

2026 MART REFERANSLARI

KADIN DOĞUM

OP. DR. LATİF HACIOĞLU



- KADIN DOĞUM KONU KİTABI 10/10



- KADIN DOĞUM VİDEO PAKETİ 10/10



- KADIN DOĞUM SORU KAMPI 10/10

2026
MART
TUS ÇIKMIŞ
SORU

Konu kitabımızda var, konu kampı ve soru kampımızda özellikle gelir dedik

Konu
Kitabımız
124. sayfa

Serviks yetmezliğne yaklaşım sorusu

Önceki gebeliğinde ağrısız servikal
açıklık olan servikal yetmezlik
sorusu

SORU
KAMPI
SORUSU

Servikal yetmezlik => 2.trimesterde (16 -18 hf) ağrısız servikal açıklık sonucu abort veya 8 nolu Hegar bujisinin servikal ostan rahat geçmesi veya TVUSG de servikal uzunluk <25mm ölçülmesi
***Tedavi** => **Serklaj** (12-16 hf'da servikse internal servikal os seviyesinde büzücü sütür atılması)
Vajinal> MC_Donald veya Shirodkar, Abdominal> Laparoskopik atılabilir (**Koitus yasak**)
***Uterin kanama**, **EMR**, **Fetal anomali** (2li tarama testi yap), **Enfeksiyon** varsa> **Serklaj Kontrendike**

256

20 yaşında, 23 haftalık gebe kadın, yaklaşık 12 saattir alt **pelvik bölgede dolgunluk hissi** yaşadığını söylüyor. **Sancısı ve kasılması yok**. Fetal kalp atımları iyi. **Muayenede, fetüs vajinada makat prezentasyonda izlendi**. serviks ağzı palpe edilemedi.

En olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?

- A) Plasenta previa
- B) Erken doğum
- ☒ C) Servikal yetmezlik
- D) Erken membran rüptürü
- E) Kord sarkması

Dr. Latif HACIOĞLU
MART 2026

SERKLAJ

Normal serviks	Servikal yetmezlik	Serklaj
Uzun ve kapalı serviks	Kısa ve dilate serviks	Hunleşmiş amnion kesesi

gebeliği (fetus, plasenta ve amniyotik kese) tutamamasıdır
➤ Tedavi> **Servikal serklaj**

KADIN DOĞUM

Konu kitabımızda var, konu kampı ve soru kampımızda GELECEK dedik

2026
MART
TUS ÇIKMIŞ
SORU

Konu
kampımızda

Uterin rüptür sorusu

Kesin soru olarak
beklediğimizden

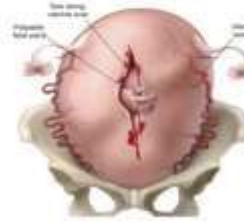
Kampta 'Uterin rüptür'
ile ilgili 4 soru çözdük

BİREBİR
AYNI SORU

SORU
KAMPI
4 SORU

Erken Postpartum Kanama

UTERİN RÜPTÜR TRAVMA

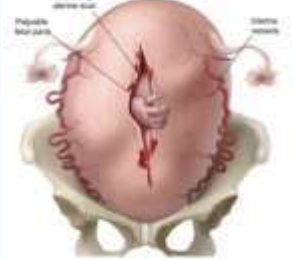


231

- I. Çoğul gebelik
- II. Multiparite
- III. Eksi sezaryen öyküsü

Yukarıdakilerden hangisi veya hangileri uterin rüptür için risk faktörleri arasında yer alır?

- A) Yalnız I
- B) Yalnız II
- C) Yalnız III
- D) I ve II
- E) I - II - III



216

35 yaşında bir kadın, G5P3A1, 40 haftalık gebelikte doğum için hastaneye yatırıldı. Sancıları 2 saat önce başlamış. Vajinal kanaması veya su gelişi öyküsü yok. Sorunsuz bir gebelik geçirdiğini söylüyor. 1 hafta önceki son prenatal vizitinde serviks %50 silinmiş ve 1 cm dilate, vertex -2 seviyesindeymiş. Şimdiki muayenesinde artık her 5 dakikada bir uterin kontraksiyon mevcut, NST reaktif - sancılı, serviks %50 silinmiş, açıklık 6 cm ama ele gelen herhangi bir fetal kısım yok.



...nde sonraki en uygun adım
...sidir?
...doppleri bakılması
...stimülasyonu
...rafisi
...um

Dr. Latif HACIOĞLU
217 MART 2026

25 yaşında primigravid hasta 39. gebelik haftasında 5 dk'da bir meydana gelen sancılı şikayetiyle acile geldi. Bakılan vajinal tuşede servikal açıklık 6 cm efesman %100 olarak tespit edildi ama ele gelen bir fetal kısım hissedilmedi. NST'de fetal kalp hızı 140/dk olarak görüldü.

Bu hastanın yönetiminde aşağıdakilerden hangisi sonraki en uygun adım olmalıdır?



mek
pmak
nente etmek
nak
mu

230

38 yaşında kadın hasta, G7P4A2, 40 haftalık gebelikte hastaneye doğum için yatırıldı. 4 saat önce şiddetli karın ağrısı ile birlikte suyunun geldiğini söylüyor. Hasta ağrısının, önceki gebeliklerindeki doğum sancılarının aksine sabit ve keskin olduğunu belirtiyor. Bu gebeliğinde düzenli doktor kontrollerine gittiğini ve komplikasyonsuz bir gebelik geçirdiğini söylüyor. İlk 3 gebeliğinde normal doğum yapmış ancak son gebeliğinde miadında makat geliş nedeni ile sezaryen ile doğum yapmış. Ateşi 37°C, nabızı 80/dk, solunumu 17/dk, tansiyonu 122/68 mm Hg. Takiplerinde hastanın ağrılarının aniden kesildiğini ve NST'de geç deselerasyon ile atımdan atıma değişkenlik gösteren fetal taşikardi görürseniz en olası tanıyı aşağıdakilerden hangisi olur?

- A) Plasenta dekolmanı
- B) Koryoamnionit
- C) Plasenta previa
- D) Göbek kordonu sarkması
- E) Uterin rüptür



Dr. Latif HACIOĞLU
217 MART 2026

UTERİN RÜPTÜR

- ❖ Acil obstetrik komplikasyondur.
- ❖ Akut ağrı, annede taşikardi ve hipotansiyon
- ❖ NST > Geç deselerasyon, taşikardi, bradikardi veya değişken deselerasyon
- ❖ Doğum eylemi sırasında> Fetal başın geri gitmesi
- ❖ Tedavi > Acil laparotomi

KADIN DOĞUM

2026
MART
TUS ÇIKMIŞ
SORU

Konu
Kitabımız
140. sayfa

PREEKLAMPSİ SORUSU

Preeklampsia tanısı
için ek olarak
hangisinin görülmesi
yeterli değildir ?

SORU
KAMPI
SORUSU

Konu kitabımızdaki 140. sayfadaki tabloda var,
Konu kampı ve soru kampımızda üzerinde durduk

Preeklampsinin Şiddetini Gösteren Belirteçler		
Anormallikler	Şiddetli olmayan	Şiddetli olan
Diastolik KB	<110mmHg	≥110mmHg
Sistolik KB	<160mmHg	≥160mmHg
Trombositopeni(<100.000)	Yok	Var
IUGR	Yok veya hafif var	Var (Belirgin)
Beyin	Baş ağrısı	Yok
	Görme bulanıklığı	Yok
	Konvülsiyon (Eklampsisi)	Yok
K. Ciger	Transaminaz yüksekliği	Çok az
	Epigastrik ağrı	Yok
Böbrek	Proteinüri (Düzeysiz)	Var/Yok
	Oligüri	Yok -Az var
	Serum kreatinin	Normal veya hafif
Akciğer ödemi	Yok	Var

* Yandaki bulgulardan 1 tane dahi olursa AĞIR Gestasyonel Hipertansif Hastalık tanısını alır

* Peri tibial Ödem> Preeklampsia tanı kriteri değildir (çıkarıldı)

Atipik Preeklampsia
* 20.G haftasından önce (Molar gebelik) ve
* Postpartum 2.günden sonra görülen P.E

Trizomi 13> P.E riskini artıran TEK anöploididir

PreEklampsia Riskini Azaltanlar (P,A,S)
Plasenta previa, Asya ırkı / Beyaz ırk, Sigara

Sigara>Preeklampsia riskini azaltır (Peki Nasıl?)
Sigara> Plasenta adrenomedullin ↑>
Volüm homeostazini ↑> Hiper tansiyonu ↓

*P.E için fetüs gerekli değildir ama Koryonik villüs zorunludur (İntra uterin/ekstra uterin olabilir)> Komplet mol veya Ektopik G >18 hfta

*P.E 'de > Vasküler endotel hasarı var >
Vazospazm olur > İskemik trombotik sekele

Dr. Lütfi HANCIÖZ
2014-2015 SÖZÜ

270
Preeklampsia tanısı için ek olarak hangisinin görülmesi yeterli değildir ?

KONTROLÜREKİT

- Tam anlamıyla tarama ve engelleme mümkün değil
- Düşük doz aspirin ve DMHA> Preeklampsia olma riski yüksek olan hastalara profilaksi başlanır
- Yakın takip gerekir. Yatak istirahati ve tuz kısıtlamasının faydası yok

Maternal HT kontrolü > (NNIH)
Nifedipin, Nitrogiserin, Hidralazin, Alfa-metildopa, Labetalol

ACE inh ve diüretik kontrendike, (Diüretik sadece akciğer ödeminde var)

Eklampsinin önlenmesi > MgSO4 (anürik ve oligürik hastaya verilmaz)

Doğum

- Kesin tedavi > DOĞUM
- <24 hafta terminasyon, ≥ 34 doğum, 24-34 arası Akciğer maturasyonu için 2 doz steroid yap > 24saat sonrası doğum
- Ağır - Şiddetli preeklampsia > Hemen doğum

Dr. Lütfi HANCIÖZ
2014-2015 SÖZÜ

276
Preeklampsia eşlik edebilecek aşağıdaki bulgulardan hangisi hastalığın şiddetli olduğunu göstermez?

A) Kan basıncının 160/110 mmHg'nin üstünde olması

B) 24 saatlik proteinüri miktarının 1.5 g olması

C) ALT 'nin normalin 3 katı olması

D) Plt sayısının 9000 mm³ olarak ölçülmesi

E) Pulmoner ödem olması

Dr. Lütfi HANCIÖZ
2014-2015 SÖZÜ

277
Preeklampsia Risk Faktörleri

Yukarıdakilerden hangisi gelişimi için etkilidir?

A) I-II-IV
B) I-II-III-IV
C) II-IV
D) Yalnız I
E) Yalnız IV

Genç, nulliparite hastalığıdır

>Koryonik villuslarla ilk defa karşılaşılır

Trizomi 13> P.E riskini artıran TEK anöploididir

P.E Riskini Azaltanlar (P,A,S)
Plasenta previa, Asya ırkı / Beyaz ırk, Sigara

Sigara>Preeklampsia riskini azaltır
Sigara> Plasenta adrenomedullin ↑> Volüm homeostazini ↑> Hiper tansiyonu ↓

P.E beğenilen baba yeni bir partnerle gebeliğinde P.E riski ↑
Multipar anne yeni bir partnerden gebe kalırsa P.E riski ↑

KADIN DOĞUM

Konu kitabımızda 183. sayfada var,
Konu kampı ve soru kampımızda- mutlaka gelir dediğimiz yer

2026
MART
TUS ÇIKMIŞ
SORU

Konu
Kitabımız
183. sayfa

Organik Nedenli AUK
*Matrikslerde yatan bir organik neden bulunur

Obstetrik nedenler
Endometrial Polipler
Myomları
Adenomyozis
Jinekolojik Maligniteler
Sistemik hastalıklar
Kanama diyetleri
Genital enfeksiyonlar
İlaç kullanımı

Organik Nedenli Olmayan AUK
*AUK yatan organik bir neden yoktur
*Ovarian polikistoz
*Ovarian kistoz
*Progesteron eksikliği
*Progesteron eksikliği

Obstetrik nedenler
- Aborüs, EG, Gestasyonel trofoblastik hastalıklar
- Çeşitli asemptomatik, Postmenapozal kadınlarda %0-13 malignite riski vardır.
- Sıkmış miyomlar -> AUK
- Endometrium Ca, Serviks Ca, Sarkom, Vajinal Tm (Sarkoma botryoides)
- DM, hipotroidi (menoraji), Hipertroidi (sıkıla amenore), Prolaktinoma
- ITP (idiyopatik Trombositopenik Purpura), VWH (Von Willebrand Hastalığı)
- Endometrit, Servisit (klamidia), Kandidom
- Antikoagülan, Steroidler, Antiparkinsonikler

Ovulasyon AUK (%10)
- Ovulasyon kanaması, Halban sendromu, Luteal faz yetmezliği
- Peripuberte (anovulasyon > en sık), perimenapoz (Ovarian yetmezlik), PCOS, Obezite

Ez Çekilme Kanaması
- Yeni doğan kanaması, ovulasyon kanaması, ekzojen E2 kesilmesi, RT, ooforektomi
- Anovulasyon, PCOS -> Reprodüktif dönemde en sık görülen **non-organik AUK** sebebi

Pa Çekilme Kanaması
- Menstruasyon, Koipus luteum yetmezliği, Ekzojen P4 kesilmesi
- Bu kanamanın olabilmesi için endometrium önceden östrojenin etkisinde olmalı

Pa Kırılma Kanaması
- KDK, UNG-RIA, Depo MPA, Implanter, Minipil, Halban sendromu (P4 salınımı)

PALM-COEİN Sınıflaması (YENİ-GÜNCEL)

Yapısal
Polip
Adenomyosis
Leiomyoma
Malignancy & hyperplasia

Yapısal olmayan
Coagulopathy
Ovulatory dysfunction
Endometrial
Iatrogenic
Not yet classified

!! AUK' DA TERMINOLOJİ DEĞİŞTİ (GÜNCELLENDİ)
DUK -> Terim kaliti artık yerine **PALM - COEİN** kullanılıyor
Menoraji yerine -> **Ağır Menstrüel Kanama** kullanılıyor
Metroraji yerine -> **İnter Menstrüel Kanama** kullanılıyor
Polimenoore yerine -> **Sık Menstrüel Kanama** kullanılıyor
Oligomenore yerine -> **Seyrek Menstrüel Kanama** kullanılıyor

183

ANORMAL UTERİN KANAMASI SORUSU

Hangisi anormal
uterin kanama sebebi
değildir?

SORU
KAMPI
SORUSU

378

Anormal Uterin Kanamada Yaşa Göre Sık Görülen Nedenler:

Yeni doğan dönemi	Prepubertal dönem	Adölesan dönem	Reprodüktif	Peri-menapozal	Postmenapozal
Materenal Östrojen çekilmesi	Vulvovajinitler	Anovulasyon	Ekzojen hormon kullanımı	Anovulasyon	Endometrial atrofiler
	Vajende yabancı cisim	Ekzojen hormon kullanımı	Gebelik	Leiomyom / polip	Endometrial polip
	Puberte prekoks	Gebelik	Anovulasyon Troid disfonksiyonu	Troid disfonksiyonu	Endometrial Kanser
	Neoplazi (Rabdomiyosarkom)	Enfeksiyon Kuaagülopati(ITP)	Enfeksiyon Leiomyom / polip	Hiperplaziler	Hormonal Tedavi Vulva-Vajen tm'ler

E) Hiperplazi

Dr. Latif Hacıoğlu
MART 2026

379

E) Granüloza hücreli tümörler

PALM-COEİN Sınıflaması

Yapısal

Polyp
Adenomyosis
Leiomyoma
Malignancy & hyperplasia

Submucosal
Other

Yapısal olmayan

Coagulopathy
Ovulatory dysfunction
Endometrial
Iatrogenic
Not yet classified



KADIN DOĞUM

Konu kitabımızda 37. sayfada var,
Konu kampı ve soru kampımızda- mutlaka gelir dediğimiz yer

2026
MART
TUS ÇIKMIŞ
SORU

Konu
Kitabımız
37. sayfa

TUBO-OVERYAN APSE (Hagisi doğrudur) SORUSU

SORU
KAMPI
SORUSU

TUBA-OVERYAN ABSE (TOA) • PID'nin en son basamağıdır (Yetersiz veya geç tedavi). Unilateraldir. **Polimikrobiyaldır** (Anaeroblar)

Klinik • Asemptomatik, akut batın, septik şok v.b değişkendir. Rüptür olursa septik şok riski olur • **ACİL LAPAROTOMİ** yapılır

Semptom • Ateş (%70-80), Pelvik ağrı (%90), servikal hassasiyet, taşikardi, bulantı-kusma

Tanı • **Fizik muayene** • Ele gelen kitle
• **USG** • Adneksiyel kitle izlenir • **CT** • Tanıda yardımcı olabilir

Tedavi • **Antibiyotik** • %75 Antibiyoterapiye cevap verir
• **Drenaj** • USG eşliğinde perkütan drenaj
• **Cerrahi** • Fertilite beklentisi olmayan / rüptür / şok



37

76

Dr. Latif HACIOĞLU
MART 2026

tip akademisi

24 yaşında hasta, 6 gündür devam eden giderek artan alt karın ağrısı, mide bulantısı şikayetiyle acil servise geliyor. Ayrıca idrara çıkarken hafif ağrı ve son 2 gündür hafif ateş olduğunu söylüyor. Son adet dönemi 10 gün önce ve adetleri düzenliyim. Ciddi bir hastalık veya ameliyat öyküsü yok ve ilaç kullanmıyor. Birden fazla erkek partnerle cinsel olarak aktif ve genellikle doğum kontrolü için kondom kullanıyor. Ateşi 39,2 °C, nabızı 98/dakika ve kan basıncı 108/70 mm Hg. Fizik muayenede karın alt kadranda hafif hassasiyet görülüyor. Serviksten kanlı akıntı var. Bimanuel muayenede servikal hareket hassasiyeti ve ağırlı sağ adneksiyel kitle görülüyor. Hematokriti %34, lökosit sayısı 18.000/mm³ ve eritrosit sedimentasyon hızı 80 mm/saattir. Pelvik USG'de kalın duvarlı, multiloküle sağ adneksiyel kitle görülüyor. Aşağıdakilerden hangisi en olası tanıdır?

- A) Apendiks apsesi
- ☒ B) Tuboovarian abs
- C) Over kanseri
- D) Over torsiy
- E) Ektopik ge

TUBA-OVARYAN ABSE (TOA)

Klinik • Asemptomatik, akut batın, septik şok v.b değişkendir.

Semptom • Ateş (%70-80), Pelvik ağrı (%90), servikal hassasiyet, taşikardi, bulantı-kusma

Tanı • **Fizik muayene** • Ele gelen kitle
• **USG** • Adneksiyel kitle izlenir • **CT** • Tanıda yardımcı olabilir

Tedavi • **Antibiyotik** • %75 Antibiyoterapiye cevap verir
• **Drenaj** • USG eşliğinde perkütan drenaj • **Cerrahi** • Fertilite beklentisi olmayan / rüptür / şok

2026

KADIN DOĞUM

Konu kitabımızda 172. sayfada var,
Konu kampı ve soru kampımızda- mutlaka gelir dediğimiz yer

2026
MART
TUS ÇIKMIŞ
SORU

Konu
Kitabımız
172. sayfa

Müllerian
agenezi
(Mayer-
Rokitansky-
Küster-Hauser
sendromu)

Olguların karyotipi 46, XX'tir ve **over fonksiyonları normaldir**.
Primer amenore ile gelen bu hastalarda **tuba, uterus ve vajen üst kısmı gelişmemiştir**.
Kör vajen vardır. (Yandaki resimde görülen mor olan kısımlar gelişmiyor)
Nedeni> Müller kanal gelişimi için gerekli HOX geninde ve AMH geninde mutasyon var.
Çift toplayıcı kanal, atnalı, pelvik böbrek, renal agenezi ve iskelet anomalileri eşlik edebilir.



172

MAYER ROKİTANSKİ KÜSLER HAUSER SENDROMU

SORU
KAMPI
SORUSU

335

18 yaşında kadın hasta **primer amenore** şikayeti başvurdu. Yapılan muayenesinde her iki **meme gelişimi tanner evre 5 te**, aksiller ve **pelvik kıllanmanın normal** olduğu görülüyor. Ancak **uterusun olmadığı vajenin ise kör vajen** olarak sonlandığı tespit ediliyor. Muhtemel teşhisiniz aşağıdakilerden hangisi olacaktır ?

- A) Turner sendromu
- ☒ B) Müllerien agenezi
- C) Klinefelter sendromu
- D) Gonadal agenezi
- E) Swyer sendromu

Dr. Latif HACIOĞLU
MART 2026

tip akademisi

Müllerian agenezi

(Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser sendromu) [MRKHS]

- > Karyotip **46, XX'tir**. Over fonksiyonu normal
- > **Primer amenore** vardır (normogonadotropik=hormonlar normal)
- > **Tuba, uterus ve vajen üst kısmı gelişmemiş olup ince bant şeklindedir**. Kör vajen vardır.
- > **Sec. seks karakterleri gelişmiş> Meme gelişimi, pubik kıllanma var**
- > **Nedeni>** Kesin olarak bilinmiyor> **Müller kanal gelişimi için gerekli HOX geninde ve AMH geninde mutasyon olduğu düşünülmekte.**

Çift toplayıcı kanal, atnalı veya pelvik böbrek, renal agenezi ve iskelet anomalileri eşlik edebilir

L. Paoğlu
M.D

KADIN DOĞUM

Konu kitabımızda 125. sayfada var,
Konu kampı ve soru kampımızda- mutlaka gelir dediğimiz yer

BÖLÜM 3
OBSTETRİ

tip
akademisi

2026
MART
TUS ÇIKMIŞ
SORU

Konu
Kitabımız
125. sayfa

TGK Tarama
testleri

TEKRARLAYAN GEBELİK KAYBI (TGK) SORUSU

SORU
KAMPI
SORUSU

Tanısal değeri kanıtlı testler	Kanıtlı değil ama faydalı olan testler	Hiç bir tanısal değeri ve faydası olmayan testler
Kavitenin görüntülenmesi * USG, HSG, H/S, Sonohisterografi, MR Genetik analiz * Abort materyali * Anne-baba karyotip incelemesi İmmüno/Hematolojik tarama * Trombosit sayısı * Antikardiolipin, AntiB2 glikoprotein1, LAC (Lupusantikuagülanı) Troid fonksiyon testleri (TSH), Prolaktin Kronik hastalık taraması, Çevresel fakt.	Antitroid antikor ölçümü Over rezerv testleri * AMH, CCCT * FSH, E2 P4 seviyeleri	Trombofili taraması * Fakt V laiden, * Protrombin gen defekti * Protein C/S aktivitesi * Homosistein düzeyi * Antitrombin defekti PCOS için tarama * LH- Androjen seviyesi Servikal kültür * Micoplasma/üreoplasm klamidia Antinükleer antikorlar, sitokinler

337

Tekrarlayan gebelik kaybı olan 25 yaşında bir kadına laparoskopi ve histeroskopi yapılıyor. İki uterin horn ve bir ortak serviksi bulunan kalp şeklinde uterusu sahip müllerian anomalisi olduğu tespit ediliyor.

Uterus anomalisinin adı nedir?

- A) Uterin didelfis
- B) Septat uterus
- C) Unicornuat uterus
- D) Bicornuat uterus**
- E) Müllerian agenezi

Dr. Latif HANIOĞLU
MART 2026

tip
akademisi

Koni Uterin Anomaliler ve Abort Oranları

Uterin anomali	Görülme Sıklığı %	Abortus oranı %
Bikornus	39(En sık)	40-70
Unikornus veya septum	14-25	40-80(En sık)
Didelfis	11	40
Arcuat	7-9	-
Hipo/Aplazi	4	-

Septum=> Cerrahiden en çok fayda gören
Didelfis=> Arcuat uterus ile birlikte normal gebelik prognozu en iyi olan anomaliler

KADIN DOĞUM

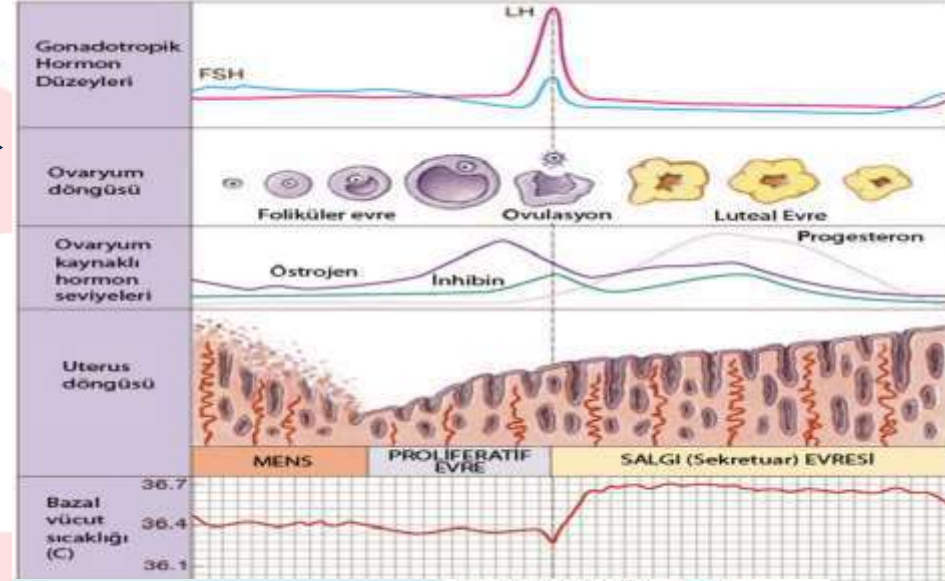
Konu kitabımızda 177. sayfada var,
Konu kampı ve soru kampımızda- mutlaka gelir dediğimiz yer

2026
MART
TUS ÇIKMIŞ
SORU

Konu
Kitabımız
177-178.
sayfa

MENSRÜEL SİKLÜSTE ENDOMETİUMDA GÖRÜLEN FİZYOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER SORUSU

SORU
KAMPI
SORUSU



346

Menstrüel siklus döngüsünde apoptoz, overdeki steroid hormon seviyelerindeki değişiklik ile ortaya çıkabilir. Over fertilize olmadığında, endometriyal hücreler dökülür çünkü:

- Korpus luteumun involüsyonu, östradiol ve progesteron seviyelerinin çarpıcı biçimde düşmesine neden olur.
- Ovulasyondan sonra LH seviyeleri yükselir
- Estradiol seviyesi, LH'nin dalgalanmasında yer almaz
- Estradiol, endometriyumda progesteron reseptörünün indüksiyonunu inhibe eder
- Progesteron seviyesi ovulasyonun oluşmasını sağlar

Yukarıdakilerde hangisi doğrudur?

- a
- b
- c
- d
- e

> KL'nin ömrü sabit ve 14 gündür
> Fertilizasyon meydana gelirse > **hCG** gelip KL ömrünün devamını sağlıyor ki gebelik için lazım olan **progesteron** salgılamaya devam etsin.
Ne zamana kadar > Plazenta olup progesteron salgılamaya başlayana kadar.
> Fertilizasyon olmazsa > KL ölür ve buna bağlı estradiol ve progesteron seviyesi hızı düşer. Bir progesteron çekilme kanaması olan **MENSTRUASYON** olur.

KADIN DOĞUM

Konu kitabımızda 187-188. sayfada var,
Konu kampı ve soru kampımızda 1 TABLODA 2 SORU GELDİ

2026
MART
TUS ÇIKMIŞ
SORU

Konu
Kitabımız
187-188.
sayfa

DERİN VEN TROMBOZU VE
SİGARA İÇME ÖYKÜSÜ VE
AĞIR MENSTRÜEL
KANAMASI OLAN KADINA
KONTRASEPTİF YÖNTEM

SORU
KAMPI
SORUSU

	Yöntem	Özellik
Acil Kontraseptif	KOK (Yüzpe)	Postkoit 72 saat içinde 12 saat ara ile 2X2 tablet, Bulantı/kusma yapabilir
	Levonorgestrel (1.5mg)	Postkoit 72 saat içinde>Ovulasyonu erteler, venöz tromboz öyküsü olanda en uygun yöntem
	Bakırlı RİA	En etkin acil kontrasepsiyon yöntemidir, ilk 7 gün %100 etkin
	Ullipristal (Ella ^R)	En etkin hormonal acil kontrasepsiyon yöntemidir (ilk 72 saat)
	Mifepriston (RU-486)	Progesteron reseptör antagonisti steroiddir. İlk 5 gün

	Yöntem	Özellik
Hormonal Yöntemler *E2 +P4 içeren *Sadece P4 içeren *Oral,implant, yama,enjektale	KOK (E2 +P4)	20-25 µg östrojen içerir. Mono veya multifazik> Ovulasyon baskılar
	Minipil (Sadece P4)	LH piki çekemez>Ovulasyon ↓, (Laktasyon, >40 yaş verilebilir)
	Ciltaltı implantları(3 yıl)	Ovulasyon ↓ > Nexplanon (etonogestrel), Implanon
	Trandermal Yama	20 µg östrojen içerir. 3 haftada bir 1 hafta ara verilerek değiştirilir
	Enjektale kontraseptif	Depo MedroksiProgesteronAsetat (MPA) (3 ay etkili)

Dr. Lutfi Hacıoğlu TIRAKT 8086 tip akademisi düşük östrojen içeren hormonal kontraseptiftir.

398	Yöntem	Özellik
Cerrahi Yöntemler:	Tüp Ligasyonu (kadın)	CS de "Ponemey", Midegastrotomi, LS, Faldemikopik yöntem (Çocukları niki en uygun)
	Vazektomi (erkek)	Vas deferens bir kısır planları> Spermin pasajı engeller
Acil Kontraseptif	KOK (Yüzpe)	Postkoit 72 saat içinde 12 saat ara ile 2X2 tablet, Bulantı/kusma yapabilir
	Levonorgestrel (1.5mg)	Postkoit 72 saat içinde>Ovulasyonu erteler, venöz tromboz öyküsü olanda en uygun yöntem
	Bakırlı RİA	En etkin acil kontrasepsiyon yöntemidir, ilk 7 gün %100 etkin
	Ullipristal (Ella ^R)	En etkin hormonal acil kontrasepsiyon yöntemidir (ilk 72 saat)
	Mifepriston (RU-486)	Progesteron reseptör antagonisti steroiddir. İlk 5 gün
Oral,implant, yama,enjektale	Trandermal Yama	20 µg östrojen içerir. 3 haftada bir 1 hafta ara verilerek değiştirilir
	Enjektale kontraseptif	Depo MedroksiProgesteronAsetat (MPA) (3 ay etkili)
	Trans-vajinal halka	15 µg östrojen içerir. En düşük östrojen içeren hormonal kontraseptiftir.
Cerrahi yöntemler: *MPV,CS,Co-yi azaltır	Spermisid (Hormonal,östrojen)	Kastren 20dk önce kullanılır, CYB'tan kurtulmaz, testosteron değil, laktobasiller bozar, E-risk bakteriyel T, HN bulantı T

KADIN DOĞUM

Konu kitabımızda 55. sayfada var,
Konu kampı ve soru kampımızda Bu TABLODAN SORU GELDİ

2026
MART
TUS ÇIKMIŞ
SORU

Konu
Kitabımız
55. sayfa

GERM HÜCRELİ OVER TÜMÖRLERİNDE SERUM BELİRTEÇLERİ SORUSU

SORU
KAMPI
SORUSU

Over Tümörleri ve Belirteçleri		
Yüzey Epiteli	Epitelyal over tümörleri	CA125 ↑, HE-4 ↑
	Müsinöz kistadenokarsinom	CEA ↑
Germ Hücreli Over Tümörleri	DisGermiom	AFP (-), hCG (-), LDH (+), PLAP (+)
	Yolc sac (EST)	AFP (+), hCG (-)
	Embriyonel karsinom	AFP (+), hCG (+)
	Koryokarsinom	AFP (-), hCG (+)
	İmmatür Teratom	AFP (+/-), hCG (-)
	Polyembryoma	AFP (+/-), hCG (+/-)
	Mikst Germ Hücreli Tümör	AFP (+/-), hCG (+/-)
Sex-Kord Stromal	Granüloza Hücreli tmr	İnhibin (+), AMH, Östrojen (+)

OVERDE GÖRÜLEN HANGİ KİTLELER SOLİD YAPIDADIR ?

- ✓ Seks-Kord stromal tümörleri
- ✓ Fibrotekom-Fibrom (Ensik solid tmr)
- ✓ Transizyonel (Brenner) tmr
- ✓ Overde myom - Leiomyosarkom
- ✓ Krukenberg tmr
- ✓ Disgermiom
- ✓ Over remnant sendromu
- ✓ Karsinoid tmr

55

134

20 yaşında kadın hasta sol adneksiye alanda a
Yapılan USG de sol overde 10X12cm lik, hemor
hiper ekoik yapılar barındıran kistik kitle olduğ
değerlerinde Serum AFP yüksek, hCG ve CEA n
Bu hastada en olası tanınız aşağıdakilerden hai

- A) Müsinöz kistadenokarsi
- B) Endodermal sinüs tümörü (yolc sac)**
- C) Embriyonel karsinom
- D) Koryokarsinom
- E) Matür kistik teratom

Dr. Latif HACIOĞLU
MART 2026

tip akademisi

Over Tümörleri ve Belirteçleri		
Yüzey Epiteli	Epitelyal over tümörleri	CA125 ↑, HE-4 ↑
	Müsinöz kistadenokarsinom	CEA ↑
Germ Hücreli Over Tümörleri	DisGermiom	AFP (-), hCG (-), LDH (+), PLAP (+)
	Yolc sac (EST)	AFP (+), hCG (-)
	Embriyonel karsinom	AFP (+), hCG (+)
	Koryokarsinom	AFP (-), hCG (+)
	İmmatür Teratom	AFP (+/-), hCG (-)
	Polyembryoma	AFP (+/-), hCG (+/-)
	Mikst Germ Hücreli Tümör	AFP (+/-), hCG (+/-)
Sex-Kord Stromal	Granüloza Hücreli tmr	İnhibin (+), AMH, Östrojen (+)

KADIN DOĞUM

2026
MART
TUS ÇIKMIŞ
SORU

**DİĞER DERSLERDEN GELEN
KADIN DOĞUM SORULARI**

Konu kitabımızda 183. sayfada var, Konu kampı ve soru kampımızda anlattığımız yerden geldi

PEDIATRI

ADÖLESAN ANORMAL UTERİN KANAMANIN EN SIK NEDENİ SORUSU

**SORU
KAMPI
SORUSU**

13 yaşında kız çocuğu 5 aydır adet görmediği için doktora getiriliyor. İlk adetini 11 yaşında görmüş ve 30 ila 90 günlük aralıklarla düzensiz bir şekilde adet oluyor ve kanama 1 ile 5 gün sürüyormuş. Yüzme yarışlarına hazırlandığını düzenli bir şekilde haftada 3 gün yüzdüğünü ve haftada iki kez okulda beden eğitimi dersine katıldığını belirtiyor. Boyu 60. percentil ve kilosu 40. percentil, 8-HCG negatif ve muayenede herhangi bir patoloji görülmüdi.

A) Atletik amenore
B) Anoreksiya nevroza
C) Konjenital adrenal hiperplazi
D) Polikistik over sendromu
E) Normal gelişim

- Normal gelişimi (matürleşmesi) zaman alır.
- GnRH'nin döngüsel salınımı düzenli bir aralık oluşturduğundan, kadın hastalarda **menstrüasyon** başladıktan sonra **1-2 yıl boyunca düzensiz** mens kanaması olağan kabul edilir

15 yaşındaki bir kız çocuğunun menarştan beri **oligomenore ve hipermenore** yakınmaları varsa tanı aşağıdakilerden hangisini düşünürsünüz?

- A) Matür kistik teratom
B) Follikül kisti
C) Granüloza hücreli tümör
D) Kistadenom
E) Anovulatuvar siklus

**Adölesan ve premenapozda >
Anovulatuar siklüse bağı >
Polimenore veya oligomenore
görölür**

Adölesanda Sebeup >
İmmatür H-H-O aks,

Premenapozda sebep >
Overyan yetmezlik

KADIN DOĞUM

Konu kitabımızda 43. sayfada var,
Konu kampı ve soru kampımızda anlattığımız yerden geldi

2026
MART
TUS ÇIKMIŞ
SORU

Konu
Kitabımız
43. sayfa

Malign Melanom En sık 2. vulvar kanser, **en kötü prognozlu vulvar kanserdir**, lab minus ve klitoriste yerleşir
Klinik Asemptomatik, kaşıntılı, pigmente, ülser lezyon
Evreleme FIGO evrelemesi kullanılmaz.
Breslow ve Chung evrelemesi kullanılır
Breslow Tümör kalınlığı (mm) ölçer. (Prognozda **EN ÖNEMLİ**) (altın standart)
Clark Deri katmanlarına invazyon derinliği ölçer (Epidermis, dermis) (Eski sınıflandırma)
Chung Clark'a benzer, daha detaylı histolojik derinlik sınıflamasıdır. (Eski sınıflandırma)
En önemli prognostik faktör Tümör kalınlığı ve invazyon derinliğidir
Tedavi Radikal vulvektomi + ingüinal lenfadenektomi

Malign Melanomun 3 Histopatolojik Tipi
1. Yüzeyel yayılan melanom (**En sık**) (TUS-Çıkar)
2. Nodüler (derin) melanom (**En kötü prognozlu**)
3. Akral lentigenöz melanom

M. Melanom
Radyoterapiye dirençlidir.
Tedavide RT 'nin yeri yok

KÜÇÜK STAJLAR

MALİGN MELANOM EN SIK
ALT TİPİ SORUSU?

SORU
KAMPI
SORUSU

89

Malign Melanom En sık 2. vulvar kanser, **en kötü prognozlu vulvar kanserdir**, lab minus ve klitoriste yerleşir
Klinik Asemptomatik, kaşıntılı, pigmente, ülser lezyon
Evreleme FIGO ve Clark (papiller dermis yok) evrelemesi kullanılmaz.
Breslow ve Chung evrelemesi kullanılır
Breslow İnvaziv derinliğini ölçer
Chung Tümör kalınlığını ölçer
En önemli prognostik faktör İnvazyon derinliğidir
Tedavi Radikal vulvektomi + ingüinal lenfadenektomi

Malign Melanomun 3 Histopatolojik Tipi
1. Yüzeyel yayılan melanom (**En sık**)
2. Nodüler (derin) melanom (**En kötü prognozlu**)
3. Akral lentigenöz melanom
M. Melanom
Radyoterapiye dirençlidir. Tedavide RT 'nin yeri yok

- B) vulvar sarkom
C) Malign melanom
D) Bazal hücreli karsinom
E) Vulvanın Paget hastalığı

Konu kitabımızda 39. sayfada var,
Konu kampı ve soru kampımızda GELECEK dediğimiz yerden geldi

URGE İNKONTİNANAS
(Aşırı Aktif Mesane)
Detrusor hiperaktivitesi

- Acil idrar hissi ile tualete yetişmeden idrar kaçırmadır.
- Yaşlılarda(menapoz) daha sık görülür. Ürodinamik bir tanıdır.(Sistometri şarttır)
- İstemsiz detrusor kontraksiyonuna bağlı gelişir.
- Kontraksiyonlar nörojenik kökenli ise (Parkinson, MS)> **Detrusor hiperrefleksi** ismini alır

Tedavi ➤ Detrusor kasi kolinerjik aktivite sonucu kontrakte olur(parasempatik uyan)> onun için tedavide **antikolinerjik** başlanır
Asıl tedavi ➤ **Antikolinerjikler** ➤ Oksibutinin, disiklomin, propantelin, hyosiyamin, tolterodin(düz kasları da gevşetir), darifenacin
Medikal ➤ **Bu ilaçların yan etkileri** ➤ Ağız kuruluğu, taşikardi, kabızlık, görme bulanıklığı

81

A) Antikolinergik ilaç

**SORU
KAMPI
SORUSU**

Dr. Latif HACIOĞLU
MART 2026

80
56 yaşında 7 yıldır men.
başvurdu. Şikayetleri sa
sistemik hastalığı yok, 1
pozitif. Ürodinami ve lal
tedavi istemiyor ise aşı

A) Antikolinerji
B) Kilo verme
C) Kegel egzersizi
D) Vajinal pesser uygulanması
E) Lokal östrojen tedavisi

• **GİRİŞİCİ STRES ÖRNEKLERİ:**
INCONTINENCE (İİ-Sİİ)
 • Kullandığı basurcu altından dışarıya, gülmeye, kağına, altına ve bacaklarına idrarını idrar kapama ve idrar çıkış kontrolünü inkontinans pay eder. **Çevresinde kalma ve ilgisizlik** Unutkanlık bir benzeri.
 • **Östrogen kullanılmayışı östrojenizm >** interovular basurcu (**Pöve**) rast ümral kapama basurcu (**Pöve**) aynı zamanda idrar kapama olur.
 • **Östrojen kapama basurcu** (**Pöve**) = **Üretra basurcu** (**Pöve**) + **Mesane basurcu** (**Pöve**)
 • **Östrogen basurcu** (**Pöve**) = **Mesane basurcu** (**Pöve**) + **Abdominal basurcu** (**Pöve**)

Tipi: Tip 1: Δ Üstte hiper mobilitasına bağlı SÜT + Elektromek faktörlerin yayılmasına bağlı ağrı + Öküzme testi, 0 tip testi
Tip 2: Δ İnternok sfinkter yetmezliğine bağlı SÜT + Ürodinamikte üstte kapama basıncı < 20cmHG

Risk faktörleri	Genç yaşta vajinal doğum Doğum travması	Mutagenezite Genetik	Dışteke diskurion yayılımı / Kısıtlanma İlaçlar (a. b. b. b. ACE i. e.)	Beli yarı Gebelik
-----------------	--	-------------------------	--	----------------------

Tip 2: `Batch>Parameters dialog (www.iqtree.org), Model: Marchetti-Krums (MK)` Specify protein sequence as follows

Cemahide: Cemahide şifreler indirici

• Kayal ağzı	• Konserve tedavisi ilk jellipazda • Pubertasyon kas gıcırda
• Vajinal-öentral anksiyalar	• Pesce , konfor, gentil ilim anksiyalar (fimsa/7777)
• Baylar	• Lokal anksiyalar , anksiyalar, elbette, gıcırda, kırılganlık, anksiyalar
• Yapay şifonlar	• Solar , ilim jellipazda ilim jellipazda

KADIN DOĞUM

Konu kitabımızda 71. sayfada var,
Konu kampı ve soru kampımızda GELECEK dediğimiz yerden geldi

2026
MART
TUS ÇIKMIŞ
SORU

Konu
Kitabımız
71 . sayfa

FİZYOLOJİ

PLASENTAYI OLUŞTURAN
YAPILAR SORUSU?

SORU
KAMPI
SORUSU

Desidua Parietalis → Geni kalan tüm uterin kaviteyi örten desidua

birleşir **D.vera** adını alır



Desidua basalis
Coryon frondozum
Amniyotik kavite
Yolk sac
Uterin kavite
Coryon laeve

Desidua kapsularis

Desidua parietalis

Coryon kavite

Desidua kapsularis

Desidua parietalis

Desidua basalis

Coryon frondozum

Amniyotik kavite

Yolk sac

Uterin kavite

Coryon laeve

DİKKAT • Yolk sac koryonik kavitenin içerisinde bulunur

Coryon Frondozum → Blastokistin desidua bazalise (bazal plak) tutunduğu yerdeki trofoblastik dokudur. (Plasentayı oluşturan ikilidir)

Desidua basalis (maternal) ve koryon frondozum (fetal) birlikte plasentayı (fetomaternal üniti) oluşturur.

Coryon Laeve → Blastokistin desidua bazalise tutunduğu yerin dışında çevresini saran diğer trofoblastlardır. Daha sonra koryon zarına dönüşür.

Nitabuch tabakası → Amniyon zarı gibi koryon zarı da avaskülerdir.

→ Invazyon gösteren trofoblastların desidua bazalis ile karşılaştıkları yerde oluşan **fibrinoid dejenerasyon zonudur.**

→ Bu tabaka trofoblastların invazyonunu sınırlar. Placenta invazyon anoma- lilerinde bu tabaka görülmez.

71

353

Normal bir gebelikte aşağıdaki yapılardan içinde bulunur?

- A) Desidua basalis
- B) Desidua kapsul
- C) Desidua pariete
- D) Amnion kavite
- E) Koryonik kavite**



Dr. Latif HATİOĞLU
MART 2026

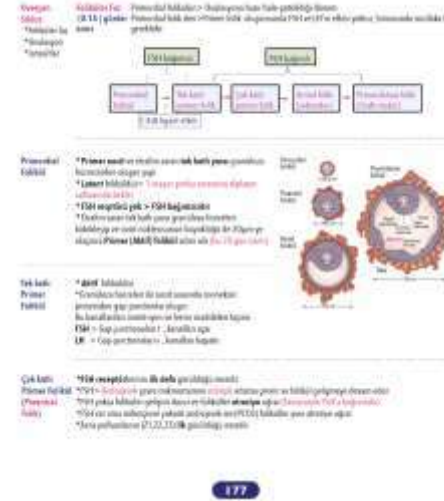
tip akademisi

L. Hatipoğlu
2026

KADIN DOĞUM

Konu kitabımızda 177. sayfada var,
Konu kampı ve soru kampımızda GELECEK dediğimiz yerden biri

Konu
Kitabımız
177 . sayfa



FİZYYOLOJİ-histoloji

FOLİKÜL GELİŞİM EVRELERİ SORUSU?

SORU
KAMPİ
SORUSU

350

- I – Primordial folikül
- II – Tek katlı primer folikül
- III – Çok katlı primer folikül
- IV – Antral folikül

Yukarıdakilerden hangisi/hangilerinin oluşumu için FSH'nin olması mutlak gereklidir?

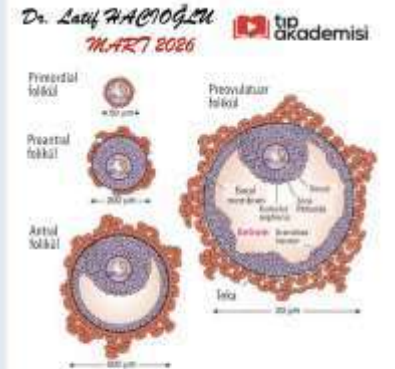
- A) Yalnız I
- B) I ve II
- C) I, II ve III
- ☒ D) III ve IV
- E) I, II, III ve IV



354

Folikülogenezde folikülün hangi evresinde teka interna ve teka eksterna belirginleşir ve granuloza hücreleri üzerinde ilk kez luteinize hormon (LH) reseptörleri açığa çıkar?

- A) Graft folikül
- ☒ B) Antral folikül
- C) Preantral folikül
- D) Primer folikül
- E) Primordial folikül



KADIN DOĞUM

Konu kitabımızda 172. sayfada var,
Konu kampı ve soru kampımızda GELECEK dediğimiz yerden biri

2026
MART
TUS ÇIKMIŞ
SORU

Konu
Kitabımız
172 . sayfa

Sheehan
Sendromu
(Hipofizer
Apopleksi)

Postpartum atoni kanaması sonucu gelişen hipovolemik şoka bağlı akut hipofizer nekrozdur
Postpartum amenore vardır
İlk bulgu> Laktasyonun olmamasıdır.
Baş ağrısı ve görme alanında daralma ve görme bozuklukları eşlik edebilir
Aksiller ve pubik kıllar dökülür, **panhipopitüitarizm gelişir.**
Sonuç> PRL ↓, GH ↓, FSH ↓, LH ↓, ACTH ↓ , Hipotroidizm de görülebilir

FİZYOLOJİ

AĞIR KANAMALI
DOĞUMDAN SONRA
HİPOPİTÜİTERİZM
SORUSU? (Sheehan Sendromu-
Hipofizer Apopleksi)

SORU
KAMPI
SORUSU

411

Bir önceki gebeliğinde **doğum sonu kanamayı** takiben sürekli baş ağrısı olan bir hastaya **Sheehan sendromu** teşhisi konur. Hastaya sekonder infertilite nedeniyle **ovülasyon indüksiyonu** yapılacaksa **hangi tedaviyi önerirsiniz?**

- A) GnRH agonisti
- B) Kломifen sitrat
- C) Dopamine agonisti
- D) İn vitro fertilizasyon
- ☒ E) FSH ve LH

Dr. Latif HACIOĞLU
MART 2026

tip
akademisi

Sheehan Sendromu (Hipofizer Apopleksi)

- Postpartum atoni kanaması sonucu > **Akut hipofizer nekroz.**
- Postpartum amenore vardır
- **İlk bulgu> Laktasyonun olmaması**
- **Baş ağrısı ve görme alanında daralma ve görme bozuklukları eşlik edebilir**
- **Sonuç> GH ↓, FSH ↓, LH ↓, Hipotroidizm** de görülebilir

L. Hacuoğlu
M.D

KADIN DOĞUM

Konu kitabımızda 186. sayfada var,
Konu kampı ve soru kampımızda GELECEK dediğimiz yerden biri

2026
MART
TUS ÇIKMIŞ
SORU

DAHİLİYE

Konu
Kitabımız
186 . sayfa

45 YAŞ KADIN HASTA PCOS
VE İNSÜLİN REZİSTANSI
SORUSU?

SORU
KAMPI
SORUSU

BÖLÜM 4 ENDOKRİN ve INFERTİLİTE

POLİKİSTİK OVER SENDROMU (PCOS)

PCOS (Stein-Leventhal Sendromu)

Üreme çağı kadınlarda **en sık** görülen endokrin bozukluk
Anovulasyonun, hiperandrogenizmin, hirsutizmin **en sık sebebi**
Patofizyoloji→ Asıl sorun > **İnsülin rezistansı** ve **hiperinsülinemi**, IGF ↑ → Androjen sentezi ↑ >
Hiperandrogenizm = **HA-IR** sendromu

Kronik anovulasyon→ P4 ↓ → Santral opiyat ↓ → GnRH ↑ → (LH ↑ ama FSH normal) = LH/FSH ≥ 3 > PCOS
P4 düşüktür → LH yükselir, E2 yüksektir → FSH baskı altında tutar FSH normaldir
PCOS'ta > Atrial foliküller fazla olduğundan > AMH (Antimüllerian hormon) ↑ artar ≥ 3.5
Artan LH → Androjen yapımını ↑ > Foliküler atrozi + Anovulasyon + Hirsutizm
P4 yok → Karşılammamış E2 ↑ > End hiperplazi ↑ , end ca riski ↑ , meme ca riski ↑

Klinik→ Menstrüel düzensizlik (Oligo-Amenore), hirsutizm, obezite, infertilite, HAIR-AN sendromu
Uzun dönem sonuçları→ Metabolik send, HT, DM, KVD, dislipidemi, (End, meme, over) kanseri riski, gebelikte > abortus, IUGR riski



386

36 yaşında obez kadın hasta **düzensiz mens döngüsü**, hafif akne ve kıllanma, ense, koltuk altı ve iç uyluk bölgelerinde **akantozis nigrikans** şikayetleri ile başvuruyor. PCOS'tan şüpheleniyorsun. PCOS'a ek olarak başka hastalık olup olmadığını araştırmak için aşağıdaki laboratuvar testlerinden hangisinin yapılması **yol gösterici olur?**

- A) 75 gr glikoz tolerans testi
B) Testosteron
C) Prolaktin
D) DHEAS
E) LH ve FSH



Akantozis nigrikans > **Hiperinsülinemi** ile ilişkilidir ve hastanın **prediyabet** ve **diyabet** için önemli risk altında olduğunun bir işaretidir.

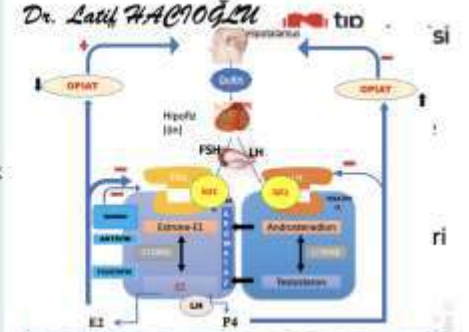
PCOS şüphesi olan hastaların %30 kadarında **prediyabet vardır** ve %8'i açık tip II diyabetli

Bu hastada **obezite** ve **akantozis nigrikans** göz önüne alındığında 75 g, 2 saatlik oral glukoz tolerans testi önerilebilir

387

31 yaşında kadın hasta, 3 yıldır giderek artan **düzensiz adet kanaması öyküsü** nedeniyle doktora geliyor. Adetler, 14 yaşında menarştan bu yana düzensiz ve 45 ila 60 gün aralıklarla oluyormuş, ancak şimdi adet döngüsü aralığı 90 güne kadar çıkmış. Mens dönemi 2 ile 7 gün sürüyormuş. Ek hastalık ve ilaç kullanım öyküsü yoktur. 163 cm boyunda ve 103 kg ağırlığındadır; VKİ 39 kg/m², nabızı 80/dk, kan basıncı 140/80 mm Hg. Fizik muayenede koltuk altı ve kasık bölgesinde kadifemsi pigmentli cilt görünümü mevcut. Bu hastada aşağıdaki serum hormon konsantrasyonlarından hangisinin artması en olasıdır?

- A) Kortizol
B) Folikül uyarıcı hormon
C) Progesteron
D) Testosteron
E) Tiroid uyarıcı hormon



Polikistik over sendromu

- Adet düzensizlikleri, **androjen fazlalığı** bulguları, obezite, **insülin direnci** ve ultrasonografide PCOS ile kendini gösterir.
- **Tedavi** > Kilo kaybı ve KOK
- Teşhis edilirse **DM** tedavisi için antihiperlipidemik ilaçlar / insülin

KADIN DOĞUM

Konu kitabımızda 30. sayfada var,
Konu kampı ve soru kampımızda GELECEK dediğimiz yerden biri

2026
MART
TUS ÇIKMIŞ
SORU

MİKROP

Konu
Kitabımız
30. sayfa

28 YAŞINDA BALIK KOKULU
VAJİNAL AKINTISI OLAN
HASTA SORUSU?

- Bakteriyel Vajinozis (Gardnerella vaginalis) (Nonspesifik) *B.V *Balık kokusu**
- En sık vajinal enfeksiyon ve en sık vajinal akıntı sebebi
 - Vajinozis** Tam bir vajinit değildir. Anormal bakteri sayısı ↑ vaj. sekresyon ↑ ama akıntıda lökosit (PMNL) yok ve akıntıda inflamasyon yok
 - Bir sebebe bağlı **laktobasiller** ↓ yerini **anaeroplara** ↑ alır (gardnerella vaginalis, U. ureatikum)
 - Flora değişimi** söz konusudur. Cinsel yolla bulaşmaz > **Eş tedavisi gerekmez**
 - Çok sık bulunduğu için **gebelikte rutin tarama önerilmez**
- Risk faktörleri**
- Vajinal duş (En sık), oral sex, RİA, sigara, mens sırasında ilişki, multipl cinsel partner, erken yaşta koitus
- Klinik ve Tanı**
- % 50 si **asemptomatik** > disparoni ve yanma şikayeti yoktur. Serviks normal, eritem, inflamasyon yok
 - En sık şikayet** Akıntı (kalın gri-beyaz, yapışkan) ve **balık kokusu** (koitus/mens veya vaj. duş zamanı)
 - Clue cells** (ipucu hücreleri) > %20 > Süperfisial hücrelere yapışmış G. vaginalisler. (**En güvenilir kriter**)
 - Whiff testi** (koku testi) > Vajinal sekresyona %10 KOH (potasyum hidroksit) damlatılır > Kötü balık kokusu
 - Yükselmiş PH > 4.5 (4.7 - 5.7)
 - Tanıda **kültürün yeri yoktur**

49 Bakteriyel Vajinozis (Gardnerella vaginalis)

- Klinik ve Tanı**
- % 50 si **asemptomatik** > disparoni ve yanma şikayeti yoktur. Serviks normal, eritem, inflamasyon yok
 - En sık şikayet** Akıntı (kalın gri-beyaz, yapışkan) ve **balık kokusu** (koitus/mens veya vaj. duş zamanı)
 - Clue cells** (ipucu hücreleri) > %20 > Süperfisial hücrelere yapışmış G. vaginalisler. (**En güvenilir kriter**)
 - Whiff testi** (koku testi) > Vajinal sekresyona %10 KOH (potasyum hidroksit) damlatılır > Kötü balık kokusu
 - Yükselmiş PH > 4.5 (4.7 - 5.7)
 - Tanıda **kültürün yeri yoktur**
- BV komplikasyon**
- PID, vajinit, endometrit, Preterm eylem, koryoamniyonit, **EMR**, post C/S, endometrit, Posthisterektomi kaf selülit riski ↑
- Tedavi**
- Metronidazol** (oral (500mg 2X1, 7 gün) veya vajinal) ya da **Klindamisin** (oral veya vajinal)
 - Gebelikte güvenlidirler, **Eş tedavisi gerekmez**
- AMSEL kriterleri** (3 tanesinin olması tanıyı koydurur)
- Balık kokusu > özellikle cinsel ilişki sonrası
 - PH > 4.5 (normal vajinal PH = 3.8 - 4.5)
 - Whiff testi pozitif
 - Clue cells > %20 ve lökosit bulunmaması

Clue cells

Vulvo-vajinal enfeksiyon etkenlerinin özellikleri

	Klinik/Şikayet	Akıntının özelliği	PH	Whiff testi	Mikroskopik Özellik	Eş tedavisi
Normal	YOK	Beyaz kokusuz	3.8 - 4.2	-	özellik yok	yok
Bakteriyel Vajinozis	Balık kokusu (ilişki/mens)	Armış, kalın, gri beyaz duvara yapışık	>4.5	+	clue cells var lökosit yok	yok
Bakteriyel Vajinit	Kaşıntı, sıvımsı akıntı	pürülan	>4.5	-	çok fazla lökosit	yok
Trikomonas vaginalis	Pis koku, lekelenme kaşıntı, dizüri köpüklü akıntı	San - yeşil, köpüklü, bol miktarda	>4.5	+/-	Hareketli parazit	Var (Triko-monEŞ)
Candidiazis	Şiddetli kaşıntı, yanma, akıntı	Süt keşiği beyaz kokusuz	<4.5	-	Micel veya pseudohif	Dirençli şuşlarda

SORU
KAMPI
SORUSU

KADIN DOĞUM

Konu kitabımızda 57. sayfada var,
Konu kampı ve soru kampımızda GELECEK dediğimiz yerden biri

2026
MART
TUS ÇIKMIŞ
SORU

Konu
Kitabımız
57. sayfa

PATOLOJİ

OVERİN SEKS KORD STROMAL TÜMÖRÜ SORUSU?

SORU
KAMPI
SORUSU

SEKS KORD STROMAL (SKS) OVER TÜMÖRLERİ

- Over-matriksinden gelişir, yavaş büyürler, geneli benignidir
- Histolojik tip>** Granüloza hücreli, Tekoma, Fibroma, Sertoli, Sertoli leydig, Steroid
- Fonksiyonel olarak hepsi aktif tümörlerdir (hormon üretirler)
- Heryaştta görülebilir,
- Semptom** İzoseksüel puperte prekoks, ağrı MMR,
- Tedavi** Cerrahi (Unilateral ooferektomi)

Seks kord stromal (%3)
Granüloza hücr.tmr (En sık)
Tekoma
Fibroma (En sık benign)
Sertoli
Sertoli leydig
Steroid

124

Aşağıdaki over
değildir?

- A) Transisyonel
- B) Disgerm
- C) Endometrioid

Yüzey Epitel Hücreli (%90)
Seröz (En sık)
Müsinöz
Transisyonel (En benign)
Endometrioid
Berrak hücreli (En malign)



Seks kord stromal (%3)
Granüloza hücr (En sık)
Tekoma
Fibroma
Sertoli
Sertoli leydig
Steroid

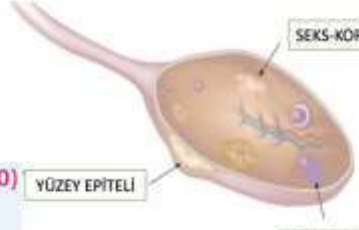
Germ hücreli (%5)
Disgermiom (En sık malign)
Yolc sac
Teratom (En sık)
Embriyonel karsinom
Koryokarsinom

125

Gebelikte en sık görülen overin malign tümörü aşağı hangisidir?

- A) Epitelyal
- B) Germ hü

Yüzey Epitel Hücreli (%90)
Seröz (En sık)
Müsinöz
Transisyonel (En benign)
Endometrioid
Berrak hücreli (En malign)



Seks kord stromal (%3)
Granüloza hücr (En sık)
Tekoma
Fibroma
Sertoli
Sertoli leydig
Steroid

Germ hücreli (%5)
Disgermiom (En sık malign)
Yolc sac
Teratom (En sık)
Embriyonel karsinom
Koryokarsinom

KADIN DOĞUM

Konu kitabımızda 18. sayfada var,
Konu kampı ve soru kampımızda GELECEK dediğimiz yerden biri

2026
MART
TUS ÇIKMIŞ
SORU

Konu
Kitabımız
18. sayfa

PATOLOJİ

BENİGN MALİGN TÜMÖR
AYIRIMI SORUSU?

SORU
KAMPI
SORUSU

28

18

Over kistlerinin uSG ye göre (benign - malign) Ayırımı

USG de benign kriterler	USG de Malign kriterler
*Unilokule - Septasız - İnce cidarlı	*Multilokule - Septalı kalın cidarlı
*Düzgün sınırlı, 8 cm den küçük	*Sınırları düzensiz, 8-10 cm <
*Asit yok	*Vejetasyon içerir, Asit varlığı
*İnternal ekolar içermez	*Yoğun İnternal ekolar içerir
*Solid komponent yok	*Nodülarite bulundurur, İnfiltrasyon varlığı
*Unilateral - mobil- Dopler normal	*Bilateral - Fikse (Yapışıklık)- Düzensiz kontür
*Yapışıklık ve infiltrasyon yok	*Dopler neovaskülarize alanlar var

E) Batında asit olmaması

Dr. Latif HACIOĞLU
MART 2026

tip akademisi

KADIN DOĞUM

Konu kitabımızda 18. sayfada var,
Konu kampı ve soru kampımızda GELECEK dediğimiz yerden biri

2026
MART
TUS ÇIKMIŞ
SORU

Konu
Kitabımız
18. sayfa

FARMAKOLOJİ

HANGİSİ POSTKOİTAL
KONTRASEPSİYON İLAÇTIR
SORUSU?

SORU
KAMPI
SORUSU

BÖLÜM 4 ENDOKRİN ve İNFERTİLİTE

tip
akademisi

Cerrahi Yöntemler	Yöntem	Özellik
	Tüp Ligasyonu (kadın)	CS de "Pomeroy", Minilaparotomi, LS, histeroskopik yöntem (Operasyon riski en düşük)
	Vazektomi (erkek)	Vas-defersin bir kısmı çıkarılır> Spermin pasajı engellenir

Acil kontraseptif	Yöntem	Özellik
	KOK (Yüzpe yöntemi)	Postkoit 72 saat içinde 12 saat ara ile 2X2 tablet, Bulantı/kusma yapabilir
	Levonorgestrel (1.5mg)	Postkoit 72 saat içinde > Ovulasyonu erteler, venöz tromboz öyküsü olanda en uygun yöntem
	Bakırlı RİA	En etkin acil kontrasepsiyon yöntemidir, ilk 7 gün %100 etkin
	Ullipristal (Ella®)	En etkin hormonal acil kontrasepsiyon yöntemidir (ilk 72 saat)
	Mifepriston (RU-486)	Progesteron reseptör antagonisti steroiddir. İlk 5 gün

398

Dr. Latif HACIOĞLU
MART 2026

tip
akademisi

Cerrahi Yöntemler	Yöntem	Özellik
	Tüp Ligasyonu (kadın)	CS de "Pomeroy", Minilaparotomi, LS, histeroskopik yöntem (Operasyon riski en düşük)
	Vazektomi (erkek)	Vas-defersin bir kısmı çıkarılır> Spermin pasajı engellenir
Acil Kontraseptif	Yöntem	Özellik
	KOK (Yüzpe)	Postkoit 72 saat içinde 12 saat ara ile 2X2 tablet, Bulantı/kusma yapabilir
	Levonorgestrel (1.5mg)	Postkoit 72 saat içinde > Ovulasyonu erteler, venöz tromboz öyküsü olanda en uygun yöntem
	Bakırlı RİA	En etkin acil kontrasepsiyon yöntemidir, ilk 7 gün %100 etkin
	Ullipristal (Ella®)	En etkin hormonal acil kontrasepsiyon yöntemidir (ilk 72 saat)
	Mifepriston (RU-486)	Progesteron reseptör antagonisti steroiddir. İlk 5 gün
Oral kontraseptif, yama, enjektabel	Yöntem	Özellik
	Transdermal Yama	20 µg östrojen içerir. 3 haftada bir 1 hafta ara verilerek değiştirilir
	Enjektabel kontraseptif	Depo Medroksiprogesteron Asetat (MPA) (3 ay etkili)
	Trans-vajinal halka	15 µg östrojen içerir. En düşük östrojen içeren hormonal kontraseptiftir.
	Suniger (Sponge)	Numpananda kullanılır. Nüfus kontrolü için
	Spermisid (Nonoksinol-9, okoksinol)	Koitten 20dk önce kullanılır, CYBH'ı korumaz, teratojen değil Laktobasileri bozar, E.coli bakteriyüsü T, HIV bulaş riski T