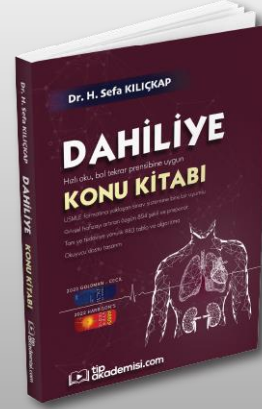
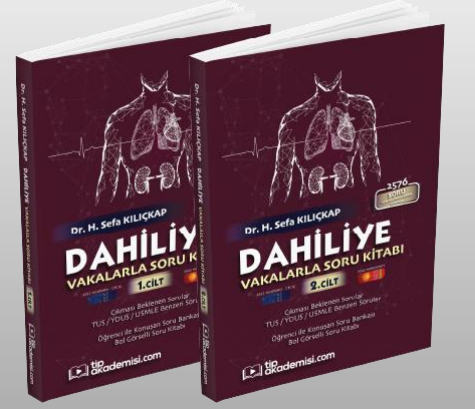


# 2026 AĞUSTOS REFERANSLARI

## DAHİLİYE DR. H. SEFA KILIÇKAP



- DAHİLİYE KONU KİTABI 18/22



- DAHİLİYE SORU KİTABI 18/22



- DAHİLİYE VIDEO PAKETİ 18/22



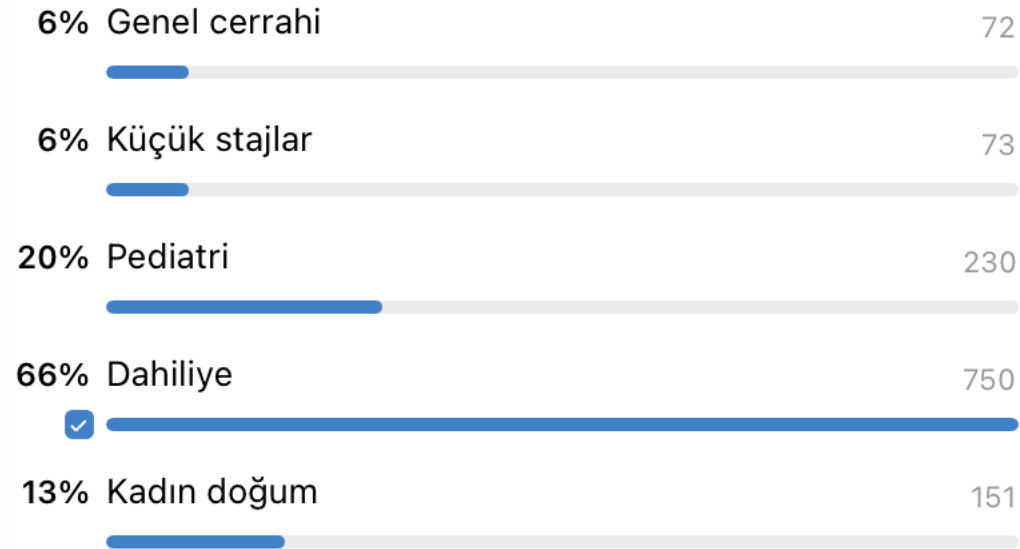
- DAHİLİYE SORU KAMPİ 16/22

2026  
AĞUSTOS  
TUS ÇIKMIŞ  
SORU

# SON YILLARIN EN YIKICI DAHİLİYESİ

Klinikte en çok zorlandığınız ders hangisiydi?

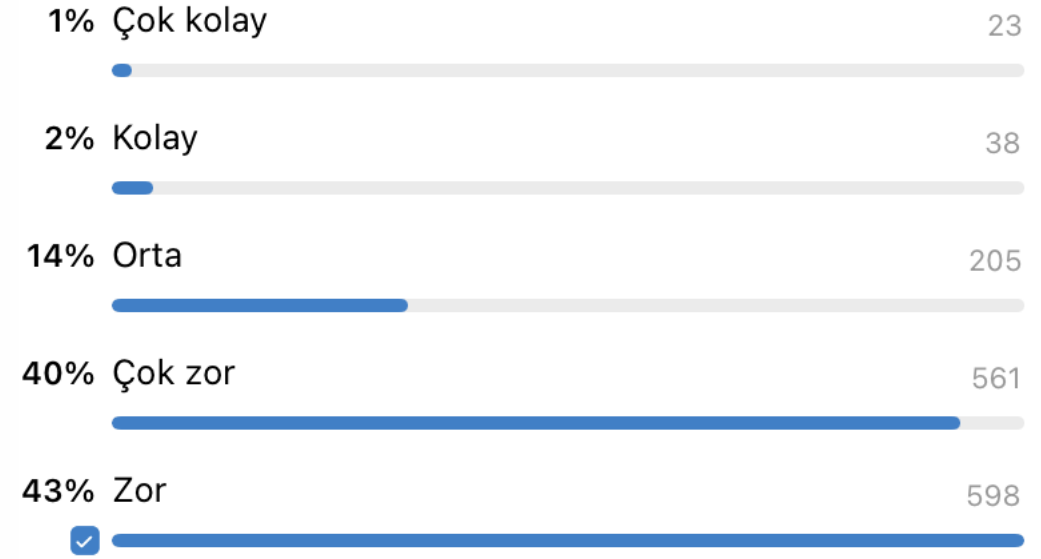
Anonim Anket



1 127 oy

Dahiliye soruları nasıldı?

Anonim Anket



1 392 oy

## DAHİLİYE

**2026  
AĞUSTOS  
TUS ÇIKMIŞ  
SORU**

**Son yıllarda dahiliye  
oldukça zor gelmekte.  
Bu sınav da öyle oldu.  
Kötü dahiliye  
netinizin sebebi asla  
siz değilsiniz !!**

**Artık dahiliyede hem  
kılavuz düzeyinde  
hem de ileri düzey  
yorum yapmayı  
gerektiren soruları  
görülüyor.**

## DAHİLİYE

2026  
AĞUSTOS  
TUS ÇIKMIŞ  
SORU

**Dahiliye: 18/22 referans**

**Diğer branşlar: 45**

**TOPLAMDA 63 REFERANS**

**Herkese tekrardan geçmiş olsun...**

## DAHİLİYE

Dahiliye konu kitabı 362.sayfa

2026  
AĞUSTOS  
TUS ÇIKMIŞ  
SORU

Silika maruziyeti sonrası tüberküloz riskinin arttığını sorgulayan soru.

**Silikozis:**

En sık meslek hastalığıdır

İnhale kristal silika **grup 1 karsinojen**dir

Fibröz yapıcı etkisi en yüksek inorganik tozdur → Uzun süre maruziyet → Fibrozis

Silika partikülleri makrofajlara toksiktir → **Tüberküloz**, atipik mycobakteriel ve mantar enf ↑

Silikozis varlığında kollajen doku hastalığı riski ↑ → Romatoid artrit, SLE, skleroderma

Asbest ve silika karışımı materyal → Talk / Vermiculite → Akciğer ca ve mezotelyoma riski ↑

# DAHİLİYE

## Dahiliye konu kitabı 197.sayfa

2026  
AĞUSTOS  
TUS ÇIKMIŞ  
SORU

Diyabetik, hipertansif ve ağır sigara içicisi olan vakada darlık yapmayan aterom plak tarif edilmiş ve ne yapılması gerektiği sorulmuş. Hastada LDL düzeyi 140 verilmiş. Bu vakada yapılması gereken statin eklemektir.

### Dislipidemi Tedavisinde Hedefler

|                     | Çok Yüksek Risk | Yüksek Risk | Orta Risk |
|---------------------|-----------------|-------------|-----------|
| LDL-K (mg/dL)       | < 55            | < 70        | < 100     |
| HDL dışı Kolesterol | < 85            | < 100       | < 130     |
| Apo B (mg/dL)       | < 65            | < 80        | < 100     |

#### Çok Yüksek Risk

- Kayıtlı klinik ASKVH (önceki AKS, stabil angina, koroner revaskülarizasyon işlemleri, inme, TIA ve PAH)
- Görüntüleme yöntemleri ile kayıtlı ASKVH (koroner anjiyografi veya BT'de veya karotis US'de plak görüntüsü)
- Hedef organ hasarlı (mikroalbuminüri, nöropati veya retinopati) DM veya en az 3 risk fak. eşlik etmesi veya >20 yıl Tip1 DM
- Ağır KBH (eGFR <30 mL/dak/1.73 m<sup>2</sup>)
- SCORE risk puanı ≥%10
- ASKVH'lı AH veya diğer majör risk faktörü ile beraber

#### Yüksek Risk

- Tek bir risk faktörünün görüldüğü durumlar, özellikle Total-K >310 mg/dL veya LDL-K >190 mg/dL veya KB ≥180/110 mmHg
- Diğer majör risk faktörlerinin eşlik etmediği AH
- 10 yıldan uzun süren ve beraberinde hedef organ hasarı veya diğer risk faktörleri olmayan DM
- SCORE risk puanı %5-9

#### Orta Risk

- <10 yıl süreli genç ve diğer risk faktörleri olmayan DM (Tip1 DM <35 yaş; Tip2 DM <50 yaş)
- SCORE risk puanı 1-4

#### Düşük Risk

- SCORE risk puanı <%1

| 10 yıllık<br>ölümcül<br>ASKH riski |                                   | Serum LDL-K Düzeyi (mg/dl)                                                   |                                                                              |                                                                              |                                                                        |                                                                              |                                                        |
|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
|                                    |                                   | <55                                                                          | 56-69                                                                        | 70-99                                                                        | 100-115                                                                | 116-189                                                                      | ≥190                                                   |
| PRİMER KORUMA                      | <%1,<br>düşük<br>riskli           | Yaşam tarzı önerileri                                                        |                                                                              |                                                                              |                                                                        | Yaşam tarzı<br>önerileri<br>Eğer kontrol<br>edilemezse ilaç<br>düşünülebilir | Yaşam tarzı<br>önerileri ile<br>birlikte ilaç<br>başla |
|                                    | %1-4,<br>orta<br>derece<br>riskli | Yaşam tarzı önerileri                                                        |                                                                              |                                                                              | Yaşam tarzı önerileri<br>Eğer kontrol edilemezse<br>ilaç düşünülebilir | Yaşam tarzı<br>önerileri ile<br>birlikte ilaç<br>başla                       |                                                        |
|                                    | %5-9,<br>yüksek<br>risk           | Yaşam tarzı önerileri                                                        |                                                                              | Yaşam tarzı<br>önerileri<br>Eğer kontrol<br>edilemezse ilaç<br>düşünülebilir | Yaşam tarzı önerileri ile birlikte ilaç<br>başla                       |                                                                              |                                                        |
|                                    | ≥%10,<br>çok<br>yüksek<br>risk    | Yaşam tarzı<br>önerileri                                                     | Yaşam tarzı<br>önerileri<br>Eğer kontrol<br>edilemezse ilaç<br>düşünülebilir | Yaşam tarzı önerileri ile birlikte ilaç başla                                |                                                                        |                                                                              |                                                        |
| SEKONDER KORUMA                    | Çok<br>yüksek<br>risk             | Yaşam tarzı<br>önerileri<br>Eğer kontrol<br>edilemezse ilaç<br>düşünülebilir | Yaşam tarzı önerileri ile birlikte ilaç başla                                |                                                                              |                                                                        |                                                                              |                                                        |

#### Dislipidemi Tedavisinde Hedefler

|                     | Çok Yüksek Risk | Yüksek Risk | Orta Risk |
|---------------------|-----------------|-------------|-----------|
| LDL-K (mg/dL)       | < 55            | < 70        | < 100     |
| HDL dışı Kolesterol | < 85            | < 100       | < 130     |
| Apo B (mg/dL)       | < 65            | < 80        | < 100     |

## DAHİLİYE

Dahiliye konu kitabı 305.sayfa

2026  
AĞUSTOS  
TUS ÇIKMIŞ  
SORU

ST elev MI'da tercih edilmesi en az olası durum sorulmuş. MI vakalarında antikoagulan verilir. Soruda antikoagülandan kaçınılması demiş. Aksine antikoagulan verilir.

## Anti-koagulan tedavi

- ▶ Hemen başlanmalıdır
- ▶ Açılan damarın yeniden tıkanmasını engeller
- ▶ En önemli yan etkisi kanamadır
- ▶ Öncelikle standart heparin tercih edilir → 70-100 U/kg bolus yapılır
- ▶ Trombolitik tedavi alacaksa DMAH tercih edilir

2026  
AĞUSTOS  
TUS ÇIKMIŞ  
SORU

Skleroderma vakası üzerinden görülmesi en az olası GİS bulgusu sorulmuş. Hiatal herni reflü zemininde görülür ve sklerodermaya eşlik etmesi beklenmez.

### Gastrointestinal sistem tutulumu:

En sık viseral tutulum şeklidir

Tüm GİS'te küçük damarlarda **obliteratif vaskülopati**, düz kaslarda **atrofi ve enfarkta uğramış mukoza**  
Hem diffüz hem de sınırlı tipte %90'lara varan oranlarda gözlenir

En sık tutulan GİS segmenti **özefagustur**

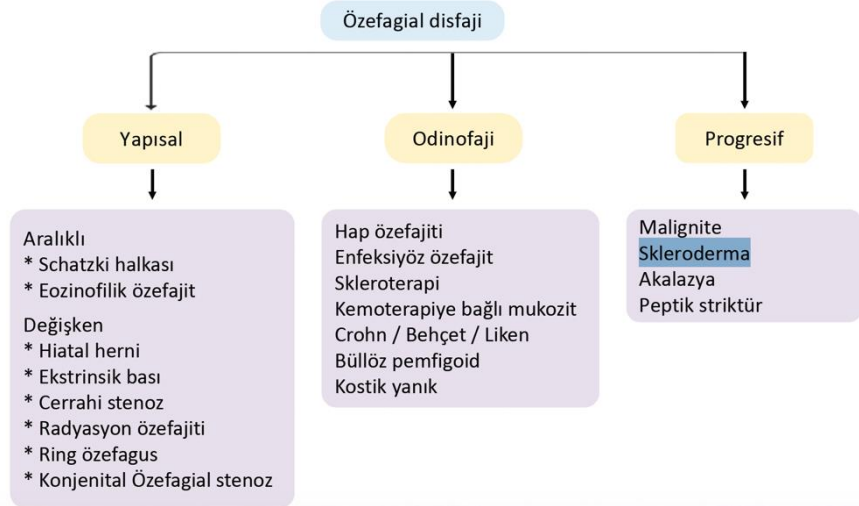
- ♦ En tipik bulgu **dismotilitedir**
- ♦ Üst özefagus motilitesi korunmuştur
- ♦ Motilite ↓, Alt özefagus tonusu ↓, Mide boşalması gecikir → **GÖRH**
  - ▶ Striktür, özefajit, barret metaplazisi, adenokanser riski ↑
  - ▶ Ses kısıklığı, kronik öksürük, aspirasyon pnömonisi

Mide boşalması gecikir → Gastroparezi, erken doyumluk, şişkinlik, reflü

Gastrik antral vasküler ektazi → Tekrarlayan GİS kanaması ve demir eksikliği anemisi

İntestinal motilite ↓

- ▶ Bakteriyel aşırı çoğalma → **Malabsorbsiyon**, Kronik ishal
- ▶ Pseudo-obstrüksiyon
- ▶ İntestinal gaz barsak duvarında hapsolür → **Pneumosis cystoides intestinalis**



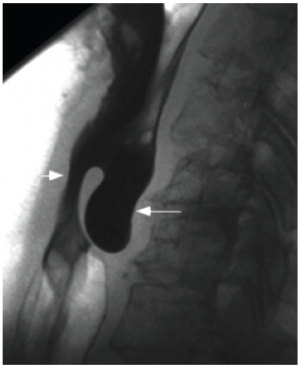
2026  
AĞUSTOS  
TUS ÇIKMIŞ  
SORU

Zenker divertikülünde görülmesi en az olası durum sorugulanmış. Striktür daha çok koroviz madde hasarında ve mediastinel RT uygulanan hastalarda görülür.

**Radyasyon Özefajiti:**

En sık meme ve akciğer kanserine bağlı radyoterapi alımı sonrası gelişir  
Doksorubisin / bleomisin / sispaltin / siklofosamid kullanımında risk ↑  
Özefajitin derecesi radyasyon dozuyla doğru orantılı  
Haftalar, aylar süren odinofaji ve disfaji gözlenir → Zamanla submukozal fibrozis  
5000 cGy üzeri radyasyon maruziyeti → Striktür gelişimi → Balon dilatasyon  
Temel tedavi destek tedavisidir

**Faringo-Özefagial Divertikül:**  
(Zenker's Divertikül)



En sık izlenen divertiküldür

Pulsiyon tipi (itme) divertiküldür → Tipik olarak sol tarafta yerleşiktir

Krikofaringeal kasta prematür kasılma → "Killiani" bölgesinden herniasyon

Özefagus herniasyonu → Kese oluşumu → Sindirilmemiş besin birikimi

- ◆ Regürjitason, halitozis, disfaji
- ◆ Boyuna basınca ağıza sindirilmemiş gıda gelmesi
- ◆ Bakteri kolonizasyonu ↑ → Enfeksiyon
- ◆ Aspirasyon pnömonisi riski ↑ ↑
- ◆ Bronko-pulmoner fistül → Pnömoni
- ◆ Skuamoz hücreli özefagus kanseri riski ↑

# DAHİLİYE

Dahiliye konu kitabı 158. sayfa

2026  
AĞUSTOS  
TUS ÇIKMIŞ  
SORU

Somatostatin reseptör 5'e afinitesi olan pasireotid sorusu

**Pasireotid:**

Okreotit ve lanreotid dirençli olgularda kullanılır

Somatostatin reseptör-5'e bağlanır

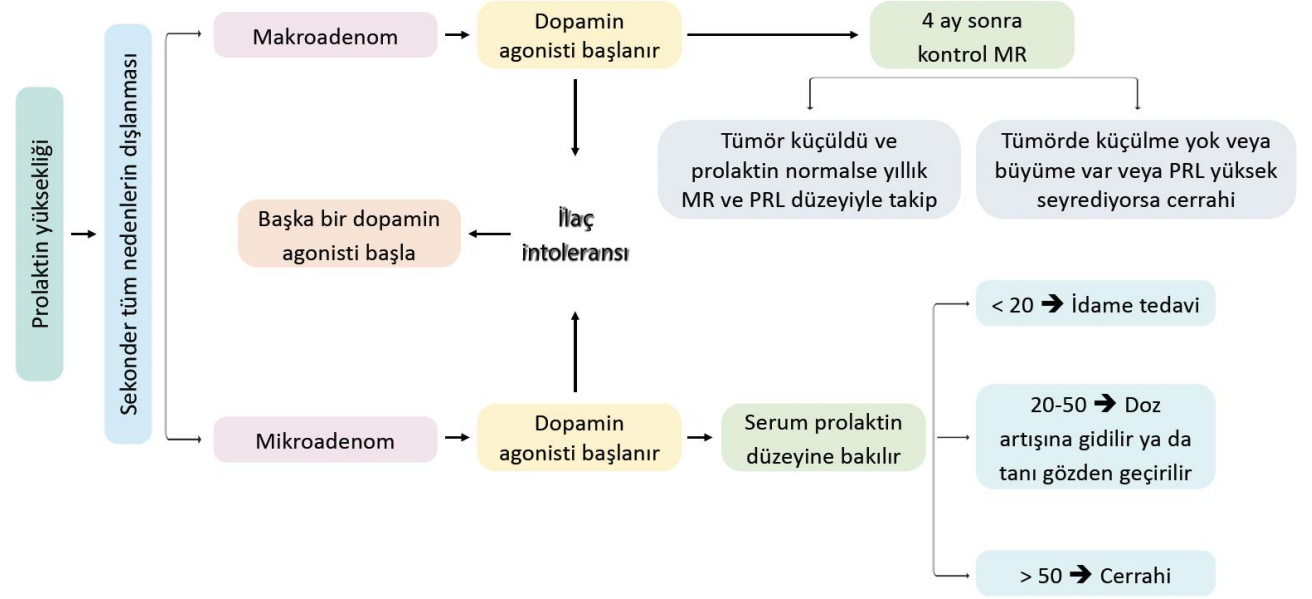
# DAHİLİYE

## Dahiliye konu kitabı 155. sayfa

2026  
AĞUSTOS  
TUS ÇIKMIŞ  
SORU

Prolaktinoma ile ilgili yanlış olanın sorgulandığı soru. Mikroadenomlar zamanla makroadenoma dönmez. Mikro gelen mikro; makro gelen makro devam eder diyebiliriz.

İlk tercih non-ergot kabergolindir. Genelerde bromokriptin yani bir dopamin agonisti verilir. Mikroadenomda yine dopamin agonisti başlanır.



**Kabergolin:**

D<sub>2</sub> agonist etkili, non-ergot türevi **ilk tercih** ilaçtır  
Gebelikte kontendikedir  
**Nonkalsifik, folliküler fibröz plak** → Rutin EKO takibi

**Bromokriptin:**

D<sub>2</sub> agonist etkili ergot türevi ilaçtır  
**Gebelikte ilk tercih**

**Quanagolide:**

Non-ergot türevi D<sub>2</sub> agonist → Bromokriptin dirençli olgularda ilk tercih

**Pergolid:**

Hem D<sub>1</sub> hem de D<sub>2</sub> agonistidir → Tek doz uygulanır

**Temozolomid:**

Malign prolaktinomada kullanılır

## DAHİLİYE

Dahiliye konu kitabı 248. sayfa / Flash dahiliye 134. sayfa

2026  
AĞUSTOS  
TUS ÇIKMIŞ  
SORU

Miyelomda iyi prognoz kriteri olan sorgulanmış. t (4;14), t (14;16), t (14;20) pozitifliği, 17p delesyonu kötü prognozla ilişkilidir. Hiperdiploidi iyi prognozla ilişkilidir.

- Miyelomda hiperdiploidi, **t(11;14), t(4;14), t(14;16)**, 1q amplifikasyonu izlenebilir.
  - ☛ Hipoalbuminemi, t(4;14), t(14;16), t(14;20), del(17p), del(1p) ve amp1q kötü prognozu gösterir.

**Evreleme:**

En değerli parametre **b<sub>2</sub> mikroglobulin**dir → Yüksekliği **kötü prognoz** kriteridir

**Evre 1:** b2 mikroglobulin < 3,5 mg/dL ve albumin ≥ 3,5 mg/dL

**Evre 2:** Evre 1 ve 3'le uyumlu değil

**Evre 3:** b2 mikroglobulin ≥ 5,5 mg/dL

**Albumin** yüksekliği iyi prognozla ilişkilidir

t (4;14), t (14;16), t (14;20) pozitifliği, 17p delesyonu → Kötü prognoz

Plazma hücresinin labeling index artışı

## DAHİLİYE

Dahiliye konu kitabı 238. sayfa

2026  
AĞUSTOS  
TUS ÇIKMIŞ  
SORU

Hodgkin lenfomada prognoz kriteri olmayanın sorgulandığı soru. LDH prognostik kriter değildir.

**Prognoz:**

Uluslararası prognoz skoru kullanılır:

**H**emoglobin  $< 10,5$  g/dL

**A**lbumin  $< 4$  gr/dL

**L**ökosit sayısı  $\geq 15.000 / \text{mm}^3$

**L**enfosit sayısı  $< 600 / \text{mm}^3$  veya lökosit sayısının %8'inden az olması

**E**rkek cinsiyet

**E**vre 4 hastalık

**Y**aş  $\geq 45$

## DAHİLİYE

Flash dahiliye kitabı 28. sayfa

2026  
AĞUSTOS  
TUS ÇIKMIŞ  
SORU

Hereditör non-polipozis kolorektal kanserde görülmesi en az olası genetik mutasyonun sorgulandığı soru. STK 11 peutz jeghers sendromunda görülür.

**Hereditör non-polipozis  
kolorektal kanser**  
(en sık hereditör KRK)

- DNA zincirinde hatalı eşlemeler DNA onarım genleri olan **MLH1, MSH2, MSH6 ve PMS2** tarafından düzeltilir.
- Eğer DNA onarım genlerinde bir mutasyon olursa hatalar düzeltilemez → **Lynch sendromu** denir. OD geçer.
- Sporadik kanserler sıklıkla sol kolon yerleşimliken Lynch sendromu **sağ kolon** yerleşimlidir. Hastalar **50 yaşından önce** tanı alır
- Prognozu sporadik kanserlere göre daha iyidir. **Senkron** ve **metakron** olma ihtimali sporadik tümörlerden daha fazladır.
- Tanısı **Amsterdam kriterlerine** göre konur (kriterlerin hepsi karşılanmalı) 📌📌
  - ✓ En az **3** akrabada kolorektal kanser olmalı
  - ✓ Kanser en az **2** ardışık nesli etkilemeli
  - ✓ En az **1** akrabada tanı 50 yaşından önce konulmalı
- En sık **kolon kanser** görülür. İkinci sıklıkta görülen tümör ise **endometriyum** kanseridir. Ayrıca mide, pankreas, böbrek, over, ürotelyal, ince barsak, beyin, safra yolu ve cilt kanserlerinin görülme sıklığı da artmıştır. Ancak meme kanseri riskinde belirgin artış beklenmez.
- Vakaların **%90'ında MLH1 ve MSH2'de** mutasyon vardır. Aile üyeleri kolon kanseri için 25 yaştan itibaren **1-2 yılda bir kolonoskopiyle** taranır. **yıllık transvajinal USG ve endometrial biyopsiyle** endometriyum kanseri taranmalı.

2026  
AĞUSTOS  
TUS ÇIKMIŞ  
SORU

Ortodeoksinin eşlik ettiği dispne tipinin sorgulandığı soru.  
Son hafta verdiğim spot tekrar PDF'sinde yazdığım bir bilgiydi.

- Yatarken kaybolan; oturur pozisyonda veya ayakta gelişen dispneye **platipne** denir. En önemli iki örneği **sol atriyal miksoma ve hepatopulmoner (ortodeoksi) sendromdur.**

## DAHİLİYE

Dahiliye konu kitabı 432. sayfa

2026  
AĞUSTOS  
TUS ÇIKMIŞ  
SORU

Gut atağında verilmesi en az olası olan allopürinolonun sorgulandığı soru.

**Akut gut artriti:**

Temel amaç ağrıyı hafifletmek ve atağı en kısa sürede sonlandırmaktır

NSAİİ: GİS yakınması yapar ve renal fonksiyonları bozabilir

Kolşisin: Diyaliz hastalarında verilmez. Doz kısıtlayıcı yan etkisi ishaldir

Steroid: NSAİİ ve kolşisin yanıtı az vakalarda verilir

ACTH: Anti-inflamatuvar olarak verilir

IL-1 antagonisti: Anakinra / Canakinumab / Rilonacept

2026  
AĞUSTOS  
TUS ÇIKMIŞ  
SORU

Kontrast nefropati sorusu. Sınavın en zor sorularından. Anjiyografide kontrast verilmesi sonrasında böbrek fonksiyon testinde bozulma olan hastada seçeneklerde en uyumlu klinik kontrast nefropatidir.

**Kontrast Nefropati:**

Kontrast maddeden 48-72 saat sonra bazal kreatinin değerinde %25'lik ya da 0,5 mg/dL ↑  
Kontrastın tübülotoksik etkisi ve yoğun vazokonstrüksiyon patofizyolojide temel 2 noktadır  
Hızlı düzelir bu yüzden diğer klinik nefritlerden ayrılır  
FeNa < %1 ve Non-oligürik ATN nedenidir

**Risk Faktörleri:**

Bilinen kronik böbrek hastalığı  
Diabetes mellitus / Hiperglisemi  
Multiple myelom  
Hiperosmolar kontrast / Yüksek doz arteriyel uygulama / Perkütan girişim  
ACE inh / ARB / NSAİİ / Diüretik kullanımı  
İleri yaş  
Kalp yetmezliği / Renal hipoperfüzyon varlığı

Hipertansiyon risk faktörü değildir

2026  
AĞUSTOS  
TUS ÇIKMIŞ  
SORU

Diyalizle beta mikroglobulin birikimine bağlı gelişen karpal tünel sendromunun sorgulandığı soru.

### Diyaliz amiloidozu:

b2 mikroglobulin proteinlerinden Ab2M amiloid fibril oluşumu vardır

- ◆ Ancak tanıda b2-mikroglobulin düzeyine bakılmaz
- ◆ Karpal tünelde birikir → Karpal tünel sendromu

Asemptomatik seyreder → Nefrotik sendrom kliniği

Diyalize başlama yaşı ve diyalizde kalma süresi en önemli risk faktörüdür

# DAHİLİYE

Dahiliye konu kitabı 451. sayfa

2026  
AĞUSTOS  
TUS ÇIKMIŞ  
SORU

Lewy cisimcikli demansın sorgulandığı soru.

## **Lewy cisimcikli demans:**

Parkinson bulgularıyla karakterize demans durumudur  
Görsel halüsinasyonlar ön planda izlenir  
Nöroleptik ajanlara aşırı duyarlılık görülür  
Biyopside Lewy cisimcikleri tanı koydurucu bulgudur

## DAHİLİYE

Dahiliye konu kitabı 270. sayfa

2026  
AĞUSTOS  
TUS ÇIKMIŞ  
SORU

Rabdomiyolizde görülmesi beklenmeyen laboratuvar sorulmuş. Bikarbonat artışı beklenmez.

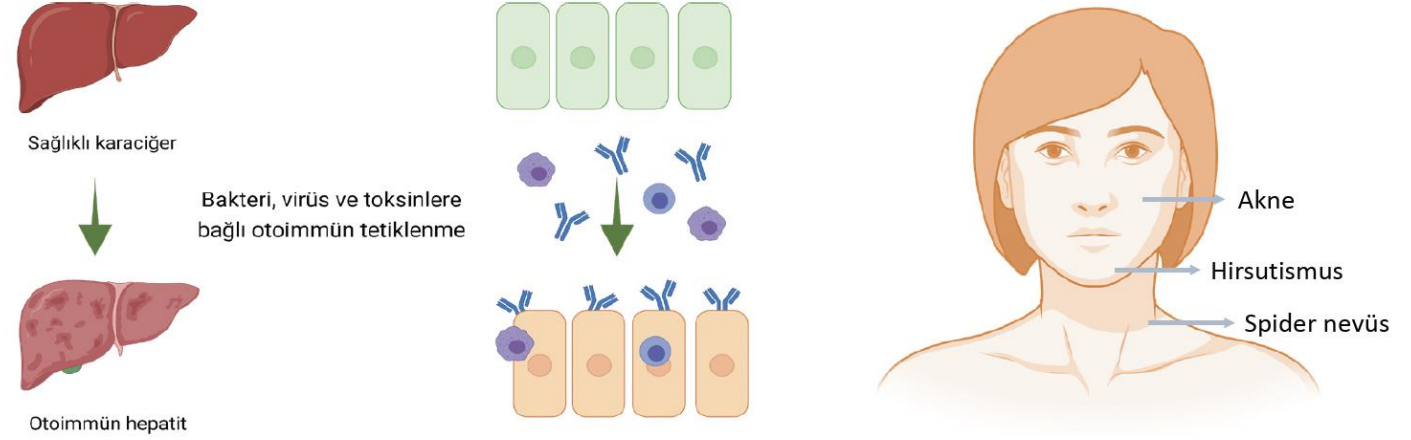
**Hücre yıkımı** → İntrasellüler metabolitler kana geçer

- ◆ Ürik asit ↑ → Akut tübüler nekroz → Akut böbrek yetmezliği
- ◆ Potasyum ↑ → EKG'de T sivrililiği → Aritmi → Diyastolik arrest
- ◆ Magnezyum ↑ → Parestezi, tetani, konvülsiyon
- ◆ Fosfor ↑ →  $Ca^{++}$  ile bağlanır → Hipokalsemi

2026  
AĞUSTOS  
TUS ÇIKMIŞ  
SORU

Otoimmün hepatit sorusu.

Hipergamaglobulinemi + Otoantikor (+)'liği + Extrahepatik bulgu (*Akne / Stria / Spider nevus / Hirşut*)



Genellikle kronik hepatit gibi semptomatik seyredebileceği gibi bazen akut yetmezlikle de gelebilir

Hafif-orta AST / ALT yüksekliği / Poliklonal hipergamaglobulin

Viral seroloji negatif (*yalancı anti-HCV pozitifliği gözlenebilir*)

Otoantikorlardan **en sık ANA** pozitifliği izlenir → Homojen boyanma gösterir

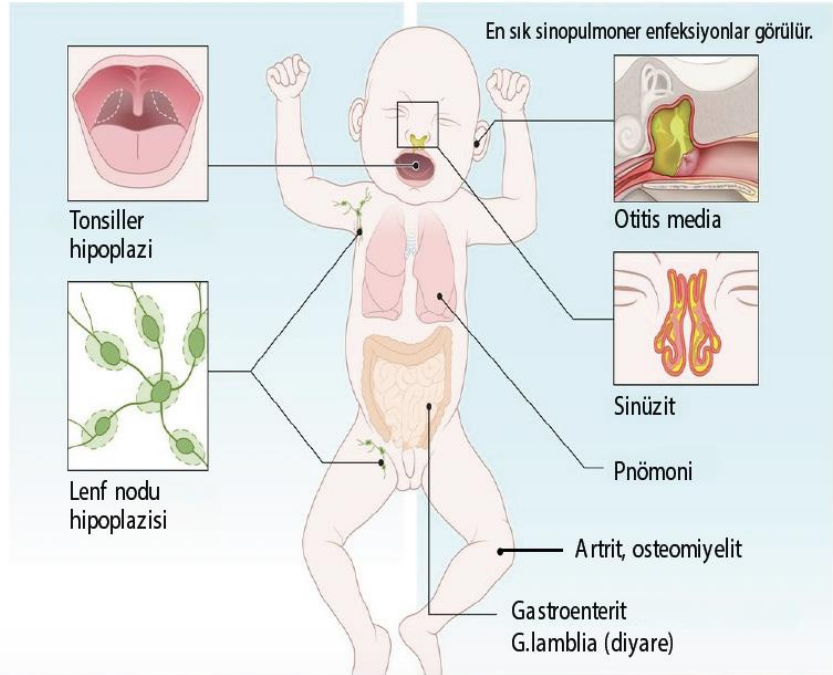
Tanıda en önemli antikor anti düz kas antikor (ASMA)'dır

♦ **Anti-aktin antikor**ları ASMA'dan daha sensitif ve daha spesifiktir

Biyopside **plazma hücre** artışı görülmesi tanısaldır

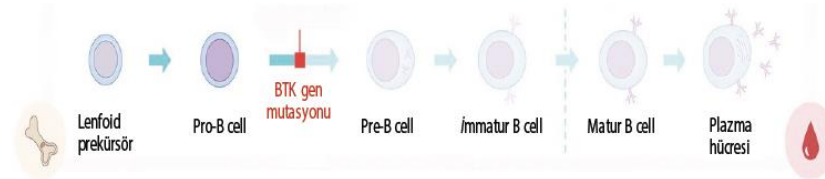
2026  
AĞUSTOS  
TUS ÇIKMIŞ  
SORU

X'e bağlı agamaglobülinemi sorusu.  
Son hafta verdiğim ücretsiz spot PDF notunda yazmaktaydı.



● **X'E BAĞLI AGAMMAGLOBULİNEMİ:** Normalde B lenfositler plazma hücresine döner ve antikorlar (Ig G, A, M, D, E) oluşur. Oluşan antikorlar da kapsüllü bakterilere karşı koruma sağlar.

- ➡ Bruton tirozin kinaz, pre/pro B lenfositlerin olgun B lenfositte dönmesini sağlayan enzimdir.
- ➡ Bruton tirozin kinaz, gen mutasyonu sonucu B hücre matür hale gelemez ve antikor oluşamaz
- ➡ **Agammaglobulinemi** denir.
- ➡ Tüm Ig'lerin düzeyi düşük beklenir. Periferik kanda CD19 ve CD20+ B lenfosit sayısı çok düşüktür ve <2'dir. Lenf nodu hipoplaziktir; özellikle germinal merkez çok küçük veya yoktur.



## DAHİLİYE

Dahiliye konu kitabı 382. sayfa

2026  
AĞUSTOS  
TUS ÇIKMIŞ  
SORU

Tüberküloz tedavisinde steroid verilmesi gerekmeyen durumun sorgulandığı soru. Lenfadenitte steroid verilmez.

***Steroid tedavisi:***

Tüberküloz menenjitte nörolojik sekeli azaltmak için  
TBC perikarditte kontrüksiyona gidişi önlemede  
Çocukluk çağı tüberkülozunda bronş çevresi basıyı azaltmak için  
Tbc ilaçlarına aşırı duyarlılık hali varlığında  
Tüberküloz menenjit ve perikarditte steroid **mortaliteyi azaltır**

# DAHİLİYE

Dahiliye konu kitabı 274. sayfa

2026  
AĞUSTOS  
TUS ÇIKMIŞ  
SORU

Uygunsuz adh yapmayan ilacın sorgulandığı pediatri sorusu. L-asparaginaz uygunsuz ADH yapmaz.

## L-asparaginaz

- **G1 fazına spesifik** asparajini aspartik aside çeviren enzimdir. **Sadece ALL tedavisinde** verilir.
- Protein yapılı olduğu için **aşırı duyarlılık reaksiyonlarına** yol açar → Steroidle birlikte verilir.
- **Hemostaz bozukluğu** ve buna bağlı **kanama** gelişir; pankreas toksisitesi sonucu **hiperglisemi**, **hiperamilazemi** ve **insülin salgısında azalma**, **diyabet** görülebilir. Ayrıca **tromboz** da gelişebilir.

## Uygunsuz ADH sendromu

Vazopressin salgısı

- En sık **küçük hücreli akciğer kanserinde** görülür.
- **Siklofosamid**, ifosfamid, sisplatin ve **vinka alkaloidleri** de yapabilir.

## Uygunsuz ADH:

En sık küçük hücreli akciğer kanserinde görülür  
Siklofosamid, ifosfamid, vinblastin, vinkristin, bortezomib

2026  
AĞUSTOS  
TUS ÇIKMIŞ  
SORU

Geniş nabız basıncının sorgulandığı soru.

**Perikardiyal  
Tamponad**

Perikardiyal efüzyonun artmış ve ani gelişen halidir

- ♦ Yavaş biriken 2-3 litre sıvı tamponada yol açmazken akut biriken 150 ml tam
- ♦ Efüzyondan farkı diyastolik doluşun engellenmiş olmasıdır



En sık nedeni **maligniteler**dir → En sık meme ve akciğer maligniteleri yol açar  
Kalbin diyastolde doluşu engellenir → Kan venöz sistemde kalır → Venöz basınç

- **Tansiyon ↓**
- **Boyun venöz dolgunluk** / Ağrılı hepatomegali / Ödem / Asit
- Kalp sesleri perikard arasındaki sıvıdan dolayı derinden gelir
  - ♦ EKG'ye düşük voltaj → Elektriksel alternans olarak yansır

Hastada dispne olmasına rağmen **akciğerler dinlemekle normaldir**  
Nabız basıncı daralmıştır → Pulsus paradoksus

**Aort Yetmezliği**

**Aort kökü dilatasyonu** → Pür aort yetmezliğinin en sık sebebidir

- ♦ En sık neden idiyopattır
  - ♦ Dejeneratif aort dilatasyonu
  - ♦ Aortik kistik medial nekroz
  - ♦ Sistemik hipertansiyon
  - ♦ Aort diseksiyonu
  - ♦ Sifilitik aortit / Ankilozan spondilit / Behçet hastalığı

Primer aort kapak tutulumu → En sık neden **biküspit aortik kapaktır**

En sık semptom çarpıntıdır

Kan aorta atılır → Aort kapağı yetemediği için sol ventriküle geri kaçar →  
Teled kardiomegali ve proksimal aorta dilate görünür → Kalbi en çok bi

**Fizik muayene:**

Erb odağında erken diyastolik üfürüm

Geri kağan kanın rölaf mitral darlık yapması → **Austin Flint üfürümü**

Hızlı yükselen, çabuk kaybolan nabız → **Pulsus altus et celer**

Sistol-diyastol arası basınç farkı > 50 → **Geniş nabız basıncı**

# DAHİLİYE

Dahiliye konu kitabı 81. sayfa

2026  
AĞUSTOS  
TUS ÇIKMIŞ  
SORU

Sklerozan kolanjkitin sorgulandığı soru. Hiperbilirubinemi, GGT ve Ig G yüksekliği üzerinden sorgulanmış. Ayrıca MRCP'de dilate safra yolu varlığından bahsetmiş.

## Klinik:

İntra ve/veya ekstrahepatik safra yollarında Progresif inflamasyon + Fibrozis + Obstrüksiyon  
İntrahepatik sekonder bilier sirozun en sık sebebi  
Erkeklerde daha sık → En sık asemptomatik olarak izlenir  
En sık eşlik eden hastalık **ülseratif kolit**'tir  
→ PSK varlığında mutlaka İBH açısından mutlaka araştırılır  
→ Otoimmün pankreatit, retroperitoneal, peritoneal, mediastinal fibrozis, riedel tiroidit  
Kolanjiocellüler kanser ve safra kesesi kanseri riski artmıştır → Yıllık takip edilir  
Ig G<sub>4</sub> ilişkili olabilir → Her yeni tanı PSK'te Ig G<sub>4</sub> düzeyine bakılmalıdır

## Tanı:

Safra akımı bozulur → Kolestaz gelişir  
♦ ALP / GGT ↑  
♦ USG'de İHSY / EHSY genişlemiştir  
♦ Total Biluribin / Direkt Biluribin ↑ → Sarılık

## DAHİLİYE

Dahiliye konu kitabı 92. sayfa

2026  
AĞUSTOS  
TUS ÇIKMIŞ  
SORU

Sistin taşı ile ilgili yanlış olan sorgulanmış.  
Sistin taşları üçgen değil; altıgendir.

🔍 **Sistin kristalleri:** Altıgen şeklinde, sistinüri için tanısıl kristallerdir

# DAHİLİYE

## Dahiliye konu kitabı 129. sayfa

2026  
AĞUSTOS  
TUS ÇIKMIŞ  
SORU

Distal RTA etiyolojisinde olmayanın sorulduğu soru. Sistinozis proksimal RTA / Fankoni sendromu yapar. Distal RTA yapmaz.

### Orak Hücre Nefropatisi:

Renal medulladaki vasa rektaların oraklaşan eritrositlerle tıkanması sonucu gelişir  
Ultrafiltrat akamaz → Glomerüllerde birikir → **Büyük glomerüller**  
**Papiller nekroz** sık izlenir → İlerlemiş evrede **FSGS** gelişir → Kronik böbrek yetmezliği  
İdrar asidifikasyonu bozulur → **Distal renal tübül asidoz**

### Distal RTA: (Tip 1 RTA)

Distal tübülün esas görevi  $H^+$  sekresyonuyla idrarı asidifiye eder  
Distal tübülde  $H^+$  sekresyon bozukluğu → Distal RTA

- ◆  $H^+$  sekrete edilemez
  - ▶ İdrar pH > 5,5
  - ▶ Kan  $H^+$  ↑ → Metabolik asidoz
  - ▶  $Ca^{+2}$  atılır → Hipokalsemi / Hiperkalsiüri → Nefrolitiyazis
  - ▶  $K^+$  atılır → Hipokalemi

En sık sebebi idiyopatiktir → En sık sekonder sebep **Sjögren sendromu**

### Fanconi sendromu:

Proksimal tübülün total disfonksiyonudur

- ◆ Su geri emilimi ↓ → Poliüri / Polidipsi → Dehidratasyon
- ◆  $Na^+$  geri emilimi ↓ → İdrar  $Na^+ > 20$  → Tuz kaybettiren nefropati
- ◆  $HCO_3^-$  geri emilemez
  - ▶ Kan pH ↓ → **Proksimal RTA**
  - ▶ Su geri emilir → Hiperkloremi
  - ▶ Aniyonik - hiperkloremik anyon gap normal metabolik asidoz
  - ▶  $Na^+$  geri emilimi ↓ → Aminoasidüri
  - ▶ Glukoz geri emilimi ↓ → Glukozüri (kan glukozu normaldir)
  - ▶ Amino asit sentezi ↓ → Raşitizm / Osteomalazi
  - ▶  $Ca^{+2}$  geri emilimi ↓ → Hipokalsemi / Hiperkalsiüri → Nefrolitiyazis
- ◆ Hipofosfatemik rikets sıklığı ↑
- ◆ Çocuklarda en sık sebep **sistinozis** iken yetişkinlerde en sık sebep **multiple myelom**dur

# DAHİLİYE

Dahiliye konu kitabı 419. sayfa

2026  
AĞUSTOS  
TUS ÇIKMIŞ  
SORU

Vaskülit tanısını desteklemeyenin sorulduğu soru

Trombosit akut faz reaktanı olduğu için  
trombositoz görülür.

ANCA oluşumu



Wegener  
Churg Straus  
m-PAN

## 6. EOZİNOFİLİK GPA

## ROMATİZM

Astım ve / veya alerjik rinit + Eozinofili + Ekstravasküler granülomatöz vaskülit

### Kas-iskelet:

PAN en sık kas -iskelet sistemini tutar → Artrit / Artralji / Miyalji

### Renal:

Hastaların yarısından fazlasında görülür

Arcuat ve interlobar arterler tutulur → Mikroanevrizma → Renin bağımlı HT

Yeni başlayan hipertansiyon PAN'da renal tutulumun habercisidir

Proteinüri, hematüri ve böbrek yetmezliği gelişir

Küçük damar vaskülitı olmadan glomerül tutulumu beklenmez

# DAHİLİYE

Dahiliye konu kitabı 183. sayfa

2026  
AĞUSTOS  
TUS ÇIKMIŞ  
SORU

Diyabetik ketoasidoz tedavisini sorgulayan soru.

**Diabetik Ketoasidoz:** Kan şekeri  $> 250 \text{ mg/dL}$  + pH  $< 7.3$  + Bikarbonat  $< 15 \text{ mEq/L}$

Serum ve idrar ketonu (+)  $\rightarrow$  (en güvenilir keton  $\rightarrow$  beta hidroksi bütirat)

En sık neden enfeksiyondur  $\rightarrow$  2.sıklıkta insülin yetersizliği

Enfeksiyon  $\rightarrow$  İnsülin ihtiyacı  $\uparrow$   $\rightarrow$  İnsülin / glukagon  $\downarrow$

- ♦ Glukoneogenez  $\uparrow$
- ♦ Keton sentezi  $\uparrow$ , Kullanımı  $\downarrow$
- ♦ Periferik glukoz kullanımı  $\downarrow$ , Kan glukozu  $\uparrow$

Kardiyak output  $\downarrow$ , Vasküler tonus  $\uparrow$ , Kardiyovasküler kollaps  $\rightarrow$  Laktik asidoz

Glukoz  $\uparrow$ , Osmotik diürez  $\uparrow$ , Dehidratasyon  $\rightarrow$  Metabolik asidoz

Glukoz  $\uparrow$ , Osmolarite  $\uparrow$ , Kompanzasyon için  $\text{Na}^+$  hücre içine girer

- ♦ Hiponatremi
- ♦  $\text{K}^+$  hücre dışına  $\rightarrow$   $\text{K}^+$   $\uparrow$

Tedavide ilk yapılması gereken  $\rightarrow$  İntravenöz hidrasyon

2026  
AĞUSTOS  
TUS ÇIKMIŞ  
SORU

Tansiyon pnömotoraksın sorgulandığı soru

- 🔍 **Travmatik:** En sık pnömotoraks tipidir
- Penetran ya da non-penetran göğüs travmasına bağlı gelişebilir
- Penetran yaralanma → Travma bölgesinden hava girişi → **Açık pnömotoraks**
- Künt travma → Kot fraktürü → Amfizematöz cilt bulgusu → **Basit pnömotoraks**
- Travma bölgesinde yırtık valv gibi çalışırsa hava içeri girer ancak geri çıkamaz
- ◆ Buna **tansiyon pnömotoraks** denir
  - ◆ Hava içeride hapsolür → Mediasten karşı tarafa kayar
  - ◆ Aynı tarafta diyafragma aşağı iner
  - ◆ Tek taraflı saydamlık artışı gerçekleşir
  - ◆ Acil iğne/tüp torakostomiyle dekomprese edilmelidir

2026  
AĞUSTOS  
TUS ÇIKMIŞ  
SORU

Hepatik adenom sorusu. Adenomlar rüptür olabilirler ve östrojenle ilişkilidirler. Ancak en sık primer solid tümör hemanjiomdur.

**Hepatik Adenom:**

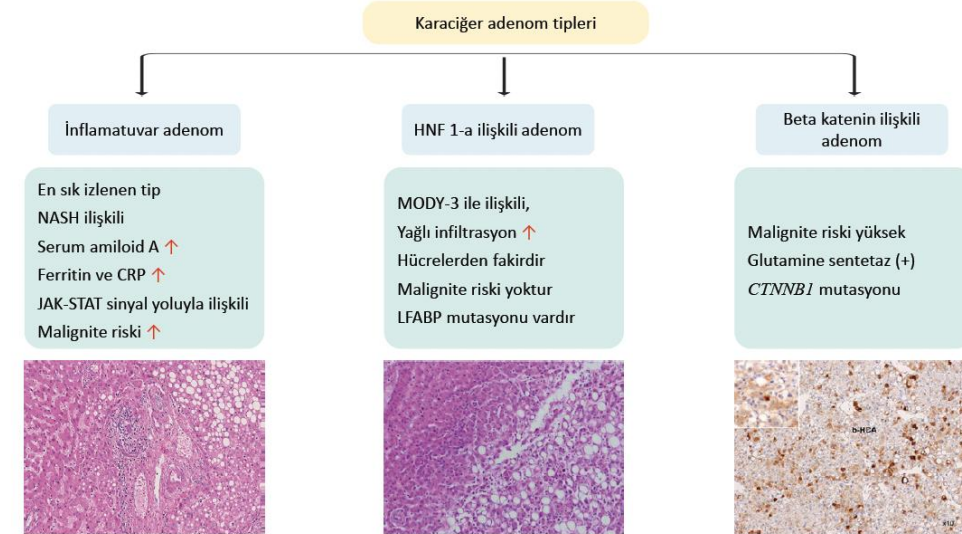
En sık 30-40 yaşta kadınlarda daha sık izlenir

En sık semptom sağ üst kadranda ağrısı → Oral kontraseptifler / Androjenler / Anabolik steroidler

Tanıda ilk yapılması gereken USG / En iyi magnetik rezonans

BT'de kenarları düzgün portal venöz fazda homojen, arteryel fazda erken kontrastlanan lezyon

Biyopside portal alanlar gözlenmez / Vaskülarizasyon ↑



Asemptomatik vakalar takip edilir ancak semptomatik her vaka cerrahiye gider

OKS kullanımına bağlı → İlaç kesilir ve takip edilir

Asemptomatik > 4 cm rüptür riski / malignite riski ↑ → Cerrahi

Gebelik düşüncesi varlığında → Cerrahi

Hepatik adenomatozis → Transplantasyon endikasyonudur

## DAHİLİYE

Dahiliye konu kitabı 195. sayfa

2026  
AĞUSTOS  
TUS ÇIKMIŞ  
SORU

Meme kanserini önlemede kullanımı önerilmeyen denosumab sorgulanmış denosumab ir osteoporoz ilacıdır. Mem kanseri önlemek gibi bir etkisi yoktur.

**Denosumab:**

**RANK-L reseptör blokeri** → Osteoklastik aktivite baskılanır  
Hiperkalsemi tedavisinde kullanılır  
Çene osteonekrozu ve femur fraktürüne yol açabilir  
Uygulama öncesi mutlaka kalsiyum bakılmalı → Hipokalsemide kontrendike

## DAHİLİYE

Dahiliye konu kitabı 191. sayfa

2026  
AĞUSTOS  
TUS ÇIKMIŞ  
SORU

Hiperparatiroidi-Çene Tümör Sendromunda görülen genetik değişikliğin sorgulandığı soru. CDC73 gen mutasyonu görülür.

**Hiperparatiroidi-Çene Tümör: Sendromu**

Paratiroid tümörü + Maksilla veya çenede kemikleşen fibromlarla karakterize OD hastalık  
Paratiroid tümörü %15 karsinom şeklinde izlenir  
Wilms tümörü, renal kökenli adenom, hamartom, kist, papiller karsinom eşlik edebilir  
Pankreas ca, seminom komponentli mix germ hücreli testis tm, hurtle hücreli karsinom ↑  
CDC 73 gen mutasyonu → Parafibromin sentezi ↑ → HPT-JT sendromu gelişimi  
Paratiroid tümörleri izole olarak ve herhangi bir çene tümörü kanıtı olmadan ortaya çıkabilir  
MEN 1 sendromuyla ayırıcı tanıya girer

## DAHİLİYE

Dahiliye konu kitabı 166. sayfa

2026  
AĞUSTOS  
TUS ÇIKMIŞ  
SORU

Viral ÜSYE sonrası görülen tiroidit yani granülomatöz tiroiditin sorulduğu soru.

**Subakut Granü.  
Tiroidit:**  
(De Qervain Tiroiditi)

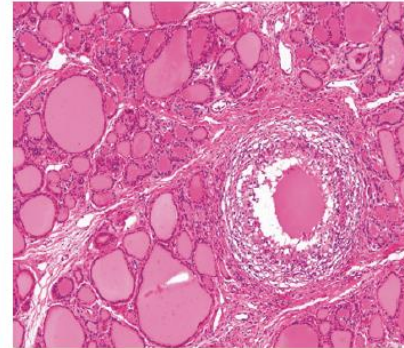
**Viral ÜSYE** → Boyunda hassasiyet ağrı (*Ağrılı tiroiditin en sık nedeni*)

Sedim > 100 mm/s

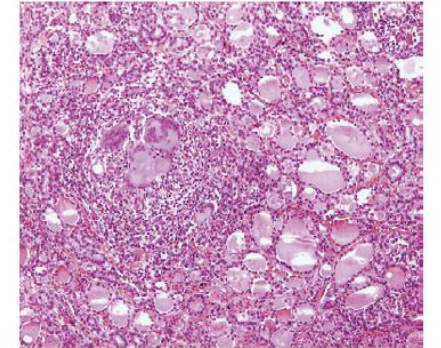
**HLA B35** pozitifliği ve %10 oranında tiroid **otoantikor pozitifliği** gözlenebilir

**Biyopsi** → Dev hücreler, büyük fagositler ve granülomatöz iltihap

**Tedavi:** NSAİİ ve aspirin → Yanıt alınamazsa glukokortikoid



Granülom



Dev hücreler

# DAHİLİYE

Dahiliye konu kitabı 13. sayfa

2026  
AĞUSTOS  
TUS ÇIKMIŞ  
SORU

Malignleşme riski olan atrofik gastritin sorgulandığı soru.



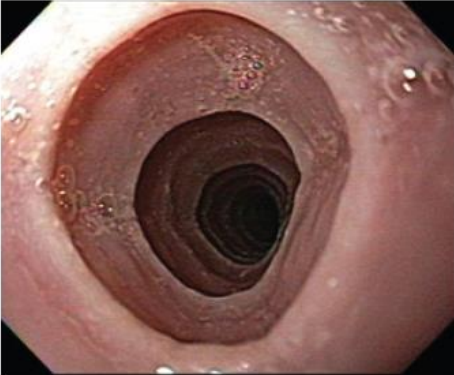
## Atrofik gastrit:

Fundus ve korpusta derin inflamasyon / Epitel hasarı → **Prekanseroz** bir lezyondur  
Atrofik gastrit → Multifokal atrofik gastrit → İntestinal metaplazi → Displazi → **Kanser**  
Endokrin hücre hiperplazisi  
Paryetal hücre kaybı ve buna bağlı asit salınımı ↓ ve İF ↓

2026  
AĞUSTOS  
TUS ÇIKMIŞ  
SORU

Eozinofilik özefajit sorusu. Ringed yani sirküler halka üzerinden sorgulanmış.

### Eozinofilik Özefajit:



Duyarlı kişilerde gıda alımının uyardığı antijenik yanıtla bağlı gelişir

PPI tedavisine yanıtızsız retrosternal yanma karakteristiktir

Atopik bireylerde sıklığı ↑

Tanıdan şüphelenildiğinde → İlk yapılması gereken endoskopi

◆ Sirküler halkalar /Lineer çizgilenmeler → Trakea benzeri özefagus

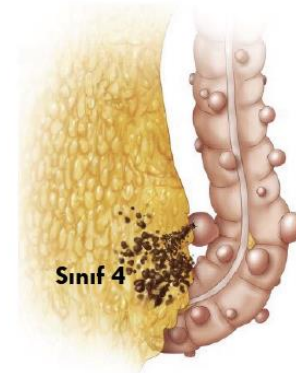
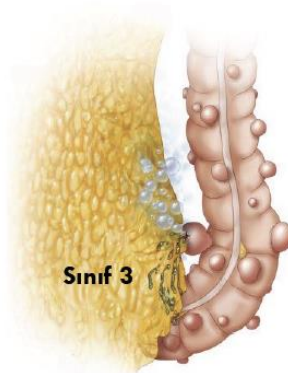
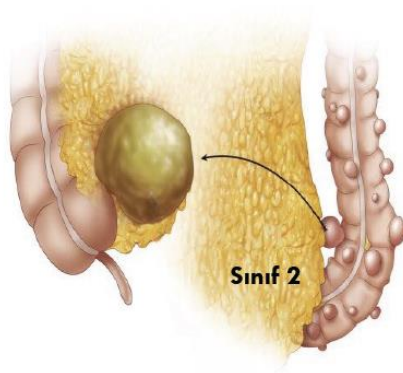
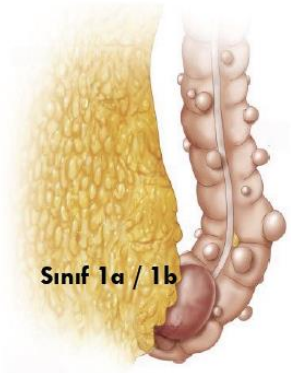
◆ Biyopside >15 eozinofil

Tedavi Budesonid / Flutikazon → Dirençli ise sistemik steroid ve dupilumab verilir.

2026  
AĞUSTOS  
TUS ÇIKMIŞ  
SORU

Hinchey divertiküit evrelemesini  
sorgulayan soru

- Divertikülün en sık komplikasyonudur. **Sol alt kadran ağrısı, ateş, lökositoz** ve kabızlıkla karakterizedir. En iyi tanı yöntemi **BT'dir**.
- Tedavi, hastalığın şiddeti ve prognoz için Hinchey sınıflaması yapılır.
  - ▶ **Sınıf 0** ▶ Hafif divertikülit vardır ve kolon duvarı kalınlaşmıştır
  - ▶ **Sınıf 1a** ▶ Perikolik yağlı doku inflamasyonu, flegmon
  - ▶ **Sınıf 1b** ▶ Perikolik veya mezokolik apse
  - ▶ **Sınıf 2** ▶ Pelvik veya retroperitoneal apseler
  - ▶ **Sınıf 3** ▶ Pürülan peritonitli perforate divertikül (*barsak ilişkisiz*)
  - ▶ **Sınıf 4** ▶ Fekal peritonitli perforate divertikül (*barsak ilişkili*)



## DAHİLİYE

Dahiliye konu kitabı 36. sayfa

2026  
AĞUSTOS  
TUS ÇIKMIŞ  
SORU

Attenüs FAP sorusu.

FAP'ın kolonda 100'den az polipe karakterize 50'li yaşlarda kanser gelişimi → Attenuated FAP

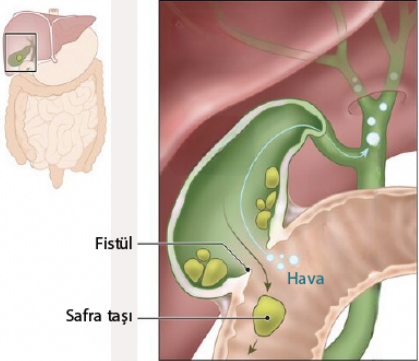
- ◆ Klasik FAP'tan farklı olarak sağ kolonda lokalizedir
- ◆ MYH (*MUT4H*) gen mutasyonu → 25-30 yaşında itibaren yıllık yada 2 yılda bir kolonoskopi

2026  
AĞUSTOS  
TUS ÇIKMIŞ  
SORU

Safra taşı ileusu sorusu.  
(kolesistoenterik fistül)

### Safra Kesesi Hastalıkları

#### Kolelitiyazis



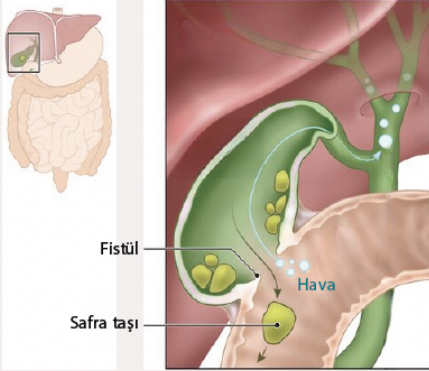
- Safra kesesinde taş olmasıdır. En sık görülen semptom **biliyer kolik tarzında ağrıdır**. Tanı için ilk USG yapılır.
- Kesedeki taşın sistik kanalı tıkaması sonucu staza bağlı gelişen enfeksiyona **akut kolesistit** denir.
- Akut kolesistit kese taşının en sık komplikasyonudur → Tekrarlayan akut ataklar **kronik kolesistite** yol açar.
- Taşın safra yoluna düşmesine **koledokolitiyazis**; bu zeminde staza bağlı enfeksiyon gelişmesine **akut kolanjit** denir.
- Kesedeki taşın **duodenuma fistülize** olmasına **safra taşı ileusu** denir → **İleus** kliniği görülür.  
Grafı veya BT'de hava-sıvı seviyesi görülür. Taş duodenuma fistülize olur ama **obstrüksiyon ileumdadır**.
- Taşın koledoğa bası yapmasına **Mirizzi sendromu** denir → Tıkanma sarılığı görülür.
- Taş duodenum 2.kısmını tıkarsa pankreatik salgılar duodenuma akamaz → **Akut pankreatit** gelişir.
- Asemptomatik vakalar takip edilir. SK riskini artıran **polip, porselen kese varsa veya taşlar >3 cm ise** cerrahi yapılır.

2026  
AĞUSTOS  
TUS ÇIKMIŞ  
SORU

Safra kesesi kanser riskini artıran 3 durumun (polip, porselen kese ve > 3 cm taş) sorgulandığı soru

### Safra Kesesi Hastalıkları

#### Kolelitiyazis



- Safra kesesinde taş olmasıdır. En sık görülen semptom **biliyer kolik tarzında ağrıdır**. Tanı için ilk USG yapılır.
- Kesedeki taşın sistik kanalı tıkaması sonucu staza bağlı gelişen enfeksiyona **akut kolesistit** denir.
- Akut kolesistit kese taşının en sık komplikasyonudur → Tekrarlayan akut ataklar **kronik kolesistite** yol açar.
- Taşın safra yoluna düşmesine **koledokolitiyazis**; bu zeminde staza bağlı enfeksiyon gelişmesine **akut kolanjit** denir.
- Kesedeki taşın **duodenuma fistülize** olmasına **safra taşı ileusu** denir → **İleus** kliniği görülür.  
Grafı veya BT'de hava-sıvı seviyesi görülür. Taş duodenuma fistülize olur ama **obstrüksiyon ileumdadır**.
- Taşın koledoğa bası yapmasına **Mirizzi sendromu** denir → Tıkanma sarılığı görülür.
- Taş duodenum 2.kismini tıkarsa pankreatik salgılar duodenuma akamaz → **Akut pankreatit** gelişir.
- Asemptomatik vakalar takip edilir. SK riskini artıran **polip, porselen kese varsa veya taşlar >3 cm ise** cerrahi yapılır.

## DAHİLİYE

Dahiliye konu kitabı 287. sayfa

2026  
AĞUSTOS  
TUS ÇIKMIŞ  
SORU

Pulsus paradoksus sorusu.



Pulsus Paradoksus:

Sistolik tansiyonun inspiryumda 10 mmHg'dan fazla düşmesidir

Gebelik ve obezitede görülür

Perikardiyal tamponad / Pulmoner emboli / KOAH / Tansiyon pnömotoraks

Tansiyon aletiyle ölçülür → Basınç farkı &gt; 15-20 mmHg → Palpe edilebilir

## DAHİLİYE

Dahiliye konu kitabı 151. sayfa

2026  
AĞUSTOS  
TUS ÇIKMIŞ  
SORU

Hipofiz cerrahisi sonrası gelişen santral DI sorusu

### Diabetes İnsipidus

**Polidipsi + Poliüri + İdrar dansitesi / Osmolaritesi ↓**

Su geri emilimi ↓, Poliüri ↑,  $\text{Na}^+$  ↑, idrar dansitesi/osmolaritesi ↓, Bilinç bozukluğu

#### 🔍 **Santral diabetes insipidus**

ADH sentezleyen nükleuslarda harabiyet vardır

En sık neden idiyopatiktir → Sekonder nedenler içinde en sık sebep hipofiz cerrahisidir

Santral sinir sistemini etkileyen hemen her durum santral DI nedenidir

MR'da hipofizde **sellada parlaklık kaybı** → Santral DI

Tedavide ADH analogu desmopressin verilerek olmayan yerine konulur

## DAHİLİYE

Dahiliye konu kitabı 87. sayfa

2026  
AĞUSTOS  
TUS ÇIKMIŞ  
SORU

FİZYOLOJİ: Gastrinoma sorusu.  
Sık tekrarlayan karın ağrısı,  
diyare ve yağlı dışkılama  
üzerinden sorgulanmış  
gastrinoma sorusu. Gastrin  
artışı soruluyor.

**Gastrinoma:**

Gastrin salgılayan nöroendokrin tümör

En sık **duodenum**da yerleşir → 2.sıklıkta pankreasta yerleşir

Pankreasın **en sık malign NET**'üdür

En sık semptom karın ağrısıdır

MEN 1 sendromunda sıklığı ↑ → MEN 1'de en sık pankreas tümörü

**Açlık gastrin düzeyi** taramada kullanılan **en sensitif test**dir

- ◆ Açıklanamayan diyare / steatore / ailede ülser varlığı
- ◆ Multiple / Atipik yerleşimli / Tedaviye dirençli ülserler
- ◆ Ülser + Hiperkalsemi / Böbrek taşı varlığı
- ◆ Şiddetli özefajit varlığı / Tedavi sonrası nüks
- ◆ Komplikasyonla giden peptik ülser
- ◆ Açlık hipergastrinemisi

# DAHİLİYE

Dahiliye konu kitabı 285. sayfa

2026  
AĞUSTOS  
TUS ÇIKMIŞ  
SORU

FİZYOLOJİ: İkinci kalp sesi sorusu

💡 **İkinci kalp sesi:** Aort ve pulmoner kapağın kapanması sonucu oluşan ses, ikinci kalp sesidir. Önce **aort sonra pulmoner kapak** kapanır. Aradaki süre çok kısa olduğu için **tek ses duyulur**. Ancak **inspiryumda** şekilde gösterildiği gibi **pulmoner kapağın kapanması bir miktar gecikir** ve **ses çift duyulur**. Buna **fizyolojik çiftlenme** denir.



🔍 **İkinci kalp sesi** ➔ Aort ve pulmoner kapağın kapanması sonucu oluşur

Ekspiryumda tek ses gibi duyulur

İnspiryumda sağ kalbe kan dolar ➔ P2 gecikir ➔ Çift ses olarak duyulur ➔ Fizyolojik çiftlenme

Sağ ventrikül sistolünde gecikme ➔ Patolojik geniş çiftlenme

- ♦ Sağ dal bloğu
- ♦ Pulmoner emboli
- ♦ Pulmoner hipertansiyon
- ♦ Pulmoner stenoz
- ♦ Soldan sağa şant
- ♦ Sol pace-maker
- ♦ Sol ventrikül kaynaklı ekstrasistol, mitral yetmezlik, mitral stenoz

Sol ventrikül sistolünün gecikmesi ➔ Pulmoner kapağın aorttan önce kapanması ➔ Paradoks çift

- ♦ Sol dal bloğu
- ♦ Aort stenozu
- ♦ Sistemik hipertansiyon
- ♦ Koroner arter hastalığı
- ♦ Patent duktus arteriosus
- ♦ Hipertrofik kardiyomiyopati
- ♦ Sağ pace-maker
- ♦ Mitral kapak patolojileri hariç sol kalp patolojileri

# DAHİLİYE

Dahiliye konu kitabı 190. sayfa

2026  
AĞUSTOS  
TUS ÇIKMIŞ  
SORU

FİZYOLOJİ: hiperparatiroidi sorusu. Görülmesi en az olası olan idrar kalsiyum azalması sorulmuş.

- Tanı:** PTH ↑ → Kan  $Ca^{++}$  ↑, Fosfor ↓ ( $Ca \times P$  değeri artmıştır)  
ALP (yapım), hidroksiprolin (yıkım), ve İdrar cAMP ↑ → Kemik turnover göstergesi  
 $Mg^{++}$ ,  $H^+$  geri emilimi ↑, bikarbonat geri emilimi ↓ → Metabolik asidoz
- Takip:** Serum kalsiyum, kreatinin, GFR → Yıllık takip  
Eğer taş şüphesi varsa → 24 saat idrar tahlili + Renal görüntüleme (grafi, BT, USG)  
Boy kısalığı veya sırt ağrısı varsa → 1-2 yıllık aralarla grafi veya vertebra kırık değer
- Tedavi:** Primer / Tersiyer hiperparatiroidi → Cerrahi

**Asemptomatik primer PTH ↑'nde** cerrahi endikasyonlar:

- ◆ Serum kalsiyumu normalin 1 mg/dL ↑
- ◆ Hayatı tehdit eden hiperkalsemi varlığı
- ◆ Herhangi bir hiperparatiroidi komplikasyonunun yaşanmış olması
- ◆ Kreatini klirensi < 60 ml/dk veya %30 azalması
- ◆ Yaş < 50
- ◆ Nefrolitiazis veya nefrokalsinozis varlığı
- ◆ 24 saat idrar kalsiyumu > 400 mg/gün ve artmış renal taş oluşum riski
- ◆ KMD'nde lomber vertebra, kalça, femur boynu veya radius 1/3'te T skoru < 2,5
- ◆ Geçirilmiş vertebral kırık hikayesi
- ◆ Düzenli takiplere gelemeyecek hastalarda cerrahi uygulanır

# DAHİLİYE

Dahiliye konu kitabı 432. sayfa

2026  
AĞUSTOS  
TUS ÇIKMIŞ  
SORU

BIYOKİMYA: Ürik asidi  
allantoise çeviren ürikaz enzimi  
sorusu

Pegloticase:

Rekombinant **ürikaz** enzimidir  
Ürat oksidaz analogudur → Ürik asidi allantoine çevirir

## DAHİLİYE

Dahiliye konu kitabı 163. sayfa

2026  
AĞUSTOS  
TUS ÇIKMIŞ  
SORU

BİYOKİMYA: T3, T4 yüksek; TSH ise baskılı verilmiş. Hangisi en az olasıdır diyor. Subklinik hipertiroidide T3 ve T4 normaldir.

**Subklinik Hipertiroidi:** T3 ↔, T4 ↔, TSH ↓ → TSH < 0,1 → Tedavi verilir  
Atrial fibrilasyon riski ↑ → SVO gelişme riski ↑  
Sol ventrikül hipertrofisi ↑, Kalp yetmezliği ↑  
Postmenapozal kadınlarda kemik mineral yoğunluğu ↓  
Tedavi TSH düzeyi ve komplikasyon riskine göre yapılır

2026  
AĞUSTOS  
TUS ÇIKMIŞ  
SORU

BİYOKİMYA: Hormon-reseptör eşleştirmesinin sorulduğu soru. İnsülin hücre yüzeyinde bulunan tirozin kinaz reseptörlerini kullanır.

**Polipeptid yapılı hormonlar:**

Pankreas, pitüiter ve paratiroidten salgılanan tüm hormonlar peptit yapılıdır. Granüler endoplazmik retikulumda **preprohormon** olarak üretilir. GER'da "pre" kısmından ayrılır ve prohormon olarak golgiye geçer. **Golgede modifiye edilir** → Kana aktif şekilde ekzositozla salınır.

- Salındıktan sonra modifiye edilmezler
- Depolanabilirler

Suda çözünür; yağda çözünmez → Taşıyıcıya gerek duymazlar

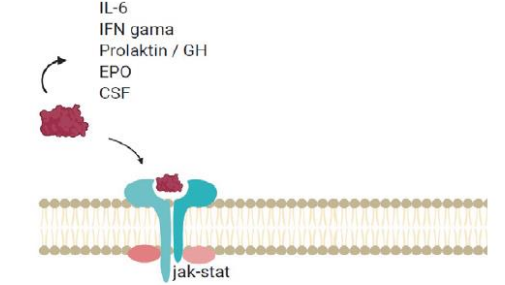
- Membranlar lipit yapılı → Membrandan geçemezler
- Membranda bulunan reseptöre bağlanır
- İkincil haberci kullanırlar

**2. haberci → cAMP**

Adrenalin ve Noradrenalin (*Beta res.*)  
Glukagon, Kalsitonin, Parathormon  
ACTH, TSH, LH, FSH  
Kalsitonin, PTH  
Anjiyotensin-2 (*Tübüler epitel hücresi*)  
Vazopressin (*V2 reseptörü*)  
CRH / Sekretin

**2. haberci → IP3 ve DAG**

Adrenalin ve Noradrenalin (*alfa 1*)  
Anjiyotensin-2 (*Düz kas hücresi*)  
Vazopressin (*V1 reseptörü*)  
Oksitosin  
GnRH / GHRH / TRH  
**Serin-Treonin**  
TGF-Beta / Aktivin / İnhibin



**2. haberci → cGMP kullananlar**

Nitrik Oksit  
ANP / BNP / CNP  
Karbonmonoksit

**Tirozin Kinaz**

**İnsülin**  
IGF / EGF / FGF / PDGF

# DAHİLİYE

Dahiliye konu kitabı 124. sayfa

2026  
AĞUSTOS  
TUS ÇIKMIŞ  
SORU

BIYOKİMYA: sendrom kollajen eşleştirme sorusunda yanlış olan soruluyor. Alportta tip 1 değil; tip 4 kolajene karşı mutasyon gelişir.

## Alport Sendromu:

X'e bağlı geçiş gösterir (*nadiren OR ya da OD*)

Tip 4 kollojenin alfa-3,4,5 zincirine karşı mutasyon mevcuttur

- ♦ Bu mutasyon varlığında tanı için cilt biyopsisi yeterlidir
- ♦ alfa 3 veya alfa 4'e karşı mutasyon gelişti ise tanı için böbrek biyopsisi yapılır
  - ♦ Renal biyopside erken evrede bazal membran incelmış izlenir
  - ♦ Hastalık ilerledikçe **bazal membranda ayrışma** gözlenir

Hafif hematüri ve proteinüri başlangıç şeklidir

Sensörinöral işitme kaybı, Lentikonus ve dot ve fleck retinopati, Mental retardasyon

Renal transplantasyon sonrasında nüks gelişirse → **anti-GBM** hastalığı olarak gelişir

## DAHİLİYE

Dahiliye konu kitabı 15. sayfa

2026  
AĞUSTOS  
TUS ÇIKMIŞ  
SORU

MİKROBİYOLOJİ: H.pylori sorusu

- Gram negatif, spiralli ve hareketli bakteridir → Fekal-oral yolla bulaşır  
Sadece gastrik mukozada kolonize olabilir → İnvazyon yapmadığı için bakteriyemi yapmaz  
Üreaz → Amonyum oluşumu → Mide asit salgısı nötrlenir → Bakteri kolonizasyonu ↑  
Cag A / Vag A → Adenokanser / Ülser  
H.pylori en sık kronik gastrit yapar → %15 oranında ülser yapar
- ◆ Duedonal ülserlerin %90'ından; gastrik ülserlerin %50'sinden sorumlu
  - ◆ H.pylori pozitifliğinde İTP görülme riski ↑
  - ◆ Reflü etiolojisinde yeri yoktur
- En sık asemptomatik olarak izlenir → Başka ilişkili olduğu durumlar:
- ◆ Kronik antral gastrit (en sık ilişki)
  - ◆ Duedonal ülser (2.sıklıkta ilişki)
  - ◆ Gastrik ülser
  - ◆ Maltoma / Gastrik adenokanser
  - ◆ Fonksiyonel dispepsi

# DAHİLİYE

Dahiliye konu kitabı 54. sayfa

2026  
AĞUSTOS  
TUS ÇIKMIŞ  
SORU

MİKROBİYOLOJİ: revers transkriptaz enzimi taşıyan HBV'nin sorulduğu soru. Hatta tedavide verilen tenofovir bu enzimi inhibe eder.

Akut HBV hepatitinde genelde destek tedavisi yeterlidir  
Kombine ilaç tedavisi uygulanmaz

**Farmakolojik tedavi** endikasyonları:

- ◆ HBeAg (+), AST/ALT ↑, HBV DNA > 20.000 IU/L
- ◆ HBeAg (-), AST/ALT ↑, HBV DNA > 2.000 IU/L
- ◆ AST/ALT normal iken KC biyopsisinde orta-ağır enflamasyon veya siroz hastası olmak

## İmmünmodülatör ilaçlar

### Peg-INF:

Haftada 1 kez subcutan 1 yıl boyunca kullanılır  
Precor mutant suşlarda ve genotip D virüsler üzerine etkisi zayıftır  
Ülkemizde genotip D ve prekor suş var → Kullanımı çok nadir  
Dekompanse siroz, gebelik ve otoimmün hastalıkta kontrendikedir.

## Anti-viral ilaçlar

### Tenofovir:

Nükleotid yapılı revers transkriptaz inhibitörüdür  
Renal yetmezlik ve osteoporoz yan etkisi vardır (TDF'de)

### Entekavir:

İntraselüler fosforilasyonla aktifleşerek hepatit B DNA polimerazı inhibe eder  
Nükeozid analogudur. Tedavisiz **dekompanse sirozda** verilir (alt. tenofovirdir)

## DAHİLİYE

Dahiliye konu kitabı 439. sayfa

2026  
AĞUSTOS  
TUS ÇIKMIŞ  
SORU

PATOLOJİ: Ig G4 ilişkili olmayan hastalığın sorgulandığı soru.

|                      |                                                                        |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <i>Orbita</i>        | Orbital psödotümör, periorbital ödem, dakriyoadenit, dakrosistit       |
| <i>Tükrük bezi</i>   | Submandibular ve parotis bezinde büyüme                                |
| <i>Meninks</i>       | Radikülopati, kranial sinir felci                                      |
| <i>Tiroid</i>        | Riedel tiroiditi                                                       |
| <i>Lenf nodu</i>     | Yaygın / Lokal lenfadenopati                                           |
| <i>Retroperiton</i>  | Retroperitoneal fibrozis                                               |
| <i>Akciğer</i>       | Hemoptizi, plevral efüzyon, plevrit, interstisyel pnömoni,             |
| <i>Aorta</i>         | Aort diseksiyonu, aort anevrizması, periaortit                         |
| <i>Böbrekler</i>     | Tübülointerstisyel nefrit, hipokomplemanemi                            |
| <i>Pankreas</i>      | Tip1 otoimmün pankreatit, obstrüktif sarılık, diabetes mellitus        |
| <i>Safra yolları</i> | Primer sklerozan kolanjit                                              |
| <i>Hipotalamus</i>   | Pituiter yetmezlik, santral diabetes insipidus, stalkta kitle görünümü |

## DAHİLİYE

Dahiliye konu kitabı 122. sayfa

2026  
AĞUSTOS  
TUS ÇIKMIŞ  
SORU

PATOLOJİ: Kresent oluşumunu soran soru. Kresent bowman paryetal epitelinin proliferasyonu ile karakterizedir.

**Hızlı İlerleyen  
Glomerülonefrit:**

Özel bir glomerülonefrit tipi değildir → Hastalıkların seyri esnasında gelişebilir  
Sistemik hastalık varlığında ciddi renal fonksiyon kaybı + Oligüri → RPGN  
Bowman paryetal epitelinin proliferasyonu ile karakterizedir  
Bowman boşluğuna fibrin kaçışı → Nötrofillerin kapiller duvarı yıkması → Diffüz kresent

- ♦ Kresenti oluşturan paryetal hücre proliferasyonu
- ♦ Kötü prognoz göstergesidir

## DAHİLİYE

Dahiliye konu kitabı 365. sayfa

2026  
AĞUSTOS  
TUS ÇIKMIŞ  
SORU

PATOLOJİ: Akciğerde granülom olupumuyla ilgili olmayan pulmoner alveoler proteinozis sorulduğu soru.

**Pulmoner  
Alveoler  
Proteinozis**

Klinik ve radyolojik olarak benzese de aslında bir interstisyel akciğer hastalığı değildir  
GM-CSF'e karşı gelişmiş Ig G tipinde antikorlarla karakterize  
Makrofaj infiltrasyonu nedeniyle surfaktanın klirens yeteneği bozulur  
Öksürük, nefes darlığı ve jelatinöz balgamla karakteristiktir  
Düz grafide bazallerde yarasa kanadı şeklinde alveoler opasite izlenir  
Patolojide PAS (+) lipoproteinöz materyal izlenir

## DAHİLİYE

Dahiliye konu kitabı 430. sayfa

2026  
AĞUSTOS  
TUS ÇIKMIŞ  
SORU

PATOLOJİ: Osteoartirin kıkırdak harabiyeti olduğunu sorgulayan soru.

**Kıkırdak:**

Kondrositlerde proteolitik enzimler ↑ → İlk olarak **kıkırdak matriksi** şişer → Zamanla erozyona uğrar

Aktive kondrositler → İnflamatuvar mediatör salgısı ↑

- ▶ Kıkırdak rejenerasyonu ↑
- ▶ Kondrosit apoptozu ↑

# DAHİLİYE

Dahiliye konu kitabı 274. sayfa

2026  
AĞUSTOS  
TUS ÇIKMIŞ  
SORU

PATOLOJİ: Paraneoplastik hiperkalseminin görüldüğü skuamoz hücreli akciğer kanserinin sorulduğu soru.

PTHrp bağlı kalsemi:

Maligniteye bağlı en sık görülen hormonal PS → hiperkalsemi  
En sık akciğerin skuamoz hücreli kanserinde → 2.sıklıkta meme ca

Kalsitriol bağımlı kalsemi:

En sık lenfomalarda izlenir  
1-alfa hidroksilaz ↑ → D vitamini ↑ → Kalsiyum Emilimi ↑ → Hiperkalsemi

PG E<sub>2</sub> bağlı hiperkalsemi:

Böbrek ve akciğer malignitelerinde gözlenir

Ektopik ACTH salınımı:

POMC üretimi ↑ → ACTH ↑  
En sık küçük hücreli akciğer kanserinden gözlenir

## DAHİLİYE

Dahiliye konu kitabı 174. sayfa

2026  
AĞUSTOS  
TUS ÇIKMIŞ  
SORU

PATOLOJİ: Feokromasitomanın adrenal korteksle ilgili olmadığı soru.

Kromaffin hücre kökenli tümördür → En sık sürrenal medulla yerleşimlidir  
En sık görülen klinik bulgu baş ağrısıdır → En sık görülen semptom hipertansiyon  
**Klasik tirad:** Hipertansiyon / Çarpıntı + Baş ağrısı + Terleme  
Ataklar halinde hipertansiyon → Feokromasitoma  
♦ Ancak kalıcı HT > Ataklarla gelen HT  
Muayenede / İntraoperatif / Miksiyon-defekasyon sonrası tansiyon ↑↑ → Feo

## DAHİLİYE

Dahiliye konu kitabı 74. sayfa

2026  
AĞUSTOS  
TUS ÇIKMIŞ  
SORU

PATOLOJİ: Fokal nodüler  
hiperplazinin sorgulandığı soru.

**Fokal Nodüler  
Hiperplazi:**

En sık orta yaş kadınlarda gözlenir / OKS kullanımda risk ↑  
Karaciğerin 2.en sık görülen benign tümördür  
İşinsal yayılım gösteren septaları olan santral fibröz skarla karakterize  
Fibrolameller kanser ile karışır  
Kesin tanı karaciğer biyopsisi ile konur

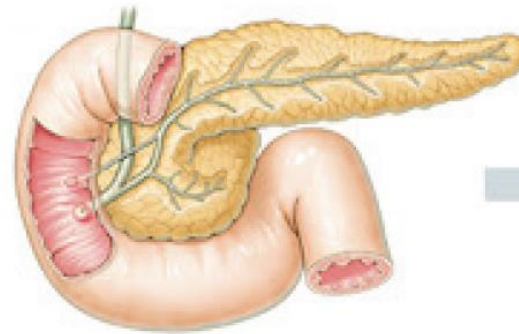
# DAHİLİYE

Dahiliye konu kitabı 82. sayfa

2026  
AĞUSTOS  
TUS ÇIKMIŞ  
SORU

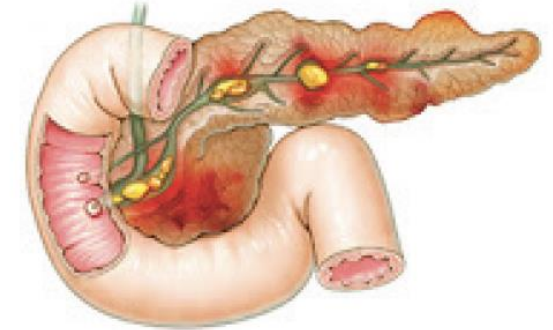
PATOLOJİ: Akut pankreatit patogenezinin sorgulandığı soru.

Pankreatik enzimlerin prematür aktivasyonu → Pankreasta oto sindirim → Akut pankreatit



Normal pankreas

Safra taşı, alkol,  
ilaçlar



Akut pankreatit

En sık sebep safra taşı → 2.sıklıkta alkol kullanımıdır

Safra taşı → Koledokolitiazis → Pankreas kanalı tıkanır → Pankreatik salgı akamaz → Akut pankreatit

Alkol alımı → Pankreatik salgı ↑, Oddi sfinkter basıncı ↑ → Pankreas toksisitesi → Akut pankreatit

ERCP'nin en sık komplikasyonu pankreatittir

## DAHİLİYE

Dahiliye konu kitabı 396. sayfa

2026  
AĞUSTOS  
TUS ÇIKMIŞ  
SORUFARMAKOLOJİ: Anti-TNF olmayanın  
sorgulandığı soru.**TNF-alfa inh:**

Kullanımları öncesi mutlaka **PPD** veya **quantiferon**la tüberküloz dışlanmalı  
Demyelizan hastalık, konjestif kalp yetmezliği, ilaca bağlı lupusu tetikleyebilir  
**İnfliksimab dışında** kiler tek başlarına kullanılabilir

*İnfliksimab:* Kimerik monoklonal antikor

*Adalimumab:* Human monoklonal antikor

*Golimumab:* Human monoklonal antikor

*Etanercept:* Rekombinan füzyon antikoru

*Certolizumab:* Antikorum Fab kısmına glikol eklenmesiyle elde edilir  
Fc kısmı yoktur → Plasentayı geçemez

## DAHİLİYE

Dahiliye konu kitabı 298. sayfa

2026  
AĞUSTOS  
TUS ÇIKMIŞ  
SORU

FARMAKOLOJİ: Gut'ta kaçınılması gereken tiyazidleri sorgulayan soru.

**Antihipertansiflerin mutlak kontrendike olduğu durumlar**

Tiyazid diüretikleri

Beta blokerler

Kalsiyum kanal blokerleri

ACE inhibitörleri

Gut hastalığı

Astım, AV blok

AV blok, kalp yetmezliği

Gebelik, angioödem, hiperkalemi, bilateral RAS

# DAHİLİYE

Dahiliye konu kitabı 294. sayfa

**2026  
AĞUSTOS  
TUS ÇIKMIŞ  
SORU**

FARMAKOLOJİ: Kalp yetmezliğinde mortalite azaltan bisoprololün sorgulandığı soru.

## **Beta Blokerler:**

Kalp yetmezliğinde mortaliteyi azaltan ilaç grubudur

- ♦ Karvedilol / Bisoprolol / Metoprolol / Nebivolol

## DAHİLİYE

Dahiliye konu kitabı 188. sayfa

2026  
AĞUSTOS  
TUS ÇIKMIŞ  
SORUFARMAKOLOJİ: MSSA'da sefazolin  
verilebileceğini sorgulayan soruStaphylococcus  
aureus

- Staphylococcus aureus **katalaz pozitif, koagülaz pozitif, gram pozitif**, üzüm salkımı şeklinde koktur.
- S.aureus pnömonisi için en önemli predispozan faktör **influenza** enfeksiyonudur.
- Çok hızlı **progrese** olur. Grafide **infiltrasyonlar, içi hava dolu kistler (pnömatosel)**, ampiyem görülebilir.
- **MSSA** → Nafsilin, oksasilin, i.v sefazolin, seftriakson, levofloksasin, moksifloksasin verilir.
- **MRSA** → İlk tercih **vankomisin / linezolid**dir. Alternatif → Seftarolin, televansin, daptomisin, klindamisinidir.
- ✗ Daptomisin sürfaktan tarafından inaktive edildiği için pnömonide verilmez.

## DAHİLİYE

Dahiliye konu kitabı 281. sayfa

2026  
AĞUSTOS  
TUS ÇIKMIŞ  
SORU

FARMAKOLOJİ: Vinblastinin tübül inhibitörü olduğunu sorgulayan soru.

**M Fazına Spesifik:**

**Mikrotübül inhibitörleri:** Vinkristin / Vinblastin / Vinorelbin / İksabepilon / Eribulin  
**Tübül depolarizasyon inh.** Paklitaksel / Dosetaksel / Kabazitaksel

**Vinkristin:** Mikrotübül inhibisyonu yaparlar

**Vinblastin:** ALL ve lenfomalarda kullanılırlar  
Periferik nöropati ve **uygunsuz ADH** yaparlar (*Vinkristin'den daha fazla yapar*)  
İlacı kesme endikasyonu → Düşük ayak gelişmesi  
Vinkristin mielosupresyon yapmaz / Bulantı kusma yapmazlar

# DAHİLİYE

Dahiliye konu kitabı 281. sayfa

2026  
AĞUSTOS  
TUS ÇIKMIŞ  
SORU

FARMAKOLOJİ: Diyabetik ilaç etki mekanizmasının sorulduğu soru.

## İnsülin sekresyonunu artıranlar:

### Sülfonilüreler:

Gliburid  
Glipizide  
Gliklazid  
Glibenklamid

### Meglitinler:

Repaglinid

## İnkretin Grubu İlaçlar:

### GLP -1 Analogları:

Exenatid  
Liraqlutid

ATP bağımlı K<sup>+</sup> kanallarını kapatırlar → İnsülin salgısı ↑ (hipoglisemi)  
İnsülin salgısı ↑ → Belirgin kilo artışı  
Tip 2 diyabette oral kullanılır; Tip 1'de kullanımı kontrendike (İnsülin yok ki)  
Periferik glukoz kullanımı ↑ → Karaciğerden glukoz salınmasını ↓  
Dokuların Laktat kullanımı ↑ (Metforminde ↓ → Laktik asidoz)  
Antilipolitik etkilidirler (Metformin lipolitiktir)  
Gebede kullanılan sülfonilüre → Gliburid  
Böbrek ve karaciğer yetmezliğinde X

ATP bağımlı K<sup>+</sup> kanallarını kapatırlar → İnsülin salgısı ↑ (hipoglisemi)  
Nateglinid →

Barsak mukozasındaki L hücrelerinden salınırlar  
Etkileri glukoz bağımlıdır → Hipoglisemi X (Post-prandial hiperglisemi)  
GLP -1 uyarılır → Pankreasın glukoz duyarlılığı ↑, İnsülin salgısı ve duyarlılığı ↑

# DAHİLİYE

## Dahiliye konu kitabı 259. sayfa

2026  
AĞUSTOS  
TUS ÇIKMIŞ  
SORU

**FARMAKOLOJİ:** antidotu olmayan fondaparinuxsun sorulduğu soru.

### Direkt Trombin İnhibitörü:

Direkt Trombin (IIa) inhibe ederler  
Takibi aPTT ile yapılır

Teratojendir → Gebelerde kullanılmaz

**IV:** *Hirudin, Bivalirudin, Argatroban*

**Oral:** *Dabigatran*

Monitörizasyon gerekmez

Etkisini geri çevirmek için *idarucizumab* verilir

### Heparin:

### Direkt Faktor Xa İnhibitörleri:

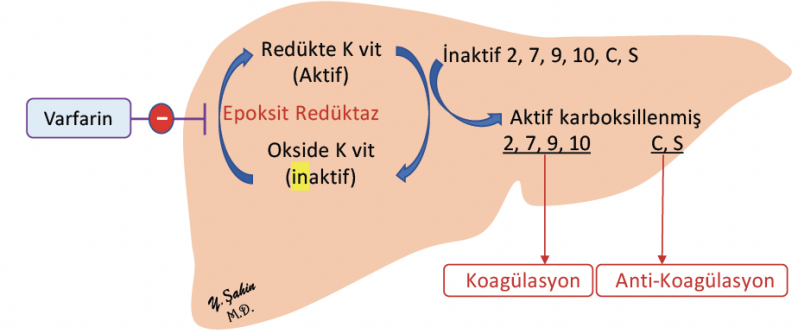
*Rivaroxaban, Apixaban ve Edoxaban* → Oral kullanılır → Direkta Xa inhibe ederler

Böbrekten atılırlar (KBY doz ayarlanmalı)

Monitörize edilmesine ihtiyaç yok

Zehirlenmesinde *Andexanet* verilir

### Varfarin:



K vitamini bağımlı pıhtılaşma faktörlerini inhibe eder  
K vitamini bağımlı *epoksid redüktaz* enzimini bloke eder

♦ K vit rejenerasyonu ↓

♦ Warfarin doz belirlemek için bakılan gen → *VKORC1*

İlk azalan Faktör 7; takipte PT bakılır → Toksikasyonunda TDP verilir

GAG yapılu asidik madde → Zehirlenmesinde bazik protamin verilir

Yarı ömrü doz bağımlı → 0.derece kinetikle metabolize olur

Antitrombin III (AT3) etkisini ↑ → Trombin (IIa) ve Xa inhibe eder

♦ *Pulmoner emboli* / Derin venöz trombozu

♦ Gebede kullanılabilir → Plasentayı geçemez