

**2023 NİSAN TUS'U TEMEL VE KLİNİK BİLİMLER
TUSWORLD REFERANSLARI**



SINAV BAŞARISI: 229/240

TEMEL BİLİMLER 115/120

ANATOMİ 13/14

FİZYOLOJİ: 16/18

BİYOKİMYA 22/22

MİKROBİYOLOJİ 20/22

PATOLOJİ 22/22

FARMAKOLOJİ 22/22

KLİNİK BİLİMLER 114/120

DAHİLİYE 28/29

PEDİATRİ 28/30

GENEL CERRAHİ 26/27

KÜÇÜK STAJLAR 23/24

KADIN DOĞUM 11/12

TUS 2023/ REFERANSLARI

TEMEL BİLİMLER

ANATOMİ 13/14

1. REFERANS 1 (SORU 1)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Distal Femur kırıklarında femur arka komşuluğunda ki yapılardan zedelenme riski yüksek olan ?

CEVAP : Arteria Poplitea

AÇIKLAMA:

FEMUR

- Clavicula'dan sonra ikinci sırada kemikleşmesi başlayan kemik, FEMUR'dur.
- İnsan vücudundaki en uzun ve en ağır kemiktir.

Extremitas distalis:

Facies patellaris:

Condylus lateralis

Epicondylus lateralis

Condylus medialis

Epicondylus medialis

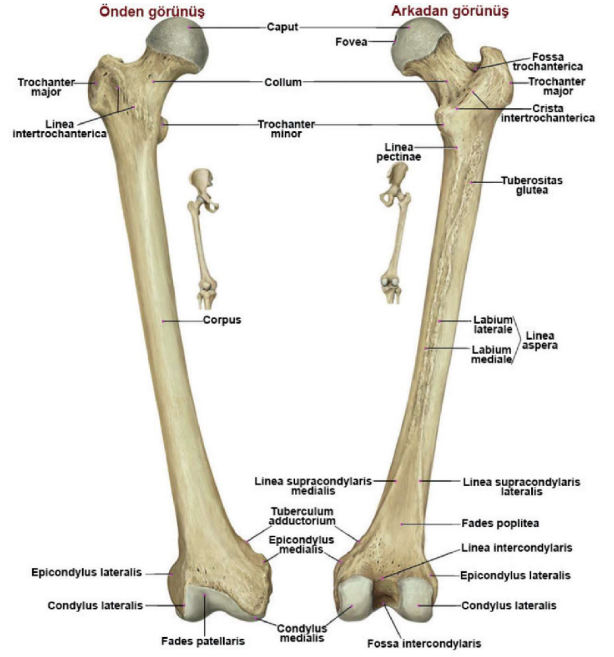
Tuberculum adductorium: M.adductor magnus'un hamstrig başı sonlanır.

Fossa intercondylaris

Linea intercondylaris

Erişkinlerde **supracondylar**, intercondylar ve condylar bölge kırıkları olabilir.

Çocuklarda epifiz kırıkları şeklinde. A.poplitea zedelenebilir.



REFERANS: ANATOMİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA 17-18

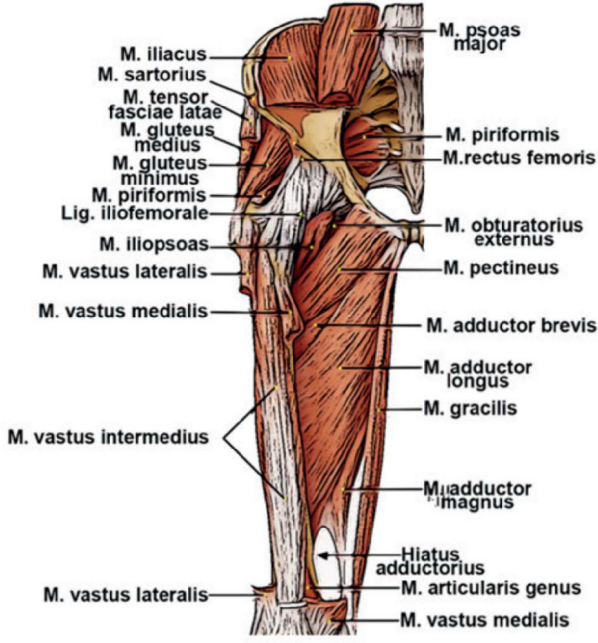
2. REFERANS 2 (SORU 2)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Pelviste ramus inferier ossis pubis parçalı kırıkta travmada kaslardan etkilenmesi en az ?

CEVAP: Musculus Pectineus

AÇIKLAMA:

KAS	ORIGO	INSERTIO	SİNİR	FONKSİYON
M. adductor longus	Pubis	Linea aspera orta kısım	N. obturatorius	*Uyluk addüksiyonu
M. adductor brevis	Pubis, ramus inferior	Linea pectinea (femur) ve linea aspera proximal kısım	N. obturatorius	*Uyluk addüksiyonu
M. adductor magnus	Adductor parça: Pubis, ramus inf. ve ischium Hamstring parça: Tuber ischiadicum	Adductor parça: linea aspera Hamstring parça: Tuberculum adductorium	Adductor parça: N. obturatorius Hamstring parça: N. tibialis	*Uyluk addüksiyonu *Adductor parça: Uyluk fleksiyonu *Hamstring parça: uyluk ekstensiyonu
M. gracilis	Pubis	Üst medial tibia (Pes anserinus)	N. obturatorius	*Uyluk addüksiyonu *Bacak fleksiyonu *Bacak iç rotasyona yardımcı
M. obturatorius externus	Membrana obturatoria	Fossa trochanterica	N. obturatorius	*Uyluk dış rotasyon
M. Pectineus	Pubis, ramus superior	Linea pectinea (femur)	N. femoralis	*Uyluk addüksiyon, fleksiyon *Uyluk medial rotasyona yardımcı



REFERANS: ANATOMİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA 95

3. REFERANS 3 (SORU 3)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Musculus sphinchter ani extanus kaslardan lifleri ile kaynamış ?

CEVAP: Musculus Pectineus

AÇIKLAMA:

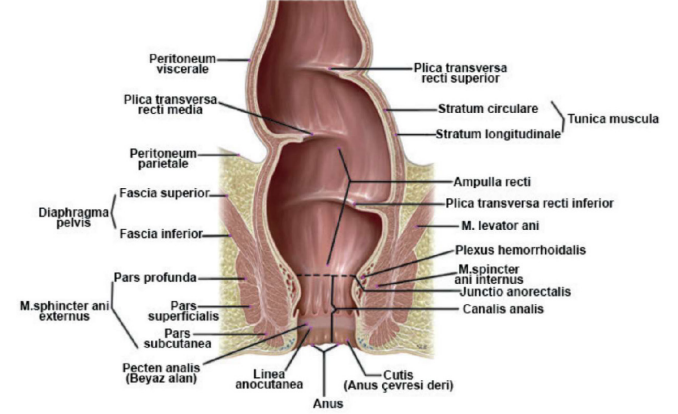
M. sphinchter ani externus (dış anal sfinkter):

Canalis analis'in tamamını kuşatan çizgili kas kitlesidir. İstemli çalışır. N. rectalis inferior (n. pudendus) ve S4'ün perineal dalı tarafından uyarılır.

M. levator ani'nin m. puborectalis adı verilen öne doğru uzantısı olan "U" harfi şeklindeki bölümü, rectum'un alt kısmının ön tarafa doğru çekilmesini sağlayarak anüs'ün bilinçli olarak kapatılmasına yardım eder. Bu kas bölümü, defekasyon anı hariç, anorektal açığı kapalı olarak tutar.

Defekasyon: Parasempatik S2-4 refleksi bir olaydır. Colon descendens dolduğu zaman başlar.

Rectum'un alt kısmındaki m. sphinchter ani externus, istemli çalışır ve diğer çizgili kaslardan farklı olarak sürekli kasılıdır. Sadece defekasyon anında gevşer. Defekasyonda, rectum fossa ischioanalis'e doğru genişler.



REFERANS: ANATOMİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA 219-220

4. REFERANS 4 (SORU 4)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Ayak bileğinin inversiyon hareketi sonucu burkulması ligament zedelenme en olası ?

CEVAP: Ligamentum talofibulare posterius

AÇIKLAMA:

ART. PEDIS

Art. talocruralis:

Ginglymus tip eklemdir.

Üstte tibia ve fibula, altta troclea tali arasındaki eklemdir.

Dorsifleksiyon (ekstansiyon) ve plantar fleksiyon (fleksiyon) yapılır.

Lig. collaterale mediale (deltoideum): Üçgen

şeklinde güçlü bir bağıdır.

Malleolus medialis ile os naviculare, os calcaneus ve talus kemikleri arasındadır.

4 parçası vardır.

Tibionavicularis

Tibiocalcanea

Tibiotalaris anterior

Tibiotalaris posterior

Ayak bileğinde aşırı eversiyonu engeller.

Lig. collaterale laterale:Malleolus lateralis'te sonlanır. 3 parçası vardır.

Lig. talofibulare anterius; inversiyonda ilk yaralan ligamenttir.

Lig. talofibulare posterius

Lig. calcaneofibularis

Ayak bileğinde aşırı inversiyonu engeller.

REFERANS: ANATOMİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA 56

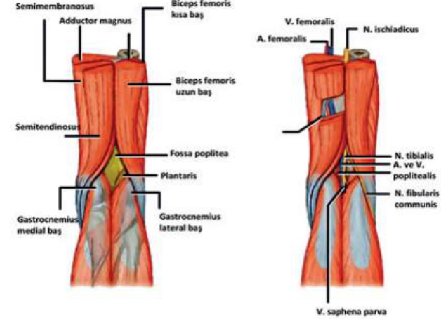
5. REFERANS 5 (SORU 5)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Fosso poplitea'da bulunan yapı?

CEVAP: Vena saphena parva Nervus fibularis communis Arteria poplitea Nervus tibialis
AÇIKLAMA:

Fossa Poplitea

Fossa Poplitea Sınırları ve İçeriği	
Üst iç sınır	M. semimembranosus ve m. semitendinosus
Üst dış sınır	M. biceps femoris
Alt iç sınır	M. gastrocnemius caput mediale
Alt dış sınır	M. gastrocnemius caput laterale ve m. plantaris
Anterior (Dişemesi)	Femur, lig. popliteum obliquum ve m. popliteus
Posterior (Çatısı)	Popliteal fasya ve cilt
İçeriği	A.v. poplitea ve dalları
	N. tibialis
	N. fibularis communis
	V. saphena parva'nın son bölümü
	N. cutaneus femoris posterior
	Popliteal LN



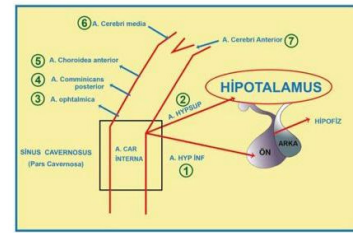
REFERANS : ANATOMİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA 101

6. REFERANS 6 (SORU 6)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Hypothalamus ait komşuluk?

CEVAP: Lateral - Capsula interna

- A. temporalis ant.-media-post.,
- Sulci centralis, a. sulci precentralis,
- Aa. parietales anteriores ve posteriores,
- A. gyri angularis
- R. COMMUNICANS POSTERIOR: A. carotis interna ile a. cerebri posterior'u (veya a. basilaris'i) birleştirir.
- A. CHOROIDEA ANTERIOR: Seyri sırasında iki defa tractus opticus'u çaprazlar. Tractus opticus, bazal ganglionlar, hypothalamus, capsula interna'nın crus posterior'u ve hippocampus'u besler.
- AA. EPIPHYSIALES SUPERIORES



REFERANS: ANATOMİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA 162

7. REFERANS 7 (SORU 7)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Pupilla ve akomodasyon refleksinde rol alan ?

CEVAP: Ganglion ciliare

AÇIKLAMA:

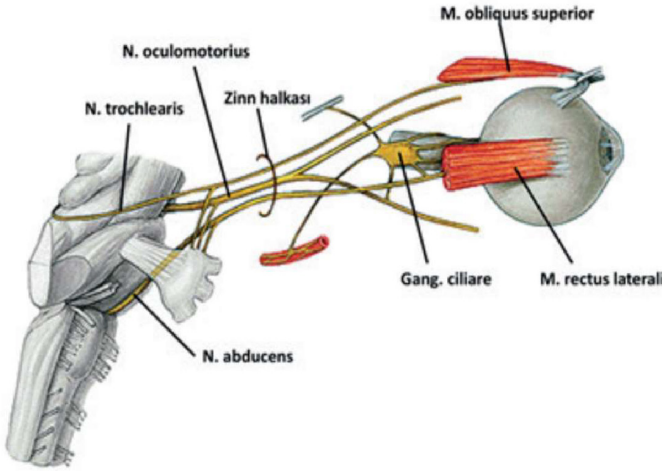
Nucleus oculomotorius accessorius (autonomicus) (Edinger Westphal): Mesencephalon'dadır.

Preganglionik PS lifler, **ggl. ciliare'de** sinaps

yaparak nn.ciliares breves şeklinde (postganglionik lifler) m.ciliaris ve m.sphincter pupillae'ye gider.

Tr.corticonuclearis'ten lifler alır (**accomodasyon refleksi**).

Her iki tarafın nuc.pretectalis'inden lifler alır (**direkt ve indirekt ışık refleksi**).



N. oculomotorius lezyonunda:

Pitozis (göz kapağı düşüklüğü)

Vertikal diplopi

Ekstrenal strabismus (dışa şaşılık)

Midriazis (pupil genişlemesi)

Aynı tarafta ışık refleksi ve akomodasyon kaybı ortaya çıkar.

En sık, a. communicans posterior'un anevrizmalarından etkilenir.

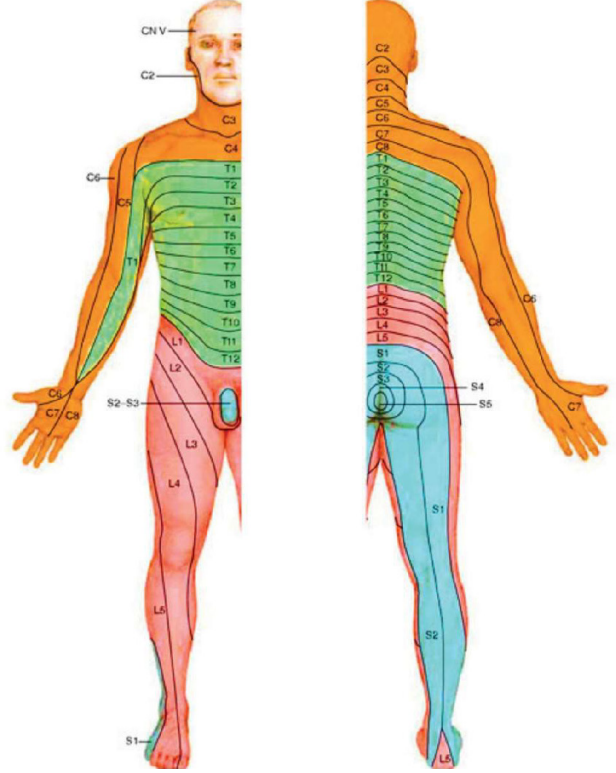
REFERANS: ANATOMİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA 300

8. REFERANS 8 (SORU 8)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Lumbol 4. spinal sinirin sıkışması en olası bulgu ?

CEVAP: Bacak medial yüzünde duyu kaybı

AÇIKLAMA:



C8 Küçük parmak, dorsal yüz, proksimal falanks

T1 Antekübital fossa medial(ulnar) kenarı, humerus medial epikondil'inin proksimali

T2 Aksilla apeksi

T4 Meme ucu hizası

T6 Ksiforternum seviyesi

T10 Umblicus

T12 Orta-klavikular hatta ve lig. inguinale orta noktası

L3 Dizin üzerinde condylus medialis üzeri

L4 Medial malleol

L5 Ayağın sırtında 3.metatarsofalangeal eklem

S1 Calcaneus

S2 Fossa poplitea orta noktası

S3 İnfragluteal kıvrım

S4-5 Perianal bölge

**REFERANS: ANATOMİ EFSANE KONU KİTABI
SAYFA 261**

9. REFERANS 9 (SORU 9)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: MR görüntüsü ?

CEVAP: Fasciculus uncinatus

**TUSWORLD KAYNAKLARINDA BU SORUYA
REFERANS VERİLELEMİŞTİR.**

10. REFERANS 10 (SORU 10)

**HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Midoksiller
çizgide interkostol aralık girilmesi en uygun?**

CEVAP: 9. ve 10. kaburgaların arası

AÇIKLAMA:

AKCİĞERLER (PULMONES)

Thorax duvarındaki projeksiyon:

Akciğerlerin alt kenarları midclavicular hatta 6. intercostal aralıkta, midaxiller hatta 8. ICA'ta ve arkada 10. ICA'dadır.

Plevranın alt kenarları ise midclavicular hatta 8. intercostal aralıkta, midaxiller hatta 10. ICA'ta ve arkada 12. ICA'dadır.

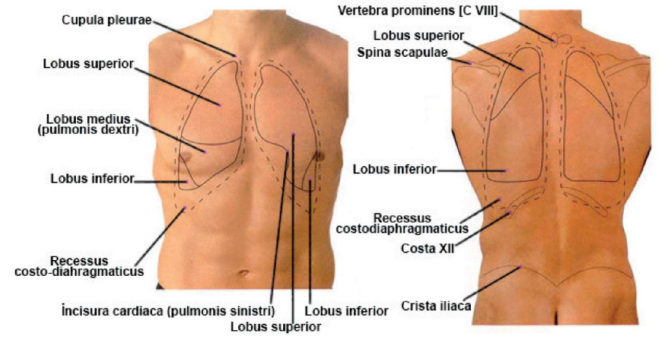
**REFERANS: ANATOMİ EFSANE KONU KİTABI
SAYFA 139**

Pleura parietalis'in çıkmazları: Pleura parietalis'in akciğerin bir yüzünden diğerine atlarken meydana getirdiği çıkmazlardır.

Recessus costodiaphragmaticus:

Costodiaphragmatik bileşke ile akciğerin alt kenarı arasında oluşur. Maksimum inspirasyonda bile bu çıkmaz akciğer ile tamamen doldurulamaz (komplementer aralık).

Linea midaxillaris'te istirahat halinde 10, derin inspiriumda 11. costa'ya denk gelir.



**REFERANS: ANATOMİ EFSANE KONU KİTABI
SAYFA 142**

11. REFERANS 11 (SORU 11)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Glans penis kaynaklı kanserde lenf düğümleri metastaz en olası?

CEVAP: Nodi inguinales profundi

AÇIKLAMA:

ALT EKSTREMİTE

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.

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.

REFERANS: ANATOMİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA 196-197

- 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 birkaç tane efferent lenf damarını alır.

- En üstte olanı, anulus femoralis'in ağzındadır (Rosenmüller(Cloquet)) lenf düğümü

REFERANS: ANATOMİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA 245

PENIS

Crus dextrum ve crus sinistrum m. ischiocavernosus ile sarılıdır. Bulbus penis ise m. bulbospongiosus ile sarılıdır.

Arterleri:A. pudenda interna (A. iliaca interna)'nın dalları olan a. dorsalis penis, a. bulbi penis, a. urethralis ve a. profunda penis.

Bir çift olan a. dorsalis penis, n. dorsalis penis ile birlikte glans penis'e doğru uzanır. A. femoralis'in dalları olan a. pudenda externa'lar da penis derisini besler.

Ereksiyonda kavernöz boşlukları dolduran a. helicina'lardır.

Venleri: Vv. profunda penis (v. pudenda interna), Vv. dorsales superficial s penis (v. pudenda externa), V. dorsalis profunda femoris (plexus venosus prostaticus)

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

Sinirleri:Penis'in deri duyusu, n. dorsalis penis alır.

12. REFERANS 12 (SORU 12)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Ayakta duran kadın periton sıvısının birikmesi en olası recessus ?

CEVAP: Rectou1arina

AÇIKLAMA:

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 çıkmaza, **excavatio vesicouterina** denir.

Uterus'un alt ve vagina'nın üst-arka bölümü ile rectum arasında oluşan çıkmaza ise **excavatio rectouterina (Douglas çıkmazı)** denir. **Burası kadınlarda karın boşluğunun en derin kısmı olup, aspirasyon materyalinin biriktiği yerdir.**

REFERANS: ANATOMİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA 253

13. REFERANS 13 (SORU 13)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Etkilenen kas dil ucu öne doğru çıkmaz ?

CEVAP: Musculus genioglossus

AÇIKLAMA:

EKSTRENSEK KASLAR:

M. styloglossus:Dili yukarı ve arkaya çeker. Özellikle yutma ve emmede dile retraksiyon yaptırır.

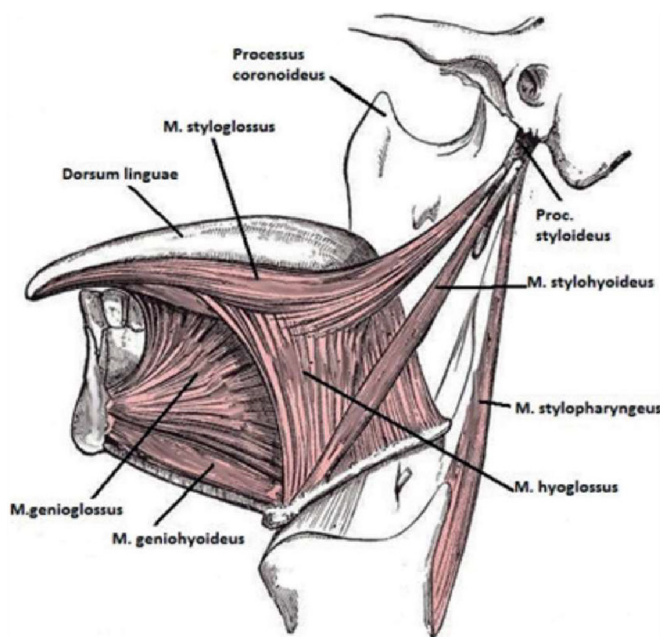
M.palatoglossus:Isthmus faucium'u daraltır, dil kökünü yukarı çeker.

M. genioglossus:Dili dışarı ve aşağıya çeker. Tek taraflı çalışırsa dili aynı tarafa doğru çeker. İki taraflı çalışırsa, emme sırasında dilde oluk yapar. (güvenlik kası, muayene)

M. hyoglossus:Dili aşağıya çeker. Dil sırtını konveksleştirir.

Dil kasları (m. palatoglossus hariç) n. hypoglossus (XII) ile inerve olur.

M. palatoglossus'un siniri, plexus pharyngeus'tur. N. hypoglossus felcinde, dil patoloji tarafını gösterir



REFERANS: ANATOMİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA 204

14. REFERANS 14 (SORU 14)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Özofagus tümeninde bası ?

CEVAP: Arcus aortae

AÇIKLAMA:

OESOPHAGUS

Pars cervicalis:C6-T2

Pars thoracalis:Th2-Th10, atrium sinistrum ile yakın komşuluğu bulunur.

Pars abdominalis:Th10-Th11; "periton" ile kaplı olan bölümdür.

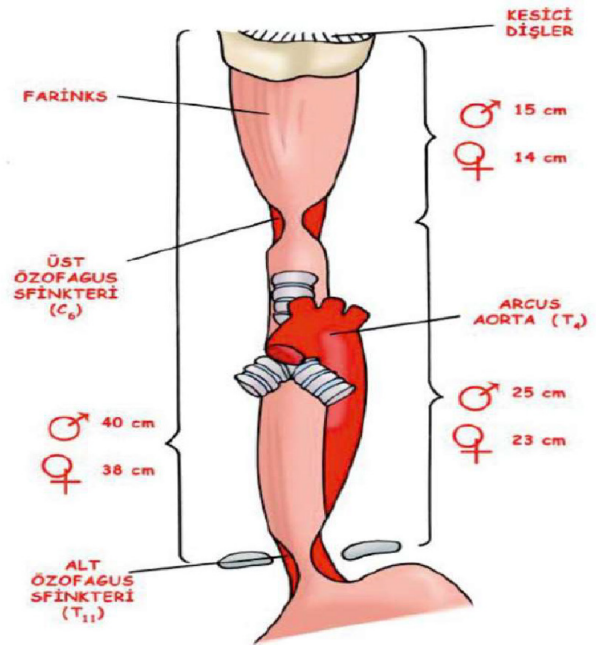
Darlıkları;

Birinci darlık;Cartilago cricoidea'nın hemen altında, başladığı yer olan pharyngeoesophageal bileşke. En dar yeridir.

İkinci darlık; Arcus aorta'yı çaprazladığı yerde.

Üçüncü darlık;Bronchus principalis sinister'i çaprazladığı yerde.

Dördüncü darlık;Diaphragma'dan geçtiği yerde (Th10) (nazogastrik sonda kesici dişlerden yaklaşık 40 cm sonra mideye girer).



REFERANS: ANATOMİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA 57

FİZYOLOJİ 16/18

15. REFERANS 1 (SORU 15)
HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Yapısında membran bulunmayan hangisidir?

CEVAP: Proteozom

AÇIKLAMA:

ZARLA ÇEVİRLİ ORGANELLER	ZARSIZ ORGANELLER
<ul style="list-style-type: none"> Hücre Zarı Granüler Endoplazmik Retikulum Düz Endoplazmik Retikulum Golgi Aygıtı Endozom Lizozom Taşıyıcı Veziküller Mitokondri Peroksizom 	<ul style="list-style-type: none"> Mikrotübüller Mikrofilamentler ve Ara Filamentler Sentriol Ribozom Proteozom

Proteozom

- Zarsız protein kompleksleridir.
- Ubikitin bağlanarak işaretlenmiş kalıntı ya da yanlış katlanan proteinlerin yıkımını sağlar. Buna proteoliz denir.
- Protein yıkımını Lizozomdan farklı olarak ATP bağımlı yaparlar.
- Bir proteinin hücre içinde polubikütinasyonu sonrası proteozomlara yönlendirilir ve proteozomal yıkım için işaretlenmiş olur. (26S Proteozom)
- Proteozomlardaki ya da hücrenin protein kalite kontrolündeki kusurlar, hasarlı hücrelerde büyük protein yığılmalarına yol açar. (Alzheimer-Huntington)

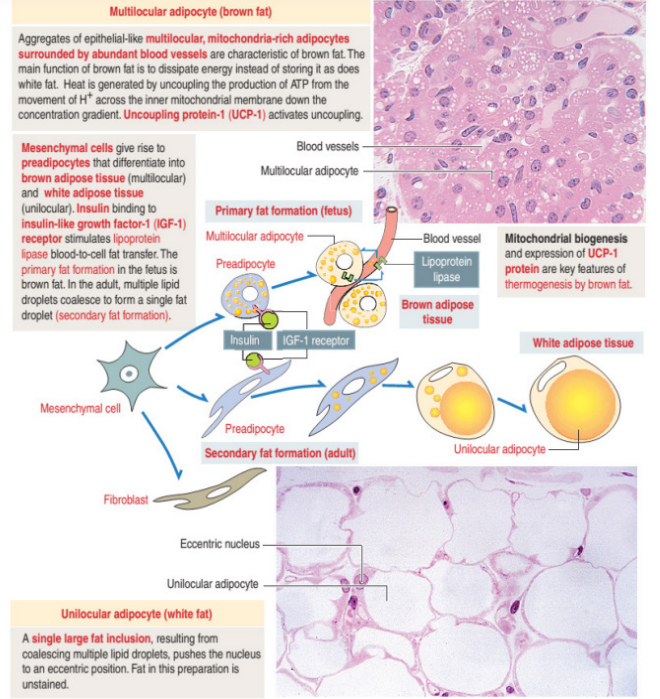
REFERANS: TUSWORLD EFSANE FİZYOLOJİ
KONU KİTABI SAYFA: 7-12

16. REFERANS 2 (SORU 16)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Kahverengi yağ dokusu özelliklerinden değildir?

CEVAP: Kemik iliği yerleşimi göstermesi

AÇIKLAMA:



Beyaz yağ	Kahverengi yağ
1. Unilokülerdir.	1. Multilokülerdir.
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. Yağın kan damarı ve adrejenik sinir lifleri içerir.
	5. Mitokondriyondan zengin.

Termogenin: Kahverengi yağ dokusunda mitokondrilerin iç zarlarında yerleşir ve mitokondrinin ürettiği enerjiyi ısı üretimine kaydırır.

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

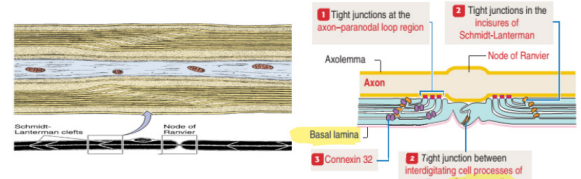
17. REFERANS 3 (SORU 17)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Hücreyi çevreleyen eksternal lamina tabakası bulunur?

CEVAP: Schwann hücresi

AÇIKLAMA:

PSS'de miyelin kılıfta bazal lamina yapısı vardır ve aksonlar bağ dokusuyla desteklenmiştir. MSS'de bunlar bulunmaz.



REFERANS: TUSWORLD EFSANE FİZYOLOJİ
KONU KİTABI SAYFA: 71

18. REFERANS 4 (SORU 18)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Hangisi endokardiyal yastık defektine bağlı gelişmez?

CEVAP: Ektopia kordis

AÇIKLAMA:

ENDOKARDİYAL YASTIK (AV KANAL) DEFEKTLERİ

Endokardiyal yastıkların gelişimini durması ya da anormal gelişimi sonucu ortaya çıkan ve en hafif formu olan **primum tip ASD** ile en ağır formu olan **komplet AVSD** arasındaki spektrumda bulunabilen bir hastalık grubudur. **Down sendromunda** gözlenen kalp anomalilerinin %50'sini EYD'ler oluşturur. Bu hastalık grubundaki **karakteristik EKG bulgusu**; His demetindeki ve dallarındaki gelişimsel anomaliden kaynaklanan "superior QRS aksı" ve anormal sol aks deviasyonudur.

104

Kazananların dünyası

tusworld.com.tr

REFERANS: PEDIATRİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA 104

- Kısa ve geniş eller ve parmaklar, **Simian çizgisi**, pelvis displazisi (kalça çıkığı),
- 5. parmak orta falanksında hipoplazi, eklemelerde hiperfleksibilite
- **Hipotoni, mental gerilik ve büyüme geriliği**
- Küçük penis ve testisler, infertilite
- **Kardiak: Endokardiyal yastık defekti, VSD, PDA, ASD, mitral valv prolapsusu**
- **GIS: TÖF, duodenal atrezi, omfalosel, pilor stenozu, anüler pankreas, imperfore anüs**

35-Aşağıdaki göz bulgularından hangisinin Down sendromlu çocuklarda görülmesi beklenmez? (TUS)

- A) Strabismus
- B) Bitot lekeleri
- C) Glokom
- D) Katarakt
- E) Nistagmus

CEVAP:B

***Bitot lekesi A vitamini eksikliğinde görülür.

***Down sendromunda görülen Brushfield lekесidir.

36-Down sendromu tanısı alan 3 yaşındaki bir kız çocuğunda aşağıdaki tetkiklerden hangisinin yapılması gerekli değildir?(YDUS)

- A) Kalça eklemi ultrasonografisi
- B) Tiroid fonksiyon testi
- C) Çölyak hastalığı yönünden tarama
- D) Ekokardiyografi
- E) İşitme testi

CEVAP:A

Down sendromuyla birlikte kalp hastalıkları, hipotiroidi, çölyak hastalığı, işitme kaybı riski artmıştır. Bu yüzden TFT, çölyak antikorları bakılmalıdır. Yine EKO ile takip edilmeli, işitme testi yapılmalıdır. Down sendromunda kalça çıkığı da normal bebeklere göre daha sık görülür. Buradaki püf nokta çocuğun 3 yaşında olması. Yenidoğanda ilk 3 ayda USG ile taranır ama 3 yaşındaki çocukta USG ye kalça çıkığı açısından gerek yoktur.

REFERANS: PEDIATRİ EFSANE SORU KİTABI SAYFA

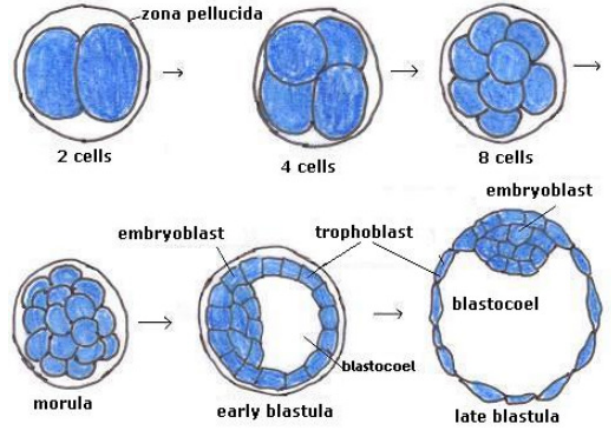
19. REFERANS 5 (SORU 19)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Fertilizasyondan sonra oluşan ilk hücrelerdendir?

CEVAP: Trofoblast

AÇIKLAMA:

- Zigot 2 hücreli evreye ulaştıktan sonra, art arda mitozla bölünür.
- Her bölünmeden sonra hacmi giderek küçülen bu hücrelere **blastomer** denir.
- Üç, dört bölünme sonrasında zigot bir dut görünümünü alır ve **morula** olarak adlandırılır.
- **Morula** fertilizasyondan **3 gün sonra** oluşur. 12-16 blastomerden oluşan **morula**,
 - **iç hücre kitlesi (embriyoblast)** denilen merkezde yerleşik bir hücre grubuyla bunu
 - dıştan çevreleyen bir **dış hücre kitlesinden (trofoblast)** oluşmuştur.



REFERANS: TUSWORLD EFSANE FİZYOLOJİ KONU KİTABI SAYFA: 281

20. REFERANS 6 (SORU 20)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Medulla spinalisin beyaz cevheri hangisinden gelişir?

CEVAP: Marjinal tabaka

AÇIKLAMA:

TUSWORLD KAYNAKLARINDA BU SORUYA REFERANS VERİLELEMİŞTİR.

21. REFERANS 7 (SORU 21)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Koronerler kalpte hangi tabakada yer alır?

CEVAP: Superekardiyal tabaka

AÇIKLAMA:

Epikardiyum (visseral perikardiyum)

- Seröz bir membrandır.
- 3 subtabakadan oluşur (mezotel, submezotel, subepikardiyal tabaka)
- Mezotel: perikard boşluğuna bakan yüzeyi örten t.k.y.e. dir, apikal yüzeyinde mikrovilluslar bulunur.
- Lamina propria: mezotel altında elastik ve kollojen liflerden oluşan ince bağ dokusudur.
- **Subepikardiyal tabaka: Kalp duvarını besleyen koroner arterler ile kardiyak venler bu tabakada yer alır. Bunlar yağ dokusu ile çevrilidir.**

REFERANS: TUSWORLD EFSANE FİZYOLOJİ KONU KİTABI SAYFA: 113

22. REFERANS 8 (SORU 22)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Lenf folikülü bulundurmeyen lenfoid organ hangisi?

CEVAP: Timus

AÇIKLAMA:

	TİMUS	MALT	LENF DÜĞÜMÜ	DALAK
Korteks/Medulla	Belirgin	Yok	Var	Yok
Lenf Nodülü	Yok	Var	Var (Yalnız Kortekste)	Var (Beyaz Pulpada)
Lenf Damarı	Afarent yok	Afarent yok	Afarent kapsülde olup içeriği subkapsüler sinüse boşaltır	Afarent yok
Özellik	Medullada Hassal cismi	Peyer plaklarının üzerinde mukazada Epitelyal M hücresi	HEV içeren Parakortikal bölge	Beyaz ve kırmızı pulpa

REFERANS: SON HAFTA KAMP NOTU FİZYOLOJİ

23. REFERANS 9 (SORU 23)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Gap junction ile ilgili hangisi yanlıştır?

CEVAP: Kalsiyum düzeyi azalması ve pH artışı gap junctionu kapatır

AÇIKLAMA:

TUSWORLD KAYNAKLARINDA BU SORUYA REFERANS VERİLELEMİŞTİR.

24. REFERANS 10 (SORU 24)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: İyonlardan hangisine geçirgenlik en fazla hiperpolarizasyon ile ilişkilidir?

CEVAP: Potasyum (K+)

AÇIKLAMA:

K kanalları negatif feedback sistemine sahiptir K kanallarının açık kalma süresi uzun olduğu için depolarizasyon sonrası hiperpolarizasyon oluşabilir. Tetradotoksin voltaj bağımlı Na kanallarını bloke ederek depolarizasyonu; tetraetil amonyum K kanallarını bloke ederek repolarizasyonu engeller.

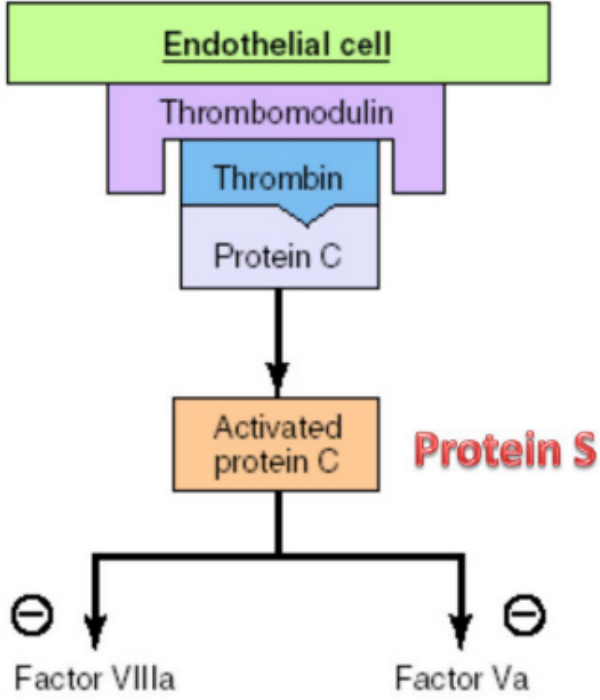
REFERANS: TUSWORLD EFSANE FİZYOLOJİ KONU KİTABI SAYFA: 73

25. REFERANS 11 (SORU 25)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Protein C'yi kim aktif hale getirir?

CEVAP: Trombinin trombomoduline bağlanması

AÇIKLAMA:



REFERANS: TUSWORLD EFSANE FİZYOLOJİ
KONU KİTABI SAYFA: 149

26. REFERANS 12 (SORU 26)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Vücut yağ kitlesi artışına verilen yanıtlardan değildir?

CEVAP: AGRP (aguti ilişkili protein) artışı

AÇIKLAMA:

BESLENMENİN DÜZENLENMESİ İLE İLGİLİ NÖROTRANSMİTER ve HORMONLAR	
İştahı Azaltanlar (Anoreksijenikler)	İştahı Artıranlar (Oreksijenikler)
α-MSH	Nöropeptid Y
Leptin	Aguti-ilişkili protein
Serotonin	Melanin-yoğunlaştırıcı hormon
Noradrenalin	Oreksin A ve B
CRH	Endorfinler
İnsülin	Galanin
Kolesistokinin	Aminoasitler (glutamat ve GABA)
Glukagon-benzeri peptid	Kortizol
Kokain ve amfetamin ilişkili transkript	Ghrelin
Peptid YY	Endokanabinoidler

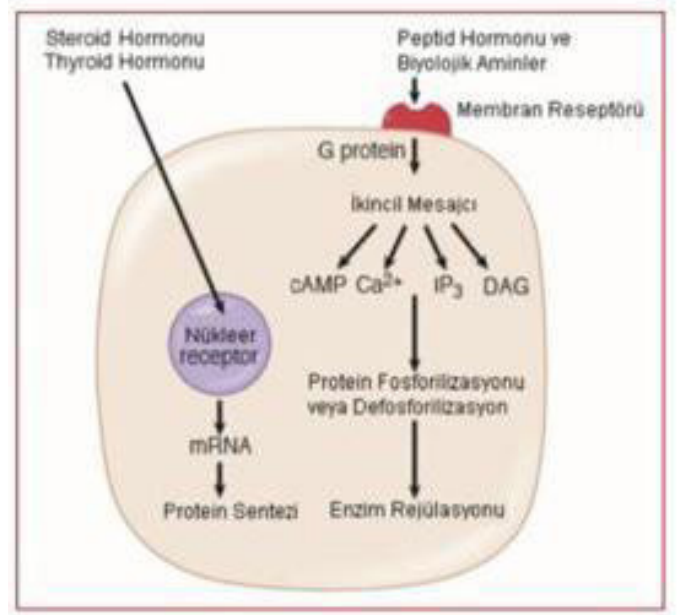
REFERANS: TUSWORLD EFSANE FİZYOLOJİ
KONU KİTABI SAYFA: 88

27. REFERANS 13 (SORU 27)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Peptid yapıda hormonun özelliğidir?

CEVAP: G proteinleri ve ikincil haberciler ile sinyal iletir

AÇIKLAMA:



REFERANS: TUSWORLD EFSANE DAHİLİYE
KONU KİTABI SAYFA: 341

28. REFERANS 14 (SORU 28)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Glutamatı olarak eksitotoksiteyi engelleyen glial hücre hangisidir?

CEVAP: Astrosit

AÇIKLAMA:

ASTROSİTLER

İçerdikleri intermediate filaman olan GFAP ile diğer SSS hücrelerinden ayrılırlar. Küçük moleküllere geçiren oluklu bağlantılarıyla birbirlerine bağlıdır, böylece bir sınırsız yapıyı oluştururlar. Nöronlara metabolik destek sağlanmasında (anaerobik metabolizmaları çok iyi gelişmiştir. Böylece laktat oluşturarak nöronlara enerji kaynağı sağlarlar). Nörotransmitter metabolizmasında (glutamat), Kan beyin bariyeri oluşumunda, Hücre dışı potasyum konsantrasyonunun düzenlenmesinde, Pia matter iç duvarının döşenmesinde rol alır.

REFERANS: TUSWORLD EFSANE BİYOKİMYA
KONU KİTABI SAYFA: 66

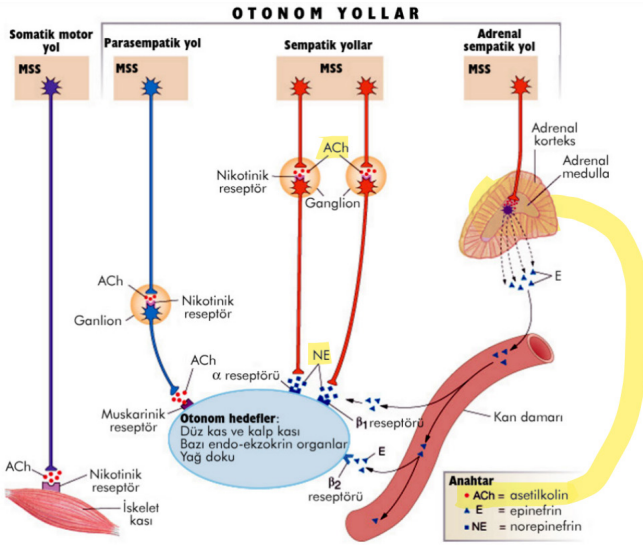
29. REFERANS 15 (SORU 29)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

- I. Sempatik pregangliyonik liflerden asetilkolin salgılanır.
 II. Sempatik postgangliyonik liflerden genellikle norepinefrin salgılanır.
 III. Adrenal medullanın aktiflenmesinde noradrenalin rol alır.
 Hangileri doğrudur?

CEVAP: I-II

AÇIKLAMA:



REFERANS: TUSWORLD EFSANE FARMKOLOJİ KONU KİTABI SAYFA: 83

30. REFERANS 16 (SORU 30)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Yüksekçe tırmanmada solunumsal olarak gerçekleşen akut uyumlardan değildir?

CEVAP: Kandaki karbondioksit santral kemoreseptörleri uyarır

AÇIKLAMA:

- Yüksek yerlerde yaşayanlarda adaptasyonlar (Aklimatizasyon)
- Ortam Hipoksik
- Epo salgısı artar. (HIF 1a) (Polisitemi)
- Hemoglobin konsantrasyonu artar
- Ventilasyon hızı artar
- 2.3 DPG artar
- Hb O₂ eğrisi sağa kayar
- (Yani Hb o₂ afinite Azalır 🔥)
- Akciğer damarlanması artar
- pulmoner vasküler direnç artar

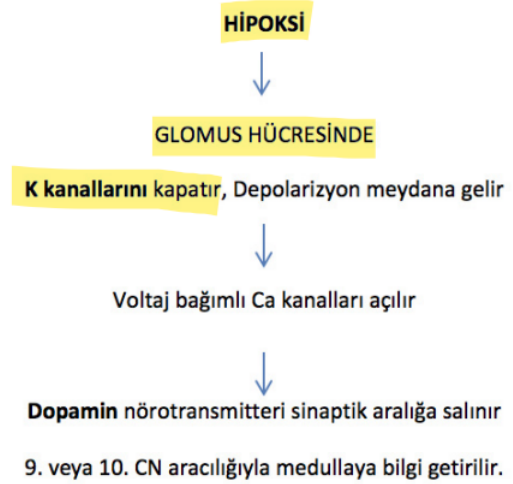
REFERANS: TUSWORLD FİZYOLOJİ 50 DENEME KİTABI SAYFA: 170

31. REFERANS 17 (SORU 31)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Karotid ve aortik cisimcik te bulunan glomus hücreleri hipoksiye karşı oluşturduğu yanıtta hangisi etkilidir?

CEVAP: K⁺ kanallarının inaktivasyonu

AÇIKLAMA:



REFERANS: TUSWORLD EFSANE FİZYOLOJİ KONU KİTABI SAYFA: 165

32. REFERANS 18 (SORU 32) HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Kanama nedeniyle şok tablosunda olan hastada hangisi görülmez?

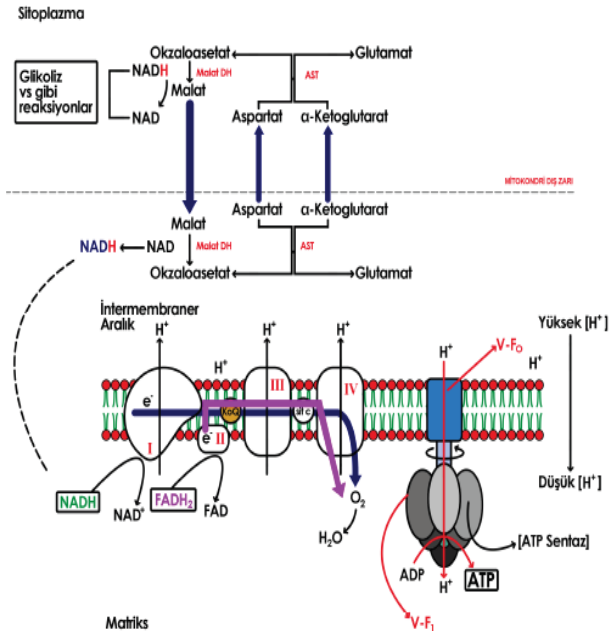
CEVAP: Antidiüretik hormon salınımında azalma

AÇIKLAMA:

ADH Sekresyonun Düzenlenmesi	
ADH artması	ADH azalması
↑Plazma osmolaritesi	↓Plazma osmolaritesi
↓Kan Hacmi	↑Kan Hacmi
↓Kan Basıncı	↑Kan Basıncı
Mide Bulantısı	Alkol
Ağrı, egzersiz, stres	
Ayakta durma	
Anj 2, klofibrat karbamazepin	

REFERANS: TUSWORLD EFSANE FİZYOLOJİ KONU KİTABI SAYFA: 203 BİYOKİMYA 22 /22

33. REFERANS 1 (SORU 33): HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Malat-Aspartat mekiği ile ilgili hangisi yanlıştır? Cevap: Malat, oksaloasetat ve aspartat mitokondri membranını geçen moleküllerdir. AÇIKLAMA:



REFERANS: Tusworld Biyokimya konu kitabı sayfa: 77

34. REFERANS 2 (SORU 34)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU : Neonatal dönemde piruvat metabolizması veya solunum zincirinde defekt olmasına bağlı oluşan primer laktik asidoz değerlendirilmesinde laktat:piruvat oranı >25 ise en olası enzim eksikliği hangisidir?

Cevap: Piruvat Karboksilaz

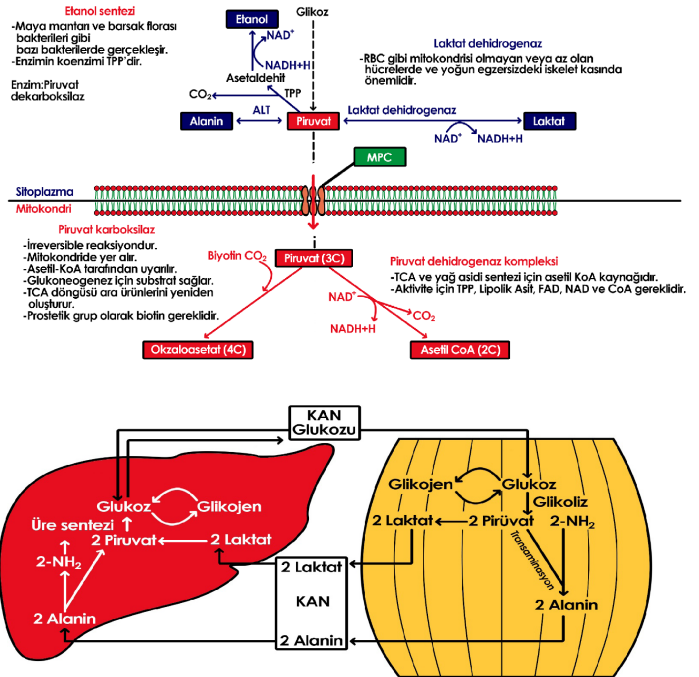
PİRUVAT METABOLİZMASI

Glikolize piruvat oluştuktan sonra, piruvatın hücrenin ihtiyacına ve özelliğine göre çeşitli yollara yönlendirilmesi mümkündür.

Bakterilerde ve mantarlarda oluşan piruvat, sitozolde piruvat dekarboksilaz ile TPP ve Mg kullanılarak asetaldehite daha sonra NADH kullanılarak alkol dehidrogenazla etanole çevrilir (Etanol fermantasyonu). **Anaerobik koşullarda** piruvat sitozolde LDH ile L-laktata dönüşür. Laktat oluşumu ile NAD+’ın geri yükseltgenir (laktat fermantasyonu).

Glikoliz sonucu oluşan piruvat mitokondriye doğrudan girmez. **Mitokondriyal Piruvat taşıyıcı protein (MPC) piruvatı mitokondriye H+ ile simport taşır.** Burada **Piruvat Dehidrogenaz enzim kompleksi** ile geri dönüşümsüz olarak Asetil KoA ya çevrilir ve TCA da CO₂ ve H₂O’ya kadar yıkılır. Özellikle **glisemalarda MPC mutasyonu vardır ve piruvat mitokondriye girmez (Warburg etkisi ile anaerobik glikoliz, laktat süksinat gibi onkometabolitler birikir).**

Ancak hücre glukoneogenez yapıyorsa, mitokondrideki piruvat, **piruvat karboksilaz enzimi** ile geri dönüşümsüz olarak **OAA dönüşüp** glukoneogeneze kaynak sağlayabilir. Ya da TCA ya ara ürün verebilir.



REFERANS: Tusworld Biyokimya Kitabı sayfa: 105-106 ve 121

35. REFERANS 3 (SORU 35):

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Acil servise başvuran 8 yaşında hasta kanda c-peptid yok kş:650 mg/dl şeker yüksekliğinde en olası mekanizma?

Cevap: Kas membranında glukoz transport molekülünün azalması

AÇIKLAMA:

Yemek sonrası dönemde artan kan şekerinin normal düzeye getirilmesinde, kitlece fazla olan kas ve yağ dokusuna glukoz girişi sağlanmalıdır. (İnsüline ihtiyaç duymayan ve membran yüzeyinde bulunan diğer GLUT lar açışa da kitlece en fazla olan bu iki doku açılmadıkça ve hücre içine kandan glukoz almadıkça kan şekeri düşürülemez). Yani insülinin olmadığı Tip-1 DM veya insüline cevabın olmadığı Tip-2 DM gibi durumlarda GLUT4'ler uyanamaz ve kan şekeri regülasyonu bozulur. GLUT'lar arasında glukoz affinitesi en yüksek olan **piesenta, beyin(nöronların primer GLUT'u) ve böbrekte bulunan GLUT-3'dür.** GLUT'lar arasında glukoz affinitesi en düşük olan ise GLUT-2'dir. GLUT 2 kan glukozu yeterince yüksek olduğunda karaciğer ve böbreğe glukoz girişi yaparken açlıkta **glukoz düşük olduğunda bu hücrelerden glukozun kana çıkışını yapar.** Hücre içine alınan glukoz hücrenin metabolik ihtiyaçlarına, hormonal durumuna göre glikolizle piruvata çevrilebilir, depolanabilir, glikokonjugatların sentezine gidebilir ya da HMPY'a kayabilir.

REFERANS : Tusworld Biyokimya Kitabı sayfa: 99

36. REFERANS 4 SORU 36

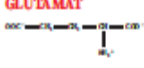
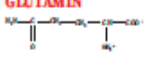
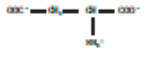



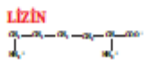
HATIRLAMA YOLU İLE SORU

- I- Lösin- Fenilalanin
- II- Alanin –Glutamat
- III- İzolösin-Lizin

Mutasyonlarından hangileri izoelektrik noktanın değişimine neden olur?

Cevap: II-III

AÇIKLAMA:

YAN ZİNCİRİNDE ASİDİK GRUP İÇERENLER VE AMİDLER	
GLUTAMAT 	<p>pK1: 2,1 pK2: 9,5 pKR: 4,1</p> <ul style="list-style-type: none"> * Asidik, polar, non esansiyel aa * Transaminasyon reaksiyonlarında alfa ketoglutarata amin eklenince oluşur. * Dekarboksilasyonu ile (B6 kullanılarak) inhibitor GABA oluşur. * Folat yapısına ve glutatyon yapısına katılır. * SSS'de eksitator nörotransmitter * Pıhtılaşma faktörü ve osteokalsin yapısına katılır ve posttranslasyonel olarak gama karboksiglutarat olduğunda hem pıhtılaşma faktörlerine hem de kemiğe kalsiyum çöküşünü sağlar.
GLUTAMİN 	<p>pK1: 2,0 pK2: 9,9 pKR: 3,9</p> <ul style="list-style-type: none"> * Asidik, polar, non esansiyel * AST ile transaminasyonu amin grubunu kaybedip oksaloasetata döner * Hem pürin hem pirimidin sentezinde azot kaynağı
ASPARTAT 	<p>pK1: 2,2 pK2: 9,1</p> <ul style="list-style-type: none"> Nötral, polar, non esansiyel Hücrelardaki karaciğere amin gruplarını taşıyan ve kanda en çok bulunan amino asit Hem pürin hem pirimidinlerde azot kaynağı Enterositlerin ana yakıtı
ASPARAJİN 	<p>pK1: 2,1 pK2: 8,8</p> <ul style="list-style-type: none"> Nötral, polar, non esansiyel aa Glikoprotein sentezinde N-glikosilasyonda yer alan aa Lösemi hücreleri tarafından yoğun kullanılan aa kemoterapide L-Asparajinaz verilir ve yan etki tromboz+pankreatit.
YAN ZİNCİRİNDE BAZİK GRUP İÇERENLER	
HİSTİDİN 	<p>pK1: 1,8 pK2: 9,3 pKR: 6</p> <ul style="list-style-type: none"> * Bazik, polar, esansiyel aa * Yan zincirinde azot içeren imidazol halkası var * Fizyoloji pH'da genellikle nötral ve imidazol halkası ile en iyi tampon * Dekarboksilasyonu ile vazodilatör histamin oluşur. * Rolat ekolülinde metabolizması FKLU'da kalır ve idrarıda artar.
ARJİNİN 	<p>pK1: 1,8 pK2: 9,0 pKR: 12,5</p> <ul style="list-style-type: none"> * Bazik, polar, yarı esansiyel aa (Üre döngüsünde sentezlenir) * Yan zincirinde guanido grubu var ve üreye dönüşen grup bu guanido grubudur. * Üre, NO, kreatinin, poliamin sentezine katılır.
LİZİN 	<p>pK1: 2,2 pK2: 9,2 pKR: 10,8</p> <ul style="list-style-type: none"> * Bazik, polar, esansiyel aa * Saf ketojenik * Karnitin, desmozin, kollajen, fibrin çapraz bağlar yapısında yer alır. * Epil on amino grubu üzerinden hidrokillenme, metillenme, asetillenme, koenzim bağlanmasını gibi pek çok modifikasyona uğrar.
AROMATİK HALKA İÇEREN DİĞER AMİNO ASİTLER	

REFERANS: Tusworld Biyokimya Kitabı sayfa: 16

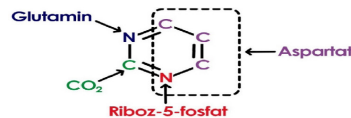
37. REFERANS 5 SORU 37

HATIRLAMA YOLU İLE SORU Pirimidin

halkasında hem azot hem de karbon kaynağı olan molekül?

Cevap: Asparat

AÇIKLAMA:



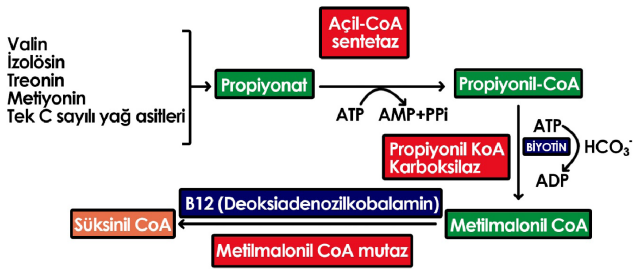
REFERANS: Tusworld Biyokimya Kitabı sayfa: 195

38. REFERANS 6 SORU 38

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Yenidoğan Hastada amonyak 650, keton ++ kanda propiyonilkarnitin atmış. Hangi metabolitin idrarda artışı ayırıcı tanıda yol gösterir?

Cevap: Metilmalonik asit

AÇIKLAMA:



REFERANS: Tusworld Biyokimya Kitabı sayfa: 16

39. REFERANS 7 SORU 39

HATIRLAMA YOLU İLE SORU

I- Homosisteinmetiltransferaz

II- Metiyonin Sentaz

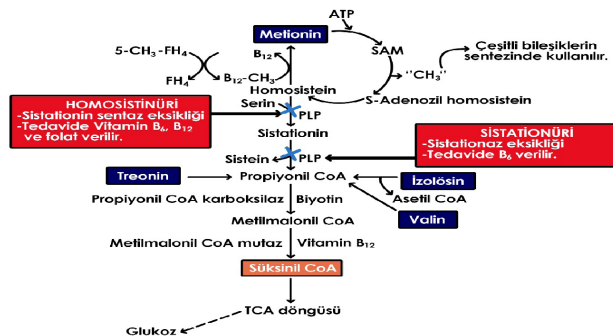
III- Sistatyonin sentaz

IV- Sistatyoninaz

Piridoksal fosfat eksikliğinde hangi metiyonin metabolizması enziminin aktivitesi azalır?

Cevap: III ve IV

AÇIKLAMA:



REFERANS: Tusworld Biyokimya Kitabı sayfa: 16

40. REFERANS 8 SORU 40

HATIRLAMA YOLU İLE SORU : 11 Yaşında hasta OTC eksikliği saptanıyor. Kanda hangisi artar?

Cevap: Glutamin

AÇIKLAMA:

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

REFERANS: Tusworld Biyokimya Kitabı sayfa: 170

41. REFERANS 9 SORU 41

HATIRLAMA YOLU İLE SORU : ATP den adenzin olarak fosfor içermeyen yüksek enerjili bileşik oluşturan amino asit hangisidir?

Cevap: Metiyonin

AÇIKLAMA:

Yüksek enerjili" biyolojik öneme sahip diğer bazı bileşikler;

- Asetil KoA, Süksinil KoA
- Açıl Taşıyıcı Protein(ACP)
- UDP-Glukoz
- Fosforibozil pirofosfat(PRPP)
- S-Adenzilmetiyonin(SAM)

Tiyoester bağlarında ester bağında bulunan oksijen yerine sülfür atomu bulunmaktadır. Bu bağın hidrolizinden yüksek enerji açığa çıkmaktadır. Vücutta tiyoester bağı bulunan iki önemli bileşik, Asetil CoA ve Süksinil CoA'dır. SAM ise FOSFAT İÇERMESİNE RAĞMEN YÜKSEK ENERJİLİ BİR BİLEŞİKTİR!!!

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

REFERANS: Tusworld Biyokimya Kitabı sayfa: 73, 171

42. REFERANS 10 SORU 42:

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Burnuna oyuncak kaçması nedeni ile hafif moraran ve oyuncak parçası acil serviste hemen çıkarılan hastada müdahaleden önce Hb oksijen affinitesi için hangisi doğrudur?

Cevap: pCO2 artışına bağlı eğri saya kaymıştır

AÇIKLAMA:

EĞRİYİ SOLA KAYDIRANLAR, Hemoglobinin oksijene ilgisini arttıranlar, Hemoglobin-oksijen disosiyasyon eğrisini myoglobin eğrisine yaklaştıranlar	EĞRİYİ SAĞA KAYDIRANLAR, Hemoglobinin oksijene ilgisini azaltanlar, Hemoglobin-oksijen disosiyasyon eğrisini myoglobin eğrisinden uzaklaştıranlar
pH artması (Alkaloz), CO2 azalması, Sıcaklık azalması, 2,3 BPG azalması, CO varlığı	H+artışı pH azalması(Asidoz), CO2 artması, Sıcaklık artması, 2,3 BPG artması

REFERANS: Tusworld Biyokimya Kitabı sayfa: 31

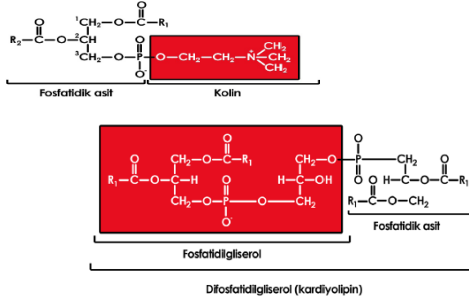
43. REFERANS 11 SORU 43

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Aşağıdakilerden hangisi hem TAG sentezinde hem de kardiyolipin sentezinde rol alır?

Cevap: Fosfatidik asit

AÇIKLAMA:

Fosfatidilkolin(Lesitin): Membranda en fazla bulunan fosfolipid fosfatidilkolindir. **Yapısında bulunan kolin, organizmada kolin deposu olarak hizmet eder.** Kolin sinir iletiminde önemli bir maddedir ve yapısında üç tane metil grubu vardır. Dolayısıyla kolin sinir iletimindeki rolünün yanında önemli bir metil vericisi olarak hizmet eder. Eğer birinci ve ikinci konumdaki yağ asitleri palmitat ise Dipalmitoil lesitin oluşmuştur. **Dipalmitoil lesitin sürfaktanın ana lipididir ve eksik olduğunda yenidoğanlarda RDS oluşumu artır.** Amniyon sıvısında Lesitin/sfingomyelin>2 olması matürite göstergesidir.



REFERANS: Tusworld Biyokimya Kitabı sayfa: 142, 143

44. REFERANS 12 SORU 44

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Metabolik hastalıktan şüphelenilen 6 aylık bebek idrarda organik asit, açilglisin, dikarboksilik asit hekzonoilglisin ve süberilglisin artmış. Plazma açilkarnitin analizinde C6, C8 ve C10:1 karnitin düzeyleri ile C8/C2 ve C8/C10 oranları artmış. En olası tanı hangisidir?

Cevap: Orta zincirli AçilKoA Dehidrogenaz eksikliği

AÇIKLAMA:

YAĞ ASİTLERİNİN ALFA OKSİDASYONU; Yağ asitlerinin alfa oksidasyonu, **peroksizomlarda, fitanil KoA alfa karboksilaz ile bir C biriminin CO2 olarak uzaklaştırıldığı reaksiyondur.** Pristanik asit kalır ve beta oksidasyona gider. Ve bu reaksiyon sonucu ATP üretimi olmaz. **Dallı zincirli yağ asitlerinin yıkımında (fitanik asit-klorofil metabolizma ürünü) önemli bir yıldır.** Alfa oksidasyon kusurunda **Refsum Hastalığı** meydana gelir.

REFERANS: Tusworld Biyokimya Kitabı sayfa: 170

LİPİD METABOLİZMASI HASTALIKLARI

YAĞ ASİDİ OKSİDASYON DEFEKTİ

- Uzun süreli açlığı takiben yaşamı tehdit eden koma ve hipoglisemi atağı (en sık)
- Kronik kas zayıflığı ve kardiyomyopati
- Egzersizden uyardığı akut rabdomyoliz
- Reye benzeri sendromu
- Ani bebek ölümlü sendromu (SIDS)
- Hipoglisemiye eşlik etmesi beklenen ketozisiz olmayışı
- Otozomal resesif kalıtım

Orta Zincirli (Medium-Chain) ASİL-CoA DEHİDROGENAZ (MCAD) EKSİKLİĞİ

En sık karşılaşılan yağ asidi oksidasyon defektidir. 12-16 saatlik açlık döneminin yarattığı strese kadar tamamen sağlıklı görünürler. İlk atak 6-24 ay arasında görülür. Ataklar genellikle yaşamı tehdit eder ve hastaların %25'i ilk atakta öler. Klinik bulgular kusma, hızla komaya ilerleyen letarji ve konvülsiyonlardır. Hepatomegali yoktur veya hafiftir.

* Laboratuvar bulguları: **Hipoketotik hipoglisemi, hafif asidoz, yüksek plazma üre, NH3, ÜA, ALT, AST ve uzun PT, PTT.** Yağ asitlerinin mikrozomal ve w-oksidasyonundan kaynaklanan idrarda orta zincirli dikarboksilik asit düzeylerinde artış olur. **Sekonder karnitin eksikliği** meydana gelir. Plazma açil karnitin düzeyleri yüksektir.

Tedavi: Akut atakta acilen %10 dekstroz İV. verilerek lipoliz baskılanmaya çalışılır. Kronik tedavi hastaların asla 10-12 saatten fazla aç kalmamaları ile sağlanır.

Prognoz mükemmeldir. kas zayıflığı veya kardiyomyopati görülmez.

REFERANS PEDIATRİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA 316-296

GENETİK-SPOT	
AML M2 ?	t(8;21)
AML M3 ?	t(15;17)
AML M4 ?	İnv (16) (İyi prognosis)
Burkitt lenfoma ?	t(8;14)
ALL ?	t(9;22) ve t(4;11) (kötü prognosis)
ALL ?	t(12;21) (İyi prognosis)

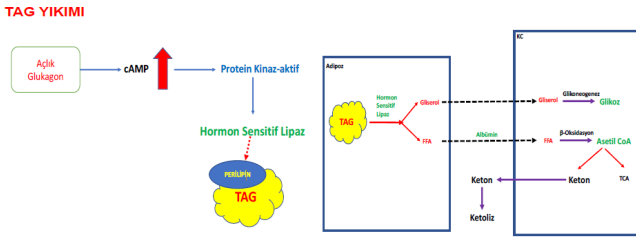
Doksorubisin&Daunorubisin ?	Kardiyotoksikite
Kardiyotoksitesini önlemek için yanında verilen?	Dekrazoksan
Mitomisin ?	HÜS
En çok bulantı-kusma yapan ?	Sisplatin
Sisplatinin diğer yan etkileri ?	Nefrotoksikite&Ototoksikite
Sisplatinin nefrotoksik etkisini azaltmak için yanında verilen ?	Amifostin
En az bulantı kusma yapan ?	Vinkristin
Vinkristin yan etkileri ?	Periferik nöropati&Paralitik ileus&Vokal kord paralizi&Uygunsuz ADH
Vinkristinle ilaç kesme endikasyonu olan?(YDUS-Dahiliye)	Periferik nöropatiye bağlı düşük ayak
5-FU yan etkileri ? (3 sendrom)	Akut koroner sendrom(YD-Dah)/Akut serebellar sendrom(YD-Dah)/EI-ayak sendromu ***
Pulmoner fibrozis yaparlar?	Bleomisin/Busulfan/MTX
Kemik iliği depresyonunu en az yaparlar ?	Vinkristin/Bleomisin/ L-Asparaginaz/Sisplatin

45. REFERANS 13 SORU 45

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Yağ dokusunda lipid damlacığına yerleşmiş hormona duyarlı lipazla etkileşen protein hangisidir?

Cevap: Perilipin

AÇIKLAMA:



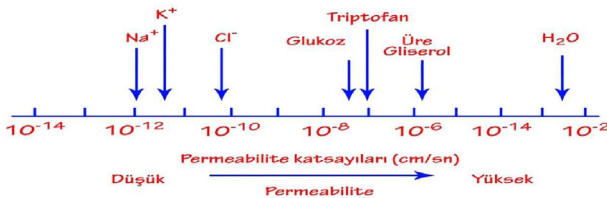
REFERANS: Tusworld Biyokimya Kitabı sayfa: 135

46. REFERANS 14 SORU 46

HATIRLAMA YOLU İLE SORU Maddelerin geçiş katsayılarının yüksekten düşüğe doğru sıralaması hangisidir?

Cevap: Na < K < Cl < Glukoz < Triptofan < Üre < Su

AÇIKLAMA:



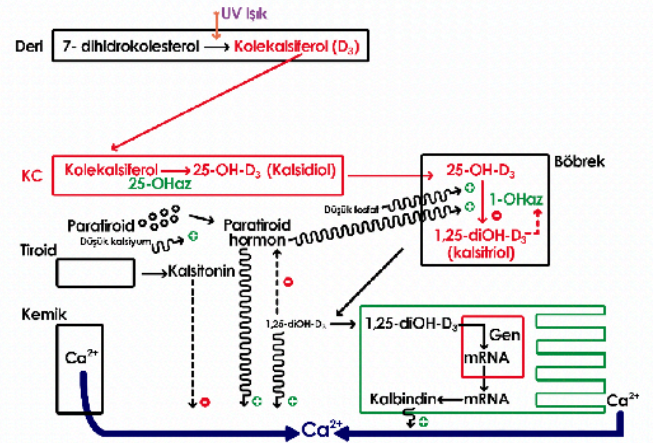
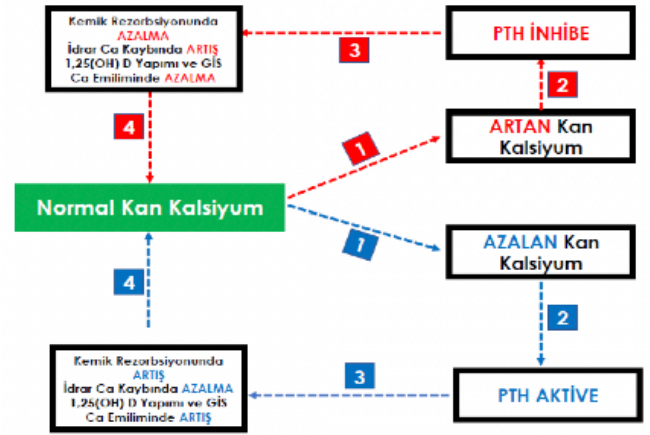
REFERANS: Tusworld Biyokimya Kitabı sayfa: 5

47. REFERANS 15 SORU 47

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Kanda İyonize Kalsiyum düzeyi azaldığında hangisi olmaz?

Cevap: Kalbindin ekspresyonunun azalması

AÇIKLAMA:



REFERANS: Tusworld Biyokimya Kitabı sayfa: 245

48. REFERANS 16 SORU 48

HATIRLAMA YOLU İLE SORU

I- LH-----Östradiol/testosteron

II- Prolaktin-----T3

III-FSH-----İnhibin

IV- GH-----IGF-1

Hipofizer hormon feedback hormon eşleştirmelerinden hangisi doğrudur?

Cevap: I, III, IV

AÇIKLAMA:

BÜYÜME HORMONU (GH)

Hipotalamustan salgılanan büyüme hormonu salgılayıcı hormon (GHRH), ön hipofizden GH salınımını kontrol eder. Ön hipofizdeki somatotroca 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 hipofize semir. Glukagon, arjinin, egzersiz, stres, bakteri endotoksinleri, α-östrojenik uyarı, dopamininçlik Uyarı, östrojen ve ADH salınımını artırır.

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

FSH (FOLLİKÜL STİMÜLE EDİCİ HORMON):

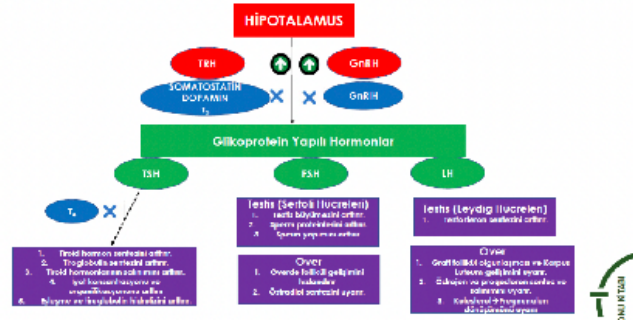
Ovarin follikül hücreleri ve testisün sertoli hücrelerine etki eder. Adından da anlaşılacağı gibi, ovumün büyümesini ve ovulasyonu hazırlar. Follikülleri LH etkisine hazırlar (Bu nedenle FSH ve LH sinerjistik çalışır). Ovum gelişimi ve östrodiol sentezini uyarır (Aromataz aktivitesine artırır). Erkeklerde ise sertoli hücrelerini etkiler ve spermatojenozis için gerekli olan sperm proteinleri ve sperm yapımını artırır. Sertoli hücrelerinden salınan inhibin tarafından inhibe edilir.

LH (LUTEİNİZAN HORMON):

Ovaride ve plasentada bulunan reseptörlere bağlanırdır, ovumün graff follikülünden olgunlaşmasını, ovulasyonu ve korpus luteum gelişimini uyarır. Hami östrojen ham da progesteron salgılatır artırır. Erkeklerde testisdeki Leydig hücrelerine bağlanarak testosteron sentezini uyarır.

FSH ile LH'nin sinerjistik etkileri kadınlarda daha belirgin olup, erkeklerdeki etkileri birbirlerinden bir nebze daha zayıftır.

LH aynı zamanda, kolesterolün progesteron dönüşümünü de hızlandırır (Dermolar enziminin aktivitesini artırır).



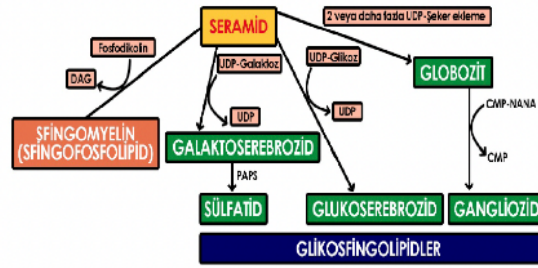
REFERANS:Tusworld Biyokimya Kitabı sayfa: 234,236,237

49. REFERANS 17 SORU 49

HATIRLAMA YOLU İLE SORU Gangliozidler ile ilgili hangisi doğrudur?

Cevap: Siyalik asit nötral pH da gangliozidlere negatif yük kazandırarak globozitlerden ayırmasını sağlar .

AÇIKLAMA:



✓ SİYALİK NÜKLEOTİDLERİ

CTP ve CDP, glicerofosfolipid sentezinde kullanılır. Daha sonra bu glicerofosfolipidlerden bazıları sfingomyelin sentezine katılır. -N glikozilasyonda da Dolikol CTP ile aktiflenir. N-asetil nöraminik asit (NANA); glikoprotein, gangliozid ve glikolipitlerin yapısında bulunan asetlenmiş bir siyalik asittir. Bu yapının oligosakkaritlere eklenbilmesi için önce aktifleşmesi gerekir. Aktifleme reaksiyonlarında CTP kullanılır; CTP iki fosfatını kaybeder ve CMP-NANA şeklinde aktif form oluşur. İNSANDA NÜKLEOTİT-SEKERLERDEN, NÜKLEOTİD TAŞIYICISI MONOFOSFAT OLAN TEK YAPI CMP-NANA'DIR.

REFERANS: Tusworld Biyokimya Kitabı sayfa: 145,185

50. REFERANS 18 SORU 50

HATIRLAMA YOLU İLE SORU Kolorektal karsinogenez – Görevleri eşleştirmelerinden yanlış olan hangisidir?

Cevap: BAX – Apoptozu inhibe eder

Sitokrom c: Herhangi bir komplekse dahil değildir. Kompleks III ile Kompleks IV arasında taşıma yapan hareketli bir elementtir. Sitokrom c intramembraner alanda bulunur. Suda çözünen ve hem içeren bir proteindir. Apoptoz sırasında, kanal proteinleri olan Bax ve Bak mitokondri dışı zarına yerleşim göstererek mitokondri dışı membranının geçirgenliğini artırır; sitokrom c'nin sitoplazmaya çıkışı sağlanır. Sitoplazmaya çıkan sitokrom c ise Apaf-1 (apoptoz-proteaz aktive edici faktör-1) ile etkileşime girerek apoptozom oluşur. Oluşan apoptozom ise ilk olarak Kaspaz-9'ları aktive ederek süreci başlatır.

REFERANS:Tusworld Biyokimya Kitabı sayfa: 79

51. REFERANS 19 SORU 51

HATIRLAMA YOLU İLE SORU Parasetemol zehirlenmesi olan hastaya uygulanan antidotun hangi maddeyi arttırması beklenir?

Cevap: Glutasyon

AÇIKLAMA:

N-Asetil Sistein Tedavisi

Asetaminofen zehirlenmesinin antidotudur. Hepatik glutasyon depolarını yenileyerek etki eder. NAC tedavisi alımın ilk 8 saatinde en etkindir. Ancak muhtemel antioksidan etkisi nedeniyle, fulminan hepatik yetmezlikte bile yararlıdır. Alımın ilk 4 saatinde NAC vermenin gösterilmiş bir yararı yoktur □ İlk 1-2 saatte aktif kömür ile dekontaminasyon tedavisine odaklanılmalıdır. NAC oral ve IV formları eşit derecede etkindir □ Kusma ve hepatik yetmezlik olgularında IV verilir. Yükleme dozu anafilaksi yapabilir □ İnfüzyon durdurulur, difehidramin-epinefrin verilebilir ve yeni-den bağlanır.

REFERANS: Tusworld PEDIATRİ EFSANE Kitabı sayfa 333

52. REFERANS 20 SORU 52

HATIRLAMA YOLU İLE SORU : Hücrelere daha toksik olan serbet radikal?

Cevap: Hidroksil radikali

AÇIKLAMA:

enzimleri ile de süperoksit radikalleri oluşabilmektedir. İyonize radyasyon (X-ray ve UV) suyu parçalayarak hidroksil radikali oluşturabilir. Geçiş metal iyonları olarak da bilinen Demir, Nikel, Kobalt ve Bakır da oksijen veya hidrojen peroksit ile nonenzimatik yolla reaksiyona girer ve hidroksil radikali oluşturur (Haber-Weiss reaksiyonu). Nitrik oksit'in kendisi bir radikal olup, daha da önemlisi süperoksit ile reaksiyona girerek hidroksil radikallerini oluşturan peroksalinitri oluşturur.

Süperoksit radikalının çok büyük bir kısmı süperoksit dismutaz adlı bir enzimle hidrojen peroksit (H₂O₂)'ye dönüşmektedir. Bu reaksiyon önemlidir. Çünkü reaksiyona giren hem de reaksiyon sonucu oluşan madde radikal özellik göstermektedir. Hidrojen peroksit kuvvetli bir oksidan olmasına karşı kendisi direkt olarak serbet radikal kabul edilmemesine karşın (Tüm elektronları çift yapmıştır) demir gibi geçiş yapan metaller ile girdiği Fenton reaksiyonu ile çok güçlü ve tehlikeli bir radikal olan Hidroksil(OH[•]) radikalını oluşturduğu için SOR kategorisine alınır.

REFERANS: Tusworld Biyokimya Kitabı sayfa: 84

53. REFERANS 21 SORU 53

HATIRLAMA YOLU İLE SORU Proteinlerin asetillenmesi ile ilgili hangisi yanlıştır?

Cevap: Sistein amino asidi üzerinden gerçekleştirilir

AÇIKLAMA:



- ❖ Histonun **asetilasyonu** ile histon proteinlerinin terminal yapısında bulunan LİZİN aminoasidi asetillenir. Asetillenen lizinin bazık yükü azalır (daha negatif hale gelir) ve Histon-DNA bağlantısı gevşer. Bu gevşeme sonucu açığa çıkan DNA bölgesinin **ekspresyonu artar**
- ❖ Tam tersine Histon proteininin lizin aminoasidinden asetil grubunu **çıkararak** enzim ise **histon deasetilazdır**. Transkripsiyonu **baskılayıcı işlevi** vardır
- ❖ Histon deasetilaz inhibisyonu olan **Vorinostat**, Refrakter T-cell cilt kanserli olgularda **apoptoza gidiş için** kullanılır
- ❖ Histonun metilasyonu ile histon proteinlerinin terminal yapısında bulunan **SİTOZİN** aminoasidi metillenir. **Sitozin metillenmesi sonucu DNA bölgesinin ekspresyonu azalır.**

REFERANS Tusworld Biyokimya Kitabı sayfa: 221

Değişken	Yağ Asit Sentezi (Lipogenez)	Uzun Zincirli Yağ Asitlerinin β-Oksidasyonu
Stimüle Edici Temel Faktör	Karbonhidratın zengin diyet	Açlık
Hormonal Durum	Yüksek İnsülin/Glukagon Oranı	Düşük İnsülin/Glukagon Oranı
Ana Doku	Temel olarak Karaciğer	Kas, Karaciğer
Hücre İçi Lokalizasyon	Sitoplazma	Temel olarak Mitokondri
Mitokondri ↔ Sitoplazma arasında açıl/asetil grupları taşıyan	Sitrat (Mitokondri→Sitoplazma)	Karnitin (Sitoplazma→Mitokondri)
Fosfopantotetin-taşıyan aktif taşıyıcı	ACP, Koenzim A	Koenzim A
Oksidasyon/Redüksiyon Koenzimleri	NADPH (Redüksiyon)	NAD ⁺ , FAD (oksidasyon)
İki-Karbon kaynağı/ürün	Malonil CoA (Tek Asetil grup kaynağı)	Asetil-CoA (β-Oksidasyon ürünü)
Aktivatör	Sitrat	(-)
İnhibitör	Palmitoil-CoA (Asetil CoA Karboksilazı İnhibe Eder)	Malonil CoA (Karnitin Palmitoil-transferaz-1'i inhibe eder)
Yolak Son Ürünü	Palmitat	Asetil CoA
Reaksiyonun Basamakları	Kondensasyon-Redüksiyon-Dehidrasyon-Redüksiyon	Dehidrogenasyon-Hidrasyon-Dehidrogenasyon-Tiyoliz

REFERANS:Tusworld Biyokimya Kitabı sayfa: 139

55. HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

CEVAP :

AÇIKLAMA:

TUSWORLD KAYNAKLARINDA BU SORUYA REFERANS VERİLELEMİŞTİR.

56) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Yarı kritik tıbbi cihazlara uygulanacak dekontaminasyon işlemi için tercih edilmesi en uygun yüksek düzey dezenfektan ?

CEVAP : Aldehitler

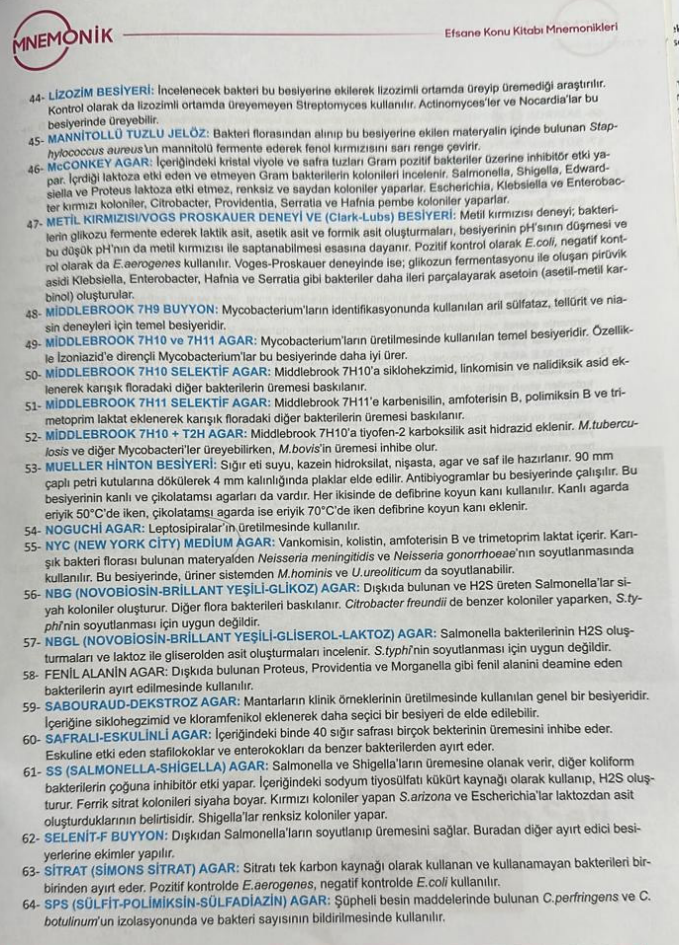
AÇIKLAMA:

- **Yüksek düzey dezenfektanlar**
 - Bakterilerin sporlu ve vejetatif formlarına ve Mikobakterilere etkilidirler. Ortamdaki spor miktarı fazla olduğunda etki edemezler (sterilizanlardan farkı).
 - Esasında yüksek düzey dezenfektanların pek çoğu aynı zamanda sterilizan özellik de göstermektedirler. Peki o zaman sterilizan mı dezenfektan mı olduklarını belirleyen esas faktör nedir? Kimyasalın derişimi ve etki süresidir. Bir örnek verecek olursak **Cluteraldehit**'in 32' lik formu bulunmaktadır. Eğer 10 saat süre ile etki ederse sterilizan, yarı saat süre ile etki ederse yüksek düzey dezenfektan özelliği göstermektedir. Bir diğer örnek de hidrojen peroksitten verilebilir. Hidrojen peroksitin 37,5' lik formu sterilizan özellik gösterirken, 3' lük formu yüksek düzey dezenfektandır.
- **Orta düzey dezenfektanlar**
 - Sportlara, bazı Mikobakteri türlerine ve bazı virüslere etkilisizdir (Mycobacterium tuberculosis'e etkilidir).
 - Alkol, lyodoforlar ve fenollü bileşikler orta düzey dezenfektanlara örnektir.
- **Düşük düzey dezenfektanlar**
 - Vejetatif bakterilere ve zarflı virüslere etkilidirler.
 - Kuvartner amonyum bileşikleri bu gruptandır.

Tusworld Mikrobiyoloji Efsane Konu Kitabı Sayfa 32

57) HATIRLAMA YOLU İLE SORU: gram negatif bakterilerin asit ürünlerinden asetoin? cevap: Voges-Proskauer tasti

AÇIKLAMA:



REFERANS: Tusworld mmonik Sayfa 47

58) HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Virüs faktörlerinden hangisi sadece gram-negatif bakteriler tarafından kullanılır?

CEVAP: İnjektosom

AÇIKLAMA:

TİP III SEKRESYON SİSTEMİ

- Bakteri virülans faktörlerini bakteriden konağa (makrofa) aktaran **şirina benzeri yapılarıdır**, Böylece mikroorganizmanın virülans faktörleri, nötralizan antikorlardan korunmuş olur.
- Tip 3 sekresyon sistemi bulunan bakteriler, bulunmayanlara göre **daha virüldür**.
- Yersinia, Salmonella, Shigella, EPEC, Pseudomonas, Chlamydia Tip III sekresyon sistemi içermektedir.

Tusworld Mikrobiyoloji Efsane Konu Kitabı Sayfa 18

59) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

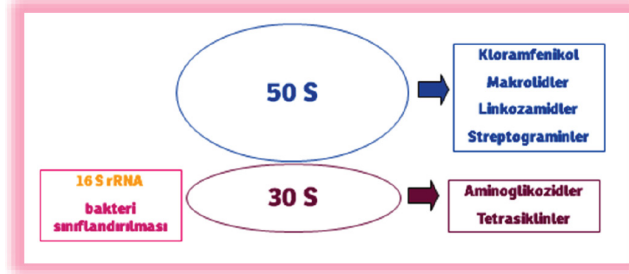
Tonsillit tanısı ile alınan boğaz sürüntü örneğinde beta-hemolitik streptokok için yapılan hızlı antijen testi pozitif bulunan ve penisilin alerjisi olan hastada kullanılabilen uygun antibiyotigin etki mekanizması nedir ?

CEVAP: 50 s Ribozoma bağlanarak protein sentezinin inhibasyonu

AÇIKLAMA:

STREPTOCOCCUS PYOGENES' IN TEDAVİSİ

- Streptococcus pyogenes Penisilin'e dirç geliştirmedigi için tedavisinde eğer alerji yoksa Penisilin kullanılır. Alerji durumunda Eritromisin (makrolidler) ya da sefalosporinler tercih edilebilir (Makrolid direnci giderek artmaktadır).
- Farenjit sonrası profilaksiye, akut romatizmal ateş gelişimini engellemek için 10 gün içerisinde başlanır. Profilakside Benzatin Penisilin tek doz ya da oral Penisilin V 10 gün süreyle kullanılabilir.
- Romatizmal ateş öyküsü olan hastalara, nüksün engellenmesi için geçici bakteriyemiyi indükleyen dış çekimi gibi girişimlerin öncesinde antibiyotik profilaksisi uygulanmalıdır.



Tusworld Mikrobiyoloji Efsane Konu Kitabı Sayfa 114 ve 59

60) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Genital ülseri olan 28 yaşındaki erkek hastada birlikte görülmesi Treponema pallidum enfeksiyonunu düşündürür ?

CEVAP: Ağrısız tek lezyon – Bilateral, ağrısız lenfadenopati

AÇIKLAMA :

Cinsel yolla bulaşan etkenler, hastalıklar	
Granüloma inguinale	Klebsiella granülomatıs Ülseri ağrısız, LAP'ı yoktur
Lenfagranüloma venereum	Ülseri ağrısız, LAP'ı ağırlı ve serttir (oluk belirtisi)
Herpes ve şankroid	Ülseri ve LAP'ı ağırlıdır
Sifiliz	Ülseri de LAP'ı da ağrısızdır

Tusworld Mikrobiyoloji Efsane Konu Kitabı Sayfa 189

61) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Kasap olarak çalışan erkek hasta, elinin üzerinde önce kaşıntılı, kabarık bir şişlik olduğunu, daha sonra içi su dolu kabarcığa dönüştüğünü ve sonunda ağrısız, ortası siyah renkli yara haline geldiğini belirtiyor. Yaradan alınan örneğin kültüründe üreyen kolonilerden yapılan gram boyamada gram pozitif santral sporlu uzun zincirler yapan basiller görülüyor. Bu tabloya yol açması en olası bakteri nedir ?

CEVAP: Bacillus anthracis

AÇIKLAMA :

GRAM POZİTİF SPORLU BASİLLER

BACILLUS SPP.

Sporlu, kapsül oluşturabilen, zorunlu aerob (katalaz +) gram pozitif basillerdir. Spor bakterisi ile aynı büyüklükte olup, bakterinin şeklini bozmaz (santral spor). Spor, klinik örneklerde gösterilemez;

BACILLUS ANTHRACIS

BACILLUS ANTHRACIS KLİNİĞİ

Şarbonun temel bulaş yolları inokülasyon, sindirim yolu ve solunum yoludur. Şarbon esas olarak otobur canlıların hastalığıdır, insanlar tesadüfi konaklardır.

Deri Şarbonu

- En sık görülen şarbon kliniğidir. LF etkisiyle gelişen malign püstülün etrafında EF etkisiyle gelişen ödem bulunmaktadır.
- İlk önce deriye bulaş yerinde bir hafta içerisinde ağrısız bir papül oluşur. Daha sonra papül veziküle dönüşür.
- Veziküller lökosit içermemelerine rağmen çok sayıda gram pozitif çomak içermektedirler.
- Vezikülden sonra şarbonun tipiklezyonu olan nekrotik ülser gelişir. Ülserin üzeri ağrısız, sert bir kabukla örtülüdür.

Tusworld Mikrobiyoloji Efsane Konu Kitabı Sayfa 124

62) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Kültür-negatif endokardit etkeni bakteri ?

CEVAP: Bartonella quintana

AÇIKLAMA :

BARTONELLA

- Sper ateşi etkenidir.
- Besiyerinde üretilir (diğer Riketsiyalardan farkı).
- B.hanseale, kedi tırmığı hastalığı etkenidir. Epitrokleer lenf bezlerinde büyüme gözlenir.
- Basiller anjiyomatoz
 - İmmün yetmezlikli hastada damar proliferasyonuna bağlı ciltte gelişir.
- Pelilyoz hepatit
 - İmmün yetmezlikli hastada damar proliferasyonuna bağlı karaciğer lezyonudur
 - Tedavide, immün yetmezliklilerde eritromisin verilir.

Tusworld Mikrobiyoloji Efsane Konu Kitabı Sayfa 191

63) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Kolon kanseri tanısıyla kemoterapi alan hasta ateş ve karın ağrısı şikayeti ile başvuruyor. Nötropenik enterokolit düşünülen hastadan alınan kan kültüründen izole edilmesi en olası Clostridium türü hangisidir ?

CEVAP: Clostridium septicum

AÇIKLAMA :

CLOSTRIDIUM PERFRINGENS' İN NEDEN OLDUĞU KLİNİKLER

Gazlı gangren

Öncesinde travma ya da cerrahi operasyon öyküsü mevcuttur. İlk bulgu enfekte bölgede lezyonla izah edilemeyecek şiddette olan ağrıdır. Gaz ve ödem mevcut olup, kötü bir koku bulunur (anaerobik enfeksiyon). Krepitasyon geç dönem bulgusudur. Akıttan hazırlanan mikroskopi örneğinde Gram pozitif iri basiller görülürken, lökositler görülmez (Aynen Şarbondaki gibi, tek bir farkla Şarbonda yara yerinde ağrı olmaz). Lökositlerin görülmemesi lenisitinazın ve diğer toksinlerin nötrofilleri lizise uğratmasıdır. Spontan gazlı gangrenin en sık nedeni Clostridium septicum'dur (normal florada bulunmaktadır). Spontan gazlı gangrene cerrahi gibi bir travma öyküsü yoktur. Malignitelere bağlı olarak batın bölgesinin dolaşımı bozulur ve anaerobik bir ortam oluşur. Gazlı gangrene neden olan diğer etkenlere Clostridium histolyticum, Clostridium novyi örnek gösterilebilir. Gazlı gangren tedavisinde debridman yapılır ve yüksek doz penisilin verilir. Hiperbarik oksijen

Tusworld Mikrobiyoloji Efsane Konu Kitabı Sayfa 128

64) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Viral etkenlerden hangisi biyogüvenlik düzey - 3 te yer alır ?

CEVAP: Batı Nil virusu

AÇIKLAMA :

FLAVİVİRÜSLER

- West Nile virus, dengue virus, tick-borne encephalitis virus, yellow fever virus, Zika virus

Sarı humma virüsü

- Bulaş sivrisinekleridir.
- Canlı aşısı vardır (gebelere verilebilen canlı aşı).

Deng virüsü

- Bulaş sivrisinekleridir.
- Klasik deng (kemik kıran ateşi) ve kanamalı deng ateşi etkenidir.

Batı Nil virüsü

- %80 asemptomatiktir, %20 civarı Batı Nil ateşine, %1 civarı da nöroinvaziv hastalığa neden olur.
- CCR-5 reseptöründe meydana gelen bozukluklar Batı Nil Enfeksiyonu için risk faktörüdür.
- Sivrisineklerle (Culex, Aedes, Anofel) bulaştığı için, sivrisineklerle savaş hastalığın kontrolünde önemlidir.

Tusworld Mikrobiyoloji Efsane Konu Kitabı Sayfa 251

65. HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

CEVAP :

AÇIKLAMA:

TUSWORLD KAYNAKLARINDA BU SORUYA REFERANS VERİLELEMİŞTİR.

66) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Beşinci hastalık etkeni olan virusun replikasyonu ile ilgili olarak yanlış olan ifade nedir ?

CEVAP: Konak hücre sitoplazmasında replike olur.

AÇIKLAMA : Beşinci hastalık etkeni olan virüs Parvovirus B19'dur. Parvovirus B19 bir DNA virüsü olup replikasyonlarını konak hücrenin çekirdeğinde gerçekleştirirler.

PARVOVİRÜSLER

- Zarfsız, tek iplikli bir DNA virüsüdür.
- Bu grubun bir alt üyesi olan Dependovirüsler çoğalmak için Adenovirüslere gereksinim gösterirler (HDV'nin HBV'ye olan ihtiyacı gibi).

PARVOVİRÜS B19

- Virüsün ana hedefi çoğalmakta olan eritroblastlardır. Tutunduğu reseptör eritroblastlar üzerinde bulunan P antijenidir.
- Enfeksiyon geçirdiğinde ömür boyu bağışıklık bırakır.
- Solunum, kan nakli ya da vertikal yolla bulaşabilir.
- Respiratuar yol en sık bulaş yoludur.

Tusworld Mikrobiyoloji Efsane Konu Kitabı Sayfa 223

67) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:

Gebeliğin ilk trimesterinde trafik kazası sonrası kan transfüzyonu yapılan 26 yaşındaki hastanın hamileliği esnasında herhangi bir semptom olmuyor. Doğum sonrası bebekte mikrosefali, hepatosplenomegali, sarılık, letarji ve peteşiyel döküntüler görülüyor. Kafa grafisinde intrakraniyal kalsifikasyonlar saptanıyor ve bebek iki gün sonra kaybediliyor. Bu tabloya yol açan en olası etken ?

CEVAP: Sitomegalovirus

AÇIKLAMA :

CMV (SİTOMEGALOVİRÜS)

- Megalo = Dev hücre
- Latent enfeksiyon yapar (respiratuar sistem, tükürük bezleri, kemik iliği, böbrek, lökositler, lenfositler).
- BCRF-1 proteini adı verilen viral bir II-10 analogu sentezleyerek, hücrel immün yanıtı süpürse eder

YENİDOĞAN ENFEKSİYONLARI

- Konjenital enfeksiyonların en sık rastlanan etkenidir. Mental retardasyon, periventriküler serebral kalsifikasyon (ependimal hücrelere afinitesi nedeniyle) , mikrosefali, sarılık ve gelişme geriliği görülebilir. Ayrıca prematüre yeni doğanda gri bebek sendromuna neden olabilir (Antibiyotiklerden benzer tabloya yol açan Kloramfenikol'dür).

Tusworld Mikrobiyoloji Efsane Konu Kitabı Sayfa 221

68) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:
Mikroorganizmalardan hangisinde hücre zarında ergosterol bulunur ?

CEVAP: *Aspergillus fumigatus*

AÇIKLAMA :

MİKOLOJİ

MANTARLARIN GENEL ÖZELLİKLERİ

- Yaşamlarını saprofit, simbiyotik, kommensal ya da paraziter olarak sürdürebilmektedirler.
- Her mantar patojen olabileceğine sahiptir. Kimisi immün sistemi sağlam konakta enfeksiyona yol açarken, kimisi immün suprese konakta (AIDS' li hastalar, transplant hastaları, kanserli hastalar ve kemoterapi hastaları gibi) fırsatçı enfeksiyonlara yol açar.
- Ökaryotlardır.
- Diğer ökaryotlardan farkları
 - Ökaryotları içerisinde hücre duvarına sahip tek patojendir (hücre duvarı, kitin ve beta gluklan içerir).
 - Hücre zarında kolesterol yerine ergosterol bulunur.
- Aerobik, anaerobik ya da zorunlu anaerob olabilirler.
- Malassesia ve Candida normal florada bulunabilir.
- Kapsül oluşturanlar, Cryptococcus neoformans ve Rhodotorula muciloginosa'dır.
- Cryptococcus neoformans ve Rhodotorula muciloginosa'nın ayrımı
 - Cryptococcus neoformans: Bird-seed agarda kahverengi renkli pigment oluşturur + Fenol

Tusworld Mikrobiyoloji Efsane Konu Kitabı
Sayfa 254

69) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:
Hematolojik malignitesi olan ve ateş nedeniyle izlenen hastadan alınan kan kültüründen Sabouraud dekstroz agar besi yerine yapılan pasajda, pamuğumsu, pembe- mor renkte bir küf mantarının ürettiği görülüyor. Koloniden hazırlanan preparatın mikroskopik incelemesinde kano şeklinde, 2-3 bölmeli makrokonidyumların varlığı dikkat çekiyor. Bu bulgulara göre izole edilen mantar cinsi için en olası tanımlama nedir ?

CEVAP: *Fusarium spp.*

AÇIKLAMA : kırmızı – pembe renkte pigment oluşturan, kano şeklinde (Muz, hilal) septalı makrokonidileri olan mantar fusariumdur.

FUSARIUM

- Septalı hiferi nedeniyle Aspergillus'la karışabilir.
- Muz (hilal, fusiform) şeklinde makrokonidileri vardır.
- Kırmızı pigment oluşturur.

MAKROKONİDİSİ OLAN MANTARLAR

- Miscanum (Makrokonid)

Tusworld Mikrobiyoloji Efsane Konu Kitabı
Sayfa 276

70) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:
Boynunda ortası soluk, sirküler, kaşıntılı lezyonu olan 27 yaşındaki kadın hastadan deri kazıntısı örneği alınıyor ve laboratuvarında KOH ile incelendiğinde pigmentsiz, dallanan, septumlu hifler görülüyor. Bu tabloya yol açması en olası etken nedir?

CEVAP: Dermatofit

AÇIKLAMA :

DERMATOFİTLERDE EKOLOJİ, EPİDEMİYOLOJİ, TANI VE TEDAVİ

- Dermatofit enfeksiyonlarında en sık lezyonun çevresinden merkezine doğru azalma gösteren enflamasyon ve etrafında da pullanma gösteren bir halka bulunur (ringworm).
- Mikroskopik inceleme yapmadan önce örnek %10-20' lik KOH ile muamele edilir.

Tusworld Mikrobiyoloji Efsane Konu Kitabı
Sayfa 262

71) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:
Helmintlerden hangisi yaşam döngüsünü ara konağı olmadan tamamlayamaz ?

CEVAP: *Fasciola hepatica*

AÇIKLAMA : *Fasciola hepatica* ara konağa ihtiyaç duyan bir parazittir.

FASCIOLA HEPATICA

- Metaserkarya içeren su terelerinin yemesi ile bulaşır.
- Koyun parazitidir.
- Yalancı parazitlik, koyun karaciğerini yiyen insanlar, enfekte olmadan gaitayla yumurtayı alabilirler (*Fasciola hepatica*, *Dicrocoelium dendriticum*'da görülebilir). Gerçek enfeksiyondan ayırdı için hastalar karaciğer yemeyip üç ay sonra yeniden dışkı örneği verirler.
- Klinik bulgular akut olarak karaciğer tutulumu bulguları (ateş, hepatomegali, karın ağrısı). Kronik dönemdekolanjit ataklarına neden olabilir.

Tusworld Mikrobiyoloji Efsane Konu Kitabı
Sayfa 309

72) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:
Periferik yaymada Maurer graüllerinin görülmesi Plasmodium türlerinden hangisi için spesifiktir ?

CEVAP: *Plasmodium falciparum*

AÇIKLAMA :

Plasmodium falciparum	<p>En mortal sıtma türüdür. Enkübasyon süresi en kısa (7-10 gün) olan sıtma türüdür.</p> <p>Genç, olgun ayrırt etmeden bütün yaşlardaki eritrositleri enfekte edebilir. Aynı anda birden fazla merozoit bir eritrositi enfekte edebilir.</p> <p>Trofozoitleri birden fazla halka (Walkman kulaklığı, iki taşlı yüzük) şeklindedir.</p> <p>Gametositleri muz (hila) şeklindedir.</p> <p>Sadece halka formlarından oluşan yüksek düzeyde parazitemi (eritrositlerin %10' undan fazlasının enfekte olması), gametositler görülmesi de Plasmodium falciparum enfeksiyonu için anlamlıdır.</p> <p>Eritrositlerin yüzeyinde dikensi çıkıntılar oluşturarak karasu humması (nefrotik sendrom) ve serbral sıtma gibi kliniklere yol açabilir.</p> <p>Glukoz 6-P dehidrojenaz eksikliği ve Orak hücreli anemili kişilerde Plasmodium falciparum sıtmasına doğal dirençlidir.</p> <p>Yüksek oranlarda Klorokin direnci gösterebilmektedir.</p> <p>HIV ile birlikte koenfeksiyonlar sıkırt ve ağır sıtmanın oluşması için risk faktörüdür.</p>
------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tusworld Mikrobiyoloji Efsane Konu Kitabı Sayfa 299

73) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:
Makrofajları aktive ederek intraselüler bakterinin öldürülmesini sağlayan asıl hücre ve salgıladığı sitokin eşleşmesi birlikte verilmiştir?

CEVAP: Th1 – IFN gama

AÇIKLAMA :

Th1

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

Tusworld Mikrobiyoloji Efsane Konu Kitabı Sayfa 75

74) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:
I. ATP
II. Ürik asit
III. Silika
Hangileri makrojajlar ve dentritik hücrelerde inflamazom aktivasyonuna neden olan endojen tehlike sinyallerindendir ?

CEVAP: I. ATP, II. Ürik asit, III. Silika

AÇIKLAMA :

- **NOD-benzeri reseptörler (NLR) ve İnflamazom**
 - NOD benzeri reseptörler, sitoplazmadaki DAMPs ve PAMPs' ları algırlar.
 - NLR' lerin prototipi **NLRP-3** (NOD benzeri reseptör ailesi, pyrin bülkümü içeren 3), çeşitli mikroorganizma ürünlerini, hücre hasarı ve ölümünü gösteren **ATP gibi molekülleri**, nükleik asit türevi olan **ürük asit kristalleri** gibi ürünleri, hücre içi potasyum yoğunluğunun değişimini, doku ve hücrelerde **koleterol kristalleri**, serbest yağ asidi birikimlerini algılar.

Tusworld Mikrobiyoloji Efsane Konu Kitabı Sayfa 77

75) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:
Nefes darlığı ve yorgunluk şikayetleri ile acil servise başvuran 20 yaşındaki hastanın bir haftadır yüksek doz penisilin kullandığı öğreniliyor. İmmün hemolitik anemi tanısı alan bu hastada gelişen en olası hipersensitivite reaksiyonu hangisidir ?

CEVAP: Tip 2

AÇIKLAMA :

Hastalık	Hedef antijen	Mekanizma	Belirtiler
Otoimmün hemolitik anemi	Eritrosit membran proteinleri (Rh kan grup antijenleri, I antijeni)	Eritrositlerin opsonizasyon ve fagositozu	Hemoliz, anemi

Tusworld Mikrobiyoloji Efsane Konu Kitabı Sayfa 95

76) HATIRLAMA YOLU İLE SORU:
Kan bağıışı işlemi için mikrobiyolojik tarama testleri kapsamında araştırılan etkenlerden değıldir ?

CEVAP: Adenovirus

AÇIKLAMA :

ADENOVİRÜSLER

- Zarfızsız 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.
- **Hekzon**, gruba spesifik antijenken, **penton** türe özgül antijendir.
- Virüs, epitel hücrelerini tutarak, litik enfeksiyonlara neden olabilir ya da lenfoit dokularda latent olarak kalabilir.
- **Bulaş solunum yolu, fekal-oral yol ya da yüzme havuzlarından** olabilir.

Tusworld Mikrobiyoloji Efsane Konu Kitabı Sayfa 224

PATOLOJİ 22/22

77. REFERANS: 1 (77.Soru)

HATIRLAMAYOLU İLE SORU: Genetik hastalıklar ve etkilenen protein eşleştirmelerinden hangisi doğrudur?

CEVAP: Ehlers Danlos Sendromu -Kollajen

AÇIKLAMA:

ANEVRİZMA PATOGENEZİ

- Yetersiz ya da anormal bağ doku sentezi

Marfan Sendromu Anormal TGF- β aktivitesi sonucu (aşırı aktivasyon) defektif fibrillin sentezi nedeniyle aorta elastik dokuda kayıp

Ehler-Danlos Sendromu (tip IV) Tip III kollajen sentezindeki defekt

Loeys-Dietz Sendromu TGF- β reseptör mutasyonları elastin ve kollajen tip I ve III'ün anormal sentezi

C vitamini eksikliği (Skorbüt) Kollajen çapraz bağlarında bozukluk

EHLERS-DANLOS SENDROMU SINIFLANDIRMASI

EDS Tipi	Klinik Bulgular	Kalıtım	Gen Defektleri
Klasik (III)	Deri ve eklem hipermobilitesi, atrofik skarlar, kolay morarma	OD	COL5A1, COL5A2
Hipermobilite (III)	Eklem hipermobilitesi, ağrı, dislokasyonlar	OD	Bilinmeyen
Vasküler (IV)	İnce deri, arteriyel ya da ülerin rüptür, morarma, küçük eklem hiperestensibilitesi	OD	COL3A1
Kifoskolyoz (VI)	Hipotoni, eklem gevşekliliği, konjenital skolyoz, okuler frajilite	OR	Lizil hidroksilaz
Artrokalyaza (VIIa, b)	Ciddi eklem hipermobilitesi, deri değişiklikleri (hafif), skolyoz, morarma	OD	COL1A1, COL1A2
Dermatoparaksi	Ciddi deri frajilitesi, kutis laksas, morarma	OR	Prokollajen N-peptidaz

REFERANS: TUSWORLD EFSANE PATOLOJİ KONU KİTABI SAYFA 86

78. REFERANS: 2 (78.soru)

HATIRLAMAYOLU İLE SORU: Metaplazi ile ilgili doğru olan aşağıdakilerden hangisidir?

CEVAP: Metaplaziler kronik süreçlerde kanser gelişimine neden olur

AÇIKLAMA:

METAPLAZİ

Metaplazi farklılaşmış (matür) bir hücre tipinin bir başka farklılaşmış hücre tipi ile **yer değiştirmesidir**. Kronik irritasyon sonrası hücre tipi değişir.

- Metaplazinin en sık görüldüğü doku: **Epitel doku**
- Metaplazi matür hücrelerdeki **fenotip değişiminden kaynaklanmaz**, normal dokularda bulunan **KÖK HÜCRELERİN** ya da bağ dokuda bulunan farklılaşmamış mezenkimal hücrelerin yeniden programlanmasıdır. Daha az sıklıkta da olsa komşu alanlardaki farklılaşmış hücrelerin kolonizasyonu (ışgal etmesi) ile de gerçekleşebilir.

ETİYOLOJİ	YER
<ul style="list-style-type: none"> • Sigara • A vitamini eksikliği 	Respiratuvar sistemde kolumnar epitel skuamöz metaplazi <ul style="list-style-type: none"> • En sık görülen metaplazi tipidir.
<ul style="list-style-type: none"> • Kronik gastrit • Kronik sistit 	İntestinal metaplazi Skuamöz metaplazi
<ul style="list-style-type: none"> • Taş 	Tükürük bezi, pankreas ve safra kanallarında skuamöz metaplazi
<ul style="list-style-type: none"> • Gastroözofageal reflü 	Özofagus skuamöz epiteli intestinal-benzeri kolumnar epitele dönüşür. Barret özofagusu denir. <ul style="list-style-type: none"> • Goblet hücreleri görülmez. Bu hücreler sıklıkla kadeh şeklinde görülürler. • Glandüler adenokarsinoma ilerleyebilir, premaligün bir lezyondur.
<ul style="list-style-type: none"> • Travma 	Kas dokuda kemik oluşur. Myozitis ossifikans adı verilir. Ağrı ve kitle yapar. Radyolojide periferik kalsifikasyon görülür. Kanama ve travma sonrası görülebilir.

- **Mezenkimal metaplazi örnekleri:** Miyozitis ossifikans, Kondroid metaplazi (kemik kırıkları sonrası gelişir), Miksoid metaplazi (vokal kord ve kalp kapaklarında görülür). **Bu örnekler prekanseröz olarak kabul edilmezler.**

REFERANS: TUSWORLD EFSANE PATOLOJİ KONU KİTABI SAYFA 4

79. REFERANS: 3 (79.Soru)

HATIRLAMAYOLU İLE SORU: Hangisi hücrel hipertrofi için örnektir?

CEVAP: Aort patolojisine bağlı kardiyomiyopati

AÇIKLAMA:

HİPERTROFİ

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

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

- Kas hipertrofisinin en sık nedeni: **İş yükü artışı**
- Fizyolojik hipertrofiye en önemli yolak **PI3K/AKT** yoluğadır.
- Patolojik hipertrofiye en önemli yolak **G-protein kenetli** reseptörlerdir.
- Kardiyak hipertrofiye rol oynayan gen **ANF** (atriyal natriüretik faktör) genidir.

REFERANS: TUSWORLD EFSANE PATOLOJİ KONU KİTABI SAYFA 3

79. REFERANS: 3 (79.Soru)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Hangisi hücre sel hipertrofi için örnektir?

CEVAP: Aort patolojisine bağı kardiyomiyopati

AÇIKLAMA:

HİPERTROFI

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

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

- Kas hipertrofisinin en sık nedeni: **İş yükü artışı**
- Fizyolojik hipertrofiye en önemli yolak **PI3K/AKT** yolağıdır.
- Patolojik hipertrofiye en önemli yolak **G-protein kenetli** reseptörlerdir.
- Kardiyak hipertrofiye rol oynayan gen **ANF** (atriyal natriüretik faktör) genidir.

REFERANS: TUSWORLD EFSANE PATOLOJİ KONU KİTABI SAYFA 3

80. REFERANS: 4 (80. Soru)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Metastatik kalsifikasyon örneği olan hangisidir?

CEVAP: Sarkoidoz

AÇIKLAMA:

METASTATİK KALSİFİKASYON

Hiperkalsemi varlığında **normal dokulara** kalsiyum çökmesidir. En sık görüldüğü yerler; **mide epiteli, böbrekler** (nefrokalsinozis), **akciğerler**, sistemik arter ve pulmoner venlerdir.

- Primer hiperparatiroidi → Paratiroid adenomu
- Böbrek yetmezliği → Sekonder hiperparatiroidi
- Ektopik PTH-ilişkili protein → Özellikle **skuamöz hücreli akciğer karsinomu**
- Metastatik kemik lezyonları → **Multipl myelom**, Meme karsinomu, Lösemi
- Artmış kemik turnover → **Paget** hastalığı
- İmmobilizasyon
- Vitamin D intoksikasyonu
- **Sarkoidoz** → Makrofajlar D vitamini prekürsörlerini aktive ederler.
- Bebekte idiyopatik hiperkalsemi → **Williams sendromu** (supravalvüler aort stenozu). Williams-Beuren sendromu da denir. 7.kromozomdaki elastin gen mutasyonu vardır. Karakteristik yüz anomalilikleri (elfin face) ve zeka geriliği görülür.
- Hemodiyaliz hastalarında **aliminyum** intoksikasyonu
- **Süt-alkali sendromu**, Adrenokortikal yetmezlik (Addison hastalığı)

REFERANS: TUSWORLD EFSANE PATOLOJİ KONU KİTABI SAYFA: 13

81. REFERANS: 5 (81. Soru)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Tüberküloz enfeksiyonunda makrofaj aktivasyonu sonucunda gelişenler nelerdir?

CEVAP: NO artışı ve TNF salgılanması (I-II)

AÇIKLAMA:

NİTRİK OKSİT: Yan ömrü çok kısa olduğu için bulunduğu bölgede etkilidir.

- Makrofajlarda **mikrop ve tümör hücrelerinin öldürülmesine** katkıda bulunur.
- Endotel hücrelerinde guanilat siklaz aktivasyonu ile cGMP'yi artırıp damar düz kasını gevşeterek **vazodilatasyona** yol açar. **Ancak damar geçirgenliğini artırmaz.**
- Endotelial (e-NOS, Ca uyarır), indüklenebilir (i-NOS, sitokinler uyarır) ve nöronal (n-NOS, Ca uyarır) gibi nitrik oksit sentetaz tipleri vardır.
- Makrofajlarda süperoksit ile reaksiyona girerek yüksek reaktif serbest radikal peroksinitrit (**ONOO⁻**) üretilir. Nitrojen-kaynaklı serbest radikaller, SOR'leri gibi, **mikropların** lipitleri, proteinleri ve nükleik asitlerine ve **konak hücrelerine saldırarak** hasara uğrattır (**NORMAL HÜCRE HASARI**).
- Platelet aktivasyonunun tüm evrelerini inhibe eder.
- İnflamasyon alanlarında lökosit toplanmasını azaltır (**anti-inflamatuvar etki**).
- **Septik şokta hipotansiyon**dan sorumludur.

TNF-ALFA (KAŞEKTİN): Makrofajdan öncelikli salınan ve makrofajı uyaran sitokindir.

- İştahı baskılar, lipid ve protein mobilizasyonunu artırır. Bu yüzden, artmış TNF-α üretimi kilo kaybı ve anoreksi ile karakterize **kaşeksiye** neden olur.
- Nötrofillerin bakteriyel endotoksin gibi diğer uyarılara yanıtını artırır.
- **NO** üretimini **uyararak septik şokta hipotansiyona** yol açar ve makrofajların **mikrobisidal** aktivitesini artırır.
- **Endotel aktivasyonu** yaparak lökositlerin endotele adezyonunu ve göçünü uyarır.
- Endotelin **prokoagulan** etkisini artırır. Akut faz reaktanlarının oluşumunu (serum amiloid A gibi) uyarır. **Lökositöz** ve **ateş** oluşumunda görev yapar.

REFERANS: TUSWORLD EFSANE PATOLOJİ KONU KİTABI SAYFA: 20

82. REFERANS: 6 (82.Soru)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Endometriyum adenokanseri tanısı alan kadın hastanın annesinde kolon kanseri öyküsü mevcut ilk araştırılması gerek nedir?

CEVAP: Mikrosatellit instabilite araştırılması

AÇIKLAMA:

Hereditör Non-Polipozis Kolorektal Kanseri Sendromu (LYNCH SENDROMU): Hatalı eşleşme (**mismatch**) tamir genlerinde mutasyon vardır. **MLH1** ya da **MSH2** mutasyonu izlenir. **Mikrosatellit instabilite** görülür. Kolon kanserinin en sık sendromik nedenidir. Kolon kanseri sıklıkla **sağ kolonda** yerleşir. Özellikle **endometriyum** olmak üzere mide, ince barsak, pankreas, over, üreter, beyin ve deri kanserleri riski de artar.

- **Muir-Torre Sendromu:** Lynch sendromunun bir alt tipidir. **MLH1** ve **MSH2** mutasyonları vardır. **Sebase neoplaziler**, **kolon kanseri** eşlik eder.

REFERANS: TUSWORLD EFSANE PATOLOJİ KONU KİTABI SAYFA: 171

83. REFERANS: 7 (83.Soru)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Tekrarlayan pulmoner emboli ve derin ven trombozu olan hastada en olası genetik neden nedir?

CEVAP: Faktör V Leiden mutasyonu

AÇIKLAMA:

3. HİPERKOAGÜLABİLİTE

Hiperkoagülabilité (trombofil) tromboza yatkınlık ile giden herhangi bir kan hastalığıdır. Özellikle venöz trombozda önemli bir role sahiptir. Primer (Genetik) ve Sekonder (Kazanılmış) olarak ikiye ayrılır. Faktör V ve protrombin genindeki mutasyonlar genetik nedenlerin en sık görülenlerdir.

- Faktör V mutasyonu (faktör V Leiden): Mutasyon faktör V'in protein C ile yıkılmasında ve inaktive edilmesinde dirence neden olur (aktif protein C rezistansı). Venöz tromboz riski; heterozigotlarda 5 kat homozigotlarda ise 50 kat artar
- Protrombin gen mutasyonu: Yüksek protrombin seviyeleri ile karakterizedir. Venöz tromboz riski 3 kat artmıştır.
- Homosisteinemi: Yüksek homosistein seviyeleri endotel hücrelerini hasara uğratarak antitrombotik etkilerini engeller. Arteriyel ve venöz trombozlar görülür. (sistationin β-sentetaz enziminin oenetik eksikliği).

REFERANS: TUSWORLD EFSANE PATOLOJİ KONU KİTABI SAYFA: 38

84. REFERANS: 8 (84.Soru)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: MI en sık görülen komplikasyonu nedir?

CEVAP: Aritmi

AÇIKLAMA:

217. Aşağıdakilerden hangisi AMI geçiren bir hastada erken dönemde beklenen bir komplikasyon değildir?

- Emboli
- Ani ölüm
- Dressler sendromu
- Şok
- Av blok

AMI geçiren hastaların % 25'i hastaneye gelemeden ölüür.Bu hastalarda en sık ölüm nedeni ventrikül fibrilasyonudur.Hastaneye gelen hastaların % 10-20'sinde önemli bir komplikasyon görülmez. Kalan % 80-90'ında en sık görülen komplikasyon aritmilerdir.(%75-95).Bunu sol kalp yetersizliği izler. Hospitalize edilen hastalarda en sık ölüm nedeni kalp yetersizliğidir(%60).sık görülen komplikasyonlar erken(ilk 48-72 saat) ve geç(72 saat sonra) olarak iki grupta değerlendirilir

Akut MI komplikasyonları

Erken	Geç
Ani ölüm	Serbest duvar,septum rüptürü
Aritmiler	Ventrikül anevrizması
Kalp yetersizliği	Akut perikardit
Kardiyojenik şok	Dressler sendromu
Emboli	Tromboemboli

Dressler sendromu AMI sonrası haftlar/aylar (2-11 hafta) içinde gelişen bir sendromdur. Hipersensitive reaksiyonuna benzer. Perikardit, ateş, sedimantasyon artışı, lökositoz ve pnömonitis olabilir. Tedavisinde aspirin, indometazin ve steroid verilir
CEVAP:C

REFERANS: DAHİLİYE SORU BANKASI SAYFA 234

85. REFERANS: 9 (85.Soru)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: ARDS ile ilgili doğru olan nedir?

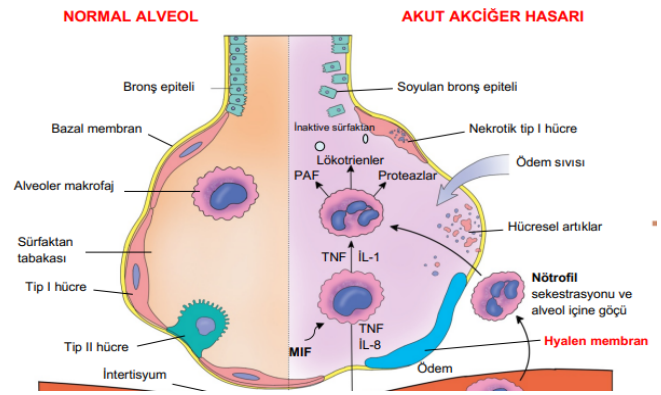
CEVAP: Endotel hücrelerin hasarlanması temel mekanizmadır ?

AÇIKLAMA:

AKUT AKCİĞER HASARI ve AKUT RESPIRATUAR DİSTRES SENDROMU (DİFFÜZ ALVEOLER HASAR)

Akut akciğer hasarı (ALI) (non-kardiyojenik pulmoner ödem de denir) kalp yetmezliği yokluğunda ani başlangıçlı belirgin hipoksemi ve bilateral pulmoner infiltratlar ile karakterizedir. Akut respiratuar distres sendromu (ARDS) ciddi akut akciğer hasarının bir belirtisidir.

Patogenez: ALI / ARDS pnömosit ve pulmoner endotel hasarı ile başlar.



REFERANS: TUSWORLD EFSANE PATOLOJİ KONU KİTABI SAYFA: 135

86. REFERANS: 10 (86.Soru)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: İleri yaş erkek sık idrara çıkma şikayeti nedeniyle prostat biyopsisi yapılıyor hangi bulgu adenokarsinom lehinedir ?

CEVAP: Epitel bez hücrelerinde belirgin nükleolus olması

AÇIKLAMA:

PROSTAT KANSERİ

- Erkeklerin en sık görülen kanseridir. Genellikle 50 yaşından sonra görülür.
- Periferik zondan kaynaklanır. Bu nedenle baskı bulgusu azdır.
- Asinüs epiteli kaynaklı adenokarsinomdur (Nadiren duktus epiteli).
- Risk faktörleri: Yaş, hormonal (androjen duyarlı), kadmiyum
- 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 iğne biyopsisi ile yapılır. İri nükleuslar ve belirgin nükleoluslar izlenir. Pleomorfizm ve mitotik figürler azdır. Perinöral invazyon görülür.

TEK SIRA hücreler ile dşşeli art arda bez yapıları görülür.

Morfolojik olarak en tipik bulgu: BAZAL HÜCRE TABAKASININ KAYBOLMASI

REFERANS: TUSWORLD EFSANE PATOLOJİ KONU KİTABI SAYFA: 210

87. REFERANS: 11 (87.Soru)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Erken çocukluk döneminde görülen testis tümörü ?

CEVAP:Yolk sac tümörü

AÇIKLAMA:

YOLK-SAK TÜMÖRÜ (ENDODERMAL SİNÜS TÜMÖRÜ)

- 3 yaş altında en sık testis tümörüdür.
- Erişkinlerde sıklıkla mikst haldedir.
- En çok embriyonel karsinom ile birlikte görülür.
- Dantel gibi (retiküler/face-like) ağlar görülür.
- PAS (+) (aFP içeren) eozinofilik granüller içerir.
- Serum aFP düzeyleri yükselir.
- Schiller-duval cisimleri denen glomerüloid yapılar oluşturabilirler (%50).



REFERANS: TUSWORLD EFSANE PATOLOJİ KONU KİTABI SAYFA: 208

88. REFERANS: 12 (88.Soru)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Glomerülo nefrit nedeniyle takipli hastaya böbrek nakli yapılıyor. Nakilden birkaç hafta sonra kreatinin artışı görülüyor. Akut rejeksiyon düşünülen bu hastada biyopside hakim hücre nedir?

CEVAP: Lenfositler

AÇIKLAMA:

GREFT REJEKSİYONU

Hiperakut rejeksiyon: Önceden duyarlanmamış konakta dakikalar ya da birkaç saat içinde meydana gelir. Tipik olarak cerrah tarafından vasküler anastomozlar tamamlandıktan sonra tanınır. Böbrekte; siyanoz, yumuşak kıvam, benekli görünüm ve sadece birkaç damla eksresyon vardır. Histolojik incelemede yaygın akut arterit ve arteriyolit, damar trombozu ve fibrinoid nekroz gözlenir. Bulgular önceden bulunan antikorların greft endoteline bağlanması ile ortaya çıkar (humoral mekanizma). Multipl kan transfüzyonu risk faktörüdür.

Akut rejeksiyon: Transplantasyondan günler - haftalar sonra ortaya çıkar.

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

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

REFERANS: TUSWORLD EFSANE PATOLOJİ KONU KİTABI SAYFA: 53

89. REFERANS: 13 (89.Soru)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Postmenapozal kanama ile gelen kadın hastada overde granüloza hücreli tümör ve endometriyumda endometrioid karsinom saptanıyor. Bu iki tümörün beraber görülmesini hangi açıklar

CEVAP: Over tümörünün ürettiği hormon endometrioid karsinoma neden olur

AÇIKLAMA:

GRANÜLOZA HÜCRELİ TÜMÖR

- Yaklaşık 2/3'ü postmenopozal kadınlarda görülür.
- Call-exner cisimcikleri (folikül-benzeri yapılar, immatür folikül) görülür.
- Klinik açısından iki önemi vardır: Aşırı miktarda östrojen salınımı ve düşük-derece kanser gibi davranabilmesi.
- Juvenil tipi erken seksüel gelişime neden olabilir.
- Erişkin tipi endometriyal hiperplazi, proliferatif meme hastalığı ve endometriyal karsinom ile ilişkili olabilir. Bazen de androjen üretimine neden olarak maskülinizasyona neden olur.
- Tüm granüloza hücreli tümörler potansiyel olarak maligndir.
- Histolojisinden biyolojik davranışını tahmin edilemez. Malign davranış (rekürrens, yayılım) olasılığı %5-25'dir. Rekürrenslar 10-20 yıl sonra görülebilir. 10-yıllık sağkalım %85'dir.
- Tek hücrelerinin baskın olduğu tümörler neredeyse asla malign değildir.
- Doku ve serumda inhibin seviyeleri artar.
- Erişkin tipte %97 oranında FOXL2 gen mutasyonları raporlanmıştır.

REFERANS: TUSWORLD EFSANE PATOLOJİ KONU KİTABI SAYFA: 221

90. REFERANS: 14 (90.Soru)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Otoimmün poliendokrinopati, kandidiyazis ve ektodermal bulguların görüldüğü bir hastada hangi gende mutasyon saptanır.

CEVAP: AIRE

AÇIKLAMA:

HİPOPARATİROİDİZM

Nedenleri:

- En sık nedeni: Tiroidektomi

Hipoparatiroidizmin genetik nedenleri:

- Di George sendromu (22 q11 delesyonu, konjenital kalp defektleri, T-hücreli immün yetmezlik, hipokalsemi, timik hipoplazi, yüz anomalleri)
- Otoimmün hipoparatiroidizm: AIRE (otoimmün regülatör) gen mutasyonu vardır. Primer adrenal yetmezlik ve kronik mukokutanöz kandidiyazi eşlik eder (Poliendokrin Sendrom Tip 1). IL-17 ve IL-22'ye karşı otoantikolar görülür.
- Otozomal dominant hipoparatiroidizm: CASR geninde fonksiyon-kazanma mutasyonu vardır. CASR aktivitesi yüksek kalsiyum duyarlanması nedeniyle PTH'u baskılar ve hipokalsemi ve hiperkalsiüri görülür.
- Familial izole hipoparatiroidizm: OR formunda GCM2 (glial cells missing-2) gen mutasyonu, OD formunda PTH prekürsör peptid geninde mutasyon görülür.

REFERANS: TUSWORLD EFSANE PATOLOJİ KONU KİTABI SAYFA: 240

91. REFERANS: 15 (91.Soru)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: **Melanomun yüzeysel yayılan ve metastaz yapma ihtimalinin çok nadir olduğu formu için kullanılan terim?**

CEVAP: **Radyal büyüme**

AÇIKLAMA:

MALİGN MELANOM

Melanositlerden gelişen malign bir tümördür. Risk faktörleri; **güneş ışığı** (en önemli), genetik, displastik nevüs, kseroaderma pigmentozum, dev konjenital nevüs, immünsüpresyon.

BÜYÜME PATERNLERİ:

- **Radyal büyüme:** Epidermiste **horizontal (yatay büyürler)**. **Lentigo maligna** için karakteristiktir. Uzun süre radyal büyüme paterni gösterir ve bu nedenle **metastaz ihtimali düşüktür** (en iyi prognoz). Yüzeysel yayılan, lentigo maligna ve akrall lentiginöz tipleri radyal yayılım gösterir.
- **Vertikal büyüme:** Tümör hücreleri **derine (dermise doğru)** ilerler. Lezyonlar yassı halden nodüler hale geçer. **Metastaz** riski yüksektir. **Nodüler melanom** tipik örneğidir.

REFERANS: TUSWORLD EFSANE PATOLOJİ KONU KİTABI SAYFA:252

92. REFERANS: 16 (92.Soru)

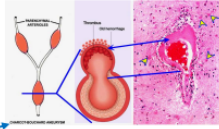
HATIRLAMA YOLU İLE SORU: **Kontrolsüz hipertansiyon nedeniyle bir ölen bir hastanın beyin biyopsisinde hangisinin görülmesi daha az bir olasılıktır?**

CEVAP: **Epidural hematoma**

AÇIKLAMA:

HİPERTANSİYON

- Spontan intraparaknimal kanamaların en sık nedenidir.
- En sık kanama olan bölge: **Putamen** (%50-60)
- **Subaraknoid kanama yapabilir.**
- Subdural kanama nedeni değildir !!!
- **Laküner infarkt** (küçük enfarktlara bağlı kavitasyon)
- **Slit (yanık) hemoraji yapar.**
- **Charcot-Bouchard mikroanevrizmaları**
- Hastalık subkortikal beyaz maddede miyelin ve akson kaybı ile giderse "**Binswanger hastalığı**" olarak adlandırılır.
- Kırmızı nöronlar (12-24 saat) ve devamında gliozis görülür.
- **Watershed alanlarında Sınır bölgesi (borderzone) infarkt (kama şeklinde enfarkt)**



REFERANS: TUSWORLD EFSANE PATOLOJİ KONU KİTABI SAYFA: 292

93. REFERANS: 17 (93.Soru)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: **Kemik tümörlerinden RANKL ekspresyonu olan ve tedavide bu reseptörün inhibitörleri kullanılan kemik tümörü hangisidir ?**

CEVAP: **Dev hücreli kemik tümörü**

AÇIKLAMA:

DEV HÜCRELİ KEMİK TÜMÖRÜ (OSTEOKLASTOM)

- **Epifizde** yerleşir. **20-40 yaş** daha sık görülür.
- **Femur distali** ve **tibia proksimali** en sık yerleştiği yerdir.
- Kemik ya da kıvrımda üretimi yoktur. Soliter ve kahverengidir (**damardan zengin**).
- Osteoklast benzeri dev hücreler (100 ya da daha fazla çekirdek) vardır.
- Yaklaşık **yanısı** lokal olarak **tekrarlar**.
- **Akciğere metastaz** yapabilir (%4), fakat bunlar spontan gerileyebilir. Nadiren fataldir.
- **Tümör hücrelerinde RANKL ekspresyonu vardır.**
- **RANKL inhibitörü olan denosumab** adjuvan tedavide kullanılır. Denosumab ayrıca osteoporoz tedavisinde de kullanılır.
- **Osteoprotegrin** osteoblastlar üzerinde bulunur ve RANKL-RANK etkileşimini bloke eder (**ENDOJEN DENOSUMAB**).

TUSWORLD EFSANE PATOLOJİ KONU KİTABI SAYFA:267

94. REFERANS: 18 (94.Soru)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: **İyonize radyasyon ile ilgisi hangisi doğrudur ?**

CEVAP: **Hücre arresti görülür**

AÇIKLAMA:

TP53: GENOMUN KORUYUCUSU

- **Tümör süpresör** TP53 insan kanserlerinde en çok mutasyona uğrayan genlerdendir.
- Sağlıklı hücrelerde p53 **MDM2 ile ilişkili yıkımı** nedeniyle kısa yarı-ömürlüdür.
- Hücrede DNA'ya saldırı olursa, **ATM** (ataksi telenjektazide mutasyonlu) gibi protein kinazları içeren sensörler aktive olurlar ve p53'te posttranslasyonel modifikasyonları katalizlerler, MDM2'den p53 salınır ve yarı-ömrü artar.
- **P53-aracılı hücre siklusu arresti DNA hasarına İLK YANIT**tir. G₁ aşamasında gerçekleşir ve temel olarak CDKN1A (p21)'in p53-bağımlı transkripsiyonu tarafından gerçekleştirilir. P21 proteini siklin-CDK komplekslerini inhibe eder ve Rb'nin fosforilasyonunu engeller, G₁ fazında hücre siklusu durur.
- P53 aktivasyonu **DNA tamirinde** görev yapan **GADD45**'in artmasına neden olur.
- Tamir edilemezse, p53-aracılı senesens (yaşlılık) veya p53-aracılı apoptoz görülür.
- DNA hasarı bulunan hücrelerin **p53 aracılı apoptoza** gitmesi **neoplastik transformasyona karşı EN KORUYUCU mekanizma**dır. BAX ve PUMA gibi pro-apoptotik genler tarafından düzenlenir.
- P53 mutasyonu akciğer ve kolon gibi kanserlerde **KT-RT direnci** ile ilişkilidir.

REFERANS: TUSWORLD EFSANE PATOLOJİ KONU KİTABI SAYFA:69

95. REFERANS: 19 (95.Soru)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Hücrelerde keratin ara filamanının varlığı hangi yöntem ile gösterilebilir?

CEVAP: İmmünohistokimya

AÇIKLAMA:

Visköz sıvı ile dolu **kistler** ve yoğun **fibröz** dokudan oluşur. Fibroblastlara benzeyen iğsi hücreler arasında retikülün ve kollajen liflerinin kıvrımları görülür. **Nadiren maligndir.**

- İmmünoboyama ile **CD34 +** ve **keratin-negatif** olarak görülür. Bu özellikler malign mezotelyomadan ayrılmasında yardımcıdır (**zıt fenotip**).
- Soliter fibröz tümörün **asbest maruziyeti ile ilişkisi yoktur.**

REFERANS: PATOLOJİ TUSWORLD EFSANE KONU KİTABI SAYFA 148

96. REFERANS: 20 (96.Soru)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Kronik alkol kullanan hastanın karaciğer biyopsisi verilmiş. Bu morfolojik değişikliklere hangisi neden olmaz?

CEVAP: Glutasyon artması

AÇIKLAMA:

ALKOLİK KARACİĞER HASTALIĞI

HEPATOSTEATOZ

- Alkol alanlarda en sık görülen klinik tablodur.
- 80 cc/gün alım hastalığın oluşması için yeterlidir.
- Makroveziküler yağlanma ve küçük yağ damlacıkları** görülür.
- Alkolik karaciğer hastalığı **önce ve en şiddetli perisantral alanı** tutar.
- Biyokimyasal nedeni NADH artması ya da NAD azalmasıdır.**

REFERANS: TUSWORLD EFSANE PATOLOJİ KONU KİTABI SAYFA:168

ANTİOKSİDAN MEKANİZMALAR: Serbest radikaller stabil değildir ve genellikle spontan olarak ayrışır. Serbest radikallere karşı ek koruyucu mekanizmalar:

- E ve A Vitamini, Askorbik asit, β-karoten, Glutasyon:** Serbest radikal oluşumunu bloke ederler ya da serbest radikalleri inaktive ederler.
- Transferrin, Laktoferrin, Ferritin, Serüloplazmin:** Serbest demir ve bakır serbest radikal oluşumunu katalizleyebilir. Bu proteinler de serbest demir ve bakır bağlayarak serbest radikal üreten reaksiyonlara katılmasını engellerler.
- ANTİOKSİDAN ENZİMLER:**
 - ✓ **Katalaz:** Peroksizomlarda bulunur. H₂O₂'yi yıkar. (2H₂O₂ → O₂ + H₂O)
 - ✓ **Süperoksit dismutaz:** Süperoksit iyonunu hidrojen peroksite çevirir. Mitokondri (mangan-bağlı) ve sitozolde (çinko-bağlı) bulunur. (2O₂⁻ + 2H → H₂O₂ + O₂)
 - ✓ **Glutasyon peroksidaz:** Serbest radikal yıkımını katalizleyerek hücreyi korur. (H₂O₂ + 2GSH → GSSG + 2H₂O) ya da (2OH⁻ + 2GSH → GSSG + 2H₂O)
 - ✓ **Glutasyon redüktaz**
- Okside glutatyonun (GSSG) indirgenmiş glutatyon (GSH) intraselüler oranı oksidatif durumu yansıtır ve hücrenin serbest radikalleri detoksifiye etme yeteneğinin önemli bir indikatörüdür.**

REFERANS: TUSWORLD EFSANE PATOLOJİ KONU KİTABI SAYFA:8

97. REFERANS: 21 (97.Soru)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Oral kavite tümörlerinden HPV ilişkili ve HPV ilişkisiz olanlar kıyaslandığında hangisi HPV ilişkililer için doğrudur?

CEVAP: İkinci primer tümör gelişme riski daha düşüktür?

AÇIKLAMA:

ORAL KAVİTE VE DİL KANSERLERİ

Skvamöz hücreli karsinom ağız boşluğu kanserlerinin büyük kısmını oluşturmaktadır. Ortalama görülme yaşı 40 ve üstüdür. Geç tanı almaları nedeniyle mortaliteleri oldukça yüksektir.

- Risk faktörleri:**
- Tütün kullanımı
 - Aşırı alkol kullanımı
 - Lökoplaki
 - Eritroplaki
 - HPV tip 16, 18
 - Kronik irritasyon
 - Plummer vinson sendromu
 - Aktinik keratoz
 - Radyasyon

HPV POZİTİF TÜMÖRLERİN PROGNOZU HPV NEGATİF TÜMÖRLERİN PROGNOZUNDAN DAHA İYİDİR.

En çok **alt dudanın lateral sınırları, ağız tabanı ve hareketli dilin lateral** sınırlarından gelişir. Gelişimlerinin ilk aşamasında ekzofitik büyürler ve palpabl nodüller oluştururlar.

Daha çok **keratinize iyi diferansiye** tümörlerdir. Hızla lenfatik tutulum yaparlar. Lenf nodu metastazları ilk jugulodigastrik bölgedeki lenf nodlarına yaparlar. Lenf nodu metastazı tanı anında dil kökenli karsinomlarda %50, **ağız tabanı kaynaklılarda** %60'ın üstündedir.



REFERANS: KÜÇÜK STAJLAR EFSANE KONU KİTABI SAYFA 56

98. REFERANS: 22 (98.Soru)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Erişkin popülasyonda non-sirotik karaciğerde en sık görülen malign tümörler?

CEVAP: Metastatik tümör

AÇIKLAMA:

MALİGN TÜMÖRLER

- Karaciğerde en sık rastlanan malign tümör metastatik tümörlerdir. En sık kolon, meme ve akciğer kanseri kaynaklıdır.**
- En sık primer malign karaciğer tümörü **hepatosellüler karsinom**dur.
- En sık mezenkimal malignite **anjiosarkom**dur.

HEPATOBLASTOM

- Erken çocuklukta (özellikle **0-3 yaş arası**) en sık görülen karaciğer tümörüdür.
- 2 anatomik tipi vardır: **epitelyal** ve **mikst tip** (epitelyal ve mezenkimal). Mikst tipi primitif mezenkimal, osteoid, kırkırdak ya da çizgili kas içerebilir.
- Karakteristik özelliği **WNT** sinyal yolağının sık aktivasyonudur. **APC** geninde mutasyonlar ile görülür. APC ile ilişkili olduğu için FAP'lı hastalarda da hepatoblastom sık görülür.
- Sporadik olgular **Beta Katenin** gen mutasyonu ile ilişkilidir (Karaciğer Blastomu).
- Beckwith-Wiedemann sendromunda** hepatoblastom riski artmıştır.
- Bazılarında TGF-beta sinyal yolağındaki **FOXG1** yüksek düzey ekspresyonu görülür.

REFERANS: TUSWORLD EFSANE PATOLOJİ KONU KİTABI SAYFA:183

FARMAKOLOJİ 22/22

99. REFERANS: 1 (99.Soru)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: genlerde hangisinin irinotekan toksisitesi polimorfizmine bağlı artar?

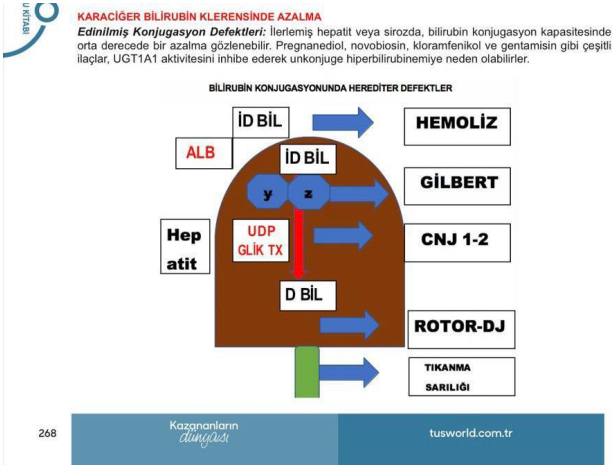
CEVAP: UGT1A1

AÇIKLAMA:

Karaciğerde Meydana Gelen Metabolizma Reaksiyonları

Faz I Reaksiyonları	Faz II Reaksiyonları (Konjugasyon)
<p>1) Oksitlenme (Oksidasyon)</p> <ul style="list-style-type: none"> Aromatik ve alifatik hidroksilasyon N ve O-dealkilasyon Deaminasyon Desülfürasyon Deklorinasyon N ve S-oksidasyon <p>2) İndirgenme (Redüksiyon)</p> <p>3) Kopma</p> <ul style="list-style-type: none"> Hidroлиз (Esterazlar, amidazlar) Dekarboksilasyon Glikozidlerin hidrolizi 	<p>1) Glukuronidasyon</p> <ul style="list-style-type: none"> Mikrozomal fazda gerçekleşir. UDP-glukuronil transferaz tarafından gerçekleştirilir. Gilbert sendromlarında irinotekan, atazanavir, gemfibrozil, statinler gibi ilaçların toksisiteyi artırır. <p>2) Asetilasyon</p> <p>3) Sülfatasyon</p> <p>4) Metilasyon</p> <ul style="list-style-type: none"> N-Metilasyon: FNMT O-Metilasyon: COMT <p>5) Glutasyon ile konjugasyon</p> <ul style="list-style-type: none"> N-asetil benzokininimin glutatyonlanması <p>6) Aminoasitler ile konjugasyon</p> <p>7) Su ile konjugasyon</p>

REFERANS: TUSWORLD EFSANE FARMAKOLOJİ KONU KİTABI SAYFA:15



REFERANS: TUSWORLD EFSANE DAHİLİYE KONU KİTABI SAYFA:268

100. REFERANS: 2 (100.Soru)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: lityum atılımını artırması?

CEVAP: asetazolamid

AÇIKLAMA:

Lityum İntoksikasyonu

- İntoksikasyon tablosunda kusma, diyare, ataksi, tremor, hipotansiyon, konvülsiyon ve koma gözlenir.
- İntoksikasyonun en etkili tedavisi diyalizdir. Osmotik diüretikler ve **asetazolamid** lityum atılımını artırır.

REFERANS: TUSWORLD EFSANE FARMAKOLOJİ KONU KİTABI SAYFA 171

101. REFERANS: 3 (101.Soru)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: nabilon ve dronabil ile ilgili yanlış olan ifade?

CEVAP: nabilon cb2 reseptörleri üzerinde etkilidir.

AÇIKLAMA:

DRONABİNOL, NABİLON

Doğal kannaboid türevidir. Kusma merkezindeki ve nöronlardaki CB₁ reseptörlerini uyarır. Diğer ilaçların kesemediği **post-kemoterapik emeziste kullanılır. Ayrıca iştahı artırdığından AIDS'te de denir.** Santral sempatomimetik yan etkiler ortaya çıkarır. Nabilon ise sentetik kannaboid analogu olup etkisi, lipid çözünürlüğü yüksek olduğundan hızlı başlar. Dronabinola benzer etkisi vardır.

HAREKET HASTALIĞI TEDAVİSİNDE KULLANILAN İLAÇLAR		
İlaç	Vestibüler Reseptör	Kullanım & Özellik
Skopolamin, Hyosin	M ₁	Transdermal, Deniz yolculuğu Sedatif etki az
Antihistaminik (I nesil)	H ₁	Oral, Otobüs yolculuğu Sedatif etki çok

PROKİNETİK AJANLAR VE DİĞER GİS KONTRAKTİLİTESİNİ ARTIRAN İLAÇLAR

Bağırsaklarda Peristaltizmi Etkileyen Reseptörler	
Hızlandırıcılar	Yavaşlatıcılar
- Serotonin 5-HT ₄	- Dopamin D ₂
- Muskarinik M1 & M ₂	- Opioid Mü
- Motilin reseptörleri	

REFERANS: TUSWORLD EFSANE FARMAKOLOJİ KONU KİTABI SAYFA 293

102. REFERANS: 4 (102.Soru)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: antimuskarinik ilaçlardan aktif mesane nörojenik mesane ve enüreziste tercih edilir?

CEVAP: oksbutinin

AÇIKLAMA:

ANTİMUSKARİNİK (PARASEMPATOLİTİK) İLAÇLAR			
Etki	Endikasyon	Kontrendikasyon	Tercih edilen ilaç
Midriazis	Fundus muayenesi, İriste sineşi gelişime riski	Dar açılı glokom	Atropin, Siklopentolat, Homatropin, Tropicamid
Siklopleji	Akomodatif ezotropiya, Akomodatif göz ağrısı	Konverjans yetmezliği	Atropin, Siklopentolat, Homatropin, Tropicamid
Ateş (histamin ile)		Ateşli hastalık	
Kabızlık	Fonksiyonel diyare, Hipermotilité	Bağırsak atonisi, İleus	Oksifensiklimin, Piperidolat, Disiklomin, Hiyoşiyamin, Disikloverin
Mide asit sekresyonunda azalma	Gastrik ülser, Duodenal ülser		Pirenzepin, Telenzepin, Glikopriolat
Miksiyon güçlüğü	Enürezis, İnkontinans, Spastik mesane	Belgin prostat hiperplazisi	Darifenasin, Solifenasin, Tolt-erodin, Flovoksat, Oksbutinin , Propiverin, Trospiyum
Ağız kuruluğu	Siyalore, Anestezi premedikasyonu	Kserotomi, Sjögren sendromu	Glikopriolat
Bronkodilatasyon	Astım, KOAH		İpatropiyum, Oksitropiyum, Tiyotropiyum, Akıldinium, Umaklidinium
Safra yollarında gevşeme	Safra kolik ağrı		Hiyoşin-N-metil bromür
Taşikardi	Bradikardi, AV blok, Vazovagal atak	Miyokard infarktüsü, Anjina pektoris, Taşiaritmi	Atropin
Vestibüler inhibisyon	Hareket hastalığı		Skopolamin
Clit kuruluğu (ekrin)	Hiperhidrozis	Clit kuruluğu	
Göz kuruluğu	Epifora	Kseroftalmi	
Santral antikolinergik etki	Organofosfat zehirlenmesi, Kolino-mimetik ilaç zehirlenmesi, Parkinson hastalığı	Alzheimer hastalığı	Atropin, Biperiden, Benztropin, Triheksefenidil

Atropin toksik dozlarda alındığı zaman yukarıdaki yan etkiler ek olarak belirgin santral sinir sistemi toksisitesi (ajitasyon, deliryum, halusinasyonlar) tabloya eklenir. **Antimuskarinik ilaç zehirlenmesi tedavisinde santral ve periferde etkili olan fizostigmin kullanılır.**

REFERANS: TUSWORLD EFSANE FARMAKOLOJİ KONU KİTABI SAYFA 55

103. REFERANS: 5 (103.Soru)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: antidiyaretik olarak kullanılan difenoksilat oral kombine kullanım amacı?

CEVAP: difenoksilatın suistimal edilme olasılığı

AÇIKLAMA:

Metadon: Güçlü μ reseptör agonistidir, aynı zamanda **NMDA reseptörlerini** ve monoaminlerin nörona geri-alımını da **bloke eder**. Bu özelliğinden ötürü giderilmesi zor bazı ağrılarda morfinden bile etkilidir. Doz aşımında hepatic disfonksiyon, solunum depresyonu ve **nadiren QT uzamasına bağlı aritmiler** gözlemlenir. Morfine oranla metadona tolerans ve fiziksel bağımlılık gelişimi daha yavaş olduğu için, **opioid bağımlılarının idame tedavisinde kullanılır**.

Fentanil / Sufentanil / Alfentanil / Remifentanil: Çok güçlü analjezik etkileri olan sentetik opioid türevleridir. Etki süreleri diğer opioid türevi ilaçlara göre çok daha kısadır. **En güçlüsü sufentanil, en kısa etkili ise remifentanil** (en uzun etkili olan levometadil'dir).

Difenoksilat / Loperamid: Çok zayıf analjezik etkileri vardır. Santrale geçme oranları düşüktür. Periferik μ reseptörlerine etkileri daha belirgin olduğu için fonksiyonel **diyare tedavisinde** kullanılırlar.

Kodein / Hidrokodon / Oksikodon: Morfine göre daha zayıf etkili analjezik preparatlarıdır. Oksikodon diğerlerinden daha güçlüdür. Kodein aynı zamanda antitüsif olarak da kullanılır.

Propoksifen: Düşük güçte analjezik etkilidir. **Yalnızca oral** kullanılır. NSAİ'ler ile genellikle kombine edilir.

Opioidlerin Etkileri & Endikasyonları & Tercih		
Etkileri	Endikasyonları	Tercih edilen ilaç
Analjezi	Ağrı	Pekçoğu
Konstipan etki	Fonksiyonel diyare	Difenoksilat, Loperamid
Antitüsif etki	Oksürük	Kodein, Dekstrometorfan, Folkodin
Kolik gevşeme	Kolik ağrı	Meperidin
+ koronotropi, - inotropi	Inferior MI	Meperidin
Veröz dönüşte azalma	AMI	Morfin
Madde arayışında azalma	Opioid bağımlılığı	Metadon, Buprenorfin

Gastrointestinal Hastalıklar

- **Peptik Ülser Tedavisi:** M μ reseptörleri selektif blicke eden Pirenzepin ve telenzepin bu endikasyonda kullanılırlar.
- **Diyare Tedavisi:** Atropin, genelde opioidlerle kombine kullanılır.
- **Hyosin-N-Butilbromür:** özellikle safra kanalları üzerine güçlü spazmolitik etki göstermesi, atropine olan üstünlüğüdür.

REFERANS: TUSWORLD EFSANE FARMAKOLOJİ KONU KİTABI SAYFA 193-56

104. REFERANS: 6 (104.Soru)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: kolinesteraz reaktivitörü?

CEVAP: pralidoksim

AÇIKLAMA:

Organofosfat Zehirlenmesinin Tedavisi

- Kolinerjik (parasempatik hakimiyet, sempatik, somatik) sendrom gelişir: Terleme, Bronkore, Siyalore, Miksiyon Defekasyon, Bradikardi, Şok, İleri dönemde diyafram paralizisi, Konvülsiyon, Solunum yetmezliği (en sık ve en önemli ölüm nedenidir)
- Kıyafetler çıkarılır, hastanın cildi yıkanır ve zehirlenmenin olduğu ortamdan uzaklaştırılarak maruziyet sonlandırılır.
- Hastanın solunum yolu garantiye alınır. Gerekirse mekanik ventilasyon uygulanır.
- Şok tedavisi uygulanır.
- Konvülsiyon gelişirse diazepam kullanılır.
- Muskarinik bulgular + atropin ile önlenebilir.
- **Kolinesteraz Reaktivatörleri** (İlk 2-4 saatte uygulanmalıdır)
 - **Pralidoksim, Obidoksim:** Sadece periferde etkilidirler.
 - **Diasetilmonoksim:** SSS'ne çok iyi geçiş gösterir. Uzun etkilidir.

REFERANS: TUSWORLD EFSANE FARMAKOLOJİ KONU KİTABI SAYFA 52

105. REFERANS: 7 (105.Soru)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: antipsikotik ilaçların kullanımına bağlı tardif diskinezi tedavisinde ?

CEVAP: valbenazine

AÇIKLAMA:

Tardiv Diskinezi Tedavisi:

- Tardiv diskineziye neden olan **tipik ilaç hemen kesilir** ve **atipik antipsikotiğe** (risperidon, paliperidon hariç) geçilir.
- Kolinerjik etki artırılır (**fizostigmin**).
- Yüksek doz **diazepam** verilebilir.
- VMAT-2 inhibitörü olan **deutetrabenazin** ve **valbenazine**, tardiv diskinezi için yeni kullanıma girmiş olan ilaçlardır.



REFERANS: TUSWORLD EFSANE FARMAKOLOJİ KONU KİTABI SAYFA 164

106. REFERANS: 8 (106.Soru)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Parkinson hastasında ağız kuruluğu, konspitasyon, çarpıntı , konfüzyon ve midrazis ortaya çıkmasının nedeni?

CEVAP:biperiden

AÇIKLAMA:

Antimuskarinik İlaçların Endikasyonları	
Bradikardi ve AV Blok	Atropin
KOAH ve Astım	İpratropium, Akıldinium, Tiotropium-Umeklidinium (Uzun etkili)
Rinore	İpratropium
Oftalmolojide Kullanım	Homatropin, Siklopentolat, Tropikamid (En kısa etkili)
Peptik Ülser Tedavisi	Pirenzepin
Diyare Tedavisi	Atropin
Spazmolitik	Hyosin-N-Butilbromür (Özellikle safra kanalları üzerine güçlü antispazmodik etkili)
Spastik Tip Nörojenik Mesane	Darifenasin, Solifenasin, Tolterodin, Fesoterodin, Trospiyum, Oksbutinin
Preanestezik Medikasyon	Atropin, Glikoprolat (Tükrük salgısını atropinden daha güçlü inhibe eder, SSS'ne geçmez)
Kolinerjik İlaçlarla Zehirlenme	Atropin
Taşıt Tutması	Skopolamin (Transdermal)
Parkinson Hastalığı	Biperiden , Benztropin, Triheksifenidil

REFERANS: TUSWORLD EFSANE FARMAKOLOJİ KONU KİTABI SAYFA 57

107. REFERANS: 9 (107.Soru)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU:MAO inhibitörleriyle kullanılmayan opioid analjezikler?

CEVAP: tramadol, meperiden, tapendatal

AÇIKLAMA:

Meperidin (Petidin): Belirgin antimuskarinik etkilidir (Midriyazis ve taşikardiye neden olabilir). Kalbe (-) inotrop etkilidir. Özellikle tercih edildiği durumlar; inferior MI ve abdomen kolik (safra, renal) ağrılarıdır.

- Metaboliti nor**meperidin konvülzan** etkilidir ve bu yüzden de **meperidin epileptiklerde dikkatli kullanılmalıdır.**
- Doğum travmasını geciktirmedeği için doğumda kullanışlıdır.
- Serotonin geri-alım inhibisyonu yapar ve SSRI ya da MAO inhibitörü kullanan hastalarda serotonin sendromuna neden olabilir.

Tramadol / Tapendatal: Sentetik kodein analogu olan opioidlerjik ilaçlardır ve zayıf μ reseptör agonistlerdir. **Analjezik etkileri esas olarak serotonin ve noradrenalin geri alımını inhibe etmelerine bağlıdır. Bu yüzden etkileri opiyat antagonist nalokson tarafından tamamen önlenemez.**

- Tramadol serotoninin, tapendatal ise noradrenalinin geri alımını daha fazla bloke eder. Metadon ve **meperidine** benzer şekilde bu ilaçlar da **serotonerjik ilaçlarla kullanım durumunda serotonin sendromuna neden olabilirler.**

REFERANS: TUSWORLD EFSANE FARMAKOLOJİ KONU KİTABI SAYFA 192-193

108. REFERANS: 10 (108.Soru)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU:kapiiler sızma sendromuna yol açan immünomodülatör ilaç?

CEVAP: aldeslöklin

AÇIKLAMA:

IL-2: Aldeslöklin, T hücre proliferasyonunu artırır. Metastatik renal hücreli karsinom ve multipl myelomda kullanılır. Kapiiler sızma sendromuna neden olabilir.

REFERANS: TUSWORLD EFSANE FARMAKOLOJİ KONU KİTABI SAYFA 303

109. REFERANS: 11 (109.Soru)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU:antipiretik, analjezik etkisi potent, antiinflamatuvar etkisi düşük olan NSAİ ilaçtır?

CEVAP: parasetamol

AÇIKLAMA:

PARASETAMOL (Asetaminofen)

Fenasetinin aktif metaboliti olan asetaminofenin; sadece COX3 inhibisyonu yaptığı düşünülmektedir. Bu yüzden sadece analjezik ve antipiretik etkisi vardır. Antiinflamatuvar etkisi yoktur. Antitrombotik etkinliği zayıftır. Gastroenteropati yapmaz, Ürik asit düzeyini etkilemez, asit-baz bozukluğuna neden olmaz. Nefrotoksik değildir. Reye sendromuna neden olmaz. Antiagregan etkisi yoktur. Teratojenik etkisi yoktur. Gebelerde güvenle verilebilir.

214

Kazananların dünyası

tusworld.com.tr

Plazma proteinlerine bağlanma oranı önemlidir. Bu yüzden varfarin gibi plazma proteinlerine yüksek oranda bağlanan ilaçlarla asetaminofen etkileşime girmez. **Asetaminofenin en önemli yan etkisi hepatotoksisitedir. Metabolize olunca (CYP2E1) ortaya çıkan N-asetil-p-benzokinonim metabolitleri; hepatositlerde nekroza neden olmaktadır.** Asetaminofen intoksikasyonu tanısı konulduğu zaman vakit geçirmeden hastaya glutatyon rezervlerini doldurmak için **N-asetil Sistein** başlanmalıdır.

REFERANS: TUSWORLD EFSANE FARMAKOLOJİ KONU KİTABI SAYFA 214

110. REFERANS: 12 (110.Soru)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU:45 yaşındaki erkek hastada böbrek hastalığı, hipertansiyonu var. Antihipertansif ilaçlardan önce tercih edilmel,?

CEVAP: anjiyotensin enzim inhibitörü

AÇIKLAMA:

IgA NEFROPATİSİ (BERGER NEFROPATİSİ)

- **ÇOCUKLARDA EN SIK GÖRÜLEN KRONİK GLOMERÜLERHASTALIKTIR.**
- **ÇOCUKLARDA REKÜRREN GROSS HEMATÜRİNİN EN SIK NEDENİDİR.**
- Erkeklerde daha sıktır.
- Mezengiumda Ig A, daha az miktarda IgG, IgM, C3 ve properdin depolanır.
- Öyküde ÜSYE (1-2 gün öncesinde başlayan), GIS enfeksiyonu veya bel ağrısı olabilir.
- Tanıda biyopsi kullanılabilir.
- **Mikroskobik veya gros hematüri, nefritik, nefrotik veya kombine nefritik-nefrotik sendrom şeklinde seyredebilir.**
- Hafif hipertansiyon sıktır, nadiren ciddi HT atakları olabilir.
- Serum C3 düzeyleri normaldir. (APSGN'den ayırır!!!)
- **Kötü prognostik kriterler: persistan HT, böbrek fonksiyonlarında bozulma, ağır proteinürüdür.**
- **Tedavi kan basıncının kontrolünü sağlamaktır.**
- Omega-3 yağ asitleri (balık yağı), ACE inhibitörleri, kortikosteroid ya da immünyosüpresif tedaviler yararlı olabilir.
- Tonsillektomi gros hematüri sıklığını ve progresyonu azaltabilir. Tansiyonu kontrol altında olmayan olgularda böbrek yetmezliği erişkin döneminde görülebilir. Bunlarda renal transplantasyon başarılı olabilir.

REFERANS: TUSWORLD EFSANE PEDIATRİ 2. KONU KİTABI SAYFA 10

111. REFERANS: 13 (111.Soru)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU:faktör X anın direkt inhibitörü olan oral yolla kullanılan inmeyi önlemek amacı?

CEVAP: edoksaban

AÇIKLAMA:

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 **ciraparan-tag** ile antagonize edilebilir.

REFERANS: TUSWORLD EFSANE FARMAKOLOJİ KONU KİTABI SAYFA 108

112. REFERANS: 14 (112.Soru)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU:kronik hepatit B tedavisinde kullanılmaz?

CEVAP: sofosbuvir

AÇIKLAMA:

HEPATİT TEDAVİ SEÇENEKLERİ	
HBV İlaçları	HCV İlaçları
<ul style="list-style-type: none"> Lamivudin (HIV'de de kullanılır) Interferon-alfa Adefovir Tenofovir Telbivudin Klevudin Entecavir 	<ul style="list-style-type: none"> Ribavirin (RSV'de de kullanılır) Interferon-alfa NSSB inhibitörleri <ul style="list-style-type: none"> Sofosbuvir, Deleobuvir NSSA inhibitörleri <ul style="list-style-type: none"> Ledipasvir, Velpatasvir, Ombitasvir, Elbasvir, Pibrentasvir NS3/NS4A inhibitörleri <ul style="list-style-type: none"> Boceprevir, Telaprevir, Faldaprevir, Simeprevir, Asuna- previr, Voxilaprevir, Grazoprevir, Paritaprevir, Gleaprevir Miravirsen <ul style="list-style-type: none"> Antisense oligonükleotid inhibitörüdür

REFERANS: TUSWORLD EFSANE FARMAKOLOJİ KONU KİTABI SAYFA 267

113. REFERANS: 15 (113.Soru)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU:intraventiküler yolla uygulanmayan antimikrobiyalardan değil?

CEVAP: linezolid

AÇIKLAMA:

LINEZOLID (Oral, IV)

Protein sentezini 50S üzerinden inhibe eden bakteriyostatik etkili antibiyotiktir. MRSA, VRSA ve VRE tedavisinde etkilidir. Oral biyoyararlanımı %100'dür. Daha uzun etkili olanı; tedizolid'dir. Miyelosupresif etkisi vardır. Optik sinirde veya periferde nöropatiye neden olabilirler. MAO inhibityonu yapar. Serotonin sendromuna (baş ağrısı, hipertansiyon, hipertermi) neden olabileceği için; tiramin içeren yiyecekler ve SSRI'lar (fluoksetin) ile birlikte alınmaması gerekir. Pnömonide kullanılabilir.

MRSA, VRSA, VRE Etkinliği Olan İlaçlar				
	Etki	Etkinlik	Pnömonide	Yan Etki
Daptomisin (IV)	Membranda delik açma	Bakterisid	Etkisiz	Nefrotoksite Rabdomiyoliz
Linezolid (oral)	Protein sentez inh.	Bakteriyostatik	Etkin	Miyelosupresyon MAO inhibityonu

REFERANS: TUSWORLD EFSANE FARMAKOLOJİ KONU KİTABI SAYFA 229

114. REFERANS: 16 (114.Soru)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU:dihidrofolat redüktaz inhibitörü antimalaryal ilaç?

CEVAP: proguanil

AÇIKLAMA:

PLASMODIUM TEDAVİSİ	
Plasmodium tedavisi	
Klorokin	Eritrositer formlara etkilidir. Profilakside* kullanılır. Gebelere verilebilir.
Primakin	Hipnozoid formlara etkilidir (relapsları önlemek için kullanılır). Gametositleri öldürür. Plasmodium vivax ve Plasmodium ovale tedavisinde kullanılır.
* Plasmodium falciparum yüksek oranda Klorokin direnci gösterebilmektedir. Bu nedenle P.falciparum' un sık gözüktüğü bölgelere seyahat edenlerde profilaktik olarak	
<ul style="list-style-type: none"> Meflokin + artesunat Artemeter+lumafantrin Atovukon+proguanil Kinin Kinidin Primetamin-sülfadoksin Doksisisiklin kullanılabilir. 	

REFERANS: TUSWORLD EFSANE MİKROBİYOLOJİ KONU KİTABI SAYFA 300

115. REFERANS: 17 (115.Soru)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: borteozomib etki mekanizması?

CEVAP: 26S proteozom inhibisyonu

AÇIKLAMA:

PROTEOZOM İNHİBİTÖRLERİ (Borteozomib)

NF-Kb hücre içi transkripsiyon faktörü olup normal hücrelerde devamlı İKB tarafından baskılanır. Tümör hücresinde ise İKB-kinaz tarafından fosforilenen İKB ,proteozom tarafından yıkılır ve NF-kB sentezi artar. Proteozom inhibitörleri dolaylı yoldan böylece NF-kB sentezini azaltarak etki gösterir. Multipl myelomda kullanılır.

Trombositopeni ve periferik nöropati yapabilir.

REFERANS: TUSWORLD EFSANE FARMAKOLOJİ KONU KİTABI SAYFA 285

116. REFERANS: 18 (116.Soru)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: endikasyonu endometriyozis danazolun özellikleri verilen ifadelerden hangisi yanlış?

CEVAP: aromatoz enzimini bloke ettiğinden meme kanseri tedavisinde kullanılabilir

AÇIKLAMA:

DANAZOL

Danazol zayıf androjenik bir testosteron türevidir ve güçlü antigonadotropik etkinlik gösterir. Zayıf progesterinik ve zayıf glukokortikoid aktivitesi olan bir ilaçtır.

Androjenlerin ve östrojenlerin kendi reseptörlerine bağlanmalarını inhibe eder. Santral sinir sistemindeki testosteron reseptörlerine bağlanarak negatif feed back oluşturur ve FSH-LH piklerini önler (antigonadotropik etki).

Endometriyozis, memenin benign fibrokistik hastalığı, idiopatik trombositopenik purpura, hemofili, anjionörotik ödem ve Christmas hastalığında kullanılır.

Kilo alımı akne, memede küçülme ve yağlı bir cilde neden olur. Karaciğer enzim yüksekliği ve yetmezliği olan hastalarda dikkatli kullanılmalıdır.

REFERANS: TUSWORLD EFSANE FARMAKOLOJİ KONU KİTABI SAYFA 130

117. REFERANS: 19 (117.Soru)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: diyabet tedavisinde kullanılan ilaçların etki primer hedef organ eşleştirmeleri?

CEVAP: Glipizid - pankreas/ Nateglinid - pankreas/ Kanagliflozin - böbrek

AÇIKLAMA:

Metformin, Fenformin, Buformin

AMP bağımlı protein kinaz (AMPK) aktivitesini artırarak etki gösterir. Hiperglisemide, hepatik glukoneogenezi azaltarak, periferel glukoz alımını artırarak, insülin rezistansını azaltarak kan şekeri düşürür.

Beta hücrelerine etki edip insülin salgısını dokunmadığından normoglisemik hastalarda kan şekeri düşürmez. Barsaklardan glukoz emilimini yavaşlatır. Kilo kaybı yapar. Obez çocuklarda erken başlayan tip 2 diyabette kullanılan onaylı tek oral antidiyabetiktir. Gebelerde ve PCOS'da da kullanılır.

Trigliserid düşürürler, diyabetin gelişimini geciktirirler. Diyabetik vasküler olan riskini düşürürler. Günümüzde öncelikli başlanan ve en sık kullanılan antidiyabetik ilaç metformin'dir.

MEGLİTİNİDLER

Repaglinid, Nateglinid, Mitiglinid

Beta hücrelerinde sulfonilürelelere benzer olarak ama farklı reseptörle potasyum kanallarını kapatarak etki gösterir. Hızlı ve kısa etkili oldukları için; post-prandiyal hiperglisemiyi daha iyi kontrol ederler. Hipoglisemi en önemli yan etkidir. Hastanın ilaç sonrası yemek yemeyi unutmaması gerekir (sulfonilüreleler gibi). Renal ve karaciğer yetmezliklerinde dikkatle kullanılmalıdır.

Insülin sekretoğullar arasında en az hipoglisemi yapan; nateglinid dir. Nateglinid; renal yetmezlikte kullanımı güvenlidir

Kanagliflozin, Dapagliflozin, Empagliflozin

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

REFERANS: TUSWORLD EFSANE FARMAKOLOJİ KONU KİTABI SAYFA 121

118. REFERANS: 20 (118.Soru)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: ağır metal -andiot eşleştirmeleri?

CEVAP: aresnik- demirkaprol, bakır- penisilamin , kurşun- demirkaprol

AÇIKLAMA:

ŞELATÖRLER

	Endikasyonları	Yan Etkileri
Dimerkaprol (BAL)	Arsenik, Kurşun, İnorganik Civa, Altın	HT, trombositopeni, gözyaşı ve tükürük artışı, ateş
Succimer (suda eriyen BAL)	Arsenik, Kurşun, İnorganik Civa	İştahsızlık, Raş
EDTA	Kurşun, Çinko, Manganez, Ağır Radyonüklidler	nefrotoksiste
Unthiol (suda eriyen BAL)	Arsenik, İnorganik Civa	Ürtiker, entrema multiforme
Penisilamin	Bakır (Wilson), Kurşun, Demir	Böbrek yetmezliği, pridoksin eksikliği
Deferoksamin	Demir, Alüminyum	Hipotansiyon, pulmoner komplikasyonlar, idrarı turuncuya boyama
Prusya mavis (forik heksasyanoferat)	Sezyum, Talyum	Konstipasyon

REFERANS: TUSWORLD EFSANE FARMAKOLOJİ KONU KİTABI SAYFA 304

119. REFERANS: 21 (119.Soru)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: 30 yaşındaki epilepsi hastası fenitoin ile tedavi ediliyor. Akciğer tüberkülozu nedeni ile tedaviye başlanıyor. Hastanın serum fenitoin yüksekliği gözlenmektedir. Nedeni hangi ilaç?

CEVAP: izoniazid

AÇIKLAMA:

Anti-Tüberküloz İlaçlar	
İlaç	Özellik & Yan Etki
Izoniazid	Mikolik asit sentez inhibitörüdür. Mikrozoal enzimleri hem indükler hem de inhibe eder. Sadece tüberkülozda kullanılır. Hepatotoksiktir. Pridoksin eksikliği nedeniyle; santral konvülsiyon periferde nöropatiye neden olabilir. En güçlü ajandır. Tüberküloz profilaksisinde tek başına kullanılabilir. N-asetilasyon ile metabolize olur.
Pirazinamid	Makroflajlarca alınıp, lizozomlardaki asidik ortamda etkilidir. Akut gut tablosu benzeri diz ağrısı yapabilir. Hiperurisemi yapabilir.
Etambutol	Arabinozil transferaz inhibisyonu ile hücre duvar sentezini engeller. Retrobulber nörit ve kırmızı-yeşil diskromatopsi yapabilir. Hepatotoksik etkisi azdır. Bakteriostatiktir.
Rifampin	RNA polimeraz inhibe eder. Mikrozoal enzimleri indükler. Vücut sıvılarında turuncu renk değişimi ve grip benzeri tabloya neden olabilir. Antibakteriyel ve antiviral olarak da kullanılır.
Streptomisin	İlk tüberküloz ilacıdır. Bakteriostatiktir. Aminoglikozid türevidir. Ototoksiktir.
Bedakuilin	ATP sentez inhibitörüdür. Dirençli olgularda tercih edilir.

IZONIAZİD

Dormant bakterilerde bakteriyostatik, hızlı çoğalanlar üzerine ise bakterisid (tüberküloz) etkilidir. **Makroflajlara ve kazeöz lezyonlara girebilir**, kolay absorbe olur. Hastalarda genellikle iyi uyum gösterir. Tüm bunlar bu ilacı en önemli antitbc ilaç yapar. Bakteri içinde metabolitleri **nikotinik asidin antimetaboliti** olarak etki yapar ve sonuçta mikolik asit sentezin bozar. **Sadece M.tuberculosisise etki**. Karaciğerde **N-asetillenerek** ve izonikotinik aside dönüşerek metabolize olur.

N-Asetilasyon İle Elimine Olan İlaçlar	
-	Izoniazid
-	Sulfonamid
-	Prokainamid
-	Hidralazin

Izoniazidin Yan Etkileri

- En sık görülen yan etkileri sırasıyla ciltte döküntü, ateş ve sarılıktır.
- **Periferik nörit** (Yavaş asetilleyicilerde daha sıktır, nedeni ilacın sinirde apotriptofanaz enzimine karşı pridoksal fosfat ile yarışmasıdır. Pridoksinin idrarla itirahını artırır. **Izoniazid** ile tedavi olanlarda pridoksin replasmanı yapılmalıdır.)
- Optik nörit, atrofi ve konvulziyonlar görülebilir.
- Öfori, bellek bozukluğu, uykusuzluk gibi psikişik bozukluklar.
- **Izoniazid hepatiti** (Alkol kullananlarda, yaşlılarda ve rifampisinle beraber kullanımlarda sıklığı artar. Serum transaminaz düzeyleri normalin iki katına çıktığında veya hepatit semptomatik hale gelirse **izoniazid** kesilir.)
- İdrar retansiyonu ve ağız kuruluğu gibi parasempatolitik yan etkiler görülebilir.

REFERANS: TUSWORLD EFSANE FARMAKOLOJİ KONU KİTABI SAYFA 240-241

120. REFERANS: 22 (120.Soru)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: kronik immün trombositopeni hastalarında kortikosteroid, gibi yanıt alınmadığında oral yolla kullanılabilecek olan trombopoterini agonisti nedir?

CEVAP: eltrombopag

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	Siyanokobalamin Hidroksikobalamin	G-CSF (nötropeni için)	Filgrastim Pegfilgrastim Lenograstim
Folik asit	Folasin	GM-CSF (KIT de)	Sargramostim
Eritropoetin	Epoetin Darbepoetin	IL-11	Oprelvekin
Orak hücreli anemide	Hidroksiüre Pentoksifilin Androjen L-glutamin	Trombopoetin reseptör agonisti	Romiplostim (SC) Eltrombopag (oral)

REFERANS: TUSWORLD EFSANE FARMAKOLOJİ KONU KİTABI SAYFA 298

KLİNİK BİLİMLER

DAHİLİYE 28/29

1. REFERANS 1. (1. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Akciğer filminde sol alt lobda apse saptanan 55 yaşında erkek hastanın ağız hijyeni kötü olduğu tespit ediliyor. Tedavisinde en uygun antibiyotik nedir?

Cevap: Klindamisin

AÇIKLAMA:

LINKOZAMİDLER (Klindamisin)

Makrolidler gibi protein sentezini inhibe ederler. **Klindamisin**, makrolidler ve kloramfenikol bakteriyel ribozomunda bağlanma bölgeleri çok yakındır ve aynı anda verildiğinde bir antibiyotik diğer antibiyotik bağlanma bölgesini işgal edeceğinden antibiyotik etkinliği düşürülür ve **beraber kullanılmazlar**. Gram pozitif bakterilere (aerop-anaerop) ve gram negatif anaerop bakterilere etkili olup gram negatif aerop ve enterokoklara etkisizdirler. Gebelerde kullanılabilir.

Bacteriodesde Tedavi Seçenekleri
Klindamisin
Metronidazol
Sefoksitin, Sefotetan, Sefmetazol

Yüksek anaerop etkinlik nedeniyle deri ve yumuşak doku enfeksiyonlarında ve **abdominopelvik bölge abse** tedavilerinde kullanılır. **Kemik dokusuna** çok iyi penetre olur.

REFERANS: FARMAKOLOJİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA 231

Mikrokoklar	Glukozu fermente etmezler (non-fermenterler). Basitrasın duyarlıdır.	Streptococcus anginosus Grup F antiserumuyla aglütinasyon verir. Peptostreptokoklar Anaerop olan tek Streptokok türüdür (Peptostreptokoklar, Non-fragilis Bacteriodesler ve Fusobacterium nucleatum normal ağız florasında bulunan bakterilerdir).
STREPTOKOKLAR'A DAİR...		

REFERANS: MİKROBİYOLJİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA 101



Sağ alt zonda abse. Hava sıvı seviyesi ve abse etrafında pnömönik infiltrasyon

- Kronik vakalarda anemi, çomak parmak ve hipertrofik osteoartropati gelişebilir.

Tedavi:

- Absenin hastaya pozisyon verilerek boşaltılması (postüral drenaj)
- Antibiyotik tedavisi (Metronidazol, **klindamisin**)

REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI SAYFA 161

2. REFERANS 2. (2. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Modifiye centor skoru sorusu

REFERANS VERİLEMEMİŞTİR.

3. REFERANS 3. (3. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Makrolit grubu antibiyotikler aşağıdaki mikroorganizmalardan hangisinin tedavisinde kullanılır?

CEVAP: Camphylobacter – boğmaca – klebsiella

AÇIKLAMA:



Mikrobiyoloji

Tedavi ve Korunma

- Taşyıcılık ve çevreye bulaş önlemek için **eritromisin** kullanılır.
- Hastalık da aşı da ömür boyu **bağışıklık bırakmaz**.
- Korunmada en etkili yöntem aşılamadır. Rutin takvimde 2, 4, 6. aylarda 1 ve 5 yaşlarında yapılır.



Mikrobiyoloji

Dışkıda PCR

Tedavi

- Eradikasyon için bir **proton pompası inhibitörü**, **iki antibiyotikle** (amoksisilin, **klaritromisin**, metronidazol) kombine edilerek kullanılır.
- Tedavi **iki hafta** sürdürülür.
- Yaklaşık beş kişiden birinde **Guillain – Barre sendromu** gelişebilir (enfeksiyon sonrası bilateral, asendan motor ve duyu kusuru ile birlikte giden akut demyelinizan hastalık). Guillain – Barre sendromunun patogenezinde **antijenik çapraz reaksiyon** yer almaktadır. Bakterinin yüzey lipopolisakaridyle periferik sinirlerin gangliozidleri arası benzerlikten dolayı, bakterinin lipopolisakaridine karşı oluşan antikorlar periferik sinirleri etkilemektedir.
- Campylobacter enfeksiyonlarının bir diğer geç komplikasyonu da **reaktif artrit**tr.
- Şiddetli gastroenterit ve septisemisi **eritromisin** ya da **azitromisin** ile tedavi edilir.

REFERANS: MİKROBİYOLJİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA 171-175

4. REFERANS 4. (4. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Kronik granümatöz hastalığı olan 20 yaşında erkek hastada hangi mikroorganizmanın görülme sıklığında artış beklenmez?

Cevap: pseudomonas

AÇIKLAMA:



Mikrobiyoloji

KLİNİK

Kronik granümatöz hastalık

- **Fagosit (NADPH oksidaz)** enzim eksikliğine bağlı meydana gelir.
- **Staphylococcus aureus** ve **Aspergillus fumigatus** gibi **katalaz pozitif** mikroorganizmaların görülme sıklığı artar.
- **Albinizm** ve **nötrofillerde atipik granüllerin** oluşumu ile karakterizedir.

REFERANS: MİKROBİYOLJİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA 82

5. REFERANS 5. (5. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Ani nefes darlığı ve yan ağrısı ile başvuran hasta öyküsünde 3 hafta önce bacağı kırılmış taşikardi ve takipne mevcut D-dimer yüksek.

Bu hastanın tanısı için tanıda en uygun?

Cevap: Torak bilgisayarlı tomografi anjiyografi

AÇIKLAMA:

BT anjiyografi

- En önemli tanı yöntemidir.

Yüksek olasılıklı pulmoner emboli şüphesi olan hastada ilk tercih edilecek tetkiktir.



Sol pulmoner arterde trombüs

Kazananların dünyası

tusworld.com.tr

REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI SAYFA 148

6. REFERANS 6. (6. SORU)

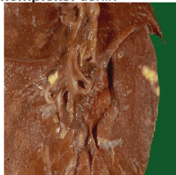
HATIRLAMA YOLU İLE SORU: 27 yaşında erkek hasta öksürük, balgam ve gece terlemeleri var. 4-5 kilo kaybı var. Antibiyotik kullanmasına rağmen düzelmemiş. Akciğer grafisinde sağ üst zonda kaviteasyon içeren infiltrasyon mevcut. Bu hasta için öncelikli olarak istenmesi gereken nedir?

CEVAP: Balga yaymasında aside dirençli basil aranması

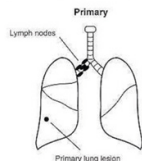
AÇIKLAMA:

Primer Tüberküloz

- İlk temasta tüberküloz basili vücuda girdikten sonra ilk olarak sağ alt lob süperiora yerleşir.
- Basillerin parankimde yaptığı lezyonuna Ghon odağı, parankim lezyonu ile birlikte l nodu tutulumuna Ghon kompleksi denir.



Periferde Ghon odağı ve hilar lenfadenopati



tusworld.com.tr

Kazananların dünyası

- Tüberküloz hastalarında halsizlik, kilo kaybı, gece terlemeleri, ateş, öksürük, balgam ve hemoptizi görülebilir.
- Milyer tüberküloz daha çok genç çocuklarda ve immün sistemi baskılanmış olanlarda basillerin hematogen yolla organlara yayılmasına bağlı olarak gelişen klinik tablodur. Akciğerde her yöne serpilmiş mikronodüler lezyonlar görülür.



Milyer tüberküloz

- Milyer yayılım ile tüberküloz menenjitte de neden olabilir. Tüberküloz menenjitinde serebral kortekste lezyonlara Rich odağı denir.
- Lomber ponksiyon ile alınan BOS sıvısında glukoz ve klor düşük, protein yüksektir. Lenfosit hakimiyeti vardır. Kesin tanı basilin üretilmesi ile konulur.

Sekonder tüberküloz

- Önceki primer enfeksiyonda lenfohematogen yolla akciğerlerin apikal-subapikal bölgelerine yerleşen basiller (Simon odakları), yıllar sonra çoğalarak sekonder tüberküloza neden olurlar.
- En sık olarak akciğerde üst lob apikal-posterior ve alt lob superior segmentler tutulmaktadır (oksijenlenmenin fazla olduğu bölgeler).
- Primer enfeksiyon döneminde basillerin yayıldığı bütün organlarda (böbrek, kemik, periferik lenf bezleri vb.) sekonder tüberküloz görülebilir.
- Sekonder tüberkülozda, kazeifiye olmuş bir lezyonun bronş açılmasıyla kaviteasyon meydana gelir.

Tuberculosis

REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI SAYFA 151

- Coxiella burnetti

MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS

- Gram boyama ile boyanmaz.
- ARB (+) boyanır.
- Zorunlu aerobdur (katalaz +).
- Tek doğal rezervuarı insandır.
- Diğer Mikobakterilerden farklı olarak niasin testi (+)'tir.

REFERANS: MİKROBİYOLOJİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA 137

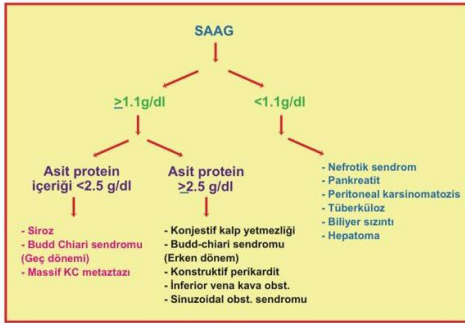
7. REFERANS 7. (7. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Plevral efüzyondan alınan sıvı örneği incelenmesinde hangisi transuda ile uyumludur?

CEVAP: Albümin gradientinin >1.2 olması

AÇIKLAMA:

Tanı: Assit tanısı fizik muayene ile konur ve sıklıkla abdominal görüntüleme yöntemleri ile desteklenir.



REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI SAYFA 292

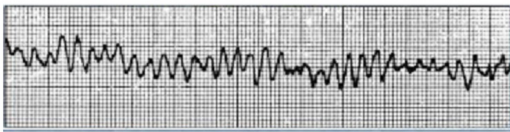
8. REFERANS 8. (8. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: EKG SORUSU
Bu hastaya aşağıdakilerden hangisi ilk olarak yapılması gerekir?

CEVAP: Defibrilasyon yapılması

Ventriküler fibrilasyon(VF)

- Organize olmayan elektriksel aktiviteyi yansıtan kaotik ventriküler ritimdir.
- VT ye neden olan her durum VF ye de neden olabilir.



- Ani ölümlerin ve kardiyak arrestin en sık nedeni. Genellikle VT ventriküler fibrilasyona öncülük eder.

Tedavi:

- Defibrilasyon ve kardiyopulmoner resüsitasyondur.

REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI SAYFA 78

9. REFERANS 9. (9. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU : 2. Ekg sorusu
22 yaşında kadın hasta çarpıntı şikayetiyle başvuruyor. Tansiyon 110/170. Bu hasta için aşağıdakilerden hangisi tedavi seçeneği olarak düşünülmür?

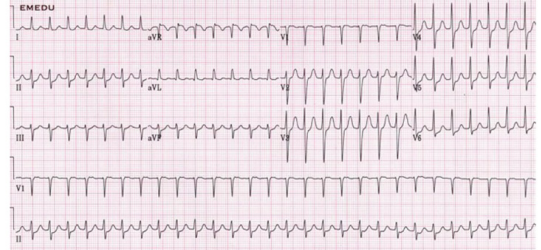
Cevap: İntravenöz lidokain verilmesi

Kavşak taşikardileri (Paroksizmal supraventriküler taşikardi)

- Atrioventriküler nodal reentrant taşikardi (AVNRT)
- Atrioventriküler reentrant taşikardi (AVRT)

AVNRT de AV nod içerisinde farklı iletim özellikleri olan iki farklı yolak vardır. Reentry bağlı oluşur. AVRT de ise AV noda ve AV nod hariçi atriumla ventrikülü bağlayan aksesuar yolağa bağlı reentry oluşur. En iyi bilinen formu **Wolf-Parkinson-White sendromudur.**

Kavşak taşikardileri **dar QRS li düzenli** taşikardilerdir. Kalp hızı genellikle 150-250 Atım /dk arasındadır.



Tedavi:

Akut atak tedavisi:

Hemodinami bozuk	Hemodinami stabil
• Kardiyoversiyon	• Vagal manevralar • Adenozin (İlk verilmesi gereken ilaç) • Beta blokör • Kalsiyum kanal blokörü (verapamil, diltiazem)

REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI SAYFA 70

10. REFERANS 10. (10. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Göğüs ağrısı
ile başvuran bir hastada akut koroner ayırıcı tanısında aşağıdakilerden hangisi düşünülmez?

Cevap: Triküs pit yetersizliği

Göğüs Ağrısı

Kardiyovasküler nedenler:

Hastalık	Yerleşim	Nitelik	Süre	Arttıran veya azaltan etkenler	İlgili semptom ve belirtiler
Anjina	Retrosternal bölge, boyun çene, omuz, epigastrium ve kollara yayılır.	Baskı, yanma sıkıştırma, ağırlık hissi	2-10 dk	Efor, soğuk hava, emosyonel stres ile artar. İstirahat ve nitrogliserin ile geçer.	Ağrı esnasında S4, papiller kas disfonksiyonu sonucu MY ve dispne eşlik edebilir.
Miyokard infarktüsü	Anjina gibi	Anjina gibi daha şiddetli	Değişken, genellikle 30dk üstü	Morfin azaltır. İstirahat ve nitrogliserin ile geçmez.	Dispne, bulantı, kusma, terleme eşlik edebilir. S4, MY ürürümü olabilir.
Perikardit	Sternum üzeri, boyun ve sol omuza yayılır.	Keskin, bıçak saplanır gibi, plöretik	Saatler-günler sürebilir.	Yatar pozisyon ile artar.	Frotman
Dissekan aort	Göğüsün ön tarafı, sırta ve bele yayılır	Yırtıcı, bıçak saplanır gibi	Ani başlar, hafiflemez	Hipertansiyon ve Marfan sendromu predispozan	Hipertansiyon,aort yetersizliği, ekstermitel arası kan basıncı farkı, nörolojik defisit

Triküspit yetersizliği

- Triküspit yetmezliği en sık **pulmoner hipertansiyona bağlı fonksiyonel (sağ ventrikül dilatasyonuna sekonder) olarak** meydana gelir. Sağ taraf (pulmoner ve triküspit) kapak yetersizliklerinin en sık nedeni pulmoner hipertansiyondur. Pulmoner hipertansiyonun en sık nedeni sol kalp hastalıklarıdır.
- Romatizmal ateş, miksamatoz hastalık, **Ebstein anomalisi, karsinoid kalp hastalığı, radyasyon, hiperezinozofilik sendrom** TY nedeni olabilir.

Akut triküspit yetmezliğinin en sık nedeni infektif endokardittir. IV ilaç bağımlılarında en sık triküspit kapak tutulur ve en sık etken S.aureus'tur.

tusworld.com.tr	Kazananların dünyası	89
-----------------	----------------------	----

Belirti ve bulgular:

- Triküspit odakta **pansistolik üfürüm** duyulur.
- Ventrikül sistolü sırasında atriyaumlara geri kaçan kan nedeniyle boyunda **dev v** dalgası oluşur.

Tanı:

Kesin tanı ekokardiyografidir.

Tedavi:

- Medikal tedaviye dirençli TY'nde (primer kapak hastalığı) kapak replasmanı
- Sol kapak cerrahisi durumlarında eğer orta-ileri TY var ise anuloplasti. (Fonksiyonel TY)

REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI SAYFA 4 – 89

11. REFERANS 11. (11. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Ani ayağı kalkma ile kronik primer mitral yetersizliği ve mitral prolapsusuna bağlı mitral yetersizliğindeki üfürümlerindeki değişim aşağıdakilerden hangisi gibidir?

Cevap: KPMY üfürümü hafifler MVP üfürümü uzar

Manevra ve farmakolojik ajanların üfürümler üzerine etkisi

Manevra	HOCM	AS	MY
Valsalva	Arttırır	Azaltır	Azaltır
İzometrik egzersiz	Azaltır	Arttırır	Arttırır
Amil nitrit inhalasyonu	Arttırır	Arttırır	Azaltır
Ekstrasistol	Arttırır	Azaltır	Değişim olmaz

Belirti ve bulgular:

- En sık semptom **çarpıntı ve atipik göğüs ağrısıdır.**
- Hastalar genelde zayıftır, pektus ekskavatus sıktır.

MVP tipik muayene bulgusu **Midsistolik klik + geç sistolik üfürümdür.**

- MVP üfürümün şiddeti venöz dönüşle ters orantılıdır.
- **Ventriküler aritmi ve ani ölüm riski artmıştır.**

REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI SAYFA 16-88

12. REFERANS 12. (12. SORU)
HATIRLAMA YOLU İLE SORU: 40 yaşında kadın hasta kanser danışmanlığı için aile hekimine başvuruyor. Annesi endometriyum kanseri, dayısı kolon kanseri, anne tarafındaki dedesi metastatik üroepitelyal kanser. Bu hastada tanı için hangisi en uygundur?

Cevap: LYNCH sendromu

MLH1	3/2.kr.		WT	17q	Wilms' Tm.
MSH2		Lynch	TSC1	9	Tüberoskleroz
PMS1			TSC2	16	
CDH1	16q	Hereditör Diffüz Mide Kanseri	VHL	3	RCC, Feokromositoma
MEN1	11q13	MEN I			

REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI SAYFA 415

LYNCH

- **Kalıtımsal nonpolipozis kolon kanseri; Lynch sendromları** olarak adlandırılırlar.
- Hereditör Kolon sendromlarından en sık görülenidir.
- OD - % 6 (ABD'de en sık kalıtsal kolon kanseri sebebidir.)
- Ortalama 45 yaşında sağ kolon kanseri anamnezi görülür.

KÖTÜ	>	İYİ
Kalıtımsal Kolon Kanseri	>	Sporadik Kolon Kanseri
	>	LYNCH

Kalıtımsal Kolon Kanseri

1. LYNCH (MLH-1 / MSH-2) % 6
2. FAP (APC) % 5

- Lynch'de görülen kolon kanserleri sağ kolonda daha sık görülürler.
- Lynch kolon kanserleri daha iyi prognoludur.
- Lynch kolon kanserlerinin patolojisi; taş yüzük hücreli, musin üreten ve kötü diferansiyel tümörlerdir. Ancak prognosu daha iyidir.

REFERANS: GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA 301

Modifiye Amsterdam Kriterleri

1. En az birisi birinci derece akraba (BABA), en az üç akrabada (AMCA-DEDE-BABA) kolon kanseri varlığı
2. En az iki ardışık kuşak (BABA-DEDE)
3. Akrabalardan birinde 50 yaşından önce kolon kanseri (AMCA 46 YAŞ)
4. Kansellerin patolojik rapor ile tespiti

- Lynch Sendromunda DNA onarım mekanizmasındaki bozukluk vardır. (MMR) MSH2-MLH1 bu genleri en önemlileridir.



DİKKAT	
FAP	HNPCC(LYNCH)
***5 Krö 21 Q APC	***MMR(MLH1 -MSH2)
***En sık Kolon ca	***En sık Sağ kolon Ca
***2.en sık Peri-AMP	***2.en sık Endomet Ca
***Kolon ca % 100	***Kolon Ca % 80

REFERANS: GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA 302

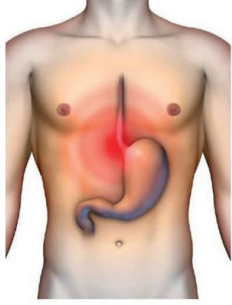
13. REFERANS 13. (13. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Reflü semptomu değildir?

Cevap: karın ağrısı

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.

REFERANS: GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA 204

14. REFERANS 14. (14. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: serum AST VE ALT hastanın vücut kitleindeksi 32 kg/m² hipertansiyon, diyabet, tip 2 tanısı var. Amlodipin, merformin, atorvastatin kullanıyor. İlk aşamada uygun olmayan?

CEVAP: karaciğer biyopsisi yapılmalıdır.

REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI SAYFA 27

Kronik hepatit B'nin *laboratuvar özellikleri* histolojik olarak hafif ve şiddetli hepatitleri birbirinden yeterince ayırt edemez. Aminotransferaz yükseklikleri kronik hepatit B için ılımlı olma eğilimindedir fakat 100 ile 1000 ünite aralığında dalgalanabilir. Akut viral hepatit B'de de olduğu gibi alanin aminotransferaz (ALT) aspartat aminotransferaz'dan (AST) daha yüksek olma eğilimindedir, bununla birlikte siroz oluştuğunda AST düzeyleri ALT düzeylerini geçme eğilimindedir.

Hepatositlerdeki Hasarı Gösteren Enzimler

Aminotransferazlar karaciğer hasarını ve akut hepatosellüler hastalığını göstermede sensitif ve en faydalı indikatörlerdir. Aspartat aminotransferaz (AST) karaciğerde, kalpte, iskelet kasında, beyinde ve bir çok yerde bulunurken alanin aminotransferaz (ALT) ise primer olarak karaciğerde bulunur ve karaciğere daha spesifiktir.

Akut karaciğer hasarında aminotransferaz değerleri çok yükselirken kronik karaciğer hasarında normal seyredebilir. Aminotransferaz yüksekliği karaciğer parankim hasarının en özgün bulgusudur ancak bu enzimlerin normal olması karaciğer patolojisini ekarte etmez. Son dönem karaciğer siroz hastalarında bu enzimler normal olabilir. Akut karaciğer hastalıklarında aminotransferaz değerlerinin prognoz ile ilişkisi yoktur.

Aminotransferaz normal aralığı laboratuvarla alakalı olmakla beraber çoğunlukla 10 -40 IU/L arasındadır. Minimal aminotransferaz yüksekliği çoğu zaman **karaciğer yağlanması** ve kan bağışlama ile ilişkilidir.

Aminotransferaz değerlerinin 1000 IU/L'nin üzerinde olduğu hastalıklar

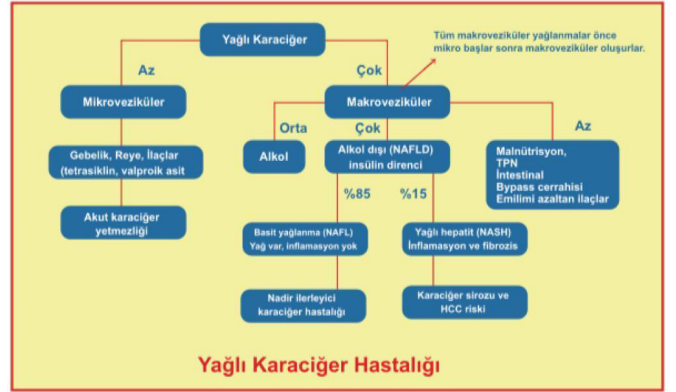
- * Akut Viral hepatitler
- * İskemik karaciğer hastalığı
- * Toksin veya ilaca bağlı karaciğer hasarı
- * Akut safra yolu darlıkları ve tıkanıklıklar

* Akut viral hepatitlerde transaminaz (AST-ALT) değerleri 1000 IU/L'nin üzerindeki kronik viral hepatitlerde değer 300 IU/L'nin civarındadır.

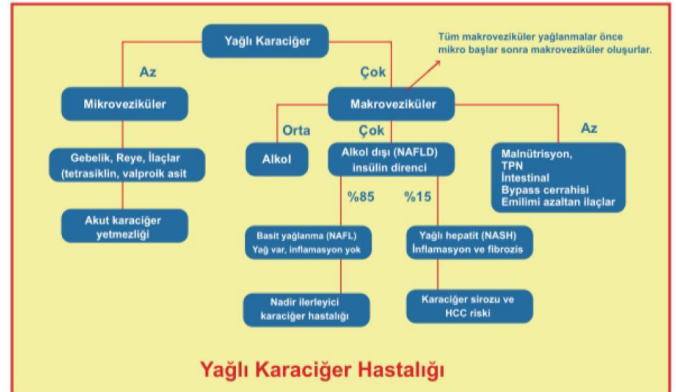
Birçok akut ve kronik karaciğer hastalığında ALT AST den yüksektir veya yakın artışlar gösterir. ALT değeri daha yüksek olan bir kronik hepatit hastasının takibinde AST değerinin ALT'nin üstüne çıkması karaciğerde fibrozis ilerlediğini gösterir. **Alkolik karaciğer hasarında ise AST/ALT oranı 2'nin hatta 3'ün üzerine çıkabilir.**

AST:ALT oranının >2:1 ALKOLİK HEPATİT olabilir
AST/ALT >3:1 ALKOLİK HEPATİT
AST-ALT oranının > 4:1 WILSON(Wilson da ALT artmaz)

REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI SAYFA 261



REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI SAYFA 264



REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI SAYFA 277

15. REFERANS 15. (15. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: 45 yaşında kronik delta hepatitli hastada en doğru yaklaşım hangisidir?

Cevap: etkin bir tedavi yoktur. Destek tedavisi ile hasta karaciğer nakline hazırlanır

Kronik Hepatit D (Delta Hepatiti)

Kronik hepatit D (HDV), HBV ile akut koenfeksiyonu takip edebilir ancak oranı, akut hepatit B'nin kronikleşme oranından daha yüksek değildir. Yani, HDV koenfeksiyonu akut hepatit B'nin şiddetini artırabilmesine rağmen kronik hepatit B'ye progresyon olasılığını artırmaz. HBV ile zaten kronik olarak enfekte olmuş bir kişide HDV süperenfeksiyonu oluştuğunda uzun dönemli HDV enfeksiyonu kuraldır ve karaciğer hastalığının kötüleşmesi beklenen sonuçtur.

REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI SAYFA 278

↓

Adefavir Entekavir

Kr.B → IFa + A L E T — Tenofavir
Lamuvudin

Kr.C → IFa + Ribavirin

Kr.D → IFa + IFa

Hepatit A Kronikleşmez !

Depo IFa → Pegyl IF

REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI SAYFA 277

16. REFERANS 16. (16. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: 36 yaşında kadın hasta boğaz ağrısı ellerde titreme 2 hafta önce geçirilmiş üsye anamnezi ile başvuruyor. Yapılan değerlendirmede TSH düşük, T-4 ve CRP yüksek, hastanın tiroid sintigrafisinde tiroid bezi suprese olarak izleniyor. Bu hastada en olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?

Cevap: subakut tiroid

2. Subakut granülatöz tiroidit veya De Quervain tiroiditi: Genç, bayan viral üst solunum yolu enfeksiyonu sonrası klinik ortaya çıkar. Ateş, halsizlik ve boyunda hassasiyet ve ağrı vardır. Başlangıç döneminde tiroksikoz kliniği, ilerleyen dönemlerde hipotiroidi kliniği ortaya çıkar.
- Tiroid hormonları artmış, TSH ve Radyoaktif iyot alımı çok azalmıştır.
 - Sedimantasyon çok yüksek olabilir (>100 mm/s).
 - Tanı klinik ve laboratuvar ile konur, gerekirse aspirasyonda dev hücreler ve büyük fagositler görülür.
 - Tedavide aspirin ilk seçilecek ilaçtır. Aspirin tedavisi yeterli olmazsa steroid eklenir. Tedavide anti-tiroid ajanların yeri yoktur.
 - Bu hastaların %10'unda kalıcı hipotiroidi gelişebilir.

Sedimantasyonun 100 mm/s'in üzerinde olabileceği hastalıklar; (Şart değil)
1- Subakut granülatöz tiroidit
2- Infektif Endokardit
3- Lenfoma
4- Multiple myelom
5- Temporal Artrit'e eşlik eden Polimiyalja Romatika
6- Tüberküloz

REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI SAYFA 363

17. REFERANS 17. (17. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Hangisi hipokalsemi yapmaz?

Cevap: süt-alkali sendromu

HİPERKALSEMİ

Hiperkalsemi Nedenleri: Hiperparatiroidi (en sık), Maligniteler, Granülatöz hastalıklar (sarkoidoz, tüberküloz, Crohn hastalığı), Endokrinopatiler (tiroksikoz, feokromasitoma, srenal yetersizlik, VIPoma), D vitamini intoksikasyonu, tiiazid grubu diüretikler, lityum, süt alkali sendromu, İmmobilizasyon ve Ailesel hipokalsiürik hiperkalsemi.

REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI SAYFA 367

18. REFERANS 18. (18. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Büyüme hormonu verilen hastada hangisi en az olasıdır?

Cevap: hipoglisemi

Sekonder diabetes mellitus: GH doğrudan glikozun hücre içine girişini engeller ve buna bağlı sekonder diabetes mellitus oluşabilir.

Kolonda polip: Kolonda polip sıklığı artmıştır. Bu polipler premaligndir.

REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI SAYFA 349

Sekonder diabetes mellitus nedenleri :

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

REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI SAYFA 370

19. REFERANS 19. (19. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: hepatik ven trombozlu hastada hangisi en az olasıdır?

Cevap: faktör-9 düzeyinin eksikliği

Herediter Pıhtılaşma Faktör Eksiklikleri

- **Hemofili A (faktör VIII eksikliği) ve hemofili B (faktör IX eksikliği) en sık** görülen ve ciddi konjenital koagülasyon faktör eksiklikleridir
 - Hemofili A ve hemofili B'nin semptomları hemen hemen benzer
 - **Hemofili C azalmış Faktör XI** düzeyleri ile birlikte olan kanama bozukluğu
- **Kontakt faktörler** (faktör XII, yüksek moleküler ağırlıklı kininojen ve prekallikrein) ile ilgili eksiklikler **kanama bozukluğunu yapmadan çok uzun aPTT** yaparlar*

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



REFERANS: PEDIATRİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA 239

20. REFERANS 20. (20. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: halsizlik kabızlık bel ağrısı mr da litik lezyonlar saptanan 68 yaşında kadın hastanın albümin /globülin oranı terse dönmüş ve hiperkalsemisi vardır. En olası tanı ?

Cevap: multipul myelom

Multiple Myeloma

- **Plazma hücrelerinin malign proliferasyonudur.**
- **Klinik Bulgular:** En sık (%70) lokalize kemik ağrısı görülür: vertebra, kostalar, kranium ve diğer yassıkemiklerin tutulumu değerlendirilmelidir.
- **Litik kemik lezyonları**, patolojik kırıklara bağlı bulguları görülür.
- **Osteoklast aktivite artışı** (IL - 6) ve **Hiperkalsemi** görülür.
- **Anemiye bağlı semptomlar** → **NORMOKROM NORMOSİTERANEMİ** tespit edilir.
- **Kanama diyatezi** görülür.
- **Kapsülü bakteriyel enfeksiyonlara** yatkınlık → **Polioklonal Ig üretimi azalır** → İmmün paraliz gelişimine bağlı oluşur.
- **Böbrek yetmezliği** görülür, en sık sebebi hiperkalsemidir.
- **Hiperviskozite** semptomları ve Raynaud fenomeni tespit edilir.
- **Nörolojik semptomlar**
- **Multiple Myelomada Organomegali beklenmez.**

Laboratuvar

- **Kan sayımı:** Hb N/▼ (Normokrom normositer anemi Trombosit ve lökosit genellikle normaldir).
- **Periferik yaymada rulo formasyonu**
- **Sedimantasyon > 100 mm/saat**
- **Albumin normal** ▼, **globülin ▲**
- **Kalsiyum yüksektir.** (Kemik yıkımına bağlı)
- **Protein elektroforezi:** MONOKLONAL GAMMOPATI vardır
- **Serum ve İdrar İmmünoelektroforez:** En sık görülen alt tip **IgG Kappa** (D ve E alt tipleri çok nadir)
- **İdrarda Bence Jones proteini pozitifdir**
- **Fonksiyonel Ig** 1'er azalır (tüm immünglobülinlerin %10u)
- **X-Ray** (Kemik survey): Kemik lezyonlarını değerlendirmede standart yaklaşım ilk yaklaşım (Diffüz osteoporoz, lokal erime alanları ve çökme kırıklarını değerlendirilmede başarılı)
- **MİBİ Sintigrafisi:** Kemiklerde litik lezyonları değerlendirme ve hastalığın aktivitesini izlemde başarılıdır.
- **MR:** M.spinalis bası bulguları varlığında tercih edilir. Standart görüntüleme değildir.
- **PET-BT:** Plazmositomları değerlendirmek için tercih edilir. Multipul Myelom yaygınlığını göstermede en etkin yöntem olsa da pahalı bir yöntem olması nedeniyle rutin kullanılmaz.

A/G < 1	
Çocuk	— Nefrotik Sendrom
Yetişkin	— Multiple Myelom
	— Sarkoidoz



REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI SAYFA 236

21. REFERANS 21. (21. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: mikroorganizma sebep olduğu kanser eşleştirmelerinden yanlış olan hangisidir?

Cevap: HHV8-serviks kanseri

Kansere neden olan mikroorganizmalar:

- S.hematobium → Mesane Ca
- HBV → HCC
- HCV → HCC
- HIV → Kaposi Sarkomu, Hodgkin lenfoma, Non-hodgkin lenfoma
- HPV → **Serviks Ca**
- HTLV-1 → T hücreli lenfoma
- HTLV-2 → Hairy-Cell Lösemi
- HTLV-5 → Kutanöz T hücreli lenfoma
- SV40 → Ependimom, Koroid pleksus tümörü, malign mezotelyoma
- EBV → Hodgkin lenfoma, Burkitt Lenfoma, Santral sinir sistemi lenfoması, X'e bağlı lenfoproliferatif Sendrom, Nazofaringeal karsinom

REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI SAYFA 417

22. REFERANS 22. (22. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: rituksimab neyi hedef alır?

Cevap: CD-20

Lapatinib/Naratinib

*EGF ve HER-2 Tirozin kinaz inhibisyonu yaparlar. (Dual tirozin kinaz inhibitörleridir!)

Aflibercept / Reforafenib

*VEGF Tirozin kinaz inhibisyonu yaparlar.

Vemurafenib/Dobrafenib

*BRAF kinaz inhibisyonu yaparlar.

*Metastatik malign melanom tedavisinde yaşam süresini uzattıkları kanıtlanmıştır.

Ruksolitinib

*JAK Kinaz inhibisyonu yaparak Polisitemia vera tedavisinde kullanılır.

Cetuximab/Panitumumab

Trastuzumab

Bevacizumab

Eculizumab

Rituximab

İbritumumab/Ofatumumab (İndium)

Tositumab (Radyoaktif iyot işaretli)

Gemtuzumab

Alemtuzumab

İbrituzumab

İpilimumab

EGF'ye bağlanarak etki gösterir. HER-2'ye bağlanarak etki gösterir. VEGF'ye bağlanarak etki gösterir. CD5'e bağlanarak etki gösterir. CD20'ye bağlanarak etki gösterir. CD20'ye bağlanarak etki gösterir. CD20'ye bağlanarak etki gösterir. CD20'ye bağlanarak etki gösterir. CD33'e bağlanarak etki gösterir. CD52'ye bağlanarak etki gösterir. CD56'ye bağlanarak etki gösterir. Sitotoksik T Lenfosit(CTL) yanıtını artırır.

REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI SAYFA 424

23. REFERANS 23. (23. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: hangisi gıda intoleransı ile ilişkilidir?

Cevap: LAKTAZ eksikliği

Primer Laktaz Eksikliği (Primer Laktoz İntoleransı)

- Konjenital primer laktaz eksikliği birkaç vakada bildirilmiş olan çok nadir bir durumdur.
- Klinik bulgular süt şekeri olan laktozun (örn. anne sütünün) alınması ile ortaya çıkar.
- Patlayıcı, sulu ishale abdominal distansiyon, gaz ve diaper dermatit eşlik eder.
- Tekrarlayıcı, müphem, kramp tarzında ağrı sendromu laktoz intoleransına atfedilmiştir.
- Okul çağı çocuklarda ataklar halinde göbek çevresinde ağrılar olabilir.
- Gaitada reduktan madde (+) ve gaita pH'sı asittir.
- Tedavi diyetten sütün çıkarılmasından ibarettir.

REFERANS: PEDIATRİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA 198

24. REFERANS 24. (24. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: anti-topoizomeraz 1 antikoru hangisinde görülür?

Cevap: diffüz sistemik skleroz

REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI SAYFA 314

LABORATUVAR

- Hafif normositik veya mikrositer anemi SSc'li hastalarda sık görülür
- Makrositik anemi; (1) folat ve (2) ince bağırsak bakteriyel aşırı çoğalması ve malabsorpsiyonu nedeniyle
- B12 vitamini eksikliği (3) veya metotreksat veya alkileyici ajanlar gibi ilaçlar ile oluşabilir.
- **Diğer bağ dokusu hastalıklarının aksine, eritrosit sedimentasyon hızı (ESR) genellikle normaldir.**
- Antinükleer otoantikorlar SSc'li hastaların hemen tamamında mevcuttur ve hastalığın başlangıcı da tespit edilebilir.
- **Anti-Topoizomeraz I antikoru dcSSc hastalarında daha sık görülür. Kötü prognoza ilişkilidir.**
- **Antisentromer antikoru lcSSc da daha sık görülür.** (primer biliyer sirozda da görülür)

SİSTEMİK SKLERÖZ TEDAVİSİ

Hastalığın Modifiye Tedavisi - İmmünoşüpresif Ajanlar:

- Glukokortikoidler; mümkün olan en düşük dozda, sadece kesinlikle gerektiğinde ve yalnızca kısa periyotlarda verilir.
- IV siklofosfamidin her ikisinin de ILD ile ilişkili SSc progresyonunu azalttığı gösterilmiştir.

Antifibrotik Tedavi: d-Penlisilamin; yaygın olarak bir anti-fibrotik madde olarak kullanılmaktadır. Retrospektif çalışmalarda, d-penlisilamin cilt endurasyonunu stabilize etti ve iyileştirdiği, yeni iç organ tutulumunu engellediği ve sağkalımı iyileştirdiği gözlenmiştir.

314

Kazananların dünyası

tusworld.com.tr

REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI SAYFA 310

Sistemik Skleroz alt kümeleri (SSc): Sınırlı Kutanöz SSc'ye Karşı Diffüz Kutanöz SSc Özellikleri		
Karakteristik Özellik	Sınırlı Kutanöz SSc	Diffüz Kutanöz SSc
Cilt tutulumu	Ağrız başlangıç. Parmaklara, distal dirseklerle, yüze sınırlı; yavaş ilerler.	Hızlı başlangıç. Diffüz; parmaklar, ekstremiteler, yüz, gövde; hızlı ilerler.
Reynaud fenomeni	Cilt tutulumu çıkışından önce de var olan, bazen yıllarca; parmaklarda kritik iskemiyi ile ilişkili olabilir.	Tesadüfen cilt tutulumu ile başlangıçlı; kritik iskemiyi daha az yaygın.
Kas-iskelet	Hafif artralji	Şiddetli artralji, karpel tünel sendromu, tendon friksiyon rubları
İnterstisyel akciğer hastalığı	Yavaş ilerler, genellikle hafif	Sık, erken başlangıçlı ve ilerler, ciddi olabilir
Pulmoner arteriyel hipertansiyon	Sık, geç, izole bir komplikasyonu olarak ortaya çıkabilir	Genellikle interstisyel akciğer hastalığı ile birlikte görülür
Skleroderma renal krizi	Çok nadir	%15'inde oluşur; genellikle erkendir (hastalığın başlangıcından itibaren <4 yıl)
Kalsinozis kutis	Sık, belirgin	Daha az görülür, hafif
Karakteristik otoantikorlar	Anti-sentromer	Anti-topoizomeraz I (Scl-70), anti-RNA polimeraz 3

25. REFERANS 25. (25. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: hipertansiyon hastası gut hastasında ilk kullanılacak ilaç?

Cevap: losartan

2023 Ahmet ERKEK soru kampı

13. Hipertansiyonu olan 37 yaşındaki erkek hastaya Gut tanısı konuluyor. Bu hasta aşağıdaki ilaçlardan hangisi kullanıyorsa mutlaka değiştirmelidir ?

- A) Spironolakton
- B) Losartan
- C) Verapamil
- D) Propranolol
- E) Hidroklorotiazid

CEVAP:

Tiyazid diüretikleri Gut hastalığında mutlak kontrendikedir. Hiperürisemi !!!

Kazananların dünyası

85

26. REFERANS 26. (26. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: glomerüler filtrasyon vücut ağırlığında bilinmesi gereken formül?

Cevap: gault formülü

eGFR formülleri:

Yetişkinlerde kullanılanlar: MDRD, CKD-EPI, Cockcroft-Gault. **Gault** (Vücut yüzey alanı da formüle dahil edilir) **Formüller kreatinine dayalı kullanılacaksa kas kütlesi ile ilişkili ırk, cinsiyet ve yaş da formülde yer alır.** Pediatric Grup: Schwartz
Bu formüllerden hafif-orta böbrek yetmezliğini saptamada kullanılan metot CKD-EPI'dir.

REFERANS: BİYOKİMYA EFSANE KONU KİTABI SAYFA 65

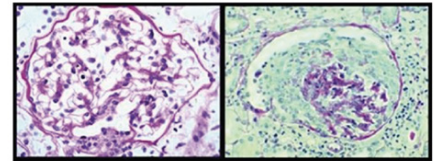
27. REFERANS 27. (27. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: erkek hasta 60 yaşında 1 hafta önce başlayan kanlı balgam idrar da azalma antibiyotik başlayan hastada kreatin 1.6 imiş, kötüleşen tablo kreatin 2.8 geliyor. İdrar da bol eritrosit eritrosit silendiri görülüyor. 2 g proteinüri var. Hastaya biyopsi yapılıyor. Hangisi en olası tanıdır?

Cevap: kresentik glomerülonefrit

NEFRİTİK SENDROM

Kresentrik glomerülonefritler (RPGN) yapanlar nefritik sendrom yapar !



REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI SAYFA 409

28. REFERANS 28. (28. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: 15 yıldır tip-2 diyabet ile izlenen 60 yaşında erkek hasta bacaklarda şişlik ve kalp yetmezliği bulguları ile başvuruyor. Yapılan idrar tahlilinde 4 + proteinüri hemoglobin A1c %2.8 bulunan hastanın albüminin 2.7 g/dl bulunuyor. Bu hastada böbrek ve kardiyovasküler sağlığı koruma açısından hangisi en uygun ilaçtır?

Cevap: SGLT-2 İNHİBİTÖRÜ

Thiazonlidinedionların Yan Etkileri	DM Tedavisindeki Diğer Ajanlar								
<ul style="list-style-type: none"> * Sıvı-zuz retansiyonu ve buna bağlı konjestif kalp yetmezliği * Postmenopozal osteoporoz kırık riskinde artış * Anemi * Kilo artışı * Hepatotoksisite * Mesane kanserinde verilmez, ilişkili olduğu düşünülüyor * Graves oftalmopatisinde verilmez, ağırla edebilir 	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Dual PPAR Gama Agonistler</th> <th>SGLT2 İnhibitörleri</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>* Alegitazar</td> <td>* Dapagliflozin</td> </tr> <tr> <td>* Muraglitazar</td> <td>* Remogliflozin</td> </tr> <tr> <td>* Tesaglitazar</td> <td>* Sertgliflozin</td> </tr> </tbody> </table>	Dual PPAR Gama Agonistler	SGLT2 İnhibitörleri	* Alegitazar	* Dapagliflozin	* Muraglitazar	* Remogliflozin	* Tesaglitazar	* Sertgliflozin
Dual PPAR Gama Agonistler	SGLT2 İnhibitörleri								
* Alegitazar	* Dapagliflozin								
* Muraglitazar	* Remogliflozin								
* Tesaglitazar	* Sertgliflozin								
Kilo Artışına Neden Olan Antidiyabetik Ajanlar <ul style="list-style-type: none"> * Sülfonilüre 									

REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI SAYFA 372

29. REFERANS 29. (40. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU : KOAH olan bir hastada hangi durumda pozitif basınçlı ventilasyon kontrendike değildir?

Cevap: hipertansiyon

KOAH'ta Akut Alevlenme:
<ul style="list-style-type: none"> * Daha önceki stabil durumda bozulma, balgam miktarında artma, göğüste sıkışma hissi, wheezing'te artma, ödem veya enfeksiyon belirtilerinin olmasıdır. * Ataklardan en sık sorumlu olan bakterilerdir. İkinci en sık virüslendir. (Rhinovirüs) * Atak esnasında hastaların balgamında en sık üretilen bakteriyel iki ajan Hemofilius influenza ve Strep. pneumoniae'dir.
Akut alevlenme tedavisi: <ul style="list-style-type: none"> * O₂ inhalasyon tedavisi * Kısa etkili beta2 agonist ve antikolinerjik * Antibiyotik * Kortikosteroid * Mekanik ventilasyon <ul style="list-style-type: none"> o Endikasyonları: <ul style="list-style-type: none"> * pH<7.35 ve PCO₂> 45 mmHg ve * Solunum sayısı > 24 olmasıdır. o Öncelikli olarak non-invaziv mekanik ventilasyon (NIMV) uygulanmalıdır. o Kardiyovasküler instabilite (hipertansiyon, miyokard infarktüsü vs) ve bilinç bulanıklığı NIMV için kontrendike durumlardır. Bu hastalara başlangıçta invaziv mekanik ventilasyon uygulanmalıdır. o Non-invaziv mekanik ventilasyona yanıt alınmayan hastalara invaziv mekanik ventilasyon uygulanmalıdır.
KOAH'ta Prognoz (BODE İndeksi) <p>Body mass indeksi düşük olanlarda prognoz daha kötüdür.</p> <p>Obstrüksiyon: FEV1 değeri düşük olanlarda prognoz daha kötüdür.</p> <p>Dispne: Nefes darlığı fazlaysa prognoz daha kötüdür</p> <p>Egzersiz durumu: Hastaların egzersiz kapasiteleri düşükse prognoz daha kötüdür.</p>

REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI SAYFA 128

PEDİATRİ 28/30

30 . REFERANS 1. (43 SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU : Hangisi total beyin volümünün en fazla artığı dönemdir?

CEVAP:Doğum- ilk 2 yaş

REFERANS : PEDİATRİ EFSANE KONU KİTABI 1 SAYFA 76

Nöromotor ve Mental Gelişim

Nöromotor gelişme sinir ve kas kontrolünün kazanılmasıdır.Nöromotor ve zeka-ruh gelişmesinde uyarı çok önemli bir faktördür.İlk iki yaşta kas-sinir sistemi hızlı gelişir ve çocuk bir çok beceri kazanır. Bu becerilerin kazanılması için sinir ve kas sisteminin ayrıca görme, işitme gibi duyu organlarının da normal olması gerekir

Sinir-kas kontrolünün kazılması belirli bir sıra izler. Bu sıra baş ve boyunun ayaklara (sefalokaudal), merkeze doğru (proksimo-distal) doğrudur. Örneğin çocuk önce başını dik tutabilmeyi (1-3 aylarda) öğrenir, sonra oturmaya (6-9 aylar) ve daha sonra yürümeyi (12-14 aylar) öğrenir. Çocuk el parmakları ile iş görebilmeyi 9-10. aylarda öğrenir.

Duyu organlarının gelişimi

Görme: Yenidoğan çocuk görme alanı içinde olan parlak cisimcikleri fark edebilir. İki haftalık yenidoğan eşyayı kısa bir süre ve 45-90 derecelik açıları ile takip eder. 2. ayda 180 derece takip eder. 4.ayda görme fonksiyonu daha da gelişir. Görme fonksiyonu 5-6 yaşında tam olarak gelişir. İlk üç ayda gözlerde geçici kayma sık görülür. Eğer kayma 3 aydan sonra da devam ediyor ise buna şaşılık-strabismus denir. Koku, tat alma ve dokunma duyası: Yenidoğanın koku alma duyası iyi değildir, buna karşın tat alma duyası iyidir. 3. aydan başlayarak tükürük salgısı artar. Dokunma duyası ilk beş ay içinde dudaklar ve dil dışında tam gelişmiş değildir. İşitme: Yenidoğanda işitme duyası gelişmiştir.

Nöromotor gelişim

1. ay: Yüzüstü yatınca başını kısa süre kaldırılabılır
2. ay: Annesini tanıyaya başlar,gülümser,kendi kendine bir takım sesler çıkarır
3. ay: Başını dik tutar,ellerini hareket ettirerek seyreder
4. ay: El kontrolü,şöhüne uzatılan bir oyuncakçı tutmaya çalışır.
5. ay: Dönme sırt üstü durandan yüz üstü duruma geçer
6. ay: Kısa süre desteksiz oturur.Eşyaları uzatır,yakalar,ağzına götürür
7. ay: Desteksiz oturur,elde ele eşya geçirir
8. ay: Emeklemeye başlar,eşyayı baş ve işaret parmakları arasında tutar,anlaşılmaz hecelerle değişik sesler çıkarır
9. ay: Bir yere tutunarak ayağa kalkabilir
10. ay: Yardımla yürü(Sıralama), Yatar durumdan oturur duruma geçer.
12. ay: Yardımsız birkaç adım atabilir, 2-4 kelimeyi antayarak söyler
15. ay: Yardımsız yürür.Merdiven emekleyerek çıkarbasit emirleri yerine getirir, 2 kupa üst üste koyar,4-5 kelimeyi anlar ve kullanır.
18. ay: Tutunarak merdiven çıkar, 3 kupa üst üste koyar,resimleri tanıır ve adlandırır,10 kelimeyi anlar ve kullanır
2. yaş: Koşar, yardımsız merdiven inip çıkar. Kalem ile daire ve enine çizgi çizer. Çatal ve kaşığı tutar, 2-3 kelimeyi kısa cümle kurar.
- 2.5 yaş: Sıçrar, tanımlar bilir, renkleri ayırt eder.
- yaş: 3 tekerlekli bisiklere biner, tek ayak üstünde durabilir 3 kupa ile köprü yapar.

NÖROMOTOR VE MENTAL GELİŞİM: Nöromotor gelişme sinir ve kas kontrolünün kazanılmasıdır.İlk 2 yaşta kas-sinir sistemi hızla gelişir.

31. REFERANS 2. (44 SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: KORTİKOSTEROİD TEDAVİSİ ALAN HASTALARDA CANLI AŞILARLA İLGİLİ HANGİSİ YANLIŞTIR?

CEVAP: Steroidlerin>2mg/kg/gün ya da>=20 mg/gün 14 günden uzun süre kullanımı durumunda canlı aşılar tedavinin kesilmesinden 2 hafta sonra kullanılabilir.

REFERANS: PEDİATRİ EFSANE KONU KİTABI 1 SAYFA 256

AŞI KONTRENDİKASYONLARI VE DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN DURUMLAR

A- Genel Aşı Kontrendikasyonları

1. Bir aşıya karşı gelişen anafaktik reaksiyon, o aşının sonraki dozları için kesin kontrendikasyon oluşturur.
2. Bir aşı komponentine karşı gelişen anafaktik reaksiyon, bu maddeyi içeren aşılar için kesin kontrendikasyon oluşturur.
3. Ateşli veya ateşsiz ciddi hastalık durumunda izleyen hekimine danışılmadan aşı uygulanmamalıdır.

B-Canlı aşıların kontrendike olduğu durumlar

1. Konjenital veya edinsel immun yetmezlikler
2. Malign hastalığı olan ve kemoterapi kesildikten en az 3 ay sonar canlı aşı yapılabilir
3. Steroid tedavisi alanlar (>2 mg/kg/gün veya >20 mg/gün >14 gün prednizon veya eşdeğeri tedavi alana tedavi kesildikten en az 1 ay sonra canlı aşı yapılabilir)
4. Radyoterapi alanlar
5. Cilt enfeksiyonları
6. Hamileler
7. Evde immun yetmezlikli çocuk varsa oral aşılar

C-Kontrendikasyon olmayan durumlar (aşı yapılabilir):

1. Bir önceki aşı dozunda hafif-orta ateş, ishal veya lokal reaksiyon (ışık, kızamık, ağrı)
2. Ateşli veya ateşsiz hafif hastalık, antibiyotik tedavisi alıyor olmak
3. Hastalığın nekahat dönemi
4. Prematürte (rotavirüs dâhil)
5. Aile veya kendinde non-spesifik alerji öyküsü
6. Penisilin veya diğer antibiyotiklere karşı non-anafaktik alerji olması
7. Yakın zamanda enfeksiyöz hastalıkla temas öyküsü
8. Anne sütüyle beslenme
9. Anne ya da aynı evde bir kişide hamilelik
10. Evde temasta olanlardan birinde bağışıklanmamış birisinin olması
11. PPD pozitifliği

STEROİD ALAN ÇOCUKLARDA CANLI AŞILAMA UYGULAMASI

<2mg/kg/gün (veya >10kg çocukta<20mg/gün ise Steroid tedavisi alırken de canlı aşılamaya yapılabilir. >2mg /kg/gün (veya >10 kg çocukta >20mg/gün ise

- 1)14 günden fazla steroid alıyorsa canlı aşılar en az 1 ay geciktirilmeli
- 2)14günden az ise steroid tedavisi bitir bitmez canlı aşı yapılabilir.

32. REFERANS 3. (45 SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU : öncüllü soru. verilen ifadelerden obezite ile ilişkili komorbiditelerdir?

Cevap: HİPERTANSİYON- ASTİM- PSÖDOTÜMÖR SEREBRİ- OBSTRÜKTİF UYKU APNESİ

Risk Faktörleri:

Kişisel etkenler:

- Genetik
- o Atopi
- o Bronş aşırı duyarlılığı
- Cinsiyet (çocukluk döneminde erkeklerde, yetişkin dönemde kadınlarda sık)
- Obezite

Çevresel etkenler:

- Allerjenler (ev içi akarları, ev hayvanları, polenler, küf mantarları vs)
- İnfeksiyonlar (özellikle viral enfeksiyonlar)
- Mesleki duyarlaştırıcılar
- Sigara
- Hava kirliliği
- Diyet (anne sütü önemli)

REFERANS:DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI SAYFA 130

Bariatrik Cerrahi (Obezite Cerrahisi)

- 30-40 → Obez
- > 40 → Morbid Obez
- > 50 → Süper Obez

Bariatrik cerrahide ameliyat endikasyonları:

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

Cerrahi olacak hastalarda aranan şartlar:

- 1) Diğer kilo verme yöntemlerinin denenmiş ve işe yaramamış olması.
- 2) Fizyolojik olarak stabil olması.

VÜCUT KİTLE İNDEKSİ (kg/m ²)	KATEGORİ
<18.5	Düşük kilolu
18.5-24.9	Normal
25-29.9	Fazla kilolu
30.0-34.9	Klas 1 Obesite
35.0-39.9	Klas 2 obesite
>40	Klas 3 obesite (siddetli obez)

REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI SAYFA 256

33. REFERANS 4. (46 SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: BCG aşısı ile ilgili yanlışır?

CEVAP: Tüberkülozdan %100 korur.

REFERANS: PEDIATRİ EFSANE KONU KİTABI 1 SAYFA 252 AŞILAR TABLO

BCG Canlı bakteri aşı.

AŞILAR

Aşı	Tip	Yol
BCG	Canlıbakteri	Intradermal, SC
Difteri-tetanoz(DT,dT)	Toksoid	IM
DTB	Toksoid ve inaktif bakteri	IM
DTab	Toksoid ve inaktif bakteribileşeni	IM
HepatiA	Inaktif viral antijen	IM
HepatiB	Inaktif viralantijen	IM
HİB	Konjuge(Polisakkarid-protein)	IM
Influenza	Inaktif virus	IM
Kızamık	Canlı virus	SC
Kızamıkçık	Canlı virus	SC
MMR(kombine)	Canlı viruslar	SC
Kabakulak	Canlı virus	SC
Kuduz	Inaktif virüs	Intradermal, IM
Pnömonokok		
PCV	Konjuge (Polisakkarid-protein)	IM, SC
PPV	Polisakkarid	IM, SC
Polio virus		
IPV	Inaktifvirus (Salk)	SC
OPV	Canlı virus(Sabin)	Oral
Tetanoz	Toksoid	IM
Suçiçeği	Canlıvirus	SC
Papiloma virüs	Inaktif viralantijen	IM
Rota virüs	Canlı virus	Oral

T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Çocukluk Dönemi Aşılama Takvimi (2020)

	Doğumda	1. ayın sonu	2. ayın sonu	4. ayın sonu	6. ayın sonu	12. ayın sonu	18. ayın sonu	24. ayın sonu	48. ay ¹⁾	13. yaş
Hep-B	I	II		III						
BCG										
KPA										
DaBT-İPA-HİB										
OPV										
Suçiçeği ²⁾										
KKK										
MMR-2 ³⁾										
DaBT-İPA										
Td										

¹⁾ Ocak 2012 ve sonrasında doğan çocuklara uygulanacaktır.

²⁾ Mart 2011 ve sonrasında doğan çocuklara uygulanacaktır.

³⁾ Temmuz 2016 tarihinde doğanlardan başlamak üzere <15 yaşına girmiş olan tüm çocuklara uygulanacaktır. 1 Temmuz 2016 tarihinden önce doğmuş ve halen ilköğretime başlamamış olan çocukların KKK ikinci dozu ve DaBT-İPA aşısı ise 2020-2021, 2021-2022 ve 2022-2023 eğitim ve öğretim dönemlerinde okul aşılamaları şeklinde uygulanacaktır.

34. REFERANS 5. (47 SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU : KIZ ÇOCUKLARINDA ERGENLİK DÖNEMİ GELİŞİM SIRALAMASI İLKTE SONA DOĞRU HANGİSİDİR?

CEVAP: telarş-pubarş-menarş

REFERANS : PEDIATRİ EFSANE KONU KİTABI 1 SAYFA 175

KIZLAR: Meme gelişimi (İlk) pubik kıllanma, menarş(ortalama 12,5-13 yaş)

KIZLARDA TANNER EVRELENDİRMESİ



35. REFERANS 6. (48 SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU : ÇOCUKTA OLAN KONUŞMA AKICILIĞI BOZUKLUĞUNDA HANGİSİ BEKLENMEZ ?

CEVAP: KONUŞMANIN PRAGMATİK KULLANIMINDA BOZULMA

REFERANS VERİLEMEMİŞTİR.

36. REFERANS 7. (49 SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: SİMETRİK İNTRAUTERİN BÜYÜME GERİLİĞİ OLAN BEBEKLERLE İLGİLİ HANGİSİ DOĞRUDUR?

CEVAP: İLK TRİMESTERDEKİ KONJENİTAL ENFEKSİYONLAR FETAL NEDENLER ARASINDADIR.

REFERANS: PEDIATRİ EFSANE KONU KİTABI 1 SAYFA 28

İNTRAUTERİN BÜYÜME GERİLİĞİNE NEDEN OLAN FAKTÖRLER

1. Fetal kaynaklı nedenler:

- Kromozom anomalileri
- İntrauterin enfeksiyonlar
- Konjenital anomaliler
- Radyasyon hasarı
- Çoğul gebelik
- Pankreatik aplazi
- İnsülin eksikliği
- IGF-1 eksikliği

SİMETRİK İUBG nedenidir.!

2. Plasental kaynaklı nedenler: Asimetrik İUBG'nin en sık nedeni.!

- Plasental yetmezlik
- Villöz plasentit, infarkt, tümör
- Plasentanın ayrılması
- İkiz transfüzyon sendromu

3. Maternal kaynaklı nedenler:

- Beslenme bozukluğu, zayıflık-(az kilo)
- Hastalıklar: Hipertansiyon, preeklampsi, diyabet, orak hücreli anemi, kalp, böbrek ve akciğer hastalıkları
- İlaç ve alışkanlıklar: Alkol, narkotikler, sigara, antimetabolitler, vb.

SİMETRİK İNTAUTERİN BÜYÜME GERİLİĞİNE NEDEN OLAN FAKTÖRLER

1.Fetal Kaynaklı Nedenler(SİMETRİK İUBG YAPAR)

37. REFERANS 8. (50 SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU : ZOR DOĞUM ÖYKÜSÜ VE DOĞUMDA RESUSİTASYON İHTİYACI OLAN TERM BEBEK HİE TANISI İLE YENİDOĞAN YBÜNE YATIRILARAK AEEG İZLEMİNE ALINAN HASTANIN PROGNOZU İLE İLGİLİ HANGİSİ EN OLASIDIR?

CEVAP: AEEG' DE İZOELEKTRİK HAT İZLENMESİ

REFERANS: PEDIATRİ EFSANE KONU KİTABI 1 SAYFA SAYFA 34

Term infantlarda evrelere göre HİE bulguları (SARNAT evrelemesi)			
Bulgular	Evre 1	Evre 2	Evre 3
Bilinç durumu	Hiperalert	Letarjik	Stupor, koma
Kas tonusu	Normal	Hipotonik	Flask
Postür	Normal	Fleksiyon	Deserebre
Tendon refleksleri/klonus	Hiperaktif	Hiperaktif	Yok
Miyoklonus	Var	Var	Yok
Moro refleksi	Güçlü	Zayıf	Yok
Pupiller	Midriyazis	Miyozis	Anizokori, zayıf ışık refleksi
Konvüzyon	Yok	Sık	Deserebre
EEG	Normal	Düşük voltaj	Burst supresyon- izoelektrik
Süre	< 24 saat	24 saat-14 gün	Gün-haftalar
Prognoz	İyi	Değişken	Ağır seke / Ölüm

Term infantlarda Yaşa Göre HİE BULGULARI(SARNAT EVRELEMESİ)
AEEG'de EVRE 3 HİE ^DE BURST SUPRESYON, İZOELEKTRİK HAT

38. REFERANS 9. (51 SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: çocuklarda yanık yaralanmaları doğru ifade?

CEVAP: ORAL ANTİBİYOTİK TEDAVİSİNE GEREK YOKTUR.

- Yanık yara yerinde topikal antibiyotiklerin kullanılması fungal enfeksiyon riskini artırır. Enfeksiyona neden olan mantarlar Phycmycetes, Fusarium ve Aspergillus'tur.
- Yanıkta en sık izole edilen mikroorganizma Candida'dır. Ancak enfeksiyon riski çok düşüktür.
- Yanıkta genellikle sistemik antibiyotik sekonder enfeksiyon riski açısından tercih edilmemektedir. Yanıkta enfeksiyon için topikal antimikrobiyaller tercih edilmektedir.

REFERANS: GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA 100

39. REFERANS 10. (52 SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: senkop ve nöbet klinik durum karşılaştırmaları?

CEVAP: CİLT RENGİ SİYANİT- NORMAL / SENKOP TERLEME VAR NÖBETTE NADİR

- * Generalize Tonik Klonik Nöbetler > Prodromal semptomlar > epigastrik tuhaf his, karn ağrısı gibi
> Ani, bilinç kaybı, gövde-ekstremitelerde rijidite olur hasta diğer > tonik
> Apne gelişmesine bağlı hasta siyanotik olabilir, idrar kaçırabilir
> Solumun kaslarının tutulmasıyla ekspirasyonda > epileptik cry
> Tonik fazdan sonra genelde klonik faz başlar > ritmik jerkler
> Nöbet bittikten sonra hasta bilinçsiz, takipneik, konfüze halindedir.

REFERANS: KÜÇÜK STAJLAR EFSANE KONU KİTABI SAYFA 155

40. REFERANS 11. (53 SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: İnaktif influenza aşısının yapılması öncelik olan gruplar?

CEVAP: 1,2,3,4

- **Alfa1-antitripsin tedavisi** ciddi herediter alfa-1 antitripsin eksikliği olan, amfizemli genç hastalarda uygulanabilir.
- **Pnömonok ve influenza aşıları**
 - o İnfluenza aşısı KOAH lı hastalarda alt solumun yolu enfeksiyonlarını ve ölümlü azaltır. Sonbaharda tüm KOAH lı hastalara yapılmalıdır.
 - o Polisakkarit pnömonok aşısı 65 yaş üzerindeki olgularda ve genç yaşta olmasına rağmen özellikle kardiyak hastalık gibi komorbid hastalığı olan olgularda önerilir.

REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI SAYFA 127

Gebelik ve Aşılar İlgili Genel Bilgiler-3

Hamilelerde aşı yapılacak ise bunu teratojenite açısından 2 veya 3. aya ertelemek gerekir. Hamilelik sırasında tetanoz, difteri ve influenza aşısı güvenle yapılabilir. Son 10 yılda difteri veya tetanoz yapılanlara bir doz rapel önerilir. Yenidoğan tetanoz riskinin yüksek olduğu ülkelerde Td rutin olarak yapılmalıdır. Pnömonok açısından yüksek risk grubundaki hamilelere aşılama yapılmalıdır. Endikasyon var ise hepatit A ve B aşısı hamilelerde yapılmalıdır.

REFERANS: PEDIATRİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA 253

41. REFERANS 12. (54 SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: çocuklarda kan ürünün miktarına türüne göre KKK aşılarının yapılması?

CEVAP: 10 ML/KG TROMBOSİT SÜSPANSİYONU...

KIZAMIK AŞISI

İlk kızamık aşılması, genellikle kızamık – kabakulak - kızamıkçık (measles-mumps – rubella MR) olarak, 12 -15 aylıkta önerilir.
Ancak kızamık teması sonrası veya salgınlar sırasında 6 aylık kadar erken verilebilir.
İkinci aşılama 4-6 yaşta önerilir, fakat ilk dozdan 1 ay geçtikten sonra herhangi bir zamanda yapılabilir.
ha önce ikinci dozu almayan çocuklar 11-12 yaşa kadar aşılanmalıdır.
İmmünglobülin veya kan ürünü verilen hastalar en az 3 ay sonra aşılanmalıdır. Aşı sonrası im- nglobülin verilecekse en az 2 hafta geçmelidir. Ppd'ye karşı anerji gelişebilir ve 1 aydan fazla devam edebilir.
berkulin testi MMR ile aynı zamanda veya 4-6 hafta sonra yapılmalıdır.

REFERANS: PEDIATRİ KONU KİTABI 2 SAYFA 244

42. REFERANS 13. (55 SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Çocukluk Çağı bronşektazileri etyolojisinde yer almayan ifade ?

CEVAP: POLAND SENDROMU

BRONŞİEKTAZİ

- Silier diskinezi
- İmmün yetmezlikler
- Enfeksiyon (pertusis, kızamık, tbc, rubella, togovirus, RSV)
- Konjenital defekt
- Sağ orta lob sendromu

Bronşiektazi Nedenleri
Primer Nedenler
I. Williams Campbell sendromu (anular bronşial kartilajların yokluğu)
II. Mounier Kuhn sendromu (konjenital trakeobronkomegali)
III. Yellow nail sendromu (plevral efüzyon, lenfödem, sarı tırnak)
Sekonder Nedenleri
I. Proksimal hava yolu darlıkları
Hava yollarına baskı (vasküler ring, lenfadenopati, vb)
İntralüminal darlıklar (yabancı cisim aspirasyonu, granülasyon dokusu vb)
Hava yolu darlığı ve trakeobronkomalazi
II. Hava yolu hasarı
Bronşiolit obliterans sekeli (postviral veya akciğer nakli sonrası)
Tekrarlayan pnömoni veya pnömonitler (pnömokok pnömonisi veya aspirasyon pnömonisi)
III. Hava yolu defansının bozulması
Kistik fibrozis
Silier diskinezi
Yetersiz öksürük (nöromusküler hastalıklar)
IV. İmmün bozukluklar
Primer nedenler (hipogamaglobulinemi, CVID vb)
Sekonder nedenler (HIV enfeksiyonu ve immünsüpresan ajanlar)
V. Diğer
Allerjik bronkopulmoner asprengilloz
Plastik bronşit
Sağ orta lob sendromu

REFERANS: PEDIATRİ KONU KİTABI 2 SAYFA 150

43. REFERANS 14. (56 SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU : 12 yaşındaki epilepsi hastası çocukta ?

CEVAP: GEÇ TİP AŞIRI DUYARLILIK REAKSİYONU

İlaç Alerjileri Ve Klinik Özellikleri		
Organ Özel Reaksiyonlar	Klinik Özellikler	Ajanlar
Cilt Reaksiyonları		
Ekzantem	Diffüz maküller ve papüller İlacın başlamasından günler sonra Gecikmiş tip aşırı duyarlılık reaksiyonu	Allopurinol, aminopenisilin, sefalosporinler, antiepileptik ajanlar, sülfonamid

REFERANS: PEDIATRİ KONU KİTABI 2 SAYFA 283

44. REFERANS 15. (57 SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: BURKİ LENFOMA tanılı hastada ALLOPÜRİNOL tedavisine rağmen ürik asit seviyesi 8-10 mg/dl ise ürik asit seviyesini düşürmek için ne yapılır?

CEVAP: RASBURİKAZ

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

REFERANS: FARMAKOLOJİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA 218

45. REFERANS 16. (58 SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: ALL tanılı 10 yaşında erkek hastada kemoterapi sonrasında idrarda kanama olmuş. Bu hastada hemorajik sistit gelişimine neden olan ilaç hangisidir?

CEVAP: SİKLOFOSFAMİD

REFERANS: PEDIATRİ KONU KİTABI 2 SAYFA 258

TABLO: SİKLOFOSFAMİD (SİTOKSAN): HEMORAJİK SİSTİT

Çocukluk Çağında Kullanılabilen Kemoterapötikler			
İlaç	İlacın Etki Mekanizması	Endikasyon	Yan Etki
Metotreksat	Folik asit antagonisti; dihidrofolat redüktaz inhibitörüdür	ALL, non-Hodgkin lenfoma, Hodgkin lenfoma osteosarkoma	Miyelosupresyon, mukozit, stomatit, dermatit, hepatit Uzun süreli kullanımda osteopenia, kemik kırıkları Yüksek dozda renal ve SSS toksisitesi İntrakraniyal kullanımda araknoidit, lökoensefalopati, lökomiyelepat
6-Merkaptopürin (Pürinefol)	Pürin analogu; pürin sentezini inhibe eder	ALL	Miyelosupresyon, hepatik nekroz, mukozit; allopürinolonun toksisitesini artırır
Sitarabin (Arabinozid-Ara-C)	Pirimidin analogu; DNA polimerazı inhibe eder	ALL, AML, non-Hodgkin lenfoma, Hodgkin lenfoma	Bulanti, kusma, miyelosupresyon, konjonktivit, mukozit, SSS disfonksiyonu İntrakraniyal kullanımda araknoidit, lökomiyelepat
Siklofosamid (Sitoksan)	Alkali guanin; DNA sentezini inhibe eder	ALL, non-Hodgkin lenfoma, Hodgkin lenfoma, yumuşak doku tümörleri	Bulanti, kusma, miyelosupresyon, hemorajik sistit, pulmoner fibrozis, uygunsuz ADH salınımı, mesane kanseri, anafilaksi
Ifostamid (İfeks)	Alkali guanin; DNA sentezini inhibe eder	Non-Hodgkin lenfoma, Wilms tümörü, yumuşak doku tümörü	Bulanti, kusma, miyelosupresyon, hemorajik sistit, pulmoner fibrozis, uygunsuz ADH salınımı, SSS disfonksiyonu, kardiyak toksisite, anafilaksi
Doksorubisin (Adriamisin) Daunorubisin İdarubisin	DNA interkalasyonunu inhibe eder	ALL, AML, osteosarkoma, non-Hodgkin lenfoma, Hodgkin lenfoma	Bulanti, kusma, kardiyomyopati, kırmızı idrar, ekstrasvasyon durumunda doku nekrozu, miyelosupresyon, konjonktivit, radyasyon dermatiti, aritmi
Daktinomisin	DNA'ya bağlanıp transkripsiyonu inhibe eder	Wilms tümörü, rabdomyosarkom, Ewing sarkom	Bulanti, kusma, ekstrasvasyon durumunda doku nekrozu, radyosensitivite, mukozal ülserasyon
Bleomisin (Blenoksan)	DNA'ya bağlanıp DNA'yı parçalar	Non-Hodgkin lenfoma, Hodgkin lenfoma, germ hücreli tumor	Bulanti, kusma, pnömonit, stomatit, Raynaud fenomeni, pulmoner fibrozis, dermatit
Vinkristin (Onkovin)	Mikrotübül oluşumunu inhibe eder	ALL, Non-Hodgkin lenfoma, Hodgkin lenfoma, Wilms tumor, Ewing sarkom, nöroblastom	Lokal selülit, periferik nöropati, konstipasyon, ileus, eklem ağrısı, uygunsuz ADH salınımı, nöbet, pitozis, minimal miyelosupresyon
Vinblastin (Velban)	Mikrotübül oluşumunu inhibe eder	Non-Hodgkin lenfoma, Hodgkin lenfoma, Langerhans hücreli histiositoz	Lokal selülit, lökopeni
L-Asparajinaz	L-asparajini tüketir	ALL; AML'de sitarabin ile kombinasyonda kullanılır	Alerjik reaksiyon, pankreatit, hiperglisemi, trombosit disfonksiyonu ve koagülopati, ensefalopati

46. REFERANS 17. (59 SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: DİAMOND BLACKFAN ANEMİSİ ile ilgili hangisi en az olasıdır?

CEVAP: BULGULAR İLK DEKATTAN SONRA BAŞLAR

REFERANS: PEDIATRİ KONU KİTABI SAYFA 236

TABLO: DİAMOND-BLACKFAN:2-6 AY

Anomali + Aplastik Anemi = Fanconi Anemisi



FANCONİ SPOT	
Kalıtımsal pansitopenilerin en sık nedeni ?	Fanconi anemisi
Fanconinin diğer adı ?	Konjenital aplastik anemi
En sık bulgusu ?	Cafe-au-lait lekeleri
En sık iskelet anomalisi?	Başparmak yokluğu
İlk hematolojik bulgu?	Pansitopeni
Ortalama başlangıç yaşı?	7.5 (4-12 yaş arası genelde)
FANCONİ	HbF, AFP artar, Eritrositler ↓ antijeni görülür.
Fanconi anemisinde azalanlar ?	HbLökosit/Trombosit/Retikülozit
Artanlar ?	AFP/EPO/HbF/Eritrosit hacmi(Makrositoz)
En önemli genetik bozukluk ?	Artmış kromozom kırıkları(Diepoksibütan testi (DEB)(+))
Tedavi	KİT ve androjenler

FANCONİ	DİAMOND-BLACKFAN
4-12 yaş	2-6 ay
Pansitopeni	Sadece eritroid seride azalma(sadece anemi)
Başparmak yokluğu	3 falankslı başparmak
Ortak özellikleri: HbF /ADA /EPO artışı, makrositer anemi, i antijeni içeren eritrositler	

HEMATO-SPOT	
Fanconi anemisi ?	Fiziksel anomali + pansitopeni (4-12 yaş)
Diamond-Blackfan sendromu ?	Sadece anemi(ökosit,trombosit normal), ilk 6 ay
Schwachman-Diamond sendromu?	Pansitopeni veya nötropeni + Pankreas yetmezliği +iskelet displazisi
TAR sendromu ?	Bilateral Radüs yokluğu + trombositopeni
Imerslund-Grasbeck sendromu ?	B12 eksikliği + proteinüri (cubilin defeksi)**
Diskeratosis konjenita ?	Pansitopeni+distrofik tırnak+ökoptaki+hiperpigmentasyon+aşırı göz yaşaması
Pearson sendromu ?	Pankreas yetmezliği + sideroblastik anemi (Mitokondriyal DNA delesyonu)
Sideroblastik anemi yapmasına rağmen makrositer eritrositler içeren ?(YDUS)	Pearson sendromu

47. REFERANS 18. (60 SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU : 13 yaşında kız hasta 5 gündür eklemelerinde gezici karakterde ağrı ve yürüyememe ile acile getiriliyor. Bilinen hastalığı yok 2 hafta önce tonsillit geçirmiş. Vitalleri normal sol ayak bileğinde ve sağ dizinde şişlik ve ağrısı var. EKOsunda MY VE AY mevcut. SEDİMENTASYONU 46MM/SAAT ASO 'SU YÜKSEK. EN OLASI TANI VE EN UYGUN TEDAVİ?

CEVAP : ARA-ASA

REFERANS PEDIATRİ EFSANE KONU KİTABI 2 SAYFA 124 –SAYFA 125 TABLO ,SAYFA 126 TEDAVİ

Kardiyosplenik Heterotaksi Sendromlarının Karşılaştırılması		
Özellik	Aspleni (Sağ İzomerizm)	Polispleni (Sol İzomerizm)
Cinsiyet	Erkek (%65)	Kız > Erkek
Dalak	Yok	Multipl
Akciğer	Bilateral trilobar eparteriyal bronş	Bilateral bilobar hiparteriyal bronş
Sağ yerleşimli mide	Evet	Daha az yaygın
Simetrik karaciğer	Evet	Evet
Parsiyel intestinal rotasyon ya da malrotasyon	Evet	Evet
Midgut volvulus için risk	Evet	Evet
Dekstrokardi (%)	30-40	30-40
Pulmoner kan akımı	Azalmış (genellikle)	Artmış (genellikle)
Ciddi siyanoz	Evet	Hayır
BAT (%)	60-75	15
Total anormal venöz dönüş anomali (%)	70-80	Nadir
Ortak atriyoventriküler kapak (%)	80-90	20-40
Tek ventrikül (%)	40-50	10-15
Inferior vena kava yokluğu ve azygos devamlılığı	Hayır	Karakteristik
Bilateral superior vena kava	Evet	Evet
Diğer ortak defektler	Pulmoner atrezi, pulmoner stenoz, sağ aortik ark	Parsiyel venöz dönüş anomali, VSD, çift çıkışlı sağ ventrikül
Pnömonok sepsis riski	Evet	Evet
Howell-Jolly ve Heinz cisimcikleri, çekirdeksiz eritrosit	Evet	Hayır
Nazokomiyal enfeksiyon riski	Evet	Evet
Safra kesesi yokluğu, bilayer atrezi	Hayır	Evet

EDİNSEL ve DİĞER KALP HASTALIKLARI

AKUT ROMATİZMAL ATEŞ (ARA)

A grubu beta hemolitik streptokok'un (AGBHS - S. Piyogenes) süpüratif olmayan komplikasyonudur. 5-15 yaş arasında insidansı en yüksektir. Çocuklukta en sık edinilmiş kalp hastalığıdır. Sadece Farenjit sonrası gelişir. AGBHS'a karşı gelişen antikorlarla konağın bazı dokuları arasında çapraz reaksiyon sonucu geliştiği düşünülmüştür (Tip 2 ADR).

124

Akut Romatizmal Ateş Tanısında Jones Kriterleri	
Majör Kriterler	
Düşük Riskli Popülasyonda	
Kardit (klinik/subklinik, EKO'da valvülit)	
Poliartrit	
Sydenham koresi	
Eritema marjınatum	
Subkutan nodüller	
Yüksek Riskli Popülasyonda	
Kardit (klinik/subklinik, EKO'da valvülit)	
Subkutan nodüller	
Sydenham koresi	
Eritema marjınatum	
Monoartrit, poliartrit, poliartralji (*)	
Minör Kriterler	
Düşük Riskli Popülasyonda	
Poliartralji (*)	
Ateş (>38.5 °C)	
Sedimantasyon >60 mm/h ve/veya CRP >3 mg/dL	
EKG'de uzamış PR (**)	
Yüksek Riskli Popülasyonda	
Monoartralji	
Ateş (>38°C)	
Sedimantasyon >30 mm/h ve/veya CRP >3 mg/dL	
EKG'de uzamış PR (**)	
(*) Poliartraljinin diğer nedenleri ekarte edilmiştir.	
(**) Bulgu olarak kabul edilmesi için kardit majör bulgu olmamalıdır.	

İnsidansı okul çocukluğunda 2/100.000'in ya da tüm yaşlarda 1/1000'in altında olan bölgeler **düşük riskli**, üstünde olan bölgeler ise **orta-yüksek riskli** olarak tanımlanmıştır.

- **İlk Atak:** 2 majör ya da 1 majör 2 minör kriter
- **Rekürren Atak:** 2 majör ya da 1 majör 2 minör kriter, orta-yüksek riskli bölgelerde rekürrenste 3 minör kriter de tanı koydurur.
- **Subklinik kardit:** Ekokardiyografik valvülit olarak tanımlanmıştır.
- **Monoartrit ya da poliartralji;** orta-yüksek riskli bölgelerde majör kriter olarak kabul edilir.
- **Jones Kriterleri ile Uyumlu Olmayabilen ARA Tabloları**
- Kore (Geç ortaya çıktığı için tek majör kriter olur)
- Geçirilmiş ve tanısı gecikmiş ARA ilk atak vakalarındaki sessiz kardit
- Orta-yüksek risk bölgelerindeki rekürren vakaları

125

- **Antienflamatuvar tedaviyle hızla düzeler.** Tedavisiz bırakıldığında bir eklem tulumu 1-3 gün sürer ve spontan 2-4 hafta içinde düzeler.
- **ARA arttılı sekel bırakmaz. Kardit**
- **Ciddi ve sekel bırakan tek majör kriterdir, %50-60 görülür.**
- **Endokardit:** MY, AY
- **Miyokardit:** KY
- **Perikardit:** Kalp seslerinde azalma ile EKG'de düşük voltaj.
- **Sol taraf kapakları sağa göre sık tutulur. En sık MY görülür** ve MY'nin en sık nedeni de ARA'dır.
- **Kardit MD ile başlamaz,** zamanla (yıllar, hatta on yıllar sonra) MD gelişir ve MY ile aynı anda bulunabilir.
- 2. sıklıkta AY görülür. Austin-Flint üfürümü duyulabilir. AY üfürümü genelde MY ile birlikte. Tek başına AY üfürümü ARA tanısında şüpheli karşılanır.
- ARA kartinde relatif mitral valv kökenli (kapak ödemeine bağlı) kısa diastolik **Carey-Coombs üfürümü** duyulabilir.

Sydenham Koresi

- Olguların %10-15'inde ve genellikle tek başına görülür.
- **En geç ortaya çıkan majör kriterdir** (enf.dan 3 ay ya da daha uzun süre sonra), **kızlarda daha siktir.**
- Psikolabilite, kas gücünü, ekstremite lerini ani, istemsiz, hareketsizliklerle seyredir. Yazı yazamaz, düğme ilikleyemez. Uykuda kaybolur, ani duygulanımlarda artar.
- **Prognoz iyidir.** Sekel çok nadirdir.
- **Korede aspirin ve steroid gereksizdir. 3 haftada bir sekonder profilaksi gerekir.**

ARA Ayırıcı Tanısına Giren Hastalıklar		
Kore	Artrit	Kardit
Huntington hastalığı	Juvenil idiopatik artrit	Viral miyokardit
Wilson hastalığı	Reaktif artrit	Viral perikardit
SLE	Serum hastalığı	İnfektif endokardit
Serebral palsi	Orak hücre anemisi	Kawasaki hastalığı
Tik	Malignite	Konjenital kalp hastalıkları
Hiperaktivite	SLE	Mitral valv prolapsusu
	Lyme hastalığı	Masum üfürüm
	Gonokok enfeksiyonu	

ARA TEDAVİSİ

Aktivite kısıtları (Yatak istirahati) ve yakından izlenirler.
Antibiyotik Tedavisi: Kültür negatif olsa bile 10 gün oral penisilin V ya da tek doz benzatin penisilin verilirdir. Penisilin alerjisi varsa Eritromisin verilir.

126

48. REFERANS 19 (SORU 61)

HATIRMA YOLU İLE SORU: FALLOT TETRALOJİLİ ÇOCUKTA HİPERSİYANOTİK NÖBET TEDAVİSİNDE HANGİSİ EN AZ OLASI TEDAVİDİR?

CEVAP: DİGOKSİN

REFERANS: PEDİATRİ EFSANE KONU KİTABI 2 SAYFA 114

- **Hipersiyanotik Atak (Hipoksik nöbet, "tet spell");** sıklıkla ağlama, defekasyon veya fizik aktivite sonrası **SVR'in aniden düşmesi sonucu** ortaya çıkar. En sık FT'li küçük süt çocuklarında gözlenir ancak daha büyük çocuklarda çömelme nöbetleri şeklinde hafif ataklar da olabilir. Dinlenme sırasında hafif siyanozu olan bebekler hipoksik atak geçirmeye daha yatkındırlar ancak **daha önceki siyanozun derecesi ile atak sıklığı arasında ilişki yoktur.**
- Atakın başlamasıyla birlikte **PD üfürümü azalır ya da kaybolur.** Sağdan sola şant belirginleşir ve akciğer kanlanması iyice azalır.
- Siyanozun kötüleşmesiyle **hiperpne** (hızlı ve derin soluma) ve **taşikardi** ortaya çıkar. Hiperpne negatif toraks içi basınçla sistemik venöz dönüşü artırır ve sağ kalbe gelen desature kan sağdan sola şantla aortaya geçer. Taşikardi de sağdan sola şantı artırır.
- Şiddetli nöbet hipotoni, konvülsiyon, SVO ve ölüme yol açabilir.
- **SVR'deki azalma atakı başlatıcı temel etkenidir. Hiperpne ve taşikardi sağdan sola şantı artırır, dolaşımı kısır döngüye sokar ve siyanozu derinleştirir.**

Hipersiyanotik Atak Tedavisi: SVR'yi arttırmaya, hiperpne ve taşikardiyi kırmaya yöneliktir.

- **Diz-göğüs pozisyonu**
- O₂ verilmesi
- Subkutan veya İM **morfin** (0,2 mg/kg)
- Metabolik asidozu azaltmak için İV **bikarbonat** (1 mEq/kg)

Hipersiyanotik nöbet tedavisi:

Diz –göğüs pozisyonu
Oksijen verilmesi
Morfin
Bikarbonat

49. REFERANS 20 (SORU 62)

HATIRMA YOLU İLE SORU: Fotoğraflı soru. 10 yaşında erkek hasta rektal kanama karın ağrısı tanısı ?

cevap: peutz- jehhers sendromu

Peutz-jehhers sendromu (STK 11-LKB 1)

- Mukokutaneal hiperpigmentasyon ve GIS hamartomları ile karakterize, Otozomal Dominant geçişli hastalıktır.



REFERANS: GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA 297

50. REFERANS 21 (SORU 63)

HATIRMA YOLU İLE SORU: FeNa>2 OLAN 4 YAŞINDAKİ HASTADA AKUT BÖBREK HASARININ EN OLASI NEDENİ HANGİSİDİR ?

CEVAP: AKUT TÜBÜLER NEKROZ(ATN)

REFERANS: PEDIATRİ EFSANE KONU KİTABI 2 SAYFA 36 AKUT BÖBREK YETMEZLİĞİ İNTRENSEK RENAL NEDENLERİ

BÖBREK YETMEZLİĞİ

AKUT BÖBREK YETMEZLİĞİ

- **PRERENAL**
 - Dehidratasyon
 - Hemoraji
 - Sepsis
 - Hipoalbuminemi
 - Kardiyak Yetmezlik
 - Perinatal asfiksi-hipoksi
 - Selektif renal vazokonstriksiyon
- **INTRINSİK RENAL**
 - **Hemolitik Üremik Sendrom (en sık)**
 - Glomerulonefritler: APSGN, SLE, HSP, MPGN
 - Akut tubuler nekroz (ATN), Kortikal nekroz
 - Renal ven trombozu
 - Rabdomiyoliz - Hemoglobinüri
 - Akut interstisyel nefrit
 - Tümör infiltrasyonu, Tümör lizis sendromu
 - Doğumsal anomaliler
 - DIK
 - Nefrotoksik ilaç
 - Aseteminofen, asiklovir, aminoglikozid, amfoterisin-B, ACE inh., sisplatin, siklosporin, etilen glikol, ağır metal, ifosfamid, lityum, NSAİİ, radyokontrast, takrolimus, vankomisin

51. REFERANS 22 SORU 64

HATIRLAMA YOLUYLA İLE SORU :AKUT MALNUTRİSYONLU ÇOCUKTA HANGİSİEN AZ OLASIDIR?

CEVAP :HİPERTANSİYON

REFERANS: PEDIATRİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA 80-81-82

MALNUTRİSYON

- **Kronik malnutrisyonda yaşa göre boy ölçümü** (linear büyüme) değerlendirilmede kullanılan parametredir.
- **Akut malnutrisyonda ise boya göre ağırlığın ölçümü** değerlendirilmede kullanılan parametredir. Değerin düşük olması (aşırı zayıflık hali), genellikle akut malnutrisyonu gösterir. Akut malnutrisyon ileriki dönemde kronikleşir ve boy kısalığına neden olabilir. Harward veya Waterlow sınıflaması akut malnutrisyon değerlendirilmesinde önemlidir.
- Çocuklarda beslenme bozukluğu olduğu zaman genellikle ilk bulgu tartı alımının yavaşlamasıdır.

Gomez'in Malnutrisyon Sınıflaması		
Malnutrisyon derecesi	Yaş için standart ağırlığa göre yüzde	
Normal	90 dan fazla	
Hafif (1. Dereceden)	75-89	
Orta (2. Dereceden)	60-74	
Ağır (3. Dereceden)	60 dan az	

Waterlow sınıflaması		
Malnutrisyon derecesi	Boya göre ağırlık	Yaşa göre boy
Normal	90'dan fazla	95'den fazla
Hafif (1. Dereceden)	81-90	90-95
Orta (2. Dereceden)	70-80	85-89
Ağır (3. Dereceden)	70'den az	<85

Protein Enerji Malnutrisyonu (PEM)

Marasmus: Enerji alımında yetersizlik sonucu oluşur, kas ve cilt altı yağ dokusundaki kayıp belirgindir. Kwashiorkor: Protein eksikliği sonucu oluşur. Ödem nedeniyle ağırlık kaybı daha az belirgindir. Marasmus ve kwashiorkor bulguları bir aradadır.

Ödemsiz PEM (marasmus)

Yetersiz ağırlık alımı ve iritabilite ile başlar ve bir deri bir kemik haline gelen kadar ağırlık kaybı devam eder. Cilt turgörünü kaybeder, cilt altı yağ dokusu kaybolduğunda buruşuk ve gevşek hale gelir. Yüz çöker ve pörsür. Abdomen distandü veya barsak kıvrımlarını gösterecek biçimde düz olabilir.

Kas atrofi ve hipotoni vardır. Vücut ısısı genellikle düşük ve nabız zayıftır. Bebekler genellikle kabızdır, faka mukus içeren açık ishali de gelişebilir.

80

Ödemli PEM (kwashiorkor)

Letarji, apati, veya iritabilite gibi müphem semptomlarla başlar. İlerledikçe yetersiz büyüme dayanıksızlık, kas dokusu kaybı enfeksiyona yakınlık kusma, ishal anoreksi, gevşek vit altı dokuları ve ödem vardır. Ödem erken gelişebilir ve ağırlık kaybını maskeleyebilir. Karaciğer erken veya geç büyüyebilir. Dermatit, siktir, pellegranin aksine güneş ışığına maruz kalan cilt bölgelerinde değil de irite olan bölgelerde cildin koyulaşması biçimindedir. Saçlar seyrek ve incedir. Koyu saçlı çocuklarda saçlar çizgili kırmızı veya gri hale gelebilir. Sonunda stüper koma ve ölüm vardır.

Kwashiorkor



Kwashiorkor: Ödem ve Dermatöz



Marasmus ve Kwashiorkorun Klinik Özellikleri

	Marasmus	Kwashiorkor
Etiyoloji	Kronik açlık-kalori azlığı	Kronik protein azlığı
Başlangıç yaşı	1-2. aylardan sonra	Arma sütü kesildikten sonra
En sık görülmeye yaşı	5-6. aylardan sonra	18 ay - 3 yaş
Tartı azalması	Çok fazla	Az (ödem maskeleri)
Boy kısalığı	Süreye göre az-çok	Yok veya az
Ödem	Yok	+++
Yüz	Zayıf (Voltaire yüzü)	Ay dede yüzü
Deri altı yağ	Çok azalmış	Normal veya hafif azalmış
Deri değişikliği	Normal veya kuru	+++ (dermatit - dermatöz)
Sac değişikliği	+	+++ kızıl, ince, seyrek saçlar
Karaciğer	Normal	Yağlı karaciğer - hepatomegali
Apati	+	+++
Anoreksi	+	+++

81

TEDAVİ

Ağır malnutrisyonun acil tedavisi	
1-	Şok bulguları varsa (letarji, soğuk eller, KDZ>3 sn, zayıf nabız)
-	Oksijen ver
-	5cc/kg %10 dekstroz hızlı i.v bolus
-	15ml/kg iv sıvı 1 saatte gidecek şekilde (%5 dekstrozu SF/Ringer laktat).
2-	Hipoglisemi: KŞ< 54mg/dL.
-	Bilinç açık ise % 10 dekstroz (50 ml) veya 1 kúp şeker dil altına(hangisi hızlı ise)
-	Bilinç kapalı ise % 10 dekstroz 5ml/kg hızlıca i.v
3-	Ciddi dehidratasyon da bile şok bulguları yoksa İV sıvı verilmemelidir. Her 30 dk'da 5ml/kg olacak şekilde oral sıvı verilir.
4-	Ağır anemi (Hgb <4g/dL veya 4-6g/dL+solumum sıkıntısı)
-	10ml/kg 3 saatte transfuse edilir. Tranfüzyon başladığında 1mg/kg furosemid yapılır.
6-	Korneal ülserasyon varsa, hemen Vitamin A verilmeli ve göze 1 damla atropine damlatılmalı

82

Malnutrisyonda sıvı elektrolit görülür ozukluğu (hipokalemi, hiponatremi),hipoglisemi hipotermi,bradikardi görülür.

52. REFERANS 23 (SORU 65)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: 4 yaşındaki çocuk hastada (FENa)>%2 olan çocuk hastada akut böbrek hasarı en olası??

CEVAP: Akut tübüler nekroz

AKUT BÖBREK HASARI

Böbrek fonksiyonlarının saatler veya günler için bozulmasına akut böbrek yetmezliği denir. Etiyolojik açıdan üçe ayrılır:

Prerenal ABH (%55)

* Akut Böbrek hasarının en sık nedenidir.Böbrek kan akımında azalmaya bağlı olarak geri dönüşümü olan akut fonksiyon bozukluğudur. Zamanında hasta hidrate edilirse böbrek fonksiyonları geri döner, aksi takdirde iskemik akut tübüler nekroz gelişecektir ve bu durumda prerenal ABH, renal ABH'ye dönüşür!

REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI SAYFA 399

53. REFERANS 24 (SORU 66)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: İdrar kaçırın erkek çocuk hastaneye geliyor, sürekli idrar kaçırma, anamnez bulguları normal saptanıyor. Tanı nedir??

CEVAP: Primer monosemptomatik enürezis noktuma

REFERANS VERİLEMEMİŞTİR.

54. REFERANS 25 (SORU 67)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: 14 aylık bebek birkaç gün önce hastaneye getiriliyor. Ateş huzursuzluk vücutta ödem, yaygın purpurik ve ekimotik döküntüler, yanaklarında madalyon şeklinde ağrılı döküntüler var. Bebeğin trombosit sayısı ve idrar sonuçları normal En olası tanı ?

CEVAP: Akut infantil hemorajik ödem

Akut Infantil Hemorajik Ödem	
I.	Akut infantil hemorajik ödem (AIHÖ) izole kutanöz lökositoklastik vaskülit olup, daha çok iki yaş altı çocuklarda görülür ve klinik olarak HSP'ye benzer. Ateş, yüz, skrotum el ve ayaklarda ödem ve yüz- ekstremiteelerde ekimoz (genellikle HSP'deki purpuradan daha büyüktür) ile karakterizedir. Gövde korunmuştur, mukoz membranlarda peteşi görülebilir. Trombosit sayısı normal veya artmıştır. İdrar testi normaldir. Biyopsi AIHÖ ile HSP'yi ayırmakta yardımcı olabilir.
II.	Akut infantil hemorajik ödem (AIHÖ) oluşturduğu lezyonlar ile HSP'ye çok benzer ayrııcı tanıda önemli noktalar vardır. Biyopsi AIHÖ ile HSP'yi ayırmakta yardımcı olabilir.
III.	AIHÖ 2 yaş altı küçük çocuklarda görülürken, HSP daha büyük çocuklarda (en çok 3-10 yaş arasında) görülür (2 yaştan önce başlar).
IV.	Lökositoklastik vaskülitir izole olarak cildi etkiler, iç organları etkilemez (HSP gibi karın ağrısı, nefrit yapmaz). Sistemik etkilenme ve iç organ tutulumu yoktur.
V.	Ateş, yüz, skrotum el ve ayaklarda ödem, yüz ve ekstremiteelerde ekimoz (genellikle HSP'deki purpuradan daha büyüktür) ile karakterizedir. Gövde korunmuştur, mukoz membranlarda peteşi görülebilir.
VI.	Hastada geniş ekimoz alanları ve ateşi olmasına rağmen genel durumu iyidir.

REFERANS: PEDIATRİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA 75

55. REFERANS 26 (SORU 68)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: STATUS EPİLEPTİKUS TEDAVİSİNDE KULLANILAN HANGİ İLAÇ NASAL VE BUCCAL VERİLEBİLİR?

CEVAP : MIDAZOLAM

REFERANS : PEDIATRİ EFSANE KONU KİTABI 1 SAYFA 132

SE Tedavisi

- **Benzodiazepinler ilk seçenektir:** Diazepam, lorazepam, midazolam (IV, bukkal veya nazal)
- Fenitoin
- **Fenobarbital:** bazı merkezlerde fenitoinden önce kullanılmaktadır.
- **Diazepam, midazolam** veya propofol infüzyonu, Paraldehyd, pentobarbital koması veya genel anestezi verilerek kontrol altına almaya çalışılır.

STAU EPİLEPTİKUS TEDAVİSİ: Benzodiazepinler ilk seçenektir.Diazepam, Lorazepam,Midazolam (iv,bukkal veya nasal) Fenitoin Fenobarbital

56. REFERANS 27 (SORU 69)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: 4 yaşındaki kız çocuk başı döner gibi olduğu için bazen kısa süreli bazen yatıp uyuma ile geçen bazı günler bulantı ve kusma eşliğinde oluyor. Anamnezde bilincin açık olduğu birkaç atımlık horizontal nistagmus dışında normal bulunuyor Aile öyküsünde annenin migren öyküsü var. En olası tanı?

CEVAP: Benign paroksizmal vertigo

EPİLEPSİYİ TAKLİT EDEN DURUMLAR

Benign Paroksizmal Vertigo, Gece korkuları (night terrors), Katılma nöbetleri (breath-holding spells), Senkop, Ailevi paroksizmal koreatetoz, Titreme atakları, Süt çocukluğunun benign paroksizmal tortikolizi, Hereditör çene titremesi, Narkolepsi ve Katapleksi, Öfke atakları ve Epizodik Diskontrol sendromu, Yalancı nöbetler, Mastürbasyon

Benign Paroksizmal Vertigo

Tipik olarak yeni yürümeye başlama (toddlers) döneminde gelişir, nadiren 3 yaştan fazla sürer. Çocuğun düşmesine veya yürümeyi-oturmaya reddetmesine neden olan **ataksi şeklinde ataklar** aniden gelir. Çocuk kokmuş ve soluk görünür, bulantı ve kusma belirgin olabilir. Epizod tamamlandığında letarji ve uyuklama yoktur. Dönme hissi (**vertigo**) büyük çocuklar tarafından söylenir. Bu çocuklar ileride migren geliştirebilir. Nörolojik muayene soğuk su kalorik testi ile tespit edilen anormal vestibüler fonksiyon dışında normaldir. Atakların önlenmesi için **dimenhidrinat** (dramamin) kullanılabilir.

REFERANS : PEDIATRİ EFSANE KONU KİTABI 1 SAYFA

57. REFERANS 28 (SORU 70)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: üçlü nükleotid tekrar mekanizması ile hangi hastalık ?

CEVAP: Spinoserebellar ataksi

Triplet Tekrarı Olan Genetik Hastalıklar***

- Frajil X sendromu
- Spinal ve bulbar musküler atrofi
- Huntington hastalığı
- Myotonik distrofi
- Friedreich ataksisi
- Spinoserebellar ataksi tip 1, 2, 6 ve 7

REFERANS: PEDIATRİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA 110

58. REFERANS 29 (SORU 71)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Miadında 3200 gr doğmuş 1 aylık bebek acil servise kilo alamama, kusma, emmede bozulma ,uyku hali ile getiriliyor. Hasta %5-7 dehidrate , 3100 gr ağırlıkta.Serum Na 118 Meq/dl,Potasyum 6,5 Meq /lt, açlık glukozu 45 mg/dl .Üre, kreatinin , AST,ALT ve hemogram değerleri normal bulunmuş.En olası tanı ?

CEVAP : ADRENAL YETMEZLİK

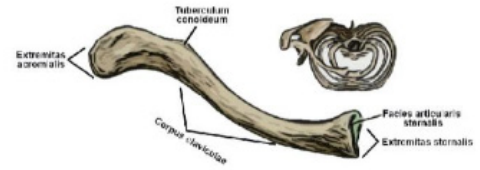
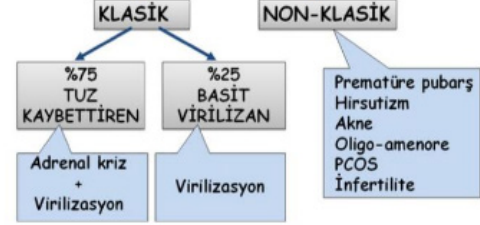
REFERANS PEDIATRİ EFSANE KONU KİTABI 1 SAYFA 189

Laboratuvar Bulguları
Adrenal yetmezlik bulguları

- * Hiponatremi
- * Hiperpotasemi
- * Asidoz
- * Hipoglisemi
- * Düşük kortizol
- * YüksekACTH
- * Düşük aldosteron
- * Yüksek renin aktivitesi

ADRENAL AYETMEZLİK LABORATUAR BULGULARI: HİPONATREMİ,HİPERPOTASEMİ, HİPOGLİSEMİ,

21-HİDROKSİLİZ EKSİKLİĞİ KAH



- * Tuz kaybeden tipte klinik hayatın ilk 2 hastasında başlar.
- * Progresif ağırlık kaybı, kusma, dehidratasyon, zayıflık, hipotansiyon, hipoglisemi, hiponatremi ve hiperpotasemi görülür.
- * Tedavi edilmezse çok kardiyak aritmiler ve ölüm birkaç gün veya hafta içinde meydana gelir
- * ACTH, progesteron ve 17-OHPyüksektir.
- * Progesteron ve belki diğer metabolitler mineralokortikoid reseptörlerinin antagonisti olarak etki ederek, tedavi edilmeyen hastalarda aldosteron eksikliğinin etkilerini artırır.

PROGRESSİF AĞIRLIK KAYBI,KUSMA, DEHİDRATASYON,ZAYIFLIK,HİPOTANSİYON,HİPOGLİSEMİ,HİPONATREMİ,HİPERPOTASEMİ

59. REFERANS 30 (SORU 72)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU :3 günlük erkek bebek emmede güçlük ve tekrarlayan nöbet nedeniyle getiriliyor.Hastanın nöbeti Fenitoin , Fenbarbital ve Midazolam tedavilerine rağmen kontrol altına alınamıyor. En olası tanı hangisidir?

CEVAP: KLASİK FENİLKETONÜRİ

REFERANS: **PEDİATRİ EFSANE KONU KİTABI**
2 SAYFA 299

KLASİK FENİLKETONÜRİ

- Mental retardasyon: İlk yıl tedavi edilmeyenler IQ'larından 50 puan kaybederler.
- Pilor stenozunu taklit eden inatçı kusmalar

Nörolojik bulgular

- Amaçsız hareketler
- Ritmik sallanma
- Hiperaktivite
- Atetoz
- İdrarda fare veya küf kokusu
- Sarışın, açık ten, mavi göz
- Seboreik veya ekzematoid cilt raşları
- Hipertoni ve hiperaktif DTR
- Konvülsiyon
- Mikrosefali ve belirgin maksilla
- Diş mine hipoplazisi
- Büyüme geriliği

KLASİK FENİL KETONÜRİ NÖROLOJİK BULGULAR:

Amaçsız hareketler

Ritmik sallanma

Hiperaktivite

Atetoz

Hipertoni ve Hiperaktif DTR

Konvulziyon

GENEL CERRAHİ 26/27

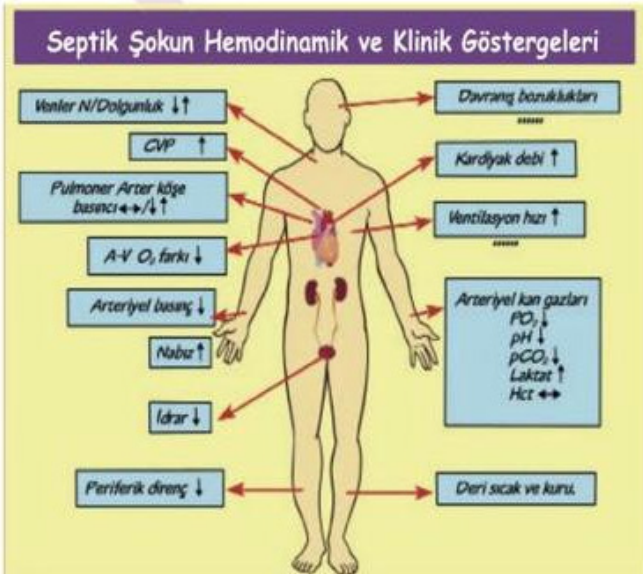
60. REFERANS 1. (73. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: septik anafilaktoid ya da nörojenik şoklar genel adı aşağıdakilerden hangisidir?

Cevap : distribütif şok

AÇIKLAMA:

Septik şok, distribütif bir şoktur ve temelinde vasküler düz kaslarda disfonksiyon ve vazodilatasyon yatar. Sistemik vasküler direncin artması ise vazokonstrüksiyonla gelişebilir.



REFERANS : GENEL CERRAHİ İMPARATOR SORU BANKASI SAYFA 81

61. REFERANS 2. (74. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: laparoskopik kole-sistektomi sonrasında İdrara çıkamayan hastada en olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?

Cevap: üriner Retansiyon

AÇIKLAMA:

GENİTOÜRİNER SİSTEM KOMPLİKASYONLARI

Üriner retansiyon (GLOB)

- Daha çok erkeklerde görülür
- Majör abdominal cerrahiden sonra % 4-5 oranında görülürken anorektal cerrahiden (hemoroidektomi) sonra %50'nin üzerinde tespit edilebilir.

REFERANS : GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA 127

62. REFERANS 3. (75. SORU)

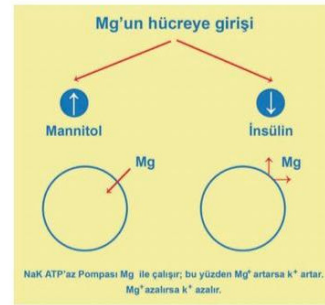
HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Aşağıdakilerden hangisi refrakter hipokalemiye Neden olma olasılığı en yüksek olandır?

cevap : Hipo magnezemi

AÇIKLAMA:

PARALİTİK İLEUS YAPAN SIVI VE ELEKTROLİT İMBALANSLARI
H₂O ↓ / Na ↓ / K ↓ / Ca ↓ / Mg ↓ / Mg ↑

* Paralitik ileusun en sık sebebi; ekstrasellüler sıvı kaybıdır. (Hipovolemi)



REFERANS : GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA 26

63. REFERANS 4. (76. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: cerrahi alan enfeksiyonlarında Azaltmaya yönelik davranışlar nelerdir?

Cevap: povidon iyot ile silmek oksijen desteği vermek hastayı Normoglisemi tutmak

AÇIKLAMA:

Cerrahi alan enfeksiyonun önlenmesi için yapılması gerekenler:



REFERANS : GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA 58

64. REFERANS 5. (77. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: antikoagülanlar ve geri dönüşümü için kullanılabilen eşleştirmelerden hangisi en az olasıdır?

cevap : dabigatran - desmopressin

ORAL ANTIKOAGÜLANLAR						
İLAÇ	MEKANİZMA	TAKİBİ	ATILIMI	Ameliyattan Kaç Gün Önce Alınmaya Başlanmalı ?	POSTOP Devam Süresi	ANTİDÖT
WARFARİN (Kumadin)	Kv10 bağıli faktör sentez inhibitörü	PT/INR	KC CYP1A CYP3A4	5 Gün	1 Gün	Kontra TSP K Vitamini
DABİGATRAN (Pradaxa)	Direkt trombin inhibitörü	YOK	Böbrek	2 Gün	2-3 Gün	İdarucizumab
RİVAROKSABAN (Xarelto)	Direkt FXA inhibitörü	FXA	KC (CYP3A4) Böbrek	2 Gün	2-3 Gün	Kontra Adneksanet Alfa
APIKSABAN (Eliquis)	Direkt FXA inhibitörü	FXA	KC (CYP3A4) Böbrek	2 Gün	2-3 Gün	Kontra Adneksanet Alfa

TW-TRBXQ000208

MONOKLONAL ANTİKORLAR

MONOKLONAL ANTİKORLAR (Tablo-1)		
İLAÇ	HEDEF	ENDİKASYON
Denosumab	RANKL	Osteoporoz
Romosozumab	Sklerostin	Osteoporoz
Vedolizumab	Integrin	İnflamatuvar bağırsak hastalığı
Natalizumab	Integrin	İnflamatuvar bağırsak hastalığı Multipl skleroz
Ocrelizumab	CD20	Multipl skleroz
Rituksimab	CD20	KLL
Obinutuzumab	CD20	
Dupilumab	IL-3, IL-4	Astım, Ekzema
Siltuksimab	IL-6	Casteman Hastalığı (HIV ve HHV8 - ise)
Olaratumab	PDGFR	Yumuşak doku sarkomu
Atezolizumab	PD-1/PD-L1	Mesane üroteliyal kanser
Binatumomab	CD3, CD19	Tekrarlayan dirençli ALL
Elotuzumab	CD319	Multiple miyelom
Daratumumab	CD38	Multiple miyelom
Ibalizumab	CD4	HIV, AIDS
Belimumab	BAF	SLE
Beziotoksomab	Difteri toksini	C. difficile enfeksiyonu
Emisizumab	F-VIII inhibitörü	Hemofili A
İdarucizumab	Dabigatran	Dabigatran toksitesi
Dinutuksimab	Glikolipid GD2	Nöroblastom
Nivolumab	PD-1	Hodgkin lenfoma Melanom
Pembrolizumab	PD-1	Renal hücreli karsinom Küçük hücreli olmayan akciğer kanseri

REFERANS: AHMET ERKEK SORU KAMPI VE AHMET ERKEK SON HAFTA KAMPI: FARMAKOLOJİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA 301

65. REFERANS 6. (78. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: karbonmonoksit zehirlenmesi ile ilgili hangisi yanlıştır?

Cevap: ilk başvuruda oksijen tedavisi uygulanmalıdır

REFERANS VERİLEMEMİŞTİR.

66. REFERANS 7. (79. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: hastanın Glasgow koma skoru?

Cevap: 9

CERRAHİ KOMPLİKASYONLAR VE CERRAHİ TEMEL BİLGİLER

- Cerrahi komplikasyonların önlenmesi için ASA skorlama sistemi cerrahi risk için kullanılır.

Glasgow Koma Skalası			
Cevap	İnfant	Çocuk ve yetişkin	Puan
Göz açma	Spontan	Spontan	4
	Sesli uyarana	Sesli uyarana	3
	E.F.Y.T.S	Ağrı uyarana	2
Sözel cevap	Yok	Yok	1
	Anlamaz sesler	Oryante ve yeterli	5
	İrritabil, ağlıyor	Uygunuz konuşma	4
Vizüel	Ağrı ile açılma	Yeterli kelimeler	3
	Ağrı ile inleme	Anlamaz sesler	2
	Yok	Yok	1
Motor cevap	Normal spontan hareket	İstediği yapma	6
	Dokunma ile çekme	Dokunma ile çekme	5
	Ağrı ile çekme	Ağrı ile çekme	4
M.N.M.F.U.R	Dekortike postür	Dekortike postür	3
	Deserebre postür	Deserebre postür	2
	Yok	Yok	1
Total Skor			3-15

ASA

- Hiçbirşey yok
- Hafif sistemik hastalık (iyi kontrollü HT)
- Fonksiyon bozukluğu ciddi sistemik hastalık (Kontrolsüz DM/MI öyküsü)
- Hayati tehdit eden ciddi sistemik hastalık
- Yaşam beklentisi 24 saatten az hasta
- Beyin ölümü olan organ donörü

REFERANS : GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA 126

67. REFERANS 8. (80. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: hangisi Primer sklerazon kolanjit ile ilgili yanlıştır?

Cevap: ülseratif kolitte kolektomi yapıldıktan sonra PSK ilerlemesi durur

- Total proktokolektomi yapılan hastalar da hemen hemen tüm komplikasyonlar geriler ve yok olur ancak primer sklerozan kolanjit oluşmadıysa cerrahi sonrası oluşabilir veya oluştuysa ilerleyebilir.



REFERANS : GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA 294

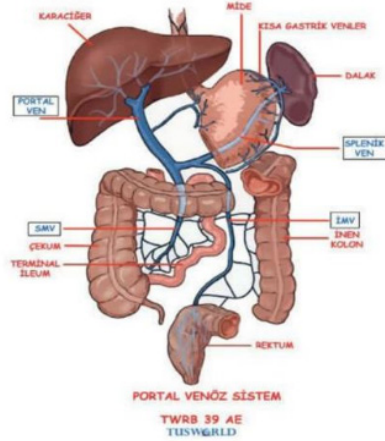
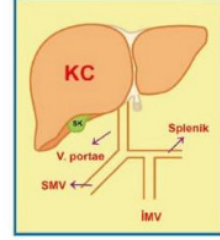
68. REFERANS 9. (81. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: hangisi portal ven ile ilgili yanlıştır?

Cevap: vena cava inferiora dökülür.

KARACİĞER

- Karaciğer batın sağ üst kadranda bulunan ve vücuttaki atıkların uzaklaştırılmasında esas önemi olan organdır.
- Vücuttaki çoğu protein bazlı molekül karaciğerde sentezlenir. Karaciğer hepatic arter ve portal ven ile kanlanır. Gelen kan miktarına bakıldığında %72 portal ven, %28 ise hepatic arterden kanlanır. Ancak oksijenizasyon oranları hemen hemen eşittir.
- Portal ven; splenik ven ve süperior mezenterik venin birleşimi ile oluşur.



REFERANS: GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA 309 -311

69. REFERANS 10. (82. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: lokal ileri evre meme kanseri (inflamatuvar meme kanseri) tariflenmiş ve hasta da bundan sonraki tedavi sorulmuş-tur?

Cevap: neoadjuvan kemoterapi

TUSWORLD Genel Cerrahi YDUSWORLD

- Karaciğer 1950 yılında fransız CAUNEAD tarafından sekiz bölüme saat yönünde değerlendirilmiştir ve bu değerlendirime hepatic venanın dallarına göre isimlendirilmiştir.

BRİSBANE 2001

Sağ Hepatektomi → 5-6-7-8
 Sol Hepatektomi → 2-3-4
 Geniş Sağ hepatektomi → 4-5-6-7-8
 Geniş Sol Hepatektomi → 2-3-4-5-8
 Sol Lateral Segmentektomi → 2-3
 Sağ Posterior Segmentektomi → 6-7

İnflamatuvar Meme Kanseri

- Meme kanseri olan hastaların ileri dönemde meme ciltlerine olan metastaza bağlı oluşan kanserin genel adıdır.
- Hastalarda meme dokusunda iltihaplı görünüm ve ağrının olması beklenir.
- Meme kanseri olan hastada enflamatuvar meme kanseri gelişti ise bu durumda tümör **T4d veya evre 3-b** olmalıdır. Bu evre ya da T'ye sahip tümörler genellikle kötü prognozlu olup ortalama sağ kalmaları 1 yıl civarındadır.
- İnflamatuvar meme kanseri tedavisinde primer meme kanseri tedavi ediliyormuş gibi öncelikle kemoradyoterapi olmak üzere tüm tedavi modaliteleri kullanılabilir.

REFERANS: GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA 197

78- Lokal ileri evre meme kanserlerinde **ilk** verilecek neoadjuvan tedavi yöntemi aşağıdakilerden hangisidir?

- Kemoterapi
- Hormonoterapi
- Radyoterapi
- Redyoaktif iyot tedavi
- Gen tedavi

Lokal ileri evre meme kanserlerinde ilk neo- adjuvan tedavi kemoterapidir.

CEVAP: A

tusworld.com.tr

177

REFERANS: GENEL CERRAHİ İMPARATOR SORU KİTABI SAYFA 177

70. REFERANS 11. (83. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: BIRADS3 ile hangi eşleştirme yanlıştır?

CEVAP: **BIRADS 3** yıllık değerlendirme gerekir Yanlış olan

Mamografilerde kanser düşündürülen bulgular;

- Saçılmış mikrokalsifikasyon kümesi (Sue1)
- Mikrokalsifikasyonlar içinde en fazla malignite lehine olan; pleomorfik mikrokalsifikasyondur.(En iyi prognozlu mikrokalsifikasyon pop-corn'dur ve fibroadenomda görülür.
- Yıldızlı uzantıları olan kitlesel lezyonlar

Meme BIRAD'S Evrelemesi

Evre 0	İnkompert değerlendirme
Evre 1	Negatif (rutin mamografi)
Evre 2	Benign bulgular (rutin mamografi)
Evre 3	Muhlemelen benign: Kısa aralıklarla izlem
Evre 4	Malignite yönünden lezyon şüpheli, biyopsi gerekir
Evre 5	Lezyon büyük olasılıkla malign biyopsi gerekir
Evre 6	Patolojik olarak kanıtlanmış malignite

REFERANS: GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA 175

71. REFERANS 12. (84. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: metastatik Sürüler kitlede en uygun tedavi hangisidir?

Cevap: **adrenalektomi**

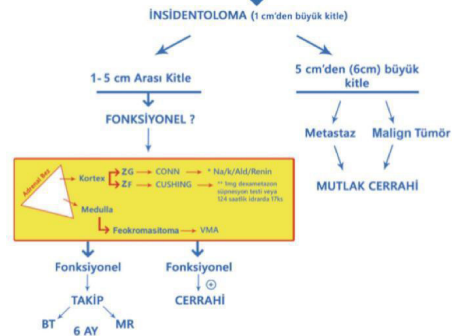
Tanı:

- Tarama testi olarak plazma aldosteron/plazma renin aktivitesi oranına bakılır. >30'un üzerinde olması durumunda primer hiperaldosteronizmden şüphelenilmelidir.
- 24 saatlik idrar aldosteronu ölçülür. Artması beklenir.
- Ayakta durma testi: Normalde ayakta durunca renin artar. Ayakta durmaka renin düzeyi artmazsa hiperaldosteronizm vardır.

Tedavi

Primer tedavisi cerrahidir. Cerrahi hazırlık için spironolakton önerilmektedir.

ADRENAL KİTLELERE YAKLAŞIM ADRENALDE KAZARA BULUNMUŞ KİTLE



REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI SAYFA 381

72. REFERANS 13. (85. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Total tiroidektomi en sık komplikasyon?

Cevap: **geçici hipopoterodidir**

Tiroidektominin Komplikasyonları

- Tiroidektomilerden sonra en sık görülen komplikasyon geçici hipoparatiroidilere bağlı **geçici hipokalsemilerdir**. Bu komplikasyon çoğu tiroid ameliyatından sonra kısa süreli de olsa görülebilir. Opere edilmiş tiroid kanserli hastaların postoperatif dönemde çok iyi takip edilmesi ve ilaç almadan 24 saati semptomsuz geçirdiği gösterilmelidir.
- Tiroid ameliyatlarından önce mutlaka hastaların ötiroid olması sağlanmalıdır. Aksi takdirde örneğin hipertiroidisi olan bir hastada cerrahi stresle birlikte **tiroid krizi** oluşabilir ve buna bağlı hayatı tehlike söz konusu hale gelir.
- Tiroidektomilerde etraf dokudaki sinir yapıların diseksiyonlar ile görünür hale getirilmesi ve korunması mutlak esastır.

REFERANS: GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA 170

73. REFERANS 14. (86. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: alt özefagus stif-
inglerinde istirahat basıncı hangi sınırları içerisinde
içindedir?

cevap : 15 mm/hg

• Alt özefagus sfinkteri ise batin içi basınçtan 15 mmhg daha fazla olacak bir basınca sahiptir ve de bu
değer 10-20 mmhg ler arasında seyretmektedir. Bazı kaynaklarda ideal rakamın 13 mmHg olduğu
ifade edilmektedir.

Kazananların
dünyası

tusworld.com.tr - ydusworld.com.tr

**REFERANS: GENEL CERRAHİ EFSANE KONU
KİTABI SAYFA 200**

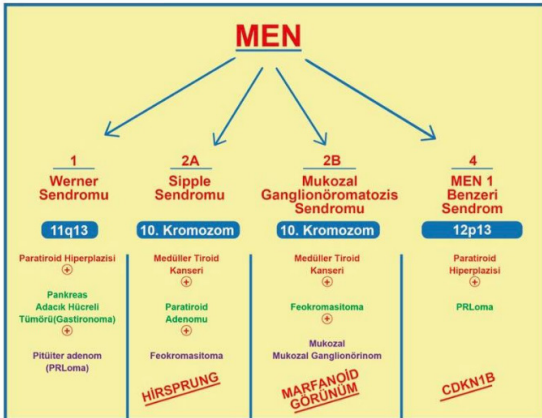
74. REFERANS 15. (87. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: gastrin duodenum
lu hastada hangisine bakmak anlamlı değildir?

Cevap: karsino embriyonik antüep düzeyi

Multiple Endokrin Neoplazi hastalıkları

MEN 1: 11. kromozom
Vermer sendromu (paratiroid, pankreas ve pitüiter adenom)
En sık görülenler MEN1 içinde Paratiroid hiperplazisidir. İkinci sıklıkta ise pankreatik islet cell tümör görülür.
En sık görülen pankreatik tümör gastrinomadır. (Zollinger Ellison sendromu). 2. en sık görülen pankreatik
tümör ise insülinomadır. 3. en sık görülen prolaktin salgılayan adenomdur.
MEN 2a: Sipple sendromu 10. kromozom
(Medüller tiroid kanseri, paratiroid hiperplazisi, feokromasitoma)En sık görülen medüller tiroid ca'dır.
(%90). İkinci sıklıkta paratiroid hiperplazisi görülür (%20-50) ve Feokromasitoma %20-35 olguda görülür
3. sıradadır.
MEN 2b:10. kromozom
Mukozal gangliyonörom, medüller tiroid kanseri, feokromasitoma
Medüller tiroid kanseri en siktir, mukozal gangliyonörom görülebilir. (ışık dudaklar, büyük dil ve marfan benzeri
yapı).
MEN 4: 12. kromozom
Prolaktinoma (Hipofiz Tm) + Paratiroid Hiperplazi veya Adenom



**REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI
SAYFA 383**

75. REFERANS 16. (88. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: 1 metre ince bağır-
sak rezeksiyonundan sonra hangisi kısa bağırsak
sendromunu en az yapar ?

Cevap: bağırsağın 225 santimetre kalması

Kısa Bağırsak Sendromu Risk Faktörleri

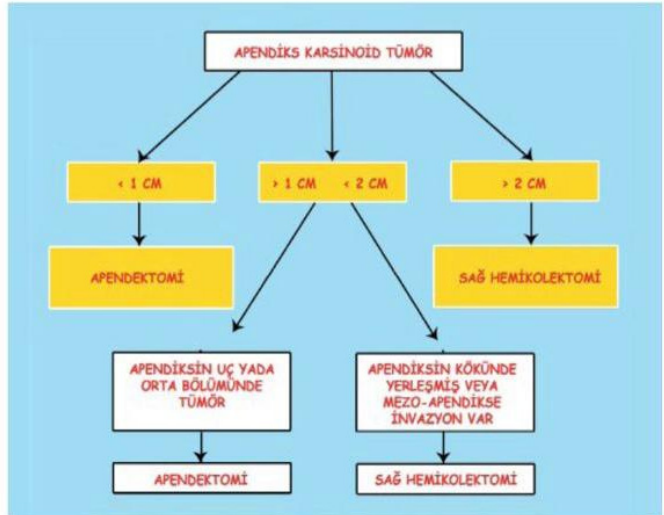
- Bağırsağın 200 cm'den kısa kalması
- İleçekal valvin alınması
- Kolonun alınması
- Bağırsak kaybı yapan hastalıklar(Crohn)
- İleal rezeksiyon

**REFERANS: GENEL CERRAHİ EFSANE KONU
KİTABI SAYFA 267**

76. REFERANS 17. (89. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: 2,3 santimetre
boyutlarında karsinoid tümör Apandisit karsinoidinde
tedavi neye tamamlanmalıdır?

Cevap: hemikolektomi

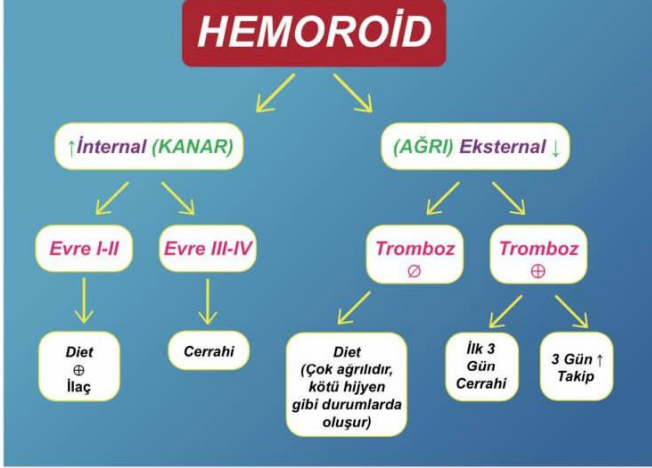


**REFERANS: GENEL CERRAHİ EFSANE KONU
KİTABI SAYFA 272**

77. REFERANS 18. (90. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: hemoroidi internal hemoroid olan hastada en uygun tedavi nedir?

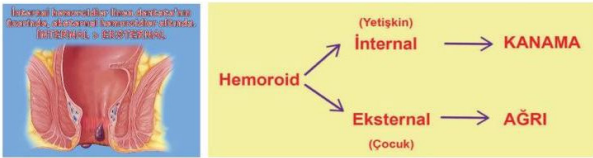
cevap : **hemoroidektomi**



REFERANS: GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA 280

Hemoroid:

*Hemoroidal pleksuslar her insanda vardır, ancak bu pleksusların genişleyerek görünür ve semptom verir hale gelmesi; hemoroidal hastalık olarak değerlendirilmektedir.
 İnternal ve eksternal olmak üzere hemoroidler ikiye ayrılırlar ve bu ayrım lineea dentata ya göre yapılmaktadır.
 *Linea dentata üstünde tek katlı kübik epitel vardır, altında ise çok katlı yassı epitel vardır. İnternal hemoroidler kanar, eksternal hemoroidler ise daha çok ağrılıdır.
 *En sık internal hemoroid görülür ve bu yüzden hemoroid hastalığının en sık geliş bulgusu kanamadır.
 *Hemoroidler evre 3 ve 4 hemoroid haline gelmiş ve ciddi semptom veriyorsa hemoroidektomi yapılmalıdır. Hemoroidektomiden sonra en sık görülen komplikasyon idrar retansiyonudur.



REFERANS: GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA 279

78. REFERANS 19. (91. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: 65 yaşındaki erkek hasta alt gastrointestinal kanama ile geliyor tomografi ve Kolonoskopide hiçbir şey bulunamıyor hastadaki en olası kanama odağı neresidir ?

Cevap: **ince bağırsak Anjiyo displazisi**



REFERANS: GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA 258

79. REFERANS 20. (92. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: direkt ve indirekt İnguinal birbirinden ayıran aşağıdakilerden hangisidir?

Cevap: **inferior epigastrik arter ve ven**

FITİK

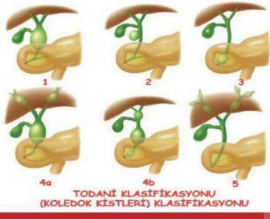
- Fitik insanoğlunda en sık karın ön duvarında görülür. Fitiklar sağda soldan daha sıktır.
- Karın ön duvarında en sık görülen fitik indirekt inguinal hernidir. Yaş ilerledikçe fitik riski artar.
- Erkeklerde doğuştan processus vaginalisin açık kalması ve içerisinde anatomik vasküler yapıların bulunmasına bağlı kompresyon etkisinin olmaması nedeniyle fitikler erkeklerde bayanlardan daha sık görülür. Bazı fitikler bayanlarda erkeklerden daha sıktır. (UFO) (Umbilikal-Femoral-Obsturatur)
- Fitik anatomisine bakıldığında iki önemli mihenk noktası dikkati çekmektedir. Bunlardan birincisi direkt ve indirekt inguinal herniyi ayıran A-V.Epigastrika inferior'dur.
- İkincisi ise inguinal ve femoral fitikleri birbirinden ayıran ligamentum inguinaledir.

REFERANS: GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA 376

80. REFERANS 21. (93. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: 93 koledok hangi tip koledokoseldir ?

Cevap: **tip 3**



KOLEDOK KİSTLERİ TEDAVİSİ

TIP 1 → Hepatojejunostomi veya Koledokojejunostomi
 TIP 2 → Koledokojejunostomi
 TIP 3 → ERCP ile sfinkterotomi
 TIP 4a → KC Transplantasyonu
 TIP 4b → Hepatojejunostomi
 TIP 5 → KC Transplantasyonu

TODANI KLASİFİKASYONU
(KOLEDOK KİSTLERİ) KLASİFİKASYONU

REFERANS: **GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA 353**

81. REFERANS 22. (94. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Charcot Triadı Hangisi doğru eşleştirir ?

cevap : **sarılık Ateş ağrı**

1. ATEŞ	— CHARCOT TRİADİ (Akut süpüratif kolanjit) (1-2-3)
2. SARILIK	
3. AĞRI (Sağ üst kadran)	
4. MENTAL DEĞİŞİKLİKLER (Bilinç kaybı / koma)	— RAYNAULD PENTADİ (1-2-3-4-5)
5. ŞOK (Septik şok bulguları)	

REFERANS: **GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA 347**

82. REFERANS 23. (95. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: kronik pankreatitin en sık komplikasyonu hangisidir?

Cevap: **psödokist**

- Aynı akut pankreatitte olduğu gibi kronik pankreatitte de en sık komplikasyon psödokistlerdir. Yüksek miktarda aktifleşmiş enzim içeren pankreatik sıvıların, daha duodenuma gelmeden aktifleşmesi ve granülasyon dokusu ile fibroziyen oluşan, epitel içermeyen duvar ile sınırlanmış pankreatik psödokist denir.

REFERANS: **GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA 362**

83. REFERANS 24. (96. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: aksesuar dalak en sık nerede görülür

cevap: **splenik hilus**

DALAK

1- Aşağıdakilerden hangisi aksesuar dalağın **en sık** bulunduğu yerdir?

- A) Dalak hilusu
- B) Gastrolük ligaman
- C) Gastrolük ligaman
- D) Splenorenal ligaman
- E) Splenokolik ligaman

Aksesuar dalak en sık; Dalak hilus'unda bulunur.

CEVAP: A

REFERANS: **GENEL CERRAHİ İMPARATOR SORU KİTABI SAYFA 385**

84. REFERANS 25. (97. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: hangisi enfektif endokarditin de cerrahi endikasyon değildir?

Cevap: **yüksek ateş**

Cerrahi endikasyonlar:

Kalp yetmezliği:	<ul style="list-style-type: none"> • Ciddi kapak darlığı ya da yetmezliğine (aort ve mitral) bağlı kalp yetmezliği • İntrakardiyak fistül gelişimine bağlı kalp yetmezliği • Yetmezlik semptomlarının olmadığı ciddi kapak disfonksiyonunda elektif cerrahi
Kontrol edilemeyen enfeksiyon:	<ul style="list-style-type: none"> • Apse, yalancı anevrizma, fistül, genişleyen vejetasyon • >7-10 gün boyunca inatçı ateş ve pozitif kan kültürleri • Mantar yada çoklu dirençli mikroorganizma enfeksiyonu
Embolizmin önlenmesi:	<ul style="list-style-type: none"> • Embolik atağın izlendiği geniş vejetasyonlarla (>10 mm) birlikte aort yada mitralde gelişen İE • Komplike durumlarda (kalp yetmezliği, sürekli enfeksiyon, abse) beraber geniş vejetasyon (>10 mm)

REFERANS: **DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI SAYFA 94**

85. REFERANS 26. (98. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU : kardiyopulmoner by-pass cerrahisi yapılanlarda antioagülakolan düzeyini en iyi gösteren test ?

Cevap: aktive pıhtılaşma zamanı

PARENTERAL DİREKT TROMBİN İNHİBİTÖRLERİ

Lepirudin / Desirudin / Bivalirudin

Lepirudin, hirudinün rekombine derivativesidir. Etkisi antitrombinden bağımsız olup direkt trombinin aktif bölgesine sıkıca bağlanarak etki gösterir. Heparin gibi aPTT ile takip edilir. Böbrek yoluyla itrah edilir ve antidotu olmadığından dikkatli kullanılmalıdır.

Bivalirudin ise lepirudine ek olarak trombosit aktivasyonunu da inhibe eder ve perkütan koroner anjioplastide kullanılır.

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

86. REFERANS 27. (41. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU : beta ve gama partikülleri ile hastalarda hem tanı hem de tedavi amaçla kullanılan radyoizotoplardan hangisidir?

Cevap: I-131



REFERANS: **GENEL CERRAHİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA 165**

KÜÇÜK STAJLAR 20/22

87. REFERANS 1. (29. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: İdrar kaçırma şikayeti olan ve metoprolol, doksazosin ve asetilsalisilik asit kullanan hastada hangisi fizik muayene biyokimyasal ya da idrar tetkikinde tedavide uygundur?

Cevap: doksazosini kesmek- kegel egzersizi

Miksyon güçlüğü	Enürezis, inkontinans , Spastik mesane	Belğin prostat hiperplazisi	Darifenasin, Solifenasin, Tolt-erodin, Flivoksal, Oksbutinin, Propiverin, Trospiyum
-----------------	-----------------------------------------------	-----------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

REFERANS: FARMAKOLOJİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA 55

F.TEDAVİ
Sistosel tedavisi
Pesser: İzole sistosel varlığında semptomların giderilmesinde faydalıdır. Geçici olarak ve aralıklı takipler ile kullanılır.
Egzersiz: Genç hastalara **Kegel** zometrik egzersizleri pubokoksigeus kasının kuvvetlendirilmesi için önerilir.
Estrojenler: Postmenopozal oğularda pelvik muskulofasial desteğin kuvvetlendirilmesi için kullanılır.
Cerrahi: Anterior vajinal kolporafi (On onarım)
Rektosel tedavisi
Cerrahi: Tek başına rektosel varlığı nadiren cerrahi tedavi gerektirir. Ancak rektal boğaltımın güçleştiği veya manuel boğaltımın gerektiği olgularda cerrahi uygulanır.
Arka onarım (Posterior kolporafi): Rektovajinal fasciadaki defeklerin düzeltilmesine yönelik uygulanan cerrahi tekniktir.
Enterosel tedavisi
Enteroseal, rektouterin boşluğun (Douglas), rektovajinal septuma herniasyonudur Konjenital yada edinilmiş (daha sık) olabilir.
Abdominal girişim: Moschowitz operasyonu
Vajinal girişim: Vajinal histerektomi ile anterior ve posterior kolporafi
Uterin prolapsusu tedavisi
Ayrıca tanıdan önemli patoloji servikal elongasyonudur.
Tedavide abdominal veya vajinal yol kullanılır. Genç hastalarda cerrahi tedavi fertilitenin tamamlanması sonrası ertelenmelidir. Pek çok olgu için vajinal histerektomi uygundur.
Vajinal cuff prolapsusu tedavisi
Tedavide en başarılı yaklaşım **abdominal sakrokolpopeksidir**.
Kullanılan greft **doku grefti** ise erezyon olmaz **sentetik greft** ise erezyon olur ama çok dayanıklıdır.
Uterosakral ligament süspansiyonunda ureter yaralanma riski çok yüksektir.
İliokoksigeal ve sakrospinöz ligamente fiksasyon yapılabilir.

REFERANS: KADIN DOĞUM EFSANE KONU KİTABI SAYFA 41

88. REFERANS 2. (30. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: 45 yaşında erkek hasta postauriküler kaş ve nazolabial sulkus eritem zemininde sarı yağlı deskuamasyonlarla başvuruyor. Seboreik dermatit tanısı alan hasta da hangisi en az olası tedavidir?

Cevap: klindamisin

SEBOREİK DERMATİT
Özellikle yeni doğan ve puberte sonrası daha sıktır. Seboreik bölgelerde kepeklenme ile karakterizedir.
KADINLAR ÜZERİNDEKİ ÖZELLİKLER
Malassezia
* Normal florada bulunan lipofilik maya mantar.
* Klinik > Pityriasis (Tinea) versikolor
> Folikülit
> Seboreik dermatit
> Neonatal sefalik piüstüloz
> Parenteral lipid alanlarda fungemi
* Tanı > KOH ile mikroskopi
> Kültür > Lipit eklemek gerekir
* Tinea versikolor > Kaşınıklı veya çök, hipo-hiper pigmentasyon izlenir, genelde boyun, sırt, göğüs bölgesindedir
> En sık izole edilen > M. Globosa
> Risk > Güneş ışığı, ağır terleme
> Tedavi > Selenyum süllit şerapuanlar
> Topikal ketokonazol

Atopik dermatit

Genelde infantil dönem ya da çocuklukta ortaya çıkan remisyonlu bir deri hastalığıdır. Antijene karşı IgE yapısında antikorlar görülür. Bu kişilerde egzam: alerjik rinit ve alerjik konjunktivit gelişebilir.

269 / 296

- * Infantlarda > Yanaklar, skalp, ekstremitelerde ekstansör yüzeyinde
- * Daha büyük çocuklarda > Fleksör bölgelerde
- * Tanı > Hanifin-Rajka Kriterleri > Major > Kaşıntı
> Kişisel veya ailesel atopi öyküsü (Astım, alerjik rinit veya ato)
- > Infantlarda yüzde, ekstansör bölgede dermatit
> Adölesanlarda fleksural bölgede dermatit
- > Minor > Kuruluk, Dennie-Morgan çizgileri, alerjik shiner (göz altında koyulaşma)
> Yüzde solukluk, Pityriazis alba, Keratozis pilaris, İktiyozis vulgaris
> Avuç içinde hiperlineerite, beyaz dermografizm, IgE ↑
> Keratokonus, konjunktivit, anterior subkapsüler katarakt
> Deride pozitif erken duyarlılık testi



REFERANS: KÜÇÜK STAJLAR EFSANE KONU KİTABI SAYFA 266 VE SAYFA 259 VE SAYFA 269

89. REFERANS 3. (31. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: hangisi beningn deri tümürüdür?

Cevap: dermatofibrom

Dermatofibrom

Vucudun açık yerlerinde böcek ısırığı sonucu oluşan darı tanesi şeklinde cidden koyu renkli olan lezyonlardır. Şüpheli durumlarda biyopsi alınmalıdır.

REFERANS: KÜÇÜK STAJLAR EFSANE KONU KİTABI SAYFA 261

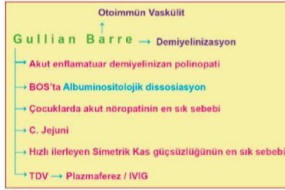
90. REFERANS 4. (32. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: 35 yaşında kadın hasta bacaklarda güçsüzlük yürüyememe sıkıntıları ile başvuruyor. Hasta 5 gün önce üsye geçirmiş. Hastada kuvvet kaybı tespit ediliyor. Bunun dışında beyin tomografisi normal olan ancak bost bulgusu olarak bostta yapılan romber fonksiyonun da bostta protein değeri yüksek bulunan (albümin östrojik disesiyaston?) hastanın en olası tanısı nedir?

Cevap: guillain- barre sendromu

**PERİFERİK SINIR HASTALIKLARI
GULLIAN-BARRE SENDROMU**

- * Özellikle alt ekstremitelerde başlayan yukarıya doğru ilerleyen, akut başlayan inflamatuvar demiyelinizan polinöropatidir.
- * Hastalık yakın zamanda geçirilen gastrointestinal ve solunum yolu enfeksiyonlarıyla, aşılarla tetiklenir.
- * Motor bulgular alt ekstremitelerden başlar ve yükselerek ilerler, derin tendon refleksleri azalır, duyasal semptomlar (parestoziler) daha geri plandadır.
- * Otonom sistemin etkilenmesine bağlı kan basıncında düzensizlik antimitiler ve mesane disfonksiyonu izlenebilir.
- * Semptomlar 2-3 haftada pik yapar, düzelmeye 4-6 hafta içinde olur kalıcı defisitler izlenebilir.
- * Tanı
 - > BOS -> Albuminositolojik disosiasyon (Protein yüksek, hücre normal)
 - > EMG -> İleri bloklar, F dalgasında azalma
- * Tedavi
 - > IVG ve plazmaferezden hasta fayda görür. Solunum yetmezliği açısından dikkatli olunmalıdır, ventilatör desteği gerekebilir.
- => Kronik inflamatuvar demiyelinizan polinöropati
 - * GBS patolojisine benzer, demiyelinizan polinöropatidir. Farklı olarak seyir dalgalıdır ve tedavide kortikosteroidlerde faydalıdır.
- => Miller Fischer Varyantı -> Oftalmopleji, ataksi ve ataksi bir arada görülür.



KONU KİTAP

**REFERANS: KÜÇÜK STAJLAR EFSANE KONU
KİTABI SAYFA 171**

Anemnezde ÜSYE Geçiren Hastalar

- HSP (IgA/Nan trombositopenik purpura)
- BERGER (IgA/Mezengiumda binkim/Tekrarlayan makroskopik hematüri)
- Subakut Granümatöz tiroitid /Akut Tiroitid
- APSGN (IgM,IgG), (Tek seferde makroskopik hematüri/En sık GN/En iyi GN)
- İTP (Gp2b3a'ya karşı antikor)
- ARA (Str.pyogenes/kalbi ısırır, eklemi yalar)
- Gullian-Barre (Periferden santrale, influenza virüsü)
- Paroksizmal Soğuk Hemoglobülinürisi (IgG, Soğukta)

**REFERANS: DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI
SAYFA 327**

91. REFERANS 5. (33. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU : 38 yaşında kadın baş ağrısı ile geliyor.10-15 yıldır ayda 1-2 kez zonklayıcı bulantı ile giden kusmanında eşlik edebildiği ağrı olduğunu ancak son 1 yıldır ağrının sıklığının arttığını haftada 1 kez 8-12 saat süren ağrı atağı olduğunu egzersiz , uykusuzluk ve açlığın bunu tetiklediğini ifade ediyor. Ağrılara gör- sel ve duyasal bulgular eşlik etmiyor. Tanı?

Cevap: aurasız migren

MİGREN

- *Atak fazları: 1- Prodrom -> Ağrı başlamadan 12 saat önce, yorgunluk, iritabilite, fotofobi, fonofobi
- 2- Aura -> Hastalann ötede birinde görülür, genelde ağrı başlamayınca semptomlar kaybolur.
 - > Görsel semptomlar (en sık) -> ışık çakmaları (sintilasyon skotomü)
 - > Dusal -> Parestoziler, genelde elde başlar yuları
 - > İkital -> Parafizi, dizleri
 - > Motor -> Tek taraflı hemiparazi (özellikle kol ve ekde) -> Hemiplejlik migren
 - > Beyin sapı -> Dizartı, vertigo, tinnitus, diplopi, ataksi -> Baziller migren
 - > Auradan sonra ağrı izlenmezse -> asefalik migren / migren eşdeğeri
 - > Hastalanda en sık aurasız migren görülür.
- 3- Ağrı -> Unilateral, pulsatile, sızırana ağrı hassas, sessiz karankil ortamda rahattır
 - > Eşlik eden -> bulantı, kusma, fotofobi, fonofobi
 - > Tetikleyen -> ışık, ses, menstruasyon, alkol
 - > 72 saatten uzun sürerse -> status migrenozus
- 4- Postdrom -> Ağrı geçtikten sonra -> yorgunluk, güçsüzlük

- *Gebelerde migren -> Ergotlar kullanılmaz
- *Triptanlar SSRI birlikte -> Serotonin sendromu

Akut Migren Tedavisi	Migren Profilaksisi
*NGAİD	*Propranolol
*Triptanlar	*Kalşiyum kanal blokerleri
*Antiemetikler	*ICA,SSRI
*Dihidroergotamin	*Metoprolol
*Opıyoidler	*Erenumab (CGRP Antikoru)
*CGRP Antagonistleri (Olecegepant)	*Fremanezumab (CGRP Antikoru)
*Flunarizin	*Flunarizin
	*Valproat, topiramet

GLOKOM PARASANTRAL SKOTOM
MİGREN SANTRAL SKOTOM

PRİZİM ENJEK

**REFERANS: KÜÇÜK STAJLAR EFSANE KONU
KİTABI SAYFA 158**

92. REFERANS 6. (34. SORU)

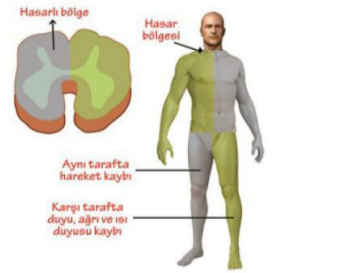
HATIRLAMA YOLU İLE SORU: 65 yaşında kadın hasta sol alt ekstremitede kuvvet kaybı vibrasyon ve pozisyon hissi kaybı sağda göbük seviyesinin altında ağrı ve ısı kaybı tanrı?

Cevap: brown sequard sendromu

SPİNAL KORD YARALANMASININ KLİNİK SENDROMLARI

Brown sequard sendromu:

- * Omurlüğün yarısında lezyon olmasına bağlı görülür.
- * Etkilenen seviyenin altında
 - > Kontralateral ağrı-ısı duyasusu kaybı (Lateral spinotamiki)
 - > Ipsilateral vibrasyon, propriosepsiyon kaybı (Dorsal kolon medial lemnisküs)
 - > Ipsilateral üst motor nöron hasarı, etkilenen seviyede alt motor nöron hasarı



**REFERANS: KÜÇÜK STAJLAR EFSANE KONU
KİTABI SAYFA 191**

93. REFERANS 7. (35. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: 42 yaşında kadın hasta çarpıntı,göğüs ağrısı, terleme ,nefes darlığı nefes alamıyormuş gibi hissetme , baş dönmesi ve ölüm korkusu şikayetleri ile acile geliyor. Bu şikayetleri yaklaşık 20 gündür ataklar halinde geliyor-muş artıp azalan şikayet var. Laboratuvar bulguları normal olan hastanın en olası tanısı nedir?

Cevap: panik bozukluk

A) Panik bozukluk

- * Özellikle 20 li yaşlarda görülür, beklenmedik,tekrarlayan, panik ataklar izlenir.
- * 1 ay veya daha uzun süreyle tekrar panik atak yaşayacağından kaygılanır.
- * Panik atak sırasında -> çarpıntı,terleme,nefes almada güçlük,titreme,bulantı,göğüs ağrısı,karıncaalma hissi,sıcak basması
- * Tedavi -> SSRI,SNRI ilaçlar kullanılır. Tam yanıt major depresyona göre daha geç alınır. (12 hafta kadar sürebilir), Benzodiazepinler 2. seçenektir.

**REFERANS: KÜÇÜK STAJLAR EFSANE KONU
KİTABI SAYFA 278**

96. REFERANS 10. (38. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU : bir enfeksiyon etkeninin devamlı belirli bir coğrafyada görülmesine ne denir?

Cevap: endemi



Küçük Stajlar

Epidemiyoloji: Hastalıkların yayılımını ve salgın hastalıkları inceleyen, hastalıkların yayılmasını etkileyen çeşitli faktörleri inceleyen tıp dalıdır.
Endemik: Bir enfeksiyon etkeninin ya da bir hastalığın belirli bir coğrafyada sürekli görülmesidir. Hastalığın o bölgede alışılmış prevalans ile görülmesidir.
Hiperendemi: Hastalığın sürekli çok fazla bulaşabildiğini ifade eden tanımdır.
Epidemi: Beklenenden fazla sayıda vaka olmasıdır. Salgınla eş anlamlı kullanılır.
Pandemi: Hastalığın çok büyük alanlarda büyük kitede etkilemesine verilen isimdir.
İzolasyon: Bulağıcı etkeni bulaştıran hayvan ve insanların bulağııcılık süresince birbirinden ayrı tutulmasıdır.
Karantina: Bulağıcı hastalık şüphesi olan sağlam bir kişinin, hastalığın en uzun inkübasyon süresi sonuna kadar gözlemlenmesi
Sürveyans: Halk sağlığı uygulamalarının planlanması ve geliştirilmesine fayda sağlayacak verilerin toplanması, dağıtılması
Filyasyon: Hastalık kaynağını bulmak için yapılan çalışmalar
Enfektivite: Etkenin sağlam kişiye ulaşabilme ve vücudunda yerleşebilme yeteneği
Patojenite: Etkenin konağı vücudunda ilerleyici doku reaksiyonu meydana getirebilme özelliği
Virulans: Etkenin meydana getirdiği hastalığı derecesi

REFERANS: KÜÇÜK STAJLAR EFSANE KONU KİTABI SAYFA 112

97. REFERANS 11. (39. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: yıldırım çarpmasının neden olduğu?

Cevap: uzamış apne

REFERANS VERİLEMİŞTİR.

98. REFERANS 14. (42. SORU)

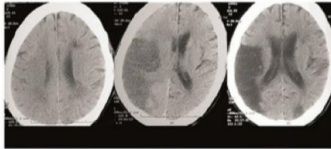
HATIRLAMA YOLU İLE SORU : diyabetik hipertansif 70 yaşındaki erkek hasta akşam yemeği sonrası ani gelişen sağ kol ve bacakta kuvvet kaybı ve konuşma bozukluğu ile geliyor. Acile yarım saat sonra getirilen hastanın beyin tomografisinde anormal bulgu saptanmıyor. Bundan sonra tanıya yönelik öncelikle ne yapılmalıdır.?

Cevap: difüzyon mr



Küçük Stajlar

ATEROSKLEROTİK TROMBOTİK SVO
En sık MCA tıkanır.



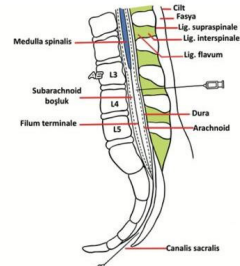
* İmne şüphesiyle gelen hastalarda tanı yöntemi olarak ilk yapılması gereken kontrastuz beyin tomografisidir.
 * İlk saatlerde iskemik-hemorajik ayırımı yapılmasını sağlar, iskemik inmeler ilk saatlerde tomografide net bulgu vermeyebilir ancak hemorajik anlaşılar.
 * İlk 24 saatte MRI'da BT'de izlenmeyen erken iskemik değişiklikleri mümkündür.
 * Hemorajik inme dışlandıktan sonra iskemik inme hastalarına ilk 4 saat içerisinde herhangi bir kontraendikasyon yoksa trombolitik tedavi verilebilir.

REFERANS: KÜÇÜK STAJLAR EFSANE KONU KİTABI SAYFA 162

99. REFERANS 15. (99. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: nöroaksiyel blok yapılırken orta hatta ilk geçilen ligaman?

Cevap: supraspinöz



MEDULLA SPINALIS'İN ARTERLERİ

REFERANS: ANATOMİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA 249

100. REFERANS 16. (100. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: neyin zehirlenmesinde bronkospazm bradikardi ve bronkore görülür?

Cevap: organofosfatlar

Organofosfat Zehirlenmesi

Parasempatik sinir sisteminin hiperaktivitesinden kaynaklanan bulgular, çizgili kaslarda aşırı uyarılmaya bağlı fasyikülasyonlar ve SSS bulguları tabloya hakimdir. Zehirlenme ağırsa gangliyonların uyarılmasına bağlı sempatik hiperaktivite de gözlenebilir.

REFERANS: FARMAKOLOJİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA 52

101. REFERANS 17. (101. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: . en sık görülen göğüs ön duvar deformitesi ?

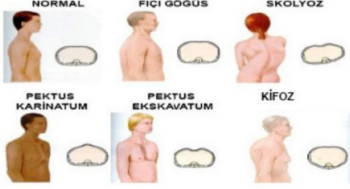
Cevap: pektus ekskavatum

Pierre Robin Sendromu

- Makroglossi
- Yarı Damak
- Alt çene hipoplazisi ile karakterize bir sendromdur.

Klasik olarak anterior göğüs duvarı deformiteleri 5 ana başlık altında toplanabilir (5):

1. Pektus Ekskavatum
2. Pektus Karinatum
3. Poland Sendromu
4. Sternal defektler
5. Diğer Deformiteler (vertebra ve kosta anomalileri, kosta displazileri, asfiksik torasik distrofi=Jeune Hastalığı, spondilotorasik displazi=Jarcho-Levin sendromu)



REFERANS: KÜÇÜK STAJLAR EFSANE KONU KİTABI SAYFA 34

102. REFERANS 18. (102. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: hipertrofik pilor stenozu en sık ne ile gelir?

Cevap: **fişkırır tarzda kusma**

HİPERTROFİK PİLOR STENOZU

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

REFERANS: KÜÇÜK STAJLAR EFSANE KONU KİTABI SAYFA 39

103. REFERANS 19. (103. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: . 3 aylık erkek bebek kafasının arkasında oksipital bölgede 3 cm büyüklüğündeki kitle ile getiriliyor. Tomografide o bölgedeki kemik defekti veya herhangi bir problem yok en olası tanı?

Cevap: **ensefalosel**

KONJENİTAL SANTRAL SINIR SİSTEMİ MALFORMASYONU

Nöral tüp defektleri

Santral sinir sisteminin en sık konjenital malformasyonudur. Kendiliğinden kapanmaz. AFP, asetilkolinesteraz yüksektir. Spina bifida occulta en benign formudur, asemptomatiktir. Vertebra graflerinde tipik olarak L5- S1 tutan vertebra kavislerinde posterior defekt görülür.

Meningoşel

Posterior vertebradaki defekten meninks fıtıklaşır.

Meningomyelose

Vertebral surları tutan en ağır formudur. 1000 canlı doğumda 1 görülür. Gebelik öncesi vitamin ve folik asit desteği nöral tüp defekti insidansını azaltır. Meninks ve medulla spinalis fıtıklaşır. Hayvan deneylerinde valproik asit kullanımı, hipertemi, vitamin A'nın nöral tüp defektlerine yol açtığı görülür. Myelomeningoşel sinir aksinin her yerine yerleşmeyle birlikte olguların %75 **lumbosakral** bölgededir. Tipik lezyon lumbal yöne yerleşmiş ince bir cilt örtülü BOS sızıntısı olan kese benzeri kistik yapıdır. Meningomyelose %80 vakada tip II çian defekti ile birlikte hidrosefali gelişir.

Chiari malformasyonu

* Akça fossa yapılarının foramen magnumdan spinal kanala değişen derecelerde yer değiştirdiği anomalilerdir.

- * Chiari Tip 1 > Serebellar tonsiller foramen magnumun altı seviyesinde yer alır.
 - > Klinik > Hastalar ortalama 15-20 yaşında tanı alır, asemptomatik olabilir.
 - > Ağrı, güçsüzlük
 - > Santal kord sendromu
 - > Siringomyeli

* Chiari Tip 2 > Serebellar vermisin bir parçası foramen magnumdan aşağı doğru uzanım gösterir.

- > Klinik > Genelde yenidoğan-infant dönemde tanı alır.
- > Bulgular beyin sapı ve kranyal sinir basıncına bağlı gelişir.
- > Nürojenik disjaji, apne, aspirasyon, solunum arresti (mortalitenin en sık nedeni)
- > Meningomyelose, hidrosefali, siringomyeli sık eşlik eder.

Dandy-walker malformasyonu

- * For. Magendie/Luschkanın stresine bağlı-> Serebellar vermisin hipoplazisi/agenesi
 - > Dördüncü, üçüncü ve lateral ventriküllerde dilatasyon
 - > Akça fossanın genişlemesi
 - > Hidrosefali ve korpus kallozum agenezisiyle ilişkilidir.

Ensefalosel

En sık defekt **okspital kemikte** görülür. Kafatasını etkileyen disfazidir.

REFERANS: KÜÇÜK STAJLAR EFSANE KONU KİTABI SAYFA 194

104. REFERANS 20. (104. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU : . kalkaneokuboid talonaviküler eklemden yapılan ambutasyonun özel adı?

Cevap: **chopart**

Art. tarsi transversaa:

- Ayak amputasyonlarında (Chopart amputasyonu) kullanılır.
- İki eklemden meydana gelir:

1- Art. talocalcaneonavicularis: Bu eklemin ön bölümü art. tarsi transversaa ya katılır. **Talus, calcaneus ve os naviculare arasında kurulu sferoid tip eklemdir.**

2- Art. calcaneocuboidea: Plana tip eklemdir.

REFERANS: ANATOMİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA 53

105. REFERANS 21. (105. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: . ulnar sinirin fonksiyonunda hangisi yapılmalıdır?

Cevap: **serçe parmak diğer parmaklardan ayrılmalıdır.**

Pronator Sendrom

Anterior Interosseus Sendrom
=>Median sinirin proksimal ve yalnızca motor lifler etkilenir.

ULNAR SINİR

Kübital tünel sendromu

Ulnar sinirin medial epikondil arkasında sıkışması söz konusudur. Semptomların başlangıcı genellikle sinsidir erkekler daha sık etkilenir. Bireylerin %12 sindesemptomlar bilateraldir. 30-60 yaş arasında görülür. Etiyolojisinde travma, idiyopatik artrit, dirseğe dayanma alışkanlığı ve dirsek eklemleri ganglion kistleri bulunmaktadır IV. ve V. parmakta parastezi en sık semptomdur. Teşhisinde dirsek 70-90°C fleksiyonda EMG yapıldığında dirsek seviyesinde ulnar sinirde iletim hızının yavaşladığı tespit edilir.



REFERANS: **KÜÇÜK STAJLAR EFSANE KONU KİTABI SAYFA 193**

106. REFERANS 22. (106. SORU)

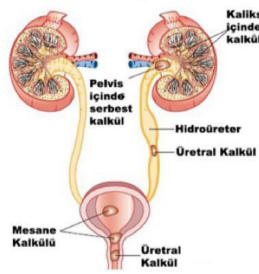
HATIRLAMA YOLU İLE SORU: renal kolikte ilk ne yapılır?

Cevap: **kontrastsız bt**

Hastalar genellikle oluşan kalsülörleri asemptomatik olarak düşürürler.

Kliniğe ise su sıkayetlerle başvururlar:

- Renal kolik Hematuri
- Pollakiüri veya dizürü
- Bulantı, kusma
- Abdominal ağrı, rektal ağrı veya tenezm



- IVP KONTRENDİKASYONLARI**
- 1- Kan Kreatinini yüksek olan hastalar,
 - 2- Kontrast maddeye karşı alerjisi olanlar,
 - 3- Tip 2 diabeti olup da metformin türevi ilaç kullananlar

Radyoopasitelerine göre taşların sınıflandırılması:

OPAK	EMİOPAK	LÜSENT
Kalsiyum oksalat(en sık)	Sistin	Ürat
Kalsiyum fosfat(en radyoopak)		Ksantin
Magnezyum amonyum fosfat(etaghor) (strüviti)		Orotik asit
		İndinavir

HEKZAGONAL SEKİLDEKİ SİSTİN KRİSTALLERİ



Tüm üriner sistemi taşları içerisinde yaklaşık %80-85 oranında kalsiyum taşları en fazladır.

TANI: Ayakta direk batın grafisi ilk yapılması gereken en basit görüntüleme yöntemidir. IVP-USG Komplikasyonları göstermede değerlidir. Kesin tanı **BT** ile konur.

REFERANS: **KÜÇÜK STAJLAR EFSANE KONU KİTABI SAYFA 14**

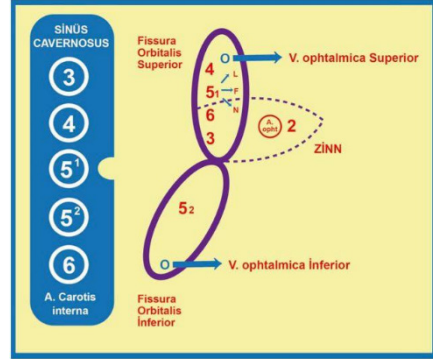
107. REFERANS 23. (107. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: 10 yaşındaki erkek hasta akut sinüzit ile geliyor. Bilateral orbital ağrı kemozis ve propitozis 3.4. ve 6. Sinirlerde paralizi gelişmiş.

Cevap: **kavernöz sinüs tromboflebiti**

Fisura orbitalis inferior (Fö)

- Orbita alt kenar ile dış kenar arasındaki yarıktır. Orbita'yı fossa pterygopalatina'ya bağlar.
- Fisura orbitalis inferior içerisinden geçen yapılar:
 - *N. maxillaris (r. zygomaticus)
 - *A.v. infraorbitalis
 - *V. optalmica inferior'un plexus pterygoideus ile yaptığı küçük bağlantıları.



REFERANS: **ANATOMİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA 37**

108. REFERANS 24. (108. SORU)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: 22 yaşında erkek hasta sağ gözünde ağrı sulanma ve yabancı cisim hissi ile geliyor. Toz parçası korneada abrazyon yapmış bazal tabakayı oluşturan ve kornea abrazyonu iyileşmesini hızlandıran kök hücrelerin bulunduğu tabaka neresidir?

Cevap : **korneoskleral limbus**

C.KORNEA

Kornea dışardan içerici;

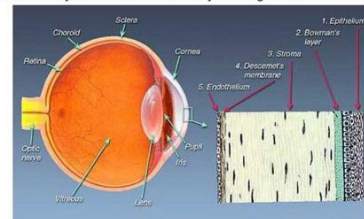
Epitel Rejenere olabilen tabakadır.

Bowman tabakası: (anterior limiting membrane) Rejenerasyon izlenmez ve hasarında skar tabakası oluşur. Epitelin bazal membranı olarak fonksiyon görür

Stroma: En kalın tabakasıdır. Düzenli sıralanan kolajen lifleri bulunur. Korneanın saydamlığını sağlar. Kolajen sentezi yapan fibroblast benzeri **keratosit** hücreleri vardır.

Descement membranı, (posterior limiting membrane) Endotelin bazal membranı olarak fonksiyon görür. Limbusda sonlanır ve bu hücrelerin yenilenme yetenekleri yoktur.

Endotel: Rejenerasyon izlenmez. Sayılarına azalma korneal yetmezliğe neden olur.



REFERANS: **FİZYOLOJİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA 100**

KADIN DOĞUM 11/12

109. REFERANS 1 (SORU 109)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Son adetine göre 36 haftalık 6 günlük 24 yaşında gebe yarım saat önce başlayan vajinal kanama ve karın ağrısı ile hastaneye başvuruyor. Özgeçmiş normal olan hastanın anamnezi kan basıncı 160/110 mmHg, nabız 1187dk uterusun sert ve hassas, koyu renkli kanama gözlenmiştir.

NST'de fetal kalp hızı 105/dk ve varyabilite kaybı en olası tanı?

CEVAP: Plasenta dekolmanı

AÇIKLAMA:

A.1.Plasenta dekolmanı (abrupto placentae)
Üçüncü trimester kanamalarının en sık nedenidir.
Tek başına fetal ölümün en sık nedenidir.
Etiyolojik risk faktörleri
Maternal hipertansiyon (oligaların %50'si)
İleri maternal yaş
Artmış parite sayısı
Sigara kullanımı
Kokain kullanımı
Uterin anomaliler ve Myomlar
Polihidramnios
Kısa kordon
Dekolman hikayesi(RİSKİ EN ÇOK ARTIRAN)
İUGR
Trauma:dekolmanda kanama maternaldir;ancak neden trauma ise fetalde olabilir.

TUSWORLD Kadın Doğum

Plasental Dekolman

* Üçüncü trimester kanamalarının en sık nedeni
* Dekolmanın en sık nedeni maternal hipertansiyon

Klinik bulgular
External(%80) ve gizli uterin kanama(%20) olabilir.
Uterin hipertonus ve hiperaktivite(ağrı) hastaların hemen tamamında görülür.
Fetal distres(%50) veya intra uterin ölüm (%15) nedeni olabilir
Dissemine intravasküler Coagülasyon(%10)'in en sık obstetrik nedenidir.
Uterin apopleksi (couvelaire uterus):Kanın myometriuma girmesidir.

İstisnai
1.Aktif kanama varsa acil sezaryen
2.Aktif kanama yoksa NST çekilir.Fetal distres varsa sezaryen yapılır.
3.NST normale haftaya bakılır.
24 hafta altı aileyle karar verilir.
24-34 hafta arası Kortikosteroid ver
34-37 hafta arası Akciğer matürasyonu varsa doğurt yoksa takip
37 hafta üzeri doğum

Kadın Doğum

REFERANS : KADIN DOĞUM EFSANE KONU KİTABI SAYFA 168-169

110. REFERANS 2 (SORU 110)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: kontrol amaçlı 25 yaşındaki G2P0A1 olan hastası 8.haftasında geliyor. Kan grubu A Rh(-) eşinin A Rh(+), indirekt coombs testi pozitif, Anti- D IgG titresi 1/4

Bir sonraki adımda en uygun yaklaşım?

CEVAP: Paternal zigosite tayini

REFERANS VERİLEMEMİŞTİR.

111. REFERANS 3 (SORU 111)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Gebelikte NYHA sınıflamasına göre sınıf III semptomlarla uyumludur?

CEVAP: dinlenme semptom yok- yorulma, çarpıntı, dispne

C. GEBELİK VE KALP HASTALIĞI
En sık görülen kalp hastası Igi mitral darlığıdır.
En sık görülen KKH bicuspid aorta ve sonra Atrial Septal Defekt dir.
Gebeliği en fazla etkileyen kapak hastalığı Aort darlığıdır.
Tercih edilen doğum yöntemi vaginal doğumdur.

KVSH FONKSİYONEL SINIFLANDIRMASI

- I. Sınıf : Asemptomatik
- II. Sınıf : Normalden fazla aktivite ile semptomatik
- III. Sınıf : Normal aktivite ile semptomatik
- IV. Sınıf : İstirahatte semptomatik

Gebelik için yüksek riskli hastalar
Mitral kapak yüzey alanı < 2 cm²

tusworld.com.tr Kazanmaların dünyası 165

TUSWORLD Kadın Doğum

Aort kapak yüzey alanı < 1.5 cm²
En önemli risk faktörü azalmış ejeksiyon fraksiyonu ve kalp yetmezliği öngörüldür.

Maternal mortalitesi çok yüksek olan kalp hastalıkları(gebelik tesbitinde tahliye önerilir)
Sınıf 3 ve 4 hastalar
Ejeksiyon fraksiyonu %40'ın altında olanlar
Eisenmenger sendromu
Aortik tutulumlu marfan sendromu
Kompleksi aort koarktasyonu

REFERANS: KADIN DOĞUM EFSANE KONU KİTABI SAYFA 165-166

112. REFERANS 4 (SORU 112)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Gebe bir kadın hastanın 3.trimester rutin antenatal ultrasonografik sonucunda en derin amniyotik cep 9 cm, gebenin 1.trimester anöploidi tarama testi sonucu trizomi 21 ve 18 düşük riskli, 2. Trimester ultrasonografik fetal anomali taramasında anormal bir durum yoktur.

Gebeye hangi tetkik yapılmalı?

CEVAP: Maternal diyabet taraması

H.AMNIYON SIVISI ANORMALLİKLER

En önemli amniyon mayı kaynakları

- Maternal plazma transüzyon(İlk trimester)
- Fetal ciltten yayılan ekstravasküler sıvı (12-20.hf arası)
- Fetal idrar(20 hafta sonrası)
- Fetal yutma
- Fetal deri
- Fetal solunum
- Amniyotik sıvı, ilk trimesterde az miktarda embriyonik katılımla birlikte temel olarak maternal plazma ultrafiltratıdır.
- 16. Gebelik haftasında yaklaşık 200 ml olup 34 -36.haftada en yüksek seviyesine ulaşır (1000cc) daha sonra azalır.
- Amniyon sıvısı kalsiyum düzeyi düşüktür

Tanı

Tek cepte >8 cm AFI ölçümü yada toplam AFI'nin 24 cm üzerinde olması polihidramniosdur.

- 8-11 cm Hafif Polihidramnios
- 12-15 cm Orta şiddetli polihidramnios
- >16 cm Şiddetli polihidramnios

AFI 5 cm'nin altındaysa oligohidramnios

H.1.POLİHİDRAMNİOS

Risk faktörleri:

- İdiopatik (en sık)
- Diabetes mellitus (en sık patolojik neden)
- NTD (anensefali, spina bifida)
- Plasentomegali/Rh/ir uyumsuzluğu, sifiliz, hidrops fetalis, ikizlik
- GIS anomalileri (özofageal atrezi)
- Akoşer hipoplazisi
- Nadir risk faktörleri**
- Fetal pseudohipoadosteronizm
- Fetal hiperprostaglandin E sendromu
- Pl. Koryoanjoma
- Fetal sakrokoksigeal teratom
- Fetal bartter sendromu
- Fetal nefrojenik D. insipidus
- Maternal madde bağımlılığı.

Polihidramniosun komplikasyonları

- Prematür eylem ve doğum
- Postpartum kanama
- Dekolman plasenta
- Perinatal mortalite artmıştır

REFERANS: KADIN DOĞUM EFSANE KONU KİTABI SAYFA 177

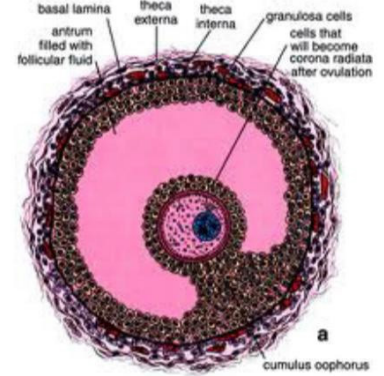
113. REFERANS 5 (SORU 113)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: ovulasyon da overden atılan oosit ?

CEVAP: ikinci mayoz bölünmenin metafaz aşamasındadır.

Dominant follikül

Midsiklustaki LH piki ile ortaya çıkan cAMP aktivitesi dominant folliküde OMI'nün bu lokal inhibe edici etkisini yener
Primer oosit ovulasyondan hemen önce birinci mayozu tamamlar ve **sekonder oosit** adını alır
Sekonder oosit hemen 2. mayozu girer ve 2. mayozun metafaz safhasında duraksar.
Fertilizasyon gerçekleşirse metafazda kromozomlar eşlenirken dişi germ hücresi ikinci mayozu tamamlar.



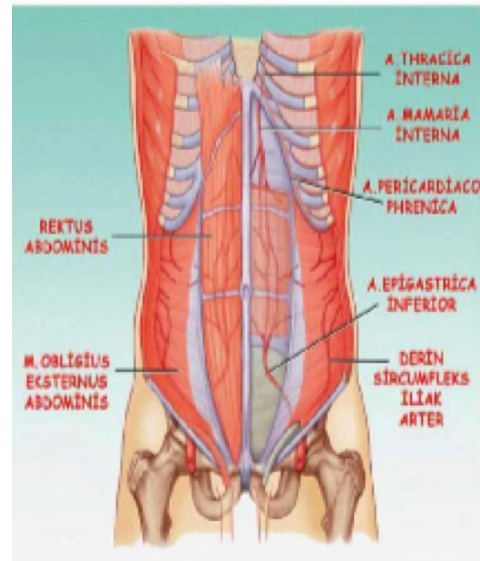
REFERANS: KADIN DOĞUM EFSANE KONU KİTABI SAYFA 52

114. REFERANS 6 (SORU 114)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: aort ve internal iliak arterler arasında anastomozlardan değil?

CEVAP: Inferior epigastrik ve superior gluteal arterler arası anastomoz

Anatomi



- Fıtık ameliyatlarında her iki arterin bağlanması gerekir, yoi sa ölümcül kanamalara neden olabilir.
- Pelvis'in dışına çıktıkdan sonra r. anterior ve r. posterior daları ayrılır. R. posterior'dan ayrılan r. acetabularis dali lig. capitis femoris içerisinde caput femoris'e uzanarak femur başının kanlanmasını sağlar.
- **A.VESICALIS INFERIOR:** Vesica urinaria'nın fundus'unu, prostat'ı ve vesicula seminalis'i kanlandırır. Kadında karşılığı a. vaginalis'tir.

TUSWORLD Anatomi

- Rectus kılıfı içinde a. thoracica interna'nın terminal dali olan a. epigastrica superior ile anastomoz yapar. Bu anastomoz, a. iliaca externa ligasyonundan sonra kollateral dolaşımı sağlar.
- Peritoneum bu arteri karın ön duvarının arkasında örterek plica umbilicalis lateralis'i oluşturur.
- Inguinal hernilerin tanımı için bir belirteçtir. Direk inguinal herniler a. epigastrica inferior'un medialinden, indirek inguinal herniler ise lateralinden olur.

Dalları:

- **A.cremasterica:**Anulus inguinalis profundus'tan canalis inguinalis'e girer. M. cremaster'i ve funiculus spermaticus'u saran yapıları besler.
- A. testicularis ile anastomoz yapar.
- **R. pubicus:**A. obturatoria'nın r. pubicus'u ile corona mortis'i oluşturur.
- **A.circumflexa iliaca profunda:**Lig. inguinale'nin arkasında spina iliaca anterior superior'a doğru ilerler. A. iliaca communis ligasyonunda, yaptığı anastomozlarla kollateral dolaşım sağlar.
- A. circumflexa femoris lateralis'in r. ascendens'i ile anastomoz yapar.
- M. transversus abdominis ve m. obliquus internus abdominis arasında seyreden a. ilioumbalis ve a. glutea superior dallarıyla anastomoz yapar.

REFERANS:ANATOMİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA 109-174-176

115. REFERANS 7 (SORU 115)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: 34 yaşında kadın hasta 1 haftadır pelvik ağrı ve ateş şikayeti ile geliyor. Muayenesinde akıntı, vajinal ısı artışı, serviks hareketlerinde hassasiyet, her 2 adneksiyalde kitle tespit edilmiş. Kadının pelvik ultrasonografisinde bilateral adneksiyal alanda heterojen kitle tespitir.

Hasta için yanlışı olan?

CEVAP: Herhangi bir tedaviye karar vermeden önce pelvik MR çekilmelidir

A. PELVİK İNFLAMATUAR HASTALIK (PID)
Pelvik ağrı en sık görülen semptomdur. Muayenede servikal ve bilateral adneksiyal hassasiyet görülür.PID tanısını koyduran en önemli klinik bulgulardır. Ateş sıklıkla tabloya eşlik eder (>38°C) Sedimentasyon, CRP, lökosit yüksekliliği görülür.

Laparoskopi, PID tanısında en güvenilir yöntemdir. **M.tuberculosis immunosuprese** olgularda akla gelen ve prognozu **en kötü** olan PID tipidir ve genellikle **tuba uterina ve endometriuma** yerleşir. Tüberküloz PID'ye bağlı **infertilite** siktir

Kontrasepsiyon ve PID

Tüm hormonal kontraseptifler PID oranını azaltır ama RIA kullanımını PID oranını artırır.(sadece takildikten sonraki ilk 20 gün-2 ay)

Nulliplarlarda RIA multiparlara oranla daha sık salpenjite neden olur.

RIA ya bağlı aktinomiçes ve klamidya enfeksiyonları tipiktir

Histerektomi sonrası en sık görülen enfeksiyon pelvik selülitir.

A.1.Tubo-ovaryan Abse
En ciddi PID tablosudur ve sıklıkla rekürren enfeksiyon 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 32

116. REFERANS 8 (SORU 116)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Hasta daha önceden düşük ve son 2 yıldır gebe kalamama şikayeti ile başvuruyor. Hasta önceki gebeliğini 16.haftada kaybetmiş, düşük üzerine 2 kez küretaj yapılmış ve enfeksiyon devam ettiği için antibiyotik kullanmış. 2 yıl önce olan olaylardan sonra adet kanamaları azaldığı ve gebe kalamadığını söylüyor.

En olası tanı ve uygun yaklaşım?

CEVAP: Asherman sendromu - Histeroskopik adezyolizis

Hangi sayfa referansları için neden en uygun referanslar 1000'dir?

B.3.PCT negatifse Östrojen+progesteron çekilme testi yapılır. Test negatifse ashermandır.

Asherman sendromu

Oluş nedenleri arasında en sık karşımıza çıkan postabortal küretajdır.

Endometrial kavite içindeki sineşiler (yapışıklıklar) nedeni ile kavitenin oblitere olmasidir

Tedavide histeroskopik adezyolizis yapılır ve sonrasında sıklıkla estrojen-progesteron tedavisi uygulanır

Tanı sadece histerosalpingografi veya histeroskopi ile konur

REFERANS: KADIN DOĞUM EFSANE KONU KİTABI SAYFA 64

117. REFERANS 9 (SORU 117)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: siklus gününden en az etkilenen over rezerv testlerinden sonucu hangisi?

CEVAP: Anti-müllerian hormon

Antimüllerian hormon (AMH):

Gelişmek üzere seçilen folliküllerdeki granüloza hücreleri tarafından sentezlenir.Negatif prediktif değeri %100'dür.

AMH tüm primordiyal follikül havuzunun bir anda kaybını önlr. Kadının yaşı artıkça azalır ve ovaryan yanıtın değerlendirilmesi için bir belirteç olabilir.

En önemli özelliği diğer yöntemlerin aksine hem folliküler, hem de luteal dönemde değerlendirilebilmesidir.

FSH ve protaktin düzeyleri normal kronik anovulatuvar olgularda ovulasyon induksiyonu ile %90-95 başarı elde edilmektedir.

Ovulasyon induksiyonu ortaya çıkan over kanserlerinin **borderline seröz over tümörü** olduğu bilinmektedir.

Luteal faz defekti

Korpus luteumun yetersiz progesteron üretmesi veya yeterli progesterona rağmen luteal

fazın kısa sürmesi ile karakterizedir. Tanısında endometrial biyopside histolojik yaşın gerçek

menstrual siklus gününden 2 veya daha fazla gün geride olması şartı vardır.

REFERANS: KADIN DOĞUM EFSANE KONU KİTABI SAYFA 77

118. REFERANS 10(SORU 118)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: endometriyum kanseri için risk faktörü?

CEVAP: Uzun dönem kombine oral kontraseptif kullanımı

B.ENDOMETRİYUM KANSERİ
Gelişmiş ülkelerde en sık rastlanan jinekolojik kanserdir. Tüm jinekolojik kanseller içinde daha iyi prognoza sahip kanser tipidir.Tanı genellikle erken evrededir. Ortalama yaş 61'dir. Endometriyum kanserlerinin %86'sı adenokarsinomlardır ve en sık fundal yerleşirler. En sık semptom postmenopozal kanamadır.

Postmenopozal Kanama Nedenleri

- Atrofik endometriyum ve endometrit (%60-80)
- Eksojen östrojen (%15-25)
- Endometriyum kanseri (%10-15)
- Endometrial hiperplazi (%5-10)
- Endometrial polip (%2-10)
- Atrofik vajinit (%5-10)

B.1. RISK FAKTÖRLERİ
Yaş
Karşlanmamış östrojen
Infertilite (nulliparite)
Tamoksifen kullanımı
Erken menarş, geç menopoz
Obezite(riski 2. en fazla riski artıran), hipertansiyon ve diabetes mellitusu olan kadınlarda daha sık izlenir.
İlk (beyaz rıka, siyah rıka oranla 2 kat fazla)
HNPOC sendromu(riski en fazla artıran)
Cowden sendromu

Endometriyum Kanserini Azaltan Faktörler

- Düşük doz kombine oral kontraseptif kullanımı
- Doğum sayısı arttıkça azalır.
- Sigara kullanımı ile azalır.

REFERANS: KADIN DOĞUM EFSANE KONU KİTABI SAYFA 92

119. REFERANS 11 (SORU 119)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: Benign kistik teratom zemininde en sık malignite?

CEVAP: Yassı hücreli karsinom

B.6. TERATOM
Matür Kistik Teratom:
En sık görülen over tümörüdür ve benignidir. Gebelikte en sık rastlanan neoplastik over tümörüdür. Torsiyon en sık rastlanan komplikasyondur. Yalnızca deri ve deri ekleri içerirse dermoid kisttir. Teratom zemininde en sık gelişen malignite skuamöz hücreli kanserdir. İmmatür Teratom En önemli prognostik faktör evre ve gradedir. Gradeleme içerisindeki indifferansiye nöral doku miktarına bakarak yapılır

REFERANS: KADIN DOĞUM EFSANE KONU KİTABI SAYFA 100

120. REFERANS 12 (SORU 120)

HATIRLAMA YOLU İLE SORU: 2 çocuk annesi bir kadın rahim içi araçla korunuyor, hastaneye adet gecikmesi ile başvuruyor. Ultrasonografide 7 haftalık intrauterin tek canlı fetüs bulunuyor

Rahim içi araç çıkartılmadan gebelik devam ederse risk artışı beklenmez?

CEVAP: Fetal anomali

B.3.RIA Yan Etkileri
En sık görülen yan etki uterin kanama değişiklikleri ve dismenoreidir. Levonorgestrelli RIA'lar amenore nedeni olabilir.

LNG RIA

- Myom tedavisinde kullanılır.
- Dismenoreyi azaltır.
- Adenomyoziste uterusu küçültür.
- Antikoagülan alanlarda kullanılır.
- PID'ye karşı koruyucudur.
- Endometriyozis tedavisinde kullanılır.
- Postmenopozal HRT ve tamoksifen kullananlarda

B.4.RIA Komplikasyonları

Perforasyonlar sıklıkla ilk takılma anında gelişir ve en erken gelişen komplikasyondur. **Pelvik infeksiyonlar** uygulamayı takip eden ilk 2 ay içinde ortaya çıkar ve sadece ilk uygulama sırasındaki faktörlere bağlıdır. RIA varlığında tek taraflı adneksiyal abse gelişiminde actinomyces infeksiyonu tipiktir.

Infertilite ise daha çok pelvik infeksiyonlar ve sonrasında gelişen tubal faktörlere bağlıdır. Bu nedenle 25 yaş altındaki olgularda ilk tercihin RIA olmaması önerilir. RIA gebeliği önlediği için, ektopik gebelik riskini artırmaz.

Gebelikte birlikte RIA varlığında, ilk 14 hafta içinde RIA ipi serviks'te görülebildiğinden hemen çekilmelidir. RIA varlığında geç abortus (özellikle septik abortus), preterm doğum ve sepsis riski artar. Enfeksiyon varsa gebelik sonlandırılmalıdır. RIA konjenital anomali yapmaz.

B.5.RIA Avantajları

Uygulandıktan sonra uzun süre etkilidir (tak ve unut). Emzirenler için uygundur. Çıkarıldığında fertilitte kısa sürede geri döner

REFERANS: KADIN DOĞUM EFSANE KONU KİTABI SAYFA 69-70