS: 4

4. Glandula parotoidea'ya uygulanan girişim nedeniyle bez içerisinde dallanan sinirin hasarlanması sonucunda hangi kasta fonksiyon kaybı beklenmez?

**CEVAP:**Musculus digastricus venter anterior

Gl. parotoidea'nın içerisinde dallanan sinir n. facialis'tir. N. facialis yüz mimik kasları ile birlikte m. stapedius, m. digastricus venter posterior'u ve m. stylohyoideus'un motor innervasyonunu sağlar. Musculus digastricus'un venter anterior'u ise n. trigeminus'un üçüncü dalı olan n. mandibularis ile innerve edilir.

REFERANS: TUSWORLD ANATOMİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 65, 66, 289

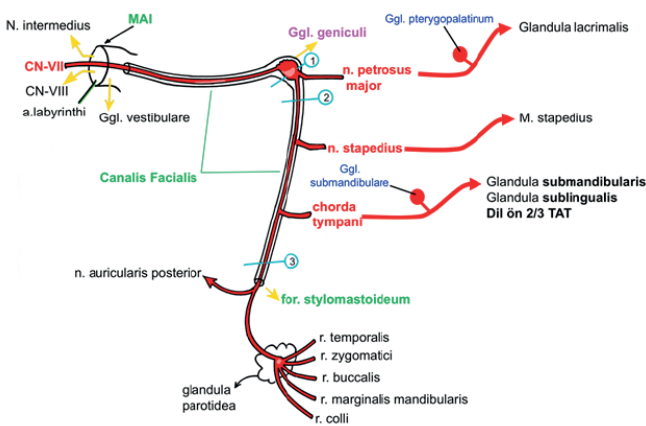


## VII - N. FACIALIS

\***Kemik içi** (temporal) en uzun seyir gösteren KS'dir.

\*İnnerve ettiği kaslar:

- Mimik kaslar
- M. stapedius
- M. digastricus'un venter posterior'u
- M. stylohyoideus



### M. digastricus:

- İki karnelli olmasından dolayı bu ismi almıştır.
- Venter anterior'u n. alveolaris inferior (V-3)'ün n. mylohyoideus dali ile, venter posterior ise n. facialis ile uyanır. (N. alveolaris inferior n. mandibularis'in dalıdır. N. mandibularis de n. trigeminus'un dalıdır.)

## REFERANS: 5

5. **Canalis pudendalis'e bası neticesinde hangi damarda akım azalması daha olasıdır?**

**CEVAP:**A. urethralis

Canalis pudendalis'te, n. pudendus ile birlikte a. ve v. pudenda interna bulunur. Buraya olan basıda a. pudenda interna ve dallarının akımında azalma beklenebilir.

REFERANS: TUSWORLD ANATOMİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 144

A. pudenda interna, Perineum ve dış genital organların kanlanımını sağlar. Spina ischiadica'nın arkasından dolanıp, lig. sacrospinale'nin üzerinden ve foramen ischiadicum minus'tan geçip, fossa ischioanal's'e gelir. Seyri sırasında aynı isimli veni ve n. pudendus'la birlikte hem foramen ischiadicum majus, hem de foramen ischiadicum minus'dan geçer. Fossa ischioanal's'in dış duvarında, fossanın dış duvarını oluşturan m.obturatorius internus'un fascia'sında bulunan canalis pudendalis'e (Alcock kanalı) girer. Bu kanal içerisinde a. rectalis inferior dalını verir. Kanaldan geçtikten sonra spatium perinei profundum'da öne doğru uzanır.

A. rectalis inferior, a. perinealis, a. bulbi penis (kadınlarda a. bulbi vestibuli), a. urethralis, a. profunda penis ve a. dorsalis penis bu arterin dallarıdır. A. dosalis penis (clitoridis), lig. suspensorium penis içinde seyredir.

## REFERANS: 6

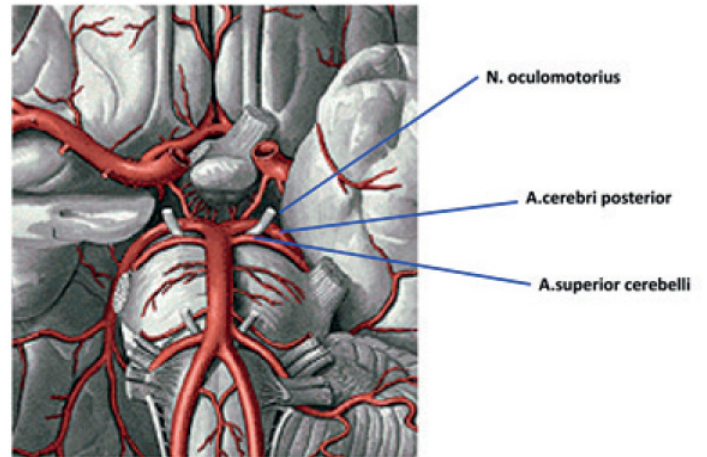
6. **A. cerebri posterior'un proksimalindeki anevrizmada etkilenmesi beklenen kranial sinir hangisidir?**

**CEVAP:**N. oculomotorius

N. oculomotorius beyin sapını terk ettiğinde a. cerebri posterior ile a. cerebelli superior arasından geçerek seyirini sürdürür. Bu damarları etkileyen lezyonlarda n. oculomotorius'ta da lezyon görülebilir.

REFERANS: TUSWORLD ANATOMİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 283

\*N. oculomotorius, fossa interpeduncularis'den beyin sapını terk eder. A. cerebri posterior ile a. superior cerebelli arasından, sinus cavernosus'un dış duvarından, FOS'dan ve Zinn halkası'ndan geçer.



REFERANS: 7

7. Ayak transvers kemerine katılmayan kemik hangisidir?

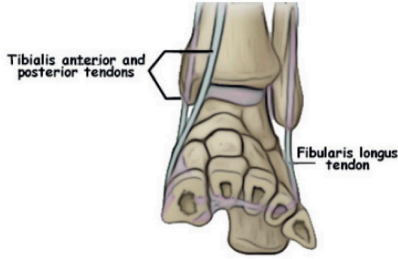
**CEVAP:**Os naviculare

Ayaktaki arkuslardan transvers olanı yani arcus pedis transversus tarsal kemiklerden cuboid, cuneiform kemikler ve metatarsal kemiklerin basis'leri arasında oluşur.

**REFERANS: TUSWORLD ANATOMİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 54**

**Arcus pedis transversus:**

-Cuboid, cuneiform kemikler ve metatarsal kemiklerin basisleri arasındaki transvers kavistir.  
-M. fibularis longus (en önemli) ve m. tibialis posterior tendonları bu arkus'un kavisini sağlamıştır.



REFERANS: 8

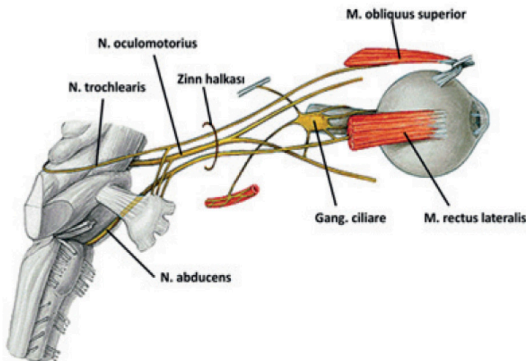
8. Ganglion ciliare, gözde n. opticus ile hangi kas arasında yerleşmiştir?

**CEVAP:**M. rectus lateralis

N. oculomotorius'un parasempatik ganglionu olan gang. ciliare, n. opticus ile m. rectus lateralis arasında bulunur.

**REFERANS: TUSWORLD ANATOMİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 283**

**\*Ganglion ciliare:** Bulbus oculi'nin arkasında n. opticus ve m. rectus lateralis arasında bulur. N. oculomotorius parasempatik ganglionudur. Preganglionik lifleri Edinger-Westphal'den çıkar ve n. oculomotorius (r. inferior) il buraya gelir.



REFERANS: 9

9. Tonsillektomi esnasında hangi sinirin hasarlanması daha muhtemeldir?

**CEVAP:**N. glossopharyngeus

Tonsilla palatina'nın duyu innervasyonu n. glossopharyngeus tarafından sağlanır. Tonsillektomi esnasında n. glossopharyngeus hasarlanabilir.

**REFERANS: TUSWORLD ANATOMİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 195**

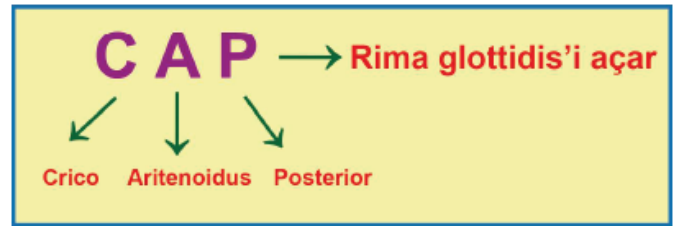
**Tonsilla palatina:** Çocuklarda daha büyük olup yaş ilerledikçe küçülen lenfoid bir dokudur. Yüzeyindeki çukur oluşumlar olan fossulae tonsillaris'in derinine inildiğinde cryptae tonsillares denilen oluklara rastlanır. Tonsilla palatina'nın lateral yüzü fibröz bir kapsül (capsula tonsillaris) ile örtülüdür. Buradan a. facialis'in ramus tonsillaris adı verilen dalı tonsille girer.  
**Arterleri:** Ramus tonsillaris (a. facialis), a. palatina ascendens (a. facialis), rami dorsales linguae (a. lingualis), a. pharyngea ascendens (a. carotis externa) ve a. palatina major (a. maxillaris)  
**Venleri:** V. palatina externa (v. paratonsillaris), v. lingualis, plex. venosus pharyngis ve v. facialis'ler.  
**Sinirleri:** N. maxillaris ve n. glossopharyngeus'un rami tonsillares dalları ve n. vagus'dur.

REFERANS: 10

10. Plica vocalis'leri fonasyon durumuna getiren kaslar hangi öncüllerde verilmiştir?

**CEVAP:**M. cricoarytenoideus lateralis, m. arytenoideus obliquus, m. arytenoideus transversus (diğer öncülde bulunan m. cricoarytenoideus posterior'un etkisi yoktur.) Sesin oluşumdaki temel mekanizma mizmar aralığının plica vocalis'ler tarafından daraltılarak havanın plica vocalis'lere çarpması ve titreştirmesidir. Mizmar aralığının daraldığı durumlar fonasyonda etkilidir. Mizmar aralığının açılması durumunda ise fonasyona etki sağlanmaz.

**REFERANS: TUSWORLD ANATOMİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 173,175 ve TUSWORLD ANATOMİ OFFLINE DERS VİDEOSU)**



\*\*\* Mizmar aralığı'nı sadece m. cricoarytenoideus posterior (posticus) genişletir, diğer tüm kaslar daraltır.



**REFERANS: TUSWORLD KADIN DOĞUM EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 10**  
Overin bağları

• **Lig. suspansoryum ovarii (infundibulopelvik ligament):**

Overleri ve tubayı pelvis yan duvarına asar. içinden **ovaryan arter, ven ve sinirler** geçer.

• **Ligamentum Ovari Proprium:**

Overin uterin kenarını uterus yan duvarına bağlar. Bu bağ da **round** gibi embriyonel hayattaki **gubernakulumun** artığıdır.

**REFERANS: 12**

**13. Penis lenfatik drenajı ile alakalı olarak doğru olan seçenekler hangileridir?**

**CEVAP:** Penis derisi – Nodi inguinales superficiales  
Glans penis – Nodi inguinales profundi  
Corpus cavernosum penis – Nodi iliaci interni  
Penis derisi yüzeysel inguinal lenf nodlarına drene olurken glans penis'in lenfatik drenajı derin inguinal lenf nodlarına olmaktadır. Nodi iliaci interni pelvik organların genel lenfatik drenajını alır.

**REFERANS: TUSWORLD ANATOMİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 165, 236**

Lenfatikleri: Glans penis: derin inguinal lenf düğümlerine, diğer kısımları ise yüzeysel inguinal lenf düğümlerine drene olur.

Nodi iliaci interni:

\*A.v. iliaca interna çevresinde bulunur. Pelvis organlarının lenfin alır.

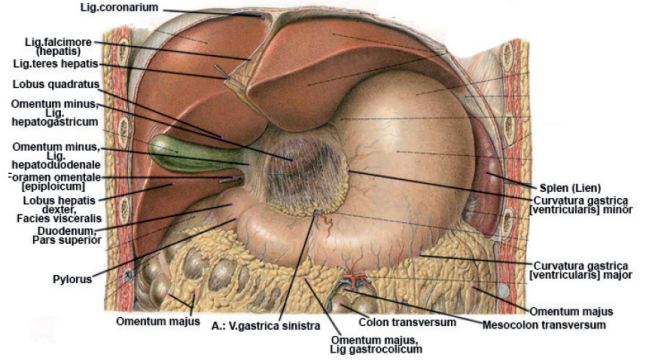
**REFERANS: 13**

**14. El, foramen bursa omentalis'ten sokulduğunda işaret ve baş parmak arasında hangi arterin pulsasyonu alınabilir?**

**CEVAP:**A. hepatica propria  
Soruda bahsedilen genel cerrahide kullanılan "Pringle manevrası" olup foramen bursa omentalis ön duvarını oluşturan lig. hepatoduodenale'nin tutulmasını temel alır. Lig. hepatoduodenale'de bulunan v.portae, ductus choledochus ve a. hepatica propria'dan a. hepatica propria'nın pulsasyonu alınır.

**REFERANS: TUSWORLD ANATOMİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 218, 219**

**Lig. hepatoduodenale:** Arkada v. portae hepatis, ön-solda a. hepatica propria, ön-sağda ductus choledochus bulunur.



**Foramen epiploicum:** Periton boşluğu ile bursa omentalis'i bağlayan açıklıktır. Bursa omentalis'in sağ tarafındadır.

Önde...lig. hepatoduodenale (a. hepatica propria, ductus choledochus, v. portae hepatis)

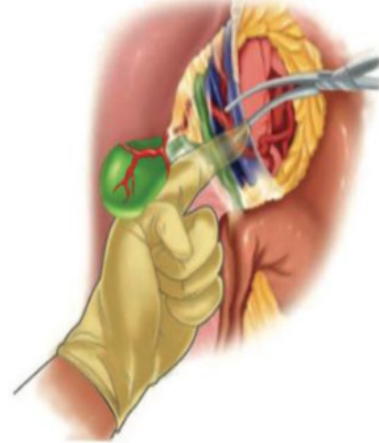
Arkada ... v. cava inferior

üste ..... karaciğerin lobus caudatus'u

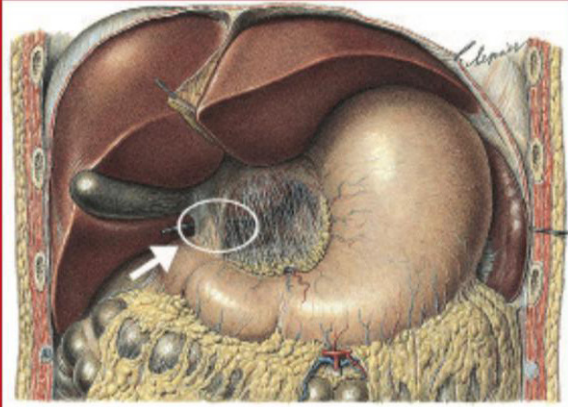
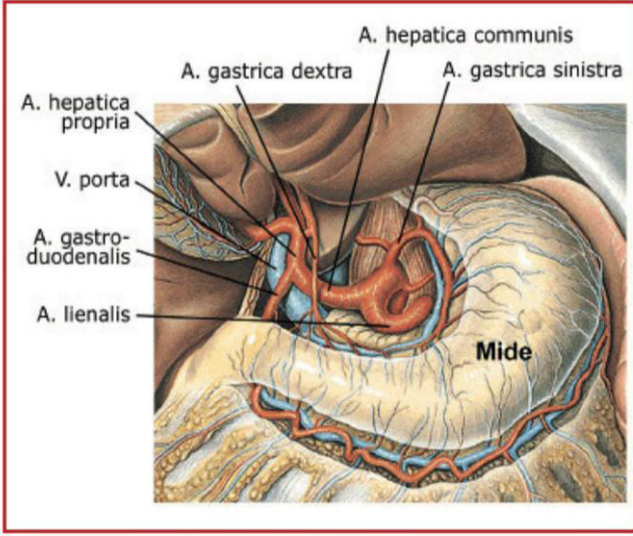
altta ..... duodenum'un 1. parçası.

**REFERANS: TUSWORLD GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 113**

**Pringle manevrası;** Acil karaciğer kanamalarında kullanılan ve hepato-duodenal ligamanı geçici kapatma yoluyla onarıma fırsat veren manevradır. Bu manevra sırasında; A.hepatica propria, V.Portae ve Koledok kapatılmaktadır.



REFERANS: TUSWORLD GENEL CERRAHİ EFSANE  
KONU KİTABI, SAYFA: 207



Porta hepatis (Lig. hepatoduodenale) yapıları :

- A. hepatica propria
- V. porta hepatis
- Ductus choledocus & hepaticus communis
- Plexus hepaticus
- Lenfatikler

## FİZYOLOJİ 17/18

REFERANS: 1

15- Aşağıdakilerden hangisi hem silyumun yapısında yer alır hem de hücre içinde vezikül transportunda görev alır?

CEVAP:Tübülün

REFERANS: TUSWORLD FİZYOLOJİ KONU KİTABI, SAYFA: 18-19

### Mikrotübül

- Alfa ve beta tubulin proteinler: Tubulin dimeri yapar
- 13 tubulin protofilamanından oluşur (alfa, beta tubulin)

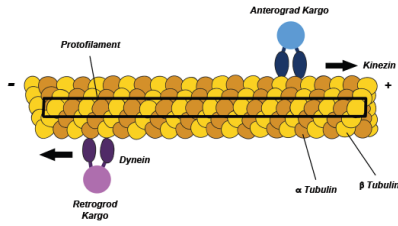
## Yapısında Mikrotübül VAR !!!

Sentriol: Mitoz ve mayoz mekikleri  
Bazal Cisim  
Sil (Titrek Tüy)  
Flagellum  
Mitoz içiği

Mikrotübülün görevleri

Hücre bütünlüğünün korunması  
Fagositoz  
Hücre hareketi  
Mitoz bölünme  
Salgı granüllerinin transportu  
Akson içinde vezikül taşıma

- Anterograd (akson ucuna doğru, (+) uca doğru) taşınmadan **kinezin** sorumludur;
- Retrograd (soma'ya doğru, (-) uca doğru) taşınmadan **dynein** sorumludur.



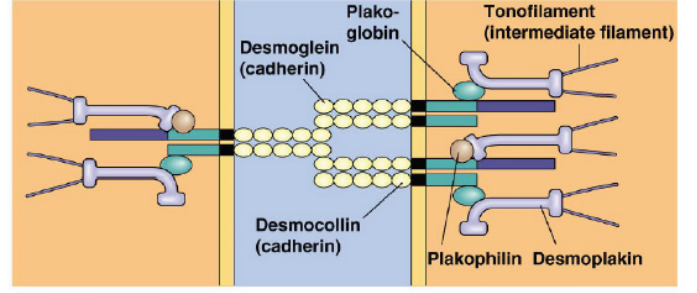
REFERANS: 2

16- Epitel bağlantı komplekslerinden hangisinin hücre iskeleti komponenti yoktur?

CEVAP:Gap junction

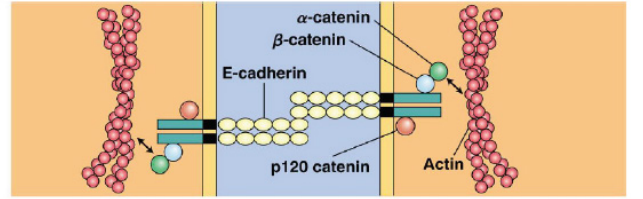
REFERANS: TUSWORLD FİZYOLOJİ KONU KİTABI, SAYFA: 23-24

Sorunun şıkları incelendiğinde diğer bağlantı komplekslerinin hücre içerisinde hangi hücre iskeleti komponentiyle ilişki kurduğu anlatılmıştır.



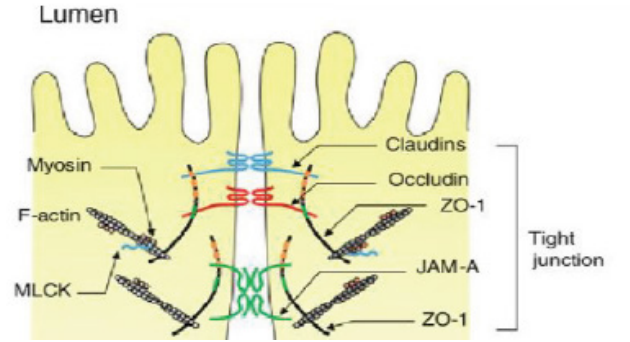
(b) Desmosome

Desmozomun hücre içerisinde ara (intermediate) filament ile ilişkisi



(a) Adherens junction

Zonula adherensin hücre içerisinde aktin ile ilişkisi



Zonula okludens (Tight junction) hücre içerisinde aktinle ilişkisi

Hemidesmozom ve Fokal Adezyonlar:

Bazal yüzey farklılıklarındırlar ve epitel bazal laminaya tutundururlar. Her iki bağlantı tipi de integrinleri kullanırlar. Hemidesmozom hücre içerisinde ara filamanlara tutunurken, fokal adezyonlar ise aktin filamanları ile ilişkilidir.

REFERANS: 3

17- Fibrilin gen defekti verilen, Marfan sendromlu vakada hangi dokunun etkilendi sorgulanmış?

CEVAP:Elastik bağ dokusu

REFERANS: TUSWORLD FİZYOLOJİ KONU KİTABI, SAYFA: 35

Sayfa 35'te Elastik lifler başlığı altında anlatılmıştır.

Fibrillin: Elastik liflerin aşırı gerilip kopmasını engeller. İmmatür elastik liflerin (tropoelastin) olgunlaşması ekstraselüler bölgedeki fibrillin'e bağlanarak sağlanır. Fibrillin gen mutasyonunda otozomal dominant geçişli Marfan Sendromu izlenir. Aortada elastik lameller arasında proteoglikan birikimi nedeni ile aort duvarında zayıflamaya neden olur. Elastik lifler orseinle boyanırlar.

REFERANS: 4

18- Beyin gelişiminde ponsun hangi sekonder beyin vezikülünden geliştiği sorgulanmıştır?

CEVAP:Metensefalon

REFERANS: TUSWORLD FİZYOLOJİ KONU KİTABI, SAYFA: 86

**Beyin, Beyincik, Beyin Sapı Gelişimi**

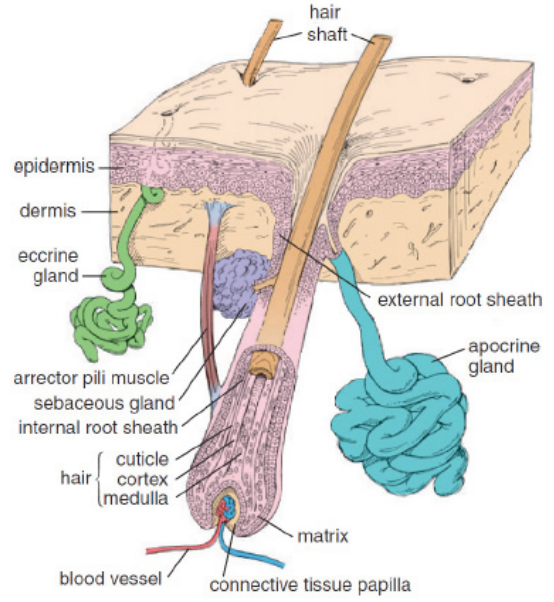
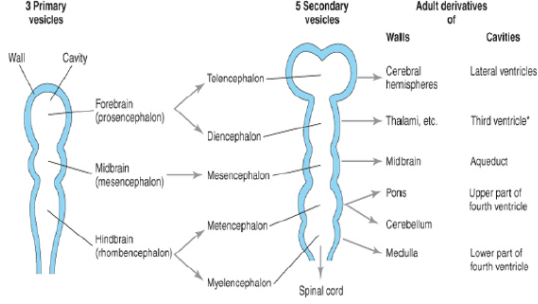
**Nöral tüp 3 genişleme gösterir;**

Bu genişlemelere ilkel beyin keseleri denir ve beyin bölümleri buradan gelişir.

Prosencephalon (ön beyin)

Mesencephalon (orta beyin)

Rhombencephalon (arka beyin).



Epidermis ve kıl folikülü bu şekil üzerinde anlatılmıştır. Yağ bezleri ve ektrin ter bezlerinin yapısı anlatılmıştır.

REFERANS: 5

19- Erişkinde Allantoisin kalıntısı hangisidir?

CEVAP:Median umbilikal ligament

REFERANS: TUSWORLD FİZYOLOJİ KONU KİTABI, SAYFA: SF 246

**Allantois (Allantoenteric diverticulum)**

3. haftada yolk sakını kaudal kısmından küçük bir divertikül olarak ortaya çıkar ve sonra bağlayan sapı (connecting stalk) oluşturur. Embriyonun katlanmasıyla, allantois arka bağırsağın (hindgut) sonlanma kısmı olan kloak ile bağlantılıdır.

**Görevleri:**

- Allantois, allantoik damarlar tarafından kanlanır ve bu damarlar daha sonra fetal umbilikal arterleri ve venleri oluşturur.
- Yetişkinlerde median umbilikal ligament olarak kalır.
- Mesaneinin oluşumuna katılır.

Allantoisin ekstraembriyonik kısmı intrauterin hayatın 2. ayında dejenere olur. Intraembriyonik kısmı ise mesaneinin apiksine katılır ve geri kalan kısmı urakusu oluşturur. Doğum sonrası urakus, median umbilikal ligamenti oluşturur. Eğer oblitere olmazsa urakal kist, sinüs, fistüller görülebilir.

REFERANS: 6

20- Deride yer alan melanosit hücresi içeren yapılar hangileri şeklinde öncüllü bir soru hazırlanmış.

CEVAP:Epidermis ve kıl folikülü

REFERANS: TUSWORLD FİZYOLOJİ KONU KİTABI, SAYFA: 109-110

**Melanositler**

Krista nöralis'ten farklılaşan bu hücreler göç ederek epidermin bazal katlarına ulaşırlar. Melanin pigmenti sentezleyip uzantıları aracılığıyla keratinositlere aktarırlar. Melanositlerin farklılaşması Pax3 geninin ekspresyonu ile düzenlenir.

21- Aşağıdakilerden hangisi esas hücre ve pariyetal hücre karşılaştırıldığında sadece pariyetal hücreye özgüdür?

CEVAP:Tübüloveziküler membran sistemi

REFERANS: YOK

**TUSWORLD OFFLINE ANLATIMI**

**Esas Hücreler** (Zimogen Hücreler). Pepsinojen, gastrik lipaz.

**Pariyetal hücreler** (Oksinrik Hücreler). Hidroklorik asit, İntrensek faktör

OFFLINE ANLATIMINDA TÜBÜLOVEZİKÜLER MEMBRAN SİSTEMİ VURGULANMIŞTIR. Ancak notumuzda yazmamaktadır. Derste, sınavda çıkacak şekilde sözlü ifade edilmiştir.

REFERANS: 7

22- Embriyolojik olarak tuba uterina nereden köken alır?

CEVAP:Paramezonefrik kanal

REFERANS: TUSWORLD FİZYOLOJİ KONU KİTABI, SAYFA: 221

Erkek	Embriyonik Yapı	Kadın
Testis (seminifer tüp)	Farklanmamış Gonad Korteksi	Ovaryum follikülü
Testis (rete)	Farklanmamış Gonad Medulla	Rete ovarii
Ductuli efferentis	Mesonefrik tübül	-
Epididimis, duktus deferens, vezikula seminalis	Mesonefrik kanal (duct) (Genital sistem için)	-
Üreter, pelvis, kaliks, toplayıcı kanal	Mesonefrik kanal (duct), daha sonra metanefrik divertikül (Üriner sistem için)	Üreter, pelvis, kaliks, toplayıcı kanal
-	Paramesonefrik kanal	Uterus, Tuba uterina
Prostat, bulboüretal bezler	Ürogenital sinus (Genital)	Vajina, Ggl vestibularis
Mesane, üretra	Ürogenital sinus (Üriner)	Mesane, üretra
Penis	Genital tüberkül (Phallus)	Klitoris
Penisin ventrali	Ürogenital katlantı	Labia minor
Skrotum	Labioskrotal katlantı	Labia major

## REFERANS: 8

### 23- Pankreas beta hücresine glukoz girişi ve renal tübüllerden glukozun geri emilmesi olaylarında hangileri ortaktır? (Öncüllü soru)

- I- Glukoz hücre zarından taşıyıcı protein ile hücre içine alınır
- II- Konsantrasyon farkının azalması taşıma hızını azaltır
- III- Taşınma insülin bağımlı gerçekleşir

CEVAP: I-II olarak verilmiş.

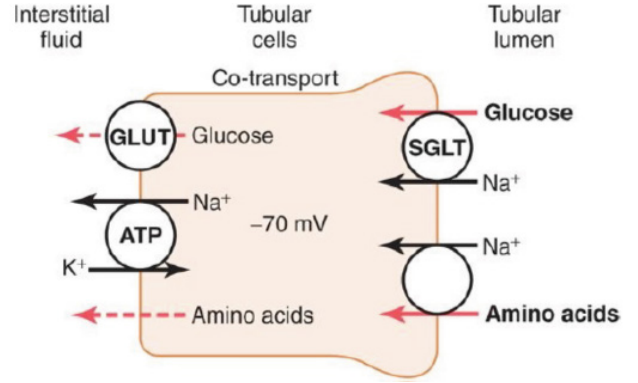
## REFERANS: TUSWORLD BİYOKİMYA KONU KİTABI, SAYFA: 92-93

Sorunun özensiz hazırlandığı, tübüllerden emilim derken tübül lümeninden hücre içersine olan emilim mi yoksa tübül hücresinden interstisyel bölgeye olan emilim mi yoksa her ikisi de mi kast edilmiş soru kökünden anlaşılıyor.

Pankreas Beta hücresinde GLUT-2, Renal emilimde GLUT-2 ve SGLT-2 özellikle görev alır. İnsülin bağımlı olan GLUT-4.

GLUT1	Beyin, plsentta, böbrek, eritrosit, kolon	Glukoz uptake
GLUT2	Karaciğer, Pankreas β hücresi, böbrek, ince bağırsak	Glukozun hızlı alımı ve salınması
GLUT3	Plsentta, beyin, böbrek	Glukoz uptake
GLUT4	<b>Kas ve yağ dokusu</b>	<b>İnsülinle indüklenen glukoz uptake</b>
GLUT5	İnce bağırsak	Lümeninden hücreye glukoz alımı
SGLT1	İnce bağırsak, böbrek proksimal tübülü	Glukozun konsantrasyon gradiyentine karşı <b>sekonder aktif transportu</b>

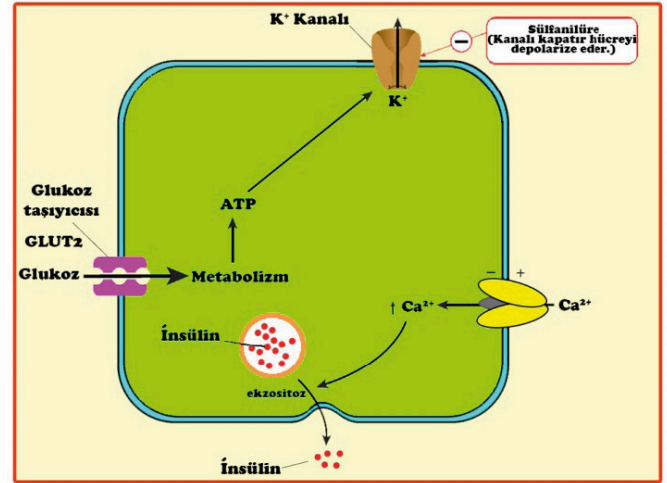
## REFERANS: TUSWORLD FİZYOLOJİ KONU KİTABI, SAYFA: 199-200



### Glukozun taşınması

Glukoz proksimal tübülden epitel hücresine sekonder aktif transportla emilir. Böbreğin glukoz eşiği  $200\text{ mg/dl}$  arteriel değere denk gelen  $180\text{ mg/dl}$  venöz kan değeridir. Glukoz apikal membrandan sodyum bağımlı glukoz taşıyıcısı(SGLT) 2 ile tübül hücresine taşınır. GLUT 2 ise glukozu hücreden interstisyel alana taşır. Glukoz ile bağlanan bir bitki glikozidi olan **florhizin SGLT 2** ile yarışarak glukoz emilimini bozar. Aminoasitlerin tübül epiteline alınmasında glukoz gibidir. **Böbrekten %100 ü emilir.**

## REFERANS: TUSWORLD FARMAKOLOJİ KONU KİTABI, SAYFA: 118

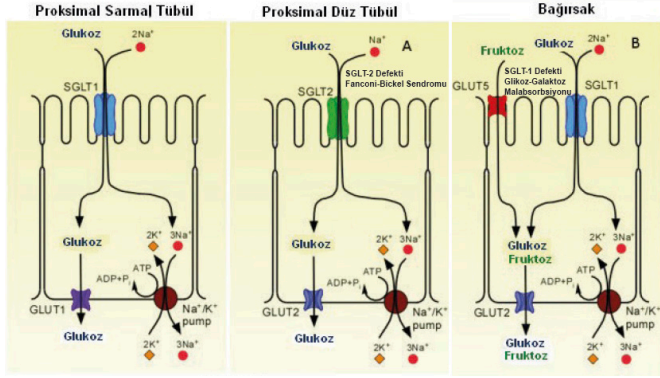


## REFERANS: TUSWORLD FİZYOLOJİ KONU KİTABI, SAYFA: 25

### Kolaylaştırılmış taşıma

Elektrokimyasal gradient ile enerji gereksinimi olmadan ama transport proteinlerinin yardımıyla maddenin taşınmasıdır. Doyma kinetiği söz konusudur, taşınım konsantrasyon gradiyenti yönündedir. GLUT taşıyıcısı ile glukozun zardan geçişi buna en güzel örnektir.

REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE KONU KİTABI, SAYFA: 391



REFERANS: 9

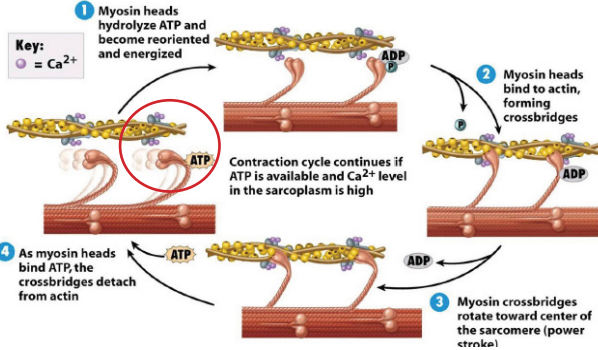
24- İskelet kasında verilenlerden hangisi ATP' nin ilgili moleküle bağlanması ile gerçekleşir?

CEVAP: Miyozin başının aktinden ayrılması

REFERANS: TUSWORLD FİZYOLOJİ KONU KİTABI, SAYFA: 52

İskelet Kasının Gevşemesi:

1. Aktin-miyozin kompleksi değişimi ATP ile sağlanır. ATP'nin bağlanmasıyla gevşeme başladığı için bu durumda ATP'nin gevşetici etkisi denir. ATP kullanılması sırasında enerji çıkışı izlenmez

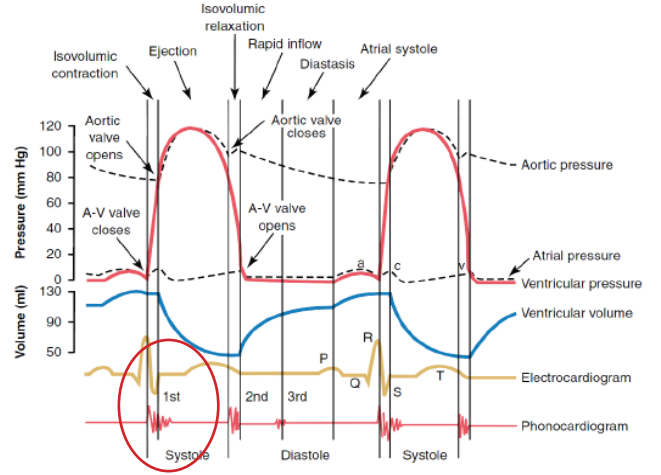


REFERANS: 10

25- Kardiyak sistemle ilgili verilen bilgilerden hangisi doğrudur?

CEVAP: Birinci kalp sesi ile sistol başlar

REFERANS: TUSWORLD FİZYOLOJİ KONU KİTABI, SAYFA: 126



- S1: Mitral ve triküspid kapakların kapanmasıyla oluşan sistolde duyulan sestir.
- S2: Aort ve pulmoner kapakların kapanmasıyla oluşan diastolde duyulan sestir.
- S3: AV kapakların açılıp kanın ventriküle dolduğu dönemde duyulan sestir. (erken diastol)
- S4: Atrial sistol ile oluşan sestir. (geç diastol)

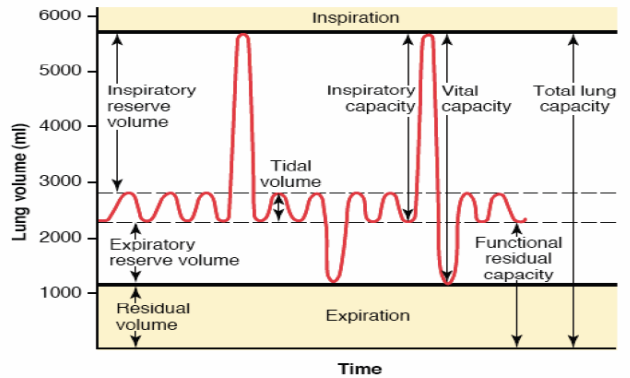
REFERANS: 11

26- Basit sipirometre ile aşağıda verilenlerden hangisi ölçülemez?

CEVAP: Total akciğer kapasitesi

REFERANS: TUSWORLD FİZYOLOJİ KONU KİTABI, SAYFA: 126

SOLUNUM VOLÜMLERİ VE AC KAPASİTELERİ



Rezidüel volüm basit spirometri ile ölçülemez. Bunun için helyum seyreltme testi uygulanmalıdır. (Total akciğer kapasitesini oluşturan volümlerden rezidüel volüm basit spirometre ile ölçülemez. İçinde rezidüel volüm bulunan kapasitelerde basit spirometre ile ölçülemez)

REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE KONU KİTABI, SAYFA: 117

- Basit spirometrik muayene rezidüel volümü ve içinde rezidüel volüm bulunan fonksiyonel rezidüel kapasite ile total akciğer kapasitesini ölçmede yetersizdir.
- Bunları ölçmek için kompleks spirometrik muayene gerekir. Bunlar da Platimografi ve helyum dilüsyon yöntemleridir.

REFERANS: 12

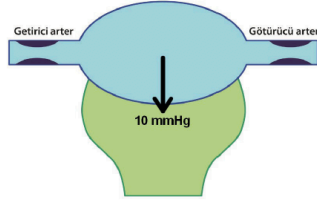
27- Renal koluğu olan bir hastanın sol üreterini tamamen tıkanan bir taş mevcut. Bu hastanın sol böbreğı ile ilgili verilerinden hangisi artmıştır?

CEVAP: Bowman boşluğundaki hidrostatik basınç

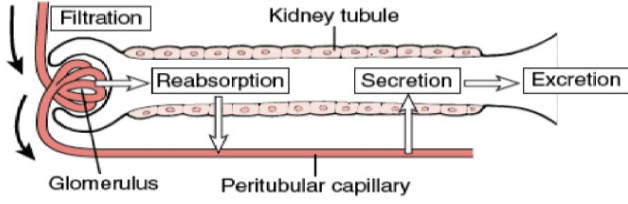
REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE KONU KİTABI, SAYFA: 387

GFR'yi Azaltan Faktörler:

- Hipotansiyon
- Afferent arteriyolde Vazokartrüksiyon
- Renal sempatik sinir uyarısı
- Plazma onkotik basınç artışı (Multiple Myelom vb. plazma hücre hastalıkları)
- Bowman hidrostatik basınç artışı (Üreter taşı vb.)

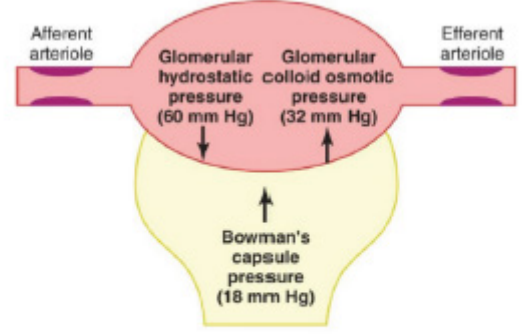


REFERANS: TUSWORLD FİZYOLOJİ KONU KİTABI, SAYFA: 191-197



GFR AZALIR	GFR ARTAR
Kf azalır (DM, Kronik HT)	Ortalama Arter Basıncı ↑
Ortalama Arter Basıncı ↓	Afferent arteriol genişlerse -NO, PGE2, PGI2, Bradikinin
Afferent arteriol daralır - NE, E, Endotelin, Sempatik uyarı	Efferent arteriol daralır - Anjiotensin II
<b>Bowman kapsül basıncı</b> - Üriner taş	Yüksek protein alımı Hiperglisemi

Üriner taşın Bowman kapsül basıncında (Bowman hidrostatik basıncında) artışa neden olduğu ve bu nedenle GFR de azalma yaptığı anlatılmıştır.



$$\text{Net filtration pressure (10 mm Hg)} = \text{Glomerular hydrostatic pressure (60 mm Hg)} - \text{Bowman's capsule pressure (18 mm Hg)} - \text{Glomerular oncotic pressure (32 mm Hg)}$$

OFFLINE da ayrıntılı anlatılmıştır.

REFERANS: 13

28- Verilenlerden hangisi midenin boşalmasını hızla sağlar?

CEVAP: Gastrin hormonunun salgılanması

REFERANS: TUSWORLD FİZYOLOJİ KONU KİTABI, SAYFA: 178

Gastrin

Temel etki mide asiti ile pepsinin salgılanması

İntestinal mukozasının büyümesini uyararak (trofik etki)

Mide motilitesinin uyarılması

REFERANS: 14

29- Dağda mahsur kalan 48 saat açlıkla mücadele veren bir kişiyle ilgili verilenlerden hangisi yanlıştır?

CEVAP: İnsülin/Glukagon oranı artmıştır

REFERANS: TUSWORLD BİYOKİMYA KONU KİTABI, SAYFA: 129-130

Açlıkta;

Organizma glukagon hakimiyetindedir. Kanda artan glukagon düzeyleri hücre içinde cAMP düzeylerinin artmasına neden olur. Artan cAMP düzeyleri ile protein kinaz A aktiflenir. Protein kinaz A enzimleri fosforile eder.

Glukagon hakimiyetinde çalışan yolların enzimleri olan glikojen fosforilaz, hormona duyarlı lipaz, piruvat karboksilaz, PEPCK, fruktoz 2,6 bifosfat, fruktoz 1,6 bifosfat ve glukoz -6-fosfat aktive olur.

İnsülin hakimiyetinde defosforile iken aktif olan enzimler fosforillendiği için inaktiftir.

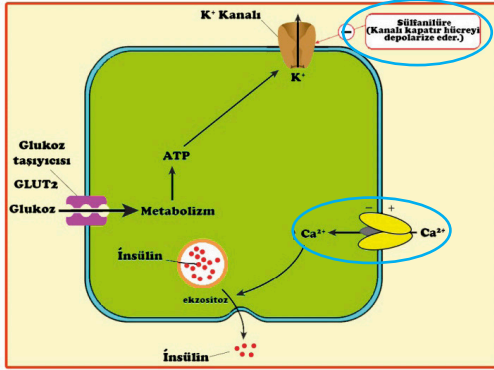
REFERANS: 15

30- Tip 2 DM tedavisinde görev alan K<sup>+</sup> kanal blokerlerinin insülin salgısını arttırıcı etki mekanizması hangisidir?

CEVAP: Voltaj duyarlı Ca<sup>++</sup> kanallarının açılacağı ortamın sağlanması

REFERANS: TUSWORLD FARMAKOLOJİ KONU KİTABI, SAYFA: 118

SÜLFONİLÜRELER



REFERANS: 16

31- Sempatik stimülasyonda hangi etkide alfa ve beta reseptörleri ortak kullanımdadır?

CEVAP: Yağ dokusu – lipoliz

REFERANS: TUSWORLD FARMAKOLOJİ KONU KİTABI, SAYFA: 46

Organ	Sempatik Etki	Parasempatik Etki
<b>Göz</b>		
Radial Kas	$\alpha_1$ : Kasılma	---
Sirküler Kas	---	$M_3$ : Kasılma
Siliyer Kas	$\beta_2$ : Gevşeme (zayıf etki)	$M_3$ : Kasılma
Siliyer Cisim Epiteli	$\beta_1$ : Humor aköz salgısı	---
<b>Kalp</b>		
SA düğüm	$\beta_1, \beta_2$ : Pozitif kronotropi	$M_2$ : Negatif kronotropi
AV Düğüm	$\beta_1, \beta_2$ : Pozitif dromotropi	$M_2$ : Negatif dromotropi
His-Purkinje Lifleri	$\beta_1, \beta_2$ : Otomatikte artış	---
Kontraktilite	$\beta_1, \beta_2$ : Pozitif inotropi	$M_2$ : Atriyumda negatif inotropi
<b>Kan Damarları</b>		
Cilt, Splanjik Damarlar	$\alpha_1$ : Kasılma	---
İskelet Kası Damarları	$\beta_2$ : Gevşeme, $\alpha_1$ : Kasılma	$M_2$ : Gevşeme (zayıf etki)
Endotel (öz. iç organlar)	---	$M_2$ : NO salınması ve gevşeme
<b>Akciğerler</b>		
Solumun Yolu Düz Kası	$\beta_2$ : Gevşeme	$M_3$ : Kasılma
Bronş Salgı Bezleri	$\alpha_1$ : Azalma, $\beta_2$ : Artış	$M_3$ : Salgıda artış
<b>Sindirim Kanalı</b>		
Duvar Düz Kasları	$\alpha_1, \beta_2$ : Gevşeme	$M_3$ : Kasılma
Sfinkterler	$\alpha_1$ : Kasılma	$M_3$ : Gevşeme
Sekresyon	---	$M_3$ : Salgıda artış
Parotis Bezi	---	$M_3$ : Bol sulu salgı
Diğer Tükürük Bezleri	$\alpha_1$ : Koyu, az sulu salgı	$M_3$ : Bol sulu salgı
<b>Genitoüriner Sistem</b>		
Juikstaglomeruler Aparat	$\beta_1$ : Renin salgısında artış	---
Mesane Düz Kası	$\beta_2, \beta_1$ : Gevşeme	$M_3$ : Kasılma
Trigon ve Sfinkter	$\alpha_1$ : Kasılma	$M_3$ : Gevşeme
Korpus Kavernozum	---	$M_3$ : Gevşeme, Ereksiyon
Seminal Veziküller	$\alpha_1$ : Kasılma, Ejekülasyon	---
Uterus Düz Kası (Gebede)	$\beta_2$ : Gevşeme, Tokolitik etki	---
<b>Cilt</b>		
Pilomotor Düz Kas	$\alpha_1$ : Kasılma	---
Ektrin Ter Bezleri	$M_3$ : Salgılanma	---
Apokrin Ter Bezleri	$\alpha_1$ : Salgıda artış	---
<b>Metabolik Etkiler</b>		
Karaciğer	$\beta_2$ : Glukoneogenez, glikojenoliz	---
Yağ Dokusu	$\beta_1, \beta_2$ : Lipoliz $\alpha_1$ : Lipoliz inhibisyonu	---

REFERANS: 17

32- K vitamini hangi pıhtılaşma faktörü oluşumunda görev almaz?

CEVAP: Faktör VIII (8)

REFERANS: TUSWORLD FİZYOLOJİ KONU KİTABI, SAYFA: 148-149

Heparin, antitrombin 3'ün etkisini artırır. F 9, 10, 11, 12'yi azaltır.  
Warfarin, kumadin, F 2, 7, 9, 10'u (K vitamini bağımlı) inhibe eder.  
Plazmin, fibrini ve F 2, 5, 8, 12'yi sindirir. Streptokinaz, urokinaz (nonspesifik), t-PA plasminojeni plazmin haline dönüştürür.

Faktör II

Prothrombin

## BİYOKİMYA 21/22

### REFERANS: 1

33. Yağ asidi sentezi için gerekli Asetil CoA, hangi enzimin görev aldığı reaksiyonda oluşturulur?

CEVAP:Pirüvat Dehidrogenaz  
TUS'un yakın zamanda favorisi olan yağ asit sentezi ile ilişkili bir soru

### YAĞ ASİTLERİNİN SENTEZİ (LİPOGENEZ)

Yağ asidi sentezi başlıca karaciğer hücrelerinde gerçekleşir. Ancak yağ dokusu, meme, beyin, böbrek gibi dokuların hücreleri de yağ asidi sentezleyebilir.

Yağ asidi sentezi SİTOZOL de gerçekleşir. Sentezde karbon kaynağı Asetil KoA'dır. Bu Asetil KoA'lar başlıca glukozdan köken alır. Aminoasitlerin karbon iskeletleri de Asetil KoA'ya yıkılır ve kaynak oluştururlar.

Yağ asit sentezi sitozolde yer alan "YAĞ ASİDİ SENTAZ KOMPLEKSİ" adında bir enzim kompleksi tarafından gerçekleştirilir. Son ürün 16 C'lu palmitattır. Sentezde kontrol enzimi "Asetil KoA Karboksilazdır". ATP, Mn, biotin, NADPH+H ve CO<sub>2</sub> kaynağı olarak HCO<sub>3</sub> kullanılır.

Yemek sonrası kanda glukoz ve insülin seviyeleri yükselir. Karaciğer glukozu alır ve yüksek Vmax'lı glukokinazı ile fosforlayıp glikolize sokar. Glikolizle oluşan piruvat, mitokondriye girer ve piruvat dehidrogenaz enzim kompleksi ile geri dönüşümsüz olarak Asetil KoA'ya çevrilir. Asetil KoA oksaloasetat ile birleşerek SİTRAT'ı oluşturur.

Mitokondride artan sitrat, trikarboksilik asit taşıyıcısı ile sitozole çıkar. Böylece kendi başına mitokondri membranını geçemeyecek olan Asetil KoA'nın karbonları(Asetil kısmı) sitozole taşınmış olur.

Hücrenin yüksek enerjili olduğu bu dönemde artan ATP ve NADH düzeyleri TCA enzimleri üzerinde inhibisyon yapar. TCA siklusundaki yavaş çalışan akonitaz enzimi glikoliz hızına yetişemez ve sitrat düzeyleri artar.

Artan sitrat sitozole çıkar ve PFK-1'i inhibe eder. Glikoliz yavaşlar. Hücre içine glukoz alışı ise devam eder. Glukoz-6-P düzeyi artar. Bu Glukoz-6-P'lar Pentoz Fosfat Yoluna ürün olur ve NADPH+H sentezi artar.

Ayrıca sitrat, yağ asidi sentezinin kontrol enzimi olan Asetil KoA Karboksilazı aktive eden en önemli allosterik aktivatördür.

REFERANS: TUSWORLD BİYOKİMYA EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 144

### REFERANS: 2

34. Serbest enerji ve enerji değişimi ile ilgili yanlış ifade hangisidir?

CEVAP:Reaksiyonun denge sabiti<1 ise reaksiyon egzergoniktir.

Reaksiyonun denge sabiti= (reaksiyondan çıkanlar)/(reaksiyona girenler)'dir. Eğer bu oran 1'den küçükse, reaksiyonun ilerlemesi için bir enerji verilmesi gerekir ki reaksiyon ileri yönlü gerçekleşsin. Bu da ΔG (+) reaksiyon anlamına gelir, yani endergonik reaksiyon anlamına gelir.

## OKSİDATİF FOSFORİLASYON

### 1. BİYENERJETİKLER

Tüm canlılar yaşamın devamı için enerji harcamak zorundadır. Bu enerjinin eldesi canlıların türüne göre değişir. Ancak enerjinin üretimi ve kullanımı bazı genel kurallara çerçevesinde yürütülür.

Bir sistemde **sabit basınç ve sıcaklıkta iş yapan enerjiye Gibbs serbest enerjisi(G) denir.** Sistemin sahip olduğu enerjinin bir bölümü iş yapmak için kullanılır. Kullanılan bu enerjinin sistemde yarattığı **enerji değişimi ΔG olarak gösterilir.** Enerji değişimi (ΔG), sistemin **entalpi** ve **entropi** değişimlerine göre belirlenir.

**ENTALPI;** Sistemin ısı değeriye ΔH; sistemdeki ısı değişimini gösterir.

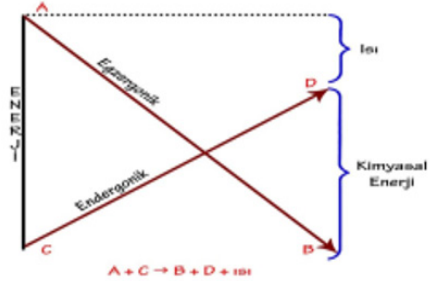
**ENTROPİ;** Bir sistemin düzensizliğini veya rastgele oluşunu ifade eder. ΔS entropi değişimini gösterir. Sistem dengeye yaklaşığında entropi en üst düzeydedir.

ΔG değeri sistemin ilerleyişini de yansıtır. **ΔG (-) ise sistem bu işi yaparken dışarıya enerji kaybediyor (egzergonik) demektir.** Bu durumda sistemin dışarıdan enerji almaya ihtiyacı yoktur. **Reaksiyon spontan olarak oluşur. Büyük bir ΔG (+) varsa oluşan reaksiyon geri dönüşümsüzdür.**

ΔG (+) olduğunda sistemin işi yapabilmesi için enerjiye ihtiyacı var demektir (endergonik). Bu durumda tepkimenin gerçekleşmesi dışarıdan gelecek enerjiye bağlı olduğundan **kendiliğinden bu reaksiyon gerçekleşmez.**

ΔG =0 ise; **reaksiyon dengededir.** Devamlı olarak substratlar ürüne, ürünler substrata dönüşmeye devam etmektedir.

### Şekil 4.1 EGZERGONİK VE ENDERONİK REAKSİYONLAR



Organizmada reaksiyonlar bir bütündür. Bir endergonik reaksiyon başka bir egzergonik reaksiyon ile kenetlenir.

REFERANS: TUSWORLD BİYOKİMYA EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 73

### REFERANS: 3

35. Endojen insülin düzeyi göstergesi hangisidir?

CEVAP:C-peptit

Birçok enzim kovalent modifikasyona düzenlenir. Bu düzenlemede genellikle **fosforilasyon ve defosforilasyon** kullanılır.

Fosforilasyon işlemi protein kinaz grubu enzimlerle gerçekleştirilir. ATP'den koparılan fosfat, kontrol edilecek enzim üzerindeki **serin, treonin ve tirozin** aminoc asitlerinin -OH grubuna eklenir.

Defosforilasyonda ise protein fosfataz grubu enzimler, kontrol edilecek enzim üzerindeki serin, treonin ve tirozin amino asitlerinin -OH grubundan fosfatı uzaklaştırırlar.

İnsülin 51 amino asitten oluşan, iki peptid zinciri içeren bir hormondur. Peptid A ve peptid B zincirleri birbirlerine disülfid bağlar ile bağlıdır. Preproinsülin olarak sentezlenir. **İnaktif formu birbirine bağlayan protein C dir. Endojen insülin salgısında aktif insülinde C peptid ayrılır.**

## 4. PANKREAS HORMONLARI

### İNSÜLİN

Pankreas  $\beta$  adacık hücrelerinden salgılanır. Disülfid bağları ile stabilize edilen bir dipeptittir. Aktif hormon oluşurken C peptid ayrılır. Veziküllerde çinko ile birlikte depolanır.

### GLUKAGON

Pankreas  $\alpha$  adacık hücrelerinden salgılanır. İnsülin etkilerini antagonize eder. cAMP ve protein kinaz A üzerinden etkilerini gösterir.

### SOMATOSTATİN

Pankreas D adacık hücrelerinden salgılanır. Hipotalamus ve GIS'te yaygın bulunur. Diğer pankreatik hormonların salınımını inhibe eder. Mide boşalmasını yavaşlatır, gastrin salınımını ve pankreas egzokrin salgılanmasını azaltır.

### PANKREATİK POLİPEPTİD

Pankreas F hücrelerinden salgılanır. Hipoglisemi, açlık ve egzersizle salınımı artar. Mide boşalmasını hızlandırır ve bağırsak hareketlerini artırır.

## 5. TİROİD HORMONLARI

Tiroid hormonları T3 ve T4; tirozinden sentezlenir. Aktif olan T3'tür. T4 periferde T3'e dönüştürülerek etkilerini gösterir.

Tiroid bezi esas olarak T4 üretir. Bezde T4:T3 oranı 7:1'dir. T4 deiyonasyonu T3 oluşur. T4 yan ömrü daha uzundur.

Foliküler hücrelerce koloid içine salgılanan bir glikoprotein olan tiroglobulin üretilir. İyot foliküler hücre içine aktif transportla pompalanır ve lümenal yüzeydeki bir peroksidad tarafından okside edilir. Tiroglobulin bir iyot ile kenetlenir ve MIT oluşur. İki iyotla kenetlenir ve DIT oluşur. MIT ve DIT'den T3 ve T4 sentezlenir. Lizozomal proteazlarla tiroglobulinden T3 ve T4 serbestleştirilir. TSH tarafından tüm basamaklar uyarılır.

### HİPOTİROİDİZM

Serbest T3 ve T4 düzeylerinde düşüktür. Tiroid bezi, hipofiz ve hipotalamus kaynaklı olabilir. Kalp hızında yavaşlama, yorgunluk, kaba ses, deride kuruluk, iyastolik hipertansiyon ve kilo artışı görülür. Kretinizimde zeka geriliği de mevcuttur.

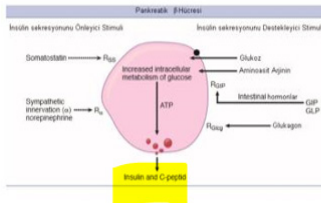
### HİPERTİROİDİZM

Serbest T3 ve T4 düzeylerinin fazla olmasıdır. En sık nedeni Graves Hastalığıdır. Kilo kaybı, çarpıntı, sinirlilik, saçta tahammüzsüzlük ve BMH artış görülür.

## REFERANS: TUSWORLD BİYOKİMYA EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 64, 260

Dahiliye

## DIABETES MELLİTUS



### Tip 1 İnsülin bağımlı Diabetes Mellitus (IDDM)

**Etiyoloji:** Virüs (kabakulak, rubella, Koksaki B4), Genetik predispozisyon daha azdır.

### Tip II İnsülin Bağımlı Olmayan Diabetes Mellitus (NIDDM)

**Etiyoloji:** İnsülin reseptör antikorları, Hiperinsülinizme bağlı down-regülasyon, Hedef organ duyarlılığı suçlanmaktadır.

**MODY (Maturity onset diabetes of young):** Çocuk ve gençte görülen NIDDM'dür.

Otozomal dominant geçişlidir.

### Tip 2 Diabetes mellitus için risk faktörleri

- Ailede diyabet öyküsü olması
- Obezite (BMI > 27 kg/m<sup>2</sup>)
- Yaş >45
- İrk ve etnik köken
- Daha önce bozulmuş açlık glukozu veya bozulmuş glukoz toleransı olanlar
- Gestasyonel DM öyküsü olanlar ve 4.5 kg üzerinde bebek doğuranlar
- HDL < 35 mg/dl ve/veya trigliserid düzeyi > 250 mg/dl olması
- Polikistik over sendromu
- Hipertansiyon

### Sekonder diabetes mellitus nedenleri:

- Kronik alkolizm ve pankreatektomi: Bunlar insülin hipoglisemisine çok duyarlıdır çünkü glukagon da yoktur.
- İlaçlar: Tiazid, beta bloker, oral kontraseptif ve steroid.
- Hastalıklar: Cushing, feokromositoma, glukagonoma, akromegali ve somatostatinioma
- Akantozis nigricans: Polikistik over.
- Metabolik Sendrom

METABOLİK SENDROM RİSK FAKTÖRLERİ	
Risk Faktörü	Karşılığı
* Abdominal obezite	
Erkekler (Bel Çevresi)	>102 cm (>40 in.)
Kadınlar	>88 cm (>35 in.)
* Trigliserit	>170 mg/dL (>190 mg/dL)
* HDL Kolesterol	
Erkekler	<1 mmol/L (<40 mg/dL)
Kadınlar	<1 mmol/L (<50 mg/dL)
* Tanıya göre	≥ 130 / ≥ 85 mmHg
* Açlık Kan Glukozu	>100 mg/dL
5 Tanı Kriterinden 3 ve üzeri pozitiflerde metabolik sendrom tanısı konulur ve ilaç tedavisi başlanır.	

TİPİ	GEN	KLİNİK	MOLEKÜLER T.	HEMOGLOBİN A1C
MODY1	HNF-4a ~% 5	DM, Mikrositik, hirsuti, TS, Akantozis ve DM, Leptin	β HNF-4a gene transferi, normal ağırlık, insülin ve glukagon düzeyleri normal	
MODY2	Glukokinaz %20-50	BMS, BGT, Pancreatit, DM	Glukoz tolerans testinde normal, 2-3 saatlik glukoz tolerans testi, HbA1c ve glukagon düzeyleri normal	Klinik belirtiler DM, insülin
MODY3	HNF-1α % 20-50	DM, Mikrositik, hirsuti, Akantozis, Birsuti, Akantozis	β HNF-1α gene transferi, normal ağırlık, insülin ve glukagon düzeyleri normal	
MODY4	IPF1/PDX1 <% 1	DM	β HNF-1α gene transferi, normal ağırlık, insülin ve glukagon düzeyleri normal	Pancreas agenezi veya DM
MODY5	HNF-1β ~% 5	DM, renal anomaliler, Hirsuti, Akantozis, Birsuti, Akantozis	β HNF-1β gene transferi, normal ağırlık, insülin ve glukagon düzeyleri normal	
MODY6	NeuroD1 <% 1	DM	β HNF-1β gene transferi, normal ağırlık, insülin ve glukagon düzeyleri normal	

## REFERANS: 4

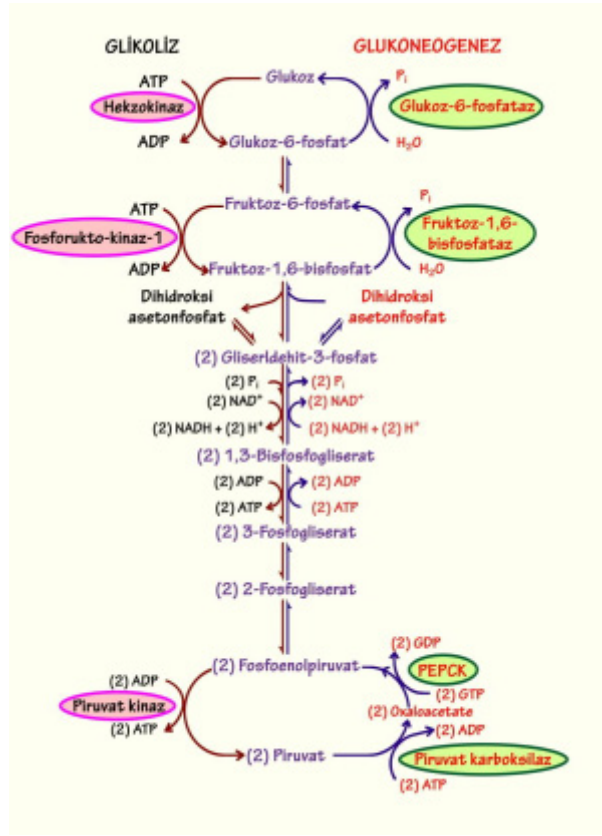
36. hangi enzim glikoliz ve glukoneogenezde ortak değildir?

CEVAP:PEPCK

2019 eylülde de sorgulanmış bir enzim, yine karşımıza çıktı. Temel bir metabolizma sorusu.

Glikoliz ve glukoneogenez, **allosterik basamakları dışındaki reaksiyonların ortak olduğu** ve iki yönlü çalışması ile yürüyen reaksiyonlardır. **Glukoneogenezde glikolizin düzenleyici üç basamağının açılması gerekir.** Bu basamakların açılmasında görevli dört enzim vardır ve bunlar da glukoneogenezin allosterik enzimleridir.

GLİKOLİZ	GLUKONEOGENEZ
Piruvat Kinaz	Piruvat Karboksilaz ve Fosfoenol piruvat karboksikinas (PEPCK)
PFK-1	Fruktoz-1,6-bisfosfat
Glukokinaz-Hekzokinaz	Glukoz-6-fosfat



REFERANS: TUSWORLD BİYOKİMYA EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 119,120

## REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 370

## REFERANS: 5

### 37. Adenin bazı bulunan bileşikler hangileridir?

**CEVAP:**Koenzim A, FMN, Aktif Metiyonin Nükleotidlerin metabolizmadaki görevleri, bir önceki uzmanlık TUS'unda sorgulanmış bir konudur. Yine Koenzim yapısı da güncel TUS'larda sorgulanmıştır. Bilgilerin birleştirilerek çözüldüğü kolay bir TUS sorusu. Geçmiş dönem TUS'larda da koenzim A'nın yapısında sistenin bulunduğu sorgulanmıştır. FMN'nin de adenin içerdiği de derslerimizde sıkça bahsettiğimiz ve sorulmasını beklediğimiz bir konu başlığıydı.

**β-Alanin ve pantoik asitten** meydana gelir. Aktif pantotenik asit; Koenzim A'nın ve ACP'nin yapısında yer alır.

Aktif pantotenik asit; sisten ile reaksiyona girmiş ve -SH grubu kazanmış olan pantotenik asittir. Açıl gruplarının taşınmasında rol oynar.

Aktif pantotenik aside **adenin** ve **riboz eklendiğinde KoA** sentezlenmiş olur.

#### Adenozin nükleotidleri:

**ATP** hücrede enerjinin aktarıcısıdır ve **hücre içinde serbest halde en fazla bulunan nükleotiddir.**

**Nükleozid-trifosfatlar;** grup transferi potansiyeline sahiptir. Örneğin; ATP tepkimelere kovalent olarak katılır ve asit-anhidrit bağların parçalanması ile açığa çıkan enerji endergonik tepkimelerin yürütmesini sağlar.

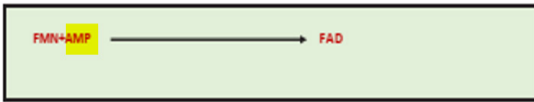
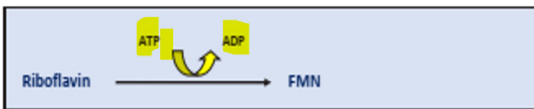
ATP'den **adenilat siklaz** enzimi ile cAMP(adenozin 3'-5'-monofosfat) sentezlenir ve ikinci haberci olarak rol oynar. İşlevini tamamlayan cAMP molekülü **cAMP fosfodiesteraz** enzimiyle **AMP'ye yıkılır.**

**PAPS;** adenozin türevi olan (Adenozin 3'-fosfat-5'-fosfosülfat) sülfat verici olarak kullanılan bir bileşiktir. **Proteoglikan sentezinde sülfatlanma basamağında ve sülfatla konjugasyon reaksiyonlarında sülfat vericisidir.**

**SAM;** adenozin türevi **metil vericisidir.** Metiyonin metabolizması sırasında sentezlenir.

**SAM; Metiyonin ve ATP den sentezlenir. SAM metiyoninin aktif formudur ve metiyoninle ATP den sentezlenir.** Metiyoninle ATP birleşir ve SAM oluşur. SAM, metil grubunu bir reaksiyona aktarır ve S-Adenozin homosistein oluşur. S-Adenozin homosistein adenozin grubunu kaybeder ve homosistein oluşur.

Riboflavinin aktif şekli FMN ve FAD dir.



## REFERANS: TUSWORLD BİYOKİMYA EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 214, 264, 265

## REFERANS: 6

### 38. arjinazın yarışmalı inhibitörleri hangileridir?

**CEVAP:**Ornitin ve Lizin Üre döngüsü, TUS'un favorisi olan konularından birisidir. Her sınavda sorulma potansiyeli olan önemli bir konudur.

## 5. Üre oluşumu

Sitozolda, **Arjinin;arjinaz enzimi** ile üre ve ornitine parçalanır. Bu basamakta su girer.Ve arjinaz enzimi yalnızca karaciğerde bulunur. Oluşan ornitin mitokondriye döner ve tekrar ikinci basamaktaki reaksiyona katılır.

**Arjininin guanido grubu ve suyun oksijeni ise üreyi oluşturur.**

**Ornitin ve lizin arjinaz enziminin kompetatif inhibitörleridir.**

Üre kan yoluyla böbreklere gelir ve idrarla atılır. Azotlu bileşik metabolizmasından gelen azotun %90' ı üre ile vücuttan uzaklaşır. Vücutta protein dışı azotun en büyük kaynağı üredir. Ve üre böbrek fonksiyonlarının takibinde önemli bir parametredir.

## REFERANS: TUSWORLD BİYOKİMYA EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 192

## REFERANS: 7

### 39. Homosistinüriye neden olan enzim?

**CEVAP:**sistationin sentetaz Hem biyokimya hem de pediatri/dahiliye bilgisiyle yapılabilecek çok temel bir soru.

Vücutta piridoksin, piridoksamin ve piridoksal adı verilen ve birbirlerine dönüşebilen üç piridin türevi B6 vitamini oluşturur.

Hepsinin vitamin aktivitesi eşittir. Hepsi B6 vitamini aktif şeklini oluşturabilirler.

B6 vitamini **aktif şekli piridoksal fosfattır(PLP).** PLP, pek çok önemli reaksiyonun koenzimidir. Amino asitlerin transaminasyonukatalizleyentransaminazlar. Dekarboksilasyonukatalizleyendekarboksilazlar PLP ye ihtiyaç duyarlar.

Glikojen yıkımında görevli glikojen fosforilaz da koenzim olarak PLP kullanır.

- Transaminazlar
- Dekarboksilazlar
- Glikojen fosforilaz
- ALA sentaz
- **Sistatoin sentetaz(Homosistein---Metiyonin)**
- Deaminasyon

**B6 vitamini eksikliği;**laktasyonda, oral kontraseptif kullanımında, alkoliklerde ve INH kullanımında görülebilir.

Eksikliğinde; **niacin eksikliği** bulgularına ek olarak konvülsiyonlarda artış, anemi, hiperoksalüri, **homosistinüri**, hiperglisinemi görülür.

## REFERANS: TUSWORLD BİYOKİMYA EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 266

## REFERANS: 8

### 40. serum protein elektroforezinde haptoglobulin nerede bulunur?

**CEVAP:**alfa-2

Önceki TUS'da şekil olarak protein elektroforezi sordular, bu TUS'da da direkt temel bilgiyi sordular. Tıpkı derslerde vurguladığımız gibi, elektroforezde bir bant ezberleyecekseniz alfa2'yi ezberleyin 😊 Çünkü yapısında 3 adet protein var; dörtlü yapıp soramazlar, ya birisini alıp sorarlar, ya da diğerlerinin 5. Şıkkı olarak koyarlar demiştik

ELEKTROFOREZ BÖLGESİ	PLAZMA PROTEİNİ	İŞLEVİ	KLINİK ÖZELLİĞİ
Prealbümin	Prealbümin(-AFR)	Trans - port(T3-T4)	Her ikisi de nutrisyon durumunun göstergeleridir.Karaciğer fonksiyonunu yansıtarlar.
	Retinol Bağlayıcı Protein (RBP) (-AFR)	Transport (Avitamini)	Siroz, inflamasyon ve malnütrisyonda düzeyleri azalır. Hodgkin Hastalığı ve Kronik böbrek yetmezliğinde düzeyleri artar.
Albümin	Albümin(-AFR)	Transport, onkotik basıncı sağlama, a.a lere kaynak	Nutrisyon durumu gösterir. Karaciğer fonksiyonunu yansıtır. Karaciğer fonksiyonunu yansıtır. Başlıca malnütrisyon ,siroz, inflamasyon ve nefrotik sendrom olmak üzere pek çok durumda düzeyi azalır.
α 1	α1-antitripsin (+AFR)	Antiproteaz	Konjenital olarak eksikliği amfizem ve infantil hepatit nedenidir.
	α1-asit glikoprotein (+AFR)	AFR	Malignite ve inflamasyonda artar. Ü.C takibinde kullanılır.
	α 1-lipoprotein(HDL)	Transport	
	α 1-fetoprotein	Fetal protein	Fetal artışı nöral tüp defektine, yetişkinlikte artışı hepatosellüler tümörlere bağlı olabilir.
α 2	Haptogloblin(+AFR)	Plazmada serbest Hb bağlar	Inflamasyonda düzeyi artar. İ.V hemolizde azalır
	α 2-makroglobin	Antiproteaz	Nefrotik sendromda düzeyi çok artar. Pankreatit ve prostat ca. da düşer
	Serülo plazmin(+AFR)	Bakır metabolizmasında görevli	Wilson Hastalığında düzeyi azalır.
β	Transferrin (-AFR)	Transport(-demir)	Demir eksikliğinde düzeyi artar.
	Hemopeksin	Dolaşımdaki HEM i bağlar	Hemolitik olaylarda düzeyi azalır.
	β -lipoprotein(Apo-protein B)	Taşıma(Lipid)	
	C3(+AFR), C4(+AFR)	İmmün sistemde görevli	
γ	Fibrinojen(+AFR)	Koagülasyonda görevli	
	β2 mikroglobulin(+AFR)	Tüm çekirdekli hücrelerin yüzeyinde bulunur	Renal tübül fonksiyon göstergesi(Trans sonrası rejeksiyon ve böbrek tm. takibinde önemli)
γ	CRP(+AFR)	İmmün sistemde görevli	β -γ bölgesine göç eder. En hassas AFR
	IgG(+AFR)	İmmün sistemde görevli	B hücreli tm. lerde monoklonal artar
	IgA(+AFR)	İmmün sistemde görevli	Sirozda monoklonal artar.
	IgM(+AFR)	İmmün sistemde görevli	Waldenström 's makroglobülinemisinde monoklonal artar.

REFERANS: TUSWORLD BİYOKİMYA EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 51

REFERANS: 9

41. hangi enzim amonyak toksitesinde artar ve hücrelerde ATP eksikliğine bağlı hücresel şişmeye yol açar?

CEVAP:Glutamin sentetaz

Üre döngüsü ile ilişkili ikinci soru!

Hiperamonyeminin patofizyolojisi beklenen soru başlıklarından birisiydi. Hiperamonyemide artan glutamin sentetaz aktivitesi ve oluşan aşırı amonyak nedeniyle alfa ketoglutarat → Glutamat döngüsü hızlanır. Azalan alfa-ketoglutarat → TCA'yı yavaşlatır → ATP sentezi azalır (Beyinde) → Astrositlerde ATP azalmasına sekonder ozmotik şişme görülür.



Artan amonyak nedeniyle glutamat dehidrogenazın katalizlediği tepkime daha çok α-ketoglutarattan glutamat sentezleme yönünde çalışır. Bu durumda TCA ara maddesi olan α-ketoglutarat sürekli olarak döngüden çıkar. TCA döngüsünün bir ara maddesinin azalması döngüyü yavaşlatır ve özellikle beyinde ATP sentezinin azalmasına bağlı semptomlar görülür.

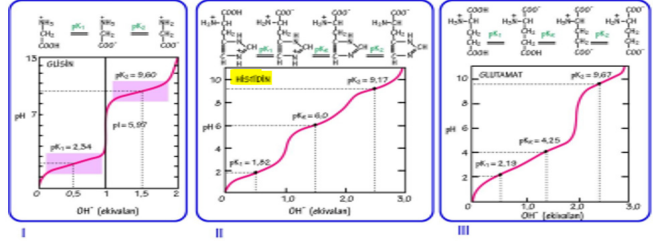
REFERANS: TUSWORLD BİYOKİMYA EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 183, 194

REFERANS: 10

42. Histidinin pl değeri kaçtır?

CEVAP:7.59

Derslerde vurguladığımız bir diğer soru başlığı daha. Geçmiş dönemde nötr bir aminoasit olan glisin soruldu. Textbooklarda bahsedilen bir diğer aminoasit olan histidin ise bu TUS'ta soruldu.



Asidik amino asitlerde:  $Pi \text{ değeri} = \frac{pK1+pK2}{2}$

Bazik amino asitlerde ise:  $Pi \text{ değeri} = \frac{pK2+pK3}{2}$

REFERANS: TUSWORLD BİYOKİMYA EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 28, 29

REFERANS: 11

43. N-bağlı glikozilasyonda kullanılan aminoasit hangisidir?

CEVAP:Asparajin

Bir TUS klasiği.N bağı glikozilasyonda karbonhidrat birimleri dolikol-fosfat üzerinden asparajine bağlanır.

-N Glikozidik bağ, GER'de kurulur. -N bağı glikolizasyonda izopren türevi bir bileşik olan dolikole ihtiyaç vardır. Oligosakkarit zinciri, önce dolikole aktarılır, daha sonra dolikol oligosakkarit zincirini polipeptit üzerindeki asparajin aminoasitine ekler.

REFERANS: TUSWORLD BİYOKİMYA EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 141

REFERANS: 12

44. Kolesterol sentezinde 2 tanesinin bir araya gelmesiyle 30C'lu squaleni oluşturan bileşik hangisidir?

CEVAP:Farnezil

**KOLESTEROL SENTEZİ**

Kolesterol sentezinde substrat sitozolda bulunan **Asetil KoA** larıdır. Bu Asetil KoA lar mitokondriden sitozole çıkan **sitrattan** gelir.

**Kolesterol sentezi sitozoldedir.** Ve HMG KoA dönüşümüne kadar keton cisimi sentezi basamakları ile aynıdır. Ancak keton cisimleri mitokondride sentezlenir.

HMG KoA oluştuktan sonra **SİTOPLAZMADA!! HMG KoA Redüktaz** enzimi ile mevalonata çevrilir. Bu basamakta kofaktör NADPH'dır

HMG KoA Redüktaz ER zarında bulunan integral membran proteinidir. Katalitik alt birimi sitozole bakan yüzdendir.

**Mevalonat**; bir seri reaksiyona girer ve kolesterol sentezindeki **ilk izopren türevi olan 5 C'lu izopentanil pirofosfat oluşur.**

**İki tane izopentanil pirofosfatın birleşmesi geranil pirofosfatı oluşturur.**

Daha sonra da geranil pirofosfat diğer bir 5 C'lu izopentanil pirofosfat ile birleşir ve 15 karbonlu **farnezil pirofosfat** oluşur.

**Farnezil pirofosfat; dolikol, Hem a, koenzim Q, prenile proteinler ve tüm yağda çözünen vitaminlerin öncülüdür.**

İki farnezil pirofosfat birleşir ve 30 karbonlu **skualen** oluşur. Skualen oluşum basamağında kofaktör NADPH<sup>+</sup> dir.

Skualen ER'da okside olur ve halka yapısının kazanılması ile lanosterol oluşur.

Lanosterol 30 C'lu bir yapıdır ve bir seri reaksiyonla **27 C'lu kolesterolü** oluşturacak olan öncülüdür.

**REFERANS: TUSWORLD BİYOKİMYA EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 170**

**45. 3 ve 7. Karbonunda hidroksil bulunan primer safra asididir?**

**CEVAP:Kenodeksikolik asit**  
Bu soruya kaynaklarımızdan referansımız bulunmamaktadır.

**REFERANS: YOK**

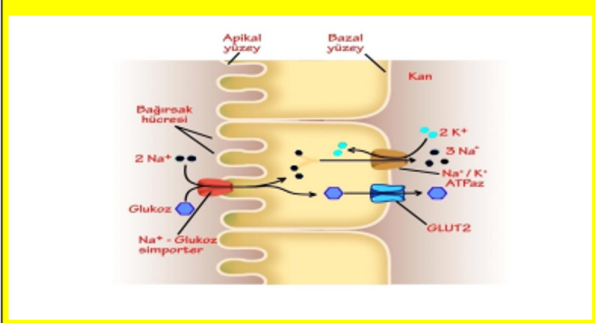
**REFERANS: 13**

**46. SGLT-1 ile ilgili doğru ifade hangisidir?**

**CEVAP:Sodyum, konsantrasyon gradyentine bağlı taşınır.**  
Kitabımızda direkt cümlesi cümlesine yakaladığımız bir diğer soru.

Örneğin bağırsakta bulunan **SGLT sisteminde sodyumun hücre dışında yüksek konsantrasyonda olmasının yarattığı gradyent farkından yararlanarak, 2 sodyum hücre içine girerken yanında 1 glukozu da hücre içine sokar.** Böylece glukoz hücre içine taşınmış olur. Fakat daha sonra Na<sup>+</sup> hücre dışına Na<sup>+</sup>/K<sup>+</sup>ATPaz sistemi ile atılırken ATP hidrolizi olur.

**ŞEKİL: 1.7 BAĞIRSAKLARDA SEKONDER AKTİF TRANSPORT**



**REFERANS: TUSWORLD BİYOKİMYA EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 11**

**REFERANS: 14**

**47. Somatostatinin etkileri hangisidir?**

**CEVAP:Büyüme hormonu salınımının ve insülin salınımının inhibisyonu**

> GH;

Adenohipofizde somatotrop hücreler tarafından salgılanır. Adenohipofizde en fazla bulunan hormondur. GHRH tarafından salınımı artırılırken **somatostatin salınımını inhibe eder.**

**SOMATOSTATİN**

Pankreas D adacık hücrelerinden salgılanır. Hipotalamus ve GIS'te yaygın bulunur. **Diğer pankreatik hormonların salınımını inhibe eder.** Mide bşalmasını yavaşlatır, gastrin salınımını ve pankreas egzokrin salgılarını azaltır.

**REFERANS: 15**

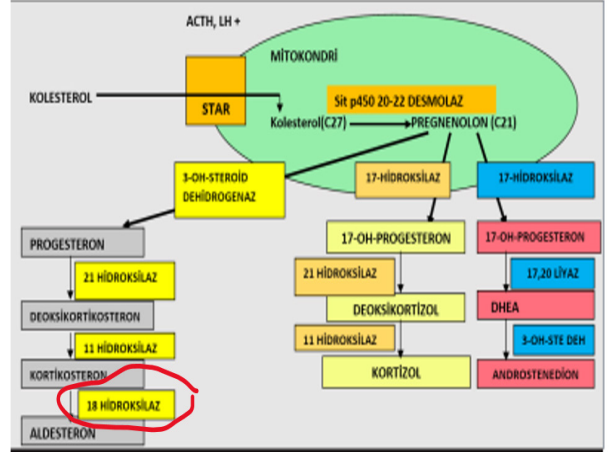
**48. Kortikosteron üzerine etkili mitokondriyal enzim hangisidir?**

**CEVAP:18 hidroksilaz**

Bir önceki TUS'da da şıklarda geçen bir bilginin tekrardan sorulduğunu görüyoruz. **Zona glomerulozuda mitokondriyal ve kortikosteron üzerine etkili tek enzim 18-hidroksilazdır.**

Sentezde ver alan **sitokrom p450 20,22-desmolaz, 11β-hidroksilaz ve 18β-hidroksilaz** mitokondriyal enzimlerdir. Diğer enzimler düz endoplazmik retikulumda ver alır.

Steroid hormonlar hücre membranını taşıyıcısız geçerler. Sitolazmada **hormon-reseptör kompleksi** oluşur. Saperonlar yardımı ile nükleusa taşınırlar. **Reseptörde çinko parmaklar denen DNA dizisini tanıyacak bir bölge bulunur. Bu bölge sayesinde steroid hormon uygun DNA bölgesi ile etkileşime geçer.**



**REFERANS: TUSWORLD BİYOKİMYA EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 255**

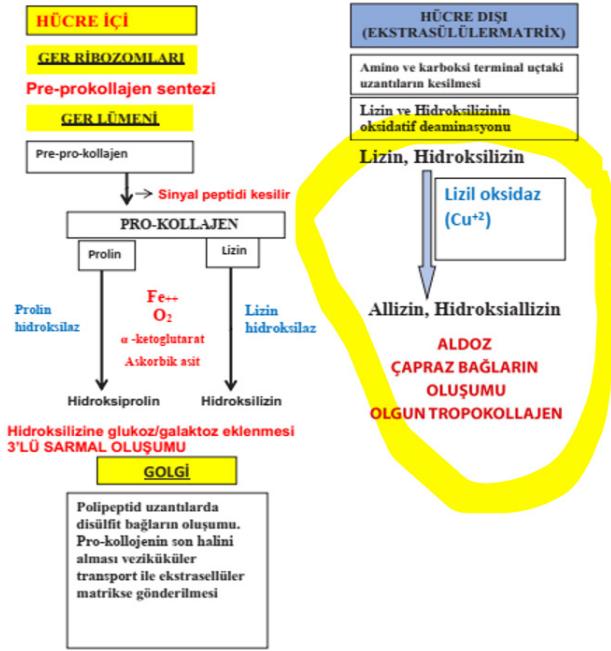
**REFERANS: 16**

**49. hangisi, kollajen çapraz bağları için gerekli elementtir?**

**CEVAP:Bakır**  
Basit bir soru. Bakır ve kofaktörü olduğu lizil oksidaz, defalarca kez sorgulandı.

Fe <sup>+2</sup> ve Fe <sup>+3</sup>	Sitokrom oksidaz, katalaz ve peroksidaz
K <sup>-</sup>	Piruvat kinaz
Mg <sup>+2</sup>	Heksokinaz, Glukoz-6-fosfataz, piruvat kinaz
Mn <sup>+2</sup>	Arjinaz, Ribonükleotid redüktaz, SOD mitokondriyal formu
Cu <sup>+2</sup>	Sitokrom oksidaz, MAO, <b>lizil oksidaz</b> , askorbat oksidaz, SOD sitoplazmik formu, Dopamin β-hidroksilaz
Zn <sup>+2</sup>	Karbonik anhidraz, alkol dehidrogenaz, Karboksipeptidaz A ve B, DNA polimeraz, ALA dehidrataz, SOD sitoplazmik formu
Ca <sup>+2</sup>	Amilaz, rennin
Se	Glutasyon peroksidaz
Ni <sup>+2</sup>	Üreaz
Mo	Dinitrogenaz, Ksantinoksidaz

## KOLLAJEN SENTEZİ

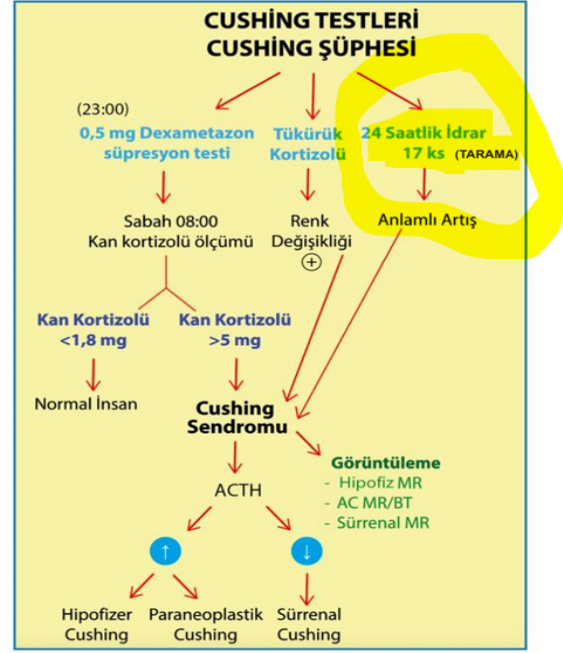


REFERANS: TUSWORLD BİYOKİMYA EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 46,59

REFERANS: 17

50. idrar kortizol düzeyi ile ilgili verilenlerden doğru olanları işaretleyiniz?

CEVAP:Cushing sendromu tanısında kullanılır/24 saatlik ölçüm yapılır/Serbest form ölçülür. İdrar 17-ketosteroid ölçülen serbest formdur. Şekilde de cushing şüphesi olan kişilerde yapılan 24 saatlik idrar 17-ks ölçümünün tanıda yardımcı olabileceği görülmektedir.



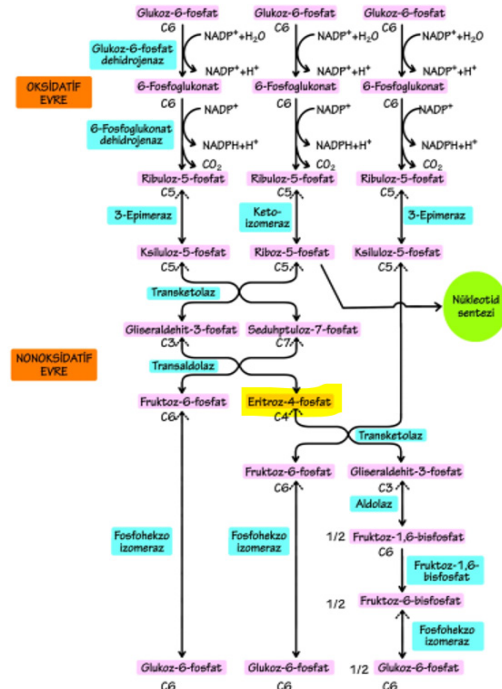
Cushing tanısının ekartmanı için minimum 2 tarama testinin negatif sonuçlanması gerekir

REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI SF 352

REFERANS: 18

51. HMY'nin non-oksidatif yolağında bulunan hangisidir?

CEVAP:eritroz-4-fosfat  
HMY'nin TUS sınav formatına uygun bir konu başlığı olduğu defalarca söylendi. Özellikle şıklarda CO<sub>2</sub>'ye dikkat!! Eli kulağında, her an gelebilir.



REFERANS: TUSWORLD BİYOKİMYA EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 126

REFERANS: 19

52. Siyanür intoksu ile gelen hastaya amil nitrit tedavisi uygulanıyor. Sonrasında oluşan olaylarla ilgili yanlış ifade hangisidir?

CEVAP:siyanomethemoglobin azalmıştır// rodanaz tiyosiyanatı substrat olarak kullanır. Kaynaklarımız, bu sorunun doğru seçeneklerinden sadece siyanomethemoglobin azalmıştır ifadesine referans verebilmekte, diğer öncüle ise referans verememektedir. Bu nedenle soruya tam referansımız bulunmamaktadır.

Siyanür methemoglobine sıkı bağlanır ve ilgisi hemoglobine göre daha fazla methemoglobin yönündedir. Siyanür zehirlenmesinde amil nitrat verilir ve kanda methemoglobin oluşumu arttırılır. Daha sonra metilen mavisi ile methemoglobinemi ortadan kaldırılır.

REFERANS: TUSWORLD BİYOKİMYA EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 42

REFERANS: 20

53.  $(A+H_2) + NAD^+ \leftrightarrow A + NADH + H$  reaksiyonunu katalizleyen enzim ailesi aşağıdakilerden hangisidir?

CEVAP:Oksidoredüktaz  
 $NAD \leftrightarrow NADH$  dönüşümünü yapan enzim ailesi dehidrogenazlardır. Dehidrogenazlar ise oksidoredüktaz ailesindedir.

Koenzimler ikinci substrat olarak da isimlendirilirler. Çünkü; substratta değişiklik olurken koenzimde de değişiklik olur. (pirüvat—laktat olurken, koenzim olan  $NAD^+$ 'nin  $NADH^+$  olması gibi).

2. LAKTAT DEHİDROGENAZ (LDH)

Sitozolik bir enzimdir. Sitoplazmanın işaretleyici enzimidir. Piruvat laktat dönüşümünü tersinir olarak katalizler. EDTA enzimi inhibe eder.

ENZİMLERİN SINIFLANDIRILMASI

<b>OKSİDOREDÜKTAZLAR</b>	Hidrojen, hidrid iyonu ve elektronların taşınmasını sağlarlar. Oksidasyon ve redüksiyon tepkimelerinde rol oynarlar. Oksidazlar, dehidrogenazlar, redüktazlar, peroksidazlar, oksijenazlar, hidroksilazlar
<b>TRANSFERAZLAR</b>	Grup taşınmasında rol alırlar Transaldolaz ve transketolaz, kinazlar, fosfomutazlar, fosforiltransferazlar, metiltransferazlar, açıltransferazlar
<b>HİDROLAZLAR</b>	Kimyasal reaksiyona su eklenerek bağların koparılmasında yer alırlar. Esterazlar, glikozidazlar, peptidazlar, fosfatazlar, fosfolipazlar, deaminidazlar, ribonükleazlar
<b>LİYAZLAR</b>	Çift bağların açılıp yıkılma tepkimelerini katalizlerler Dekarboksilazlar, aldolazlar, hidratazlar, liyazlar
<b>İZOMERAZLAR</b>	İzomerlerin birbirine dönüşümünü sağlarlar. Epimerazlar, rasemerazlar, mutazlar, izomerazlar
<b>LİGAZLAR</b>	ATP kullanarak kimyasal bağ oluşumunda rol alırlar. Sentetazlar, karboksilazlar

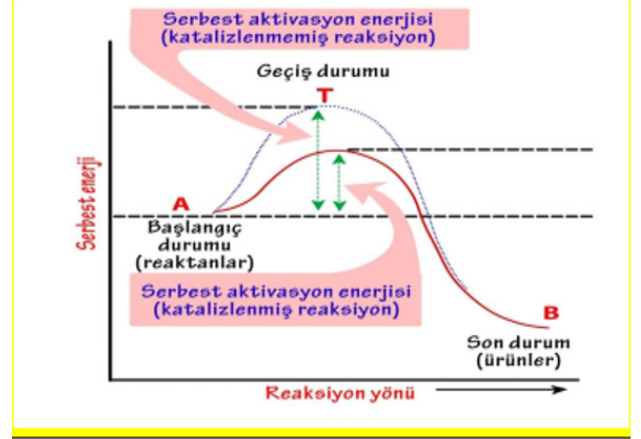
REFERANS: TUSWORLD BİYOKİMYA EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 59, 60, 67

REFERANS: 21

54.  $K_m$ 'in substrat konsantrasyonuna eşit olduğu noktadaki reaksiyon hızı nedir?

CEVAP: $V_{max}/2$

Kitabımızdaki cümlesiyle birebir sorulmuş bir soru.  $K_m=S$  olduğunda reaksiyon hızı  $V_{max}/2$ 'dir.



Substrat konsantrasyonunun artışı ile reaksiyon hızı arasındaki ilişki Michael-Menten grafiği ile gösterilir.

Bu grafiğe göre; bir sistemde  $1/2 V_{max}$ 'a geldiğindeki substrat konsantrasyonu  $K_m$ 'dir. Yani  $K_m$  ne kadar küçükse enzimin substratına olan ilgisi o kadar fazladır.

REFERANS: TUSWORLD BİYOKİMYA EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 61, 62

## MİKROBİYOLOJİ 18/22

### REFERANS: 1

#### 55- Anaerobik kültür için hangi örnek en uygundur?

CEVAP: Transtrakeal aspirat

- Genellikle normal flora elemanlarıdır (Clostridium botulinum ve Clostridium tetani ise ekzojen kaynaklı enfeksiyonlara neden olmaktadır). Bu nedenle travma anaerob sorularında anahtar kelimeler (Diş çekimi sonrası abse: Aktinomyces; Travma sonrası bakteriyel peritonit: Bacteroides fragilis\* te olduğu gibi).

- İppotsakkarid yapılan farklı özellik gösterilerinden dolayı Fusobacterium haricindekiler septik çok sayılabilmektedir.

#### Anaerobların tanısı

- Normal anaerob floranın bulunduğu boğaz sürüntüsü, balgam ve dışkı örnekleri uygun değildir. Bunun dışında steril olan kan, doku, vücut sıvıları (plevra, periton vs.), trakeal aspirat gibi örnekler uygundur.

#### Anaerobların tedavisi

- Penisilin G (B. fragilis'e bakterinin salgıladığı penisilinaz enzimi nedeniyle işsizdir), Ampisilin sulbaktam, Amoksisilin-klavulanik asit Piperasilin tazobaktam Sefoksitin, Siprofloksasin, Siprofloksasin, Siprofloksasin, Siprofloksasin (en etkili sefalosporinler, sefamisinler), Metronidazol, Klindamisin, Karbapenemler, Kloramfenikol tedavi seçenekleri arasındadır.
- Anaerob bakteriler, aminoglikozidlere doğal dirençlidir.

#### BACTEROIDES FRAGILIS

- Normal barsak florasında en fazla bulunan bakteridir (aeroblardan ise en fazla E.coli bulunur).
- Kapsülü ve süksinik asidi sayesinde fagositlerden korunur (anaerob bakterilerden kapsülü olan tek etkenidir, kapsülü en önemli virülans faktörüdür).
- Normal florada olduğu için, klinik oluşabilmesi için travma ya da cerrahi operasyon gibi dışardan müdahale gerekir (Barsakta cerrahi ya da travma sonrasında görülen intraabdominal abse ya da

## REFERANS: TUSWORLD MİKROBİYOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 185

#### 56- Bakteriyolojik kültür için hangi taşıma sistemi uygundur?

CEVAP: Formalin

### REFERANS: YOK

TUSWORLD dışında tüm kurumların bu soruya referans vereceğine eminiz. Formalin ile formaldehit aynı şey olduğundan biz de referans verebilirdik. Ancak yazmadığı için vermedik.

### REFERANS: 2

#### 57- Aşağıdaki bakterilerden hangisinin pastörize süt ve süt ürünleri insana bulaşı en az olasıdır?

CEVAP: Clostridium perfringens

#### CLOSTRIDIUM PERFRINGENS'İN NEDEN OLDUĞU KLİNİKLER

##### Gazlı gangren

- Öncesinde travma ya da cerrahi operasyon öyküsü mevcuttur.
- İlk bulgu enfekte bölgede lezyonla izah edilemeyecek şiddette olan ağrıdır. Gaz ve ödem mevcut olup, kötü bir koku bulunur (anaerobik enfeksiyon). Krepitasyon geç dönem bulgusudur.
- Akıntıdan hazırlanan mikroskopi örneğinde Gram pozitif iri basiller görülürken, lökositler görülmez (Aynı Şarbon'daki gibi, tek bir farkla Şarbon'da yara yerinde ağrı olmaz). Lökositlerin görülmemesinden dolayı lezyonun ve diğer toksinlerin nötrofilleri lizise uğratmasıdır.
- Spontan gazlı gangrenin en sık nedeni Clostridium septicum'dur (normal florada bulunmaktadır). Spontan gazlı gangrene cerrahi gibi bir travma öyküsü yoktur. Malignitelere bağlı olarak batin bölgesinin dolaşımı bozulur ve anaerobik bir ortam oluşur.
- Gazlı gangrene neden olan diğer etkenlere Clostridium histolyticum, Clostridium novyi örnek gösterilebilir.
- Gazlı gangren tedavisinde dehidrasyon ve hiperbarik oksijen tedavisi de başarılı bir şekilde kullanılmaktadır.

##### Uda zehirlenmesi

- Enterotoksin üreten A tipleri tarafından oluşturulur. Et gibi kontamine gıdalardan alınmasından 8-24 saat sonra bulantı, kusma, abdominal kramplar görülmeye başlar.
- Dişel tedavi dışında tedaviye gerek yoktur. 24 saat içerisinde kendini sınırlar.

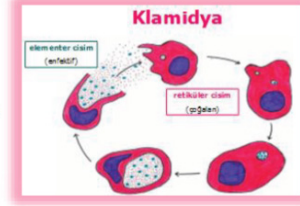
## REFERANS: TUSWORLD MİKROBİYOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 128

### REFERANS: 3

#### 58- Aşağıdaki bakterilerden hangisinin üreme döngüsünde iki farklı evre bulunur?

CEVAP: Chlamydia trachomatis

- Hücre duvarında müraminik asit yoktur. Bu nedenle lizozime doğal dirençlidir. Üremesi için hücre kültürü gereklidir (Mc CoY hücre kültürü).
- Zorunlu hücre içi olduğu için gram boyama ile boyanmaz (Boyamak için Giemsa gibi hücre boyaları kullanılır, Duvar yapısı nedeniyle gram negatif özelliktedir, dış zar içerir).
- Elementer cisim
  - Enfektif formdur, çoğalmaz (spor gibi).
- Retiküler cisim
  - Elementer cisimden retiküler cisim oluşabilmesi için, konağın IFN-gama yanıtının ve triptofan metabolizmasının zayıflaması gerekmektedir.
  - Çoğalabilen, non enfektif formdur.



## REFERANS: TUSWORLD MİKROBİYOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 188

### REFERANS: 4

#### 59- Pnömonisi olan hastadan alınan balgam örneğinin gram boyamasında çok sayıda PML saptanmasına rağmen bakteri görülüyor. Bu bakterinin BCYE besiyerinde ürettiği görülüyor. Etken hangi bakteridir?

CEVAP: Legionella pneumophila

#### Tanı

- Hücre duvarı yapı: gram negatif özellik göstermesine rağmen, duvarında yoğun lipit içermesi nedeniyle gram boyama ile boyanmaz. Mikroskopi ile incelemede, bol lökositler rağmen etken gösterilemez. Dokularda diyetlerle gümüş boyası ile boyandıklarında gösterilebilir.
- Örnek için sisteme gereksinim gösterir (BCYE agar; Francisella, Legionella ve Nocardia örnek için sisteme gereksinim gösterir).
- Uda serokonversiyon gösterilmelidir. Serokonversiyonun gösterilmesi bazen 6 ay bulabilir ve bu süre pozitif tespit edilebilir.
- Nükleik asit amplifikasyon testleri kullanılır. Doğultu kültür kadar yüksektir.
- İdrarda antijeni gösterilebilir (pnömokok, Legionella ve leptospirinin idrarda antijeni gösterilebilir).

## REFERANS: TUSWORLD MİKROBİYOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 176

### REFERANS: 5

#### 60- Hangi riketsiya türü bakterinin rezervuarı insandır?

CEVAP: Rickettsia prowazekii

#### R. PROWAZEKII

- Epidemik tifüs (bit tifüsü) etkenidir.
- En ağır riketsiyoz tipidir.
- İnsanlar rezervuarıdır.
- Konak hücreden bakteriye ATP transferini kolaylaştıran ATP/ADP translokaz enzimine sahiptir.
- Hastalığın klinikinde yüksek ateşe rağmen bradikardi (ateş nabız diskordansı), makülopapüller döküntüleri görülür.
- Avuç içi ayak tabanlarında döküntü yoktur.
- Damar duvarlarında Fraenkel nodülleri tipiktir.
- Serolojik testlerle tanı konur (Weil-Felix aglutinasyon testi). Bu testte, antijenik benzerlik nedeniyle Proteus vulgaris O antijenleri antijen olarak kullanılır.
- Hastalığın 10-20 yıl sonra nükleus etmesiyle Brill Zinsser hastalığı oluşur. Semptomlar daha hafiftir, döküntü görülmeyebilir ve Weil-Felix testi negatiftir.
- Mikroimmunfloresan testi tanı için kullanılır.
- Yüksek riskli bölgeler için inaktive aşı bulunmaktadır.

## REFERANS: TUSWORLD MİKROBİYOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 190

## REFERANS: 6

61- Mycobacterium tuberculosis in hücre içinden temizlenmesini sağlayan makrofajları aktive eden sitokin ve sitokini salgılayan hücre hangisinde birlikte verilmiştir.

CEVAP:IFN-gama- Th1 hücre

- Doğal immün sistemin üyelerinden mukozal bariyerleri geçerek alveollere kadar gelen basilleri burada bulunan makrofajlar karşılamaktadır. Makrofajlar eğer basilli öldürebilirse burada hikaye bitmektedir.
- Eğer basilli öldürülemez ise makrofajların içerisindeki mikobakteri basilli, fagolizozom oluşumunu engelleyerek hücre içerisinde öldürülmeden yaşayabilmektedir. Bu sayede basilli makrofajları kullanarak vücutta istediği yere gidebilmektedir.
- Ardından makrofajlar tarafından MHC II molekülleriyle Th1 hücrelerinde antijen sunumu yapılmaktadır. Makrofajlardan salıverilen IL-12, Th1 hücreleri ve dolayısıyla hücrel immün yanıtı artırırken, Th1 hücrelerinde salıverilen IFN-gama da makrofajları aktive etmekte ve basilli öldürmesini kolaylatmaktadır.
- Eğer basilli ölürse hikaye bitmektedir.
- Ölmezse devam... Vücudun remediği bu basille karşı verdiği yanıt, basillin etrafını makrofajlar,

REFERANS: TUSWORLD MİKROBİYOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 139

## REFERANS: 7

62- Hidrosefalisi olan 10 aylık bebekte ventrikülperitoenal şant enfeksiyonu tanısı konuluyor. En olası etken hangisidir?

CEVAP:Staphylococcus epidermidis

- S. epidermidis**
  - Slime faktörü (kateter şant enfeksiyonu)
- S. saprophyticus**
  - Novobiyosin'e dirençli
  - Üriner sistem enfeksiyonu (Balayı sırtı)
- S. lugdunensis**
  - Tüp koagülaz (-), Lam koagülaz (+), Endokardit
- S. intermedius**
  - Tüp koagülaz (-), Lam koagülaz (+), Köpek ısırığı

### STAPHYLOCOCCUS EPIDERMIDIS

- Normal cilt florasında bulunur.
- Slime faktörü sayesinde yabancı yüzeylere tutunabilir.
- Klinik**
  - Kateter kaynaklı enfeksiyonların en sık nedenidir.
  - Devamlı ayak periton diyalizi uygulananlarda gelişen peritonitin en sık nedenidir.
  - Prostetik tıkaç enfeksiyonu
  - Ventrikülperitoneal şant enfeksiyonlarının en sık nedenidir.
  - Prottez kapak enfeksiyonlarının en sık nedenidir.
- Tedavi

REFERANS: TUSWORLD MİKROBİYOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 106

63- Brucella tanısında kullanılan serum aglütinasyon testinde Brucella abortus antijenleri ile hangi bakteriyeye karşı oluşmuş antikörlerin çapraz reaksiyon vermesi beklenmez?

CEVAP:Shigella dysenteriae

REFERANS: YOK

## REFERANS: 8

64- Hangi virüs antivirali ile eşleşmemiştir?

CEVAP:CMV-Lamivudin

REFERANS: TUSWORLD MİKROBİYOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 206-207

- Kapsid soyunmasını engelleyenler**
  - Amantadin, Rimantadin
  - Influenza A virüsüne etkilidirler.
  - M2 proteinine bağlanarak, iyon kanallarını tutarlar.
  - Virüsün içerisinde asidite sağlanamaz. Böylece kapsid eritemez, viral olgunlaşma gerçekleştirilemez.
  - Profilaksi amacı ile de kullanılabilir.
- Nöraminidaz İnhibitörleri**
  - Virüsün hücreden çıkışını engellerler.
  - Hem Influenzae A hem de Influenzae B' nin tedavisinde kullanılırlar.
  - Oseltamivir
    - Oral olarak kullanılır.
  - Zanamivir
    - İnhaler formu bulunmaktadır.
    - Bronkokonstrüksiyon yaptığı için astımda kontrendikedir.
- DNA Polimeraz İnhibitörleri**
  - Timidin kinaz enzimi ile aktive olurlar.
  - Asiklovir
    - HSV, VZV enfeksiyonlarının tedavisinde kullanılır.
  - Valasiklovir
  - Foskarnet
    - Pirofosfat analogudur.
    - Fosfodiester bağları oluşumunu engeller.
    - Herpesvirüs ailesine ve HIV'e etkilidir.
    - Nükleozid analogu dirençli HSV, CMV enfeksiyonlarında kullanılır.
    - Nefrotoksiktir.
  - Gansiklovir
    - CMV enfeksiyonlarında kullanılır.
  - Sidofovir
  - Vidarabin
  - İydoksuridin, Trifluridin (Herpes keratitinde lokal kullanılırlar)
- RNA Polimeraz İnhibitörü**
  - Ribavirin
    - Influenza A,B
    - HCV
  - RSV
  - Bunyavirüsler
- RT İnhibitörleri**
  - Nükleozid analogu olan
    - DNA'yı oluşturan nükleozidlerden farklı olarak riboz içermezler ya da riboz molekülleri farklı yapıdadır.
    - Aktive olmak için timidin kinaz gibi enzimlere ihtiyacı vardır (trifosfat formu aktif).
  - HIV
    - Zidovudin
    - Didanozin
    - Zalcitabin
    - Stavudin
  - HBV
    - Entekavir
  - HIV +HBV
    - Lamivudin
    - Adefovir
    - Tenofovir

## REFERANS: 9

65- Bir yaşındaki bebek solunum sıkıntısı ile hastaneye getiriliyor. Bronşiolite sebep olan tek zincirli DNA virüsü izole edilmiş, en olası etken hangisidir?

CEVAP:Bocavirüs

REFERANS: TUSWORLD MİKROBİYOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 198 ve 223

### GENEL KURALLAR VE İSTISNALAR

- DNA virüsleri çift iplikli iken (Parvovirüs tek iplikli) RNA virüsleri tek ipliklidir (Reo-Rota-virüsler çift ipliklidir).
- DNA virüsleri çekirdekte replike olurken, RNA virüsleri sitoplazmada replike olur.

## BOCAVİRÜS

- Parvovirus ailesinin yeni üyesidir.
- Pnömoni ve Gastroenterit yapar (anemi yapmaz!!!)
- En fazla respiratuvar sekresyonlarda bulunur.

## REFERANS: 10

66- Erişkin ve yaşlı turist grubunun yarısında 2 gün süren sulu ishal ve kusma görüyor, ateşleri yükselmiyor, olası etken?

CEVAP:Norovirüs

Son 3 TUS soracaklar dedik, sonunda Norovirus sorusu geldi. Ateşsiz, sulu ishal, kısa sürmesi, gürültülü olması viral olduğunu gösterir.

## REFERANS: TUSWORLD MİKROBİYOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 249



- Norovirüsler, Calicivirus ailesindedir.
- Rotavirüsler kültürde güç ürer, Norovirüsler hiç üremez.

## REFERANS: 11

67- Otuz yaşındaki kadın hasta, ağrılı genital yaralar, ateş, vajinal akıntı şikayeti ile geliyor. Genital herpes tanısını koymak için istenebilecek en hızlı, en duyarlı ve en özgül tanı yöntemi hangisidir?

CEVAP:Yara tabanından viral DNA aramak

## REFERANS: TUSWORLD MİKROBİYOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 213 ve 216

## DNA VİRÜSLERİ

### HERPES VİRÜSLERİ

- Zarflı DNA virüsleridir. İstisnalar bölümünde de geçtiği gibi zarflarını konak hücrenin çekirdek zarından aldığı için, konak hücreyi parçalayarak çıkar.
- Toplumda Herpesvirüslerle karşılaşma oranı oldukça yüksektir (%90'larda). HHV-8'in ise coğrafik dağılımı belirgin değişkenlik göstermektedir.

### ENSEFALİT

- HSV-1'e bağlı olarak meydana gelmektedir.
- Ensefaliti son derece mortal olduğu için şüphesinde derhal tedavi başlanır. BOS'ta PCR bakılması en hızlı tanıyı sağlarken kesin tanı beyin biyopsisi ile konur.
- Tipik olarak temporal lob tutulumu vardır (servikal ganglionlara yakınlığı nedeniyle) ve BOS'ta eritrositler görülür.

Herpes ensefaliti anlatılırken, en hızlı testin etkilene dokudan (BOS) PCR çalışmak (DNA virüsü olduğu için, DNA) tanıya en hızlı götüren yöntemdir. Kesin tanı deseydi ve en hız demeseydi o zaman etkilene dokuda virüsü göstermek gerekirdi ki viral kültür uzun ve zahmetli bir tanı yöntemidir.

## REFERANS: 12

68- Mantarları klinik örneklerde gösteren floresan boya?

CEVAP:Kalkoflor beyazı

## REFERANS: TUSWORLD MİKROBİYOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 255

Mantarlar - Tanı	
• <b>Direk inceleme</b>	• <b>Hifler</b>
- KOH	- Laktofenollü pamuk mavisi
• <b>Floresan mikroskop</b>	• <b>Besiyeri</b>
- Kalkoflor beyazı	- Sabouraud dekstroz agar
• <b>Kapsül</b>	- Mikobiyotik agar
- Çini mürekkebi (Nigrosin, kapsül boyanmaz - negatif boyanma - )	
- Müsikarmin (kapsülü boyar)	

- **Kalkoflor beyazı:** Mantar hücre duvarındaki Beta 1,3 ve 1,4 bağlarına bağlanır.

## REFERANS: 13

69- *Cryptococcus gattii*'yi *Cryptococcus neoformans*'tan ayırabilen özellik olmayan?

CEVAP:Polisakkarit yapıda geniş bir kapsülü var

## REFERANS: TUSWORLD MİKROBİYOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 269

### Virülans faktörleri

- 37°C'de üreyebilme
- Kalın bir polisakkarid kapsül oluşturarak fagositozdan, hücrel ve humoral yanıtın korunma
- Melanin üretimi
- Alfa - eşey fenotipi, kapsül ve melanin üretimi açısından önemlidir.

Kitabımızda *C.gattii* detaylı bir şekilde anlatılmamış olsa da diğer Cryptokoklarda olduğu gibi *C.neoformans*'ın da kalın bir polisakkarit kapsülü olduğu belirtilmektedir. Kapsüllü olmak Cryptokoklar arasında ayırıcı bir özellik değildir.

## REFERANS: 14

70- Endemik mikoz yapan, fırsatçı olmayan, gerçek patojen mantar?

CEVAP:Histoplasma capsulatum

## REFERANS: TUSWORLD MİKROBİYOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 261 ile 265

Sistemik mikozların içinde *H.capsulatum* anlatılmıştır,

71- Parazitin yaşam döngüsünde gerekli olmamakla birlikte parazit larvasının yaşayabildiği ama erişkin parazit olamadığı, yine de başka konaklara bulaşabildiği konak tipi?

CEVAP:Paratenik konak

REFERANS: YOK

REFERANS: 15

72- 12 yaşındaki kemik iliği alıcısı sulu ishal ile getiriliyor. Dışkıda kan ve mukus yok. Kamçılı armut şeklinde trofozoid ve UV ışıkta otofloresan veren ookist görülüyor. Bu etkenler hangileridir?

CEVAP:Giardia lamblia-Cyclospora cayetanensis

REFERANS: TUSWORLD MİKROBİYOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 289 – 292

#### GIARDIA LAMBILIA (INTESTINALIS, DUODENALIS)

- Tek konağı insandır (ara konağı yoktur, **monoksen** parazit)
- 4 çekirdekli kistlerin yutulmasıyla bulaş meydana gelir (minimum enfeksiyöz dozu 10-25 kisttir).
- Kontamine suların tüketimi, kontamine sebze ve meyvelerin çiğ olarak tüketimi ya da kişiden kişiye fekal-oral ya da oral-anal yolla bulaşır.
- Trofozoidi **armuta** benzerdir (2 çekirdekli, 4 kamçı).
- Gastrik asidin etkisiyle kistler ağırlı, trofozoidler duodenum ve jejunumda serbestleşerek ikiye bölünmeye ve çoğalmaya başlar. Parazit, ventral emici diskleriyle intestinal villuslara tutunur. Bunun sonucunda villusların uçlarında düzleşme, lenfoid foliküllerde hiperplazi ile birlikte mukozal enflamasyon oluşur (açık doku nekrozu yoktur).

... oranı %50'dir

#### CYCLOSPORA SPP.

- İnsanı enfekte eden tek tür **Cyclospora cayetanensis**'dir.
- AIDS'lilerde kronik ishale neden olur.
- Ookistleri, **8 mikrometre**ye kadar büyüyebilir.
- **Granüler yapısı nedeniyle otofloresans** verir ve **ARB boya ile heterojen boyanır** (bazen hiç boyanmazlar bazen de pembeden koyu kırmızıya kadar farklı renklerde boyanırlar).
- Klora dirençlidir ve su kaynaklı salgınlar yapabilir (Cryptosporidium gibi).
- Cryptosporidium gibi sürüngenleri, kuşları ve memelileri enfekte eder. Hayvandan insana ya da insandan insana doğrudan bulaş gösterilmemiştir.
- Tedavide **TMP-SXT** kullanılır.

REFERANS: 16

73

I- IL-1

II- IL-4

III- IL-6

IV- IFN-gama

V- TGF-beta

CD4 T lenfositif T17 yönünde farklılaşmasını sağlayan sitokinler?

CEVAP:I, III ve V

REFERANS: TUSWORLD MİKROBİYOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 93, 96, 97

#### TIP 1 AŞIRI DUYARLILIK REAKSİYONU VE SİTOKİNLER

Tip 1 ADR' deki sitokinler ve etkileri*	
Sitokin	İşlevi
IL-4	IgE tipi antikorların üretimini uyarır.
IL-5	Eozinofilleri aktive eder (geç fazda).
IL-13	Epitelyal hücrelerden mukus salgılanmasını uyarır. IgE tipi antikorların üretimini uyarır.

\* Bu sitokinler esas olarak Th2 hücreler tarafından salıverilmektedirler.

#### Tip 4 ADR

- **Direkt hücresel sitotoksite**
  - CD 8 hücreler
  - Organ reddi
  - Tip 1 DM
- **Sitokin aracılı**
  - **CD 4 (Th1 ve Th17) hücrelerin makrofajları (efektör hücre) aktivasyonu**
  - **Th1**
    - IFN-gama salınımı ile makrofaj aktivasyonu
  - **Th17**
    - IL-17 salınımı ile nötrofil kemotaksisi

#### CD4+ T HÜCRELERİ İLE GERÇEKLEŞEN ENFLAMATUAR REAKSİYONLAR

- CD4+ T lenfositler self antijenleri ya da dendritik hücre ve makrofajlar üzerinde bulunan MHC II molekülleri ile ilişkili antijenleri tanır. Eğer antijen sunucu hücre IL-12 sekrete ederse T hücreler Th1 efektör hücreye dönüşür, IL-1, IL-6 ya da IL-23 sekrete ederse Th17 efektör hücreye dönüşür. Antijen ile son maruziyette, önceden üretilen efektör hücreler toplanırlar ve lokal antijen sunucu hücreler tarafından aktive edilirler.

IFN-gama'nın Th1'den salgılandığı ve makrofaj aktivasyonu yaptığı, Th17'nin CD4 hücrelerinin uyarılmaları ile dönüştükleri tablolarda görülmektedir. IL-1 ve IL-6'nın T17 oluşumuna katkı sağladığı yazmakta olup, seçeneklerde bu ikisinin olduğu iki seçenek bulunmaktadır. Biri IL-4 ile diğeri TGF-beta ile... IL-4 tip-1 aşırı duyarlılık reaksiyonlarında rol oynadığı belirtilmiştir. IL-12, IL-21 ve TGF-beta'nın tip-IV aşırı duyarlılık reaksiyonlarındaki fonksiyonu anlatılmamış olsa da doğru cevaba ulaşılabilir.

74- Grup B streptokoklar ile ilgili doğru değildir?

CEVAP: Sürfaktan düzeyinde düşüklük

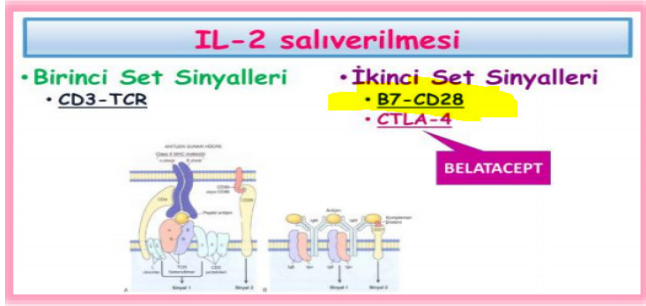
REFERANS: YOK

REFERANS: 17

75- T hücresi hangi reseptörü ile antijen sunan B7 molekülüne bağlanır?

CEVAP:CD-28

REFERANS: TUSWORLD MİKROBİYOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 85



REFERANS: 18

76- Şarbon profilaksisinde kullanılan antibiyotik hangisidir?

CEVAP: Siprofloksasin

- Önerilen ampirik tedavi siprofloksasin ya da doksisisiklinin bir başka antibiyotikle (rifampin, vankomisin, penisilin, imipenem, klindamisin, klarıtromisin) kombinasyonunda yapılmalıdır.
- Biyoterörizm yoluyla bulaş durumlarda ve profilakside siprofloksasin verilmele birlikte diğer türlü duyarlılığa göre penisilin tercih edilebilir.
- Deri şarbonunda toksemi nedeniyle cerrahi kontrendikedir.

REFERANS: TUSWORLD MİKROBİYOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 107

## PATOLOJİ 22/22

### REFERANS: 1

77- Yaşlı multipl miyelom hastasında plazmositlerde Pas-pozitif birikimler görülüyor. Bu birikimler özellikle hangi organelde bulunur ?

**CEVAP:Granüllü endoplazmik retikulum**

### REFERANS: TUSWORLD PATOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 2

#### HİPERTROFİ

Hücre/doku boyutunun artmasıdır. Mekanizması **protein sentezi** artışıdır (GER ile birlikte). En tipik örnekleri:

- HT ya da kapak yetmezliği nedeniyle hemodinamik aşırı yük: *Kardiyak hipertrofi*
- Vücut geliştiren kişilerde: *İskelet kasında hipertrofi*
- Gebelikte hormon uyarısı: *Uterusta hipertrofi*

### REFERANS: TUSWORLD PATOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 11

#### PROTEİN

Biriken madde	Etkilenen hücre	Neden olan tablo
Protein	Plazma hücresi	<b>Russel body</b> (sitoplazma) <b>Dutcher body</b> (intranükleer) <b>Mott hücresi</b> (Üzüm salkımı şeklinde, tüm sitoplazma doludur. Multipl miyelom ve tripanomiyazislerde görülür)
Protein	Nöronlar	Alzheimer; nörofibriler yumak; <b>Tau</b> proteini Prion hastalıkları; <b>PrP</b> Huntington hastalığı; <b>Huntingtin</b> Parkinson; <b>Lewy</b> cismi, alfa synuclein
Protein	Hepatosit	$\alpha_1$ -antitripsin eksikliği ( <b>sekresyon bozuk</b> )

### REFERANS: 2

78- Hangileri lökositler için kemotaktik etkilidir ?

**CEVAP:Lökotrien B4 ve Bakteriyel peptitler**

### REFERANS: TUSWORLD PATOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 14

**KEMOTAKSİ:** Lökositlerin sirkülasyondan çıkmasından sonra **hasar alanı hareket etmesi** sürecine kemotaksi adı verilir. Lökositler dokuya *psödopodla* egzojen maddeler kemoatraktan olarak lökositleri uyarabilir. Kemotaktik r **protein bağlı** reseptörler üzerinden bağlanırlar. En önemli kemotaktik molekül



- **Bakteri ürünleri** → En sık ekzojen ajan
- **Lökotrien B4**
- **C5a**
- **İnterlökin-8**
- **TGF-β** (fibroblast için)
- **PDGF** (düz kas ve fibroblast için)

### REFERANS: 3

79- Konjestif kalp yetmezliği olan bir hastanın torasentezindeki sıvı için ne söylenebilir ?

**CEVAP:Görünümü berraktır, Glukoz içeriği plazma ile koreledir, Proteinden zengin değildir.**

### REFERANS: TUSWORLD PATOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 29

Ödem ve effüzyon inflamatuvar ya da non-inflamatuvar olabilir. İnflamatuvar tipteki sıvı **proteinden zengindir** ve **eksuda** denir. Sepsis gibi sistemik inflamatuvar durumlarda görülür. **Non-inflamatuvar** tipteki sıvı **proteinden fakirdir** ve **transuda** denir. **Kalp yetmezliği**, karaciğer yetmezliği, böbrek yetmezliği ve malnutrisyon durumlarında görülür.

Patofizyoloji	Etiyoloji
Artmış hidrostatik basınç Bozulmuş venöz drenaj	<b>Konjestif Kalp Yetmezliği</b> , Konstriktif perikardit, Asit (KC sirozu), Venöz obstrüksiyon ya da kompresyon (tromboz, kitle basısı, immobilizasyon)

### REFERANS: 4

80- Kalp yaşlanmasına ait olan özellikler ?

**CEVAP:Mitral kapakta kalsifikasyon, Aort elastik liflerinde parçalanma, Amiloid birikimi**

### REFERANS: TUSWORLD PATOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 85

#### AORT DİSEKSİYONU

Kan media tabakasına ayrı olarak girip aort duvarı içinde kan-dolu kanal oluşturur. Aort **diseksiyonu** başlıca iki yaş grubunda meydana gelir:

- **40-60 yaş arası** önceden var olan HT ile (olguların %90'dan fazlası)
- **Genç** hastalar, aortu etkileyen bağ doku anomalileri (örneğin; **Marfan**)

### REFERANS: TUSWORLD PATOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 99

#### MİTRAL ANÜLER KALSİFİKASYON

**Mitral kapaktaki dejeneratif kalsifik birikimler** tipik olarak **fibröz anülüs** yerleşimlidir. Mitral anüler kalsifikasyon genellikle **kapak fonksiyonunu etkilemez**. Göğüs radyografisinde **yüzük - benzeri opasiteler** olarak görülür.

- En sık **60 yaş üzeri** kadınlarda ve **mitral kapak prolapsusu** olan bireylerde görülür.
- **Embolik inme** riski artar, çünkü kalsifik nodüller trombüs oluşumu için alan sağlar.

### REFERANS: TUSWORLD PATOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 57

**Kalp:** Sistemik tutulumda genellikle **AL** formudur. **Senil sistemik amiloidozda en çok tutulan** organdır. İzole form (**Senil amiloidoz**) genellikle **yaşlılarda** görülür. Özellikle **atriyumda** belirgindir. **Amiloid birikimleri** tipik olarak myokard boyunca bulunur ve **myokardiyal fibriller arasında başlar**. **Restriktif kardiyomyopati** ve aritmiler ortaya çıkar.

### REFERANS: 5

81- Yaşlı hasta baş ağrısı, ateş ile geliyor. Alın bölgesinde kızarıklık, palpasyanla ağrı mevcut. Damar biyopsisi yapılıyor ve yoğun iltihabi **infiltrasyon** görülüyor. ANCA testi negatif geliyor. Buna göre bu lezyonda hangisi **beklenmez** ? **Granülomatöz iltihap, Elastik lif parçalanması, Diffüz tutulum, İntimal kalınlaşma, Tromboz**

**CEVAP:Diffüz tutulum**

## REFERANS: TUSWORLD PATOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 87

### DEV HÜCRELİ ARTERİT (TEMPORAL ARTERİT)

- Dünyada **yaşlılar** arasında en sık görülen vaskülitir.
- Büyük-küçük çaplı** arterleri tutar. Başlıca **temporal arterler** etkilenir.
- Vertebral ve oftalmik arterler, ayrıca aort (**dev hücreli aortit**) da tutulabilir.
- Damar duvan antijenine karşı **T hücre-aracı** immün yanıt vardır (özellikle CD4+).
- Anti-endothelial ve ASMA antikorları sıklıkla pozitifdir, ancak patogenezdeki rolü net değil.

**Morfoloji** Nodüler **intimal kalınlaşma** (bazen **trombozlar**) lümeninde daralma ve distal iskemiyeye yol açar. Lezyonlar internal elastik membran merkezinde iç **media** tabakası içinde **granüloamatöz inflamasyon** gösterir; makrofaj infiltrasyonu ile çok çekirdekli dev hücreler ve **internal elastik lamina parçalanması** vardır.

- Temporal arteritte tutulum **atlamalıdır**: **Negatif biyopsi tanısı ekarte ettirmez**.
- 50 yaş** öncesinde nadir görülür.
- Ateş, kilo kaybı, fasiyal ağrı ve palpasyonla ağrı** vardır.
- Oftalmik arter tutulumu ile ilişkili oküler semptomlar hastaların %50'sinde aniden ortaya çıkar; diplopiden **tam görme kaybına** kadar semptomlar görülebilir.
- Polimiyalji romatika** ile birikteliği olan vaskülitir.

## REFERANS: 6

**82- İleri yaş kömür işçisi hasta nefes darlığı ve öksürük ile geliyor. Sigara hiç içmemiş. Bu olgu ile ilgili doğru olan ?** 1. Akciğer lezyonları üst lobları daha sık tutar. 2. Akciğer kanseri riski artar. 3. Lenf nodların yumurta kabuğu şeklinde kalsifikasyon görülür

**CEVAP: Akciğer lezyonları üst lobları daha sık tutar (yalnız 1).**

## REFERANS: TUSWORLD PATOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 140

### KÖMÜR İŞÇİSİ PNÖMOKONYOZU

- Asemptomatik antrakoz (en tehlikesiz evre)
- Basit KİP (pulmoner disfonksiyon yok ya da hafif, sentriyiner amfizem görülür)
- Komplike KİP ya da progresif masif fibrozis

- **Kömür tozu maruziyeti tüberküloza duyarlılığı artırmaz.**
- **Sigara yokluğunda KİP'in kanser yaptığına dair geçerli bir kanıt yoktur.**

## REFERANS: TUSWORLD PATOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 134

**Sentriyiner (sentrilobüler) amfizem:** Asinüsün santral/proksimal kısımları etkilenmiştir. Distal alveol korunmuştur. **Üst loblarda**, özellikle apikal kısımlarda daha sık ve daha ciddi görülür. Özellikle **sigara** içenlerde ve **kömür işçisi pnömokonyozunda** görülür.

**Panasiner (panlobüler) amfizem:** Asinüs düzgün bir şekilde respiratuar bronşiyol seviyesinden terminal kör alveole kadar genişlemiştir (tüm asinüs: PAN). **Alt bölgelerde** ve akciğer ön kenarlarında daha sık görülür. **α<sub>1</sub>-antitripsin eksikliği** ile ilişkilidir (tüm hastaların %1'i). Alfa-1 antitripsin eksik olunca nötrofil elastazı inhibe edilemez ve bu

## REFERANS: TUSWORLD PATOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 139

### SİLİKOZ

Proinflamatuvar **kristallin silikon dioksit (silika)** solunmasıyla gelişir. En sık başlama şekli maruziyetten **10-30 yıl** sonradır.

- **Dünyada en sık görülen kronik mesleki hastalıktır.**

Bina ve yol gibi yapıların onarım, rehabilitasyon ya da yıkımında çalışan işçiler, taş oymacılar, **kot kuşlama** işçileri, ve tebeşir kalıplar kullanan kuyumcular risk altındadır.

**Patogenez:** Silika hem **kristallin** hem amorf formlarda görülür, fakat kristallin formlar (kuartz, kristobalit ve tridimit) daha fibrojeniktir. Bunlardan **kuartz** en sık etkindir.

**Morfoloji:** **Hiiler lenf nodları** ve **akciğerin üst zonlarında** nodüller ile karakterizedir. İlerledikçe nodüller **sert, kollajenöz skarlar** içinde birleşir. Lenf nodlarında radyolojide **yumurta kabuğu kalsifikasyon** görülür. Devam ederse **progresif masif fibrozise** yol açar. Histolojide helezonik (girdap gibi) kollajen lifleri görülür. Polarize mikroskopta birefrejans (yani **çift kırınımı**) silika partikülleri görülür.

## REFERANS: 7

**83- Ürotelyal papiller lezyonlar derecelendirilirken hangilerine bakılır ?** 1. Tümör boyutu 2. Polarite kaybı 3. Muskularis propria invazyonu

**CEVAP: Yalnız 2**

## REFERANS: TUSWORLD PATOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 71

### 2. KANSERİN DERECELEME VE EVRELEMESİ

**Derece** (Grade) tümör hücrelerinin sitolojik **diferansiyonuna** ve tümördeki **mitoz sayısına** bağlıdır. Kanser grade I, II, III ya da IV olarak sınıflandırılabilir, anaplazide doğru artar. Derece arttıkça prognoz kötüleşir.

**Evre** (Stage); primer lezyonun **boyutuna**, bölgesel **lenf nodlarına yayılımına** ve **metastazın** varlığı ya da yokluğuna bağlıdır. Evreleme için **TNM** yöntemi güncel olarak kullanılır (T: primer tümör, N: bölgesel lenf nodu tutulumu, M: metastaz). T1, T2, T3 ve T4 primer lezyonun boyutlarında artışı tanımlar. N1, N2 ve N3 progresif olarak ileri lenf nodu tutulumunu gösterir. M0 ve M1 sırasıyla metastazın yokluğu ya da varlığını gösterir.

## REFERANS: TUSWORLD PATOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 61

**1- DİFERANSİYASYON:** Parankimal tümör hücrelerinin köken aldıkları dokuya morfolojik ve fonksiyonel olarak benzerliğidir (**TAKLİT YETENEĞİ**). Benign tümörler iyi-diferansiye hücrelerden oluşur. Malign tümörler iyi diferansiyeden tamamen undiferansiye kadar çeşitli derecelerde olabilir. İyi diferansiye tümörlerin taklit yeteneği iyi olduğu için normal dokuya daha çok benzerler. Örneğin; iyi-diferansiye skuamöz hücreli karsinom keratin üretir.

- **Anaplazi diferansiyasyonun kaybıdır.** Anaplastik hücreler **pleomorfizm** (şekil ve büyüklük farklılıkları) gösterir. Sıklıkla çekirdek **hiperkromatik** ve büyüktür. **Çekirdek/sitoplazma oranı artmıştır.** Nükleol belirgin hale gelir. Sayısı artmış ve **atipik mitozlar** (tripolar, kuadripolar figürler) görülür. **Polarite (düzen) kaybolur.**

## REFERANS: 8

**84- Yaşlı hasta yan ağrısı, polisitemi ve hematüri ile geliyor. Kitlenin mikroskopik resmi verilmiş. Şeffaf hücreler mevcut. En olası tanı ?**

**CEVAP: Renal hücreli karsinom**

## REFERANS: TUSWORLD PATOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 72

### PARANEOPLASTİK SENDROMLAR

Klinik sendrom	Neoplazi	Mekanizmalar / ajanlar
<b>Endokrinopatiler</b>		
Cushing sendromu	<b>Küçük hücreli akciğer karsinomu</b> Pankreas karsinomu, Nöral tümörler	ACTH ya da ACTH-benzeri madde
Uyumsuz ADH sendromu	<b>Küçük hücreli akciğer karsinomu</b> Intrakranial tümörler	Antidiüretik hormon ya da atrial natriüretik hormon
Hiperkalsemi	<b>Skuamöz hücreli akciğer kanseri</b> Meme karsinomu Renal karsinom Enişkin T hücreli lösemi/lenfoma	Paratiroid hormon-ilişkili protein, <b>TGF-α, TNF, IL-1</b>
Hipoglisemi	<b>Over karsinomu</b> Fibrosarkom Diğer mezenkimal sarkomlar	İnsülin ya da insülin-benzeri madde
<b>Polisitemi</b>	<b>Renal karsinom</b> <b>Serebellar hemanjiom</b> Hepatoselüler karsinom	Eritropoetin

## REFERANS: TUSWORLD PATOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 197

### MALİGN BÖBREK TÜMÖRLERİ

#### RENAL HÜCRELİ KARSİNOM

Renal tübül epitelinden köken alır. **6-7. dekat erkeklerde** daha sık görülür. Risk faktörleri:

- Sigara (EN ÖNEMLİ)**, Obezite (özellikle **kadınlarda**), Östrojen tedavisi
- Asbest, Ağır metaller, Kronik böbrek yetmezliği
- Dializ ile ilişkili kist**
- Von Hippel Lindau**, Tüberoskleroz

## REFERANS: TUSWORLD PATOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 198

**Klinik:** Kostovertebral ağrı, palpable kitle, **hematüri (en sık)** görülebilir. Ultrasonografide hiper-hipoekojen alanlar biraradadır. En sık metastaz akciğer (%50) ve kemikte (%33) izlenir. Sonrasında azalan sırayla reyonel lenf nodları, karaciğer, adrenal ve beyin gelir. En önemli prognoz faktörü **evredir**.

## REFERANS: TUSWORLD PATOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 198

### RENAL HÜCRELİ KARSİNOM TIPLERİ

#### Şeffaf hücreli karsinom

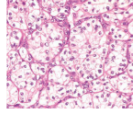
EN SIK görülen tip (%70-80)

Proksimal tübül epiteli

PAS (+) boyanır.

3p delesyonu ile ilişkili: **VHL sendromu**

Şeffaf hücreli



## REFERANS: 9

**85- İleri yaş PKOS'lu kadın vajinal kanama ile geliyor. Endometrial biyopsi yapıyor. Mikroskopide stromada düzensiz şekilli glandlar sırt sırta vermiş. Hücrelerde polarite kaybı, düzensiz çekirdek ve belirgin nükleol görülüyor. En olası tanı ?**

**CEVAP: Atipili hiperplazi**

## REFERANS: TUSWORLD PATOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 210

### Servikal İntraepitelial Neoplazi (Skvamöz İntraepitelial Lezyonlar)

- SİL'da **nükleer genişleme**, **hiperkromazi** (koyu boyanma), kalın kromatin granüller ve **çekirdek boyutu ve şeklinde varyasyon** ile karakterize **nükleer atipi** vardır. Sitoplazmik **"halolar"** eşlik eder. Bu halolarda HPV'nin **E5 proteini** bulunur. Perinükleer halo ile nükleer değişiklikler **koilositik atipi** olarak isimlendirilir.

## REFERANS: TUSWORLD PATOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 61

- Anaplazi diferansiyasyonun kaybıdır.** Anaplastik hücreler **pleomorfizm** (şekil ve büyüklük farklılıkları) gösterir. Sıklıkla çekirdek **hiperkromatik** ve büyüktür. **Çekirdek/sitoplazma oranı artmıştır.** **Nükleol belirgin hale** gelir. Sayısı artmış ve **atipik mitozlar** (tripolar, kuadripolar figürler) görülür. **Polarite (düzen) kaybolur.**

## REFERANS: 10

**86- İleri yaş kadın memede kitle ile geliyor. Biyopside yapraklı çıkıntılar var. Stroma proliferasyonu, yüksek hücresellik, pleomorfizm ve yüksek mitoz saptanıyor. En olası tanı ?**

**CEVAP: Filloides tümör**

## REFERANS: TUSWORLD PATOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 224

### FILLOIDES TÜMÖR

- Sıklıkla **altıncı dekatta** görülür. **Kısa sürede büyüyen kitle** ile gelebilir.
- Kromozom **1q mutasyonu** (kazanma) görülür.
- HOXB13** overeksprasyonu yüksek derece ve agresif klinik davranış ile ilişkilidir.
- Stromanın **hücreden zengin** olması, **mitoz göstermesi**, **pleomorfizm** ve **infiltratif sınırlı** olması ile fibroadenomdan ayrılır. Mikroskopide **yaprak-benzeri** görünür.
- Yüksek dereceli olanları sarkomlardan ayırmak güçtür ve bu nedenle lezyona **sistosarkoma filloides** de denir.

## REFERANS: 11

**87- Tiroid nodülleri ile ilgili hangileri doğrudur ?**

**CEVAP: Soliter nodülün kanser riski multipla göre daha yüksektir. Erkeklerde bulunan nodülün kanser riski kadınlara göre daha yüksektir. Gençlerdeki nodülün kanser riski yaşlılara göre daha yüksektir.**

## REFERANS: TUSWORLD PATOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 231

### TİROİD NEOPLAZİLERİ

#### MALİGNİTE İHTİMALİ YÜKSEK NODÜL ÖZELLİKLERİ

- Genç, Erkek hasta**
- Tek ve solid** nodül
- Radyoaktif **iyot uptake'i düşük** nodül (**soğuk nodül**)
- Boyun bölgesine radyoterapi hikayesi

## REFERANS: 12

**88- Deri melanomunda patolojik TNM sınıflamasında hangileri dikkate alınır ?**

**CEVAP: Ülseryasyon ve Tümör kalınlığı. Hücre tipi yok (uveal melanomda var).**

## REFERANS: TUSWORLD PATOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 241



- Tümörün derinliği / kalınlığı (EN ÖNEMLİ)** (*Breslow kalınlığı*)
- Mitoz sayısı (mm<sup>2</sup>deki)
- Tümör regresyonu (olmaması iyi)
- Üzerindeki deride **ülserasyon** (olmaması iyi)
- Tümörü infiltrate eden lenfositlerin derecesi (**fazla olması iyi**)
- Cinsiyet (**kadınlarda iyi**)
- Lokalizasyon (**ekstremitelerde derisinde ise daha iyi**)

## REFERANS: 13

**89- Tümör ve köken aldığı hücre tipi eşleştirmelerinden hangisi doğrudur ?**

**CEVAP: Dezmoid tümör (fibroblast). Ewing sarkom (endotel, yanlış). Kaposi sarkomu (düz kas, yanlış).**

## REFERANS: TUSWORLD PATOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 27

Anormallik	Açıklama
Hipertrofik skar	Aşırı kollajen birikimi nedeniyle <b>yara sınırları içerisinde</b> artan skar dokusudur.
Keloid	Skar dokusu orijinal yara <b>sınırlarının ötesinde</b> büyür.
Dezmoid tümör ya da Agresif fibromatozis	İnizyonal skarlar ya da travmatik hasarlarda <b>fibroblast</b> ve diğer bağ doku elemanlarının <b>aşırı çoğalması</b> ile oluşan, <b>nüks eden</b> , sınırları düzensiz ve <b>benign-düşük-derece-malign tümör arası</b> neoplazmlardır.
Kontraktür	Aşırı kontraksiyon vardır. Deformitelere neden olabilir. <b>Avuç içi, ayak tabanı ve göğüs ön tarafında</b> daha sık görülür. <b>Ciddi yanıklardan</b> sonra sık görülür.
Eksubarano granülasyon	Aşırı granülasyon dokusu oluşmasıdır. Damar dokusu fazla olduğu için <b>hemanjiom</b> ile klinik olarak karıştırılabilir. Cerrahiye yanıt iyidir.

## REFERANS: TUSWORLD PATOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 262

### EWİNG SARKOM AİLESİ TÜMÖRLERİ

Ewing sarkom belli bir diferansiyasyon içermeyen **primitif yuvarlak hücreler** ile karakterize **malign kemik tümörü** ailesidir. Ewing sarkom ve primitif nöroektodermal tümör (PNET) Ewing sarkom ailesi tümörleri olarak tek bir kategoride birleştirilmiştir.

- **Küçük yuvarlak mavi hücreli** tümörlerdendir.
- Hücrelerin dar sitoplazmalarında **PAS (+)** glikojen görülür.

## REFERANS: TUSWORLD PATOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 94



### KAPOSI SARKOMU

HHV-8 nedeni **vasküler endotelial neoplazidır**. HHV-8 sikiin D aktivasyonu ve p53 **inhibisyonu** yapar. Proliferasyonu uyarır. **Tamamı** HHV-8 ile enfektidir.

- **Klasik Kaposi Sarkomu**: Yaşlı erkeklerde daha sıktır. Malignite ya da değişken immünite ile ilişkilidir. **HIV İLE İLİŞKİLİ DEĞİLDİR**. Multipl **kırmızı-mor deri plakları** ya da nodüller şeklinde ortaya çıkar (Yama, Plak, Nodül). Persistan olmasına rağmen, tümörler tipik olarak **asemptomatiktir**. Deride ve subkutanöz dokuda lokalize kalırlar. Visseral tutulum nadirdir.

## REFERANS: 14

**90- Şok ile gelen ve sonra ex olan hastaya otopsi yapılıyor. Beyinde bazı hücrelerde Nissl cisimciklerinde kayıp ve karyopiknoz izleniyor. Buna göre bu değişiklikler hangi hücrede izlenmiştir.**

CEVAP:**Nöron**

## REFERANS: TUSWORLD PATOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 283

### NÖRON HASARINA BAĞLI PATOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER

**Akut nöronal hasar (kırmızı nöron)**: Nöronun iskemik ya da toksik **nekrozu** ile oluşur. **Subakut-kronik nöronal hasar (dejenerasyon)**: Nöronlar uzun süreli hasarla kaybolur, yerini **gliozis** (skar) dokusu alır. **Transsinaptik dejenerasyon**: Göz enükleasyonu sonucu **lateral genikulat dejenerasyonu** **Kromatolizis**: Aksonal hasarda (akson keşisi) nöron **proksimalinde nissl maddesinde** (GER) dağılma ve **organellerin hücre içi yerlerinin değişimi** izlenir.

## REFERANS: 15

**91- Hangisi kronik kurşun zehirlenmesiyle daha çok ilişkilidir ?**

CEVAP:**Kortiklal nöronlarda nekroz**

## REFERANS: TUSWORLD PATOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 296

### PERİFERİK NÖROPATİ NEDENLERİ

Etiyolojik Kategori	Nedensel Hastalıklar/Ajanlar
Nutrisyonel ve metabolik	Diabetes mellitus Üremi Vitamin eksiklikleri ( <b>tiamin, B<sub>6</sub>, B<sub>12</sub></b> )
<b>Toksik</b>	İlaçlar ( <b>vinkristin</b> , vinblastin, paklitaksel, kolşisin ve izoniazid) Diğer toksinler (alkol, <b>kurşun</b> , aliminyum, arsenik, cıva, akrilamid)

## REFERANS: 16

**92- Kronik granülomatöz hastalıkta hangi süreçte problem vardır ?**

CEVAP:**Fagosite edilen bakterinin parçalanması**

## REFERANS: TUSWORLD PATOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 52

### LÖKOSİT FONKSİYON DEFEKTLERİ

Hastalık	Defekt
<b>KAZANILMIŞ</b> Kemik iliği baskılanması; tümörler, radyasyon ve kemoterapi <b>Diabet, sepsis</b> , malignite, kronik dializ <b>Diabet, sepsis</b> , anemi, malnutrisyon <b>GENETİK</b>	Lökositlerin üretimi Adezyon ve kemotaksi Fagositöz ve mikrobisidal aktivite
<b>Lökosit adezyon defekti 1</b>	<b>CD11/CD18</b> integrinlerinin $\beta$ zincir mutasyonu İlk bulgu <b>göbek bağının geç düşmesi</b> Bakteriyel enfeksiyonlar, yara iyileşmesinde gecikme
<b>Lökosit adezyon defekti 2</b>	<b>Sialillenmiş oligosakkarit</b> (selektinler için reseptör) sentezi için gerekli olan <b>fukozil transferaz</b> mutasyonu LAD-1'e göre <b>daha hafif klinik</b>
<b>Kronik granülomatöz hastalık</b>	<b>NADPH oksidaz eksik</b> (X'e bağlı ise membran bileşeni eksik, OR ise sitoplazmik bileşen eksik), <b>Serbest oksijen radikalleri oluşmadığı için bakteri öldürülmesi defektif</b> , Sık katalaz (+) enfeksiyonlar ve <b>iç organ abseleri</b>

## REFERANS: 17

**93- 35 gün önce böbrek transplantı yapılan hastada kreatinin artışı görülüyor. Böbrek biyopsisinde hangisinin görülmesi beklenmez ? Endotelit, Lenfositik tübülit, Fibrinoid nekroz, İntertisyel iltihap, Tübüler atrofi**

CEVAP:**Tübüler atrofi**

## REFERANS: TUSWORLD PATOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 51

**Akut rejeksiyon**: Transplantasyondan **günler - haftalar sonra** ortaya çıkar.

- **Akut hücresel rejeksiyon**: Genellikle **ilk hafta içinde** görülür. Aşırı intertisyel CD4+ ve CD8+ **T hücre infiltrasyonu**, ödem ve hafif intertisyel hemoraji görülür. Fokal **tübüler nekroz** ve CD8+ T hücrelere bağlı **endotelit** görülür.
- **Akut humoral rejeksiyon (rejeksiyon vaskülit)**: **Antidonör antikorlar** sorumludur. Histolojik incelemede; endotelial hücre nekrozu ile **nekrotizan vaskülit**, **nötrofilik infiltrasyon**, antikor, kompleman ve fibrin çökmesi ve tromboz görülür. **İntima kalınlaşması** ile karakterizedir.

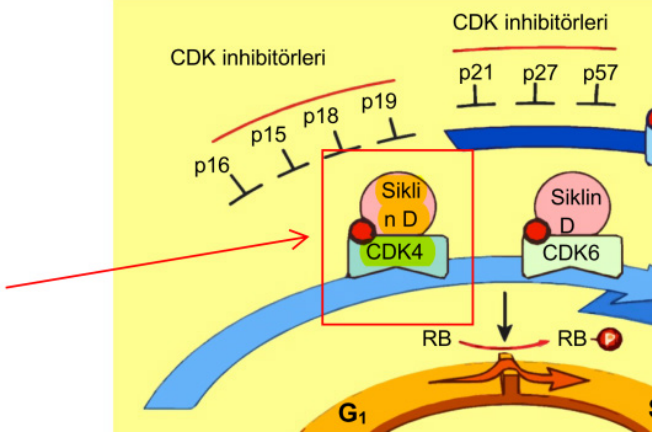
**Kronik Rejeksiyon**: Transplantasyondan **4-6 ay sonra (yıllar sonra da olabilir tabii)** serum kreatinin seviyelerinde progresif yükselme ile karakterizedir. **İntertisyel fibrozis, tübüler atrofi**, **renal parankim kaybı** görülür. Tipik olarak parankimal **hücresel infiltrasyon hafiftir** ya da **yoktur**. Vasküler değişiklikler özellikle arterler ve arteriyollerdedir; intimal düz kas hücre proliferasyonu ve ekstraselüler matris sentezi görülür.

REFERANS: 18

94- Hangilerinin oluşturduğu kompleks RB'yi fosforilleyerek hücre proliferasyonunu devam ettirir?

CEVAP: Siklin D – CDK4

REFERANS: TUSWORLD PATOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA:



REFERANS: 19

95- Timoma ile ilgili hangisi doğrudur ?

CEVAP: Epitel kökenlidir.

REFERANS: TUSWORLD PATOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 129

**TİMOMA**

Timik epitel hücrelerinde gelişen tümörlere timoma dedir. Bu immatür T hücreler (timositler) içerir. Tümörler genellikle 40

Üç histolojik alttipi vardır:

- Benign ve non-invaziv
- Benign ancak invaziv ya da metastatik
- Malign (timik karsinom)

En sık ön üst mediastende görülür.

REFERANS: 20

96- İleri yaş erkek anal bölgede eritemli lezyon ile geliyor. Skuamöz epitel içinde pembe ve soluk sitoplazmalı, müsin içeren atipik epitelyal hücreler izleniyor. Sitokeratin ile pozitif reaksiyon veriyor. En olası tanı ?

CEVAP: Paget hastalığı

REFERANS: TUSWORLD PATOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 226

**MEMENİN PAGET HASTALIĞI**

Tipik bir intraduktal karsinomun göstergesidir. Tümör hücreleri BAZAL MEMBRANI AŞMADAN meme başı ve epitele ulaşır. Mikroskopide epidermis içerisinde berrak sitoplazmalı, iri atipik çekirdekli, belirgin nükleoluslu tümör hücreleri görülür.

- Klinik görünümü egzemaya benzer. Ödem, hiperemi, kaşıntı ve ülserasyon nedeniyle.

REFERANS: TUSWORLD PATOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 209

**MEME DIŞI PAGET HASTALIĞI**

- Labia major üzerinde dermatitle karışabilen eritemli inflamatuvar bir
- PAS, Alsiyan mavisi ya da musikarmin (+) mukopolisakkarit içerir vardır.
- Paget hücreleri epidermis içinde laterale doğru yayılım gösterir.
- Ek olarak hücreler sitokeratin 7 ekspresse ederler.
- Memedeki karşılığından farkı çok daha az oranda altta yatar görülmesidir.

REFERANS: 21

97- Gastrointestinal stromal tümörlerde prognoz için hangileri önemlidir ?

CEVAP: Mitotik indeks, Tümör çapı, Lokalizasyon

REFERANS: TUSWORLD PATOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 162

**GASTROİNTESTİNAL STROMAL TÜMÖR**

Abdomenin en sık mezenkimal tümörüdür. GİS'de en sık midede görülür. sık epitel dışı tümördür. Sıklıkla 60 yaş civarında görülür. Muskularis propriada özelliği olan CAJAL hücrelerinden gelişir. İğsi hücreli ve epiteloit tip Nörofibromatozis-1'e eşlik edebilir.

- Carney triyadı (gastrik GIST + Paraganglioma + pulmoner k nonherediterdir)
- Carney-Stratakis sendromunda da GIST ve paragangliyoma vardır. Bu SDH gen mutasyonu görülür.
- %75-80'inde KIT mutasyonu görülür.
- %8'inde ise PDGFRA mutasyonu görülür.
- Multipl serozal nodüller yapar. Karaciğere ya da peritoneal kaviteye metastaz
- Tanıda en faydalı belirteç C-KIT'tir (İmmünohistokimya da CD117 ile boyanır, Tedavide tirozin kinaz inhibitörü İmatinib kullanılır.
- En önemli prognostik faktörler: Mitoz sayısı, boyut ve hücresel selülarite
- 5 cm'nin altındaki tümörlerde rekürrens ve metastaz nadir görülür.

REFERANS: 22

98- Ani sarılık ve hepatit tanılı hastada akut karaciğer yetmezliği gelişiyor. Karaciğerde en olası bulgu ?

CEVAP: Parankimde masif nekroz

REFERANS: TUSWORLD PATOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA:

**ZONAL NEKROZ**

Perivenüler (sentrilobüler) nekroz: Öncelikle santral ven etrafının tutulmasıdır. Nedenleri: kalp yetmezliği, alkolik karaciğer hastalığı, karbontetraklorür gibi ilaç toksisitesi.

Midzonal nekroz: Viral enfeksiyonlarla görülür. Özellikle sarı humma ile.

Periportal nekroz: Öncelikle portal alan etrafında nekroz görülmesidir. Arayüz hepatiti ve köprüleşme nekrozları tipinde olur. Eklampsi ve viral hepatitlerde görülür.

- Arayüz hepatiti (eski adı güve yeniği nekrozu): Portal alandaki lenfositlerin portal alandan dışarı çıkması ile komşu hepatositlerde de nekroz görülmesidir. Kronik aktif hepatiti gösterir.
- Köprüleşme Nekrozu: Arayüz hepatiti aşırı olursa ve portal alanlar arasında veya portal alan-santral ven arasında nekrotik hat meydana getirirse bu tanımlı alır. Genellikle kronik viral hepatitlerde görülür, ancak ciddi akut hepatitte de görülebilir.

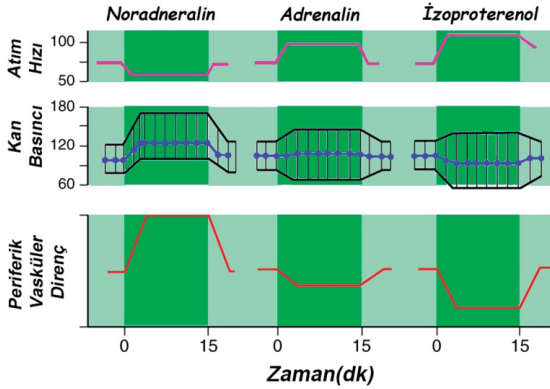
## FARMAKOLOJİ 22/22

REFERANS: 1

99- Refleks bradikardi yapan semptomimetik yapan ilaç?

CEVAP: Noradrenalin

REFERANS: TUSWORLD FARMAKOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 61



	Noradrenalin	Adrenalin	İzoproterenol
Kalp Atımı Hızı	Azalır	Artar	Artar
Kontraktilite	Hafif artar	Artar	Artar
Sistolik KB	Artar	Artar	Hafif artar
Diastolik KB	Artar	Azalır	Belirgin azalır
Ortalama KB	Artar	Hafif artar	Azalır
Nabız basıncı	Değişmez	Artar	Belirgin artar
Total Periferik Direnç	Artar	Azalır	Belirgin azalır

REFERANS: 2

100- Ürikasidi düşürmeyen gut ilacı?

CEVAP:Kolşisin

REFERANS: TUSWORLD FARMAKOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 218

GUT TEDAVİSİNDE KULLANILAN İLAÇLAR

	Ürikozüri	Ürik asit sentezinde azalma	Antiinflamatuvar
Kolşisin	+	-	+
Allopürinol	-	+	-
Probenesid	-	-	-
Rasburikas	-	(ürük asit miktarını azaltır)	-
Febuksostat	-	+	-
Peglotikaz	-	(ürük asit miktarını azaltır)	-
Anakinra, Rilonasept	-	-	+
Fenilbutazon	+	-	+

Gut Tedavisinde Kullanılan İlaçlarda Tercih	
Atakta & Profilaksizde	Kolşisin
Atakta	NSAİ, Glukokortikoidler, Anakinra
Profilaksizde	Antihiperurisemik tedavi (Ksantin oksidaz inh, Ürat oksidazlar, Ürikozürik ilaçlar)

KOLŞİSİN

Ürik asit oluşumunu etkilemez ve ürikozürik etkisi yoktur. Analjezik etkisi yoktur. Lökositlerde intrasellüler mikrotübülleri inhibe ederek, migrasyon ve fagositozu önler. LTB<sub>4</sub> ve IL-1beta'yı inhibe eder. Sadece gut artritinde antiinflamatuvar etkinlik gösterir. Gutta; hem akut krizde hem de profilaksizde kullanılır. Nöbetin ilk birkaç saati içinde tedaviye başlanırsa olguların yaklaşık %95'inde kür sağlanır. FMF profilaksisinde de kullanılır. En sık yan etkisi diyaredir.

REFERANS: 3

101- Alfa-1 adrenaljik reseptörlerin uyarılması sonucu ortaya çıkan olay?

CEVAP:Pupillerde diletasyon

REFERANS: TUSWORLD FARMAKOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 59

ADRENERJİK RESEPTÖRLER	
α Reseptörler	β Reseptörler
<p>α<sub>1</sub> (G<sub>s</sub>, Kasıcı)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Damar düz kası (Arter + Ven)</li> <li>Cilt ve mukozal damarları</li> <li><b>Dilatatör pupil kasi</b></li> <li>Prostat ve sfinkterler</li> <li>Vas deferens</li> <li>Pilomotor kas</li> <li>Sfinkter kaslar</li> <li>Apokrin ter bezi</li> <li>Kalpçe pozitif inotropi</li> </ul> <p>α<sub>2</sub> (G<sub>i</sub>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Inhibitör otoreseptör</li> <li>İnsülin salgısında azalma</li> <li>Lipoliz inhibisyonu</li> <li>Trombosit agregasyonu</li> <li>Bazı damar düz kaslarında kasılma</li> <li>Renin salgısında azalma</li> </ul>	<p>β<sub>1</sub> (G<sub>s</sub>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pozitif inotropi ve kronotropi</li> <li>Renin salınımı</li> </ul> <p>β<sub>2</sub> (G<sub>s</sub>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Stimulan otoreseptör</li> <li>Damar, bronş, mesane, uterus düz kasında gevşeme</li> <li>Glikojenolizde artış</li> <li>İskelet kasına potasyum alımı</li> <li>Koroner damarlarda gevşeme</li> </ul> <p>β<sub>3</sub> (G<sub>s</sub>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Lipolizde artış</li> <li>Mesane detrusörde gevşeme</li> </ul> <p>D<sub>1</sub> reseptörü (G<sub>s</sub>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Renal ve koroner kan akımında artış sağlar</li> </ul>
<p>Adrenerjik nöronlarda</p> <p>Inhibitör otoreseptör: Alfa, &amp; Stimulan otoreseptör: Beta,</p>	

REFERANS: 4

102- KOAH'da kullanılan antikolinerjik bronkodilatatörler?

CEVAP:Tiotropium

REFERANS: TUSWORLD FARMAKOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 54

Solumun Sistemi

- Bronkodilasyona ve bronş salgısında azalmaya neden olurlar.
  - İpratropium ve daha uzun etkili Tiotropium, sekresyonları etkilemeden bronkodilasyon yaptıkları için mukosilyer transportu bozmazlar.

REFERANS: 5

103- Hangi beta bloker en az bronkokonstrüksiyon yapar?

CEVAP:Metoprolol

REFERANS: TUSWORLD FARMAKOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 83

### Beta Blokörlerin Kardiyovasküler Sistem Üzerine Etkileri

- Sempatik sistem inhibisyonuna bağlı kalp üzerine **genel negatif etkilidir** (-kronotrop, -inotrop, -dromotrop)
- Renin inhibisyonu ile RAS blokajına neden olur ve bu sayede **kalbin önyükünü azaltır**.
- Anjinal ve konjestif kalp yetmezliği olan hastalarda **egzersiz toleransını artırır**. Bunu kalbin oksijen tüketimini azaltarak yapar.
- Kalp yetmezliğinde hem beta-1 hem de beta-2 reseptör blokajında beta-2 reseptör blokajına bağlı periferik vazokonstriksiyon ve bronkokonstriksiyon görülmesi tedavide negatif etki olmasına rağmen beta-2 reseptör blokajı kalp hücrelerinde katekolaminlere ve hipokalemiye karşı koruyucu etkileri vardır. **Periferik vazodilatör etkili non-selektif beta blokörler** belki de en iyi kardiyak, hemodinamik ve metabolik etkiye sahip beta blokör grubudur.

### Beta Blokörlerin Sınıflaması

BETA BLOKÖRLER			
Nonselektifler	Beta, selektifler	ISA (+)	ISA (-)
Propranolol	Atenolol	Pindolol	Nadolol
Nadolol	Asebutolol	Asebutolol	Atenolol
Pindolol	Celiprolol	Labetalol	Metoprolol
Sotalol	Metoprolol	Penbutolol	Propranolol
Timolol	Nebivolol	Bopindolol	Timolol
Penbutolol	Esmolol	Karteolol	Esmolol
Labetalol	Bisoprolol		Sotalol
Karvedilol, Bopindolol	Betaksolol		Betaksolol
Tetratolol			
Oksiprenolol			
LA (+)	LA (-)	Lipofilik	Hidrofilik
Propranolol	Atenolol	Propranolol	Atenolol
Labetalol	Nadolol	Labetalol	Nadolol
Metoprolol	Sotalol	Metoprolol	Sotalol
	Bisoprolol	Timolol	Bisoprolol
	Celiprolol		Celiprolol
	Karteolol		Karteolol
	Timolol		

- Beta, selektif blokörlerin avantajlı oldukları durumlar: Astım, KOAH, DM, Gebelik, Varyant anjina
- Nonselektiflerin avantajlı olduğu durumlar: Portal hipertansiyon, Fallot tetralojisi, Hipertiroidi
- ISA (+)'lerin avantajlı olduğu durumlar: Semptomatik bradikardi ve düşük EF
- ISA (-)'lerin avantajlı olduğu durumlar: Anjina pektoris, Kalp yetmezliği, Miyokard infarktüsü
- LA (+)'lerin avantajlı oldukları durumlar: Anjina, Hipertiroidi, Taşiaritmi

### REFERANS: 6

### 104- Hangi psikoaktif madde halisinojen değildir?

CEVAP:Fentanil

### REFERANS: TUSWORLD FARMAKOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 180

#### SSS STİMÜLANLARI

SSS'deki nöronları doğrudan ya da nöronlar üzerindeki inhibitör sinyalleri ortadan kaldırarak stimüle eden ilaçlardır. Başlıca iki gruba ayrılırlar;

Analeptik ilaçlar	Psikostimülan ilaçlar
• Metilksantinler	• Amfetaminler
- Kafein	- Dekstroamfetamin
- Teofilin	- Lisdeksamfetamin (Ön-ilaç)
- Aminofilin	- Metamfetamin
- Teobromin	- Metifenidat
• Striknin	- Modafinil
• Doksapram	• Kokain
• Pentilentetrazol, Pikrotoksin	• LSD, FEnsiklidin

### REFERANS: 7

### 105- Enzodiazepinin özelliği olmayan hangisidir?

CEVAP:Reseptörü GABA ile aynı yere bağlanır.

### REFERANS: TUSWORLD FARMAKOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 153

Hipnosedatif ve Anksiyolitik İlaçlar		
Benzodiazepinler, Atipik BZ agonistleri	Barbitüratlar	Diğerleri
<b>Uzun Etkili</b> - Flurazepam - Klorazepat - Diazepam - Klordiazepoksit	<b>Uzun Etkili</b> - Fenobarbital	<b>Aldedihitler</b> - Kloralhidrat - Paralehidat
<b>Orta Etkili</b> - Alprazolam - Temazepam - Flunitrazepam - Lorazepam - Oksazepam	<b>Orta Etkili</b> - Pentobarbital - Allobarbital - Amobarbital - Siklobarbital	<b>5-HT1A Agonisti</b> - Buspiron
<b>Kısa Etkili</b> - Midazolam - Triazolam	<b>Kısa Etkili</b> - Sekobarbital - Heksobarbital	<b>Melatonin Agonisti</b> - Melatonin - Ramelteon
<b>Atipik BZ Agonistleri</b> - Zolpidem - Zaleplon - Zopiklon - Eszopiklon	<b>Çok Kısa Etkili</b> - Tiyopental - Metoheksital	<b>Diğerleri</b> - Meprobamat - Klotmetazol - Suvoreksant - Birinci kuşak antihistaminikler (Hidroksizin) - Antidepresanlar - Antipsikotikler

Birkaç istisna dışında hipnosedatif ilaçların çoğunun etki mekanizması **GABA<sub>A</sub> reseptör aktivasyonu** üzerinden gerçekleşir.

**Benzodiazepinler:** GABA<sub>A</sub> reseptörleri üzerinde bulunan BZ bağlanma bölgelerine bağlanırlar ve **GABA'nın reseptöre bağlanmasını artırarak etki gösterirler. GABA-A reseptörünün allosterik aktivatörleridir. Kanalin açılma frekansında artışa neden olurlar.**

**Barbitüratlar:** Direkt GABA<sub>A</sub> reseptörüne bağlanarak; **direkt aktivatör etki gösterir ve özellikle klor kanalın açık kalma süresini uzatırlar.**

### REFERANS: 8

### 106- Blenfosit stimilatörünü bloke eden hangi hastalık tedavisinde kullanılır?

CEVAP:Monoklonal antikor belimumam

### REFERANS: TUSWORLD FARMAKOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 301

#### MONOKLONAL ANTİKORLAR

Monoklonal Antikorlar (Tablo-1)		
İlaç	Hedef	Endikasyon
Moksetumomab	CD22	Sağı hücreli lösemi
Inotuzumab	CD22	Dirençli B hücre ALL
Emapalumab	Interferon-gama	Primer hemofasitik lenfositiozis
Mogamulizumab	CCR4	Mikozis fungoides, Sezary sendromu
Kaplisuzumab	vWF	Erşkin tip trombotik trombotik purpura
Erenumab	CGRP	Migren profilaksisi
Galsanezumab		Galsanezumab: Küme tipi baş ağrısı profilaksisi
Burosumab	FGF-23	X-bağımlı hipofosfatemik raşitizm
Brenuksimab	CD30	Hodgkin veya anaplastik lenfoma
Denosumab	RANKL	Osteoporoz
Romosozumab	Sklerostin	Osteoporoz
Vedolizumab	İntegrin	İnflamatuvar bağırsak hastalığı
Natalizumab	İntegrin	İnflamatuvar bağırsak hastalığı Multipl skleroz
Ocrelizumab	CD20	Multipl skleroz
Rituksimab	CD20	Multipl skleroz
Obinutuzumab	CD20	KLL
Ofatumumab	IL-13, IL-4	Astım, Ekzema
Dupilumab	IL-6	Castleman Hastalığı (HIV ve HHV8 - ise)
Olaratumab	PDGFR	Yumuşak doku sarkomu
Blinatumomab	CD3, CD19	Tekrarlayan dirençli Philadelphia (-) ALL
Elotuzumab	CD319	Multiple miyelom
Daratumumab	CD38	Multiple miyelom
Ibalizumab	CD4	HIV, AIDS
<b>Belimumab</b>	<b>BAF</b>	<b>SLE</b>
Bezlotoksimumab	C. difficile toksini	C. difficile enfeksiyonu
Emisizumab	F-VIII inhibitörü	Hemofili A
Idarucizumab	Dabigatran	Dabigatran toksitesi
Dinutuksimab	Gangliozid GD2	Nöroblastom

tusworld.com.tr

Kazananların dünyası

### REFERANS: 9

### 107- Hangisi glokom tedavisinde kullanılan prostanoiddir?

CEVAP:Bimatoprost

## REFERANS: TUSWORLD FARMAKOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 211

### Glokom Tedavisi

- PGF<sub>2α</sub> Analöğü: Latanoprost, Travaprost, **Bimatoprost**, Unoproston, Tafluprost
- Göze lokal olarak uygulanan glokom ilaçlarıdır.
  - Uveoskleral yoldan humor aköz dışı akımını artırarak göz içi basınçta güçlü düşüş or
  - Kirpiklerde ve ırıste geri-dönüşsüz kahverengi pigmentasyon, kuru göz, konjor yabancı cisim hissi gibi yan etkilere neden olurlar.
  - Bimatoprost** hipotrikoziste kullanılmak üzere endikasyon almıştır.

## REFERANS: 10

### 108- Hangi oral antikoagülasyon parametreleri ile takibine gerek yoktur?

#### CEVAP:Dabigatran

## REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 108

Bu skorlama sistemine göre 1 ve üstü puan alan hastalar antikoagüle edilmelidir. 65 yaş altı bayan hastalar( skor:1) lone AF ise antikoagüle edilemezler.

**Oral antikoagülanlar:** Warfarin, dabigatran, rivaroksaban, apixaban

- Warfarin kullanımında INR 2-3 arasında düzenlenmelidir.
- Oral antikoagülan kullanılmayacak hastalara aspirin+klonidogrel birlikte verilmelidir.
- Dabigatran (oral direkt trombin inhibitörü), rivaroksaban ve apixaban (oral faktör Xa inhibitörleri) yeni oral antikoagülanlardır. INR takibi gerektirmezler. KBY hastalarında (GFR<30) kontrendikedirler. Warfarinden daha etkindirler.

**2-Ventriküler hızın kontrolü:**

Akut hız kontrolü:	Hemodinamisi bozuk	Hemodinamisi normal
	Hastalarda transözofajial EKO sonrası <b>senkronize elektriksel kardioversiyon</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>IV Beta blokör</li> <li>IV Diltiazem</li> </ul>

## REFERANS: 11

### 109- Potasyum kanal blokörü, beta adrenaljik bloker, yüksek diskde aFd kullanılabilen ağır kalp yetmezliğinde mortaliteyi arttıran ilaç?

#### CEVAP:Dronedaron

## REFERANS: TUSWORLD FARMAKOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 104

### Dronedaron

Amidoron gibi benzer iyon kanallarını uyarmasına rağmen beta blokör etkisi de vardır. Yarı ömrü amidorondan kısa olup tiroide bağlı ve pulmoner yan etkiler görülmez ama karaciğer toksisitesine neden olabilir. **Kalıcı atriyal fibrilasyonu olan ve ileri derece kalp yetmezliği olan hastalarda mortaliteyi artırır.**

## REFERANS: 12

### 110- Sakubitritil ile ilgili yanlış olan?

#### CEVAP:Eis inhibitörleri ile kombine preparat halinde kullanılır.

## REFERANS: TUSWORLD FARMAKOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 71

KALP YETMEZLİĞİ TEDAVİSİ	
<b>SAĞ KALIMI ARTTIRANLAR</b>	
Beta blokörler	Metoprolol, Karvedilol, Bisoprolol, Nebivolol
ACE inhibitörleri	Kaptopril, Enalapril
Anjiyotensin AT <sub>2</sub> blokörleri	Losartan, Kandesartan, Telmisartan
Aldosteron antagonistleri	Spirolaktol, Eplerenon
Neprisinil inhibitörü	<b>Sakubitritil (+valsartan)</b>
Kombinasyon	Nitrat + Hidralazin
<b>SAĞ KALIMI AZALTANLAR</b>	
Bipiridin Türeveleri	Milrinon, Inamrinon
Kalsiyum duyarlaştırıcı	Pimobendan
<b>DİĞERLERİ</b>	
Direkt renin inhibitörü	Aliskiren, Remikiren, Zankiren, Enalkiren
Natriüretik peptidler	Nesiritid (BNP), Karperitid (ANP)
Diüretikler	Tiazid grubu diüretikler, Furosemid
Beta agonistler	Dopamin, Dobutamin
Diğer pozitif inotropolar	Digoksin, Dijitoksin, Dopekamin, Ksamoterol, Prenalterol, İstaroksim, Omekantiv mekarbol
Vazodilatörler	Bosentan, Tezoseantan, Nitroprussid, Hidralazin, İsoosorbid dinitrat
IFNa inh. negatif kronotrop	İvabradin

## REFERANS: 13

### 111- Sükralfatın en sık yan etkisi?

#### CEVAP: Konstipasyon

## REFERANS: TUSWORLD FARMAKOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 291

### Sükralfat

Sükralfat midenin asidik ortamında yapışkan bir özellik kazanıp ülser ve erozyonlara 6 saat boyunca selektif şekilde bağlanır. **Negatif yük taşıyan sükralfat erozyon ve ülserlerdeki pozitif yük bağlayan proteinlere bağlanarak, prostaglandin ve bikarbonat sekresyonunu artırarak etki gösterir.** Safra tuzlarına da bağlandığından biliyer gastrit tedavisinde de kullanılır. **Nazokomiyal pnömoni sıklığını artırmaz. Mide asiditesi azaldıkça etkisi azalır.**

Yapı olarak alüminyum tuzu da içerdiğinden renal yetmezlikli hastalarda uzun süreli kullanılmaz. Midenin yüzeyini kapladığından diğer ilaçlarla beraber alındığında onların emilimini azaltır.

## REFERANS: 14

### 112- Tigesiklin hangi mikroorganizmaya etki etmez?

#### CEVAP:Pseudomonas aeruginosa

## REFERANS: TUSWORLD FARMAKOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 234



Farmakoloji Konu

**Tigesiklin dirençli olan bir çok şüşa karşı etkilidir.** Metisiline ve vankomisine dirençli S.auresta ve vankomisine dirençli enterokoklarda kullanılabilir. Etki spektrumu daha dardır. **Proteus, providencia ve psödomonas** intrinsik olarak tigesikline dirençlidirler.

## REFERANS: 15

### 113- Televansinin etki mekanizmasında doğru olanlar?

#### CEVAP:1-2-3

## REFERANS: TUSWORLD FARMAKOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 228

### TELEVANSİN / DALBAVANSİN

MRSA'ya etkili **lipoglikopeptid** yapılı antibiyotiklerdir. Hücre duvar sentezine etkilidir. Vankomisin gibi D-Ala D-Ala ucuna bağlanır. **Membran potansiyelini değiştirerek geçirgenliği arttırıcı etkisi de vardır.** Vankomisine duyarlılığı azalmış şuşlar dahil gram (+) bakterilere etkilidir. QT uzamasına neden olabilir.

## REFERANS: 16

**114- Pirantel pomaat hangi herming enfeksiyonunda birinci ilaçtır?**

**CEVAP:Yalnız I (Ascaris lumbricoides)**

**REFERANS: TUSWORLD FARMAKOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 256**

Organizma	İlaç seçimi	Alternatif ilaç
<i>Ascaris lumbricoides</i>	Albendazol, Pirantel Pamoat, Mebendazol	Ivermektin, Piperazin
<i>Necator americanus</i> , <i>Ancylostoma duodenale</i> (kancalı kurt)	Albendazol, Pirantel Pamoat, Mebendazol	
Kutanöz larva migrans	Albendazol, Ivermektin	Tiyabendazol (Topikal)
Viseral larva migrans	Albendazol	Mebendazol
Sistiserkozis ( <i>T.solum</i> )	Albendazol	Prazikuantel
<i>Echinococcus granulosus-multilocularis</i> (kist hidatik)	Albendazol	

## REFERANS: 17

**115- Antineoplastik ilaçlardan hangisi histondesetilaz inhibisyonu yapar, kutanöz t hücreli lenfoma tedavisinde kullanılır?**

**CEVAP:Romidepsin**

**REFERANS: YOK**

## REFERANS: 18

**116- En hızlı etkili insülin?**

**CEVAP:İnsülin glulisin**

**REFERANS: TUSWORLD FARMAKOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 116**

### İNSÜLİN PREPARATLARI

Preparat	Başlangıç zamanı(h)	Pik süresi (h)	Etki süresi (h)
Kısa etkililer			
Glulisin	<0.25	0.5-1.5	3-4
Aspart	<0.25	0.5-1.5	3-4
Lispro	<0.25	0.5-1.5	3-4
Reguler	0.5-1.0	2-3	4-6
Uzun etkililer			
Detemir	1-4	-	20-24
Glargin	1-4	-	20-24
NPH	1-4	6-10	10-16
Degludec			72

## REFERANS: 19

**117- Akromegalide kullanılmayan ilaç?**

**CEVAP:Löprolid**

**REFERANS: TUSWORLD FARMAKOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 124**

## BÜYÜME HORMONU İNHİBİTÖRLERİ

Büyüme hormonu fazla salgılanmasına bağlı oluşan gigantizm ve akromegalide; tedavi yöntemleri esas olarak transsfenoidal cerrahi, radyasyon tedavisi ve GH sekresyonu ya da etkisine karşı medikal tedavidir.

### Somatostatin analogları: Okreatid, Lanreotid, Pasireotid

Somatostatin hipotalamus, santral sinir sisteminin hipotalamus dışındaki diğer bölgelerinde, pankreas ve gastrointestinal sistemde bulunur. GH, TSH, glukagon insülin ve gastrin salınımını inhibe eder. Esas olarak iki formu yaygın kullanılmakta olup bunlar **okreatid** ve **lanreotid**' dir.

GH fazlalığının yanı sıra metastatik **karsinoid tümörlerde**, **vipomalarda**, özofagus akut varis kanamalarında, pankreatik cerrahi öncesi profilakside ve opere edilemeyen TSH salgılayan adenomlarda kullanılır.

Diyare, bulantı, karın ağrısı gibi gastrointestinal yan etkiler sıklıkla gözlenir. Safra kesesinde safra kesesi kontraksiyonlarını ve salgısını azalttığından safra çamuru oluşumunu ve safra taşı insidansını artırır.

Yeni ajan olan **pasireotid SST<sub>2</sub> reseptörüne** daha spesifik olup, glisemik kontrol kaybı okreatid ve lanreotide göre daha az görülür.

### Pegvisomant

**Pegvisomant GH reseptör antagonisti** olup büyüme hormonu reseptörüne bağlanır. En ciddi yan etkisi **tümör boyutunda büyümedir**. Karaciğer fonksiyon testlerinde artışa neden olabilir.

## REFERANS: 20

**118- Hangi intoksikasyonda dimerkaprol işe yaramaz?**

**CEVAP:Demir**

**REFERANS: TUSWORLD FARMAKOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 304**

## AĞIR METAL ZEHİRLENMELERİ VE DİĞER ZEHİRLER

	Dağılım	Klinik Etkiler	Mekanizmalar	Tedavi
<b>Arsenik</b>	Yumuşak dokular, deriye saç, tırnağa sıkı bağlanır	Kvs şok, aritmiler, ensefalopati, periferik nöropati, gastroenterit, pansitopeni	Enzim inhibisyonu, gen ekspresyonu, oksidatif fosforilasyon ile etkileşim	Destek tedavisi, unithiol, dimerkaprol
<b>İnorganik kurşun</b>	Yumuşak doku ve iskelet	Sss bozuklukları, periferik nöropati, anemi, nefropati, HT, üreme toksisitesi	Enzim inhibisyonu, membran yapısında değişiklik	CaEDTA, dimerkaprol, succimer, Penisilamin
<b>Organik kurşun</b>	Karaciğer, sss	Ensefalopati	Hepatik dealkilasyon	CaEDTA, dimerkaprol, succimer, Penisilamin
<b>Element cıva</b>	Böbrek, SSS	Tremor, eretizm, gingivostomatit, periferik nöropati, akrodini, pnömöni	Enzim inhibisyonu, membran yapısında değişiklik	unithiol, dimerkaprol succimer
<b>İnorganik cıva</b>	Böbrek ve yumuşak dokular	Akut tubuler nekroz, gastroenterit,	Enzim inhibisyonu, membran yapısında değişiklik	unithiol, dimerkaprol succimer

## ŞELATÖRLER

	Endikasyonları	Yan Etkileri
<b>Dimerkaprol (BAL)</b>	Arsenik, Kurşun, İnorganik Cıva, Altın	HT, trombositopeni, gözyaşı ve tükürük artışı, ateş
<b>Succimer (suda eriyen BAL)</b>	Arsenik, Kurşun, İnorganik Cıva	İştahsızlık, Raş
<b>EDTA</b>	Kurşun, Çinko, Manganez, Ağır Radyonüklidler	nefrotoksosite
<b>Unithiol (suda eriyen BAL)</b>	Arsenik, İnorganik Cıva	Ürtiker, eritema multiforme
<b>Penisilamin</b>	Bakır (Wilson), Kurşun, Demir	Böbrek yetmezliği, pridoksin eksikliği
<b>Deferoksamin</b>	Demir, Alüminyum	Hipotansiyon, pulmoner komplikasyonlar, idrarın tutulmaya boyama
<b>Prüsyä mavisii (ferik hekzasiyanoferrate)</b>	Sezyum, Talyum	Konstipasyon

## REFERANS: 21

**119- Hangisi kansere bağlı hiperkalsemi tedavisinde kullanılmaz?**

**CEVAP:Rasburikaz**

**REFERANS: TUSWORLD FARMAKOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 219**

**PROBENESİD & SULFİNİRAZON & BENZBROMARON**

Böbreklerde proksimal tübülde ürik asidin geri emilimini azaltarak **ürükozürük etki** gösterir. **Ürik asit oluşumunu engellemez ve antiinflamatuvur etkisi yoktur. GİS tahrişi yapar. Benzbromaron ve Sülfünpirazon'unda etki mekanizması probenesid ile aynıdır.**

Gut Tedavisinde Yeni İlaçlar	
- Anakinra	IL-1 inhibisyonu yaparlar.
- Rilonacept	
- Kanakinumab	
- Rasburikaz	Rekombinant urat oksidazdır.
- Peglotikaz	
- Lesinurad	Ürat transport inhibitörüdür.

**REFERANS: 22**
**120- Tolvaptan nerede endike değildir?**

**CEVAP:Serebral tuz kaybı**

**REFERANS: TUSWORLD FARMAKOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 129**

**ADH RESEPTÖR ANTAGONİSTLERİ**

ADH Reseptör Antagonistleri		
V <sub>1a</sub> R selektif	V <sub>1b</sub> R selektif	Nonselektif
Relkovaptan	Liksivaptan Sativaptan Mozavaptan Tolvaptan	Konivaptan (peptid yapı, iv)

Övolemik ve hipervolemik hiponatremi, **uygunsuz ADH sendromunda** kullanılırlar. Relkovaptan ise yeni bir ajan olup V<sub>1a</sub> R üzerine etkir, **dehidratasyon** ve **hemoraji** gibi durumlarda kan basıncının düzenlenmesinde denenmektedirler.

## KLİNİK BİLİMLER

### DAHİLİYE 25/28

#### REFERANS: 1

1. Gözlerinde sararma, halsizlik, karın ağrısı şikayetleri olan 25 yaşındaki hasta. Hastanın tetkiklerinde kronikleşmeyen bir viral hepatit geçirdiği belirleniyor. **Bu hasta için tanımlanan en olası viral hepatit etkeni için doğrudur?**

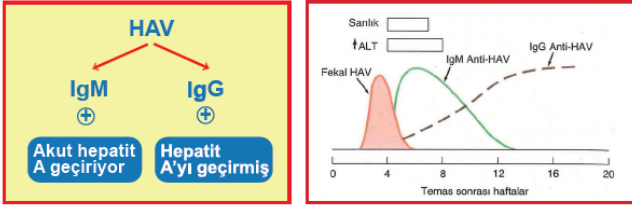
**CEVAP: İnaktif aşısı bulunmaktadır.**

**REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 271**

**Hepatit A:** Fekal oral yolla bulaşır.

Akut hepatit A'dan sonra, **HAV taşıyıcılık durumu tanımlanmamıştır.** Toplumun genelinde geçirilmiş Hav enfeksiyonunun belirteci olan anti HAV, yaşın artması ve sosyoekonomik durumun azalması ile artar.

**HAV Kronikleşmez.** HAV fulminansı riski en düşük hepatittir. HAV tekrarlayan ve kolestatik hepatitlerin sık sebebidir.



**TEKRARLAYAN—KRONİKLEŞMEYEN—EN AZ FULMİNANLEŞEN - İLK FEÇESTE İZOLE EDİLEN—KOLESTAZ RİSKİ EN YÜKSEK**

**REFERANS: MİKROBİYOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 239**

#### Hepatit A virüsü

- Picornavirüs ailesindedir.
- Klorlamaya dirençlidir.
- Feko – oral yolla bulaşır.
- Kolestazi en çok yapan hepatit virüsüdür.
- **Kronikleşme ve taşıyıcılık yoktur.**
- 30,1 oranında fulminanlaşır.
- Ömür boyu bağışıklık bırakır.
- Enfeksiyöz hepatit yapar.
- Anti HAV Ig M → Akut enfeksiyon
- Anti HAV Ig G → Virüsle karşılaşma
- Çocuklarda anikterik, Erişkinde ikterik
- Profilakside, 14 gün içinde standart immunglobulin verilir ve 2 doz aşı yapılır.
- **Ölü aşısı <2 yaş yapılmaz.**
- **HAV aşısı endikasyonları**
  - o 2 yaş üzeri HAV'ın hiperendemik olduğu bölgelere seyahat eden turistler (2 yaş altına standart immunglobulin verilir)
  - o HAV sıklığı yüksek toplumdaki 2 yaş üzeri çocuklar
  - o Kronik karaciğer hastalığı olanlar
  - o HAV ile çalışan laboratuvar personeli gibi mesleki riski olan kimseler
  - o Pıhtılaşma faktörü eksikliği olanlar
  - o Homoseksüel erkekler

#### REFERANS: 2

2. Aseptomatik bakteriyüri için tedavi gerekmez?

**CEVAP:Diabetes mellitus**

**REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 191**

6. Aseptomatik bakteriyüri **Gebeler, ürolojik cerrahi geçirenler, nötropenik hastalar ve renal transplant yapılmış olan hastalarda aseptomatik bakteriyürinin tedavisi, semptomatik enfeksiyonları ve komplikasyonları azaltır.** Tedaviye kültür sonuçlarına göre yön verilmelidir.

#### REFERANS: 3

3. 71 yaşında erkek hastaya akut bakteriyel menenjit tanısı konuluyor.

**Amprik antibioterapide aşağıdakilerden hangisinin kapsanması gerekmez?**

**CEVAP: Borrelia burgdorferi**

**REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 177-178**

Endikasyon	Antibiyotik
Pretermi infantlar ve <1 ay infantlar	ampisilin + sefotaksim
1-3 ay infantlar	ampisilin + sefotaksim/seftriakson
>3 ay immunokompetan çocuklar ve <56 yaş erişkinler	sefotaksim/seftriakson/sefepim + vankomisin
>56 yaş ve beraberinde kronik alkol alan veya kronik hastalığı olan erişkinler	ampisilin + sefotaksim/seftriakson veya sefepim + vankomisin
Hastaneden edinilmiş menenjit, post travmatik veya post-nörocerrahi gelişen menenjit, nötropenik veya hücreli immünitesi bozuk hastalar	ampisilin + seftazidim veya meropenem + vankomisin

Patojen	Antibiyotik
Neisseria meningitidis -Penisiline duyarlı -Penisilin rezistan	Penisilin G veya ampisilin Seftriakson veya sefotaksim
Streptococcus pneumoniae -Penisiline duyarlı -Penisiline orta duyarlı -Penisilin rezistan	Penisilin G Seftriakson veya sefotaksim veya sefepim Seftriakson (veya sefotaksim veya sefepim) + vankomisin
Gram negatif basiller (Pseudomonas hariç)	Seftriakson veya sefotaksim
Pseudomonas aeruginosa	Seftazidim veya sefepim veya meropenem
Staflokoklar -Metisiline duyarlı -Metisiline rezistan	Nafsilin Vankomisin
Listeria monocytogenes	Ampisilin + gentamisin
Haemophilus influenzae	Seftriakson veya sefotaksim veya sefepim
Streptococcus agalactiae	Penisilin G veya ampisilin
Bacteroides fragilis	Metronidazol
Fusobacterium	Metronidazol

#### REFERANS: 4

4. Zona hastalığının oral tedavisinde aşağıdakilerden hangisi **kullanılmaz?**

**CEVAP: Pensiklovir**

**REFERANS: KÜÇÜK STAJLAR EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 274**

- \* Katelidisin ve beta defensin > HSV replikasyonunu inhibe eder
- \* Tanı > **Tzanck yaymasında > çok çekirdekli dev hücreler**
- \* Tedavi > Primer enfeksiyon > Asiklovir > timidin kinazla aktifleşir > DNA polimerazi inhib > Rekürren enfeksiyon > Pensiklovir > Topikal > Dokonazol > Topikal > Asiklovir > Oral > hem profilaksi hem tedavi

#### REFERANS: 5

5- Düşük doz inhaler steroid kullanmasına rağmen son 1 yılda 3 kez astım atağı geçiren hasta. **bu hasta için en uygun tedavi planlanması nedir?**

**CEVAP: Düşük doz inhaler steroid ve uzun etkili B2 agonist içeren kombinasyon tedavisinin idamede ve gereğinde kullanılması**

## REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 133

### Astım Ağırık Sınıflandırması ve Tedavisi

	İntermittan	Hafif persistan	Orta persistan	Ağır persistan
Semptom sıklığı	Haftada birden az	Haftada birden fazla	Günlük	Günlük
Gece semptomları	Ayda 2 den az	Ayda 2 den fazla	Haftada 1 den fazla	Sık gece semptomları
FEV1 yada PEF	> %80	> %80	%60-80	< %60
FEV1 yada PEF değişkenliği	< %20	< %20-30	> %30	> %30
Tedavi	• Kısa etkili B2 agonist	• Düşük doz inhale steroid (ilk tercih) • Lökotrien antagonist	• Düşük doz inhale steroid + uzun etkili B2-agonist (ilk tercih) • Orta doz inhale steroid • Düşük doz inhale steroid + lökotrien antagonist/teofilin • Orta doz inhale steroid + uzun etkili B2-agonist	• Yüksek doz inhale steroid + Uzun etkili B2-agonist • Yüksek doz inhale steroid + Uzun etkili B2-agonist + oral steroid • Omalizumab (allerjik astımda)
Basamak	1.	2.	3 ve 4.	5.

## REFERANS: 6

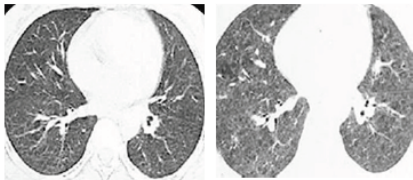
6- Dispnesi olan hasta şikayetleri son birkaç ay içerisinde artmış. Akciğerde bilateral ince ralleri mevcut. PA akciğer grafisinde bazallerde ve periferde retiküler tarzda infiltrasyonlar mevcut.

**En olası tanı ve en uygun yaklaşım aşağıdakilerden hangisidir?**

**CEVAP:**İdiopatik pulmoner fibrozis- yüksek rezolusyonlu bilgisayarlı tomografi

### İntersitysel akciğer hastalıklarının genel özellikleri:

<b>Klinik:</b>	Progresif efor dispnesi
<b>Fizik muayene:</b>	Akciğerlerde Velcro ralleri (ince kreptasyonlar)
<b>Solumun fonksiyon testi:</b>	Restriktif patern: • Tüm volüm ve kapasitelerde azalma • FVC azalmış, FEV1/FVC normal yada artmış • DLCO (Karbonmonoksit difüzyon testi) da azalma
<b>Radyoloji:</b>	PA akciğer grafide: Retikülonodüler (İntersitysel) infiltratlar Yüksek rezolüsyonlu BT: (En iyi görüntüleme) • Erken dönemde: buzlu cam manzarası • Geç dönemde: bal peteği manzarası
<b>KesinTanı:</b>	Biyopsi
<b>En önemli komplikasyon:</b>	Pulmoner hipertansiyon ve kor pulmonale



HRCT de buzlu cam görünümü ve nodüler infiltratlar Tedavi sonrası görünüm

Karbon monoksit difüzyon testi (DLCO) tanısal olarak **en erken pozitifleşen testtir**. DLCO **azalır**. (amfizemde de azalıyordu)

Restriktif akciğer hastalığı düşünülen bir hastadan akciğer grafisinden sonra **HRCT** istenmelidir. (En iyi görüntüleme yöntemi)

### İntersitysel akciğer hastalıklarının anatomik yerleşimi:

Üst zon predominansı	Alt zon predominansı
Silikozis	Asbestozis
Kömür işçisi pnömokonyozu	İdiopatik pulmoner fibrozis
Berilyozis	
Sarkoidozis	

## REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 136-142

## REFERANS: 7

7- ARDS deki PaO2/FiO2 oranının azalmasının nedeni aşağıdakilerden hangisidir?

**CEVAP:**Alveollerin eksuda ile dolması sonucu oluşan şant

### Akut Respiratuar Distres Sendromu (ARDS)

ARDS morbitide ve mortalitesi çok yüksek olan, derin hipoksi ile giden non-hidrostatik pulmoner ödem tablosudur.

**Non-kardiyojenik pulmoner ödem in sık nedeni ARDS dir.**

### Tanı Kriterleri:

- Akut başlangıç
- AC grafisinde bilateral pulmoner infiltrasyon
- Ciddi hipoksemi. PaO2/FiO2 < 200 olması.
- Pulmoner kapiller wedge basıncının < 18 mm Hg olması (Sol kalp hastalığının olmadığını düşündürür.)

Bu kriterlere ilaveten PaO2/FiO2= 200-300 arasında olursa buna akut akciğer hasarı denir.

ARDS hastalarında hipoksinin mekanizması intrapulmoner sağ -sol şant oluşmasıdır. Bu yüzden %100 oksijen verilmesine rağmen hipokside düzelmeyebilir.



ARDS (Bilateral pulmoner infiltrasyon)

## REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 144

## REFERANS: 8

8- Basketbol maçı esnasında kardşyak arrest gelişen 21 yaşında genç erkek.

Bu tabloda aşağıdaki etyolojilerden hangisi en az olasıdır?

**CEVAP:**Mitral darlığı

### QT aralığı:

- QRS başlangıcından T dalgasının sonuna kadar olan aralıktır. Kalp hızı azaldıkça QT aralığı uzamaktadır. Bu yüzden düzeltilmiş QT aralığı hesaplanmalıdır.

QT(c): QT/√R-R(saniye) Normali: 0.42 saniyedir.

Kısa QT	Uzun QT
• Hiperkalsemi	• Hipokalsemi
• Dijital intoksikasyonu	• Sınıf 1a, 1c ve sınıf 3 antiaritmik ilaçlar
• Asidoz	• Makroidler
	• Antihistaminikler ( astemizol, terfenadin)
	• Antipsikotik ve antidepressan ilaçlar

Uzamiş QT aralığının temel önemi ventriküler taşikardi ( özellikle torsades de pointes) ve ani ölüm riskiyle ilişkili olmasıdır.

### U dalgası:

- U dalgası T dalgasını takip eden küçük bir pozitif sapmadır. Sebebi belirsizdir.
- Hipokalsemi ve digital intoksikasyonunda belirginleşir.

## Belirti ve bulgular:

- Hastalar sıklıkla asemptomatikler.
- Kalp yetmezliği semptomları:** Dispne, yorgunluk, ortopne vs
- Miyokardiyal iskemi:** Anjina pectoris (ihtiyaç ve sunu dengesizliği ve mikrovas disfonksiyon nedeniyle)
- Senkop ve presenkop**
- Ani ölüm:** Gençlerde ve sporcularda ani ölümün en sık nedenidir.

Egzersiz sırasında veya hemen ardından ortaya çıkan anjina, dispne ve senkop + ailede ani ölüm öyküsü: **Hipertrofik kardiyomyopati** düşündür.

Gençlerde ve sporcularda ani ölümün en sık nedeni **hipertrofik obstruktif kardiyomyopati**dir. Tüm toplumda ani ölümün en sık nedeni **koroner arter hastalıkları**dır.

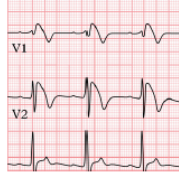
## Brugada sendromu:

- Klinik olarak senkop ve ani ölüm ile seyredilen ve sağ dal bloğu ile birlikte V1-3 derivasyonlarında ST segment yükselmesi biçiminde tipik EKG özellikleri gösteren bir sendromdur.

Kazananların dünyası

tusworld.com.tr

- Etyolojisinde sodyum kanalı kodlayan gen mutasyonu (SCN5A) bulunur.
- Bu sendromda ani ölümlerin ve senkopun nedeni polimorfik ventriküler taşikardi yada ventriküler fibrilasyon gelişimidir.



## Brugada Sendromu

## REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 20-64-78-79

## REFERANS: 9

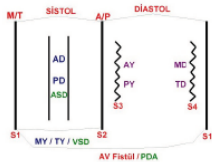
### 9- Aşağıdakilerden hangisi sürekli üfürüm yapması en az olasıdır?

**CEVAP:**Aort yada pulmoner arter dilatasyonuna bağlı duyulan üfürüm

#### Devamlı Üfürümler

Bu üfürümlerin varlığı, iki boşluk yada damar arasında hem sistol hem de diastolde gradient farkı olduğunu yansıtır.

- Patent duktus arteriosus
- Arteriovenöz fistüller
- Rüptüre sinüs valsava anevrizması
- Proksimal koroner arter ve pulmoner arter dalı darlığı
- Servikal venöz hum (Servikal venöz sistemin turbulansından kaynaklanır. Pozisyon ile şiddetinde değişiklik izlenir.)
- Memeye ait sulf ( Gebelerde memelere kan akımının artmasına bağlı duyulur)



## REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 15

## REFERANS: 10

### 10- Romatizmal mitral darlığı olan hasta endoskopi öncesi en uygun infektif endokardit profilaksi yaklaşımı nedir?

**CEVAP:**Profilaksiye gerek yoktur

## Antibiyotik profilaksi:

- 1- Protez kapağı ya da kalp kapağı onarımında protez materyali kullanılmış olanlar
- 2- Daha önce İE geçirmiş olanlar
- 3- Doğumsal kalp hastalığı olanlar
  - Cerrahi uygulanmamış ya da rezidü defekti, palyatif şanti ya da konduktörleri bulunan siyanotik DKH
  - Konjenital kalp hastalıklarının protez materyal ile onarımında sonra ilk 6 ay
  - Kardiak cerrahi sonrası rezidü defektin sürmesi durumunda

Diş etinin yada dişin periapikal bölgesinin manipüle edildiği dental girişimlerde ve ağız mukozasının perforasyonlarında **antibiyotik profilaksi**si düşünülmemelidir.

Bronkoskopi, larinkoskopi, gastroskopi, sistoskopi, kolonoskopi antibiyotik profilaksiye gerekmez.

## İnfektif endokarditte antibiyotik profilaksi:

**Amoksisilin/ampisilin** işlemden 30-60 dk önce tek doz 2 gr  
Penisilin alerjisi olanlarda klindamisin 600 mg

## AKUT PERİKARDİT

## REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 95

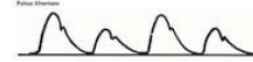
## REFERANS: 11

### 11- İleri evre sol kalp yetmezliği nabız biçimi nedir?

**CEVAP:**Pulsus alternans

#### Anormal Nabızlar

**Pulsus filiformis:** Atım hacminin azalmasına bağlı zayıf amplitüdüdü nabızdır. **Şokta** görülür.  
**Pulsus alternans:** Nabız amplitüdünün atımdan atıma düzenli değiştiği nabız tipidir. Pulsus alternans sol kalp yetmezliğinde görülür



**Pulsus paradoksus:** Normal insanlarda inspirasyon esnasında sistolik basınçta 10 mm Hg' ye kadar bir azalma olabilir. **Sistolik kan basıncının sistolde 10 mm Hg'den fazla düşmesine pulsus paradoksus** denir. Gebelik ve obezitede fizyolojik olarak görülebilir.

#### Görüldüğü durumlar:

- Perikardiyal tamponad
- Masif pulmoner emboli
- Ciddi obstruktif akciğer hastalığı
- Tansiyon pnömotoraks
- Hemorajik şok

**Pulsus parvus et tardus:** Nabız amplitüdünün küçük ve uzamış olduğu nabız tipidir. Yavaş bir yutkun çıkış kolu vardır. **Aort stenozunda** görülür.



## REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 9

## REFERANS: 12

### 12. Kronik ishal ayırıcı tanısında aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

**CEVAP:**Steatorede gaita ile yağ atılımı <7 g/gün'dür.

### Osmotik ve Sekretuar Diyarenin Ayırıcı Tanısı

	Osmotik diyare	Sekretuar diyare
Gaita volümü	< 200 ml / 24 hr	> 200 ml / 24 hr
Açığa cevap	Diyare durur	Diyare devam eder
Gaita Na+	< 70 Meq / L	> 70 Meq / L
Redüktan madde	+	-
Gaita pH	< 5	> 6

## REFERANS: PEDIATRİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 133

REFERANS: 13

13. 68 yaşında erkek hasta halsizlik, kanlı dışkılama ve 6 ayda 10 kg kaybı şikayetleri ile başvuruyor. Laboratuvar değerlendirmesi demir eksikliği saptanıyor. Hastaya kesin tanı koyabilmek için aşağıdakilerden hangisi en uygun işlemdir?

CEVAP:Kolonoskopi

REKTUM KANSERİ

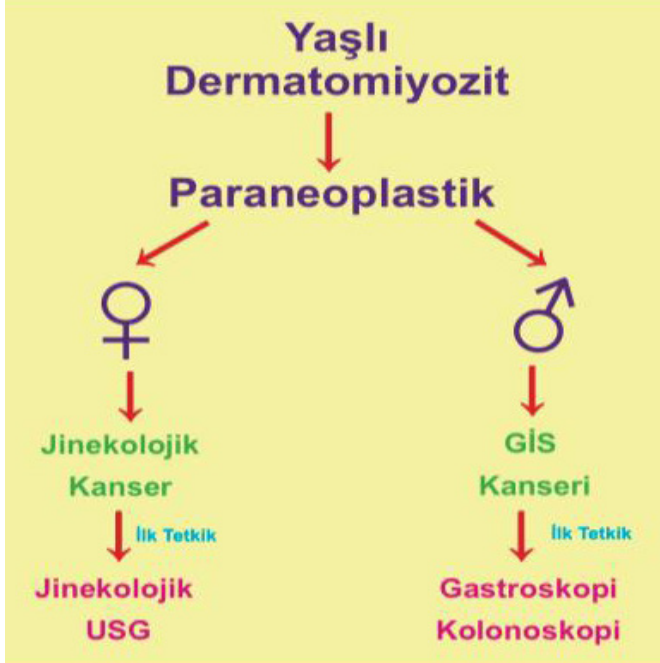
Rektumda en sık görülen kanser aynı kolon gibi adenokarsinomdur. Rektum kanserinin tanısı rektal tuşe ile konulabilir. Ancak kesin tanı yine biyopsidir.

tusworld.com

Kazananların dünyası

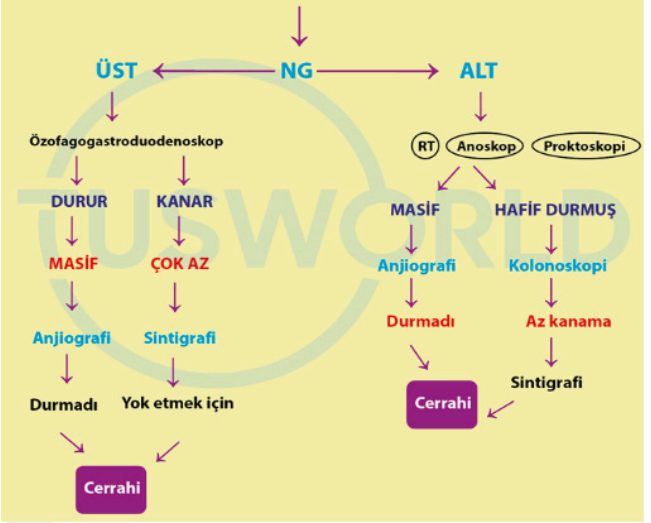
277

REFERANS: TUSWORLD GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 277



REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 334

GİS KANAMASI



REFERANS: TUSWORLD EFSANE SORU KAMPI KİTAPÇIĞI, SAYFA: 64

REFERANS: 14

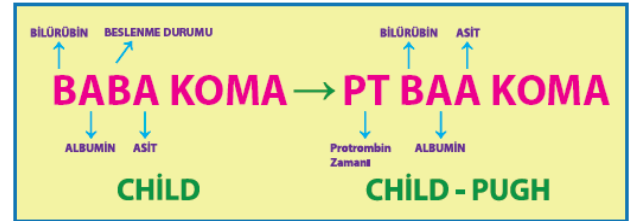
14. Akut karaciğer yetmezliği bulgularından değildir?

CEVAP:İnce bağırsak perforasyonu

REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 266-293

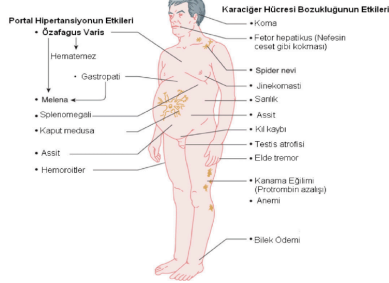
Karaciğerin fonksiyonel rezervini gösteren testler:

Karaciğerin fonksiyonel rezervini gösteren sınıflama CHİLD-TURCOT-PUGH sınıflamasıdır.



**Hepatorenal Sendrom**

Hepatorenal sendrom (HRS), ileri sirozu veya akut karaciğer yetmezliği olan hastaların yaklaşık %10 kadarında görülebilen renal patoloji olmadan ortaya çıkan fonksiyonel bir renal yetmezlik formudur. HRS'li hastalarda renal arteriyel dolaşımda belirgin değişiklikler vardır, bunlar sistemik vasküler dirençte azalmanın eşlik ettiği vasküler dirençte artmadır. Tanı genellikle büyük miktarda asitli olan hastalarda adım-adım progresif olarak kreatinin artışı ile konulur. **Tip 1 HRS** renal fonksiyonlarda progresif bozulma ve başlangıçtan sonraki 1-2 hafta içinde kreatinin klirensinde belirgin azalmayla karakterizedir. **Tip 2 HRS** serum kreatinin düzeyindeki artışa beraber glomerüler filtrasyon hızında azalma ile karakterizedir, ama oldukça stabildir ve Tip 1 HRS'den **daha iyi prognozla beraberdir**. HRS sıklıkla refrakter asitli hastalarda görülür ve akut renal yetmezliğin diğer nedenlerinin dışlanması gerekir. HRS için en iyi tedavi karaciğer transplantasyonudur.



**Spontan Bakteriyel Peritonit**

SBP, intraabdominal bir kaynak olmadan asitlik sıvının spontan enfeksiyonu ile karakterize sık görülen ve ciddi bir asit komplikasyonudur. Eğer ikiden fazla organıma saptanırsa, organ perforasyonuna bağlı sekonder bakteriyel peritonit düşünülmelidir. SBP tanısı asit örneğindeki mutlak polimorfonükleer lökosit sayısı **>250/mm<sup>3</sup>** ise konur. Periton dializ kateteri peritonitleri primer bakteriyel peritonitler ve batin içi sırada **100** den fazla polimorfonükleer bulunmasıyla tanı alinir. En sık kullanılan antibiyotik sefalosaksim olmak üzere tedavi ikinci kuşak bir sefalosporin ile yapılır. **SBP için antibiyotik profilaksisi geçirmiş SBP atağı, varis kanaması ve asit sıvısında bakilan protein düzeyinin 1 gr/dl'nin altında olduğu durumlarda gerekir.**



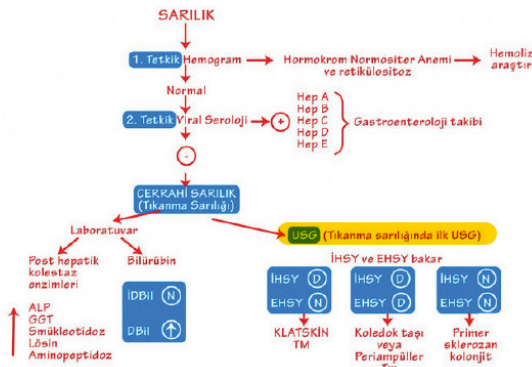
**Daha önce spontan bakteriyel peritonit geçiren hastalarda hayat boyu antibiyotik tedavisi önerilir. (Norfloksasin veya kotrimaksazol)**

**REFERANS: 15**

**15. Seksen yaşında kadın hasta bilinç bulanıklığı getiriliyor. Kolesistektomi öyküsü mevcut. Ateş:38.4 Skleralar ikterik kan sayımında beyaz küre:18000/mm<sup>3</sup>, Serum total bilirubin 2,7mg/dl Tanı için öncelikle yapılması gereken aşağıdakilerden hangisidir?**

**CEVAP:Üst abdominal ultrasonografi**

Sarılık ile Gelen Hastaya Gelen Yaklaşım



**REFERANS: 16**

**16. Diabetes mellitus tedavisinde: mide boşalma zamanı uzatan, glukagon sekresyonunun inhibisyonu,kilo verilmesine neden olur?**

**CEVAP:Eksenatid**

**REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 372-373**

**İNKRETİNLER**  
-Metformin e eklenir.

JANUVİA

**EXENATİDE (GLP1 Agonist) \*CİTAGLIPTİNE(DPP 4 İNH ENJ (IM-SC) ORAL KİLO KAYBI KİLO NÖTR**

Pankreas β hücresinde apopitozu azaltır.  
POST-PRANDİAL GLUKAGON AZALTIR  
POST-PRANDİAL İNSÜLİN ARTTIRIR  
**İNKRETOMİMETİK**  
GSTRİK BOŞALMAYI AZALTIR

8. GLP-1 agonisti	İnsülin orta, glukagon azalması, gastrik boşalımda yavaşlama, pankreas β hücresinde apoptozda azalma	Exenatide	0.5-1.0	Kilo azalması + Hipoglisemik riski yok	Mide bulantısı so kullanılması dezavantajı	Böbrek hastalığı	II
Diyet ve fiziksel aktivite düzenlemesi	İnsülin rezistansında azalma	Düşük kalori düşük yağlı diyet, egzersiz	1-2	Sağlık için diğer yararları mevcut	Toler edilemesi güç, uzun dönem başarıları düşük		I/II

Grafikteki mor boldlu alan son Harrison'da değiştirilmiş ve alfa glükosidaz inhibitörleri sadece tip II DM tedavisinde kullanılır şeklinde geçmektedir.

**REFERANS: 17**

**17. Aşağıdakilerden hangisi hiperkalsemi görülmez?**

**CEVAP:Albright herediter osteodistrofi sendromu**

**REFERANS: GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 27**

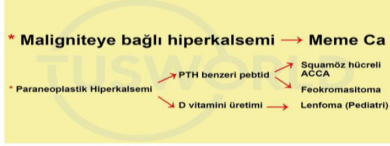
## H) HİPERKALSEMİ (Ca > 10,5 mg/dl):

### Etyoloji:

EN SIK : Hastanede yatan hasta → Malignite

Normal popülasyon → Primer hiperparatiroidi (Paratiroid adenomu)

- \* Granülomatöz hastalıklar (Sarkoidoz, tüberküloz, histoplazmoz)
- \* Vit A ve Vit D intoksikasyonları



### Klinik:

Ca değeri > 15 → Hayati tehlike oluşur. Kalp sistolde durabilir. Kardiyak arrestle hasta kaybedilebilir.

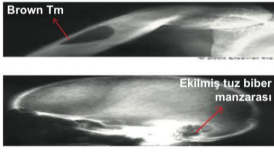
<b>KVS</b>	QT ↓, sistolde asistoli
<b>GİS</b>	Pankreatit, peptik ülser, kabızlık, bulantı, kusma
<b>BÖBREK</b>	Taş, poliüri, polidipsi
<b>GENEL</b>	Kemik ağrısı, kemik kırığı, kas güçsüzlüğü, DTR ↓, depresyon, letarji, psikoz

tusworld.com

Kazananların dünyası

27

## REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 367



HİPERPARATIROIDİ LABORATUVARI	
<b>SPEŞİFİK</b>	<b>NORMAL VEYA ARTMIŞ</b>
* Cl / Fosfat > 33	* ALP
* Cl / Metabolik Asidoz	* İdrar Ca
* Ca / kreatinin klirensi > 0,02	* Ürik Asit
	* D vitamini

### Tanı ve Laboratuvar

Paratiroid adenomu, boyun ultrasonu ile %75 lokalize edilebilir. Paratiroid sintigrafisi de adenomun görüntülenmesinde en güvenilir tanı yöntemidir. Laboratuvar löyuzite kalsiyum yüksek, fosfor düşük ve Parathormon yüksektir. Hiperkloremik metabolik asidoz görülür. Serum alkanen fosfat, idrarda cAMP ve hidroksiprolin artmıştır ve kemik turnoverinin arttığını gösterir.

### Asemptomatik Primer Hiperparatiroidide Cerrahi Tedavi Endikasyonları

Serum Kalsiyum (Normalin Üstünde)	>1 mg/dL
24 Saat Üriner Ca	Endikasyon değildir
Kreatinin Klirensi	If <60 mL/min
Kemik Densitesi	T score < 2,5
Yaş	<50

### Hiperfonksiyon Gösteren Paratiroid bezinin Lokalize Edilmesi:

SESTAMİBİ SPECT (Non invaziv) / Selektif Veröz ornikleme (invaziv)

### HİPERKALSEMİ

Hiperkalsemi Nedenleri: Hiperparatiroidi (en sık), Maligniteler, Granülomatöz hastalıklar (sarkoidoz, tüberküloz, Crohn hastalığı), Endokrinopatiler (tirotoksikoz, feokromasitoma, surrenal yetersizlik, Vİpoma), D vitamini intoksikasyonu, ilaç grubu diüretikler, litium, süt alkali sendromu, İmmobilizasyon ve Familial hipokalsiürik hiperkalsemi.

### Hiperkalsemi ile giden diğer nadir hastalıklar

- Malignite ilişkili hiperkalsemi**  
Lilik kemik metastazlar (meme kanseri), Paraneoplastik hiperkalsemi (en sık akciğer yassı hücreli karsinomda görülür.)
- Granülomatöz hastalıklar:** Aktif vitamin D'nin kontrolsüz sentezi söz konusudur. (Tbc-Sarkoidoz)
- Ailevi hipokalsiürik hiperkalsemi**
- Surrenal yetmezlik**
- Hipertiroidi:** Kemik turnoverinin artmasına bağlı hiperkalsemi vardır.

### HİPERKALSEMİ TEDAVİSİ

I. Genel prensipler

Dehidratasyon ve volüm eksikliğinin düzeltilmesi

II. Hiperkalsemi tedavisi

a) İdrarta kalsiyum atılımını artıran ilaçlar: Loop diüretikler ve serum fizyolojik:

(6 lt SF + 4 x 1 Furasemid)

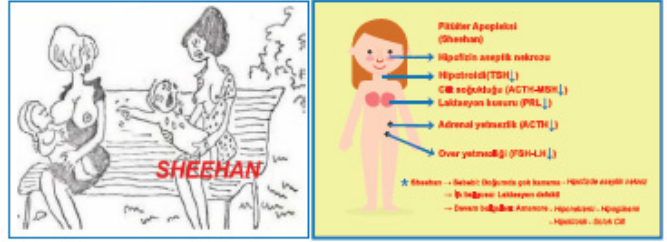
## REFERANS: 18

18. Doğumdan sonra adet görmediğini söyleyen 65 yaşında kadın hasta. T4 düzeyi düşük ve L-tiroksin başlanıyor. Tedavinin bir hafta sonra kan şekeri düşüyor, kan basıncı 80/40 mmHg ölçülüyor.

Bu hastada mevcut klinik tablosunu nasıl açıklar?

CEVAP:Panhipopitütarizm vardır, acilen adrenal yetmezlik araştırılıp tedavi edilmelidir.

## REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 346



**BÜYÜyen GONAD tan Tiroid KORKAR**

> 1-GH (BÜYÜme Hormonu)  
> 2-Gonadotropin;FSH-LH  
> 3-Tiroid  
> 4-Kortikotropin.

TEDAVİ ↑

Addison

PAM 'da ilk tercih steroid !

Miksoödem kanaması

Panhipopitütarizm

## REFERANS: 19

19. Aşağıdaki anti-plateletlerden hangisinde kemik iliği süpresyonu en sık gözlenir?

CEVAP:Tiklopidin

## REFERANS: FARMAKOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 111

TUSWORLD Farmakoloji Konu

Tiklopidin, Klopidogrel, Prasugrel

ADP P2Y<sub>1</sub> reseptörlerini irreversibly inhibe ederler. Klopidogrel bir önlaçtır, aktif metabolitine CYP2C19 ile dönüşür. CYP2C19 inhibitörleri (PPI: omeprazol) klopidogrelin etkisi azaltır. Prasugrel, ön-laç değildir ve genetik statüden etkilenmez. Tiklopidin, nötropeni ve trombositopeniye neden olabilir.

## REFERANS: 20

20. 45 yaşında erkek hastaya akut myeloid lösemi tanısı konuluyor. 5 yıl önce lenfoma tedavisinde etoposid kullanılmış.

En olası genetik anomali aşağıdakilerden hangisidir?

CEVAP:11q23 bölgesinde dengeli translokasyon

## REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 219

#### AML'DE WHO SINIFLAMASI (2016)

##### 1- Tekrarlayan sitogenetik anomalilere bağlı:

- t (8;21) ile AML
- inv(16) veya t (16;16) ile AML
- Akut promyelositik lösemi (t(15;17)(PML/RARα) ile AML
- t(11q23 (MLL) anomalisi ile AML
- t (6;9) ile AML
- inv (3)
- t (1;22) ile AML (Megakaryoblastik)
- NPM1 ile AML
- CEBPA ile AML
- RUNX1 ile AML

Bu sitogenetik anomaliler varlığında hasta doğrudan AML tanısı alır.

2- MDS ilişkili AML→ Öncesinde MDS tanısı olan ve olmayan

3- Terapi ilişkili AML→ Alkileyiciler veya Topoizomerez II inhibitör ilişkili AML

4- Tanımlanan Gruplara Girmeyen AML→ (NOS) FAB sınıflaması bu grup altında incelenmekte, akut bazofilik lösemi, myeloid sarkom, akut panyeloz bu gruptadır.

AML'de İyi Prognoz
NPM1
CEBPA
miR-181 a overekspresyonu 1 q 32.1
AML'de Kötü Prognoz
inv (3) / t (6,9) / del 5q

tusworld.com.tr

Kazananların  
dünyası

219

## REFERANS: PATOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 145

anomaliler bulunan AML	Prognoz	Tedavi
III. AML- Tedavi ilişkili	Çok kötü	Alkileyici ya da radyasyon tedavisini takiben olursa, 2-8 yıl latent periyod, MDS-benzeri sitogenetik anomaliler (örn: 5q-, 7q) Topoizomerez II inhibitör (örn: etopozid) tedavisini takiben olursa, 1-3 yıl latent periyod, MLL'yi içeren translokasyonlar (11q23)
IV. AML- Baska Türü Sınıflandırılmamış		

## REFERANS: 21

21. Seksen yaşında erkek hasta idrar yaparken zorlanma, hemturi ve yaygın kemik ağrısı nedeniyle geliyor. Sklerotik kemik metastazı saptanıyor. Tümör belirtilerinden hangisi yüksek beklenir?

CEVAP: PSA

## REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 417

#### Tümör markerleri ve tümörler

Marker	Tümör
PSA	→ Prostat
CEA	→ Kolon, Mide
AFP	→ KC HCC
CA 19-9	→ Pankreas-GİS musinöz adenokarsinomları
CA 27-29	→ Meme
CA 15-3	→ Meme
DU PAN-2	→ Pankreas
NSE	→ Küçük hücreli akciğer kanseri ve nöroblastom
Kalsitonin	→ Medüller tiroid kanseri
HCG	→ Koriokarsinom

## REFERANS: 22

22. Burkitt lenfomada onkogen mutasyonlarının hangisinin görülme ihtimali daha yüksektir?

CEVAP: c-MYC

## REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 226

HDL-Tip	Sitogenetik Anomali	Sorumlu Gen	Sıklık
Folküler Lenfoma	t(14;18)	Ig ağır zinciri, bcl2	%90
Mantle hücreli Lenfoma	t(14;14)	Bcl-1/IgH	>%90
Burkitt Lenfoma	t(8;14) t(2;8 t(8;22)	IgH(c-myc Ig hafif zincir c-myc	%85 %15
Malt Lenfoma (Maltoma)	t(11;18) Trizomi 3	API/MLT	%50
CD30 pozitif Anaplastik LCL	t(2;5)	APL/NPC	%40

23. Aşağıdakilerden hangisi Ig E aracılı deri testlerinde yanıt baskılaması daha fazladır?

CEVAP: Levosetirizin

## REFERANS: YOK

## REFERANS: 23

24. Ankilozan spondilit hastasına NSAİ tedavisi başlandıktan sonra şikayetleri geçmiyor. Bir sonraki adımda tedavi aşağıdakilerden hangisi olmalıdır?

CEVAP: Adalimumab

## REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 320

#### Tedavi

- AS'nin tüm yönetimi; postür ve hareket açıklığını korumak için tasarlanmış bir egzersiz programı içermelidir.
- NSAİ; AS'nin farmakolojik tedavisinin ilk adımıdır. Bu ajanlar; ağrı ve hassasiyet azaltır ve AS ile birçok hastada hareketliliği artırır. Sürekli yüksek doz NSAİ tedavisi radyografik ilerlemesini yavaşlattığını gösteren artan kanıtlar vardır.
- Anti-TNF-α tedavisi: İnfliksımab (kimerik insan/fare anti-TNF-α monoklonal antikor), etanercept (solubl p75 TNF-α reseptör-IgG füzyon proteini), adalimumab ya da golimumab (insan anti-TNF-α monoklonal antikorları veya sertolizumab pegol [insan kaynaklı bir fare anti-TNF-α monoklonal antikor] ile tedavi edilen AS'li hastalarda; hızlı, derin ve hastalık aktivitesinin tüm klinik ve laboratuvar ölçümlerinde sürekli azalmalar gösterildi.

## REFERANS: 24

25. Aşağıdakilerden hangisi anti fosfolipit sendromunda pozitifleşen laboratuvar tetkiklerindendir?

CEVAP: Anti kardiolipin, Anti Beta-2 glikoprotein, Lupus antikoagulanı

## REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 258

## Laboratuvar kriterileri

**Lupus antikoagulanım** serum veya plazmada 12 hafta ara ile iki veya daha çok kere tespit edilmiş olması  
**Antikardiyolipin** IgG ve/veya IgM antikorun serum veya plazmada standart ELISA yöntemi ile orta veya yüksek titrede 12 hafta ara ile iki veya daha çok kere tespit edilmiş olması  
**Anti β2 glikoprotein I** IgG ve/veya IgM antikorun serum veya plazmada standart ELISA yöntemi ile orta veya yüksek titrede 12 hafta ara ile iki veya daha çok kere tespit edilmiş olması  
**Klinik bulgular:** Venöz ve arteriyel tromboemboli, düşük veya gebelik komplikasyonları, trombositopeni, inme, serebral ven trombozu, lüveo retikularis, nekrotizan cilt vaskülit, koroner arter hastalığı, kalp kapak hastalığı, böbrek hastalığı, pulmoner HT, akut pulmoner distress sendromu, ateroskleroz ve periferik arter hastalığı, retinal hastalık, gastrointestinal bulgular: Budd-Chiari, mezenterik ve portal ven de daralma, hepatic infarkt, sensoriyel işitme kaybı, mikroanjyopati ile birlikte katastrofik antifosfolipid sendromu düşünülür.  
 • Arteriyel tromboz inme ve geçici iskemik atak, venöz tromboz ise derin ven trombozu, pulmoner emboli ile birlikte olabilir.

258

Kazananların  
dünyası

tusworld.com.tr

## 26. Aşağıdakilerden hangisinde gebelikle ilişkili akut böbrek hasarında bilateral renal kortikal nekroz gelişme olasılığı daha yüksektir?

CEVAP:Septik abortus

REFERANS: YOK

REFERANS: 25

## 27. Kronik böbrek hastalığında nefron hastarı için risk faktörüdür?

CEVAP:Proteinüri, dislipidemi, asidoz

REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 402-404

### KBH tedavisi:

- KBH hastalarında protein kısıtlaması gerekir. **0.6gr/kg proteinin** %60'ı esansiyel aminoasit olacak şekilde takviyesi yapılmalıdır. Malnütrisyonu önlemek için yüksek kalorili diyet önerilir. Potasyum, fosfor, sodyum ve su kısıtlanır!
- **Kalsiyum karbonat** (en iyi), kalsiyum asetat ve alüminyum hidroksit gibi fosfor şelatörleri
- **Sevalem** gibi kalsiyum ve alüminyum içermeyen fosfor şelatörleri
- **Sinakalsit** sekonder hiperparatiroidi tedavisinde kalsimimetik etkili bir ajandır. PTH salgısının baskılanmasını sağlar.
- Hipertansiyon tedavisi için **Allopürinol** verilebilir.
- Hipertansiyon tedavisi yapılmalıdır. Normalde DM hastalarında 130/80mmHg tutulması gereken tansiyon, DM hastalarında **1gr/günden fazla proteinüri varsa 125/75mmHg düzeyinde tutulmalıdır.**
- Anemi tedavisinde Darbopoetin-alfa ve Peginesatide (EPO analogları) gibi ilaçlara ek olarak demir, folat ve B12 replasmanı yapılması gerekir. Hatta EPO tedavisine Ferritin düzeyi 100'ün üzerine çıkmadıkça başlanmaz çünkü EPO pahalı bir ilaçtır. (Demir eksikliği anemisi varsa EPO'ya yanıtızlık gözlenecektir! Bu da maliyet açısından kabul edilebilir bir hata değildir)
- Aktif D vitamini vermek gerekir.

KBH SEMPTOM VE BULGULARI	TEDAVİ
<b>K</b> → <b>Kagmt</b> → EN SIK SEMPTOM → Histamin deparı -Pı	Antihistaminik, P kısıtlaması Parasetamol, Diyaliz
<b>K</b> → <b>Kanama</b> → GUANİDO SÜKSİNİKASİT	
<b>K</b> → <b>KVS Hastalıkları</b> → Artımı / Hipertansiyon / Kalp yetmezliği (EN SIK ÖLÜM)	
<b>K</b> → <b>Kronik Hastalık</b> → IL6 ↑ T4, T3 = Hasta Östroid Sendromu → T3 ↑ T4 ↑ T3 ↓ T4 ↓ TSH ↓ T4 N	
<b>B</b> → <b>Boyutu Değişen Böbrek</b> → Büyük → SKLERODERMA / POLİKİSTİK BÖBREK / Hidronefroz / DM / Amiloidoz Küçük → BEKLENİLEN	X
<b>H</b> → <b>Hormon Yıkımı</b> → Gastrin Yıkımı → GASTRİN ↓ → Atipik Ülser İnsülin ve Glukagon Yıkımı → İnsülin ↓ → DM'da insülin ihtiyacı ↓ PRL Yıkımı → PRL ↓ → Amenore / Infertilite / Galaktore / Osteopeni Empotans / Libido Kaybı	PPI İnsülin KABERGOLİN
<b>H</b> → <b>Hipokomplemanemi</b> → Enfeksiyon riski artar (kapsülü) (Lökopeni ve Lenfopeni görülür)	ANTİBİYOTİK
<b>H</b> → <b>Hiperfosfatemi</b> → P1 - PCa - Ca ↓ - Osteolitik Fibroza Sistika - 2° Hiperparatiroidi - Renal osteodistrofi FGF-23 - 1 α OHaz - Dvit, Ca ↓ Fosfatonin ↓ P ↓ çabır kışırta ↓ - Dvit ↓ D vitamini aktifleşmesi; - P bağırsaktan emilimi ↓ PTH; Kardiyomegali	SİNEKALSİT
<b>H</b> → <b>Hipertirgliseridemi</b> → Lipoprotein Lipaz ↓	STATINLER
<b>H</b> → <b>Hipoproliferatif Anemi</b> → EPO ↓	FERRİTİN > 100 EPO + Fe + B12
D Vitamini eksikliği → OSTEOMALAZİ	D VİTAMİNİ

## 28. Yukarıdakilerden hangileri radyokontrast nefropatisi gelişme riskini artırır?

CEVAP:DM, İleri yaş, Kalp yetmezliği, Radyokontrast ile diüretik kullanımı

REFERANS: NOTLARIMIZDA REFERANS YOKTUR.

ALTERNATİF REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE EFSANE SORU KİTABI, SAYFA: 153-SORU 158

158. Aşağıdakilerden hangisi radyokontrast nefrotoksitesisi gelişme riskini artıran bir durum değildir?

- A) Hiperkalemi
- B) İleri yaş
- C) Multiple miyelom
- D) Diabetes mellitus
- E) Böbrek yetmezliği

Kazananların  
dünyası

153

Görüntüleme için verilen radyokontrast maddelere bağlı nefrotoksitesite, nefrotoksitesiteler içinde en kolay geriye dönebilen patolojidir. Multiple myelom, ileri yaş, diabetes mellitus ve böbrek yetmezliği radyokontrast nefrotoksitesitesi oluşum riskini artırır.

CEVAP:A

## KÜÇÜK STAJLAR 20/23

### 29- Kırılğanlığın fenotipik kriteri olmayan?

CEVAP: Unutkanlık

REFERANS: YOK

REFERANS: 1

### 30- Psoriasis tanısında yardımcı olan özel bulgu hangisidir ?

CEVAP:Auspitz bulgusu



Hastanın kliniğine baktığımızda özellikle diz, dirsek, lumbosakral bölge, ekstremitelerin ekstansör yüzlerinde ve saçlı deride cilt altı eritemli skuamli keskin sınırlı bilateral plaklar oluşmasıyla karakterizedir. Altta deride puntat kanamalar izlenir (**auspitz bulgusu**). Psoriasis kıvrım yerlerinde olabilir **genellikle bilateral** görülür, kaşıntı genellikle olmaz ama saçlı deri daha fazla kaşınır, saç dökülmez.

#### Klinik tipleri:

- 1) Kronik plak tipi (en sık formu psoriasis vulgaris)
- 2) Guttat
- 3) Eritrodermik
- 4) Püstüler
- 5) Atropatik

#### Kronik plak psoriasis (psoriasis vulgaris):

**En sık tiptir. (%90)** Eritemli papiller ve skuamli tek papilla başlar giderek büyür ve plak halini alır. Keskin sınırlı, eritemli skuamli plaklar oluşur. Saçlı deri, diz ve dirsekler sakral bölge tutulur. % 30 **hastada genital tutulum** meydana gelebilir. Atpik lokalizasyonlar çocuklarda daha sık (örnek kaşığarda)

#### Eritrodermik psoriasis:

Egzema, atopik kontak alerji, seboreik dermatit, psoriasis, ilaçlar (sulfonamid, allopurinol, antikonvülan ve penisilin) deri lenfoması, sezary sendromu, eritroderma nedenleri arasındadır. Akut başlangıçta yaygın eritemler ve skuamler mevcuttur. Ateş ve kırıklık lökositöz, terleme olur, kalp yetmezliği, anemi, hiperürisemi ve malabsorbsiyon gelişebilir.



#### Guttat tip:

Genellikle çocuklarda görülür. Şiddetli ÜSYE, B-hemolitik streptokokianın yaptığı enfeksiyonlara sekonder oluşur ve boğaz kültürü yapmak gerekir. ASO>200 çocuklarda prognoz iyidir daha sonra tekrarlar erişkinlerde kronikleşebilir fakki tiplere dönerler.

#### Püstüler tip:

Gebede generalize püstüler psöriazise impetigo herpetiformis denir. (3.trimester). Püstüler ağrıdır.

#### Artropatik psoriasis:

Asimetrik artrit en sık görülen tiptir.

#### Tedavi:

##### A) Topikal

Nemlendirici ve keratolitikler (asetil salisilik asit)  
Antrafin antimitotik etki  
Steroidler  
D3 vitaminiepidermal proliferasyonu düzenler

##### B) Fototerapi

PUVA langerhans,natural killer hücreleri üzerinde immüno-supresif etki gösterir. Gebe, emziren kadınlar, fotosensitif kişilerde kontrendikedir. SLE, katarakt ve deri kanseri gelişebilir.

240

Kazananların  
Dünyası

tusworld.com.tr

REFERANS: TUSWORLD KÜÇÜK STAJLAR  
EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 240

REFERANS: 2

### 31- Atopik dermatit erişkinde tutulmayan bölge neresidir ?

CEVAP:Ekstansör



Küçük Stajlar

#### Atopik dermatit

Genelde infantil dönem ya da çocuklukta ortaya çıkan remisyon ve relapslarla seyreden kronik inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Antijene karşı IgE yapısında antikorlar görülür. Bu kişilerde egzama ile birlikte astım, alerjik rinit ve alerjik konjunktivit gelişebilir.



• Ayırıcısında

**Kontakt dermatitte tedavi bölgesinde sulantılı ekzema olur Seboreik dermatitte ise kaşıntı olmaz.**

#### Tanı kriterleri:

Şiddetli kaşıntı  
Kronik seyir  
Tıpkı lokalizasyon (erişkinde fleksural, infantta facial veya ekstansör dağılım)  
Morfoloji  
Tedavisi:  
İritan madde ile ilişkin kesilmesi kortizon pomad

REFERANS: TUSWORLD KÜÇÜK STAJLAR  
EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 257



Pediatric Efsane Konu Kitabı

#### ATOPIK DERMATİT (AD)

- \* Atopik dermatit infant ve çocuklarda en sık görülen kronik yineleyen derih astalığıdır.
- \* AD'li hastalar gelecekte AR ve astım geliştirebilirler ve buna **Atopik yürüyüş (mars)** adı verilir.
- \* **Patogenez:** Hastaların yaklaşık %80'inde serum IgE düzeyleri yüksek, besinlere ve aeroallerjenlere karşı cilt testi pozitifdir.
- \* Alerjen eliminasyonu cilt lezyonlarında düzelmeye ve bazofillerden histamin salınımına azalmaya neden olmaktadır.
- \* Son yıllarda **Staphylococcus aureus**'un artmış kolonizasyonu yanında, **ekzotoksininin bir süperantijen** gibi davranarak alevlenmelere neden olduğu saptanmıştır.



psoriasis

#### KLİNİK

- \* AD beklilikte başlar.
- \* % 50 ilk yıl ve ekolarak
- %30'u 1-5 yaş
- \* **Aşırı kaşıntı ve kutanöz reaktivite kardinal özelliklerdir.** Kaşıntı gece artar. Kaşıma ve ekskoriyasyon daha ağır egzematöz lezyon gelişimine neden olur.
- \* Gıdalar, inhale alerjenler, bakteriyel enfeksiyonlar, ortam neminin azalması, aşırı terleme, iritanlar (yün, sabun, deterjanlar) alevlenmeye neden olur.
- \* **Akut lezyonlar:** kaşıntılı, eritematöz papüller
- \* **Subakut dermatit:** ekskoriye pullupapüller
- \* **Kronik AD:** likenifikasyon veya yüzey çizgilerinin belirginleşmesiyle deri kalınlaşması ve **fibrotik papüller (prurigonodülaris)**
- \* Kronik olgulda her üç basamak lezyon birarada
- \* **Bebeklik döneminde lezyonlar akut ve yüz, skalp, ekstremitelere ekstansör** yüzlerini tutar.
- \* **Diaper (bez) bölge tutulmaz.**
- \* Kronik AD olanlarda çocuklar büyüdükçe lezyonlar kronikleşir, likenifikasyon vardır ve **döküntü ekstremitelerin fleksör** yüzlerini tutar. Çocuk büyüdükçe AD remisyonu girer, adölesan veya erişkinlikte sadece iritanlarla kaşıntı veya inflamasyona yatkın bir cilt haline gelir.

186

Kazananların  
Dünyası

tusworld.com



**TANI: MAJOR KRİTERLER**

- \* Kaşıntı
- \* **Tipik dağılım ve morfoloji**
- \* **Kronik veya kronik relapslarla gidış**
- \* Kişisel veya ailesel atopi öyküsü
- Astım
- Allerjik rinit
- Rinokonjunktivit
- Atopikdermatit

Tanı için spesifik bir laboratuvar bulgusu yoktur.  
Hastaların çoğunda **eozinofili** ve serum **IgE yüksekliğı** vardır.  
**İlk 3 major kriter ile AD tanısı konur.**

**AD: EŞLİK EDEN ÖZELLİKLER**

- \* Deri enfeksiyonlarına yatkınlık (özellikle S.aerus, GAS, HSV, vaccinia, molloscum,warts)
- \* El ve ayakların non spesifik dermatiti
- \* İktiosis, palmar çizgilerde artış, keratosispilaris
- \* Meme başı egzaması
- \* Beyaz dermografizm ve gecikmiş beyazlaşmayıntı
- \* Kserosis
- \* Anterior subkapsüler katarakt, keratokonus
- \* Artmış serum IgE düzeyi
- \* Pozitif alerji deri testi
- \* Erken başlangıç yaşı
- \* Dennie-Morgan göz altı çizgileri
- \* Fasial eritem veya solukluk
- \* Çevresel veya emosyonel faktörlerden etkilenen gidış

**AD: AYIRICI TANI**

- \* **Hereditör hastalıklar**
- Netherton sendromu
- Familyalkeratozisipilaris
- \* **Kronik dermatitler**
- Seboreik dermatit
- Kontakt dermatit (alerjik veya iritan)
- Numulerdermatit
- Psöriazis
- İktiyozis
- \* **Enfeksiyon ve enfestasyonlar**
- Skabies
- HIV
- Dermatophytosis
- Böcek ısırıkları
- Onkoserkiaizis

\* **Malignansiler**

- Kutanöz Tlenfoma
- (Sezary sendrom/mikozis fun- goides)
- Letterer-Siwe hastalığı (Histi- yositozis X)

\* **İmmün yetmezlikler**

- Wiskott – Aldrich Sendromu
- Hiper IgEsendromu
- Ağır kombine immün yetmezlik

\* **Metabolik hastalıklar**

- Çinko eksikliği(akrodermatit)
- Multiple karboksilaz eksikliği
- Fenilketonüri
- Piridoksin ve niasin eksikliği

**AD: TEDAVİ**

- \* **Provake eden faktörlerin ortadan kaldırılması**
- \* **Kutanözhidrasyon**
- \* **Topikalsteroidler**
- \* **Topikal kalsinörin inhibitörleri:**
- Pimecrolimus
- Tacrolimus
- \* **Sistemik tedavi**
- Antihistaminikler

- Sistemik kortiko steroidler
- Siklosporin
- İnterferonlar
- \* Katranpreparatları
- \* Fototerapi
- \* Eşlik eden enfeksiyon varsa lokal/sistemikantibiyotikler,antifun- gal veya antiviral ajanlarla tedavi

**KOMPLİKASYONLAR**

- \* Folikült, impetigo veya pyodermi
- \* Kaposi variselliform erupsiyonu – egzama herpeticum
- \* Egzama vaksinatam
- \* Fungal enfeksiyonlar (Trichophy. rubrum, M.Furur)
- \* Eksfoliyatif dermatit
- \* Göz kapağı dermatiti ve blefarit (Görme bozukluğu ve korneal skar)
- \* Atopik keratokonjunktivit
- \* Keratokonus (Göz kapağı dermatitinin sürekli kaşınması)
- \* Katarakt (göz çevresine uzun süreli KS kullanımı nedeniyle)

**AD: PROGNOZ**

- \* Küçük çocuklarda daha ağır ve dirençli seyredir, yaşbüyüdüğe daha sık remisyona girer.
- \* 5 yaşından sonra %40-60 spontan düzelir.

\* **Kötü prognoz göstergeleri:**

- Çocuklukta yaygınAD
- **Eşlik eden allerjik rinit ve astım**
- **AD aile öyküsü (anne-baba veya kardeşlerde)**
- **Erken başlangıç**
- **Tek çocukalma**
- **Çok yüksek serum IgE düzeyleri**



Non-IgE Radyokontrast Viral Hep B EBV Opiyatlar NSAİİ

**REFERANS: TUSWORLD PEDIATRİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 186-189**

**REFERANS: 3**

**32- Yaşlı hastada, bradikinezi-aksiyel rijidite-vertikal bakış felci mevcut. En olası ön tanı ?**

**CEVAP:Progresif supranükleer palsi**

## PARKINSON HASTALIĞI

- Rijidite, ifadesiz yüz ya da maske yüz, postür bozukluğu, bradikinezi (hareket yavaşlığı) ve **para sayar tarzda tremor** görülür.
- Nöron dejenerasyonunun en sık yeri → **Substantia nigra** (Dopamin salınımı)
- İkinci sıklıkta **lokus seruleus** etkilenir.
- Bu alanlarda nöromelanin kaybı vardır (**depigmentasyon**).
- Lewy cisimleri** görülür. Bu cisimler hücre içi inklüzyonlardır. **Alfa synuclein** içerir.

## NÖRODEJENERATİF HASTALIKLARIN TEMEL ÖZELLİKLERİ

Hastalık	Klinik patern	Inklüzyonlar	Genetik nedenler
<b>Alzheimer hastalığı</b>	Demans	Aβ (plaklar) Tau (yumaklar)	APP, P51, P52
<b>Frontotemporal lobar dejenerasyon</b>	Davranış değişiklikleri, dil karşıklığı	Tau TDP-43 FUS	Tau TDP-43, progranülin, C9orf72 (Ailesel FTLD- TDP tipinde en sık mutasyon) FUS
<b>Parkinson hastalığı</b>	Hipokinetik hareket bozukluğu	α-synuclein Tau	α-synuclein LRRK2, DJ-1, PINK1, Parkin
<b>Progresif supranükleer palsi</b>	Anormal göz hareketleri ile parkinsonizm, trunkal rijidite	Tau	Tau
<b>Kortikobazal dejenerasyon</b>	Asimetrik hareket bozukluğu ile parkinsonizm, Apraksi, ekstrapiramidal rijidite	Tau Astroisit agregasyonları	
<b>Multipl sistem atrofi</b>	Parkinsonizm, serebellar ataksi, otonom yetmezlik. Primer patoloji glial hücrelerdedir. Beyaz cevher tutulumu tipiktir.	α-synuclein (oligodendrosit sitoplazması inklüzyon şeklinde birikir)	Sporadik
<b>Huntington hastalığı</b>	Hiperkinetik hareket bozukluğu	Huntington (poliglutamin)	Htt
<b>Spinocerebellar ataksiler</b>	Serebellar ataksi	Çeşitli proteinler (poliglutamin içeren)	Multipl lokus
<b>Amyotrofik lateral skleroz (ALS)</b>	Üst ve alt motor nöron belirtileri ile kuvvetsizlik	SOD1 TDP-43 FUS	SOD1 TDP-43, C9orf72 FUS
<b>Spinal bulbar Muskuler atrofi</b>	All motor nöron kuvvetsizliği, azalmış androjen	Androjen reseptörü (poliglutamin içeren)	Androjen reseptör

Aβ hücre dışı, diğerleri hücre içi birikir. SOD1: Süperoksit dismutaz-1. TDP-43: TAR DNA-bağlayan protein 43. FUS: fused in sarcoma

**REFERANS: TUSWORLD PATOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 291**

**REFERANS: 4**

**33- Yaşlı hasta son zamanlarda artan kas güçsüzlüğü. Muayenede fasikülasyon, kaslarda atrofi tariflenen hasta için en olası tanı ?**

**CEVAP:ALS**

### AMYOTROFİK LATERAL SKLEROZ (ALS)

**Birincil ve ikincil motor nöronları tutan duyu nöronlarını tutmayan motor nöron hastalığıdır.**

Etiyolojide glutamat nörotoksitesi suçlanmaktadır.

All ve üst motor nöronların tutulumuna bağlı **asimetrik** ve ilerleyici kuvvet kaybı, kaslarda atrofi, fasikülasyonlar görülür. **Duyu defisiti, sfinkter kusuru görülmez, hastalık ilerleyicidir.** Solunum kasları tutulumu nedeniyle 3-5 yılda hastalar solunum cihazına ihtiyaç duyar, ailesel ALS formlarında SOD (superoxide dismutase) eksikliği vardır. Hastalığın prognozu genellikle kötüdür ve ortalama 3-5 senelik survi-vale vardır, ölüm genellikle aspirasyona bağlı pulmoner enfeksiyonlar sonucu oluşur. Tedavisinde NMDA kanal blokörü olan riluzol ve edaravone hastalığın gidişatını yavaşlatmakta yararlıdır.



**REFERANS: TUSWORLD EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 160**

**34- Yaşlı hasta bradikinezi, rijidite, unutkanlık tarifleniyor. Hikayesinde SVO, hipertansiyon, hiperlipidemi mevcut. Beyin MR iskemik değişiklikler mevcut. En olası ön tanı ?,**

**CEVAP:Vasküler parkinsonizm**

**REFERANS: YOK**

**REFERANS: 5**

**35- Genç hasta insanlarla ilişki kuramıyor. Başkaları tarafından olumsuz değerlendirmeler yapılabileceğini düşünüyor. Kendisini yetersiz hissediyor, eleştirilmekten korkan sosyal çekilmeli hasta için en olası ön tanı ?**

**CEVAP:Kaçıngan (Çekingen) kişilik bozukluğu**

**Ç Kümesi Kişilik Bozuklukları: Korkulu, anksiyeteli; anksiyete bozuklukları ile genetik veya ailesel ilişkilidir.**

### Çekingen

- Eleştirilmekten aşırı korkma, aşağılık duygusu ve sosyal çekilme vardır.
- Arkadaşları tarafından pasif ve uysal olarak tanımlanan 30 yaşındaki kadın hasta, yeni sorumluluklar alacağı için ve eleştirilebileceği düşüncesi ile terfi etmek istemiyor.

**REFERANS: TUSWORLD KÜÇÜK STAJLAR EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 267**

**REFERANS: 6**

**36- Genç hasta 3 hafta önce kaza geçiriyor. Kazayı yeniden yaşıyormuş hissi, kazanın olduğu yerden uzak durma, uyku problemleri, öfke patlamaları mevcut.**

**En olası tanı?**

**CEVAP:Akut stres bozukluğu**

### D) Posttravmatik stres bozukluğu

Herkes için ağır sayılabilecek olan dış travmayla karşılaştıktan sonra olayın tekrar tekrar yaşanması, tepkilerde yavaşlama, dış dünyaya ilginin azalmasıyla belirli ruhsal bozukluktur. Bulguları arasında anksiyete, depresyon, obsesif hatırlama, kompulsif şekilde suçluluk hissi duyma, iritabilite, yatak ıslatma, aşırı alkol kullanma sayılabilir. Posttravmatik stres bozukluğu bulgularının iki gün veya bir ay süresince akut stres bozukluğu denir ve bu durum travmadan sonraki üç haftada içinde ortaya çıkar.

**REFERANS: TUSWORLD KÜÇÜK STAJLAR EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 264**

**REFERANS: 7**

**37- Osteoartrit özellikleri ile ilgili hangileri doğrudur?**

**CEVAP:Sabah tutukluğu olmaz, Fizik muayenede krepitasyon olabilir, sedim-CRP yükselmez, istirahatle semptomlar rahatlar, eklem üzerinde kızarıklık beklenmez**

belik ve lentomada kullanımından kaçınılmalıdır.

## OSTEOARTRİT (OSTEOARTROSE)

**Hareketli eklemlerde eklem kıkırdığının normal yapısını kaybederek eklem yüzeyi ve kenarlarında yeni kemik oluşumuna neden olan noninflamatuar herediter hastalıktır.**

**Hastalığın patolojisi:** Eklem yüzeyi homojenitesini kaybederek kesintiyi uğrar ve fragmantöze olur. Üzerinde çukurluklar, çatlaklar ve erozyonlar oluşur, ileri evrede kartilaj tamamen kaybolur. Altındaki çıplak kemik dokusu ortaya çıkar. Normalde kartilajda tip II kolajen hakimiyeti bulunur. Osteoartritte tip II kolajen azalır ve tip I kolajen artışı gözlenir. Prokollagenlerde belirgin azalma olur.

Keratan sülfat azalır, kondroitin sülfat artar, kondroitin 4 sülfat artar kondroitin 6 sülfat azalır. Prokollagenlerde azalma kompresyon direncini azaltır ve kondrositlere fazla yük biner.

### Osteofitler oluşur.

Eklem değişiklikleri;

- Eklem kapsül kalınlaşır (fibrozis)
- Sinovyal membranda hafif veya orta dereceli bir inflamasyon olur
- Disklerde dejenerasyon ile intervertebral aralığın azalması sonucu spondilolistezis oluşur. Bir omurun başka bir omur üzerinden kaymasına listesis denir.
- Osteoartritte normal şartlarda inflamasyon yoktur ama kartilaj harabiyetle kopan parçaların sinovyal sıvıya geçmesi ve bunların yok edilmesi için bir miktar inflamasyon oluşur.
- Kartilaj harabiyeti
- Osteofit oluşur
- Subkondral skleroz
- Subkondral etrafı sklerotik kist oluşumları

Hastanın etiyolojisinde yaş çok önemlidir. 65 yaş üzerinde sık görülür (doku kanlanmasında azalma, mekanik streslerin artışı, periferik sinir sistemi fonksiyonlarda azalma, tekrarlayıcı hareketler genellikle rol alır)

- Kıkırdak ana yapısındaki proteoglikanlarda olan kondroitin sülfat yaşla azalır ve kıkırdakta bozulmalar olur.
- Herediter faktörler olabilir (heberden nodüllerigibi)
- Travma
- Obezite
- İmmün yanıtlar

### Heberden ve bouchard nodülleri

## ANKILOZAN SPONDİLİT (SPONDİLOZİS DEFORMANSI)

**Etiyolojisi tam bilinmeyen başlıca genç erkekleri tutan özellikle omurganın sinovyal eklemlerinde ve sakroilak eklemlerde enflamatuar artrit yapan kronik progresif bir eklem hastalığıdır.**

**%90 HLA B27 pozitifliği vardır.**

Enfeksiyonlar, genitoüriner sistem enfeksiyonlar (klamidyay), GİS enfeksiyonları (dizanteri yapanlar, shigella, salmonella, yersinia ve klebsiella) ve HLA B27 arasında bir ilişki vardır.



15 – 30 yaşlarında başlar; kadınlarda daha siltir ve prognozu yavaştır. Kadın, erkek oranı 1/9'dur. Hastalığın patolojisinde bakıldığında; entezis bölgelerinde inflamasyon ve kalsifikasyonla yeni kemik oluşum gözlenir.

Sinovit Kapsülüt

Ossifikasyon

Hastalığın kliniğinde ilk bulgu bel ağrısı ve sabahları belirgin olan tutukluktur.

Herleyen saatlerde ağrı ve tutukluk azalır ve akşam tekrarlar, ağrı genelde kalça ve uyluk arkasında yayılır yer değiştirir.

## REFERANS: TUSWORLD KÜÇÜK STAJLAR EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 194

## DEJENERETİF EKLEM HASTALIĞI VE KRİSTALLERE BAĞLI ARTRİTLER OSTEOARTRİT

Osteoartrit (OA) en sık görülen artittir. Yaşlılarda sık görülmekte olup sakatlığa neden olabilir. Genellikle servikal ve lum-baskaral omurgayı, kalça, diz, birinci metatarsal ile distal, proksimal interfalangeal ve başparmak eklemlerini tutar.

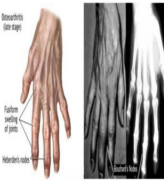
**Patoloji**  
Osteoartritin olmazsa olmazı **hyalin eklem kartilajı hasarıdır**. Buna komşu kemik dokusunun **subkondriyal kalınlaşması ve sklerozu** eşik eder. Burada yeni kemik oluşumuna bağlı osteofitler gelişir ve bunlar eklem kapsulünde yirtiklara yol açabilirler. Etiklenen eklemlerde sinoviyi geliştir. Eklem kaptısında kistler yayılır.

**Klinik**  
OA'da eklem ağrısı harekete bağlıdır. Kalça ve diz eklemi tutulursa giyinmek, bacak bacak üstüne atmak; el eklemleri tutulursa kalem tutmak veya bir şey pişirmek sırasında ağrı hissedilir. Hastalığın başlangıcında çok hareket edilen günlerde ağrı olurken ilerleyen hastalıkta ağrı devamlı ve akşamları da görülür. Sabah tutukluğu daha kısadır ve 30 dakikamın altında olur. Diz eklemlerinde burkulma, burulma, kilitleme görülebilir ve düşmeye neden olabilir.

**Tanı**  
OA'da tanı koydurucu bir laboratuvar değeri yoktur. Tutulan eklemlerden alınan sıvı örneğinde lökosit sayısı 1000/jul'den azdır. **Radyografide eklem mesafesinde daralma, osteofitler, subkondral kistler ve kemik sklerozu** görülür. MR lezyonları göstermede çok iyi olmasına rağmen çoğu zaman gereksizdir.

**Tedavi**

- Fizik tedavi egzersizleri
- **NSAİ: Önce asetaminofenle başlanır. Ağrı artıktıkça diğer NSAİ'ler de kullanılır.**
- İntraartiküler Tedavi: Glukokortikoidler ve hyaluronik asit
- Cerrahi



### En Sık Artrit ?

**OA > RA**

(non inflamatuar) (inflamatuar)

336

Kazananların dünyası

tusworld.com.tr

## REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 336

## REFERANS: 8

## 38- Hodgkin tanısı almış olgularda geçmişte tonsillektomi olup-olmadığının araştırıldığı vaka kontrol çalışmasında elde edilebilen risk ölçütü ?

### CEVAP: Tahmini-rölatif risk

kesitsel araştırmalar içerir.

#### Vaka-kontrol araştırması

Belirli bir hastalığı olan kişilerle (vaka grubu), bu hastalığı olmayan kişiler (kontrol grubu) arasında geçmiş yaşamlarındaki (retrospektif) bir takım özellikler yönünden araştırılır. Bu tür araştırmalarda kontrol grubunu oluşturan kişilerin, araştırılan hastalık dışındaki pek çok özellik bakımından vaka grubundakilere benzer olması gerekir. Bu benzerlik sağlanabildiği ölçüde çıkan sonucun güvenilirliği artar.

Vaka kontrol araştırmaları ucuz, çabuk sonuç veren, kolaylıkla yapılabilen ve özellikle **seyrek görülen** hastalıklar için uygundur. Buna karşılık geçmiş yıllarda olayların anımsanması (hafıza faktörü) ile ilgili sorunlar vardır. Vaka kontrol araştırmaları toplama genellenemez. Bu yüzden sadece **tahmini rölatif riski** verir.

## REFERANS: TUSWORLD KÜÇÜK STAJLAR EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 106

## REFERANS: 9

## 39- Acil servise başvuran hastanın son saatler içinde gelişen bulanık görme, ekstremitte proksimallerinde güçsüzlük ve disfajisi mevcut. Anamnezinden arkeolog olduğu öğrenilen hastanın duyu muayenesi ve refleksleri normal, pupilleri ise dilate tespit ediliyor. En olası ön tanı hangisidir ?

### CEVAP: Botulismus

Tetanoz profilaksisi				
Aşılama durumu	Temiz ve küçük yaralar için		Kirlil ve büyük yaralar için	
	Aşı	İmmunglobulin	Aşı	İmmung
Eksik ya da bilinmiyor	Evet	Hayır	Evet	Eve
Tam aşılanmış	Hayır	Hayır	Hayır	Hay

#### Tetanoz Aşısı

- Toksoid (anatoksin) aşısı etkenin formaline tabi tutulmasıyla ya da ısıtılıp inaktive edilmesiyle edilir.
- Çocuklarda 2,4,6,18. aylarda, 5 ve 15 yaşlarında yapılır. 10.yılda bir rapel yapılır.
- Öncesinde aşılanmamış erişkinlerde ise 0,1,6. aylarda aşı yapılır. 10.yıldabir rapel tekrarlanır.

#### CLOSTRIDIUM BOTULINUM

- Botulinum toksini, SNARE proteinine etki ederek, ACh salınımını önlemek ve sonuçta klin **flask tipte felç** görülmektedir. Isıya duyarlı olan toksinler, gastrointestinal sistem enzimleri dayanıklıdır.
- Bakterinin toksin üretmesi için **faj ile** enfekte olması gerekmektedir.
- Toksinin 8 adet altı tipi bulunmaktadır. İnsanda en sık hastalık yapan tipler **A,B,E** tipleridir (E tip A).

#### Klinik

- **Gıda botulizmi**
  - o İlk bulgu genellikle ACh blokajına bağlı **ağz kuruluğudur**.
  - o Çift taraflı kranial nöropatilerle başlayan tablo aşağıya inen (**desendan**)**simetrik** g ve paralizilerle devam eder.
  - o **Bilateral fiks dilate pupiller** tipiktir. Bulanık görme ve diplopi temel klinik bulgular. Diğer besinzehirlenmesi tiplerinin aksine **kabızlık** görülür.
  - o Ölüm diyafragma paralizisine bağlı **solumun yetmezliği** sonucunda gelişir.
- **Bebek (infant) botulizmi**
  - o Clostridium botulinum sporlarının **bal ve hazır mama** gibi gıda maddeleriyle birlikte alınmasıyla bebeğe geçer (1 yaş altı çocuklara bal verilmemelidir).
  - o Gıda kaynaklı botulismustan farklı olarak hastalığın nedeni bebeklerin gastrointestinal florasında yer alan Clostridium botulinum'un salgıladığı toksinler neden olmaktadır. Bebeklerde normal barsak florası tam gelişmediği için, erişkinlerden farklı olarak bakt baskılanmamaktadır.
  - o **Kabızlık** önemli bir bulgudur.
  - o İyi prognozudur (Mortalite % 1-2).
  - o **Gevşek bebek, ani bebek ölümü sendromuna** neden olabilmektedir.
- **Yara botulizmi**

## REFERANS: TUSWORLD MİKROBİYOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 47

## REFERANS: 10

**40- Kaza sonrasında takipne, siyanozu olan hastanın fizik muayenesinde taşikardi, hipotansiyon, solunum seslerinde azalma ve juguler venöz dolgunluk mevcut. Acil serviste ilk olarak yapılması gereken ?**

**CEVAP:İğne torokostomi**

### Pnömotoraks

Pnömotoraks plevra boşluğunda hava bulunmasıdır.

Oluşum şekline göre üç gruba ayrılabilir.

1-Spontan pnömotoraks

• Primer

• Sekonder (KOAH)

2-Travmatik pnömotoraks (En sık nedeni)

3-latrojenik pnömotoraks ( **Torasentez**, plevra biyopsisi, mekanik ventilasyon, santral venöz kateter, trakeostomi vs)

Sigara için, ince uzun ve gençlerde primer spontan pnömotoraks meydana gelebilir. Etiyolojide **subpleval amfizematoz** bulgular mevcuttur. Sekonder spontan pnömotoraksın ise **en sık nedeni KOAH**'tır. Tüberküloz, sarkoidoz, akciğer absesi, akciğer ca, astım, akciğer infarktüsü vs. diğer nedenlerdir.



Sağda pnömotoraks ve sönmüş akciğer görünümünde

### Klinik:

**Aniden oluşan**, şiddetli göğüs ağrısı, nefes darlığı ve öksürük en sık semptomlardır.

Mediastendeki yapıların karşı tarafa itilmesiyle **tansiyon pnömotoraks** gelişmesi hayati risk taşır.

• Bu durumda inspiriyum ile havanın plevral alana girmesi ancak expiryumda dışarı çıkamaması söz konusudur.

• Bu durumda intratorasik basınç sürekli artar; venöz dönüş bozulur ve torakstaki büyük vasküller yapılarla baskı artar. Hasta şoka girebilir.

• **Bu tarz durumlarda öncelikle dışarıdan iyatrojenik bir kesiyole veya iğneyle tansiyon pnömotoraksın açık pnömotoraksa dönüşüne sağlanır ve daha sonra tedavi planlanır.**



Tansiyon pnömotoraks, mediasten sağa itilmiş

166

Kazananların dünyası

tusworld.com.tr

Dahiliye

### Fizik muayene:

- Solunuma iştirak azalır
- Palpasyonda **vibrasyon torasik azalır**
- Perkütyonda **hipersonorite**
- Oskültasyonda **solunum seslerinin duyulmaz**

### Tanı:

- PA akciğer grafisi (Ekspiyum grafisi)

### Tedavi:

- İstirahat ve gözlem
- O2 tedavisi
- İğne aspirasyonu (tansiyon pnömotoraksta)
- **Tüp torakostomi (Esas tedavi)**
- Pnörodezis: Tekrarlayan pnömotoraksta nüksü önlemek için.
- Torakotomi

**REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 166-167**

## REFERANS: 11

**42- Ani dispne gelişen hasta acil servise başvuruyor. Yakın zamanda bacağına şişme olması nedeniyle doppler USG de popliteal vende tromboz tespit edilmiş. Tanıyı kesinleştirmek için en uygun tanı yöntemi hangisidir ?**

**CEVAP:BT anjiyografi**

**POSTERO ANTERİOR AKCİĞER GRAFİSİ:** PA>125 cc sıvı gösterebilirken, lateral grafi >75 cc sıvı gösterebilir. Plevral kavitede bulunan sıvıyı göstermede en değerli görüntüleme yöntemi bilgisayarlı tomografidir (10 cc), lateral dökübit grafisi 50 cc'ye kadar sıvıyı gösterebilmektedir.

**Hiluslar:** Radyolojik olarak pulmoner arterler ve superior pulmoner venler oluşur.

**Sol hilus 2.5 cm** daha yukarıda olmalıdır. Hilus dansiteleri aynı olmalıdır.

**Diş konturleri** konkav veya düz olmalıdır.

**Kavitasyon:** Squamoz hücrelerin de görülür.

**Küçük hücrelide** görülmez.

**Malıgn kavitasyon:** Duvarın kalın düzensiz noduler (Duvar kalınlığı 15 mm büyükse % 85 malıgn)

**TBC de tek taraflı lap görülür.**

**Pulmoner emboli tanısında altın standart BT anjiyografidir.**

### Toraks MRG endikasyonları

Kontrast madde kontraendikasyonu varsa vasküler lezyonların değerlendirilmesi

Aort lezyonu

Superior sulcus tümörü

Göğüs duvarı değerlendirilmesi

Kanser invazyonu değerlendirilmesi

Arka mediastinel tümör

### Kardiak MR Endikasyonları

Konjenital kalp hastalıkları

İskemik kalp hastalıkları

Myokard perikard hastalıkları

Kardiak kitleler

Aritmojen sağ ve sol ventrikül displazisi

Kapak hastalıkları

Kompleks konjenital kalp hastalığında postop konjenital kalp hastalığı kardiak kitleler ilk tercihdir.

### Kontrindikasyonları

Kalp pili, kalıcı defibrilatör, elektronik iç kulak implantı

Implant ; vücudunda yabancı cisim olan hasta (kurşun gibi)

Ventrikül fonksiyon için altın standart MR ama ilk yapılan EKO'dur.

**Renal kitlede :US,BT,MR**

**Mesane kitle :US,BT,MR**

**Prostat kitlesi:TRUS,MR**

**Overyan kitle: TVUS, MR**

**Uterin kitle: TVUS, MR**

**Servikal kitle: TVUS, MR**

**Testiküler kitle: USG**

**Transplantasyon: Doppler USG**

**Hepatobilier sistemde birinci basamak görüntüleme USG primer görüntüleme yöntemi BT dir.**

**Pankreas kanseri olduğu düşünülen hastada klinik uyum söz konusu değilse pankreas kanseri bulgularına ek olarak hastanın aşağıdaki bulgularından birisi söz konusu ise ilk önce tomografi ile tetkik başlanabilir.**

**(Açılıp kapanan sanliik courvasier bulgusu Gaitada gizli kan)**

**BRADS kriterleri:**

Sifir:ek tetkik gerekir

1: **Negatif**

2: **Benign bulgular**

3: **Büyük olasılıkla benign kısa aralıklı izlem**

	İlk	En iyi
Akut pankreatit	USG	BT
	USG	ERCP
Kronik pankreatit		
Pankreas CA	USG	BT

Pankreas kanseri olduğu düşünülen hastada klinik uyum söz konusu değilse pankreas kanseri bulgularına ek olarak hastanın aşağıdaki bulgularından birisi söz konusu ise ilk önce tomografi ile tetkik başlanabilir.

**(Açılıp kapanan sanliik courvasier bulgusu Gaitada gizli kan)**

**BRADS kriterleri:**

Sifir:ek tetkik gerekir

1: **Negatif**

2: **Benign bulgular**

3: **Büyük olasılıkla benign kısa aralıklı izlem**

4: **Şüpheli anormal biyopsi**

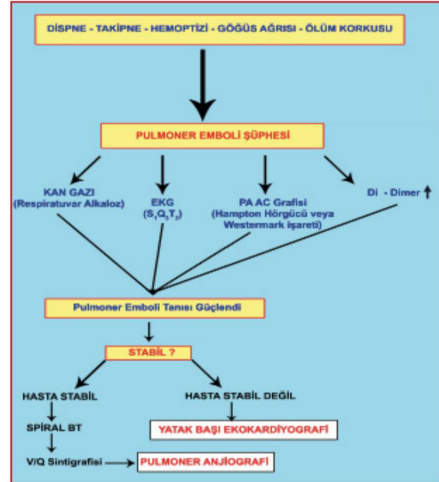
5: **Büyük olasılıklı malıgn**

Hastada Pnömoni var ama PA AC grafi normal  
1- Pnömoninin ilk 24 saati  
2- Dehidratasyon durumunda  
3- PJP olgularında  
4- Ciddi nötropeni varlığında

**REFERANS: TUSWORLD KÜÇÜK STAJLAR EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 111**

Takipne	%89
Dispne	%81
Taşikardi	%63
Ansiyete-Ajtasasyon	%60
P2 de şiddetlenme	%59
Ral	%50
Hemoptizi	%25

### PULMONER EMBOLİ SEMPTOMLARI



126

Kazananların dünyası

tusworld.com

**REFERANS: TUSWORLD GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 126**

99- Spinal anestezi seviyesini etkilemeyen?

CEVAP: Menapoz

REFERANS: YOK

REFERANS: 12

100- Hangi anestezi ajanının analjezik etkisi belirgindir?

CEVAP: Ketamin

**Ketamin**

- Yapıca fensiklidine benzer ve aynı onun gibi **NMDA reseptör blokajı** yaparak etki gösterir.
- Dolaylı semptomimetik etkiyle doz bağımlı kardiyovasküler uyarı yapar. Bunun **sonucunda taşikardi, kan basıncında, kalp debisinde ve kafa içi basınçta artış** ortaya çıkarır.
  - Kardiyovasküler stimülasyon yaptığı için hipotansif hastalarda ve bronkodilatasyon yaptığı için astım ve KOAH'lı hastalarda avantajlıdır.
- Uyanık gözükün hastanın çevreden kopma halinin gerçekleştiği, **disosiyatif anestezi** denen duruma neden olur.
- **Nitroz oksit gibi belirgin analjezik etkiye sahiptir.**
- **Ayılma süreci** olaylıdır. halüsinasyonlar ve korkulu rüyalarla birlikte psikoz hali sık görülür.
- Subanestezi dozlarında akut antidepresan etkisi vardır.

REFERANS: TUSWORLD FARMAKOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 186

REFERANS: 13

101- 55 yaşındaki erkek hasta 50 paket/sene sigara öyküsü mevcut. Son zamanlarda giderek artan sağ göğüs ağrısı mevcut. Hastanın grafisinde sağda plevral efüzyon tespit ediliyor. Bunun üzerinde çekilen toraks BT'sinde eski toraks BT'sine göre plevral kalınlaşma tespit ediliyor. En olası ön tanı hangisidir ?

CEVAP: Mezotelyoma

**Mezotelyoma**

- 1) **Benign Mezotelyoma (Soliter Fibröz Tümör)**
  - Asbestozis ile ilişkisi yoktur.
- 2) **Malign Mezotelyoma**
  - Asbest majör etkidir. Ancak asbest maruziyeti ve sigara kullanımının malign mezotelyoma açısından sinerjistik etkisi saptanmamıştır. (Akciğer CA' a vardır)
  - Erionit maruziyeti de riski artırır.
  - Sıklıkla direkt invazyonla akciğerleri veya toraks duvarını etkiler. Uzak metastaz nadirdir.
  - Mezotelyomada hastalarında göğüs ağrısı olur, grafide **plevral kalınlaşma** dikkati çeker, hemitoraksta bütöleme olabilir.
  - Habis mezotelyoma varlığında masif sıvı olmasına rağmen genellikle mediasten yer değiştirmez.
  - Kesin tanısı plevral biyopsi ile konur.
  - Malign mezotelyomada plevral sıvı asidik ve kanlı olur. Mezotelial hücreler **hyalüronik asit** üretirler.

tusworld.com.tr

Kazananların dünyası

165

REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 165

REFERANS: 14

102- Hipertrofik pilor stenozunda olmayan bulgu hangisidir ?

CEVAP: Pilon kanalının kısılması

**HİPERTROFİK PİLOR STENOZU**

Hastalığın görüme sıklığı %0.1-0.4 civarındadır. Erkeklerde 4 kat daha fazla risk olmakla birlikte hastaların %50'den fazlası ilköçüktür. Hastalığın tipik kliniği hayatın 3. ve 6. haftalarında ortaya çıkan **fişkirir tarzda safrasız kusmadır**. Hastalarda glukuronil transferaz eksikliğine bağlı indirekt bilirubin yüksektir. Kusmaya bağlı olarak **hipo-kalemik hipokloremik metabolik alkaloz** görülür.

42

Kazananların dünyası

tusworld.com.tr



**PALPASYONDA ZEYTİN BULGUSU (OLİVE) PATOGNOMONİKTİR!**

Baryumlu grafide pilor kanalı ince uzundur (trenyolu belirtisi) USG de pilorun uzunluğu ve kalınlığı ölçülerek tanı konması mümkündür.

REFERANS: TUSWORLD KÜÇÜK STAJLAR EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 42

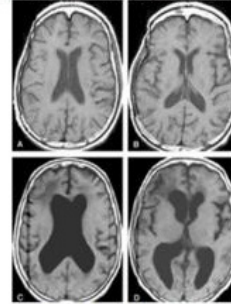
REFERANS: 15

103- Yaşlı erkek hasta, son zamanlarda giderek artan unutkanlık, ataksi ve inkontinans şikayetleri mevcut. Beyin MRI görüntülenmesinde tüm ventriküllerde genişleme mevcut. En olası ön tanı hangisidir ?

CEVAP: Normal basınçlı hidrosefali

**NORMAL BASINÇLI HİDROSEFALİ (ADAM HAKİM SENDROMU)**

İleri yaş grubu hastalığıdır. **Demans, yürüme bozukluğu ve idrar kaçırma triadıyla karakterizedir**. Bilişsel bozuklukta bellek bozukluğu olabilir daha belirgin özellik yürütücü işlevlerde bozukluklardır. Beyin MR ve BOS akım çalışmaları tanıya yardımcı olur.



**Kortikal atrofi, açıklanamayacak ventriküler dilatasyon varlığı ve klinik bulgular** ile tanı konulur. Tanı konulan hastalarda lomber fonksiyon ile BOS boşaltılması klinikte düzelmeye gösterebilir; bu hastalar ventriküloperitoneal şanttan yararlanan tüm bulgular düzelenbilir yada kısmi düzelmeye görülebilir. **Sekonder değişiklik**  
Kafa travmaları  
Subaraknoid kanama  
Beyin tümörleri  
Kistik hastalıklar  
Enfeksiyonlar (Meningit - Ensefalit)

REFERANS: TUSWORLD KÜÇÜK STAJLAR EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 179

REFERANS: 16

104- 30 yaşındaki kadın hasta, doğum sonrasında gelişen sol bileğinde ağrı nedeniyle başvuruyor. Ağrı son iki aydır mevcutmuş, özellikle bebeğini emzirirken artıyor, dinlenince azalıyor. Finkelstein testinde pozitiflik tespit ediliyor. Hangi tendonlar tutulmuştur?

CEVAP: Tutulan tendonlar abdüktoz pollisis longus ve ekstansör pollisis brevis

TENOSİNOVİTLER

De quervain hastalığı

Abdüktoz pollisis longus ve ekstansör pollisis brevis tendonlarının tutulumuna bağlı gelişir. Finkelstein testi pozitif → başparmak, avuç içi ulnar deviasyon yaptırılır. Tetik parmak oluşur.

REFERANS: TUSWORLD KÜÇÜK STAJLAR EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 206

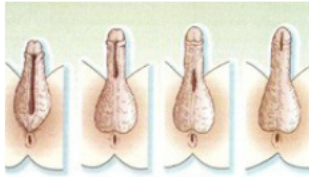
REFERANS: 17

105- Yenidoğan erkek hasta, fizik muayenede idrar penisin ventral yüzündeki proksimal bir delikten geliyor. Peniste ventrale doğru eğim mevcut ve prepisyum ventralde tespit ediliyor. En olası ön tanı hangisidir ?

CEVAP: Hipospadias

ÜROGENİTAL ANOMALİLER

**Hipospadias:** Üretral yolla ilgili en sık anomali. Üretral meanın olması gereken yerden daha proksimal bir bölgede açılmasına verilen addır. İdrar kanalının açılma noktası ne kadar geride ise komplikasyonun derecesi o kadar yüksektir. Glans penis ve korpus penis bölgesinin bileşke kısmında görülme sıklığı en fazladır. (Glanuler veya koronal) Prenatal USG ile tanı konulabilir. Hipospadiaslı çocuklarda doğuştan prepisyum denilen sünnet derisinin bir kısmı bulunmaz. Halk arasında bu bulunmayışa peygamber sünneti denir. Özellikle aile hekimlerinin dikkat etmesi gereken durum peygamber sünnetli çocukların sünnet edilmemesidir. Yanım olan sünnet derisi ileride yapılacak üretra tamininde kanal olarak kullanılabilir.



Hipospadias çeşitleri

**Epispadias:** Üretral meanın (meatus eksternus) bulunması gereken yerden superiorda olmasına verilen addır. **Epispadias** en sık ekstrofia vezikaya eşlik eder. **Ekstrofia vezika** mesanenin karın duvarından dışarıya açılması durumudur. Epispadiaslar komplet ve inkomplet olmak üzere ikiye ayrılır. İnkomplet epispadias korkulacak bir tablo değildir, tek seansta veya iki seansta tedavi edilir. Komplet epispadias ise en az 3 ila 5 seansta tedavi edilebilen ekstrofia vezikanın eşlik ettiği daha ciddi bir durumdur.

REFERANS: TUSWORLD KÜÇÜK STAJLAR EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 6

REFERANS: 18

106- Antenel USG'de bilateral hidroüreteronefroz, oligohidramniyoz ve mesane duvarında kalınlaşma tespit edilen erkek bebek için en olası ön tanı ve öncelikli olarak yapılması gereken tetkikler hangileridir ?

CEVAP: PUV / USG-VCUG

Yenidoğanlarda ve bebeklerde gorulen üriner sistemde en sık obstruktif lezyon	Posterior uretral valv (Sadece erkeklerde ve distal prostatik uretrada görülür) Kesik kesik, damlama tarzı işeme yapar. Bilateral hidronefroza neden olur. Tani voiding sistouretrografi ile konulur
---	--

REFERANS: TUSWORLD KÜÇÜK STAJLAR EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 6

REFERANS: 19

107- Genç hasta, her yıl tekrarlayan ve son zamanlarda giderek artan burun akıntısı, burun tıkanıklığı, hapşırma şikayetleriyle başvuruyor. Periorbital ciltte hafif morluk ve hastanın ağız solunumu yaptığı izleniyor. Nazal endoskopide mukozada ödem ve solukluk tespit ediliyor. En olası tanı hangisidir ?

CEVAP: Allerjik rinit



Pediatric Efsane Konu Kitabı

PEDIATRİK ALERJİ

ALERJİK RİNİT (AR)

\* Allerjik rinit nazal konjesyon, kaşıntı, rinore ile karakterize burun mukozasının inflamatuvar bir hastalıdır.

\* Etiyoloji

\* En önemli etiyolojik faktör allerjenlerdir.

\* Bu allerjenlerin tipine göre mevsimsel (intermittant) veya perenneal (persistan) semptomlar görülür.



Allerjik yüz

KLİNİK

\* Tipik yakınmalar intermittant nazal konjesyon, burun kaşınması, hapşırık, seröz akıntı ve konjunktivalirritasyondur.

\* Burun tıkanıklığı gece artar ve horlamaya neden olabilir.

\* **Allerjik şiner (göz altlarında ödem ve morluk)** vardır.

\* **Nazal mukozalar hipertrofik, konkalar şiş ve soluktur.**

Dışar düzensiz dizilmiştir, ağızdan nefes alıp verirler.

\* **Allerjik selam** (burnun el içiyle aşağıdan yukarıya doğru kaşınması) ve burnun sonucunda oluşan allerjik

\* **Çizgi** (burnun ucunun üstünde horizontal çizgi) görülür.

\* **Allerjik gıdıklama** (ağız tabanının kaşınması sonucu gelişir)



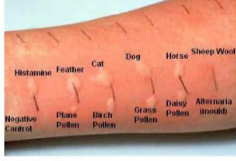
LABORATUVAR

\* Deritesterler

\* Spesifik IgE düzeyleri

\* Nazal smear - küçük çocuklarda %4, adolesanlarda

%10'dan fazla eozinofil görülmesi AR tanısı destekler, nötrofil varlığı enfeksiyöz riniti düşündürür



Kanda eozinofili ve to- tal serum IgE yüksekliği relatif olarak düşük sensitiviteye sahiptir.

**AR: KOMPLİKASYONLAR**

\* **Kronik sinüzit**

\* **Alerjik yürüyüş (mars)**– astımlı hastaların %78'inde AR, AR'li hastaların %38'inde astım vardır.

- \* AR alevlenmelerinde **bronkospazm** görülebilir.
- \* **Persistan veya rekürren öksürük –postnazal akıntı** nedeniyle
- \* Orta kulakta efüzyon, **otitis media**– östaki borusunun tıkanıklığı nedeniyle.
- \* **Adenoid hipertrofi**
- \* **Obstrüktif uykuapnesi**

#### TEDAVİ

- \* Alerjenden uzaklaşılır.
- \* **Antihistaminler** - rinore ve hapşırıkta etkili olurlar.
- \* **Nazal İpratropiumbromide**
- \* Ağır ve persistan olgularda **intranazal steroidler** (flutikazon, mometazon, budesonid) tüm bulguları baskılar.
- \* Azelastin (topikal)
- \* Pseudoefedrin – oral olarak nazal konjesyon için
- \* Alerjen immünoterapi

#### ASTİM

- \* **Epizodik hava yolu obstrüksiyonu ile karakterize kronik inflamatuvar bir hastalıktır.**
- \* Kronik inflamasyon provokatif maruziyetlere hava yollarının aşırı yanıtılığını [bronş hiper-reaktivitesini-(BHR)] artırır.



**REFERANS: TUSWORLD PEDIATRİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 179-180**

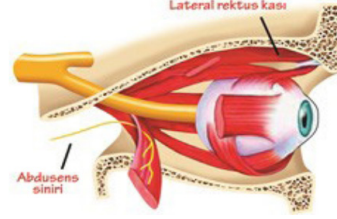
## REFERANS: 20

**108- Yaşlı hasta, yeni başlayan diplopi ve sağ gözde dışa bakış kısıtlılığı mevcut. Özgeçmişinde düzensiz hipertansiyon ve diyabet mellitus mevcut. Hangi kranyal sinir etkilenebilir?**

**CEVAP: Etkilenen N. Abducens**

#### VI. ABDUSENS SİNİR

Gözün dışa doğru bakışını sağlayan **lateral rektus** kasının inervasyonundan sorumludur. Çalışmadığı zaman dışa bakışta kısıtlanma, horizontal diplopi ve içe şaşılık olur. VI. Sinir felcinin sık rastlanan nedenleri arasında kafa içi basınç artması sendromu (KİBAS), intrakranial tümörler ve travma düşünülmelidir.



**REFERANS: TUSWORLD KÜÇÜK STAJLAR EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 132**

## PEDİATRİ 29/31

### REFERANS: 1

43- Katarakt ve retinoblastom tanısı için en uygun test aşağıdakilerden hangisidir?

CEVAP: Kırmızı yansıma testi (Red Refle testi)

### REFERANS: TUSWORLD PEDİATRİ EFSANE KONU KİTABI-1, SAYFA:6



Pediatric Efsane Konu

#### Lökokori (beyaz pupiller refleksi) Nedenleri:

- Tümör: Retinoblastom - (ilk dışlanması düşünülmesi ve dışlanması gereken patoloji \*)
- Konjenital Katarakt
- Korioretinit
- Prematür retinopati (ROP)
- Peristan hiperplastik primer vitreus
- Retina dekolmanı
- Retinoskizis
- Larval granülomatosis

#### Konjenital Katarakt:

- Hayatın ilk bir yılı içinde meydana gelen katarakta denir. Çocukluk dönemi körlükleri arasında başta gelen nedenler arasındadır. Yenidoğanın oftalmik muayenesinde **kırmızı refle (yansıma)** alınmaz. Lens önyü- zünde pigmente yuvarışak halka şeklinde lezyon olarak görülür.
- Konjenital kataraktın diğer nedenleri arasında, TORCH-(Rubella), Galaktozemi, Marfan sendromu, Alport sendromu, Marinesco-Sjögren sendromu ve Hallerman - Streiff Sendromudur.

#### Dip Not:

- Diyetle önlenebilir konjenital katarakt etyolojisi Galaktozemi'dir!

### REFERANS: 2

44- Kompleman eksikliği olan 6 aylık çocukta aşılama nasıl olmalı?

CEVAP: Rutin aşılama uygulanır



Pediatric Efsane Konu

**Canlı virus aşılı hamilelerde kontrendikedir.** Gebelerde kızamık, kızamıkçık ve kabakulak aşıları kontrendikedir. Hamilelerde inaktif polio aşısı güvenle yapılabilir. Hamilelerin bulunduğu evde çocukların su çiçeği aşılması yapılabilir.

#### İmmün yetmezliklerde aşılama – 1

**Canlı aşılar:** Ağır bağımsızlık eksikliği bulunan yada bağımsızlık durumu kesinlikle bilinmeyenlere, aşı suşlarıyla hastalanma riskinin yüksek olması nedeniyle **ister viral ister bakteriyel aşılar yapılmamalıdır.**

**Inaktif aşılar:** İnaktif ve immunglobulin preparatlarının komplikasyon riski, bağımsızlık eksikliği bulunan kişilerde daha yüksek olmadığından bu ürünler kullanılabilir. İnaktif aşılarla (DBT, hepatit B, IPV, Hib, pnömokok) yanıt yetersiz olabilir.

#### Kompleman eksikliğinde aşı kontrendikasyonu yoktur

**Fagozist fonksiyon bozukluğunda** (Kronik granülomatöz hastalık, lökosit adezyon defekti, myeloperoksidaz eksikliği) **canlı bakteri aşıları kontrendikedir.**

AIDS'de OPV, BCG, MMR aşıları yapılmamalıdır. DBT, IPV, hepatit B ve Hib aşıları uygun takvimde yapılmalıdır.

### REFERANS: TUSWORLD PEDİATRİ EFSANE KONU KİTABI-1, SAYFA:191

### REFERANS: 3

45- Çocuklarda cinsel gelişim hangi hangi dönemde gelişir?

CEVAP: 36-48 ay

### REFERANS: TUSWORLD PEDİATRİ EFSANE KONU KİTABI-1, SAYFA:62

18. AY	Koşabilir. Ayakta iken düşmeden oyuncuğunu fırlatabilir.	Kitap yapraklarını ikiye, üçer çevirebilir. Kağıdını doldurarak kendisi yemek yiyebilir.	7-20 sözcük bilir. Vucudunun en az bir parçasının adını bilir, eliyle gösterir. Sözcük salatasına anlaşılır sözler katmaya başlar.	Anne babasını taklit eder. (yer süpürme, toz alma) Diğer çocuklarla oyun oynayabilir.
21. AY	Çömelebilir, merdiven çıkabilir.	5 kupa kale yapabilir. Bir bardağı tutarak kendi kendine bir şey içebilir.	3-5 vücut bölümünü bilir. İki sözcüklük cümle kurabilir.	Yemek ve tuvalete gitme isteklerini işaret veya sözcükle belli etmeye başlar.
24. AY	Yardımsız merdiven inip çıkabilir.	Kitap yapraklarını teker teker çevirir, papuçlarını ve pantolonunu çıkarabilir.	50 sözcük bilir. 2 sözcüklük cümle kurabilir. 3 zamir bilir (ben, sen, biz). Resimlerdeki eşyaların ismini söyleyebilir.	Çatal ve kaşığı rahatça tutup kullanabilir.
2.5 YAŞ	Sıçrayabilir, topu başının üzerinden fırlatabilir.	Düğmeleri çözebilir, kalemı büyüklere benzer şekilde tutmaya başlar.	Çoğu geçmiş zaman kullanmaya başlar. "Ben" zaimini genellikle doğru kullanır.	Adını ve soyadını söyleyebilir.
3 YAŞ	Üç tekerlekli bisiklete binebilir. İki ayağını kullanarak merdiven çıkabilir.	Kısmen kendisi giyinebilir. Söylenince gidip ellerini yıkayabilir.	Olayları anlatmaya başlar. <b>Cinsiyetini bilir.</b>	Oyuncaklarını paylaşır, çocuklarla oyun oynar.
4 YAŞ	Sıçrayabilir, tek ayak üzerinde durabilir.	Düğme iliklebilir. Topu yakalayabilir.	Renkleri bilir, şir veya şarkı ezberleyebilir.	Hayali masallar anlatmaya, grup oyunlarına katılmaya başlar.
5 YAŞ	Tek ayak üzerinde sıçrayabilir. Alçak engellerden atlayabilir.	Papuçlarını bağlayabilir. Bıçakla ekmeğe üzerine yağ sürebilir.	Adını yazabilir. Anlamadığı sözcüğü sorar.	Yarışmalı oyunlara katılmaya başlar. Kurallara uyar, ev işlerine yardım etmek ister.

### REFERANS: 4

46- E vitamini eksikliğine bağlı görülmesi en az olası durum?

CEVAP: Pseudotümör cerebri

### REFERANS: TUSWORLD PEDİATRİ EFSANE KONU KİTABI-1, SAYFA:65

#### Diğer Yağda Eriyen Vitamin Eksiklikleri

#### D vitamini eksikliği

- \* Rikets
- \* Hipokalsmik tetani
- \* Laringospazm
- \* Konvülsiyon
- \* Büyüme geriliği
- \* Osteomalazi

#### K vitamini eksikliği

- \* Kanama
- \* Yenidopanin hemorajik hastalığı

#### E vitamini eksikliği

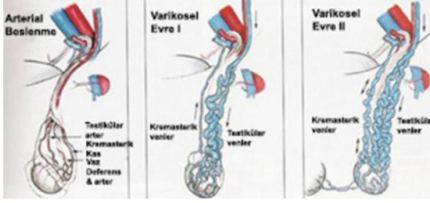
- Prematürelde hemolitik anemi
- Trombositoz
- Ödem
- Kolestaz ve yağ malabsorpsiyonu olanlar
- Serebellar ataksi
- Periferik nöropati
- Posterior kordon defekti
- Pigmenter retinopati

### REFERANS: 5

47- Sol testisinde ağrı ve şişlik olan hastanın sol testisinin üstünde solucan yumağı görünümünde kitle tespit ediliyor. En olası tanı?

CEVAP: Varikozel

### VARİKOSEL



Varikozel spermatic kord içinde pleksus pampiniformisin varikoz dilatasyonudur. **Varikozel genellikle %95 tek taraflı soldadır.** Genelde asemptomatikdir ve infertilite nedeniyle tetkik edilende muayenede saptanır. Tanısı **skrotal doppler USG** ile konur. Tedavisi cerrahi olarak varikoz venlerin bağlanmasıdır. Semen analizinde genellikle motiliteyi bozar ve cerrahi ile en çok düzelen parametre motilitedir.

### VARİKOSEL TANISI KONULAN HASTADA TEDAVİ ENDIKASYONLARI

- 1) Varikozelin palpabl olması,
- 2) Çiftin bilinen infertilitesinin bulunması,
- 3) Kadın partnerin fertilitésinin normal olması veya potansiyel olarak düzeltilebilecek bir infertilite nedeninin bulunması,
- 4) Erkek partnerin bir veya daha fazla anormal semen parametreleri (sperm sayısı, motilite veya morfoloji-de bozulma) veya sperm fonksiyon testlerine sahip olması.

KONU KİTABI

## REFERANS: TUSWORLD KÜÇÜK STAJLAR EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 33

### REFERANS: 6

**48- Boy kısalığı, 4. metakorp kısalığı, saç çizgisinde düşüklük, ayırık meme başı, renal ultrasonografisinde at nalı böbrek tespit edilen hastada kesin tanı için en uygun olan hangisidir?**

**CEVAP:** Kromozom analizi



Normal karyotip: 46,XX veya 46,XY Turner benzeri fizik özellikler  
Turner: Zeka normal, sol kalp defekti  
Noonan: Zeka geri, sağ kalp defekti

### Turner Sendromu45,X



### 45, X karyotip sıklığı %3%99 abortus



## REFERANS: TUSWORLD PEDIATRİ EFSANE KONU KİTABI-1, SAYFA: 132

### Turner Sendromu En Sık Bulgu: Kısa Boy (%100) Puberte gecikmesi (%90-95)



### Turner Sendromu İskelet anomalilikleri

- \* 4. metatars ve metakarp kemiklerinin kısalığı (en sık)
- \* Diz ve el bilek eklemlerinde epifizyal disgenезi,
- \* Madelung deformitesi
- \* Skolyoz
- \* Osteoporoz



## REFERANS: TUSWORLD PEDIATRİ EFSANE KONU KİTABI-1, SAYFA: 133

### HİPOTALAMOHİPOFİZER SİSTEMİN ENDOKRİNOLOJİK DEĞERLENDİRİLMESİ

#### Sella Tursikanin Nöroradyolojik Değerlendirilmesi

İlk sella spot grafi çekilir. MR en iyi görüntüleme yöntemidir.

#### Nörooftalmolojik Değerlendirme

Suprasellar büyüme gösteren hipofiz tümörlerinde optik sinir etkilenmesine bağlı bitemporal hemianopsi şeklinde görme alanı defektleri olur. Lateral olarak kavernöz sinusa doğru genişleyen hipofiz tümörleri 3., 4., 5. (I, II. dalları) ve 6. kafa sinirlerinin fonksiyonlarını bozabilir.

### HİPOTALAMUS VE HİPOFİZ HASTALIKLARI

#### Kallman sendromu (izole gonadotropin eksikliği)

**X'e bağlı resesif geçer.** Bulbus olfaktorius agenezisi ve GnRH sentezleyen nöronların embriyolojik göçünün olmayışı sonucu gelişen anormi ve hipogonadotropik hipogadizm ile karakterizedir. GnRH tedavisi ile fertil hale gelebilirler.



## REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 133

### REFERANS: 7

**49- Serum sodyumu yüksek idrar sodyumu düşük olan hastada en olası tanı?**

**CEVAP:** Santral Diabet İnsipidus

## REFERANS: TUSWORLD PEDIATRİ EFSANE KONU KİTABI-1, SAYFA: 121

### SEREBRAL TUZ KAYBI

Atrial natriüretik peptidin aşırı sekresyonuna bağlı gelişir. Beyin tümörü, kafa travması, hidrosefali, nörocerrahi, serebrovasküler olay, beyin ölümü gibi SSS bozukluklarında görülür. Hiponatremiye yüksek idrar Na'u (>150), poliüri ve hipovolemi eşlik eder. Bir SSS patolojisine bağlı hiponatremi UADHS veya serebral tuz kaybından kaynaklanabilir. Bunların tedavisi farklı olduğundan aralarında ayırım yapmak önemlidir.

Klinik parametre	UADHS	Serebral tuz kaybı	Santral Di
Serum Na	Düşük	Düşük	<b>Yüksek</b>
İdrar çıkışı	Normal / düşük	Yüksek	Yüksek
İdrar Na	Yüksek (>25)	Çok Yüksek (>150)	<b>Düşük</b>
İntravasküler volüm	Normal / yüksek	Düşük	Düşük
Serum ürik asit	Düşük	Normal / yüksek	Yüksek
ADH düzeyi	Yüksek	Düşük	Düşük

### REFERANS: 8

**50- Makrosefali olan süt çocuğunun idrarında N-asetil aspartik asit atılımı artmış. En olası tanı?**

**CEVAP:** Canavan Hastalığı

71-Canavan hastalığı ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır? (YDUS)

- A)Aspartoçilaz enzim eksikliği vardır.
- B)Otozomal resesif geçişlidir.
- C)İdrarda ve kanda N-asetilaspartik asit atılımı vardır.
- D)Konjenital mikrosefali karakteristiktir.
- E)Beyinde ağır lökodistrofi yaratır.

CEVAP:D

Koca kafalı Canavan ı unutmayalım ☺

\*\*\*Canavan hastalığında makrosefali görülür.

### CANAVAN HASTALIĞI

- ✓ OR
- ✓ Beyinde süngerimsi değişiklikler
- ✓ Aspartoçilaz eksikliği\*\*\*
- ✓ Dokularda N-asetilaspartik asit birikimi\*\*\*
- ✓ İdrarda N-asetilaspartik asit atılımı artmıştır.
- ✓ Makrosefali\*\*\*

ALTERNATİF REFERANS: TUSWORLD PEDIATRI EFSANE SORU KİTABI, SAYFA:82

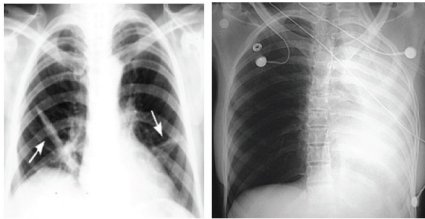
REFERANS YOK

REFERANS: 9

51- Parankime eksternal bası yapan barsak ansları nedeniyle atelektazisi olan hastanın grafisi verilmiş. En olası tanı?

CEVAP: Diafragma hernisi

REFERANS: TUSWORLD PEDIATRI EFSANE KONU KİTABI-2, SAYFA: 113



### ATELEKTAZİNİN ANATOMİK NEDENLERİ

- Pulmoner parankime eksternal bası
  - Plevral efüzyon
  - Pnömotoraks
  - İntratorasik tümörler
  - Diafragmatik herni

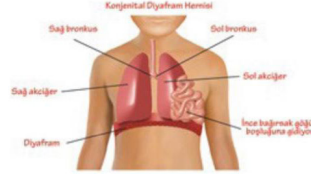
REFERANS: TUSWORLD KÜÇÜK STAJLAR EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 38

### KONJENİTAL DİYAFRAM HERNİSİ

Bağırsakların erken dönüşü ile diyafragma tam olarak gelişimini tamamlayamaz ve plevroperitoneal kanal açık kalır. Mortalitesi oldukça yüksek bir hastalıktır.

Vakaların tümüne yakınında Bochdalek hernisi vardır !

**Bochdalek Hernisi (%98):** Karın içi organları diaframın sol arkasındaki açıklıktan göğüze geçer. Karın içi organlardan göğüs boşluğuna en çok geçen ince barsaklardır. Herni olan tarafa akciğerler solunuma az katılır. Karın çökük görünümde olup ADKG'de göğüs kafesinde barsak ansları görülür. Kızlarda iki kat daha sık görülür.



### Avırıcı tanı:

Akciğerlerin konjenital kistik  
H.stafilokokkal kistler  
Loküle pnömotoraks  
Akciğer hamartomu  
Diafragmaeventrasyonu

Sağ taraftan herniye olanlarda sola göre major ek anomali görülme durumu yaklaşık 3 kat daha fazladır. Tedavi: Akciğer sürekli dinlenmelidir. Fıtık bulunan tarafa yatırılmalıdır Cerrahi tedavi şarttır.

Prognozu esas olarak akciğer hipoplazisi belirler, ilk tercih ameliyat beslenme gastrostomiinden sonra konjenital diyafragma hernisinde prognozda kan gazı,radyolojik bulgular ve ventilasyon/perfüzyon sintigrafisi önemlidir

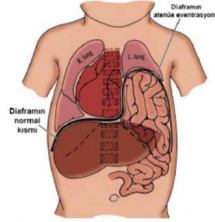
### Morgagni Hernisi(%2)

Bochdalek hernisine göre çok daha nadir görülür ve genellikle asemptomatik seyeder. Morgagni hernisi herni kesesi barındırır ve rutin akciğer grafisinde sternum arkasında gaz görülmesiyle konur.

### Diyafragma Eventrasyonu

Diyafragma eventrasyonu muskuler tabakası iyi gelişmemiş diyaframın tamamının ya da bir bölümünün normalden yüksek olması ve toraksa doğru kubbeleşmesine verilen isimdir. Kasların yetersiz gelişimine bağlı olup sağ anteromedial'de siktir.

Hastaların kliniğinde solunum sıkıntısı ve paradoksik diyafragma hareketleri mevcuttur. Frenik sinir felcine bağlı olunca sağ tarafta siktir.



Diyafragma eventrasyonun cerrahi tedavisinde plikasyon tekniği kullanılır.

REFERANS: 10

52- 38 hafta sezaryen ile doğan bebekte postnatal takipne, solunum sıkıntısı görülüyor. Akciğer grafide perihiler vaskülaritede artış, fissürde sıvı çizgisi ve havalanma fazlalığı görülüyor. Minimal oksijen desteği ile hasta 24 saat sonra düzeliyor. En olası tanı?

CEVAP: Yenidoğanın geçici takipnesi

REFERANS: TUSWORLD PEDIATRI EFSANE KONU KİTABI-1, SAYFA: 25

### YENİDOĞANIN GEÇİCİ TAKİPNESİ (TTN) - YAŞ AKCİĞER

RDS tip II de denilen bu durum fetal akciğer sıvısının doğumda akciğerlerden temizlenememesine bağlı olarak ortaya çıkar. Vajinal yolla doğan term bebeklerin % 5'inde pretermelerin % 15'inde, sezaryenle doğan termlerin % 10'unda pretermelerin % 20'sinde görülür. Asfiktik bebekler ve diya-betik anne bebeklerinde bu oranlar daha yüksektir.

Doğumdan hemen sonra takipne, retraksiyonlar, burun kanatlarının solunuma katılması ve si-yanoz (minimal oksijen-<%40-ile düzelebilir) gibi solunum sıkıntısı belirtileri ortaya çıkar.

- Dinlemekle akciğer sesleri temizdir. Hastalar genellikle 3 gün içinde hızla iyileşir.
- Nadiren ağır hastalık ile kötü gidiş olabilir.
- Hipoksi, hiperkapni, asidoz sık değildir.
- Prognoz iyidir.
- RDS'den ayırım klinik seyir ve röntgen bulguları ile yapılabilir.

#### Radyolojik bulguları:

- Perihiler vaskülarite artışı
- Fissürde sıvı çizgisi (Fissürit)
- Havalanma fazlalığı
- Plevral sıvı (nadiren)

## 53- Fiziksel istismar sonucu basiller kafatası kırığı olan çocuktan görülmesi en az olası olan?

CEVAP: Anizokori

REFERANS: YOK

REFERANS: 11

## 54- Penisilin enjeksiyonu sonrası solunum sıkıntısı ve anafilaktik reaksiyon geçiren hastaya hangi tedavi uygulanmalıdır?

CEVAP: IM Adrenalin

## REFERANS: TUSWORLD PEDIATRİ EFSANE KONU KİTABI-1, SAYFA: 25

### ETİYOLOJİ

#### Hastane

- \* Lateks (en sık)
- \* Antibiyotikler (IV)
- \* İVIG
- \* Radyokontrast madde

#### Hastane dışı

- \* Gıda (ensik)
- fıstık, fındık, süt, yumurta,
- kabuklu deniz hayvanları
- \* Böcek sokması (arı)
- \* Oral ilaçlar (penisilin)
- \* Egzersiz (gıda ilişkili olabilir)
- \* İdiyopatik

### ANAFİLAKTOİD REAKSİYONLAR

- \* Medikasyon ve fiziksel faktörler
- Morfin
- Egzersiz
- Soğuk
- \* LCT metabolizma bozukluğu
- Aspirin
- NSAİİ
- \* İmmün agregatlar ve kompleman akti-vasyonu
- \* - Kan ürünleri
- \* Olası kompleman aktivasyonu
- Radyokontrast maddeler
- Dializ filtreleri

### KLİNİK

- Dakikalar-2 saat
- \* Dudaklarda uyuşma
- \* Ağzıda ve yüzde kaşıntı
- \* Sıcak basması
- \* Endişe, korku
- \* Ürtiker
- \* Anjiödem
- \* Vizing
- \* Solunum sıkıntısı
- \* Larengal ödem

### TEDAVİ

#### \* Adrenalin IM

- \* IV sıvı + Oksijen
- \* Antialerjik IV / IM
- \* Beta2agonist inhale
- \* Kortikosteroidler IV / IM

### SERUM HASTALIĞI

- \* Tedavi amaçlı sıvılar
- \* İmmün kompleks (Tip 3reaksiyon)
- \* Enjeksiyon yerinde endurasyon,ödem
- \* Ateş
- \* Halsizlik
- \* Raş
- \* Ürtiker
- \* LAP
- \* Artrit (Multiple)
- \* Dolayan İK'ler saptanabilir
- \* \* C3, C4 düşük
- \* ESHartmış
- \* Trombositopeni
- \* Tedavi
- Antihistaminikler
- Steroidler
- 1-2 haftada kendini sınırlar

## REFERANS: 12

## 55- Konjenital rubella sendromunda şıklarda yer alanlardan görülmesi en az olası görülmesi olan?

CEVAP: Hidrosefali (Diğer şıklar: Pulmoner stenoz, meningoensefalit, retinopati, intertisyel pnömoni)

## REFERANS: TUSWORLD PEDIATRİ EFSANE KONU KİTABI-1, SAYFA: 153

### Konj. Rubella: Klinik

- \* En sık bulgusu intrauterin büyüme geriliğidir. Diğer sık bulgular katarakt, mikroftalmi, yapısal defektler (PDA, PS) blueberry muffin cilt lezyonları (CMV'de olur) sağırılık ve meningoensefalit.
- \* Rubella geçici neonatal bulgular, kalıcı organ ve doku hasarları ve kronik enfeksiyon veya otoimmün fenomene bağlı geç başlangıçlı hastalık yapabilir. MMR ve nadiren otoizm sekele kalabilir

Konjenital Rubella Bulguları		
Geçici	Kalıcı	Geç başlangıçlı
<b>Sık</b>		
HSM	IUBO, Postnatal gelişme geriliği	Diyabet mellit
Doğrudan hiperbilirubinemi		
Purpura	PDA (en sık)	Kronik geçici rubella form raş
Trombositopeni	Pulmoner stenoz	
"Blueberry muffin" raş	Katarakt	
"Denial entropoz"	Mikroftalmi	
Kemik radyolanseleri	Retrobulbar	
osteit	Sapirlik	
TORCH BULGULARI + KALP DEFEKTİ → KONJ. RUBELLA		

Konjenital Rubella Bulguları		
Nadir		
Prematürite	VSD, ASD	Kronik progresif parotit
Miyokardit-Hepatt	Glokom, Mikrosefali	Tiroit, Hip-Hipertroidizm
Interstisyel pnömonit	Intrakranyal kalsifikasyonlar	Erken puberte
Hemolitik anemi	Renal arter stenozu	Büyüme hormonu eksikliği
Lökopeni	-HT	
Büyük ün fontanel	Anormal diş morfolojisi	Keratokeratosis

### Konjenital Rubella



Blueberry Muffin lezyonları

## REFERANS: 13

56- 2,5 yaşındaki erkek 7 gündür ateşi, gözlerinde kızarıklık öyküsü nedeniyle başvuruyor. FM'de bilateral konjonktivit, servikal LAP, el ve ayaklarda kızarıklık ve ödem saptanıyor. Tetiklerde albümin düşük, trombositoz, ALT AST artışı mevcut. En olası tanı?

CEVAP: Kawasaki

REFERANS: TUSWORLD PEDIATRİ EFSANE KONU KİTABI-2, SAYFA:46-47

TUSWORLD REFERANS: TW PEDIATRİ KONU KİTABI-1 SAYFA: 153

### KAWASAKİ HASTALIĞI

- Mukokutanöz lenf nodu sendromu
- < 5 yaş en sık (%80)



- Ateş, mukoza inflamasyonu, cilt değişiklikleri ve servikal lenfadenopati ile karakterizedir. Kawasaki Tanı kriterleri

- Ateş (5 günden fazla süren) + en az 4 özellik
- Döküntü : polimorfik egzantem
- Bilateral konjonktival konjesyon (non-pürülan)
- Ağız mukozası bulguları
  - Dudaklarda kızarıklık
  - Çilek dili görünümü
  - Ağız ve farinks mukozasındaki yaygın kızarıklık
- Servikal lenfadenopati (çap > 1.5 cm)
- Ekstremité bulguları

o Kawasaki hastalığının hiçbir bulgusu süperatif ve üseratif değildir!!

o Ateş ve < 4 özellik:  
Atipik veya inkomplet Kawasaki

46

Kazananların dünyası

tusworld.com

- Başlangıç: el ayası ve ayak tabanında kızarıklık ve induratif ödem
- İyileşme döneminde, parmak uçlarından başlayan membranöz soyulmalar



### Kawasaki- Diğer bulgular

- Kardiyak tutulum (en önemli komplikasyon)
  - Dev koroner anevrizmler (> 8 mm)

### Ağır klinik gidiş

- Erkek cinsiyet
- <1 yaş
- Uzamış ateş
- Afebril dönemden sonra ateşin tekrar yükselmesi,
- Aşağıdaki lab bulgularının varlığı
  - Düşük trombosit veya hemoglobin düzeyi,
  - Yüksek nötrofil ve bant sayıları
  - Hiponatremi
  - Düşük albumin ve IgG düzeyleri

## REFERANS: 14

57- Kistik fibrozise bağlı pankreatik yetmezlik gelişen hastada hangi beslenme önerisi yapılmamalıdır?

CEVAP: Yüksek kalorili yağdan fakir diyet

REFERANS: TUSWORLD PEDIATRİ EFSANE KONU KİTABI-2, SAYFA:109

### TEDAVİ

- Genel koruyuculuk: Kızamık, boğmaca, influenza aşılması
- Sıvı tedavisi (hidrasyon)
- Inhalasyon tedavisi: NaCl nebül, Dornaz alfa (DNase), Beta 2 agonistler
- Akciğer fizyoterapisi
- Antibiyotik tedavisi (Yüksek dozda)
- Aerolize antibiyotik: Tobramisin,
- Steroid : ABPA (aspergilloz), Ciddi reaktif hava yolu
- Endoskopi-lavaj
- Nutrisyonel tedavi: Yüksek kalorili diyet (yağ ve proteinden zengin), pankreas enzimleri, vitamin (A,D,E,K) ve eser element desteği

REFERANS: TUSWORLD GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 39

## BESLENME

### 70 Kg İnsan

- 49 Kg Sü-Mineral
- 6 Kg protein (24000 kkal)
- 15 Kg Yağ (140000 kkal)
- 200 gr (0,2 kg) glikojen (800 kkal)

### Sağlıklı Erişkinde Günlük İhtiyaç;

- Bazal enerji ↔ 22-25 kkal/kg
- Yağ ↔ 1 gr/kg
- Glukoz ↔ 7,2 gr/kg
- Protein ↔ 0,85 gr/kg

### Sağlıklı Erişkin

Günlük → Bazal Metabolizma } 22-25 kkal/kg  
İçin enerji ihtiyacı }  
Kısa açlıkta glikolitik dokuların (beyin, kalp, kemik, adrenals) enerji gereksinimleri glukoz (180 gr) ile karşılanır.

Cerrahi , hastaların bazı dönemlerde ağızdan beslenmemesine sebep olabilir. Hastaların beslenmediği dönem önemlidir. Normal şartlarda ameliyat öncesi yeterli beslenen hastanın , ameliyattan sonra 7 gün (1 hafta) ağızdan beslenmeye dahi günlük 100 gr glukoz ile enerji dengesini sağlanabilir. İntravenöz glukoz verilmesi karaciğerin glukoneogenezine engel olur. Karaciğer glukoneogenezini engellemenin en uygun yolu; 240 mg/kg/saat infüzyon yapılmasıdır.

## REFERANS: 15

58- Astım kontrolünde etkili olmayan ilaç hangisidir?

CEVAP: İn hale kortikoid kullanım sıklığı

REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 134

### Astımda kontrol değerlendirilmesi

Özellik	Kontrol altında (aşağıdakilerin tümünün karşılanması)	Kısmen kontrol altında (Herhangi birinin bulunması)	Kontrol altında değil
Günlük Semptomları	Haftada ≤2 kez yada yok	Haftada 2 kezden fazla	Bir haftada kısmen kontrol altında olan astım özelliklerinden 3 ya da fazlasının bulunması
Aktivitelerin kısıtlanması	Yok	Varsa	
Gece semptomları/uyanmaları	Yok	Varsa	
Rahatlatıcı ilaç gereksinimi	Haftada ≤2 kez yada yok	Haftada 2 kezden fazla	
Solunum fonksiyonları (PEF yada FEV1)	Normal	Beklenen yada biliniyorsa en iyi kişisel değeri (<=80%)	

### Astım krizinin tedavisi:

- Oksijen tedavisi
- Hızlı etkili beta2 agonist (en etkili , ilk tercih)
- Sistemik steroidler

REFERANS: 16

59- 5 aylık bebek takipne ve emerken çabuk yorulma şikayeti nedeniyle getiriliyor. Muayenede soluk görünüm, çekilme, mezokardiyak odakta pansistolik üfürüm ve hepatomegali saptanıyor. En olası tanı?

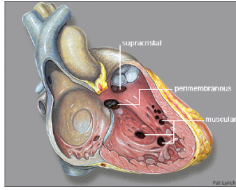
CEVAP: Ventriküler septal defekt

REFERANS: TUSWORLD PEDIATRİ EFSANE KONU KİTABI-2, SAYFA: 65

VENTRİKÜLER SEPTAL DEFEKT

En sık görülen DKH'dir. Defektler septumun herhangi bir yerinde bulunabilir ve yerleşimine göre prognoz ve gözlenebilecek komplikasyonlar da değişiklik gösterir.

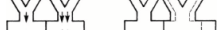
- **Perimembranöz tip VSD:** En sık gözlenen VSD yerleşimidir (%70). Defekt membranöz septum üzerindedir.
- **Musküler tip VSD:** musküler septum üzerinde bulunan VSD'lerdir. Tekli ya da küçük çoklu defektler (isviçre peyniri septum) şeklinde olabilirler.
- **Suprakristal (infundibuler) VSD (Outlet tipi VSD):** Ventriküler çıkım yollarının üzerinde bulunan perimembranöz VSD formudur. Aort kapağının defektin içine prolabe olmasından kaynaklanan aort yetersizliğine neden olabilir.



Patofizyoloji ve Klinik:

Klinik bulguların ortaya çıkış zamanı ve şiddeti, defektin boyutu ve yerleşimi ile ilişkilidir. Küçük bir şanta neden olan musküler VSD'ler genellikle asemptomatik seyrederken, geniş defeklerde ise KKY bulguları ve kısa sürede PH gelişimi söz konusudur.

- **Hayatın ilk 6-8 haftası** pulmoner basınçlar nisbeten yüksek seyrettiğinden geniş defeklerde bile şant gelişmez ve **klinik bulgu vermez**. Şant pulmoner basınçların düşmesiyle belirginleşir ve LV basınç yüksekliğinden ötürü özellikle sistolde.
- **Mezokardiyak odakta pansistolik üfürüm (Tril eşlik edebilir)**
- **Belirgin şant durumunda (Qp/Qs>2)** mitral kapaktan geçen kanın artmasında bağlı **apikal odakta middiyastolik rülman**
- **AY'nin eşlik ettiği suprakristal VSD'de erken diyastolik üfürüm**



REFERANS: 17

60- Daha önce hiçbir şikayeti olmayan 6 yaşındaki hasta geçirdiği ÜSYE den bir hafta sonra vücudunda peteşi ve purpura başlıyor. Diğer fizik muayene bulguları normal. Hgb 13 g/dL, lökosit 6500 trombosit 3000. PY'de iri tekli trombositler görülüyor. Hastanın tedavisine en uygun yaklaşım?

CEVAP: IVIG

REFERANS: TUSWORLD PEDIATRİ EFSANE KONU KİTABI-2, SAYFA:172

Trombositopeniler

- Normal platelet sayısı 150.000–450.000 /mm<sup>3</sup> arasındır □ **Trombositopeni platelet sayısının 150.000'in altında inmesi** olarak tanımlanır
- Ancak **kanama zamanının uzaması 100.000'in altında, ciddi klinik kanamalar ise 50.000'in altında** iken görülür
- **Kanama** tipik olarak **yüzeyle**dir, **cilt ve mukozaları** tutar (peteşi, purpura, ekimoz, epistaksis, hematüri). İntrakranial kanama nadiren olur.
- Platelet çapı 1–4 µm, hacmi (MPV) 7–9 fl, yaşam süresi ise 7–10 gündür.

REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI, SAYFA:250

**İMMÜN TROMBOSİTOPENİ (ITP) (Idiopatik Trombositopenik Purpura)**  
İmmün (eski terminoloji ile idiopatik) trombositopenik purpura yeni adıyla immün trombositopeni, trombositlere karşı otoantikör oluşumu nedeniyle trombositlerin yaşam süresinin kısalması nedeniyle gelişen edinsel bir hastalıktır. Antikorlar genellikle ÜSYE sonrası oluşurlar ve trombositlerin Gp2b3alarına saldırırlar.

**Klinik:** Trombositopeninin derinliğine göre purpurik deri lezyonları, mukozal kanamalar (ör: ağız içi hemorajik büll) ve hayatı tehdit eden iç organ kanamaları bulguları ile başvuru olabilir.

**İTP Evreleri :**

- 1-Yeni tanı ITP: Tanıdan itibaren ilk 3 ay içindeki ITP
- 2-Persistan ITP: 3-12 ay aralığında
- 3-Kronik ITP : >12 ay süregelen ITP olgularıdır.

**İTP Fazları**



**Tanı:** İTP'ye özgün tanısal test bulunmamaktadır. Diğer trombositopeni nedenlerinin dışlanması ile tanı konur.

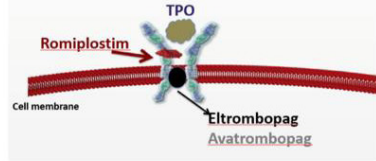
**Fizik Muayene:** Kanama bulguları bulunur. HSM ve LAP beklenmez( varlığında lenfoproliferatif hastalık ve enfeksiyon araştırılmalı)

**Lab:** Kan sayımı ve periferik yaymada trombositopeni saptanır. Kanama zamanı uzar. Biyokimyasal parametreler, PT,APTT normaldir.

**Tedavi:**

- 1- **Kortikosteroid** → ERİŞKİNDE İLK TERCHİ ( Metilprednizolon) (1 mg/kg)
- 1- **IVIG :** Hızlı ve steroid eş yanlı. Dezavantajı pahalı oluşu ve tedavi yanıtının kısa oluşudur.
- 3- **Splenektomi :** Tanıdan 6 ay sonrasında, steroid yantısız/bağımlı, remisyonu girmeyen hastalarda 2. Ba samak tedavidir. Tedavi yanıtı ~ %80'dir.
- 4- **Ritüksimab :** Anti Cd20 monoklonal antikorudur ve tedavide işe yarar.
- 5- **TPO mimetikler (Trombopoietin reseptör agonistleri):** Eltrombopag/ Romiplostim  
En önemli yan etkileri ilacın kesilmesi ile rebound trombositopeni gelişimidir ve kemik iliğinde retikülün lif artış söz konudur.
- 6-**Diğer ajanlar:** Azotipurin, vinkristin,siklosporin, danazol, siklofosfamid, dapson ve mikofenolat mofetil tercih edilir.

**İTP'de Trombopoietin Reseptör Agonistleri**



REFERANS: 18

61- On üç aylık erkek hasta yürümeye başladıktan vücudunda morluk nedeniyle getiriliyor. Öyküde göbük kordon kanaması olduğu kordonun 32 günlük iken düştüğü öğreniliyor. PT, aPTT, trombin zaman ve kanama zamanı normal olarak bulunuyor. En olası tanı?

CEVAP: Faktör 13 eksikliği

REFERANS: TUSWORLD PEDIATRİ EFSANE KONU KİTABI-2, SAYFA:171

**Faktör XIII eksikliği (Fibrin stabilizan faktör veya transglutaminaz eksikliği)**

- Tipik olarak hastalar travmadan 1 gün sonra kanarlar
- Göbük kordonunun 4 haftadan sonra geç olarak düşmesi ve göbük düştükten sonra uzun süre kanamanın olması, kötü yara iyileşmesi ve kadınlarda spontan düşüklükler tipiktir
- **Rutin koagülasyon testleri normaldir**

## REFERANS: 19

62- ALL tedavisinin geç dönem yan etkilerinden olmayan hangisidir?

CEVAP: Mukozit

REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 218

### ALL tedavisi

- Remisyon indüksiyonu: Prednisolon + Vinkristin +L-asparaginaz
- SSS profilaksisi: İntratekal MTX + radyoterapi
- Küratif tedavi kemoterapi ile remisyon sonrası allo-KİT

### ALL'de Kötü Prognostik İşaretler

- 1 yaş küçük 10 yaş büyük
- Erkek cinsiyet
- WBC > 30,000/μl
- 35 yaş
- L3
- CNS ve ekstremiteler tutulum
- CALLA (-)
- LDH > 1000 U/l
- Geç remisyon (>4 hafta)

### TEDAVİLER

Remisyon: KÜR  
Onsolidasyon: KÜR sağlandı devam tedavisi (idame)

218

Kazananların  
dünyası

tusworld.com.tr

### Metotreksat

Yapıca folinik aside benzer. Folik asid ve türevleri ise vücutta timidatın, pürinlerin ve etonin ve glisin sentezinde rol oynayan tek karbon transferi reaksiyonları için gereklidir.

Folik asid Dihidrofolik asid Tetrahidrofolat  
Folat redüktaz Dihidrofolat redüktaz

Metotreksat (mtx), **dihidrofolat redüktaz** enzimine bağlanarak enzimi geri dönüşü olarak inhibe eder. Tetrahidrofolat sentezinin inhibisyonu primidin timidat ve pürin nükleotidlerin sentezinin durmasına yol açar. Bu yapı taşlarının üretilmemesi hücre çoğalması için gerekli olan DNA, RNA ve ATP yapımını bloke eder.

Metotreksatın sitotoksik etki gösterebilmesi için hücre içi glutamat kalıntılarıyla foliglutamata sentez enzimi katalizlemesiyle birleşip poliglutamata metaboliti haline gelmesi çok önemlidir. Ana olarak glomeruler filtrasyon ve tubuler sekresyonla atılır. Metotreksatın renal atılımını inhibe eden NSAİİ ve penisilin-sefalosporin gibi ilaçlarla beraber kullanımı toksisitesini artırır.

Metotreksat birçok solid ve hematolojik neoplazilerin tedavisinde kullanılır. Özellikle ALL, yüksek grade'li lenfoma ve osteosarkom tedavisinde etkili olmakla beraber meme, testis, baş ve boyun tümörleri ile mukozis fungoidesin tedavisinde kullanılır.

### Yan etkileri :

- Mukozit
- Kemik iliği depresyonu
- Hepatotoksiste
- Nefrotoksiste

Normal hücreleri kırtarmak için **kalsiyum folinat (lökoverin)** veya kalsiyum levofolinata beraber kullanılır.Yüksek kan düzeyi varlığında metotreksatın yıkımını artıran **glukarpidaz** verilir.

REFERANS: TUSWORLD FARMAKOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 275

## REFERANS: 20

63- Ön mediastene yerleşme olasılığı en az olan tümör aşağıdakilerden hangisidir?

CEVAP: Nöroblastoma

REFERANS: TUSWORLD PEDIATRİ EFSANE KONU KİTABI-2, SAYFA:197-198



Pediyatri Efsane Konu Kitabı

Klinik - 2

- Toraks – posterior mediasten (lenfoma anterior mediasten)
  - o Torasik tümör, akciğer grafisi çekimi sırasında rastlantısal tanı
  - o Büyük üst toraks kitlesi – solunum sıkıntısı
- Servikal tutulum → Horner sendromu



- Uzak metastaz:

## REFERANS: 21

64- Wolf Parkinson White ile ilgili hangisi doğrudur?

CEVAP: PR mesafesi kısa, QRS geniş, delta dalgası mevcut

REFERANS: TUSWORLD PEDIATRİ EFSANE KONU KİTABI-2, SAYFA:273

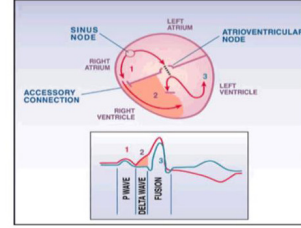


### WPW sendromunun EKG bulguları:

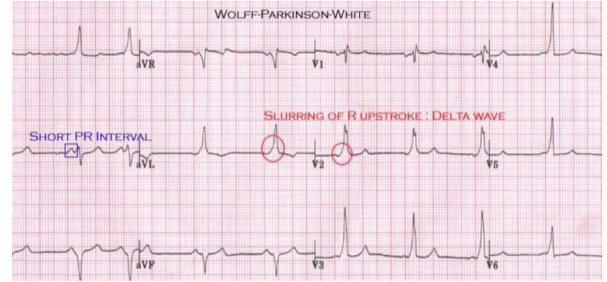
1. Kısa PR
2. Delta dalgası\*\*\*
3. Geniş QRS

\*\*\*WPW sendromunun en sık görüldüğü DKH Ebstein anomalisidir.

REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 71



Elektrokardiyografik özellikleri: Kısa PR, delta dalgaları



- Antegrad iletim için atrioventriküler düğümün mü yoksa aksesuar yolağın mı kullanıldığına bağlı olarak dar ya da geniş kompleksli taşikardi oluşabilir.(Reentry)
- AF si olan hastalarda yüksek atrial hız aksesuar yolak üzerinden ventriküle iletilebilir. Bu durumda yüksek hızlı geniş QRS li ritim oluşabilir. Bu da VF ye dönüşebilir.

## REFERANS: 22

65- Lisch nodülü ve cafe au lait lekelerine ait görselle birlikte klinik özellikleri tanımlanan NF-1 sorgulanmakta.

CEVAP: Nörofibromatozis-1

REFERANS: TUSWORLD PEDIATRİ EFSANE KONU KİTABI-1, SAYFA:90-91



Şekil 1



Şekil 2

**Nörofibromatozis -1**

Tanı: 2 kriter (1 + 1 diğer)

1. Cafe au lait (sütlü kahve) lekesi: Prepubertal 5 mm'den büyük veya postpubertal 15 mm'den büyük en az 6 adet makül. Doğumda%100'ünde bulunur.
2. Aksiller veya inguinal çillenme
3. Lisch nodülü: 2 veya daha çok nodül (iris hamartomu)
4. Nörofibrom:2 veya daha fazla nörofibrom veya 1 adet pleksiform nörofibrom.
5. Kemik lezyonları : Skolyoz (en sık), sfenoid displazi (pulzaltı eksoftalmi yapar), uzun kemiklerin korteksinde incelleme ve psödoartroz.
6. Optik glioma. %15 mevcuttur.
7. Ailede bu kriterlere göre NF tanısı almış bir kişinin bulunması

**Nörolojik komplikasyonlar**  
Öğrenme güçlüğü  
Dikkat eksikliği  
Konuşma bozuklukları  
Makrosefali  
Akuaduktal stenoza bağlı hidrosefali

**Malignite**  
Nörofibrom → nörofibrosarkoma veya malign schwannoma  
Feokromositom  
Rabdomiyosarkom  
Lösemi  
Willms tümörü  
Optik glioma  
Meningioma  
Astrositoma

**GÖR: Tanı ve Tedavi**

**Tanı:**

- o Hafif olgularda klinik değerlendirme tanı için yeterli olabilir ve tedaviye yanıt tanıyı doğrular.
- o Ağır olgularda tanı **özofageal pH probu (en kesin tanı aracı)** çalışmaları ve baryumlu floroskopik özofagografi ile doğrulanabilir.
- o Özefajit için özefagoskopi ile biopsi tanısal bir tekniktir.

**Tedavi:**

- o Beslenme önerileri
- o Dik pozisyon
- o Prokinetik ajanlar
  - Metoklopramid
  - Betanekol
  - Eritromisin
- o H2-res. blokörleri
- o Proton pompa inh.
  - Özefajit
  - En güçlü antireflu etki
- o Nissen fundüpliksiyonu

**REFERANS: TUSWORLD GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA:188**

**GÖR TANISI:**

GÖR hastalığının tanısı **24 saatlik ph monitörizasyonu** ile altın standart olarak konulmaktadır. Bazı TUS hocalarının paylaştığı septobioempedans bilgisi bu bahiste yanlış ve kafa karıştırmaya yöneliktir. Septobioempedans sadece non ülser dispepsinin ayırımında çok değerli bir toplu yöntemdir, ancak reflü tanısı denildiğinde en değerli olan 24 saatlik Ph monitörizasyonudur.

**Ph monitörizasyonu % 96 tanı koydurmaktadır.**

**REFERANS: 24**

**67- Yenidoğan döneminde başlayan ishallerden olma olasılığı en az olan aşağıdakilerden hangisidir?**

**CEVAP:** Konjenital sukroz izomaltaz eksikliği

**REFERANS: TUSWORLD PEDIATRİ EFSANE KONU KİTABI-2, SAYFA:134**

Yenidoğan Döneminde Başlayan İshalli Hastalıklar	
<p><b>Durum</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Konjenital mikrovillus atrofisi</li> <li>* Tufting enteropati</li> <li>* Konj. glukoz-galaktoz malabs.</li> <li>* Konjenital laktaz eksikliği</li> <li>* Konjenital klor diyaresi</li> </ul> <p>Konjenital sodyum diyaresi</p> <p>Konj. safra asidi malabs.</p> <p>Konj. enterokinaz eksikliği</p>	<p><b>Klinik Özellik</b></p> <p>İnatçı sulu ishal</p> <p>İnatçı sulu ishal</p> <p>Asidik ishal</p> <p>Asidik ishal</p> <p>Hidramniyos,</p> <p>İnatçı sulu ishal</p> <p>Metabolik alkaloz</p> <p>Hidramniyos,</p> <p>İnatçı sulu ishal</p> <p>Steatore</p> <p>Büyüme geriliği,</p> <p>Ödem</p>

**REFERANS: 25**

**68- Ortostatik proteinüri ile ilişkili ifadelerden hangisi yanlıştır?**

**CEVAP:** 24 saat idrar ile tanı kesinleştirilir.

**REFERANS: TUSWORLD PEDIATRİ EFSANE KONU KİTABI-2, SAYFA: 15**

**ORTOSTATİK (POSTURAL) PROTEİNÜRİ**

- **Okul çocuklarındaki en sık persistan proteinüri nedenidir.**
- Proteinüri ayakta 1000 mg/24s'e kadar artabilir.
- Asemptomatiktir.
- Benigndir.



**REFERANS: 23**

**66- Çocuklarda reflü açısından tanısal olarak en kesin tanı aracı?**

**CEVAP:** 24 saatlik özofageal pH monitorizasyonu

**REFERANS: TUSWORLD PEDIATRİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA:120**

REFERANS: 26

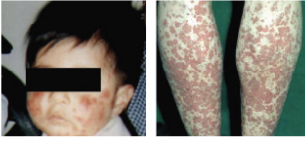
69- 10 yaşında kız hasta 5 gün önce başlayan deriden kabarık basmakla solmayan lezyonlar oluştuğu belirtiliyor. Bu hastada değerlendirmelerden hangisi öncelikli değildir?

CEVAP: Serum lipaz ve amilaz ölçümü

REFERANS: TUSWORLD PEDIATRİ  
EFSANE KONU KİTABI-2, SAYFA:45-46

HSP Döküntüsü

- Hastalar **en sık döküntü ve karın ağrısıyla** başvururlar.
- Pempemsi makulopapuler döküntü → **palpabl purpura**
- Kalça, bacaklar, yüzde sıkılır.
- 3-10 gün sürer.
- Birkaç günden birkaç aya kadar geçen bir sürede yineleyebilir.
- Kalça, el, ayak sırtı, skalp, göz kapağı ve dudakta döküntüden bağımsız ödem görülebilir.



HSP: Klinik

- Artrit (%60-70)**
  - Büyük eklemler
  - Spontan, sekelsiz iyileşme
- Nadir komplikasyonlar**
  - Romatoid benzeri nodüller
  - Kardiyak ve göz tutulumu
  - Mononöropatiler, pankreatit
  - Pulmoner, kas içi hemorajiler
  - Testis torsiyonu
- GIS(%50)**
  - Karın ağrısı
  - Kanlı ishal
  - İntuspeksiyon
- Renal (%25-50)**
  - Hematurî, nefritik s.
  - Proteinürî, nefrotik s.
  - Hipertansiyon
  - ABY → ESRD
- MSS**
  - Havale
  - Parezi
  - Koma



HSP: Ayırıcı tanı

- FMF
- İnflamatuvar barsak h.
- PAN
- Sistemik JRA
- Kawasaki hastalığı
- Meningokoksemi
- Akut hemorajik ödem-AHO

HSP-Lab

- Lökositoz
- ESH ↑
- Eozinofili
- IgA ↑
- Trombositoz
- CRP N / ↑
- Dokuda IgA depolanır

REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE EFSANE KONU  
KİTABI, SAYFA:331

Patoloji Ve Patogenez

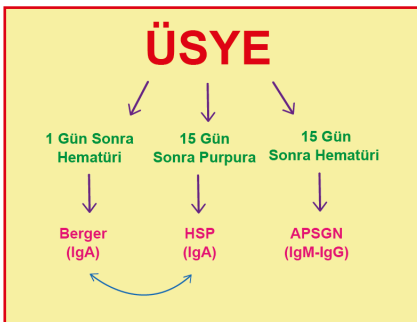
**Henoch-Schönlein için olası patojenik mekanizma immün kompleks birikimidir. Bir dizi tetikleyici antijenin, üst solunum yolu enfeksiyonları, çeşitli ilaçlar, gıdalar, böcek ısırılmaları ve aşırı içerdiği ileri sürülmüştür.**

Klinik Ve Laboratuvar Bulguları

- Kalça ve alt ekstremitelerde palpabl purpura neredeyse tüm hastalarda görülür;**
- Hastaların çoğu frank artrit yokluğunda **poliartralji** gelişir. Artrit ise en çok diz eklemini ve ayak bileği eklemini tutar.
- Pediyatrik hastaların yaklaşık %70'inde görülen gastrointestinal tutulum; genellikle bulantı, kusma, ishal veya kabızlık ile ilişkili kolik tarzında karın ağrısı ile karakterizedir ve sıklıkla kan pasajı ve rektum yoluyla mukus geçişi eşlik eder; **bağırsak intususepsiyon oluşabilir.** Semptomlar mezenterik vaskülitte bağlıdır.
- Böbrek tutulumu hastaların %10-50'sinde görülür ve genellikle proteinürî ve mikroskopik hematurî ile giden hafif glomerulonefrit ile karakterizedir; genellikle tedavisi olmadan kendiliğinden geçer.
- Laboratuvar çalışmaları genellikle: hafif lökositoz, **normal trombosit sayımı** ve bazen eozinofili gösterir. Serum kompleman komponentleri normaldir ve IgA düzeyleri hastaların yaklaşık yarısında yükselir.

Tedavi

Glukokortikoid tedavisi gerektiğinde; günde 1 mg/kg dozlarda verilir.



REFERANS: 27

70- 6 aylık bebek gelişim geriliği, makrosefali, seslere karşı aşırı tepki (hiperakuzi) nedeniyle getiriliyor. Organomegali saptanmayan hastanın makulasında kiraz kırmızısı leke görülüyor. En olası ön tanı?

CEVAP: Tay-Sach

REFERANS: TUSWORLD PEDIATRİ EFSANE KONU  
KİTABI-2, SAYFA:228

TAY-SACHS (Heksozaminidaz A eksikliği)

- Primer olarak SSS'ni tutar, periferde depolanma olmaz.**
- Göz temasında azalma ve gürültüye karşı aşırı tepki (**hiperakuzi**)
- Makrosefali
- Konvülsiyonlar
- Ağır hipotoni, körlük
- Makülada kiraz lekesi
- Amansız nörodejenerasyon ve 2-4 yaş arasında ölüm.

REFERANS: 28

71- 3 yaşında erkek parmak uçlarında yürüme ve çabuk yorulma nedeniyle getiriliyor. Fizik muayenede lomber lordoz, derin tendon reklesleri normal ve kreatin kinaz 20.000 IU/L bulunuyor. En olası tanı?

CEVAP: Duchenne musküler distrofi

REFERANS: TUSWORLD PEDIATRİ EFSANE KONU  
KİTABI-1, SAYFA:96-97

Duchenneti tipi muskuler distrofi

İlk olarak proksimal kaslarda görülen **progressif kas zayıflığıyla** karakterize klinik tiptir. **X'e bağlı kalıttır.** Yani, erkekler hasta, kadınlar taşıyıcıdır.

96

Kazananların Dünyası

tusworld.com

Bu çocukların %20-30'unda zeka düzeyleri normalin (IQ<70) altındadır. Çocuk doğuştan normaldir. En erken bulgu kendi başına yürümede gecikmedir. Bu hastalığa yakalanan çocuklar hiç bir zaman normal olarak koşamaz ve ayak değiştirerek yürüyemez. Değişik kasların değişik zamanlarda tutulumuyla kalça çıkığı gibi bir yürüyüş ortaya çıkar.

**Lomber lordoz** artar. Anterior tibial ve peroneal kas grubu zayıflığı nedeniyle parmak ucunda yürüme ortaya çıkar.

Mimiklerin distrofiye bağlı kaybı sonucu **miyopatik yüz görünümü** oluşur.

**Yatıkları yerden proksimal kasların zayıflığı nedeniyle dizlerine tırmanarak kalkarlar. Buna GOWERS ARAZI** denir.

**Kaslarda pseudohipertrofi** erken ortaya çıkar ve sıklıkla **gastrokinemiüstadı**r. Gastrokinemius normalden büyüktür, serttir.

Hastalar 12 yaşlarında tekerlekli sandalyeye bağımlı kalırlar ve genellikle 25 yaş öncesi konjestif kalp yetmezliği veya pnömoniden ölürlür.

Tanı: Palpasyonla ağrı yoktur. Derin tendon refleksi azalmış veya kaybolmuştur. 5 yaşın altındaki çocukların normal kas gelişimini değerlendirmek için gerekli iletişimi kumak zor olduğundan, fizik muayenede kas zayıflığını tespit etmek kolay değildir. Pozitif Gowers bulgusu, bel ve pelvik kuşak kaslarının zayıflığını gösterir.

Serum kreatininin fosfokinaz (CPK) normalin 15-25 katıdır. EMG miyopati, kas biopsisi ise distrofi için endikedir. EMG'de distrofik deşarjlar gözlenir.

Tedavi: Hastalar yatağa bağımlı kalırlarsa hastalık kısa zamanda ilerler. Bu nedenle hasta mümkün olduğunca hareketli olmalı ve enfeksiyondan korunmalıdır. Cerrahi girişim yapılırsa semptomlar daha da artar.

## REFERANS: 29

72- Hangisi kromozomal instabilite sendromlarından biri değildir?

CEVAP: Noonan

## REFERANS: TUSWORLD GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 415


### Tümör süpresör gen inhibisyonu ile ilişkili kanserler

APC	→ Sitoplazmik, sitoskeletal	→ Kolon Ca
NF-1	→ Sitoplazmik, sitoskeletal	→ Nörofibromatozis Tip I
Merlin (NF -2)	→ Sitoplazmik, sitoskeletal	→ Nörofibromatozis Tip II
BRCA1 ve 2	→ Transkripsiyon faktörü	→ Meme ve Over Ca
RB	→ Transkripsiyon faktörü	→ Retinoblastom, Osteosarkom
WT-1	→ Transkripsiyon faktörü	→ Wilm's tümörü, Hepatoblastom
VHL	→ Bilinmiyor	→ RCC ve Hemanjioblastom
MLH1/2	→ Mismatch tamiri	→ Herediter Nonpolipozis Koli
ERCC	→ Nükleotid ekzisyon tamiri	→ Kseroderma pigmentozum
FACC	→ DNA onarımı	→ Fankoni anemisi, Lösemi
DNA Ligaz 1	→ DNA onarımı	→ Ataksi telenjektazi, Bloom Send

### Protoonkogenlerin aktif hale gelmesi :

- Translokasyon ile → abl-bcr
- Promoter sinyal ile → c-myc
- Mutasyon ile → K-RAS
- Amplifikasyon ile → HER2/NEU (ERBB2)

## REFERANS: TUSWORLD PATOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 69



Patoloji Konu

### MALIGNİTELERDE GENOMİK İNSTABİLİTE

- Herediter Nonpolipozis Kolon Kanseri Sendromu (LYNCH): OD kalıtılır. Özellikle çekum ve proksimal kolonu etkileyen ailesel kanserlerle karakterizedir. DNA hatalı eşleşme tamiri (mismatch) defekti vardır. Uyumsuzluk tamir defektli hastaların genomundaki karakteristik bulgu mikrosatellit instabilitedir.
- Kseroderma Pigmentozum: OR kalıtılır. Nükleotid ekzisyon tamir defekti vardır. Güneşe maruziyet ile ortaya çıkan deri kanserlerinin riski artmıştır (melanom ve non-melanom). UV ışınlar pirimidin dimerlerine neden olur.
- Homolog Rekombinasyon ile DNA Tamir Defekti Hastalıkları: Otozomal resesif geçiş gösterirler. Bloom sendromu, Ataksi-Telenjektazi ve Fanconi anemisi bu grupta yer alır. Lösemi-lenfoma riski artmıştır.

## REFERANS: 30

98- Fallot tetralojisinin komponentlerin olmayan hangisidir?

CEVAP: Atrial septal defekt

## REFERANS: TUSWORLD PEDIATRİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA:74

### FALLOT TETROLOJİSİ

Aort ve pulmoner arterin çıkım yollarını ayıracak olan infundibuler septumun (konotrunkal septumun alt ucu) öne ve sağa doğru anormal yerleşimi sonucu ortaya çıkan bir anomalidir. Bu anormal yerleşim sonucunda pulmoner çıkım yolu ve PA daralırken, aorta genişler ve sağa doğru yer değiştirir.

### FT'nin Bileşenleri;

- Infundibuler (RV çıkım yolu) PD (sıklıkla valvüler darık ve PA hipoplazisi de vardır)
- Geniş membranöz tip VSD
- Aortun dekstrapozisyonu; %25 hastaya sağ aortik ark eşlik eder.
- Sağ basınç yüküne bağlı RV hipertrofi

Pulmoner atrezi ile birlikte olan VSD, FT'nin en ileri formunu oluşturur. PD üfürümünün duyulmaması dışında hemodinamik ve klinik olarak FT'ne benzer. Bu hastalarda akciğer kanlanması PDA'ya ve multiple aortopulmoner kollateral arterlere (MAPCA) bağlıdır.

FT'de hemodinamik olarak önemli iki defekt vardır; infundibuler PD ve geniş VSD.

Pulmoner çıkım yolu darlığının derecesi en önemli prognostik belirleyicidir. Belirtilerin başla-

74

Kazananların dünyası

tusworld.com

## GENEL CERRAHİ 24/26

### REFERANS: 1

73- Fistüllerinde oluşan asit baz bozukluğu hangisidir?

CEVAP:Metabolik asidoz

#### Metabolik Asidoz

İki şekilde gerçekleşir ve anyon açığına göre ayrılır. Normal bir insanda Anyon açığı artmış durumdadır.

#### Anyon açığı (Anyon gap) → Na- (Cl+HCO<sub>3</sub>)

**Hipoalbuminemi**de Anyon Açığı düşer ve sağlıklı değerlendirilemez.

Normal anyon açıklı metabolik asidoz (HCO<sub>3</sub> kaybı) (AA<12) (Cl artmış)

**İshal**

**Fistül**

Proksimal renk tübüler asidoz

Distal renk tübüler asidoz

Üretera sigmoidostomi

asetozolamid

Artmış anyon aralıklı metabolik asidoz (HCO<sub>3</sub> N) (AA>12) (Cl Normal)

**Metanol**

**Üremi**(Böbrek yetmezliği)

**Şok**

**Alkol intoksikasyonu**

**Açlık**

**Aspirin**

**Diabet**

**Etilen glikol**

\* Cerrahi hastada en sık neden hipovolemiye sekonder hipoksik laktik asidozlardır.

#### \* METABOLİK ALKALOZ

Vücutta HCO<sub>3</sub>'ün artışı ile oluşan durumdur. En sık sebebi kusmadır. Solunumun yavaşlaması ile kompanse edilmeye çalışılır. İnsanda paradoksal asidürinin en sık sebebi metabolik alkalozla bağlı derin hipokalemlerdir.

#### \*MİKS TİP ASİDOZ

Hem respiratuvar hem de metabolik asidozun görüldüğü durumdur. En sık sebebi pulmoner ödem ve miyokart enfarktüsleridir.

REFERANS: TUSWORLD GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 38

### REFERANS: 2

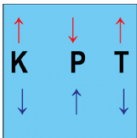
74- Hiperkalemi, EKG ve kardiyak bulguları içerisinde en az olası olan ?

CEVAP:Kısa PR aralığı



Genel Cerrahi

\* Hem artışı, hem de azalışında paraliği görülen elektrolit ? K

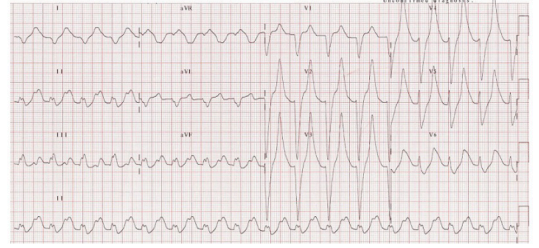


K↓	P↓	T↓	U⊕ / QRS geniş / Peristaltizm (Kabızlık)
K↑	P↑	T↑	QRS geniş / Peristaltizm (İshal)
TÜKRÜK AZALMIŞ → SJÖGREN			
TÜKRÜK ARTMIŞ → HİPONATREMİ			

REFERANS: TUSWORLD GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 25

#### Hiperkalemi:

- En erken bulgusu T dalga amplitüdünün artması ve sivrileşmesidir.
- P dalgasının amplitüdü azalır ve silinebilir.
- PR aralığı uzar. 2. ve 3. derece AV bloklar oluşabilir.
- QRS genişler T dalgası ile birleşir.
- Sinüs arresti ve Ventriküler taşikardi gelişebilir.



Hiperkalemi

REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI, SAYFA 23

### REFERANS: 3

75- Hemorajik şok sınıflamasına göre sınıf III kanama bulgusu doğru verilmiştir?

CEVAP:%30 ile %40 kan kaybı, 120 üzeri taşikardi, hipotansiyon, konfüzyon

#### Hemorajik Şok Sınıflaması

	1	2	3	4
<b>KAN KAYBI</b>	< 750 ml	750 - 1500ml	1500 - 2000ml	2000 ml ↑
<b>KAN KAYIP %'si</b>	%15 ↓	%15 - 30	%30 - 40	%40 ↑
<b>Kalp Hızı</b>	< 100	> 100	> 120	> 140
<b>Kan Basıncı</b>	N	Ortostatik Hipotansiyon	Aşık Hipotansiyon	Derin Hipotansiyon
<b>Bilinç Durumu</b>	Normal	Anksiyete	Konfüze	Koma
<b>Solunum Hızı</b>	14-20/dk	20-30/dk	30-40/dk	40 ↑
<b>İdrar akımı</b>	> 30 ml/saat	20 - 30 ml/saat	5-15ml/saat	Anüri

REFERANS: TUSWORLD GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 70

### REFERANS: 4

76- Kusan ve nazogastrik sonda takıldıktan sonra 3 lt GİS sekresyonu gelen hastada en olası elektrolit bozukluğu hangisidir?

CEVAP:Hipokalemi

#### \* METABOLİK ALKALOZ

Vücutta HCO<sub>3</sub>'ün artışı ile oluşan durumdur. En sık sebebi kusmadır. Solunumun yavaşlaması ile kompanse edilmeye çalışılır. İnsanda paradoksal asidürinin en sık sebebi metabolik alkalozla bağlı derin hipokalemlerdir.

#### \*MİKS TİP ASİDOZ

Hem respiratuvar hem de metabolik asidozun görüldüğü durumdur. En sık sebebi pulmoner ödem ve miyokart enfarktüsleridir.

**REFERANS: TUSWORLD GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 38**

**REFERANS: 5**

**77- Enfeksiyon nedeni ile tekrarlayan karın içi ameliyatı geçiren hastada son cerrahidekarın kapatma işleminde karının ciddi anlamda kapatılmadığı ifade ediliyor. İdrar çıkışı ameliyat sonrasında azalan, solunumu bozulan ve santral venöz basıncı artan hastada en olası tanı hangisidir?**

**CEVAP:**Abdominal kompartman sendromu

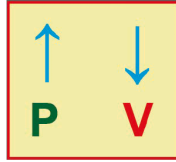
**Abdominal Kompartman Sendromu**

Karın içerisindeki basıncın artışıyla karakterize bu hastalık cerrahinin önemli başlıklarından biridir. Kompartman isminden de anlaşılacağı gibi batin içinde basıncın artışı batin içi organlara ve vasküler yapılarla kompresyon uygulamaktadır. Abdominal kompartman sendromunda en önemli etiyolojik sebepler primer nedenler içerisinde abdominal travmaya bağlı kanamalar sekonder nedenler içerisinde ise splanknik hiperperfizyondur.

**Abdominal Kompartman Sendromunda Beklenen Bulgular**

Abdominal kompartman sendromunda oluşan tüm bulgular intraabdominal basıncın artışına bağlı oluşurlar.

- Venöz dönüş azalır → **Kardiyak output azalır**
- **Diastol sonu volüm azalır**
- **Strok volüm azalır**
- **Ön yük azalır**
- **Art yük artar**
- **Sistemik vasküler direnç artar** → Ekstremitelerde iskemi  
→ Splanknik iskemi
- **Böbreklere bası** → **İdrar çıkışında azalma**  
→ **Böbrek kan akımında azalma**
- **Intratorasik Basıncı Artışı** → **Hipoksemi**
- **Hava yolu basıncında artış**
- **Kompliansta azalma**
- **PCWP artışı**
- **CVP artışı**
- **Pulmoner inspiratuar basıncı artışı**
- **Intrakraniyel Basıncı Artışı**



**REFERANS: TUSWORLD GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 127**

**REFERANS: 6**

**78- Yanıkla ilgili hangisi yanlıştır?**

**CEVAP:**Yanık yarası kapatılırken boşluk alan allograft ile kapatılır

Yanıklı hastaları yara bakımında yanık zemininde ölü doku bırakmayacak şekilde debridman, topikal antimikrobiyal ajanlar ve gerekirse ölü boşluğu yok etmek için yaranın kapatılması veya ampütasyonu işlemleri uygulanmalıdır. Yanıkta sistemik antibiyoterapi pek sevilmez, sepsis durumunda tercih edilebilir. Yanık yara yerinde topikal antibiyotiklerin kullanılması fungal enfeksiyon riskini artırır. Enfeksiyona neden olan mantarlar Phycomycoetes, Fusarium ve Aspergillus tür. Yanıkta en sık izole edilen mikroorganizma **Candida'dır**. Ancak enfeksiyon riski çok düşüktür.

	Gümüş Nitrat	Gümüş Sülfadiazin	Mafenik Asit
<b>Aktif Form</b>	% 0,5	% 1,0	% 11,1
<b>TPV</b>	Mantar	Mantar ***	Mantar Zayıf
<b>Gram (+)</b>	+	+	+
<b>Gram (-)</b>	+	Pek tercih edilmez	+
<b>Ağrı</b>	-	-	+
<b>Eskara Geçiş</b>	-	-	+
<b>Yan Etki</b>	Elektrolit İmbalansı	Nötropeni, Trombositopeni	Metabolik Asidoz

**REFERANS: TUSWORLD GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 96**

**REFERANS: 7**

**79- Araç dışı trafik kazası ile gelen erkek hasta hipotansif taşikardittir. Peritonit bulguları olan bu hastaya ilk yapılması gereken hangisidir?**

**CEVAP:**Laparotomi

**KÜNT TRAVMADA LAPAROTOMİ ENDİKASYONLARI**



Kazananların dünyası

tusworld.com

**REFERANS: TUSWORLD GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 114**

**REFERANS: 8**

**80- Organ transplantasyonları sırasında görülen hiperakut rejeksiyon ile ilgili hangisi yanlıştır?**

**CEVAP:**En sık görülen rejeksiyon tipi hiperakut rejeksiyondur.

**Transplantasyonda red (Rejeksiyon) mekanizmaları**

**1. Hiperakut Rejeksiyon**

Transplantasyondan sonra ilk birkaç gün içinde antikorlara bağlı oluşan rejeksiyondur. Bu rejeksiyon HLA uyumu ve de ABO uyumu kuralları getirildikten sonra ve de immünsupresif ajanların kullanımı ile beraber yok denecek kadar az görülmektedir.

**2. Akut Rejeksiyon**

Transplantasyonlardan sonra **beşinci günden itibaren altıncı aya** kadar görülebilen rejeksiyonlardır. Bu rejeksiyonlara sebep olan hücre T lenfositlerdir. Hastalar ilk altı aylık süreçte idrar miktarında azalma ve organın nakledildiği alanda ağrı analiziyle başvurulabilirler. Şüphelenilen hastalarda en iyi tanı yöntemi organ biyopsileridir. Biyopside yoğun lenfosit infiltrasyonu ve parankim nekrozunun gösterilmesi tanıya yardımcıdır. Bu hastalara yüksek dozda steroid ve ATG (Antitimosit globülün) verilerek tedavi sağlanabilir.

**3. Kronik Rejeksiyon**

Aylar ile yıllar içerisinde tespit edilebilen ve yavaş ilerleyebilen rejeksiyona verilen isimdir. Kronik rejeksiyonun sebebi net olarak ortaya konamamıştır. Bu hastalarda tanıya en değerli olan biyopsidir. Biyopside akut rejeksiyona göre çok az lenfosit infiltrasyonu ve fibrozis tespit edilmesiyile tanı konulur. Tedavide ilaçların yeri yoktur, tek tedavi yöntemi hastanın retransplantasyonudur.

**REFERANS: TUSWORLD GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 131**

### Renal transplantasyon beş yılda canlı donörden en başarılı transplantasyondur.

Canlı donörden yapılan renal transplantasyonlar kadavra donörlerden yapılanlara göre daha başarılı olmaktadır.

### Renal transplantasyon sonrası serum kreatininin artış sebepleri

- Hipovolemi** (İdrar çıkışının azalması ve CVP düşüklüğü görülür ve sıvı tedavisi ile tedavi edilir.)
- Vasküler Tromboz** (İdrar çıkışında ani azalma ve siyah renkli hematüri ile şüphelenilen bu durumda renal doppler USG ile kesin tanı konulur ve reoperasyon gereklidir.)
- Mesane Çıkış Obstrüksiyonu** (Ani idrar çıkışında durma ve foleyde yabancı cisim ile şüphelenilen bu durumda renal doppler USG ile kesin tanı konulur ve reoperasyon gereklidir.)
- Üreter Obstrüksiyonu** (Transplantasyonlardan sonra bölgede biriken lenfatik sıvı üreter çıkışını tıkayabilir. Bu durumdan şüphelenilmeli ve USG eşliğinde lenfatik sıvı drenajı sağlanmalıdır.)
- İlaç Toksikitesi** (Renal transplantasyonda yüksek dozda kullanılan siklosporin veya FK506 gibi ilaçlar nefrotoksisiteye sebep olabilirler. Bu durumda ilaç düzeyine bakılarak eğer yüksekse ilaç dozunun azaltılması tedavi edici olacaktır.)
- Akut Rejeksiyon** (Renal transplantasyonlardan sonra serum kreatininin artışı durumunda akla en son getirilmek istenilen ama göz ardı edilmemesi gereken durumdur. Hasta idrar miktarında azalma ve kreatinin yüksekliği ya da vücut tarafından aşırı antikor ve T lenfosit oluşumudur. Bu durumdan şüphelenildiğinde böbrek biyopsisi yapılmalı ve yoğun lenfosit infiltrasyonu ile parankim nekrozu var ise hastalara yüksek dozda steroid, antitimosit globülin ve plazmaferez tedavisi başlanmalıdır.)

## REFERANS: TUSWORLD GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 134

### REFERANS: 9

## 81- Memede ele gelen 5 cm'lik kitle 45 yaşında kadın hasta mamografi ultrasonda BRAD-4A bu aşamadan sonra ilk olarak yapılması gereken hangisidir?

### CEVAP: Görüntüleme eşliğinde kitleden biyopsi alınması

#### Mamografilerde kanser düşündürülen bulgular;

- Saçılmış mikrokalsifikasyon kümesi (Sue1)
- Mikrokalsifikasyonlar içinde en fazla malinite lehine olan; pleomorfik mikrokalsifikasyondur. (En iyi mikrokalsifikasyon pop-corn dur)
- Yıldızlı uzantıları olan kitlesel lezyonlar

Evre 0	İnkompert değerlendirme
Evre 1	Negatif (rutin mamografi)
Evre 2	Benign bulgular (rutin mamografi)
Evre 3	Muhtemelen benign: Kısa aralıklarla izlem
Evre 4	Malignite yönünden lezyon şüpheli, biyopsi gerekir
Evre 5	Lezyon büyük olasılıkla malign biyopsi gerekir
Evre 6	Patolojik olarak kanıtlanmış malignite

#### Meme MR'i

##### Meme MR'i Endikasyonları;

- Ailede meme kanseri öyküsü veya meme kanseri genetik mutasyonu varlığında > Genç 0+
- Şüpheli gen taşıyıcısı olanlarda (BRCA pozitif kadınlarda meme MR'i takipte kullanılır)
- Aksiller lenf redoks biyopsisinde meme Adenokarsinom metastazı tespit edilen hastalarda meme kanseri varlığını göstermek için.
- MKC (Meme koruyucu Cerrahi) (lumpektomi) yapılacaklarda memenin diğer bölümlerinde ya da diğer memede (%6) meme kanseri varlığının araştırılması için.
- İmplantlı memelerin görüntülenmesi
- İnvaziv lobüller karsinom'un tüm meme taraması için
- Meme MR'i normal kadınlarda Mamografi veya Meme USG'si negatif

#### Meme hastalıkları ile ilgili değerlendirme yapılan hastalarda solid kitle varlığında biyopsi endikasyonu doğar.

##### Biyopsi sıralaması ;

- İİAB (ince iğne spirasyon biyopsisi) (İLK)
- Kalın iğne (İİAB ile tanı konmaz ise kullanılır ve daha invazivdir)
- İnsizyonel (5 cm den büyük kitlelere uygulanır ve asimetri oluşturmasına engel olmaya çalışılır)
- Eksizyonel (5 cm den küçük kitlelerde tamamen kitle çıkarılarak tanı amaçlanabilir)

## REFERANS: TUSWORLD GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 175

#### BRADS kriterleri:-

- Sıfır:ek tetkik gerekli
- Negatif
  - Benign bulgular
  - Büyük olasılıkla benign kısa aralıklı izlem
  - Şüpheli anormal biyopsi
  - Büyük olasılıklı malign
  - Biyopsiyle kesinleşen seyahat

Hastada Pnömoni var ama PAAC grafi normal  
1- Pnömoninin ilk 24 saati 3- PJP olgularında  
2- Dehidratasyon durumunda 4- Ciddi nötropeni varlığında

tusworld.com.tr

Kazananların  
dünyası

111

## REFERANS: TUSWORLD KÜÇÜK STAJLAR EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 111

### REFERANS: 10

## 82- Erkek meme kanseri ile ilgili hangisi yanlıştır?

### CEVAP: Histolojik olarak %65'i duktal karsinom in situ olarak rapor edilir.

#### \* Meme Kanseri Uzak metastaz Sıklıkları

1) Kemik(Lumbal) > Akciğer > Plevra > Yumuşak Doku > KC> Beyin

#### Erkeklerde Meme Kanseri

Erkeklerde meme kanseri çok nadir de olsa görülebilir. Erkek meme yapısında lobül olmadığı için erkek meme kanserinin en sık görülen formu invaziv duktal karsinomdur. Erkeklerde görülen meme kanserinin en sık sebebi **sporadiktir**. Erkeklerde görülen kalıtsal meme kanserinin ise en sık sebebi **BRCA2** mutasyonudur.

Erkeklerde görülen meme kanserinin tedavisinde radikal mastektomi uygulanır.

#### Jinekomasti

\*Erkek cinsiyette bayanların memesine benzeyen fazladan meme dokusuna jinekomasti denir.

\*Şişman erkeklerin meme doku artışı jinekomasti değildir.

\*Jinekomasti şişman olmayan erkeklerde en az iki cm çapında fazladan meme dokusu bulunması durumudur.

\*Estetik açıdan rahatsızlık verenlerde cerrahi tedavi düşünülebilir.

\*Jinekomasti erkek cinsiyette meme kanseri açısından klinifelter sendromu hariç bir risk faktörü değildir.

\*Klinifelter sendromunda oluşan jinekomasti meme kanseri için bir risk faktörüdür.

#### Jinekomastiye neden olan durumlar

Östrojen arttığı veya androjenin azaldığı durumlardır

#### Androjenin azaldığı durumlar

- Yaşlanma
- Klinefelter sendromu (XXY) \*\*\*\*
- Reifenstein sendromu (XY)
- ACTH eksikliği
- Jinekomasti ile ilişkili Kennedy hastalığı
- Konjenital anorşi
- İLAÇ
- AİDS
- Rosewater, Gwinup, Hamwi familyal jinekomasti (XY)
- Kallmann sendromu
- Böbrek yetmezliği

#### Gebelerde meme kanseri

Gebelerde ve özellikle ovülasyon induksiyonu alan gebelerde nadirde olsa tespit edilir ve **orta kötü** prognozlu bir tümör olarak kabul edilir.

Gebelerde meme kanseri **mutlak hormon reseptörü negatiftir** ve tedavisinde hormonoterapiye gerek yoktur.

Gebenin meme kanserinde tedaviye gebelik esnasında başlanabilir. KT ve Cerrahi gebelik sırasında uygulanabilen tedavi modaliteleridir.

## REFERANS: TUSWORLD GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 178

### Meme KANSERİ PATOLOJİ

Non-İnvaziv Meme CA

BM aşmamış, lenfatik ve vasküler yapılara giremezMetastaz yok.

**DKIS lar içinde en kötü prognozlu olan KOMEDO nekroz lu tiptir.**

DKIS lar değerlendirildiğinde en kötü prognoz ;Multisentrik ve komedo nekroz içerenerde tespit edilir ve Mastektomi önerilir.

LKIS dan Fibroadenomda gelişebilir.

#### Meme kanseri ve öncüllerinin patolojisi

Meme kanseri öncülü olduğu bilinen tek kesin lezyon DKİS'dir. DKİS içerisinde bulunan nekroza göre prognostik olarak değerlendirilebilir.

**DKIS komedo nekroz içerir ise kötü prognostiktir.**

Meme kanserlerinin patolojisine bakıldığında iki ayrı meme yapısının meme kanser öncülü olduğu tespit edilmektedir.

Memede bulunan duktal ve lobüler yapıların her biri invaziv duktal veya invaziv lobüler karsinom olarak malign kanser formatında karşımıza çıkabilir. Karsinoma insitu ile invaziv karsinomu birbirinden ayıran en önemli özellik bazal membran infiltrasyonudur.

Meme kanserlerinin en sık görülen formu infiltratif duktal karsinomdur. Bu infiltratif duktal karsinoma genel başlık adıyla invaziv duktal karsinom da denilmektedir.

### Meme İnvaziv Karsinomları

#### 1- İnvaziv Duktal Karsinom (MENDİL)

##### A-İnfiltratif Duktal Karsinom (Skirroz) (SELPAK)

İnvaziv duktal karsinomlar içinde %84 ile en sık görülen, en kötü prognozlu olan ve en fazla lenf nodu metastazı yapan kanserdir.

Prognozu invaziv lobüler karsinomdan daha kötüdür.

Patolojik spesmenlerde ilerleyici fibrozis ve skirroz yapıların görülmesi ve de bazal membranın tümör hücreleri ile aşılması karakteristiklerini gösterir.

##### B-İnvaziv Medüller Karsinom

İnvaziv duktal karsinomların %7'sini oluşturmaktadır.

Patoloji başlığında luminal başlığı ile anılan bu grup cerrahide medüller karsinom adıyla anılmaktadır.

Medüller meme kanserinin patolojik değerlendirilmesinde; östrojen, progesteron ve HER2 neu reseptörlerinin negatif olduğu tespit edilmektedir.

Medüller meme kanserine tiriple negatif ya da bazal hücreli benzeri kanser isimleri de verilmektedir.

Prognozu bakıldığında invaziv lobüler karsinomdan daha iyi prognoza sahip olduğu tespit edilmektedir.

##### C. İnvaziv Müsinöz Karsinom (Kolloid Ca):

İnvaziv duktal karsinomların %3'ünü oluşturur. Yaşlı popülasyonda çok yavaş büyüyen kanser olarak anılmaktadır. Prognozu orta iyi gruptadır.

##### D. İnvaziv Papiller Karsinom:

İnvaziv duktal karsinomların %2'sini oluşturur. 75 yaş ve üzeri popülasyonda sık görülür.

## REFERANS: TUSWORLD GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 168

### REFERANS: 11

## 83- Foliküler tiroid kanseri ile ilgili hangisi doğrudur?

**CEVAP:**Foliküler kanser tanısı kapsül ve damar invazyonu varlığında konur.

### FOLİKÜLER KARSİNOM

Folikül hücrelerinden menşey alan kanserlerdir ve bu durumdada foliküler hücelere benzedikleri için diferansiyedirler. Tüm tiroid kanserlerinin %10-14 ünü oluşturmaktadırlar. 48 ve üzeri yaşlarda en sık görülen tiroid kanseri olma özelliğini ihtiva etmektedir. Diğer tüm tiroid hastalıklarında olduğu gibi kadınlarda erkeklerden sık görülür.

İyot fazlalığı ve radyasyon fazlalığında papiller tiroid kanseri tespit edilirken, **iyot eksikliğinde** foliküler tiroid kanserleri tespit edilmektedirler.

Foliküler tiroid kanserleri tek odakta oluşan ve büyüyen unifokal tümörlerdir ve kapsülle sınırlanmışlardır. (**Fındık**) . Foliküler neoplazilerin adenom karsinom ayrımları İİAB ile yapılamamaktadır ve ayırım için mutlak nodüler lezyonun etraf dokuya beraber çıkarılıp incelenmesi gerekmektedir.

## REFERANS: TUSWORLD GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 148

**3-Şüpheli nodül** → Foliküler veya hürtle hücreli neoplazilerde adenom karsinom ayırımını yapılabilmesi için nodülün etraf damar ve kapsülle birlikte patolojije gönderilmesi gerekmektedir. Kapsül ve veya damar invazyonu nun varlığı karsinomu desteklemektedir ve total tiroidektomi gerekmektedir. Kapsül veya damar invazyonunun yokluğu ise adenomu desteklemektedir ve hastalarda agresif, geniş çaplı cerrahilere gerek yoktur.

## REFERANS: TUSWORLD GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 145

### REFERANS: 12

## 84- Hangisi asemptomatik hiperparatiroidi ameliyat endikasyonlarından?

**CEVAP:**İdrar kalsiyumu > 400, Radyolojik olarak görüntülenebilen vertebra kırığı, Radyolojik olarak görüntülenebilen böbrek taşı.

#### Asemptomatik Primer Hiperparatiroidide Cerrahi Tedavi Endikasyonları

Parametreler	
Serum kalsiyum	• Lab normal değerin > 1 mg/dl üzerinde olması
Renal	• Kreatinin klerensi < 60 ml/dk • 24 saatlik idrarda kalsiyum miktarının > 400 mg olması ve beraberinde biyokimyasal taş risk analiziyle taş riskinin arttığına gösterilmesi • X-ray, USG veya BT ile nefrolitiazis veya nefrokalsinozis varlığının gösterilmesi
İskelet sistemi	• DEXA ile KMD ölçümünde T skoru < -2,5 olması • Vertebra fraktürü olması
Yaş	• < 50

## REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 367

### 16- Aşağıdakilerden hangisi asemptomatik primer hiperparatiroidide cerrahi tedavi endikasyonlarından **değildir** ?

- A) Direkt grafide böbrek taşları görülmesi
- B) 24 saatlik idrarda kalsiyumun 200 mg olması
- C) 35 yaş
- D) Serum kalsiyum düzeyinin 14.5 mg/dl olması
- E) Kreatinin klerensinde %36 azalma

#### Asemptomatik Primer Hiperparatiroidide Cerrahi Tedavi Endikasyonları

- <50 yaş hastalar
- Cerrahi tedavi isteyen hasta
- Takip sırasında aşağıdakilerden birisinin gelişmesi
- Belirgin hiperkalsemi (normalin >1 mg/dL olması)
- Hayatı tehdit eden hiperkalsemi atağı
- Direkt abdominal grafide böbrek taşları
- Kreatinin klerensinde GRF<60 ml/dk azalma
- Kemik mineral dansitesinin azalması
- İdrar kalsiyumu >400mg/dl (Bilgi tekrar değişti özüne döndü hem dahiliye hem cerrahide idrar kalsiyum endikasyonudur)

Schwartz's 2015

Table 38-11
<b>Indications for parathyroidectomy in patients with asymptomatic primary HPT (2009 NIH consensus conference guidelines)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Serum calcium &gt;1 mg/dL above the upper limits of normal</li> <li>• GFR &lt;60 mL/min</li> <li>• Substantially decreased bone mineral density at the lumbar spine, hip, or distal radius (&gt;2.5 SD below peak bone mass, T score &lt;-2.5)</li> <li>• Age &lt;50 y</li> <li>• Long-term medical surveillance not desired or possible</li> </ul>
GFR = glomerular filtration rate; HPT = hyperparathyroidism; NIH = National Institutes of Health; SD = standard deviation.

Schwartz's 2019

Table 38-11
<b>Indications for parathyroidectomy in patients with asymptomatic primary HPT (2014 NIH consensus conference guidelines)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Serum calcium &gt;1 mg/dL above the upper limits of normal</li> <li>• GFR &lt;60 mL/min; 24-h urine for calcium &gt;400 mg/d (&gt;10 mmol/d) and increased stone risk by biochemical stone risk analysis; presence of nephrolithiasis or nephrocalcinosis by X-ray, ultrasound, or CT</li> <li>• Substantially decreased bone mineral density at the lumbar spine, total hip, femoral neck, or distal radius (&gt;2.5 SD below peak bone mass, T score &lt;-2.5; vertebral fracture by X-ray, CT, MRI, or VFA)</li> <li>• Age &lt;50 y</li> <li>• Long-term medical surveillance not desired or possible</li> </ul>
GFR = glomerular filtration rate; HPT = hyperparathyroidism; NIH = National Institutes of Health; SD = standard deviation; VFA = vertebral fracture assessment

CEVAP: B

REFERANS: TUSWORLD GENEL CERRAHİ İMPARATOR SORU KİTABI, SAYFA: 136-137

REFERANS: 13

85- Mide sekretuar fonksiyonuyla ilgili hangisi doğru değildir?

CEVAP: Oksintik hücreler pepsinojen salgılar

Midenin tüm bölümlerinde bulunan hücre pariyetal hücredir ve HCL ile IF salgınlımından sorumludur. Mide asiditesini sağlayanda bu pariyetal hücrelerdir. Midenin antrum bölümünde bulunan ve gastrin salgılayan G hücreleri mevcuttur ve bu hücreler sindirimde rol alırlar.

208

Kazananların dünyası

tusworld.com

Midedeki asit kavramına bakıldığında midenin asiditesinden esas sorumlu olan yapı n.vagus ve salgınlımını arttırdığı **asetilkolin**dir. Yine asit salgınlımını gastrin ve histamin ile de gerçekleştirebilmektedir. Asit salgınlımında en büyük rol histaminindir. Midede asit salgınlımından esas sorumlu olan pompa bir proton pompasıdır ve K – H ATP az (proton) pompası adıyla anılmaktadır. Bu pompa H ve Cl u lümeneye yönlendirir K u lümeneden hücre içine almak suretiyle işlev görmektedir.

REFERANS: TUSWORLD GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 208

MİDE

**Anatomik olarak:** Kardia, Fundus, Korpus, Pilor  
Histolojik olarak Kardia, Fundus ve Pilor olarak incelenir.

Mideye besin girdiğinde **vagovagal refleks ve VIP etkisi** ile **kardia** gevşer. Bu duruma reseptif gevşeme denir. Mide dolu olsa bile alt özefagus sfinkterinin açılmasını sağlayacak basıncın oluşmasını engeller.

**Pilorik bölgeye doğru olan ritmik peristaltik hareketler** oluşur.

**Antral sistol:** Anturma ulaşan peristaltik dalga sonucunda antrum kasılır ve besin tekrar midenin orta kısmına döner.

**Boyun Muköz Hücreler:** Mukus ve HCO3 salgısı

**Esas Hücreler** (Zimogen Hücreler), **Pepsinojen**, gastrik lipaz,

**Pariyetal hücreler** (Oksinrik Hücreler), **Hidroklorik asit**, **İntrensek faktör**

**Enteroendokrin Hücreler.**

D hücreleri - Somatostatin

G hücreleri - Gastrin

ECL hücreleri - Histamin

Farklaşmamış Hücreler (Stem, Rejeneratif Hücreler)

TUSWORLD GENEL CERRAHİ İMPARATOR SORU KİTABI – SAYFA 173

REFERANS: 14

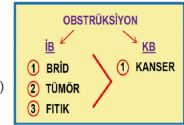
86- Hangisi ince bağırsak obstrüksiyonunun dış nedenlerinden biridir?

CEVAP: Adezyonlar

- Ng
- Antibiyotik
- Takip

**Erken Post-Op Obstrüksiyon :**

- 7/1000
- 2-3 hafta OS / IV Sıvı / TPN → Takip (gerekirse reoperasyon)
- Strangüle ans / komplet obstrüksiyon → CERRAHİ



**İNTESTİNAL OBSTRÜKSİYON NEDENLERİ**

IB>>>>KB

İntestinal obstrüksiyonlarda **en sık görülen postoperatif adezyonlar (brid)** (%65 - 80) ince barsak obstrüksiyon kalın barsak obstrüksiyonunun 6 katı fazla görülür. İnce barak tipi obstrüksiyonların 2. en sık sebebi tümörler, 3. en sık sebebi ise fitiklerdir.

Kalın barsak tipik **kolonik obstrüksiyonların en sık sebepleri ise kolon kanserleridir.**

Obstrüksiyonda sıvı biriken bağırsakta kan getiren mezoya bası giderek artar, mezoya bastığı zaman barsak kanlanması bozulup barsakta strangülasyon oluşur. Yani bağırsağın içinde tıkanıklığa bağlı biriken sıvı bağırsağın kendi kendine öldürmesine neden olur.

İntestinal obstrüksiyonun en önemli geliş bulgusu distansiyondur. Önce artıp sonra azalan barsak sesleri yani mekanik komponentli barsak sesleri intestinal obstrüksiyon tanısında çok değerlidir.

REFERANS: TUSWORLD GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 253

REFERANS: 15

87- Lauren sınıflamasında hangisinin görülmesi en olasıdır?

CEVAP:Kötü diferansiyasyon

LAUREN SINIFLANDIRILMASI (1965)		
İntestinal	Diffüz	Sınıflandırılmayan
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Daha sık</li> <li>- H.pylori ilişkili</li> <li>- Epidemik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ailesel</li> <li>- A kan grubu</li> <li>- Q sık</li> <li>- Gençlerde sık</li> <li>- Taşlı Yüzük hücreli tip</li> <li>- Prognoz kötü</li> <li>- Endemik</li> </ul>	- %4

Mide kanserinin TNM evrelemesine bakıldığında; Mukoza submukoza, muskularis propria ve seroza T açısından

**REFERANS: TUSWORLD GENEL CERRAHİ EFSANE  
KONU KİTABI, SAYFA: 85**

**REFERANS: 16**

**88- 30 yaşında erkek hasta içeriye girip çıkan  
hemoroid makattan kanama evresi ve tedavisi?**

**CEVAP:2. derece – Diyet ve medikal tedavi**

**Hemoroid:**

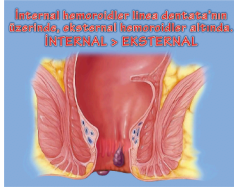
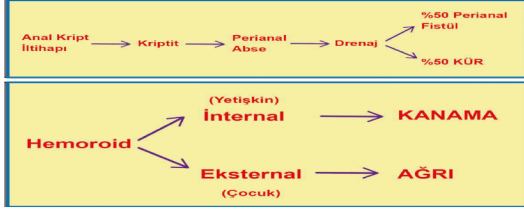
\*Hemoroidal pleksuslar her insanda vardır, ancak bu pleksusların genişliyerek görünür ve semptom verir hale gelmesi; hemoroidal hastalık olarak değerlendirilmektedir.

İnternal ve eksternal olmak üzere hemoroidler ikiye ayrılırlar ve bu ayırım linea dentata ya göre yapılmaktadır.

\*Linea dentata üstünde tek katlı kübik epitel vardır, altında ise çok katlı yassı epitel vardır. İnternal hemoroidler kanar, eksternal hemoroidler ise ağrırlar.

\*En sık internal hemoroid görülür ve bu yüzden hemoroid hastalığının en sık geliş bulgusu kanamadır.

\*Hemoroidler evre 3 ve 4 hemoroid haline geldi ise ve ciddi semptom veriyorsa hemoroidektomi yapılmalıdır. Hemoroidektomiden sonra en sık görülen komplikasyon idrar retansiyonudur.



**REFERANS: TUSWORLD GENEL CERRAHİ EFSANE  
KONU KİTABI, SAYFA: 258**

**REFERANS: 17**

**89- Kolonik volvulus ile ilgili hangisi yanlıştır?**

**CEVAP:**Nekroz düşündürülen bulgularda sigmoidozkopla detorsiyon uygundur.

\*Sigmoid volvulus ta hasta kramp tarzı karın ağrısıyla başvurabilir, asimetric distansiyon ve obstipasyonla gelebilir. Gaita yok gaz varsa Obstipasyondur. Volvulus dendiğinde ayakta karın grafisinde araba tekeri, ters u, omega, kahve çehirdeği yada kangal sucuk bulguları görülebilir, bunlardan birini bile tespit edildiğinde Sigmoid volvulus düşünölmelidir.



\*Volvulus çekumda görölebilir ancak nadirdir. Çekal volvulus sol üst kadranda ağrı ve flegmon şikayetleriyle başvurabilir. Çekumun sağda olması sizi şaşırtmamalıdır, çekal volvulus sol üst kadrana doğru döner ve semptom verir.

**\*Volvulus ta Strangölasyon bulgusu varsa laparotomi mutlaktr, Strangölasyon bulgusu yoksa kolonoskopla girilip dekomprese edilmeye çalışılır.**



**REFERANS: TUSWORLD GENEL CERRAHİ EFSANE  
KONU KİTABI, SAYFA: 261**

**REFERANS: 18**

**90- Erkek hasta kontrol amacı ile gaitada gizli kan pozitifliği tespit ediliyor. Kolonoskopide çıkan kolonda lümeni tamamen saran adenoarsinom bulunuyor. Anne de endometrium kanseri, anneannesi mide kanseri olan bu hastada ablasının da kolon kanseri olduğu gösterilmiştir. En olası tanı nedir?**

**CEVAP:**Lynch sendromu

**Kalıtımsal nonpolipozis kolon kanseri ... Lynch sendromları**

Hereditör Kolon sendromlarından en sık görülenidir.

OD - % 6 ABD

(45) YAŞ kanser.

Lynch kolon Ca Proksimal(sağ) kolonda sık.

Lynch kolon Ca Daha İYİ PROGNOZLUDUR.

!!!!!!! Taşlı yüzük sık.

!!!!!!! Musin üreten tm sık.

!!!!!!! Kötü diferansiye tm sık.

**Amsterdam Kriterleri**

**En az birisi birinci derece akraba, en az 3 akrabada kolorektal Ca varlığı**

**En az iki ardışık kuşak**

**En az birinin < 50 yaş olması**

Lynch Sendromunda DNA onarım mekanizmasındaki bozukluk vardır. (MMR) MSH2-MLH1 bu genleri en önemlileridir.

Lynch I...

**Otozomal Dominant**

(sadece kolon)

Çok sayıda kolon polipi bulunmadan genellikle sağ kolonda tümör bulunur

Ekstrakolonik manifestasyon yoktur

Profilaktik KOLEKTOMİ uygulanır .

Lynch II...

Otozomal Dominant

Kolorektal(en sık), endometriyal(2.), over, gastrik, hepatobilier, üst üriner traktus kanserleri (erkeklerde 2.).

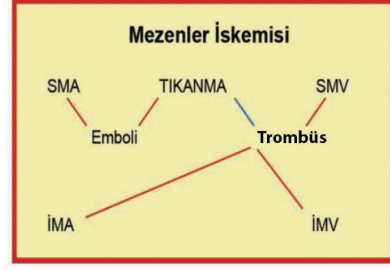
Profilaktik KOLEKTOMİ. TAH-BSO hanımefendiler için önerilmektedir.

**REFERANS: TUSWORLD GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 275**

**REFERANS: 19**

**91- Yaşlı erkek hasta artan şiddetli karın ağrısı, hipotansiyon, taşikardi, takipne ve saturasyonun %88 olması ile başvuruyor. Karında distansiyon ve hassasiyet olduğu tespit edilen hastanın lökositozu 40.000 kreatinini yükselen laktatı artan bu hastada tomografi kontrastsız olarak uygulandığında ileum ve kolon segmentlerinde duvar kalınlık artışı ve intramural hava görülüyor. En olası tanı hangisidir?**

**CEVAP:**Akut mezenterik iskemisi



**EMBOLİ**

Şiddetli başlayan ağrı hep şiddetlidir.

AF

**ORTAK**

FM ile uyumsuz karın ağrısı  
**20.000 civarı Lökositoz**  
RT'de kan bulası  
Kontrastlı BT'de Arklar görülür.

Buhler Arkı

Riolan Arkı

Trunkus Çöliakus ↔ SMA

Orta Kolik - Sol Kolik

**TROMBÜS**

Ağrı giderek artar.

Direkt grafide parmak izi bulgusu

- \* Kısa bağırsak sendromunun en sık sebebi - SMA embolisine bağlı mezenter iskemisi
- \* Mezenter iskemisi'nin en sık sebebi - SMA embolisi
- \* Yemek sonrasında artan ağrı ve kilo kaybı anamnezi - Kr. Visseral iskemisi

**REFERANS: TUSWORLD GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 246**

**REFERANS: 20**

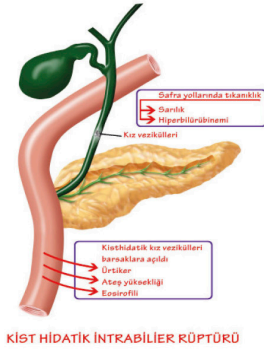
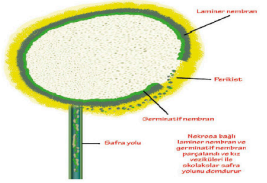
**92- Kistidatik ile ilgili hangisi doğrudur?**

**CEVAP:**İnsan ara konaktır.



Karaciğerde kisthidatiklerin en sık komplikasyonu safya yollarına ruptürdür. Safya yollarına ruptür olan kisthidatiklerde ateş, sarılık ve ürtiker tespit edilebilir.

## ASU

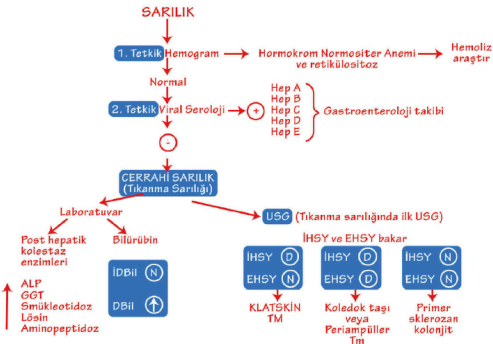


REFERANS: TUSWORLD GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 286

REFERANS: 21

93- Laparoskopik kolesistektomi sonrası sarılık ve peritoneal irritasyon bulguları olan ve hastanede yatmakta olan hastaya uygulanan ilk tedavi yöntemi?

CEVAP:Transabdominal ultrasonografi



REFERANS: TUSWORLD GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 306

REFERANS: 22

94- kolanjitin en sık sebebi nedir?

CEVAP:Safra taşı

## KOLANJİT ETİYOLOJİSİ

- KOLEDOK TAŞLARI (EN SIK)
- BENİGN BİLİYER STRİKTÜR (EN SIK SEBEBİ GEÇİRİLMİŞ CERRAHİDİR)
- TÜMÖRLER
- İNVAZİF GİRİŞİMLER
- YABANCI CİSİM (STENT)
- ASCARİS-EKİNOKOKLAR
- BİLİYER-ENTERİK ANASTOMOZLAR

REFERANS: TUSWORLD GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 317

REFERANS: 23

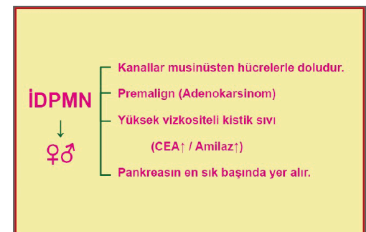
95- Karın ağrısı, pankreatit atakları ile başvuran 80 yaşında erkek hastanın tomografisinde pankreas başında 4 cm'lik kistik lezyon ERCP'de ampulla vater yerleşimli balık ağzı görünümünde lezyon. En olası tanısı nedir?

CEVAP:İntraduktal papiller müsinöz neoplazm

Pankreasta en sık görülen malign tümör ise adenokarsinomdur. Pankreas Adenokarsinomlarının %70 i Başta, Pankreas Adenokanserlerinin çoğu tanı konulduğunda 3 cm nin üstündedir. Gövde ve kuyuk tmleri tanıda daha büyüktür(KÖTÜ) Tüm pankreas neoplazi %70-80 Duktal adenokarsinom Asiner hücre karsinomu pankreas da devasa boyutlara ulaşabilir. İntra duktal papiller müsinöz neoplazi:Endoskopide geniş ,balık ağzı şeklindeki papilladan mukus geldiğinin gösterilmesi ile konur

Pankreas adenokarsinomları risk faktörleri

SIGARA  
Tip 2 DM  
Kr.PaNK  
Diet (YAĞ)  
Aile  
Kahve-alkol  
Genetik geçiş



YENİ DİYABET-İNSÜLİN GEREKSİNİMİNİN ARTMASI PANK CA Düşündürür.

REFERANS: TUSWORLD GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 337

96- Dalakta rastlanan metastazın hangi tür kanser olması daha olasıdır?  
CEVAP:Akciğer kanseri

REFERANS: YOK

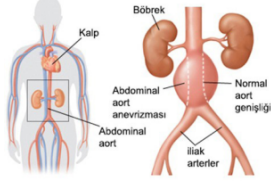
REFERANS: 24

97- Aort anevrizması en sık nerede izlenir ?

CEVAP:İnfrarenal abdominal aort

> Anevrizma > Arterin normal çapının 1,5-2 katına ulaşmasıdır.  
> Gerçek anevrizma > tüm katları kapsar  
> Yalancı anevrizma > intima ve media tabakalarındaki bütünlük bozulunca kanın media ve adventisya arasında birikmesi, pulsatil hematoma  
> Şekillerine göre sınıflama > fusiform > damar duvarının tüm çevresini kapsar  
> sakkuler > damar duvarının bir kısmını kapsar > basınç eşit dağılmadığı için rüptür riski  
> Komplikasyonları > Rüptüre, embolize, fistüleze, tromboze olabilirler

**Abdominal aort anevrizması:**  
Abdominal aort anevrizması en sık **ateroskleroz**a bağlı oluşur. Genellikle sigara içenlerde ve erkeklerde gözükür. Ayrıca 50 yaş altındakilerde daha nadir görülür. AAA en sık **infrarenal aort** segmentinde görülür.



REFERANS: TUSWORLD KÜÇÜK STAJLAR  
EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 121

41- I-131 erken yan etkisi değildir?

CEVAP:Pulmoner fibrozis

REFERANS: YOK

## KADIN DOĞUM 12/12

### REFERANS: 1

**109- Hiperemezis Gravidarum ile başvuran ilk trimester gebeden ilk test ne istersininiz?**

**REFERANS: TUSWORLD KADIN DOĞUM EFSANE KONU KİTABI (OBSTETRİ BÖLÜMÜ) SAYFA: 3 HİPEREMEZİS GRAVİDARUM**

Gebeliğe bağlı görülen aşırı bulantı kusmadır. Kilo kaybı, sıvı kaybı, ketonemi, ketonüri, dehidratasyon, Hct artışı görülür.--> TİT istenir  
**Hipokalemik, hipokloremik metabolik alkaloz** olur. Hepatorenal bozukluk olabilir.

#### **Tedavide:**

- Psikolojik destek
- Sıvı elektrolit desteği
- Tiamin ve diğer vitaminlerin desteği
- Antiemetik verilmesi: Metaklopromid, proklorperazin, ondansetron

\*Nadiren gebeliğin sonlandırılması gerekebilir.

### REFERANS: 2

**110- 1.Trimester Tarama Testinde Bulunan Parametreler**

**REFERANS: TUSWORLD KADIN DOĞUM EFSANE KONU KİTABI (OBSTETRİ BÖLÜMÜ) SAYFA: 29 Birinci trimester tarama testi (11-14. hf)**

- 1.PAPP-A**( Pregnancy-associated plasma protein A) Trofoblastlardan salgılanan bir glikoproteindir. Down sendromunda düşüktür (MoM 0.35-0.45)
- 2.Free Beta-hCG** Down sendromunda yüksektir (MoM 1.98)
- 3.İkili test ile Trizomi 21 yakalama şansı NT** eklenirse %90'dır.
- 4.Nasal kemik yokluğu** önemli bulgudur. **Risk yüksekse CVS önerilmelidir.**

### REFERANS: 3

**111- Uterin İnversiyon riski faktörleri nelerdir?**

**REFERANS: TUSWORLD KADIN DOĞUM EFSANE KONU KİTABI (OBSTETRİ BÖLÜMÜ) SAYFA: 66-67 Uterin atoni**

Doğum sonrası uterin tonusun sağlanamaması; buna bağlı olarak açık damaylardan kan kaybedilmesidir.

**Nedenleri arasında;**

Uterin aşırı gerilme yapan durumlar; Polihidramnios, çoğul gebelik, dekolman plasenta sonrası gibi Uterusun yorulması; Ağır indüksiyon Multiparite Uterin inversiyon gibi nedenler sayılabilir.

#### **Uterin inversiyon**

Plasenta dışarı çıkarılırken fazla kuvvet uygulanacak olursa ve eğer hastada invazyon anomalisi varsa plasenta ile beraber uterusda dışarı çıkacaktır. Uterus hemen tekrar yerine yerleştirilmelidir. Ancak atoni riski çok yüksektir.

### REFERANS: 4

**112- Human Koryonik Gonadotropin (HCG) için hangisi yanlıştır?**

**REFERANS: TUSWORLD KADIN DOĞUM EFSANE KONU KİTABI (OBSTETRİ BÖLÜMÜ) SAYFA: 14 Human Koryonik Gonadotropin (Hcg)**

Alfa subüniti diğer glikoprotein yapıları hormonlarla (LH, FSH, TSH ve hCG) ortakdır. Farklı olan beta subunitidir Sinsityotrofoblastlarda üretilen hCG, maternal dolaşımında, en erken LH pikinden sonraki 8. günde saptanmaktadır. Yarılanma ömrü 24-36 saattir. 10.haftaya kadar 2 günde %66 artar. 8-10 haftada pik yapar; sonra ¼'e azalır ve sonra plato çizer. Down sendromunda daha yüksek çıkmasının nedeni plasentanın geç matürasyonudur.

#### **hCG'nin Biyolojik Aktiviteleri**

- \*Korpus luteumdan relaksin salınımını ve progesteron üretimini stimüle eder.
- \*Erkek fetusta testisten testosteron üretimini sağlar. (110. güne kadar)
- \*TSH benzeri etkisi ile hipertiroidiye neden olabilir.

### REFERANS: 5

**113- Endometriozis RİSK FAKTÖRÜ olmayan hangisidir?**

**REFERANS: TUSWORLD KADIN DOĞUM EFSANE KONU KİTABI (ENDOKRİN BÖLÜMÜ) SAYFA: 39**

#### **Endometriozis Risk faktörleri**

- Nulliparite
- Menoraji
- Dioksin
- DES
- Yüksek yağ ve kırmızı etli diyet
- Kırmızı saç
- Zayıflık
- Uzun boy
- Müllerien anomaliler

### Riski azaltanlar

Multiparite  
Artmış kilo  
Vejeteryan diyet  
Egzersiz  
İn utero sigara maruziyeti

### REFERANS: 6

#### 114- PID'de yatarak tedavi ne zaman verilir?

**REFERANS: TUSWORLD KADIN DOĞUM EFSANE KONU KİTABI (JİNEKOLOJİ BÖLÜMÜ) SAYFA: 39**

**REFERANS: TUSWORLD KADIN DOĞUM EFSANE KONU KİTABI (OBSTETRİ BÖLÜMÜ) SAYFA: 112**

### PELVİK İNFLAMATUAR HASTALIK(PID)

Pelvik ağrı en sık görülen semptomdur. Muayenede **servikal ve bilateral adneksial hassasiyet** görülür.PID tanısını koyduran en önemli klinik bulgulardır. Ateş sıklıkla tabloya eşlik eder (>38°C) Sedimentasyon, CRP, lökosit yüksekliği görülür. Laparoskopî, PID tanısında en güvenilir yöntemdir. **Korioamniotitise gidiş var ise yatarak tedavi verilir.**

### REFERANS: 7

#### 115- Vulvada Bulunan Glandlardan Hangileri Kistleşebilir ?

**REFERANS: TUSWORLD KADIN DOĞUM EFSANE KONU KİTABI (JİNEKOLOJİ BÖLÜMÜ) SAYFA: 4**

### Vestibulum

Her iki labium minusun arasındaki mesafedir.

**Vestibulum vajinaya açılan yapılar(toplamda 6 kanal açılır)**

*Glandula vestibularis major (Bartholin bezi)*

*Vajina*

*Eksternal üretral orifis*

*Skene bezleri:*Paraüretral alanda bulunur ve sekresyonunu vestibulumu boşaltır.N.Gonore **skene bezlerinde retansiyon kistleri yapabilir. Erkekteki prostatın karşılığıdır.**

### Bartholin bezi

Vulvanın **en sık non-neoplastik** tümörü bartholin kistidir.\_

**Bartolin absesinde etkenler;** Sırasıyla Bakteriodes ,E.Coli, S.Aureus, E.Faecalis, N.gonore ve C.trachomatis'tir.

Sifilizin bartholin absesi yapması beklenmez.

Kistin kistektomi ile çıkarılması ve marsupializasyon en uygun tedavi seçenekleridir.Abse varsa antibiyotik mutlaka tedaviye eklenmelidir.

### REFERANS: 8

#### 116- Ovulasyonu Gösteren Laboratuar Bulgusu nedir?

**REFERANS: TUSWORLD KADIN DOĞUM EFSANE KONU KİTABI (ENDOKRİN BÖLÜMÜ) SAYFA: 62-63**

### LUTEAL FAZ

Ovulasyondan sonra, granüloza hücrelerindeki değişiklik ile korpus luteum oluşur.

Corpus luteumun ileri derecede kanlanması **VEGF** sayesinde.

Lüteal fazdaki FSH daki düşüşün nedeni **inhibin A**'dır.

Siklusun sonuna yakın FSH daki artışın nedenide

inhibin A'nın azalmasıdır.Bu FSH artışı sonraki

sikluslarda aktiflenecek folikülleri seçer.

Progesteron düzeyleri giderek yükselerek LH pikinden yaklaşık bir hafta sonra en yüksek düzeyine çıkar.

### İNFERTİLİTE TANISI

#### Temel testler:

**Semen analizi:**Erkek faktörü için

**HSG:**Anatomik nedenler için

**Midluteal progesteron :**Ovulasyon tesbiti için

**FSH, LH, E2, PRL, TSH :**Over rezervi ve endokrin nedenler için ölçülür

### REFERANS: 9

#### 117- 1.MAYOZ ne ZAMAN tamamlanır?

**REFERANS: TUSWORLD KADIN DOĞUM EFSANE KONU KİTABI (ENDOKRİN BÖLÜMÜ) SAYFA: 14**

### Dominant follikül

Midsiklustaki LH piki ile ortaya çıkan cAMP aktivitesi dominant follikülde OMI'nün bu lokal inhibe edici etkisini yener

Primer oosit ovulasyondan hemen önce birinci mayozu tamamlar ve **sekonder oosit** adını alır

Sekonder oosit hemen 2. mayozu girer ve 2. mayozun metafaz safhasında duraksar.

Fertilizasyon gerçekleşirse metafazda kromozomlar eşlenirken dişi germ hücresi ikinci mayozu tamamlar.

**REFERANS: 10**

118- PCOS'da uzun dönem risklerden olan endometrium tümörü hangisidir?

**REFERANS: TUSWORLD KADIN DOĞUM EFSANE KONU KİTABI (ENDOKRİN BÖLÜMÜ) SAYFA: 39**

**REFERANS: TUSWORLD KADIN DOĞUM EFSANE KONU KİTABI (ONKOLOJİ BÖLÜMÜ) SAYFA: 16**

**PCOS'DA UZUN DÖNEM RİSKLER**

Tip II Diabetes mellitus

Kardiyovasküler hastalık: Hipertansiyon, anormal lipid profili, koroner kalp hastalığı

Endometrium kanseri → - Tip 1 endometrium CA (Endometrioid)

Meme kanseri - Östrojen maruziyeti

Over kanseri - Genç , perimenapozal kadınlarda

**REFERANS: 11**

119- Virilizm yapan over tümörü hangisidir?

**REFERANS: TUSWORLD KADIN DOĞUM EFSANE KONU KİTABI (ONKOLOJİ BÖLÜMÜ) SAYFA: S: 34**

**SERTOLİ-LEYDİĞ HÜCRELİ TÜMÖRLER**

Tipik olarak androjenik aktivite mevcuttur.

Virilizasyon görülebilir.

Reinke kristalleri görülebilir

**REFERANS: 12**

120- İlk trimester gebe de geçirildiğinde fetal mikrosefali , hepatosplenomegali ve intraserebral kalsifikasyonlar olabilen enfektif ajan hangisidir?

**REFERANS: TUSWORLD MİKROBİYOLOJİ EFSANE KONU KİTABI, SAYFA: 220**

Annede gribal bir enfeksiyon gibi geçer

CMW: mikrosefali, hepatospenomegali ve intraserebral kalsifikasyonlar yapar