

REÇETE



PRATİK REÇETE REHBERİ

Kapsamlı . Güncel . Pratik

Editör: Prof. Dr. Yavuz FURUNCUOĞLU

- ✓ Klinik Tanı ve Güncel Tedavi Algoritmaları
- ✓ Branşlara Özel Hazır Reçete Şablonları
- ✓ Hızlı Pediatrik ve Erişkin Dozaj Rehberi
- ✓ Poliklinik ve Nöbetler İçin Pratik Klinik Notlar
- ✓ Resmi Reçete Yazım Kuralları ve Kritik Uyarılar



**GÜNEŞ TIP
KİTABEVLERİ**

**Hekimler, Asistanlar ve Tıp Öğrencileri İçin
Hazırlanmış Kapsamlı Başucu Kaynağı**

Reçete



Pratik Reçete Rehberi

Kapsamlı . Güncel . Pratik

Editör: Prof. Dr. Yavuz FURUNCUOĞLU



GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

REÇETE YENİ PRATİK REÇETE REHBERİ

Copyright © 2026

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: 978-625-90299-4-8

Yayıncı ve Genel Yayın Yönetmeni: Murat Yılmaz
Genel Yayın Yönetmeni Yardımcısı: Polat Yılmaz
Yayın Danışmanı ve Tıbbi Koordinatör: Dr. Ufuk Akçıl
Yayına Hazırlama: Güneş Dizgi-Grafik Tasarım Birimi
Baskı: Ankara Özgür Matbaacılık Basım Yay. Dağ. San. Tic. A.Ş.
Saray Mahallesi 205 Cadde No: 4/2 Kahramankazan / Ankara
Telefon: 0507 923 90 99
Sertifika No: 46821

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 İnan 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

KADIKÖY

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

www.guneskitabevi.com
info@guneskitabevi.com



ÖNSÖZ

Klinik hekimlik uygulamasında başarılı olabilmek için iyi bir temel tıp eğitimi gereklidir. Tıp eğitiminin çok fazla kuramsal olduğu, yeterince uygulama yapmadan mezun olduğu konusu ise neredeyse tüm doktorların ortak şikayetidir. Tedavi edici hekimlik yapmakta olan bir hekim hasta ile baş başa kaldığında hastanın sorunlarını çözme önerilerini, yani ilaçları reçeteye yazmak zorundadır. Bu modern tıbbın artık geleneksel olmuş uygulamasıdır. Klinisyenler reçete yazdıkça mesleklerini icra etmiş hissetmektedirler. Hastalar ve toplum da bunu beklemektedir. Günümüzde reçetelere çoğunlukla hazır preparatların ismi yazıldığından, ilaç isimlerini bilmeyen hekimler kendilerinde eksiklik duymaktadırlar. Bu durum aslında en kolay giderilebilecek bir sorundur. Birinci basamakta hizmet eden hekimler için bu kitap her an el altında tutulabilecek bir kaynak olacaktır.

Çağımız bir açıdan değişim çağıdır. Hekimlik tutum ve davranışlarımız değişiyor. Kutsal bir meslek olan hekimlikte hekimler hükmeden, hasta adına karar veren, bazen “baba” bazen de “Tanrının yeryüzündeki temsilcisi” konumunda idiler. Halbuki bugün giderek modern bilimin uygulayıcısı, teknisyen bir meslek haline dönüşmekte. Hekim hissettiği, doğru kabul ettiği, büyüklerinden öyle gördüğü için bir tedaviyi uygulama hakkına sahip değil. Uyguladığı tedavinin etkinliğinin kanıtlanmış olduğunu, istenmeyen etkilerinin neler olduğunu bilmek zorunda.

Hastalar da değişti; hekime hangi tedaviyi niçin yaptığını, kanıtlarını, yan etkilerini, başarı oranlarını soruyorlar. Sadece hekime sormakla kalmıyorlar; bu konuda bilgileri araştırıyorlar ve hekime bu bilgilerle birlikte geliyorlar. Bu durum bir yandan hekimlerin günceli takip etmelerini, diğer yandan yan etkiler ve başarı oranları konusunda hastaları bilgilendirmelerini zorunlu kılıyor. Fazla sayıda ilaç kullanma, polifarmasi, ilaç-ilaç, organizma-ilaç etkileşimlerini daha da karmaşılaştırıyor. Eski hekimler gördükleri bir hastaya bir ilaç tavsiye etmeden gönderirlerse başarısız addedilirlerdi. Bugün ise daha az sayıda ilaç yazan ya da hastanın kullandığı ilaç sayısını azaltabilen hekim başarılı kabul edilmektedir. Gereksiz bir tek tablet ilaç bile önermemek hekimin düsturu olmalıdır.

Bu kitaba emeği geçen tüm meslektaşlarıma teşekkür ediyorum. Eksiksiz, mükemmel bir tıp kitabının olamayacağını bilincindeyiz. Okuyucularımıza ve tedavi olan hastalarımıza bir katkımızın olması tüm yazarların en büyük mutluluğu olacaktır.

Prof. Dr. Mehmet Akif Karan

İKİNCİ BASKIYA ÖNSÖZ

Reçete kitabı pratik teşhis ve tedaviye yönelik olarak hazırlanmış bir kitaptır. Günlük pratiğimizde; hasta ile karşılaştığımızda yapacaklarımızı özet ve kestirme yoldan göstermektedir. Tecrübelerin yanında bilimsel gerçekleri de kullanarak sonuca gitmeyi kolaylaştırmaktadır. Ayrıntılı bilgi ve yüklemekten daha çok kısa yoldan reçete yazmaya yönelik olarak planlanmıştır.

Birinci baskı hazırlanırken daha çok aile hekimleri ve pratisyen hekimlere hitap edeceğimiz düşünülüyordu. Kitap çok kısa bir süre içinde elimizde kalmadığında ise uzman hekimlerin de yoğun ilgisini çektiği farkedildi.

Bu nedenle çok kısa bir süre içerisinde yeniden gözden geçirme ve değişikliklerle ikinci baskıya geçildi.

Bu baskıda adli tıp bölümü ilave edildi. Yine mümkün olduğu kadar reçete örnekleri ile konular desteklendi. Bazı bölümlerin yazarları değişti veya ilave güncel bilgiler eklendi.

Sağlık Bakanlığı Temmuz 2012 tarihinden itibaren e-reçete uygulamasına geçti ve 2013 yılından itibaren de sadece e-reçete uygulamasını kabul edeceğini bildirdi. Bu nedenle e-reçete uygulamasının ne olduğu ve nasıl reçete edileceği hakkında bilgilere de yer verildi.

Bu baskı için de meslektaşlarımızdan gelecek her türlü öneri değerlendirilecektir. Okuyanlara faydalı olmasını dileyerek, Güneş Tıp Kitabevlerine ve çalışanlarına teşekkürlerimi sunuyorum.

Dr. Yavuz Furuncuoğlu

ÜÇÜNCÜ BASKIYA ÖNSÖZ

Tıp çok hızlı ilerlemekte ve güncel bilgiler hızla değişmektedir. Kitaplar çoğu kez çıkana kadar bilgileri değişmektedir. Bu nedenle Reçete kitabımızı her iki yılda bir yenilemek zorunda kalıyoruz. Ona rağmen yazdığımızda bazen kitap basılana kadar bilgileri yeniden değiştirdiğimiz de oluyor.

Bu kitap uzun zamandır birçok baskıları yaptı. Siz okuyuculardan gelen geri dönüş bilgilerine göre de yeni konu ve bilgileri güncel olarak eklemekteyiz. Hatta o kadar çok ekleme yapmışız ki kitap üçbin sahifeye ulaşınca bazı konuları çıkarmak zorunda kaldık. Herhalde yayınevi-yapımcımızla sadece bu konuları işleyen ek bir kitap ta çıkarabiliriz.

Kitabın yazar kadrosu da zaman zaman değişmekte. Bu baskıda da yazar kadrosunda ciddi değişiklikler oldu. Konular eklenince ilgili uzman kişi ve sayısı da değişmekte doğal olarak.

“Her yiğidin bir yoğurt yiyişi vardır” demiştir atalarımız. Kitap yazılımında da her kişi kendine has şekilde yazdığından Editör olarak bunları aynı formata çekmekte ciddi zorluklar yaşadık.

Bazı bölümleri alt editörlere havale ettik. Böylelikle kitabın bilgi kalitesini ve tazeliğini korumaya çalıştık.

Ne kadar titiz davransak ta yine de eksiklerimiz olacağını da biliyoruz. Ama samimiyetle Tıp Camiasına faydalı olacağına inandığımız bir eser ortaya koymaya çalıştık.

İndeksi titizlikle hazırlayan Prof. Dr. Recep Öztürk’e teşekkür ederim. Ayrıca Güneş Tıp Kitabevleri sahibi Sayın Murat Yılmaz’a, Yayın Danışmanı ve Tıbbi Koordinatör Sayın Ufuk Akçıl’a dizgi ve düzenlemesini yapan Ümit Saçı ve proje sorumlusu Dilek Doğanay’a teşekkürlerimi sunarım.

Umarım faydalı oluruz.

Saygı ve selamlarımla...

Prof. Dr. Yavuz Furuncuoğlu

İÇİNDEKİLER

REÇETE..... 1

Dr. Yavuz Furuncuoğlu

Reçete Yazmanın Kuralları.....	1
Değişik Renklerde Özel Reçeteler	5
Reçete Türleri	5

İÇ HASTALIKLARI – DAHİLİYE..... 7

ENDOKRİNOLOJİ 7

Dr. Özlem Sezgin Meriçliler

Paratiroid Hastalıkları.....	7
Hiperparatiroidi	7
Tedavi	7
Konservatif Takip	7
Hipoparatiroidi.....	8
Obezite.....	9
Obezitede Medikal Tedavi	10
Araştırma Aşamasındaki Obezite İlaçları	11
Tiroiditler	12
Akut Tiroidit	12
Subakut Tiroidit (SAT).....	12
Sessiz Tiroidit (Lenfositik Tiroidit).....	13
Post-partum Tiroidit.....	13
Hipotiroidi.....	14
Tedavi.....	14
Tirotoksikoz ve Hipertiroidi	15
Tedavi.....	16
Diabetes Mellitus.....	17
Biguanidler (Metformin).....	17
İnsülin Salgılatıcı (sekretogog) İlaçlar.....	18
Tiazolidindion (glitazon) Grubu İlaçlar (TZD)	18
Alfa Glukozidaz İnhibitörü Grubu İlaçlar	19
Glukagon Benzeri Peptid-1 Reseptör Analog ve Agonistleri (GLP-1A / GLP-1RA).....	19
Dipeptidil Petidaz 4 İnhibitörleri (DPP4-İ, Gliptinler)	20
Sodyum Glukoz Ko-transporter 2 İnhibitörleri (SGLT-2 inhibitörleri, Gliflozinler, Glukoretikler).....	20
Hazır Antihiperglisemik İlaç Kombinasyonları	21
Dişabet Tedavi Algoritması.....	22
İnsülin Tedavisi	22
İnsülin Tipleri ve Etki Profilleri.....	23
İnsülin Dozunun Belirlenmesi.....	23
İnsülinlerin Saklanması	23
Adrenal Yetmezlik.....	27
Addison Krizi Tedavisi.....	28

NEFROLOJİ 29

Dr. Tevfik Ecdar

Akut Böbrek Hasarı	29
--------------------------	----

Klinik ve Laboratuvar Bulguları.....	29
Tedavi.....	30
Hipernatremi.....	30
Hipernatreminin Klinik Bulguları	31
Hipernatreminin Tedavisi	31
Hiperpotasemi.....	32
Hiperpotaseminin Klinik Bulguları	33
Hiperpotaseminin Tedavisi	33
Hipertansiyon.....	34
Anamnez.....	36
Fizik Muayene	36
Laboratuvar İncelemeleri.....	37
Hipertansiyonun Tedavisi	37
Özel Hasta Gruplarında Hipertansiyon Tedavisi	40
Hiponatremi.....	41
Hiponatreminin Klinik Bulguları	42
Hiponatreminin Tedavisi	42
Hipopotasemi.....	44
Hipopotaseminin Klinik Bulguları	45
Hipopotaseminin Tedavisi	45
Kronik Böbrek Hastalığı.....	46
Kronik Böbrek Hastalığı Risk Faktörleri	47
Kronik Böbrek Hastalığının Nedenleri	47
Böbrek Fonksiyonunun Değerlendirilmesi	47
Böbrek Hasarının Belirlenmesi	47
Kronik Böbrek Hastalığının Evrelemesi	48
Kronik Böbrek Hastalığının Klinik ve Laboratuvar Bulguları.....	48
Kronik Böbrek Hastalığının Tedavisi	49
Metabolik Asidoz.....	54
Metabolik Asidozun Klinik Bulguları	54
Metabolik Asidozun Tedavisi	55
GASTROENTEROLOJİ	57

Dr. Pınar Gökçen

Gastroözofageal Reflü Hastalığı (GÖRH)	57
Peptik Ülser Hastalığı ve Helikobakter Pylori Enfeksiyonu	59
İrritabl Bağırsak Sendromu (İBS).....	62
Çölyak Hastalığı	65
Tanıda Kritik Noktalar	66
Ülseratif Kolit.....	67
Crohn Hastalığı	69
Hafif Şiddetli CH İndüksiyon Tedavisi.....	70
Hafif Şiddetli CH İdame Tedavisi	70
Orta-hafif Şiddetli CH İndüksiyon Tedavisi	71
Orta-şiddetli CH İdame Tedavisi.....	71
Akut Taşsız Kolesistit	72
Akut Pankreatit	74
Hepatit B virüsü enfeksiyonu	75
Akut HBV	75
Kronik HBV.....	76
Hepatit C virüsü enfeksiyonu	78
Karaciğer Sirozu ve Komplasyonlarının Yönetimi	80

ROMATOLOJİDE YETİŞKİN HASTALARDA TEDAVİ PRENSİPLERİ VE SEÇENEKLERİ 83*Dr. Sevil Kamalı*

Nonsteroidal Anti-inflamatuar İlaçlar (NSAİİ)	83
İmmünomodülatuar ve İmmünosüpresif Tedaviler	85
Romatooid Artrit-1	92
Aksiyel Spondilartirit	95
Periferik Spondilartirit	96
Psoriatik Artrit	96
Psoriatik Artrit (MTX tedavisine dirençli)	96
Behçet Hastalığı	98
Ailevi Akdeniz Ateşi.....	99
Progresif Sistemik Skleroz.....	100
Raynaud Fenomeni/Dijital İskemi.....	102
Sistemik Lupus Eritematozus.....	102
Antifosfolipid Sendromu.....	104
Sjögren Sendromu	105
Polimiyozit/Dermatomyozit	106
Dev Hücreli Arterit.....	109
Takayasu Arteriti.....	110
Polimiyaljiya Romatika.....	111

GERİATRİ 115*Bölüm Editörleri: Dr. Mehmet Akif Karan, Dr. Gülistan Bahat Öztürk, Dr. Tuğba Erdoğan, Dr. Serdar Özkök***Sarkopeni ve Kırılганlık 115***Dr. Zeynep Fetullahoğlu Durmuş*

Sarkopeni	115
Tanı.....	115
Tarama	115
Sarkopeni Parametrelerinin Ölçümü	115
Sarkopeniden Korunma	116
Sarkopeni Tedavisi ve Müdahaleler	116
Kırılганlık.....	117
Kırılганlık Patofizyolojisi	117
Kırılганlık Ölçekleri	118
Kırılганlık Yönetimi ve Tedavi.....	118

Geriatrik Hastada Malnütrisyon 119*Dr. Neslihan Hazel Önür*

Tanım	119
Tarama	119
Tanı.....	121
Tedavi.....	121
Oral Nütrisyonel Supleman Kullanımı	122

Üriner İnkontinans 124*Dr. Fatma Gülçin Özalp*

Giriş.....	124
Geriatrik Hastalarda Üriner İnkontinansın Nedenleri	124
Yaşlılarda Geçici Tip Üriner İnkontinans	124
Nedenleri	124

Tanı ve Değerlendirme	125
Kalıcı Üriner İnkontinans Tipleri.....	125
Tanı ve Değerlendirme	125
Tedavi Yöntemleri	125
İlaç Tedavisi	125
İlaç Dışı Tedavi Yöntemleri	126
Pratik Reçete Önerileri	126
Sıkışma Tipi İnkontinans.....	126
Stres İnkontinans	126
Taşma İnkontinans	126

Yaşlılarda Duygudurum Bozuklukları.....115

Dr. Emine Aşçı Civelek

Unipolar Depresyon.....	126
Sınıflama	127
Tedavi	127
İlaç Seçimi.....	128
Trisiklik ve Tetrasiklik Antidepresanlar	128
Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRI)	128
Seçici Serotonin Noradrenalin Geri Alım İnhibitörleri (SNRI).....	128
Noradrenerjik ve Spesifik Serotonerjik Antidepresanlar	128
Serotonin Agonisti ve Geri Alım İnhibitörleri (SARI).....	128
Noradrenalin ve Dopamin Geri Alım İnhibitörü	129
Yaşlıda Anksiyete Bozuklukları.....	129
Tedavi	129

Demans.....130

Dr. Özge Can Ceylan

Tanım ve Epidemiyoloji	130
Predispozan Faktörler	130
Demans Nedenleri.....	130
1. Alzheimer Hastalığı (AD)	130
2. Vasküler Demans (VaD)	130
3. Lewy Cisimcikli Demans ("Dementia with Lewy Bodies"; DLB).....	131
4. Frontotemporal Demans (FTD).....	131
5. Parkinson hastalığı demansı (PDD)	131
Klinik Özellikler	131
Ayrırcı Tanı.....	132
Demansın Geri Döndürülebilir Nedenleri	132
Tanı Yöntemleri	132
1. Klinik Değerlendirme	132
2. Laboratuvar Testleri	133
3. Görüntüleme.....	133
4. Biyobelirteçler	133
Geri Dönüşümsüz (Nörodejeneratif) Demansın Tedavisi.....	133
1. Farmakolojik Tedavi	134
2. Semptomatik Tedavi,.....	138
3. Farmakolojik Olmayan Tedaviler	139
Tedavi İzleme/Değerlendirme ve Takip	139
Prognoz ve İzlem.....	139

Akut Konfüzyonel Durum (Deliryum)	140
<i>Dr. Ezgi Pınar</i>	
Epidemiyoloji	141
Patogenez	141
Risk Faktörleri	141
Klinik Özellikleri	142
Tanı	142
Laboratuvar Tetkikleri	142
Deliryumu Önleme	143
Deliryum Tedavisi	143
Farmakolojik Tedavi	143
İlaç Dozları	144
Diabetes Mellitus ve Yaşlı Erişkinlerde Yönetimi	145
<i>Dr. Selin Ece Güzel</i>	
Tarama ve Tanı	145
Yaşam Tarzı Değişiklikleri	146
Kullanılan İlaçlar ve Yan Etkiler	146
Sonuç	148
Yaşlı Bireylerde Hipertansiyon	149
<i>Dr. Zehra Şahin Tırnova</i>	
Tedavi için Eşik Değerler ve Hedefler	149
İzole Sistolik Hipertansiyon	150
Tedavi	150
Geriatrik Hastalarda Üriner Enfeksiyonlar	152
<i>Dr. Fatma Gülçin Özalp</i>	
Giriş	152
Üriner Enfeksiyonların Nedenleri	152
Epidemiyoloji	152
Üriner Sistem Enfeksiyonlarının Tanımları	152
Klinik Bulgular	152
Değerlendirme	153
Etyoloji	153
Tanı	153
Tedavi	153
İlaç Dışı Yöntemler	154
Korunma	154
Yaşlı Yetişkinlerde Pnömoni Tedavisi ve Yönetimi	154
<i>Dr. Selin Ece Güzel</i>	
Giriş	154
Tanımlar	155
Risk Faktörleri	155
Etkenler	155
Semptomlar	156
Tanı	156
Ayırıcı Tanı	157
Tedavi	157

CURB-65	157
CURB-65 Skoruması ve Yönetim	157
Pnömoni Ağırlık İndeksi (PSI)	158
Tedavi Stratejileri	158
Ayaktan Tedavi	158
Yatarak Tedavi	159
Yoğun Bakım Tedavisi	159
Hastane İlişkili Pnömoni Tedavisi	159
Toplum Kökenli Aspirasyon Pnömonisi	159
Tedavi Süresi	159
Ek Tedaviler	159
Pnömoni Tedavisinde Dikkat Edilmesi Gerekenler	160
Antibiyotiklerin Yan Etkileri	160
Pnömoni komplikasyonları	160
Korunma	160
Psikososyal Boyutlar	160
Sonuç	160
Yaşlılık Döneminde Aşılama	161
<i>Dr. Şebnem Sıdika Güven</i>	
İnfluenza Aşısı	161
Pnömonokok Aşısı	161
Herpes Zoster (Zona) Aşısı	162
Tetanoz-Difteri (TD) Aşısı	163
Respiratuar Sinsityal Virüs (RSV) Aşısı	164
Covid-19 Aşısı	164
Polifarmasi ve Uygunsuz İlaç Kullanımı	165
<i>Dr. Denizler Sezer</i>	
ONKOLOJİYE GİRİŞ VE TEMEL KAVRAMLAR	169
<i>Dr. Oğuzcan Kınıkoğlu, Dr Bala Başak Öven</i>	
Kanser Nedir?	169
Kanser Risk Faktörleri ve Önleme	169
Genetik ve Çevresel Risk Faktörleri	169
Tarama ve Erken Teşhis Yöntemleri	170
Onkolojik Aciller	171
Febril Nötropeni	172
Tümör Lizis Sendromu	172
Hiperkalsemi	173
Spinal Kord Basısı	173
Superior Vena Kava Sendromu	173
Hiperleukositoz ve Lökostaz	173
Kardiyak Tamponad	174
Uygunsuz ADH Sendromu (UADHS)	174
Kanser Hastalarında Yönetim ve Bakım	175
Kemoterapinin Yan Etkileri ve Yönetimi	175
Bulantı ve Kusma	175
Saç Dökülmesi (Alopecia)	175
Nötropeni	176
Anemi ve Yorgunluk	176

Mukozit.....	176
Periferik Nöropati.....	177
Cilt ve Tırnak Değişiklikleri.....	177
Kardiyotoksisite.....	177
Renal Toksisite.....	178
Hepatik Toksisite	178
HEMATOLOJİ.....	183
<i>Dr. Osman Kara</i>	
Demir Eksikliği Anemisi.....	183
Vitamin B12 Eksikliği	184
Folik Asit Eksikliği	184
ENTERAL BESLENME TEDAVİSİ.....	187
<i>Dr. Mustafa Altınkaynak, Dr. Bülent Saka</i>	
GIDA TAKVİYELERİ.....	201
<i>Dr. Şefika Furuncuoğlu</i>	
Takviye Edici Gıdalar	202
Proteinler	202
Karbonhidratlar.....	203
Yağlar	203
Mikrobesinler.....	204
Vitaminler.....	204
A Vitamini	204
D Vitamini	205
E Vitamini	206
Vitamin K	206
Tiamin (B1 Vitamini)	206
Riboflavin (B2 Vitamini)	206
Niasin (Nikotinik Asit, Vitamin PP)	206
Vitamin B6 (Piridoksin)	206
Folik Asit	207
Vitamin B12	207
Biotin	207
C Vitamini (Askorbik Asit)	207
Mineraller.....	207
Omega 3 Yağ Asitleri	210
Vücut Geliştirme ve Egzersiz Sırasında Kullanılan Takviyeler ve Farmakolojik Ajanlar.....	211
DİYABET TEKNOLOJİLERİ	213
<i>Dr. Ferhat Çetin</i>	
Glukometre ve Şeker Ölçüm Stripleri	213
Sürekli Glukoz Ölçüm Sistemleri (Sensör = CGM)	213
Sürekli Subkutan İnsülin İnfüzyon Tedavisi (İnsülin Pompası).....	214
KARDİYOLOJİ	215
<i>Bölüm Editörü: Dr. Mehmet Eren</i>	
HİPERTANSİYON	215
<i>Dr. Kıvılcım Özden</i>	
Kan Basıncı Sınıflaması	215
Kardiyovasküler Riskin Değerlendirilmesi.....	215

AKUT KORONER SENDROMLAR 229*Dr. Mehmet Eren*

Tanımlar	229
Şüpheli Akut Koroner Sendrom Hastalarının Tanısı	230
Aks Hastasında Başlangıç Ortak Tedavi	233
Aks Hastasına Uygun Tedavi Stratejisinin Seçimi	234
Hastane İçi ve Çıkış Tedavisi	237
Hastane Sonrası Uzun Dönem Tedavi	243

KARARLI ANGİNA PEKTORİS VE KRONİK KORONER ARTER HASTALIĞI TEDAVİSİ 247*Dr. Gökhan Ertaş*

Tedavi Yaklaşımları	229
---------------------------	-----

AKUT KALP YETERSİZLİĞİ 251*Dr. Tolga Sinan Güvenç*

Tanımlamalar	251
Patofizyoloji	251
Hastalık Yönetimi	252
Tanısal Yaklaşım	252
Acilde Risk Sınıflandırması	252
Tedavi	252

KRONİK KALP YETERSİZLİĞİ 257*Dr. Ahmet Ekmekçi*

Giriş	257
Tedavi	259
Cihaz Terapileri	262
Elektrofizyolojik Değerlendirme ve Ablasyon Tedavileri	262
Düşük EF'li Kalp Yetersizliği Reçete Örneği	263

TAŞİARİTMİLER 265*Dr. Yalçın Velibey*

1. Supraventriküler Taşıaritmiler	265
A. Atriyal Taşikardiler	268
Sinüs Taşikardisi	268
Uygunsuz Sinüs Taşikardisi	268
Sinüs Taşikardisinin Tedavisi	268
Atriyal Fibrilasyon	269
Atriyal Fibrilasyonun Elektrokardiyografik Özellikleri ve Tanımı	270
Atriyal Fibrilasyonun Sınıflandırılması	271
Atriyal Fibrilasyonun Tedavisi	271
Antikoagülan Tedavi	273
B. Atrioventriküler Kavşak (Junctional) Taşikardiler	275
Atrioventriküler Nodal Reenteran Taşikardi	275
AVNRT Tedavisi	276
C. Atrioventriküler Reenteran Taşikardi	277
AVNRT Tedavisi	277
2. Ventriküler Taşıaritmiler	277
Ventriküler Taşikardi	277
Ventriküler taşikardi tedavisi	279

Torsades de Pointes	279
Torsades de Pointes Tedavisi	279
Ventriküler Fibrilasyon	281
Ventriküler Fibrilasyon Tedavisi	281

BRADİARİTMİLER 283

Dr. Erkan Kahraman

Sinüs Bradikardisi	285
Sinüs Duraklaması	285
Birinci Derece Atriyoventriküler Blok	287
Üçüncü Derece Atriyoventriküler Blok	290

GÖĞÜS HASTALIKLARI 293

Dr. Asiye Kanbay

Akut Bronşit ve Tedavisi	293
Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı (KOAH)	293
Koah Tedavisinde Prensipler	294
KOAH Tedavisinin Amaçları	294
Tedavi Programı	295
KOAH İlaç Tedavisi	295
KOAH Tedavisinde Kullanılan İlaçlar	295
Bronkodilatör İlaçlar	295
Kısa Etkili β_2 agonistler	295
Uzun Etkili β_2 -agonistler	295
Antikolinerjikler	296
Fosfodiesteraz-4 İnhibitörleri	296
Kortikosteroidler	296
Aşılama	296
Mukoaktif İlaçlar	296
Antibiyotikler	296
Aşılar	297
Diğer İlaçlar	297
Astım (Erişkin)	297
Tanı Konulan Hastada Tedavi Başlangıcı	297
Takip ve Tedavi Yaklaşımı	298
Astımda Tedavi Basamakları	298
Düzenli Tedavi Alan Hasta Semptomatikse	299
Astım Tedavisi	299
Astımın Değerlendirilmesi, Tedavisi ve İzlemi	300
Astım Atak Tedavisi	301
Atak Tedavi Ederken Yapılmaması Gerekenler	302
İnhalasyon Tedavileri	302
Ölçülü Doz İnhalerler (ÖDİ)	302
Kuru Toz İnhalerler (KTİ)	302
Pnömotoraks	303
Bronşiektazi	303
Pnömoni	303
Pulmoner Emboli	305
Akciğer Tüberkülozu	306
Tedavi	306
Tüberküloz Tedavisi	307

Sigara Bırakmada Farmakoterapi	307
Farmakolojik Yaklaşım	308
Nikotin Bandı	308
Nikotin Nazal Sprey	308
Nikotin Sakızı	309
Kullanım	309

ENFEKSİYON HASTALIKLARI311

Dr. Recep Öztürk

Enfeksiyon Hastalıkları Giriş	311
Ayaktan Hastalarda Sık Rastlanan Enfeksiyon Hastalıkları	313
Akut Sinüzit	316
İnfluenza/Grip	318
Covid-19	320
Soğuk Algınlığı (Nezle / Common Cold)	322
Akut Bronşit (Trakeobronşit)	325
Toplum Kökenli Pnömoni (TKP)	327
Akut Gastroenterit / Akut İnfeksiyöz İshal	330
Clostridioides Difficile İshali (Antibiyotik İlişkili İshal)	333
Besin Zehirlenmeleri	335
Amebiyaz	337
Giardiyoz (Giardiasis)	339
Askariyaz (Ascariasis)	341
Enterobiyaz (Kıl Kurdu Enfeksiyonu)	343
Tenyazis (Şerit Kurdu Enfeksiyonu)	345
Akut Viral Hepatit	347
Akut Sistit (Komplike Olmayan Alt İdrar Yolu Enfeksiyonu)	349
Üst Üriner Sistem Enfeksiyonu / Akut Piyelonefrit	351
Erizipel (Yılancık)	353
Sellülit	356
Sifiliz	358
Gonore	361
Non-Gonokokal Üretrit (NGU)	363
Genital Herpes (Genital Uçuk)	365
Sıtma (Malaria)	368
Bruselloz	371
Leptospiroz	373
Tularemi	375
Lyme Hastalığı	378
Akdeniz Benekli Ateşi (Mediterranean Spotted Fever)	381
Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA)	383
Su Çiçeği (Varicella)	385
Zona	387
Kızamık (Measles)	389
Erişkinlerde Kemoprofilaksi	391
Erişkin Aşılması	394

ÇOCUK HASTALIKLARI - PEDIATRİ399

Dr. Fahri Ovalı, Dr. Evrim Şenkal

Akut Otitis Media	399
Boğmaca	400

Dizanteri.....	401
Kızıl.....	401
Eritema İnfeksiyozum (5. Hastalık).....	402
Roseola İnfantum (Ekzantem Subitum veya 6. Hastalık).....	403
Kızamık.....	403
Kızamıkçık.....	405
Herpes Simpleks Gingivostomatiti.....	405
El Ayak Ağız Hastalığı.....	406
Ekzema Herpeticum.....	406
Su Çiçeği.....	407
Kabakulak.....	408
Tetanoz.....	408
Tifo.....	409
Bruselloz.....	410
Septik Artrit.....	411
Hepatit A.....	411
Pnömoni.....	412
Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu (Akut Nazofarenjit-Rinosinüzit-Soğuk Algınlığı).....	413
Akut Tonsillit/Farenjit.....	414
Sinüzit.....	415
Kawasaki Hastalığı.....	416
Henoch - Schönlein Purpurası.....	418
İlaç Alerjisi.....	420
Anafilaksi - Larinks Ödemi.....	421
Besin Alerjisi.....	422
Atopik Dermatit (Atopik Egzema).....	423
Astım.....	426
Seboreik Dermatit.....	429
Akne.....	430
Akut Romatizmal Ateş.....	431
Febril Konvülsiyon.....	432
Üriner Enfeksiyon.....	434
Akut Glomerülo nefrit.....	435
Enürezis Nokturna.....	436
Kabızlık.....	436
Uyuz.....	437
Bit.....	438
Giardiazis.....	439
Askariyazis.....	439
Kıl Kurdu (Oksiyur).....	439
Kolera.....	440
Akut Gastroenterit.....	440
Viral Krup.....	441
Bakteriyel Krup.....	442
Akut Bronşiyolit.....	442
Demir Eksikliği Anemisi.....	443
D Vitamini Eksikliği.....	444
B12 Vitamini (Kobalamin) Eksikliği.....	445
Pamukçuk.....	446
Pişik.....	446

Malnütrisyon	447
Erizipel	448
Selülit	448
İmpetigo (Piyoderma)	449
Herpes Labialis.....	450
Anal Fissür	450
Omfalit	451
Konjunktivit	451
Aşı Takvimi 2025	452
Özel Aşılar	452

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM.....455

Dr. Büşra Bucak, Dr. Selime Furuncuoğlu, Dr. Ebru Hanife Aksoy Arık

Dr. Büşra Bucak

Gebelik Planlaması	455
Gebelik Takibi	457
Gebelik ve İlaçlar	458
Postpartum Bakım	461
Preeklampsi ve Eklampsi	465

Dr. Selime Furuncuoğlu

Akut Vajinit	467
Pelvik İnflamatuvar Hastalık	471
Bartholin Bezi Apsesi	473
Dismenore	474
Gebelikte Bulantı Kusma - Hiperemesis Gravidarum	475
Servikal Tarama ve Sonuçları	479
Premenstrüel Sendrom	480
Kontrasepsiyon	482
Acil Kontrasepsiyon.....	485
Kanamalı Gebeye Yaklaşım.....	488

Dr. Ebru Hanife Aksoy Arık

Anormal Uterin Kanama.....	493
AUK Sebepleri	493
AUK Acil Servis Değerlendirmesi	494
AUK Ayaktan Hasta Değerlendirilmesi.....	494
Menstruasyon Bozuklukları.....	498

GENEL CERRAHİ505

Dr. Kanan İsmayılzade, Dr. Ramazan Dönmez

Anal Fissür	505
Anal Fistül	506
Perianal Apse	507
Hemoroidal Hastalık	508
Pilonidal Sinüs.....	510
Rektal Kanama	511
Enfekte Sebace Kist	512
Lipoma	513
Akut Apandisit	515
Akut Kolesistit	516
Akut Pankreatit	518

Akut Mezenterik Lenfadenit	518
Herniler (Fitıklar).....	519
Meme Hastalıkları	522
Tiroid Hastalıkları	523
Paratiroid Hastalıkları	526

NÖROLOJİ.....533

Dr. Nazire Afşar

Baş Ağrısı.....	533
Gerilim Baş Ağrısı (GTB)	536
Küme Baş Ağrısı	538
Trigeminal Nevralji	539
Beyin Felci-İnme	540
Vertigo	541
Demansiyel Sendromlar	542
Epilepsi	544
Hareket Bozuklukları.....	546
Parkinson Hastalığı.....	547
Huzursuz Bacaklar / Uzun Sendromu	548
Kore.....	549
Fasyal Paralizi.....	550
Polinöropati	551
Nöropatik Ağrı.....	552
Multipl Skleroz (MS)	553
Myastenia Gravis	554

DERMATOLOJİ.....557

Dr. Yavuz Semiz

Akne Vulgaris.....	557
Rozasea.....	558
Atopik dermatit	559
Seboreik dermatit	561
Bez Dermatiti (Diaper Dermatiti).....	562
Akut Alerjik Kontakt Dermatit	563
Fotoalerjik Kontakt Dermatit	564
İrritan Kontakt Dermatit	564
Polimorf Işık Erüpsiyonu.....	565
Ürtiker, Anjiyoödem.....	565
İlaç Reaksiyonları.....	566
Pityriasis Rosea	568
Psöriasis	569
Liken Planus.....	570
Vitiligo.....	571
Vaskülitler	572
Otoimmün Büllü Hastalıklar.....	573
Folikülit	574
Furonkül	574
Karbonkül	574
Abse	574
Furonkül, Karbonkül ve Abse Tedavisi.....	574
Impetigo.....	575

Ektima	576
Erizipel ve Selülit	576
Herpes Simpleks 1 ve 2 Enfeksiyonları	577
Varisella Zoster (Suçiçeği)	578
Herpes Zoster (Zona)	578
Molluskum Kontagiozum	579
Verruka Vulgaris.....	579
Pedikülozis	580
Skabiyes	580
Tinea Kapitis.....	581
Tinea Korporis	582
Tinea Kruris.....	582
Tinea Pedis	582
Tinea Unguium	582
Pityriasis (Tinea) versicolor	583
Kandidiyazis.....	584
Güneş Yanığı	585
Kallus	585
Böcek Isırıkları (Insect Bites).....	586
Tırnak Batması (Ingrown Toenail).....	586
Bası Yarası (Decubitus Ülser)	587
Deri Kanserleri.....	589
Genel Öneriler	589

GÖZ HASTALIKLARI591

Dr. Taha Sezer

Kuru Göz (Keratokonjonktivis Sicca)	591
Blefarit (Seboreik Blefarit, Kronik Blefarit).....	591
Arpacık.....	592
Şalazyon	593
Dakriyosistit	593
Preseptal Selülit.....	594
Orbital Selülit.....	594
Korneal Abse ve Ülser.....	595
Üveit	596
Akut Glokom Krizi.....	596
Endoftalmi	596
Konjonktivit	597
Subkonjonktival Kanama	599
Kimyasal Yanıklar	600
Künt Göz Travmaları	601
Delici Göz Travmaları	602
Kornea ve/veya Konjonktivada Yabancı Cisim	604
Kapak Laserasyonları	605
Sık Kullanılan Göz İlaçları	607

KULAK BURUN BOĞAZ HASTALIKLARI611

Dr. Ziya Bozkurt

Akut Enfeksiyonlar	611
Kronik Enfeksiyonlar	613
Dış Kulak Yolu Buşon (Sıkışmış Serümen).....	613

Benign Paroksizmal Pozisyonel Vertigo (BPPV)	614
Burun Hastalıkları.....	614
Enfeksiyöz Rinitler (Soğuk Algınlığı)	614
Akut Sinüzit	615
Kronik Sinüzit	616
Allerjik Rinit	616
Boğaz Hastalıkları	616
Akut Tonsillit	616
Akut Farenjit	617
Kronik Farenjit	618
Akut Larenjit	618

ORTOPEDİ.....621

Dr. Alper Gökçe, Dr. Mehmet Demirok

Kırıklar	621
A-Üst Ekstremitte Kırıkları.....	621
Klavikula Kırıkları.....	621
Humerus Kırıkları	621
Ön Kol Kırıkları	622
Distal Radius Kırıkları.....	623
Metakarp ve Falanks Kırıkları	623
B-Alt Ekstremitte Kırıkları	624
Pelvis Kırıkları	624
Femur Kırıkları.....	624
Tibia Kırıkları.....	625
Ayak Bileği Çevresi Kırıkları	626
Metatars Kırıkları	627
C-Açık Kırıklar.....	627
Çıkıklar	628
A-Ekstremitte Çıkıkları.....	628
Omuz Çıkığı.....	628
Dirsek Çıkığı	628
Pulley Elbow (Radius Başı Çıkığı)	629
Yumuşak Doku Yaralanmaları.....	629
A-Tendinitler	629
Lateral Epikondilit.....	629
Aşil Tendiniti	630
B-Bursitler.....	630
Trokanter Majör Bursiti	630
Hamstering Bursiti.....	630
Prepatellar Bursit.....	631
İliotibial Bant Sendromu	631
C-Karpal Tünel Sendromu	631
D-DeQuervain Hastalığı.....	632
E-Tetik Parmak	632
F-Plantar fasiit.....	632
G-Tarsal Tünel Sendromu.....	633
Artrozlar	633
A-Omurga Artrozu (Faset Eklem Artrozu).....	633
B-Gonartroz	634

C-Koksartroz	635
D-Ayak Bileği Artrozu	635
E-El Parmaklarında Osteoartrit	636
Enfeksiyonlar	636
A-Pediyatrik Osteomiyelit ve Septik Artrit	636
B-Erişkinlerde Osteomiyelit ve Septik Artrit	636
C-Kronik Osteomiyelit.....	637
Spinal Problemler	637
A-Servikal Faset Sendromu.....	637
B-Servikal Radikülopati	637
C-Lomber Disk Herniasyonu	638
D-Spondilolizis	638
E-Spondilolistezis	638
F-Lumbalji	639
Pediyatrik Problemler	639
A-Pes Planus.....	639
B-Sindaktili-Polidaktili.....	639
Sindaktili	639
Polidaktili	640
C-Gelişimsel Kalça Displazisi	640
D-Tırnak Batması.....	640
E-Osgood-Schlatter Hastalığı.....	641
F-Pertes Hastalığı.....	641

FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON.....643

Dr. Demet Ofloğlu

Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Alanında Sık Rastlanan Ağrılı Durumlar ve Tedavileri	643
Boyun Ağrısı.....	643
Bel Ağrısı	645
İntervertebral Disk Hernileri Tedavisi.....	646
Sık Rastlanan Üst Ekstremitte Kas-İskelet Ağrı Sendromları	646
Sık Rastlanan Alt Ekstremitte Kas-İskelet Ağrı Sendromları	647
Osteoartrit	649
Osteoporoz ve Osteomalazi.....	650
Kompleks Bölgesel Ağrı Sendromları	651
Fibromiyalji Sendromu	652
Vaka Bazlı Reçete Örnekleri.....	652

PSİKİYATRİ

Dr. Alparslan Asil Budaklı

Panik Bozukluğu.....	659
Panik Atak Nedir?	659
Fiziksel Belirtiler	659
Psikolojik Belirtiler	659
Acil Serviste Panik Atak Tedavisi	659
Panik Bozukluk Tedavisi	660
Uyku Bozuklukları.....	660
1. İnsomnia	660
Klinik Belirtiler	660
Tedavi	660

1. Hipersomnia (Aşırı Uykululuk Bozukluğu).....	662
Klinik Belirtiler.....	662
Tedavi.....	662
Yaygın Anksiyete Bozukluğu.....	662
Klinik Belirtiler	662
Tedavi	662
Konversiyon Bozukluğu.....	663
Obsesif- Kompulsif Bozukluk.....	665
Obsesyonlar	665
Kompulsiyonlar	665
Tedavi	665
İlaç Tedavileri.....	665
Reçeteler.....	665
Major Depresif Bozukluk	666
Tedavi	666
Deliryum	667
Akatizi	667
Distoni.....	668
Belirtiler.....	668
Tedavi	668
Akut Tedavi	669
İdame Tedavi	669
ÜROLOJİ.....	673
<i>Dr. Kaan Gökçen, Dr. Emre Erdoğan</i>	
Üriner Sistem Enfeksiyonları	673
Akut Sistit.....	673
Belirtiler.....	673
Tedavi	673
Komplike Üriner Sistem Enfeksiyonları	674
Akut Pyelonefrit.....	674
Komplike Pyelonefritte Tedavi	674
Komplike Olmayan Akut Pyelonefritte Tedavi	675
Prostatit	675
1. Akut Bakteriyel Prostatit.....	675
Tedavi.....	675
2. Kronik Bakteriyel Prostatit	676
Tedavi.....	676
3. Kronik non-bakteriyel Prostatit/Kronik Pelvik Ağrı Sendromu (CP/CPPS).....	676
4. Asemptomatik İnflamatuvar Prostatit	676
Orşit, Epididimit.....	676
Orşit	676
Epididimit.....	677
Orşit ve Epididimitte Tedavi	677
Üretrit	677
Gonokoksik Üretrit	677
Non-Gonokoksik Üretrit	678
Klamidyal Üretrit.....	678
Mycoplasma Genitalium Üretriti.....	678
Ureaplasma Üretriti	679

Trichomonas Vaginalis Üretriti.....	679
Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar.....	679
Genital Herpes.....	679
Sifiliz.....	679
Şankroid.....	680
Lenfograduloma Venerum.....	680
Granuloma İnguinalle.....	681
Balanopostit.....	681
Benign Prostat Hiperplazisi (BPH).....	682
Aşırı Aktif Mesane Sendromu.....	683
Renal Kolik.....	683
Tedavi.....	684
Eretil Disfonksiyon.....	684

KALP DAMAR CERRAHİSİ687

Dr. Tufan Şener

Varis, Venöz Yetmezlik.....	687
Varis Oluşum Sebepleri.....	687
Venöz Yetmezlik Oluşum Sebepleri.....	687
Semptomlar.....	687
Teşhis.....	688
Tedavi.....	688
Medikal Tedavi.....	689
Cerrahi Tedavi.....	689
Skleroterapi.....	689
Venöz Tromboz, Tromboflebit, Derin Ven Trombozu.....	690
Semptomlar.....	690
Teşhis.....	691
Tedavi.....	691
Pelvik Konjesyon Sendromu, Pelvik Venöz Hastalıkları (PeVH).....	694
Tanı.....	694
Tedavi.....	694
Lenfanjit.....	695
Semptomlar.....	695
Teşhis.....	696
Lenfödem.....	696
Periferik Arter Hastalığı.....	697
Akut Periferik İskemi (Akut Bacak İskemisi).....	697
Kronik Kritik Bacak İskemisi.....	698
Periferik Damar Hastalığı.....	698
Teşhis.....	699
Tedavi.....	699
Raynaud Sendromu.....	700
Tanı.....	701
İlaç Tedavisi.....	701
Buerger Hastalığı, Tromboanjitis Obliterans.....	702
Etiyoloji.....	702
Semptomlar.....	702
Tanı.....	702
Tedavi.....	702

NÖROŞİRURJİ705*Dr. Alican Tahta, Dr. Kadir Tahta*

Disk Hernileri	705
Servikal Disk Hernileri	705
Lomber Disk Hernileri	705
Kullanılan İlaçlar	706
Spinal Travmalar	706
Kibas Tedavisi	707
Tedavi	707
Koma	707
Koma Nedenleri	707
Metabolik Komalar	707
Yapısal Sebepler	708
Primer Beyin Tümörleri	708
Subaraknoid Kanamalar	709
Başlangıç Tedavide	709
Spontan İntraserebral ve İntraserebellar Hematomlar	710
Hipertansif Kanamada Tedavi	710
Serebral Kanamalarda Kullanılan Ajanlar	711
Hipofiz Adenomları	711
Akromegalide Hipofiz Bezi	711
Hiperprolaktinemide Hipofiz Bezi	711
Hipofiz Adenomları Kliniği	711
Sella Tursika Genişlemesinin Ayırıcı Tanıları	712
Cerrahi Tedavi	712
Prolaktinomada Reçete	712
Somatotropinomalarda Reçete	712
Beyin Apseleri	713
Beyin Apselerinde Başlangıç Ampirik Antibakteriyel Tedavi	713
Hidrosefaliler	713
Hidrosefalide Reçete	714

ÇOCUK CERRAHİSİ717*Dr. Mustafa Akman*

Çocuklarda Servikal Lenfadenit	717
Brankial Kleft Sinüs Kist ve Fistülleri	717
Enfekte Kistik Higroma ve Triglossal Kist	718
İntestinal Bütünlüğün Bozulduğu Düşünülen Durumlar	718
Pylor Stenoza	719
İnvaginasyon	719
Diyafragmatik Herniler	720
Gastroşizis ve Omfalosel	720
Kabızlık ve Anal Fissür	721
Hayvan Isırıkları	722
Kuduz	723

RADYOLOJİDE KONTRAST MADDE KULLANIMI VE REÇETELENMESİ.....725*Dr. Süleyman Hilmi Aksoy*

Radyolojide Kontrast Maddelerin Kullanıldığı Yerler	725
Baryum Sülfat (BaSO ₄ , Radyobarit, R-X, Opti-Up)	726

İyotlu Kontrast Maddeler	726
Radyografide Kullanılan İyotlu Kontrast Maddeler	727
BT Kontrast Madde Seçimi	727
Kontrast Madde Miktarı	727
Kontrast Madde Yan Etkileri	727
Hafif Reaksiyonlar	727
Orta Reaksiyonlar	728
Şiddetli Reaksiyonlar	728
Kontrast Madde Reaksiyonlarının Tedavisi	728
Bulantı, Kusmada Tedavi	728
Ürtikerde Tedavi	728
Orta Reaksiyonlarda Tedavi	728
Şiddetli Reaksiyonlarda Tedavi	728
Kontrast Madde Nefropatisi Gelişim Tahmini için Risk Skorlaması (Mehran ve arkadaşları tarafından yapılmış risk puanlaması)	729
Kontrast Madde Nefropatisi Nasıl Anlaşılır?	729
Kontrast Madde Nefropatisi Gelişmemesi için Yapılacak Önlemler	729
Kontrast Madde Nefropatisi Gelişmemesi için Kontrastlı İnceleme Öncesi-Sonrası Kaçınılması Gereken İlaçlar	730
Kontrast Madde Nefropatisini Önleme Tedavileri	730
BT Kontrast Maddelerin Hamilelik ve Laktasyonda Kullanımı	730
Kontrast Madde Alerjisi Varsa	730
Damar Dışına Serum veya İlaç Sızması (Ekstravazasyon) Durumunda Yapılacaklar	731
İyotlu Kontrast Madde Kullanılmaması Gereken Hastalıklar	732
MRG'de Kontrast Maddeler	732
Ekstrasellüler Ajanlar	732
Hepatobiliyer Kontrast Ajanlar	733
Vasküler Ajanlar	733
Retiküloendotelial Ajanlar	734
Lenfografik Ajanlar	734
Oral Gastrointestinal Ajanlar	734
Tümör – Spesifik Ajanlar	734
MRG Kontrast Maddeler, Jenerik İsimleri, Preparat İsimleri	734
Gadolinium Şelatlarının Yan Etkileri	734
Nefrojenik Sistemik Fibrozis (NSF)	735
NSF Açısından Yüksek Riskli Hasta Grubu	735
NSF Açısından Düşük Riskli Hasta Grubu	735
Gadolinyumlu Kontrast Ajanların NSF Riski Açısından Klasifikasyonu	735
Böbrek Fonksiyon Bozukluğu Olan Hastalarda Kontrast Madde Seçimi (Gadolinum & İyotlu Kontrast Madde)	736
Gis Lüminal Mr Kontrast Maddeleri	737
Sık Kullanılan Radyolojik Tetkikler, Kullanım Endikasyonları ve Kontrast Maddeler	737
Üst Abdomen BT	737
Alt Abdomen BT	737
Beyin BT	738
Boyun BT	738
Kardiyak BT	739
Toraks BT	739
Alt Abdomen MRG	740
Ayak MRG	740

Ayak Bileği MR	740
Beyin MR	741
Boyun MR	741
Dirsek MR	741
Diz MRG	742
El ve El Bileği MR	742
Hipofiz MR	743
Kardiyak MR	743
Kas İskelet Sistemi Tümörleri MRG	743
Kemik Pelvis ve Kalça MRG	744
Kemik İliği MR	744
Lumbosakral MR	744
Meme MR	745
Omuz MRG	745
Sakroilyak MRG	746
Servikal MR	746
Temporomandibüler Eklem (TME) MRG	746
Torakal MR	747
Üst Abdomen MR	747
ANESTEZİ	753
<i>Dr. Halide Hande Şahinkaya</i>	
Anestezi ve Reanimasyon Uzmanının Görev Tanımı ve Sorumlulukları	753
Preoperatif Değerlendirme	753
Preoperatif Değerlendirme İçin Zamanlama	755
Preoperatif Klinik Değerlendirme	755
Preoperatif Laboratuvar Değerlendirme	755
Elektrokardiyografi	756
Göğüs Radyografileri	756
Solunum Fonksiyon Testleri	756
Preoperatif Dönemde Sigara ve Alkol Kullanımı	756
Preoperatif Dönemde İlaç Tedavilerinin Düzenlenmesi	757
Kardiyovasküler İlaçlar	757
Gastrointestinal ve Pulmoner İlaçlar	757
Endokrin İlaçlar	758
Hemostaz Üzerine Etkili İlaçlar	759
Psikotrop İlaçlar	759
Bitkisel İlaçlar	760
Preoperatif Açlık Süresi	760
Aspirasyon Pnömonisinin Önlenmesi	761
Postoperatif Bulantı ve Kusma	761
Risk Faktörleri	762
Önleme Yöntemleri	762
Postoperatif Ağrı Tedavisi	762
Hasta Kontrollü Analjezi	763
Yara Yeri İnfiltrasyonu	764
Temel Yaşam Desteği	764
Otomatik Eksternal Defibrilatör (OED)	765
Hava Yolu Tıkanıklığı	766

ZEHİRLENMELER771*Dr. Akcan Akkaya*

Tanı	772
Tedavi	777
Sık Karşılaşılan Sistemik Sorunlar	784

SEYAHATLERDE ÖNERİLEN AŞILAMA791*Dr. Demet Yalçın*

Erişkin Bağışıklama	791
Influenza Aşıları	791
Pnömonokok Aşıları	791
Human Papilloma Virüs (HPV) Aşıları	792
Hepatit A Aşıları	792
Hepatit B Aşıları	793
Bağışıklığı Baskılanmış Hastanın Aşılama	793
Herpes Zoster (Zona Zoster) Aşılama	794
Kimler aşılanmalı	794
Aşılama Şeması	794
Erişkin Meningokok Aşılama	794
Kimler Aşılanmalıdır	794
Örnek Reçete	795
Respiratory syncytial virüs (RSV) Aşıları	795
Kimler Aşılanmalıdır	795

AİLE HEKİMLİĞİ797*Dr. Ruhsar Tüfekçi, Dr. Reha Gökalp*

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği	797
Aile Hekimliği Kanunu	817
AH'nde E-Reçete Yazma	823
Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliği	824
ASM'ler Nasıl Kurulur	867
Sanal ASM'lerin Zorlukları	868
Sıkça Sorulan Sorular	869

ADLİ TIP877*Dr. Nezih Varol*

Adli Tıbbi Hizmetler	880
Adli Tabiplik Hizmetlerindeki Yasal Düzenlemeler	880
Adli Tabiplik Hizmetlerindeki Muayene ve Rapor Tanzimi	882
Adli Otopsi İşlemlerinde Muayene ve Rapor Tanzimi	885
Hekimlerin Sağlık Hukuku Kapsamında Yasal Sorumlulukları	888

BESLENME VE DİYET899*Dyt. Nurseli Gürsoy*

Diyabet	899
Hipertansiyon	902
Kardiyovasküler Hastalıklar	902
Karaciğer Yağlanması	903
Hipotiroid ve Beslenme	905
Gastroözefageal Reflü Ve Beslenme Tedavisi	906

Gastrit / Ülser ve Beslenme	907
Konstipasyon ve Beslenme	908
Konstipasyon - Diyet Listesi Örneği	908
Diyare ve Beslenme	909
Çölyak ve Gluten İntoleransı	910
Laktoz İntoleransı	912
Osteoporoz ve Beslenme	913
Gut Hastalığı ve Pürin Kısıtlı Diyet	914
Romatoid Artrit ve Tıbbi Beslenme Tedavisi	915
Romatoid Artrit - Anti-İnflamatuvar Diyet Listesi Örneği	916
Geriatrı ve Beslenme	916
Kronik Böbrek Yetmezliği ve Beslenme	917
Egzema ve Diyet	919
Demir Eksikliği ve Beslenme Tedavisi	920
B12 Yetersizliği ve Diyet	921
Safra Kesesi Taşı ve Beslenme	921
Onkoloji ve Beslenme	922
Ülseratif Kolit ve Crohn's Hastalığı	923

BIYOKİMYA931

Dr. Beyza Saraçlıgil

Testlerin talep edilmesi ve yorumlanması	931
Laboratuvar Test Döngüsü	931
Preanalitik Değişkenler	931
Laboratuvar Testlerinin Seçimi ve Kullanımı	932
Biyolojik Kateryal	932
Numunelerin Elde Edilmesi	932
Laboratuvar Testlerinin Yorumlanması	934
Analitik Varyasyon Kaynakları	936
Tanı Testlerinin Klinik Değerlendirmesi	937
Böbrek Bozuklukları	938
İdrar Analizi	938
Proteinüri	943
Glomerüler Fonksiyonun Test Edilmesi	945
Böbrek Yetmezliği	945
Karaciğer Hastalığında Biyokimyasal Testler	946
Karaciğer Fonksiyon Testleri	947
Hepatositlerin Bütünlüğü Hakkında Bilgi Veren Testler	947
Kolestaz Testleri	948
Hiperbilirubinemi	949
Karaciğer Yetmezliği	951
Karaciğerin Sentez Fonksiyonunun Değerlendirme Testleri	951
Kronik Karaciğer Hastalığı	952
Metabolik Karaciğer Hastalıkları	953
Şeker Hastalığı (Diabetes Mellitus) Ve Hipoglisemi	954
Temel Fizyoloji	954
Diyabette Metabolik Bozukluklar	955
Hipoglisemi	962
Lipids ve Lipoproteins	964
Temel Fizyoloji	964

Lipoproteinlerin Metabolizması	965
Lipid durumunun Laboratuvar İncelemesi	966
İnflamasyon ve Endotel Disfonksiyonunun Belirteçleri.....	968
Dislipoproteinemiler	970
Kardiyak Belirteçler	972
Akut Koroner Sendrom	972
Miyokard Nekrozunun Biyokimyasal Belirteçleri	972
Kalp Yetmezliğinde Laboratuvar Testleri.....	974
Kalsiyum-Fosfat ve Magnezyum Dengesi Bozuklukları	974
Temel Fizyoloji.....	975
Kalsiyum Dengesi Bozuklukları	976
Fosfat Dengesi Bozuklukları	979
Magnezyum Dengesi Bozuklukları	980
Biyokimyasal Kemik Belirteçleri	982
Tiroid Fonksiyon Bozuklukları	982
Temel Fizyoloji.....	983
Tiroid Fonksiyon Bozuklukları.....	983
Sepsis Ve İnflamasyon Belirteçleri.....	987
İnflamasyon ve Sepsisin Biyokimyasal Belirteçleri	987
Tümör Markırları (Belirteçleri).....	990
Hem Betabolizma Bozuklukları: Demir ve Porfirin.....	993
Temel Fizyoloji.....	993
Demir Metabolizmasının Laboratuvar Değerlendirmesi	994
Aneminin Diğer Biyokimyasal Yönleri.....	996
Hem Metabolizma Bozuklukları.....	998
Porfirilerin Laboratuvar Tanısı	998

AFET TIBBİ1001

Dr. Ferhat Çetin

AMBULANS HEKİMLİĞİ.....1003

Dr. Ferhat Çetin

Ağrı Yönetimi	1003
Ajitasyon – Saldırgan Davranış Yönetimi.....	1003
Hipogliseminin Acil Müdahalesi.....	1004
Epileptik Nöbet.....	1005
Solunum Sıkıntısı	1006
Hastane öncesi oksijen tedavisi	1006

EVDE BAKIM1003

Dr. Ferhat Çetin

Evde Enteral Nutrisyon	1009
Temiz Aralıklı Kateterizasyon	1011

KAPSAMLI ALFABETİK DİZİN1013

YAZARLAR

Prof. Dr. Nazire Afşar

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Nöroloji Ana Bilim Dalı

Prof. Dr. Akcan Akkaya

Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi
Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı

Doç. Dr. Mustafa Akman

Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Kliniği

Doç. Dr. Süleyman Hilmi Aksoy

Hisar Hospital Intercontinental
Girişimsel Radyoloji

Dr. Mustafa Altıncakaynak

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi
İç Hastalıkları Anabilim Dalı
Genel Dahiliye Bilim Dalı

Op. Dr. Ebru Hanife Aksoy Arık

Aksaray Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

Op. Dr. Ziya Bozkurt

Medicana Ataşehir Hastanesi
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Kliniği

Op. Dr. Büşra Bucak

Samsun Terme Devlet Hastanesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

Uzm. Dr. Alparslan Asil Budaklı

Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Uzm. Dr. Özge Can Ceylan

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi
Geriatri Bilim Dalı

Uzm. Dr. Emine Aşçı Civelek

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi
İç Hastalıkları Anabilim Dalı
Geriatri Bilim Dalı

Uzm. Dr. Ferhat Çetin

Acıbadem Ataşehir Hastanesi
İç Hastalıkları Kliniği

Op. Dr. Mehmet Demirok

Tekirdağ Dr. İsmail Fehmi Cumalıoğlu Hastanesi
Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Doç. Dr. Ramazan Dönmez

Medicana Ataşehir Hastanesi
Genel Cerrahi Kliniği

Uzm. Dr. Zeynep Fetullahoğlu Durmuş

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi
Geriatri Bilim Dalı

Prof. Dr. Tevfik Ecder

Liv Hospital Vadistanbul Hastanesi
Nefroloji Kliniği

Prof. Dr. Ahmet Ekmekçi

Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kardiyoloji Anabilim Dalı

Dr. Emre Erdoğan

Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi
Üroloji Anabilim Dalı

Doç. Dr. Tuğba Erdoğan

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi
Geriatri Bilim Dalı

Doç. Dr. Mehmet Eren

Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi
Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Kardiyoloji Kliniği

Prof. Dr. Gökhan Ertaş

Atlas Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kardiyoloji Anabilim Dalı

Dr. Selime Furuncuoğlu

Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

Dr. Şefika Furuncuoğlu

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi
İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Prof. Dr. Yavuz Furuncuoğlu

Fenerbahçe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Dr. Reha Gökcalp

İstanbul Beşiktaş Nispetiye ASM 031 Nolu
Aile Hekimi

Prof. Dr. Alper Gökçe

Nişantaşı Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

Prof. Dr. Kaan Gökçen

Medical Park Göztepe Hastanesi
Üroloji Kliniği

Doç. Dr. Pınar Gökçen

Medicana Ataşehir Hastanesi
Gastroenteroloji Kliniği

Uzm. Dyt. Nurseli Gürsoy

Özel Sağlık Meslek Hizmet Birimi

Uzm. Dr. Şebnem Sıdika Güven

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi
İç Hastalıkları Anabilim Dalı
Geriatri Bilim Dalı

Prof. Dr. Tolga Sinan Güvenç

İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kardiyoloji Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Selin Ece Güzel

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi
Alerji ve Ümmünoloji Bilim Dalı

Uzm. Dr. Kanan İsmayilzade

Medicana Ataşehir Hastanesi
Genel Cerrahi Kliniği

Uzm. Dr. Erkan Kahraman

Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi
Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniği

Prof. Dr. Sevil Kamalı

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi
İç Hastalıkları Anabilim Dalı
Romatoloji Bilim Dalı

Prof. Dr. Asiye Kanbay

Medicana Ataşehir Hastanesi
Göğüs Hastalıkları Kliniği

Doç. Dr. Osman Kara

Medicana Ataşehir Hastanesi
Hematoloji Kliniği

Prof. Dr. Mehmet Akif Karan

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi
Geriatri Bilim Dalı

Doç. Dr. Oğuzcan Kınıkoğlu

Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi
Tıbbi Onkoloji Kliniği

Uzm. Dr. Özlem Sezgin Meriçliler

Ataşehir Medicana Hastanesi
Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kliniği

Prof. Dr. Demet Ofluoğlu

Serbest Hekim

Prof. Dr. Fahri Ovalı

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Neonatoloji Bilim Dalı

Uzm. Dr. Neslihan Hazel Önür

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi
Geriatri Bilim Dalı

Prof. Dr. Bala Başak Öven

Yeditepe Üniversitesi Hastaneleri
Tıbbi Onkoloji Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Fatma Gülçin Özalp

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi
Geriatri Bilim Dalı

Uzm. Dr. Kivılcım Özden

Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi
Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniği

Doç. Dr. Serdar Özkök

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi
Geriatri Bilim Dalı

Uzm. Dr. Gülistan Bahat Öztürk

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi
Geriatri Bilim Dalı

Prof. Dr. Recep Öztürk

İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji
Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Ezgi Pınar

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi
Geriatri Bilim Dalı

Prof. Dr. Bülent Saka

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi
İç Hastalıkları Anabilim Dalı
Genel Dahiliye Bilim Dalı

Uzm. Dr. Beyza Saraçlıgil

Medicana Ataşehir Hastanesi
Biyokimya Bölümü

Uzm. Dr. Yavuz Semiz

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği

Uzm. Dr. Denizler Sezer

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi
Geriatri Bilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Taha Sezer

Düzce Tıp Fakültesi
Göz Hastalıkları Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Halide Hande Şahinkaya

İzmir Şehir Hastanesi
Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği

Doç. Dr. Tufan Şener

Sultangazi Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği

Doç. Dr. Evrim Şenkal

Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Sosyal Pediatri Kliniği

Doç. Dr. Alican Tahta

İstanbul Medipol Üniversitesi
Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

Prof. Dr. Kadir Tahta

Seyrantepe Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma
Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

Uzm. Dr. Zelal Şahin Tırnova

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi
Geriatri Bilim Dalı

Dr. Ruhsar Tüfekçi

Aile Hekimi (Emekli)

Dr. Öğr. Üyesi Nezih Varol

İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi
Adli Tıp Anabilim Dalı

Doç. Dr. Yalçın Velibey

Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi
Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniği

Uzm. Dr. Demet Yalçın

Medicana Kadıköy Hastanesi
Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği

gangreni görülebilir. Majör cerrahi dönemlerinden 3-4 gün önce kesilmesi önerilmektedir. Enfeksiyonlar sırasında da insülin ihtiyacı artacağından relatif insülin eksikliği ortaya çıkabileceği için kullanılmaları önerilmemektedir.

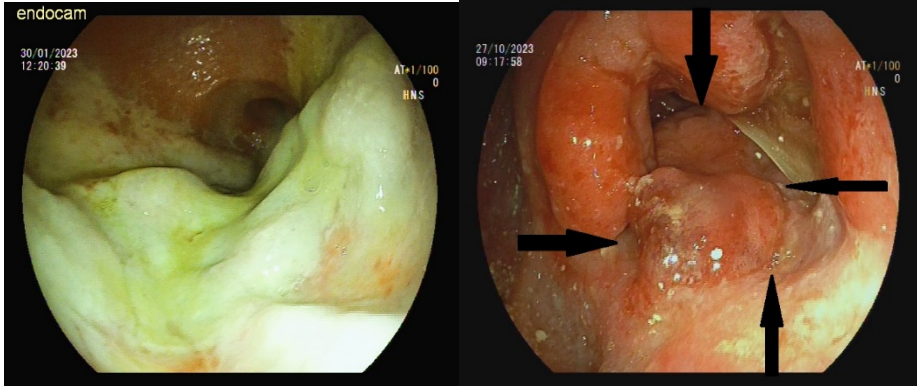
- Tip 1 diyabet, gebelik ve laktasyon, GFR<20-25 mL/dk olan hastalar, özellikle ileri yaşlarda aşırı kilo kaybı olan hastalar kontrendikasyonlarını oluşturur.

Rp:			
Jenerik adı	Ticari formu	Günlük doz	Kullanım
Forziga tb			
(Dapagliflozin)	10 mg tb	5-10 mg	Günde 1, yemekten bağımsız
Jardiance tb (Empagliflozin)	10-25 mg tb	10-25 mg	Günde 1, yemekten bağımsız

■ Hazır Antihiperglisemik İlaç Kombinasyonları

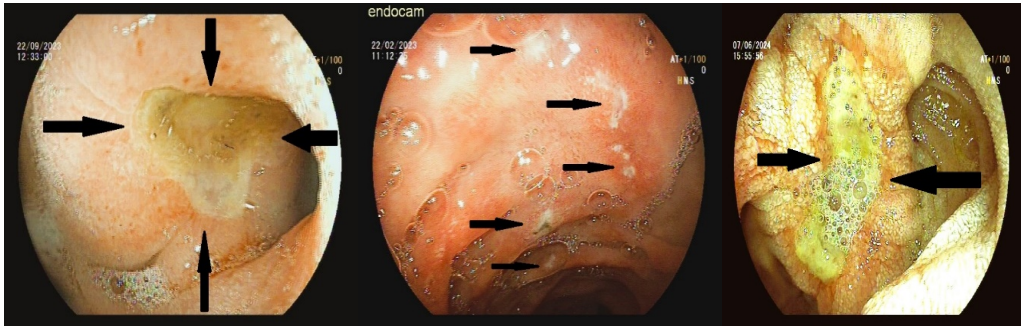
- Tip 2 diyabette monoterapiler yeterli olmadığı zaman kombine tedavilere geçilir. Bu amaçla en sık kullanılan kombinasyonların bir kısmı tek preparat olarak piyasada bulunmaktadır. Ülkemizde bulunan hazır kombinasyonlar şu şekilde özetlenebilir:

Rp:			
Jenerik adı	Ticari formu	Günlük doz	Kullanım
Oral kombinasyonlar			
Duplax tb (Glibenklamid/ Metformin*)	1.25/250, 2.5/400, 2.5/500, 5/500 mg tb	2.5/500-10/1000 mg	Günde 1-2 kez yemekte
Metaglip tb (Glipizide/Metformin*)	2.5/250, 5/250, 5/500 mg tb	2.5/250-10/200 mg	Günde 1-2 kez yemekte
Glifor plus tb (Gliklazid/Metformin)	30/500 mg tb	30/500-60/1000 mg	Günde 1-2 kez yemekte
Glifix plus tb (Pioglitazon/Metformin)	15/500, 15/850, 15/1000, 30/500, 30/1000, 30/1000 XR mg tb	15/500-30/2000 mg	Günde 1-2 kez yemekte
Duetact tb (Pioglitazon/Glimepirid)	30/2, 30/4 mg tb	15/2-30-4 mg	Günde 1 kez yemekte
(Repaglinid/Metformin)	1/500, 1/1000, 2/500, 2/1000 mg tb	2/1000-6/2000 mg	Günde 2-3 kez Yemekten önce
Sitagliptin/Metformin	50/500, 50/850, 50/1000 mg tb	100/1000-100/2000 mg	Günde 2 kez Yemekte
Vildagliptin/Metformin*	50/500, 50/850, 50/1000 mg tb	100/1000-100/2000 mg	Günde 2 kez Yemekte
Saksagliptin/Metformin*	2.5/500, 2.5/850, 2.5/1000, 5/500, 5/1000 mg tb	2.5/1000-5/1000 mg	Günde 2 kez Yemekten bağımsız
Linagliptin/Metformin*	2.5/500, 2.5/850, 2.5/1000, 5/1000 mg tb	5/1000-5/2000 mg	Günde 2 kez Yemekten bağımsız
Dapagliflozin/Metformin*	5/500, 5/850, 5/1000, 2.5/1000, 10/1000 mg tb	5/1000-10/2000 mg	Günde 2 kez Yemekte
Empagliflozin/Metformin*	5/500, 5/1000, 10/1000, 12.5/500, 12.5/1000 mg tb	10/1000-25/2000 mg	Günde 2 kez Yemekte
Enjektabl Kombinasyonlar			
İnsülin glargine/ Liksisenatid **	100 U/mL + 33 mcg/mL 100 U/mL + 55 mcg/mL	Hastanın ihtiyacına göre doz ayarlanır	Günde 1 kez, yemekten 1 saat önce, sc
İnsülin degludec / Liraglutid	100 U/mL + 3.6 mg/mL	Hastanın ihtiyacına göre doz ayarlanır	Günde 1 kez, sc
*Ülkemizde bazı doz kombinasyonları bulunmamaktadır			
**Farklı dozlar içeren iki ayrı kalem formunda bulunmaktadır			
Önemli not: Preparat adları örnek olarak yazılmıştır.			



Şekil 2a. Yaygın mide ülseri

2b. Malign mide ülseri



Şekil 3a. Bulbus ülser

3b. Duodenal ülserler

3c. Anastomoz ülseri

- Peptik ülseri olan tüm hastalara, bir proton pompa inhibitörü (PPI) ile antisekretuar tedavi uygulanmalıdır. Tedaviye antiasitler ve sukralfat eklenebilirse de, bu ilaçlar hiçbir zaman peptik ülser tedavisinde tek başına kullanılmamalıdır. Tedavi süresi ülserin özelliklerine, alta yatan etiyojiye (Hp, NSAID kullanımı) ve ülser komplikasyonlarının varlığına (örn. kanama, perforasyon, penetrasyon veya gastrik çıkış tıkanıklığı) bağlı olarak değişir (4). Hp varlığında iki haftalık antibiyoterapiye ek olarak sekiz hafta süre ile çift doz PPI önerilmektedir. Benzer şekilde kanama, perforasyon, penetrasyon veya gastrik çıkış tıkanıklığı gibi komplike olan ülserlerde de tedaviye çift doz PPI ile başlanmalıdır. Hp-negatif komplike olmayan duodenal ülserler için dört hafta ve mide ülserleri için sekiz hafta PPI tedavisine devam edilmelidir. Hp-negatif, NSAID-negatif ülserde, Hp kurtarma dahil eradike olamıyorsa, yılda ikiden fazla peptik ülser görülüyor ise PPI tedavisi daha uzun süre kullanılmalıdır (5). Peptik ülser nüksünü önlemek için aspirine veya NSAID'lere devam etmesi gereken hastalar, bu ilaçları kullandıkları dönemlerde PPI ile tedavi edilmelidir.
- Tedavi sonrası mide ülseri, dev ülser (>2 cm) varlığı, mide ülserinden alınan patolojinin yetersiz gelmesi, patolojide atrofi, adenom, displazi, intestinal metaplazi, ülser etyolojisinin belirsiz olması, hastanın 50 yaş üzerinde olması, ailede mide kanseri öyküsü olması, ilk başvurunun kanama ile olması durumlarında mutlaka kontrol endoskopik değerlendirme yapılmalıdır. Hp tedavisi gören hastalarda eradikasyon doğrulanmalıdır (6). Serolojik testler eradikasyona rağmen pozitif saptandığından eradikasyonu değerlendirmek için kullanılmamalıdır. Eradikasyon üre nefes testi ya da gaytada Hp antijen testi ile değerlendirilmelidir.
- Hp tedavisi için çoklu antibiyotik rejimleri önerilmektedir. Seçilen tedavi rejiminde, lokal antibiyotik direnç paternleri, önceki ilaç öyküsü, alerji, maliyet, yan etkiler dikkate alınarak aktif Hp enfeksiyonu kanıtı olan tüm hastalara tedavi önerilmelidir. Hp enfeksiyonu için birinci basamak tedaviler Tablo 1'de gösterilmiştir. Antibiyotik rejimleri bizmut, klaritromisin ve levofloksasin içe-

Rp

5. Mikofenolat Mofetil 500 mg filmtablet
S: 2x1-2x3 (1-3 g/g)

- Böbrek tutulumu olmayan, hafif-orta aktiviteli veya serebrit, miyelit, pnömoni, mezenterik vaskülit, ciddi sitopeni veya hematolojik komplikasyon geliştiren, şiddetli hastalık aktivitesi olan tüm olgularda başvurulabilir. Böbrek tutulumu olan olgularda, gerek remisyonu sağlama gerekse sürdürme tedavisinde oldukça önemli bir tedavi seçeneğidir. Böbrek tutulumu olan seçilmiş olgularda, kalsinörin inhibitörleri ile kombine edilebilir.

Rp

6. Siklosporin A 25, 50, 100 mg yumuşak jelatin kapsül
S: 1-2.5 mg/kg/gün (6 hafta)- 4-5 mg/kg/gün (2 haftada bir 25 mg doz arttırılarak)

- Böbrek tutulumu olmayan, orta şiddette hastalık aktivitesi olgularda başvurulabilir. Böbrek tutulumu olan olgularda, MMF ile tacrolimus kombinasyonu öne çıkar.

Rp

7. Takrolimus 1 mg kapsül
S: 2x2 (Başlangıç dozunun 15. gününden itibaren 4-10 ng/ml kan seviyesinin sürdürülebildiği etkin doz hedeflenir).

- Kalsinörin inhibitörü olan Takrolimus'a, orta şiddette hastalık aktivitesi olan, böbrek dışı tutulumlu olgularda, birinci ve ikinci basamak tedavi seçeneği olarak başvurulabilir. Böbrek tutulumu olan, özellikle kötü prognostik faktörler taşıyan olgularda, MMF ile birlikte kullanılmak üzere önerilebilir.

Rp

8. Siklofosfamid 500 mg iv infüzyonluk çözelti tozu içeren flakon
S: 500-1000 mg/15-30 günde bir iv infüzyon, 3-6 ay

- Şiddetli/dirençli lupus nefriti olgularında, böbrek fonksiyonuna göre doz ayarlanarak ve tedavi aralığı ve süresi çoğu kez bireyselleştirilerek kullanılır. Böbrek tutulumu olmayan, serebrit, miyelit, pnömoni, mezenterik vaskülit, ciddi sitopeni veya hematolojik komplikasyon geliştiren şiddetli hastalık aktivitesi olan tüm olgularda da benzer tedavi prensipleri ile siklofosfamide başvurulabilir.

Rp

9. Rituximab 500 mg/50 ml iv infüzyon için konsantrte çözelti içeren flakon
S: 2x1000 mg (15 gün ara ile iv infüzyon)

- Böbrek tutulumu olan, siklofosfamid ile indüksiyon rejimi uygulanmasına rağmen nüks eden/dirençli olgularda, remisyonu sağlama ve sürdürme amaçlı olarak başvurulabilen önemli bir tedavi seçeneğidir. Böbrek tutulumu olmayan, serebrit, miyelit, pnömoni, mezenterik vaskülit, ciddi sitopeni veya hematolojik komplikasyon geliştiren şiddetli hastalık aktivitesi olan tüm olgularda önerilebilmektedir. Azatiyoprin, Mikofenolat Mofetil veya Siklofosfamid ile seçilmiş olgularda kombine edilebilir.

Rp

10. ACEİ/ARB/SGLT2 inhibitörleri
Lupus nefritli olgularda böbrek koruyucu tedaviler sıklıkla reçete edilir.

Rp

11. Vitamin K antagonistleri / Düşük molekül ağırlıklı heparin
Eşlik eden antifosfolipid sendromu bulguları (arteryel ve/veya venöz trombotik bulgular, AFS nefropatisi gibi) olan olgularda immünosüpresif tedavinin yanısıra kullanılırlar.

Rp

12. PPI (Bkz. RA- 1)

- Gauthier, S., Aarsland, D., Ferris, S., et al. (2011). Management of patients with Alzheimer's disease and other dementias. *CMAJ*, 183(8), 953-95.
- Jack, C. R., Bennett, D. A., Blennow, K., et al. (2018). NIA-AA Research Framework: Toward a biological definition of Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*, 14(4), 535-562.
- McKeith, I. G., Boeve, B. F., Dickson, D. W., et al. (2017). Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: Fourth consensus report of the DLB Consortium. *Neurology*, 89(1), 88-100.
- McKhann, G. M., Knopman, D. S., Chertkow, H., et al. (2011). The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*, 7(3), 263-269.
- Rascovsky, K., Hodges, J. R., Knopman, D., et al. (2011). Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia. *Brain*, 134(9), 2456-2477.
- Roman, G. Roman, G. C., Tatemichi, T. K., Erkinjuntti, T., et al. (1993). Vascular dementia: diagnostic criteria for research studies: report of the NINDS-AIREN International Workshop. *Neurology*, 43(2), 250-260.
- Sperling RA, Jack CR Jr, Black SE, et al. Amyloid-related imaging abnormalities in amyloid-modifying therapeutic trials: recommendations from the Alzheimer's Association Research Roundtable Workgroup. *Alzheimers Dement* 2011; 7:367.

AKUT KONFÜZYONEL DURUM (DELİRYUM)

Dr. Ezgi Pınar

Deliryum, yaşlı ve altta yatan tıbbi hastalığı olan bireylerde sık görülen mental bozukluktur. Karmaşık pek çok tıbbi hastalıkla ilişkili olabilir ve tanınması zor olabilir. Değerlendirilmesi ve tedavisi, klinik gözlem ve uzman görüşlerine dayanmaktadır.

Tanımı DSM-V'e göre yapılmaktadır.

1. Dikkat dağınıklığı (dikkati yöneltme, odaklama, sürdürme ve yönlendirme becerisinde azalma)
2. Dağınık düşünme
3. Çok kısa bir süre içerisinde ortaya çıkması (saatler-günler), gün içinde dalgalanma göstermesi
4. Kognisyonda azalma (hafıza kayıpları, dezoryantasyon, dil-vizyospasyal ya da algılamada bozulma)
5. Bu durumun var olan ya da yeni ortaya çıkan bir nöro-kognitif durumla açıklanamaması
6. Anamnez, fizik muayene ya da laboratuvar bulgularında;
 - Deliryumun ortaya çıkmasına sebep olabilecek bir bulgu bulunması
7. Yeni gelişen deliryum tablosunun, aşağıdakilerle açıklanamıyor oluşu;
 - Tıbbi durum
 - Madde intoksikasyonu ya da çekilmesi
 - İlaç yan etkisi

DSM-V; uzman görüşlerine dayanmaktadır ve sensitivite-spesifitesi bilinmemektedir.

Bir başka değerlendirme aracı olarak da Konfüzyon Değerlendirme Yöntemi (CAM) kullanılmaktadır (Tablo 1). CAM; % 94-100 sensitivite ve % 90-95 spesifisite ile deliryum tanısı koydurmaktadır.

Tablo 1. Konfüzyon Değerlendirme Metodu (CAM)

1-Akut başlangıç ve dalgalı seyir	"Hastanın bazaline göre mental durumunda değişiklik var mı? "Bilinçte gelip gitme ya da anormal davranışlar var mı, gün içinde dalgalanıyor mu?"
2-Dikkatsizlik/dalgınlık	"Hasta dikkatini toplamada zorluk yaşıyor mu? Ne söylenildiğini takip etmekte zorluk yaşıyor mu?"
3-Dağınık düşünme	Hastanın düşüncesi/fikirleri dezorganize veya tutarsız mı?
4-Bilinç düzeyi değişiklikleri	Bilinç düzeyini nasıl tanımlarsınız? Normal=Alert (diğer seçenekler bilinç değişikliği olarak yorumlanır) Tetikte=Hiperalert Uykulu, kolayca uyandırılan= Letarjik Uyuşukluk, uyandırmak zor= Stupor Uyandırılmaz= Koma

Deliryum tanısı için; 1 ve 2 olacak, yanında 3 veya 4 ile birlikte

Tablo 4. Kan Basıncını Düşürmede Kullanılan Genel İlaçlar

İlaçlar	Doz sıklığı x Doz (mg/gün) (Düşük/Genel/Yüksek)	Kesin Kontrendikasyon	Dikkat Edilecek Durumlar
Anjiyotensin Converting Enzim İnhibitörleri			
Enalapril	1 x (5/10/40)	• Gebelik • Geçirilmiş anjiyonörotik ödem • Hiperkalemi ($K^+ > 5,5$ mmol/L) • Bilateral ciddi renal arter stenozu • Çalışan tek böbrekte ciddi renal arter stenozu	• Gebelik çağındaki güvenli doğum kontrolü olmayan kadınlarda
Kaptopril	2 x (12.5/50/100)		
Lisinopril	1 x (5/10-20/40)		
Perindopril	1 x (2.5/5/10)		
Ramipril	1 x (2.5/5-10/10)		
Trandolapril	1 x (0.5-1/1-4/4-8)		
Zofenopril	1 x (7.5-15/30/60)		
Azilsartan	1 x (40/40-80/80)	• Gebelik • Hiperkalemi ($K^+ > 5,5$ mmol/L) • Bilateral ciddi renal arter stenozu • Çalışan tek böbrekte ciddi renal arter stenozu	• Gebelik çağındaki güvenli doğum kontrolü olmayan kadınlarda
İrbesartan	1 x (4/8-16/32)		
Kandesartan	1 x (75/150/300)		
Losartan	1x (25/50-100/100)		
Olmesartan	1 x (10/20/40)		
Telmisartan	1 x (40/40-80/80)		
Valsartan	1 x (80/160/320)		
Dihidropridin Türevi Kalsiyum Kanal Blokeri			
Amlodipin	1 x (5/5-10/10)		• Taşıaritmi • KY (düşük EF'li, sınıf III/IV) • Önceden var olan ciddi bacak ödemi
Benipin	1 x (2/4/8)		
Felodipin	1 x (5/5-10/10)		
Lercanidipin	1 x (10/10-20/20)		
Nifedipin	1 x (30/30-60/90)		
Manidipin	1 x (10/10-20/40)		
Tiazid ve Tiazid Benzeri Diüretikler			
Klortalidon	1 x (12.5/12.5-25/25)	• Aktif gut	• Metabolik sendrom • Glukoz intoleransı • Gebelik • Hiperkalsemi • Hipokalemi • Gut öyküsü • İdrar kaçırma
İndapamid	1 x (1.25/2.5/2.5)		
Hidroklorotiazid	1 x (12.5/25/50)		
Potasyum Tutucu Diüretikler			
Amlorid	1 x (5/10/20)		
Eplerenon	1-2 x (25/50/200)		
Spironolakton	1 x (12.5/25/100)		
Beta-blokerlere			
Atenolol	1 x (25/50/100)	• Akut astım alevlenmesi • Herhangi bir yüksek dereceli sinoatriyal veya atriyoventriküler blok • Bradikardi (kalp hızı <50 atım/dk)	• Astımc • Metabolik sendrom • Glikoz intoleransı • Sporcular ve fiziksel olarak aktif hastalar
Bisoprolol	1 x (2.5/5/10-20)		
Karvedilolb	2 x (6.25/25/50)		
Labetalolb	2 x (100/200/400)		
Metoprolol sü.	1 x (25/50/100)		
Metoprolol tar.	2 x (25/50/100-200)		
Nebivololb	1 x (2.5/5/10)		
Propranolol	2 x (40/80/160)		
Kısaltmalar: EF; ejeksiyon fraksiyonu, KY; kalp yetersizliği. (a); özel endikasyonlar (angina, miyokard infarktüsü sonrası, kalp yetersizliği, kalp hızı kontrolü) varsa (b); vazodilatör beta-blokerler (c); astım şiddetli değilse kardiyoselektif beta blokerler denenebilir.			

Tablo 11. Akut Koroner Sendrom Sonrası Anti-Trombotik İlaçların Kanama-Tromboz Riskine Göre Kullanımları

Kanama riski yüksek	OAK kullanımı olanlarda	OAK+ ASA+ Clopidogrel	OAK + Clopidogrel		OAK + Clopidogrel (veya sadece OAK)	OAK
	Yüksek kanama riski olanlarda	İkili AAT	Tekli AAT (ASA veya P2Y12 inhibitörü)			Tekli AAT
	3 ay ikili AAT	İkili AAT		Tekli AAT		Tekli AAT
	6 ay ikili AAT	İkili AAT			Tekli AAT	Tekli AAT
	P2Y12 inhibitör gücünü azaltma (de-escalation)	ASA + Prasugrel/Ticagrelor	ASA + Clopidogrel			ASA
Trombotik risk yüksek	Standart	İkili AAT				ASA
	OAK alan trombotik riski fazla olanlarda	OAK + İkili AAT	OAK + Tekli AAT			OAK
	Yüksek trombotik ^a ve düşük kanama riski olanlarda	İkili AAT				P2Y12 inhibitörü
		İkili AAT				İkili AAT
Süre	İlk 1 hafta	İlk 1 ay	İlk 3 ay	İlk 6 ay	İlk 1 yıl	1 yıl sonrası

Kısaltmalar: AAT; anti-agregan tedavi, ASA; asetil salisilik asit, OAK; oral anti-koagülan tedavi

^aOrta trombotik riskli hastalarda da ikili AAT'ye 1 yıldan sonra da devam edilebilir.

HASTANE ÇIKIŞINDA ÇEŞİTLİ KLİNİK SENARYOLARDA YAZILABİLECEK REÇETE ÖRNEKLERİ'

I-Başka bir hastalığı olmayan ve AKS yatışı öncesi hiçbir ilaç kullanmayan hastalarda:

Rp

1. Aspirin 75-100 mg 1x1 (Coraspin 100 mg, Ecoprin pro 81 mg, Ecoprin 100 mg)
2. Prasugrel 10 mg 1x1 (Effient, Sugvida 10 mg) veya ticagrelor 90 mg 2x1 (Brilinta, Agrilor, Camilla, Tilanta 90 mg) veya Klopidoğrel 75 mg 1x1 (Plavix, Atervix, Baclan, Diloxol, Karum, Klogel, Opirel, Pingel 75 mg)
3. Atorvastatin 80 mg 1x1 (Lipitor, Alvastin, Ateroz, Ator, Cholvast, Colastin-L, Kolestör, Lipidra, Tarden 80 mg) veya Rosuvastatin 40 mg 1x1 (Crestor, Colnar, Livercol, Rosustar, Ultrox).
4. Ramipril 2.5 mg (maksimum 5 mg) 2x1 (Delix, Race, Revil 2.5-5 mg) veya Trandolapril 0.5 mg (maksimum 4 mg) 1x1 (Gopten 0.5-4 mg) veya Valsartan 40 mg (maksimum 160 mg) 2x1 (Diovan, Cardopan, Valcor 80-160 mg).
5. Metoprolol süksinat 12.5 mg (maksimum 200 mg) 1x1 (Beloc zok, Saneloc 25-100 mg) veya Karvedilol 3.125 mg (maksimum 25 mg) 2x1 (Dilatrend, Arlec, Calbikor, Coronis 6.25-25 mg).

II-Başka bir hastalığı olmayan ve AKS yatışı öncesi hiçbir ilaç kullanmayan ve düşük ejeksiyon fraksiyonlu (≤ 40) hastalarda:

Yukarıdaki 5 ilaca ilave olarak kontrendikasyon yoksa;

Rp

6. Spironolakton 25 mg (maksimum 50 mg) 1x1 (Aldactone, Spylacton 25-50 mg) veya Eplerenon 25 mg (maksimum 50 mg) 1x1 (Inspira, Epleday 25-50 mg).

Bu grup hastalarda bir önceki gruba göre beta bloker ve ACEİ/ARB verilmesi zorunludur.

III-Diyabetik AKS hastalarında: Bir önceki gruptaki 6 ilaç verilmelidir.

IV- Atriyal fibrilasyon için oral antikoagülan alan AKS hastasında:

- İlk veya ikinci seçenek antibiyotik söz konusu değildir.
- Özel Durumlar ve Antibiyotik Yönetişi: Antibiyotik kullanmama prensibi gebeler, yaşlılar ve kronik hastalığı olanlar dahil tüm popülasyonlar için geçerlidir. Bu gruplarda semptomatik tedavi ilaçları seçilirken daha dikkatli olunmalıdır (örn: gebelikte bazı dekonjestanların kullanımından kaçınılması gibi). Hastalara durumun viral olduğu, kendiliğinden geçeceği ve antibiyotiklerin faydasız olduğu konusunda eğitim vermek, gereksiz antibiyotik kullanımını önlemede kritik öneme sahiptir (Antibiyotik yönetişi).

Semptomatik Tedavi:

- Soğuk algınlığında tedavi tamamen semptomları hafifletmeye ve hastayı rahatlatmaya yöneliktir (“Destekleyici Tedavi”).
 - Ağrı Kesici ve Ateş Düşürücüler: Baş ağrısı, kas ağrıları, boğaz ağrısı ve hafif ateş için Parasetamol (500-1000 mg, 4-6 saatte bir, maks. 4 g/gün) veya NSAİİ’ler (örn: İbuprofen 400-600 mg, 6-8 saatte bir).
 - Burun Tıkanıklığı Gidericiler (Dekonjestanlar):
 - o *Oral*: Psödoefedrin, Fenilefrin (Hipertansiyon, kalp hastalığı, hipertiroidi, glökom gibi durumlarda dikkatli kullanılmalı veya kaçınılmalıdır).
 - o *Topikal (Burun Spreyi)*: Oksimetazolin, Ksilometazolin (Etkileri hızlıdır ancak en fazla 3-5 gün kullanılmalıdır; daha uzun kullanım “rebound” tıkanıklığa yol açabilir).
 - Diğer Yöntemler:
 - o Tuzlu su (serum fizyolojik) burun damlaları veya spreyleri: Burun pasajlarını nemlendirir, sekresyonları yumuşatır ve temizlemeye yardımcı olur. Güvenlidir ve sıkça kullanılabilir.
 - o Boğaz pastilleri veya spreyleri: Boğaz ağrısını geçici olarak hafifletebilir.
 - o Bal: Özellikle gece öksürüğünü hafifletmede faydalı olabilir (1 yaşından küçük çocuklara verilmemelidir).
 - o Bol sıvı tüketimi: Su, bitki çayları, çorba gibi.
 - o İstirahat.
 - o Odanın havasını nemlendirmek.
 - (Not: Antihistaminiklerin tek başına soğuk algınlığı semptomlarını (burun akıntısı hariç) gidermede belirgin faydası yoktur. Öksürük şuruplarının etkinliği sınırlıdır. Çinko ve C Vitamini takviyelerinin faydasına dair kanıtlar yetersiz veya çelişkilidir.)
- **Hasta Takibi:** Hastalara, semptomların genellikle 7-10 gün içinde kendiliğinden geçeceğinin, ancak öksürüğün 2-3 haftaya kadar uzayabileceğinin anlatılması önemlidir. Komplike olmayan vakalarda özel bir takip gerekmez. Ancak aşağıdaki durumlarda hastanın tekrar değerlendirilmesi gerekir:
 - Semptomların 10-14 günden uzun sürmesi veya iyileşme sonrası kötüleşmesi.
 - Yüksek ateş (>38.5°C) veya 3 günden uzun süren ateş.
 - Nefes darlığı, hırıltılı solunum (wheezing).
 - Şiddetli boğaz ağrısı, yutma güçlüğü veya boyunda şişlik.
 - Şiddetli baş ağrısı, tek taraflı yüz ağrısı veya basınç hissi.
 - Kulak ağrısı.
 - Altta yatan kronik hastalığı (Astım, KOAH, Kalp Yetmezliği vb.) olan hastalarda semptomların kötüleşmesi.
 - Yaşlılar, gebeler ve bağışıklığı baskılanmış kişilerde semptomlar daha dikkatle izlenmelidir.

Korunma, Önleme ve Kontrol Tedbirleri

- Soğuk algınlığından korunmada temel hijyen önlemleri önemlidir:
 - El Yıkama: Elleri sık sık ve doğru şekilde (en az 20 saniye sabun ve suyla) yıkamak veya alkol bazlı el dezenfektanı kullanmak.

Zoster (Zona) - RZV	≥50 yaş tüm erişkinler ve ≥19 yaş immün yetmezlikli erişkinler	Rekombinant Zoster Aşısı : 2-6 ay arayla kas içine (IM) toplam 2 doz. Daha önce zona geçirmiş olmak veya eski tip canlı zona aşısı (ZVL) olmuş olmak engel değildir.
HPV	9-26 yaş tüm bireyler (kız/erkek). 27-45 yaş arası bireyler.	Rutin olarak 11-12 yaş önerilir (9 yaşından itibaren). 26 yaşına kadar aşılanmamış veya eksik aşılanmış herkese önerilir. 27-45 yaş arası kişilerde, daha önce aşılanmamışlarsa, hekimle birlikte risk/fayda değerlendirmesi yapılarak ortak karar ile aşılanabilir. Kullanılan aşı tipine göre doz sayısı ve aralıkları değişir (genellikle 2 veya 3 doz).
Pnömonokok	≥65 yaş tüm erişkinler ve 19-64 yaş arası risk faktörü olanlar	Öneri Algoritması • ≥65 yaş HERKES veya 19-64 yaş KRONİK HASTALIK (Kalp, Akciğer [Astım hariç], Karaciğer, Diyabet, Alkolizm, Sigara) veya YÜKSEK RİSK (Bağımsızlık Yetm., KBY, Nefrotik S., Aspleni, Koklear İmplant, BOS Kaçağı vb.): • Daha önce hiç pnömonokok aşısı olmamışsa: PCV20 tek doz VEYA PCV15 tek doz. • Eğer PCV15 yapıldıysa: ≥1 yıl sonra (Yüksek Risk grubunda ≥8 hafta sonra) PPSV23 tek doz yapılır. • Eğer PCV20 yapıldıysa: Ek aşıya gerek yoktur. • • Daha Önce Sadece PPSV23 Yapılmışsa: ≥1 yıl sonra PCV13 veya PCV15 veya PCV20 tek doz önerilir
Hepatit B (HepB)	Risk grubundaki tüm erişkinler veya isteyen herkes	Risk grupları: Kronik karaciğer hastalığı, HIV, KBY/Diyaliz, sağlık çalışanları, riskli cinsel davranış, damar içi madde kullanımı, diyabet, HepB taşıyıcısının ev temasları, seyahat edenler vb. Genellikle 0, 1 ve 6. aylarda toplam 3 doz.
Hepatit A (HepA)	Risk grubundaki tüm erişkinler veya isteyen herkes	Risk grupları: Kronik karaciğer hastalığı, pıhtılaşma faktörü alanlar, damar içi madde kullanımı, riskli cinsel davranış (erkeklerle seks yapan erkekler), endemik bölgeye seyahat, mesleki risk (kanalizasyon işçileri vb.). Genellikle 6-12 ay arayla toplam 2 doz.
Meningokok (MenACWY / MenB)	Risk grubundaki erişkinler	Risk grupları: Anatomi/fonksiyonel aspleni, kompleman eksiklikleri, HIV, belirli ilaçları kullananlar (örn: ecilizumab), mikrobiyologlar, endemik bölgeye seyahat edenler, askeri personel, yurt/kışla gibi kalabalık ortamlarda yaşayanlar (özellikle ilk yıl üniversite öğrencileri). MenACWY ve MenB aşıları farklıdır ve risk durumuna göre ikisi de gerekebilir. Doz şemaları değişkendir.
RSV	≥60 yaş tüm erişkinler ve gebeler	≥60 yaş: Hekimle ortak karar verilerek tek doz aşı önerilir (özellikle kronik kalp/akciğer hastalığı veya bağımsızlık yetmezliği olanlarda). Tercihen Sonbahar başında uygulanır. Gebeler: Yenidoğanı korumak amacıyla 32-36. gebelik haftaları arasında tek doz uygulanır.

Risk Gruplarına Yönelik Özet:

- Bağımsızlık Sistemi Baskılanmış Kişiler: Pnömonokok, Grip, COVID-19, Meningokok (MenACWY ve MenB), Hib (bazı durumlarda), Hepatit B. Canlı aşılar (MMR, Varisella, Canlı Zona Aşısı [ZVL - Türkiye'de yok]) genellikle kontrendikedir (RZV [Shingrix] canlı aşı değildir, yapılabilir).



Şekil 8. Avuç içi eritem



Şekil 9. Dudaklarda eritem, çatlama.

- Bunların dışında artrit-artralji, bulantı-kusma, karın ağrısı, ishal, hepatit, pankreatit, şiddetli huzursuzluk, aseptik menenjit, fasiyal paralizi, sensorinöral işitme kaybı, hidrosel, BCG aşı skarı üzerinde endüasyon görülebilir.
- Kardiyak tutulum en önemli bulgudur ve akut dönemde myokardit oluşur, ateş ile orantılı olmayan taşikardi vardır.
- Kawasaki hastalığı 3 faza ayrılır; ateş ile birlikte diğer akut belirtilerin başladığı *akut febril faz*, 1-2 hafta sürer. *Subakut faz*, deskuamasyon, trombositoz, koroner arter hastalığının geliştiği ve eğer anevrizma oluşursa ani ölümlerin görülebildiği dönemdir, 3 haftada sonlanır. *İyileşme fazı* hastalığın tüm klinik belirti ve buğularının kaybolması ile başlar, ESR' nin normale dönmesine kadar devam eder (hastalığın başlangıcından 6-8 hafta sonrasına tekabül eder).

■ Tanı

- Kawasaki hastalığının tanısal bir testi yoktur ancak hastaların karakteristik laboratuvar bulguları vardır; lökositoz, ESR ve CRP yüksekliği, anemi, anormal lipid profili (TG, LDL artmış, HDL düşmüş olabilir), hipalbuminemi, hiponatremi, artmış AST, ALT, GGT, steril piyüri, 1 hafta sonra tespit edilen trombositoz görülür.
- Tanı karakteristik klinik bulgular ile konur; en az 5 gün süren ateş ve yukarıdaki 5 klinik bulgudan en az 4' ünün başka açıklaması olmadan var olması ile konulur (**klasik Kawasaki hastalığı**). Dört ve/veya daha fazla klinik bulgu da varsa ateşin 4. gününde de tanı konabilir. Koroner arterleri iyileştirebilmek için ateş başlamasından 7 gün içinde tanı koymak idealdir. Dirençli ateş olup 5 klinik bulgunun 4' ünden azı var ise **atipik/inkomplet Kawasaki hastalığı**ndan bahsedilir, daha çok infantlarda görülür.
- İkinci ve altıncı haftalarda ekokardiyografi tekrarlanır.

■ Ayırıcı Tanı

- Adenovirüs (eksüdatif farenjit, eksüdatif konjonktivit olur), kızamık (eksüdatif konjonktivit, koplik lekeleri, lökopeni), kızıl (uygun antibiyoterapiye hızlı cevap verir), sistemik juvenil idiyopatik artrit (hepatosplenomegali) ve makrofaj aktivasyon sendromu (trombositopeni) sayılabilir.

■ Komplikasyonlar

- Kawasaki hastalığı ve anevrizması olan hastalarda miyokard infarktüsü, anjina ve ani ölüm görülebilir. Kawasaki hastalığı geçirme öyüsü olan bütün çocuklara aterosklerotik kalp hastalığı geliştirme riskini önlemek için kalp sağlığına uygun diyet, uygun miktarlarda egzersiz, tütünden kaçınma, belli aralıklarla lipid profili takibi önerilir.
- IVIG tedavisi alan çocukların KKK ve suçiçeği aşılı uygulamadan 11 ay sonra yapılabilir.
- Uzun dönem aspirin kullanımı dolayısıyla Reye sendromu riski nedeniyle 6 ayını geçmiş bebeklere İnfluenza aşılı yapılması önerilir.

Alerjik konjunktivitlerde soğuk kompres, dekonjestan damlalar, prostaglandin inhibitörleri ve gerekirse topikal steroidler kullanılabilir.

Rp

1. Nevakson 0,5 g im tek doz
2. Netira damla S: 3x1gtt

AŞI TAKVİMİ 2025

T.C Sağlık Bakanlığı Ulusal Çocukluk Dönemi Aşılama Takvimi (2025)

Ulusal Çocukluk Dönemi Aşılama Takvimi										
	DOĞUM	2. AY SONU	4. AY SONU	6. AY SONU	9. AY SONU	12. AY SONU	18. AY SONU	24. AY SONU	48. AY	13 YAŞ
Hep-B	I									
BCG		I								
KPA		I	II			RAPEL				
DaBT - İPA- Hib - HepB		I	II	III			RAPEL			
OPA				I			II			
Suçiçeği						I				
KKK					EK DOZ	I			II	
Hep-A							I	II		
DaBT-İPA									RAPEL	
Td										RAPEL

> Hep-B: Hepatit B Aşısı
 > BCG: Verem Aşısı
 > KPA: Konjuge Pnömonokok Aşısı
 > DaBT-İPA-Hib-HepB: Difteri, asellüler Boğmaca, Tetanos, inaktif Polio, Hemofilus influenza tip b, Hepatit B Aşısı

> OPA: Oral Polio Aşısı
 > KKK: Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak Aşısı
 > Hep-A: Hepatit A Aşısı
 > Td: Erişkin Tetanos difteri Aşısı
 > Rapel: Pekiştirme Doz Aşısı

Aşı Detayları için QR Kodu Okutunuz



Özel Aşılar

ROTAVİRÜS AŞISI: Canlı virüs aşısıdır. Oral yoldan uygulanır, 6 haftalıktan itibaren uygulanabilir. İlk doz 14 hafta 6 günü geçmemeli, son doz Rotarix için en geç 24. hafta, Rotateq için 32. Haftayı geçmemelidir. Ülkemizde 2 doz uygulanan *Rotarix* ve 3 doz uygulanan *Rotateq* bulunmaktadır. Dozlar arasında 4 hafta olması gerekir.

MENİNGOKOK AŞISI: 'A,C,W135,Y' serotipleri için (*Menactra*, *Nimenrix*, *Menveo*) ve 'b' serotipi için (*Bexsero*) ülkemizde aşıları mevcut.

- *Nimenrix* 6-12 haftalık arası ilk doz, minimum 6 hafta sonra 2. Doz (2. ve 4. ay tercih edilir), 1 yaşta rapel yapılır.
- 1 yaşından büyük çocuklarda tek doz olarak uygulanır.
- *Menactra* 9-23 ay arası çocuklarda en az 3 ay ara ile 2 doz, 2-11 yaş arası çocuklarda tek doz şeklinde uygulanır. Pnömonokok aşısından en az 1 ay sonra yapılır.
- *Menveo* 2., 4., 6. ve 12. aylarda olmak üzere 4 doz uygulanır. 6-23 ay çocuklara 2. doz 12. aydan sonra olmak üzere 2 doz uygulanır, 2 doz arasında en az 2 ay olmalıdır. 2 yaşın üzerinde tek doz uygulanır.
- *Bexsero* 2. aydan itibaren yapılabilir, 2 yaşından büyük çocuklarda 2 ay ara ile 2 doz uygulanır.

KOK KESİN KONTRAENDİKASYONLARI:

- 35 yaş üzerinde günde 15 adet ya da daha fazla sigara kullanımı
 - Kardiyovasküler hastalık için birden fazla risk faktörü bulunması (diyabet, hipertansiyon, ileri yaş, sigara kullanımı, obezite)
 - Kontrolsüz hipertansiyon
 - Venöz tromboembolizm öyküsü
 - Bilinen İskemik Kalp Hastalığı, İnme öyküsü, Komplike kalp kapak hastalıkları
 - Aktif Meme kanseri
 - Şiddetli Siroz
 - Karaciğer hastalıkları (adenom, malign süreçler)
 - Auralı migren
 - 20 yılı geçmiş ve vasküler komplikasyonları oluşmuş diyabet
- Kombine oral kontraseptiflerde monofazik ya da multifazik preparatlar mevcuttur. Kullanım olarak aralıklı ya da sürekli kullanımlar uygulanabilir.

Tedavi**Rp**

Etinil estradiol (0,02 mg) + drospirenon (3 mg) 1*1 p.o (Drospera tablet 24+4)
(Bu preparat 24 tablette etkin madde içerirken son 4 tablette plasebo içerir. Plasebo olan tabletler kullanılırken muhtemelen adet kanaması başlar. Hasta kanaması devam ederken ara vermeden yeni kutuya geçer.)

Sadece progestin içeren oral preparatlar ile:

Emziren kadınlarda, östrojen kullanması sakıncalı kadınlarda Sadece progestin içeren preparatlar kullanılır.

Özellikle **doğum sonrası ilk 6 hafta venöz tromboembolizm için artan bir risk dönemidir**. Onun dışında KOK'ların süt kalitesini bozma ihtimaline karşı emzirme dönemi boyunca sadece progestin içeren preparatlarla devam edilebilir.

■ Tedavi**Rp**

Desogestrel 75 mcg tablet 1*1 p.o (Cerazette 75 mcg 28 tablet)

Progestin enjeksiyonları ile:

Genelde östrojen kullanımı için kontraendikasyonları olan hastalarda kullanılırlar. Sürekli ilaç kullanmak istemeyen, bariyer yöntemler tercih etmeyen hastalarda, gizli bir yöntem kullanmak isteyenlerde, adet görmek istemeyen kadınlarda ya da tıbbi endikasyon varlığında, endometriozis ya da kronik pelvik ağrı-dismenore gibi diğer semptomların iyileştirilmesi ihtiyacında kullanılırlar.

3 ayda 1 (12-13 hafta) tekrarlayan enjeksiyonlar şeklinde uygulanır. İntramusküler ve subkutan uygulamalar mevcuttur. İlk enjeksiyonu, gebelik makul bir şekilde dışlandıktan sonra herhangi bir zamanda yapılabilir.

■ Kontraendikasyonlar

- Aktif Meme Kanseri olan hasta
- Gebelik
- Ayrıca diğer kontraepsiyon yöntemleri mümkün olduğundan aşağıdaki durumlarda da kullanımından kaçınılmalıdır;
- Sebebi bilinmeyen vajinal kanama
- Travmatik olmayan kemik kırıkları olan hastalarda uzun süreli kortikosteroid kullanımında
- Aminoglutetimid kullanımı

- Ağır bir kanama söz konusu değilse etyolojiye yönelik tedavi açısından elektif şartlarda Kadın Hastalıkları ve Doğum değerlendirmesi uygun olacaktır.

■ Ağır Menstrual kanama

Bu tabir, düzenli ancak ağır veya uzamış menstrüasyon kanamalarını anlatır.

- Koagülopati, neoplazm, yapısal patolojiler (leiomyomlar, adenomyomlar, endometrial polipler), endometrit, hipotiroidizm, bakırlı rahim içi araç, hiperöstrojenizm, endometriozis, uterin arteri-venöz malformasyon nedenli olabilir.
 - Malignite şüphesi veya risk faktörü olanlar endometriyal patolojik örnekleme için yönlendirilmelidir. (ileri yaş -45yaş-, karşılanmamış östrojen, erken menarş, geç menapoz -55yaş-, nulliparite, kronik anovulasyon -PCOS-, obezite, diyabetes mellitus, LYNCH, COWDEN, aile öyküsü)
 - Hastanın tarif ettiği ağır menstrual kanamanın şiddetini belirlemek için ilk basamak tetkiklere ek olarak demir eksikliği parametreleri (demir, demir bağlama kapasitesi, ferritin, vitamin B12 gibi) istenebilir. Yetişkin kadınlarda demir eksikliği anemisinin etyolojisinde ağır menstrüasyon kanamaları rol oynayabilir.
 - Birinci basamakta 'AUK ayaktan hasta değerlendirilmesi' bölümündeki yaklaşım tamamlandıktan sonra eğer hemodinami stabilse uzman görüşü ve jinekolojik USG için hasta elektif şartlarda yönlendirilmelidir. İleri incelemeye kadar verilebilecek tedavi seçenekleri değerlendirilebilir, medikal tedavi genellikle yapısal, enfeksiyöz veya endokrinolojik bir patolojisi olmayan hastalarda uygundur, bunlar hastanın tercihi ve kontrendikasyon varlığına göre titizlikle seçilmelidir. Hormonal tedaviler kanamayı durdurmadaki başarıları nedeniyle ilk basamak tedavide yer alır, hormon dışı tedaviler ise nispeten kolay ulaşılabilir ve güvenli seçeneklerdir.
1. Levonorgestrel içeren rahim içi araçlar (**MIRENA® 52 mg rahim içi sistem**) tedavide etkin rol oynar ancak uterin kavitede anormallik ve pelvik enfeksiyon olmamalıdır, meme kanseri dahil teyit edilmiş ya da şüphelenilen hormona bağlı tümörlerde kontrendikedir. Bu nedenle hasta Kadın Hastalıkları ve Doğum hekimi tarafından değerlendirildikten sonra takılması uygun olacaktır.
 2. Kombine oral kontraseptifler: Anovulatuvar kanamalarda, yapısal/organik bir patolojiden ziyade hormonal disfonksiyon düşünüldüğünde kullanılabilir.
 - Örneğin 3 mg drospirenon ve 0,02 mg etinilestradiol kombinasyonu:

Rp

1. DROSPERA 3 mg / 0.02 mg film kaplı tablet
S: 1*1 po

(İçerdiği progesteron preparatının istenmeyen yan etkilere daha az neden olması gerekçesiyle kontrendikasyon olmayan genç hastalarda tercih edilebilen bir preparattır. Hastada kontrasepsiyon da amaçlanıyorsa adet ilk günü başlanmalıdır, adet ilk 5 gününden sonra ilaç başlanması halinde ilk 1 hafta ek bir korunma yöntemi önerilir.)

Bir başka seçenek olan estradiol valerat ve dienogest kombinasyonu

Rp

1. QLAIISTA film kaplı tablet
S: 1*1 po

- (Daha ileri yaştaki hastalarda, içerdiği östrojen preparatının güvenilirliği dolayısıyla tercih edilir. Hastada kontrasepsiyon da amaçlanıyorsa adet ilk günü başlanmalıdır, adet ilk 5 gününden sonra ilaç başlanması halinde ilk 1 hafta ek bir korunma yöntemi önerilir.)
- OKS'lerin yan etkileri hakkında hasta bilgilendirilmelidir ve başlandığında hekim kontrolünde en az 3-6 ay düzenli kullanılmalıdır.
- Ağır kanamalarda bu ilaçlar yüksek doz başlanıp giderek azaltılabilir; 4x1 po 3 gün, 3x1 po 3 gün, 2x1 po 3 gün, daha sonra S: 1x1 şeklinde verilir.

■ Tedavi

- Hastalığın tedavisi hastanın başvuru anındaki şikayetlerine göre farklılık göstermektedir. Hasta pilonidal hastalığa bağlı apse şikâyeti ile başvurmuşsa apsenin drene edilmesi ve metronidazol ve siprofloksasin grubu oral 2'li antibiyoterapi başlanması gereklidir. Antibiyoterapi sonrası enfektif süreç yatıştıktan sonra cerrahi planlanmalıdır. Hasta pilonidal sinüse bağlı kronik akıntı ile başvurduğunda ve aktif enfektif süreç bulunmadığında ise direkt cerrahi planlanabilir.

Rp

Cipro 500 mg tablet (siprofloksasin hidroklorür)

D: 1 kutu S: 2x1 (p.o)

Flagyl 500 mg tablet (metronidazol)

D:1 kutu S: 3x1 (p.o)

- Hastalığın kesin çözümü cerrahi olup, hastalığın boyutuna ve hastanın tercihlerine bağlı olarak bu konuda birçok yöntem uygulanabilmektedir;
 - İnsizyon ve küretaj*: sinüs traktı küçük ve enfeksiyon yoksa uygulanabilir.
 - Primer eksizyon ve açık bırakma*: pilonidal sinüs traktı sağlam alanlar korunarak tamamen çıkarılır ve yara yeri sekonder iyileşme için açık bırakılır. Rekürrens oranı yüksek olduğundan ve cerrahi sonrası iyileşme süreci uzun olduğundan artık pek tercih edilmemektedir.
 - Primer eksizyon ve marsupializasyon*: yine benzer şekilde pilonidal sinüs traktının tamamen çıkarılması, ancak sonrasında kalan cilt ağızlarının presakral fasyaya kenarlardan dikilmesi yöntemidir. Bu yöntem de yara iyileşmesi uzun ve tekrarlayan pansumanlar gerektirdiğinden çok sık tercih edilmemektedir.
 - Primer eksizyon ve orta hatta veya orta hattı kaydırarak kapama*: sinüs traktının tamamen çıkarıldıktan sonra kalan dokunun karşı karşıya veya doku kaydırarak dikilmesidir.
 - Farklı flep teknikleri ile kapama (Limberg flep, V-Y flep gibi)* (Şekil 6)
 - Lazer koagülasyon*: fistül traktının tamamen temizlendikten sonra lazer ile yakılması işlemidir. Ameliyat sonrası ağrı az olması ve hastanın aktif hayatına hızlı dönmesi belirgin avantajlarındandır. Seçilmiş olgularda başarı şansı yüksektir.
 - Diğer yöntemler*: fenol uygulanması, gümüş nitrat uygulanması, fibrin yapıştırıcı, negatif basınçlı yara tedavisi gibi farklı yöntemler de uygulanmaktadır.



Şekil 6. Pilonidal sinüs cerrahisinde sinüs traktının tamamen eksizyonu sonrası limberg flep tekniği ile onarım.

REKTAL KANAMA

■ Tanım

- Treitz ligamentinden anüse kadar olan kısımdan (duodenum 4.kıta, tüm ince barsaklar, kolon, rektum ve anüs) gelişen kanamalara alt gastrointestinal sistem kanamaları denmektedir. Bu bölgelerden herhangi birinde kanama olduğunda hasta rektal kanama şikâyeti ile başvurmaktadır.

Üçüncü basamak koruyucu tedaviler:

Türkiye'de SGK geri ödemesi olmayan Enjektabl koruyucu tedaviler:

1. Botulinum toksini: migren Botox'ü 3-4 ayda bir 31 noktaya 5U enjeksiyon
2. Galkanezumab 120 mg: emgality, ayda bir enjeksiyon

Rp

1. Laroxyl 10mg gece 1x1 (2 hafta sonra 1x2 yapılır, yeni kutu 25 mg'lık yazılır)
2. Doloreks – ağrı olursa
3. Relpax veya migreout – şiddetli ağrıda

Rp

1. Dideral tb 2 x1/2 – 15 gün sonra 2x1
2. Apranax tb – ağrı sırasında

GERİLİM BAŞ AĞRISI (GTB)

- En sık görülen baş ağrıları arasında oldukça sık görülür. Baş, boyun, yüz, hatta omuz ve sırta kadar yayılan inatçı ağrılarla karakterize günlerce süren ağrılardır. Migrenden farklı olarak kişinin günlük işlerini engellemez (hafif – orta şiddette ağrı), nadiren bulantı olabilir ve migrende bulunan diğer eşlik eden bulgular olmaz. Genel olarak tüm başta yer alan sıkıştırıcı karakterde bir ağrıdır.
- Hemen herkeste görülebilmekle beraber genç erişkin, orta yaşlarda ve hanımlarda daha sık görülür. Başlıca iki tipe ayrılır:
 1. Epizodik (belirli aralarla tekrarlayan) tip
 2. Kronik (günlük, devamlı baş ağrılı) tip

1. Epizodik GTB: baş ağrısı 30 dakika – 7 gün arasında sürer ve tekrarlayıcı bir şekilde gelip geçer. Baş ağrısı basınç ve/veya sıkışma şeklinde ifade edilir. Ağrının şiddeti hafif ya da orta derecede olup zonklayıcı değildir. Başın her iki tarafında da ağrı olur. Günlük yapılan aktivitelerden baş ağrısı şiddetlenmez. İştahsızlık sık görülmekle birlikte çoğunlukla bulantı ve kusma gibi bulgulara rastlanmaz. Işık ve sese karşı tahammülsüzlük sık olmaz.

2. Kronik GTB: devamlı baş ağrısı mevcuttur. Ağrının geçmesi çok nadirdir. Ağrı en az 5–6 aydır kişiyi rahatsız etmektedir. Bu grupta ağrılar daha şiddetlidir. Kadınlarda erkeklerden iki kat daha fazla görülür. Ağrı daha çok başın arkasından ön bölgelere doğru yayılır. Hastalar baş ve boyunda kasılma veya sertleşme ifade ederler.

Her iki tip baş ağrısının ortak özellikleri:

- Stres, gerilimler, beklenti ve bekleyişler, kaygılar ve aşırı zihinsel çalışma ve konsantrasyonlar ağrıyı başlatır ve şiddetlendirebilir.
- Gürültü, şiddetli gün ışığı, soğuk hava gibi fiziksel uyarılarla da ağrı şiddetlenme eğiliminde olur.
- Uygunsuz bir oturuş, okuma ya da daktilo yazma, ağrıyı başlatabilir. Hasta saçına tarak vurmadığını saçını taramaya kalkması halinde baş ağrılarının arttığını ifade edebilir.
- Ağrı ılımlı seyrederken yukarıdaki herhangi bir uyarıcıdan etkilenip dayanılmaz derecede şiddetli tip ağrıya dönüşebilir. Bu korku hastaları ürkek, tedirgin yapabilir ve tembelliğe itebilir.
- Bu tip ağrıları çeken hastaların yarısından çoğunda ağrı her gün vardır. Diğer kalanlar ise, ayın çoğu günü ağrılar ile yaşamak durumundadırlar.
- Yıllardır baş ağrısı ve yoğun acılarla yaşayan hastaların nörolojik muayenelerinde herhangi bir ciddi bulgu tespit edilemez. Bazı hastalarda boyun kemiği düzleşmesi dışında bir bulgu da tespit edilemediği için bu tür yakınmalarla gelen kişilere bu hastalığın sebebini ve tehlikeli olmadığını anlatmaya çalışmak gerekir.
- Bu tür baş ağrısının oluşumunda bir kısır döngü söz konusudur; ağrı kasılmaya sebep olur, kasılma ise ağrıya sebep olur.

- İnme tedavisinden hiperakut ve akut tedavi yanı sıra koruyucu tedavi yaklaşımları mevcuttur. Hiperakut tedavi ülkemizde de inme merkezlerinde uygulanan trombolitik tedavi (ilk 4.5 saat) ve mekanik trombektomi (ilk 6 – 24 saat) içerir.
- Hiperakut dönem sonrasında ise kan basıncı, kan şekeri, ateş düzenlenmesi, bilinç takibi, beslenme düzenlenmesi, aldığı çıkardığı sıvının takibi yapılmalıdır. Yatak yarası veya DVT gibi komplikasyonları önlemek amacı önlemlerin alınması gerekir.
- Hastaneye yatan hastalarda pulmoner ve üriner enfeksiyona dikkat edilmeli, mümkün olan en kısa zamanda, hastayı yataktan ve yatmaktan uzaklaştırılmaya çalışılmalıdır.
- Hastalığın rehabilitasyonla eski sağlığına kavuşturulması hedeflenmeli. Nöroloji uzmanı kontrolünde fizyoterapi, egzersiz programları ile hastanın ve yakınlarının desteği alınmalıdır.
- İskemik inme ilk 48 saatinde erken morbiditeyi önleme amacı ile halen aspirin kullanılmaktadır.
- İkincik korunma açısından büyük veya küçük damar hastalıklarında antiagregan tedaviler seçilirken kardiyembolik inmelerde (başlıca nedenler arasında atriyal fibrilasyon yer alır) antikoagülan tedaviler yer alır.
- Günümüz uygulamalarında akut inme evresinden sonra yazılacak reçetelerde inme korunmasını sağlayacak ajanların yanı sıra risk faktörlerine yönelik antihipertansifler (tercihen ACE inhibitörü veya ARB) ve statinler (atorvastatin veya rosuvastatin) de yer almaktadır.

■ Tedavi

Antiagreganlar

1. Asetilsalisilik asit: Coraspin 100-300 mg gün, Ecopirin 81-100-150 mg
2. Klopidoğrel: Karum / Plavix / Pingel / Opirel 75mg

Antikoagülanlar

1. Vitamin K bağımlı olmayan (NOAK) oral antikoagülanlar: dabigatran (pradaxa 2x110 ve 2x150mg, rivaroksaban (xarelto / rivoksar 15 – 20 mg), apiksaban (eliquis 2x2.5 ve 2x5 mg) ve edoksaban (lixiana 30 – 60mg)

Bu tedavileri kişi yaş – kilo ve renal fonksiyonuna göre seçmek gerekir.

2. Warfarin (warfmadin) kan INR düzeyine göre doz ayarlaması yapılmalıdır. Tedavi aralığı 2-3 arasındır. Warfarinin kanama yapma riski olduğu için belirli aralıklarla bu test tekrarlanmalıdır.

Rp

1. Coraspin100 mg tb 1x1
2. Coversyl 10mg 1x1
3. Ator 10 mg 1x1

Rp

1. Warfmadin 5mg tb S: 1x1(İNR takibi ile)

VERTİGO

- Baş dönmesi ve dengesizlik hissi olarak tanımlanabilir. Hasta kendinin boşlukta döndüğünü ya da çevresindeki nesnelerin etrafında döndüğünü hisseder.
- “Dizziness” ise Türkçe karşılığı tam olmayan bir kavramdır ve sersemlik veya yer ayağın altından kayma hissi olarak ifade edilebilir. Burada başlıca amaç yakınmanın nörolojik acil müdahale gerektiren bir nedenle olup olmadığının anlaşılmasıdır. Santral nedenlerde çoğu zaman süre daha uzundur, eşlik eden nörolojik bulgular vardır ve hasta nadiren tek başına veya kusmadan ayağa kalkabilir.
- Vestibüler migren son baş ağrısı sınıflamasında yer alır. Baş ağrısı atakları öncesi / sonrası veya sırasında baş dönmesi de görülebilir. Bu durumda standart migren tedavisi geçerli olur.

- Levetirasetam (SV2A bağlanması ile sinaptik etki): fokal veya jeneralize nöbetlerde kullanılabilir. Yine doğurganlık çağında kullanılabilir. Diziness, somnolans, konfüzyon ve de özellikle psikiyatrik zemini olanlarda veya ileri yaşta ciddi davranış bozukluğu ve ajitasyon görülebilir. 1000-3000 mg gün (20-40 mg/kg).
Keppra 250-500-1000 mg
Levend 250-500-1000 mg
Epixx standart ve XR 500-750 mg
Epitam standart ve XR 500-750 mg
Netrolex standart ve XR 500-750-1000 mg
Levemax standart ve XR 500-750-1000 mg
- Topiramet (Na kanal blokeri, GABA arttırıcı, AMPA/GLU antagonisti): Fokal veya jeneralize ile dirençli epilepsilerde adjuvan olarak kullanılır. Günlük 200-600 mg doz aralığında, günde iki kez kullanılır. Doz artışı yavaş yapılmalıdır zira bilişsel yan etkileri ilacın kullanımını engelleyebilecek düzeydedir. Ayrıca ciddi iştah ve kilo kaybına yol açabilir. Böbrek taş öyküsü olanlarda taş oluşumunu arttırabilir.
Topamaks 25-50-100-200 mg tb
Topimol 25-50-100-200 mg tb
Xamate 25-50-100-mg tb
- Monoterapiler yetersiz kalırsa destek ilaçlara başvurulur. Kombinasyonda ilaçların farklı etki alanları olmasına dikkat edilmelidir.
- Ülkemizde sık kullanımda olan ajanlar:
Lakozamid (Na kanal blokeri): Elepsi / Lamide / benvida: 50 – 100 – 200mg (2x1)
Zonizamid (Na ve T-tipi Ca kanal blokeri): excegran 50 – 100mg (2x1)
Pregabalin (Ca kanal alt unite blokeri): 150 – 300mg (2 / 3x1)

Status Epileptikus:

- Arada bilinçte düzelme olmaksızın sık tekrarlayan veya uzun süren nöbetler olarak tanımlanan ve yaşamı tehdit edebilecek nörolojik bir acildir. Hızla intravenöz tedavi ve YBÜ takibi gerektirir. Status non motor başlangıçlı olup sadece bilinç etkilenimi olarak görülebileceğinden (nonkonvülfif status epileptikus) ayırıcı tanıda akılda bulundurulması gereken bir durumdur.
- Gebelik epilepsi tanısı olan kadınlarda özellikle takip gerektirmektedir. Bu nedenle hastalar hamilelik düşündükleri aşamada özelleşmiş merkezlere yönlendirilerek ilaç düzenlenmesine teşvik edilmelidir. Unutulmamalıdır ki gebe bir kadının jeneralize nöbet geçirmesi hem kendisi hem de fetus için tehlike oluşturur. Yine antinöbet ilaç alan kadınlara ilaçlarını almaya devan ederek emzirebilecekleri tekrar tekrar vurgulanmalıdır.

Rp

Keppra 500 mg gün 2-3x1

Rp

Lamictal 50 gün 2-3x1

HAREKET BOZUKLUKLARI

TREMOR

- Tremor antagonist kasların eş zamanlı veya ardı sıra kasılmasıyla ortaya çıkan ritmik, salınımlı (osilatuvar) istemsiz bir hareket olarak tanımlanır. En sık görülen hareket bozukluğudur (HB). Tek başına görülebileceği gibi başka hastalıkların bir bulgusu olabilir (örn: Parkinson veya Wilson hastalığı H, toksik, enfeksiyöz nedenler).

MULTİPL SKLEROZ (MS)

- Santral sinir sistemini dağınık şekilde etkileyen, demiyelinizasyon ve akson kaybı ile seyreden otoimmün bir hastalıktır. Nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte genetik yatkınlık, çevresel faktörlerin rolü vardır. Genç yaşlarda başlar. Periventriküler ak madde, beyin sapı, medulla spinalis ve optik sinirler demiyelinizasyon plaklarının en sık yerleştiği bölge ve yapılarıdır. Hemiparezi, paraparazi, monoparazi şeklinde piramidal bulgular sık görülür. Serebellar yolların tutulmasına bağlı denge-sizlik, inkoordinasyon, dizatri ve nistagmus da klinik tablonun önemli bir bölümünü oluşturur. Dikkati çeken diğer bulgular arasında optik ve retrobülbler nörit, oküler motor sinir felçlerine bağlı diplopi, çeşitli pareteziler, derin duyu bozuklukları ve sfinkter kusurları sayılabilir.

Klinik seyir tipleri

Klinik izole sendrom (KİS): hastada izole olarak ortaya çıkan optik nöropati, medulla spinalis tutulumu, beyin sapı sendromu, daha az sıklıkla hemisferik tutulum görülen; MR'da MS'i düşündüren semptomatik ya da sessiz lezyonların gözleendiği, SSS'nin inflamatuvar demiyelinizan tipte etkilendiği ilk nörolojik tablo olarak tanımlanmıştır.

Ataklarla seyreden MS (RRMS): akut atakları izleyen tam ya da tama yakın düzelme dönemleri olur; ataklar arasında hastalıkta ilerleme gözlenmez.

Progresif seyreden MS: ataklarla seyreden 5-6 yıl sonrasında düzelmenin azaldığı ve özür-lülüğün ilerlediği ikincil ilerleyici dönem görülebilir. Veya başından itibaren iyileşmenin görülmediği, hastalığın sürekli kötüleştiği bir süreç gözlenebilir.

■ Tanı

- Klinik bulgular ve seyir, MR bulguları ve BOS bulgularının birlikte değerlendirildiği 2017 McDonald kriterleri güncel tanı yöntemi olarak kabul görmektedir. Tanıda MS'e benzer başlangıç gösterebilecek NMO (nöromiyelitis optika – aquaporin antikör ilişkili H) ve MOGAD (miyelin oligodendrosit antikör ilişkili H) hastalarının ayırımının yapılması büyük önem taşımaktadır. Zira bu hastalıkların tedavi süreçleri çok farklı yönetilmektedir. Tetkiklerde MR ve BOS incelemesi yanı sıra uyarılmış potansiyeller, optik koherans testi (OCT) ve kognitif testler de kullanılmaktadır.
- Ayırıcı tanıda SSS vaskülit veya sistemik vaskülitler, paraneoplastik hastalıklar, enfeksiyonlar ile nutrisyonel eksiklikler sayılabilir.
- Tanı kriterlerine göre basamaklı bir tedavi yaklaşımı mevcuttur. Halen çok çeşitli enjeksiyon ve oral tedavi alternatifleri vardır. Yine agresif ilerleyen hastalarda hızla ikinci ve üçüncü basamak güçlü tedaviler geçiş gereksinimi olabilmektedir. Yine hastalık genç kişileri etkilediğinden gebelik / post-partum dönem ve emzirme konuları ciddi yaklaşım farkları içermektedir zira bazı alternatif tedaviler kesinlikle kontrendikedir. Yine bazı ajanların ani kesilmesi rebound etki yapabilmektedir. Tüm bu nedenlerle MS hastalarının takip ve tedavilerinin özelleşmiş MS merkezlerinde yapılması büyük önem taşımaktadır.

■ Tedavi

1. Atak tedavisi:

- Yüksek doz metilprednizolon kullanılır. 1000 mg İV olarak uygulanır. Lezyon lokasyonuna göre yedi-on günlük bir tedavi genellikle sonuç verir.

2. Hastalık modifiye edici - immünomodülatör tedaviler:

Birinci basamak tedaviler:

Beta interferonlar (enj.): 1b: Betaferon / rebif

1a: Avonex / plegridy

Glatiramer asetat (enj): Copaxon

- Takrolimus veya pimekrolimus gibi kalsinörin inhibitörleri, özellikle yüz ve intertriginöz bölgelerde kortikosteroidlere alternatif olarak kullanılabilir.
- Bariyer fonksiyonunu korumak ve cilt kuruluğunu önlemek için düzenli olarak nemlendirici kullanılmalıdır. Parfümsüz ve hipoalerjenik ürünler tercih edilmelidir.
- Antihistaminikler kaşıntıyı kontrol altına almak için kullanılabilir, ancak tedavinin ana unsuru değildir.
- Uzun süreli veya daha ağır vakalarda sistemik steroidler kullanılabilir.
- Eğer süperenfeksiyon varsa antibiyotik başlanmalıdır.

FOTOALERJİK KONTAKT DERMATİT

- Fotoallerjik kontakt dermatit, cildin güneş ışığına maruz kalması sonrası bazı kimyasal maddelerle reaksiyona girmesiyle oluşan allerjik bir deri hastalığıdır.
- Bu durum, genellikle topikal olarak uygulanan ilaçlar, parfümler veya kozmetik ürünlerin UV ışınlarıyla etkileşime girmesi sonucu gelişir.
- Kızarıklık, kaşıntı, kabarıklık ve vezikül oluşumu.
- Maruz kalan cilt bölgelerinde, özellikle güneş ışığına doğrudan maruz kalan alanlarda (yüz, boyun, eller) görülür.
- Semptomlar, güneş ışığına maruz kaldıktan birkaç saat ile birkaç gün içinde ortaya çıkabilir.

■ Tedavi

- Kişinin daha önce karşılaştığı veya duyarlandığı bir fotoallerjenle sonraki karşılaşmalarında deride ortaya çıkan gecikmiş tip hipersensitivite yanıtı
- Tedavi yaklaşımı AKD ile aynıdır.

İRRİTAN KONTAKT DERMATİT

- İritan allerjik dermatit, cildin kimyasal maddeler, çözücüler, deterjanlar veya fiziksel ajanlar gibi dış irritanlara maruz kalması sonucu gelişen, inflamasyon ve hasarla karakterize bir cilt hastalığıdır.
- Genellikle iritan maddenin direkt toksik etkisine bağlı olarak gelişir.
- Uzun süreli veya tekrarlayan iritan maruziyeti sonucunda ortaya çıkabilir.
- Temizlik ürünleri, kimyasallar, solventler, sabunlar ve aşındırıcı maddeler en yaygın nedenler arasındadır.
- Kaşıntı, eritem, ciltte yanma hissi, fissür, kabuklanma, vezikül oluşumu ve cilt kuruluğu.
- Genellikle iritan maddeyle temas edilen bölgede lokalize olur. Eller, yüz ve önkollar sık etkilenen bölgelerdir.
- Semptomlar, kuvvetli iritan maddeye maruz kaldıktan birkaç saat içinde de ortaya çıkabilir

■ Tedavi

- Tedavi, iritan maddeye maruziyeti azaltmak ve cilt bariyerini onarmak üzerine odaklanır.
- Tedavi yaklaşımı AKD ile aynıdır.

Örnek Reçete

Rp

1. Kestine 20 mg tb veya Zyrtec tb veya Rupafin tb veya Bilaxten tb 1x1
 2. Momecon krem veya Advantan krem 2x1
- Sistemik steroid başlamak gerekirse;
Panto tb 1x1 po sabah aç,
Prednol 16 mg tb 1x3 2 gün, 1x2 2 gün, 1x1 2 gün sabah tok

- Orta şiddetli klinik (sistemik bulguların eşlik ettiği);
 - Ampirik olarak; TMP/SMX veya Doksisiklin PO
 - MRSA; TMP/SMX PO
 - MSSA; Dikloksasilin veya Cephaleksim PO
- Şiddetli vakalarda (insizyon/drenaj ve oral antibiyotikten fayda görmemiş ya da SIRS bulgularının eşlik ettiği);
 - Ampirik olarak veya MRSA için; Vankomisin, Daptomisin, Linezolid, Televancin veya Ceftazolin
 - MSSA; Nafsilin, Sefazolin veya Klindamisin

Örnek Reçete

Rp

Hafif olgularda;

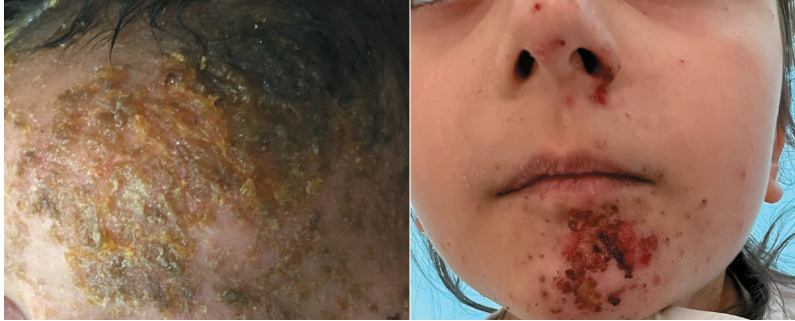
1. Temizlik, debridman
2. Fucidin krem/Balaban krem 3x1

Orta ve şiddetli olgularda

3. Augmentin 2x1000 mg tb veya Monodoks 100 mg tb 2x1 veya Sef 500 mg tb 2x1 tedaviye eklenebilir.

IMPETİGO

- Etken: Stafilokokkus aureus ve Streptokokkus pyogenes
- Çocuklarda sık
- Vezikulo-bülöz, deskuamatif, eroziv deri lezyonları (Şekil 17)



Şekil 17. İmpetigo, skabiye sekonder impetigo, yaygın sarı krutlar (solda), perioral impetigo (sağda).

- Bal sarısı krut S. aureus için tipik

■ Tedavi

- %2 Mupirosin (Bactroban), Fusidik asit (Fucidin) günde 2-3 kez, 7-10 gün;
- Olguların çoğunda nasal Stafilokok taşıyıcılığı olduğundan tedavi burun deliklerine de uygulanmalıdır.
- Yukarıda bahsedildiği gibi MSSA/MRSA'ya yönelik kiloya ve yaşa uygun tedavi planlanması gerekmektedir.

Örnek Reçete

Rp

1. Bactroban pomad 3x1
2. Augmentin 2x1000 mg tb veya Sef 500 mg tb 2x1 tedaviye eklenebilir.

- Tedaviye yanıtızsız veya şiddetli olgularda İtrakonazol (İtraspor, Funit vb) kısa süreli kullanılabilir.

Örnek Reçete

Rp

1. Ketoral şampuan
2. Oceral sprey 2x1

KANDİDİYAZİS

- Genital ve oral mukozalarda, fleksural bölgelerde daha sık izlenmekle beraber tüm vücutta görülebilir.
- Eritemli papüller, püstüller (Şekil 23).



Şekil 23. Kandidiyazis, yaygın eritemli papül ve püstüller, erozyonlar.

- Kolaylaştırıcı faktörler: İmmünsupresyon, antibiyotik kullanımı, obezite, diabetes mellitus, nem, küçük yaş.
- Vajinal ve vulvovajinal kandidiyaziste yanma, kaşıntı, dizüri, yoğun, kokulu bir vajinal akıntı belirgindir.
- Oral tutulumda akut psödomembranoz yapılar izlenir.
- Genital tutulum balanitis formunda olabilir. Glans penis ve koronal sulkus bölgesinde, birbirleriyle birleşme eğiliminde yüzeysel, eritemli erozyonlar, papül veya papülopüstüller görülebilir.
- İntertrijinoz tutulum; genitokrural, subaksiller, gluteal veya interdigital bölgelerde çevrede satelit eritemli, vezikülopüstüllerin yoğunlaştığı, parlak kırmızı, masere alanlar şeklindedir.
- Periungual tutulum; tırnak etrafında eritem, ödem, inflamasyonla belirgindir.
- Sistemik kandidiyazisde; gövde ve ekstremitelerde ortaya çıkan, sıklıkla kaşıntılı, birbirlerinden ayrı yerleşmiş makülopapüller, püstüller veya papülonodüller izlenir.

■ Tedavi

- Sistemik tutulumların hospitalize edilmesi ve iv antifungal ajanlarla tedavi edilmesi gereklidir.
- Paronişide topikal antifungal solusyonlar, oral itrakonazol veya flukanazol.
- Vajinal tutulumda topikal antifungal kremlere ek olarak Flukanazol 150 mg (Zolax 150 mg kapsül), tek doz, Klotrimazol 500 mg vajinal suppozituar tek doz ve florayı düzenlemek için Laktobasil içeren vajinal ovüller kullanılır.
- İntertrigoda bölgenin kuru tutulmasına çalışılır, oral veya topikal preparatlarla tedavi planlanır.
- Oral tutulumda nistatin suspansiyon (Mikostatin, 400.000-600.000 U) günde 4 kez

- Konjonktivada ciddi hiperemi, korneada bulanıklık (ödem), ön kamarada bulanıklık ve/veya hi-popyon, fundusun kırmızı refleksinin donuklaşması ya da tamamen kaybolması söz konusudur.
- En sık olarak penetran göz travması ya da geçirilmiş göz içi cerrahi sonrasında görülür. Travma ya da cerrahiden aylar-yıllar sonra dahi görülebilir.
- İnfeksiyon ajanının sistemik cerrahi, dış cerrahisi, intravenöz serum ya da ilaç uygulaması sonra-sında göze kan yoluyla ulaştığı tablo endojen kaynaklı endoftalmi olarak adlandırılır.

■ Tedavi

- Endoftalimde tedaviye yanıt ve görsel prognoz kliniğin ortaya çıkışıyla tedavinin başlangıcı ara-sında geçen süre ile yakından ilişkilidir. Bu yüzden, özellikle akut başlangıçlı, travma ya da cerrahi öyküsü bulunan olgular en kısa sürede göz hastalıkları uzmanına yönlendirilmelidir.
- Tedavi öncesinde alınacak ön kamara ve/veya vitreus örneğinin kültür sonucu tedaviyi şekillendi-receğinden gelişigüzel antibiyotik kullanımından kaçınılmalıdır.

■ Sevk

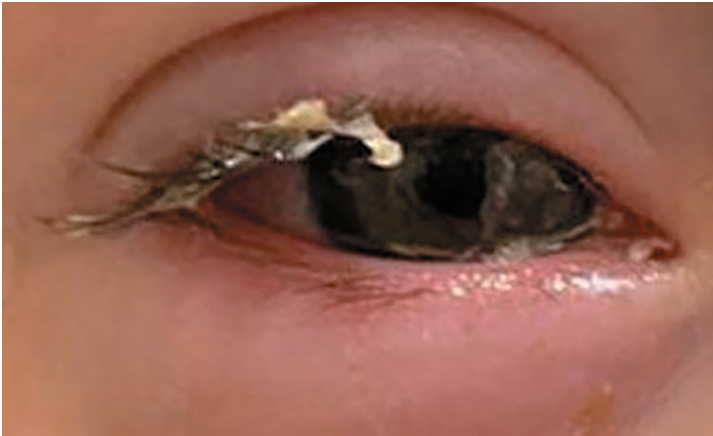
- Hastanın en kısa zamanda bir göz hastalıkları uzmanı tarafından değerlendirilmek üzere sevkini gerektiren göz acilerindendir.

■ Dikkat

- Özellikle göz içi cerrahiler sonrasında ortaya çıkan endoftalmiler medikolegal sorunları da bera-berinde getirebilmektedir. Bu yüzden hastanın en kısa sürede ilgili göz hastalıkları uzmanı tarafın-dan değerlendirilmesi sağlanmalıdır.

KONJONKTİVİT

- İnfeksiyon, alerji ve irritasyona bağlı olarak konjonktivada ortaya çıkan ve bazen korneayı da tutan inflamasyon tablosudur.
- İnfeksiyöz konjonktivit çoğunlukla bakteriyel ya da viral kaynaklıdır ve bulaşıcıdır. Pek çok etken allerjik konjonktivite neden olabilmekle birlikte, allerjenin ne olduğu çoğu zaman tespit edilemez. Yabancı cisim, toz, duman, kimyasal madde ve buharlar allerjik olmayan, iritasyona bağlı konjonk-tivit nedenleridir.
- Gözde sulanma, sekresyon, sabahları gözde çapaklanma ve kapaklarda yapışıklık, konjonktivada kızarıklık, göz kapaklarında şişlik, sekresyon nedeniyle bulanık görme (sekresyon temizlendiğin-de bulanık görme düzelmelidir) ve gözde çeşitli derecelerde yanma, batma, kaşıntı, yabancı cisim hissi ve fotofobi tüm konjonktivit tiplerinde farklı derecelerde görülebilen belirtilerdir.



Şekil 3. Kirpikler çapaklı ve göz kapakları hafif ödemli, konjonktiva kızarık olabilir.



4. metakarp kırığı



2. Distal falanks kırığı



U (sandiviç) ateli



Kurbağa ateli

Rp

1. Parasetamol (parol, minoset) 500 mg tablet D1B (bir)
S:3x1
2. 1. Kuşak sefalosporinler (sef) 1 gr tablet D1B (bir)
S:2x1

(Eğer cilt bütünlüğü bozulmuşsa antibiyotik eklenebilir)

B-ALT EKSTREMİTE KIRIKLARI

■ Pelvis Kırıkları

- Pelvis kırıkları genelde yüksekte düşme veya trafik kazası gibi yüksek enerji ile oluşan kırıklardır. Basitten çok komplike, anstabil kırıklara kadar gidebilen geniş bir yelpazede görülebilir. Beraberinde iç kanaması, iç organ yaralanmaları, başka majör kemik kırıkları da görülebileceğinden hayati tehlike arz eden kırıklardır. Acil olarak multidisipliner yaklaşım gerekmektedir. Hastanın hemodinamisi dengelendikten sonra kırığa yönelik tedavi planlanır.

■ Femur Kırıkları

- Femur üst uç kırıkları genellikle ileri yaşlarda, osteoporotik kemiklerde görülür. Basit düşmeler bile kırığa neden olabilir. Femur boyun kırıkları kaynama süresinin uzunluğu, kaynamama riski ve yüksek oranda görülen avasküler nekroz nedeni ile gençlerde acil tespit edilmesi gereken kırıklardır. Yaşlılarda artroplastisi ameliyatı gerekebilir.
- Trokanterik kırıklarda ise kırık yüzeyinin genişliği, iyi kanlanan bir bölge olması nedeni ile kaynamama pek görülmez. Femur başı avasküler nekrozu da az olur.
- Femur cisim kırıkları küçüklerde düşme sonucu meydana gelse de yaş arttıkça travmanın şiddetinde artmaktadır. Küçük çocuklarda konservatif yöntemlerle, 8- 10 yaşından sonrasında da genellikle cerrahi tedavi önerilir.

Rp**Reçete 1**

1. Devit 3 damla 50.000 IU DVIIIIB (sekiz)
S: haftada 1 kez bir şişenin tamamı bir seferde içilecek / Tok, 8 hafta üst üste 9. haftadan sonra düzey ölçülerek günlük idame dozuna geçilecek (günde 10-12 damla)

2. Zaldiar tb DIB (bir) S: 1x1

Reçete 2 (9 haftada yeni hematolojik tetkiklerde D vitamini ve parathormon düzeyleri normalize olduğunda)

1. Devit 3 damla 50.000 IU DIB (bir)
S: 1x12 damla
2. Zaldiar tb DIB (bir)
S: 1x1
3. Fosamax 70 mg tb DIB (bir)
S: 1x1 /hafta, sabah ilk ilaç olarak aç, 1 bardak su ile. Yarım saat boyunca dik oturulacak veya yürüyüş yapılabilir, öne eğilmek ve yatmak yok ve bu süre boyunca herhangi bir şey yenilmeyecek ve içilmeyecek.

Kutu 12. Yaygın Kronik Ağrılı Bir Hastada Reçete Örneği

Vaka: 45 yaşında kadın hasta 2 yıldır yaygın vücut ağrısı, sabah yorgunluğu, genel halsizlik ve uyku bozukluğu ile başvurdu. Sabahları yorgun kalkıyor, sık uyanıyor, uyku düzeni bozuk. Ek hastalık yok. Olası tanı: Fibromiyalji

Rp

1. Melox fort tb DIB (bir)
S: 1x1 (10 gün)
2. Laroxyl 10 mg drj DIB (bir)
S: 1x1 / akşam sa: 21 civarı (4 ay süre ile) 3. Minoset plus tb DIB (bir)
S: 3x1/ L. H.

Kutu 13. Omuz Ağrılı Bir Hastada Reçete Örneği

Vaka: 37 yaşında erkek hasta ani başlayan sol omuz ağrısı mevcut. Kolunu hareket ettirmekte güçlük çekiyor. Travma öyküsü yok. Ağrısı 2 gün önce başlamış ve omuz bölgesinde şişlik ve dokunmakla hassasiyet olduğunu söylüyor. Hasta amatör olarak basketbol oynuyor. Öyküde başka özellik yok. Fizik muayenede ouz eklem çevresinde şişlik tarif ediyor. Omuz röntgeninde ekstraartiküler kalsifikasyon görüldü. Olası tanı: Kalsifik tendinit.

Rp

1. Rantudil fort kapsül DIB (bir)
S: 2x1 (10 gün)
 2. Geralgine-K tb DIB (bir)
S: 3x1
 3. Voltaren emuljel DIB (bir)
S. 2x1 / harice
 4. Anestol pom DIB (bir)
S: 2x1 / haricen
- Not: soğuk uygulama, kısa süreli omuz askısı uygulaması tavsiye edilir.

Rp

1. Augmentin 100 mg BID ; 2x1 po (Yüzeyel tromboflebite bakteriyel kontaminasyon eşlik edebilir (selülit). Tedaviye gram pozitif mikroorganizmaları kapsayacak şekilde (Streptokok, stafilokok spp) ampicilin, amoksisilin, veya sefalosporin grubu bir antibiyotik hastanın kilosuna uygun dozlama ile verilebilir. Gram negatif kontaminasyon düşünüldüğünde daha geniş spektrumlu siprofloksasin de tedaviye eklenebilir.
2. asetysalisilik asit 100 mg tb (coraspin, aspirin,ecopyrin..) ; 1x1 po.
3. Etol forte tb ; 2x1 po.
4. Lokal sıcak pansuman

Yüzeyel tromboflebit gelişen hastalarda trombozun daha fazla yayılıp komşu diğer veya daha derin toplardamarları etkileyebileceği düşünülen durumlarda hastaya antikoagulan tedavi eklenebilir:

- Düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH) (hastanın kilosuna ve böbrek fonksiyonları-kreatinin değerleri gözönüne alınarak dozlama ayarlanır) Clexane 0,6 ml .2x1 sc (Oksapar, Enox vb) veya Hibor 5000 -7500 Ü .1x1 sc (tek doz)

Derin ven trombozunda tedavi yaklaşımları tromboflebittekinde benzemekle beraber pulmoner emboli sebebiyle antikoagulan tedavi önem kazanmaktadır.

DVT tedavisinin erken dönemlerinde antikoagulasyonun düşük molekül ağırlıklı heparin ile sağlanması, tedavinin devamında oral antikoagulasyona geçilmesi birçok doktor tarafından uygulanan genel yaklaşım şeklidir

DVT tedavisinde parenteral standart heparin veya DMAH (Kanıt düzeyi A) başlanmalıdır. En az beş günlük heparin veya DMAH tedavisini takiben PT (protrombin time) ölçümlerinde INR hedef düzeyi 2,5 seviyinde olacak şekilde vitamin K antagonisti (Warfin) ile antikoagulan tedaviye devam edilmelidir (Kanıt düzeyi A).

Tedavi süresi uzun dönem (3-6 ay) veya uzatılmış antikoagulan tedavi (hastanın yaşamı boyunca) olarak belirlenebilir.

Yeni oral antikoagulan ilaçlar (YOAK) (dabigatran, apiksaban,rivaroksaban) klasik antikoagulan tedaviye alternatif olarak DVT tedavisinde kullanılabılırler. YOAK grubu ilaçların diğer antikoagulan ilaçlara benzer klinik koruma sağlamaları yanında kanama riskinin daha düşük olması ve laboratuvar takip gerektirmemeleri gibi avantajları vardır(2).

Seçilmiş hastalarda DVT'nin akut fazda DMAH veya YOAK 'lar ile evde tedavi edilmesi güvenli ve ekonomiktir. Aşağıda belirtilen riskleri olan hastalar hastanede tedavi edilmelidirler:

- Kanam riski yüksek hastalar
- Aktif peptik ülser
- Yeni cerrahi geçirmiş hastalar
- Aktif kanaması olanlar
- Yüksek trombotik yükü olan hastalar (masif bacak trombozu veya semptomatik pulmoner emboli)
- İlerlemiş karaciğer hastalığı (INR > 1,3)
- Trombositopeni (<100.000) veya ailesel kanama hastalığı
- Çocuklar
- Komplikasyonlu hamileler
- Başka medikal sorunları olanlar (diyaliz gereksinimi gibi)
- Venöz gangren

- Servikal ve torakolomber travmalarda spinal şok sonrasında hastanın hemodinamisi stabil hale getirildikten sonra, servikal travmaya bağlı dislokasyonlarda anterior girişim ile vida plak stabilizasyonu, torakolomber travmalarda ise posteriodan, eğer gerekirse hem posterior hem anterior-dan pedikül vidaları ve rodler ile stabilizasyon uygulaması yapılır.

KİBAS TEDAVİSİ

- Beyin omurilik sıvısı, beyin cevheri, intrakranial kan volümü artışı ile intrakranial basıncın 20 mmHg üzerine çıkma durumudur. Kafa travmaları, intrakranial infeksiyonlar, beyin tümörü, hidrosefali, intraserebral ve subaraknoid kanamalar sonucunda ortaya çıkabilir. Genel semptomları baş ağrısı, bulantı, kusma, mental semptomlardır. Nörolojik muayenede papil stazı, 6. sinir paralizisi saptanabilir. Kranial MR, lomber ponksiyonla basınç ölçümü ile kesin tanı konabilir. İntrakranial kitle ve kanamalarda lomber ponksiyon sakıncalıdır.

Tedavi

1. Baş 30-45 derece yükseltilir, venöz dönüş düzenlenir,
 2. Hiperventilasyon; PaCO₂ 30-35 mmHg'de tutulur,
 3. Hipotermi; kardiak indeks düşüklüğü, trombositopeni, kreatin klirens yükselmesi, pankreatit oluşumu akılda tutulmalıdır.
 4. Dekompresif kraniyektomi; zaman zaman serebrovasküler olaylar ve kafa travmalarında yapılmaktadır.
 5. Yüksek doz barbitürat koması 48 saate kadar uzatılabilen süreyle,
 6. Diüretikler; Furosemide (Lasix) 10-20 mg IV 6 saate bir,
 7. Mannitol 0.25-1 gr/kg vücut ağırlığına göre, (kortikosteroid + difenilhidantoin + mannitol beraber kullanımı hiperozmolar nonketotik tabloya sokarak mortaliteye neden olabilir) Bu ajanlarla geçici olarak engellenen kafa içi basınç artışını kalıcı şekilde düzeltmenin yolları aranmalıdır.
 8. Asetozolamid (Diazomid). 250 mg, 2x1 kullanılır
- Akut olarak ortaya çıkan KİBAS'ta 6-12 saat içinde gerçek müdahale yapılmalıdır. Herniasyon tabloları ile karşılaşılır. Transtentoryal, foramen magnumda herniasyonlar görülür. Ventrikül içi kanamalarda eksternal ventriküler drenaj, tümörlerde kraniotomi ile tümör eksizyonu, beyin apselerinde burrhole ile ponksiyon, kafa travmalarında beyin ödemine karşı monitorizasyon, psödo-tümörde ise lumboperitoneal şant tedavisi uygulanır.

KOMA

- Bilincin iki kısmı bulunmaktadır. 1-Uyanıklık, 2-Durumda farkındalık. Koma bilincin kapanmasıdır. Sese, ağrıya motor veya sesli cevap alınamamasıdır. Glaskow koma skoru ile değerlendirilir.

Puan	Göz açma	Sözlü cevap	Motor cevap
6	-	-	Emirlere uyar
5	-	Anlamli cevap	Ağrıyı lokalize eder
4	Spontan	Konfüze	Anlamsız motor cevap
3	Sese	Anlamsız kelimeler	Fleksör cevap
2	Ağrıya	Anlaşılmaz sesler	Ekstansör cevap
1	Yok	Yok	Yok
Toplam puanı 7 ve altı ağır koma olarak değerlendirilir.			

Koma Nedenleri

Metabolik Komalar

1. Elektrolit dengesizliği; hipo, hipernatremi, hiperkalsemi, renal ve karaciğer yetmezliği,
2. Endokrin; hipoglisemi, diyabetik ketoasidoz, addison krizi, miksödem koması.
3. Vasküler; vaskülit, DIC, hipertansif ansefalopati,

şeklinde görme kaybı ve mental gerilikle kendini gösterir. Etiyolojide X'e bağlı anneden geçen genetik mutasyon erkek çocukta triventriküler hidrosefali nedenidir. Diğer hidrosefalilerde santral sinir sistemi gelişiminde önemli rolü olan L1CAM (cell adhesion molecule) membran reseptör bozulmasının nöron gelişimini engellediği ve hidrosefali geliştiği iddia edilir. Kranial MR ve BT'de ventriküler indeks 0.6 üzeri hidrosefali olarak kabul edilir. Ventriküler indeks frontal hornlar arası mesafenin aynı düzlemde frontal iç tabulalar arası mesfeye oranıdır. Tedavide ventriküller arası akımda bozukluk olan triventriküler hidrosefalilerde endoskopik üçüncü ventrikülostomi uygulaması yapılır. Başarı oranı %60'tır.

- Tüm komünike ve nonkomünike hidrosefalilerde orta basınçlı veya basınç ayarlı şantlar kullanılır (Medtronic, Sofy, Codman, Integra).
- En sık komplikasyon şant tıkanmalardır. %12-30 arası değişir. Geç dönem infeksiyon ve şant nefriti %15-20 arasındır.

■ Hidrosefalide Reçete

Rp

1. Asetazolamid (Diazomid) S: 3x250 mg/gün
2. Furosemide (Lasix, desal, lizik) S: 1x1 40 mg/gün

Kaynaklar

Disk Hernileri

- Frymoyer JW: Back pain and sciatica. N Eng J Med 318: 291-300, 1988.
- Kreiner DS, Hwang SW, Easa JE, An Evidence-Based Clinical Guideline for the Diagnosis and Treatment of Lumbar Disc Herniation With Radiculopathy. Spine J.,14(1):180-91, 2014
- McCarron RE, Wimpsee MW, Hudkins PG: The inflammatory effect of nucleus pulposus. Spine 12: 760-4, 1987.
- Resnick DK, Choudri TE, Dailey AT; Pedicle screw fixation as an adjunct to posterola-teral fusion for low back pain. J Neurosurg Spine 2(6): 700-6, 2005

Spinal Travmalar

- Bracken MB, Shepard MJ, Holford TR; Administration of methylprednisolone for 24 or 48 hours or trilizad mesylate for 48 hours in the treatment of acute spinal cord injury. JAMA 277; 1597-604, 1997.
- Bucholz RW, Burkhead WZ, Graham W: Occult servical spine injuries in fatal trafic accidents. J Trauma 19: 768-71, 1979. Denis F, The three column spine and its signi-ficance in the classification of acute thoracolumbar spinal injuries. Spine 8: 817-31, 1983.
- Chen T Y, Lee ST, Lui TN; Efficacy of surgical treatment in traumatic central cord syndrome. Surg Neurology 48: 435-40, 1997.
- Hoffman JR, Mower WR, Wolfson AB; Validity of a set of clinical criteria to rule out injury to the cervical spine in patients with blunt trauma. National emergency x-radiography utilization study group. N Eng J Med 343(2): 94-9, 2000.
- King CE, Wang PT, McCrimmon CM, Chou CC, Do AH, Nenadic Z. The Feasibility of a Brain-Computer Interface Functional Electrical Stimulation System for the Restoration of Overground Walking After Paraplegia J Neuroeng Rehabil 24:12;80, 2015
- Mekhail M, Almazan G, Tabrizan M: Oligodendrocyte-protection and Remyelination Post-Spinal Cord Injuries: A Review Prog Neurobil 96(3):322-39, 2012
- Nijboer F : Technology Transfer of Brain-Computer Interfaces as Assistive Technology: Barriers and Opportunities, Ann Phys Rehabil Med 58(1);35-38, 2015
- Vaccaro AR, Zieller SC, Hulbert RJ; The thoracolumbar injury, severity score: A propo-sed treatment algoritm. Journal of Spinal Disorders Tech 18: 209-, 2005.

KİBAS Tedavisi

- Alnemari AM, Krafcik BM, Mansour TR, Gaudin D A Comparison of Pharmacologic Therapeutic Agents Used for the Reduction of Intracranial Pressure After Traumatic Brain Injury. World Neurosurg. 2017 Oct;106:509-528.

- Aşılanma reddi, medyada yer aldığı aksine ülkemizde çok az olup, 2016'da %98 aşılanma oranı gerçekleşmiştir. Bu anlamda, tetanoz aşının koruyuculuk süresi de göz önüne alındığında 10 yaş altında clostridium Tetani maruziyeti olgularında bile tetanus gelişme riski düşüktür.
- Riskin düşük olması, tetanoz profilaksisinde gevşeme yapmak anlamına gelmemektedir.
- Pratikte temin edilmesi mümkün olmamakla birlikte, aşılanma öyküsü olmayanlara tetanoz İmmün Globülini yapmak gerekir.
- Standart doz intramüsküler 250 İÜ.
- 24 saatten uzun bir süre geçmişse 500 İÜ.
- Günlük acil uygulamalarında kirli olsun olmasın, 10 yaş üstüne Td toksoidi uygulaması, ülkemizde rutin gibidir.

Yaralanma Sonrası Tetanoz Profilaksisi Önerileri				
	Temiz ve Küçük Yara		Kirli veya Geniş Yaralanmalar	
Tetanoz aşı durumu	Td	TIG	Td	TIG
Aşılı, 5 yıldan az	Hayır	Hayır	Evet	Hayır
Aşılı 5-10 yıl önce	Evet	Hayır	Evet	Evet
Aşısız	Evet	Evet	Evet	Evet
10yıldan fazla geçmiş				
Td: Tetanoz-difteri (1/10) toksoidi				
TIG: Tetanoz immünglobulin				
Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi 2010; 67 (3): 153 - 160 https://www.journalagent.com/turkhijyen/pdfs/THDBD_67_3_153_160.pdf				

- Profilaktik antibiyotik uygulamalarının, tetanoz vakalarında yeri yoktur.
- Ancak lezyonun değerlendirilmesinde, Clostridium Tetani dışında bir etken düşünülüyorsa, aşağıdaki tedavi başlanabilir:

Rp

1. Sefuroksim Na; 100 mg/kg, (Parantral) 3-4 eşit doza bölünerek, (Zinnat, Cefurol, Seffur, Cefaks, Multisef)
2. Sefuroksim Aksetil Oral idame aynı dozda
3. Gentamisin 1 mg/kg (3 kez tekrarlanır)

veya

Rp

1. Ampisilin sulbaktam, 100 mg/kg günde 4 eşit doza bölünerek (Parantral), (Duocid, Sulcid, Duobaktam, Alfamid, Ampisid)
2. Ampisilin sulbaktam Oral idame aynı dozda. (Tok alınması etkinliği azaltır)
3. Gentamisin 1 mg/kg (3 kez tekrarlanır)

KUDUZ

- Kuduz ısırgığı, sebepli değildir. Bölgesini koruyan veya uyarılmış bir hayvanın ısırgığı değildir. Pratikte başvurdurulan vakaların hemen hepsi, sebepli ısırgıktır. Kuduz tedavisi gerekmemektedir.
- Hastalara standart yara bakımı uygulanır. Yaranın sütüre edilmesi yerine sekonder kapatılması önerilmektedir.
- Yara tedavisi: Tüm ısırık ve tırmık yaralarının su ve sabunla hemen yıkanması ve povidon-iyodin solüsyonu gibi virusidal ajanlarla irigasyonu kuduzun önlenmesinde önemlidir.

Tablo 4.5. Bazı Psikotrop Ajanların Cerrahi Öncesi Önerilen Kesilme Süreleri

İlaç	Kesilmeli Süresi
Antipsikotikler	Psikoz riski yüksek hastalarda cerrahi günü dahil devam edilmeli
Benzodiazepinler	Cerrahi günü dahil devam edilmeli
Buspiron	Cerrahi günü dahil devam edilmeli
Lityum	Elektrolit ve sıvı dengesi takip edilerek cerrahi günü dahil devam edilmeli
Monoamin oksidaz inhibitörleri	Mümkünse 2 hafta önce, acil cerrahi planlandıysa anestezi planına dikkat edilmeli
Serotonin geri alım inhibitörleri	3 hafta önce
Trisiklik antidepresanlar	Cerrahi günü dahil devam edilmeli
Valproik asit	Cerrahi günü dahil devam edilmeli

4.6. Bitkisel İlaçlar

Bitkisel ilaçların kanama ve tromboz üzerine etkileri mevcuttur. Tablo 4.6'da toplumda sıklıkla kullanılan bitkisel ilaçların klinik etkileri ve cerrahiden önce ara verilmesi gereken süreler özetlenmiştir.

Tablo 4.6. Bazı Bitkisel İlaçların Cerrahiden Önce Önerilen Kesilme Süreleri

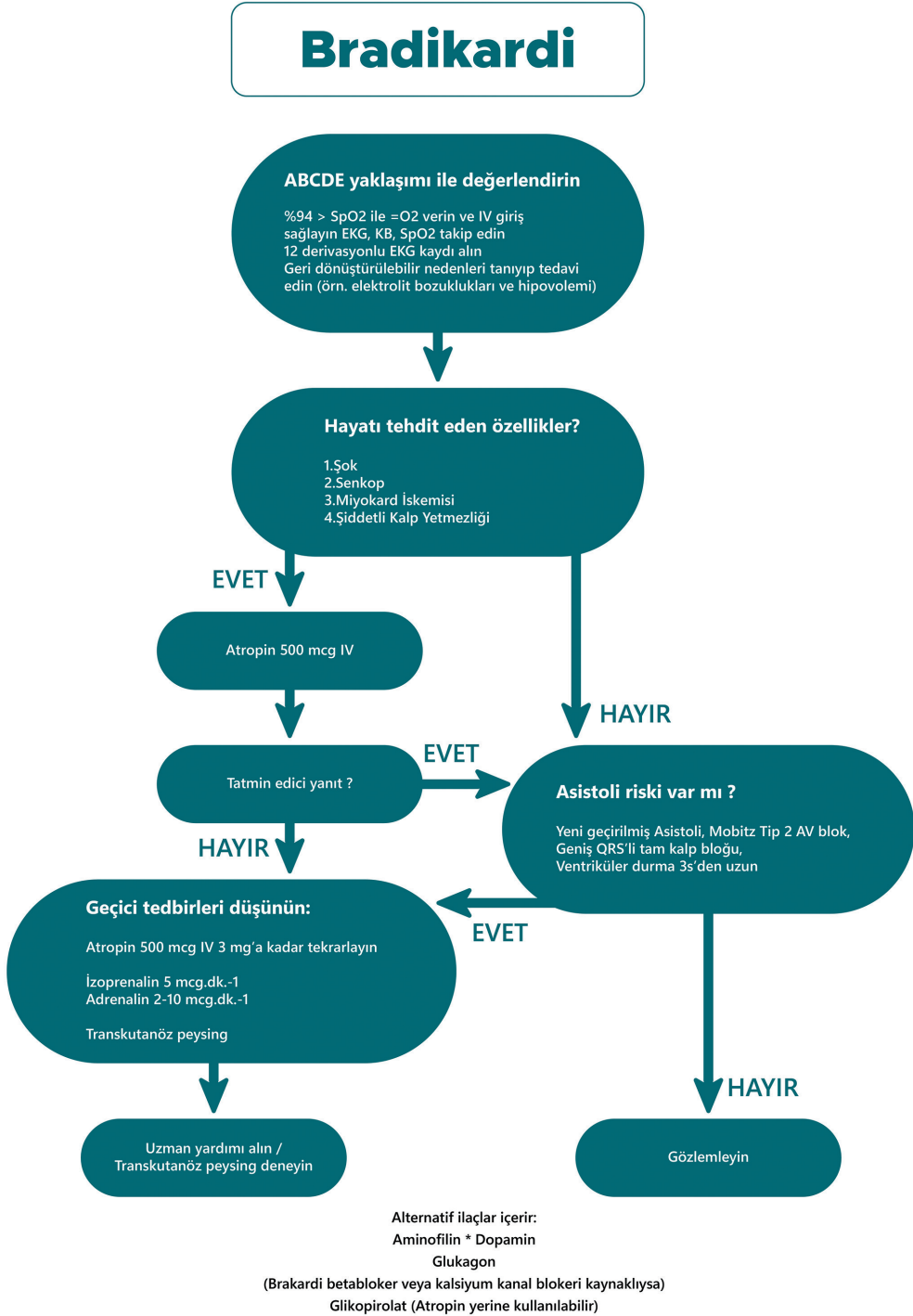
Bitkisel İlaç	Klinik Etki	Kesilme Süresi
Efedra	İnme, kalp krizi riski	24 saat
Sarımsak	Kanama riski	7 gün
Ginkgo	Kanama riski	36 saat
Ginseng	Kanama ve hipoglisemi riski	7 gün
Kava	Anesteziklerin sedatif etkilerinde artış	24 saat
Valerian (Kediotu)	Anesteziklerin sedatif etkilerinde artış	Haftalar
Sarı kantaron	Sitokrom p450 enzim indüksiyonu	5 gün
Ekinezya	Alerjik reaksiyon ve immün situmulan	Belirsiz

5. PREOPERATİF AÇLIK SÜRESİ

Sedasyon ve anestezi doğal uykunun aksine öksürük gibi koruyucu refleksleri azaltır ve ortadan kaldırır. Bu nedenle mide içeriğinin pasif aspirasyonu ya da kusma meydana gelebilir. Anestezi sırasında meydana gelen aspirasyon nadir fakat mortalite ve morbiditesi yüksek olan istenmeyen bir durumdur.^{21,22} Preoperatif açlıktaki amaç anestezi indüksiyonu sırasında gıda artıklarının, mide içeriğinin ve asiditesinin azaltılmasıdır.

Farklı yaş gruplarında açlık süreleri değişmektedir. Özellikle yenidoğan ve bebeklerde gereğinden fazla açlık sürelerinden kaçınılmalıdır. Uzun süreli açlık hipovolemi, lipoliz, ketogenez, kan şekerinin düşmesi ve hasta memnuniyetsizliğine yol açar. Tablo 5.1'de erişkin ve çocuklar için önerilerin açlık süreleri yer almaktadır. Hafif bir öğün olarak yağ içeriği düşük gıdaların az miktarda tüketimi ifade edilmektedir. Yağlı, kızarmış gıdaların ve et ürünü içeren öğünlerden sonra açlık süresi sindirim süresine bağlı olarak daha uzun olmaktadır. Sağlıklı erişkinler için cerrahiden 2 saat önceye kadar karbonhidrat içeren berrak sıvıların tüketilmesi önerilmektedir.

Temel ve ileri yaşam desteği uygulamaları, havayolu ve kardiyovasküler acillerin sağaltımından yoğun bakım ünitesine yatışa kadar olan destekleyici tedavileri kapsar (Taşikardi / Bradikardi Algoritmaları: Şekil 4, Şekil 5) Avrupa Resusitasyon Cemiyeti(ERC) rehberlerine göre icra edilmelidir. (<https://cprguidelines.eu/>)



Şekil 4. ERC Bradikardi Algoritması.

ERİŞKİN BAĞIŞIKLAMA ŞEMASI		
AŞI		YAŞ
19-21 yaş	21-65 yaş	>65 yaş
Influenza	Her yıl bir doz	
Tetanos-difteri-boğmaca	Her on yılda bir	
Suçiçeği	İki doz	
Human papilloma virus	Üç doz	
Zoster		Bir doz
Kızamık-kızamıkçık-kabakulak	İki doz	Bir doz
Konjuge pnömokok	Beş yılda bir (Risk gruplarına)	Bir doz
Polisakkarid pnömokok	Bir doz	
Meningokok	Beş yılda bir (Risk gruplarına)	
Hepatit A	İki doz	
Hepatit B	Üç doz	
Hemophilus influenza tip B	Bir doz	

Herpes Zoster (Zona Zoster) Aşılması

Kimler Aşılmalı

- 50 yaş ve üzerindeki tüm erişkinler
- Hastalık ya da tedavi nedeniyle bağışıklığı baskılananlar

Aşılama Şeması

- 50 yaş ve üzeri rutin aşılamada toplam iki doz. İkinci doz ilk doz altı ay sonra; en erken ikinci ay.
- Bağışıklığı baskılanmış kişilerde toplam iki doz. İkinci doz ilk dozda iki ay sonra. En erken birinci ayın sonunda.

Örnek Reçete

Rp

- Shingrix IM DIB(bir)
S:1x1

ERİŞKİN MENİNGOKOK AŞILAMASI

- Meningokok infeksiyonları, Neisseria meningitidis bakterisinin neden olduğu hastalık tablolardır. Kişiden kişiye kalabalık ortamlarda, yakın ve uzun süreli maruziyette damlacık yolu ya da direkt temas ile bulaşır.

Kimler Aşılmalıdır

- Meningokok hastalığının yaygın olduğu (Özellikle Hac ve Umre) bölgelere seyahat öncesi
- Meningokok temas riskinin arttığı toplu yaşam alanlarında (Kışla, yurt vb) yaşayanlar
- Fonksiyonel veya anatomik (splenektomi) aspleni
- Kompleman sistemi eksiklikleri veya kompleman inhibitörü (ekulizumab veya ravulizumab) ilaç kullananlar
- HIV'le yaşayanlar

Meningokok Aşıları

- Bu aşılar iki alt grupta incelenebilir
- Serogrup ACYW Meningokok Aşıları (Dörtlü Aşılar):** Bu aşılar, A, C, W135 ve Y serogruplarına karşı koruma sağlar.
- Serogrup B Meningokok Aşıları:** Bu aşılar, bazı bölgelerde meningokok hastalığının en sık nedenlerinden birisi olan B serogrubuna karşı koruma sağlamak üzere geliştirilmiştir.

47	Ankara	Etimesgut	1,957	1	0
48	Eskişehir	Odunpazarı	1,950	1	0
49	Mersin	Yenişehir	1,948	1	0
50	İstanbul	Güngören	1,920	1	0
51	İstanbul	Büyüçekmece	1,891	1	0
52	İzmir	Güzelbahçe	1,882	1	0
53	Çanakkale	Merkez	1,846	1	0
54	İstanbul	Eyüpsultan	1,839	1	0
55	İstanbul	Adalar	1,822	1	0
56	Trabzon	Ortahisar	1,807	1	0
57	Ankara	Gölbaşı	1,790	1	0
58	Kırıkkale	Yahşihan	1,778	1	0
59	İzmir	Urla	1,768	1	0
60	Samsun	Atakum	1,734	1	0
61	İstanbul	Beykoz	1,732	1	0
62	Erzurum	Yakutiye	1,688	1	0
63	Çanakkale	Bozcaada	1,677	1	0
64	Antalya	Alanya	1,676	1	0
65	Muğla	Marmaris	1,671	1	0
66	İstanbul	Avcılar	1,640	1	0
67	İzmir	Narlıdere	1,632	1	0
68	Manisa	Yunusemre	1,581	2	0
69	Tekirdağ	Çorlu	1,577	2	0
70	Kocaeli	Başiskele	1,562	2	0
71	Kayseri	Kocasinan	1,558	2	0
72	Muğla	Menteşe	1,555	2	0
73	İsparta	Merkez	1,551	2	0
74	Ankara	Kahramankazan	1,538	2	0
75	Antalya	Manavgat	1,538	2	0
76	Adana	Çukurova	1,529	2	0
77	Sakarya	Serdivan	1,527	2	0
78	Muğla	Fethiye	1,522	2	0
79	Aydın	Efeler	1,518	2	0
80	Antalya	Kemer	1,501	2	0
81	Aydın	Kuşadası	1,495	2	0
82	Konya	Karatay	1,481	2	0
83	Bolu	Merkez	1,480	2	0
84	Eskişehir	Tepebaşı	1,477	2	0
85	İstanbul	Gaziosmanpaşa	1,460	2	0
86	İstanbul	Çekmeköy	1,450	2	0
87	Antalya	Kepez	1,392	2	0
88	Sakarya	Adapazarı	1,392	2	0
89	Ankara	Keçiören	1,365	2	0
90	İstanbul	Esenler	1,354	2	0
91	Samsun	İlkadım	1,343	2	0
92	İzmir	Bayraklı	1,322	2	0
93	Tekirdağ	Süleymanpaşa	1,314	2	0
94	İstanbul	Silivri	1,312	2	0
95	İstanbul	Sancaktepe	1,275	2	0
96	Bahçeşehir	Altıeylül	1,245	2	0
97	Kütahya	Merkez	1,230	2	0

302	Bursa	İznik	0,099	3	0,297
303	Tekirdağ	Şarköy	0,097	3	0,299
304	Şanlıurfa	Haliliye	0,096	3	0,300
305	Ardahan	Merkez	0,088	3	0,308
306	Kastamonu	Abana	0,084	3	0,312
307	Antalya	Korkuteli	0,081	3	0,315
308	Zonguldak	Çaycuma	0,080	3	0,316
309	Yozgat	Yerköy	0,079	3	0,317
310	Denizli	Sarayköy	0,078	3	0,318
311	Rize	Ardeşen	0,078	3	0,318
312	Burdur	Göhlisar	0,074	3	0,322
313	Siirt	Merkez	0,074	3	0,322
314	Tekirdağ	Malkara	0,068	3	0,328
315	Hatay	Belen	0,064	3	0,332
316	Giresun	Bulancak	0,063	3	0,333
317	Balıkesir	Gömeç	0,062	3	0,334
318	Bursa	Yenişehir	0,062	3	0,334
319	Erzurum	Aziziye	0,062	3	0,334
320	Amasya	Suluova	0,061	3	0,335
321	Çanakkale	Eceabat	0,058	3	0,338
322	Trabzon	Sürmene	0,056	3	0,340
323	Rize	Çayeli	0,054	3	0,342
324	Afyonkarahisar	Sandıklı	0,052	3	0,344
325	Denizli	Acıpayam	0,052	3	0,344
326	Çanakkale	Ezine	0,043	3	0,353
327	Manisa	Alaşehir	0,038	3	0,358
328	Tokat	Turhal	0,037	3	0,359
329	İğdır	Merkez	0,033	3	0,363
330	Ankara	Ayaş	0,032	3	0,364
331	Yalova	Armutlu	0,029	3	0,367
332	Erzurum	Oltu	0,025	3	0,371
333	Bolu	Gerede	0,024	3	0,372
334	Ankara	Kızılcahamam	0,022	3	0,374
335	Karaman	Kazımkarabekir	0,022	3	0,374
336	Rize	Fındıklı	0,018	3	0,378
337	Diyarbakır	Bağlar	0,017	3	0,379
338	Adana	Kozan	0,016	3	0,380
339	Giresun	Tirebolu	0,014	3	0,382
340	Kırklareli	Pınarhisar	0,002	3	0,394
341	Sinop	Boyabat	-0,003	3	0,399
342	Kırıkkale	Bahşili	-0,005	3	0,401
343	Denizli	Buldan	-0,011	3	0,407
344	Samsun	Çarşamba	-0,015	3	0,411
345	Trabzon	Çaykara	-0,023	3	0,419
346	Sakarya	Pamukova	-0,024	3	0,420
347	Kütahya	Simav	-0,027	3	0,423
348	Hatay	Payas	-0,028	3	0,424
349	Hatay	Samandağ	-0,029	3	0,425
350	Kırklareli	Vize	-0,032	3	0,428
351	Burdur	Karamanlı	-0,034	3	0,430
352	Isparta	Gönen	-0,034	3	0,430

761	Burdur	Altınyayla	-0,663	5	1,059
762	Sivas	Altınyayla	-0,664	5	1,060
763	Amasya	Hamamözü	-0,665	5	1,061
764	Aksaray	Sultanhanı	-0,667	5	1,063
765	Kayseri	Sarız	-0,670	5	1,066
766	Konya	Akören	-0,672	5	1,068
767	Kayseri	Tomarza	-0,674	5	1,070
768	Trabzon	Hayrat	-0,676	5	1,072
769	Kırklareli	Koçfaz	-0,677	5	1,073
770	Isparta	Aksu	-0,679	5	1,075
771	Konya	Hadim	-0,681	5	1,077
772	Konya	Yalıhüyük	-0,682	5	1,078
773	Karaman	Ayrancı	-0,683	5	1,079
774	Konya	Tuzlukçu	-0,686	5	1,082
775	Eskişehir	Han	-0,687	5	1,083
776	Sinop	Durağan	-0,687	5	1,083
777	Aksaray	Gülağaç	-0,688	5	1,084
778	Aydın	Karpuzlu	-0,693	5	1,089
779	Malatya	Yazihan	-0,696	5	1,092
780	Batman	Hasankeyf	-0,697	5	1,093
781	Çorum	Ortaköy	-0,697	5	1,093
782	Kırşehir	Çiçekdağı	-0,697	5	1,093
783	Çankırı	Orta	-0,699	5	1,095
784	Ordu	Korgan	-0,704	5	1,100
785	Gümüşhane	Kürtün	-0,705	5	1,101
786	Bitlis	Ahlat	-0,706	5	1,102
787	Konya	Taşkent	-0,710	5	1,106
788	Elazığ	Baskil	-0,714	5	1,110
789	Çankırı	Kızılırmak	-0,715	5	1,111
790	Van	Erciş	-0,715	5	1,111
791	Malatya	Kale	-0,717	5	1,113
792	Kahramanmaraş	Andırın	-0,718	5	1,114
793	Çorum	Mecitözü	-0,719	5	1,115
794	Şırnak	Beytüşşebap	-0,723	5	1,119
795	Bayburt	Demirözü	-0,724	5	1,120
796	Diyarbakır	Bismil	-0,727	5	1,123
797	Elazığ	Alacakaya	-0,729	5	1,125
798	Tokat	Yeşilyurt	-0,729	5	1,125
799	Bingöl	Solhan	-0,730	5	1,126
800	Ordu	Ulubey	-0,730	5	1,126
801	Samsun	Salıpazarı	-0,730	5	1,126
802	Bartın	Kurucaşile	-0,732	5	1,128
803	Konya	Emirgazi	-0,733	5	1,129
804	Niğde	Çamardı	-0,733	5	1,129
805	Gaziantep	Araban	-0,736	5	1,132
806	Elazığ	Palu	-0,737	5	1,133
807	Sivas	Hafik	-0,742	5	1,138
808	Ordu	Kabadüz	-0,744	5	1,140
809	Tunceli	Nazımiye	-0,744	5	1,140
810	Samsun	Asarcık	-0,745	5	1,141
811	Nevşehir	Acıgöl	-0,746	5	1,142

4. E-reçetede yer alan bilgilerin içeriği Medula Eczane Reçete Web Servislerinin Kullanım Kılavuzunda belirtilmiştir. E-reçetede yer alan bilgiler detaylı olarak anlatılmaktadır. Bu nedenle e-reçetede yer alan tüm bilgiler bu kılavuzdan erişilebilir. Ancak uygulamada birlikteliği sağlamak, yanlış anlamaları ortadan kaldırmak amacıyla bu bilgilerden bazıları aşağıda detaylı olarak açıklanmıştır.
1. Reçete Alt Türü; - Ayaktan Reçetesi - Yatan Reçetesi - Günübirlik Reçetesi - Taburcu Reçetesi- Acil Reçetesi - Yeşil Alan Reçetesi - Evde Bakım Reçetesi
Hekimin reçete alt türü seçeneğini gerekli durumlarda seçmesi gerekmektedir. Genel olarak reçete alt türünün seçilmesine gerek yoktur. İstisnalar aşağıda belirtilmektedir;
Ayaktan, Yatan, Günübirlik Reçetesi seçenekleri; Hastanın takibinde bulunan tedavi türüne göre e-reçete ekranına sağlık hizmet sunucusunun yazılımı tarafından seçili olarak getirilecektir.
Acil Reçetesi seçeneği; Takibin provizyon tipinin acil olmasına veya takip alınan branşa göre sağlık hizmet sunucusunun yazılımı tarafından seçili olarak getirilecektir. Taburcu Reçetesi seçeneği; Hekim tarafından seçilmesi gerekmektedir. Taburcu reçetesi seçimine tedavi türü yatan ise izin verilecektir.
Yeşil Alan Reçetesi seçeneği; Hekim tarafından seçilmesi gerekmektedir. Evde Bakım Reçetesi seçeneği; Hekim tarafından seçilmesi gerekmektedir.
2. Reçete Türü; - Normal - Kırmızı - Turuncu - Mor - Yeşil Reçete türü seçeneği ekranda normal seçilmiş olarak gelecektir. Hekim kırmızı, turuncu, mor, yeşil reçete kapsamında bir ilaç yazacaksa reçete türü olarak ilgili reçeteyi seçmesi gerekmektedir.
Reçete türü normal seçildiği halde diğer reçete türlerinde bir ilaç yazılırsa uyarı verilerek buna izin verilmeyecektir. Ancak kırmızı, turuncu, mor ya da yeşil reçete türü seçilirse bu reçete içerisine bu kapsamdaki ilaçlar ile birlikte normal reçete türündeki ilaçlarda yazılabilecektir. Kırmızı, turuncu, mor ve yeşil reçeteler e-reçete olarak oluşturulmuş olsalar dahi Sağlık Bakanlığının ilgili mevzuat hükümleri doğrultusunda yine manuel olarak oluşturulmaya devam edilecek ancak Kuruma ibraz edilmeyecektir.
3. Reçete Tarihi; Reçete tarihi, Medula Takip No Tarihi olarak hekimin ekranına sağlık hizmet sunucusunun otomasyon sistemi tarafından otomatik olarak getirilecektir. Ancak istenirse reçete tarihi bu tarihten daha ileri bir tarih olarak seçilebilir. Bu tarihten geri bir tarih seçilemez.
4. İlaç adı; Medula Eczane Reçete Web Servislerinin Kullanım Kılavuzunda Kurum sisteminde kayıtlı olan ilaçların;
 - Aktif ilaç listesi (Kurumca geri ödemesi yapılan ilaçların listesi) - Aktif ilaç pasif barkod listesi (Kurumca ilacın geri ödemesi var ancak bu ilaca ait geri ödemesi yapılmayan barkodların listesi)
 - Pasif ilaç listesi (Kurumca geri ödemesi yapılmayan ilaçların listesi) listelerinin sağlık hizmet sunucuları tarafından alınabilmesi amacıyla web servis hazırlanmıştır. Bu servis Medula sisteminin çalışma yoğunluğunun en az olduğu gece 23:00- 07:00 saatleri arasında çalışacak olup sağlık hizmet sunucuları bu listeleri tarihe bağlı olarak alabilirler. Bu listelerin sağlık hizmet sunucuları tarafından güncel olarak alınması çok önemlidir. Aksi takdirde ödenen bir ilaç hekim tarafından ödenmeyen, ödenmeyen bir ilaçta hekim tarafından ödenen olarak değerlendirilebilecektir. Bu durumda hasta mağduriyeti oluşabilecektir. Hekim SGK'nın geri ödemesini yaptığı bir ilacı seçebileceği gibi SGK'nın geri ödemesini yapmadığı bir ilacıda seçerek e-reçeteye yazabilecektir. Ancak e-reçetenin MEDULA sistemine kaydı esansında ilacın SGK'nın geri ödeme listesinde yer almadığı bilgisi MEDULA sistemi tarafından ilgili tesise bildirilecektir.
5. Kutu adedi; Kutu adedi bu bölümde belirtilecektir.
6. Kaç Kez/Seferde Kaç Doz; İlacın kaç sefer (doz 1 alanı) ve her bir seferde hangi miktarda (doz 2 alanı) verileceği belirtilecektir. Sağlık hizmet sunucularına ödenen/ödenmeyen ilaç listeleri verilirken aynı listeler içerisinde "ambalaj miktarı" ve "tek doz miktarı" bilgileri de verilmektedir. Kaç kez (doz1) alanına ilacın belirlenen peryotta kaç sefer verileceği yazılacaktır. Seferde kaç doz (doz 2) alanına her bir seferde ne kadar miktar ilaç kullanılacağı. Bu bölümde ilaç miktarları ile ilgili ayrıca bir bilgi eklenmesi istenirse bu bilgi ilaç açıklama alanına eklenebilecektir. Örneğin e-reçetede

ADLİ TIP

Dr. Nezih Varol

- **“Hekimlik bir sanattır,”** Bu sanat; sağlık hakkı ve hasta hakkı kapsamında sağlık çalışanı olarak yerine getirilmesi gereken, topluma karşı bir ödevden (edim - borç) ileri gelmektedir.

!

- Tüm hekimler, uzman olsun veya olmasınlar meslek yaşamlarında bu sanatı icra ederken, pratik adli tıp uygulamalarını da yerine getirmeleri de ödevleri gereğidir.
- Bu kitapta okuyucuya kolaylık sağlayacak reçete niteliğinde bilgiler aktarılacaktır.
- Toplumun kişilik ve sağlık haklarının korunması kadar, adalet beklentilerinde de, hekimlere ödevler düşmektedir.
- 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun’da, (Madde 13) kişilerin bedeni ve aklı durumu hakkında rapor tanzimine, sadece bu kanuna göre meslek icrası hakkına sahip tabipler yetkili kılınmıştır.
- Mahkemelerde bilirkişilik için başvurulacak tabiplerin de bu özelliğe sahip olması gerektiği yine bu kanunda (Madde 11) yer almaktadır

!

- Bilirkişi (expert witness), hakim tarafından bilinmeyen, bilinmesi de olanaklı olmayan teknik veya özel bir bilginin mahkemece aydınlatılması konusunda başvurulun, mesleği ve deneyimleri sayesinde ortalama bir kişiden daha çok bilgiye sahip olduğu düşünülen güvenilir ve yeterli uzman bir tanıktır.
- Bilirkişilerin nitelikleri, eğitimi, seçimi ve denetimine ilişkin usul ve esasların belirlenmesi ile bilirkişilik için etkin ve verimli bir kurumsal yapı oluşturulması amacıyla 24.11.2016 tarihinde 29898 sayılı Resmi Gazetede 6754 sayılı **“Bilirkişilik Kanunu”** yayınlanmıştır.
- Ancak kanunun amacında da belirtildiği gibi kanunlarda bilirkişilik hizmeti verebileceği öngörülen kurumlar ile yargı mercilerinin talebi üzerine bilimsel ve teknik görüş bildiren kamu kurum ve kuruluşları bu Kanunun kapsamı dışında tutulurken, Tıp alanında hizmet veren tüm hekimler, sağlık hizmeti sunumunda yargı merciinin talebi üzerine bilirkişi olarak görev alabilmektedir.
- 6754 sayılı kanuna göre; Bilirkişi, görevini dürüstlük kuralları çerçevesinde bağımsız, tarafsız ve objektif olarak yerine getirir. Raporunda çözümü uzmanlığı, özel veya teknik bilgiyi gerektiren hususlar dışında açıklama yapamaz; hukuki nitelendirme ve değerlendirmelerde bulunamaz. Genel bilgi veya tecrübeyle ya da hâkimlik mesleğinin gerektirdiği hukuki bilgiyle çözümlenmesi mümkün olan konularda bilirkişiye başvurulamaz. Kendisine tevdi olunan görevi bizzat yerine getirmekle yükümlü olup, görevinin icrasını kısmen yahut tamamen başka bir kimseye devredemez. Görevi sebebiyle kendisine tevdi edilen bilgi ve belgelerin veya öğrendiği sırların gizliliğini sağlamakla yükümlüdür. Bu yükümlülük, bilirkişilik görevi sona erdikten sonra da devam eder. Çözümü uzmanlığı, özel veya teknik bilgiyi gerektiren sorun açıkça belirtilmeden ve inceleme yaptırılacak konunun kapsamı ile sınırları açıkça gösterilmeden bilirkişi görevlendirilemez. Aynı konuda bir kez rapor alınması esastır; ancak rapordaki eksiklik veya belirsizliğin giderilmesi için ek rapor istenebilir. Ulusal Yargı Ağı Bilişim Sistemi ile bu Sisteme entegre bilişim sistemleri bilirkişiye başvurulamaz. Şeklimde temel prensipler açıklanmıştır.

GENEL ADLİ MUAYENE RAPORU

..... SAĞLIK KURULUŞUNUN ADI GÖNDERİLEN RESMİ KURUM

Rapor tanzim tarihi ve saati :/../..

Rapor no :

Gönderen Makam :

Resmî yazı tarihi, no :/../..

EŞLİK EDEN RESMÎ GÖREVLİNİN

Adı soyadı :

Sicil no :

MUAYENEYE GÖNDERİLME NEDENİ

AÇIKLAMALARA bakınız

MUAYENE EDİLENİN TIBBİ KİMLİĞİ :
Geçerli kimlik belgesi olmayanlar için doldurulacaktır

MUAYENE EDİLENİN

T.C. Kimlik no :

Adı soyadı :

Baba adı :

Doğum yeri ve tarihi :/../..

Cinsiyeti : ☐ Kadın ☐ Erkek

Mesleği :

MUAYENE KOŞULLARI

Bu bölümü, gözaltı işlemi ve insan hakları ihlali iddiası nedeniyle muayeneye getirilen kişiler için mutlaka doldurunuz.

Uygun ortam sağlandı mı ? : ☐ Evet ☐ Hayır 8 Nedeni:Muayene sırasında bulunan kişiler : ☐ Tabip ve muayene edilen ☐ Güvenlik görevlisi
☐ Sağlık mesleği mensubu personel ☐ Muayene edilenin müdafiiMuayene edilenin giysileri : ☐ ☐ Kısmen çıkartıldı ☐ Çıkartılmadı

MUAYENEYE ESAS OLAYLA İLGİLİ BİLGİLER

Bu bölümdeki bilgileri, muayeneye getirilen kişinin ifadelerine göre doldurunuz.

OLAYIN ÖYKÜSÜ : Tarih ve saat bilgilerini belirtmeyi unutmayınız

.....

.....

.....

.....

MUAYENE EDİLENİN ŞİKAYETLERİ :

.....

.....

.....

.....

MUAYENE EDİLENİN TIBBİ ÖZGEÇMİŞİ :

.....

.....

- Fitokimyasallar içeren kırmızı ve mor renkli meyve ve sebzeler başta olmak üzere tüm meyve ve sebzelerden zengin bir diyet planlanmalıdır (9,10).
- Kardiyovasküler risk, metabolik sendrom ve kardiyometabolik risk faktörleri ile ilişkili olduğundan rafine tahıllar yerine ata tohumu tahıllar beslenmeye dahil edilmelidir (11).
- Bitkisel ve hayvansal sağlıklı ve kaliteli protein kaynakları tüketilmelidir. Baklagiller aynı zamanda iyi lif kaynakları olduğundan daha düşük kardiyovasküler risk ile ilişkilidir (12).
- Miyokard enfarktüsü ve kalp yetmezliği insidansının daha düşük olmasıyla ilişkili olan balık ve deniz ürünlerinin haftada 2-3 porsiyon alınması gerekmektedir (13,14).
- DASH diyetinin bileşenleri olan yağsız veya düşük yağlı süt ürünleri beslenmeye dahil edilmelidir (15,16).
- Kırmızı et açısından zengin beslenme modelleri kardiyovasküler hastalık insidansını, vücut kitle indeksini ve bel çevresini arttırabileceğinden yağsız veya az yağlı kısımları tercih edilmeli. İşlenmiş et formlarından kaçınılmalıdır (17).
- LDL kolesterolü ve hastalık riskini azaltması sebebi ile hayvansal yağlar yerine hindistan cevizi yağı ve zeytinyağı tercih edilmelidir (17).
- İşlenmiş gıdalar ve rafine şeker içeren besinler yerine minimum işlenmiş gıdalar tercih edilmelidir (18).
- Kan basıncı ile doğrudan ilişkili olduğundan tuz miktarı sınırlandırılmalıdır (19).
- Hemorajik inme ve atriyal fibrilasyon ile ilişkili olduğundan alkol alımı sınırlandırılmalı veya kaldırılmalıdır (20).

KALP HASTALIKLARI - DİYET LİSTESİ ÖRNEĞİ (Az Yağlı, Az Tuzlu)

KAHVALTI:

2 adet haşlanmış yumurta
10-12 adet zeytin (az tuzlu)
4 YK lor peyniri
1 dilim tahıllı / çavdar ekmeği
Bolca söğüş (üzerine 1 TK zeytinyağı + kekik)

ÖĞLE YEMEĞİ:

Akdeniz Salatası
(Renkli sebzelerle hazırlanmış salata malzemeleri üzerine
1 dilim peynir + 2 tam ceviz + 1 adet közlenmiş karpas biber + yarım avuç kabak çekirdeği + 1 tatlı kaşığı zeytinyağı/hindistan cevizi yağı eklenir)
1 bardak ayran

ARA ÖĞÜN:

1 porsiyon taze meyve (mor ve kırmızı meyvelere öncelik verilebilir)
Yarım avuç kabak çekirdeği içi
1 fincan yeşil çay (tansiyon problemi yoksa)

AKŞAM YEMEĞİ:

2 dilim somon
1 kase roka salatası (ekstra tuz eklemeyin)

KARACİĞER YAĞLANMASI

NAFLD beslenme tedavisinde amaç karaciğer enzim düzeylerini iyileştirmek, yağlanma seviyesini azaltmak, karaciğer fonksiyonlarını iyileştirmek, ciddi kısıtlamalar olmadan yeterli miktarda besin ögesini sağlamak, pozitif azot dengesi elde etmektir. Eğer varsa besin eksiklerinin beslenme veya supplement ile düzeltilmesi hastalığın uzun vadede prognozunu iyileştirir.

AKŞAM YEMEĞİ:

- **Bademli Salata**
 - 1 SB haşlanmış kinoa veya karabuğday
 - yarım demet maydanoz
 - Yarım demet dereotu
 - 4-5 adet badem
 - 1 YK zeytinyağı, nar ekşisi, limon.
- + 1 bardak ayran

LAKTOZ İNTOLERANSI

Laktoz, glikoz ve galaktozun β -1,4 glikozid bağıyla birleşmeleriyle oluşan bir disakkarittir. İnce bağırsaktan salınan laktaz florizin hidrolaz enzimiyle metabolize edilmektedir. Bu enzim aktivitesini kolay kaybedebilen bir enzimdir. Bu enzim işlev göremediğinde sindirilmeyen laktoz kalın bağırsığa geçer ve burada osmolariteyi artırır. Bağırsığa geçen yüksek miktardaki su ve elektrolit diyareye sebep olabilir. Kalın bağırsakta yer alan sindirilmeyen laktoz, CH₄ gazını oluşturur ve distansiyona yol açabilir.

Laktoz intoleransının birincil tedavisi diyetten laktozu çıkarmaktır. Bu durum besin ögesi yetersizliklerine sebep olabileceğinden ileri evrelerde kemik mineral dansitesinin bozulmasına yol açabilir ve başka hastalıklara zemin hazırlayabilir. Normal şartlarda laktozun tamamen diyetten elimine edilmesi gerekmektedir. Fakat sekonder laktoz intoleransı olan birçok hasta tarafından yoğurt iyi tolere edilmektedir. Yoğurdun içerisinde bulunan *Lactobacillus bulgaria* ve *Streptococcus thermophilus* laktozun %25-50'sinin parçalanmasını sağlar.

Yetişkinlerin günlük kalsiyum gereksinimi 1000 mg, adölesanların 1300 mg, 50 yaşın üzerindeki bireylerin ise 1200 mg'dır.

Besinler	Miktar	Laktoz Miktarı (g)
Koyun Sütü	1/2 su bardağı	4.7
Keçi Sütü	1/2 su bardağı	4.4
İnek Sütü	1/2 su bardağı	4.8
Yoğurt	100 g	3
Süzme Yoğurt	100 g	2.2
Mozarella / Otlu Peynir	30 g	0
Kaşar peynir	100 g	0
Beyaz peynir	30 g	0
Labne peynir	30 g	0.8
Eritme peynir	30 g	0.3
Lor peynir	30 g	0
Keçi peyniri	35 g	0
Kefir	1/2 su bardağı	4.8
Peynir altı suyu	30 g	4.7
Süt tozu	1 tatlı kaşığı	0.8

LAKTOZSUZ DİYET LİSTESİ ÖRNEĞİ**KAHVALTI:**

2 yumurtalı mantarlı/sebzeli omlet
 1 dilim laktozsuz peynir / tofu
 1 dilim tahıllı / çavdar ekmeği
 Söğüş

ÖĞLE YEMEĞİ:

5 adet ızgara köfte
 Yoğurtlu semizotu salatası (laktozsuz yoğurt ile hazırlanmış)

AKŞAM YEMEĞİ

5-6 adet köfte

1 kase salata

(salata içerisine çeyrek adet limon + 1 adet kapya biber + 4-5 YK haşlanmış nohut eklenir)

B12 YETERSİZLİĞİ VE DİYET

B12 vitamini kan ve sinir hücrelerinin uyarılmasında, metilkobalamin ve timin sentezinde gereklidir. Bu nedenle seviyesine göre beslenme ve takviyelerle desteklenmelidir (53).

Önerilen günlük b12 vitamini alımı yetişkinlerde 2.4 mcg, hamile ve emziren kadınlarda sırasıyla 2.6 mcg, 2.8 mcg'dır (55,56).

B12 vitamini bitkisel kaynaklarda bulunmaz bu nedenle vejetaryenler ve veganlar yakından takip edilmelidir.

Yiyecekler	B12 Miktarı
Kuzu (pişmiş, 90g)	2.7 mg
Ton balığı(90 g)	2.5 mg
Pişmiş somon (90 g)	2.4 mg
Dana kıyma (pişmiş, 90 g)	2.3 mg
Tavuk göğüş (pişmiş 90 g)	0.5 mg

B12 EKSİKLİĞİ - DİYET LİSTESİ ÖRNEĞİ

KAHVALTI:

2 adet haşlanmış yumurta / omlet

1 dilim peynir

6-7 adet zeytin

1 dilim tahıllı ekmek

Söğüş

ÖĞLE YEMEĞİ

Sebzeli ciğer sote (ciğer güvenilir yerden alınmalı)

1 kase salata

ARA ÖĞÜN:

1 porsiyon taze meyve

1 bardak ayran

AKŞAM YEMEĞİ

Kıymalı zeytinyağlı sebze yemeği (60-90 g kıyma yeterlidir)

5 YK bulgur pilavı

3 YK yoğurt

SAFRA KESESİ TAŞI VE BESLENME

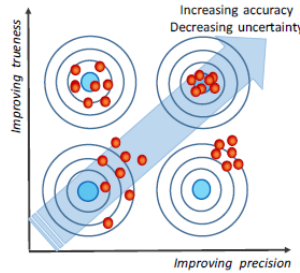
Karaciğerin yağları ve yağda çözünen vitaminleri sindirmek ve absorbe etmek için ürettiği safranin, gerektiğinde ince bağırsağa salınması için depolandığı yer safra kesesidir. Günümüzde safra kesesi taşı varlığında yağ oranının azaltılması önerilir. Daha önceki yıllarda önerilen 'çok düşük yağlı diyetler' taş oluşumunu destekleyebileceğinden önerilmemektedir (57).

- Hasta fazla kilolu veya obez ise ideal vücut ağırlığına sahip olması istenir. Ancak çok küçük kalorili diyetler veya bariatrik cerrahi operasyonları sonrası çok hızlı kilo kayıpları önerilmez, safra kesesi taşı riskini arttırabilir.
- Çeşitli sebze ve meyvelerin yer aldığı, vücudun ihtiyaç duyduğu mikro besin öğelerini içeren bir beslenme planı önerilir. Yeterli lif alımı için yulaf, kahverengi pirinç ve kinoa gibi tam tahıllar tercih edilmelidir. Fazla lif alımı (>30 g/kg) sindirim problemlerine yol açacağından önerilmez.

6. Gebelik: Damar içi hacmin artması bazı parametrelerin (örn. üre, eritrositler, hematokrit, toplam protein) dilüsyonuna, GFR'nin artmasına, böbrek tübüllerinde glukoz geri emiliminin azalmasına (renal glikozüri), lipid düzeylerinin ve bazı spesifik proteinlerin üretimine (örn. seruloplazmin, transferrin, TBG) artar.
7. Vücut ağırlığı: Bir endokrin organ olarak yağ dokusu, metabolizmayı ve laboratuvar bulgularını önemli ölçüde etkiler. Yemek sonrası kan şekeri, insülin, CRP, TAG, kolesterol, ürik asit ve kortizol artışı en sık görülen durumlardır.
8. Diğerleri: Sigara, alkol, bol miktarda uyuşturucu ve ilaç biyokimyasal sonuçları farklı şekilde etkileyebilir.

1.4 Analitik varyasyon kaynakları

- Test sonuçları üzerindeki analitik etki, yetenekli analistlerin bulunduğu iyi bir laboratuvar da bile belirli bir sistematik derecede meydana gelir. Testin aşağıdaki analitik özelliklerine bağlıdır:
- Doğruluk
- Hassaslık



- Bu terimlerin anlamını ve etkisini göstermek için “dart tahtası” benzetmesi kullanılmıştır. Doğru bir yöntem gerçek değere yakın sonuçlar verir. Kesin bir yöntem, birbirine yakın sonuçlar verir, ancak gerçek değere mutlaka yakın olması gerekmez. Hatalar (aykırı değerler) veya büyük ölçüde hatalı sonuçların, gerçek değerle tahmin edilebilir bir ilişkisi yoktur ve bunlar çoğunlukla numunenin ölçüm sırasında yanlış etiketlenmesinden kaynaklanır. Raporun hazırlanması sırasında toplama veya kayıt hataları.
- Başka bir preanalitik faktör grubu, bazı analitlerin kan konsantrasyonunda bireyler arası farklılıklara neden olur ve biyolojik çeşitliliğin başka bir kaynağını temsil eder. Örneğin:
 1. Yaş: Serum alkalın fosfataz aktivitesi, fosfat, kreatinin, seks hormonu ve gonadotropin konsantrasyonları yaşa uygun referans aralıklarına sahip analitler için örnektir.
 2. Cinsiyet: kreatinin, ürik asit, CK, GGT aktivitesi ve seks hormonu konsantrasyonlarını etkiler.
 3. Etnik köken: Asyalılar, beyaz popülasyona göre daha düşük ADH aktivitesine sahiptir ancak tükürük amilaz (AMS) aktivitesi daha yüksektir. Afrikalılarda ve Afrikalı Amerikalılarda beyaz popülasyona göre daha düşük lökositler ve daha yüksek B12 vitamini, CK, AMS seviyeleri vardır. Kolesterol ve bazı plazma proteinleri için etnik farklılıklar da rapor edilmiştir; bunlar muhtemelen çevresel ve diyetel faktörlerden kaynaklanmaktadır;
 4. Genetik: Kan grubu 0 olan bireylerin von Willebrand faktör aktivitesi daha düşüktür (diğer gruplarla karşılaştırıldığında sadece %35), bazı talasemiler için heterozigot olanlar yaşam boyu daha düşük hematolojik parametrelere (MCV, ortalama hücre hacmi) sahiptir.

Girişim (interferans) ve numune kontaminasyonu

- Serum veya plazma bileşimini kontamine eden ve/veya laboratuvar yöntemlerine müdahale eden in vitro etkili diğer faktörler de laboratuvar sonuçlarında hatalara neden olabilir. Bunlar serumun patolojik görünümünü veya kıvamına neden olan içerir. Tablo 1.5'te listelenen hemoliz, lipemi, hiperbilirubinemi ve diğer faktörlerdir.

Tablo 3.1 Karaciğerdeki Metabolik Süreçler	
Metabolizma	Ayrıntılı Süreçler
Şeker	Glukoneogenez, glikojen sentezi ve yıkımı, pentoz döngüsü
Yağ	Yağ asitlerinin sentezi ve degradasyonu, kolesterol, TAG; lipoprotein sentezi ve temizlenmesi, safra asitlerinin sentezi; ketogenez
Protein	%90 plazma proteinlerinin sentezi ve yıkımı (immünoglobulinler ve proteohormonlar hariç), üre sentezi, perivenöz hepatositlerde glutamin üretimi (çoğunlukla asidozda)
Hormon	Steroid hormonların metabolizması ve atılımı, polipeptit hormonların metabolizması, D vitamininin 25-hidroksilasyonu
Bil	konjugasyon, safraya atılım
İlaçlar	biyotransformasyon ve atılım
Depolama	glikojen, A vitamini, B12 vitamini, demir, bakır, kan deposu - kan hacminin ~%10'u
Diğerleri	pürin metabolizması, ürik asit sentezi; kemik iliği bozukluklarında ekstrasmedüller hematopoez; termoregülasyon; A-B dengesi düzenlemesine katılım

3.1 Karaciğer fonksiyon testleri

- Tarihsel adı karaciğer fonksiyon testleri (KFT), bunların karaciğer fonksiyon bozukluğu hakkında bilgi vermesi gerektiğini düşündürmektedir. Rutin karaciğer testleri esas olarak rutin olarak kullanılan hepatik enzimlerden oluşur ve karaciğere özgüdür ve ayrıca diğer dokuların hücrelerinde de bulunur. Bu biyokimyasal KFT'ler aşağıdakilere ayrılabilir (Tablo 3.2):

Tablo 3.2 En Sık Kullanılan Karaciğer Fonksiyon Testlerine Genel Bakış		
Test	Bölge ve Önem	Klinik İfade
AST	Karaciğer, böbrek, kalp, kas, beyin, RBC	Hepatoselüler hasar
ALT	Karaciğer, diğer dokularda düşük aktivite	Hepatoselüler hasar
BIL	Hepatik veya ekstrahepatik bozukluk	Kolestaz, bozulmuş konjugasyon veya safra yolu tıkanıklığı
ALP	Kemik, bağırsak, karaciğer, plasenta	
GGT/GMT	↑ALP ile hepatobiliyer kökene işaret eder	Kolestaz veya safra yolu tıkanıklığı
Alb	Diyet veya karaciğer	Sentez fonksiyonu
PT,INR	Karaciğer pıhtılaşma faktörlerini sentezler	Sentez fonksiyonu
NH3	Ürenin karaciğer sentezi	Sentez + detoksifikasyon fonksiyonu

3.2 Hepatositlerin bütünlüğü hakkında bilgi veren testler

- Serumda ölçülen aspartat aminotransferaz (AST) ve alanin aminotransferaz (ALT) enzimlerinin aktiviteleri, akut hepatoselüler hasarın hassas bir belirteci olarak klinik uygulamada yaygın olarak kullanılmaktadır. Aminotransferazların doku özgüllüğü düşüktür; ancak serum ALT ölçümü AST'ye göre daha karaciğere özgüdür. Hepatosit, ALT'tan daha fazla AST içerir, ancak AST'nin yalnızca 1/3'ü sitozole yerleşmiştir ve 2/3 kısmı mitokondriye bağlıdır. ALT'nin hepatositteki içeriği daha azdır, ancak miktarın tamamı sitozolde bulunur. Farklı kökenli orta derecede hepatoselüler hasar sırasında (örn. iskemi, şok, akut kalp yetmezliği, viral veya toksik hasar), hepatositlerden dolaşıma aminotransferazların yalnızca sitozolik fraksiyonu sızar, dolayısıyla kandaki ALT aktivitesi AST'den daha yüksektir. Nekroz ve hücrelerin parçalanmasıyla birlikte ciddi hepatoselüler hasar durumunda hem sitozolik hem de mitokondriyal izoenzimler dolaşıma salınır ve serum AST aktivitesi, ALT'den daha fazla artma eğilimindedir. Hepatosit hasarı ne kadar ciddi olursa, serumda AST'nin ALT üzerindeki aktivitesi o kadar baskın olur. Serum aminotransferazların aktivitesi esas olarak hepatoselüler hasarda artar ancak diğer dokulardan da kaynaklanabilir (Tablo 3.3).

Tablo 4.1 Diyabet Mellitus'un Etiyolojik Sınıflandırması

Kategori	Sıklık	Özellikler
Tip 1 diyabet	% 5 – 10	- β hücre yıkımı (bağıışıklık aracılı veya idiyopatik), - genellikle mutlak insülin eksikliğine yol açar - çevresel faktörler tarafından değiştirilen çoklu genetik yatkınlıklar - diğer otoimmün bozukluklara yatkınlık - HLA DR3, DR4 (%95) ve anti-GAD (%85) ile ilişki
Tip 2 diyabet	%90-95	- ağırlıklı olarak insülin direnci ve göreceli insülin eksikliğinden ağırlıklı olarak salgısal bir defekte ve insülin direncine kadar değişebilir - güçlü genetik yatkınlık
Gebelik diyabeti	~gebeliğin %7'si	- 20. gebelik haftasından sonra başlayan veya ilk kez fark edilen herhangi bir glikoz intoleransı derecesi
Diğer spesifik tipler	%1-2	- ekzokrin pankreas hastalıkları (kistik fibroz, kronik pankreatit, kalıtsal hemokromatozis - endokrin hastalıkları (akromegali, Cushing sendromu ve hastalığı, glukagonoma, feokromositoma, prolaktinoma...) - B hücresi fonksiyonunun genetik defektleri (MODY, neonatal DM) - insülinin etkisindeki genetik defektler - ilaç ve kimyasal kaynaklı DM (glukokortikoidler, β -adrenerjik agonistler, tiyazidler, tiroid hormonları, diazoksit, γ -interferon) HLA DR - insan lökosit antijeni DR izotipi, GAD - glutamik asit dekarboksilaz, MODY - Gençlerde Olgunluk Başlangıçlı Diyabet

Hiperglisemi

- Diyabetin gelişiminde ayrı ayrı veya birlikte rol oynayan ana patojenik süreçler beta hücre disfonksiyonu ve insülin direncidir. Açlık ve tokluk hiperglisemisi, insülinin glikozu dokulara taşıyabildiği etkinliğin azalması ve işlevsel β hücrelerinin sayısındaki azalmanın birleşiminden kaynaklanır. İnsülin direnci, hücre yüzeyindeki reseptörden glikoz taşınmasını düzenleyen hücre içi proteinlere kadar olan yoldaki herhangi bir yerde insülin etkilerindeki anormallikler için kullanılan bir terimdir.
- Diyabet tanısı geleneksel olarak kronik hipergliseminin tanımlanmasına dayanır. Tarama için kullanılabilen testler açlık plazma glukozunun (FPG), glikozlanmış hemoglobinin (HbA1c) ve oral glukoz tolerans testi (OGTT) sırasında 75 g glukoz verildikten sonraki 2 saatlik plazma glukozunun ölçümüdür - Tablo 6.4. Hastalığın klinik belirtileri (susuzluk, poliüri, karın ağrısı, yorgunluk, kilo kaybı) olan hastalarda, venöz plazmada kazara $\geq 11,1$ mmol/L (200mg/dL) glisemi diyabet tanısını doğrular. Klinik belirtiler açıkça belirtilmemişse, diyabet tanısı laboratuvar ölçüm belirsizliğini ekarte etmek için açlık plazma glukozunun veya OGTT ile doğrulanmış 2 saatlik plazma glukozunun tekrarlanan bulgusunu gerektirir. Açlık glukozu 5,6 - 6,9 mmol/L (100,9- 124,3 mg/dL) aralığında olduğunda, OGTT yapılır ve glisemi glukoz verildikten sonra 2 saat boyunca tanısaldır. Diyabet tanısı için belirlenmiş tüm kriterler Tablo 4.2'te listelenmiştir.

Tablo 4.2 Diyabet ve Prediabet Tanısı İçin Kriterler

Kriter	Diabetes Mellitus	Prediabet
FPG	≥ 7.0 mmol/L (126 mg/dL) ya da	5,6 – 6,9 mmol/L (100-125 mg/dL) IFG: Bozulmuş açlık glikozu
OGTT'de 2h-PG	≥ 11.1 mmol/L (200 mg/dL) veya	7.8 – 11.1 mmol/L (140-199 mg/dL) IGT: Bozulmuş glikoz toleransı
HbA1c	≥ 6.5 (48 mmol/mol Hb)* ya da	%5.7–6.4
Hiperglisemi semptomları ve rastgele plazma glikozu $\geq 11,1$ mmol/L (200 mg/dL)		

Test, DDCT testi veya IFCC standardına göre standardize edilmiş yöntemle gerçekleştirilmelidir

- DLP'ye yönelik klinik yaklaşım üç aşamada belirlenebilir : hiperlipideminin tanınması, altta yatan nedenlerin araştırılması (ikincil hiperlipidemiler) ve birincil bozuklukların bu şekilde sınıflandırılması:
 - Yüksek LDL seviyelerine bağlı hiperkolesterolemi. Buna baskın olarak iletilen FH (Ailesel) ve daha yaygın olan poligenik hiperkolesterolemi dahildir. Yüksek HDL de bu gruba girer.
 - Endojen hipertriacilgliserolemi ve kombine hiperlipidemi (yüksek VLDL veya yüksek VLDL ve LDL). Bu, normal veya sınırda kolesterol ve FCH'nin fenotipik varyantları ile endojen hipertriacilgliserolemiyi içerir.
- Ekzojen hipertriacilgliserolemi, özellikle diyet gibi şiddetlendirici faktörlerin açlık şiloomikronemisine yol açtığı durumlar.

Predominat Kolesterol Yükselmesi

- Ailesel hiperkolesterolemi (FH), plazma LDL-C seviyelerinin yaşam boyu yükselmesi nedeniyle erken CVD'ye neden olan monogenik bir dislipidemidir. Tedavi edilmezse, heterozigot FH'li (HeFH) erkekler ve kadınlar sırasıyla 55 ve 60 yaşlarından önce erken koroner kalp hastalığı geliştirirler. Kesin veya muhtemel HeFH'li bireylerde KKH riskinin en az 10 kat arttığı tahmin edilmektedir. Ancak erken tanı ve uygun tedavi, KKH riskini önemli ölçüde azaltabilir. HeFH'nin popülasyondaki yaygınlığının 1/200 - 250 olduğu tahmin edilmektedir ve bu da dünya çapında toplam vaka sayısının 14 - 34 milyon arasında olduğu anlamına gelmektedir.
- Homozigot FH (HoFH), nadir görülen ve yaşamı tehdit eden bir hastalıktır. Klinik tablo, yaygın cilt ve tendon ksantomları, belirgin prematüre ve ilerleyici ASCVD ve çoğunlukla LDL-C formunda TC >13 mmol/L (>500 mg/dL) ile karakterizedir. Hastaların çoğu 20 yaşından önce koroner arter hastalığı ve aort stenozu geliştirir ve 30 yaşından önce ölür. HoFH sıklığının 1/160.000–1/320.000 olduğu tahmin edilmektedir. FH, LDL-R'deki (FH vakalarının yaklaşık %95'i) veya apoB genlerindeki 'işlev kaybı' mutasyonları veya PCSK9 genindeki 'işlev kazanımı' mutasyonu nedeniyle oluşan monogenik bir hastalıktır.
- Poligenik hiperkolesterolemi, olumsuz genetik (örn. apoE4 geni) ve dış (diyet, obezite, alkolizm vb.) faktörlerin bir kombinasyonundan kaynaklanır. İzole hiperkolesterolemi (TC ve LDL-C) FH'den daha düşük olma eğilimindedir. Cilt veya tendon ksantomları genellikle mevcut değildir. Popülasyondaki sıklık FH'ye kıyasla daha yüksektir ve 1:100 ila 1:200 olarak tahmin edilmektedir. Kardiyovasküler komplikasyon riski, erkeklerde beşinci on yılda, kadınlarda altıncı on yılda artar. Periferik arteriyel ateroskleroz riski sağlıklı popülasyona göre 2 - 3 kat daha yüksektir.

Kombine Hiperlipidemi

- Ailesel kombine hiperlipidemi (FCH), LDL-C, TAG'ler veya her ikisinin de yüksek seviyeleri ile karakterize edilen en sık görülen dislipidemidir (1:100 – 200) ve erken CHD'nin önemli bir nedenidir. FCH karmaşık bir hastalıktır ve fenotip, birden fazla genin ve çevresel faktörlerin etkileşimi ile belirlenir. Başlıca birleştirici özellik, karaciğerde aşırı apoB sentezi ve buna bağlı olarak artan miktarda belirgin şekilde proaterojenik küçük yoğun LDL partiküllerine dönüşen VLDL partiküllerinin üretimidir. T2DM ve metabolik sendromun dislipidemik fenotipleriyle önemli ölçüde örtüşmektedir. Bir aile içinde bile fenotip, lipid değerlerine (TAG, LDL-C, HDL-C ve apoB) dayalı yüksek kişilerarası ve aynı kişide değişkenlik göstermektedir. Bu nedenle, tanı klinik uygulamada sıklıkla gözden kaçmaktadır; ApoB >120 mg/dL ve TAG >1,5 mmol/L değerlerinin kombinasyonu ve erken yaşta kardiyovasküler hastalık öyküsü olan kişilerde FCH'nin büyük olasılıkla saptanması için kullanılabilir.
- Ailesel disbetalipoproteinemi nadirdir ve genellikle değişken penetranslı kalıtsal bir hastalıktır. Ailevi disbetalipoproteinemi, tedaviden önce hem TC hem de TAG'nin yükseldiği, genellikle her ikisinin de 7 – 10 mmol/L aralığında olduğu karakteristik bir klinik sendrom üretir. Şiddetli vakalarda, hastalarda özellikle dirsek ve dizlerin üzerinde tüberoerüptif ksantomlar ve avuç içi ve interdigital aralıklarda sarı renklenme (ksantoma striae palmarum) gelişir. Göz kapaklarında ve arcus cornealis'te ksantelazma yoktur.

- o yüksek lif ve gıdalardaki fitat içeriği ile düşük biyoyararlanımı da dahil olmak üzere demirin yetersiz diyet alımı;
- o emilim bozuklukları (malabsorpsiyon sendromları ve bağırsak ameliyatından sonraki durumlar);
- o artan demir kayıpları.
- Birkaç laboratuvar parametresi demir eksikliği hakkında bilgi verir (Tablo 11.3). Demir eksikliğini değerlendirmek için en iyi tanı testi düşük ferritindir. CKD'li hastalarda diğer parametreler önerilir (örn. % hipokromik eritrositler ve retikülositler.)

Tablo 11.3 Sideropeninin Farklı Evrelerindeki Laboratuvar Bulguları			
Sideropeni	Pre-Latent	Latent	Aşikâr
Demir depoları	↓	↓↓	↓↓ – 0
S-Fe	N	↓	↓↓
S-ferritin	↓	↓↓	↓↓ – 0
S-transferrin	N	N	N – ↑
% transferrin saturasyonu	N	↓	↓↓
sTrfR	↑	↑	↑↑
TIBC	N	↑	↑↑
Kemik iliğindeki sideroblastlar	N	N – ↓	↓↓ – 0
Anemi	Yok	Yok	Mevcut

Demir Fazlalığı

- Demir fazlalığı demir eksikliği kadar yaygın değildir. En yaygın nedenler kronik olarak artan oral veya parenteral alım ve genetik olarak belirlenen hemokromatozide enterositlerde artan emilimdir. (Tablo 11.4).
- Transferrin saturasyonu %35-40'ın üzerine çıkarsa, dolaşımdaki demirin bir kısmı potansiyel olarak toksik formda bulunur - sitrat veya albüminle kompleksler halinde. Demir kolayca o bağı terk eder ve hücrelere girer, burada yüksek reaktivitesi nedeniyle hasara veya hatta organ yetmezliğine neden olabilir.

Tablo 11.4 Demir Fazlalığının Nedenleri	
Mekanizma	Örnek
Yüksek alım	Diyette aşırı içerik, tekrarlanan transfüzyonlar
Artmış bağırsak emilimi	Kalıtsal hemokromatozis
Artmış ancak etkisiz eritropoez	Talasemi, konjenital sideroblastik anemi, Miyelodisplastik sendromu
Artmış eritrosit yıkımı	Konjenital hemolitik anemiler, orak hücreli anemi

11.3 Aneminin Diğer Biyokimyasal Yönleri

- Sideropenik anemi, olası anemi formlarından yalnızca biridir, yani kandaki hemogloblin konsantrasyonunun referans aralığının altına düşmesidir. Nedeni ne olursa olsun, tüm anemi türleri dokulara oksijen tedarikini olumsuz etkiler. Anemiler, eritrosit boyutuna göre mikrositik, normositik ve makrositik olarak veya etiyopatogenetik kriterlere göre sınıflandırılır (Tablo 11.5). Aneminin olası nedenleri şunlardır:
 1. Yetersiz alyuvar üretimi:
 - a. hematopoez için gerekli maddelerin (Fe, folik asit, B12 vitamini, protein yetersizliği) besin eksikliğinden dolayı,
 - b. yeterli temel faktöre sahip konjenital veya edinilmiş nedenlerden (kronik hastalık anemisi, aplastik ve displastik anemi, malign kemik iliği infiltrasyonu);
 2. Artmış alyuvar kaybı: kanama veya hemoliz nedeniyle.

Reçete

Pratik Reçete Rehberi

ARADIĞINIZ TÜM TIP KİTAPLARI BU ADRESTE



www.guneskitabevi.com

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

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



Türkiye'nin her yerinden...

0505 734 13 13



ISBN 978-625-90299-4-8



9 786259 029948