

**2022 EYLÜL TUS'U TEMEL/KLİNİK BİLİMLER
TUSWORLD REFERANSLARI**



SINAV BAŞARISI 223/240

TEMEL BİLİMLER 116/120

ANATOMİ: 14/14

FİZYOLOJİ: 16/18

BİYOKİMYA: 22/22

MİKROBİYOLOJİ: 22/22

PATOLOJİ: 21/22

FARMAKOLOJİ: 21/22

KLİNİK BİLİMLER 107/120

DAHİLİYE: 27/28

PEDİATRİ: 27/30

GENEL CERRAHİ: 25/26

KÜÇÜK STAJLAR: 17/24

KADIN DOĞUM: 11/12

SORU/REFERANS

1) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

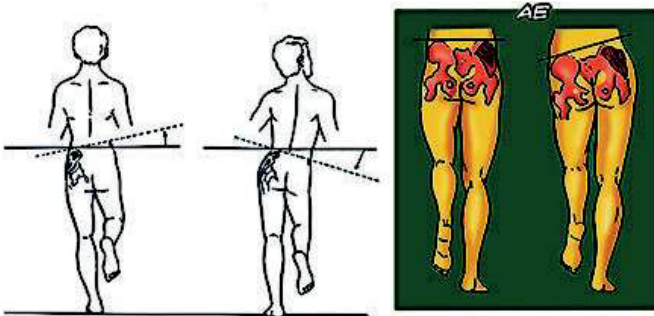
Pozitif Trendelenburg bulgusu olan?

CEVAP: Nervus gluteus, tronchanter major kırıkları, kalça çıkığı

AÇIKLAMA:

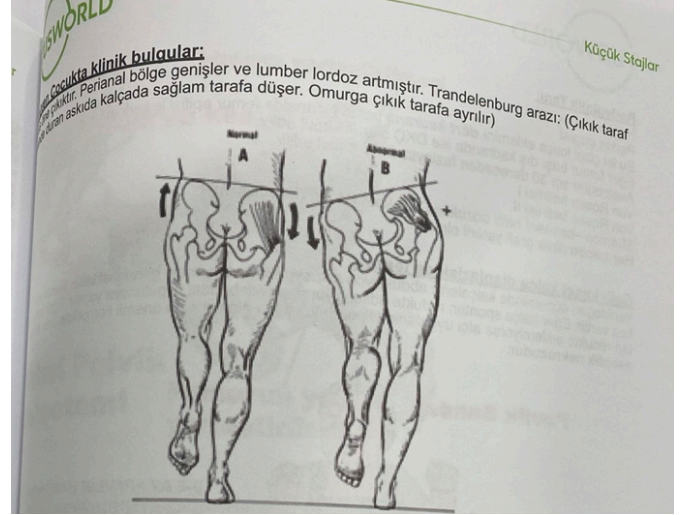
M. GLUTEUS MEDIUS:

- Uyluk en kuvvetli abdüktör kastır.
- Yürümde ve koşmada ağırlığı kaldıran yani yere basan tarafta bulunan kas, karşı taraf pelvis'i havada tutup pelvis seviyesini korur.
- **N. gluteus superior tarafından uyarıldığından bu sinirin felcinde lezyon tarafının karşısındaki pelvis aşağı düşer. Buna Trendelenburg belirtisi denir.** Hasta karşı taraf pelvis'i gövdesini kullanarak yukarıda tutmaya çalışır.



KAS	ORIGO	INSERTIO	SİNİR	FONKSİYON
M. gluteus maximus	Sacrum arka yüzü, ilium arka yüzü, lig. sacrotuberale	Üst lifleri: tractus iliotibialis Alt lifleri: tuberositas glutea	N. gluteus inferior	*Uyluk ekstensiyonu *Uyluk dış rotasyona yardımcı
M. gluteus medius	ilium dış yüzü	Trochanter major'un dış yüzü	N. gluteus superior	*Uyluk abdüksiyonu ve iç rotasyonu *Yürüme esnasında karşı taraf pelvisin seviyesini korur
M. gluteus minimus	ilium dış yüzü	Trochanter major'un ön yüzü	N. gluteus superior	* M. gluteus medius'a yardımcı

REFERANS: ANATOMİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 97, 99



REFERANS: KÜÇÜK STAJLAR EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 237

SORU/REFERANS

2) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

El bileğini köpek ısırması ile acile gelen 17 yaşındaki hasta, 4 gün sonra avuç içi ve parmaklarda şişlik, kızarıklık şikayetleri ile geliyor. Enfeksiyon hangi parmaktadır?

CEVAP: V

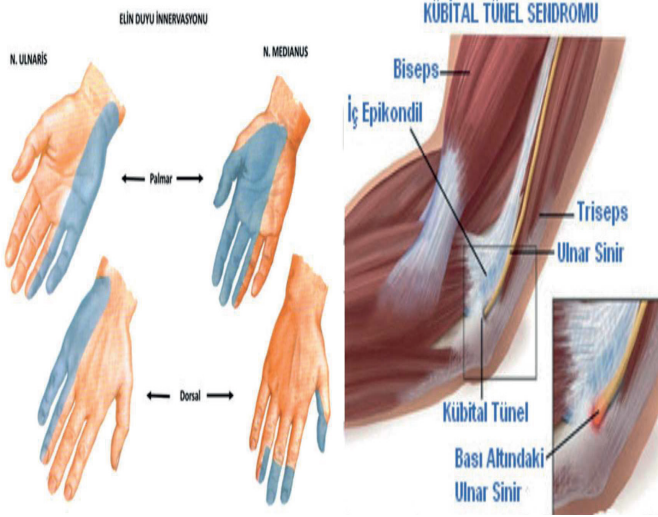
AÇIKLAMA:

CANALIS ULNARIS (GUYON KANALI):

- Tabanını retinaculum flexorum, çatısını lig.carpi palmare oluşturur.
- Lateral sınırı os pisiforme; medial sınırı os hamatum'dur.
- **N. ulnaris ve a. ulnaris** bu kanaldan geçerek elin palmar kısmına ulaşır.

N. ulnaris: Kolda dal vermez.

- Epicondylus medialis'in arkasında, sulcus nervi ulnaris'in içinde aşağıya iner.
- M. flexor carpi ulnaris'in iki başı arasından geçerek önkola girerek m. flexor carpi ulnaris'i ve m. flexor digitorum profundus'un medial yarısını innerve eder.
- **Retinaculum flexorum'un yüzeyelinden ve pisiforme'nin lateralinden geçerek (Guyon kanalından) ele girer ve burada uç dallarına ayrılır.**
- **Elde hipotenar kasları**,m. palmaris brevis'i 1. ve 4. lumbrikal kasları, bütün interosseal kasları ve m. adductor pollicis'i innerve eder.



**REFERANS: ANATOMİ EFSANE KONU KİTABI
SAYFA: 91, 121, 123**

SORU/REFERANS

3) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Alt ekstremitelerde ödem ve karın yüzeyel venlerde genişleme ile başvuran hastanın radyolojik görüntülemesinde vena renalist tıkanma tespit ediliyor. Hangi venler genişlemeye yol açar?

CEVAP: Vena suprarenalis sinistra

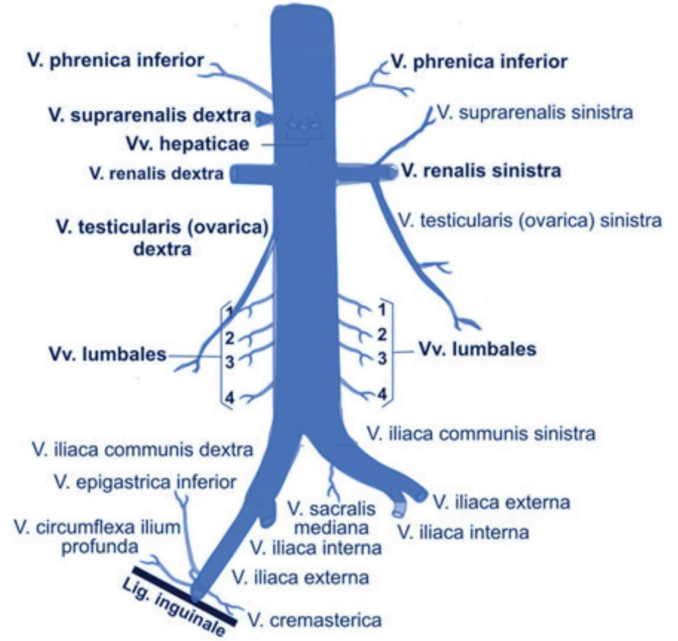
AÇIKLAMA:

VV. RENALES (ÇİFT)

- A. renalis'in ön tarafındırlar.
- V. renalis sinistra, dextra'dan daha uzundur ve aorta abdominalis ile a. mesenterica superior arasından geçer.
- V. renalis sinistra'ya, v. testicularis (v. ovarica) sinistra ve v. suprarenalis sinistra dökülür.

VV. SUPRARENALES (ÇİFT)

- Sağ taraf direkt v. cava inferior'a, sol taraf ise v. renalis sinistra'ya dökülür.
- Gl. suprarenalis'lerin venöz dönüşü sadece vv. suprarenales aracılığıyla olduğundan burada enfarktler gelişebilir.



**REFERANS: ANATOMİ EFSANE KONU KİTABI
SAYFA: 190**

SORU/REFERANS

4) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Falx inguinalis yapısını oluşturan kas?

CEVAP: Musculus obliquus internus abdominis ve musculus transversus abdominis

AÇIKLAMA:

M. OBLIQUUS INTERNUS ABDOMINIS:

- Fascia thoracolumbalis'ten köken alır; 10-12 kaburgaların alt sınırlarına, linea abla'ya ve falx inguinalis aracılığıyla da pecten pubis'e yapışır.
- Fascia cremasterica

- Falx inguinalis (Tendo conjunctivus): M. transversus abdominis aponörozuyla beraber oluşturulur.

- M. cremaster'i oluşturur.

M. TRANSVERSUS ABDOMINIS:

- 7-12 kaburgaların kırkırdaklarından, fascia thoracolumbalis'ten başlar; linea abla'ya ve falx inguinalis aracılığıyla da pecten pubis'e yapışır.

- M. transversus abdominis aponörozunu, m. transversus abdominis aponörozuyla beraber Falx inguinalis denilen ortak tendonu oluşturur.

**REFERANS: ANATOMİ EFSANE KONU KİTABI
SAYFA:108**

SORU/REFERANS

5) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Hangi lenf düğümü regio epigastrica'yı etkiler?

CEVAP: Nodi axillares anteriores ve nodi parasternales

- > **Nodi lumbales:**
- **Nodi preaortici:** Aorta'nın ön yüzünde bulunur. Karaciğer, pankreas, dalak ve özofagus'un alt ucundan, rektum'un alt ucuna kadar sindirim kanalı organlarının lenfin alır. Efferentleri trunci intestinales'i oluşturup, cisterna chyli'ye açılır.
- **Nodi aortici laterales (paraaortic LN):** Aorta'nın her iki yanında bulunan lenf nodlarıdır. Gl. suprarenalis, üreterler'in pars abdominalis'i, testis'ler, over'ler, tuba uterina'lar, uterus'un üst parçası ve karın arka duvarının derin dokularının lenfin alır. Efferentleri her iki tarafa truncus lumbalis dexter ve sinister'i oluşturur. Bunlar da cisterna chyli'ye dökülür.
- **Nodi retroaortici:** Karın arka duvarının derin yapılarının lenfin alır.
- > **Nodi iliaci interni:** A.v. iliaca interna çevresinde bulunur. Pelvis organlarının lenfini alır.
- > **Nodi iliaci externi:** A.v. iliaca externa çevresinde bulunur. Pelvis organlarının lenfini alır.
- > **Nodi lymphoidei inguinales:**
Yüzeysel ve derin iki grubu vardır.
- **Nodi superficiales:**
- Proksimal grubu lig.inguinale'ye paralel şekilde bulunur.
- Lateraldekiler, **gluteal bölgenin ve umbilicus altındaki karın ön duvarının yüzeysel lenf damarlarını** alır.

Kazananların
dünyası

tusworld.com.tr

- Medialde olanları ise, lig. teres uteri ile fundus uteri'den, umbilikus'tan, dış genital organlardan, perianal bölgeden, vagina'nın ve anal kanalın alt parçasından gelen lenf damarlarını alır.
- Distal grubu v. saphena magna'nın, v. femoralis'e açıldığı yerde bulunur. Bacağın dış arka bölümü hariç, alt ekstremitenin tüm yüzeysel lenf damarlarını alır.
- **Nodi profundi:**
- V. femoralis'in medialinde yer alan 1-3 tane lenf düğümüdür.
- Alt ekstremitenin femoral damarlara eşlik eden derin lenf damarlarını, popliteal lenf düğümlerinin efferentlerini, glans penis (clitoridis)'in lenf damarlarını ve yüzeysel inguinal lenf düğümlerinden gelen bir kaç tane efferent lenf damarını alır.
- En üstte olanı, anulus femoralis'in ağzındadır(**Rosenmüller(Cloquet)**) lenf düğümü

**REFERANS: ANATOMİ EFSANE KONU KİTABI
SAYFA: 196, 197**

SORU/REFERANS

6) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Trafik kazası sonrası baş ve sırt ağrısı yakınmalarıyla gelen 41 yaşındaki erkek hastanın göğüs bölümünde travmaya bağlı plexus venosus vertebralis internus anterior ve posteriorda kanama saptanıyor. Anatomik yapılardan hangisine birikmesi en olasıdır?

CEVAP: Spatium epidurale

AÇIKLAMA:

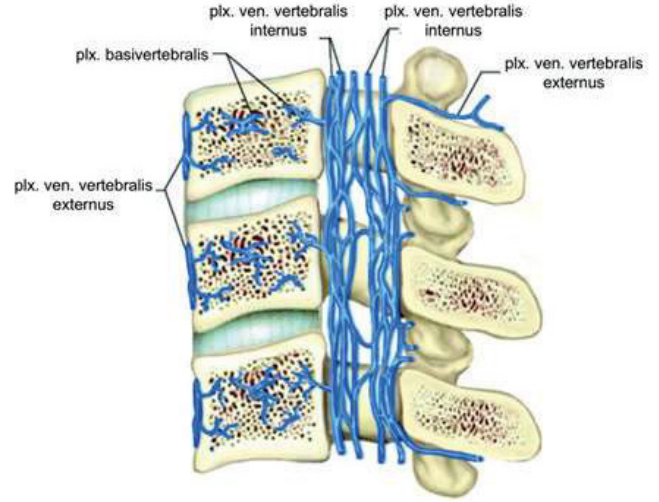
COLUMNA VERTEBRALIS VENLERİ

- Bu venler iki plexus oluştururlar. Bu venöz plexus'lar da kapaksız olup birbirleriyle anastomoz halindedirler. Batson pleksusları olarak da adlandırılırlar.

- Plexus venosus vertebralis externus: Vv. basivertebrales ve vv. intervertebrales'ler ile bağlantı yapar.

- **Plexus venosus vertebralis internus: Vertebraler ile dura mater arasında epidural boşlukta bulunurlar.**

Vv. basivertebrales: Plexus venosus vertebralis internus anterior'a açılırlar. Corpus vertebrae içerisindeki kırmızı kemik iliğinin venöz dönüşünü sağlarlar.



Medulla Spinalis'in Zarları

- Medulla spinalis, dıştan-içe üç zarla sarılır.
- Dura mater spinalis
- Arachnoidea mater spinalis
- Pia mater spinalis
- Dura mater ve arachnoidea mater; foramen magnum'dan başlar, S2 seviyesinde kapanır.
- Pia mater; medulla spinalis'in bittiği yerde sonlanır. (L1-L2 arası discus intervertebralis)
- L1-L2 discus intervertebralisten S2 seviyesine kadar filum terminale internum'u oluşturur.
- S2' den coccyx'e kadar dura mater ile filum terminale externum'u oluşturur.
- **Spatium epidurale; arkada ligg. flava ile dura mater arasında, önde ise lig. longitudinale posterius ile dura mater arasındaki boşluktur. İçinde, plexus venosus vertebralis internus denilen bir venöz pleksus bulunur.**

**REFERANS: ANATOMİ EFSANE KONU KİTABI
SAYFA: 184, 185, 262**

SORU/REFERANS

7) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Ön tanısı pars cavernosa da anevrizma olan hasta da en olası kranial sinir bulgusu?

CEVAP: Musculus rectus lateralis paralizi

AÇIKLAMA:

A. CAROTIS INTERNA

- A.carotis communis'ten C4 vertebra düzeyinde ayrılarak kafa tabanına doğru ilerler. Boyunda hiç dal vermeden canalis caroticus'tan geçerek kafatası boşluğuna girer.
- Foramen lacerum'un çatısından geçer. (içinden geçmez) ve os sphenoidale'deki sulcus caroticus'tan geçer.
- **Daha sonra sinus cavernosus'a girer ve burada n. abducens'le birlikte seyrederek.**
- Pars cervicalis:Hiç dal vermez.
- Pars petrosa:Burada a. caroticotympanica ve a. canalis pterygoidei (Vidii) dallarını verir.
- **Pars cavernosa:Rr. sinus cavernosi; gl. hypophysialis, ggl. trigeminale, sinus cavernosus duvarlarını kanlandırır**

SINUS CAVERNOSUS

İçinden geçenler (Medial);

- **A. carotis interna**
- **N.abducens (VI)**

Dış duvarından geçenler (Lateral);

- N.oculomotorius (III)
- N.trochlearis (IV)
- N.opthalmicus (V1)
- N.maxillaris (V2)

N. ABDUCENS (VI)

- GSE lif taşıyan saf motor bir sinirdir.
- Sulcus bulbopontinus'dan beyni terkeder.
- **Os temporale'de öne kıvrılarak sinus cavernosus içerisine girer.**
- **Sinus içerisinde a.carotis interna ile n.opthalmicus arasındadır.**

Anulus tendineus communis içerisinde fissura orbitalis superior'dan geçerek orbitaya girer.
M.rectus lateralis'i inerve eder.

N. abducens lezyonları

- **İpsilateral m.rectus lateralis paralizi.**
- İnternal strabismus (İçer şaşılık)
- Horizontal diplopi oluşur.

**REFERANS: ANATOMİ EFSANE KONU KİTABI
SAYFA: 161, 292, 304,**

SORU/REFERANS

8) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Hangi ganglionlar nervus facialis ile ilgili?

CEVAP: Ganglion pterygopalatinum ve ganglion submandibulare

AÇIKLAMA:

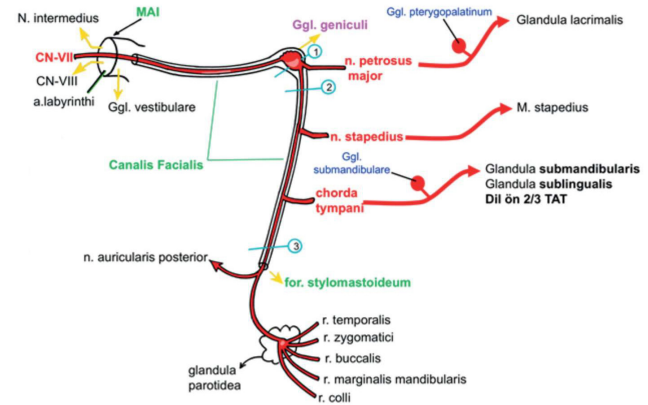
N. FACIALIS (VII)

- Sulcus bulbopontinus'tan çıkar.
- Kemik içi (temporal) en uzun seyir gösteren kafa çiftidir.
- Nuc.nervi facialis: Somatomotor

Nuc.salivatorius superior: PS

Gang. pterygopalatinum: gl. lacrimalis, gl salivariae minores, gl nasales

Gang. submandibulare: gl. submandibularis ,gl. sublinguales



Parasempatik (PS): Craniosacral sistem

- Presinaptik PS nöronlar beyin sakındaki bazı kranial sinir nucleus'ları ile MS'in S2-4 segmentlerindeki nuclei parasympathici sacrales'te
- Nucleusları:

- Nuc. nervi oculomotorii accessories (Edinger-Westphal) (3. KS)
- Nuc. lacrimalis (7.KS)
- Nuc. salivatorius superior (7.KS)
- Nuc. salivatorius inferior (9.KS)
- Nuc. dorsalis nervi vagi (10.KS)

Ganglionları:

- Gang. ciliare (3.KS)
- Gang. pterygopalatinum (7.KS)**
- Gang. submandibulare (7.KS)**
- Gang. oticum (9.KS)
- Gang. intramurale (10.KS)

**REFERANS: ANATOMİ EFSANE KONU KİTABI
SAYFA: 305, 306, 318**

SORU/REFERANS

9) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Lokal anestezi enfeksiyonu ile bloke edilmesi en olası?

CEVAP: Nervus nasopalatinus

AÇIKLAMA:

BURUN BOŞLUĞUNUN DUVARLARINDAKİ DELİKLER

- Foramina cribrosa --- N.olfactorius geçer.
- Foramen sphenopalatinum ---- A. sphenopalatina, n. nasopalatinus ve nn. nasales superiores geçer.
- **Canalis incisivus --- A. palatina major'un dalları, n. nasopalatinus'un palatin dalları geçer.**
- Ductus nasolacrimalis -----Meatus nasi inferior'a açılır.

REFERANS: ANATOMİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 128

SORU/REFERANS

10) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Solum sıkıntısı olan hastanın bilgisayarlı tomografi incelemesinde akciğer hilumunun anteriorunda bir kitle saptanıyor. Solum sıkıntısının nedeninin sinir haşışı olduğu düşünülüyor. Hasarının solum sıkıntısına neden olması en olasıdır?

CEVAP: Nervus phrenicus

AÇIKLAMA:

- **Facies mediastinalis:** Akciğerlere giren ve çıkan tüm oluşumların (radix pulmonis) bulunduğu **hilum pulmonis** vardır.

MEDIASTINUM MEDIUS:

- Kalp
- Pericardium
- Aorta ascendens
- A. v. pericardiophrenica
- V. cava superior'un alt kısmı
- V. pulmonales
- V. azygos'un son kısmı
- Bifurcatio trachea
- Bronchus principalis dexter ve sinister
- Truncus pulmonalis
- **N. phrenicus**
- Plexus cardiacus profundus
- Nodi tracheobronchiales

REFERANS: ANATOMİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 139, 144

SORU/REFERANS

11) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Foramen ischiadicum minus'tan femura tutunan kas?

CEVAP: Musculus obturatorius internus

AÇIKLAMA:

Foramen ischiadicum minus: Gluteal bölgenin perineum'a açıldığı foramen'dir.

- İçinden;
- A.v. pudenda interna
- N. pudendus
- **M. obturatorius internus'un tendonu ve siniri geçer.**

REFERANS: ANATOMİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 15

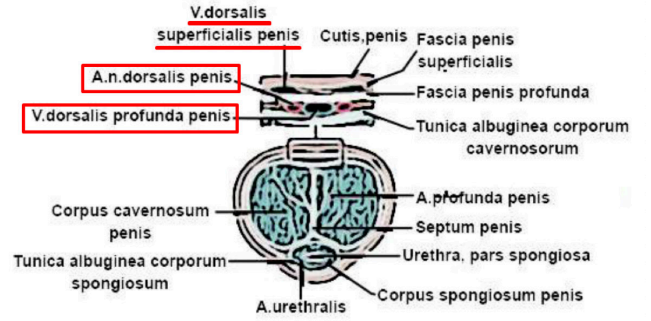
SORU/REFERANS

12) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Hangi anatomik yapılar aynı faiyal aralıkta birlikte ilerler?

CEVAP: Vena dorsalis profunda penis, arteria dorsalis penis, nervus dorsalis penis

AÇIKLAMA:



REFERANS: ANATOMİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 245

SORU/REFERANS

13) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Meme kanseri tanısı ile üst ekstremitesinde iç rotasyon ve adduksiyon kısıtlılığı yaşıyor. Hangi yapı zarar görmüştür?

CEVAP: Nervus thoracodorsalis

AÇIKLAMA:

YÜZEYEL KASLAR	ORİGO	INSERTIO	SİNİR	FONKSİYON
M. trapezius	Linea nuchae, lig. nuchae, torakal vertebraların proc. spinosus'ları, protuberantia occipitalis externa	Clavicula dış kısım, acromion ve spina scapula	N. accessorius pars spinalis	Pars descendens: scapula elevasyonu Pars ascendens: scapula'ya depresyon Orta kısım: scapula retraksiyon Tüm parçalar beraber: cavitas glenoidalis'e rotasyon yaptırıp yukarı baktırır.
M. latissimus dorsi	Son 6 torakal ve tüm lumbal vertebraların proc. spinosus'u, fascia thoracolumbalis, crista iliaca	Sulcus intertuberculari s tabanı	N. thoracodorsalis	Humerus'a ekstansiyon, adduksiyon ve iç rotasyon. Uzmanınma esnasında gövdeyi yukarı çeker.
M. levator scapulae	İlk 4 servikal vertebraların proc. transversus'larının arka tuberkülleri	Scapula margo medialis'in angulus superior'unun hemen altı	N. dorsalis scapulae	Scapula'yı yukarı ve içe çeker. rotasyon yaptırıp cavitas glenoidalis'i aşağı baktırır.
M. rhomboideus minor	Lig. nuchae, C7- T1 proc. spinosus	Trigonum spinae'nin tabanı	N. dorsalis scapulae	Scapula'yı yukarı içe çeker. Scapula'yı thorax duvarından uzaklaştırır (retraksiyon)
M. rhomboideus major	T2-T5 proc. spinosus	Scapula margo medialis spina'nın altında kalan kısım	N. dorsalis scapulae	Scapula'yı yukarı içe çeker. Scapula'yı thorax duvarından uzaklaştırır (retraksiyon)

REFERANS: ANATOMİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 78

SORU/REFERANS

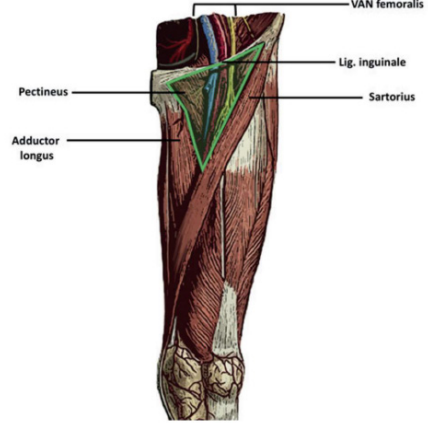
14) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Tepe seviyesinden geçen transvers bir kesitte hangi oluşum görülmez?

CEVAP: Vena saphena parva

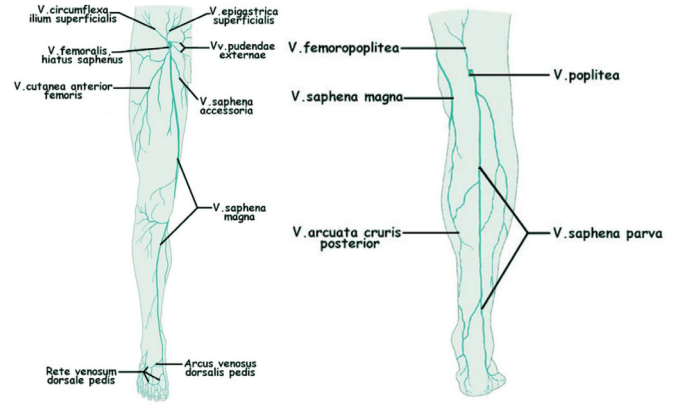
AÇIKLAMA:

TRIGONUM FEMORALE SINIRLARI VE İÇERİĞİ	
Medial sınır	M. adductor longus medial kenarı
Lateral sınır	M. sartorius medial kenarı
Üst sınır (tabanı)	Lig. inguinale
Apex	M.adductor longus ve M. sartorius kesişmesi
Döşemesi (Medialden laterale)	M. adductor longus, m. pectineus, m. iliopsoas
Çatısı	Fascia lata, cilt ve ciltaltı doku
İçeriği	A.femoralis ve dalı olan a.profunda femoris V.femoralis V.saphena magna'nın proximal kısmı Derin inguinal LN



V.SAPHENA PARVA

- Ayağın lateral kenarındaki v. marginalis lateralis'in devamıdır.
- Malleolus lateralis' in arkasından geçer ve tendo calcaneus'un lateraliinde yukarı uzanır.
- Fossa poplitea'da, v. poplitea'ya dökülür.
- N. suralis'le birlikte seyredir.



REFERANS: ANATOMİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 96, 187

FİZYOLOJİ 16/18

SORU/REFERANS

15) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:
Konstitütif tip salgılama yapan?

CEVAP: Plazma Hücresi

BU SORUYA TUSWORLD KAYNAKLARINDAN
REFERANS VERİLEMEMİŞTİR.

SORU/REFERANS

16) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:
Beyaz yağ dokusu özelliklerin olan?

CEVAP: I,III ve V

AÇIKLAMA:

Yağ dokusu ile ilgili öncüllü bir soru hazırlanmış. Beyaz yağ dokusu ile ilgili doğru bilgilerin seçilmesi istenmiş. II ve IV numaralı önergeler kahverengi yağ dokusu için doğru olabilecek seçeneklerdir.

Beyaz yağ	Kahverengi yağ
1. Uniloküldür.	1. Multiloküldür.
2. Karoten içerir.	2. Lipokrom pigmenti içerir.
3. Ana görevi enerji depolamaktır.	3. Fetüste ve doğumda bulunur, erişkinlikte kaybolur.
4. Soğuğa karşı direnç sağlar.	4. Yoğun kan damarı ve adrejenik sinir lifleri içerir.
	5. Mitokondriyondan zengin.

Multilocular adipocyte (brown fat)
Aggregates of epithelial-like multilocular, mitochondria-rich adipocytes surrounded by abundant blood vessels are characteristic of brown fat. The main function of brown fat is to dissipate energy instead of storing it as does white fat. Heat is generated by uncoupling the production of ATP from the movement of H⁺ across the inner mitochondrial membrane down the concentration gradient. **Uncoupling protein-1 (UCP-1)** activates uncoupling.

Mesenchymal cells give rise to preadipocytes that differentiate into brown adipose tissue (multilocular) and white adipose tissue (unilocular). Insulin binding to insulin-like growth factor-1 (IGF-1) receptor stimulates lipoprotein lipase blood-to-cell fat transfer. The primary fat formation in the fetus is brown fat. In the adult, multiple lipid droplets coalesce to form a single fat droplet (secondary fat formation).

Primary fat formation (fetus)
Multilocular adipocyte
Preadipocyte
Blood vessel
Lipoprotein lipase
Brown adipose tissue

Mitochondrial biogenesis and expression of UCP-1 protein are key features of thermogenesis by brown fat.

Secondary fat formation (adult)
Unilocular adipocyte
White adipose tissue

Unilocular adipocyte (white fat)
A single large fat inclusion, resulting from coalescing multiple lipid droplets, pushes the nucleus to an eccentric position. Fat in this preparation is unstained.

Termogenin: Kahverengi yağ dokusunda mitekondrilerin iç zarlarında yerleşir ve mitekondrinin ürettiği enerjiyi ısı üretimine kaydırır.

REFERANS: TUSWORLD EFSANE FİZYOLOJİ
KONU KİTABI SAYFA: 38-39

SORU/REFERANS

17) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Sitoplazmada yoğun nissl cisimciklerinin bulunması en iyi açıklanabilen?

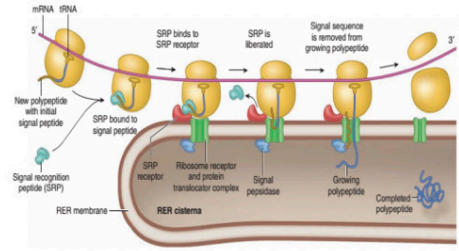
CEVAP: Protein sentezinin yüksek miktarda olması

AÇIKLAMA:

Nöronlarda yoğun nissl cisimciklerinin bulunmasının verilen şıklardan hangisiyle ilişkilendirilebileceği üzerine kurgulanan bir soru hazırlanmış. Nissl cisminin Granüllü Endoplazmik retikulumlarla ilişkili olduğu ve bunların bol protein senteziyle bağlantısı notlarımızda anlatılmıştır.

GER'de üretilen proteinler

- Hücre dışına salgılanacak proteinlerin sentezi
- Hücre zarı proteinleri
- Lizozomal enzimlerin sentezi
- Proteinlerin kimyasal modifikasyonu: **Glikoproteinlerin merkezi glikozlanması**, sülfatlama fosforilama
- Bol protein sentezleyen hücrelerde yoğun olarak bulunur:**
- Pankreas asinus hücreleri (Sindirim enzimleri), Fibroblast (Kollojen), Osteoblast, Plazma hücresi (İmmünglobülin)



- Tüm proteinlerin sentezi serbest poliribozomlarda başlar.
- Sonra ER'da düzenlenecek olan proteinler belirlenir.
- Bunlara İşaret Taniyici Partikül (SRP) molekülü takılır.
- Translasyon aşamasında polipeptid büyümesi durur.
- Sonra bu poliribozomlar GER'a kenetlenme proteini ile bağlanır.
- Translokator kompleksinde (peptid giriş kompleksi) bulunan SRP reseptörüne bağlanan SRP ribozom peptid kompleksinden SRP ayrılır ve duraklatılmış olan peptid sentezi devam eder.
- Polipeptidler **Translokon** adı verilen protein kanalı aracılığı ile GER'e girer.
- SRP en küçük RNA birimlerinden biri olan **7s RNA** içerir. Translokon ise **Sec 61 proteini** içerir.
- Hücre zarı proteinleri, lizozomal enzim ve hücre dışı proteinleri GERden, hücre içi proteinler (sitolol, çekirdek, mitokondri ve peroksizom proteinleri) serbest ribozomlardan üretilir.
- Nissl cisimi (nörondaki bazofilik görüntü, ergastoplazm) nörondaki Granüllü ER'dır.** Nöronun hücre gövdesinde bulunur, aksonda ve dentritlerin uç kısmında bulunmaz.

REFERANS: TUSWORLD EFSANE FİZYOLOJİ
KONU KİTABI SAYFA: 8

SORU/REFERANS

18) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Gelişimin ilk ayında plasental intervillöz aralıkta bulunanlar?

CEVAP: Yalnız I (Anne kanı)

AÇIKLAMA:

Plasental Membran (Bariyer)

Plasental membran, maternal ve fetal kanı birbirinden ayrı tutar ki böylece ikisinin birbirine karışması engellenmiş olur. **Endometrial arterlerden gelen maternal kan ile villuslar arası boşluk (intervillous space) dolar ve bu kan endometrial venler aracılığıyla drene olur.** Koryonun villi ise fetal kan damarlarını içerir. İkisi arasında ise plasental membran (bariyer) bulunur.

REFERANS: TUSWORLD EFSANE FİZYOLOJİ
KONU KİTABI SAYFA: 248

SORU/REFERANS

19) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Hangi embriyolojik yapı ile gastrulasyon baslar?

CEVAP: Primitif Çizgi

AÇIKLAMA:

TRİLAMİNAR GERM DİSKİNİN OLUŞMASI

Gastrulasyon (Gelişmenin 3. Haftası)

Gastrulasyon epiblastın yüzeyinde **primitif çizginin oluşmasıyla** başlar. Primitif çizgi kuyruktan merkeze doğru uzanır. Primitif oluk denilen sığ bir oluğun iki yanında uzanan daha kabarıklıkta bölgeler halinde ayrılır. Primitif çizginin sefalik ucu kabarıktır ve **primitif düğüm** olarak adlandırılır. Ortasındaki çukura da **primitif çukur** denir. **Primitif oluk** bölgesinde epiblast hücrelerinin yeni bir kat oluşturmak üzere epiblast ve hipoblast arasına uzandıkları belirlenir. İnvajine olan hücrelerin bazıları hipoblast hücrelerinin yerini alarak **embriyonik endodermi** oluştururken bazıları da epiblast yeni oluşan endoderm arasına yayılarak **intra-embriyonik meodermi** yaparlar. Epiblasttan kalan hücreler de **embriyonik ektodermi** oluştururlar. Yeni oluşan intraembriyonik mezoderm ektoderm ve endoderm germ yaprakları arasında çoğaldıkça sefalik ve lateral yönlerde doğru yayılırlar ve embriyonik disk sınırları dışına göç ederek vitellus kesesi ve amniyonu çevreleyen ekstra embriyonik mezodermle birleşirler. Sefalik yönde prekordal plağın iki yanından geçerek bu bölgenin önünde birleşirler ve kardiyojenik (kalp) plağını oluştururlar.

**REFERANS: TUSWORLD EFSANE FİZYOLOJİ
KONU KİTABI SAYFA: 240**

SORU/REFERANS

20) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Kulakta endolenfin sentezlendiği yer?

CEVAP: Stria Vasularis

AÇIKLAMA:

Orta kulağa oval pencere ile açıklığı olan kanalları sistemi üç odacıktan oluşmuştur.

Baziler ve Reissner membranı koheleayı uzunluğu boyunca 3 odaya (skala) ayırır

Üstteki skala vestibuli ile alttaki skala timpani **perilenfa** içerir ve bunlar koheleanın apeksinde yer alan ve **helikotre-**

ma adı verilen küçük bir delikle birbirine bağlanır. **Perilenf plazmanın ultrafiltratıdır.**

Skala timpani, yuvarlak pencerede sonlanır.

Koheleanın orta odası olan skala media zarsı labirent ile devam eder. Diğer iki odayla bağlantısı yoktur. İşitme reseptörleri ve **endolenfa** içerir.

Endolenf koheleadaki stria vaskularisten (dark hücreleri) salını ve endolenfatik keseden emilir. Skala media, üstten skala vestibuli, alttan skala timpani ile kuşatılmıştır.

**REFERANS: TUSWORLD EFSANE FİZYOLOJİ
KONU KİTABI SAYFA: 104**

SORU/REFERANS

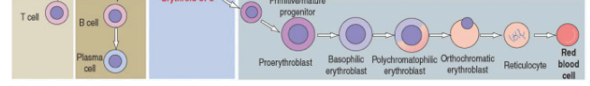
21) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Hücrelerin gelişim sıralaması doğru şekilde yazılan ?

CEVAP: II-I-III

AÇIKLAMA:

Eritropoez değerlendirildiğinde, eritrosit gelişim basamaklarındaki **hücrelerin sıralaması sorgulanmış.**



ERİTROPOEZ (7 GÜN)

Genel Özellikleri (eritropoez ilerledikçe);

Hücre hacmi ve çekirdekçisi küçülür. Kromatin yoğunlaşır ve zamanla hücre dışına atılır. Poliribozom sayısı azalır, asidofilik artar.

Ortak miyeloid progenitörden eritrositler seri öncüllerinin gelişimi için transkripsiyon faktörü **GATA-1**'in ekspresyonu gereklidir.

1. Proeritroblast: Hb sentezi başlar, hücrede bazofilik vardır.

2. Bazofilik eritroblast: Bol poliribozom ve RNA içeren, yoğun bazofilik boyanan hücrelerdir.

3. Polikromatofilik eritroblast: Hb artar (en belirgin üretim). Hemogloblin varlığına bağlı asidofilik ve poliribozom varlığına bağlı bazofilik bir aradadır. Çekirdekdeki kaba heterokromatine bağlı "dama tahtası örüntüsü" mevcuttur.

4. Ortokromatofilik eritroblast (Normoblast): Hücrede asidofilik görünüm oluşur. Bu aşama ve sonrasında mitoz durur ve **hücre çekirdeği bu aşamanın sonunda atılır.**

**REFERANS: TUSWORLD EFSANE FİZYOLOJİ
KONU KİTABI SAYFA: 137-138**

SORU/REFERANS

22) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Dalakta T lenfositlerin baslıca lokalizasyonunu hangisidir?

CEVAP: Santral Arter Çevresi

AÇIKLAMA:

DALAK

Dalak en büyük lenfoid organdır.

Dalak parankimi = Dalak pulpası

Hilustan girerek dalak kapsülünün yaptığı trabekülalardan geçen arter (splenik arter-trabeküler arter) parankime girdiğinde santral arter adını alır.

Santral arter beyaz pulpaya girmiştir. Etrafında T Lenfositlerden yoğun PALS dokusu vardır.

Beyaz pulpa boyunca ilerleyen santral arter lenf nodüllerini besler. Germinal merkezleri olan bu nodüller B Lenfositler zengindir.

**REFERANS: TUSWORLD EFSANE FİZYOLOJİ
KONU KİTABI SAYFA: 151**

SORU/REFERANS

23) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

CEVAP: Lateral kortikospinal

AÇIKLAMA:

TRACTUS CORTICOSPINALIS (TRACTUS PYRAMIDALIS) (X)

- **En büyük efferent yoldur.** Nöronları; üst motor nöron olarak adlandırılır.
- **Lnöron:** Brodman'ın 6, 4 (%80) ve 3, 1, 2'den başlar
- Bu alanlardan başlayan lifler, bir araya gelir ve capsula interna'nın genu'suna yakın crus posterius'undan geçer.
- Medulla oblongata (bulbus)'nın ön yüzündeki pyramis bulbi denilen şişkinlikleri oluşturur. Bu nedenle tractus pyramidalis de denir.
- **%90'ı:** Medulla oblongata'nın üst 2/3 ile alt 1/3'ün birleştiği yerde (**decussatio pyramidum**) çapraz yaparak tr.corticospinalis lateralis' u oluşturur
- **% 8'i:** ÇAPRAZ yapmadan ipsilateral tr.corticospinalis anterior'u oluşturur
- **% 2'si:** ÇAPRAZ yapmadan ipsilateral tr.corticospinalis anterolateralis'de seyredir.
- **İl.nöron:** Tractus corticospinalis lateralis, S4 seviyesinde cornu anterius'taki ara veya motor nöronlar. [Lamina IV,V,VI,VII ve bazı aksonlar IX]
- Tractus corticospinalis anterior, segment seviyesinde ara nöron veya cornu anterius'taki motor nöronlar. (Lamina VII)
- Tractus corticospinalis intermedius(anterolateralis), aynı taraf motor nöronlar.

Tractus corticospinalis anterior, gövde kasları ile ilgili motor emir taşır.

Tractus corticospinalis lateralis, ekstremiteler kasları ile ilgili motor emirleri taşır.

REFERANS: TUSWORLD EFSANE ANATOMİ KONU KİTABI SAYFA: 270

SORU/REFERANS

24) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

İyon kanallarından hangisinin açılması hücrenin uyarılabilirliğini azaltanlardandır?

CEVAP: II-III

AÇIKLAMA:

Hücrenin uyarılabilirliğinin azalması ile ilgili sorgulanmış bir elektrofizyoloji sorusu. Notlarımızda özellikle sodyum ve kalsiyum akışının uyarılabilirliği artırdığı, klor akışının uyarılabilirliği azalttığı vurgulanmıştır.

Postsinaptik membranda oluşan lokal reseptör potansiyeli iki şekilde izlenir

1. EPSP: Eksitator postsinaptik potansiyel
2. IPSP: İnhibitor postsinaptik potansiyel

EPSP ile uyurlabilirlik artar veya sümasyona uğrayan EPSPler ile aksiyon potansiyeli oluşabilir EPSP oluşumuna neden olan glutamat, noradrenalin NT 1er ile hücre içine **Na ve Ca akışı ile gerçekleşir.** **IPSP ise uyarılabilirliği azaltır,** gaba ve glisin ile hücre içine **Cl** akışı sağlanarak gerçekleşir. Yavaş EPSP veya yavaş IPSP olarak adlandırılan potansiyeller daha uzun süreli oluşan ve **K** iyonunun miktarının değiştirilmesi ile oluşan potansiyellerdir.

REFERANS: TUSWORLD EFSANE FİZYOLOJİ KONU KİTABI SAYFA: 76

SORU/REFERANS

25) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Düz kaslar ile ilgili doğru olan?

CEVAP: I-II-III

AÇIKLAMA:

- **Düz kasa hem hücre dışı sıvıdan hemde az gelişmiş olan sarkoplamik retikulumdan kalsiyum akışı olur;**
- **Kasılmayı kalsiyum tetikler.** Ancak aktine değil, myozine etki eder (myozin ilişkili regülasyon).
- **Bazı düz kaslarda da voltaja duyarlı Ca kanalları açılır ve aksiyon potansiyeli meydana gelir.**
- Düz kaslarda troponin yoktur. İki farklı protein: **Kaldesmon** ve **kalponin** bulunur.
- Kaldesmon düz kas kasılmasını Myozin ATPaz inhibisyonu ile engeller kaldesmon-kalsiyum kompleksi ile birleşince inhibisyon etkisi ortadan kalkar (kalsiyum bağımlıdır).
- Kalponin ise defosforile halde iken (Ca'dan bağımsız olarak) Myozin ATPaz inhibisyonu yapar bu etkisi ile düz kas gevşemesinde rol alır.
- Düz kasta tropomyozin bulunur **tropomyozini aktif bölgeden düz kasta uzaklaştıracak olan Kaldesmondur.**
- **Kaldesmon** molekülü aktine bağlı olduğu zaman kasılmaya engel olan bir proteindir.
- **Kalmodulin:** **Düz kas hücrelerinde Ca²⁺ bağlayan bir proteindir.**
- Oluşan Kalsiyum-kalmodulin kompleksi iki etki oluşturur
- **MLCK (myozin hafif zincir kinazı) aktifler,** Myozin kinaz enzimine yanıt olarak myozin hafif zinciri fosforile olur.
- Kalsiyum-kalmodulin kompleksi kaldesmona bağlanır. Kaldesmon aktin filamentelerinden ayrılarak kasılmaya uygun hale gelir.

	KAS TIPLERİNİN ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI		
	İSKELET KASI	KALP KASI	DÜZ KAS
Uyarım Mekanizması	Nöromusküler iletim	Pace-maker depolarizasyonu (ileti hücreleri ve oluklu bağlantılar aracılığıyla yayılır)	Sinaptik iletim Agonist-aktif reseptörler Elektriksel eşleşme Pace-maker potansiyeller
Kas Hücresinin Elektrik Aktivitesi	Dikensi potansiyeller	Platolu potansiyel	Dikensi potansiyeller, platolu potansiyeller, dereceli potansiyeller, yavaş dalgalar
Kalsiyum Sensörü	Troponin C	Troponin C	Kalmodülün
Uyarılma-Kasılma Eşleşmesi	Dihidropiridin reseptörü ryanodin reseptörünü mekanik olarak açar.	L-tipi kalsiyum kanalı aktiviteyle hücreye giren kalsiyum ryanodin reseptörünü açar.	Voltaj duyarlı kalsiyum kanalları, kalsiyum ya da IP ₃ aracılı kalsiyum salınımı
Kasılmanın Sonlanması	Asetilkolinesteraz, SERCA	Repolarizasyon, SERCA	Myozin hafif zincir fosfataz, SERCA
Sarsı Süresi	20-200 ms	200-400 ms	200 ms – sürekli
Kuvvetin Düzenlenmesi	Frekans ve çoklu lif sümasyonu	Kalsiyumun sarkoplazmadaki miktarının düzenlenmesi	Myozin hafif zincir kinazın fosforilasyonu ve defosforilasyonu, Kilit durumu
Metabolizma	Oksidatif, glikolitik	Oksidatif	Oksidatif
Fosfolamban Varlığı	Sadece Tip I'de var	Var	Var
T Tübülleri	A-I bağlantısında (triad; iki terminal sisternali)	Z çizgisinde (diad; küçük terminal sisternali)	Yok. İyi gelişmiş dER, birçok invajinasyonu ve kaveolaya benzeyen veziküller
Hücrelerarası Bağlantılar	Yok	İnterkalar diskler; - Fasya adherens - Desmozom - Oluklu bağlantılar	Oluklu bağlantılar

REFERANS: TUSWORLD EFSANE FİZYOLOJİ KONU KİTABI SAYFA:56-58

SORU/REFERANS

26) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Ajan-etki mekanizmasında doğru olanlar?

CEVAP: Yalnız III

AÇIKLAMA:

Antikoagülan ajan ve etki mekanizma eşleştirmelerinden doğru olan sorgulanmış. I ve II numaralı öncüllerin yanlış olduğu notlarımızda vurgulanmıştır.

ANTİKOAGÜLAN İLAÇLAR

HEPARİN

Ağır fraksiyone heparin de denir. **Karaciğerden sentezlenen antitrombin III'e bağlanarak onun aktiflenmesini hızlandırır.** Antitrombin III üzerinden özellikle **trombin (faktör IIa)** ve **faktör Xa** 'ya bağlanarak pıhtılaşmayı önler. Etkisi aPTT ile takip edilir.

Venöz tromboziste ve pulmoner embolide tek başına veya varfarinle beraber kullanılır. Unstabil anjinalda, akut miyokardiyal infarktüste, post-op hastalarda DVT ve tromboemboliden koruma amaçlı, kardiyak by-pass veya balon anjiyoplasti sırasında kullanılır.

Heparin, **tipoprotein lipaz** salınımını artırarak plazmada trigliserid yıkımına neden olur ve **berrak plazma** görünümünü oluşturur.

Diğer Antikoagülan İlaçlar	
Dikumarol	Vitamin K antagonistidir.
Drotrecogin alfa	Rekombinant insan aktive protein C'dir.
Danaparoid	Heparan-dermatan-kondroitin sülfat içerir. Antitrombin'in FXa inhibisyonunu artırır.
Batroksobin	Trombin benzeri proteolitik etkiye sahip bir hemotoksindir.

REFERANS: TUSWORLD EFSANE FARMAKOLOJİ KONU KİTABI SAYFA: 106-109

SORU/REFERANS

27) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Kalpde sinoatrial düğümün parasempatik uyarımı ile ilgili doğru olan?

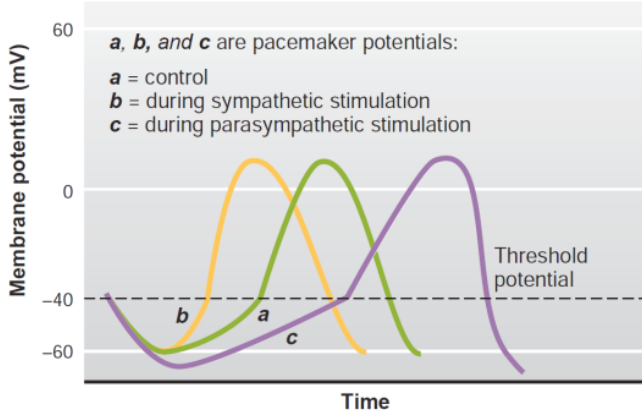
CEVAP: III-IV

AÇIKLAMA:

Sinoatriyal düğümün parasempatik innervasyonu ve sonrasında gelişen fizyolojik süreçler sorgulanmış. Özellikle derslerimizde anlattığımız tablolar üzerinden kolay bir şekilde çözülen güzel bir kardiyovasküler sistem sorusu. Parasempatik sistem kalpte M2 reseptörleri üzerinden etki eder. K geçirgenliğini artırır. SA nod hücrelerini hiperpolarize eder ve eşiğe ulaşma sürelerini uzatır.

Kalp Hızının Otonom Düzenlenmesi

Sempatik aktivite dinlenim SA nod hücrelerinin membran potansiyelini değiştirmez ancak eşik potansiyele ulaşma hızını artırır (Kalp hızı artar). Parasempatik aktivite ise hem SA nod hücrelerini hem hiperpolarize eder, hem de eşik potansiyele ulaşma hızını yavaşlatır (Kalp hızı azalır).



Muskarinik Reseptörler:

Postganglionik parasempatik lifler, G proteini ile kenetli Muskarinik reseptörleri etkilerler. Muskarinik reseptörler M1-M5 alt tipine ayrılır. M1, M4, M5 santral sinir sisteminde bulunur. OSS de rol alan **M2 reseptörleri** adenilat siklaz inhibisyonu neden olur. M2 reseptörlerin diğer özelliği otoreseptör etkinliği göstererek kolinerjik etkinin sınırlandırılmasını sağlar. Düz kas ve salgı bezlerinin uyarılmasında rol alan **M3 reseptörleri** IP3 VE DAG oluşumu ile hücre içi kalsiyum artışını sağlar.

TABLO: MUSKARINİK RESEPTÖR		
	Lokalizasyon	Etki Mekanizması
M1	Beyin :öğrenme ve bellek	IP3, DAG kaskadı
M2	Kalp , sinir dokusu, düz kas sinir uçlarındaki otoreseptörler	cAMP azalır, K kanallarının açılması
M3	Ekzokrin salgı bezleri, GİS, trakeobronşiyal kanal, mesane, göz ve damarlarda bulunur.	IP3, DAG kaskadı
M4	SSS	cAMP azalır
M5	SSS	IP3, DAG kaskadı

REFERANS: TUSWORLD EFSANE FİZYOLOJİ KONU KİTABI SAYFA: 84-127-128

SORU/REFERANS

28) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Demir hemostazı ile ilgili yanlıştır?

CEVAP: Transferrine bağlı demir +2 değerlidir

AÇIKLAMA:

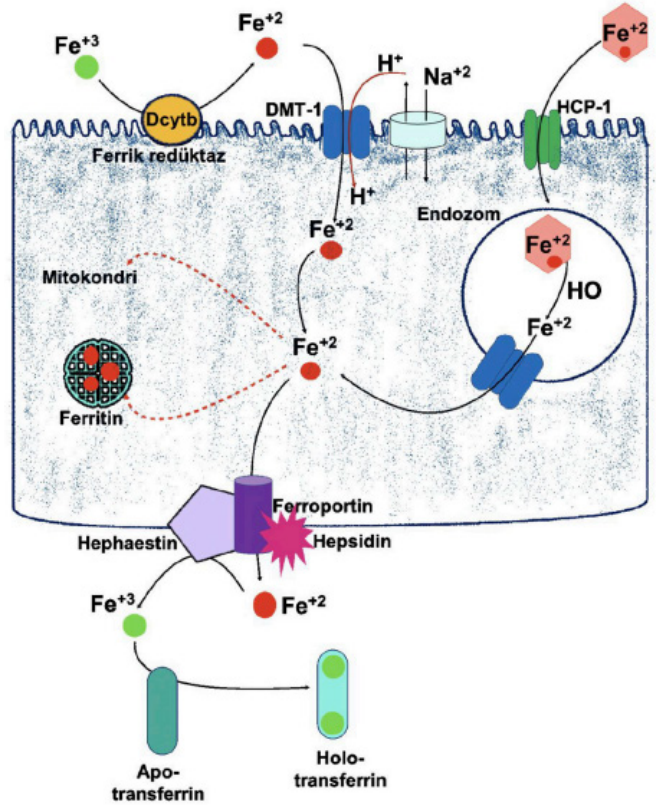
Demir hemostazı ile ilgili yanlış olan bilgi sorgulanmış

6.Fe Emilimi

Fe²⁺ emilebilir (hayvansal, HEME) demirdir.

Enterosit yüzeyindeki ferrik redüktaz ile Fe³⁺, +2'ye dönüştürülür.

DMT (divatan metal transporter) ile emilen +2 değerlikli demir, seruloplazmin aracılığıyla +3 demire çevrilir ve kanda transferrin aracılığıyla taşınır.



- Fe³⁺ → Fe²⁺
– Ferric redüktaz, HCl, Askorbik asit
- Ferröz demiri enterosite alan
– DMT-1
- Ferröz demiri enterositten kana geçiren
– Ferroportin
- Ferroportine etki ederek demir emilimini azaltan
– Hepsidin
- Fe²⁺ → Fe³⁺, transferrine bağlayan
– Hefastin (seruloplazmin analogu)

REFERANS: TUSWORLD EFSANE FİZYOLOJİ KONU KİTABI SAYFA: 182-183

SORU/REFERANS

29) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Aşağıdaki hastanın tanıda en önemli sorun nedir? Guatr tanısı alan hastanın tetkikleri; troksin (T4) ve triyodotironin (T3) hormon düzeylerinin azaldığı tespit edilmiştir.

CEVAP: Tiroid epitel hücre membranındaki pendrin taşıma proteinin fonksiyon dışı kalması

AÇIKLAMA:

SORU/REFERANS

30) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Büyüme hormonu sekresyonunun azalmasına sebep olan?

CEVAP: Hiperglisemi

AÇIKLAMA:

BÜYÜME HORMONU (GH)

Hipotalamustan salgılanan büyüme hormonu salgılayıcı hormon (GHRH), ön hipofizden GH salınımını kontrol eder. Ön hipofizdeki somatotrop hücrelerdeki reseptörlere bağlanan GHRH, adenilat siklazı aktive ederek cAMP düzeyini yükseltir ve GH salınımını uyarır. GH salınımını azaltan hormon ise somatostatindir. GH salınımını en fazla uyarıcı olan hipoglisemidir. Glukagon, arjinin, egzersiz, stres, bakteri endotoksinleri, alfa-adrenerjik uyarı, dopaminerjik uyarı, östrojen ve ADH salınımını artırır.

Glukoz, β-adrenerjik uyarı, serbest yağ asitleri ve IGF-1 GH salınımını azaltır.

IGF-1 (Somatomedin C, Insulin-Like Growth Factor-1), GH'unun doku düzeyinde olan etkilerini gerçekleştiren aracı bir moleküldür.

Büyüme hormonu, karbonhidrat, lipit, azot ve mineral metabolizması ve doğum sonrası büyüme için gereklidir.

Önemli Etkileri:

1. Kas hücrelerine aminoasit girişi ve protein sentezini artırır. Protein sentezini de azalttığından= **Pozitif Azot Dengesi** meydana gelir.
2. **Hormon duyarlı lipazı uyarır**→ Lipolizi stimüle eder→ Yağ asit ve Gliserolün kana verilişini artırır. **Ayrıca keton sentezini de artırır.**
3. **Dokulara glikoz girişini ve glikolizi azaltır.** Dokulara glikoz girişi azalması nedeniyle dokuda glikoz açığı meydana gelir, bunu kompanse etmek için **glukoneogenez artar ve hiperglisemi** oluşur. Karaciğerde de glikojen sentezini artırır. Yani özetle, GH, **antiinsülinik etki=diyabetojenik etki yapar.**
4. Prolaktin ile aynı ailede olduğu için, **süt yapımını artırır.**
5. **GH (IGF-1) Na⁺, K⁺ ve Cl⁻ tutulmasına neden olur. Pozitif Ca, Mg ve P dengesine neden olur.**
6. Uzun kemiklerde büyümeyi sağlar. Çocuklarda kıkırdak oluşumunu artırır.

GH fazlalığı, büyüme çağında gigantizm, epifiz plakları kapandıktan sonra ise akromegaliye neden olur. GH eksikliği olan olgular, hipoglisemiye, arjinin ve levodopaya yanıt olarak kan GH düzeyini yükseltebilir. Büyüme periyodu sırasında GH ve tiroid hormonu **sinerjist etki yapar** (lineer büyüme ve plağın kalınlaşması etkisinin oluşması için ortamda tiroid hormonu lazımdır)

REFERANS: TUSWORLD EFSANE BİYOKİMYA KONU KİTABI SAYFA: 234

SORU/REFERANS

31) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

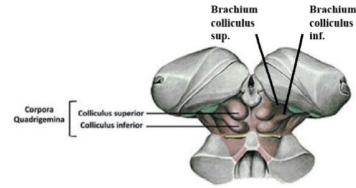
Gözde ani sıçrama ve sakkadik hareketlerden sorumlu olduğu merkez?

CEVAP: Colliculus Superior

AÇIKLAMA:

MESENCEPHALON (orta beyin)

- **Pedunculus cerebellaris superior:** Mesencephalon'u cerebellum'a bağlar.
- **Aqueductus mesencephali (cerebri) (Sylvius);**
- **Sulcus pontocruralis**
- **Pedunculus cerebri:** pons'tan diencephalon'a uzanırlar.
- **Fossa interpeduncularis :**İki pedunculus arasındaki çukur
- **substantia perforata interpeduncularis (posterior):** A.cerebri posterior'un dalları geçer.
- Pons'a yakın bölümünden n.oculomotorius'lar çıkar.
- **Colliculus superior:** Üsttekiler, Görme refleks merkezleri
- **Colliculus inferior:** Alttakiler, İşitme refleks merkezleri



REFERANS: TUSWORLD EFSANE ANATOMİ KONU KİTABI SAYFA: 278

SORU/REFERANS

32) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Dinlenen, gözleri kapalı sağlıklı bir insanda oksipital ve parietal elektronlarda elektriksel aktivite?

CEVAP: Alfa ritmi

AÇIKLAMA:

EEG dalgaları

Alfa: Azalmış dikkat ile ilişkili. Göz kapalı dinlenmede. Sıklık 8-12 Hz Talamusta kortikal bağlantıların bu dalgaya neden olur.

Beta: Dikkat bir şeye odaklandığında, uyanıkken (REM) düşük amplitüdü. 12-20 Hz

Teta: Non REM'in erken dönemlerinde. 4-8 Hz

Delta: NonRem 4'te, süt çocuğu, ciddi beyin hasarında görülür. 1-4 Hz

Betadan deltaya frekans azalır, amplitüd artar.

REFERANS: TUSWORLD EFSANE FİZYOLOJİ KONU KİTABI SAYFA: 91

BİYOKİMYA 22/22

SORU/REFERANS

33) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

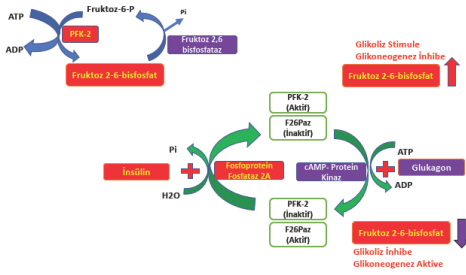
Aşağıdakilerden hangisi glukoneogenezin düzenlenmesi için hatalı bir ifadedir?

CEVAP: Fruktoz 2,6 bisfosfat düzeyi artar.

AÇIKLAMA:

Açlık durumuna geçildiğinde organizma glukagon hakimiyeti altına girer. Bu durumda glukagon enzimi fosforile ederek inaktif hali olan fruktoz 2,6 bisfosfata haline getirir (çift fonksiyonlu enzim PFK-2 ve Fruktoz 2,6 bisfosfataz aktivitesine sahip). Fruktoz-2,6 bisfosfat yıkılarak fruktoz-6-fosfata dönüşür. Böylece glikoliz üzerindeki aktivatör etki ortadan kalkmış olur. Karaciğer ağırlıklı olarak glukoneogenez yapar.

PFK-2'nin kardiyak izoenziminde bu düzenleme tam tersiyken, iskelet kası izoenziminde kovalent modifikasyonla düzenleme yoktur.



REFERANS: TUSWORLD BİYOKİMYA EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 102

SORU/REFERANS

34) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Hepatositlerdeki ER işaretleyicisi hangisidir?

CEVAP: Glukoz-6-Fosfat

AÇIKLAMA:

ORGANEL	ENZİM	ENZİMİN İŞLEVİ
PLAZMA MEMBRANI	Na ⁺ /K ⁺ ATPaz 5'Nükleotidaz Adenilat siklaz	Membran polarizasyonu
ENDOPLAZMIK RETİKÜLÜM	Glukoz-6-fosfat Sitokrom b5 redüktaz	Glukoneogenez Yağ zincirlerinin uzatılması
GOLGİ	Galaktozil Transferaz Mannosidaz	Glikolizasyon
MITOKONDRI	Süksinat Dehidrogenaz Sitokrom oksidaz Oligomisin duyarlı ATPaz Glutamat Dehidrogenaz	Oksidatif fosforilasyon Oksidatif fosforilasyon-ETZ Oksidatif fosforilasyon-ETZ
LİZOZOM	Asit fosfat β-glukuronidaz	
SİTOZOL	LDH Glukoz-6-fosfat dehidrogenaz	Glikoliz HMP yolu
NÜKLEUS	DNA polimeraz RNA polimeraz	Replikasyon Transkripsiyon
PEROKSİZOM	Katalaz Ürat Oksidaz	H ₂ O ₂ yıkımı

REFERANS: TUSWORLD BİYOKİMYA EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 3

SORU/REFERANS

35) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Glikojen sentezi için yanlış ifade hangisidir?

CEVAP: Sentez prekürsörü Glukoz-1-P'dir.

AÇIKLAMA:

GLİKOJEN SENTEZİ (GLİKOJENEZ)

Glikojen sentezinde prekürsör UDP-Glukozdur. Önce Glukoz-6-P'dan Glukoz-1-P sentezlenir. Ara ürün glukoz 1,6 BP'dir. Enzim çift yönlü çalışan fosfoglukomutazdır. Sonra Glukoz-1-P, UTP ile reaksiyona girer. Enzim çift yönlü çalışan UDP-Glukoz profosforilazdır. Oluşan PPI parçalanır ve egzogonikdir. Böylece yolun senteze kayması garanti altına alınır.

Glikojen sentezinin tamamı sitoplazmada gerçekleşir. Düzenleyici enzim glikojen sentazdır. İlk Basamakta, UDP-Glukoz, en az 8 birim içeren glikojen biriminin ucuna α-1,4 glikozidik bağ ile eklenir. Enzim glikojen sentazdır. 8-12 birimlik uzama sonrası dalanma noktasına gelinir. Bu noktada α-1,4, α-1,6-transglikozidaz (4,6 transferaz=dal yapıcı enzim) enzimi ile α-1,6 glikozidik bağ oluşturulur ve bir dal yapılmış olur. Daha sonra glikojen sentez enzimi 1,4 glikozidik bağlarla indirgenmeyen uca UDP-Glukoz eklemeye devam eder.

Glikojen sentezinde, UDP-Glukozların eklenebilmesi için en az 8 birimlik glikojen birimi gerekir. Eğer açık uzamış ve tüm glikojen tüketilmiş ise, toklukta glikojen sentezi başladığında birim olmayacaktır. Bu durumda glikojenin denenen bir protein görevi üstlenir. Bu proteinin üzerindeki tirozin a.a.'lerine UDP-Glukoz bağlanır. Her seferinde UDP ler ayrılır. Glikojenin 8 birimlik, glikojen oluşana kadar hem kalır hem de glikozil transferaz vazifesi görür. Daha sonra glikojen sentez devam eder ve glikojenin merkezde kalır.

REFERANS: TUSWORLD BİYOKİMYA EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 113

SORU/REFERANS

36) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

IMP'nin yapısında hangisi bulunur?

CEVAP: Hipoksantin

AÇIKLAMA:

PÜRİNLERİN DENOVO SENTEZİ

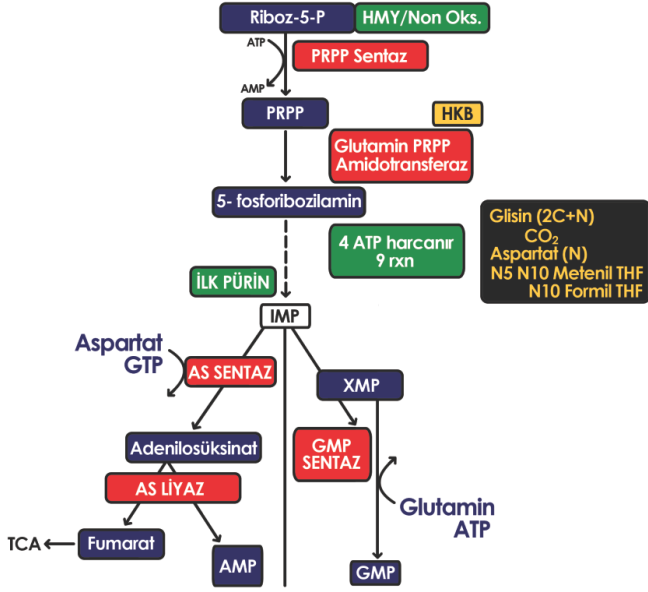
Pürinlerin DeNovo sentezi, Heksoz Monofosfat Yoluğının non-oksidatif evresinde sentezlenen Riboz-5-P ile başlar ve 11 enzimin katalizlediği reaksiyonlar ile hipoksantin ribonükleotidi olan inozin monofosfat (IMP) sentezlenmiş olur.

Pürinlerin de novo sentezinin ilk basamağı PRPP Sentaz ile katalizlenir. Riboz-5-P ve ATP'den PRPP sentezlenir. Bu basamak inorganik fosfat tarafından aktive, AMP, ADP, GMP ve GDP tarafından inhibe edilir. İkinci basamağı katalizleyen enzim, De Novo Pürin Sentezinin hız kısıtlayıcı enzimi olan PRPP Glutamin Amidotransferaz(GPAT) dir. Glutaminden bir amin grubu PRPP'ye aktarılır ve 5-fosforbozilin oluşur (N9). Bu basamak, son ürün inhibisyonuna duyarlıdır. Yani AMP, GMP ve IMP tarafından inhibe edilir.

Daha sonra 4 ATP'nin harcandığı, yapıya Glisin (C4, 5 ve N7 katılır), CO₂ (C6), Aspartat (N1), A⁵, N¹⁰ Metenil Tetrahidrofolat (C8) ve N⁹-formilTetrahidrofolat(C2)'yi katıldığı 9 reaksiyon ile ilk pürin nükleotidi olan IMP sentezlenir.

IMP'den AMP sentezlenirken; ASPARTAT VE GTP kullanılır. Adenilosüksinat Sentaz enzimi ile önce Adenilosüksinat sentezlenir. Daha sonra Adenilosüksinat Liyaz enzimi ile Fumarat ve AMP sentezlenir. Fumarat TCA döngüsü ile DeNovo Pürin Sentezini birbirine bağlar.

IMP'den GMP sentezlenirken ise ATP ve GLUTAMİN kullanılır. IMP'den IMP dehidrogenaz enzimi ile NADH oluşur ve XMP sentezlenir. Sonra GMP Sentaz enzimi ile ATP harcanarak ve glutaminden amin grubu eklenir ve GMP oluşturulur.



REFERANS: TUSWORLD BİYOKİMYA EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 186,187

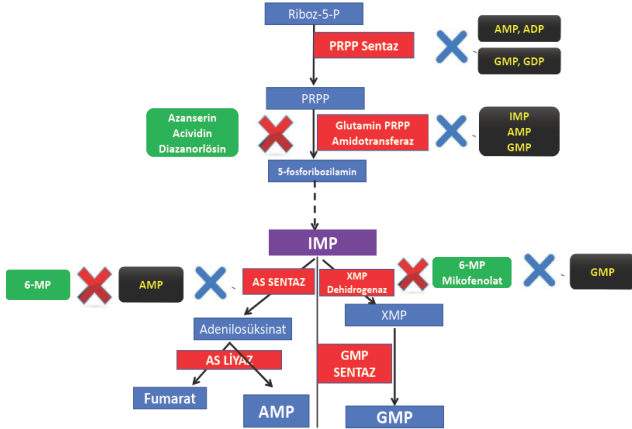
SORU/REFERANS

37) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Pürin sentezinde son ürün tarafından aşağıdaki basamaklardan hangisi inhibe edilmez?

CEVAP: Adenilosüksinaz

AÇIKLAMA:



İşan AMP ve GMP'ye, nükleozid monofosfat kinaz enzimleri ile ATP'den fosfat grubu aktarılarak ADP ve İP sentezi gerçekleşir. Bu enzimler bazılara spesifik ancak şekerin riboz veya deoksiriboz olması enzim hızını etkilemez. Bu enzimlerden adenilat kinaz özellikle karaciğer ve kasta aktiftir. Kleozid difosfat ve nükleozid trifosfatlar birbirlerine baz ve sekere spesifik olmayan nükleozid difosfat azaltır ile çevrilebilirler.

Şekilde de net biçimde görüldüğü gibi AS Liyaz enzimi üzerine herhangi bir allosterik inhibisyon bulunmamaktadır.

REFERANS: TUSWORLD BİYOKİMYA EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 188

SORU/REFERANS

38) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Hiperamonyemi, ornitin artışı, sitrülün ve arjinin azalmasıyla seyreden metabolik hastalık?

CEVAP: OTC Eksikliği

AÇIKLAMA:

ÜRE DÖNGÜSÜ İLE İLGİLİ METABOLİK HASTALIKLAR

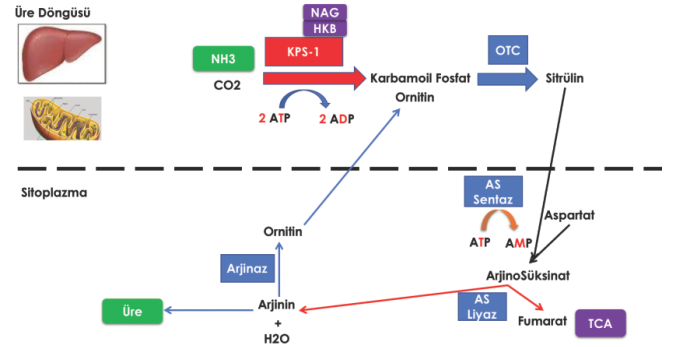
Üre döngüsü defektleri nedeniyle ortaya çıkan bu hastalıkların hepsinde bebek doğumda normaldir. Bebek beslendikten sonra başlayan huzursuzluk, emme bozukluğu, MR, İntermitan ataksi ve letarjidir. Proteinli gıdalardan kaçış, apne, hipoglisemi. Enzim defektlerinin hepsi O.R geçer ancak Ornitin transkarbamoilaz (OTC) eksikliği X'e bağlı geçer

Hiperamonyemi Tip I: Karbamoil fosfat sentaz I defekti vardır. Nadir görülen bir metabolik hastalıktır.

N-Asetil glutamat sentaz eksikliği: Karbamoil fosfat sentaz I aktivitesi için olmazsa olmaz olan N-Asetilglutamat sentazlenemediğinden üre döngüsünün kontrol enziminin çalışması bozulur. N-asetil glutamata yanıt vardır. NAG analogu olan kargulümik asit tedavide kullanılır.

Ornitin Transport kusuru: ORNT-1 gen mutasyonu. Ornitinin sitozolden mitokondriye taşınması bozulmuştur. Hiperornitinemi, hiperamonyemi, homositrülinüri(3H) mevcuttur.

OTC eksikliği yani hiperamonyemi tip 2 en sık görülen üre siklus defektidir. BOS, idrar ve kanda glutamin düzeyleri artmıştır.



Şekilde de açık biçimde görüldüğü gibi, OTC enziminin çalışmadığı durumda ürün olan sitrülün ve son basamağın substratı olan arjinin azalacak, ornitin ve amonyak miktarında artış görülecektir.

REFERANS: TUSWORLD BİYOKİMYA EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 168, 169

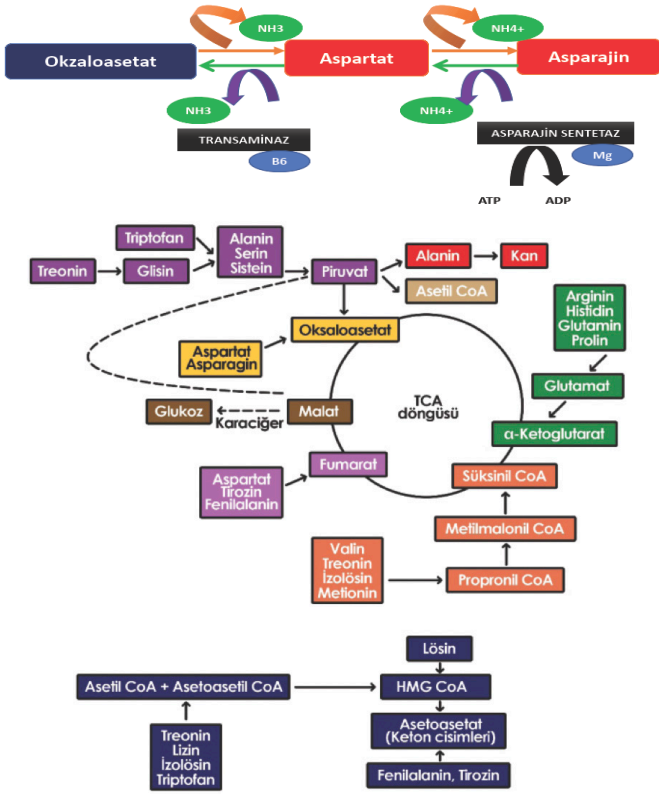
SORU/REFERANS

39) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Amin grubunun transferiyle oksaloasetata dönüşerek TCA'ya katılan substrat hangisidir?

CEVAP: Asparajin

AÇIKLAMA:



REFERANS: TUSWORLD BİYOKİMYA EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 163,172

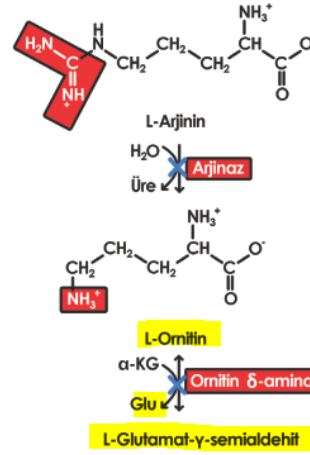
SORU/REFERANS

40) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

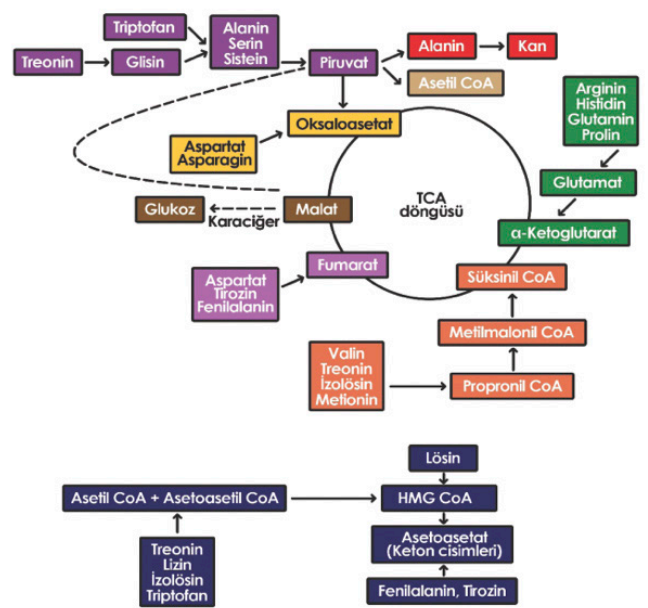
Glutamat Semialdehit ile ilgili doğru olanlar hangisi/ hangileridir?

CEVAP: Glutamin sentezinde kullanılır/Prolin yıkımında açığa çıkar/Ornitin sentez ve yıkımında kullanılır

AÇIKLAMA:



Gyrate Atrofi



REFERANS: TUSWORLD BİYOKİMYA EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 172,173

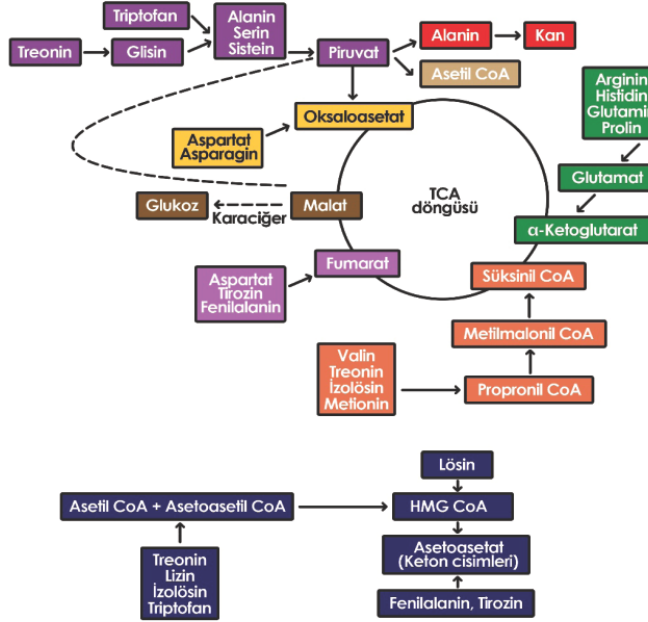
SORU/REFERANS

41) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Hangisinin karbon iskeleti asetoasetata yıkılmaz?

CEVAP: Prolin

AÇIKLAMA:



REFERANS: TUSWORLD BİYOKİMYA EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 172

SORU/REFERANS

42) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Glutamat için pK1 :2,19, Pk2: 9,67 ve pKR değeri ise 4,25'tir. PI kaçır?

CEVAP: 3.22

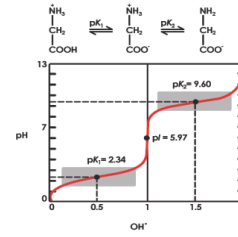
AÇIKLAMA:

AMİNO ASİTLERİN ASİT BAZ VE TAMPON ÖZELLİKLERİ

Bir solüsyondaki H⁺ konsantrasyonu pH'yı verir. HA bir asit olsa (H⁺)⁺ (A⁻) olarak ayrışır. A⁻ konjuge bazdır.

$K_a = \frac{[H^+][A^-]}{[HA]}$ ve $pH = pK_a + \log \frac{[A^-]}{[HA]}$ dir. Amino asitler bir uçlarında zayıf asidik karboksil grubu, bir uçlarında zayıf bazik amino grubu içerirler. Ortam pH değişikliğine göre proton alıp verebilirler.

Hem asidik hem bazik grup içeren amfoterik moleküllerdir. Sulu çözeltilerdeki pH değişikliklerine direnerek tampon görevi görürler. Bir amino asidin net yükünün 0 olduğu hali zwitterion halidir. Amino asidi net yükü sıfır olan zwitterion halde tutan pH değerine izoelektrik pH (pI) değeri denir. Bu değerde pKa=pH dir. Amino asidin sulu çözeltide ortam pH değerini tamponlamak için proton alıp vermesi ile titrasyon eğrisi çizilir.



Ortam pH'ı düşüldüğünde önce karboksil grubu protonlanır. Bu glisinin tamamen protonlanmış halidir (NH₃⁺ daha fazla proton alamaz) İşte karboksil grubunun ortam pH düşüğünü tamponlamak için üzerine H⁺ aldığı bu nokta **pK₁ noktasıdır**. Bu noktada Form I ve Form II eşit miktarda bulunur.

Ortam pH tekrar arttırılıp **pI noktasına getirilirse** karboksil protonunu bırakır ve glisin zwitterion hale döner. Bu noktada pKa=pH olur. Net yük sıfırdır. Glisin bu değerinin üstündeki pH değerlerinde negatif, altındaki pH değerlerinde pozitif yüküldür. Ortam pH'sı daha da arttırılırsa glisin tampon yapmak ve kararlı olduğu pI noktasında kalmak için ortama H⁺ verir.

Bu durumda ortama H⁺ verebilecek grup amin grubudur ve bu noktaya **pK₂ noktası** denir. Bu noktada Form II ve Form III eşit miktarda bulunur. **Glisin için pI değeri hesaplanmak istenirse; pI= (pK₁+pK₂)/2 dir.**

Asidik (glutamat – aspartat) ve bazik (histidin-arginin-lizin) amino asitlerde ise tampon yapabilecek karboksil ve amino gruplarına ek olarak R yan zincir grubu vardır. Bu durumda bu grubun tampon yaptığı **pK₂ değeri** ortaya çıkar. Bu amino asitlerde pI değeri hesaplanırken asidik amino asitler için; en asidik iki değer toplanıp ikiye bölünür. Bazik amino asitler için; en bazik iki değer toplanıp ikiye bölünür.

Asidik amino asitlerde; $pI = \frac{pK_1 + pK_2}{2}$

Bazik amino asitlerde; $pI = \frac{pK_R + pK_2}{2}$

pH=pKR olduğunda tampon maksimum güçtedir. +/-1 pH da da tampon çok güçlüdür. Tüm amino asitler içinde pKR değeri fizyolojik pH ya en yakın olan HISTİDİN fizyolojik pH da en iyi tampon olan amino asittir. Ortam pH değeri pI değerine eşitse tampon minimum güçtedir.

REFERANS: TUSWORLD BİYOKİMYA EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 19,20

SORU/REFERANS

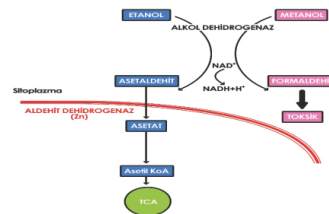
43) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Etanol metabolizmasında aşağıdaki etkilerden hangisi/ hangileri toksiktir?

CEVAP: Laktik asidoz oluşumu/Karaciğer yağlanması/ Hiperürisemi

AÇIKLAMA:

ALKOL METABOLİZMASI

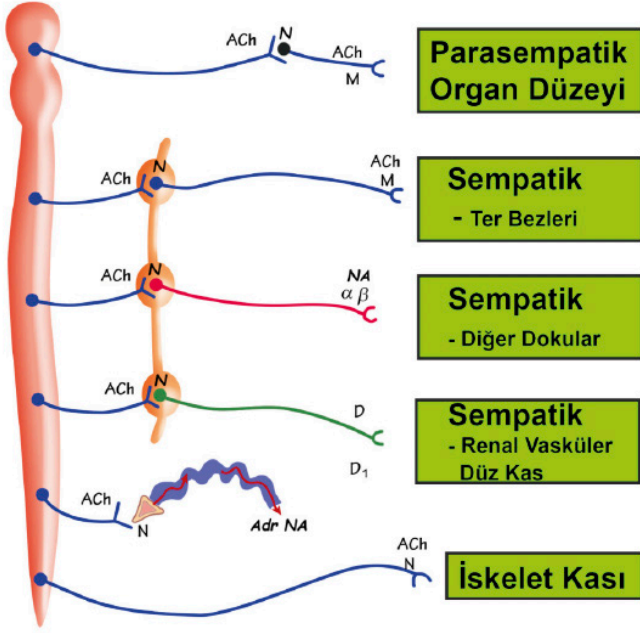


Etanol sitoplazmada **alkol dehidrogenaz enzimi** ile asetaldehitte dönüşür NAD⁺→NADH dönüşümü gerçekleşir. Asetaldehit mitokondride **aldehit dehidrogenaz enzimi ile (çinko içerir)** asetata çevilir. Asetat mitokondride Asetil KoA ya dönüşür ve TCA siklusuna girer. Bu nedenle yağ asidi sentezi de artar ve **karaciğer yağlanması** görülür. Sitozolde artan NADH'lar piruvattan laktat sentezini arttırır. **Laktat artışı** ünk asit atılımında azalmaya yol açar ve **gut hastalarında krizlere** neden olur. Ayrıca piruvattan laktat yapımının artmasıyla glukoneogeneze girecek piruvat azalır ve **hipoglisemi** görülür.

Kronik alkol kullanımında sitokrom p450 **mikrozomal etanol oksitleyici sistem (MEOS)** de **oksijen ve NADP⁺ kullanarak** etanolü metabolize eder ve bu sistem kronik alkol kullanımında indüklenir. Alkol bağımlılığı tedavisinde **aldehit dehidrogenaz inhibitörü disulfiram** kullanılır.

Metanol **alkol dehidrogenaz** ile formaldehitte döner. Formaldehit organizma için toksiktir ve kortük devamında da ölüm nedenidir. Metanol zehirlenmesinde etanol verir ve alkol dehidrogenaz enzimi için yarıştırlarken formaldehit oluşumu azaltılmaya çalışılır. Alkol dehidrogenaz inhibitörü **fomepizol** de metanol zehirlenmesinde formaldehit oluşumunu azaltmak için kullanılır.

REFERANS: TUSWORLD BİYOKİMYA EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 159



REFERANS: FARMAKOLOJİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 41

SORU/REFERANS

48) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Hangi hormon etkisini protein kinaz üzerinden göstermez?

CEVAP: Aldosteron

AÇIKLAMA:

KALSİYUM-KALMODULİN KOMPLEKSİ İLE AKTİVİTESİ DÜZENLENEN ENZİMLER
Adenilat Siklaz
Kalsiyum-bağımlı protein kinaz
Ca-Mg ATPaz
Ca-Fosfolipit bağımlı Protein Kinaz
Siklik Nükleotid Fosfodiesteraz
Nitrik Oksit Sentetaz
Fosforilaz Kinaz
Fosfoprotein Fosfataz

Bu sinyal yoluyla şöyle çalışmaktadır; **Asetilkolin, ADH ve alfa-1 katekolaminler** gibi hormonların hücre yüzey reseptörleri, **fosfolipaz C'nin potent aktivatörleridir**. Fosfolipaz C; fosfatidilinozitol 4,5 bifosfatı; inozitol trifosfat (IP₃) ve 1,2 diacilgliserol (DAG)'e parçalar.

IP₃: Etkisi ile endoplazmik retikulumlardaki depolanmış **Ca²⁺ sitoplazmaya salınır**. Artan Ca²⁺ kalmodulin'e bağlanarak Ca-Kalmodulin kompleksi oluşur. Yapısal olarak troponin C'ye benzeyen kalmodulin 4 adet Ca²⁺ bağladıktan sonra bazı enzimlerin aktivitesi düzenlenir. DAG; Etkisi ile de **Protein Kinaz C uyarılır**; Protein Kinaz C'nin aktivitesi için kalsiyuma ihtiyaç vardır.

İNTRASELLÜLER RESEPTÖRLERE BAĞLANAN HORMONLAR (GRUP I HORMONLAR)	
RESEPTÖRÜ SİTOPLAZMADA OLANLAR	RESEPTÖRÜ ÇEKİRDEKTE OLANLAR
Steroid Hormonlar (Glikokortikoidler, Östrojenler, Progesterinler, Mineralokortikoidler)	A vitamini (Retinoik Asit) Tiroid Hormonları (T ₃ , T ₄) D vitamini (Kalsitriol)
HÜCRE MEMBRANINDAKİ RESEPTÖRLERE BAĞLANAN HORMONLAR (GRUP II HORMONLAR)	
1. İKİNCİ HABERCİSİ cAMP OLANLAR	
ADENİLAT SIKLAZI STİMÜLE EDENLER (GS)	ADENİLAT SIKLAZI İNHİBE EDENLER (Gİ)
ACTH, LPH, MSH ADH β-Adrenerjikler Kalsitonin CRH FSH, LH, TSH Glukagon hCG PTH	Asetilkolin α ₂ -Adrenerjikler Anjiyotensin II Somatostatin
2. İKİNCİ HABERCİSİ CGMP OLANLAR	
MEMBRAN GUANİLAT SIKLAZ	SİTOPLAZMİK GUANİLAT SIKLAZ
ANP BNP	NO
3. İKİNCİ HABERCİSİ KALSİYUM/FOSFATİDİLİNÖZİTOL OLANLAR	
Asetilkolin (M1) Anjiyotensin Kolesistokinin, Substance P Oksitosin, Gastrin GnRH TRH PAF α₁ Adrenerjik Katekolaminler	
4. İKİNCİ HABERCİSİ KİNAZ/FOSFATAZ ŞEHALESİ OLANLAR	
İNTRİNSİK TİROZİN KİNAZ AKTİVİTESİ OLANLAR	SİTOPLAZMİK TİROZİN KİNAZ AKTİVİTESİ OLANLAR
İnsülin Büyüme Faktörleri (PDGF, EGF, FGF, NGF, IGF-I)	GH Prolaktin Eritropoetin Leptin Sitokinler Adiponektin

SORU/REFERANS

49) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Hangi maddenin serum düzeyindeki artışı ve filtrata geçme durumu sonrası Akut tübüler nekroz gelişebilir?

CEVAP: Miyogloblin

AÇIKLAMA:

ETYOLOJİ

Endojen toksinler → Hemoglobüri (Hemoliz), **Miyoglobüri (Rabdomyoliz)**, Ürik Asit, İmmünglobulin hafif zinciri (Plazma hücre hastalıkları), Okzalal (Etilen Glisikol zehirlenmesi)
Ekzojen toksinler → Radyokontrast madde, Aminoglikozidler, Amfetorsin B, Sisplatin, Siklosporin
• Renal vasküler hastalıklar da renal kökenli ABH'ye neden olurlar. (%5)
Akut glomerülofritler, Vaskülitler, HÜS, TTP, DIC, Renal Ven Trombozu, Preeklampsi, Malign Hipertansiyon
İnterstisyel Nefritler de renal kökenli ABH nedenidir. (%5)
Sepsis, Sjögren Sendromu, Lösemi/Lenfoma infiltrasyonu, Alerjik reaksiyonlar (Metisilin vb), Pyelonefritler
Transplant hastalarında greft rejeksiyonu da tüm nedenler düşünüldüğünde nadir görülen bir renal ABH nedenidir.

Postrenal ABH (%5)

• Obstrüksiyonun erken döneminde bulguları prerenal ABH'ye, ikinci günden sonra da renal yetmezliği benzer tablo oluşturur.
• Erken dönemde obstrüksiyon düzeltilirse, bulgular da hızla düzeler.
• Benign Prostat Hiperplazisi, Taş, tümör, Enfeksiyon vb. nedenlerle postrenal ABH görülebilir.
ABH'da tedavi açısından etiyolojinin aydınlatılması hayati önem taşır. Bu yüzden her hekim TUS'ta da defalarca test edilen prerenal ve renal ABY ayrımını bilmelidir:

	Prerenal	Renal
İdrar osmolalitesi İdrar/Plazma osmolalitesi	>500 >1.25	<350 <1.1
İdrar Na	<20	>40
Serum BUN/ Kreatinin	>15	<10
İdrar/Plazma üre	>8	<3
İdrar/Plazma Kreatinin	<40	>20
Böbrek yetmezliği indeksi	<1	>1.5
FENa	<1	<1 veya >3

• **Radyokontrast maddeler ve Aminoglikozidler renal akut böbrek yetmezliği yapmalarına rağmen, bu ikiliye bağlı renal ABH'da Non-Oligürük ATN görülebilir.**
• **Radyokontrast nefropatisinde Fraksiyone Sodyum Ekskresyonu < 1 olabilir.**
• **Postrenal ABH'de ilk iki gün FENa<1, ikinci günden sonra FENa>1 saptanır. Postrenal ABH'nin ekartasyonu için alt üriner sistem ultrasonografisi yapılmalıdır.**

AKUT TÜBÜLER NEKROZDA PATOFİZYOLOJİ

Tübüllerdeki epitel hücrelerinin ölmesi sonucu tübül lümeninde obstrüksiyon olur ve hastalarda oligüri-anüri meydana gelir.

1. Başlangıç Fazı:

• Tübüler nekroza sekonder oligüri-anüri akut böbrek yetmezliğinin ilk günlerde meydana gelir.
• İki haftaya yakın süren bu dönemde hipervolemik vardır.
→ Akut böbrek yetmezliğinin başlangıç fazında hastalar için en önemli mortalite nedeni **hiperkalemidir**.
→ Hücrelerdeki hasara bağlı idrar konsantrite edilemez ve sodyum kaybı gözlenir.
→ İdrar sedimantasyon tipik olarak granüler silindirler görülür.

2. İdame Fazı:

• Yaklaşık iki hafta sürer.

3. Poliüri Fazı:

• Böbrek fonksiyonlarının ilk olarak düşünya yeteneği olmak üzere düzeltilmiş fazdır.
• Osmotik diürezis gerçekleşir. Oligürük fazda vücutta biriken osmotik yük diürezis atılır.
• Poliüri gözlenir, günlük 10litreye kadar idrar çıkarılması mümkündür ve buna bağlı olarak hastalar ağır sıvı kaybı nedeniyle dehidratasyon ve hipokalemi açısından risk altındadırlar.
• Akut Tübüler Nekroz'da ilk olarak böbreklerin idrarı konsantrite etme yeteneği bozulurken, ilk düzelen idrarı diüze etme yeteneğidir.
• Son olarak düzelen fonksiyon ise idrarı konsantrite etme yeteneğidir!

REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 40

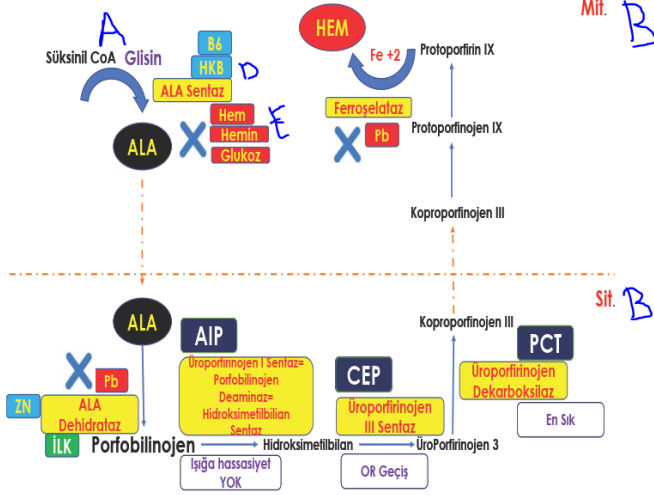
SORU/REFERANS

50) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Hem sentezi ile ilgili yanlış olan hangisidir?

CEVAP: Hem sentezindeki tüm basamaklar geri dönüşümlüdür.

AÇIKLAMA:



REFERANS: TUSWORLD BİYOKİMYA EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 179

SORU/REFERANS

51) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

HCC tariflenen bir hastada tanıya en yardımcı tümör belirteci hangisidir?

CEVAP: AFP

AÇIKLAMA:

ELEKTROFOREZ BÖLGESİ	PLAZMA PROTEİNİ	FONKSİYON	KLİNİK ÖZELLİK
	Prealbümin	(-)AFR T4 Transferi ve RBP ile kompleks yapma	Nutrisyon durumu takibinde kullanılır. Yeni ömürleri kısa olduğundan nutrisyon takibinde albümine göre daha değerli. Karaciğer fonksiyon göstergesidir. Siroz, inflamasyon, malnutrisyonda azalır. Hodgkin ve KRY de artar.
	Retinol bağlayıcı protein(RBP)	(-)AFR Avitaminli Transferi	
ALBÜMİN	Albumin	(-)AFR Transport(F-FA, bilirubin, steroid, ilaçlar, Ca, Zn, Cu...), onkotik basıncın %80 nini yapar. Aa kaynağı	Nutrisyon ve karaciğer fonksiyon göstergesi. Siroz, inflamasyon, malnutrisyon, nefrotik sendromda azalır. Ölçümde bremkrozol yeşili veya moru kullanılır.
α1	α1-Antitripsin	(+)AFR Antiproteaz Serin proteaz inhibitörü(serpin)	Hepatosit ve makrofajlarca sentezlenir. Konjenital eksiklikte panasiner amfizem ve inantil hepatit, siroz Sigara içenlerde metiyonin ₃₀₀ oksidasyonu ile sekonder eksiklik ve amfizem
	α1-Antikimotripsin	(+)AFR CRP ile birlikte en hızlı yükselen AFR Antiproteaz	
	α1-Asit glikoprotein	(+)AFR Orosomukoid temel bileşeni PI değeri en düşük plazma proteini	Üseratif kolit tayininde kullanılır
	α1-Lipoprotein(HDL)	Transport	Kolesterolün dokulardan karaciğere taşınması – ters kolesterol taşıma görevli
	α1-Lipoprotein(AFP)	Fetal protein	Fetusta nöral tüp defekti varlığında artar. Yetişkinde karaciğer tümörlerinde artar
α2	Haptoglobulin	(+)AFR Plazmada serbest Hb bağlar	IV hemolizde düzeyi azalır. Nefrotik sendromda molekül ağırlığı fazla olduğundan onkotik basıncı artırabilmek için düzeyi arttırılır
	α2-Makroglobin	Antiproteaz ve çinko taşıyıcı	Nefrotik sendromda molekül ağırlığı en fazla olan plazma proteini olduğundan onkotik basıncı artırabilmek için düzeyi çok arttırılır. Pankreatit ve prostat Ca'da azalır
	Serüloplazmin	(+)AFR Bakır taşıyıcı. Ayrıca ferriksidaz aktivitesi ile demiri okside ederek ferrik hale gelmesini sağlar	Wilson'da düzeyi azalır
β	Transferrin	(-)AFR Demir taşınması	Demir eksikliğinde artar
	Hemopeksin	Dolaşımda metemalbümininden aldığı HEM bağlar	Hemolizde azalır
	β-Lipoprotein	Lipid taşıma	
	C3,C4	(+)AFR İmmün sistemde görev alırlar	
	Fibrinojen	(+)AFR Koagülasyonda görevli	
	β2mikroglobulin	(+)AFR Tüm çekirdekli hücrelerin yüzeyinde mevcut	Transplantasyon sonrası renal fonksiyon takibinde önemli
γ	CRP	(+)AFR Opsonizasyon	β-γ Göç eder En hassas AFR
	IgG	(+)AFR İmmün sistemde görevli	B hücreli tümörlerde monoklonal artar
	IgM	(+)AFR İmmün sistemde görevli	Sirozda monoklonal artar
	IgA	(+)AFR İmmün sistemde görevli	Waldenström'ün makroglobulinemide monoklonal artar. Selektif IgA eksikliğinde azalır ve kan transfüzyonu ile anafaksi olur

TÜMÖR BELİRTEÇLERİ

Tümör markırları genellikle tümörlerde tedavi değerlendirilmesinde ve kanser seyrinin izlenmesinde kullanılır. Tümör tansında kullanılmaz!!!! Tümör markırı olarak kullanılan belirteçler beş grupta incelenebilir.

Hormonlar: ACTH: Akciğer küçük hücreli karsinomunda artar. **Kalsitonin:** Tiroid medüller ca'da artar. **hCG:** Trofoblastik hastalıklarda, germ hücreli tümörlerde ve seminom dışı testis tümörlerinde yükselir.

Onkofetal Antijenler: **AFP: Hepatoselüler karsinomlarda ve seminom dışı germ hücreli tümörlerde düzeyleri artar.** **CEA:** Kolorektal kanserlerde, endometrium kanserinde ve meme kanserinde kan seviyeleri artar. Tedavi takibinde kullanılır.

REFERANS: TUSWORLD BİYOKİMYA EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 38,59

SORU/REFERANS

52) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Amilaz aktivitesi ile ilgili doğru olan/olanlar hangileridir?

CEVAP: Akciğer ve over kanserinde hiperamilazemi görülebilir.

AÇIKLAMA: Soruda Öncül I ve II yanlış seçenek olarak belirtilmiş olup, bu seçeneklerin doğru ifadeleri soruda yer almaktadır.

AMILAZ

Kofaktörü Ca²⁺'dir. Pankreas ve tükrük izoenzimleri vardır. α-1,4 bağlarının yıkımını katalizleyen hidrolaz grubu bir enzimdir. Pankreas ve Saliva izoenzimi olmak üzere iki tip izoenzimi vardır. **Pankreas tan zimojen olarak salgılanmaz.** Salgılandığında aktiftir. Akut pankreatitte amilaz düzeyleri artar. Ancak amilazın artışı, bağırsak tukamıkları, hepatobilyer ve renal patolojilerde ve genitouriner patolojilerde de görülebilir.

Öncül II Amilaz hemen hemen tamamen böbreklerden atılır. Bu nedenle sağlıklı bir bireyin idrarında bulunan tek plazma enzimi amilazdır. İdrar amilaz değeri ile kan amilaz değeri akut pankreatitte birlikte değerlendirilir.

Makroamilazemi, amilazın IgG veya IgA'ya bağlanmasıyla oluşur. Bu bağlanma sonucu oluşan büyük boyutlu amilaz, böbreklerden atılamaz.

LİPAZ

TAG sindiriminde görevli bir enzimdir. TAG'ların birinci ve üçüncü konumundaki yağ asitlerini hidrolize eder. Lipaz etkisiyle 2-Monaçilgliserol oluşur. **Aktivasyonu için kolipaza ihtiyaç duyar. Zimojen bir enzim değildir.** Amilaz gibi glomerüler filtrasyona uğrar ancak lipazın tamamı reabsorbe edilir. Akut pankreatit, serum lipazın tanı için değerlendirildiği temel hastalıktır. Akut pankreatit atığında 4-8 saat içinde yükselir, 24 saatte pik yapar ve 7-14 gün arasında yüksek kalır. Ancak konsantrasyonu ile akut pankreatit şiddeti arasında orantı yoktur. **Öncül II**

Renal yetmezliğin olmadığı klinik durumlarda, üst referans limitinin 3 katından daha yüksek lipaz konsantrasyonunun amilaz aktivitesi yüksekliğine göre akut pankreatiti daha iyi belirlediği söylenebilir. Bu nedenle; **Akut pankreatitte lipaz yüksekliği, amilaz yüksekliğine göre daha sensitif ve daha spesifik olduğu söylenebilir.** Pankreas kansinomu veya kanalin bir taş tarafından tıkanması durumunda da lipaz aktivitesinde artış gözlenir. Azalmış GFR'si olan hastalarda serum lipaz aktivitesinin artması nedeniyle, Akut pankreatit tanısında, **ACCR indeksi** kullanılır. Amilaz Klerensi/Kreatinin Klerensi şeklinde hesaplanır. **Öncül I**

REFERANS: TUSWORLD BİYOKİMYA EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 57,58

SORU/REFERANS

53) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

DKA tedavisinde hangi analitin öncelikle serum düzeyinin düzeltilmesi gerekir?

CEVAP: Sodyum

AÇIKLAMA:



Elektrolit İmbalansları (Değişiklikleri)

A) SODYUM (Na+):

- Normalde kanda 135 – 145 mEq düzeyindedir. Vücuttaki en önemli katyondur. Ekstraselüler sıvının osmolaritesinden primer sorumludur. Günde ortalama 90 mEq (5 gr) tuz insan vücudu için alınmalıdır.
- Yetişkin sağlık problemi olmayan insanlarda günde ortalama idrar ile atılan Na miktarı; 20 – 60 mEq/lt'dir.

PLAZMA OSMOLARİTESİ: $2 [Na] + Glukoz/18 + BUN/2,8$
(270-310)



Plazma Osm ↓: Hipoglisemi, Hiponatremi

Plazma Osm ↑: Hiperglisemi, Hipernatremi, Böbrek Yetmezliği (BUN ↑)

DİKKAT !!!

- Hiperglisemi durumlarında her 100 mg/dl'lik artış serum Na konsantrasyonunda 1,6 mEq azalmaya sebep olmaktadır.
- Hiperglisemi olduğunda intravasküler volüm artırılarak glukoz dilüe (sulandırılma) edilmeye çalışılır. Bu çaba ekstraselüler alanda bulunan normal değerlerdeki sodyumun, difüzyonel olarak daha az tespit edilmesine sebep olur. Ancak bu ters orantı hiperglisemide hiperosmolarite olmasına engel olamamaktadır.

Na	↓	1,6
Glikoz	↑	100

- Sodyum hücre dışı sıvının en önemli katyonu olduğundan bu kompartmanın osmolaritesinden sorumludur.

REFERANS: TUSWORLD GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 17

SORU/REFERANS

54) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Kolesterol sentezinin düzenlenmesi için hangisi doğrudur?

CEVAP: HMG CoA redüktazın fosforilasyonu için AMP gerekir/HMG-KoA redüktaz, ubikitin-proteozom sistemi tarafından degrade edilebilir.

Enzimler; biyokimyasal reaksiyonları katalizleyen moleküllerdir. **Hepsi protein yapıdadır(RNA yapılı RiBOZİM'ler hariç).** Dolayısıyla pH ve ısı değişikliği gibi durumlarda **denatüre olabilmeler, fonksiyonları bozulabilir.** Uygun pH ve sıcaklıkta çalışmaları gerekir. Katalizledikleri reaksiyonlara aynı miktarda girer ve çıkarlar.

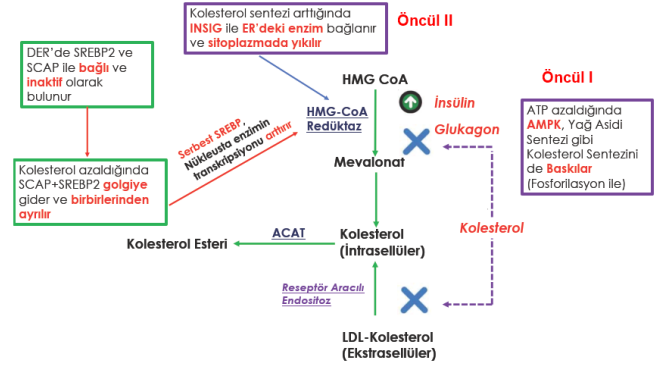
AMİNO ASİTLERİN KATABOLİZMASI

Hücre içindeki amino asitlerin iki şansı vardır: Ya protein sentezinde kullanılır ya da okside edilirler. Çünkü depo formları yoktur.Vücutta her gün belli bir miktar amino asidin okside edilmesi gerekir. Proteinler amino asitlerden oluşan makromoleküllerdir. Her proteinin belli bir yarı ömrü vardır. Ancak yarı ömürleri çok değişkendir.Örneğin **vücudun yapısal proteini olan kollajenin yarı ömrü aylar hatta yıllarla ölçülürken, plazma proteinleri saatler içerisinde yıkılır.**

Genellikle yapısal proteinler lizozomlarda ATP harcanmadan yıkılırlar. Ayrıca dolaşımda bulunan glikoproteinler de lizozomlarda katepsin proteazlarla yıkılırlar. Dolaşımdaki glikoproteinler yapılarındaki **siyalik asidi** kaybetmelerinde karaciğerde bulunan **asiyaloglikoprotein reseptörleri** onları tanıyıp ve yıkılmak üzere hepatositlere alırlar. **Lizozomal katepsinler** bu glikoproteinlerin yıkımını gerçekleştiren özel proteazlardır.

Öncül III

Kısa ömürlü ve hatalı katlanmış proteinlerin yıkımı ise daha çok sitoplazmada ve ubikitin ile işaretlenerek gerçekleştirilir. Ubikitin proteindeki **lizin amino asidine** bağlanır ve onun yıkıma yönlendirilmesini gösterir. Daha sonra **ubikitin ile işaretli protein proteozomlarda yıkılır.** Bu yolda ATP kullanılır. Proteozomların E1,E2,E3 olmak üzere üç kısmı vardır. Proteozom proteinlerinde defekt 4 hastalığa neden olur; **Konjenital polistemi, OR juvenil parkinson, von Hippel Lindau sendromu ve Angelman Sendromu.**



REFERANS: TUSWORLD BİYOKİMYA EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 44,150,164

MİKROBİYOLOJİ 22/22

SORU/REFERANS

56) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Nükleik asitlerin boyaması ile hücre duvarı olmayan bakterilerinde görülmesini sağlar ?

CEVAP: Akridin oranj

AÇIKLAMA:

Floresan boyalar	<p>Akridin oranj</p> <ul style="list-style-type: none"> Nükleik asitleri boyayarak ortamdaki canlı bakterileri ve mantarları gösterir. <p>Auramin - Rodamin</p> <ul style="list-style-type: none"> Mikobakterilerin tanısında kullanılır. Mikobakterilerin tanısında kullanılır. Duyarlılığı EZN'den daha yüksektir. <p>Kalkoflor beyazı</p> <ul style="list-style-type: none"> Mantar hücre duvarındaki Beta 1,3 ve 1,4 bağlarına bağlı olduğu için mantarların tanımlanması amacıyla kullanılır. <p>Direkt floresan antikor boyaması</p> <ul style="list-style-type: none"> Streptococcus pyogenes, Bordetella, Francisella, Legionella, Chlamydia, Pneumocystis, Cryptosporidium, Giardia, Influenzae virüsü, Herpes Simpleks Virüs gibi mikroorganizmaların tanımlanmasında kullanılır.
------------------	---

REFERANS: MİKROBİYOLOJİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 56

SORU/REFERANS

57) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Bakteri cinslerinden aside dirençli boyanması en az olası?

CEVAP: Bordetella spp.

AÇIKLAMA:

ASİDOREZİSTAN BOYANABİLEN ETKENLER

- Mycobacterium** (Mikolik asidi uzun zincirli olduğundan ARB +)
- Nocardia** (Mikolik asidi orta zincirli olduğundan kısmen ARB +)
- Rhodococcus equii** (Mikolik asidi orta zincirli olduğundan kısmen ARB +)
- Corynebacterium minutissimum** [Corynebacterilerin mikolik asitleri kısa zincirli olduğu için, mikolik asidi orta zincirli olan Corynebacterium minutissimum haricinde ARB ile boyanmazlar (Corynebacterium minutissimum ise kısmen ARB + boyanır)]
- Legionella micdadei**

REFERANS: MİKROBİYOLOJİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 11

SORU/REFERANS

58) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Gastroenterit tablosu oluşturma mekanizması farklı olan?

CEVAP: Salmonella enterica

AÇIKLAMA:

SALMONELLA KLİNİĞİ

- Salmonella'ya bağlı kliniği dört başlık altında toplayabiliriz
- Gastroenterit
- Enterik ateş
- Bakteriyemi - Sepsis
- Taşıyıcılık

Gastroenterit

- Non tifoidal etkenlerle oluşur (Salmonella Enteritidis, Salmonella Typhimurium). Kümes hayvanlarının etleri, yumurtaları ve süt ürünleri en sık geçiş yoludur.
- Kontamine gıdanın yenilmesinden 6 - 48 saat sonra bulantı, kusma ve kansız ishal ile başlar.
- Enterik ateşten farklı olarak dışkı kültürü başlangıçtan itibaren pozitifdir.

REFERANS: MİKROBİYOLOJİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 162

SORU/REFERANS

59) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Bakteri tiplendirilmesinde fenotipik yöntem değildir?

CEVAP: Restriksiyon endonükleaz tiplendirmesi

AÇIKLAMA:

- Provirüs, integraz (endonükleaz) enzimiyle konağın DNA'sına entegre olur. Bağımsız olarak protein sentezleyemediği için, virüsün konağa entegrasyonu çok önemlidir.

REFERANS: MİKROBİYOLOJİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 236

SORU/REFERANS

60) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Kolera epidemi ve pandemilerine neden olan vibrio cholerae serogrupları?

CEVAP: O1-O139

AÇIKLAMA:

- Vibrio cholerae O antijeni sayesinde serolojik olarak O1 ve O139 gruplarına ayrılmaktadır (O139 grubu ve kolera dışı vibriyolar polisakkarid yapıda bir kapsüle sahipken, O1 grubunun kapsülü yoktur).

REFERANS: MİKROBİYOLOJİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 187

SORU/REFERANS

61) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Staphylococcus aureus'a bağlı patogenezinde eksfoliyatif toksin?

CEVAP: Büllöz impetigo

AÇIKLAMA:

- Eksfoliyatif toksin**
- Süper antijendir.
 - Haşlanmış deri sendromu ve büllöz impetigo klinikleri ile ilişkilidir.
 - Toksin derinin stratum granulosum tabakasında bulunan ve deri bütünlüğünden sorumlu olan desmozemelin-1 proteinini parçalar.

REFERANS: MİKROBİYOLOJİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 102

SORU/REFERANS

62) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Mycobacterium tuberculosis enfeksiyonunun hangi ilaç ile birlikte verilmesi tercih edilmez?

CEVAP: Rifampisin

AÇIKLAMA:

TÜBERKÜLOZ TEDAVİSİNDE İLAÇ DİRENCİ

- Tedavi sırasında oluşan en önemli sorun direnç gelişimidir. Direnç gelişiminin en önemli nedeni hastanın tedaviye olan uyumsuzluğudur.
- INH' nin aktivasyonu için katalaz enzimine ihtiyaç vardır. INH direnci gelişimi en sık katalaz enziminde (KatG geninde) meydana gelen mutasyonla olmaktadır.
- Tüberkuloz ilaç direnci lusiferaz testi ile gösterilmektedir.

Primer direnç

- Tedavi görmemiş ya da bir aydan daha kısa süre tedavi görmüş hastalarda görülür.
- En az rifampisine karşı görülür.

Sekonder direnç

- Bir aydan daha uzun süre tedavi gören hastalarda, tedaviye sekonder gelişen dirençtir.
- En az INH'ye karşı görülür (Bu nedenle profilaksizde INH verilir).

Çoklu ilaç direnci (MDR)

- INH ve rifampisine karşı meydana gelir (%39).

REFERANS: MİKROBİYOLOJİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 145

SORU/REFERANS

63) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

4 yaşında kız çocuğu 2-3 gün önce göğüste ekstremitelere yayılan eritematöz ağrılarıyla acil servise getiriliyor. Boğaz ağrısı ve eklemelerinde döküntü ve ağız çevresi solukluğu tespit ediliyor. Duruma yol açan etken nedir?

CEVAP: Koyun kanlı agar, Beta hemolitik koloniler, PYR testi

AÇIKLAMA:

Kızıl

- Streptokokla farenjitin bir komplikasyonu olarak, farenjit sonrası 1-2. günlerde ortaya çıkar. Döküntüler 5-7 gün içerisinde derinin üst kısmında deskuamasyonla birlikte kaybolmaktadır.
- Gövdenin üst kısmından başlayıp, bütün vucuda yayılan makülopapülerdöküntüler vardır.
- Ağız çevresi solukluk (circumoral pallor) tipiktir.
- El ayası ve ayak tabanında döküntü görülmez.
- Özellikle koltuk altı ve boyun gibi bölgelerde sıklaşmıştır (Pastia çizgileri). Bu döküntülere basmakla, döküntüler solmaz.
- Dil önce beyaz sonra kırmızı çilek görünümünü alır.
- Organomegali görülmez.
- Kızıl'da Dick testi ile duyarlılık araştırılır.
- Kalıcı bağışıklık bırakmaz. Farklı serotiplere bağlı yeniden gelişebilir.

STREPTOCOCCUS PYOGENES'İN TANISI

- Mikroskopi (normal flora elemanı olmadığı bölgelerde anlamlı)
- Antijen saptanması (duyarlılığı düşük olduğundan negatif çıkan sonuçlar başka bir testle doğrulanmalı)
- Nükleik asit temelli testler (prob testlerinin duyarlılığı daha düşük olmasına karşın; PCR' nin duyarlılığı kültürle aynıdır).
- Kültür (Farenjit için örnek, posterior orofarenksten alınmalıdır. Deri enfeksiyonlarında kabuk kaldırılır, tabanındaki pürülan materyalin kültürü yapılır. Nekrotizan fasiit ve toksik şok sendromunda kan kültürü yapılabilir.)
- Tanımlama (Streptococcus pyogenes tanımlamasında basitrasın duyarlılığı ve PYR testi kullanılabilir)
- Antikor saptama (ASO, enfeksiyondan 3-4 hafta sonra kanda belirmeye başlar. Farenjit sonrası meydana gelen ARA ve AGN enfeksiyonlarının retrospektif tanısında kullanılır. Anti-DNAz B antikorları ise deri enfeksiyonlarından sonra kanda belirmektedir).

REFERANS: MİKROBİYOLOJİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 112

SORU/REFERANS

64) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

CEVAP: Poxvirüs'ün kendi DNA'ya bağımlı RNA üreten enzimi olduğu için sitoplazmada üreyebilen tek DNA virüsüdür.

AÇIKLAMA:

POKSVİRÜSLER

Kendi DNA bağımlı RNA polimeraz enzimi olduğu için sitoplazmada çoğalabilen DNA virüsüdür.

- Dünyadan eradike edilen tek virüstür.

REFERANS: MİKROBİYOLOJİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 221

SORU/REFERANS

65) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

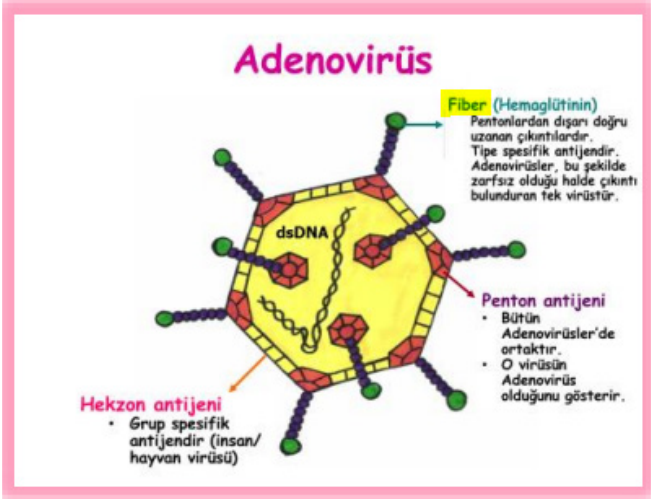
Kanser tedavilerinde kullanılan ve fiberleri olan zarfsız DNA virüsü?

CEVAP: Adenovirüsler zarfı olmadığı halde glikoprotein çıkıntısı olan tek virüs dedik, çıkacak ve çıkarsa buradan sorulacak dedik.

AÇIKLAMA:

ADENOVİRÜSLER

- Zarfsız bir DNA virüsüdür.
- Kapsidinde penton ve hegzon bulunduran tek virüstür.
- Gen tedavilerinde memeli hücrelerine bazı genlerin yerleştirilmesi için vektör olarak kullanılabilir. (Gen tedavilerinde ve kanser araştırmalarında vektör olarak kullanılır).
- Adenoid ve bademciklerde latent olarak kalabilir.
- Pentonunun üzerinde bulunan fiber (hemaglutinin) sayesinde virüs hedef hücre reseptörlerine tutunur.



REFERANS: MİKROBİYOLOJİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 223

SORU/REFERANS

66) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:
Parvovirüs B-19 hangisini en az yapar?

CEVAP: Parvovirüs B-19 sorusu TUS'ta çok seviliyor, çıkar dedik, menenjit yapmaz.

AÇIKLAMA:

PARVOVİRÜS B19 KLİNİK

Beşinci hastalık (Eritema infeksiozom)

- En sık görülen Parvovirüs enfeksiyonudur.
- İki evreden oluşur: Viremik, İmmun.
- Viremik evre, grip benzeri non spesifik semptomlarla karakterizedir. Bu evrede kemik iliğindeki eritroblastlardaki tutulumu bağlı (virüsün reseptörü eritrositlerdeki P antijendir) olarak retikülositopeni, hemoglobinde düşme görülür. Bu dönemin sonunda immün evre başlar. Bu evrede immün komplekslere bağlı olarak ağrılı olarak çocukta makülopapüler döküntü, erişkin kadınlarda ise artrit görülür. Çocuğun yüzündeki döküntü, tokatlanmış yüz görünümü şeklinde de adlandırılır. Sonrasında kollara, bacaklara ve bütün vücuda yayılan döküntü kaybolurken hastalık için klasik olan dantel görüntüsünü bırakır. Döküntüsü en uzun süre devam eden çocukluk çağı hastalığıdır.

Parvovirüs B19' un neden olduğu diğer hastalıklar

- Kronik hemolitik anemisi olan hastalarda aplastik krize neden olur.
- Fetusa bulaştığında hidrops fetalis yapar. Hidrops fetalis, kenjesitif kalp yetmezliği ve yaygın ödemle karakterizedir. Spontan abortuslara neden olurken konjenital anomali yapmaz.
- İmmün suprese hastalarda kronik anemiye neden olur.

Tanı

- En yaygın yöntem IgM tipi antikorların tespitidir.

Tedavi

- Gerektiği takdirde kan transfüzyonu yapılır. Parvovirüs B19'a bağlı gelişen hidrops fetalis maternal kan transfüzyonunun yararlı olduğu hastalıktır.

REFERANS: MİKROBİYOLOJİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 223

SORU/REFERANS

67) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Nefroloji kliniğinde yatan ve hemodiyalize giren hastada akut HCV enfeksiyonu düşünülüyor, anti-HCV negatif ise en kesin yaklaşım?

CEVAP: Yalancı negatiflik olabilir, anti-HCV şüphe durumunda negatif geldiğinde ya da pozitif geldiğinde her zaman HCV-RNA isteyerek doğrulamak gerekir. Tanıda en güvenilir yöntem HCV-RNA'dır. Ek bilgi: HCV enfeksiyonunda artık genotiplendirme şartı yoktur. HCV-RNA pozitif ise anti-viral tedavi başlanır. Non-sirotiklerde 8 hafta, sirotiklerde de 12 hafta tedavi verilir.

AÇIKLAMA:

HCV ANNEDEN BEBEĞE BULAŞ...

- HCV, anneden bebeğe %3-10 oranında bulaşır, anne sütünden bulaşmaz.

Tanı

- Anti - HCV antikorları iki ay sonra pozitifleşir (ayrıca ELISA ile IgM ve IgG tipi antikorların ayrımı yapılamaz).
- Sonrasında doğrulamak için RIBA (Radio Immuno Blotting Assay) yapılır.
- Pozitif gelen sonuçlarda PCR ile HCV RNA aranır (kesin tanı).

REFERANS: MİKROBİYOLOJİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 245

SORU/REFERANS

68) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Mantarların üremesinden sorumlu organel?

CEVAP: Sporlar

AÇIKLAMA:

SPOR

- Mantar sporu, bakteri sporundan farklı olarak hem üreme hem de enfeksiyondan sorumludur.
- Mantarlar eşeyli ya da eşeysiz sporlar oluşturabilirler. Mantarların eşeyli spor oluşturan şekline telomorf, eşeysiz sporlar oluşturan şekline ise anormorf adı verilir.
- Eşeysiz sporlar; sporangiyosporlar ve konidyumlar olmak üzere iki alt tipten oluşur. Sporangiyosporlar, sporangiyum adı verilen yapıların içerisinde oluşur.

REFERANS: MİKROBİYOLOJİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 245

SORU/REFERANS

69) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Dermatofit etkeni Epidermophyton ise nasıl tanırız?

CEVAP: Lobut ya da raket şeklinde makrokonidyumları bulunur. Üstüne bastıra bastıra mikrokonidyum yapmaz dedik, çıktı yine çıkar dedik.

AÇIKLAMA:

Dermatofitler					
Mantar cinsi	In vitro		In vivo saç		Nereleri tutar?
	Makrokonidi	Mikrokonidi	İnvazyon	Wood ışığında floresans	
Microsporum	Mekik şeklinde (Çok sayıda, büyük, kalın ve duvarları pürüzlü)	Nadir	Ektotriks	+/-*	SAÇ DERİ
Trichopyton	Kalem, puro şeklinde (Nadir, düzgün, ince duvarlı)	Çok sayıda, yuvarlak, gözyaşı damlası ya da kanca şeklinde	Endotriks	+/-**	SAÇ DERİ TIRNAK
Epidermophyton	Raket ya da lobut şeklinde (düzgün duvarlı, ikili, üçlü kümle halinde, belirgin makrokonidiler)	YOK	-	-	DERİ TIRNAK

* Microsporum gypsum floresans vermez.
 ** Trichopyton schonleinii floresans verir.
 ✓ Microsporum' lar makrokonidilerine göre tanımlanırken, Trichopyton' un karakteristik yapısı mikrokonidileridir.
 ✓ Dermatofitler H&E boyama ile görülebilir; fakat en iyi Gomori metenamin gümüş ya da PAS gibi boyalarla gözükür.

REFERANS: MİKROBİYOLOJİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 259

SORU/REFERANS

70) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Fuzariyum adlı mantarın tedavisinde hangisi kullanılır?

CEVAP: Amfoterisin B ve Vorikonazol kullanılır. Seçeneklerde amfoterisin B yok.

AÇIKLAMA:

Antifungallerin etki spektrumu							
Mantar	AMB	FC	KTZ	ITZ	FCZ	VCZ	ECH
C.albicans	++++	++++	+++	++++	++++	++++	++++
C.glabrata	+++	++++	++	++	++	+++	++++
C.parapsilosis	++++	++++	+++	++++	++++	++++	+++
C.tropicalis	+++	++++	+++	+++	++++	++++	++++
C.krusei	++	+	+	++	0	++++	++++
C.neoformans/gattii	++++	+++	+	++	+++	++++	0
Aspergillus spp.	++++	0	+	++++	0	++++	+++
Fusarium spp.	+++	0	0	+	0	+++	0
Mucormycetes	++++	0	0	0	0	0	+
Blastomyces dermatidis	++++	0	++	++++	+	++++	++
Coccidioides immitis	++++	0	++	++++	++++	++++	++
Histoplasma capsulatum	++++	0	++	++++	++	+++	++
Penicillium marneffei	++++	0	++	++++	++	++++	++
Sporothrix schenckii	++++	0	++	++++	++		
Esmer küfler	++++	+	++	++++	+	++++	0

REFERANS: MİKROBİYOLOJİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 259

SORU/REFERANS

71) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

HIV pozitif hastada MSS enfeksiyonu var, anti-toxoplazma IGG pozitif, MR'da beyinde bir tek lezyon var, BOS alınıyor, hangisinin araştırılması en az gereklidir?

CEVAP: HIV'den muhakkak soru bekliyorduk. *P.jirovecii* için PCR istemem, HIV pozitif hastada menenjit yapmaz, CD4 düzeyi 200'ün altına indiğinde en sık fırsatçı patojen olur ve pnömoni yapar. Menenjit yapmaz. Diğer seçenekler menenjit veya intrakranial kitleye sebep olurlar. Toxoplazma genellikle metastatik kitleler yapar, tek bir kitle pek beklenmez.

AÇIKLAMA:

AIDS' te görülen fırsatçı enfeksiyonlar	
Pneumocystis jirovecii	En sık fırsatçı En sık pnömoni etkeni
HSV (Herpes simpleks virüs)	
CMV	En sık retinit En sık viral pnömoni Kanlı kolit
Candida	En sık özefajit
Toxoplasma gondii	En sık intrakranial kitle
JC virüs	Progresif multifokal lökoensefalopati
HHV - 8	Kaposi Sarkomu (en sık tümör)
EBV	Primer MSS lenfoması
Cryptosporidium parvum	En sık ishal
Bartonella henselae	Basiller anjiomatosis
Cryptococcus neoformans	En sık menenjit

REFERANS: MİKROBİYOLOJİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 259

SORU/REFERANS

72) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Dişi simili sinekleri ile geçen, deri altı nodüller, fotofobi, iridosiklit, korioretinit, körlük yapan parazit?

CEVAP: *O.volvulus*

AÇIKLAMA:

Onchocerca volvulus	Nehir körlüğü etkenidir. Dişi kara sineklerle bulaşır. Tedavide dietilkarbamazin verilir.
Onchocerca volvulus	Üçüncü dönem larva
Simulium karasineği	Afrika, Orta ve Güney Amerika

REFERANS: MİKROBİYOLOJİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 312,315

SORU/REFERANS

73) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Mikroorganizmanın çoğalması için gerekli olan mangan ve çinko kullanımını bozan immün sistem elemanı?

CEVAP: Kalprotektin

AÇIKLAMA:

* **Kalprotektin:** Nötrofil ve monositlerde bulunan bir moleküldür. **Fekal kalprotektin** testi inflamasyon şiddeti ölçümü ve relaps tahmini için duyarlıdır. Bu iki test İBH'nin İntabi Bağırsak Sendromu (İBS) ve bakteriyel aşırı çoğalmadan ayırır; ayrıca hastalık aktivasyonu ve tedavi takibi için önemlidir.

REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 448

ESER ELEMENTLER

ELEMENT	GÖREVLERİ	EKSİKLİKLERİ	TOKSİTELERİ
Krom (Cr)	Glikoz ve lipit metabolizmasını ve İnsülin etkisini potansiyelize eder	Tip 2 DM'de bozulmuş glikoz toleransı, insülin direnci, hiperglisemi, periferel nöropati, hiperlipidemi	Oksidatif hasar, deri ülserleri, kontakt dermatit, astım, renal ve hepatik nekroz, akciğer kanseri
Kobalt (Co)	Hemoglobin sentezi; B12 vitaminin yapısı	Deneysel çalışmalarda anemi, anoreksi, büyüme geriliği	Kardiyomyopati , kalp yetmezliği, guatr, hipotiroidi
Bakır (Cu)	Hücre solunum, nörotransmitter işlevi, oksidasyon reaksiyonu, elektron transport zinciri, sitokrom c , tirozinaz, dopamin beta hidroksilaz , lizil oksidazın kofaktörü	Menkes-Kinky Hair Sendromu (X'e bağlı, bakır absorpsiyonunun konjenital eksikliği); kollajen çapraz bağlarının oluşumunda eksiklik; kas güçsüzlüğü, demire yanıtız hipokromik anemi, lökopeni, hipopigmentasyon	
İyot (I)	Tiroid hormonunun komponenti	Guatr, hipotiroidi, infantlarda kretinizm, erişkinlerde miksedem	Guatr, tirotoksikoz
Demir (Fe)	Oksijen transportu, aminoasit ve serbest-radikal metabolizması, oksidatif fosforilasyon; hemoglobinin, metalloenzimlerin ve A vitamininin yapısında bulunur.	Hipokrom mikrositer anemi, glossit, angular stomatit, cheilozis,	Hemokromatozis; Genetik= Primer= Otozomal resesif; Edinilmiş= Sekonder= Demir aşırı alınımı Karaciğer, pankreas, kalp ve deride demir birikimi
Mangan (Mn)	Kemik ve bağ dokuda bulunur. Hidrolaz, oksidoreduktaz, lipaz, pirüvat karboksilaz, süperoksit dismutaz ve arjinaz gibi metalloenzimlerin yapısında bulunur.	Deneysel çalışmalarda iskelet ve kıkırdak defekti yaptığı gösterilmiştir.	Eser elementlerin en az toksik olanı. Psikiyatrik bozukluklar: hafıza, konuşma bozuklukları, halsüsinasyonlar; bulgular Parkinson ve Wilson'a benzer
Molibden (Mo)	DNA metabolizması, ürik asit üretimi için önemlidir.	Büyüme geriliği, hiperokuprinemi , guatr	Anemi, guatr, tirotoksikoz, hipourisemi ve hiperokspürinemi
Selenyum (Se)	Glutatyon peroksidaz, deiyonidazlar ve tioredoksin redüktazın kofaktörü Lipitlerin oksidatif hasarına karşı koruyucu görevi vardır.	Keshan hastalığı; kardiyomyopati, kardiyomegali, kalp yetmezliği, katarakt, çocuklarda osteoartrit, miyopati, tırnaklarda renk değişikliği	Saç ve tırnak kaybı, selenozis, diş çürükleri, nöropati, karaciğer yetmezliği, nefes ve terde sarımsak kokusu
Çinko (Zn)	Protein sentezi, çinko parmak proteinleri—gen ekspresyonu, immünite, metalloproteinlerin komponenti (DNA Polimeraz, ALA dehidratraz vb)	Akrodermatitis enteropatik; çocuklarda kardiyomegali. Çocuklarda düşük vücut boy, büyüme geriliği, immün yetmezlik. Erişkinlerde yara iyileşmesinde gecikme, glossit, seboreik dermatit ve osteoporoz	Görece non-toksik bulgular; bulantı-kusma, Gastrointestinal irritasyon (bakır eksikliğine yol açar)

REFERANS: BİYOKİMYA EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 272

SORU/REFERANS

74) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Toll like reseptörlerden endozoma yerleşip, viral RNA'yı tanıyan?

CEVAP: TLR-3,7,8 Derste çıkacak dediğimiz başka bir soru. TLR ilk 6'sı yüzeyde bulunurdu, 3 hariç, yerine 10 vardı. Diğerleri hücre içindeki endozomlarda bulunurdu.

AÇIKLAMA:

Başlıca TLR molekülleri ve işlevleri	
TLR molekülü	İşlevi
TLR-2	Gram pozitif bakterilerin kalın peptidoglikanını tanır.
TLR-3, 7, 8	Viral çift iplikli RNA' yı (dsRNA) tanır.
TLR-4	Gram negatif bakterilerin endotoksinini (lipopolisakaridini) tanır.
TLR-5	Bakterilerin flagellalarını tanır.
TLR-9	Metillenmiş CpG oligonükleotidlerini tanır (memeli DNA' sına oranla, mikroorganizma DNA' sında yüksek oranlarda bulunmaktadır).

REFERANS: MİKROBİYOLOJİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 77

SORU/REFERANS

75) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Hangi hücre interferon gama ile hangi hücreyi uyandır?

CEVAP: Th1-Makrofaj. Aman dikkat dedik, bu soruyu çok soruyorlar dedik. Tekrar çıkması yakındır dedik.

AÇIKLAMA:

Th1

- Salverdiği sitokinlerle **hücre sel yanıtı düzenler.**
- Hücre sel yanıtın temelinde iki önemli lemanı bulunmaktadır: **makrofajlar ve T lenfositler**
- **Salverdiği IFN-gama makrofajları, IL-2 ise makrofajları aktive eder.**

Th2

Klasik makrofaj etkinleşmesi (M1)	Alternatif makrofaj etkinleşmesi (M2)
<ul style="list-style-type: none"> • Olayda TLR' ler ve IFN-gama rol oynamaktadır. • M1 tipi makrofajlar, mikroorganizmaları öldürürler ve inflamasyonu tetiklerler. 	<ul style="list-style-type: none"> • Olay, TLR ve IFN-gama' dan bağımsızdır. • IL-4 ve IL-13 gibi sitokinlerin etkisiyle makrofajlar M2 yönünde farklılaşır. • M2 tipi makrofajlar, anti-enflamatuar süreçlerde, doku onarımı ve fibroziste görev almaktadırlar.

REFERANS: MİKROBİYOLOJİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 75, 77

SORU/REFERANS

76) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Biogüvenlik düzeyi sorusu?

CEVAP: Laboratuvar içinde negatif hava basıncı olması

AÇIKLAMA:

Biogüvenlik seviyeleri					
Biogüvenlik seviyesi	Özellik	Labaratuar tipi	Labaratuar uygulamaları	Güvenlik ekipmanları	Örnek
Temel biogüvenlik seviye 1 (BSL-1)	Genellikle hastalıklara neden olmayan mikroorganizmalar	Temel öğretim laboratuvarı Araştırma laboratuvarı	İyi laboratuvar uygulamaları (İLU)	Gerekmez (açık banko çalışması yeterlidir)	Bacillus subtilis
Temel biogüvenlik seviye 2 (BSL-2)	İnsanda hastalıklara neden olurlar	Halk sağlığı laboratuvarı Klinik mikrobiyoloji laboratuvarı Araştırma laboratuvarı	İLU ile birlikte - Biyolojik tehlike işareti - Koruyucu giysi giyilmesi	Açık banko yanında potansiyel aerosol için biogüvenlik kabinleri (BGK)	HBV Salmonella
Tecrüt biogüvenlik seviye 3 (BSL-3)	Ciddi hastalıklara neden olabilirler. İnhalasyon yoluyla bulaşabilirler.	Özel tanı laboratuvarı Araştırma laboratuvarı	BSL-2' ye ilave olarak - Özel koruyucu giysi - Kontrollü giriş çıkış - Tek yönlü hava akımı/negatif basınç	BGK ve/veya bütün aktiviteler için diğer birincil koruma ekipmanları	Kültürü yapılmış Mycobacterium tuberculosis Francisella tularensis Coccidioides immitis
Maksimum biogüvenlik seviye 4 (BSL-4)	Ciddi enfeksiyonlara neden olabilirler. Etkin bir tedavisi yoktur.	Çok tehlikeli patojen çalışma laboratuvarı	BSL-3' e ilave olarak - Hava kilitli giriş - Duşlu çıkış - Özel atık sistemi	Sınıf III/BGK veya Sınıf II/BGK ile birlikte pozitif basınçlı özel koruyucu giysi	Ebola

REFERANS: MİKROBİYOLOJİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 27

PATOLOJİ 21/22

SORU/REFERANS

77) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Kaspaz aktivasyonu olmayan tümör nekrozis faktörün reseptörüne bağlanma ve RIP kompleksi oluşumu ile karakterize ancak inflamasyonun izlenmediği ölüm mekanizması?

CEVAP: Nekroptoz

AÇIKLAMA:

NEKROPİTOZ (Programlı nekroz): Morfolojik olarak nekroza (ATP kaybı, hücre ve organellerin şişmesi, SOR üretimi, lizozomal enzimlerin salınımı ve plazma membranında yıkım), mekanizma olarak programlı hücre ölümüne benzer (genetik olarak programlı sinyal iletimi). **TNF tip 1 reseptör uyarısı ile RIPK1-RIPK3 kompleksi** aktive olur. Bu kompleks de hücre zarı hasarı yapan **MLKL** proteinini aktive eder.

- Apoptozdan farkı → **Kaspaz aktivasyonu YOK**
- Fizyolojik nekroptoz: Memelilerde kemik büyüme plağı oluşumu
- Patolojik nekroptoz: Steatohepatit, akut pankreatit, reperfüzyon hasarı ve Parkinson gibi nörodejeneratif hastalıklar

REFERANS: TUSWORLD EFSANE PATOLOJİ KONU KİTABI SAYFA 11

SORU/REFERANS

78) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Hangisi genetik veya edinsel olarak endojen bir maddenin hücre içi birikimine örnek değil?

CEVAP: Amiloidozis

AÇIKLAMA:

AMİLOİDOZ

Hatalı katlanmış fibriller proteinlerin **EKSTRASELÜLER** ve **inflamatuvar yanıtı uyarmayan** birikimleridir. Sınıflandırılması:

PRİMER AMİLOİDOZ: **AL proteini** (amiloid hafif zincir) birikir. **Multipl myelomlu** hastaların %5-15'inde sistemik amiloidoz görülür. **Primer amiloidoz** (AL)'da tutulan organlar; **kalp, GİS, respiratuvar sistem, periferik sinirler, deri ve dil**. Sekonder amiloidozda (reaktif sistemik amiloidoz) tutulan organlar (böbrek, karaciğer, dalak) da tutulur.

SEKONDER AMİLOİDOZ: **AA proteini** birikir (karaciğerde sentezlenen **SAA**, serum amiloid ilişkili). En sık **romatoid artrit**, ankilozan spondilit, inflamatuvar barsak hastalıkları gibi kronik inflamatuvar durumlarda görülür. **Sekonder amiloidozda;** böbrekler, karaciğer, dalak, lenf nodları, adrenal ve tiroid tutulur.

- Sekonder amiloidozun en sık kanser nedenleri **RCC** ve **Hodgkin lenfoma**'dır.

REFERANS: TUSWORLD EFSANE PATOLOJİ KONU KİTABI SAYFA 58

SORU/REFERANS

79) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Primer yara iyileşmesinde suture edilen doku en yüksek gerilim gücüne en erken ne zaman ulaşır?

CEVAP: 3 ay

AÇIKLAMA:

YARA İYİLEŞMESİNDE KOLLAJEN TİPLERİ:

- İlk üretilen **tip 3** kollajendir.
- Ancak 2 hafta içinde ortama hakim olan ve **daha sağlam** olan **tip 1** kollajendir.

YARA DİRENCİ: Yara iyileşmesinde direncin geri kazanımı **aşırı kollajen sentezinden kaynaklanır**. 3. ayda genellikle tamamlanır.

- Yara direnci normalin en fazla **%70-80'**ine ulaşır (**ASLA ESKİSİ GİBİ OLMAZ**).

REFERANS: TUSWORLD EFSANE PATOLOJİ KONU KİTABI SAYFA 29

SORU/REFERANS

80) HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Doku tamir mekanizması ile ilgili doğru olmayan hangisidir?

CEVAP: Skar dokusunun oluşumunda ilk basamağında fibroblastların çoğalması ve gevşek bağ doku oluşumu ile giden **granülasyon dokusu** görülür

AÇIKLAMA:

SEKONDER YARA İYİLEŞMESİ: Hücre ya da **doku kaybı çok fazladır** (örneğin; büyük yaralar, abseler, ülserasyon ve parankimal organlarda iskemik nekroz). Tamir süreci **rejenerasyon ve skarlaşmayı** içerir.

- **Rejenerasyon 3.günde** başlar.

Inflamatuvar reaksiyon daha yoğundur, **bol granülasyon dokusu**, ECM birikimi, büyük skar oluşumu ve myofibroblastların etkisi ile **yara kontraksiyonu** vardır.

- **Myofibroblastların** etkisi ile yara kontraksiyonu (yara büzüşmesi) sekonder yara iyileşmesinin önemli bir özelliğidir. 6 hafta içinde tamamlanır. Büyük yara defektleri orijinal boyutlarının %5-10'una düşebilir.
- **Primer iyileşmede yara kontraksiyonu yoktur.**

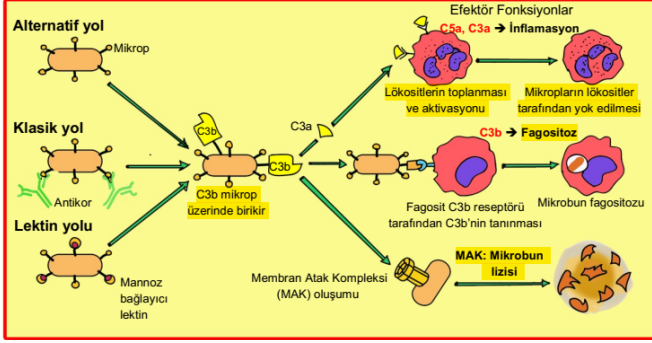
REFERANS: TUSWORLD EFSANE PATOLOJİ KONU KİTABI SAYFA: 29

SORU/REFERANS

81) HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Kompleman sisteminin görevi olmayan hangisidir?

CEVAP: T hücre aktivasyonu

AÇIKLAMA:



REFERANS: TUSWORLD EFSANE PATOLOJİ KONU KİTABI SAYFA: 21

SORU/REFERANS

82) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Sağdan sola şantlı bir hastada emboliye bağlı serebral iskemik enfark gelişmesini hangisi açıklar?

CEVAP: Paradoksal emboli

AÇIKLAMA:

EMBOLİZM

PULMONER TROMBOEMBOLİ

Tromboembolik hastalığın EN SIK görülen şeklidir. %95'i dizdeki popliteal fossa proksimalindeki derin ven trombozlarından kaynaklanır. Pulmoner sirkülasyonun %60 ya da daha fazlasında tıkanıklık yaparsa ani ölüm, sağ kalp yetmezliği (akut kor pulmonale) ya da kardiyovasküler kollapsa (şok) neden olur. Uzun süreli yatak istirahati en önemli RF'dür.

SİSTEMİK TROMBOEMBOLİ

En sık intrakardiyak mural trombüslerden kaynaklanır (%80).

Üçte ikisi sol ventrikül duvar infarktları, dörte biri atriyal dilatasyon ve atriyal fibrilasyon ile ilişkilidir. Geri kalanı ise aortik anevrizmalar, aterosklerotik plaklar, valvüler vejetasyonlar ve venöz trombüs (paradoksal emboli) kaynaklıdır.

En sık alt ekstremiteye (%75), ikinci en sık beyne (%10) gider.

REFERANS: TUSWORLD EFSANE PATOLOJİ KONU KİTABI SAYFA: 39

SORU/REFERANS

83) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Orta yaşlarda kadın hasta uykuya meyil, kilo alma şikayetleri mevcut. Tiroid dokusu diffüz büyümüş. Biyopside bol miktarda eozinofilik onkositik hücreler ve yaygın lenfosit kümeleri en olası tanı?

CEVAP: Hashimoto

AÇIKLAMA:

HASHİMOTO TİROİDİTİ (KRONİK LENFOSİTİK TİROİDİTİ)

- Endojen hipotiroidinin en sık primer nedenidir (iyot eksikliği yoksa).
- Otoimmün bir hastalıktır. Kadınlarda daha sıktır. Ağrısızdır.
- HLA-DR3 ve DR5 ile de ilişkilidir.
- CD 8+ T hücreleri, CD4+ T hücreleri ve antitiroid antikorlar doku hasarı yapar.
- CTLA4 ve PTPN 22 (protein tirozin fosfat 22) genlerinde polimorfizm ile ilişkilidir.

- ❖ Diffüz simetrik büyüme ve mononükleer infiltrasyon görülür.
- ❖ Germinal merkezleri aktif olan lenfoid foliküller izlenir.
- ❖ Hurtle, aşkenazi, oksifilik hücreler (mitokondri sayısı fazla eozinofilik granüller sitoplazmalı) izlenir.
- ❖ Fibrozis (kapsül dışına çıkmaz) ve follikül atrofişi gelişir.

REFERANS: TUSWORLD EFSANE PATOLOJİ KONU KİTABI SAYFA: 235

SORU/REFERANS

84) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Gövdede ve baş bölgesinde deri lezyonları olan erkek çocuk hasta. Hepatomegali, lenfadenopati ve osteolitik kemik lezyonları saptanıyor. Cilt biyopsisinde kıvrımlı nükleuslu neoplastik hücreler görülmüş.. CD1a ve S-100 pozitif saptanıyor. En olası tanı?

CEVAP: Langerhans hücreli histiyositoz

AÇIKLAMA:

LANGERHANS HÜCRELİ HİSTİYOSİTOZ

Histiyositoz dendritik hücre ya da makrofajların proliferatif hastalığıdır. Langerhans hücresi immatür dendritik hücredir.

- En sık görülen mutasyon BRAF genindedir.
- Tümör hücreleri tipik olarak CD1a, HLA-DR ve S-100 ekspresse ederler.
- Hücrelerin sitoplazmasında Birbeck granüllerinin görülmesi karakteristiktir. Tenis raketi görünümü vardır. İçerisinde langerin proteini bulunur (diğer adı CD207).
- Bu hücreler CD68 negatiftir. CD68 makrofajlarda pozitif olan immün belirteçtir.

Langerhans hücreli histiyositozun 3 tipi vardır:

1. Multifokal Multisistem Langerhans Hücreli Histiyositoz (Letterer-Siwe hastalığı): En sık 2 yaşın altında görülür. Baskın klinik özellik seboreik erüpsiyona benzeyen kafa derisi ve gövdede deri lezyonlarıdır. HSM, LAP, pulmoner lezyonlar ve destrüktif osteolitik kemik lezyonları eşlik eder. Kemik iliği aşırı infiltrasyonu anemi, trombositopeni ve otitis media ve mastoidit gibi rekürren enfeksiyonlara neden olur. Bazen tümör hücreleri oldukça anaplastiktir, bu tür tümörler Langerhans hücreli sarkom adını alır. Tedavi edilmeyen hastalar oldukça fataldir. Yoğun KT ile 5 yıllık sağ-kalım %50'dir.

REFERANS: TUSWORLD EFSANE PATOLOJİ KONU KİTABI SAYFA: 130

SORU/REFERANS

85) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

İleri yaşlarda çiftçilikle uğraşan erkek hasta ilerleyeci nefes darlığı mevcut. Akciğer fonksiyon testlerinde FVC düşük ve FEV1/FVC normal biyopside fibrozis ve bronşiyollerin çevresinde nekrotizan olmayan granülomlar mevcut.

CEVAP: Kronik hipersensitivite pnömonisi

AÇIKLAMA:

HİPERSENSİTİVİTE PNÖMONİSİ

İmmünojenik aracılı, solunan **organik antijenlere** uzamış maruziyet nedenli **intertisyel akciğer hastalığı** spektrumudur. En sık **termofilik bakteri sporları**, mantarlar, hayvan proteinleri ya da bakteriyel ürünlerden yapılan antijenleri içeren organik tozlardan kaynaklıdır.

➤ Astımın aksine, patolojik değişiklikler **primer olarak alveoler duvarları tutar**. Bu yüzden **ekstremsk allerjik alveolit** olarak da adlandırılır.

Çiftçi akciğeri termofilik aktinomiçes sporlarına maruziyet sonucu görülür. **Güvercin besleyicisi hastalığı** (kuş meraklısı hastalığı) kuşların serum, dışkı ya da tüylerindeki proteinler tarafından provoke edilir. **Nemlendirici** ya da **klima akciğeri** ısıtılmış su depolarındaki termofilik bakteri nedeniyle gelişir.

- BAL numunelerinde **makrofaj inflamatuvar protein 1α** ve **IL-8** artmıştır.
- BAL numunelerinde **CD4+** ve **CD8+** T lenfositlerin sayısı artmıştır.
- Çoğu hasta serumunda nedensel antijene **spesifik antikorlar** bulunur.
- Hastaların üçte ikisinde **nonkazeöz granülomlar** vardır (**tip IV aşırı duyarlılık**).

Histolojik değişiklikler karakteristik olarak **bronşiyoloseptrik**.

- Özellikle lenfosit, plazma hücresi ve makrofaj bulunur (**eoziyofil nadir**).
- İntertisyel fibrozis, fibroblastik odak, balpeteği ve obliteratif bronşiolit görülür.

Klinik: Ateş, dispne, öksürük ve **lökositöz** görülen akut **ataklar (epizodik)** duyarlı hastalarda antijenik tozun solunması sonrası ortaya çıkar. SFT'de akut **restriktif hastalık** paterni vardır. Semptomlar maruziyetten **4-6 saat sonra** görülür ve 12 saat-birkaç gün sonra son bulur.

REFERANS: TUSWORLD EFSANE PATOLOJİ KONU KİTABI SAYFA: 143

SORU/REFERANS

86) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Non-steroidal antiinflamatuvar ilaç kullanımına bağlı nefropati olmayan hangisidir?

CEVAP: Akut pyelonefrit

AÇIKLAMA:

AKUT PİYELONEFRİT

Tübülointertisyel alan, pelvis ve kalikslerin enfeksiyonudur. **Risk faktörleri; üriner kateter girişi, benign prostat hiperplazisi, veziköüreteral reflü, gebelik, diyabet, immünsupresyon ve kadın cinsiyet (1-40 yaş arası).**

- Etken en sık asendan yolla gelir. **E.coli** ve **Proteus** en sık etkenlerdir.
- **Polyomavirüs** en sık viral nedendir (BK virüs, Decoy hücresi, intranükleer inklüzyonlar).
- Morfolojide interstisyel **nötrofil infiltrasyonu** ve tubal hasar görülür. **Papiller nekroz** gelişebilir. Abse remisyon sürecinde renal pelvise açılır ve tıkanıklığa neden olabilir (**Pyonefroz**). Perinefrik abse gelişebilir.

MİNİMAL DEĞİŞİKLİK HASTALIĞI

Çocukta nefrotik sendromun en sık nedenidir. Sıklıkla **2-6 yaş arası** çocuklarda görülür. Etiyolojik faktörler: ÜSYE ve aşılama, immün süpresyon, atopik hastalık, **Hodgkin lenfoma** ve **NSAİ kullanımı**. **Selektif proteinüri** izlenir (özellikle albumin atılır). **Steroide çok iyi yanıt** verir. Morfolojik bulgular:

- **Işık mikroskopisi ve floresan mikroskopisi normaldir.**
- Bazı durumlarda proksimal tübülde lipit birikimi görülebilir (lipoid nefroz).
- Elektron mikroskoide **podositlerin (visseral epitel) ayaksız uzantılarında düzleşme** ve **kayıp** görülür.
- Glomerüllerde **polianyon kaybı** vardır.

Konjenital Nefrotik Sendrom (Fin tipi): Filtrasyon yarığında podositler arasında nefrin molekülleri bulunur. Podosit içinde **CD2AP** ve **Podosin** ile ilişkilidir. Nefrin geninin konjenital mutasyonu sonucu bu hastalık görülür. Bu hastalıktaki patolojik değişiklikler minimal değişiklik hastalığı ile benzer (**NPHS1 geni**).

MEMBRANÖZ GLOMERÜLONEFRİT

%75'i primerdir. Patogenezinde **fosfolipaz A2 reseptörüne** karşı otoantik rol oynar. HLA-DQA1 ile ilişkilidir. Bazal membranda biriken immünglobülin **IgG4**'tür. Sekonder nedenleri:

- **KARSİNOM** (akciğer, kolon, meme kansinimleri ve melanom)
- Enfeksiyonlar (hepatit B, hepatit C, sifiliz, şistozomiyazis, malarya)
- SLE
- **ilaçlar** (penisilamin, kaptopril, altın, **NSAİ**)

REFERANS: TUSWORLD EFSANE PATOLOJİ KONU KİTABI SAYFA: 196

87) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Prostat adenokarsinomu ile ilgili doğru olan hangisi?

CEVAP: Kemik metastazları osteoblastiktir.

AÇIKLAMA:

PRÖSTAT KANSERİ

- Erkeklerin en sık görülen kanseridir. Genellikle 50 yaşından sonra görülür.
- **Periferik zondan kaynaklanır.** Bu nedenle bazı bulgusu azdır.
- **Axinüs epitel kaynaklı adenokarsinomdur** (Nedensel duktus epitel).
- Risk faktörleri: Yaş, hormonal (androjen duyarlı), kadimiyum
- **Genetik:** X'e bağlı **AR** geninde aktivasyon, **TMPRSS2-ETS** transkripsiyon faktör genlerinde over ekspresyon (21. Kromozomda, çok sık görülür), **BRCA1, BRCA2, CHEK2, PTEN** ve **MYC** mutasyonu da riski artırır.

Morfoloji: Kesin tanı için biyopsi ile yapılır. İri nükleuslar ve belirgin nükleoluslar izlenir. **Pleomorfizm** ve **mitotik figürler** azdır. **Perinöral invazyon** görülür.

➤ **TEK SIRA** hücreler ile döşeli art arda bez yapıları görülür.

➤ Morfolojik olarak en tipik bulgu: **BAZAL HÜCRE TABAKASININ KAYBOLMASI**

Klinik: Kompliklak yayılım en sık **vezikül seminallis** ve **mesane** tabanına yayılır.

- İmmünohistokimyasal belirteci alfa metilglütat koenzim A reseptör (**AMACR**) kullanılır.
- Hematojen yolla en sık kemiklere yayılım yapar. İlerlemiş prostat kanserinde **OSTEOBLASTİK** metastaz özellikle **lomber vertebralarda** görülür.

REFERANS: TUSWORLD EFSANE PATOLOJİ KONU KİTABI SAYFA: 210

SORU/REFERANS

88) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Kırkılı yaşlarda gebe 34 hafta erken doğum öyküsü var. Bebekte intrauterin gelişme geriliği saptanıyor. Plasentanın incelemesinde ise koryonik villuslara sinsityal genişleme, nekrotik odaklar ve intima içinde lipoid depozitler saptanıyor en olası tanı?

CEVAP: Preeklampsisi

AÇIKLAMA:

Preeklampside Organ Hasarı
Total periferik direnç artar.

Hemokonsantrasyon olur.

Endotel hasarına bağlı **mikroanjyotik hemoliz** vardır.En sık **trombositopeni** yapar.

RAA düzeyleri normal gebelikten düşüktür.

Dezoksikortikosteron artar.Tuz retansiyonuna neden olmaktadır.Reninini düşürür.

ADH normal **ANP yüksektir.**

GFR azalır.Kreatinin ve ürik asit artar.**İdrar albumin/kreatinin** 300 mg/gr'dan fazla 24 saat idrar toplamaya gerek yok.

Karaciğerde **periportal hasar** oluşur.

Preeklampsinin böbreklerdeki patognomonik lezyonu **glomeruloendoteliozis**'tir.

Retinal iskemisi sonucunda oluşan körlüğe **purtscher retinopatisi** denir.

Plasentada **mural trombüs** ile karakterize **akut aterosiz** görülür.

Gelişen konvülsiyonlar **grand mal epilepsidir.**

A.2.ŞİDDETLİ PREEKLAMPSİ
Sistolik kan basıncının 160 mmHg veya diastolik kan basıncının 110 mmHg'dan yüksek Oligüri (500 mL/24 saat'den az)
| Peristan serebral veya vizüel bozukluklar veya serebral ödem
Bulantı kusma ile birlikte, peristan epigastrik ağrı
Pulmoner ödem
Trombositopeni
SGOT ve SGPT yüksekliği

PREEKLAMPSİ TEDAVİSİ
Şiddetli olmayan preeklampside antihipertansif verilmez!!!!

REFERANS: TUSWORLD EFSANE KADIN DOĞUM KONU KİTABI SAYFA: 162

SORU/REFERANS

89) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Otuzlu yaşlarda kadın hasta sağ memede tümör saptanıyor. İmmünohistokimyasal incelemede ER, PR ve HER2 negatif geliyor(Üçlü negatif) hangisi yanlıştır?

CEVAP: Histolojik tip tübüler tipte olma olasılığı yüksektir

AÇIKLAMA:

İNVAZİV MEME KANSERLERİNİN MOLEKÜLER ALT TİPLERİ

Özellikler	Luminal (ER-pozitif, HER2-negatif)	HER2-Pozitif	TNCB (ER-Negatif** HER2-Negatif)
Meme kanserlerindeki oranı	%40-55 (düşük proliferasyon)	%10 (yüksek proliferasyon)	%20
mRNA profilleri	Luminal A	Luminal B	Luminal B(ER+) HER2+(ER-)
Genetik mutasyonlar	PIK3CA(%45) TP53(%12)	PIK3CA(%29) TP53(%29)	PIK3CA(%40) TP53(%80)
Tipik histolojik özellikler	Tübüler , lobuler müsinöz, papiller, Grade 1-2	Grade 3 lobuler	Apokrin, mikropapiller
Tipik hasta grupları	Daha yaşlı kadınlar, erkekler, mamografik görüntüleme ile tespit edilen kanserler	BRCA2 mutasyon taşıyıcıları	Genç kadınlar, beyaz-olmayan kadınlar, TP53 mutasyon taşıyıcıları (ER +)
			Genç kadınlar, BRCA1 mutasyon taşıyıcıları, Afrika orijini

REFERANS: TUSWORLD EFSANE PATOLOJİ KONU KİTABI SAYFA: 232

SORU/REFERANS

90) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Diyabetik nefropatide görünmeyen bulgu?

CEVAP: Subepitelyal granüler immün kompleks birikimi

AÇIKLAMA:

DIYABETİK NEFROPATİ

- **Kapiller bazal membran (GBM) kalınlaşması** tüm hastalarda vardır. Prote glüsyonu artışına bağlı ortaya çıkar.
- **Diffüz mezangial skleroz** nodüler glomeruloskleroza göre daha sık görülür.
- **Nodüler glomeruloskleroz:** Diyabetik nefropati için karakteristiktir. İnterkapiller glomeruloskleroz / **Kimmelstiel-Wilson hastalığı** da denir. Nodüler PAS-pozitifdir.
- **Renal arterioskleroz ve arteriyoskleroz**
- **Pyelonefrit. Papiller nekroz (Nekrotizan papillit)**

REFERANS: TUSWORLD EFSANE PATOLOJİ KONU KİTABI SAYFA: 195

SORU/REFERANS

91) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Sabah uyadığında kaşıntılı lezyonları olan hasta. Fizik muayenede ödemli eritematöz lezyonlar biyopsde üst epidermiste ödem oğun olmayan nötrofil ve eozinofil içeren lenfositik infiltrasyon antihistaminige yanıtı olan hastada patogeneze ?

CEVAP: Mast hücrelerinden vazoaktif mediyatör salınımı

AÇIKLAMA:

MASTOSİTOZ

- Deri (daha sık) ya da organlarda mast hücre birikmesi ile oluşur.
- Sistemik tutulum (%10) varsa prognoz kötüdür.
- **Histamin ve heparin** gibi mediyatörlere bağlı bulgular oluşur. Bu semptomlar kanama, akıntı, kaşıntı, kızamıklik ve osteoporozdur (aşırı histamine bağlı).
- Lezyonlu deri kaşınırsa **ödem ve eritem** gelişir (**Darier belirtisi**).
- Deri bir cisimle çizilirse lokal olarak şişer (**dermografizm**).
- Histopatolojide **giemsa** ya da **toluidin mavisi** ile boyanan **metakromatik granüller** içeren işsi hücreler izlenir.
- Mastositozda **c-KIT** mutasyonu saptanmıştır.
- Tüm vakaların yüzde 50'sinden fazlasını oluşturan ve genellikle çocuklarda görülen kutanöz formuna **ürtikerya pigmentoza** denir.

REFERANS: TUSWORLD EFSANE PATOLOJİ KONU KİTABI SAYFA:252

SORU/REFERANS

92) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Orta yaş erkek hasta kalsifikasyon içeren, berrak sitoplazmalı, ince duvarlı damarlardan zengin beyin tümörü GFAP pozitif saptanıyor. Hangi moleküler mekanizma saptanır?

CEVAP: 1p-19q kodelesyonu

AÇIKLAMA:

OLİGODENDROGLİOM

Gliyal tümörlerin %5-15'idir. 4-5. dekatlarda sıklıkla. Serebral hemisferlerde daha yerleşir. İlk bulgu epilepsi ya da senkop olabilir. Kistik dejenerasyonlar görülür.

- Derece II bir tümördür. Anaplastik oligodendrogliom ise Derece III/IV'tür.

Berrak sitoplazmalı tümör hücreleri (sahanda/kızartılmış yumurta görünümü),
Kalsifikasyonlar
Satellitözis (tümör hücreleri nöronların etrafında birikir).

- Oligodendrogliomda en genetik değişiklikler İzositrat dehidrogenaz (IDH) genlerinde mutasyondur. Ve iyi prognoza işaretler.
- 1p ve 19q delesyonu ile ilişkilidir.
 - 1p-19q delesyon bir arada ise İYİ prognoz
 - 1p ya da 19q delesyonu ise KÖTÜ prognoz (KT direnci)
- 9p ve 10q kaybı ve CDKN2A mutasyonu → KÖTÜ (anaplastik oligodendrogliom).

REFERANS: TUSWORLD EFSANE PATOLOJİ KONU KİTABI SAYFA: 299

SORU/REFERANS

93) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Çocuk hasta 4 ventrikül yerleşimli beyin tümörü mevcut. Histolojik incelemede gerçek ve psödo-rozetler izlenmiş en olası tanı?

CEVAP: Ependimom

AÇIKLAMA:

EPENDİMOM

Ependimal hücrelerden gelişir. SSS boşlukları ile ilgili bölgelerden gelişirler. En sık yeri:

- Çocuklarda: **Dördüncü ventrikül civarı**
- Yetişkinlerde: **Medulla spinalis**

- Nörofibromatozis tip 2** ile birlikte görülür.
- Sıklıkla 4.ventrikül obstrüksiyonu ve **hidrosefali** tablosu görülür. Tümör **BOS** ile yayılabilir.
- Mikropapiller ependimom *medulla spinalis filum terminale*'de yerleşir.
- Subependimom lateral ve dördüncü ventriküllerde en sık yerleşir. Genellikle asemptomatik olduğu için topisi ya da görüntülemelerde tespit edilir.

Ependimal rozetler tümör tanısı için **en önemli bulgudur. (gerçek rozet)**
Psödorozetler ise hücrelerin damarlar çevresinde dizilmesidir.

TUSWORLD EFSANE PATOLOJİ KONU KİTABI SAYFA:300

SORU/REFERANS

94) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Acil servise ani başlayan baş ağrısı , kusma, bilinç kaybı ve görme defekti ile gelen hastada en olası beslenme problemi?

CEVAP: Akut vitamin A toksisitesi

AÇIKLAMA:

İhtiyaçtan fazla A vitamininin alınması durumunda, hücre-ici A vitamini bağlayan proteinin taşıma kapasitesi aşılır; bu da **bağlı olmayan A vitamininin membran lizisi ve doku hasarına yol açar**. Toksikite semptomları santral sinir sistemi (baş ağrısı, kusma, ataksi ve anoreksi)→ Hepsini artmış BOS ile ilişkilidir-**pseudotümör serebri-**, karaciğer (histolojik değişikliklerle **hepatomegali ve hiperlipidemi**), kalsiyum homeostazı (uzun kemiklerde inceleme, hiperkalsemi ve **yumuşak dokularda kalsifikasyon**) ve deride (**aşın kuruluk, deskuamasyon ve alopesi**) görülmektedir. **Gebeletere teratojenik olan vitaminlerden birisidir.**

REFERANS: TUSWORLD EFSANE BİYOKİMYA KONU KİTABI SAYFA:259

SORU/REFERANS

95) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

HIF-1Alfa artışına neden olan tümör vaskülaritesinin oluşumunda rol oynayan gen mutasyonu?

CEVAP: VHL

AÇIKLAMA:

HIF-1α: Oksijen düşüklüğü HIF-1α aktivasyonu aracılığıyla VEGF gibi anjiyogenik sitokinlerin üretimine neden olur (**en erken artan**). Normoksik durumlarda **von Hippel-Lindau proteini (VHL) HIF-1α'ya bağlanır ve yıkımına neden olur**. Hipoksi HIF-1α'nın VHL tarafından tanınmasının engeller ve yıkılmaz. HIF-1α çekirdeğe ulaşır ve VEGF ve FGF gibi hedef genlerin transkripsiyonunu aktive eder. Bu nedenle VHL **tümör süpresör gen** gibi davranır.

REFERANS: TUSWORLD EFSANE PATOLOJİ KONU KİTABI SAYFA: 70

SORU/REFERANS

96) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Rektal kanaması olan orta yaş erkek. Biyopside rektosigmoid bölgede mukoza ve submukozada etkili kronik aktif kolit eşlik eden psödopolipler en olası tanı?

CEVAP: Ülseratif kolit

AÇIKLAMA:

ÜLSERATİF KOLİT

SADECE KOLONDA mukoza ve yüzeysel submukozada aralıksız (diffüz) tutulum vardır. Rektumdan başlar ve asendan olarak ilerleyerek tüm kolonu tutar: **Pankolit**

En sık tutulan yer: **Rektum, rektosigmoid bileşke**

- Tahrip olmuş mukozadan kalan parçalar polip izlenimi verir (**psödopolip**).
- Ekstraintestinal bulgu olarak migratuar poliartrit, ankilozan spondilit, primer sklerozan kolanjit (%2.5-7.5), pyoderma gangrenozum ve üveit eşlik edebilir.
- Crohn hastalığına benzer şekilde kripte abseleri, **kriptlerde distorsiyon** (kronikleşme bulgularındandır) ve **psödopilorik epitel metaplazisi** görülür.
- İnflamasyon kolondan ileuma geçerse: **Backwash ileiti** adı verilir.

REFERANS: TUSWORLD EFSANE PATOLOJİ KONU KİTABI SAYFA:168

SORU/REFERANS

97) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

İleri yaş erkek şiddetli karın ağrısı mevcut. Acil serviste amilaz ve lipaz yüksekliği saptanıyor. Aşağıdakilerden hangisi bu hastanın pankreasında görülmesi daha az olasıdır?

CEVAP: Duktus atrofisi

AÇIKLAMA:

AKUT PANKREATİT

Pankreasın enzimatik nekrozu ve inflamasyonudur. **Olguların %80'inde safra yolu hastalığı ve alkol rol oynar.** Alkol, safra taşı, tiyazid grubu diüretikler, azotiyoprin, hiperkalsemi, kabakulak ve hiperlipoproteinemi pankreatit etiyolojisinde rol oynar.

- ▶ **Tripsin aktivasyonu** primer başlatıcı olaydır.
- Histopatolojide **ödem, hemoraji, lipazlarla yağ nekrozu, nötrofillerden zengin inflamasyon ve asiner hücre hasarı** görülür.
- Rezolüsyon döneminde kalsifikasyon ve buna bağlı **hipokalsemi** gelişir. Bu durumda prognoz daha kötüdür.
- En ciddi formu "hemorajik" pankreatittir.
- Enzimatik nekroza bağlı psödokist oluşabilir.
- ▶ Psödokistlerin **döşeyici epiteli yoktur.** Etrafında epitel yerine fibrin ve granülasyon dokusu bulunur.
- Psödokist pankreasın **en sık görülen kistik lezyonudur** (%75).

KRONİK PANKREATİT

- ▶ **Alkolizm** en sık nedendir.

Otoimmün veya herediter olabilir. Orta yaş erkeklerde daha sıktır. Endokrin pankreas dokusu geç dönemde etkilenir. Alkolikler başta olmak üzere **psödokist** oluşumu sıktır.

Otoimmün pankreatit: Tip-1 formu sistemik tutulumun eşlik ettiği **IgG4** sekrete eden **plazma** hücreleri, fibrozis ve flebitle ile karakterizedir. Tip-2 formu sadece pankreas tutarak nötrofilik infiltrasyon yapar.

- Pankreatik duktuslarda **fibrozis** gelişir.
- **Kalsifikasyon** nedeniyle pankreas sertleşir.
- **Parankimal atrofi** görülür.

REFERANS: TUSWORLD EFSANE PATOLOJİ KONU KİTABI SAYFA: 186

SORU/REFERANS

98) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Hangi karaciğer tümörü immünohistokimyasal olarak LFABP kaybı vardır.

CEVAP: HNF1alfa inaktive hepatoselülüler adenom

AÇIKLAMA:

TUSWORLD KAYNAKLARI BU SORUYA REFERANS VEREMEMEKTEDİR.

FARMAKOLOJİ 21/22

SORU/REFERANS

99) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

“Efektör organ-reseptör tipi yanıt” eşleştirmesi doğru olan?

CEVAP: EFEKTÖR ORGAN: Gözde silyer kas,
RESEPTÖR TİPİ: Alfa-1, **YANIT:** Kasılma

AÇIKLAMA:

POSTSİNAPTİK OTONOMİK RESEPTÖRLERİN YERLEŞİMİ

Organ	Sempatik Etki	Parasempatik Etki
Göz		
Radyal Kas	α ₁ : Kasılma	---
Sirküler Kas	---	M ₂ : Kasılma
Silyer Kas	β ₂ : Gevşeme (zayıf etki)	M ₂ : Kasılma
Silyer Cisim Epiteli	β ₂ : Hümor aköz salgısı	---
Kalp		

REFERANS: FARMAKOLOJİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 46

SORU/REFERANS

100) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Lityumun böbrekten atılımını azaltan ve zehirlenmeye yol açan?

CEVAP: Non-steroidal antiinflamatuvar ilaçlar

AÇIKLAMA:

Lityumun Plazma Konsantrasyonu Etkileyenler	
Arttıranlar	<ul style="list-style-type: none"> - Diüretikler (Tiazid, Loop) - Dehidratasyon, Diyare - Hiponatremi - NSAİ (Aspirin ve Asetaminofen hariç) - Böbrek yetmezliği - ACE inhibitörleri, ARB'ler
Azaltanlar	<ul style="list-style-type: none"> - Diüretikler (Asetazolamid, Osmotikler) - Gebelik - Metilksantinler - Aspirin, Asetazolamid

REFERANS: FARMAKOLOJİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 171

SORU/REFERANS

101) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Laksatif ilaçların hangisi önerilen dozda alınıp 3 saat içinde sulu diyare oluşturur?

CEVAP: Magnezyum hidroksit

AÇIKLAMA:

LAKSATİF VE PURGATİFLER

Laksatif & Purgatifler		
Laksatif tanımı	Feçesi yumuşatarak atımını kolaylaştıran	
Purgatif tanımı	Feçesi sulandırarak atımını kolaylaştıran	
	İlaç	Özellik & Yan Etki
Stimulan	Bisakodil, Antrakinonlar (Senna, Aloe, Cascara), Hint yağı, Fenofaftalin	Uterin kontraktüre neden olabildiği için gebelerde kontrendikedir. Katartik sendrom, Kolonda melanozis
Kitle oluşturan	Psyllium, Bran, Metilselüloz, Polikarbofil	En az bağımlılık yapanlardır. Antidiyaretik etkileri de var.
Kayganlaştırıcılar	Vazelin, Gliserin	
Surfaktanlar	Dokuzat bileşikler, Mineral yağı, Poloksamer	Anyonik deterjan etkileri ile yüzey gerilimini azaltıp, bağırsak suyunun nüfuz etmesini sağlayarak feçesi yumuşatır.
Osmotikler	Sodyum fosfat, Magnezyum sülfat/sitrat, Polietilen glikol, Laktuloz, Sorbitol	En hızlı etkili olanlardır.

REFERANS: FARMAKOLOJİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 294

SORU/REFERANS

102) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Linaklotid ile ilgili yanlıştır?

CEVAP: Bağırsak hareketi üzerine etkisi yoktur.

AÇIKLAMA:

DİĞER PROKİNETİK İLAÇLAR	
Makrolidler (Eritromisin)	Motilin reseptör agonistidir. Mide boşalmasını da hızlandırır. Diyabetik gastroparezi tedavisinde kullanılır.
Kamisinal	Motilin reseptör agonistidir.
Alvimopan	Periferik mü reseptör antagonistleridir. Opioid (morfin) kullanımına bağlı gelişen kabızlık tedavisinde tercih edilir.
Metinaltrekson	
Naldemedin	
Naloksefol	
Linaklotid	Guanilil siklaz C reseptör aktivatörüdür.
Plesanatid	
Lubiproston	Klor (tip 2) kanal aktivatörüdür.
Loksigulumid, Deksloksigulumid	Kolesistokin CCK-A reseptör aktivatörüdür.
Sinsalid	Kolestikinin analogudur.
Relamorelin	Ghrelin reseptör agonistidir.
Asotiamid	Asetikolin sekresyonunu artırır. Presinaptik M ₂ antagonistidir. Postprandiyal distress sendrom tedavisinde kullanılır.
Dekspantenol	Asetikolinin sentez stimülatörüdür.

REFERANS: FARMAKOLOJİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 294

SORU/REFERANS

103) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Kolonda bakteriler tarafından aktif metaboliti 5-aminosalisilik aside dönüşerek etki gösterir?

CEVAP: Balsalazid

AÇIKLAMA:

İNFLAMATUAR BAĞIRSAK HASTALIĞINDA KULLANILAN İLAÇLAR	
Natalizumab	Anti-integrin monoklonal antikordur.
Mesalazin, Sulfasalazin, Otsalazin	5-ASA içeren ilaçlardır.

REFERANS: FARMAKOLOJİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 294

SORU/REFERANS

104) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Kemoterapiye bağlı kusmada kullanılan reseptör agonisti ilaç?

CEVAP: Nabilon

AÇIKLAMA:

Emetik İlaçlar		
Mekanizma	İlaç	
Dopamin D ₂ stimülasyonu	- Apomorfın	
Mide mukozası tahrişi	- İpeka şurubu	
KIT' deki Reseptörler & Antiemetik İlaçlar		
Reseptör	Antiemetik Etki	Antiemetik İlaç
Dopamin D ₂	Antagonizma	Metoklopramid, Antipsikotik
Serotonin 5-HT ₃	Antagonizma	Ondansetron, Polansetron
Mukarınik M ₁	Antagonizma	Hyosin, Skopolamin
Histamin H ₁	Antagonizma	Antihistaminik
Nörokinin NK ₁	Antagonizma	Aprepitant, Rolapitant, Netupitant
Kemoreseptörler	Kemokin sinetiz inh.	Steroidler (deksametazon)
Kannabinoid C ₁ (?)	Agonizma	Dronabinol, Nabilon
?	?	Benzodiazepinler
?	?	Fosfatlı karbonhidrat solüsyonu

*Vestibüler sistemdeki reseptörler: H₁, M₁

REFERANS: FARMAKOLOJİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 292

SORU/REFERANS

105) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Hangi ilaç miyoklonik epileptik nöbetleri olan bir hastada tercih edilebilecek antiepileptiklerden biri değildir?

CEVAP: Gabapentin

AÇIKLAMA:

Epilepsi sendromları				
Sendrom	Başlangıç	Remisyon	Prognoz	Tedavi
YENİDOĞAN DÖNEMİNDE				
Benign Neonatal Nöbet	Yenidoğan	Yenidoğan	İyi	LEV, TPM, PB
Erken Miyoklonik Ensefalopati ve Ohtahara Sendromu	Yenidoğan İnfant	Kötü, Ohtahara Sendromu West İlerler	Kötü	PB, steroid, VGB
Benign Ailesel Neonatal Konvülsiyon	YD – İnfant	YD - İnfant	İyi	LEV, TPM, PB
İNFANTİL DÖNEMDE				
Benign İnfantil Nöbet (Ailesel Olmayan)	İnfant	İnfant	İyi	LEV, TPM, PB
Benign Ailesel İnfantil Konvülsiyon	İnfant	İnfant	İyi	LEV, TPM, OXC, CBZ, PB
İnfantil Epilepsi Fokal Nöbet İlerleyen	İnfant	Yok	Kötü	LEV, PB, OXC, CBZ, PHT
West Sendromu	İnfant	Değişken	Değişken	ACTH, steroid, VGB BZD, FBM, IVIG, TPM, ZON, ketojenik diyet
Dravet Sendromu	İnfant	Yok	Ciddi	CLB, stiripentol, VPA
Benign İnfantil Miyoklonik Epilepsi	3 ay – 3 yaş	3-5 yaş	Değişken	LEV, TPM, BZD
JÜVENİL BAŞLANGIÇLI				
Jüvenil Absans Epilepsi	10 - 12 yaş	Ömür boyu	İyi	ESM, LTG, VPA
Jüvenil Miyoklonik Epilepsi	12 - 18 yaş	Ömür boyu	İyi	LEV, TPM, VPA
Generalize tonik klonik nöbetli epilepsi	12 - 18 yaş	Ömür boyu	İyi	LEV, LTG, TPM, VPA
İdiyopatik Fotosensitivite Oksipital epil.	12 - 18 yaş	Belirsiz	Değişken	VPA, LEV
Progresif Miyoklonik Epilepsi (Lafora, seroid lipofusinozis)	Geç infant – Adölesan	İlerleyici	Kötü	TPM, VPA, ZON, LEV

REFERANS: PEDIATRİ EFSANE KONU KİTABI 1 SAYFA: 138

SORU/REFERANS

106) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Alzheimer tedavisinde kullanılan ilaçlardan etki mekanizması farklıdır?

CEVAP: Memantin

AÇIKLAMA:

NMDA Reseptörleri: Bu kanalın uyarılması sonucu nöronda güçlü ve uzun süren Ca²⁺ artışı gerçekleştirebilir ve bu da öğrenme ve bellekte önemli bir süreç olan uzun süreli potansiyalizasyon (long term potentiation) oluşumunu sağlar.

• Bu kanalın aşırı aktivasyonu sonucunda nöronlarda yüksek düzeylere ulaşan kalsiyum nöronal hasara (eksitotoksikite) neden olur.

• NMDA Reseptör Antagonistleri

- Ketamin (genel anestezi)
- Fensiklidin (deneysel psikoz tablosu oluşturur)
- Dizosilpin (serebrovasküler olayda kullanılır)
- Akamprosat (alkol bağımlılık tedavisinde kullanılır)
- Memantin (Alzheimer'da kullanılır)
- Riluzol / İdrozilamid (amiyotrofik lateral skleroz'da kullanılır)
- Magnezyum (tokolitik veya antikonvülsan amaçla kullanılır)
- Biperiden (Parkinson'da kullanılır)
- Dekstrometorfan (antitussif olarak kullanılır)
- Metadon (opioid bağımlılığında idame tedavide kullanılır)
- ALS tedavisinde nöroproteksiyon sağlayan yeni ilaç; edaravon'dur.

REFERANS: FARMAKOLOJİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 150

SORU/REFERANS

107) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

CYP2C9 enzim inhibisyonu yaptığı için, aynı enzimle metabolize olan diğer antiepileptik ilaçlarla birlikte kullanıldığında kan düzeyini yükseltir?

CEVAP: Valproik asit

AÇIKLAMA:

ANTİEPILEPTİKLER & METABOLİZMA SÜRECİ		
Mikrozomal enzimleri indukleyenler	Mikrozomal enzimleri inhibe edenler	Metabolizmayı etkilemeyenler
- Fenitoin - Karbamazepin - Barbitüratlar	- Valproik asit	- Levetirasetam - Briverasetam - Gabapentin - Pregabalin - Vigbatrin

Felhamat: NMDA reseptör blokörüdür

REFERANS: FARMAKOLOJİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 175

SORU/REFERANS

108) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Folik asit analogu değildir?

CEVAP: Sitarabin

AÇIKLAMA:

ANTİMETABOLİTLER		
Folik Asit	Pürin	Pirimidin
Metotretksat Ralitretksed Pemetretksed Pralatretksat	Merkaptoprin Klofarabin Nelarabin Fludarabin Tioguanin Azatiopurin Kladribin Pentostatin	Fluorourasil Fluksuridin Azasitidin Gemsitabin Sitarabin Kapesitabin Desitabin

REFERANS: FARMAKOLOJİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 275

SORU/REFERANS

109) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Böbrek nakli ameliyatı sonrası yara iyileşmesi geciken bir hastada, kullanımının bu durumdan sorumlu olma olasılığı en düşüktür?

CEVAP: Takrolimus

AÇIKLAMA:

YARA İYİLEŞMESİNDE ROL ALAN FAKTÖRLER

LOKAL (yaraya ait)

1. Cerrahi teknik (mekanik hasar)
2. Lokal enfeksiyon
3. Ödem
4. İskemi ve nekrotik doku varlığı
5. Topikal ajanlar (kortikosteroidler)
6. İyonize radyasyon
7. Düşük oksijenizasyon
8. Yabancı cisim (sütür, sponge, cerrahi alet vs.)

SİSTEMİK FAKTÖRLER

1. Yaş
2. Derin anemi (Hct < %15)
3. Beslenme ve malnutrisyon
4. Travma
5. Metabolik hastalık
• DM : erken inflamasyon aşamasında bozukluk var. Tedavide insülin ve A vitamini kullanılır.
6. İmmünesupresyon : Tüm KT'ler yara iyileşmesini bozarlar.
7. Sigara
8. Bağ dokusu hastalıkları
9. İlaç (KS, KT'ler)
10. Vitamin eksiklikleri: A-C vit.
11. Mineral eksiklikler: Fe-Zn
• Çinkoda poliferasyon bozulur. Kronik yara meydana gelir.

Tacrolimus(FK506): FKBP'ye bağlanarak etkisini göstermektedir. Etkisi IFN gama ve IL2'nin etkilerini baskılamak yönündedir. Bir immünesupresif ajan olmasına rağmen transplantasyonlarda **immünesupresif etkisi ile kullanılmaz.** Özellikle böbrek ve karaciğer transplantasyonlarında tercih edilir. Siklosporin ile birlikte kullanıldığında siklosporinin etkisinde artışa neden olur.

İlaç 1986'da geliştirilmiştir, 1994'de FDA onaylamıştır.

REFERANS: GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 96, 138

SORU/REFERANS

110) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Hipertansiyon tedavisi için triamterene kullanılmakta olan hasta için ortaya çıkması en olası?

CEVAP: Hiperkalemi

AÇIKLAMA:

Renin Salınımına Etki Eden Önemli İlaçlar ve Faktörler		
Arttıranlar		Azaltanlar
β ₁ agonistler Renal prostaglandin üretimi Nitrik oksit		β-blokörler NSAİ'lar α ₂ agonistler
Kan basıncında ve vücut sıvısında azalma yapan birçok ilaç; • α-blokörler, Vazodilatörler • Diüretikler • ACE inhibitörleri, Anjiyotensin reseptör blokörleri (ARB) ve Renin inhibitörleri		Anjiyotensin II ADH Adenozin Kan basıncında artış Hiperkalemi

REFERANS: FARMAKOLOJİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 90

SORU/REFERANS

111) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Sinüs bradikardisi de olan vazospastik anjina hastası için en uygun ilaç?

CEVAP: Amlodipin

AÇIKLAMA:

Dihidropiridinler

Nifedipin / **Amlodipin** / Felodipin / Nikardipin / Isradipin / Nizoldipin / Nimodipin / Klevipidin

- **Nifedipin** arteriyel direnci **hızla** kırar ve arteriyel basıncın azalmasına bağlı **refleks taşikardi** ve pozitif inotropiye neden olabilir. Kardiyak iskemik olayları tetikleyebilir. **Tokolitik** tedavide tercih edilir.
- **Amlodipin** plazma yarılanma ömrü **en uzun** olduğundan; nifedipine göre çok daha az refleks taşikardi görülür. İskemik olmayan **sistolik kalp yetmezliğinde kullanılabilir**.
- **Nikardipin** kardiyak etkileri nifedipin gibi olmasına rağmen **koroner damarlara selektivitesi** vardır.
- Isradipin periferik vazodilatör etkisinin yanında **SA noda inhibitör** etkisinden dolayı **kalp atım hızını**

KALSİYUM KANAL BLOKÖRLERİ

Kalpте **negatif inotropi/kromotropi/dromotropi** oluşturlar. Koroner arterleri gevşetirler. **Variyante anjinalarda kullanılabilirler**. Kardiyoselektifler (verapamil, diltiazem) tercih edilir. **Sistolik kalp yetmezliğinde kullanılmaları kontrendikedir**.

REFERANS: FARMAKOLOJİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 89, 98

SORU/REFERANS

112) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Hem HIV hem de HBV için etkin olan antiviral?

CEVAP: Lamivudin

AÇIKLAMA:

Lamivudin

Lamivudin HIV-1'e karşı etkinliği bulunan ve zidovudin gibi birçok NRTI ile sinerjistik etkisi bulunan **sitozin** analogudur. Sinerjistik etkisi nedeniyle kombinasyonları dirençli HIV enfeksiyonlarında da kullanılmaktadır. Emtrisitabin gibi **HBV'ye** de etkinliği vardır. Hepatit C'ye karşı da etkilidir. En sık baş ağrısı ve GIS intoleransıdır.

REFERANS: FARMAKOLOJİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 263

SORU/REFERANS

113) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

HIV/AIDS tedavisi için kullanılan antiretroviral ilaçlara bağlı ortaya çıkan diyarenin tedavisinde?

CEVAP: Krofelemer

AÇIKLAMA:

ANTİDİYARETİK İLAÇLAR

CTFR Üzerine Etkili İlaçlar

- **Krofelemer**: CTFR inhibitörüdür. Antivirallere bağlı gelişen diyare tedavisinde kullanılır.
- **Lumakافتor**, **lvakافتor**: CTFR aktivatörüdür, kistik fibroziste tedavisinde kullanılır.

REFERANS: FARMAKOLOJİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 294

SORU/REFERANS

114) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Trypanosoma brucei rhodesiense'nin neden olduğu Doğu Afrika tripanozomiazisinin geç dönem santral sinir sistemi tedavisinde en uygun ilaç?

CEVAP: Melarsoprol

AÇIKLAMA:

MELARSOPROL

Geç evre uyku hastalığı tedavisinde kullanılır. Özellikle *T. Brucei rhodesiense* tedavisinde etkilidir.

REFERANS: FARMAKOLOJİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 256

SORU/REFERANS

115) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Opioid ilaçlardan tam opioid agonist ilaç kullanan bir kişide, antagonist etki yapar?

CEVAP: Pentazosin

AÇIKLAMA:

Karma Agonist-Antagonistler

Etken Madde	μ (Mü)	κ (Kappa)	δ (Delta)
Nalorfin / Nalbufin	Antagonist	Agonist	
Buprenorfin	Parsiyel Agonist (PA)	Antagonist	Antagonist
Butorfanol	PA / Antagonist	Güçlü Agonist	
Pentazosin	PA / Antagonist	Agonist	

REFERANS: FARMAKOLOJİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 193

SORU/REFERANS

116) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Hirsutizm tedavisinde kullanılan eflornitin hidroklorid enzim inhibe ederek etkisini gösterir?

CEVAP: Ornitin dekarboksilaz

AÇIKLAMA:

***İnsülin duyarlandırıcılar**: İnsülin direnci olanlarda uygundur.

Metformin, oral antihiperlipidemik bir ajandır. Primer etkisi karaciğerde glukoneogenezi azaltmaktır. Bununla birlikte, periferik glukoz uptake'ni ve hedef dokunun insüline duyarlılığını artırır.

***Mekanik temizlik**
Epilasyon
Tüy dökücü kremler vb.

***Eflornitin**: Ornitin dekarboksilaz enzimini inhibe eden topikal ilaçtır.

REFERANS: KADIN DOĞUM EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 68

SORU/REFERANS

117) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Tip 2 diyabet tedavisinde kullanılan böbreklerden glukoz geri-emilimini azaltıp, idrarlaglukoz atılımını artırarak etki gösteren ilaç?

CEVAP: Kanagliflozin

AÇIKLAMA:

SGLT-2 İNHİBİTÖRLERİ

Kanagliflozin, Dapagliflozin, Empagliflozin

Proksimal tubullerdeki sodyum glukoz transport pompasını (SGLT-2) inhibe ederler. İdrarda glukoz miktarını artırdığından; polüriye bağlı dehidratasyon ve üriner sistem enfeksiyonuna yol açabilirler. Kilo kaybına neden olurlar.

REFERANS: FARMAKOLOJİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 121

SORU/REFERANS

118) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Asitretin ile ilgili yanlıştır?

CEVAP: Teratojenik etkisi izotretinoine göre daha azdır.

AÇIKLAMA:

REFERANS: FARMAKOLOJİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA:

SORU/REFERANS

119) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

CXCR4 kemokin reseptör antagonisti olarak bilinen ve 6-CSF (filgrastim, lenograstim) kombine edilerek hematopoietikkök hücre mobilizasyonu için kullanılan ilaç?

CEVAP: Pleriksafor

AÇIKLAMA:

HEMATOPOETİK SİSTEM İLİŞKİLİ İLAÇLAR

ANEMİ & PANSİTOPENİ TEDAVİSİ

	Anemi Tedavisi	Pansitopeni Tedavisi	
Demir preparatları	Ferroz sülfat (Parenteral) Ferroz glukonat/fumarat (Oral)	Stem hücre mobilizatörü CXCR+ antagonisti	Pleriksafor
Vitamin B12	Sıyanokobalamin Hidroksikobalamin	G-CSF (nötropeni için)	Filgrastim Pegfilgrastim Lenograstim

REFERANS: FARMAKOLOJİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA:298

SORU/REFERANS

120) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Heparinin indüklediği trombositopeniyle ilgili yanlıştır?

CEVAP: Tromboz çoğunlukla arteriyeldir.

AÇIKLAMA:

Heparinin Yan Etkileri

- Kanama
- Heparinin indüklediği trombositopeni (HIT): Genellikle venöz tromboemboli ataklarıyla giden, bilateral adrenal hemoraji, cilt lezyonları ve nadir olarak arteriyel tromboze bağlı stroke ve miyokardiyal infarktüsle giden, heparin platelet faktör 4 kompleksine karşı gelişen IgG yanıtına bağlı oluşan akut bir tablodur. Heparin hemen kesilmeli, antikoagulan için lepiridin, argatroban veya fondaparinux kullanılmalıdır. Çapraz reaksiyon gelişme riski nedeniyle düşük ağırlıklı heparin kullanılmaz.
- Osteoporoz
- Hiperkalemi: Adrenal glanddan aldosteron sentezi inhibisyonuna bağlıdır.
- Alopesi

REFERANS: FARMAKOLOJİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 107

TUS 2022/EYLÜL REFERANSLARI

KLİNİK BİLİMLER

DAHİLİYE 27/28

SORU/REFERANS

1) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:
Meningit görülmesi en az olası?

CEVAP: Erişkin still hastalığı

AÇIKLAMA:

Nonenfeksiyöz nedenler: Maligniteler, kimyasal nedenler (rekürren meningit de yapabilir) (BOS 'a yakın zamanda enjeksiyon öyküsü, yakın zamanda akustik nörom veya kraniyofarenjom rezeksiyon öyküsü, beyin veya medulla spinaliste epidermoid tümör, pitüiter apopleksi), SSS sarkoidozu, Vogt-Koyanagi-Harada sendromu (rekürren meningit), SSS'de izole granümatöz anjiit, SLE, Behçet hastalığı (rekürren meningit), kronik benign lenfositik meningit, Mollaret meningiti (rekürren meningit), ilaç hipersensitivitesi, Wegener granümatozu, multipl skleroz, Sjögren sendromu, monogenik otoinflamatuvar hastalıklar, bazı vaskülitler (Cogan sendromu gibi).

REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI
SAYFA: 181

SORU/REFERANS

2) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

52 yaşında kadın hasta eteş, öksürük şikayeti ile acil servise geliyor. Üriner sistem enfeksiyonu nedeni ile seftriakson tedavisi aldığı saptanıyor. Balgam gram boyalı preparat incelemede her alandan 24'ün fazla PNL 10'dan az epitel hücre ve negatif bassiller tespit ediliyor. En uygun yaklaşım?

CEVAP: Seftazidim+siprofloksasin tedavisi başlanarak yoğun bakım ünitesine alınmalı

AÇIKLAMA:

Belirli bakteriler ile enfeksiyon riskini artıran durumlar:

Stafylokokkus aureus	<ul style="list-style-type: none"> • Yakın zamanda grip geçirmiş olma • Bakım evinde yaşama • IV madde bağımlılığı
Haemophilus influenzae	<ul style="list-style-type: none"> • KOAH • Sigara kullanımı öyküsü
Gram-negatif enterik bakteriler	<ul style="list-style-type: none"> • Bakım evinde yaşama • Eşlik eden kardiyopulmoner hastalık • Birden fazla eşlik eden hastalık • Yakın geçmişte antibiyotik kullanımı

Pseudomonas aeruginosa	<ul style="list-style-type: none"> • Yapısal akciğer hastalığı (bronşektazi, kistik fibroz, ağır KOAH) • Kortikosteroid tedavisi (prednizon >10 mg /gün) • Geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi (son bir ayda 7 günden daha uzun) • Malnütrisyon
Anaerob bakteriler	<ul style="list-style-type: none"> • Periodontal hastalık, kötü ağız hijiyeni • Aspirasyon kuşkusu • IV madde bağımlılığı • Tikayıcı bronş patolojileri
Legionella pneumophila	<ul style="list-style-type: none"> • Yakın zamanda konaklamalı seyahat, otel, ofis ortamında kalma • Ev su tesisatında değişiklik • İleri yaş, malignite, KOAH, kortikosteroid tedavisi • Sigara kullanımı öyküsü

Yoğun bakım yatış kriterleri:

Majör:

- Mekanik ventilasyon gereksimi
- Septik şok

Minör:

- Solunum sayısı >30/dak.
- PaO₂ / FIO₂ < 250 mmHg
- Akciğer filminde bilateral veya multilober tutulum,
- Konfüzyon ,dezoryantasyon
- Üremi (Bun_≥20 mg/dl)
- Lökopeni (Wbc<4.000/mm³)
- Trombositopeni (Plt<100.000/mm³)
- Hipotermi<36 C
- Yoğun sıvı yüklemesi gerektiren hipotansiyon

1 majör ya da 3 minör bulgunun olması yoğun bakım endikasyonudur.

Toplumda gelişen pnömonilerde ampirik tedavi

Ayaktan tedavi	Yatırarak tedavi	Yoğun bakımda tedavi
CURB-65 < 2	CURB-65 ≥ 2	A) Pseudomonas riski yok B) Pseudomonas riski var
A) Değiştirici faktör yok B) Değiştirici faktör var	<ul style="list-style-type: none"> • 3. kuşak sefalosporin + makrolid • Tek başına florokinolon 	A) <ul style="list-style-type: none"> • 3. kuşak sefalosporin + makrolid • tek başına florokinolon B) <ul style="list-style-type: none"> • Anti-pseudomonas beta-laktam + florokinolon ya da aminoglikozid+ makrolid
A) <ul style="list-style-type: none"> • Amoksisilin • Makrolid B) <ul style="list-style-type: none"> • 2-3. kuşak sefalosporin veya ampisilin+ klavulanat ± Makrolid 		

REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI
SAYFA: 154, 157, 158

SORU/REFERANS

3) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Keratokonjunktivit etkeni?

CEVAP: Sdenovirus serotip 19

AÇIKLAMA:

Göz enfeksiyonları

- Akut foliküler konjunktivit
 - Pürülen olmayan, selim seyirli bir konjunktivitir.
- Epidemik keratokonjunktivit
 - Tip 8, 19, 37 tarafından oluşturulan aşırı bulaşıcı (yüzme öyküsü olan hastalarda aklımza gelmeli) bir konjunktivitir.
 - Preaurikuler lenfadenopati ile seyredir.
 - Keratite ve kısmi körlüğe (sadece ışığı seçebilir) neden olabilir.

REFERANS: MİKROBİYOLOJİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 224

SORU/REFERANS

4) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

HIV enfeksiyonun gebe hastada nükleozid revers inhibitörlerinden olmayan?

CEVAP: Atazanavir

ANTİRETROVİRAL İLAÇLAR				
Nükleozid Yapılı RTI	Non-nükleozid Yapılı RTI	Proteaz Enzim İnhibitörleri	Giriş İnhibitörleri	İntegraz Enzim İnhibitörleri
Tenofovir	Delavirdin	Lopinavir	Vikrivirok (CCR5)	Dolutegravir
Zalsitabin	Etravirin	Ritonavir	Maravirok (CCR5)	Elvitegravir
Elvustabin	Rilpivirin	Sakinavir	Enfuvirtid (Gp41)	Raltegravir
Racivir	Nevirapin	Atazanavir	İbalizumab (CD4)	
Emtrisitabin	Efavirenz	Amprenavir		
Lamivudin		Nelfinavir		
Abacavir		Tipranavir		
Didanozin		Darunavir		
Stavudin		Fosamprenavir		
Aprisitabin		İndinavir		
Zidovudin				

REFERANS: FARMAKOLOJİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 262

SORU/REFERANS

5) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Hipoksemik solunum yetmezliği fizyopatolojik mekanizma olmayan?

CEVAP: Solunan havada pCO₂'nin düşük olması

AÇIKLAMA:

Tip 1 solunum yetmezliği (Hipoksemik solunum yetmezliği):

- Arter kan gazında PO₂ azalmasıyla karakterize solunum yetmezliğidir. PCO₂ normal yada azalmıştır.
- Hipoksemi oluşumundaki başlıca mekanizmalar:
 - Ventilasyon-perfüzyon dengesizliği
 - Hipoksemik solunum yetmezliğinin altında yatan en sık fizyopatolojik mekanizmadır.
 - Ventilasyonu yada perfüzyonu bozulmasına bağlı olarak hemen hemen her olguda hipoksi ortaya çıkar. Hiperkarbi eşlik edebilir.
 - V/Q dengesizliği hava yolu, alveol, interstiyel ve pulmoner vasküler hastalıklara (pulmoner emboli) bağlı oluşabilir.
 - Alveoler hipoventilasyonu
 - Alveol hipoventilasyonunda PO₂ azalır, CO₂ artar.
 - Hiperkapnik solunum yetmezliğinin en sık fizyopatolojik nedenidir. Çünkü PaCO₂ doğru dan alveoler ventilasyona bağlıdır.
 - Alveolar-arteryel oksijen farkı PO₂ (A-a) oda havasında ve %100 oksijen solurken normaldir. Ventilasyon-perfüzyon dengesizliğinden farkını sağlar.
 - Akciğere bağlı en önemli neden KOAH'tır. Bunun yanında solunumu deprese eden medulla hastalıkları, omurilik lezyonları, solunum sistemi kas hastalıkları (Guillain barre, difteri), Myastenia gravis vs. alveolar hipoventilasyona neden olur.
 - Şant
 - Ekstapulmoner şant yapan nedenler atrial septal defekt, ventriküler septal defekt ve patent ductus arteriosus olarak sayılabilir. Intrapulmoner şant ise ventilasyonu neredeyse sıfırlayan ARDS, pnömoni, atelektazi, pulmoner hemoraji yada pnömotoraks gibi nedenlere bağlı olur.
 - Şantın en tipik özelliği % 100 oksijen tedavisine cevap vermemesidir. Alveolar-arteryel oksijen farkı PO₂ (A-a) oda havasında ve %100 oksijene rağmen artar.
 - Difüzyon bozukluğu
 - Alveolokapiller membrandan difüzyonun bozulması olarak tanımlanır.
 - Alveolokapiller membran kalınlığının arttığı interstiyel akciğer hastalığı veya geçiş hızının arttığı egzersiz gibi durumlarda patolojik alanlarda O₂-CO₂ değişimi yaşaşlar ve hipoksemi meydana gelir.
 - Hiperkapni olmasının nedeni CO₂'nin difüzyon hızının O₂'den 20 kat fazla olması ve hipoksemiye sekonder gelişen hiperventilasyondur.

REFERANS: EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 143

SORU/REFERANS

6) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

55 yaşında erkek hasta nefes darlığı ve öksürük ile acile başvuruyor. Otuz paket/yıl sigara öyküsü olan hasta sigarayı 2,5 yıl önce bıraktığını belirtiyor. Test sonuçları: FVC %92, FEV₁ %75 ve FEV₁/FVC %65'tir. En olası tanı ve tanı kriteri nedir?

CEVAP: KOAH-FEV₁/FVC değerinin %65 olması

AÇIKLAMA:

KOAH Gold Sınıflandırması

Spirometri testi	Hastanın öbeğiyle uyumlu değerlendirilirse		Semptomlar ya da dışlanma riskinin değerlendirilmesi	
	FEV ₁ düşüklüğü	FEV ₁ /FVC oranı	A	B
Post-bronkiodilatör FEV ₁ /FVC<0,7	GGOLD 1	<0,50	C	D
	GGOLD 2	50-79	A	B
	GGOLD 3	30-49		
	GGOLD 4	<30		

mMRC: Modifiye Medical Research Council, CAT: KOAH değerlendirme testi
A grubu: Düşük Risk, Az Semptom
B grubu: Düşük Risk, Fazla Semptom
C grubu: Yüksek Risk, Az Semptom
D grubu: Yüksek Risk, Fazla Semptom

REFERANS: EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 128

SORU/REFERANS

7) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

45 yaşında erkek hasta nefes alırken zorlanıyor. Öksürükle birlikte balgam ve kan şikayetleri vardır. Uçak yolculuğu sonrası öksürük ve sağ yan ağrısı oluşuyor. Kan basıncı 100/58 mm/Hg, solunum sayısı 30/dk solunum sesleri normaldir. En olası tanı ve en uygun tedavi?

CEVAP: Pulmoner emboli – Heparin tedavisi

AÇIKLAMA:

Pulmoner Emboli

- Pulmoner tromboemboli (PTE): venlerde oluşan trombüslerden kopan parçaların pulmoner arter ve onun vasküler dallarında tıkanıklık yapmasıdır.
- Pulmoner emboli gelişen hastalarda pulmoner arterdeki tıkanmaya bağlı olarak perfüzyon azalır ancak ventilasyon devam eder. Böylece **ventilasyon/perfüzyon oranı artar**.
- PTE %90 derin bacak venlerinde gelişen trombüslerden kaynaklanır. (En sık diz üstü bacak venleri: iliofemoral venler).

Risk faktörleri:

- Kırık (kalça ya da bacak)
- Ortopedik cerrahi
- Majör travma
- Aktif kanser
- Trombofilii
- Kronik kalp ya da solunum yetersizliği
- Oral kontraseptif kullanımı
- Obezite
- İleri yaş
- Oturmaya bağlı hareketsizlik
- Gebelik

Genetik olarak faktor V leiden mutasyonu en sık sebeptir.

Klinik:

- En sık şikayet ani başlangıçlı **nefes darlığı**, en sık bulgu ise **takipnedir**.
- Plöreтик göğüs ağrısı veya yan ağrısı, öksürük, **hemoptizi** diğer şikayetlerdir.
- Pulmoner nekroza bağlı ateş gelişebilir. DVT bulguları izlenebilir.
- Masif embollerde ciddi hipotansiyon, senkop ve siyanoz gelişebilir. Sağ kalp yetmezliği bulguları gözlenir.
- Küçük embollerde ise klinik belirti olmayabilir.

Ani başlangıçlı nefes darlığında öncelikli iki tanı:

- Akut pulmoner emboli
- Pnömotoraks

Pulmoner Emboli Tedavisi:

Yüksek riskli pulmoner emboli: Hipotansiyon, şok
Orta riskli pulmoner emboli: Sağ ventrikül işlev bozukluğu(EKO,BNP), miyokart hasarı (troponin)
Düşük riskli pulmoner emboli: Sağ kalp yetmezliğini ve miyokart hasarının olmaması



- Tüm pulmoner emboli hastalarında en az 3 ay antikoagülasiyona devam edilmelidir. Eğer neden düzellemiyorsa (örn: hemofili durumu) ya da emboli antikoagülasyon kesildikten sonra tekrarlamışsa antikoagülasyon ömür boyu sürmelidir. (Warfarin INR 2-3 aralığı)
- Antikoagüle edilemeyen ya da antikoagülasiyona rağmen emboli atakları olan hastalara **vena kava filtresi** takılır.

Pulmoner embolide trombolitik tedavi 7-14 güne kadar verilebilir.

REFERANS: EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 146, 149

SORU/REFERANS

8) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

54 yaşında koroner arter hastası olan kadın hasta kontrolleri için hastaneye başvuruyor. Serum LDL kolesterol düzeyi 130 mg/dL, trigliserid düzeyi 282 mg/dL'dir. Sağkalım için tedaviye eklenmesi gereken?

CEVAP: Atorvastatin

AÇIKLAMA:

Uzun dönem tedavi:

Aspirin, P2Y12 inhibitörü (1 yıl) , statin (**LDL<70 hedef**) , beta bloker, ACE inhibitörü reçete edilir. Bu ilaçların mortalite üzerine olumlu etkileri vardır.

Kardiak sendrom X:

- **Endotel disfonksiyonu ve mikrovasküler iskemiye** bağlı anjina yakınmalarının olması durumudur
- İskemiye değerlendiren testlerde (efor, sintigrafi vs) pozitif sonuç alınır.
- Anjiyografide normal koroner arterler izlenir.

LDL > 70 mg/dl olduğunda ilaç tedavisi gereken durumlar:

- Kanıtlanmış aterosklerotik kardiyovasküler hastalık (geçirilmiş MI, periferik vasküler hastalık, geçirilmiş iskemik iyme vs.)
- Tip 2 diyabetes mellitus
- Komplikeşyonlu tip 1 diyabetes mellitus
- Kronik böbrek yetersizliği (GFR < 60mL/dk/1.73 m)

REFERANS: EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 50

SORU/REFERANS

9) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

50 yaşındaki kadın hasta terleme, titreme ve sinirlenme hastalığı ile başvuruyor. 2 at önce atriyal fibrilasyon atağı yaşadığını ve antiaritmik tedavisi gördüğünü belirtiyor. En olası neden?

CEVAP: Amiodaron

AÇIKLAMA:

2-Ventriküler hızın kontrolü:

Akut hız kontrolü:	Hemodinamisi bozuk	Hemodinamisi normal
	Hastalarda transözafagal EKO sonrası senkronize elektriksel kardiyoversiyon	• IV Beta blokör • IV Diltiazem • IV Digoksin
Uzun dönem hız kontrolü:	• Beta blokör • Diltiazem • Digoksin • Amiodaron	

Periferik T4 -> T3 dönüşümünü bozan faktörler

Fizyolojik: Fetal ve erken yenidoğan dönemi, ileri yaş

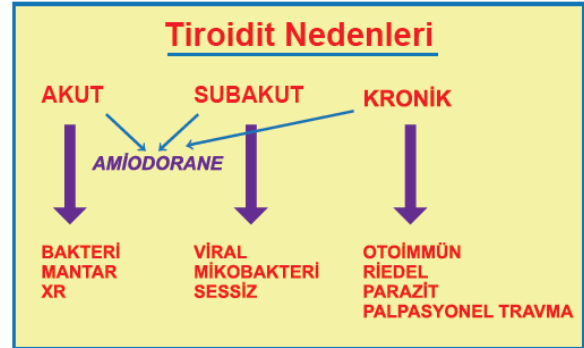
Patolojik: Açlık, Malnutrisyon, Sistemik hastalık, Fizik travma, Postoperatif, İlaçlar (propiltiourasil, dexametazone, propranolol, amiodarone, heparin), Radiografik kontrast ajanlar (ipodate, ipanoate)

Amiodarona bağlı gelişen tiroid hastalıkları

Amiodaron yapısında %39 oranında iyot içerir. Amiodaron her tiroid hastalığını oluşturabilir.

Hipotiroidizm:Yüksek iyot yüküne bağlı Wolff-chaikoff etkisi sonucu görülür.

Tirotoksikoz: Jod-Basedow etkisi sonucu meydana gelir. Amiodaron deiyodinazı inhibe ettiğinden dolayı T4-tirotoksikozu yol açar.



REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 73, 358 363

SORU/REFERANS

10) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Herhangi bir hastalığı olmayan 90 yaşında erkek hasta bilinç kaybı ve bayılma ile acile getiriliyor. Arteriyel kan basıncı 90/60 mmHg, nabızı 28/dakika olarak belirleniyor.

CEVAP: Atropin

AÇIKLAMA:

Sinüs bradikardisi:

- Kalp hızının sinüs ritminde 60 atım/dk altında olması durumudur.



- Fizyolojik olarak sporcularda ve uykuda görülebilir.
- Artmış vagal tonus, inferior MI, mioksödem, hipotermi, intrakranial basınçta yükselme, digital ve beta bloker kullanımı yol açabilir.
- Semptomatik bradikardide atropin, izoproteranol yada kalıcı pacemaker

REFERANS: EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 68

SORU/REFERANS

11) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

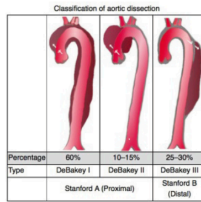
Şiddetli sırt ağrısı ile acile gelen 32 yaşındaki erkek hasta kan basıncı sağ 170/70 mmHg, sol koldan 140/50 mmHg saptanıyor. Nabızı 113/dakika, aort odağı 2/7 diyastolik üfürüm saptanıyor. İlk yapılması gereken nedir?

CEVAP: Torakal aorta bilgisayarlı tomografi anjiyografi

AÇIKLAMA:

Aort disseksiyonu:

İntimadaki bir yırtık eğer intimayı aortik duvardan ayırıp suni bir lümen oluşumuna yol açıyorsa aort disseksiyonu oluşur.



Etyoloji:

- Hipertansiyon (en sık)
- Marfan, Ehlers-Danlos
- Loays-Dietz sendromu
- Biküspit aorta, aort koartasyonu
- Ateroskleroz
- İnflamatuar hastalıklar (dev hücreli arterit, takayasu, behçet, sifiliz)
- Travma
- Hamilelik

Semptomlar:

- Disseksiyonda göğüs ağrısı **ani başlangıçlı, yırtıcı, keskin ve şiddetlidir**. Tip A disseksiyonda göğüs ağrısı, tip B disseksiyonda sırt ağrısı daha sıktır.
- Konjesif kalp yetmezliği (AY nedeniyle), senkop, akut stroke, akut MI, parapleji, kardiyak arrest, ani ölüm görülebilir.

Fizik muayene

- Hipertansiyon, tamponad gelişirse hipotansiyon
- **Eksremiteiler arası tansiyon farkı**, pulse deficit
- Aort yetersizliği bulguları.
- Nörolojik semptomlar (Proksimal disseksiyonlarda SVO, tip B disseksiyonda parapleji)
- Organ iskemi bulguları: ekstremité iskemisi, mezenter arter iskemisi, akut böbrek yetersizliği vs

Tanı:

- **Kontrastlı BT**
- MR, ekokardiyografi, TOE, aortografi



Aort Disseksiyonu

REFERANS: EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 101,102

SORU/REFERANS

12) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Gebelikte bağırsak hastalığı tedavisinde yanlıştır?

CEVAP: Metotreksat gebeliğin ilk üç ayında güvenle kullanılabilir.

AÇIKLAMA:

Metotreksat	Hepatotoksisite, miyelo-supresyon, enfeksiyon, interstisyel pnömoni, gebelik kategorisi X	DMARD	CBC, LFTs, viral hepatit paneli [®] , göğüs X-ray'i	CBC, kreatinin, LFTs her 2-3 ayda bir
-------------	--	-------	--	---------------------------------------

REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 309

SORU/REFERANS

13) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

20 yaşında kadın hasta mide ağrısı ile acile gidiyor. Yapılan değerlendirmelerinde fizik muayene normal gözleniyor. Helicobacter pylori testi pozitifdir. Tedavi için dikkate alınması gereken ?

CEVAP: Antibiyotik direnci

- * **H. pylori Tedavisi:** H. Pylori taşıyıcı herkeste **eradikasyon rutin önerilmez.**
- * Peptik ülser ve dispepsi gibi komplikasyonları olan hastalarda eradikasyon yapılmalıdır. Ayrıca herhangi bir nedenle (GÖRH vb.) Bir yıl boyunca asit baskılayan tedavi alan kişilerde kanser riskini arttırdığı için eradikasyon endikedir.

Üçlü Tedavi Rejimleri
PPI (lansoprazol) + Klaritromisin + Amoksisilin 14 gün
Bizmut + tetrasiklin + metronidazol 14 gün
Direnç varsa PPI + amoksisilin + rifabutin 10 gün

- * Eradikasyon başarısızlığının en sık nedeni hasta uyumsuzluğudur. Uyumlu hastada 2 ayrı tedavi faydalı olmazsa kültür ve antibiyogram yapılmalıdır.
- * **Dörtlü Tedavi Rejimi:** PPI + bizmut + tetrasiklin + metronidazol 14 gün
- * Tedavi sırasında probiyotik kullanımı başarı oranını artırmaz ancak antibiyotiklerin bazı yan etkileri için faydalıdır (özellikle ishal, amoksisiline bağlı psödömembranöz enterokolit)
- * **Dirençli ülser:** Gastrik ülserin **12;** duodenal ülserin **8 haftada** iyileşmemesi olarak isimlendirilir ve intraktable adıyla anılır.

REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 435

SORU/REFERANS

15) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Siroz ile oluşan asit tedavisinde furosemid kullanılacak en yüksek doz?

CEVAP: Spironolakton 400 mg + Furosemid 160 mg

AÇIKLAMA:

Asit Tedavisi
Az miktarda asiti olan hastalar sadece diyetle sodyum kısıtlaması ile tedavi edilebilirler. Orta düzeyde asit varlığında diüretik tedavisi genellikle gereklidir. Geleneksel olarak, **spironolakton 100-200 mg/gün** tek doz olarak başlanır ve özellikle periferik ödemli olan hastalarda **furosemid 40-80 mg/gün** dozunda eklenebilir. Asit sıvısı uzaklaştırılmıyorsa, **spironolakton 400-600 mg/gün** ve **furosemid 120-160 mg/gün** dozuna kadar artırılabilir. Düşük sodyumlu diyete uyuma karşın, bu dozlarda halen asit varsa bu durum refrakter asit olarak tanımlanır ve tekrarlanan geniş volümlü parasetez veya TIPs gibi alternatif tedavi yöntemleri düşünülmelidir.

REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 292

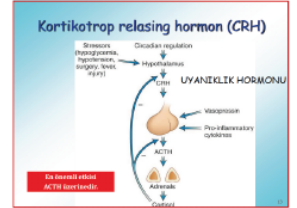
SORU/REFERANS

16) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

43 yaşında hasta somatostatin analogu tedavisi alıyor. Son 1 yıldır tetkikleri IGF-1 ve GH değerleri yüksek olduğu gözleniyor. En olası tanı?

CEVAP: Kolelitiazis

AÇIKLAMA:



- Octreotid(somatostatin analogu)yan etki olarak **safra kesesi taşına neden olur.**
- **Gemfibrozil-Octreotit-Seftriakson-OK; Safra taşı yaparlar.**
- Somatostatin pankreas adacık hücrelerinden insülin salınımını baskılar.

REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 340

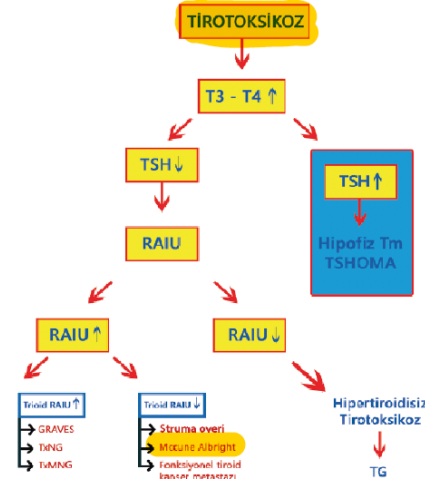
SORU/REFERANS

17) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Mc-Cune-Albright sendromunda en az olası?

CEVAP: Hipotiroidi

AÇIKLAMA:



REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 357

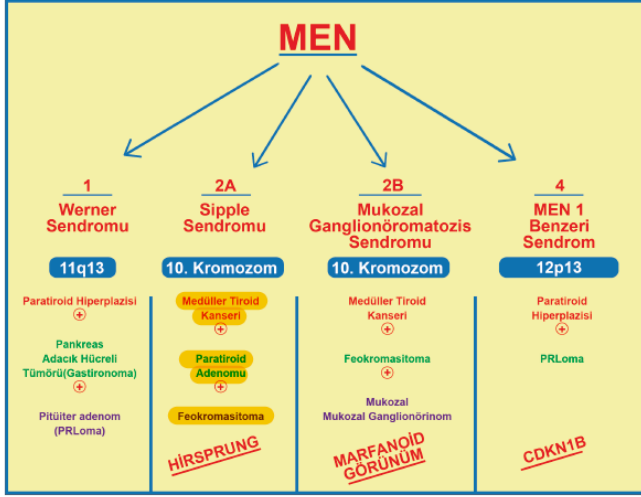
SORU/REFERANS

18) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Feokromositoma ve kutanöz liken amiloidozis tanıları olan 36 yaşındaki kadın hastaya yapılması gereken tetkik?

CEVAP: Kalsitonin — Kalsiyum

AÇIKLAMA:



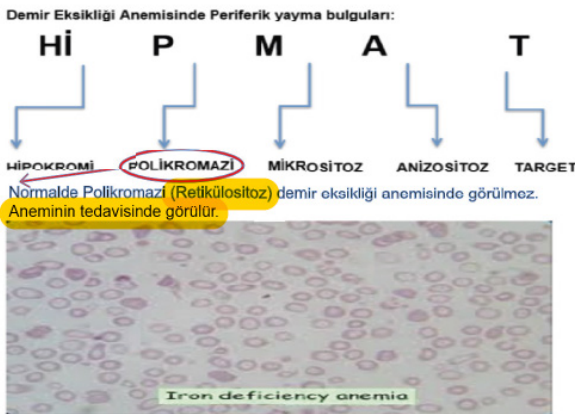
REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 383

SORU/REFERANS

19) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Hangisinde retikülositoz görülmez? Demir eksikliği anemisi tedavisinin 7-10. günlerinde

AÇIKLAMA:



REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 204

SORU/REFERANS

20) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

60 yaşındaki erkek hastanın fizik muayenesinde dalak kot altında 8cm palpe ediliyor ve laboratuvar incelemesinde hemoglobin 13,5 g/dL, lökosit sayısı 42.000/mm³ ve trombosit sayısı 558.000/mm³ olarak saptanıyor. En olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?

CEVAP: Kronik miyeloid lösemi

AÇIKLAMA:

Kronik Miyeloid Lösemi (KML)

- Philadelphia kromozomu ile karakterize hastalıktır .
- t(9; 22): abl – bcr gen füzyonu | %95 vakada pozitifdir.
- Tirozin kinaz enzimi ↑: miyeloid seri aktivasyonu olur.
- Masif Splenomegali görülebilir; çabuk doyma ve karşı tarafa geçen dalak anamnezi.
- Lökosit > 100 bin, Hgb N/↓, Trombosit yüksektir.
- **PY:** ilik gibi: miyeloblastlardan nötrofillere tüm miyeloid seri, normoblast, bazofili: **lökoeitroblastik tablo**
- **LAP (lökosit alkale fosfataz) skoru düşüktür.**
- Tromboz ve vazooklüzif olaylar gelişebilir.
- **KİA:** hipersellüler, myeloid seride artış (ME>4)

REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 231

SORU/REFERANS

21) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Nörolojik sendromların en fazla görüldüğü malignite?

CEVAP: Küçük hücreli akciğer kanseri

2) Küçük Hücreli Akciğer Karsinomu

- Erkeklerde siktir ve sigara ile en çok ilişkili akciğer kanseridir.
- Sıklıkla santral yerleşimli kitlelerdir.
- **En çok paraneoplastik sendroma** neden olan akciğer kanseridir.

REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 168

SORU/REFERANS

22) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Metastatik kolon kanserinde ilaç seçimi için yapılması gereken en uygun moleküler analiz?

CEVAP: KRAS mutasyonu

Onkogen aktivasyonu ile ilişkili kanserler

FGF3-FGF4	→ Aşırı ekspresyon → Mide, meme, Safra kesesi ve Kaposi sarkom (FGF üretir)
PDGFRA	→ Aşırı ekspresyon → Astroitom (PDGF üretir)
Bcr-abl	→ t(9;22) Tirozin kinaz → KML, ALL
Bcl-2	→ t(14;18) → Foliküler → B hücreli Lenfoma
Erb-B1	→ Aşırı ekspresyon → Yassı epitel hücreli Ca
Erb-B2	→ Amplifikasyon → Meme, Mide ve Over Ca
Erb-B3	→ Aşırı ekspresyon → Meme kanseri
Myc ailesi	→ t(8;14) translokasyonu → Mavi hücreli tümörler
CCND 1	→ t(11;14) translokasyonu → Mantle hücreli lenfoma (cyclin D)
Pml-RARA	→ t(15;17) → AML M3
Ras	→ Nokta mutasyon (GTP) → Pankreas, Mesane ve Kolon Ca
Ret	→ Nokta mutasyon → Tiroid kanserleri
CDK 4	→ Amplifikasyon → Malign melanom, GBM

REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 415

SORU/REFERANS

23) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

B-lenfositlerde IgE izotip dönüşümünü destekleyen sitokin aşağıdakilerden hangisidir?

CEVAP: IL-4

SİTOKİNLER VE HEMATOPOEZ	
• IL-3	→ E P GM CSF
• IL-4	→ Bf - Ig E
• IL-5	→ Eo - Ig A
• IL-7	→ Lenfosit proliferatörü (B lenfosit)
• IL-11	→ PLT (trombopoetin)

REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 198

SORU/REFERANS

24) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Hangi eşleşmeler doğrudur?

CEVAP:

- I. Benekli patern— Sm, SS-A, SS-B
- II. Homojen patern — DNA
- IV. Nükleolar — RNA polimeraz I

TUSWORLD KAYNAKLARI BU SORUYA REFERANS VEREMEMEKTEDİR.

SORU/REFERANS

25) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Bilateral parotis bezi şişliği hastada olma olasılığı en düşük olan?

CEVAP: Ankilozan spondilit

AÇIKLAMA:

Ekstra artriküler bulgular

- En yaygın ekstra-artiküler bulgu; hastaların %40'a kadarında görülen ve spondiliti düşündürülen akut anterior üveitir.
- AS hastalarının %60 kadarında kolon veya ileumda inflamasyon vardır.
- Bazen konjestif kalp yetmezliğine yol açan aort yetmezliği, üçüncü derece kalp bloğu
- Subklinik akciğer lezyonları ve kardiyak disfonksiyon nispeten yaygın olabilir. Kauda equina sendromu
- Üst pulmoner lob, apikal fibrozisi kavitasyona neden olabilir.
- Amiloidoz nadirdir fakat AS'de renal tutulumun en sık nedenidir.
- Osteoporoz **Laboratuvar Bulguları**

REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 318

SORU/REFERANS

26) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Zalmanın glomerüler filtrasyon hızında artışa yol açması en olası?

CEVAP: Glomerüler kapiller onkotik basınç

- GFR = (Glomerül içi hidrostatik basınç + Bowman onkotik basıncı) – (Glomerül içi onkotik basınç + Bowman hidrostatik basıncı) (10-17 mm Hg)

REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 386

SORU/REFERANS

27) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Akut böbrek hasarı olan ve idrar sedimentinde bol miktarda ürik asit kristalleri olan hastada en öncelikli düşünülen?

CEVAP: Tümörlüz sendromu

AÇIKLAMA:

ETYOLOJİ

Endojen toksinler → Hemoglobüri (Hemoliz), Myoglobüri (Rabdomiyoliz), **Ürik Asit**, İmmünglobulin hafif zinciri (Plazma hücre hastalıkları), Okzalal (Etilen Glikol zehirlenmesi)

Tümör Lizis Sendromu

Tümör Lizis Sendromu, aşırı hücre yıkımıyla seyreden malignitelerde görülür ve hastalarda akut böbrek yetmezliği tablosu gelişerek mortaliteye neden olabilir.

Tümör Lizis Sendromu'na en sık neden olan malignite → **Burkitt Lenfoma**

Tedavisi → Bol hidrasyon ve gerekirse **Allopürinol** ve **Rasburikaz** benzeri ilaçlar verilir.

REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 400-417

SORU/REFERANS

28) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Hangileri KDIGO kriterlerine göre evre 3 akut böbrek hasarı tanısı konulabilir?

CEVAP:

- I. Hemodiyaliz gereksiniminin olması
- II. On iki saatten uzun süren anüri olması
- III. Serum kreatinin düzeyinin, 4 mg/dL'den yüksek olması

Kronik Böbrek Hastalığı (KBH) Evrelemesi

Evre	GFR (mL/dk/1.73m ²)	Tanım
1	≥ 90 ve (proteinüri ve/veya hematüri, veya yapısal böbrek hasarı)	Normal veya ↑ GFR Böbrek hasarı
2	60-89 ve (proteinüri ve/veya hematüri, veya yapısal böbrek hasarı)	Hafif ↓ GFR Böbrek hasarı
3	30-59	Orta derece ↓ GFR
4	15-29	İleri derece ↓ GFR
5	<15	Böbrek Yetmezliği

KBH Tablosu

* GFR < 60 ml/dk	→ 3 AY devamlı → KBY (ESKİ) → Ödem → Dilüsyonel Anemi → EPO salınımı azalır.
* GFR < 30 ml/dk	→ ÜRE ↑ / ÜA ↑ / Kreatinin ↑ → EPO salınımı durur → Hipoproliferatif Anemi
* GFR < 20 ml/dk	→ P ↑ (İlk elektrolit bozukluğu) → P ↑ CaP çöker → Ca ↓ PTH ↑ (2°) ↓ Renal Osteodistrofi
* GFR < 15 ml/dk	→ Kronik böbrek yetmezliği (SDBY) → DİYALİZ başlat !
* GFR < 10 ml/dk	→ K ↑ (Kanda insülin artıyor ancak insülin böbrekten atılamadığından, disfonksiyone. Bu durum insülin'e rezistans'a neden olur. İnsülin rezistansı K ↑ ve Mg ↑'e neden olur.) → Mg ↑
* GFR < 5 ml/dk	→ Na ↓ → Cl ↓

REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 401, 402

SORU/REFERANS

29) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Geriatrik olgularda ortostatik, hipotansiyon ile ilgili yanlıştır?

CEVAP: Baroreseptör duyarlılığında artma ortostatik hipotansiyon nedenlerinden birisidir.

AÇIKLAMA:

Senkop

Senkop hızlı başlangıç, kısa süre ve spontan tam iyileşme ile karakterize, geçici serebral hipoperfüzyona bağlı bir geçici bilinç kaybıdır.

3 şekilde sınıflandırılır:

1-Refleks (nöral aracı) senkop:

- Vazovagal
 - o Basit bayılma olarak bilinen vazovagal senkop duygusal veya ortostatik stres sonucu oluşur. En sık senkop nedenidir.
 - o Öncesinde genellikle prodromal semptomlar (terleme, bulantı vs) olur.
- Durumsal
 - o Durumsal senkop spesifik durumlarla ilgili senkopa denir. örn: öksürük, yutkunma, defekasyon, postprandiyal, miksiyon, egzersiz sonrası
- Karotis sinüs senkopu

2-Ortostatik hipotansiyona bağlı senkop:

- Birincil ve ikincil otonomik bozukluk
 - o Birincil otonomik bozukluk
 - o İkincil otonomik bozukluk: Diyabet, amiloidoz, üremi, spinal kord zedelenmeleri
- İlaça bağlı ortostatik hipotansiyon
 - o Vazodilatörler (alfa blokerler en sık)
 - o Diüretikler, alkol
 - o Fenotiazinler, antidepresanlar
- Volüm azalması

3-Kardiak senkop:

- Aritmiler
- Yapısal kalp hastalıkları (kalp atım hacmini ve kalbin doluşunu bozan tüm hastalıklar)

Kardiak senkop: Aort stenozu, hasta sinüs sendromu, miksoma, tamponad, ileri derece AV blok, ventriküler taşikardi, pulmoner stenoz, pulmoner hipertansiyon vs.

Tilt masa testi laboratuvar ortamında refleks senkopun tanısı amaçlı yapılır.

REFERANS: EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 5, 6

PEDİATRİ 27/30

SORU/REFERANS

43) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Son doz rotavirüs aşısı ne zaman yapılabilir?

CEVAP: 8 ay, 0 gün

AÇIKLAMA:

124-Aşağıdaki aşılarından hangisi, 15 aylık bir bebeğe önerilmez? (TUS)

- A) Rotavirüs aşısı
- B) Suçiçeği aşısı
- C) Hepatit A aşısı
- D) Konjuge pnömokok aşısı
- E) Hemofilus influenza tip b aşısı

CEVAP:A

Rotavirüs aşısı ile ilgili 3 rakam bilelim : 6-15-32

***En erken 6.haftada yapılır.

***İlk doz 6-14. Hafta arasında yapılmalıdır. 15 haftadan büyük çocuklara aşılama yapılmaz.

***Son doz 32.haftadan önce tamamlanmalıdır.

Şıklardaki diğer aşıların 15 aylık bebeğe yapılmasını bir sakınca yoktur.

REFERANS: PEDİATRİ EFSANE SORU BANKASI 2022 MAYIS BASIM (YENİ EKLENEN SORU): 460

SORU/REFERANS

44) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

24 aylık bir çocukta konuşma gecikmesinin nedeni olabilenler?

CEVAP: Aşırı ekran kullanımı, otizm spektrum bozukluğu

AÇIKLAMA:

REFERANS: EFSANE KONU KİTABI SAYFA:

SORU/REFERANS

45) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Altı aylık erkek hastanın yanaklar ve kulak arkasında kızarıklık ve kanlı dışkılama şikayeti nedeniyle getiriliyor. Vücutta peteşileri olan hastanın tetiklerinde anemi ve trombositopeni görülüyor. Periferik yaymada trombositler nadir ve küçük olarak gözlemleniyor. Bu hasta için en olası tanı?

CEVAP: Wiskott-Aldrich sendromu

AÇIKLAMA:

Tanı:

- Lenfopeni ve orta derecede bir anemi saptanır. B ve T hücre bozuklukları genellikle birliktedir. T hücre yetmezliği B hücre yetmezliğinden daha ağırdır. İmmünglobülinler genellikle normal düzeydedir. Antijene antikor cevabı düşüktür.

2- Wiskott-Aldrich Sendromu:

- Egzema + Tekrarlayan piyojenik enfeksiyonlar + Trombositopeni-(küçük trombositler)
- Bu hastalarda normalde hücre yüzeyinde olması gereken O-glikolize lökosit siyaloglikoprotein CD43 eksiktir.
- X'e bağlı geçiş gösterir.
- Sıklıkla ilk bulgu kanlı ishal olmakla birlikte, tekrarlayan otitis media, pnömöni, menenjit gibi enfeksiyonlar da görülür ve hastalık ilerleyicidir. Egzema daha geç dönemde (genellikle 1 yaş civarında) ortaya çıkar. Enfeksiyonlara eğilim giderek artar.
- Kronik renal hastalıklara eğilim vardır.
- Özellikle polisakkarid içeren organizma (pnömokok, meningokok, H. influenza) enfeksiyonlara eğilim artar.

Tanı:

- Trombositopeni, anemi vardır ve Direkt coombs testi pozitifdir.
- IgG normal, IgM azalmış, IgA ve IgE artmıştır. B hücre sayıları normaldir.
- Polisakkarid antijenlere antikor yanıtı yetersizdir.
- T hücre immünitesi başlangıçta normal olsa da zamanla bozulur.

REFERANS: PEDİATRİ EFSANE KONU KİTABI 1 SAYFA: 299

SORU/REFERANS

46) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Üç yaşında kreşe giden erkek çocuk sık tekrarlayan enfeksiyon nedeniyle hastaneye getiriliyor. Anamnezde anlamlı bir öyküsü olmayan hastanın hemogramı normal, IgG ve IgM yaşa göre düşük, IgA ise yaşa göre normal. anti-B titresi 1/32, anti-HBs pozitif ve anti rubella IgG pozitif olduğu saptanıyor. Bu hastada en olası tanı?

CEVAP: Süt çocuğunun geçici hipogammaglobulinemisi

AÇIKLAMA:

3- Süt çocuğunun Geçici Hipogammaglobulinemisi

Genellikle tüm süt çocuklarında 5-6 ayda hafif bir hipogammaglobulinemi vardır. Eğer çocuk ilk aylarda kendi IgG'sini yapmaya başlamaz ise "geçici hipogammaglobulinemi" gelişir ve bir yıl kadar sürer. Bu hastalarda T ve B lenfosit sayıları normaldir. T lenfosit fonksiyonları normaldir. B lenfositlerin antikor salgılayan plazma hücrelerine dönüşmesinde geçici defect vardır. Aşıya karşı immün yanıt normaldir. Hastaların büyük bir kısmı asemptomatiktir. Ancak bazı olgularda solunum yolu enfeksiyon sıklığı artabilir. Normalde intravenöz immunoglobulin tedavisi yapılamaz. Ancak ağır enfeksiyonu olan olgularda verilebilir.

Bruton, CVID ve SÇGH'nin Karşılaştırılması			
	Bruton	CVID	SÇGH
Cins	Erkek	Erkek-kız	Erkek-kız
Semptomların başlangıç yaşı	6. aydan itibaren	5-10 yaşlarında	4-6. aydan itibaren
Serum immünglobülinleri	IgG, IgA, IgM, IgE tümü düşük	IgG, IgA, IgM, IgE tümü düşük	IgG düşük, bazen IgA düşük diğerleri normal
B hücreler	Yok	Var	Var
Tonsiller	Atrofik	Normal	Normal
Lenfadenopati	Yok	Var	Var
Tedavi	IVIG	IVIG	Nadiren IVIG
Moleküler patoloji	BTK mutasyonu	Gen mutasyonları <%10'unda saptanır	Belli değil

REFERANS: PEDİATRİ EFSANE KONU KİTABI 1 SAYFA: 290-291

SORU/REFERANS

47) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Son 6 ayda 20 kg kadar kaybeden ve kilo almaktan çekinen 14 yaşındaki kız çocuk, aşırı yorgunluk şikayeti nedeniyle getiriliyor. Muayenesinde kaşektik ve genel durumu düşük olan hastanın nabızı 55/dakika, solunum sayısı 20/dakika, kan basıncı 95/55 mmHg ve vücut sıcaklığı 35,2 derece bulunuyor. Bu hasta hangi belirti nedeniyle yatırılmalıdır?

CEVAP: Vücut sıcaklığı

AÇIKLAMA:

Yoğun bakım yatış kriterleri:

Majör:

- Mekanik ventilasyon gereksimi
- Septik şok

Minör:

- Solunum sayısı >30/dak.
- PaO₂ / FIO₂ < 250 mmHg
- Akciğer filminde bilateral veya multilobar tutulum,
- Konfüzyon ,dezoryantasyon
- Üremi (Bun \geq 20 mg/dl)
- Lökopeni (Wbc<4.000/mm³)
- Trombositopeni (Plt<100.000/mm³)
- Hipotermi<36 C
- Yoğun sıvı yüklemesi gerektiren hipotansiyon

1 majör ya da 3 minör bulgunun olması yoğun bakım endikasyonudur.

REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 157

SORU/REFERANS

48) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Unipolar depresyon tanısı olan bir çocukta şıklardan hangisinin varlığı bipolar affektif bozukluk olasılığını en az düşündürür ?

CEVAP: Somatik yakınmalar

AÇIKLAMA:

SOMATİK BELİRTİ ve İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR

Bu grup içinde konversiyon bozuklukları (fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu), somatizasyon bozukluğu, hastalık kaygısı bozukluğu (hipokondriyazis) ve yapay bozukluk yer alır.

A) Fonksiyonel Nörolojik Semptom Bozukluğu (Konversiyon)

Genellikle öncesinde çatışma, stres olan istemli motor veya duyu işlevlerini etkileyen bir bedensel bozukluğu düşündürülen bir bozukluktur. Konversiyonun sıklıkla travmatik olayla bağlantılı olması bunun stresle başa çıkabilmek için kullanılan bir savunma mekanizması olabileceğini düşündürmektedir. Sonrasında bedensel bozukluk gelişir (motor, duysal, vokal kord paralizisi v.b.) şikayetleri düzmece değildir isteyerek yapmaz.

Hasta bu sıkıntılı duruma aldırılmayabilir (*la belle indifference* - güzel aldırılmazlık) Temaruz ile konversiyon bir birine karıştırmamak gerekir temaruzda bilinçli etkilenecek çok daha öndedir.

B) Somatizasyon bozukluğu (Somatik belirti bozukluğu)

* Hasta günlük yaşamını önemli derecede etkileyen bir veya daha çok bedensel belirtiyeye sahiptir.

* Özellikle kadınlarda daha siktir ve sosyoekonomik düzeyle ters orantılıdır.

* Belirtinin önemiyle orantısız şekilde sağlıkla ilgili süreklilik gösteren düşünceler ve davranışlar mevcuttur.

* Hastanın belirtisi devamlı olmasa da semptomatik olma durumu kalıcıdır. (>6 ay)

* Depresyon ve anksiyete çok yaygın şekilde eşlik eder.

REFERANS: KÜÇÜK STAJLAR EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 296

SORU/REFERANS

49) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Yenidoğan bebek emzirilme sonrası safralı kusma, mekonyum çıkarmama ve batında distansiyonu mevcut. Tetkiklerinde gastrointestinal sistem obstrüksiyon bulguları saptanıyor. Bu bebeğe hangi tanı konulursa kistik fibrozis araştırılmalıdır?

CEVAP: Mekonyum ileusu

AÇIKLAMA:

KLİNİK - GASTROİNTESTİNAL SİSTEM

- Mekonyum ileusu
- İlk 48 saate gayta çıkışı olmaz
- Distansiyon
- Safralı kusma
- Mekonyum peritoniti
- Periton kalsifikasyonu
- Skrotal kalsifikasyon

KF'nin yenidoğan döneminde en sık klinik bulgusu mekonyum ileusudur. Olguların%10-20'sinde görülür.

• Mekonyum ileusu ekivalanı

Büyük çocuklar

Abdominal distansiyon, ağrı, kabızlık, rektal prolapsus

• Pankreatik yetmezlik (En sık nedeni KF)

Yağlı dışkı, ishal, büyüme geriliği

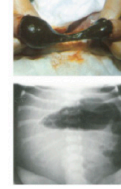
Kilo alamama

Vit A gece körlüğü

Vit D kemik mineral dansitede azalma (rikets nadir)

Vit E Demans, periferik nöropati, hemolitik anemi

Vit K Hipofibrinojenemi, kanama diyatezi



REFERANS: PEDIATRİ EFSANE KONU KİTABI 2 SAYFA: 152

SORU/REFERANS

50) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

"Ex utero intrapartum treatment (EXIT)" girişimi fetal durumların hangisinde uygulanır?

CEVAP: Kritik hava yolu obstrüksiyonu

AÇIKLAMA:

ÖNEMLİ:

- **Anneden plasental yolla geçen antikörlerin etkisiyle hastalık oluşur!**
- **Annede yeterli tedavisi fenilketonüri varlığı, hidantoin-(fenitoin) ve alkol kullanımı sonucu ortak olarak İUBG, Mikrosefali, Mental retardasyon, KKH görülür!**
- **EXIT (Ex Utero Intrapartum Tedavi):** Fetustaki larengeal atrezi/stenoz, higroma, teratom gibi ciddi havayolu obstrüksiyonunda kullanılır. Fetus çıkarılır ancak plasenta çıkarılmaz. EXIT ile fetusun havayolu güvene alındıktan sonra (trakeostomi gibi) plasenta çıkarılır.
- **Diyafragma hernisinde pulmoner hipoplazi gelişebilir.** Bunu önlemek için intraamniyotik tıkaç tedavisi ile trakea tıkanır ve akciğerlerin gelişmesi sağlanır.
- **Twin-twin transfusion syndrome (TTTS):** Bir ikiz arterinin akut ya da kronik olarak diğer bebeğin venine drene olmasıdır.
- **Yüksek ölüm riski taşıyan bu durumda tedavide alıcıdan kan almak, vericiye kan vermek; maternal digoksin; polihidroamniyos için agresif amniyoredüksiyon; seçici ikiz sonlandırması veya anastomozların laser veya fetoskopik ablasyonu kullanılabilir.**

YÜKSEK RİSKLİ GEBELİKLER VE BEBEKLER

Perinatal mortalitenin majör nedenleri

Fetal	Preterm	Full Term
Plasental yetmezlik-(En sık)	Ağır immatürite-(En sık)	Konjenital anomaliler-(En sık)
Intrauterin enfeksiyon	RDS- Kronik akciğer hastalığı	Doğum asfiksisi, travma
Ağır konjenital malformasyon	Intraventrüküler kanama	Enfeksiyon
Göbek kordon arızası	Konjenital anomaliler	Mekonyum aspirasyonu
Abrupto plasenta	Enfeksiyon	Persistan pulmoner hipertansiyon
Hidrops fetalis	NEK	Phomoni

Oligohidramnios Nedenleri	Polihidramnios Nedenleri
Amniyotik sıvı kaçağı (membran rüptürü) İntaüterin büyüme geriliği Fetal anomaliler (özellikle genitouriner sistem anomaliler) İkizden ikize transfüzyon (donör) Fetal akinezi sendromu Prune belly sendromu Pulmonar hipoplazi Amnion nodosum İndometazin ACE inhibitör ve reseptör antagonistleri	Anensefali* Hidrosefali Özofageal ve duodenal atrezi İktizden-ikize transfüzyon - (Alıcı)* Spina bifida Yarak damak Kistik adenomatoid akciğer malformasyonu Diafragma hernis Akondroplazi, Klippel-Feil sendromu, Trizomi 18, Trizomi 21 TORCH enfeksiyonları Hidrops fetalis Multiple konjenital anomaliler Diğerleri: Politrik renal hastalık*** Diabetes mellitus, Fetal anemi,

REFERANS: PEDIATRİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 25

SORU/REFERANS

51) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

11 yaşındaki kız çocuk, suda boğulma sonrası 20 dakika resusitasyon yapıpı tekrar kalp atımı sağlanıyor. Hastanın bilinci kapalı ve GKS 6. Hastanın bu dönemdeki bakımı ile ilgili olarak hangisi prognozu olumsuz etkilemez?

CEVAP: Hafif hipotermi

AÇIKLAMA:

Kardiyak Arreste Eşlik Eden Tedavi Edilebilir Durumlar

Durum	Sık Klinik Nedenler	Düzeltilici Yaklaşımlar
Asidoz	Diyabet, diyare, ilaç ve toksinler, uzayan resusitasyon, renal hastalık ve şok	CPR, oksijen ve ventilasyonun yeterliliğini yeniden değerlendirir ET yerleşimi yeniden doğrula Hiperventilasyon uygula Hala pH< 7.2 ise IV bikarbonat
Kardiyak tamponad	Kanama diyatezi, kanser, travma, perikardit, kalp cerrahisi, miyokard enfarktüsü	Sıvı ver, yatak başı EKO, mevcutsa Perikardiyosentez uygula, yardımcı olmadı ve tamponad kesirse cerrahi
Hipotermi	Alkol, yanık, SSS ve omurilik hastalığı, düşük hasta, evsizlik, soğuk maruziyeti, boğulma, ilaç ve toksinler, endokrin hastalık, yaygın cilt hastalığı ve travma	Hipotermi ağır (ısı < 30°C) ise, VF/VT için ilk şoku 3 J/kg ile sınırlı, aktif ısıtma ve kardiyopulmoner destek başlat, ısı > 30°C olana dek daha fazla ilaç veya şok verme Hipotermi orta (ısı 30-34°C) ise, resusitasyon ile devam (ilaçları normalden daha uzun aralıklarla ver), çocuğu pasif olarak ısıt ve trunkal
Hipovolemi, kana ma, anemi	Büyük yanıklar, diyabet, kanama, GIS kayıpları, kanser, gebelik, şok ve travma	vücut alanlarını aktif ısıt Sıvı ver Eritosit transfüzyonu (kanama veya derin anemi varsa) Torakotomi (penetran travma varsa)
Hipoksi	Kardiyak arrest olan her hasta	CPR, oksijen ve ventilasyonun yeterliliğini yeniden değerlendirir ET yerleşimi yeniden doğrula
Hipomagnezemi	Alkol, yanık, diyabet ketoasidozu, ciddi diyare ve ilaçlar (sisplatin, siklosporin, pentamidin)	1-2 g magnezyum sülfat 2 dk da ver

REFERANS: PEDIATRİ EFSANE KONU KİTABI 1 SAYFA: 310

SORU/REFERANS

52) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Şıklardan hangileri çocuklarda hiperkaleminin akut tedavisinde kullanıldığı sorulmuş?

CEVAP: Sodyum bikarbonat ve kalsiyum glukonat

AÇIKLAMA:

- **Hiperkalemi** (serum K > 6 mEq/l)
- **Oral Kayeksalat** (Na polistiren, K değiştirilen reçine) 1 g/kg Serum K > 7 meq/L veya kardiyak etkiler varsa

tusworld.com.tr Kazanların dünyası 37



Pediyatri Efsane Konu Kitabı

- **Ca glukonat** %10, 1 ml/kg / 5-10 dakika (Potasyumu düşürmez! Artmış potasyumun kardiyak etkisini önlemek için verilir)
- **Sodyum bikarbonat** 1-2 mEq/kg / 5-10 dakika
- **İnsülin** 0.1 IU/kg ve **glukoz** 3-5 g/ 1U insülin / 1 saat

REFERANS: PEDIATRİ EFSANE KONU KİTABI 2 SAYFA: 37, 38

SORU/REFERANS

53) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Kronik granülomatöz hastalık tanılı çocuklara hangi aşı uygulanamaz?

CEVAP: BCG

AÇIKLAMA:

Fagosit fonksiyon bozukluğunda (Kronik granülomatöz hastalık, lökosit adezyon defekti, myeloperoksidaz eksikliği) canlı bakteri aşılı kontrendikedir. AIDS'de OPV, BCG, MMR aşılı yapılmamalıdır. DBT, IPV, hepatit B ve Hib aşılı uygun takvimde yapılmalıdır.

REFERANS: PEDIATRİ EFSANE KONU KİTABI 1 SAYFA: 251

SORU/REFERANS

54) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Streptokok farenjitisi olan çocuğun tedavisinde hangisinin yeri yoktur?

CEVAP: Trimetoprim-sulfametoksazol (8 mg/kg/gün, oral yolla günde 2 doz, 10 gün)

AÇIKLAMA:

Çocuklarda Tonsillofarengit Etkenleri		
Etken	Klinik-tanı	Tedavi
Virüsler Adenovirüsler Coronavirüsler Enterovirüsler Rinovirüsler RSV, EBV, HSV, Metapnömovirüs	En sık etkenlerdir. Başlangıcı daha yavaştır. Konjunktivit, burun akıntısı, ses kısıklığı, öksürük, diare görürler. *Adenovirus farengiti (farinogonjunktival ateş)= konjunktivit + ateş (3 yaş altında eksüdatif tonsillofarengit yapar) * Rinovirüsler, Non-eksüdatif tonsillofarengit yapar. * HSV, Vesikulo-ülseratif tonsillofarengit yapar. *Koksaki virus farengiti (herpanjina) = 1-2 mm çaplı gri veziküller/ farengste üşerler *Koksaki v. farengiti (akut lenfönodüler farengiti) =post. farengste 3-6 mm yeşil beyaz nodül *EBV farengiti (EMN)= Eksüdatif membranlı tonsillit +servikal LAP +HSM+ doküntü+halsizlik	Semptomatik tedavi verilir.
A grubu β hemolitik streptokoklar	3 yaştan önce çok nadirdir, ani başlar Boğaz ağrısı ve ateş belirgin olup, öksürük beklenmez. Bağışırısı ve GIS semptomları (kusma, karın ağrısı) siktir. Farengis hiperemik, tonsiller hipertrofik-tranş eksiuda, yumuşak damakta peteşiler, uvula kırmızı-şiş-benekli, ön servikal ağrılı LAP * Gold standart boğaz kültürüdür, hızlı ag testi pratiktir	Pen V Amoksisilin, Benzatin Penisilin Eritromisin, Azitromisin, Klaritromisin, Klindamisin
C grubu streptokoklar	Adölesan ve erişkinlerde siktir, GABHS farengitine benzer	Penisilin
Arcanabacterium hae-molyticum	Adölesan ve erişkinlerde siktir, GABHS farengitine benzer	Eritromisin
F. tularensis, M. pneumoniae, N. gonorrhoeae C. diphteriae		

REFERANS: PEDIATRİ EFSANE KONU KİTABI 2 SAYFA: 139

SORU/REFERANS

55) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

1,5 yaş erkek çocuk fındık yerken aniden morarma ve nefes almada zorluk nedeniyle acile getiriliyor. Yabancı cisim asgırsiyonuna dair ailede pozitif öykü verirken, hastanın akciğer grafisi ve solunum sistemi muayene bulguları normal. Bu hastanın tanı ve tedavisi için en uygun yaklaşım?

CEVAP: Acilen rijid bronkoskopi

AÇIKLAMA:

ALT HAVA YOLUNDA YABANCI CİSİM

3 yaşın altındaki çocuklarda çok siktir.

En önemli komplikasyonu havayolunun tamamen tıkanmasıdır. Bilinci açık çocukta bu durum ani solunum sıkıntısı ardından konuşamama ve öksürük başlamasıyla fark edilir. Pozitif öykü her zaman göz önünde bulundurulmalıdır. Vizingle birlikte olan boğulma ve öksürük nöbetleri hava yolunda yabancı cisimi düşündürmelidir. En sık aspire edilen materyal kuruvemisler olduğu için öykü bu yönde derinleştirilmeli ve bronkoskopi için acele edilmelidir.

KLİNİK

Başlangıç evresi: Şiddetli öksürük nöbeti, öğürme, boğulma, olasılıkla yabancı cisim aspire edildiğinde tıkanma ani olarak gelişmiştir.

Aseptomatik interval: Yabancı cisim yerine oturur, refleksler zayıflar, ani oluşan irrite edici semptomlar yatıştır. Bu dönem tehlikeli dönemdir ve tanıda geç kalmaya ve tanının gözden kaçmasına neden olur. **Komplikasyonlar:** Obstrüksiyon, erozyon ve enfeksiyon gelişir, bu dönem yabancı cisim olasılığını yeniden akla getirir. Ateş, öksürük, hemoptizi, pnömöni veatelektazi.



INSPIRYUM



EKSPİRYUM

Yabancı cisimlerin pek çoğu bronşa (sağ bronş olguların %58'i) yerleşirken az oranda laringeal veya trakeal lokalizasyon saptır. Özellikle ana bronşların etkilendiği olgularda akciğer ekspirasyon graflerinde etkilenen alanda klasik olarak obstrüktif amfizem (çek-valf sistemi ile hava hapsi nedeniyle) gelişir, ekspirasyonla sağlam taraftaki hava rahatça boşalabileceğinden mediastinum (kalp ve trakea) sağlam tarafa yer değiştirir.

Tedavide acilen yapılacak bir bronkoskopi ve yabancı cismin alınması en etkili yöntemdir.

REFERANS: PEDIATRİ EFSANE KONU KİTABI 2 SAYFA: 143, 144

SORU/REFERANS

56) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Ceviz alerjisi ve astımı olan 13 yaşındaki kız çocukta, lokantada yemek yedikten sonra nefes darlığı, öksürük ve yaygın ürtiker gelişiyor. Hastaya hemen inhale salbutamol ve antihistaminik veriliyor ancak düzelme olmuyor. Ardından olayın başlangıcından 1 saat sonra acile gidiliyor. Acil serviste müdahale edilen hasta ex oluyor. Hastanın ex olmasında hangi faktör yer almaz?

CEVAP: Kusturulmamış olması

AÇIKLAMA:

Anafilaksi Tanı Kriterleri	
Aşağıdaki 3 kriterden bir tanesinin olması anafilaksi tanısı için yeterlidir	
1.	Deri, mukoza veya her ikisini birden ilgilendiren ürtiker, kaşınma, dudak, dil ve uvula şişmesi gibi semptomların akut (dakikadan birkaç saate kadar) başlaması ve aşağıdakilerden bir tanesi a. Solunum sorunu (dispne, vizing-bronkospazm, stridor, PEF (peak expiratory flow) azalması, hipoksemi) b. Kan basıncı düşmesi veya son organ disfonksiyonu ile ilişkili semptomlar (hipotoni [kollaps], senkop, inkontinans)
2.	Muhtemel bir alerjenle karşılaşma sonrası aşağıdakilerden en az ikisinin oluşması (dakikadan birkaç saate kadar) a. Deri, mukoza veya her ikisini birden ilgilendiren ürtiker, kaşınma, dudak, dil ve uvula şişmesi gibi semptomların aniden başlaması b. Solunum sıkıntısı (dispne, vizing, bronkospazm, stridor, PEF (peak expiratory flow) azalması, hipoksemi) c. Kan basıncı düşmesi veya son organ disfonksiyonu ile ilişkili semptomlar (hipotoni [kollaps], senkop, inkontinans) d. Gastrointestinal semptomlar (kramp şeklinde karın ağrısı, kusma)
3.	Hasta için bilinen bir alerjene maruz kalınmasından hemen sonra kan basıncı düşmesi (dakikadan birkaç saate kadar) a. Infant ve çocuklar: Düşük sistolik basınç veya sistolik basınçta %30'dan fazla düşme b. Yetişkinler: 90 mmHg'den düşük sistolik kan basıncı veya o kişinin normalinden %30 veya daha fazla düşme

Anafilaksi Riskini Artıran veya Tedaviyi Zorlaştıran Faktörler

Yaş Astım Atopi
ilaçlar Alkol
Egzersiz, enfeksiyon, menstürasyon gibi diğer ek faktörler

REFERANS: PEDIATRİ EFSANE KONU KİTABI 1 SAYFA: 278

SORU/REFERANS

57) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Altı aylık erkek bebeğin kontrolünde soluk olması üzerine kan tetikleri alınıyor. Hemoglobin 7 g/dl, MVC: 67 fL ve RDW:18 olarak tespit ediliyor. Periferik yaymada hipokrom mikrositer eritrositler, anizositoz, poikilositoz görülüyor. Bu bebek için en olası tanı ve istenmesi gereken tetik sorgulanmış?

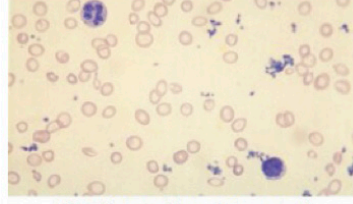
CEVAP: Demir eksikliği - Serum ferritin düzeyi

AÇIKLAMA:

Laboratuvar Bulguları (Sırasıyla:)

- Doku demir depoları azalır, kemik iliğinde hemosiderin kaybolur,
- Serum ferritin düzeyi düşer,
- Serum Fe düzeyi azalır,
- Serumun Fe bağlama kapasitesi ve Tfr artar, transferin saturasyonu düşer,
- Infant ve çocuklar: Düşük sistolik basınç veya sistolik basınçta %30'dan fazla düşme
- Yetişkinler: 90 mmHg'den düşük sistolik kan basıncı veya o kişinin normalinden %30 veya daha fazla düşme

- Retikülosit sayısı düşüktür.
- Sıklıkla trombositoz, nadiren trombositopeni



Hipokrom mikrositer anemi

Fe eksikliği: Diğer özellikler

REFERANS: PEDIATRİ EFSANE KONU KİTABI 2 SAYFA: 214, 215

SORU/REFERANS

58) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Bir yaşındaki erkek çocuk sünnet sonrası 5 saat boyunca kanaması oluyor. Tetkiklerinde trombosit sayısı, kanama zamanı ve protrombin zamanı normal iken aPTT ise 70 sn olduğu görülüyor. En olası tanı ve tanıya yönelik en uygun tetkik?

CEVAP: Hemofili A veya B-Faktör VIII ve IX düzeyi

AÇIKLAMA:

Hemofili (A ve B)

- Faktör VIII ve Faktör IX plesantayı geçemez.
- Kanama belirtileri doğumdan itibaren ya da fetal dönemde oluşabilir.
- Yenidoğanlarda intrakranial hemoraji %2 gözlenir.
- Sünnete bağlı kanama hemofili erkek infantların %30'unda görülür.
- Çocuğun emeklemeye ve yürümeye başlaması ile birlikte, **ekimozlar, intramuskuler hematom, hemartroz** meydana gelebilir



- Şiddetli hemofilisi olanlarda bile, sadece %90 hastada 1 yaşa kadar kanama olur. Her ne kadar kanama vücudun herhangi bir yerinde meydana gelebilirse de **hemartroz hemofilinin en önemli belirtisidir.**
- Muskuler hemorajilerin çoğu görülebilir olmasına karşın, iliopsoas kasına kanama özel dikkat gerektirir
- Hemofili hastalarda **yaşamı tehdit eden kanamalar** hayati yapılar (santral sinir sistemi, solunum yolları) içine ya da eksternal GIS ve iliopsoas kasına olan kanamalar sonucu meydana gelir.
- o Yaşamı tehdit eden kanamalarda faktör düzeyi normal plazma düzeyine (%100) çıkarılmalıdır.
- **Faktör VIII aktivitesi %5'den fazla** olan hafif hemofilili hastalarda genellikle spontan hemorajiler olmaz. Bu hastalarda dış çekimi, orta derecede travma ve cerrahi olaylar sonrasında uzamış kanama görülmektedir.

Hemofili: Laboratuvar bulguları

- **Azalmış faktör VIII ve faktör IX** düzeylerinden etkilenen laboratuvar tarama testi **aPTT**
- Şiddetli hemofilide aPTT genellikle normal değerlerinin 2-3 katıdır
- Diğer hemostatik mekanizma tarama testleri (trombosit sayısı, kanama zamanı, protrombin zamanı ve trombin zamanı) normaldir
- Faktör VIII için inhibitör içermedikçe, normal plazma ile hasta plazması karıştırıldığında PTT düzelir
- Spesifik faktör VIII ve faktör IX ölçümleri hemofili için tanı koydurucudur
- **F8er mixino sonucu PTT'de düzelme sağlanmıyorsa bir inhibitör mevcut demektir**

REFERANS: PEDIATRİ EFSANE KONU KİTABI 2 SAYFA: 238, 239

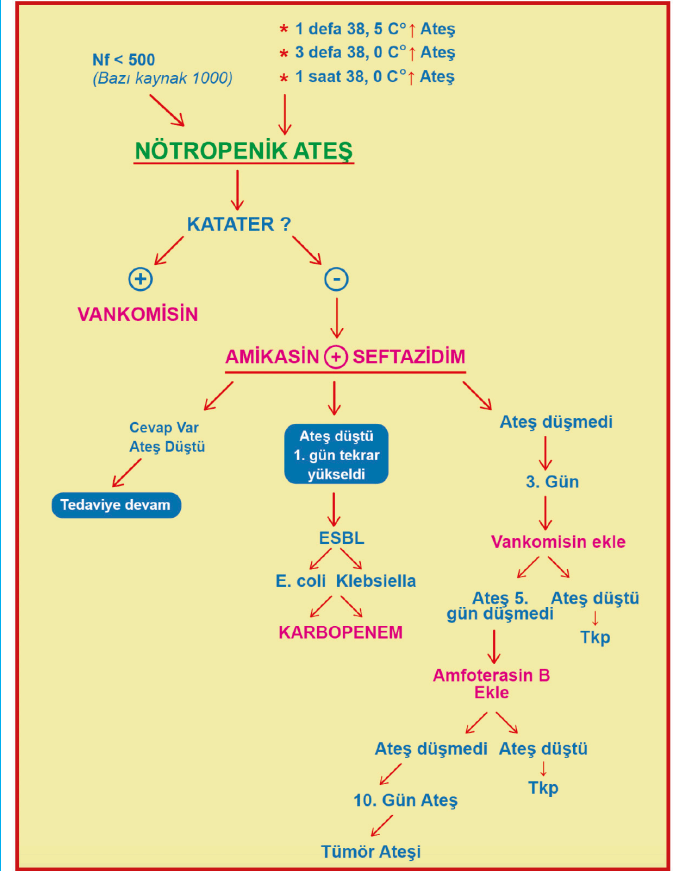
SORU/REFERANS

59) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

AML tanılı 11 yaşındaki hastaya tedavide Ara-C (sitarabin) veriliyor. Tedavi sonrası ateş ve görülüyor. Bakılan tetkiklerde mutlak nötrofil sayısı 100/mm³ altında, anemi ve trombositopeni tespit ediliyor. Febril nötropeni tanısı konulan hastada seçilebilecek ilk antibiyotik?

CEVAP: Antipsödomonal tedavi (Meropenem)

AÇIKLAMA:



REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 418

SORU/REFERANS

60) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

On aylık erkek çocukta mental retardasyon, infantil hiperkalsemi ve supravalyüler aort darlığı saptanıyor. En olası tanı?

CEVAP: Williams sendromu

AÇIKLAMA:

DKH ile Seyreden Önemli Kromozom Anomalileri		
Kromozomal Bozukluk	Gözlenen DKH	Diğer Özellikler
Trizomi 21 (Down Sendromu)	%50: EYD, VSD, ASD, PDA	Hipotoni, esnek eklemler, tipik yüz görünümü, mental retardasyon (MR), lösemi
Trizomi 18 (Edward Sendromu)	>%90: VSD, ASD, PDA, A.KoA	İUGG, mikrosefali, mikrognatı, mahmuz-topuk, üst üste binen el parmakları (over-riding), MR
Trizomi 13 (Patau Sendromu)	%80: VSD, ASD, PDA, A.KoA	Polidaktili, yanık damak-dudak, mikroftalmi, holoprosensefali, aplasia cutis, düşük kulaklar
45 X0 (Turner Sendromu)	%35: A.KoA, BAK, Valvüler AD	Kısa boy, el ve ayaklarda lenfödem, yele boyun, gonadal disgenesi
Del 5p (Cri Du Chat Sendromu)	%25: VSD, PDA, ASD	Karakteristik ağlama, hipotoni, mikrosefali, yuvarlak yüz, hipertelorizm, MR, mikrognatı
Frajil X Sendromu	MVP, aort kökü dilatasyonu	MR, makroorşidizm, makrozomi, tipik yüz görünümü
Mikrodelesyonlar		
DiGeorge sendromu (22q11)	%75: Aortik ark anomalileri, ko- nötrunkal anomaliler	Hipertelorizm, kısa filtrum, timus ve paratiroid hipoplazi/yokluğu, neonatal hipokalsemi, hücrel immün yetersizlik
Williams Sendromu (7q11.23)	%50-85: Supravalyüler AD ve PD, periferik PD	Elf yüzü, infantil hiperkalsemi , MR, coşuklu kişilik
Alagille Sendromu (20p12)	%85: Periferik PD, pulmoner ven hipoplazisi, valvüler PD	Geniş alın, safra kanalı azlığı ve kolestaz, geniş alın, oküler ve iskelet anomalileri

REFERANS: PEDIATRİ EFSANE KONU KİTABI 2 SAYFA: 96

SORU/REFERANS

61) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Altı aylık bebek huzursuzluk, kilo alamama şikâyeti ile getiriliyor. Fizik muayenesinde gelişme geriliği, taşikardi, kardiyomegeali, hepatomegali ve EKG'de MI bulguları saptanıyor. En olası sorgulanıyor?

CEVAP: Sol koroner arterin pulmoner arterden çıkış anomalisi ALCAPA

AÇIKLAMA:

ALCAPA SENDROMU

Sol koroner arterin anormal olarak pulmoner arterden çıkması durumudur (Anomalous Left Coronary Artery from the Pulmonary artery). Hasta genellikle yenidoğan döneminde PA basıncı kritik düzeye düşene kadar asemptomatiktir. PA basınçlarının düşmesiyle koroner dolaşım bozulur ve LV yetmezliği ve infarktüsle sonuçlanır. Kan akımının yönü koroner kollateraller aracılığıyla, aorttan köken alan yüksek basınçlı sağ koroner arterden düşük basınçlı sol koroner artere ve pulmoner artere doğrudur. Bu koroner beslenmeyi daha da bozar (Soldan sağa şant ve miyokardiyal çalma sendromu). 2-3 aylıkken tekrarlayan sıkıntı atakları (anjinal ağrı), belirgin kardiyomegali ve KKY gelişir. EKG'de anterolateral MI bulguları vardır. Komplikasyon olarak papiller kas hasarına bağlı MY gelişebilir. İnfarktüsün yavaş gelişmesinden ötürü kardiyak laboratuvar belirteçlerinin düzeyleri değişkendir. Tedavi; anormal damarın aorta transfer edildiği düzeltici cerrahi şeklindedir.

tusworld.com.tr

Kazananların dünyası

REFERANS: PEDIATRİ EFSANE KONU KİTABI 2 SAYFA: 121

SORU/REFERANS

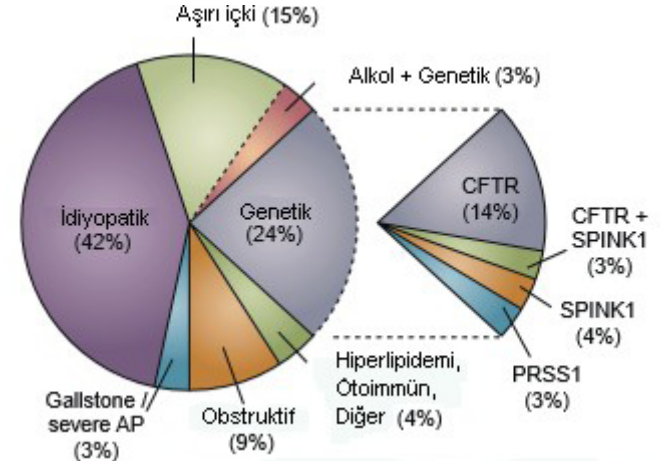
62) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Pankreatit atağı geçiren bir hasta için genetik incelemelerde hangi genler seçilmelidir?

CEVAP: PRSS1, CFTR, SPINK1

AÇIKLAMA:

Kronik Pankreatik Nedenleri



REFERANS: GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 361

SORU/REFERANS

63) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

On üç aylık kız büyüme ve gelişme geriliği mevcut. Hasta günde kronik ishal ve malabsorbsiyon mevcut. Serum albümin 3,5 g/dL, total kolesterol 55 mg/dL, trigliserid 5 mg/dL ve LDL 25 mg/dL olarak saptanıyor. Periferik yaymada eritrositlerin membranında düzensiz çıkıntılar (akantositoz) olduğu görülüyor. Abetalipoproteinemi olan hastana görülmesi beklenen vitamin eksikliği sorgulanmış.

CEVAP: E vitamini eksikliği

AÇIKLAMA:

Abetalipoproteinemi (Hereditör Akantositoz)

- Doğumdan itibaren ağır yağ malabsorpsiyonu
- Steatore
- E vitamini eksikliğine bağlı komplikasyonlar
- Periferik nöropatinin sonucu olarak DTR alınmaz.
- Entellektüel gelişim yavaşlar.

- 10 yaşından sonra barsak semptomları hafifler, ataksi, tremor, pozisyon ve vibrasyon duyularında kayıp gelişir.
- Adolesanlarda retinitis pigmentosa
- Periferik yaymada akantositoz görülür.
- Plazma kolesterol düzeyleri aşırı düşük

REFERANS: PEDIATRİ EFSANE KONU KİTABI 2 SAYFA: 197, 198

SORU/REFERANS

64) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Hangi vaskülit orta çaplı damarları tutar?

CEVAP: Poliarteritis nodosa

AÇIKLAMA:

VASKÜLİT SENDROMLARI

- **Baskın olarak büyük arter tutulumu:**
 - o Takayasu arteriti
 - o Temporal arterit (dev hücreli arterit)
 - o Cogan Sendromu
 - o Behçet hastalığı (orta ve küçük arterleri detutabilir)
- **Baskın olarak orta arter tutulumu:**
 - o **Klasik poliarteritis (PAN)**
 - o Kutanöz PAN
 - o Romatoid vaskulit
 - o **Kawasaki hastalığı**
 - o MSS'nin primer anjiitisi
- **Baskın olarak küçük arter tutulumu o İmmün kompleks aracılı**
 - Kutanöz lökositoklastik anjiit (Hipersensitivite anjiiti)
 - **Henoch-Schönlein purpura (HSP)**
 - Ürtikeryal vaskulit
 - Kryoglobulinemi
 - Eritema elevatum diutinum
 - o **ANCA ilişkili hastalıklar**
 - o **Wegener granülomatosis**
 - Mikroskopik polianjiit
 - **Churg-Strauss sendromu**
 - o **Diğer küçük damar vaskülitleri**
 - Konnektif doku hastalıkları
 - Paraneoplastik hastalıklar
 - Enfeksiyon
 - İnflamatuvar barsak hastalığı

REFERANS: PEDIATRİ EFSANE KONU KİTABI 2 SAYFA: 71

SORU/REFERANS

65) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Hangisinin hepatorenal fibrokistik hastalığa yol açması en az olasıdır?

CEVAP: Gitelman sendromu

AÇIKLAMA:

GİTELMAN SENDROMU

- Tiazid diüreticinin etki ettiği distal tubuldeki sodyum-klor taşıyıcısı ile ilişkili bir tubulopati
- Kronik tiazid alımına benzer bir klinik
- **OR** kalıtım. Daha çok adolesan yaşta başvuru.
- Hipokalemi metabolik alkaloz
- Hipokalsüri
- Üriner Mg artmış-hipomagnezemi
- Kas krampları ve tetani
- Renin ve aldosteron düzeyi genellikle normal ve PG E sekresyonu artmamış
- Dehidratasyon atakları ve büyüme geriliği daha nadir.

Diğer Kalıtsal Tubuler Transport Anomalileri

- Sistinüri
- Dibazik aminositüri ve taş
- **X-linked nephrolithiasis (Dent disease)**
- **Fankoni**
- **Rekürren taş**
- **Liddle sendromu**
 - Psödohiperaldosteronizm
- Renin-aldosteron suprese hipertansiyon
 - **Hipokalemi**

REFERANS: PEDIATRİ EFSANE KONU KİTABI 2 SAYFA: 35

SORU/REFERANS

66) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

On yaşındaki kız hastada soğuğa maruziyet sonrası ellerinde morarma ve solukluk şikâyetleriyle oluyor. Parmak uçlarında nekroz, cildinde sertleşme saptanan hastada interstisyel akciğer hastalığı tespit ediliyor. Bu hastada şıklarda verilen otoantikordardan hangisinin değerlendirilmesine gerek yoktur?

CEVAP: Anti-Smith antikoru

AÇIKLAMA:

Romatizmal Hastalık ve Tanıda İstenmesi Gereken Tetkikler			
Şüpheli Romatizmal Hastalık	İlk Değerlendirme	İleri Değerlendirme	Düşünülen alt gruba yönelik değerlendirme
Sistemik lupus eritematozus (SLE), miks konnektif doku hastalığı (MKDH)	CBC, ESH, ANA, ALT, AST, CPK, kreatinin, albumin, serum total protein, idrar tahli, kan basıncı, tiroid hormon profili	ANA test sonucu pozitifse; anti-SSA (Ro), anti-SSB (La), anti-Smith ve anti-RNP antikoru; anti dsDNA antikoru, C3, C4, Coombs, spot idrar protein/ kreatinin oranı, akciğer grafisi	Antifosfolipid antikoru, lupus antikoagülanı, anti-B2 - glkoprotein, ekokardiyogram; böbrek biyopsisini düşün, SFT, bronkoskopi, akciğer YRBT; akciğer biyopsisini düşün
Jüvenil dermatomyozit (JDM)	CBC, CPK, ALT, AST, LDH, aldolaz, ANA, gag refleksini kontrol et	Kas MRG	Elektromiyografi ve olası kas biyopsisini düşün, SFT, yutma çalışması, serum neopterin
Jüvenil idiyopatik artrit (JIA)	CBC, ESH, kreatinin, ALT, AST, Streptokok kaynaklı artrit için anti-streptolizin O / anti-DNAaz B, Epstein-Barr virüsü titreleri, Lyme titresi, parvovirus B19 titresi, eklemlerin direkt radyografisi	Olağan dışı enfeksiyon etkenlerinin anti-kor titreleri, RF, ANA, HLA-B27, anti-CCP	MRG
Granülomatosis polianjiit (Wegener granülomatosis)	CBC, ANCA, AST, ALT, albumin, kreatinin, ESH, idrar tahli, akciğer grafisi, kan basıncı	Spot idrar protein / kreatinin oranı, anti-miyeloperoksidaz ve anti-proteinaz-3 antikoru, SFT	Bronkoskopi, akciğer YRBT; akciğer ve böbrek biyopsisi
Sarkoidoz	CBC, elektrolitler, AST, ALT, albumin, kreatinin, kalsiyum, fosfor, ACE, kan basıncı	Akciğer grafisi ve SFT	İnfanlarda Blau sendromu düşün, akciğer YRBT; akciğer ve böbrek biyopsisi
Lokalize skleroderma	Cilt biyopsisi, CBC, ESH		Serum IgG, ANA, RF, Anti ds DNA antikoru,
Sistemik skleroderma	ANA, CBC, ESR, ESH, AST, ALT, CPK, kreatinin, akciğer grafisi, kan basıncı	Anti-Sci70, göğüs SFT	Akciğer YRBT, ekokardiyogram, üst GIS radyografi serisi

REFERANS: PEDIATRİ EFSANE KONU KİTABI 2 SAYFA: 52

SORU/REFERANS

67) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Beş yaşındaki kız hasta son bir haftadır ağız ve dilde istemsiz hareketler, yürümede zorluk, konuşmada azalma ve bir gün önce başlayan parsiyel nöbetler nedeniyle getiriliyor. Yaklaşık iki ay önce herpes simpleks ensefaliti tanısı almış. İzlemede status epileptikus, taşikardi ve kan basıncı değişikliği gibi otonomik bulguları olan hastanın kraniyal görüntülemesinde beyaz cevherde özgül olmayan anormallikler saptanıyor.

CEVAP: Anti-N-metil-D-aspartat reseptör ensefaliti

AÇIKLAMA:

Bening Rolandik Epilepsi	Rasmussen Ensefaliti	Temporal Lob Epilepsisi
<ul style="list-style-type: none"> EEG'de sentrot temporal diken dalga aktivitesinin görüldüğü bening parsiyel epilepsidir Nöbetler ilkin uykuda daha sonra uykuya daldıktan hemen sonra/önce görülür Tonik nöbetler ağız çevresinde ve öğürür gibi başlar Tedavide karbamazepin 14-16 yaşına kadar verilir Prognozu çok iyidir 	<ul style="list-style-type: none"> Kronik bir ensefalittir Unilateral inatçı parsiyel nöbetler görülür Etkilenen tarafta; progresif hemiparezi Kontralateralde progresif atrofi görülür Etiyolojide CMV veya anti-NDMA reseptör antikoları sorumlu 	<ul style="list-style-type: none"> Temporal lob lezyonlarına bağlı ortaya çıkar: en sık medial temporal sklerozis Genellikle febril konvulziyon sonrası görülür Hipokampüste atrofi ve gliozis görülür Adolesan dönemde cerrahi ile düzeltilebilen en sık epilepsidir

REFERANS: PEDIATRİ EFSANE KONU KİTABI 1 SAYFA: 138

SORU/REFERANS

68) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

İki yaşındaki erkek çocuk, tekrarlayan epileptik nöbetler sonrası daha önce normal olan konuşmasında belirgin gerileme ile getiriliyor. Elektroensefalografisinde uyku sırasında sürekli diken ve yavaş dalga bulgusu şeklinde belirgin anormallik saptanıyor. En olası tanı?

CEVAP: Landau-Kleffner sendromu

AÇIKLAMA:

REFERANS: EFSANE KONU KİTABI SAYFA:

SORU/REFERANS

69) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Nörolojik gelişim geriliği olan 2 yaşındaki hastanın klinik incelemesi, rutin ve ileri düzey laboratuvar analizleri normal. Anne ve baba arasında akrabalık ve benzer bir kardeş öyküsü mevcut. Hastanın tüm ekzom dizi analizi sonucunda beş farklı gende hastalık için aday nitelikte homozigot nükleotid değişikliği saptanıyor. Genotip fenotip ilişkisini kurma açısından hangisi ilk aşamada yapılmalıdır?

CEVAP: Ailede aday genler için varyasyon katılımının doğrulanması

AÇIKLAMA:

REFERANS: EFSANE KONU KİTABI SAYFA:

SORU/REFERANS

70) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Malnutire olan 2 yaşındaki erkek bebek, hastaneye yatırılarak yüksek kalorili diyetle beslenilmeye başlanıyor. Bu bebekte hangisinin ortaya çıkması en az olasıdır?

CEVAP: Hiperfosfatemi

AÇIKLAMA:

♣ Reefeding sendromu

- Yüksek enerjili (karbonhidratlı) beslenmenin çok erken ve çok fazla miktarda başlanması hücrelerden hızla sodyum salınımına neden olur. Ayrıca glukoz, potasyum, magnezyum ve fosfat hücre içine alınır. Hipokalemi, hipofosfatemi ve hipomagnezemi görülür.
- Hipofosfatemi (özellikle serum fosfatın 0.5mmol/L ve altında olması) kas yıkımı, kardiyopulmoner yetmezlik, aritmi ve ölüme neden olabilir.

REFERANS: PEDIATRİ EFSANE KONU KİTABI 1 SAYFA: 83

SORU/REFERANS

71) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Yenidoğan bebek nöbet geçirme nedeniyle getiriliyor. Fallot tetralojisi tanısı olan ve 1 fizik muayenesinde; düşük kulak, hipertelorizm ve mikrognati gözlenen hastada hipokalsemi de mevcut. En olası tanı?

CEVAP: DiGeorge sendromu

AÇIKLAMA:

1- Konjenital Timik Aplazi (Di George Sendromu):

Di George sendromu doğumu takiben hemen ortaya çıkar. 22q11 delesyonu vardır. Klinik bulgular 1 yaşından önce ortaya çıkar.

Anormal yüz görünümü: Düşük kulaklar, kulak kepçesinde şekil bozukluğu, hipertelorizm, balık ağzı, küçük çene (mandibular hipoplazisi), büyüme geriliği vardır.

Hipoparatiroidi: Ca düşük, Fosfor yüksek, ALP normal veya düşük, PTH düşük.

Konjenital kalp hastalıkları (aortanın transpozisyonu, trunkus arteriosus, fallot tetralojisi, pulmoner venöz dönüş anomali)

- Bazı hastalarda GIS malformasyonları (özefagus atrezisi, bifid uvula), renal anomali ve mental gerilik olabilir.

Hücrel immün yetmezlik vardır. Değişik viral, bakteriyel, fungal veya protozoal etkenlerle oluşan tekrarlayan veya kronikleşen enfeksiyonlar vardır. Pnömoni, mukozalarda kronik candida enfeksiyonu, diyare ve büyüme geriliği görülür. CD3 T lenfositlerin sayıları ve fonksiyonları azalmıştır.

***Konjenital kalp hastalığı + Monilliazis = Di George Sendromu

**REFERANS: PEDIATRİ EFSANE KONU KİTABI 1
SAYFA: 295**

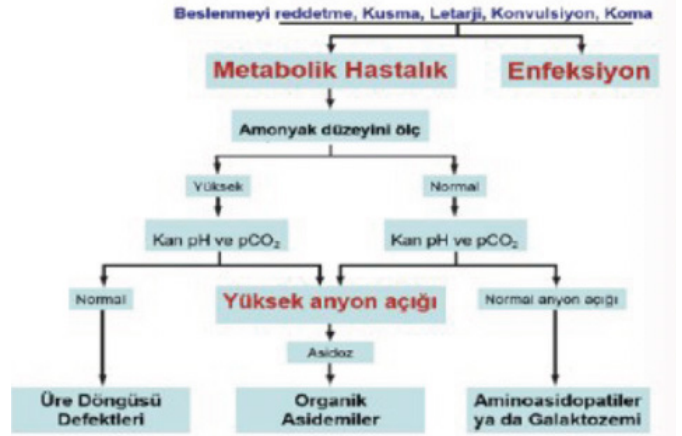
SORU/REFERANS

72) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Beslenmeyi reddeden 10 aylık erkek bebek, kusma ve sonrasında hastaneye getiriliyor Fizik muayenesinde letarjik olan bebeğin kan şekeri düşük, kan amonyak düzeyi yüksek ve kan gazı değerleri normal geliyor. İdrarda keton sonucu negatif olarak bulunuyor. Kraniyal görüntülemesi normal değerlendiriliyor. En olası tanı?

CEVAP: Üre Döngüsü Bozuklukları

AÇIKLAMA:



**REFERANS: PEDIATRİ EFSANE KONU KİTABI 2
SAYFA: 295**

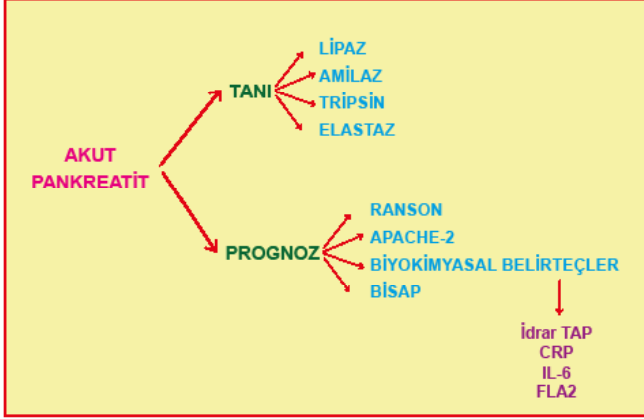
GENEL CERRAHİ 24/25

SORU/REFERANS

14) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Kronik pankreatit tanısında katkısı en az olanı ?

CEVAP: Serum amilaz değeri



- Kronik pankreatinin en sık sebebi SABİSTON SURGERY'de alkol olarak değerlendirilmektedir.
- Kronik pankreatitte en sık semptom karın ağrısıdır. Kr.pankreatit ishal, steatore, kilo kaybı ve DM ile başvurabilir. Karın ağrısı çok şiddetlidir ve opiyatlar ile ancak geçici süre ile gerileyebilir.
- Lipaz eksikliği tripsin eksikliğinden önce görülme eğiliminde olduğundan **steatore** pankreatik yetmezliğin ilk işlevsel bulgusu olabilir. **Steatore 24 saatte 7 gr'dan fazla dışkıda yağ tespit edilir.**
- Kronik pankreatitte en önemli ameliyat endikasyonu şiddetli ağrıdır. Ağrı çok şiddetli olabilir ve hastanın hayati fonksiyonlarına engel olabilir.
- Kronik pankreatitin laboratuvar tanısında en değerli yöntem Bentiramid testidir.
- Kronik pankreatitte steatore görülebilir, fekal elastaz 1 testi ve ince barsak biyopsisi pankreatik steatoreyi ayırt edebilir.
- **Fekal elastaz 1 düzeyi <100 gr** olan ve ince bağırsak biyopsisinde özellik olmayan hastalarda pankreas ekzokrin yetmezliğinden bahsedilebilir.

Kronik Pankreatit

GÖRÜNTÜLEME

*****USG**→ilk görüntüleme yöntemi

*****En duyarlı**→ERCP

*****Endo-USG**→Pankreas Ca ayırımında

REFERANS: GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 357, 361, 362

SORU/REFERANS

39) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

ST segment yükselmesi yapmayan?

CEVAP: Hipokalemi

AÇIKLAMA:

Sol dal bloğu tanı kriterleri

- QRS süresi ≥ 0.12 sn
- Lateral derivasyonlarda (DI, aVL, V5, V6) çentikli, geniş R dalgası
- V5, V6 da Q dalgası bulunmaması
- Sağ prekordiyal derivasyonlarda (V1, V2) R dalgasının olmaması ya da çok küçük olması. Bunu derin S dalgasının takip etmesi

Sol dal blokta QRS kompleksinin baskın yönünün tersine kayan ST segmenti ve T dalgası değişiklikleri görülebilir.

Sol ventrikül hipertrofisi:

Sokolow-Lyon voltaj kriterleri:

- $SV1+RV5 > 35$ mm ve $RaVL > 11$ mm

Cornell voltaj kriterleri:

- $SV3+SaVL > 28$ mm (erkek), $SV3+SaVL > 20$ mm (kadın)

Sol ventrikül hipertrofisinde sol aks sapması ve lateral deviasyonlarda ST-T değişiklikleri gözlenebilir.

ST elevasyonu görülebilen diğer durumlar:

- Ventriküler anevrizma
- Perikardit, miyokardit, miyokart hasarı

42

Kazananların dünyası

tusworld.com.tr

- Akut pulmoner emboli (V1-V3)
- Hiperkalemi, hiperkalsemi
- Erken repolarizasyon (gençlerde normal varyant)
- Hipotermi
- İntrakranial hemoraji
- Klas 1C antiaritmik ilaçlar

REFERANS: EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 21,22, 42, 43

SORU/REFERANS

73) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Sodyum konsantrasyonu değerlerine göre düşüktür?

CEVAP: Ringer laktat

AÇIKLAMA:

KRİSTALOİDLER

⊕ Katyonlar	SF	RL	PLAZMA	PLAZMOLYTE	NORMOSOL
Na	154	130	140	140	140
K	-	4	4	5	5
Ca	-	3	2,5	X	X
Mg	-	X	1	3	3
⊖ Anyonlar	-	-	-	-	-
Cl	154	109	100	98	98
Laktat	-	28	-	27	27
HCO ₃	-	-	25	-	-
Glikonat	-	-	-	23	23
PH	6	65	7,4	7,4	7,4
Osmolarite	308	274	290	290	295

REFERANS: GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 12

SORU/REFERANS

74) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Akut inflamasyon "celsus" tarafından tanımlanan bulgulardan değildir?

CEVAP: Yara uçlarının açılması

AÇIKLAMA:

2) İNFLAMASYON:

• 2 Döneme ayrılır. Erken inflamasyonda yarada hakim hücreler PMNL'lerdir. Geç inflamasyonda ise hakim hücreler Makrofajlardır.

Erken dönemde gerçekleşen olaylar:

1. Vasküler geçirgenlikte artış.(kapiller permeabilite artar)
2. PMNL'ler yaraya göç ederler. (migrasyon)
3. 24 saatte PMNL'ler yarada hakimiyeti kurarlar ve dokudaki atıkları temizlerler.
4. Vazodilatasyon ve artmış damar geçirgenliğine bağlı inflamasyonun kardinal bulguları görülür. RUBOR / TUMOR / DOLOR / KOLOR

5. İyileşmenin 3. Gününde yarada makrofajlar hakimiyet kurarlar ve aynı nötrofiller gibi atıkları uzaklaştırırlar.
6. Makrofajlar yara iyileşmesinde daha sonra yarada çok önemli rol üstlenen fibroblastları yaraya çekerek proliferatif sitokin ve büyüme faktörlerini salgırlar.

REFERANS: GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 85

SORU/REFERANS

75) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Oral antikoagülanlarla ilgili söylenebilecekler?

CEVAP: I,II ve III

AÇIKLAMA:

ORAL DİREKT TROMBIN İNHİBİTÖRLERİ

Dabigatran / Ksimelagatran

Oral kullanılan bir ön ilaç olup reversibl olarak **trombinin aktif kısmını bloklar**. Nonvalvüler atrial fibrilyasyonda sistemik emboli riskini azaltmak, kalça ve diz operasyonu geçiren hastada venöz tromboemboliden korunmak için kullanılır. Renal yetmezlikte doz azaltılır. **PTZ ve trombin zamanını uzatır**. Dabigatranın yeni antidodu; **idarucizumab**'dir. Etkisi **andeksanet alfa** ve **ciraparantag** ile antagonize edilebilir.

ORAL KULLANILAN DİREKT FAKTÖR XA İNHİBİTÖRLERİ

Rivaroksaban / Apiksaban / Edoksaban / Betriksaban

Pıhtılaşma yolağının son basamağı olan **faktör Xa'yı direkt** inhibe ederler. **Oral** yoldan kullanılır. Takip edilmelerine gerek yoktur. Venöz tromboembolili hastalarda koruma ve tedavi, atrial fibrilyasyonda ise stroktan korunma amaçlı geliştirilmişlerdir. Rivaroksaban kalça veya diz cerrahisi sonrası tromboembolinin önlenmesi için kullanılır. Böbrek yoluyla itrah edilirler. Etkisi **andeksanet alfa** ve **ciraparantag** ile antagonize edilebilir.

VARFARİN

Varfarinin Etki Mekanizması

Protrombin (**faktör II**), **faktör VII, IX, X** ve endojen antikoagülanlar **protein C** ve **S**'nin sentezi için; **glutamat** rezidülerinin **gama karboksilasyonu** gerekir. Bu reaksiyon için **aktif (redükte) K vitamini** gerekir. K vitamininin bu karboksilasyon sonrası tekrar kullanılabilmesi için **epoksit redükta**za indirgenmek (redükte olmak) zorundadır. Varfarin K vitamininin indirgenmesini engelleyerek protrombin, faktör VII, IX, X ve endojen antikoagülanlar protein C ve S'nin aktif hale geçmesini engeller.

REFERANS: FARMAKOLOJİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 108

SORU/REFERANS

76) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

BRCA1 mutasyonu ilişkili meme kanseriyle ilgili yanlış?

CEVAP: Çoğunluğunu hormon reseptörleri pozitif ve HER2 pozitif kanserler oluşturur.

AÇIKLAMA:

	BRCA-1	BRCA-2
Kromozom	17. kromozom	13. kromozom
Patoloji	Kötü diferansiyasyon	İyi diferansiyasyon
Östrojen reseptörü pozitifliği	-	+
Görüldüğü Yaş	Erken	Erken
Yerleşim	Bilateral	Bilateral
Cinsiyet	Kadın meme kanseri	Erkek ve Kadın meme kanseri

REFERANS: GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 186

SORU/REFERANS

77) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Vücut yüzeyinde %50 yanık olan 80 kg erkek bir hastaya ilk 24 saat verilecek sıvı miktarı nedir?

CEVAP: 16

AÇIKLAMA:

PARKLAND FORMÜLÜ

VERİLECEK SIVI = 4 (cc) x Vücut Ağırlığı (kg) x Yanık Yüzdesi

Hesaplanan sıvının 1/2'si ilk 8 saatte, 1/2'si kalan 16 saatte verilmelidir.

REFERANS: GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 102

SORU/REFERANS

78) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Diyafragmatik yaralanmalarla ilgili olmayan ifade?

CEVAP: En sık sağ diyafragmada karaciğer yaralanmasıyla birlikte görülür.

AÇIKLAMA:

REFERANS: EFSANE KONU KİTABI SAYFA:

SORU/REFERANS

79) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Göğsünden delici kesici aletle yaralanan 40 yaşındaki erkek hastanın kan basıncı 58/40 mmHg nabızı 150/dk'dır. Hastanın sağ akciğer sesleri alınamıyor ve boyun ve alın venlerinde dilatasyon saptanmıştır. Öncelikli yapılması gereken nedir?

CEVAP: Toraks tüpü takılması

AÇIKLAMA:

Pnömotoraks

Pnömotoraks plevra boşluğunda hava bulunmasıdır.

Oluşum şekline göre üç gruba ayrılabilir.

1-Spontan pnömotoraks

- Primer
- Sekonder (KOAH)

2-Travmatik pnömotoraks (En sık neden)

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

Sigara içen, ince uzun ve gençlerde primer spontan pnömotoraks meydana gelebilir. Etiyolojide **subplevral** amfizematöz büller 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 inspiryum ile havanın pleval alana girmesi ancak expiryumda dışarı çıkamaması söz konusudur.

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

• **Bu tarz durumlarda öncelikle dışarıdan iatrojenik bir kişiyle veya iğneyle tansiyon pnömotoraksın açık pnömotoraksa dönmesi sağlanır ve daha sonra tedavi planlanır.**



Tansiyon pnömotoraks, mediasten sağa itilmiş

Fizik muayene:

- Solunuma iştirak azalır
- Palpasyonda **vibrasyon torasiks azalır**
- Perküsyonda **hipersonarite**
- Oskültasyonda **solunum seslerinin duyulmaz**

Tanı:

- PA akciğer grafisi (**Ekspiryum grafisi**)

Tedavi:

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

Hemotoraks

Plevra yaprakları arasında torasentez sıvısındaki hematokrit değeri kandaki hematokritin en az %50'si olacak şekilde kan toplanmasıdır.

Göğüs travması (En sık), pulmoner emboli, anevrizma rüptürü, hemofili, iatrojenik vs nedenleri olarak sayılabilir.

Tedavide ilk yapılması gereken **göğüs tüpü** uygulamaktır.

REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 166, 167

Toraks Travmaları Cerrahi Endikasyonları

- 1- Penetran travmada **tüp torakostomiye 1 lt'den fazla drenaj**
- 2- Künt travmada **tüp torakostomiye 1,5 lt'den fazla drenaj**
- 3- **Koagülopatisi olmayan hastada tüp torakostomiye 3 saat boyunca saatte 200 ml'den fazla drenaj**
- 4- **İki göğüs tüpü takılmasına rağmen taşlaşmış hemotoraks**
- 5- **Büyük damar travması**
- 6- **Perikard tamponadı**
- 7- **Kardiak herniasyon**
- 8- **Göğüs tüpünden masif hava kaçağı ve buna bağlı yetersiz ventilasyon**
- 9- **Görüntüleme veya endoskopi ile tespit edilen trakea veya ana kök bronş hasarı**
- 10- **Özofagus perforasyonu**
- 11- **Hava embolisi**
- 12- **Açık pnömotoraks**

REFERANS: GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 112

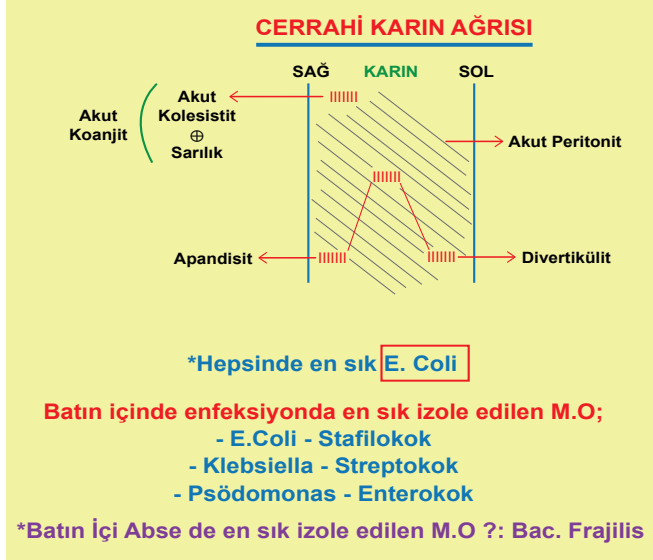
SORU/REFERANS

80) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Bening biliyer hastalık kaynaklı hepatik apselere neden olan?

CEVAP: Escherichia coli – Klebsiella spp.

AÇIKLAMA:



REFERANS: GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 55

SORU/REFERANS

81) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Periduktal mastit ile ilgili yanlıştır?

CEVAP: Apse tespit edilirse öncelikle cerrahi drenaj yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Zuska hastalığı

- Sigara kullanan orta yaşlı kadınların periduktal mastitidir. Bu hastalar sık sık meme başı etrafındaki mastit alanlarından şikayet ederek doktorlara başvururlar.
- Apselerin boşaltılması sadece palyatif tedavi sağlamaktadır, esas tedavi sigaranın kesilmesi ve düzenli meme hijyeninden geçer.
- Zuska hastalığı prekanseröz değildir.
- Zuska hastalığında tekrarlayan enfeksiyonlarda (fistül eksizeyonu sonrası); 2-4 hafta antibiyotik tedavisine devam edilir. Hala düzelme olmazsa total kanal eksize edilir.

REFERANS: GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 180

SORU/REFERANS

82) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Linea semilunaris'ten oluşan fıtık?

CEVAP: Spigelian

AÇIKLAMA:

Spiegelian Fıtığı

- M.rektus abdominis kasının lateral sınırını oluşturan linea semilunaris üzerinden çıkan fıtıklardır.

REFERANS: GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 382

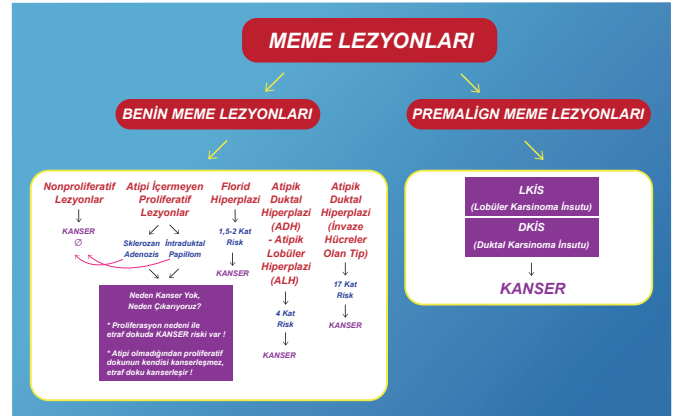
SORU/REFERANS

83) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Meme kanseri riski fazladır?

CEVAP: Biyopside lobüler karsinoma in situ saptanması

AÇIKLAMA:



2- İnvaziv Lobüler Karsinom (%10)

- Kitle oluşturma etkisi zayıf olan ve radyolojik olarak mikrokalsifikasyon görülme ihtimali düşük olan invaziv kanserlerdir.
- İnvaziv lobüler karsinom **bilateral, multisentirik, multifokal**, senkron ve metakron kanser özelliği taşır.
- Özellikle **meninklere** olan metastazıyla beyin yayılımı sık olan kanserdir. Patolojik olarak değerlendirildiğinde müsin üreten taşlı yüzük hücreli karsinom olarak karşımıza çıkmaktadır.
- Prognozu infiltratif duktal karsinomdan iyi, invaziv medüller karsinomdan ise kötüdür.

REFERANS: GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 181, 188

SORU/REFERANS

84) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

48 yaşındaki hipokalemi ve hipertansif erkek hastada hipertansiyona sebep olan en olası neden?

CEVAP: Conn sendromu

AÇIKLAMA:

CONN SENDROMU

Primer ve sekonder hiperaldosteronizmin en önemli farkı primerde renin düşüktür.

Conn'da ödem yoktur. Hipertansiyon tespit edilebilir.

Klinik: Hipertansiyon ve Hipokalemi görülür. Ödem görülmez. Sodyum tutulur, potasyum atılır.

Potasyum düşük olduğu için hipopotasemiye bağlı poliüri meydana gelir. Poliüri nedeniyle ödem yoktur. Alkaloz, Postürel hipotansiyon ve refleks taşikardi yoktur.

Plazma renini düşüktür: Sekonder hiperaldosteronizmden ayırımı sağlar. 24 saatlik idrarda aldosteron yüksektir ve Aldosteron fazlalığını en iyi gösteren testtir.

Hipokalemi (<2,8 mEq/L), ödem yokluğu ve hipertansiyon varlığında, potasyum kaybettiren diüretik alınmıyorsa primer hiperaldosteronizmden şüphelenilmelidir.

REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 380

SORU/REFERANS

85) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

T3, T4 ve TSH düzeyleri normal olan 62 yaşındaki erkek hasta sol troid lobunda 4,2 cm çapında solid nodül saptanıyor. Tanısı foliküler neoplazi olan hastada en uygun yaklaşım?

CEVAP: Tiroidektomi

AÇIKLAMA:

TİROİD İİAB SINIFLAMASI VE YORUMLANMASI				
İngiliz Tiroid Birliği Sınıflaması	BETHESDA SINIFLAMASI	ÖZELLİKLER	KANSER RİSKİ	SONRA
Thy 1	1	Tanısal olmayan yaymalar	% 1-4	Görüntüleme eşliğinde İİAB tekrarı
Thy 2	2	Benign lezyon	% 0-3	Klinik takip
Thy 3a	3	Önemi belirsiz atipi veya önemi belirsiz foliküler lezyon	% 5-15	• Klinik takip • İleride tekrar İİAB • Genetik testler
Thy 3f	4	Foliküler neoplazi veya şüpheli foliküler neoplazi	& 15-30	Lobektomi
Thy 4	5	Malinite şüphesi	% 60-75	Lobektomi veya total tiroidektomi
Thy 5	6	Malign lezyon	% 97-99	Total tiroidektomi

REFERANS: GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 160

SORU/REFERANS

86) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Spor diyet ve ilaç ile kilo veremeyen hastada tanı?
I. Vücut kitle indeksi 36, tip 2 diyabeti var,
II. Vücut kitle indeksi 43, Obezite ile ilişkili ek hastalığı yok,
III. Vücut kitle indeksi 38 obezite ile ilgili ek hastalık yok.

CEVAP: I-II

AÇIKLAMA:

Bariatrik cerrahide ameliyat endikasyonları;

1. BMI > 40
2. BMI 30-40 arası ve Komorbid hastalık (DM/HT/Uyku Apnesi/HL)

REFERANS: GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 256

SORU/REFERANS

87) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

42 yaşında gastroözofageal reflüsü olan kadın hastanın şikayetlerinden biri olamaz?

CEVAP: Hıçkırık

AÇIKLAMA:

REFLÜ KLİNİĞİ

Reflü hastaları en sık **heartburn** yani sternum arkasında yanma hissi ile gelirler.

- Dahiliye text-booklarına bakıldığında bu kavram **pirozis** olarak ifade edilmekte ve bazı kaynaklarda reflüde en sık pirozis görülür denilmektedir.
- Reflüde diğer semptomlara bakıldığında rejürjitasyon, kronik öksürük, halatozis, aspirasyon pnömonisi ve hırıltılı solunumdan bahsedilebilir.

GÖR nün komplikasyonları:

Özofajit (en sık komplikasyondur)

Barret özofagusu (Adenokarsinom riski taşır)

Pulmoner yapışikliklar, fibrozis, Özofagus striktürleri, kısa özofagus ve Anemi (wolf ülserleri)

REFERANS: GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 204, 205

SORU/REFERANS

88) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Üst abdominal bilgisayarlı tomografi incelemede midede büyümüş 44X46 mm kitle dışı patoloji saptanmıyor en uygun yaklaşım?

CEVAP: Kitlenin mide duvarı ile beraber rezeksiyonu

AÇIKLAMA:

Gastrointestinal Stromal Tümör (GİST)

- Gastrointestinal sistemin muskularis propriasında bulunan CAJAL hücrelerinin (İntestinal motiliteden sorumlu hücreler) tümörüdür.
- Tüm malign mide tümörlerinin yaklaşık %2-3'ünü oluşturur.
- %80 benign karakterlidir.
- Midede en sık görülen tipi epitelyal hücrede stromal tümördür.
- Aynı Leiomyomlar gibi submukozal tümörlerdir ve bu yüzden üzerlerindeki mukoza hareketli ve normal görülebilir.
- En sık geliş bulgusu kanamadır.
- GİST'ler C kit mutasyonu pozitif tümörlerdir. (%95)
- GİST'ler CD34 ve CD117 boyalarıyla boyanabilirler. (%70)
- Kötü prognozlu GİST'lerde Ki67 (mitoz belirteci) boyasıyla boyanma tespit edilebilir. GİST'ler gastrointestinal sistemde en sık midede görülürler.
- İnce bağırsaktaki GİST'ler midedeki GİST'lerden daha fazla malignite potansiyeli içerirler.
- GİST'lerin süksinat dehidrogenaz aktivitesi de gösterirler.
- GİST'lerin prognozu tümör boyutu ve mitoz sayısına bağlıdır.
- Mide GİST'lerinde pozitif olan PDGFRA D842V mutasyonu unutulmamalıdır.
- C kit pozitif GİST'ler tedaviye daha iyi yanıtlıdır ve tedavide imatinib tedavisi kullanılmalıdır. Çok düşük ve düşük riskli GİST'lerde tedavide cerrahi sonrası ancak nüks durumunda imatinib başlanırken orta ve yüksek riskli GİST'lerde cerrahi tedavi sonrası profilaktik imatinib tedavisi uygulanır.

REFERANS: EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 249, 250

SORU/REFERANS

89) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Akut üveit ön tanısı ile tedavisi devam eden 52 yaşında erkek hasta tek gözünde kanama ve ağrı ile acile gelmiştir. Karın ağrısı ve ishal şikayetleride olan bu hastaya ne yapılması uygundur?

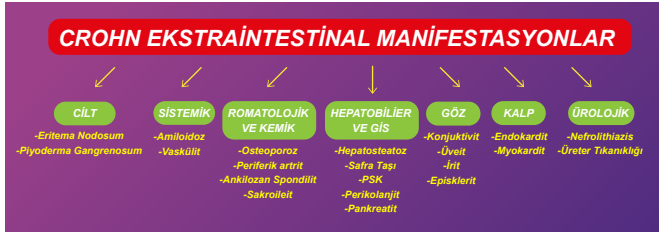
CEVAP: Kolonoskopi

AÇIKLAMA:

*Crohn hastalığında ekstraintestinal bulgular ülseratif kolitten daha fazladır.

*Crohn hastalığında tanı terminal ileumun patolojik değerlendirilmesi ve kolonoskopik görüntüleme ile konulur. Patoloji açısından değerlendirildiğinde ülseratif kolit ve crohn ayrımında patolojik spesimenler net ayırım genellikle sağlayamazlar. Bu ayrımı yapamadıkları gibi klinik olarak ülseratif kolit ve crohnun tüm özelliklerini taşıyan intermediate kolit tablosunun ekartasyonu da imkansızdır.

*Crohn tanısı enteroklizisde **atlamalı segmenter tutulum alanları**, bağırsak duvarlarında kalınlaşma, bağırsak duvarlarının frajil hale gelmesi ve bağırsak lümeninin daralması tespit edilebilir. Bağırsak lümeninin daralıyor olmasına tıp literatüründe **kanturun ip belirtisi** (sicim bulgusu) denir.



REFERANS: EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 264

SORU/REFERANS

90) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

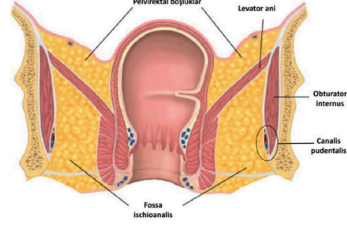
Rektumu koksiks ve saktrumdan ayıran yapı?

CEVAP: Waldeyer fasyası

AÇIKLAMA:

Fossa Ischioanalıs:

- Anal kanalın çevresinde bulunan, piramid şeklinde ve ucu diaphragma urogenitale'ye bakan boşluktur.
- **Önde (apeks)** derin perine aralığındaki kasların (m. transversus perinei profundus ve m. sphincter urethrae externus) ve sphincter urethrae
- **Arkada** lig. sacrotuberale ve m. gluteus maximus'un alt kenarı
- **Lateralde** tuber ischiadicum, m. obturatorius internus'un alt parçası ve canalis pudendalis
- **Medialde** m. sphincter ani externus ve m. levator ani ile sınırlandırılır.
- **Tabanında** cilt, cilt altı dokular ve fascia'lar bulunur.
- **İçerisinde;** v.a.n. rectalis inferior, S2-S3-S4 dalları bulunur.



PROSTAT (Gl. prostatica)

- Erkek genital sisteminin en büyük ekleni bezidir.
- Pelvis minor'da, mesanenin altında, diaphragma urogenitale'nin üstünde ve rectum'un önündedir.
- Tabanı mesane, tepesi diaphragma urogenitale'nin üzerine örten fascia ile komşuluk yapar.
- Arka yüzü rectum ile komşudur (septum rectovesicale – Denonviller fasyası).
- Ön yüzü lig. puboprostaticum ile pubis'e bağlıdır (spatium prevesicale-spatium retropubicum).
- Bu yüzde extreperitoneal yağ dokusu ve Santorini ven pleksusu (plexus venosus prevesicalis) ile komşudur.
- Alt-yüzleri m. levator ani'nin ön kısmı ile komşudur.

Corpus uteri

- Tuba uterina'ların uterus'a girdiği yere **cornu uteri** denir.
- Cornu'ların üstünde kalan corpus bölümüne **fundus uteri** denir.
- Cornu uteri'nin arka-alt tarafında **lig. ovarii proprium**, ön-alt tarafında **lig. teres uteri** uterusu tutunur.
- Corpus uteri ile cervix uteri'nin yukarısında kalan dar bölüme **isthmus uteri** denir.
- Corpus uteri'nin mesane ile komşu olan alt yüzünü örten periton, mesanenin üst yüzüne atlar, böylece bu iki organ arasında oluşan çikmaza, **excavatio vesicouterina** denir.
- Uterus'un alt ve vagina'nın üst-arka bölümü ile rectum arasında oluşan çikmaza ise **excavatio rectouterina (Douglas çikmazı)** denir. Burası kadınlarda karın boşluğunun en derin kısmı olup, aspirasyon materyalinin biriktiği yerdir.

REFERANS: ANATOMİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 116, 249, 253

SORU/REFERANS

91) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

İshal, kabızlık, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu ve karın ağrısı şikâyetleri olan 72 yaşındaki erkek hasta acile başvuruyor. Fizik muayenesinde 37,3 *C ateşi ve sol alt kadranda hassasiyeti olan radyolojik görüntülemesinde inen kolon duvarında kalınlaşma olduğu için en olası tanı?

CEVAP: Komplike divertikülit

AÇIKLAMA:

- Divertiküllerin yıllar içerisinde ağız bölgeleri akut bir şekilde kapandığında içerilerindeki boşluk alan bir kapalı ans obstrüksiyon a dönüşür ve cep şeklindeki alan giderek şişer. Bu şişmeyle birlikte bölgede bakterilerin çoğalabileceği bir ölü boşluk oluşur ve enfeksiyon başlar. **Bu tablo divertikülit olarak adlandırılır ve ateş yüksekliği (38,5), lökositoz (13000) ve göbekte başlayan ve sol alt kadrana inen karın ağrısı ile karakterizedir.** Bu tabloda şişen bağırsak cebinin ufak bir alandan patlaması ve o bölgenin omentum tarafından sarılması önemli rol oynar.

Divertikülit tedavisi;

* DVİT 1.ATAK-----ORUÇ + NG + ANTİBİYOTİK + TAKİP

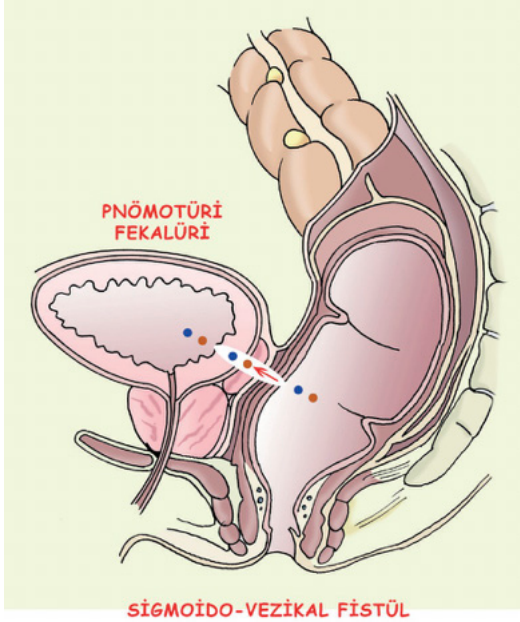
* DVİT 1. ATAK YATIŞIRSA ÖNERİLERLE(POSALI DİET VS)-----TABURCU

* DVİT 1. ATAKTA TEDAVİDE KÖTÜLEŞTİ---ACİL CERRAHİ-----SİGMOİD REZEKSİYON

* DVİT 2. ATAK-----ORUÇ + NG + ANTİBİYOTİK + TAKİP

* DVİT 2. ATAK YATIŞIRSA 1 AY SONRA ELEKTİF SİGMOİD REZEKSİYON önerilmelidir.

- Hasta amanezde geçirilmiş divertikül atağı ve veya atakları tarifler ve idrar öncesi ve sonrasında enfeksiyon ve ağrı bulguları ile birlikte pnömotüri(idrarla gelen hava) ve fekalüri (idrarla gelen dışkı) tarifler. Hastalar bu durumda operasyon ile en kısa zamanda tedavi edilmelidirler.



REFERANS: EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 287, 288, 289

SORU/REFERANS

92) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

İnsizyonel hernilerle ilgili doğrudur?

CEVAP: Yara enfeksiyonu gelişen insizyonlarda sık görülür, Vertikal kesilerde herni oluşma riski, transvers veya oblik kesilerdeki riskten daha yüksektir, Primer onarım ya da mesh ile onarım tercih edilebilir.

AÇIKLAMA:

Anterior Yaklaşımlar

- Lichtenstein:** Günümüzde en çok kullanılan yamalı fıtık onarımıdır.
- Mcvay:** Cooper ligamanının fasya transversalis ve m.transversus abdominise tek tek dikildiği cerrahi yöntemdir.
- Bassini:** İliopubik traktın fasya transversalis ve m.transversus abdomilise tek tek dikildiği, tendon konjuana ise devamlı dikildiği cerrahi yöntemdir.
- Moskovitch Yöntemi:** Cooper ligamanının inguinal ligamana sağlamlaştırdığı yöntemdir.
- Shouldice:** Devamlı dikişlerle yapılan bassinidir.

İnsizyonel Fıtıklar

- Tamamı iyatrojenik olarak yapılan cerrahlere sekonder oluşan fıtıklardır. Bu fıtığın oluşumunda en önemli risk faktörü enfeksiyonlardır.

REFERANS: EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 379, 382

SORU/REFERANS

93) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

92 yaşındaki erkek hasta, sağ üst kadrın karın ağrısı, ateş ile acil servise getiriliyor. Alzheimer ve safra kesesi taşı sorunları olduğu öğreniliyor. Ultrasonografide safra kesesi hidropik görünümde olup içinde milimetrik taşlar saptanıyor. Hastaya uygulanacak en uygun tedavi seçeneği aşağıdakilerden hangisidir?

CEVAP: Perkütan kolesistostomi

AÇIKLAMA:



REFERANS: EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 343

SORU/REFERANS

94) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Akalkülöz kolesistit için risk oluşturması en az olasıdır?

CEVAP: Uzamış enteral nütrisyon

AÇIKLAMA:

4: Akalkülöz kolesistit (taşsız kolesistit)

Safra kesesinde taş olmamasına rağmen akut inflamasyonun tespit edildiği hastalıktır.

Tüm kolesistitlerin %5'ini oluşturur.

- **Kötü prognozudur.**
- **Akalkülöz kolesistit riskini arttıran etiyolojik faktörler;**
 1. İleri yaş
 2. Travma
 3. Sepsis
 4. DM
 5. Cerrahi
 6. Yanık
 7. Uzun süre TPN almak (YB hastası)
 8. Uzun süre ağızdan gıda almamak (YB hastası)
- **USG'de safrakesesi taşı hariç tüm bulgular ayndır.**

REFERANS: EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 342

SORU/REFERANS

95) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Pankreatik bilgisayarlı tomografi tarama protokolü endikasyonlarından olmayan?

CEVAP: Kolanjit şüphesi

AÇIKLAMA:

- **KOLANJİT = Safra yolu obstrüksiyonu + safra yolunda bakteri (bakteribilia)**
- **Safra yolundaki basınç / Venöz basıncın üzerine çıktığında safra yolu içeri venöz sisteme geçer ve bakteriyemiye bağlı sepsis oluşur.**
- **Kolanjit sistemik sepsis'e gittiği için ciddi bir tablodur.**
- **E.coli ve klebsiella en sık izole edilen mikro-organizmadır**
- **Kolanjit in en sık komplikasyonu Karaciğer absesidir. (Piyojen abse)**
- **Tanıda USG, MRCP ve BT kullanılabilir.**
- **PTK ve ERCP hem tanı hem de tedavi amaçlı uygulanabilirler.**

REFERANS: EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 347

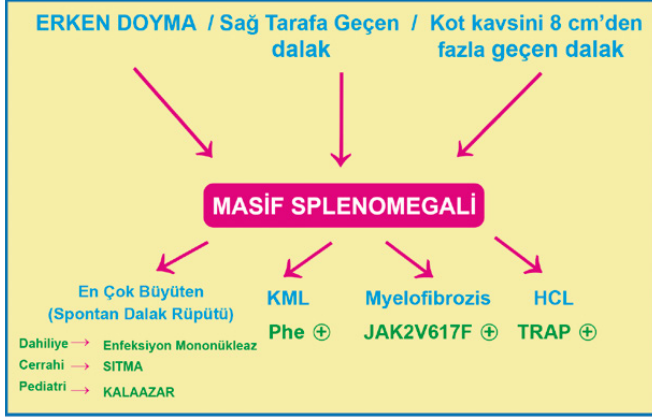
SORU/REFERANS

96) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Dalağın malign hastalıklarıyla ilgili yanlıştır?

CEVAP: Hairy cell lösemide genellikle splenomegali olmaksızın pansitopeni görülür.

AÇIKLAMA:



REFERANS: EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 374

KÜÇÜK STAJLAR 20/25

SORU/REFERANS

30) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Yüz, saçlı deri ve üst gövdedeki seboreik bölgelerde yerleşim gösteren pemfigus klinik tipi?

CEVAP: Pemfigus foliaceus

AÇIKLAMA:

Pemphigus foliaceus:

- * Subkorneal, intraepidermal büller yüzeyel olduğu için genelde sağlam bül izlenmez.
- * Eritematöz zeminde kabuklu erozyonlar görülür.
- * Tutulum > Seboreik dağılım gösterir (Yüz, saçlı deri, üst ekstremiteler), mukozalar tutulmaz.
- * Pemfigus eritematozus > P.Foliaceus'un alt tipi > lupus gibi malar bölge tutulur

REFERANS: KÜÇÜK STAJLAR EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 252

SORU/REFERANS

31) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Derinin primer elementer lezyonu değildir?

CEVAP: Ülser

AÇIKLAMA:

ELEMENTER LEZYONLAR

- A) **Primer**
Makül: deriyle aynı seviyede 5 mm'den az çaplı çevresinden deriden sadece renk bakımından farklı nonpalpable lezyon (hiperpigmente vs.)
Patch: 5 mm üstündeki makül lezyon.
Papül: Çapı 5 mm'den küçük sert solid lezyonlardır.
Nodül: Çapı 5 mm üzerindeki sert solid lezyonlardır.
Vezikül: Çapı 0,5 cm altındaki intra veya subepidermal su toplanmasıdır.
Bül: Çapı 0,5 cm üzerindeki intra veya subepidermal su toplanmasıdır.
Püstül: Pü içeren su toplanmasıdır vezikül veya bül olabilir.
Plak: birleşmiş papiller lezyonlardır.

B) **Sekonder**

- Kurut:** Sulantılı elementer lezyonun üzerindeki materyalin kurumasıyla oluşan sert yapıdır.
Ekskoriasyon: Kaşıntıyla epidermin çizilerek kalkmasıdır.
Erozyon: Epidermiste yüzeyel doku kaybıdır.
Likenifikasyon: Kaşıntıyla derinin kabarmasıdır.
Ülser: Epidermis ve dermisi içine alan doku kaybıdır.
Skar: Ülserlerin ve derin yaraların fibrozisle iyileşmesidir.
Skuam: Stratum korneum tabakasının gözle görülür dökülmesidir (kepeklenme).

REFERANS: KÜÇÜK STAJLAR EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 246

SORU/REFERANS

32) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

62 yaşındaki erkek hasta, sağ tarafında ani başlayan kuvvet kaybı atağı nedeniyle başvuruyor. Bir ayda iki kez sol gözünde 5-10 dakika süren görme kaybı atakları olduğu öğreniliyor. En olası neden?

CEVAP: Sol karotis intema

AÇIKLAMA:

İSKEMİK İNMELEER

- > Arteriyel trombüs, emboli ve sistemik hipoperfüzyon nedeniyle gerçekleşir.
- > Arteriyel trombüslerin en sık nedeni **aterosklerozdur** ve genelde büyük damarlar etkilenir.
- > Emboller genelde **karotis** sisteminden kaynaklanır, atriyal fibrilasyon ve kapak hastalıkları ise emboli oluşumunda önemli nedenlerdir.
- > Sistemik **hipoperfüzyonda** ise özellikle **watershed** alanlar etkilenir.

BEYNİN DAMARLARI VE LEZYONLARI

ARTERİA KAROTİS İNTERNA

- > **Amorazis fugaks** en sık bulgusudur.
- > Görme genellikle geri döner ancak retinal enfarkt gelişen hastalarda kalıcı görme kaybı olabilir.

REFERANS: KÜÇÜK STAJLAR EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 160

SORU/REFERANS

33) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

40 yaşındaki erkek hasta, son bir haftadır ortaya çıkan baş dönmesi atakları nedeniyle başvuruyor. Ağrı eğilip kalkarken ortaya çıkıyor ve bir dakikadan kısa sürüyor. En olası tanı?

CEVAP: Benign pozisyonel paroksizmal vertigo

AÇIKLAMA:

Benign paroksizmal pozisyonel vertigo (en sık)

- * Hastalarda belli baş pozisyonundaki değişimlerde başlayan **dakikalar** süren rotasyonel vertigo atakları olur
- * Pozisyonel vertigonun en sık nedeni
- * Etiyoloji > Kanalitiazis > Semisirküler kanal endolenfi için serbest gezen otolitler
 > Kupulolitiazis > Semisirküler kanal kupulasına yapışık otolitler
 > Kafa travması, viral enfeksiyonlar, dejeneratif hastalıklar tetikleyebilir
- * En sık **posterior semisirküler** kanalda görülür
- * Tanı > **Dix-Hallpike manevrası** > Nistagmus ve vertigoyu ortaya çıkarır
 > 20 saniye süren latent periyot > vertigo ve etkilenen kulağa doğru geotropik nistagmus > oturma düzeldir
- * Tedavi > **Epley manevrası (repozisyon)**, Brandt-Daroff egzersizleri

REFERANS: KÜÇÜK STAJLAR EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 77

SORU/REFERANS

34) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Beşin ölümü kriterlerinden?

CEVAP: Kalorik teste bilateral yanıtızlık

AÇIKLAMA:

REFERANS: EFSANE KONU KİTABI SAYFA:

SORU/REFERANS

35) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Kilo alma korkusu ve yemek yeme kısıtlaması yaşayan hastada hangi bulgu en az görülür?

CEVAP: FSH düzeyinde azalma

AÇIKLAMA:

REFERANS: EFSANE KONU KİTABI SAYFA:

SORU/REFERANS

36) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Bilinç bulanıklığı olmayan hasta kooperaston tamdır ayrıca üst ekstremitede bilateral rijiditesi olduğu saptanıyor en olası tanı?

CEVAP: Nöroleptik malign sendrom

AÇIKLAMA:

REFERANS: EFSANE KONU KİTABI SAYFA:

SORU/REFERANS

37) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Derin dokuları ısıtma için kullanılan?

CEVAP: Ultrason

FİZİK TEDAVİ UYGULAMALARI MODALİTELERİ

Dokuda terapötik geni oluşturma amacıyla uygulanır.

Endikasyon uygulanacak modalite uygulanması bölgesi, uygulama şiddeti, tedavi süresi ve tedavi sıklığına göre değişir.

tusworld.com.tr

Kazananların
dünyası

221



Küçük Stajlar

Derin ısıtıcılar: USG, **derin dokularda** dolaşımı arttırmak için kullanılır, değişik frekanslarda kullanım sağlar.

Yüzeysel ısıtıcılar: Hot-pack, Cold-pack, inflamasyon durumunda (akut) cold- pack, kronik durumda ve dolaşım arttırmak amacıyla hot-pack kullanılır (DVT de KE).

FES (fonksiyonel elektriksel stimülasyon) : Üst motor lezyonu olmuş sağlam alt motor ünite varsa, kas stimülasyonu için kullanılır.

TENS (transkutanöz elektrik sinir stimülasyonu) : Ağrı kesmek amacıyla kullanılır.

AÇIKLAMA:

REFERANS: KÜÇÜK STAJLAR EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 221, 222

SORU/REFERANS

38) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

İki farklı teknik ile enfeksiyon olasılığı için farklı risk değerleri belirlenmiştir. Daha net sonuca ulaşmak için hangi yöntem kullanılır?

CEVAP: Meta-analiz

AÇIKLAMA:

REFERANS: EFSANE KONU KİTABI SAYFA:

SORU/REFERANS

40) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Kas hasarında en duyarlı belirteç?

CEVAP: Serum kreatin kinaz düzeyi

AÇIKLAMA:

- CK en sensitif enzimdir ve yaklaşık 50 kat artabilir. Serum glutamik oksaloasetik ve glutamat piruvat transaminaz ile AST,ALT, LDH, ANA, aldolaz da yükselir (aldolaz CK normal olduğunda da artabilir.)
- Aminoasit tRNA sentetazlardan olan histidil tRNA 'ya karşı gelişen Anti-Jo-1 en sık görülen antitiktordur. Anti- Mi antikorları ve SUMO-1 (anti-küçük ubikuitin benzeri modifiye edici) DM'ye spesifiktir.

REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 334

SORU/REFERANS

41) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Ventilaston-perfüzyon sintigrafisi paternlerden pulmoner emboliyi düşündürür?

CEVAP: Perfüzyon çalışmasında üç adet büyük segmentel defekt varlığı

AÇIKLAMA:

Ventilasyon Perfüzyon Sintigrafisi

Pulmoner emboli de normal ventilasyon ile birlikte perfüzyon defekti izlenir.

REFERANS: EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 120

SORU/REFERANS

42) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

5 saatlik yürüyüş sonrası topuk ağrısı ile acile gelen kadın hasta için en olası tanı?

CEVAP: Yorgunluk kırığı

AÇIKLAMA:

REFERANS: EFSANE KONU KİTABI SAYFA:

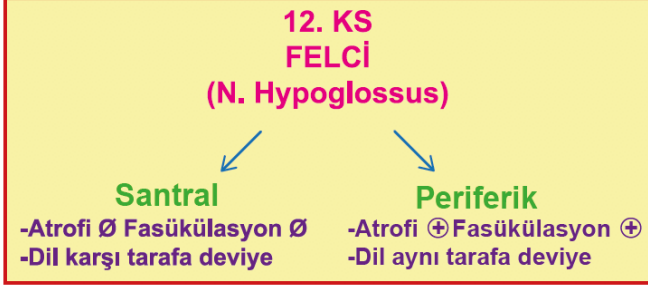
SORU/REFERANS

97) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Sağ karotis endarterektomi ameliyatı yapılan hastanın dilini dışarı çıkarması istendiğinde dilin sağa deviye olduğu görülüyor. Ameliyatta gelişen durum?

CEVAP: Hipoglossal sinir zedelenmesi

AÇIKLAMA:



REFERANS: KÜÇÜK STAJLAR EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 146

SORU/REFERANS

98) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

May-Thurner hangi yapılar arasındaki basıya bağlı olarak gelişmesi en olasıdır?

CEVAP: Sağ ana iliak arterin sol ana iliak vene basısı

AÇIKLAMA:

REFERANS: EFSANE KONU KİTABI SAYFA:

SORU/REFERANS

99) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Porfria türünde kullanılmaması gereken intravenöz anestezi indüksiyon ajanı nedir?

CEVAP: Tiopental

AÇIKLAMA:

REFERANS: EFSANE KONU KİTABI SAYFA:

SORU/REFERANS

100) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Düşük dozlarda antiemetik etkisi vardır?

CEVAP: Propofol

AÇIKLAMA:

Propofol

- Genelde kısa süreli cerrahilerde ya da mekanik ventilasyona bağlı hastaların tedavisinde tercih edilir. Çok kısa yarı-ömründen ötürü hem indüksiyonda hem de idamede kullanılabilir.
- Antiemetik etkilidir. Bu yüzden subanestezik dozlarda postoperatif emezisi tedavi etmek için kullanılır.
- Kalp debisini azaltır ve kan basıncını düşürür. Refleks taşikardiye neden olur.

REFERANS: FARMAKOLOJİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 186

SORU/REFERANS

101) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Erişkinlerde mediastende çoğunlukla posterior yerleşimli olan?

CEVAP: Schwannoma

AÇIKLAMA:

ARKA MEDIASTİNUM PATOLOJİLERİ

- > Nörojenik tümörler > en sık
 - > köken aldıkları hücreye göre gruplandırılırlar.
 - > sempatik gangliyon > nöroblastom, gangliyoblastom, gangliyonöroma
 - > sinir kılıfı > schwannom, nörofibroma > genelde benignlerdir
 - > paragangliyon > feokromasitoma > 1131 ile lokalizasyon
 - > tansiyon kontrolü için asla önce beta blokör verilmez
 - > alfa blokör sonrası beta blokör verilebilir.

REFERANS: EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 127

SORU/REFERANS

102) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Wilms tümöründe görülme olasılığı düşüktür?

CEVAP: İleus

AÇIKLAMA:

Willm's Klinik:

- Ortalama görülme yaşı – 3 yaş
- En sık bulgu – abdominal kitle
 - o Genellikle asemptomatik, üzeri düzgün, sert ve orta hattı geçmiş
- Hipertansiyon
- Mikroskopik veya gross hematüri
- Paraneoplastik sendromlar:
 - o EPO polisitemi
 - o PTH ilişkili peptid hiperkalsemi

REFERANS: PEDIATRİ EFSANE KONU KİTABI 2 SAYFA:286

SORU/REFERANS

103) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

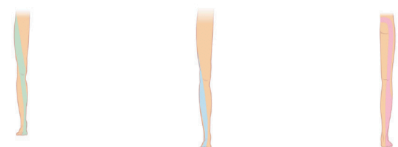
Belden sağ bacağa yayılan ağrısı olan 32 yaşındaki kadın lomber 4-5 intervertebral diskinde sağ posterolateralde disk hemiasyonu ve ciddi sağ L5 sinir kökü basısı saptanıyor.

En olası kas veya grupları?

CEVAP: Sağ musculus tibialis anterior ve sağ musculus extensor hallucis longus

AÇIKLAMA:

	L3-4	L4-5	L5-S1
Etkilenen kök	L4	L5	S1
Duyu	Medial malleus	Bacak laterali	Ayak laterali
Refleks	Patellar	Medial hamstring	Aşil
Kas	Kuadriceps femoris	Tibialis anterior	Gastrokinemus
Motor güçsüzlük	Diz ekstansiyonu	Düşük ayak	Plantar fleksiyon



REFERANS: KÜÇÜK STAJLAR EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 184

SORU/REFERANS

104) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

İnfantil idiopatik skolyoz ile ilgili yanlıştır?

CEVAP: Kızlarda daha çok görülür.

AÇIKLAMA:

REFERANS: EFSANE KONU KİTABI SAYFA:

SORU/REFERANS

105) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

50 yaşındaki kadın hasta, sağ el avuç içinde özellikle geceleri ve sabah uyandığında şiddetli ağrı olması başvuruyor. Diyabetik olduğu, hipotiroidi tedavisi gördüğü, bir yıldan fazla süredir uyuşmalarının olduğu öğreniliyor.

Bu hastada görülmesi en az olasıdır?

CEVAP: 4. ve 5. parmaklarda hipoestezi

AÇIKLAMA:

REFERANS: EFSANE KONU KİTABI SAYFA:

SORU/REFERANS

106) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

İrregüler duvarları ve septaları olan, malignite olasılığı 30-40 olan renal kitleler; Bosniak sınıflamasında hangi kategoridedir?

CEVAP: III

AÇIKLAMA:

Bosniak Sınıflaması	Takip
> Sınıf I > Homojen, septa-kalsifikasyon yok, kontrast madde tutulumu yok	Takip-tedavi gerekmez
> Sınıf II > İnce septumlar, ince kalsifikasyon, <3 cm, kontrast madde tutulumu yok	Takip-tedavi gerekmez
> Sınıf IIF > Çok sayıda ince septum, kalın kalsifikasyon, >3 cm, kontrast madde tutulumu yok	Takip (6-12 ay)
> Sınıf III > Düzensiz kalın duvarlı ve kontrast madde tutulumu var	Cerrahi eksizyon
> Sınıf IV > Sınıf III + Yumuşak doku tutulumu	Cerrahi eksizyon

REFERANS: KÜÇÜK STAJLAR EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 16

SORU/REFERANS

107) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

44 yaşındaki kadın hasta, yaklaşık 4 yıldır 4-5 ayda bir tekrarlayan ve 2-3 saat devam eden baş dönmesi şikâyetiyle başvuruyor. işitme kaybı ve kulak dolgunluğu olduğunu ifade ediyor. Sol kulakta ortalama 45 dB sensorinöral tip işitme kaybı tespit ediliyor. En olası tanı?

CEVAP: Meniere hastalığı

AÇIKLAMA:

Meniere hastalığı

* Etiyoloji > Endolenf emilimi (endolenfatik kese) ↓ veya yapım (stria vaskularis) ↑ > endolenfatik hidrops
* Tekrarlayan (dakika-saat süren) > Tinnitus, tek taraflı sensorinöral işitme kaybı, kulakta dolgunluk (aura), vertigo
* Vertigo geçer, ancak işitme kaybı dalgalanarak devam eder (düşük frekanslarda), ileri dönemde kalıcı tinnitus ve işitme kaybı
* 40-60 yaş arasında görülür, bilateral (%25)
* Tetikleyenler > Yüksek tuz alımı, kafein, stres, nikotin, alkol
* Tedavi > Akut atak > Yatak istirahati, antiemetik, betahistin, , intratimpanik deksametazon/gentamisin
> Uzun dönem > Tuz kısıtlaması, diüretikler, betahistin, , intratimpanik deksametazon/gentamisin
> Refrakter hasta > Labirentektomi, vestibüler nörektomi

Vertigo
a
Kulakta dolgunluk
işitme kaybı
Tinnitus

Meniere hastalığında kulakta ağrı olmaz!

REFERANS: KÜÇÜK STAJLAR EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 60

SORU/REFERANS

108) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

15 yaşındaki hasta, sağ gözüne sönmemiş kireç kaçması nedeniyle acile geliyor. İlk olarak yapılması gereken?

CEVAP: Serum fizyolojik ile irrigasyon yapılması

AÇIKLAMA:

REFERANS: EFSANE KONU KİTABI SAYFA:

KADIN DOĞUM

SORU/REFERANS

109) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Anti-fosfolipid antikor sendromuna yönelik laboratuvar tetkiklerinin yapılması düşünülmez?

CEVAP: G1POA1; nedeni belirlenemeyen 8 haftalık spontan düşük öyküsü

D.7.İmmunolojik Faktörler

Antifosfolipid antikor sendromu:

Etiyolojide rol oynayan en önemli antikorlar antikardiyolipin antikorları (daha sık) ve lupus antikoagulanıdır.

Antifosfolipid antikorlardan en az bir tanesi pozitif +

1. Venöz ve arteriel tromboz gelişimi /

28

Double-click to h

2. Tekrarlayan düşük (yada 10 hafta sonrası tek düşük)

3. Bir önceki gebeliğinde preeklampsi nedeniyle erken doğum

Tedavide heparin, düşük moleküler ağırlıklı heparin, aspirin verilebilir.

Tedaviye gebelik saptandığında başlanır ve doğuma kadar devam edilir.

REFERANS: KADIN DOĞUM EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 28

SORU/REFERANS

110) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

35 yaşında, G2P2Y2 olan hasta pelvik inflamatuvar hastalık tanısı ile hastaneye yatırılıyor. Tedavinin 36. saatinde hastada aniden konfüzyon, tasikardi ve hipotansiyon gelisiyor. Ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken en olası tanı?

CEVAP: Tuboovaryan apse rüptürü — Laparotomi ile acil cerrahi

AÇIKLAMA:

A.1.Tubo-ovaryan Abse

En ciddi PID tablosudur ve sıklıkla rekürren infeksiyon sonucu oluşur.

Rüptür, önemli bir komplikasyondur ve akut batin tablosu meydana getirir

Rüptüre olmamış olgularda antibiyotik tedavisi, rüptüre olgularda ise antibiyotik baskısı altında genellikle cerrahi yapılır.

Ampirik AB verilir.

AB'e rağmen ateş düşmezse öncelikle USG eşliğinde drene edilir.

REFERANS: KADIN DOĞUM EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 54

SORU/REFERANS

111) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

42 ve iki kez sezaryen ile canlı doğum hikâyesi olan kadın, âdet gecikmesi ve evde yaptığı idrarda gebelik testi pozitifliği ile başvuruyor. Son âdetini 11 hafta önce görmüş olan kadının son 3 haftadır artan bulantı-kusma şikâyetleri vardır. Parametrelerden hangisinin yakın takip edilmesi en uygundur?

CEVAP: B-hCG düzeyleri

AÇIKLAMA:

A.2.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: KADIN DOĞUM EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 29

SORU/REFERANS

112) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Birinci trimester fetal anöploidi taramasında tek başına ya da kombine olarak kullanılabilen tetkiklerden olmayan?

CEVAP: Maternal serumda alfa-fetoprotein (AFP)

AÇIKLAMA:

A.2.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: KADIN DOĞUM EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 29

SORU/REFERANS

113) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Gebelikte hipertiroidinin en sık nedeni?

CEVAP: Graves hastalığı

AÇIKLAMA:

E.2.HİPERTİROİDİ

Olguların çoğu Graves hastalığına bağlıdır (%85).

Tiroid stimulan hormon reseptör antikor (TSHRAB) fetal veya neonatal hipertiroidi nedeni olabilir.

Troid fırtınası geçici KMP ve Kalp yet. yapabilir.

Subklinik hipertiroidi tedavi edilmez.

Hiperemizeze bağlı gelişen hipertroidide PTU gibi antitroid ilaçlar verilmez.

Radioaktif iyot ile sintigrafi veya tedavi, gebelikte kontraendikedir.

Tedavide PTU ve metimazol kullanılır.Hastalarda geçici lökopeni(%10),agranülositoz(%0,3),hepatotoksisite yapabilirler.

Metimazol 1. trimesterde aplasia kutis ve koanal atreziye neden olur.

F.GEBELİK VE ANEMİ

1. ve 3. trimesterde hemoglobin 11g/dl,2.trimesterde 10.5g/dl altındaki değerleri anemi olarak kabul eder.(en sık dilüsyonel)

REFERANS: KADIN DOĞUM EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 95

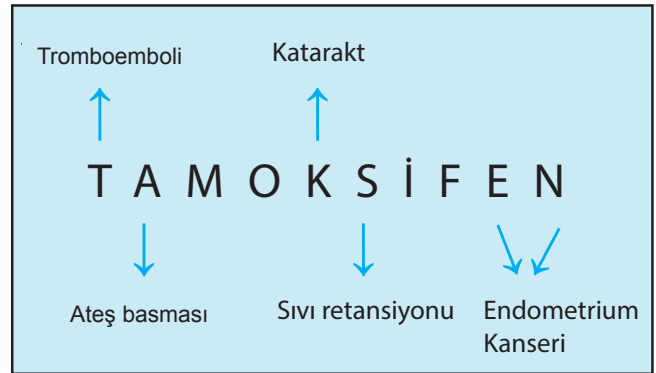
SORU/REFERANS

114) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

60 yaşındaki kadına meme kanseri için tamoksifen tedavisi önerilmiştir. Bu hastada tamoksifen tedavisi ile ilgili artış?

CEVAP: Endometriyum kanseri

AÇIKLAMA:



REFERANS: GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 196

SORU/REFERANS

115) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Üretra kasları ile ilgili yukarıdaki ifadelerden hangileri yanlıştır?

CEVAP: Üretrovajinal sfinkterkaşı, üretrayı çevresel olarak tamamen sarar.

AÇIKLAMA:

REFERANS: EFSANE KONU KİTABI SAYFA:

SORU/REFERANS

116) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Hangisi diğerlerine göre rahim içi incelemede saptanabilir?

CEVAP: Actinomyces tsraelii

Actinomyces israeli

- Normal vücut florasında bulunmaktadır. Bu nedenle **travma** (diş çekimi, RIA takılması vs.) sonrası enfeksiyona neden olabilir.
- Anaerob (katalaz -)
- Sülfür granülleri patojenliğin göstergesi olup, tanısında kullanılmaktadır.
- Diş çekimi sonrası **kronik, ağrısız drene olan sinüs kanallarını** içeren servikofasiyal tipi (en sık) ya da **rahim içi araç takımı sonrası pelvik abseye** neden olan pelvik tipi bulunmaktır.

REFERANS: MİKROBİYOLOJİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 121

SORU/REFERANS

117) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Kombine oral kontraseptifler hakkında yanlış olan?

CEVAP: Östrojen etkisiyle servikal mukus kalınlaşır ve implantasyon için uygunsuz bir endometriyum oluşur.

AÇIKLAMA:

C.1.A.KOK'ların Etki Mekanizmaları

Ovulasyon inhibisyonu (en önemli)

Progesterinler, endometriumda desidualizasyon meydana getirir. Östrojenler artırır.

Progesterinler, servikal mukusu kalınlaştırarak etki ederler.

Progesterinler, uterus ve tüp motilitesini etkiler

Haplar ideal olarak her gün aynı saatte alınmalıdır.

En sık yan etkisi ara kanamadır.

C.1.B. KOK kesin kontrendikasyonları

Tromboflebit, tromboembolik hastalıklar ait anamnez

Ciddi karaciğer fonksiyon bozuklukları ve karaciğerin akut ve kronik kolestat

Meme kanseri veya şüphesi

Nedeni bilinmeyen vajinal kanama

Gebelik veya gebelik şüphesi

Ciddi hiperkolesterolemi ya da hipertrigliseridemi

REFERANS: EFSANE KONU KİTABI SAYFA:

SORU/REFERANS

118) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Sezeryan ile doğum yapmış, ancak düzenli ve korunmasız ilişkiye rağmen 2 yıldır gebe kalamayan 26 yaşındaki hastaya ne önerilmez?

CEVAP: Luteal faz yetmezliği tanısına yönelik endometriyal örnekleme

AÇIKLAMA:

B.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

Bu testlerde normal ise **2. Basamak** olarak **diagnostik laparoskopi** yapılır.

REFERANS: KADIN DOĞUM EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 61

SORU/REFERANS

B.3.KOLPOSKOPİ

Kolposkopik inceleme için Asetik asit (%3-5) ve Schiller testi kullanılabilir.

Atipik damarların varlığı ise invazif kanser için en önemli kolposkopi bulgusudur.

Diğer patolojik bulgular:mozaisizm,punktuasyon,bevez epitel'dir.

Kolposkopide transformasyon zonu tamamen görüntülenemiyorsa yetersiz kolposkopiden bahsedilir.

Premenopozda ve menopozda yetersiz kolposkopi sıklığı artar. Kolposkopi yetersize endoservikal küretaj (ECC) yapılmalıdır.

REFERANS: KADIN DOĞUM EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 5

SORU/REFERANS

120) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Endometrioid tip endometriyum kanserleri için doğrudur?

CEVAP: PTEN mutasyonu daha sıktır.

AÇIKLAMA:

Tip 1 endometrium CA

Östrojen maruziyeti

Genç , perimenapozal kadınlarda

PTEN gen mutasyonu(iyi prognoz)

Kras gen mutasyonu(kötü prognoz)

Tip 2 endometrium CA

Östrojen maruziyeti yok

P53 mutasyonu,HER-2/neu ve onkogen ekspresyonu

Berrak hücreli CA

Seröz papiller CA

REFERANS: EFSANE KONU KİTABI SAYFA: