

MEDİTEST

SÜREKLİ TIP EĞİTİMİ DERGİSİ

TÜRKİYE KLİNİKLERİ MEDİTEST DERGİSİ

Hekimler Birliği Vakfı Adına Sahibi

Prof.Dr.Hikmet Akgül

Editörler Kurulu

Prof.Dr.Adnan Güvener (Başkan)

Prof.Dr.Hikmet Akgül, Prof.Dr.Fuat Aziz Göksel,

Prof.Dr.Orhan Güven, Prof.Dr.Enver Hasanoğlu,

Prof.Dr.Sedat Işık, Prof.Dr.Fikri İçli,

Prof.Dr.Sezer Müniboğlu Karcier,

Prof.Dr.Zeki Korkusuz, Prof.Dr.A.Lütfü Tat,

Prof.Dr.Erol Turaçlı, Prof.Dr.Süleyman Yalçın,

Prof.Dr.Mülazım Yıldırım

İsimler Alfabetik Sıralanmıştır.

Ortadoğu Reklam Tanıtım ve Yayıncılık A.Ş.*

Genel Müdür

Mehmet Akgül

Genel Yayın Koordinatörü

Dr.Sinan Korukluoğlu

Muhasebe

Zekai Karacan (Müdür)

Sevim Aslan

Dizgi Operatörleri

Kader Kayabaş, Mehtap Dayı

Yazı Takip Sekreteri

Dr.Müberra Saraçoğlu

Abone Takip Sekreteri

Habibe Atay

Abone ve Halkla İlişkiler Koordinatörü

Deniz Akagündüz

Ank. Reklam Koordinatörü

Adem Arıbaş

İst.Reklam Müdürü

Edip Çamlıgüney

Ankara Kitabevi

Kitabevi Müdürü

Yusuf Emirvelioğlu

Abone Sorumlusu

Süleyman Biçer

İstanbul Kitabevi

Kitabevi Müdürü

Edip Çamlıgüney

Abone Sorumlusu

Ramazan Yüksel

Temsilciliklerimiz

Kayseri

Ramazan Çınar

Adana

Nevzat Ünal

Diyarbakır

Ali Ceylan, İbrahim Sarı

Konya

Mehmet Balcı

Malatya

Bilal Ulutaş

Van

Erol Kisli

Abuzer Gündüz

*Ortadoğu Reklam Tanıtım ve Yayıncılık A.Ş.

Hekimler Birliği Vakfı Kuruluşudur.

Yönetim Yeri: Talatpaşa Bulvarı No:102

06230 Hamamönü/ANKARA

Tel: (312) 309 36 66 - 309 23 30

Fax: (312) 312 67 41

İstanbul Bölge Müdürlüğü: Kocamustafapaşa Cad.

Etyemez Tekke Sok. Merih İş Merkezi No:45/109

34280 Cerrahpaşa/İSTANBUL

Tel: (212) 632 01 32 Fax: (212) 632 01 31

Ankara Kitabevi: Tuna Cad. 11/10 Kızılay/ANKARA

Tel: (312) 435 43 50 Fax: (312) 433 63 22

İstanbul Kitabevi: Kocamustafapaşa Cad. Etyemez Tekke

Sok. Merih İş Merkezi No:45/18-19

34280 Cerrahpaşa/İSTANBUL

Tel: (212) 632 01 32 Fax: (212) 632 01 31

Yayın Periyodu: TÜRKİYE KLİNİKLERİ MEDİTEST DERGİSİ Temmuz, Eylül, Kasım, Ocak, Mart, Mayıs aylarında olmak üzere yılda 6 sayı olarak yayınlanır.

Abone Ücretleri ve Koşulları: Bir yıllık abone ücreti (1996 için) posta ücreti dahil:

Kurumlar: 4.000.000 TL

Şahıs: 2.000.000 TL

Abone olmak isteyenlerin; Türkiye Klinikleri Yayınevi'nin 121665 nolu Posta Çeki hesabına ya da İş Bankası Ankara Dikimevi Şubesi 693070 nolu banka hesabına gerekli ücreti yatırıp, dekontu -ücretin Meditest Dergisi aboneliği için ödendiğini belirten- kısa bir mektupla birlikte Talatpaşa Bulvarı No:102 06230 Hamamönü Ankara adresine göndermeleri yeterlidir.

Eski Sayıların temini için; abone servisi ile yazışılmalıdır.

Adres Değişiklikleri: Derginin yayınlandığı ayın başından en az 15 gün önce abone servisine yazılı olarak bildirilmelidir. Zamanında yapılmayan bildirimlerden dolayı derginin aboneye ulaşmamasından yayıncı sorumlu tutulamaz.

Reklam konusunda tüm görüşmeler;

İstanbul

Edip Çamlıgüney

Tel: (212) 632 01 32

Fax: (212) 632 01 31

Ankara

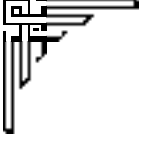
Adem Arıbaş

Tel: (312) 309 36 66

Fax: (312) 312 67 41

TÜRKİYE KLİNİKLERİ MEDİTEST DERGİSİ'nde yayınlanan sorular, yazılar, resim, şekil ve tablolar yayıncının yazılı izni olmadan kısmen veya tamamen herhangi bir vasıta ile basılamaz, çoğaltılamaz. Bilimsel amaçlarla -kaynak göstermek kaydıyla- özetleme ve alıntı yapılabilir.

Baskı: Özkan Matbaacılık, Ankara: Tel: 229 59 74



“Nasıl bir yazı olmalı?” diye düşünürken aklımıza takılan -daha Türkçe olmasını ummakla birlikte olduğu gibi kullanacağımız- bir sözcük var: MULTİFAKTÖRYEL. Yayın per-yodunda oluşan gecikme, yayın içeriği kalitesi için duyulan kaygıya eklenince karşılaştığımız sorunun cevabını özetliyor bu sözcük.

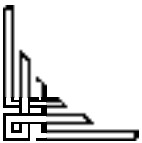
Sonunda elinize ulaşan bu sayıyla birlikte gecikmiş merhabamızı ve özürlerimizi sunuyoruz sizlere.

Bu sayıda Klinik Yaklaşım bölümlerimizde myokard enfarktüsünde EKG değerlendirmesiyle ilgili bilgileri konuşacağız. Uzman Gözüyle bölümümüzde Sefer Hoca, Halk Sağlığı eğitimimize devam ediyor. Röportajlarımız saygıdeğer iki hocamızla tanıştırıyor bizleri. Yine pek çok sorumuz var. Sorularımız, herbiri ham bilgiyi yeni bir bakış açısı sunarak öğrenilmiş bilgiye dönüştürmek için cevaplarınızı bekliyor. Yeni bir bölüm ekledik, kendimizi değerlendirebilmek için.

Özrümüzün kabulü dileğiyle.

Dr.Müberra SARAÇOĞLU

ISSN: 1300-0276



Cilt 6 Sayı 2
Eylül-Ekim 1996

Tükiye Klinikleri

Dergisi Cilt 6 Sayı 2 Eylül-Ekim 1996

ANATOMİ

SORULAR

1. Aşağıdakilerden hangisi aortanın dalı değildir?

- a) A. renalis
- b) A. suprarenalis media
- c) A. umbilicalis
- d) A. testicularis
- e) A. ovarica

2. A. epigastirca inferior ve a. circumflexa ilium profunda dallarını veren arter aşağıdakilerden hangisidir?

- a) A. iliaca interna
- b) A. iliaca externa
- c) A. femoralis
- d) A. iliaca communis
- e) A. thoracica interna

3. İlk iki a. intercostalis posterior hangi arterin dalıdır?

- a) A. subclavia
- b) Truncus costocervicalis
- c) A. musculophrenica
- d) A. thoracica interna
- e) A. intercostalis suprema

4. V. intercostalis anteriorlar nereye dökülür?

- a) V. azygos ve v. hemiazygos
- b) V. thoracica interna
- c) V. musculophrenica
- d) V. thoracica interna ve v. musculophrenica
- e) V. cava superior

5. Basis cordisin büyük bölümünü oluşturan yapıyı işaretleyiniz.

- a) Sol atrium
- b) Sağ ve sol ventrikül
- c) Sağ atrium ve sağ ventrikül
- d) Sol ventrikül ve sol auricula
- e) Sol ventrikül

6. Aşağıdakilerden hangisi a. vertebraleslerin pons altında birleşmesiyle oluşur?

- a) A. cerebri posterior
- b) A. cerebelli superior
- c) A. basillaris
- d) A. cerebri media
- e) A. carotis interna

7. Aşağıdakilerden hangisi epistaksis'den esas sorumlu arterdir?

- a) a. palatina ascendens
- b) a. palatine descendens
- c) a. sphenopalatina
- d) a. nasopalatinus
- e) Hiçbiri

8. Hangisi arcus aortanın dalı değildir?

- a) Truncus brachiocephalicus
- b) A. carotis communis sinistra
- c) A. carotis communis dextra
- d) A. subclavia sinistra
- e) Hepsi

9. V. femoralise aşağıdakilerden hangisi drene olur?

- a) Vv. tibialis anteriores
- b) Vv. tibialis posteriores
- c) V. saphena parva
- d) V. saphena magna
- e) V. obturatorius

10. V. retromandibularisi aşağıdakilerden hangisi oluşturur?

- a) V. facialis ve v. maxillaris
- b) V. facialis ve v. temporalis superficialis
- c) V. maxillaris ve v. temporalis profundus
- d) V. facialis ve v. occipitalis
- e) V. maxillaris ve v. temporalis superficialis

CEVAPLAR

1. C (Snell, 3.baskı, s.320)

A. umbilicalis, a. iliaca internanın dalıdır.

2. A (Snell, 3.baskı, s.320)

M. psoas major'un iç kenarı boyunca pelvis içinde ilerleyen a. iliaca externa lig. inguinalenin altından geçerek a. femoralis adını alır. Bundan hemen önce a. epigastrica inferior ve a. circumflexa ilium profunda dallarını verir.

3. E (Snell, 3.baskı, s.69)

İlk iki intercostal aralıkta seyreden a. intercostalis posteriorlar a. subclaviadan ayrılan truncus costocervicalisin dalı olan a. intercostalis supremadan çıkmaktadır.

4. D (Snell, 3.baskı, s.69,70)

V. intercostalis anteriorlar v.thoracica interna ve v.musculophrenicaya v. intercostalis posteriorlar ise v. azygos ve v. hemiazygosa dökülürler.

5. A (Snell, 3.baskı, s.101)

Basis cordis, apex cordisin yukarı-arkasında yer alır. Basis cordis, büyük oranda sol atrium tarafından oluşturulur. Arka yüzün oluşumuna sağ atrium da az oranda katılır. Sağ atrium ve sağ ventrikül facies sternocostalis (anterior)'i oluşturur.

Sağ ve sol ventrikül facies diaphragmatica (inferior)'ü, sol ventrikül ve sol auricula kalbin sol kenarını (margo obtusus) oluşturur.

6. C (Snell, 3.baskı, s.808)

A. subclavianın dalı olan a. vertebralis, foramen magnumdan craniuma girer. Ponsun alt kenarında karşı taraf a. vertebralis ile birleşerek a. basillaris oluşturur.

7. C (Snell)

8. C (Snell, 3.baskı, s.117)

Arcus aortanın dalları truncus brachiocephalicus, A. carotis communis sinistradır. A. carotis communis dextra ve a. subclavia dextra, truncus brachiocephalicusun dallarıdır.

9. D (Snell, 3.baskı, s.590,596,616,627)

V. femoralisin en önemli dalı v. saphena magnadır.

V. obturatoria, v. iliaca internaya açılır.

Vv. tibiales anteriores ve vv. tibialis posteriores fossa poplitea birleşerek v. popliteayı oluştururlar.

V. saphena parva da vena popliteaya açılır.

10.E (Snell, 3.baskı, s.808)

V. maxillaris, glandula parotideanın içinde v. temporalis superficialis ile birleşerek v. retromandibularisi oluşturur.

BİBLİYOGRAFYA

1. Akkaynak S: Göğüs Hastalıkları.
2. Aleksanyan V: Semptomdan Teşhise, 1987.
3. Andreoli, Bennet, Carpenter, Plum, Smith: Cecil Essentials of Medicine, WB Saunders, 1993.
4. Başaklar C (Çev. Ed.): Langman's Medikal Embriyoloji, Williams and Wilkins, 1990.
5. Berkow R, Çeviri Ed. Pekus M: The Merck Manual of Diagnosis and Therapy, 14.baskı, İstanbul 1987.
6. Bilgehan H: Klinik Mikrobiyoloji. Özel Bakteriyoloji ve Bakteri İnfeksiyonları, Barış Yayınları, 1990.
7. Bilgehan H: Klinik Mikrobiyolojik Tanı, Barış Yayınları, 1995.
8. Brooks, F, Butel JS, Ornston LN: Jawetz, Melnick and Adelberg's Medical Microbiology, Appleton and Lange, 1991.
9. Cotran, Kumar, Robbins: Pathologic Basis of Disease, WB Saunders, Company, 1989.
10. Guyton AC: Textbook of Medical Physiology, 8.baskı, WB Saunders, 1991.
11. Ganong WF, Çev. Ed. Doğan A: Tıbbi Fizyoloji, Barış Kitabevi, 1995.
12. Junqueira, Carneiro, Kelley, Çev. Ed. Aytekin Y: Basic Histology, Barış Kitabevi, Appleton and Lange, 1992.
13. Kayaalp O: Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji, 6.baskı, 2.cilt, Feryal Matbaacılık, 1992.
14. Menemenli N: Göğüs Hastalıklarında Sendromlar, 2.baskı.
15. Öbek A: İç Hastalıkları, Güneş Kitabevi, 1990.
16. Pernoll LM: Çağdaş Obstetrik ve Jinekolojik Tanı ve Tedavi, Çeviri, Barış Kitabevi, 1994.
17. Shapiro BA, Harrison RA, Walton JR: Clinical Application of Blood Cases, 2nd ed.
18. Snell RS, Çev. Ed. Arıncı K: Clinical Anatomy for Medical Students, TKY, 1992.
19. Şahinoğlu AH (Ed): Yoğun Bakım Sorunları ve Tedavileri, Türkiye Klinikleri Yayınevi, 1992.
20. Wilson JD, Braunwald E, Isselbacher K: Harrison's Principles of Internal Medicine, 12.baskı, Newyork, McGraw Hill, 1991.
21. Yıldırım M: Klinik Jinekoloji, Türkiye Klinikleri Yayınevi, 1992.

ENFARKT

**Erken
dönem**

**Geç
dönem**

I

II

III

IV

I

II

III

IV

**Enfarkt alanından
geçen kesit**

**Enfarkt alanından
geçen kesit**

**Enfarkt bölgesinin
sagital kesiti**

**Enfarkt bölgesinin
sagital kesiti**
Noktalı alan: Eski enfarkt
Koyu alan: Yeni enfarkt

**Enfarkt bölgesinin
sagital kesiti**
Noktalı alan: Eski enfarkt
Koyu alan: Yeni enfarkt

**Enfarkt bölgesinin
sagital kesiti**

Noktalı alan: Eski enfarkt
Koyu alan: Yeni enfarkt

1.SAYIDAN

1. Over tümörlerinden bilateral tutulumu en sık olan hangisidir?

- a) Müsinöz Karsinom
- b) Endometrioid Karsinom
- c) Brenner tümörü
- d) Seröz Karsinom
- e) Mezonefroid (Clear cell) tümör

2. Serviks kanseri evrelemesinde, vajen 1/3 altı tutulmuş ve pelvik duvar tutulumuna bağlı hidronefroz gelişmişse hangi evrededir?

- a) Evre IIa
- b) Evre IIb
- c) Evre IIIa
- d) Evre IIIb
- e) Evre IVa

3. Aşağıdakilerden hangisinin plasentadan pinositozla geçişi söz konusudur?

- a) Glikoz
- b) Oksijen
- c) IgG
- d) Maternal eritrositler
- e) Yağda eriyen vitaminler

4. Amenorezi ve yüksek gonadotropin düzeyleri olan hastada tanı ne olabilir?

- a) Kallman sendromu
- b) Sheehan sendromu
- c) Turner sendromu
- d) Konstitüsyonel puberte gecikmesi
- e) Anoreksiya nervosa

5. Soğuk antikorlara bağlı otoimmün hemolitik anemi aşağıdakilerden hangisinde görülür?

- a) Sistemik Lupus Eritamatozus
- b) Kronik Lenfositik Lösemi
- c) Enfeksiyöz mononükleozis
- d) Hepatit
- e) Ülseratif kolit

6. Uroporfrinojen dekarboksilaz enzimi aşağıdakilerden hangisinde eksiktir?

- a) Konjenital eritropoetik porfiriya
- b) Herediter koproporfiriya
- c) Akut intermittan porfiriya
- d) Cutanea Tarda
- e) Variegate Porfiriya

7. Aşağıdakilerden hangisine bazofili eşlik eder?

- a) Ülseratif colit
- b) Sistemik vaskülit
- c) Löfller sendromu
- d) Fibroblastik endokardit
- e) Dermatit herpetiformis

8. Ekstranodal lenfomanın en sık yerleşim yeri hangisidir?

- a) Beyin
- b) İnce barsak
- c) Mide
- d) Karaciğer
- e) Kemik

9. İnce barsak adenokarsinomları en sık lokalizasyonda görülür?

- a) Distal duodenum ve proksimal jejunum
- b) Proksimal duodenum ve distal jejunum
- c) Proksimal jejunum ve distal ileum
- d) Distal jejunum ve proksimal ileum
- e) Distal duodenum ve proksimal ileum

10. Aşağıdakilerden hangisi L-Asparaginazın yan etkisidir?

- a) Myelosüpresyon
- b) Periferik nöropati
- c) Diyare
- d) Hepatotoksisite
- e) Akut anafilaksi

11. Tümör gelişiminin seyri sırasında, herhangi bir anda beyin metastazı ortaya çıkmış maligniteli hastalar arasında en büyük çoğunluğu (%50) hangi malignite teşkil eder?

- a) Akciğer kanseri
- b) Meme kanseri
- c) Melanom
- d) Renal kanseri
- e) Sarkom

12. Malign melanomda, lezyon epidermis bazal membranını doldurmuş ise Clark sınıflamasına göre evre hangisidir?

- a) I
- b) II
- c) III
- d) IV
- e) V

13. Renal hücreli kanserler en sık metastazlarını hangi organa yaparlar?

- a) Akciğer
- b) Karaciğer
- c) Kemik
- d) Sürenal
- e) Karşı böbrek

14. Lipidlerin histokimyasal olarak gösterilmesi için hangi yöntem kullanılır?

- a) Sudan black
- b) Peryodik Asit Schiff (PAS)

- c) Feulgen reaksiyonu
d) Gümüş nitrat
e) Formaldehit
- 15.Aşağıdaki yapılardan hangisinin gelişimi sekonder follikülün olgun (graft) folliküle dönüştüğünü gösterir?**
a) Zona pellusida
b) Teka interna
c) Teka eksterna
d) Cumulus ooforus
e) Antrum
- 16.Sağda annulus inguinalis profundus seviyesindeki kitle v.testikularisin hangi vene drenajını engeller?**
a) Vena cava inferior
b) V.renalis dextra
c) V.iliaca interna
d) Pleksus panpiniformis
e) V.suprarenalis dextra
- 17.Aşağıdakilerden hangisi spatium perinei profundusta bulunmaz?**
a) M.ischiocavernosus
b) M.sphincter urethrae
c) Glandula bulbourethralis
d) Pans membranacea urethra
e) M.transversus perinei profundus
- 18.Demir emilimi hangi yolla olur?**
a) İnce barsağın bütün bölümlerinden aktif absorpsiyonla
b) Yalnız terminal ileumdan pasif diffüzyonla
c) İleumdan aktif absorpsiyonla
d) Duodenumdan aktif absorpsiyonla
e) Tüm ince barsaktan pasif olarak
- 19.IL-2 hangi hücre tarafından salgılanır?**
a) Makrofaj
b) Monositler
c) Naturel killer
d) Yardımcı T hücreleri
e) Hiçbiri
- 20.Aşağıdakilerden hangisi hücre çeperi olmayan mikroorganizmadır?**
a) Stafilokok
b) Riketsia
c) Klamidya
d) Mkoplasma
e) Klebsiella
- 21.Hangisi zorunlu anaerob bakterilerdendir?**
a) Mycobacterium tuberculosis
b) Staph.aureus
c) Klebsiella pneumonia
- d) Peptostreptococcus
e) Bacillus antracis
- 22.Aşağıdaki sistemik mikoz etkenlerinden hangisi makrofajlar içinde canlılığını koruyarak retikuloendotelial sistem tutulumu gösterir?**
a) Candida albicans
b) Coccidioides immitis
c) Blastomyces dermatitis
d) Aspergillus fumigatus
e) Histoplasma capsulatum
- 23.Overin müsinöz tümöründe görülen diferansiyasyon aşağıdakilerden hangisidir?**
a) Tuba epiteli yönünde
b) Değişici epitel yönünde
c) Endometrium epiteli yönünde
d) Endoserviks epiteli yönünde
e) Undiferansiyedir.
- 24."Endometrium polip"i ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**
a) Sıklıkla malign transformasyon gösterirler.
b) Histolojik olarak silindirik hücrelerle kaplıdır.
c) Sıklıkla genişlemiş kistik bezler içerirler.
d) Uterus kanamalarına neden olurlar.
e) Sıklıkla menopoza zamanında görülürler.
- 25.Psammoma cisimciği aşağıdaki over tümörlerinden hangisi için karakteristiktir?**
a) Seröz tümörler
b) Müsinöz tümörler
c) Endometrioid tümörler
d) Saydam hücreli karsinomlar
e) Brenner tümörü
- 26.Aşağıdaki kombinasyonlardan hangisi yanlıştır?**
a) İmipenem+Cilastatin
b) Klindamisin+Kloramfenikol
c) Tetrasiklin+Streptomisin
d) Karbenisillin+Amikasin
e) Klindamisin+Gentamisin
- 27.Beyin tümörlerinde kullanılan antineoplastik ilaç grubu hangisidir?**
a) Alkil sülfonatlar
b) Azotlu hardallar
c) Nitrozüreler
d) Etilen iminler
e) Hidrojen türevleri
- 28.Heparin ile ilgili doğruyu bulunuz.**
a) Antitrombin III'ü inaktive eder.
b) Oral kullanılır.
c) Trombini aktive eder.
d) Protamin ile antagonize edilir.
e) Hemofilide kullanılır.



Cevapları hatırlıyor muyuz?



MEDİTEST

SÜREKLİ TIP EĞİTİMİ DERGİSİ

Editör

Zeki KORKUSUZ

Ankara Üniv. Tıp Fakültesi
Ortopedi ve Travmatoloji ABD Öğretim Üyesi

Editör Yardımcısı

Prof.Dr.Arif ÖZDEMİR

Hacettepe Üniv. Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi ABD Öğretim Üyesi

Yayın Sekreteri

Dr.Müberra SARAÇOĞLU

Bu Sayının Danışma Kurulu

Prof.Dr.Aydan BABÜL

Gazi Ü.T.F. Fizyoloji ABD

Prof.Dr.Tevfik CENGİZ

Ankara Ü.T.F. Mikrobiyoloji ABD

Prof.Dr.Atilla DAĞDEVİREN

Hacettepe Ü.T.F. Histoloji ve Embriyoloji ABD

Prof.Dr.Metin DEMİRCİN

Hacettepe Ü.T.F. KVC ABD

Doç.Dr.Naci EDALI

Gazi Ü.T.F. Patoloji ABD

Prof.Dr.Bilge GÖNÜL

Gazi Ü.T.F. Fizyoloji ABD

Doç.Dr.Rıfat GÜRSOY

Gazi Ü.T.F. Kadın Hast. ve Doğum ABD

Dr.Hülya KAMAY

Yüksek İhtisas Hast. Kardiyoloji Kliniği

Dr.Akın KAYA

Ankara Ü.T.F. Göğüs Hastalıkları ABD

Dr.Selda KAYA

Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Cerrahi Merkezi

Doç.Dr.Ufuk ŞAKÜL

Ankara Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi

Yayın Kurulu

Nihan HOŞAĞASI (A.Ü.T.F.)

Yasemin ÖZBUDAK (H.Ü.T.F.)

Naim ATA (G.Ü.T.F.)

Şaban UYSAL (G.Ü.T.F.)

Bu Sayıya Katkıda Bulunanlar

Seda ÇELİK (A.Ü.T.F.)

Şükran ÇETİNKAYA (H.Ü.T.F.)

Hacer DOĞANAY (G.Ü.T.F.)

Kamile KARADERE (A.Ü.T.F.)

Özlem ŞAHİN (A.Ü.T.F.)

Ayşe TÜFEKÇİ (A.Ü.T.F.)

MEDİTEST

Tip eğitimi, tıp fakültelerinde bitmez; ancak başlar.

W.H.Welch

MEDİTEST GEÇMİŞ YAYIN KURULU ÜYELERİ

Alaaddin AKKAYA	G.Ü.T.F. Radyoloji ABD, Ankara
Fatih ANDIRAN	H.Ü.T.F. Çocuk Cerrahisi ABD, Ankara
Sabahattin AYTEKİN	Vakıf Guraba Hastanesi, İstanbul
Cem BORÜBAN	H.Ü.T.F. Mezunu
Mikail ÇAKIR	H.Ü.T.F. Mezunu
Halil ÇELİKTEN	Süreyya Paşa Hast. Göğüs Hast. Kliniği, İstanbul
Bayram ÇIRAK	H.Ü.T.F. Nöroşirürji ABD, Ankara
Tuncay DELİBAŞ	Numune Hastanesi Dahiliye ABD, Ankara
Kemal DENİZ	Hacettepe Ü.T.F.
Kamile ERSÖZ	Hacettepe Ü.T.F.
M.Akif ERYILMAZ	S.Ü.T.F. KBB ABD, Konya
S.Naci GÖKDUMAN	H.Ü.T.F. Genel Cerrahi ABD, Ankara
Alpay HAKTANIR	19 Mayıs Ü.T.F. Radyoloji ABD, Samsun
Mustafa HASBAHÇECİ	Hacettepe Ü.T.F. Genel Cerrahi ABD
Şamil HIZLI	H.Ü.T.F. Çocuk Hast. ABD, Ankara
Murat KORKMAZ	Ankara Ü.T.F.
İsmail OKAN	Karolinska Tümör Biyolojisi Enstitüsü, İSVEÇ
Yahya PAKSOY	Selçuk Ü.T.F. Radyoloji ABD, Konya
Ömer Faruk RECEP	Numune Hastanesi 3.Göz Kliniği, Ankara
Mücahid SATILMIŞ	H.Ü.T.F. Göz ABD, Ankara
İsmail SELÇİK	H.Ü.T.F. Mezunu
Engin UÇAR	Haydarpaşa Numune Hastanesi Dahiliye Kliniği, İstanbul
Lokman UZUN	Ankara Ü.T.F. KBB ABD
O.Yüksel YAVUZ	Hacettepe Ü.T.F.
A.Salih YAZAR	Dr.Sami Ulus Çocuk Hastanesi, Ankara
Sinan YOL	İ.Ü.T.F. Genel Cerrahi ABD, İstanbul

İÇİNDEKİLER

Kardiyoloji.....	63
Kadın-Doğum.....	72
Klinik Yaklaşım.....	77
Göğüs Hastalıkları.....	80
Kardiyovasküler Cerrahi.....	86
Uzman Gözüyle Sağlık Düzeyi Ölçütleri.....	88
Histoloji-Embriyoloji.....	92
Anatomi.....	94
Röportaj (Prof.Dr.Şamil Ecirli).....	96
Fizyoloji.....	98
Patoloji.....	101
Röportaj (Doç.Dr.Hasan Gök).....	105
Klinik Yaklaşım.....	107
Farmakoloji.....	112
Mikrobiyoloji.....	115
1.Sayıdan.....	120
Bibliyografya.....	122

FARMAKOLOJİ

SORULAR

1. Aşağıdakilerden hangisi Tiyazid grubu diüretiklerin yan etkilerinden değildir?

- a) Hiperglisemi
- b) Hiperürisemi
- c) Hipernatremi
- d) Hiperkalsemi
- e) Hiperlipidemi

2. "İyatrojenik Lupus Sendromu"na yol açan direkt etkili vazodilatör antihipertansif hangisidir?

- a) Kramokalim
- b) Minoksidil
- c) Hidralazin
- d) Verapamil
- e) Diltiazem

3. Antianginal tedavide nitratların uzun süre devamlı kullanıldıklarında etkilerine tolerans gelişir. Bunu engellemek için nasıl bir tedavi şeması çizilmiştir?

- a) Nitratlar kullanılmalıdır.
- b) Nitratlar ile beraber β -blokörler kullanılmalıdır.
- c) Nitratlar ile beraber Ca-antagonistleri kullanılmalıdır.
- d) Nitratlar intermittent uygulanmalıdır.
- e) Kısa aralıklarla değişik nitrat bileşikleri uygulanmalıdır.

4. Aşağıdakilerden hangisi digitoksinin farmakolojik özelliklerinden değildir?

- a) Plazma proteinlerine bağlanma oranı %90'dır.
- b) Eliminasyon yarılanma ömrü 7 gündür.
- c) Böbreklerden itrah edilir.
- d) Karaciğerde biyotransformasyona uğrar.
- e) Oral biyoyararlanımı %90-100'dür.

5. Akut digital zehirlenmesinde hangisi yapılmaz?

- a) İlaç kesilir.
- b) Serum K^+ düzeyi ölçülerek ağızdan veya acil ise i.v. potasyum klorür verilir.
- c) Serum Ca^{2+} düzeyi ölçülerek ağızdan veya acil ise i.v. kalsiyum bikarbonat verilir.
- d) I.V. lidokain veya fenitoin
- e) Digital antidotları verilir.

6. Aşağıdakilerden hangisi oral antikoagülan dozunun azaltılmasını gerektiren bir durum değildir?

- a) Tirotoksikoz
- b) Konjestif kalp yetmezliği
- c) Kadın hasta
- d) Böbrek bozukluğu
- e) Miksödem

7. Aşağıdakilerden hangisi hiperkaleminin tedavisinde kullanılmaz?

- a) Kalsiyum solüsyonu
- b) Hipotonik glukoz+insülin
- c) Sodyum bikarbonat solüsyonu
- d) Sodyum polistiren sülfonat (Kayexalate)
- e) Adrenalin

8. Hangisi hiperkaleminin EKG üzerindeki bulgularından değildir?

- a) T dalgasının yükselip sivrilmesi
- b) ST segmentinin düşmesi
- c) P dalgasının kaybolması
- d) QRS kompleksinin genişlemesi
- e) U dalgasının ters dönmesi

9. Aşağıdakilerden hangisi lipoprotein sentezini azaltan ilaçlardan değildir?

- a) HMG-KoA Redüktaz inhibitörleri
- b) Fibrinik asit türevleri
- c) Nikotik asid ve türevleri
- d) Probukal
- e) Kolestiramin ve kolestipol

10. Hangisi β blokürlerin kullanıldığı yerlerden değildir?

- a) Prinz metal anjinası
- b) Hipertansiyon
- c) Anjina pectoris
- d) Akut miyokard infarktüsünün tedavisi ve infarktüs sonrası profilaksi (sekonder profaksi)
- e) Bazı taşiaritmiler

11. Hangisi Teofilinin optimal terapötik plazma konsantrasyonudur?

- a) 6-8 $\mu\text{g/ml}$
- b) 8-10 $\mu\text{g/ml}$
- c) 10-20 $\mu\text{g/ml}$
- d) 20-30 $\mu\text{g/ml}$
- e) 40-50 $\mu\text{g/ml}$

12. Hangisi Salbutamol (Albuterol) için yanlıştır?

- a) Selektif bronkodilatördür.
- b) Bronşial astma nöbetlerini önlemek için genellikle inhalasyon yoluyla kullanılır.
- c) Etkisi beş dakikada başlar.
- d) Etkisi 30-40 dakikada sona erer.
- e) Öfori yapıcı etkisi olduğu için astmalı olmayan kişilerce suistimal edilebilir.

13. Kromolin (Disodyum kromoglikat) için hangisi doğrudur?

- a) Astma krizi sırasında kullanılırlar.
- b) Bronkodilatör etki gösterir.

- c) Mast hücresi stabilizatörüdür.
- d) Allerjik olaylardan spesifik olarak allerjik astmaya etkindir.
- e) Mide barsak kanalından iyi absorbe edilir.

14. Hangisi hiperbarik oksijen tedavisinin endikasyonlarından değildir?

- a) Dekompresyon hastalığının tedavisi
- b) İyatrojenik hava embolizminin tedavisi
- c) Lokal veya generalize dolaşım yetmezliği
- d) Karbon monoksit zehirlenmesi
- e) Anesteziyolojide indüksiyon ve operasyondan sonra ayılmanın hızlandırılması için.

15. Aşağıdaki eşleştirmelerden hangisi yanlıştır?

- a) Selektif etkili beta-mimetik bronkodilatörler-Oksiprenalin
- b) Fosfodiesteraz inhibitörleri-Teofilin
- c) Antimuskarinik ilaçlar-İpratropiyum bromid
- d) Mast hücresi stabilizatörleri-Nedokromil
- e) Non selektif beta adrenerjik reseptör agonistleri-Metaproterenol (Oksiprenalin)

16. Hangisi glukokortikoidlerin astmada kullanılma nedenlerinden değildir?

- a) Mukozadaki inflamasyonu suprese ederler.
- b) Bronkodilatör etki ederler.
- c) Mukozadaki ödemi azaltırlar.
- d) Bronş düz kaslarındaki beta adrenerjik reseptörlerin duyarlılığını artırır.
- e) Hem astma profilaksisinde hem de akut atakların tedavisinde etkindirler.

17. Adrenalin için hangisi yanlıştır?

- a) Astma nöbetlerinin tedavisinde en sık kullanılan semptomimetiktir.

- b) Bronkodilatör etkinliği vardır.
- c) Vazokonstriktör etkisiyle bronş mukozasını büzer ve mukoza ödemi azaltır.
- d) Astma krizi tedavisinde erişkinlerde 0.25-0.5 mg I.V. enjeksiyon olarak kullanılır (Adrenalin hidroklorür).
- e) İnce barsak çeperinde ve karaciğerde ilk geçişte metabolize olduğundan ağız yoluyla kullanılmaz.

18. Hangisi teofilin için yanlıştır?

- a) Astma nöbeti tedavisinde intravenöz enjeksiyon suretiyle uygulanır.
- b) En sık görülen yan etkisi bulantı ve kusmadır.
- c) Teratojenik etkisi nedeniyle gebelerde ve emziren annelerde kullanılmaz.
- d) Kronik sigara içenlerde mikrozomal enzim indüksiyonu nedeniyle teofilin yıkımı artar.
- e) Mukozalar üzerinde belirgin tahriş yaptığından inhalasyon suretiyle uygulanmaz.

19. Aşağıdakilerden hangisi karbondioksit inhalasyonu endikasyonlarından değildir?

- a) Radyasyonla tümör tedavisine yardımcı olarak.
- b) Karbonmonoksit zehirlenmesi
- c) Anesteziyolojide hiperventilasyon yaparak inhalasyon anestezikleri ile indüksiyonun ve operasyondan sonra ayılmanın hızlanması için
- d) İnatçı hıçkırıkların tedavisi
- e) Solunum depresyonu, koma ve asfiksi

20. Hangisi astma tedavisinde kullanılan ilaçlardan değildir?

- a) Metil ksantinler
- b) Mast hücresi stabilizatörleri
- c) Antimuskarinikler
- d) Glukokortikoidler
- e) Mukolitikler

CEVAPLAR

1. C (Kayaalp, 6.Baskı, s.1098)

Uzun süre tiyazid verilenlerde HİPONATREMİ gelişir ve buna bağlı olarak kesiklik, konfüzyon, baş dönmesi, düşme ve kaslarda çekilmeler olur.

2. C (Kayaalp, 6.Baskı, s.1131)

Hidralazinin uzun süre kullanılması başlangıçta akut romatizmal artrite benzeyen ve daha sonra sistemik lupus eritamatozusu (SLE) taklit eden bir İyatrojenik Lupus Sendromu oluşturur.

3. D (Kayaalp, 6.Baskı, s.1195)

Toleransın önlenmesi için nitratların etkili olan en küçük dozda verilmesi günlük veriliş sıklığının mümkün olduğu kadar azaltılması ve dozlar arasında vücutta nitratsız intervaller bırakılması yani İTERMİTENT UYGULAMA yapılması gerekir.

4. C (Kayaalp, 6.Baskı, s.1288)

Digitoksinin başlıca eliminasyon yolu karaciğerde biyotransformasyondur. Digoksin ise böbreklerden itrah edilir.

5. C (Kayaalp, 6.Baskı, s.1296)

6. E (Kayaalp, 6.Baskı, s.1407)

7. B (Kayaalp, 6.Baskı, s.1547)

Hipertonik glukoz+insülin kullanılır.

8. E (Kayaalp, 6.Baskı, s.1546)

İlk dört şıkta belirtilenler doğrudur. Serum potasyum düzeyi 6 mEq/L'yi geçtiği takdirde hemen kalp bloku ve tehlikeli aritmiler ortaya çıkabilir. T'ler düzleşir ve diyastolik kalp durması olabilir.

9. E (Kayaalp, 6.Baskı, s.1370)

Kolestiramin ve kolestipol; safra asidi bağlayan reçinelerdendir ve lipoprotein katabolizmasını artırarak hipolipidemik etki sağlar.

10.A (Kayaalp, 6.Baskı, s.1343)

Mutlak kontrendikasyonlar: Ağır bradikardiler konjestif kalp yetmezliği, aorta stenozu, kardiyojenik şok ve parikardit, 2.^o, 3.^o bloklar Prinz metal anginası klinik belirti vermeyen kardiyomegali, valvüler regürjitasyon kalpte iletimi bloke eden ilaçlarla zehirlenmeleri ise nisbi kontrendikasyonlardır.

11.C (Kayaalp, 6.Baskı, s.1604)

Optimal terapötik doz 10-20 µg/ml. Ancak 6-8 µg/ml bile astmalı çocuklarda akciğer fonksiyonlarında belirgin düzelme yapabildiği saptanmıştır. Tehlikeli yan tesirler hatta teofiline bağlı ölüm genellikle 40 mg/ml üstündeki plazma konsantrasyonlarında görülür.

12.D (Kayaalp, 6.Baskı, s.1599)

Salbutamolün etkisi 30-40 dakikada maksimum olur ve 4-8 saat sürer.

13.C (Kayaalp, 6.Baskı, s.1611-12)

Mast hücresi stabilizörleri astma krizi sırasında değil profilaksisinde kullanılırlar. Bronkodilatör etkinlik göstermezler. Allerjik konjunktivit ve allerjik rinitte de kullanılır. Mide-barsak kanalından iyi absorbe edilmez. Bronş mukozasına iyi nüfuz eder ve buradan absorbe edilebilir.

14.E (Kayaalp, 6.Baskı, s.1632-33)

Anesteziyolojide induksiyon ve operasyondan sonra hiperbarik karbondioksit kullanılır.

15.E (Kayaalp, 6.Baskı, s.1595-98)

Oksiprenalin selektif betamimetiktir. Adrenalin, İzoproterenol, Efedrin ise nonselektif betamimetik ajanlardır.

16.B (Kayaalp, 6.Baskı, s.1614)

Glukokortikoidlerin bronkodilatör etkinlikleri yoktur.

17.D (Kayaalp, 6.Baskı, s.1595)

Adrenalin 0.25-0.50 mg dozunda intravenöz değil cilt altına injeksiyon olarak kullanılır.

18.C (Kayaalp, 6.Baskı, s.1605-8)

Teofilinin teratojenik etkisi yoktur. Gebelikte kullanılabilir. Anne sütünde az miktarda itrah edilir.

19.A (Kayaalp, 6.Baskı, s.1632-3)

Radyasyonla tümör tedavisinde yardımcı olarak Hiperbarik oksijen kullanılır.

20.E (Kayaalp, 6.Baskı, s.1593)

FİZYOLOJİ

SORULAR

1. Ventrikül sistolü ile ilgili açıklamalardan yanlış olanı işaretleyiniz.

- Başlangıcında mitral ve triküspit kapaklar kapanır.
- Aort ve pulmoner kapaklar açıldığında ventrikül fırlatma fazı başlar.
- Sistol sırasında sol ventrikülün yenmesi gereken basınç 25 mmHg'dır.
- AV kapaklar ventrikül kasılmasıyla aşağı çekilir ve atrium basıncını düşürür.
- Ventrikül sistolü sonrası ventrikülde yaklaşık 50 ml kan kalır.

2. Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- Diyastolün geç evresinde mitral ve triküspit kapaklar kapalı, aortik ve pulmoner kapaklar açıktır.
- Kan, diastol süresince kalbe akarak atrium ve ventrikülleri doldurur.
- Doluş hızı ventriküller gerildikçe azalır.
- Ventrikül sistolü öncesi mitral ve triküspit kapaklar kapanır.
- Aort ve pulmoner kapaklar açıldığında ventrikül fırlatma fazı başlar.

3. Kalp ile ilgili hangisi yanlıştır?

- Kalp hızındaki değişiklikler, dakikadaki atım hacminde değişmeye neden olabilir.
- Sempatik uyarı kalp hızını artırır.
- Parasempatik uyarı kalp hızını azaltır.
- Kasılma gücünü artıran faktörler, pozitif kronotrop olarak adlandırılır.
- Ön yük, myokardın kasılmadan önceki gerilme derecesini ifade eder.

4. Ventrikül kas hücrelerinin uzunluğunu artırmayan hangisidir?

- Artmış total kan hacmi
- Artmış perikardium içi basınç
- Artmış ven tonusu
- İskelet kasının artmış pompalama gücü
- Artmış negatif göğüs içi basınç

5. Hangisi myokard kasılabilirliğini azaltmaz?

- Hiperkapni
- Kalsiyum
- Hipoksi
- Asidoz
- Kinidin

6. Kalpte impulsların hızlı iletildiği bölge neresidir?

- Atrial yollar
- SA düğüm
- AV düğüm
- Purkinje sistemi
- Ventrikül kası

7. Kalbin oksijen tüketimiyle ilgili bilgilerden hangisi yanlıştır?

- Oksijen tüketimi başlıca myokard içi gerim, kalp kasının kasılabilirlik hali ve kalp hızı tarafından belirlenir.
- Atım başına ventriküler iş oksijen tüketimiyle uyumludur.
- Sol ventrikül atım işi sağ ventrikülden 7 kat fazladır.
- Önyükteki artış, ard yükteki artışa göre daha fazla oksijen tüketimine neden olur.
- Kalp kası lifi gerildiği zaman artan atım hacmine bağlı yükselmiş oksijen tüketimi Laplace yasasına bir örnektir.

8. P dalgası hangi derivasyonda negatiftir?

- V1
- V2
- DI
- aVF
- aVR

9. Kalpteki fonksiyonlarda zaman ilişkilerinden hangisi yanlıştır?

- Sağ atrium sistolü sol atrium sistolünden önce gelir.
- Sağ ventrikül kasılması sol ventrikülden öncedir.
- Pulmoner arter basıncı aort basıncından düşük olduğu için sağ ventrikül fırlatması daha öncedir.
- Soluk verme esnasında aort kapağı pulmoner kapaktan önce kapanır.
- Sağda ventrikül sistolik basıncı daha düşüktür.

10. Kalp üfürümleri ile ilgili hangi eşleme doğrudur?

Kapak	Anormallik	Üfürüm zamanı
a) Aort	Darlık	Diastolik
b) Pulmoner	Yetmezlik	Sistolik
c) Mitral	Darlık	Diastolik
d) Triküspit	Yetmezlik	Diastolik
e) Hiçbiri		

11. Hangisinde kalp debisi azalır?

- Korku
- Egzersiz
- Hamilelik
- Adrenalin
- Hızlı aritmi

12. Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- K⁺ düzeyi yüksekken EKG'de gözlenen ilk değişiklik uzun ve sivri T dalgalarıdır.
- Hücre dışı K⁺ yoğunluğundaki artış, istirahat zar potansiyelini artırır.

- c) Hücre dışı K^+ artışı kalbin diastolde durmasına neden olur.
 d) Hücre dışı Ca^{+2} yoğunluğunun artışı myokardın kasılabilirliğini artırır.
 e) Yüksek plazma kalsiyumu kalbin sistolde durmasına neden olur.

13 ve 14. sorular için zamana göre sipirometre grafiğini inceleyiniz.

13.Şekle göre hangisi tidal volümü gösterir?

- a) I
 b) II
 c) II ve III
 d) III
 e) IV

14.Şekle göre hangisi vital kapasiteyi gösterir?

- a) I
 b) II
 c) II ve III
 d) IV

- e) I,II,III

15.CO₂ transportu hakkında aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Kandaki CO₂ çözünürlüğü O₂ çözünürlüğünün 20 katıdır.
 b) PCO₂ artışı hemoglobinden O₂ ayırımına yardımcı olur.
 c) Karbonik anhidraz enzimi CO₂'den asit oluşumu ve iyonizasyonunda önemlidir.
 d) CO₂ en fazla hemoglobine bağlı olarak taşınır.
 e) Kanda CO₂ bikarbonat iyonu şeklinde de taşınır.

16.Solunum kontrolünde hangisi etkilidir?

- a) N. vagus
 b) Pnömotaksik merkez
 c) N. glossopharyngeus
 d) Herring-Breuer refleksi
 e) Hepsi etkilidir.

17.CO₂ konsantrasyonu aşağıdakilerden hangisinde en düşüktür?

- a) İnspirasyon sonunda anatomik ölü boşlukta
 b) Ekspirasyon sonunda anatomik ölü boşlukta
 c) İnspirasyon sonunda alveollerde
 d) Ekspirasyon sonunda alveollerde
 e) Pulmoner ven kanında

18.Amniotik sıvıdaki lesitin/sfingomyelin (L/S) oranının ölçümü bize aşağıdakilerden hangisi hakkında bilgi verir?

- a) Plasentanın fetusa O₂ sağlama kapasitesi
 b) Fetal adrenal fonksiyon
 c) Fetal böbrek gelişimi
 d) Fetal beyin gelişimi
 e) Fetal akciğer gelişimi

CEVAPLAR

1. C (Ganong, 1995, s.609)

Sol ventrikülün sistolde yenmesi gereken basınç 120 mmHg'dir.

2. A (Ganong, 1995, s.608)

3. D (Ganong, 1995, s.616)

Kalbin kasılma gücünü artıran faktörler, pozitif inotropudur.

4. B (Ganong, 1995, s.617)

5. B (Ganong, 1995, s.618)

6. D (Ganong, 1995, s.592)

7. D (Ganong, 1995, s.620)

8. E (Ganong, 1995, s.594)

9. D (Ganong, 1995, s.609)

10.C (Ganong, 1995, s.613)

11.E (Ganong, 1995, s.615)

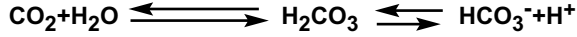
12.B (Ganong, 1995, s.606)

13.B (Ganong, 1995, s.702)

14.E (Ganong, 1995, s.702)

15.D (Ganong, 1995, s.525)

Karbonik anhidraz enzimi



tepkimesini kataliz eder. Bunun için CO₂ taşınmasında önemlidir. Kanda CO₂ %20'si hemoglobine bağlı, %10'u diğer kan proteinlerine bağlı,

%70 bikarbonat iyonu şeklinde taşınır. CO₂ basıncı hemoglobinden O₂ ayrılmasına yardımcı olur (Bohr etkisi).

16.E (Guyton, 7.baskı, s.504-505)

N. vagus inspirasyon merkezi üzerine inhibitör etkisi yapar. Pnömotaksik merkez ise inspirasyonu sınırlandırır. Böylece ventilasyonu artırma yönünde etki yapar. Hering-Breuer refleksi inspirasyon periodunu azaltarak solunumu hızlandırır.

17.A (Guyton, 7.baskı, s.485-486)

Trakea, bronşlar ve bronşiolardan oluşan anatomik ölü boşluk, inspirasyon sonunda temiz hava ile, ekspirasyon sonunda ise alveoler (alveollerden gelen) hava ile dolar. Temiz hava az miktarda CO₂ (%0.03) içerirken, akciğerde gaz değişim nedeniyle alveolar hava oldukça fazla CO₂ (%5.5) içerir. Alveollerdeki CO₂ kısmi basıncı ise -inspirasyon boyunca temiz hava ile bir miktar dilüe olduğundan- dalgalanma gösterir. Pulmoner venler içindeki CO₂ kısmi basıncı ise alveollerdekine eşitlenir.

18.E (Ganong, 1995, s.543-544)

Lesitin (fosfatidilkolin) ve sfingomyelin kolin fosfolipidlerden olup dokularda değişik miktarlarda bulunur. Lesitin surfaktanın yapı maddesidir ve fetusun gelişmesiyle birlikte miktarı artar, akciğerler solunum için hazırlanır. Sfingomyelin ekspirasyon ve inspirasyonda yüzey gerilimini etkileyerek alveolar kollapsı önler. Böylece amniotik sıvıda lesitin-sfingomyelin (C/S) oranının ölçümü bize fetal akciğer gelişimi hakkında bilgi verir.

GÖĞÜS HASTALIKLARI

SORULAR

1. Aşağıda verilen bulgular hangi hastalık için geçerlidir?

Göğüs hareketleri → Etkilenen bölgede azalmış
Perküsyon tonu → Mat
Solunum sesleri → Azalmış
Mediasten → Lezyon tarafına sapma

- a) Atelektazi
- b) Bronkospazm
- c) İnterstisyel fibrozis
- d) Pnömotoraks
- e) Konsolidasyon

2. Apikal patolojileri göstermek için aşağıdaki radyolojik pozisyonlardan hangisi tercih edilir?

- a) Lordotik
- b) Ayakta-supin
- c) Lateral dekubit
- d) Oblik
- e) Antero-posterior

3. Obstrüktif akciğer hastalıklarında hangisi gözlenmez?

- a) Vital kapasite düşüktür.
- b) Tiffeneau sayısı (FEV₁) düşüktür.
- c) Total akciğer kapasitesi artmıştır.
- d) Maksimal solunum kapasitesi düşüktür.
- e) Respiratuar alkaloz vardır.

4. Aşağıdakilerden hangisi santral siyanozu düşündürür?

- I) Arter kanında O₂ (Saturasyon < %75)
 - II) Arter-ven O₂ farkı artmıştır.
 - III) Soğuk bölgelerde ısıtmakla siyanoz kaybolur.
 - IV) Ağız içi ve dil siyanotiktir.
- a) I-IV
 - b) I-II
 - c) I-III
 - d) II-III
 - e) II-IV

5. Çomak parmak etyolojisinde-akciğer hastalıkları dışında-hangisi rol oynar?

- a) Konjenital kalp hastalığı
- b) Subakut bakteriyel endokardit
- c) Siroz
- d) Steatore
- e) Hepsi

6. Kistik fibroziste sık rastlanan solunum yolu enfeksiyonu etkeni hangisidir?

- a) Hemophilus influenza
- b) Streptococcus pneumoniae
- c) Neisseria catarrhalis
- d) Klebsiella pneumoniae
- e) Pedumonas aeruginosa

7. Aşağıdaki ilaçlardan hangisi akciğer fibrozisine neden olur?

- a) Methotrexate
- b) Ethchlorvynol
- c) Nitrofurantoin
- d) Aspirin
- e) Busulfan

8. Aşağıdakilerden hangisi en sık akut akciğer ödem nedenlerindedir?

- a) Mitral stenoz
- b) Akut glomerulonefrit
- c) Ağır influenza enfeksiyonu
- d) Akut sol ventrikül yetersizliği
- e) Zehirli gazların inhalasyonu

9. Aşağıdakilerden hangisi akciğer fibrozu sebebidir?

- I) Tüberküloz
 - II) Stafilokoksik pnömoni
 - III) Kronik bronşit
 - IV) Mitral stenozu
- a) I-II-III
 - b) II-III-IV
 - c) I-III-IV
 - d) I-II-III
 - e) Hepsi

10. Hemoptizi en sık hangisinde gözlenir?

- a) Akciğer tüberkülozu
- b) Akciğer kanseri
- c) Akciğer infarktüsü
- d) Bronşektazi
- e) Kist hidatik

11. Dekstrokardi, yüz sinüs anomalileri, bronşektazi triadına ne denir?

- a) Sarı tırnak sendromu
- b) Hareketsiz silia sendromu
- c) Young sendromu
- d) Carta gener sendromu
- e) Scimiter sendromu

12. Pulmoner embolide aşağıdaki EKG bulgularından hangisine rastlanır?

- a) Sağ aks deviasyonu
- b) S₁Q₃ tipi
- c) Geçici sağ dal bloğu
- d) Sol kalp üzerinde T(-)'liği
- e) Hepsi

13. Aşağıdakilerden hangi EKG bulgusu, korpulmonaleye ait değildir?

- a) Sağ aks deviasyonu
- b) aVF'de yüksek P
- c) V₂-V₄'de T(-)
- d) V₁-V₃'de R>7 mm
- e) V₁'de derin S

14. Pnömonilerle ilgili yanlış bulunuz?

- a) Bakteriyel pnömonilerde öksürük prodüktiftir.
- b) Viral pnömonilerde göğüs ağrısı nadirdir.
- c) Mycoplasma pnömonilerinde tetrasiklin iyi sonuç verir.
- d) Viral pnömonilerde sekonder bakteriyel enfeksiyon azdır.
- e) Bakteriyel pnömonilerde ampiyem oranı yüksektir.

15. "Rölatif bradikardi**Karaciğer enzim yüksekliği****İshal****SSS tutulumu****Akciğer filminde orta zonlarda interstisyel görünüm" Pnömoni etkeni hangisi olabilir?**

- a) Pneumocystis carinii
- b) Legionella sp.
- c) CMV
- d) Varicella
- e) Toxoplazma gondii

16. Aşağıdakilerden hangisi uyumsuzdur?

- I) Ankorjman devresi → krepitan sesler
- II) Kırmızı hepatizasyon → tüber üfürüm
- III) Rezolüsyon devresi → ince krepitan sesler
- IV) Viral pnömonilerde → tüber üfürüm
- V) Tbc pnömonilerde → tüber üfürüm
- a) I-II-V
- b) I-III-IV
- c) I-III-V
- d) II-III-IV
- e) III-IV-V

17. Aşağıdaki komplikasyonlardan hangisine pnömokoksik pnömonide sık rastlanır?

- a) Menenjit
- b) Septik artrit
- c) Ampiyem
- d) Perikardit
- e) Akciğer absesi

18. Garguyman hangisinde duyulur?

- a) Konsolidasyon
- b) Bronş obstruksiyonu
- c) Mediasten amfizemi
- d) Plörezilerde
- e) Tüberküloz kavitesi

19. "Hepatomegali, splenomegali**Tromboflebit****Relatif bradikardi****Gövdenin ön tarafında maküller****Atipik pnömoni"****Yukardaki tabloya aşağıdakilerden hangisi neden olabilir?**

- a) Mycoplasma
- b) Cryptococcus neoformans
- c) Herpes simplex
- d) Psittacosis
- e) Strangyloides stercoralis

20. Str. pneumoniae pnömonilerinde tedavide aşağıdakilerden hangisi ilk tercih edilir?

- a) Eritromisin
- b) Sefalosporin

- c) Clindamycin
- d) Vancomycin
- e) Penisilin G

21. Abse oluşumu en fazla aşağıdakilerden hangisindedir?

- a) Stafilokok pnömonisi
- b) Hemolitik streptokok pnömonisi
- c) Pnömokok pnömonisi
- d) Friedlander basili pnömonisi
- e) Klebsiella pnömonisi

22. Hamman Rich Sendromu nedir?

- a) Pulmoner alveoler proteinozoz
- b) Tesorozis
- c) İdiopatik akciğer hemosiderozis
- d) Alveoler mikrolitiasis
- e) Diffüz interstisyel akciğer fibrozisi

23. Aşağıdakilerden hangisi erişkin solunum zorluğu sendromu nedeni değildir?

- a) Multipl transfüzyon
- b) Yaygın damar içi pıhtılaşma
- c) Pulmoner kontüzyon
- d) Pankreatit
- e) Hiçbiri

24. Plevra sırasında LDH (+)'liği hangisinde gözlenir?

- a) Tüberküloz
- b) Konjestif kalp yetmezliği
- c) Hipoproteinemi
- d) Neoplazma
- e) İnfeksiyonlar

25. Aşağıdakilerden hangisinde plevra sıvısı eksudadır?

- a) Karaciğer sirozu
- b) Kronik nefroz
- c) Konjestif kalp yetmezliği
- d) Akciğer infarktüsü
- e) Hipoproteinemi

26. İy huylu over fibroması, periton ve plevrada sıvı toplanması hangisidir?

- a) Osler sendromu
- b) Ketoyama sendromu
- c) Caplan sendromu
- d) Gaisböck sendromu
- e) Meigs sendromu

27. Pickwick sendromu nedir?

- a) Pulmoner fibrokistik pankreas sendromu
- b) Hipogenetik akciğer sendromu
- c) Eozinofilik pnömonitis
- d) Kardiopulmoner obesite sendromu
- e) Subferink interpozisyon sendromu

28. Ülkemizde aşağıdaki parazitik akciğer hastalıklarından hangisine daha çok rastlanır?

- a) Flariazis
- b) Paragominiazis
- c) Torasik amebiasis
- d) Toksoplazmozis

e) Hidatik kisti

29.Kaplan sendromu nedir?

- a) Subfrenik interpozisyon sendromu
- b) Eozinofilo-hepatomegali sendromu
- c) Akut primer diafragmatitis
- d) Lupus eritema hidralazin sendromu
- e) Romatoid artrit ve pnömokonyoz

30.Aşağıdakilerden hangisi akciğer parankim yetmezliği bulgusudur?

- a) Solunum sayısı 35-40/dk üstünde
- b) Arter kanında pCO₂ > 48 mmHg
- c) Vital kapasite < 10-15 ml/kg
- d) Maksimum inspirasyon kuvvetinin <25 cm H₂O
- e) Alveollerle arterlerdeki O₂ basıncı farkının >300 mmHg

31.Charcot Leyden kristalleri hangi hücrelerden kaynaklanır?

- a) Eozinofil
- b) Nötrofil
- c) Bazofil
- d) Epitel hücreleri
- e) Tip I pnömositler

32.Amfizemin A ve B tipi arasındaki farklardan yanlış olan hangisidir?

	A tipi	B tipi
a) Öksürüğün başlaması sonra	Dispnededen önce	Dispnededen sonra
b) Balgam	Az, mukoid	Çok, irinli
c) Göğüs filmi	Normal/amfizematöz	Normal/fibrotik
d) Havayolu direnci	Normale yakın	Artmış
e) Kronik hiperkapni	Daha sık	Nadir

33.Aşağıdaki mantarlardan hangisi akciğerden daha çok çekum ve çeneyi tutar?

- a) Coccidioimycosis
- b) Blastomycosis
- c) Crytococcosis
- d) Actinomycosis
- e) Histoplazmosis

34.İlaç yan etkileri hakkında aşağıda verilen eşleştirmelerden uyumsuz olan hangisidir?

- a) İzoniazid → hepatoksik
- b) Etambutol → 8. kafa çiftini etkiler.
- c) Pirazinamid → ürik asit metabolizma bozukluğu

- d) Etionamid → metalik tad
- e) İzoniazid → periferik nöropati

35.Aşağıdakilerden hangisi mezotelyoma riskini artırır?

- a) Siderosis
- b) Berilosis
- c) Stannosis
- d) Antrakosis
- e) Asbestozis

36.Milier tüberküloz radyolojik ayırıcı tanısında hangisi düşünülür?

- a) Sarkoidoz
- b) Pulmoner hemosiderozis
- c) Atipik pnömoni
- d) Milier karsinomatozis
- e) Hepsi

37.Aşağıdakilerden hangisinde PPD(-)'leşir?

- a) Sarkoidoz
- b) Tüberküloz menenjit
- c) Atopik dermatit
- d) Ağır tüberküloz enfeksiyonu
- e) Hepsi

38.Aşağıdaki durumlardan hangisi sarkoidozda steroid endikasyonudur?

- a) İridosiklit
- b) Lupus pernio
- c) Kemik kistleri
- d) Posterior üveit
- e) Hepsi

39.Aşağıdakilerden hangisi pulmoner emboli eğilimini artırır?

- a) PNH
- b) Polistemia vera
- c) Nefrotik sendrom
- d) Miyokard infarktı
- e) Hepsi

40.Akciğer kanserleri (AC CA) hakkında eşleştirmelerden hangisi uyumsuzdur?

- a) Hipertrofik pulmoner osteoartropati → küçük hücreli AC CA
- b) Uyumsuz ADH salgınımı → küçük hücreli AC CA
- c) Hiperkalsemi → squamöz hücreli AC CA
- d) Cushing sendromu → küçük hücreli AC CA
- e) Eaton Lambert sendromu → küçük hücreli AC CA

CEVAPLAR

1. A (Cecil, 1993, s.128)

2. D (Cecil, 1993, s.138)

- Lordotik, sağ orta lob veya lingula
- Lateral dekubit Plevra efüzyonu
Hava-sıvı seviyeleri
Mantar kitleleri
- Ayakta supin Ağır hastalarda
portabl radyografi ile
plevra-parankim ayırımı

3. E (Aleksanyan, s.119)

- Obstrüktif akciğer hastalıklarında:
- Redizüel volüm artmıştır.
 - Az ya da çok hiperkapnili hipoksemi vardır.
 - Kan pH'ı ↓
 - Ağız açık olarak kibrit söndüremez akciğer alveolokapiller blokaj ve restriktif hastalıklarında hasta açık ağızda kibrit söndürebilir.

4. A (Aleksanyan, s.131)

- Santral siyanozda:
- O₂ saturasyonu <%75
 - Arteriovenöz O₂ farkı normaldir.
 - Ağız içi-dilde siyanoz vardır.
 - Ekstremiteler soğuk değildir.
 - Isıtmakla siyanoz geçmez.

5. E (Aleksanyan, s.146)

- Çomak parmak etiyojisi:
- | | |
|---|-------------------------|
| <u>Akciğer</u> | Gastrointestinal sistem |
| Bronş kanseri | Karaciğer sirozu |
| Akciğer süpürasoyları | Steateroler |
| Ampiyem | Colitis ülseroza |
| Akciğer sarkoidozu | |
| Asbestoz | |
| İdiopatik diffüz fibrozis | |
| <u>Kardiyovasküler sistem</u> | |
| Subakut bakteriyel endokardit | |
| Sağdan sola şantlı konjenital kalp hastalıkları | |

6. E (Cecil, 1993, s.147)

Kistik fibrozisli hastalarda klasik olarak çocuklukta Staf. aureus ve sonraki yıllarda pseudomonas aeruginosanın mukoid türü tekrarlayan akciğer enfeksiyonuna sebep olur.

7. E (Cecil, 1993, s.153)

İlaçların neden olduğu akciğer hastalıkları

İlaçlar	Doz ilişkisi	Patoloji ve klinik görünüm
Bleomycin	Akut ve doz bağımlı	Pulmoner fibrozis
Busulfan	>600 mg	Pulmoner fibrozis
Chlorombucil	>2 gr	Pulmoner fibrozis
Methotrexate	-	Pnömoni
Aspirin	>45 mg/dl	Pulmoner ödem
Ethohlorvynol	Doz aşımı	Pulmoner ödem
Propoxyphene, Hydrochloride, Heroin,		
Opioitler ve psikotropolar	Bağımlılık (IV)	Pulmoner fibrozis ve vaskülit
Nitrofurantoin	Akut	Hipersensitivite pnömonisi
Sülfonamid	Kronik	Pulmoner fibrozis Löfller sendromu

8. D (Aleksanyan, s.177)

9. E (Aleksanyan, s.181)

Akciğer fibrozis sebepleri

- Tbc
- Bronşektazi
- Stafilokok pnömonisi
- Kr. bronşit
- Mitral stenoz
- Sarkoidoz
- Pnömokonyozlar
- İdiopatik progresif akciğer fibrozu
- Radyasyon fibrozisi

Cevap 1'in tablosu.

Hastalık	Mediyastinal lenfadenopati	GÖĞÜS STENOZU İnsidansı	Yüksek insidans	Post-Operasyon	Solunum sistemi	Ek özellikler
Plevral efüzyon	Kayıp/azalmış	Azalmış	Yüksek	İki	İki-üç Orta-şiddetli	Emfizem Mediastinal
Kronik obstrüktif akciğer hastalığı	Yüksek	Azalmış	Azalmış	İki	Emfizem Yüksek	Kompansasyon Yüksek
Akciğer sirozu	Emfizem insidansı azalmış	Azalmış	Yüksek	İki	Yüksek	Yüksek
Emfizemli akciğer hastalığı	Yüksek	Emfizemli- Emfizemli	İki- İki	İki- İki	Emfizemli İki	Yüksek Emfizemli

10. A (Aleksanyan, s.139)

11. D (Akkaynak, s.21)

12. E (Akkaynak, s.81)

Pulmoner embolideki EKG değişiklikleri:

-Sağ aks deviasyonu

D_I'de derin S

D_{II} ve aVF'de Q dalgası ve T(-)'liği

D_{III}'de ST segmentinde düşüklük (S₁Q₃ tipi)

-Geçici sağ dal bloğu

-Koroner yetersizlik belirtileri, ST↓ ve sol kalp üzerinde T dalgası negatifliği

13. E (Akkaynak, s.88)

V₂-V₄'de (-) → T sağ kalp yüklenmesi

V₁-V₃'de R>7 mm → sağ ventrikül hipertrofisi

aVF'de yüksek P → sağ kalp hipertrofisi

V₁'de derin S → sol ventrikül hipertrofisi

14. D (Öbek, s.43)

Viral pnömonilerde sekonder bakteriyel enfeksiyon riski fazladır.

15. B (Öbek, s.42)

Lejyoner hastalığı iki tiptir:

a) Basit ÜSYE

b) Pnömoni

*İmmün supresiflerde, KOAH ve KKY'de sıktır.

*Multisistemik tutulum: SSS, KC, AC, Böbrek

*İnterstisyel pnömoni yapar.

*Tedavide eritromisin ya da eritromisin + rifampin kombinasyonu kullanılır.

16. B (Aleksanyan, s.166)

Viral pnömonilerde tüber üfürüm yoktur, çünkü konsolidasyon yoktur.

Tbc pnömonisinde konsolidasyon fazla olursa tüber üfürüm alınır. Angarjman devresinde inspirasyon alınan hücre krepitan sesler, resolusyonda ise kaba sesler duyulur.

17. C (Öbek, s.34)

18. E (Aleksanyan, s.105)

İçi yarı yarıya salgı ve hava ile dolu olan büyük kavitelerde (Tbc, apse), içinden hava geçerken hem inspiyum hem ekspiyumda duyulur.

19. D (Öbek, s.49)

20. E (Öbek, s.49)

Str. pneumoniae	1.tercih Penisilin G	2.tercih Eritromisin Sefalosporin Kloramfenikol, Vankomisin
-----------------	-------------------------	---

21. A (Akkaynak, s.137)

22. E (Akkaynak, s.156)

Hamman Rick Sendromu diffüz interstisyel akciğer fibrozisidir ve alveolo-kapiller blok sendromudur. Akciğer ekspansiyonu azalır, O₂ saturasyonu çok azdır, pulmoner arter ve sağ kalp basıncı yükselir. Sekonder polisitemi ve çomaklaşma görülebilir. Tedavide steroid denenebilir.

23. E (Cecil, 1993, s.161)

24. D (Akkaynak, s.296)

25. D (Akkaynak, s.296)

	Transüda	Eksüda
Renk	Açık sarı	İçeriğe göre
Miktar	Çok defa iki taraflı ve değişik miktarda	Çok defa tek taraflı ve değişik miktarda
Bulanıklık	Berrak	Bulanık
Koagülasyon	Olmaz	Olabilir
Koku	(-)	(+)
Yoğunluk	En fazla 1018	>1018
Protein	100 cc'de en az 2.5 gr	100 cc'de >2.5 gr
Safra	(-)	(+)
Yağ	(-)	(+)
Glukoz	Kan seviyesinde	Kan seviyesinden düşüktür
NaCl	Yüksektir	Kan seviyesinden düşüktür
Bakteri	(-)	(+)
Hücre	(-)/↓	Etyolojiye bağlı

26. E (Menemenli, 2.baskı, s.79)

27. D (Menemenli, s.4)

28. E (Akkaynak, s.338)

29. E (Menemenli, s.31)

30. E (Merck Manuel, s.470)

Parankim yetmezliği:

Alveollerle arterlerdeki O₂ P farkı

>300 mmHg

Sağdan-sola şant fraksiyonu >%15-20

Boşuna ventilasyon >0.6

Kompliyans <30 ml/cmH₂O

31. A (Merck Manuel, s.473)

Charcot Leyden, bronş astımında eozinofillerden kaynaklanan dipiridamol kristalleridir.

32. E (Merck Manuel, s.485)

B tipi amfizemde ağır kronik bronşitte vardır ve siyanozludur. Yani amfizem bronşitte beraberliğine göre ayırt edilmiştir. Ancak hemen bütün hastalarda amfizem ve bronşit sıklıkla beraberdir. Bu nedenle de ayırım pek olanaklı değildir.

33. D (*Aleksanyan, s.184*)

34. B (*Öbek, s.66*)

Etambutom → optik nörit

Streptomisin → vestibular hasar

35. E (*Merck Manuel, s.516*)

36. E

En önemli fark üst akciğer sahaları genellikle sağlamdır.

37. E (*Öbek, s.569*)

38. E (*Cecil, 1993, s.155*)

Sarkoidozda steroid kullanma endikasyonları:

İridosiklit → Topik

Posterior üveit → Oral

Pulmoner katılım I.evre için nadiren steroid verilir, infiltrasyon kaybolmazsa veya üç ay içinde artarsa ya da hasta semptomatikse verilir.

Lupus pernio oral prednizon şekil bozan lezyonları küçültür.

Hiperkalsemi İyi yanıt verir.

Kalbin katılımı Aritmi veya iletim bozukluğunda genellikle KS önerilir.

SSS katılımı En iyi yanıt akut semptomlu hastalarda

Lakrimal tükrük bezi katılımı İşlev bozukluğu varsa

Kemik kistleri Semptom varsa

39. E (*Cecil, 1993, s.158*)

Pulmoner tromboemboli eğilimini artıran nedenler:

Medikal **Kanser**
İnme
Myokard infarktı
Konjestif kalp yetmezliği
Sepsis
Gebelik

Cerrahi **Ortopedik cerrahi ve alt ekstremitte kırıkları**
Majör cerrahi girişimler (Genel anestezi >30 dk)
Ürolojik, jinekolojik ve nöroşirürji girişimleri

Edinsel **Lupus antikoagülanı**
Paroksizmal nokturnal hemoglobinüri
Nefrotik sendrom
Polisitemia vera

Kalıtsal **Antitrombin III, protein S ve C eksikliği**
Disfibrinojenemi
Plazminojen ve plazminojen aktivasyon hastalıkları

40. A (*Cecil, 1993, s.167*)

Küçük hücre tipi dışında tüm tiplerde hipertrofik pulmoner osteoartropati gözlenir.

HİSTOLOJİ-EMBRİYOLOJİ

SORULAR

1. Fallot tetralojisi oluşumuna neden olan anomali aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Aortikopulmoner septumun gelişmemesi
- b) Trunkokonal septumun öne yer değiştirmesi
- c) Sağ ve sol konus şişkinliğinin birleşmesi
- d) Trunkokonal şişliklerin birleşmemesi
- e) Kalp tüpünün oluşmaması

2. Sağ ortak kardinal ven ve sağ anterior kardinal venin proksimalinden aşağıdaki yapılardan hangisi gelişir?

- a) Vena kava superior
- b) Vena kava inferior
- c) Vena renalis
- d) Brakiosefalik ven
- e) Superior interkostal ven

3. Devamlı veya somatik olarak adlandırılan kapillerler hangi dokuda bulunur?

- a) Renal glomerül
- b) Kemik iliği
- c) Endokrin bezler
- d) Karaciğer
- e) Ekzokrin bezler

4. Solunum sisteminin hangi bölümünde Goblet hücreleri bulunmaz?

- a) Burun boşluğu
- b) Larinks
- c) Trakea
- d) Bronş

e) Respiratuar bronşiol

5. Aşağıdakilerden hangisi alveolar septum yapısında bulunmaz?

- a) Fibroblast
- b) Toz hücresi
- c) Clara hücresi
- d) Mast hücresi
- e) Kontraktıl hücreler

6. Solunum sisteminin gelişimi hakkında hangisi doğrudur?

- a) Ön barsağın ventral duvarının çıkıntısıdır.
- b) Epiteli endoderm kökenlidir.
- c) Kıkırdak ve kas yapıları mezoderm kökenlidir.
- d) Özefagotrakeal septum 4. haftada oluşur.
- e) Yukarıdakilerin hepsi doğrudur.

7. Purkinje hücreleri hangi tabakada yer alır?

- a) Perikardiyum
- b) Epikardiyum
- c) Myokardiyum
- d) Subendokardiyal tabaka
- e) Hiçbiri

8. Weibel-Palade granülleri nerede bulunur?

- a) Prekapiller sfinkterde
- b) Arteriol endotelinde
- c) Sinuzoidlerde
- d) Venlerde
- e) Lenfatik sistemde

CEVAPLAR

1. B (*Langman's, 6.baskı, s.190*)

Trunkokonal septumun öne yer değiştirmesi sonucu konus, eşit olmayan bir şekilde bölünür. Bu, pulmoner infundibuler stenoz olarak bilinen sağ ventrikül çıkımının daralması ve interventriküler septumda geniş bir defektle sonuçlanır. Aorta, septum defektinin üzerinden, her iki ventrikül boşluğundan çıkar ve sağ taraftaki yüksek basınç sağ ventrikül duvarının hipertrofisine neden olur. Fallot tetralojisi olarak bilinen bu anomali, syanotik kalp anomalilerinin en önemli tipidir.

2. A (*Langman's, 6.baskı, s.206*)

Kardinal venler embriyonun ana venöz drenaj sistemini oluştururlar. Bu sistem embriyonun sefal kısmını drene eden anterior kardinal venler ile vücudun geri kalan bölgelerini drene eden posterior kardinal venlerden oluşur. Anterior ve posterior venler sinus boynuzuna girmeden önce birleşerek kısa ortak kardinal venleri oluşturur 4. haftada kardinal venler simetrik bir sistem haline gelir.

3. E (*Junqueira, 1992, s.257*)

Kapillerler, endotel hücrelerinin yapısı veya bazal laminanın bulunup bulunmamasına göre 4 tipe ayrılır:

1. Devamlı veya somatik kapillerlerde fenestra bulunmaz. Sinir, bağ ve her çeşit kas dokusunda ve ekzokrin bezlerde görülür.

2. Pencereli veya visseral kapillerler, endotel hücre duvarındaki 60-80 nm çaplı büyük pencereler ile karakterizedir. Bu pencereler hücre membranlarından daha ince olan bir diaframla örtülüdür. Burada bazal lamina süreklidir, böbrek, bağırsak, endokrin bezler gibi kan ile doku arasın-

daki madde alışverişinin hızlı olduğu yerlerde görülür.

3. Pencereli ancak diaframla kapatılmamış tip kapillerlerde endoteli, üzerindeki epitelyal hücrelerden (podosit) kalın bir bazal lamina ayırır. Bu kapillerler renal glomerülde görülür.

4. Sinuzoidal kapillerler, dolaşımı yavaşlatacak şekilde dolambaçlı yollar izler ve büyük çaplıdır (30-40 nm). Endotelyal hücre duvarında diaframsız bol pencere vardır. Bazal lamina, genelde devamlı değildir. Karaciğer, dalak, kemik iliğinde görülür.

4. E (*Junqueira, 1992, s.398*)

Solunum sisteminin iletili bölümünün büyük kısmı Goblet hücrelerinden zengin silialı yalancı çok katlı prizmatik epitelle döşelidir. Bronşlar, bronşiolle ayrılınca çok katlı yassı epitel tek katlı prizmatik epitele değişir ve giderek en küçük (terminal) bronşiolde tek katlı kübik olur. Zengin goblet hücre topluluğu küçük bronşlarda azalır ve terminal bronşiol epitelinde tamamen kaybolur.

5. B (*Junqueira, 1992, s.407,413*)

Clara hücreleri, terminal ve respiratuar bronşiolde yer alan siliasız kubbe biçimli ve bazal çekirdekli sekretuar hücrelerdir.

6. E (*Langman's, 6.baskı, s.216-223*)

7. D (*Junqueira, 1992, s.267*)

8. B (*Junqueira, 1992, s.262*)

Weibel-palad granülleri sadece kapillerlerden daha büyük olan kan damarlarının endotel hücrelerinde bulunur. 3 mikron uzunluğu ve 0.1 mikron genişliğinde olan bu granüller non Willebrand Faktör (Faktör 8) içerir.

KADIN-DOĞUM

SORULAR

1. Aşağıdakilerden hangisi Oral Kontraseptiflerin kontrendikasyonu değildir?

- a) Tromboflebit veya tromboembolik hastalık
- b) Koroner arter hastalığı
- c) Tanı konmamış anormal jinekolojik kanama
- d) Koagülasyon bozukluğu
- e) Gebelik veya gebelik şüphesi

2. Germ hücreli over tümörleri için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Over tümörlerinin %20'sini oluştururlar.
- b) Daha çok yaşlılarda (50 yaş üzeri) gözlenirler.
- c) Kemoterapiye iyi cevap verirler.
- d) Embriyonal gonadın primitif germ hücrelerinden gelişirler.
- e) Abdominal kitle ile karın ağrısı yaparlar.

3. Over tümörlerinden hangisi Meigs Sendromu oluşturur?

- a) Brenner tümörü
- b) Seröz kistadenom
- c) Müsinöz kistadenom
- d) Yolk Sak tümörü
- e) Fibrom

4. Aşağıdakilerden hangisi intrauterin araçların komplikasyonu değildir?

- a) Kanama
- b) Enfeksiyon
- c) Dış gebelik
- d) Batına kaçma
- e) Monilia

5. Plasenta Previa ile ilgili ağrısız şiddetli kanama hangi haftada görülmeye başlar?

- a) 9-10
- b) 10-19
- c) 19-20
- d) 20-24
- e) 24. haftadan sonra

6. Aşağıdakilerden hangisi postpartum kanama nedeni değildir?

- a) Uterus atonisi
- b) Normalden uzun süren travay
- c) İlk gebelikler
- d) Çok kısa süren travay
- e) İri fetüs

7. Hangisi ektopik gebeliğe benzer klinik tablo oluşturmaz?

- a) Akut apandisit
- b) Vasa previa
- c) Abortus imminens
- d) Pelvik inflamatuvar hastalık
- e) Kanayan korpus hemorajikum

8. Serviks karsinomu için hangisi tarama testidir?

- a) Schiller testi
- b) Servikal biyopsi
- c) Servikal smear
- d) Kolposkopi
- e) Endoservikal küretaj

9. Çocuğun başı normalde doğum yolundan geçerken hangi sırayı takip etmektedir?

- a) Fleksiyon, iç rotasyon, defleksiyon, dış rotasyon
- b) İç rotasyon, fleksiyon, dış rotasyon, defleksiyon
- c) Defleksiyon, iç rotasyon, fleksiyon, dış rotasyon
- d) Fleksiyon, defleksiyon, iç rotasyon, dış rotasyon
- e) Dış rotasyon, fleksiyon, iç rotasyon, defleksiyon

10. Testosteronu, dihidrotestosterona hangi enzim dönüştürür?

- a) Aromataz
- b) 3 alfa dehidrogenaz
- c) 11 hidroksilaz
- d) 3 beta hidroksi dehidrogenaz
- e) 5 alfa redüktaz

11. İkiz gebeliklerde fetüslerin prezentasyonları en sık hangi şekilde olur?

- a) Baş-makat
- b) Baş-baş
- c) Makat-makat
- d) Baş-transvers
- e) Makat-transvers

12. Hangisi infertilitede kardinal tetkik değildir?

- a) Spermogram
- b) Post koital test
- c) Plazma progesteronu
- d) Premenstruel probe küretaj
- e) Histerosalpingografi

13.GnRH analogları aşağıdakilerden hangisinde kullanılır?

- a) Puberte Prekoks
- b) Myom tedavisi
- c) Endometriozis
- d) Endometrial hiperplazi
- e) Hepsi

14.Doğum sonrası Lochia akıntısı ile ilgili hangisi doğrudur?

- a) İlk 1-3 gün Lochia Seroza vardır.
- b) 4 gün sonra Lochia rubra vardır.
- c) 10 gün sonra Lochia alba vardır.
- d) 10 gün sonra Lochia seroza vardır.
- e) 4 gün sonra Lochia rubra vardır.

15.Fetal kalp sesi ultrason ile gebeliğin hangi haftasında belirlenebilir?

- a) 6-7 hafta
- b) 10-12 hafta
- c) 12-14 hafta
- d) 18-20 hafta
- e) 22-24 hafta

16.Aşağıdakilerden hangisi gebelikte oluşan değişikliklerden değildir?

- a) İştah artışı
- b) Kabızlık
- c) Appendiks dışı ve yukarı yer değiştirir.
- d) Mesane etkilenmez.
- e) Tükürük salgısı artar.

17.Aşağıdakilerden hangisi uterusu yerinde tutan en kuvvetli ligament olan ligamentum kardinale'nin sinonimidir?

- a) Lig. latum
- b) Lig. transversum koli
- c) Lig. infundibulopelvikum
- d) Uterosakral ligament
- e) Broad ligament

18.Polikistik over sendromunda aşağıdakilerden hangisi görülmez?

- a) Hirsutizm
- b) Fonksiyonel kanama
- c) Amenore
- d) Oligomenore
- e) İnfertilite

19.Triple Test ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Gebeliğin 16-18. haftasında yapılır.
- b) β hCG, Alfafetoprotein (AFP) ve östriol'e bakılır.
- c) Antenatal takipte kullanılır.
- d) Down sendromunda AFP yüksektir.
- e) Nöral tüp defektinde AFP yüksektir.

20.Serviks kanseri için hangisi yanlıştır?

- a) Postkoital kanama vardır.
- b) Kötü kokulu kanlı akıntı vardır.
- c) Her yaşta görülebilmesine rağmen en sık 55 yaş üstünde gözlenir.
- d) En sık squamöz hücreli tipi vardır.
- e) 5 yıllık yaşamı yayılım belirler.

21.Abortus'un ayırıcı tanısı aşağıdakilerden hangisi ile yapılmalıdır?

- a) Ektopik gebelik
- b) Molhidatiform
- c) Pyosalpenks
- d) Myomlar
- e) Hepsi

22.Aşağıdakilerden hangisi normal doğum kriteri değildir?

- a) Fetus canlı olmalı
- b) Başla geliş olmalı
- c) Müdahale yapılmamalı
- d) Vajinal yolla olmalı
- e) Kanama 1000 cc'den fazla olmamalı

23.Aşağıdakilerden hangisi dış gebelik etyolojisinde rol oynamaz?

- a) Annenin daha önce pelvik inflamatuvar hastalık geçirmesi
- b) Annenin daha önce dış gebelik geçirmesi
- c) Rahim içi araç kullanımı
- d) Makrozomik fetüs
- e) Geçirilmiş tubal operasyon

24.Aşağıdakilerden hangisi endometriozisde görülmez?

- a) Dismenore
- b) Beyaz akıntı
- c) Disparoni
- d) İnfertilite
- e) Adet düzensizliği

25.Trikomonas vajiniti ile ilgili hangisi yanlıştır?

- a) Yeşilimsi ve köpüklü akıntı vardır.
- b) Akıntıya kaşıntı eşlik eder.
- c) Clue hücresi gözlenir.
- d) Vajinal pH 5-6 arasındadır.
- e) Tedavide metranidazol kullanılır.

26.Prematür doğum eyleminde hangisi kullanılmaz?

- a) Prostoglandin sentez inhibitörleri
- b) Verapamil
- c) Magnezyum sülfat
- d) Terbutalin
- e) Propranolol

27. Bebek, aşağıdaki uzunlukları verilen çaplardan hangisiyle angaje olur?

- a) Oksipitomentel çap, 13.5 cm
- b) Oksipitofrontal çap, 12 cm
- c) Suboksipitobragmatik çap, 12 cm
- d) Suboksipitobragmatik çap, 9.5 cm
- e) Diagonal çap, 11.5 cm

28. Aşağıdakilerden hangisi bebeğin başının gövdesine göre durumunu gösterir?

- a) Situs
- b) Habitus
- c) Presentasyon
- d) Positio
- e) Hiçbiri

29. Gebeliğin indüklediği hipertansiyon (PIH), gebeliğin hangi döneminde ortaya çıkar?

- a) 5-7. hafta
- b) 8-10. hafta
- c) 10-14. hafta
- d) 15-18. hafta
- e) 20. hafta

30. Aşağıdakilerden hangisi ölü fetüsün göstergesi değildir?

- a) β hCG düzeylerinin giderek azalması
- b) Annenin fetal hareketleri hissetmemesi
- c) Uterusun hızlı büyümesi
- d) Fetal kalp atımının olmaması
- e) Hiçbiri

31. Plasenta previa etyolojisinde hangisi yer almaz?

- a) Multiparite
- b) Çoğul gebelik

- c) İleri anne yaşı
- d) Büyük plasenta
- e) Endometriyumun aşırı kanlanması

32. 60 yaşında, obez, menopoz sonrası östrojen kullanan bir kadın vajinal kanama ve ağrı ile başvuruyor. En çok hangi malignite düşünülmelidir?

- a) Over kanseri
- b) Endometriyum kanseri
- c) Serviks kanseri
- d) Vajen kanseri
- e) Vulva kanseri

33. Endometriyum kanserinde, vajinal metastaz hangi evrededir?

- a) Evre Ib
- b) Evre IIa
- c) Evre IIb
- d) Evre IIIb
- e) Evre Iva

34. Vajen sarkomlarından en sık hangisi görülür?

- a) Fibrosarkom
- b) Müllerien stromal sarkom
- c) Rabdomyosarkom
- d) Malign fibröz histiositom
- e) Leiomyosarkom

35. Over ile uterus arası bağlantıyı hangi ligament sağlar?

- a) Lig. proprium ovarii
- b) Lig. suspensorium ovarii
- c) Lig. infundibulopelvikum
- d) Lig. kardinale
- e) Lig. rotundum

CEVAPLAR

1. D (*Klinik Jinekoloji, Dr.Yıldırım, 2.baskı, s.95-99*)
Oral kontraseptifler, faktör VIII, II, IX, XII'nin artışı-na neden olarak koagülasyon oluşumunu arttırlar.
2. B (*Dr.Yıldırım, 2.baskı, s.251*)
Germ hücreli over tümörleri daha çok genç yaşlar-da özellikle 10-30 yaşlar arasında gözlenir.
3. E (*Dr.Yıldırım, 2.baskı, s.246,247*)
4. E (*Pernoll, 7.baskı, s.677*)
Rahim içi araçların komplikasyonları, dış gebelik, dışarı atılma, batına kaçma, enfeksiyon, kanama, ağrı'dır.
5. E (*Pernoll, 7.baskı, s.394*)
Plasenta previa'da esas olarak 3. trimestir kana-ması vardır (24. haftadan sonra). Bu kanama ani, ağrısız ve şiddetlidir.
6. C (*Pernoll, 7.baskı, s.596,570*)
Postpartum kanama nedenleri:
-Uterus atonisi
-Obstetrik yırtıklar
-Plasenta retansiyonu
-Pıhtılaşma bozuklukları
Çoğul gebelik, çok uzun ve çok kısa süren travay, iri fetus, obstetrik yırtıklara neden olur.
7. B (*Pernoll, 7.baskı, s.866-868*)
Ektopik gebelik, gebe kadında akut karın tablosu yapar. Aynı tabloyu:
-Akut apandisit
-Korpus hemorajikum rüptürü
-Over kist torsiyonu
-Abortus imminens
-Pelvik inflamatuvar hastalık yapabilir.
8. C (*Danforth, 4.baskı, s.1049*)
-Serviks kanserinde TANI:
-Schiller testi
-Servikal smear
-Servikal biyopsi
-Kolposkopi
-Endoservikal küretaj'dır.
Ancak tarama testi servikal smear'dır.
9. A (*Pernoll, 7.baskı, s.199*)
Normal doğumda fetus: angaje olduktan sonra → fleksiyon, iç rotasyon, defleksiyon, dış rotasyon yapar.

- 10.E 5α redüktaz
Testosteron → Dihidrotestosteron (aktif)
Aromataz
Androjen → Östrojen
- 11.B (*Pernoll, 7.baskı, s.438-440*)
İkizlerin en sık prezentasyon şekli: Baş-baş gelişir.
- 12.C (*Pernoll, 7.baskı, s.1026*)
-Spermogram
-Postkoital test
-Premenstruel probe küretaj
-Histerosalpingografi
İnfertilitede kardinal tetkiklerdir.
- 13.E (*Pernoll, 7.baskı, s.826,654,962*)
GnRH analogları (Örn: Buserelin),
-Puberte prekoks
-Endometrial myom
-Endometrial hiperplazi
-Endometriozisde kullanılır.
- 14.C (*Pernoll, 7.baskı, s.238*)
Lochia rubra; Doğum sonrası; 1-3 gün
Seroza; Doğum sonrası; 4 gün sonra
Alba; Doğum sonrası; 10 gün sonra gözlenir.
- 15.A (*Pernoll, 7.baskı, s.278*)
Ultrason ile fetal kalp sesi 6-7. haftada belir-lenebilir.
- 16.D
Gebelikteki değişikliklerden bazıları;
-İştah artışı
-Ödem
-Kabızlık
-Tükrük salgısı artışı
-Apendiks dışı ve yukarı yer değiştirir.
Ayrıca mesaneye basıdan dolayı sık sık idrara çıkma olur.
- 17.B (*Pernoll, 7.baskı, s.43*)
Ligamentum Kadinale= Lig. transversum Kolli=
Mackenrodt ligament
- 18.B (*Pernoll, 7.baskı, s.749*)
Polikistik over sendromunda disfonksiyonel kana-ma vardır.
- 19.D (*Pernoll, 7.baskı, s.270*)
Triple test, antenatal takipte kullanılır.
Gebeliğin 16-18. haftasında yapılır. βhCG, AFP, östriol'e bakılır.
Down sendromunda AFP düşüktür.

20. C (Pernoll, 7.baskı, s.943-945)

Serviks kanseri en sık 45-55 yaş arası gözlenir. Endometriyum kanseri ise 55 yaş üstünde gözlenir.

21.E (Pernoll, 7.baskı, s.301)

Abortus ile ektopik gebelik, trofoblastik hastalık, pyosalpenks, myomlar vb.'nin klinik ve laboratuvar bulguları birbirine benzediği için ayırıcı tanı gerekir.

22.E (Pernoll, 7.baskı, s.222)

Normal doğumda kanama 500 cc'den fazla olmamalıdır.

23.D

Fetusun büyüklüğü; dış gebelikte rol oynamaz.

24.B (Danforth, 4.baskı, s.1000)

Endometriozisde,

- Pelvik ağrı
- Dismenore
- Disparoni
- İnfertilite
- Anormal uterin kanama
- Adet düzensizliği gözlenir.

25.C (Yıldırım, Klinik Jinekoloji, 2.baskı, s.317)

Trikomonas Vajinalis;

Yeşilimsi köpüklü akıntı ve kaşıntı yapar.

Vajinal pH=5-6'dır.

Tedavide; İmidazol türevleri (Metronidazol)

Clue hücreler ise Gardnerella vajinitisinde kullanılır.

26.E (Pernoll, 7.baskı, s.328)

Prematür doğum eyleminde tedavi:

- β mimetik (Ritodrin; Terbutalin)
- Magnezyum sülfat
- Ca⁺⁺ antagonisti (Verapamil)
- PG sentez inhibitörleri kullanılır.

27.D (Pernoll, 7.baskı, s.200)

Bebek en küçük çap olan suboksipitobregmatik çap ile angaje olur. Uzunluğu 9.5 cm'dir.

28.B

Habitus, bebeğin başının ve ekstremitelerinin gövdesine oranla nasıl durduklarını ifade eder.

Situs, bebeğin ekseninin, uterus eksenine ilişkisi ni tanımlar (%90'ı situs longitudinalis)

29.E

Gebeliğin indüklediği hipertansiyon (PIH) genelde gebeliğin 20. haftasından sonra ortaya çıkar. Ancak trofoblastik hastalıkta 20 haftadan önce de olabilir.

30.C (Pernoll, 7.baskı, s.187)

Ölü festüste: uterusun büyümesi durur.

31.E (Pernoll, 7.baskı, s.395)

Plasenta previa etiolojisi:

- Yaş artışı
- Multiparite
- Sezaryen doğum fazlalığı
- Endometriyumun az kanlanması
- Büyük plasenta
- Çoğul gebelik

32.B (Yıldırım, 2.baskı, s.196-198)

Endometriyum kanseri geç yaşta ortaya çıkar.

Risk faktörleri:

- Obesite
- Nulliparite
- Eksojen östrojen kullanımı
- Diabetes mellitus
- Geç menopoz'dur.

33.D (Yıldırım, 2.baskı, s.204)

Endometriyum kanser evrelemesi

- Evre I
- a: Tümör endometriyumda lokalize
 - b: Myometriyuma %50↓ invazyon var.
 - c: Myometriyuma %50 invazyon var
- II
- a: Servikal glanduler tutulum
 - b: Servikal stromal tutulum
- III
- a: Seroza ve adneksler tutulur.
 - b: Vajinal tutulum
- IV
- a: Mesane ve rektum tutulumu
 - b: Uzak organ metastazı

Vajen tutulumu endometriyum kanserinin evre IIIb'de olduğunu gösterir.

34.E (Yıldırım, 2.baskı, s.164)

Vajinal sarkom, ortalama 58 yaşında gözlenir ve en sık olarak leiomyosarkom tipi gözlenir.

35.A (Yıldırım, 2.baskı, s.8)

Ligamentum proprium ovarii: uterus ile over arası bağlantıyı sağlar.

Ligamentum suspensorium ovarii: overi pelvis yan duvarına tutundurur.

KARDİYOVASKÜLER CERRAHİ

SORULAR

1. En sık atriyal fibrilasyona neden olan hastalık aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Aort darlığı
- b) Aort yetmezliği
- c) Mitral darlığı
- d) Mitral yetmezliği
- e) Triküspit darlığı

2. Arteriyel kan basıncının monitorizasyonu için aşağıdakilerden hangisi ile radial arterin kateterizasyonu mümkündür?

- a) Homan's sign
- b) Corrigan nabızı
- c) Adson testi
- d) Duroziez belirtisi
- e) Allen testi

3. En sık periferik emboliye yol açan kalp tümörü aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Rabdomyoma
- b) Fibroma
- c) Anjiosarkoma
- d) Miksoma
- e) Lipoma

4. Raynaud hastalığı için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a) Kadınlarda daha sık görülür.
- b) Etiyoloji bilinmemektedir.
- c) Soğuğa maruz kalma ile vazokonstriksiyon artar.
- d) Üst ekstremitelerde simetrik tutulum olur.
- e) Hepsi

5. 35 yaşında mitral stenozu bulguları olan bayan hastada sol atırmada tesbit edilen kitle muhtemelen aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Rabdomyoma
- b) Hemanjioma
- c) Miksoma
- d) Metastatik karsinoma
- e) Malign lenfoma

6. Abdominal aort anevrizmalarının en sık rüptüre olduğu bölge hangisidir?

- a) Retroperineal bölge
- b) Duodenum
- c) Vena cava inferior
- d) Mide
- e) Kolon

7. Subclavian steal sendromunda aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a) Vertebral arter orijininde tıkanıklık vardır.
- b) Üst ekstremitelerde venöz konjesyon vardır.
- c) Subclavian arterde revers akım vardır.
- d) Subclavian arter orijininde darlık vardır.
- e) Subclavian arter orijininde darlık vardır.

8. Aşağıdakilerden hangisinde patent duktus arteriozus kapatılmaz?

- a) Ventriküler septal defekt
- b) Atrial septal defekt
- c) Ebstein anomalisi
- d) Uhl anomalisi
- e) Fallot tetralojisi

9. Soldan sağa şanlı hastalıklarda palyatif cerrahi girişim olarak aşağıdakilerden hangisi yapılır?

- a) Blalock-Taussig şant
- b) Waterston-Cooley şant
- c) Potts şanti
- d) Brock ameliyatı
- e) Pulmoner banding

10. Alt ekstremitelerde en önemli venöz ülserasyon nedeni aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Vena saphena magna'da akımın yavaşlaması
- b) Arteriovenöz şant
- c) Kronik venöz hipertansiyon
- d) Hemosiderin pigmenti depolanması
- e) Varisler

11. İki günlük, asiyanotik bir çocukta sol sternal kenar boyunca sistolik üfürüm duyuluyor. Telekardiyo-grafi ve EKG normal sınırlarda bulunuyor. Muhtemel tanı aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Fallot tetralojisi
- b) Ventriküler septal defekt
- c) Triküspit atrezisi
- d) Büyük damarların transpozisyonu
- e) Patent duktus arteriozus

12. Warfarin sodyum verilen bir hastada ilaç dozu aşağıdakilerden hangi parametre ile takip edilir?

- a) Kanama zamanı
- b) aPTT
- c) Pıhtılaşma zamanı
- d) Protrombin zamanı
- e) Fibrin yıkım ürünleri

CEVAPLAR

1. C (*Gibbon's, 4.baskı.*)
2. E (*Saphiro, 2.baskı*)
3. D (*Bozer, 2.cilt*)
4. E (*Schwartz, 5.baskı*)
5. C (*Sabiston, 4.baskı*)
6. A (*Rutherford, 2.baskı*)

7. A (*Rutherford, 2.baskı*)
8. E (*Glenn, 2.baskı*)
9. E (*Stark/de Leval, 2.baskı*)
- 10.C (*Schwartz, 5.baskı*)
- 11.B (*Sabiston, 4.baskı*)
- 12.D (*Gibbon, 4.baskı*)

KARDİYOLOJİ

SORULAR

1.

Şekilde verilen juguler venöz nabız trasesi hakkında hangisi doğrudur?

- a) Normaldir
- b) Atrial fibrilasyon
- c) Triküspit darlığı
- d) Triküspit yetmezliği
- e) Konstrüktif perikardit

2. **Aşağıdakilerden hangisi afterloadı etkileyen faktörlerdendir?**

- a) Vücut pozisyonu
- b) Atrium kasılması
- c) Damarların elastisitesi
- d) Toraks içi basınç
- e) İskelet kasının pompa etkisi

3. **Aort çıkım yolu obstrüksiyonuna bağlı yavaş yükselen, düşük amplitüdü ve geç tepe yapan nabız türü hangisidir?**

- a) Pulsus alternans
- b) Corigan nabız
- c) Bisferiens
- d) Pulsus tardus et pervus
- e) Pulsus paradoksus

4. **İkinci kalp sesinde paradoks çiftlenme hangisinde görülür?**

- a) Mitral yetmezlik
- b) Aort yetmezliği
- c) Atrial septal defekt
- d) Pulmoner emboli
- e) Ventriküler septal defekt

5. **“Sinüs düğümünden çıkan uyarımın, atriumlardan, AV düğümünden ve His-purkinje sisteminden geçerek ventrikül myokard hücrelerini uyarması” EKG’de nasıl gözlenir?**

- a) P dalgası
- b) QRS kompleksi
- c) T dalgası
- d) QT aralığı
- e) PR aralığı

6. **Aşağıdakilerden hangisi sağ atrium hipertrofinin EKG bulgusudur?**

- a) D₁, D₂ ve aVF’de pozitif, aVR’de negatif P dalgası
- b) P dalga uzunluğu 0.12 sn’den fazla
- c) V1’de bifazik P dalgası
- d) D₂,3 veya aVF’de yüksek tepe yapan P dalgası
- e) D₂, D₁’de çentikli yayvan P dalgası

7. **Ani çömelme ile üfürüm şiddetinde azalma gözlenen hastalık aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Aort stenozu
- b) Hipertrofik obstrüktif kardiyomyopati
- c) VSD (pulmoner hipertansiyonsuz)
- d) Triküspit yetmezliği
- e) Mitral stenoz

8. **Diferansiyel siyanoz gözlenen hastalık aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Patent duktus arteriosus
- b) Pulmoner darlık
- c) Atrial septal defekt
- d) Aort koarktasyonu
- e) Ebstein anomalisi

9. **Vücut pozisyonu değişikliği ve solunum hareketleriyle artan göğüs ağrısı olan hastada aşağıdakilerden hangisi düşünülür?**

- a) Anjina pektoris
- b) Unstabil anjina
- c) Perikardit
- d) Dissekan aort anevrizması
- e) Myokard infarktı

10. **D₂, D₃, aVF’de Q dalgaları ST yükselmesi, T dalga negatifliği gözlenen hastada hangi koroner arterde patoloji olduğu düşünülür?**

- 1) RCA (Sağ koroner arter)
- 2) LAD (Sol inen koroner arter)
- 3) CX (Sol sirkumfleks arter)
- a) 1
- b) 2
- c) 2 ve 3
- d) 3
- e) 1, 2 ve 3

11. **Senkopa neden olan antiaritmik ilaç hangisidir?**

- a) Lidokain
- b) Kinidin
- c) Prokainamid
- d) Verapamil
- e) Propanolol

12. Kalp metastazı aşağıdaki tümörlerden hangisinde sık görülür?

- a) Küçük hücreli akciğer kanseri
- b) Beyin tümörleri
- c) Malign melanom
- d) Meme kanseri
- e) Prostat kanseri

13. Aterosklerotik koroner arter hastalığında risk faktörleriyle ilgili olarak hangisi yanlıştır?

- a) Diabet
- b) Sigara
- c) Alkol
- d) Aile hikayesi
- e) Şişmanlık

14. Ventriküler fibrilasyonda tedavi ne olmalıdır?

- a) Lidokain
- b) Bretilyum
- c) Digoksin
- d) KCl (Potasyum Klorür)
- e) Defibrilasyon

15. Tip IV hiperlipoproteinemi ile ilgili hangisi yanlıştır?

- a) Hastaların yarısında glukoz intoleransı vardır.
- b) Endojen trigliseridler artmıştır.
- c) Kolesterol düzeyleri genellikle normaldir.
- d) Koroner arter hastalığı riski vardır.
- e) Sıklıkla ksantomalar çıkar.

16. Aşağıdakilerden hangisi ağır aortik stenozun karakteristik bulgusu değildir?

- a) Angina pectoris
- b) Senkop
- c) Kalp yetmezliği
- d) Ani ölüm
- e) Hipertansiyon

17. Hipertansif retinopati ile ilgili yanlış olan hangisidir?

- a) Yumuşak eksuda
- b) Sert eksuda
- c) Papilla atrofi
- d) Kanama
- e) Arter ven çaprazlarında bası (nicking)

18. 73 yaşındaki bir erkek son günlerde özellikle ayağa kalkarken sık bayılma nöbetleri geçirmektedir. Aynı zamanda, konstipasyon, idrar yapmada zorluk ve kuru cilt şikayetleri vardır. Yapılan değerlendirmede; ayakta, taşikardisiz bir ortostatik hipotansiyon göstermektedir, ancak ekstrapiramidal ve bazal ganglion sistemleri de dahil olmak üzere, merkezi sinir sistemi dejenerasyonunu gösteren bir kanıt ortada yoktur. Glukokortikoid ve

mineralokortikoid sekresyonları normaldir. Yatar pozisyonda ölçülen norepinefrin konsantrasyonları ise düşük bulunmuştur. Bu hasta için, en yararsız tedavi hangisidir?

- a) Çok tuzlu diyet
- b) Sıkı ve elastiki destekleyici çorap
- c) Fludrokortizon asetat (florinef)
- d) Efedrin sülfat
- e) Tiramin

19. Hipertansif krizde ilk seçilecek ilaç hangisidir?

- a) Rezerpin
- b) Ganglion blokerleri
- c) Sodyum-nitroprusuat
- d) Diüretik
- e) Hiçbiri

20. Hangi antihipertansif ile tedavide psikik depresyon ortaya çıkması en çok olasıdır?

- a) Rezerpin
- b) Guanetidin
- c) Nifedipin
- d) Klorotiazid
- e) Debrizokin

21. Akut miyokardiyal enfarktüste sGOT ne zaman en yüksek olur?

- a) 6 saat sonra
- b) 12 saat sonra
- c) 24 saat sonra
- d) 3 gün sonra
- e) 1 hafta sonra

22. Akut myokard infarktüsünde (MI) en sık ortaya çıkan komplikasyon nedir?

- a) Kardiyojenik şok
- b) Ventriküler anevrizma
- c) Aritmi ve iletim bozuklukları
- d) Kalp rüptürü
- e) Sistemik embolizm

23. Hangisi, ventriküler anevrizmanın EKG bulgusudur?

- a) Devamlı ST yüksekliği
- b) P dalgası sivriliği
- c) Patolojik Q dalgası
- d) T dalgası tersleşmesi
- e) Hiçbiri

24. Hangisi sağ ventrikül MI belirtisi değildir?

- a) Akciğerde staz ralleri
- b) Boyunda venöz dolgunluk
- c) Hipotansiyon
- d) Kussmaull belirtisi
- e) Hepatomegali

25.50 yaşında erkek hastanın akut inferior MI geçirmekte olduğu görülüyor. Sağlık birimine başvurusundan 2 saat sonra TA: 85/50 mmHg. Nabız: 40 atım/dk sinüs ritmidir. En uygun başlangıç tedavisi olarak ne verilmelidir?

- a) Hemen geçici transvenöz pacemaker takılmalıdır.
- b) Atropinsülfat 0.6 mg IV
- c) İzotonik NaCl 300 ml 15 dk içinde
- d) Dobutamin 0.35 mg/dk IV
- e) İzoproterenol 5 mikrogram/dk

26.57 yaşında, önceden sağlıklı olan bir kadında 2:1 AV iletimli atrial flutter gelişmiştir. Ventrikül hızını en güvenli şekilde düşürecek metod hangisi olamaz?

- a) Digoksin
- b) Verapamil
- c) Propranolol
- d) Kinidin
- e) Karotid sinüs masajı

27.Önceden sağlıklı olan 58 yaşındaki bir erkek akut inferior MI ile başvurmaktadır. Saatler içinde oligürik ve hipotansif olan (TA: 90/60 mmHg) hastada Swan-Ganz kateteri ile yapılan ölçümlerde pulmoner kapiller wedge (köşe) basıncı 4 mmHg, pulmoner arter basıncı 22/4 mmHg ve ortalama sağ atrium basıncı 11 mmHg, bulunmuştur. En iyi tedavi yöntemi ne olacaktır?

- a) Sıvı (serum fizyolojik) tedavisi
- b) Digoksin
- c) Dopamin
- d) Norepinefrin
- e) İntraortik balon ile ters pulsasyon

28.35 yaşında erkek hastada Wolff-Parkinson-White sendromu vardır. Hastada birlikte 200 atım/dk'lık yaygın-kompleks taşikardi gelişmiştir. Hasta rahat görünmekte ve hemodinamik bozukluk çok azdır. Bu aşamada faydalı tedavi nedir?

- a) Digoksin
- b) Propranolol
- c) Verapamil
- d) Kinidin veya doğru akım kardiyoversiyon
- e) Hiçbiri

29.Digitalisin myokard kontraktilitesini artırma mekanizması hangisidir?

- a) Kalsiyum kanallarını açarak
- b) Sarkoplazmik retikulumda Ca⁺⁺ salınımını artırarak
- c) Myosin ATPaz'ını stimüle ederek
- d) Myozin Na⁺-K⁺ ATPaz'ını inhibe ederek
- e) Membran Na⁺-K⁺ ATPaz'ını stimüle ederek

30.Kalp yetmezliği için digital kullanan yaşlı bir hasta bulantı ve iştahsızlık ile başvurmaktadır. Muayenede ventriküler bigemini bulunmuştur. Digoxin düzeyi 1.5 ng/ml'dir. Aşağıdakilerden

hangisi digitalis entoksikasyonu açısından zararlı değildir?

- a) Hipoksemili kronik obstrüktif akciğer hastalığı
- b) Kinidin
- c) Furosemid
- d) Hipertiroidizm
- e) Hipotiroidizm

31.Pacemaker'ın mutlak endike olduğu durum hangisidir?

- a) Atrioventriküler (A-V) tam blok
- b) 1° A-V blok
- c) Sol dal bloğu
- d) Sağ dal bloğu
- e) Hiçbiri

32.Aşağıdaki konjenital anomalilerden hangisinde enfektif endokardit ender görülür?

- a) Ventriküler septal defekt
- b) Pulmoner stenosis
- c) Atrial septal defekt (sekundum tip)
- d) Fallot tetralojisi
- e) Patent ductus arteriosus

33.Aşağıdaki eşlemelerden hangisi yanlıştır?

- a) Hipokalemi-belirgin U dalgaları
- b) Hiperkalemi-geniş QRS kompleksi
- c) Hipokalsemi-uzamış QT intervali
- d) Hipermağnezemi-uzamış PR ve geniş QRS
- e) Hiperkalemi-yassı T dalgaları

34.40 yaşındaki bir bayanda yakın zamanda bilateral olarak ayak bileklerinde ödem oluşmuştur. Muayenede juguler venöz nabız 5 cm H₂O'dur ve hepatojuguler reflü negatiftir. Bu ödem aşağıdakilerden hangisi ile açıklanmaz?

- a) Pelvik tromboflebit
- b) Venöz varikoziteler
- c) Menstruel periodlar
- d) Hipoalbuminemi
- e) Sağ kalp yetmezliği

35.Hangisi izole aort yetmezliği nedenlerindedir?

- a) Konjenital kapakçık deformitesi
- b) Marfan sendromu
- c) Romatik veya bakteriyel endokardit
- d) Ehlers-Danlos sendromu
- e) Hepsi

36.Mitral yetmezlikli bir hastanın telegrafisinde aşağıdaki bulgulardan hangisi gözlenmez?

- a) Arkus aorta silinir.
- b) Sol atrium apendiksi belirli hale gelir.
- c) Akciğer alanlarında damarlanma azalır.
- d) Kalp dansitesi içinde ikinci bir dansite vardır.
- e) Kerley B hatları bulunabilir.

37.30 yaşında romatik mitral kapak hastalığı olan fakat semptomsuz olan bir bayan hasta pulmoner ödem ile başvurmuştur. Hangi durum bu kliniğe yol açmış olabilir?

- a) Hamilelik
- b) Atrial fibrilasyon
- c) Anemi
- d) Bakteriyel endokardit
- e) Hepsi

38.Subakut bakteriyel endokarditte en sık rastlanan ölüm nedeni nedir?

- a) Kapak rüptürü
- b) Toksemi
- c) Beyin absesi
- d) Konjestif kalp yetmezliği
- e) Myokard absesi

39.Libman-sacks endokarditi hangi hastalıkta görülür?

- a) Akut romatizmal ateş
- b) Dressler sendromu
- c) SLE
- d) Ankilozan spondilit
- e) Fibroelastozis

40.Primer miyokarditle en çok ilişkili olan enfeksiyöz ajan hangisidir?

- a) Coxsackie B virüsü
- b) Mikobakterium tüberkülozis
- c) Streptokoklar
- d) Treponema
- e) Echericia Coli

CEVAPLAR

1. A (Cecil, 1993, s.13)

Juguler venöz nabız, iki büyük pozitif sapma (a ve v dalgaları) ile negatif yapmadan (x ve y inişleri) oluşur. Fizik muayenelerde genellikle gözlenmemesine rağmen kayıtlarda tanımlanan ve "a" dalgasını izleyen yukarı yöndeki bir başka sapmaya ise "c" dalgası denir.

"a" dalgası atrium kasılması, "c" dalgası ise ventrikül sistol şokunun kapalı triküspit kapaktan atriuma yansımaları sonucu oluşur. "v" dalgası ventrikül sistoli sırasında triküspit kapak kapalı iken periferden atriuma kan gelişimi dönemini gösterir. Atrium boşalmasını gösteren ise "y" inişidir.

2. C (Cecil, 1993, s.6)

Kalp performansını etkileyen faktörler

Preload (sol ventrikül diastol volümü)	Toplam kan volümü Venöz tonüs (sempatik tonüs) Vücut pozisyonu Toraks ve perikard içi basınçlar Atriyum kasılması İskelet kasının pompa etkisi	
Afterload (sol ventrikülün karşılaştığı direnç)	Periferik damar direnci Sol ventrikül volümü (preload, duvar basıncı) Arter ağının fizik özellikleri (örneğin damarların elastisitesi veya çıkım yolunda tıkanıklık)	
Kasılma gücü (preload ve afterload'dan bağımsız kalp performansı)	Sempatik uyarılar Dolaşımdaki katekolaminler Digitalis, kalsiyum, diğer inotrop ilaçlar Kalp atım hızının artması veya post ekstrasistolik yükselmenin artması Anoksi, asidoz Farmakolojik baskılanma Miyokard kaybı İntrinsik baskılanma	Artan kontraktilité
Kalp hızı	Otonom sinir sistemi Isı, metabolizma hızı	Azalan kontraktilité

3. D (Cecil, 1993, s.14)

Pulsus tardus et parvus, yaşlı hastalarda aort darlığı eşliğinde damar yetmezliğine bağlı hareket kısıtlılığında veya birlikte aort yetmezliği olan hastalarda bulunmayabilir.

4. B (Cecil, 1993, s.16)

Normal Olmayan S2 Çiftlenmesi

Tek ikinci kalp sesi

Aort darlığı

Pulmoner darlık

Sistemik hipertansiyon

Koroner arter hastalığı

S₂'nin paradoks çiftlenmesine neden olan tüm hastalıklar

Trunkus arteriozoz

Fallot tetralojisi

Trikuspid atrezisi

Eisenmenger Sendromu

50 yaş üzerindeki kişilerde normal varyant

Normal Solunum Etkili Geniş Çiftlenmiş S2

Sağ dal demet bloku

Sol ventrikül pacing

Pulmoner darlık

Pulmoner emboli

Pulmoner arterin idiyopatik genişlemesi

Mitral yetersizliği

Ventriküler septal defekt

Sabit Çiftlenmiş S2

Atriyal septal defekt

İlerlemiş sağ ventrikül yetmezliği

Masif pulmoner emboli

Geniş VSD

Kardiyomyopati

Paradoks Çiftlenmiş S2

Sol dal demet bloku

Sağ ventrikül konumlu pacemaker

Angina pektoris esnasında

Aort darlığı

Hipertrofik obstrüktif kardiyomyopati

Aort yetersizliği

Akut miyocard infarktının ilk 3 günü

Akut hipertansif krizde

5. E (Cecil, 1993, s.21)

EKG, tüm hücrelerin aksiyon potansiyellerinin toplamıdır. "P" dalgası atriyum depolarizasyonunun karşıtıdır. "PR" aralığı, uyarının sinüs düğümünden çıkıp, atriyumlardan, AV düğümünden ve His-Purkinje sisteminden geçerek ventrikül miyokard hücrelerini uyarmasına kadar geçen sürenin karşıtıdır. QRS kompleksi, ventrikül kas hücre depolarizasyonlarının toplamının karşıtıdır (kardiak aksiyon potansiyelinin 0 fazı); "ST" segmenti plato fazının (Faz 2) karşıtıdır. "T" dalgası ise, kalbin bütünü ile hızlı depolarizasyonunun (Faz 3) karşıtıdır.

Tablo 1. Miyokard İnfarktı'nın Lokalizasyonu

İnfarkt Alanı	EKG Değişiklikleri	Katılan Olası Damar
Inferior	II, III, aV _F	RCA
Septal	V ₁ -V ₂	Q dalgaları
Anterior	V ₂ -V ₄	ST yükselmesi
Anterolateral	V ₄ -V ₆	T dalgasının ters dönmesi
Ekstensif anterior	V ₁ -V ₆ , I, aV _L	Büyük LAD
Yüksek lateral	I, aV _L	CX
Posterior	V ₁ -V ₂ ; başlangıç R dalgası yüksek ve geniş, ST çökmesi var, dik ve yüksek T dalgası; genellikle inferior veya lateral MI'da görülür.	RCA
Sağ ventrikül	V ₁ ve V ₄ r: ST yükselmesi; genellikle inferior MI eşliğinde	RCA

RCA= Sağ koroner arter; LAD= Sol anterior inen koroner arter; CX= Sol sirkumfleks koroner arter

6. D (Cecil, 1993, s.23)

Sağ atriyum genişlemesi

P dalga uzunluğu ≤ 0.11 saniye

II. III. veya aV_F derivasyonlarında amplitüdüleri ≥ 2.5 mm olan yüksek tepe yapan P dalgaları (P pulmonale)

Ortalama P dalgası ekseninin sağa sapması (≥ + 70 derece)

7. B (Current Diagnosis & Treatment in Cardiology)

Manevra	Sol ventrikül akış yolu obstrüksiyonu	Üfürüm şiddeti
Ayakta durma		
Çömelme	↓	↓
Valsalva's		
Faz 2-3		
Faz 4	↓	↓
Egzersiz		
Amil nitrit		
Metoxamin	↓	↓

8. A (Cecil, 1993, s.49)

Patent duktus arteriyosus; prematür infantlarda sık, yüksek rakımlı yerlerde doğanlarda ise daha da sık görülür. Normal infantlarda, duktus doğumdan birkaç saat sonra fonksiyonel olarak ve dört-sekiz hafta sonra anatomik olarak kapanır. Pulmoner vasküler direnç ve duktusun genişliği, patofizyolojii etkileyen faktörlerdir. Doğumdan sonra pulmoner vasküler direnç düşerken duktus açık kalırsa, sol-sağ şant oluşur. Duktus küçük ve pulmoner arter basıncı normal ise, sol-sağ şant oranı küçüktür. Defektin büyük olması halinde ise, şant oranı da büyür ve aort basıncı pulmoner yatağa yansır. Sol-sağ şantın önemli boyutlara ulaşması halinde pulmoner hipertansiyon gelişir ve buna ek olarak sol kalbe volüm; sağ kalbe ise, basınç yüklenir. Daha sonraları refleks yollarla pulmoner hipertansiyonun artmasına bağlı olarak, sol-sağ şant azalır ve son dönemlerinde sağ-sol şant gelişebilir. İnfantta, gelişme duraklaması göz-

lenebilir ve şant oranı yüksek ise, konjestif kalp yetersizliği gelişebilir. Sağ-sol şant oluşması halinde, oksijenlenmemiş kanın subklavian arter distalinde sistemik dolaşıma katılması sonucu, gövdenin üst kısmı ile alt kısmı arasında "farklı" siyanoz gözlenebilir. (Diferansiyel siyanoz) Böylece, parmaklar pembe iken ayak parmakları siyanotik olabilir.

9. C (Cecil, 1993, s.10; Şahinoğlu, 1992, s.222)

10.A (Cecil, 1993, s.26)

(Bkz. Tablo 1)

11.B (Cecil, 1993, s.86)

12.C (Cecil, 1993, s.114)

Kalbi tutan tümörler primer veya metastatiktir ve her iki tür de nadir görülür. Kalbe metastaz yapan çeşitli tümörler tanımlanmış olmakla beraber, en sık görülenler malign melanomlar, lösemi ve lenfomalardır. Metastatik tümörlerin tedavisi için, primer malignitenin tedavisi gerekir.

Kalbin primer tümörleri benign veya malign olabilir. Miksoma, en sık görülen primer kalp tümörü olup, genellikle benign'dir. Malign kalp tümörlerinin hemen tümünü sarkomlar oluşturur ve bunlar arasında en sık görülenleri angiosarkoma ve rabdomyosarkomadır.

13.C (Parsons, 1.baskı, s.115)

Koroner arter hastalığında risk faktörleri:

- Hipertansiyon
- Diabet
- Sigara
- Cinsiyetin erkek olması
- Aile hikayesi bulunması
- Hipertansiyon
- Hipertansiyon
- Şişmanlık
- Tip A kişilik

Alkol, kardiomyopati gelişmesiyle ilgilidir ancak koroner arter hastalığında risk faktörü değildir.

14.E (Cecil, 2.baskı, s.100-101)

Ventriküler fibrilasyon, düzenli oluşmuş ventriküler komplekslerin yokluğu ile tanınabilir. Bu durumda hiçbir kesin QRS defleksiyonu yoktur. Tedavi acil elektriksel defibrilasyondur. Koruma Lidokain ile yapılır.

15.E (Merck Manual, 15.baskı, s.1006-1009)

Tip I (Ekzojen hipertrigliseridemi). Lipoprotein lipaz veya lipazın aktive ettiği apolipoprotein C-II aktivitesinde konjenital bir bozukluk vardır. Sonuçta dolaşımdan şilomikronlar temizlenememektedir. Ekstansör yüzeylerde ksantomlar, lipemia retinalis ve hepatosplenomegali görülür.

Tip II (Familiyal hiperkolesterolemi). Lipid metabolizmasında genetik bir bozukluktur. Serum kolesterolünde yükselme, ksantalezma, tendon üzerlerinde tüberoz ksantomlar, arcus juvenilis, aterosklerozaya meyil ve MI yüzünden erken ölüm görülür. LDL hücre reseptörleri yoktur veya defektiftir.

Tip III (Disbetalipoproteinemi). Familiyal bir bozukluktur. Düşük dansiteli beta-lipoproteinlerin (trigliserid ve kolesterol ağırlıklı) serumda arttığı görülür. Tuberoeruptif patognomonik palmar ksantomlar ve ağır prematür aterosklerozaya predispozisyon vardır.

Tip IV Hiperlipoproteinemi (Endojen hipertrigliseridemi, hiperprebetalipoproteinemi) sık rastlanan bir bozukluk olup genellikle ailevi geçiş gösterir. Serum trigliseridleri, özellikle VLDL (prebeta) olmak üzere artmıştır. Ateroskleroz riski vardır. Kolesterol düzeyi genellikle normal olmakla birlikte stres, alkolizm ve yanlış diet yüzünden hafif artmış olabilir. Hiperürisemi de bulgular arasındadır. Koroner arter hastalığı ortaya çıkabilir.

Tip V (Mikst hipertrigliseridemi). Ender görülür. Bazen ailevidir. Ekzojen ve endojen trigliseridlerin eliminasyonlarında aksaklık vardır. Hayati tehlike gösteren pankreatit riski vardır. Ektansör yüzlerde ksantomlar, hepatosplenomegali abdominal ağrı, hiperürisemi, glukoz intoleransı ve obezite ile seyreder.

16.E (Harrison, 11.baskı, s.964)

Aort stenozunun üç kardiyak semptomu: Egzersiz dispnesi, angina pectoris ve senkoptur. Dispnenin sebebi pulmoner kapiller basıncın artmasıdır. Anjina ise myokardın oksijenle beslenmesindeki dengesizliğin bir yansımasıdır. Kardiyak outputun düşmesi ile birlikte periferde siyanoz, bitkinlik, kolay yorulma ve düşük kardiyak outputun diğer klinik belirtileri ortaya çıkar. Kalp yetmezliği gelişir. Ani ölüm olabilir.

17.C (Harrison, 12.baskı, s.147)

Hipertansif hastalarda retinal değişiklikler:

Grade I: Arteriolar daralma

Grade II: Arteriovenöz çentiklenme, minimal eksuda, splinter hemoraji

Grade III: Retinal ödem, hemoraji eksuda (fokal iskemi)

Grade IV: Papil ödem

18.B (Harrison, 12.baskı, s.387,2071)

Yaşlı erkeklerde çok sık görülen kronik idiyopatik ortostatik hipotansiyon, refleks taşikardi sırasında ortostatik hipotansiyonla karakterizedir. Anhidraz, işemede güçlük, kabızlık gibi diğer otonomik bozukluklar tipik olarak bulunur. Bu durumda, periferik norepinefrin sentezi yoktur ve plazma norepinefrin seviyeleri düşüktür. Tedavi direkt etkili sempatomimetiklerin verilmesiyle intravasküler hacmin ve venöz dönüşün artırılmasını içerir. Tiramin ve diğer indirekt etkili sempatomimetikler etkili değildir. Kronik idiyopatik ortostatik hipotansiyonla ilişkili bir diğer durum da, periferik norepinefrin depoları ve plazma seviyesi normal olmasına rağmen, norepinefrin salınımı bozukluğudur. Bu durum tiramine cevap verebilir.

19.C (Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 7.baskı, s.1165)

Sodyum nitroprusiat damar düz kasları üzerinde çok mekanizma etkisiyle hem arteriollerini hem de venülleri genişleterek kan basıncını düşürür. Hipertansiyonun rutin tedavisinde kullanılmaz. Sadece refrakter hipertansif kriz olgularının tedavisinde kullanılır.

20.A (Kayalap, Tıbbi Farmakoloji, 7.baskı, s.1134-1150)

Antihipertansif ilaçlar yan tesirlerine göre incelendiğinde guanetidin ve debrizokin; postürül hipotansiyon, baş dönmesi, bayılma, nifedipin; yüz ve barsaklarda cilt damarlarının vazodilatasyonuna bağlı yanma hissi, tiazidler; bulantı, konstipasyon ve seyrek olarak ruhsal depresyon yaparlar. Yan tesirleri oldukça fazla olan reserpin ise postürül hipotansiyon, özellikle santral etkisiyle mental depresyon, psikotik depresyon ve intihara eğilim oluşturabilir.

21.C (Current Diagnosis & Treatment in Cardiology, s.83)

Akut MI'da enzim değişiklikleri (saat)

	Yükselmeye başlama	Peak plazma konsant.	Normal sınıra dönüş
Myoglobin	1-4	6-7	24
CPK-MB	3-12	24	48-72
SGOT	12	24-36	72-96
LDH	12-24	48-72	7-10 (days)

22.B (Harrison, 12.baskı, s.954)

Akut MI'da en sık ortaya çıkan komplikasyon aritmilerdir. Diğer komplikasyonlar ise kalp yetmezliği, kardiyojenik şok, hipoksi, hipotansiyon, kardiyak arrest, miyokardiyal rüptür, perikardit vs'dir.

23.A (Harrison, 12.baskı, s.963)

Hastanın %25'sinde (dinlenme halinde) precordial elektrotlarda ST segment elevasyonları bulunur. İki boyutlu ekokardiyografi ise kolay bir tanı metodudur.

24.A (Harrison, 12.baskı, s.963; Merck Manual, 15.baskı, s.484)

Genellikle infero-posterior MI söz konusudur. Akciğer sesleri normalken hipotansiyon vardır. Kalp debisi düşer, sağ kalp yetmezliği (juguler distansiyon, hepatosplenomegali Kussmaul solunumu) gelişir. Sıvı verirken dikkatli olunmalıdır. Hipotansiyon ve şokla gelen postero-inferior MI'lı hastada sağ ventrikül enfarktı düşünülür.

25.B (Harrison, 12.baskı, s.959)

Hipotansiyon ve bradikardinin birlikte oluşu akut MI'da vagal cevabın varlığını gösterir. Antikolinergik bir ajan, atropin vermek tedavi için önemlidir. Bölünmüş dozlarda 2 mg atropin verildikten sonra halen bradikardi ve hipotansiyon devam ediyorsa geçici bir pacemaker konması endikedir. İsooproterenol miyokard O₂ kullanımını artırarak iskemiye ağırlaştıracağından akut MI'lı hastalarda kullanılmamalıdır. Volüm replasmanı veya inotropik destek, bradikardinin düzeltilmesinden sonra halen hipotansiyon varsa gerekebilir. Ancak başlangıç tedavisi değildirler.

26.D (Harrison, 12.baskı, s.912)

Atrial flutterde ventriküler hız, atrioventriküler iletimi bozarak ve atrial hızı yavaşlatarak azaltılabilir. Kinidin hızı yavaşlatmasına rağmen iletimi artırır. Net sonuç, iletimin 1:1 olduğu, atrial hızın daha yavaşladığı, ventriküler hızın ise daha hızlandığı bir durumdur. Bu yüzden kinidin atrioventriküler tedavi bloke edecek propranolol, digoksin, verapamil ilave edilmeden kullanılmamalıdır.

27.A (Harrison, 12.baskı, s.958)

Soruda tanımlanan hastanın inferior MI'ünü komplike eden sağ ventrikül enfarktı vardır. Çünkü sağ atrial basınç sol atrial basıncın (=pulmoner kapiller basıncın) çok üstüne yükselmiştir. Kardiyak output muhtemelen baskılanmıştır. En iyi tedavi sıvı vermektir.

28.D (Harrison, 12.baskı, s.916)

WPW sendromlu hastalarda iki tür atrial taşiaritmi gelişebilir. Paroksizmal supraventriküler taşikardiye (SVT) benzeyen birincisi anterograd iletime A-V nodu, retrograd iletime bypass yolunu kullanır. Bu taşikardi tipik olarak dar bir QRS'e sahiptir ve diğer SVT'ler gibi tedavi edilir. Diğer sorudaki hastada bulunandır ve daha tehlikelidir. Bu atrial fibrilasyondur. Genellikle aşağıya anterograd olarak bypass yoluyla iletilir ve geniş bir QRS kompleksi vardır. Ventrikül hızı fazladır ve kardiyovasküler kollaps veya ventrikül fibrilasyonu olabilir. Tedavi direkt akımlı kardioversiyondur. Kinidin de kullanılabilir. Verapamil ve pro-

pranolol bypass yolu üzerinde daha az etkiye sahiptirler ve ventrikül fonksiyonunu daha fazla baskılayabilirler. Digoksin bypass yolundan aşağıya iletimi hızlandırır ve ventrikül fibrilasyonuna yol açabilir.

29.D (Harrison, 12.baskı, s.897)

Digital glikozidleri kalbin kontraksiyonunu güçlendirip A-V iletimi ve kalp atım hızını yavaşlatırlar. Bu sarkolemma membranındaki Na-K-ATPaz enziminin inhibisyonu ile gerçekleştirilir. Bu durum sonuçta hücre içinde sodyum ve (Na-Ca exchange mekanizması ile) kalsiyumun birikmesine sebep olur.

30.D (Harrison, 12.baskı, s.898)

Yaşlı şahıslar nisbeten düşük dozlarda bile digital entoksikasyonuna girmeye yatkındırlar. Hipoksemi ve hiperkalsemi toksisitenin gelişmesini kolaylaştırır. Potasyum kaybı ve hipomagnezemiye sebep olan potent loop diüretikleri toksisiteyi artırabilir. Kinidin digoxinin serum seviyesini artırarak toksisiteyi indükler. Hipotiroidizm toksisiteyi artırırken hipertiroidizm digitalin etkinliğini azaltır.

31.A (Cecil, 1993, s.91)

32.C (Harrison, 12.baskı, s.927)

Atrial septal defektler ender olarak endokarditle ilgili olurlar. Bu muhtemelen defektin basınç gradientinin fazla olmaması yüzündendir. Diğer konjenital kardiyak lezyonlarda önemli basınç farklılıkları oluşmuş ve bu gradient de türbülansa yol açmıştır. Türbülans ise fibrin ve bakteriy birikimi için predispozan faktörlerden biridir.

33.E (Cecil, 1993, s.27)

Hiperkalemi bütün pacemaker hücrelerde spontan depolarizasyon hızını düşürür. Aynı zamanda iletimi de yavaşlatır. Hiperkaleminin EKG'deki ilk belirtisi yüksek ve sivri T dalgasıdır. Serum potasyumunun daha ciddi yükseldiği durumlarda ise genişlemiş QRS kompleksi görülür.

Hipokalemi tipik olarak miyokard liflerinin otomatisitesini artırmak suretiyle ektopik atım ve aritmilere sebep olur. Hipokalemi EKG bulgusu ise yassılaştırmış T dalgaları ve belirgin U dalgalarıdır.

Hipokalsemi özellikle serum kalsiyum seviyesi 6 mg/100 ml'nin altına düştüğünde Q-T mesafesinin uzamasına sebep olur. Düşük kalsiyum düzeyi miyokardın kasılma gücünü azaltır. Hayat için tehlike oluşturmayan serum sodyumu değişikliklerinde ise EKG'de karakteristik bir bozukluk görülmez.

34.E (Harrison, 12.baskı, s.894)

Ayak ödemi olan birçok hastaya yanlılıkla kalp yetmezliği teşhisi konur. Halbuki sağ kalp yetmezliğinin tanısı juguler venöz dolgunluk bulunmadığı

takdirde yapılmamalıdır. Venöz varikozel, menstruasyona bağlı ödem, tromboflebit ve hipoalbumineminin hepsi bacak ödemeine sebep olabilir ve ayırıcı tanıda dikkate alınması gerekir.

35.E (Harrison, 12.baskı, s.949)

Seçeneklerde verilen tüm faktörler izole aort yetmezliği yapar. Sifilis ve ankilozan spondilit de yapabilir.

36.C (Harrison, 12.baskı, s.944)

Pulmoner hipertansiyon geliştiğinde, pulmoner arter dilate olursa arkus aorta silinir. %30 vakada kalp dansitesi içinde ikinci bir dansite vardır. Pulmoner kapiller basınç yükseldiğinde Kerley B hattı ortaya çıkar.

37.E (Harrison, 12.baskı, s.936)

Konjestif kalp yetmezliği ile gelen hastalarda strüktürel bir kalp hastalığı veya altta yatan başka bir sebep araştırılmalıdır. Ateş, anemi, gebelik, hipoksi ve enfeksiyon gibi kardiyak outputu artıran olaylar normal şartlar altında iyi çalışan kalpte kalp yetmezliği belirtileri ortaya çıkarabilir. Atrial fibrilasyon gibi aritmiler ventrikül dolum zamanını düşürürler. Kapak hastalığı olan bireyler endokardit için risk grubudurlar. Bu da kalp yet-

mezliğini ortaya çıkarabilir. Presipite edici faktör eğer reversibl ve önlenbilir ise, hastaların kapak operasyonuna girmelerine gerek olmayabilir.

38.D (Harrison, 12.baskı, s.508-512)

En sık ölüm sebebi konjestif kalp yetmezliğidir. Bu miyokard veya valv hasarı yüzünden olabilir. Diğer sebepler ise vital organlara emboli atımı, renal yetmezlik, mikotik anevrizma rüptürü ve yapılacak cerrahi girişimin herhangi bir komplikasyonudur. Mortalitenin düşürülmesi, refrakter enfeksiyonları elimine etmek için uygulanacak antimikrobiyal terapi ile birlikte gittikçe daha çok kullanılan kardiyak cerahiye bağlıdır. Konjestif yetmezliğe giren hastalarda hasar görmüş kapakçıkları erkenden değiştirmek önemlidir.

39.C (Merck Manual, 15.baskı, s.537)

SLE'de kapakçıkların kapanma çizgisi boyunca kenarlarında gevşek platelet ve fibrin vegetasyonları oluşabilir. Otopsilerde aktif SLE'den ölen hastalarda %40 oranında bir ya da daha fazla kapakçıkta lezyonlara rastlanmıştır. Bu Libman-Sacks lezyonları genellikle önemli bir obstrüksiyon veya yetmezlik sebebi değildir.

40.A (Cecil, 1993, s.106)

MİKROBİYOLOJİ

SORULAR

1. Hangisi stafilkoklara ait bir özellik değildir?

- a) Hareketsizdirler.
- b) Fakültatif anaeropturlar.
- c) Bir kısmı β hemoliz, bir kısmı α hemoliz yapar.
- d) Şekeri parçalayarak sadece asit meydana getirirler, gaz oluşturmazlar.
- e) Katalaz (+) mikroorganizmalardır.

2. S.aureusu diğer stafilkoklardan ayırdetmek için hangisi en önemli yoldur?

- a) Plazma koagülaz testi
- b) Kanlı ağarda üreme
- c) Penisiline direnç testi
- d) Katalaz testi
- e) Oksidaz testi

3. Aşağıdaki maddelerden hangisi streptokokların fagositozunu engelleyerek virulansta önemli rol oynar?

- a) M proteini
- b) C karbonhidratı
- c) R proteini
- d) T proteini
- e) Hepsi

4. Pnömonokoklar aşağıdakilerden hangisine göre tiplendirilir?

- a) C karbonhidratına göre
- b) M proteinine göre
- c) Safra duyarlılığına göre
- d) Kapsül şişme reaksiyonuna göre
- e) Optokinli ortamda üremelerine göre

5. N.gonorrhoea'nin patojenitesinden sorumlu en önemli faktör hangisidir?

- a) Endotoksin
- b) Lökosidin
- c) Pilus
- d) Hiyalürinidaz
- e) Hemolizin

6. Süt anne fenomeni (Satellit fenomeni) hangi mikroorganizmalar için önemli bir özelliktir?

- a) Neisseria
- b) Hemophilus
- c) Brucella
- d) Bacillus
- e) Corynebacterium

7. Hangisi Neisseria'lara ait bir özellik değildir?

- a) Gr (-) koklardır.
- b) Tek rezervuarı insandır.
- c) Katalaz (-)'tir.
- d) Spor oluşturmazlar.
- e) Oksidaz (+)'tir.

8. Hangisi ulcus molle (yumuşak şankır) etkenidir?

- a) N. gonorrhoea
- b) Bordatella pertussis
- c) Hemophilus ducrei
- d) Chlamydia trachomatis
- e) Listeria monocytogenesis

9. Aşağıdaki mikroorganizmalardan hangisi üremesi için %5-10-CO₂'li ortama ihtiyaç duyar?

- a) Neisseria meningitidis
- b) Streptococcus pneumoniae
- c) Hemophilus ducrei
- d) Stafilococcus aureus
- e) Corynebacterium diptheriae

10. Bir materyalde N.gonorrhoea olup olmadığını anlamak için hangi besiyerine ekilmelidir?

- a) Löffler
- b) Löwenstein
- c) Thayer-Martin
- d) Tryptose agar
- e) Selenit F.

11. Hangisi enterobacteriaceae familyasının genel özelliklerinden değildir?

- a) Gr (-), çomaktırlar.
- b) Fakültatif anaeropturlar.
- c) Hepsi laktaz (+)'tir.
- d) Katalaz (+), oksidaz (-)'tir.
- e) Endospor oluşturmazlar.

12. Aşağıdaki bakterilerden hangisinin IMVIC test sonucu -, -, +, + şeklindedir?

- a) Klebsiella
- b) Salmonella
- c) Yersinia
- d) Proteus
- e) Esherichia

13.Barsak florasında çoğunluğu oluşturan saprofit bakteriler hangileridir?

- a) Bakteriodes
- b) E.coli
- c) Laktobasillus
- d) Fusobakterium
- e) Enterokoklar

14.Hangisi Brucella'lar için doğru değildir?

- a) Bir zoonozdur.
- b) Aerobdur
- c) Besiyerinde kolay ürerler.
- d) Hücre içinde üreyebilirler.
- e) Kronik enfeksiyon oluştururlar.

15.Vi antijeni aşağıdakilerden hangisine özgüdür?

- a) Enterobakter
- b) Salmonella typhimurium
- c) Salmonella typhi
- d) Shigella dysenteriae
- e) Klebsiella pneumonia

16.Tifo'yu saptamak için hangi serolojik testi kullanılır?

- a) Grubel Widal testi
- b) Wright testi
- c) Kapsül şişme reaksiyonu
- d) Paul-Bunnel testi
- e) Rose Bengal testi

17.Aşağıdaki hangi shigella türü şigatoksin içerir?

- a) Sh. dysenteria tip 1
- b) Sh. dysenteria tip 2
- c) Sh. boydii
- d) Sh. sonnei
- e) Sh. flexneri tip 1

18.Hangisi shigellaya ait özellik değildir?

- a) Kapsülsüzdür.
- b) Laktaz (-)'dir.
- c) Hareketlidir.
- d) Sporsuzdur.
- e) Üreaz (-)'dir.

19.Hangisi veba etkenidir?

- a) Proteus mirabilis
- b) Yersinia enterocolitica
- c) Yersinia pestis
- d) Legionella pneumophila
- e) Campilobacter jejuni

20.Lejyoner hastalığında primer tutulan organ hangisidir?

- a) Karaciğer
- b) Lenf nodülleri

- c) Dalak
- d) Akciğer
- e) Kalp

21.Lejionellalar için primer besiyeri hangisidir?

- a) TCBS
- b) Mc Conkey
- c) BCYE
- d) TTBA
- e) Wilson Blair

22.Hangisi Helikobakter pylori'nin genel özelliği değildir?

- a) 25°C-42°C'de üremeyip, 37°C'de üremesi.
- b) Üreaz (-) olması.
- c) Adherans faktörü olması.
- d) Hemolizinerleriyle hemoglobini parçalaması.
- e) Aside duyarlı olması.

23.Aşağıdaki campylobacter türlerinden hangisi ağız florasında saprofit olarak bulunur?

- a) C. fetus
- b) C. jejuni
- c) C. sputorum
- d) C. coli
- e) C.laridis

24."Biyolojik yoldan kültür yöntemi" uygulamalarında sıkça kullanılan zorunlu aerop bakteri hangisidir?

- a) Klebsiella pneumonia
- b) Serratia marcescens
- c) Proteus mirabilis
- d) Vibrio cholerae
- e) Proteus vulgaris

25.Aşağıdakilerden hangisi vibrio cholerae için seçici besiyeridir?

- a) Mc Conkey
- b) BCYE
- c) TCBS
- d) Müller Kaufman
- e) Löffler

26.Üropatojen E.coli suşlarının üriner enfeksiyonlarında rol oynayan patojenite faktörü hangisidir?

- a) Pap pili
- b) CFA II
- c) Tip II fimbria
- d) Vimbriotoksin
- e) CFA I

27.Kanlı diare ve hemorajik kolit yapan, bazı besin zehirlenmesi salgılarına yol açan, E.coli suşu hangisidir?

- a) EHEC
- b) ETEC
- c) EIEC

- d) EPEC
- e) Hiçbiri

28. Wilson Blair besiyerinde siyah koloniler oluşturan mikroorganizma aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Salmonella
- b) Shigella
- c) E.coli
- d) Pseudomonas
- e) Klebsiella

29. Hangisi oluşturduğu pigmentlerden dolayı mavi, yeşil iltihaba neden olur?

- a) Proteus mirabilis
- b) Pseudomonas aeruginoza
- c) Klebsiella pneumonia
- d) Serratia marcescens
- e) Echerichia coli

30. Rickettsiaların teşhisinde kullanılan While Felix reaksiyonunda hangi bakterinin O antijenlerini kullanılır?

- a) Pseudomonas aureginoza
- b) Serratia marcescens
- c) Citrobacter freundii
- d) Proteus vulgaris
- e) Edwardsiella tarda

31. Aşağıdakilerden hangi ikili toksinleriyle besin zehirlenmesi yapar?

- a) Salmonella-B.cereus
- b) EPEC-ETEC
- c) Cl.Botulinum-Y.enterocolitica
- d) Staf. aureus-Cl.Botulinum
- e) Cl.difficile-B.cereus

32. Hangisi Gr (+), aerop, sporlu bir basildir?

- a) Corynebacterium diphtheria

- b) Bacillus anthracis
- c) Brucella abortus
- d) Listeria monocitogenesis
- e) Campylobacter jejuni

33. Hangisi şarbon basilini tanıtıcı bir özellik değildir?

- a) Kolonileri ondüle saç manzarasında görünür.
- b) Dik jeloza iğne öze ile batırma kültüründe tersine çam manzarasında ürer.
- c) Penisilin eklenen besiyerinde kolay ürer.
- d) Kapsül şişme deneyi ile tiplendirilir.
- e) Toksini virulansta önemli rol oynar.

34. Corynebacterium diphtheriae izolasyonunda hangi besiyeri tercih edilir?

- a) Mc Conkey
- b) Kanlı agar
- c) Löffler
- d) Löwenstein Jensen
- e) Müller Kaufmann

35. Neisser boyasıyla boyandığında metakromazi gösteren bakteri hangisidir?

- a) Klebsiella pneumonia
- b) Pseudomonas auriginoza
- c) Corynebacterium diphtheria
- d) Bacillus anthracis
- e) Mycobacterium tuberculosis

36. Difteri toksinine karşı duyarlılığı belirlemede hangi testten faydalanılır?

- a) Elek testi
- b) Dick testi
- c) Schick testi
- d) Rose-Bengal testi
- e) PPD testi

CEVAPLAR

1. C (Bilgehan, 1990, s.190)

Kanlı jeloz plaklarında üretilen stafilokoklardan bazıları kolonilerin etrafında tam hemoliz yapar (β). Diğerleri ise hemoliz oluşturmazlar. α hemoliz yapan stafilokok tespit edilmemiştir.

2. A (Bilgehan, 1990, s.189, tablo 8.2)

Stafilokok \rightarrow koagülaz $\begin{cases} \nearrow (-) S. epidermidis \\ \searrow S. saprophyticus \\ \nearrow (+) S. aureus \end{cases}$

3. A (Bilgehan, 1990, s.213)

Nükleoprotein yapısında M proteini fagositoza engel olarak virülansı artırıcı etki gösterir.

4. D (Bilgehan, 1990, s.235)

Kapsül antijeni haptan özelliğinde bir polisakkarit bileşimidir. Her tip için ayrı immunolojik karakter taşıyan bu maddeye "spesifik solubl substans" (SSS) adı verilir.

Bu maddenin gösterdiği antijen özelliğine göre pnömokoklar serolojik olarak tiplendirilirler.

5. C (Bilgehan, 1990, s.245)

Pililerin gonokokların mukozaya yapışmasına yardımcı olmak suretiyle patojenlikte rol oynadıkları bilinmektedir.

6. B (Bilgehan, 1995, s.479)

Süt anne veya satellit etki, stafilokokların V faktörünü sentezlemeleri ile ilgilidir.

7. C (Bilgehan, 1990, s.235)

Hepsi hareketsiz, Gr (-) olup çoğu katalaz ve sitokrom oksidaz oluştururlar. Aerob veya fakültatif anaeropturlar. Üremeleri için %3-10 CO₂ gerekir.

8. C (Bilgehan, 1990, s.125)

Haemophilus ducreyi, cinsel ilişki ile bulaşan bir hastalık olan yumuşak yara (yumuşak şankır, şankroit, ulcus molle)'nin etkenidir.

9. A (Bilgehan, 1990, s.250)

Aerob bakterilerdir. CO₂ gereksinimleri mutlak değildir. Ancak organizmadan yeni ayrılan menengokoklar %10 oranında CO₂'li atmosfer ortamından daha iyi ürerler.

10.C (Bilgehan, 1995, s.389)

N.gonorrhoea'nın üretilmesinde bu bakteri için seçici nitelikteki besiyerinin kullanılması uygun olur. Bu amaçla en çok kullanılan besiyerleri Thayer Martin besiyeri ve daha az oranda New York City Medium (NYC) besiyeridir.

11. C (Bilgehan, 1990, s.3)

12.A (Bilgehan, 1990, s.48)

Klebsiellalar, indol yapmazlar. Metilen kırmızısı testleri olumsuz, Voges Preskauer olumlu olup, sitratlı besiyerlerinde ürerler.

13.A (Bilgehan, 1990, s.177)

14.C (Bilgehan, 1990, s.156)

Brucella bakterileri organizmadan yeni ayrıldıklarında besiyerlerinde yavaş ürerler. Adi besiyerinde üremeleri güçlük gösterir.

15.C (Bilgehan, 1990, s.29)

Salmonella'ların üç esas antijenleri vardır:

1. O somatik (vücut) ag
2. H kirpik ag
3. Vi ag (yüzeyel ag)

Vi antijeni Salmonella typhiden başka S.paratyphi A, S.paratyphi C, bazı Escherichialarda ve Citobacterde bulunmaktadır.

Vi antijeni toksik değildir. Bakterinin fagositoza ve serumdaki bakterisid maddelere karşı koruması yoluyla patojenliklerini artırır.

16. A (Bilgehan, 1995, s.220)

Wriht Testi Brucella

Kapsül Şişme Reaksiyonu Streptococcus
Pneumoniae
Haemophylus
Influenzae
Klebsiella
Pneumoniae

Paul Bunnel Enfeksiyöz Manarukleosus

Rose Bengal Brucella

17.A (Bilgehan, 1990, s.18)

Shigella dysenteria adını alan bu bakterilerden tip 1 diye adlandırılan A. basili shigella bakterileri arasında ilk bulunan ve shiga basili diye isimlendirilen basildir. Aynı zamanda bir ekzotoksin bulunması nedeniyle en ağır klinik tablolara etkindir.

18.C (Bilgehan, 1990, s.13)

Shigella gram (-), çomakçık hareketsiz, sporsuz, kapsülsüz, değişebilen anaerob insan ve maymunlarda basilli dizanteri hastalığını meydana getiren mikroorganizmalardır.

19.C (Bilgehan, 1990, s.66)

Yersinia pestis, veba hastalığının etkenidir.

20.D (Bilgehan, 1990, s.135)

Legionella pneumophila, insanlarda yaptığı hastalık ivergen bir akciğer ve üst solunum yolu enfeksiyonu olan lejyoner hastalığıdır.

21.C (Bilgehan, 1990, s.134)

L. pneumophilia adi besiyerlerinde üremez. En iyi ürediği besiyerleri zenginleştirilmiş Mueller Hinton, Feeley Gorman (FG), CYE=chorcoal yeast extract agar ve özellikle yeni izolasyonlar için Bufferlii CYE (BCYE) besiyerleridir.

22.B (Jawetz, 1991, s.234)**23.C (Bilgehan, 1990, s.111)****24.B (Bilgehan, 1995, s.126)**

Biyolojik yöntemlerle oksijen giderme, sınırlı bir atmosfer ortamında oksijeni çok seven aerop mikroorganizmalarla anaeroplari bir arada üretmek temeline dayanır. Oksijen tüketici mikroorganizmalar olarak Serratia marcescens ve Bacillus subtilis kullanılabilir.

25.C (Bilgehan, 1995, s.697)

Thio sulfate-citrate-bile salt-sucrose (TCBS) agar dışkı ve besin maddeleri gibi karışık flora içeren materyallerden Vibrio Cholerae ve diğer vibrioların izolasyonunda kullanılan ayırtıcı besiyeridir.

26.A (Jawetz, 1991, s.216)**27.A (Bilgehan, 1990, s.9)****28.A (Bilgehan, 1995, s.644)****29.B (Bilgehan, 1990, s.140)**

Pigment yapan pseudomonas kökenlerinin tanısı çok kolay olup üreme ortamını da boyayan mavi yeşil renkli pigmentin görülmesi tipikdir.

30.D (Bilgehan, 1995, s.229)**31.D (Bilgehan, 1990, s.195,287)****32.B (Bilgehan, 1990, s.263)**

Bacillus antracis aerop, sporlu, gram (+)'dir.

33.C (Bilgehan, 1990, s.266)

Kolonilerinde ondüle saç görünümünde uzun ip-likler vardır. Yumuşak dik jeloza yapılan batırma kültürlerinde ekim çizgisi boyunca birkaç günde daha açık tersine çam ağacı görünümü verir. Kapsül şişme deneyi ile tiplendirilir.

34.C (Bilgehan, 1990, s.306)

Corynebacterium diphtheriae, bazı boyalarla ve özellikle Löffler'in metilen mavisi eriyiği veya toluidin mavisi ile boyandıklarında görülürler.

35.C (Bilgehan, 1990, s.306)**36.C (Bilgehan, 1990, s.316)**

Schick testinde, belli oranda sulandırılmış standart difteri toksininden deri içerisine verildiği zaman kan ve dokularında bulunan antitoksin miktarına göre değişik reaksiyon sonuçları alınır.

PATOLOJİ

SORULAR

1. **Malın hipertansiyonda görülen vasküler lezyon aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Mediyal kalsifik skleroz
- b) Endarteritis obliterans
- c) Hiperplastik arteriolosklerozis
- d) Hyalin arteriolosklerozis
- e) Thromboangiitis obliterans

2. **En sık görülen ani kardiyak ölüm sebebi nedir?**

- a) İleri derecede aort stenozu
- b) Miyokardit
- c) İskemik kalp hastalığı
- d) Hipertansif kalp hastalığı
- e) İletim sistemi anomalileri

3. **Miyokard enfarktüs mortalitesi ile en yakın ilişkisi olan seçeneği bulunuz?**

- a) Perikardiyal efüzyon
- b) Pulmoner ödem
- c) Koroner arter trombozu
- d) Aritmi
- e) Sistemik hipotansiyon

4. **Romatizmal ateşin ilk atığı sırasında ölen hastanın ölüm sebebi hakkında en doğru seçenek hangisidir?**

- a) Streptokokal septisemi
- b) Myokardit sonucu kalp yetmezliği
- c) Myokardial rüptür
- d) Pulmoner ödemle birlikte mitral stenoz
- e) Bakteriyel endokardit

5. **Aşağıdakilerden hangisi ilk kardiyak iskemik olayda hemen görülebilecek sonuçlardan birisi değildir?**

- a) Anjina pektoris
- b) Ani ölüm
- c) Transmural enfarktüs
- d) Kardiyak rüptür
- e) Aritmi

6. **Sadece küçük ve orta çaplı arterleri tutan vaskülit aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Aşırı duyarlılık vaskülit
- b) Takayüsu arteriti
- c) Tromboanjitis obliterans
- d) Poliarteritis nodoza
- e) Temporal arterit

7. **Romatizmal ateş ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- a) Eklemler, kalp, seroza, deri, kan damarları ve akciğer değişik bileşimlerde tutulur.

- b) Hastalığın önemi kalpte zedelenme oluşturmaktadır.
- c) Eklemler tek başına en çok tutulur.
- d) A grubu beta hemolitik streptokokların neden olduğu sistemik supuratif iltihabi bir hastalıktır.
- e) Hastaların %90'ında ilk atak 5 ila 15 yaş arasındadır.

10. **Sağ kalp yetmezliği en sık aşağıdakilerden hangisinin sonucudur?**

- a) Myokardit
- b) Sağ ventrikülde myokard enfarktüsü
- c) Triküspit kapak lezyonları
- d) Akciğer hastalıkları
- e) Sol kalp yetmezliği

11. **Aşağıdakilerden hangisi yaygın alveolar hasara (yetişkin tipi respiratuar distres sendromu:ARDS) yol açmaz?**

- a) Oksijen toksisitesi
- b) Yüksek dozda narkotik kullanımı
- c) Septik şok
- d) Kardiyopulmoner bypass ameliyatı
- e) Pnömotoraks

12. **Aşağıdaki özelliklerden hangisi kronik bronşit ile ilişkili değildir?**

- a) Bronşial mukoz bezlerin hipertrofisi
- b) Üretif öksürük
- c) Ağır dispne
- d) Artmış havayolu rezistansı
- e) Sık enfeksiyonlar

13. **Aşağıdakilerden hangisi bakteriyel pnömoni için bir risk faktörü oluşturmaz?**

- a) Viral solunum yolu enfeksiyonları
- b) Sigara kullanımı
- c) Konjestif kalp yetmezliği
- d) İdrar yolunun bakteriyel enfeksiyonu
- e) Genel anestezi

14. **Aşağıdakilerden hangisi yaygın interstisyel fibrozisin bilinen sebeplerinden biri değildir?**

- a) Sarkoidoz
- b) Asbestoz
- c) Romatoid artrit
- d) Sigara kullanımı
- e) Bleomisin

15. **Sigara kullanımının amfizem patogenezindeki rolü aşağıda ifade edilen mekanizmalardan hangisi ile açıklanamaz?**

- a) Nötrofilleri akciğere çeker.

- b) Nötrofillerden elastaz salınımını artırır.
- c) Pulmoner lökositlerin bakteriler üzerindeki etkisini azaltır.
- d) Alfa₁-antitripsini direkt olarak inhibe eder.
- e) Makrofaj elastaz aktivitesini uyarır.

16. Alveol lümenlerini çevreleyen hyalin membranlar aşağıdaki bozukluklardan hangisinin karakteristik bir özelliğidir?

- a) Pulmoner proteinoz
- b) Goodpasture sendromu
- c) Deskuamatif interstisyel pnömoni
- d) Yetişkin tipi respiratuar distres sendromu
- e) Berylliosis

17. Alfa₁-antitripsin eksikliği ile ilişkili patolojik durum hangisidir?

- a) Talasemi
- b) Nefrotik sendrom
- c) Panlobüler amfizem
- d) Antrakoz
- e) Renal hücre karsinomu

18. Aşağıdakilerden hangisi lobar pnömoninin klasik evrelerinden biri değildir?

- a) Konjesyon
- b) Kırmızı hepatizasyon
- c) Gri hepatizasyon
- d) Rezolüsyon
- e) Organizasyon

19. Bronşiektazi en sık nereyi tutar?

- a) Lingula
- b) Sol üst lob
- c) Sağ orta lob
- d) Bilateral alt loblar
- e) Bilateral üst loblar

20. Atelektazi ile ilgili eşleştirmelerden yanlış olanı işaretleyiniz.

- a) Rölaksasyon atelektazisi → Tümör, kist
- b) Kompresyon atelektazisi → Kifoskolyoz
- c) Kontraksiyon atelektazisi → Kronik enflamasyon
- d) Adeziv atelektazi → Sürfaktan yokluğu
- e) Obstrüktif atelektazi → Travma

CEVAPLAR

1. C (Robbins, 4.baskı, s.1046)

Malign hipertansiyon sistolik ve diastolik basınçta çok ciddi yükselmelere sebep olur. Bu, serebral ve beyin kökü kanamalarına yolaçabilir. Hiperplastik arterioskleroziste, damar duvarında düz kas hücrelerinde artma, fibrin materyalleri içeren protein depolanması görülür. Hyalen arteriosklerozis diabette görülür, hipertansiyona yolaçabilir. Medial kalsifik sklerozis muskuler arterlerin tunika mediasında distrofik kalsifikasyonlarla karakterizedir. Tromboangitis obliterans (Burger hastalığı) arterlerde sigaraya bağlı olarak meydana gelen proliferatif inflamatuvar bir olaydır. Endarteritis obliterans sifilis'te görülen endotel şişmesi ve proliferasyonu ile karakterli obliteratif vasküler lezyondur.

2. E (Robbins, 4.baskı, s.552)

Ani kardiyak ölüm vakalarının büyük bir bölümü letal aritmilerin olduğu iskemik kalp hastalıklarının bir komplikasyonudur. Daha nadir olarak ileri derece aort stenozu, herediter veya edinsel iletim sistemi anomalileri veya elektrolit dengesizliklerinde görülür. Ancak, unutulmamalıdır ki miyokardit dahil letal aritmilere yol açan herhangi bir neden ani kardiyak ölüme neden olabilir.

3. D (Robbins, 4.baskı, s.564-66)

Miyokard enfarktüsünde hayatı tehlikeye sokan aritmilere çok sık rastlanır. En sık ventriküler ekstrasistoller görülür.

4. C (Robbins, 4.baskı, s.576)

5. D (Robbins, 4.baskı, s.612-13)

Akut kardiyak iskemide görülebilecek sonuçlar arasında şunlar sayılabilir: 1) Anjina pektoris olarak bilinen substernal göğüs ağrısı. 2) Bir çoğunda aritminin neden olduğuna inanılan ani ölüm. 3) Transmural miyokard enfarktüsü, 4) seyrek olarak hiçbir klinik semptom vermeme-si. Bu son duruma diabetik nöropati yol açabilir.

Kardiyak rüptür ise transmural enfarktüstün günler sonra (ortalama 4-5 gün), miyokarda nekrozun tamamen yerleşmesiyle birlikte duvarın incilmesi ve güçsüzleşmesi sonucu oluşur.

6. D (Robbins, 4.baskı, s.571-73)

Poliarteritis nodoza→orta ve küçük arterler
Aşırı duyarlılık vaskülit→arterioller, kapillerler, venüller
Temporal arterit→büyük, orta, küçük arterler
Takayaşu arteriti→büyük ve orta arterler
Tromboanjitis obliterans→arterler, venler, sinirler

7. D (Robbins, 4.baskı, s.629-32)

Romatizmal ateş sıklıkla yineleyen, büyük olasılıkla daha önce geçirilen A grubu β hemolitik streptokok enfeksiyonuyla ilişkili sistemik, nonsuppuratif iltihabi bir hastalıktır. Streptokokların neden olduğu immün yanıtı göstermektedir.

10.E (Robbins, 4.baskı, s.600-601)

Sağ kalp yetmezliği sadece birkaç hastalıkta saf olarak görülebilir. Genellikle sol kalp yetmezliğinin bir sonucu olarak açığa çıkar.

Sağ kalp yetmezliği tek başına kor pulmonale'de görülür. Diğer sebepler arasında kardiyomyopatinin çeşitli şekilleri ve difüz myokardit yer alır.

11.E (Robbins, 4.baskı, s.760-61)

ARDS, konjesyon, interstisyel ve intra-alveolar ödem, inflamasyon, fibrin depolanması ve fokal kanama ile karakterize bir patolojidir. Pnömotoraks (plevral boşluğun hava ile dolu olması) tutulan akciğerin kompressif ateletazisine yol açar. Alveolar endotel ve epitelde ortaya çıkan enfeksiyöz, toksik ya da oksidan bir zedelenme yaygın alveolar hasara yol açar.

12.C (Robbins, 4.baskı, s.780)

Kronik bronşit, klinik olarak, birbirini takip eden en az iki yıl içerisinde en az üç ay boyunca balgamla birlikte sürekli öksürük olması ile tanımlanır. Histolojik olarak, bu durum, trakea ve bronş epitelindeki goblet hücrelerinin hiperplazisi ile karakterizedir. Hastalığın en erken belirtilerinden birisi, küçük hava yollarındaki rezistansın artmasıdır. Pulmoner amfizem hastalarının tersine kronik bronşiti olan hastalarda ağır dispne yoktur. Kronik bronşitin uzun süren formlarında sonuçta egzersiz dispnesi ortaya çıkar, fakat bu hiçbir zaman için diğer kronik pulmoner obstrüktif hastalıklardaki kadar belirgin değildir.

13.D (Robbins, 4.baskı, s.780)

Akciğerin doğal savunma mekanizmalarını ya da genelde konakçının rezistansını azaltan her durum bakteriyel pnömoniler için predispozan bir faktördür. Bunlar şunlar olabilir:

1. Öksürme refleksinin supresyonu ya da kaybolması: Koma, anestezi, nöromuskuler bozukluklar, ilaçlar, göğüs ağrısı buna sebep olabilir. Sonuçta mide içeriği aspire edilebilir.

2. Mukosilier sistemde hasar: Sigara içilmesi, sıcak ve irrite edici gazların inhalasyonu, viral hastalıklar ve genetik bozukluklar (immutil silia sendromu) buna sebep olur.

3. Alveolar makrofajların fagositik ve bakterisidal fonksiyonlarına zarar veren durumlar: Sigara, alkol, oksijen intoksikasyonu

4. Pulmoner konjesyon ve ödem

5. Sekresyonların birikimi: Kistik fibrozis ve bronş obstrüksiyonu durumlarında ortaya çıkar.

14.D (Robbins, 4.baskı, s.789-91)

Yaygın interstisyel akciğer hastalığının bilinen sebepleri:

Solunum ile alınan maddeler

a. İnorganik tozlar (Silikoz, asbestoz, kömür işçilerinin pnömokonyozisi)

b. Organik tozlar (Hipersensitivite pnömonisi)

c. Gazlar, dumanlar, aerosoller (Oksijen toksisitesi, sülfür dioksit, toluen)

İlaçlar ve toksinler

Kemoterapötik ajanlar (Bisülfan, bleomisin)

Antibiyotikler (Nitrofurantoin)

Diğer ilaçlar (Altın, penisilamin)

Toksinler (Paraquat)

Enfeksiyöz

Virüsler (İnfluenza, sitomegalovirus)

Bakteriler

Funguslar

Parazitler (Pnomocystis carinii)

15.C (Robbins, 4.baskı, s.769)

Sigara antielastazı inhibe eder ve lökositlerin toplanmasını ve elastaz salınımını uyarır.

16.D (Robbins, 4.baskı, s.760-61)

Pulmoner ödem, alveolar hücre hiperplazisi ve hyalin membran oluşması alveol duvarındaki zedelenme sonucu oluşur. Bu zedelenme yetişkin tipi respiratuar distress sendromunda meydana gelir.

17.C (Robbins, 4.baskı, s.767-69)

Panlobular amfizem alfa1-antitripsin eksikliği ile ilişkilidir.

18.E (Robbins, 4.baskı, s.782-83)

Lober pnömoni akciğerin bir veya birkaç lobunu tutan ve genellikle pnömokokların neden olduğu akut bakteriyel enfeksiyondur. Hastalığın seyri boyunca dört klasik evre izlenir. Bunlar konjesyon, kırmızı hepatizasyon, gri hepatizasyon ve rezolüsyondur. Konjesyonda bakterilerin hızlı proliferasyonu gözlenir. Alveoller-proteinden zengin ödem sıvısı, nötrofiller ve çokça bakteri ile doludur. Etkilenmiş olan lob kırmızı, ağır ve şiştir. Alveoler yapı korunmuştur. Kırmızı hepatizasyonda alveolde lökositler, eritrositler ve fibrin birikir. Akciğer dokusu karaciğer dokusuna benzemeye başlar. Gri hepatizasyonda alveolde fibrin birikmeye devam eder. Lökositler ve eritrositler ortadan kalkmaya başlar. Rezolüsyon komplikasyon gelişmeyen vakalarda görülür. Alveoldeki eksuda enzimatik olarak yıkılır veya rezorbe olur ya da öksürük ile dışarı atılır. Parankim eski haline geri döner. Komplikasyon şu şekillerde gelişebilir: Doku zedelenmesi ve nekroz abse formasyonuna yol açabilir. Bu tip 3 pnömokok, klebsiella ve stafilokok enfeksiyonlarında sık görülür. Süpüratif materyal plevra boşluğunda toplanarak ampiyeme yol açabilir. Eksuda organize olarak katı fibröz doku gelişmesine neden olabilir veya bakteriyemi sonucu menenjit, artrit veya enfektif endokardit gelişebilir.

19.D (Robbins, 4.baskı, s.777-79)

Bronşiektazi tek ya da iki taraflı olabilir. Alt loblar özellikle sol alt lob en duyarlı olmakla beraber bilateral alt loblar en sık tutulur.

20.A (Robbins, 4.baskı, s.758-59)

Rölaksasyon atelektazisi plevrada sıvı veya hava toplanmasına bağlı olarak gelişen atelektazi tipidir. Bronş açıktır, akciğer dokusu kendi elastik özelliği ile kontraksiyonu sonucu hacim olarak küçülür. Pasif atelektazi de denir.

RÖPORTAJ

Prof.Dr.Şamil ECİRLİ

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları ABD, KONYA

Kendinizi tanıtır mısınız?

25 Eylül 1949'da Niğde'nin Bor ilçesinin Karanlıkdere köyünde doğdum. 1962 yılında köyde ilkokulu bitirdim. Babam beni okutmak amacı ile köyden şehre göç etti. 1968 yılında Bor Şehir Nuri Pamir Lisesi'nden mezun oldum. 1 yıl Eczacılıkta okudum. 1969 yılında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesine öğrenci olarak başladım. 1975'de fakülteyi bitirdim. 1981 yılında aynı üniversitede İç Hastalıkları İhtisasını tamamladım. Askerlik görevinden sonra 1984 yılında Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalında Yardımcı Doçent olarak göreve başladım. 1988 yılında Hematoloji-Onkoloji Bilim Dalı kuruldu. O zamandan beri bu bölümün eğitim, öğretim ve tedavi hizmetlerini yürütüyorum. 1990 Ekiminde Doçent oldum. Şu anda, SÜ Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalında profesör olarak çalışıyorum. Bilimsel makalelerim, eğitim ve öğretim hizmetlerim devam edecek.

1974 yılında evlendim. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Biokimya ABD'da asistan olan bir kızım, Koç Üniversitesi İşletme Fakültesi 3.sınıfta okuyan bir oğlum var.

Gezmeyi, okumayı ve çalışmayı seviyorum. Kötü alışkanlıklarım yok.

Neden doktorluk?

1962 yılında köyden şehre geldim. Avukatlık, mühendislik, öğretmenlik ve doktorluk gibi belli meslekler dışında eğitim ve öğretim alanı bilmiyorum. Kazamızda tek doktor var. Herkes tarafından seviliyor. Saygı duyuluyor. İşi de iyi. Akrabalar aileme "bu çocuk çalışkan, doktor olsun" diye telkinde bulunuyor. Bende, o zaman hekimliğe karşı ilgi uyandı. Lisedeyken doktor olacağım diye karar verdim.

Neden Dahiliye?

Talebeliğim sırasında Dahiliyeye karşı ilgi duydum ve bu ihtisası yaptım. İşimi çok seviyorum ve zevkle yapıyorum.

Şu anda çalıştığınız fakülteyi kısaca tanıtır mısınız?

1982 yılında Konya'nın en güzel semtlerinden biri olan Akyokuş'da kurulmuş iyi bir fakülte. İmkanları yetersiz. Çalışmaya başladığım 1984 yılı ve şimdiki

kıyasladığımda oldukça önemli gelişmeler olduğunu görüyorum. Her bölümde kendi içinde gelişmeler olu-yor.

Kalite olarak Türkiye ortalamasının üzerinde bir yere sahiptir.

SÜ Tıp Fakültesindeki ortamı nasıl buluyorsunuz?

Herkesin birbirini tanıdığı, karşılıklı sevgi ve saygının olduğu bir ortam var. Ortaklaşa çalışmalar var. Herkesin gelişmeye katkısı var.

Size göre tıbbiyeli nasıl olmalı?

Temiz, çalışkan ve dürüst öğrenci olmalı.

Hazırlayanlar:

Hacer Doğanay (GÜTF)

Şükran Çetinkaya (HÜTF)

Gelecekte beklediğiniz nelerdir?

Sağlıklı olarak öğrencilerime ve hastalarımın hizmet etmeyi arzu ediyorum. Ülkemin gelişmişliğini, halkın mesud ve mutlu olduğu günleri görmek isityorum. İmkanları çok iyi olan bir hastanede çalışmak en önemli arzum.

Öğrenci ve öğretim üyesi arasında nasıl bir ilişki olmalıdır?

Herkes vazifesini bilmelidir. İyi bir diyalog olmalıdır. Karşılıklı sevgi ve saygı ile işler yürütülmelidir.

Asistanlarınızdan neler bekliyorsunuz?

Çalışkanlık, dürüstlük, hastalarına karşı şefkatli ve merhametli olmalarını bekliyorum.

Bize vakit ayırdığınız için MEDİTEST AİLESİ adına teşekkür ederim.

RÖPORTAJ

Doç.Dr.Hasan GÖK

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji ABD, KONYA

Ben de teşekkür ederim.

Kendinizi tanıtır mısınız?

1956'da Isparta'da doğdum. 1981 yılında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesini bitirdim. Aynı yıl İç Hastalıkları ihtisasına başladım. 1985'de İç Hastalıkları Uzmanı oldum. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Bölümünde 6 ay, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Bölümünde 3 yıl çalıştım. 1989 yılında Tübitak'ın genç bilim adamlarını teşvik bursu ile Londra st.Thomas Hospital'da Doppler ve color flow Echocardiografi, Treadmil Egzersiz Testi, Talyum Sintigrafisi, Ambulatuvar Monitoring üzerinde çalıştım. 1989-1992 yılları arasında Koşuyolu Kalp ve Araştırma Hastanesinde Kardiyoloji ihtisasını tamamladım. 1992 yılında Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Anabilim dalında öğretim üyesi olarak göreve başladım ve 1992 yılında aynı fakültede doçenlik ünvanını kazandım. 1992 yılı içerisinde Leiden Üniversitesi Hastanesinde kalp kateterizasyon ve anjio laboratuvarında koroner anjioplasti, mitral balon dilatasyonu, kalıcı pacemaker yerleştirilmesi, kateter ablasyon tedavisi ve transözefagial echocardiografi üzerine çalıştım. Halen Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesinde

Anabilim Dalı Başkanı olarak çalışmaktayım. Yurt içi ve yurt dışı 70'i aşkın yayınım var. Evli ve 4 çocuk babasıyım.

Neden doktorluğu seçtiniz?

Daha çok insanlara hizmet edebilmek için doktorluğu seçtim. Doktorluk mesleği çok yönlü bir hizmet alanı içeriyor. Doğrudan insanla olan yakın diyalogu yaşayabilirsiniz. Hastalar doktorlarına bütün sırlarını açabildiklerinden, hastaya her yönüyle vakıf olabilirsiniz. Doktorluk mesleği insanlara gerçek anlamda ulaşmanın en kolay ve en güzel yollarından biri olduğu için doktorum. Meslekte tatmin ve yaşam heyecanı duymak kişiye haz veriyor.

Neden Kardiyoloji Uzmanlığını seçtiniz?

Benim çocukluğum Eğirdir'de geçti. Bilindiği gibi Eğirdir'de büyük bir Kemik Hastalıkları Hastanesi var. Dolayısıyla çocukluğumda sürekli ortopedistleri gördüğümünden başlangıçta ortopedi ihtisası düşünürdüm. Okulda stajlar başladıktan sonra fikrimi değiştirmeye başladım. Pediatrist olmayı düşündüm, sonra vazgeçtim. Çünkü çocukla tam anlamıyla diyaloga girmeniz mümkün değil. Dahiliyeyi tercih ettim. Dahiliye Kliniğinde hastayla

diyalog daha fazla ve bu alanda kendimi daha yeterli hissettim. İç Hastalıkları üstüne Kardiyoloji üst ihtisasını yaptım.

Bir doktorun hastasına tavrı nasıl olmalıdır?

Benim bu konuda bir felsefem var; Hasta her zaman haklıdır, çünkü hastadır. Parfüm kokusu ile ter kokusu bir olarak algılanmalı.

Bir tıbbiyelinin hangi niteliklere sahip olmasını beklersiniz?

Hedef, plan ve heyecan duyguları içinde halkı ile bütünleşerek şifa dağıtıcı olmalı.

Tıbbiyelik olmak özveri işidir ve tıp öğrencisi olmak da bir ayrıcalıktır. Çünkü Tıp Fakültelerine giren öğrenciler IQ seviyeleri normalin üzerinde olan seçilmiş öğrencilerdir. Bunu bir gurur meselesi haline getirmeyip özveri sebebi yapmalıdır. Halkımızın uygar düzeye ulaşmasında ve temel sorunu olan sağlıkta çözüm üretmelidir.

Doktor olmak istiyorum diyen her öğrenci kapasitesinin sınırlarını zorlamak zorundadır.

Öğrencilerimi karşımda, dürüst, heyecanlı, çalışkan, halkını ve mesleğini seven kimlik ve kişilik sahibi meslektaşlarım olarak görmek istiyorum.

SÜTF'ndeki ortamı nasıl buluyorsunuz?

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi 14 sene önce kurulmuş bir fakültedir. Ben burda 5 senedir çalışıyorum. Bu süre içinde büyük gelişmeler gördüm. Bazı bölümler gelişmesini tamamladı. Diğer bölümlerinde 1 sene içinde gelişmesini tamamlaması bekleniyor. Bizim gibi bölümler teknolojiye bağımlıdır. Sürekli gelişmesini sürdürmek zorundadır. Bu da ülke ekonomisinden etkilenir. Selçuk Tıp'ın bu konuda bir avantajı var. Halkın desteğini kolayca toplayabilir. Konya halkının eser bırakma tutkularının olduğu gördüm. Devletin her alana yetişemeyeceğini bilmeliyiz.

SÜTF'nin 2 seneye kadar en üst düzeye çıkarılardan biri olacağına inanıyorum.

Fakültenin öğretim üyesi yönünden de çok fazla sıkıntısı yok.

Türkiye'deki Tıp Eğitimi konusunda ne düşünüyorsunuz?

Türkiye'deki Tıp Eğitiminin başarısı yabancı dil bilmekle çok ilişkilidir. Pekçok lisede yabancı dil öğretimi yetersiz. Tıp Fakültelerinin de pekçoğunda tam anlamıyla öğretilmiyor. Bu öğrencilerin yabancı dil bilmemeleri büyük eksiklik.

Eğitimdeki mevcut konum incelenmelidir. Şartlanmış insanlar ve 15 yıl önceki mevzuatla bu meseleyi götürmek mümkün değil.

Mesleki açıdan eğitim de çok yeterli değil. Ezbere dayalı, yeniliklere kapalı bir eğitim sistemi var. Öğrenci başarısı şahsi gayretlerine bağlı. Literatür tarama yönünden üniversiteler eşit değil. İmkanlar açısından da eşitsizlikler var.

Hazırlayanlar:

Hacer Doğanay (GÜTF), Şükran Çetinkaya (HÜTF)

Eğitim mevzuatı 80'li yıllarda olan mevzuattır. Mevzuatı hazırlayanlar 50 yaşın üstündeki insanlardır. Kendi eğitim sistemlerinin uygulanmasını istiyorlar.

Tıp Eğitimi alanların periyodik olarak yeterlilik sınavından geçmeleri gerekir. Yalnız bu sınav merkezi sistemle hazırlanmalı ve objektif olmalı. Ayrıca tıp fakültesinde çalışan öğretim görevlilerinin Tıp Fakültesi mezunu olması gerektiği kanaatindeyim.

Batıdaki ilmi standartlara ulaşmak gerekir.

Mevzuatı belirleyenlerin genç, gelişimci ve katılımcı olmaları gerekir. Eğitim öğretimde kompüter ve yıllık hazırlanmış programları kullanmak için gayret etmelidir.

Öğrenci öğretim üyesi arasındaki ilişki sizce nasıl olmalıdır?

Öğrenci öğretim üyesi arasındaki ilişki seviyeli olmalıdır; Ne çok yakın ne de çok uzak. Her konumun gerektirdiği haller vardır. Bunlar yerine getirilmezse başarılı olunamaz.

Asistanlarınızdan neler bekliyorsunuz?

Beni geçmelerini ve ümid vadetmelerini. Güneş beş dakika gecikirse dünya mahvolur. Bu yüzden disiplin, heyecan ve gayret bekliyorum.

TUS konusunda neler düşünüyorsunuz?

Tıp Eğitiminin TUS'a yönelik yapılması sağlık için cinayettir. TUS objektif bir sınav değil. Sadece üç-beş üniversitenin oluşturduğu bir sınav. Bu da diğer üniversite öğrencilerine karşı adaletsizlik.

Kişiler gireceği bölümün özelliklerine uygun merkezi bir sınava girmeliler.

Tıp öğrencisinin son sınıfta iken elinde yıllık çıkan kabul görmüş teşhis ve tedavi kitapları olmalı, TUS'a hazırlık soru bankaları değil.

Yine de bütün bunlara rağmen iyi ki TUS var. Çünkü TUS'da hatır, gönül ve subjektif kriterlere göre daha objektif kriterler var.

Gelecekte beklentileriniz nelerdir?

10 sene sonra Türkiye'nin çok ileride ve uygar bir ülke olacağına inanıyorum. Hastayı tedavi etmek önemli fakat daha önemlisi hastalanmayı önlemektir. Bu açıdan koruyucu hekimliğin ciddi olarak ele alınmasını bekliyorum. Pratisyenler bu alanda yönlendirilmeliler. İnsanlar kendilerine ve topluma zararlı olmamak şartıyla herşeyi yapma hürriyetine sahiptir. Sağlıksız yaşama hürriyetini insanlara vermememiz gerekir. Hürriyet ancak sorumlulukla birlikte olursa anlamlıdır.

Mesleğiniz dışında neler yapıyorsunuz?

Dinlendirici olan uğraşları tercih ediyorum. Spor yapmaya ve öz kültürümüz, tarih ve iç yapımızı doyurucu kitapları okumaya çalışırım. İnsanlarla diyalogu ve samimi olmayı da çok seviyorum. Her türlü eğitim ve öğretim faaliyetine destek olmaya çalışıyorum. Ülkemizdeki temel sorunu, eğitimde ve kendimize yabancılaşmakta görüyorum. Ancak yeni yeni Anadolu insanının bilim olimpiyatlarında derece almasını yürekten kutluyorum. Destek olanların Allah sonunu ak etkinsin.

**Bize zaman ayırdığınız için MEDİTEST AİLESİ
adına çok teşekkür ederim.**

Ben de teşekkür ederim.

UZMAN GÖZÜYLE

SAĞLIK DÜZEYİ ÖLÇÜTLERİ

Yrd.Doç.Dr.Sefer AYCAN*

*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD, ANKARA

Bir toplumun ya da bir bölgenin sağlık düzeyini ölçmek ve verilen hizmetlerin etkinliğini değerlendirmek için bazı göstergeler geliştirilmiştir. Bu göstergelerin doğru ve güvenilir olabilmesi için ilgili kayıtların düzenli ve sürekli olarak tutulması gerekir.

Sağlık Ölçütleri 4 büyük grupta toplanabilir:

- I. Ölüm ölçütleri
- II. Doğurganlık ölçütleri
- III. Hastalık ölçütleri
- IV. Diğer ölçütler

I. Ölüm (Mortalite) Ölçütleri:

1. Kaba Ölüm Hızı-(KÖH)

$$\text{KÖH} = \frac{\text{Bir takvim yılı içerisindeki toplam ölüm sayısı}}{\text{Aynı yıl içindeki toplam yıl ortası nüfusu}} \times 1000$$

2. Yaşa-Özel Ölüm Hızı

$$\text{Yaşa özel ölüm hızı} = \frac{\text{Bir takvim yılında belirli bir yaş grubundaki ölüm sayısı}}{\text{Aynı yaş grubunun o yıldaki yıl ortası nüfusu}} \times 1000$$

3. Cins-Özel Ölüm Hızı

Erkek ve kadın için aynı şekilde hesaplanır.

$$\text{Erkekler için Ölüm hızı} = \frac{\text{Bir takvim yılı içinde ölen erkek sayısı}}{\text{Aynı yılın yıl ortası nüfusu}} \times 1000$$

4. Orantılı Ölüm Hızları

a) Yaşa-Özel Orantılı Ölüm Hızı

Genel Sağlık düzeyini en iyi gösteren ölçütlerden birisidir. Tüm ölümler içinde çocukluk ve yaşlılık ölümlerinin oranını gösterir.

Hangi yaşlar için orantılı ölüm hızı hesaplanıyorsa paya o yazılır. Paydaya da aynı yıl içindeki toplam ölüm sayısı yazılır.

$$\text{0-4 yaş orantılı ölüm hızı} = \frac{\text{Bir takvim yılı içerisindeki 0-4 yaşlardaki ölüm sayısı}}{\text{Aynı yıl içindeki toplam ölüm sayısı}} \times 100$$

Bir toplumda çocuk sağlığı iyi değilse tüm ölümlerin yarıya yakını 0-4 yaş ölümleri oluşturur.

Genel sağlık ve özellikle çocuk sağlığının iyi olduğu gelişmiş ülkelerde tüm ölümlerin ancak %5 kadarını 0-4 yaş ölümleri, %85-90'nını ise 45 yaş ve üzerindeki yaşlılık ölümleri oluşturur.

b) Nedene-Özel Orantılı Ölüm Hızı

Bir toplumda en fazla öldürücü olan, yani en çok ölüme neden olan ilk 5 ya da ilk 10 hastalığın saptanması amacıyla kullanılan bir ölçüttür.

Bu ölçütün güvenilirliği ölümlerin sayı olarak tam saptanmış olması ve nedenlerinin iyi bilinmesine bağlıdır.

$$\text{Neden-Özel orantılı ölüm hızı (A hastalığı için)} = \frac{\text{Bir takvim yılı içinde A hastalığı nedeniyle ölenlerin sayısı}}{\text{Aynı yıl içindeki toplam ölüm sayısı}} \times 100$$

5. Fatalite Hızı

Bir hastalığın ne kadar öldürücü olduğunu gösteren bir ölçüttür. Hastalığa yakalananlardan ne kadarının öldüğünü belirlemeye yarar. Genellikle kısa süreli olan bulaşıcı hastalıklar için kullanılır. Güvenirliği hastalığın tesbit ve bildirimlerinin tam yapılmasına bağlıdır.

$$\text{Fatalite hızı (A hastalığı için)} = \frac{\text{Belirli bir sürede A hastalığı nedeniyle ölen kişi sayısı}}{\text{A hastalığına yakalanan kişi sayısı}} \times 100(\text{ya da } 1000)$$

6. Bebek Ölüm Hızları (BÖH)

Bir toplumda genel sağlık ve çocuk sağlık düzeyini ölçmek ve bu doğrultuda verilen hizmetlerin etkinliğini değerlendirmek için kullanılan ölçütlerin en önemlilerinden birisidir.

$$\text{Bebek ölüm hızı} = \frac{\text{Bir yılda canlı doğan ve 365 gün (52 hafta) içinde ölen bebek sayısı}}{\text{Aynı yılda toplam canlı doğum sayısı}} \times 1000$$

Bu hızın doğru hesaplanması için bebek ve canlı doğum tanımlarını iyi bilmek gerekir. Bebek ölüm hızı, ölümün olduğu döneme göre alt gruplara ayrılabilir.

a) Erken Yenidoğan Ölüm Hızı (Erken neonatal)

Doğumdan başlayarak yaşamın ilk 7 günü **erken yenidoğan** dönemidir.

$$\text{Erken yenidoğan ölüm hızı} = \frac{\text{Bir yılda canlı doğan ve ilk 7 gün içinde ölen bebek sayısı}}{\text{Aynı yılda toplam canlı doğum sayısı}} \times 1000$$

b) Geç Yenidoğan Ölüm Hızı (Geç neonatal)

Yaşamın ilk 8-28 günleri arasına **geç yenidoğan** dönemi adı verilir.

$$\text{Geç-yenidoğan ölüm hızı} = \frac{\text{Bir yılda canlı doğan ve 8-28 gün içinde ölen bebek sayısı}}{\text{Aynı yılda canlı doğum sayısı}} \times 1000$$

Erken ve geç yenidoğan ölüm hızlarının toplamı yenidoğan ölüm hızını verir. Yaşamın ilk 28 gününe **yenidoğan** dönemi denir.

c) Yenidoğan Sonrası (Postneonatal) Bebek Ölüm Hızı

Yaşamın ilk 29-365 günlerine **yenidoğan sonrası** dönemi adı verilir.

$$\text{Yenidoğan sonrası bebek ölüm hızı} = \frac{\text{Bir yılda canlı doğan ve 29-365 günler içinde ölen bebek sayısı}}{\text{Aynı yılda toplam canlı doğum sayısı}} \times 1000$$

Yenidoğan, özellikle erken yenidoğan ölüm hızları:

Bir toplumdaki doğum öncesi ve doğum sonrası bakımlarının, kısaca Ana ve Çocuk Sağlığı düzeyinin ne durumda olduğunu gösteren çok anlamlı ölçütlerdir.

Yenidoğan sonrası ölenler ise en çok pnömoni ve enterit ve diğer enfeksiyon hastalıkları sonucu ortaya çıkarlar ve olumsuz çevre koşullarının çocuk sağlığına, etkilerinin önemini belirler. Bu ölümlerin de önemli bir bölümü önenebilir niteliktedir.

ç) Ölü Doğum Hızı: (ÖDH)

Ölü doğum hızı bir bölgede gebelere verilen sağlık hizmetlerinin bir ölçütü olarak ele alınabilir.

$$\text{Ölü doğum hızı} = \frac{\text{Bir bölgede bir yılda ölü doğan bebek sayısı}}{\text{Aynı bölgede aynı yılda toplam (canlı-ölü) doğum sayısı}}$$

7. Ana Ölüm Hızı (AÖH)

Bir toplumda Ana Sağlığının düzeyini gösteren en önemli ölçüttür. Bu hızı hesap edebilmek için ana ölümünün tanımını bilmek gerekir.

-Gebelik ya da doğum nedeniyle olan kadın ölümlerine ana ölümü denir.

-Bu ölüm, örneğin eklampsi nedeniyle gebelik döneminde, atoni nedeniyle doğum sırasında, ya da lohusalık döneminde olabilir.

$$\text{Ana ölüm hızı} = \frac{\text{Bir takvim yılında ana ölüm sayısı}}{\text{Aynı yıldaki toplam canlı doğum sayısı}} \times 10.000 \text{ (yada } 100.000)$$

(Ana Ölümleri az görüldüğü için ilçe ya da il düzeyinde hesaplanabilir.)

II. Doğurganlık (Fertilite) Ölçüleri

Bir toplumda doğurganlığın boyutlarını ve sunulan aile planlaması hizmetlerinin etkinliğini göstermek için en sık kullanılan ölçütlerden bazıları şunlardır:

1. Kaba Doğum Hızı (KDH)

Bu hız çok duyarlı değildir. Çünkü paydasında doğurganlığa katkısı olmayan çocuk ve yaşlılar dahil tüm nüfus yer alır. Ancak hesap edilmesi oldukça kolaydır.

-Aile Planlaması ile ilgili çalışmalardan en geç doğum hızı etkilenir.

$$\text{Kaba doğum hızı} = \frac{\text{Bir takvim yılındaki toplam canlı doğum sayısı}}{\text{Aynı yıl içinde toplam yıl ortası nüfusu}} \times 1000$$

2. Genel Doğurganlık Hızı

Doğurganlık düzeyini daha duyarlı biçimde gösteren bir ölçüttür. Ayrıca bir bölgede sunulan aile planlaması hizmetlerinin ne ölçüde başarılı olduğunu saptamak için de çok yararlı bir göstergidir.

$$\text{Genel doğurganlık hızı} = \frac{\text{Bir takvim yılındaki toplam canlı doğum sayısı}}{\text{15-49 yaşlar arasındaki kadın nüfusu}} \times 1000$$

3. Çocuk/Kadın Oranı (Fertilite Oranı)

Doğurgan çağdaki (15-49 yaşlar arası) her 100 kadından kaç tanesinin 5 yaşından küçük çocuğu olduğunu ve bir bölgenin son 5 yıl içerisindeki doğurganlık düzeyini gösterir.

Doğurganlığın yüksek olduğu durumlarda bu oran %70 dolaylarında ya da daha yüksektir. Yani doğurgan çağdaki her 100 kadından 70 tanesi ya da daha fazlasının 0-4 yaşları arasında çocuğu vardır.

$$\text{Çocuk/kadın oranı} = \frac{\text{0-4 yaşlar arası çocuk sayısı}}{\text{15-49 yaşlar arası kadın sayısı}} \times 100$$

III. Hastalık (Morbidite) Ölçüleri

Bir toplumda belirli hastalıkların boyutlarını gösteren ölçütlere genel olarak Morbidite Hızları adı verilir. En sık kullanılan hastalık ölçütleri:

Prevelans, insidans ve atak hızlarıdır.

Bu hızların hesaplanmasında sağlık ocağı kayıtları her zaman yeterli olamaz. Toplum taramaları sonucunda belirlenmesi daha güvenilirlidir.

$$\text{Prevelans} = \frac{\text{Belirli bir zaman içinde A hastalığının eski ve yeni toplam tüm olgu sayısı}}{\text{A hastalığı Aynı toplumun o süredeki nüfusu (yada 1000)}} \times 100$$

$$\text{İnsidans} = \frac{\text{Belirli bir sürede A hastalığına yakalanan yeni hasta sayısı}}{\text{Aynı toplumun aynı süredeki nüfusu}} \times 100 \quad (\text{yada } 1000)$$

Kronik hastalıklarda insidans ve prevelans hızları birbirinden farklı değerlerdedir. Kısa süreli (akut) hastalıklarda ise genellikle bu hızların değerleri birbirine yakındır.

Bulaşıcı hastalıklarla ilgili hastalık (morbidite) ölçülerine atak hızı adı da verilir.

$$\text{Atak hızı} = \frac{\text{Belirli bir sürede saptanan (B) bulaşıcı hastalığı olgu sayısı}}{\text{Aynı sürede (B). hastalığına duyarlı nüfus}}$$

Örnek:

1993 yılı sonunda, bir sağlık ocağı bölgesinde tüm yaş gruplarında 200 diabetli saptanmış olsun

Bölgenin Nüfusu 10.000 ise,

$$\text{Bölgenin diabet Prevelansı} = \frac{200}{10.000} \times 100 = \%2 \text{ dir.}$$

1994 yılı içinde aynı bölgede 80 yeni diabetli hasta saptanmış ise bu yıl için

$$\text{Bölgenin Diabetli İnsidansı} = \frac{80}{10.000} \times 100 = \%0.8 \text{ dir.}$$

Yani tüm yaş gruplarında bu bölgede her 1000 kişiden 8'i bir yıl içinde Diabet'e yakalanmaktadır.

Atak Hızı ile ilgili Örnek:

Bir bölgede 1-31 Ocak 1994 tarihleri arasında 30 Kızamık saptanmış ve 0-6 yaşlar arası aşı olmamış ve daha önce kızamık geçirmemiş çocuk sayısı (Kızamığa duyarlı çocuk sayısı) 600 ise Ocak ayı için;

$$\text{Kızamık Atak Hızı} = \frac{30}{600} \times 100 = \%5 \text{ dir.}$$

IV. Diğer Ölçütler

Bir toplumun sağlık düzeyini sağlık hizmetlerinin niteliğini ölçmek için kullanılan diğer ölçütlerden bazıları da şunlardır:

1. Doğumların Olduğu Yere Göre Dağılımı

-Ana sağlığı hizmetlerinin yeterliliğini değerlendirmede kullanılır.

-Eğer doğumların büyük bir bölümü evde, kendi kendine oluyorsa bu bölgedeki ana sağlığı hizmetleri yetersizdir.

-Kendi kendine olan doğumların azlığı her zaman iyi hizmet sunulduğu anlamına gelmez. Ebe ya da hemşire yalnızca kendi yaptırdıkları doğumlara doğum fişi dolduruyor. Diğerlerini tesbit etmiyorsa bu durumda kendi kendine olan doğumlar az gibi görülecektir.

$$\text{Hastane doğumları} = \frac{\text{Bir takvim yılında hastanede olan doğum sayısı}}{\text{Aynı yıldaki toplam doğum sayısı}}$$

-Ebe hemşire yardımı ile ve kendi kendine olan doğumlarda aynı formülle bulunur.

2. Kişi Başına Düşen Ortalama Muayene Sayısı

Poliklinik hizmetlerinin değerlendirilmesine yarayan bir ölçüttür.

$$= \frac{\text{Bir takvim yılında yapılan toplam muayene sayısı}}{\text{Aynı yılın toplam yıl ortası nüfusu}}$$

3. Gönderme (Sevk) Hızı

Sağlık Ocağı (birinci basamak) hizmetleri ise polikliniğe başvuranların %90'ından fazlasının tanı ve tedavileri bu basamakta yapılabilir. Ancak %10'u hastanede tetkik ve tedavi için sevk edilir.

$$= \frac{\text{Bir takvim yılında sağlık ocağından diğer sağlık kurumlarına gönderilen hasta sayısı}}{\text{Aynı yıl içinde muayene olanların sayısı}} \times 100$$

4. Bağışıklama Hızı

Bulaşıcı hastalıklardan korunmada bağışıklama hizmetleri ön planda gelir. Belirli bulaşıcı hastalıkların en sık görüldüğü yaş grupları ya da tüm nüfusun %85'i bağışık ise o hastalığın önemli ölçüde önlenildiği ve salgınlar yapamayacağı kabul edilir. Duyarlı grubun ne kadarının bir bulaşıcı hastalığa karşı bağışık olduğu şöyle saptanabilir.

$$\text{Bağışıklama hızı} = \frac{\text{"A" hastalığına karşı tam aşılananların sayısı}}{\text{"A" hastalığı için duyarlı nüfus}}$$

Aşıların bağışıklama hızları belirli dönemler için (3-12, 13-24, 25-36 ve 37-72 ay) hesap edilirse bağışıklama hizmetlerinin etkinliği daha iyi değerlendirilmiş olur.

5. Doğum Başına Düşen Ortalama İzlem Sayısı

Ana Sağlığı hizmetleri içinde doğum öncesi bakımın ne ölçüde yapılabildiğini gösteren bir ölçüttür. Aynı zamanda ebe hizmetlerinin yeterli olup olmadığını da gösterir.

$$= \frac{\text{Bir takvim yılında toplam gebe izleme sayısı}}{\text{Aynı yılda toplam doğum sayısı}}$$

6. Çocuk Başına Düşen Ortalama İzlem Sayısı

Çocuk Sağlığı hizmetlerini sayısal olarak değerlendirmede kullanılan bir ölçüttür. 0-12 aylık çocuklar ve 1-6 yaş çocuklar için ayrı ayrı hesaplanır.

$$\text{0-12 aylık bebekler için} = \frac{\text{Bir takvim yılında bebek (0-12 ay) izleme sayısı}}{\text{0-12 aylık bebek sayısı}}$$

7. Personel Durumunu Gösteren Ölçütler:

Bir bölgedeki iş yükü değişik sağlık personelinin ne kadar nüfusa hizmet ettiği saptanarak belirlenebilir.

Bu ölçülerin en önemlileri:

$$\text{a) Bir hekime düşen ortalama nüfus} = \frac{\text{Bölgenin nüfusu}}{\text{Bölgede çalışan hekim sayısı}}$$

$$\text{b) Bir hemşireye düşen ortalama nüfus} = \frac{\text{Bölgenin nüfusu}}{\text{Bölgede çalışan hemşire sayısı}}$$

KAYNAKLAR

1. Tezcan; S.: Epidemiyoloji. Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, Yayın no: 92/1 Ankara, 1992.
2. Tezcan, S.: Sağlık Ölçütleri; Halk Sağlığı Temel Bilgiler Ed.Prof.Dr.Münevver Bertan, Doç.Dr.Çağatay Güler Ankara, 1995, s:71-77.
3. Gölesen, Ö.: Çağdaş Epidemiyoloji, Uludağ Ü. Güçlendirme Vakfı Yayın no:115, Bursa, 1995.
4. Carl W.Tyler, John M.Lost: Epidemiology, Public Health and Preventive Medicine, Ed.John M.Lost, Robert B.Wallace, 1992, Appleton and Lange, Connecticut USA, s:11-41.
5. Raymond S. Greenberg: Medical Epidemiology Practice, Hallint Inc, 1993, Connecticut, USA.
6. Sümbüloğlu, K.: Sağlık Alanına Özel İstatistiksel Yöntemler, 2bs, TTB Yayını no:4, Ankara 1985.

SUBENDOKARDİAL ENFARKTÜS

Bu enfarktüs türünde anormal Q dalgaları görülmezken ST segment depresyonu ve T dalgası inversiyonu epikardiyal yüzeyden alınan derivasyonlardan izlenir.

Enfarkt alanının karşısındaki normal myokardın epikardiyal yüzeyinden veya kaviteden kaydedilen derivasyonlarda resiprokal ST elevasyonu ve dik T dalgaları görülür. Tek bir EKG'deki bu patern myokard iskemisi fikrini akla getirir. Ancak burada geçici bir durum söz konusu değildir, haftalar aylar boyunca seri EKG'lerde ısrarcı bir görünüm sergiler.

Subendokardiyal enfarktüs. E₁: Sol prekardiyal derivasyon (ör: V₄₋₆). E₂: Sol ventriküler kavite derivasyonu (ör: aVL).

Subendokardiyal enfarktüs. I, II, aVL ve V₂₋₆ derivasyonlarında ters çevrilmiş T dalgaları. Patolojik Q dalgası mevcut değil. Klinik olarak hasta bir akut myokard enfarktüsü geçirmiş ve bu traseler 1 haftadan uzun bir sürelik seyir sonunda elde edilen tipik EKG örnekleridir. Hasta massif kanamadan ölmüş. Otopside geniş anterior ve lateral subendokardiyal enfarktüs bulunmuştur.

Subendokardiyal enfarktüs. 3 hafta öncesinde klinik olarak myokard enfarktüs epizotu geçirmiş 60 yaşındaki bir hastanın trasesi. Çok derin ve simetrik ters T dalgaları V₂₋₄'de ve dalga küçük ters T dalgaları V₅, I ve aVL'de görülüyor. Yukarıdaki patern ve klinik hikaye beraber göz önüne alındığında major olarak anteroseptal bölgeyi ve anterior myokardı içine alan subendokardiyal enfarktüs tanısı düşünülmelidir. Otopsi tanısı: Anterior duvar enfarktüsü; Transmural olmamakla birlikte myokardın endokardiyal yarısını kapsamaktadır. Enfarktüsün major alanı anteroseptaldir.

MULTİPLE ENFARKTÜS

Eğer başlangıç enfarktüsünden sonra EKG normale dönerse, ikinci bir enfarkt, ilk enfarktan beklendiği gibi bir patern ortaya çıkaracaktır.

İlk enfarkt sonrası ısrarcı Q dalgaları, karşı duvarı kapsayan 2. enfarkt sonrası değişmeyebilir. Bununla birlikte, 2. enfarktla oluşan ST segment elevasyonu (ör: inferior duvar enfarktında aVF derivasyonunda), ilk enfarktın alanında ST segment depresyonuna (ör: anterior duvar enfarktında prekardiyal derivasyonlar) neden olacaktır. 2. enfarkt nedeni ile oluşan ters T dalgaları (ör: aVF'de), 1. enfarkt sonucu görülen ters T dalgalarını (prekardiyal derivasyonlar) dikleştirir.

Multiple myokardiyal enfarktların ilki. V₁₋₅'de QS kompleksleri mevcut. T dalgaları V₃₋₆, I ve aVL'de ters. Patern anterior duvar enfarktının göstergesi. Bu EKG paterni, enfarkt epizotundan haftalar sonra stabildi.

Multiple enfarktüsler. Klinik olarak hasta, ilk şekildeki traselerin çekiminden 1 ay sonra 2. bir myokard enfarktı geçirmiş aVF'de görünen derin Q dalgaları ve ters T, inferior duvar enfarktını gösteriyor. Bunun sonucu olarak, daha önce ters dönmüş T dalgaları. I, aVL ve V₃₋₅'de dikleşmiştir.

Multiple myokardiyal enfarktüsler. Standart ve ekstremitte derivasyonlarında (II, III ve aVF'de anormal Q ve ters T dalgaları) tipik inferior duvar enfarktüsü. Prekardiyal derivasyonlarda (ve I ve aVL'de) anterior duvar enfarktüsü (V₂₋₄'de QS kompleksleri ve V₅₋₆, aVL, I'de anormal Q dalgaları. Klinik tanı: Yeni geçirilmiş myokard enfarktüsü eski myokard enfarktüsü (10 ay öncesine dayanan hikaye ile). Otopsi tanısı: Eski anterior duvar enfarktüsü yeni geçirilmiş inferior duvar enfarktüsü, sol ana inen arter ve sol sirkumfleks arterin oklüzyonu.

I, II aVF ve V₆'da anormal Q dalgaları, V₂₋₅'de QS kompleksleri mevcut. Bu derivasyonlarda ters T dalgaları ve ST segment elevasyonu var. Bu grafler yeni geçirilmiş anterior, lateral ve inferior myokard infarktüsünün göstergesi.

Standart ve ekstremiteler derivasyonlarında (II, III ve aVF) ST segment elevasyonu. T inversiyonu olması yeni geçirilmiş inferior duvar enfarktüsünü gösterir. Prekardiyal derivasyonlarda (V₂₋₅) ters T dalgaları anterior duvar enfarktının göstergesidir. İzoelektrik ST segmentleri, bunun inferior enfarkt kadar yeni olmadığını gösteriyor. Klinik tanısı: Yeni geçirilmiş miyokardiyal enfarkt, eski miyokardiyal enfarkt (1 yıl önceye ait hikaye ile).

Prekardiyal derivasyon QS kompleksleri ve ST segment yükselmesi ve I ve aVL'de ST segment elevasyonu ile beraber qr kompleksleri yeni geçirilmiş bir anterior duvar enfarktüsünün göstergesidir. II, III ve aVF'de görülen anormal Q dalgaları inferior duvar enfarktının göstergesidir. Ancak ST segmenti izoelektrik olduğundan anterior enfarkt kadar yeni değildir. Klinik ve otopsi tanısı: Yeni geçirilmiş anterior duvar enfarktı, eski inferior duvar enfarktılı sol ön inen arter ve sol sirkumflex arter oklüzyonu.

Hipertansif krizde klinik tablo ve ilaç seçimi*

Klinik Durumlar	Tercih Edilecek İlaç Sıralaması
"Hızlanmış" veya malign hipertansiyon veya ciddi hipertansiyon ile birlikte miyokard infarktüsü	ACE inhibitörleri Kalsiyum kanal blokerleri Diüretikler veya IV Nitroprusside
Sol kalp yetmezliği	IV Nitroprusside ACE inhibitörleri Diüretikler
Postoperatif (örneğin koroner bypass, anevrizma, hipotansiyon)	IV Nitroprusside Trimetaphan camsylate
Ansefalopati	IV Diazoxide IV Nitroprusside IV Trimetaphan camsylate
Subaraknoid kanama	IV Diazoxide IV Nitroprusside IV Trimetaphan
Feokromositoma krizi	IV Labetalol IV Phentolamin ve beta bloker
Eklampsi	Magnezyum sülfat Nifedipine
Katekolamin fazlalığı durumları ("withdrawal" sendromu ve Tiramin ihtiva eden yiyeceklerin MAO inhibitörleri kullanana verilmesi gibi)	Alınmayan ilaca hemen başlanması IV Labetalol IV Phentolamin ve beta blokerler
Aorta diseksiyonu	IV Trimetaphan ve beta bloker
Akut glomerülonefrit	Hemodializ

*Kaynak: Bibliyografya No:19.

Hipertansif krizin klinik görünümleri*

Malign hipertansiyon (papil ödem ile birlikte)
Akut pulmoner ödem, kalp yetmezliği
Hipertansif ansefalopati
Santral sinir sistemi ile ilgili durumlar (intrakraniyal kanama ve infarktüs)
Aort diseksiyonu
Postoperatif kanama
Miyokard iskemisi bulguları

*Kaynak: Bibliyografya No:19.

Akut Myokard Enfarktüsünün Komplikasyonları*

ERKEN KOMPLİKASYONLAR

-Aritmiler
-Kardiyojenik şok
-Hipertansiyon
-Ventriküler septum rüptürü
-Sol ventrikül serbest duvarının rüptürü

-Kalp yetmezliği
-Hipotansiyon
-Mİ yayılımı
-Papiller kas disfonksiyonu

GEÇ KOMPLİKASYONLAR

-Ventriküler anevrizma
-Postmyokardial infarktüs sendromu
-Perikardit

-Sistemik tromboembolizm
-Angina pectoris

*Kaynak: Bibliyografya No:19.

Şokta öykü alınırken dikkat edilecek durumlar*

Miyokard infarktüsü veya önemli kalb hastalığı	Kardiyojenik şok
İnfeksiyon hastalığı	Septik şok
Yakın geçmişteki travma	Hipovolemik veya nörojenik şok
Yakın geçmişteki GI cerrahi	Obstrüksiyon
Yakın geçmişteki aşırı ilaç veya toksik madde alınması	İntoksikasyon
Böbrek hastalığı öyküsü	Anafilaktik şok
Yeni alınan ilaçlar	Aşırı doz diüretik ilaç
Alınmakta olan ilaçlar	Ganglion bloköleri
Sistemlerin gözden geçirilmesi	
-Genel semptomlar	Kilo alınması (ödematöz durumlar)
-Kardiyovasküler ve pulmoner semptomlar	Kardiyojenik şok Tansiyon pnömotoraks pulmoner embolizm
-GI semptomlar	GI kanama GI obstrüksiyon
-Genitoüriner	Renal hastalık (hipovolemi)
-Endokrin	Addison krizi miksödem krizi
-Nörolojik	Spinal kord hasarı Anestezi

*Kaynak: Bibliyografya No:19.

Kalp yetmezliği semptom ve bulguları taklit eden durumlar*

1. Diğer dispne nedenleri:	-Kronik obstrüktif akciğer hastalığı -Bronşial astma -Pulmoner enfeksiyon
2. Diğer periferik ödem nedenleri:	-Siroz -Siklik ödem -Periferik venöz hastalıklar -Bacak travması -Böbrek hastalıkları

*Kaynak: Bibliyografya No:19.

Kalp yetmezliği ile ilgili bulgular*

1. Genel görünüm	hastanın pozisyonu (ortopne); Hasta sırt üstü düz olarak yatabiliyor mu?
2. Vital bulgular	takikardi, hipertansiyon, solunum bozukluğu
3. Cilt	periferik vazokonstriksiyona bağlı siyanoz
4. Kardiyak ve göğüs bulguları	kardiyomegali, S3G, S4G, üfürümler, raller
5. Periferik vasküler	pulsus alternans, juguler venöz dolgunluk
6. Karın	hepatomegali, hepatojuguler reflüks, asit
7. Ekstremiteler	pretibial ödem

*Kaynak: Bibliyografya No:19.

Kalp yetmezliđini presipite eden faktörler*

Sistemik hipertansiyon
Miyokard infarktüsü
Sistemik enfeksiyonlar
Pulmoner embolizm
Aritmiler
Hipertiroidi
Anemi
Miyokardit
İnfektif endokardit
Aşırı tuz alınması
Çevresel faktörler (sıcaklık ve nem artışı)
Böbrek fonksiyon bozukluğu
Çeşitli ilaçlar (su ve tuz tutan ilaçlar, negatif inotropik etkili ilaçlar)

*Kaynak: Bibliyografya No:19.

Önemli kalp yetmeliđi nedenleri*

- I. Miyokardiyal hasar
 1. Aterosklerotik kalp hastalıkları
 2. Vitamin yetersizlik durumları (beriberi)
 3. Miyokarditler
 4. Kardiyomiyopatiler
- II. Ventrikül yüklenmesi
 - A. Volüm yüklenmesi
 1. Atriyal septal defekt
 2. Ventriküler septal defekt
 3. Aort yetersizliği
 4. Mitral yetersizliği
 5. Patent duktus arterioyozus
 - B. Basınç yüklenmesi
 1. Aort darlıkları
 2. Sistemik hipertansiyon
 3. Pulmoner darlıklar
 4. Aort koarktasyonu
- III. Ventriküler doluş bozukluğu
 1. Mitral darlığı
 2. Konstriktif perikardit
 3. Restriktif kardiyomiyopati
 4. Hipertrofik kardiyomiyopati
- IV. Yüksek debili durumlar
 1. Kronik anemiler
 2. Atriyoventriküler şantlar
 3. Hipertiroidi

*Kaynak: Bibliyografya No:19.

Sık rastlanan hemoptizi nedenleri*

- Hava yollarının veya parankimin enfeksiyon veya enflamasyonları**
- Akut trakeabronşit
 - Kronik bronşit
 - Kistik fibrozis
 - Bronşektazi
 - Pnömoniler
 - Tüberküloz
 - Paragonimiazis
 - Akciğer apsesi
- Kardiyovasküler nedenler**
- Konjestif kalp yetmezliği
 - Mitral darlığı
 - Pulmoner emboli
- Hematolojik nedenler**
- Antikoagölan tedavi
 - Trombositopeni
 - Lösemi
- Malign hastalıklar**
- Akciğer kanseri
 - Metastatik karsinoma
- Diğer parankimal hastalıklar**
- Sistemik lupus eritematozus
 - Goodpasture sendromu
 - Wegener granülomatozisi
 - Poliarteritis nodoza
 - Hipersensitivite pnömonisi
- Diğer**
- İdyopatik
 - İatrojenik: Bronkoskopi, kateterizasyon sırasında pulmoner arter rüptürü

*Kaynak: Bibliyografya No:19.

ARDS etiolojisinde rol oynayan hastalıklar*

Pulmoner (direk)	Ekstrapulmoner (indirek)
Viral pnömoni	Sepsis sendromu
Bakteriyel pnömoni	Şok
Fungal pnömoni	Major travma
Miliyer tüberküloz	Yağ embolisi
Akciğer kontüzyonu	Kafa travması
Gastrik asit aspirasyonu	İlaç zehirlenmesi
Suda boğulmalar	Pankreatit
Hidrokarbon aspirasyonu	Dissemine intravasküler koagülasyon
Toksik duman inhalasyonu	
Radyasyon pnömonisi	Uzamış kardiyopulmoner bypass
Oksijen toksisitesi	Yanıklar
	Allerjik reaksiyonlar
	Eklampsi
	Üremi
	Lenfoma

*Kaynak: Bibliyografya No:19.

Gebelikte konvülviz hastalıkların ayırıcı tanısı*

1. Grand mal veya petit mal epilepsi
2. Kronik renal yetmezlik
3. Organik beyin hasarı
4. SSS tümörleri
5. Hiponatremi
6. Hipoglisemi
7. Hipokalsemi (Paratiroid veya renal orijinli)
8. Sick cell aneminin hemolitik krizi
9. LSD gibi ilaç kullanımı
10. İntrakranial anevrizma rüptürü ve subaraknoid hemoraji
11. Akut zehirlenmeler
 - strychnie
 - fosfor
 - nitrobenzol
 - lokal anestetik ajanlar
12. Su intoksikasyonları
 - Aşırı oxytocin kullanımı
 - Aşırı terapötik hidrasyon
 - Aşırı diüretik kullanımı (Low-Sodium Syndrome)

*Kaynak: Bibliyografya No:19.

Şiddetli preeklampsi ve eklampsinin komplikasyonları*

A. Erken Komplikasyonlar

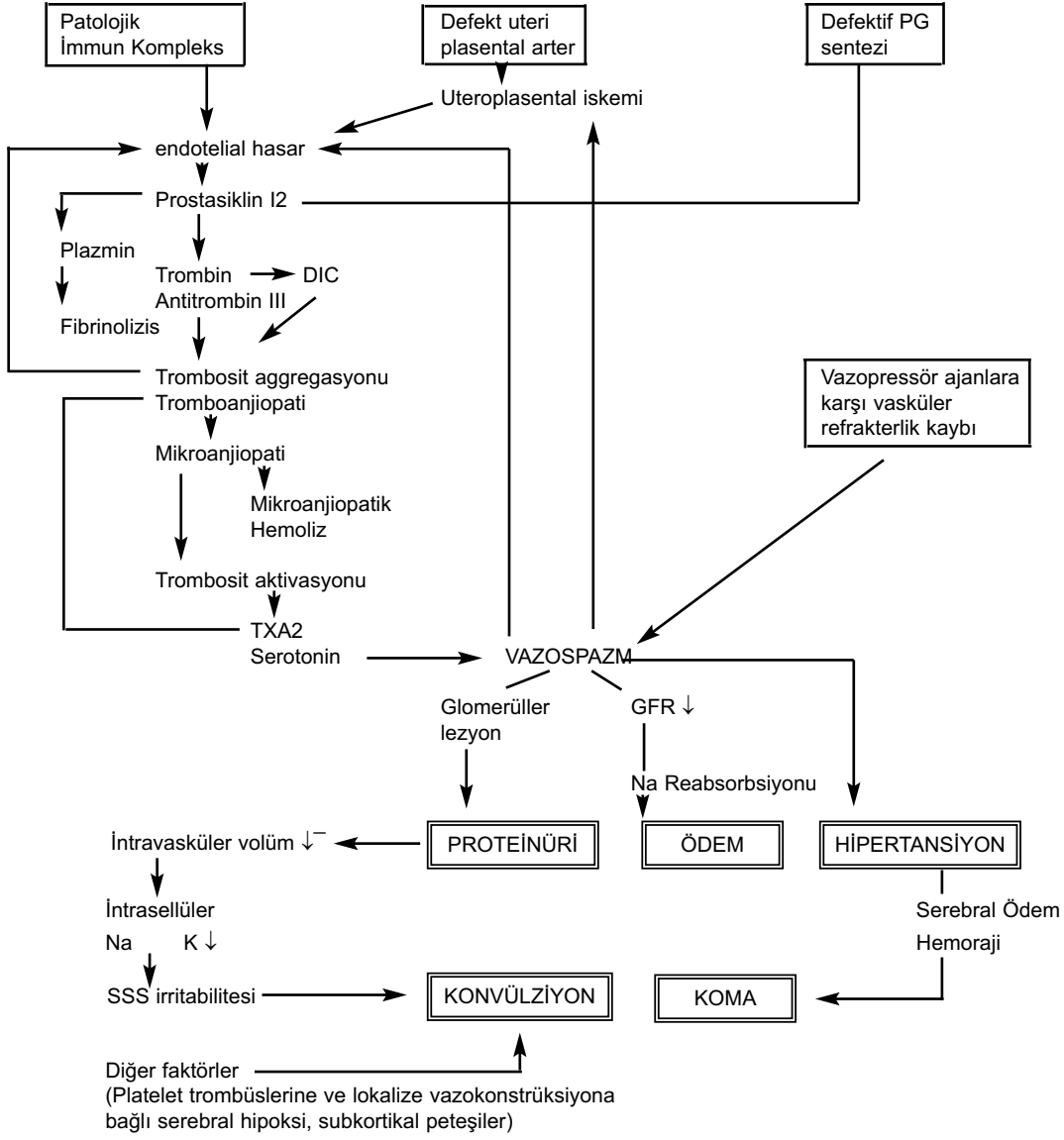
1. Plasental
 - Kronik plasental yetmezlik
 - Ablasyo plasenta
2. Kardiyak
 - Konjestif kalp yetmezliği
 - Sirkülatuar kollaps
3. Pulmoner
 - Pulmoner ödem
 - Akut kor pulmonale
4. Serebral
 - Serebral hemoraji
5. Oftalmik
 - Retina dekolmanı: En ciddi oftalmik komplikasyondur. Ancak çoğunlukla 3 hafta içinde normale döner.
 - Santral körlük
 - Komadan çıktıktan sonra hastaların %1-2'sinde görme bozukluğu görülür, ancak bir haftadan daha kısa zamanda görme normale döner.
6. Karaciğer
 - Subkapsüler hematoma
 - Kapsül rüptürü ve hemoraji
7. Hematolojik
 - DIC ve tromboembolizm
8. Renal
 - Akut tubuler yetmezlik
 - Bilateral kortikal nekroz
9. Akut postpartum psikoz (Eklampstik hastaların %5'inde, uzamış medikasyona bağlı)

B. Geç Komplikasyonlar

1. Panhipopituitarizm
 - Belirtiler
 - Laktasyon başlamaması
 - Amenore
 - Hipotiroidizm
 - Adrenal yetmezlik
 - Tüylenme azalma
 - Apati
2. Sürenal yetmezlik

*Kaynak: Bibliyografya No:19.

Preeklampsi-eklampsinin etyopatogenezindeki mekanizmalar*



*Kaynak: Bibliyografya No:19.