

Türkiye Klinikleri

MEDİTEST Dergisi

TÜRKİYE KLİNİKLERİ TIP BİLİMLERİ DERGİSİ

Hekimler Birliği Vakfı Adına Sahibi

Prof.Dr.Hikmet AKGÜL

(Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cerrahi Onkoloji BD Başkanı)

Türkiye Klinikleri Tıp Dergileri

Editörler Kurulu

Prof.Dr.Adnan GÜVENER (Başkan)

Prof.Dr.Hakkı AKALIN, Prof.Dr.Hikmet AKGÜL,

Prof.Dr.Tansu ARASIL, Prof.Dr.Leyla ATMACA,

Prof.Dr.F. Işık BÖKESÖY, Prof.Dr.Selçuk BÖLÜKBAŞI,

Prof.Dr.Abdülkadir ÇEVİK, Prof.Dr.Ayşegül DEMİRHAN ERDEMİR,

Prof.Dr.Semra V. DÜNDAR, Prof.Dr.Alaittin ELHAN,

Prof.Dr.Selim EREKUL, Prof.Dr.İ. Hakkı GÖKHUN,

Prof.Dr.Nimet Ünay GÜNDOĞAN, Prof.Dr.Haldun GÜNER,

Prof.Dr.Mehmet Ali GÜRER, Prof.Dr.Orhan GÜVEN,

Prof.Dr.Enver HASANOĞLU, Prof.Dr.A.Atilla HINCAL,

Prof.Dr.Erkan İBİŞ, Prof.Dr.Uğur KANDİLCİ,

Prof.Dr.Gülay KINIKLI, Prof.Dr.Bahattin KORUCU,

Prof.Dr.Zeynep MISIRLIGİL, Prof.Dr.Nermin MUTLUER,

Prof.Dr.İlker ÖKTEN, Prof.Dr.Ülken ÖRS,

Prof.Tbp.Tuğay.Yalçın ÖZKAPTAN, Prof.Tbp.Alb.Yücel PAK,

Prof.Dr.İrfan SABAH, Prof.Dr.Cankat TULUNAY,

Prof.Dr.Arslan TUNÇBİLEK, Prof.Dr.Ersöz TÜCCAR,

Prof.Dr.Nurten TÜRKÖZKAN, Prof.Dr.Filiz TÜZÜNER

(İsimler Alfabetik Sıralanmıştır.)

Ortadoğu Reklam Tanıtım ve Yayıncılık A.Ş.*

Genel Müdür

Dr.Mehmet AKGÜL

Genel Yayın Koordinatörü

Dr.Sinan KORUKLUOĞLU

Müessese Müdürü

Recep ÇELEN

Reklam Koordinatörü

Dr.Deniz AKAGÜNDÜZ

Reklam Koordinatör Asistanı

Nuray SOYDEMİR

Kitabevleri Koordinatörü

Dr.İbrahim ERSOY

Kongre Koordinatörü

Muharrem ÇAPACIOĞLU

Muhasebe

Murat ÇİFTER

Dizgi Operatörleri

Kader KAYABAŞ, Mehtap DAYI

Yazı Takip Sekreterliği

Gülbin ÖZTEKİN TÜRKMEN, Ayfer USTAOĞLU

Abone ve Halkla İlişkiler Sekreteri

Habibe ATAY

Özel Kalem

Sema BİLASA

Ankara Kitabevi

Kazım ERCAN, Hakkı KAHVECİ

*Ortadoğu Reklam Tanıtım ve Yayıncılık A.Ş.
Hekimler Birliği Vakfı Kuruluşudur.

Yönetim Merkezi: Talatpaşa Bulvarı No:102

06230 Hamamönü/ANKARA

Tel : (0312) 309 36 66 pbx.

Faks: (0312) 312 67 41

E-mail: t.klinik@superonline.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 Ücretleri ve Koşulları: Bir yıllık abone ücreti
(2000 için) posta ücretleri ve KDV dahil:

Şahıs : 9.000.000 TL

Kurum : 18.000.000 TL

Abone olmak isteyenlerin; Ortadoğu Reklam Tanıtım
ve Yayıncılık A.Ş.'nin 149599 nolu Posta Çeki hesabına
ya da İş Bankası Ankara Dikimevi Şubesi 693070 nolu
banka hesabına gerekli ücreti yatırıp, dekontu -ücretin
Meditest Dergisi aboneliği için ödendiğini belirten- kısa
bir mektupla birlikte Talatpaşa Bulvarı No:102 06230
Hamamönü/Ankara adresine göndermeleri yeterlidir.

Adres Değişiklikleri: Derginin yayınlandığı tarihten en
az 15 gün önce abone servisine yazılı olarak bildirilme-
lidir. Zamanında yapılmayan bildirimlerden dolayı
derginin aboneye ulaşmamasından yayıncı sorumlu tu-
tulamaz.

Reklam konusunda tüm görüşmeler;

Reklam Koordinatörü : Dr.Deniz Akagündüz

Tel : (0312) 309 36 66 pbx.

Faks: (0312) 312 67 41

TÜRKİYE KLİNİKLERİ MEDİTEST DERGİSİ'nde yayınlanan
yazılar, resim, şekil, soru ve tablolar yayıncının yazılı izni ol-
madan 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 9

Sayı 4

Mayıs-Haziran 2000

Tıp eğitimi, tıp fakültelerinde bitmez; ancak başlar.
W.H.Welch

İÇİNDEKİLER

175

Pediyatri

223

Psikiyatri

228

Nöroloji

ISSN: 1300-0276

C i l t : 9 • S a y ı : 4 • M a y ı s - H a z i r a n 2 0 0 0

Türkiye Klinikleri

MEDİTEST Dergisi

EDİTÖR

Prof.Dr.Hikmet AKGÜL (Ankara)

YAYIN SEKRETERİ

Dr.İbrahim ERSOY (Ankara)

SORU HAZIRLAMA KOMİSYON ÜYELERİ

Dr.Adnan ABACI (Erciyes)

Yrd.Doç.Dr.Zehra ABDULKADİROĞLU (Selçuk)

Prof.Dr.M.Alpaslan ACAR (Çukurova)

Doç.Dr.Turan ACICAN (Ankara)

Yrd.Doç.Dr.Mustafa Kemal ADALI (Trakya)

Doç.Dr.Erdal AĞAR (Ondokuz Mayıs)

Dr.Rengin AHISKALI (Marmara)

Prof.Dr.Erol AKAN (Çukurova)

Yrd.Doç.Dr.Ahmet AKAR (GATA)

Doç.Dr.Eyüp S. AKARSU (Ankara)

Prof.Dr.Çağatay AKÇALI (Çukurova)

Doç.Dr.Fatih AKÇAY (Atatürk)

Doç.Dr.Fehmi AKÇİÇEK (Ege)

Uz.Dr.Sedat AKDENİZ (Dicle)

Prof.Dr.Ahmet AKER (Cumhuriyet)

Prof.Dr.Handan AKER (Cumhuriyet)

Doç.Dr.Azem AKILLI (Ege)

Prof.Dr.Mustafa AKIN (Ege)

Prof.Dr.Asım AKİN (Ankara)

Prof.Dr.Alpaslan AKMANDİL (İstanbul)

Yrd.Doç.Dr.Hülya AKSOY (Atatürk)

Yrd.Doç.Dr.Yılmaz AKSOY (Atatürk)

Prof.Dr.T.Aslan AKSU (Akdeniz)

Doç.Dr.Z.Aslı AKTAN (Ege)

Yrd.Doç.Dr.Şebnem AKTAN (Pamukkale)

Doç.Dr.Davut AKTAŞ (İnönü)

Prof.Dr.Serdar AKYAR (Ankara)

Doç.Dr.Mahir AKYILDIZ (Ege)

Prof.Dr.Cemalettin AKYÜREK (Selçuk)

Doç.Dr.Bülent ALAĞÖL (Trakya)

Yrd.Doç.Dr.Ayşin ALAĞÖL (Trakya)

Yrd.Doç.Tbp.Kd.Bnb.Ali ALBAY (GATA)

Doç.Dr.Behnan ALPER (Çukurova)

Prof.Dr.Doğanay ALPER (Ankara)

Doç.Dr.Sibel ALPER (Ege)

Prof.Dr.Muhlise ALVUR (Ondokuz Mayıs)

Prof.Dr.Özdem ANĞ (İstanbul)

Yrd.Doç.Dr.Memnune ARANDAÇ (Cumhuriyet)

Prof.Dr.Gülseren ARAS (Ankara)

Prof.Dr.Ertekin ARASIL (Ankara)

Doç.Dr.Serap ARBAK (Marmara)

Yrd.Doç.Dr.İlknur ARI (Uludağ)

Doç.Dr.Mustafa ARICA (Dicle)

Yrd.Doç.Dr.Sema ARICI (Cumhuriyet)

Doç.Tbp.Kd.Bnb.Fikret ARPACI (GATA)

Prof.Dr.Nazım ARSLAN (GATA)

Prof.Dr.Suat ARTVİNLİ (Akdeniz)

Dr.Emin ASAN (Dicle)

Doç.Dr.Diler ASLAN (Pamukkale)

Yrd.Doç.Dr.Neslihan ASTAM (Atatürk)

Doç.Dr.Meral AŞÇIOĞLU (Erciyes)

Prof.Dr.Özcan AŞÇIOĞLU (Erciyes)

Doç.Dr.Özcan ATAHAN (Pamukkale)

Yrd.Doç.Dr.Çiğdem ATAİZİ ÇELİKEL (Marmara)

Uz.Dr.Sevda ATALAY (Osmangazi)

Doç.Dr.Yıldız ATAMER (Dicle)

Doç.Dr.Haluk ATAĞÖL (Ankara)

Doç.Dr.Ali AVANOĞLU (Ege)

Yrd.Doç.Dr.Semih AYAN (Cumhuriyet)

Yrd.Doç.Dr.Zafer AYBEK (Pamukkale)

Prof.Dr.Sevgen AYDAR (Ege)

Yrd.Doç.Dr.Nazan AYDIN (Atatürk)

Prof.Dr.Belkis AYDINEL (Dicle)

Prof.Dr.Olcay AYDINTUĞ (Ankara)

Prof.Dr.İ.Hakkı AYHAN (Ankara)

Doç.Dr.Sema AYTEKİN (Dicle)

Doç.Dr.Mustafa AYYILDIZ (Ondokuz Mayıs)

Prof.Dr.Funda BABACAN (Marmara)

Prof.Dr.Mete BABACAN (Atatürk)

Dr.Cenk BABAYİĞİT (Dicle)

Doç.Dr.Sait BAĞCI (GATA)

Yrd.Doç.Dr.Faruk BAĞIRICI (Ondokuz Mayıs)

Doç.Dr.Meral BAKA (Ege)

Prof.Dr.Ebubekir BAKAN (Atatürk)

Doç.Dr.Mustafa Zahir BAKICI (Cumhuriyet)

Doç.Dr.Sevtap BAKIR (Cumhuriyet)

Prof.Dr.Zeki BAKIR (Atatürk)

Doç.Dr.Çiğdem BAL (İstanbul)

Prof.Dr.Erol BALIK (Ege)

Dr.Abdülkerim Kasım BALTACI (Selçuk)

Prof.Dr.Ramiz BANOĞLU (Atatürk)

Doç.Dr.Nadir BARINDIK (GATA)

Doç.Dz.Tbp.Kd.Bnb.A.Celal BAŞUSTAOĞLU (GATA)

Prof.Dr.Salih BATTAL (GATA)

Doç.Dr.Sevim BAVBEK (Ankara)

Doç.Dr.Can BAYKAL (İstanbul)

Prof.Dr.Tülin BAYKAL (Cumhuriyet)

Prof.Dr.Mehmet BAYKARA (Akdeniz)

Uzm.Tbp.Kd.Yzb.Orhan BAYLAN (GATA)

Dr.Hasan BAYRAM (Dicle)

Doç.Tbp.Kd.Bnb.Mehmet BAYSALLAR (GATA)

Yrd.Doç.Dr.Cem Şeref BEDİZ (Selçuk)

Prof.Dr.Yaşar BEDÜK (Ankara)

Prof.Dr.Rahmiye BERKİTEN (İstanbul)

Doç.Dr.Bülent BEŞİRBELLİOĞLU (GATA)

Prof.Dr.Sait BİLGİÇ (Ondokuz Mayıs)

Prof.Dr.Ayhan BİLİR (İstanbul)

Prof.Dr.Banu Ç. BİLKAY (Ege)

Prof.Dr.Önel BİLKAY (Ege)

Yrd.Doç.Dr.Ayşe BİNGÖL (Ankara)

Yrd.Doç.Dr.Levent Sinan BİR (Pamukkale)

Prof.Dr.T.Arda BÖKESÖY (Ankara)

Doç.Dr.Adem BOYACI (Erciyes)

Doç.Dr.Hacer BOZDEMİR (Çukurova)

Doç.Dr.Nafiz BOZDEMİR (Çukurova)

Doç.Dr.Gülhal BOZKIR (Çukurova)

Yrd.Doç.Dr.Ekin BOZKURT (Adnan Menderes)

Prof.Dr.Yusuf BUDAK (Dicle)

Yrd.Doç.Dr.Nail BULAKBAŞI (GATA)

Yrd.Doç.Dr.H.Eray BULUT (Cumhuriyet)

Doç.Dr.Zeynep BURAK (Ege)

Prof.Dr.Münir BÜKE (Ege)

Yrd.Doç.Dr.A.Çağrı BÜKE (Ege)

Dr.Canan BÜTÜNER (Cumhuriyet)

L. CAN (Ege)

Doç.Dr.Ercan CANBAY (Cumhuriyet)

Prof.Dr.Yurdagül CANBERK (İstanbul)

Doç.Dr.Naime CAN ORUÇ (Dicle)

Prof.Dr.Sema CANTEZ (İstanbul)

Doç.Tbp.Yb.Bülent CELASUN (GATA)

Prof.Dr.M.İpek CİNGİ (Osmangazi)

Yrd.Doç.Dr.Okan COŞAR (GATA)

Prof.Dr.Hasan CÜCE (Selçuk)

Prof.Dr.Güven ÇAĞATAY (Ege)

Prof.Dr.Nail ÇAĞLAR (Ankara)

Yrd.Doç.Tbp.Bnb.Kayser ÇAĞLAR (GATA)

Doç.Dr.Erol ÇAKIR (Trakya)

Prof.Dr.Mehmet ÇAKMAK (İstanbul)

Yrd.Doç.Dr.Okan ÇALİYURT (Trakya)

Doç.Dr.Metin ÇAPAR (Selçuk)

Doç.Dr.Filiz ÇAY ŞENLER (Ankara)

Yrd.Doç.Dr.Fatma ÇELİK (Dicle)

Prof.Dr.Fahrettin ÇELİK (Ondokuz Mayıs)

Yrd.Doç.Dr.Çetin ÇELİK (Selçuk)

Yrd.Doç.Dr.Nilgün ÇERİKCİOĞLU (Marmara)

Prof.Dr.Ağah ÇERTUĞ (Ege)

Prof.Dr.M.Turan ÇETİN (Çukurova)

Yrd.Doç.Dr.Celalettin ÇETİN (GATA)

Prof.Dr.Öge ÇETİNKAYA (Cumhuriyet)

Yrd.Doç.Tbp.Yzb.Süleyman CEYLAN (GATA)

Prof.Dr.Nusret ÇİFTÇİ (Ondokuz Mayıs)

Uzm.Dr.Aykut ÇİLLİ (Akdeniz)

Doç.Dr.Mehmet ÇİMEN (Cumhuriyet)

Doç.Dr.Mahmut ÇOKER (Ege)

Yrd.Doç.Dr.Yaşar ÇOKESER (İnönü)

Doç.Dr.Bekir ÇOKSEVİM (Erciyes)

Doç.Dr.Mehmet ÇOLAKOĞLU (Selçuk)

Prof.Dr.Tolga E. DAĞLI (Marmara)

Yrd.Doç.Dr.Hülya DALGİÇ (Selçuk)

Prof.Dr.Şenol DANE (Atatürk)

Doç.Dr.Şükran DARCAN (Ege)

Yrd.Doç.Dr.Dursun DEDE (Atatürk)

Doç.Dr.Esen DEMİR (Ege)

Yrd.Doç.Dr.Hüseyin DEMİR (Erciyes)

Doç.Dr.Orhan DEMİR (Selçuk)

Prof.Dr.Ergün DEMİRALP (GATA)

Yrd.Doç.Dr.Sema DEMİRÇİN-KARAGÖZ (Akdeniz)

Doç.Dr.Azam DEMİREL (Atatürk)

Doç.Dr.Emine DEMİREL YILMAZ (Ankara)

Prof.Dr.Orhan DEMİRELİ (Selçuk)

Doç.Dr.Serdar DEMİRGÖREN (Ege)

Doç.Dr.Ahmet DEMİRKAZIK (Ankara)

Yrd.Doç.Dr.Meltem DEMİRİRAN (*Çukurova*)
Prof.Tbp.Tuğra.Ertan DEMİRTAŞ (*GATA*)
Prof.Dr.Şengül DERBENTLİ (*İstanbul*)
Prof.Dr.Fahri DERE (*Çukurova*)
Yrd.Doç.Dr.Ayşe DİCLE TURHANOĞLU (*Dicle*)
Uzm.Tbp.Tgm.Hasan DİN (*GATA*)
Prof.Dr.Dilek DİNÇOL (*Ankara*)
Prof.Dr.Günçay DİNÇOL (*İstanbul*)
Prof.Dr.Fuat DİNİZ (*İstanbul*)
Prof.Dr.Fethi DOĞAN (*Ege*)
Prof.Dr.Necdet DOĞAN (*Selçuk*)
Doç.Dz.Tbp.Yb.L. DOĞANCI (*GATA*)
Prof.Dr.İsmet DÖKMECİ (*Trakya*)
Dr.Nuri DÖNMEZEL (*Osmangazi*)
Prof.Dr.Yusuf DUMAN (*Ege*)
Prof.Dr.Selçuk DUMAN (*Selçuk*)
Doç.Dr.Behice DURGUN YÜCEL (*Çukurova*)
Doç.Dr.Reyhan EĞİLMEZ (*Cumhuriyet*)
Yrd.Doç.Dr.Şahane ELAĞÖZ (*Cumhuriyet*)
Dr.Mehmet EMİRZEOĞLU (*Ondokuz Mayıs*)
Prof.Dr.Güner ERBAY (*Ankara*)
Prof.Dr.Sezer ERBOZ (*Ege*)
Prof.Dr.Birsel ERDEM (*Ankara*)
Prof.Dr.Ergün ERDEM (*Pamukkale*)
Doç.Dr.Serdar ERDEM (*Ege*)
Yrd.Doç.Dr.Teoman ERDEM (*Atatürk*)
Prof.Dr.İrfan ERDEMLİ (*Atatürk*)
Prof.Dr.Ata ERDENER (*Ege*)
Prof.Dr.Fatma ERDİNÇ (*İstanbul*)
Yrd.Doç.Dr.Levent ERDİNÇ (*Dicle*)
Prof.Tbp.Kd.Alb.D. ERDURAN (*GATA*)
Yrd.Doç.Dr.Suat EREN (*Atatürk*)
Doç.Dr.Aydın ERENMEMİŞOĞLU (*Erciyes*)
Prof.Dr.Neyhan ERGENE (*Selçuk*)
Yrd.Doç.Dr.Gürkan ERKULA (*Pamukkale*)
Doç.Dr.M.Özcan ERSOY (*İnönü*)
Doç.Dr.Ekin ERTEM (*Ege*)
Prof.Dr.Mine ERTEM YURTSEVEN (*Ege*)
Prof.Dr.Ümit ERTÜRK (*Ege*)
Dr.Namık Kemal ERYOL (*Erciyes*)
Prof.Dr.Akgün EVİNÇ (*Ege*)
Doç.Dr.Can Polat EYİĞÜN (*GATA*)
Prof.Dr.Celal GENÇ (*GATA*)
Yrd.Doç.Dr.Osman GENÇ (*Pamukkale*)
Yrd.Doç.Dr.Bülent O. GENÇ (*Selçuk*)
Dr.Devran GERÇEKER (*Ankara*)
Doç.Dr.Hakkı GÖKBEL (*Selçuk*)
Yrd.Doç.Dr.Gökhan GÖKÇE (*Cumhuriyet*)
Doç.Dr.Erdem GÖKER (*Ege*)
Yrd.Doç.Dr.H.Murat GÖKSEL (*Cumhuriyet*)
Yrd.Doç.Dr.Uğur GÖNLÜGÜR (*Cumhuriyet*)
Doç.Dr.Levent GÖRENEK (*GATA*)
Prof.Dr.Adnan GÖRGÜLÜ (*Trakya*)
Doç.Dr.Ali Metin GÖRGÜNER (*Atatürk*)
Yrd.Doç.Dr.Hüseyin GÖRKEMLİ (*Selçuk*)
Doç.Dr.Şefik GÖRKEY (*Marmara*)
Prof.Dr.Fahrettin GÖZE (*Cumhuriyet*)
Yrd.Doç.Dr.Fatih GÜÇER (*Trakya*)
Prof.Dr.Şendoğan GÜLEN (*Trakya*)
Prof.Dr.Adem GÜLER (*Ege*)
Prof.Dr.Gülşen GÜLLÜLÜ (*Atatürk*)
Doç.Dr.Mustafa GÜLŞEN (*GATA*)
Prof.Dr.E. Yener GÜLTEKİN (*Cumhuriyet*)
Prof.Dr.Gürbüz GÜMÜŞDİŞ (*Ege*)
Yrd.Doç.Dr.İ.Gürsel GÜNAYDIN (*Selçuk*)
Prof.Dr.İşıl GÜNDAY (*Trakya*)
Prof.Dr.Kemal GÜNDÜZ (*Selçuk*)
Uzm.Dr.Ethem GÜNEREN (*Ondokuz Mayıs*)
Yrd.Doç.Vet.Hek.Yb.Çakır GÜNEY (*GATA*)
Doç.Dr.Çiğdem GÜNGÖR (*Ankara*)
Prof.Dr.Salim GÜNGÖR (*Selçuk*)
Prof.Dr.Cahit GÜNHAN (*Ege*)

Yrd.Doç.Dr.Filiz GÜNSEREN (*Akdeniz*)
Prof.Dr.Ali Rıza GÜR (*GATA*)
Doç.Dr.Asuman GÜRAKSIN (*Atatürk*)
Doç.Dr.Oya GÜRBÜZ (*Marmara*)
Doç.Dr.Hakan GÜRDAL (*Ankara*)
Yrd.Doç.Dr.Fuat GÜRKAN (*Dicle*)
Prof.Dr.Bülent GÜRLER (*İstanbul*)
Prof.Dr.Nezahat GÜRLER (*İstanbul*)
Prof.Dr.Erdoğan GÜRSOY (*Cumhuriyet*)
Doç.Dr.Sara HABİF (*Ege*)
Prof.Dr.Sebahattin HACİYAKUPOĞLU (*Çukurova*)
Prof.Dr.Yahya HAKGÜDENER (*Cumhuriyet*)
Prof.Dr.Nuran İ. HARİRİ (*Ege*)
Prof.Dr.Kenan HAŞPOLAT (*Dicle*)
Prof.Dr.Ersoy İŞİK (*GATA*)
Doç.Dr.Recep İŞİK (*Dicle*)
Doç.Dr.Nihal İÇTEN (*Ondokuz Mayıs*)
Prof.Dr.Nurhan İLHAN (*Selçuk*)
Prof.Dr.Candan JOHANSSON (*Marmara*)
Doç.Dr.Yasemin KABASAKAL (*Ege*)
Prof.Dr.Oktay KADAYIFÇI (*Çukurova*)
Doç.Dr.Hakan Hadi KADIOĞLU (*Atatürk*)
Prof.Dr.Serpil KALKAN (*Selçuk*)
Prof.Dr.Beki KAN (*Marmara*)
Yrd.Doç.Dr.Lütfiye KANIT (*Ege*)
Doç.Dr.Murat KAPKAÇ (*Ege*)
Doç.Dr.Abdurrahman KAPLAN (*Dicle*)
Prof.Dr.Hasan KAPLAN (*Ege*)
Yrd.Doç.Dr.C.Sinan KARA (*Ege*)
Yrd.Doç.Dr.Aydın KARAARSLAN (*Ankara*)
Prof.Dr.Necmettin KARAEREN (*GATA*)
Doç.Dr.Hayrettin KARAEREN (*GATA*)
Doç.Dr.Güngör KARAGÜZEL (*Akdeniz*)
Prof.Dr.Güney KARAKOTAL (*Ege*)
Yrd.Doç.Dr.Deniz KARAKAYA (*Ondokuz Mayıs*)
Doç.Dr.Serdar KARAKÖSE (*Selçuk*)
Yrd.Doç.Dr.Ali KARAKUZU (*Atatürk*)
Yrd.Doç.Dr.Göksun KARAMAN (*Adnan Menderes*)
Doç.Dr.Yahya KARAMAN (*Erciyes*)
Doç.Dr.Beyhan KARAMANLIOĞLU (*Trakya*)
Prof.Dr.Onur KARAN (*Ankara*)
Yrd.Doç.Dr.Nurettin KARAOĞLAN (*Atatürk*)
Doç.Dr.Melda KARAVUŞ (*Marmara*)
Doç.Dr.Kaan KAVAKLI (*Ege*)
Prof.Dr.Mehmet KAYA (*Çukurova*)
Uz.Dr.Handan KAYA (*Marmara*)
Yrd.Doç.Dr.Tijen KAYA TEMİZ (*Cumhuriyet*)
Yrd.Doç.Dr.Hasan KAYNAR (*Atatürk*)
Prof.Dr.Sabri KEMAHİ (*Ankara*)
Doç.Dr.Mustafa KENDİRÇİ (*Erciyes*)
Prof.Dr.Rıza KESER (*Ankara*)
Doç.Dr.Ayşegül KETENCİ (*İstanbul*)
Doç.Dr.B.Alper KILIÇ (*Pamukkale*)
Yrd.Doç.Dr.Mehmet KILIÇ (*Selçuk*)
Yrd.Doç.Dr.Cumhur KILINÇER (*Trakya*)
Prof.Dr.Gülşen KINIKLI (*Ankara*)
Doç.Dr.Mehmet KIRNAP (*Erciyes*)
Doç.Dr.Mehmet KIYAN (*Ankara*)
Prof.Dr.Kenan KOCABAY (*Abant İzzet Baysal*)
Prof.Dr.Hikmet KOÇAK (*Atatürk*)
Doç.Dr.Ayşegül KOÇBEKER (*Selçuk*)
Prof.Dr.Emel KOPTAGEL (*Cumhuriyet*)
Doç.Dr.Cem KOPUZ (*Ondokuz Mayıs*)
Doç.Dr.Adnan KORKMAZ (*Ondokuz Mayıs*)
Doç.Dr.Mustafa KORKUT (*Ege*)
Prof.Dr.Sezen KOŞAY (*Ege*)
Prof.Dr.Sabahat KOT (*Atatürk*)
Doç.Dr.Esin KOTILOĞLU (*Marmara*)
Prof.Dr.Ali KOYUNCU (*Ege*)
Yrd.Doç.Tbp.Bnb.Şeref KÖMÜRCÜ (*GATA*)
Doç.Dr.Kamil KUMANLIOĞLU (*Ege*)
Doç.Dr.Zafer KURUGÖL (*Ege*)

Doç.Dz.Tbp.Yb.Zafer KURUMLU (*GATA*)
Prof.Dr.Fatma KUTAY (*Ege*)
Prof.Dr.Mustafa KÜÇÜKAYDIN (*Erciyes*)
Prof.Dr.Selçuk KÜÇÜKOĞLU (*Uludağ*)
Prof.Dr.Hakan KÜLTÜRSAY (*Ege*)
Prof.Dr.Nilgün KÜLTÜRSAY (*Ege*)
Doç.Dr.Akın LEVENT (*Atatürk*)
Prof.Dr.Bekir Aydın LEVENT (*Çukurova*)
Prof.Dr.Latife MAMIKOĞLU (*Akdeniz*)
Doç.Dr.Aliye MANDIRACIOĞLU (*Ege*)
Prof.Dr.Cafer MARANGOZ (*Ondokuz Mayıs*)
Dr.Abdullah MARANGOZ (*Ondokuz Mayıs*)
Prof.Dr.Mustafa MELİKOĞLU (*Akdeniz*)
Prof.Dr.Mehmet MELLİ (*Ankara*)
Yrd.Doç.Dr.Dilek MEMİŞ (*Trakya*)
Prof.Dr.Hamdi R. MEMİŞOĞLU (*Çukurova*)
Prof.Dr.Gülriş MENTEŞ (*Ege*)
Doç.Dr.Ufuk Ö. METE (*Çukurova*)
Prof.Dr.Nuriye METE (*Dicle*)
Doç.Dr.N. Arzu MİRİCİ (*Atatürk*)
Doç.Hv.Tbp.Kd.Bnb.Haydar MÖHÜR (*GATA*)
Dr.Dilşad MUNGAN (*Ankara*)
Doç.Dr.M.İşıl MUTAF (*Ege*)
Doç.Dr.M.Hamdi MUZ (*Fırat*)
Prof.Dr.İstemi NALBANTGİL (*Ege*)
Doç.Dr.Meliha NALÇACI (*İstanbul*)
Yrd.Doç.Dr.Kemal NAS (*Dicle*)
Prof.Dr.Yusuf NERGİZ (*Dicle*)
Prof.Dr.Mehmet Uğur NEŞŞAR (*Pamukkale*)
Prof.Dr.Necla NİŞLİ (*Ege*)
Prof.Dr.Numan NUMANOĞLU (*Ankara*)
Doç.Dr.Nurettin OĞUZ (*Akdeniz*)
Doç.Dr.Özkan OĞUZ (*Çukurova*)
Yrd.Doç.Dr.Fahrettin OKSEL (*Ege*)
Prof.Dr.Nezih OKTAR (*Ege*)
Prof.Dr.Ahmet OKTAY (*Marmara*)
Doç.Dr.Adnan OKUR (*Atatürk*)
Prof.Dr.Güray OKYAR (*Atatürk*)
Prof.Dr.İşık OLCAY (*Çukurova*)
Doç.Dr.Ongun ONARAN (*Ankara*)
Doç.Dr.Bilge ONARLIOĞLU (*Cumhuriyet*)
Prof.Dr.Ergün ONUR (*Ankara Menderes*)
Doç.Dr.Handan ONUR (*Ankara*)
Prof.Dr.Ertan ONURSAL (*İstanbul*)
Prof.Dr.Halit OSMANOĞLU (*Ege*)
Prof.Dr.Ali OTLU (*İnönü*)
Doç.Dr.Hasan OZAN (*GATA*)
Prof.Dr.İhsan ÖGE (*Ondokuz Mayıs*)
Yrd.Doç.Dr.Candan ÖĞÜŞ (*Akdeniz*)
Prof.Dr.Atilla ÖKTEK (*İstanbul*)
Prof.Dr.Ümit ÖLMEZ (*Ankara*)
Prof.Dr.Kenan ÖMÜRLÜ (*Ankara*)
Prof.Dr.Semih ÖNCEL (*İnönü*)
Prof.Dr.M.Remzi ÖNDER (*Ege*)
Doç.Dr.Arif ÖNDER (*Ondokuz Mayıs*)
Doç.Dr.Betigül ÖNGEN (*İstanbul*)
Yrd.Doç.Dr.Ufuk ÖVER (*Marmara*)
Prof.Dr.İzzet ÖVÜL (*Ege*)
Prof.Dr.Güzin ÖZARMAĞAN (*İstanbul*)
Prof.Dr.Orhan ÖZBAL (*Ege*)
Prof.Dr.Mustafa Rıza ÖZBEK (*Ankara*)
P.Kur.Alb.Sirri ÖZBEK (*GATA*)
Yrd.Doç.Dr.İsa ÖZBEY (*Atatürk*)
Doç.Dr.Cemal ÖZCAN (*İnönü*)
Prof.Dr.Kadri ÖZCAN (*Çukurova*)
Doç.Dr.Zehra ÖZCAN (*Ege*)
Prof.Dr.Emin ÖZDEDELİ (*Ege*)
Doç.Dr.Fezal ÖZDEMİR (*Ege*)
Doç.Dr.Özlem ÖZDEMİR (*Ankara*)
Prof.Dr.Şevki ÖZDEMİR (*Atatürk*)
Doç.Dr.Tülay ÖZDEMİR (*Akdeniz*)
Doç.Tbp.Yb.Ahmet ÖZET (*GATA*)

Doç.Tbp.Yb.İ.Y. ÖZGÖK (GATA)
Yrd.Doç.Dr.Hülya ÖZGÜR (Çukurova)
Prof.Dr.Olcay ÖZKAN (Akdeniz)
Doç.Dr.Mustafa ÖZKAN (GATA)
Doç.Dr.Esen ÖZKAYA BAYAZIT (İstanbul)
Prof.Dr.Hayal ÖZKILIÇ (Ege)
Prof.Dr.Ferda ÖZKINAY (Ege)
Prof.Dr.Cihangir ÖZKINAY (Ege)
Doç.Dr.Dilek ÖZMEN (Ege)
Doç.Dr.Geylani ÖZOK (Ege)
Doç.Dr.Murat ÖZSAN (Ankara)
Doç.Dr.Sıtkı ÖZTAŞ (Atatürk)
Yrd.Doç.Dr.Cemile ÖZTİN ÖĞÜN (Selçuk)
Dr.A. Yasemin ÖZTOP (Cumhuriyet)
Doç.Dr.Orhan ÖZTURAN (İnönü)
Prof.Dr.Günseli ÖZTÜRK (Ege)
Uzm.Dr.Hatice ÖZYILDIZ GÜZ (Ondokuz Mayıs)
Prof.Dr.Özden PALAOĞLU (Ankara)
Doç.Dr.Ali PAMİR (Ankara)
Doç.Dr.Gülğün PAMİR (Ankara)
Prof.Dr.İsmet PAMİR (Atatürk)
Prof.Dr.Zafer PALAOĞLU (Trakya)
Prof.Dr.Aytül PARLAR (Ege)
Doç.Dr.Sıtkı PERÇİN (Cumhuriyet)
Doç.Dr.Efşin PINAR (Ankara)
Prof.Dr.Şakire PÖĞÜN (Ege)
Yrd.Doç.Dr.Özkan POLAT (Atatürk)
Doç.Dr.Sait POLAT (Çukurova)
Doç.Dr.Ömer POYRAZ (Cumhuriyet)
Doç.Dr.Aziz POLAT (Pamukkale)
Prof.Dr.Mehmet PUL (Trakya)
Prof.Dr.Cemil RAKUNT (Ondokuz Mayıs)
Prof.Dr.Fatih REEL (Çukurova)
Doç.Dr.Mustafa R. SAATÇI (Ankara)
Doç.Dr.Cemal SAG (GATA)
Yrd.Doç.Dr.Leyla SAĞLAM (Atatürk)
Prof.Dr.Selahattin SANAL (Ege)
Doç.Dr.Ahmet SANIÇ (Ondokuz Mayıs)
Prof.Dr.Ayşegül Jale SARAÇ (Dicle)
Uzm.Tbp.Kd.Yzb.M.Ali SARAÇLI (GATA)
Doç.Dr.Rıfkiye SARICA (İstanbul)
Doç.Dr.Binnur SARIHAN (Ondokuz Mayıs)
Yrd.Doç.Dr.Ali SARIKAYA (Trakya)
Prof.Dr.Yusuf SARIOĞLU (Cumhuriyet)
Prof.Dr.Sevgi SARYAL (Ankara)
Doç.Dr.İsmail SAVAŞ (Ankara)
Hv.Yer.Kd.Alb.Metin SAVAŞÇI (GATA)
Doç.Dr.Levent SAYDAM (İnönü)
Prof.Dr.Dilek SELÇUKİ (İstanbul)
Prof.Dr.Ergin SENCER (İstanbul)

Prof.Dr.Demir SERTER (Ege)
Yrd.Doç.Dr.Levent SEVİNÇOK (Adnan Menderes)
Doç.Dr.Zehra SEYFİKLİ (Cumhuriyet)
Dr.CebraİL SINIR (Dicle)
Doç.Dr.Betül Ayşe SİN (Ankara)
Doç.Dr.Muzaffer SİNDEL (Akdeniz)
Prof.Dr.Suna SOLMAZ (Çukurova)
Yrd.Doç.Dr.A.Serdar SOYKAN (Cumhuriyet)
Doç.Dr.Necdet SOYKAN (Ege)
Prof.Dr.Refik SOYLU (Selçuk)
Prof.Dr.Ayla SÖNMEZDAĞ (Ege)
Prof.Dr.Güner SÖYLETİR (Marmara)
Doç.Dr.Eser Y. SÖZMEN (Ege)
Yrd.Doç.Dr.Hasan SUNAR (Trakya)
Yrd.Doç.Dr.Selma SÜER GÖKMEN (Trakya)
Yrd.Doç.Dr.Ayşe Saide ŞAHİN (Selçuk)
Yrd.Doç.Dr.Bünyamin ŞAHİN (Ondokuz Mayıs)
Yrd.Doç.Dr.Murathan ŞAHİN (Ondokuz Mayıs)
Prof.Dr.A.Haydar ŞAHİNOĞLU (Ondokuz Mayıs)
Doç.Dr.Neslihan ŞENDÜR (Adnan Menderes)
Doç.Dr.Kazım ŞENEL (Atatürk)
Yrd.Doç.Dr.Özden ŞENER (Ankara)
Yrd.Doç.Dr.Abdurrahman ŞENYİĞİT (Dicle)
Prof.Dr.Kurtuluş ŞUTMAN (GATA)
Prof.Dr.Üner TAN (Atatürk)
Prof.Dr.Remziye TANNAÇ (Ege)
Doç.Dr.Tijen TANYALÇIN (Ege)
Doç.Tbp.Bnb.Mehmet TANYÜKSEL (GATA)
Doç.Dr.Özgül TAP (Çukurova)
Doç.Dr.Niyazi TAŞÇI (Ondokuz Mayıs)
Doç.Tbp.Kd.Bnb.H.Bülent TAŞTAN (GATA)
Dr.Alper TEKELİ (Ankara)
Prof.Dr.Sedat TELLALOĞLU (İstanbul)
Yrd.Doç.Dr.Mustafa TERCAN (İnönü)
Prof.Dr.Ahmet TEREK (Ege)
Doç.Dr.Süleyman TETİK (Ondokuz Mayıs)
Doç.Dr.Yaman TOKAT (Ege)
Prof.Dr.Nizamettin TOPRAK (Dicle)
Prof.Dr.Hasan Fehmi TÖRE (GATA)
Prof.Dr.Nurdan TÖZÜN (Marmara)
Doç.Dr.Bilal TRAK (Akdeniz)
Yrd.Doç.Dr.Tuncer TUĞ (Fırat)
Prof.Dr.İşık TUĞLULAR (Ege)
Prof.Dr.Emel TÜMBAY (Ege)
Doç.Dr.Levent TUNCAY (Pamukkale)
Yrd.Doç.Dr.Tahir TURAN (Pamukkale)
Doç.Dr.Nevbahar TURGAN (Ege)
Yrd.Doç.Dr.Günfer TURGUT (Pamukkale)
Prof.Dr.Aylâ TÜR (Ondokuz Mayıs)

Prof.Dr.Cüneyt TÜRKÖĞLU (Ege)
Prof.Dr.Sarenur TÜTÜNÇÜOĞLU (Ege)
Doç.Dr.İbrahim ULMAN (Ege)
Doç.Dr.Ali Uğur URAL (GATA)
Prof.Dr.Sebahattin USLU (Atatürk)
Prof.Dr.Ufuk UTKU (Trakya)
Yrd.Doç.Dr.Ahmet UYGUN (GATA)
Yrd.Doç.Dr.H.Can UYGURER (GATA)
Doç.Dr.Ayşegül UYSAL (Ege)
Doç.Dr.Hüseyin UYSAL (Selçuk)
Doç.Dr.Sibel ÜLKER (Ege)
Doç.Dr.İdil ÜNAL (Ege)
Yrd.Doç.Dr.Yahya ÜNLÜ (Atatürk)
Yrd.Doç.Dr.Mehmet ÜNLÜ (Cumhuriyet)
Yrd.Doç.Dr.Gülhan ÜNLÜ (Cumhuriyet)
Prof.Dr.F.Emre ÜSTÜN (Ondokuz Mayıs)
Doç.Dr.Yılmaz ÜTKÜR (Dicle)
Doç.Dr.Erkan VARDARELİ (Osmangazi)
Doç.Dr.Füsün G. VAROL (Trakya)
Doç.Dz.Tbp.Alb.Abdülgaffar VURAL (GATA)
Yrd.Doç.Dr.Ayşegül YAĞCI (Marmara)
Doç.Dr.Birkan YAKAN (Erciyes)
Prof.Dr.Şinasi YALÇIN (Fırat)
Prof.Dr.Rıfat YALIN (Marmara)
Prof.Dr.Özdemir YARARBAŞ (Ege)
Prof.Dr.Turgut YARDIM (Trakya)
Prof.Dr.Yıldız YEĞENOĞLU (İstanbul)
Prof.Dr.Enis YETKİN (Ege)
Dr.Şahin YILDIRIM (Cumhuriyet)
Dr.M.Kemal YILDIRIM (Cumhuriyet)
Dr.Engin YILDIRIM (Osmangazi)
Yrd.Doç.Dr.Esin YILDIZ (Cumhuriyet)
Dr.Tekin YILDIZ (Dicle)
Prof.Dr.Rasih YILMAZ (Ege)
Prof.Dr.Mustafa YILMAZ (Ege)
Yrd.Doç.Dr.Yener YÖRÜK (Trakya)
Doç.Dr.Ahmet H. YÜCEL (Çukurova)
Yrd.Doç.Dr.Fatma YÜCEL (Cumhuriyet)
Prof.Dr.Nezih YÜCEMEN (Ankara)
Doç.Dr.Betigül YÜRÜTEN (Selçuk)
Prof.Dr.Mehmet ZİLELİ (Ege)
Doç.Dr.Orhan ZİYLEN (İstanbul)
Doç.Dr.Gürkan ZORLU (Akdeniz)

- İsimler Soyadı sırasına göre alfabetik olarak sıralanmıştır.

- Soru Hazırlama Komisyon Üyeleri, Ulusal Tıp Bilimleri Yarışması'na soru gönderen ve katkıda bulunan Öğretim Üyeleri tarafından oluşturulmuştur.

PSİKIYATRİ

1. Aşağıdaki hastalıklardan hangisinde genetik yatkınlık en fazladır?

- a) Bipolar bozukluk
- b) Şizofreni
- c) Delüzyonel bozukluk
- d) Panik bozukluk
- e) Yaygın anksiyete bozukluğu

Cevap A (*Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry, 7. baskı, s.522*)

Bipolar bozukluk tek yumurta ikizlerinde %70'e varan bir eş-görülme oranına sahiptir.

2. Aşağıdakilerden hangisi Opioid entoksikasyonu belirtilerinden değildir?

- a) Depresyon
- b) Sedasyon
- c) Dikkat bozukluğu
- d) Hafıza bozukluğu
- e) Pinpoint pupil

Cevap A (*Jacobson, Psychiatric Secrets, 1.baskı, 1996, s.115*)

Opioid entoksikasyonunda depresyon değil öfori hali gözlenir

3. Hamile bir opioid bağımlısında kesilme belirtilerinin tedavisinde kullanılacak en uygun ajan aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Klonidin
- b) Buprenorfin
- c) Metadon
- d) Nalokson
- e) Naltrekson

Cevap C (*Jacobson, Psychiatric Secrets, 1.baskı, 1996, s.118*)

Fetüs opioidlerin kullanımının devamı kadar kesilmesinin belirtilerinden de çok etkilenir. Bu nedenle özellikle en uygun ajan olarak yüksek dozda metadon başlanıp giderek azaltılması ve kesilmesi önerilir. Nalokson ve Naltrekson opioid reseptör antagonistleri olup entoksikasyon tedavisinde kullanılır, hamilelerde ise doğum esnasında kullanılan opioidin çocuğa etkisini önlemek için kullanılabilir.

4. Aşağıdakilerden hangisi karşısındaki kişinin rızası olmaksızın dokunma veya sürtünme ie cinsel uyarılmadır?

- a) Frotterizm
- b) Vouyerizm
- c) Fetişizm

- d) Eksibisyonizm
- e) Pedofili

Cevap A (*Jacobson, Psychiatric Secrets, 1.baskı, 1996, s.142*)

Vouyerizm; başkalarını cinsel eylemleri sırasında yada çıplak iken izleyerek cinsel uyarılma, fetişizm; canlı olmayan objelere karşı cinsel sevi, Pedofili; Çocuklara karşı cinsel sevi, Eksibisyonizm; genital organlarını yabancı kişilere göstererek cinsel uyarılmadır.

5. Aşağıdakilerden hangisi hipnotik bir ajan olarak kullanılamaz?

- a) Tradozon
- b) Kloralhidrat
- c) Flurazepam
- d) Sertralin
- e) Tioridazin

Cevap D (*Jacobson, Psychiatric Secrets, 1.baskı, 1996, s.294-297*)

Sertralin psikostimulan etkili bir antidepresan olup direkt hipnotik etkisi yoktur.

6. Aşağıdakilerden hangisi impuls kontrol bozukluklarından değildir?

- a) Trikotilomani
- b) Kompulsif çalma
- c) Nimfomani
- d) Piromani
- e) İntermittan eksplosif davranış

Cevap C (*Kaplan, Sadock, Comprehensive Textbook of Psychiatry, 6. baskı, 1995, s.1313,539*)

Nimfomani bir dürtü kontrol bozukluğu olmayıp, kadındaki aşırı ve patolojik olarak cinsel birleşme arzusuna verilen addır.

7. Aşağıdakilerden hangisi tedaviye dirençli bir Obsesif Kompulsif bozuklukta etkili olmayan bir piskoşirurji biçimidir?

- a) Traktotomi
- b) Limbik lökotomi
- c) Anterior kapsülötomi
- d) Singulotomi
- e) Oksipital lökotomi

Cevap E (*Jacobson, Psychiatric Secrets, 1.baskı, 1996, s.1226*)

Anterior singulotomi komplikasyonu az, başarı oranı fazla olan bir yöntemdir. Limbik lökotomi; obsesif kompulsif semptomların oluşumunda kritik önemi olabilen

fronto-kaudattalamik lifleri içeren orbitomedial frontal alandaki lezyonla birlikte bilateral singulat lezyonu da içerir. Oksipital lökominin ise OKB'de yeri yoktur.

8. Tourette Bozukluğu için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- Bozukluğun başlangıcı çoğunlukla eşiklik çağındadır.
- Bu durumun patogenezinde primer olarak serotonin metabolizmasındaki anormallikler rol oynar.
- Hastanın tikleri çoğunlukla emosyonel stresle artar
- Monozigot ikizlerde bu bozukluk için konkordans oranı çok düşüktür.
- Bu bozukluğa sahip bireyler arasında sosyopati oranı normal bireylerden daha fazladır.

Cevap C (Kaplan, Sadock, *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 6. baskı, 1995, s.230-231)

Tourette bozukluğu çoğunlukla çocukluk çağında başlar, monozigot ikizlerde konkordans oranı %77-87'dir, patogenezinde striatal dopamin aşırı duyarlılığı öne sürülmektedir, Tipik bir kişilik özelliği yoktur.

9. Her iki anterior temporal lobları hasara uğratan bir lezyon aşağıdakilerden hangi klinik sendromu ortaya çıkarır?

- Tekrarlayan dudak yalama ile beraber bizar biçiminde tekrarlayıcı otomatik davranışlar
- Parmak agnozisi, akalkuli, sağ-sol ayırtedeme me
- Hiposeksualite, perseverasyon, dikkatini toplayamama ve implus kontrol bozukluğu
- Hiperoralite, hiperseksualite,plasidite, vizuel agnozi ve amnezi
- Agrafi olmaksızın aleksi

Cevap D (Strub, Black, *Neurobehavioral Disorders-A Clinical Approach*, s.291)

Anterior temporal lobların bilateral destrüksiyonu Klüver-Bucy sendromuna yol açar. Bu bozuklukta plasidite, hem canlılara hem de cansız objelere karşı cinsiyet ayırtetmeden seksual ilgi olmasıyla birlikte hiperseksualite, amnezi, hiperoralite ve görsel agnozi mevcuttur.

10.65 yaşında Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı olan bir kişide Jeneralize anksiyete bozukluğu şikayetleri mevcutsa en uygun psikotrop aşağıdakilerden hangisidir?

- Alprazolam
- Karbamazepin
- Fluvoksamin
- Buspiron
- Klonazepam

Cevap D (Hollisters Csemansky, *Clinical Pharmacology of Psychotrehapeutic Drugs*, 3.baskı, 1990, s.22-24)

Klasik anksiyolitikler solunumu deprese edebilirler, yeni bir anksiyolitik ajan olan buspiron solunumu deprese etmediğinden bu grup hastalarda uygun seçenektir.

11.Aşağıdakilerden hangisi saldırgan davranışlarla ilgili bir klinik durumdur?

- XXY kromozom anomalisi
- Düşük zeka
- XO kromozom anomalisi
- Epilepsi
- Distimi

Cevap B (Scully, *Psychiatry*, 2. baskı, s.259)

XO ve XXY kromozomal anomaliler ile şiddet davranışı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Epilepsi de şiddet davranışı riskini artırmaz. Zeka seviyesi düşüklüğü ile şiddete yönelme arasındaki ilişki mevcuttur. Distimi, en az 2 yıl süren hafif depresif belirtiler olup şiddet eğilimi olması beklenmez.

12.Aşağıdaki bozukluklardan hangisi kültürel rollerden büyük ölçüde etkilenir?

- Kaçınan kişilik
- Pasif-agresif kişilik
- Antisosyal kişilik
- Bağımlı kişilik
- Borderline

Cevap D (Scully, *Psychiatry*, 2. baskı, s.243)

Çoğu araştırmacılar bağımlı kişilik özelliklerinin bazı kültürlerde desteklendiğini ve bu toplumlarda bağımlı kişiliğin daha çok olduğunu bildirmektedirler.

13.Aşağıdakilerden hangisi konversiyon bozukluğu ile ilişkili bir durum değildir?

- Beraberinde başka bir psikiyatrik bozuklukta mevcuttur
- Semptomlar istemsizdir.
- İnsidens azalmaktadır.
- Semptomlar patofizyoloji ile tutarlıdır.
- Daha sıklıkla kadınlarda görülmektedir.

Cevap D (Scully, *Psychiatry*, 2. baskı, s.165)

Konversiyon bozukluğundaki çoğu semptomlar sinir sisteminin normal anatomisinden tutarsızdır (eldiven çorap tarzı anestezi gibi).

14.Aşağıdaki durumlardan hangisi agorafobiyi en iyi karakterize eder?

- Özel bir travma sebebiyle ortaya çıkar
- β - blokerlerle tedavi edilir
- Yükseklik korkularını içerir.
- Bir şizofreni semptomudur.
- Sıklıkla panik nöbetleri eşlik eder.

Cevap E (Scully, *Psychiatry*, 2. baskı, s.145)

Agorafobi, yardım ihtiyacı hissedildiğinde çaresiz kalmaktan kaçınma sebebiyle evden uzaklaşma korkusudur, agrafobi sıklıkla panik nöbetlerinin bir komplikasyonudur. Spesifik klonazepam agorafobiyi de azaltabilir ancak fobik kaçınmayı önlemek için sistematik duyarsızlaştırma gerekebilir.

15. Aşağıdakilerden biri hariç diğerleri diazepam için geçerlidir?

- a) Tıbbi pratikte kötüye kullanım nadirdir.
- b) Mutad dozlarda endojen anksiyete için etkili bir tedavidir.
- c) 6-8 haftadan daha uzun süre verilmemelidir.
- d) Etkili bir hipnotiktir.
- e) Etkili bir sedatiftir.

Cevap B (Scully, *Psychiatry*, 2. baskı, s.152)

Endojen anksiyetenin tedavisinde alprazolam ve anti-depresanlar daha etkilidir, diazepam kısa süreli eksojen anksiyetenin tedavisinde daha etkilidir. Diazepam ve diğer benzodiazepinler anksiyete ve insomnia tedavisinde reçete ile uygun şekilde verildiklerinde emniyetlidir. Ancak bazı hastalarda sedasyon can sıkıcı olabilir.

16. Aşağıdakilerden hangisi panik atağı ortaya çıkaramaz?

- a) Hiperventilasyon
- b) L-Dopa
- c) CO₂ inhalasyonu
- d) Yohimbin
- e) Kafein

Cevap B (Hoehn-Saric, Meleod, *Biology of Anxiety Disorders*, 1993, s.152-153)

Diğer şıklarda panik atağı meydana getiren etkenler sıralanmıştır. L-Dopa böyle bir etkiye sahip değildir.

17. Aşağıdakilerden hangisi nöroleptiklerin neden olduğu bir durum değildir?

- a) Akut distoni
- b) Parkinsonizm
- c) Tardif diskinezi
- d) Mutizm
- e) Akatizi

Cevap D (Karasu, *The Psychiatric Therapies American Psychiatric Association*, s.157-166)

Mutizm nöroleptiklere bağlı bir yan etki değildir. Diğer şıklarda belirtilen durumlar ise daha çok klasik nöroleptiklere bağlı olarak gelişen nörolojik yan etkilendir.

18. Aşağıdakilerden hangisi bir demans nedeni değildir?

- a) Kafa travması
- b) AIDS
- c) Depresyon

d) Serebral infarkt

e) Anemi

Cevap C (Kaplan, Sadock, *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, s.620-621)

Depresyon bellekte geçici bozukluklara yol açar ve bu durum psödodemans olarak adlandırılır. Diğer bozukluklar ise demans nedenidir.

19. Depresyon aşağıdaki durumların hangisinde ortaya çıkmaz?

- a) Lityum kullanımı
- b) Parkinson
- c) İnme
- d) Nöroleptik kullanımı
- e) Hipotirodizm

Cevap A (Kaplan, Sadock, *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, s.1971)

Lityum bipolar bozukluğun akut ve profilaktik tedavisinde kullanılan bir ilaçtır, depresyona yol açmaz. Diğer durumlarda ise depresyon tablosu gelişebilir.

20. Aşağıdaki durumlardan hangisinde antidepresanlar diğerlerine göre daha az etkilidir?

- a) Panik bozukluk
- b) Obsesif kompulsif bozukluk
- c) Post-travmatik stres bozukluğu
- d) Bulimia nervoza
- e) Anoreksiya nervoza

Cevap C (Yüksel, Köroğlu, *Klinik Uygulamalı Psikofarmakoloji*, 1991 s.119)

Anoreksiya nervoza da antidepresanlar diğer bozukluklarda olduğu kadar etkin değildir, bazı durumlarda etkin olduğu düşünülmektedir.

21. Tourette hastalığının tedavisinde hangi ilaç düşünülmelidir?

- a) Haloperidol
- b) Trisiklik antidepresanlar
- c) Lityum
- d) Karbamazepin
- e) Buspiron

Cevap A (Kaplan, Sadock, *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, s.1876)

Haloperidol Tourette tedavisinde sık kullanılan ve etkin olduğu kabul edilen bir ilaçtır.

22. Akatizide en etkin tedavi hangi ilaçla yapılır?

- a) Benzodiazepinler
- b) Beta blokerler
- c) Nöroleptikler
- d) Antidepresanlar
- e) Lityum

PSİKİYATRİ

Cevap B (Kaplan, Sadock, *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, s.1877)

Beta blokerler nöroleptiklere ait bir yan etki olan akatizide en uygun seçimdir.

23.Aşağıdaki bozukluklardan hangisi mevsimsel özellik gösterebilir?

- a) Obsesif kompulsif bozukluk
- b) Şizofreni
- c) Bipolar affektif bozukluk
- d) Sosyal fobi
- e) Posttravmatik stres bozukluğu

Cevap C (Köroğlu, *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı*, 1994, s.458)

Mevsimsel ortaya çıkabildiği gösterilmiş hastalık bipolar affektif bozukluktur.

24.İlk majör depresyon epizodunda uygun bir anti-depresan tedavi ne kadar sürmelidir?

- a) Belirtiler geçene kadar
- b) 4-6 ay
- c) 1 yıl
- d) 5-10 yıl
- e) Yaşam boyu

Cevap B (Kaplan, Sadock, *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, s.1627)

İlk depresif epizod için uygun tedavi süresi 4-6 aydır.

25.Aşağıdakilerden hangisi obsesyonun tanımına uymaz?

- a) Zorlayıcı, yineleyici düşüncelerdir.
- b) Kişi düşüncelerinin saçma olduğunun farkında değildir.
- c) Bu düşünceler kişide belirgin sıkıntıya neden olur.
- d) Obsesyonlar zaman kaybına yol açar
- e) Kompulsiyonlarla birlikte olabilir

Cevap B (Köroğlu, *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı*, 1994,563)

Kişi obsesyonların aşırı ya da saçma olduğunu kabul eder, bunun farkındadır.

26.Klozapin öncelikli olarak hangi hasta grubunda düşünülmelidir?

- a) Tedaviye dirençli şizofreni
- b) Tedaviye dirençli obsesif kompulsif bozukluk
- c) Antisosyal kişilik bozukluğu
- d) Demans
- e) Dirençli depresyon

Cevap A (Kaplan, Sadock, *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, s.1594)

Klozapin tedaviye dirençli şizofrenide öncelikli olarak kullanılan bir ilaçtır.Diğer endikasyonlarda da etkili olabilir. Bu konuda çalışmalar sürmektedir.

27.Aşağıdakilerden hangisi klozapin tedavisinde ortaya çıkabilir?

- a) Tardif diskinezi
- b) Lökositoz
- c) Epilepsi
- d) Kardiyak ileti bozuklukları
- e) Gingiva hipertrofisi

Cevap C (Kaplan, Sadock, *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, s.1624)

Klozapin yüksek dozlarda epilepsi eşiğini düşürebilir.

28.Epilepsi eşiğini en fazla düşüren antidepresan hangisidir?

- a) Fluoksetin
- b) İmipramin
- c) Klomipramin
- d) Maprotilin
- e) Amitriptilin

Cevap D (Karasu, *The Psychiatric Therapies*, s.103)

Bu antidepresanlar içinde epilepsi eşiğini en fazla düşüren maprotilindir.

29.Elektrokonvulsif tedavide aşağıdakilerden hangisi kesin endikasyon oluşturur?

- a) Şizofreni
- b) Konversiyon bozukluğu
- c) Mani
- d) Depresyon
- e) İntihar eğilimleri olan depresyon

Cevap E (Gelder, Gath, Mayou, Cowen, *Oxford Textbook of Psychiatry*, 1996, s.242)

Depresif epizodda intihar eğilimleri EKT için kesin endikasyon oluşturulur.

30.Tiroid hormonu aşağıdakilerden hangisinde öncelikle düşünülmelidir?

- a) Dirençli depresyon
- b) Akut şizofrenik epizod
- c) Obsesif epizodun başlangıç tedavisinde
- d) Depresif epizodun başlangıç tedavisinde
- e) EKT uygulanan tüm hastalarda

Cevap A (Kaplan, Sadock, *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, s.1685)

Tiroid hormonları dirençli depresyon tedavisinde denenmesi gereken ilk seçeneklerden birisidir.

31.Aşağıdakilerden hangisi bir anksiyete bozukluğu değildir?

- a) Majör depresyon
- b) Posttravmatik stres bozukluğu
- c) Obsesif kompulsif bozukluk
- d) Panik bozukluk
- e) Basit fobi

Cevap A (*Gelder, Gath, Mayou, Cowen, Oxford Textbook of Psychiatry, 1996, s.161*)

Majör depresyon bir duygudurum bozukluğudur.

32.Aşağıdakilerden hangisi yaygın anksiyete bozukluğu belirtilerinden değildir?

- a) Çarpıntı
- b) Tremor
- c) Bellekte hızlanma
- d) Uykusuzluk
- e) Yorgunluk

Cevap C (*Gelder, Gath, Mayou, Cowen, Oxford Textbook of Psychiatry, 1996, s.163*)

Yaygın anksiyete bozukluğu hastaları daha çok unutkanlıktan yakınırlar.

33.Aşağıdakilerden hangisinde sanrı (hezeyan) görülmez?

- a) Şizofreni
- b) Depresyon
- c) Paranoid bozukluk
- d) Obsesif kompulsif bozukluk
- e) Demans

Cevap D (*Köroğlu, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, 1994, s.563*)

Diğer bozukluklarda sanrılar sıklıkla bulunurken, obsesif kompulsif bozuklukta sanrı görülmez

34.Aşağıdakilerden hangisi Lityum tedavisinin sık görülen yan etkilerinden değildir?

- a) Poliüri
- b) Epilepsi
- c) Hipotiroidi
- d) Tremor
- e) Kilo alma

Cevap B (*Yüksel, Köroğlu, Klinik Uygulamalı Psikofarmakoloji, 1991, s.119*)

Epilepsi lityum tedavisinin yan etkilerinden değildir.

35.Aşağıdakilerden hangisi çocukluk dönemine ait bir bozukluktur?

- a) Psikozlar
- b) Anoreksiya
- c) Ayrılık anksiyetesi
- d) Siklotimi
- e) Depresyon

Cevap C (*Yüksel, Köroğlu, Klinik Uygulamalı Psikofarmakoloji, 1991, s.225*)

Ayrılık anksiyetesi çocukluk çağına özgü bir tanıdır.

36.Aşağıdakilerden hangisi düşünce akışıyla ilgili bir bozukluk değildir?

- a) Yansılama (İllizyon)
- b) Neolojizm
- c) Sirkümsansiyalite (çevresellik)
- d) Enkoherans
- e) Blok

Cevap A (*Kaplan, 7.baskı, 1.cilt, 304*)

Yanılsama her hangi bir uyarının yanlış algılanmasıdır ve düşüncenin akışıyla bir ilişkisi yoktur, algısal bir bozukluktur. Neolojizm (yeni sözcük türetme) çevresellik belli bir noktaya geç ulaşan dolaylı konuşma, enkoherans, genellikle anlaşılamayan, düşünceleri ve sözcüklerin herhangi bir mantıksal veya gramer bağdan yoksun olduğu son derece düzensiz bir konuşma; blok ise düşünce akışında herhangi bir düşünce ya da fikir tamamlanmadan aniden kesilme anlamalarına gelir

37.Bir nesne veya durumdan kalıcı tekrarlayan, gerçekdışı veya patolojik bir şekilde korkmaya ne ad verilir?

- a) Obsesyon
- b) Hipokondriasis
- c) Hezeyan (sanrı)
- d) Fobi
- e) Kompülsiyon

Cevap D (*Kaplan, 7. baskı, s.592*)

Obsesyonlar bilinçli düşünmeye zihinden atılmayan, yineleyici kişiye mantıksız gelen düşünceler, duygulardır. Hipokondriasis kişinin ortada bunu gerektiren bir neden olmaksızın sağlığıyla ilgili abartılı kaygıları olmasıdır. Hezeyan (sanrı) hastanın kültürü ve eğitimsel geçmişiyle uyumsuz, mantıklı tartışmayla değiştirilemeyen katı, yanlış, sabit fikirler veya inançlardır. Kompülsiyonlar kişinin arzularının ve isteklerinin tersine olan ancak yapmaktan kendini alamadığı yineleyici, zorlayıcı ve geric nitelik gösteren hareketlerdir.

38.Aşağıdakilerden hangisi şizofreninin alt tipleri arasında yer almaz?

- a) Rezidüel tip
- b) Paranoid tip
- c) Katotonik tip
- d) Siklotimik tip
- e) Ayrışmamış tip

Cevap D (*Kaplan and Sadock, 7. baskı 1.cilt s.471*)

Şizofreninin bugünkü modern sınıflama sistemlerinde yer alan alt tipleri şunlardır: Disorganize tip (heberfreni), Katotonik tip, Paranoid tip, Andiferansiyasyon tip ve Residüel tip. Siklotimi şiddet ve süre olarak depresyon ve maniye tam karşılamayan duygulanım bozukluğu ataklarıyla seyreden bir rahatsızlıktır; şizofreni alt tipi değildir.

NÖROLOJİ

1. Wohlfart-Kugelberg-Welander hastalığı hakkında yanlış olanı işaretleyiniz.

- a) Proksimal kasları belirgin olarak tutar.
- b) Hastaların yarısında başlangıç yaşı 3-18 arasıdır.
- c) Bilateral ve simetrik olarak başlar.
- d) Bulbar kaslar ve kortikospinal yollar tutulmaz.
- e) Hastalık ilerleyici olup 5-10 yıl arasında ölümlerle sonlanmış.

Cevap E (Adams, Principles of Neurology, 6.baskı, 1997, s.1094-1095)

Spinal müsküler atrofisi ALS gibi ölümcül değildir.

2. Alzheimer hastalığı için doğru olanı işaretleyiniz.

- a) Kolin asetiltransferaz enziminde belirgin bir azalma vardır.
- b) Nöron kaybı özellikle striatumda dikkati çeker.
- c) Noradrenalin, serotonin ve GABA düzeyleri yüksebilir.
- d) SPECT’de frontal loblarda hipometabolizma gözlenir.
- e) Apo E2’nin varlığı hastalık riskini artırır.

Cevap A (Adams, Principles of Neurology, 6.baskı, 1997, s.1055-1056)

Bu hastalıkta en önemli transmitter asetilkolindir.

3. Aşağıdakilerden hangisi progresif supramusküler felç hastalığında görülmez?

- a) Denge bozukluğu ve düşmeler
- b) Statik tremor
- c) Dizantri ve disfaji
- d) Supranükleer oftalmopleji
- e) Aksiyel distoni

Cevap B (Adams, Principles of Neurology, 6.baskı, 1997, s.1077)

Multisistem atrofilerle parkinsonizm-plus sendromlarında tremorun önemli bir tanısıdır.

4. Vertebrobasiler sistem geçici istemik atakları ile ilgili olarak yanlış şıkkı işaretleyiniz.

- a) Karotid ataklarına göre daha az stereotipiktir.
- b) Karotid ataklarına göre daha uzun sürer.
- c) Karotid ataklarına göre daha sık inmeyle sonuçlanır.
- d) Tek başına vertigo veya diplopi geçici iskemik atak kabul edilmez.
- e) Hastaların yarısından çoğunda bilinç kaybı ile seyreden “drop attack”lar görülür.

Cevap E (Adams, Principles of Neurology, 6.baskı, 1997, s.813)

Vertebrobasiler iskemik ataklarda “drop-attack” hem az görülür, hem de tipik bir vasküler olay gibi kabul edilmektedir. Ayrıca bilinç kaybına yol açmaz.

5. Myastenia graviste başlangıç evresinde aşağıda belirtilen kaslardan hangisinde güç kaybı olması en beklenen olasılıktır?

- a) Levator palpebralis
- b) Masseter
- c) Orbikularis oris
- d) Tensor veli palatini
- e) Genioglossus

Cevap A (Adams, Principles of Neurology, 6.baskı, 1997, s.1460)

Göz kaslarında olan kas güçsüzlüğü nöromusküler iletimde bir anormallik olduğunu düşündürmelidir.

6. Periferik nöropati düşünülen 42 yaşındaki bir erkek olguda motor sinir iletim çalışmaları sırasında N. medianusta bilek-dirsek segmentinde iletim bloğuna rastlanıyor. Bu olguda en olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Charcot-Marie-Tooth hastalığı
- b) Diyabetik nöropati
- c) Guillain-Barre sendromu
- d) Porfirik nöropati
- e) Poliarteritis nodosa

Cevap C (Adams, Principles of Neurology, 6.baskı, 1997, s.1288)

İletim bloğu akkiz demyelinizan nöropatilerin tanınmasında hayati önem taşımaktadır.

7. Karpal tünel sendromunda duyu kaybı nerede olur?

- a) Digit I, II, III
- b) Digit IV, V
- c) Tenar bölge
- d) Hipotenar bölge
- e) El sırtında radial bölgede

Cevap A (Adams, Principles of Neurology, 6.baskı, 1997, s.1359)

En sık görülen tuzak nöropatisi olan bu sendromda ilk bulgular genellikle duyusaldır.

8. Distal kas güçsüzlüğü bulunan 52 yaşındaki bir erkek olguda yumruk yaptıktan sonra parmaklarını açmakta zorluk olmaktadır. En olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Duchenne musküler distrofi
- b) Guillain-Barre sendromu
- c) Mitokondriyal sitopati
- d) Steinert hastalığı
- e) Eaton-Lambert sendromu

Cevap D (Adams, Principles of Neurology, 6.baskı, 1997, s.1392)

Myotoninin tanınması herediter kas hastalıkları için çok önemlidir.

9. Soğukta güçsüzlüğe yol açan hastalık aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Myastenia gravis
- b) Eaton-Lambert sendromu
- c) Okulofarengal distrofi
- d) Emery-Dreyfuss muskuler distrofi
- e) Paramyotonia konjenita

Cevap E (Adams, Principles of Neurology, 6.baskı, 1997, s.1482)

Bu hastalık çoğunlukla tanınmamakta ve hastalar tedavi ve doğru yönlendirmeden mahrum kalmaktadırlar.

10. BİPLEDS (Bilateral Periodik Lateralize Epileptiform Deşarjlar) aşağıdaki hastalıklardan hangisinde görülür?

- a) Alzheimer hastalığı
- b) Rasmussen ensefaliti
- c) Creutzfeldt Jacob hastalığı
- d) Serebrovasküler hastalıklar
- e) Metabolik hastalıklar

Cevap C (Daly, Current Practice of Clinical Electroencephalography, 2.baskı, 1990, s.401-423)

Periodik Lateralize Epileptiform Deşarjlar (PLEDS) Creutzfeldt Jacob hastalığında hastalığın ilerlemesiyle bilateral (BİPLEDS) ortaya çıkar.

11. Sağlıklı yetişkin yaş bireylerin EEG'sinde parieto-okspital alfa ritminin 8 Hz bulunma insidansı hangi oranda görülür?

- a) %1'den az
- b) %10
- c) %25
- d) %50
- e) %80

Cevap A (Daly, Current Practice of Clinical Electroencephalography, 2.baskı, 1990, s.139-199)

Yetişkinlerde 80 yaşına kadar alfa ritmi 9 Hz ve üstünde bulunur. 8 Hz çok nadirdir.

12. Hangi EEG bulgusu epileptik bir aktiviteye işaret eder?

- a) 14 ve 6 Hz pozitif böstler
- b) Küçük keskin dikenler (Small sharp spikes)
- c) 6 Hz diken ve yavaş dalga (Phantom spike and wave)
- d) Wicket dikenler (Wicket spikes)
- e) Diken-dalga kompleksi

Cevap E (Daly, Current Practice of Clinical Electroencephalography, 2.baskı, 1990, s.243-252)

İlk 4 şıkkın hepsi benign EEG variantıdır. Epilepsi ile ilişkisi yoktur.

13. Hangi EEG anormalliği epilepsiyi düşündürmez?

- a) Diken dalga
- b) Keskin dalga
- c) TIRDA (Temporal intermitant ritmik delta aktivitesi)
- d) PLEDS (Periodik lateralize epileptiform deşarjlar)
- e) FIRDA (Frontal intermitant ritmik delta aktivitesi)

Cevap E (Wyllie, The Treatment of Epilepsy: Principles and Practice, 2.baskı, 1996, s.264-279)

FIRDA nonspesifik bir EEG bulgusu olup çoğunlukla metabolik hadiselerde görülür. TIRDA ise temporal lob epilepsili hastalarda epileptojenik özellikte olup lokalizasyon değeri vardır.

14. 30 yaşında erkek hastanın myoklonik, absans ve jeneralize tonik-klonik tipte nöbetleri valproat tedavisi ile kontrolde imiş. Nöbetler ilaç kesimi, uykusuzluk, yorgunluk ve alkolden hemen etkileniyormuş. Hastanın epilepsisi hangi sendroma uymaktadır?

- a) Frontal lob epilepsisi
- b) Juvenil myoklonik epilepsi
- c) Juvenil absans epilepsi
- d) Sekonder jeneralize parsiyel epilepsi
- e) Progresif myoklonik epilepsi

Cevap B (Wyllie, The Treatment of Epilepsy: Principles and Practice, 2.baskı, 1996, s.484-501)

Juvenil myoklonik epilepsi her yaşta görülebilen, ilaç kullanımı hayat boyu olan ve presipitan faktörler nedeniyle çok hassas bir epilepsi sendromudur.

15. Hangisi frontal lob epilepsi kliniğinin ortak özelliği değildir?

- a) Kısa nöbetlidir.
- b) Postiktal değişiklik yok veya çok hafiftir.
- c) Sekonder jeneralizasyon nadirdir.
- d) Sık düşme görülür.
- e) Psikojenik nöbetlerle çok karışır.

Cevap C (Wyllie, *The Treatment of Epilepsy: Principles and Practice*, 2.baskı, 1996, s.367-384)

Frontal lob epilepside deşarjlar hızlıca yayılarak sık sekonder jeneralizasyon gösterirler, temporal lob epilepside daha nadirdir.

16.52 yaşındaki erkek hastanın 6 aydır giderek artan bradikinezi, rijiditesi, postural instabilitesi ve bilateral volonter aşağı bakış parezisi vardır. Tanınız nedir?

- a) Parkinson hastalığı
- b) Shy Drager sendromu
- c) Kortikobazal ganglionik dejenerasyon
- d) Ensefalitis letarjika
- e) Progresif supranükleer paralizi

Cevap E (Watts, *Neurologic Principles and Practice*, 1997, s.279-295)

Progresif supranükleer paralizi tanısında başlangıç yaşının 40 veya üzerinde olması, progresif seyir göstermesi, bradikinezi ve supranükleer bakış parezisinin varlığı major ölçütlerdir.

17.60 yaşında kadın hasta sabah yataktan kalkarken yere yığılmış. Ailesi sol kol ve bacağını hareket ettiremediğini farkederek acil servise getirmişler. Hasta, hastaneye geliş nedenini mide ağrısı olarak açıklıyor, sol eli kendisine gösterilince "sizin eliniz" diye yanıtıyor. Hastadaki lezyon yerini belirtiniz.

- a) Sağ frontal lob
- b) Sağ oksipital lob
- c) Sağ temporal lob
- d) Sağ parietal lob
- e) Sağ serebellar hemisfer

Cevap D (Adams, *Principles of Neurology*, 6.baskı, 1997, s.456-457)

Hastanın hemiplejisini ve hemiplejik ekstremitelerini ihmalı unilateral asomatognozi (Anton Babinski sendromu) olarak adlandırılır. Sağ (nondominant) parietal korteks ve subkortikal ak madde hasarında sola göre 7 misli sık görülür.

18.Sağ kol ve bacakta ani gelişen güç kaybı nedeniyle acil servise getirilen, gözleri sağa deviye 65 yaşındaki erkek hastanın muayenesinde aşağıdaki bulgulardan hangisi beklenmez?

- a) Sensoryel afazi
- b) Sol periferik fasial paralizi
- c) Sağda Babinski bulgusu
- d) Dilin sağa deviasyonu
- e) Sağ hemihipoestezi

Cevap A (Adams, *Principles of Neurology*, 6.baskı, 1997, s.259-261)

Hastanın gözleri hemipleji tarafına deviye olduğundan lezyon ponsun sol tarafındadır. Sensoryel afazi ise dominant (sol) posterosuperior temporal, operküler

supramarginal, angular ve posterior insular girusu etkileyen lezyonların sonucudur.

19.Aşağıdakilerden hangisi küme başağrısı tanı ölçütlerindedir?

- a) Ağrı sresi 30 dakika-7 gün
- b) Ağrı hafif veya orta şiddette
- c) Başağrısı bilateral lokalizasyonlu
- d) Ağrının ipsilateralinde miyosis
- e) Kadınlarda daha sık görülen başağrısı

Cevap D (Bradley, *Neurology in Clinical Practice*, 2.baskı, 1996, s.1683-1719)

Küme başağrısında ağrı tarafında konjunktivada kızarıklık, lakrimasyon, burun tıkanıklığı veya akıntısı, Horner sendromu gibi otonomik disfonksiyon bulgularından en az biri olmalıdır. Diğer 4 seçenek gerilim tipi başağrısının özellikleridir.

20.Fokal distoni tedavisinde kullanılan ilaçlardan en uzun etkili olanı işaretleyiniz.

- a) Tetrabenazine
- b) Botulinum toksini
- c) Baclofen
- d) Carbamazepine
- e) Trihexyphenydil

Cevap B (Parkinson's Disease and Movement Disorders, 3.baskı, 1998, s.553-578)

Botulinum toksin injeksiyonu distonide 12-16 hafta düzelme sağlar.

21.25 yaşındaki obez kadın hastanın, 2 aydır süregelen zonklayıcı niteliği olan hafif ve orta şiddette başağrısı yakınması vardır. Beyin omurilik sıvısı basıncı 320 mmH₂O olan ve BBT'si normal bulunan hastada aşağıdaki bulgulardan hangisi olasıdır?

- a) Spastik paraparezi
- b) Sağ III. sinir parezisi
- c) Papilödem
- d) Unilateral internükleer oftalmopleji
- e) Unilateral ptozis

Cevap C (Bradley, *Neurology in Clinical Practice*, 2.baskı, 1996, s.1431-1458)

Hastanın klinik ve laboratuvar bulguları idiyopatik intrakraniyal hipertansiyona (psödotümör serebri) işaret eder. Bu tabloda II, VI ve nadiren VII. sinir tutulumuna ait bulgular dışında nörolojik defisit olmamaktadır.

22.Aşağıdakilerden hangisi nöroglial elementlerden biri değildir?

- a) Astrosit
- b) Mikrogliya
- c) Nissl cisimciği
- d) Oligodendrosit
- e) Epandim

Cevap C (Snell, *Clinical Neuroanatomy for Medical Students*, 3.baskı, 1992, s.77)

Santral sinir sisteminin nöronları uyarılma özelliği olmayan nöroglial hücreler tarafından desteklenir. Nöroglial elementler sırasıyla astrosit, ependim, mikrogliya ve oligodendrositlerdir.

23.Hangi reseptör ağrı ile ilgili afferent uyarılara özelleşmiştir?

- a) Meissner korpüskülleri
- b) Serbest sinir sonlanmaları
- c) Merkel diskleri
- d) Paccini korpüskülleri
- e) Ruffini korpüskülleri

Cevap B (Snell, *Clinical Neuroanatomy for Medical Students*, 3.baskı, 1992, s.123)

Serbest sinir sonlanmaları tüm vücut boyunca dağılmış olarak bulunan, küçük çaplı, myelinli veya myelinsiz ağrı ile ilgili afferent uyarılara özelleşmiş yapılardır.

24.“Beyin Omurilik Sıvısı” ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Hasta yan yatmış uzanma pozisyonundayken normal basınç 60-150 mmH₂O'dur.
- b) Normal glikoz içeriği %50-85 mg/ml
- c) Açık, renksiz bir sıvıdır.
- d) PNL şeklinde hücrelerden oluşmuştur.
- e) İnternal juguler ven'e kompresyon BOS basıncında artmaya yol açar.

Cevap D (Snell, *Clinical Neuroanatomy for Medical Students*, 3.baskı, 1992, s.176)

Hasta yan yatmış uzanma pozisyonundayken normal basınç 60-150 mmH₂O'dur. İnternal juguler ven'e kompresyon BOS basıncında artmaya yol açar. BOS'nın diğer özellikleri aşağıdaki gibidir. Protein: %15-45 mg/ml, Glikoz %50-85 mg/ml, Klor %720-750 mg/ml, Hücre: 0.3 lenfosit/mm³.

25.Parkinson hastalığında hangisi bulunmaz?

- a) Postür bozukluğu
- b) Parezi
- c) Tremor
- d) Rijidite
- e) Bradikinezi

Cevap B (Snell, *Clinical Neuroanatomy for Medical Students*, 3.baskı, 1992, s.399)

Parkinson hastalığında motor ve/veya duyuşsal defisit bulunmaz.

26.Hangi kraniyal sinir baş ve boyun bölgesi dışında seyrederek dağılır?

- a) N. opticus
- b) N. glossopharyngeus
- c) N. olfactorius
- d) N. accessorius
- e) N. vagus

Cevap E (Snell, *Clinical Neuroanatomy for Medical Students*, 3.baskı, 1992, s.417)

10. kraniyal sinir olan vagus hariç tüm kraniyal sinirler baş ve boyun bölgesinde seyrederek. N. vagus toraks ve abdomen bölgelerine de dağılır.

27.Kraniyal sinirlerin motor çekirdeklerinin iki tanesinin belli parçaları hariç kortikobulber yollar tarafından bilateral innervasyonludur. Bu iki motor çekirdek hangileridir?

- a) N. fasyialis üst kısmı-N. accessorius
- b) N. hypoglossus styloglossus kası ile ilgili çekirdek-N. fasyialis üst kısmı
- c) N. abducense-N. vagus
- d) N. hypoglossus genioglossus kası ile ilgili çekirdek-N. fasyialis alt kısmı
- e) N. trimenus-N. fasyialis alt kısmı

Cevap D (Snell, *Clinical Neuroanatomy for Medical Students*, 3.baskı, 1992, s.419)

Yüzün alt kısmının innervasyonunu sağlayan N. fasyialis ve genioglossus kasını innerve dene N. hypoglossus sinir bölümleri kortikobulber yollar tarafından tek taraflı olarak innerve edilir.

28.Hangisi basiler arterin dallarından biri değildir?

- a) Posterior inferior cerebellar arter
- b) Anterior inferior cerebellar arter
- c) Superior cerebellar arter
- d) Labirintin arter
- e) Posterior cerebral arter

Cevap A (Snell, *Clinical Neuroanatomy for Medical Students*, 3.baskı, 1992, s.540)

Posterior inferior cerebellar arter vertebral arterin dalıdır. Baziler arterin dalları sırasıyla; Pontine arterler, Labirintin arter, Anterior inferior cerebellar arter, Superior cerebellar arter, Labirintin arter, Posterior cerebral arter.

29.Depresyon öyküsü bulunan genç bir kadın bilinmeyen bir ilaçla suisid girişimi sonrası koma nedeniyle acil servise getiriliyor. Hasta hipotansif ve bradikardik olup solunum yetmezliği nedeniyle ventilatöre bağlanıyor. Hastanın lokalize nörolojik bulgusu olmayıp terlemede artış, sekresyonlarda artma ve multifokal fasikülasyonları olduğu izlenmiştir. Bu hastada tanıyı gerçekleştirmek için hangi test en önemlidir?

- a) Plazma bütiril kolinesteraz
- b) Asetilkolin reseptör antikor
- c) Kalsiyum kanal antikor
- d) Antinöral nükleer antikor (ANNA-I)
- e) Asetilkolin esteraz

Cevap A (Lotti, *Crit Rev Toxicol* 1991; 21:465-487)

Muskarinik ve nikotinik artmış aktivitesi olan hastada muhtemel etken organofosfat zehirlenmesi olup tanı için en önemli tetkik plazma bütiril kolinesteraz seviyesindeki azalmadır.

30. Aşağıdakilerden hangisine bağlı demans diğerlerine göre daha zor tedavi edilir?

- a) Normal basınçlı hidrosefali
- b) Alzheimer hastalığı
- c) Hipotiroidi
- d) B₁₂ yetmezliği
- e) Nörosifiliz

Cevap B (Greenberg, *Clinical Neurology*, 2.baskı, 1993, s.50)

Demansın tedavi edilebilir nedenleri arasında normal basınçlı hidrosefali, intrakraniyal kitleler, B₁₂ yetmezliği, hipotiroidi ve nörosifiliz yer almaktadır.

31. Hangi genetik bozukluğun Alzheimer hastalığı ile birlikte olma olasılığı diğerlerine göre yüksektir?

- a) Marfan sendromu
- b) Hunter sendromu
- c) Down sendromu
- d) Trisomi 18
- e) Friedrich ataksisi

Cevap C (Greenberg, *Clinical Neurology*, 2.baskı, 1993, s.51)

Alzheimer hastalığı genellikle sporadik olarak görünmekle birlikte Down sendromu gibi bazı genetik hastalıklarda daha sık görülmektedir.

32. Hangisi artmış kafa içi basınç sendromuna neden olmaz?

- a) Alzheimer hastalığı
- b) Metastatik tümör
- c) İskemik serebrovasküler hastalık
- d) Kafa travması
- e) Kurşun ansefalopatisi

Cevap A (Greenberg, *Clinical Neurology*, 2.baskı, 1993, s.51)

Alzheimer hastalığı serebral atrofiye neden olur.

33. Hangi semptom Myastenia Gravis için tipik değildir?

- a) Diplopi
- b) Fasikülasyon
- c) Dizartri
- d) Pitozis
- e) Generalize güçsüzlük

Cevap B (Greenberg, *Clinical Neurology*, 2.baskı, 1993, s.171)

Myastenia Gravis hastalığı diplopi, pitozis, dizartri, alt-üst ve/veya genel güçsüzlük, disfaji benzeri semptomlarla kendini ortaya çıkarır.

34. Hangi arterin serebellumdaki kanlandığı bölgenin hasar görmesi şiddetli vertigoya neden olur?

- a) Süperir serebellar arter
- b) Posterior inferior serebellar arter
- c) Anterior inferior serebellar arter
- d) Posterior serebral arter
- e) Anterior spinal arter

Cevap B (Adam's *Principles of Neurology*, 6.baskı, s.798-800)

PICA'nın medial ve lateral dalları vardır. Medial dalları beyin sapını kanlandırır. Bunların oklüzyonu beyin sapındaki vestibüler nükleusların infarktına ve vertigoya neden olur.

35. AIDS'li hastalarda beyin apselerinin en sık etkeni hangisidir?

- a) Kriptokokkus neoformans
- b) Toksoplasma gondii
- c) Tbc
- d) CMV
- e) Herpes zoster

Cevap B (Johnson, *Current Therapy in Neurologic Disease*, 3.baskı, s.137)

AIDS'li hastalarda, toksoplasma gondii beyin apselerine çok sık neden olur.

36. Gelişimsel okuma bozukluğuna ne denir?

- a) Agnozi
- b) Apraksi
- c) Afazi
- d) Disleksi
- e) Agrafi

Cevap D (Ebstein, *Clinical Examination*, 2.baskı, s.305)

Okumanın gelişimsel bozukluklarına disleksi, akiz beyin hasarına sekonder olarak meydana gelen bozukluklarına aleksi denir.

37. Anterior serebral arter tıkanmalarında vücudun hangi bölgesi daha fazla etkilenir?

- a) Dil
- b) Kol
- c) Bacak
- d) Yüz
- e) El

Cevap C (Greenberg, *Clinical Neurology*, 2.baskı, 1993, s.261)

Anterior serebral arter tıkanmalarında vücudun karşı tarafında özellikle bacak ve ayakta motor ve duyuşal defisitler ortaya çıkar.

koma, bradikardi, hipoglisemi, serum kolinesteraz düzeyinde düşme görülebilir.

132. Hipotoni, mental retardasyon, burun kökü basıklığı, iç epikantus, iriste benekler, kısa el ve ayak parmakları, ellerde Simian çizgisi ve 5. parmakta klinodaktili, atrioventriküler kanal defekti şeklinde konjenital kalp hastalığı bulunan bir bebekte tanınız nedir?

- a) Trisomi 13 (Patau sendromu)
- b) Trisomi 21 (Down sendromu)
- c) Trisomi 18 (Edwards sendromu)
- d) Turner sendromu (45 X0)
- e) Klinefelter sendromu

Cevap B (*Nelson Textbook of Pediatrics, 15.baskı, 1996, s.312-321; Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Dergisi, 2000, s.49*)

Trizomi 21 veya Mongollismus olarak da adlandırılır. En sık rastlanılan otozomal kromozom anomalisidir.

Büyüme geriliği, düz geniş yüz, mental retardasyon, çekik gözler, düz oksiput, epikantus, displastik kulaklar, kısa burun, Simian çizgisi, küçük ve yay gibi damak, medial aksial triradius, büyük, buruşuk dil, bir kostanın tek veya çift taraflı yokluğu, diş anomalileri, bağırsak tıkanması, kısa, geniş eller (klinodaktili), umbilikal herni, konjenital kalp hastalığı, geniş aralıklı, büyük başparmaklar, megakolon.

133. İnfertilite nedeni ile tetkik edilirken testislerinin küçük olduğu, azospermi ve plazma testosteron düzeyinin düşük olduğu belirlenen, uzun boylu, ince yapılı (önikoid) bir erkekte karyotip yapılırsa bulunması muhtemel olan sonuç aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Trisomi 21
- b) 45, X0
- c) Trisomi 18
- d) 47, XXY
- e) 46, XY

Cevap D (*Nelson Textbook of Pediatrics, 15.baskı, 1996, s.312-321; Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Dergisi, 2000, s.51*)

Klinefelter sendromu: Fenotipik bulgular genellikle pubertede ortaya çıkar. Testiküler disgenezis, hipogonadizm, azospermi ve sterilite vardır. Pubertede jinekomasti ve önikoid yapı vardır. Pelvis geniştir ve libido eksikliği vardır, tüm endokrin fonksiyonlarda bozukluk vardır. Pubis ve aksilla kıllanması normal erkek çocuklarına göre azdır. Barr cisimciği (X kromatini) pozitifliği ile ortaya çıkar. Tedavide psikoterapi ve endokrin yaklaşımlar uygulanmalıdır. Plazma testosteron düzeyi düşüktür.

134. Ani başlayan kıvrandırıcı tarzda karın ağrısı ve ağlama, kusma, kanlı dışkılama (çilek jölesine benzer şekilde) yakınmaları ile başvuran ve ayakta direkt batin grafisinde hava-sıvı seviyeleri görülen hastada tanınız nedir?

- a) Apandisit
- b) İdrar yolu enfeksiyonu
- c) Alt lob pnömonisi
- d) Mezenterik kist
- e) İnvajinasyon

Cevap E (*Green, Pediatric Diagnosis, 4.baskı, 1986; s.243-253; Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Dergisi, 2000, s.196*)

Bir bağırsak segmentinin distaldeki parça içerisine girmesidir. İleokolik tip daha sıktır. Akut olarak kolik-İntermittan karın ağrılarına sebep olur. Ağrı epizodlarına ağlama ve kusma da eşlik edebilir. Çilek rengi gaita, letarji ve ateş geç bulgularıdır. Fizik muayenede üst karın bölgesinde sosis gibi bir kitle palpe edilebilir. Uygun hidrostatik basınçla %75 hastada redükte edilebilir. Başarılı olunmazsa cerrahi müdahale yapılmalıdır.

135. İntrauterin dönemde akciğerde surfaktan sentezinin lamellar cisimcik içeren sekreteruar hücrelerde meydana geldiğini biliyoruz. Bu hücreler akciğerin hangi gelişim evresinde oluşmaktadır?

- a) Embriyonik dönem
- b) Glandüler evre
- c) Kanaliküler evre
- d) Sakküler evre
- e) Alveoler evre

Cevap C (*Taeusch, Ballard, Avery's Diseases of the Newborn, 1998, s.541-542*)

17-27 haftalar arasındadır. Bu dönemde sekreteruar Tip II hücreler oluşur.

136. Hangi siyanotik konjenital kalp hastalığında pulmoner kan akımı azalmaz?

- a) Trunkus arteriosus
- b) Fallot tetralojisi
- c) Triküspid atrezisi
- d) Ebstein anomalisi
- e) Pulmoner atrezi

Cevap A (*Nelson, Essentials of Pediatrics, 1994, s.491*)

Pulmoner kan akımının azaldığı siyanotik konjenital kalp hastalıkları:

- Pulmoner darlık+ASD
- Pulmoner atrezi
- Fallot tetralojisi
- Triküspit atrezisi
- Pulmoner atrezi+hipoplastik sağ ventrikül
- Transpozisyon+pulmoner darlık
- Ebstein anomalisi

Arttığı hastalıklar:

- Hipoplastik sol kalp sendromu
- Total anormal venöz dönüş
- Transpozisyon
- Trunkus arteriosus

137.Aort yetmezliğinde apekte duyulan mitral darlıktakine benzer presistolik üfürüme ne ad verilir?

- a) Austin-flint üfürümü
- b) Carey-Coombs üfürümü
- c) Devamlı üfürüm
- d) Graham-Steel üfürümü
- e) Ejeksiyon üfürümü

Cevap A (Nelson, Essentials of Pediatrics, 1994, s.465)

Carey-Coombs üfürümü; Akut romatizmal karditin aktif döneminde apekte duyulan kısa bir middiastolik üfürümdür.

Devamlı üfürüm, PDA'da duyulur.

Graham-Steel üfürümü; pulmoner hipertansiyona bağlı olarak gelişen pulmoner yetersizlikte işitilen erken diastolik üfürümdür.

Ejeksiyon üfürümü; aort ya da pulmoner darlıkta duyulur. Tariflenen üfürüm Austin-Flint üfürümüdür.

138.Siyanozun akciğer kaynaklı mı yoksa kalp kaynaklı mı olduğunu anlamak için ilk ne yaparsınız?

- a) Kalp-akciğer oskültasyonu
- b) Ağız mukozası inspeksiyonu
- c) Oksijen solutulması
- d) EKG
- e) Akciğer grafisi

Cevap C (Nelson, Essentials of Pediatrics, 1994, s.469)

Siyanoz akciğer ya da kalp kaynaklı olabilir. Hastaya %100 oksijen solutulması ile belirgin bir düzelme ve arteriyel oksijen saturasyonunda belirgin bir artış oluyorsa siyanoz akciğer kaynaklıdır denebilir.

139.İnfektif endokarditte görülmeyen hangisidir?

- a) Roth lekeleri
- b) Osler düğümleri
- c) Splenomegali
- d) Heberden nodülleri
- e) Janeway lezyonları

Cevap D (Nelson, Essentials of Pediatrics, 1994, s.507)

İnfektif endokardit ateş, titreme, göğüs ağrısı, artralji, myalji, dispne ve kırıklıkla kendini belli eden ve muayenede taşikardi, embolik olaylar (Roth lekeleri, peteşi, Osler düğümleri, SSS lezyonları), Janeway lezyonları, üfürüm, splenomegali, artrit, aritmi ve kalp yetersizliği tespit edilen bir hastalıktır.

Heberden nodülleri osteoartritte görülür.

140.Pediyatrik dönemde supraventriküler taşikardinin ilk tedavisi hangisidir?

- a) Digoksin
- b) Vagal tonusu arttırmak
- c) Propranolol
- d) Adenozin
- e) Elektriksel kardiyoversiyon

Cevap B (Nelson, Essentials of Pediatrics, 1994, s.509 vd.)

Supraventriküler taşikardi, pediatrikte en sık karşılaşılan ritm bozukluğudur. Pediyatrik supraventriküler taşikardilerin ilk tedavisi dalma refleksi uyararak vagal tonusun artırılmasıdır. Bu, yüze soğuk bir uyarı uygulanması ile gerçekleşir. Bu faydalı olmazsa adenozin, digoksin ya da kardiyoversiyon uygulanır.

141.Erişkinlerde görülen angina ataklarına benzer ataklar bebeklik döneminde görülüyorsa bunun en sık sebebi hangisidir?

- a) Ateroskleroz
- b) Myokardit
- c) Anormal aort
- d) Anormal çıkışlı sol koroner arter
- e) Anormal çıkışlı sağ koroner arter

Cevap D (Nelson, Essentials of Pediatrics, 1994, s.512)

Bebeklik döneminde iskemiye bağlı kalp ağrısı, beslenme sırasında huzursuzluk, terleme, apne ya da şokla seyreden paroksizmal rahatsızlıklar görülüyorsa bu myokardit iskemisini gösterir ve en sık sebebi aort yerine pulmoner arterden köken alan anormal çıkışlı sol koroner arterdir.

142.Aşağıdakilerden hangisi trunkus arteriosusa daima eşlik eder?

- a) ASD
- b) VSD
- c) PDA
- d) Mitral stenoz
- e) Mitral yetmezlik

Cevap B (Nelson, Essentials of Pediatrics, 1992, s.1161 vd.)

Trunkus arteriosus'da kalpten sadece tek bir damar çıkar ve hem pulmoner arter yataklarını ve hem de sistemik dolaşımı besler. Yüksek bir VSD daima olaya eşlik eder.

143.Fallot tetralojisinin bir komplikasyonu olmayan hangisidir?

- a) Kalp yetmezliği
- b) Anoksik nöbetler
- c) Beyin absesi
- d) Siyanoz
- e) Gelişme geriliği

Cevap A (*Rudolph, s.1306*)

Fallot tetralojisinde varolan sağdan sola şant, siyanoza ve gelişme geriliğine sebep olur. Akut hipoksik nöbetler hayatın ilk aylarından itibaren görülmeye başlar. Beyin absesi tüm siyanotik konjenital kalp hastalıklarında görülebilir.

Pulmoner kan akımında artma veya sol ventrikül çıkışında bir problem olmadığı için konjestif kalp yetmezliği görülmez.

144. Telekardiyografide “güve yeniği” adı verilen 3 işareti şeklindeki çentiklenme hangi hastalıkta görülür?

- a) Fallot tetralojisi
- b) Büyük arterlerin transpozisyonu
- c) Aort koarktasyonu
- d) Ebstein anomalisi
- e) Koroner arter anevrizması

Cevap C (*Nelson, 14.baskı, s.1178*)

Aort koarktasyonunda vücudun alt bölümüne giden kan miktarı azalır. Bunu kompanse etmek için kollateral dolaşım gelişir. Bu kollaterallerin kostaların alt kenarına baskı yapmasıyla erozyon gelişir ve 3 işareti şeklinde görülür.

145. Perikarditin en sık rastlanan ilk semptom ya da bulgusu hangisidir?

- a) Sessiz prekordium
- b) Prekordiyal ağrı
- c) Daralmış nabız
- d) Pulsus paradoksus
- e) Boyun venlerinin dilatasyonu

Cevap B (*Nelson, Textbook of Pediatrics, 1992, s.1024*)

Perikardit daralmış nabız, sessiz prekordium, derinden gelen kalp sesleri, boyun venleri dilatasyonu, pulsus paradoksusla karakterize, öksürük, ateş, sürtünme sesi de görülebilen bir kalp hastalığıdır.

İlk bulgusu sıklıkla prekordiyal ağrıdır.

146. Aşağıdaki tanımlamalardan hangisi Hemofili A için yanlıştır?

- a) Dolaşımında vWF'e bağlanan Faktör VIII eksikliğinde ortaya çıkar.
- b) Herediter koagülasyon bozukluklarının %75'ini oluşturur.
- c) Otozomal dominant geçiş gösterir.
- d) Şiddetli olgularda Faktör VIII aktivitesi normalin %1'den az düzeydedir.
- e) vWF düzeyi normal olarak saptanır.

Cevap C (*Rudolph's Pediatrics, 1991, s.1162*)

Hemofili A herediter koagülasyon faktör eksikliklerinin en sık rastlanana olup (%75) Faktör VIII eksikliğinden

kaynaklanır. Faktör VIII dolaşımında vWF'e bağlı olarak dolaşır ve Hemofili A'da vWF düzeyi normal olarak saptanır. X'e resessif geçiş gösterir. Kızlar taşıyıcıdır. Faktör VIII düzeyinin normalin %1'inden az olduğu olgular şiddetli, %1-5 orta ve %5-50 arasında olanlar hafif olarak adlandırılır.

147. Normal bir nötrofilin dokulara göçünden önce dolaşan kanda geçirdiği süre yaklaşık ne kadardır?

- a) 2 gün
- b) 1 hafta
- c) 10 gün
- d) 2 saat
- e) 12 saat

Cevap E (*Rudolph's Pediatrics, 1991, s.1145*)

Normalde nötrofiller dokulara veya dış çevre ile direkt temasın sağlandığı (sindirim kanalı, trakeo-bronşial ve servikal kanal gibi) yerlere göçmeden önce dolaşımında 12 saat kalır. Göç ettiği bölgelerde ise kalış süresi 1-4 gün arasındadır.

148. Sık enfeksiyon geçiren bir çocukta nitroblue tetrazolium testi (NBT) ile hangi lökosit fonksiyon bozukluğu tanısı konabilir?

- a) Konjenital lökosit adherens eksikliği
- b) Kronik granüloamatöz hastalık
- c) Myeloperoksidaz eksikliği
- d) Chediak Higashi sendromu
- e) Spesifik granül eksikliği

Cevap B (*Rudolph's Pediatrics, 1991, s.1150*)

Nötrofillerin superoksit üretim kabiliyetlerini saptamada kullanılan NBT testi, kronik granüloamatöz hastalığın tanısında kullanılan yararlı tarama testidir.

149. Aşağıdaki hematolojik parametrelerden hangisindeki artış herediter sferositoz tanısını düşündürür?

- a) Ortalama eritrosit volümü (MCV)
- b) Ortalama eritrosit hemoglobin (MCH)
- c) Ortalama eritrosit hemoglobin konsantrasyonu (MCHC)
- d) Eritrosit dağılım genişliği (RDW)
- e) Hematokrit

Cevap C (*Rudolph's Pediatrics, 1991, s.1133*)

Herediter sferositozda retikülosit sayısındaki artışa rağmen MCV değerleri yaşa göre normal veya normalin altındadır. RDW ve hematokrit değerlerinde artış gözlenmez. MCHC değerleri genellikle normalden büyük %37-38 kadar büyük olabilir.

150. Aşağıdaki tanımlamalardan hangisi *Thalassemia*'lar için yanlıştır?

- a) *Thalassemia* sendromları globin zincir sentez azlığı ve yokluğu ile oluşurlar.
- b) Alfa *thalassemia* daha sık güneydoğu Asya'da, beta *thalassemia* Akdeniz bölgesinde görülür.
- c) *Thalassemia*'larda en belirgin hematolojik bulgular makrositoz ve hipokromidir.
- d) *Thalassemia*'larda kesin tanı Hb elektroforezi ile konur.
- e) Homozigot formlarda klinik bulgular çok belirgindir.

Cevap C (*Rudolph's Pediatrics, 1991, s.1129*)

Thalassemia'lar globin zincir sentez azlığı veya yokluğundan kaynaklanırlar. Hb sentez hızındaki kusur sonucunda mikrositoz belirgin özelliktir. Ancak, kesin tanı Hb elektroforezi ile konur. Heterozigot formlarda klinik bulgular hafif seyrederken homozigot formlarda şiddetlidir. Alfa *thalassemia* güneydoğu Asya'da, beta *Thalassemia* Akdeniz bölgesinde sık olarak saptanır.

151. Aşağıdaki tanımlamalardan hangisi Orak hücre hastalığı ile uyumlu değildir?

- a) Hemoglobinin striktürel bozukluğu sonucu ortaya çıkar.
- b) Anemik kriz çoğunlukla Parvovirus B19 enfeksiyonu ile birliktelik gösterir.
- c) Vazooklüzif krizler kalıcı organ hasarlarına yol açar.
- d) Enfeksiyonlara yatkınlığın başlıca nedeni anormal hemoglobinin varlığıdır.
- e) İlk yaşlarda en sık saptanan ölüm nedeni bakteriyel sepsistir.

Cevap D (*Rudolph's Pediatrics, 1991, s.1123-1125*)

Orak hücre hastalığında normal hemoglobinin beta globin zincirinde 6. pozisyonundaki bir aminoasidin yerine bir başka aminoasidin gelmesi sonucunda anormal bir hemoglobin olan HbS oluşur. Bu anormal hemoglobini içeren eritrositler hipoksik ortamda orak şeklini alır. Orak şeklini alan eritrositler kan akımında yavaşlama ve viskozitede artmaya neden olarak lokal iskemi, tromboz ve enfarkta yol açabilirler.

Vazooklüzif kriz olarak adlandırılan bu durum, değişik organlarda kalıcı iskemik hasarlanmalara yol açar. Anemik krizler geçici olarak eritrosit üretiminin azalmasından kaynaklanır. Genellikle Parvovirus B19 enfeksiyonları ile birliktelik gösterir. Enfeksiyonlara yatkınlık defektif dalak fonksiyonu sonucu gelişir. Özellikle ilk yaşlarda ölüm nedenlerinin başında bakteriyel sepsis gelmektedir.

152. Herhangi bir kişinin Rh pozitif kan grubunda oluşundan sorumlu eritrosit antijeni hangisidir?

- a) E
- b) D

- c) C
- d) e
- e) c

Cevap B (*Rudolph's Pediatrics, 1991, s.1111*)

Rh kan grubu sistemi 3 alleik antijenden oluşur. Bunlar C, c, D, d ve E, e'dir. Bir kişi herbir antijen için homozigot (CC gibi) veya heterozigot (Cc veya Ee) gibi olabilir. "d" antijeni saptanamamıştır. D antijeni yokluğunu belirtmek için kullanılır. D antijeni varlığı kişinin Rh pozitif olmasını sağlarken, yokluğunda diğer antijenlerin varlığına bakılmaksızın kişi Rh negatif olarak değerlendirilir.

153. Aşağıdaki bulgulardan hangisi artmış hemoliz bulgusu değildir?

- a) Azalmış MCV
- b) Artmış plazma Hb düzeyi
- c) Artmış retikülosit sayısı
- d) Polikromatofili
- e) İndirekt bilirubin artışı

Cevap A (*Rudolph's Pediatrics, 1991, s.1097*)

Eritrositlerin artmış parçalanması sonucu ortaya çıkan hemolizin tipik bulguları: anemi, artmış MCV, retikülositoz ve polikromatofili'dir. Bunlara ilaveten, şiddetli olgularda hepatik klirensi aşan miktarlarda bilirubin üretilir ve indirekt bilirubin düzeyi de artabilir. İnt-ravasküler hemolize bağlı olarak plazma Hb düzeyi de artabilir.

154. Aşağıdakilerden hangisi kan transfüzyonu sırasında setten birlikte uygulanabilir?

- a) İlaçlar
- b) Ringer laktat
- c) Ca glukonat
- d) %5 albumin
- e) %5 dekstroz

Cevap D (*Rudolph's Pediatrics, 1991, s.1170*)

Kan ürünleri transfüzyonu sırasında sadece izotonik salin ve %5'lik albumin ve ABO uygun plazma birlikte uygulanabilir. %5'lik glikoz ve hipotonik salin solüsyonları hemolize, Ca-glukonat pıhtı oluşumuna yol açtığı için ve ilaçlar doz tayinindeki güçlükler nedeniyle birlikte uygulanmamalıdır.

155. Akut lenfoblastik lösemili çocuk hastalarda, kötü tedavi sonucu ile ilgili olarak, en bağımsız prognostik faktör aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Mediastinal kitle
- b) Santral sinir tutulumu
- c) İmmun fenotip
- d) Hb düzeyi
- e) Lökosit sayısı

Cevap E (*Rudolph's Pediatrics, 1991, s.1187*)

ALL'de birçok klinik ve laboratuvar bulgusu kötü tedavi sonuçları ile birliktelik gösterir. Örneğin, L2-L3 morfolojik subtip, SSS tutulumu, yüksek Hb düzeyi gibi.

Ancak, bunlar arasında yaş ve lökosit sayısı en bağımsız prognostik faktörler olarak saptanmıştır.

156. Oksijen tedavisi uygulanan prematüre bir bebekte arteriyel kanda oksijen basıncı için aşağıdakilerden hangisi en uygundur?

- a) 45-50 mmHg
- b) 55-70 mmHg
- c) 70-100 mmHg
- d) 100-120 mmHg
- e) 120-140 mmHg

Cevap B (*Nelson Textbook of Pediatrics, 14. baskı, 1992, s. 439-453*)

(a) şıkkındaki değerler bir bebek için hipoksik değerlerdir. (c), (d) ve (e) şıklarındaki değerler prematüre retinopatisi açısından risk taşırlar.

157. Aşağıdakilerden hangisi yenidoğanda respiratuvar distres sendromu tedavisinin bir komplikasyonu değildir?

- a) Prematüre retinopatisi
- b) Bronkopulmoner displazi
- c) Vasküler embolizasyon
- d) Pulmoner arter stenozu
- e) Subglottik stenoz

Cevap D (*Nelson Textbook of Pediatrics, 14. baskı, 1992, s. 1174-1177*)

Pulmoner arter stenozu konjenital bir problemdir.

158. Neonatal dönemde "apne" için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a) Prematüre bebeklerde apne her zaman sepsis belirtisidir.
- b) Apne miadında doğmuş bebeklerde olmaz.
- c) Miadında doğmuş bebeklerde apne durumunda sadece fiziki uyarı yeterlidir.
- d) Apne ani bebek ölümü sendromunun belirleyicisidir.
- e) Oksijen tedavisi ve teofilin uygulaması prematüre bebeklerde apne ataklarının azalmasına neden olur.

Cevap E (*Nelson Textbook of Pediatrics, 14. baskı, 1992, s. 462-463*)

Sadece (e) şıkkı tamamen doğrudur, diğer şıklar kısmen doğru olabilir.

159. Total parenteral beslenme uygulanan bebeklerde bazen azotemi ve dehidratasyon görülebilir. Aşağıdakilerden hangisi bu duruma sebep olur?

- a) Hipoglisemi
- b) Hiperlisemi
- c) Hiperamonemi
- d) Hiperkloremik asidoz
- e) Sıvı ihtiyacının yanlış hesaplanması

Cevap B (*Nelson Textbook of Pediatrics, 14. baskı, 1992, s. 195-198*)

Yukarıdakilerin hepsi intravenöz beslenmenin mümkün olabilen komplikasyonlarıdır, fakat hiperlisemi osmotik diürece yol açarak dehidratasyon ve azotemiye yol açar.

160. Aşağıdaki mikroorganizmalardan hangisi fetusta transplasental enfeksiyona neden olmaz?

- a) Rubella virus
- b) Chlamydia
- c) Toxoplasma gondii
- d) Treponema pallidum
- e) Cytomegalovirus

Cevap B (*Nelson Textbook of Pediatrics, 14. baskı, 1992, s. 495-524*)

Chlamydia enfeksiyonları postnatal bulaşarak enfeksiyona neden olurlar. Diğerleri transplasental enfeksiyona neden olabilirler.

161. Neonatal sepsis ve neonatal menenjitte en sık neden olan etyolojik ajanlar aşağıdakilerden hangileridir?

- a) Staphylococcus aureus ve Escherichia coli
- b) Streptococcus pneumoniae ve Hemophilus influenzae
- c) Escherichia coli ve group B streptococcus
- d) Escherichia coli ve group A streptococcus
- e) Pseudomonas ve Klebsiella

Cevap C (*Nelson Textbook of Pediatrics, 14. baskı, 1992, s. 495-524*)

Staphylococcus, grup A streptococcus ve Hemophilus 3 aydan büyük bebek ve çocuklarda enfeksiyona neden olur. Pseudomonas ve Klebsiella ile enfeksiyon ise oldukça nadirdir.

162. Fizyolojik neonatal sarılık için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a) İlk 24 saat içinde sarılığın görülmesi
- b) Bilirubin seviyesinin 5 mg/dl/gün veya daha fazla yükselmesi
- c) Konjuge bilirubin 1 mg/dl'den fazla olması
- d) Direkt Coombs testinin pozitif olması
- e) Sarılığın 5-7 gün arasında giderek azalması

Cevap E (*Nelson Textbook of Pediatrics, 14. baskı, 1992, s. 476-477*)

Diğer 4 seçenek patolojik sarılıkla ilgili bulgulardır.

163. Yenidoğanın hemorajik hastalığından korunmak için aşağıdakilerden hangisi uygulanmalıdır?

- a) Trombosit infüzyonu
- b) Heparin
- c) Doğumda 1 mg K vitamini enjeksiyonu
- d) Taze donmuş plazma
- e) Anneye anti-D globulin enjeksiyonu

Cevap C (*Nelson Textbook of Pediatrics, 14.baskı, 1992, s.486-487*)

Yenidoğanın hemorajik hastalığı K vitaminine bağımlı pıhtılaşma faktörlerinin eksikliği nedeni ile oluşur.

164.Yenidoğan sepsisinde aşağıdaki bulgulardan hangisi sık görülen bir klinik bulgu değildir?

- a) Ateş
- b) Beslenmenin bozulması
- c) İrritabilite
- d) Sarılık
- e) Letarji

Cevap A (*Nelson Textbook of Pediatrics, 14.baskı, 1992, s.495-524*)

Yenidoğan sepsisinde hipotermi daha sık görülür. Yenidoğanda ateş genellikle çevresel ısının artması durumunda görülür.

165.Anne sütü ile beslenme için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a) Bebek beslenmenin ilk 5 dakikasında alacağını %80-90'ını alır.
- b) Anne sütü genellikle doğumu takip eden ilk 24 saat içinde hazırır.
- c) Süt salgılama refleksi, prolaktin salınımı ile uyandırılır.
- d) Süt salınımı yeterli oluncaya kadar bebek formül sülle beslenmelidir.
- e) Tamamiyle anne sütü ile beslenen bir bebeğin diyetine sadece su ilave etmek yeterlidir.

Cevap A (*Nelson Textbook of Pediatrics, 14.baskı, 1992, s.116-120*)

Normal, miadında doğmuş anne sütü ile beslenen bebeklerin ilave su ve formül süte ihtiyaçları yoktur.

166.Poliüri, polidipsi ve frontal bölgede ağrı yakınmasıyla başvuran 10 yaşındaki erkek hastada diabetes insipidus tanısı konulmuştur. Fizik muayenede eksoftalmus, kranial x-ray'de zimba deliği görünümü saptanmıştır. En olası tanı hangisidir?

- a) Pituitar apopleksi
- b) Sarkoidoz
- c) Menenjiom
- d) Langerhans hücreli histiositozis
- e) Hemokromatozis

Cevap D (*Oski's Pediatrics, 3.baskı, 1999, s.1535*)

Langerhans hücre histiositozis soliter veya diffüz lezyonlardaki Langerhans hücrelerinin klonal proliferasyonuna rağmen non-neoplastik bir hastalıktır. Son etyolojik teori immünolojik disregülasyondur. Birçok kemiklerde lezyonlar, kranial kemiklerde zimba deliği manzarası, saçlı deride seboreik raş, hepatosplenomegali, diabetes insipidus, anemi, trom-

bositopeni ve akciğer hastalığı gibi birçok hastalıklara neden olan kronik bir bozukluktur.

167.Aşağıdakilerden hangisinde Tiroksin bağlayıcı globulin (TBG)'in serum düzeyi azalmıştır?

- a) Gebelik
- b) Yenidoğan
- c) Oral kontraseptif kullanımı
- d) Tamoksifen kullanımı
- e) Protein-kalori malnütrisyonu

Cevap E (*Oski's Pediatrics, 3.baskı, 1999, s.1805*)

TBG'ı arttıranlar	TBG'yi azaltanlar
Konjenital (X'e bağlı)	Konjenital (X'e bağlı)
Hepatiit	Hepatik siroz
Porfuri	Nefrotik sendrom
Methadone	Androjenler
Oral kontraseptifler	Glukokortikoidler
Tamoksifen	Nikotik asit
Perfenazin	Akromegali
5-Fluorouracil	Protein-kaybettirici enteropati
Heroin	Protein-kalori malnütrisyonu
Gebelik	Hipertiroidizm
Yenidoğan	

168.Aşağıdakilerden hangisi konjenital primer hipotiroidizm için doğrudur?

- a) Düşük T4 düzeyi
- b) Düşük 3 ve T4 düzeyi
- c) Düşük T4, yüksek TSH düzeyi
- d) Düşük T4, düşük TSH düzeyi
- e) Düşük T4, normal TSH düzeyi

Cevap C (*Oski's Pediatrics, 3.baskı, 1999, s.1803*)

Konjenital primer hipotiroidizm'de T4 ve T3 düzeyleri düşük veya sınırdadır. Eğer primer olarak tiroid bezi hipotiroid durumdan sorumlu ise TSH konsantrasyonu yüksektir ve gittikçe yükselir.

Tanının kesinlik kazanması için TSH düzeylerinin mutlaka ölçülmesi gereklidir.

169.Aşağıdakilerden hangisi addison hastalığında bulunmaz?

- a) Kanda üre yüksekliği
- b) Plazma klorunun düşmesi
- c) Plazma sodyumunun artması
- d) Kan glukoz düzeyinin düşmesi
- e) Kanda potasyum düzeyinin artması

Cevap C (*Oski's Pediatrics, 3.baskı, 1999, s.1818*)

Addison hastalığında hipotansiyon, plazma hacminin azalması ve glomerüler filtrasyon hızının düşmesi sonucu kan üre düzeyi yükselir. Plazma hacminin azalması, plazma vazopressin düzeyinin artmasına, dolayısıyla su tutulmasına sebep olur. Bu tabloya aldosteron eksikliğinin eklenmesiyle de plazma sodyu-

mu ve klor düzeyleri düşer. Aldosteron eksikliği plazma potasyum düzeyinin artmasına sebep olur. Kortizol insülin üzerindeki antagonist etkisinin olmaması nedeniyle hipoglisemi meydana gelebilir.

170. Aşağıdakilerden hangisi psödohipoparatiroidizm'de görülmez?

- a) Hipokalsemi
- b) Serum parathormon düzeyi yüksekliği
- c) Radyografide 4'üncü metakarpal kısalığı
- d) Hiperkalsemi
- e) Hiperfosfatemi

Cevap D (*Oski's Pediatrics, 3.baskı, 1999, s.1620*)

Psödohipoparatiroidizm neden görülür genetik bir hastalıktır. Hastalık X'e bağlı dominant veya otozomal dominant şekilde aktarılabilir. Serum parathormon seviyesi yükselir ve sonuç olarak hipokalsemi, hiperfosfatemi meydana gelir. Ayrıca psödohipoparatiroidizm'de özellikle bazal ganglionlar da kalsifikasyon görülebilir.

171. Aşağıdakilerden hangisi diabetik ketoasidoz kapsamında bulunmaz?

- a) Hipotermi
- b) Kussmaul solunum
- c) Hipernatremi
- d) Bulantı, kusma
- e) Karın ağrısı

Cevap C (*Oski's Pediatrics, 3.baskı, 1999, s.1793*)

Diabetik ketoasidozun klinik bulguları, hiperventilasyon, nefesde aseton kokusu ve intravasküler volümde azalma ve bunun muayene bulgularıdır. Derin ve hızlı solunum metabolik asidozu kompanze etmek için oluşur. Bu bulgu genellikle pH: 7.2 altına düştüğünde gözlenir. pH 7'den daha düşük değere indiğinde derin asidozun solunum merkezine baskılayıcı etkisiyle solunum hızı azalır irregüler hal alır.

Ayrıca hikayede poliüri, polidipsi, halsizlik, bulantı, kusma ve karın ağrısı bulunabilir. Diabetik ketoasidozda sıklıkla hipotermi mevcuttur. Ateş bazen enfeksiyon mevcudiyetinde bile bulunmayabilir. Ateşin saptanması enfeksiyon düşündürülen en önemli bir bulgudur.

172. Menenjit nedeniyle tedavi edilen 6 yaşındaki kız olguda uygunsuz ADH salgılanması bulguları saptanmıştır. Aşağıdakilerden hangisi tedavide kullanılmaz?

- a) Sıvı alımının kısıtlanması
- b) Hipertonik tuzlu su (%3'lük) verilmesi
- c) Diüretiklerin kullanılması
- d) ADH antagonistlerin kullanılması
- e) Plazmaferez

Cevap E (*Oski's Pediatrics, 3.baskı, 1999, s.2206*)

Uygunsuz ADH salınımının tedavisinde hipervolemi ve hiponatremi düzeltilmeye çalışılır. Bunun için günlük

sıvı alımının azaltılması tuz ve protein alımının artırılarak bunların atılımı esnasında sıvı atılımının da sağlanması, ADH antagonistlerin kullanılması, tehlikeli hiponatremi var ise hipertonik sıvı kullanımının düşünülmesi, dikkatli bir şekilde diüretiklerin kullanılması uygulanabilecek yöntemlerdir. Plazmaferez bir hacim azaltma yöntemi olmasına rağmen uygunsuz ADH'e bağlı hipervolemide kullanılmaz.

173. Aylar boyu süren Tip-1 diyabeti olan bir olguda diyabetin iyi kontrol edilip edilmediğini gösteren en iyi laboratuvar bulgusu hangisidir?

- a) Hb A1c konsantrasyonu
- b) Plazma C peptit konsantrasyonu
- c) 24 saatlik idrar glukoz atılımının ölçülmesi
- d) Spot idrarda glikoz ölçülmesi
- e) Gün boyunca ölçülen kan şekeri, ortalamasının değerlendirilmesi

Cevap A (*Oski's Pediatrics, 3.baskı, 1999, s.1793*)

Hemoglobin A1c (HbA1c) oluşum hızı eritrosit yaşam süresi boyunca plazma glukoz konsantrasyonu ile orantılıdır. Bu yüzden diyabetin iyi kontrol edilip edilmediğinin değerlendirilmesinde iyi bir yöntemdir. Plazma C peptit beta hücre fonksiyonunu gösterir. Diabetik kontrol açısından yararı yoktur. Plazma ve idrar glukoz ölçümleri gün içinde değişikliklerinden dolayı kısa bir zaman süreci içinde diabet kontrolünde kullanılabılır.

174.10 günlük bir yenidoğan bebekte guatr saptanmıştır. Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Endemik iyot eksikliğine bağlıdır.
- b) Tiroid hormon biyosentezinde defekt olabilir.
- c) Annenin guatrojen maddeler alması söz konusudur.
- d) Bebek hipotiroid, hipertiroid ve ötiroid olabilir.
- e) Tedavi gerektirmez.

Cevap E (*Oski's Pediatrics, 3.baskı, 1999, s.1803*)

Guatrlı doğan bir bebek hipotiroid ve hipertiroidili olabileceğinden hiçbir zaman kendi haline bırakılmaz. Çoğunlukla hipotiroid olacağından araştırılmalıdır ve tedavi edilmelidirler. Konjenital hipertiroidili bebeklerde de guatr bulunabilir. Çoğunlukla Graves hastalığı olan annelerden doğmuşlardır. Bu bebeklerin de tedavi edilmesi gereklidir.

175. Obezite nedeniyle başvuran 10 yaşında erkek hastada Cushing sendromu tanısı konulmuştur. Aşağıdaki laboratuvar bulgularından hangisi bulunmaz?

- a) Hipoglisemi
- b) Eozinopeni
- c) Lökositoz
- d) İdrarda kortikosteroid atılımının artması
- e) Glukoz tolerans bozukluğu

Cevap A (*Oski's Pediatrics, 3.baskı, 1999, s.1813*)

Cushing sendromunda klinik bulgular kortizolün aşırı sekresyonuna bağlıdır. Kortizol normalde kan glikozunu artırır. Genellikle hiperglisemi görülür.

176.13 yaşındaki erkek çocuk sol tarafında ciddi nasal obstrüksiyon ve birkaç yıldır süren rekürrent epistaksis şikayeti ile getirildi. Bir yıl önce uygulanan diş çekimi sonrasında hiçbir komplikasyon gelişmediği öğrenildi. Fizik muayene ve anterior rinoskopi normal bulundu. Aşağıdaki uygulamalardan hangisi bu hastanın evaluasyonunda size en fazla yardımcı olacaktır?

- Kanama zamanı
- Nasal biyopsi
- Nazofaringoskopi
- Protrombin zamanı, parsiyel tromboplastin zamanı
- Sinüs grafisi

Cevap C (*Nelson Textbook of Pediatrics, 14.baskı, 1992, s.586; Bluestone, Stool, Scheetz, Pediatric Otolaryngology, 2.baskı, 1990, s.788-789*)

Adölesan dönemde;

-Tek kanallı nasal obstrüksiyon ve tekrar eden burun kanamaları juvenil nazofaringeal angiofibrom düşündürür. Nazofarenks bu nedenle dikkatle muayene edilmelidir.

-Komplikasyonsuz diş çekimi olması kanama diyatezinden bizi uzaklaştırdı. Koagülasyon çalışmaları muhtemelen normal bulunacaktır.

-Sinüs hastalığını düşündüren semptom ve fizik muayene bulgusu yoktur.

-Anterior rinoskopi normal olduğu için nazal biopsi ihtiyacı yoktur.

-Tekrar eden burun kanamalarında travma, kuru-soğuk çevre ısısı, yabancı cisimde akla gelmektedir.

177.10 yaşındaki kız çocuğu 15 dakikadır devam eden jeneralize tonik-klonik konvülsiyon ile acil servise getirildi. Hava ve damar yolunun açılması yeterli oksijenizasyon sağlanmasını takiben nöbeti kontrol etmek için başlangıçta tercih edilecek ilk ilaç hangisi olmalıdır?

- Lorazepam
- Paraldehit
- Fenobarbital
- Fenitoin
- Sodyum valproat

Cevap A (*Nelson Textbook of Pediatrics, 14.baskı, 1992, s.1501-1503; Fuhrman, Zimmerman, Pediatric Critical Care, 1992, s.595-604*)

-Lorazepam veya diazepam hızlı antikonvülsif etkisi nedeniyle ilk seçilecek ilaçtır. Lorazepam etki süresi daha uzun olduğu için diazepam tercih edilir. Nöbet

ilaçın intravenöz verilmesinden 2-3 dk. sonra durdurulabilir. Damar yolu açılmaz ise rektal verilebilir.

-Paraldehit ilk ilaç olarak tavsiye edilmez. Diğer antikonvülzanlara direnç durumunda daha sonra kullanılabilir.

-Fenobarbital ve Fenitoin nöbetin devamı durumunda ilk ilaçtan daha sonra tercih edilir.

-Sodyum valproat status epileptikusun kontrolünden çok nöbetlerin uzun süreli tedavisinde tercih edilir.

178.3 yaşında bir erkek çocukta Duchenne müsküler distrofi tanısı koydunuz. Bu hastalığın kalıtım şekli nedir?

- Otozomal dominant
- Otozomal resesif
- Mitokondrial DNA'da nokta mutasyonu
- X'e bağlı dominant
- X'e bağlı resesif

Cevap E (*Darras, Molecular genetics of Duchenne and Becker muscular dystrophy, J Pediatr 1990; 117:1-15*)

Duchenne müsküler distrofi X'e bağlı resesif geçişli bozukluktur. X kromozomunun kısa kolunda geniş bir bölgede lokalize olmuştur (Xp 21). Erkek çocuklar etkilenirken, kız çocuklar taşıyıcı olmaktadır.

179.3 yaşındaki erkek çocuk ateş ve uzun süren fokal nöbeti takiben stupor halinde yatırıldı. Fizik muayenede gözlerde sağa deviasyon ve sol hemiparezi bulundu. Beyin omurilik sıvısı incelemesi viral meningoensefalit düşündürdü. Aşağıdakilerden hangisi en acil uygulanması gereken nörodiagnostik testtir?

- ANA titresi
- Serebral anjiyografi
- BOS viral kültürü
- Beyin MRI
- Lyme hastalığı için serolojik test

Cevap D (*Aurelius, Johansson, Skoldenberg, Rapid diagnosis of herpes simplex encephalitis by nested polymerase chain reaction assay of cerebrospinal fluid, Lancet, 1991; 337:189-192; Cameron, Wallace, Munro, Herpes simplex virus encephalitis: Problems in diagnosis. Dev Med Child Neurol 1992; 34: 134-140*)

Ateş fokal nöbet ve paralizisi daha çok ensefalit tablosunu destekler:

Enterovirüsler ve Herpesvirüsler etyolojide özellikle rol alan ajanlardır. Beyin MRI herpes ensefalitinde en faydalı tanı aracıdır. Temporal lobdaki ve frontal lobdaki ödematöz ve hemorajik değişiklikleri en iyi gösteren yöntemdir. Klasik bulguları saptamak için her 1-2 günde bir seri görüntüleme yapmak gerekir.

180. Herediter sferositoz tanısı ile takip edilen 9 yaşındaki kız çocuğa splenektomi kararı aldınız. Aşağıdakilerden ilk olarak hangisini uygulamak gerekir?

- a) Preoperatif eritromisin
- b) Preoperatif penisilin
- c) Preoperatif pnömokok aşısı
- d) Postoperatif haemophilus influenza aşısı
- e) Postoperatif Hepatit B aşısı

Cevap C (*Committee on Infectious Diseases, American Academy of Pediatrics, 22.baskı, 1991, s.52-53; Nelson Textbook of Pediatrics, 14.baskı, 1992, s.1289*)

Splenektomili hastalarda;

-Streptococcus pneumoniae %60 oranda ciddi sepsis etkeni olarak bulunmuştur. H. influenza, Neisseria meningitidis de sepsis sebebidirler.

-Preoperatif en az 1 ay önce polivalan pnömokok aşısı verilmelidir. Meningokok, Hepatit B aşısı da preoperatif önerilmektedir. H. influenza tip B aşısında infant döneminde önerilmelidir. Bu aşılar acil splenektomi sonrasında uygulanmalıdır.

-Preoperatif antibiotik kullanımı da profilakside önerilmektedir.

181. Dikkat eksikliği hiperaktivite sendromu en sıklıkla hangi dönemde teşhis edilir?

- a) İnfant dönemi
- b) Okul öncesi dönemi
- c) İlkokulun başlangıç dönemi
- d) Orta okul dönemi
- e) Lise dönemi

Cevap C (*Nelson Textbook of Pediatrics, 14.baskı, 1992, s.67-69*)

Dikkat eksikliği hiperaktivite sendromu sıklıkla okula başlangıçtan itibaren tespit edilen durumdur.

182. Miadında doğan bebek ilk günde safralı kusmaları nedeniyle getirildi. Fizik muayenede batın distandü, bağırsak sesleri hiperaktif, rektumda mekonyum mevcut ve akciğerlerde bilateral raller mevcuttu. Bu bebek için ilk akla gelecek tanı nedir?

- a) Biliyer atrezi
- b) İntussepsiyon
- c) Pilor stenozu
- d) İnce bağırsak obstrüksiyonu
- e) Trakeo-özofageal fistül

Cevap D (*Schaffer&Avery's Diseases of the Newborn, 6.baskı, 1991, s.656; Rudolph's Pediatrics, 19.baskı, 1991, s.182-183; Nelson Textbook of Pediatrics, 14.baskı, 1992, s.474*)

Safralı kusma öncelikle ince bağırsak obstrüksiyonunu düşündürür.

Trakeo-özofageal fistül ve pilor stenozunda safralı kusma olmaz. Biliyer atreziye kusma olmaz ve safra ince bağırsağı geçemez. İntussepsiyon 1 aydan önce nadirdir.

183. Human immunodeficiency virus ile enfekte çocukta aşağıdaki patojenlerden hangisi en sıklıkla ciddi enfeksiyon sebebi olur?

- a) Cryptococcus neoformans
- b) Mycobacterium tuberculosis
- c) Pneumocystis carinii
- d) Toxoplasma gondii
- e) Yersinia enterocolitica

Cevap C (*Hauger, Powell, Infectious complications in children with HIV infection, Pediatr Ann 1990; 19:421-436; Feigin, Cherry, Textbook of Pediatrics Infectious Diseases, 3.baskı, 1992, s.1757-1788*)

Pneumocystis carinii HIV enfekte çocuklarda en sık fırsatçı enfeksiyon etkenidir. Pnömoni sık ve fataldir. Bu çocuklarda profilaksi trimetoprim-sulfometoksazol ile yapılır.

Diğer ajanlarda fırsatçı enfeksiyonlara neden olur.

184. 16 yaşında, 180 cm boyunda kız çocuğu voleybol oynarken ani olarak ölüyor. Otopside aortun geniş, dissekan aort anevrizması ve aort kapasının dilate ve yetersiz olduğu görülüyor. Aşağıdaki sendromlardan hangisini öncelikle düşünürsünüz?

- a) Klinefelter
- b) Klippel feil
- c) William
- d) Noonan
- e) Marfan

Cevap E (*Garson, Bricker, Mcnamara, The Science and Practice of Pediatric Cardiology, 1990, s.2397-2400; Oski, Principles and Practice of Pediatrics, 1990, s.920; Nelson, Textbook of Pediatrics, 14.baskı, 1992, s.1746-1747*)

Marfan sendromu otozomal dominant geçişli bir bağdokusu hastalığıdır. Marfan sendromunda aortada dilatasyon, aortik regürjitasyon, mitral valvde prolapsus, aortada dissekan anevrizma görülür.

Klinefelter sendromu 47 XXY'dir. Erkek çocukta olur ve kalp hastalığı genellikle görülmez.

Klippel Feil Sendromu'nda VSD, PDA, Aort koarktasyonu siktir.

Noonan sendromu'nda boy kısadır. Pulmoner stenoz siktir. PDA'da görülebilir.

William sendromu'nda aortik stenoz, pulmoner stenoz görülebilir.

185.Üst solunum yolu enfeksiyonu olan 3 yaşındaki kız çocuk, 2 saat önce ateşinin 39.4°C yükselmesi, yutma güçlüğü ve artmış boğaz ağrısı şikayetleri ile getirildi. Yan boyun grafisinde posterior faringeal duvarda yumuşak doku şişliği gözlemlendi. Tanınız nedir?

- Bakteriyel trakeit
- Krup
- Peritonsiller apse
- Retrofaringeal apse
- Trakeal yabancı cisim

Cevap D (*Nelson Textbook of Pediatrics, 14.baskı, 1992, s.1058; Hathaway, Hay, Groothuis, Paisley, Current Pediatric Diagnosis&Treatment, 11.baskı, 1993, s.478-479*)

Bakteriyel trakeit, krup, peritonsiller ve retrofaringeal apse benzer semptomları verir. Radyografideki görünüm retrofaringeal apseyi telkin eder.

186.Aşağıdaki şıklardan yanlış olanı seçiniz.

- APTT intrinsek yolu ölçer.
- DIC'te PT ve APTT uzamıştır.
- Hemofilide PT uzamıştır.
- Faktör V ve X ortak yolda yer alır.
- PT ekstrinsek yolu ölçer.

Cevap C (*Nelson Textbook of Pediatrics, 15.baskı, 1996, s.1422-1429; Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.285*)

Hemofilide protrombin zamanı normal, PTT uzun, kanama zamanı normaldir.

187.Çocukluk çağı ALL'si için yanlış olanı seçiniz.

- En sık L1 tipi görülür ve prognozun iyi olduğu tiptir.
- T-cell olanlarda mediastinal kitle sıktır.
- Prognozda en önemli faktör lökosit sayısı ve steroide yanıtıdır.
- En sık relaps yeri yumuşak dokudur.
- Sıklıkla kromozomal anomaliler (translokasyon gibi) bulunur.

Cevap D (*Cin, Çocuk Hastalıkları, 1997, s.470; Nelson Essentials of Pediatrics, 2.baskı, s.558*)

Nüksler en sık kemik iliğinde ortaya çıkar.

188.Demir eksikliği anemisi hakkında yanlış olanı seçiniz.

- Transferrin saturasyonu düşüktür.
- MCV düşüktür.
- Ferritin düşüktür.
- RDW azalmıştır.
- MCH düşüktür.

Cevap D (*Nelson Textbook of Pediatrics, 15.baskı, 1996, s.1388; Nelson Essentials of Pediatrics, 2.baskı, s.522*)

Bkz. Tablo 23.

189.Aşağıdakilerden hangisi genellikle hematüri nedeni değildir?

- Alport sendromu
- Hiperkalsüri
- Ürolitiyazis
- Glomerulonefrit
- Minimal change nefrotik sendrom

Cevap E (*Nelson Textbook of Pediatrics, 15.baskı, 1996, s.1501; Nelson Essentials of Pediatrics, 2.baskı, s.598*)

Minimal değişiklik nefrotik sendrom (MDMS), nefrotik sendromun en sık görülen şeklidir. Hematüri bazen bulunur ama geçicidir. Serum komplemanı özgül olarak normaldir. Hipertansiyon seyrekir.

190.Aşağıdakilerden hangisi renal osteodistrofi bulgusu değildir?

- PTH artışı
- Alkalen fosfataz artışı
- Hiperfosfatemi
- Hiperkalsemi
- Osteopeni

Tablo 23. Mikrositik anemilerin ayırıcı özellikleri

Testler	Demir eksikliği anemisi	Talassemi	Sideroblastik Anemi*	Kronik hastalık Anemisi**
Serum demiri	Düşük	Normal	Yüksek ya da normal	Düşük
Serum demir bağlama kapasitesi	Yüksek	Normal	Normal ya da yüksek	Düşük ya da normal
Serum ferritini	Düşük	Normal ya da yüksek	Yüksek	Normal ya da yüksek
İlik demir depoları	Düşük ya da yok	Normal ya da yüksek	Yüksek	Normal ya da yüksek
İlik sideroblastları	Azalmış ya da yok	Normal ya da artmış	Artmış	Azalmış
Serbest eritrosit protoporfirini	Yüksek	Normal	Yüksek	Yüksek
Hemoglobin A2 veya F	Normal	Yüksek β -tal; normal α -tal.	Normal	Normal
Eritrosit dağılım genişliği (RDW)***	Yüksek	Normal	-	Normal

* Trombositopeni ve nötrojeni hastalık ilerledikçe gelişir.

** Sıklıkla normokrom; %25'i mikrositik

*** RDW eritrositlerin anizositozunun (farklı büyüklükler) derecesini ölçer.

Cevap D (*Nelson Textbook of Pediatrics, 15.baskı, 1996, s.1520; Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.325*)

Renal osteodistrofi, hemen her zaman kronik böbrek yetmezliğinde görülür. GFR azalmasıyla fosfat atılımı azalır (hiperfosfatemi), bağırsaklardan kalsiyum absorpsiyonu azalmasına bağlı hipokalsemi, yüksek alkalen fosfataz aktivitesi ve sekonder hiperparatiroidizm ile beraberdir. Hipokalsemiye bağlı osteomalazi, hiperfosfatemiye bağlı osteoskleroz görülür.

191.Aşağıdakilerden hangisi Dissemine (milier) tüberküloz için yanlıştır?

- Milier tüberküloz genellikle tüberküloz enfeksiyonunun başlangıcından 2-6 hafta sonra görülür.
- Primer pulmoner tüberkülozun reaktivasyonu sonucu da ortaya çıkabilir.
- Vakaların tümünde tüberkülin cilt testi (PPD) (+) dir.
- Bebeklerde, malnütrisyonu ve immün yetmezliği olan çocuklarda daha sıktır.
- Karaciğer, dalak, akciğer en fazla olmak üzere meninkslere, böbrek, kemik ve diğer organlara tüberküloz basili yayılabilir.

Cevap C (*Nelson Textbook of Pediatrics, 15.baskı, 1996, s.834-847; Nelson Essentials of Pediatrics, 2.baskı, s.336*)

Miliyer tüberküloz geniş bir hematogen yayılım ile birden çok organın enfeksiyonunu belirtir. Miliyer tüberküloz da ani başlayan ateş, güçsüzlük, halsizlik, iştahsızlık, kilo kaybı, lenfadenopati, gece terlemeleri ve hepatosplenomegali görülür. Diffüz bilateral pnömoni her zaman vardır ve olguların yaklaşık %30 kadarında menenjit saptanır. Anemi, monositoz, trombositopeni, hiponatremi, hipokalemi ve karaciğer işlev testlerinde bozukluk genellikle görülür. Akciğer filminde yaygın enfeksiyonu gösteren bilateral miliyer infiltrasyonlar vardır. Tüberkülin deri testi enerji sonucu yanıtsız olabilir. Tanı koymak için karaciğer ya da kemik iliği biyopsisine gerek olabilir.

192.Aşağıdakilerden hangisi sekretuar ishal nedenidir?

- Salmonella
- Şigella
- Enteroinvazif E.coli
- Enterohemorajik E.coli
- V.kolera

Cevap E (*Nelson Textbook of Pediatrics, 15.baskı, 1996, s.789-800*)

Sekretuar diyare; kolera, ETEC, karsinoid, nöroblastoma, doğumsal klorür diyaresi, Cl. difficile ve cryptosporidioside görülür.

193.Aşağıdakilerden hangisi en sık ishal nedenidir?

- Rotavirus
- Enterotoksijenik E.coli
- V.kolera
- Salmonella
- Campylobacter jejuni

Cevap A (*Nelson Textbook of Pediatrics, 15.baskı, 1996, s.914-916; Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.182*)

Bkz. Tablo 24.

194.Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- Astmada erken immün cevap bronkokonstriksiyona neden olur.
- Astmada erken immün cevap B₂ agonistlerle tedavi edilir.
- Astmada geç immün cevap bronş mukozasında lenfosit ve eozinofil infiltrasyonuna neden olur.
- Geç immün cevap steroidlerle tedavi edilir.
- Ağır astmanın tedavisinde steroidin yeri yoktur.

Tablo 24. Çocuklarda akut diyare sebepleri

I. Enfeksiyonlar
A. Viral enfeksiyonlar:
-Rotavirus (%50)
-Norwalk benzeri virus
-Diğerleri
B. Bakteriyel enfeksiyonlar:
-E. coli (ETEC, EPEC, EIEC, EHEC ve EAEC) (%25)
-Salmonella (%10)
-Shigella (%5)
-Diğerleri (Campylobacter jejuni, Yersinia enterocolitica, Vibrio parahemolitikus, V.cholera, Clostridium perfringens)
C. Protozoan ajanlar:
-Giardia lamblia
-Enteromoeba histolytica
-Cryptosporidium
D. Helminthler:
-Ascaris lumbricoides
-Enterobius vermicularis
E. Mantarlar
-Candida albicans
II. Metabolik bozukluklar:
-Çölyak hastalığı
-Familyal klorür diyaresi
-Disakkaridaz yetersizlikleri
III. Nutrisyonel sebepler:
-Hiperosmolar süt formülleri
-İnek sütü proteinine intolerans
IV. Antibiyotik etkisi
V. Neoplastik hastalıklar
-Ganglionöroma
-Lenfoma
VI. Psikolojik stres

Cevap E (*Nelson Textbook of Pediatrics, 15.baskı, 1996, s.628-641; Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.109*)

Status astmatikus ve tedaviye cevap vermeyen inatçı astma vakalarında steroid kullanılır.

195.Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- FEV₁ (1 sn'deki zorlu expiratuvar volüm) büyük ve orta çaplı bronşlar hakkında fikir verir.
- FEF₂₅₋₇₅ (Zorlu vital kapasitenin %25-75'i arasındaki ortalama akım) orta ve küçük çaplı bronşlar hakkında bilgi verir.
- PEF (Expiratuvar zirve akım hızı) küçük bronşlar hakkında bilgi verir.
- Egzersiz testi bronşiyal hiperaktiviteyi ölçer.
- Reversibilite testi bronşiyal astmada B agonistlere cevabı gösterir.

Cevap C (*Nelson Textbook of Pediatrics, 15.baskı, 1996, s.628-641; Nelson Essentials of Pediatrics, 2.baskı, s.435*)

PEF, zorlu ekspirum sırasında ulaşılan en yüksek hava akım hızını ölçer. Bu değer daha çok büyük havayollarındaki hava akımının ölçüsü olup, büyük oranda hastanın eforuna bağlıdır.

196.Kistik fibrozis için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- Yenidoğan taramasında AF 508 mutasyonu araştırılır.
- Yenidoğan döneminde mekonyum ileusu, mekonyum plug, mekonyum peritoniti saptanabilir.
- Ekzokrin pankreas yetmezliğine bağlı malabsorbsiyon görülür.
- Kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve sık akciğer enfeksiyonu görülür.
- Terde Cl konsantrasyonunun ≥ 60 mEq/L oluşu tanı koydurucudur.

Cevap A (*Nelson Textbook of Pediatrics, 15.baskı, 1996, s.1239-1251; Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.208,209,210*)

Kistik fibrozis (KF) en sık öldürücü genetik hastalıktır. Otozomal resesif olarak kalıtılır. Geni 7. kromozomun uzun kolunda yer alır.

KF'de hava yollarında tuz absorpsiyonu artar. Sonuçta sudan fakir, temizleyici etkisi olmayan sekresyon oluşur. Bu oluşum stafilokok ve psödomonas üremesi için uygun bir ortam yaratır. Pankreasta ise NaCO₃ ve su sekresyonu yapılamaz, pankreasta enzim birikir. Sonuçta pankreatik otodijesyon başlar. Bağırsakta Cl⁻ ve su sekresyonunun olmaması nedeniyle sekrete edilen müsin ve makromoleküller kripleri tam örtmez. Sonuçta bağırsak obstrüksiyonları gelişir. Aynı etkiyle hepatobiliyer sistem obstrüksiyonları da gelişir.

Kistik fibroziste solunum epiteli kloro aşırı impermeabdır. Na⁺ reabsorpsiyonu artar.

Akciğer tutulumu %90 oranında görülür. Kronik bronşit tablosu gelişir. Pekçok hastada H. influenza, S.aureus

veya P. aeruginosa kolonize olur. Öksürük, balgam, hiperinflasyon, bronşiektazi hatta akciğer yetmezliği ve ölüm gelişebilir. Belirgin akciğer hastalığı olanlarda çomak parmak olur.

Kistik fibrozislilerin çoğunda hayatın ilk yıllarında egzokrin pankreas yetmezliği vardır. Tedavi edilmeyen hastalarda malabsorbsiyona bağlı olarak meydana gelen maldijesyon, steatore (çok yağlı, kötü kokulu, yapışkan gayta) ve pek çok sekonder yetmezlik durumu (Vitamin K ve E) meydana gelir.

%7-10 hastada mekonyum ileusu ile çocuk doğar. Daha yaşlı hastalarda bağırsak obstrüksiyonu, maldijesyon, abdominal distansiyon, kusma, perforasyon bağırsak seslerinin azalması veya kaybı ile karakterize mekonyum eş değeri ileus meydana gelebilir.

Ter testi %98 vakada pozitifdir. Ter testinde 60 mEq/lt üzerindeki değerler pozitifken, 50-60 mEq/lt arası değerler şüpheli, 50 mEq/lt altındaki değerler ise negatif olarak değerlendirilir.

Ter testi dışında, pankreas enzim eksikliği, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, aile öyküsü de faydalıdır.

197.İnflamatuvar bağırsak hastalıklarında aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- Ülseratif kolitte, kolon yanında üst gastrointestinal sistem (GİS) ve ince bağırsaklar da tutulmuştur.
- Crohn hastalığında tüm GİS değişik derecelerde tutulabilir.
- Kolitis ülserozada tutulan bölgeler arasındaki mukozaya sağlamdır.
- Perianal hastalık daha çok kolitis ülserozayı akla getirir.
- Crohn hastalığında kanser riski artmıştır.

Cevap B (*Nelson Textbook of Pediatrics, 15.baskı, 1996, s.1080-1087; Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.195*)

Crohn hastalığı gastrointestinal sistemin herhangi bir kısmını (ağızdan anüse) tutabilirken, ülseratif kolit kolonik bir hastalığa yol açar. Her iki durumda da ekstraintestinal belirtiler (poliartiküler artrit, perikolanjit, kronik aktif hepatit, sakroileit, piyoderma gang-renozum, eritema nodozum, nefrolitiazis ve iritis) sıklıkla görülür.

198.Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- Koplik lekeleri kızamık için patognomoniktir.
- Kabakulakta en sık submandibuler ve sublingual bezler tutulur.
- Rubella aşısı 12-15 aylık bebeklere kızamık-kızamıkçık-kabakulak (MMR) aşısı olarak uygulanır.
- Varisella-Zoster virüsü ile primer enfeksiyon su çiçeğine, dorsal kök ganglionlarındaki latent virüsün reaktivasyonu herpes zostere neden olur.
- Parvovirüs B-19 virüsünün direkt etkisi ile transient aplastik kriz, postenfeksiyöz immün cevaba bağlı olarak döküntü (5.hastalık) gelişir.

Cevap B (Nelson Textbook of Pediatrics, 15.baskı, 1996, s.873-875; Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.152)

Kabakulak %30-40 vaka subklinik seyredir. Semptomlar ortaya çıktığında ateş, kas ağrısı, baş ağrısı, düşkünlük, parotis bezinde ağrı ve şişme ile karakterize olur ve bu 3-7 günde sonlanır. Palpasyonla ve stimülasyon ile parotis bezindeki ağrı artar. Stenon kanalı civarında şişme ve eritem meydana gelir. Farinks, larinks, manibriumun üzerindeki göğüs kısmında ödem meydana gelebilir ve muhtemelen lenfatik tıkanmaya bağlıdır. Submandibuler bez de olaya iştirak edebilir. Bu beze ait Wharton kanalı ağızda şişebilir. Sublingual bezler daha az tutulur.

199.Yenidoğan döneminde en sık menenjit etkeni aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Grup B streptokoklar
- b) Listeria monositogenez
- c) E.coli (K1+)
- d) Neisseria menenjitis
- e) a,b,c

Cevap E (Nelson Textbook of Pediatrics, 15.baskı, 1996, s.528-537; Neyzi, Pediatri, 1.cilt, s.330)

Yenidoğanda en korkulan bakteriyel infeksiyondur. Yenidoğan menenjitinde nörolojik sekel oranı çok yüksektir. Menenjit, sıklıkla sepsis ile birlikte.

Yenidoğan menenjitinin en önemli etkenleri E.coli ve B grubu streptokok (GBS) serotip 3'tür. Daha az sıklıkla listeria, klebsiella, enterobacter, proteus, parakolon, diğer streptokoklar (A, D, E, viridans), stafilokoklar (aureus, epidermidis), salmonella, citrobacter de etken olabilirler. Yenidoğan döneminin sonunda ve küçük sütçocuklarında H. influenzae, pnömokok ve meningokok menenjitini görülebilir.

Ateş yükselmesi, iritabilite, hareketsizlik, solukluk ve beslenme güçlüğü ilk belirtilerdir. Gergin, kabarık ve bazen pülsasyon verebilen bir fontanel, ense sertliği, çığlık atma şeklinde ağlamalar ve nihayet konvülsiyonlar daha geç ortaya çıkan ana belirtileri oluşturur. Tonus değişiklikleri hipotoni veya hipertoni şeklinde olabilmektedir. Fokal nörolojik bozuklukların varlığı genellikle merkezi sinir sisteminde harabiyet işaretidir. Her vakada başlangıçta ve aralıklarla baş çevresi ölçülmeli ve izlenmelidir.

Ventrikülit ve bunun yol açabileceği hidrosefali beyinde kortikal atrofi, beyin absesi, yenidoğan menenjitinde oluşabilecek komplikasyonlardır.

Tanı serebrospinal sıvının incelenmesi ile konulur.

200.Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Lesitin/sfingomyelin oranı 2'den büyükse akciğer matürdür.

b) Grup B streptokok enfeksiyonlarında Respiratuar Distress Sendromunda (RDS) olduğu gibi akciğer grafisinde retikülogranüler görünüm saptanabilir.

c) RDS'de akciğerde sürfaktan eksikliği temel patolojidir.

d) Asfikside sürfaktan yapımı artmıştır.

e) Diabetik anne çocuklarında RDS riski artmıştır.

Cevap D (Nelson Textbook of Pediatrics, 15.baskı, 1996, s.476-484; Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.65)

Asidoz ve asfikside sürfaktan sentezi azalır.

201.Aşağıdakilerden hangisi laktik asidoz nedenlerinden değildir?

- a) Kardiyak arrest
- b) Şok
- c) Hipoksemi
- d) Generalize konvülsiyon
- e) Takipne

Cevap E (Nelson Textbook of Pediatrics, 15.baskı, 1996, s.202-204; Nelson Essentials of Pediatrics, 2.baskı, s.591)

Bkz. Tablo 25.

202.Aşağıdakilerden hangisi hipopotasemi yapmaz?

- a) İnsülin
- b) Aldosteron eksikliği
- c) Diüretikler
- d) Adrenalin
- e) Alkaloz

Cevap B (Nelson Textbook of Pediatrics, 15.baskı, 1996, s.194)

Aldosteron böbreklerden Na⁺ tutulumu ve K⁺ atılımı yapar. Aldosteron eksikliğinde K⁺ böbreklerden atılmadığından hiperpotasemi olur.

Tablo 25. Laktik asidozun etiyolojisi

Tip A	Doku hipoksisi	Şok, asfiksi, karbon monoksit zehirlenmesi
Tip B	Sistemik hastalıklar	Diabetes mellitus, böbrek yetersizliği, karaciğer yetersizliği, malignite, kasılmalar, D-laktat üreten bağırsak florası
İlaçlar		Biguanidler, fruktoz, etanol, salisilat, metanol, etilen, glikol
Doğumsal bozukluklar		Tip I glikojen depo hastalığı, privat karboksilaz eksikliği, privat dehidrogenaz eksikliği; mitokondrial miyopati, laktik asidemiler ve diğer mitokondria defektleri

203. Konjenital hipotiroidinin en sık sebebi nedir?

- a) Tirotropin reseptör bağlayıcı antikorlar
- b) Tiroid disgenezisi
- c) Tiroksin sentez bozukluğu
- d) Deiyodinizasyon defekti
- e) TSH eksikliği

Cevap B (*Nelson Textbook of Pediatrics, 15. baskı, 1996, s.1589-1594; Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.335*)

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.

204. Aşağıdakilerden hangisi yenidoğanın hiperbilirubineminde albumine bağlanmada yarışıp serbest bilirubini arttıran durumlardan değildir?

- a) Alkaloz
- b) Penisilin
- c) Analjezikler
- d) Heparin
- e) Furasemid

Cevap A (*Nelson Textbook of Pediatrics, 15. baskı, 1996, s.1129-1130; Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.68*)

Asidozda, bilirubin albumine bağlanması azalarak, serbest bilirubin miktarında artış olur.

205. Aşağıdakilerden hangisinde anyon gap normaldir?

- a) Diyabeti ketoasidoz
- b) Laktik asidoz
- c) Salisilat zehirlenmesi
- d) Renal tübüler asidozlar
- e) Akut böbrek yetmezliği

Cevap D (*Nelson Textbook of Pediatrics, 15. baskı, 1996, s.1504-1506; Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.25*)

Bkz. Tablo 26.

206. HLA B27 pozitifliğinin eşlik ettiği JRA tipi aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Sistemik JRA
- b) Poliartiküler RF (-) JRA
- c) Poliartiküler RF (+) JRA
- d) Oligoartiküler JRA, Tip 1 (erken çocukluk)
- e) Oligoartiküler JRA, Tip 2 (geç çocukluk)

Cevap E (*Nelson Textbook of Pediatrics, 14. baskı, s.613; Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.122-123*)

Tablo 26. Anyon gap ve asidoz

Asidoz olmaksızın anyon gap'te artma

- Kalsiyum, magnezyum, potasyum ve diğer katyonlarda azalma
- Albümin ve diğer anyonlarda artma, yüksek doz karbenisilin

Asidozla beraber anyon gap'te artma

- Endojen anyonlarda artma: Laktat, sülfat, fosfat (üremi), ketonlar (diabetes mellitus)
- Egzojen asitlerde artma: Salisilat, metanol etanol, paraldehit

Asidozla beraber normal anyon gap

- Bikarbonat kaybı: Diyare, renal tübüler asidoz, karbonik asit inhibitörleri, üreterosigmoidostomi, dilüsyonel asidoz, pankreatik fistül

Asidoz olmaksızın azalmış anyon gap

- Kalsiyum, potasyum, magnezyum ve bromid'de artma
- Albüminde azalma

Tip II, genellikle 8 yaş üzerinde gözlenir. Asimetrik alt ekstremitte eklem tutulumu söz konusudur. Entesopati sık meydana gelir. Kalça eklemi sık tutulur. En sık tutulan eklemler, diz, ayak bileği, 1. metatarsfalangeal eklemlerdir. Pekçok çocukta aşağı sırt ağrısı, immobilizasyon sendromu, psöriazis, inflamatuvar bağırsak hastalığı, ankilozan spondilit, reaktif artrit aile hikayesi pozitifdir. Motor ve mental performans azalmıştır.

Egzersiz kapasitesi azalmış, düşkünlük, sürekli ağrı, bazen kilo kaybı, ateş, anoreksi, diffüz artralji, miyalji gibi sistemik semptomlar bulunabilir. Hastalığın ilk yıllarında aşağı sırt ağrısı yoksa da, tendon ve ligamentlerin bağlanma noktalarında ağırlı inflamasyon olabilir. Plantar fasias, diz civarı ve aşil tendonunda ağrı meydana gelir. Üveit, akut nitelikte ve nondestrüktif olabilir. Görmede azalma ve eritem olur. Bağırsak hastalıkları ve Reiter sendromu özellikle meydana gelebilir. Ankilozan spondilite dönebilir. RF ve ANA negatiftir. Belirgin sedimentasyon artışı ve hemoglobin azalışı vardır. HLA B27 pozitif olabilir.

207. Aşağıdakilerden hangisi modifiye Jones kriterleri-ne göre akut romatizmal ateşin minör tanı kriterlerinden biri değildir?

- a) ASO yüksekliği
- b) CRP pozitifliği
- c) Sedimentasyon yüksekliği
- d) PR uzaması
- e) Artralji

Cevap A (*Nelson Textbook of Pediatrics, 14. baskı, s.642; Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.254*)

Bkz. Tablo 27.

Tablo 27. Modifiye Jones kriterleri

Majör Kriterler
(Pan) Kardit
Migratuvar poliartrit
Sydenham koreasi
Subkutan nodüller
Eritema marginatum
Minör Kriterler
Ateş
Artralji
Geçirilmiş streptokok enfeksiyonu hikayesi
Uzamış PR mesafesi
Akut faz reaktanlarında artış (Sedimentasyon, CRP, ASO)

**208.Aşağıdakilerden hangisi sistemik lupus eritema-
tozusun tanı kriterlerinden biri değildir?**

- a) Malar döküntü
- b) Subkutan nodül
- c) Oral ülserler
- d) Hemolitik anemi
- e) ANA pozitifliği

Cevap B (*Nelson Textbook of Pediatrics, 14.baskı, s.626; Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.125*)

Bkz. Tablo 28.

Tablo 28. SLE'de tanı kriterleriFizik bulgular:

- Butterfly rash (malar)
- Diskoid lupus
- Fotosensitivite
- Oral/nazofarengeal ülser
- Nonerozif artrit (2'den fazla eklemden effüzyon ve duyarlılık)
- Plörit veya perikardit
- Metabolik toksin ve ilaç olmamasına rağmen epilepsi veya psikoz

Laboratuvar bulgular:

- Renal hastalık
 - Proteinüri (24 saatde 500 mg üzerinde) veya Hücre silendireleri (Eritrosit, granüller, tübüler)
- Hematolojik hastalık
 - Retikülositoz ile beraber hemolitik anemi veya Lökopeni (iki ölçümde 4000/mm³ altında) veya Lenfopeni (iki ölçümde 1500/mm³ altında) veya Trombositopeni (100.000/mm³ altında)
- Serolojik bilgi
 - (+) Anti-dsDNA veya
 - (+) Anti-Sm veya
 - (+) LE hücresi veya
 - Yalancı (-) VDRL (6 aydan fazla)
- Lupus sebebi olan ilaç kullanılmadığı halde (+) ANA 11 kriterin dört tanesi tanı koydurur. Kriterler aynı veya farklı zamanlarda olabilir.

209.Fallot tetralojisinde görülen hipersiyanotik atak tedavisinde kullanılan ilaçlar aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Morfin, digoksin, propranolol
- b) Bikarbonat, morfin, propranolol
- c) Digoksin, furosemid, oksijen
- d) Kaptopril, digoksin, furosemid
- e) Dopamin, furosemid, kaptopril

Cevap B (*Nelson Textbook of Pediatrics, 14.baskı, s.1149; Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.245*)

Fallot tetralojisinde hipersiyanotik spell'ler şu şekilde tedavi edilir:

1. Hasta sakinleştirilir. Diz göğüs pozisyonunda tutulur.
2. Oksijen verilir.
3. 0.1-0.01 mg/kg subkutan morfin verilir.
4. İntravenöz sıvı replasmanı yapılır.
5. Anemikse kan transfüzyonu yapılır veya damar genişleticiler kullanılır.
6. Asidoz bikarbonat kullanılarak tedavi edilir.
7. İkinci defa aynı doz morfin verilir (intravenöz).
8. Sistemik damar direnci çok düşmüşse fenilefrin ile arttırılır.
9. Beta bloker kullanılır (Propranolol, 0.1 mg/kg intravenöz).
- 10.Yine başarı sağlanamazsa genel anesteziye alınır.

210.Miyokardit ile ilgili doğru olmayan hangisidir?

- a) Viral miyokarditlerin en sık etkeni enteroviral enfeksiyonlardır.
- b) Telekardiyografide (çadır kalp görünümü) tipiktir.
- c) EKG'de ST, T dalgası değişiklikleri görülebilir.
- d) Fizik incelemede "Gallop ritmi" duyulabilir.
- e) Tedavide digoksin, diüretik kullanılabilir.

Cevap B (*Nelson Textbook of Pediatrics, 14.baskı, s.1209; Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.256*)

Çadır kalp görünümü perikarditin radyolojik bulgusudur. Klinik genellikle hem sağ hem de sol ventrikül yetersizliği ile seyredir. Dispne, sık ve yüzeysel solunum, retraksiyonlar, burun kanadı solunumu, akciğerlerde raller, kesik öksürük, siyanoz, taşikardi, gallop ritmi tesbit edilebilir. Kalp sesleri netliklerini kaybeder. Hastada pulsus alternans bulunur. Palpasyonda karaciğer ağrılı ve büyüktür. Juguler venlerde dolgunluk vardır. Özellikle pretibial ödem vardır. Teleradyogramda kardiyomegali vardır. Akciğer stazı belirtileri görülür. EKG'de QRS voltaj düşüklüğü, T voltaj düşüklüğü, ST düzensizlikleri, sinüzal taşikardi ve aritmiler tesbit edilebilir.

Kalp yetmezliği tedavi edilmelidir. Bu maksatla uygun dozlarda digital preparatları, gerekirse diüretikler kullanılmalıdır.

İmmüno-supresif tedavinin yararı tartışmalıdır.

Varsa aritmi tedavi edilmelidir.

Bilinen bir enfektif ajana bağlı ise tedavi ona göre yönlendirilmelidir.

211.İnfektif endokardit ile ilgilidoğru olmayan hangisidir?

- a) İnfektif endokarditin en sık etkeni streptokokus viridans, stafilokokkus aureus ve enterokoklardır.
- b) Öyküde genellikle doğuştan veya akkiz kalp hastalığı bulunur.
- c) Bakteriyeminin en sık nedeni dental girişimlerdir.
- d) Prostetik kapaklarda "Candida" enfeksiyonu sıktır.
- e) Yenidoğanlarda Gram (-) enfeksiyonlar sıktır.

Cevap D (Park, Pediatric Cardiology for Practitioners, 3.baskı, s.285; Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.255)

Doğumsal kalp hastalıklarında endokardit riski en fazla olanlar, Fallot tetralojisi ve VSD'dir.

Çocuklarda sağ taraf endokarditi daha sıktır.

Etiyolojide %80 vakada S.viridans ve S.aureus etkindir.

Akut gidişli, zeminde kardiyak lezyon olmadan gelişen endokarditten S.aureus, yapay kapak ameliyatlarından sonra gelişen endokarditlerden ise S.epidermidis sorumludur.

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
2. Janeway lezyonları
3. Splinter hemorajisi
4. Roth lekeleri
5. Peteşiler

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

Yeni bir üfürüm duyulur veya bilinen bir üfürüm yer değiştirir.

Kalp yetmezliği sık rastlanan başka bir bulgudur.

Eritrosit sedimentasyon hızı çok artmıştır. Anemi ve lökositoz hemen daima vardır. Hipergamaglobulinemi vardır. Mikroskobik hematüri olabilir. Uzun sürerse otoantikolar ve RF pozitif olabilir. EKG'de aritmi ve ileti bozuklukları gösterilebilir. Ekokardiyogramda verüküler tesbit edilebilir.

Klasik antibiyoterapide

Penisilin ve aminoglikozid: 4-6 hafta kadar kullanılır. Kültürde stafilokok üretilmezse veya penisiline cevap vermezse;

Vankomisin 3.kuşak sefalosporin kullanılabilir.

Şu işlemlerde endokardit profilaksisi yapılmalıdır;

1. Tüm dental girişimler
2. Tonsillektomi, adenoidektomi
3. Respiratuvar mukozayı içeren biyopsi
4. Bronkoskopi
5. Enfekte doku insizyon ve drenajları
6. Genitoüriner sistem ve gastrointestinal sistem girişimleri

212.Atriyal septal defekt ile ilgili doğru olmayan hangisidir?

- a) S2 sabit çift duyulur.
- b) Genellikle sol üst sternal kenarda 2-3/6 dereceden sistolik ejeksiyon üfürümü duyulur.
- c) En sık konjenital kalp hastalığıdır.
- d) Telekardiyografide sağ atriyum ve sağ ventrikül büyümesi görülebilir.
- e) Sol alt sternal kenarda erken diyastolik üfürüm duyulabilir.

Cevap C (Nelson, Textbook of Pediatrics, 14.baskı, s.1170; Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.241)

En sık rastlanılan konjenital kalp hastalığı VSD'dir.

213.Aşağıdakilerden hangisi volüm yükünü artırarak kalp yetmezliğine yol açmaz?

- a) Ventriküler septal defekt
- b) Mitral yetmezliği
- c) Aort yetmezliği
- d) Hipertansiyon
- e) Patent duktus arteriozus

Cevap D (Nelson, Textbook of Pediatrics, 14.baskı, s.1213; Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.247)

Hipertansiyon kalpte basınç yüklemesi yaparak kalp yetmezliğine neden olur. Diğerleri volüm yükü yaparak kalp yetmezliği yapar.

214.Yenidoğan döneminde özellikle 3 günden sonra görülen konvülsiyonların en sık nedeni hangisidir?

- a) Santral sinir sistemi enfeksiyonu
- b) Hipokalsemi
- c) Hiponatremi
- d) Hipernatremi
- e) Hipoglisemi

Cevap B (Neyzi, Pediatri, 1.cilt, s.249)

Hipokalsemi metabolik nedenler arasında ön sıradadır. Geç hipokalsemik konvülsiyonlar hemen daima 4-10. günler arası görülür.

215. Poliarteritis nodoza benzeri bulgulara ek olarak astım benzeri akciğer hastalığı atakları ve eozinofili ile karakterize granülomlu vaskülit aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Wegener granülopatisi
- b) Lenfomatoid granülopatisi
- c) Churg-Strauss sendromu
- d) Sarkoidoz
- e) Tüberküloz

Cevap C (Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.127)

Deri ve pulmoner tutulum ile karakterize, eozinofili ve astma belirtileri olan küçük ve orta arterlerin granülo-matöz vaskülit olarak ifade edilen Churg Strauss sendromu, PAN'ın bir alt grubudur.

216. Aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?

- a) Rh uyumsuzluğuna bağlı izoimmün hemolitik anemi ilk 24 saatte ortaya çıkar.
- b) Anne A Rh (-) Bebek A Rh (+) ise, bebekte Rh hemolitik hastalığı olması olasıdır.
- c) Anne 0 Rh (+) Bebek 0 Rh (-) ise bebekte Rh hemolitik hastalığı olasıdır.
- d) Rh hemolitik hastalığında direkt coombs kuvvetle (+)tir.
- e) Rh hemolitik hastalığında periferik yaymada normoblastlar görülür.

Cevap C (Neyzi, Pediatri, 1.cilt, s.292)

Rh hemolitik hastalık aşağıda sayılı koşulların varlığında gelişir:

- Rh negatif bir anne ve Rh pozitif bir fetus
- Fetal eritrositlerin anne dolaşımına geçmesi
- Annenin fetal eritrositler üzerindeki D antijenine karşı sensitizasyonu ve anti-D antikoların yapımı
- Bu antikoların transplental olarak fetal dolaşıma geçmesi
- Bu antikoların Rh pozitif fetal eritrositlere yapışması
- Antikolarla kaplı fetal eritrositlerin yıkımı

217. Aşağıdakilerden hangi durumda folik asit tedavisi profilaktik olarak verilmelidir?

- a) Orotik asidüri
- b) Lesh Nyhan sendromu
- c) Kronik hemolitik anemiler
- d) İmmerslund Grosbeck hastalığı
- e) Metil malonic

Cevap C (Neyzi, Pediatri, 1.cilt, s.367)

Sağlıklı kişilerde besinlerle alınan folik asit yeterlidir. Gebelik, hemolitik anemi, malabsorbsiyon gibi folik asit gereksinimini arttıran durumlarda günde 0.1-0.5 mg folik asit verilmesi önerilir.

218. Yeni doğmuş hipotonik bir bebekte göbek kordon kanında kreatin kinaz düzeyinin normalin 20 kat üstünde saptanması ile hangi tanı konur?

- a) Werdnig-Hoffman hastalığı
- b) Prader-Willi sendromu
- c) Fasio-skapulo-humeral muskuler distrofi
- d) Duchenne muskuler distrofi
- e) Benign konjenital hipotoni

Cevap D (Nelson Essentials of Pediatrics, 2.baskı, s.701)

Duchenne muskuler distrofisi, X'e bağlı resesif geçiş gösterir. Muayenede bulber hipertrofi, hiperklordik ve paytak yürüyüş ve yerden kolay doğrulamama şeklinde kendini gösteren hafif-orta şiddette proksimal bacak zayıflığı ortaya çıkar. Ölüm miyokard tutulumundan kaynaklanan konjestif kalp yetersizliği ya da pnömoniye bağlıdır. Serum kreatin fosfokinaz düzeyi her zaman belirgin olarak yüksektir.

219. Aşağıdaki endokrin hastalıklarından hangisinde hipertansiyon olmaz?

- a) Addison
- b) Cushing
- c) Feokromasitoma
- d) Nöroblastoma
- e) Konjenital adrenal hiperplazi

Cevap A (Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.341)

Addisonda hipertansiyon değil, postural hipotansiyon görülür.

220. Sağlıklı zamanında doğan bebekte fizyolojik sarılık kabul edilebilecek en yüksek bilirubin değeri hangisidir?

- a) 8 mg/dl
- b) 10 mg/dl
- c) 6 mg/dl
- d) 12 mg/dl
- e) 20 mg/dl

Cevap D (Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.69,70)

Yenidoğan fizyolojik olarak hiperbilirubinemiye eğilimlidir. Fizyolojik sarılık diyebilmek için bebeğin sağlıklı olması gerekir. Emme refleksi, diğer yenidoğan refleksleri, tonus, yakalama refleksi, sağlıklı bebek için kriterlerdir.

Fizyolojik sarılığı ekarte ettiren sebepler şunlardır:

- Sarılığın ilk 24 saatte ortaya çıkışı
- Total serum bilirubin düzeyinin günde %5 mg üzerinde artması
- Serum bilirubin düzeyinin miadında yenidoğanlarda %12 mg, prematürelere %14 mg üzerinde olması
- Direkt bilirubin %2 mg üzerinde olması

-Sarılığın yenidoğanda bir haftadan, prematürede 2 haftadan daha uzun süre sürmesi

221.Tetanus hastalığı ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Tetanus anaerobik bir enfeksiyondur.
- b) En sık bulaş yolu yaraların ve göbek kordonunun kontaminasyonudur.
- c) Yaşam boyu immunité bırakır.
- d) Trismus, yaygın tonus artışı, aralıklı gelen kasılmalar ve otonomik aktivite artışı, bilinç değişikliği olmaması tipik semptomlarıdır.
- e) Yenidoğan tetanusunun erken bulguları emme zorluğu, aşırı ağlama ve irritabilitedir.

Cevap C (Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.146)

Tetanus kalıcı bağışıklık sağlamaz.

222.Aşağıdakilerden hangisi aşı uygulamasında gerçek bir kontrendikasyondur?

- a) Ailede aşı reaksiyonu öyküsü varlığı
- b) Başka bir nedenle antimikrobiyal tedavi alıyor olması
- c) Bir önceki aşılama da lokal komplikasyonların yaşanmış olması
- d) Spesifik bir allerjenin varlığının saptanması
- e) Bebeğin prematüre doğmuş olması

Cevap D (Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.133)

Aşılama da kontrendikasyonlar;

- Malnütrisyonlarda
- Malignitelerde
- Konjenital immün yetmezlik
- İmmünsüpresif ilaç alanlarda
- Radyasyon alanlarda
- Ateşli hastalıklarda ateşli hastalık geçene kadar
- Kalp, karaciğer, böbrek hastalıkları ve diabetli hastalarda
- Tüberküloz, lepra, sifiliz gibi kronik ve kaşeksiye yol açan hastalıklarda
- Konvülsiyon yapan hastalıklarda
- Hamilelikte; canlı virus aşısı yapılmamalıdır. 3 ay içerisinde gebe kalma ihtimali olan kadınlarda da yapılmaz. Evde hamile varsa polio aşısı uygulanmamalıdır.
- Erişkin dönemde; boğmaca yapılmaz. Oral polio aşısı ile nörolojik defekt riski artar.

223.Erken neonatal sepsiste aşağıdakilerden hangisi major risk faktörü değildir?

- a) 24 saat'den daha uzun süreli erken membran rüptürü olması
- b) İntrapartum maternal ateşin (38°C) üzerinde olması

- c) Koriyoamniyonit bulunması
- d) Birinci ikiz olması
- e) Israrlı fetal taşikardi (>160/dk)

Cevap D (Neyzi, Pediatri, 1.cilt, s.325)

Amniotik kesesinin erken açılması (doğumdan>18 saat önce), annede intrapartum ateş (>37.5°C), lökositoz (>18 000/mm³), uterus yumuşaklığı, fetusta taşikardi (>180/dak) ve koriyoamniyonit gibi obstetrik risk faktörlerinin varlığında sepsis riski artar.

224.Menenjit geçiren bir süt çocuğunda pürülan perikardit gelişirse, öncelikle hangi etken düşünülmelidir?

- a) Mycobacterium tüberküloz
- b) Coxsackie virusu
- c) Hemofilus influenza
- d) Adenovirus
- e) Ebstein-Barr virus

Cevap C (Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.148)

1 ay ve 4 yaş arası bakteriyel menenjitlerin en sık sebebi H. influenza tip B'dir. Pnömoni, artrit, osteomyelit, perikardit, sellülit ve endoftalmit ile beraber de görülebilir.

225.Megaloblastik değişiklik hangi tip makrositer anemide görülmez?

- a) Folat eksikliği
- b) Pernisiyöz anemi
- c) Aplastik anemi
- d) Orotik asidüri
- e) B12 vitamin eksikliği

Cevap C (Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.263)

Bkz. Tablo 29.

226.Aşağıdaki hastalıklardan hangisinde periferik yaymada, çekirdekli hücrelerde patoloji vardır ve bu durum tanıya yardımcıdır?

- a) Ataksia-telenjiektazi
- b) Chediak-Higashi sendromu
- c) Griscelli sendromu
- d) Bruton hastalığı
- e) Hiper immunglobulin-M sendromu

Cevap B (Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.280)

Chédiak Higashi sendromu, otozomal resesif geçer. Primer ve sekonder granüllerin füzyon kusuru vardır. Lenfosit de dahil pek çok hücrede dev granüller vardır. Granüllere trombosit, lenfosit, eritrosit, deri fibroblastlarında da rastlanır. Kemotaksi, degranülasyon ve hücre içi öldürme bozukluğu vardır.

Tablo 29. Anemilerin morfolojik olarak sınıflandırılması

- I. Mikrositer anemiler
- Demir eksikliği
 - Talassemi
 - Kronik kurşun zehirlenmesi
 - Sideroblastik anemiler
 - Kronik inflamasyon
 - Bazı konjenital hemolitik anemiler (HbE hastalığı, anstabil hemoglobinler)
- II. Makrositer anemiler:
- a. Kemik iliğinde megaloblastik değişiklikler olan:
- B12 eksikliği (pernisyöz anemi, ileum rezeksiyonu, doğumsal intrensek faktör eksikliği, doğumsal transkobalamin eksikliği)
 - Folik asit eksikliği
 - Hereditör orotik asitüri
 - Tiamine cevap veren megaloblastik anemiler
- b. Kemik iliğinde megaloblastik değişiklikler olmayan:
- Aplastik anemiler
 - Salt eritrosit anemisi
 - Hipotiroidi
 - Karaciğer hastalıkları
 - Kemik iliği infiltrasyonu
 - Diseritropoideki anemiler
- III. Normositik anemiler:
1. Konjenital hemolitik anemiler:
 - Anormal hemoglobin hastalıkları
 - Eritrosit enzim eksiklikleri
 - Eritrosit membran bozuklukları
 2. Akkiz hemolitik anemiler:
 - İmmünohemolitik anemiler
 - Mikroanjyopatik hemolitik anemiler
 - Enfeksiyonlara sekonder hemolitik anemiler
 3. Akut kan kaybı
 4. Splenomegali
 5. Kronik böbrek yetmezliği

227.Çocukluk çağının en sık görülen vaskülitini hangisidir?

- a) Kawasaki hastalığı
- b) Behçet hastalığı
- c) Henoch-Schönlein purpurası
- d) Wegener granülomatozisi
- e) Poliarteritis nodoza

Cevap C (Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.217)

Henoch Schönlein Purpurası, çocukluk çağında en sık görülen vaskülitidir.

228.Akut glomerulonefrit düşünülen bir hastada serum kompleman düzeyi 2 ay içinde yükselmemişse aşağıdaki tanılardan hangisi düşünülür?

- a) Membranoproliferatif glomerülonefrit
- b) IgA nefropatisi
- c) Benign rekürren hematüri
- d) Membranöz nefropati
- e) Minimal değişiklik gösteren nefrotik sendrom

Cevap A (Nelson Essentials of Pediatrics, 2.baskı, s.596)

Membranoproliferatif glomerülonefrit; akut poststreptokokkal glomerülonefrittekine benzer bir durumla ortaya çıkabilir, ancak özgül olarak süregen hipokomplementemi bulunur. Bu membranoproliferatif hastalık sıklıkla AGN olan hastaların %10'undan azında görülen nefrotik sendrom olarak ortaya çıkar.

PEDİATRİ

1. Toksoplazmozis ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- Edinsel toksoplazmoziste tek bulgu lenfadenopati olabilir.
- Konjenital toksoplazmozisli olguların %50-75'i doğumda asemptomatiktir.
- Hidrocefali, serebral kalsifikasyon ve koryoretinit, konjenital toksoplazmozisin klasik üçlüsüdür.
- Konjenital toksoplazma tanısı için yenidoğan kan örneğinde IgG düzeyine bakılmalıdır.
- Klinik bulgu olsun ya da olmasın konjenital toksoplazmozisli yenidoğanlar tedavi edilmelidir.

Cevap D (Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.166)

Toksoplazma triadı;

- Serebral kalsifikasyon
- Koryoretinit
- Hidrocefali

Konjenital toksoplazmoziste; annelerin çoğu asemptomatiktir. Geç gebelikte geçirilen enfeksiyon çocuklarda daha şiddetli konjenital enfeksiyon bulgularına yol açar. Beslenme bozukluğu, ateş, rash, peteşi, lenfadenopati, nöbetler, serebral kalsifikasyonlar, hepatomegali, splenomegali, sarılık, hidrocefali/mikro-sefali, mikroftalmi, koryoretinit bulguları olabilir. %65-75 vaka doğumda asemptomatik olup doğumu takip eden yıllarda koryoretinit, retardasyon, nörolojik bozukluklar meydana gelebilir.

Lokalize lenfadenopati en sık bulgu olup, Hodgkin lenfoma ile ayırımı zordur.

Konjenital enfeksiyonlarda tanı maternal+transplasental antikor mevcudiyeti ile komplikedir. Maternal antikor yoksa tanı ekarte edilir. Maternal antikor ve yenidoğanda antikor varsa transplasental (antikor seviyesi düşer) ve konjenital enfeksiyon (antikor seviyesi normal veya artmış) ayırt edilmelidir. Yenidoğan serumunda anti-Ig M antikorları toksoplazma enfeksiyonunu gösterir.

2. Kızamık aşısı en erken ne zaman yapılmalıdır?

6. ay
9. ay
12. ay
15. ay
18. ay

Cevap B (Neyzi, 1.cilt, s.522)

Aşılama ile kızamık hastalığı sıklığının azalmış ve ileri yaşlara kaymış olduğu ülkelerde aşı uygulaması genellikle 12-15. aylar arasında tek doz olarak yapılmakta ve bu şekilde %95 oranında bir bağışıklık

sağlanmaktadır. Son yıllarda 12-18 yaş arası kişilerde kızamık salgınları görülmüştür. Bunların çoğu aşı olmalarına karşın hastalığa yakalanmışlardır. Bu nedenle ilk aşının 15 aylıkta uygulandığı çocuklarda kızamık aşısının 4-6 yaş veya 11-12 yaş arasında tekrarlanması önerilmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü, kızamığın sık görüldüğü ülkelerde kızamık aşısının rutin olarak süt çocuklarına 9 aylıkta yapılmasını önermektedir. Buna uyarak, Sağlık Bakanlığı aşı programında da kızamık aşısı 9 aylıkta yapılan ilk aşılama 6 ay veya daha uzun bir süre sonra uygulanan ikinci bir doz ile bağışıklık oranı artırılmalıdır. Kızamık epidemilerinde bölgede 6. ayını tamamlamış tüm çocuklar aşılanmalıdır. 6. aylıkta aşılanma ile yaklaşık %50 oranında bağışıklık sağlanır.

3. Aşağıdaki mikroorganizmalardan hangisi ile oluşan gastroenteritlerin tedavisinde antibiyotik kullanılmaz?

- V. kolera
- Salmonella
- Shigella
- Giardia lamblia
- Entamoeba histolytica

Cevap B (Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.184)

Salmonella gastroenteritlerinde antibiyotik tedavisi gerekmez. Antibiyotikler tabloyu etkilemez ve taşıyıcılık riskini artırır.

4. Ağır diyare yakınması ile gelen bir hastada ilk önce aşağıdakilerden hangisi yapılmalıdır?

- Kan gazları ölçülmelidir.
- Elektrolit düzeyleri ölçülmelidir.
- Dehidratasyon derecesi saptanmalıdır.
- İntravenöz sıvı takılmalıdır.
- Antibiyotik başlanmalıdır.

Cevap D (Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.185)

Ağır diyare vakalarında ilk yapılacak parenteral sıvı tedavisidir. Şuur açık ise nazogastrik yolla oral rehidratasyon sıvısı verilebilir. IV sıvı uygulanan vakalarda 3 saatlik uygulama sonunda yapılacak değerlendirmeye göre ağız yolu ile sıvı tedavisine geçilir veya IV uygulamaya devam edilir. Hastanın genel durumu düzelir düzelmez beslenme başlatılır.

Ateşi olan her diyare vakasında birlikte sistemik enfeksiyon varsa uygun antibiyotik kullanılır. Sistemik enfeksiyon belirtileri saptanmayan vakalarda antipiretik tedavi yapılması yeterlidir. Ancak üç aylık-

PEDİATRİ

tan küçük bebeklerde ve ağır malnütrisyonlu ateşli diyare vakalarında muayenede sistemik enfeksiyon bulgusu olmasa da geniş spektrumlu antibiyotiklere başlanır.

Kanlı gaita ile gelen vakalarda laboratuvar sonuçları beklenmeden shigellalara etkili antibiyoterapi başlanmalıdır.

Antibiyotik diyaresinde, sorumlu antibiyotik kesilir.

5. Aşağıdakilerden hangisi prerenal böbrek yetmezliğine yol açar?

- a) Akut poststreptokoksik glomerulonefrit
- b) Akut dehidratasyon
- c) Burkitt tümörü
- d) Hemoglobüri
- e) Posterior üretral valv

Cevap B (Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.322)

Prerenal yetmezlik:

Yenidoğanda;

- a. Plazma volümünün azalması (hemoraji, dehidratasyon, sepsis)
- b. Renal hipoperfüzyon (hipoksi, RDS, konjestif kalp yetmezliği, şok, aortun klemplenmesi)

Büyük çocuklarda

- a. Kanama
- b. Hipotansiyon
- c. Dehidratasyon
- d. Sepsis
- e. Yanık
- f. Şok
- g. Nefrotik sendrom
- h. Konjestif kalp yetmezliği
- i. İleus
- j. Peritonit

6. 20 kg ağırlığındaki bir çocuğun idame su ve elektrolitik ihtiyacı ne kadardır?

- a) 1000ml su + 3 mEq sodyum + 20mEq potasyum
- b) 1500ml su + 45 mEq sodyum + 30mEq potasyum
- c) 2000ml su + 45 mEq sodyum + 30mEq potasyum
- d) 3000ml su + 60 mEq sodyum + 40mEq potasyum
- e) 1500ml su + 60mEq sodyum + 45mEq potasyum

Cevap B (Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.21)

Bkz. Tablo 1.

7. Aşağıdakilerden hangisi Tip I diyabet tanısına uyumaktadır?

- a) AKŞ > 200 mg/dl,
- b) AKŞ = 140 mg/dl, Tokluk KŞ > 200 mg/dl
- c) AKŞ > 160 mg/dl
- d) Tokluk kan şekeri > 180 mg/dl
- e) AKŞ < 140 mg/dl, Tokluk kan şekeri > 140 mg/kg

Cevap A (Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.343)

Poliüri, polidipsi ve polifaji şikayetleri olan glukozürlü çocukta tanı hipergliseminin belirlenmesi ile konur. Rastgele alınan örnekte glukoz 200 mg/dl üzerinde ise tanı konabilir.

8. Gece saat 03:00'da hipoglisemi, sabah hiperglisemi gösteren diyabetli bir olguda ne düşüyorsunuz?

- a) Otonomik nöropatiyi
- b) Gece kristalize dozunun az geldiğini
- c) Somogyi fenomenini
- d) Şafak fenomenini
- e) Oral antidiyabetiğe geçilme gerekliliğini

Cevap C (Nelson, Essentials of Pediatrics, 2.baskı, s.649)

Somogyi fenomeni gece hipoglisemisine yanıt olarak karışık-düzenleyici hormonların glukoz yapımını artırması sonucunda sabah erken saatlerde oluşan hiperglisemi atağını tanımlar. Hipoglisemi sabah baş ağrısı, gece korkuları ve terlemelere neden olabilir; sonuçta oluşan rebound hiperglisemi aşırı glukozüri ile kendini gösterir. Sabah 3'de glukoz ölçümü hipoglisemiyi gösterir; NPH uygulamasını akşam yemeğinde yatma zamanına kaydırmak bu sorunu önleyebilir. Şafak fenomeni hipoglisemi öyküsü olmayan hastalarda sabah erken saatlerde oluşan belirgin hiperglisemiyi tanımlar. Bu iki fenomenin ayrımı çok önemlidir, çünkü Somogyi fenomeninde gece dozunun zamanın değiştirilmesi ya da azaltılması gerekir, ancak şafak fenomeninde gece dozu arttırılmalıdır. Bu nedenle, tedavi için evde uygun şekilde kan glukoz ölçümü yapılarak sabah erken saatlerdeki hipoglisemi ya da hipergliseminin belgelenmesi gerekir.

Tablo 1. İdame tedavisi

	Kalori ihtiyacı (kal/kg/gün)	Su ihtiyacı (ml/kg/gün)	Elektrolit ihtiyacı
1-10 kg	100	100	Her 100 ml su
10-20 kg	1000+(ağırlık-10)x50	1000+(ağırlık-10)x50	için, 3 mEq Na ⁺
20 kg'dan fazla	1500+(ağırlık-20)x20	1500+(ağırlık-20)x20	2-2.5 mEq K ⁺

9. Diabetik ketoasidozun düşük doz insülin infüzyonu ile tedavisinde saatte gidecek insülin dozu aşağıdakilerden hangisidir?

- a) 0.4 Ü/kg NPH
- b) 0.5 Ü/kg Reguler insulin
- c) 0.1 Ü/kg Reguler insulin
- d) 1 Ü/kg NPH
- e) 0.25 Ü/kg Regüler insulin

Cevap C (Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.346)

İnsülin tatbiki: 2. saatin sonunda başlanır. Düşük doz sürekli infüzyon tarzı verilir. 0.1 U/kg kristalize insülin verilir. Önce bolus tarzı, ardından 0.1 U/kg/sa glukoz düzeyi ölçülerek infüzyon tarzında devam edilir. Kan glukoz düzeyi; 250-300 ise ve asidoz düzeltilmiş ise insülin azaltılır.

10. Tüberküloz menenjit için beyin omurilik sıvısında aşağıdaki bulgulardan hangisi doğru değildir?

- a) Protein çok yüksektir.
- b) BOS basıncı yüksektir.
- c) Glukoz normal veya yüksektir
- d) Hücre tipi lenfosit egemenliği şeklindedir.
- e) Fibrin ağı oluşumu görülür.

Cevap C (Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.384)

Tüberküloz menenjitte bir parça BOS örümcek ağı formasyonu için bekletilir. Tüberkülozda BOS'da hidrojen iyonu konsantrasyonuna bağlı olan değişikliklere dayanan Levinson testi tanıda yardımcı olabilir.

Bkz. Tablo 2.

11. BCG aşısı almayan ve PPD testi pozitif olup akciğer grafisi morale olan 2 yaşındaki çocuğa tüberküloz yönünden ne yapılmalıdır?

- a) BCG aşısı yapılmalı
- b) Isoniazid ile 9 ay kemoprofilaksi uygulanmalı
- c) Isoniazid + Rifampin ile 9 ay tedavi edilmeli
- d) Sadece klinik olarak izlenmeli
- e) BCG aşısı ile birlikte Isoniazid kemoprofilaksisi yapılmalı

Cevap B (Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.139)

Çocukluk çağı tüberkülozunda profilaksi veya tek ilaç

kullanımı endikasyonları:

1. 6 yaşından küçük PPD (+) çocuklar (bir hastayla yakın temas olsun, olmasın)
2. ARB (+) bir hasta ile aynı evde oturan ve 15 yaşından küçük olanlar; PPD (-) olsa da korumaya alınır. Bunlarda 3 ay sonra PPD tekrarlandığında;
 - a) PPD (+) ise radyolojik ve bakteriyolojik tetkikler yapılır. Hasta değilse ilaç 6. aya dek verilir.
 - b) PPD (-) ise BCG yapılır.
3. Daha önce PPD (-) olup, son 12 ayda (+)'leşenler
4. ARB (+) bir hastayla yakın temasta olup, immün sistemi bir nedenle baskılanmış kimseler. Sadece PPD (+) olanlarda INH tek olarak 9 ay kullanılır (10-20 mg/kg)
 - Akciğerde lezyon ve klinik şikayet var, fakat ilerleyici değilse INH ve Rifampisin kullanılır.
 - Hastalık ilerleyici karakterde ise INH, streptomisin ve rifampisin kullanılmalıdır.

12. Aşağıdaki döküntülü hastalıklardan hangisi konjenital hemolitik anemili hastada aplastik kriz oluşturur?

- a) Roseola infantum
- b) Kızamık
- c) Erythema infeksiosum (5.hastalık)
- d) Kızamıkçık
- e) İnfeksiyöz mononukleoz

Cevap C (Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.159)

Eritema Enfeksiyozum (5.hastalık), insan parvovirus B19 ile meydana gelir. Transplental geçme olduğu zaman hidrops fetalis ve anemi meydana gelebilir. Kronik hemolitik anemi ile (orak hücreli anemi, sferositoz, talassemi) çocuk ve yetişkinlerde aplastik krizin en sık sebebi parvovirustur. Virus eritropoiezisi azaltığından eritrosit ömrünün kısalmasına bağlı olarak anemi gelişir.

13. Hangisi akut romatizmal ateş tanısında kullanılan Jones kriterlerini major kriterlerinden değildir?

- a) Kardit
- b) Poliartrit
- c) Eritema marjatum
- d) Artralji
- e) Subkütan noduller

Tablo 2. BOS menenjit bulguları

	Basınç	Görünüm	Hücre	Protein	Şeker
Bakteriyel		Opalesan	200-20.000 (PMN)		↓
Tüberküloz		Opalesan	50-500 (Önce PMN sonra MNL)		↓
Mantar		Değişik sıklıkta berrak	10-500 (Önce PMN sonra MNL)		↓
Viral	N veya az	Berrak	0-Birkaç yüz (Çoğu MNL)	N veya az	Normal

Cevap D (Nelson, 1996, s.756; Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.254)

Streptokok enfeksiyonundan sonra boğaz kültürü (-) ise ARA olasılığı %0.3, kültür (+) ise bu olasılık %3, yani 10 kat fazladır. Streptokok antikoları iki ay sonra düşer. Titre ile hastalığın şiddeti orantılı değildir. EKG'de 1/3 vakada PR uzar.
Bkz. Tablo 3.

14.Epileptik nöbetlerin hangi tipi 3-4 dakika hiperventilasyonla klinik olarak ortaya çıkarılabilir?

- Generalize tonik-klonik nöbetler
- Petit mal absans tipi nöbetler
- Kompleks myoklonik epilepsiler
- Kompleks parsiyel nöbetler
- İnfantil spazm

Cevap B (Nelson, 1996, s.1688; Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.375)

Absans Nöbeti (Petit mal); İdiyopatik sentransefalik epilepsinin en tipik örneğidir.
-4-5 yaştan puberte çağına kadar görülebilir.
-Belirgin organik neden saptanamaz.
-Ani başlar ve ani biter.
-Günde 20-30 defa olur.
-Hiperventilasyonla nöbet ortaya çıkarılabilir.
-Nöbette bilinç kaybolur, gözler dalar şekilde pitoz ve göz kapaklarında 15-20 sn süren tekrarlayıcı hareketler nöbet için karakteristiktir. Nöbet sonrası nöbeti hatırlamaz.

15.Hangisi pseudotümör serebri nedeni değildir?

- Hipoparatiroidizm
- Addison hastalığı
- Polisitemi
- Galaktozemi
- Hipertiroidizm

Cevap E (Nelson, Essentials of Pediatrics, 2.baskı, s.677)

Bkz. Tablo 4.

16.Klasik fenil ketonürlü olup sağlıklı erkekle evlenen bir kadının maternal fenilketonürlü bebeği için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- Bebek mikrosefalik doğabilir.
- Bebek düşük doğum ağırlıklı doğabilir.
- Bebekte konjetinal kalp hastalığı olabilir.
- Annenin gebelikte fenilalanininden kısıtlı alması bebeği durumunu etkilemez
- Bebekte mental retardasyon ortaya çıkabilir.

Cevap D (Neyzi, Pediatri, 1.cilt, s.165)

Yenidoğan tarama testleri ile saptanan fenilketonüri (FKU) vakalarının erken ve başarılı tedavisi, giderek

Tablo 3. Modifiye Jones kriterleri

Majör Kriterler
(Pan) Kardit
Migratuvar poliartrit
Sydenham koreası
Subkutan nodüller
Eritema marginatum
Minör Kriterler
Ateş
Artralji
Geçirilmiş streptokok enfeksiyonu hikayesi
Uzamış PR mesafesi
Akut faz reaktanlarında artış (Sedimentasyon, CRP, ASO)

Tablo 4. Psödötümör serebri ile ilişkili anormallikler

Endokrin ilişkili	İlaçlarla ilişkili
Obesite	Vitamin A fazlalığı
Menarş	Vitamin A eksikliği
Addison hastalığı	Tetracycline
Gebelik	(bebeklikte)
Hipoparatiroidizm	Steroid tedavisi
Malnütrisyon sonrası	(genellikle doz azaltılması)
yetiştirme büyümesi	sırasında)
	Nalidixic acid
	Doğum kontrol hapları
Diğer hastalıklar	
Demir eksikliği anemisi	
Galaktozemi	
Polisitemi	
Orta kulak hastalığı	

artan sayıda FKU'lu annenin çocuk doğurmasına olanak vermektedir. Gebelikleri sırasında uygun diyet tedavisi almayan annelerin bebeklerinde mental gerilik (%92), mikrosefali (%73), kongenital kalp hastalığı (%12), intrauterin ve postnatal büyüme geriliği (%40) ve spontan düşüklükler (%40) bildirilmiştir.

17.Antikanser kemoterapotik ilaç ve yan etkileri konusundaki aşağıdaki eşleştirmelerden hangisi yanlıştır?

Kemoterapotik ilaç	Yan etki
a) Doksorubisin	Kardiyomiyopati
b) L-Asparaginaz	Lökopeni
c) Metotreksat	Mukozit
d) Siklofosamid	Hemorajik sistit
e) Vinkristin	Periferik nöropati

Cevap B (Nelson Essentials of Pediatrics, 2.baskı, 1996, s.553, tablo 15-5)

L-asparaginazın yan etkileri; Allerjik reaksiyon, pankreatit, hiperglisemi, trombosit disfonksiyonu, koagülopati, ensefalopadi.

18.Kanser tedavisinin geç komplikasyonları konusundaki aşağıdaki eşleştirmelerden hangisi yanlıştır?

Kemoteropatik ilaç	Yan etki
a) Alkilleyici ajanlar	İnfertilite
b) Aktinomisin-D	İkincil kanserler
c) 6-merkaptopürin	Hepatotoksisite
d) Bleomisin	Pulmoner fibrozis
e) Kranial radyasyon	Büyüme geriliği

Cevap B (*Nelson Essentials of Pediatrics, 2.baskı, 1996, s.557, tablo 15-8*)

İkincil kanserler, radyasyon ve alkilleyici ajanlarda görülür.

19.Aşağıdakilerden hangisi konjenital hipotiroidi semptomu değildir?

- Hipotoni
- Uzamış fizyolojik sarılık
- Dil büyüğü
- Umbilikal herni
- İshal

Cevap E (*Lifshitz, Pediatric Endocrinology, 1996, 3.baskı, s.376-377; Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.336*)

Bkz. Tablo 5.

Tablo 5. Konjenital hipotiroidizmin kliniği

- Uzamış sarılık (%30)
- Letarji (%32)
- Konstipasyon
- Beslenme güçlüğü
- Soğuk, kuru, benekli deri
- Umbilikal herni
- Makroglossi
- Geniş fontanel ve sütürler
- Abdominal distansiyon
- Hipotoni veya yavaş refleksler (%36)
- Guatr (çok seyrek)
- Hipotermi

20.Hemofili A için yanlış olan işaretleyiniz?

- X'e bağlı resesif geçiş vardır.
- Kanama zamanı uzamıştır,
- Hemartroz önemli komplikasyonlardandır,
- Trombosit sayısı normaldir,
- Tedavide taze donmuş plazma kullanılabilir.

Cevap B (*Nathan, Oksi, Hematology of Infancy and Childhood, 1993, s.1613-1620; Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.285*)

Bkz. Tablo 6.

21.Aşağıdaki koagulasyon faktörlerinden hangisi Protrombin zamanının belirlenmesinde rol oynamaz?

- Faktör II
- Faktör V
- Faktör X
- Faktör VII
- Faktör XII

Cevap E (*Nathan, Oksi, Hematology of Infancy and Childhood, 1993, s.1531-1540; Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.283*)

Bkz. Tablo 7.

22.Çocuklarda en sık görülen bağ dokusu hastalığı hangisidir?

- Vaskülitler
- SLE
- Juvenil Romatoid artrit
- Dermatomyozit
- Skleroderma

Cevap C (*Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.121*)

En sık görülen çocukluk çağı konnektif doku hastalığıdır.

Bkz. Tablo 8.

23.Bronşiolitin en sık etkeni hangisidir?

- Streptokoklar
- H. influenza
- RSV
- Adenoviruslar
- Rinovirus

Tablo 6. Hemofili ve von Willebrand hastalıklarının karşılaştırılması

	Hemofili A	Hemofili B	von Willebrand Hastalığı
Kalıtım	X'e bağlı	X'e bağlı	Otozomal dominant veya resesif
Eksik faktör	VII (Koagülan)	IX	vWF ve VIII: AHF
Kanama yeri	Kas, eklem, cerrahi	Kas, eklem, cerrahi	Müköz membran, deri
Protrombin zamanı	Normal	Normal	Normal
PTT	Uzun	Uzun	Uzun veya normal
KZ	Normal	Normal	Uzun
Platelet agregasyon	Normal	Normal	Normal

PEDİATRİ

Tablo 7. Pıhtılaşmada eksikliklerin tanısı

Eksik faktör	Test			
	PT	aPTT	Trombosit	KZ
Fibrinojen (I)	A	A	N	N
Protrombin (II)	A	A	N	N/A
Doku tromboplastini (III)				
Kalsiyum (IV)				
Labil faktör (V)	A	A	N	N/A
Stabil faktör (VII)	A	N	N	N
Anti hemofilik globülin (VIII)	N	A	N	N
Christmas faktörü (IX)	N	A	N	N
Stuart Power faktörü (X)	A	A	N	N/A
Plazma tromboplastin öncülü (XI)	N	A	N	N
Hageman faktörü (XII)	N	A	N	N
Fibrin stabilizan faktör (XIII)	N	N	N	N
Prekallikrein (Fleteher faktörü)	N	A	N	N
von Willebrand (VIII ag)	N	N/A	N	N/A
Trombositopeni	N	N	A	N/A
Fonksiyonel trombosit defekti	N	N	N/A	A
Damar hasarı	N	N	N	N/A

N: Normal A: Anormal

Tablo 8. Çocukluk çağı konnektif doku hastalıkları

Jüvenil romatoid artrit (JRA)	%75-80
Sistemik lupus eritematozus	5-10
Dermatomyozitis	3
Juvenil ankilozan spondilit	3
Skleroderma	3
Vaskülitik sendromlar	2
-MLNS (Multinükleer lenfnodu sendromu)	
-HSP	
-Dev hücreli arteritis	
-Behçet hastalığı	
-Wegener granüloatozisi	
-Poliarteritis nodosa (PAN)	

Cevap C (Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.221)

Alt hava yollarının inflamatuvar tıkanması ile karakterize bir enfeksiyondur. En sık 6 aylıkken görülür.

Etiyolojide viruslar ve allerjik hikaye önemlidir. Reküran akut bronşiolit ve ailesel hikaye durumlarında allerjik faktörler düşünülmelidir. Viral etkenler RSV (%50), parainfluenza 3, mikoplazmalar, bazı adenoviruslar, influenza ve rinoviruslardır.

24.Çocukta akut epiglottitin en sık nedeni hangisidir?

- Strep. pnömonia
- RSV
- H. influenza
- Staph. aureus
- Strep. viridans

Cevap C (Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.220)

Epiglottis ve komşu yapılar hızla gelişen ve yaşamı tehdit eden havayolu obstrüksiyonuna neden olan enfeksiyondur. Tipik olarak 3-6 yaşlarındaki çocuklarda meydana gelir. Etiyolojik ajan hemen hemen daima bakterilerdir (H. influenza tip B). Kış ve ilkbahar aylarında siktir.

25.Wilms tümörü en sık nereye metastaz yapar?

- Beyin
- Akciğer
- Karaciğer
- Kemik
- Kolon

Cevap B (Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.296)

Çocuklarda akciğere en sık metastaz yapan tümör Wilms tümürüdür. Yalancı bir kapsülü vardır. Genellikle böbrek venine doğru ilerler. Bölgesel lenf nodlarına ve oradan akciğere yayılır. Daha geç evrede karaciğer, kemik ve beyin metastazları yaparlar.

26.Rabdomyosarkomun en kötü prognozlu tipi hangisidir?

- Alveoler
- Embriyonal
- Bothyroid sarkom
- Pleomorfik
- Papiller

Cevap A (Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.302)

Rabdomyosarkom çocuktaki en sık yumuşak doku tümürüdür.

-Alveoler tip: Adölesanda daha sık görülür. Daha ziyade gövde ve ekstremitelerde gözlenir. Lokal olarak hızla yayılır. Prognozu en kötü olan tiptir.

-Embriyonal tip: 2-6 yaşları arasında en sık gözlenir. Prognozu iyidir.

-Bothyroid sarkom: Vagen, uterus, nazofarenks gibi içi boş organlardan köken alır. Embriyonal tipin özel bir şeklidir. Makroskopik görünümü üzüm salkımı şeklindedir.

-Pleomorfik tip: Daha çok yetişkinlerde gözlenir.

27.Yenidoğanda en sık stridor sebebi hangisidir?

- Bronkojenik kist
- Laringomalazi
- Pulmoner hipoplazi
- Diafragmatik herni
- Pulmoner sekestrasyonlar

Cevap B (Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.201)

Laringomalazi infantlardaki en sık stridor sebebidir. Larinks uygunsuz olarak küçüktür ve destek dokuları yumuşaktır. Hayatın ilk dört haftasında başlayan ve ağlarken veya efor ile artan solunumla veya üst solunum yolu enfeksiyonları ile şiddetlenen stridor mev-

cuttur. Stridor takriben 12 aylıktan kaybolursa da üst solunum yolu enfeksiyonları ile 3 yaşa kadar tekrarlayabilir.

28. Alport sendromunda hangisi görülmez?

- a) Hematüri
- b) Sinirsel sağırlık
- c) Renal ven trombozu
- d) Kalıtsal nefrit
- e) Böbrek yetmezliği

Cevap C (Neyzi, *Pediatrici*, 2.cilt, s.471)

Kalıtsal nefrit hematüri, sinirsel sağırlık ve ilerleyici böbrek yetersizliği ile belirlenen ve Alport sendromu olarak da bilinen bir hastalıktır. Kalıtsal nefritin kronik böbrek hastalıkları arasında önemli bir yeri vardır. Çocukluk yaş döneminde kalıtsal glomerül hastalıkları arasında en sık olanıdır. Bu nedenle de atipik gidişli her kronik glomerülo nefrit veya piyelonefritte bu hastalık da dikkate alınmalıdır. Otosomal resesif geçişlidir.

29. En sık görülen kalıtsal koagülopati hangisidir?

- a) Hemofili A
- b) Hemofili B
- c) von Willebrand hastalığı
- d) ITP
- e) Hemolitik üremik sendrom

Cevap A (Neyzi, *Pediatrici*, 2.cilt, s.382,383)

En sık rastlanan kalıtsal koagülopati Hemofili A'dır. Faktör VIII'in kalıtsal eksikliği sonucu gelişir. X kromozomuna bağlı resesif kalıtsal geçiş gösterir. Hastalık asemptomatik kadın taşıyıcılar tarafından erkek çocuklara geçirilir ve yalnız erkeklerde görülür.

Faktör VIII düzeyi %1'in altında olan vakalarda spontan deri ekimozları oluşacağı gibi en küçük travmalarda bile kanamalar ve hemartrozlar ortaya çıkar. Travma dışında da hemartrozlara ağır hemofilide sık rastlanır. Buna karşılık hafif hemofili tiplerinde sistemik kanamalara her zaman rastlanmaz, ancak belirli cerrahi uygulamalar sırasında kanama sorunları ortaya çıkar.

Hemofili A'da en belirgin bulgulardan biri, eklem içi kanamalarıdır. Diz, ayak bileği ve dirsek kanamaları hemofilide en sık klinik tabloyu oluşturur.

30. Hangisi çocuklarda trombositopeni nedeni değildir?

- a) Kloramfenikol
- b) Rifampisin
- c) Paraaminosalisilat
- d) Eritromisin
- e) Kinidin

Cevap D (Neyzi, *Pediatrici*, 2.cilt, s.390)

Bkz. Tablo 9.

Tablo 9. Çocuklarda trombositopeni nedeni olabilen ilaçlar

Antikonvülsifler ve sedatifler
Difenilhidantoin
Karbamazepin
Klonazepam
Sodyum valproat
Primidon
Antibiyotikler
Sulfisoksazol
Trimetoprim-sulfametoksazol
Paraaminosalisilat
Rifampisin
Pentamidin
Kloramfenikol
Diğer
Sitostatik ilaçlar
Sulfanilüre
Altın tuzları
Penisilamin
Kinidin

31. Nöroblastoma en sık nerede yerleşir?

- a) Torakal bölge
- b) Pelvik bölge
- c) Baş-boyun bölgesi
- d) İntrakraniyal bölge
- e) Abdominal bölge

Cevap E (Ersoy, *Türkiye Klinikleri Pediatrici Ders Notları*, 2000, s.299)

Nöroblastomda primer tümör yerleşimi şöyle olabilir:

- Abdominal
- Adrenal (%35)
- Adrenal dışı (%20)
- Torakal yerleşimli olanlar (%15)
- Baş ve boyun yerleşimliler (%5)
- Diğerleri ve bilinmeyenler (%18)
- Beyin ve olfaktor bulbustan kaynak alanlar nadirdir ve esthesio nöroblastom adını alır.

32. Çocuklarda kış aylarında görülen infeksiyöz diyarenin en sık nedeni hangisidir?

- a) Staph. aureus
- b) Rotavirus
- c) Enterik adenovirus
- d) Parazitler
- e) Shigella

Cevap B (Nelson *Essentials of Pediatrics*, 2.baskı, s.399)

Bebeklerde gastroenterite neden olan virüsler rotavirüs, calicivirus, enterik adenovirus, astrovirus ve Norwalk ajanlarının üyeleridir. Rotavirus kış aylarında görülen diyarenin en sık karşılaşılan nedenidir. Bebeklikte rotavirusun neden olduğu birincil enfeksiyon orta-ağır derecede hastalığa neden olabilirken, adolesan döneminde yeniden infekte olunması sonucu hafif şiddette hastalık oluşur. Rotavirus üst ince

PEDIATRİ

bağırsak epitelini istila eder ve şiddetli seyrettiği olgularda ince bağırsak ve kolon boyunca yayılabilir; sonuçta villus hasarı, geçici ikincil disakkaridaz eksikliği ve lamina propriada inflamasyon oluşur. Kusma 3-4 gün, diyare 7-10 gün boyunca devam edebilir; daha küçük çocuklarda dehidratasyon gözlenir.

33.En sık görülen infeksiyöz üst havayolları obstrüksiyonu nedeni hangisidir?

- a) Sinüzit
- b) Otitis media
- c) Krup
- d) Epiglottit
- e) Bronşiolit

Cevap C (*Nelson Essentials of Pediatrics, 2.baskı, s.453*)

En sık görülen infeksiyöz üst havayolları obstrüksiyonu sendromu krup veya akut infeksiyöz laringotrakeobronşit'dir. Krupun etiyojisi çoğunlukla viraldir. Parainfluenza tip 1 ve 2 virüsleri en sık karşılaşılan etkenlerdir.

Tipik hastalık 6 ay-3 yaş arasındaki çocuklarda üst solunum yolu infeksiyonu bulguları (soğuk algınlığı-grip) gibi başlar ve 5 günden daha az sürede sonlanır. Metalik nitelikte öksürük, inspiratuvar stridor ve solunum gücünün yavaş ya da akut olarak gelişebilir. Fizik muayenede; zorlu solunum, suprasternal, interkostal ve subkostal çekilmeler gibi üst havayolu obstrüksiyonu bulguları belirgindir. Beraberinde wheezing ve prodüktif öksürüğün eşlik ettiği alt havayolları hastalığı da bulunabilir. Subglottik bölge, viral inflamasyona bağlı ödem nedeniyle obstrüksiyonun en sık olduğu yerdir. Röntgende daralmış subglottik alana ait "çan kulesi" işareti görülür.

34.Gözte bitot lekeleri hangi vitamin eksikliğinde görülür?

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

Cevap A (*Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.37*)

A vitamini eksikliğinde özellikle loş ışıkta görme fonksiyonu bozulur. A vitamini yetersizliğinin klinik bulguları şunlardır:

Göz belirtileri: Gece körlüğü erken belirti olabilir. Karanlığa uyumun bozulması ile başlar. Daha geç olarak kornea ve konjunktivaya da kuruluk (kserozis) ve korneanın şeffaflığını, kaypaklığını kaybetmesi (keratomalasi) oluşur. Bulber konjunktivada kuru, gri, renkli plaklar (Bitot lekeleri), folliküler hiperkeratoz ve fotofobi ile birlikte görülür. Göz küresinin perforasyonu ve tam körlük, geç ve kalıcı bulgulardır.

Deri ve mukoza belirtileri: Deri kurudur. Pullanma olur. Özellikle omuz, kalça ve ekstremitelerin ekstansör yüzeylerinde folliküler hiperkeratoz oluşur. Solunum

yolları epitelinde metaplazi sonucu bronşial obstrüksiyon, vagina epitelinin kornifiye epitel ile döşenmesi sonucu vaginit, idrar yolları mukozasındaki değişiklikler sonucu piyüri ve hematüri oluşabilir.

35.Dermatit, diyare ve demans hangi vitamin eksikliğinde görülür?

- a) Tiamin
- b) Riboflavin
- c) Niasin
- d) Pridoksin
- e) Siyanokobalamin

Cevap C (*Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.39*)

Niasin eksikliğinde Pellegra meydana gelir, ancak çocuklarda nadirdir. Triptofan niasinin kaynağı olduğu için triptofanın egzojen eksikliği de Pellegraya eğilimi artırır. Süt ve yumurtada az miktarda niasin bulunur, ancak triptofan içeriği yeterli olduğu için bu besinler çocukları pellegradan korur.

Gastrointestinal sistem hastalıklarında, malabsorbsiyonlarda, anoreksiada pellegra gelişebilir. Klinik bulguları (Pellegra 3D):

1. Dermatit: Derinin güneşe açık bölgelerinde simetrik eritemler, keskin kenarlı plaklar olur.
 2. Gastrointestinal sistem bulguları: Diyare stomatit, glossit. Buradaki glossitte dil kaba, düz yüzeyli ve şişmiştir (coğrafik dilden farklı).
 3. Demans, depresyon, oryantasyon bozukluğu, dalgalılık.
- Tedavide mısır, baklagillerden fakir, et türlerinden zengin bir diyet önerilir. Niasin genellikle günde 10-25 mg olarak 3 dozda verilir.

36.Raşitizmin laboratuvar bulguları ile ilgili hangisi yanlıştır?

- a) Son dönemde serumda fosfat artar.
- b) Alkalen fosfat artar.
- c) Ca⁺⁺ düzeyi düşer.
- d) Serumda cAMP artar.
- e) PTH artar.

Cevap A (*Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.43*)

Bkz. Tablo 10.

37.Hangisi APGAR skorlamasında yer almaz?

- a) Uyarıya yanıt
- b) Derin tendon refleksi
- c) Cilt rengi
- d) Kas tonusu
- e) Kalp ritmi

Cevap B (*Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.54*)

Bkz. Tablo 11.

Tablo 10. Raşitizm devrelerine göre laboratuvar bulguları

Evre	Ca ⁺⁺	P	Alkalem fosfataz	Mg ⁺⁺	cAMP (serum)	PTH	Amino Fosfatürü	İdrar asitürü	cAMP
1	↓	N	N,	N	N,	N,	N,	N,	N,
2	↓, N	↓		N					
3	↓↓	↓↓		↓					

38.Sistemik başlayan JRA ile ilgili hangisi yanlıştır?

- İlk bulgu artrittir.
- Her iki cinstede eşit gözükür.
- Splenomegali vardır.
- Döküntüler ateşle birlikte başlar.
- Anemi vardır.

Cevap A (*Nelson Essentials of Pediatrics, 2.baskı, s.284*)

Sistemik başlayan JRA hastalığının en dramatik ve en az görülen şeklidir. JRA'nın erkekleri kızlar kadar sık etkileyen tek tipidir.

Çocuklarda genellikle 16 yaş ya da daha erken başlar. Gövdede eritematöz maküler döküntü, splenomegali, hepatomegali ve lenfadenopati vardır. Özellikle ateşin yükseldiği dönemlerde irritabilite ve artralji/miyalji belirgin özelliklerdir. Özgün döküntü gövde ve ekstremitelerde oluşan ufak, somon renkli maküllerdir ve yüksek ateşle gelir ve gider. Nadiren döküntü kaşıntılıdır. Sıklıkla hastalığın ilk haftaları ya da hatta ilk 6-8 ay boyunca artrit yoktur. Daha sonra kronik poliartiküler artrit gelişebilir.

Hastalığın diğer sistemik belirtileri arasında serözit; plöritle beraber ya da tek başına semptomsuz perikardit ve daha seyrek olarak abdominal serözit bulunur.

Sistemik başlayan JRA'nın tanısall laboratuvar bulgusu yoktur. Çocukta tipik olarak, derin de olabilen anemi vardır.

39.Pakiartiküler JRA'de en sık hangi eklem tutulur?

- Vertebra
- Dirsek eklemi
- Diz eklemi
- Küçük eklemler
- Kalça eklemi

Cevap C (*Nelson Essentials of Pediatrics, 2.baskı, s.285, 286*)

Küçük çocuklardaki pakiartiküler artrit başlangıcı 2 yaş civarında doruk yapar. En sık büyük eklemler tutulur. Sistemik hastalık belirtisi ve bulgusu genellikle yoktur. En sık tutulan eklem dizdir. Bunu ayak bilekleri ve dirsekler izler. Kalça hemen hemen hiç tutulmaz. Çocuğun el ve ayak eklemlerinde bazen şişlikler bulunabilir. Bu çocuklarda sıklıkla ağrı yoktur. Semptomsuz şişlik dönemi sonrasında yavaş kontraktür gelişimi görülür. Eklem hastalığı ender olarak harap edicidir.

Tablo 11. Apgar skorlaması

	0	1	2
Kalp ritmi	Kalp sesi yok	<100/dk	>100/dk
Solunum	Yok	Yüzeysel düzensiz	Düzenli solunum kuvvetli ağlama
Kas tonusu	Geniş hipotoni	Hafif fleksiyon	Fleksiyonda Hipertonik hareketli
Uyarıya yanıt (Nelatonlu buruna dokunarak)	Yok	Hafif	Öksürük, aksırık, ağlama
Cilt rengi	Siyanozlu veya soluk	Ekstremiteler siyanoze, gövde pembe	Pembe

40.10 yaşında bir çocukta en sık osteomyelit etkeni hangisidir?

- E.coli
- B grubu streptokoklar
- S. aureus
- Gram negatif basiller
- Salmonella

Cevap C (*Nelson Essentials of Pediatrics, 2.baskı, s.312*)
Bkz. Tablo 12.

41.Guillain-Barre Sendromuyla ilgili hangisi yanlıştır?

- Nöropati yukarıdan aşağıya doğru seyredir.
- BOS 1. haftada normaldir.
- Çoğunda hastalık spontan olarak düzeler.
- Refleksler genelde kaybolmuştur.
- Kraniyal sinirleri tutabilir.

Cevap A (*Nelson Essentials of Pediatrics, 2.baskı, s.700*)

Sıklıkla bir solunum ya da gastrointestinal infeksiyonların ardından görülen idiyopatik periferik bir nöropatidir; hastalık özgün olarak kendini en fazla arefleksi, gevşeklik ve bacaklarda başlayan ve yukarı doğru çıkıp kolları, gövdeyi, boğazı ve yüzü tutarak gösterir. Tipik olarak çocuklar eller ve ayaklarda duygusuzluk ve paresteziden yakınır ve sonra ayaklarda ağır bir duyu kaybını yürüme yeteneğinin kaybolmasını izler. Muayenede sıklıkla kuvvet yerinde olsa bile reflekslerin kaybolduğu ortaya çıkar. Sıklıkla meningeal belirtiler belirlenir. Bulbar ve solunum yetersizliğine ilerleme hızlı gelişebilir ve solunum işlevinin yakından izlenmesi gerekir. Otonom sinirlerin işlev bozukluğu hipertansiyon, hipotansiyon, ortostatik hipotansiyon,

Tablo 12. Akut hematojen osteomyelitin yaş gruplarına göre klinik görünümü

Yaş	Sıklıkla tutulan bölge	Semptom ve bulgular	Beklenen organizma
Yenidoğan	Çeşitli, %40'ında birden fazla bölgede tutulum	Genellikle sistemik bulgu az; yerel ödem; kol-bacak hareketlerinde azalma; eklemde effüzyon (%60-70)	Grup B streptokoklar, Escherichia coli, Staphylococcus aureus ya da Candida
1-24 aylık	Uzun kemikler; eklemler de tutulabilir	Psödoparalizi, ateş, topallama	S. aureus, grup B streptokoklar
2-20 yaş	Uzun kemiklerin metafizi; seyrek olarak vertebra gövdeleri veya pelvis	Günlerce-haftalarca fokal ağrı ile ateş (%90), fokal duyarlılık (%70), fokal şişlik (%70) veya eklemde effüzyon (%20)	S. aureus (%60-90), streptokoklar (%10), Salmonella, seyrek olarak gram negatif basiller, anaeroblar veya mantarlar

taşikardi ve diğer aritmilere, üriner retansiyon veya inkontinansa, dışkı retansiyonuna ya da anormal terleme, kızarma veya periferik vazokonstriksiyon epizodlarına yol açabilir. Kranial sinirleri tutan farklı bir türünde (Miller-Fisher) yalın ya da periferik sinir katılımı ile birlikte olabilir.

BOS sıklıkla hastalığın 1. haftasında normaldir ve sonra pleositoz olmaksızın yükselmiş protein düzeyleri görülür.

Hastalık spontan olarak düzelir ve hastaların %75'i 1-12 ay içinde normal işlevine kavuşur.

42.Gower belirtisi hangisinde görülür?

- Fasiyoskapulohumeral distrofi
- Miyotonik distrofi
- Charcot-Marie-Tooth hastalığı
- Guillain-Barre sendromu
- Duchenne distrofisi

Cevap E (*Nelson Essentials of Pediatrics, 2.baskı, s.701*)

Müsküler distrofi cinse bağlı resesif geçiş gösteren, erkek çocuklarda 20-30:100 000'de görülen bir hastalıktır. Erkek çocuklar 3 yaş civarında düzgün koşamama ya da atletik olarak akranlarından geri kalma şeklinde belirti verirler. Bazılarında önceden motor gelişme göstergelerinde (yürüme, basamak tırmanma) hafif yavaşlama öyküsü bulunur. Muayenede bulber hipertrofi, hiperlordik ve paytak yürüyüş ve yerden kolay doğrulamama şeklinde kendini gösteren hafif-orta şiddette proksimal bacak zayıflığı ortaya çıkar. Çocuk tipik olarak oturur durumdan ayakları vücudu üzerinde tırmanarak yükselir (Gower belirtisi). Güçsüzlük 6. yaşta belirti verir ve 12 yaşta tekerlekli sandalyeye bağımlı kalacak şekilde ilerleme gösterir. Onaltıncı yaşta kollar çok az hareketlidir ve solunum güçlüğü başlar. Ölüm miyokard tutulumundan kaynaklanan konjestif kalp yetersizliği ya da pnömoniye bağlıdır.

Serum kreatin fosfokinaz düzeyi her zaman belirgin olarak yüksektir. Kas biyopsisi kas lifi dejenerasyonu ve artmış intrafasiküler bağ dokusu ile birlikte rejenerasyon belirtileri ortaya çıkarır. Bu hastalık dystrophin denilen büyük bir proteinin eksikliğinden kaynaklanır.

43.Makülada kiraz kırmızısı dejenerasyon hangisinde tipiktir?

- Metakromatik lökodistrofi
- Gaucher hastalığı
- Fabry hastalığı
- Hurler sendromu
- Tay-Sachs

Cevap E (*Neyzi, Pediatri, 2.cilt, s.54*)

Tay-Sachs hastalığı infantil amorotik familial idiyosi olarak da bilinen bu hastalıkta patolojik değişiklikler MSS'yi ve tüm vücut nöronlarını ilgilendirir. Nöronlar karakteristik membranöz sitoplazmik cisimcikler içerirler. Zamanla nöronlar kaybolur. Mikroglial hücrelerde proliferasyon oluşur. Omurilikte de benzer değişiklikler gözlenir ve özellikle ön boynuz hücreleri daha fazla zarar görür.

Hastalık lizozomal bir enzim olan hekzosaminidaz A izoenziminin yetersizliğine bağlı olarak GM2 gangliosidin yıkılmasındaki defekt sonucu gelişir.

Tay-Sachs hastalığında çocuklar doğumda ve ilk aylarda normal görünümündedir. Ancak yenidoğan döneminde dikkatli bir oftalmolojik muayene ile maküladaki tipik kiraz kırmızısı leke görülebilir.

Hastalıkta kesin tanı serum, lökosit, gözyaşı ve deri fibroblastlarında hekzosaminidaz A izoenziminin eksikliğinin gösterilmesine dayanır.

44.Fabry hastalığında esas olarak dokularda hangisi birikir?

- Kolesterol
- Sfingomyelin
- Triheksosilseramid
- Glukosilseramid
- Galaktoserebrosid

Cevap C (*Neyzi, Pediatri, 2.cilt, s.55*)

Fabry hastalığı, X'e bağlı olarak geçer. Deride anjiokeratomların bulunması karakteristikdir.

Hastalık, alfa-galaktosil terminal glikolipidlerin yıkılmasından sorumlu alfa-galaktosidaz aktivitesinin yetersizliği sonucu gelişir. Esas olarak biriken madde triheksosilseramid'dir. Bu maddenin yıkımı özgül alfa-

galaktosidaz gerektirir. Hastalıkta depolanan diğer bir madde digalaktosilseramid'dir. B grubundan hastalarda vasküler epitel, iskelet kasları ve sinir sistemi hücrelerinde de depo maddesi birikir. Tutulan dokular incelendiğinde ince sudanofilik, PAS-pozitif granüller ve köpük hücreleri saptanır.

Hastalık genellikle ileri çocukluk yaşlarında görülür. Klinik bulguların çoğunluğu kan damarlarında lipid maddesinin depolanması ile ilgilidir. Ekstremitelerde ağrıları, terleme olmaması, proteinüri, ateş, deri lezyonları karakteristik bulgulardır. Hastalık genellikle 30-40 yaşlarında kardiyak veya renal yetersizlik ile sonuçlanır.

Kesin tanı, plazma, idrar, lökosit, göz yaşı, doku kültürlerinde üretilmiş deri hücrelerinde alfa galaktosidaz aktivitesinin ölçümüne dayanır. Amniyotik hücrelerde enzim ölçümü ile prenatal tanı yapılabilir.

45. Mukopolisakkaridozların en ağır tipi hangisidir?

- a) Hurler sendromu
- b) Scheie sendromu
- c) Morquio sendromu
- d) Sanfilippo sendromu
- e) Hunter sendromu

Cevap A (Neyzi, *Pediyatri*, 2.cilt, s.42)

Hurler sendromu, mukopolisakkaridozların en ağır tipidir. Hemen tüm dokular tutulmuştur. Vakalar erken yaşlarda kaybedilir. Hastalar doğumda normaldir. İnguinal ve umbilikal herniler sık görülür. Genellikle 6-24. aylar arasında hepatosplenomegali, iskelet deformiteleri, kaba yüz yapısı, büyük dil, çıkık alın ve boy kısalığı ile hastalığa özgü klinik tablo oluşmuştur.

18-24. aylarda zeka geriliği belirginleşir. İskelet deformiteleri uzun kemiklerin büyümesinde gerilik ve kırık-daklar içinde MPS toplanması ile ilgilidir. Kırık-dak yapısındaki bozukluk nedeniyle nazofarinks ve toraksta da yapısal deformiteler oluşur. Bu çocuklarda tekrarlayan solunum yolu infeksiyonları ve otitis media görülür. Vakaların birçoğunda mukoid bir burun akıntısı gözlenir. Dişler deforme, eller geniş, parmaklar kısa ve künttür, hafif pençe eli deformitesi vardır. Diz, dirsek, omuz, kalça gibi birçok eklemden kontraktürler ve lomber kifoz sık görülür. Deri kalındır, hirsutizm sık görülen bir bulgudur. Kornea bulanıklığı yanısıra glokom ve zamanla optik atrofi gelişebilir. Kombine, iletim ve nörosensoryel tip sağırılık görülebilir. Meninkslerin MPS ile infiltrasyonu sonucu hidrosefali gelişebilir. Damar çeperlerindeki hücrelerde MPS birikimi koroner arterlerde ve başka damarlarda daralmaya neden olur. Ayrıca kalp kapakları, endokard ve miyokard kalınlaşır. Sistemik ve pulmoner hipertansiyonun da etkisiyle konjestif kalp yetersizliği ve ani kardiyovasküler kollaps gelişebilir.

46. Mc Ardle hastalığında hangi enzim eksiktir?

- a) Glukoz-6-fosfataz
- b) Heparan sülfataz
- c) Beta-galaktosidaz

d) Kas fosforilazı

e) Kas fosfofruktokinazı

Cevap D (Neyzi, *Pediyatri*, 2.cilt, s.39)

Tip V (Mc Ardle Hastalığı), kas fosforilaz eksikliği, egzersiz sonrası oluşan kas ağrıları ve kas krampları ile ortaya çıkan bir hastalıktır. Karaciğer ve düz kaslarda fosforilaz aktivitesi normal, iskelet kaslarında azalmıştır. Kaslarda glikojen sentezi normaldir, ancak enzim eksikliği nedeniyle bu glikojen enerji kaynağı olarak kullanılamaz ve kas glikojen konsantrasyonu artar.

Enzim eksikliği doğumsal olmakla birlikte erken semptom yoktur. İlk belirti, çabuk yorulma şikayettir. Giderek hastalığın tipik belirtileri olan orta derecede bir egzersizden sonra tekrarlayan bacak ağrıları, kas krampları, miyoglobinüri, karın (kas) ağrıları ortaya çıkar.

Egzersizden sonra serum transaminaz, aldolaz ve CPK düzeyleri anlamlı şekilde yükselir. Tanıda, ön kola uygulanan anoksik egzersiz testi kullanılır.

47. Fenilketonüri ile ilgili hangisi yanlıştır?

- a) Fenilalanin hidrosilaz eksikliği ile ortaya çıkar.
- b) Kusma en erken belirtidir.
- c) Hipotonisite vardır.
- d) Deri belirtileri genellikle hafiftir.
- e) Refleksler hiperaktiftir.

Cevap C (Neyzi, *Pediyatri*, 2.cilt, s.7)

Fenilketonüri (PKU), üzerinde en fazla inceleme yapılan ve en iyi bilinen aminoasit metabolizması bozukluğudur.

Fenilketonüri, fenilalanini tirozine çeviren fenilalanin hidrosilaz aktivitesinin yokluğu veya çok azlığı sonucu ortaya çıkar. Fazla miktarlardaki fenilalanin, fenilpiruvik aside transamine olur veya feniletilamine dekarboksile olur. Bu maddeler ve bunların metabolik ürünleri normal metabolizmayı bozarak beyin hasarına neden olurlar.

Bebeklerde fenilketonürinin en erken belirtilerinden birisi kusmadır. Kusmalar pilor stenozunu taklit edecek kadar şiddetli olabilir. Diğer erken belirti idrarın ve terin içerdikleri fenilasetik, fenillaktik ve fenilpiruvik asitler nedeniyle fare gibi kokmasıdır. Tedavi edilmeyen vakalarda 4. ay civarında sinir sistemi belirtileri ortaya çıkar. Çocukların çoğunluğunda ağır zeka geriliği saptanır. Tedavi görmeyen bebeklerin ilk yaş sonunda IQ'larında yaklaşık 50 puanlık bir azalma olduğu tahmin edilmektedir. Reflekslerde hiperaktivite gözlenir. Hipertonisite vardır. Konvülsif nöbetler ve tremor olabilir. Çocukların yaklaşık 1/4'ünde nöbetler, %50'den fazlasında da EEG anomalileri gözlenir. Nörolojik belirtilerin serebrosid, sülfatid, dopamin ve serotonin sentezlerinin fenilalanin tarafından veya beyinde pirüvat kinazın fenilpiruvik asit tarafından inhibisyonuna bağlı olarak geliştiği varsayımları ileri sürülmektedir. Deri belirtileri genellikle hafiftir ve ileri çocukluk yaşlarında görülmez.

Tablo 13. Neonatal hipogliseminin görüldüğü durumlar

Kısıtlı glikojen depoları
Prematürite
Perinatal stres
Açlık
Glikojen depo hastalığı
Hiperinsülinizm
Diyabetik anne çocuğu
Beckwith-Wiedemann sendromu
Annenin aldığı ilaçlar
Nesidioblastozis veya adacık hücre adenomu
Eritroblastozis fetalis
Glukoz üretiminin azalması
Gestasyon yaşına göre düşük doğum tartılı yenidoğanlar (SGA)
Doğumsal metabolizma bozuklukları
Diğer
Hipotermi
Sepsis
Hipotalamus veya hipofiz hastalıkları
Adrenal yetersizlik
Polisitemi

48. Hangisinde yenidoğanda hipoglisemi görülmez?

- Prematürite
- Diyabetik anne çocuğu
- Eritroblastozis fetalis
- Hipertermi
- Beckwith-Wiedemann sendromu

Cevap D (Neyzi, *Pediatrici*, 1.cilt, s.278)

Bkz. Tablo 13.

49. Yaprak şeklinde lekeler hangisinde görülür?

- Mc Cune-Albright Sendromu
- Albinizm
- Addison
- Tuberoskleroz
- Nörofibromatozis

Cevap D (Neyzi, *Pediatrici*, 1.cilt, s.43)

Deride kahverengi lekeler nörofibromatozu; çok zaman tek taraflı, büyük, sınırı düzensiz lekeler ise erken puberte sendromlarından biri olan Albright-McCune sendromunu akla getirir. Yaprak şeklinde lekeler tüberoz sklerozu düşündürür.

Melanin pigmentinin azalması yerel olarak plaklar şeklinde vitiligoda, yaygın olarak albinizmde görülür. Albinizmde deri ile birlikte saç, kaş, kirpikler de pigmentten yoksundur.

50. Kız çocuklarında ilk ergenlik belirtisi hangisidir?

- Boy uzaması
- Pubis kılınması
- Yağ dokusu artışı
- Aksillada kılınma
- Memelerde büyüme

Cevap E (Neyzi, *Pediatrici*, 1.cilt, s.111)

Genellikle ilk belirti memelerde büyümedir. Nadir olmayarak meme büyümesi tek taraflı olarak başlar. Meme gelişmesini, hemen aynı yıl içinde pubiste kılınmanın başlaması izler. Bazı çocuklarda sürrenal korteks olgunlaşması over olgunlaşmasından daha erken oluşur; bu nedenle pubis, bazen de aksilla kılınması meme gelişmesinden önce ortaya çıkabilir. Boy büyümesinde hızlanma da bu klinik belirtilerle aynı zamanda, ergenliğin erken döneminde başlar. Kız çocuklarında ergenlikteki boy hızlanması, erkek çocuklardaki kadar belirgin olmaz.

Kız çocuklarında ergenlikte meme gelişimi ile boy büyüme hızı artmaya başlar. Boy büyümesinin en hızlı dönemi, meme gelişmesinin 3-4. evresinde görülür. Menarş daima boy büyümesi doruk noktasına geçtikten sonra olur.

51. Hangisi sütçocuğunda en önemli viral solunum yolu patojenidir?

- RSV
- İnfluenza
- Parainfluenza
- Adenoviruslar
- Rinovirus

Cevap A (Neyzi, *Pediatrici*, 1.cilt, s.697)

RSV'ye dünyanın her yerinde rastlanır. Sütçocukluğu ve erken çocukluk döneminin en önemli viral solunum yolu patojenidir. En fazla ilk yaşlarda, özellikle ilk 6 ayda hastalık yapar. Yenidoğan döneminde çok nadirdir, ancak yenidoğan ünitelerinde seyrek de olsa epidemiler bildirilmiştir.

Bulaşma direkt temas ile olur. Başlangıçta virus orofarinks ve nazofarinkste çoğalır. Daha sonra bronş ve bronşiyollere geçerek sütçocuklarında bronşiyolit ve pnömoni yapar. RSV'nin 6 aydan küçük bebeklerde ağır enfeksiyona neden olması RSV'yi diğer virus enfeksiyonlarından ayıran bir özelliktir.

RSV'ye bağlı solunum yolu hastalıklarında kuluçka dönemi 4-8 gündür. Virus solunum yolları salgılarında hastalıktan 5 gün önceden 7 gün sonraya kadar sap-tanabilir.

RSV'nin neden olduğu bronşiyolit soğuk algınlığı şeklinde başlar; nezle, öksürük ve hafif ateş olur. 1-2 gün sonra ateş yükselir ve solunum güçlüğü ortaya çıkar. İspirasyonda substernal ve interkostal çekilmeler gözlenir. Çok ufak bebeklerde apne görülebilir. Ekspiryum uzamıştır. Wheezing duyulur. Bazen raller de duyulabilir. Taşipne vardır. Solunum yüzeyleşebilir. Hasta, solunum yetersizliğinden ölebilir. Ölüm oranı %1-5 arasındadır.

RSV pnömonisinde ise belirtiler öksürük, ateş ve halsizliktir.

Virusun nazofaringeal, nazal veya orofaringeal materyelden, insan hücrelerinden hazırlanmış doku kültürlerinde üretilmesi ile tanı konur.

52.Kızamıkçıkta döküntüler hangi bölgeden başlar?

- a) Boyun
- b) Yüz
- c) Saçlı deri
- d) Üst ekstremiteler
- e) Gövde

Cevap B (Neyzi, *Pediatrics*, 1.cilt, s.684,685)

16-18 gün kadar süren bir kuluçka dönemini izleyerek döküntü ortaya çıkar. Genellikle çocukta prodrom dönemi yoktur. Erişkinlerde ve adolesanlarda erüpsiyondan önce hafif ateş, baş ağrısı, anoreksi, hafif konjunktivit, nezle, öksürük, lenfadenopati ile seyreden prodromal belirtiler görülebilir. Döküntünün 1. gününde kırmızı ve nokta şeklinde, yumuşak damakta belirgin olan bir enanem oluşabilir. Lenf düğümü büyümesi hemen her vakada vardır. Adenopati jeneralize olabilir, ancak ön planda suboksipital, postauriküler, servikal kısımları tutar. Splenomegali hastalığın akut evresinde görülebilir. Döküntü ilk önce yüzden başlar; sonra süratle boyun, kollar, gövde ve ekstremitelere yayılır. Yayılma kızamıktan daha hızlıdır. Döküntüler pembe renklidir. 2. günde döküntü yüzden başlayarak solar. Gövdede birleşme yaparak hafif kızıl döküntüsünü andırabilir. Buna karşılık ekstremitelerdeki lezyonlar birleşme göstermezler. 3. günde döküntü tamamen kaybolur, soyulma görülmez. Kızıldan farklı olarak, döküntülere basıldığında sarımsı bir renk görülmez ve ağız etrafında da döküntü mevcuttur. Yaklaşık %25 vakada kızamıkçık döküntüsüz seyredebilir. Çocuklarda kızamıkçık genellikle ateşsiz veya hafif ateşle seyreder. Nadir olarak da 39°C-39.5°C'ye yükselen ateş olabilir. Kan tablosunda lökopeni vardır, plazma hücreleri artar. Anormal lenfositlere de rastlanabilir.

53.Çocukluk çağıında rastlanan en sık döküntülü hastalık hangisidir?

- a) Kızıl
- b) Kızamıkçık
- c) Eritema infeksiyozum
- d) İlaç döküntüleri
- e) Kızamık

Cevap E (Neyzi, *Pediatrics*, 1.cilt, s.681)

Çocukluk çağı döküntülü hastalıkları içinde en sık rastlanana kızamıktır.

Kızamıklı hastalar virusu nazofarinkslerinde taşırlar. İlk semptomun görülmesinden sonra 7 gün süre ile bulaşıcıdır. Vakaların %80-90'ında Koplik lekeleri görülebilir. Bunlar submukozal bezlerin iltihabi lezyonudur. Ensefalomiyelit komplikasyonu olan vakalarda beyinde belirgin perivasküler demiyelinizasyon ve subakut sklerozan panensefalit (SSPE) bulguları görülür.

54.Tetanozda en erken tutulan kas hangisidir?

- a) İnterkostal kaslar
- b) Diafragma

- c) Lomber kaslar
- d) Çene ve boyun kasları
- e) Abdominal kaslar

Cevap D (Neyzi, *Pediatrics*, 1.cilt, s.656)

Kuluçka zamanı değişken olmakla birlikte genellikle 5 ile 14 gün kadardır. 3 gün kadar kısa, 3 hafta veya daha uzun da olabilir. Hastalık sinsice, istemli kasların sertliğinin giderek artmasıyla başlar. Genellikle ilk olarak çene ve boyun kasları tutulur. 24-48 saat içinde hastalık tam olarak gelişir. Rijidite hızla göğüs ve ekstremitelere yayılır. Çene kaslarının spazmı ile trismus gelişir (kilitlemiş çene). Alın kırışıklığı, kaşların çatılması ve ağız köşelerinin çekilmesi ile yüz özel bir şekil alır. Buna "risus sardonicus" (sardonik gülüş) denir. Boyun ve sırt kasları sertleşerek opistotonus gelişir. Abdominal duvar, tahta gibi serttir. Ekstremiteler sert ve ekstansiyon durumundadır.

Ağrılı spazm şeklinde olan ve birkaç saniye veya dakika devam eden kasılmalar, parlak ışık, ani ses ve hastanın hareketi gibi çeşitli uyaranların etkisiyle başlayabilir. Bu spazmlar süresinde risus sardonicus ve opistotonus belirgindir.

Başlangıçta spazmlar sık değildir ve nöbetler sırasında tam bir gevşeme vardır. Daha sonra spazmlar çok daha sık, uzun ve ağrılı olur. Solunum kaslarının tutulması, laringospazm nedeniyle laringeal obstrüksiyona, trakea ve bronşlarda sekresyon birikmesine yol açarak solunum yetersizliğine, asfiksiye, koma ve ölüme neden olur. Mesane sfinkterinin hastalığa katılması üriner retansiyona neden olur.

Hastanın şuuru genellikle açıktır. Ateş, genel olarak orta derecededir veya yoktur. Yüksek ateş, kötü prognoz işaretidir. Genellikle trismus en son olarak kaybolur. Birçok vakada ölüm hastalığın 10.gününden önce olur.

Spinal sıvı normaldir. Lökosit sayısı normal veya hafifçe yükselmiştir.

55.Pastia çizgileri hangisinde görülür?

- a) Kızıl
- b) Kızamık
- c) 6. hastalık
- d) Sifiliz
- e) Erizipel

Cevap A (Nelson *Essentials of Pediatrics*, 2.baskı, s.351,352)

Kızıl, farenjit gelişiminden 24-48 saat sonra ürettikleri bir eritrojenik toksin ile tipik bir döküntüye neden olan A grubu streptokoklara bağlıdır. Kızılın epidemiyoloji, bulgular, sekeller ve tedavisi streptokoksik farenjit ile aynıdır. Ekzantem kırmızı, noktasal ya da ince papüller olabilir. Bazı hastalarda kaba zımpara gibi yapısıyla (kaz derisi) görüldüğünden daha kolay palpe edilebilir. Döküntü ilk olarak aksillalar, kasık ve boyundan başlar, 24 saat içinde tüm gövdeye yayılır. Parmakların kıvrımlı yerlerinde, kasık ve antekübital

PEDİATRİ

fossalarda eritem daha yoğundur (Pastia çizgileri). Yüz kızarmıştır ve ağız çevresinde solukluk vardır. Döküntü başlangıcından 3-4 gün sonra solmaya başlar. Bir hafta sonra yüzden ince kepekler dökülme-ye, avuç içleri ve parmaklar soyulmaya başlar. Dil kızarmış ve ödemli papillaların alttan görüldüğü beyaz bir örtüye sahiptir. Birkaç gün sonra bu örtü soyulur, belirginleşmiş papillalarıyla dilin kırmızılığı devam eder (kırmızı çilek dili). Kızıl ender olarak yara infeksiyonları (cerrahi kızıl), yanıklar ya da streptokok-sik deri infeksiyonu sonrasında ortaya çıkar.

56. Hangisi gri bebek sendromuna yol açar?

- Altın tuzları
- Metimazol
- Karbamazepin
- Kloramfenikol
- Fenitoin

Cevap D (*Nelson Essentials of Pediatrics, 2.baskı, s.61*)

Bkz. Tablo 14.

57. Çocukta en sık görülen ağır görme bozukluğu nedeni hangisidir?

- Prematüre bebek retinopatisi
- Down sendromu
- Diabetik retinopati
- Retinoblastom
- Retinitis pigmentosa

Cevap A (*Nelson Essentials of Pediatrics, 2.baskı, s.47*)

Çocuklardaki ağır görme bozukluğunun en sık rast-lanan etiyojisi prematüre bebek retinopatisidir. Yenidoğanların 250'de 1'inde çeşitli nedenlere bağlı doğumsal katarakt oluşabilir ve bunlar belirgin ambli-yopi ile sonuçlanabilirler; diğer oküler anomaliler ve gelişimsel bozukluklarla da birlikte bulunabilirler. Optik atrofi, retina dejenerasyonu (Leber doğumsal amauro-sis ve retinitis pigmentosa), retinoblastoma ve doğum-sal glokom çocukluk çağında önemli görme bozukluğu yaratan diğer sık rastlanan nedenlerdir.

58. Enürezis tedavisinde hangisi kullanılır?

- Diazem
- Klonazepam
- İmipramin
- Pimozid
- Buspiron

Cevap C (*Nelson Essentials of Pediatrics, 2.baskı, s.32*)

Sık kullanılan üç tedavi yöntemi danışmanlık, enüresis alarmları ve imipramine'dir. Günümüzde bulunan en etkili tedavi enüresis alarmlarıdır. İmipramine ilk hafta içinde yüksek bir hızlı yanıt oranına sahiptir, ancak ilaç kesildikten sonraki yineleme oranı o kadar yüksektir ki, hasta ilacı bıraktığı zaman uzun süreli iyileşme oranı kendiliğinden iyileşme oranını seyrek olarak aşar.

Tablo 14. Anne sütü ile beslenen bebeklerde annenin kullandığı ilaçların etkisi

İlaç	Etki	Yorum
Amoxicillin	Yok	Güvenli
Antimetabolitler	Kanserojen	Kontrindike
Aspirin	Nadiren kanama komplikasyonu	Genellikle güvenli
Atenolol	Yok	Muhtemelen güvenli
Bromocriptine	Laktasyonu azaltır.	Kaçının
Carbamazepine	Bilinmiyor	Muhtemelen güvenli
Carcara	Kolik, diyare	Kaçının
Chloramphenicol	Gri bebek sendromu	Kontrindike
Codeine	Uyuşukluk	Genellikle güvenli
Diazepam	Uyuşukluk, apne	Yüksek dozları kontrindike
Digoxin	Yok	Güvenli
Ergot	Gangren, vazospazm	Kontrindike
Furosemide	Yok	Güvenli
Altın tuzları	Hepatonefrotoksisite	Kontrindike
Meperidine	Letarji	Kaçının
Methimazole	Hipotiroidizm	Kontrindike
Metoprolol	Yok	Muhtemelen güvenli
Metronidazole	Kanserojen?	Kontrindike
Phenindione	Kanama	Kontrindike
Phenobarbital	Uyuşukluk	Genellikle güvenli
Phenytoin	Yok	Güvenli
Prednisone	Yok	Muhtemelen güvenli
Propoxyphene	Uyuşukluk	Genellikle güvenli
Propranolol	Yok	Muhtemelen güvenli
Propylthiouracil	Genellikle yok, nadiren guatr	Muhtemelen güvenli
Radyoaktif madde	Kanserojen	1-2 hafta emzirme kesilir
Tetracycline	Dişleri boyama	Kontrindike

Tablo 15. Birincil asit-baz bozukluklarının özellikleri

Bozukluk	Etiyoloji	Örnek	Kompensasyon mekanizması	Yalın kompensasyonun Tahmini
Metabolik Asidoz	↓ HCO ₃ ⁻	Hipoksi, ilaç alımı	↓ PCO ₂ (akut) böbrek bikarbonat geri emilimi (geç)	HCO ₃ ⁻ 'de 1 mEq düşüş=PCO ₂ 'de 1-1.3 mmHg düşüş
Alkaloz	HCO ₃ ⁻ ↓ HCl	Bikarbonat/sitrat pilor stenozu	↓ PCO ₂ (akut), renal bikarbonat atılımı	HCO ₃ ⁻ 'de 10 mEq artışa karşılık PCO ₂ 6 mmHg artar.
Respiratuvar Asidoz				
Akut (saat)	PCO ₂	Hipoventilasyon	HCO ₃ ⁻ (renal)	PCO ₂ 'de her 10 mmHg artış için HCO ₃ ⁻ 1 mEq/L artar.
Kronik (gün)	PCO ₂	BPD, kistik fibroz	HCO ₃ ⁻ (renal)	PCO ₂ 'de 10 mmHg için HCO ₃ ⁻ 3-3.5 mEq-L artar.
Alkaloz				
Akut (saat)	↓ PCO ₂	İntrakraniyal basınç için mekanik ventilasyon, histeri	↓ HCO ₃ ⁻ (renal)	PCO ₂ 'de 10 mmHg için HCO ₃ ⁻ 2.5 mEq/L düşer.
Kronik (günler)	↓ PCO ₂	Devamlı mekanik ventilasyon	↓ HCO ₃ ⁻ (renal)	PCO ₂ 'de 10 mmHg için HCO ₃ ⁻ 5 mEq/L düşer.

BPD=Bronkopulmoner displazi

59.Kistik fibroziste hangisi görülür?

- Kronik respiratuvar asidoz
- Kronik respiratuvar alkaloz
- Kronik metabolik asidoz
- Kronik metabolik alkaloz
- Akut respiratuvar asidoz atakları

Cevap A (*Nelson Essentials of Pediatrics, 2.baskı, s.589*)

Bkz. Tablo 15.

60.Hiperpotaseminin en erken EKG bulgusu hangisidir?

- QRS genişlemesi
- P düzleşmesi
- PR kısalması
- Sivri T dalgaları
- ST çökmesi

Cevap D (*Nelson Essentials of Pediatrics, 2.baskı, s.587*)

Hiperkaleminin klinik bulguları parestezi, güçsüzlük, flassid paralizi ve kalp ritim bozukluklarını içerir. Hiperkaleminin en erken elektrokardiyografik bulgusu sivri ya da çadır şeklinde T dalgalarıdır (K⁺ 5.5-7.0 mEq/L). Daha yüksek düzeyler (7.0-8.0 mEq/L) uzamış P-R aralığı, ST çökmesi ve önceleri QRS kompleksinin genişlemesi ile birliktedir. Potasyum düzeyi yükseldikçe P dalgası düzleşebilir. Potasyum düzeyi 8 mEq/L'yi geçtiğinde P dalgası kaybolabilir ve QRS kompleksi genişleyerek ve T dalgası ile birleşerek bir sine dalga şekli yaratır. Tedavi edilmezse kalp durabilir ya da ventrikül fibrilasyonu gelişebilir. Hiponatremi, hipokalsemi ve asidoz hiperkalemik kardiyak etkileri yoğunlaştırır.

61.Menenjitte en sık hangi kafa çifti tutulumu görülür?

- V
- VI
- VII
- VIII
- XI

Cevap B (*Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.383*)

Fokal nörolojik bulgu olarak ataksi, parezi görülebilir. En sık 6. kranial sinir felci görülür. 2. kranial sinir tutulumunda optik nörit ve körlüğe kadar gidebilen olaylara rastlanır. 7 ve 8. kranial sinir tutulumuna bağlı belirtiler de gözlenebilir.

62.Antiepileptik ilaçlardan hangisi Stevens-Johnson sendromuna yol açar?

- Karbamazepin
- Etosüksimid
- Klonazepam
- Diazepam
- Fenobarbital

Cevap A (*Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.378*)

Karbamazepinin yan etkileri; yorgunluk, baş dönmesi, serebellar ataksi, bulantı, kusma, diplopi, kollagen doku hastalıkları ve Stevens-Johnson sendromudur.

63.Hemolitik üremik sendromla ilgili hangisi yanlıştır?

- Mikroskopik hematüri görülür.
- Akut böbrek yetmezliği yapar.
- Genellikle gastroenterit zemininde ortaya çıkar.
- Coombs testi pozitifdir.
- Retikülositler artmıştır.

Cevap D (Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.311)

Hemolitik üremik sendrom (HÜS), çocuklarda akut renal yetmezliğin majör bir sebebidir. Nadiren DIC belirtisi söz konusudur. Genellikle gastroenterit zemininde çıkar. Evveliden 7-10 günlük zayıflık, letarji, iritabilite ve oligüri söz konusudur. Fizik muayenede solukluk, ödem, peteşi, hepatosplenomegali ve iritabilite bulunur. Tanı mikroanjyopatik hemolitik anemi, trombositopeni, akut renal yetmezlik bulguları ile desteklenir. Kan yaymasında şistositler, helmet hücreleri ve damla hücreler ile fragmente eritrositler görülür. Retikülosit sayısı artmıştır, plazma hapto globülin seviyesi azalmıştır. Coombs testi negatiftir. Lökositosis siktir. İdrar analizinde, mikroskopik hematüri, proteinüri ve silendirler görülebilir.

64.Radyografide soğan zarı görünümü hangisinde görülür?

- Histiyositozis-X
- Rabdomyosarkom
- Osteosarkom
- Osteokondrom
- Ewing sarkomu

Cevap E (Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.304)

%75 kadarı 20 yaştan küçüktür. Adölesanlardan ziyade küçük çocuklarda sık görülür. Sıklıkla uzun kemiklerin diafiz kısımlarından köken alır. Femur ve pelvis en sık tutulan yerler ise de tibia, fibula, kostalar, humerus, skapula ve klavikulları da tutabilir. Sedimentasyon artmıştır. Radyografilerde kemikte kalsifiye periosteal yükselme (soğan zarı görünümü), osteolitik görünüm ve sklerozis görülür. Hücrelerinin rozet yapıcı özelliği vardır.

65.Osteosarkomla ilgili hangisi yanlıştır?

- En sık akciğere metastaz yapar.
- Osteogenezis imperfekta osteosarkom riskini artırır.
- En sık vertebralar tutulur.
- Küçük yaş kötü prognozun göstergesidir.
- Yaşlılarda Paget hastalığının bir komplikasyonu olarak meydana gelebilir.

Cevap C (Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.303)

Osteosarkom, daha ziyade adölesan dönemde görülür. Büyümenin maksimum hızda olduğu dönemde gözlenir.

Primer tümör sıklıkla; distal femur, proksimal tibia ve proksimal humerus gibi maksimum büyüme hızına sahip kemiklerin metafiz ve epifizinde lokalize ise de her cins kemiği tutabilir. Herediter retinoblastomlarında 500 kat daha fazla görülür. Radyoterapiyi takiben meydana gelebilir. Ayrıca bazı kemik hastalıklarının

çocukta kemik tümörüne eğilimi arttırdığı bilinmektedir. Multipl kalıtsal egzostoz ve osteogenezis imperfekta bunlar arasındadır. Yaşlı kişilerde Paget hastalığının bir komplikasyonu olarak da meydana gelebilir.

Meduller kavite veya periost kökenlidir. En sık tipi meduller kavite kökenli olanıdır. Sıklıkla femur tutulur (%40). Ayrıca tibia (%15), humerus (%15) tutulumları da olabilir. Lezyonun olduğu tarafta ağrı, hiperemi, yumuşak doku şişkinliği, ekstremitelerde hareketlerinde kısıtlama, regional lenf nodu tutulumu (%20), metastaz bulguları (%90 akciğer metastazları) gözlenebilir. Tümör sıklıkla ağrılı şişlik veya diz civarında başka belirti olmadan travma hikayesi olur.

Kötü prognoz bulguları;

- 10 yaştan küçük olanlar
- Erkek olanlar
- 25 cm'den büyük tümör
- Osteoblasti hücre tipi
- Femur veya humerus tutulumu
- 2 aydan fazla süredir semptom vermesi
- Metastaz olması
- Preoperatif kemoterapiye cevap alınamayanlar

66.Kalp tepe atımı 80/dak olan ekstremiteleri siyanozlu bebeğin solunumu yüzeysel ve düzensizdir. Fleksiyon halindeki bebek, nelatonlu uyarıya hafif yanıt vermektedir. Bebeğin Apgar skoru kaçtır?

- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Cevap C (Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.54)

Bkz. Tablo 16.

Tablo 16. Apgar skorlaması

	0	1	2
Kalp ritmi	Kalp sesi yok	<100/dk	>100/dk
Solunum	Yok	Yüzeysel düzensiz	Düzenli solunum kuvvetli ağlama
Kas tonusu	Geniş hipotoni	Hafif fleksiyon	Fleksiyonda Hipertonik hareketli
Uyarıya yanıt (Nelatonlu buruna dokunarak)	Yok	Hafif	Öksürük, aksırık, ağlama
Cilt rengi	Siyanozlu veya soluk	Ekstremiteler siyanoze, gövde pembe	Pembe

67.Kriptorşidizm (inmemiş testis) ile ilgili hangisi yanlıştır?

- a) Prematürite görülme oranını artırır.
- b) Sıklıkla inguinal herni ile birlikte dir.
- c) Malignleşmez.
- d) İnfertiliteye sebep olur.
- e) Processus vaginalis açıktır.

Cevap C (Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.328)

Kriptorşidizm, 1 yaşından büyük çocuklarda %0.7 oranında, yenidoğanlarda %3.4 oranında görülür. Prematürite ile bu oran artar. Retraktif testis, ektopik testis ve testis yokluğu da değerlendirilmelidir. Gerçek inmemiş testiste iniş yolu normaldir ve açık processus vaginalis vardır. Sıklıkla beraberinde inguinal herni de vardır, bazen torsiyo ne testis olabilir. İnmemiş testis erişkinlerde yüksek oranda infertilite sebebidir. Tümör gelişimine de sebebiyet verebilir. İnmemiş testiste malignite gelişme oranı %20-44 olup çok defa 3-4. dekadlarda ortaya çıkar.

68.5. hastalık etkeni hangisidir?

- a) Herpes zoster
- b) Varicella
- c) Herpes virüs tip 6
- d) Parvovirus B19
- e) Sitomegalovirüs

Cevap D (Neyzi, Pediatri, 1.cilt, s.686-687)

Erythema infectiosum (5. hastalık)'da etiyolojik ajanın Parvovirus B19 olduğu gösterilmiştir. Kuluçka döneminin 6-14. gün olduğu sanılmaktadır. Prodrom dönemi yoktur. 3 evre şeklinde seyreder. 1. evrede yanakta kelebek şeklinde döküntü mevcuttur. 2. evrede önce proksimal ekstremite lerde beliren ve daha sonraları gövdeye ve alt ekstremitelere yayılan halka şeklinde döküntü gözlenir. 3. evrede döküntüler kaybolur ve daha sonra tekrar belirir. Sıcakta döküntüler artar. Kan tablosunda eozinofili ve relatif lenfositoz vardır. Komplikasyon olarak artrit, artralji ve hemolitik anemi bildirilmiştir. Tedaviye gereksinim yoktur.

69.Çocukta mesane kontrolü ne zaman başlar?

- a) 10-12. ay
- b) 15-18. ay
- c) 2 yaş
- d) 3 yaş
- e) 6-8. ay

Cevap B (Neyzi, Pediatri, 1.cilt, s.100)

Bkz. Tablo 17.

70.Rose spots (gül lekeleri) hangisinde görülür?

- a) Kızamık
- b) Tifo
- c) SLE
- d) ARA
- e) Difteri

Tablo 17. Bazı işlevlerin ortalama kazanılma yaşı

İşlev	İlk kazanılma yaşı
Gülümseme	6 hafta
Eşya yakalama	5 ay
Desteksiz oturma	7 ay
Kelime söyleme	11 ay
Kısa cümle yapabilme	22 ay
Kendi kendini besleyebilme	18 ay
Kendi kendine giyinme	4 yaş
Mesane kontrolü	
Başlangıç (yaptıktan sonra söyleme)	15-18 ay
Gündüz	3 yaş
Gündüz ve gece	3 yaş
Yürüme	13 ay

Cevap B (Neyzi, Pediatri, 1.cilt, s.44)

Gül lekeleri, sayıları 6-12'yi bulan, 1-4 mm çapında pembe maküllerdir. Tifoda ateşli devrede gövdede görülür. Bazen shigellosis'te de olabilir.

71.Hangi bakteriyel menenjit ajanının kalıcı işitme kaybına neden olma olasılığı en yüksektir?

- a) E. coli
- b) Streptococcus pneumonia
- c) H. influenza
- d) Candida
- e) N. meningitis

Cevap B (Nelson, Essentials of Pediatrics, 2.baskı, s.317)

Uygun antibiyotik tedavisi ile dahi çocuklardaki bakteriyel menenjitte mortalite oranı yüksektir (H. influenzae %8, meningokok %15, pnökokok %25). Hastalığı geçirenlerin %35'inde (özellikle pnökokok infeksiyonu) sıklık sırasına göre sağırılık, nöbet, öğrenme bozukluğu, körlük, parezi, ataksi ya da hidrosefali gibi sekel kalabilmektedir. Menenjit geçiren tüm hastalar hastaneden çıkmadan önce işitme değerlendirilmesinden geçirilmelidir.

72.Başka bir problemi olmayan lenfadenitli çocuklarda en sık saptanan etyolojik ajan hangisidir?

- a) A grubu beta hemolitik streptokok
- b) M. tuberculosis
- c) Atipik mycobacteria
- d) S. aureus
- e) Mycoplasma

Cevap D (Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.144)

S. aureus septisemi yanısıra haşlanmış deri sendromu, toksik şok sendromu ve besin zehirlenmesi gibi toksinle alakalı süpüratif lezyonlara da yol açabilir.

Deride primer veya sekonder enfeksiyonlara yol açıp impetigo contagiosa, büllöz impetigo, püstül, sellülit, follikülit, furonkül ve karbonkül gibi deri hastalıklarına sebep olabilirler. Toksin stafilokokkal haşlanmış deri sendromuna yol açar (Ritter hastalığı).

PEDIATRİ

Nadiren otitis media ve sinüzit sebebi olabilirler. Süpüratif parotitin ve süpüratif servikal adenitin en sık sebebidir.

Çocuklarda septik artrit ve osteomyelitin en sık sebebidirler.

73. Telekardiografide 8 şeklinde kalp hangisinde görülür?

- a) Total anormal pulmoner venöz dönüş
- b) Fallot tetralojisi
- c) Perikardial effüzyon
- d) Aort koarktasyonu
- e) Triküspit atrezisi

Cevap A (Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.246)

Total anormal pulmoner venöz dönüş anomalisi; pulmoner venlerin sol atrium yerine doğrudan veya V.C.S.-V.C.I gibi sistemik venler aracılığıyla sağ atriuma açılması ile belirlenen bir anomalidir. Erkek çocuklarda daha siktir. Klinik olarak erken süt çocukluğu döneminde kalp yetmezliği, tartı alamama, hafif siyanoz ve sık pulmoner infeksiyon görülür. İlk 1 yaş içinde cerrahi şarttır. X-Ray'de kardiyomegali, akciğer vasküler gölgelerinde artma ve tipik "kardan adam" veya "8 rakamı" görüntüsü vardır. Tedavide varsa kalp yetmezliği ve pulmoner ödem tedavi edilir. Tıbbi tedaviye yanıt yoksa ilk 3-6 ay için de cerrahi tedavi şarttır.

74.6-7 yaşlarından itibaren epifiz kapanması ilk önce nereden başlar?

- a) Humerus başı
- b) El bileği
- c) Diz
- d) Radius distali
- e) Distal falanks

Cevap A (Neyzi, Pediatri, 1.cilt, s.96)

6-7 yaşlarından itibaren ilk önce humerus başı ile büyük tuberosite ve iskiumda olmak üzere epifiz kapanmaları başlar. El ve el bileği epifiz kapanmaları kız çocuklarında 13 yaş, erkeklerde 15 yaş civarında distal falanks epifizlerinden başlar. En son olarak radius distal epifizini kapanak el ve ön kol büyümesi durur.

75. Kwashiorkor çocuklarda en sık hangi yaşlarda görülür?

- a) İlk 1 yıl
- b) 2-3 yaşlarında
- c) İlk 3 ay
- d) 5-10 yaşlarında
- e) 10-15 yaşlarında

Cevap B (Neyzi, Pediatri, 1.cilt, s.407)

Kwashiorkor; özellikle proteinden yoksun, buna karşın kalori içeriği normale yakın bir diyetle beslenen çocuklarda oluşan beslenme bozukluğu şeklindedir. "Sugar

baby" adı da verilen hastalık genellikle anne sütünün kesilmesini izleyerek bir yaşından büyük çocuklarda, en sık 18 ay-3 yaş arasında görülür. En belirgin klinik bulgular ruhsal durgunluk, iştahsızlık ile en fazla el ve ayaklarda, bazen de yüzde görülen ödemdir. Vücutta doku kitlesi daima azalmıştır, ancak ödem, tartı kaybını maskeler. Derialtı yağ dokusu azalmış olabilir. Yaşa göre boy genellikle normaldir. Deride pullanma, depigmente ve hiperpigmente alanlar, çatlaklar, bazen ülserleşmeler görülür. Saçlarda renk açılması, kolay kırılma, hafif çekme ile dökülme bulgular arasındadır. Karaciğer daima büyüktür ve histolojik olarak yağlanma saptanır. Hipoalbuminemi, hipopotasemi mevcuttur. Kanda esansiyel aminoasitlerin aleyhine olarak esansiyel olmayan aminoasitlerde bir artma vardır.

76. Vücutta epitelizasyon hangi vitaminin işlevidir?

- a) A vitamini
- b) B1 vitamini
- c) B2 vitamini
- d) Folik asit
- e) C vitamini

Cevap A (Neyzi, Pediatri, 1.cilt, s.417)

A vitamini (retinol)'nin işlevi rodopsin yapımı ve epitelizasyondur.

77. Hangi vitaminin fazlalığında hepatomegali görülür?

- a) A vitamini
- b) B vitamini
- c) C vitamini
- d) Tiamin
- e) Folik asit

Cevap A (Neyzi, Pediatri, 1.cilt, s.418)

Akut A hipervitaminozunun klinik bulguları akut bir ensefalopatiye benzer. Bulantı, kusma, letarji, fontanel kabarıklığı vardır. Diplopi ve papilla ödemi beyin tümörü ile ayırıcı tanı gerektirir (psödötümör serebri). Kronik hipervitaminozda kaşıntı, deride pullanma ve soyulma, saç değişiklikleri gibi nonspesifik bulgular vardır. Kafa içi basınç artması, baş ağrısı olabilir. İştahsızlık, kusma, tartı alımının durması, kemiklerde şişlikler, sarılık, hepatomegali, alopesi, seboreik lezyonlar, ağız kenarında çatlaklar, kraniotabes olabilir. Bunların içinde en belirgin bulgu kemiklerde şişliklere de yol açan hiperostozdur. Hiperostoz en fazla ön kol kemiklerinde görülür. A vitamini fazlalığında hiperkalsemi de olabilir.

78. Beriberide hangi sistemlerin tutulumu ön plandadır?

- a) Kas-sinir sistemi
- b) Hematopoetik ve kardiyovasküler sistem
- c) Gastrointestinal ve kardiyovasküler sistem
- d) Gastrointestinal ve sinir sistemi
- e) Sinir sistemi ve kardiyovasküler sistem

Cevap E (Neyzi, *Pediatri*, 1.cilt, s.420)

Berberi bulguları ön planda sinir sistemini ve kardiyovasküler sistemi ilgilendirir. Gerek erişkinlerde, gerekse büyük çocuklarda polinevit ve mental düzensizlik, kas yorgunluğu, halsizlik, periferik paraliz, emosyonel instabilite, depresyon, iritabilite, iştah kaybı, günlük işlere ilgi azalması, letarji gibi sinir sistemi bulgularının hakim olduğu tip "kuru berberi", kalp yetersizliği ve ödemin belirgin olduğu tip "yaş berberi" olarak bilinir.

79.Pellegra hangi vitamin eksikliğinde görülür?

- a) A vitamini
- b) Folik asit
- c) Tiamin
- d) Niasin
- e) Pridoksamin

Cevap D (Neyzi, *Pediatri*, 1.cilt, s.422)

Pellegra niasin eksikliğinde görülür. Pellegra, derinin güneşe açık bölgelerinde simetrik eritemler, keskin kenarlı plaklar (pellegra eldiveni, Casal gerdanlığı) gibi deri belirtileri; stomatit, glosit gibi mukoza lezyonları; diyare, anoreksi, hazımsızlık şeklinde gastrointestinal bozukluklar ve demans, depresyon, oriyantasyon bozukluğu, dalgınlık, tremor, konvülsiyon gibi sinir sistemi ile ilgili belirtileri ile tanınır. Dilin uç ve lateral bölgeleri kırmızı renktedir ve papillaları silinmiştir. Glosit, riboflavin yetersizliğinde görülene benzer ve bazen bu iki vitaminin eksikliği birlikte bulunur.

Pellegra çocuklarda nadirdir ve genellikle yalnızca deri belirtileriyle seyredir.

İdrarda N-metil nikotinamid'in azaldığını göstermek tanıda yardımcıdır.

80.Avidin hangi vitaminin antagonistidir?

- a) Folik asit
- b) Tiamin
- c) Pridoksal
- d) Biotin
- e) Niasin

Cevap D (Neyzi, *Pediatri*, 1.cilt, s.424)

Biotin eksikliği; çok miktarda çiğ yumurtayı aylarca yiyenlerde görülmüştür. Çiğ yumurta biotin antagonisti olan avidin içerir. Yumurta pişirilince avidin parçalanır. Uzun yıllar boyunca parenteral nütrisyon (TPN) tedavisi uygulanan hastalarda biotin yetersizliği görülür. Bu hastalarda ağız ve burunda deri lezyonları, depresyon, hiperestezi, ekstremitelerde parestezi, kas ağrısı, blefarit, saç kaybı ve beyazlaşması gibi semptomlar bildirilmiştir. TPN'de biotin eklenmesiyle bu belirtiler 2-3 haftada geriler ve 3 ayda kaybolur.

İdrarda propionik asit ve beta hidroksiizovalerik asit fazlalığı biotin eksikliğini düşündürür.

81.Hangisi çocukta B12 vitaminine bağlı görülen belirtilerden değildir?

- a) Periferik parestezi
- b) İştahsızlık
- c) Glossit
- d) Diyare
- e) İritabilite

Cevap A (Neyzi, *Pediatri*, 1.cilt, s.425)

Çocuklarda B12 eksikliğine bağlı nörolojik sendrom görülmez. Esas bulgu, eritrositlerin olgunlaşmasındaki bozukluğa bağlı pernisiyöz anemidir. Makrositer megaloblastik tipte bir anemi vardır. Periferik kanda dev trombositler ve hipersegmente nükleuslu nötrofil lökositler vardır. MCV artmıştır. Kemik iliği bulguları da folik asit eksikliğindeki tablodan ayırt edilemez.

Klinik olarak glossit, solukluk, iştahsızlık, iritabilite ve ishal görülebilir.

82.Dolaşımda en fazla hangi immünglobulin bulunur?

- a) IgA
- b) IgM
- c) IgG
- d) IgD
- e) IgE

Cevap C (Neyzi, *Pediatri*, 1.cilt, s.498)

IgG, kanda dolaşan antikor moleküllerinin %70-80'ini oluşturur.

83.IgE yapımını hangisi artırır?

- a) IL-2
- b) IL-4
- c) TNF
- d) G-CSF
- e) IL-8

Cevap B (Neyzi, *Pediatri*, 1.cilt, s.504)

Bkz. Tablo 18.

84.6 yaşından büyüklere hangi aşı uygulanmaz?

- a) Difteri
- b) Tetanoz
- c) Boğmaca
- d) Hepatit
- e) Kuduz

Cevap C (Neyzi, *Pediatri*, 1.cilt, s.515)

Bkz. Tablo 19.

85.En sık eksikliği görülen kompleman hangisidir?

- a) C2
- b) C3
- c) C5
- d) C6
- e) C8

Tablo 18. Sitokinler

	Kaynak	Etkileri
IL-1 (endojen pirojen lenfosit aktivasyon faktörü-LAF)	Makrofajlar, endotel hücreler, fibroblastlar, keratinositler, B ve T hücreler	İmmun yanıtı artırır. İnflamasyonu ve hematopoezi artırır.
IL-2 (T hücresi büyüme faktörü)	T hücreleri ve LGL (büyük granüler) hücreler)	T hücrelerini ve NK (natürel killer) hücrelerini aktive eder.
IL-3 (B hücresi uyarıcı faktörü)	T hücreleri	Hematopoetik büyüme faktörü. Myeloid seri ön hücrelerinin büyümesini uyarır.
IL-4 (B hücresi büyüme faktörü)	T yardımcı hücreler (TH)	T, B ve mast hücreleri uyarıcısı. IgE yapımını artırır.
IL-5 (B hücresi büyüme faktörü)	TH	B hücrelerinin ve eozinofillerin uyarıcısı. IgA yapımını artırır.
IL-6 (B hücresi uyarıcı faktör 2)	Fibroblastlar, çeşitli hücreler	İltihabi arttırıcı myelom hücrelerini, akut faz proteinlerin sentezini uyarıcı. Pre B hücre proliferasyonu uyarır.
IL-7 (Lenfoprotein, pre B hücresi büyüme faktörü)	Kemik iliği stroma hücreleri, timus	
IL-8 (Nötrofil aktive edici faktör, NAF-I)	Makrofajlar, çeşitli hücreler	Nötrofil infiltrasyonunda düzenleyici, kemotaksi uyarıcısı.
IL-9	T hücreleri	T hücre proliferasyonu; timositler, mast hücreleri.
IL-10	T hücreleri, mast hücreleri B hücreleri?	Çeşitli hücrelerde sitokin sentezi inhibisyonu; mast hücreleri proliferasyonu.
G-CSF (Koloni uyarıcı faktör)	Monositler ve çeşitli hücreler	Myeloid büyüme faktörü, nötrofil yapımını artırır.
M-CSF (Koloni uyarıcı faktör M)	Monositler ve çeşitli hücreler	Makrofaj yapımını artırır.
GM-CSF (Koloni uyarıcı faktör GM)	T lenfositler, çeşitli hücreler	Myeloid seri yapımını artırır.
İnterferon IFN α	Lökositler	Antiviral, antiproliferatif
IFN β	Fibroblastlar	Antiviral, antiproliferatif
IFN γ	T lenfositler, natürel killer hücreler	İmmun regülatör, makrofaj ve NK hücre yapımını uyarır.
TNF α (tümör nekroz faktörü α)	Makrofajlar, çeşitli hücreler	İmmun reaksiyonları arttırıcı, tümör hücrelerini öldürücü etki; vasküler tromboz, tümör nekrozu.
TNF β (tümör nekroz faktörü β , LT)	T lenfositler	İnflamasyonu, immün reaksiyonları arttırıcı, tümör hücrelerini öldürücü etki; vasküler tromboz, tümör nekrozu.

Cevap A (Neyzi, *Pediatric*, 1.cilt, s.546)

C2 yetersizliği; otosomal resesif geçişlidir. En sık bildirilen kompleman eksikliğidir. Hastalarda tekrarlayan pnömoni, bakteriyemi, menenjit gözlenir. En sık saptanan etkenler başta S.pneumoniae olmak üzere H.influenzae, N.meningitidis'tir. Hastaların yarısında otoimmün hastalıklar vardır.

86.Kızıl ile ilgili hangisi yanlıştır?

- Deskuamasyon görülür.
- Dilin üzeri ilk 2 gün beyaz pasla kaplıdır.
- Enantemler streptokokun ilk yerleştiği yerlerden başlar.
- Kuluçka dönemi 1-7 gündür.
- Prodrom belirtileri gözlenmez.

Cevap E (Neyzi, *Pediatric*, 1.cilt, s.626-627)

Kızıl hastalığı A grubu beta hemolitik streptokokların yaptığı, antibakteriyel ve antitoksik bağıışıklığı olmayan kişilerde ortaya çıkan akut, makülopapüler

Tablo 19. Rutin aşı takvimi

Yaş	Aşı
Yenidoğan	BCG (1)
2 aylık	DPT, TOPV
3 aylık	DPT (2), TOPV
4 aylık	DPT (2), TOPV
9 aylık	Kızamık
18 aylık	DPT (2), TOPV
4-6 yaş	DPT (2), TOPV
14-16 yaş	Td (3), (her 10 yılda tekrar) (4)

DPT: Difteri-boğmaca-tetanos karma aşısı

TOPV: trivalan (3 tip poliomyelit virusu antijeni içeren) oral poliomyelit aşısı

DT: difteri-tetanos aşısı

Td: erişkin tipi difteri aşısı içeren difteri-tetanos aşısı

(1) doğum sonrasında yapılmamışsa BCG iki aylıkta DPT ve TOPV ile aynı zamanda yapılmalıdır.

(2) ilk DPT ile önemli reaksiyon (konvülsiyon, şuur kaybı) gözlenenlerde DT

(3) erişkin tipi difteri aşısı yoksa yalnız tetanos aşısı

(4) sıvı aşı kullanılıyorsa 5 yılda bir tekrar

döküntülü bir hastalıktır.

Kuluçka dönemi 1-7 gündür, 3 yaştan küçüklerde nadirdir.

Ani başlayan ateş, baş ağrısı, boğaz ağrısı, yutma güçlüğü, kusma kızılın prodromal belirtileridir. Bu belirtilerden 24-48 saat sonra döküntü görülür.

Ateş ikinci gün doruğa erişir.

Enanitem, streptokokun ilk yerleştiği yerlerden başlar (tonsil, farinks, dil ve damak). Tonsiller büyümüştür, ödemli ve kırmızı olup eksüda ile kaplıdır. Farinks ödemlidir ve alevli bir kızartı gösterir. Ağır vakalarda ülseratif tonsillit oluşabilir. Dil, hastalığın evresi ile değişen bulgular gösterir. İlk ve 2. gün üstü beyaz pasla kaplıdır, ucu ve kenarları kırmızıdır. Giderek papillalar ödemli, kırmızı ve belirgin duruma gelir. Bu evrede dil beyaz ahududu dili olarak nitelenir. 4 ve 5. günlerde beyaz pas geçer ve kırmızı bir zeminde belirgin papillalar ortaya çıkar, buna da kırmızı ahududu dili denir. Damak eritemli nokta şeklindeki lezyonlarla ve serpilmiş peteşilerle kaplıdır. Uvula ve yumuşak damak kırmızı ve ödemlidir.

Ekzanitem başlangıç belirtilerinden 12 saat sonra belirir. Alın ve yanaklar parlak kırmızı renktedir ve ağız etrafı soluktur (circumoral solukluk). Aksilla, kasık gibi deri bükümlerinin olduğu yerlerde ve basınç gören vücut bölgelerinde döküntü daha fazladır. Özellikle antekübital çukurda ulak peteşiler de olur. Bunlar enine çizgiler yaratır ve Pastia işaretleri adını alır. Bunlar döküntüden 1-2 gün sonraya kadar devam eder, sonra pigmentasyon bırakarak kaybolur. Döküntünün en karakteristik bulgularından birisi deskuamasyondur. Deride pullanma şeklinde soyulma önce yüzde başlar, gövdeye ve ekstremitelere yayılır. El ve ayaklar en son soyulan yerlerdir. Soyulma 3-4 haftada geçer. Erken antibiyotik verilen çocuklarda kızılın tipik belirtileri görülmez.

87.Fötüste spontan hareketler ne zaman başlar?

- a) 6. hafta
- b) 9. hafta
- c) 15. hafta
- d) 20. hafta
- e) Doğumdan hemen önce

Cevap B (Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.4)

4. ayda kıllanma başlar. Bu kıllanma geçicidir. Doğuma yakın kıllar biter. Bu kıllara lanugo adı verilir. Bunun fizyolojisi tam anlaşılmış değildir. 4.ayda kulak, burun, diş yerleri, genital organlar belirginleşir.

5. ayda cilt çok ince ve şeffaftır. Cildin üzerinde verniks kazeoza denilen yapışkan bir madde belirmeye başlar. Saçlar, tırnaklar, kirpikler belirginleşmeye başlar. Bir abortusta tırnak varsa bu en az 5 aylıktır diyebiliriz.

6. ayda, lanugo vücudu sarmıştır. Baş gövdeye göre çok büyüktür. Gözler kapalıdır.

8. haftada; izole göz hareketleri başlar.

9. haftada spontan hareketler başlar. Ama anne bunu

hissetmez. Anne, hareketleri 13-14. haftadan itibaren hisseder.

88.İntrasellüler sıvının ana katyonu hangisidir?

- a) Na+
- b) K+
- c) Cl-
- d) HCO₃-
- e) PO₄-

Cevap B (Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, s.2000, 18)

ESS'nin ana katyonu Na⁺'dur. ESS'daki ana anyon Cl⁻'dur. ISS'da ana katyon K⁺'dur.

89.Hangisi hipokalemide görülmez?

- a) EKG'de ST depresyonu
- b) Kas tonusunda azalma
- c) Derin tendon reflekslerinde artma
- d) Poliüri
- e) Aldosteron azalışı

Cevap C (Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.24)

Hipokalemik sonucu:

1. Metabolik etkiler: Karbonhidrat metabolizması bozulur.
2. Hormonal etki: Aldosteron ve insülin düzeyi azalır.
3. Kardiyak etki: Miyokardiyal hücre nekrozu, miyokardiyal fibrozis, EKG değişiklikleri ortaya çıkar. T dalgası kaybolur ve U dalgası çıkar. ST depresyonu, T dalgasının tersine dönmesi, QT aralığının uzaması, diğer bulgulardır.
4. Nöromusküler etki: Kas tonusunda azalma ve tendon reflekslerinin kaybı vardır. Bu durum tam bir paraliz haline ilerleyebilir. Bununla beraber ileus, otonomik sinir sistemi yetersizliği ve hepatik komanın şiddetlenmesi ile ensefalopati oluşur.
5. Renal etki: İdrarı konsantre edememe, poliüri, polidipsi, renal amonyak yapım artışı, sodyum tutulumu, ödem ve hipokalemik nefropati.

90.Renal tübüler asidozun hangisinde aldosteronun yetersiz üretimi veya yetersiz cevabı vardır?

- a) Tip I renal tübüler asidoz
- b) Tip II renal tübüler asidoz
- c) Tip III renal tübüler asidoz
- d) Tip IV renal tübüler asidoz
- e) Tip V renal tübüler asidoz

Cevap D (Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.26)

Tip IV renal tübüler asidoz: Aldosteronun yetersiz üretimi veya cevabı ile karakterize tiptir. Hiperkalemik veya hiperkloremik asidoz ile beraber olabilir. Primer veya adrenal hastalık ve parenkimal böbrek hasarına sekonder olabilir. Hiporeninemik hipoaldosteronizm tip IV RTA'nın bir tipi olup, interstisyel hastalıkla seyreden renal hastalıklarla beraberdir.

91. İlk 6 ay sadece anne sütüyle beslenen bebeklere hangi vitamin ek olarak verilmelidir?

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

Cevap D (Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.29)

Anne sütü alan bebeklere ilk 6 ay sadece D vitamini takviyesi yapılmalıdır.

92. Gottron papülleri hangisinde görülür?

- a) Poliarteritis nodosa
- b) Henoch Schönlein Purpurası
- c) Dermatomyozit
- d) Romatoid artrit
- e) Bronşiyal astım

Cevap E (Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.126)

Gottron papülleri, dermatomyozitte artrit ile beraber olmayan metakarpofarengial ve proksimal interfalangeal eklemlerdeki atrofik ve/veya hiperkeratotik eritem alanlarıdır.

93. Schirmer testi hangisinin tanısında kullanılır?

- a) Kawasaki hastalığı
- b) Stevens Johnson Sendromu
- c) Romatoid Artrit
- d) Kızıl
- e) Sjögren sendromu

Cevap E (Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.129)

Sjögren sendromunun komponentleri;

1. Sikka komponentleri
 - Bilateral büyük parotis
 - Aklorhidri
 - Hepatomegali
 - Pankreatit
2. Kollajen doku hastalıkları
3. Otoantikolarlar
4. Diğer bulgular (lenfoma, psödolenfoma, makroglobülinemi)

Tanıda, Schirmer testi yapılabilir. Bu testte kurutma kağıdı ile gözyaşı salgısı hakkında bilgi edinilmektedir.

94. Hangisi Kartagener Sendromuyla ilgili değildir?

- a) Otozomal resesif geçiş
- b) Progresif amfizem
- c) Situs inversus
- d) Bronşiektazi
- e) Pansinüzitis

Cevap B (Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.211)

Bu sendrom otozomal resesif geçişlidir. Situs inversus, pansinüzit ve bronşiektazi ile karakterizedir. Otitis media sıktır. Erkek infertilitesi yaygındır (immutil sperme bağlı).

95. Otitis mediada en sık hangisi izole edilir?

- a) Strep. pnömonia
- b) Adenovirus
- c) Staph. aureus
- d) RSV
- e) B. kataralis

Cevap A (Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.213)

Primer etken bakterilerdir. Tüm yaş gruplarında en sık görülen etken, S.pnömonia (%25-40) ve anksüsüle H.influenza'dır (%25). Gram negatif bakteriler de otitis media vakalarının %20 kadarından sorumludur. Daha az görülen etkenler A grubu streptokoklar, Branhamella catarrhalis, S.aureus ve P.aeruginosa'dır. Viruslar otitis mediada önemli etken değildirler. Viruslar otitis mediada önemli etken değildirler. Nadiren RSV, adenovirus, parainfluenza ve coxackie virus orta kulaktan izole edilmiştir.

96. Radyolojik olarak en erken görünür hale gelen sinüs hangisidir?

- a) Frontal virüs
- b) Etmoidal sinüs
- c) Maksiller sinüs
- d) Paranasal sinüsler
- e) Sfenoidal sinüs

Cevap C (Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.214)

Radyolojik olarak en erken maksiller sinüs görünür hale gelir.

Aynı zamanda ethmoid sinüs de görünür hale gelebilir. Görüldüğü yaş 1-2 civarıdır. Frontal sinüs, sfenoid sinüs ile beraber 5-6 yaşından önce görünür hale gelmez.

Maksiller ve ethmoid sinüsler en sık rahatsızlanan sinüslerdir.

97. S2'nin paradoksal çiftleşmesi hangisinde duyulmaz?

- a) Sol dal bloğu
- b) IHSS
- c) Aort yetmezliği
- d) Fallot tetralojisi
- e) Aort darlığı

Cevap D (Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.237)

İkinci kalp sesi (S2): Semilunar kapakçıkların kapanmasına bağlıdır. En iyi sternumun sol üst kenarında duyulur. İkinci kalp sesinin tek ve şiddetli olarak en iyi

sternumun sol alt kenarı boyunca duyulması, Fallot tetralojisi için karakteristiktir. Burada pulmoner kapak sesi hiç işitilmez.

S2'nin sabit çiftleşmesi ise ASD, ilerlemiş sağ ventrikül işlev bozukluğunda olur. Paradoks çiftleşmiş S2 (inspiriumda tek, ekspiriumda çift) ise sol dal blok, aort darlığı, aort yetersizliği, IHSS (idiopatik hipertrofik subaortik stenoz) duyulur.

98. Hangisi çocukluk çağında görülen masum üfürümlerin özelliklerinden değildir?

- a) Pozisyon değiştirmekle azalır çoğalabilirler.
- b) Hemen hiç yayılmazlar.
- c) En sık 5-9 yaşlarında görülür.
- d) EKG normaldir.
- e) Daima diastoliktirler.

Cevap E (Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.238-239)

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. Özellikler:

- Daima sistoliktirler.
- Hiçbir zaman sistolün yarısını doldurmazlar (kısa sistoliktirler).
- Şiddet bakımından 1-3 derecededirler. Trille beraber bulunmazlar.
- Pozisyonla azalır çoğalabilirler veya bazen kaybolabilirler.
- Yer olarak birinci grup mezokardiyak 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.

99. Sürekli üfürümün en sık sebebi hangisidir?

- a) Fonksiyonel atriyoventriküler darlık
- b) PDA
- c) VSD
- d) Mitral yetmezlik
- e) Aort koarktasyonu

Cevap B (Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.239)

PDA; en sık görülen sürekli üfürüm sebebidir. Fonksiyonel atriyoventriküler darlık; middiyastolik üfürüm
VSD; Pansistolik üfürüm
Mitral yetmezlik; Pansistolik üfürüm
Aort koarktasyonu; sistolik ejeksiyon üfürümü duyulur.

100. Konjenital kalp hastalıkları, embriyolojik dönemin en sık hangi evresinde oluşur?

- a) 3-5. hafta
- b) 5-8. hafta
- c) 8-12. hafta
- d) 14-18. hafta
- e) 20. haftadan sonra

Cevap B (Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.240)

Konjenital kalp hastalıklarının çoğu embriyolojik hayatın 5-8. haftaları arasında ortaya çıkar. Çünkü bu devrede atriyum ve ventriküller birbirinden ayrılırlar. Ayrıca sağ ve sol boşluklar meydana gelir. Kapaklar teşekkül eder ve trunkus arteriozus, aort ve pulmoner artere bölünür.

Bu devrede meydana gelen bozukluklara yol açan etkenler, ilaçlar, radyasyon, enfeksiyonlar ve genetik yatkınlıktır.

101. ASD'de en önemli dinleme bulgusu hangisidir?

- a) Apekte III/IV° üfürüm
- b) Pulmoner odakta thrill
- c) S3 gallo
- d) Pulmoner odakta ikinci sesin sabit çiftleşmesi
- e) Apekte ikinci sesin sabit çiftleşmesi

Cevap D (Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.240)

ASD olgularında büyük miktarda kan soldan sağa geçer.

Sekundum tipi ASD'de sağ ventrikül hipertrofik ve genişlemiştir. Prekordium hiperdinamiktir. 2. ve 3. derece ventrikül aktivitesi vardır. ASD'nin kendisi oskültasyon bulgusu vermez, zira geçen kan akım efor gerektirmez ve suflü oluşmaz. Fakat pulmoner artere atılan kanın fazlalığı sebebi ile pulmoner odakta sistolik ejeksiyon suflü duyulur. Suflün şiddeti III/VI derece civarında olup çok defa thrill ile beraberdir. Sol 2. interkostal aralıkta duyulur. Prekordiuma, suprasternal oluğa yayılır. Sol 2. interkostal aralıktan apekse, zayıf çocuklarda solucanvari kıvrılmalar görülebilir.

En önemli bulgu pulmoner odakta ikinci sesin sabit çiftleşmesidir. İlk komponent aortaya, ikincisi pulmoner kapağa aittir.

Telekardiyografide kalp büyük, pulmoner kavis belirgin ve akciğer damarlanması artmıştır.

EKG'de sağ eksen kayması, sağ hipertrofi ve V1'de rSR tarzında QRS genişlemesi (inkomplet sağ dal bloğu) görülür.

102. Siyanotik spell'ler hangisinde görülür?

- a) Ebstein anomalisi
- b) ASD
- c) Fallot tetralojisi
- d) Pulmoner atrezi
- e) Sağ ventrikül büyümesi

Cevap C (Ersoy, Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları, 2000, s.244)

Hipersiyanotik spell'ler siyanozun en fazla olduğu zamanda meydana gelen konvülsiyonlardır. Bebek, erişkinlerdeki miyokard infarktüsünde olduğu gibi eli ile göğsünü tırmalayarak hava almak ister gibidir. Nöbetler genellikle eforu takiben meydana gelir. Anemide nöbet sıktır. Nöbetin sebepleri, sempatik aktivitenin artması ile miyokard kontraktilesinin artması ve sağ ventrikül çıkımının daralmasından kaynaklanır.

Çömelleme ile hemodinamik kompenzasyon sağlanır. Periferik direnç artırılır. Kan basıncı ve kalp atımı artar. Periferdeki oksijen saturasyonunun azalması, kanın kalbe dönüşünü azaltarak oksijenli kanın hayati organlara geçişini artırır.

Çömelleme ve siyanotik spell'ler sadece Fallot tetralojisinde görülür.

103.BOS'ta protein artışına karşın hücre reaksiyonunun olmaması hangisi için patognomiktir?

- a) Aseptik menenjit
- b) Viral menenjitler
- c) Guillain-Barre sendromu
- d) Tüberküloz menenjit
- e) Charcot-Marie-Tooth hastalığı

Cevap C (Neyzi, Pediatri, 2.cilt, s.680)

Guillain Barre sendromunda nöropatolojiye ilişkin laboratuvar bulguları, klinik bulgulardan bir süre sonra ortaya çıkar. Beyin omurilik sıvısında protein artışına karşın hücre reaksiyonunun olmaması (albüminositolojik disosiasyon) Guillain-Barre sendromu için patognomonik bir bulgudur. Ancak bu bulgu, hastalığın başlangıcından 1-2 hafta sonra kadar bulunmayabilir. Hastaların çoğunda (%80) sinir ileti hızı yavaşlaması ve EMG'de denervasyon saptanır. Ancak bu bulgular da klinik belirtilerin ortaya çıkışından 10-12 gün sonra saptanabilir.

104.Çocukta beyin damarlarında en sık rastlanan akkiz hastalık hangisidir?

- a) Serebral ven trombozu
- b) Moyamoya sendromu
- c) Galenik ven anevrizması
- d) Arteriovenöz anjiyom
- e) Serebral arter embolileri

Cevap A (Neyzi, Pediatri, 2.cilt, s.688)

Çocuklarda edinsel beyin damar hastalıklarının en sık görüleni ven tıkanmalarıdır. Beyin venalarında tıkanmalara sıklıkla yol açan nedenler a) siyanozlu doğumsal kalp hastalıkları, b) ishal sonucu dehidratasyon ve c) burun, yüz, kulak, sinüs, mastoid bölge ya da meninkslerin piyogen infeksiyonlarının beyin damarları endoteline yayılmasıdır.

Beyinde ven trombozları venöz sinüslere kadar yayılabilir, lokal hemorajik bir infarkta ve beyin ödemeine yol açabilir. Bazen de, infarkt olmadan BOS basıncının

artmasına ve ventriküllerde genişlemeye neden olur. Bu patoloji "pseudotumor cerebri" olarak adlandırılır.

105.En sık görülen posterior fossa tümörü hangisidir?

- a) Ependimoma
- b) Medulloblastoma
- c) Serebellar astrositom
- d) Glioblastom
- e) Spongioblastom

Cevap B (Neyzi, Pediatri, 2.cilt, s.691)

Medulloblastoma; posterior fossa tümörleri içinde en sık rastlanandır. 3-5 yaşlar arasında en sık görülür. Obstrüktif hidrosefali ve ataksi belirtileriyle genellikle akut bir başlangıç gösterir. Hastalığın ilerlemesiyle tendon reflekslerinin kaybolması, ağrı, parestezi ve kranial kafa çiftleri tutulması bulguları gelişir.

Tümör hızlı bir yayılma gösterir. Prognoz kötüdür. Medulloblastom radyasyona çok duyarlıdır, postoperatif radyoterapi ile iyi sonuç alınabilir.

106.Beyin sapı gliomlarında en sık tutulan kafa çifti hangisidir?

- a) III. kraniyal sinir
- b) V. kraniyal sinir
- c) VII. kraniyal sinir
- d) X. kraniyal sinir
- e) VI. kraniyal sinir

Cevap C (Neyzi, Pediatri, 2.cilt, s.691)

Beyin sapı gliomları (Astrositom, Spongioblastom, Glioblastom); hemen yalnız çocukluk yaşlarında, en sık 6-7 yaşlarda görülen tümörlerdir. Çocuklarda tüm intrakranial tümörlerin %10'unu oluştururlar. Genellikle tanı, ilk belirtilerden ancak 3-5 ay sonra konulur. Bulgular, ön planda kafa çiftleri, piramidal traktus ve serebellum tutulması ile ilgilidir. KIBAS geç olarak gelişir. Kafa çiftlerinden fasiyal sinir %90, IX ve X. çiftler %80, n.trigeminus %60 ve n. abducens %55 oranında tutulur. Hastanın bakışını fikse edememesi beyin sapı lezyonunu gösteren önemli bir bulgudur ve hastaların %50'sinden fazlasında bulunur. Ataksi nedeniyle piramidal traktus tutulması bulguları maskeleyebilir.

BOS bulguları genellikle normaldir.

107.Moro refleksinin CNS'deki anatomik merkezi hangisidir?

- a) Beyin sapı-vestibüler çekirdek
- b) Brokka alanı
- c) Beyin sapı-trigeminal sistem
- d) Cerebellum
- e) Hipotalamus

Cevap A (Nelson, Essentials of Pediatrics, 2.baskı, s.660)

Bkz. Tablo 20.

Tablo 20. Bebeklikte SSS refleksleri

Refleks	Tanım	Belirdiği yaş	Kaybolduğu yaş	SSS'deki yeri
Moro	Ani baş ekstansiyonu kolların ve bacakların önce ekstansiyonuna sonra da fleksiyonuna neden olur.	Doğum	4-6 ay	Beyin sapı vestibüler çekirdek
Yakalama	Bir parmağın avuç içine yerleştirilmesi bebeğin elinin fleksiyonuna sonra da bilek ve omuzun fleksiyonuna yol açar.	Doğum	4-6 ay	Beyin sapı vestibüler çekirdek
Aranma	Ağız etrafına dokunma uyarısı bebeğin ağız ile uyarıyı izlemesine neden olur.	Doğum	4-6 ay	Beyin sapı trigeminal sistem
Gövdenin içbükeyleşmesi	Bebek darbe uyarısından ventral sinir boyunca kaçınır.	Doğum	9-6 ay	Omurilik
Yerleştirme	Bebeğin ayak sırtı muayene yüzeyinin kenarı ile temas ettiğinde ayağını muayene yüzeyine koyar.	Doğum	4-6 ay	Serebral korteks
Çapraz ekstansiyon	Bir bacak sıkıca ekstansiyonda tutulur ve ayağın sırtı ve tabanının uyarılması sırasıyla fleksiyona, ekstansiyona ve addüksiyonu takiben karşı ayak parmaklarının yelpaze gibi açılmasına yol açar.	Doğum	4-6 ay	Omurilik
Tonik boyun	Sırtüstü yatan bebeğin başının çevrilmesi kol ve bacağın "eskrim" postüründe ipsilateral ekstansiyonu ile sonuçlanır.	Doğum	4-6 ay	Beyin sapı vestibüler çekirdek
Paraşüt	Oturan bebeğin bir tarafa eğilmesi ipsilateral kolun koruyucu bir tarzda ekstansiyonuna neden olur.	6-8 ay	Asla	Beyin sapı vestibüler çekirdek
Landau	Bebeğin bel bölgesinden tutulması sırasında, boyun ekstansiyonu kolları ve bacakları ekstansiyona sokar.	6-8 ay	15 ay-2 yaş	Beyin sapı

108.Hangisinde distal ekstremitelere zayıflık vardır?

- a) Dermatomyozitis
- b) Kugelberg-Welander hastalığı
- c) Miyotonik distrofi
- d) Miyastenia Gravis
- e) Botulizm

Cevap C (Nelson, *Essentials of Pediatrics*, 2.baskı, s.698)

Bkz. Tablo 21.

109.Hem agonist hem de antagonist kasların kasıldığı, hiperkinetik, ritmik titreme hareketleri hangisidir?

- a) Miyoklonus
- b) Kore
- c) Tremor
- d) Distoni
- e) Atetoz

Cevap C (Nelson, *Essentials of Pediatrics*, 2.baskı, s.707)

Kore hiperkinetik, hızlı, sürekli olmayan, düzensiz, istemsiz, şekilsiz bir harekettir. Kas tonusu azalmıştır. Atetoz hiperkinetik, yavaş, kaba, distal kaslarda daha belirgin olmak üzere bir kıvrılma hareketidir. Kas tonusu artar.

Distoni hiperkinetik, süregen, yavaş,sabit bir postüre ilerleyebilen ve tekrarlayıcı hareket ile aktive olabilen (ör., hareket distonisi) bükülme hareketidir (bükülme spazmı).

Tremor aynı anda hem agonist hem de antagonist kasların kasılmasının neden olduğu hiperkinetik, ritmik titreme hareketlidir. Amplitüt ve frekansı düzenlidir.

Miyoklonus bir kas grubunun kısa fleksiyon kontraksiyonunun ani bir çekilmeye neden olduğu bir hiperkinetik harekettir.

Tablo 21. Nöromusküler hastalıkların "topografisi"

Proksimal kas zayıflığı
Distrofi
Duchenne
Limb girdle
Dermatomyozitis; polimiyozitis
Kugelberg-Welander hastalığı (Geç başlayan spinal müsküler atrofi)
Distal ekstremitte zayıflığı
Polinöropati
HMSN I
HMSN II
Miyotonik distrofi
Miyopati
Oftalmopleji ve ekstremitte zayıflığı
Miyastenia gravis
Botulizm
Miyotonik distrofi
Doğumsal yapıla miyopati
Fasiyal ve Bulbar zayıflık
Miyastenia gravis
Botulizm
Miyotonik distrofi
Doğumsal yapısal miyopati
Fasiyoskapulohumeral distrofi

HMSN=Kalıtsal motor duyu nöropatisi

110.Doğumda en sık kırılan kemik hangisidir?

- a) Kostalar
- b) Klavikula
- c) Kafa taşı kemikleri
- d) Alt ekstremiteler
- e) Üst ekstremiteler

Cevap B (Neyzi, *Pediatrici*, 1.cilt, s.247)

Doğumda en sık kırılan kemik klavikuladır. Baş gelişlerinde omuzun, makat gelişlerinde kolların güç çıkışı sonucu oluşur.

Lezyonun olduğu tarafta kol hareket ettirilemez. Palpasyonla krepitasyon veya kemikte düzensizlik hissedilebilir. Lezyon tarafında Moro refleksi alınmaz. Kırığın üst bölgeye basısı sonucu sternokleidomastoid kasta spazm oluşabilir.

Klavikula kırıklarında prognoz çok iyidir. Kırık olan tarafta kol ve omuzun birkaç gün tesbit edilerek hareketsiz tutulması yararlı olabilir. Bir hafta sonunda kallus oluşmuştur.

111.Yenidoğanda en sık stridor nedeni hangisidir?

- a) Koanal atrezi
- b) Laringomalazi
- c) Trakea stenozu
- d) Laringeal kist
- e) Konjenital subglottik stenoz

Cevap B (Neyzi, *Pediatrici*, 1.cilt, s.255)

Laringomalazi (basit kongenital laringeal stridor); Yenidoğanda en sık stridor nedenidir. Laringomala-

zinin en sık nedeni larinksini çevreleyen krikoid kırıkdağın normalden yumuşak oluşudur. Bu durum, inspirum sırasında lümenin aşırı kollabe olması ile stridorun yol açar.

Laringomalazi, erkeklerde kızlara göre iki kez daha sık görülmektedir. Pectus excavatus ile birlikte olabilir.

112.2 aylık bir bebekte atrial taşikardi denebilmesi için kalp tepe atımının en az kaç olması gerekir?

- a) 120/dak
- b) 140/dak
- c) 160/dak
- d) 180/dak
- e) 200/dak

Cevap D (Neyzi, *Pediatrici*, 1.cilt, s.41)

Bir aylıktan büyük bebeklerde kalp atımının düzenli şekilde dakikada 180 vurdan fazla oluşu atrial taşikardi belirtisidir.

113.Kaşık tırnak (coilonychia) hangisinde görülür?

- a) Kronik akciğer hastalıkları
- b) Amiloidozis
- c) Fe eksikliği anemisi
- d) Hipotiroidi
- e) Konjenital kalp hastalıkları

Cevap C (Neyzi, *Pediatrici*, 1.cilt, s.46)

Kronik hipoksemi bulgusu olarak kronik akciğer hastalıkları, doğumsal kalp hastalıkları, nadiren sirozda tırnakların saat camı gibi bombeleştiği, parmak uçlarının çomak şeklini aldığı gözlenir (Hipokrat parmağı).

Tırnak lunulalarının kaybolması, tırnak yatağının soluk renk alması sıklıkla hipoproteinemiye gösterir. Sirozda, nefrotik sendromda görülebilir.

Kaşık tırnak (coilonychia), tırnağın konkav bir şekil almasıdır. Ağır demir eksikliği anemisinin önemli bir belirtisidir.

114.Yumuşak damak paralizisinin en sık nedeni hangisidir?

- a) H. influenza
- b) Streptokoklar
- c) Tetanoz
- d) Kızamık
- e) Difteri

Cevap E (Neyzi, *Pediatrici*, 1.cilt, s.643,651)

Difteri yumuşak damak felcinin en sık nedenidir. Difteride en sık rastlanan ve en erken gelişen yumuşak damak paralizisidir. Anjinden 1-3 hafta sonra ortaya çıkar. Yutma güçlüğü, sulu gıdaların burundan gelmesi, burundan konuşma ile kendini gösterir. 1-2 haftada tamamen geriler.

115. Hangisi en sık nöral tüp defekt nedenidir?

- a) Valproik asit
- b) Siklofosfamid
- c) Kumarin
- d) Hidantoin
- e) Karbamazepin

Cevap A (Neyzi, *Pediatrici*, 1.cilt, s.166)

Valproik asit kullanımında en sık görülen konjenital anomali nöral tüp defektidir.

116. Fötüste kalp atışları kaçınıcı haftada başlar?

- a) 4. hafta
- b) 6. hafta
- c) 7. hafta
- d) 8. hafta
- e) 10. hafta

Cevap A (Neyzi, *Pediatrici*, 1.cilt, s.177)

Embriyo, yaklaşık 4. haftada başlayan kalp atışları dışında 7 hafta süresince hareketsizdir. Dördüncü haftada vücut segmentleri oluşur. 4-8. haftalar arasında hızlı bir farklılaşma süreci ile organ taslakları gelişir. Gebeliğin 8. haftasından sonra fetusun cinsiyeti belirlenebilir.

117. Eritema neonatorum (yenidoğanın toksik eritemi) ile ilgili hangisi yanlıştır?

- a) Pretermelerde daha sıktır.
- b) Tedavi gerektirmez.
- c) Doğumdan sonra 2. günde görülür.
- d) Eozinofili yoktur.
- e) Sarı-beyaz lezyonlar şeklindedir.

Cevap A (Neyzi, *Pediatrici*, 1.cilt, s.189)

Yenidoğanın toksik eritemi (erythema neonatorum); 5-6 mm çapında ortaları püre ısırığına benzer sarımsı beyaz lezyonlardır. Özellikle ikinci günde görülür. 1-2 haftada kendiliğinden kaybolur. Tedavi gerektirmez. Stafilkokok veya streptokok infeksiyonuna bağlı deri lezyonlarından ayırt edilmelidir.

Bu eritem term yenidoğanlarda %50 oranında, pretermelerde daha az sıklıkla görülür. Etiyolojisi iyi bilinmez. Histolojik muayenede ödem ve perivasküler aralıkta eozinofil infiltrasyonu saptanır. Kanda eozinofili yoktur.

118. Yenidoğanda kaç fontanel bulunur?

- a) 2
- b) 4
- c) 6
- d) 8
- e) 10

Cevap C (Neyzi, *Pediatrici*, 1.cilt, s.189)

Yenidoğanda ön, arka, 2 sfenoid ve 2 lambdoid fontanel olmak üzere 6 fontanel vardır. Ön fontanelin

dışındaki fontaneler doğumdan sonra ilk haftalarda kapanır. Ön fontanel genellikle 10-12. aylarda kapanır. Nadir olarak çocuk fontaneleri kapanmış olarak doğabilir.

119. Baş kemiklerinin yumuşak olmasında hangisi düşünülmez?

- a) Preterm
- b) Osteogenezis imperfekta
- c) Hipotiroidi
- d) Down sendromu
- e) Caput succadeneum

Cevap E (Neyzi, *Pediatrici*, 1.cilt, s.190)

Pretermelerde oksipital bölgede yumuşak alanlar olabilir. Baş kemiklerinin yumuşak oluşu ayrıca osteogenezis imperfekta, kleidokranial dizostoz, hipotiroidi ve nadiren Down sendromu ile birlikte olan düzensiz kalsifikasyonu düşündürür. Doğum zorluğuna bağlı cephalhematom ve caput succadeneum başta şişlik olarak belirir. Cephalhematom tek kemiğe lokalize subperiostal kanamadır. Caput succadeneum ise saçlı deri altında sıvı toplanmasıdır ve birden fazla baş kemiğinin üzerindeki alanı kaplar. Her iki bulgu da hiçbir tedaviyi gerektirmez. Kendiliğinden rezorbe olur.

120. Doğumda en sık travmaya uğrayan sinir hangisidir?

- a) Siyatik sinir
- b) Radyal sinir
- c) Optik sinir
- d) Fasiyal sinir
- e) Brakiyal plexus

Cevap D (Neyzi, *Pediatrici*, 1.cilt, s.244)

Fasiyal sinir, doğumda en sık zedelene sinirdir. Doğumda basıya uğrama sonucu tek taraflı fasiyal sinir paralizi olduğu genellikle kabul edilmektedir. Bu basının yeri ve zamanı tartışmalıdır.

Prognoz genellikle iyidir. Birçok vakada paralizi ilk hafta içinde, çoğunda da birkaç ay sonra düzelir.

121. Hangisi Lyme hastalığına özgün döküntüdür?

- a) Koplik lekeleri
- b) Eritema nodozum
- c) Ektima gangrenosum
- d) Eritema kronikum migrans
- e) Diffüz eritroderma

Cevap D (Nelson, *Essentials of Pediatrics*, 2.baskı, s.299)

Özgün döküntüler;

Ektima gangrenosum

Eritema kronikum migrans

Nekrotik skar

Erizipel

Koplik lekeleri

Pseudomonas aeruginosa

Lyme hastalığı

Aspergillozis, mukormikozis

A grubu streptokoklar

Kızamık

Tablo 22. Sık kullanılan teratojenik ilaçlar

İlaç	Sonuçları
Alkol	Fetal alkol sendromu, mikrosefali, doğumsal kalp hastalığı
Aminopterin	Mesomelia, kraniyal displazi
Coumarin	Nazal hipoplazi, punktat kon-
drodizplazi	
İsotretinoin (Accutane)	Yüz ve kulak anomalileri, doğum-
	sal kalp hastalığı
Lityum	Ebstein anomalisi
Metil civa	Mikrosefali, körlük, sağırılık,
gelişme geriliği	
Penicillamine	Cutis laxa sendromu
Phenytoin (dilantin)	Hipoplastik tırnaklar, intrauterin
	gelişme geriliği, tipik yüz
	görünümü
Radyoaktif iyot	Fetal hipotiroidi
Stilbestrol (DES)	Adolesan dönemde vajinal ade-
nokarsinom	
Streptomycin	Sağırılık
Testosteron benzeri ilaçlar	Dişide virilizasyon
Tetracycline	Diş minesini hipoplazisi
Thalidomide	Fokomeli
Trimethadione	Doğumsal anomaliler, tipik yüz
	görünümü
Valproat	Spina bifida

122. Hangisi gebede kullanıldığında çocukta spina bifida yapar?

- a) Kokain
- b) Valproat
- c) Lityum
- d) Streptomisin
- e) Tetrasiklin

Cevap B (Nelson, *Essentials of Pediatrics*, 2.baskı, s.162)

Bkz. Tablo 22.

123. Peutz-Jeghers sendromuyla ilgili hangisi yanlıştır?

- a) Konjenital bir sendromdur.
- b) Polipler ileusa yol açabilir.
- c) Polipler en sık kolonda görülür.
- d) Deri ve mukozaları tutar.
- e) Polipler genellikle saplıdır.

Cevap C (Neyzi, *Pediatrici*, 2.cilt, s.123)

Peutz-Jeghers sendromu, deri ve mukozalarda pigmente lekeler ve gastrointestinal traktusta histolojik olarak hamartoma özelliği gösteren polipler ile karakterize kalıtsal bir sendromdur. Lekeler 2-3 mm çapında morumtrak melanotik lezyonlardır. En fazla ağız mukozası ve dudaklarda görülürler. El ve ayak ayalarında, anus etrafında da oluşabilirler. Erken çocuklukta görülür ve çoğu kez ergenlikte kaybolurlar. Polipler genellikle multipl ve saplıdır. Sıklık sırasıyla jejunum, ileum, mide, duodenum ve kolonda oluşa-

bilirler. Bu hastalarda çomak parmak, overlerde kist, erken puberte gibi ek bulgular da görülebilir. Polipler ülsere olarak kanamalara veya bağırsakta obstrüksiyona yol açarak karın ağrısı, kusma gibi belirtilere neden olurlar.

124. İnvajinasyon en sık hangi bölgede görülür?

- a) İnen kolon
- b) Sigmoid kolon
- c) Transvers kolon
- d) İleoçekal bölgede
- e) Mide

Cevap D (Neyzi, *Pediatrici*, 2.cilt, s.124-125)

İnvajinasyon, bir bağırsak parçasının hemen kendisine distal olan bağırsak lümeni içine eldiven parmağı gibi ve mezenteri de birlikte sürükleyerek invajine olmasıdır. En sık ileumda görülür (ileoçekal).

İnvajinasyon, en fazla 3-36 aylarda (zirve 5-18 aylar arasında) olmak üzere çocuklarda sık rastlanan bir tablodur. Erkeklerde 3/2 oranında daha sıktır.

İnvajinasyon genellikle viral infeksiyonları ve gastroenterit gibi bağırsak duvarı lenf dokusunda hiperplazi yapabilen hastalıkları izleyerek veya bu hastalıklar sırasında görülür.

Tipik vakada belirtiler ani olarak şiddetli karın ağrısı ile başlar. Ağrı çocuğu uyandıracak şiddettedir. Birkaç dakika sonra ağrının kaybolmasıyla çocuk kısa bir sürede rahatlar, ancak karın ağrıları aralıklı olarak tekrarlar. Karın ağrısını izleyen saatler içinde kusma başlar. Yapılan ilk dışkılar genellikle normaldir. Vakaların %60'ında ilk semptomlardan 2-3 saat sonra (nadiren 1-2 gün kadar geç) koyu kırmızı jelatinöz bir madde çıkarılır. Bazı vakalarda ise başlangıçtan veya ilk 1-2 normal dışkılamadan sonra çocuk gaz ve dışkı çıkarmaz. Kusmalar giderek safralı olur, ateş yükselir ve genel durum kısa sürede bozulur.

Erken dönemde karında gerginlik belirgin değildir. Bu dönemde karının sağ üst-orta bölümünde sucuk biçiminde transvers bir kitle palpe edilebilir. Ağrı hecmesi sırasında ve bimanüel palpasyonla (bir el tuşe yaparken diğer elle karın palpasyonu) ku kitle daha kolay hissedilir. Karının sol yarısı boş izlenimini verir. Daha geç dönemde karın şiş ve gergindir. Tuşede rektumun boş olduğu saptanır. Kanlı bir müküs eldivene bulaşabilir.

Direkt batin grafisinde erken dönemde invajinasyon bölgesinde opasite farkedilebilir. Öykü ve klinik bulgularla invajinasyon şüphesi olan vakalarda erken dönemde gerek tanı, gerekse tedavi açısından radyoskopi altında baryumlu yüksek lavman (90 cm yükseklikte) endikasyonu vardır. Henüz nekrozun oluşmamış olduğu erken dönemde (genellikle ilk 24 saat) baryumun basınçlı verilmesiyle invajinasyon birçok vakada düzeltilebilir. Çocuk dışkı yapar ve rahatlar.

125.Çocuklarda spontan bakteriyel peritonitin en sık rastlanan etkeni hangisidir?

- a) Staph. aureus
- b) Psödomonas aeruginosa
- c) E.coli
- d) H. influenza
- e) Streptococcus pneumoniae

Cevap E (Neyzi, *Pediatrici*, 2.cilt, s.171)

Spontan bakteriyel peritonit: Sirozlu hastalarda asitle birlikte olan öldürücü bir komplikasyondur. Hastalarda giderek artan bir karın distansiyonu ve hassasiyeti, ateş, karın ağrısı, kusma ve ishal vardır. Bu bulgulara hepatik ensefalopati de eklenebilir. Bağırsak sesleri alınmaz veya azalmıştır. Bazen spontan bakteriyel peritonit asemptomatik olabilir. Tanı asit sıvısının incelenmesi ile konur. Sıvı bulanıktır, çoğunluğu PNL'den oluşan hücreler (>500/mm³) içerir. Protein içeriği genellikle 2.0 g/l'den daha azdır. Sorumlu bakteri asit sıvısında ve kanda gösterilebilir. Çocuklarda Streptococcus pneumoniae en sık rastlanan etkidir.

126.Aşağıdakilerden hangisi çocukluk çağının prognozu en iyi olan konvülsiyonlarından?

- a) Yenidoğan konvülsiyonları
- b) Febril konvülsiyon
- c) Myoklonik konvülsiyonlar
- d) İnfantil spazm
- e) Absans nöbetleri

Cevap B (Fenichel, *Clinical Pediatric Neurology*, 3.baskı, 1997, s.18-19; Nelson *Textbook of Pediatrics*, 15.baskı, 1996, s.1691-1692)

Febril konvülsiyonlar çocukluk çağının prognozu en iyi olan konvülsiyonlarıdır. 6 ay-5 ay arasında sık görülür. Santral sinir sistemi dışındaki enfeksiyonlarda ateşle birlikte görülen konvülsiyonlardır. Bu çocukların çoğunluğunun ailesinde febril konvülsiyon öyküsü vardır.

127.Aşağıdakilerden hangisi nonepileptik paroksizmal fenomendir?

- a) Migren
- b) Kompleks parsiyel epilepsi
- c) Febril konvülsiyon
- d) Vestibüler nörit
- e) Absans nöbetleri

Cevap A (Fenichel, *Clinical Pediatric Neurology*, 3.baskı, 1997)

Migren atakları epileptik atak değildir. Paroksizmal özelliği vardır. Ancak migrenle birlikte epilepsi bulunabileceği gibi epileptiklerde de migren daha sık bulunabilir.

128.Elektroensefalografide hipsaritmi bulgusu aşağıdakilerden hangisi için tipik bulgudur?

- a) Petit Mal Epilepsi
- b) Myoklonik epilepsi
- c) İnfantil spasm
- d) Febril konvülsiyon
- e) Rolandik epilepsi

Cevap C (Menkes, *Textbook of Child Neurology*, 5.baskı, 1995; Nelson *Textbook of Pediatrics*, 15.baskı, 1996)

İnfantil spasm nöbetlerinde EEG yavaş dalga, diken ve multipl diken aktivitesi şeklinde bulgu saptanabilir ve infanatil spasm için tipiktir.

129.Aşağıdakilerden hangisi en bulaşıcı ve septik şoka neden olan menenjit?

- a) E.coli menenjiti
- b) Meningokoksik menenjit
- c) Pnömonokoksik menenjit
- d) Aseptik menenjit
- e) Koriomenenjit

Cevap B (Nelson *Textbook of Pediatrics*, 15.baskı, 1996; Menkes, *Textbook of Child Neurology*, 5.baskı, 1995)

Meningokoksik menenjit böbrek üstü bezine kanama nedeniyle septik şoka neden olabilir ve acilen müdahale edilmediğinde ölüme sonuçlanabilir. Çok bulaşıcıdır ve hızlı ilerler.

130.Dilde fasikülasyon ve ağır hipotonisi olan bir infanatta aşağıdakilerden hangisi akla gelir?

- a) Konjenital musküler distrofi
- b) Werding Hoffman hastalığı
- c) Myasthenia gravis
- d) Periferik nöropati
- e) Hipoksik iskemik ansefalopati

Cevap B (Fenichel, *Clinical Pediatric Neurology*, 3.baskı, 1997)

Werding Hoffmann ağır hipotoni, cılız ağlama, dilde fasikülasyonda kurbağa pozisyonu, interkostal kasların az çalışması nedeniyle karın solunumu ön planda olan otozomal resesif geçiş gösteren bir hastalıktır.

131.Aşağıdakilerden hangisi organik fosfor intoksikasyonunun bir bulgusu değildir?

- a) Flushing (yüzde eritem)
- b) Bradikardi
- c) Konvülsiyonlar
- d) Gözyaşı sekresyonunda artma
- e) İshal

Cevap A (Ecevit, *Organik Fosfor Zehirlenmeleri, Katkı Pediatrı Dergisi* 1990; 11(3):231-41; Ersoy, *Türkiye Klinikleri Pediatrı Dergisi*, 2000, s.435)

Baş ağrısı, baş dönmesi, miyozis, terleme, sekresyonlarda artış, bulantı, kusma, ishal, ataksi, konvülsiyon,