

TUSEM®

TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ



2025
AĞUSTOS TUS'UNDA

200 SORUDA

190

REFERANS

TEMEL BİLİMLER 94 SORU
KLİNİK BİLİMLER 96 SORU

KÜÇÜK STAJLAR

22 BRANŞ SORUSUNDA

COMPACTUS Referansı Olarak

6

SORU

KENDİ
BRANŞINDA

4

SORU

DİĞER
BRANŞLARDA

10

SORU

200 SORUDA
REFERANS

Değerli Hekim Arkadaşlar;

Öncelikle 17 Ağustos'ta yapılan TUS sınavında emeğinizin karşılığını almanızı tüm kalbimizle diliyoruz. Sonucun ne olursa olsun, bu yolculukta gösterdiğiniz azim ve disiplinin sizleri daima başarıya taşıyacağına inanıyoruz.

TUSEM kaynaklarımızın sınav sorularına verdiği **referans çalışmasını sizlerle paylaşmaktan gurur duyuyoruz.**

Eğitmenlerimiz titizlikle hazırladıkları çalışma kapsamında, **200 sorunun 190'ına kaynaklarımızdan birebir karşılık gelen sayfa ve içerikleri işaretlemiştir.** Bu süreçte en çok önem verdiğimiz nokta, referansların gerçekten birebir örtüşmesi olmuştur. Meslektaşlarımızın, alakasız ya da kenarından yakalanmış referansların güvenilir olmadığını çok iyi bildiklerinin farkındayız. Bu nedenle yalnızca doğru ve net örtüşen referansları dikkate aldık.

Bizim için asıl değer, referans sayısının fazlalığından ziyade **öğrencilerimizin kursumuz aracılığıyla elde ettikleri net kazanımlardır.** Eğitmenlerimiz, kaynaklarımızdaki bilgileri öğrencilere en anlaşılır ve kalıcı biçimde aktarmayı esas almakta ve bu hassasiyetle çalışmalarını sürdürmektedir.

Bu titizlikle hazırlanmış ve birebir sorularla örtüşen referanslarımızı sizlere **TUSEM'in güvenilirliği ve 30 yıllık tecrübesinin bir yansıması olarak gururla sunuyoruz.**

Orijinal Soru: Klinik Bilimler 125

125. Konuşma bozuk ama akıcı + ekolali + tekrar korunmuş
Transkortikal sensoryal afazi

Tusem COMPACTUS Özet Ders Notu

Tusem COMPACTUS Özet Ders Notu

TUSEM®
TIPTA UZMANLIK SINAVI EDİTİM MERKEZİ

KÜÇÜK STAJLAR

13

1) 30 65 yaş Erkek, son 3 aydır artan sol şakak baş ağrısı, sol temporal hassas, ESH ↑, CRP ↑, Hb:10, BT: Normal → **TEMPORAL ARTERİT**

TRİGEMİNAL Nevralji (EN SIK)

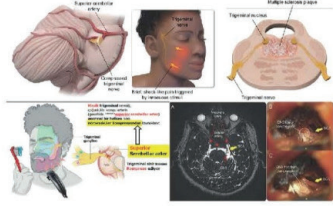
(superior serebellar arter kompresyonu !!!) // MS // idiopatik

Tek taraflı, Kısa süreli, elektrik çarpar tarzda

Konuşma, diş fırçalama, şakal traş, havluyla kurulanma, yemek yeme

SUNCTan farkı ***otonom bulgular YOK !!!

**KARBAMAZEPİN (ilk tercih), pregabalin, gabapentin

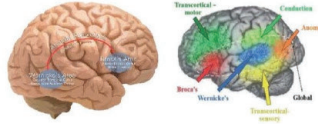


- 1) Trigeminal nevraljide tercih edilecek ilaç ? → **Karbamazepin**
- 2) 54 yaş K kulak içine vuran anı, yanıcı, 1-2 dk konuşurken-yemek yerken başlayan, tekrarlayan ağrı (Trigeminal nevralji) → **Karbamazepin**
- 3) 42 yaş K solda ani-jiddetli, elektrik çarpan, yemek yerken, yüzünü kurularken oluşan ağrı ve MR: N → **Trigeminal nevralji**

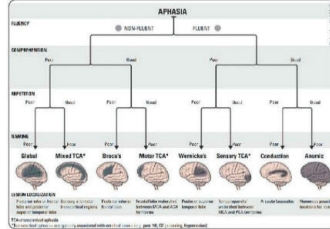
KONUŞMA VE DİĞER YÜKSEK KORTİKAL

Klinik Bilimler 125. soru
Tusem Küçük Stajlar COMPACTUS
Özet Ders Notu Sayfa 013

Afazi Çeşitleri			
AFAZİ tipi	Konuşma	Anlama	Tekrarlama
BROCA (motor) Inferior frontal	Alaca değil	Normal	Bozulmuş
TRANSKORTİKAL motor	Alaca değil (Broca)	Normal	Normal
WERNİCKE (duyu) Superior temporal	Alaca, ama saçmasapan	Bozulmuş	Bozulmuş
TRANSKORTİKAL duyu	Alaca	Bozulmuş (Wernicke)	Normal
İletim (konduksiyon) (arkuat fasikül)	Alaca	Normal	Bozulmuş
Anomik (Amnestik)	Kelime güçlüğü	Normal	Normal
Global	Alaca değil	Bozulmuş	Bozulmuş



- 1) Konuşması uzun duraklamalarla bölünmüş, zorlanarak konuşan hastada **Broca** tanısı koyabilmek için gereken → **tekrarlama bozuk olmalı**
- 2-3-4) MOTOR afazi'de lezyon → **BROCA** alanı → **FRONTAL** loba
- 5) Sağ hemiparezi + Kelimeleri söylemekte zorluk + telegrafik konuşma, tekrarlama bozuk, anlama normal → **BROCA/FRONTAL**
- 6) MCA inmesinde perisilvian nekroz ile oluşan afazi → **GLOBAL**
- 7) 60 yaş saçmalayarak geldi, **tekrarlama bozuk** → **WERNİCKE**
- 8) Cisimlerin isimlerini bulmada zorluk → **ANOMİK** afazi
- 9) Konuşma alıcı, anlama iyi, **tekrar ağır bozuk** → **İLETİM** afazi
- 10) Soruları yanıtlamak yerine **tekrarlıyor** → **TRANSKORTİKAL** motor



Yüksek Kortikal Fonksiyon Bozuklukları	
ALEKSİ/AGRAFİ	Okuyamama (vizüel, parietal), yazamama (parietal)
AKALKÜLİ	Hesap yeteneği bozuk (dominant parietal loba)
AGNOZİ	Duyusal bir bozukluk olmadan, o duyu aracılığı ile öğrendiği şeyi tanıyamama Vizüel (okspital), İşitsel (temporal), Taktil (parietal)
Astereognozi	Gözler kapalı iken elin içine konulan cisim (şekil, büyüklük) tanıyamama
APRAKSİ	Parezi, duyu defisiti veya koordinasyon bozukluğu olmadan öğrenilmiş beceri , gerektiren hareketlerin yapılamaması veya beceriksiz şekilde yapılması

İLGİLİ NOTLAR

konuşması bozuk fakat konuşma akıcı denilmiş. Konuşmanın bozuk olmasına neden olan duyuşsal komponent yani anlama kısmı. Aksi durumda konuşma akıcı olmazdı. Wernicke'de de akıcıdır fakat tekrar korunmamıştır. Hasta anlamadığı için patolojik ekolali bulgusunu gösteriyor. Anomik afazide ekolali beklemiyoruz. Ayrıca anomik afazide konuşma akıcı demiyoruz.

Orijinal Soru: Klinik Bilimler 128

128. Ataklar halinde terleme + çarpıntı
Panik bozukluk

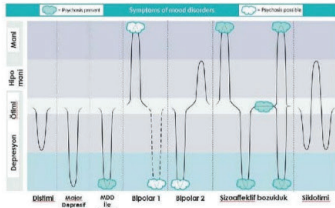
Tusem COMPACTUS Özet Ders Notu

Tusem COMPACTUS Özet Ders Notu

İLGİLİ NOTLAR

TUSEM®
TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

BİPOLAR BOZUKLUK

Bipolar bozuklukta **intihar riski** çok yüksek (x15) (Duygudurum boz içinde en çok)Bipolar 1: en az bir **mani** atak. **Majör depresif VEYA hipomani**Bipolar 2: en az bir **hipomani** atak. **VE bir majör depresif atak****MANİ (En az ≥ 7 ardışık gün)**Hastaneye yatırılacak düzeyde **ağır**dır ya da **psikoz** eşlik eder.**HipoMANİ (Ard arda ≥ 4 gün)**Hastaneye yatırılacak düzeyde **ağır DEĞİLDİR** ve psikoz **EŞLİK ETMEZ**.

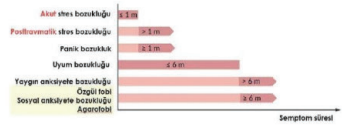
NEVROZLAR VE STRESLE İLGİLİ

Klinik Bilimler 128. soru
Tusem Küçük Stajlar COMPACTUS
Özet Ders Notu Sayfa 053

ANKSİYETE BOZUKLUKLARI

Aşın ve ısrarla **korku, kaygı, endişe** ve/veya **kaçınma**.

Anksiyete bozuklukları arasında yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluğu, özgül fobiler ve seçici konuşmazlık (selektif mutizm) yer alır.



YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU

6 aydan uzun süren aşın ve **sürekli** anksiyete ile karakterize**Mesleki, sosyal alanlarda** belirgin sıklıkla, **bozulmaya** neden belirtilir**Tedavi: Psikoterapi** (Bilişsel davranış terapisi), **Farmakoterapi** (**SSRI** (escitalopram, paroksetin), **SNRI** (duloxetine, venlafaxine), Buspiron, Benzodiazepin (alprazolam, diazepam), TSAD (imipramin))Klinik Bilimler 128. soru
Tusem Küçük Stajlar COMPACTUS
Özet Ders Notu Sayfa 053

PANİK Bozukluk

Panik bozukluğu, **tekrarlayan, beklenmeyen ataklara** ek, **≥ 1 aylık bir süre**

SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU

Başkalarının incelenmesinin beklendiği sosyal durumlarda ilgili kaygı

≥ 6 ay boyunca devam eden semptomlar; **sosyal, mesleki işlevsel bozulma****Tedavi: BDT** (bilişsel davranışsal tedavi), **SSRI** (paroksetin, sertralin), **SNRI** (venlafaksin), BZD. (klonazepam), Pregabalin, **Propranolol**, **MAO inh.**

ÖZGÜL FOBİ (EN SIK)

Bir veya daha fazla spesifik durum veya nesneye karşı **sürekli (≥ 6 ay)** ve yoğun korkular. **Tedavide Birinci basamak: Maruz bırakma terapisi ile BDT** (Bilişsel Davranışçı Terapi)

AGORAFOBİ

Yardım alınması ya da kaçmanın zor olabileceği yerlerde bulunma korkusu

Panik bozukluk birlikteliği sıkır. **≥ 6 ay** süren korku, anksiyete

SELEKTİF MUTİZM

Tipik dil ve konuşmanın **normal gelişimi**. Genellikle **5 yaşın**dan **ÖNCE** başlangıç.

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK VE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK

Obsesyonlar ve/veya kompulsyonlar (En sık **kontaminasyon/ el yıkama**)Obsesif kompulsif **bozukluk: Ego-distonik** (davranış kalıplar **uyuşmuyor**)Obsesif kompulsif **kişilik bozukluğu**: Davranış **ego-sintonik (uyuşuyor)****YÜKSEK doz SSRI** (sertralin, paroksetin, fluoksetin, fluvoxamin, citalopram)Alternatif: **Serotonerjik** etkili TSA (**klomipramin** → **EN ETKİLİ**).

AKUT STRES BOZUKLUĞU

• **3 gün-1 AY** sürer.

TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU

Travma sonrasında **>1 AY GEÇTİKTEN SONRA** konur.

SOMATOFORM BOZUKLUKLAR (BEDENSEL BELİRTİ BOZUKLUĞU VE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR)

Belirtiler **kasıtlı oluşturulmaz (yapay bozukluk ve temaruzdan farkı)**Sağlık personeli dâhil **başkalarını aldatmaya yönelik kasıtlı bir girişim söz konusu değildir**.

Orijinal Soru: Klinik Bilimler 184

184.Ektopik testis olmayan
Kanaliküler testis

Tusem COMPACTUS Özet Ders Notu

Tusem COMPACTUS Özet Ders Notu

İLGİLİ NOTLAR

102

KÜÇÜK STAJLAR

TUSEM®
TIPTA UZMANLIK SINAVI EDİTİM MERKEZİ

- **Midgut volvulus:** Nazogastrik sonda, IV hidrasyon ve antibiyotikler, **ACİL LAPAROTOMİ** (Ladd prosedürü)
- **Malrotasyon:** insidental saptanırsa (yani hasta asemptomatikse) elektif **Ladd prosedürü** uygulanır.



Retraktil Testis:

- Kremaster adalesi çocuklarda daha fazla gelişmiştir. Uyluğun, perinenin uyarılması veya soğuk etkisiyle ortaya çıkan kremasterik refleks çocuklarda daha belirgindir. Bu refleks söz konusu uyarımlarla testisi yukarı çeker.



Klinik Bilimler 184. soru
Tusem Küçük Stajlar COMPACTUS
Özet Ders Notu Sayfa 102

İnmemiş Testis:

- Fetus intraabdominal olarak gelişen testis 7. ayda inguinal kanala girer ve doğuma yakın skrotuma yerleşmiş olur.
- Prematür doğan bebeklerin %25'inde, terimde doğan bebeklerin yaklaşık %3'ünde testisler henüz skrotuma inmemiştir.
- **Embriyolojik olarak sol testis daha önce skrotuma indiği için inmemiş testis sağda biraz daha sık görülür.**
- Tüm inmemiş testislerin %15 kadarında olay bilateraldir. Bilateral inmemiş testis, anensefali, karın duvarı defektleri başta olmak üzere ağır konjenital anomalilerle birlikte sık görülür.
- İnmemiş testis intraabdominal, intrakanaliküler veya yüksek skrotal pozisyonda bulunabildiği gibi olguların %75'inde olduğu gibi süperfisyal inguinal poş denen cilt altında, eksternal oblik adalenin üstünde bir lokalizasyona yerleşebilir.

Tedavi:

- İnmemiş testis'te **cerrahi tedavi esastır**, ameliyat 1. yaş bitiminden sonra, 2. yaş doldurulmadan önce yapılmalıdır. Cerrahi tedavide amaç testisin normal skrotal pozisyonuna indirilmesidir. Cerrahi tedavi sonrası infertilite riski azalır iken testis kanseri riskinde azalma olmaz. Cerrahi ile birlikte ve cerrahiye ek olarak HCG veya gonadotropin releasing hormone'un kullanılması genel kabul gören bir yöntemdir.
- Disgenetik ve atrofik testis dokusu ile karşılaşıldığında indirmek yerine **orşiektomi** yapılması daha uygundur.

EPİDİDİMİT/ORSİT

Akut epididimit: Epididimin inflamasyonu, genellikle bir enfeksiyon sonucunda ortaya çıkar

- < 35 yaş en sık neden → CYBE → **N. gonorrhoeae**, **C. Trachomatis**, Treponema, Trichomonas, Gardnerella
- Yaşlı erkekler ve çocuklar arasında en yaygın neden → İYE → **E. Coli** (en sık), Pseudomonas, Proteus, Klebsiella
- **Kronik epididimit** (> 6 haftalık hastalık süresi): Renal tbc, amiodaron, otoimmün, granüloamatöz, sifiliz
- Klinik: Ani başlangıçlı, tek taraflı skrotal ağrı ve şişlik. Ağrı spermatik kord boyunca yayılır. Skrotal eritem ve hassasiyet, Ateş, dizüri, pürülen akıntı, idrar inkontinansı, reaktif hidrosel
- **Prehn İşareti** → Testisin kaldırılmasıyla ağrı azalıyorsa epididimit, azalmıyorsa testis torsiyonu düşün.
- Epididimit, **klinik bir teşhistir**. Görüntüleme, esas olarak testis torsiyonunu ekarte etmek için kullanılır. TTT, idrar sitolojisi, CBC (lökositöz, sola kayma), N. gonorrhoeae/C. trachomatis için üretral sürüntü örneğinden nükleik asit amplifikasyon testi (NAAT), Üretral sekresyonların Gram boyanması (üretit tanısı için), Akut epididimit hastalarının tümüne HIV ve sifiliz testleri önerilir.

GENİTOÜRİNER SİSTEM

Kriptorşidizm

- Testislerden biri ya da her ikisinin skrotumda bulunmamasıdır.
- Kriptorşidi 4 sebepten birine bağlı olabilir: Anorşidi, Retraktil, Ektopik, İnmemiş testis
- Genitoüriner sistemin **en sık konjenital anomalisi**.
- Testis(ler)in skrotumdaki doğal pozisyona inerken, doğal yolda bir yerde kalması, skrotuma inmemesi. Abdominal, inguinal, supraskrotal yerleşimli olabilir.
- En sık (%90) **inguinal** bölgede görülür. En önemli risk faktörü **prematürite**.
- %80 vakada skrotum dışında palpe edilebilir. %20'de palpe edilemez veya yoktur.
- Palpe edilememiş ve USG ile görülememiş testisin tanısında ilk basamak genel anestezi altında **laparoskopidir**
- Tedavi: Çoğu vakada 6 aya kadar testis kendiliğinden skrotuma iner: >6 ay skrotuma indirilmelidir (orşiopeksi)
- Komplikasyonlar: Testis torsiyonu, infertilite, inguinal hemi, testis kanseri (germ hücreli tm)
- **Orşiopeksi** torsiyon ve infertilite riskini **azaltırken**, malignite riskini **değiştirmez**. Tek taraflı da olsa, cerrahi de yapılsa infertilite riski devam eder. Medikal tedavi infertilite riskini azaltabilir.
- Medikal tedavide tek başına veya cerrahi ile kombine olarak **hCG** ve **GnRH** analogları kabul görmüştür.
- Testis kanseri riskinin en fazla olduğu grup **abdominal** testistir. Risk 10 kat fazla. En sık oluşan tümör **seminom**.



Anorşidi:

- Testisin **konjenital** olarak yokluğudur. % 80' unilaterall.

Klinik Bilimler 184. soru
Tusem Küçük Stajlar COMPACTUS
Özet Ders Notu Sayfa 102

Ektopik Testis:

- Testisin normal iniş yoluyla izlenerek inguinal kanaldan geçip eksternal ringden çıktıktan sonra, **skrotum yerine başka bir yere giderek yerleşmesine** testis ektopisi denir.
- **Süperfisyal inguinal (EN SIK)**, Suprapubik, perineal, uyluk iç, penil, femoral ya da karın skrotum içinde olabilir. Normal intraskrotal pozisyonuna getirilmesi (**orşiopeksi**).



Orijinal Soru: Klinik Bilimler 187

187. Travma sonrası fleksiyon kontraktürü
Volkman İskemik Fraktürü

Tusem COMPACTUS Özet Ders Notu

Tusem COMPACTUS Özet Ders Notu

İLGİLİ NOTLAR

80

KÜÇÜK STAJLAR

TUSEM®
TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

Kırık İyileşmesini Etkileyen Faktörler

- Yaş (gençlerde daha çabuktur), **lokal faktörler** (en önemli), hormonlar, mineraler ve vitaminler etkililer.
- Çevreleyen yumuşak dokunun kanlanması, **Enfeksiyon varlığı** (kötü), İmmobilizasyon, Kemik cinsi, (spongiöz kemik daha kolay iyileşir), Kemik kayıp derecesi, Avasküler nekroz, Malignansi (kötü), İnterpozisyon (kemik uçları arasında yumuşak doku girmesi) (kötü), İntraartiküler kırıkta sinovial sıvı kırık bölgesine akarak kırık iyileşmesini olumsuz etkiler. **Spiral ve oblik kırıklarda kırık yüzeylerindeki damarlanma iyileşmeye yardım eder.**
- Kırıklara **çıkığın eşlik etmesi**, iyileşmeyi **doğrudan etkileyen lokal faktörler arasında yer almaz.**

KIRIK TEDAVİSİ

- A. Kırığa yönelik **acil yardım**: İmmobilizasyon **acilen** yapılmalıdır. Nörovasküler yaralanma önlenir, yağ embolisi ve şok ihtimali düşer.
- KOSTA kırıklarında ağrıyı gidermek için acil yapılması gereken, **interkostal sinir blokajıdır.**
- B. Kesin kırık tedavisi Redüksiyon: Traksiyon, kırığa sebep olan mekanizmanın tersi mekanizmanın uygulanmasıdır.
- Fiksasyon: Eksternal fiksasyon (ağıç) tercih edilmelidir.

Kırık Komplikasyonları	
Erken Kırık Komplikasyonları:	Geç Kırık Komplikasyonları:
• Yağ embolisi • Gazlı gangren • Tetanoz • Hemorajik şok • Osteomyelit • Kompartman send. • Damar sinir yaralanmaları • Posttravmatik refleks distrofi (sudeck atrofi)	• Kusurlu Kaynama (Malunion) • Kaynamama (Nonunion) • Büyüme kusurları • Avasküler nekroz • Osteoarroz • Miyozitis ossifikans • Geç sinir paralizileri

YAĞ EMBOLİSİ SENDROMU

- **Uzun kemik kırıkları** veya major travmadan sonra dolaşımda yağ embolilerinin bulunmasına **yağ embolisi** bunun klinik belirtiler vermesinde **yağ embolisi sendromu** denir.
- 3 klinik formda ortaya çıkabilir.
 1. **Subklinik**: Sadece PaO₂ değeri 60 mmHg'nin altındadır.
 2. **Klinik**: Tipik olan şekildir ve travmadan **24-72 saat sonra** ortaya çıkar.

Yağ Embolisi Sendromu Bulguları	
Major bulguları	Minör bulguları
- Respiratuar yetmezlik (PaO₂ <60, PCO₂ >55 mmHg) - Serebral tutulum, bilinç bulantılığı - Peteşial kanamalar - Retinal bulgular	- Ateş (39-40 °C) - Taşikardi - Karaciğer yetmezliği - Oligüri, anüri - Anemi, trombositopeni, lökositöz - EKG bulguları

- **Tani**: Yağ globulinleri + 1 major, +4 minor bulgu ile konur.

Klinik Bilimler 187. soru
Tusem Küçük Stajlar COMPACTUS
Özet Ders Notu Sayfa 080KOMPARTMAN SENDROMU
(VOLKMAN'IN İSKEMİK KONTRAKTÜRÜ)

- Ön kol volar yüzünün kompartman sendromu sonucu gelişen bir deformitedir.
- Genellikle 10 yaşın altındaki çocuklarda görülür.
- En sık yaralanan damar, **A. Brakiyalistir (suprakondiler humerus kırıkları).**



Etyolojisi:

- Kırık ve çıkıkta olan arteriel yaralanma: **suprakondiler humerus kırıklarında**
- Çocukta en sık kompartman sendromu: **Humerus suprakondiler kırığı**
- Erişkinlerde en sık kompartman sendromu nedeni: **Tibia kırığı**
- Ön kolda kan akımını engelleyen sıkı alçı ve sargılar, (ilk 24 saatte sirküler alçılar mutlaka kontrol edilmelidir)
- Ön kol azalması, Arteriel emboli, İlaç ektravazasyonu

Klinik:

- Travmadan birkaç saat sonra ön kolda **derin şiddetli bir ağrıya** başlar.
- Volar yüzde ısı artışı, şişlik, kızamık vardır. Parmakların ekstansiyonu ile ağrı artar.
- Birkaç gün sonra fleksör kaslarda ve elin intrinsek kasları paralyze olur, radial ve ulnar sinir dermatomunda duyu azalır. Ön kolun volar yüzü sertleşir.
- **6R Pain (ağrı), Pulselessness (nabızsızlık), Pallor (soluk), Parestesi, Paralişi, Poikilothermic (Soğuk)**
- Kontraktür döneminde MCP eklemler hiperelastasyon PIP ve DIP eklemler fleksiyonda sabit deformite şeklinde kalır, elde atrofi olur.

Tedavi: Akut dönemde **acil cerrahi** dekompresyon yapılır. Geç dönemde **kontraktür** düzeltilmeye çalışılır.

MYOZİTİS OSSİFİKANS

- Hematom oluşturan bölgelerde metaplazi ve fibröz, lakardak, **kemik dokusu oluşumudur.**
- En sık **ön kol ve üst kol alt uçları** kırıklardan kol hareketlerinde kısıtlılık, ağrı ve şişlik şikayetleri ile gelir.

OSTEOKONDRİTİS DİSSEKANS (DİZ-SEKANS)
(RADYOLOJİK TANIDIR)

- Eklem lakardajının altındaki kemikle yerinden ayrılmış eklem içine düşmesi, subkondral kemiğin fokal aseptik nekrozu.
- Sıklıkla çocukluk çağı ve adolesanlarda en sık dizde (%75) görülür (en sık femur medial kondil).
- **Tani**: X-ray en iyi başlangıç testidir (eklem aralığına giren kopmuş parçalar -> kayıp cisimler veya eklem fareleri olarak isimlendirilir). Fakat **MR erken hastalığı** tespit etmede daha duyarlıdır.1. basamak tedavi fiziksel aktivitenin azaltılmasıdır.

Original Soru: Klinik Bilimler 188

188.Radyolüsen taş
Ürik asit taşı

Tusem COMPACTUS Özet Ders Notu

Tusem COMPACTUS Özet Ders Notu

İLGİLİ NOTLAR

TUSEM
TIPSA LİSANSU KURSU ÖZETİ HAZIRLADI

KÜÇÜK STAJLAR

85

İşeme bozukluğunun düzeltilmesi: davranış değişikliği (zamanlı işeme (3 saatte bir), kabızlığın önlenmesi)

Yakın takip: idrar tahlihi, bôbrek görünümleri

Cerrahi Tedavi Endikasyonları: VUR ≥ evre IV, Bilateral evre III VUR, Şizelleli >6 yaş çocuklarda

ÜRİNER SİSTEM TAŞLARI

- Üriner sistem taşları en sık **45-70 yaş** arasında görülür. **Erkeklerde** 2 kat daha sık görülür
- Kalsiyum içeren taşlar: Kalsiyum oksalat (%60), Hidroksiapatit (%20), Buziç (%2)
- Kalsiyum içermeyen taşlar: Ürik asit (%7), Strüvit (%7), Sistin (%1-3), Triamteren <%1, Silika <%1

Risk Faktörleri:

- **Kalıtım** (RTA (en sık tip-1), G6PD eksikliği, sistinüri, COLA sendromu ([Cistatin, Ornitin, Lizin ve Arginin] emiliminde, kanamaları, hiperoksaloz), **Yaşam tarzı** (**az sıvı alımı** (en yaygın risk), ağır C vitamini, oksalat, pürinler ve kalsiyum alımı, yüksek hava ıslığı), **ilaçlar** (loop diüretikleri (furosemid, bumetanid), asetazolamid, topiramet, zonisamid, indinavir, asiklovir, sülfadiazin, triamteren), **İYE** (İdre parçayolan organizmalarla: Proteus, Pseudomonas, Providencia, Klebsiella, Mycoplasma, Serratia, Sapro-phyticus), **MDS**, **IBU**, **DM**, **DM** (diabetes mellitus), **S** (sistemik)

- **İnhibitörler** (idrarda **varlığı taşı azaltan** maddeler): Nefrolakasin, Droptonin, Tamm-Horsfall proteinleri

Klinik Bulguları:

- **Kolik tarzında**, uzun süredir var olan ve giderek artan yan ağrı, bulantı, kusma, mikroskopik hematurî, öretral kolik. E. zamanlı pilyonofrit varsa ağrı. Hastalar genellikle hareketli duramaz ve sık sık hareket ederler (peritoniti hastaların genellikle hareketli yatmayı tercih ettiği düşünülür). Kostovertebral ağda hassasiyet
- Lokasyona spesifik klinik;
- **Kaliks taşları** (en sık lokalizasyon); yan ağrı, dirençli enfeksiyon, hematurî veya asemptomatik
- **Renal pelvis taşları**; öreloeplevik bîleşkede tıkanmaya, dirençli enfeksiyona neden olabilir.
- **Üreter taşları**; çapı <5 mm taşların %75'i kendiliğinden düşer ancak düşer denicelerde ağrı olabilir.
- Taş **üreterin distal** kısmında bazı trigonal irritasyona bağlı idrar yaparken yanma (dizürî), sık idrara çıkma (frequency) ve ani sıkıma hissi (urgency) olabilir.
- Mesane taşları alt üriner sistem semptomları, terminal hematurî (idrarda) ve suprapubik ağrı olabilir.
- Taşın konumuna bağlı olarak, nefrolitiazis, **apandisit** veya **testis torsiyonu** gibi durumları taklit edebilir.
- Renal pelvis ve kaliksleri (en az 2 kaliks olmalı) tamamen dolduran büyük taşları **staghorn** (**havuz**) taşları denir.

Klinik Bilimler 188. soru

Tusem Küçük Stajlar COMPACTUS Özet Ders Notu Sayfa 085

Üriner Sistem Taşları

Tipler	Kalsiyum oksalat	Ürik asit (Ürat)	Strüvit (Mg-A-P) (Staghorn)	Kalsiyum fosfat	Sistin
Şekil					
Sıklık	%75	%10	%7,5	<%5	<%5
Etiyoloji	Hiperkalsüri/kalsemi hiperoksalüri, hiperürüközüri, Hiperstrüvüri, Etilen glikol (antifriz, C Vitamini takviyesi Pindoklin etkisi) İbri (ÜK, Crohn) Kasa bağışık, Obesite Ağır oksalat alımı	Hiperürisemi hiperürüközüri (Gut, tümör lizis, lösemi, KT, MDS) DM, kronik diyare metabolik sendrom ↓ İdrar hacmi	Üreaz üreten bakterilerle İYE Proteus, Klebsiella S.saprophyticus, pseudomonas, providencia, mycoplasma, serratia kaliya sonda	Hiperparatiroidizm, Tip 1 RTA, Üst İYE Ağır alkali idrar	Sistinüri (C.O.R) C.O.L.A sendromu Pozitif siyanid nitroprussid testi EN SERT ESWL DİRENÇLİ
İdrar pH	Asidik (monohidrat) Alkali (dihidrat)	Asidik	Alkali (Mg-Ammonium-P)	Alkali	Asidik
Görünüm	Bilokan dambıl bipiramidal zarf Sekizgen	Yuvarlaklaşmış romboid/rozet	Dik-dörtgen (tabut kapğı) dev, geşik boyunu	Kama şeklinde	Altgen (saat camı)
Röntgen BT	Radyopak Radyopak	Radyoüsent Zayıf radyopak	Zayıf Radyopak Radyopak	Radyopak Radyopak	Zayıf Radyopak
Tedavi	Hidrasyon, Tiazid idrara alkalisasyon (potasyum sitrat) Tuz ↓, sitrat ↓, C vit ↓ hayvansal protein ↓, oksalat ↓, Ca azaltma	Hidrasyon İdrara alkalisasyon (potasyum sitrat) ↓pürin, Allopürinol Febulostat Probenesid, lesinürad	Hidrasyon idrara asidifikasyon Amibiyotik Cerrahi	Hidrasyon, tiazid İdrara asidifikasyon	Hidrasyon Düşük Na İdrara alkalisasyon (potasyum sitrat) Penisilamin Tiopirinin

Orijinal Soru: Klinik Bilimler 189

189.Proptoz + kemozis
Orbital selülit

Tusem COMPACTUS Özet Ders Notu

Tusem COMPACTUS Özet Ders Notu

İLGİLİ NOTLAR

68

KÜÇÜK STAJLAR

TUSEM®
TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

ORTA KULAK TÜMÖRLERİ

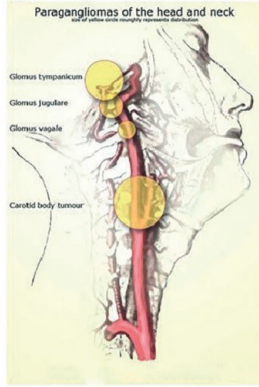
- Orta kulağın en sık malign tümörü SCC
- Orta kulağın en sık benign tümörü glomus jugulare'dir.

GLOMUS TÜMÖRLERİ

- Paraganglioma (glomus tm) ekstra-adrenal paraganglia hücrelerinden kaynaklanan nörendokrin tm.
- Bazen fonksiyonel olup noradrenalin ve dopamin salgılayabilirler.

GLOMUS TİMPANİKUM:

- Glossofaringeal sinir timpanik dalı (Jacobson siniri) kaynaklı
- Timpanik zann arkasında pulsatil kırmızı renkli lezyon görülür. Hastada pulsatil tinnitus vardır.



GLOMUS JUGULARE

- Juguler bulbus adventisiası paraganglia hücreleri kaynaklı
- Tümör temporal kemiği erode ederek büyür.
- Pulsatil tinnitus (en erken semptomu) ön plandadır.
- Orta kulağa açılırsa timpanik membranın arkasında mavi renkli lezyon olarak görülür.
- Tümörler büyüyüp juguler foramen sendromuna (9, 10, ve 11 tutulumu) yol açabilir. Nadiren 7 ve 12 tutulumu yapabilir.

CAROTİD BODY TÜMÖRLERİ
(GLOMUS KAROTİCUM)

- Ana carotid arterin bifurkasyonundan kaynaklanır.
- Baş boyun bölgesinin en sık glomus tümörü
- Karotis interna ve ekstermayı birbirinden ayırır
- Lateral yönde hareketli iken aşağı-yukarı (kranio-kaudal) yönde hareket etmezler.

VAGAL PARAGANGLİOMA (GLOMUS VAGALE)

- Vagal sinirin perinöryumundaki paraganglionik hücreler.
- Cerrahide sinir sıklıkla kesilmek zorunda olduğu için cerrahi sonrası vokal kord paralizisi gelişir.

PARANAZAL SİNÜS HASTALIKLARI
(SİNÜZİT)

- Sinüzit, paranasal sinüs mukozasının inflamasyonudur.
- Sinüs ostiumundaki obstrüksiyon hipoksik ortam meydana getirerek hem sıyaların fonksiyonunu bozar hem de sinüs içinde sekresyon birikimine neden olarak bakteri üremesi için uygun bir ortam oluşturmaz.
- Sinüzite zemin hazırlayan faktörler: Nazal allerji, Septum deviasyonu, Siliyer fonksiyon bozukluğu (immotil silia, Kartagener sendromu), Adenoid hipertrofi
- S. pneumoniae (en sık) H. influenzae, M. Catarrhalis ve S. aureus, akut sinüzitlerin çoğundan sorumlu organizmalardır. Tedavide amoksisilin/klavulanik asit sıklıkla kullanılmaktadır.
- Özellikle immünsupresif hastalarda aspergillus, mucormycosis, coccidiomycosis gibi mantar enfeksiyonları da sinüzitte yol açabilirler. En sık Aspergillus fumigatus görülür. Bu vakalarda kesin tanı biyopsi ile konur.
- Semptomlar: Burun tıkanıklığı, pürülan akıntı, postnazal akıntı, ateş, ağız kokusu, baş ağrısı bulunabilir.
- Doğumda var olan sinüsler etmoid ve maksiller sinüslerdir.
- Çocuklarda en sık etmoid sinüzit, erişkinde ise en sık maksiller sinüzittir.

Klinik Bilimler 189. soru
Tusem Küçük Stajlar COMPACTUS
Özet Ders Notu Sayfa 068

SİNÜZİT KOMPLİKASYONLARI

- ORBİTAL komplikasyonlar (etmoid sinüzitte sık): En sık etkenler streptokok
- Periorbital selülit (Preseptal Selülit) (EN SIK komplikasyon): Göz kapığında ödem ve kızarıklık.
- Orbital selülit: Proptozis, kemozis, azalmış göz hareketleri, ağrılı göz hareketleri ve diplopi
- Orbital abse: Ciddi egzoftalmi, kemozis, tam yerleşmiş oftalmopleji ve körlük
- SUBperiostal abse: Periost ve lamina papyracea arasındaki absedir.
- Kavernöz sinüstrombozu (CNIII, IV, V1, V2, VI): intrakraniyal komplikasyonlar içinde değerlendirilebilir. Kemozis, orbital ağrı, proptozis ve oftalmopleji ile karakterizedir. En dikkat çekici özelliği karşı gözü etkileyebilmesidir. Tedavi: Antibiyotik ve abse drenajı
- INTRAKRANİYAL komplikasyonlar (frontal sinüzitte sık):
- Meningit: EN SIK intrakraniyal komplikasyon
- Epidural, Subdural, intraserebral abse: Frontal sinüzit komplikasyonu
- KEMİK komplikasyonlar (frontal sinüzitte sık):
- Osteomyelit (Pott's Puffy Tümörü): Frontal sinüzitte bağlı osteomyelit gelişebilir. Periostun altına biriken pürülyasyona bağlı şişliğe Pott's puffy tümörü denilir.
- BOS sızıntısı şüphesinde toplanan sıvıda β -2-transferrin oldukça spesifik bir proteindir ve tanı için kullanılır.
- Apikal kök abseleri (çürük ilişkili pulpa enf.) sıklıkla MAKSİLLER sinüse drene olarak sinüzite neden olurlar.

Orijinal Soru: Temel Bilimler 76

76. Patogenezinde patolojik protein birikimi olan nörodejeneratif hastalıklar ve ilişkili olduğu protein eşleştirmelerinden hangisi yanlıştır?

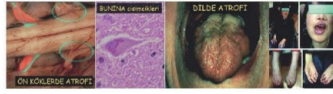
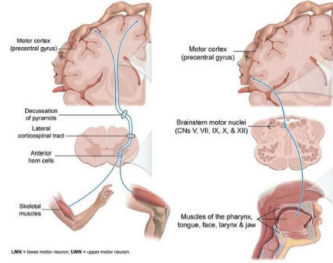
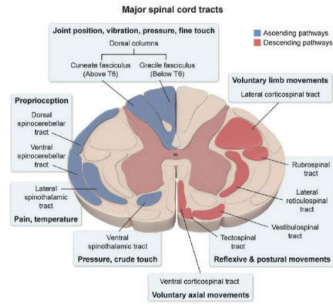
Tusem COMPACTUS Özet Ders Notu

Tusem COMPACTUS Özet Ders Notu

İLGİLİ NOTLAR

26

KÜÇÜK STAJLAR

TUSEM®
TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

Piramidal Sistem Hastalıklarında Üst/Altı Tutulumu	ÜMN dejenerasyonu	AMN dejenerasyonu
Sporadik motor nöron hastalıkları		
Sporadik (ALS) %90-95	Evet	Evet
Primer lateral skleroz (PLS)*	Evet	X
Progresif kas atrofisi (PMA)*	X	Evet
BULBER paralizisi	X	Evet
Pseudobulber paralizisi	Evet	X
monomelik amiotrofi (MMA)	X	Evet
POLO-virüs	X	Evet
Kalıtımsal motor nöron hastalıkları		

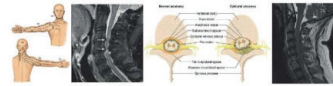
Temel Bilimler 76. soru
Tusem Küçük Stajlar COMPACTUS
Özet Ders Notu Sayfa 026

AmyoTROFİK (Ön boynuz/AMN) Lateral (kortikospinal/ÜMN) Skleroz
65 yaş E (Bulber K>E) / %10 ailesel (%40 C9orf72, %20 SOD, TARDBP, FUS)
Precentral girusta ve prefrontal kortekste ÜMN (Babinski, Spastisite) Omuntik ve beyin sapı ön boynuzunda AMN (atrofi, faskikülasyon)
Genellikle bir kol ve/veya bacakta ASİMETRİK başlar // %20 bulber tutulum Dizartri, Disfaji (9-10.CN), Dilde atrofi, faskikülasyon Pseudobulber efekti izlenebilir. En sık ölüm nedeni pnömöni
RİLÜZOL (soğ kalımı ↑), EDARAVON (oksidatif stres ↓), İDROSİLAMİD
Duyu (-)/Otonom bulgu/Ekstraoküler kas (3-4-6.CN) (Diplopi), sfinkter XXXX

Pseudobulber ve Bulber Paralizi	
PSEUDOBULBER paralizi	BULBER paralizi
 • HT+ateroskleroz, laküner enfarkt • 9, 10, 11, 12. C.N supranükleer • Kortiko-spinal / bulber (ÜMN) • Dilde atrofi, faskikülasyon YOK !!! • Gag/öğürme, jaw jerk (çene sarsıntı), masseter refleksi HİPER	 • ALS, Polio-, Wallenberg, GBS, M.G. • 5, 7, 9, 10, 11, 12. C.N • bilateral intra/ infranükleer (AMN) • Dil ATROFİK ve FASİKÜLASYONLU • Gag/öğürme, jaw jerk (çene sarsıntı), masseter refleksi hipo

PSEUDOBulber → Sebepsiz **ağlama** ve **gülme** nöbetleri (JOKER'in hastalığı)

SERVİKAL MYELOPATİ



En sık neden **servikal spondilolitik miyelopatidir** (osteoit vb.) >50 yaş (spinal travma, neoplazm, epidural apse ve otoimmünite)

Klinik kompresyon seviyesinde, **Boyun ağrısı** ve sertliği, **Oksipital baş ağrısı**

Ellerde ve kollarında **duyu bozukluğu** (parestezi), **güçsüzlük** ve sakarlık

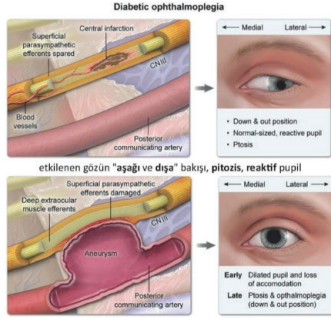
Orijinal Soru: Klinik Bilimler 155

155. ÜSSE sonrası ataksi arefleksis oftalmopleji?
-Miller Fisher sendromu

28

KÜÇÜK STAJLAR

TUSEM®
TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ



periferik (median, ulnar, radial, femoral, peroneal),
Mononöritis Multiplex

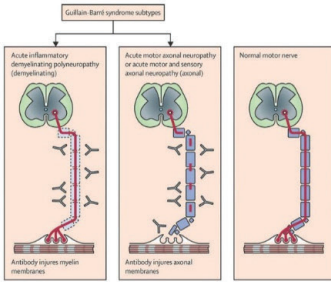
Tip 2, tanı anında başlayarak; Tip 1, tanıdan 5 yıl sonra klinik
taranmalıdır

**DM RADİKÜLOPLEKSUS NÖROPATİSİ, DM
AMYOTROFİ (BRUNS-GARLAND)**

DM'de akut, asimetrik/tek taraflı ağrı (uyluk/bacak/
omuz), // PROKSİmal kas zayıflığı, atrofi, hiporefleksis
sonradan zamanla bilateralite

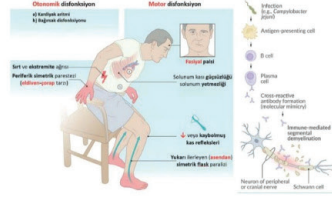


GUILLAIN-BARRE SENDROMU (GBS)



GBS'de inflamatuvar infiltratların biriktiği katman →
ENDONöryum

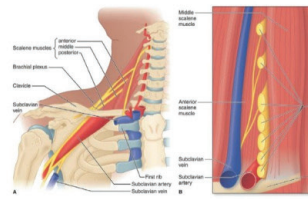
her bir fasikülü saran ve KAN-SİNİR BARIYERİ ni yapan →
PERİnöryum



Klinik Bilimler 155. soru
Tusem Küçük Stajlar COMPACTUS
Özet Ders Notu Sayfa 028

MILLER-FISHER → oftalmopleji, arefleksis, ataksi (antiGQ1b/
GT1a)

TORASİK OUTLET SENDROMU



Brakial Pleksus alt trunkusu (nTOS), arteria (<1%) ve vena (%3)
subklavia

Kol hiperabduksiyonda radial nabızın kaybolması (ADSON
testi)

Orijinal Soru: Klinik Bilimler 165

165. Araç içi trafik kazası sonrasında acil servise getirilen, spontan göz yanıtı olmayıp seslenildiğinde gözünü açan, konfüzyonu olan, motor yanıt açısından verilen komutları yerine getirebilen bir hastanın Glasgow koma skoru 13

Tusem COMPACTUS Özet Ders Notu

Tusem COMPACTUS Özet Ders Notu

İLGİLİ NOTLAR

10

KÜÇÜK STAJLAR

TUSEM®
TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

KALICI VEJETATİF DURUM (BİTKİSEL HAYAT)

Solunum, dolaşım, beyin sapı: **N** (Beyin ölümü **X**),

Beyin sapı refleksleri genellikle sağlam, apne yok

Uyku-uyanıklık döngüsü **VAR** // otonom fonksiyonlar **KORUNMUŞ III**Farklılıklar **X X** // Sürekli görsel takip **X X** // Koordineli yutma-çişme **X X**

Pin Point Pupilla Nedenleri P-n P-OI-N-T

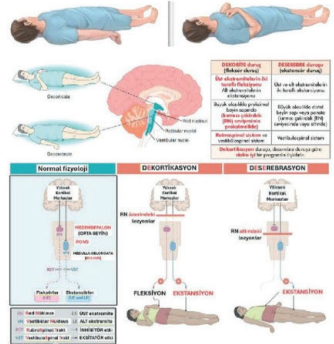
- P-i: Iokarpin intoksikasyonu
- P-o: Pons kanaması (reaktif pupil)
- P-iad: I-intoksikasyonu
- N-örosifiliz (Argyll-Robertson Pupil miyotik ve düzensiz, ARP-PRA !!!)
- T-alamus kanaması (unreaktif pupil)

ANİZOKORİ Nedenleri

Klinik Bilimler 165. soru
Tusem Küçük Stajlar COMPACTUS
Özet Ders Notu Sayfa 010

GLASGOW KOMA SKALASI

Göz açma	Verbal cevap	Motor cevap
4. Kendi kendine göz açar	5. Kendi kendine konuşur	6. Kendi kendine hareket eder
3. Gözleri dışarıya çevirir	4. Kendi kendine konuşmaz, ancak anlaşılabilir sesler çıkarır	5. Kendi kendine hareket etmez, ancak komutlara uyum gösterir
2. Gözleri dışarıya çevirmez	3. Kendi kendine konuşmaz, ancak anlaşılabilir sesler çıkarır	4. Kendi kendine hareket etmez, ancak komutlara uyum gösterir
1. Gözleri dışarıya çevirmez	2. Kendi kendine konuşmaz, ancak anlaşılabilir sesler çıkarır	3. Kendi kendine hareket etmez, ancak komutlara uyum gösterir
0. Gözleri dışarıya çevirmez	1. Kendi kendine konuşmaz, ancak anlaşılabilir sesler çıkarır	2. Kendi kendine hareket etmez, ancak komutlara uyum gösterir



BEYİN ÖLÜMÜ

Biri Anestezi uzmanı olmak üzere, diğeri Nöroloji veya Beyin Cerrahisi uzmanı olacak şekilde, 2 uzman izni gereklidir.

Kriterler	Beyin Ölümü Kriterleri
	Bilinen neden (örn. Travmatik beyin hasarı, inme) Yıkıcı MSS olayının (klinik, nörogörüntüleme vb.) kanıtı Karşınca durumların dışlanması (elektrolit, intoksikasyonlar) Vücut sıcaklığı $>36^{\circ}\text{C}$, SBP >100 mm Hg (Hipotermi olmamalı)
Muayene	Koma Beyin sapı reflekslerinin yokluğu: • Pupiller (2-3) • Korneal (V1-7) • Okülofokal/okülovestibüler (3-4-6-8) • Çene refleksi • Öksürük, Öğürme (9-10) Beyin kaynaklı motor yanıtların yokluğu (deserebre ve dekortike dahil) Apne testi: PaCO ₂ >60 mm Hg'ye solunum yanıtı yok *Omurilikten kaynaklanan hareketler (örn. DTR) halen mevcut olabilir.

Derin koma (GKS: 3), irreversible SSS hasarı, tüm beyin ve beyin sapı **X X**

Beyin Ölümü Tanısını EKARTE ETTİRMEYEN Testler
DTR, yüzeysel refleks alınabilir/Babinski (+) olabilir
Beyin ölümü gerçekleşmiş hastada ağrı uyaran sonrası kolların göğüs ön duvarında kavuşturulmasına LAZARUS refleksi adı verilir.
Solunum benzeri hareketler alınabilir.

Beyin Ölümü Tanısında KULLANILAN Testler
İşgüç direkt ve indirekt yanıt olmamalı (2-3. KS)
Okülofokal/okülovestibüler (KALORİK) refleks olmamalı (3-6-8. KS)
Kornea refleksi olmamalı (5-7. KS)
Öksürme, Öğürme refleksleri olmamalı (9-10. KS)
PaCO₂ >60 mm Hg iken apne sürüyorsa (apne testi +)
(En önemli tam kriteri spontan solunumun olmaması)
Beyin ölümünü desteklemek için yapılan atropin testi +

Beyin Sapı Refleksleri	Olası lezyon
Pupiller (2-3)	Mezensefalon
Okülofokal/Okülovestibüler (KALORİK) (3-4-6)	Mezensefalon/Pons
Kornea (V1-7)	Mezensefalon/Pons
Öksürme refleksi (10) GAG (Öğürme) refleksi (9-10)	Medulla oblongata (Bulbus)



ANKARA	Ziya Gökalp Cad. No: 3 (Sosyal İşhanı) Kat: 5 Kızılay/ANKARA 0 (312) 435 05 00
İSTANBUL	Beyazıtğa Mah. Topkapı Cad. No: 1 Kat: 3-4-5 Topkapı/İSTANBUL 0 (212) 523 10 00
ADANA	Yeni Baraj Mah. 68053 Sok. Aydın 6 Apt. No: 8/B Seyhan/ADANA 0 (322) 224 63 23
ANTALYA	Güllük cad. (Soytaş Ulukut İş Merkezi) Kat: 7 No: 10/27 Muratpaşa/ANTALYA 0 (242) 243 88 22
BURSA	Asimbey Cad. No: 12 Görükle Mah. B blok Daire: 2 Nilüfer/BURSA 0 (224) 441 74 14
EDİRNE	İstasyon Mahallesi Atatürk Bulvarı Libra Teras Evleri A blok Kat:2 No:193 D:16 MERKEZ /EDİRNE
ERZURUM	Lala Paşa Mah. İzzet Paşa Cad. Ömer Erturan İş Merkezi Kat: 1 No: 3 Yakutiye/ERZURUM 0 (442) 233 35 85
KOCAELİ	28 Haziran Mah. Turan Güneş Cad. No: 273 Kat: 1 İzmit/KOCAELİ 0 (553) 144 08 55
KONYA	Sahibi Ata Mahallesi Mimar Muzaffer Cad. Zafer Alanı Abide İş Merkezi: Kat: 4 Meram/KONYA 0 (332) 351 95 23
SAMSUN	Cumhuriyet Mah. 65. Sokak No: 3 Kat: 1 Atakum/SAMSUN 0 (362) 431 93 39



@tusemegitim



@tusemegitim



@tusemegitim



@tusemegitim



@tusemegitim



www.tusem.com.tr

