

Aile Hekimliği



Akıl Notları

Güncel • Pratik • Referanslı

Editörler

Doç. Dr. Ümit AYDOĞAN

Doç. Dr. Yusuf Çetin DOĞANER



- ✓ Aile Hekimliği Temel Kaynaklarının Özetleri
- ✓ Tüm Yaklaşım, Tedaviler ve İşlemler
- ✓ Güncel Yaklaşımlar Konusunda Hap Bilgiler
- ✓ Pratiğe Yönelik Anlatımlar
- ✓ Görsel ve Tablolarla Desteklenmiş İçerik
- ✓ Bilinmesi Gereken Önemli Ayrıntılar
- ✓ Uyarılar, Önlemler ve Nokta Bilgiler
- ✓ Kolay Öğrenme ve Tekrara Uygun Format



GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

Aile Hekimliği



Akıl Notları

Referans Kaynaklar Sizin İçin zetlendi !

Editörler

Doç. Dr. Ümit AYDOĞAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Gülhane Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Yusuf etin DOĞANER

Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Gülhane Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı



GüNEş TIP KİTABEVLERİ

AİLE HEKİMLİĞİ AKIL NOTLARI

Copyright © 2023

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.

Cilt 1 ISBN: 978-975-277-930-3

Cilt 2 ISBN: 978-975-277-931-0

Takım Numarası: 978-975-277-929-7

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: Ayrıntı Basım Yayın ve Matbaacılık Hiz. San. Tic. A. Ş.

Saray Mahallesi 126. Cadde No: 20 Kahramankazan / Ankara

Telefon: 0312 802 00 53-54

Sertifika No: 49599

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 kontraendikasyonları 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



“Sağlık alışanları olarak hizmet sunduğumuz hastalarımızın hayatlarına dokunabilmek ümidiiyle”

“Bizleri yetiştiren anne, baba ve hocalarımız ile bizlerden desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen kıymetli eř ve çocuklarımıza”

ÖNSÖZ

Kıymetli Meslektaşlarımız,

Elinizdeki bu eser, Aile Hekimliği alanında daha önce yayımlanmış olan güncel referans kaynakların özetidir.

Bu eseri, Türkiye'deki tüm tıp fakültelerinin Aile Hekimliği Anabilim Dalları ile Eğitim ve Araştırma Hastanelerinin Aile Hekimliği Kliniklerinde görev yapan değerli Aile Hekimliği öğretim üyeleri, uzmanları, uzmanlık öğrencileri ve sahada görev yapan Aile Hekimlerinin mesleki bilgi ve becerisine katkı sağlamak amacıyla hazırladık. Kitabımız, Covid-19 pandemi döneminde ortaya çıkmış bir eser olup, kitaba katkı veren yazarlar olarak tüm sağlık çalışanları gibi zor geçirdiğimiz günlerin ve olağanüstü bir çabanın ürünüdür. Kitaba katkı veren tüm meslektaşlarımıza teşekkür ederiz.

Bu değerli eserin ülkemizdeki tüm aile hekimleri ve diğer disiplinler için yararlı ve referans bir kitap olmasını diliyoruz.

Doç. Dr. Ümit AYDOĞAN

Doç. Dr. Yusuf Çetin DOĞANER

YAZARLAR

(Soyadına Göre Alfabetik)

Doç. Dr. Ümit AYDOĞAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Gülhane Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Aile Hekimliği Kliniği/Ankara

Dr. Tuğba Nur BAYSAL

Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Gülhane Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Aile Hekimliği Kliniği/Ankara

Doç. Dr. Yusuf Çetin DOĞANER

Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Gülhane Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Aile Hekimliği Kliniği/Ankara

Uzm. Dr. Halil DOĞRUL

Aile Hekimliği Uzmanı
2'nci Ordu Komutanlığı Sağlık ve
Veteriner Kısım Amirliği Battalgazi/Malatya

Uzm. Dr. Ümit KAPLAN

Aile Hekimliği Uzmanı
Millî Savunma Bakanlığı/Ankara

Dr. Ayşegül Tansu KARAASLAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Gülhane Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Aile Hekimliği Kliniği/Ankara

Uzm. Dr. Sema Nur KOÇ

Aile Hekimliği Uzmanı
Kırıkkale Keskin İlçe Devlet Hastanesi
Aile Hekimliği Polikliniği Keskin/Kırıkkale

Dr. Hande Nur LEK

Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Gülhane Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Aile Hekimliği Kliniği/Ankara

Dr. Zeynep ÖZDEMİR

Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Gülhane Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Aile Hekimliği Kliniği/Ankara

Dr. Fatih SOYTÜRK

Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Gülhane Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Aile Hekimliği Kliniği/Ankara

Dr. Hatice TURHAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Gülhane Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Aile Hekimliği Kliniği/Ankara

Uzm. Dr. Ebru Esra YALÇIN

Aile Hekimliği Uzmanı
Pursaklar İlçe Sağlık Müdürlüğü
Pursaklar/Ankara

Dr. Cansu ZENGİN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Gülhane Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Aile Hekimliği Kliniği/Ankara

İÇİNDEKİLER

CİLT 1

KISIM 1: ÇOCUK CERRAHİSİ

1

- Bölüm 1: YENİDOĞANDA ACIL CERRAHİ GEREKTİREN DURUMLAR 3**
Dr. Ayşegül Tansu KARAASLAN, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER
- Bölüm 2: İNGUİNAL KANAL PATOLOJİLERİ 11**
Dr. Ayşegül Tansu KARAASLAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN
- Bölüm 3: ÇOCUKLUK ÇAĞINDA EV KAZALARI 15**
Dr. Cansu ZENGİN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN
- Bölüm 4: SÜNNET 19**
Dr. Cansu ZENGİN, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER

KISIM 2: ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI

21

- Bölüm 1: YENİDOĞAN İZLEM VE MUAYENESİ 23**
Dr. Ebru Esra YALÇIN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN
- Bölüm 2: SAĞLAM BEBEK VE ÇOCUK BAKIMI 29**
Dr. Ümit KAPLAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN
- Bölüm 3: ÇOCUKLUK DÖNEMİ BAĞIŞIKLAMA 33**
Dr. Halil DOĞRUL, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN
- Bölüm 4: ATEŞİ OLAN ÇOCUĞA YAKLAŞIM 39**
Dr. Halil DOĞRUL, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER
- Bölüm 5: ÇOCUKLARDA ÜST SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONLARI 43**
Dr. Sema Nur KOÇ, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER
- Bölüm 6: ÇOCUKLARDA ANEMİYE YAKLAŞIM 51**
Dr. Ayşegül Tansu KARAASLAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN
- Bölüm 7: ÇOCUKLARDA KARIN AĞRISINA YAKLAŞIM 55**
Dr. Ayşegül Tansu KARAASLAN, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER
- Bölüm 8: ÇOCUKLARDA BRONŞİYOLİT VE PNÖMONİ 57**
Dr. Cansu ZENGİN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN
- Bölüm 9: ÇOCUKLARDA ÜRİNER SİSTEM ENFEKSİYONU 65**
Dr. Cansu ZENGİN, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER
- Bölüm 10: ÇOCUKLUK ÇAĞI DÖKÜNTÜLÜ HASTALIKLARI 69**
Dr. Hatice TURHAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN

Bölüm 11:	İSHALİ OLAN ÇOCUĞA YAKLAŞIM	95
	<i>Dr. Hande Nur LEK, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 12:	YENİDOĞAN SARILIĞI	99
	<i>Dr. Hande Nur LEK, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 13:	ÇOCUKLARDA ALERJİK HASTALIKLAR	103
	<i>Dr. Fatih SOYTÜRK, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 14:	ÇOCUK İHMALİ VE İSTİSMARI	115
	<i>Dr. Fatih SOYTÜRK, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 15:	ÇOCUKLUK DÖNEMİ VE PUBERTE	117
	<i>Dr. Fatih SOYTÜRK, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
KISIM 3: ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI		119
Bölüm 1:	MENTAL RETARDASYON	121
	<i>Dr. Tuğba Nur BAYSAL, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 2:	OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU	125
	<i>Dr. Cansu ZENGİN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 3:	DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU	127
	<i>Dr. Hande Nur LEK, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 4:	ÖZGÜL ÖĞRENME GÜÇLÜKLERİ	129
	<i>Dr. Hande Nur LEK, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 5:	OKUL REDDİ VE AYRILIK KAYGISI BOZUKLUĞU	131
	<i>Dr. Hande Nur LEK, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 6:	ENÜREZİS VE ENKOPREZİS	133
	<i>Dr. Hande Nur LEK, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 7:	İLETİŞİM BOZUKLUKLARI	137
	<i>Dr. Zeynep ÖZDEMİR, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 8:	UYKU BOZUKLUKLARI	141
	<i>Dr. Zeynep ÖZDEMİR, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 9:	BESLENME VE YEME BOZUKLUKLARI	143
	<i>Dr. Zeynep ÖZDEMİR, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 10:	ÇOCUK İHMALİ VE İSTİSMARI	147
	<i>Dr. Zeynep ÖZDEMİR, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	

KISIM 4: DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLARI 149

Bölüm 1:	SIK KARŞILAŞILAN DERİ LEZYONLARINA YAKLAŞIM	151
	<i>Dr. Hande Nur Lek, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 2:	AKNE VULGARİS	155
	<i>Dr. Hande Nur LEK, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 3:	DERMATİTLER	159
	<i>Dr. Fatih SOYTÜRK, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 4:	ALOPESİ	169
	<i>Dr. Hande Nur LEK, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 5:	PSÖRİYAZİS	173
	<i>Dr. Cansu ZENGİN, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 6:	VİTİLİGO	175
	<i>Dr. Halil DOĞRUL, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 7:	İLAÇ REAKSİYONLARI	177
	<i>Dr. Halil DOĞRUL, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 8:	ROZASEA	179
	<i>Dr. Hatice TURHAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 9:	ÜRTİKER	181
	<i>Dr. Ayşegül Tansu KARAASLAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 10:	SKABİES	183
	<i>Dr. Ebru Esra YALÇIN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 11:	PEDİKÜLOZİS	187
	<i>Dr. Ebru Esra YALÇIN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 12:	DERİNİN BAKTERİYEL ENFEKSİYONLARI	191
	<i>Dr. Cansu ZENGİN, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 13:	DERİNİN FUNGAL ENFEKSİYONLARI	197
	<i>Dr. Ayşegül Tansu KARAASLAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 14:	DERİNİN VİRAL HASTALIKLARI	201
	<i>Dr. Sema Nur KOÇ, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 15:	YANIKLAR	209
	<i>Dr. Halil DOĞRUL, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 16:	DERİ NEOPLAZMLARI	211
	<i>Dr. Ümit KAPLAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 17:	TOPIKAL KORTİKOSTEROİDLER	217
	<i>Dr. Ebru Esra YALÇIN, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	

KISIM 5: ENDOKRİNOLOJİ VE METABOLİZMA HASTALIKLARI 221

Bölüm 1:	OBEZİTE	223
	<i>Dr. Ebru Esra YALÇIN, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 2:	DİABETES MELLİTUS	229
	<i>Ümit KAPLAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 3:	HİPOGLİSEMİ	245
	<i>Dr. Halil DOĞRUL, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 4:	TİROİD HASTALIKLARI	247
	<i>Dr. Ayşegül Tansu KARAASLAN, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 5:	VİTAMİN D EKSİKLİĞİ	255
	<i>Dr. Sema Nur Koç, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 6:	OSTEOPOROZ	259
	<i>Dr. Cansu ZENGİN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 7:	BÖBREKÜSTÜ BEZİ HASTALIKLARI	265
	<i>Dr. Hatice TURHAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 8:	HİPOFİZ HASTALIKLARI	277
	<i>Dr. Hande Nur LEK, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	

KISIM 6: ENFEKSİYON HASTALIKLARI VE KLİNİK MİKROBİYOLOJİ 291

Bölüm 1:	HIV ENFEKSİYONU VE KAZANILMIŞ İMMÜN YETMEZLİK SENDROMU	293
	<i>Dr. Ebru Esra YALÇIN, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 2:	GASTROENTERİTLER	299
	<i>Dr. Fatih SOYTÜRK, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 3:	ÜST SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONLARI	309
	<i>Dr. Tuğba Nur BAYSAL, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 4:	NEDENİ BİLİNMEYEN ATEŞ	323
	<i>Dr. Hande Nur LEK, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 5:	ISIRIKLAR	327
	<i>Dr. Hande Nur LEK, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 6:	SANTRAL SİNİR SİSTEMİ ENFEKSİYONLARI	333
	<i>Dr. Hatice TURHAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 7:	ERİŞKİN BAĞIŞIKLAMASI	337
	<i>Dr. Halil DOĞRUL, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 8:	YUMUŞAK DOKU ENFEKSİYONLARI	343
	<i>Dr. Zeynep ÖZDEMİR, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 9:	SEYAHAT TIBBİ VE ENFEKSİYON	349
	<i>Dr. Zeynep ÖZDEMİR, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	

KISIM 7: FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON**353**

- Bölüm 1: AKUT VE KRONİK AĞRI** 355
Dr. Ebru Esra YALÇIN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN
- Bölüm 2: ÜST EKSTREMİTE AĞRILARI** 359
Dr. Hatice TURHAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN
- Bölüm 3: ALT EKSTREMİTE AĞRILARI** 371
Dr. Ebru Esra YALÇIN, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER

KISIM 8: GASTROENTEROLOJİ**381**

- Bölüm 1: BULANTI VE KUSMA** 383
Dr. Hande Nur LEK, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER
- Bölüm 2: DİSFAJİ** 385
Dr. Hande Nur LEK, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN
- Bölüm 3: DİSPEPSİ** 387
Dr. Hatice TURHAN, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER
- Bölüm 4: GASTROÖZOFAGEAL REFLÜ HASTALIĞI** 389
Dr. Hatice TURHAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN
- Bölüm 5: PEPTİK ÜLSER** 393
Dr. Cansu ZENGİN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN
- Bölüm 6: KARIN AĞRISI** 397
Dr. Cansu ZENGİN, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER
- Bölüm 7: GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANAMASI** 403
Dr. Ayşegül Tansu KARAASLAN, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER
- Bölüm 8: KOLELİTİAZİS VE KOLESİSTİT** 407
Dr. Ayşegül Tansu KARAASLAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN
- Bölüm 9: SARILIĞI OLAN HASTAYA YAKLAŞIM** 411
Dr. Ümit KAPLAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN
- Bölüm 10: ALKOLİK VE NON-ALKOLİK YAĞLI KARACİĞER HASTALIĞI** 415
Dr. Ümit KAPLAN, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER
- Bölüm 11: HEPATİTLER** 419
Dr. Ebru Esra YALÇIN, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER
- Bölüm 12: SİROZ** 427
Dr. Ebru Esra YALÇIN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN
- Bölüm 13: PANKREAS HASTALIKLARI** 431
Dr. Sema Nur KOÇ, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN

Bölüm 14:	İNFLAMATUAR BAĞIRSAK HASTALIKLARI	439
	<i>Dr. Sema Nur KOÇ, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 15:	İRRİTABL BAĞIRSAK SENDROMU	447
	<i>Dr. Halil DOĞRUL, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 16:	KOLOREKTAL KANSER	451
	<i>Dr. Halil DOĞRUL, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	

KISIM 9: GENEL CERRAHİ

453

Bölüm 1:	KARIN AĞRISI OLAN HASTAYA YAKLAŞIM	455
	<i>Dr. Halil DOĞRUL, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 2:	HEMOROİDAL HASTALIKLAR	459
	<i>Dr. Halil DOĞRUL, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 3:	ANAL FİSSÜR	461
	<i>Dr. Ayşegül Tansu KARAASLAN, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 4:	ANAL FİSTÜL VE PERİANAL APSE	463
	<i>Dr. Hande Nur LEK, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 5:	PİLONİDAL SİNÜS	465
	<i>Dr. Fatih SOYTÜRK, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 6:	FİTİĞİ OLAN HASTAYA YAKLAŞIM	469
	<i>Dr. Ayşegül Tansu KARAASLAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 7:	BENİGN MEME HASTALIKLARI	473
	<i>Dr. Hatice TURHAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 8:	MEME KANSERİ	477
	<i>Dr. Hatice TURHAN, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 9:	TIRNAK BATMASI	481
	<i>Dr. Ümit KAPLAN, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	

KISIM 10: GERİATRİ

483

Bölüm 1:	KAPSAMLI GERİATRİK DEĞERLENDİRME	485
	<i>Dr. Fatih SOYTÜRK, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 2:	DELİRYUM	487
	<i>Dr. Ebru Esra YALÇIN, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 3:	DEMANS	491
	<i>Dr. Ebru Esra YALÇIN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	

Bölüm 4:	GERİATRİK DEPRESYON	495
	<i>Dr. Sema Nur KOÇ, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 5:	GERİATRİK ANKSİYETE BOZUKLUĞU	497
	<i>Dr. Sema Nur KOÇ, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 6:	POLİFARMASI VE ANALJEZİK KULLANIMI	499
	<i>Dr. Sema Nur KOÇ, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 7:	ÜRİNER İNKONTİNANS	503
	<i>Dr. Hatice TURHAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 8:	BESLENME BOZUKLUKLARI VE SARKOPENİ	507
	<i>Dr. Tuğba Nur BAYSAL, Dr. Ümit KAPLAN, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 9:	YAŞLI BİREYLERDE DÜŞME	511
	<i>Dr. Cansu ZENGİN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 10:	GERİATRİK HASTALARDA UNUTKANLIK	515
	<i>Dr. Cansu ZENGİN, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 11:	GERİATRİ VE EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ	519
	<i>Dr. Hande Nur LEK, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	

KISIM 11: GÖĞÜS HASTALIKLARI

521

Bölüm 1:	AKCİĞER KANSERİ	523
	<i>Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 2:	AKUT BRONŞİT	527
	<i>Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 3:	ASTIM	529
	<i>Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 4:	BRONŞİYOLİT	535
	<i>Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 5:	DİĞER BRONŞİYAL HASTALIKLAR	539
	<i>Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 6:	SARKOİDOZ	543
	<i>Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 7:	KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI	545
	<i>Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 8:	KRONİK ENFEKSİYON HASTALIKLARI	551
	<i>Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 9:	MESLEKİ AKCİĞER HASTALIKLARI	559
	<i>Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	

Bölüm 10:	OBSTRÜKTİF UYKU APNE SENDROMU	563
	<i>Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 11:	PNÖMONİ	565
	<i>Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 12:	PNÖMOTORAKS.	573
	<i>Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 13:	PULMONER HİPERTANSİYON	575
	<i>Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 14:	PULMONER TROMBOEMBOLİZM.	579
	<i>Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 15:	SOLUNUM HASTALIKLARINDA TANISAL YÖNTEMLER	585
	<i>Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 16:	SOLUNUM SİSTEMİ BELİRTİLERİ	591
	<i>Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 17:	TÜTÜN BAĞIMLILIĞI	601
	<i>Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
KISIM 12:	GÖZ HASTALIKLARI	613
Bölüm 1:	KIRMIZI GÖZ DEĞERLENDİRMESİ.	615
	<i>Dr. Ümit KAPLAN, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 2:	GÖZ ACİLLERİ	617
	<i>Dr. Tuğba Nur BAYSAL, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 3:	PEDİATRİK GÖZ TARAMALARI	627
	<i>Dr. Ümit KAPLAN, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 4:	GLOKOM	629
	<i>Dr. Ayşegül Tansu KARAASLAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 5:	REFRAKSİYON KUSURLARI VE RENK KÖRLÜĞÜ.	631
	<i>Dr. Ümit KAPLAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 6:	KONJONKTİVİTLER	635
	<i>Dr. Tuğba Nur BAYSAL, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 7:	KATARAKT.	639
	<i>Dr. Ayşegül Tansu KARAASLAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	

CİLT 2

KISIM 13: HEMATOLOJİ

643

Bölüm 1:	ANEMİSİ OLAN HASTAYA YAKLAŞIM	645
	<i>Dr. Ebru Esra YALÇIN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 2:	LENFADENOPATİSİ OLAN HASTAYA YAKLAŞIM	651
	<i>Dr. Ebru Esra YALÇIN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 3:	SPLENOMEGALİSİ OLAN HASTAYA YAKLAŞIM	655
	<i>Dr. Ümit KAPLAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 4:	ANEMİLER	657
	<i>Dr. Halil DOĞRUL, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 5:	HEREDİTER SFEROSİTOZ	671
	<i>Dr. Ümit KAPLAN, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 6:	LÖKOSİT HASTALIKLARI	673
	<i>Dr. Sema Nur KOÇ, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 7:	TROMBOSİT HASTALIKLARI	681
	<i>Dr. Sema Nur KOÇ, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 8:	PANSİTOPENİ	687
	<i>Dr. Ümit KAPLAN, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 9:	POLİSİTEMI	691
	<i>Dr. Ümit KAPLAN, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 10:	TROMBOFİLİ	695
	<i>Dr. Cansu ZENGİN, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 11:	PLAZMA HÜCRE DİSKRAZİLERİ	701
	<i>Dr. Cansu ZENGİN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 12:	LÖSEMİLER	705
	<i>Dr. Hatice TURHAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 13:	KANAMA BOZUKLUKLARI	713
	<i>Dr. Hande Nur LEK, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 14:	KAN TRANSFÜZYONU	717
	<i>Dr. Hande Nur LEK, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	

KISIM 14: İMMÜNOLOJİ VE ALERJİ HASTALIKLARI

721

Bölüm 1:	ALERJİK RİNİT	723
	<i>Dr. Ayşegül Tansu KARAASLAN, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 2:	ANAFİLAKSİ	727
	<i>Dr. Sema Nur KOÇ, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 3:	ARI VE BESİN ALERJİSİ	733
	<i>Dr. Halil DOĞRUL, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	

KISIM 15: KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM**739**

Bölüm 1:	AİLE PLANLAMASI	741
	<i>Dr. Ebru Esra YALÇIN, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 2:	AMENORE	747
	<i>Dr. Ebru Esra YALÇIN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 3:	ANORMAL UTERİN KANAMALAR	751
	<i>Dr. Ümit KAPLAN, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 4:	MENOPOZ	755
	<i>Dr. Halil DOĞRUL, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 5:	POLİKİSTİK OVER SENDROMU	757
	<i>Dr. Halil DOĞRUL, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 6:	PELVİK AĞRI	759
	<i>Dr. Sema Nur KOÇ, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 7:	PELVİK İNFLAMATUAR HASTALIK	763
	<i>Dr. Sema Nur KOÇ, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 8:	VULVOVAJİNİTLER	767
	<i>Dr. Ayşegül Tansu KARAASLAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 9:	ENDOMETRİOZİS ADENOMİYOZİS	769
	<i>Dr. Ayşegül Tansu KARAASLAN, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 10:	UTERİN LEİOMİYOMLAR	773
	<i>Dr. Ayşegül Tansu KARAASLAN, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 11:	HİPERANDROJENİZM BOZUKLUKLARI	775
	<i>Dr. Ayşegül Tansu KARAASLAN, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 12:	SERVİKAL KANSER TARAMASI	777
	<i>Dr. Ayşegül Tansu KARAASLAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 13:	İNFERTİL HASTAYA YAKLAŞIM	779
	<i>Dr. Ayşegül Tansu KARAASLAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 14:	EKTOPIK GEBELİK	781
	<i>Dr. Cansu ZENGİN, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 15:	ABORTUS	783
	<i>Dr. Cansu ZENGİN, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 16:	CİNSEL YOLLA BULAŞAN HASTALIKLAR	785
	<i>Dr. Hatice TURHAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 17:	CİNSEL İSTİSMAR	789
	<i>Dr. Hatice TURHAN, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	

Bölüm 18:	ÜRİNER İNKONTİNANS	791
	<i>Dr. Hande Nur LEK, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 19:	GESTASYONEL TROFOBlastİK HASTALIKLAR	793
	<i>Dr. Hande Nur LEK, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 20:	PREKONSEPSİYONEL DANIŞMA	795
	<i>Dr. Hande Nur LEK, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 21:	GEBELİKTE İMMÜNİZASYON VE BESLENME	797
	<i>Dr. Hande Nur LEK, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 22:	PRENATAL (ANTEPARTUM) BAKIM	801
	<i>Dr. Hatice TURHAN, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 23:	PRENATAL TANI VE TARAMA	805
	<i>Dr. Hatice TURHAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 24:	ANTEPARTUM KANAMALAR	807
	<i>Dr. Cansu ZENGİN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 25:	NORMAL EYLEM VE DOĞUM-PRETERM EYLEM	809
	<i>Dr. Cansu ZENGİN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 26:	POSTTERM GEBELİK	813
	<i>Dr. Ayşegül Tansu KARAASLAN, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 27:	GEBELİK VE TERATOJENİTE	815
	<i>Dr. Ayşegül Tansu KARAASLAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 28:	GEBELİK VE HİPERTANSİYON	817
	<i>Dr. Sema Nur KOÇ, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 29:	GEBELİK VE ANEMİ	823
	<i>Dr. Sema Nur KOÇ, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 30:	GEBELİK VE TROMBOEMBOLİK HASTALIKLAR	827
	<i>Dr. Halil DOĞRUL, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 31:	GEBELİKTE ÜRİNER SİSTEM ENFEKSİYONU	831
	<i>Dr. Halil DOĞRUL, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 32:	RH İZOİMMÜNİZASYONU VE KAN GRUBU UYUŞMAZLIKLARI	833
	<i>Dr. Ebru Esra YALÇIN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 33:	POSTPARTUM BAKIM	835
	<i>Dr. Ebru Esra YALÇIN, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	

KISIM 16: KARDİYOLOJİ**837**

Bölüm 1:	GÖĞÜS AĞRISI VE DEĞERLENDİRME YÖNTEMLERİ	839
	<i>Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 2:	ÇARPINTI	845
	<i>Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 3:	HİPERTANSİYON	849
	<i>Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 4:	KORONER ARTER HASTALIĞI	863
	<i>Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 5:	AKUT KORONER SENDROM	869
	<i>Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 6:	AORT ANEVİZMASI VE AORT DİSEKSİYONU	873
	<i>Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 7:	ELEKTROKARDİYOĞRAFI VE GENEL ÖZELLİKLERİ	877
	<i>Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 8:	ARİTMİLER	885
	<i>Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 9:	KALP KAPAK HASTALIKLARI	917
	<i>Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 10:	KALP YETMEZLİĞİ	925
	<i>Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 11:	ENFEKTİF ENDOKARDİT	929
	<i>Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 12:	MİYOKARD HASTALIKLARI	935
	<i>Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 13:	PERİKARD HASTALIKLARI	943
	<i>Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 14:	PERİFERİK ARTER HASTALIĞI	949
	<i>Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 15:	KRONİK VENÖZ YETMEZLİK	953
	<i>Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 16:	KAROTİS ARTER HASTALIĞI	957
	<i>Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 17:	ANİ KARDİYAK ÖLÜM	961
	<i>Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 18:	SENKOP	963
	<i>Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	

KISIM 17: KULAK BURUN BOĞAZ HASTALIKLARI**967**

Bölüm 1:	EPISTAKSİS	969
	<i>Dr. Ümit KAPLAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 2:	TİNNİTUS	971
	<i>Dr. Ümit KAPLAN, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 3:	DİSFONİ	973
	<i>Dr. Ümit KAPLAN, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 4:	BAŞ BOYUN KANSERLERİ	975
	<i>Dr. Ümit KAPLAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	

KISIM 18: NEFROLOJİ**977**

Bölüm 1:	AKUT NEFRİTİK SENDROM	979
	<i>Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 2:	ASİT BAZ BOZUKLUKLARI	981
	<i>Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 3:	BÖBREĞİN KİSTİK HASTALIKLARI	985
	<i>Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 4:	BÖBREK YETMEZLİKLERİ	987
	<i>Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 5:	FOSFOR METABOLİZMASI BOZUKLUKLARI	991
	<i>Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 6:	GLOMERÜLONEFRİTLER	993
	<i>Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 7:	HEMATÜRİ	997
	<i>Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 8:	KALSİYUM METABOLİZMASI BOZUKLUKLARI	1001
	<i>Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 9:	MAGNEZYUM METABOLİZMASI BOZUKLUKLARI	1005
	<i>Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 10:	NEFROLİTİAZİS	1007
	<i>Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 11:	NEFROTİK SENDROM	1009
	<i>Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 12:	ÖDEMİ OLAN HASTAYA YAKLAŞIM	1011
	<i>Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 13:	POTASYUM METABOLİZMASI BOZUKLUKLARI	1013
	<i>Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	

Bölüm 14:	PROTEİNÜRİ	1017
	<i>Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 15:	RENAL TRANSPLANTASYON	1021
	<i>Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 16:	SODYUM METABOLİZMASI BOZUKLUKLARI	1023
	<i>Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	

KISIM 19: NÖROLOJİ

1029

Bölüm 1:	BAŞ AĞRISI	1031
	<i>Dr. Ebru Esra YALÇIN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 2:	BAŞ DÖNMESİ	1035
	<i>Dr. Halil DOĞRUL, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 3:	AFAZİ	1039
	<i>Dr. Halil DOĞRUL, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 4:	DİPLOPİ	1041
	<i>Dr. Hatice TURHAN, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 5:	DİSTONİ	1045
	<i>Dr. Halil DOĞRUL, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 6:	NİSTAGMUS	1047
	<i>Dr. Hatice TURHAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 7:	TREMOR	1049
	<i>Dr. Sema Nur KOÇ, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 8:	EPİLEPSİ	1053
	<i>Dr. Sema Nur KOÇ, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 9:	BELLEK BOZUKLUKLARI	1059
	<i>Dr. Hande Nur LEK, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 10:	İNME	1063
	<i>Dr. Ümit KAPLAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 11:	GEÇİCİ (TRANSİENT) İSKEMİK ATAK	1069
	<i>Dr. Ayşegül Tansu KARAASLAN, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 12:	PİTOZİS	1071
	<i>Dr. Ayşegül Tansu KARAASLAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 13:	PUPİL ANORMALLİKLERİ	1073
	<i>Dr. Ayşegül Tansu KARAASLAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 14:	MİYASTENİA GRAVİS	1075
	<i>Dr. Ayşegül Tansu KARAASLAN, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	

Bölüm 15:	MUSKÜLER DİSTROFİLER.	1077
	<i>Dr. Hande Nur LEK, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 16:	İNFLAMATUAR MİYOPATİLER.	1081
	<i>Dr. Cansu ZENGİN, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 17:	ATAKSİLER.	1083
	<i>Dr. Cansu ZENGİN, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 18:	HUZURSUZ BACAK SENDROMU	1085
	<i>Dr. Ebru Esra YALÇIN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 19:	MOTOR NÖRON HASTALIKLARI	1089
	<i>Dr. Cansu ZENGİN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 20:	PARKİNSON HASTALIĞI	1091
	<i>Dr. Sema Nur KOÇ, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 21:	POLİNÖROPATİ	1095
	<i>Dr. Hatice TURHAN, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 22:	TUZAK NÖROPATİLER	1099
	<i>Dr. Ebru Esra YALÇIN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 23:	FASİYAL PARALİZİLER.	1103
	<i>Dr. Cansu ZENGİN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	

KISIM 20: ROMATOLOJİ

1105

Bölüm 1:	ROMATOLOJİK TESTLER	1107
	<i>Dr. Hande Nur LEK, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 2:	BEL AĞRISI OLAN HASTAYA YAKLAŞIM	1111
	<i>Dr. Hande Nur LEK, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 3:	ROMATOİD ARTRİT	1117
	<i>Dr. Hatice TURHAN, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 4:	OSTEOARTRİT	1121
	<i>Dr. Hatice TURHAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 5:	KRİSTAL ARTROPATİLER	1125
	<i>Dr. Cansu ZENGİN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 6:	SPONDİLOARTROPATİLER.	1129
	<i>Dr. Ayşegül Tansu KARAASLAN, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 7:	AKUT ROMATİZMAL ATEŞ	1133
	<i>Dr. Sema Nur KOÇ, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 8:	SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOSUS.	1137
	<i>Dr. Sema Nur KOÇ, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	

Bölüm 9:	SJÖGREN SENDROMU	1141
	<i>Dr. Halil DOĞRUL, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 10:	SİSTEMİK VASKÜLİTLER	1145
	<i>Dr. Halil DOĞRUL, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 11:	SİSTEMİK SKLEROZİS	1149
	<i>Dr. Fatih SOYTÜRK, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 12:	FİBROMİYALJİ SENDROMU	1151
	<i>Dr. Ümit KAPLAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 13:	BEHÇET HASTALIĞI	1155
	<i>Dr. Ebru Esra YALÇIN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 14:	AİLESEL AKDENİZ ATEŞİ	1159
	<i>Dr. Ebru Esra YALÇIN, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	

KISIM 21: RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI **1161**

Bölüm 1:	RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARINDA SEMPTOMATOLOJİ	1163
	<i>Dr. Hande Nur LEK, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 2:	RUHSAL DURUM MUAYENESİ	1169
	<i>Dr. Fatih SOYTÜRK, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 3:	KİŞİLİK BOZUKLUKLARI	1175
	<i>Dr. Ebru Esra YALÇIN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 4:	DUYGU DURUM BOZUKLUKLARI	1183
	<i>Dr. Ayşegül Tansu KARAASLAN, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 5:	KAYGI (ANKSİYETE) BOZUKLUKLARI	1197
	<i>Dr. Hatice TURHAN, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 6:	OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK VE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR	1205
	<i>Dr. Tuğba Nur BAYSAL, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 7:	ŞİZOFRENİ VE DİĞER PSİKOTİK BOZUKLUKLAR	1211
	<i>Dr. Ümit KAPLAN, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 8:	TRAVMA VE STRESÖRLE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR	1217
	<i>Dr. Tuğba Nur BAYSAL, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 9:	DİSSOSİYATİF BOZUKLUKLAR	1223
	<i>Dr. Hande Nur LEK, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 10:	PSİKOSOMATİK BOZUKLUKLAR	1225
	<i>Dr. Cansu ZENGİN, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 11:	BESLENME VE YEME BOZUKLUKLARI	1231
	<i>Dr. Cansu ZENGİN, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 12:	UYKU UYANIKLIK BOZUKLUKLARI	1235
	<i>Dr. Sema Nur KOÇ, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	

Bölüm 13:	CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI	1245
	<i>Dr. Zeynep ÖZDEMİR, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 14:	YIKICI, DÜRTÜ-KONTROL VE DAVRANIM BOZUKLUKLARI	1249
	<i>Dr. Fatih SOYTÜRK, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 15:	MADDE İLE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR VE BAĞIMLILIK BOZUKLUKLARI	1255
	<i>Dr. Halil DOĞRUL, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 16:	KRONİK YORGUNLUK SENDROMU	1259
	<i>Dr. Hatice TURHAN, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 17:	NÖROBİLİŞSEL BOZUKLUKLAR	1261
	<i>Dr. Halil DOĞRUL, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 18:	İNTİHAR	1265
	<i>Dr. Ayşegül Tansu KARAASLAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	

KISIM 22: TIBBİ GENETİK**1267**

Bölüm 1:	GENETİK DANIŞMANLIK	1269
	<i>Dr. Sema Nur KOÇ, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	

KISIM 23: TIBBİ ONKOLOJİ**1273**

Bölüm 1:	KANSER TARAMALARI	1275
	<i>Dr. Sema Nur KOÇ, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	

KISIM 24: ÜROLOJİ**1281**

Bölüm 1:	ÜRİNER SİSTEM ENFEKSİYONLARI	1283
	<i>Dr. Cansu ZENGİN, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 2:	BENİGN PROSTAT HİPERPLAZİSİ	1289
	<i>Dr. Fatih SOYTÜRK, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 3:	GENİTOÜRİNER KANSERLER	1293
	<i>Dr. Fatih SOYTÜRK, Dr. Ümit AYDOĞAN, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER</i>	
Bölüm 4:	ÜRİNER İNKONTİNANS	1301
	<i>Dr. Halil DOĞRUL, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	
Bölüm 5:	VARİKOSEL	1303
	<i>Dr. Sema Nur KOÇ, Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Dr. Ümit AYDOĞAN</i>	

Tablo 2. Özofagus Atrezisi	
Tanım	- Özofagusun konjenital stenozudur. Dolayısıyla proksimalden distale özofagus kesintisiz ilerleyemez. - En sık görülen tipi: Proksimal segmental atrezi ve distal segmentin trakeaya fistüle formudur. - Sıklıkla önemli malformasyonlar eşlik eder.
Epidemioloji	Erkek cinsiyette daha sık görülür. ABD'de yapılan çalışmalarda 3000'de 1 insidans saptanmıştır.
Belirti ve Bulgular	- Gebelikte polihidroamnios - Prematür doğum - Düşük doğum ağırlığı - Beslenme sonrası öksürük ve siyanoz - Beslenme ile ağızda ve bazen burunda aşırı salivasyon, ince köpüklü kabarcıklar (yutulamamasından kaynaklı) - Beslenmenin bozulma, öksürük ve siyanotik ataklar ile sonuçlanması
Tanı	- Prenatal USG'de açıklanamayan polihidramnios vakalarında amniosentez yapılabilir. - Yüksek bir alfa-fetoprotein (AFP) seviyesi ve pozitif bir asetilkolinesteraz test sonucu gözlenebilir. - Postnatal sert bir kateterinin ağızdan mideye geçmemesi ile çoğunlukla atreziden şüphelenilir. - Aspirasyon riski nedeniyle, konjenital özofagus anomalilerinin görülmesi için kontrast kullanımı çok dikkatli yapılmalı ve sadece deneyimli radyolog tarafından yapılmalıdır.
Komplikasyonlar	- Beslenme zorlukları - Pnömoni - Atelektazi
Tedavi	Cerrahi: Konjenital anomali (atrezi, fistül) cerrahi müdahale ile tamir edilir.

Tablo 3. İnfantil Hipertrofik Pilor Stenozu	
Tanım	Pilorun kas tabakalarının hipertrofisi ve hiperplazisi sonucu ortaya çıkan fonksiyonel gastrik çıkış tıkanıklığıdır.
Epidemioloji	Erkek cinsiyet ve preterm doğum öyküsü olan hastalarda daha sıktır.
Belirti ve Bulgular	- Tipik şikayetler 4-8 haftalıkken başlar. - Safrsız ve fişkırr tarzda kusma gelişir. - Erken evresinde bebek açtır, kusma ataklarından sonra kuvvetlice emmek ister, ağlar. - Geç tanı alan bebekte dehidratasyon, yetersiz beslenme ve kusmaya bağlı kilo kaybı, kilo alımında yetersizlik, metabolik değişiklik ve şok tablosu görülebilir.
Tanı	- Dikkatli fizik muayene, hipertrofik pilor stenozu olan bebek için kesin bir tanı sağlar. - Klasik olarak "zeytin belirtisi" olarak tanımlanan genişlemiş pilor sfinkteri, bebeklerin %60-80'inde sağ üst kadranda veya karın epigastriyumunda palpe edilebilir.
Ayırıcı tanı	Tümör
Tedavi	- Dehidratasyon ve elektrolitlerin düzeltilmesi (Genellikle hipokloremik hipopotasemik metabolik alkaloz eşlik eder.) - Cerrahi müdahale (Ramstedt piloromiyotomi)

Tablo 3. Korunma

- Merdivenlerin korkulukları sağlam olmalı
- Elektrik prizlerinin koruyucu kapakları olmalı
- Balkonlar, çocukların düşmesini önleyecek şekilde düzenlenmeli
- Pencereelerde tam açılmayı engelleyen kilit sistemi olmalı
- Ev bölümlerinde kaygan zemin döşemesi kullanılmamalı
- Uzatma kabloları, fişe takılı, yerlerde ve açıkta bulunmamalı
- Oyuncaklar, küçük parçalı olmamalı
- Çocukların erişebileceği yerlerde kesici aletler bulunmamalı
- Odalarda sivri köşeli eşyalar bulunmamalı
- Çamaşır suyu vb. maddeler kolay ulaşılamayacak yerde olmalı
- Ocakta tava varsa sapı dışarıya doğru yerleştirilmemeli
- Bahçede ve odalarda zehirli olabilecek bitki bulunmamalı
- Küvet, kova, leğen vb. içi su dolu bırakılmamalı
- Çamaşır makinesi, fişe takılı ve kapağı açık bırakılmamalı
- Masa ve sehparların üzerinde örtü ile birlikte eşyalar bırakılmamalı
- Soba, radyatör ve elektrikli ısıtıcıların önünde engel olmalı
- Çaydanlık gibi sıcak sıvı bulunan ev aletleri ortalıkta bırakılmamalı
- Yerlerde kırık cam, metal vb. parça olmamasına dikkat edilmeli
- İlaçlar, kapalı ambalajlarda ve ulaşılamayacak yerlerde olmalı
- Çöpler, kapalı ve ulaşılamayacak yerlerde saklanmalı

SOLUNUM SİSTEMİNDEKİ YABANCI CİSİMLER

Tablo 1. Belirti ve Bulgular

- Morarma
- Öksürük
- Solunum sıkıntısı

Tablo 2. Tanı

- Fizik muayenede oskültasyonda akciğer seslerinde azalma
- Akciğer grafisinde havalanma artışı

Tablo 3. Tedavi

- Trakea tıkanıklığına bağlı acil durumlarda, çocuğu öne doğru eğin ve sırtına elinizle hızlıca vurunuz.
- Tıkanıklık devam ediyorsa Heimlich Manevrası (karın boşluğunu kollar ile sıkıştırarak ani basınç uygulanması) yapılabilir.
- Bir yaş altında bu manevra karaciğer yaralanmasına neden olabileceği için bebeği ön kolunuza yüzüstü yatırıp elinizle çenesinden kavrayınız. Kolunuzu üst bacağına dayayınız. Bebeğin başı aşağı olacak şekilde tutarak skapula kemiklerinin ortasına diğer elinizin topuk kısmıyla 5 defa sert ve hızlı darbeler vurunuz.
- Cisim parsiyel tıkanıklığa neden olmuşsa genel anestezi altında bronkoskopi ile çıkarılabilir.

Kardiyovasküler sistem	• Kalp hızı, ritmi, kalp sesleri ve üfürümler açısından değerlendirilmelidir. • Uyku sırasında 85-90 atım/dk olan kalp atımı uyararı ile artıyor ise normaldir. • Nabızlar: Bebek sakin iken değerlendirilmelidir.			
Batın	Abdominal distansiyon	• Organomegali, ileus nedeni ile olabilir.		
	Diastazis rekti	• Yenidoğanda fizyoloji olup, rektus kaslarının henüz birleşmemesi nedeni ile gözlenir.		
	Skafoïd-kayık kırını	• Diafragma hernisi		
	Karaciğer	• Sağ kostal kenarın 1-3 cm altında palpe edilebilir.		
	Dalak	• 1 cm'den fazla palpe edilebiliyor ise araştırılmalı		
	Umbilikal kord	• Tek umbilikal arter (böbrek anomalileri), omfalit açısından incelenmeli		
Genital organ	Kız bebek	• Labia, klitoris, vajinal açıklık değerlendirilir. Preterm bebekte klitoris ve labia minör belirgin		
	Erkek bebek	• Testislerin varlığı, penis boyutu, skrotum görünümü, üretral açıklığın konumu değerlendirilmelidir. • Term bebekte %2-5, pretermde %30 inmemiş testis görünür.		
		Hipospadias	• Üretral açıklığın ventral yerleşimi	
		Epispadias	• Üretral açıklığın dorsal yerleşimi	
Anüs	• İmperefor anüs nadirdir (VACTERL sendromu ile ilişkili olabilir). • Yenidoğan mekonyumu gecikene kadar patoloji düşünülmez (ilk 48 saat).			
Gövde ve omurga	• Nöral tüp defekti (NTD) açısından incelenir. • Omurga boyunca normal deri kaplı kitle: Lipom, miyelomeningosel			
Ekstremiteler	• Sindaktili ve polidaktili açısından el ve ayaklar incelenmelidir. • Ekstremitte hareketlerinin simetrisi değerlendirilmelidir.			
Kalça	• Gelişimsel kalça displazisi açısından risk faktörleri kız bebek, pozitif aile öyküsü, makat geliş • Ortolani ve Barlow testleri kullanılır.			
Nörolojik muayene	• Genel postür hafif hipertoni, ekstremiteler fleksiyonda • Arama, emme, yakalama ve Moro refleksleri bebeğin gestasyonel yaşına göre değerlendirilmelidir.			

*Yenidoğan döneminde yukarıda belirtilen cilt bulguları normaldir.

Tablo 4. Eşlik Eden Belirtiler

- | | |
|-----------------|----------------|
| • Ateş | • Baş ağrısı |
| • Bulantı-kusma | • Boğaz ağrısı |
| • İshal | • Hematüri |
| • Sarılık | • Poliüri |
| • Öksürük | • Dizüri |

Tablo 5. Karakteristik Ağrı Modelleri

Apandisit	• Başlangıç göbek çevresinde, sonrasında sağ alt kadranda lokalize ağrı
Over torsiyonu	• Akut Başlangıçlı, şiddetli ve lokal ağrı
Gastroenterit	• Yaygın, belirsiz ağrı
Kolesistit	• Sağ üst kadrana spesifik ağrı lokalizasyonu
Gastrit, mide ülseri	• Epigastrik ağrı
Pankreatit	• Sırtta yayılan ağrı
İnvaginasyon	• Aralıklı, kolik benzeri ağrı
Periton irritasyonu	• Ağrı ve öksürük gibi hareketler ile kötüleşen ağrı

Tablo 6. Tanı

- Karın ağrısı özelliklerine göre değerlendirilir.
- Detaylı tıbbi öykü: Ağrı ne zaman başladı? Hangi davranışlar ile ağrı artıp/azalıyor? Hangi bölgede lokalize ağrı? Eşlik eden belirtiler nelerdir?
- Aile öyküsü ve geçmiş tıbbi öykü sorgulanır.
- Vital bulgularına bakılır.
- Fizik Muayene: Oskültasyonda bağırsak sesleri dört kadranda ayrı ayrı değerlendirilir. Palpasyonda ağrı artışı lokal mi yaygın mı değerlendirilir. Perküsyonda hassasiyet var mı (peritonit?) değerlendirilir.
- Rektal tuşe: Kabızlık, hematokezya şikayetleri olan hastada değerlendirilir.
- Laboratuvar tetkikleri ile kanama, inflamasyon vb. durumların değerlendirmesine katkı sağlar.
- Ayırıcı tanıda yararlandığımız görüntüleme yöntemleri: Ayakta direkt batın grafisi (ADBG), ultrasonografi (USG), bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG)

Tablo 7. Tedavi

- Etiyolojiye yönelik tedavi önerilir.
- Akut karın, over torsiyonu gibi durumlarda acil cerrahi müdahale gerekir.

KAYNAKLAR

- Çelik D, Fidancı MK, Saldır M. Pediatrik Gastroenteroloji. Aydoğan Ü, Koç B, editörler. Temel Aile Hekimliği. 1. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2016. s.134-140.
- Usta M, Polat S, Çeliktepe V, Kımıl H, Telhan L, Gönülal O, Akıncı N, Urgancı N. Çocuk Acilde Karın Ağrısı: Bir Yıllık Klinik Deneyim. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni 2014; 48(3): 239-243.
- Çocukluk Çağı Karın Ağrıları: Prospektif Bir Çalışma. Çocuk Dergisi 2012; 12(2):78-82.
- Haytoğlu Z. Çocuklarda Karın Ağrısına Yaklaşım. Akpınar E, Mert G, Mert M, editörler. Reçete Örnekleri ile Aile Hekimleri için Pediatri Semptomdan Tanıya. Ankara. Akademisyen Kitabevi; 2018. s.205-217.

Tablo 5. Akut Hepatit B Virüs Enfeksiyonu Klinik Bulguları

- Çocuklarda, belirtisiz enfeksiyondan fulminan hepatite kadar değişen bir klinik seyre sahiptir.
- Belirti geliştiren çocuklarda akut HBV enfeksiyonunun klinik belirtileri yetişkinlerdekine benzerdir.
- Kuluçka dönemi, 1-4 ay sürer.
- Prodromal dönemde serum hastalığı benzeri bir sendrom gelişebilir. Sonrasında iştahsızlık, bulantı, sarılık ve sağ üst kadranda hassasiyeti izler.
- Belirtiler ve sarılık genellikle 1-3 ay sonra kaybolur. Ancak bazı hastalarda uzun süreli yorgunluk vardır.
- Serolojik testte, akut HBV enfeksiyonu, hepatit B yüzey antijeni (HBsAg) ve hepatit B çekirdek antijenine (IgM anti-HBc) karşı immünoglobulin M antikoruna ile karakterize edilir.

Tablo 6. Kronik Hepatit B Virüs Enfeksiyonu Belirti ve Bulguları

- Kronik HBV enfeksiyonu olan çoğu çocuk belirtisiz olup, normal şekilde büyür ve gelişir.
- Bazı çocuklar belirtisiz sağ üst kadranda hassasiyeti ve yorgunluğunu fark eder.
- Poliarteritis nodosa ve glomerülonefropati dahil olmak üzere ekstrahepatik belirtilerle ilişkili olabilir.
- HBV enfeksiyonu hem membranöz nefropatiyi hem de daha az sıklıkla membranoproliferatif glomerülonefriti indükleyebilir.
- Çocuklarda kronik HBV enfeksiyonunun doğal seyri; yaş, edinim şekli ve etnik kökene bağlı olarak değişkendir.

Tablo 7. İzlem

İlk tanı	• ALT ve AST düzeyleri, protrombin zamanı, hepatit A virüsü (HAV), hepatit C virüsü (HCV) ve hepatit D virüsü (HDV) açısından serolojik tetkikler, alfa fetoprotein (AFP) ve ultrasonografi (USG) istenmelidir.
İzlem	• ALT normalin iki katından düşük ise 3-6 ayda, normalin iki katından yüksekse 1-3 ayda bir ALT ve HBV DNA izlemi önerilir.

Tablo 8. Kronik HBV'li Hastalarda Tedavi Endikasyonları

- ALT'nin 3-6 ay boyunca normalin iki katından daha yüksek olması
- HBV DNA'nın 10^4 kopya/mL veya >2000 IU/mL'den fazla olması
- Karaciğer biyopsisinde nekroinflamatuvar aktivitenin >4 ya da evrenin >2 saptanması

Tablo 9. Tedavi

- İnterferon (IFN) alfa-2b
- Pegile interferon (Peg-IFN)
- Nükleozid/nükleotid analogları

Tablo 5. Komplikasyonlar

İmmüsupresyon ve ikincil enfeksiyon	- İmmün baskılanma ve ikincil enfeksiyonlara yol açabilir. - İkincil ve koenfeksiyonlar, bakteriyemi, pnömoni, gastroenterit ve otitis mediyayı içerebilir.
Gastrointestinal sistem	- İshal (en yaygın) - Gingivostomatit, gastroenterit, hepatit, mezenterik lenfadenit ve apandisit
Solunum sistemi	- Çocuklarda kızamığa bağlı ölümlerin en yaygın nedenidir. - Solunum yolu enfeksiyonları en sık <5 yaş ve > 20 yaş hastalarda görülür. - Kızamık virüsü enfeksiyonunun pulmoner komplikasyonları arasında bronkopnömoni, larengotrakeobronşit (krup) ve bronşiyolit bulunur.
Nörolojik sistem	- Ensefalit; 1/1.000 oranında görülür. Genellikle döküntüden sonraki birkaç gün içinde, tipik olarak 5. gün (ateş, baş ağrısı, kusma, boyun tutulması, meningeal irritasyon, uyuşukluk, konvülsiyonlar ve komayı içerebilir. - Akut dissemine ensefalomiyelit; yaklaşık 1/1000 oranında ortaya çıkan demiyelinizan bir hastalıktır. - Subakut sklerozan panensefalit (SSPE); Genellikle doğal kızamık virüsü enfeksiyonundan 7-10 yıl sonra ortaya çıkan, merkezi sinir sisteminin ölümcül, ilerleyen dejeneratif bir hastalığıdır.
Diğer	- Oküler komplikasyonları arasında keratit (yaygın bir körlük nedeni) ve kornea ülseri bulunmaktadır. - Kardiyak komplikasyonları arasında miyokardit ve perikardit bulunur.

Tablo 6. Tedavi

- Asıl tedavi destek tedavisidir.
- Gereken olgularda antipiretikler, sıvı elektrolit tedavisinin düzenlenmesi, sekonder bakteriyel enfeksiyonlarla mücadele ve komplikasyonların tedavisi yapılır.
- Ağır kızamık vakalarında tedaviye A vitamini eklenmesiyle mortalite ve morbidite azalmaktadır.
- Kızamık tedavisi için A vitamini, aşağıdaki dozlarda iki gün boyunca günde bir kez ağızdan verilir:
 - 6 aylıktan küçük bebekler: 50.000 ünite
 - 6-11 aylık bebekler: 100.000 ünite
 - 12 ay ve üzeri çocuklar: 200.000 ünite

Tablo 7. Korunma

- Aşı ile büyük oranda önlenebilen bir hastalıktır. Aşılama ile hedeflenen, hastalığın önlenmesi yanında SSPE gibi önemli komplikasyonların da önüne geçebilmektedir.
- KKK aşısı şeklinde; kızamıkçık ve kabakulak aşısı ile kombine edilerek 1 yaşında ve ilkökul 1. sınıfta rapel doz olacak şekilde uygulanır.
- Aşı gebelere ve immün yetmezliği olanlara uygulanmaz.
- Kızamıklı ile temas sonrası ilk 5 gün içinde standart gammaglobulin uygulaması ile hastalık gelişimi önenebilir. Doz 0,25 mL/kg, intramusküler,, maksimal 15 mL'dir. İVİG de 400 mg/kg/doz olarak uygulanabilir.

KAYNAKLAR

- UpToDate. Measles: Clinical manifestations, diagnosis, treatment, and prevention. <https://www.uptodate.com/contents/measles-clinical-manifestations-diagnosis-treatment-and-prevention>. Erişim tarihi: 16.03.2022
- Saldır M. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları. Aydoğan Ü, Koç B, editörler. Temel Aile Hekimliği. 1. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2016. s.115-116.
- Somer A, Kara M. Döküntülü Hastalıklar. Somer A, Salman N, Yalçın I, editörler. Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Genişletilmiş 3. Baskı. İstanbul Tıp Kitabevleri; 2018. s.35-40.

Tablo 2. Belirti ve Bulgular

Hışiltılı/Hırıltılı solunum	- Hava akımı türbülansının ürettiği müzikal ve tiz bir ısıklık sesi olup, astımın en yaygın belirtilerindendir. - Hışiltılı/hırıltılı solunum genellikle ekspiryum sırasında görülür.
Öksürük	Genellikle kuru öksürük olur, hışiltı/hırıltıyla birlikte öksürük mevcut olabilir.
Gece veya egzersizle tetiklenen öksürük	Öksürük; özellikle egzersize bağlı veya gece alevlenen astımı olan hastalarda, astımın tek belirtisi olabilir.
Nefes darlığı	
Göğüste sıkışma	Göğüste bir gerginlik veya ağrı öyküsü, özellikle egzersize bağlı veya gece alevlenen astımda diğer astım belirtileri ile birlikte veya bunlar olmaksızın mevcut olabilir.

Tablo 3. Risk Faktörleri

Major Risk Faktörleri	Minör Risk Faktörleri
- Anne ve babada astım tanısı varlığı - Çocukta tanı konulmuş atopik dermatit - Aeroalerjen duyarlılığının olması	- Tanımlı alerjik rinit - İnek sütü, yumurta, fındık gibi gıda alerjen duyarlılığı - Soğuk algınlığına bağlı olmayan hışiltı/hırıltı - Eozinofili (>%4)

*Astım risk faktörlerinden 1 major veya 2 minör risk faktörüne ek olarak, erken çocukluk döneminde sık hışiltı/hırıltı atakları varsa astım olma riski yüksektir.

**İnfant döneminde ilk hışiltı/hırıltı atağına atopik dermatit eşlik ediyorsa, astım atağı olarak değerlendirilebilir.

Tablo 4. Tanı

- Spirometride; FEV₁ ve FEV₁/FVC değerleri beklenen değerin <%80 olması - Bronkodilatatör ilaç sonrası FEV₁ 'de %12'lik veya 200 mL'lik artış olması - PEF metre ile yapılan ölçümlerde sabah-akşam PEF değişkenliği %20'den fazla olması - Atopi ve alerjen duyarlılığı yönünden cilt testleri, kanda spesifik IgE düzeyleri
--

Tablo 5. Astım Alevlenmesine Neden Olan Etkenler

Virüsler	- Astım atağının çocuklarda en sık nedeni viral enfeksiyonlardır. - Rhinovirüs, RSV, influenza, Coronavirüs, Human Pnömetavirüs, Parainfluenza, Bocavirüs, Adenovirüs
Bakteriler	<i>M. pnömoni</i>, <i>C. pnömoni</i>
Alerjen	Ev tozu, polen, hayvan tüy ve epiteli, mantar, hamam böceği, besinler, küf
Diğer	Sigara dumanı, soğuk hava, kuru hava, egzersiz, emosyonel nedenler, ilaç, keskin koku, hava kirliliği, mesleki maruziyet, eşlik eden hastalıklar

■ **Etiyoloji:** Tam olarak bilinmemekle beraber, genetik ve nöropatolojik sebepler suçlanmaktadır.

Tablo 3. Belirti ve Bulgular

Okuma Bozukluğu (Disleksi)	Matematik Bozukluğu	Yazılı Anlatım Bozukluğu
- Kelimeleri tanıyamama - Okuduğunu tam anlayamama - Yavaş ve yanlış okuma	- Hatalı ve yavaş hesaplama - Sayısal kavramları ve işlemleri öğrenememe ve hatırlayamama	- Dil bilgisi hataları - Heceleyememe - Noktalama hataları - Kötü el yazısı

Tablo 4. Tanı

- Klinik bulgular ve gözlemlerle konulabilir.
- Okuma hızı, anlama, imla kurallarına uyma, matematik işlemleri yaptırma ve kopyalayarak yazı yazdırma gibi görevlerle beceriler ölçülür.
- Zekâ testleri ve akademik başarı testleri yapılabilir.

Tablo 5. Tedavi

- Çocuğun eksik becerilerine yönelik eğitimler uzman kişiler tarafından verilmelidir.
- Eğitimler; işitsel, görsel, dikkat, bellek, algı, dokunma ve motor becerileri geliştirmeye yönelik olmalıdır.
- Okuma bozukluğunda dildeki seslerle harfler arasında bağlantılarla farkındalık oluşturmaya yönelik çeşitli okuma bileşenlerinin eğitimi verilmelidir.
- Yazılı anlatım bozukluğunda gramer kuralları, heceleme ve cümleleri yazmaya yönelik eğitim verilmelidir.
- Matematik bozukluğunda erken müdahale temel hesaplama becerilerinde iyileşme sağlayabilir.
- Kullanılabilecek bir ilaç yoktur. Eşlik eden psikiyatrik bozukluklar varsa tedavi edilir.

KAYNAKLAR

Türkbay T. Özgül Öğrenme Bozukluğu. Aydoğan Ü, Koç B, editörler. Temel Aile Hekimliği. 1. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2016.

UpToDate. Specific learning disabilities in children: Clinical features. <https://www.uptodate.com/contents/specific-learning-disabilities-in-children-clinical-features>. Erişim tarihi: 24.04.2022

Tanı	• Dil ve konuşmanın akıcılığı değerlendirilir. • Okumayı bilen çocuklarda okuma örneği de değerlendirilmelidir. • Alınan örneklerde kekelenen hece yüzdesi ve kekeleme şiddeti puanı hesaplanır.
Tedavi	• Okul öncesi çocuklarda kekemeliğin kendiliğinden iyileşme oranı yaklaşık %80'dir. • Kekemeliğe müdahale edilecek yaş ve yöntemler konusunda farklı görüşler mevcuttur. • Okul öncesi dönemde genelde dolaylı müdahale yöntemleri kullanılır. • Aile danışmanlığı verilmeli ve çevre uygun hale getirilmelidir. • Çocuğa konuşması konusunda baskı yapılmamalı, sözcük ya da cümleler düzeltilmemelidir. • Çocuğun kendini rahatça ifade edebilmesi sağlanmalı, konuşurken sabırla dinlenmelidir. • Dolaylı yöntemler yetersiz kalırsa ve büyük yaştaki çocuklar için konuşma terapisi uygulanır. • Konuşma akıcılığının yeniden düzenlenmesi odaklı yeni terapi teknikleri de mevcuttur.

KAYNAKLAR

- Kara K. Konuşma bozuklukları. Aydoğan Ü, Koç B, editörler. Temel Aile Hekimliği. 1. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2016. s.62.
- Kara K. Kekemelik. Aydoğan Ü, Koç B, editörler. Temel Aile Hekimliği. 1. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2016. s.62-63.
- Koyuncu Z, Mercan B. Neurodevelopmental Speech and Language Disorders. İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Derg. 2019;11:40-46.
- National Institute on Deafness and Other Communication Disorders (NIDCD). Specific language impairment. <https://www.nidcd.nih.gov/health/specific-language-impairment>. Erişim tarihi: 19.04.2022

Tablo 3. Bulgular

Aktif lezyonlar	• Beyaz uçlu, 1 mm'lik kapalı komedonlar • Siyah uçlu açık komedonlar • 1-5 mm arasında eritemli papüller, beyaz pü dolu püstüller • İnflame, ağrılı ve hassas kistik yapılar ve nodüller
İyileşmiş lezyonlar	• Hiperpigmente alanlar • Noktasal, derin skarlar (Buz kıracağı) • Geniş ve sık skarlar (Boxcar)

Tablo 4. Ayırıcı Tanı

Tanımlar	Ayırıcı Özellikleri
Akne rozacea	• Komedon bulunmaz.
Sebase hiperplazi	• Sarımsı komedonsuz papüller bulunur.
Folikülit	• Uzun süreli antibiyoterapi öyküsü bulunur.
Akne keloidalis nucha	• Tıraş sonrası o bölgelerde görülür. • Afrika kökenli Amerikalı kadınlarda sıktır.
Favre-Racouchot sendromu	• Güneş hasarı sonrası komedon oluşumudur.
Keratozis pilaris	• Gövde ve ekstremiteler yerleşimlidir. • Yüzde lezyon bulunmaz.

Tablo 5. Sınıflandırma

Hafif	• Açık ve kapalı komedonlara eşlik eden 10'dan daha az papül ve püstül
Orta	• 10-40 arası komedonal lezyon ve gövdede hafif hastalık varlığı (Birkaç adet nodül olabilir.)
Şiddetli	• Belirgin skarların eşlik ettiği çok sayıda büyük, ağrılı nodül ve kistler

Tablo 6. Komplikasyonlar ve Eşlik Eden Diğer Durumlar

• Skarlaşma ve hiperpigmentasyon • Psikososyal etkilenme, intihar düşüncesinde aynı yaş popülasyonuna göre 2-3 kat artış • Akne fulminans: Ateş, poliartralji, polimiyalji gibi sistemik belirtilerin eşlik ettiği inflamatuvar, ülsere akne lezyonları olan şiddetli akne formu • Akne konglobata: Kistler, apseler, sinüsler, nodüler skarların yaygın olduğu şiddetli kistik akne formu

NUMULER DERMATİT (DİSKOİD EKZEMA)

Tablo 1. Genel Özellikler

Tanım	Etiyolojisi tam olarak bilinmeyen, 1-3 cm çapında, para şeklinde, keskin sınırlı, eritemli, skuamlı ve veziküllü plakların görüldüğü kronik seyirli bir endojen ekzematür.
Epidemiyoloji ve Etiyoloji	- Stafilokoklara karşı aşırı duyarlılık reaksiyonu olduğu düşünülmektedir. - Deri kuruluğu, iritan maddeler tetikleyici nedenlerdir. - Atopik bünyede daha sık görülür. - Genellikle genç erişkin ve yaşlı hastalarda görülür, kronik seyirlidir.
Belirti ve Bulgular	Vücudun herhangi bir bölgesinde olabilmekle birlikte en sık ekstremitelerin ekstansör bölgelerinde görülür.
Tanı	- Klinik görünüm ile tanı konulabilir. - Nadiren patolojik inceleme gerekir.
Ayırıcı tanı	- Tinea korporis - Kontakt dermatit - Psöriasis - Liken simpleks kronikus - Kutanöz T hücreli lenfoma
Tedavi	- Orta ve güçlü potense sahip topikal steroidler kullanılır. - Kaşıntı şiddetli ise sedatif etkili antihistaminikler kullanılır.

DİSHİDROTİK EKZEMA (POMFOLİKS)

Tablo 1. Genel Özellikler

Tanım	El ve ayak parmaklarının yan yüzlerinde, palmar ve plantar bölgede yerleşimli, gergin, kaşıntılı veziküllerin izlendiği tekrarlayan endojen ekzematür.
Epidemiyoloji ve Etiyoloji	- Yaz aylarında sıklığı artar. - İdiyopatikdir. - Metal alerjen, genetik zemin ve dermatofit enfeksiyonları üzerinde durulan etiyolojik faktörlerdir. - Dermatofit enfeksiyonları sonrası id reaksiyonu olarak gözlenebilir.
Belirti ve Bulgular	Lezyonlar; eritemsiz zeminde, 1-2 mm çapında, küme oluşturmaya eğilimli, gergin, derin veziküllerdir.
Ayırıcı tanı	- Ürtiker - Pemphigus vulgaris - Eritema multiforme - Subkorneal püstüler dermatozis - Herpes simpleks virüs enfeksiyonu - Plamoplantar püstüler psöriasis - Kontakt dermatit - Epidermolizis bülloza - İlaç erüpsiyonu - Keratolizis eksfoliativa
Tedavi	- Orta potense sahip topikal steroidler kullanılır. - Kaşıntı için sedatif etkili antihistaminikler kullanılır.

Tablo 3. Tanı

- Klinik görünüm, ayrıntılı öykü ve fizik muayene
- Kronik ve anti-histaminiklere cevapsız ürtikerde; tam kan, sedimentasyon, eozinofil düzeyleri, vb. laboratuvar değerleri
- Alerjen ile tetiklenen ürtiker öyküsü veriyorsa: Deri prick testi, Radioallergosorbent analiz testi
- Fiziksel ürtiker tarifleyen hastada: Provakasyon testi
- Ürtikeryal vaskülit şüphesinde: Deri biyopsisi

Tablo 4. Ayırıcı Tanı

- Böcek ısırığı sonrası oluşan papüler ürtiker
- Eritema multiforme (hedef benzeri lezyonlar)
- Büllöz pemfigoid (özellikle yaşlı hastada)
- Henoch schönlein purpurası
- Mastositoz
- Serum hastalığı
- Muckle Wells sendromu
- Sweet sendromu

Tablo 5. Tedavi

- Antihistaminikler
- Alerjenden kaçınma
- Steroidler
- H₂ reseptör antagonistleri
- Lökotrien antagonistleri
- İV immünglobulin
- Omalizumab

KAYNAKLAR

- Aksoy H. Ürtiker. Saatçı E, çeviri editörü. Rakel Aile Hekimliği. 9.Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2019. s.770.
- Parlak N, Parlak A. Ürtiker. Aydoğan Ü, Koç B, editörler. Temel Aile Hekimliği. 1.Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2016. s.198-199.
- Toklu S. Ürtiker. Aydoğan Ü, çeviri editörü. Birinci Basamak Özet Bilgiler ve Güncel Notlar. 1.Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2018. s.3-23.

Tablo 8. Tedavi ve Korunma Yolları

Pedikülozis kapitis (Baş biti)	• Bir hafta aralıkla uygulanan piperonil butoksit, piretrinler ve permetrin şampuan-solüsyon • Uygulama sonrası ince dişli bir tarak ile sirkeler uzaklaştırılmalı • Ev içi temaslılar tedavi edilmeli • Yatak takımları, yastıklar yüksek ısıda ya da ağzı kapalı plastik torbada 2 hafta bekletilmeli
Pedikülozis korporis (Vücut biti)	• Kişisel hijyenin sağlanması • Yatak takımlarının değiştirilmesi • Dikiş yerlerine dikkat edilerek kıyafetlerin ütülenmesi • Topikal permetrin, piretrin ve malatyon solüsyonları • Ağır olgularda oral ivermektin kullanımı
Phthirus pubis (Kasık biti)	• Cinsel temastan kaçınma gerekli • Diğer cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar açısından değerlendirme

KAYNAKLAR

- Çiftçili SS, Kaya ÇA. Dermatitler ve Diğer Kaşıntılı Dermatozlar. Aydoğan Ü, Sağlam K, çeviri editörleri. Lange Aile Hekimliği Ayaktan Tedavi ve Korunma. 5. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2013. s.88-102.
- Güner PD, Başer DA. Enfestasyonlar. Saatçi E, çeviri editörü. Aile Hekimliği. 9. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2019. s.767-769.
- UpToDate. Pediculosis Corporis. <https://www.uptodate.com/contents/pediculosis-corporis>. Erişim tarihi: 20.04.2022
- UpToDate. Pediculosis Capitis. <https://www.uptodate.com/contents/pediculosis-capitis>. Erişim tarihi: 20.04.2022
- UpToDate. Pediculosis pubis and pediculosis ciliaris. <https://www.uptodate.com/contents/pediculosis-pubis-and-pediculosis-ciliaris>. Erişim tarihi: 20.04.2022
- Mazıcıoğlu M. Isırıklar ve Sokmalar. Aydoğan Ü, Sağlam K, çeviri editörleri. Lange Aile Hekimliği Ayaktan Tedavi ve Korunma. 5. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2013. s.43.

Tablo 3. Tedavi

- A grubu beta hemolitik streptokoklara etkili antibiyotikler kullanılmalıdır (penisilin ve sefalosporinler sıklıkla kullanılır).
- Tedavi süresi en az 10 gün planlanmalıdır.
- Komplike olgularda parenteral tedavi kullanılmalıdır.

İMPETİGO

- **Tanım:** Epidermisin lokalize yüzeysel enfeksiyonudur.
- **Epidemiyoloji:** Çocuklarda görülen en sık bakteriyel enfeksiyon olup, çok bulaşıcıdır. En yüksek insidans yaz ve sonbahar aylarında gerçekleşir.
- **Etiyoloji:** *S. pyogenes* ve *S. aureus'* dur.

Tablo 1. Risk Faktörleri

- Atopik dermatit
- Suçiçeği
- Skabies
- Kötü hijyen

- **Belirti ve Bulgular:** Genellikle yüz, el ve ekstremitelerde bal rengi kurutlu lezyonlar ortaya çıkar.
- **Tedavi:** Mupirosin merhem küçük impetigo bölgeleri tedavisinde kullanılır. Kronik nazal taşıyıcı olanlara her ay 5 gün, günde 3 kez intranasal mupirosin önerilir.

BÜLLÖZ İMPETİGO

- **Tanım:** Normal görünümlü deri üzerinde çıkan, eritemli halo ile çevrili berrak sarı veya bulanık sıvı içeren yüzeysel büller ortaya çıkar. Büllöz lezyonlar kolay deforme olur.

ERİTRAZMA

- **Tanım:** Deri florasında bulunan *Corynebacterium spp.*'nin neden olduğu yüzeysel bir deri enfeksiyonudur.

Tablo 1. Belirti ve Bulgular

- Orta derecede kaşıntı ve rahatsızlık hissi
- Enfekte olan deri, genellikle merkezi daha açık renkli kırmızısımsı kahverengi ve hafif bir kabanklık gösterir.
- Lezyonlar birbiriyle birleşme eğiliminde olup sınırları belirsiz olabilir.
- Genellikle intertriginöz boşluklarda, özellikle obez, hiperhidrotik veya diyabetik hastalarda ortaya çıkar.
- Lezyonlar wood ışığında mercan kırmızısı olarak görülür.

- **Tanı:** Kutanöz siğillerin tanısı klinik görünümüne dayanır. Verruka plantaris ve verruka vulgarisin üzerindeki hiperkeratotik kalıntıların kazınması genellikle tromboze kılcal damarları ortaya çıkarır, bu da tanıya yardımcı bir özelliktir ve nasırdan ayrımında önemlidir.

Tablo 3. Ayırıcı Tanı

• Nasır	• Liken planus	• Seboreik keratoz
• Akrokordonlar	• Amelanotik melanom	• Skuamöz hücreli karsinom

Tablo 4. Tedavi

Verruka vulgaris Verruka plantaris	• Topikal salisilik asit ve kriyoterapi en sık tercih edilen tedavi yöntemleridir. • Salisilik asit çocuk ve koyu tenliler için tercih edilir. • Kriyoterapi siğil geçene kadar 2-3 haftada bir tekrarlanır. Altı haftada yanıt oluşmazsa, alternatif bir tedaviye geçilebilir. • Topikal 5-florourasil, triklor asetik asit, podofilotoksin, intralezyonel bleomisin kullanılabilecek diğer ajanlardır.
Verruka plana	• Kriyoterapi ve topikal salisilik asit, tretinoin, imikimod, 5-florourasil en yaygın tedaviler arasındadır.
Verruka filiformis	• Tercih edilen tedavi yöntemi eksizyondur.

HERPES SİMPEKS ENFEKSİYONLARI

- **Tanım:** Herpes simpleks virüsü (HSV) tip 1 ve tip 2 olarak iki ayrı tipten oluşur.

Tablo 1. HSV-1 ve HSV-2 Karşılaştırması

	HSV-1	HSV-2
Bulaş	• Mukozal sekresyon, herpetik lezyonla temas veya cinsel yol	• Cinsel yol
İnkübasyon	• 1-26 gün	• 2-12 gün
Patofizyoloji	• Oral/genital (primer orofasiyal) herpes	• Oral/genital (primer genital) herpes
Latent kaldığı ganglion	• Trigeminal ganglion	• Lumbosakral ganglion
İnsidans	• Dünya çapında 0-49 yaş aralığındaki yaklaşık 3,7 milyar insanda HSV-1 enfeksiyonu vardır.	• Amerika'da 30 yaşından büyük her 4 kişiden 1'inde HSV-2 pozitifdir.

*HSV: Herpes simpleks virüsü.

Tablo 3. Klinik Değerlendirme (ABCDE kuralı)

A	Asimetri	Asimetri
B	Border irregularities	Kenar düzensizliği
C	Color variegation	Renk değişimi
D	Diameter	Çap büyüklüğü (≥6 mm)
E	Evolution	Değişim (büyüklük, şekil, belirti)

■ **Tanı:** Eksizyonel biyopsi yapılmalıdır.

Tablo 4. Evreleme

- TNM (Tümör, Nod, Metastaz) evrelemesi yapılır.
- Melanom, genelde lenfatik metastaz yapar.
- Tanı için tüm vücut dermatoskopik muayene ile incelenmelidir.
- 1 ve 2. evredeki hastalar için ek tetkik önerilmez.
- 3. evre hastalar ise kan, görüntüleme yöntemleri gerekirse PET/BT ile değerlendirilmelidir.

Tablo 5. Tedavi

- Cerrahi tedavi, erken evre olgularda temel tedavi yöntemidir.
- Primer lezyonun güvenilir cerrahi sınırlarda eksizyonu gerekir.
- Lenf nodu pozitifliğinde, bölgesel lenf nodu eksizyonu önerilmektedir.
- İnterferon alfa 2b adjuvan olarak tedavide kullanılabilir.
- Metastatik hastalarda kemoterapi, immünoterapi, BRAF inhibitörleri kullanılır.

Tablo 6. Korunma

Güneşten korunma	• 30 SPF ve üzeri güneş kremleri ve sapka, güneş gözlüğü ve uzun kollu kıyafetlerle korunma sağlanmalıdır.
Kendi kendine aylık cilt muayenesi	• Hastalar ABCDE konusunda eğitilmeli ve kendi kendini muayene etmeleri sağlanmalıdır.

*SBF: Güneş koruma faktörü.

KAYNAKLAR

- Erdem G, Tekgöz E. Maling Melanom. Aydoğan Ü, Koç B, editörler. Temel Aile Hekimliği. 1. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2016, s.667-668.
- UpToDate. Melanoma: Clinical features and diagnosis. <https://www.uptodate.com/contents/melanoma-clinical-features-and-diagnosis>. Erişim tarihi: 22.05.2022
- Yürekli A. Melanom. Aydoğan Ü, çeviri editörü. Birinci Basamak Özet Bilgiler ve Güncel Notlar. Birinci 1. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2018, s.3-12.

Aile öyküsü	• Obez veya fazla kilolu bireylerin varlığı • Bazı genetik hastalıklar (Prader-Willi, Bardet-Biedl, Cohen, Alstrom, Klinefelter sendromu, vb.)
Fiziksel aktivite	• Sıklık, şiddet ve süresi
Kullanılan tıbbi tedaviler	• Beta-bloker: Propranolol, atenolol • Diyabet tedavisi: İnsülin, sülfonilüre, tiazolidinedionlar • Hormon tedavisi: Glukokortikoidler, östrojen, progesteron • Psikiyatrik ilaçlar: Antidepresanlar (Trisiklik veya serotonin gerilim inhibitörleri), atipik antipsikotikler, MAO inhibitörleri • Nörolojik ilaçlar: Antiepileptikler • Kemoterapötik ajanlar: Tamoksifen, siklofosfamid, metotreksat

Tablo 5. Antropometrik Değerlendirme

Kantitatif ölçümler	• Ağırlık • Boy • Bel çevresi (Erkeklerde >102 cm, Kadınlarda >88 cm) (VKİ>35 kg/m² olan kişilerde ölçüme gerek yok) • Deri katlantı kalınlığı (Üç vücut bölgesi)
Hesaplamalar	• VKİ: Kilo/boy² (kg/m²) • Bel-kalça oranı (kadınlarda <0,8, Erkeklerde <0,9) • Bel-boy oranı (<0,5) • Vücut yağ yüzdesi: (VKİ x 1,2) + (0,23 x Yaş) - (10,8 x G) - 5,4 [Erkekler için G=1, Kadınlarda için G=0]

Tablo 6. Vücut Yağ Yüzdesine Göre Sınıflandırma

Sınıflandırma	Kadın (%)	Erkek (%)
Esansiyel yağ	10-13	2-5
Sporcular	14-20	6-13
Formda olma	21-24	14-17
Kabul edilebilir	25-31	18-24
Obezite	>32	>25

Tablo 7. Laboratuvar

Genel tetkikler	• Hemogram • Tam idrar analizi
Obezite ile ilişkili tetkikler	• Açlık kan şekeri • HbA1c • Lipid profili • Karaciğer fonksiyon testleri (AST, ALT, ALP, GGT) • Böbrek fonksiyon testleri (üre, kreatinin) • TSH (Tiroid Stimulan Hormon)

Tablo 3. Diyabet Tiplerinin Genel Özellikleri

Diyabet Tipi	Genel Özellikleri
Tip 1 Diabetes mellitus	• β hücre yıkımı ve mutlak insülin eksikliği ile ilişkilidir. • Genellikle 30 yaş öncesi başlar. • Hiperglisemi belirti ve bulguları ani başlar. • Çoğu defa şiddetli kilo kaybı görülür. • Diyabetik ketoasidoza yatkınlık vardır.
Tip 2 Diabetes mellitus	• İnsülin direnci, insülin sekresyon bozukluğu ile ilişkilidir. • Çoğunlukla 30 yaşından sonra başlar. • Hastalar sıklıkla fazla kiloludur ($VKİ > 25 \text{ kg/m}^2$). • Başlangıçta ketoasidoza yatkınlık yoktur, fakat ilerleyen dönemde β hücre azalmasına bağlı olarak görülebilir. • Genellikle sinsi başlangıçlıdır, uzun süre bulgu vermeyebilir. • Bazı hastalarda bulanık görme, el ve ayaklarda uyuşma, karıncalanma, ayak ağrıları, tekrarlayan mantar enfeksiyonları, yara iyileşmesinde gecikme görülebilir. • Bazen hastalar kronik komplikasyonlarla başvurabilir.
Gestasyonel diabetes mellitus	• Gebeliğe bağlı gelişen fizyolojik insülin direncinin abartılı halidir. • Genellikle belirti vermez, doğum sonrası sıklıkla düzelir. • Sonraki gebeliklerde tekrarlayabilir. • İlerleyen süreçte tip 2 diyabet görülebilir. • Gebelikte anne ve bebek açısından komplikasyonlara neden olabilir.

PREDİYABET

- Plazma glukoz düzeyleri normalden yüksek olan, fakat diyabet tanı kriterlerini karşılamayan değerler, prediyabet olarak tanımlanır.
- Bozulmuş glukoz toleransı ve bozulmuş açlık glisemisi prediyabet olarak kabul edilmektedir.
- Prediyabet, diyabete dönüşmeden önce gerekli önlemleri alarak hastalıktan korunma sağlanabilir.

Tablo 1. Prediyabet için ADA Önerileri

- Başlangıç ağırlığına göre en az %7 kilo kaybı
- En az 150 dk/hafta orta şiddette fiziksel aktivite, örneğin yürüyüş
- Yaşam tarzı değişikliklerine rağmen $A1C > 6$ ise metformin başlanabilir.
- Klinik diyabete ilerleyiş yıllık izlenir.

*ADA: American Diabetes Association-Amerikan Diyabet Birliği

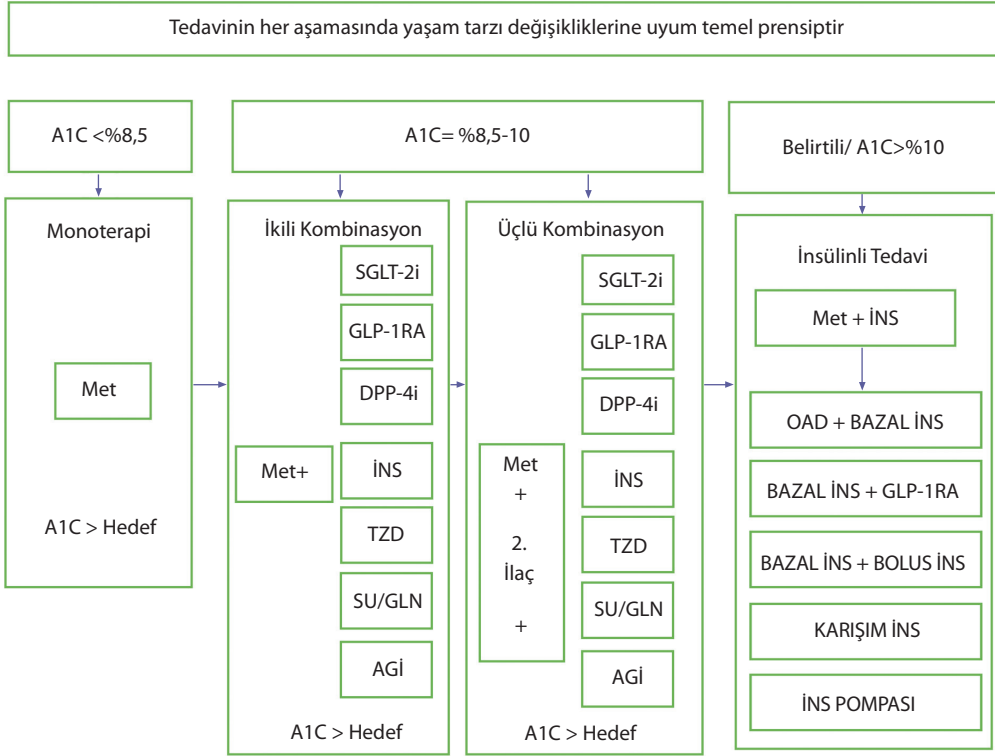
Tablo 2. Prediyabet, Diyabet ve Gestasyonel Diyabette Tanı Kriterleri

Prediyabet ve Diyabet Tanı Kriterleri		
	Prediyabet	Diyabet
A1C	%5,7–6,4 *	$\geq 6,5$ **
Açlık plazma glukozu	100–125 mg/dL *	≥ 126 mg/dL **
Oral glukoz tolerans testi	140–199 mg/dL *	≥ 200 mg/dL **
Rastgele plazma glukozu		≥ 200 mg/dL ***

*Her üç test için de risk devam etmektedir, üst sınıra yakın değerler daha risklidir.

**Tanı için aynı testte iki veya farklı iki testte yükseklik gereklidir.

***Hiperglisemi belirtileri olan hastalarda.



Şekil 3. Tedavi algoritması

A1C: Glikozile HbA1c, MET: Metformin, SGLT-2i: Sodyum glukoz kotransportu 2 inhibitörü, GLP-1RA: Glukagon benzeri peptid-1 reseptör analogu, DPP-4i: Dipeptidil peptidaz 4 inhibitörü, İNS: İnsülin, TZD: Tiazolidindion, SU: Sulfonilüre, GLN: Glinid, AGİ: Alfa glukozidaz inhibitörü.

- A1C > %7 veya bireysel hedefin üstünde ise tedavi değişikliği yapılmalıdır.
- Monoterapiye Met tercih edilir. Met kontrendike veya intolerans varsa diğer ilaçlar başlanabilir.

ORAL ANTİDİYABETİK İLAÇLAR

Tablo 1. İnsülin Duyarılaştırıcı İlaçlar

Biguanidler			
Jenerik Ad	Preparat Doz	Günlük Doz	Alınma Zamanı
Metformin	500, 850, 1000 mg tablet	500-2500 mg	Günde 1-3 defa, aç veya tok karnına *
Metformin uzun salınımlı	500, 1000 mg tablet	500-2000 mg	Günde 1-3 defa, aç veya tok karnına *
Tiazolidindionlar (Glitazonlar)			
Jenerik Ad	Preparat Doz	Günlük Doz	Alınma Zamanı
Pioglitazon	15, 30, 45 mg tablet	15-45 mg	Günde 1 defa, yemekten bağımsız

*Günde bir kez 500 mg'dan başlanıp doz tedricen artırılır. Metformin aç karnına alındığında biyoyararlanımı daha yüksektir, ancak yemekle birlikte veya yemekten sonra alındığında gastrointestinal yan etkileri daha az görülür.

Tablo 14. İnsülin Tedavisinin Komplikasyonları

- Hipoglisemi
- Kilo artışı
- Masif hepatomegali
- Ödem
- İmmünojenisite
- Lipohipertrofi-atrofi
- Kanama, sızma ve ağrı

Tablo 15. Diyabetik Hasta Eğitimi

Tip 1 DM	• Neyi ne zaman yiyeceğini, • Egzersiz esnasında ve sonrasında ne yapacağını, • Günde 4-8 defa kendi kendine plazma glukoz ölçümü yapmayı, • Günde 2-5 defa insülin enjeksiyonu yapmayı, • Hipoglisemi belirtileri ve tedavisini, • Gereğinde glukagon enjeksiyonu yapmayı, • Hipoglisemi veya hiperglisemi korkusuna bağlı anksiyete ile baş etmeyi, • Mikrovasküler komplikasyonlardan korunmayı, • Ayak bakımını, • Araya giren hastalıklar ve özel durumlarda diyabetini nasıl regüle edebileceğini, • Reprodüktif yaşlardaki kadın diyabetliler kontrasepsiyon yöntemlerini uygulamayı ve gebelikte glisemik kontrolün önemini bilmek zorundadır.
Tip 2 DM	• Kilo kaybı sağlamaya yönelik sağlıklı ve dengeli beslenmenin önemini, • Fiziksel aktivitesini nasıl artıracığını, • Tedaviye uygun sayıda ve zamanda kendi kendine plazma glukozu ölçümü yapmayı, • Hastalığın doğal seyri gereği, süreç içinde insülin gereksiniminin olabileceğini, • Eşlik eden diğer sorunlarının diyabetini etkileyebileceğini, • Gereğinde insülin enjeksiyonu yapmayı, • Hipoglisemi belirtileri ve tedavisini, • Mikro ve makrovasküler komplikasyonlardan korunmayı, • Ayak bakımını, • Araya giren hastalıklar ve özel durumlarda diyabetini nasıl regüle edebileceğini, • Reprodüktif yaşlardaki kadın diyabetliler kontrasepsiyon yöntemlerini uygulamayı ve gebelikte glisemik kontrolün önemini bilmek zorundadır.

*DM: Diabetes mellitus.

KAYNAKLAR

- American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes-2020 Abridged for Primary Care Providers. Clinical Diabetes, 2020;38(1):10-38.
- Başaran Y. Diabetes Mellitus. Aydoğan Ü, Koç B, editörler. Temel Aile Hekimliği. 1. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2016. s.233-244.
- Lean MEJ, et al. Primary care-led weight management for remission of type 2 diabetes (DiRECT): an open-label, cluster-randomised trial. The Lancet, 2018;391(10120):541-551.
- TC. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Diyabet Programı 2015-2020. http://diyabet.gov.tr/content/files/guncel/turkiye_diyabet_programi.pdf. Erişim tarihi: 21.05.2022
- Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED), Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu; 2019. s.15-232.

Tablo 5. Tanı

	TSH	Serbest T₄	Yaklaşım
Ötiroid	Normal	Normal	• TSH düzeyi normal çıkan hastada şüphe yüksek ise serbest T ₄ düzeyine bakılır.
Subklinik hipotiroidi	Yüksek	Normal	• TSH tekrarı, Anti-TPO kontrolü
Aşkar primer hipotiroidi	Yüksek	Düşük	
Santral hipotiroidi	Düşük/ Normal	Düşük	• Hipofiz MRG, hipofizin diğer hormonlarının kontrolü
TSH baskılanmasının diğer nedenleri	Düşük	Normal	

Tablo 6. Ayırıcı Tanı

- Depresyon
- Demans
- Alzheimer hastalığı
- Sistemik hastalıklar

Tablo 7. Tedavi

- Primer hipotiroidili komplike olmayan hastalarda tedavi tiroid hormon replasmanına dayanır.
- Sekonder ve tersiyer hipotiroidili hastalarda altta yatan hipotiroidi nedenini araştırmak için hipotalamo-hipofizer aksa yönelik testler yapılmalıdır.
- Sağlıklı erişkin hastada tiroid hormonu replasman dozu 1,6 µg/kg/gündür.
- Yaşlı hastada 1µg/kg/gün olacak şekilde daha küçük dozlar ile tedaviye başlanır.
- Hastalar ilaçlarını sabah aç karnına almalıdır.
- Tedavi başlangıcından itibaren hasta ötiroid hale gelene kadar kısa aralıklar ile TSH kontrol edilir.
- Ötiroid hale gelen belirtisiz hasta 6-12 aylık periyodlar ile kontrol edilir.

HİPERTİROİDİ VE TİROTOKSİKOZ

- **Tanım:** Tirotoksikoz tiroid hormonlarının serumda artışı ile meydana gelen hipermetabolik bir durumdur. Hipertiroidi ise tiroid bezinde artan yapım ve salgı nedeniyle ortaya çıkar.
- **Epidemiyoloji:** Kadınlarda 10 kat daha sık görülür.

Tablo 1. Vitamin D Düzeyleri

Normal	30-50 ng/mL
Yetersizlik	20-30 ng/mL
Eksiklik	10-20 ng/mL
Ciddi eksiklik	<10 ng/mL

- **Epidemiyoloji:** ABD popülasyonunun %33'ünde vitamin D düzeyi 20 ng/mL'in altında saptanırken, Türkiye'de de yapılan bazı çalışmalarda yaklaşık %60 oranında vitamin D eksikliği görülmektedir.

Tablo 2. Etiyoloji

Yetersiz D vitamin alımı veya absorpsiyonu	• Diyetel faktörler • Malabsorpsiyon • Kısa bağırsak sendromu • Bariyatrik cerrahi, gastrektomi • Pankreas yetmezliği
Ciltte D vitamini üretiminin azalması	• Gün ışığına yetersiz maruziyet • Koyu cilt rengi • Yüksek faktörlü güneş koruyucu ürün kullanımı
Defektif 25-hidroksilasyon	• Siroz
D vitamini katabolizma artışı	• Antikonvülzan ilaçlar • Antitüberküloz ilaçlar • Antifungal ilaçlar
D vitamin bağlayıcı protein kaybı	• Nefrotik sendrom
Defektif 1-alfa 25-hidroksilasyonu	• Hipoparatiroidizm • Renal yetmezlik • 1-alfa25-hidroksilaz eksikliği (vitamin D bağımlı Rikets tip 1)
Aktif vitamin D (kalsitriol)'ye hedef organ cevapsızlığı	• Herediter vitamin D-bağımlı Rikets (vitamin D-bağımlı Rikets tip 2)

- **Klinik Yaklaşım:** Vitamin D eksikliğine klinik yaklaşım, eksikliğin şiddeti ve süresine bağlı olarak değişir.

Tablo 3. Belirti ve Bulgular

Vitamin D Düzeyi	Belirtiler	Bulgular
Hafif-orta düzeyde vitamin D eksikliği (Serum 25 hidroksivitamin D değeri 15-20 ng/mL arası)	• Belirtisiz	• Serum parathormon seviyesinde artış • Fosfatüri
Uzun süreli veya ağır vitamin D eksikliği (Serum 25 hidroksivitamin D değeri 10 ng/mL'nin altında)	• Kemik ağrısı • Hassasiyet • Kas güçsüzlüğü • Yürümekte güçlük	• Kemik dansitometrisinde [DEXA] kemik mineral yoğunluğunda azalma • Kırık

Tablo 5. Kemik Mineral Yoğunluğu Ölçüm Sıklığı

- Tedavi almayan postmenopozal kadın ve 70 yaş üzeri erkeklerde 2 yılda bir
- Tedavi altında olan hastalarda yılda bir
- Teriparatid tedavisi alanlarda 6 ayda bir
- Sekonder osteoporozu olan ve glukokortikoid kullananlarda 6 ay ya da yılda bir tekrarlanmalıdır.

Tablo 6. Osteoporoz Açısından Taranması Önerilen Hasta Grubu

- 65 yaş üstü bütün kadınlar ve 70 yaş üstü bütün erkekler (risk faktörlerinden bağımsız)
- Kırık için risk faktörü taşıyan <65 yaş postmenopozal kadınlar, perimenopozal kadınlar ve 50-69 yaş arası erkeklerde aşağıdaki risk faktörlerinden birinin varlığı
 - ♦ Risk faktörleri
 - Frajilite kırığı
 - Üç aydan uzun süre ≥ 5 mg/gün prednizon ya da eşdeğeri glukokortikoid kullanımı
 - Sigara
 - Artmış alkol tüketimi
 - Düşük beden kütle indeksi (<20 kg/m²) ya da majör kilo kaybı
 - Romatoid artrit
 - Osteoporoz ile ilişkili hastalık öyküsü
 - Osteoporoz açısından yüksek riskli ilaç kullanım öyküsü
 - Direkt grafilerde kırık varlığı
- <50 yaş kadın ve erkekler
 - ♦ Hipogonadizm ya da erken menopo
 - ♦ Frajilite kırığı
 - ♦ En az 3 ay ≥ 5 mg/gün prednizon ya da eşdeğeri steroid kullanımı
 - ♦ Sigara
 - ♦ Artmış alkol tüketimi
 - ♦ Düşük beden kütle indeksi (<20 kg/m²) ya da ciddi kilo kaybı
 - ♦ Romatoid artrit
 - ♦ Osteoporoz ile ilişkili hastalık öyküsü
 - ♦ Osteoporoz açısından yüksek riskli ilaç kullanım öyküsü
 - ♦ Direkt grafilerde kırık varlığı
 - ♦ Sekonder osteoporoz nedenlerinin varlığı

Tablo 4. Ayırıcı Tanı

- Anksiyete bozuklukları
- Somatizasyon bozuklukları
- Hipertiroidizm ve tirotoksikoz
- Amfetamin ve kokain kötüye kullanımı
- Karsinoid sendrom
- Esansiyel hipertansiyon
- Anjina
- Menopoz
- Hipoglisemi
- İnsülinoma
- Sistemik mastositoz
- Paroksizmal supraventriküler taşikardi

Tablo 5. Tarama Yapılması Gereken Durumlar

- Dirençli hipertansiyon
- Feokromasitoma belirti ve bulguları olanlarda (hiperadrenarjik atak)
- Ailede feokromositoma veya MEN-2, VHL sendromu, NF 1 öyküsü
- Doğum, anestezi, radyolojik işlemler sırasında tansiyon yüksekliğinin saptanması
- Adrenal insidentaloma varlığı

Tablo 6. Laboratuvar

Fraksiyone katekolaminler (Epinefrin, norepinefrin, dopamin) ve fraksiyone metanefrinler (Metanefrin, normetanefrin) düzeyleri ölçümü	• Değerlerde 2-3 katı yükselme
24 saatlik idrarda fraksiyone metanefrin ve katekolamin düzeyleri ölçümü	• Sıklıkla başlangıç testi olarak ve daha yaygın olarak kullanılırlar. • Sensitivite ve spesifitesi %98'dir.
İdrar valin mandelik asit ölçümü	• Yüksek yanlış negatiflik oranına sahiptir. • Tarama testi olarak önerilmez.
Serum kromogranin-A ölçümü	• Alternatif bir test olarak önerilmektedir. • Görece sensitif (%86), ancak düşük tanısal spesifitedir.

Tablo 7. Radyolojik Görüntüleme Yöntemleri

Anatomik görüntüleme	• BT • MRG
Fonksiyonel görüntüleme	• Metaiodobenzilguanidin (131I-MIBG ve 123I-MIBG) sintigrafileri • Pozitron emisyon tomografi (PET)

Tablo 4. Tedavi

- İlk tercih cerrahidir.
- Cerrahi prosedür için riskli hasta gruplarında, 3- 6 ay tıbbi tedavi sonrası riskleri azalan hastalara cerrahi girişim uygulanabilir.
- Yeterli cerrahi tedavi sonrasında GH hipersekresyonu devam eden hastalarda, tıbbi tedaviye rağmen düzelme gözlenmiyorsa adjuvan tedavi olarak radyoterapi uygulanır.

Tablo 5. Tıbbi Tedavi Ajanları

Somatostatin analogları	• Oktreotid LAR veya lanreotid • 28 günlük IV enjeksiyon
Dopamin agonistleri	• Bromokriptin veya kabergolin • Genellikle somatostatin analogları ile kombine kullanılırlar.
GH Reseptör antagonistleri	• Pegvisomant • Dirençli olgularda somatostatin analogu tedavisini tolere edemeyenlerde tercih edilir.

ACTH SALGILAYAN ADENOMLAR

CUSHİNG HASTALIĞI

■ **Tanım:** ACTH salgılayan hipofiz adenomu ve buna bağlı gelişen kortizol hipersekresyonudur.

Tablo 1. Kortizol Hipersekresyonu Sınıflandırılması

İatrojenik hiperkortizolemi	
Endojen hiperkortizolemi	• ACTH Bağımlı (%80-85) ♦ Cushing hastalığı ♦ Ektopik ACTH sendromu ♦ Ektopik CRH sendromu • ACTH Bağımsız (%15-20) ♦ Adrenal adenom ♦ Adrenal hiperplazi sendromları ♦ Adrenal karsinom

Tablo 2. Belirti, Bulgu ve Gelişmesi Muhtemel Tablolar

Belirti ve Bulgular	Hiperkortizolizme Bağlı Gelişebilen Tablolar
• Aydede yüzü • Buffalo hörgücü • Mavi ve mor strialar (>1 cm) • Hirsutizm • Pletore • Santral obezite • İnce ekstremiteler • İnce ve çabuk moraran deri • Ayak bileğinde ödem • Ciltte koyulaşma	• Hipertansiyon • Dislipidemi • Glukoz regülasyon bozukluğu • Oligoamenore • Osteoporoz • Kişilik değişiklikleri

• Pirinç suyu görünümlü, bol sulu ishal	• Kolera veya turist ishali (ETEC)
• Dizanteri sendromu	• Shigelloz, amebiazis, psödomembranöz enterokolit, non enfeksiyöz nedenler (ülseratif kolit, vb.)
• Akut ishaller en fazla 10-14 gün kadar devam eder.	• <i>C. difficile</i> , <i>E. histolytica</i> , giardia, AIDS ile ilişkili CMV, <i>M. avium kompleks</i> , cryptosporidium, isospora sorumlu olabilir.
• Akut başlayıp tekrarlayan ve kronikleşen ishaller	
• Hemorajik kolit (gaitada lökosit yok)	• EHEC (O 157: H7)
• Hemorajik üremik sendrom	• EHEC (O 157: H7), Shigella dysenteria tip 1
• Akut apandisit benzeri sendrom ve eritema nodosum	• Yersinioz
• Konvülsiyon	• <i>S. flexneri</i>
• Karın ağrısı GIS'in alt kısmının tutulduğunu düşündürür.	• Shigella, EIEC, EHEC, campylobacter gibi inflamatuvar ishallerde karın ağrısı belirgindir.
• Yüksek ateş	• Mukoza invazyonu: İnflamatuvar ishal veya dizanteri • Shigella, salmonella, campylobacter • Minimal invazyon: Rotavirüs, norovirüs
• Reaktif artrit	• Shigella (özellikle <i>S. flexneri</i>), <i>Y. enterocolitica</i> , <i>C. jejuni</i>

Tablo 3. Tanı

	Tip 1	Tip 2	Tip 3
Mekanizma	• Non inflamatuvar	• İnflamatuvar	• Penetrasyon
Lokalizasyon	• Proksimal ince bağırsak	• Kolon	• Distal ince bağırsak
Hastalık tablosu	• Sulu ishal	• Dizanteri	• Enterik ateş
Gaita mikroskopisi	• Lökosit yok • Çok az miktarda laktoferrin artışı	• Polimorfonükleer lökosit varlığı • Laktoferrin artışı mevcut	• Mononükleer lökosit varlığı • Laktoferrin normal
Etkenler	• <i>V. cholera</i> • ETEC, EPEC, EAEC • <i>C. perfringes</i> • <i>B. cereus</i> • <i>S. aureus</i> • <i>G. lamblia</i> • Rotavirüs • Norwalk virüs • <i>C. parvum</i> • Microsporidia	• Shigella • EIEC • EHEC • <i>S. enteritidis</i> • <i>V. parahaemolyticus</i> • <i>C. difficile</i> • <i>C. jejuni</i> • <i>E. histolytica</i>	• <i>S. typhi</i> • <i>Y. enterocolitica</i>

*ETEC: Enterotoksijenik *E. coli*, EPEC: Enteropatogenik *E. coli*, EIEC: Enteroinvaziv *E. coli*, EAEC: Enteroagresif *E. coli*, EHEC: Enterohemorajik *E. coli*.

Belirti ve Bulgular	Belirtiler	- Kulak ağrısı (konuşmayan çocuklarda kulağı tutma, çekme, kulağa elini sürme) - Kulak akıntısı (otore) - Ateş - İşitme kaybı - Huzursuzluk (çocuklarda) - Üst ve alt solunum yolu enfeksiyon belirtileri - Nadiren fasiyal paralizi, kusma, ishal	
	Bulgular	- Kulak zarında hiperemi ve ödem - Kulak zarında itilme ve bombeleşme - İleri dönemlerde kulak zarında perforasyonla birlikte dış kulak yolunda kanlı akıntı görülebilir.	
Tanı	Evreler	Hiperemi	- Orta kulak mukozasında hafif ödem ve vasküler dolgunluk mevcuttur. - Kulak zarı hiperemik, ancak vasküler belirteçler bozulmamıştır.
		Eksüdasyon	- Orta kulak ve mastoid hücrelerde kapillerlerden sızan eksuda birikir. - Hastanın ağrısı ve ateşi artar, iletim tipi işitme kaybı meydana gelir. - Muayenede kulak zarı hiperemik ve bombe görünümlü olup, ılık üçgeni kaybolmuştur.
		Süpürasyon	- Sıkışan basınçlı eksudanın etkisi ile kulak zarı delinir ve önce kanlı sonra pürülan akıntı dış kulak yolundan gelir. - Hastanın ağrısı azalır, ateşi düşer. - Antibiyotiklerin kullanımına bağlı olarak bu evre artık pek görülmez. - Süpüre olmadan rezolüsyon gerçekleşir.
		Rezolüsyon	- Etkin tedavi kullanımı sonrası veya spontan olarak ilk üç evrenin herhangi birinden sonra rezolüsyon gerçekleşir. - Orta kulaktaki sıvının tamamen kaybolması için 2-4 haftalık bir sürecin geçmesi gerekir.
		Koelisans	- AOM'yi takiben %1-5 vakada enfeksiyon mastoid hava hücrelerinde devam eder. - Sıklıkla antibiyotiklerin yanlış veya yetersiz kullanım öyküsü mevcuttur. - Hastalık ya iki hafta boyunca iyileşme göstermez veya iyileştikten birkaç gün sonra tekrar kulak akıntısı başlar. - Muayenede postauriküler ödem ve hiperemi izlenir.
Komplikasyonlar	- Menenjit - Mastoidit - Subperiostal apse - Otik hidrosefali - Beyin apsesi - Lateral sinüs trombozu - Fasiyal paralizi - Boyunda bezold apsesi - Sepsis		

(devamı)

VİRAL ENSEFALİT

- **Tanım:** Beyin parankiminin kendisinin inflamasyonu sonuçlanır. Viral menenjitten farklı olmasına rağmen, ikisi sıklıkla eşzamanlıdır ve ensefalitte nörolojik anormalliklerin varlığı ile klinik olarak ayırt edilebilir.
- **Etiyoloji:** Arbovirüsler, HSV, herpes zoster virüsü (HZV), Epstein-Barr virüsü (EBV), sitomegalovirüs (CMV) ve kuduz (rabdovirüs) bulunur.

Tablo 1. Belirti ve Bulgular

- Menenjitte olduğu gibi, ensefalitli hastalar çok çeşitli klinik gösterebilir.
- Ensefalitte, yeni psikiyatrik belirtiler, bilişsel kusurlar, nöbetler veya fokal nörolojik defisitleri içerebilen ve değişen bilinç seviyeleri çok daha yaygındır.
- Baş ağrısı, fotofobi ve ense sertliği gibi meningeal irritasyon nadir değildir.

Tablo 2. Tanı

- BOS analizinde artmış protein seviyesi ve pleositoz
- HSV hemorajik ensefalit yaptığı için BOS'da eritrosit
- BOS glukoz seviyesi normal
- En spesifik tanı koydurucu yöntem PCR ile genom tespiti
- MRG ve EEG tanıya yardımcı tetkikler

Tablo 3. Tedavi

- Sadece HSV hastalığının spesifik tedavisi mevcuttur. Asiklovir, her 8 saatte bir İV olarak 10 mg/kg dozunda kullanılır.
- Gansiklovir CMV enfeksiyonlarında kullanılabilir.
- Pleconaril enteroviral hastalıkta kullanılabilir.

KAYNAKLAR

- Richie MB, Josephson SA. A Practical Approach to Meningitis and Encephalitis. *Semin Neurol.* 2015;35(6):611-20.
- Solomon IH. Molecular and Histologic Diagnosis of Central Nervous System Infections. *Surg Pathol Clin.* 2020;13(2):277-289.
- Somand D, Meurer W. Central nervous system infections. *Emerg Med Clin North Am.* 2009; 27(1):89-100.
- Karakaş A, Savaşçı Ü. Enfeksiyon Hastalıkları. Aydoğan Ü, Koç B, editörler. *Temel Aile Hekimliği.* 1. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2016. s.287-289.
- Kaya MÖ. Deliryum. Saatçi E, çeviri editörü. *Aile Hekimliği.* 9. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2019. s.1009-1023.
- Willke Topcu A, Aşkın Keçeli S. Enfeksiyon Hastalılarında Sık Karşılaşılan Sorunlar ve Antimikrobiyal Tedavi. Müftüoğlu E, çeviri editörü. *Lange Güncel Tıbbi Tanı Tedavi* 2016. 54. Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2016. s.1272-1275.

Tablo 6. Fronkül

Tanım	• Follikülitin ilerleyerek derin inflamatuvar bir nodül oluşturmaya denir.
Etiyoloji	• <i>S. aureus</i> en sık etkindir.
Belirti ve Bulgular	• Ağrılı, kırmızı nodül hızla ısı artışı olan endüre lezyona ilerler. • Kendiliğinden veya müdahale ile rüptüre olduğunda pürülen ve nekrotik materyal gelir. • Sistemik belirti genellikle yoktur. • Stafilokok taşıyıcılığı açısından kontrol edilmelidir.

Tablo 7. Karbonkül

Tanım	• Çok sayıda fronkülün apseleşerek yayılması ile oluşur.
Etiyoloji	• <i>S. aureus</i>
Belirti ve Bulgular	• Apse olduğu için ateş ve lökositoz gibi sistemik etkiler görülür.
Tedavi	• Parenteral antistafilokokal antibiyotikler

Tablo 8. Gazlı Gangren

Tanım	• Kas nekrozu ve toksemi ile karakterize, hızlı ilerleyen ölümcül bir enfeksiyondur.
Etiyoloji	• <i>C. perferinges</i> en sık etkindir. • Majör ya da minör travma • Postoperatif • Kolon kanseri, divertikülit gibi gastrointestinal hastalıklar (<i>C. septicum</i> en sık etken) • Radyoterapi, kemoterapi sonrası
Belirti ve Bulgular	• 2-3 gün inkübasyon süresi vardır, hasta apatik, huzursuz olabilir. • Travma veya cerrahi müdahale bölgesinde ani ve şiddetli ağrı, ateş ile uyumsuz belirgin taşikardi ile başlar. • Deri başlangıçta sarı, sonra bronz, daha sonra mor renkte olur, gergin ve hassastır. • Yara yerinde seröz, kötü kokulu akıntı gelişir. • Gaz varlığında fizik muayenede krepitasyon saptanır.
Tedavi	• Cerrahi debridman • Klindamisin 3x900 mg İV + penisilin G 6x4 milyon ünite • Seftriakson 2 g/gün • Kloramfenikol + klindamisin (penisilin alerjisi varsa) • Hiperbarik oksijen • Antitoksin tedavi önerilmez.

Tablo 2. Ağrının Patofizyolojisine Göre Sınıflandırılması

Nosiseptif ağrı	- Vücut doku hasarını tehdit eden veya bunlardan köken alan uyarılardan kaynaklanır. - Nosiseptif ağrı cerrahi ve diğer akut travmatik yaralanmalardan sonra beklenir ve inflamatuvar, iskemik, enfeksiyöz veya mekanik/kompresif yaralanmayı içeren bir dizi kas-iskelet sistemi ve viseral durumla ilişkilidir.
Nöropatik ağrı	- Somatosensoriyel sinir sisteminin hasarı veya patolojisine karşı uyumsuz bir yanıtta kaynaklanır. - Aktif zararlı uyarının yokluğunda veya minör veya orta derecede nosiseptif uyarana abartılı bir yanıt olarak ortaya çıkabilir. - Santral (omurilik yaralanması, multipl skleroz) ya da periferik (diyabetik nöropati, postherpetik nevralji, sinir hasarı, otoimmün bozuluklar) sinir sisteminden kaynaklanabilir.
Santral duyarlanma	- Merkezi sinir sisteminin periferik uyarılara yanıtları azaltma yeteneğinde bozulma sonucunda ortaya çıkar. - Fibromiyalji, irritabl bağırsak sendromu, gerilim tipi baş ağrısı, huzursuz bacak sendromu, miyofasiyal ağrı sendromunda santral duyarlanmanın rol oynadığı düşünülmektedir. - Akut ağrının kronik ağrıya dönüşümünde rol oynayabilir. - Hiperaljezi ve allodiniye sebep olabilir.
Psikojenik ağrı	Ağrıya neden olabilecek yapısal bir hasar yokluğu ya da ağrının şiddeti ile ağrı kaynağı arasındaki uyumsuzluk ile görülen ağrı

Tablo 3. Akut ve Kronik Ağrı Farkları

Özellik	Akut Ağrı	Kronik Ağrı
Süre	• <3-6 ay	• >3-6 ay
Karakter	• Keskin, lokalize	• Künt, lokalize edilmesi zor
Ağrı şiddeti	• Doku hasarı ile orantılı	• Doku hasarı ile orantısız
Eşlik eden psikiyatrik hastalık	• Anksiyete	• Depresyon
Tedavi	• Altta yatan nedene iyi yanıt	• Multidisipliner yaklaşım gerektirir.
Bulgular	• Nabız, solunum sayısı ve kan basıncı artabilir.	• Uyku bozukluğu, iştahsızlık eşlik edebilir.

Tablo 4. Kronik Ağrı Gelişimi İçin Risk Faktörleri

- Ciddi cerrahi girişim
- Multipl travma
- Kanseri ağrısı
- Orak hücreli anemi
- Genetik faktörler
- Otoimmün hastalıklar
- Metabolik bozukluklar (diyabet, vb.)
- İleri yaş
- Kontrol altında olmayan psikolojik hastalıklar
- Düşük sağlık okuryazarlığı
- Düşük gelir düzeyi
- Madde kötüye kullanımı (alkol, tütün, opioidler)
- Önceden var olan yaygın ağrı

*UpToDate 2022'den uyarlanmıştır.

FİBROMİYALJİ

Tablo 4. Miyofasiyal Ağrı Sendromu

- Miyofasiyal tetik noktalarından kaynaklanan bölgesel bir ağrı sendromudur.
- Tetik noktaları, iskelet kasının gergin bir bandında bulunan fokal aşırı hassas noktalardır.
- Ağrı ve ağrıya eşlik eden kas spazmı, hassasiyet, eklem hareketlerinde kısıtlılık, tutukluk, yorgunlukla karakterize bir sendromdur.
- Tanı sıklıkla dışlayarak yapılır.
- Kemik anormallikleri, sinir defisitleri ve inflamatuvar bozukluklar değerlendirilmelidir.
- Depresyon, anksiyete, birlikte veya önceki yaralanmalara bağlı hassasiyet gibi komorbiditeler akılda olmalıdır.
- Tedavi
 - Kasların aşırı kullanımını gerektiren durumların eliminasyonu, fiziksel modaliteler, analjeziklerin kullanımı ve aktivite teşviki yönünde olmalıdır.
 - Asetaminofen ve NSAİİ'ler periyodik kullanıma uygundur.
 - Belirtiye neden olan tetik noktaları, manüel terapi, kuru iğneleme veya tetik noktalarına enjeksiyon gibi yöntemler ile tedavi edilebilir.
 - Uyku bozuklukları, duyu durum bozuklukları, beslenme alışkanlıkları ve stres yönetimi konusunda daha entegre yaklaşım ele alınabilir.
 - Kronik ağrı durumlarında alevlenmeleri sınırlandırmak için biyomekanik yaklaşımlarla birlikte aerobik ve spesifik egzersizler önerilir.

KAYNAKLAR

- Güzelkürk Ü, Demir Y, Kesikburun S. Omurga Ağrıları, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon. Aydoğan Ü, Koç B, editörler. Temel Aile Hekimliği. 1. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2016. s.323-324.
- Ali RM, Green DW, Patel TC. Scheuermann's kyphosis. Curr Opin Pediatr. 1999;11(1):70-5.
- Çelepkolu T. Miyofasiyal Ağrı, Boyun ve Sırt/Bel Ağrıları. Saatçı E, çeviri editörü. Rakel Aile Hekimliği 9. Baskı. Güneş Tıp Kitabevleri; 2019. s.695-696.

Tablo 2. Özel Manevralar

Ön çekmece testi	• Ön diz stabilitesini ve ön çapraz bağ bütünlüğünü değerlendirmede uygulanır. • Hasta sırtüstü yatarken ve dizi 90° fleksiyonda iken, proksimal tibia iki elle tutulur ve öne doğru çekilerek anterior translasyon kontrol edilir.
Arka çekmece testi	• Hasta sırtüstü, etkilenen bacağın kalçası 45° fleksiyonda, diz 90° fleksiyonda ve ayak nötr pozisyonda yatar iken gerçekleştirilir. • Hastanın etkilenen bacağında başparmaklar tibial tüberozite bölgesine gelecek şekilde iki el hastanın proksimal tibiasının etrafına sarılır ve ardından proksimal tibiaya posterior kuvvet uygulanır. • Etkilenmemiş alt ekstremita ile karşılaştırıldığında artan posterior tibial yer değiştirme, posterior çapraz bağda kısmi veya tam bir yırtık olduğunu düşündürür.
Mc Murray testi	• Menisküs hasarına yönelik uygulanır. • Dizin tekrarlanan pasif fleksiyonu ve ekstansiyonunu içerir. • Diz pasif fleksiyonda iken muayene eden kişi başparmağı ve işaret parmağını medial ve lateral eklem hatlarına yerleştirirken, diz pasif olarak fleksiyonda ve birkaç kez düz bir ileri geri hareketle uzatılır.
Lachman testi	• Ön diz stabilitesi ve ön çapraz bağ bütünlüğünü değerlendirmede etkilidir. • Diz 30° fleksiyona getirilip bir el ile distal femur stabilize edilirken diğer el ile proksimal tibia öne doğru çekilerek tibianın anterior translasyonu yapılmaya çalışılarak yapılır.

Tablo 3. Laboratuvar ve Görüntüleme Yöntemleri

Laboratuvar	Tam kan sayımı Eritrosit sedimentasyon hızı C-reaktif protein Serum ürik asit seviyesi	• Septik artritte artmış beyaz küre sayısı ve CRP tespit edilebilir. • Gut atak tanısında serum ürik asit yüksekliği aranmaz.
Eklem aspirasyonu ve sinovyal sıvı analizi	Psödogut	• Kalsiyum pirofosfat kristalleri
	Gut	• Ürik asit kristalleri
	Septik artrit	• Azalmış glukoz, artmış beyaz küre sayısı
Görüntüleme yöntemleri	Ultrasonografi	• Efüzyon varlığı, kistik oluşumların değerlendirilmesi, eklem sıvısı aspirasyonu
	Direkt grafi	• Akut diz travmasının değerlendirilmesi
	MRG	• Kıkırdak, menisküs, bağlar ve tendonları içeren şüpheli yumuşak doku yaralanmaları
	BT	• Diz çevresinde metalik yabancı cisim, kalp pili gibi manyetik rezonans görüntülemenin kontrendike olduğu durumlar

Tablo 6. Tedavi

Yaşam tarzı değişiklikleri	• Reflüyü tetikleyen kahve, çikolata, yağlı yiyecekler, sigara ve alkol tüketiminden kaçınılmalı • Asidik besinlerden turunçgil, domates, kahve ve baharatlı yiyecek tüketiminden kaçınılmalı • Kilo verilmeli • Yatak başı yükseltilmeli • Yemeklerden sonraki 3 saat içerisinde uyuma pozisyonunu almamalı
İlaç tedavisi	• Antiasitler, H₂ reseptör blokerleri, PPI'ler GÖRH tedavisinde kullanılan ilaçlardır. • Asit supresyonu ilaç tedavisinin temeli olduğundan PPI'ler GÖRH'de en etkin ilaçlardır. • PPI'ler karaciğerde CYP450 enzim sistemi ile metabolize edilirler. Aynı enzim sistemi ile metabolize edilen ilaçlarla birlikte kullanıldıklarında ilaçların etkinliği azalabilmektedir. • Çoklu ilaç kullanımı olan geriyatrik olgularda GÖRH tedavisinde ilaç etkileşimi en az olan pantoprazol veya rabeprazol kullanılmalıdır.
Cerrahi tedavi	• GÖRH'de cerrahi tedavi endikasyonları sınırlıdır. • Tıbbi tedaviyi tolere edemeyen, tıbbi tedaviye rağmen hayat kalitesini bozacak belirtileri mevcut olan hastalarda düşünülebilir.

KAYNAKLAR

- Kaya M, Uçmak F, Ekin N. Gastrointestinal Hastalıklar. Müftüoğlu E, Kadiroğlu A, Kara İH, çeviri editörleri. Lange Güncel Tıbbi Tanı ve Tedavi. 54. Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2016. s.590-594.
- Tanoğlu A, Sarı O. Dispepsi. Aydoğan Ü, Koç B, editörler. Temel Aile Hekimliği. 1. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2016. s.338.

Tablo 2. Etiyoloji

İntraabdominal Nedenler	Ekstraabdominal Nedenler
• Gastrointestinal nedenler ♦ Akut apandisit ♦ Perfore peptik ülser ♦ İntestinal obstrüksiyon ♦ İntestinal iskemi ♦ Akut divertikülit ♦ Meckel divertikülüti ♦ İnflamatuvar bağırsak hastalığı ♦ Spontan bakteriyel peritonit • Pankreas, safra yolları, karaciğer ve dalakla ilgili nedenler ♦ Akut pankreatit ♦ Akut kolesistit ♦ Karaciğer absesi ♦ Rüptüre olmuş veya kanamalı karaciğer tümörü ♦ Akut hepatit ♦ Akut kolanjit ♦ Dalak rüptürü • Ürolojik nedenler ♦ Üreter taşı ♦ Piyelonefrit • Retroperitoneal nedenler ♦ Aort anevrizması ♦ Retroperitoneal kanama • Jinekolojik nedenler ♦ Rüptüre olmuş over kisti ♦ Over torsiyonu ♦ Ektopik gebelik ♦ Akut salfenjit ♦ Endometrit ♦ Uterus rüptürü • Karın duvarına ait nedenler ♦ Rektus kasında hematoma	• Toraks ile ilgili nedenler ♦ Miyokard infarktüsü ♦ Akut perikardit ♦ Alt lob pnömonisi ♦ Ampiyem ♦ Pnömotoraks ♦ Pulmoner infarktüs ♦ Özofagus perforasyonu • Hematolojik nedenler ♦ Orak hücreli anemi krizi ♦ Hemolitik anemi ♦ Akut lösemiler • Nörolojik nedenler ♦ Herpes zoster infeksiyonu ♦ Tabes dorsalis ♦ Sinir kökü basısı • Metabolik nedenler ♦ Diyabetik ketoasidoz ♦ Addison krizi ♦ Akut porfiriler ♦ Hiperlipidemi ♦ Hiperparatiroidi • Diğer nedenler ♦ Kurşun toksisitesi ♦ Narkotiklerin ani kesilmesi ♦ Böcek ısırıkları ♦ Ailesel akdeniz ateşi ♦ Osteomiyelit

Tablo 2. Hasta Yönetimi

Tıbbi öykü	• Meslek • Aile öyküsü • Sarılıklı hasta ile temas öyküsü • Seyahat öyküsü • Parantral tedavi (enjeksiyon) • Geçirilmiş operasyonlar • Anoreksi, halsizlik, kırınglık, miyalji (Viral hepatit düşündürür.) • Koyu renk idrar, akolik gaita (Hepatoselüler hasar, kolestaz düşündürür.) • Yaşlı hasta ve kilo kaybı (Malignite düşündürür.)
Fizik muayene	• Anemi (hemoliz, malignite, siroz) • Portakal rengi cilt (hepatosellüler sarılık) • Yeşilimsi cilt rengi (obstrüktif sarılık) • Palmar eritem, spider anjioma, kaşıntı izleri (alkolik hepatit) • Dilate periumbilikal venler (portal hipertansiyon ve siroz) • Asit (siroz, malignite) • Jinekomasti (siroz) • Murphy bulgusu (koledokolitiazis) • Ağrısız ele gelen safra kesesi (pankreas kanseri)
Laboratuvar	• Tam kan • Serum bilirubinleri • Alkalen fosfataz • Transaminazlar • LDH • Albumin • PTZ/INR
Görüntüleme yöntemleri	• USG • BT • PTK • MRG • MRCP
Tedavi	• Etiyolojik nedene yönelik tedavi • Safta yolu tıkanıklığında tıkanıklığı açmak • Alkolün bırakılması • Viral nedenlerde antiviral tedavi • Hemokromatoziste flebotomi • Otoimmün hepatitte kortikosteroid • Wilson hastalığında depenisilamin • Kaşıntı için safra asitlerini bağlayan reçineler, kolestiramin

*USG: Ultrasonografi, BT: Bilgisayarlı Tomografi, PTK: Perkütan Transhepatik Kolanjiografi, MRG: Magnetik Rezonans Görüntüleme, MRCP: Manyetik Rezonans Kolanjiyopankreatografi.

KAYNAKLAR

- Aydoğan Ü, Tanoğlu A. Sarılığı Olan Hastaya Yaklaşım. Aydoğan Ü, Koç B, editörler. Temel Aile Hekimliği. 1. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2016. s.353-354.
- Gürel H. Sarılık. Aydoğan Ü, çeviri editörü. Birinci Basamak Özet Bilgiler ve Güncel Notlar. Birinci 1. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2018. s.5-22.
- UpToDate. Diagnostic approach to the adult with jaundice or asymptomatic hyperbilirubinemia. <https://www.uptodate.com/contents/diagnostic-approach-to-the-adult-with-jaundice-or-asymptomatic-hyperbilirubinemia>. Erişim tarihi: 29.05.2022

Tablo 2. Hepatit A Genel Özellikleri

Etken	• RNA virüsü, akut viral hepatitin en sık nedeni
Epidemiyoloji	• Düşük sosyoekonomik seviyeye sahip ülkelerde okul öncesi yaşlardaki çocukların tamamına yakını seropozitifdir. • Her yıl yaklaşık 1,4 milyon vaka
Bulaş yolu	• Fekal/oral yol • Kontamine ve iyi pişmemiş sebze, meyve, et ve su
Doğal seyir	• İnkübasyon periyodu ortalama 15-50 gün (ortalama 28 gün) • 3-6 ay içerisinde iyileşir. • Kronikleşmez. • Nadiren fulminan hepatit (<%1, yüksek mortalite, genellikle ileri yaşlarda)
Risk faktörleri	• Endemik bölgeye seyahat • Kreş, anaokulu gibi gündüz bakımevleri • Ev içi temas • İntravenöz ilaç kötüye kullanımı • Transplantasyon yapılanlar • Kronik karaciğer hastalığı
Klinik	• Altı yaşın altındaki çocuklarda belirti nadir • Anoreksi, bulantı, kusma • Grip benzeri belirtiler (halsizlik, yorgunluk, kas ağrıları, ateş, öksürük) • Koyu renkli idrar • Sarılık ve kaşıntı
Laboratuvar	• AST, ALT'de artış (ALT>AST) • Bilurubin >2,5 mg/dL • İdrarda ürobilinojen • Anti-HAV IgM 3 ay içinde kaybolur. • Total anti-HAV ömür boyu kalıcıdır.
Tedavi	• Temas sonrası 14 gün içinde aşılama ya da immünglobulin • İyileşme döneminde alkol kullanılmamalı • Genellikle ayaktan takip edilir.
Korunma	• Çocuklar için 3 doz • Erişkinler için 2 doz • Ülkemizde çocukluk çağı rutin aşılama programında 18 ve 24. aylarda uygulanır. • Endemik bölgeye seyahat sırasında aşılama önerilir.

Tablo 5. Prognostik Testler

Ranson kriterleri	
Başvuru anında 55 yaşından büyük olmak (1 puan) - WBC'nin 16,000/μL'den fazla olması (1 puan) - Kan şekerinin 200 mg/dL'den fazla olması (1 puan) - Serum LDH seviyesinin 350 IU/L'den fazla olması (1 puan) - AST seviyesinin 250 IU/L'den fazla olması (1 puan) İlk 48 saat içinde gelişen kriterler - Hematokritte %10'dan fazla düşüş (1 puan) - BUN seviyesinin 8 mg/dL'den fazla olması (1 puan) - Serum kalsiyum seviyesinin 8 mg/dL'den az olması (1 puan) - Parsiyel O₂ basıncının 60 mm Hg'den az olması (1 puan) - Baz açığının 4 mEq/L'den fazla olması (1 puan) - Tahmini sıvı sekestrasyonunun 6 L'den fazla olması (1 puan) Ranson skoru 0-2: Minimal mortalite riski vardır ve hasta tıbbi tedavi ve destek tedavisiyle serviste takip edilir. 3-5: Mortalite oranı %10-20 ve hasta yoğun bakımda takip edilmelidir. - İlk 48 saat sonunda 5'in üzerindeyse mortalite oranı %50'den fazladır ve sistemik komplikasyon gelişme riski de yüksektir.	
BISAP (Akut pankreatitte bedensel ağırlık indeksi) - BUN seviyesinin 25 mg/dL'den fazla olması (1 puan) - Glaskow koma skorunun 15'den az olması (1 puan) - Yaşın 60'dan fazla olması 1 puan - SIRS varlığı (1 puan) - Plevral efüzyon varlığı (1 puan) BISAP skoru 0-2 arasındaysa mortalite riski %2'den azdır. 3-5 arasındaysa mortalite riski %15'den fazladır.	SIRS (Sistemik inflamatuvar yanıt sendromu) tanısı - Vücut ısısı >38,3°C ya da <36°C - Kalp hızı dk >90 atım/dk. - Solunum sayısı >20/dk ya da PaCO₂ <32 mmHg - Lökosit sayısı >12.000 hücre/mm³, 4.000 hücre/mm³ veya >%10 immatür formlar

*Akut pankreatitte hastalığın şiddetini belirlemek ve tedaviye bu doğrultuda yön vermek hastalığın mortalitesini etkilemektedir.

**Akut pankreatitin şiddetini belirlemek için Ranson kriterleri, Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE) II, Glasgow ve BISAP kriterleri kullanılabilir.

Tablo 6. Ayırıcı Tanı

- Peptik ülser - Kolesistit - Pnömoni - Apandisit - Akut MI	- Kolanjit - Kronik pankreatit - Gastroenterit - Mezenter iskemisi - İrritabl bağırsak sendromu	- Kolelitiazis - Ektopik gebelik - Renal kolik - Viral hepatit - Mide, kolon ve pankreas kanserleri
---	---	---

Tablo 3. Belirti ve Bulgular

Ülseratif kolit	Belirtiler	• Kanlı ishal • Kolik karın ağrısı • Tenesmus • İnkontinans • Sistemik belirtiler: Halsizlik, yorgunluk, kilo kaybı • Anemiye sekonder çarpıntı, dispne	
	Bulgular	Hafif	• Belirtsiz
		Orta-Ağır	• Abdominal hassasiyet, ateş, taşikardi, hipotansiyon • Anemiye bağlı ciltte solukluk • Rektal muayenede kan bulaşı
Crohn hastalığı	Belirtiler	• Karın ağrısı: Sağ alt kadranda tekrarlayan epizodlar halinde hissedilen ağrılar • İshal: Kolon tutulumu varsa kanlı olabilir. • Sistemik belirtiler: Halsizlik, yorgunluk, kilo kaybı • Perianal belirtiler: Ağrı, akıntı • Özofagus tutulumunda disfaji • Orofarenks tutulumunda aftöz ülser, ağrı	
	Bulgular	• Sağ alt kadranda hassasiyet veya ele gelen kitle • Kaşeksi • Perianal cilt katlantısı (skin tag) • Perianal abse • Fistül	

Tablo 4. Ekstraintestinal Tutulum

Ülseratif kolit	• Kas iskelet sistemi: Büyük eklem tutulumu olan artrit, ankilozan spondilit, osteoporoz, osteonekroz • Göz tutulumu: Üveit, iritis, episklerit • Deri tutulumu: Eritema nodosum, piyoderma gangrenosum • Primer sklerozan kolanjit • Venöz ve arteriyel tromboembolizm • Otoimmün hemolitik anemi • Pulmoner tutulum
Crohn hastalığı	• Artrit-artropati: En sık görülen ekstraintestinal bulgudur. Büyük eklemleri tutar, sinoviyal hasar yapmaz. • Göz tutulumu: Üveit, iritis, episklerit • Deri tutulumu: Eritema nodosum, piyoderma gangrenosum • Primer sklerozan kolanjit • Sekonder amiloidoz • Renal taş • Pulmoner tutulum

Tablo 6. Yüksek Riskli Karın Ağrısının Özellikleri

Tıbbi öykü	• 65 yaş üstü hastalar • İmmünsupresif hastalar (örneğin; HIV) • Alkolizm (hepatit, siroz, pankreatit riski) • Kardiyovasküler hastalık (örneğin; KAH, HT, AF) • Majör komorbiditeler (örneğin; kanser, böbrek yetmezliği) • Ameliyat öyküsü veya diğer obstrüksiyon/perforasyon riskleri • Yeni gebelik hikayesi (ektopik gebelik riski)
Ağrının özellikleri	• Ani başlangıç • Çok yüksek derecede ağrı ile başlangıç • Ağrı ve ardından kusma • İki günden az süredir olan devamlı ağrı
Fizik muayene bulguları	• Gergin karın/rijidite • İstemsiz defans • Şok belirtileri

*2022 UpToDate'den uyarlanmıştır.

Tablo 7. Tedavi

Tıbbi tedavi	• Tanı konulana kadar ağrı kesici kullanılmamalı • Hastanın oral alımı kesilerek damar yolu açılıp sıvı tedavisi başlanmalı • Tanı konulmasının ardından; antibiyotik, ağrı kesici, anti-asit tedavi başlanmalı
Cerrahi tedavi	• Laparoskopik veya laparotomik yaklaşım

KAYNAKLAR

- Genç H. Karın Ağrısı. Aydoğan Ü, çeviri editörü. Birinci Basamak Özet Bilgiler ve Güncel Notlar. Birinci 1. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2018. s.5-1, 5-2.
- İnce M, Kılbaş Z. Karın Ağrısına Yaklaşım ve Akut Karın. Aydoğan Ü, Koç B, editörler. Temel Aile Hekimliği. 1. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2016. s.360-361.
- UpToDate. Evaluation of the adult with abdominal pain in the emergency department. <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-adult-with-abdominal-pain-in-the-emergency-department>. Erişim tarihi: 23.06.2022

- **Etiyoloji:** Edinsel nedenlerin ağırlıkta olduğu düşünülse de konjenital nedenler de suçlanmaktadır.

Tablo 4. Patogenez

- Natal cleft adı verilen alan intergluteal hat, oturma pozisyonunda gerilir ve hasara uğrar.
- Kıl follikülleri açılır ve pit adı verilen porlar oluşur. Debrisle dolan bu porlar; baş, sırt ve gluteal bölgeden kopan kıllar için uygun gelişme ortamı oluşturur.
- Kıl ve debrisle dolan bu alanda oluşan inflamasyon nedeniyle pilonidal sinüs oluşumu gerçekleşir.

Tablo 5. Belirti ve Bulgular

- Belirtisiz olabileceği gibi abse formasyonuna kadar gidebilir. En sık belirti ise akıntı, kanama ve otururken bası hissidir.
- Hastalar pilonidal kavite, akut enfeksiyon, kronik enfeksiyon veya drenaj ile müracaat edebilir. Muayene esnasında bir veya birkaç drene olmuş por gözlenebilir.
- Akut alevlenmenin belirtileri; oturma veya aktivite sırasında hafiften ağıra ilerleyen ağrı olarak ortaya çıkar. Bu alandan mukopürülan veya kanlı akıntı gelişebilir.
- Kronik sinüs hastaları ise tekrarlayan veya devamlı olan drenaj ve ağrıdan şikayetçidir. Ateş ve rahatsızlık hissi genelde drene olmayan apselerde görülür.
- Muayenesinde belirtisiz hastalarda sakrum üzerinde natal cleftte bir veya birden fazla üst ve yana açılmış primer porlar görülür.
- Akut ve kronik hastalarda, ağrılı hassas bir şişlik veya mukoid pürülan ya da kanlı akıntı gözlenir. Bazen bu porların içinden kıl follikülleri çıkabilir.

Tablo 6. Tanı

- Natal cleftte porların ya da sinüslerin görülmesi ile tanı konulabilir.
- Natal cleft alanındaki akut başlangıçlı ağrılı inflame kitle, büyük olasılıkla enfekte pilonidal kisttir.

Tablo 7. Ayırıcı Tanı

- | | |
|--|---------------|
| • Perianal apse | • Cilt apsesi |
| • Hidradenitis süppürativa | • Fronkül |
| • Anorektal fistül | • Karbonkül |
| • Crohn hastalığının perianal komplikasyonları | • Follikülit |

Tablo 2. Ağrı Yakınmasına Klinik Yaklaşım

- Ayrıntılı tıbbi öykü ve fizik muayene yapılmalıdır.
- Değerlendirmede; ağrının şiddeti, yeri, karakteri, süresi, arttıran ve azaltan nedenler, eşlik eden belirtiler tanımlanmalıdır.
- Ağrının değerlendirilmesi geriatrik yaş grubunda zor olduğu için ağrı skalaları kullanılmaktadır.
- Hastanın önceki ağrı ve analjezik kullanım öyküsü sorgulanmalıdır.
- Fizik muayenede; kas güçsüzlüğü, uyuşma ve karıncalanma varlığı, denge, kemik deformiteleri, tetik noktaları değerlendirilmelidir.

Tablo 3. Ağrı Tedavisi ve Analjezik Kullanımı

Genel ilkeler	• Geriatrik ağrı yönetiminde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tanımladığı 3 basamaklı analjezik algoritması temel alınır. Ağrının şiddeti analjezik seçimini belirler. • Analjezik dozu hastaya göre ayarlanmalı, yaşlı hastalarda ilaç tedavisinin başlangıcında daha düşük dozlar kullanılmalı ve dozlar daha yavaş artırılmalıdır.
Birinci basamak	• Hafif şiddetli ağrı yönetiminde asetaminofen, non-steroid anti-inflamatuar (NSAİ) ilaçlar veya her ikisinin kullanımı uygundur. • Kronik ağrıda ilk tercih genellikle asetaminofendir. FDA günlük maksimum dozunu 3 g olarak belirlemiştir, ancak karaciğer hastalığı olan bireyler, günde 3 ve üzerinde alkol tüketimi olanlarda düşük dozda (2 g/gün) kullanımı veya kullanımdan kaçınılması önerilir. • Geriatrik kılavuzlar, NSAİ ilaçları gastrointestinal, kardiyovasküler ve renal yan etkiler ile ilişkili oldukları için mümkün olan en kısa süre ve dikkatle kullanılmasını önermektedir.
İkinci basamak	• Orta derecede ağrıya karşılık gelir ve tedavide kodein, tramadol gibi zayıf etkili opioidlere geçilir. • Tramadol'un en sık yan etkileri bulantı ve kusmadır. Santral sinir sistemi yan etkileri azdır. • Kodeinde bulantı tramadole göre daha azdır. Böbrek ve karaciğer fonksiyon bozukluğu olanlarda aşırı sedasyon yapabilir.
Üçüncü basamak	• Şiddetli ağrılı hastalar için kuvvetli opioidler kullanılması gerekmektedir. Bu grupta morfin ve fentanil en sık kullanılan ajanlardır. • Başlangıç opioidi seçilirken dikkat edilmesi gerekenler geçmişte kullanılan opioidlere yanıt, renal ve hepatik durum, ilaç etkileşimi, komorbiditeler ve kullanılacak uygun formdur. • Tedavide kısa etkili ajanlar ve düşük dozlardan başlanılır. • Transdermal fentanil patch, oral alım ve yutma sorunu yaşayan yaşlılarda kullanılabilir.
Adjuvan analjezikler	• Analjezik olarak sınıflandırılmayan, ancak bazı ağrılı durumlarda faydalı olabilen ilaçlardır. • Antidepresanlar, anksiyolitikler, kas gevşeticiler, antihistaminikler bu gruptadır. • NSAİ ve opioidlerle birlikte kombine olarak kullanılabilir.

Tablo 4. Geriatrik Hastaların Evde Sağlık Hizmetleri Açısından Değerlendirilmesi

Tıbbi ölçütler	Nütrisyonel sağlık	- Yenilen gıdanın tipi, miktarı ve sıklığı belirlenmeli - Çiğneme ve yutma yeteneği değerlendirilmeli - Son bir ayda %5, son 6 ayda >%10 kayıp malnütrisyon lehine - Yara iyileşmesi ve hastane yatışı ihtiyacı açısından önemli
	Mevcut hastalıklar	- Sistemler gözden geçirilmeli, geriatrik hastalarda sık görülen hastalıkların ön tanısı konulmalı ve hastaneye başvuru sayısını azaltacak önlemler alınmalı - Görme ve işitme bozukluğu takip edilmeli
	İlaç öyküsü	- Hastanın reçeteli ve reçetesiz kullandığı ilaçların tümü incelenmeli - Yaşlılarda artan ilaç kullanımı; ilaç alerjisi, yan etkileri, ilaç etkileşimleri ve yanlış kullanımı riskini de artırmaktadır.
Fonksiyonel ölçütler	Günlük yaşam aktiviteleri için yeterlilik	- Temel (yeme, giyinme, banyo yapma, tuvalet, kişisel temizlik ve transfer) ve enstrümental (alışveriş, para yönetimi, araba sürme, telefon kullanımı, ev temizliği, ilaçların yönetimi vb.) günlük yaşam aktivitelerinde yeterliliğe bakılmalı - Evde sosyal destek yoksa sosyal hizmetlere sevki düşünülmeli
	Düşme riski	- Düşmelerin %10'u ciddi yaralanmalarla sonuçlanmakta, önemli mortalite, morbidite ve fonksiyonel kayıp nedeni olmaktadır. - İntrinsik risk faktörleri; yaş ve düşme riskini artıran bazı hastalıklar, ekstrasik faktörler ise; çevresel engeller ve çoklu ilaç tedavisini kapsar. - Fiziksel kısıtlamalar düşme riskini azaltmadığı gibi yaralanma riskini artırmaktadır. - Risklerin değerlendirilmesi, multifaktöriyel müdahaleler ve egzersiz programları bu riski azaltır.
Psikolojik ölçütler	- Bilişsel bozukluk - Depresyon	
Sosyal ölçütler	- Yaşam koşulları - Sosyal destek varlığı	

KAYNAKLAR

- Dişçigil G. Yaşlı Hastanın Bakımı. Saatçi E, çeviri editörü. Rakel Aile Hekimliği. 9. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2019. s.34-53.
- Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik. Resmi Gazete Tarihi: 10.03.2005. Resmi Gazete Sayısı: 25751.
- Görpelioglu S, Suvak Ö. Hasta Merkezli Evde Sağlık Bakımı. Saatçi E, çeviri editörü. Rakel Aile Hekimliği. 9. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2019. s.17-24.
- UpToDate. Geriatric health maintenance. <https://www.uptodate.com/contents/geriatric-health-maintenance>. Erişim tarihi: 25.06.2022

■ **Tedavi:** Kişiyi özel astım tedavisi planlaması yapılmalıdır.

Tablo 7. İlaç Dışı Tedavi

- Alerjiden uzak durma (toz akarları, polenler, evcil hayvanlar, vb.)
- İrritanlardan uzak durma (hava kirliliği, sigara dumanı pasif maruziyet, vb.)
- Sigara kullanımının bırakılması
- Aşılanma (influenza, pnömoni)
- Hasta eğitimi

Tablo 8. İlaç Tedavisi

- İnhal kortikosteroidler (en etkin) (beklometazon, budesonide, flutikazon)
- Uzun etkili beta agonistler (LABAs; salmeterol, formoterol)
- Uzun etkili antikolinerjikler (tiotropium)
- Lökotrien reseptör antagonistleri (LTRA'lar; montelukast, zafirlukast)
- İnhal mast hücre stabilizörleri (kromolin, nedokromil)
- Teofilin

Tablo 9. Akut Dönem Tedavisi

- İnhal beta-agonist ilaçlar (albuterol, vb.) (nebulizatör veya portatif hazneli inhaler cihazlar ile)
- Oksijen (nazal kanül veya maske ile)
- Hidrasyon (intravenöz sıvı)
- Sistemik kortikosteroidlerin kısa dönem kullanılması (intravenöz-metilprednizolon, intramusküler-deksametazon, oral-prednizon/metilprednizolon)
- İntravenöz magnezyum sülfat (klasik astım tedavisine cevap vermeyen olgularda)

Tablo 10. Astım Kontrol Düzeyi Ölçütleri

	Gündüz Belirtisi	Rahatlatıcı İlaç Gereklinimi	Gece Belirtisi	Aktivite Kısıtlanması	Atak
Kontrol altında	• Haftada 2'den az	• Haftada 2'den az	• Yok	• Yok	• Yok
	• En az 3 aydır kontrol altında olan hastalarda, kontrolün sağlandığı en düşük basamağa inilir.				
Kısmi kontrol	• Haftada 2'den fazla	• Haftada 2'den fazla	• Var	• Var	• Yılda 1'den fazla
	• Herhangi birinin olması yeterli				
Kontrol dışı	• Haftada 2'den fazla	• Haftada 2'den fazla	• Var	• Var	• Yılda 1'den fazla
	• 3 veya daha fazlasının olması yeterli				
	• Hastanın tedaviye uyumu değerlendirilir. • Tetikleyiciler uzaklaştırılır. • 3-4 hafta izlenir. • Eğer kontrol sağlanamıyorsa, kontrol sağlanana kadar basamak arttırılır.				

Tablo 2. Ayırıcı Tanıda Düşünülmesi Gereken Nonkazeifiye Granülomlar İle Seyreden Hastalıklar

- Mantar enfeksiyonları
- Yabancı cisim inklüzyonları
- Langerhans hücreli histiyositoz (Eozinofilik Granülomatoz veya Pulmoner Histiyositoz X)
- Wegener granülomatozu

Tablo 3. Akciğer Grafisine Göre Sınıflandırma

Evre 1	• Bilateral hiler lenfadenopati
Evre 2	• Bilateral hiler lenfadenopati ile birlikte parankimal infiltrasyon alanları
Evre 3	• Hiler lenfadenopatinin eşlik etmediği parankimal infiltrasyon alanları
Evre 4	• Fibrozis bulguları

- **Tedavi:** Sarkoidozun evresine göre değişkenlik göstermekle birlikte, spontan regresyon olabilir. Bu nedenle, tüm sarkoidozlu hastaların tedavi endikasyonu yoktur.

Tablo 4. Tedavi

Evre 1 ve 2 olup bulgusu olmayan hastalar	• Tedavi endikasyonu olmayıp, 3-6 aylık aralıklarla klinik, radyolojik ve solunum fonksiyon testleri açısından değerlendirme yapılır.
Eklem bulgusu olan hastalar	• Aralıklı non-steroid antiinflatuar ilaç tedavisi önerilir.
Anterior üveit ve bazı deri lezyonları	• Topikal kortikosteroidler uygulanabilir.
Akciğer tutulumu	• Öksürük belirgin bir belirti olduğunda sıklıkla inhale kortikosteroidler ve bronkodilatörler kullanılır.
Sistemik tedavi	• Kortikosteroidler* ilk basamak tedavidir ve akciğer tutulumu olan hastaların belirtilerini, solunum fonksiyonu ve radyolojik bulguların düzelmesini sağlar.

*Bu tedaviye cevapsız vakalarda veya herhangi bir nedenden dolayı bu tedaviyi alamayanlarda, alternatif diğer immünsupresif ilaçlar (metotreksat, siklofosfamid, infliksimab, adalimumab, etanersept) kullanılabilir.

KAYNAKLAR

- Aydoğan M, Özkısa T, Gümüş S. Sarkoidoz. Aydoğan Ü, Koç B, editörler. Temel Aile Hekimliği. 1. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2016. s.401-402.
- Buğdaycı S. Granülomatöz Hastalıklar. Saatçi E, çeviri editörü. Rakel Aile Hekimliği. 9. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2019. s.269-270.

Tablo 7. Latent Tüberküloz Enfeksiyon Tedavi Rejimleri

İlaçlar	Süre	Aralık	Minimum Doz Sayısı
İzoniazid	9 ay	Günlük DGT ile haftada 2 gün	270 76
İzoniazid	6 ay	Günlük DGT ile haftada 2 gün	180 52
İzoniazid ve rifapentin	3 ay	DGT ile haftada 2 gün	12
Rifampin	4 ay	Günlük	120

*DGT, Doğrudan Gözetimli Tedavi.

Tablo 8. Tedavide Birinci Grup Tüberküloz İlaç Dozları

İlaç	Kısaltma	Günlük Doz		
		Erişkin (mg/kg)	Çocuk (mg/kg)	Maksimum (mg)
İzoniazid	H	5 (4-6)	10-15	300
Rifampisin	R	10 (8-15)	10-15	600
Pirazinamid	Z	25 (20-30)	15-30	2000
Morfozinamid	M	40	25-45	3000
Etambutol	E	20 (15-20)	15-20	1500
Streptomisin	S	15 (12-18)	15-30	1000

Tablo 9. Erişkin Tüberküloz Hastaları İçin Önerilen Tedavi Şeması

	Başlangıç Dönemi	İdame Dönemi
Yeni olgu	• 2 ay HRZE	• 4 ay HR
Tedaviyi terkten dönen olgu Nüks olgu	• 2 ay HRZES + 1 ay HRZE	• 5 ay HRE
Tedavi başarısızlığından dönen olgu Kronik olgu	• Dirençli TB tedavisi yapan bir merkezde	• 2. seçenek ilaçlarla tedavi edilir.

*H: İzoniazid, R: Rifampisin, Z: Pirazinamid, E: Etambutol, S: Streptomisin.

Tablo 2. Solunumsal Belirti(ler)de Vital Bulgular ve Fizik Muayene

Vital bulgular	• Vücut ısısı (VI) • Nabız (Nb) • Arteriyel kan basıncı (AKB) • Solunum sayısı (SS) • Oksijen saturasyonu (OS)
Fizik muayene	• İnceksiyon ♦ Göğüs duvarı ya da omurga şekil bozuklukları ♦ Artmış bir anteroposterior çap ♦ Morbid obezite ♦ İnterkostal çekilme • Palpasyon ♦ Toraks duvarı anomalileri ♦ Kitle lezyonları veya hassasiyeti ♦ Göğüs duvarı asimetrisi • Perküsyon ♦ Matite (plevral veya alveolar alanda sıvı) ♦ Aşırı tınlayan ses (obstrüktif akciğer hastalığı, pnömotoraks) • Oskültasyon ♦ Sürekli solunum sesleri; hışıltı (sibilan veya müzikal ronküsler) ve bronşial (tübüler) solunum sesleri: periferik akciğer alanlarında duyulduğunda patolojik ♦ Sürekli olmayan solunum sesleri; alveolar keseciklerin açılması ile oluşan raller zar kaynaklı akciğer sesleridir (konjestif kalp yetmezliği, lobar pnömoni)

Tablo 3. Yaygın Olan Akciğer Hastalıklarındaki Fiziksel Bulgular

Hastalık	İnceksiyon	Palpasyon	Perküsyon	Oskültasyon
Bronşiyal astım (Akut atak)	• Hiperinflasyon (Aksesuar kasların kullanımı)	• Bozulmuş ekspansiyon; azalmış fremitus	• Hiperrezonans; diyaframın alçalması	• Uzamış ekspiryum; inspiratuvar ve ekspiratuvar hışıltı
Pnömotoraks (Tam/Tamamen)	• Etkilenmiş tarafta gecikme	• Azalmış fremitus; trakea ve kalbin etkilenmiş taraftan uzağa kayması	• Hiperrezonant veya timpanik	• Solunum sesleri duyulmaz.
Plevral effüzyon (Geniş)	• Etkilenmiş tarafta gecikme	• Azalmış fremitus; trakea ve kalbin etkilenmiş taraftan uzağa kayması	• Matite veya kapalı	• Solunum sesleri duyulmaz.
Atelektazi (Lobar obstrüksiyon)	• Etkilenmiş tarafta gecikme	• Azalmış fremitus; trakea ve kalbin etkilenmiş tarafa doğru kayması	• Matite veya kapalı	• Solunum sesleri duyulmaz.
Konsolidasyon (Pnömoni)	• Etkilenmiş tarafta gecikme ya da farklı seviye oluşması	• Artmış fremitus	• Matite	• Bronşiyal solunum sesleri; bronkofoni, pektoriloki (göğüs hırıltısı), çıtırtı

Vareniklin	• $\alpha\beta 2$ nikotinik reseptörlere selektif bir şekilde bağlanan parsiyel bir agonist ve antagonisttir. • Beyin hücrelerinde nikotini bloke, dopamin salınımını stimüle ederek sigara içme isteğinde azalma ve daha az nikotin yoksunluğu belirtilerine yol açmaktadır. • En fazla yan etkisi bulantı olup, ilk hafta dozun titre edilmesi ve ilacın yemeklerle birlikte alınmasıyla bu durum giderilebilir. • Doz, üç gün süreyle 0,5 mg olarak başlanır, sonrasında günde iki defa 0,5 mg ve ardından hastanın bırakma günü olan 8. günden itibaren günde iki defa 1 mg dozda kullanımı önerilir. • Tedaviye, en az 12 hafta süre ile devam edilmelidir. Tedavide, relaps riski yüksek olan hastalarda ek olarak 12 hafta daha tedavi süresi uzatılabilir. • Tedavi süresince, hastaların düşmanlık, saldırganlık, depresif belirtiler ve intihar düşüncesi veya teşebbüsleri açısından davranış değişikliği belirtileri için gözlemlenmeli ve olağandışı nöropsikiyatrik belirtiler ortaya çıkması durumunda vareniklin tedavisi durdurulmalıdır. • İlacın olumsuz yan etkilerinden etkilenme durumu anlaşılan kadar taşıt veya işletmede makineleri kullanırken gerekli önlemler alınmalıdır. • Pilotlar, hava trafik kontrolörleri ve ticari motorlu taşıt lisansı olan kişilerde de aynı önlemler alınmalıdır. • Yapılan çalışmalarda, vareniklinin nikotin bandı ve bupropion ile kombinasyonunun güvenli olduğu değerlendirilmektedir.
-------------------	---

Tablo 6. Nikotin Replasman Tedavisi İçin Tavsiye Edilen Dozlar

İçilen Sigara Sayısı (günlük)	Nikotin Bandının Dozu (mg/gün)
<10	7-14
10-20	14-22
21-40	22-44
>40	44+

Tablo 7. Tütün Kullanımı ve Bağımlılığında Kullanılan İkinci Basamak İlaçlar

Klonidin	• Klonidin bantları 0,2 mg/gün dozunda ve 10 hafta önerilir. • Sigara bırakma gününden bir hafta önce başlatılmalıdır. • Yan etki olarak en fazla, sersemlik durumudur.
Nortriptilin	• Günde 75-100 mg dozunda önerilir ve 8-12 hafta süreyle kullanılır. • Avantaj olarak ucuzdur, ancak toksisiteden kaçınmak için ilaç düzeylerinin takibine ihtiyaç duyulabilir.

SİGARA BIRAKTIRMA KONUSUNDA İLETİŞİM VE MÜRACAAT

- Ulusal anlamda, T.C. Sağlık Bakanlığının bünyesinde hizmet veren, 171 nolu numara tuşlanarak ALO 171 Sigara Bırakma Danışma Hattı aranabilir veya yine 182 nolu numara tuşlanarak MHRS (Merkezi Hekim Randevu Sistemi)'nden randevu talep edilerek sigara bırakma konusunda hizmet alınabilir.

Aile Hekimliği

Akıl Notları

ARADIĞINIZ TÜM TIP KİTAPLARI BU ADRESTE



www.guneskitabevi.com

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



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



ISBN 978-975-277-929-7

