

Türkiye Klinikleri

MEDİTEST Dergisi

EDİTÖR

Prof.Dr.Hikmet AKGÜL (Ankara)

21. ULUSAL TIP BİLİMLERİ YARIŞMASI'NA SORU GÖNDEREN ÖĞRETİM ÜYELERİ

Prof.Dr. Mehmet ADA (Cerrahpaşa)	Prof.Dr. Tülin AYSAN (Ege)	Doç.Dr. Selim ÇELEBİOĞLU (SSK Ankara Eğ. Hst.)
Prof.Dr. Bahattin ADAM (Fatih)	Prof.Dr. Sabiha AYSUN (Hacettepe)	Doç.Dr. Faik ÇELİK (SSK Göztepe Eğ. Hst.)
Prof.Dr. Tarık AKÇAL (Cerrahpaşa)	Doç.Dr. Sema AYTEKİN (Dicle)	Doç.Dr. Melek ÇELİK (SSK Göztepe Eğitim Hst.)
Prof.Dr. Yiğit AKÇALI (Erciyes)	Doç.Dr. Kudret AYTEMİR (Hacettepe)	Prof.Dr. Yusuf ÇELİK (Dicle)
Yrd.Doç.Dr. Timur AKÇAM (GATA)	Yrd.Doç.Dr. Feza BACAĞOĞLU (Ege)	Prof.Dr. Cengiz ÇELİKER (İÜ Kardiyoloji Ens.)
Doç.Dr. Müfide Nuran AKÇAY (Atatürk)	Doç.Dr. Bilsel BAÇ (Dicle)	Op.Dr. Güven ÇETİN (Atatürk Göğüs Hst.Mer.)
Yrd.Doç.Dr. Sedat AKDENİZ (Dicle)	Doç.Dr. Mustafa BAK (Dr.Behçet Uz Çocuk Hst.)	Prof.Dr. Mehmet Turan ÇETİN (Çukurova)
Doç.Dr. Yılmaz AKGÜN (Dicle)	Prof.Dr. Zeki BAKIR (Atatürk)	Prof.Dr. Nazan ÇETİNGÜL (Ege)
Prof.Dr. Ayşe AKIN (Hacettepe)	Yrd.Doç.Dr. Ahmet A. BALIK (Atatürk)	Yrd.Doç.Dr. Ziya ÇETINKAYA (Fırat)
Prof.Dr. Mustafa AKIN (Ege)	Uz.Dr. Yıldız BARUT ÖZEL (Haydarpaşa Numune Hst.)	Yrd.Doç.Dr. Remzi ÇEVİK (Dicle)
Prof.Dr. F.Ayşen AKINCI TAN (Hacettepe)	Prof.Dr. Lütfü BAŞ (Şişli Etfal Eğ. ve Araş.Hst.)	Prof.Dr. Necdet ÇEVİKER (Gazi)
Doç.Dr. Mete AKISÜ (Ege)	Doç.Dr. Mahmut BAŞOĞLU (Atatürk)	Prof.Dr. M.Nedim ÇİÇEK (Meram)
Doç.Dr. Yeşim AKKOÇ (Ege)	Prof.Dr. Mustafa BAŞTÜRK (Erciyes)	Prof.Dr. Orhan ÇILDAĞ (A.Menderes)
Prof.Dr. Mehmet Ali AKKUŞ (Ankara Eğitim ve Ar. Hst.)	Prof.Dr. Ali İhsan BAYSAL (Gazi)	Doç.Dr. Mehmet ÇİMEN (Cumhuriyet)
Yrd.Doç.Dr. Altan AKSOY (Kırkkale)	Prof.Dr. Bülent BAYSAL (Meram)	Yrd.Doç.Dr. Yusuf Kenan ÇOBAN (K.Maraş Sütçü İmam)
Prof.Dr. Serdar AKSÖYEK (Hacettepe)	Prof.Dr. Ender BERKER (İstanbul)	Yrd.Doç.Dr. Özgür ÇOĞULU (Ege)
Doç.Dr. M. Kadir AKSÖZ (İzmir Atatürk Eğ. Hst.)	Doç.Dr. Gürsel BİBEROĞLU (Gazi)	Doç.Dr. Mahmut ÇOKER (Ege)
Doç.Dr. Sadık AKŞİT (Ege)	Doç.Dr. Nilgün BİLEN (Kocaeli)	Yrd.Doç.Dr. Taner ÇOLAK (Akdeniz)
Prof.Dr. Osman AKTAŞ (Atatürk)	Doç.Dr. Yaşar BİLGE (Ankara)	Doç.Dr. Dilek ÇOLAK (Akdeniz)
Prof.Dr. Ruhi ALAÇAM (Hacettepe)	Yrd.Doç.Dr. Ferruh BİLGİN (GATA)	Doç.Dr. Şennur DABAK (Ondokuz Mayıs)
Doç.Dr. Bülent ALAGÖL (Trakya)	Yrd.Doç.Dr. Dilek BİLİCİ (Atatürk)	Doç.Dr. Şükran DARCAN (Ege)
Prof.Dr. H.Mete ALP (Koşuyolu Kalp Eğ. Hast.)	Doç.Dr. Betül BİNER (Trakya)	Op.Dr. Suat DEDE (SSK Ankara Doğumevi)
Doç.Dr. Enver ALTAŞ (Atatürk)	Yrd.Doç.Dr. Hakan BİNGÖL (GATA)	Doç.Dr. Esen DEMİR (Ege)
Prof.Dr. Necdet Şikri ALTUN (Gazi)	Prof.Dr. A.Zahit BOLAMAN (A.Menderes)	Doç.Dr. L.Cem DEMİREL (Ankara)
Prof.Dr. Aziz K. ALTURFAN (İstanbul)	Ar.Gör. M. Ömer BOSTANCI (Ondokuz Mayıs)	Prof.Dr. Beyhan DEMİRHAN (Başkent)
Prof.Dr. Muhlise ALVUR (Ondokuz Mayıs)	Doç.Dr. Bülent BOYACI (Gazi)	Yrd.Doç.Dr. Neşe DEMİRTÜRK (Afyon Kocatepe)
Prof.Dr. M.Halit ANDAÇ (Harran)	Prof.Dr. Bülent BOYAR (Çukurova)	Doç.Dr. Fevzi Sefa DEREKÖY (Afyon Kocatepe)
Doç.Dr. Rebiay APAYDIN (Kocaeli)	Prof.Dr. Selçuk BÖLÜKBAŞI (Gazi)	Yrd.Doç.Dr. Talat Umut Kutlu DİLEK (Mersin)
Yrd.Doç.Dr. Şule APRAS BİLGİN (Hacettepe)	Yrd.Doç.Dr. Nurullah BÜLBÜLLER (Fırat)	Prof.Dr. Murat DİLMENER (İstanbul)
Prof.Dr. Tansu ARASIL (Ankara)	Prof.Dr. S.N.Cenk BÜYÜKÜNAL (Cerrahpaşa)	Prof.Dr. Hüseyin DİNDAR (Ankara)
Prof.Dr. Eralp ARIKAN (Dicle)	Doç.Dr. Ercan CANBAY (Cumhuriyet)	Doç.Dr. Bahar DİRİCAN (GATA)
Doç.Dr. Fikret ARPACI (GATA)	Prof.Dr. Yurdagül CANBERK (İstanbul)	Prof.Dr. Fethi DOĞAN (Ege)
Doç.Dr. Baki ARPACI (Bakırköy Ruh ve Sin. Hst.)	Prof.Dr. Fikri CANORUÇ (Dicle)	Yrd.Doç.Dr. Nihal DOĞAN (Osmangazi)
Prof.Dr. Serap ARSLAN (Hacettepe)	Doç.Dr. Leyla CANPOLAT KOYUTÜRK (Fırat)	Yrd.Doç.Dr. Ali DOĞAN (Yüzüncü Yıl)
Doç.Dr. S.Leyla ASLAN (İzmir Atatürk Eğ. Hst.)	Prof.Dr. A.Tevfik CENGİZ (Ankara)	Doç.Dr. Muammer M. DOĞAN (Dr.Z.T. Burak Doğum Hst.)
Yrd.Doç.Dr. Neslihan ASTAM (Atatürk)	Prof.Dr. H.Can CİMLİLLİ (D.Eylül)	Prof.Dr. Pakize DOĞAN (Hacettepe)
Prof.Dr. Mehmet AŞIK (İstanbul)	Yrd.Doç.Dr. Abdullah CİNDAŞ (S.Demirel)	Prof.Dr. Osman DOĞRU (Fırat)
Prof.Dr. S.Selçuk ATAMANALP (Atatürk)	Prof.Dr. Emre CİNGİ (Osmangazi)	Prof.Dr. Nesrin DOĞRUEL (Osmangazi)
Doç.Dr. Vedat ATAY (GATA Haydarpaşa Eğ.Hst.)	Yrd.Doç.Dr. B. Yılmaz CİNGÖZBAY (GATA Haydarpaşa Hst.)	Doç.Dr. Mete DOLAPÇI (Ankara Numune Hst.)
Prof.Dr. Leyla Suna ATMACA (Ankara)	Yrd.Doç.Dr. Melek COŞKUN (Ondokuz Mayıs)	Doç.Dr. Dikmen DÖKMELİ (Trakya)
Doç.Dr. Selahattin ATMACA (Dicle)	Prof.Dr. Mehmet COŞKUNSEL (Dicle)	Doç.Dr. Fehmi DÖNER (S.Demirel)
Yrd.Doç.Dr. Süleyman AYDIN (Fırat)	Prof.Dr. Alphan CURA (Ege)	Doç.Dr. Pınar DURAK (TYİH)
Prof.Dr. Hülya AYDIN (İstanbul)	Doç.Dr. Nil ÇAĞLAR (İst. 70.Yıl FTR Eğ. Hst.)	Doç.Dr. Yaşar DURANOĞLU (Akdeniz)
Doç.Dr. Yeşim AYDINOK (Ege)	Doç.Dr. Mehmet ÇAĞLIKÜLEKÇİ (Mersin)	Prof.Dr. Berrin DURMAZ (Ege)
Doç.Dr. Sema AYDOĞDU (Ege)	Yrd.Doç.Dr. Alpaslan ÇAKAN (Ege)	Yrd.Doç.Dr. Mehmet DURSun (Dicle)
Doç.Dr. Kaan AYDOS (Ankara)	Doç.Dr. Duran ÇAKMAK (Bakırköy Ruh ve Sin.Hst.)	Prof.Dr. Gürsel DURSUN (Ankara)
Prof.Dr. Remzi AYGÜN (Gazi)	Prof.Dr. Engin ÇALGÜNER (Gazi)	Prof.Dr. H. Ergin DÜLGER (Gaziantep)
Prof.Dr. N.Faruk AYSAN (İÜ Onkoloji Enstitüsü)	Prof.Dr. Meral ÇALGÜNERİ (Hacettepe)	Doç.Dr. Aydın ECE (Dicle)

Prof.Dr. Ayten EGEMEN (*Ege*)
Prof.Dr. Ayten EGEMEN (*Ege*)
Prof.Dr. Murat ELEVLİ (*Haseki Hastanesi*)
Prof.Dr. Ömer Naci EMİROĞULLARI (*Erciyes*)
Prof.Dr. Rasmus ENAR (*İÜ Kardiyoloji Ens.*)
Doç.Dr. Gülgün ENGİN (*İstanbul*)
Yrd.Doç.Dr. Hakan ERBAŞ (*Trakya*)
Prof.Dr. Deniz ERBAŞ (*Gazi*)
Yrd.Doç.Dr. Akın ERDAL (*Atatürk*)
Prof.Dr. Atilla ERDEM (*Ankara*)
Prof.Dr. Oğuz ERDİNÇ (*Osmangazi*)
Prof.Dr. Münevver ERDİNÇ (*Ege*)
Prof.Dr. Ertürk ERDİNÇ (*Ege*)
Yrd.Doç.Dr. Fazlı ERDOĞAN (*Atatürk*)
Yrd.Doç.Dr. İbrahim EREN (*S.Demirel*)
Yrd.Doç.Dr. Şevval EREN (*Dicle*)
Yrd.Doç.Dr. Suat EREN (*Atatürk*)
Prof.Dr. Sabri ERGÜNEY (*Cerrahpaşa*)
Doç.Dr. Belgin ERHAN GENÇOSMANOĞLU (*İst.70.Yıl FTR Hst.*)
Doç.Dr. Nur ERİŞ (*İzmir Göğüs Hst. Hst.*)
Prof.Dr. Ferhat ERİŞİR (*Cerrahpaşa*)
Prof.Dr. Yücel ERK (*Hacettepe*)
Doç.Dr. F.Esin ERKİN (*Celal Bayar*)
Prof.Dr. Yılmaz ERSAN (*Cerrahpaşa*)
Yrd.Doç.Dr. Alpaslan ERSOY (*Uludağ*)
Doç.Dr. İhsan ERTENLİ (*Hacettepe*)
Prof.Dr. A.Şenol ERTÜRKÖĞLU (*Cerrahpaşa*)
Doç.Dr. Adil ERYILMAZ (*Ankara Numune Hst.*)
Yrd.Doç.Dr. Ertuğrul EŞEL (*Erciyes*)
Doç.Dr. Mukaddes EŞREFOĞLU (*İnönü*)
Yrd.Doç.Dr. Talat EZMECİ (*Atatürk*)
Doç.Dr. Ayşe GELAL (*D.Eylül*)
Doç.Dr. Mustafa GEREK (*GATA*)
Doç.Dr. Cankon GERMİYANOĞLU (*Ankara Hst.*)
Yrd.Doç.Dr. Mehmet Faruk GEYİK (*Dicle*)
Prof.Dr. Fatma GÖÇER (*Atatürk*)
Doç.Dr. Erol GÖKA (*Ankara Numune Hst.*)
Prof.Dr. Ahmet GÖKÇEL (*Cerrahpaşa*)
Prof.Dr. Nahide GÖKÇORA (*Gazi*)
Prof.Dr. Eflatun GÖKŞİN (*Fatih*)
Prof.Dr. Özhan GÖLDELİ (*D.Eylül*)
Prof.Dr. Kamil GÖNCÜ (*Çukurova*)
Yrd.Doç.Dr. Uğur GÖNLÜGÜR (*Cumhuriyet*)
Prof.Dr. Mustafa GÖNÜLLÜ (*Cumhuriyet*)
Prof.Dr. Vedat GÖRAL (*Dicle*)
Doç.Dr. Metin GÖRGÜ (*İzmir Atatürk Eğ. Hst.*)
Prof.Dr. Şendoğan GÜLEN (*Trakya*)
Doç.Dr. Recep GÜLOĞLU (*İstanbul*)
Prof.Dr. Serdar M. GÜLTAN (*Ankara*)
Yrd.Doç.Dr. Mukaddes GÜMÜŞTEKİN (*D.Eylül*)
Doç.Dr. D.Berrin GÜNAYDIN (*Gazi*)
Doç.Dr. Uğur GÜNEL (*Ankara Numune Hst.*)
Doç.Dr. Enis Alpin GÜNERİ (*D.Eylül*)
Doç.Dr. Atıla GÜNGÖR (*GATA Haydarpaşa Hst.*)
Prof.Dr. Adem GÜNGÖR (*Ankara*)
Yrd.Doç.Dr. Ali GÜR (*Dicle*)
Prof.Dr. Asuman GÜRAKSIN (*Atatürk*)
Prof.Dr. Firdavs GÜRER (*Osmangazi*)
Doç.Dr. Fuat GÜRKAN (*Dicle*)
Doç.Dr. Emin GÜRSEL (*Ankara Numune Hst.*)
Prof.Dr. Bülent GÜRSEL (*Hacettepe*)
Prof.Dr. Güner GÜRSEL (*Hacettepe*)
Doç.Dr. M.Ferit GÜRSU (*Fırat*)
Prof.Dr. Özen GÜVEN (*İÜ Kardiyoloji Ens.*)
Doç.Dr. Galip GÜZ (*Gazi*)
Doç.Dr. Ali HABERAL (*SSK Ankara Doğumevi*)

Prof.Dr. İ.Hamit HANCI (*Ankara*)
Doç.Dr. Mehmet HARMAN (*Dicle*)
Prof.Dr. Enver HASANOĞLU (*Gazi*)
Doç.Dr. Baki HEKİMOĞLU (*SSK Ankara Eğitim Hst.*)
Yrd.Doç.Dr. Gülbül İŞİTMANGİL (*Yeditepe*)
Doç.Dr. Yavuz Selim İLHAN (*Fırat*)
Doç.Dr. Süleyman Sami İLKER (*Celal Bayar*)
Yrd.Doç.Dr. Ali İNAL (*GATA*)
Yrd.Doç.Dr. Tacettin İNANDI (*Atatürk*)
Doç.Dr. Servet İNCİ (*Hacettepe*)
Prof.Dr. Güzin İSKELELİ (*Cerrahpaşa*)
Doç.Dr. Adnan İŞGÖR (*Şişli Etfal Eğ. ve Araş.Hst.*)
Prof.Dr. Mehmet İŞLER (*S.Demirel*)
Doç.Dr. Giray KABAKÇI (*Hacettepe*)
Doç.Dr. Caner KABASAKAL (*Ege*)
Yrd.Doç.Dr. Osman KAFTAN (*Fatih*)
Prof.Dr. H. Cemal KAHRAMAN (*Erciyes*)
Doç.Dr. Ömer KANDEMİR (*SSK Ankara Doğumevi*)
Prof.Dr. Savaş KANSOY (*Ege*)
Yrd.Doç.Dr. Mehmet KANTAR (*Ege*)
Doç.Dr. Ahmet KAPUKAYA (*Dicle*)
Yrd.Doç.Dr. İsmail KARA (*Atatürk*)
Prof.Dr. M.Fatih KARAASLAN (*K.Maraş Sütçü İmam*)
Op.Dr. İrfan KARACA (*Dr.Behçet Uz Çocuk Hst.*)
Prof.Dr. Sezin KARADEDE (*Harran*)
Doç.Dr. Ferhan KARADEMİR (*GATA Haydarpaşa Hst.*)
Prof.Dr. Şule KARAKELLEOĞLU (*Atatürk*)
Yrd.Doç.Dr. H.Günhan KARAKURUM (*Gaziantep*)
Doç.Dr. Mehmet KARATAŞ (*Başkent Adana Hst.*)
Yrd.Doç.Dr. Saliha KARATAY (*Atatürk*)
Prof.Dr. Hakan KARPUZ (*Cerrahpaşa*)
Prof.Dr. Zehra Neşe KAVAK (*Marmara*)
Prof.Dr. Kaan KAVAKLI (*Ege*)
Prof.Dr. Salih KAVUKÇU (*D.Eylül*)
Prof.Dr. Murat KAYA (*Düzce*)
Dr. Sadi KAYA (*Atatürk Göğüs Hst.*)
Doç.Dr. Mansur KAYATAŞ (*Ankara Numune Hst.*)
Prof.Dr. Önder KAYHAN (*Marmara*)
Doç.Dr. Ayca KAYIKÇIOĞLU (*Hacettepe*)
Prof.Dr. Rejin KEBUDİ (*İÜ Onkoloji Ens.*)
Prof.Dr. Celalettin KELEŞ (*Dicle*)
Prof.Dr. K.Metin KIR (*Ankara*)
Yrd.Doç.Dr. Gürkan KIRAN (*K.Maraş Sütçü İmam*)
Doç.Dr. Önder KIRIMLI (*D.Eylül*)
Yrd.Doç.Dr. Cengiz KIRMAZ (*Celal Bayar*)
Doç.Dr. Sedat KİRAZ (*Hacettepe*)
Prof.Dr. Yeşim KİRAZLI (*Ege*)
Doç.Dr. Lale KOLDAŞ (*Cerrahpaşa*)
Doç.Dr. Hakan KORKMAZ (*Ankara Numune Hst.*)
Prof.Dr. Ahmet Nezih KÖK (*Atatürk*)
Doç.Dr. Şeref KÖMÜRÇÜ (*GATA*)
Prof.Dr. Süheyla KÖSE (*Ege*)
Doç.Dr. Gülşen KÖSE (*SSK Ankara Çocuk Hst.*)
Doç.Dr. Füsün KÖSEOĞLU (*Ankara FTR Eğ. ve Ar. Hst.*)
Yrd.Doç.Dr. Desatan KULAÇOĞLU (*Atatürk*)
Uz.Dr. Gülcan KURAL (*Ankara Numune Hst.*)
Doç.Dr. Kadriye Banu KURAN (*Şişli Etfal Hst.*)
Prof.Dr. Mehmet Hamdi KURTOĞLU (*İstanbul*)
Doç.Dr. Ali KURTSOY (*Erciyes*)
Doç.Dr. Zafer KURUGÖL (*Ege*)
Yrd.Doç.Dr. Hakan KUTLAY (*Ankara*)
Prof.Dr. Mustafa KÜÇÜK (*Trakya*)
Doç.Dr. Tansu KÜÇÜK (*GATA*)
Prof.Dr. Cihat KÜÇÜKHÜSEYİN (*Cerrahpaşa*)
Prof.Dr. Aysel KÜKNER (*Fırat*)
Prof.Dr. A. Şahap KÜKNER (*Fırat*)

Prof.Dr. Nilgün KÜLTÜRSAY (*Ege*)
Prof.Dr. Necil KÜTÜKÇÜLER (*Ege*)
Doç.Dr. Akın LEVENT (*Atatürk*)
Doç.Dr. Mahmut METE (*Dicle*)
Yrd.Doç.Dr. Abtullah MİLCAN (*Mersin*)
Prof.Dr. Sevgi MİR (*Ege*)
Prof.Dr. Nesrin MOĞULKOÇ (*Ege*)
Prof.Dr. Senay MOLVALILAR (*İstanbul*)
Prof.Dr. Nermin MUTLUER (*Ankara*)
Prof.Dr. Suphi MÜDERRİS (*Cumhuriyet*)
Doç.Dr. Ahmet Yaser MÜSLÜMANOĞLU (*Haseki Hst.*)
Yrd.Doç.Dr. Aydın NADİR (*Cumhuriyet*)
Yrd.Doç.Dr. Meltem NALÇA ANDREİU (*Ankara*)
Yrd.Doç.Dr. Kemal NAS (*Dicle*)
Prof.Dr. Nasih NAZLI (*Hacettepe*)
Prof.Dr. Yusuf NERGİZ (*Dicle*)
Yrd.Doç.Dr. Tevfik NOYAN (*Yüzüncü Yıl*)
Prof.Dr. Aslan OĞUZ (*Erciyes*)
Prof.Dr. Bülent OKTAY (*Uludağ*)
Prof.Dr. Adnan OKUR (*Atatürk*)
Yrd.Doç.Dr. Hüseyin OKUTAN (*S.Demirel*)
Dr. Tülay OLGUN (*Şişli Etfal Hst.*)
Doç.Dr. Arzu Yağın ON (*Ege*)
Op.Dr. Süleyman ORAL (*Ankara Onkoloji Hst.*)
Doç.Dr. İsmail ORAN (*Ege*)
Dr. Turgut ORTAK (*Ankara Numune Hst.*)
Yrd.Doç.Dr. Mehmet A. OSMANAĞAOĞLU (*Karadeniz*)
Uz.Dr. Fikret OTLU (*SSK Ankara Eğitim Hst.*)
Prof.Dr. M. Ali OTO (*Hacettepe*)
Prof.Dr. Orhan OYAR (*S.Demirel*)
Doç.Dr. Ahmet ÖCAL (*S.Demirel*)
Doç.Dr. H. Kamil ÖGE (*Fatih*)
Prof.Dr. İker ÖKTEN (*Ankara*)
Prof.Dr. S.Ateş ÖNAL (*Fırat*)
Uz.Dr. Mehmet Ali ÖNAL (*İzmir Atatürk Eğ. Hst.*)
Yrd.Doç.Dr. Eray Esra ÖNAL (*Gazi*)
Prof.Dr. Ahmet ÖNCEL (*İstanbul*)
Prof.Dr. İ.Semih ÖNCEL (*İzmir Atatürk Eğ. Hst.*)
Prof.Dr. Pernur ÖNER (*İstanbul*)
Dr. Ali Ulvi ÖNGÖREN (*Ankara Hst.*)
Doç.Dr. Rahmi ÖRS (*Atatürk*)
Prof.Dr. Kenan ÖVÜNÇ (*Hacettepe*)
Yrd.Doç.Dr. Günür ÖZBAKİŞ DENGİZ (*Atatürk*)
Doç.Dr. Bema ÖZBEY DİLBAZ (*SSK Ankara Doğumevi*)
Op.Dr. Utku ÖZCAN (*Dr. Z.T. Burak Doğumevi*)
Prof.Dr. V.Nusret ÖZDEMİR (*Çukurova*)
Prof.Dr. Sebati ÖZDEMİR (*Cerrahpaşa*)
Prof.Dr. Şevki ÖZDEMİR (*Atatürk*)
Prof.Dr. Mehmet Emin ÖZDOĞAN (*Gazi*)
Prof.Dr. Sibel ÖZEKMEKÇİ (*Cerrahpaşa*)
Yrd.Doç.Dr. Şeyhmus Kerem ÖZEL (*Fırat*)
Doç.Dr. Necla ÖZER (*Hacettepe*)
Yrd.Doç.Dr. Ufuk Güney ÖZER ERGÜN (*Çukurova*)
Op.Dr. Cavit ÖZERİ (*Ankara Hst.*)
Prof.Dr. Ahmet ÖZET (*GATA*)
Prof.Dr. Mustafa Hikmet ÖZHAN (*Ege*)
Doç.Dr. Seyhan ÖZKAN (*SSK Ankara Göz Hst.*)
Doç.Dr. Mustafa ÖZKAN (*Dicle*)
Prof.Dr. Yalçın ÖZKAPTAN (*GATA*)
Prof.Dr. Cihan ÖZKINAY (*Ege*)
Prof.Dr. Ferda ÖZKINAY (*Ege*)
Doç.Dr. H.Zerir ÖZKÖSE (*Gazi*)
Prof.Dr. Hilmi ÖZKUTLU (*Hacettepe*)
Prof.Dr. Ferhan ÖZMEN (*Hacettepe*)
Prof.Dr. Murat ÖZSAN (*Ankara*)
Prof.Dr. Aytekin ÖZŞAHİN (*GATA*)

Doç.Dr. H.Yücel ÖZTAN (*İzmir Atatürk Eğ. Hst.*)
Yrd.Doç.Dr. Bekir ÖZTÜRK (*GATA*)
Prof.Dr. Yusuf ÖZTÜRK (*Erciyes*)
Doç.Dr. Haluk ÖZTÜRK (*GATA*)
Uz.Dr. M.Akif ÖZTÜRK (*Hacettepe*)
Doç.Dr. İrfan ÖZTÜRK (*Şişli Etfal Hst.*)
Yrd.Doç.Dr. Cihat ÖZTÜRK (*Ege*)
Prof.Dr. Alparslan ÖZYAZICI (*Hacettepe*)
Doç.Dr. Ruhi ÖZYÜREK (*Ege*)
Prof.Dr. Recai PABUCCU (*GATA*)
Prof.Dr. Yücel PAK (*GATA*)
Dr. Işın PAK (*Ankara Onkoloji Hst*)
Uz.Dr. Nurdan PAKER (*İst. 70.Yıl FTR Eğ. Hst.*)
Prof.Dr. Özer PALA (*Trakya*)
Prof.Dr. Zafer PAMUKÇU (*Trakya*)
Prof.Dr. Ayten PAMUKÇU UYAN (*Düzce*)
Prof.Dr. Aytül PARLAR (*Ege*)
Prof.Dr. Seçkin PEHLIVANOĞLU (*Cerrahpaşa*)
Doç.Dr. Hakkı PERK (*S.Demirel*)
Prof.Dr. K.Yalçın POLAT (*Atatürk*)
Doç.Dr. Özkan POLAT (*Atatürk*)
Yrd.Doç.Dr. Pınar POLAT (*Atatürk*)
Prof.Dr. Ömer POYRAZ (*Cumhuriyet*)
Doç.Dr. Murat Çetin RAĞBETLİ (*Yüzüncü Yıl*)
Doç.Dr. A.Kadir REİS (*Karadeniz*)
Doç.Dr. Oya SAĞIROĞLU (*Fırat*)
Uz.Dr. Gülay SAİN GÜVEN (*Hacettepe*)
Prof.Dr. Leon SAPORTA (*Maltepe*)
Prof.Dr. Ayşegül Jale SARAÇ (*Dicle*)
Yrd.Doç.Dr. Oktay SARI (*Meram*)
Doç.Dr. Ülkü SARITAŞ (*Ankara Numune Hst.*)
Yrd.Doç.Dr. Bülent SATAR (*GATA*)
Prof.Dr. Nedim SAVACI (*Meram*)
Prof.Dr. Haluk B. SAYMAN (*Cerrahpaşa*)
Doç.Dr. Selda SEÇKİN (*Ankara Numune Hst.*)
Prof.Dr. Ergin SENCER (*İstanbul*)
Prof.Dr. Arzu SEVEN (*Cerrahpaşa*)
Prof.Dr. Muzaffer SINDEL (*Akdeniz*)
Prof.Dr. Seher SOFUOĞLU (*Erciyes*)
Doç.Dr. Mehmet SOY (*Trakya*)
Doç.Dr. Ömer SOYSAL (*İnönü*)
Doç.Dr. Murat SÖKER (*Dicle*)
Prof.Dr. Kerim SÖNMEZOĞLU (*Cerrahpaşa*)
Prof.Dr. Yunus V. SÖZEN (*İstanbul*)
Prof.Dr. Tümay SÖZEN (*Hacettepe*)
Doç.Dr. Adnan SUAY (*Dicle*)
Prof.Dr. Nedim SULTAN (*Gazi*)

Doç.Dr. Selami SUMA (*Atatürk*)
Doç.Dr. Selma SÜER GÖKMEN (*Trakya*)
Yrd.Doç.Dr. Halis SÜLEYMAN (*Atatürk*)
Prof.Dr. Gülay ŞADAN (*Akdeniz*)
Doç.Dr. Tunç ŞAFAK (*Hacettepe*)
Yrd.Doç.Dr. Saim ŞAHİNÖZ (*Gaziantep*)
Prof.Dr. Uğur ŞAYLI (*Fatih*)
Doç.Dr. Ramazan ŞEKEROĞLU (*Yüzüncü Yıl*)
Yrd.Doç.Dr. Ece ŞEN GÜNER (*Yeditepe*)
Yrd.Doç.Dr. Aydın ŞENCAN (*Celal Bayar*)
Doç.Dr. Mehmet ŞENCAN (*Cumhuriyet*)
Doç.Dr. Kazım ŞENEL (*Atatürk*)
Doç.Dr. Burçin ŞENER (*Hacettepe*)
Prof.Dr. Mustafa ŞENGEZER (*GATA*)
Doç.Dr. Ömer ŞENSÖZ (*Ankara Numune Hst.*)
Doç.Dr. Taşkın ŞENTÜRK (*A.Menderes*)
Doç.Dr. Abdurrahman ŞENYİĞİT (*Dicle*)
Doç.Dr. İbrahim H. TAÇYILDIZ (*Dicle*)
Doç.Dr. Kemal TAHAOĞLU (*SSK Süreyyapaşa GKD Hst.*)
Prof.Dr. Remziye TANAAÇ (*Ege*)
Doç.Dr. Cüneyt Eftal TANER (*SSK Ege Doğumevi*)
Doç.Dr. Niyazi TAŞÇI (*Ondokuz Mayıs*)
Doç.Dr. Murat TAŞKIN (*Bakırköy Ruh ve Sin.Hst.*)
Doç.Dr. İrfan TAŞTEPE (*Atatürk Göğüs Hst.*)
Prof.Dr. Harun TATAR (*GATA*)
Doç.Dr. Hasan TEKĞÜL (*Ege*)
Prof.Dr. Bülent TEKİNSOY (*Maltepe*)
Prof.Dr. Eşref TEL *Osman(Gazi)*
Dr. Gültekin TİBET (*İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hst. Hst.*)
Doç.Dr. Emin TİRELİ (*İstanbul*)
Doç.Dr. Mustafa TİRELİ (*SSK Kartal Eğ. Hst.*)
Doç.Dr. Demet TOK (*Celal Bayar*)
Prof.Dr. Haluk TOKUÇOĞLU (*Gazi*)
Doç.Dr. Nazan TOMAÇ (*Zonguldak Karaelmas*)
Prof.Dr. Halil Zeki TONBUL (*Meram*)
Op.Dr. Halil TOPLAMOĞLU (*Bakırköy Ruh ve Sin Hst.*)
Yrd.Doç.Dr. Fuat TOSUN (*GATA*)
Yrd.Doç.Dr. Zeynep TOSUN (*Erciyes*)
Prof.Dr. Güllten TUNALI (*Ondokuzmayıs*)
Prof.Dr. E. İnci TUNCER (*Meram*)
Prof.Dr. Bahattin TUNÇ (*S.Demirel*)
Prof.Dr. Arslan TUNÇBİLEK (*Ankara*)
Doç.Dr. Cüneyt TURAN (*Erciyes*)
Yrd.Doç.Dr. Mustafa Tayfun TURAN (*Erciyes*)
Doç.Dr. Suat TURGUT (*Şişli Etfal Eğ. ve Araş.Hst.*)
Yrd.Doç.Dr. Ayşe Dicle TURHANOĞLU (*Dicle*)
Doç.Dr. Leyla TÜMER (*Gazi*)

Prof.Dr. Sarenur TÜTÜNCÜOĞLU (*Ege*)
Yrd.Doç.Dr. Ahmet TÜZÜN (*GATA*)
Doç.Dr. Mahir UĞUR (*Atatürk*)
Prof.Dr. Emel ULAKOĞLU ZENGİN (*Cerrahpaşa*)
Doç.Dr. Dilek URAL (*Kocaeli*)
Yrd.Doç.Dr. Celil USLU (*Atatürk*)
Yrd.Doç.Dr. Funda UYSAL TAN (*Kırıkkale*)
Prof.Dr. Adnan UZUNISMAIL (*Haydarpaşa Numune Hst.*)
Doç.Dr. Murat ÜNAL (*Mersin*)
Doç.Dr. Orhan ÜNAL (*Kartal Eğ. ve Arş. Has.*)
Prof.Dr. Selçuk ÜNALMIŞER (*Maltepe*)
Prof.Dr. Yaşar ÜNLÜ (*Erciyes*)
Prof.Dr. Metin ÜNSAL (*Hacettepe*)
Doç.Dr. Yağız ÜRESİN (*İstanbul*)
Yrd.Doç.Dr. Serhat VANÇELİK (*Atatürk*)
Doç.Dr. Fadıl VARDAR (*Ege*)
Doç.Dr. Hüseyin VURAL (*Harran*)
Prof.Dr. Raşit Vural YAĞCI (*Ege*)
Prof.Dr. Cengiz Bora YAĞIZ (*Cerrahpaşa*)
Doç.Dr. Yusuf YAĞMUR (*Dicle*)
Prof.Dr. Birkan YAKAN (*Erciyes*)
Prof.Dr. Cevat YAKUT (*Koşuyolu Kalp Eğ. Hst.*)
Prof.Dr. Önay YALÇIN (*İstanbul*)
Doç.Dr. Orhan YALÇIN (*Fırat*)
Yrd.Doç.Dr. Filiz F. YANIK *Ondokuz Mayıs*)
Yrd.Doç.Dr. Nur YAPAR (*D.Eylül*)
Doç.Dr. Melda YARDIMOĞLU (*Kocaeli*)
Doç.Dr. İsmet YAVAŞÇAOĞLU (*Uludağ*)
Prof.Dr. Murat YAYLA (*Dicle*)
Doç.Dr. Dilek YEŞİLBURSA (*Uludağ*)
Doç.Dr. Sertaç YETİŞER (*GATA*)
Prof.Dr. Atilla YILDIRIM (*Osmangazi*)
Doç.Dr. M.Emin YILDIRIM (*Ankara Onkoloji Hst.*)
Yrd.Doç.Dr. Kadir YILDIRIM (*Atatürk*)
Prof.Dr. Nail YILMAZ (*Cerrahpaşa*)
Prof.Dr. Mustafa YILMAZ (*Fırat*)
Prof.Dr. Hüseyin YILMAZ (*Ege*)
Prof.Dr. Zeki YILMAZ (*Erciyes*)
Doç.Dr. Taner YILMAZ (*Hacettepe*)
Yrd.Doç.Dr. H.Gülşen YILMAZ (*Dicle*)
Doç.Dr. Serdar YOL (*Meram*)
Prof.Dr. Ayşe YÜCE (*D.Eylül*)
Yrd.Doç.Dr. Canan YÜCESAN (*Ankara*)
Doç.Dr. Betigül YÜRÜTEN (*Meram*)
Prof.Dr. Adil ZAMANI (*Meram*)
Dr. Ayşegül ZENCİROĞLU (*Dr.Sami Ulus Çocuk Hst.*)
Dr. Orhan ZİLELİOĞLU (*SSK Ankara Göz Hst.*)

-İsimler Soyadı sırasına göre alfabetik olarak sıralanmıştır.

Türkiye Klinikleri

MEDİTEST Dergisi

www.turkiye-klinikleri.com

TÜRKİYE KLİNİKLERİ MEDİTEST DERGİSİ

Sahibi

Prof.Dr.Hikmet AKGÜL

e-posta: hakgul@turkiye-klinikleri.com

(Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cerrahi Onkoloji BD Başkanı)

Türkiye Klinikleri Tıp Dergileri

Editörler Kurulu

Prof.Dr.Hikmet AKGÜL, Prof.Dr.Tansu ARASIL,
Prof.Dr.Esin AŞAN, Prof.Dr.Leyla ATMACA,
Prof.Dr.Seher BOSTANCI, Prof.Dr.F. Işık BÖKESÖY,
Prof.Dr.Selçuk BÖLÜKBAŞI, Prof.Dr.Nebil BÜYÜKPAMUKÇU,
Prof.Dr.Şali ÇAĞLAR, Prof.Dr.Abdülkadir ÇEVİK,
Prof.Dr.Ayşegül DEMİRHAN ERDEMİR,
Prof.Dr.Pakize DOĞAN, Prof.Dr.Semra V. DÜNDAR,
Prof.Dr.Alaittin ELHAN, Prof.Dr.Yücel ERK,
Prof.Dr.Orhan GÖĞÜŞ, Prof.Dr.Süleyman GÖRPELİOĞLU,
Prof.Dr.Ayfer GÜNALP, Prof.Dr.Nazan GÜNEL,
Prof.Dr.Haldun GÜNER, Prof.Dr.Mehmet Ali GÜRER,
Prof.Dr.Orhan GÜVEN, Prof.Dr.Enver HASANOĞLU,
Prof.Dr.Erkan İBİŞ, Prof.Dr.Gülşay KINIKLI,
Prof.Dr.Sermet KOÇ, Prof.Dr.Bahattin KORUCU,
Prof.Dr.Zeynep MISIRLIĞIL, Prof.Dr.Nermin MUTLUER,
Prof.Dr.Numan NUMANOĞLU, Prof.Dr.B. Münici ORAN,
Prof.Dr.İlker ÖKTEN, Prof.Dr.Necati ÖRMECİ,
Prof.Dr.Yalçın ÖZKAPTAN, Prof.Dr.Yücel PAK,
Prof.Dr.İrfan SABAH, Prof.Dr.Erdener TİMURKAYNAK,
Prof.Dr.Cankat TULUNAY, Prof.Dr.Arslan TUNÇBİLEK,
Prof.Dr.Ersöz TÜCCAR, Prof.Dr.Nurten TÜRKÖZKAN,
Prof.Dr.Filiz TÜZÜNER, Prof.Dr.Nimet ÜNAY GÜNDOĞAN
(İsimler Alfabetik Sıralanmıştır.)

Ortadoğu Reklam Tanıtım ve Yayıncılık A.Ş.

Genel Müdür

Dr.Mehmet AKGÜL

e-posta: makgul@turkiye-klinikleri.com

Genel Yayın Koordinatörü

Uz.Dr.Sinan KORUKLUOĞLU

e-posta: skoruklu@turkiye-klinikleri.com

Yayınlar Teknik Koordinatörü

Recep ÇELEN

Reklam Koordinatörü

Dr.Deniz AKAGÜNDÜZ

e-posta: daakgul@turkiye-klinikleri.com

Abone ve Halkla İlişkiler Sekreterliği

Habibe ATAY, Gamze BEYAZ

e-posta: abone@turkiye-klinikleri.com

Ankara Kitabevi

Kazım ERCAN, Hakkı KAHVECİ

Yönetim Merkezi: Talatpaşa Bulvarı No:102/1

06230 Hamamönü/ANKARA

Tel : (0312) 309 36 66 pbx.

Faks : (0312) 312 67 41

e-mail: info@turkiye-klinikleri.com

Web : www.turkiye-klinikleri.com

Kitabevi: Tuna Cad. 11/10 Kızılay/ANKARA

Tel : (0312) 435 43 50

Yayın Periyodu: TÜRKİYE KLİNİKLERİ MEDİTEST DERGİSİ Ocak-Eylül ayları arası 6 sayı (45 günde bir) yayınlanır.

Abone Fiyatı: Bir yıllık abone fiyatı (2003 İçin) KDV dahil 36.000.000 TL'dir.

Abone olmak isteyenlerin; Ortadoğu Reklam Tanıtım ve Yayıncılık A.Ş.'nin İş Bankası Ankara Dikimevi Şubesi 801000 (havale ücreti alınmaz) numaralı banka hesabına ya da 149599 numaralı Posta Çeki hesabına gerekli ücreti yatırıp, dekontu (ücretin MEDİTEST Dergisi aboneliği için ödendiğini belirten) kısa bir mektupla birlikte Talatpaşa Bulvarı No:102/1 06230 Hamamönü/Ankara adresine göndermeleri yeterlidir.

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

TÜRKİYE KLİNİKLERİ MEDİTEST DERGİSİ'nde yayınlanan yazılar, resim, şekil, soru ve tablolar yayıncının yazılı izni olmadan kısmen veya tamamen herhangi bir vasıta ile basılamaz, çoğaltılamaz. Kaynak göstermek kaydıyla dahi alıntı yapılamaz.

ISSN: 1300-0276

Baskı: Türkiye Klinikleri, ANKARA

Türkiye Klinikleri

MEDİTEST Dergisi

Cilt 12

Sayı 3

Mart-Nisan 2003

Tıp eğitimi, tıp fakültelerinde bitmez; ancak başlar.

W.H. Welch

İÇİNDEKİLER

117

Pediyatri

137

**21. Ulusal Tıp Bilimleri Yarışması
Temel Tıp Bilimleri Soruları**

145

**21. Ulusal Tıp Bilimleri Yarışması
Klinik Tıp Bilimleri Soruları**

154

**21. Ulusal Tıp Bilimleri Yarışması
Temel Tıp Bilimleri Cevapları**

164

**21. Ulusal Tıp Bilimleri Yarışması
Klinik Tıp Bilimleri Cevapları**

ISSN: 1300-0276

C i l t : 1 2 • S a y ı : 3 • M a r t - N i s a n 2 0 0 3

Cilt : 12 • Sayı : 3 • Mart-Nisan 2003 • Sayfa: 117-174

PEDİATRİ

1. Aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- İnek sütünün K vitamini anne sütünün üçte biridir.
- Anne sütünün K vitamini inek sütünün üçte biridir.
- Anne sütündeki ve inek sütündeki K vitamini miktarı hemen hemen aynıdır ve K vitamini yapılan yenidoğanlara yeterlidir.
- Anne sütündeki ve inek sütünde K vitamini yoktur.
- Ne anne sütündeki ne de inek sütündeki K vitamini miktarı, K vitamini yapılan yenidoğanlar için bile yeterli değildir.

AÇIKLAMA: Her ne kadar anne sütünün K vitamini miktarı inek sütünün üçte biri ise de doğumdan sonra profilaktik parenteral K vitamini yapılması ve sütün tipi nedeniyle, normal bebeklerde K vitamini eksikliği nadirdir. Doğumda profilaktik K vitamini yapılmayan, sadece anne sütü alanlarda, intrakraniyal kanamaların olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Anne sütündeki K vitamini inek sütünden daha iyi absorbe edilir. Enterik bakterilerde vitamin K için önemli bir kaynak oluşturur. C seçeneğinin yarısı doğrudur.

Cevap B (*Rudolph's Pediatrics, s.880-943*)

2. Bir çocukta folik asit yetmezliği en sıklıkla, aşağıdakilerden hangisiyle oluşur?

- İnce bağırsakların malabsorbsiyon bozukluklarında
- İleumun hemanjiyomlarında
- Rektal polipte
- Mide rezeksiyonlarında
- Gastroözofageal reflüde

AÇIKLAMA: Folik asit temel olarak ince bağırsaklardan emilir. Eksikliği genel olarak kronik diyare ve ince bağırsağın absorpsiyon bozukluğunda yaygın olarak görülür. **Periferik kanda nötrofil nükleuslarındaki segmentasyon ilk anormal bulgu olup, erken tanıda yardımcıdır.** Diğer seçeneklerdeki durumlarda folik asit eksikliği görülmez.

Cevap A (*Rudolph's Pediatrics, 1999, s.1104*)

3. İki yaşında ortalama kan basıncı nedir?

- 50/30
- 60/30
- 75/50
- 95/60

e) 120/80

AÇIKLAMA: İki yaşında ortalama kan basıncı ~ 95/60'dır. Genellikle 2-6 yaş arasında kan basıncı hemen hemen değişmez. Altı yaştan sonra tedricen yükselir ve 16 yaşında ortalama 120/75 olduğunda yenidoğan döneminde de ölçülmelidir. Rutin kan basıncı ölçüm rutin olarak 2-3 yaşta önerilmektedir. Ancak, klinik endikasyon olduğunda daha küçük çocuklar ve yenidoğanlarda da ölçülmelidir.

Cevap D (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.252*)

4. Aşağıdakilerden hangisi kolostrumun özelliklerinden değildir?

- Kolostrum protein içeriği matür süte göre daha fazladır.
- Kolostrumun kalorisi matür anne sütüne göre daha yüksektir.
- Kolostrum, postpartum 2 ila 4 gün arasında salgılanır.
- Kolostrumun yoğunluğu anne sütüne göre fazladır.
- Kolostrum alkali özelliklidir.

AÇIKLAMA: Gebeliğin son dönemi ve gebelikten 2 ila 4 gün sonra salgılanan süte kolostrum denir. Sarı, yeşil renkte alkali özelliklidir. Yoğunluğu 1040-1060 arasında değişir. Anne sütünün ortalama yoğunluğu ~1030'dur. Günlük olarak 10-40 ml kadar salgılanır matür anne sütüne göre daha fazla protein ve mineral içerirken karbonhidrat ve yağ içeriği düşüktür. Bu nedenle kalorisi anne sütüne göre daha azdır.

Cevap B (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.155*)

5. Aşağıdakilerden hangisi, inek sütü ile anne sütü arasındaki farklardan değildir?

- İnek sütünde, anne sütüne göre daha fazla protein bulunur.
- İnek sütünde, anne sütüne göre daha fazla karbonhidrat bulunur.
- İnek sütünde, anne sütüne göre daha fazla bakır ve demir vardır.
- İnek sütünde, anne sütüne göre daha az D ve C vitamini vardır.
- İnek sütünde, anne sütüne göre daha az poliansatüre yağ vardır.

AÇIKLAMA: Anne sütü ve inek sütünde, su ve solit içeriği yaklaşık olarak aynıdır. Her ikisinin de kalorisi yaklaşık olarak 0.67 kcal/ml'dir. **Anne sütünde yaklaşık olarak %1 ila %1.5 (Whey) protein bulunurken, inek sütünde bu oran %3.3'dür (kazein).** Anne sütündeki yağ miktarı annenin diyetiyle değişir. Anne sütü ve inek sütünün yağ içeriği açısından kalitatif farklar vardır. İnek sütünde anne sütüne oranla daha az poliansatüre yağlar vardır. Anne sütünde %6.5 ila 7, inek sütünde %4.5 laktöz bulunur. İnek sütünün bakır ve demir içeriği anne sütüne göre fazladır. Ancak anne sütündeki demirin emilimi daha iyidir. Anne sütünde D ve C vitamini daha fazladır.

Cevap B (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.155*)

6. Diabetik anne bebeğinde hangi kardiyak problem sıklıkla görülür?

- Büyük arter transpozisyonu
- Hipoplastik sol kalp sendromu
- Endokardiyal yastık defekti
- Septal hipertrofi
- Patent duktus arteriyozus

AÇIKLAMA: Diabetik anne bebekleri büyük ve iridir. Doğum travmasına maruz kalır ve erken doğabilir. Hipoglisemi, hipokalsemi, hiperbilirubinemi ve konvülsiyon gelişebilir. RDS meydana gelme riski fazladır.

Diabetik anne bebeklerinde en önemli perinatal kayıp nedeni, konjenital anomalilerdir. Normal gebeliklerden 6-9 kat daha sık görülür. **En sık kaudal regresyon anomalileri, kardiyak, renal ve merkezi sinir sistemi anomalileri görülür. Kardiyak anomalilerden sıklıkla septal hipertrofi görülür.**

Cevap D (*Behrman, Nelson Essentials of Pediatrics (Türkçesi), 2.baskı, 1996, s.162*)

7. Doğum sonrası birinci dakikada santral siyanozu, düzensiz solunum ve belirgin hipotonisi olan, kalp tepe atımı dakikada 90 saptanan bebeğe kataterle yapılan uyarıya hafif yüz buruşturma yanıtı alınıyor. Bu bebeğin Apgar skoru kaçtır?

- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

AÇIKLAMA: Apgar skorunda her parametre 0, 1 veya 2 puan alır. **Görünümü** pembe olması 2, ekstremitelerin mor olması 1 puan, tamamen mor olması 0 puandır. **Solunumun** iyi olması 2, hiç olmaması 0 puandır. Belirgin **hipotonisi** olan sıfır, ekstremitelerde hafif fleksiyon bir puan alır. **Kalp tepe**

atımı dakikada 100'ün üzerinde ise iki puan, yoksa sıfır, dakikada 100'ün altında ise bir puan alır. Katetere **refleks** hiç cevap yoksa sıfır, öksürme, hapşırma şeklinde belirgin reaksiyon varsa iki puan verilir.

Cevap A (*Behrman, Nelson Essentials of Pediatrics (Türkçesi), 2.baskı, 1996, s.169*)

8. Aşağıdaki doğumsal anomalilerden hangisine polihidramniyoz eşlik etmez?

- Gastroşizis
- Anensefali
- Trakeoözefajial fistül
- Renal agenezi
- Duodenal atrezi

AÇIKLAMA: Renal agenezi oligohidramniyoza eşlik eder.

Cevap D (*Behrman, Nelson Essentials of Pediatrics (Türkçesi), 2.baskı, 1996, s.172*)

9. Yenidoğan bebeklerde hangisi hemolitik sarılığa yol açar?

- Anne sütü sarılığı
- Crigler-Najjar sendromu
- Piruvat kinaz eksikliği
- Hipotiroidi
- Pilor stenozu

AÇIKLAMA: Piruvat kinaz ve glukoz-6-fosfat dehidrogenaz enzimlerinde eksiklik hemoliz yolu ile indirekt hiperbilirubinemiye yol açar.

Cevap C (*Behrman, Nelson Essentials of Pediatrics (Türkçesi), 2.baskı, 1996, s.193*)

10.Aşağıdakilerden hangisi yenidoğan fizik muayenesinde patolojik bir bulgudur?

- Lökokori
- Mongol lekesi
- Kraniyotabes
- Meme hipertrofisi
- Lanugo

AÇIKLAMA: Pupillanın beyaz refle vermesi "**Lökokori**" olarak adlandırılır. Ayırıcı tanıda katarakt, tümör, koriyoretinit, prematüre retinopatisi gibi nedenler akla gelmelidir. Acil oftalmoloji konsültasyonu gerektirir. **Lanugo** prematüre bebeklerin sıklıkla yüzünde ve kafa derisinde görülen ince, yumuşak ve immatür saçlara verilen addır. Zaman içerisinde kaybolur.

Cevap A (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.456*)

11. Aşağıdakilerden hangisi bebek için risk faktörü değildir?

- Poli-oligohidramniyoz
- Konjenital malformasyon
- Gestasyonel yaşın 43 hafta olması
- Birinci dakika Apgar skorunun 7 olması
- Pletorik görünüm

AÇIKLAMA: Birinci dakikada Apgar skorunun 7 veya üstünde bulunması normal olarak kabul edilir.

Cevap D (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.474*)

12. Kırk haftalık, 3900 gr ağırlığında vajinal yol ile doğan bebeğin doğumdan hemen önce amniyon sıvısının koyu mekonyum ile boyalı olduğu farkedilmiştir. Başı doğar doğmaz ağız içi aspire edilen bebeğin ilk değerlendirmesinde, canlı, aktif olduğu, ağladığı, kalp tepe atımının 120/dk olduğu, peroral hafif siyanozunun olduğu gözlenmiştir. Bu durumda bebeğe yapılacaklarla ilgili aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- Koyu mekonyum ile boyalı amniyon sıvısı olduğu için bebek entübe edilip, derin trakeal aspirasyon yapılmalıdır.
- Derin trakeal aspirasyon ile birlikte, pnömoniyi önlemek için geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi başlanmalıdır.
- Bebek aktif, canlı olup ağladığı için derin trakeal aspirasyona gerek yoktur. Peroral siyanozu için sadece oksijen verip gözlenmesi yeterlidir.
- Peroral siyanozu olduğu için pozitif basınçlı ventilasyon ve oksijen uygulanmalıdır.
- İnflamatuvar reaksiyonu önlemek için hidrokortizon verilmelidir.

AÇIKLAMA: Koyu mekonyum ile boyalı amniyon mayisi varlığında, bebeğin başı doğar doğmaz ve toraks kısmı doğurtulmadan kalın bir sonda ile ağız içi, farinks ve burun, doğumu yaptıran kişi tarafından iyice aspire edilmelidir. Daha sonra bebek ağlamasını stimüle etmemek için kurulanmadan ağız içi iyice aspire edilmelidir. Bundan sonra bebek hipoaktif ve spontan solumuyorsa, entübe edilip derin trakeal aspirasyon uygulanır. Ancak aktif, canlı, ağlayan ve başı doğar doğmaz orofarinks aspire edilen bebeklerin entübe edilip derin trakeal aspirasyonuna gerek yoktur. Bu çocukların gözlenip solunum sıkıntısı gelişirse akciğer filmi ile değerlendirilmesi, eğer mekonyum aspirasyonunun bulguları varsa oksijen ve geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi başlanması gerekir. **Spontan solunumu olmayan ve hipoksemisi gelişen bebekler dışında mekonyum**

aspirasyonunda pozitif basınçlı ventilasyon kontrendikedir. Mekonyum aspirasyonu sendromunda hidrokortizon tedavisinin herhangi bir faydası yoktur.

Cevap C (*Fanaroff, Neonatal-Perinatal Medicine Diseases of the Fetus and Infant, 7.baskı, 2002, s.1026-1027*)

13. Aşağıdakilerden hangisi prematürite nedeni değildir?

- Fetal distres
- Primipar gebelik
- Plasenta previa
- Preeklampsi
- Annede idrar yolu enfeksiyonu olması

AÇIKLAMA: Prematüre doğum sebebi olan faktörler şunlardır:

1. Anneye ait sebepler:

- Prematüre bebek doğum hikayesi
- Malnütrisyon
- Uterus anomalileri
- Anne yaşının 16'nın altında veya 35 üzerinde olması
- Doğumlar arası sürenin kısa olması
- Anenin kalp hastalığı, DM veya diğer kronik hastalıkları
- Enfeksiyon
- Travma
- Hipertansiyon

2. Fetal faktörler:

- Konjenital malformasyonlar
- Çoğul gebelikler
- Erken membran rüptürü
- Fetal distress

3. Plasentaya ait faktörler:

- Plasenta previa
- Abruptio plasenta
- Polihidramniyoz
- Amniyonitis

4. Diğer:

- Düşük sosyoekonomik seviye
- Alkol ve sigara alışkanlığı.

Cevap B (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.477, Ersoy, Pediatri Ders Notları, Türkiye Klinikleri, s.84*)

14. Aşağıdakilerden hangisi prematürenin fiziksel immatürite bulgularından değildir?

- Ayak tabanı çizgilerinin olmaması
- Meme başının görünmemesi

- c) Belirgin klitoris
- d) Vajinal akıntı
- e) Derinin jelatinöz ve kırmızı olması

AÇIKLAMA: Prematürenin özellikleri; Prematürede fizyolojik bir **hipotoni** mevcuttur. Başın gövdeye oranı, normal yenidoğana kıyasla daha büyüktür. Fontanel geniş, göğüs duvarı yumuşak ve karın gergin görünümündedir.

Cilt ince jelatinöz görünümde, beyaz verniks kazeoza ile örtülü, deri altı yağ dokusu azdır. Ödem prematüreliliğin refakat belirtisidir.

Genital organlar az gelişmiş olup erkek çocuklarda testisler skrotuma inmemiştir. Kızlarda labium majörler minörleri örtmez.

Kulak kıkırdağının yapısı yumuşak, kıvrım sayısı azdır.

Meme başındaki sertlik ve pigmentasyonun normalde 0.75-1 cm olması gerekirken genellikle pigmentasyon yoktur. meme başı palpe edilemez veya çapı 0.5 cm'den küçüktür.

Ayak tabanındaki enine çizgi ve bunlar arasındaki çukurluklar gelişmemiştir.

Anneden transplasental olarak geçen hormonlara bağlı olarak sadece preterm değil termde doğan kız bebeklerde nonpürülan vaginal akıntı görülebilir. Tedavi gerektiremez.

Cevap D (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.457-478, Ersoy, Pediatri Ders Notları, Türkiye Klinikleri, s.84*)

15.Aşağıdaki hastalıklardan mikrodelesyonla oluşmayan hangisidir?

- a) Williams
- b) Prader Willi
- c) Duchenne müsküler distrofisi
- d) DiGeorge
- e) Alagille

AÇIKLAMA: Williams, Prader Willi-DiGeorge-Alagille sendromları mikrodelesyonla (Contiguous gen deletions), Duchenne müsküler distrofi ise tek gen mutasyonundan oluşmaktadır.

Cevap C (*Nelson, Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2002, s.325-33*)

16.Fizik muayenede büyük sarı tonsiller, splenomegali, lenfadenopati, hepatomegali, periferik nöropati saptanan bir hastada aşağıdaki kalıtsal metabolik hastalıklardan hangisini düşünürsünüz?

- a) Tay-Sachs hastalığı
- b) Gaucher hastalığı
- c) Tangier hastalığı
- d) Fabry hastalığı

e) Nieman-Pick hastalığı

AÇIKLAMA: Tangier hastalığı düşük HDL kolesterol düzeyi ile karakterize bir kalıtsal hastalıktır. HDL kolesterol düzeyleri çok düşüktür ve yapısal olarak anormaldir. **Karakteristik klinik bulguları:** büyük turuncu renkli tonsiller (beta karotenden zengin kolesterol esterlerinin birikimine bağlı), splenomegali, hepatomegali, periferik nöropati, lenfadenopati, korneal infiltrasyon, **ateroskleroz** sıklığında artıştır. Lipid elektroforezinde α bandı yoktur, geniş pre β ve β bandı vardır.

Cevap C (*Fernandes, Inborn Metabolic Disorders, 3.baskı, 2000, s.331*)

17.Herediter fruktoz intoleransı ile ilgili yanlış işaretleyiniz.

- a) Diyete fruktoz eklendiğinde semptomlar ortaya çıkar.
- b) Hastalık tedavi edilmezse gelişme geriliği, hepatomegali, sarılık, kanama eğilimi, proksimal renal tübüler disfonksiyon gelişebilir.
- c) Dişlerinde çürük olmaması hastaların özelliklerinden biridir.
- d) Eksikliği saptanan enzim hepatik aldolazdır.
- e) Tedavide anne sütünün kesilmesi gereklidir.

AÇIKLAMA: Herediter fruktoz intoleransı, fruktaldolaz (Aldolaz B) eksikliğine bağlı otozomal resesif geçiş gösteren bir hastalıktır. Fruktoz-1-fosfatın dokularda birikimi, karaciğerde ve böbrekte toksik etkiye sebep olur. Klinikte fruktoz içeren besinlerin alınmasını takiben **akut hipoglisemi** ortaya çıkar. **Özellikle ek gıdaların başlandığı 4-5. aydan itibaren semptomlar ortaya çıkar.** Tedavide fruktoz içeren besin maddelerinin diyetten çıkarılması gereklidir. Anne sütündeki başlıca karbonhidrat laktöz olduğu için anne sütünün kesilmesine gerek yoktur.

Cevap E (*Fernandes, Inborn Metabolic Disorders, 3.baskı, 2000, s.112*)

18.LDL reseptör defekti hangi dislipidemiye neden olur?

- a) Ailevi hipertrigliseridemi
- b) Ailevi hiperkolesterolemi
- c) Ailevi hipoalfalipoproteinemi
- d) Sitosterolemi
- e) Abetalipoproteinemi

AÇIKLAMA: Ailevi hiperkolesterolemi otozomal dominant geçişli heterozigot durumda plazma total ve LDL kolesterol düzeylerinde 2-3 kat artışla karakterize bir hastalıktır. **Sıklıkla prematüre koroner arter hastalığı ile birlikte**dir. Heterozigotlarda erişkin yaşlarda aşil tendonunda ve ellerde ekstansör

tendonlarda **ksantomlar** gelişir. Homozigotlarda ise genellikle ikinci dekatta koroner arter hastalığı gelişir. Hemen hemen tüm homozigotlarda 5 yaşına kadar ksantomlar gelişmiş olur. Hastalığı esas metabolik bozukluk LDL reseptör defektine bağlı olarak LDL'in bağlanamamasıdır.

Cevap B (*Fernandes, Inborn Metabolic Disorders, 3.baskı, 2000, s.327*)

19.Mental gerilik, mikrosefali, seboreik cilt lezyonları, konvülsiyon geçirme, açık saç rengi ve mavi göz aşağıdaki metabolik bozuklukların hangisinde görülür?

- Kistik fibrozis
- Hurler sendromu
- Mukolipidoz
- Fenilketonüri
- Albinizm

AÇIKLAMA: Fenilketonüride klinik bulgular;

- Mental motor retardasyon, mikrosefali, gelişme geriliği
- Konvülsiyon, hiperaktivite
- Pilor stenozunu taklit eden kusmalar
- Açık cilt, göz ve saç rengi, seboreik cilt lezyonları
- İdrarda fare pisliği ve küf kokusu

Cevap D (*Nelson Textbook of Pediatrics 16th ed, 2000, 344*)

20.Göz dibi muayenesinde 'japon bayrağı' görünümü tespit edilen hastada aşağıdaki hastalıklardan hangisi muhtemel tanı değildir?

- Adrenolökodistrofi
- Metakromatik lökodistrofi
- Nieman- Pick hastalığı
- Sialidosis
- Tay-Sachs hastalığı

AÇIKLAMA: Adrenolökodistrofi dışındakilerin tamamında japon bayrağı görünümü olur.

Cevap A (*Nelson Textbook of Pediatrics, 16. baskı, 2000, s.1928*)

21.Hangisi otozomal dominant kalıtılan bir hastalıktır?

- Metakromatik lökodistrofi
- Tuberoz skleroz
- Fenilketonüri
- Wilson hastalığı
- Friedreich ataksisi

AÇIKLAMA: Otozomal dominant hastalıklar:

- Peutz-Jeghers hastalığı
- Huntington hastalığı

- Erişkin polikistik böbrek hastalığı
- Nörofibromatozis
- Bilateral akustik nörinom
- Protein C eksikli
- Hereditör anjiyoödem
- Hereditör hemorajik telenjektazi
- Miyotonik distrofi
- Familliyal retinoblastom
- von Willebrand hastalığı
- Tuberoskleroz
- Gilbert hastalığı
- Hereditör sferositoz
- Marfan sendromu
- Akondroplazi
- Alfa-1 antitripsin eksikliği
- Hiperlipidemi

Otozomal resesif hastalıklar;

- Doğumsal adrenal hiperplazi
- Orak hücreli anemi
- Kistik fibrozis
- Gaucher hastalığı
- Tay-Sachs hastalığı
- Galaktozemi
- İnfanal polikistik böbrek yetersizliği
- Wilson hastalığı
- Fanconi anemisi

Cinse bağlı resesif hastalıklar;

- Lesch-Nyhan sendromu
- Ornitin transkarbomilaz eksikliği
- Duchenne muskuler distrofisi
- Hemofili A+B
- Frajil X sendromu
- Bruton agammaglobulinemisi
- Kronik granüloamatöz hastalık
- Glukoz & fosfat dehidrogenaz eksikliği
- Renk körlüğü

Cevap B (*Aicardi, Diseases of the Nervous System in Childhood, 2.baskı, 1998, s.137-40; Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.1837*)

22.Primer immün yetmezlik hastalıkları için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- IgG1 ve IgG3 polisakkarit yapısındaki antijenlere karşı, IgG2 ve IgG4 protein yapısındaki antijenlere karşı antikor oluşturur.
- Ağır kombine immün yetmezlik tedavisinde kemik iliği nakli yapılır.
- İzole IgA eksikliği en sık görülen immün yetmezlik hastalığıdır.

- d) İzole IgA eksikliğinde intravenöz immüno-globulin (IVIG) tedavisi verilmez.
e) Duncan sendromunda EBV enfeksiyonlarına duyarlılık vardır.

AÇIKLAMA: IgG subgruplarından IgG1 ve IgG3 protein yapısındaki, IgG2 ve IgG4 ise polisakkarit yapıdaki antijenlere karşı antikor görevi yapar.

Cevap A (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 2000*)

23. Penisilin allerjisi için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Major antijenik determinant penisilin metabolitlerinin çoğunluğunu oluşturur.
b) Penisiline bağlı anafilaktik reaksiyonların çoğundan minör antijenik determinant sorumludur.
c) Atopik bünyesi olanlarda penisilin duyarlılığı daha sık gelişir.
d) Atopik bünyesi olanlarda anafilaktik reaksiyon olduğunda ölüm riski daha yüksektir.
e) Penisilin parenteral kullanımında daha ağır reaksiyonlar gelişir.

AÇIKLAMA: Atopik bünyesi olanlarda penisilin duyarlılığı daha sık değil ancak anafilaktik reaksiyon olduğunda ölüm riski daha yüksektir.

Cevap C (*Astma ve Allerjik Hastalıklar, Katkı Pediatri Dergisi 18, 1997*)

24. Atopik dermatit için hangisi yanlıştır?

- a) Kalıtsal özellik gösterir.
b) Kaşıntı major bir semptomdur.
c) Yerleşim olarak küçük bebeklerde yüz ve ekstremitelerde ekzansör yüzlerini tutar.
d) Sıcak tutan giysiler ve terlemeden kaçınılmalıdır.
e) Tedavide sık yıkayarak cildin kuru tutulması önerilir.

AÇIKLAMA: İnfant ve çocuklardaki en sık deri hastalığıdır. Kaşıntı eşiğinin düşük olduğu hastalıkta şiddetli kaşıntı dikkati çeker. Deride likenifikasyon ve egzema gelişir. İnfantil tipte lezyonlar tüm vücutta yayılır. Çocukluk tipinde ise genellikle ön kol fleksor yüzünde, popliteal bölgede, erişkin tipinde de boyun ve popliteal bölgede yerleşiktir. **Bu hastalarda deri çok kurudur.** Enfekte olmaya oldukça eğilimlidir.

Atopik dermatitin en sık rastlanan komplikasyonu S.aureus ve beta hemolitik streptokoklarla bakteriyel enfeksiyondur. Daha ciddi bir komplikasyon da egzema herpetikum (Kaposi varisellaform erüpsiyon) olup HSV tip I tarafından oluşturulur. Molluscum contagiosum virüsü

enfeksiyonlarına daha yatkındır. Viral enfeksiyonlara da eğilim artmış olabilir.

Vazelin gibi yağlandırıcılar, banyo sonrasında kullanılabilir. Zira stratum korneum geçen su, banyo sonrasında hızla buharlaşarak kurutucu etki yapar.

Cevap E (*Astma ve Allerjik Hastalıklar, Katkı Pediatri Dergisi 18 (6), 1997*)

25.c-ANCA titrelerinin yüksek bulunması aşağıdakilerden hangisini düşündürür?

- a) Sistemik lupus eritematozis
b) Henoch schönlein purpurası
c) Wegener granülomatozis
d) Jüvenil romatoid artrit
e) Ailesel akdeniz ateşi

AÇIKLAMA: Wegener granülomatozisi, nadir görülen çocukluk vaskülitidir. Nekrotizan orta hat üst solunum yolu granülomaları, renal vaskülit, kaviter veya nodüler infiltratlar tarzındaki akciğer lezyonları hem çocukluk, hem de erişkinlikte karakterizedir. Genellikle üst solunum yolu enfeksiyonunu taklit eden bulgularla başlar. **Paranasal sinüs inflamasyonu erken belirtidir.** Nadiren nazal septum perforasyonuna yol açabilir. Sekonder enfeksiyonlar piyogenik sinüzit yapabilir. Renal tutulum geç devrede olabilir. Hematüri, proteinüri, renal yetmezlik, hipertansiyon sebebi olabilir. Akciğer tutulumu ile, HSP'dan ayrılır. **En önemli komplikasyon ve ölüm nedeni nekrozla karakterize glomerulo-nefrittir.**

Laboratuarda en değerli bulgu antinötrofil stoplazmik antikor (ANCA) pozitifliğidir. Eozinofili ve sedimentasyon yüksekliği olabilir. Komplemanlar normal veya yüksektir.

Tedavi siklofosamid ve kortikosteroid kullanılarak yapılır. Cevap pek çok hastada iyidir.

Cevap C (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.732*)

26. Aşağıdakilerden hangisi spondiloartropatiler grubunda değildir?

- a) Ankilozan spondilit
b) Psöriyatik artrit
c) Enflamatuvar bağırsak hastalığı artrit
d) Reiter sendromu
e) Henoch schönlein purpurası

AÇIKLAMA: Ankilozan spondilit, psöriazis ve enflamatuvar bağırsak hastalığı ile giden artritler ve Reiter sendromu (artrit, konjonktivit ve üretrit) spondiloartropatiler grubundadır.

Cevap E (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.710*)

27. Aşağıdakilerden hangisi çocukluk yaş grubundaki sistemik lupus eritematozisde en az sıklıkta görülür?

- a) Deri bulguları
- b) Hematolojik bulgular
- c) Nefrit
- d) Nörolojik bulgular
- e) Raynaud fenomeni

AÇIKLAMA: Çocukluk yaş grubunda sistemik lupus eritematozis klinik bulgularının sıklığı sırası ile: halsizlik, büyüme geriliği ve kilo kaybı (%96), deri bulguları (%96), hematolojik bulgular (%91), ateş (%84), nefrit (%84), kas ve iskelet sistemi bulguları (%82), plevral ve pulmoner bulgular (%67), hepatospleno-megali veya lenfadenopati (%58), nörolojik bulgular (%49), kardiyak bulgular (%38), hipertansiyon (%33), göz bulguları (%31), gastrointestinal bulgular (%27) ve raynaud fenomeni (%13) oranında görülmektedir.

Cevap E (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 15.baskı, 1996, s.673*)

28. Aşağıdakilerden hangisi akut romatizmal ateşin minör kriterlerinden değildir?

- a) Ateş
- b) Artralji
- c) PR mesafesinde uzama
- d) Geçirilmiş akut romatizmal ateş öyküsü
- e) Akut faz reaktanlarında yükselme

AÇIKLAMA: Geçirilmiş akut romatizmal ateş öyküsü en son 1992 yılında toplanan komitenin yeniden gözden geçirilmiş Jones minör kriterlerinden çıkarılmıştır.

Cevap D (*Moss and Adams, Heart Disease in Infants, Children and Adolescents, 5.baskı, s.1400-1416*)

29. Aşağıdaki immünolojik yetersizliklerden hangileri yenidoğanların enfeksiyonlara artmış hassasiyetinin nedenlerinden değildir?

- a) Yabancı antijenleri tanıyan B hücrelerin, T lenfositlerce yeterince uyarılmaması ve sayıca az oluşu
- b) Fetal hayatta antikor sentezinin yapılamaması
- c) Klasik ve alterne kompleman sisteminin yetersizliği
- d) T hücrelerin fonksiyonlarındaki eksiklik
- e) Sitokinlerin yetersiz üretimi

AÇIKLAMA: Fetus ve yenidoğanlarda konakçı savunma sisteminde pek çok yetersizlikler mevcut olup, bunlar preterm ve term yenidoğanlarda enfeksiyon riskini arttırmaktadır. Fetus ve yenidoğanda T hücrelerin fonksiyonlarındaki eksiklik olduğu, yabancı antijenleri tanıyan B hücrelerin T lenfositlerce yeterince uyarılmadığı ve sayıca az olduğu, sitokinlerin erişkine

göre daha az üretildiği ve kompleman sisteminin hem klasik hem de alterne yollarındaki komponentlerin daha düşük konsantrasyonlarda olduğu bilinmektedir. Ancak fetal hayatta dahi antikor sentezi yeterli düzeydedir. İmmünglobulin M sentezi intrauterin 8. haftadan itibaren ve immünglobulin G sentezi de ondan bir süre sonra başlar ve erişkinlere benzer düzeydedir. Ancak intrauterin hayatta antijenik uyarı az olduğu veya olmadığı için serum antikor konsantrasyonu düşük olabilir.

Cevap B (*Fanaroff, Neonatal-Perinatal Medicine Diseases of the Fetus and Infant, 7.baskı, 2002, s.676-706*)

30. Çocukluk çağında aşılarla ilgili olarak aşağıdaki tanımlamalardan hangisi yanlıştır?

- a) Isıya en duyarlı aşılar kızamık ve oral polio'dur.
- b) BCG aşısı subkütan uygulanır.
- c) Belli aralarla tekrarlanan aşılarla gecikme olduğu takdirde, aşı takvimine kalındığı yerden devam edilir.
- d) BCG aşısı kuru toz halinde bir aşıdır.
- e) İmmün yetmezliği olanlara canlı aşılar yapılmaz.

AÇIKLAMA: BCG aşısı intradermal yapılması gereken bir aşıdır. Subkütan yapılırsa etkisiz kalabilir veya BCG lenfadenite neden olur.

Cevap B (*Aşılar, Katkı Pediatri Dergisi 15, 1994*)

31. Aşağıdaki ifadelerden yanlışı olan hangisidir?

- a) Polio hastalığı 4 klinik form gösterir.
- b) Polio virusu aseptik menenjit tablosu yapabilir.
- c) Polio virusu ile karşılaşan her olguda felç görülmez.
- d) Polio virusu derideki sıyrıklardan sinirler yoluyla vücuda girer.
- e) İnaktive polio aşısı bağırsak immünitesi oluşturmaz.

AÇIKLAMA: Polioviruslar tabiatта yalnız insanda hastalık yaparlar. Enfekte kişilerden sağlıklı kişilere fekal oral yolla veya damlacık enfeksiyonu ile bulaşır.

Cevap D (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 2000*)

32. Yanlışı olanı işaretleyiniz.

- a) *Saccharomyces boulardii* turist ishali profilaksisinde belirgin etkindir.
- b) *Lactobacillus acidophilus* turist ishali profilaksisinde belirgin etkindir.
- c) *Lactobacillus salivarius* helicobakter pylori'nin mide mukozasında kolonizasyonunu inhibe eder.

- d) Probiotik atopik dermatit semptomlarını azaltır.
e) Parenteral beslenme bağırsak mikroflorasını bozarak enfeksiyonlara yatkınlığı artırır.

AÇIKLAMA: Lactobacillus acidophilus'un turist ishali profilaksisinde etkin olmadığı halde saccharomyces boulardii'nin potansiyel koruyuculuğu bulunmakta, lactobacillus salivarius helicobakter pilori kolonizasyonunu inhibe eder, probiotikler atopik dermatit semptomlarını azaltır, parenteral beslenme normal mikroflorayı bozarak mikrobiyal translokasyonu ve sistemik cevaba yol açar.

Cevap B (*Markowitz, Probiotics in Health and Disease in the Pediatric, 2002, s.127-141*)

33.Septik şok seyrinde multipl organ yetmezliği ve eksitus olabileceğini en doğru gösteren, gelecekte erişkin ve çocuklarda altın standart olabileceği belirtilen hangisidir?

- a) Kan basıncı
b) Santral venöz basınç
c) Laktat düzeyi
d) Gastrik intramukozal pH
e) Prokalsitonin

AÇIKLAMA: Septik şokta özellikle erken evrede tansiyon genelde normaldir, laktat her zaman spesifik değildir, prokalsitonin sepsis göstergesidir. Splanknik hipoperfüzyonu, multipl organ yetmezliğini ve mortaliteyi en iyi gastrik intramural pH'nin (pHi) < 7.3 olmasının gösterdiği altın standart olacağı ileri sürülmektedir.

Cevap D (*Septic Schock, 2001, s.602-25*)

34.Hangisi pireyle bulaşır?

- a) Ricketsia Prowazeki
b) Ricketsia Mooseri
c) Ricketsia Ricketsii
d) Ricketsia Conori
e) Coxiella Burnettii

AÇIKLAMA: Ricketsia prowazeki bit; ricketsia rickettsii, ricketsia conori, coxielle burnettii kene ile bulaşır. Ricketsia Mooseri fare piresiyle bulaşır, yalnız gövdede döküntü olur, ekstremiteler tutulmaz.

Cevap B (*Feigin, Textbook of Pediatric Infectious Diseases, 3.baskı, 1992*)

35.Yenidoğan Menejitlerinde hangisi en sık rastlanılan etkindir?

- a) Pnömonok
b) Menengikoklar
c) H. influenza

- d) Streptokoklar
e) Klebsiella

AÇIKLAMA: Bakteriyel menenjit en sık 2 ay-2 yaş arasında görülür, erkeklerde kızlardan daha sıktır.

Yenidoğan döneminde en sık görülen menenjit etkenleri **grup B streptokoklar** ve **gram (-) enterik bakterilerdir**.

2 ay-ile 12 yaş arasındaki çocuklarda bakteriyel menenjit etkeni sıklıkla **S. pnömonia** yada **N. meningitidis**'tir.

H. influenza tip b 4 yaş öncesinde en sık menenjit etkenidir.

Açık nöral tüp defekti olanlarda sıklıkla etken **S. aureus** yada **enterik bakterilerdir**.

T hücre defekti olan kişilerde **kriptokoksik** ve **L. monositogenez** menenjitine yatkınlık vardır.

Ventriküler-peritoneal şantla ilişkili olan menenjit, genellikle **koagülaz negatif stafilokoklarla** yada **korinobakterilerle** olur.

Sinüs kırığına bağlı BOS sızıntısı olan hastalarda **pnömokoklar** sıklıkla menenjit etkenidir.

Delici kafa travması yada bir nöroşirürji işlemi geçirenlerde sıklıkla **stafilokoklar** etkindir.

Orak hücreli anemide veya dalağı olmayan hastalarda en sık menenjit etkeni **S.pnömonia**'dir.

Kompleman eksikliği olan hastalarda **Neisseria** menenjiti ve sepsisi riski artmıştır.

Cevap D (*Nelson Textbook of Pediatrics, 16. baskı, 2000, s.752*)

36.Aşağıdaki viruslerden hangisi sıklıkla febril konvülsiyon geçiren vakalarda etken olarak tespit edilmiştir?

- a) Varisella Zoster
b) Human herpesvirus 6
c) Herpes Simplex virus
d) Arbo virus
e) Echo-virus

AÇIKLAMA: Herpesvirus 6 febril konvülsiyon geçiren hastalarda en sık tespit edilen etkindir. HHV 6 enfeksiyonunun en belirgin özelliği sıklıkla 40 0C yada daha yüksek, ani başlayan ve 3-7 gün süren ateştir.

Cevap B (*Nelson Textbook of Pediatrics, 16. baskı, 2000, s.985*)

37.Çocuklarda HIV bulaşı en çok hangi yolla olur?

- a) Yakın temas ile ailesinden
b) Kan ürünlerinden
c) Anneden bebeğe vertikal geçiş (perinatal dönemde)

- d) Anne sütü ile
e) Seksüel istismar

AÇIKLAMA: Kontamine kan ve kan ürünleri, vücut salgıları (semen, meme, süt), enfekte organ ve hamile kadınlarda vertikal olarak fetüse bulaşma sağlayabilir. **Çocuklarda en sık bulaş anneden bebeğe vertikal yolla**dır. HIV enfeksiyonunun perinatal geçişi prematürel, 4 saatten daha uzun süre membran rüptürü ve olasılıkla doğum esnasında dolaşan viral RNA düzeyleri ile ilgilidir. Perinatal geçiş gebelik, doğum sırasında **zidovudin** ile annenin ve yenidoğanın 6 hafta tedavisi ile yaklaşık %8-25 oranında azaltılabilir.

Cevap C (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 2000*)

38.Aşağıdakilerden hangisi akut romatizmal ateşin major kriterlerinden değildir?

- a) Gezici poliartrit
b) Kardit
c) Sydenham koresi
d) Eritema multiforme
e) Subkutan nodüller

AÇIKLAMA: Eritema multiforme Stevens-Johnson sendromunun diğer adı olup, farklı bir antitedir. Eritema marginatum ise akut romatizmal ateşte gövde ve ekstremitelerin proksimal kısımlarında görülen, basmakla solan eritematöz lezyonlardır.

Cevap D (*Moss and Adams, Heart Disease in Infants, Children and Adolescents, 5.baskı, 1991, s.1400-1416*)

39.Aşağıdakilerden hangisi enfektif endokardit tanısında altın standart olarak kabul edilir?

- a) Pozitif kan kültürü
b) Yüksek ateş
c) Ekokardiyografide vegetasyon görülmesi
d) Anemi
e) CRP yüksekliği

AÇIKLAMA: Enfektif endokarditte ilk 24 saat içinde en az 3 kez kültürü alınmalıdır. **En önemli tanı yöntemi kan kültürüdür.** Eritrosit sedimentasyon hızı çok artmıştır. Anemi ve lökositoz hemen daima vardır. Hipergamaglobulinemi vardır. Mikroskopik hematüri olabilir. Uzun sürerse otoantikolar ve RF pozitif olabilir. EKG'de aritmi ve ileti bozuklukları gösterilebilir. Ekokardiyogramda verrüler tesbit edilebilir.

Cevap A (*Garson, Infective Endocarditis, 2.baskı, 1998, s.1759-1775*)

40.Aşağıdakilerden hangisi enfektif endokarditin klinik bulgularından değildir?

- a) Peteşiyal döküntüler
b) Osler nodülleri
c) Janeway lezyonları
d) Splinter hemoraji
e) Eward belirtisi

AÇIKLAMA: Eward belirtisi perikarditte görülen bir bulgudur. Enfektif endokarditte tipik olarak hastada yavaş bir şekilde ateş, üşüme, halsizlik, yorgunluk, gece terlemeleri, artralji gelişmeye başlar. Bu dönemi anemi, hepatomegali, splenomegali ve deri lezyonlarının ortaya çıktığı dönemler izler. **Deri lezyonları:**

1- Osler nodülleri: El ve ayak parmaklarının ön yüzünde 2-5 mm. ağırlı nodüllerdir.

2- Janeway lezyonları: Avuç ve tabanlarda moküler, kırmızı ve hemorajik, ağrısız lekelerdir.

3- Splinter hemoraji : En çok tırnak yatağı proksimalinde kıymık tarzında hemorajilerdir.

4- Roth lekeleri : Etrafı hemoraji ile çevrelenmiş, oval, soluk renkli retina lezyonlarıdır.

5- Peteşiler : Konjonktiva, damak, yanak mukozası ve ekstremitelerde kırmızı, üzerine basmakla solmayan lezyonlardır. En sık alt göz kapağı, oral mukoza, klavikula üstünde görülürler.

Bu lezyonlardan en sık peteşiler, Osler nodülleri ve Splinter hemorajilere rastlanır.

Özellikle konjunktiva ve göz dibinde tesbitleri çok önem taşır. Deri lezyonları çocuklarda nadirdir. Hematüri, uzayan vakalarda çomak parmak oluşabilir. **Mikroemboli sonucu olur. Genelde stafilokoksik endokarditte görülür.** Vejetasyonlardan kopan parçaların oluşturduğu embolik olaylar siktir ve geç dönemde gözüklürler. Nisbeten geç dönemlerde nörolojik olaylar bozukluklar olabilir.

Yeni bir üfürüm duyulması veya bilinen bir üfürümün yer değiştirmesi önemli bir bulgudur.

Kalp yetmezliği sık rastlanan başka bir bulgudur.

Cevap E (*Garson, Infective Endocarditis, 2.baskı, 1998, s.1759-1775*)

41.Aşağıdakilerden hangisi sistolo-diastolik (continue) üfürüm nedeni değildir?

- a) AV fistül
b) Patent duktus arteriozoz
c) Servikal venöz hum
d) Koroner fistül
e) Ventrikül septum defekti ile birlikte aort yetersizliği

AÇIKLAMA: Ventrikül septum defekti ile birlikte aort yetersizliğinde duyulan, **to and fro üfürümü**dür. 1. ve 2. kalp sesi arasında pansistolik VSD üfürümü duyulduktan sonra 2. kalp sesi duyulur, üfürüm kesintiye uğrar, daha sonra aort yetersizliğinin erken diyastolik decrescendo üfürümü duyulur.

Sürekli üfürümler (sistolo-diastolik), venöz hum dışındakiler patolojiktir.

PDA, en sık görülen sürekli üfürüm sebebidir. Sistolodiyastolik (machinery murmur), sternumun solunda ikinci ve üçüncü interkostal aralıkta duyulur.

Atriovenöz fistüller, aortik septal defekt, bazen trunkus arteriozus ve koroner arter venöz fistüllerinde de duyulur.

Cevap E (*Myung, Pediatric Cardiology for Practitioners, 3.baskı, 1996, s.10-33*)

42.Aşağıdakilerden hangisi masum kalp üfürümünün özelliklerinden değildir?

- Yumuşak karakterde olması
- Süre bakımından kısa olması
- Venöz hum hariç sistolik karakterde olması
- Egzersiz ve ateş gibi faktörlerle şiddetinin artması
- Şiddetinin solunum ve pozisyonla değişmemesi

AÇIKLAMA: Masum üfürümlerin en sık duyulduğu yaşlar 5-9 yaşlarıdır. Masum üfürümler ne kalpte, ne de kalp dışında herhangi bir patoloji olmadığı halde duyulan üfürümlerdir. 13-14 yaşlarından sonra hafifler veya kaybolurlar. **Özellikleri:**

-Daima sistoliktirler.

-Hiçbir zaman sistolün yarısını doldurmazlar (Kısa sistoliktirler).

-Şiddet bakımından 1-3 derecededirler. Trille beraber bulunmazlar.

-Pozisyonla azalıp çoğalabilir veya bazen kaybolabilirler.

-Yer olarak birinci grup mezokardiak odak, midprekordium, sol 4.interkostal aralıkta ve sternal sol kenarında 2-3 cm uzaklıktaki bölgelerde duyulurlar. Pulmoner sistolik üfürümler diye adlandırılan ikinci grup ise en iyi sol 2.interkostal aralıkta ve sternumun sol kenarından 4-5 cm. uzaklıkta duyulurlar. Ateş, heyecan, egzersizle üfürüm şiddeti artabilir.

-Hemen hiç yayılmazlar. Sırtta hemen hiç duyulmazlar.

-Üfürümler müzikaldir. Kan basıncı, EKG ve radyografi normaldir.

Bu özelliklere göre istisna oluşturan en önemli masum üfürüm, venöz hum denilen üfürümdür. Çoğunlukla sağ klavikulanın üst veya hemen altında

bazen solda bazen her iki tarafta duyulur. **Devamlı bir üfürümdür.** Bazen trille beraber olabilir. PDA ve arteriyovenöz fistüllerde duyulan üfürüme benzerse de hasta otururken daha iyi duyulması ve dinlenirken jugular vene parmakla basılması sonucu kaybolması ile diğer devamlı üfürümlerden ayrılır. Tamamen masum bir üfürümdür.

Cevap E (*Myung, Pediatric Cardiology for Practitioners, 3.baskı, 1996, s.10-33, Ersoy, Pediatri Ders Notları, Türkiye Klinikleri*)

43.Çocuklarda 2 yaşın altında en sık görülen perikardit türü hangisidir?

- Septik (pürülan) perikardit
- Akut romatizmal ateş perikarditi
- Romatoid artrit perikarditi
- Tüberküloz perikardit
- Hemorajik diyateze bağlı perikardit

AÇIKLAMA: Küçük çocuklarda, özellikle 2 yaşın altında en sık görülen perikardit türü septik (pürülan) perikardittir.

Cevap A (*Moss and Adams, Heart Disease in Infants, Children and Adolescents, 5.baskı, 1991, s.1531-1553*)

44.Miyokarditlerle ilgili aşağıdaki tanımlardan hangisi yanlıştır?

- Çocukluk çağında en sık neden virüslerdir.
- Etken olarak virüsler içinde en sık görüleni Koksaki B ve Adenovirüslerdir.
- Akut viral miyokarditler kalp yetersizliği ve disritmiler ile seyredebilirler.
- Hastalığın tanısında kardiyak troponinler ve CPK-MB oldukça spesifiktir.
- Hastalığın tedavisinde kortikosteroidler akut fazda faydalı olabilir.

AÇIKLAMA: Kortikosteroidler akut fazda kontrendikedirler. Viral replikasyonu ve miyokard nekrozunu artırırlar. Akut dönem sonrası uzun süreli ve düşük dozlarda steroid tedavisi otoimmün mekanizmaların etken olduğu düşünülen miyokarditlerde etkili olabilir.

Cevap E (*Moss and Adams, Heart Disease in Infants, Children and Adolescents, 5.baskı, 1991, s.1381-1389*)

45.Aşağıdaki doğumsal kalp hastalıklarından hangilerinde trombositopeni görülebilir?

- Atriyal septal defekt
- Ventriküler septal defekt
- Fallot tetralojisi
- Patent duktus arteriyozus
- Büyük damarların transpozisyonu

- a) 1 ve 2
- b) 1 ve 4
- c) 3 ve 5
- d) 2 ve 4
- e) 1 ve 3

AÇIKLAMA: Siyanotik doğumsal kalp hastalıklarında Hct > %65, arteriyel oksijen saturasyonu <%65 ve trombositopeni sık görülür. Küçük kan damarlarında platelet marjinasyonu nedeniyledir.

Cevap C (*Lanzkowsky, Manual of Pediatric Hematology and Oncology, 2.baskı, 1995, s.207*)

46.Aşağıdakilerden hangisi yenidoğanda siyanoz nedeni değildir?

- a) Ventriküler septal defekt
- b) Mekonyum aspirasyon sendromu
- c) Konjenital diafragma hernisi
- d) Methemoglobinemi
- e) Total pulmoner venöz dönüş anomalisi

AÇIKLAMA: Ventriküler septal defektde şant soldan sağa olduğu için siyanoz görülmez.

Cevap A (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.487*)

47.Solunum hastalıkları ile ilgili olarak aşağıdaki tanımlamalardan hangisi yanlıştır?

- a) Biot solunumu hiperpne ve apne periyotları içerir.
- b) Ter testi pozitif olan her hasta kistik fibrozis değildir.
- c) Krup sendromunda en sık etken hemofilus influenza tip b'dir.
- d) Boğmacada öksürük abeslang ile provoke edilebilir.
- e) Pnömonide bazen ense sertliği olur.

AÇIKLAMA: Krup sendromunda en sık etken parainfluenza virusdur.

Cevap C (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 2000*)

48.Aşağıdakilerden hangisi bronşiyal astmada inhale olarak profilakside kullanılan ilaçtır?

- a) Salbutamol
- b) Terbutalin
- c) İpratropium bromid
- d) Salmeterol
- e) Teofilin

AÇIKLAMA: Salmeterol uzun etkili bir beta2 agonist ilaçtır ve inhaler formda astımı uzun dönemde kontrol edici ilaç olarak kullanılır.

Cevap D (*Astma ve Allerjik Hastalıklar, Katkı Pediatri Dergisi 18, 1997*)

49.Kistik fibrozisli çocuklarda ilerleyici pulmoner hastalığa neden olan ve alt solunum sisteminde kolonize olan major patojen hangisidir?

- a) Streptokoküs pnömoni
- b) Koagülaz (-) Stafilokok
- c) Hemofilus influenza
- d) Pseudomonas aeruginosa
- e) E. Coli

AÇIKLAMA: Çocuklarda en sık görülen genetik geçişli kronik akciğer hastalığıdır. Otozomal resesif olarak kalıtılır. Geni 7. kromozomun uzun kolunda yer alır. Populasyonda taşıyıcılık oranı %5 kadardır. En sık görülen ölümcül genetik hastalıktır. Solunum ve gastrointestinal sistem en sık ve en ağır tutulan sistemlerdir. Pulmoner hastalığa neden olan ve alt solunum sisteminde kolonize olan major patojen P. aeruginosa'dır.

Cevap D (*Nelson Textbook of Pediatrics 16th, 2000, 1321*)

50.Aşağıdaki hastalıkların radyografik incelenmesinde bronkovasküler görünüm hangisinde artmış olarak tespit edilir?

- a) Fallot Tetralojisi
- b) Triküs pit atrezisi
- c) Pulmoner atrezi
- d) Hipoplastik sol kalp sendromu
- e) Ebstein hastalığı

AÇIKLAMA: Hipoplastik sol kalp sendromunda aorta kökü, aortik kapak, sol ventrikül ve mitral kapakta normalin altında bir gelişme vardır. Aortik kapak genelde atreziktir. Sağ atrium ve sağ ventrikül genellikle dilatedir. Telekardiyografide genellikle kardiyomegali görülür. Sık olarak pulmoner konjesyon ve ödem gözlenir. Ekokardiyogram tanı koydurucudur.

Cevap D (*Nelson Textbook of Pediatrics 16th ed, 2000, 1402*)

51.Astım'da hava yolunun daralmasına neden olan, bronşiyal mukozada ödem ve hipersekresyonun eşlik ettiği enflamasyonda, ön planda olan hücreler hangisidir?

- a) Eritrositler ve trombositler
- b) Eritrositler ve lökositler
- c) İmmüno sitler ve T lenfositleri
- d) Eozinofiller ve mast hücreleri
- e) Dendritik hücreler ve B lenfositleri

AÇIKLAMA: Astım çocukluk çağında en sık görülen kronik akciğer hastalığıdır. T lenfositler, eozinofiller ve mast hücreleri başta olmak üzere bir çok

PEDİATRİ

inflamatuvar hücrenin rol oynadığı, kronik inflamatuvar bir hava yolu hastalığıdır. Bronş lümeninde daralma ve duvarında kalınlaşma bulunmaktadır. Mukus epitel döküntüleri lümen içinde bulunur. Bronş duvarında da özellikle **eoziyofiller** başta olmak üzere, **T lenfositler, mast hücreleri** ve **makrofajlardan** oluşan inflamatuvar hücre infiltrasyonu mevcuttur. Bronş duvarında ödem önemli bir patolojik bulgudur. Patolojik bulgular:

1. Bronş düz kas spazmi ve harabiyeti
 2. Bronş duvarında ödem, inflamasyon ve epitel harabiyeti.
 3. Mukus sekresyonu ve viskozitesinde artış sonucu mukoid tıkaç oluşması.
- Uzun süre inflamasyon sonucu fibroblastlarda artış, subepitelyal fibrozis, düz kas hipertrofisi, mukus salgı bezi hipertrofisi ve revaskülarizasyon şeklinde kalıcı değişiklikler gelişir.

Cevap D (Nelson Textbook of Pediatrics 16th ed, 2000, 665)

52.Çocukluk çağı pnömonisinde doğal savunma mekanizmasında rolü olmayan faktör hangisidir

- a) Alveoler makrofajlar
- b) Öksürük refleksi
- c) Burunda partikül filtrasyonu
- d) Bronş çapı
- e) Siliyer epitel fonksiyon

AÇIKLAMA: Bronş çapı dışındakilerin tamamı doğal savunma mekanizmasıdır.

Cevap D (Nelson Textbook of Pediatrics 16th ed, 2000, 1252)

53.Hangisi alt solunum yolları konjenital anomalisi değildir?

- a) Kistik adenomatoid malformasyon
- b) Bronkojenik kist
- c) Trakeoözefageal fistül
- d) Laringomalazi
- e) Konjenital lobar amfizem

AÇIKLAMA: Laringomalazi (İnfanıl larinks) epiglottis ve/veya aritenoid kıkırdakların inspirasyon esnasında kollapsı olup genellikle benignedir. Üst solunum yollarının konjenital anomalisidir.

Cevap D (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 2000)

54.Hangisi sinüzitin sık nedenlerinden değildir?

- a) S. Pnömonia
- b) H. İnfluenza
- c) B. Kataralis
- d) S. Aureus

e) E. Coli

AÇIKLAMA: Sinüzit oluşumuna neden olan bakteriler pnömokok, H.influenza, Branhamella catarrhalis, anaerob bakteri ve nadiren streptokok ve stafilokoklardır. Klebsiella veya pseudomonaslar nasokomial enfeksiyon nedeni olabilirler.

Cevap E (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 2000)

55.Aşağıdaki klinik tablo ile gelen hastada kültür sonucunu beklemeden hangi mikroorganizma için antibakteriyel tedavi verirsiniz?

Klinik Tablo: İki yaşında kız hasta, yüksek ateş, toksik görünüm, solunum zorluğu, dinlemekle sol alta solunum sesleri alınamıyor, akciğer grafisinde, sol alta akciğer havalanması görünmüyor ve pleval ponksiyonda eksüda karakterinde sıvı mevcut.

- a) E. Coli
- b) S. Pyogenes
- c) Pseudomonas aeruginosa
- d) Stafilokokkus aureus
- e) H. İnfluenza

AÇIKLAMA: Akciğer dokusunu harap eden ve çoğu defa plevrayı da tutan pnömoniler, destrüktif pnömoniler olarak adlandırılır. Etkenleri koagülaz pozitif Stafilokokkus aureus, H.influenza, K.pnömonia ve P.aeruginosa'dır. **En sık rastlanılan stafilokok pnömonisidir.**

S.aureus yenidoğan dönemindeki bebeklerin %90 kadarının burunlarında bulunur. Bu 1-2 yaşlarında %20'ye inerken, 4-6 yaşla beraber erişkinliğe doğru insidansı %30-50'ye yükselir. Basil akciğere hava yolu ile girerse tek taraflı, kan yolu ile girerse çift taraflı bronkopnömonik infiltrasyon yapar. Hemorajik nekroz ve düzensiz kaviteler oluşturur. Stafilokoklar damar içi pıhtılaşmaya neden olan koagülaz enzimi nedeniyle enfekte etikleri dokuda bu tür patolojilere neden olabilir. **Plevra yüzeyi de çok defa fibrinli pürülan bir eksüda ile örtülüdür.** Plevra dış kıyısında yukarıdan aşağıya uzanan **plevritis marginalis** denen bir şerit oluşur. Çok sayıda abseler belirir. Küçük plevra altı abseleri rüptüre olunca **piyopnömotoraks** oluşur. Bazen bronkoplevral fistüller teşekkül eder. Pulmoner venlerde oluşan septik trombüsler iltihap ve destrüksiyonun daha da yayılmasına neden olurlar. Abseler daha sonra **pnömatosel** denen hava kistleri meydana getirir. Klinikte başlangıçta üst solunum yolu enfeksiyonları şeklinde başlar, kısa sürede **septik tablo** gelişebilir. Bazen de gastrointestinal sistem belirtileri göze çarpabilir. Bebeklerde taşipne, hırıltılı solunum, burun kanadı teneffüsü, interkostal çekilme, siyanoz, bazen letarji, anksiyete söz konusudur. Bazı çocuklarda ağır dispne, şoka benzer tablo veya kusma, anoreksi,

ishal ve parolitik ileusa sekonder abdominal distansiyon gibi gastrointestinal belirtiler de eklenir. Semptomların hızlı ilerleyişi karakteristiktir. Fizik bulgular pnömoninin safhasına göre değişebilir. Hastalığın erken dönemlerinde sesler azalabilir. Krepitan ve ronflan raller duyulabilir. Effüzyonun gelişimi ile ampiyem veya piyopnömotoraks oluşur. Bu taktirde perküsyonla matite, solunum seslerinde azalma sözkonusudur. Ancak küçük bebeklerde fizik bulgular değişikdir.

Laboratuvarda kanda polimorfonükleer lökositlerin hakim olduğu lökositoz bulunur. Nazofarinkste stafilokok bulunması tanı için değerlidir. vakaların %65 kadarında akciğer filmlerinde sağ lob tutulumu ile bronkopnömonik görüntü vardır. Her iki akciğer tutulumu %17 vakada görülür. Vakaların %83'ünde plevral effüzyon vardır. %55'inde pnömotoraks, %21'inde abse, %13'ünde pnömatosel vardır.

Pnömatoseller değişik büyüklüklerde olabilirler. Birkaç saat içinde bronkopnömoninin effüzyona ve pnömatosele dönüşmesi sıktır. Abse, ampiyeme; o da piyopnömotoraksa dönüşür. Stafilokok pnömonisi tanısı konduktan sonra sık aralıklar ile film çektilmesi gerekir. Klinik iyileşme radyolojik iyileşmeden çok daha önce olur. Pnömatoseller asemptomatik olarak aylarca kalabilirler.

Kesin tanı, kan, nazofarinks, akciğer ponksiyonu ve plevral sıvı örneklerinden koagülaz pozitif mikroorganizmaların elde edilmesi ile konur. Pnömoni semptomlarının ani başlaması ve hızlı ilerlemesi karşısında aksi kanıtlanana kadar hastalığın stafilokoklara bağlı olduğu kabul edilir.

Cevap D (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 2000*)

56.CREST sendromu aşağıdakilerden hangisini içermez?

- Kalsinozis
- Raynaud fenomeni
- Özofagus tutulumu
- Telenjektazi
- Ödem

AÇIKLAMA: CREST sendromu kalsinozis, raynaud fenomeni, özofagus tutulumu, telenjektazi ve derinin sklerozu ile karakterlidir. Ödem bulunmaz. Bazı olgularda ağır pulmoner hipertansiyon gelişebilir.

Cevap E (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.721*)

57.Aşağıdaki genlerden hangisindeki mutasyon Crohn hastalığı patogeneğinde etkin olabilmektedir?

- NOD₂
- Btk

- WASP
- IL₁₂B
- CFTR

AÇIKLAMA: Btk Bruton hastalığında tirozin kinazı kodlayan gen dir, sinyal iletimi sağlar. **WASP** Wiskott Aldrich sendromu proteini, proteinkinaz-c ve tirozinkinaz aracılığı ile aktin filamentlerinin birleşmesini sağlar.

IL₁₂B normalde Th1 immün cevabı geliştirmekte mutasyonu Iip 40 gen transkripsiyonunu azaltarak atopik ve non atopik astıma yol açmakta.

CFTR Klor transportunu sağlayan kistik fibroztrans membran regülatörüdür.

NOD₂ normal şartlarda bakteriyel antijen (Lipopoli-sakkarid) veya toksinlerle stimüle edildiğinde nükleer faktör kappa B'yi aktive ederek transforming growth faktör betayı uyararak TNF-alfayı süprese eder, mutasyonunda NF Kappa B beş misli aktive olarak enflamasyona neden olur.

Cevap A (*Mamula, Inflammatory Bowel Disease in Children 5 Years of Age and Younger, 2002, s.2005-10*)

58.Hepatit A'da uygulanan tedavi aşağıdakilerden hangisidir?

- Semptomatik tedavi
- İnterferon tedavisi
- Diyet tedavisi
- Antiviral tedavi
- Antibiyotik tedavisi

AÇIKLAMA: Hepatit A'da semptomatik destekleyici tedavi yapılır.

Cevap A (*Türk Pediatri Kongre Kitabı, 2002, s.156-158*)

59.Mukozal atrofi örneğin Çölyak hastalığı düşündüğünüz bir hastada klinik ve laboratuvar bulgusu olarak aşağıdakilerden hangisi görülmez?

- Kronik diare
- Boy kısalığı
- Huy değişikliği
- Fe eksikliği anemisi
- Trombositopeni

AÇIKLAMA: Gluten enteropatisi; Nontropikal sprue ve Çölyak hastalığı olarak da bilinir. Erkeklerde daha sıktır. Ailesel dağılım vardır. 1/300-6000 oranında görülür. HLA- B8, BW3 gruplarına sahip olanlarda sık görülür.

Buğday, arpa ve çavdar gibi gıdalarda bulunan glutenin alkolde eriyen fraksiyonu olan gliadine karşı teşekkül eden allerjik veya otoimmün bir hastalıktır.

Bir mukoza hastalığıdır, submukoza, mukoza kas

tabakası ve seroza normaldir. İntestinal mukozada villöz atrofi, kriptalarda genişleme ve uzama, emici hücrelerde normal silendirik görünüm yerine küboidal değişiklikler, nükleusun bazal polaritesinin kaybı, lamina propriada lenfosit ve plazma hücreleri infiltrasyonu görülür.

Jejunumda IgA ve M sentezinde artma gösterilmiştir. Glutene karşı artmış immunité gösterilmiştir. Ayrıca jejunum mukozasında IgE içeren hücrelerde artış gösterilmiştir. Degranüle mast hücreleri de mevcuttur.

Klinik belirti ve bulgular: Semptomlar en sık 6-12. aylarda ortaya çıkar. Yağlı gaita, pis kokulu kronik diyare, halsizlik, yorgunluk, haraketsizlik, bulantı, kusma, glossit, kilo kaybı, tekrarlayan aftöz ülserler, volvulus, invaginasyon tablolari, mezenter lenfadenit tablosu, distansiyon, menstruasyon bozuklukları, büyüme ve gelişme geriliği, psikiyatrik ve mental bozukluklar, ödem, asit, osteoporoz, osteomalazi ile karşılaşılabilir. Ayrıca kilo kaybı, diş eti hipoplazisi, diş çıkmasında gecikme, çomak parmak, saçlarda erken ağarma, ödem, assit, deri lezyonları, hipotansiyon ve koroner arter hastalığının az olması beklenir.

Tanı için gaitada yağa bakılır. D-ksiloz testinde %20 altında emilim hasta için spesifiktir.

İnce bağırsak biyopsisi en değerli tanı aracıdır. Hastalıkta kesin tanı belli zaman aralıkları ile yapılacak **3 ince bağırsak biyopsisine** dayanır. İlk biyopside villuslarda total veya subtotal düzleşmesi ile ilk tanı, 3-12 ay glutensiz diyet uygulanmasını izleyerek yapılan ikinci biyopside düzleşmenin saptanması ve diyet uygulamasından yaklaşık 2 yıl sonra glutenin yeniden verilmesiyle tekrarlayan histolojik relaps bulguları ile çölyak hastalığının kesin tanısı yapılır. 3 ayrı biyopsi uygulamasının amacı geçici gluten intoleransı sendromunu çölyak hastalığından ayırmak içindir. **İnce bağırsak mukoza lezyonları glutenin diyetten çıkarılmasıyla tamamen iyileşir.**

Serolojik testler: Antigliadin antikor IgG %50-70'lere ulaşan sensitifliği, Antigliadin antikor IgA %65-100'lere ulaşan spesifikliğı ile anlamlı testlerdir. Antigliadin antikor IgM'nin tanı değeri yoktur. Anti-retikülün antikor IgA sensitivite ve spesifitesi %90'lara, **Antiendomisyal antikor IgA'nın sensitivite ve spesifitesi %100'lere yakındır.**

Ayrırcı tanıda kistik fibrozis, pankreas ve kemik iliğı yetmezliğı, Wolman hastalığı, abetalipoproteinemi, Whipple hastalığı, tropikal sprue, staz sendromu, bilier obstrüksiyon, kısa barsak sendromu, intestinal lenfanjektazi ve akrodermatitis enteropatika unutulmamalıdır. Ter testi ile kistik fibrozdan kolayca ayırd edilir.

Maligniteler (lenfoma, GIS karsinomları) uzun süren

olgularda komplikasyon olarak steatore ortaya çıkabilir. Nöropati, ülserle karakterize jejunoileit ve mental bozukluklar da oluşabilir.

Tedavide glutensiz diyet uygulanır. Diyet sıkı uygulanmalı ve yaşam boyu sürmelidir. Diyete başlandıktan bir kaç gün sonra ishal ve steatorede azalma, kilo alımı ve karın şişliğinin azaldığı gözlenir. Emilim testlerinde kısa zamanda düzelmeye başlar ve **D-ksiloz idrarla atılmaya başlanır.** Tedavi edilince 6 ayda normal kiloya, 2 yılda normal boyuna gelir.

Cevap E (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 2000, s.1767-1787*)

60. Altı aylık erkek bebek birgün önce ani başlayan kusma ve izleyen bol sulu, ekşi kokulu, günde 7-8 kez olan ishal yakınmaları ile getirildi. Fizik bakıda dehidrate (%5-10), halsiz, intertrigo (+), diğer sistem bakıları olağan. Bu hastada ishal etkeni olarak öncelikle hangi ajan patojeni düşünürsünüz?

- Salmonella typhi murium
- Shigella flexneri
- Rotavirus
- Candida albicans
- Kamfilobakter jejuni

AÇIKLAMA: Rotavirus tüm diyarelerin en sık rastlanan nedenidir. En sık bakteriyel etken ise E. coli'lerdir.

Cevap C (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 2000, s.1767-1787*)

61. Aşağıdaki hastalıklardan hangisinde anemi yapım azalmasına bağlı değildir?

- Parvovirüs
- Diamond-Blackfan sendromu
- Osteopetrozis
- Konjenital nöroblastoma
- Hemoglobinopati

AÇIKLAMA: Hemoglobinopatiler hemolize yol açarak anemiye neden olurlar.

Cevap E (*Behrman, Nelson Essentials of Pediatrics (Türkçesi), 2.baskı, 1996, s.190*)

62. Aşağıdakilerden hangisi 16 kromozomdaki MEFV geninin nötrofillerdeki ürünüdür?

- Polycystin
- Pyrin
- Myeloperoksidaz
- Protein C
- Elastin

AÇIKLAMA: Ailesel Akdeniz Ateşi Hastalığı'na yol açan 16 kromozomun kısa kolunda bulunan MEV

geni mutasyonlarında, onun nötrofillerdeki ürünü olan "pyrin"de disfonksiyon ortaya çıkmaktadır. Bunun sonucu, daha önce tetiklenen yangı da durdurulamamakta ve Ailesel Akdeniz Ateşi'ndeki ataklar ortaya çıkmaktadır.

Cevap B (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.724)

63.Ailesel Akdeniz Ateşi olan kadınlar gebe kaldığında aşağıdakilerden hangisi uygulanır?

- a) Kolşisin anne ve fetusa zarar vermez.
- b) Gebelikte hastalık remisyona girer.
- c) Vinkristin verilir.
- d) Gebelik sonlandırılır.
- e) Atak gelişirse, sadece atak sırasında kolşisin verilir.

AÇIKLAMA: Ailesel Akdeniz Ateşi Hastalığı olan kadınlar gebe kalabilir. Verilecek sürekli kolşisin profilaksisinin anne ve fetusa zarar vermediği öne sürülmüştür. Gebelik sırasında ataklar ortaya çıkabilir. Bu hastalıkta gebeliğin sonlandırılması gerekmez. Gebelikte bu hastalığın tedavisinde vinkristin kullanılmaz.

Cevap A (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.724)

64.Fanconi Anemisinde hangisi bulunmaz?

- a) Aplastik anemi
- b) Büyüme geriliği
- c) Radius ve başparmak anomalisi
- d) Proksimal renal tübüler asidoz
- e) Ciltte hiperpigmentasyon

AÇIKLAMA: Fanconi Sendromu yaygın tübüler transport defektif yapar, proteinürü, glukozüri, proksimal renal tübüler asidoz görülür. Halbuki Fanconi Anemisinde iskelet anomalisi, büyüme geriliği, mental retardasyon, ciltte hiperpigmentasyon, mikrosefali vb. görülür.

Cevap D (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.1496, 1597)

65.Aktive Protein C direncine neden olan kalıtsal trombofili nedeni hangisidir?

- a) Protein C eksikliği
- b) Protein S eksikliği
- c) Antitrombin III eksikliği
- d) Faktör V Leiden mutasyonu
- e) Protrombin gen mutasyonu

AÇIKLAMA: Faktör V Leiden mutasyonu diye tanımlanan durumda FV aktive olunca, protein C tarafından inaktive edilemiyor, Aktive Protein C(APC) Rezistansı oluşuyor.

Cevap D (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics,

16.baskı, 2000, s.1515)

66.Çocukluk çağında en sık görülen malign hastalık hangisidir?

- a) Lenfoma
- b) Beyin tümörü
- c) Lösemi
- d) Böbrek tümörü
- e) Kemik tümörü

AÇIKLAMA: Çocukluk çağı (<15 yaş) maligniteleri görülme sıklığına göre şöyle sıralanabilir: Lösemiler, beyin tümörleri, lenfomalar, nöroblastom, yumuşak doku sarkomları, Wilms tümörü ve diğer tümörler.

Cevap C (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.1543)

67.Çocukluk çağında en sık görülen solid tümör hangisidir?

- a) Lenfoma
- b) Beyin tümörü
- c) Nazofarenk kanseri
- d) Böbrek tümörü
- e) Kemik tümörü

AÇIKLAMA: Çocukluk çağı malign hastalıkların %30'unu lösemiler, kalan %70'ini solid tümörler oluşturur. Bunlardan en sık görüleni de beyin tümörleridir.

Cevap B (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.1859)

68.Süt çocuklarında en sık görülen malign hastalık hangisidir?

- a) Lösemi
- b) Wilms tümörü
- c) Nöroblastom
- d) Lenfoma
- e) Beyin tümörü

AÇIKLAMA: Çocuklarda (<15 yaş) en sık görülen malignite lösemi iken, süt çocuklarında (<1 yaş) en sık görülen malignite nöroblastomdur.

Cevap C (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.1552)

69.Kemik ve yumuşak doku sarkomlarının en sık metastaz yaptığı organ hangisidir?

- a) Kemik
- b) Lenf nodları
- c) Akciğer
- d) Beyin
- e) Kemik iliği

PEDİATRİ

AÇIKLAMA: Kemik ve yumuşak doku sarkomları en sık akciğere metastaz yapar.

Cevap C (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.1557, 1561)

70.Aşağıdaki durumlardan birisi hariç hepsinde lenfoproliferatif malignite riski artar. Bu riskin artmadığı durum hangisidir?

- a) Transplantasyon sonrası immünsüpresif ilaç kullanımı
- b) Kombine ağır immün yetersizlik
- c) Ataksi telenjiyektazi
- d) Fanconi anemisi
- e) Familial polipozis

AÇIKLAMA: Familial polipoziste kolon kanseri riski artar. Diğer tüm durumlarda lenfoproliferatif malignite riski artmıştır.

Cevap E (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.1535)

71.Beckwith Wiedemann sendromu ile ilgili hangi şık yanlıştır?

- a) Makroglosi görülür.
- b) Neonatal hipoglisemi saptanır.
- c) Wilms tümörü görülme sıklığı normal popülasyondan fazladır.
- d) Organomegali saptanır.
- e) Sıklıkla beyin tümörleri görülür.

AÇIKLAMA: Beckwith Wiedemann sendromunda makroglosi, organomegali, göbek fıtığı, neonatal hipoglisemi görülebilir. Ayrıca Wilms tümörü hepatoblastoma, adrenal karsinoma, rabdomyosarkoma insidansı artmıştır.

Cevap E (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.445, 1687)

72.Wilms tümörüne en sık eşlik eden konjenital anomaliler hangileridir?

- a) Polidaktili, düşük kulak, yüksek damak
- b) Aniridia, hemihipertrofi, genitoüriner anomaliler
- c) Polidaktili, yarı damak, tavşan dudak
- d) Sindaktili, hipognatizm, hipertelorizm
- e) Heteroktomi, çekik göz, hemihipertrofi

AÇIKLAMA: Wilms tümörünün çeşitli konjenital anomalilerle ilişkisi bilinir. Wilms tümöründe en sık rastlanan konjenital anomaliler genitoüriner anomaliler (%4.4), hemihipertrofi (%2.9) ve aniridia (%1.1)'dir.

Cevap B (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.1555)

73.Down sendromunda (trizomi 21) hangi malign hastalık riskinde artış bildirilmiştir?

- a) Nöroblastom
- b) Lösemi
- c) Kolon kanseri
- d) Meme kanseri
- e) Beyin tümörü

AÇIKLAMA: Down sendromunda lösemi riskinin arttığı bildirilmiştir.

Cevap B (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.1535)

74.Henoch Schönlein purpurası (HSP) ile ortaya çıkan nefropatilerde böbrek biyopsisinin immünlöresan mikroskopik incelemesinde aşağıdakilerden hangisi öncelikle bulunur?

- a) İmmünglobulin G
- b) İmmünglobulin M
- c) İmmünglobulin A
- d) İmmünglobulin E
- e) Albumin

AÇIKLAMA: HSP'de renal tutulum özellikle akut fazda ortaya çıkar. %5 akut böbrek yetmezliği vardır. %5 vaka yavaş bir şekilde ilerleyerek renal yetmezliğe götürür.Henoch Schönlein purpurası ile ortaya çıkan nefropatilerde böbrek biyopsisinin immünlöresan mikroskopik incelemesinde, öncelikle **immünglobulin A birikimi** beklenir. Ayrıca olguların bir kısmında da serum immünglobulin A düzeyleri yükselmektedir.

Cevap C (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 15.baskı, 1996, s.677)

75.Henoch Schönlein purpurası ile ortaya çıkan nefropatileri en sık hangi tablo ile karşımıza çıkar?

- a) Mikroskopik hematüri
- b) Makroskopik hematüri
- c) Nefritik sendrom
- d) Nefrotik sendrom
- e) İzole proteinüri

AÇIKLAMA: Çocukluk çağında en sık görülen vaskülit tipidir. Henoch Schönlein purpurası ile ortaya çıkan nefropatilerde **mikroskopik hematüri en sık karşılaşılan bulgudur.**

Cevap A (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 15.baskı, 1996, s.678)

76.Hangi seçenek kompleman faktör 3 (C₃)'ün düşük olduğu hastalıkları içermektedir.?

- 1) Sistemik lupus eritematozus
- 2) Membranöz glomerülonefrit
- 3) Membranoproliferatif glomerülonefrit

4) Akut poststreptokoksik glomerülo nefrit

5) Mezanjiyal proliferatif glomerülo nefrit

6) Henoch-Schönlein purpura nefriti

a) 1,2,3

b) 2,3,4,6

c) 1,3,4,6

d) 1,3,4

e) 3,4,5

AÇIKLAMA: SLE, MPGN ve APSGN'de C₃ düşmekte, diğerlerinde normal veya yüksek olmakta ve bu durum ayırıcı tanıda önem taşımaktadır.

Cevap D (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 15.baskı, 1996, s.582,1488)

77. Bir hastada kan gazı değerleri; pH: 7.28, HCO₃:12 mEq/L, pCO₂: 40, Na: 143 mEq/L, K: 4 mEq/L, Cl: 120 mEq/L olarak tespit edilmiştir. En olası tanı hangisidir?

a) Metabolik asidoz + respiratuvar asidoz

b) Metabolik asidoz + respiratuvar alkaloz

c) Respiratuvar asidoz + Metabolik alkaloz

d) Tek başına respiratuvar asidoz

e) Tek başına metabolik asidoz

AÇIKLAMA: Bikarbonat değeri çok düşük olduğundan metabolik asidoz bariz olarak görülmektedir. Ancak kompensatuvar olarak pCO₂ değerlerinde beklenen düşmenin olmaması birlikte solunumsal asidozun da bulunduğunu göstermektedir.

Cevap A (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 15.baskı, 1996, s.205)

78. Sıvı-elektrolit dengesiyle ilgili yanlış olanı işaretleyiniz.

a) Kistik fibröz ve Addison hastalığında terle daha fazla sodyum atılırken, hiperaldosteronizmde terle atılan sodyum azalır.

b) Ekstrasellüler volüm artışı atriyal natriüretik peptit salınımını uyarır.

c) Hiperglisemi ve hiperlipidemi psödohiponatremi nedenidirler.

d) Akut tübül nekroz iyileşme döneminde hiponatremi görülür.

e) Uyumsuz ADH sendromu hipernatremi nedenidir.

AÇIKLAMA: Uyumsuz ADH sendromu, hipernatremi değil hiponatremi nedenidir. Hiponatremi ile birlikte su retansiyonu, hipoosmolarite ve idrarda sodyum atılımında artış gözlenir. Klinik serum sodyumunun 120 mEq/L altına düşmesiyle konur. **Yenidoğan döneminde hiponatremi ile birlikte hipourisemi de varsa, Uyumsuz ADH sendromu akla gelmelidir.** Diğer seçenekler doğrudur.

Cevap E (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 15.baskı, 1996, s.189-193)

79. Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

a) Bir yaş altı ve 8 yaş üstü çocuklarda nefrotik sendrom saptanması (NS) renal biyopsi endikasyonudur.

b) Prednizolona rezistan nefrotik sendromda minimal lezyon hastalığı (MLH) olasılığı %20'ler civarındadır.

c) Hayatın ilk 3 ayında görülen nefrotik sendroma konjenital NS denir.

d) İdiyopatik nefrotik sendrom: MLH, fokal segmental glomerülosklerozis ve mezanjiyal proliferatif glomerülo nefritten oluşur.

e) Düşük doz gün aşırı steroid alan nefrotik sendromlu çocuğa canlı virüs aşısı yapılabilir.

AÇIKLAMA: Canlı virüs aşısı yapılabilmesi için en az 2 ay süreyle steroidin kesilmiş olması gerekir. Diğer bilgiler doğrudur.

Cevap E (Barratt, Pediatric Nephrology, 4.baskı, 1999, s.317-327, 749-759)

80. Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

a) Vaskülitlerde genellikle trombositoz ve tromboza eğilim bulunur.

b) Henoch-Schönlein vaskülitinde romatoid faktör ve ANA negatiftir.

c) Prerenal böbrek yetmezliğinde FeNa > %2 ve idrar sodyumu > 40 mEq/L'dir.

d) Postrenal böbrek yetmezliği ile intrinsek böbrek yetmezliği ayırıcı tanısında idrar indeksleri (idrarda dansitesi, Na içeriği gibi) yol gösterici değildir.

e) Hiperpotasemi tedavisinde önce kalsiyum glukonat arkasından sodyum bikarbonat verilir.

AÇIKLAMA: Prerenal BY'de tübül fonksiyonlar normal olduğu için FeNa < %1 ve idrar sodyumu < 10 mEq/L'nin altındadır. Postrenal böbrek yetmezliği ve intrinsek BY'de idrar indeksleri benzer olabilir. **Postrenal BY'de ayırıcı tanıda en önemli araç USG'dir.** Hiperpotasemi tedavisi için önce NaHCO₃ verilirse hipokalsemi derinleşir ve tetanik kasılmalar oluşur.

Cevap C (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 15.baskı, 1996, s.677, 1515)

81. Çocukluk çağı renal kaynaklı böbrek yetmezliği için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

a) İdrar ozmolalitesi < 200 mOsm/kg H₂O

b) Fraksiyone Na ekskresyonu (FENa) > % 1

PEDİATRİ

- c) Fraksiyone Na ekskresyonu (FENa) <% 1
d) Serum BUN, serum kreatinin normal, İdrar Na >20 mEq/L
e) Serum BUN, serum kreatinin yüksek, İdrar Na <20 mEq/L

AÇIKLAMA: Renal Yetmezlikte kullanılan tanı kriterleri prerenal yetmezlikle ayırıcı tanı amaçlı kullanılabilir şekilde aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Kriterler	Prerenal	Renal
Diürez	Değişken	Değişken
İdrar Osmolalitesi mOsm/kg H ₂ O	>500	<350
İdrar/Plazma Osmolalite oranı	> 1.3-1.5	<1.1-1.2
İdrar/plazma kreatinin oranı	>40	<20
FeNa	<% 1	> %1
İdrar Na (mEq/L)	< 20	> 40
İdrar Üresi (mg/dL)	> 20-30	< 20

Cevap B (Behrman, Nelson Textbook Of Pediatrics, 16.baskı, 2000, 1605-1609)

82.Başlıca bulgusu kızlarda izole meme gelişimi ve erkeklerde virilizasyon olmaksızın testislerde büyüme olan hastalık aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Konjenital adrenal hiperplazi
b) Primer hipotiroidi
c) Primer hipertiroidi
d) FSH eksikliği
e) LH artışı

AÇIKLAMA: Tedavisiz bırakılan hipotiroidili çocuklarda genellikle puberte gecikir ancak nadir olarak bu çocuklarda erken puberte görülebilir. Başlıca bulgu; kızlarda izole meme gelişimi, erkeklerde virilizasyon olmaksızın testislerde büyümedir.

Cevap B (Nelson, s.1236)

83.Gonodotropin bağımlı idiyopatik erken puberte için doğru olan ifadeyi seçiniz.

- a) Ekzojen estrogen verilmesiyle gelişir.
b) Hipotalamik hamartoma neden olabilir.
c) Beyin tümörü sonucu gelişir.
d) Kızlarda erkeklere oranla daha fazladır.
e) Hipotiroidi sonucu gelişebilir.

AÇIKLAMA: Tiroid aplazisi, hipoplazisi veya ektopik tiroid dokusu (tiroid disgenezisleri) konjenital hipotiroidizmin en sık sebepleridir. Tiroid disgenezislerinin meydana gelmesinde genetik faktörler önemlidir. HLA DW24 ile konjenital hipotiroidizm arasında yakın alaka vardır (6-8 kat daha fazla meydana gelir). Konjenital hipotiroidizmde kız/erkek oranı 2.5/1 kadardır. Ailelerinde tiroid

hastalıkları insidansı daha yüksektir. Yaz aylarında daha sık görülür.

Cevap D (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.1688-1693)

84.Timus, paratiroid ve kardiyak anomalilerle seyreden patoloji aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Di George anomalisi
b) Common variable immün yetmezlik
c) Wiskot-Aldrich sendromu
d) Nijmegen-Breakage sendromu
e) Hiper IgM sendromu

AÇIKLAMA: Di George sendromu (Konjenital timik aplazi); Yenidoğan hipokalsemik tetanisi, konotrunkal ve aortik anomalileri, mikrognathi ve hücresele immün yetmezlik ile karakterizedir.

İntrauterin dönemin 6-8. haftasında 3 ve 4. faringeal keseden epitelyal invaginasyonu ile gelişir.

3-4. farengeal ceplerin gelişim bozukluğuna bağlı olarak değişik derecelerde timik ve paratiroid hipoplazisi vardır. Lenfosit sayısı 1200/mm³ altındadır. T hücreleri belirgin şekilde azalmıştır. Lateral grafide timus gözlenemez. Rozet testi (-)'dir. Kalsiyum azalmış, fosfor artmıştır. PTH yoktur veya çok azdır (Hipoparatiroidi). Eğer yenidoğan periyodunda ölmezlerse rekürren enfeksiyon, kronik kandidiazis ve yetmezliğe gidiş söz konusu olabilir. Genelde bakteriyel, viral, fungal, protozoal enfeksiyonlar görülür. Mukozalarda kronik kandida enfeksiyonu, diyare, büyüme geriliği gözlenir. Çok etkilenen hastalarda kombine immün yetmezlik de meydana gelebilir.

Cevap A (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 2000)

85.Çocukluk çağı epilepsileri ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Basit parsiyel epilepsilerde şuur kaybı yoktur.
b) Rolandik epilepsi kötü bir prognoza sahiptir.
c) İnteriktal EEG bazı epileptik hastalarda normal olur.
d) West sendromu + Tüberoskleroz olan hastalarda vigabatrin etkilidir.
e) Absans tipi nöbetler 5 yaşın altındaki çocuklarda nadirdir.

AÇIKLAMA: Rolandik tip epilepsi büyük yaş çocuklarda daha sık görülen ve iyi prognoza sahip bir epilepsi türüdür.

Cevap B (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 2000)

86. Hipotonik bebekle ilgili olarak aşağıdaki ifadelerden yanlış olan hangisidir?

- Bebekte hipotoni yapan en sık neden yenidoğan dönemindeki anoksi, intrakraniyal kanama gibi santral nedenlerdir.
- Hipotonik bebek arka üstü yatar pozisyonda iken ayağını kolayca başına değdirilebilir.
- Spinal musküler atrofi bir ön boynuz motor nöron hastalığıdır.
- Nörojenik ve myojenik hipotoniye ayırtetmede başlıca tetkik EMG'dir.
- Primer kas hastalıklarında patolojik refleksler ortaya çıkar.

AÇIKLAMA: Primer kas hastalıkları II. motor nöronu ilgilendirdiğinden refleks kaybına neden olur. Patolojik refleksler I. motor nöron hastalıklarına özgüdür.

Cevap E (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 2000*)

87. Erb-Duchenne paralizisinde hangi sinirler etkilenir?

- Servikal 5-6
- Servikal 3-4 ve 5.
- Servikal 7-8
- Servikal 7-8 ve torakal 1.
- Servikal 5-6-7-8 ve torakal 1

AÇIKLAMA: Servikal 3-4 ve 5'in tutulması frenik sinir felcine yol açar. Yedinci ve sekizinci servikallerin doğum travmasında etkilenmesi Klumpke paralizisine yol açar. Servikal 5-6-7-8 ve torakal 1'in etkilenmesi el ve kolun total paralizisine yol açar. Erb Duchenne'de C5-6 zelenmiştir, omuz düşüktür. Kol addüksiyonda, ön kol fleksiyondadır. Tutulan tarafta Moro refleksi negatiftir. Tedavide dirsek 90 dereceye getirilir. Omuz düz hale getirilip dış rotasyonda tesbit edilir. Hergün sabah akşam pasif hareket önerilir. Sonra atel uygulanır. Eklem iki tarafı tutulup 30'ar defa hareket ettirilir. Bu tedavi ile %80 tam olarak iyileşir, bazen nöroplasti yapılabilir. İyileşme bir kaç hafta-18 ay içinde olur.

Cevap A (*Behrman, Nelson Essentials of Pediatrics (Türkçesi), 2.baskı, 1996, s.172-173*)

88. Aşağıdaki ön tanıların hangisinde lomber ponksiyon yapılması kontrendikedir?

- Menejit şüphesi
- Psödotümör serebri şüphesi
- Guillian Barre sendromu
- Subaraknoid kanama
- Intrakraniyal abse

AÇIKLAMA: İntrakraniyal abselerde LP'den sonra transtentorial veya foramen magnum herniasyonu görülebilir.

Cevap E (*Nelson Textbook of Pediatrics, 16. baskı, 2000, s.1857*)

89. Aşağıdakilerden hangisi Psödotümör serebri tedavisinde kullanılmaz?

- Diüretik
- Tekrarlanan lomber ponksiyon
- Steroid
- Ventrikülo-peritoneal şant
- Antibiyotik

AÇIKLAMA: Psödotümör serebri, benign intrakraniyal hipertansiyon olarak da bilinen bu durum, fokal nörolojik belirtiler olmaksızın yada mental durum değişmeden kafa içi basıncın belirgin olarak artması ile kendini belli eden bir bozukluktur. Temeldeki patogeneze ve olaydan sorumlu serebral ödem ve/veya subaraknoid sıvı birikiminin derecesi bilinmemektedir. Papilla ödemi sonucu görme kaybı gelişebilir. Kaka içi volüm kontrolü hiperventilasyonla, steroid, osmotik ajanlar ve loop diüretikler uygulanmasıyla, BOS'un bir miktar boşaltılmasıyla ve BOS yapımını azaltan ajanların verilmesiyle sağlanır. Tedavi steroidler, tekrarlanan lomber ponksiyonlar yada eğer ağırsa BOS şantından oluşur.

Cevap E (*Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.1959*)

90. Tüberküloz Menejit tanısı ile tedavi almakta olan bir hastada aşağıdakilerden hangisi olabilecek komplikasyondur?

- Subdural effüzyon
- İntrakraniyal kanama
- Akciğer tüberkülozunda aktivasyon
- Uyumsuz ADH salınımı
- Sekonder bakteriyel menenjit

AÇIKLAMA: Tüberküloz menenjit, yeni infekte olmuş bireylerde oluşur. Akciğer hastalığı ve uyumsuz ADH salgılanması sonucunda hiponatremi bir arada bulunabilir. Lomber ponksiyon genellikle artmış omurilik sıvısı basıncını gösterir. BOS incelemeleri erken dönemde polimorfonükleer lökositlerin fazla olabilmesine karşın, çoğunluğu lenfositler olmak üzere hücrelerde orta derecede artış gösterir. Glukoz düşüktür ve protein artmıştır.

Cevap D (*Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.891*)

91. Hangi kan elektrolit bozukluğunda subdural kanama sıklıkla gözlenir?

- Hiponatremi
- Hipernatremi
- Hipoglisemi
- Hiperlisemi

PEDİATRİ

e) Hipokalsemi

AÇIKLAMA: Subdural kanama sıklıkla hipernatremide gözlenir.

Cevap B (*Nelson Textbook of Pediatrics, 16. baskı, 2000, s.222*)

92.Çocukluk çağında beyin tümörlerinin en sık yerleşim yeri aşağıdakilerden hangisidir?

- a) İnfratentoriyal
- b) Supratentoriyal
- c) Temporal lop
- d) Frontal lop
- e) Pariyatal lop

AÇIKLAMA: SSS tümörleri çocuklarda en sık görülen solid tümörlerdir ve insidansı tüm malign hastalıklar arasında lösemiden sonra ikinci sırada gelir. Çocuklarda beyin tümörleri supratentoriyal konumlanma yerine, çoğunlukla serebellum, orta beyin ve beyin sapını tutan infratentoriyal yerleşimleri (posterior fossa) ile erişkinlerden farklıdır. Çocukluk çağında daha çok düşük evreli astrositomlar ve embriyonik neoplazmlar (medulloblastomalar, ependimomalar yada germ hücreli tümörler) görülürken, erişkinlerde SSS tümörlerinin çoğu malign astrositomalar ve metastatik karsinomlardır.

Cevap A (*Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.1858*)

93.Mikrosefali, infantil spazm, deride 0.5×0.5 cm'lik depigmente ve çok miktarda lekeleri olan 3 aylık erkek bebekte aşağıdakilerden hangisi olası tanıdır?

- a) Nörofibromatosis tip 1
- b) Nörofibromatosis tip 2
- c) Tüberoskleroz
- d) Sturge-weber
- e) Aicardi sendromu

AÇIKLAMA: Tüberoskleroz adenoma sebaseum, mental retardasyon ve konvülsiyonlarla özdeş, otozomal dominant geçişli bir hastalıktır. İnfantil spazmların sık görülen bir nedenidir. Klinik belirtiler arasında hipopigmente derl lekeleri, mental retardasyon ve retinal hamartomlar yer alır.

Cevap C (*Nelson Textbook of Pediatrics, 16 baskı, 2000, s.1837*)

94.Anne babası arasında akrabalık bulunan, hipotonisi ve dilde fasikülasyonu olan derin tendon reflekslerinin alınmadığı bir bebekte hangi hastalık öncelikle düşünülür?

- a) Becker müsküler distrofisi
- b) Konjenital myotoni (Thomsen Hastalığı)

c) Duchenne tipi müsküler distrofi

d) Spinal müsküler atrofi, tip I (Werdnig Hoffman Hastalığı)

e) Fasiyo skapulohümorale tipte müsküler distrofi

AÇIKLAMA: Spinal müsküler atrofi veya Werdnig Hoffman Hastalığı'nda ön boynuz hücrelerinin ilerleyici dejenerasyonu vardır, intrauterin yaşamda veya herhangi bir zamanda başlar ve sonra hızla yada yavaş ilerler. Hastalığın tiplerinin tamamı otozomal resesif geçiş gösterir. Bir ailede etkilenen kardeşlerde klinik belirtiler genellikle aynıdır. Bebeklerde özellikle proksimal güçsüzlük, azalmış spontan hareket ve devrilme eğilimi ile başvurur. Atrofi belirgin olabilir. Kafa kontrolü kaybolur. **Gebelik sırasında bebeğin az hareket etmesi bu hastalığı düşündürmelidir.** Zamanla ayak hareketi tamamıyla durur ve çocuklar sadece ellerine verilen oyuncaklarla oynayabilir. Yüz ifadesi çeşitleri azalır, salya akıtır. Gözler parlak, açık, hareketli ve ilgili kalır. **Refleksler erken dönemde kaybolur, güçsüzlük gevşektir. Dilde fasikülasyonlar** görülebilir ve en iyi çocukta uyurken araştırılır. Bebekler normal mental, sosyal ve konuşma yeteneklerine ve duyusuna sahiptirler.

Cevap D (*Aicardi, Diseases of the Nervous System in Childhood, 2.baskı, 1998, s.699-702; Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.1887*)

95.Çocukluk çağı absans (petit mal) epilepsisinde ilk tercih edeceğiniz antikonvülsan hangisidir?

- a) Karbamazepin
- b) Fenobarbital
- c) Fenitoin/difenilhidantoin
- d) Vigabatrin
- e) Valproik asit/valproat

AÇIKLAMA: Absans (petit mal) epilepside ana semptom kısa süren bilinç bulanıklığıdır. Ani başlar, aura yoktur. Hiperventilasyonla provoke edilebilir. **Saniyede 3 kez gelen diken dalgalar patognomoniktir.**

Epilepsilerde seçilecek ilaçlar;

-Grand mal; Fenitoin, fenobarbital

-Petit mal; Etosüksimid veya valproat

-Myoklonik; Valproat

-Parsiyel; fenitoin

-Grand mal + Petit mal; Valproat

Cevap E (*Aicardi, Diseases of the Nervous System in Childhood, 2.baskı, 1998, s.589-91; Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.1819-1925*)

96.İnfantil spazm tipi nöbetler için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a) Hemen daima altta yatan ciddi bir SSS hastalığının işaretidir.
- b) Bebeklik çağında normal bir fenomendir.
- c) Adolesan dönemine özgü bir nöbet tipidir.
- d) Kafa içi basınç artması sendromunu oluşturan üç belirti/bulgudan biridir.
- e) İdrar yolu enfeksiyonlu bebeklerde görülür.

AÇIKLAMA: İnfantil spazm (West sendromu); 2 aylıktan 8 aylığa kadar olan süt çocuklarında görülen ve prognozu kötü olan bir konvülsiyon tipidir. Erkeklerde daha siktir. **Organik beyin lezyon ana nedendir.**

Cevap A (*Aicardi, Diseases of the Nervous System in Childhood, 2.baskı, 1998, s.581-5; Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.1817*)

21. ULUSAL TIP BİLİMLERİ YARIŞMASI

UYARI

1. Yarışma soruları "Temel Tıp Bilimleri" ve "Klinik Tıp Bilimleri" olmak üzere 100'er soruluk 2 bölümden oluşmaktadır.
2. Temel Tıp Bilimleri Cevapları sayfa 154'de, Klinik Tıp Bilimleri Cevapları sayfa 164'dedir.
3. Yarışma süresi 210 dakika (3.5 saat)'dir.
4. Her 4 yanlış cevap için 1 doğru cevap düşülecektir.
5. Yarışma sonunda doğru ve yanlış cevaplarınızı, cevap anahtarından kontrol ettikten sonra, www.turkiye-klinikleri.com adresi-ne girerek ("kendi puanını hesapla" link'ine tıklayarak) puanınızı hesaplayabilirsiniz. Puanların hesaplanmasında TUS'da kullanılan puan hesap sistemi esas alınmaktadır.

TEMEL TIP BİLİMLERİ SORULARI

1. İPTAL

2. Fötal hayatta plasentadan fötusa en yüksek oksijen konsantrasyonlu kanı taşıyan oluşumun, erişkindeki kalıntısı / karşılığı hangisidir?

- a) Ligamentum venosum
- b) Fossa ovalis
- c) Ligamentum arteriosum
- d) Plica umbilicalis medialis
- e) Ligamentum teres hepatis

3. Hiperakuzi'de hangi sinirin lezyonu düşünülmelidir?

- a) N. mandibularis
- b) N. maksillaris
- c) N. oftalmikus
- d) N. fasialis
- e) N. glossofaringeus

4. Nervus radialis tarafından uyarıldığı halde, ön kola fleksiyon yaptıran kas aşağıdakilerden hangisidir?

- a) M. ankoneus
- b) M. ekstensor indicis
- c) M. brakioradialis
- d) M. triseps braki
- e) M. ekstensor karpi ulnaris

5. Gözün akomodasyon veya siliyer refleksinde efferent bilgiyi hangisi taşır?

- a) Nervus optikus
- b) Nervus trohlearis
- c) Nervus abducens
- d) Nervus trigeminus
- e) Nervus okulomotorius

6. Hangi oluşum kafatası tabanının dış yüzünde (basis cranii externa) bulunmaz?

- a) Foramen laserum
- b) Foramen rotundum
- c) Foramen ovale
- d) Foramen spinosum
- e) Foramen stilomastoideum

7. N. medianus felci olan bir hastada elin fleksiyonunu sağlayan kas hangisidir?

- a) M. fleksor digitorum superfisyalis
- b) M. palmaris longus
- c) M. pronator teres
- d) M. fleksor karpi radialis
- e) M. fleksor karpi ulnaris

8. Ani ışık ve ses karşısında baş, boyun ve üst ekstremiteler aracılığıyla yapılan refleks korunma hareketleri, hangi efferent (inen) yol ile ilgilidir?

- a) Traktus kortikospinalis
- b) Traktus vestibulospinalis
- c) Traktus rubrospinalis
- d) Traktus tektospinalis
- e) Traktus retikülospinalis

9. Hangi oluşum kalbin sağ ventrikülünde yer alır?

- a) Fossa ovalis
- b) Ostium v.cava inferior
- c) Ostium sinus koronarius
- d) Trabekula septomarginalis
- e) Krista terminalis

10. Hangi sinir foramen rotundum'dan geçer?

- a) N. mandibularis
- b) N. maksillaris
- c) N. oftalmikus
- d) N. okulomotorius
- e) N. trohlearis

11. Aşağıdakilerden hangisinin hemiballismusa neden olur?

- a) Subtalamik nükleus
- b) Globus pallidus
- c) Putamen
- d) Nükleus ruber
- e) Substantia nigra

12. Hangisi serin proteazlara bağlanarak koagülasyonun inhibe olmasını sağlar?

- a) α_2 antitripsin
- b) Protein C
- c) Antitrombin III
- d) Plazmin
- e) Fibrin yıkım ürünleri

13. Hemoglobinin yapısında bulunan ferro demir (Fe^{2+})'in, ferri demir (Fe^{3+})'e dönüşmesi sonucu, hangi bileşik meydana gelir?

- a) Oksihemoglobin
- b) Karboksihemoglobin
- c) Karbaminohemoglobin
- d) Miyoglobin
- e) Methemoglobin

TEMEL TIP BİLİMLERİ SORULARI

14. Aşağıdaki yapılardan hangisi düz kasın kasılmasında yer almaz?

- a) Aktin
- b) Miyozin
- c) Troponin
- d) Ca^{+2} / kalmodulin kompleksine bağımlı miyozin kinaz
- e) Ca^{+2} iyon kanalları

15. Glomerüler filtrat, nefronların hangi kısmında hem hipotonik hem de hipertonic olabilmektedir?

- a) Proksimal tübül
- b) Henle kulpunun inen kolu
- c) Henle kulpunun çıkan kolu
- d) Distal tübül
- e) Toplayıcı kanallar

16. Aşağıdakilerden hangisi kalp hızını arttıran faktörlerden biri değildir?

- a) Hipoksi
- b) Bainbridge refleksi
- c) Soluk verme
- d) Ateş
- e) Tiroid hormonu

17. Periarteriyel lenfatik kılıf (PALS) hangi organda bulunur?

- a) Lenf düğümü
- b) Kemik iliği
- c) Dalak
- d) Timus
- e) Tonsilla palatina

18. Spermatogenezis evresi hangi hücreden itibaren başlar?

- a) Sertoli hücresi
- b) Spermatid
- c) Spermatozoid
- d) Spermatogonyum
- e) Spermatozoon

19. Aşağıdaki organellerin hangisi katalaz ve oksidaz enzimlerini içerir?

- a) Lizozom
- b) Peroksizom
- c) Agranüler endoplazma retikulumu
- d) Granüler endoplazma retikulumu
- e) Mitokondriyon

20. Aşağıdaki hücrelerin hangisinde lipofuksin pigmenti depolanmaz?

- a) Kalp kası hücreleri
- b) Karaciğer epitel hücreleri
- c) Serebrumdaki nöronlar
- d) Serebellumdaki Purkinje hücreleri
- e) Adrenal korteksin zona retikularis hücreleri

21. Kurşun zehirlenmesinde, serumda aşağıdakilerden hangisinin düzeyinde yükselme beklenir?

- a) Aminolevulinik asit
- b) Porfobilinojen
- c) Protoporfirin I
- d) Hem
- e) Bilirubin

22. Miyokard infarktüsü, iskelet kası harabiyeti ile birlikte olduğunda, aşağıdaki enzim tayinlerinden hangisi spesifiklik kazanır?

- a) Kreatin fosfokinaz MB
- b) Laktat dehidrogenaz
- c) Aspartat transaminaz
- d) Troponin
- e) Miyogloblin

23. Aşağıdaki vitaminlerden hangisinin TCA (Trikarboksilik asit siklusu) döngüsünde rolü yoktur?

- a) Pantotenik asit
- b) Tiamin
- c) Riboflavin
- d) Niasin
- e) Folik asit

24. Aşağıdaki lipoproteinlerden hangisi plazmin oluşumunu engelleyici etkiye sahiptir?

- a) Şilomikron
- b) VLDL
- c) LDL
- d) Lp(a)
- e) HDL

25. Aşağıdaki akut faz proteinlerinden hangisi sağlıklı insanların serumunda bulunmaz?

- a) Alfa-1-antitripsin
- b) Alfa-1-asit glikoprotein
- c) C-reaktif protein (CRP)
- d) Haptogloblin
- e) Seruloplazmin

26. Sitokrom P₄₅₀ yolu ile araşidonik asitten aşağıdaki eikozanoidlerden hangisi oluşur?

- a) Epoksitler
- b) Tromboksanlar
- c) Lökotrienler
- d) Lipoksinler
- e) Prostaglandinler

27. Aşağıdaki hastalıklardan hangisi "insan lizozomal asit lipaz" (hLAL) yokluğu sonucu ortaya çıkar?

- a) Gut
- b) Luft hastalığı
- c) Tay Sach hastalığı
- d) Wolman hastalığı
- e) Hipertrigliseridemi

28.Aşağıdaki antibiyotiklerden hangisi hem prokaryotlarda hem de ökaryotlarda protein sentezini inhibe eder?

- a) Puromisin
- b) Eritromisin
- c) Tetrasiklin
- d) Sikloheksimid
- e) Streptomisin

29.Aşağıdaki enzimlerden hangisinin eksikliği yüzünden insanlarda C vitamini sentezi yapılamaz?

- a) Gulonat oksidaz
- b) Üridin difosfat glukuronat
- c) Gulonolakton oksidaz
- d) Glukuronat hidrojenaz
- e) Glukoz-1 fosfataz

30.İkinci haberci olarak kalsiyum ve/veya fosfatidil inozitolleri kullanan hormonlar reseptörlerine bağlanınca, fosfolipaz C'yi aktive etmektedirler. Fosfolipaz C'nin aktivasyonu sonucu aşağıdakilerden hangisinin olması beklenmez?

- a) İnozitol trifosfat (İnozitol 1,4,5 trifosfat) oluşumu
- b) Diaçil gliserol oluşumu
- c) İntrasellüler depolardan Ca'un sitoplazmaya salınımı
- d) Protein kinaz C'nin aktivasyonu
- e) Proteinlerin defosforilasyonu

31.Aşağıdaki metabolik yollardan hangisi beyin dokusunda aktif değildir?

- a) Protein sentezi
- b) Glikoliz
- c) Lipid biyosentezi
- d) Pürinlerin de novo sentezi
- e) Pirimidinlerin de novo sentezi

32.Piruvatın metabolik akibeti ile ilgili aşağıdaki cümlelerden hangisi yanlıştır?

- a) Transaminasyon ile alanin amino asidine dönüşür.
- b) Karboksilasyon ile okzaloasetat' a dönüşür.
- c) Oksidatif dekarboksilasyon ile asetil CoA'ya dönüşür.
- d) Redüksiyon ile laktat'a dönüşür.
- e) Kondensasyon ile α -ketoglutarat'a dönüşür.

33.Tek karbonlu birimleri taşıyan koenzim aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Riboflavin
- b) Tetrahidrofolat
- c) Tiamin pirofosfat
- d) Lipoat
- e) Piridoksal fosfat

34.Aşağıdaki hormonların hangisi hormona duyarlı lipazı aktive etmez?

- a) Adrenalin
- b) Glukagon
- c) İnsülin
- d) Growth hormon

e) ACTH

35.Krebs döngüsü ara ürünlerinin hangisinden substrat seviyesinde ATP sentezlenir?

- a) Malat
- b) Sitrat
- c) Okzaloasetat
- d) Süksinil-KoA
- e) İzositrat

36.Hangisinin yapısında pantoteik asit bulunur?

- a) TPP
- b) KoA
- c) FAD
- d) NADP
- e) CO₂

37.Glukoneogenez regülasyonunda glukagon ve adrenalin hangi enzim üzerinden etkili olur?

- a) Pirüvat kinaz
- b) Fosfoenol pirüvat karboksilaz
- c) Fruktoz 1,6 bifosfataz
- d) Glukoz 6 fosfataz
- e) Pirüvat karboksilaz

38.Mitokondriyal elektron transport zincirinde aşağıdakilerden hangisi elektron taşıyıcısı değildir?

- a) Nikotinamid-adenin dinükleotid
- b) Nikotinamid-adenin dinükleotid-fosfat
- c) Flavin mononükleotid
- d) Flavin adenin dinükleotid
- e) Koenzim Q

39.Aşağıdakilerden hangisinde yağlı karaciğer oluşumunun primer sebebi, plazma serbest yağ asidi artışı değildir?

- a) Alkolizm
- b) Açlık
- c) Yağdan zengin diyetle beslenme
- d) Diabetes mellitus
- e) Piridoksin eksikliği

40.Diabetes Mellitusu olan bir hastada hangisi görülmez?

- a) Asetil-KoA üretimi artar.
- b) Glukoneogenez artar.
- c) Gliserol 3-fosfat üretimi artar.
- d) Keton cisimcikleri artar.
- e) Karaciğerde β -oksidasyon artar.

41.Much granülleri için doğru tanımlama hangisidir?

- a) M. leprae'nin boyanmayan granülleridir.
- b) C.diphtheriae'deki kromatin cisimcikleridir.
- c) Lyme hastalığında görülen döküntülerdir.
- d) M. tuberculosis'in boya almayan (L) formlarıdır.

TEMEL TIP BİLİMLERİ SORULARI

- e) Sıtmada görülen hematin pigmentidir.
- 42. Hem kamçılı, hem de amip formu bulunan trofozoitleri ile karakterize, insanda diffüz fulminant meningoensefalit etkeni amip hangisidir?**
- a) Acanthamoeba
b) Iodamoeba
c) Dientamoeba
d) Trichomonas
e) Naegleria
- 43. Ürettiği membran-hasar toksiniyle konağın fagositik hücrelerinde porlar açan ve bu hücrelere yerleşen patojen aşağıdakilerden hangisidir?**
- a) Shigella dysenteria
b) Clostridium tetani
c) Clostridium perfringens
d) Corynebacterium diphtheria
e) Listeria monocytogenes
- 44. A grubu streptokok (AGS)'ların gruba özgül hücre duvarı antijen maddesi aşağıdakilerden hangisidir?**
- a) Ramnoz glukozamin
b) Ramnoz galaktozamin
c) Ramnoz N-asetilglukozamin
d) Gliserol teikoik asit
e) Ramnoz N-asetilgalaktozamin
- 45. Penisilinaz üreten stafilkoklar dahil Gram pozitif bakteriler üzerinde etkili bir antibiyotik olan vankomisin, aşağıdaki mikroorganizmalardan hangisi tarafından üretilir?**
- a) Streptomyces orientalis
b) Penicillium spp.
c) Cephalosporium spp.
d) Bacillus polymyxa
e) Bacillus subtilis
- 46. İlerlemiş bruselloz enfeksiyonunda gastrointestinal semptomlardan sonra en sık görülebilecek semptomlar aşağıdakilerden hangisidir?**
- a) Solunum yolu semptomları
b) Nörolojik semptomlar
c) Osteolitik lezyonlar, eklem efüzyonu
d) Kardiyovasküler semptomlar
e) Renal fonksiyon bozukluğu
- 47. Geç dönemde nörolojik bulgularla başvuran ve Lyme hastalığı düşünülen olgularda aşağıdaki testlerden hangisi/hangilerinin yapılması uygundur?**
- a) Mikroskopi
b) Kültür
c) ELISA ve Western blotting
d) Deney hayvanlarına hasta örneklerinin şırıngası
e) PCR
- 48. Aşağıdaki etiyolojik ajanlardan hangisi insanlarda HGE (human granulocytic ehrlichiosis) etkenidir?**
- a) Ehrlichia canis
b) Ehrlichia phagocytophila
c) Ehrlichia chaffeensis
d) Ehrlichia sennetsu
e) Ehrlichia equi
- 49. Chlamydia pneumoniae enfeksiyonunun aşağıdaki komplikasyonlardan hangisinin patogeneğinde rolü olduğu düşünülmektedir?**
- a) Kronik yorgunluk sendromu
b) Ateroskleroz
c) Reye sendromu
d) Jarisch-Herksheimer reaksiyonu
e) Ornitozis
- 50. Aşağıdakilerden hangisi bakterilerin glukozu fermente etmek için en sık kullandığı yoldur?**
- a) Entner-Doudoroff yolu
b) Heksoz-monofosfat yolu
c) Heterolaktik fermentasyon
d) Embden-Meyerhof yolu
e) Fosfoenol piruvat yolu
- 51. Yirmiiki aylık bir bebek yüksek ateş, konvülsiyon ve uykuya meyil yakınmalarıyla acil polikliniğe getiriliyor. Fizik incelemesinde ateş (kolaltı) 39.5°C, ense sertliği ve (+) Kernig bulgusu saptanıyor. Bu olguda ampirik olarak başlanması gereken en uygun antibiyotik hangisidir?**
- a) Siprofloksasin
b) Ampisilin
c) Sefotaksim
d) Vankomisin
e) İmipenem
- 52. Helikobakter pylori'ye bağlı duodenal ülseri bulunan hastaya iki antibiyotik ve bir proton pompa inhibitörüyle 10 günlük kombinasyon tedavisi uygulanmıştır. Tedaviden sonra hangi testin yapılması H. pylori eradikasyonu hakkında en yararlı bilgiyi verir?**
- a) Üre nefes testi
b) Hızlı üreaz testi
c) Serumda spesifik IgG antikorlarının bakılması
d) Fekal antijen testi
e) Endoskopik biyopsi materyalinden kültür
- 53. Tatilde mağara gezisine katılan ailenin uzun süredir kortizon tedavisi gören 8 yaşındaki çocuklarında, lenfadenopati ve dilde ülseratif lezyonlar görülmesi üzerine, lezyondan alınan biyopsi materyali giemsa ile boyanmış ve makrofajlar içinde maya hücreleri görülmüştür. Aşağıdaki etkenlerden hangisi bu tabloyu oluşturabilir?**
- a) Coccidioides immitis
b) Histoplasma capsulatum
c) Blastomyces dermatitidis
d) Paracoccidioides brasiliensis

e) Zigomikoz

54.AIDS'de prognozu belirleyen en önemli faktör aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Hastanın yaşı
- b) Hastanın cinsiyeti
- c) Viral yük
- d) p24 antijeni
- e) Fırsatçı enfeksiyonlar

55.Aşağıdakilerden hangisi en güçlü antijen sunan hücre (APC) dir?

- a) T hücresi
- b) Aktive B hücresi
- c) Makrofaj
- d) Dendritik hücre
- e) Adezyon molekülleri

56.Aşağıdaki mantar sporlarının hangisi eşeysiz spordur?

- a) Arthrospor
- b) Zigospor
- c) Askospor
- d) Bazidiospor
- e) Oospor

57.Löffler pnömonisi hangi parazitin akciğerlerden göçü sırasında oluşan ses kısıklığı ve öksürükle karakterize bir semptomdur?

- a) Ascaris lumbricoides
- b) Wuchereria bancrofti
- c) Pneumocystis carinii
- d) Fasciola hepatica
- e) Dirofilaria conjunctiva

58.Primer CMV (cytomegalovirus) enfeksiyonlarının serolojik tanısında IgM antikor cevabının serokonversiyonu önemli olmakla birlikte, aşağıdakilerden hangisi tanıda komplikasyon yaratabilir?

- a) Özgül IgM titresi, virüsün reaktivasyonu sonucu gelişmiş olabilir.
- b) AIDS hastalarında IgM titresi yükselmez.
- c) Yalnız pozitif sonuç sık görülür.
- d) Çapraz reaksiyon sık görülür.
- e) Antiviral tedavi gören hastalarda IgM titreleri yükselmez.

59.Aşağıdaki sitokinlerden hangisi nötrofiller için kemotaktiktir?

- a) TNF- α
- b) İnterlökin-8
- c) IFN- α
- d) İnterlökin-10

e) GM-CSF

60.Bir tür mukoid ekzopolisakkarit olan aljinat aşağıdaki bakterilerden hangisi tarafından sentezlenir?

- a) Streptococcus pneumoniae
- b) Staphylococcus aureus
- c) Pseudomonas aeruginosa
- d) Klebsiella pneumoniae
- e) Bacillus anthracis

61.Folikül epitelinde oksifilik değişiklik yapan tiroiditis hangisidir?

- a) Haşimato tiroiditi
- b) Riedel tiroiditi
- c) Palpasyon tiroiditi
- d) Sarkoidozis
- e) Tüberküloz

62.Erken gastrik karsinomda aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a) Regional lenf bezleri tutulumu yoktur.
- b) Mukoza ve submukozada sınırlıdır.
- c) Muskularis eksternaya uzanım vardır.
- d) Tümör boyutu en önemli faktördür.
- e) Perigastrik lenf nodları mutlaka tutulmuştur.

63.Aşağıdaki hastalıklardan hangisinde primer amiloidozis gelişebilir?

- a) Hodgkin hastalığı
- b) Tüberküloz
- c) Romatoid artrit
- d) Multipl myeloma
- e) Ankilozan spondilit

64.Bölgesel transmural myokard infarktının başlıca nedeni aşağıdakilerden hangisidir?

- a) CO zehirlenmesi
- b) Uzamış hipoglisemi
- c) Koroner arterde trombüs
- d) Hipovolemik şok
- e) Ventriküler aritmi

65.Tabii öldürücü (natural killer) hücreler için kullanılan yüzey belirleyici hangisidir?

- a) CD3
- b) CD19
- c) CD20
- d) CD56
- e) CD60

66.Hücre zedelenme mekanizmalarında artan sitoplazmik kalsiyum yoğunluğu, aşağıdakilerden hangi enzim sistemini aktive etmez?

- a) Fosfolipaz
- b) Proteaz
- c) ATPaz
- d) Endonükleaz
- e) Lipaz

TEMEL TIP BİLİMLERİ SORULARI

67. Aterosklerozun patogeneğinde, makrofajların lipid içeren köpük hücrelerine dönüşümünde etkisi olan reseptör aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Alfa 1-antitripsin
- b) Kolesterol esteraz
- c) Alfa LDL
- d) Beta VLDL
- e) Beta HDL

68. Yenidoğanda K vitamini eksikliği sonucu oluşan kanama diyatezi en çok nerede görülür?

- a) İntrakraniyal
- b) Deri
- c) Göbek kordonu
- d) Dalak
- e) Dişeti

69. Akciğerleri tuttuğunda klinik ve histopatolojik olarak tüberküloz ile ayrımı çok güç olan fungal infeksiyon aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Coccidiomycosis
- b) Candidiazis
- c) Mucormycosis
- d) Histoplazmosis
- e) Aspergillozis

70. Sigara içme alışkanlığı olanlarda bronşiyal epitelin özellikle gösterdiği hücre adaptasyon biçimi hangisidir?

- a) Hipertrofi
- b) Hiperplazi
- c) Atrofi
- d) Displazi
- e) Metaplazi

71. Aşağıdaki beyin tümörlerinin hangisi Psammoma cisimcikleri içerebilir?

- a) Medulloblastoma
- b) Meningioma
- c) Ependimoma
- d) Oligodendroglioma
- e) Astrojitoma

72. Tonsiller (cerebellar) herniasyonda oluşan önemli komplikasyonlar hangisinin bir sonucudur?

- a) Medullaya bası
- b) Kommunikan hidrosefalus
- c) Non-kommunikant hidrosefalus
- d) Dura mater içindeki arterlere bası
- e) Tentoriumun serbest kenarındaki posterior serebral arter basısı

73. Enkondral kemikleşmenin bozulduğu, fakat intramembranöz kemikleşmenin normal olduğu, otozomal dominant geçişli herediter hastalık hangisidir?

- a) Renal osteodistrofi
- b) Osteoporoz
- c) Kemiğin vonRecklinghausen hastalığı
- d) Akondroplazi
- e) Fibröz displazi

74. Aşağıdaki mikroorganizmalardan hangisinin hem epiteliyal hücreleri hem de makrofajları enfekte etme özelliği daha belirgindir?

- a) Shigella
- b) M. tuberculosis
- c) Enteroinvaziv E.coli
- d) S. typhi
- e) M. avium

75. Mental retardasyon ve X kromozomunda sitogenetik anormallikle karakterize, postpubertal erkeklerde tesbit edilebilen tek ayırıcı fiziksel anormallığı testislerin büyümesi olan sendrom hangisidir?

- a) Turner Sendromu
- b) Frajil X Sendromu
- c) Klinefelter Sendromu
- d) Patau Sendromu
- e) Edwards Sendromu

76. A vitamini eksikliğinde ilk görülen hangisidir?

- a) Kseroftalmi
- b) Kserozis
- c) Gece körlüğü
- d) Bitot lekeleri
- e) Keratomalazi

77. Reye sendromunda karaciğerde görülen karakteristik bulgu hangisidir?

- a) Kolestaz
- b) Mikroveziküler steatoz
- c) Makronodüler steatoz
- d) Köprüleşme nekrozu
- e) Pigment birikimi

78. Hiperinsülinizme en sık neden olan adacık hücre tümörü hangisidir?

- a) Diffüz hiperplazi
- b) Soliter adenom
- c) Nodüler hiperplazi
- d) Karsinom
- e) Multipl adenom

79. Aşağıdaki deri lezyonlarından prekanseröz olanını işaretleyiniz.

- a) Seboreik keratoz
- b) Aktinik (solar) keratoz
- c) Keratoakantom
- d) Kondiloma akuminatum
- e) Verruka vulgaris

80. Hem klinik hem de morfolojik olarak kronik lenfositik lösemiye benzeyen lenfoma türü hangisidir?

- a) Küçük bölünmemiş hücreli lenfoma
- b) Lenfoblastik lenfoma
- c) Küçük lenfositik hücreli lenfoma
- d) Difüz büyük hücreli lenfoma
- e) Folliküler büyük hücreli lenfoma

81. Aşağıdaki oksitosik ilaçlardan hangisi, yüksek dozda vazopressin reseptörlerini etkileyerek hipertansiyon oluşturur?

- a) Oksitosin
- b) Ergotamin
- c) Metilergonovin
- d) Dinoprost
- e) Gemeprost

82. Aşağıdaki ilaçlardan hangisi merkezi alfa-2 agonistik etki ile, çizgili kas tonusunu azaltıcı etkiye sahiptir?

- a) Dantrolen
- b) Tizanidin
- c) Kürar
- d) Süksinil kolin
- e) Diazepam

83. Aşağıdaki opioidler arasında analjezik etkisi olmayan hangisidir?

- a) Morfin
- b) Kodein
- c) Dekstrometorfan
- d) Eroin
- e) Pentazosin

84. Pankreastaki beta hücrelerindeki etkisinden dolayı, deney hayvanlarında diabetes mellitus oluşturmak amacıyla kullanılan antineoplastik ajan aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Hidroksiüre
- b) Siklofosamid
- c) Dakarbazin
- d) Streptozosin
- e) Mitoksantron

85. Aşağıda verilmiş olan oral hipoglisemik ajanlardan hangisi insülin salınımını arttırarak etki etmez?

- a) Klorpropamid
- b) Glipizid
- c) Akarboz
- d) Repaglinid
- e) Tolbutamid

86. Aşağıdaki olgulardan hangisinde kardiyak glikozidlerin toksik etkisinde artış görülmez?

- a) Yaşlılarda
- b) Yenidoğanlarda
- c) Hipokalemisi olanlarda
- d) Hiperkalsemisi saptananlarda
- e) Hipotiroidisi olanlarda

87. Anemi nedeniyle demir preparatı kullanan bir hastada, aşağıdaki antibiyotik gruplarından hangisinin etkinliği azalabilir?

- a) Tetrasiklinler
- b) Makrolid grubu antibiyotikler
- c) Amfenikoller
- d) Penisilinler
- e) Aminoglikozidler

88. Aşağıdaki ilaçlardan hangisi adenzin reseptörlerini bloke ederek bronkodilatör etki yapar?

- a) Salbutamol
- b) Teofilin
- c) İpratropium bromid
- d) Beklametazon
- e) Efedrin

89. Aşağıdakilerden hangisi GnRH (gonadotropin releasing hormon) analogu değildir?

- a) Löprorelin
- b) Goserelin
- c) Kabergolin
- d) Nafarelin
- e) Triptorelin

90. Aşağıdakilerden hangisi peptid yapılı anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörüdür?

- a) Teprotid
- b) Pepstatin
- c) Silazapril
- d) Saralazin
- e) Losartan

91. Antagonistlerin reseptöre karşı afinitesinin bir göstergesi olan ve aynı tür reseptör üzerine etkili antagonist ilaçların gravimetrik etki gücünü gösteren değer aşağıdakilerden hangisidir?

- a) pD₂
- b) EC₅₀
- c) pA₂
- d) PK_a

TEMEL TIP BİLİMLERİ SORULARI

e) E_{max}

92. Antineoplastik ajan olarak 6-merkaptopürin'i ilk defa kullanan bir hastada ilaca karşı tolerans saptanırsa, hastada genetik olarak hangi enzim eksikliği düşünülmelidir?

- a) Glukoz 6-fosfat dehidrogenaz
- b) Hipoksantin guanin fosforibozil transferaz
- c) CYP2D6 polimorfizmi
- d) N-asetil transferaz
- e) NADPH'a bağlı methemoglobin redüktaz

93. α_1 -adrenerejik reseptör blokörü ve hafif kalsiyum kanal blokörü etkinliği de olan beta blokör ilaç aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Seliprolol
- b) Nadolol
- c) Sotalol
- d) Karvedilol
- e) Tertatolol

94. Aşağıdakilerden hangisi kalp yetersizliği olan hastalarda kullanılmaz?

- a) Karvedilol
- b) Verapamil
- c) Ramipril
- d) Felodipin
- e) Hidroklorotiazid

95. Aşağıdaki anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörlerinden hangisi günde tek doz kullanılmamalıdır?

- a) Lisinopril
- b) Monopril
- c) Ramipril
- d) Kaptopril
- e) Silazapril

96. Trombositlerde fosfodiesteraz enzimini inhibe ederek cAMP düzeyini artıran antitrombositik etkili ilaç hangisidir?

- a) Absiksimab
- b) Dipiridamol
- c) Niasin
- d) Tiklopidin
- e) Sülfonpirazon

97. Karma bakterilerden ileri gelen ağır enfeksiyonlarda hangisi tercih edilir?

- a) Ampisilin+Gentamisin
- b) Oral eritromisin+oral neomisin
- c) Streptomisin+Tetrasiklin
- d) Kloramfenikol+Gentamisin
- e) Penisilin+Gentamisin

98. Aşağıdakilerden hangisi akciğerlerde sürfaktan yapımını arttıran bir ekspektorandır?

- a) İpeka şurubu
- b) Potasyum iyodür
- c) Difenhidramin HCl
- d) Oksalamin fosfat
- e) Ambroksol

99. CYP3A4 enzimini inhibe ederek, bu enzim ile metabolize olan ilaçlar ile etkileşimlere neden olabilen antibiyotik hangisidir?

- a) Tobramisin
- b) Penisilin G
- c) Azitromisin
- d) Trimetoprim-sülfometaksazol
- e) Eritromisin

100. Yakın zamanlarda yapılan çalışmalarda bağımlılık yapıcı maddeler ile ilgili olarak, bunların pozitif pekiştirici etkilerinde rol oynayan nörotransmit-ter/nöropeptid ve beyin bölgesi bulunmuştur. Aşağıdaki eşleştirmelerden hangisi bu bilgileri doğru olarak ifade etmektedir?

- a) Dopamin ve substantia nigra
- b) Norepinefrin ve locus coeruleus
- c) Endorfinler ve locus coeruleus
- d) Dopamin ve nucleus accumbens
- e) Dopamin ve hipokampus

KLİNİK TIP BİLİMLERİ SORULARI

1. Akut miyokard infarktüsü sonrası asemptomatik sol ventrikül disfonksiyonlu hastalarda mortaliteyi azaltan en önemli ilaç grubu hangisidir?
 - a) Nitratlar
 - b) Salisilatlar
 - c) Sempatomimetik ajanlar
 - d) Antikoagülanlar
 - e) Beta blokerler
2. Kalp yetersizliğinde nörohumoral yanıt olarak aşağıdakilerden hangisi yükselmez?
 - a) Atrial natriüretik peptid (ANP)
 - b) Endotelin
 - c) Vazopressin
 - d) ACTH
 - e) Beyin natriüretik peptid (BNP)
3. Aşağıdakilerden hangisi mitral darlığının şiddetli olduğunun bulgusudur?
 - a) Diyastolik rulmanın şiddetli oluşu
 - b) Birinci kalp sesinin şiddetli oluşu
 - c) Mitral açılma sesinin aortik kapanma sesine (A2) yakın oluşu
 - d) Presistolik üfürümün şiddetli oluşu
 - e) Mitral açılma sesinin duyulmayışı
4. Sistemik lupus eritematozun en sık kalp tutulum tipi nedir?
 - a) Perikardit
 - b) Koroner arterit
 - c) Miyokardit
 - d) Libman Sacks endokarditi
 - e) İleti bozuklukları
5. Kırkbeş yaşında 16 yıldır sigara içen erkek hasta efor dispnesi tanımlıyor. Hastanın akciğer grafisinde daha çok üst loblarda yerleşmiş, ince cidarlı hava kistleri ve retikülonodüler lezyonlar, solunum fonksiyon testlerinde kombine (obstrüktif+restriktif) tipte solunum bozukluğu tespit ediliyor. Bu hastada en olası hastalık hangisidir?
 - a) İdiyopatik pulmoner fibrozis
 - b) Allerjik bronkopulmoner aspergillozis
 - c) Sarkoidozis
 - d) Eozinofilik granüloma
 - e) Kronik eozinofilik pnömoni
6. Pulmoner tromboemboli direkt tanısında aşağıdaki tetkiklerden hangisinin yeri yoktur?
 - a) Ventilasyon/perfüzyon sintigrafisi
 - b) Spiral bilgisayarlı tomografi
 - c) Doppler ultrasonografi
 - d) Pulmoner anjiyografi
 - e) Ekokardiyografi
7. Aşağıdaki mekanizmalardan hangisi östrojen ve progesteronun astım üzerindeki olumsuz etkilerinden değildir?
 - a) Östrojenlerin kortikosteroid metabolizmasını hızlandırmaları
 - b) Progesteronun glukokortikoid reseptörlerini bloke etmesi
 - c) Östrojenlerin kortikosteroid bağlayıcı globulin sentezini arttırması
 - d) Östrojenin bronşiyal reaktiviteyi arttırması
 - e) Progesteronun beta 2 adrenerjik reseptör yoğunluğunu azaltması
8. Aşağıdaki ilaçlardan hangisi hepatokanaliküler kolestaz yapar?
 - a) Ketokonazol
 - b) A-vitamini
 - c) Nitrofurantoin
 - d) İzoniazid
 - e) Perheksilin
9. Aşağıdaki vitaminlerden hangisinin emilimi safra tuzlarına bağımlıdır?
 - a) K
 - b) D
 - c) A
 - d) E
 - e) B₁₂
10. Wilson hastalığında hangisinin görülmesi olağan değildir?
 - a) Glukozüri
 - b) Renal tübüler asidoz
 - c) Hipoparatiroidizm
 - d) Hemoliz
 - e) Hiperaldosteronizm
11. Hangisi insüline periferik dirence eşlik eder ?
 - a) Hipopigmentasyon
 - b) Difüz hiperpigmentasyon
 - c) Akantozis nigrikans
 - d) Plazmada LDL-kolesterol yüksekliği
 - e) Düşük plazma trigliserid düzeyleri
12. Primer hiperaldosteronizme uyan seçeneği işaretleyiniz.
 - a) Hiperpotasemi
 - b) Metabolik alkaloz
 - c) Hiponatremi

KLİNİK TIP BİLİMLERİ SORULARI

- d) Asidoz
- e) Hiperkalsemi

13. Demir eksikliği anemisinin oral yoldan tedavisi için hangisi yanlıştır?

- a) Ferröz formları tercih edilir.
- b) İlaç yemekten sonra alındığında demir emilimi % 40-50 oranında azalır.
- c) C vitamini demir emilimini artırır.
- d) Bazı hastalarda tedavi sırasında gastrointestinal yan etkiler çıkabilir.
- e) Tedaviye hemoglobin düzeyi normal sınırlara gelene kadar devam edilir.

14. Aktive parsiyel tromboplastin zamanı normal, protrombin zamanı uzun bulunan bir hastada hangi faktör eksik ya da o faktöre karşı inhibitör madde mevcuttur?

- a) Faktör II
- b) Faktör V
- c) Faktör VII
- d) Faktör IX
- e) Faktör XI

15. Nefrotoksisitesi nedeniyle yoğun hidrasyonla verilmesi gereken antikanser ilaç aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Fluorourasil
- b) Vinkristin
- c) Vinorelbin
- d) Adriamisin
- e) Sisplatin

16. Evre II (Dukes B) kolon kanserini hangi şık doğru olarak tanımlamaktadır?

- a) Tümör mukoza, muskularis mukoza ve serozayı tutmuş ama lenf nodu invazyonu yapmamıştır.
- b) Tümör mukoza ve muskularis mukozayı tutmuş ama serozaya ilerlememiştir.
- c) Tümör sadece mukozadadır.
- d) Tümör tüm bağırsak duvarı ile birlikte serozadaki lenf nodlarını tutmuştur.
- e) Tümör komşu ve uzak lenf nodlarını tutmuş ama peritona ilerlememiştir.

17. Aşağıdakilerden hangisi diüretik tedavisine dirençli yatan hastalarda, sürekli diüretik infüzyonlarının bolus uygulamaya göre avantajları arasında yer almaz?

- a) Pozitif NaCl dengesine yol açarlar.
- b) Diüretik yanıtı titre edilebilir.
- c) Ototoksisite gibi yüksek dozlarda gelişen komplikasyonlar daha azdır.

- d) Yüksek dozlarda bolus tedavisiyle verilen diüretiklere direnç gösteren bazı hastalar sürekli infüzyona yanıt verir.

- e) Her 1 mg başına atılan NaCl miktarı daha fazladır.

18. Aşağıdaki hereditör böbrek hastalıklarından hangisi başlıca skrotum, sırt ve kalçalarda görülen yaygın anjiyokeratomalardan oluşan cilt bulguları ile karakterize, X kromozomu ile geçen, damar duvarında, böbreklerde ve sinirlerde seramid triheksosid birikimine yol açan bir glikosfingolipid metabolizması bozukluğudur?

- a) Alport sendromu
- b) Familial benign hematüri
- c) Fabry hastalığı
- d) Nail-patella sendromu
- e) Hereditör akroosteolizis

19. Böbrek transplantasyonu sırasında kan transfüzyonu yapılan bir kişide, daha sonra gelişen genel enfeksiyon tablosu ve transplantasyonla alınan böbreğin reddi en çok hangi viral enfeksiyonu düşündürür?

- a) EBV
- b) HCV
- c) Hepatit B
- d) CMV
- e) Coxsacki

20. B. anthracis sporlarını inhale eden bir kişiye hangi antibiyotikle profilaksi yapılır?

- a) Siprofloksasin
- b) Eritromisin
- c) Penisilin G
- d) Klindamisin
- e) Seftriakson

21. Gut artriti düşünülen bir hastaya akut artrit sırasında aşağıdakilerden hangisi yapılmamalıdır?

- a) Allopurinol başlanması
- b) Kolşişin başlanması
- c) Nonsteroid antiinflamatuar tedavi
- d) Kortikosteroid tedavi
- e) İntra-artiküler kortikosteroid enjeksiyonu

22. Ankilozan spondilitli hasta rehabilitasyonunda hangisi tavsiye edilmez?

- a) Germe egzersizleri
- b) Postür egzersizleri
- c) Solunum egzersizleri
- d) Yüzükoyun yatma
- e) Sırt üstü yatma

23. Aşağıdakilerden hangisi anksiyete bozukluklarından değildir?

- a) Konversiyon bozukluğu
- b) Obsesif kompulsif bozukluk
- c) Panik bozukluk
- d) Özgül fobi
- e) Posttravmatik stres bozukluğu

24. Aşağıdakilerden hangisi migren baş ağrısının tipik özelliklerinden biri değildir?

- a) Unilateral ve pulsatil karakterdedir.
- b) Ağrıya bulantı ve/veya kusma eşlik eder.
- c) Ağrı fizik aktiviteyle artmaz.
- d) Ağrı sırasında fotofobi ve fonofobi olur.
- e) Karanlık ve sessiz bir odada istirahat ağrının şiddetini azaltır.

25. Aşağıdakilerden hangisi demans kliniğinde görülmesi beklenen bir bulgu değildir?

- a) Bellek bozukluğu
- b) Afazi
- c) Bilinç seviyesinde bozulma
- d) Apraksi
- e) Delüzyon ve halüsinasyonlar

26. Gluten enteropatisi ile ilişkili olan vezikülobüllöz dermatoz hangisidir?

- a) Duhring hastalığı
- b) Pemfigus vulgaris
- c) Büllöz pemfigoid
- d) Psöriasis vulgaris
- e) Büllöz liken planus

27. Aşağıdakilerden hangisi torasik radyoterapinin yan etkisi değildir?

- a) Radyasyon pnömonisi
- b) Özofajit
- c) Pulmoner fibrozis
- d) Miyelit
- e) Hemoptizi

28. Hangisi arter duvarı yerleşimli yumuşak doku kalsifikasyonuna yol açar?

- a) Kollajen doku hastalığı
- b) Diabetes mellitus
- c) Lepra
- d) Alkaptonuri
- e) Granülomatöz enfeksiyon

29. Bir araştırmacı, tromboembolik hastalığı olanların, bu hastalıklarının oral kontraseptif kullanımını ile ilişkisini araştırmak istiyor. Bu amaçla hangi epidemiyolojik araştırma yöntemini kullanması daha doğrudur?

- a) Vaka-Kontrol Araştırmaları
- b) Kohort Araştırmaları
- c) Tanımlayıcı Araştırmalar
- d) Validite Araştırmaları
- e) Kesitsel Araştırmalar

30. Tüberküloz insidansı aşağıdaki formüllerden hangisi ile hesaplanır?

- a) Yeni ve eski tüberküloz vakaları/Risk altındaki toplum
- b) Tüberkülozdan ölenlerin sayısı / Tüm tüberküloz vakaları
- c) Eski tüberküloz vakaları / Tüm tüberküloz vakaları
- d) Yeni tüberküloz vakaları / Risk altındaki toplum
- e) Yeni tüberküloz vakaları / Tüm tüberküloz vakaları

31. Aşağıdaki immün yetmezlik hastalıklarının hangisinde alfa fetoprotein artışı olur?

- a) Ataksi telanjiektazi
- b) Bruton hastalığı
- c) İzole IgA eksikliği
- d) Di George sendromu
- e) Kronik granülomatöz hastalık

32. Hangisi perinatal asfiksünün metabolik etkilerinden değildir?

- a) Uyumsuz antidiüretik hormon salgılanması
- b) Hiperkalsemi
- c) Hiponatremi
- d) Miyoglobüni
- e) Hipoglisemi

33. Yenidoğanda retinanın kırmızı refleksi hangi durumda alınabilir?

- a) Konjenital katarakt
- b) Oküler tümör
- c) Ağır korioretinit
- d) Prematüre retinopatisi
- e) Subkonjonktival kanama

34. Deformite bırakmayan artrit, döküntü, ağır proteinüri ve hipokomplementemi bulguları olan 17 yaşındaki kız hastada ön tanınız nedir?

- a) Henoch Schönlein vaskülit
- b) Sistemik lupus eritematozus
- c) Primer membranoproliferatif glomerülonefrit
- d) Amiloidoz
- e) Juvenil romatoid artrit

35. Doğuştan beri morarma şikayeti ile gelen 3 aylık bir bebeğin çekilen EKG'sinde sol aks deviasyonu ve sol ventrikül hipertrofisi bulguları saptanıyor. En muhtemel tanı hangisidir?

- a) Büyük arter transpozisyonu
- b) Triküspid atrezisi
- c) Fallot tetralojisi
- d) Total pulmoner venöz dönüş anomalisi
- e) Atriyal septal defekt

36. Kanser tanısı ile kemoterapi alan 5 yaşında bir çocuk, kemoterapiden bir hafta sonra gece 38.5°C ateş ile hastaneye başvurdu. Fizik muayenede bir enfeksiyon odağı bulunamadı. Tam kan sayımında lökosit sayısı 600/mm³, granülosit yüzdesi %10 idi. Bu hasta nasıl yönlendirilmelidir?

- a) Ateşi düşürülür, ertesi günün sabahı kontrole gelmek üzere eve gönderilir.
- b) Ateşi düşürülür, izlem için hastanede tutulur.

KLİNİK TIP BİLİMLERİ SORULARI

- c) Kültürler alınır, ateşi düşürülür, izlem için hastanede tutulur.
d) Ateşi düşürülür, oral antibiyotik ile eve gönderilir.
e) Kültürler alınır, hastanede yatırılarak acilen intravenöz geniş spektrumlu antibiyotik başlanır.
- 37. Dört yaşında aşısız bir çocuğa kızamık tanısı konduğunda, 4 aylık düşük kilolu aynı evdeki kardeşine aşağıdakilerden hangisinin yapılması en uygundur?**
- a) Hemen canlı kızamık aşısı ile aşılanmalı
b) Hemen inaktif kızamık aşısı ile aşılanmalı
c) Çocuğa modifiye edilmiş dozda gamma globulin verilmeli
d) Koruyucu dozda gamma-globulin verilmeli
e) Modifiye doz gamma-globulin, diğer koldan atenué kızamık aşısı eş zamanlı uygulanmalı
- 38. Aşağıdaki hastalıklardan hangisinde glikozile hemoglobin (Hb A1c) artmaz?**
- a) Aplastik anemi
b) Lösemi
c) Derin demir eksikliği
d) Talassemi
e) Orak hücreli anemi
- 39. Aşağıdaki etkenlerden hangisi kızıl benzeri döküntü ve Pastia çizgileri oluşturabilmektedir?**
- a) Koagülaz pozitif stafilokok
b) Koagülaz negatif stafilokok
c) Parvovirüs B19
d) Arkanobakterium haemolitikum
e) Grup B streptokok
- 40. Aşağıdakilerden hangisi kızamık hastalığının sık görülen komplikasyonlarından değildir?**
- a) Otitis media
b) Pnömoni
c) Artrit
d) Laringotrakeit
e) Ensefalit
- 41. Hangisi bifazik stridor oluşturur?**
- a) Koanal atrezi
b) Larengomalazi
c) Subglottik hemanjiyom
d) Vasküler ring
e) Vokal kord paralizisi
- 42. Otuzsekiz haftalık, 4500 gr ağırlığında gestasyonel diabeti olan anneden sezaryen ile doğan erkek bebeğın, altıncı saatinde dekstro stiks ile bakılan kan şekeri 35 mg/dL bulunmuştur. Bu durumda bebeğeye yapılması gerekenler ile ilgili aşağıdakilerden hangisi doğrudur?**
- a) Tedavi gerekli değildir. Bebek beslendikten 1 saat sonra tekrar kan şekeri bakılır.
b) %50 dekstroz solüsyonundan 1-2 ml/kg IV puşe yapılır.
c) %50 dekstroz solüsyonundan 1-2 ml/kg IV puşe yapıp sonrasında idame glukoz infüzyonuna (6 mg/kg/dk) başlanır.
d) %25 dekstroz solüsyonundan 1-2 ml/kg IV puşe yapıp sonrasında idame glukoz infüzyonuna (6 mg/kg/dk) başlanır.
e) İdame gereksinimini karşılayacak biçimde (6 mg/kg/dk) devamlı glukoz infüzyonuna başlanır.
- 43. Gebelikte kontrolleri sırasında kan basıncı 200/110 mmHg ölçülen, proteinürisi ve ödemi saptanan anneden 35 haftalık olarak sezaryen ile 1800 gr ağırlığında doğan bebekte, aşağıdakilerden hangisi beklenmez?**
- a) Hipoglisemi
b) Trombositopeni
c) Respiratuvar distres sendromu
d) Nötropeni
e) Polisitemi
- 44. Orak hücreli anemide, hangi kriz kan tablosunda değişiklik meydana getirmez?**
- a) Akut sekestrasyon krizi
b) Aplastik kriz
c) Vazo-oklüziv kriz
d) Hiperhemolitik kriz
e) Megaloblastik kriz
- 45. Bazı kalıtsal metabolik hastalıklarda idrarda anormal koku saptanır. Aşağıdaki hastalıklardan hangisinde idrar kokusu tipik değildir?**
- a) Hartnup hastalığı
b) Maple şurup idrar hastalığı
c) İzovalerik asidüri
d) Glutarik asidüri tip II
e) Fenilketonüri
- 46. Halsiz, soluk ve ödemli 10 yaşındaki hasta günde 200 ml idrar yapmaktadır. Kan basıncı 135/90 mmHg olan hastanın diğer laboratuvar bulguları şöyledir:**
Serum üre: 85 mg/dl,
Serum kreatinin: 2.6 mg/dl,
Serum Na⁺: 123 mEq/L,
K⁺: 5.4 mEq/L,
Serum albumin: 3.5 mg/dl,
Serum kolesterol: 176 mg/dl;
Tam kanda, Hb: 10.5 g/dl ve trombosit: 160.000/mm³;
İdrarda Na: 10 mEq/L, idrar dansitesi: 1020.
Bu bulgularla gelen hastada en olası tanı hangisidir?
- a) Üzerine akut böbrek yetmezliği eklenmiş olan nefrotik sendrom

- b) Hemolitik üremik sendrom
- c) Akut glomerülo nefrit
- d) SLE nefriti Class V
- e) Membranöz glomerülopati

47. Rekürren makroskopik hematüri aşağıdaki hastalıkların hangisinde beklenen bir bulgu değildir?

- a) IgA Nefropatisi
- b) İdiyopatik Benign Familyal Hematüri
- c) Alport Sendromu
- d) İdiyopatik Hiperkalsemi
- e) Poststreptokoksik Akut Glomerülo nefrit

48. Preterm anemisinde hangi vitamin verilir?

- a) A vitamini
- b) B vitamini
- c) C vitamini
- d) D vitamini
- e) E vitamini

49. Yenidoğanda hiperinsülinizme bağlı ortaya çıkan hipoglisemi tablosu hangi durumda görülmez?

- a) Eritroblastozis fetalis
- b) Beckwith-Wiedemann sendromu
- c) Asfiksi
- d) Diabetik anne bebeği
- e) Nesidioblastozis

50. Periventriküler kalsifikasyon doğumsal enfeksiyonlardan hangisinde görülür?

- a) Toksoplazmozis
- b) Sitomegalovirüs
- c) Sifiliz
- d) Kızamıkçık
- e) Herpes simpleks virüsü

51. Aşağıdakilerden hangisi juvenil dermatomyozitli olgularda akciğer tutulumu olduğunda, yüksek oranda saptanır?

- a) Anti-histon
- b) Ribonükleoprotein
- c) Jo-I antikoru
- d) Pm-Scl
- e) Scl

52. Aşağıdaki makrolidlerden hangisi astım bronşiyalede bronşiyal hiperaktiviteyi en fazla azaltmaktadır?

- a) Klaritromisin
- b) Azitromisin
- c) Roksitromisin
- d) Eritromisin
- e) Spiramisin

53. Aşağıdakilerden hangisi yenidoğanda respiratuvar distres sendromunun insidansını ve şiddetini arttıran nedenlerden değildir?

- a) Annenin sigara içmesi
- b) Düşük doğum ağırlığı
- c) Erkek cinsiyet
- d) Perinatal asfiksi
- e) Maternal diabet

54. Yenidoğan döneminde sütle beslenmeye başladıktan sonra sarılık, kusma, hepatomegali, hipoglisemi, gelişme geriliği, katarakt gözlenen bir hastada tanınız nedir?

- a) Glukoz-6-fosfataz eksikliği
- b) Fruktoz 1,6 bifosfataz eksikliği
- c) Galaktoz 1-fosfat uridil transferaz eksikliği
- d) Glukoserobidaz eksikliği
- e) Fosfofruktokinaz eksikliği

55. Maternal fenilketonüri sendromlu bebekte beklenmeyen bulguyu işaretleyiniz.

- a) Akciğer hipoplazisi
- b) Mental retardasyon
- c) Mikrosefali
- d) Özofagus atrezisi
- e) Konjenital kalp hastalığı

56. Preterm infantlarda daha büyük yaş grubundan farklı olarak hangi aminoasit esansiyeldir?

- a) Fenilalanin
- b) Tirozin
- c) Lösin
- d) Metionin
- e) Triptofan

57. Aralıkla sarılık atağı geçiren, karın ağrısı olan ve fizik muayenede sağ üst kadranda düzgün kenarlı yumuşak kitlesi olan ve batin ultrasonografisinde karaciğer altında kistik kitle saptanan 13 yaşındaki bir kız çocuğunda olası tanınız nedir?

- a) İntrahepatik biliyer atrezi
- b) Safra kesesi taşı
- c) Koledok kisti
- d) Ekstrahepatik biliyer atrezi
- e) Basit renal kist

58. Bir aydır özellikle sabahları baş ağrısı, son bir haftadır kusma ve yürürken dengesizlik olan 6 yaşındaki hastada, göz dibi bakışında papil ödem saptandı. Öncelikle hangi tetkik / tetkikleri istersiniz?

- a) Tam idrar tahlili, tam kan sayımı
- b) Kraniyal bilgisayarlı tomografi veya magnetik rezonans inceleme
- c) Tam kan sayımı, biyokimya

KLİNİK TIP BİLİMLERİ SORULARI

- d) Akciğer grafi ve göz dibi bakışı
e) Tam idrar tahlili ve böbrek fonksiyon testleri
59. Aşağıdakilerden hangisi organik fosfor zehirlenmelerinde görülmez?
a) Diyare
b) Salivasyon artışı
c) Bradikardi
d) Midriyazis
e) Eksitasyon
60. Aşağıdakilerden hangisi "nekrotizan enterokolit"de ayakta direk batın grafisinde saptanabilen bulgulardan birisi değildir?
a) Pnömatosis intestinalis
b) "Double bubble" bulgusu
c) Diafram altında serbest hava
d) Abdominal gaz distansiyon
e) Portal vende gaz görüntüsü
61. Pankreatik lezyonlardan malignensi potansiyeli yüksek olan hangisidir?
a) Papiller-kistik neoplazi
b) Müsinöz kistadenom
c) Seröz kistadenom
d) Psödokist
e) Kronik pankreatit
62. Tiroid cerrahisi sırasında aşağıdaki yapılardan hangisinin zedelenmesi krikotiroid kasın paralizisi sonucunda, sesin kaba bir karakter kazanmasına neden olur?
a) N. Laringeus recurrens
b) N. Laringeus superior
c) N. Laringeus inferior
d) A. Tiroidea ima
e) A. Tiroidea inferior
63. Karın ağrısı, bulantı-kusma yakınmalarıyla başvuran 58 yaşındaki kadın hastanın anamnezinde diyabetik olduğu, muayenesinde batında distansiyon bulunduğu saptanmıştır. Çekilen direkt grafide multipl hava sıvı seviyeleri ve safra yollarında gaz saptanmıştır. Bu hastada obstrüksiyon varsa en büyük olasılıkla nerededir?
a) Jejunumda
b) Duodenumda
c) Reko sigmoid köşede
d) İleumda
e) Splenik fleksurada
64. Yetmişbeş yaşında erkek hasta idrar yaparken gaz geldiğinden yakınıyor. Öyküsünde bir kez medikal olarak tedavi edilen divertikülit atağı tarifliyor. İlk yapılacak tanısal test hangisi olmalıdır?
a) Tomografi
b) Sistoskopi
c) Kolon grafisi
d) İVP
e) Kolonoskopi
65. FAP (Familiyal Adenomatöz Polipozis) olan ailelerde çocukluk çağında hangi tarama yöntemi yapılmalıdır?
a) Oftalmoskopi
b) Sigmoidoskopi
c) Kolon grafisi
d) Kolonoskopi
e) HLA analizi
66. Akut pankreatitli olgularda en yaygın asit-baz dengesi bozukluğu hangisidir?
a) Metabolik alkaloz
b) Renal tübüler asidoz
c) Respiratuvar asidoz
d) Metabolik asidoz
e) Respiratuvar alkaloz
67. Daha önce pankreatit öyküsü olmayan bir olguda tomografide 5 cm çapta septalı ve duvarında kalsifikasyon gösteren asemptomatik pankreas kisti saptanırsa, en uygun yaklaşım nedir?
a) 3 aylık aralıklarla izlem
b) 6 aylık aralıklarla izlem
c) Perkütan drenaj
d) Radyofrekans ablasyonu
e) Cerrahi
68. Aşağıdakilerden hangisi cerrahi olarak düzeltilebilen hipertansiyon nedenlerinden değildir?
a) Abdominal aort anevrizması
b) Feokromasitoma
c) Conn sendromu
d) Aort koarktasyonu
e) Cushing sendromu
69. Kırkiki yaşında erkek hasta halsizlik, ateş ve sağ üst kadranda ağrı yakınmasıyla başvurmuştur. Anamnezinde 1 hafta önce geçirilmiş kanlı ishal bulunan hastanın yapılan USG'sinde karaciğerin sağ lobunda tek solid bir kitle saptanmıştır. En olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?
a) Shistosoma mansoni enfeksiyonu
b) Kolanjiyosellüler karsinom
c) Karaciğer kist hidatiği
d) Amebik karaciğer absesi
e) Karaciğerde hemanjom
70. TH1 ve IF Gamma yapımında rol oynayıp, B lenfositlerin Ig yapımını baskılayan, hücre aracılı hipersensitivitede NK proliferasyonunu arttırarak rol oynayan aşağıdakilerden hangisidir?
a) IL 4
b) IL 6
c) IL 12

- d) IL 8
e) IL 13

71.Femoral kanalın lateral kenarını aşağıdakilerden hangisi oluşturur?

- a) Lig. inguinale(Poupart)
b) Lig. pectinea(Cooper)
c) Lig. lacunare(Gimbernath)
d) N. femoralis
e) V. femoralis

72.Hangisi duodenal ülser oluşumunda rol oynamaz?

- a) H. pylori
b) NSAID
c) Duodenogastrik reflü
d) Hiperasidite
e) Hızlı gastrik boşalım

73.Aşağıdaki meme kanseri tiplerinden hangisinin prognozu daha kötüdür?

- a) Apokrin kanser
b) Tübüler kanser
c) Müsinöz kanser
d) Papiller kanser
e) Adenoid kistik kanser

74.Multiorgan yaralanmalı bir hastada çekilen intravenöz piyelografide, böbreğin görüntülenememesi hangi sebepten dolayı olmaz?

- a) Hipovolemik şok
b) Renal arter trombozu
c) Renal pedikül hasarı
d) Renal ektopi
e) Subkapsüler hematoma

75.Yetmiş yaşında erkek hastanın sağ yanağında, hızlı büyüyen, sınırları sert ve yuvarlak, merkezi göbek yapmış ve pullu bir görünüme sahip düzgün sınırlı bir lezyon mevcuttur. En olası tanı hangisidir?

- a) Aktinik keratoz
b) Silindroma
c) Keratoakantoma
d) Piyojenik granülom
e) Seboreik keratoz

76.Bir erkek hastanın elinde metastatik bir tümör görüldüğünde ilk olarak düşünülmesi gereken hangisidir?

- a) Prostat Ca
b) Osteosarkom
c) Multipl myelom
d) Kolon Ca
e) Akciğer Ca

77.L5-S1 düzeyindeki bir disk hernisinde hangisi görülmez?

- a) Siyatilji

- b) Aşil refleksinde azalma
c) Lumbalji
d) Ayak dış tarafında hipoestezi
e) Diz ekstansiyonunda zayıflık

78.Obstrüktif uyku apnesi sendromunda en iyi tanısal metod hangisidir?

- a) Müller manevrası
b) Polisomnografi
c) Paranasal sinüs tomografisi
d) Hikaye ve fizik muayene
e) Nazofarinks ve boyun MR'ı

79.Hangi tükrük bezi tümöründe sıklıkla perinöral invazyon görülür?

- a) Adeno Ca
b) Mukoepidermoid Ca
c) Adenoid kistik Ca
d) Yassı hücreli Ca
e) Malign lenfoma

80.Hangisi atelektazinin radyolojik bulgusu değildir?

- a) Volüm kaybı
b) Trakeal deviasyon
c) Hava bronkogramı
d) Diafragma yüksekliği
e) Kot aralıklarının daralması

81.Kırk yaşında bir kadın tenisçi, raketi sol eliyle kullandığında baş ağrısı, baş dönmesi, göz kararması ve görmeye bulanıklaşmayla birlikte, bu kolda intermitant kladikasyon ve uyuşukluk yakınmalarıyla polikliniğe başvuruyor. Bu koldaki kan basıncı karşı tarafa göre 35 mmHg daha az bulunuyor. Sol komün karotid arter üzerine bası yapıldığında aynı yandaki radyal vuruda azalma tespit ediliyor. Olası tanınız nedir?

- a) Subklaviyan çalma sendromu
b) Toraks çıkışı sendromu
c) Pancoast sendromu
d) Arteriya magna sendromu
e) Ehlers-Danlos sendromu Tip I

82.Kontakt lens kullanıcılarında kornea iltihabına etken olan mikroorganizma aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Stafilokokkus aureus
b) Hemofilus influenza
c) Psödomonas auresinosa
d) HSV
e) Candida

83.Aşağıdaki bulgulardan hangisi yenidoğan bir bebekte intestinal atreziyi düşündürmez?

- a) Sürekli safralı kusmalar
b) Batın distansiyonu

KLİNİK TIP BİLİMLERİ SORULARI

- c) Mekonyum çıkaramama
- d) Ayakta direkt batin grafisinde hava-sıvı seviyeleri
- e) Bağırsak seslerinde azalma

84.Çocukluk çağında en sık rastlanılan anterior mediastinal kitle hangisidir?

- a) Non Hodgkin Lenforma
- b) Hodgkin Lenforma
- c) Nöroblastoma
- d) Nöroenterik kist
- e) Bronkojenik kist

85.Mü reseptörlerinin aktivasyonu, aşağıdaki klinik etkilerden hangisinden sorumlu değildir?

- a) Supraspinal analjezi
- b) Solunum depresyonu
- c) Fiziksel bağımlılık
- d) Halüsinasyonlar
- e) Kas katılığı

86.Kombine oral kontraseptiflerin olumlu etkileri için hangisi yanlıştır?

- a) Demir eksikliği anemisi riskini azaltır.
- b) Premenstrüel gerginlik ve endometriozis şikayetlerini azaltır.
- c) Romatoid artrit riskini azaltır.
- d) Ektopik gebelik riskini artırır.
- e) PID riskini azaltır.

87.Aşağıdakilerden hangisi serumda beta-hCG'nin yüksek olduğu durumlardan biri değildir?

- a) Normal gebelik
- b) Çoğul gebelik
- c) Koryokarsinoma
- d) Mol hidatiform
- e) Anensefalik gebelik

88.İnhibin aşağıdaki tümörlerin hangisi için bir belirteç olarak kullanılabilir?

- a) Seröz kistadenokarsinom
- b) Müsinöz kistadenokarsinom
- c) Granüloza hücreli tümör
- d) Sertoli-Leydig hücreli tümör
- e) Endodermal sinüs tümörü

89.Ovulasyon anormallikleriyle en sık birlikte olan endokrinopati aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Hipertiroidi
- b) Hipotiroidi
- c) Cushing sendromu
- d) Polikistik over sendromu
- e) Hiperprolaktinemi

90.Kontrasepsiyon için rahim içi araç kullanan bir olguda yapılan servikal sitolojide aktinomyces tesbit edilmiştir. Bu olgunun yönetiminde ne yapılmalıdır?

- a) Penisilin tedavisine başlamak

- b) RİA'yı çıkarmak
- c) RİA'yı çıkarmak ve penisilin tedavisine başlamak
- d) RİA'yı çıkarmak ve tetrasiklin tedavisine başlamak
- e) Tetrasiklin tedavisine başlamak

91.46,XY kromozom yapısına sahip bir fetusta Anti-Mullerian Hormon (AMH) sentezlenememektedir. Bu koşullarda, aşağıdaki organlardan hangisi bu fetusta bulunmaz?

- a) Over
- b) Prostat
- c) Uterus
- d) Penis
- e) Testis

92.Aşağıdakilerden hangisi sekonder seks karakterlerinin gelişimini takiben ovaryen yetmezlikle beraber değildir?

- a) Savage sendromu
- b) Asherman sendromu
- c) Galaktozemi
- d) Otoimmün hastalıklar
- e) İyatrojenik

93.İleri evre CIN ve servikal kanserde en sık görülen HPV tipi aşağıdakilerden hangisidir?

- a) HPV 6
- b) HPV 11
- c) HPV 16
- d) HPV 42
- e) HPV 44

94.Son adet tarihine göre 42. gebelik haftasını tamamlamış bir gebenin tetkiklerinde nonstres testinin reaktif ve amniyon sıvısının hafif derecede azalmış olduğu tespit ediliyor. Maternal kan estriol düzeyinin ise ölçülemeyecek düzeylerde düşük olduğu belirleniyor. Doğumdan sonra bebeğin boyun, gövde ve avuç içlerinde balık pulu görünümünde cilt lezyonları tesbit ediliyor. Muhtemel tanınız nedir?

- a) Fetal distress
- b) Plasental sülfataz eksikliği
- c) Plasental aromataz eksikliği
- d) Fetal konjenital adrenal hiperplazi
- e) Konjenital hipotiroidizm

95.2002 yılının Mart ayında hiperprolaktinemi nedeniyle incelenen evli bayan hastanın yapılan MR incelemesinde hipofizde 8 mm çapında bir adenom tesbit ediliyor. Galaktore şikayeti nedeniyle hastaya bromokriptin tedavisi başlanıyor. Bromokriptin kullanırken galaktoresi düzelen hasta, aynı yılın Haziran ayında gebe kalıyor. Hangisi doğru yaklaşımdır?

- a) Hastanın bromokriptin tedavisine devam edilip, aylık prolaktin ölçümleri ile takip yapılır.

- b) Gebeliğin erken implantasyon döneminde hasta bromokriptin kullandığı için hastaya teröpatik abortus önerilir.
- c) Hastanın ilacı kesilir, başağrısı ve görme semptomları başlarsa bromokriptin tedavisine tekrar başlanır.
- d) Gebelikte suprafizyolojik düzeylere yükselen östrojen düzeyleri prolaktinomu büyüteceği için teröpatik abortus önerilir.
- e) Düzenli aralarla gebelik sırasında CT veya MRI görüntüleme teknikleri uygulanır.

96.Doğum eylemi sırasında, fetal kardiyotokografide izlenen hafif derecedeki variable (değişken) deselerasyonların nedeni nedir?

- a) Fetal başın kompresyonu
- b) Umbilikal kord basısı
- c) Fetal distress
- d) Plasenta dekolmanı
- e) Fetal hareket

97.Diabetik anne bebeklerinde görülmeyen hangisidir?

- a) Respiratuvar distres sendromu
- b) Hiperbilirübinemi
- c) Hiperkalsemi
- d) Hipomagnezemi

- e) Küçük sol kolon sendromu

98.Dekolman plasenta kliniğine uymayan aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Fetal distress
- b) Vajinal kanama
- c) Hiperfibrinojenemi
- d) Uterin hipertonus
- e) Akut tübüler nekroz

99.Hangisi endometriyum kanseri için risk faktörü değildir?

- a) Hipertansiyon
- b) Nulliparite
- c) Hedefiter Non-Polipozis Kolorektal Karsinom
- d) Sigara Alışkanlığı
- e) Obezite

100.Üç ay önce doğum yapmış ve halen bebeğini emzirmekte olan bir anne için aşağıdaki kontraseptif yöntemlerden hangisinin kullanılması uygun olmaz?

- a) Rahim içi araç (RIA)
- b) Depo-metroksiprogesteron asetat, IM. 3 ayda bir enjeksiyon
- c) Progestin salgılayan cilt altı implantlar
- d) Kombine oral kontraseptifler
- e) Prezervatif

TEMEL TIP BİLİMLERİ CEVAPLARI

1. İPTAL
2. E (Williams, Gray's anatomy, 37.baskı, 1989, s. 222 – 223, 723 – 725, 1388 – 1390)
- Fötusta, A–D arasındaki şıklarda sırası ile belirtildiği şekilde oksijen konsantrasyonu düşmektedir. E şıkta en yüksek oksijen konsantrasyonlu kan taşınır. **Lig. venosum**, fötusta v. porta'yı v. cava inferior'a bağlayan ductus venosus'un kalıntısıdır. **Fossa ovalis**, v. cava inferior'daki kanı atrium dextrum'dan atrium sinistrum'a yönlendiren foramen ovale'nin kalıntısıdır. **Lig. arteriosum**, truncus pulmonalis ile arcus aorta arasında bulunan ductus arteriosus'un kalıntısıdır. **Plica umbilicalis medialis**, çifttir ve aa. umbilicales'in kalıntısıdır, karın ön duvarında umbilicus'a doğru seyrederek. **Lig. teres hepatis** fetal hayattaki sol v. umbilicalis'in kalıntısıdır. Plasentadan umbilicus'a ve hepar'a doğru seyrederek.
3. D (Taner, Fonksiyonel Nöroanatomî, 1.baskı, 1998, s.160)
- M. stapedius, n. facialis tarafından innerve edilir. Bu kasın paralizisi durumunda, stapes fenestra vestibuli'ye dayanacağından işitme duyusu artar.
4. C (Yıldırım, Tıp Fakültesi Öğrencileri İçin Klinik Anatomî, 1.baskı, 1998, s.433)
- M.brakioradialis n. radialis tarafından uyarıldığı halde ön kola fleksiyon yaptıran tek kastır.** M. anconeus, m. triceps brachii ve m. ekstensor carpi ulnaris, n. radialis tarafından uyarılır. M. brachialis ise n. musculocutaneus tarafından uyarılır.
5. E (Snell, Clinical Neuroanatomy for Medical Students, 3.baskı, 1993, s.425)
- Akomodasyon refleksi,** gözün bir objeye
- fokuslanarak net görmeyi sağlayan reflekslerdendir. Musculus ciliaris kasılarak lens kalınlaşır, musculus sphincter pupilla da pupillayı daraltır. Bu refleksde frontal görme alanından (alan 8) kalkan aksonlar nervus oculomotorius'un hem somatomotor hem de parasempatik etkili çekirdeklerine bağlanır. Böylece bu refleksde efferent bilgi nervus oculomotorius ile taşınmış olur.
6. B (Arıncı, Anatomî, 1.cilt, 1995, s.70-71)
- Foramen rotundum, basis cranii interna ile fossa pterigopalatina arasındaki bağlantıyı sağlamaktadır. Diğer oluşumlar ise basis cranii externa'da bulunurlar.
7. E (Arıncı, Anatomî, 1.cilt, 1995, s.237)
- M. fleksor karpi ulnaris sinirini n. ulnaris'ten almaktadır. Diğer kaslar ise n. medianus tarafından innerve edilir.
8. D (Arıncı, Anatomî, 2. cilt, 3. baskı, 2001, s. 229 – 231; Taner, Fonksiyonel Nöroanatomî, 1. baskı, 1998, s. 119 – 125)
- Traktus kortikospinalis;** Tr. corticospinalis lateralis, anterior, anterolateralis olarak medulla spinalis funiculularında seyrine göre sınıflandırılır. Liflerin hasar gördüğü seviyeye göre çeşitli alt ya da üst motor nöron lezyonlarına neden olur. **Traktus vestibulospinalis;** Tr. vestibulospinalis lateralis ve medialis olarak sınıflanır. Bunlar sırası ile ekstensor kasları ve ipsilateral boyun kasları ile ilgili motor nöronları aktive ederler. Fleksor kaslar ve kontralateral boyun kaslarının motor nöronlarında inhibisyona neden olurlar. **Traktus rubrospinalis;** kontralateral fleksor kasları innerve eden motor nöronlarda aktivasyon, ekstensor kasları innerve eden motor nöronlarda ise inhibisyona neden olurlar. **Traktus retikuloşpinalis;** solunum ve dolaşımın düzenlenmesinde, istemli ve refleks hareketlerin fasilite ya da inhibe edilmesinde, kas tonusunda görev yapar. Duyu impulslarının merkeze iletilmesine kısmen engel olur. **Traktus tektospinalis;** mezensefalunun tektum'undaki colliculus superior ve inferior ile bağlantılıdır. Ani ışık ve ses karşısında baş, boyun ve üst ekstremiteler ile yaptığımız korunma hareketlerinde, uçan – kayan bir cismin havada refleks olarak takibedilmesi ve baş – boyunun ani hareketlerinde göz – serebral korteks – serebellum ile bağlantılı olarak çalışır.

9. D (Arıncı, Anatomi, 1997, Cilt 2, s.5)

Diğer şıklarda yer alanlar, sağ atriumda yer alırlar.

10.B (Arıncı, Anatomi, 1997, Cilt 2, s.177)

N. mandibularis foramen ovale'den, n. oftalmikus, n. okulomotorius ve n. trohlearis ise fissura orbitalis superior'dan geçer. **N. maksillaris** ise foramen rotundum'dan kafa iskeletini terk ederek, fossa pterygopalatina'ya girer.

11.A (Guyton, Tıbbi Fizyoloji, 10.baskı, 2000, s.657)

Subtalamik nükleusta kanama olması sonucunda, vücudun karşı tarafında ani olarak hareketlerin başlaması, **hemiballismus** olarak adlandırılır.

12.Cevap C (Ganong, Review of Medical Physiology, 14.baskı, 1995, s.586)

Antitrombin III pıhtılaşma faktörlerinin etkilerini bloke etmek üzere, serin proteazlara bağlanan, dolaşımdaki bir proteaz inhibitörüdür.

13.E (Ganong, Review of Medical Physiology, 18.baskı, 1997, s.498)

Kan in vitro veya invivo olarak çeşitli ilaçlar ve diğer oksidan maddelere maruz kaldığında, moleküldeki ferro demir (**Fe²⁺**), methemoglobin oluşturmak üzere feri demire (**Fe³⁺**) çevrilir.

14.C (Ganong, Review of Medical Physiology, 17.baskı, 1995, s.73)

Troponin iskelet kasının kasılmasında rol oynar ancak düz kas kasılmasında rolü yoktur.

15.E (Guyton, Tıbbi Fizyoloji, 9.baskı, Ganong, Tıbbi Fizyoloji, 16.baskı, s.773)

Toplayıcı kanallarda osmolalite ve hacim değişikliği, kanallara etki eden vazopressin miktarına bağlı olarak hipotonik veya hipertonic olabilir.

16.C (Ganong, Tıbbi Fizyoloji, 1995, s.654)

Kalp hızını soluk alma artırır.

17.C (Aytekin, Temel Histoloji, 1998, s.248-269)

Dalak hilusundan organa giren splenik arter, dallanarak baş dokusu trabeküllerinde seyreden değişik boyutlardaki trabeküler arterleri oluşturur. Trabeküler arterler baş dokusunu terk edip, parankimaya girer girmez, damarın çevresi lenfositlerden oluşan bir kılıfla sarılır. Bu yapıya **periarteriyel lenfatik kılıf (PALS)** denir.

18.D (Tekelioğlu, Özel Histoloji İnce Yapı ve Gelişme, 1.baskı, 2002, s.232-235)

Spermatogonyumdan spermatozoon oluşumuna kadar erkek tohum hücrelerinin geçirdiği histolojik sürece **spermatogenezis** denir ve yaklaşık 64 gün sürer. Sırasıyla spermatogonyumdan itibaren primer spermatozoid, sekonder spermatozoid ve spermatid gelişir. Spermatid ise spermiogenezis evresi denen değişimi geçirerek spermatozoon'a dönüşür. Sertoli hücresi, spermatogenezis hücre serisine dahil değildir ve destek hücreleridir.

19.B (Young, Wheather's Functional Histology, 3.baskı, 2000, s.21)

Peroksizomlar (veya mikrocisimler) lizozomlara benzeyen, ancak onlardan farklı enzimler içeren membranla sınırlı organellerdir. Bunlardan oksidazlar uzun zincirli yağ asitlerinin beta oksidasyonu gibi bazı katabolik olaylarda görev alır. Katalazlar ise fenol ve alkol gibi toksik maddelerin oksidasyonunda hidrojen peroksidi kullanarak, bu maddenin hücre içi konsantrasyonunu düzenlerler.

20.D (Gardner, Color Textbook of Histology, 2.baskı, 2001, s.187,319; Sağlık, Genel Histoloji, 5.baskı, 1997, s.76)

Beyincik gri maddesinin gangliyoner hücre tabakasını oluşturan **Purkinje hücrelerinde lipofuksin pigmenti depolanmaz**. Diğer şıklardaki hücrelerde depolanma vardır.

21.A (Devlin, Textbook of Biochemistry with Clinical Correlations, 5.baskı, 2002, s.1078)

Kurşun ALA-dehidratazi inhibe edeceğinden **aminolevulinik asit** birikir.

22.D (Henry, Clinical Diagnosis and Management by Laboratory Methods, 20.baskı, 2001, s.300)

Troponin dışında verilmiş olan diğer enzimler ve miyogloblin kas harabiyetinde de artışlar gösterebilirler, oysa **troponin kalp dokusuna özgü bir proteindir**.

23.E (Dikmen, Harper'in Biyokimyası, s.180)

Vitaminler koenzimlerin yapısında bulunurlar. Pantotenik asit koenzim A'nın, tiamin pirofosfatın, riboflavin FAD'nin, niasin NAD'nin yapısına girer. Bu koenzimlerin hepsi TCA döngüsünde role sahiptir. Folik asit koenzimleri TCA döngüsünde rol almaz.

1-Tiyamin (B ₁ vitamini)	TPP
2-Riboflavin (B ₂ vitamini)	FAD
3-Niasin (B ₃ vitamini)	NAD

4-Pantoteik asit (B ₅ vitamini)	Koenzim A
--	-----------

24.D (Onat, *İnsan Biyokimyası*, 2002, s.349)

Endotel yüzeyinde bulunan plazminojen reseptörlerine bağlanabilen **Lp(a)**, bu bağlanma için **plazminojen ile yarışmaktadır**. Bu şekilde plazmin oluşumunu engellemekte ve plazminin endotel yüzeyindeki fibrin pıhtılarını eritme yeteneğini azaltmaktadır.

25.C (Henry, *Clinical Diagnosis and Management by Laboratory Methods*, 2001)

Alfa-1-antitripsin, protein elektroforezinde albuminden sonraki fraksiyonun hemen hemen %90'ını oluşturan başlıca bileşendir. Elestaz ve kollajenaz gibi proteazları inaktive eder.

Alfa-1-asit glikoprotein, α_1 -globulin fraksiyonunda yer alır. Birincil fonksiyonu progesteronu inaktiflemektir.

CRP, pnömokok hücre duvarının C polisakkaridi ile reaksiyonlaştırdığından bu ismi almıştır. Karaciğerde sentezlenir. İnfeksiyonlara karşı bağışık yanıtta, doku hasarı veya infarktüs ve malignite ile ilişkili hücrel nekroz sırasında artar. Sağlıklı kişilerde saptanamaz.

Haptoglobin hepatositlerde ve daha az olarak da RES hücrelerinde sentezlenen bir α_2 -glikoproteindir. Doğumda 0.02 g/L olan ortalama konsantrasyonu hayatın ilk yılında erişkin düzeyine ulaşır. Serbest hemoglobini α zincirine bağlayarak RES'e taşır. Böylelikle böbreklerle hemoglobin ve demir kaybı önlenir.

Seruloplazmin, karaciğerde sentezlenen bakır bağlayıcı ve taşıyıcı bir α_2 -globulindir.

26.A (Altan, *Biochemistry*, 6.baskı, 2000, s.408-409)

Eikozanoid sentezi için üç yol vardır. 1. Prostaglandinler ve tromboksanları oluşturan siklooksijenaz yolu. 2. Lökotrienler, hidroksieikozatetraenoidler ve lipoksinleri oluşturan lipoksijenaz yolu. 3. Epoksitler ve diollerini oluşturan sitokrom P₄₅₀ epoksijenaz yolu.

27.D (Devlin, *Textbook of Biochemistry with Clinical Correlations*, 5.baskı, 2002, s.21)

Wolman hastalığı genellikle bir yaş civarında hLAL yokluğu ile ortaya çıkan bir hastalıktır.

28.A (Mathews-van Holde, *Biochemistry*, 2. baskı, 1991, s. 986, 987)

Puromisin: Amino açıl t-RNA nin analogu olup ribo-

zumun A bölgesine bağlanarak hem prokaryotlarda hemde ökaryotlarda protein sentezini inhibe eder.

Eritromisin: 50 S birimlerine bağlanarak translokasyonu inhibe eder.

Tetrasiklin: Amino açıl t-RNA'nın 30 S birimlerine bağlanarak protein sentezini inhibe eder.

Sikloheksimid: 60 S ribozomlarda peptidil transferaz aktivitesini inhibe eder

Streptomisin: mRNA'nın yanlış okunmasına neden olur ve aynı zamanda fmet-tRNA'nın P bölgesine bağlanmasını engeller.

29.C (Murray, *Harper's Biochemistry*, 1993, s. 205)

İnsanlarda gulonolaktan oksidaz enzimi olmadığından, gulonat üzerinden askorbik asit sentezi yapılamaz.

30.E (Lippincott's *Illustrated reviews serisinden: Biyokimya*, 2.baskı, 1997, s.83; Menteş, *Harper'in Biyokimyası*, 1993, s.591-593)

Fosfolipaz C aktivasyonu ile, membran fosfatidil inozitol 4,5 difosfatı hidrolize olmakta ve inozitol 1,4,5 trifosfat ile diaçil gliserol açığa çıkmaktadır. İnozitol 1,4,5 trifosfat endoplazmik retikulum ve mitokondriden kalsiyum salınımını artırarak, sitoplazmik kalsiyum seviyesini artırmaktadır. Diaçil gliserol kendi başına ve Ca iyonlarının yardımıyla protein kinaz C'yi aktive etmektedir. Sonuçta ya protein kinaz C ile veya Ca'a bağımlı kalmodulin etkisiyle **proteinler fosforile olmakta** ve metabolik yanıt ortaya çıkmaktadır.

31.E (Onat, *İnsan Biyokimyası*, 1. baskı, 2002, s. 633)

Beyinde **karbomoil fosfat sentetaz** enzimi bulunmadığı için pirimidinlerin de novo sentezi yapılamamaktadır. Diğer metabolik yollar beyin dokusunda az ya da çok aktiftir.

32.E (Devlin, *Textbook of Biochemistry and Clinical Correlations*, 3. baskı, 1992, s.248; Champe, *Biochemistry*, 2. baskı, 1994, s.95; Moran, *Biochemistry*, 1994, s. 14.7; Mathews, *Biochemistry*, 2. baskı, s.458-462; Adam, *Biyokimya ve Klinik Biyokimya*, 2. baskı, 2002, s.49-50)

Piruvatın metabolik akıbeti dokudan dokuya ve değişik canlılarda farklılık gösterir.

1. Piruvattan etil alkol oluşumu; Maya mantarları ve bazı bakteri türleri (intestinal flora da dahil) piruvattan, etil alkol sentez ederler. Bu metabolik yolda önce piruvat, dekarboksilasyona uğrar. Bu basamak TPP içeren piruvat karboksilaz tarafından katalize edilir. Reaksiyon sitozolde gerçekleşir.

2. Piruvattan laktat oluşumu;

Normal olarak değişik mikroorganizmalarda ve yüksek canlılarda, piruvattan laktat meydana gelir. İnsanlarda da, piruvattan laktat; kas aktivitesi sırasında meydana gelir. Piruvatın; laktata değişimini laktat dehidrogenaz katalizler.

Eritrosit, lökosit, renal medulla, retina, testis, vesica seminalis ve deri gibi az sayıda veya hiç mitokondri bulunmayan hücrelerde ve yoğun egzersiz sırasındaki iskelet kasında önemlidir.

Düşük NADH/NAD⁺ oranı olan karaciğer ve kalp kası gibi dokularda fizyolojik olarak reversibldir. Reaksiyon sitozolde gerçekleşir.

3. Piruvattan asetil-CoA oluşumu; Piruvat dehidrogenaz katalizler. Tiamin pirofosfat, lipoik asid, FAD, NAD, CoA kofaktör olarak rol oynar. TCA ve yağ asidi sentezi için asetil CoA kaynağıdır. Reaksiyon, mitokondride gerçekleşir. İrreversibl bir reaksiyondur.

4. Piruvattan okzaloasetat oluşumu; Piruvat karboksilaz katalizler. Biotin prostetik grup olarak görev yapar. TCA siklusunun ara ürünlerini yeniler. Glukoneogenez için substrat sağlar. İrreversibl bir reaksiyondur. Mitokondride yer alır.

5. Piruvattan alanin oluşumu; Alanin transaminaz (ALT) katalizler (Glutamat-piruvat transaminaz (GPT) da denir. Pridoksal fosfat kofaktör olarak rol oynar. Sitozolde gerçekleşir. Reversibl bir reaksiyondur ancak daha çok diğer aminotransferazlar gibi glutamat sentezi yolunda çalışır. Alaninin amino grubunu α -ketoglutarata aktarır, sonuçta piruvat ve glutamat oluşur.

Piruvik Asidin Biyokimyasal Önemi:

1. Dekarboksilasyonla Asetil-CoA oluşur. Asetil-CoA üzerinden yağ asidi veya steroid sentezine katılır.
2. Glikolitik yolun geriye doğru çalışması ile tekrar glukoz ve glikojene dönüşebilir.
3. Transaminasyon reaksiyon ile amino grubu alarak alanine dönüşür.
4. Karboksilasyonla malik asid veya okzaloasetata dönüşür.
5. Redüklenerek laktik aside dönüşebilir.

33.B (Nelson, Lehninger, Principles of Biochemistry, 3.baskı, 2000, s.245)

Riboflavin elektron, tiamin pirofosfat aldehid grupları, lipoat elektron ve açıl grupları, piridoksal fosfat amino gruplarını transfer ederler.

34.C (Ersoy, Biyokimya Ders Notları, Türkiye Klinikleri, s.89,90)

Lipolizin hız sınırlayıcı basamağı hormona duyarlı

lipazın katalize ettiği basamaktır. Hormona duyarlı lipaz, cAMP'ye bağlı protein kinaz tarafından fosforillenerek aktif hale geçer. Açlık durumlarında salgılanan **adrenalin, noradrenalin, glukagon, ACTH, TSH, GH, MSH** yağ doku hücre zarındaki adenilat siklazı aktive eder. Bu enzim de ATP'den cAMP oluşumunu katalize eder. cAMP, cAMP bağımlı protein kinazı aktive ederek lipolizi aktive ederler. **İnsülin, prostaglandinler, nikotinik asit ve adenilat siklaz** ise hormona duyarlı lipazı inhibe ederek lipolizi engeller.

35.D (Murray, Harper'in Biyokimyası, 24.baskı, s.179)

Krebs siklusunda süksinil KoA süksinat tiyokinaz (süksinil KoA sentetaz) enzimiyle süksinata çevrilir. Bu olay **Krebs siklusunda substrat düzeyinde yüksek enerjili bir fosfat oluşturmanın tek örneğidir.**

36.B (Ersoy, Biyokimya Ders Notları, Türkiye Klinikleri, s.164)

Pantoteik asit Koenzim A'nın yapısına girmesi nedeniyle önem taşır. Bir β -merkaptotil amin pantoik asit ve nükleotid birleşiminde, bir ATP molekülü harcanarak, asetil KoA sentezlenmesini sağlar.

37.A (Harper's, 23.baskı, s.193)

Glukagon ve adrenalin karaciğerde cAMP konsantrasyonunu arttırıp, cAMP bağımlı protein kinazı aktive eder ve piruvat kinaz enzimi fosforillenip inaktive olur. Böylece glikoliz inhibe, glukoneogenez stimüle olur.

38.B (Harper, Biyokimya, s.147)

Nikotinamid-adenin dinükleotid fosfat (NADP) biyosentetik tepkimelerdeki elektron transferinde görevlidir. a, c, d ve e şıklarındaki elektron taşıyıcılarının hepsi mitokondriyal elektron zincirinde yer alırlar.

39.A (Harper's, 23.baskı, s.258-260)

Alkolizm'de yağlı karaciğer oluşumunun mekanizması, hepatik trigliserid sentezinde artış ve yağ asidi oksidasyonunda azalıştır. Plazma serbest yağ asidi yüksekliğine bağlı gelişen yağlı karaciğer açlık, yağdan zengin diyetle beslenme ve diabetes mellitusta ortaya çıkar. Lipoprotein üretiminin bozulmasına bağlı olan yağlı karaciğerden de kolin eksikliği, puromisin, etionin, CCl₄, kloroform, fosfor, kurşun, arsenik, orotik asit ve hipoproteinemi,

TEMEL TIP BİLİMLERİ CEVAPLARI

esansiyel yağ asidi ve piridoksin ve pantotenik asit gibi maddelerin eksikliği sorumlu olabilir.

40.C (Stryer, s.478-480)

DM olan hastaların yağ dokusunda lipid mobilizasyonu ve yıkımı artar. Bunun nedeni adipozitlerde **gliserol 3-fosfat oluşumunun azalmasıdır**. Gliserol 3-fosfatın kaynağı glukozdur ve DM'lular glukozu kullanamazlar. Sonuçta yağ asitlerinden triaçilgliserol oluşumu azalır.

41.D (Ustaçelebi, Temel ve Klinik Mikrobiyoloji, 1999, s.430)

M. tuberculosis'in boya almayan (L) formları Much granülleri olarak adlandırılır.

42.E (Ustaçelebi, Temel ve Klinik Mikrobiyoloji, 1999, s.1218)

Hem kamçılı hem de amip formu bulunan tek amip Naegleria'dır.

43.E (Salyers, Bacterial Pathogenesis a Molecular Approach, 1994, s.48)

Shigella dysenteria, Clostridium tetani, Corynebacterium diphtheria A-B tipi toksin üretir. Membran hasarı yapan Clostridium perfringens ise fosfolipaz aktivitesine sahiptir ve fagosit hücrelerini öldürür. Sorudaki özelliklere sahip olan Listeria monocytogenes fagositik hücrelerde yaşayabilen intrasellüler bir patojendir.

44.C (Mandell, Douglas and Bennet's Principles and Practice of Infectious Diseases, 5.baskı, 2000, s.2100)

Ramnoz glukozamin BGS'ların, Ramnoz galaktozamin GGS'Ların, Gliserol teikoik asit DGS'ların, Ramnoz N-asetilgalaktozamin CGS'lara özgü hücre duvarı antijenleridir. Ramnoz N-asetilglukozamin ise AGS'larda gruba özgül duvar antijenidir.

45.A (Pelczar, Microbiology: Concepts and Applications, 1.baskı, 1993, s.570)

Penicillium spp. tarafından penisilinler; **Cephalosporium spp.** tarafından sefalosporinler; **Bacillus polymyxa** tarafından polymyxin B; **Bacillus subtilis** tarafından bazitrasin sentezlenir. Vankomisin sentezleyen organizma ise **Streptomyces orientalis**'dir.

46.C (Rosenthal, Medical Microbiology, 4.baskı, 2002, s.314)

İlerlemiş brusellozda en sık görülen semptomlar gastrointestinal olmakla birlikte (%70) osteolitik lezyonlar %60, solunum yolu semptomları %25 oranlarında ortaya çıkmaktadır. Nörolojik, kardiyovasküler, renal semptomlar ise çok seyrek. Verilen seçenekler içinde %20-%60 arası oranlarda görülen osteolitik lezyonlar ve eklem efüzyonu doğru cevaptır.

47.C (Rosenthal, Medical Microbiology, 4.baskı, 2002, s.388)

Lyme hastalığında, geç dönemdeki hasta örneklerinde (kan, BOS, idrar, deri biyopsisi gibi) hastalığın etkeni olan Borrelia burgdorferi'nin mikroskopik olarak gösterilmesi, besiyeri ve deney hayvanlarında kültürü mümkün olamamaktadır. Polimeraz zincir reaksiyonu özgül olmakla birlikte araştırma amacıyla kullanılmakta, piyasada satılmamaktadır. ELISA ile birlikte yüksek özgül IgG antikor titresi ölçülen hasta serum örneğinin B.burgdorferi antijeni uygulanmış striplere eklenmesinden sonra en az iki adet türe-özümlü protein bandının (OspA, OspB, OspC gibi) görülmesi (Western blotting) bu hastalığın kabul edilen en güvenilir tanı yöntemidir.

48.B (Rosenthal, Medical Microbiology, 4.baskı, 2002, s.408)

İnsanlarda HGE etkenleri Ehrlichia phagocytophila ve E.ewingii'dir. E.sennetsu, sennetsu ateşine yol açmaktadır. Diğer türler ise hayvanlarda hastalık yaparlar.

49.B (Rosenthal, Medical Microbiology, 4.baskı, 2002, s.419)

Chlamydia pneumoniae; bronşit, pnömoni, sinüzit etkeni olmakla birlikte **ateroskleroz** lezyonlarında kültür, PCR amplifikasyonu, immünohistolojik boyama, elektron mikroskopisi, in situ hibridizasyon yöntemleri ile gösterilmiştir ve lezyonlarla bağlantısı olduğu kesinleşmiştir. Bu nedenle patogeneze rolü olduğu düşünülmektedir. **Kronik yorgunluk sendromunda** viral etiyoloji düşünülmektedir; **ornithozis**, Chlamydia psittachi enfeksiyonudur. **Reye sendromu**, pediatrik hastaların viral enfeksiyonlarında salisilik asit verilen olgularda mitokondri harabiyeti nedeniyle oluşur. **Jarisch-Herksheimer reaksiyonu** ise, spiroket hastalıklarında antibiyotik alımından birkaç saat sonra şok benzeri tablo, lökopeni, ateşin yükselmesi, tansiyonun düşmesi ile ortaya çıkan bir komplikasyondur.

50.D (Jawetz, Melnick and Adelberg's Medical Microbiology, 22.baskı, 2001, s.79)

Embden-Meyerhof yolu, bakterilerin glukozu parçalayıp ATP sentezlemek için en sık kullandığı yoldur. Diğer şıklarda belirtilen metabolik yollar, kinaz ve/veya aldolaz içermeyen bakterilerin glukoz fermentasyonu için başvurdukları alternatif yollardır.

51.C (Jawetz, Melnick and Adelberg's Medical Microbiology, 22.baskı, 2001, s.242-244)

Olgunun bulguları bir akut menenjit tanısını akla getirmektedir. **6 ay-6 yaş grubu çocuklarda akut menenjitte en sık yolaçan etken Haemophilus influenzae tip b'dir.** H.influenzae suşlarının %20-25'inde β-laktamaz enzimi bulunmakta ve bu suşlarda ampisilin direnci saptanmaktadır. Bu nedenle invaziv H.influenzae enfeksiyonlarında ampisilin kullanımı önerilmemekte, sefotaksim veya seftriakson gibi 3.jenerasyon sefalosporinler önerilmektedir.

52.D (Fendrick, Guide to Diagnosing Helicobacter Pylori Infection in Primary Care, 1998, s.24-25)

Bizmut preparatları, antibiyotik veya antisekretuar ilaç kullanan kişilerde tedaviden sonraki 4 haftalık bir periyotta üre nefes testi ve hızlı üreaz testinin yapılması yalancı negatif sonuç verir. Serumda spesifik IgG antikor seviyesi kişiden kişiye değişmekle birlikte tedaviden aylar veya yıllar sonra düşüş gösterdiğinden tedavinin başarısını ölçmek için kullanılmamalıdır. **Fekal antijen testi H.pylori tedavisinde kullanılan bileşiklerden etkilenmediği için tedaviden hemen sonra uygulanabilen duyarlılığı yüksek (>%95) bir testtir.** Endoskopik biyopsi materyalinden kültür, invaziv bir yöntem olması ve duyarlılığının düşük olması (%77-95) nedeniyle tedavinin başarısını test etmek için kullanılmaz.

53.B (Jawetz, Melnick&Adelberg's Medical Microbiology, 22.baskı, 2001, s.545-548)

Histoplasma capsulatum doku makrofajları içinde çoğalan fakültatif intrasellüler bir parazittir. Histoplasma capsulatumun oluşturduğu histoplazmoz; mağara hastalığı, mağara araştırıcılığı hastalığı veya darling hastalığı olarak da bilinir. Kuşların dışkılarıyla bulaşmış toprakta bol miktarda bulunur. Kuş tünekleri, tavuk kümesleri ve mağaralarda yaşayan yarasalar enfeksiyon kaynağıdır. Daha çok akciğerde sınırlı bilateral infiltrasyonlar şeklinde karşımıza çıkmasına rağmen sistemik yayılım olursa, ağız ve farinkste ülserasyonlar, hepatosplenomegali, yüksek ateş, lenfadenopati ve anemi görülebilir. Yaygın histoplazmoz daha çok çocuklarda ve immun sistemi baskılanmış kişilerde ortaya çıkar.

54.C (Jawetz, Melnick&Adelberg's Medical Microbiology, 22.baskı, 2001, s.523)

AIDS'li hastalarda plazmadaki viral yükün tespiti antiviral tedavinin başarısını göstermek için kullanılan en önemli parametredir. Ayrıca bu hastaların uzun dönemdeki klinik sonuçlarının değerlendirilmesi için de oldukça önemli bir kriterdir.

55.D (Kılıçtırgay K, Immünoloji, 1997, s.71)

Dendritik hücreler en profesyonel APC'lerdir. T hücresi antijen sunan hücre değildir, aksine antijen diğer hücreler tarafından T hücresine sunulur. Adezyon molekülleri APC'leri güçlendirir ve birlikte işlev görürler. Aktive B hücresi ve makrofajlar APC'dir. **Ancak en güçlü APC, dendritik hücredir.**

56.A (Bilgehan, Temel Mikrobiyoloji ve Bağışıklık Bilimi, 5.baskı, 1992, s.54)

Arthrosporlar özellikle bölmeli hif oluşturan mantarlarda görülen, bölme içerisinde, kesin sınırlı, ovoid görünümlü sporlardır.

57.A (Unat'ın Tıp Parazitolojisi, 1995, s.263-270)

Ascaris lumbricoides intestinal bir nematoddur. Ancak ağız yoluyla akciğerlere göç sırasında eozinofili, infiltrasyon bulguları ve gölgelenmelere neden olur, ayrıca ses kısıklığı ve kuru öksürükle karakterize bulgular vardır.

58.A (Rosenthal, Medical Microbiology, 4.baskı, 2002, s.496)

Primer sitomegalovirus enfeksiyonunda AIDS hastalarında IgM antikor titresi çok yüksek olabilir. Monoklonal antikor kullanılan testlerde (ELISA, immunfloresans) yanlış pozitif ve çapraz reaksiyonlar görülmez, özgüllükleri yüksektir. Antiviral tedavinin serokonversiyonu etkilediği gösterilmemiştir. Ancak, özgül IgM antikor cevabı CMV reaktivasyonu nedeniyle ortaya çıkabileceğinden primer enfeksiyonun tanısında güvenilir değildir.

59.B (Jawetz, Melnick and Adelberg's Medical Microbiology, 22.baskı, 2001, s.129)

TNF-α hücre aktivasyonu, ateş, kaşeksi ve antitümoral etkili bir sitokindir. **IFN-α** antiviral etkili bir sitokindir. **IL-10** makrofaj inhibisyonuna yol açar. **GM-CSF** ise T-hücreleri ve fagositlerin oluşumunu ve gelişimini sağlar. IL-8 ise makrofajlardan salgılanan ve nötrofilleri olay yerine çeken başlıca kemokindir.

60.C (Ustaçelebi, Temel ve Klinik Mikrobiyoloji, 1999, s.554)

TEMEL TIP BİLİMLERİ CEVAPLARI

S.pneumoniae, S.aureus ve K.pneumoniae polisakkarit yapıda kapsül oluştururlar. Bacillus anthracis ise polipeptid yapıda kapsül oluşturur. Aljinat, bakteri tarafından hücre dışına salınan bir ekzopolisakkarittir ve bakterinin etrafında bir matris oluşturur. Özellikle kistik fibrozis olgularından izole edilen P.aeruginosa izolatları büyük oranda aljinat sentezlerler.

61.A (Ackerman's Surgical Pathology, 8.baskı, s.116, Robbins, Temel Patoloji, 6.baskı, s.648)

Haşimato tiroiditinde genellikle tiroid difüz ve simetrik olarak genişlemiştir. Mikroskopik incelemede parankimanın yaygın olarak küçük lenfositler, plazma hücreleri ve germinal merkezler içeren mononükleer inflamatuvar infiltrat ile infiltre olduğu izlenir. Tiroid follikülleri küçüktür ve bir çok alanda **Hürtle** yada **oksifil hücre** denilen bol, eozinofilik, granüler sitoplazmalı epitelial hücrelerle döşelidir. İnterstisyel bağ dokusu artmıştır. Fibrozis kapsülü aşmaz.

62.B (Ackerman's Surgical Pathology, 8.baskı, s.116, Robbins, Temel Patoloji, 6.baskı, s.488)

Erken gastrik karsinom, perigastrik lenf ganglionu metastazı olup olmadığına bakılmaksızın, mukozada ve submukozada sınırlı lezyon olarak tanımlanır.

63.D (Robbins, Temel Patoloji, 6.baskı, s.127)

Multipl myelomada primer amiloidozis gelişirken, diğerlerinde sekonder amiloidozis gelişir.

64.C (Robbins, Pathologic Basis of Disease, 6.baskı, 1999, BRS Patoloji, s.144)

Transmural infarktüs, endokarddan perikarda kadar tüm miyokard duvarını içine alan miyokard nekrozudur. Genellikle şiddetli koroner ateroskleroz ve plak varlığına bağlıdır. Transmural infarktüslerin neredeyse tamamı sol ventrikülü etkiler.

65.D (Çevikbaş, Temel Patoloji, 6.baskı, 2000, s.83, Robbins Pathologic Basis of Disease, 6.baskı, 1999, s.83)

NK (tabii öldürücü) hücreler periferik kan reseptörlerinin %10-15 kadarını kapsar ve T hücre reseptörleri veya hücre yüzey immünglobulinlerini taşımaz. NK hücreler, önceden bir sensitizasyon olmaksızın, çeşitli tümör hücrelerini, virusla enfekte hücreleri ve bazı normal hücreleri lizise uğratmada doğuştan bir yetenekle donatılmışlardır. Her ne kadar T hücrelerle bazı yüzey belirleyicilerini paylaşırlarsa da, NK hücreler T hücre reseptör genleri reorganizasyonu yapmaz ve CD3 negatiflerdir. İki hücre reseptör

molekülü, CD16 ve CD56 en yaygın şekilde NK hücre identifikasyonunda kullanılır.

66.E (Çevikbaş, Temel Patoloji, 6.baskı, 2000, s.6)

Sitoplazmik serbest kalsiyum normalde ATP bağımlı kalsiyum taşıyıcıları ile oldukça düşük yoğunluklarda tutulur. İskemi veya toksinler hücre dışı kalsiyumun plazma membranından içeri akışına yol açar. Bunu hücre içi stoklardan kalsiyumun serbest bırakılması izler. Artan sitoplazmik kalsiyum sıra ile çeşitli fosfolipazları (membran hasarını iletir), proteazları (yapısal ve membran proteinleri katabolize eder), ATPazları (ATP kaybını hızlandırır) ve endonükleazları (genetik materyali parçalar) aktive eder.

67.D (Robbins, Temel Patoloji, 4.baskı, 1989, s.567)

Ateroskleroz gelişimiyle bağlantısı en kuvvetli olan lipid tipi LDL'dir. Aterosklerozda monositlerin lipid yüklü **köpüksü hücrelere** dönüşümü, spesifik monosit reseptörleri olan **beta-VLDL reseptörleri** ve modifiye LDL'yi tanıyan **çöpçü reseptörlerce** düzenlenir.

68.A (Robbins, 5.baskı, s.252)

K vitamini eksikliği sonucunda kanama diyatezi gelişir. Yenidoğanların %3'ünde K vitamini yetmezliğine bağlı kanamalar görülür. **Bu kanamalar en çok intrakraniyal kanama şeklindedir.** Ancak deri, göbek kordonu, iç organlarda da kanamalar görülebilir. Bu yüzden tüm yenidoğanlara profilaktik olarak K vitamini verilmelidir.

69.D (Robbins, Temel Patoloji, 5.baskı, s.327-28)

Histoplazmozisle tüberküloz arasında benzerlik çok fazladır. Tüberküloza benzemeyen yanı histoplazmoziste başlangıç lezyonun sıklıkla multipl olmasıdır. Ayrıca; histoplazmin deri testi pozitifdir. Ayrıca tanı için PAS veya gümüşleme boyaları ile maya formlarını göstermek gerekir.

70.E (Robbins, 5.baskı, s.22)

Metaplazi yetişkin bir hücre tipinin yerini diğer bir yetişkin hücre tipinin olmasıdır. Strese karşı gelişen bir hücresel adaptasyondur. Sigara içme alışkanlığı olanlarda solunum yollarındaki normal kolumnar silyalı epitel hücrelerinin yerini fokal veya diffüz stratifiye squamoz epitel hücreleri alır. Proçesin erken evrelerinde olay geri dönüşümlüdür.

71.B (Robbins, Temel Patoloji, 5.baskı, 1994, s.1349)

Transizyonel meningiomalar ara özellikler bulunduru-

rurlar ve sıklıkla kabaca küresel yapıllı kalsifiye oluşumlar olan Psammoma cisimciklerine sahiptirler. Psammoma cisimcikleri sinsityal ve fibroblastik meningiomlarda da sıklıkla az sayıda bulunabilirler.

72.A (Robbins, 5.baskı, s.707)

Tonsiller fitiklaşma; beyincik tonsillerinin foramen magnum yoluyla yer değiştirmesidir. Bu medulla ve solunum merkezine bası yapar. Şayet bu fitiklaşma kısa zamanda giderilmezse solunum düzensizliklerine, sonuçta solunum durmasına ve ölüme sebep olur.

73.D (Merck, s.2255)

Akondroplazi otozomal dominant geçişli bir hastalık olup, cüceliğe yol açar. Kemikte fizis hattı displastiktir ve büyüme plağında kıkırdak doku proliferasyonunun azalması cüceliğe yol açmaktadır. Enkondral kemikleşme bozulmuştur, ancak intramembranöz kemikleşme normaldir.

74.D (Robbins, Temel Patoloji, s.270)

Shigella ve enteroinvaziv E.coli → Epitelial hücreleri
M.tuberculosis, M.avium → Makrofajları
S.typhi → Hem epitelial hem de makrofajları infekte edebilir.

75.B (Robbins, Temel Patoloji, 5.baskı, s.111)

Frajl X sendromu; mental retardasyon ve X kromozomunda sitogenetik anormallikle karakterizedir. Sitogenetik değişiklikler bazı kültür şartları nedeniyle ve X kromozomunun uzun kolunda konstriksiyon veya düzensiz, kesik kesik boyama olarak görülür. Frajl X sendromu, ailevi mental retardasyonun en sık nedenlerinden biridir. Postpubertal erkeklerde tespit edilebilen tek ayırıcı fiziksel anormallik makroorşidizmdir (testislerin büyümesi).

76.C (Robbins, 5.baskı, s.246)

A vitaminin eksikliğinin ilk belirtisi az ışıkta görmenin bozulmasıdır (gece körlüğü). Eksiklik devam ederse kseroftalmi olarak nitelendirilen değişiklikler izlenir.

77.B (Robbins, 5.baskı, s.529)

Reye sendromu tipik olarak viral bir hastalığı takip eden karaciğerde yağlanma ve ensefalopati ile karakterize nadir bir hastalıktır. Major patolojik bulgular karaciğer ve beyindedir. Karaciğerdeki değişiklikler uniform olarak yağlı değişikliklerden

oluşur (Mikroveziküler hepatik steatoz). Beyinde genellikle serebral ödem bulunur.

78.B (Robbins, 5.baskı, s.580)

Hiperinsülinizme yol açan B hücrelerinin morfolojik lezyonlarından **en sık görüleni (%70) soliter adenomlardır.** %10 multipl adenomlar, %10 adacıklarda diffüz hiperplazi, %10 karsinomlardır. Soliter adenomlar genelde küçük, kapsüllü, soluk, kırmızı-kahverengi nodüllerdir ve pankreasın herhangi bir yerinde lokalize olabilirler.

79.B (Robbins, Temel Patoloji, 6.baskı, s.707)

Aktinik keratoz lezyonları genellikle 1 cm'den küçük çaplı, deri renginde, açık kahverenkli veya kırmızımsı renkli, düzensiz, hafifçe pürüklü yüzeyleri olan lezyonlardır. Hücresel atipinin tüm epidermis katmanlarını içine alacak biçimde ilerlemesi, in situ skuamöz karsinom gelişiminin habercisidir.

80.C (Robbins, 5.baskı, s.361)

Küçük lenfositik lenfoma Non-Hodgkin lenfomaların %4'ünü oluşturur. Hücreler küçük, kompakt lenfositlerdir. Koyu boyanan nükleusları ve sınırlanmış sitoplazmaları vardır. Kemik iliği hemen tüm vakalarda tutulmuştur ve hastaların %40'ında neoplastik hücreler kana yayılır, bu da kronik lenfositik lösemiye benzer tablo yaratır.

81.A (Katzung, Basic and Clinical Pharmacology, 8.baskı, 2001, s.640, Kayaalp, Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji, 8.baskı, 2000, s.1451)

Oksitosin insanda ve deney hayvanlarında vazodilatör etki yapar. İnsanda yeterli dozda verildiğinde sistolik ve özellikle diyastolik kan basıncını düşürür; cilt ve ekstremitelerden geçen kan akımını artırır. Kalp debisini artırır ve refleks taşikardi oluşturur. **Çok yüksek dozda verilen oksitosin** başlangıçta kan basıncında kısa süren bir düşme ve sonra daha uzun süren bir yükselme yapar. **Kan basıncındaki yükselme oksitosinin yüksek dozda, damar düz kaslarının vazopressin reseptörlerini aktive etmesine bağlıdır.**

82.B (Katzung, Basic and Clinical Pharmacology, 8.baskı, 2001, s.542-543, 558-560, Kayaalp, Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji, 8.baskı, s.825)

Tizanidin benzotiadiazol türevi santral kas gevşeticidir. Esas olarak omurilik düzeyindeki polisinaptik yolları inhibe ederek çizgili kas tonusunu azaltır. Spinal ve supraspinal lezyonlara bağlı kas spastisitetlerine karşı etkilidir. Alfa adrenerjik

TEMEL TIP BİLİMLERİ CEVAPLARI

reseptörleri bloke edici etkinliği vardır. En sık görülen yan etkisi sedasyondur.

83.C (*Katzung, Basic and Clinical Pharmacology, 8.baskı, 2001, s.528, Kayaalp, Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji, 8.baskı, s.696*)

Dekstrometorfan morfin türevidir. Narkotik analjezik bir ilaç olan levorfanol'un D-şekli olan dekstrometorfan'ın metoksi türevidir. D-sterioizomer olması ve diğer yapısal özellikleri nedeniyle, klasik opioid reseptörlerine afinitesi düşüktür. **Mü reseptörleri etkilemediğinden analjezik etki yapmaz.** Öksürük kesici tip reseptörleri etkileyerek öksürük merkezini inhibe eder. Antitussif etki gücü kodeininkine eşittir veya daha fazladır. Mukozayı kurutmaz ve siliyumların hareketini bozmaz, solunum merkezini yüksek dozlar hariç, deprese etmez. İlaç bağımlılığı yapma potansiyeli çok düşüktür. Morfin ve kodein gibi histamin açığa çıkaran bir maddedir; bronşiyal astmalılarda kullanılmamalıdır.

84.D (*Goodman&Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics, 10.baskı, 2001, s.1399*)

Streptozosin, metastatik pankreas adacık hücre tümörlerinde kullanılan nitrozüre grubu antibiyotik derivesi bir antineoplastik ajandır. Pankreas beta hücrelerindeki toksik etkisi nedeniyle deney hayvanlarında **deneySEL diabetes mellitus oluşturmak amacıyla** tek doz ip veya iv olarak uygulanır.

85.C (*Goodman and Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics, 10.baskı, 2001, s.1701-1707*)

Akarboz, alfa glukozidaz enzimini inhibe ederek karbonhidratların monosakkaridlere dönüşümünü azaltır. Böylece karbonhidratların intestinal lümeninden emilimleri azalır. Klorpropamid, tolbutamid, glipizid: sülfonilüre grubu; repaglinid ise meglitinid grubu insülin salgılatıcı oral antidiyabetik ajanlardır.

86.B (*Kayaalp, Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji, 8.baskı, 1998, s.527-542*)

Yenidoğanlarda miyokardın digoksine duyarlılığı azdır. Bunun miyokarddaki reseptör sayısının az olması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Hipokalemi: Na-K ATPaz aktivitesini inhibe eder ve glikozidlerin miyokard hücrelerindeki reseptörlerine bağlanmasını, pompanın inhibe edilmesini kolaylaştırır.

Hiperkalsemi: Digitale karşı miyokardın duyarlılığını artırır. Digitalin hücresel düzeydeki etkilerinin bir kısmından hücre içi Ca sorumludur.

Hipotiroidi: Vd azalır. Bu da serum digoksin düzeyinin artmasına yol açar. Ayrıca digoksin eliminasyonunun azalması da rol oynayabilir.

87.A (*Kayaalp, Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji, 8.baskı, 1998, s.249*)

İki ve üç değerlikli metal bileşikler (kalsiyum, demir, çinko, alüminyum...), gastrointestinal kanalda tetrasiklinlerle şelat yaparak emilimlerini azaltırlar.

88.B (*Kayaalp, Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji, 9.baskı, 2000, s.707-708*)

Salbutamol selektif beta-2 mimetiktir, ipratropium bromid antimuskariniktir, beklametazon bir kortikosteroiddir, efedrin miks etkili bir sempatomimetiktir, **teofilin adenozin A1 ve A2 reseptörlerine etki ederek bronkodilatasyon yapar.**

89.C (*Kayaalp, Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji, 8. baskı, 1998, s. 1427,1431*)

Kabergolin, GnRH (gonadotropin releasing hormon) analogu bir ilaç değildir. Hiperprolaktinemi tedavisinde kullanılan ve yapısı bromokriptine benzeyen bir ilaçtır.

90.A (*Kayaalp, Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji, 8. baskı, 1998, s. 1495*)

Sadece teprotid peptid yapıllı anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörü ilaçtır.

91.C (*Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 8.baskı, 1998, s.116-117*)

pA2 değeri, aynı tür reseptör üzerine etki yapan antagonist ilaçların gravimetrik etki gücünü gösterir. Agonistlerin belirli bir dokuda aynı tip reseptörlere etki yapıp yapmadıklarını saptamaya ve onların sınıflandırılmasına yardım eder.

92.B (*Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 8.baskı, 1998, s.152*)

Pürin türevi immünsüpresif bir ilaç olan **azotioprin** ile antineoplastik bir ilaç olan **6-merkaptopürin** ön ilaçlardır ve **hipoksantin guanin fosforibozil transferaz (HGPRT)** yardımıyla aktif metabolitlerine dönüştürülürler. Genetik bir özelliğe bağlı olarak bazı kişilerde bu enzimin oluşumu yetersizdir. Bu kişilerde bu ilaçlar aktive edilemeyeceğinden, ilaca karşı kişisel tolerans vardır.

93.D (*Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 8.baskı, 1998, s.552*)

Karvedilol'ün α_1 -adrenerjik etkinliği ve hafif kalsiyum kanal blokörü etkinliği vardır.

94.B (*The Sixth Report of The Joint National Committee On Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure, Arch Intern Med 1997; 157: 2413-46; Kayaalp, Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji, 9. Baskı, 2000, s.488*)

Verapamil'in kontrendikasyonları:

Sinüs bradikardisi,

A-V blok,

Kardiyomegali,

Kardiyojenik şok,

Kalp yetersizliği,

Hasta sinüs sendromu

Verapamilin en sık görülen yan etkisi konstipasyondur.

95.D (*The Sixth Report of The Joint National Committee On Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure, Arch Intern Med 1997; 157: 2413-46; Kayaalp, Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji, 9. Baskı, 2000, s.444*)

Kaptopril mide-bağırsak kanalından %70 oranında absorbe edilir, besinler biyoyararlanımı azaltır. Etkinliği ilacın ağızdan alınışından 15-30 dak. sonra başlar, 60-90 dakikada maksimum düzeye ulaşır; **etkisi 6-8 saat sürer.** Kaptopril hipertansiyon tedavisinde günde 25-100 mg dozunda oral olarak ve bu **doz ikiye veya üçe bölünerek kullanılır.**

96.B (*Kayaalp, Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji, 8. baskı, 1998, s. 609*)

Trombositlerde fosfodiesteraz enzimini inhibe ederek cAMP düzeyini artıran antitrombotik etkili ilaç dipiridamoldür.

97.A (*Kayaalp, Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji, 8.baskı, 1998, s.263-226*)

Oral eritromisin+oral neomisin kolorektal cerrahi girişimden önce brusellöz ve veba tedavisinde, kloramfenikol+gentamisin profilaksi amacıyla streptomisin+tetrasiklin kombinasyonu, karın içi-pelvis içi enfeksiyonlarda profilaksi amacıyla, penisilin G+Gentamisin ise infektif endokarditte kullanılır. Bu nedenle doğru cevap ampisilin+gentamisinidir. Çünkü geniş bakterisid etki oluşturduğundan karma bakterilerden ileri gelen ağır enfeksiyonlarda tercih edilir.

98.E (*Kayaalp, Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji, 9.baskı, 2000, s.692*)

Ambroksol alveol çeperindeki tip 2 pnömositleri stimüle ederek **akciğerlerde doğal sürfaktan yapımını artırır.** Bu nedenle erken doğumda bebeğin akciğer matürasyonu tamamlansın diye anneye **profilaktik** olarak uygulanabilir.

99.E (*Goodman&Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics, 10.baskı, 2001, s.17*)

Eritromisin CYP3A4'ü inhibe eden ilaçlar (ketakonazol, itrakonazol, ritonavir, klaritromisin...) arasındadır.

100.D (*Kayaalp, Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji, 8.baskı, 1998, s.1066*)

Amfetaminler, kokain ve opioidler gibi bağımlılık yapan ajanların pozitif pekiştirici (keyif verici) etkilerinde, n.accumbens'te ve diğer limbik yapılarda mezolimbik dopaminerjik akson uçlarındaki sinapslarda dopaminerjik aşırımın bu ilaçlar tarafından güçlendirilmesi rol oynar. Bu ilaçların anılan yerde dopamin saliverilmesini arttırdıkları mikrodializ yöntemi ile gösterilmiştir.

KLİNİK TIP BİLİMLERİ CEVAPLARI

oluşur ve açılma süresi sol atriyum basınç yüksekliği ile ters orantılıdır. Mitral darlığı şiddeti arttıkça sol atriyum basıncı yükseleceğinden mitral kapak açılması daha erken olacak, dolayısı ile A2'ye yakın olacaktır.

4. A (*Braunwald, Heart Disease, 6. baskı, 2001, s. 2205-6*)

Perikardit, sistemik lupus eritematozus hastalarında en sık saptanan kalp hastalığı tipidir.

Otopsi serilerinde hastaların %60' dan fazlasında perikard tutulumu gösterilmiştir. Klinik bulgu veren perikardit olguların %30' undan azında mevcuttur. İskemik sendromlara neden olan koroner arterit, miyokard fonksiyon bozukluğu ve miyokardit, lupus eritematosusta görülebilen ancak perikardit kadar sık olmayan sorunlardır. Kapaklarda kalınlaşma, vejetasyonlar ve kapak yetersizlikleri olguların yaklaşık yarısında mevcuttur. Lupus eritematosuslu hastalarda perikardit veya iskemi nedeni ile çeşitli taşikardiler gelişebilir. Konjenital komplet kalp bloğu lupus eritematozuslu annelerin yenidoğan bebeklerinde görülebilecek bir ileti bozukluğudur.

5. D (*Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders, 1998, s.1164*)

İdiyopatik pulmoner fibrozis sıklıkla 50 yaş üzerinde görülür. Solunum fonksiyon bozukluğu restriktif tiptedir. Radyolojik olarak retiküler-lineer lezyonlar, buzlu cam ve bal peteği görünümü vardır. Bu lezyonlar daha çok alt loblarda yerleşir. **Allerjik bronkopulmoner aspergillozis** astma tipinde ataklar, periferik eozinofili ve serum IgE yüksekliği ile karakterli hastalıktır. SFT'de restriktif bozukluk, radyolojik olarak nodüler, retikülonodüler lezyonlar ön plandadır, hava kisti görünümü nadirdir. **Kronik eozinofilik pnömoni** orta yaşlarda görülür. Sigara içimi ile ilişkisi yoktur, periferik kan, BAL, balgamda eozinofili önemli bulgusudur. SFT'de restriktif tip defekt vardır. Karakteristik radyolojik bulgusu "Akciğer ödeminin negatif fotoğrafı" tanısı koydurucudur. **Eozinofilik granüloma** (Pulmoner Langerhans hücreli Granülomatöz) genç, orta yaşlarda görülen sigarayla ilişkili interstisyel akciğer hastalığıdır. Önemli semptomu efor dispnesi olup solunum fonksiyonları sigara içimi nedeniyle kombine bozukluk gösterir. Radyolojik olarak karakteristik bulgusu daha çok üst lobları tutan ince, keskin cidarlı hava kistleridir. Ayrıca retikülonodüler lezyonlar, pnömotoraks ve osteolitik kemik lezyonları da görülebilir.

1. E (*Remme WJ, Swedberg K. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure. Task Force for the Diagnosis and Treatment of Chronic Heart Failure, European Society of Cardiology, European Heart Journal, 2001, 22, p.1551*)

Yapılan büyük çalışmalarda **beta blokerlerin post MI asemptomatik kalp yetersizliğinde surveyi uzattığı saptanmıştır.**

2. D (*Braunwald, Heart Disease, A Textbook of Cardiovascular Medicine, 6.baskı, 2001, s.526*)

Kalp yetersizliğinde volüm ve/veya basınç yükselmesinde nörohumoral yanıt olarak atriumlardan ANP, sol ventrikülden BNP, arka hipofizden vazopressin ve vasküler endotelden endotelin salındığı gösterilmiş olup kalp yetersizlikli hastalarda düzeyleri yüksek bulunmaktadır. ACTH ile ilgili böyle bir durum yoktur.

3. C (*Braunwald, Heart Disease, A Textbook of Cardiovascular Medicine, 6.baskı, 2001, s.1647*)

Mitral açılma sesi (Opening snap) normalde aortik kapanma sesinden (A2) 0.04-0.12 saniye sonra

6. C (Murray, *Textbook of Respiratory Medicine*, 2000, s.1508; Arseven, *Akciğer Hastalıkları*, 2002, s.1508)

Ventilasyon perfüzyon sintigrafisinde yüksek olasılıklı perfüzyon defektleri (ventilasyon normal) tanı koydurucudur. Spiral BT subsegment düzeyi hariç, pulmoner arter trombüslerini ortaya çıkarmada spesifitesi ve sensitivitesi yüksektir. Pulmoner anjiyografi tanıda altın standart olarak kabul edilir. Ekokardiyografi ile ana pulmoner arter ve sağ kalpteki trombüsler tespit edilebilir, sağ ventrikül hipokinezi ve dilatasyonu saptanır. Bu tetkiklerin hepsi pulmoner emboliye yönelik direkt tetkiklerdir. Doppler ultrasonografi pulmoner embolinin %90 nedeni olan alt ekstremitte derin venlerindeki trombüsleri ortaya çıkarmada kullanılan noninvaziv bir görüntüleme yöntemidir. Pulmoner embolinin indirekt tanısında rolü vardır.

7. A (Lange P, Parner J, Prescott E, et al. , *Exogenous female sex steroid hormones and risk of asthma and asthma-like symptoms: a cross sectional study of the general population. Thorax*; 2001; 56:613-6; Forbes L. *Do exogenous oestrogens and progesterone influence asthma? Thorax* 1999; 54:265-7; Lieberman D, Kopernik G, Porath A, et al. *Influence of estrogen replacement therapy on airway reactivity. Respiration* 1995; 62:205-8; Myers JR, Sherman CB. *Should supplemental estrogens be used as steroid sparing agents in asthmatic women? Chest* 1994; 106:318-9)

Östrojenler kortikosteroid bağlayıcı globulin sentezini arttırmakta ve progesteron da glukokortikoid reseptörlerini bloke etmektedir. Progesteron aynı zamanda beta 2 adrenerjik reseptörleri down-regüle eden bir ajandır. Östrojenin bronşiyal reaktiviteyi arttırıcı etkisi pek çok çalışmalarda gösterilmiştir. Bunlara karşın östrojenlerin kortikosteroid metabolizmasını azaltarak ve kemik iliğinde lökosit üretimini baskılayarak antienflamatuvar etkinlik göstereceğini belirten yayınlar da vardır.

8. C (Sherlock, *Diseases of the Liver and Biliary System*, 11.baskı, 2002, s.336)

Ketokonazol ve izoniazid akut hepatit, A-vitami fibrozis, perheksilin stetohepatit yaparlar. Diğer hepatokanaliküler kolestaz yapan ilaçlar klorpromazin, eritromisin ve azotioprindir.

9. A (Marsh, *Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Diseases*, 6.baskı, 1998, s.1488-89)

D, A ve E vitaminleri ince bağırsaktan pasif diffüzyonla emilirler. Safra tuzları gerekli değildir. B12 vitamini ise intrinsek faktöre bağlanarak terminal ileumdan emilir.

- 10.E (Sherlock, *Diseases of the Liver and Biliary System*, 11.baskı, 2002, s.417)

Wilson hastalığında proksimal renal tübüllerde bakır birikimine bağlı renal tübüler değişiklikler olur, aminoasidüri, glukozüri, fosfatüri ve ürikozüri meydana gelir. Renal tübüler asidoz sıktır. Paratiroid bezinde bakır birikimine bağlı hipoparatiroidizm ve eritrositlerde birikim hemolize neden olur. Asit gelişmediği sürece hiperaldosteronizm mutad bir bulgu değildir.

- 11.C (Tierney, *Current Medical Diagnosis and Treatment*, 2002, s.1122; Sencer, *Endokrinoloji, Metabolizma ve Beslenme Hastalıkları*. 2001, s. 283)

Akantozis nigrikans, ensede, koltuk altında, kasıklarda derinin esmerleşip kalınlaşarak kadife görünümü almasıdır. İleri derecelerde deri üzerinde bir takım saplı çıkıntılar da ortaya çıkabilir. Tip A insülin direncine (hirsutizm, polikistik over ile birlikte) sık olarak eşlik ettiği gibi daha seyrek görülen tip B insülin direncinde de (otoantikörlara bağlı) görülür. Akromegali ve Cushing sendromunda da görülebilir. 40 yaşın üzerinde ani başlayan Akantozis nigrikans'ta malign tümör akla gelmelidir. Hipopigmentasyon lokal veya yaygın olabilir. Lokal olanlardan başlıcası bir otoimmün bozukluk olan vitiligidir. Yaygın olanlardan akiz olanı hipopitüitarizmde görülür. Vitiligo otoimmün bir bozukluk olan tip 1 diabete eşlik edebilir, ama insülin direncine işaret etmez. Hipopitüitarizmde ise insüline aşırı cevaplılık söz konusudur. Difüz hiperpigmentasyon Addison hastalığında veya hemokromatozda görülebilir; insülin direncine işaret ettiği söylenemez. Sekonder hiperkolesterolemi sebepleri arasında obezite ve tip 2 diabetes mellitus sayılabilirse de LDL- kolesterol yüksekliğinin mekanizmasında insüline yetersiz periferik cevabı suçlamak doğru olmaz. İnsüline periferik direnç, lipid metabolizmasına başlıca hipertrigliseridemi ve kısmen de düşük HDL-kolesterol düzeyleri ile yansır.

- 12.B (Tierney, *Current Medical Diagnosis and Treatment*. 2002, s. 1182-83; Sencer, *Endokrinoloji, Metabolizma ve Beslenme Hastalıkları*. 2001, s.188-199)

Aldosteron hormonu böbrek tübülüslerinden H⁺ ve K⁺ iyonlarını itirah ettiren Na⁺un vücutta korunmasını sağlayan bir hormondur. Bunun sonucu primer hiperaldosteronizmde hipopotasemik metabolik alkaloz tablosu ortaya çıkar. Alkalozla bağlı iyonize Ca⁺⁺ azalması ve tetani görülebilir. Klinik bu biyokimyasal tabloya uyumludur. Hipopotasemi ile birlikte hipertansiyon; kas zaafı, yumuşak felçler, aritmiler, tetani görülebilir. Primer hiperaldosteronizm aldosteron salgılayan bir adrenokortikal tümör veya bilateral adrenokortikal mineralokortikoid hiperplaziye bağlı olarak gelişir. Hiperpotasemi hiperaldosteronizm değil hipoaldosteronizm sonucu (Addison hastalığında olduğu gibi) ortaya çıkar. Hiperaldosteronizm asidoz değil alkalozu yol açar;

KLİNİK TIP BİLİMLERİ CEVAPLARI

hiperkalsemi değil tersine iyonize kalsiyumda azalma söz konusudur.

13.E (*Wintrobe's Clinical Hematology, 10. baskı, 1999, s. 1000*)

Demir eksikliği anemisinin tedavisi oral, IV veya IM yolla yapılabilir. Oral tedavide demirin ferröz formu, ferrik formuna göre daha iyi emilir. Standart oral demir preparatı ferröz sulfattır. Oral demir aç kamına alındığında daha iyi emilir, C vitamini demir emilimini artırır, bazı hastalarda gastrointestinal yan etkiler ortaya çıkabilir. **Demir tedavisi ise hemoglobin düzeyi normal sınırlara çıktıktan sonra demir depolarını tam olarak doldurabilmek için 3 – 6 ay daha sürdürülmelidir.**

14.C (*Wintrobe's Clinical Hematology, 10. baskı, 1999, s. 1562*)

Aktive parsiyel tromboplastin zamanı intrinsek pıhtılaşma yolu ve ortak pıhtılaşma yolundaki, protrombin zamanı ise ekstrinsek pıhtılaşma yolu ve ortak pıhtılaşma yolundaki faktörlerin eksikliği veya inhibitör madde varlığında uzama gösterir. Faktör VII sadece ekstrinsek pıhtılaşma yolunda görev alır. Faktör II ve V ortak yolda, faktör IX ve XI ise intrinsek pıhtılaşma yolunda görev alırlar.

15.E (*Allwood, The Cytotoxics Handbook, 2.baskı, 1993, s.168-300; Vogl, Safe and effective two-hour outpatient regimen of hydration and diuresis for the administration of cisdiamminedichloroplatinum (II), 1981, s.17:3:345-50*)

Nefrotoksitesi nedeniyle hastaya yoğun hidrasyonla verilmesi gereken antikanser ilaç sisplatin'dir.

16.A (*Colon and rectum, AJCC Cancer Staging Manual 5. baskı, 1997, s. 83-90*)

Evre II (Dukes B) kolon kanserinde tümör, mukoza, muskularis mukoza ve serozayı tutmuş ama lenf nodu invazyonu yapmamıştır.

17.A (*Schrier, Manual of Nephrology, 5. baskı, 2000, s. 11*)

Diüretik tedavisine dirençli yatan hastalar için değişik bir yaklaşım loop diüretiklerinin sürekli infüze edilmesidir. Sürekli diüretik infüzyonları, bolus uygulamaya göre birçok avantaja sahiptir. A şıkkı dışındakiler bu uygulamanın başlıca avantajlarıdır. Diüretik konsantrasyonundaki azalma ve artmaları engellediklerinden sürekli infüzyonlar pozitif NaCl dengesi (postdiüretik NaCl retansiyonu) gelişimini engellerler.

18.C (*Massry, Textbook of Nephrology, 4. Baskı, 2001, pp. 855-856*)

Hereditör glomerüler hastalıklar çok geniş bir hastalık grubunu oluştururlar. Genetik geçiş şekli, patojenezi, morfolojik ve klinik özelliklerine göre sınıflanmaktadır. Fabry Hastalığı'nda (Angiokeratoma corporis diffusum univaersale), cilt lezyonları dışında korneal distrofi, çeşitli nörolojik bulgular (epizodik ağrılar), ayak ve ellerde inatçı akroparestezilerle birlikte yanma hissi, otonomik nöropati, hipohidrozu ve kardiyovasküler patolojiler görülebilir. Miyokarda, kalbin ileti sisteminde, aortada, koroner dolaşımında kapakların fibroblastlarında birikim olur. Sol atrium ve ventriküllerde genişlemeler, ileti ve ritm bozuklukları olabilir. Böbrek tutulumu genellikle nonnefrotik proteinüri ile 20 yaşından sonra ortaya çıkar. 40 yaşlarında böbrek yetmezliği gelişir. Hafif derecede hipertansiyon, nefrojenik diabetes insipidus ve renal tübüler asidoz görülebilir.

19.D (*Günhan, Cytomegalovirus enfeksiyonları. Enfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi. 2002, s.1191*)

CMV latent enfeksiyon yapan bir Herpes virusudur. Erişkinlerin %80-90'ı bu virus ile karşılaşmıştır ve virüsü latent olarak taşımaktadırlar. Ancak immün yetmezliği olan kişilerde ve kan transfüzyonu yapılanlarda virus aktif hale geçebilir. **Transplant hastalarında en sık rejeksiyon nedenlerinden biri kan transfüzyonu ile CMV enfeksiyonunun alınması veya latent haldeki enfeksiyonun aktive edilmesidir.**

20.A (*Inglesby, Anthrax as a biological weapon. 1999, s.281:1735*)

Şarbon sporlarının inhale edilmesi durumunda 2 ay süreyle doksisisiklin veya siprofloksasin profilaktik olarak verilmelidir.

21.A (*Kelley, Crystal Associated Synovitis, In Textbook of Rheumatology, Fourth edition. P: 1291,1325*)

Allopurinol ürik asit sentezini, ksantin oksidazı inhibe etmek sureti ile inhibe eder ve serum ürik asit seviyesini düşürür. Gut artriti atağının oluşumunda serum ve sinoviyal sıvıdaki ürik asit konsantrasyonundaki ani değişimler çok etkilidir. Allopurinol verilince gutlu olguların artmış olan ürik asit depolarından kana yoğun miktarda ürik asit salınımı olur ve sinoviyal sıvı ürik asit konsantrasyonu artar. Böylece ürik asit kristalleşme ve çökme olasılığı ve gut atağının tekrarlama ya da uzaması söz konusu olacaktır. Diğer seçeneklerin herhangi biri, hastaların durumuna göre, atağı sonlandırmak üzere tercih edilebilir.

22.E (Beyazova, *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon*, 2000, s.1587)

Hastalarda vertebra tutulumu nedeni ile kifotik deformiteye eğilim vardır. Ayrıca kalçalarda fleksiyon kontraktürü gelişebilir. Bunların önlenmesi için günde en az 15-30 dk. yüzükoyun yatma tavsiye edilir. Sırtüstü yatma bu deformiteleri önlemede etkisi yoktur. Özel olarak tavsiye edilmez.

23.A (Harold, *Synopsis of Psychiatry*, 8.baskı, 1998, s.585)

Obsesif kompulsif bozukluk, panik bozukluk, özgül fobi, posttravmatik stres bozukluğu DSM-IV sınıflandırma sisteminde anksiyete bozuklukları arasında konversiyon bozukluğu somatoform bozukluklar arasında yer almaktadır.

24.C (Bradley, *Neurology in Clinical Practice*, s.1846)

Fizik aktiviteyle artış migren ağrısının karakteristik özelliklerindedir.

25.C (Bradley, *Neurology in Clinical Practice* s.1704)

Bilinç seviyesinde bozukluk demansın spesifik bir bulgusu değildir. **Demanslarda bilinç bozukluğu olmaz.** Bilinç seviyesindeki değişiklik deliryum tablosunu demanstan ayırmada önemli bir kriterdir.

26.A (Odom, *Andrews' Diseases of the Skin*. 9.baskı, 2000,s.601)

Gluten enteropatisi ile ilişkili olan büllöz dermatoz Dühring hastalığı (dermatitis herpetiformis)dir. Pemfigus vulgaris ve büllöz pemfigoid gluten enteropatisi ile ilişkileri yoktur.

27.E (Gunderson, *Clinical Radiation Oncology*, 1. baskı, 2000, s.614)

Pulmoner toksisite, özofajit ve miyelit torasik radyoterapinin başlıca yan etkileridir. Radyoterapi hemoptiziye neden olmaz, aksine hemoptizinin palyasyonu amacı ile kullanılır.

28.B (Resnick, *Bone and Joint Imaging*, 1999, sayfa 1279)

Kollajen hastalıklar daha çok periartiküler yerleşimli, lepra sinirler boyunca, alkaptonuri intervertebral disklerde, granülomatöz infeksiyonlar lenf düğümlerinde kalsifikasyon oluştururlar. Arterlerde ise, diabetes mellitus yanında, renal osteodistrofi ve hipervitaminozis D kalsifikasyon yapabilir.

29.A (Tezcan, *Epidemiyoloji, Tıbbi Araştırmaların Yöntem Bilimi*, s. 173-207)

Vaka-Kontrol Araştırmalarında sonuçtan hareket ederek nedeni bulma yolu izlenir.

30.D (Tezcan, *Epidemiyoloji, Tıbbi Araştırmaların Yöntem Bilimi*, 1992, s. 185)

İnsidans, belirli bir bölgede, belirli bir sürede risk altındaki sağlam kişilerin (yıl ortası nüfusun) bir hastalığa yakalanma olasılığını verir. Bir toplumda belirli bir süre içinde saptanan yeni vaka sayısının yıl ortası nüfusa veya risk altındaki topluma bölünmesiyle elde edilen bir ölçüttür.

31.A (Behrman, *Nelson Textbook of Pediatrics*, 2000)

Ataksi telanjiektazide AFP artışı karakteristiktir.

32.B (Behrman, *Nelson Essentials of Pediatrics (Türkçesi)*, 2.baskı, 1996, s.168)

Perinatal asfikside hipokalsemi görülür.

33.E (Behrman, *Nelson Essentials of Pediatrics (Türkçesi)*, 2.baskı, 1996, s.178)

Yenidoğan bebeklerde normalde alınması gereken kırmızı refle yerine beyaz refle alınması anormal bir bulgudur. Subkonjunktival kanama kırmızı refle alınmasını engellemez. Diğer şıkların tamamında beyaz refle görülür.

34.B (Behrman, *Nelson Textbook of Pediatrics*, 16.baskı, 2000, s.713-716)

Henoch schönlein vaskülit, amiloidoz ve juvenil romatoid artrit olgularında hipokomplementemi beklenmemektedir. Primer membranoproliferatif glomerül-İonefrit olgularında da artrit ve döküntü beklenmemektedir. Olgu adölesan dönemde kız hasta olup, deformite bırakmayan artrit, proteinüri ve hipokomplementemi bulguları ile renal tutulumu olan sistemik lupus eritematozis tanısı ile uyumludur. ANA ve anti-Ds DNA tetkikleri ile tanı kesinleştirilebilir.

35.B (Moss and Adams, *Heart Disease in Infants, Children and Adolescents*, 5.baskı, 1991, s.902-918)

Triküspid atrezisi doğuştan itibaren morarla ile seyreden ve sağdan sola şantlar aracılığı ile yaşamın idame ettirildiği doğuştan kalp anomalisi olup, yaşamın erken döneminden itibaren sol kalp boşluklarında dilatasyon bulguları mevcuttur.

36.E (Behrman, *Nelson Textbook of Pediatrics*, 16.baskı, 2000, s.785, 786)

Ateşli nötropeni, kanserli hastalarda acil tedavi gerektiren bir durumdur. En ufak gecikme, mortaliteyle sonuçlanabilir. Bu hastalar acilen

KLİNİK TIP BİLİMLERİ CEVAPLARI

hastaneye yatırılmalı, kültürler alınıp (özellikle kan kültürü), acilen intravenöz geniş spektrumlu (psödomonası da spektrumu içine alan) antibiyotik başlanmalıdır.

37.D (Feigin: 1604-1605, Katkı Aşılar: 172-194, Plotkin Vaccine: 222-267)

Canlı kızamık aşısı ile aktif immünizasyon, kızamık ve temastan sonra güvenilir bir koruma değildir. Ayrıca, 6 aydan küçük bebeklerin aşılmasında da yeterli immün cevap alınmaz. Bu duyarlı ve temaslı kardeşe koruyucu dozda (0.25 mg/kg) gamma globulin uygulanması önerilmeli, daha sonra kızamık aşısı yapılmalıdır. Daha önce, geçmişte kadınların çoğu, çocukluklarında doğal kızamık enfeksiyonu geçirmiş olmalarından dolayı maternal IgG antikoları çok yüksek titrededir ve bebeklerine bu antikoları transplasental geçirirler. Bu nedenle bebekler oldukça güçlü bir biçimde kızamığa karşı korunurlar. Oysa, şimdi annelerin çoğunun düşük düzeyde antikorudur (bağışıklık kazanmaları doğal enfeksiyondan ziyade aşı ile olduğundan) bebekler bu nedenle ağır kızamık enfeksiyonu açısından duyarlıdır.

38.E (Pala, Tip I Diabetes Mellitus, 1997, s.80-82)

Aplastik anemi, lösemi, derin demir eksikliği ve talassemi seyrinde artan fetal hemoglobin glikozile hemoglobini (Hb A1c) yalancı olarak arttırmakta, orak hücreli anemide ise yalancı azalma bulunmaktadır.

39.Cevap A (Ralph, Cherry Textbook of Pediatric Infectious Diseases, 1998, s.1039-66 (1055))

Koagülaz negatif stafilokok, parvovirus B19, grup B streptokok ile belirgin kızıla benzer döküntü gözlenmez. Arkanobacterium haemolitikum kızıla benzer döküntü yaparsa da Pastia çizgisi bulunmaz.

Haşlanmış deri sendromu yapabilen koagülaz pozitif stafilokoklar deride kızıla benzer döküntü yanında, kıvrım yerlerinde Pastia çizgileri oluşturabilmektedir.

40.C (Rudolph's Pediatrics, 1999, s.678-679)

Kızamık hastalığının pek çok komplikasyonu vardır. Ancak, artrit bilinmemektedir. Tanımlanmış komplikasyonlar, otit, pnömoni, laringotrakeit, ensefalit, trombositopeni, hepatit ve hatta apendisittir.

41.C (Dozor, Primary Pediatric Pulmonology, 2001, s.23-42)

Koanal atrezi horultu, larengomalazi ve vokal kord paralizisi inspiratuvar stridor, vasküler ring ekspiratuvar stridor, subglottik hemanjiyom bifazik stridor oluşturur.

42.E (Fanaroff, Neonatal-Perinatal Medicine Diseases of the Fetus and Infant, 7.baskı, 2002, s.1370-1371)

Diabetik anne bebeğinde hipoglisemi doğumdan hemen sonra başlar ve birkaç gün sürer. **En etkili tedavi kan şekerini 50 mg/dL'nin üzerinde tutmaya yetecek düzeyde devamlı glukoz infüzyonu yapmaktır.** Dekstroz solüsyonlarının intravenöz puşe şeklinde verilmesi, pankreas beta hücrelerinden aşırı insülin cevabı nedeniyle rebound hipoglisemiye yol açabilir. Bu nedenle dekstroz puşesinden kaçınılmalıdır. Ancak infant semptomatik ise veya kan şekeri 10 mg/dL'nin altında ise %10 dekstroz solüsyonu ile 2 ml/kg puşe yapıp infüzyon ile devam edilir.

43.C (Tausch, Avery's Diseases of the Newborn, 7.baskı, 1998, s.78-89)

Preeklamptik anne bebeğinde trombositopeni ve nötropeni gelişebileceği bilinmektedir. Bozulmuş plasental perfüzyona bağlı olarak bebekte intrauterin gelişme geriliği ve buna bağlı hipoglisemi, polistemi beklenir. Maternal hipertansiyon fetusta sürfaktan sentezini stimüle eder ve **preeklamptik anne bebeklerinde respiratuvar distres sendromunun insidansı azalmıştır.**

44.C (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.1480)

Orak hücreli anemide en sık görülen kriz ağırlı veya vazo-oklüziv kriz olup küçük damarların tıkanması sonucu distal iskemi ve enfarktüslerle karakterizedir. **Kan tablosunda değişiklik meydana getirmezler.**

45.A (Blau, Physician's Guide to the Laboratory Diagnosis of Metabolic Diseases, 1.baskı, 1996, s.4)

Hartnup hastalığına spesifik bir idrar kokusu yoktur.

Maple şurup idrar hastalığı (Akça ağaç şurubu idrar hastalığı): Maple şurup kokusu

İzovalerik asidüri: Terli ayak kokusu

Glutarik asidüri tip II: Terli ayak kokusu

Fenilketonüri: Küf kokusu

46.C (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 15.baskı, 1996, s.582, 1487-1493, 1512)

Ödem, hipertansiyon, üre-kreatinin yükselmesi, sodyum düşüklüğü ve potasyum yüksekliği ile renal kökenli bir akut böbrek yetmezliği olduğu hemen anlaşılmaktadır. Ancak çok basit olmaması için hematüriden bahsedilmedi. Bunun yerine tübüler fonksiyonların normal olduğunu gösteren idrar indekslerinden düşük idrar sodyumu ve yüksek idrar dansitesi belirtildi. Bütün bu bulgular akut glomerülonefrit ile uyumludur. Diğer seçeneklerden a,

d ve e'den hastanın serum albumin ve kolesterol değerlerinin normal olması yani nefrotik sendromun olmaması ile uzaklaşılır-ki bu seçenekler için nefrotik sendrom en belirgin özelliğdir-, b seçeneğinden trombositopeni ve belirgin aneminin olmaması ile uzaklaşılır.

47.E (Behrman, Nelson Textbook Of Pediatrics, 16.baskı, 2000;1577-1582)

Hematüri idrarda kan bulunması olarak tanımlanabilir. **Mikroskobik hematüri**; dakikada 2-3 bin eritrosit içeren bir idrarı tanımlarken, büyük büyütme ile (x40) her sahada 4 ve üzerinde eritrosit bulunması halidir. **Makroskobik hematüride** ise dakikada 1 milyon ve üzerinde eritrosit atılımı vardır. 500 cc. idrara 0.5 cc. kan karışması o idrarın makroskobik hematüri için yeterlidir.

Hematüri tipleri:

- 1.- **İzole Hematüri**: Hematüri tek semptomdur. Ek bulgu yoktur. Makroskobik ya da mikroskobik olabilir.
- 2.- **Rekürrent Hematüri**: Yineleyen hematüri atakları söz konusudur. Aralıkları değişkendir. Atak başlangıcında çoğu kez makroskobiktir.
- 3.- **Persistent hematüri**: Sürekli veya çok uzun süreli (aylarca) bir hematüri olup, çoğunlukla makroskobik karakterdedir. Arada mikroskobik olarak da sürebilir.

Rekürrent Gross Hematüri Nedenleri:

- 1.- IgA Nefropatisi
- 2.- İdiyopatik Benign Familial Hematüri
- 3.- İdiyopatik Hiperkalsiüri
- 4.- Alport Sendromu

PSAGN'de hematüri ise temel bulgulardan olup, başlangıçta çoğu kez makroskobiktir. Bu makroskobik hematüri bir kaç saat ile bir kaç hafta arasında sürebilir. Hematürinin 3 haftayı aşması olağan değildir. PSAGN'de makroskobik hematüri tekrarlayıcı nitelikte değildir.

48.E (Neyzi, Pediatri)

E vitamini membranlarda bulunan doymuş yağ asitlerinin oksitlenmesini engeller, anemiye engel olur.

49.C (Behrman, Nelson Essentials of Pediatrics (Türkçesi), 2.baskı, 1996, s.202)

Asfiksi-perinatal strese bağlı hipogliseminin oluş mekanizması azalmış glikojen depolarıdır.

50.B (Behrman, Nelson Essentials of Pediatrics (Türkçesi), 2.baskı, 1996, s.207)

Toksoplazmozis infeksiyonunda da kalsifikasyon görülür. Ancak toksoplazmozisde sitomegalovirüs enfeksiyonundan farklı, intrakraniyal yaygın ve **pop-corn** (patlamış mısır) görünümünde kalsifikasyonlar görülür.

51.C (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.700,718)

Histon ilaçların neden olduğu sistemik lupus eritematosisinde, ribonükleoprotein mikst bağ dokusu hastalığında, Pm-Scl sklerodermatomyozitte, Scl sklerodermada antikor oluşturan antijenlerdir. Jo-1 tRNA sentetaza karşı oluşan antikorlardır. Bunların yüksek olduğu dermatomyozitli olgularda akciğer tutulumu ağır olarak ortaya çıkar.

52.D (Miyatake, Erythromycin Reduces the Severity of Bronchial Hyperresponsi Veness in Astma Chest, 1991, 670-73)

Makrolidlerin ekspresyonunu inhibe ederek enflamasyonunu ve hiperaktiviteyi azalttıkları tedavi öncesi ve sonrası histamin provokasyon testiyle belirlenmiştir. Eritromisin ek olarak endotelin-1'i de inhibe ettiğinden en etken makroliddir.

53.A (Fanaroff, Neonatal-Perinatal Medicine Diseases of the Fetus and Infant, 7.baskı, 2002, s.1001-1003)

Respiratuvar distres sendromunun insidansı ve şiddeti gestasyonel yaş ve doğum ağırlığı ile ters orantılıdır. Erkek bebeklerde kızlara göre respiratuvar distres sendromu daha fazla oranda gelişir ve mortalite daha fazladır. Bunun androjenlerin sürfaktan sisteminin matürasyonuna olumsuz etkilerinden dolayı olduğu düşünülmektedir. Maternal diyabetin varlığında respiratuvar distres sendromunun gelişme riski artmaktadır. İyi kontrollü olmayan maternal diyabette gelişen fetal hiperinsülinizm fetal karaciğerde düşük dansiteli lipoproteinlerin sentezini bozar. Dolayısıyla kolesterol ve sürfaktan sentezi etkilenir. Perinatal asfiksini varlığında sürfaktan sentezi olumsuz etkilenmekte ve respiratuvar distres sendromunun riski artmaktadır. Annenin sigara içmesi bebekte düşük doğum ağırlığına neden olsa da respiratuvar distres sendromunun riskini arttırdığına dair bilgi yoktur.

54.C (Fernandes, Inborn Metabolic Disorders, 3.baskı, 2000, s.103)

Galaktoz 1-fosfat uridil transferaz eksikliği (Galaktozemi) otozomal resesif geçişli bir galaktoz metabolizması hastalığıdır. Galaktozemili hastalarda alınan galaktoz fosforile edilebilir ancak 1-fosfoestere dönüşemez ve depolanır. Galaktozemik infantlarda

KLİNİK TIP BİLİMLERİ CEVAPLARI

sütle beslenmeye başlandıktan sonra beslenme bozukluğu, kusma, sarılık, hepatomegali, gelişme geriliği ve katarakt gelişir.

55.A (Fernandes, *Inborn Metabolic Disorders*, 3.baskı, 2000, s.178)

Maternal fenilketonüri sendromu diyet tedavisi uygulanmayan fenilketonüri annelerin bebeklerinde gözlenir. Klinik özellikleri mental retardasyon, mikrosefali, düşük doğum ağırlığı, konjenital kalp hastalığı, dismorfik yüz görünümü, nadiren trakeoözofagial atrezi ve fistül, ürogenital anomaliler, kolobom ve katarakt ve yarı damaktır.

56.B (Katki, *Beslenme I*, 1996, s.10)

Preterm infantlarda sistin, tirozin ve arjinin de esansiyel olabilir.

57.C (Ashcraft, *Pediatric surgery*, 3. baskı, Philadelphia, WB Saunders Company, 2000, s. 580)

Koledok kistinin 3 kardinal bulgusu aralıklı sarılık, karın ağrısı ve sağ üst kadranda kitledir. A ve D şikâyetlerinde sarılık olur fakat aralıklı değildir. Zaten hasta daha önceden tanı almadan 13 yaşına kada yaşayamaz. Safra kesesi taşlarında yukarıda tanımlanan ultrasonografik görüntü olmaz.

58.B (Behrman, *Nelson Textbook of Pediatrics*, 16.baskı, 2000, s.1861)

Soruda açıklanan bulgu ve belirtiler kafa içi basınç artışını (KİBAS) düşündürmektedir. Bu durumda beyin tümörü ekarte edilmelidir. Bilgisayarlı beyin tomografisi veya beyinin magnetik rezonans incelemesi istenir.

59.D (Behrman, *Nelson Textbook of Pediatrics*, 16.baskı, 2000, s.2152)

Tarım ilaçlarında bulunan organik fosfatlar ve karbonatlar asetil kolin esteraz inhibisyonu ile nörotoksititeye neden olur. Akut zehirlenme olgularının çoğunluğunu oluştururlar. Etkilenen kişide parasempatik sistem aktive olduğu için miyozis, salivasyon artışı, abdominal kramp, kusma, diyare, kas fasikülasyonları görülür. Ağır vakalarda kardiyak ve respiratuvar arrest ile ölüm görülür.

60.B (Behrman, *Nelson Textbook of Pediatrics*, 16.baskı, 2000, s.513)

Yenidoğanda "Double bubble" bulgusu duodonal obstrüksiyona özgü bir bulgudur.

61.B (Schwartz, *Principles of Surgery*, 7. baskı, 1999, s. 1493)

Musinöz kistadenom sıklıkla kistadenokarsinom içerebilen premalign bir lezyondur. Kadınlarda daha sıktır (8/1). Pankreasın en sık gövde ve kuyruk

kesiminde lokalizedir. Tanı sırasında sıklıkla çok büyüktür (10-20 cm). Kist lümenine papiller uzantılar oluşturan musin sentezleyen kolumnar epitel hücreleri içerir.

62.B (Moore, *Idalley Clinically Oriented Anatomy 4th Edition*, 1999 s. 1035)

N. Laringeus superior larinks kaslarından M. cricothyroideusu innerve eder ve zedelenmesi halinde postoperatif hastanın kaba ve boğuk konuşma sesi yakınması karakteristiktir.

63.D (Schwartz, Shires, *Spencer Principles of Surgery 7th Edition*, McGorw-Hill Book Company, 1999, s. 1450-1451)

Yaşlı diyabetik bir kadın hastada safra yollarında hava saptanması akla biliyentreki fistülü getirir. Tanımlanan ileus tablosu büyük bir olasılıkla biliyenterik fistül sonucunda bağırsaklara geçen bir safra taşına bağlıdır. **Tıkanıklık en sık ileumda görülür.**

64.A (Schwartz *SI: Principles of Surgery*, 7. baskı, New York, Mc Grow-Hill Company, 1999, s. 1280) (Sabiston DC: *Textbook of Surgery*, 15. baskı, Philadelphia, WB Saunders Company, 1997, S. 991)

Kolon mesane arası fistül, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu, fekalüri ve pnömoüriye neden olur. Distal idrar yolu tıkanıklığında (Prostat hipertrofisi) asending enfeksiyona ve sepsise neden olur. **CT mesanede havayı göstererek fistülü en iyi gösterir.** Kolon grafisi % 50 den daha az oranda tanısaldir. İVP daha az tanısaldir. Sistoskopi genellikle sistit ve fistül bölgesinde büllöz ödemi gösterir.

65.A (Schwartz *SI; Principles of Surgery*, 7. baskı, New York, Mc Graw-Hill Company, 1999, s. 1331.)

FAP da CHRPE (Congenital hypertrophy of retinal pigmented epithelium) indirekt oftalmoskopide % 70-80 oranında görülür.

66.A (Schwartz *SI; Principles of Surgery*, 7. baskı, New York, Mc Graw-Hill, 1999, s. 1478)

Akut panreatitli olgularda şiddetli kusma nedeni ile **hipopotasemik, hipokloremik metabolik alkaloz** yaygın olarak gözlenir.

67.E (Schwartz *SI; Principles of Surgery*, 7. baskı, New York, Mc Graw-Hill, 1999, s. 1487)

Akut panretit sonrası gelişen akut pankreas psödokistleri, matürasyondan sonra asemptomatikse ve 5 cm'den küçükse büyük olasılıkla girişim gerektirmez. Bu olgular 3-6 aylık intervallerde USG ile izlenebilir ve semptomatik olduklarında, boyutta

büyüme saptandığında veya bir kist komplikasyonu geliştiğinde opere edilirler. Fakat, pankreatit öyküsü olan bir olguda CT'de kist içinde septasyonların, kalsifikasyonların, papiller yapıların olması bu kistin psödokist değil kistik bir neoplazm olma olasılığına işaret eder. Bu olgularda izlem ya da non-operatif, perkütan girişim gibi, konservatif yaklaşımlar önerilmemektedir. Bu bulgular cerrahi girişim için endikasyonlardır. Radyofrekans ablasyonu da daha çok bilinen karaciğer malignitelerinde kullanılan bir yöntemdir.

68.A (Sayek, Temel Cerrahi, 1. baskı, Ankara, Güneş Kitapevi, 1991, s. 1423)

Aort koarktasyonu, Feokromasitoma, Conn sendromu, Cushing hastalığı, renal arter stenozu ve tek taraflı böbrek parankim hastalığı, cerrahi olarak düzeltilebilen hipertansiyon nedenleridir. Bu hastalıklar hipertansiyon nedenlerinin %5-10'unun oluştururlar. Abdominal aort anevrizması ise genellikle arterioskleroz neticesi oluşur ve hipertansiyon nedeni değildir.

69.D (Schwartz, Shires, Spencer Principles of Surgery 7th Edition, McGraw-Hill Book Company, 1999, s. 1401)

Entamoeba Hystolitica'nın sebep olduğu kanlı ishallerin ardından karaciğer absesi gelişebilir. Bu abseler genellikle karaciğer sağ lobunda ve tektir. Küçük olan amebik karaciğer abselerinde drenaj endikasyonu yoktur. Tedavide ilk basamak metronidazoldür.

70.C (Schwartz, Shires, Spencer Principles of Surgery 7th Edition, McGraw-Hill Book Company, 1999, s. 14,15)

IL 12; T_{H1} hücre diferansiasyonunu ve IF gamma üretimini uyarması nedeniyle travma sonrası hücresel immüitede önemli rol oynayan sitokindir.

71.E (Skandalakis, Modern Hernia Repair, 1. baskı, 1996, s. 157)

İntraabdominal organların femoral kanaldan vücut dışına fıtıklaşması sonucu femoral fıtık meydana gelir. Femoral kanal 2 cm uzunluğunda ve koni şeklindedir. Arka kenarını pectineus kası, ön kenarını fascia lata'nın üst boynuzu, lateral kenarını V.femoralis ve medial kenarını da lig lacunare (Gimbernath) ile iliopubik traktın inferior kısmı oluşturmaktadır.

72.C (Schwartz, Principles of Surgery, 7. baskı, 1999, s.

1193)

Duodenogastrik reflü gastrik ülser oluşumunda rol oynar. H. Pylori ve NSAID hem duodenal hem de gastrik ülser patogeneğinde rol oynar.

73.A (Schwartz SI; Principles of Surgery, 7. baskı, New York, Mc Graw-Hill, 1999, s. 556)

Memenin apokrin kanserleri, sıklıkla hormon reseptörleri negatif ve potansiyel olarak agresif biyolojik davranışa sahip tümörler olarak bilinirler.

Tübüler kanserler iyi diferansiye varyant olup bu tümörlerde lenf nodu metastaz oranı %10 ve sağkalım oranı %100 olarak bildirilmektedir.

Müsinöz kanserler sıklıkla yaşlı popülasyonda gözlenmekte, bu olguların yaklaşık üçte birinde lenf nodu metastazı görülmekte ve üçte ikisinde ise horman reseptörleri pozitif olarak saptanmaktadır. 5-yıllık sağkalım oranı %73 olarak bildirilmektedir.

Papiller kanserler en düşük lenf nodu metastaz oranına ve en iyi sağkalım oranlarına sahip meme kanserleridir.

Adenoid kistik karsinomlar da nadiren kansere bağlı ölüme yolaçan meme kanserleridir.

74.E (Walsh Pet al: Cambell's Urology, 7. baskı, Philadelphia, WB Saunders Company, 1998, s. 3091)

Travma geçirmiş bir hastada çekilen intravenöz piyelografide, böbreğin görüntülenememesi durumunda böbreğin olmaması, ektopik böbrek, şok, ciddi kontüzyona bağlı renovasküler spazm, renal arter trombozu, renal pedikül hasarı ve ileri derece üriner obstrüksiyon düşünülmelidir. Subkapsüler hematomda ise böbrek kontrast madeyi süzüp ekskrete edebilir.

75.C (McCarty, Non-excisional treatment of benign and premalignant cutaneous lesions, Clin Plast Surg. 1993, s.91-104; Pelc, Pigmentary changes in the skin, an introduction for surgeons Clin Plast Surg, 1993, 20: 53-65; Popkin, Plastic Surgery, 1990, 5: 3607-3608)

"Keratoakontama"lar benign, kendiliğinden iyileşen tümörler olup çoğunlukla 60 yaş üzerindeki erkeklerde ortaya çıkar. Etiyolojileri belli değildir. Saç foliküllerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Skuamöz hücre etrafını saran kütanöz plaklardan ortaya çıkar. Haftalar içinde büyür, 6 ay gibi bir sürede geriler. Asla Skuamöz Hücreli Karsinoma ile karıştırılmamalıdır. Erken ekzisyon, spontan regresyon sonucu oluşacak atrofik skar oluşumunun önüne geçer.

"Aktinik keratoz" premalign bir lezyondur. Keratotik papüller olarak orta ve daha ileri yaşlarda güneşe maruz kalan, açık tenli kişilerde ortaya çıkar. Tipik olarak güneşe maruz kalan alın, önkol dorsal bölgesi

KLİNİK TIP BİLİMLERİ CEVAPLARI

ve elde görülür. Bazı araştırmalara göre; Aktinik keratozlu hastaların %20'sinde SCC gelişir. Kriyoterapi, elektrocerrahi, küretaj, shave eksizyon, kimyasal soyma, tedavi seçenekleri arasındadır. Etkilenen insanların SCC gelişme ihtimaline karşı dikkatli gözlem altında tutulmaları gerekmektedir.

“**Silindroma**” genellikle skalpte lokalize olan yüksek, lastik kıvamında benign bir nodüldür. Rengi pembe-mavi arası değişim gösterir ve boyutları birkaç milimetre veya santimetre olabilir.

“**Piyojenik Granülom**” kolayca kanayabilen, deriden yüksek kırmızı renkli bir lezyondur. İyileşen yaradaki aşırı granülasyon dokusundan kaynağını alır. Tedavisi lezyonun eksizyon veya koterizasyonunu içerir.

“**Seboreik keratoz**” kahverengi renkli yüzeysel yayılan bir lezyondur. Yaşlı, ince tenli insanlarda görülür ve en iyi tedavisi abrazyon veya eksizyondur.

76.E (Green RD: *Gren's operative had surgery, 4th Ed., Philadelphia, Churchill-Livinstone, 1999, s. 837*)

El metastazlarının % 50'si akciğerin bronkojenik kanserinin metastazıdır ve erkekteki en sık metastatik lezyondur.

77.E (Cox JM: *Low Back pain, 5th Ed, Baltimore, Williams&Wilkins, 1991, s. 362*)

L5-S1 düzeyindeki bir disk hernisinde S1 kökü herniye olan disk materyali tarafından sıkışarak, fonksiyonlarında kayıp ortaya çıkar. Önceleri Lumbalji (bel ağrısı), siyatalji (n. İschadicus trasesi boyunca ağrı) olurken, zamanla aşıl refleksinde azalma, ayak dış tarafında ve tabanda hipostezi, ayak parmakları plantar fleksiyonunda zayıflık, cruriste atrofi ortaya çıkabilir. Cerrahi olarak başarılı bir şekilde tedavi edilebilen bu hastalığın kesin tanısı, bilgisayarlı tomografi veya magnetik rezonans görüntüleme (BT, MRI) yöntemleriyle konur.

78.B (Cummings-Otolaryngology *Head and Neck Surgery Textbook, Cilt 2, 1998, s.1552*)

Polisomnografi EEG, EKG, EMG, oksijen satürasyonu, hava akımı ve göz hareketlerini uyku sırasında objektif olarak inceleyen bir testtir. Bu test sonucunda 10 saniye üzerinde süren apne periyodları ile %50 den fazla hava akımını azaltan hipopne periyodları sayısal ve süre olarak belirlenerek uyku apnesi sendromunun tanısı konulur. Bu test tanıda altın standarttır.

79.C (Keser, *Kulak Burun Boğaz Baş ve Boyun Hastalıkları, 1.Baskı, 2000, s.229*)

Adenoid kistik Ca submandibular ve minör tükürük bezlerinin en sık görülen malign tümördür. Erken

dönemde perinöral invazyon ile fasiyal paraliziye yol açabilir.

80.C (ShieldsTW, LoCicero III J, Ponn RB (editörler), *General Thoracic Surgery, Fifth Edition, Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins, 2000, s. 115*)

Atelektazi akciğerin bir bölümünün sönmesi, kollabe olması demektir. Akciğerin sönmesi o hemitoraksda volüm kaybına yol açar. Volüm kaybının bir sonucu olarak da trakea, yani mediasten aynı tarafa yer değiştirir, aynı taraf diafragma yükselir ve aynı taraf kot aralıkları daralır. Böylece volüm kaybı kompanse edilmiş olur. Hava bronkogramı ise içi sıvı veya püy ile dolmuş alveollerin arasında bronş kesitlerinin görülmesi durumudur. Bu görünüme konsolidasyon denir ve atelektazi bulgusu olmayıp pnömoni için tipiktir.

81.A (Haimovici H. *Extrathoracic exposure for distal revascularization of brachiocephalic branches. Haimovici H (ed).Vascular Surgery, Blackwell Science, Cambridge, 1996. ,p.358-364. Cherry KJ. Arteriosclerotic occlusive disease of brachiocephalic arteries. Rutherford RB (ed) Vascular Surgery, WB Saunders Co., Philadelphia, 2000.,p. 1140-1162*)

İlk kez bir İtalyan radyolojisti tarafından dikkati çekilen sendrom, brakial-baziller yetmezlik olarak da adlandırılmıştır. Vertebral arterin çıkım yerinin proksimalindeki darlık/tıkanma sonucunda subklavian artere kan, karotis sistemi ve karşı yandaki vertebral arterden Willis poligonuna ve oradan aşağıya doğru, retrograd olarak, tıkanıklığın distaline akarak geçer. Normal koşullarda serebral dolaşımın büyük kısmı karotis sistemiyle sağlandığından, baziller trunkustan akım kaybı, kompanse edilebilirse de, aterosklerotik olgularda bu her zaman olası değildir. Kolun kullanımı sırasında gereksinilen fazla kanı subklavian arter vertebral baziller sistem aracılığıyla beyinden kan “çalarak” sağlar, yani vertebral arter etkilenmiş kolun kollateral sirkülasyonunun kaynağıdır. **Sendroma yol açan süreç en çok sol subklavian artere lokalize olur (%75)**. Klinik manifestasyonlar, vertebrobaziler geçici iskemik ataklar ve üst ekstremitenin iskemik bulgularıyla karakterizedir.

Cevap C (Kanski, *Clinical Ophtalmology, 3rd edition, 1997, s.104*)

Uzun süreli yumuşak lenslerin kullanımına bağlı daha önceden gözleri normal olan bireylerde, psödomonas aureginosa en sık kornea iltehabı yapan patojendir.

83.E (puri P: *Newborn Surgery, Cambridge, butterworth-Heinemann, 1996, p. 310-311*)

Postnatal dönemde intestinal atrezisi olan bebeklerde ilk saatlerden başlayarak persistan safralı kusmalar gözlenir. Obstrüksiyon ne kadar distalde ise kusma o kadar geç başlayabilir. İncelemede hastada obstrüksiyonun seviyesine göre lokal veya jeneralize batın distansiyonu dikkat çekicidir. Konstipasyon tam kesin bir bulgu olmasa da mekonyumun kalitesi ve sıklığında değişiklikler gözlenebilir. Ayakta çekilen batın grafilerinde ise yine atrezinin lokalizasyonuna göre artan veya azalan oranda hava-sıvı grafilerinde ise yine atrezinin lokalizasyonuna göre artan veya azalan oranda hava-sıvı seviyesi gözlemek mümkündür. Bağırsak seslerinde azalma ise özellikle beklenen bir bulgu değildir. Tam tersine dilate bağırsak segmentlerine ait peristaltik dalgaların ciltten görülebilmesi bile mümkündür.

85.A (In Ashcraft KW, editor: *Pediatric Surgery, ed 2, Philadelphia, WB Saunders, 2000, p: 320-22*)

Çocuklarda en sık görülen anterior mediastinal kitle Non Hodgkin Lenfomadır, bunu Hodgkin Lenfoma izler. Nöroblastoma ve nöroenterik kist posterior mediastende, bronkojenik kist ise anterior mediastende yerleşim gösterir.

86.D (Morgan, *Clinical Anesthesiology, 1.baskı, 1992, s.125*)

Mü reseptörlerinin aktivasyonu supraspinal analjezi, solunum depresyonu, fiziksel bağımlılık ve kas katılığına yol açabilir. Halüsinasyonlara yol açan ise Sigma reseptörlerinin aktivasyonudur.

87.D (Kışınışçi, *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 1.Baskı, 1996, sf:147*)

OKS kullanımının olumlu etkileri:

- Mens kanamalarını daha az, daha kısa ve düzenli hale getirir.
- Fe Eksikliği anemisi riskini azaltır.
- Premenstrüel gerginlik ve endometriyozis şikayetlerini azaltır.
- Dismenoreyi tedavi eder.
- Aknelere iyi gelir.
- Benign meme hastalıkları sıklığını azaltır.
- Bening over kist oluşumunu azaltır.
- Romatoid artrit riskini azaltır.
- Ektopik gebeliği önler.
- Endometrial kanser riskini azaltır.
- Over kanseri riskini azaltır.

- PID riskini azaltır.
- Osteoporoz riskini azaltır.
- Fertilitate, bırakıldığı anda geri döner.

87.E (William W.Beck, *NMS Kadın Hastalıkları ve Doğum, 4.Baskı, 1997,s.2*)

HCG trofoblastik dokunun özellikle de sinsityotrofoblastların tek ürünüdür. Seviyesi genel olarak plasenta kitlesi ile doğru orantılıdır. Ancak anensefalik gebeliklerde HCG seviyesi normal veya düşük olabilir. HCG'nin yüksek olduğu durumlar:

- Normal plasenta dokusu (gebelik)
- Çok sayıda plasenta geliştiğinde (çoğul gebelik)
- Mol hidatiform
- Koryokarsinoma
- Ektopik gebelikler

88.C (Copeland, *Textbook of Gynecology, 2.baskı, 2000, s.1396*)

İnhibin granüloza hücrelerince salınan bir folikül gelişimi düzenleyici protein olup, granüloza hücreli over tümörleri için bir belirteç olarak kullanılabilir.

89.D (Copeland, *Textbook of Gynecology, 2.baskı, 2000, s.360*)

Polistik over sendromu ovulasyon anormallikleriyle en sık birlikte olan endokrinopatidir.

90.C (Copeland, *Textbook of Gynecology, 2.baskı, 2000, s.300*)

Bu olgunun uygun yönetimi RİA'yı çıkarmak ve penisilin tedavisine başlamaktır.

91.A (Cunningham, *Williams Obstetrics, 21.baskı 2001, s.156-158*)

Bu fetusta 46,XY kromozom yapısı doğrultusunda over değil testis dokusu gelişecektir. Testisdeki Leydig hücreleri testosteron salgılayarak Wolf kanalından edidimis, vas deferens ve v. Seminalisin gelişimini uyarak, aynı zamanda testosteron dihidrotestosterona dönüşerek erkek eksternal genital organlar ve prostatın gelişimini sağlayacaktır. Ancak, testis Sertoli hücrelerinde AMH veya diğer adıyla MIF (Mullerian inhibitör faktör) sentezlenmediği için Mullerian kanaldan kadın iç genital organları (yani uterus, tüpler ve vajen üst kısmı) da gelişecektir.

92.B (Berek, *Williams, Novak's Gynecology, 13.baskı, 20002*)

KLİNİK TIP BİLİMLERİ CEVAPLARI

Asherman sendromu genellikle iyatrojenik olarak ortaya çıkan, adet kanamasının miktarında azalma veya adet görmeme şikayeti ile hastanın doktora başvurmasına yol açan bir tablodur. Özellikle postpartum dönemde yapılan küretajlar, konizasyon, intrauterin enfeksiyonlar (Tüberküloz, pelvik inflamatuvar hastalık, şistozomiazis, intrauterin araçlar) sonrasında ortaya çıkar. Tanıda histerosalpingografi, ultrasonografi, histeroskopi ve sonohisterografi kullanılabilir. Tedavisi bu sineşilerin cerrahi olarak açılmasıdır.

Sekonder Seks Karakterlerinin Gelişimini Takiben Ortaya Çıkan Ovaryen Yetmezlik Nedenleri

X koromozomu delesyonları

İyatrojenik (Radyoterapi, kemoterapi, cerrahiye bağlı olarak over kanlanması bozulması)

Savage Sendromu

Galaktozemi

Sigara alışkanlığı

Otoimmün hastalıklar

Enfeksiyonlar

İdiyopatik

93.C (Williams, Novak's Gynecology, 12.baskı, 1996, s.453)

İleri evre CIN ve servikal kanserde en sık görülen tip HPV 16 olup, squamöz hücreli kanserde %50, adenokanserde %39 oranında görülür. Düşük riskli grupta yer alan HPV 6, 11, 42, 44 hemen hemen servikal kanserle hiç ilişkili olmayıp, daha çok dış bölgelerde kondilomlara yol açarak kozmetik sorunlar yaratır.

94.B (Speroff, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility, 6. baskı, 1999; s: 288)

Erkek fetusları etkileyen, beklenen doğum tarihinin gecikmesi ama buna rağmen fetal distress bulgularının olmadığı, maternal kan estriol düzeylerinin ölçülemeyecek derecede düşük olduğu, doğumdan sonra iktiyozis bulgularının izlendiği, X'e bağlı geçen bir metabolik bozukluk olan plasental sülfataz eksikliği, nadir izleniyor da olsa patofizyoloji bakımından fetoplasental ünitenin işleyiş ve normal doğum eyleminin başlama mekanizmaları açısından bize ipuçları veren bir patolojidir.

95.C (Speroff, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility, 6. Baskı, 1999, s. 458-459)

Prolaktinoması olan gebe bir hastanın takibinde prolaktin değerlerinin ölçümünün pratik değeri yoktur, onun için tavsiye edilmemektedir, zira prolaktin normalde gebelikte artış gösteren bir hormondur. Gebelikte bromokriptin gerektiğinde kullanılabilir ve anne ile fetus için olumsuz bir yan etkisi yoktur.

Mikroadenomların gebelikte büyüme eğilimi çok düşük olduğu için teröpatik abortus önermek yanlış olur. Mikroadenomu olan gebelere semptomları olmadığı sürece düzenli aralıklarla CT veya MRI yapmanın anlamı yoktur. Hekim için yönlendirici semptomların gelişmesi olmalıdır. Gebelikte semptomlar geliştiğinde de dopamin agonist tedavisi ile prolaktinomada önemli regresyon sağlanır.

96.B (Cunningham, Williams Obstetrics, 21.baskı, 2001, s.341-344)

Doğum eylemi sırasında, özellikle de birinci evrenin sonuna doğru oldukça sık izlenen hafif derecede variable deselerasyonların nedeni umbilikal kordun bası altında kalıp geçici oklüzyona uğramasıdır. Bu deselerasyonlar kemoreseptör veya baroreseptöre bağlı vagal cevap sonucu ortaya çıkar. Kordun oklüzyonu afterload artışına, hipertansiyona ve fetal arteriel oksijen içeriğinde azalmaya neden olur ki bunlar da deselerasyona yol açan vagal aktivite artışına yol açmaktadır.

Variable deselerasyonların patolojik kabul edilmeleri için ciddi olmaları gerekir ki bu durumdaki deselerasyonlarda fetal kalp hızı 70 atım/dk'nın altına inip deselerasyon da 60 saniyeden daha uzun sürmektedir.

97.C (Durukan, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 1.baskı, 1996, s. 384-385)

Diabetik gebelerde doğum sonrası morbiditeyi artıran faktörler şunlardır:

- Hipoglisemi
- Hipokalsemi
- Hiperbilüribinemi
- Hipomagnezemi
- Respiratuvar distress sendromu
- Renal ven trombozu
- Küçük sol kolon sendromu

98.C (Cunningham FG, McDonald PC, Norman FG, Williams Obstetrics, 18. baskı, 1989, s.705-706)

Dekolman plasenta III. Trimester kanamalarının en sık nedenidir. En sık gözlenen semptom vajinal kanamadır. Daha sonra uterin hassasiyet ve hipertoni ile fetal distress tabloya eşlik etmektedir. Akut tübüler nekroz ve akut renal yetmezlik nadir de olsa ciddi bir komplikasyondur. **Dekolman plasenta, gebelikteki tüketim koagülopatisinin en önemli nedenidir.** Ciddi hipofibrinojenemi ve artmış fibrin yıkım ürünleri ile karakterizedir.

99.D (Güner, Jinekolojik Onkoloji, 3.baskı, 2002, s.130-131)

Endometriyum kanseri için başlıca risk faktörleri tabloda verilmiştir.

Risk Faktörleri	Risk Artışı (X)
Hipertansiyon	1,5
Nulliparite	2,0
Geç Menapoz	10
Hereditör Non-Polipozis Kolorektal Karsinom	10
Karşılanmamış Östrojen Etkisi	9,5
Obezite	3-10
Günde 20 adet ve üzeri sigara içen kadınlarda endometriyum kanseri riski %30 daha azdır. Bu etki	

özellikle obez kadınlarda daha belirgindir.

100.D (Speroff, *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*, 6.baskı, 1999, s.950)

Kombine oral kontraseptiflerin emziren kadınlarda kullanılması önerilmemektedir. Anne sütünün miktarını azaltarak, kalitesini bozabilecekleri ileri sürülmektedir. Buna karşın sadece progestin içeren haplar (minipill), uzun etkili intramüsküler preparatlar veya ciltaltı implantlar emziren anneler için uygun yöntemlerdir.