

Türkiye Klinikleri

MEDİTEST Dergisi

EDİTÖR

Prof.Dr.Zeki KORKUSUZ
Ankara Üniv. Tıp Fakültesi
Ortopedi ve Travmatoloji ABD Öğretim Üyesi

EDİTÖR YARDIMCISI

Prof.Dr.Arif ÖZDEMİR
Hacettepe Üniv. Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi ABD Öğretim Üyesi

YAYIN SEKRETERİ

Dr.Müberra SARAÇOĞLU

BU SAYININ DANIŞMA KURULU

Doç.Dr.A.Denizmen AYGÜN Fırat Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hast. ABD	Osmangazi Ü.T.F. Pediatrik Allerji BD
Prof.Dr.İ.Hakkı AYHAN Ankara Ü.T.F. Farmakoloji ABD	Yrd.Doç.Dr.Esin KOÇ Gazi Ü.T.F. Neonatoloji BD
Yrd.Doç.Dr.Şükrü AYNACIOĞLU Gaziantep Ü.T.F. Farmakoloji ABD	Prof.Dr.Semra KUŞTİMUR Gazi Ü.T.F. Mikrobiyoloji ABD
Prof.Dr.Mete BABACAN Atatürk Ü.T.F. Mikrobiyoloji ABD	Prof.Dr.Leyla MEMİŞ Gazi Ü.T.F. Patoloji ABD
Yrd.Doç.Dr.Özcan BÖR Osmangazi Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hast. ABD	Prof.Dr.Hatice ÖZENCİ Ankara Ü.T.F. Mikrobiyoloji ABD
Prof.Dr.Atilla DAĞDEVİREN Hacettepe Ü.T.F. Histoloji ve Embriyoloji ABD	Doç.Dr.Lamia PINAR YANIÇOĞLU Gazi Ü.T.F. Fizyoloji ABD
Doç.Dr.Sadık DEMİRSOY Gazi Ü.T.F. Pediatrik Allerji BD	Doç.Dr.Ayşe SERDAROĞLU Gazi Ü.T.F. Pediatrik Nöroloji BD
Prof.Dr.Z.Sevim ERCAN Gazi Ü.T.F. Farmakoloji ABD	Doç.Dr.Ufuk ŞAKÜL Ankara Ü. Dişhekimliği F. Anatomi ABD
Dr.M.Halil ERTUĞ Akdeniz Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hast. ABD	Doç.Dr.Sedef TUNAOĞLU Gazi Ü.T.F. Pediatrik Kardiyoloji BD
Prof.Dr.Bilge GÖNÜL Gazi Ü.T.F. Fizyoloji ABD	Yrd.Doç.Dr.Leyla TÜMER Gazi Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hast. ABD
Yrd.Doç.Dr.Nimet KABAKUŞ Fırat Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hast. ABD	Yrd.Doç.Dr.Birsen UÇAR Osmangazi Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hast. ABD
	Doç.Dr.Güliden YILMAZ İstanbul Ü.T.F. Mikrobiyoloji ABD

Doç.Dr.A.Kadir KOÇAK

YAYIN KURULU

Nihan HOŞAĞASI, A.Ü.T.F. Şaban UYSAL, G.Ü.T.F.
Yasemin ÖZBUDAK, H.Ü.T.F.

Naim ATA, G.Ü.T.F.

BU SAYIYA KATKIDA BULUNANLAR

Gülistan BAHAT, H.Ü.T.F. Aynur KARAKUŞÇU, H.Ü.T.F.
Süleyman CESUR, G.Ü.T.F. Dr.Hüseyin Okyay OFLAZ

Hüseyin DEMİRBİLEK, H.Ü.T.F.

Türkiye Klinikleri

MEDİTEST Dergisi

TÜRKİYE KLİNİKLERİ MEDİTEST DERGİSİ
Hekimler Birliği Vakfı Adına Sahibi
Prof.Dr.Hikmet Akgül

Türkiye Klinikleri Dergileri
Editörler Kurulu

Prof.Dr.Adnan Güvener (**Başkan**)
Prof.Dr.Hikmet Akgül, Prof.Dr.Fuat Aziz Göksel,
Prof.Dr.Haldun Güner, Prof.Dr.Mehmet Ali Güner,
Prof.Dr.Orhan Güven, Prof.Dr.Enver Hasanoğlu,
Prof.Dr.Sedat Işık, Prof.Dr.Fikri İçli,
Prof.Dr.Sezer Karcier (Müniboğlu),
Prof.Dr.Zeki Korkusuz, Prof.Dr.M.Erol Turaçlı,
Prof.Dr.Abdülmuttalip Ünal,
Prof.Dr.Süleyman Yalçın
İsimler Alfabetik Sıralanmıştır.

Ortadoğu Reklam Tanıtım ve Yayıncılık A.Ş.*
Genel Müdür
Mehmet Akgül

Genel Yayın Koordinatörü
Dr.Sinan Korukluoğlu

Muhasebe
Zekai Karacan (**Müdür**)
Sevim Aslan

Dizgi Operatörleri
Kader Kayabaş, Mehtap Dayı

Yazı Takip Sekreteri
Dr.Müberra Saraçoğlu

Abone Takip Sekreteri
Habibe Atay

Abone ve Halkla İlişkiler Koordinatörü
Deniz Akagündüz

Reklam Koordinatörü
Adem Arıbaş

***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

Ankara Kitabevi: Tuna Cad. 11/10 Kızılay/ANKARA
Tel: (0312) 435 43 50 Faks: (0312) 433 63 22

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

Abone Ücretleri ve Koşulları: Bir yıllık abone ücreti
(1997 için) posta ücretleri dahil:

Kurum : 5.000.000 TL
Şahıs : 2.500.000 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 ayın başın-
dan en az 15 gün önce abone servisine yazılı olarak
bildirilmelidir. Zamanında yapılmayan bildirimlerden
dolayı derginin aboneye ulaşmamasından yayıncı so-
rumlu tutulamaz.

Reklam konusunda tüm görüşmeler;
Reklam Koordinatörü : Adem Arıbaş
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. Bilimsel amaçlarla -kaynak göstermek kaydıyla-
özetleme ve alıntı yapılabilir.

Baskı: OfsetFotoMat, ANKARA

MEDİTEST GEÇMİŞ YAYIN KURULU ÜYELERİ

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

Türkiye Klinikleri
MEDİTEST Dergisi

Cilt 6

Sayı 3

Kasım-Aralık 1996

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

İÇİNDEKİLER

123	156
Genetik	Pediyatrik Nöroloji
125	158
Yenidoğan	Pediyatrik Endokrinoloji
128	161
Sosyal Pediyatri	Pediyatrik Göğüs Hastalıkları
131	163
Pediyatrik Nefroloji	Pediyatrik Hematoloji
133	166
Pediyatrik Enfeksiyon Hastalıkları	Pediyatrik Cerrahi
136	169
Uzman Gözüyle	Histoloji
Çocuklarda Tekrarlayan ve Düzelmeyen Akciğer	172
Enfeksiyonlarına Yaklaşım	Farmakoloji
139	175
Allerji-İmmünoloji	Fizyoloji
141	177
Pediyatrik Onkoloji	Anatomi
144	179
Pediyatrik Kardiyoloji	Patoloji
147	183
Pediyatrik Gastroenterohepatoloji	Mikrobiyoloji
151	188
Uzman Gözüyle	2.Sayıdan
Türkiye'de Çocukluk Döneminde Rutin Olarak Yapılan	190
Aşılar ve Aşı Takvimi	Bibliyografya
153	
Metabolizma ve Nutrisyon	

ALLERJİ-İMMÜNOLOJİ

SORULAR

1. Anafilakside adrenalin dozu aşağıdakilerden hangisidir?

- a) 0.001 mg/kg
- b) 0.01 mg/kg
- c) 0.1 mg/kg
- d) 1 mg/kg
- e) 10 mg/kg

2. Aşağıdakilerden hangisi bronşiyal astım tanısı koydurur?

- a) Deri testleri
- b) Spesifik IgE'nin serum düzeyinin yüksek olması
- c) Total IgE'nin yüksek olması
- d) Reversibilite testinin %15'in üstünde olması
- e) Kanda histaminin yüksek olması

3. Aşağıdakilerden hangisi bronşiyal astım komplikasyonu değildir?

- a) Bronkopolmoner displazi
- b) Atelektazi
- c) Bronşektazi
- d) Cilt altı amfizem
- e) Miyoglobininüri

4. Selektif IgA eksikliğinde aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Otoimmün hastalıklar sıktır.
- b) Sinopulmoner enfeksiyonlar sıktır.
- c) En sık rastlanan immün yetmezliktir.
- d) Tedavide gammaglobulin verilir.
- e) Tam kan transfüzyonlarında anafilaksi gelişebilir.

5. Çocukluk AIDS'inin erişkin AIDS'inden farkı hangisidir?

- a) Kronik interstisyel pnömoninin olması
- b) Kardiyomyopatinin gelişmesi
- c) Ensefalopatinin gelişmesi
- d) CMV ve P.carini gibi fırsatçı enfeksiyonların geç devrede görülmesi
- e) Yukarıdakilerin hepsi

6. Çocukluk AIDS'inde ELISA testi pozitif çıkan bir hastada aşağıdakilerden hangisi yapılır?

- a) Western Blott testi yapılır.
- b) Virus izolasyonu yapılır.
- c) T4/T8 oranına göre tedavi verilir.
- d) Antibiyotik ile profilaksiye başlanır.
- e) Test tekrarlanır.

7. Aşağıdakilerden hangisi DiGeorge sendromu için doğru değildir?

- a) Hipoparatiroidi görülebilir.
- b) Genellikle büyük damar anomalileri vardır.
- c) Candida antijeni ile yapılan deri testleri pozitifdir.
- d) Damakları yüksektir.
- e) Hücrel immün yetmezlik belirtileri görülür.

8. Aşağıdakilerden hangisinde mutlaka immunoterapi yapılmalıdır?

- a) Mevsimsel allerjik rinite
- b) Ev tozu akarlarına duyarlı allerjik bronşiyal astım
- c) Arı venomuna bağlı anafilaksi
- d) İnek sütüne bağlı gastrointestinal allerjiler
- e) Yukarıdakilerin hepsi

9. Aşağıdakilerden hangisi Wiskott Aldrich sendromu için doğru değildir?

- a) Otozomal resesif geçer.
- b) Doğumda trombositopeni vardır.
- c) Ekzema görülür.
- d) IgE hemen hemen yoktur.
- e) Kombine bir immün yetmezliktir.

10. Aşağıdakilerden hangisi penisillin allerjisinde yanlıştır?

- a) Bulgular genellikle ilk yarım saatte çıkar.
- b) Tabloya major komponent neden olur.
- c) Sefalosporinler, çapraz duyarlılık olabileceğinden verilmemelidir.
- d) Desensitizasyon yapılabilir.
- e) Üst solunum yolu enfeksiyonlarında yerine makrolid antibiyotikler kullanılabilir.

CEVAPLAR

1. B

2. D

3. A

4. D

5. E

6. A

7. C

8. C

9. A

10. B

ANATOMİ

SORULAR

1. Aşağıdakilerden hangisi kafatasını foramen rotundumdan terk eder?

- a) N. mandibularis
- b) N. maxillaris
- c) N. ophtalmicus
- d) N. vagus
- e) N. abducens

2. Aşağıdakilerden hangisi os sphenoidale'de bulunur?

- a) Foramen spinosum
- b) Foramen magnum
- c) Apertura externa canalis carotici
- d) Canalis hypoglossi
- e) Canalis facialis

3. Dilini dışarı çıkartamayan bir hastada aşağıdakilerden hangisinde sorun vardır?

- a) M. styloglossus
- b) M. hyoglossus
- c) M. genioglossus
- d) M. geniohyoideus
- e) Longitudinal intrinsik kaslar

4. Erişkin insanda medulla spinalisin alt ucunun sonlanma yeri hangisidir?

- a) L5
- b) L4
- c) Th12
- d) L1
- e) L3

5. Nodi lymphatici submandibularise hangi yapının lenfası drene olmaz?

- a) Burun kanatları

- b) Dilin uç kısmı
- c) Alın örtten deri
- d) Diş etleri
- e) Üst dudaklar

6. Ductus parotideus aşağıdaki kaslardan hangisini delerek vestibulum oris'e açılır?

- a) M. masseter
- b) M. pterygoideus medialis
- c) M. buccinatör
- d) M. constrictor pharyngis superior
- e) M. levator anguli oris

7. Aşağıdaki kaslardan hangisi gözü dışa-aşağıya çevirir?

- a) M. rectus lateralis
- b) M. rectus medialis
- c) M. obliquus inferior
- d) M. obliquus superior
- e) M. rectus inferior

8. Atlas (1. servikal vertebra) da aşağıdaki yapılardan hangisi yoktur?

- a) Massa lateralis
- b) Sulcus caroticus
- c) Arcus anterior
- d) Processus spinosus
- e) Fovea articularis superior

9. Yenidoğanlarda craniumda aşağıdakilerden hangisi bulunmaz?

- a) Fonticulus anterior
- b) Fonticulus posterior
- c) Processus mastoideus
- d) Os temporalenin pars tympanicası
- e) Antrum mastoideum

CEVAPLAR

1. B (Snell, 1992, s.731)

N. trigeminusun mandibuler dalı Foramen ovale

N. trigeminusun oftalmik dalı Fissura orbitalis superior

N. abducens Fissura orbitalis superior

N. oculomotorius Fissura orbitalis superior

N. vagus Foramen jugulare

2. A (Snell, 1992, s.731)

Foramen magnum → os occipitale

Apertura externa canalis carotici → os temporale

Canalis hypoglossus → os occipitale

Canalis facialis → os temporale

3. C (Snell, 1992, s.668)

4. D (Snell, 1992, s.743)

5. B (Snell, 1992, s.742)

Nodi lymphatici submandibulares geniş bir bölgenin lenfatik drenajını alır. Bunlar arasında alını örten deri, burun, yanakların bir bölümü, frontal, maxiller ve ethmoid sinüsler, üst dişler ve alt dişlerin büyük bölümü, dilin uç bölümü dışındaki 2/3 ön kısmı, ağızın tabanı, vestibulum oris ve diş etleri sayılabilir. Dilin ucunun lenfatikleri nodi lymphatici submentalese dökülür.

6. C (Snell, 1992, s.601)

7. D (Snell, 1992, s.647)

8. D (Snell, 1992, s.687)

9. C (Snell, 1992, s.625)

Proc. mastoideus doğumda yoktur. M. sternocleidomastoideusun orijin yeri burası olduğundan, kasın daha çok fonksiyonel olmasıyla birlikte, proc. mastoideus da gelişip, büyümeye başlar.

BİBLİYOGRAFYA

- 1) Akan E. Genel ve Özel Viroloji 2.baskı, Saray Yayıncılık.
- 2) Beaver PC, Jung CR, Cupp EW. Clinical Parasitology, 9th ed. Lea and Febiger, Philadelphia 1984.
- 3) Berkow R, Fletcher AJ, Chir B. The Merck Manual, sixteenth edition, Merck and Co. Inc, 1992.
- 4) Bilgehan H. Temel Mikrobiyoloji ve Bağışıklık Bilimi 7.baskı, 1994.
- 5) Boyd RF, Hoerl BG. Basic Medical Microbiology 1991.
- 6) Brune II PA, Baas JW, Daum RS et al. Prevention of hepatitis B virus infections. Committee on infectious diseases. Pediatr, 1985; 73:362-4.
- 7) Collier LH, Timbury MC. Virology and Immology in Topley and Wilson's Principles of Bacteriology. Vol 4, 1990.
- 8) Çetin ET ve ark. Tıbbi Parazitoloji 1985.
- 9) Emerging Infectious Diseases, 1996.
- 10) Erdoğan D, Hatipoğlu MT, Görgün M, Ilgaz C. Histoloji Sözlüğü, SBAD Yayınları, Ankara, 1995.
- 11) Garson, Bricker, McNamara. The Science and Practice of Pediatric Cardiology.
- 12) Gomella TL. A Lange Clinical Manual Neonatology, Prentice-Hall International Inc USA, 1994.
- 13) Guyton AC. Textbook of Medical Physiology, 7th ed. WB Saunders Co, 1991.
- 14) Hathaway WE, Groothuis JR, Hay WW, Paisley JW. Current Pediatric Diagnosis and Treatment, 10.baskı, Appleton and Lange, Connecticut, 1991.
- 15) Hentges Microbiology & Immunology: An Illustrated Review with Questions and Explanations 2nd ed. 1995.
- 16) Hilman BC. Pediatric Respiratory Disease: Diagnosis and Treatment, WB Saunders Co, Philadelphia, 1993.
- 17) Jawetz E, Melnick J, Adelberg E. Medical Microbiology Lange, 1995.
- 18) Joklik WK. Zinsser Microbiology, 19th ed. Connecticut. Appleton Lange 1988.
- 19) Junqueira LC, Carneiro J, Kelley RD. Basic Histology, Çev. Ed. Aytakin Y. Barış Kitabevi, 1992.
- 20) Katzung BG, Trevor AJ. Examination and Board Review. Pharmacology. Appleton and Lange, 4.baskı, 1995.
- 21) Kayaalp O. Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji. Feryal Matbaacılık, Ankara, 1,2,3. cilt, 1993, 1994.
- 22) Kılıçturgay K. Klinik Mikrobiyoloji. Bursa, Güneş ve Nobel Tıp Kitabevi 1994.
- 23) Krugman S, Katz SL, Gershon AA. Infectious Disease of Children, 9.baskı, Mosby-Year Book. Inc 1992: 294-7.
- 24) Mandell GL, Bennet JE, Dolin R. Principles and Practice of Infectious Disease 4th ed. Churchill Livingstone, New York 1995.
- 25) Middleton E, Reed CD, Ellis EF, Adkinson NF, Yungien JW. Allergy Principles and Practice, 3.baskı, 1988.
- 26) Moss, Adams. Heart disease in infants, children, and adolescents.
- 27) Murray PR, Kabayashi GS, Pfaller MA, Rosenthal KS. Medical Microbiology, 2nd ed. Mosby-Year Book Inc, London, 1994.
- 28) Mycek, Harvey, Champe, Pharmacology, 2.baskı.
- 29) Nelson Textbook of Pediatrics. Philadelphia, WB Saunders Co, 1992, 1995.
- 30) Robbins, Cotran, Kumar. Pathologic Basis of Disease, WB Saunders Co., Philadelphia, 5th ed, 1994.
- 31) Rodgers GC, Matyunas NJ. Gastrointestinal decontamination for acute poisoning. Ped. Clin. Nort Am (Pediatric Toxicology) 1986; 33:261-285.
- 32) Silverman A, Roy CC, Cozzetto HJ. Pediatric Clinical Gastroenterology, Mosby-Year Book Co., St Louis, 1995.
- 33) Snell RS. Clinical Anatomy for Medical Students, Çev. Ed. Arıncı K. Türkiye Klinikleri Yayınevi, 1993.
- 34) The AIDS Reader Vol. 5.
- 35) Thompson MW, Mc Innes RR, Willard HF. Genetics in Medicine, 5.baskı. WB Saunders, Philadelphia, 1991.
- 36) Tinkelman DG, Nospitz CK, Childhood Astma Patophysiology and Treatment, 2nd ed. Maral Dekker Inc, New York, 1993.
- 37) Ustaçelebi Ş. Genel Viroloji. Hacettepe-Taş Kitapçılık Ltd. Ankara 1992.
- 38) Yotis WW, Blumenthal HJ, Hashimoto T. Lange's Review of Microbiology and Immunology,. Appleton, 1989.
- 39) Yurdakök M, Coşkun T, ed. Pediatride Yeni Bilgiler Yeni Görüşler, Ankara, 1995.
- 40) Zaman V. Handbook of Medical Parasitology, 2nd ed. London, Churchill Livingstone, 1990.

FARMAKOLOJİ

SORULAR

1. ve 2. soruları aşağıdaki duruma uygun olarak yanıtlayınız;

-Üç yaşındaki bir çocuk Acil Servise ulaştırılıyor ve antimuskarinik ilaç zehirlenmesi tanısı alıyor.

1. Atropin zehirlenmesinde hangi belirti saptanmaz?

- a) Bulanık görme
- b) Mide salgısında azalma
- c) Kalp hızında artma
- d) Kabızlık
- e) Göz bebeklerinde daralma

2. Çocuklarda belladon alkaloidlerinin en tehlikeli toksik etkisi hangisidir?

- a) İntraventricüler kalp bloku
- b) Dehidratasyon
- c) Hipertansiyon
- d) Hipertermi
- e) Halusinasyonlar

3. Aşağıdaki reseptörlerden hangisi iyon kanalı ile kenetli reseptörlere aittir?

- a) M(1) reseptörler
- b) Nikotinik reseptörler
- c) Alfa(1) reseptörler
- d) Beta(1) reseptörler
- e) M(2) reseptörler

4. Aşağıdakilerden hangisi organik fosforlu insektisidlerle zehirlenme belirtisi değildir?

- a) Bronş sekresyonlarında artma
- b) Miyozis
- c) Konvülsiyon
- d) Kas paralizi
- e) Konstipasyon

5. Sempatik sinirle innerve olup mediyatörü asetil kolin olan hangisidir?

- a) Bronş düz kası
- b) Böbrekler
- c) İris radier kası
- d) Mesane düz kası
- e) Ter bezi

6. Hangi ilaç uzun süre kullanılırsa parolitik ileus yapar?

- a) Klorizandamin
- b) Dihidroergotamin
- c) Famotidin
- d) Guanitidin
- e) Propranolol

7. İlaçların pasif difüzyon ile ilgili olarak doğru şıkkı seçiniz.

- a) Difüzyonun gerçekleşmesi için ilacın hücre membranının bir yüzünde taşıyıcı adı verilen doğal bir moleküle bağlanması gerekir.
- b) İlaç, düşük konsantrasyonda olduğu kompartmandan yüksek konsantrasyonda olduğu kompartmana taşınır.
- c) Geçişin yön ve hızını saptayan faktör, membranın ayırdığı iki ortam arasındaki konsantrasyon farkıdır.
- d) Absorbsiyon yüzeyinin genişliği ile absorpsiyon hızı ters orantılıdır.
- e) Pasif difüzyonda membranın iki tarafında molekül sayısı yaklaşık eşit olunca geçiş durur.

8. pH farklılığı nedeniyle belirli kompartmanlarda ilaçların birikmelerine neden olan mekanizma aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Pasif difüzyon
- b) Redistribüsyon
- c) Sekestrasyon
- d) İyon tuzağı
- e) Aktif transport

9. İlk geçişte eliminasyon olayı (first-pass), ilacın aşağıda verilen yollardan hangisi ile uygulanması durumunda en yüksektir?

- a) İntramüsküler
- b) İntravenöz
- c) Sublingual
- d) Oral
- e) İnhalasyon

10. Amanita phalloide alımından 12 saat sonra ortaya çıkan ve kusma, ishal ve yüksek serum transaminaz ile karakterize olan zehirlenmenin tedavisi için aşağıdakilerden hangisi kullanılır?

- a) Tioktik asid
- b) Piridoksin
- c) Bikukulin
- d) Musimol
- e) Metilhidrazin

11. Aşağıdakilerden hangisi akut zehirlenmelerin tedavisi için doğru değildir?

- a) Vücuda giren zehirin absorpsiyon yerinden hızla uzaklaştırılması gerekir ve bu işlem en etkin olarak kusturma ile yapılır.
- b) Zehirlenme etkeninin absorpsiyonunun yavaşlatmak için en fazla tercih edilen madde bitkisel aktif kömürdür.

FARMAKOLOJİ

- c) Zehirlenmeye neden olabilen çok sayıda maddenin antidotu olmadığından bu durumlarda sadece semptomatik tedavi yapılabilir.
- d) Asidik nitelikte ilaçlarla zehirlenmelerde idrar pH'sının düşürülmesi (asitleştirilmesi) etkenin böbreklerden daha etkin bir şekilde atılımını sağlar.
- e) Barsaklara geçmiş olan zehirin uzaklaştırılması için toz pürgatifler yardımcı olabilir.

12.Aşağıdaki antibiyotiklerden hangisi bakteri hücre duvarı sentezini etkilemeksizin bakterisid etki yapar?

- a) Penisilin
- b) Sefalosporin
- c) Aztreonam
- d) İmipenem
- e) Metronidazol

13.Aşağıdaki ilaçlardan hangisinin astım tedavisinde akut bronkospazm nöbetlerinin geçirilmesinde terapötik bir yararı yoktur?

- a) Glukokortikoidler
- b) Parenteral teofilin
- c) Adrenalin
- d) Salbutamol
- e) Ketotifen

14.Aşağıdakiler içinde idiyosenkrazi'yi tanımlayan seçeneği işaretleyin.

- a) Hastalık durumlarında ilaca dayanıksızlık reaksiyonları
- b) Eosinofili ile görülen duyarlılık reaksiyonları
- c) Organogenesis sırasında oluşan ilaç toksik etkileri
- d) Genetik materyele özgü harabiyetler
- e) Nedeni bilinmeyen diğer reaksiyonlar

15.Aşağıdakilerden hangisi hem vazodilatasyon hem de trombosit agregasyonuna neden olur?

- a) LTC4
- b) TxA2
- c) PGE2
- d) PGI2
- e) PAF

CEVAPLAR

1. E (*Katzung, 1995, s.63*)
Atropin gözdeki etkisinden birisi midriyazistir, yani göz bebeklerinde büyümedir.
2. D (*Katzung, 1995, s.63*)
a, d ve e seçeneklerindeki etkiler atropin zehirlenmesinde görülmele birlikte, küçük çocuklarda en tehlikeli etki hipertermidir.
3. B (*Katzung, 1993, s.2213*)
M(1), M(2), beta(1) ve alfa(1) reseptörler 7 transmembranal segmentli, G proteini ile birleşen reseptörler olmalarına karşın nikotik reseptörler iyon kanalı ile kenetlenmiştir.
4. E (*Mycek, Harvey, Champe, 2.baskı, s.44*)
Bronş sekresyonlarında artma, myozis, kas paralizisi ve konvülsiyon organik fosforlu insektisid zehirlenmelerinde rastlanan belirtilerdendir. Buna karşın bu zehirlenmelerde konstipasyon değil diyare gözlenir.
5. E (*Kayaalp, 6.baskı, s.2219*)
Bronş düz kasları, böbrekler, iris radiyer kası ve mesane düz kaslarının sempatik mediyatörü adrenalin olup ter bezleri ve çizgili kasların damarlarının sempatik mediyatörü asetilkolindir.
6. A (*Kayaalp, 6.baskı, s.2435-37*)
Kompetitasyonla gangliyon blokajı yapan ilaçlar mide-barsak kanalının tonus ve motilitesini azaltırlar, kabızlık ve yüksek dozda paralitik ileus yaparlar. Bunlar da mekamilamin hidroklorür, pentolinium tartrat, klorizondamin klorür ve trimetofan kamsilattır.
7. C (*Kayaalp, 1994, s.14*)
8. D (*Kayaalp, 1994, s.82*)
9. D (*Kayaalp, 1994, s.50*)
- 10.D (*Kayaalp, 1994, s.2903*)
- 11.A (*Laurence, 6.baskı, s.186-190*)
Mantar zehirlenmelerin en tehlikelisi geç (12 saat) ortaya çıkandır. Bunlara genellikle A. phalloide tipinde var olan etken toksin siklopeptidler neden olur. Toksinin antidotu olarak tioktik asid veya penisillin G veya sulfadimidin verilebilir. Gyromitra tipindeki etken madde metilhidrazin piridoksin eksikliğine neden olur ve piridoksin verilmelidir. A. panthorina GABA analogu içerir, İnocybe ise müskarin içerir. Halüsinasyon veya deliryuma neden olurlar. Antigabaerjik ve antimüskarinikler verilmelidir.
- 12.D (*Kayaalp, 1994, s.420*)
İdrar pH'nın asitleştirilmesi eliminasyonu tersine azaltır. Oysa pH yükseltirse asidik ilaç molekülleri iyonlaşırlar ve reabsorbe olmaları azalır.
- 13.E (*Kayaalp, 1994, s.789*)
Metronidazol bakterilerin DNA sentezini inhibe ederek bakterisid tesir yapar.
- 14.E (*Kayaalp, 1995, s.1573 ve 1592*)
Ketotifen mast hücresi stabilizatörüdür ve bronkodilatör tesiri yoktur. Sadece astım nöbetlerinin profilaksisinde kullanılabilir.
- 15.E (*Kayaalp, 1994, s.382*)
- 16.E (*Kayaalp, 1993, s.3022*)

FİZYOLOJİ

SORULAR

1. Aşağıdaki organların hangisinde egzersiz sırasında kan akımında değişiklik en azdır?

- a) Deri
- b) Beyin
- c) Barsaklar
- d) Kalp
- e) Böbrek

2. Kas kontraksiyonu için gerekli enerji kaynakları ile ilgili olarak hangisi yanlıştır?

- a) Kas kontraksiyonu için gerekli olan enerji, ilk olarak ATP tarafından sağlanır.
- b) ADP'nin ATP'ye yeniden fosforilasyonu için kullanılan fosfokreatin, kaslara saatlerce yetecek enerji sağlar.
- c) Oksidasyon mekanizmalarına göre glikoliz, enerji ihtiyacının giderilmesinde daha hızlı bir şekilde çalışır.
- d) Glikoliz ile elde edilen enerji, kaslara sadece saniyelerle ifade edilebilen oranda yeterlidir.
- e) Kasların kontraksiyonu için verilen kimyasal enerjinin elde edilen iş'e olan oranı (verim) yaklaşık %20-25'tir.

3. Bir uyarıma cevap olarak iskelet kası kasıldığında aşağıdaki olaylardan hangisi olur?

- a) I bandı boyunda artma
- b) A bandı boyunda artma
- c) A bandı boyunda azalma
- d) I bandı boyunda azalma
- e) Hiçbiri

4. Aktin ile miyozin arasındaki etkileşim ve ATP hidrolizi ile sonuçlanan eksitasyon-kontraksiyon bağlantısı için hangisi yanlıştır?

- a) Troponin-tropomiyozin kompleksi yokluğunda aktin miyozine bağlanır.
- b) Kalsiyum iyonları (Ca^{++}) troponin T'ye bağlanır.
- c) Kalsiyum iyonlarının ortamda fazla miktarda bulunması aktin-miyozin etkileşimi için gereklidir.
- d) İskelet kasında sarkoplazmik retikulum, Ca^{++} salınmasından sorumludur.
- e) Miyozin filamentinin baş kısmında ATPaz aktivitesi vardır.

5. Aşağıdakilerden hangisi izometrik veya izotonik kasılmalar için doğru tanımlamayı verir?

- a) İzotonik kasılmada, izometriğe nazaran gerim (tonus) artışı daha fazladır.
- b) İzometrik kasılmada, izotoniğe nazaran daha fazla iş üretilir.
- c) İzotonik kasılmada, izometriğe nazaran akitvasyon ısısı düşüktür.

d) İzometrik kasılmada, çapraz köprücükler kurulmaz, filamentlerde kayma olmaz.

e) İzometrik kasılmada, kontraktıl elemanların boyu kısalır; fakat visko-elastik elemanlar uzayarak, bunu kompanse eder.

6. Aşağıdakilerden hangisi kalmodulin için yanlıştır?

- a) Kalsiyum iyonlarının bağlandığı bir protein olan kalmodulin, troponin C'ye benzer bir yapı gösterir.
- b) Asidik bir proteindir.
- c) İskelet kasının kontraksiyonuna yol açan miyozin kinazı aktive eder.
- d) Düz kas kontraksiyonuna yol açan miyozin kinazı aktive eder.
- e) Kalsiyumun bağlanabilmesi için birbirinden farklı dört bölgesi vardır.

7. Ca^{2+} sarkoplazmik retikulumundan aşağıdaki hangisi sayesinde salınır?

- a) Diaçil gliserol
- b) G protein
- c) Fosfolipaz C
- d) İnozitol trifosfat
- e) Adenilat siklaz

8. İskelet kas liflerihakkında doğruyu bulunuz?

- a) Kalın filamanlar miyozin, ince filamanlar aktin tropomyozin ve tropominden oluşur.
- b) Miyozin filamanlarını içeren aydınlık bantlara I bantları adı verilir.
- c) I bantları, polarize ışıkta anizotropik görünüm verirler.
- d) A bantları izotropiktir.
- e) Her iki A bandı arasına bir sarkomer denir.

9. Kontraksion hızının yük ile ilişkisi açısından bir kas hangi durumda en büyük kontraksiyon hızına sahiptir?

- a) Yük uygulandığı zaman.
- b) Yük kasın gösterebileceği maksimum kuvvete ulaştığı zaman.
- c) Yük küçük olduğu zaman.
- d) Yük ile kasın kontraksionu arasında bir bağ yoktur.
- e) Kas bir yüke karşı olmadan kasılırsa.

10. İnterstisyel sıvıdaki fazla proteinin dolaşım sistemine dönmesinde en etkili yol hangisidir?

- a) Arterler
- b) Lenfatikler
- c) Venler
- d) Kapillerler
- e) Venüller

CEVAPLAR

1. B (Guyton, 7.baskı, s.336-38)

Egzersiz sırasında metabolizma ve kardiyak output artar. Gereken oksijeni ve besini sağlayıp artık ürünleri uzaklaştırmak için kalbe olan kan akımı artarken; ısı kaybına yardım etmek için deriye olan kan akımı da artar. Egzersiz sırasında, egzersize katılan kaslardaki artmış vazodilatasyon yüzünden sistemik rezistans düşer. Uygun kan basıncında devam edebilmek için barsak ve böbreğe kan akımı düşer. Serebral sirkülasyonun kendi otoregülasyonu kan akımında herhangi bir değişikliği engeller.

2. B (Guyton, 7.baskı, s.129-30)

Kas kontraksiyonu için gerekli enerji öncelikle ATP tarafından sağlanır. Fakat kasta bulunan ATP miktarının çok az olması, bu enerjinin sadece birkaç saniye yeterli olmasını sağlar. ATP'nin yıkımı ile oluşan ADP'nin yeniden ATP'ye fosforilasyonu mümkündür. Bu şekilde ATP'nin yeniden oluşturulması için kullanılacak ilk kaynak fosfokreatindir. Fosfokreatin konsantrasyonunun da az olması elde edilen enerjinin devamlı olmasını engeller ve kas birkaç saniyeden fazla kasılması için gerekli enerjiyi bu yoldan elde edemez.

Karbonhidrat, yağ ve proteinden oluşan besinler diğer bir kaynaktır. Glukoz ve glikojenin glikolizi ile hızlı bir şekilde enerji açığa çıkar. Glikoliz işleminin önemi oksidatif fosforilasyona göre daha hızlı olmasıdır. Yine de elde edilen enerji yoğun kas hareketlerinin yapılması için yeterli olmaz. %95'ten daha fazla oranda enerji oksidatif mekanizmalarla sağlanır ve kasların saatler süren hareketleri yapmaları mümkün olur.

Kaslara besinlerden sağlanan kimyasal enerjinin sadece %20-25 kadarı iş olarak geri döner. Diğer enerji ise ısı olarak kullanılır.

3. D (Guyton, 7.baskı, s.122-23)

Kontraksiyon esnasında aktin ve miyozin filamentlerinin üst üste geçmeleriyle I bandının boyu kısalır. Sadece miyozin filamentlerinden oluşan A bandında herhangi bir değişiklik olmaz.

4. B (Guyton, 7.baskı, s.124-25)

Üç globular proteinden oluşan troponin molekülünün bileşenleri şunlardır:

1. Troponin I : Aktin filamentine karşı afinitesi vardır.
2. Troponin T : Tropomiyozine bağlanır.
3. Troponin C : Kalsiyum iyonlarına bağlanır.

İskelet kasındaki eksitasyon-kontraksiyon bağlantısı için membran depolarizasyonu ve kalsiyum iyonlarının troponin C'ye bağlanması gerekmektedir. Buna karşılık düz kas hücreleri depolarizasyon yokluğunda (farmakomekanik bağlantı) kontrakte olabirler ve troponin molekülü içermezler. Düz kas kontraksiyonu çapraz köprü fosforilasyonu

ile başlatılır. İskelet kasındaki kalsiyum büyük oranda sarkoplazmik retikulumdan salınmasına rağmen, düz kaslarda kalsiyum ekstraselüler sıvıdan gelir. Her iki kas çeşidinde kontraksiyon aktin ve miyozin filamentlerinin birbirleri üzerinde kaymaları ile gerçekleşir.

5. E (Guyton, 7.baskı, s.130-31)

İzometrik kontraksiyonda verim yüzde 0'dır. Çünkü bu olayda herhangi bir iş yapılmamıştır. İzotonik kontraksiyonda ise yüzde 40'lara kadar olabilen verim söz konusudur.

İzometrik kontraksiyonda kontraktıl filamentler birbiri üzerinde kayar ancak arığo ve imergiyoo sabit olduğu için fasia ve tendonların oluşturduğu isko-elastik yapılar gerilerek, boy kısalmasını kompanse eder. İzotonik kontraksiyonda yükün hareketi söz konusudur. Dolayısıyla miyofibrillerin hareketine ve liflerin bboyunun kısalmasına ihtiyaç vardır.

Kasılma eylemini gerçekleştiren bir kasın dışarıya vereceği ısı daha fazladır. Bu enerji yüksek enerjili fosfat bağlarının hidrolizinden elde edilir.

Aktivasyon ısısı izometrik ve izotonik kontraksiyon için birbirine eşittir.

6. C (Guyton, 7.baskı, s.881)

Kalsiyum iyonları hücre içine girince kalmoduline bağlanırlar. Bu bağlanma hücre içinde cAMP ile yürüyen birçok reaksiyonun açığa çıkmasına sebep olur. Kalmodulinin diğer bir fonksiyonu da düz kas miyozinleri üzerinde etkili miyozin kinazı uyarak düz kas kontraksiyonuna sebep olmasıdır.

7. D (Guyton, 7.baskı, s.881)

İnsitol trifosfat (IP₃) sarkoplazmik retikulum tarafından Ca²⁺ salınımını sağlar. IP₃ ve diaçilgliserol, fosfoinositol difosfat ve fosfolipaz C tarafından oluşturulur. Fosfolipaz C ise G proteinleri ile aktive olur.

8. A (Guyton, 7.baskı, s.178)

Kas lifi elektron mikroskopik incelemesinde:

Kalın filamanlar miyozin, ince filamanlar aktin tropomyozin ve tropominden oluşur.

Aktin filamanları izleyen aydınlık bantlara I bandı denir.

I bandı izotropiktir.

A bandı anizotropiktir.

Sakromer, her iki Z bandı arasına denir.

9. E (Guyton, 7.baskı, s.185)

Bir kas yüke karşı olmadan kasıldığı zaman en büyük kontraksiyon hızına sahiptir. Yük uygulandığında, yükün artışı ile kontraksiyon hızı düşer.

10. B (Guyton, 8.baskı, s.183)

Fazla proteinlerin dolaşım sistemine dönmesi için lenfatiklerden başka yol bulunmaz.

PEDİATRİK GASTROENTEROHEPATOLOJİ

SORULAR

1. Aşağıdakilerden hangisi konjenital pilor stenozuna ait bulgu veya belirti değildir?

- a) Projektil safrsız kusma
- b) Kabızlık ve zayıflama
- c) Karında soldan sağa doğru düzenli hareket eden peristaltik dalgalar
- d) Metabolik asidoz
- e) Sağ hipokondrium veya epigastriumda mobil, sert, ağrısız kitle

2. Aşağıdakilerden hangisi çocuk ishallerine neden olan viruslardan değildir?

- a) Rotaviruslar
- b) Enterik adenoviruslar
- c) Norwalk virusu
- d) Astroviruslar
- e) Sitomegalovirus

3. Çölyak hastalığı ile ilgili yanlış bulunuz.

- a) Protein yapısındaki glutenin bir parçası olan gliadin ince barsakta hasara sebep olur.
- b) Barsak yüzeyel epitel hücreleri harap olur, villöz yapı düzleşir ve kript hipertrofisi oluşur.
- c) Çoğu çocuğun semptomları hayatın 9-24 ayı arasında gelişir.
- d) İshal, gelişme geriliği, kusma, karında distansiyon sık görülen semptomlarıdır.
- e) Gluten enteropatisinde barsak biyopsisi kontrendikedir. Lezyonlarda malignleşmeye sebep olabilir.

4. Çocuklarda Crohn hastalığı gastrointestinal sistemde en sık nereyi tutar? Doğru seçeneği işaretleyiniz.

- a) İleokolik bölge
- b) Duodenum
- c) Gastroözofageal bileşke
- d) Rektum
- e) Çocuklarda Crohn hastalığı görülmez.

5. Crohn hastalığı ve kolitis ülseroza ile ilgili olarak verilenlerden hangisi yanlıştır?

- a) Kolitis ülseroza kolonda sınırlıdır. Crohn gastrointestinal sistemin her yerinde görülebilir.
- b) Kolitis ülseroza genellikle transmuraldır. Crohn hastalığında sadece mukoza ve bazen submukoza tutulur.
- c) Her iki hastalıkta da ankilozan spondilit, eritema nodosum, üveit, aftöz stomatit, sklerozan kolanjit, kronik aktif hepatit ve karaciğer yağlanması, tromboflebit vb. gibi ekstraintestinal komplikasyonlar görülebilir.

d) Toksik megakolon fulminan seyirli kolitis ülseroza'nın ağır bir komplikasyonudur.

e) Bu hastalıkların medikal tedavisinde sulfasalazin, 5-aminosalisilat, kortikosteroidler gibi ilaçlar kullanılır.

6. Hirschsprung hastalığı ile ilgili olarak verilenlerden hangisi yanlıştır?

- a) Diğer adı kongenital aganglionik megakolondur.
- b) Yenidoğanda, parsiyel veya komplet intestinal obstrüksiyon bulguları ile kendini gösterir.
- c) Bebeklik ve çocukluk döneminde, inatçı konstipasyon, abdominal genişleme, şerit şeklinde dışkılama gibi belirti ve bulgular vardır.
- d) Rektal muayenede bol gaita ve fekaloid materyalin rektumu doldurduğu gözlenir.
- e) Baryum enema ile radyolojik incelemede anüsün proksimalinde daralmış kolonik segment görülebilir.

7. Aşağıdaki gastrointestinal polipozis sendromlarından hangisi adenomatöz histolojik yapıda değildir?

- a) Familiyal polipozis
- b) Peutz-Jeghers sendromu
- c) Gardner sendromu
- d) Turcot sendromu
- e) Yukarıdakilerin tümü hamartomatöz histoloji gösterirler.

8. Aşağıdakilerden hangisi protein kaybettiren enteropatlere yol açabilen hastalıklardan değildir?

- a) Konjestif kalp yetmezliği
- b) Meniere hastalığı
- c) Ménétrier hastalığı
- d) Akut gastroenterit
- e) Villöz adenom

9. Viral hepatitlerden hangisi daha çok gençlerde ve çocuklarda görülür?

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

10. Aşağıdakilerden hangisinde unkojuge hiperbilirubinemi gözlenmez?

- a) Anne-sütü sarılığı
- b) Kongenital hipotiroidi
- c) Gilbert sendromu

- d) Dubin-Johnson sendromu
- e) Duodenal atrezi

11. Wilson hastalığının medikal tedavisinde aşağıdaki ilaçlardan hangileri kullanılır?

- a) α -interferon ve diüretikler
- b) Penisilamin ve B₆ vitamini
- c) Seruloplazmin ve organik bakır bileşikler
- d) Siklofosfamid ve kortikosteroidler
- e) Kortikosteroidler ve antihistaminikler

12. Aşağıdakilerden hangisi Reye sendromuna ait bir özellik değildir?

- a) Belirgin bir viral hastalık sonrası şiddetli kusmalar
- b) Karaciğer ve böbrekte mikroveziküler yağlanma
- c) AST yüksekliği, hiperamonemi, protrombin zamanının uzaması
- d) Su çiçeği veya influenza enfeksiyonları sırasında asetaminofenin antipiretik olarak kullanımı
- e) Mental durum değişikliği, letarji, konfüzyon koma

CEVAPLAR

1. D (Hathaway, edition 11, s.577,578)

Pilor stenozu, ortalama her 500 canlı doğumda bir görülür. Projektil safrasız kusma en önemli özelliğidir. İnatçı kusmalara sekonder metabolik alkaloz (hipokloremik alkaloz) görülebilir (serum elektrolitleri normal olabilir). Metabolik asidozun konu ile ilgisi yoktur.

2. E (Berkow, sixteenth edition, s.2158)

Çocuklarda görülen akut infeksiyöz gastroenteritlere sebep olan viruslar şunlardır: Rotaviruslar, Enterik adenoviruslar, Norwalk virusu, Astroviruslar, Kalisiviruslar, Koronavirüsler.

Sitomegalovirus akut infeksiyöz gastroenterit nedeni değildir.

3. E (Neyzi, 1993, s.108,109)

Gluten sensitif enteropatinin (Çölyak hastalığının) kesin tanısı arka arkaya alınacak üç ayrı ince barsak biyopsisi ile konur. Başlangıçtaki ilk biyopsi ile villöz yapının düzleştiğinin gösterilmesi, bir yıllık glutensiz diyet sonrası yapılan ikinci biyopsi ile villöz yapının normalleştiğinin gösterilip arkadan yeniden gluten verilerek villöz yapının tekrar düzleştiğinin gösterilmesi şeklindedir.

4. A (Hathaway, edition 11, s.607)

Crohn hastalığında tutulan sindirim sistemi bölgelerinin dağılımı şöyledir: Orofarinks, özofagus ve midede nadir, ince barsakta %25-30, kolon ve anusta %25, ileokolit şeklinde %40 ve yaygın hastalık %5 görülür.

5. B (Hathaway, edition 11, s.606,607)

Kolitisi ülserozada mukoza inflamasyonu ana bulgu ise de ağır hastalık halinde inflamasyon submukozaya da yayılabilir. Crohn hastalığında yangı mukozaya sınırlı olabilir de sıklıkla transmuraldır.

6. D (Hathaway, edition 11, s.593,594)

Hirschsprung hastalığı kolonun mukozal ve muskuler tabakalarının ganglion hücrelerinin yokluğuna bağlı olarak gelişir. Sıklıkla rektosigmoid bölge tutulumu gözlenir. Genetik özelliği vardır. Down sendromluların %10-15'inde görülür.

Parmakla rektal muayenede anal kanal ve rektumda dışkı bulunmadığı görülür. Ve darlık hissedilebilir (önemli bir muayene bulgusudur).

7. B (Hathaway, edition 11, s.590)

Gastrointestinal polipozis sendromlarından; Juvenil polip, Peutz-Jeghers sendromu ve Cronkhite-Canada sendromu hamartomatöz histolojik özellik gösterirler. Bunlarda malignleşme ya çok nadirdir ya da görülmez. Familial polipozis, Gardner sendromu ve Turcot sendromu adenomatöz histoloji gösterirler. Bu sendromlarda malignleşme sıklıdır.

8. B (Hathaway, edition 11, s.601; Merck Manual, sixteenth edition s.2336)

Protein kaybettiren enteropatilere yol açabilen (eşlik eden) hastalıklar şu şekilde sınıflandırılabilir:

A. Vasküler Obstrüksiyonlar: Konjestif kalp yetmezliği, konstriktif perikardit, atrial septal defekt, primer miyokard hastalığı, artmış sağ atrium basıncı

B. Gastrik Hastalıklar: Dev hipertrofik gastrit (Ménétrier hastalığı), polipler

C. İncebarsak Hastalıkları: Çölyak hastalığı, intestinal lenfanjektazi, reyjonal enterit, Whipple hastalığı, lenfosarkoma, akut gastrointestinal enfeksiyon, allerjik gastroenteropati, kör lup sendromu, abetalipoproteinemi, kronik mukozal iskemide vb.

D. Kolon Hastalıkları: Ülseratif kolit, Hirschsprung hastalığı, polipozis sendromları, villöz adenom, soliter rektal ülser

E. Diğer: İmmun yetersizlik durumları

(Meniere hastalığının konu ile ilgisi yoktur. Meniere hastalığı 40 yaş üstünde görülen işitme kaybı ve vertigo ile karakterize bir iç kulak hastalığıdır).

9. A (Jawetz, nineteenth edition, s.457)

Hepatit B ve Hepatit C enfeksiyonları her yaşta görülebilir ancak yetişkinlerde daha sıklıdır (Hepatit D, B gibidir). Hepatit E 20-40 yaş arası genç erişkinlerde daha sıklıdır.

Hepatit A enfeksiyonu ise daha çok çocukluk çağının ve genç erişkinlerin hastalığıdır.

10. D (Hathaway, edition 11, s.618-620)

Non-kolestatik, Non-hemolitik hiperbilirubinemi durumları iki tipe ayrılarak incelenebilir: 1) Unkonjuge hiperbilirubinemiler; anne sütü sarılığı, Lucey-Driscoll sendromu, kongenital hipotiroidi, üst intestinal obstrüksiyon, (Duodenal atrezi, pilor stenozu vb.) Gilbert sendromu, Crigler-Najjar sendromu ve ilaçlara bağlı hiperbilirubinemi. 2) Konjuge nonkolestatik hiperbilirubinemi: Dubin-Johnson ve Rotor sendromları.

11.B (Hathaway, edition 11, s.638)

Wilson hastalığı, bakır bağlayan proteindeki anormalliğe veya lizozomal defektlere bağlı olarak safraya bakır salınımının bozulması ve karaciğerde bakır birikmesi ile karakterize bir hastalıktır.

Semptomatik olsun veya olmasın penisilamin (1000-2000 mg/gün) tercih edilen ilaçtır. Tolere edemeyenlerde trientin hidroklorid kullanılır. Optik nöritten korunma için B₆ vitamini kullanılır (25

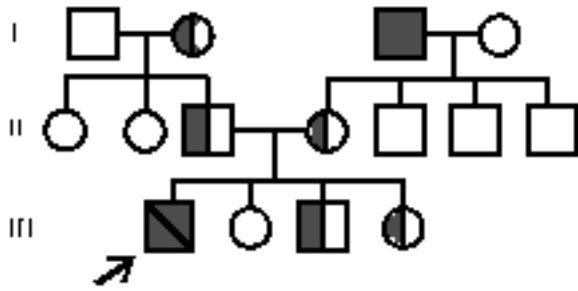
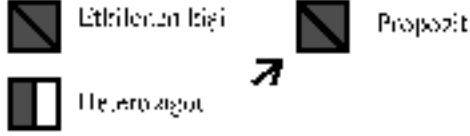
mg/gün). Bakır emilimini azaltmak için kullanılan çinko sülfat diğer bir ilaçtır.

12.D (Hathaway, edition 11, s.639)

Reye sendromu çocuklarda, karaciğer ve böbreğin yağlanması ile birlikte oluşan akut karaciğer disfonksiyonu ve ensefalopati ile karakterize bir hastalıktır. Tipik olarak su çiçeği ve influenza enfeksiyonlarından sonra özellikle Aspirin kullanılmışsa görülür (Bu nedenle çocuklarda antipiretik olarak asetaminofen tercih edilmelidir).

GENETİK

SORULAR



1-2. sorular için Aile Ağacını inceleyiniz.

1. Aile ağacına göre hangi genetik geçiştirten söz edilebilir?

- Otozomal dominant
- Otozomal resesif
- X'e bağlı resesif
- X'e bağlı dominant
- Bilgi yetersizdir.

2. Bu ailede aşağıdaki hastalıklardan hangisinin bulunduğu söylenebilir?

- Nörofibromatozis
- D vitamini dirençli raşitizm
- Fenilketonüri
- Duchenne muskuler distrofi
- Renk körlüğü

3. 47,XXY karyotipi taşıyan erkek hastanın bukkal smearında Barr cisimciğı sayısı nedir?

- 1
- 2
- 3
- 4
- Barr cisimciğı yoktur.

4. Dişi fenotip gösteren XY sendromları incelendiğinde uzun boy, enükooid yapı ve primer amenore yanında hirsütizm ve virilizasyon gözlenen aşağıdakilerden hangisidir?

- Saf gonadal disgenezis
- Testiküler feminizasyon
- 17 α hidroksilaz eksikliği
- 17- β redüktaz eksikliği
- Luteinizan hormona testislerin yanıtıslığı

5. Aşağıdakilerden hangisi Turner sendromda gözlenen yapısal veya fonksiyonel bozukluklardan değildir?

- Primer amenore
- Uzun boy
- Aort koarktasyonu
- Gonadoblastom
- Alt nalı böbrek

6. Kromozomal dengesizlik aşağıdaki insan gelişim dönemlerinden hangisinde en sık görülür?

- Embriyonik
- Fetal
- Neonatal
- Çocukluk çağı
- Yetişkin

7. X'e bağlı resesif bir hastalık kadında görülüyorsa: Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- Lyonizasyonda tercih vardır.
- 45,XO karyotipi
- Homozigot kadın
- XX/XY mozaizmi
- X kromozomu inaktive olmuş, X-otozomal translokasyon

CEVAPLAR

1. B (Nelson, 1990, s.127)

Otozomal resesif kalıtımda, fenotip olarak normal olan ancak mutant geni heterozigot olarak taşıyan anne ve babadan doğan çocuklara hastalık %25 olasılıkla geçer. Genotipi normal olan çocuk doğma olasılığı %25, taşıyıcı olma olasılığı ise %50'dir.

2. C (Nelson, 1990, s.125)

Otozomal resesif geçişli hastalıklar:

Konjenital adrenal hiperplazi (21 hidrosilaz)

Fenilketonüri

Orak hücreli anemi

Alfa 1 antitripsin eksikliği

Kistik fibrozis

Gaucher hastalığı

Tay-Sachs

Galaktozemi

İnfanitil polikistik böbrek hastalığı

Wilson hastalığı

Fankoni anemisi

3. A (Nelson, 1990, s.125; Neyzi, 1989, s.134-136)

Karyotipinde iki ya da daha fazla sayıda X kromozomu ve bir ya da daha çok Y kromozomu içeren durumlarda Klinefelter sendromunun klinik belirtileri ortaya çıkar. Sıklık erkek bebeklerde 1000'de 1-2'dir. En sık görülen karyotip XXY'dir. Daha az oranda XXXY, XXXXY, mozaik (XY/XXY) ve poli Y (XXYY, XXXYY) görülebilir. Çocuklukta somatik

özellik olmadığından ergenlikten önce tanınması güçtür.

Lyon hipotezine göre erken embriyonal yaşamda dişi embriyodaki X'lerden biri inaktif hale gelir. Bu inaktivasyon rastgeledir ve her hücrede anneden veya babadan gelen X kromozom inaktive olabilir. Bunun genetik sonucu ise gerek erkek gerek dişilerde bir tek X kromozom aktif olduğuna göre her iki cinsin X kromozomu yönünden hemizigot özelliği göstermesi ve X'e bağlı gen ürünlerinin, (örn. G6PD ve antihemolitik globulin) erkek ve dişte aynı miktarlarda bulunmasıdır.

Barr cisimciği inaktif X'in sitolojik belirtisidir. Hücrelerde X sayısından bir eksik sayıda Barr cisimciği görülür.

4. D (Neyzi, 1989, s.137) Açıklama için tabloya bakınız.

5. B (Hathaway, 11.baskı, s.914)

Turner sendromunun dismorfik özellikleri el ve ayaklarda ödem, kalkan şeklinde göğüs, yele boyun, cubitus valgus, kısa boy ve multipl pigmente nevüslerdir.

6. A (Thompson, 1991)

Kromozomal aberasyonlar canlı doğumlarda 1/200 oranında görülür. Ölü doğumlarda bu oran %4 olup ilk trimestır düşüklerde %50'dir. Gebeliklerin en az %15-20'si ilk trimestırda spontan düşüklerle sonlanır.

7. D (Current Pediatric Diagnosis and Treatment, çev. 1993, s.1320)

Dişi Fenotip Gösteren XY Sendromlarının Özellikleri

Özellikler	Saf gonadal disgenezi (Swyer)	Testiküler feminizasyon sendromu	17-Alfa hidroksilaz eksikliği	17-Beta redüktaz eksikliği
Uzun boy	+	-	+	+
Enükoid yapı	+	-	+	+
Primer amenore	+	+	+	+
Meme gelişmesi	-	+	-	+/-
Pubis ve aksilla kıllanması	-	-	-	+
Hipertansiyon ve hipokalemi	-	-	+	-
Virilizasyon	-	-	-	+
Hirsutizm	-	-	-	+
Müller sistem	+	-	-	-
Gonadlar	Fibröz	Testis	Testis	Testis

PEDİATRİK GÖĞÜS HASTALIKLARI

SORULAR

1. Çocukluk çağı bronşiektazilerinin en sık genetik nedeni aşağıdakilerden hangisidir?

- a) İmmotil silia sendromu
- b) Williams-Champel sendromu
- c) İmmün yetmezlik sendromları
- d) Kistik fibrozis
- e) Swyer-James-McLeod sendromu

2. Yeni doğanlarda pnömoniye neden olan viral ajan hangisidir?

- a) CMV
- b) RSV
- c) Adenovirus
- d) İnfluenza A
- e) İnfluenza B

3. 2 haftalık bebek solunum yolu obstrüksiyonu ayırıcı tanısında hangisi düşünülmez?

- a) Laringomalazi
- b) Subglottik stenoz
- c) Ektopik troid
- d) Epiglottit
- e) Hemanjiyoma

4. Arka mediastende tespit edilen kitle aşağıdakilerden hangisi olabilir?

- a) Timoma
- b) Teratom
- c) Enterojenik kist
- d) Lenfoma
- e) Bronkojenik kist

5. Çocukluk döneminde aşağıda belirtilen akciğer kanserlerinden hangisi en az sıklıkta gözlenir?

- a) Bronkojenik karsinom
- b) Osteojenik sarkom
- c) Wilms tümörü
- d) Retikulum hücreli sarkom
- e) Kondrosarkom

6. Hangi durumda ter testi yalancı negatif sonuç verebilir?

- a) Ektodermal displazi
- b) Ödem
- c) Nefrojenik diabetes insipidus
- d) Hipotroidizm
- e) Malnutrisyon

7. Aşağıdaki durumlardan hangisi akciğer matürasyonunu hızlandırmaz?

- a) Maternal diabetes mellitus
- b) Ablatio placentae
- c) Erken membran rüptürü
- d) Kız cinsiyet
- e) Orak hücre anemisi

8. Bronşial asthmanın tedavisinde aşağıdakilerden hangisi kullanılmaz?

- a) Beta blokerler
- b) Beta agonistler
- c) Teofilin
- d) Kortikosteroidler
- e) İpratropium tuzları

9. Çocuklarda bakteriyel pnömoninin en sık etkeni hangisidir?

- a) Hemofilus influenza
- b) Stafilokokus aureus
- c) β -hemolitik streptokok
- d) Streptokokus pnömonia
- e) Mikoplazma pnömonia

10.6 aylık bebekte yüksek ateş, öksürük, boğuk ve kısık ses, trakeal sekresyon artışı, periferik yaymada lökositlerin band formunda artma ve röntgende subglottik ödem, irregüler trakal görünüm saptanıyor. Tanınız nedir?

- a) Akut epiglottit
- b) Akut spazmodik krup
- c) Bakteriyel trakeit
- d) Laringotrakeo bronşit
- e) Akut bronşiolit

CEVAPLAR

1. D (Hilman, 1993, s.222-229)

Birçok genetik faktör çocukluk çağı bronşiektazisine neden olabilir. Bunlar temelde iki gruba ayrılmaktadır: i. Yineleyen bronşial ve pulmoner enfeksiyon nedenleri, ii. Destekleyici bronşial kıkırdaktaki konjenital defektler. Bu nedenler arasında en sık genetik bronşiektazi nedeni yineleyen pulmoner enfeksiyonlar ve bronşial/bronşioler atelektazilere neden olduğu için kistik fibrozisdir. Kistik fibrozis otozomal resesif geçişli genetik bir hastalıktır. Bu grupta koordine silier hareketlerdeki bozukluk ve bu nedenle yeterli bronşial temizliğin gerçekleşmediği immotil silia sendromu, yineleyen enfeksiyon ile bronşial destrüksiyona neden olan immün yetmezlik sendromları önemli ancak daha az görülen nedenlerdir. İkinci gruptaki daha nadir görülen konjenital bronşiektazi nedenleri olarak konjenital bronşial kıkırdak gelişim defekti ile giden Williams-Champel sendromu, trakeo-bronkomalazi ve dilatasyonla giden Monunier-Khun sendromu ilk akla gelenlerdir.

2. A (Behrman, 1990, s.434)

3. D (Behrman, 1990, s.422,431)

Epiglottit 3-10 yaşta gözlenir.

4. C (Hathaway, 11.baskı, s.513)

Arka mediasten	Nörojenik tümör
lokalize kitleler	Enterojenik kist
	Terasik meningosel
	Aortik anevrizma

5. A (Hathaway, 11.baskı, s.503)

Çocukluk döneminde primer akciğer kanserleri nadir gözlenir. Akciğer kanserleri

Benign	Plazma hücreli granülom/Hamartom Adenom/Papillom/Anjiyom/Leomyom/ Lipom/Nörojenik tümör
Malign	Bronkojenik karsinom

Mestastatik Willms tümör/Ewing tümör/
Retikulum hücreli sarkom/
Yumuşak doku sarkomları

6. B (Behrman, 1990, s.429)

Kistik fibrozis egzokrin bezlerin kalıtsal hastalığı olup, yapışkan sekresyona neden olur. Solunum ve gastrointestinal sistem en sık ve en ağır tutulan sistemlerdir. Tanıda başlıca kriterler ter testi pozitifliği (60 mEq/L), tipik klinik bulgular ve aile öyküsünün varlığıdır. Ter testinin yanlış uygulanması ve periferik ödem yalancı negatif sonuca neden olur. Diğer seçenekler yalancı pozitifliğe neden olan durumlardır.

7. A (Kınık, Katkı, 1991, s.308-312)

Sümfaktanların etkili olması için fofatidilkolin (lesitin), fosfatidilgliserol (PTG) ve fosfatidilinositol belli oranlarda bulunmalıdır. Sümfaktan sistemi değerlendirmesinde lesitin/sfingomiyelin (L/S) oranı yanında PTG düzeyi de bakılmalıdır, çünkü PTG düzey artışı daha geç olmaktadır. Diabetik anne çocuklarında L/S oranı ikinin üzerinde bulunsa bile, yeterli PTG yapılmamış olduğundan sümfaktan yetmezliğine bağlı respiratuar distress sendromu gelişebilir.

8. A (Middleton, 3.baskı, 2.cilt, s.984-987)

Astmalı ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı olanlarda Beta blokerler astım nöbetine neden olurlar. Bronş ve bronşiolerin β_2 reseptörlerini bloke etmek suretiyle akciğerlerde hava yolları üzerindeki genişletici sempatik tonüsü etkisiz kılarlar. Böylece hava yollarının rezistansında artma yaparlar. Zorlu ekspirasyon hacmini düşürürler böylece solunum hacmini tehlikeli derecede azaltarak astma krizine yol açarlar.

9. D (Nelson, 1990, s.308)

10.C (Nelson, 1990, s431)

PEDİATRİK HEMATOLOJİ

SORULAR

1. Fizyolojik anemi ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) En önemli nedeni solunumun başlamasıyla arteryel O₂ satürasyonunun %45'lerden %95'e çıkmasıdır.
- b) Termde 8 gr/dL'ye kadar düşebilir.
- c) Pretermde daha erken ve daha ağır seyreder.
- d) Bu dönemde demir tedavisi verilmesi gereksizdir ve Hb'nin fizyolojik düşüşünü engellemez.
- e) Bebeğin hızlı gelişimi nedeniyle kan volümünde artma olması etyolojideki diğer bir faktördür.

2. Demir (Fe) eksikliği anemisi ile ilgili olarak hangisi yanlıştır?

- a) Serum Fe'i ve Fe bağlama kapasitesi azalmıştır.
- b) İnfant ve çocukların en sık hematolojik hastalığıdır.
- c) Hasta solukluk, palpasyon, taşikardi gibi klasik anemi semptomları ile gelebileceği gibi, asemptomatik de olabilir.
- d) Spesifik semptom ve bulguları pika, kaşık tırnak ve mavi skleradır.
- e) GIS bulguları angüler stomatit, dil papillalarında atrofi, glossit, gastrik atrofi, özafagial striktür olup daha çok erişkinlerde görülür.

3. Talasemi'lerde kalıtım nasıldır?

- a) Otozomal dominant
- b) Otozomal resesif
- c) X'e bağlı resesif
- d) X'e bağlı dominant
- e) Kalıtsal değildir.

4. Aşağıdakilerden hangisi DIC (Tüketim koagülöpatisi)'nin laboratuvar bulgularından değildir?

- a) PT uzamıştır.
- b) PTZ uzamıştır.
- c) Periferik yaymada parçalanmış eritrositler görülür.
- d) TT (Trombin zamanı) uzamıştır.
- e) Hiçbiri

5. Yenidoğanın hemolitik anemisinde ölümün temel sebebi hangisidir?

- a) Anemi
- b) Sepsis
- c) Hiperbilirubinemi
- d) Kalp yetmezliği
- e) Hipoglisemi

6. Kronik hastalık anemisi ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Hastaların büyük çoğunluğunda Htc değeri %30-40 arasındadır.
- b) Anemi çoğunlukla normokrom-normositerdir.

- c) Anemi çoğunlukla hipokrom-mikrositerdir.
- d) RDW artmıştır.
- e) Aneminin majör sebebi azalmış eritrosit yapımıdır.

7. Aşağıdakilerden hangisi aplastik anemi ile ilgili yanlıştır?

- a) Anemi sıklıkla makrostitiktir.
- b) Diomand-Schwachman sendromu akkiz bir aplastik anemidir.
- c) Kemik iliği transplantasyonu önemli bir tedavi seçeneğidir.
- d) Virüsler özellikle EBV, hepatit A, B, C; Parvovirüs, HIV, CMV akkiz aplastik anemi yapar.
- e) Benzen düzenli kullanıldığında, kloramfenikol ise idiosinkratik olarak akkiz aplastik anemi yapabilir.

8. Orak hücreli anemi için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) En sık görülen kriz aplastik krizdir.
- b) Anormal Hb'ler arasında dünyada ve Türkiye'de en sık görülendir.
- c) β globin zincirindeki 6. sıradaki glutamik asit yerine valin geçmesi sonucu oluşur.
- d) Otozomal resesif geçer.
- e) Anormal Hb, Hb S'tir.

9. ITP için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Her iki cinste eşittir.
- b) Hastaların çoğunda ITP öncesi 10-15 g önce ateşli hastalık veya canlı virus aşısı öyküsü vardır.
- c) İrreversible'dir.
- d) Peteşi ve ekimozlar en önde gelen klinik bulgularıdır.
- e) Trombosit sayısı $<100.000/mm^3$ 'tür.

10. Hemolitik üremik sendrom için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Genellikle bir üst solunum yolu enfeksiyonunu veya gastroenteriti takiben meydana gelir.
- b) Hastalarda böbrek yetmezliği bulunur.
- c) Trombositopeni bulunur.
- d) Coombs (+) hemolitik anemi mevcuttur.
- e) Mikroanjyopati vardır.

11. Hemofili A için hangisi doğrudur?

- a) Otozomal resesif kalıtılır.
- b) PT uzundur.
- c) PTT uzundur.
- d) Kanama zamanı uzundur.
- e) Hastalarda en sık gastrointestinal sistem kanamaları meydana gelir.

12. Herediter sferositoz için hangisi yanlıştır?

- a) Otozomal dominant kalıtılır.
- b) Ozmotik fragilite azalmıştır.
- c) Retikülositoz
- d) Hiperbilirubinemi
- e) Tedavisinde splenektomi yapılabilir.

13. Aşağıdakilerden hangisi intrinsek pıhtılaşma yolunda yer almaz?

- a) FXII
- b) FXI
- c) FX
- d) FVII
- e) FII

CEVAPLAR

1. B (*Katkı Pediatri Dergisi, cilt 16, sayı 3 Mayıs-Haziran, 1995, s.414*)

Termde en çok 9 gr/dL'ye kadar olan düşüş fizyolojik anemi diye sınıflandırılır. Diğer şıkların hepsi doğrudur.

2. A (*Katkı Pediatri Dergisi, cilt 16, sayı 3 Mayıs-Haziran, 1995, s.265-277*)

Fe eksikliği anemisinde serum Fe'i azalmış ancak Fe bağlama kapasitesi artmıştır. Depo demirlerinde de azalma vardır. Diğer bütün şıklar doğrudur.

3. B (*Katkı Pediatri Dergisi, cilt 16, sayı 3 Mayıs-Haziran, 1995, s.309*)

4. E (*Nelson, 1996, Chapter 438, s.1430*)

5. D (*Nelson, 1996, Chapter 892, s.501*)

6. C (*Katkı Pediatri Dergisi, cilt 16 sayı 3 Mayıs-Haziran, 1995, s.403-412*)

7. B (*Katkı Pediatri Dergisi, cilt 16 sayı 3 Mayıs-Haziran, 1995, s.365-378*)

Diomand-Schwachman sendromu kongenital bir aplastik anemi nedenidir.

8. A (*Katkı Pediatri Dergisi, cilt 16 sayı 3 Mayıs-Haziran, 1995, s.327-346*)

En sık görülen kriz ağrılı krizdir.

9. C (*Pediatri 2, Olcay Neyzi, Türkan Ertuğrul, s.119*)

ITP genelde tedavisiz, spontan olarak iyileşir.

10. (*Neyzi, cilt 2, s.1126*)

11. (*Neyzi, cilt 2, s.1113*)

12. (*Neyzi, cilt 2, s.1093*)

13. (*Neyzi, cilt 2, s.1111*)

HİSTOLOJİ

SORULAR

1. Ara (intermediate) flamanlardan VİMENTİN hangi hücrede bulunur?

- a) Keratinize epitel
- b) Keratinize olmayan epitel
- c) Düz kas
- d) Makrofaj
- e) Astrosit

2. Sentrilyollar hakkında aşağıdaki seçeneklerden hangisi yanlıştır?

- a) Duvarını 9 adet, 3'lü yapıda mikrotübülüs oluşturur.
- b) Erişkin insanda tüm hücrelerde bulunur.
- c) Megakaryositlerde çok sayıda olabilir.
- d) Hücrelerde hareket merkezi işlevi görürler.
- e) Bölünmede mitoz iplikçiklerini şekillendirirler.

3. Aşağıdakilerden hangisi hücre siklusunda DNA'nın kendini eşlediği evredir?

- a) G1
- b) S
- c) G2
- d) Profaz
- e) Metafaz

4. Aşağıdakilerden hangisi birleşik tubuloalveolar bezlere örnek olarak verilebilir?

- a) Ter bezleri
- b) Yağ bezleri
- c) Meme bezleri
- d) Mide bezleri
- e) Tükrük bezleri

5. Terminal bari oluşturucu yapı/ lar hangisidir?

- I) Zonula Okludens
- II) Zonula Adherens
- III) Gap Junction
- IV) Desmozom

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

6. Aşağıdaki yapıların hangisinde RNA bulunur?

- a) Lizozom
- b) Golgi birleşliği
- c) Çekirdekçik
- d) Mikrotübülüs
- e) Peroksizom

7. Fırçamsı kenar hangi yapı tarafından oluşturulur?

- a) Flamanlar
- b) Silyalar
- c) Dendritler
- d) Mikrovillus
- e) Tonofibriller

8. Epitel dokusu embriyolojik olarak hangi germ yaprağından gelişir?

- I) Endoderm
 - II) Ektoderm
 - III) Mezoderm
- a) Yalnız I
 - b) Yalnız II
 - c) Yalnız III
 - d) I ve II
 - e) I, II, III

9. Bazal lamina yapısında yer alan kollajen tipi hangisidir?

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

CEVAPLAR

1. D (Junqueira, 1992, s.60)

İnce (aktin) ve kalın (miyosin) flamanlara ek olarak hücrelerde ortalama çapı 10-12 nm kadar olan bir filament grubu daha bulunmaktadır: Ara (intermediate) flamanlar.

FLAMEN TİPİ	HÜCRE TİPİ	ÖZELLİKLERİ
Sıkıştırılmış	Epitel hücreleri	Kontraksiyon ve hareket için
Yapısal	Mikroorganizma hücreleri	Fibriller yapı, mekanik dayanıklılık, hücreler için yapısal destek
Çözünür	Kas	Çözünür yapı, kas hareketi için
Çözünür	Çözünür	Çözünür yapı, hücre hareketi için
Çözünür	Çözünür	Çözünür yapı, hücre hareketi için
Çözünür	Çözünür	Çözünür yapı, hücre hareketi için
Çözünür	Çözünür	Çözünür yapı, hücre hareketi için
Çözünür	Çözünür	Çözünür yapı, hücre hareketi için
Çözünür	Çözünür	Çözünür yapı, hücre hareketi için
Çözünür	Çözünür	Çözünür yapı, hücre hareketi için

2. B (Junqueira, 1992, s.57; Histoloji Sözlüğü, 1995, s.17)

Her sentriyol, üç mikrotübülün oluşturduğu 9 ayrı diziden ibaret silindirik yapılardır. Sentriyoller 0.15 mikron çapta ve 0.3-0.5 mikron boydadır. Hücre bölünmesinden önce özellikle interfazın S periyodu süresince her sentriyol sayısını ikiye katlar. Mitoz esnasında 2 çift karşı kutuplara hareket ederler ve gelişen mitoz mekiği için organize merkezler haline gelirler. Bölünme durumu dışındaki hücrelerde sentriyol çiftleri nukleusa yakın yerleşimlidir. Golgi kompleksiyle yakın ilişkiindedirler ve birlikte hücre merkezini (sitosentriyum) meydana getirirler. Olgun kas ve sinir hücrelerinde bulunmazlar.

3. B (Histoloji Sözlüğü, 1995, s.23)

Hücre siklusu, interfaz ve mitoz safhalarından oluşur. İnterfaz bölünmeden önceki dinlenme evresidir:

G1: Mitoz bitimiyle DNA sentezinin başlaması arasındaki evredir. Bu dönemde RNA ve protein sentezi yapılır.

S: DNA'nın kendini eşlediği evredir.

G2: DNA sentezinin tamamlanmasından mitoz bölünmenin başlangıcına kadar geçen süredir. Bu dönemde enerji üretimi ve mikrotübül sentezi yapılır.

Mitoz, 4 alt evrede oluşur:

Profaz: Mitoz bölünmenin ilk evresidir. Erken profazda çekirdek içinde kromozomlar belirgin şekilde görülür. Sitoplazmada mitoz mekiği belirginleşmiştir. Geç profazda çekirdek zarı erir, çekirdekçikler kaybolur.

Metafaz: Kromozomlar hücrenin ortasında, ekvatorla sentromerleriyle kromozomal mikrotubuluslara tutunur.

Anafaz: Kromozomlardaki eş kromatidler birbirinden ayrılır ve hücrenin kutuplarına doğru hareket ederler.

Telofaz: Kromozomların kutuplara hareket etmesiyle başlar. Bu evrede çekirdek zarı oluşur. Kromozomlar matrikslerini kaybederek kromatin görünümünü alır. Çekirdekçik oluşur. Hücre ekvatoral bölgeden boğulanarak iki yeni hücre meydana gelir.

4. E (Histoloji Sözlüğü, 1995, s.40; Özet TKB, Histoloji, s.51)

Dış salgı bezleri boşaltıcı kanallarının dallanıp dalanmamasına göre 2'ye ayrılır:

I: Basit bezler (glandula simpleks)

II: Birleşik bezler (glandula composita)

Son bölümlerinin (corpus glandulare) şekline göre ise 3 gruba ayrılır:

I: Tübüler bezler (glandula tubulosa)

II: Alveoler (asiner) bezler (glandula alveolaris/asinosa)

III: Tübüloalveoler (tubuloasiner) bezler (gl. tubuloalveolaris/tubuloasinosa)

Basit tübüler

Mide fundus bezleri

Basit dallı tübüler

Mide ve uterus bezleri

Basit tübüler (retiküler)

Ter bezleri

Basit alveolar

Omurgalılarda bulunmaz

Basit dallı alveoler

Yağ bezleri

Basit dallı tübüloalveoler

Özefagus solunum yolları ve duodenum submukoza bezleri

Birleşik tübüler

Testis ve böbrek

Birleşik alveolar

Meme bezleri

Birleşik tübüloalveoler

Tükürük bezleri ve pankreas

5. C (Junqueira, 1992, s.85)

Hücreler arası bağlantılardan zonula okludens ve zonula adherensin ışık mikroskopunda görünimleri "terminal bar" adını alır.

6. C (Junqueira, 1992, s.85, Özet TKB, Histoloji, s.39)

Ökromatik çekirdeklerde bir ya da birkaç tane izlenebilen çekirdekçik başlıca ribozomal RNA ve proteinden zengindir. Bu bölgeye uzanan heterokromatin (çekirdekçiğe bağlı kromatin) koyu bazofilik olarak boyanır. Çekirdekçik başlıca 3 bölümden oluşur:

a) Soluk boyanan, rRNA kodlarını taşıyan çekirdekçik düzenleyici bölge (nucleus organizer region).

b) Sıkıca biraraya gelmiş RNA iplikçikleri içeren pars fibroza (fibrosa).

c) Olgunlaşmakta olan ribozomları içeren pars granüloza (granulosa).

Çekirdekçik hücre bölünmesi sırasında metafazda kaybolur ve telofazda yeniden belirir.

7. D (*Junqueira, 1992, s.89*)

İnce barsağı döşeyen epitelyum veya proksimal renal tübül hücreleri gibi emilim yapan hücrelerde düzgün olarak sıralanmış yüzlerce mikrovillusla karşılaşılır. Mikrovillusu çevreleyen değişebilen kalınlıkta flamentöz kılıf (glikokaliks) glikoprotein içerdiğinden PAS pozitifdir. Mikrovili ve glikokaliks kompleksi ışık mikroskopunda kolayca görülür ve fırçası kenar olarak isimlendirilir. Herbir mikrovillus sitoplazma uzantısıdır ve yüzey alanı büyük ölçüde artırır.

8. E (*Junqueira, 1992, s.79*)

Epitel her üç germ yaprağından da gelişir. Deri, ağız, burun ve anüsü döşeyen epitel ektodermal orjinlidir. Solunum sistemi, sindirim sistemi ve sindirim sisteminin bezleri (örn. pankreas ve karaciğer) endodermden gelişir. Diğer epiteller (örn. kan damarlarının endoteli) mezodermden köken alır.

9. D (*Junqueira, 1992, s.80, 119*)

Bütün epitelyal hücreler altlarında bulunan bağ dokusu ile temas halindedir. Bazal yüzeydeki ekstrasellüler yapı bazal lamina olarak adlandırılır. Bazal lamina başlıca tip IV kollajen ile laminin adı verilen glikoprotein ve proteoglikan (heparan sülfat)dan ibarettir.

Tip IV kollajen fibriller veya lifler oluşturmaz.

METABOLİZMA VE NUTRİSYON

SORULAR

1. 5 yaşında bir erkek çocuk kaba yüz görünümü, hepatosplenomegali ve progresif olarak gelişen mental ve motor retardasyon nedeniyle getirildi.

Ön tanınız nedir?

- a) Hunter sendromu
- b) Karbonhidrat metabolizması bozukluğu
- c) Aminoasidüri
- d) Üre siklusu enzim defektleri
- e) Herediter fruktoz intoleransı

2. Bilindiği gibi bazı kalıtsal metabolik hastalıklarda idrarda anormal koku saptanır. Aşağıdaki hastalıklardan hangisinde idrar kokusu tipik değildir?

- a) Maple şurup idrar hastalığı
- b) İzovaleik asidüri
- c) Glutarik asidüri tip II
- d) Fenilketonüri
- e) Alkaptonüri

3. Glikojenezis tip Ia'da saptanan laboratuvar bulgularından yanlış olanı yazınız.

- a) Laktik asidoz
- b) Hiperlipidemi
- c) Hiperürisemi
- d) Nötropeni ve nötrofil fonksiyonlarında bozukluk
- e) Hipoglisemi

4. Steatore aşağıdakilerden hangisinde saptanabilir?

- a) Konjenital laktaz eksikliği
- b) İnek sütü alerjisi
- c) Kistik fibrozis
- d) Sukroz-izomaltaz eksikliği
- e) Konjenital klor diarezi

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

- a) Glukoz-6-fosfataz eksikliği
- b) Galaktoz 1-fosfat uridil transferaz eksikliği
- c) Pompe hastalığı
- d) McArdle sendromu
- e) Fosfofruktokinaz eksikliği

6. İştahsızlık, zayıflık yakınması ile getirilen, fizik muayenede ödem ve hepatomegalisi saptanan yaşa göre vücut ağırlığı %60-80 arasında olan 13 aylık bir çocukta tanınız nedir?

- a) Kwashiorkor

- b) Marasmus
- c) Marasmik-kwashiorkor
- d) Yetersiz beslenme
- e) Nefrotik sendrom

7. Günlük D vitamini ihtiyacı ne kadardır?

- a) 100 İÜ
- b) 400 İÜ
- c) 600 İÜ
- d) 1000 İÜ
- e) 50 İÜ

8. Maternal fenilketonüri sendromlu bebekte beklenmeyen bulguyu işaretleyiniz.

- a) Mental retardasyon
- b) Mikrosefali
- c) Düşük doğum ağırlığı
- d) Meningomyelosele
- e) Konjenital kalp hastalığı

9. Anne sütünün özelliklerinden yanlış olanı işaretleyiniz.

- a) Protein miktarı inek sütüne göre daha fazladır.
- b) Kolostrumdaki protein miktarı matür süte göre daha fazladır.
- c) Anne sütünde beta laktoglobulin bulunmaz.
- d) Anne sütündeki laktoz miktarı inek sütüne göre daha azdır.
- e) Anne sütündeki kalsiyum miktarı inek sütüne göre daha azdır.

10. Böbrek tübüllerinde ve barsak mukozasında triptofan transportunda bozuklukla giden hastalık hangisidir?

- a) İzovaleik asidemi
- b) Alkaptonüri
- c) Hartnup hastalığı
- d) Propionik asidemi
- e) Tirozinemi

11. Preterm infantlarda daha büyük yaş grubundan farklı olarak hangi aminoasitte esansiyeldir?

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

12. Anne sütündeki antimikrobiale faktörlerden yanlış olanı işaretleyiniz.

- a) Laktoferrin
- b) Lizozim
- c) Lipidler
- d) SİgA
- e) İGF-1

13. Sadece anne sütü ile beslenen iki aylık bebeğe ek olarak hangi vitaminin verilmesi gereklidir?

- a) A vitamini
- b) D vitamini
- c) A, B, C ve D vitaminlerini içeren bir preparat
- d) E vitamini
- e) C vitamini

14. Tek başına anne sütü kaç ay verilmelidir?

- a) 4-6 ay
- b) 6-8 ay
- c) 1-2 ay
- d) 8-10 ay
- e) 10-12 ay

15. Herediter fruktoz intoleransı ile ilgili yanlış işaretleyiniz.

- a) Diyete fruktoz eklendiğinde semptomlar ortaya çıkar.
- b) Hipoglisemi, tremor ve dezoryantasyon beklenen bulgulardır.
- c) Kronik gidişli tablo galaktozemiye benzer.
- d) Eksikliği saptanan enzim hepatik aldolazdır.
- e) Tedavide glikoneojenik etkisi nedeniyle kortikosteroid kullanılır.

CEVAPLAR

1. A (Fernandez, Saudubray, 1996, s.383)

Hunter sendromu mukopolisakkaridozlardan biridir. Mukopolisakkaridozlar mukopolisakkaritlerin diğer adı ile glikozaminoglikanların yıkımı için gerekli lizozomal enzimlerin eksikliği sonucu lizozomlarda depolanması ile karakterizedir. Mukopolisakkaritler deride (kaba yüz görünümü), iç organlarda (hepatomegali) ve beyinde (mental, motor gerilik) birikir.

2. E (Fernandez, Saudubray, 1990, s.20)

Maple şurup idrar hastalığı (Akça ağaç şurubu idrar hastalığı): Maple şurup kokusu

İzovalerik asidüri: terli ayak kokusu

Glutarik asidüri tip II: terli ayak kokusu

Fenilketonüri: Küf kokusu

Alkaptonüri: İdrarda anormal koku olmaz. Beklemiş idrarda siyah renk değişimi olur.

3. D (Fernandez, Saudubray, 1996, s.71)

Nötropeni ve nötrofil fonksiyonlarında bozukluk tip Ib'de beklenen bir bulgudur.

Tip Ib'de glikoz-6-fosfatı mikrozomal membrandan geçiren translokaz eksikliği vardır. Tip Ia'dan ayrılan en önemli özelliği nötropeni ve nötrofil fonksiyonunda bozukluğun varlığıdır. Kemik iliğinde miyeloid seri maturasyonunda duraklama görülür.

4. C (Neyzi, 1990, s.840)

Kistik fibrozis, Shwachman Diamond sendromu, izole lipaz eksikliği, çölyak hastalığında, Whipple, Wolman, Kısa barsak sendromunda steatore beklenen bir bulgudur.

5. B (Fernandez, Saudubray, 1996, s.87)

Galaktoz 1-fosfat uridil transferaz eksikliği (Galaktozemi) otozomal resesif geçişli bir galaktoz metabolizması hastalığıdır. Galaktozemili hastalarda alınan galaktoz fosforile edilebilir ancak 1-fosfoestere dönüşemez ve depolanır. Galaktozemik infantlarda sütle beslenmeye başlandıktan sonra beslenme bozukluğu, kusma, sarılık, hepatomegali, gelişme geriliği ve katarakt gelişir.

6. A (Katki, Beslenme II 1996, s.313)

Wellcome sınıflamasına göre vücut ağırlığı stan-

dartın %60-80 arasında olan ve ödemi olan hastalar kwashiorkor tanısı alırlar.

7. B (Neyzi, 1989, s.324)

D vitamini ihtiyacı tüm yaşlar için 400 İÜ'dür.

8. D (Fernandez, Saudubray, 1996, s.153)

Maternal fenilketonüri sendromu diyet tedavisi uygulanmayan fenilketonüri anne bebeklerinde gözlenir. Klinik özellikleri mental retardasyon, mikrosefali, düşük doğum ağırlığı, konjenital kalp hastalığı, dismorfik yüz görünümü, nadiren trakeoözofagial atrezi ve fistül, ürogenital anomaliler, kolobom, katarakt ve yarık damaktır.

9. D (Katki, Beslenme I, 1996, s.44)

Anne sütündeki laktoz miktarı 7 gr/100 ml, inek sütündeki laktoz miktarı ise 5 gr/100 ml'dir.

10.C (Fernandez, Saudubray, 1996, s.366)

Hartnup hastalığı otozomal resesif geçişli nötral aminoasitlerin barsak mukozası ve renal tübüllerdeki transportundaki defektile karakterize bir hastalıktır. Genellikle asemptomatik seyrederek, nadiren kutanöz fotoduyarlılık ve ataksi gözlenebilir.

11.B (Katki, Beslenme I, 1996, s.10)

Preterm infantlarda sistin, tirozin ve arjinin de esansiyel olabilir.

12.E (Katki, Beslenme I, 1996, s.45)

IGF-1 (insüline benzer büyüme faktörü) anne sütünde bulunan büyüme faktörlerinden biridir. Antimikrobiyal özelliği yoktur.

13.B (Katki, Beslenme I, 1996, s.43)

K ve D vitamini dışında yağda ve suda eriyen vitaminlerin anne sütündeki miktarları süt çocuğu için yeterlidir.

14.A (Katki, Beslenme I, 1996, s.37)

Zamanımızda 4-6 ay tek başına daha sonrada ek bazı gıdalarla birlikte anne sütü ile beslenmenin çocuk sağlığına olumlu etkileri tartışmasız kabul edilmektedir.

15.E (Fernandez, Saudubray, 1996, s.95)

Tedavide fruktoz içeren besin maddelerinin diyetten çıkarılması gereklidir.

MİKROBİYOLOJİ

SORULAR

1. Yenidoğanda rubella virüsüne karşı düşük seviyede IgG antikorları pozitif iken IgM antikorları negatifse ne düşünülmelidir?

- Konjenital enfeksiyon
- Otoimmün hastalık
- Persistan enfeksiyon
- Maternal antikorların bulunduğu
- Rubella virus enfeksiyonlarına duyarlılık

2. Protein kodlayabilen bir gen taşıyan plazmid DNA'sının verilerek immün cevap oluşturulması DNA bazlı aşılarda temelini oluşturur. DNA aşısı, immün cevap oluşturabilme yönünden, öldürülmüş mikroorganizmalardan veya saflaştırılan proteinlerden hazırlanan aşılarla nasıl ayırt edilebilir?

- Antikor oluşturarak
- Süperantijen etkisi yaparak
- Hücrelerde antijen ekspresyonunu uyararak
- Hücrelerden sitokin salınımını artırarak
- Antijene reaksiyonu suprese ederek

3. AIDS'li erkeklerde hastalığın ileri dönemlerinde en sık rastlanan endokrin anomali hangisidir?

- Düşük tiroksin
- Yüksek parathormon
- Düşük testosteron
- Yüksek glukagon
- Düşük ACTH

4. Hangisi B lenfositlerini enfekte eder?

- Herpes simpleks tip 1
- Herpes simpleks tip 2
- Varicella-Zoster virus
- Ebstein-Barr virus
- Sitomegalovirus

5. Aşağıdakilerden enfeksiyonların hangisinde potasyum iyodür kullanılabilir?

- Aktinomikoz
- Tüberküloz
- Sporotrikoz
- Histoplazmoz
- Layşmaniyaz

6. *Histoplasma capsulatum* dokuda hangi formda bulunur?

- İntrasellüler maya
- Kapsüllü maya
- Sferül
- Multipl tomurcuklanma gösteren maya
- Hif

7. Prionlarla ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- Prionlar infeksiyöz proteinlerdir.
- Nükleazlara, ultraviyole radyasyona, kimyasal maddelere ve yüksek ısıya dirençlidirler.
- Normal hücrelerin üzerinde PrP^{Sc} ve scrapili koyunlarda PrP^C proteinini bulunur.
- PrP^{Sc}, PrP^C proteinine bağlanarak PrP^C'nin PrP^{Sc} haline dönmesini sağlar.
- Prion proteinlerine karşı konakta immün ve inflamatuvar reaksiyonlar oluşmaz.

8. Bitlerle bulaşan riketsiya türü hangisidir?

- Rickettsia conorii
- Rickettsia akari
- Rickettsia typhi
- Rickettsia prowazekii
- Rickettsia rickettsii

9. Aktif bağışıklıkla ilgili özellikler yazılmıştır. Yanlışı işaretleyiniz.

- Yavaş oluşan bir bağışıklıktır.
- Uzun süren bağışıklıktır.
- Hastalık geçirmekle oluşabilir.
- Hemen ortaya çıkan güçlü bir bağışıklıktır.
- Aşılamakla oluşturulabilir.

10.36-48 saat siklusu olan ve malign tersiana sıtmasının nedeni olan plasmodium türü hangisidir?

- P. falciparum
- P. malariae
- P. ovale
- P. vivax
- P. knowlesi

11. Entamoeba histolytica barsak dışı enfeksiyonu en çok nerede oluşur?

- Akciğer
- Deri
- Dalak
- Karaciğer
- Beyin

12. Aşağıdaki ifadelerden hangisi poliomyelit virüsü için yanlıştır?

- Virus enterovirus grubundandır.
- Virusta tipe özgül N ve H antijenleri bulunmaktadır.
- Ultraviyole ışınlarına duyarlı, RNA içeren virüslüdür.
- Virusun 3 antijenik tipi vardır.
- Virusun doğal konağı yarasadır.

13. Hangi özellik cytomegalovirus için geçerlidir?

- a) Bulaşma fekal-oral yolla olur.
- b) Virus barsaklara yerleşir, tifo benzeri enfeksiyon yapar.
- c) Hücre sitoplazması içinde Negri deneni inkluzyon cisimciği oluşturur.
- d) DNA içerir, lipid içeren zarfı vardır.
- e) Hücre kültürlerinde üretilmezler.

14. Aşağıdaki parazitlerden hangisi insana deri yoluyla bulaşır?

- a) Ascaris lumbricoides
- b) Trichuris trichiura
- c) Schistosoma haematobium
- d) Fasciola hepatica
- e) Entamoeba histolytica

15. Aşağıdaki parazitlerden hangisinin sadece larvası insanda parazittir?

- a) Taenia saginata
- b) Hymenolepis nana
- c) Ascaris lumbricoides
- d) Echinococcus granulosus
- e) Fasciola hepatica

16. Aşağıdaki parazitlerden hangisi, larvasının ağızdan alınmasıyla insana bulaşır?

- a) Echinococcus granulosus
- b) Taenia saginata
- c) Entamoeba
- d) Giardia intestinalis
- e) Schistosoma haematobium

17. Aşağıdakilerden hangisi her türlü çiğ et yemekle insana bulaşabilir?

- a) Entamoeba histolytica
- b) Giardia intestinalis
- c) Toxoplasma gondii
- d) Plasmodium vivax
- e) Leishmania donovani

18. Aşağıda kullanılan aşılarından hangisi rekombinant DNA aşısıdır?

- a) Hepatit B aşısı
- b) BCG aşısı
- c) Kolera aşısı
- d) Tifo aşısı
- e) Boğmaca aşısı

19. Enfeksiyona karşı birincil doğal direnç mekanizması aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Silli hücrelerin mekanik işlevleri
- b) Zedelenmemiş derinin varlığı
- c) Vücut sıvılarının ve salgılarının asit pH'sı
- d) Vücut sıvılarında bulunan litik enzimler
- e) Hücresel bağışıklık sistemi

20. Ekstraintestinal amibiaziste en sık hangi organ tutulur?

- a) Deri
- b) Karaciğer
- c) Akciğer
- d) Perikard
- e) Beyin

21. Viruslarla ilgili olarak aşağıdakilerden biri hariç hepsi doğrudur. Yanlış olanı işaretleyiniz.

- a) Viral genom DNA veya RNA'dan oluşur.
- b) Protein kapsid zarf denilen lipid bir membranla çevrili olabilir.
- c) Protein kapsid hücre içine alınır, burada yok olur ve viral genom serbestleşir.
- d) Virus replikasyonunda önce virus boyutlarında büyüme olur, sonra bölünme gerçekleşir.
- e) Enfekte hücre içinde önce virion komponentleri sentezlenir sonra progeni virüsler meydana gelir.

22. Boyun bölgesindeki bir şişliğin dışarıya fistüle olması sonucunda akan iltihaplı salgıda sülfür granülleri saptanmış ve bunların gram pozitif yamak halinde flamanlar olduğu ve asido-rezistan olmaları görülmüştür. Aşağıdaki mikroorganizmalardan hangisi etken olabilir?

- a) Corynebacterium
- b) Nocardia
- c) Histoplasma
- d) Actinomyces
- e) Mycoplasma

23. Aşağıdaki virüslardan hangisi "Progressif Multifokal Lökoensefalopati" de etkindir?

- a) Epstein-Barr virus
- b) Adenovirus
- c) İnsan papilloma virus
- d) BK virus
- e) JC virus

24. İnfluenza A virusunun pandemi oluşturmasının en önemli nedeni aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Solunum yoluyla kolayca bulaşabilmesi
- b) Sadece insanı enfekte etmesi
- c) Heliksel yapılı olması
- d) Sık sık antijenik shift'e uğraması
- e) Zarf yapısının kişilerde immünite oluşturmaması

25. Aşağıdaki virüslardan hangisi tek iplikli DNA virüsüdür?

- a) Papovavirus
- b) Parvovirus
- c) Adenovirus
- d) Herpesvirus
- e) Poksvirus

26. Aşağıda belirtilen parazitlerden hangisinin larvası yaşam döngüsü sırasında akciğerlere geçerek burada enfeksiyon yapabilir?

- a) Giardia intestinalis
- b) Enterobius vermicularis
- c) Toxoplasma gondii
- d) Ascaris lumbricoides
- e) Entamoeba histolytica

27. Leishmania donovani'nin memeli hücresinde görülen formu aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Amastigot
- b) Promastigot
- c) Sporozoit
- d) Trypomastigot
- e) Merozoit

28. Plasmodium'ların hangi formu sivrisinek tarafından insana bulaştırılır?

- a) Sporozoit
- b) Gametosit
- c) Merozoit
- d) Şizont
- e) Zigot

29. Rhinovirusler en fazla hangi yolla bulaşır?

- a) Damlacık enfeksiyonu (aerosol) ile
- b) Direkt temas
- c) Sindirim yolu ile
- d) Deri yolu ile
- e) Parenteral yol ile

30. Poliovirus için yanlış olan ifadeyi işaretleyiniz.

- a) Üç serotipi vardır.
- b) Tip 1 en sık görülenidir.
- c) Attenüe (oral alınan) ve inaktive (parenteral uygulanan) olmak üzere iki tip aşısı vardır.
- d) %0.1-2 arasında paralitik hastalık yapar.
- e) Enfeksiyonları %90 semptomatiktir.

31. Viruslarla ilgili olarak aşağıdaki özelliklerden hangisi yanlıştır?

- a) Viruslar kapsid yapılarına göre 3 çeşit simetri gösterirler.
- b) Zorunlu hücre içi parazitidirler.
- c) Viral genom RNA ya da DNA olabilir, her ikisi birlikte olmaz.
- d) İkiye bölünerek çoğalırlar.
- e) Zarf yapısına sahip olmayan virüslere çıplak virus ismi verilir.

32. Kızamık virusun kaç tane serotipi vardır?

- a) 1
- b) 3
- c) 11
- d) 41
- e) 101

33. Burkitt lenfoma ve nazofaringiyal karsinomunun etyolojisinde rol oynayan virus aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Herpes simplex virus tip 2
- b) Cytomegalovirus
- c) Epstein-Barr virus
- d) Herpes simplex virus tip 1
- e) Varicella-Zoster virus

34. İnfluenza virusu için yanlış ifadeyi işaretleyiniz.

- a) Genomu segmentlidir.
- b) Bir RNA virusudur.
- c) Aşısı kalıcı bağışıklık bırakır. Üç doz halinde uygulanır.
- d) Epidemik influenzada çoğu olgudan influenza tip A sorumludur.
- e) Çevre şartlarına nispeten dirençli bir virustur.

35. Aşağıdakilerden doğrusu işaretleyiniz.

- a) Respiratory syncytial virus (RSV) bebeklerde en sık karşılaşılan çocukluk çağı alt solunum yolu enfeksiyonu etkenidir.
- b) RSV dış şartlara dirençli bir virustur.
- c) RSV tanısında rutin olarak uygulanan ELISA ile özgül antikorların tayinidir.

d) RSV enfeksiyonu kalıcı bağışıklık bırakır.

e) RSV orthomyxoviridae ailesinde yer alan RNA virusudur.

36. Human immunodeficiency virus (HIV) enfeksiyonu laboratuvar tanısı için yanlış olan ifadeyi işaretleyiniz.

- a) Erişkinlerde HIV enfeksiyonunun rutin laboratuvar tanısında ELISA yöntemi ile HIV antikorları aranır.
- b) HIV enfeksiyonu sırasında beliren ilk gösterge olan HIV antijeni, ELISA ile saptanabilir.
- c) HIV ile enfekte anneden doğan bebeklerin tanısında en güvenilir yöntem ELISA ile HIV antijeni saptanmasıdır.
- d) HIV antijeni geçicidir.
- e) HIV enfeksiyonu tanısında özel şartlarda başvuru olan diğer yöntemler PCR ve virus izolasyonudur.

37. Koyun eritrositleri ile ortak antijeni bulunan virustur. Doğrusu işaretleyiniz.

- a) H. simplex virus tip I
- b) H. simplex virus tip II
- c) Varicella-Zoster virus
- d) Epstein-Barr virus
- e) Cytomegalovirus

38. HIV'nun hedef hücreye bağlanmasını sağlayan antijenidir. Doğrusu işaretleyiniz.

- a) gp 120
- b) p 24
- c) gp 41
- d) p 15
- e) p 14

39. Bir virüs araştırma laboratuvarında çalışırken işiniz bittiğinde genel temizlik amacı ile ortamın alkollü mendil ile silinmesi sonucunda hangi virüsler etkilenir?

- a) Adenovirus-Enterovirus
- b) Herpes virus-İnfluenzavirus
- c) Papovavirus-Rhinovirus
- d) Picornavirus-Poliyovirus
- e) Coxsackievirus A-Hepatit A virus

40. Hepatit B virus aşısı yapılacak kişilerde aşı öncesi araştırılan serolojik paterni işaretleyiniz.

- a) HBsAg
- b) Anti-HBc
- c) Anti-HBs
- d) Anti-HBc
- e) Anti-HBe

41. HIV ile enfekte kişinin bulaştırıcılığı en fazla olan vücut sıvısı/salgısını işaretleyiniz.

- a) Kadın genital organ salgısı
- b) Erkek genital organ salgısı
- c) Anne sütü
- d) Kan
- e) Tükrük

42. Aşağıdaki viral etkenlerden tümü cinsel ilişki ile bulaşan grubu işaretleyiniz.

- a) HIV, HBV, HCV
- b) HIV, HAV, HEV
- c) HEV, HCV, HDV
- d) HIV, HEV, HBV
- e) HBV, HCV, HAV

CEVAPLAR

1. D (*Hentges, 1995, s.223*)
Yenidoğanda düşük seviyede IgG antikorları tespit edilmesi halinde bu antikorların anneye ait olduğu düşünülmelidir. IgG antikor seviyeleri yükseliyorsa ve IgM antikorları pozitifse fetal infeksiyon düşünülmelidir.
2. C (*Emerging Infectious Diseases 2(3):168-175, 1996*)
DNA aşılarda kullanılan plazmid geni, in vivo şartlarda hücreleri transfekte eder ve bu hücrelerde bir antijen ekspresyonuna neden olur. Böylece immün cevap oluşturur. DNA tek başına immün cevap oluşturamadığı için bu prosedür DNA aracılığıyla veya DNA temelli aşılama terimi ile daha iyi tanımlanmaktadır. Aşı olarak öldürülmüş mikroorganizmalar veya saflaştırılmış proteinlerin kullanılma nedeni, tek başlarına immün cevap oluşturabilmeleridir.
3. C (*The AIDS Reader 5(4):136-144, 1995*)
İleri dönemdeki HIV'le infekte erkeklerde en sık rastlanan endokrin anomali düşük testosteron seviyesidir. 1988'de, Dobs ve ark. semptomatik HIV pozitif erkeklerde %42 ve AIDS'li erkeklerde %50 oranında; Klauke ve ark. ise AIDS'li 37 erkekte %30 oranında hipotestosteronizm tespit etmişlerdir. Donovan ve Dluhy, 1994 yılında HIV infeksiyonlarında rastlanan gonadal anomalileri derlemişler ve hastalığın devresine bağlı olarak, HIV infeksiyonlu erkeklerde hipogonadizm oranını %38 ile %50 oranında olduğunu bildirmişlerdir. HIV ile infekte erkeklerde düşük libido (%67) ve impotans (%33) oranları da yüksektir. HIV infeksiyonunda testosteron azalmasının patofizyolojisi bilinmemektedir. Araştırmacılar, HIV infeksiyonundan ziyade hastalığın derecesi ile ilişkili olduğu hipotezini savunmaktadır. Hipogonadizmin primer testiküler yetersizlik, hipofiz, hipotalamus hastalığı veya bunlardan birine bağlı olup olmadığı anlaşılammıştır. Ancak ileri HIV infeksiyonu sırasında rastlanan ağır malnutrisyon nedeniyle hipogonadizm ortaya çıkabileceği düşünülmektedir.
4. D (*Hentges, 1995, s.222*)
Ebstein-Barr virus B lenfositlerinde replike olur.
5. C (*Hentges, 1995, s.243*)
Lenfatik sporotriköz için oral veya topikal olarak KI kullanılabilir.
6. A (*Hentges, 1995, s.244*)
Histoplasma capsulatum retikuloendotelial sistemde intrasellüler maya şeklinde çoğalır.
7. C (*Mandell, 1995, s.1674*)
Prionlar enfeksiyöz proteinlerdir. Nükleazlara, ultraviyole radyasyona, kimyasal maddelere ve yüksek ısılara dirençlidirler. Normal hücrelerin üzerinde PrPC ve scrapili koyunlarda PrP^{Sc} proteini bulunur. PrP^{Sc} hücre yüzeyinde bulunan PrPC proteinine bağlanır ve PrPC'nin PrP^{Sc} haline dönmesini sağlar. Prion proteinlerine karşı konakta immün ve inflamatuvar reaksiyonlar oluşmamaktadır.
8. D (*Mandell, 4.baskı, s.1720*)
Rickettsia prowazekii dışında sayılan riketsiya türleri insanlara keneler veya akarlar aracılığı ile bulaşır. R. prowazekii'nin vektörü bitlerdir.
9. D (*Bilgehan, 1994, s.190*)
- 10.A (*Çetin, Tıbbi Parazitoloji, 1985*)
- 11.D (*Çetin, Tıbbi Parazitoloji, 1985*)
- 12.E (*Akan, 2.baskı*)
- 13.D (*Jawetz, 1989, 18.baskı*)
- 14.C (*Beaver, 9.baskı*)
Diğerleri ağız yoluyla bulaşır.
- 15.D (*Beaver, 9.baskı*)
Diğer şıklardaki parazitlerin farklı evrim dönemleri insanda bulunabilirler. Echinococcus granulosusun sadece larvası insanda erişkin şekli köpekte bulunur.
- 16.B (*Beaver, 9.baskı*)
Echinococcus granulosus yumurtanın ağızdan alınışı ile, Entamoeba ağızdan olgun kistlerin alınmasıyla, Giardia intestinalis ağızdan olgun kist alınımı ile, Schistosoma haematobium serkaryaların deriden girmesiyle insana bulaşır. Taenia saginata ise sığır kaslarındaki Cysticercus bovislerin (T. saginata'nın larvası) çiğ ya da iyi pişmemiş olarak yenmesiyle bulaşır. Bu nedenle doğru cevap B şıkkıdır.
- 17.C (*Beaver, 9.baskı*)
Diğerlerinin hiçbiri et yemekle bulaşmaz.
- 18.A (*Bilgehan, 1993*)
Rekombinant DNA aşılarda enfeksiyon etkenlerinin immünojenik komponentlerini kodlayan genlerinin, özgül enzimlerle ayrılıp bir vektöre plazmit, bakteriyofaj virüs gibi bağlandıktan sonra canlı hücrelerin içerisinde klonlanır ve bu genlerin işlevleri ile elde edilen ürünleri aşı olarak kullanılır.
- 19.B (*Boyd, 1991, s.263-280*)
Zedelenmemiş deri, enfeksiyona karşı birincil direnç mekanizmasıdır. Çok az sayıda mikroorganizma zedelenmemiş deriden geçme yeteneğine sahiptir. Ancak, mikroskopik çatlaklar, bakteri ve virüslerin daha derin dokulara girmelerini sağlar. Terin asit pH'sı, yağ asitleri, doğal flora ve tuzlar, zedelenmemiş derinin enfeksiyonunu önleyen mekanik engellerine yardımcı faktörlerdir.

20.B (Yotis, 1989, s.126-135)

Amibiazis genellikle intestinal bir hastalıktır. Buradan yayılımla ekstraintestinal form oluşabilir. Bu durumda da en sık karaciğer tutulumu görülür.

21.D (Yotis, 1989, s.105-115)

Viruslar boyutlarında büyüme olduktan sonra bölünerek çoğalmazlar. Replikasyon sırasında; çok sayıda viral nükleik asit ve kılıf proteinleri sentezlenir. Kılıf proteinleri kapsidi oluşturur, kapsid viral nükleik asidi çevreler ve onu stabilize eder.

22.D (Joklik, 19.baskı, s.449-451)

Actinomyces, gram pozitif, flamanlar oluşturan basillerdendir. Kronik, süperatif ve granüloamatöz enfeksiyonlar oluşturur (Actinomycosis). enfeksiyonun servikofasial, torasik ve abdominal formları vardır. Hücre duvarı arabinoz ve mikolik asit içermez. Asido rezistan özellik göstermezler. Oluşturdukları sülfür granülleri doku elementleri ve organizmayı içerir.

23.E (Joklik, 19.baskı, s.808)

Progresif multifokal lökoensefalopati (PML), genelde fatal demyelinizan bir hastalıktır. JC virus tarafından, oligodendrositlerde oluşturulan bir enfeksiyondur.

24.D (Murray, 2.baskı, s.620)

İnfluenza A virusu, Orthomyxovirüslerden olup zarflı virustur. Segmentli RNA genomu taşır. İnfluenza A'nın hem insanlarda hem de kanatlı ve memelilerde enfeksiyon yapan tipleri vardır. İnfluenza A'nın doğada yaygın olması ve fragmentli genom yapısı gen değişimi olasılığını fazlalaştırır. Yeni tipler oluşur. İnfluenza A çok fazla antijenik değişime uğrar. Virusun Hemaglütinin antijenini kodlayan genin yer değiştirmesi hemaglütininin primer aminoasit yapısını değiştirir (Antijenik shift) insan ve hayvan hemaglütinin genlerinin yer değiştirmesi antijenik shift'e, bu durum da pandemilere yol açar.

25.B (Joklik, 19.baskı, s.642)

Parvoviridae çok küçük virüslerden olup, tek iplikli DNA içerir. Kübik simetrik olup, zarfsızdır. Papoviridae, Adenoviridae, Herpesviridae ve Poxviridae çift iplikli DNA içerirler.

26.D (Zaman V, 2.baskı, s.155)

Ascaris lumbricoides, ince barsaklarda yerleşen en büyük nematoddur. Larvası yaşam döngüsü sırasında akciğerlere geçerek "Loeffler" sendromu'na yol açabilir. Giardia intestinalis, Toxoplasma gondii ve Entamoeba histolytica protozoonlardır. Enterobius vermicularis hayat siklusu ise Ascaris lumbricoidesten farklıdır.

27.A (Zaman V, 2.baskı, s.33)

Leishmania türlerinde haemoflagellatların morfolojik tiplerinden sadece "amastigot" formu memeli hücrelerinde görülür. Promastigot formu vektör vücudunda bulunur. Trypomastigot formu ise Trypanosoma türlerinde yer alır. Sporozoit ve Merozoit formlar Leishmania türleriyle ilgili değildir.

28.A (Zaman V, 2.baskı, s.54)

Plasmodiumların sporozoit formu sivrisineğin tükrüğünde bulunan ve insana bulaşan formdur. Merozoit şizogoni sonucu oluşur. Şizontlar hayat siklusu sırasında aseksüel bölünmeler sonucu oluşan formlardır.

29.B (Topley, 1990, s.243-272)

Bulaş en fazla enfekte materyale temas ile olur.

30.E (Kılıçturgay, 1994, s.294-297)

Çünkü enfeksiyonları genellikle asemptomatiktir.

31.D (Ustaçelebi, 1992, s.1-21)

32.A (Murray, 1994, s.629-640)

33.C (Akan, 1994, s.202-251)

34.C (Jawetz, 1995, s.449-459)

İnfluenza virusu genomu segmentli bir RNA virusudur. Antijenik değişiklik sık görüldüğünden kullanılan aşı kalıcı bağışıklık bırakmaz. Her yıl bir önceki yıl etken olan suşlardan hazırlanan yeni aşı kullanılır.

35.A (Jawetz, 1995, s.460-478)

RSV, zarflı dış şartlara çok duyarlı; çocukluk çağıında görülen alt solunum yolu enfeksiyonu etkenlerinin arasında en sık karşılaşılan ve reinfeksiyonlara yol açabilen, paramyxoviridae ailesinde yer alan bir RNA virusudur.

36.C (Jawetz, 1995, s.514-528)

HIV ile enfekte anneden doğan bebeklerin kanında anneden pasif olarak geçebilen antikorlar bulunur. Bu nedenle erişkinlerde HIV tanısı için kullanılan yöntem bu durumda yalancı pozitiflik verebilir. Bu durumda en duyarlı yöntem PCR ile virus genomunun saptanmasıdır.

37.D

38.A (Jawetz, 1991, s.574)

39.B

40.A (Jawetz, 1991, s.458-460)

41.D (Jawetz, 1991, s.579)

42.A (Akam, 1994, s.444-464)

PEDİATRİK ENFEKSİYON HASTALIKLARI

SORULAR

1. Aşağıdaki enfeksiyon ajanlarından hangisi yenidoğanda hem konjonktivit hem de pnömoni yapar?

- a) Leptospira
- b) Neisseria gonorrhoea
- c) Streptococcus pneumonia
- d) Candida albicans
- e) Chlamydia trachomatis

2. Dört yaşında aşısız bir çocuğa, kızamıklı bir çocukla temas ettikten sonra; aşağıdakilerden hangisinin yapılması en uygundur?

- a) İlk 72 saat içinde aşı yapılması
- b) Gamaglobulin + aşı yapılması
- c) Gözlem ve kontrol altında tutulması
- d) İnterferon
- e) Hiçbir şey yapılmaz da olur.

3. İlkokul birinci sınıftaki bir öğrencide Hemofilus influenza tip B (Hib) menenjitisi saptandığında doğru olanı işaretleyiniz.

- a) Hasta ile ev içi temasta olan herkes rifampisin profilaksisine alınmalıdır.
- b) Hasta ile ev içi temasta olan 1 yaşının altında olan bebekler Hib'e karşı aşılama durumları gözönüne alınmaksızın rifampisin profilaksisine alınmalıdır.
- c) Hasta ile ev içi temasta olan 4 yaş altındaki çocuklar Hib'e karşı aşılama durumları gözönüne alınmaksızın rifampisin profilaksisine alınmalıdır.
- d) Tüm okul rifampisin profilaksisine alınmalıdır.
- e) Sınıf arkadaşı rifampisin profilaksisine alınmalıdır.

4. Aşağıdakilerin hangisi eritema infeksiyozum'a uyuzmaz?

- a) Etkeni Human Parvovirus B19 olarak adlandırılan bir virustur.
- b) En önemli komplikasyonu meningoensefalittir.
- c) Özellikle oyun ve okul çağı çocuklarda görülür.
- d) Kronik hemolitik anemili çocuklarda aplastik krize yol açar.
- e) Özellikle yetişkinlerde sıklıkla artrite neden olur.

5. Enteroinvazif (dizanteriform ishal etkeni) olmayan hangisidir?

- a) Yersinia
- b) Şigella
- c) Stafilokok
- d) Kampilobakter
- e) Entamoeba histolitika

6. Aşağıdakilerden hangisi intrauterin enfeksiyonlar için yanlıştır?

- a) CMV bağlı intrakranial kalsifikasyonu çoğunlukla periventrikülerdir.

- b) Herpes simplex enfeksiyonunda görülen intrakranial kalsifikasyonda periventriküler dağılım şart değildir.
- c) Toxoplazmozisin triadı konjenital kalp hastalığı mikrosefali ve retinal kolobomdur.
- d) Konjenital rubellada; prematürite, katarakt, mikrosefali görülebilir.
- e) Konjenital sifilizli olguların bir kısmı ilk trimesterde düşükle sonlanabilir.

7. Boğaz kültüründe pseudomonas aeroginoza üreyen ve ateşi 40° olan hastaya hangisi yapılır?

- a) 3. kuşak sefalosporin verilir.
- b) Gentamisin verilir.
- c) Metisilin verilir.
- d) Netilmisin verilir.
- e) Hiçbirşey yapılmaz.

8. Aşağıdaki mikroorganizmalardan hangisi yeni doğanda en sık menenjit nedenidir?

- a) Stafilokokus aureus
- b) Stafilokokus epidermidis
- c) E coli (K1 antijeni +)
- d) Pseudomonas aeruginosa
- e) Proteus

9. Aşağıdakilerden hangi durum kızamık aşısı için kontrendikasyon oluşturmaz?

- a) Neomisine karşı anafilaksi öyküsü olan kişiler
- b) Yüksek ateşli hastalık geçiren kişiler
- c) İmmünsupresyon bulunan kişiler
- d) Daha önce bir kez kızamık aşısı yapılmış kişiler
- e) Birgün önce kan ürünleri verilmiş kişiler

10. AntiHBc (+) ve HBsAg (-), HBeAg (-), AntiHBe (-), AntiHBs (-) olan bir olguda aşağıdakilerden hangisini düşünürsünüz?

- a) İnkübasyon periodu
- b) Taşıyıcı
- c) Pencere periodu
- d) Kronik aktif hepatit
- e) Bağışıklık gelişmiştir.

11. Tüberküloz menenjitte en sık tutulan kranial sinir hangisidir?

- a) İkinci sinir
- b) Üçüncü sinir
- c) Dördüncü sinir
- d) Altıncı sinir
- e) Sekizinci sinir

12. Aşağıdakilerden hangisi allerjik rinitin major bulgusu değildir?

- a) Rinore
- b) Nazal kaşıntı
- c) Nazal konjesyon
- d) Aksırık
- e) Sinüzit

13. Çocukluk AIDS'inde akciğer enfeksiyonlarına en sık neden olan mikroorganizma hangisidir?

- a) Kriptosporidiosis
- b) Pnömosistis karini
- c) Stiomegalovirus
- d) Candida
- e) Toxoplazma

CEVAPLAR

1. E (Gomella, 1994, s.192-194)

Yenidoğan döneminde konjonktivit nedenleri; kimyasal konjonktivit, gonokokkal, stafilokokkal, psödomonal ve klamidyal nedenlerle ortaya çıkar. Ancak özellikle klamidyal konjonktivitte lakrimal kanal içine olan sekresyon postnazal akıntıya yol açmakta ve larinksten akciğerlere ulaşarak pnömoniye yol açmaktadır.

2. A (Krugman, 1985, s.152,165)

Kızamık virusunun enkübasyon süresi 14 gündür. Atenüe canlı kızamık aşısı virusunun ise 7 gündür. Bu nedenle kızamıklı bir hasta ile teması izleyen 72 saat içinde aşı yapılması korumada etkilidir. Bu süreyi geçirenlere ilk 6 gün içinde 0.25 mg/kg globulin yapılmaktadır.

3. B (Yurdakök, 1995, s.151-180)

Önceki yıllarda Hib menenjit geçiren hasta ile ev içi temasta bulunan 4 yaşının altındaki çocukların rifampisin profilaksisine alınması önerilmektedir. Ancak 1993 yılından beri, 1 yaşının altındaki bebeklerin Hib'e karşı aşılama durumları gözönüne alınmaksızın rifampisin profilaksisine alınması, ancak 1-4 yaş grubundaki tam aşılı çocuklara rifampisin profilaksisi yapılması önerilmemektedir. Tam aşı olma kriterleri: a. 15 aylık ve daha büyüklere bir doz konjuge aşı yapılmış olması b. 12-14 aylık iken iki doz konjuge aşı yapılmış olması c. 12 aylıktan önce iki veya üç doz konjuge aşı yapılması ve takiben 12. aydan sonra rapel doz yapılması.

4. B (Arch Dis Child, 1988: 63, 1426-27; Pediatrics, 1990: 85, 131-3; Nelson, 1992, s.797)

5. C (Silverman, 1995, s.216-286)

Stafilokok sadece besin zehirlenmesi tarzında akut gastroenterit etkenidir.

6. C (Nelson, 1995, s.348-349)

CMV enfeksiyonunda periventriküler kalsifikasyon görülür. H.S. virusu periventriküler olmayan in-

trakranial kalsifikasyon ve bilateral korioretinitine neden olur.

7. E (Nelson, 1990, s.305-306)

Boğazda üreyen pseudomonas herhangi bir hastalığa neden olmaz. Genellikle oral fekal yolla bulaşım sonucu boğazda ürer, antibiyotik verilmesine gerek yoktur.

8. C (Nelson, 1996, s.535)

9.D (Özalp, Katkı, 1995, s.779-781)

Tekrar aşılama bir yaşından önce yapılan çocuklarda gereklidir. Daha sonraki yaş grubunda aşılananların tekrar aşılanması gerekmez, ancak kontrendikasyon oluşturmaz. Genel olarak yüksek ateş, immüsupresyon, hamilelik, neomisine aşırı duyarlık öyküsü, yakın zamanda immünglobülin veya kan ürünleri verilmesi durumunda kızamık aşısı yapılmamalıdır.

10.C (Pediatri, 1985; 75:362-4)

Hepatit B seyrinde inkübasyon periodunda HBsAg (+), HBeAg (+/-), AntiHBe-AntiHBc-AntiHBs negatiftir. Taşıyıcı ve kronik aktif hepatitte HBsAg (+), HBeAg (+/-), AntiHBc (+), AntiHBs negatiftir. İmmün is HBsAg, HBeAg, AntiHBe (-), AntiHBc (+/-) AntiHBs (+) olarak alınır.

11.D (Katkı Pediatri Dergisi, cilt 13, sayı 1, 1992)

Kranial sinir tutulumu vakaların %20-%30'unda vardır. En sık tutulan altıncı sinirdir. Bunu üç ve dördüncü kranial sinirler izler. Paraliziler başlangıçta tek taraflı iken daha sonra iki taraflı olabilir. Fasiyal sinir nadiren tutulur.

12.E (Nelson, 1990, s.306)

13.B (Behrman, 1990, s.357)

Sıklıkla gözlenen pnömosistis karini pnömonisinin, lenfoid interstisyel pnömoniyle ayırıcı tanısının yapılması gerekir. P.C. pnömonisi takipne, retraksiyonlar, solunum seslerinde kabalaşma raller ve ateşle karakterlidir.

PEDİATRİK NÖROLOJİ

SORULAR

1. Aşağıdakilerden hangisi komplike febril konvülsiyonun özelliği değildir?

- a) 24 saat içinde iki veya daha fazla nöbet geçirme
- b) Ailede epilepsi olması
- c) Ailede febril konvülsiyon öyküsünün olması
- d) Nöbetten sonra anormal nörolojik muayenelerinin olması

2. Aşağıdaki hastalıklardan hangisinde demyelinizasyon veya dismyelinizasyon olmaz?

- a) Multipl skleroz
- b) Metakromatik lökodistrofi
- c) Guillain Barré sendromu
- d) Tay-Sacks hastalığı

3. Guillain Barré sendromunda lezyon nerededir?

- a) Serebral kortekste
- b) Periferik sinirde
- c) Kasta
- d) Kemikte

4. Progressif musküler distrofide (Duchenne tipi) sorumlu gen hangi kromozom üzerindedir?

- a) 13. kromozom
- b) 21. kromozom
- c) X kromozomu
- d) Y kromozomu

5. Gowers arazi aşağıdaki hastalıklardan hangisinde görülür?

- a) Serebral palsi
- b) Angelman sendromu
- c) Progressif musküler atrofi
- d) Ramsay-Hunt hastalığı

6. Aşağıdaki hastalıkların hangisinde peroksisomların fonksiyonu normaldir?

- a) Zelweger sendromu
- b) Refsum hastalığı
- c) Wilson hastalığı
- d) Kondrodisplazis punktata

7. Aşağıdakilerden hangisi infant döneminde makrosefali nedeni değildir?

- a) Fontanelerin erken kapanması
- b) Depo hastalığı
- c) Hidrosefali
- d) Galen ven anevrizması

8. Fasial anjiomalar, mental retardasyon, nöbet ve adenoma sebaceum aşağıdaki hastalıklardan hangisinin özellikleridir?

- a) Tuberoskleroz
- b) Nörofibromatozis
- c) Rett sendromu
- d) Meckel-Gruber sendromu

9. Aşağıdaki hastalıklardan hangisi bazal ganglia hastalığı değildir?

- a) Huntington kore
- b) Hallervorden-Spatz hastalığı
- c) Parkinson hastalığı
- d) Heller sendromu

10. Wilson hastalığında aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) 24 saatlik idrarda bakır atılımı artar.
- b) Beyin, karaciğer ve korneada bakır birikimi olur.
- c) Bazal gangliyalarda demir birikir.
- d) Seruloplazmin seviyesinde düşüklük vardır.

11. Aşağıdaki hastalıklardan hangisinde işitme kaybı görülmez?

- a) Usher sendromu
- b) Spinal musküler atrofi
- c) Alport hastalığı
- d) Cockayne hastalığı

12. Febril konvülsiyon profilaksisinde aşağıdaki antiepileptiklerden hangisi verilmemelidir?

- a) Fenobarbital
- b) Valproik asit
- c) Diazepam
- d) Difenilhidantoin

13. Aşağıdaki faktörlerden hangisi sağırılık için önemli bir risk faktörü değildir?

- a) Ototoksik ilaçlar
- b) Şiddetli neonatal asfiksi
- c) Hipoglisemi
- d) Hiperbilürubinemi

14. Organofosfat zehirlenmelerinde antagonist olarak aşağıdakilerden hangisi kullanılır?

- a) N-asetilsistein
- b) Dimerkaprol
- c) Oksijen
- d) Atropin

15. Aşağıdaki hastalıklardan hangisine aminoasit metabolizma bozukluğu yoktur?

- a) Homosistinüri
- b) Fenilketonüri
- c) Lelegh hastalığı
- d) Trozinemi

16. Aşağıdaki hastalıklardan hangisinde lipid metabolizma bozukluğu yoktur?

- a) Werdnig-Hoffman hastalığı
- b) Gangliosidozis
- c) Niemann-Pick hastalığı
- d) Sandoff hastalığı

17. Bilateral 7. kranial sinir tutulumu aşağıdaki hastalıklardan hangisinde bulunur?

- a) Leber hastalığı
- b) Aicardi sendromu
- c) Möbius sendromu
- d) Charcot-Marie-Tooth hastalığı

18. Aşağıdaki ilaçlardan hangisi antiepileptik değildir?

- a) Fenobarbital
- b) Lamotrigin
- c) Fenotiazin
- d) Difenilhidantoin

19. Aşağıdaki şıklardan hangisi poliomyelit için yanlıştır?

- a) Poliomyelit genellikle ekstremiteleri simetrik olarak tutar.
- b) Viral bir hastalıktır.
- c) Hastalığın başlangıcında halsizlik, kas ağrısı ve baş ağrısı olabilir.
- d) Medulla spinalisin önboynuz motor hücrelerinde tutulum vardır.

20. Aşağıdakilerden hangisi metabolik nöropati yapmaz?

- a) Diabet
- b) Üremi
- c) Akut intermittan porfiri
- d) Botulizm

CEVAPLAR

- 1. C
- 2. D
- 3. B
- 4. C
- 5. C
- 6. C
- 7. A
- 8. A
- 9. D
- 10. C

- 11. B
- 12. D
- 13. C
- 14. D
- 15. C
- 16. A
- 17. C
- 18. C
- 19. A
- 20. D

PEDİATRİK ONKOLOJİ

SORULAR

1. Aşağıdakilerden hangisi lösemide ekstremitelerde bir tutulum olan SSS bulgularından değildir?

- a) Baş ağrısı
- b) Kusma
- c) Papil ödem
- d) 6. kafa çifti tutulumu
- e) 5. kafa çifti tutulumu

2. Aşağıdakilerden hangisi lösemideki laboratuvar bulgusu olamaz?

- a) Anemi
- b) Anormal lökosit sayısı ve differansiyel sayım
- c) Reaktif eozinofili
- d) Hb 10 gr/dl altında
- e) Trombositopeni

3. Hangisi ALL'de kötü prognostik faktörlerden biri değildir?

- a) Beyaz ırk
- b) SSS hastalığı
- c) Platelet $<100 \times 10^9/L$
- d) L_2 veya L_3
- e) LDH yüksekliği

4. Hangisi ALL'de tam remisyonu gösteren faktörlerden biri değildir?

- a) Klinik belirti ve bulguların kaybolması
- b) Kan sayımlarının normalleşmesi
- c) Kemik iliğinin normal selülaritesine dönmesi
- d) Hb'in 5 mg/dl'nin altında olması
- e) Kemik iliğinde blastların %5'in altında olması

5. Hangisi ALL veya ANLL tedavisinin komplikasyonlarından biri değildir?

- a) Trombositopeniye ve platelet transfüzyonu gerektiren kanamalara neden olan kemik iliği hipoplazisi
- b) Anemi
- c) Granülositopeni
- d) Enfeksiyon
- e) Perikardial tamponat

6. Çocukluk çağı ve yetişkinlerdeki Non Hodgkin Lenfoma (NHL) karşılaştırmaları için hangisi yanlıştır?

- a) Her iki cinste görülme sıklığı aynıdır.
- b) Çocuklardaki NHL'ların çoğu çok agresif, malign ve immatür iken, yetişkinlerdeki iyi diferansiye, nodülerdir.
- c) Çocukluk çağı NHL, adult-onset NHL veya Hodgkin hastalığından daha çok ALL'ye benzer.

- d) Çocuklardaki NHL'ların yaklaşık yarısı T hücreli orijinli iken, yetişkinlerdeki %5'i T hücreli orijinlidir.
- e) Çocuklarda prognoz daha iyidir.

7. Lösemi için risk taşımayan grup hangisidir?

- a) 4 yaş altındaki lösemik bir hastanın aynı yumurta ikizi
- b) Trizomi 21
- c) Fankoni anemisi
- d) Xeroderma pigmentosum
- e) Bloom sendromu

8. Aşağıdakilerden hangisi NHL için yanlıştır?

- a) B hücreli NHL en sık ilk olarak ön mediastende T hücreli NHL ise karında yerleşir.
- b) B hücreli NHL'da herhangi bir abdominal kitle, GIS obstrüksiyonu veya intussussepsiyon, T hücreli NHL'da ise havayolu veya sup. vena cava kompresyonu ve plöral efüzyon vardır.
- c) Tanı doku biopsisi ile konur.
- d) LAP'nin ayırıcı tanısında infeksiyöz, otoimmün ve malign hastalıklar düşünülmelidir.
- e) Çocukluk çağı NHL'sı SSS, kemik iliği gibi extranodal yerlere yüksek sıklıkla yayılır ve bu yayılım HL'daki gibi düzenli bir anatomik sıra izlemez.

9. Aşağıdakilerden hangisi Hodgkin hastalığı için yanlıştır?

- a) HL çocuklukta çok iyi bir prognoza sahiptir.
- b) Supraklavikular mediastinal ve servikal LAP en sık görülen klinik presentasyondur.
- c) Tümör dokusunda Reed-Stenberg hücrelerinin belirlenmesi diagnostiktir.
- d) En çok görülen histolojik tip nodüler sklerozisli ve en kötü prognoza sahiptir.
- e) Tedavide RT çok önemlidir ve sistemik semptomları veya dissemine hastalığı olanlar KT'ye ihtiyaç duyarlar.

10. Bilateral renal tutulum olan Wilms tümörü hangi evrededir?

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

11. Çocukluk çağı yumuşak doku maligniteleri arasında en sık rastlanılan hangisidir?

- a) Rhabdomyosarkom
- b) Malign mezensefalom
- c) Lenfoma
- d) Lösemi
- e) Fibrosarkom

12.9 yaşında bir çocuk uyuğunda ağrı, kilo kaybı, ateş ve halsizlik şikayetleriyle geliyor. ESR çok artmış ve plain röntgenogramında kalsifiye periostal elevasyon (onion-skin), osteolitik lezyonlar ve sklerozis gözleniyor. Tanınız nedir?

- a) Osteosarkoma
- b) Osteomyelitis
- c) Eozinofilik granuloma
- d) Ewing sarkoma
- e) Nöroblastomanın kemik iliği metastazı

13. Büyük çocuklarda, kemiklerde granulatöz lezyonlar, diş kaybı (mandibula), eksoftalmus (orbital), diabetes insipidus ve büyüme hormonu eksikliği (faktörler, hipotalamus) ile karakterize Langerhans histiositoz tipi hangisidir?

- a) Letterer-Siwe hastalığı
- b) Hand-Schüller Christian hast.
- c) Eozinofilik granuloma
- d) Viral hemofagositik lenfhistiositoz
- e) Gaucher hastalığı

14. Hangisi osteosarkomada kötü prognostik bir faktörlerden biri değildir?

- a) <10 yaş
- b) Büyük tümör (>15 cm)
- c) Elastik kemiklerin tutulumu
- d) Osteoblastik hücre tipi
- e) Yüksek serum laktik dehidrogenaz

CEVAPLAR

1. E (Behrman, 1994, s.557)

Çoğu belirti ve bulgular lösemik hücre infiltrasyonundan kaynaklanan kemik iliği yetmezliği (anemi, nötropeni, trombositopeni) veya özel doku infiltrasyonu (lenf düğümü, karaciğer, dalak, beyin, kemik, deri, gingiva, testis) şeklindedir. Teşhis sırasında ekstramedüller tutulum mevcut olabilir. Örneğin, SSS tutulumundan dolayı baş ağrısı, kusma, papilödem, 6.sinir paralizisi.

2. D (Behrman, 1994, s.557)

Lösemide lab. bulguları karakteristiktir. Anemi, anormal lökosit ve differensiyel sayım, trombositopeni, kuraldır. Reaktif eosinophilia bulunabilir. Periferik yaymada: Gözyaşı damlası şeklinde eritrositler, çekirdekli eritrositler ve immatür myeloid formlar, lösemiye kuvvetle destekleyen "lökoeritroblastik" lösemiye düşündürür.

3. A (Behrman, 1994, s.559)

Siyah ırk kötü prognostik faktördür.

4. D (Behrman, 1994, s.558)

5. E (Behrman, 1994, s.560)

6. A (Behrman, 1994, s.560)

NHL, erkeklerde kızlardan 3 kat daha fazla görülür ve en sık görüldüğü yaş 7-11 yaşdır.

7. D (Behrman, 1994, s.557)

Lösemi için artmış risk taşıyan gruplar: 4 yaş altında lösemili bir hastanın ikizi, Trisomi 21, Fankoni anemisi, Bloom sendromu, Ataxia-telangiectasia, radyasyona ve bazı kemoterapötik ajanlara maruz kalan çocuklar.

8. A (Behrman, 1994)

Karın, B hücreli lenfomanın en sık yerleştiği, ön mediastinum da T hücreli lenfomanın en çok yerleştiği yerdir.

9. D (Behrman, 1994, s.561-562)

En çok görülen histolojik tip nodüler sclerosistir. (%40-60), daha sonra 20-40% mixed, 10-20%

lenfosit ağırlıklı, 1-10% lenfositten fakir. En iyi prognoz, lenfositten zengine ve en kötü prognoz da lenfositten fakir'e aittir.

10.E (Behrman, 1994, s.566)

11.A (Behrman, 1994, s.569)

Çocukluk çağı yumuşak doku maligniteleri arasında en sık rastlanı- rhabdomyosarkom, 2. sırada ise malign mezenşiomdur. Fibrosarkom ise pediatrik yaş grubunda nadirdir. Lösemi ve lenfoma ise yumuşak doku tümörü değildir.

12.D (Behrman, 1994, s.570)

Ewing sarkomu oldukça malign, nonosseöz, küçük yuvarlak hücreli, tanı sırasında genellikle metastaz yapmış, küçük çocukların yanında adölesanlarda da görülen, uzun kemiklerin diafizer kısımlarını daha çok etkileyen bir tümördür.

13.B (Behrman, 1994, s.571)

Letterer-Siwe hastalığında multisistemik tutulum vardır: Deri (seборе, rash), AC (interstisyel pnömoni), hepatosplenomegali, kemik iliği infiltrasyonu (pansitopeni) ve kemik (osteolitik lezyonlar).

Eosinofilik granülom en iyi prognoza sahiptir. Ağrı, kafatasında kitle, veya mandibula, mastoid ve proksimal uzun kemiklerin lokalize litik lezyonları, vertebral tutulum ve kolları kaynaklanan omurilik kompresyonu görülür.

Viral hemofagositik lenfositosis ve Gaucher hastalığı Langerhans hücreli histiositoz tipi değildir.

Soruda Hand-Schüller Christian hastalığı tanımlanmaktadır.

14.C (Behrman, 1994, s.570)

Osteosarkomda kötü prognostik faktörler <10 yaş, büyük tümör (>15 cm), osteoplastik hücre tipi, aksiyal iskelet ve humerus tutulumu, yüksek serum laktik dehidrogenaz, semptomların <2 aydır mevcut olması ve metastazlardır.

PATOLOJİ

SORULAR

1. Aşağıdakilerden hangisi hipoksiye bağlı hücre zedelenmesi ve şişmesinin nedenlerinden birisidir?

- a) İntrasitoplazmik lipid birikimi
- b) İntrasitoplazmik protein birikimi
- c) İntrasitoplazmik glikojen artması
- d) İntrasitoplazmik lipofuksin birikimi
- e) Hücreye su girmesi

2. Nekroz alanlarının makroskopik olarak beyaz ve peynirimsi görüldüğü, doku şeklinin bozulduğu nekroz tipi aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Koagülasyon nekrozu
- b) Likefaksiyon nekrozu
- c) Kazeifikasyon nekrozu
- d) Fibrinoid nekroz
- e) Enzimatik yağ nekrozu

3. Akut iltihaba ait aşağıdaki olaylardan hangisi diğerlerinden daha önce olur?

- a) Fagositoz
- b) Staz
- c) Lökositlerin marjinasyonu
- d) Lökositlerin emigrasyonu
- e) Kemotaksi

4. Aşağıdakilerden hangisi "genel ödem" sebeplerinden değildir?

- a) Sistemik hipertansiyon
- b) Konjestif kalp hastalığı
- c) Siroz
- d) Nefrotik sendrom
- e) Hiperaldosteronizm

5. Hemorajik enfarktüs en sık nerede görülür?

- a) Böbrek
- b) Akciğer
- c) Dalak
- d) Sol ventrikül
- e) Sağ atrium

6. Yağ embolisinin klinik semptomları en çok hangi şekilde görülür?

- a) Renal ve pulmoner zedelenme
- b) Renal ve hepatik zedelenme
- c) Hepatik ve SSS zedelenmesi
- d) Pulmoner ve SSS zedelenmesi
- e) Kardiak ve hepatik zedelenme

7. Malign bir tümörü benign bir tümörden ayıran en önemli özellik nedir?

- a) Kapsül olmayışı
- b) Yüksek oranda mitoz

- c) Nekroz oluşumu
- d) Metastaz varlığı
- e) Nükleer pleomorfizm (anaplazi)

8. Aşağıdakilerden hangisi bir paraneoplastik sendrom örneğidir?

- a) Paratiroid adenomunda hiperkalsemi
- b) Paratiroid karsinomunda hiperkalsemi
- c) Küçük hücreli akciğer kanserinde hiperkalsemi
- d) Primer beyin tümöründe kafa içi basınç artışı
- e) Metastatik beyin tümöründe kafa içi basınç artışı

9. Aşağıdaki doku ya da organlardan hangileri metataza dirençlidir?

- I) Fibröz doku
- II) Kıkırdak doku
- III) Ven duvarı
- IV) Arter duvarı
- V) Lenfatik doku

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

10. Granülasyon dokusunun en karakteristik yapısı aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Granüloma benzeyişi
- b) Fibroblast ve yeni kapiller oluşumu
- c) Bol eksuda içermesi
- d) Monosit ve histiositlerin bulunması
- e) Ödem

11. Aşağıdakilerden hangisi "hiperplazi ve hipertrofi"nin aynı anda oluştuğunu gösteren bir örnektir?

- a) Gebelik esnasında uterus büyümesi
- b) Kalp yetmezliğinde sol ventrikül büyümesi
- c) Spor yapanlarda çizgili kas gelişmesi
- d) Pubertede meme büyümesi
- e) Endometriumun kistik hastalığındaki büyüme

12. Hangi hastalıkta reaktif sistemik amiloidoz oluşmaz?

- a) Tüberküloz
- b) Kronik osteomyelit
- c) Romatoid artrit
- d) Ülseratif kolit
- e) Tiroid medüller karsinomu

13. Kimyasal olarak stabil olmayan ve serbest radikaller olarak bilinen moleküllerin yol açtığı hücre zedelenmesi aşağıda yazılı patolojik olaylardan hangisi ile ilişkili değildir?

- a) Civa zehirlenmesi
- b) Radyasyon hasarı
- c) Oksijenin toksik etkisi
- d) Karbontetraklorür zehirlenmesi
- e) Bakteri enfeksiyonu

14. Enfarktüs aşağıdaki hangi olayla karakterizedir?

- a) Kazeifikasyon nekrozu
- b) Fibrinoid nekroz
- c) Koagülasyon nekrozu
- d) Kollikasyon nekrozu
- e) İltihap

15. Vücut hücreleri rejenerasyon yeteneklerine göre labil, stabil ve permanent olmak üzere 3 gruba ayrılmaktadır. Aşağıdaki hücrelerden hangisi stabil hücre grubundadır?

- a) Lenfosit
- b) Fibroblast
- c) Çok katlı yassı epitel
- d) Çizgili kas hücresi
- e) Kalp kası hücresi

16. Dissemine intravasküler koagülasyon (DIC) ile ilgili ifadelerden hangisi yanlıştır?

- a) Yaygın trombozlar vardır.
- b) Yaygın kanamalar olur.
- c) Çoğunlukla primer (idiopatik)'dir.

d) Beyin en sık tutulan organdır.

e) Müsin salgılayan adenokarsinomlarla ilişkilidir.

17. Hücresel immünite aşağıdakilerden hangisi için etkili bir savunma mekanizması değildir?

- a) Derin dokulardaki mantar enfeksiyonları
- b) Piyojenik bakteri enfeksiyonları
- c) Mikobakterium tüberkülozis
- d) Şistozomiazis
- e) Kızamık

18. Gaucher hastalığında hangi madde birikir?

- a) Glukoserebrozit
- b) Glikojen
- c) Heperan sülfat
- d) Sfingomyelin
- e) Gangliosit

19. Yara iyileşmesinde oluşan aşırı, hipertrofik kollajenöz reaksiyona ne denir?

- a) Kallus
- b) Sikatriks
- c) Keloid
- d) Kontraktür
- e) Adezyon

20. Hangi hücre tipi rejenerasyon olarak doku hasarını onaramaz?

- a) Hepatosit
- b) Kolon mukoza hücresi
- c) Vasküler endotel
- d) Myokard hücresi
- e) Kemik iliği myeloblastı

CEVAPLAR

1. E (Robbins, 4.baskı, s.4-9)

Hipoksi, aerobik oksidatif solunumu etkileyen, son derece önemli, genel bir hücre zedelenme ve ölüm nedenidir. Lümendeki tıkaç ya da vasküler hastalık nedeniyle arteriyel ya da venöz akım bozulunca oluşan kanlanma eksikliği en sık görülen hipoksi nedenidir. Dolaşım-solunum yetersizliğine bağlı yetersiz kan oksijenasyonu diğer bir sık görülen etkidir. Hipoksinin daha az görülen üçüncü etkeni anemi ya da karbon monoksit zehirlenmesinde görülen kanın oksijen taşıma kapasitesinin azalmasıdır.

Hipoksik hücre zedelenmesinin en önemli histolojik belirtisi, özellikle aerobik metabolizmanın hızlı olduğu hücrelerde akut hücre şişmesi (hücre ödemi)'dir. Bunun sebebi, hücreye sodyum ile birlikte izosmotik miktarda suyun girmesidir. Oksijen yetersizliği dolayısıyla ATP üretiminin düşmesi, sodyumu hücre dışına pompalayan aktif transportun bloke olmasına yol açar ve bu da hücreye sodyum ve su girmesini engelleyemez.

2. C (Robbins, 4.baskı, s.16)

Kazeifikasyon nekrozu çoğunlukla tüberküloz enfeksiyonu odağında görülen bir koagülasyon nekrozu tipidir. Nekroz alanlarının makroskopik görünümünden ötürü beyaz ve peynirimsi anlamında "kazeifikasyon" terimi kullanılmaktadır. Histolojik olarak; nekrotik odak granülomatöz reaksiyon diye bilinen, belirgin iltihabi bir sınırla çevrili amorf granüllü parçalanmış koagüle hücrelerden oluşur.

3. B (Robbins, 4.baskı, s.29)

Burada diğerlerine yol açan olay stazdır. Vasküler dilatasyon ve vasküler permeabilite değişiklikleri stazdan önce meydana gelir.

4. A (Robbins, 4.baskı, s.63-4)

İltihabi olmayan ödemin önemli primer nedenleri şunlardır:

-İntravasküler hidrostatik basınç artışı (Konjestif kalp hastalığı ya da portal hipertansiyonlu siroz gibi)

-Plazma kolloid onkotik basınç düşüklüğü-Hipoalbuminemi (Siroz ya da nefrotik sendrom)

-İnterstitial sıvıda hidrostatik basınç artışı-Sodyum retansiyonu (Hiperaldosteronizm)

-Lenfatik obstrüksiyon

5. B (Robbins, 4.baskı, s.77)

Kalp, dalak ve böbrekler beyaz ya da soluk enfarktüslerin geliştiği solid, kompakt organlardır. Buna karşılık olarak akciğerde genellikle hemorajik ya da kırmızı enfarktüs görülür.

6. D (Robbins, 4.baskı, s.76)

Yağ embolisi semptom kompleksinin hem mekanik obstrüksiyona hem de kimyasal zedelenmeye bağlı olduğuna inanılmaktadır. Küçük yağ kümeleri beyin yada akciğer mikrodamarlarında tıkanmaya yol açar ve yağ kümeciklerinde açığa çıkan serbest yağ asitlerinin damar endotelinde toksik zedelenme yaptığı öne sürülür.

7. D (Robbins, 4.baskı, s.188-94)

Anaplazi, yüksek mitoz oranı, kapsül yokluğu, nekroz ve kanama varlığı malign tümörler de bu özelliklerden bir veya birkaçına sahip olabilirler. Bu yüzden metastazlar maligniteyi diğer neoplastik özelliklerin hepsinden daha iyi tanımlar. Benign tümörler hiçbir zaman metastaz yapmazlar.

8. C (Robbins, 4.baskı, s.215)

Kanserli hastalarda görülen ve tümörün lokal ya da uzak yayılımıyla açıklanamayan, ayrıca tümörün köken aldığı dokulardan salgılanan hormonlarla da ilgili olmayan, kaşeksi dışındaki semptom komplekslerinin bütününe paraneoplastik sendromlar denir.

9. D (Robbins, 4.baskı, s.193-94)

Vücutta bazı dokular tümör invazyonuna dirençlidir (Ör: kıkırdak ve arter duvarları). Bu her iki doku da gözeneksizdir (kompakt) ve antiproteazları salgıladıkları için parçalayıcı enzimlere dirençlidir.

10.B (Robbins, 4.baskı, s.52-3)

Granülasyon dokusu pembe, yumuşak ve granüllü bir makroskopik görünümündedir. Mikroskopik olarak fibroblastlar ve iltihabi hücreler içeren gevşek ödemli ara madde içinde yeni oluşmuş küçük kan damarları içerir.

11.A (Robbins, 4.baskı, s.183)

Gebelik sırasında uterusda hem endometrial bezlerle ilgili hücre çoğalması (hiperplazi), hem de uterus duvarında kas büyümesi (hipertrofi) meydana gelir. Diğer seçeneklerde verilen örnekler hiperplazi veya hipertrofinin sadece birisi için geçerlidir.

12.E (Robbins, 4.baskı, s.170)

Reaktif sistemik amiloidozis oluşmasına neden olan durumların ortak özelliği, çoğu zaman kronik iltihabi hastalığa bağlı olarak, hücre yıkımının sürüp gitmesidir. Antimikrobial ilaç tedavisinin ortaya çıkmasından önce, tüberküloz, kronik osteomyelit ve bronşiektazi sık suçlanan nedenlerdir. Bunun yanısıra romatoid artrit ve diğer bağ dokusu hastalıkları, ülseratif kolit ve tümörler (örn; Hodgkin hastalığı) hazırlayıcı faktörlerdendir. Bu

gruptaki amiloid, AA proteininden oluşmaktadır.

Tiroidin medüller karsinomu “yerel (lokalize) amiloidozis”e bir örnek olup burada amiloid, tümör hücrelerince salgılanan bir hormon olan kalsitoninle ilişkilidir.

13. A (*Robbins, 4.baskı, s.9*)

Bazı kimyasal etkenler doğrudan membran zedelemesi yaparlar. Örneğin, civa klorid zehirlenmesinde civa hücre membranı ve diğer proteinlerin sülfidril gruplarına bağlanarak membran geçirgenliğinde artışa yol açar ve ATPaz bağımlı transportu engeller.

14. C (*Robbins, 4.baskı, s.78*)

Enfarktüsün ana histolojik niteliği hücrelerdeki iskemik koagülasyon nekrozudur. Buna karşın enfarktüstün hemen sonra ölen hastalarda ölü hücrelerde enzimatik değişiklik için zamanın yetersiz olduğu belirtilmelidir. Bu nedenle miyokard enfarktüsünden birdenbire ölen hastalarda ışık ve elektron mikroskopu ile gösterilebilecek sitolojik ya da histolojik miyokard değişikliği olmaz.

15. B (*Robbins, 4.baskı, s.50-1*)

Rejenerasyon güçlerine göre organizmadaki hücreler üç gruba ayrılabilir:

Labil (Değişken) hücreler yaşam boyunca fizyolojik ölüm ile yok olanları yerine koymak için çoğalmalarını sürdürürler. Bunlar epitel, lenfoid ve hematopoetik hücreleri içerir.

Stabil hücreler, yıllarla ölçülen ve muhtemelen organizma yaşamı ile eşit yaşam süresine sahiptirler. Normal koşullarda aktif çoğalmayan ancak gizli rejenerasyon gücü olan hücrelerdir. Karaciğer, pankreas, tükrük ve endokrin bezler, böbrek tübülleri hücreleri ve deri bezlerini de içeren tüm bezlerin parenkim hücreleri, mezankimal hücreleri (ör: fibroblastlar) bu gruba girer. Çeşitli stimuluslara süratli bölünme cevabı verebilirler.

Permanent (kalıcı) hücreler nöronları, iskelet ve kalp kası hücrelerini içerir. Postnatal hayatta mitotik bölünme göstermezler.

16. C (*Robbins, 4.baskı, s.698-701*)

DIC yaygın damar içi trombozlar ve kanamalarla karakterize bir durumdur. Her organ bu patolojik durumdan etkilenir, fakat beyin tutulumu en sık görülür. DIC her zaman için başka bir patolojiye sekonder ortaya çıkar. Bunlar genellikle sepsis, travma, obstetrik durumlar ve malign tümörlerdir.

17. B (*Robbins, 4.baskı, 163-64*)

Hüresel immünite intrasellüler patojenlerin yol açtığı enfeksiyonlarda çok önemli bir konakçı savunma mekanizmasıdır. Ancak piyogenik bakterilerce yol açılan enfeksiyonların kontrol edilmesinde hümmoral immünite çok daha önemlidir.

18. A (*Robbins, 4.baskı, s.112-13*)

Gaucher hastalığı, lizozomal depo hastalıklarındandır. Normalde glikoz kalıntılarını seramidten ayıran glikoserebrozidazın yetersiz aktivitesi sonucu retikuloendotelial sistem (RES) hücreleri içinde glikoserebrozidler birikimine bağlı Gaucher hücreleri oluşur. Normalde glikoserebrozidler kan hücrelerinin -özellikle eritrositlerin- yıkımından oluşurlar. Gaucher hastalığında bunlar yıkılmaz.

Sfingomyelin→Niemann-Pick,

Gangliosit→Tay-Sachs,

Heparan sülfat→Mukopolisakkaridozlarda birikir.

19. C (*Robbins, 4.baskı, s.76,78,80*)

Keloid, iyileşme sürecinde oluşan aşırı kollajen birikimidir. Asıl yara bölgesinin ilersine kadar uzanan bir kabarıklık yapar. Genetik olarak yatkın kişilerde görülen bir yara iyileşmesi sorunudur.

20.D (*Robbins, 4.baskı, s.71-73*)

Hepatosit rejenerasyon yeteneği çok yüksek olan bir hücre tipidir. Karaciğerin yarısı çıkarılsa dahi rejenere olabilir. Vasküler yapılar nonvasküler dokularda ve yaralarda neovaskülarizasyon yeteneğine sahiptir, oysa miyokard hücreleri, nöronlar bu yeteneğe sahip değildir.

PEDİATRİK CERRAHİ

SORULAR

1. Doğumda asfiksili olan ve başarılı bir resusitasyon sonrası apne nöbetleri geçiren 1700 gr ağırlığındaki bir yenidoğanda yaşamın 3. günü oral besleme başladıktan sonra kusma, abdominal distansiyon ve kanlı dışkılama gözlemlendiğine göre en olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?

- a) İntussusepsiyon
- b) Volvulus
- c) Aganglionozis
- d) Nekrotizan enterokolit
- e) Shigella enteriti

2. Doğduğundan beri kabızlığı ve sık sık abdominal distansiyon atakları geçiren 3 yaşında bir erkek çocukta fizik muayenede kolonda gaz ve fekal materyal nedeniyle abdominal distansiyon tespit edildi, rektumda ise palpabl kitle yoktu. Öyküsünde mekonyumu 48. saatte çıkardığı öğrenilmiştir. Burada en olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Masif helmint enfeksiyonu
- b) Enterokolit
- c) Hirschsprung hastalığı
- d) İdiopatik sprue
- e) Duodenal atrezi

3. Duodenal atrezinin klasik radyolojik bulgusu aşağıdakilerden hangisidir?

- a) String işareti
- b) Diafragmanın altında serbest hava
- c) Double-bubble işareti
- d) Hiç gazın görüntülenemediği abdomen
- e) Hiçbirisi

4. İki yaşın altındaki çocuklarda masif alt gastrointestinal sistem kanamasını en sık nedeni aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Polip
- b) Siroz
- c) Enfeksiyon
- d) Meckel divertikülü
- e) İnvaginasyon

5. Çocuklarda barsak poliplerinin en sık yerleşim bölgesi aşağıdakilerden hangisidir?

- a) İleum
- b) Rectum
- c) Sigmoid kolon
- d) Transvers kolon
- e) Çekum

6. Aniridi ve abdominal kitlesi olan 2 yaşındaki bir çocukta muhtemel tanı nedir?

- a) İntestinal duplikasyon
- b) Karaciğer hemanjiomu
- c) Nöboblastom
- d) Teratom
- e) Wilms tümörü

7. Kemik iliği aspirasyonu aşağıdakilerden hangisinin tanısında en yararlıdır?

- a) Rabdomyosarkom
- b) Retinoblastom
- c) Nöroblastom
- d) Wilms tümörü
- e) Hepatoblastom

8. İnfantlarda rektal kanamanın en sık görülen nedeni aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Meckel divertikülü
- b) Anal fissür
- c) Ülseratif kolit
- d) İntussusepsiyon
- e) Rektal polip

9. Aganglionik megakolon (Hirschsprung hastalığı) un komplikasyonlarından hangisi ciddidir?

- a) Diare
- b) Dehidratasyon
- c) Megakolon
- d) Enterokolit
- e) Kronik konstipasyon

10. Hangisi hipertrofik pilor stenozunun patognomonik bulgusudur?

- a) Epigastrik distansiyon
- b) "Yuvarlanan top" bulgusu
- c) İp bulgusu
- d) "Olive" palpasyonu
- e) Hepsi

11. Boyunda sternokleidomastoid adalesinin anterior kenarının 1/3 alt ucuna açılan bir fistülün internal ucu nerededir?

- a) Dış kulak yolu
- b) Dil kökü (foramen çekum)
- c) Tonsiller fossa
- d) Nasofarenks
- e) Ağız tabanı

PEDİATRİK CERRAHİ

12.Ductus proliferasyonu + periportal fibrozis aşağıdaki hastalıklardan en sık hangisinde görülür?

- a) Neonatal hepatit
- b) Glikoz 6 fosfat dehidrogenaz eksikliği
- c) Billier atrezi
- d) Caroli hastalığı
- e) Wilson sirozu

13.Anorektal malformasyonlu bir yenidoğanda en sık hangi anomalinin tabloya eşlik etmesi beklenir?

- a) Vertebra anomalileri
- b) Trakea ve özofagus anomalileri

- c) Kardiyak anomaliler
- d) Genitoüriner anomaliler
- e) Ekstremitte anomalileri

14.Aşağıdakilerden hangisi foregut (primitif ön-barsak)'dan gelişmemiştir?

- a) Mezenterik kist
- b) Bronkojenik kist
- c) Kistik adenomatoid malformasyon
- d) Gastrik duplikasyon
- e) Pulmoner sekestrasyon

CEVAPLAR

1. D (Hathaway, 11.baskı, s.49)

Nekrotizan enterokolit tekrarlayan hipoksi atakları olan ya da yetersiz perfüzyonu olan düşük doğum ağırlıklı bebeklerde görülür. Bu ataklar sırasında kalın barsak duvarındaki iskeminin burada bazı bakterilerin invazyonuna zemin hazırladığına inanılmaktadır. Nekrotizan enterokolitin yaygın bulguları abdominal distansiyon, kanlı dışkı, kusma, hipotermi ve letarjidir. Neonatal dönemde intussussepsiyon nadirdir, volvulus ve aganglionia düşük doğum ağırlığı ya da hipoksi ile ilişkili değildir ve genellikle dışkı pasajındaki yetersizlik ile ilişkilidir. Şigella enfeksiyonu nadirdir.

2. C (Hathaway, 11.baskı, s.48)

Doğumdan başlayarak kabızlık öyküsü, abdominal distansiyon, gaz ve dışkı içermekte olan dilate kolon konjenital megakolon için hemen hemen diagnostik özelliktedir.

3. A (Hathaway, 11.baskı, s.47)

Duodenal atrezinin klasik radyolojik bulgusu midenin ve proksimal duodenum dilatasyonu yani "double-bubble" işaretidir.

4. D (Hathaway, 11.baskı, s.582)

Semptomatik durumların %40-60'ında masif, ağrısız rektal kanama veya koyu kırmızı gayta karakteristiktir ve şoka neden olabilir.

5. D (Hathaway, 11.baskı, s.589)

Bu poliplerin %80'i rektosigmoid bölgede olur.

6. E (Hathaway, 11.baskı, s.1105)

Aniridi, irisin konjenital yokluğu veya hipoplazisidir. Otozomal dominant, otozomal resesif ya da sporadik olarak oluşabilir. Wilms tümörü, hemihipertrofi, aniridi, ambiguous genitalia, hipospodias, inmemiş testis, üreter veya böbrek duplikasyonları, at nalı böbrek veya Beckwith-Wildeman sendromu ile assosiyasyon olabilir.

7. C (Hathaway, 11.baskı, s.1103)

Rabdomyosarkom ve sık olmamakla birlikte hepatoblastom kemik metastazı yapabilmekte iken çocukluk çağı solid tümörlerinin az bir kısmı nöroblastom gibi kemik metastazı özelliğine sahiptir. Diğer tümörlerin kemik metastazı fokal olmasına rağmen, nöroblastomda kemik metastazı sıklıkla yaygındır. Bazı nöroblastom serilerinde, kemik iliği tutulumu, vakaların %50'sinden fazlasını oluşturmaktadır. Bu yüzden kemik tutulumu, radyolojik olarak gösterilemese bile kemik iliği aspirasyonundan nöroblastoma da çocukluk çağının

diğer solid tümörlerine göre tanıdaki yeri tartışılmazdır.

8. B (Hathaway, 11.baskı, s.588)

Çocukta en sık rektal kanama nedeni anal fisürdür. Çocuklar konstipe olma eğilimindedirler ve sert, konstipe dışkı geçişi fissüre neden olur. Kanama minimaldir ve fekal kitle boyunca dizilenme yapar.

9. D (Hathaway, 11.baskı, s.584)

10.D (Hathaway, 11.baskı, s.577)

Epigastriumda (genellikle çocuk sakin veya uyurken çok daha iyi hissedilir) zeytin şeklinde el altında mobil, düzgün kenarlı, yuvarlak kitle (olive) palpe edilmesi patognomoniktir. Hipertrofik pilor adalesine işaret eder.

11.C (Aktuğ, 1994, s.21-23)

Klinikte en sık görülen 2. brankial fistülün dış ağız sternokleidomastoid kasının ön kenarı boyunca herhangi bir noktaya en sık 1/3 inferioruna açılır. Bu fistülün internal ucu da tonsiller fossadadır.

12.C (Aktuğ, 1994, s.64-68)

Ductus proliferasyonu ve periportal fibrozis en sık bilier atrezide görülür ve bu görünüm neonatal hepatit ile bilier atrezinin histopatolojik ayırıcı tanısında kullanılır.

13.D (Rowe, 1995, s.602)

Anorektal malformasyonlar VACTERL anomali birlikteliği içinde yer alır ve bu anomalilere (vertebra, anorektal, kardiyak, trakea ve özofagus, renal, ekstremite) ek olarak, duodenal atrezi ve Down sendromu sık olarak eşlik eder. Ancak özellikle yüksek ve orta tipteki anorektal malformasyonlu hastaların %60'ında bir genitoüriner anomali veya vezikoureteral reflü görülür, ve renal fonksiyonların korunması yönünden erken değerlendirme büyük önem taşır.

14.A (Sabiston, 1992, s.168)

Özofagus, mide ve duodenum yanında, primitif akciğerler de foregut'dan oluşan divertikülden gelişirler ve bu nedenle bronkojenik kist, akciğerin kistik adenomatoid malformasyonu, pulmoner sekestrasyon, trakeo-özefageal fistül gibi trakeo-bronşial ağaç ve pulmoner gelişim anomalileri foregut kökenlidir. Mezenterik kistler ise abdomenin primordial lenfatiklerinden orijin alır ve foregut ile ilişkileri yoktur.

PEDİATRİK KARDİYOLOJİ

SORULAR

1. Aşağıdakilerden hangisi S₃ için yanlıştır?

- a) Çocuklarda fizyolojik olarak duyulabilir.
- b) Üfürümle birlikte duyulursa volüm artışına yol açan kalp hastalıkları akla gelmelidir (ventriküler septal defekt gibi)
- c) Taşikardi ile birlikte S₃ duyulması gallop ritmi adımı alır.
- d) Diastolün sonunda duyulur.
- e) Üfürümsüz S₃ duyulması kardiyomiyopatiyi akla getirmelidir.

2. Paradoks S₂ çiftleşmesi için hangisi doğrudur?

- a) İnspiriumda çift, ekspriumda tek
- b) İnspiriumda çift, ekspriumda çift
- c) İnspiriumda tek, ekspriumda çift
- d) İnspiriumda tek, ekspriumda tek
- e) Hiçbiri

3. Doğumda siyanoza aşağıdaki hastalıklardan hangisi neden olur?

- a) VSD
- b) ASD
- c) Aort darlığı
- d) Triküspit atrezisi
- e) Fallot tetralojisi

4. Periferik tip siyanoz için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a) Redükte Hb 5 gr/dl'nin altındadır.
- b) Ağlayınca siyanoz artar.
- c) Fallot tetralojisinde görülür.
- d) Perifer soğuktur.
- e) Dudaklar siyanotiktir.

5. Santral tip siyanoz için hangisi doğrudur?

- a) Redükte Hb 5 gr/dl'nin altındadır.
- b) Perifer soğuktur.
- c) Aort darlığında görülür.
- d) Dudaklar siyanotiktir.
- e) Yenidoğanda görülmez.

6. Aşağıdakilerden hangisi romatizmal ateşin majör bulgusudur?

- a) Artralji
- b) Karın ağrısı
- c) Subkutan nodül
- d) PR uzaması
- e) ASO yükseklığı

7. Romatizmal ateşin artrit formunda profilaksi kaç yaşına kadar yapılır? (10 yaşında artrit geçiren bir olguda)

- a) Ataktan sonra 5 yıl
- b) 15 yaşa kadar
- c) Ataktan sonra 3 yıl
- d) 18 yaşa kadar
- e) 25 yaşa kadar

8. Aşağıdaki hastalıklardan hangisinde enfektif endokardit profilaksisi yapılmaz?

- a) VSD
- b) Aort darlığı
- c) Sekundum atrial septal defekt
- d) Patent duktus arteriozus
- e) Mitral yetmezliği

9. Romatizmal ateş profilaksisinde ilk tercih edilecek ilaç hangisidir?

- a) Penisilin kristalize
- b) Penisilin prokain
- c) Sentetik penisilin
- d) Benzatin penisilin
- e) Sefalosporin

10. Romatizmal ateş hangi yaşlarda görülür?

- a) 5-10
- b) 5-15
- c) 15-20
- d) 20-25
- e) 10-20

11. SLE'de kalbin hangi bölümü tutulur?

- a) Endokard
- b) Perikard
- c) Miyokard
- d) Hepsi
- e) Hiçbiri

12. Kawasaki hastalığında aşağıdakilerden hangisi görülebilir?

- a) Miyokardit
- b) Perikardit
- c) Koroner arter anevrizması
- d) Hepsi
- e) Hiçbiri

13.Aşağıdakilerden hangisi kalp yetmezliği bulgusu değildir?

- a) Taşikardi
- b) Takipne
- c) Terleme
- d) Hepatomegali
- e) Splenomegali

14.Aşağıdakilerden hangisi digital etkisidir?

- a) AV blok
- b) Atrial ekstrasistoller

- c) Ventriküler ekstrasistoller
- d) PR uzaması
- e) Ventriküler fibrilasyon

15.Aşağıdakilerden hangisi digital entoksikasyonu belirtisi değildir?

- a) Sarı-yeşil görme
- b) Jinekomasti
- c) Hallüzinasyon
- d) İshal
- e) İştahsızlık

CEVAPLAR

1. D
2. C
3. D
4. D
5. D
6. C
7. D
8. C
9. D
10. B
11. D

12. D

13. E

14. D (*Kayaalp, 7.baskı, s.1297*)

Mutad dozlarda digitalin EKG üzerinde ortaya çıkan önemli etkilerinden birisi PR intervalinin uzamasıdır.

Diğer seçenekler ise digital entoksikasyonunun bulgularıdır.

15. B

Jinekomasti uzun süreli digital kullanımına bağlı bir yan etkidir.

2. SAYIDAN

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

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

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

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

3. Kalp metastazı aşağıdaki tümörlerden hangisinde sık görülür?

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

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

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

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

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

6. Endometriyum kanserinde, vajinal metastaz hangi evrededir?

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

7. Triple Test ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Gebeliğin 16-18. haftasında yapılır.
- b) β hCG, Alfafetoprotein (AFP) ve östriol'e bakılır.

- c) Antenatal takipte kullanılır.
- d) Down sendromunda AFP yüksektir.
- e) Nöral tüp defektinde AFP yüksektir.

8. Vajen sarkomlarından en sık hangisi görülür?

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

9. Aşağıda verilen bulgular hangi hastalık için geçerlidir?

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

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

10. Aşağıdaki komplikasyonlardan hangisine pnömo-koksik pnömonide sık rastlanır?

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

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

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

12. Aşağıdakilerden hangisi en sık akut akciğer ödem nedenlerindedir?

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

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

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

14.Fallot tetralojisi oluşumuna neden olan anomali aşağıdakilerden hangisidir?

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

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

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

16.P dalgası hangi derivasyonda negatiftir?

- a) V1
- b) V2
- c) DI
- d) aVF
- e) aVR

17.CO₂ konsantrasyonu aşağıdakilerden hangisinde en düşüktür?

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

18.Malign hipertansiyonda görülen vasküler lezyon aşağıdakilerden hangisidir?

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

19.Sağ kalp yetmezliği en sık aşağıdakilerden hangisinin sonucudur?

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

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

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

21.Bronşiektazi en sık nereyi tutar?

- a) Lingula
- b) Sol üst lob
- c) Sağ orta lob

- d) Bilateral alt loblar
- e) Bilateral üst loblar

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

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

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

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

24.Aşağıdakilerden hangisi lipoprotein sentezini azaltan ilaçlardan değildir?

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

25.Akut digital zehirlenmesinde hangisi yapılmaz?

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

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

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

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

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

28.Rickettsiaların teşhisinde kullanılan While Felix reaksiyonunda hangi bakterinin O antijenleri kullanılır?

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

Cevapları hatırlıyor muyuz?

UZMAN GÖZÜYLE

TÜRKİYE'DE ÇOCUKLUK DÖNEMİNDE RUTİN OLARAK YAPILAN AŞILAR VE AŞI TAKVİMİ

Yrd.Doç.Dr.Sefer AYCAN, Uz.Dr.Zehra AYCAN**

* Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

** Çocuk Hastalıkları Uzmanı, SSK Ankara Çocuk Hastanesi

Mikroorganizmanın kendisinin (ölü veya hastalık yapma yeteneği ortadan kaldırılarak) ya da toksinlerinin aktif bağışıklık oluşturmak için organizmaya verilmek üzere hazırlanmış süspansiyonuna AŞI denmektedir.

Aşı Yapılmasının Amacı

Hazırlanmış olan aşının yapılmasının esas amacı kişiyi o hastalığa karşı bağışık hale getirmektir. Bu nedenle herhangi bir hastalık etkeninin kendisinden ya da toksinlerinden hazırlanan aşı (antijenik yapı) bağışıklık sistemini uyarmak için organizmaya verilir. Organizmada antijene karşı oluşan immun yanıt sonrasında da mikroorganizmaya karşı direnç oluşmuş olur.

Aşı Türleri: 1. Toksoid aşilar: Tetanoz, Difteri aşiları
2. Ölü aşilar (inaktif aşilar): Boğmaca, kuduz, influenza, hepatit-B aşiları
3. Canlı aşilar (attenüe aşilar): Kızamık, BCG, kızamıkçık, kabakulak, oral polio aşiları.

A- AŞILAR

Bu bölümde Türkiye'de çocukluk döneminde rutin olarak yapılan aşilar incelenmiştir.

1. BCG

Tüberküloza karşı bağışıklık oluşturmak amacıyla kullanılan BCG aşısı; tüberküloz basilinin bovin suşundan pasajlarla elde ve zayıflatılmış bir suş olan Calmette Guerin basilinden hazırlanmış attenüe bir aşidir. Kuru (liyoflize) bir aşı olan BCG sulandırıldıktan sonra en geç 8 saat içinde kullanılmalıdır. Isı yanında ışığa karşı da son derece duyarlıdır. Sulandırılmış aşı 5 dakika güneş görür ise bütün etkinliği kaybolur. Koruyuculuğu genel olarak %60-85 düzeyindedir. Hastalığın ağır formlarına karşı ise koruyuculuğu %75-90 düzeyine yükselmektedir. Koruyuculuk süresi 5 yıldır. Aşı sol omuza intradermal olarak yapılmaktadır. Yenidoğan döneminde doz 0.05 ml, daha sonra 0.1 ml'dir. Doğar doğmaz yapılabilir. Rutin uygulamada 2. ayda yapılmaya geçilmiştir. 3. aydan sonra yapılma durumlarında PPD kontrolünden sonra yapılması uygun olur. PPD kontrol olanağı olmadığı durumlarda test uygulanmadan da BCG aşısı yapılabilir. 5 yılda bir

PPD kontrolünden sonra (ya da kontrolsüz) BCG aşısı tekrarlanmalıdır. Rutinde 2. ayda, ilkokul 1. ve 5. sınıfta ve lise 3. sınıfta BCG uygulanmaktadır. İmmun sistemi baskılayan hastalığı olan veya tedavi alan çocuklara yapılmamaktadır. Aşının en ciddi komplikasyonu çok nadir olarak osteomyelit ve yaygın BCG enfeksiyonudur.

2. POLİO AŞISI

Türkiye'de uygulanan polio aşısı; canlı aşı olan trivalan oral polio aşısı (TOPV)'dir. Sabin aşısı olarak bilinen bu aşının koruyuculuğu çok yüksektir. 3. dozdan sonra %98 düzeyinde bağışıklık sağlar. Bu aşı 3 tip polio virüsünü de içerir. Bu nedenle polio geçiren çocukların diğer polio virüsü tiplerinden korunmaları için aşılanmaları gerekir. Bir dozu 2 damladır (aşı flakonu dikkatle okunmalı 3 damlası, 4 damlası bir doz olan aşilar da olabilir). 2., 3., 4. aylarda birer doz olmak üzere uygulanmaktadır. 18. ayda ve 6 yaşında (ilkokul birinci sınıfta) tekrarlanmaktadır. İmmun sistem bozukluğu olan, immun sistemini baskılayan bir hastalığı olan ya da tedavi alan çocuklara ve kardeşlerine canlı polio aşısı yapılmaz (inaktif polio aşısı yapılabilir). Çok nadir olmak üzere en önemli komplikasyonu aşıya bağlı paralizidir. Aşıdan sonra anne sütü olmasının bir sakıncası yoktur. Özellikle klorlu su dikkate alınarak aşıdan sonra 2 saat süreyle anne sütü dışında birşey yiyip içmemesi önerilebilir. Çocuk aşıdan sonra (1 saat içinde) kusar ise aşı tekrarlanmalıdır. İshali varsa bir ay sonra aşı tekrarlanmalıdır.

3. DİFTERİ, BOĞMACA, TETANOZ (DBT) AŞISI

DBT ya da karma aşı adıyla bilinen aşı üç aşının bir süspansiyonudur. Bu süspansiyonun içindeki aşiları tek tek incelersek:

BOĞMACA AŞISI: Türkiye'de uygulanan DBT aşısı içerisindeki boğmaca aşısı ölü bakteriyel aşidir (Bazı ülkelerde ağır reaksiyonlara neden olmayan asellüler boğmaca aşısı kullanılmaktadır). Hastalığı geçirmeye göre çok nadir olmakla birlikte aşı sonrası beyin etkilenmesine bağlı komplikasyonlar görülmektedir. 5 yaşından büyüklerde aşı reaksiyonları daha fazla görülmesi ve bu yaştan sonrada oluşabilecek hastalığın daha hafif seyretmesinden dolayı aşı 5 yaşından büyüklerle uygulanmamaktadır. Bu döneme kadarda, DBT aşısı olarak uygulanmaktadır.

DİFTERİ AŞISI: Toksoid bir aşıdır. Aşıya bağlı reaksiyonlar çok nadirdir. Fakat 7 yaşından sonra reaksiyonların daha sık olabileceği gözlenmiştir. Bu nedenle 7 yaşından sonra difteriye karşı aşılama erişkin tipi difteri aşısı (Td) kullanılmalıdır. Türkiye'de Td olmadığı için, rutin kullanımda kullanılan DBT aşısı 7 yaşından büyükler için yapılmamalıdır.

TETANOZ AŞISI: Toksoid bir aşıdır. Aşıya bağlı reaksiyonlar çok nadirdir. Fakat çok sık aralıklarla yapıldığında allerjik reaksiyonlar gözlenebilir. Hastalığı geçirenlerde bağışıklık oluşmadığı için bu kişilerin de aşılanması gerekmektedir. Tetanoz aşısı her yaşta uygulanabilir. DBT, Difteri Tetanoz (DT) aşıları şeklinde ya da tek başına uygulanmaktadır. Tek başına tetanoz aşısı rutin olarak ilkököl 5. sınıfta ve lise 1. sınıfta uygulanmaktadır.

Difteri, Boğmaca, Tetanoz aşılarını içeren rutin kullanılan DBT karma aşının Türkiye'de üretileninin bir dozu 1 ml'dir. İthal edilen adsorbe DBT aşısının bir dozu 0.5 ml'dir. İntramüsküler olarak uygulanır. Türkiye'de rutin olarak 2., 3., 4. aylarda birer doz ve 18. ayda rapeli yapılmaktadır. 3. dozdan sonra difteriye karşı %90, boğmacaya karşı %85 ve tetanoza karşı %95 düzeyinde koruyuculuk sağlar.

DBT aşısı uygulanan çocuklarda sık olarak aşı yerinde ağrı, şişlik ve vücut ısısında yükselme görülebilir. Zararsız bir durumdur. Antipiretik ve analjezik verilerek çocuk rahatlatılır. Ciddi komplikasyonlar nadirdir. Özellikle aşının derin yapılmaması veya iğnenin steril olmasına bağlı olarak abse oluşabilir. Yine nadir olarak ve boğmaca aşısına bağlı olarak konvülsiyonlar, ağlama nöbetleri, ensefalopati gözlenebilir.

DT şeklindeki aşı ise rutin uygulamada ilkököl 1. sınıfta yapılmaktadır. Bununla birlikte 5-8 yaşları arasındaki çocukların difteri, tetanoz aşılarından eksik dozu varsa DT uygulanabilir.

4. KIZAMIK AŞISI

Canlı (attenüe) bir aşı olan kızamık aşısının koruyuculuğu aşının yapıldığı yaşa göre değişmektedir. 15. ayda yapılan kızamık aşısının koruyuculuğu %95-99'a kadar çıkmaktadır. Daha önce yapılan aşıların koruyuculuğu daha düşüktür. Fakat kızamık hastalığının bebeklik döneminde daha ağır seyretmesi ve daha sık komplikasyon oluşturması nedeniyle kızamık virusu ile erken dönemde temas etme riskli olan toplumlarda 15. ayı beklemeden aşının yapılması Dünya Sağlık Örgütüncü önerilmektedir. Bu nedenle Türkiye'de koruyuculuk düzeyi %90-95 düzeyine düşmesine rağmen 9. ayda tek doz aşı uygulaması rutin olarak yürütülmektedir. Bir dozu 0.5 ml olan kızamık aşısı intramüsküler olarak uygulanmaktadır. Aşıdan sonra nadir olarak ateş ve daha nadir olarak ateşle birlikte döküntüde görülebilir. İmmün sistem bozukluklarında, immün sistemi bozan hastalıklarda veya immün sistemi baskılayan tedavi alanlarda aşı yapılmamalıdır.

Kızamık aşısının rutin uygulama dışında Türkiye'de de bulunan kızamıkçık ve kabakulak aşılarıyla kombine şekli vardır. Bu aşı isteğe bağlı olarak 12. aydan sonra herhangi bir zamanda yapılabilir.

B. TÜRKİYE'DE ÇOCUKLUK DÖNEMİNDE RUTİN OLARAK UYGULANAN AŞI TAKVİMİ

Tabloda Türkiye'de uygulanan rutin aşı takvimi gösterilmiştir:

Doğumda	BCG
2. ayda	DBT, polio, BCG (Doğumda yapılmamış ise)
3. ayda	DBT, polio
4. ayda	DBT, polio
9. ayda	Kızamık
18. ayda	DBT, polio
İlkokul 1.sınıf	DT, polio, BCG
İlkokul 5.sınıf	Tetanoz, BCG
Lise 1.sınıf	Tetanoz
Lise 3.sınıf	BCG

C. AŞILAMADA KONTRENDİKASYONLAR

1. Koltuk altı 38°C, rektal 39°C kadar ateş, solunum yolu enfeksiyonları kontrendikasyon oluşturmazlar. Daha yüksek ateş ve ağır hastalıklarda aşılama var olan hastalığa ait herhangi bir belirtinin aşıya ait yan etkiler ile karışmasını önlemek için ertelenmelidir.

2. İshal durumunda oral polio aşısı verilmiş ise bir ay sonra aşı tekrarlanmalıdır.

3. Konvülsiyon veya diğer nörolojik semptomlar var ise DBT yerine DT uygulanır.

4. İmmün yetmezliği olana, radyoterapi, kemoterapi, kortikosteroid tedavisi, immünsüpresif tedavi görene hiçbir canlı aşı yapılmaz. İmmünsüpresif tedavi alan ya da polivalan immunglobulin uygulanan kişilere, tedavi bitiminden 3 ay sonra canlı aşı uygulanabilir.

5. Şiddetli olmayan malnutrisyonlar, prematürte, düşük doğum ağırlıklı olmak, antibiyotik tedavisi almak kontrendikasyon oluşturmaz.

KAYNAKLAR

1. "Ana ve Çocuk Sağlığında Temel Bilgiler", İstanbul Ü. Çocuk Sağlığı Enstitüsü Yayını, 1992.
2. Pasteur Merieux: "Serum ve Aşı",
3. Kocaoğlu, F.: "Verem Savaşı", HÜTF Halk Sağlığı A.D. Yayını, Ankara, 1986.
4. Pasteur Merieux: "TETRA COQ"
5. Ajjan, N.: "Vaccination", Pasteur Merieux Yayını,
6. "Çocuk Sağlığı El Kitabı" Sağlık Bakanlığı Yayını, 3.baskı, Ankara, 1982.

SOSYAL PEDIATRİ

SORULAR

1. Aşağıdaki kriterlerden hangisi fizyolojik sarılık için doğru değildir?

- a) Sarılığın 2. günden sonra çıkması
- b) Bilirubin konjuge fraksiyonunun 5 mg/dl'den az olması
- c) Total bilirubin artışının 5 mg/dl/gün'ü geçmemesi
- d) Term bebekte sarılığın 1 hafta süreyi geçmemesi
- e) Preterm bebekte sarılığın 2 hafta süreyi geçmemesi

2. Aşağıdakilerden hangisi pasif immünizasyonda kullanılan solüsyonlarda en fazla bulunan immunoglobüldür?

- a) IgA
- b) IgE
- c) IgM
- d) IgG
- e) IgD

3. Aşağıdakilerden hangisi en sık kullanılan prenatal tanı metodudur?

- a) Xray çalışması
- b) Amniosentez
- c) Ultrasonografi
- d) Korionik villus örnekleme (CVS)
- e) Fetoskopi

4. Aşağıdakilerden hangisi çocukluk çağında en sık görülen hastalıklardır?

- a) Akut appendisit
- b) Malnutrisyon
- c) İnfeksiyöz deri hastalıkları
- d) Akut üst solunum yolu enfeksiyonları
- e) Konjunktivitler

5. Parenteral vitamin K verilmesi aşağıdaki durumlardan hangisinde endikedir?

- a) Bütün yenidoğanlar
- b) 2500 gr'ın altındaki yenidoğanlar
- c) 36. haftadan önce doğan yenidoğanlar
- d) Sarılıklı bebekler
- e) Hastane dışında doğan yenidoğanlar

6. Febril konvülsiyonlar en sık hangi yaş grubunda görülür?

- a) Yaşamın ilk ayında
- b) Yaşamın ilk 6 ayında
- c) 3 ay ve 5 yaş arasında
- d) 5-10 yaş arası
- e) Puberte döneminde

7. Sadece anne sütüyle beslenen bebeklerde aşağıdaki vitaminlerin hangisinin verilmesi gerekir?

- a) Vitamin A
- b) Vitamin E
- c) Vitamin C
- d) Vitamin B₁
- e) Vitamin D

8. 6 aylıktan küçük çocuklara bal verilmesi aşağıdakilerden hangisi ile ilişkili olabilir?

- a) Hipoglisemi
- b) Hipernatremi
- c) Sarılık
- d) İnfantil botulismus
- e) Listeriosis

9. 1 yaşın altındaki çocuklarda grup A streptokok enfeksiyonu genellikle hangi klinikte seyreder?

- a) Kızıl
- b) Peritonsiller abse
- c) Akut romatizmal ateş
- d) Ateş ve nasal akut
- e) Menenjit

10. Riketsin radyolojik bulguları evre II ve III'de belirgin hale gelir. Bunların en iyi görüldüğü yerler:

- a) Kafatası ve diz
- b) Lomber vertebralar
- c) El bileği ve diz
- d) Omuz ve diz
- e) Servikal vertebralar

11. Aşağıdakilerden hangisi boğmaca aşısının tekrarı için kontrendikasyon değildir?

- a) İlk 7 gün içinde konvülsiyon
- b) İlk 7 gün içinde ensefalopati
- c) İlk 2 gün içinde her zamankinden farklı ve uzun (3 saatten fazla) tiz ağlama
- d) İlk 2 gün içinde ateşin 39.5°C'e kadar yükselişi
- e) İlk 2 gün içinde hipotonisite ve hiporefleksi

12. Aşağıdaki aşılarından hangisi yaz aylarında yapılmamalı veya yapılırsa da daha sonra tekrar edilmelidir?

- a) Difteri
- b) Tetanoz
- c) Oral polio
- d) Kızamık
- e) Kızamıkçık

13.ORS (Oral rehidratasyon sıvısı) ile ilgili olarak hangisi yanlıştır?

- a) Kilo ölçümü ORS tedavisinin gidişini takipte kullanılabilir.
- b) Dehidratasyon %10'u geçtiği durumlarda tedavi I.V. olmalıdır.
- c) NaHCO₃ nemli ortamlarda glukozla reaksiyona girdiğinden ORS içine NaHCO₃ yerine Na-sitrat konulması daha uygundur.
- d) Dehidratasyonu olmayan çocuklarda da ORS dengeli bir beslenme sağlar.
- e) İshale bağlı dehidratasyonların çoğu ORS ile tedavi edilebilir.

14.Hepatit B'ye karşı aşılama ile ilgili hangisi yanlıştır?

- a) HBsAg (+) olan annelerden doğan bebeklerde doğumdan hemen sonra hepatit B aşısı ve HBIg yapılmalıdır.
- b) HBsAg (+) annelerin aşılama ve HBIg uygulanan bebeklerinde 6. ayda HBsAg (+)'liği bulunması bu uygulamanın başarısız olduğunu gösterir.
- c) Doğum ağırlığı 2000 gr'ın altındaki HBsAg (+) olan annelerin çocuklarında aşı etkin olmadığından geciktirilebilir.
- d) HBsAg (+) olan annelerin aşılama ve HBIg uygulanan bebeklerinde 10. ayda HBsAg (+) ise bebekler HBsAg taşıyıcısıdır.
- e) HBIg yapılmasa dahi HBsAg (+) annelerin çocuklarına doğumdan sonraki ilk 7 gün içinde hepatit B aşısı yapılmalıdır.

CEVAPLAR

1. B (Hathaway, 11.baskı, s.37)

Fizyolojik sarılığın kriterleri:

1. Sarılığın ilk günde olmaması
2. Total bilirubin artışının 5 mg/dl/günü geçmemesi ve term bebek de 3-4. günlerde en fazla 12.9 mg/dl ve preterm bebekte 5-7. günlerde en fazla 15 mg/dl olması
3. Bilirubinin konjuge fraksiyonunun 2 mg/dl'den az olması
4. Sarılığın term bebekte 1 haftayı preterm bebekte ise 2 hafta süreyi geçmemesi

Bu kriterlere uymayan sarılıklarda neden araştırılmalıdır.

2. D (Hathaway, 11.baskı, s.213)

İmmunglobulin primer olarak IgG ve daha küçük miktarlarda da IgA ve IgM içeren %16.5'lik bir solüsyondur.

3. C (Hathaway, 11.baskı, s.941)

18. haftadan itibaren tüm major organlar (böbrekler, beyin, spinal kord, mesane, ekstremiteler ve kalp gibi) izlenebilmekte ve her türlü yapısal defekt saptanabilmektedir.

4. D (Hathaway, 11.baskı, s.471)

Çocukluk çağında en sık görülen hastalıklar akut üst solunum yolu enfeksiyonlarıdır. Pediatrik pulmoner hastalıklar 1 yaşın altındaki ölümlerin yarısına yakınına sebep olmakta yine 15 yaş altında hastaneye yatan çocukların %20'sinde pulmoner hastalıklar hospitalizasyon sebebi olmaktadır.

5. A (Hathaway, 11.baskı, s.29)

Vit K karaciğerde protrombin (faktör II, faktör VII, IX ve X'un sentezi için gereklidir. Plazma protrombin seviyeleri doğumda düşüktür ve yaşamın ilk 3 gününde daha da düşer. Parenteral vit K verilmesi bu faktörlerin postnatal dönemde düşmesini ve sonuçta yenidoğanın hemorajik hastalığını önler.

6. C (Hathaway, 11.baskı, s.691)

Genel olarak bütün febril konvülsiyonlar çocuklarda 3-5 ay arasında olur. Birçok araştırmacı febril konvülsiyon tanımına bu yaş grubunu dahil etmektedir.

7. E (Hathaway, 11.baskı, s.246-247)

Anne sütündeki vit D miktarı sınırdadır ve koyu renkli infantlarda veya güneş ışığına daha az maruz kalanlarda yetersiz olabilir.

8. D (Hathaway, 11.baskı, s.1025)

Bu bebekler özellikle infantil botulismusa maruzdurlar. Bu bozukluk yetişkinden farklılık gösterir. Bu yaş grubunda akut bir başlangıcından daha çok

sinsi bir başlangıç gösterir ve progressif kas güçsüzlüğü ile karakterizedir. İnfantil şeklinde C. botulinum sporlarının alımı hastalığa yol açarken yetişkin şeklinde daha önce oluşmuş toksinin alımı sonucu hastalık görülmektedir. Balın C. botulinum sporlarının bir kaynağı olduğu bilinmektedir ve 6 aylıktan küçük bebeklere verilmemesi önerilmektedir.

9. D (Hathaway, 11.baskı, s.1008)

1 yaşın altındaki çocuklarda grup A streptokok enfeksiyonu süregelen ateş ve mukoseröz nasal akıntı şikayetleri ile gelirler. Lokalize farenks tutulumu yaşamın ilk yılında yaygın değildir. Menenjit bütün yaş gruplarında nadirdir. Kızıl yaşamın ilk yılında nadiren görülür. Akut romatizmal ateş ise 4-5 yaşlarından önce nadirdir.

10.C (Hathaway, 11.baskı, s.669)

Riketsin II. devresinde vücudun bütün kalsiyum depoları harcanır. Kemiklerde demineralizasyon olur ve riketsin klinik bulguları belirgin hale gelir. Röntgen bulguları da evre II ve III'de belirgin hale gelir. En iyi görüldüğü yerler el bileği ve diz eklemleridir. Metafizlerde düzensizlik (fırça görünümü), genişleme ve çanaklaşma görülür.

11.D (Tunçbilek, 1995, s.212)

Boğmaca aşısının kontrendikasyonları

*Aşıya karşı hipersensitivite

*İlk 2 gün içinde, ağır hiperpreksi (>40.5°C), hipotonisite ve hiporefleksi, her zamankinden farklı ve uzun süre (>3 saat) tiz ağlama

*İlk 7 gün içinde konvülsiyon ve ensefalopati

12.C (Tunçbilek, 1995, s.216)

Yaz aylarında viral gastroenteritin sık görülmesi nedeniyle oral polio aşısına karşı interferans olabileceği ve bu nedenle aşıdan beklenen koruyuculuk sağlanamayacağından bu aylarda oral polio aşısı yapılmaması, yapılırsa da daha sonra tekrar edilmesi önerilmektedir.

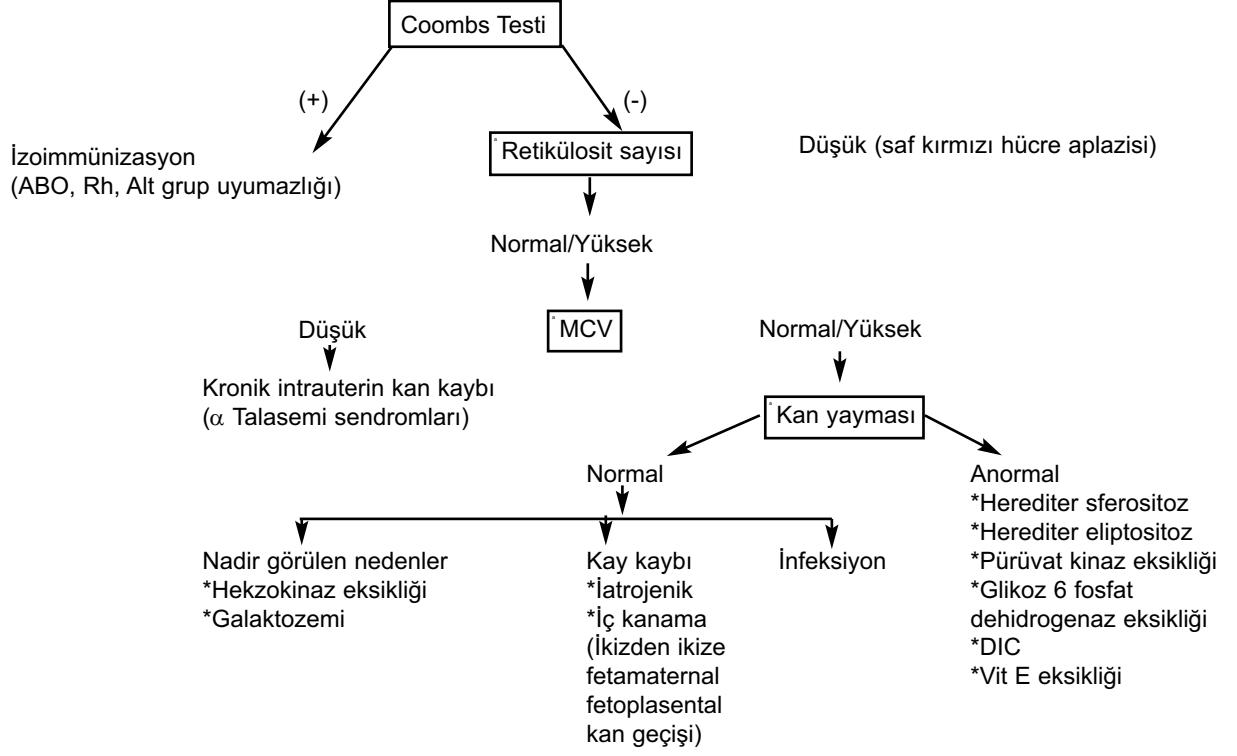
13.D (Tunçbilek, 1995, s.171)

Dehidratasyonu olmayan bebeklere oral rehidratasyon sıvısı verilmesi doğru değildir, özellikle bebeklerde hipernatremiye yol açabilir. Dehidratasyonu olmayan ishalleri hastalara su ve sulu besinler verilmesi yeterlidir.

14.D (Tunçbilek, 1995, s.220)

Aşılanmış ve HBIg uygulanmış, HBsAg(+) anelerin çocuklarında 6. ayda HBsAg ve 15. ayda HBsAg ve anti HBs bakılmalıdır. 6 aylıkken HBsAg(+)'liği aşı ve HBIg uygulamanın başarısız olduğunu gösterirken, 15. ayda HBsAg(+)'liği HBsAg taşıyıcılığı tanısını koydurur.

YENİDOĞAN ANEMİSİNE YAKLAŞIM



Marasmus ve Kwashiorkor'un Klinik Özellikleri

küçük yaşlı insan görüntüsü

normal saç

cilt altı yağ dokusu yok

A4

iştahsız

apati

ileri derecede kas zayıflığı

ileri derecede kilo düşüklüğü

seyrek, soluk ince saç

ince üst kol

cilt döküntüleri

genellikle zayıf

gode bırakan ödem

ödem

hafif anemi

hepato megali

Çocuklarda Göğüs Ağrısının Ayırıcı Tanısı

Prenatal Tanı

DNA analizi	α -1 antitripsin eksikliği Talasemi Orak hücreli anemi Musküler distrofi Hemofili A Konjenital adrenal hiperplazi Fenilketonüri
Enzim	Tay-Sachs hastalığı Galaktozemi Hunter sendromu Akçaağaç şurubu Wolman sendromu Lesh-Nyhan sendromu Gaucher hastalığı I-cell hastalığı Menkes hastalığı
Kromozom anomalisi	Trizomi 13,18,21 Kromozom delesyonları Turner sendromu Klinefelter sendromu
Alfa fetoprotein Yükselme	Frajil X Çoğuş Gebelik Nöral tüp defekti Konjenital hepatit Konjenital nefroz Omfalosele/fetal ölüm
Azalma	Trizomi 21 ve olası diğer kromozomal anomaliler
Ultrasonografi:	Hidropo fetalin / Hidronefroz / Nöral tüp defekti/İntestinal obstrüksiyon / Konjenital kalp hastalıkları / Diafragma hernisi / Gastrozizis / Omfalosele / İskelet anomalisi
Kordosentez:	Fetal anomali / Fetal asit-baz dengesi - oksijenasyon / Fetal hipoalbuminemi / Trombositopeni / Talasemi / α -1 antitripsin eksikliği
Fetal deri biyopsisi:	Albinizm Epidermolizis bülloza Kseroderma pigmentozum

Çocuklarda Tekrarlayan ve Düzelmeyen Akciğer Enfeksiyonlarına Yaklaşım

Uğur ÖZÇELİK*

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Göğüs Hastalıkları Ünitesi, ANKARA

Tekrarlayan akciğer enfeksiyonları, ataklar arasında semptomsuz dönemlerin olduğu, düzelmeyen akciğer enfeksiyonları ise klinik ve radyolojik bulguların üç aydan daha uzun süre devam ettiği durumlara denir. Bazen bu iki tip tablonun ayrımını yapmak güçtür ve genellikle alta yatan nedenler açısından benzerlik gösterirler. Bu yazı da tekrarlayan ve düzelmeyen akciğer enfeksiyonlarına yaklaşım ortak olarak ele alınacaktır.

ETİYOLOJİ

Tekrarlayan veya düzelmeyen akciğer enfeksiyonlarına neden olan hastalıklar bazı ana başlıklar altında toplanabilir. Bunlar; aspirasyon sendromları, konjenital anomaliler, hava yollarındaki sekresyonların temizlenmesindeki bozukluklar, hava yollarında obstrüksiyona neden olan diğer durumlar ve immünolojik hastalıklardır.

Tablo 1. Tekrarlayan/düzelmeyen akciğer enfeksiyonlarında etiyoloji

I) Aspirasyon sendromları

Solunum sistemindeki yabancı cisimler
Gastroözefagial reflüler
Yutma disfonksiyonları: yutma mekanizmasında immatürite, nörolojik veya nöromusküler hastalıklar
Hava yollarındaki yapısal bozukluklar: Yarı damak, trakeoözefagial fistül gibi
Beslenme tekniğinin hatalı olması

II) Konjenital anomaliler

Hava yollarındaki yapısal bozukluklar: Pierre Robin sendromu, yarı damak, laringotrakeal kleft, trakeoözefagial fistüller
Bronkopulmoner anomaliler: Bronkojenik kist
Pulmoner anomaliler: Pulmoner sekestrasyon, akciğerin konjenital adenomatoid malformasyonu, pulmoner hipoplazi
Kardiovasküler anomaliler: Vasküler ring, konjenital kalp hastalıkları

III) Hava yollarındaki sekresyonların temizlenmesindeki bozukluklar

Kistik fibrozis
Bronkopulmoner displaziler veya uzun süreli mekanik ventilasyon uygulanması sonrası
Primer silyer diskineziler
Fizyolojik konjenital anomaliler: Trakeomalazi, bronkomalaziler

Çevresel faktörler: Sigara, hipersensitivite pnömonisine neden antijenler, aşırı kalabalık nedeni ile enfeksiyon riskinin artması

Geçirilmiş akciğer enfeksiyonları sonrası sekeller: Viral enfeksiyonlar, Mycoplasma pneumoniae enfeksiyonları sonrası

Konjenital anomalilerin düzeltilmeleri sonucu: Trakeoözefagial fistül, diyafram hernisine yönelik operasyonlar sonrası.

IV) Hava yolu obstrüksiyonu ile giden diğer durumlar

Hava yolları basısına neden olan kazanılmış durumlar: Lenf nodları, kitleler, intraluminal sekresyonlar
Astım

V) İmmünolojik hastalıklar

Primer immün yetmezlikler: Hücresel, humeral veya kombine immün yetmezlikler

Kazanılmış immün yetmezlikler: HTV, malign hastalıklar, immün süpresif ilaçlar, malnutrisyon

Fagositoz defektleri: nötropeniler, kemotaksis bozuklukları, kronik gralümatöz hastalık

Kompleman hastalıkları: Kompleman eksiklikleri

Solunum sistemi defansını etkileyen diğer hastalıklar: Sickle cell hastalığı ve postsplenektomi sonrası görülen hiposplenizm

KLİNİK YAKLAŞIM

Öykü: Öykü tekrarlayan ve düzelmeyen akciğer enfeksiyonlarında tanıya gitmede en önemli basamaktır. Hastanın doğmudan başlayarak geçirdiği hastalıklar, özellikle akciğer hastalıklarının ayrıntılı öyküsünün alınması, uygulanan tedavilerin aileden ve eğer hastaneye yatışlar varsa ilgili hastaneden elde edilen epikrizlerden öğrenilmesi gereklidir. Hastanın doğumundan hemen sonra akciğer enfeksiyonlarının başlaması akciğerin yapısal anomalilerini veya kistik fibrozis gibi genetik geçişli hastalıkları düşündürülebilir. Prematüre doğan ve doğumundan sonra oksijen tedavisine veya mekanik ventilasyona ihtiyaç gösteren bir çocukta düzelmeyen veya tekrarlayan akciğere ait bulguların olması bronkopulmoner displaziye düşündürülebilir. Bronkopulmoner displazilerde hem mukusun temizlenmesi bozulur, hem de solunum yollarının aşırı duyarlılığı söz konusudur.

Solunum sistemi hastalığına ait semptomların özellikleri tanıda yardımcı olabilir. Örneğin öksürüğün metalik nitelikte olması trakeit, havlar tarzda olması glottis veya subglottis bölgesinin enfeksiyonu veya hastalıklarını, paroksizmal öksürük yabancı cisim aspirasyonlarını, geceleri yatınca artan öksürük sinüzitleri veya gastroözefagial reflüyü, belli allerjenler ile artan öksürük ile beraber wheezing olması astımı düşündürülebilir. Devamlı balgam çıkartma bronşektazi varlığını akla getirir. Balgamda kan olması tüberküloz, pulmoner hemodisiderozis, yabancı cisim aspirasyonu, bronşektazi ve kolajen doku hastalıklarının akciğer tutulumlarında görülebilir.

Ayrıntılı beslenme öyküsünün alınması kötü beslenme teknikleri ve gastroözefagial reflü hakkında bilgi verir.

Çocuğun yaşadığı çevrenin özellikleri de önemlidir. Nemli, küflü ev ortamı, evde hayvan beslenmesi astım düşünülen bir çocukta allerji kaynağı açısından önemlidir. Hipersensitivite pnömonilerinde bazı organik tozlara karşı immünolojik mekanizmanın rol oynadığı bir aşırı duyarlılık söz konusudur (Örneğin mantarlar, güvercin veya diğer kuşların yumurta, tüy ve atıklarına karşı). Evde sigara içilmesi, özellikle annenin sigara içmesi iritan etki dışında solunum sisteminin defansını da etkileyerek solunum yolları hastalıklarında rol oynar. Çocuğun yuvaya gitmesi, evde kardeşlerinin olması, evin kalabalık olması da enfeksiyon riskini artıran nedenlerdendir.

Tanıda solunum yoluna ait bulguların dışında başka sistemlere ait bulguların da olması önemlidir. Tekrarlayan akciğer enfeksiyonu yanısıra kronik ishal, büyüme geriliği, elektrolit imbalansı ile beraber metabolik alkaloz gibi bulguların olması kistik fibrozis hastalığını düşündürür. Akciğer enfeksiyonları dışında diğer sistemlere ait enfeksiyonların da olması immün yetmezlik hastalıklarını düşündürülebilir.

Aile öyküsünün olması bazı hastalıkların tanısında önemlidir. Benzer yakınmaların kardeşlerde de olması kistik fibrozis, bazı immün yetmezlik hastalıkları, primer siliyer diskineziler gibi genetik geçişli hastalıkları

düşündürülebilir. Ailede allerji öyküsünün olması astım tanısında önemlidir. Aynı ortamda yaşayan bireylerde aynı bulguların olması enfeksiyon etkeni hakkında bilgi verir. Örneğin tüberküloz düşünülen bir çocukta aynı evde yaşayan tüberkülozlu bir erişkinin olması tanıyı çok kuvvetlendirir ve bu soru mutlaka sorulmalıdır.

Fizik inceleme: Özellikle solunum sisteminin ayrıntılı değerlendirilmesi önemlidir. Göğüs ön-arka çapının artması kronik obstrüktif akciğer hastalıklarında görülür. Akciğerin ayrıntılı dinlenmesi hastalığa katılan akciğer alanları ve hastalık hakkında bilgi verir. Örneğin atelektazilerde tuber sufl, astımda yaygın sibilan ronkuslar, yabancı cisim aspirasyonlarında akciğerlerin bir bölümünün solunuma katılmaması veya atelektazi gelişmişse tuber sufl alınması, kistik fibrozislerde obstrüksiyon nedeni ile akciğerlerin havalanmasının azalması gibi. Perküsyonla artmış sonor ses akciğerlerin aşırı havalanmasını gösterir ve astım, amfizem, kistik fibrozis gibi hastalıklarda; matite ise plevrada sıvı toplanması, konsolidasyon, atelektazi veya kitlelerde saptanabilir. Çomak parmak (clubbing) bronşektazide, akciğer fibrozisinde ve konjenital siyanotik kalp hastalıklarında görülebilir.

Diğer sistemlere ait patolojik fizik inceleme bulgularının da saptanması, akciğerleri de tutan sistemik hastalıkları düşündürmelidir. Örneğin hastanın gözlerinde telenjiyektazi olması ve ataksik bulgularının saptanması, immün yetmezlik nedeni ile akciğerlerde tekrarlayan akciğer enfeksiyonlarının görüldüğü "Ataksi-telenjiyektazi" hastalığını düşündürür. Allerjik hastalıklarda atopiye ait cilt döküntüleri, burnun üzerinde transvers çizgiler, gözlerde "allerjik shiner" görünümü, nasal mukozada renk değişikliği, konka hipertrofisi ve nazal polipler görülebilir. Nöromuskuler sistem hastalıklarında kas gücünün azalmasına bağlı tekrarlayan akciğer enfeksiyonları görülebilir. Spinal muskuler atrofide hipotoni, derin tendon reflekslerinin yokluğu, dilde fasikülasyonlar, ve çan şeklinde göğüs deformitesi vardır.

Laboratuvar bulguları: Akciğer grafileri tanıda çok önemlidir. İki yönlü grafilerde pnömoninin yaygınlığı, atelektazi, bronşektazi alanları, yapısal anomaliler, kitleler hakkında bilgi edinilir. Bazı hastalarda akciğer tomografileri, magnetik rezonans, ventilasyon perfüzyon sintigrafileri gibi daha ayrıntılı tekniklere ihtiyaç duyulabilir.

Bronkoskopi, etken mikroorganizmaların saptanmasında, solunum yollarına ait yapısal anomalilerin ve kitlelerin gösterilmesinde, yabancı cisim aspirasyonlarının tanı ve tedavisinde kullanılır.

Solunum fonksiyon testleri ile obstrüktif akciğer hastalıkları ve bunların bronş genişletici ilaçlara olan yanıtı değerlendirilir. Hava yollarının aşırı duyarlılığı ile giden hastalıklarda "bronşial challenge" testleri tanıda yardımcıdır. Akciğer volümlerinin ölçümleri ile restriktif akciğer hastalıkları değerlendirilebilir.

Pulse oksimetre ile oksijen satürasyonları değerlendirilebilir. Kan gazlarının ölçülmesi ile hipoksi ve hiperkapni olup olmadığı ve düzeyleri saptanabilir.

Ter testi kistik fibrozis tanısında önemlidir. En az iki kez ölçülen terde klor değerinin 60 mEq/lt üzerinde olması kistik fibrozisi düşündürür. Ancak ayırıcı tanıda terde klor yüksekliğine neden olan diğer hastalıklar göz önünde tutulmalı ve yaklaşık %2 kistik fibrozis vakasının normal veya sınırda terde klor değeri gösterdiği unutulmamalıdır. Kistik fibrozis hastalığı düşünülen hastalar o toplumda en sık görülen kistik fibrozis mutasyonları yönünden genetik olarak araştırılabilirler.

İmmün yetmezlik yönünden başta periferik kan yaymasında lenfosit ve nötrofil oranlarının saptanması, siklik nötropeni gibi durumlarda belli aralıklarla tekrarlanması, immünglobulin düzeylerinin ve gerekli hastalarda IgG subclass düzeylerinin ölçülmesi, hücrel ve humeral immüniteye, nötrofil fonksiyonlarına yönelik ayrıntılı incelemelerin yapılması gerekebilir.

Tüberkülin testinin (PPD) pozitifliği tüberküloz hakkında fikir verir. Hücrel immün yetmezliklerde ise negatiftir.

Amfizematöz kronik akciğer hastalığı olup, bazılarında karaciğer bulgularının da görüldüğü hastalarda serum alfa-1-antitripsin düzeyi ölçülmelidir.

Tekrarlayan üst ve alt solunum yolu enfeksiyonları ile seyreden, bazen iştahın da azaldığı ve ailede benzer kardeşlerin olduğu, dekstrokaldeyle birlikte görülebilen primer silier diskinezilerin tanısında silya fonksiyonlarının değerlendirilmesi için nazal sakkarin testi, sintigrafi ile inhale edilen radyoaktif maddenin akciğerlerden temizlenme süresinin ölçülmesi, silya hareketlerinin ve atım sayılarının faz kontras mikroskop

altında değerlendirilmesi ve elektron mikroskopi ile silyaların yapısının incelenmesi kullanılan testlerdir.

Gastroözefagial reflülerin tanısında baryumlu özefagus ve mide grafileri, gastroözefagial reflü sintigrafileri ve özefagus pH monitörizasyonu çalışmaları yapılabilir.

H-tipi trakeoözefagial fistüllerin tanısında sineözefagogram yapılabilir, bronkoskopi ile fistül ağzı gösterilebilir.

Akciğer ve lenf nodu biyopsileri; doku, balgam ve bronkoalveoler lavaj sıvılarından yapılan mikrobiyolojik çalışmalar; serolojik testler ve sistemik hastalıklarda hastalığa yönelik laboratuvar çalışmaları tekrarlayan veya düzelmeyen akciğer enfeksiyonlarında kullanılan diğer tanı yöntemleridir.

KAYNAKLAR

1. Craven E, Hilman BC. Recurrent and persistent pneumonia. In: Hilman BC, ed. Pediatric respiratory disease: Diagnosis and treatment. Philadelphia: WB Saunders Co, 1993: 154-62.
2. Regelman WE. Diagnosing the cause of recurrent and persistent pneumonia in children. Pediatric Annals 1993; 561-8.
3. Boat TF, Orenstein DM. Chronic or recurrent respiratory symptoms. In: Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM, eds. Nelson textbook of pediatrics, 15th ed. Philadelphia: WB Saunders Co, 1996: 1235-39.
4. Rubin BK. The evaluation of the child with recurrent chest infections. Pediatr Infect Dis 1985; 4:88-98.

SORULAR

1. Solunum sıkıntısı olan bir yenidoğanda boyun venlerinde dolgunluk, düşük kan basıncı ve subkütan amfizem varsa, dinlemekle bir tarafta akciğer sesleri alınamıyorsa aşağıdakilerden hangisi düşünülmelidir?

- a) Hyalen membran hastalığı
- b) Stafilokokal pnömoni
- c) Pnömotoraks ve pnömomediastinum
- d) Primer atelektazi
- e) Diafragmatik herni

2. Nekrotizan enterokolit tedavisinde aşağıdakilerden hangisinin yeri yoktur?

- a) Sistemik antibiyotik
- b) Cerrahi rezeksiyon
- c) Oral beslenmenin kesilmesi
- d) Hipovoleminin düzeltilmesi
- e) Kan değişimi

3. Aşağıdakilerden hangisi intrauterin enfeksiyon yapmaz?

- a) Pnömokok
- b) CMV
- c) Toksoplazma
- d) Herpes simpleks
- e) Sifiliz

4. Yenidoğanda en sık konvülsiyon nedeni hangisidir?

- a) Hipoglisemi
- b) Menenjit
- c) Perinatal asfiksi
- d) İntrakranial kanama
- e) Hipokalsemi

5. Aşağıdakilerden hangisi polihidramniozla birlikte giden fetal anomalilerden değildir?

- a) Duedonal atrezi
- b) Ösefagus atrezisi
- c) Renal agenezi
- d) Anensefali
- e) Hidrops fetalis

6. Hipoglisemi aşağıdaki durumlardan hangisinde beklenen bir bulgu değildir?

- a) Perinatal asfiksi
- b) Hipotermi
- c) İntrauterin gelişme geriliği

- d) Diabetik anne bebeği
- e) Steroid tedavisi

7. Aşağıdakilerden hangisi uzamış sarılığa neden olmaz?

- a) CMV enfeksiyonu
- b) Safra kanallarının konjenital atrezisi
- c) Galaktozemi
- d) Hipotiroidi
- e) Yenidoğanda kloramfenikol tedavisi

8. Aşağıdakilerden hangisi yenidoğan döneminde trombositopeni nedenlerinden değildir?

- a) Konjenital CMV enfeksiyonu
- b) Dissemine intravasküler koagülasyon
- c) Wiscott Aldrich Sendromu
- d) Chediak Higashi Sendromu
- e) Annede idiopatik trombositopenik purpura olması

9. Hangisi çoğul gebeliklerin bebeği kötü etkileyen komplikasyonlarından değildir?

- a) Preterm doğum sıklığı artar.
- b) Monozigot ikizlerde konjenital anomali daha sıktır.
- c) İntrauterin gelişme geriliği riski artar.
- d) Özellikle 2. ikizde intrapartum asfiksi riski fazladır.
- e) İri bebek olma olasılığı yüksektir.

10. Hangisi yenidoğanda patolojik bir bulgudur?

- a) İnguinal herni
- b) Midklavikular hatta 2 cm karaciğer palpe edilmesi
- c) Vaginal akıntı
- d) Fimozis
- e) Meme hipertrofisi

11. Hangisi prematüre bebek için normal fizik muayene bulgusu değildir?

- a) Ayak tabanında çizgi olmaması
- b) Yüzeyel venlerde belirginlik
- c) Klitoral hipertrofi
- d) İnmemiş testis
- e) Memelerde hipertrofi

12. Hangi laboratuvar bulgusu yenidoğan için normaldir?

- a) Hemoglobinin 11 gr/dl olması
- b) Lenfosit sayısının 1000/mm³
- c) Trombosit sayısının 100.000/mm³ olması
- d) Periferik yaymada makrositlerin görülmesi
- e) İmmatüre PMN'lerin total PMN'lere oranının 0.25 olması

13. Annede Hbs Ag(+) ise bebeğe hangisi yapılır?

- a) Doğum sonrası ilk 48 saat içinde (tercihen 12 saat) 0.5 ml hepatitis immünglobulin intramuskuler verilmelidir.
- b) İlk doz hepatitis B aşısı ilk hafta içinde tercihen 12 saatte verilmelidir.
- c) Sonraki aşular 1. ve 6. aylarda yapılmalıdır.
- d) Hepsi
- e) Hiçbiri

14. Aşağıdakilerin hangisi doğrudur?

- a) Toksoplazma gebelikte %80-90 semptomatiktir.
- b) Akut enfekte gebede Spiramisin kullanılmalıdır.

- c) Konjenital toksoplazmosisli bebeklerin %90'ı doğumda semptomatiktir.
- d) En sık yenidoğanda bulgusu mikrosefalidir.
- e) Hepsi yanlış

15. Hangisi diabetli anne bebeğinin özelliği değildir?

- a) Hiperglisemi
- b) RDS
- c) Hipokalsemi
- d) Hipoglisemi
- e) Konjenital anomali

CEVAPLAR

1. C (Schaffer, 1991, 6.baskı, s.516-517)

Akciğer seslerinin tek taraflı alınamaması ve subkutan amfizem pnömotoraks ve pnömomediastinum lehine bulgulardır. Venöz dolgunluk ve kan basıncında düşüklük kalbe venöz dönüşün azalmasına bağlı görülebilir.

2. E (Schaffer, 1991, 6.baskı, s.686-688)

Nekrotizan enterokolitin tedavisinde kan değişiminin yeri yoktur. Kateterizasyon gastrointestinal kan akımını bozabileceğinden yapılmamalıdır.

3. A (Schaffer, 1991, 6.baskı, s.331-333)

Pnömokokların transplasental geçişi olmadığından intrauterin enfeksiyon yapmazlar. Diğerleri gebelik sırasında anneden bebeğe geçebilir.

4. C (Schaffer, 1991, 6.baskı, s.445-448)

Yenidoğanda döneminde en sık asfiksiye bağlı konvülsiyon görülür.

5. C (Schaffer, 1991, 6.baskı, s.210)

Renal agenezi oligohidramnioza neden olur.

6. E (Schaffer, 1991, 6.baskı, s.966-970)

Steroid tedavisi dışındakilerin hepsi yenidoğanda hipoglisemiye neden olabilir. Steroid tedavi sırasında hiperglisemi olabilir.

7. E (Schaffer, 1991, 6.baskı, s.772-775)

Yenidoğanda kloramfenikol tedavisi sarılığa neden olmaz, kullanımı sırasında Gray sendromu görülebildiği için yenidoğan döneminde tercih edilmez.

8. D (Schaffer, 1991, 6.baskı, s.785-87)

Chediak Higashi otozomal resesif, reküran enfek-

siyonlar, parsiyal okulokutenöz albinizm, fotofobi, nistagmus, nötrofillerde dev sitoplazmik granüllerle karakterize bir hastalıktır. Trombositopeni görülmez.

9. E (Schaffer, 1991, 6.baskı, s.57)

Çoğul gebeliklerde preterm eylem ve plasentanın paylaşımı nedeniyle iri bebek görülmez.

10.A (Schaffer, 1991, 6.baskı, s.207)

İnguinal herni yenidoğanda normal bir bulgu değildir. Cerrahi tedavi gerektiren bir hastalıktır.

11.E (Schaffer, 1991, 6.baskı, s.231-232)

Meme dokusunun gelişmesi bir maturasyon göstergesi olduğundan preterm bebeklerin meme dokuları tersine gelişmemiştir.

12.D (Schaffer, 1991, 6.baskı, s.777)

Yenidoğanın eritrositleri normal olarak makrositiktir.

13.D (Schaffer, 1991, 6.baskı, s.315-316)

HbSAg(+) anne bebeğine öncelikle hepatitis B immünglobulin yapılıp, daha sonra ilk hafta içinde aşının ilk dozu, 1. ve 6. ayda da rapelleri yapılmalıdır.

14.B (Schaffer, 1991, 6.baskı, s.3383-385)

Toksoplazma gebeliklerin ve bebeklerin çoğunda asemptomatiktir. Konjenital toksoplazmada hidrosefali görülür.

15.A (Schaffer, 1991, 6.baskı, s.66-67)

Diyabetli anne bebeğinde hiperinsülinizme bağlı hipoglisemi görülür, hiperglisemi olmaz.