

Kadın Hastalıkları ve Doğum Akıl Notları

Güncel
2. Baskı

Güncel . Pratik . Referanslı

Editör:

Prof. Dr. Gürkan BOZDAĞ



- ✓ Kadın Hastalıkları ve Doğum **Temel Kitaplarının Özetleri**
- ✓ Poliklinik Pratiğinde Gerekli **Referans Bilgiler**
- ✓ Algoritma, Tablo ve Şemalarla Sunulan **Pratik Yaklaşım**
- ✓ Uluslararası **Tanı ve Tedavi Kılavuzları**
- ✓ Bilinmesi Gereken **Önemli Ayrıntılar**
- ✓ Tüm **Önemli Sınıflandırmalar**
- ✓ Uyarılar, Önlemler ve **Nokta Bilgiler**



GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

Kadın Hastalıkları ve Doğum Akıl Notları

Güncel
2. Baskı

Referans Kaynaklar Sizin İçin Özetlendi !

Editör

Prof. Dr. Gürkan Bozdağ

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Yardımcı Editörler

Dr. Pınar Çalış

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum
Anabilim Dalı

Dr. Aykut Özek

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum
Anabilim Dalı

Dr. Fatih Aktoz

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum
Anabilim Dalı



**GÜNEŞ TIP
KITABEVLERİ**

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM AKIL NOTLARI

Copyright © 2019

Bu Kitabın her türlü yayın hakkı **Güneş Tıp Kitabevleri Ltd. Şti.**'ne aittir. Yazılı olarak izin alınmadan ve kaynak gösterilmeden kısmen veya tamamen kopya edilemez; fotokopi, teksir, baskı ve diğer yollarla çoğaltılamaz.

ISBN: 978-975-277-728-6

Yayıncı ve Genel Yayın Yönetmeni: Murat Yılmaz

Genel Yayın Yönetmeni Yardımcısı: Polat Yılmaz

Yayın Danışmanı ve Tıbbi Koordinatör: Dr. Ufuk Akçıl

Dizgi - Düzenleme: İhsan Ağın

Kapak Tasarımı: İhsan Ağın

Baskı: Ayrıntı Basım Yayın ve Matbaacılık Hiz. San. Tic. Ltd. Şti.
İvedik Organize Sanayi Bölgesi 28. Cad. 770 Sok. No: 105-A
Ostim/ANKARA
Telefon: (0312) 394 55 90 - 91 - 92 • Faks: (0312) 394 55 94
Sertifika No: 13987

UYARI

Medikal bilgiler sürekli değişmekte ve yenilenmektedir. Standart güvenlik uygulamaları dikkate alınmalı, yeni araştırmalar ve klinik tecrübeler ışığında tedavilerde ve ilaç uygulamalarındaki değişikliklerin gerekli olabileceği bilinmelidir. Okuyuculara ilaçlar hakkında üretici firma tarafından sağlanan ilaca ait en son ürün bilgilerini, dozaj ve uygulama şekillerini ve kontrendikasyonları kontrol etmeleri tavsiye edilir. Her hasta için en iyi tedavi şeklini ve en doğru ilaçları ve dozlarını belirlemek uygulamayı yapan hekimin sorumluluğundadır. Yayıncı ve editörler bu yayından dolayı meydana gelebilecek hastaya ve ekipmanlara ait herhangi bir zarar veya hasardan sorumlu değildir.

GENEL DAĞITIM GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

ANKARA

M. Rauf İnönü Sokak No: 3
06410 Sıhhiye / Ankara
Tel: (0312) 431 14 85 • 435 11 91-92
Faks: (0312) 435 84 23

İSTANBUL

Gazeteciler Sitesi Sağlam Fikir Sokak
No: 7 / 2 Esentepe / İstanbul
Tel: (0212) 356 87 43
Faks: (0212) 356 87 44

KADIKÖY

Rasimpasha Mah. İskele Sokak
No: 4 / A Kadıköy / İstanbul
Tel: (0216) 546 03 47

www.guneskitabevi.com
info@guneskitabevi.com



ÖNSÖZ

2013 yılından ki ilk basımdan 5 yıl sonra ikinci ve güncellenmiş haliyle Kadın Hastalıkları ve Doğum Akıl Notları karşınızda. Tıpkı ilk basımda olduğu gibi üreme endokrinolojisi ve tıp, jinekolojik onkoloji, perinatoloji ve ürojinekoloji gibi birçok alt dala ayrılmış devasa bir bilgi birikimi ile yine sizlerle birlikte olmayı amaçladık. Bu kapsamda Kadın Hastalıkları ve Doğum hizmetinin kalitesi açısından pratik ama güncel tanı-tedavi algoritmalarının büyük kısmı güncel kılavuzlar ışığında derlenmiştir. Ayrıca ilk baskıya göre referans aldığımız klasik ders kitaplarının ve güncel makalelerin sayısını da belirgin olarak artırdığımızı ifade etmek isterim.

Kitabın hazırlık aşamasında sevgili Yardımcı Editörler Dr. Aykut Özek ve Dr. Pınar Çalış'ın yanısıra aramıza yeni katılan Dr. Fatih Aktoz'a da gösterdiği yoğun çabalar nedeniyle özellikle teşekkür etmek isterim.

Biz hekimlerin genç yaşlardan itibaren hayat boyu gösterdikleri yoğun emek ve fedakârlıkların değerinin bir gün bilinebilmesi dileğiyle tüm okuyuculara başarılı bir mesleki yaşam diliyor ve sözlerimi ilk baskıda ki aynı sözlerle bitirmek istiyorum.

"Bilim ve sanat takdir edilmediği yerden göç eder"
İbn-i Sina (M.S. 980 – 1037).

Prof. Dr. Gürkan Bozdağ
Haziran – 2018

İÇİNDEKİLER

GENEL JİNEKOLOJİK PROBLEMLER 1

Çocuk ve Adolesan Jinekolojisi	1
Pelvik ve Seksüel Geçişli Hastalıklar	5
Selim Vulvovajinal Bozukluklar	11
Anormal Uterin Kanama	17
Leiomyomlar	20
Endometriozis	22
Kronik Pelvik Ağrı	25
Premenstrüel Sendrom	27
Ektopik Gebelik	29
Perioperatif Değerlendirme	34
Ofis Jinekoloji ve Cerrahi Prosedürler	43

ÜROJİNEKOLOJİ 47

Pelvik Organ Prolapsusu	47
Üriner İnkontinans	55

ÜREME ENDOKRİNOLOJİSİ VE KONTRASEPSİYON 61

Kontrasepsiyon	61
Amenore	70
Androjen Fazlalığı Bozuklukları	75
İnfertilite	86
Menopoz	91

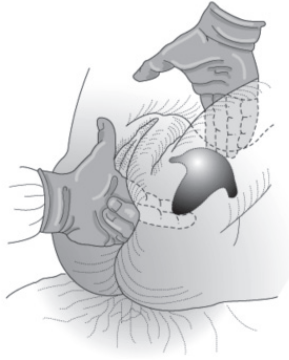
GEBELİK VE OBSTETRİK KOMPLİKASYONLAR 97

Rutin ve Prenatal Tarama	97
Birinci Trimester Vajinal Kanamaları	105
Anöploidinin Sonografik Tespiti	107
Antepartum Testler	116
Abortus İndüksiyonu	119
Antepartum Fetal Kalp Hızı Değerlendirmesi	124
Kazanılmış ve Kalıtsal Trombofili	130
Tromboembolizm	136
Gebelikte Hipertiroidizm ve Hipotiroidizm	138
Diyabetes Mellitus	141
Kronik Hipertansiyon ve Gebelik	145
Gestasyonel Hipertansiyon ve Preeklampsi	148
Gebelikte İmmünizasyon	154
Gebelikte Sitomegalovirus, Genital Herpes, Rubella, Sifiliz ve Toksoplazmosis	156

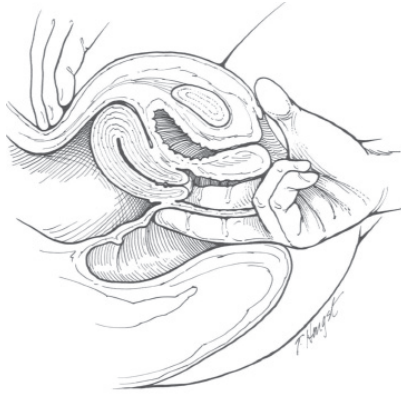
Gebelikte Grup B Streptokoklar	162
Gebeliklerde İdrar Yolu Enfeksiyonları	167
Fetal Gelişme Geriliği	169
Rh ve Diğer Kan Grup Alloimmunizasyonları	175
Preterm Eylem	180
Erken Membran Ruptürü	184
Üçüncü Trimester Kanamaları	187
Normal Doğum ve Travayın Seyri, İlerlemesi	191
Normal Olmayan Eylem	197
Doğum İndüksiyonu	203
Operatif Vajinal Doğum	206
Makat Doğum	214
Omuz Distozi	220
İkizler, Üçüzler ve Ötesi	222
Postpartum Kanama	226
Amniyon Sıvı Embolisi	234
Serebral Palsinin Önlenmesi	235

JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ 237

Vulva ve Vajina'nın Premalign ve Malign Hastalıkları	237
Uterin Serviksin Premalign ve Malign Hastalıkları	240
Uterin Korpusun Malign ve Premalign Bozuklukları	266
Overlerin ve Tuba Uterinin Premalign ve Malign Lezyonları	271
Gestasyonel Trofoblastik Hastalıklar	283



Bimanuel pelvik muayene.



Rekto-vajinal muayene.

PRİMER AMENORE

- 15 ya da 16 yaşına kadar adet görememe primer amenore olarak tanımlanmaktadır.
- 15 yaşına gelmiş olmasına rağmen adet görmemiş yada meme tomurcuğunun görülmesinden 3 veya daha fazla yıl geçmiş olmasına rağmen halen adet görmemiş olmak
- Pubertenin diğer bulgularının görülmediği olgularda 13 yaşına kadar adet görmemiş olmak.
- Aşırı egzersiz yada yeme bozukluğu olan hirsutik kız çocuklarında 14 yaşına kadar adet görmemiş olmak.

Vajinitlerin Karakteristik Özellikleri					
Durum	Risk Altındaki Topluluk	Semptomlar	Muayene Bulguları	pH	Mikroskopi
BV	Siyah, Hispanik olmayan kadınlar Son 6 ay içinde duş yapmış olma	Artmış ince, beyaz akıntı Artmış "Balıkımsı" koku	İnce, beyazımsı- gri homojen akıntı	>4.5	Florada değişme (laktobasillerin azalması veya yok olması; koklar, basiller ve küçük kıvrık çomakların artışı Anahtar hücreler (> %20) Potasyum hidroksit eklenmesinden sonra amin kokusu
Kandidiazis	Doğurganlık çağındaki kadınlar Gebelik Kontrolsüz diabetes mellitus İmmünoşüpresyon Deblite	Artmış koyu, beyaz akıntı Kaşıntı Dizüri	Koyu, beyaz lor peyniri gibi akıntı Vulvovajinal kızarıklık, ödem, soyulmalar; çatlaklar bulunabilir	<4.5	Hifler veya sporlar
Trikomoniazis		Artmış sarı- yeşil köpüklü akıntı Koku artışı Kaşıntı Dizüri Asemptomatik olabilir	Sarı, köpüklü akıntı Vajinada veya servikste kızarıklık Çilek görünümlü serviks nadir (olguların %2-5'i)	>4.5	Hareketli trikomonadlar, inflamasyon
Atrofik vajinit	Postmenopozal kadınlar	Anormal vajinal akıntı Kuruluk Kaşıntı Yanma Disparoni	Pürülan akıntı Rugalarda azalma	>4.5	Parabazal ve intermedier hücreler
DIV	Perimenopozal ve postmenopozal kadınlar	Artmış sarı veya yeşil akıntı Yanma Disparoni	Değişik miktarlarda vestibüler ve vajinal kızarıklık ile pürülan akıntı	>4.5	Yüksek miktarlarda polimorfonükleer hücreler ve parabazal hücreler
BV, bakteriyel vajinozis; DIV, deskvamatif inflamatuvar vajinit					

Kaynaklar

Ronald S. Gibbs, Beth Y. Karlan, Arthur F. Haney, Ingrid Nygaard. Çeviri Editörü: Ali Ayhan. Danforth's Obstetrik ve Jinekoloji, Onuncu Baskı. Güneş Tıp Kitabevleri. 2010 Sf. 626-33.

Nonkardiyak Cerrahi Prosedürler için Kardiyak Risk Stratifikasyonu

Yüksek (kardiyak riski %5'ten fazla olarak bildirilen)

Acil majör operasyonlar, özellikle yaşlı hastalarda

Aortik ve diğer majör vasküler cerrahi

Periferik vasküler cerrahi

Ciddi oranda sıvı kaçağı ve/veya kan kaybı ile olacağı önceden öngörülen uzamış cerrahi prosedürler

Orta (kardiyak risk %5'ten az)

Karotis end-arterektomi

Baş ve boyun cerrahisi

İntraperitoneal ve intratorasik cerrahi

Ortopedik cerrahi

Prostat cerrahisi

Düşük (kardiyak risk %1'den az)

Endoskopik cerrahiler

Yüzeyel prosedürler

Katarakt cerrahisi

Meme cerrahisi

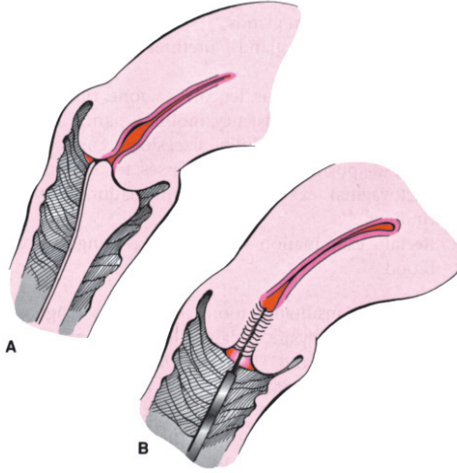
Herhangi İki Faktör Mevcutsa Preoperatif Hastalarda Noninvazif Tetkik Yapılmalı

1. Orta düzey klinik belirtilerin varlığı (Kanada klas 1-2 anjina, öyküye veya patolojik Q dalgaların varlığına göre geçirilmiş MI olması, kompanse kalp yetmezliği, önceden bilinen kalp yetmezliği, diabet)
2. Kötü fonksiyonel kapasite (<4 MET)
3. Yüksek riskli cerrahi işlem (acil majör operasyonlara, aortik onarım veya periferik vasküler cerrahi, büyük sıvı şifitlerinin veya kan kaybının olduğu uzamış cerrahi işlemler)

MI, myokardial enfarktüs; MET, metabolik eşdeğerler.

^aAcil majör operasyonlarda noninvazif tetkikler veya preoperatif değerlendirme için yeterli zaman olmayabilir.

Modified from Leppo JA, Dahlberg ST. The question: to test or not to test in preoperative cardiac risk evaluation. J Nucl Cardiol 1998;5:332-342'den izinle. Copyright (c) 1998 by the American Society of Nuclear Cardiology.



Pap smear. **A:** Ayre spatulası kullanılarak transformasyon zonundan elde edilen hücreler. **B:** Sitoloji fırçası kullanılarak serviksten elde edilen hücreler.

Diğer Tanısal Testler

- **Transvaginal Ultrasonografi**
- **Salin infüzyon Sonografi**
- **Ofis Histeroskopi**

- Ofis histeroskopi; anormal uterin kanama, infertilite ve tekrarlayan gebelik kaybı olgusunun değerlendirilmesinde yararlı bir tanısal yöntemdir. Standart ofis histeroskopi 4 mm kalınlığındadır ancak 2.4 mm ve 2.7 mm optik içeren mikrohisteroskoplara da vardır. 0, 12, 15 veya 30 derecelik teleskopu tercih eder. Serviks dilatasyonu gereği var ise en iyi dilatasyon teknikleri laminaria veya misoprostoldür.
- İşlem sonrasında çoğu olguda 5 güne kadar uzayabilen damlama tarzında hafif kanama olabilir. 24 saat süre boyunca koitus veya vaginal duş yapmaması önerilir.

- **Ofis Dilatasyon ve Küretaj**

Kaynaklar

Ronald S. Gibbs, Beth Y. Karlan, Arthur F. Haney, Ingrid Nygaard. Çeviri Editörü: Ali Ayhan. Danforth's Obstetrik ve Jinekoloji, Onuncu Baskı. Güneş Tıp Kitabevleri, 2010 Sf. 513-24

ÜRİNER İNKONTİNANS AKIL NOTLARI

Referans Kaynaklar Sizin İçin Özetlendi !



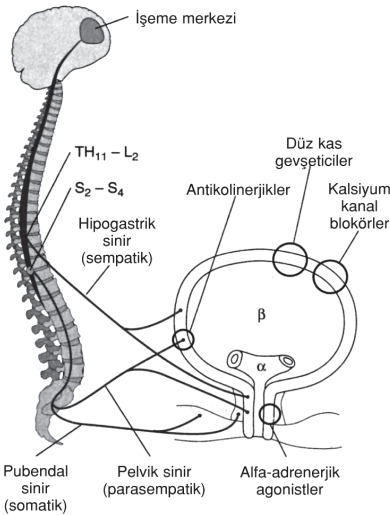
- Bu hastalık kadınlarının %30-40'ını hayatı boyunca etkisi altına almaktadır.

NÖROANATOMİ

- Alt üriner traktusun nöronal innervasyonu otonom ve somatik sinir sistemi tarafından oluşturulur. Alt üriner sistemin nöronal kontrolünün ana düzenleyicisi otonom sinir sistemidir. Sempatikler T1-L2'den parasempatikler S2-S4'den gelen liflerle kontrol edilir. İşemenin kontrolü ise santral sinir sistemidir. Ulaşan duysal afferent ve düzenlenmiş motor efferent sinirlerinin etkisiyle beyin, detrusor kontraksiyonları üzerindeki tonik inhibisyonu kaldırır. Detrusor kontraksiyonu ve üretral kaslarda relaksasyon sonucunda da mesane boynu ve üretrada açılma meydana gelir.

TANIM

- Her istemsiz idrar kaçırma şikayeti üriner inkontinans olarak tanımlanmıştır. Raporlanan üriner inkontinans vakası: 65 yaşını aşkın postmenapozal kadınlarda %8-%41 arasındadır. İnkontinans özellikle menapoz sırasında olmak üzere yaşla belirgin hale gelir.



İlaç etkilerinin majör bölgeleri ile birlikte alt üriner sistemin şematik nöroanatomisi.

Kontraseptiflerin Kullanımı İçin Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Uygunluk Kriterleri—Devamı

Durum	Sadece Progestin İçeren		DMPA/ NETEN	Norplant implantlar	TCu-380A RIA
	KOK	Tablar			
Talasemi (kalıtsal anemi)	1	1	1	1	2
Demir eksikliği anemisi	1	1	1	1	2
Epilepsi	1	1	1	1	1
Şistozomiyazis					
Komplikasyonsuz	1	1	1	1	1
Karaciğer fibrozisli	1	1	1	1	1
Malarya	1	1	1	1	1
Parite					
Nullipar (çocuğu yok)	1	1	1	1	2
Paröz (çocuğu var)	1	1	1	1	1
Ciddi dismenore	1	1	1	1	2
Tüberküloz					
Pelvis dışı	1	1	1	1	1
Pelvik	1	1	1	1	2
Endometriyozis	1	1	1	1	2
Anatomik anormallikler					
Uterin kavitenin distorsiyonu	—	—	—	—	4 ^s
Uterin kaviteyi bozmayan ve RIA koyulmasına engel olmayan diğer anatomik anormallikler	—	—	—	—	2
Emzirme					
Doğumdan sonra <21 gün	4	2	2	2	-
Doğumdan sonra 21-30. gün	3	2	2	2	-
Doğumdan sonra 30-42. gün	3-2	1	1	1	-
Doğumdan sonra ≥42. gün	2	1	1	1	-
Postpartum emzirmeyen kadında					
Doğumdan sonra <21 gün	4	1	1	1	-
Doğumdan sonra 21-42. gün	3-2	1	1	1	-
Doğumdan sonra ≥42. gün	1	1	1	1	-
Abortus sonrası					
İlk trimester	1	1	1	1	1
İkinci trimester	1	1	1	1	2
Septik abortus sonrası ^v	1	1	1	1	4

NA. Bu metoda uygulanamayan

^aŞartların ciddiyetine bağlı olarak

^bYaş, sigara, HT gibi arteriyel hastalıklar için risk faktörleri

^cpıhtıdan kaynaklanan dolaşım bozukluğu

^dbloke olmuş arterlerden kaynaklanan kalp hastalığı

^ePulmoner hipertansiyon, fibrilasyon riski, subakut bakteriyel endokardit hikayesi veya antikoagülan ilaç alma

^fDerinin hemen altındaki venin inflamasyonu

^ggörme bozukluğu, bulanık görme, ışık çakmaları veya zigzag çizgiler görme, konuşma veya hareket etmede güçlük gibi fokal nörolojik semptomlar

^hYaşa bakmaksızın

ⁱEğer kullanacak kişi anemik ise kategori 3. Ayrıca, beklenmedik aşırı kanama altta yatan anormal bir durumu gösterebilir.

^jdoğum veya abortustan sonra olan endometrit dahil

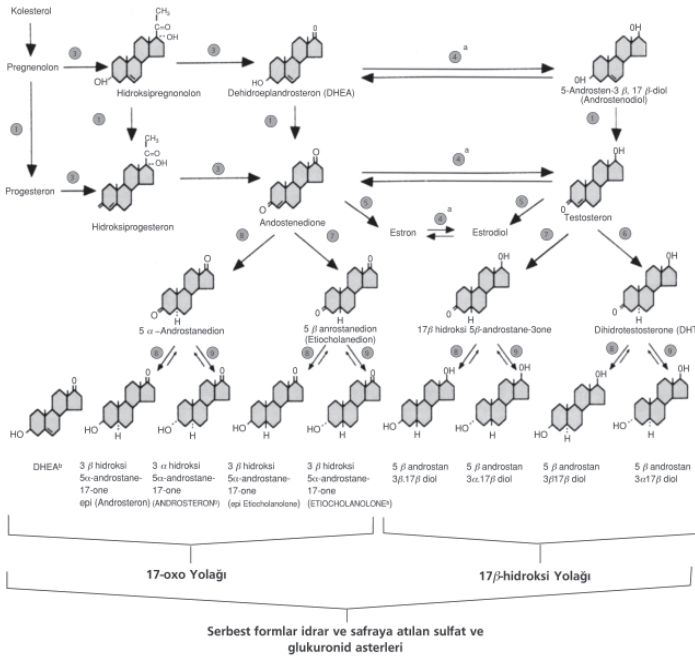
^kÖzellikle kondomunda dahil olduğu bariyer metodlar HIV'in de dahil olduğu cinsel yolla bulaşan hastalıkları önlemek için daima önerilir.

^lPürülan servisit serviksin ağıklığından pü benzeri akıntının olmasıdır.

^mCinsel yolla bulaşan hastalıkların insidansının yüksek olduğu yerlerde vajinit STD'yi düşündürmelidir.

ⁿÖrneğin, şu anda veya ilerde ikiden fazla partneri olacaksa veya partnerinin birden fazla partneri varsa

^oRIA için HIV ile enfekte veya diğer tıbbi durumlar veya ilaçlar vücudu enfeksiyon ile mücadele edemeyecek duruma getirebilir.



Androjen metabolizmasının ana yolları. Enzimler: (1) 3β-hidroksisteroid dehidrogenaz, (2) 17β-hidroksilaz, (3) 17,20-lyaz (17,20-desmolaz), (4) 17β-hidroksisteroid dehidrogenaz (17-keto redüktaz), (5) aromataz, (6) 5α-redüktaz, (7) 5 β-redüktaz, (8) 3 β-oksoredüktaz ve (9) 3α-oksoredüktazdır (^aGonadlarda, 17βb-hidroksisteroid dehidrogenaz reaksiyonu esas olarak 17b-dehidrojene ürünler oluşturur (androstenediol ve testosteron), periferik dokularda tersi doğrudur; ^bAldosteron, etyokolanol ve DHEA androjenlerin esas idrar metabolitleridir). Azziz R. Reproductive endocrinologic alterations in female asymptomatic obesity. Fertil Steril 1989;52:703-725'den).

Kadınlarda Androjenlerin Yüzde Olarak Kaynağı

Steroid	Premenopozal/foliküler			Postmenopozal		
	Over	Adrenal	Periferika	Over	Adrenal	Periferik ^a
A4	30-50	50-70	15 (DHEA)	10-25	75-85	15 (DHEA)
T	25	20	55 (A4)	30	30	45 (A4)
DHT	0	0	80 (A4)	0	0	80 (A4)
DHEA	25	50	25 (DHEAS)	25	50	25 (DHEAS)
DHEAS	0	70	30 (DHEA)	0	70	30 (DHEA)

4, androstenedion; T, testosteron; DHT, dihidrotestosteron; DHEA, dehidroepiandrosteron; DHEAS, dehidroepiandrosteron sulfat.

aparentez içindeki steroidler periferik dönüşüm için prekürsörler.

Vermeulen A. Androgen secretion by adrenals and gonads. In: Mahesh VB, Greenblat RB, eds. Hirsutism and virilism. Boston: John Wright/PSGInc, 1983:17'den modifiye edilmiştir.

Polikistik Over Sendromlu Kadınlarda Ovlasyon İndüksiyonu ve İnfrtilite Tedavisinin Randomize Çalışmaları^a

Araştırmacı	Yıl	Sayı	Tanısal Kriter ^b	Kol Sayısı	Tedavi Gruplarının Tanımlaması	Süre	Bulgular Özeti
Tabrizi et al.	2005	187	Rotterdam 2003 ve BMI>22 kg/m ²	3	LOD unipolar akımla, over başına 5,10 ve 15 drilling	5 yıla kadar	5,10 ve 15 drilling ile gebelik oranları sırasıyla %29,9, %31,6 ve %52,4 ve canlı doğum hızları %20,9, %28,1 ve %47,6'dır. 15 drilling yapılan grupta gebelik (P=0,016) ve doğum hızları (P=0,004) diğer gruplara göre daha yüksektir.
Malikawi et al.	2003	161	CC rezistan	2	LOD vs siklus boyunca Metformin (1700 mg/g)	3 ay (klomifen her iki gruba eklenmiş)	Metformin ve LOD gruplarında gebelik hızı benzer (sırasıyla %64,1 ve %59,8)
Palomba et al.	2005	100	NIH 1990	2	CC (150 mg/g) + plaseboya vs metformin (1700 mg/g)	6 siklusa kadar	Gebelik hızı metformin grubunda CC grubuna göre daha yüksektir (%15,1 vs %7,2, P<0,001)
Rizk et al.	2005	150	Rotterdam 2003	2	CC (100 mg/g) + plasebo vs CC + N-acetil sistein (1,2 g/gün) ^c	1 siklus	CC rezistan PCOS'da CC +NAC gebelik hızını artırır (%23,1 vs %0, P<0,0001)
Atay et al.	2006	106	Rotterdam 2003	2	CC (100 mg/g 3-7 g) vs Letrozol (2,5 mg/g 3-7 g)	5 gün (1 siklus)	Gebelik hızı letrozolle CC'de daha yüksektir (%21,6 vs %9,1, P=0,037)
Moll et al.	2006	228	Rotterdam 2003	2	CC (50 mg/g ve gerekirse artış) +plasebo vs CC + Metformin (2000mg/g)	6 siklusa kadar	Gebelik hızları CC + plasebo ve CC + metformin grunuda benzerdir (%56 vs %40)
Legro et al.	2006	626	NIH 1990	3	CC (50 mg/g ve gerekirse artış) +plasebo vs yalnız metformin (2000mg/g)+plasebo vs CC + Metformin	6 siklusa kadar	Canlı doğum hızları metformin + plasebo grubunda yalnız CC veya CC+metformine göre düşüktür (%7, %23 ve %27 sırasıyla P<0,001). Canlı doğumda çoğul gebelik hızı (%6, %0, %3 P=0,81). İlk trimester gebelik kayıpları açısından gruplar arasında fark yok (%23 vs %40 vs %25)

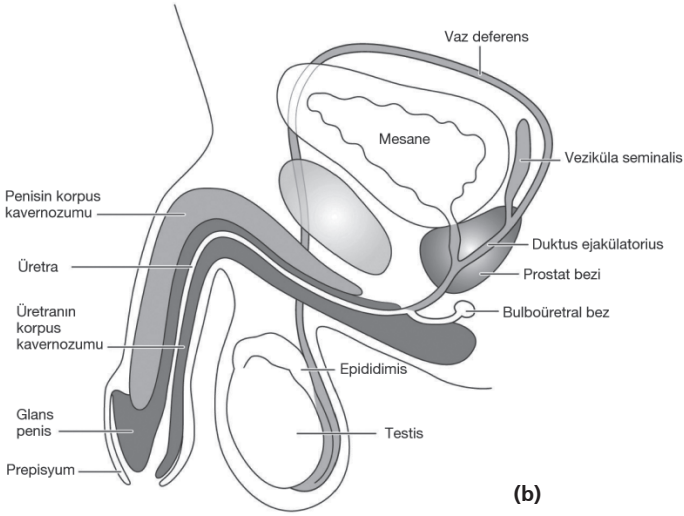
BMI, vücut kitle indeksi; LOD, laparoskopik ovaryan drilling; CC klomifen sitrat; NAC, N-asetil sistein; vs. versus.

aEn az 100 hasta ve gebelik sonuçları bildirilen çalışmalar alınmıştır.

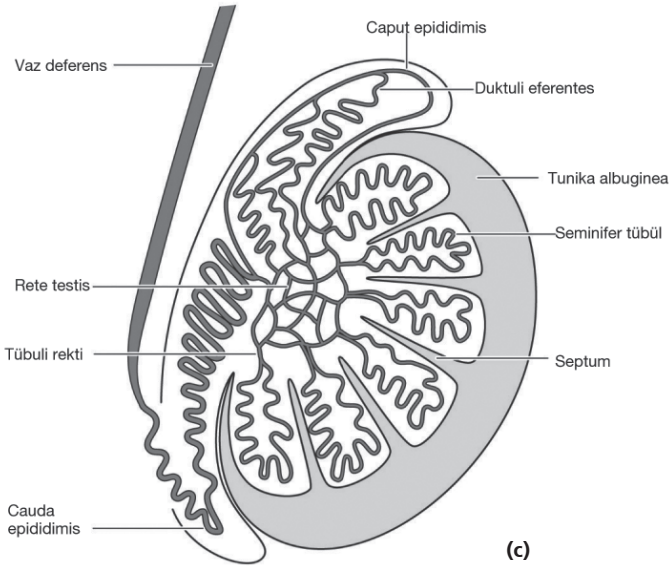
bKullanılan PCOS Tanımlamaları için Tablo 39.2'ye bakınız.

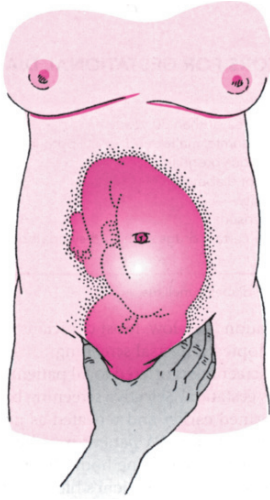
cN-asetil sistein bir insülin duyarlılaştırıcıdır.

ERKEK GENİTAL SİSTEM ANATOMİSİ-1

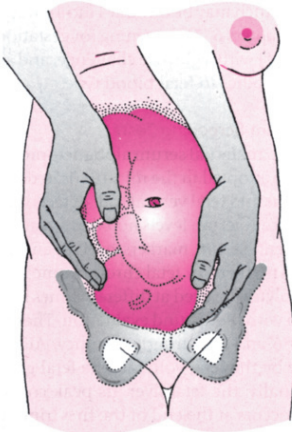


ERKEK GENİTAL SİSTEM ANATOMİSİ-2

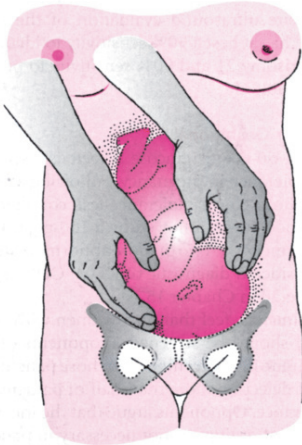




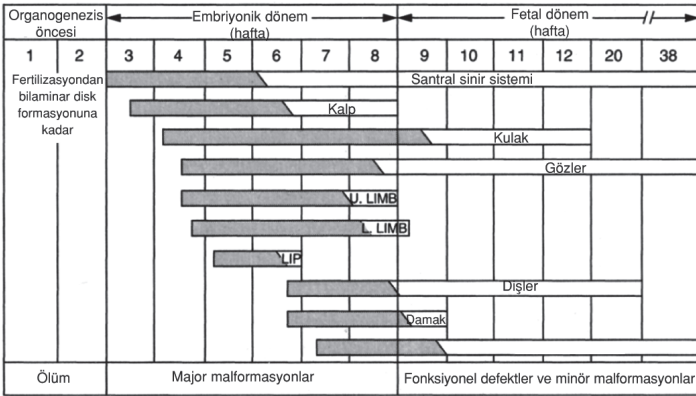
Üçüncü Leopold manevrasında pelvis girimindeki fetal kısım tespit edilir.



Dördüncü Leopold manevrasında sefalik çıkıntının pozisyonu saptanır. Fleksiyon habitusunda sefalik çıkıntı küçük kısımlar ile aynı taraftadır.



Dördüncü Leopold manevrasında defleksiyon gelişlerinde sefalik çıkıntı sırt ile aynı tarafta saptanır.



Embriyonik dönemde organogenezin zamanlaması.

(Kaynak: Sadler TW, Langmans's Medical Embryology 6th ed. Baltimor, Md, Williams and Willams, 1990'den izinle)

FDA'nın İlaç Kategorileri

Kategori A

İnsanlar üzerinde yapılan kontrollü çalışmalar hiç bir fetal risk olmadığını göstermiştir. Kategori A'ya dahil olan ilaç sayısı çok azdır ve bunlar arasında multivitaminler ve prenatal vitaminler bulunurken, megavitaminler dahil değildir.

Kategori B

Hayvan deneyleri fetal risk olmadığını göstermekle birlikte insan deneyleri yoktur; ya da hayvanlarda yan etkileri gösterilmekle birlikte kontrollü insan deneylerinde bu tür yan etkiler gösterilememiştir. Sıklıkla kullanılan pek çok ilaç bu gruptadır; Örneğin Penisilin.

Kategori C

Hayvan ya da insan çalışmaları yok ya da fetus üzerindeki yan etkileri hayvan çalışmalarında gösterilmiş ancak insanlar üzerinde yapılmış çalışma yok ise C grubu olarak sınıflandırılır. Gebelik sırasında kullanılan pek çok ilaç da bu gruptandır.

Kategori D

Bu gruptaki ilaçların kanıtlanmış fetal riski mevcuttur. Ancak, ilacın yararı bu fetal riskle karşılaştırıldığında ağır basar. Karbamazepin ve fenitoin bu gruba örnektir.

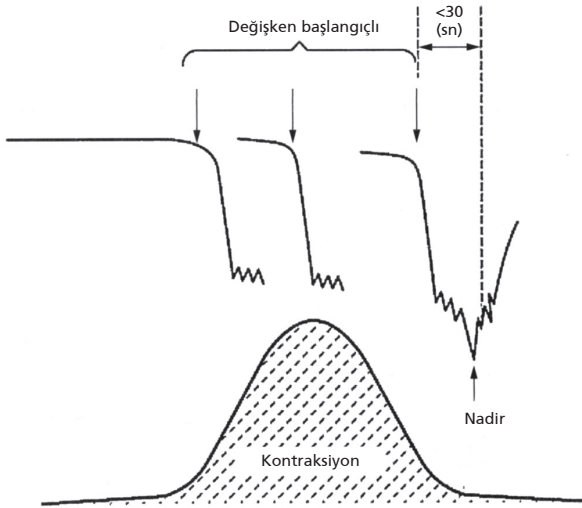
Kategori X

Kanıtlanmış fetal risk ilacın her türlü yararına ağır basar. Akne tedavisinde kullanılan isotretinoen bu gruba örnektir ve mutipl santral sinir sistemi, fasyal ve kardiyovasküler anomaliye neden olur.

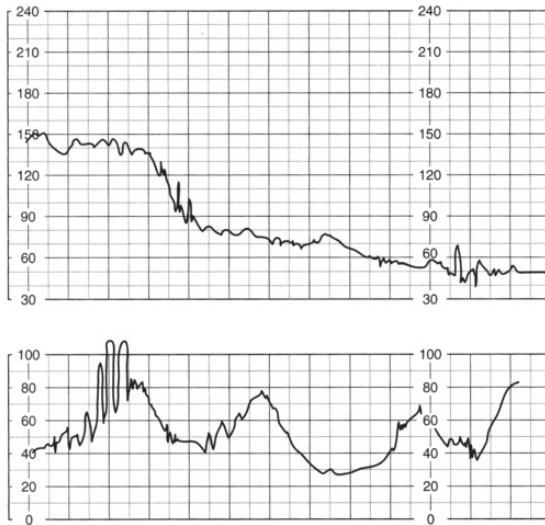
Kaynak: Food and Drug Administration: Drug Bulletin. Fed Reg 44:37434, 1980'den alınmıştır.

Gebelik Terminasyonunda Kullanılan İlaçlar

Etki Mekanizması	Yan Etki	Kontraendikasyon	Farmakokinetik
Prostoglandinler Misoprostol 400-800 mg p.o. veya p.v. Myometrial hücre reseptörlerine etki ederek kontraksiyonu ve embriyionik fetal dokuların atılımını sağlar. Servikal yumuşama ve dilatasyonu sağlar	İshal Bulantı Kusma Kramp Kanamama	Glokom, sickle cell anemi, hipotansiyon, mitral stenoz, gebelik, misoprostol hipersensitivitesi	Yarı ömrü= 30 dk p.o.: pik plazma konsantrasyonu: 30 dk uterus kasılmalarının başlangıcı: 8 dk pik uterus tonusu: 25 dk p.v.: plazma pik konstant: 80 dk uterus kasılmalarının başlangıcı: 21 dk pik uterus tonusu: 46 dk Serum pik zamanı = 90 dk. Yarı ömrü: 30 saat Proteinlere bağlanma oranı = %98 Oral biyoyararlanım = %69
Antiprogesteron mifepristone (RU-486) 200-600 mg p.o. Progesteron reseptörlerine beş kat artmış afinitesi vardır. progesteron etkisini bloke eder böylelikle aktivitesini inhibe eder ve uterin kontraktilitenin artmasına öncülük eder serviksi yumuşatıp dilate eder.	Karın ağrısı Uterinkramp Bulantı Kusma İshal	Ciddi anemi, adrenal hastalıklar, kronik kortikosteroid kullanımı, ciddi böbrek hastalığı, ciddi karaciğer hastalığı, ciddi pilmoner hastalıklar, KVS hastalıkları, akkız porfiriya, antikoagülan tedavi, ektopik gebelik, tanı konmamış pelvik kitle, RIA varlığında, mifepristone hipersensitivitesinde	
Antimetabolitler metotreksate 50 mg/m² i.m. 25-50 mg p.o. Dehidrofolat redüktaz enzimini inhibe eder, DNA sentezi ve folat sentezini inhibe eder. İlk etkisi hızlı bölünen hücrelere olur (trofoblastalar)	Bulantı, Kusma, İshal, Sıcak basması, Baş ağrısı, Kramp, Baş dönmesi	Ciddi anemi, inflamatuvar barsak hastalığı, piltlaşma problemlerinde, akut karaciğer ve böbrek hastalıklarında, alkolizm, immün yetmezlik sendromları, kemik ilişi hipoplazisi, lökopeni, trombositopeni, hipersensitivite durumunda	Serum pik zamanı: 1/2 2 saat Yarı ömrü: 10-12 st proteine bağlanma oranı: %50
RIA, rahim içi araç; Medscape Women's Health eJournal. Available at: http://www.medscape.com/viewarticle/429755, 2001, WebMD, Inc..			

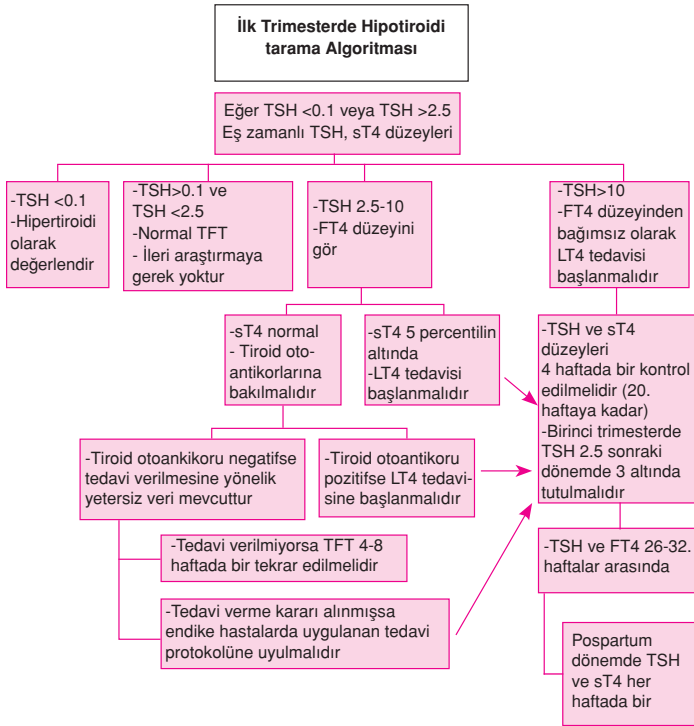


Değişken kalp hızı deselerasyonlarının özellikleri. Ard arda gelen kontraksiyonlarla başlangıcı genellikle değişken kalp hızındaki ani düşmelerdir. Deselerasyonlar 15 sn ve daha uzun süre boyunca m15 atım/dk olarak ölçülür. Deselerasyonun başlangıcından en derin noktasına kadar geçen süre 30 sn'den daha kısadır. Toplam süre 2 dakikadan daha kısadır.



Uterus hiperaktivitesine bağlı uzamış fetal kalp hızı deselerasyonu. Yaklaşık 3 dakika sürmekte, fakat fetal kalp hızı uterus hipertonsitesi düzeldikten sonra normale dönmüştür. Daha sonra vajinal doğum gerçekleşmiştir.

Konjenital Trombofili Varlığında Gebelikte ve Postpartum Dönemde Venöz Tromboembolizm (VTE) İçin Önerilen Tedavi Seçenekleri		
Trombofili	Gebelikte Tedavi Seçenekleri	Postpartum Dönemde Tedavi Seçenekleri
VTE öyküsüne bakılmaksızın: AT eksikliği FVL homozigot G20210A homozigot FVL/G20210A ikili heterozigot	Gebelik boyunca ayarlanmış doz profilaksi VTE öyküsü yoksa sadece izlem veya düşük doz profilaksi; AT eksikliği varsa ayarlanmış doz profilaksi	En az 6 hafta warfarin VTE öyküsü varsa 3-6 ay warfarin
VTE öyküsü yok + AT eksikliği, FVL homozigot, G20210A homozigot veya FVL/G20210A heterozigot dışında trombofili varlığı	Sadece izlem veya düşük doz profilaksi veya güçlü aile öyküsü varsa düşük doz profilaksi	En az 6 hafta warfarin
Hiperhomosistinemisi	Vitamin B12, B6 ve folik asit desteği. VTE öyküsü varlığında homosistinin düzeyleri folik asit tedavisine yanıt vermezse düşük doz profilaksi	6 hafta warfarin
VTE = venöz tromboembolizm; AT = antitrombin; FVL = faktör V Leiden Ayarlanmış doz subkutan rejimler: 1. Anfraksiyone heparin (genellikle ≥ 10.000 ünite), günde 2-3 kez verilir, APTT'nin 1,5-2,5 kat uzaması amaçlanır. 2. Enoksaparin 30-80 mg, 12 saatte bir. 3. Dalteparin 5.000-10.000 ünite, 12 saatte bir. 4. Ağrıya göre ayarlanan dozlar: enoksaparin için 1 mg/kg, 12 saatte bir; dalteparin için 200 ünite/kg, 24 saatte bir. 5. En yüksek anti-faktör Xa düzeyi 0,5-1,2 ünite/ml olacak şekilde ağırlığa göre ayarlanan düşük molekül ağırlıklı heparin dozu. Ayarlanmış doz tedavi alan hastalarda postpartum dönemde ilk 5-7 gün boyunca, INR düzeyi 2,0-3,0 olana kadar heparininle warfarin birlikte verilir, daha sonra heparin kesilebilir. Düşük doz profilaktik subkutan rejimler: 1. Anfraksiyone heparin: APTT yükselmedikçe ilk trimesterde 5.000-7.500 ünite, 12 saatte bir, ikinci trimesterde 7.500-10.000 ünite, 12 saatte bir, üçüncü trimesterde 10.000 ünite, 12 saatte bir. 2. Anfraksiyone heparin: gebelik boyunca 5.000-10.000 ünite, 12 saatte bir. 3. Enoksaparin 40 mg, günde bir veya iki kez. 4. Dalteparin 5.000 ünite, günde bir veya iki kez. 5. Anti-faktör Xa aktivitesi 0,1-0,3 ünite/ml olacak şekilde günde iki kez anfraksiyone heparin.		



Gebelik ilk trimesterde hipotiroidi tarama algoritması.

Gebelikte Tirotoksikoz Bulguları

Taşikardi (Normal gebelikteki sınırın üstünde)
 Anormal olarak artmış uykudaki nabız hızı
 Tiromegali
 Eksoftalmus
 Normal veya artmış gıda alımına rağmen zayıf kadında kilo alamama

Gebelikte Tiroid Fırtınası İçin Önerilen Tedavi

- Yoğun bakım şartlarında müdahale edilir.
- 1 g PTU oral yolla veya nazogastrik sonda ile verilir, daha sonra 4x200 mg PTU ile devam edilir.
- PTU verildikten 1 saat sonra T3 ve T4'ün tiroid bezinden serbetleşmesini inhibe etmek için iyot verilir. İyot oral yolla verilir, burada 3x5 damla süpersature potasyum iyodür solüsyonu veya 3x10 damla Lugol solüsyonu verilir. İyotla anafaksi öyküsü olan hastalarda bunun yerine 4x300 mg lityum karbonat verilir.
- Periferde T4'ün T3'e dönüşümünü bloke etmek için 2 mg intravenöz deksametazon 6 saat ara ile 4 kez verilir.
- İntravenöz yolla bir beta-blokör verilebilir, ama kalp yetmezliği varsa bu dikkatle kullanılmalıdır.
- Destekleyici tedavi ve şiddetli hipertansiyon, enfeksiyon ve aneminin agresif tedavinin temelini teşkil eder.

Eklampsi ve Şiddetli Preeklampsi İçin Magnezyum Sülfat Doz Ayarlaması**Sürekli İntravenöz İnfüzyon**

1. 100 mL' sıvı da dilüe edilmiş 4-6 g yükleme dozu Magnezyum Sülfat'ı 15-20 dakikada gidecek şekilde uygula
2. 100 mL'de 2g/ saat İV sürekli idame infüzyonuna başla
3. 4-6 saatde serum magnezyum düzeyini ölç ve düzeyi 4 ve 7 mEq/L (4.8-8.4 mg/dL) arasında tutacak şekilde düzenle
4. Magnezyum Sülfat'ı doğumdan 24 saat sonra kes

Aralıklı İntramusküler İnjesiyon

1. 1g/dk'ı geçmeyecek Gekilde intravenöz yolla %20'lik solüsyonda 4 gr Magnezyum Sülfatı ($MgSO_4 \cdot 7H_2O$ USP) ver
2. Hemen 10 g'lık %50'lik Magnezyum Sülfat solüsyonunu, yarısı (5g) kalçanın dış üst kadrana derince 3 inch uzunluğunda, 20 gaugelik iğneyle uygula (Ek 1 ml %2'lik lidokain bu ağrıyı azaltır). Eğer 15 dakika sonra konvülsiyonlar devam ederse, 1g/dak'ı geçmeyecek şekilde %20'lik solüsyon halinde 2g'a kadar intravenöz ver. Eğer kadın iriye 4 gr'a kadar yavaşça verilebilir.
3. Daha sonra her 4 saatde bir 5gr'lık Magnezyum Sülfatın %50'lik solüsyonundan diğer kalçanın üst dış kadrana derince uygula ama şunların varlığı teyit edildikten sonra
 - a. Patellar refleks vardır
 - b. Solunum deprese olmamıştır
 - c. Önceki 4 saatde idrar çıkımı 100 mL'i geçmiştir.
4. Magnezyum Sülfat doğumdan 24 saat sonra bırakılır

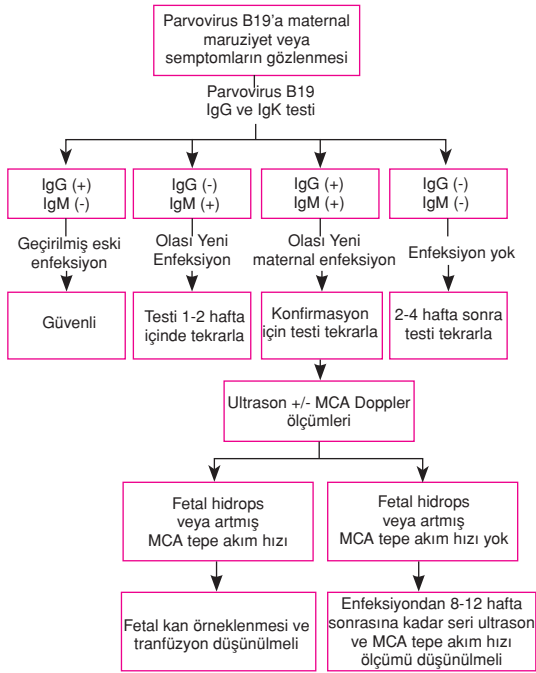
Serum Mg Düzeyleri ve İlişkili Klinik Bulgular

Klinik Bulgular	Serum Düzeyi
Pateller refleks kaybı	8-12 mg/dL
Terleme hissi	9-12 mg/dL
Çift görme	—
Somnolans	10-12 mg/dL
Hızda (Söyleme) yavaşlama	10-12 mg/dL
Muskuler paralizi	15-17 mg/dL
Respiratuar zorluk	15-17 mg/dL
Kardiak arrest	30-35 mg/dL

Mg Toksisitesine Yaklaşım

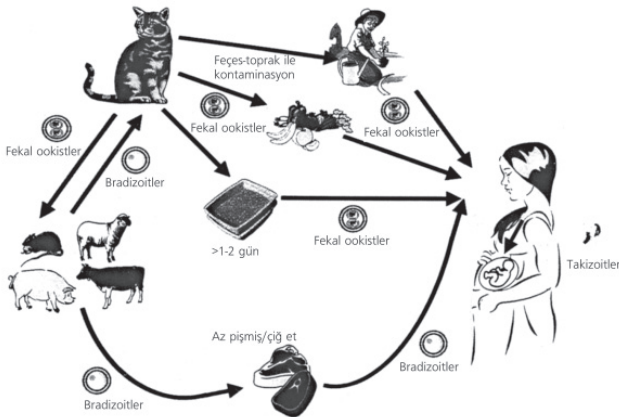
Mg inf. stoplayınız
 O₂ desteği
 Serum Mg. düzeyi bak
 1 gr ca glukonat (10 cc %10 ca glukonat) vavaş puşe
 Gerekliyse ca glukonat tekrarla
 Respiratör arrest olursa CPR yap

GEBELİKTE PARVOVİRUS B19 ENFEKSİYONUNA YAKLAŞIM VE DEĞERLENDİRME İÇİN ŞEMA

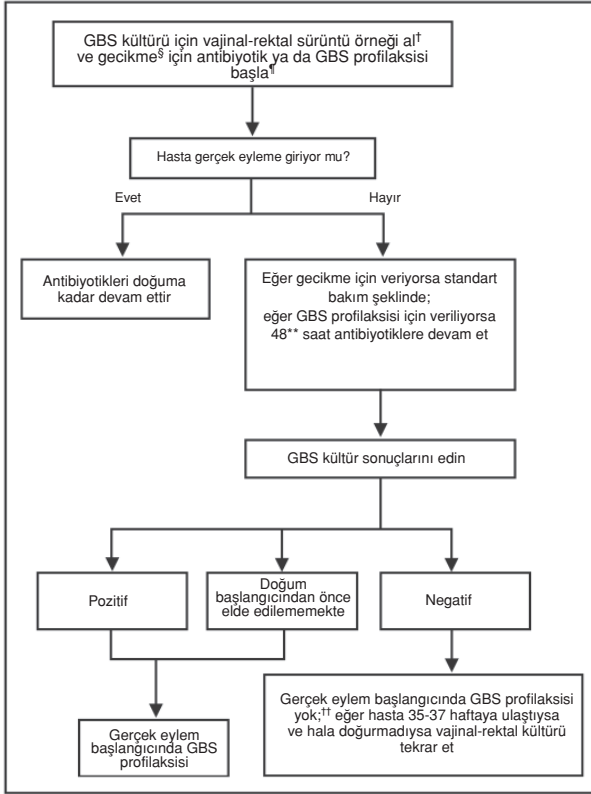


MCA= Orta Serebral Arter.

TOKSOPLAZMA İNFEKSİYONUNUN BULAŞIM ŞEMASI



Trofozoit veya proliferatif formda *T. gondii*. (Jones JL, Lopez A, Wilson M, et al. Congenital toxoplasmosis: a review. Obstet Gynecol Surv 2001;50:297.)



*37 hafta 0 gün gebelikten önce

†Hastadan önceki 5 hafta içinde vajinal-rektal GBS kültürü alınmışsa o kültür sonucuna göre hasta yönetilmelidir. GBS ile kolonize kadınlara intrapartum antibiyotik profilaksisi verilmelidir. Önceki 5 hafta içinde alınan vajinal-rektal tarama negatif ise GBS profilaksisi için antibiyotik önerilmez.

§ PPROM latent dönemi için verilen antibiyotikler 2 gr iv yükleme ve 6 saatte bir 1 gr iv ampicillin (en az 48 saat) içeriyorsa, GBS profilaksisi için bu yeterlidir. Başka antibiyotikler kullanılıyorsa, ek olarak GBS profilaksisi başlanmalıdır.

¶ Önerilen antibiyotikler için Şekil 8'e bakınız.

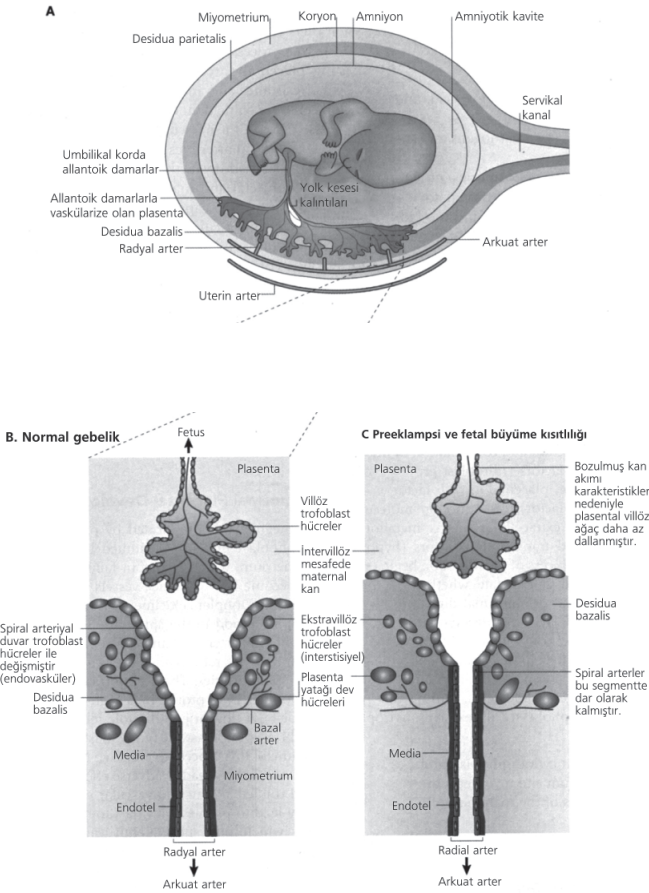
** Eyleme girmeyen PPROM hastalarında 48. saatten sonra GBS profilaksisi kesilmelidir. GBS kültür sonucu bu 48 saatlik dönemde çıkmış ve negatif ise, GBS profilaksisi o anda kesilmelidir.

††Doğum öncesinde alınan GBS kültürünün pozitif olmaması koşuluyla.

§§ Negatif GBS tarama sonucu 5 hafta boyunca geçerli kabul edilir. Preterm eylem hikayesi olan bir hasta tekrar başvurduğunda, negatif GBS kültür sonucu üzerinden 5 haftadan fazla bir süre geçmişse, tekrar tarama yapılmalı ve sonuca göre yönetilmelidir.

Preterm prematür membran rüptürü olgularında GBS taraması ve intrapartum profilaksi algoritması

UTERUSUN PLASENTAL İMPLANTASYON VE KAN KAYNAĞI İLE GROS ANATOMİSİ



(A) Normal gebelikte spiral arterlerin yeniden modellenmesi (B) Elastik vasküler medianın kaybına bağlı artelerin normal dilatasyonunun gösterilmesi ve preeklampsi veya fetal büyüme kısıtlılığı (C) Anormal invazyon ve yeniden yapılanma ile düşük rezistanslı akım gelişimi geciktirilir (Moffett A, Loke C. Immunology of placentation in eutherian mammals. Nat Rev Immunol 2006;6(8)584-594. Copyright).



PRETERM EYLEM AKIL NOTLARI

Referans Kaynaklar Sizin İçin Özetlendi !

- Preterm doğum, gebeliğin 37. haftasından önce, matüritesini henüz tamamlamamış bir fetüsün dünyaya gelmesi demektir. Preterm doğum insidansı toplumdan topluma değişebilir.
- Amerika Birleşik Devletleri'nde tüm doğumların yaklaşık %12'sinin preterm olduğu, bunun ancak yarısında preterm eylemin doğuma öncelik ettiği bildirilmiştir.

Preterm Eylem Kriterleri

- Her 10 dakikada en az 2 kontraksiyon olması
- Kontraksiyonların en az 30 saniye sürmesi
- Progresif servikal değişiklik olması
- Servikal dilatasyonun 2 cm'den fazla olması
- Servikal silinmenin %80'den fazla olması

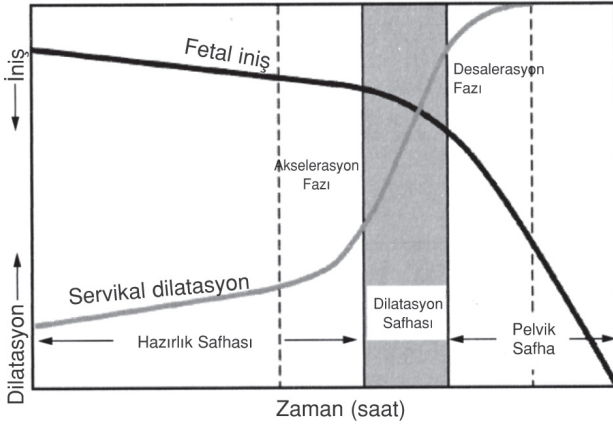
Preterm Eylem Nedenleri

Medikal nedenler

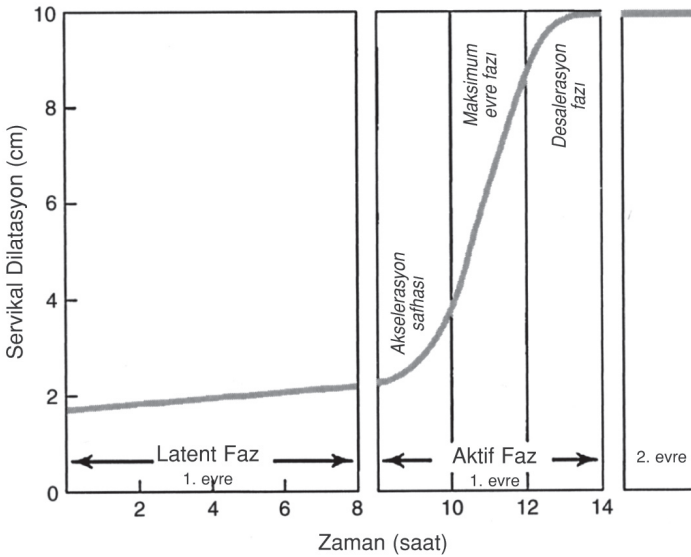
Hipertansiyon
Maternal kalp hastalığı
Maternal böbrek hastalığı
Maternal enfeksiyonlar
Şiddetli anemi
Hipertiroidi
Hepatit
Yanık veya travma
Cerrahi girişimler
Malnütrisyon veya obezite
Sigara-alkol içimi

Obstetrik nedenler

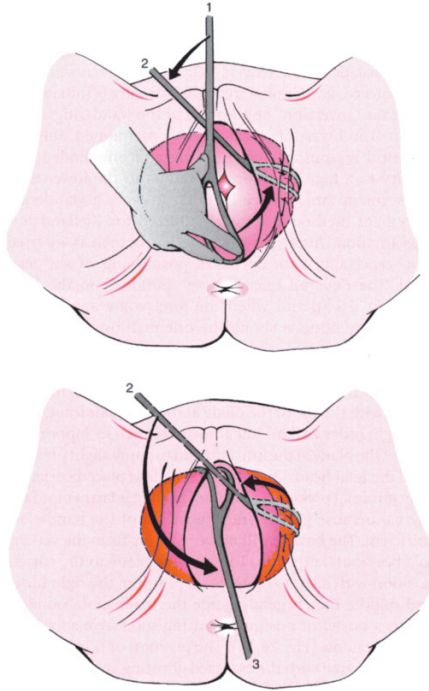
Sık doğum
Önceki gebeliklerde preterm doğum
Önceki gebeliklerde abortus anamnezi
Gebelikte yetersiz veya aşırı kilo alımı
Asemptomatik intrauterin enfeksiyonlar
Membranların rüptüre olması
Plasenta patolojileri
Konjenital fetal anomaliler
Polihidramnios veya oligohidramnios
Muitifetal gebelik
Servikal patolojiler
Uterin anomaliler
Nedeni bilinmeyenler



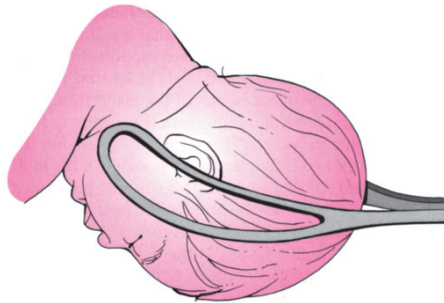
Dilatasyon ve iniş eğrileri temelinde eylemin ilerlemesi fonksiyonel olarak 3'e ayrılır: (1) hazırlık safhası, latent ve akselerasyon fazlarını içerir; (2) dilatasyon safhası, dilatasyonun maksimum eğim fazını kaplar; (3) pelvik safha, desalerasyon fazı ve ikinci evreyi içerir, inişin maksimum eğim fazı ile eş zamanlıdır (Kaynak: Friedman EA: Labor: Clinical Evaluation and Management, 2nd ed. New York, Appleton-Century-Crofts, 1978).



Nullipar eylem için ortalama dilatasyon eğrisi. Büyük, hemen hemen ardışık gebelik serilerindeki eylem paternlerinden elde edilen veri analizine dayanılarak çizilmiştir. Birinci evre rölatif olarak düz bir latent faz ve hızlı ilerleyen bir aktif faza ayrılır. Aktif faz içerisinde üç tane tanımlanabilir kısım bulunur: bir akselerasyon fazı, bir lineer maksimum eğim fazı ve bir desalerasyon fazı (Kaynak: Friedman EA: Labor: Clinical Evaluation and Management, 2nd ed. New York, Appleton-Century-Crofts, 1978).



Özeleştirilmiş (Kielland) forsepsin sağ OT pozisyonundaki gezici uygulaması.



Fetal başa, doğru bir şekilde bipariyatal bimalar forseps uygulaması.

- Sagital sutur tüm uzunluğu boyunca metal gövde düzlemine simetrik ve perpendiküler olmalıdır.
- Posterior fontanel, metal gövde seviyesinden yaklaşık 2 cm uzakta olmalıdır.
- Posterior fontanel, her iki karışan üst yüzeyinden eflit mesafede olmalıdır.
- Forseps sapları tamamen kapatılmaları için minimum basınçtan daha fazlasını gerektirmemeli ve direk olarak dışarıya göstermelidir.
- Fetal başın distal kısmına uyan kısımda kalan delikten, sadece bir parmak ucu geçebilmelidir.



İKİZLER, ÜÇÜZLER VE ÖTESİ AKIL NOTLARI

Referans Kaynaklar Sizin İçin Özetlendi !

- Spontan ikiz sıklığı yaklaşık 1/89, spontan üçüz sıklığı ise 1/8000 civarındadır. Perinobl mortalite ve morbidite zigosite ve koryoniste ile ilişkilidir.

ZİGOSİTE VE KORYONİSİTE

Zigot	Dizigotik	Monozigotik		
Bölünme günü		0-3	3-8	8-13
Plasenta				
Merkez membran	2 Amnion 2 Koryon	2 Amnion 2 Koryon	2 Amnion	Hiçbiri

MZ ve DZ ikizlerde plasentasyon tipleri.

İkiz Gebelik Zigosite Sıklığının Gözden Geçirilmesi ve Bununla İlişkili İkizlere Özel Komplikasyonlar

İkizliğin Tipi	İkizlere Özel Komplikasyonlar (%)				
	İkizler	Fetal Büyüme Kısıtlılığı	Preterm Doğum ^a	Plasental Vasküler Anastomoz	Perinatal Mortalite
Dizigotik	80	25	40	0	10-12
Monozigotik	20	40	50		15-18
Diamniyotik-dikoryonik	6-7	30	40	0	18-20
Diamniyotik-monokoryonik	13-14	50	60	100	30-40
Monoamniyotik-monokoryonik	<1	40	60-70	80-90	58-60
Yapışık	0.002-0.008	-	70-80	100	70-90

^a37 haftadan önce doğum

Kaynak: Manning FA: Fetal biophysical profile scoring. In Fetay Medicine. Principles and Practises. Norwalk, CT, Appleton & Lane, 1995, p 288'den.

JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ



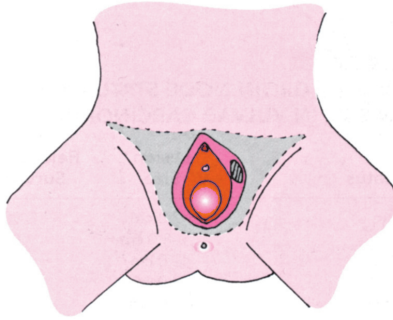
VULVA VE VAJİNA'NIN PREMALİGN VE MALİGN HASTALIKLARI

AKIL NOTLARI

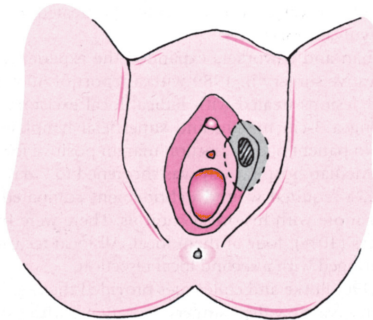
Referans Kaynaklar Sizin İçin Özetlendi !

- Vulva kanserleri tüm jinekolojik kanserin %5'ni teşkil eder. Ortalama tanı yaşı 65'dir. Sigara, vulva distrofi, vulva veya servikal intraepitelial neoplazi, HPV ve immünyetmezlik önemli risk faktörlerdir. Vulva karsinogeneizde 3 ayrı yolak vardır. HPV bağımlı ya da kronik inflamatuvar süreçler. Vulva kaşıntı sık bir şikayettir ve vulva biyopsi ile tanı konur.

VULVAR KANSERLERİNİN CERRAHİ TEDAVİSİ



Longhorn insizyonu. Genitokrural katlantılar arası vulvanın radikal eksizyonu, lenfadenektomi ile birlikte ürogenital diyafragmanın inferior fasyasına kadar.



Modifiye radikal vulvektomi. Vulvanın ürogenital diyafragmadaki inferior fasyadan 2 cm sınırlı radikal eksizyonu.

Kadın Hastalıkları ve Doğum Akıl Notları

Genel Jinekolojik Problemler

1

Ürojinekoloji

47

Üreme Endokrinolojisi ve Kontrasepsiyon

61

Gebelik ve Obstetrik Komplikasyonlar

97

Jinekolojik Onkoloji

237

ARADIĞINIZ TÜM TIP KİTAPLARI BU ADRESE



www.guneskitabevi.com

GENEL DAĞITIM

GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

ANKARA

M. Rauf Inan Sokak No: 3
06410 Sıhhiye / Ankara
Tel: (0312) 431 14 85 • 435 11 91-92
Faks: (0312) 435 84 23

İSTANBUL

Gazeteciler Sitesi Sağlam Fikir Sokak
No: 7 / 2 Esentepe / İstanbul
Tel: (0212) 356 87 43
Faks: (0212) 356 87 44

KADIKÖY

Rasimpaşa Mah. İskele Sokak
No: 4 / A. Kadıköy / İstanbul
Tel: (0216) 546 03 47



Türkiye'nin her yerinden...
0505 734 13 13



9 789752 777286