

Türkiye Klinikleri

MEDİTEST Dergisi

EDİTÖR

Prof.Dr.Hikmet AKGÜL (Ankara)

YAYIN SEKRETERİ

Dr.İbrahim ERSOY (Ankara)

SORU HAZIRLAYAN ÖĞRETİM ÜYELERİ

Prof.Dr. Adnan ABASIYANIK (Meram)	Prof.Dr. Mahmut BAYKAN (Meram)	Prof.Dr. Nurhan ENGİNAR (İstanbul)
Prof.Dr. Ercan ABAY (Trakya)	Doç.Dr. Merih BAYKAN (Karadeniz)	Yrd.Doç.Dr. Yaşar ENLİ (Pamukkale)
Doç.Dr. Ali ACAR (Meram)	Doç.Dr. Dilek BAYRAMGÜRLER (Kocaeli)	Prof.Dr. Deniz ERBAŞ (Gazi)
Prof.Dr. Mehmet Yücel AĞARGÜN (Yüzcüncü Yıl)	Prof.Dr. Ahmet BELCE (Cerrahpaşa)	Doç.Dr. M.Teoman ERDEM (Atatürk)
Doç.Dr. İlknur AK (Osmangazi)	Yrd.Doç.Dr. Ümit BELET (Ondokuz Mayıs)	Prof.Dr. Fatma ERDİNÇ (İstanbul)
Prof.Dr. Muhsin AKBABA (Çukurova)	Doç.Dr. Uğur BERBEROĞLU (Ankara Onkoloji Hst.)	Prof.Dr. Haydar ERDOĞAN (Cumhuriyet)
Yrd.Doç.Dr. Hayati AKBAŞ (Ondokuz Mayıs)	Yrd.Doç.Dr. Öcal BERKAN (Cumhuriyet)	Yrd.Doç.Dr. Bülent ERDUR (Pamukkale)
Uz.Dr. Özgür AKBAYIR (SSK Bakırköy Hst.)	Prof.Dr. Cengiz BEYAN (GATA)	Doç.Dr. Ergin EREN (Siyami Ersek GKDCM)
Doç.Dr. K.Gonca AKBULUT (Gazi)	Doç.Dr. Nilgün BİLEN (Kocaeli)	Uzm.Dr. Kübra EREN BOZDAĞ (İzmir Atatürk Eğ.Hst.)
Yrd.Doç.Dr. Füsün Zeynep AKÇAM (Süleyman Demirel)	Prof.Dr. Ayhan BİLİR (İstanbul)	Doç.Dr. Mine ERGUN (Hacettepe)
Prof.Dr. Tülay AKÇAY (Cerrahpaşa)	Doç.Dr. Levent Sinan BİR (Pamukkale)	Doç.Dr. Yamaç ERHAN (Celal Bayar)
Doç.Dr. Sedat AKDENİZ (Dicle)	Doç.Dr. N.Bülent BOYACI (Gazi)	Prof.Dr. Necile ERKAM (Ankara)
Prof.Dr. Doğan AKŞİT (Hacettepe)	Doç.Dr. Serpil BULUT (Fırat)	Yrd.Doç.Dr. Erol EROĞLU (Süleyman Demirel)
Prof.Dr. Sadık AKŞİT (Ege)	Prof.Dr. Mahmut BÜLBÜL (Süleyman Demirel)	Yrd.Doç.Dr. Lütfi EROĞLU (Ondokuz Mayıs)
Prof.Dr. Z. Aslı AKTAN İKİZ (Ege)	Yrd.Doç.Dr. Mehmet Akif BÜYÜKBEŞE (K.Siitçü İmam)	Prof.Dr. Lütfiye EROĞLU (İstanbul)
Doç.Dr. Zekeriya AKTÜRK (Trakya)	Doç.Dr. Suna BÜYÜKÖZTÜRK (İstanbul)	Prof.Dr. İhsan ERTEMLİ (Hacettepe)
Prof.Dr. Ömer AKYOL (Hacettepe)	Prof.Dr. Münevver BÜYÜKPAMUKÇU (Hacettepe)	Doç.Dr. Mete ERTÜRK (Ege)
Doç.Dr. Yakut AKYÖN YILMAZ (Hacettepe)	Yrd.Doç.Dr. Sevgi CANBAZ (Ondokuz Mayıs)	Prof.Dr. Teksin ERYILMAZ (Ankara)
Prof.Dr. Ruhî ALAÇAM (Hacettepe)	Yrd.Doç.Dr. Suat CANBAZ (Trakya)	Yrd.Doç.Dr. Özgen ESER (Hacettepe)
Yrd.Doç.Dr. Aşşın ALAĞÖL (Trakya)	Prof.Dr. Aykan CANBERK (İstanbul)	Doç.Dr. Bora FARSAK (Hacettepe)
(Prof.Dr. Emre ALHAN (Çukurova)	Prof.Dr. Yurdağul CANBERK (İstanbul)	Uz.Dr. Turgay FEN (Ankara Onkoloji Hst.)
Yrd.Doç.Dr. Alpaslan ALP (Hacettepe)	Prof.Dr. M.İpek CİNGİ (Osmangazi)	Doç.Dr. Orhan GELİŞEN (Ssk Ank. Doğumevi)
Yrd.Doç.Dr. M.Ufuk ALUÇLU (Dicle)	Prof.Dr. Emre CİNGİ (Osmangazi)	Doç.Dr. Remisa GELİŞEN (Cerrahpaşa)
Doç.Dr. Yavuz ANACAĞ (Ege)	Doç.Dr. Teoman COŞKUN (Celal Bayar)	Doç.Dr. Hakan GERÇEKOĞLU (Siyami Ersek GKDCM)
Yrd.Doç.Dr. İsmail APAK (Dicle)	Prof.Dr. Meserret CUMHUR (Hacettepe)	Doç.Dr. Mehmet Faruk GEYİK (Dicle)
Doç.Dr. Rebiya APAYDIN (Kocaeli)	Prof.Dr. Mehmet ÇAĞLIKÜLEKÇİ (Mersin)	Yrd.Doç.Dr. Sadullah GİRGIN (Dicle)
Yrd.Doç.Dr. Şule APRAŞ BİLGİN (Hacettepe)	Prof.Dr. Meral ÇALGÜNERİ (Hacettepe)	Prof.Dr. Hasan GÖK (Meram)
Yrd.Doç.Dr. Cavidan ARAR (Trakya)	Doç.Dr. Çetin ÇELENK (Ondokuz Mayıs)	Doç.Dr. Erol GÖKA (Ankara Numune Hst.)
Doç.Dr. O.Kadir ARIBAŞ (Meram)	Prof.Dr. Fahrettin ÇELİK (Ondokuz Mayıs)	Prof.Dr. Ayşe Sevim GÖKALP (Kocaeli)
Doç.Dr. Sema ARICI (Cumhuriyet)	Prof.Dr. Hamdi ÇELİK (Hacettepe)	Yrd.Doç.Dr. M.Fatih GÖKÇE (Aibü Düzce)
Prof.Dr. Fikret ARPACI (GATA)	Prof.Dr. Semra ÇELİK (Cumhuriyet)	Doç.Dr. Faruk GÖNENÇ (Pamukkale)
Prof.Dr. Metin ARSLAN (Gazi)	Prof.Dr. Cengiz ÇELİK (Kardiyoloji Enst.)	Doç.Dr. Engin GÖNÜL (GATA)
Prof.Dr. Sevilhan ARTAN (Osmangazi)	Yrd.Doç.Dr. Celal ÇERÇİ (Süleyman Demirel)	Prof.Dr. Mustafa GÖNÜLLÜ (Cumhuriyet)
Prof.Dr. Mevlüt ASAR (Akdeniz)	Prof.Dr. M.Turan ÇETİN (Çukurova)	Prof.Dr. Adnan GÖRGÜLLÜ (Trakya)
Prof.Dr. Diler ASLAN (Pamukkale)	Doç.Dr. Ahmet Türkler ÇETİN (GATA)	Prof.Dr. Figen GÖVSA GÖKMEN (Ege)
Yrd.Doç.Dr. Hüseyin ASLAN (Gaziosmanpaşa)	Doç.Dr. Ziya ÇETİNKAYA (Fırat)	Prof.Dr. Fahrettin GÖZE (Cumhuriyet)
Yrd.Doç.Dr. Mehmet ATILGAN (Akdeniz)	Dr. Yeşim ÇETİNTAŞ (T.Y.İ.H.)	Yrd.Doç.Dr. Gülen GÜLER (Erciyes)
Yrd.Doç.Dr. Emel AVCI (Harran)	Yrd.Doç.Dr. Remzi ÇEVİK (Dicle)	Yrd.Doç.Dr. Nil GÜLER (Ondokuz Mayıs)
Uz.Dr. Aslı AYAN (Meram)	Prof.Dr. Nusret ÇİFTÇİ (Ondokuz Mayıs)	Prof.Dr. M.Koray GÜMÜŞTAŞ (Cerrahpaşa)
Yrd.Doç.Dr. Hülya AYBEK (Pamukkale)	Doç.Dr. Özgür ÇOĞULU (Ege)	Prof.Dr. İlhan GÜNALP (Ankara)
Doç.Dr. Hasan AYDEDE (Celal Bayar)	Yrd.Doç.Dr. Cengiz ÇOKLUK (Ondokuz Mayıs)	Doç.Dr. Kamer GÜNDÜZ (Celal Bayar)
Prof.Dr. Ayşe Resa AYDIN (İ İstanbul)	Prof.Dr. Mehmet ÇOLAKOĞLU (Meram)	Yrd.Doç.Dr. Ethem GÜNEREN (Ondokuz Mayıs)
Yrd.Doç.Dr. Berna AYDIN (Ondokuz Mayıs)	Yrd.Doç.Dr. Nergül ÇÖRDÜK (Pamukkale)	Prof.Dr. Ali Tahsin GÜNEŞ (Dokuz Eylül)
Uz.Dr. Süleyman AYDIN (Fırat)	Doç.Dr. Şennur DABAK (Ondokuz Mayıs)	Doç.Dr. Ali GÜR (Dicle)
Doç.Dr. Ercan Mustafa AYGEN (Erciyes)	Prof.Dr. Ramazan DEMİR (Akdeniz)	Prof.Dr. Asuman GÜRAKSIN (Atatürk)
Prof.Dr. Zuhar AYKAÇ (Siyami Ersek Gkdcm)	Prof.Dr. Ramazan DEMİR (Erciyes)	Prof.Dr. Mehmet GÜRBİLEK (Meram)
Prof.Dr. Ülkü AYPAR (Hacettepe)	Prof.Dr. Ergün DEMİRALP (GATA Haydarpaşa Hst.)	Uz.Dr. Alev GÜRGAN (İzmir Atatürk Eğ.Hst.)
Prof.Dr. Sema AYTEKİN (Dicle)	Doç.Dr. Cem DENK (Hacettepe)	Yrd.Doç.Dr. Dr. Yekta GÜRLERTOP (Atatürk)
Prof.Dr. Yener AYTEKİN (İstanbul)	Prof.Dr. Sibel DİNÇER (Gazi)	Prof.Dr. Bülent GÜRSEL (Hacettepe)
Prof.Dr. Hasan BAĞCI (Ondokuz Mayıs)	Prof.Dr. Hüseyin DİNDAR (Ankara)	Yrd.Doç.Dr. Sinan GÜRSOY (Cumhuriyet)
Doç.Dr. Halil İbrahim BAĞÇECİOĞLU (Fırat)	Dr. Ali Evrim DOĞAN (Osmangazi)	Prof.Dr. M.Ferit GÜRSU (Fırat)
Doç.Dr. Mustafa BAK (Dr.Behçet Uz Çocuk Hst.)	Doç.Dr. M.Metin DONMA (Süleymaniye D.Evi)	Doç.Dr. Murat GÜVENER (Hacettepe)
Prof.Dr. Nuri BAKAN (Atatürk)	Doç.Dr. Cihad DÜNDAR (Ondokuz Mayıs)	Prof.Dr. Mehmet HARMAN (Dicle)
Prof.Dr. Şükri BALEVİ (Meram)	Prof.Dr. Munis DÜNDAR (Erciyes)	Prof.Dr. İclal HATİPOĞLU (İstanbul)
Prof.Dr. Kunter BALKANLI (Trakya)	Yrd.Doç.Dr. M. Akif DÜZENLİ (Meram)	Yrd.Doç.Dr. Murat İKİZLER (Osmangazi)
Doç.Dr. Sibel BARIŞ (Ondokuz Mayıs)	Yrd.Doç.Dr. Turan EGE (Trakya)	Prof.Dr. Güliz İKİZOĞLU (Mersin)
Yrd.Doç.Dr. İbrahim BARUT (Süleyman Demirel)	Prof.Dr. Ayten EGEMEN (Ege)	Doç.Dr. Atilla İLHAN (İnönü)
Prof.Dr. Ruğün BAŞAR (Hacettepe)	Prof.Dr. Reyhan EĞİLMEZ (Cumhuriyet)	Doç.Dr. Sevinç İNAN (Celal Bayar)
Doç.Dr. Figen BATIOĞLU (Ankara)	Doç.Dr. H. Meral EKŞİOĞLU (Ankara Eğitim Hst.)	Yrd.Doç.Dr. Işıl İNANIR (Celal Bayar)
Uz.Dr. Cem BATUKAN (Erciyes)	Doç.Dr. Şahande ELAĞÖZ (Cumhuriyet)	Prof.Dr. Lütfi İNCESU (Ondokuz Mayıs)
Prof.Dr. Süleyman BAYKAL (Karadeniz Teknik)	Prof.Dr. Hüseyin ENDOĞRU (Meram)	Prof.Dr. Mehmet İSBİR (Akdeniz)

Prof.Dr. N.Göksel KALAYCI (*İstanbul*)
Prof.Dr. Ayhan Gazi KALAYCI (*Ondokuz Mayıs*)
Yrd.Doç.Dr. Turan KANMAZ (*Harran*)
Prof.Dr. Ayfer KANPOLAT (*Ankara*)
Doç.Dr. Mehmet KANTAR (*Ege*)
Yrd.Doç.Dr. Eray KARA (*Celal Bayar*)
Yrd.Doç.Dr. Ertan KARA (*Çukurova*)
Yrd.Doç.Dr. K.Serap KARACALAR (*Ondokuz Mayıs*)
Doç.Dr. Eray KARAHACIOĞLU (*Gazi*)
Doç.Dr. Deniz KARAKAYA (*Ondokuz Mayıs*)
Yrd.Doç.Dr. M.Nazım KARALEZLİ (*Meram*)
Prof.Dr. Özkan KARAMAN (*Dokuz Eylül*)
Doç.Dr. Ayşe KARAN (*İstanbul*)
Yrd.Doç.Dr. Önder KARAÖMERLİOĞLU (*Çukurova*)
Prof.Dr. Ahmet KARASALİHOĞLU (*Trakya*)
Prof.Dr. Fatih KAREL (*Ankara*)
Yrd.Doç.Dr. Turgut KARLIDAĞ (*Fırat*)
Doç.Dr. İbrahim KARNAK (*Hacettepe*)
Uz.Dr. Bektaş KAYA (*Ankara Onkoloji Hst.*)
Yrd.Doç.Dr. Esat KAYA (*Trakya*)
Yrd.Doç.Dr. Gaye KAYA (*Trakya*)
Doç.Dr. Yavuz KAYA (*Celal Bayar*)
Prof.Dr. Ahmet KAYA (*Meram*)
Yrd.Doç.Dr. Kenan KAYGUSUZ (*Cumhuriyet*)
Yrd.Doç.Dr. Serdar KEMALOĞLU (*Dicle*)
Prof.Dr. Mustafa KENDİRCİ (*Erciyes*)
Yrd.Doç.Dr. Hürkan KERİMOĞLU (*Meram*)
Doç.Dr. Göksal KESKİN (*Şşk Ankara İhtisas Hst.*)
Prof.Dr. Ziya KIRKALI (*Dokuz Eylül*)
Yrd.Doç.Dr. Gülnur KIZILAY (*Trakya*)
Doç.Dr. Sedat KIRAZ (*Hacettepe*)
Doç.Dr. Ercan KOCAKÖÇ (*Fırat*)
Prof.Dr. Dildar KONUKOĞLU (*Cerrahpaşa*)
Prof.Dr. Emel KOPTAGEL (*Cumhuriyet*)
Prof.Dr. Adnan KORKMAZ (*Ondokuz Mayıs*)
Dr. Ramazan KOZAN (*Ondokuz Mayıs*)
Prof.Dr. Emine KÖKOĞLU (*Cerrahpaşa*)
Dr. Mete KÖKSAL (*Harran*)
Uz.Dr. Deniz KÖKSAL (*Atatürk Göğ. Hst.*)
Uz.Dr. Mehmet Mahir KUNT (*Hacettepe*)
Prof.Dr. Necil KÜTÜKÇÜLER (*Ege*)
Prof.Dr. Cafer MARANGOZ (*Ondokuz Mayıs*)
Doç.Dr. Dilek MEMİŞ (*Trakya*)
Prof.Dr. Faruk MERİÇ (*Dicle*)
Uz.Dr. Ali MERT (*Şşk Ankara Eğ. Hst.*)
Uz.Dr. Murat MERT (*Kardiyoloji Ens.*)
Prof.Dr. İnci MEVLİTOĞLU (*Meram*)
Yrd.Doç.Dr. Selçuk MISTIK (*Erciyes*)
Yrd.Doç.Dr. Abdullah MİLCAN (*Mersin*)
Prof.Dr. Caner MİMAROĞLU (*Cumhuriyet*)
Prof.Dr. Sevgi MİR (*Ege*)
Doç.Dr. Uğur MÜNGEN (*Dokuz Eylül*)
Prof.Dr. Bülent MÜNGEN (*Fırat*)
Prof.Dr. Lütfiye MÜSLÜMANOĞLU (*İstanbul*)
Yrd.Doç.Dr. Aydın NADİR (*Cumhuriyet*)
Yrd.Doç.Dr. Kemal NAS (*Dicle*)
Prof.Dr. Bülent OKTAY (*Uludağ*)
Doç.Dr. Lale OLCAY (*Ankara Onkoloji Hst.*)
Uzm.Dr. Nurper ONUK FİLİZ (*Gaziosmanpaşa*)
Prof.Dr. Rüştü ONUR (*Hacettepe*)
Prof.Dr. Kemal ÖDEV (*Meram*)

Prof.Dr. Çağlar ÖĞÜTMAN (*Akdeniz*)
Prof.Dr. Gülsen ÖKTEN (*Ondokuz Mayıs*)
Prof.Dr. Ayşenur ÖKTEN (*Karadeniz Teknik*)
Prof.Dr. Ümit ÖLMEZ (*Ankara*)
Prof.Dr. Selma ÖNDEROĞLU (*Hacettepe*)
Prof.Dr. Rahmi ÖRS (*Atatürk*)
Doç.Dr. Eser ÖZ (*Gazi*)
Doç.Dr. Serdar ÖZBAŞ (*Adnan Menderes*)
Yrd.Doç.Dr. Bülent ÖZÇELİK (*Erciyes*)
Uz.Dr. Nadi ÖZDAMAR (*Ankara Onkoloji Hst.*)
Yrd.Doç.Dr. Hakan ÖZDEMİR (*Akdeniz*)
Yrd.Doç.Dr. Hüseyin ÖZDEMİR (*Fırat*)
Yrd.Doç.Dr. Mustafa ÖZDEMİR (*Meram*)
Prof.Dr. Özden ÖZDEMİR (*Ankara*)
Yrd.Doç.Dr. Mehmet Asım ÖZER (*Ege*)
Prof.Dr. Ferda ÖZKINAY (*Ege*)
Prof.Dr. Cumhur ÖZKUYUMCU (*Hacettepe*)
Doç.Dr. Zeynep ÖZSARAN (*Ege*)
Yrd.Doç.Dr. Kayhan ÖZTÜRK (*Meram*)
Prof.Dr. Serap ÖZTÜRKCAN (*Celal Bayar*)
Prof.Dr. A. Ruhi ÖZYÜREK (*Ege*)
Prof.Dr. Yücel PAK (*Gazi*)
Yrd.Doç.Dr. Murat PEKDEMİR (*Kocaeli*)
Doç.Dr. Süleyman PİŞKİN (*Trakya*)
Prof.Dr. Ömer POYRAZ (*Cumhuriyet*)
Doç.Dr. Kenan SAĞLAM (*GATA*)
Yrd.Doç.Dr. Aslan SAKARYA (*Celal Bayar*)
Doç.Dr. Mustafa SARGON (*Hacettepe*)
Uz.Dr. Bülent SATAR (*GATA*)
Prof.Dr. Güldemre SAYGI (*Cumhuriyet*)
Prof.Dr. Mustafa Bekir SELÇUK (*Ondokuz Mayıs*)
Yrd.Doç.Dr. Mustafa SERDENGEÇTİ (*Meram*)
Yrd.Doç.Dr. Selami SERHATLIOĞLU (*Fırat*)
Prof.Dr. Behçet SEVİN (*Osmangazi*)
Yrd.Doç.Dr. Engin SEZER (*Gaziosmanpaşa*)
Doç.Dr. Seyhun SOLAKOĞLU (*İstanbul*)
Doç.Dr. Ömer SOYSAL (*İnönü*)
Dr. Özgür SÖĞÜT (*Dicle*)
Prof.Dr. Hüseyin SÖNMEZ (*Cerrahpaşa*)
Prof.Dr. Selami SUMA (*Atatürk*)
Yrd.Doç.Dr. Hasan SUNAR (*Trakya*)
Yrd.Doç.Dr. A.Tevfik SÜNTER (*Ondokuz Mayıs*)
Doç.Dr. Selçuk SÜRÜCÜ (*Hacettepe*)
Prof.Dr. Gülay ŞADAN (*Akdeniz*)
Yrd.Doç.Dr. M.Turhan ŞAHİN (*Celal Bayar*)
Doç.Dr. Tahir Kemal ŞAHİN (*Meram*)
Doç.Dr. Varol ŞAHİNTÜRK (*Osmangazi*)
Doç.Dr. Cengiz ŞEN (*Gaziosmanpaşa*)
Yrd.Doç.Dr. Hakan ŞENARAN (*Meram*)
Doç.Dr. Alparslan ŞENEL (*Ondokuz Mayıs*)
Prof.Dr. Burçin ŞENER (*Hacettepe*)
Yrd.Doç.Dr. E.Bengi ŞENER (*Ondokuz Mayıs*)
Prof.Dr. Taşkın ŞENTÜRK (*Adnan Menderes*)
Uzm.Dr. Aysun ŞIKAR AKTÜRK (*Kocaeli*)
Yrd.Doç.Dr. Ferdi TANIR (*Çukurova*)
Doç.Dr. Leyla TAPUL (*İstanbul*)
Yrd.Doç.Dr. Ömer Rıdvan TARHAN (*Süleyman Demirel*)
Doç.Dr. Nebahat TAŞDEMİR (*Dicle*)
Yrd.Doç.Dr. Güngör TAŞTEKİN (*Meram*)
Prof.Dr. Korhan TAVILOĞLU (*İstanbul*)
Prof.Dr. Hasan TEKGÜL (*Ege*)

Prof.Dr. Gülten TEKUZMAN (*Hacettepe*)
Doç.Dr. Elvan TERCAN (*Erciyes*)
Prof.Dr. Mustafa TİRELİ (*Celal Bayar*)
Yrd.Doç.Dr. Hüseyin TOL (*Meram*)
Uz.Dr. Ömer TOPRAK (*İzmir Atatürk Eğ.Hst.*)
Yrd.Doç.Dr. Tuncer TUĞ (*Fırat*)
Prof.Dr. A.Armağan TUĞRUL (*Trakya*)
Doç.Dr. Serdar TUĞRUL (*Marmara*)
Prof.Dr. Mürvet TUNCEL (*Hacettepe*)
Prof.Dr. F.Ferda TUNÇKANAT (*Hacettepe*)
Prof.Dr. M.Erol TURAÇLI (*Ankara*)
Yrd.Doç.Dr. Alparslan TURAN (*Trakya*)
Doç.Dr. Suat TURGUT (*Şişli Etfal Hst.*)
Yrd.Doç.Dr. Banu TURGUT ÖZTÜRK (*Meram*)
Prof.Dr. Nilgün TURHAN (*Fatih*)
Doç.Dr. Ayşe Dicle TURHANOĞLU (*Dicle*)
Yrd.Doç.Dr. Ahmet TURLA (*Ondokuz Mayıs*)
Prof.Dr. Emel TÜMBAY (*Ege*)
Dr. Ali Rıza TÜMER (*Hacettepe*)
Yrd.Doç.Dr. Hatice TÜRE (*Ondokuz Mayıs*)
Uz.Dr. İbrahim TÜRKÇÜER (*Pamukkale*)
Yrd.Doç.Dr. Ayten TÜRKKANAT TUNÇ (*Gaziosmanpaşa*)
Doç.Dr. Ahmet TÜZÜN (*GATA*)
Doç.Dr. Serdar TÜZÜNER (*Akdeniz*)
Prof.Dr. Ömer UĞUR (*Hacettepe*)
Prof.Dr. Ayşe Dürdal US (*Hacettepe*)
Uz.Dr. Ebru US (*Ankara*)
Prof.Dr. Şemsettin USTAÇELEBİ (*Hacettepe*)
Prof.Dr. Müberra UYGUN (*Trakya*)
Yrd.Doç.Dr. Hülya Yeşim UZ (*Trakya*)
Prof.Dr. Ömrüm UZUN (*Hacettepe*)
Doç.Dr. Hafize UZUN (*Cerrahpaşa*)
Prof.Dr. Adnan UZUNİSMALİ (*Haydarpaşa Numune Eğ. Hst.*)
Prof.Dr. Refik ÜLKÜ (*Dicle*)
Prof.Dr. İdil ÜNAL (*Ege*)
Uzm.Dr. Bahadır ÜNGÖR (*Gaziosmanpaşa*)
Prof.Dr. Yağız ÜRESİN (*İstanbul*)
Uzm.Dr. Funda ÜSTÜN (*Trakya*)
Yrd.Doç.Dr. Serhat VANÇELİK (*Atatürk*)
Doç.Dr. Ali VARAN (*Hacettepe*)
Doç.Dr. Yusuf YAĞMUR (*Dicle*)
Doç.Dr. İrfan YALÇINKAYA (*Yüzüncü Yıl*)
Doç.Dr. Deniz YALMAN (*Ege*)
Doç.Dr. Pınar YAMANTÜRK ÇELİK (*İstanbul*)
Doç.Dr. Melda YARDIMOĞLU (*Kocaeli*)
Prof.Dr. Haluk YAVUZ (*Meram*)
Prof.Dr. Zeliha YAĞIZCI (*Cerrahpaşa*)
Uz.Dr. Ensar YEKELER (*İstanbul*)
Doç.Dr. Nuran YENER (*Hacettepe*)
Dr. Abidin YILDIRIM (*Osmangazi*)
Yrd.Doç.Dr. Selman Vefa YILDIRIM (*Başkent Ü Adana Hst.*)
Yrd.Doç.Dr. Esin YILDIZ (*Cumhuriyet*)
Prof.Dr. Füsün YILDIZ (*Kocaeli*)
Doç.Dr. Mustafa YILMAZ (*Hacettepe*)
Prof.Dr. Zeki YILMAZ (*Erciyes*)
Doç.Dr. Cem YORGANCIOĞLU (*Hacettepe*)
Yrd.Doç.Dr. Hüseyin YÜCE (*Fırat*)
Prof.Dr. Ayşe YÜCE (*Dokuz Eylül*)
Doç.Dr. Tayfun YÜCEL (*Taksim Eğ. ve Arş.Hst.*)
Yrd.Doç.Dr. Hasan YÜKSEL (*Adnan Menderes*)
Prof.Dr. Güler ZİLELİOĞLU (*Ankara*)

-İsimler Soyadı sırasına göre alfabetik olarak sıralanmıştır.

-Soru Hazırlayan Öğretim Üyeleri, 23. Ulusal Tıp Bilimleri Yarışması'na soru gönderen ve katkıda bulunan Öğretim Üyeleri tarafından oluşturulmuştur.

BİLİMSEL YAZIŞMA

Bilimsel tüm yazışmalarınız için;

Prof.Dr.Hikmet Akgül

Editör

Türkiye Klinikleri Meditest Dergisi

Talatpaşa Bulvarı No:102/1 06230 Hamamönü

Ankara/Türkiye

Tel : +90 312 309 36 66

Faks : +90 312 312 67 41

e-posta : info@turkiye-klinikleri.com

web : www.turkiye-klinikleri.com

YAYIN PERİYODU VE TÜRÜ

Türkiye Klinikleri Meditest Dergisi; 45 günde bir olmak üzere yılda 6 sayı yayınlanır. Yerel süreli yayın.

ABONE İŞLEMLERİ

Derginin 1 yıllık abone fiyatı (2005 için)

KDV dahil 60,00 YTL (60.000.000 TL)'dir.

Abone olmak isteyenlerin; Ortadoğu Reklam Tanıtım ve Yayıncılık A.Ş.'nin İş Bankası Ankara Dikimevi Şubesi 801000 (havale ücreti alınmaz) numaralı banka hesabına ya da 149599 numaralı posta çeki hesabına gerekli ücreti yatırıp, dekontu (ücretin Meditest dergisi aboneliği için ödendiğini belirten) kısa bir mektupla birlikte Talatpaşa Bulvarı No:102/1 06230 Hamamönü/ANKARA adresine göndermeleri veya 0312 312 67 41'e fakslamaları yeterlidir.

Abonelik işlemleri ile ilgili tüm sorularınız için:

Habibe Atay

Abone ve Halkla İlişkiler Servisi

Türkiye Klinikleri Meditest Dergisi

Talatpaşa Bulvarı No:102/1 06230 Hamamönü

Ankara/Türkiye

Tel : +90 312 309 36 66/120

Faks : +90 312 312 67 41

ADRES DEĞİŞİKLİKLERİ

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

REKLAM İŞLEMLERİ

Dergiye reklam vermek isteyen tüm kişi ve kurumlar için:

Dr.Deniz Akagündüz, Sultan Çuhadar

Reklam Servisi

Türkiye Klinikleri Meditest Dergisi

Talatpaşa Bulvarı No:102/1 06230 Hamamönü

Ankara/Türkiye

Tel : +90 312 309 36 66/117-144

Faks : +90 312 312 67 41

e-posta : denizaa@turkiye-klinikleri.com

YAYIN HAKKI

Türkiye Klinikleri Meditest Dergisi'nde yayınlanan yazılar, resim, şekil, tablo ve sorular yayıncının yazılı izni olmadan kısmen veya tamamen herhangi bir vasıta ile basılamaz, çoğaltılamaz. Kaynak gösterilmek kaydıyla dahi alıntı yapılamaz. Dergide yayınlanan ilan ve reklamlardan firmaları sorumludur.

BASIM-YAYIM-DAĞITIM

Ortadoğu Reklam Tanıtım ve Yayıncılık A.Ş.

Talatpaşa Bulvarı No:102/1 06230 Hamamönü

Ankara/Türkiye

Tel : +90 312 309 36 66

Faks : +90 312 312 67 41

e-posta : info@turkiye-klinikleri.com



Türkiye Klinikleri

MEDİTEST Dergisi

Cilt 14

Sayı 4

2005

İÇİNDEKİLER

181	210
Kardiyoloji	İmmünoloji-Romatoloji
190	218
Göğüs Hastalıkları	Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları
198	222
Gastroenteroloji	Nefroloji
201	227
Hematoloji	Nöroloji
206	238
Onkoloji	Aile Hekimliği

ISSN: 1300-0276

C i l t : 1 4 • S a y ı : 4 • 2 0 0 5

Cilt : 14 • Sayı : 4 • 2005 • Sayfa: 181-240

KARDİYOLOJİ

1. Supraventriküler taşikardide ilk yapılması gereken tedavi seçeneğini işaretleyiniz?

- a) Vagal uyarı
- b) Adenozin
- c) Digoksin
- d) Kardiyoversiyon
- e) Verapamil

AÇIKLAMA: Supraventriküler taşikardi tedavisinde şu adımlar uygulanır:

Karotis sinüs masajı (tek taraflı) gibi vagal manevralar **Adenozin**; Bir antekubital ven ya da tercihen santral venden 6 mg iv hızlı uygulanan adenozin yanıt alınamadığında 12 mg dozda yinelenir.

Verapamil (2.5-10 mg iv) AV nodal yeniden girişli taşikardilerin %90'ını sonlandırır.

Esmolol (1 mg/kg bolus, 50-200 µg/kg/dk'da infüzyon)

Propranolol 0.5 mg iv yineleyen dozlarda.

Edrofonyum 5-10 mg iv yineleyen dozlarda.

Hipotansiyon da eşlik ediyorsa fenilefrin (100 mg iv)

Kısa etkili dijital preparatlarından biri ile iv dijitalizasyon: ouabain (0.25-0.5 mg iv), digoksin (0.5-1.0 mg iv)

Hızlı overdrive pacing

Cevap A (*Polin, Pediatric Secrest, 1997, 2. baskı, s. 67*)

2. Diabeti olan hastalarda normal kan basıncının üst sınırları kaçtır?

- a) 140/90mmHg
- b) 120/80mmHg
- c) 130/80mmHg
- d) 160/90mmHg
- e) 110/70mmHg

AÇIKLAMA: Diabetli hastalarda hedef kan basıncı 130/80 mmHg'dir.

Cevap C (*JNV VII, 2003*)

3. Unstable Angina Pektoriste risk derecelendirilmesinde aşağıdakilerden hangisi dikkate alınmaz?

- a) Yaş
- b) Kardiyak enzimlerdeki yükselmeler
- c) EKG değişiklikleri
- d) Önceden Aspirin kullanma öyküsü
- e) Sigara içme

AÇIKLAMA: Unstable (Kararsız) angina: İlk kez olan veya son 2 ay içinde başlayan ya da şiddeti-süresi ve sıklığı artan veyahut istirahatte de olan, geçmesi için

giderek daha fazla ilaç gereken bütün anginal yakınmalar kararsız anginadır.

Cevap E (*ACC/AHA Unstable Angina, 2002*)

4. Aşağıdakilerden hangisi infektif endokardit profilaksisinde düşük riskli gruba girer?

- a) Mitral darlığı
- b) Hipertrofik obstrüktif kardiyomiyopati
- c) Siyanotik konjenital kalp hastalığı
- d) Aort darlığı
- e) Protez kapak

AÇIKLAMA: b, c, d şıkları orta dereceli risk grubunda iken, protez kapak varlığı yüksek dereceli risk grubuna girer. İzole MS ise düşük riskli gruptadır.

Cevap A (*Crawford, Cardiology, 2001, bölüm 6*)

5. S2'de sabit çiftlenme aşağıdaki durumlardan hangisinde duyulur?

- a) Pulmoner stenoz
- b) Atriyal septal defekt
- c) Sol dal bloğu
- d) Patent duktus arteriozus
- e) Aort koarktasyonu

AÇIKLAMA: Sabit çiftlenme sekundum tipi ASD'nin tipik bulgusudur. ASD'de sağ kalbe geçen kan miktarı artmıştır. Ancak solunumun her iki safhasına da gelen kan miktarı aynı kalır. İnspiryumda azalmış intratorasik basınç nedeni ile sağ kalbe venöz dönüş artarken sol atriyumdan sağ atriya olan şant azalır. Ekspiryumda ise tam tersi olur ve böylece sağ kalbe dönen kan miktarı aynı kalır. Sonuç olarak sağ ventrikül ejeksiyonu süresi ve P2 gecikmesi sabit olur.

Cevap B (*Braunwald, Heart Disease, Textbook Of Cardiovascular Medicine, 6. baskı, 2001, bölüm 4, s.61*)

6. Aşağıdakilerden hangisi aort yetmezliğinde görülmez?

- a) Duroziez belirtisi
- b) Austin flint üfürümü
- c) Traube belirtisi
- d) Carey coombs üfürümü
- e) Ewart bulgusu

AÇIKLAMA: Ewart belirtisi perikardiyal efüzyon varlığında ortaya çıkan, sol Ac bazalinn perikardiyal sıvı nedeni ile bası altında kalarak perküzyonda matite alınması ve oskültasyonda akciğer seslerinin alınmamasıdır.

Cevap E (Goldman, Primary Cardiology, 28. bölüm, 1998, s.438)



7. Yukardaki şekilde görülen EKG trasesinde izlenen ritim nedir?

- Bloklü atriyal taşikardi
- Yüksek dereceli artıyoventriküler blok
- Sinoatriyal çıkış bloğu
3. dereceden (tam) atriyoventriküler blok
- Mobitz tip 2 atriyoventriküler blok

AÇIKLAMA: Yüksek dereceli AV blok aralıklı olarak 2 ya da daha fazla supraventriküler uyarının bloklanarak ventriküle geçememesi sonucu oluşur. AV tam blokda bu bloklanma sürekli iken yüksek dereceli AV blokda bazı atriyal uyarılar zaman zaman ventriküle iletelebilmektedir.

Cevap B (Crawford, Cardiology, Bradyarrhythmia: Atrioventricular And Intraventricular Conduction Disorders, 2001, 4. bölüm)

8. Yan etki olarak hem hipotiroidi hemde hipertiroidi yapabilen ilaç hangisidir?

- Metaprolol
- Amiodaron
- Amilorid
- Hidralazin
- Radyoopak ajanlar

AÇIKLAMA: Amiodaron iyot içerdiğinden tiroid işlev bozukluklarına neden olabilir; hem **hipotiroidi** hem de hipertiroidi gelişebilir. Klinik değerlendirme güvenilir değildir; laboratuvar testleri en az 6 ayda bir yinelenmelidir. **Hipertiroidi** bulunmadığı halde tiroksin (T4) yükselmiş olabilir; bu nedenle tri-iyodotironin (T3), T4 ve tiroid uyarıcı hormon (tirotropin, TSH) ölçülmelidir. T3 ve T4'ün yükselmiş, TSH konsantrasyonunun ise çok düşük ya da saptanamıyor olması tirotoksikoz geliştiğini düşündürür. Tirotoksikoz tedaviye karşı çok dirençli olabilir, bu durumda **amiodaron** en azından bir süre için, durumun kontrol altına alınmasına yardımcı olmak için kesilmelidir; karbimazol tedavisi gerekebilir. **Hipotiroidi, amiodaron** tedavisi kesilmeden, yerine koyma tedavisi ile düzeltilebilir.

Cevap B (Goldman, Primary Cardiology, 22. bölüm, 1998)

9. Akut koroner sendrom tanısı konulan ve şiddetli göğüs ağrısı olan hastanın 24 saat içinde sildenafil kullanıldığını öğreniyorsunuz. Hangi tedaviyi kesinlikle uygulamazsınız?

- Kısa etkili betablokür
- Uzun etkili betablokür
- Narkotik analjezik
- İntravenöz nitrat
- İntravenöz diltiazem

AÇIKLAMA: Nitratların vazodilatör etkileri, sildenafil kullanımı ile önemli hemodinamik bozukluklara ve hatta ölümlere neden olabilecek şekilde belirgin olarak artmaktadır. Sildenafil ayrıca, nitratların inhale edilen formu olan amil nitrat veya nitritin de hipotansif etkilerini ani ve belirgin olarak artırarak ciddi veya ölümcül yan etkilere neden olabilmektedir. Bu etki indinavir, ritonavir, nelfinavir veya saquinavir gibi antiviral proteaz inhibitörleri kullananlarda daha da ön plana çıkabilmektedir.

Cevap D (Cardiology Crawford Dimarc, 2001, Türk Kardiyoloji Derneği Klavuzu)

10. Aşağıdakilerden hangisi majör Modifiye Jones kriterlerinden değildir?

- Karditis
- Poliartrali
- Korea
- Eritema marginatum
- Subkutan nodüller

AÇIKLAMA: Majör Modifiye Jones kriterleri:

Poliartrit: En sık görülen ama en fazla tanı kargaşasına yol açan bulgudur. Büyük çocuklarda daha sıktır. Büyük eklemlerde ve gezici niteliktedir. İki veya daha fazla eklemi, diz, dirsek, ayak ve el bileği gibi büyük eklemleri tutar. Sadece artralji görülebildiği gibi, (şişlik, ağrı, sıcaklık ve kızarıklıkla birlikte) tam bir artrit de görülebilir.

Kardit: En ciddi bulgudur. Sekel kalma oranı yüksektir. Hastaların %40-80'inde görülür. **Pankardit** şeklindedir.

Korea: %10-15 vakada bulunur, tek bulgu olabilir. Okul çağındaki kızlarda sıktır.

Eritema marginatum: %5 olguda görülür. Pembekırmızı, kaşıntısız, deriden hafif kabarıktır, genellikle gövdede ve ekstremitelerin proksimalinde yerleşir.

Subkutan nodüller: (%1) Genellikle kemiklerin ekstansör çıkıntıları üstünde (diz, dirsek gibi) yuvarlak, 0.5-2 cm çaplı, sert, ağrısız ve hareketli nodüllerdir.

Cevap B (Braunwald, 6. baskı, 2001)

11. Aşağıdakilerden hangisi kararsız anjina pektorisin özelliklerinden değildir?

- Miyokard infarktüsü sonrası göğüs ağrısı
- İstirahatte de olan göğüs ağrısı
- Son 1 ayda olan göğüs ağrısı
- Antiasitle hafifleyen göğüs ağrısı
- 20 dakikadan uzun süren göğüs ağrısı

AÇIKLAMA: Kararsız anjinada antiasitlere yanıt yoktur.

Cevap D (*Alexander, Hurst's The Heart, 9. baskı, s.229-342*)

12. Carey Coombs üfürümü aşağıdaki hastalıklardan hangisinde duyulur?

- Mitral darlığı
- Mitral yetmezliği
- Akut romatizmal ateş
- Aort yetmezliği
- İnfektif endokardit

AÇIKLAMA: Akut romatizmal ateşte apekte mid-diastolik relatif mitral darlığı üfürümü (Carey-Coombs) duyulur.

Cevap C (*Braunwald, 6. baskı, 2001, s.1647*)

13. Hangi antiaritmik ilaç etkisini Na kanalları üzerinden gösterir?

- Sotalol
- Diltiazem
- Propafenon
- Bretilyum
- Verapamil

AÇIKLAMA: Propafenon: Oral alındığında %50 civarında emilimi olan, etki yarı ömrü 3-6 saat olan karaciğer yoluyla atılan bir ajandır. Etkisini orta hızlı sodyum kanal ve hafif beta reseptör antagonisti etki yaparak gösterir.

Cevap C (*Goldman, Cecil Textbook of Medicine, 21. baskı, 2000, s.253*)

14. Hangisi beta-bloker kullanımı için kesin kontrendikasyon değildir?

- II. Derece atriyoventriküler blok
- Bradikardi
- Ciddi hipotansiyon
- Diabetes mellitus
- Ciddi periferik arter hastalığı

AÇIKLAMA: Beta blokerler glukoz intoleransını kötüleştirebildikleri, hipogliseminin semptomlarını maskeleyebildikleri veya hipoglisemiden çıkış süresini uzatabildikleri ya da hipoglisemiye karşı hipertansif yanıtı güçlendirebildikleri için, insüline bağımlı

diabette **ihtiyatlı kullanılmalıdır**. Diğer şıklar beta blokerlerin kesin kontrendikasyonları içerisindedir.

Cevap D (*Ferrari R, et al. Heart Failure 181 Questions and Answers, 1. baskı, 2003, s.315*)

15. Gebelikte warfarin hangi dönemde kullanılabilir?

- İlk 3 ay
- İlk 6 ay
- Tüm gebelikte
12. hafta-34. hafta arası
34. hafta sonrası

AÇIKLAMA: Oral antikoagülan alan bir hasta gebe olduğu zaman warfarin derhal kesilmeli ve heparin ile idame yapılmalıdır. Mekanik kalp kapaklılarda heparin gebelik süresince tam doz uygulanır veya 13 hafta süre ile kullanıldıktan sonra warfarin ile devam edilir. Sonra warfarin üçüncü trimestrin ortasında kesilerek doğuma kadar tekrar heparin başlanır. Bu tedavi ile embriyopati riski azalmakla birlikte yine de risk taşımaktadır.

Cevap D (*Topol EJ, Textbook of Cardiovascular Medicine, 2. baskı, 2002, s.744, Türkiye Klinikleri Kardiyoloji Dergisi, Gebelik ve Kalp Hastalıkları Özel Sayısı, 2001, s.253*)

16. Hangi ilaç grubu renin salgılanmasını bloke edebilir?

- Diüretikler
- Beta blokerler
- Alfa blokerler
- Kalsiyum kanal blokerleri
- İmidazolin reseptör agonistleri

AÇIKLAMA: Beta blokerlerin antihipertansif etki mekanizmaları:

- Periferik damar direncinin azalması
- Renin inhibisyonu
- Kalp debisinin düşmesi
- Santral Sinir Sistemi üzerine etki
- Baroreseptör düzeylerinin yeniden ayarlanması
- Venöz dönüş ve plazma volümünün azalması
- Vasküler kompliyansın düzelmesi
- Egzersiz ve stres sırasında katekolaminlere karşı pressör yanıtın zayıflaması
- Norepinefrin salgısının azalması

Cevap B (*Kaplan, Klinik Hipertansiyon, 7. baskı, 1998, s.60, Türkiye Klinikleri Kardiyoloji Dergisi, Hipertansiyon Özel Sayısı, 2000, s.365*)

17. Aşağıdaki ilaçlardan hangisi için kalp yetmezliği tedavisinde yaşam süresini (sürvi) arttırdığına dair kanıt yoktur?

- a) Digital glikozidler
- b) ACE inhibitörleri
- c) Spironolakton
- d) Karvedilol
- e) Beta blokerler

AÇIKLAMA: Kalp yetmezliği klinik çalışmalarında henüz digital glikozidlerin yaşam süresini olumlu etkilediğine dair kanıt yoktur. Oysa ACE inhibitörleri (SOLVD, CONSENSUS, V-Heft II), Spironolakton (RALES), carvedilol (Amerikan Carvedilol Çalışması), beta bloker (CIBIS I-II, metoprolol çalışması) için yaşam süresini uzattığına dair kanıtlar vardır.

Cevap A (*Heart Failure, 2000, 8.2.baskı*)

18. Hangisi kardiyojenik şok hastasında takibi genellikle faydalı olmayan bir parametredir?

- a) Kardiyak indeks
- b) Kan basıncı
- c) Pulmoner kapiller wedge basıncı
- d) İdrar miktarı
- e) Santral venöz basınç

AÇIKLAMA: Santral venöz basınç özellikle pulmoner hipertansiyon, sağ ventriküler infarktüs ve triküspid kapakta obstrüksiyon yapan durumlarda yükselebileceğinden sol ventrikül dolum basıncını yansıtmaktan uzak bir parametredir. Bu yüzden birlikte adı geçen klinik durumlar olduğunda yanıltıcı tedavi yönlendirmelerine neden olabilir.

Cevap E (*Braunwald, Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine, s.551-588*)

19. Hangisi sağ kalp yetmezliği bulgusu değildir?

- a) Akciğer bazallerinde ince kreptan raller
- b) Boyunda juguler venöz dolgunluk
- c) Hepatomegali
- d) Asit
- e) Pretibial ödem

AÇIKLAMA: Akciğer bazallerinde ince kreptan raller sol kalp yetmezliği bulgusudur.

Cevap A (*Braunwald, Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine, s.393-520*)

20. Aşağıdakilerden hangisi diastolik üfürüm bulgusuna neden olmaz?

- a) Mitral darlığı rulmanı
- b) Graham Steel üfürümü
- c) Carey-Coombs üfürümü
- d) Austin-Flint üfürümü
- e) Gallavardin fenomeni

AÇIKLAMA: Gallavardin fenomeni aort darlığında ejeksiyon sırasında kalbin bazalindeki titreşimlere sekonder müzikal tarzda bir sesin mitral odakta duyulması ile karakterize sistolik bir üfürümdür.

Cevap E (*Braunwald, Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine, 1992, s.13-43*)

21. Hangisi aort yetmezliğinin periferik bulgusu değildir?

- a) Corrigan nabızı
- b) Duroziez bulgusu
- c) Hill belirtisi
- d) Quincke nabızı
- e) Pulsus parvus et tardus

AÇIKLAMA: Pulsus parvus et tardus aort darlığının bir bulgusudur.

Cevap E (*Braunwald, Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine, 1992, s.1007-1008*)

22. Yenidoğanda prevalansı en yüksek doğumsal kalp hastalığı hangisidir?

- a) Aort darlığı
- b) Ventriküler septal defekt
- c) Atriyal septal defekt
- d) Pulmoner darlık
- e) Duktus arteriozus açıklığı

AÇIKLAMA: Yenidoğanda ve çocukta prevalansı en yüksek doğumsal kalp hastalığı **Ventriküler septal defekt**'tir.

Cevap B (*Korkmaz, Türk Kardiyoloji Seminerleri 2003; 3:297*)

23. Erişkinde prevalansı en yüksek doğumsal kalp hastalığı hangisidir?

- a) Aort darlığı
- b) Ventriküler septal defekt
- c) Atriyal septal defekt
- d) Pulmoner darlık
- e) Duktus arteriozus açıklığı

AÇIKLAMA: Erişkinde görülen doğumsal kalp hastalıklarından yarısını ASD oluşturur.

Cevap C (*Korkmaz, Türk Kardiyoloji Seminerleri 2003; 3:297*)

24. Miyokard nekrozunda en erken yükselen enzim hangisidir?

- a) CK-MB
- b) AST
- c) Miyogloblin
- d) Troponin
- e) LDH

AÇIKLAMA: Miyogloblin MI sonrası 1 saat içerisinde yükselir. **En erken yükselen serum belirteçidir.** 24 saat yüksek kalır.

Cevap C (Goldman L, et al, Cecil Textbook of Medicine, 21.baskı, 2000, s.309)

25.Hipertansiyonda en çok karşılaşılan kalp komplikasyonu hangisidir?

- a) İskemik kalp hastalığı
- b) Miyokard infarktüsü
- c) Aritmiler
- d) Sol ventrikül hipertrofisi
- e) Kalp yetersizliği

AÇIKLAMA: Hipertansif hastaların %65'inden fazlası sol kalp yetmezliği veya koroner kalp hastalığı nedeniyle, %80'inden fazlası da kardiyovasküler komplikasyonlara bağlı olarak hayatını kaybeder. **Sol ventrikül hipertrofisi artmış mortalite ve kardiyovasküler morbitide riskinin objektif bir göstergesidir.**

Cevap D (Kaplan, Klinik Hipertansiyon, 7.baskı, 1998, s.111)

26.Aşağıdaki hipertansiyona eşlik eden hastalıklardan hangisinde β bloker kullanımı kontrendikedir?

- a) İskemik kalp hastalığı
- b) Miyokard infarktüsü sonrası
- c) Serebrovasküler hastalık
- d) Kalp blokları
- e) Sol ventrikül hipertrofisi

AÇIKLAMA: Hipertansiyon tedavisinde KOAH, astım, ileri KKY, 2.derece ve daha ileri kalp bloklarında beta blokerler kontrendikedir.

Cevap D (Messerli, The ABC Of Antihypertensive Therapy, 192; Kaplan, Klinik Hipertansiyon, 7.baskı, 1998, s.219)

27.Aşağıdakilerden hangisi hipertansiyon tedavisinde beta blokerlerin ilk ilaç olarak seçilmesi gereken hasta grubudur?

- a) Yüksek düzeyde strese maruz kalanlar
- b) Siyah ırktakiler
- c) Diabetliler
- d) Periferik damar hastalığı olanlar
- e) Yaşlı hastalar

AÇIKLAMA: Beta blokerler periferik damar hastalıklarında ve diabetlilerde tercih edilmez. Yaşlı hastalarda tiazidler, Ca kanal blokerleri ve metildopa öncelikli kullanılır. Yüksek stres durumlarında ilk tercih olarak kullanılabilir.

Cevap A (JNC 6.raporu)

28.Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörlerinin kullanılmaması gereken, hipertansiyona eşlik eden, hasta grubu aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Şeker hastaları
- b) Konjestif kalp yetmezlikliler
- c) Miyokard infarktüsü sonrası
- d) Periferik damar hastaları
- e) Dislipidemisi olanlar

AÇIKLAMA: Hipertansiyona eşlik eden periferik damar hastalıklarında ACE inhibitörleri kullanılır. ACE inhibitörleri bilateral renal arter stenozlarında kontrendikedir.

Cevap D (Messerli, The ABC of Antihypertensive Therapy, 1994, s.192)

29.Hipertansif kriz ön tanısıyla başvuran bir hastada, hipertansif acil tanısı koyabilmek için gerekli kriter aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Kan basıncı yüksekliği
- b) Hipertansiyon hikayesi
- c) İleri yaş
- d) Hedef organ hasarı
- e) İlaçlara çabuk cevap

AÇIKLAMA: Hipertansif krizde diastolik kan basıncı >120 mmHg ve devam etmekte olan hedef organ hasarı vardır.

Cevap D (Kaplan, Klinik Hipertansiyon, 7.baskı, 1998, s.265)

30.Aşağıdaki ajanlardan hangisi kalp yetersizliği olan hastalarda mortaliteyi azaltıcı etkiye sahiptir?

- a) Dijital
- b) Furosemid
- c) Enalapril
- d) Prokainamid
- e) Aspirin

AÇIKLAMA: ACE inhibitörleri ve beta blokerler ile tedavi ile kalp yetersizliğinin progresyonunun azaldığı ve sağkalımın uzaması, nörohormonal mekanizmanın kalp yetersizliğinde zaman içinde olumsuz etkilerde bulunduğu önemli bir kanıttır.

Cevap C (Braunwald, Heart Disease, Textbook of Cardiovascular Medicine, 6.baskı, s.582, Türkiye Klinikleri Kardiyoloji Dergisi, Kalp Yetersizliği Özel Sayısı, 2004, s.32)

31.Diabetik hastalarda nefropati gelişimini önlemesi nedeniyle hipertansiyon tedavisinde tercih edilmesi gereken ilaç grubu hangisidir?

- a) Beta blokerler

- b) Ca antagonistleri
- c) ACE inhibitörleri
- d) Diüretikler
- e) Anjiyotensin reseptör antagonistleri

AÇIKLAMA: Diabetik hipertansiflerde ilk seçilecek ilacın ACE inhibitörleri olduğu birçok rehberde vurgulanmaktadır. Diabetik hipertansiflerde, özellikle proteinüri bulunanlarda glomerül fonksiyonlarında görülen azalma antihipertansif tedavi ile yavaşlatılabilir. **ACE inhibitörleri böbrek fonksiyonlarındaki azalmayı yavaşlatır ve proteinüri bulunan normotansif diabetli kişilerde diyaliz riskini azaltırlar.** ACE inhibitörlerinin ayrıca normotansif Tip I Diabetli hastalarda retinopatinin de ilerlemesini yavaşlattığı gösterilmiştir.

Cevap C (*Türkiye Klinikleri Kardiyoloji Dergisi, Hipertansiyon Özel Sayısı, 2000, s.403*)

32.Aşağıdakilerden hangisi atriyum fibrilasyonunda hız kontrolünü sağlamakta kullanılan ilaçlardan değildir?

- a) Verapamil
- b) Metoprolol
- c) Diltiazem
- d) Amlodipin
- e) Digoksin

AÇIKLAMA: Ventrikül hızının kontrolü, Atriyal fibrilasyon tedavisinin önemli bir parçasıdır. Bu amaçla kullanılan **digoksin, beta bloker ve Ca kanal blokerleri gibi ilaçlar AV nodal iletiyi yavaşlatarak etki gösterirler.**

Cevap D (*Türkiye Klinikleri Kardiyoloji Dergisi, Aritmiler Özel Sayısı, 2005, s.48*)

33.Aşağıdakilerden hangisi akut hiperpotaseminin EKG değişikliklerinden değildir?

- a) Sivri T dalgası
- b) QRS genişlemesi
- c) P dalgası amplitüdünde düşme
- d) PR aralığının uzaması
- e) U dalgası

AÇIKLAMA: Hiperpotaseminin EKG değişiklikleri:

K⁺=5,5-6,5 mEq/L:

- Uzun, sivri, dar tabanlı T dalgaları
- QT intervalinde kısalma
- Geçici sol anterior fasiküler blok veya sol posterior fasiküler blok

K⁺=6,5-7,5 mEq/L:

- Birinci derece AV blok
- P dalgalarında düzleşme ve genişleme
- ST depresyonu
- QRS'de genişleme

K⁺>7,5 mEq/L:

- P dalgalarının kaybolması
- Sinüs durması
- Sol dal bloğu, sağ dal bloğu veya belirgin şekilde genişlemiş ve yaygın intraventriküler ileti gecikmesi
- VT, VF, idiyoventriküler ritim, asistoli dahil aritmiler ve ileti bozuklukları

Hipopotaseminin EKG değişiklikleri:

- Belirgin U dalgaları
- ST depresyonu
- Düzleşmiş T dalgaları
- P dalgasının süresinde ve amplitüdünde artış
- Bazen uzamış QT intervali
- Bloklu paroksizmal atriyal taşikardi
- Birinci derece AV blok, tip I ikinci derece AV blok, AV disosiasyon
- Ventriküler erken vurular, ventriküler taşikardi ve ventriküler fibrilasyon

Cevap E (*Braunwald, Heart Disease, Textbook of Cardiovascular Medicine, 6.baskı, s.118-119, Türkiye Klinikleri Kardiyoloji Dergisi, Elektrokardiyografi Özel Sayısı, 2001, s.78*)

34.Aşağıdaki bakterilerin hangisinin neden olduğu endokarditte hastalarda kolon araştırmasına gerek vardır?

- a) Streptococcus mitis
- b) Streptococcus oralis
- c) Streptococcus bovis
- d) Streptococcus gordonii
- e) Streptococcus intermedius

AÇIKLAMA: Streptococcus bovis bakteriyemisi olanların yarısında gastrointestinal lezyonlar, özellikle kolon polipleri veya kolon kanseri görülür. Yaşlı hastalarda artan sıklıkla görülen neoplazi insidansı nedeniyle gastrointestinal tümörler ile ilişkili olan ve birden çok kapağı tutabilen Streptococcus bovis enfeksiyonu daha sıktır.

Cevap C (*Fuster, Hurst's the heart, 10. baskı, 2001, s.2093, Türkiye Klinikleri Kardiyoloji Dergisi, Kalbin İnfektif Hastalıkları Özel Sayısı, 2004, s.387*)

35.Hamileliğinin ilk üç ayında olan yüksek kan basıncılı hastada hangi ilaç tercih edilir?

- a) ACE inhibitörleri
- b) β blokerler
- c) α blokerler
- d) İlaç kullanılmaz
- e) Metildopa

AÇIKLAMA: Metildopa sempatik tonusu azaltarak kan basıncını düşürür. Gebelikte etkinliği ve

güvenilirliği en fazla olan ilaçtır. Yan etki olarak yenidoğanda tremor yapar.

Cevap E (Özcan, Hipertansiyon, 2. baskı, 2001, s.302)

36.Hangi durumda resusitasyon sırasında kalsiyum verilmektedir?

- a) Digoksine bağlı gelişen ventrikül taşikardilerinde
- b) Hiperkalemi sonrası kardiyak disritmi
- c) WPW sendromuna bağlı supraventriküler taşikardi
- d) Uzun QT sendromuna bağlı gelişen ventriküler taşikardi
- e) Atrioventriküler tam blok sırasında

Cevap B (Polin, Pediatric Secrets, 1997, 2. baskı, s. 112)

37.Aşağıdakilerden hangisinde Eisenmenger sendromu gelişmez?

- a) Patent Duktus Arteriozus
- b) Ventriküler Septal Defekt
- c) Atrioventriküler Septal Defekt
- d) Büyük Arter Transpozisyonu
- e) Fallot Tetralojisi

Cevap E (Polin, Pediatric Secrets, 1997, 2. baskı, s.78)

38.Aşağıdakilerden hangisi venöz tromboemboli için edinsel faktörlerden değildir?

- a) Hiperhomosisteinemi
- b) Protein eksikliği
- c) Lipoprotein a yüksekliliği
- d) Antitrombin III eksikliği
- e) Faktör V Leiden (aktive protein C direnci)

Cevap C (Braunwald, Heart Disease, A Textbook of Cardiovascular Medicine, 2001, s. 1886)

39.Hangi ilaç jinekomastiye yol açar?

- a) Triamteren
- b) Klopidoğrel
- c) Digoksin
- d) Verapamil
- e) Hidroklorotiazid

Cevap C (Goldman, Primary cardiology, 22. bölüm, 1998)

40.İntraaortik balon pompası hangi durumda kullanılmaz?

- a) Akut aort yetmezliği
- b) Akut mitral yetmezliği
- c) Akut miyokard infarktüsü sırasında oluşan

VSD

- d) Papiller adale rüptürü
- e) Kardiyojenik şok

Cevap A (Crawford, Cardiology, 2001)

41.Aşağıdaki semptomlardan hangisi yanında belirtilen hastalıkla ilgili değildir?

- a) Göğüs ağrısı-aort darlığı
- b) Ses kısıklığı -akut miyokard infarktüsü
- c) Ateş-miksoma
- d) Çarpıntı-paroksizmal taşikardi
- e) Nefes darlığı-sol kalp yetmezliği

Cevap B (Alexander, Hurst's the heart, 9. baskı, 1998, s. 229-342)

42.Aşağıdakilerden hangisi beta bloker ilaç kullanımı için kesin kontrendikasyondur?

- a) Diabetes Mellitus
- b) Periferik arter hastalığı
- c) Kalp yetmezliği
- d) Astım bronşiyale
- e) 1. derece A-V blok

Cevap D (Crawford, Cardiology, 2000)

43.Halen asemptomatik, ancak 3 ay önce akut inferior miyokard infarktüsü geçirmiş bir hastada aşağıdaki ilaçlardan hangisi tamamen gereksizdir?

- a) Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri
- b) Aspirin
- c) Beta blokerler
- d) Statinler
- e) Digoksin

Cevap E (Crawford, Cardiology, 2000)

44.Tip II Diabetes Mellituslu olan bir hastada aşağıdaki hedef değerlerden hangisi yanlıştır?

- a) Arteriyel kan basıncının 140/80 mmHg'nin altında olması
- b) Hb A1 C düzeyinin %6.1'in altında olması
- c) Total kolesterolün 200 mg/dl'nin altında olması
- d) LDL-K'ün 100 mg/dl'nin altında olması
- e) Açlık kan şekerinin 110 mg/dl'nin altında olması

Cevap C (European Guidelines on CVD Prevention)

45.Yetmiş altı yaşında erkek hastanın 5 yıldır hipertansiyonu var. EKG ve Ekokardiyografisi normal. Ancak dökümanite edilmiş paroksizmal atriyal fibrilasyon atakları oluyor. Tromboemboli riskini önlemek için hangi ilacı kullanırsınız?

- a) Aspirin

KARDİYOLOJİ

- b) Klopidoğrel
- c) Aspirin+Klopidoğrel
- d) K vitamini antagonisti
- e) Aspirin +K vitamini antagonisti

Cevap D (Crawford, Cardiology, 2000)

- 46.Aort yetmezliğine bağlı kapak replasmanında aşağıdakilerden hangisi yüksek riskli gruba girer?
- a) Auistin flint üfürümü varsa
 - b) Nabız basıncı maksimum sistolik basıncın %50 sinden fazla ise,
 - c) S3 (üçüncü kalp sesi) duyuluyorsa,
 - d) Sol ventrikül sistol sonu çapı 5.5cm den büyük ise,
 - e) QRS kompleksinin oluşmasından önce mitral kapağın erken kapanması varsa.

Cevap D (Braunwald, 6. baskı, 2001)

- 47.Aşağıdakilerden hangisinde endokardit riski rölatif olarak daha azdır?
- a) Protez kalp kapağı
 - b) VSD
 - c) Sifilitik aortitis
 - d) PDA (patent duktus arteriozus)
 - e) Aort koarktasyonu

Cevap C (Braunwald, 6. baskı, 2001)

- 48.Hangi hastalıkta sekonder hipertansiyon görülmez?
- a) Primer aldosteronizm
 - b) Diabetik nefropati
 - c) Anemi
 - d) Hipotiroidi
 - e) Beriberi

Cevap D (Goldman, Cecil Textbook of Medicine, 21.baskı, 2000, s. 259)

- 49.Kararsız anginada hangi kriter yüksek riski göstermez?
- a) Patolojik Q dalgası
 - b) Troponin yüksekliği
 - c) ST elevasyonu
 - d) ST depresyonu
 - e) T negatifliği

Cevap A (Goldman, Cecil Textbook of Medicine, 21.baskı, 2000, s. 301)

- 50.Vasküler selektivitesi en yüksek kalsiyum kanal blokeri hangisidir?
- a) Verapamil
 - b) Nikardipin
 - c) Nitrendipin
 - d) Nifedipin
 - e) Felodipin

Cevap B (Goldman, Cecil Textbook of Medicine, 21.baskı, 2000, s. 303)

51.Kardiyoselektif beta bloker hangisidir?

- a) Proranolol
- b) Nadolol
- c) Metoprolol
- d) Sotalol
- e) Trinolol

Cevap C (Goldman, Cecil Textbook of Medicine, 21.baskı, 2000, s. 302)

52.Akut miyokard infarktüsündeki EKG değişiklikleri hangi durumda gizlenmez?

- a) Sol dal bloğu
- b) Hiperkalemi
- c) Sol ventrikül hipertrofisi
- d) Hiponatremi
- e) Preeksitasyon sendromu

Cevap D (Goldman, Cecil Textbook of Medicine, 21.baskı, 2000, s. 308)

53.Aşağıdakilerden hangisi Hipertrofik Kardiyomyopati de ani ölüm için risk faktörü değildir?

- a) Önceki kardiyak arrest
- b) Sürekli ventriküler taşikardi
- c) Ailede ani ölüm hikayesi
- d) Tekrarlayan senkop-near senkop atakları
- e) Egzersiz sonrası kan basıncı artışı

Cevap E (Eric, Manual of Cardiovascular Medicine, 2004, s.139)

54.Aşağıdakilerden hangisi Sağ ventrikül miyokard infarktüsünün bulgusu değildir?

- a) Hipotansiyon
- b) Juguler venöz basınçta azalma
- c) Kusma bulgusu
- d) Pulsus paradoksus
- e) Sağ taraf S3-S4 sesi

Cevap B (Eric, Manual of Cardiovascular Medicine, 2004, s.55)

55.Anterolateral papiller kas hangi koroner damar tarafından kanlanır?

- a) Ön inen arter (LAD)
- b) Circumfleks arter
- c) Sağ koroner arter
- d) LAD ve Sağ koroner arter
- e) LAD ve Circumfleks arter

Cevap E (Eric, Manual of Cardiovascular Medicine, 2004, s.48)

56.Aşağıdakilerden hangisi Kronik aort yetersizliğinin bulgularından değildir?

- a) Corrigan nabızı
- b) De Musset bulgusu
- c) Müller bulgusu
- d) Hill belirtisi
- e) Correy Coombs üfürümü

Cevap E (Eric, *Manual of Cardiovascular Medicine*, 2004, s.194)

57. Aşağıdakilerden hangisi Fallot tetralojisinin komponenti değildir?

- a) Sağ ventrikül hipertrofisi
- b) Ata binen aort
- c) Ventriküler septal defekt
- d) Sağ ventrikül çıkış yolu obstrüksiyonu
- e) Aort koarktasyonu

Cevap E (Eric, *Manual of Cardiovascular Medicine*, 2004, s.441)

58. Hangi ilaç grubu renin-anjiyotensin aldosteron sistemini bloke edebilir?

- a) Diüretikler
- b) β blokerler
- c) α blokerler
- d) Kalsiyum kanal blokerleri
- e) İmidazolin reseptör agonistleri

Cevap B (Kaplan, *Klinik Hipertansiyon, 7. Baskının Türkçe'si*, 1998, s. 60)

59. Hangisi loop diüretik yan etkisidir?

- a) Hiperkalsemi
- b) Metabolik asidozis
- c) Hipoglisemi
- d) Hiperlipidemi
- e) Hiporeninemi

Cevap D (Messerli, *The ABCs Antihypertensive Therapy*, 2. baskı, 2000, s.61)

60. Austin Flint Üfürümü aşağıdaki kapak hastalıklarından hangisi ile karışır?

- a) Mitral yetmezlik
- b) Aort yetmezliği
- c) Mitral darlık
- d) Pulmoner darlık
- e) Pulmoner yetmezlik

Cevap C (Braunwald, *Heart Disease, a Textbook of Cardiovascular Medicine*, 6. baskı, 2001, s.1685)

61. Aşağıdaki nabız çeşitlerinden hangisi karşısındaki hastalık ile ilişkili olarak yanlıştır?

- a) Anakrotik nabız-Aort darlığı
- b) Kollapsing nabız-Aort yetmezliği
- c) Pulsus bisferiens-Hipertrofik obstrüktif kardiyomiyopati
- d) Pulsus paradoksus- Dilate kardiyomiyopati
- e) Pulsus defisit-Atrial fibrilasyon

Cevap D (Braunwald, *Heart Disease, a textbook of*

Cardiovascular Medicine, 6 baskı, 2001, s.53-54)

62. Aşağıdakilerden hangisinde infektif endokardit riski en fazladır?

- a) Atrial septal defekt
- b) Mitral yetmezlik olmaksızın mitral kapak prolapsusu
- c) Patent duktus arteriozus
- d) Asimetrik septal defekt
- e) Triküspit darlık

Cevap C (Braunwald, *Heart Disease, a Textbook of Cardiovascular Medicine*, 6. baskı, 2001, s.1744)

63. Aşağıda belirtilmiş bulunan konjenital kalp hastalıklarından hangisinde doktor kontrolü altında gebelik tavsiye edilebilir?

- a) İleri konjenital aort darlığı
- b) Eisenmenger sendromu gelişmiş ASD
- c) Düzeltilmiş büyük arter transpozisyonu
- d) Siyanozu olan PDA
- e) Tek ventrikül

Cevap C (Task, *Force on the Management of Cardiovascular Diseases During Pregnancy Eur. Heart J* 2003; 24:761-81)

64. Pulsus Paradoksus aşağıdakilerin hangisinde beklenmez?

- a) Perikardiyal Tamponad
- b) Ciddi pulmoner emboli
- c) Sağ ventriküler MI
- d) İleri aort yetersizliği
- e) Hemorajik şok

Cevap D (Braunwald, *Heart Disease, A Textbook of Cardiovascular Medicine*, 6. baskı, 2001, 1845)

65. Aşağıdakilerden hangisi çomak parmağın görüldüğü bir durum değildir?

- a) Eisenmenger ile birlikte görülen VSD
- b) İnflamatuvar bağırsak hastalıkları
- c) Fallot tetralojisi
- d) Miksoma
- e) Mitral yetersizliği

Cevap E (Candan, *Kardiyoloji*, 2002, 102)

66. Aşağıdaki hastalıklardan hangisinin tanısında manyetik rezonans görüntüleme altın standarttır?

- a) Dilate kardiyomiyopati
- b) Hipertrofik kardiyomiyopati
- c) Akut mitral yetersizliği
- d) Aritmojenik sağ ventrikül kardiyomiyopatisi
- e) Biküspit aort kapağı

Cevap D (Braunwald, *Heart Disease, A Textbook of Cardiovascular Medicine*, 6. baskı, 2001, s.1760)

67. Aort koarktasyonu için hangisi yanlıştır?

- a) İnterscapular alanda kreşendo-dekreşendo sistolik üfürüm duyulur
- b) Hipertansiyona ait komplikasyonlar en sık ölüm sebebidir

KARDİYOLOJİ

- c) Popliteal / brakial tansiyonlar arasında brakial lehine fark vardır.**
- d) Femoral arter üzerinden alınan nabızda radial nabız'a oranla gecikme vardır**
- e) Damarsal bir patoloji olduğundan endokardit profilaksisi gerekli değildir**

Cevap E (*Braunwald. Heart Disease. A Textbook of Cardiovascular Medicine. 6. baskı, 2001, s.1602*)

GÖĞÜS HASTALIKLARI

1. Geceleri artan öksürük şikayeti olan bir hastada aşağıdaki hastalıklardan hangisi düşünülmelidir?

- a) Astım
- b) Tüberküloz
- c) Pnömoni
- d) Akciğer kanseri
- e) Sarkoidoz

AÇIKLAMA: Astım Semptomları

Nefes darlığı

Öksürük

Hışıltılı / hırıltılı solunum

Göğüste sıkışma, baskı hissi

Semptomların Özellikleri

Tekrarlayıcı karakterde; nöbetler halinde

Daha çok gece ve/veya sabaha karşı

Kendiliğinden veya ilaçlarla hafifler veya kaybolur

Yakınmaların olmadığı dönemler vardır, mevsimsel değişiklik gösterebilir.

Bazı faktörlerle (allerjen, iritan, egzersiz, virüs inf., stres vs.) uyarılır

Cevap A (www.toraks.org.tr)

2. Masif hemoptizi diyebilmek için bir günde en az kaç cc kanama olması gerekmektedir?

- a) 50-100
- b) 100-200
- c) 200-300
- d) 300-600
- e) 0-50

AÇIKLAMA: Masif hemoptizi, yaşamı tehdit eden acil, klinik bir tablodur. Genellikle 24 saatte 600 mL'nin üzerindeki kanama, **masif hemoptizi** olarak adlandırılır. Bu miktar, yaklaşık bir böbrek küveti dolduran hacimdir. Ancak **hemoptizi** sırasında kanama miktarını ölçmek genellikle olası değildir. Hasta, kanın bir kısmını yutabilir ya da aspire edebilir. Bu nedenle, ciddi solunum sıkıntısına yol açan 24 saatte 200-1,000 mL miktarındaki kanama, **masif hemoptizi** kabul edilebilir.

Cevap D (www.solunum.org.tr)

3. Bronşiyal astım hastalığının oskültasyon bulgusu hangisidir?

- a) Ral
- b) Ronküs
- c) Frotman

- d) Matite
- e) Hipersonorite

AÇIKLAMA: Hastalığın ve atağın ağırlık derecesine göre değişir. Oskültasyonda normal akciğer sesi olabileceği gibi, ekspiryum sonunda veya inspiryum ve ekspiryumda ronküs olabilir. Ağır atak sırasında sessiz akciğer, hiperinflasyon, siyanoz, taşikardi, yardımcı solunum kasları kullanımı bulunabilir.

Cevap B (www.toraks.org.tr)

4. Astımlı hastalarda görülebilen sekonder steroid direnci aşağıdaki nedenlerden biri dışında diğer şıklarla ilgili olabilir. Yanlış olan seçenek hangisidir?

- a) Sekonder dirençte en önemli neden hava yollarındaki inflamasyonun fazlalığıdır
- b) Sekonder direncin önemli nedenlerinden biri de Beta-2 agonist ilaçların düşük dozlarda kullanılmasıdır
- c) Karaciğerde sitokrom p-450 enzimini indükleyen ilaçların birlikte kullanılması da sekonder dirençten sorumludur
- d) Bazı kadın hastalarda menstruasyon dönemlerinde artan astım semptomları genellikle steroide dirençlidir.
- e) Viral solunum yolu enfeksiyonları da sekonder dirence neden olabilir.

AÇIKLAMA: Sekonder steroid direnci, steroide karşı duyarlılığın azalmasıdır. Değişik nedenler arasında:

1. **En önemli neden hava yollarındaki inflamasyonun fazlalığıdır.** İnflamatuvar hücre kaynaklı sitokinler aracılığı ile aktive olan AP-1, FkB gibi transkripsiyon faktörleri sitoplazmada ve nükleusda glukokortikoid reseptörlerine bağlanarak serbest reseptör sayısının azalmasına neden olurlar. İnflamasyonun fazlalığı bu sonucu artıracaktır.
2. Diğer bir neden Beta-2 agonistlerin yüksek dozlarda kullanılmasıdır. Yüksek doz Beta-2 agonist kullanımı ile "cAMP Response Element Binding protein" yapımı artar. Bu transkripsiyon faktörü glukokortikoid reseptörlerine bağlanır ve serbest reseptör sayısının azalmasına yol açar.
3. Karaciğer P-450 enzimini indükleyen ilaçlar steroid klirensini hızlandırır.
4. Bazı kadın hastalarda menstruasyon döneminde progesteronun düşmesi ve östrojen düzeyinin artışı sekonder dirençten sorumlu tutulmuştur. Bu hastaların ataklarında

GÖĞÜS HASTALIKLARI

yüksek doz progesterona yanıt alınabilir. Östrojen reseptörlerinin glukokortikoid reseptörlerine benzerliğinin bu sonuçtan sorumlu olabileceği bildirilmektedir. Kesin neden bilinmemektedir.

5. Viral enfeksiyonlar da bronş mukozasındaki transkripsiyon faktörlerini aktive ederek sekonder dirence yol açabilirler.

Cevap B (*Türktaş, Astma, 1998, s. 144-149*)

5. Plevra sıvısındaki glukozun anlamlı düşüşü (<60 mg/dL) aşağıdaki tanı seçeneklerinden biri dışında diğerlerini akla getirmelidir. Tanı olasılıklarında olmayan seçenek hangisidir?

- a) Ampiyem
- b) Malignite
- c) Emboli
- d) Tüberküloz
- e) Romatoid artrit

AÇIKLAMA: Plevra sıvısındaki glukozun anlamlı düşüşü (<60 mg/dL) ön tanı olasılıklarını sınırlaması nedeniyle önemlidir. Bu düzeyin altında glukoz düzeyi saptanırsa 4 tanı akla gelir. Ampiyem, malignite, tüberküloz ve romatoid artrit. **En düşük plevra glukoz düzeyi ise (<30 mg/dL), romatoid plörezi ve ampiyemde saptanır.**

Cevap C (*Çavdar, Plevra Hastalıkları, 2003, s. 105-121*)

6. Tüberkülozla ilgili hangisi yanlıştır?

- a) Üst lobun anterior alanı, hemen hiçbir zaman tutulan tek alan olamaz
- b) Standart arka-ön (PA) akciğer grafisinde üst lob alanında fibrokalsifik gölgeler bulunması inaktivite kriteridir.
- c) Reaktivasyon tüberkülozunun tipik parankimal paterni, yamalı ya da bulanık özellik taşıyan hava boşluğu konsolidasyonudur.
- d) Bakteriyolojik doğrulamanın (Tanının) yapılamadığı fakat klinik ve radyolojik olarak tüberküloz düşündüren şüpheli tüberküloz vakalarında tanısız amaçlı tedavi uygulanması gereklidir.
- e) Kavitasyon gelişen hemen her vakada endobronşiyal yayılım vardır.

AÇIKLAMA: Reaktivasyon akciğer tüberkülozunda lokalize lezyonlar %95 sıklıkla üst lobların apikal veya posterior alanlarında ya da alt lobların superior alanlarında bulunur. Üst lobun anterior alanı, hemen hiçbir zaman tutulan tek alan olamaz. Bazı radyologların bir lezyonun aktivitesini radyografik görünümüne göre tanımlamaya çalışmalarına karşın, aktiviteyi saptamanın en iyi yolu, bakteriyolojik ve klinik değerlendirmedir. Çok sık olarak radyografide inaktif

veya stabil olarak tanımlanan bir lezyon, semptomatik tüberküloza dönüşebilir. Reaktivasyon tüberkülozunun tipik parankimal paterni, yamalı ya da bulanık özellik taşıyan hava boşluğu konsolidasyonudur. Bakteriyolojik olarak doğrulanamayan şüpheli tüberküloz olgularında tanı, akciğer grafisinin uygun bulunması ve terapi denemesiyle konabilir.

Cevap B (*Schlosseberg, Tüberküloz, 1995, 75-83*)

7. Akciğerlerin radyolojik değerlendirilmesinde, bütün soliter nodüllerin yaklaşık ne kadarını enfeksiyöz granülomalar oluşturmaktadır?

- a) %10
- b) %20
- c) %35
- d) %50
- e) %40

AÇIKLAMA: Bütün soliter nodüllerin yaklaşık %50'sini enfeksiyöz granülomalar oluşturur.

Cevap D (*Fishman, Pulmonary Diseases and Disorders, 2. baskı, 1994, s. 240-244*)

8. GİS tüberkülozunda en sık tutulan bölge aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Kolon asendens
- b) İleoçekal bölge
- c) Mide
- d) Appendiks
- e) Sigmoid kolon

AÇIKLAMA: GİS tüberkülozunda en sık ileoçekal bölge tutulumu görülür.

Cevap B (*Özyardımcı, Akciğer ve Akciğer dışı Organ Tüberkülozu, 1999*)

9. Astım tanısında kullanılan "sabah-akşam PEF değişkenliğinin" pozitiflik kriteri aşağıdakilerden hangisinde verilmiştir?

- a) %10'un altında
- b) %15'in altında
- c) %20'nin altında
- d) %20'nin üzerinde
- e) %10'un üzerinde

AÇIKLAMA: Sabah akşam PEF değişkenliği %20 üzerindeyse astım lehine kabul edilir.

Cevap D (*Kalyoncu, Astma Kliniği, 1997, s. 111*)

10. Akciğerin nöroendokrin tümörleri içerisinde prognozu en iyi olan aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Atipik karsinoid tümör
- b) Büyük hücreli nöroendokrin
- c) Küçük hücreli nöroendokrin karsinom

- d) Karsinoid tümör
e) Nöroendokrin ayrımlaşmanın gösterildiği küçük hücreli dişi karsinomlar

AÇIKLAMA: Akciğerin nöroendokrin tümörleri içerisinde **prognozu en iyi olan karsinoid olup**, beş yıllık sağkalım %95-100 olarak bildirilmektedir.

Cevap D (Akkoçlu, Akciğer Kanseri, 1991, 1. sayı, s.26)

11.Akciğer Ca (Nonsmall cell Ca) da TNM sınıflandırılmasına göre tümör karinaya 2 cm'den daha yakın ancak karinayı tutmamış, aynı taraf mediastinal lenf bezlerine metastaz yapmış ve uzak metastazların olmadığı durumlar da evre kaç olarak kabul edilir?

- a) Evre-IIA
b) Evre-IIB
c) Evre-IIIA
d) Evre-IIIB
e) Evre-IV

AÇIKLAMA: -Tümör karinaya 2cm'den daha yakın ancak karinayı tutmamış-(T3)

-Aynı taraf mediastinal lenf bezlerine metastaz yapmış-(N2)

-Uzak metastazlarının olmadığı-(M0)

*T3N2M0=Evre IIA

Cevap C (Akkoçlu, Akciğer Kanseri, 1999, 1. sayı, s. 45,47)

12.Aşağıdakilerden hangisi soliter pulmoner nodüllerin ayırıcı tanısında benign lezyondur?

- a) Silindrom
b) Adenokarsinom
c) Germ hücreli tümörler
d) Hemartom
e) Bronşiyal karsinoid

AÇIKLAMA: -Silindrom

- Adenokarsinom

- Germ hücreli tümörler

- Bronşiyal karsinoidler, soliter pulmoner nodüllerle karışabilecek malign lezyonlar olmasına karşın hamartom benign lezyondur.

Cevap D (Akkoçlu, Akciğer Kanseri, 1999, 1. sayı, s. 59)

13.Vena cava superior sendromuna (VCSS) aşağıdakilerden hangisi en sık sebep olur?

- a) Küçük hücreli akciğer Ca
b) Büyük hücreli akciğer Ca
c) Adenokarsinom
d) Lenfoma
e) Skuamoz hücreli akciğer Ca

AÇIKLAMA: VCSS'na en sık malign hastalıklar neden olur (%95). Bunların içinde en sık bronş

karsinomu, bronş karsinomu içinde de en sık Küçük hücreli akciğer Ca neden olur.

Cevap A (Akkoçlu, Akciğer Kanseri, 1999, 1. sayı, s. 143)

14.Pulmoner tromboembolide en iyi tanı yöntemi hangisidir?

- a) Akciğer Perfüzyon Sintigrafisi
b) Akciğer Ventilasyon Sintigrafisi
c) Akciğer P/V Sintigrafisi
d) Pulmoner Anjiyografisi
e) Akciğer HRCT'si

AÇIKLAMA: Pulmoner anjiyografi günümüzde pulmoner emboli tanısında altın standart olarak kabul edilmektedir.

Cevap D (Arseven, Akciğer Hastalıkları, 2002, 1. baskı, s. 193)

15.Pulmoner embolinin en sık nedeni hangisidir?

- a) Pelvik ven trombozu
b) Vena cava inferior trombozu
c) Alt ekstremitte derin ven trombozu
d) Üst ekstremitte derin ven trombozu
e) Vena cava superior trombozu

AÇIKLAMA: Pulmoner embolinin nedeni %95 alt ekstremitte venlerindeki derin ven trombozundan kaynaklanan trombüstür.

Cevap C (Arseven, Akciğer Hastalıkları, 2002, 1. baskı, s. 189)

16.Venöz trombozise neden olan etkenler içinde hangisi staza bağlı olarak gelişir?

- a) Dissemine intravasküler koagülasyon
b) Konjestif kalp yetmezliği
c) Malignite
d) İnflamatuvar bağırsak hastalıkları
e) Nefrotik sendrom

AÇIKLAMA: Hiperkoagülasyon Sebepleri: Malignite, Antikardiyolipin antikorları, Östrojen tedavisi, Nefrotik sendrom, Trombositosis, Dissemine intravasküler koagülasyon, İnflamatuvar bağırsak hareketleri, Paroksizmal nokturnal hemoglobinüri, Protein C ve S eksikliği, Antitrombin III eksikliği.

Staz Nedenleri: İmmobilizasyon, Yatak istirahati, Anestezi, Konjestif kalp yetmezliği, Kor pulmonale, Daha önce geçirilmiş venöz trombozis

Cevap B (Barış, Solunum Hastalıkları Temel Yaklaşım, 1998, 3. baskı, s. 400)

17.Aşağıdaki cisimciklerden hangisi veya hangileri sarkoidozda görülür?

GÖĞÜS HASTALIKLARI

- a) Russel-Body cisimcikleri
- b) Langerhans cisimcikleri
- c) Schaumann ve Asteroid cisimcikleri
- d) Birbeck cisimcikleri
- e) Negri cisimcikleri

AÇIKLAMA: Sarkoidozda epitelioid ve dev hücrelerin sitoplazmaları içinde lameller yapıda **Schaumann** ve yıldız şeklinde **asteroid cisimcikleri** yer alır. Bun inklüzyon cisimcikleri Sarkoidoz için patogonomik değildir.

Cevap C (Numanoğlu, Klinik Solunum Sistemi ve Hastalıkları, 2001)

18. Aşağıdakilerden hangisi Churg-Straus Sendromu için doğru bir ifadedir?

- a) IgE düzeyi düşmüştür
- b) Orta ve büyük çaplı damarları tutar.
- c) Dev hücreli, nekrotizan vaskülit görülür.
- d) Plevra sıvısında eozinofil düzeyi azalmıştır.
- e) Steroid tedavisine cevap kötüdür.

AÇIKLAMA: Churg-Starus Sendromunda IgE düzeyi yükselmiştir. Patolojik olarak özellikle küçük arter ve venleri tutar. Dev hücreli, nekrotizan bir vaskülit izlenir. Plevra sıvısında eozinofil düzeyi artmıştır. Steroid tedavisinde cevap iyidir.

Cevap C (Numanoğlu, Klinik Solunum Sistemi ve Hastalıkları, 2001)

19. Aşağıdakilerden hangisi kistik fibrozis için doğrudur?

- a) Sodyum ve klor transportunda defekt vardır
- b) Otozomal dominant geçer
- c) Havayollarında sodyum absorpsiyonu azalmıştır
- d) Terde klor düzeyi azalmıştır.
- e) 8. Kromozomda defekt vardır.

AÇIKLAMA: Kistik Fibrozisde Na ve Cl transportunda defekt vardır. Otozomal resesif geçiş gösterir. Hava yollarında Na absorpsiyonu artmıştır. Ter Cl düzeyi artmıştır. 7. kromozomda defekt vardır.

Cevap A (Numanoğlu, Klinik Solunum Sistemi ve Hastalıkları, 2001)

20. Sarkoidozisin sistem tutulumları ile ilgili ifadelerden hangisi doğrudur?

- a) Göz tutulumu en sık anterior üveit şeklindedir.
- b) Kafa çiftlerinden en sık N. glossofaringeus tutulur.
- c) Kas-iskelet sisteminde en sık büyük kemikler tutulur.
- d) Kalpte en sık sağ atrium tutulur.

- e) Böbrek tutulumu gelişen olgularda hipokalsemi ve hipokalsiüri görülür.

AÇIKLAMA: Sarkoidoziste göz tutulumu en sık anterior üveit şeklindedir. Kafa çiftlerinden en sık Fasial siniri tutar. Kas iskelet sisteminde en sık küçük ve yassı kemikleri tutar. Kalpte en sık tutulan kısımlar her iki ventrikülün serbest duvarları ve His huzmesidir. En az sıklıkla etkilenen kalp kısmı ise sağ atriumdur. Böbrek tutulumu gelişen olgularda hiperkalsemi ve hiperkalsiüri görülür.

Cevap A (Numanoğlu, Klinik Solunum Sistemi Ve Hastalıkları, 2001)

21. Aşağıdakilerden hangisi plevral effüzyon tüp drenaj endikasyonudur?

- a) Kültür negatifliği
- b) Plevra sıvısında pH>7.2
- c) Plevra sıvısında LDH<150
- d) Plevra sıvısında glukoz>60 mg/dl
- e) Plevral sıvı gram boyasında piyojen mikroorganizma saptanması

AÇIKLAMA: Plevral sıvı gramboyasında piyojen mikroorganizma saptanması kesin tüp drenaj endikasyonudur.

Cevap E (Numanoğlu, Solunum Sistemi ve Hastalıkları, 2. baskı, s. 641)

22. Hangi enfeksiyonda balgam çikolata rengindedir?

- a) H. influenza
- b) H. coli
- c) P. aeruginosa
- d) E. histolitika
- e) Klebsiella

AÇIKLAMA: Abse kavitesi lökosit, hemolize olmuş eritrosit, bilirubin ve hücre artıkları içeren jelatin kıvamında, çikolata renginde cerahat ile dolar.

Cevap D (Numanoğlu, Solunum Sistemi ve Hastalıkları, 2. baskı, s. 276)

23. Aşağıdakilerden hangisi KOAH tedavisindeki hedeflerdendir?

- a) Hastalığın ilerlemesini önlemek
- b) Hastalığın tam olarak küratif tedavisini vermek
- c) Komplikasyon çıktıkça tedavi etmek
- d) Semptomlar kontrol altına alındıktan sonra tedavinin giderek azaltılması
- e) Çekilen röntgen filmlerine göre tedavinin devam ettirilmesi

AÇIKLAMA: KOAH'ta tedavi hedefleri; mortaliteyi azaltmak, hastalığın ilerlemesini önlemek, semptomları gidermek, egzersiz toleransını arttırmak, sağlık durumunu iyileştirmek, komplikasyonları önlemek ve tedavi etmek, alevlenmeleri önlemek ve tedavi etmektir.

Cevap A (*GOLD Workshop Report, 2003*)

24.KOAH'ta uzun süreli oksijen tedavisinin yeri hakkında aşağıdakilerden hangisi uygundur?

- Oksijen tedavisi arteriyel kan gazlarındaki pH seviyesine göre ayarlanmalıdır
- PaO₂ hasta uyanık iken ölçülmelidir.
- KOAH'ta uzun süreli oksijen tedavisindeki amaç pAO₂'yi en az 80 mmHg'ye çıkartmaktır.
- Uygulama süresi önemli değildir.
- Uygulama şekli mutlaka maske şeklinde olmalıdır.

AÇIKLAMA: PaO₂ mutlaka hasta uyanırken ölçülmelidir.

Cevap B (*GOLD Workshop Report, 2003*)

25.KOAH için hangisi doğrudur?

- FEV1/FVC oranı %70'ten yüksektir.
- Tam olarak geri dönüşümlü olan bir hastalıktır.
- Zararlı partiküllere karşı akciğerlerde gelişen anormal bir inflamatuvar yanıtla seyreden bir hastalıktır.
- Radyoloji en önemli takip parametresidir.
- Tanı ve evreleme için FVC<%80 olmalıdır.

AÇIKLAMA: KOAH, tam reversibl olmayan hava akımı kısıtlamasıyla karakterli bir hastalıktır. Hava akımı kısıtlanması genellikle progresif olup zararlı gaz ve partiküllere akciğerlerin anormal inflamatuvar yanıtı ile birliktedir.) FEV1/FVC oranı %70'ten azdır.

Cevap C (*GOLD Workshop Report, 2003*)

26.Aşağıdakilerden hangisi pulmoner tromboemboli gelişimi için bir risk faktörü değildir?

- Protein C ve S eksikliği
- Gebelik
- Kanser
- Konjestif kalp yetmezliği
- Pnömoni

AÇIKLAMA: Pnömoni dışındakilerin tamamı etiyolojide yer alır.

Cevap E (*Hanley, Current Diagnosis And Treatment In Pulmonary Medicine 2003, s.195-203*)

27.Pulmoner tromboemboli tanısında katkısı en az olan tanısal yöntem hangisidir?

- Spiral toraks tomografisi
- Ventilasyon perfüzyon sintigrafisi

- Elektrokardiyografi
- Pulmoner angiografi
- Alt ekstremitte venöz doppler ultrasonografi

AÇIKLAMA: Pulmoner embolizmde en sık raslanan EKG bulguları nonspesifik ST-T dalga değişiklikleridir. EKG bulguları, pulmoner embolizm tanısı için nonspesifik bulgulardır ve esas olarak akut miyokard infarktüsü ve perikardit gibi hastalıkların ekarte edilmesinde yararlıdır.

Cevap C (*Hanley, Lange Medical Books, 2003, s.195-203*)

28.Aşağıdaki hastalıklardan hangisi eksuda vafında plevral sıvı oluşumuna neden olmaz?

- Konjestif kalp yetmezliği
- Tüberküloz
- Akciğer kanseri
- Sistemik lupus eritematozus
- Parapnömik efüzyon

AÇIKLAMA: Konjestif kalp yetmezliği transuda vafında plevral sıvı oluşturur.

Cevap A (*Hanley, Lange Medical Books, 2003, s.222-232*)

29.KOAH akut alevlenmesi nedeniyle acil servise başvuran bir hastanın tedavisinde aşağıdaki ilaçlardan hangisi kullanılmaz?

- Sistemik kortikosteroidler
- Sulbaktam ampisilin
- İntravenöz teofilin
- Oral beta-blokörler
- İnhaler beta-agonistler

AÇIKLAMA: KOAH'da beta blokerler kontrendikedir.

Cevap D (*Senior, Fishman's Manual of Pulmonary Diseases and Disorders, 3. baskı, 2002, s.118-141*)

30.Akciğer tüberkülozunun kesin tanısı nasıl konulur?

- Hastanın anamnezi ve fizik muayene bulgularıyla
- Balgam yaymasında aside dirençli basilin gösterilmesi ve kültürde *M.tuberculosis* üretilmesiyle
- Akciğer grafisi bulguları ile
- Toraks bilgisayarlı tomografi bulgularıyla
- Tüberkülin cilt testiyle

AÇIKLAMA: Tanıda en duyarlı yöntem kültürdür.

Cevap B (*Fishman, Fishman's Manual of Pulmonary Diseases and Disorders, 3. baskı, 2002, s.763-819*)

31.Hangisi astım krizine neden olmaz?

GÖĞÜS HASTALIKLARI

- a) Soğuğa maruziyet
- b) Gıdalarda bulunan katkı maddeleri
- c) Sigara
- d) Ca-kanal blokerleri
- e) Enfeksiyon

AÇIKLAMA: Astımda alevlenmelere ve/veya belirtilerin sürmesine neden olan başlıca risk faktörleri;

- Allerjenler
- Hava kirliliği
- Solunumsal enfeksiyonlar
- Egzersiz, hiperventilasyon
- Hava değişimleri
- Sülfür dioksit
- Bazı besinler ve katkı maddeleri
- İlaçlar
- Önemli duygusal etkilenmeler
- Rinit, sinüzit, polip
- Gastoözofageal reflü
- Menstürasyon ve hamilelik (bazen)

Cevap D (*Türktaş, Astma, 1998*)

32.Akut dispne, göğüs ağrısı ve fizik mayenede perküsyonda hipersonorite alınan bir hastada olası tanınız nedir?

- a) Plevral efüzyon
- b) Miyokard infarktüsü
- c) Pnömotoraks
- d) Pulmoner tromboemboli
- e) Pnömoni

AÇIKLAMA: Göğüs ağrısı, dispne, hipersonorite ve mediastinal şift pnömotoraksın tipik özellikleridir.

Cevap C (*Ekim, Göğüs Hastalıkları Acilleri*)

33.Sintigrafi sonucu ventilasyonun normal, perfüzyonun bozuk olduğu bir hastada olası tanınız nedir?

- a) Bronşiyal astım
- b) Pulmoner tromboemboli
- c) Atelektazi
- d) Amfizem
- e) Plevral kalınlaşma

AÇIKLAMA: Perfüzyonun bozuk olduğu alanlarda ventilasyon normal ise Pulmoner tromboemboli tanısı konur.

Cevap B (*Ekim, Göğüs Hastalıkları Acilleri*)

34.Aşağıdakilerden hangisi bronşiyal astımda tedavinin hedeflerinden birisi değildir?

- a) Hastanın semptomlarını kontrol altına almak
- b) Solunum fonksiyonlarını normal sınırlarda tutmak

- c) İlaç yan etkilerinden korumak
- d) Astma ataklarını önlemek
- e) En güçlü ilaçları hemen uygulamak

AÇIKLAMA: Tedavinin Amaçları

- Kronik semptomları önlemek
- 'Normal' akciğer fonksiyonları sağlamak
- Normal günlük yaşantıyı sağlamak
- Astım ataklarını önlemek
- İlaç yan etkilerinden kaçınmak

Cevap E (*Türktaş, Astma, 1998, s.80*)

35.Pozitif tüberkülin deri testi hangisini gösterir?

- a) Tüberküloz enfeksiyonunu
- b) Aktif tüberküloz hastalığını
- c) İnaktif tüberküloz hastalığını
- d) İmmüniteyi
- e) Tüberküloz basili antijeni ile karşılaşmış olduğunu

AÇIKLAMA: Pozitif Tüberkülin deri testi (PPD)

M.Tuberculosis'e karşı tip IV gecikmiş hipersensitivite reaksiyonunun bir göstergesidir. Fakat PPD, BCG aşılması veya nontüberküloz atipik mikobakteriler ile de pozitif olabilir. Diğer yandan; immünoşüpresif hastalıklar ve ilaçlar gibi belirli biyolojik durumlarda negatif PPD'ye neden olabilir.

Cevap E (*Arseven, Akciğer Hastalıkları, 1.baskı, 2002, s.291*)

36.Transuda özelliğindeki plevral sıvıların en sık sebebi hangisidir?

- a) Konjestif kalp yetmezliği
- b) Tüberküloz
- c) Siroz
- d) Hipoalbuminemi
- e) Kronik böbrek yetmezliği

AÇIKLAMA: En sık transuda nedeni KKY'dir.

Cevap A (*Arseven, Akciğer Hastalıkları, 1.baskı, 2002, s.383*)

37.Tüm akciğer kanserlerinin yaklaşık %90'ından sigara sorumludur. Sigara ile en az ilişkisi olan tip hangisidir?

- a) Epidermoid Ca
- b) Adeno Ca
- c) Büyük hücreli Ca
- d) Küçük hücreli Ca
- e) Skuamöz hücreli Ca

AÇIKLAMA: Adenokanser genç yaş, kadın hasta grubu, sigara içmeyen ve sigarayı bırakan kişilerin tümör tipidir. Genellikle periferik lokalizasyonlu bu kanserde hematolojik bulgular sık görülür.

Cevap B (Arseven, *Akciğer Hastalıkları*, 1.baskı, 2002, s.304)

38. Pulmoner emboli olgularında, risk ve prognozu belirlemede en yararlı yöntem hangisidir?

- a) D-dimer
- b) Ventilasyon sintigrafisi
- c) Perfüzyon sintigrafisi
- d) Ekokardiyografi
- e) Alt ekstremitte doppler USG

AÇIKLAMA: Ekokardiyografi, pulmoner emboliyi takip eden dönemde gelişen sağ ventrikül yüklenmesini hızlı, pratik ve yüksek duyarlılıkta saptayan bir yöntemdir. Masif ve masif yakın emboli kliniği bulunan olgularda ekokardiyografi ile sağ ventriküler dilatasyon ve hipokinezi, pulmoner arter genişlemesi, triküspit regürjitasyonu, anormal septal hareket ve inspirasyonda inferior vena kava kollaps yokluğu gibi bulgular saptanabilir.

Cevap D (Arseven, *Akciğer Hastalıkları*, 1.baskı, 2002, s.192)

39. Toplum kökenli pnömonili, 60 yaşın altında ve ek bir hastalığı olmayan bireylerde aşağıdakilerden hangisi etken olarak sık görülmez?

- a) *S. pneumoniae*
- b) *H. influenzae*
- c) *Klebsiella pneumoniae*
- d) *C. pneumoniae*
- e) *M. pneumoniae*

AÇIKLAMA. Toplum kökenli pnömonilerde en sık rastlanan etken *S. Pneumoniae*'dir. *H. Influenzae* %3-15, *C. Pneumoniae* %2-3, *M. Pneumoniae* %0-30 olarak rastlanır. ***Klebsiella pneumoniae* bu ajanlardan daha az sıklıkta ve özellikle huzurevinde gelişen salgınlarda görülür.**

Cevap C (*Türkiye Klinikleri Göğüs Hastalıkları Dergisi*, *Pnömoniler Özel Sayısı*, 2004, s.2)

40. Üst loblara yerleştiği için akciğer tüberkülozu ile ayırıcı teşhisi gereken pnömoni etkeni hangisidir?

- a) *Streptokok pnömonisi*
- b) *Hemofilus influenza*
- c) *Stafilokokus aureus*
- d) *Klebsiella pnömonia*
- e) *Mikoplazma pnömonia*

AÇIKLAMA: Pnömokoksik pnömonide genellikle tek bir lob tutulumu varken, ***Klebsiella pnömonisinde*** birden fazla lob tutulabilir, tutulan lobda aşırı eksudasyon nedeniyle hacim artışı olabilir, **nekroz ve kaviteleşme hızla gelişerek tüberkülozu taklit edebilir.**

Cevap D (*Türkiye Klinikleri Göğüs Hastalıkları Dergisi*,

Pnömoniler Özel Sayısı, 2004, s.5)

41. Tüberkülozlu bir olguda tedavi başarısızlığından söz edebilmek için balgamda basili ne kadar süre sonunda hala pozitif olması gerekir?

- a) 15 gün
- b) 5 ay
- c) 9 ay
- d) 1 yıl
- e) 2 ay

Cevap B (*TC Sağlık Bakanlığı Türkiye'de Tüberkülozun Kontrolü için Başvuru Kitabı*)

42. En sık ekstrapulmoner tüberküloz formu aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Plevral Tbc
- b) Tbc Menenjit
- c) Tbc Lenfadenit
- d) Mal de pott Hastalığı
- e) GiS tüberkülozu

Cevap C (*Özyardımcı, Akciğer ve Akciğer dışı Organ Tüberkülozu*, 1999)

43. Tüberküloz tedavisinde kullanılan ilaçlardan hangisi RNA Polimerazı inhibe ederek RNA sentezini engelleme yoluyla etki eder?

- a) İsoniazid
- b) Etiyonamid
- c) Etambutol
- d) PAS
- e) Rifampisin

Cevap E (*Özyardımcı, Akciğer ve Akciğer dışı Organ Tüberkülozu*, 1999)

44. BCG aşısının üretilmesinde kullanılan mikobakteri suşu aşağıdakilerden hangisidir?

- a) *M. tüberkülozis*
- b) *M. avium-intersellülare*
- c) *M. bovis*
- d) *M. marinum*
- e) *M. lepra*

Cevap C (*Özyardımcı, Akciğer ve Akciğer dışı Organ Tüberkülozu*, 1999)

45. Uzamış bir Tüberküloz plörezili olguda plevral mayide hangi hücre hakimiyeti beklenir?

- a) Nötrofil
- b) Lenfosit
- c) Monosit
- d) Bazofil
- e) Eozinofil

GÖĞÜS HASTALIKLARI

Cevap B (Özyardımcı, Akciğer ve Akciğer dışı Organ Tüberkülozu, 1999)

46.M. tüberkülozis basilinin vücuda alınmasından ne kadar sonra PPD pozitifleşir?

- a) 2 ay
- b) 2 hafta
- c) 3-6 hafta
- d) 1 ay
- e) 48-72 saat

Cevap C (Özyardımcı, Akciğer Ve Akciğer dışı Organ Tüberkülozu, 1999)

47.Astım için bilinen en güçlü hazırlayıcı faktör aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Cinsiyet
- b) Ev tozu
- c) Viral enfeksiyonlar
- d) Atopi
- e) Polenler

Cevap D (İlçin, Temel İç Hastalıkları, 1996, s. 477)

48.Aşağıdaki hastalıklardan hangisinin astım hastalığıyla ayırıcı tanısında erken reverzibilite testi kullanılabilir?

- a) Kalp yetmezliği
- b) Pulmoner emboli
- c) KOAH
- d) Pnömoni
- e) İntersitisiyel akciğer hastalığı

Cevap C (İlçin, Temel İç Hastalıkları, 1996, s. 487)

49.Postganglionik efferent vagal yolu inhibe ederek bronkodilatör etki gösterip astım tedavisinde kullanılan ilaç aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Teofilin
- b) Nedokromil Sodyum
- c) Antikolinerjikler
- d) İnnhale kortikosteroidler
- e) Uzun etkili beta-2 agonist

Cevap C (İlçin, Temel İç Hastalıkları, 1996, s. 492)

50.Astım tedavisinde bronkodilatör olarak ilk tercih edilen grup aşağıdakilerden hangisidir?

- a) İnnhale glukokortikoidler
- b) İnnhale antikolinerjikler
- c) Lökotrien antagonistleri
- d) İnnhale beta-2 mimetikler
- e) Teofilin deriveleri

Cevap D (Kalyoncu, Astma Kliniği, 1997, s. 17)

51.KOAH'ın yaygın tedavisinde aşağıdakilerden hangisinin yeri en önemlidir?

- a) β 2 agonistleri (Kısa etkili)
- b) β 2 agonistler (uzun etkili)
- c) Antikolinerjikler
- d) Teofilin
- e) Mevcut risk faktörlerinden uzaklaşılması

Cevap E (Gold Workshop Report, 2003)

52.Plevral efüzyon etiolojisi araştırılan bir hastada tanısız amaçlı yapılan torasentez sonucunda beyaz renkli bir sıvı alınıyor. Sıvı santrifüj edildiğinde üstte berrak bir sıvının kaldığı gözleniyor. Ayıcı tanıda öncelikle hangisini düşünürsünüz?

- a) Şilotoraks
- b) Psödoşilotoraks
- c) Ampiyem
- d) Hemopnömotoraks
- e) Ürinotoraks

Cevap C (Oktay, Plevra Hastalıkları, 2003, sayı 4, s.287)

53.Kortikosteroidler astımın en etkili ilaçlarıdır. İnhalasyon yoluyla verilen kortikosteroidler için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Doğrudan bronş mukozasında etki gösterirler
- b) Kana geçen miktarları çok azdır
- c) Ses kısıklığı yapabilirler
- d) Oral kandidiyazise yol açabilirler
- e) Etkisi hemen başlar ve hasta dakikalar içinde rahatlar

Cevap E (Arseven, Akciğer Hastalıkları, 2002, s.159)

54.Aşağıdakilerden hangisi, komplike parapnömonik plevral efüzyonun bir özelliği değildir?

- a) LDH<1000 IU/L
- b) pH<7
- c) Glukoz<40 mg/dL
- d) Gram boyamasında bakteri görülmesi
- e) Sıvı kültüründe üreme olması

Cevap A (Gözü, Plevra Hastalıkları, 2003, s.142)

55.Hiler/mediastinal lenfadenopati ile birlikte pulmoner parankimal lezyonların olduğu sarkoidoz, radyografik sınıflandırmada hangine uyar?

- a) Stage 0
- b) Stage I
- c) Stage II
- d) Stage III
- e) Stage IV

Cevap C (*Fishman, Fishman's Manual of Pulmonary Diseases and Disorders, 2002, s.353*)

56. Ani başlayan nefes darlığı, yan ağrısı, taşikardi, takipne, hemoptizi ve plevral frotmanın bulunduğu pulmoner emboli hangi gruba girer?

- a) Masif emboli
- b) Submasif emboli
- c) Atipik emboli
- d) Tekrarlayan mikrotromboemboli
- e) Kronik emboli

Cevap B (*Arseven, Akciğer Hastalıkları, 2002, s.190*)

GASTROENTEROLOJİ

1. Hangisi siroz komplikasyonlarından değildir?

- a) Asit
- b) Özofagus varisleri
- c) Spontan bakteriyel peritonit
- d) Ensefalopati
- e) Koroner yetmezlik

AÇIKLAMA: Sirozun komplikasyonları:

- Portal hipertansiyon
- Hipersplenizm
- Asit
- Spontan bakteriyel peritonit
- Hepatorenal sendrom
- Karaciğer yetmezliği
- Hepatik ensefalopati
- Hepatosellüler karsinom

Cevap E (İlgin, *Temel İç Hastalıkları, 1.baskı, s.1144*)

2. Primer Biliyer Sirozda hangi tetkikin tanısal değeri vardır?

- a) ANA
- b) AMA
- c) ANCA
- d) CRP
- e) p ANCA

AÇIKLAMA: Primer Biliyer Sirozda tanı, AMA (Anti mitokondriyal antikor) pozitifliğinin yanısıra karaciğer biyopsisi ile konur.

Cevap B (İlgin, *Temel İç Hastalıkları, 1.baskı, s.1148*)

3. Ailesel Akdeniz Ateşi (FMF) olan hastalarda Türk toplumunda en sık görülen MEFV mutasyonu aşağıdakilerden hangisidir?

- a) M680I
- b) M694V
- c) V726A
- d) M694I
- e) E148Q

AÇIKLAMA: M694V %45, M680I %13, V726A %11, M694I %7, Bilinmeyen %21, E148Q %2, Diğer %1

Cevap B (Touitou, *European Journal of Human Genetics, 2001, s.473-483*)

4. Aşağıdakilerden hangisi üst gastrointestinal sistem kanaması nedeni için en düşük ihtimaldir?

- a) Duodenal ülser

- b) Eroziv gastrit
- c) Özofagus varisleri
- d) Konjestif gastropati
- e) Divertiküler kanama

AÇIKLAMA: Üst gastrointestinal sistem kanamalarının en sık nedenleri sırasıyla duodenal ülser, eroziv gastrit, özofagus varisleri, konjestif gastropati'dir. Divertiküler kanama daha çok alt gastrointestinal kanamalarının nedenidir.

Cevap E (*Brant' Clinical Practice of Gastroenteroloji, 1999, s.303*)

5. Peptik ülser tedavisi için hangisi yanlıştır?

- a) H. pylori eradikasyonu için en etkili tedavi protokolü proton pompa inhibitörü ve klaritromisin kombinasyonundan oluşan ikili tedavidir.
- b) Peptik ülseri olanlarda, sigara kesilmeli ve/veya azaltılmalıdır.
- c) H. pylori eradikasyonu peptik ülserin nüksünü azaltır.
- d) Diyetin ülser oluşumunda rolü yoktur.
- e) NSAİ ilaçlara bağlı ülserlerin oluşumunu mizoprostol önleyebilir.

AÇIKLAMA: NSAİ kullanımına bağlı oluşabilecek ülser, prostaglandin analogu olan mizoprostolün koruyucu rolü vardır. Sigara peptik ülser oluşumunu kolaylaştırabilmekte, ülser iyileşmesini geciktirebilmektedir. Bu nedenle peptik ülseri olanlarda sigara kesilmeli ve/veya azaltılmalıdır. H. Pylori eradikasyonu için günümüzde kabul edilen birinci seçenek üçlü tedavidir ve bu tedavide proton pompa inhibitörleriyle birlikte klaritromisin ve amoksisilin veya metranidazolden oluşan tedavi olmalıdır. Dolayısıyla A şıkkı yanlıştır.

Cevap A (*Memik, Klinik Gastroenteroloji, 2005, s.122-150*)

6. Gastroözofageal reflü için hangisi yanlıştır?

- a) Pirozis spesifik semptomudur.
- b) Proton pompa inhibitörü tedavide H₂ reseptör blokörüne üstündür.
- c) Komplikasyon olarak Barret epitelyumu, kanama, striktür gelişebilir.
- d) Gastroözofageal reflü hastalığında astım, kronik öksürük, larenjit gibi atipik semptomlara yol açabilir.

e) Hiatus hernisi ile gastroözofageal reflü hastalığı ile ilişkili değildir.

AÇIKLAMA: Pirozis gastroözofageal reflünün en önemli tipik semptomudur. Proton pompa inhibitörleri pariyetal hücreden asid salınımını potent olarak inhibe ederler. Gastroözofageal reflüde semptomların hızlı bir şekilde düzelmesini sağlarlar. Gastroözofageal reflüde Barret epitel oluşumu, kronik kanamalar, striktür gibi komplikasyonlar gelişebilmektedir. Gastroözofageal reflüde tipik semptomlar yanında çok önemli oranda kronik öksürük, larenjit, astım gibi atipik semptomlara yol açar. Hiatus hernisi, gastroözofageal bileşkenin anatomik yapısını bozar. Eroziv ösefajitle birlikteliği sıktır.

Cevap E (*Harrison' principles of internal medicine; 13.baskı, s.1358-59*)

7. Aminotransferazlarla ilgili olarak hangisi yanlıştır?

- a) ALT karaciğer hastalıklarında AST'den değerlidir.
- b) Alkolik karaciğer hastalığında AST artışı daha önemlidir.
- c) Karaciğer sirozunda aminotransferazlardaki düşüş iyi prognostik bir göstergedir.
- d) AST karaciğer dışında kas hastalıklarında da yükselir.
- e) Kronik viral hepatitlerde tedavi endikasyonunda referans enzim ALT'dir.

AÇIKLAMA: Enzim düşüşleri prognozla ilişkisizdir. Aksine hepatosit rezervinin azaldığını yansıtabilir.

Cevap C (*M. Enver Dolar. Klinik Karaciğer Hastalıkları. Patofizyoloji Tanı Tedavi, 2002, s.11*)

8. Portal hipertansiyon ile ilgili olarak hangisi yanlıştır?

- a) Karaciğer sirozu, intrahepatik postsinüzoidal nedenlerdendir.
- b) Şistozomiyazis, intrahepatik presinüzoidal nedenlerdendir.
- c) Portal hipertansiyonda varis gelişimi için eşik Hepatik Ven Basınç Gradienti 10 mmHg'dır.
- d) Özofagus varislerinde küçük varislerin primer profilaksisinde Propranolol endikedir.
- e) Band ligasyonu varisler için bir tedavi seçeneğidir.

AÇIKLAMA: Primer profilaksi daha geniş varislerde geçerlidir.

Cevap D (*Atilla Ökten. Portal Hipertansiyon. Gastroenterohepatoloji, 2002, s.446*)

9. Wilson hastalığı ile ilgili olarak hangisi yanlıştır?

- a) Geni 13. kromozomdadır.
- b) Klinik olarak 5 yaşından önce nadiren görülür.
- c) Kayser-Fleisher halkası spesifik değildir.
- d) Serum total bakır düzeyi artışı tanınasal değere sahiptir.
- e) İdrar bakırı artmıştır.

AÇIKLAMA: Total serum bakırı azalmış, serbest bakır artmıştır.

Cevap D (*M. Enver Dolar, Klinik Karaciğer Hastalıkları, Patofizyoloji Tanı Tedavi, 2002, s.93*)

10. Globus, hangi organın fonksiyonel hastalığıdır?

- a) Özofagus
- b) Mide
- c) Duodenum
- d) Safra yolu
- e) Rektum

AÇIKLAMA: "Boğazda çıkartılmak istenen yabancı bir madde varmış hissi" şeklinde tanımlanan globus şikayeti, nadiren psikojenik nedenlidir. Globus semptomu genellikle özofajit, özofagus motilite bozukluğu, krikofarengeal gerginlik veya larengeal yapıların irritasyonuna bağlıdır. Reflü ve globus arasında kuvvetli bir ilişki bulunduğu çeşitli araştırmacılar tarafından gösterilmiştir.

Cevap A (*Current Diagnosis & Treatment in Gastroenterology, 2003*)

11. İndirekt bilirubin karaciğerde konjuge edilmesini sağlayan enzim hangisidir?

- a) Glukuronil transferaz
- b) Alanin transaminaz
- c) Aspartat transaminaz
- d) Oksalasetik transfosfataz
- e) Bilirubin transpeptidaz

AÇIKLAMA: Bilirubin hepatosit endoplazmik retikulumu içerisinde Glukuronil transferaz enzimi ile glukronik aside konjuge edilir.

Cevap A (*Manual of Gastroenterology, 2002*)

12. Aşağıdakilerden hangisi peptik ülser komplikasyon değildir?

- a) Kanama
- b) Perforasyon
- c) Obstrüksiyon
- d) Penetrasyon

e) Asit

Cevap E (Brandt, *Clinical Practice of Gastroenterology, Current Medicine, 1999, s.295*)

13. Ülseratif kolitin komplikasyonlarından olmayan hangisidir?

- a) Megakolon
- b) Perforasyon
- c) Kolon kanseri
- d) Kanama
- e) Volvulus

Cevap E (Brandt, *Clinical Practice of Gastroenterology, Current Medicine, 1999, s.681*)

14. Aşağıdaki bulgulardan hangisi üst gastrointestinal kanama bulgusu değildir?

- a) Hematemez
- b) Melena
- c) Hemoptizi
- d) Bağırsak seslerinde artış
- e) Hematokezya

Cevap C (İlçin, *Temel İç Hastalıkları, 1.baskı, s.1061*)

15. Melena oluşması için gastrointestinal sisteme en az ne kadar kanın sızması gerekir ?

- a) 600 cc

b) 50-60 cc

c) 260 cc

d) 500 cc

e) 25 cc

Cevap B (*Gastroenterohepatoloji, 2001, s.76*)

16. Technetium 99m sodium pertechnetate ile yapılacak sintigrafik tetkik ile aşağıdaki hastalıklardan hangisine tanı koymak mümkündür?

- a) Soliter rektal ülser
- b) Radyasyon koliti
- c) Jüvenil polipozis
- d) Meckel divertikülü
- e) Crohn hastalığı

Cevap D (Sleisenger, *Gastrointestinal and Liver Disease, 6. baskı, 1. cilt, 1998, s.202*)

17. Kronik Hepatit C enfeksiyonunun tedavisinde tercih edilecek ilaç kombinasyonu aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Pegylated interferon + Ribavirin
- b) İnterferon + Lamivudin
- c) Lamivudin + Desferrioksamin
- d) İnterferon + Adefovir dipivoksil
- e) Pegylated interferon + Lamivudin

Cevap A (*Viral Hepatit, 2005, s.245*)

HEMATOLOJİ

1. Aşağıdaki kanama tiplerinden hangisi hemofilili hastalarda en sık görülür?

- a) Burun kanaması
- b) Hematüri
- c) Retroperitoneal kanamalar
- d) Hemartroz
- e) İntrakraniyal kanama

AÇIKLAMA: Hemofili hastalarındaki tipik kanama bulguları özellikle kas-iskelet sisteminde olup sıklıkla hematoma ve eklem içi kanamaları (hemartroz) şeklindedir. Hematomlar genellikle travma sonrası deri altında veya kas içinde gelişir. Hemofilili hastalarında en sık tutulan eklemler sırasıyla diz, dirsek ve ayak bileği eklemleridir. Hemartroz gelişen eklemlerin deri yüzünde ekimoz genellikle gözlenmez.

Cevap D (*Hematology in Clinical Practice, 3. Baskı, 2002, s. 349*)

2. Aşağıdaki parametrelerden hangisi anizositozun göstergesidir?

- a) MCV
- b) RDW
- c) MCHC
- d) PLT
- e) MCH

AÇIKLAMA: RDW, eritrosit büyüklük dağılım genişliğini ifade eder. Artması farklı boyutlarda eritrositlerden bolca bulunduğu anlamına gelir ve **anizositoz** olarak adlandırılır. Hemolitik anemide artar.

MCV, ortalama eritrosit hacmi anlamına gelir. Talassemide azalır, ancak retikülositozis nedeni ile üst sınıra yakın artışlar olabilir, bu nedenle talassemide mutlaka anne ve baba da değerlendirilir. MCV azalmasını periferik yaymadaki karşılığı mikrositoz artışının ise makrositozudur.

MCHC, Ortalama eritrosit hemoglobin konsantrasyonu anlamına gelir. Hemolitik anemilerde normaldir. Azalmasının periferik yaymadaki karşılığı hipokromdur. MCHC sadece herediter sferositoz ve kserositozda artabilir.

Cevap B (*Hematology Basic Principles and Practice, 3. Baskı, 2000, s.2470*)

3. Pika tanımlayan ve hipoferritinemisi olan hipokrom mikrositer anemili olguda tanınız hangisidir?

- a) Demir eksikliği anemisi
- b) Talassemi minör

- c) Sideroblastik anemi
- d) Kurşun zehirlenmesi
- e) Kronik hastalık anemisi

AÇIKLAMA: Serum ferritin düzeyinin <12-15 mg/L olması halinde kesin demir eksikliği tanısı konur.

Cevap A (*Sevgi Kalayoğlu-Beşışık, Demir Eksikliği Anemisi, Türkiye Klinikleri Hematoloji Dergisi, 2004; 2: 96-102*)

4. Kronik hastalık anemisi için hangisi doğrudur?

- a) Serum demiri artmıştır
- b) Serum ferritini azalmıştır
- c) Transferrin saturasyonu artmıştır
- d) Serum demir bağlama kapasitesi azalmıştır
- e) Serum transferrin reseptör düzeyi artmıştır

AÇIKLAMA: Kronik hastalık anemisinde: Serum demiri azalmıştır. Ferritin yüksek ya da normaldir. Transferrin saturasyonu azalmıştır. Serum demir bağlama kapasitesi azalmıştır. Serum transferrin reseptör düzeyi normaldir. Transferrin azalmıştır.

Cevap D (*Sevgi Kalayoğlu-Beşışık, Demir Eksikliği Anemisi, Türkiye Klinikleri Hematoloji Dergisi, 2004; 2: 103-7*)

5. Aşağıdaki ilaçlardan hangisi kanamanın durdurulmasında yardımcı olan ilaçlardandır?

- a) Dezmpressin (DDAVP-vazopressinin sentetik analogu)
- b) Doku plazminojen aktivatörü
- c) Warfarin
- d) Hirudin
- e) Tiklopidin

AÇIKLAMA: Desmopressin, antidiüretik hormonun sentetik bir analogudur ve yarılanma ömrü, vazopressinden daha uzundur (200 dakikaya karşılık 5 dakika). **Desmopressin** üremide uzamış olan **kanama** zamanını kısaltır.

Cevap A (*Günçağ Dinçal, Klinik Hematoloji, İ.Ü.İstanbul Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları, 2003, s.378*)

6. Heparinin antidotu aşağıdakilerden hangisidir?

- a) K vitamini
- b) Protamin sülfat
- c) N-asetil sistein
- d) Desferroksamin

e) Transanemik asit

AÇIKLAMA: Heparinin en önemli yan tesiri aşırı dozda kanama yapmasıdır; mutad dozda purpura, ekimoz, melana ve hematüri şeklinde ufak çapta kanama yapabilir. Duyarlı kimselerde cilt altına enjeksiyonlarda nekroz yapabilir. Erken ve geç tipte trombositopeni yapması sorun oluşturabilir. Uzun süre kullanımda osteoporoz yapabilir. Heparinin aşırı dozunun yaptığı kanamaya karşı antidot olarak IV **protamin sülfat** enjeksiyonu yapılır. Bu madde fazla baziktir ve fazla asidik olan heparini bağlayarak etkisini kimyasal antagonizma suretiyle nötralize eder.

Cevap B (Günçağ Dinçal, Klinik Hematoloji, İ.Ü.İstanbul Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları, 2003, s.400)

7. Aşağıdakilerden hangisi kalıtsal trombofili nedenlerinden biri değildir?

- Faktör V Leiden (Aktive protein C direnci)
- Doku plasminojen aktivatör (tPA) eksikliği
- Disfibrinojenemi
- Protrombin 20110
- Antifosfolipid sendromu

AÇIKLAMA: Bkz. Tablo 1.

Cevap E (Günçağ Dinçal, Klinik Hematoloji, İ.Ü.İstanbul Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları, 2003, s.376)

8. Kumadin kullanan bir hasta hangi laboratuvar incelemesi ile takip edilir?

- APTT
- PT
- Anti-Faktör Xa
- Kanama zamanı
- ACT

AÇIKLAMA: Kumadin kullanıldığında hastanın protrombin zamanının normal protrombin zamanına oranı 2.5-3 civarında tutulmaya gayret edilir.

Cevap B (Hoffman, Hematology, Basic principles and practice, 3. baskı, 2000, s.2040-2046)

9. Otuz beş yaşında halsizlik şikayetiyle başvuran, fizik muayenesinde purpuraları olan, hemoglobini 6 gr/dl, lökosit sayısı 2000/mm³, trombosit sayısı 6000/mm³ olarak tespit edilen hastanın ön tanıları arasında hangisi öncelikli olarak yer almaz?

- ALL
- AML
- MDS

Tablo 1. Trombofili nedenleri.

Kalıtsal Trombofili

Faktör V Leiden mutasyonu
Protrombin G20210A mutasyonu
Protein S eksikliği
Protein C eksikliği
Antitrombin eksikliği
Sistatyonin-beta-sentetaz, methionin sentetaz ve metilen tetrahidrofolat redüktazın konjenital eksikliklerine bağlı hiperhomosisteinemi
Heparin kofaktör II eksikliği
Plazminojen eksikliği
Disfibrinojenemiler
Faktör XII eksikliği
Faktör VIII koagulan aktivitesinde artış
Konjenital venöz anomaliler

Akkiz Hastalıklar

Maligniteler
Cerrahi, özellikle ortopedik
Travma
Hamilelik
Oral kontraseptifler
Hormon replasman tedavisi
Gen mutasyonları ile ilişkili olmayan aktive protein C direnci
Faktör VIII'de artış (konjenital veya akkiz olabilir)
Tamoksifen
İmmobilizasyon
Konjestif kalp yetmezliği
Vitamin eksikliği veya diğer genetik olmayan sebeplerle ilişkili hiperhomosisteinemi
Antifosfolipid antikorlar
Myeloproliferatif hastalıklar
Paroksizmal nokturnal hemoglobinüri
İnflamatuvar barsak hastalığı
Nefrotik sendrom
Hiperviskozite
Hiperlökositoz
Orak hücreli anemi

d) Aplastik anemi**e) KML**

Cevap E (Hoffman, Hematology, Basic principles and practice, 3. baskı, 2000, s.1155-1171)

10. ALL'li bir hastaya verilmek üzere Kan bankasından 1 aferez ünitesi trombosit süspansiyonunu geldi fakat hasta USG çekilmesi için personel tarafından götürülmüş. Hastanın 45 dakika sonra geleceğini öğrenildi. Trombosit süspansiyonları ne yapılmalıdır?

- Buzdolabının kapağında saklanmalıdır.
- Buzdolabının buzluğunda saklanmalıdır.
- Hasta yakını vücut ısısına getirmelidir.
- Kan merkezinde saklanmalıdır.

e) Kan merkezinde imha edilmelidir.

Cevap D (Triulzi, *Kan transfüzyon tedavisi*, 1999, s.14)

11.Hidrops fötalıs klinik tablosu aşağıdaki hastalıklardan hangisinde görölür?

- a) Alfa talassemi
- b) Konjenital diseritropoetik anemiler
- c) Herediter sideroblastik anemi
- d) Beta talassemi
- e) Pernisiyöz anemi

AÇIKLAMA: Hemoglobin Bart's Hidrops Fetalıs

Sendromu: alfa talassemının homozigot formudur. Hemoglobin Bart's (γ4) 4 alfa geninin yokluğunda oluşan bir hemoglobindir.

Cevap A (Dinçol, *Türkiye Klinikleri Hematoloji Dergisi, Anemiler Özel Sayısı*, 2004, s.150)

12.Vitamin B12 (kobalamin) eksikliği için yanlış olan önermeyi bulunuz.

- a) Çocukluk çağında, poliendokrinopati ile birlikte bulunabilir.
- b) Proteinüri ile seyreden biçimine 'Imerslund Grasbek' sendromu denir.
- c) Serum kobalamin düzeyi, her zaman düşük bulunmaz.
- d) Vitamin B12 eksikliği ile demir eksikliği beraber ise serum demiri normal bulunabilir.
- e) Serum metil malonik asid düzeyi normaldir.

AÇIKLAMA: Vitamin B12 eksikliği, çocukluk çağında 'juvenil pernisiyöz anemi' şeklinde görölabilir. Juvenil pernisiyöz anemi, 10 yaştan sonra görölür. Gastrik atrofi, aklorhidri, İF yokluğu ile seyreder. Parietal hücre ve İF'e karşı antikor yapımı vardır. Bu tip, endokrinopati ile birlikte (hipotiroidi, Addison hastalığı, hipoparatiroidi) olabileceği gibi İgA eksikliği ile birlikte de olabilir. **Imerslund Grasbek sendromu** ise ileal reseptör yokluğuna veya fonksiyon bozukluğuna bağlıdır. İF, mide mukozası normaldir. En önemli özelliği, tübüler proteinüri ile birlikte olmasıdır.

Serum kobalamin düzeyi, genellikle 100 pg/ml'nin altındadır. Ancak, bunun tek başına değeri azdır. Çünkü, serum kobalamin düzeyi, normal veya yüksek olmasına rağmen kobalamin eksikliği olabilir. Serumdaki **metilmalonalik asid ve homosistein düzeyleri artmıştır.**

Bunun nedeni, kobalaminin , hücre içinde bir koenzim olarak, aşağıdaki iki önemli reaksiyonda görev yapmasıdır:

1) Metiyonin sentetaz (5-tetra hidro folat homosistein metiltransferaz):

Metil kobalamin (MeCbl)'e ihtiyaç duyar.

Bu enzim, Homosistein + 5-metil tetrahidro folat (THF)-----Metiyonin reaksiyonunu katalize eder.

2) Metilmalonalik CoA mutaz:

Adenozil kobalamin'e ihtiyaç duyar.

Bu enzim, Metilmalonalik CoA-----süksinil CoA reaksiyonunu katalize eder.

Vitamin B12 eksikliği sırasında bakılan serum demiri ve transferrin saturasyon düzeyi yüksek bulunabilir. Bunun nedeni, inefektif eritropoiezisdir. Tek doz vitamin B12 enjeksiyonundan sonra, ilk 24 saat içinde serum demiri % 50 oranında azalır. Bu durum, vitamin B12 tedavisine cevabı belirleyen ve tanının doğruluğunu destekleyen ölçütlerden biridir

Cevap E (Nathan and Oski's *Hematology of Infancy and Childhood*, 5.baskı, 1.Cilt, s. 389,394,396,397,400-401)

13.Polisitemia veralı hastalarda primer ölüm nedeni hangisidir?

- a) AML'ye transformasyon
- b) Myelofibroze bağlı kemik iliği yetmezliği
- c) Trombozis
- d) Hemoraji
- e) İnfeksiyonlar

AÇIKLAMA: Polisitemia Vera'da **tromboz** ve hemoraji: Eritrosit kitlesinin artışı ile birlikte ortaya çıkan hiperviskozite nedeniyle görölen **tromboz** ve hemorajiler PV'nin en önemli komplikasyonlarıdır. Tedavi edilmeyen hastalarda semptomların ortaya çıkmasından sonraki ilk 18 ayda %50 mortalite genellikle **tromboz** nedeniyleledir. PV'de arteriel trombozlar venöz trombozlardan biraz daha çok görölür. **Hastalıktan ölüm nedenleri arasında serebrovasküler ve kardiyak trombozlar başta gelir.**

Cevap C (Günçağ Dinçal, *Klinik Hematoloji, İ.Ü.İstanbul Tıp Fakóltesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları*, 2003, s.246)

14.Fankoni aplastik anemisi için aşağıdaki ifadelerden yanlış olanı işaretleyiniz.

- a) Periferik lenfositlere DEB gibi klastojenik ajanlar uygulandıktan sonra kromozom kırığı oluşumu belirgin biçimde artar.
- b) Tüm Fankoni aplastik anemilerinde DEB testi pozitifdir.
- c) Mikrosefali, mikroftalmi, tipik yüz görünümü vardır.
- d) Androjen alımına bağlı olarak peliosis hepatis görölabilir.
- e) Makrositoz ve Hb F artışı vardır.

AÇIKLAMA: Kromozom kırıkları, yapısal anomaliler, kromatid exchange'leri ve endoreduplikasyonları, bu hastalarda sıktır. Tanı için, periferik kan lenfositlerinin kültürü yapılarak, metafaz plaklarında oluşan kromozom kırıkları değerlendirilir. Kùltürlerde, hiçbir řey eklenmeden de kromozom kırık sayısı fazladır.

HEMATOLOJİ

Ancak tanı için değerli olan, periferik lenfositlerde klastojenik ajanlar (diepoksibütan-DEB- veya mitomisin) uygulandıktan sonra kromozom kırıklarının dramatik biçimde artmasıdır (FA'de DEB uyarısından sonra hücre başına 8.96 kırık oluşurken, normal bir kişide hücre başına 0.06 kırık oluşur). Bu özellik, prenatal ve postnatal tanıda sıklıkla kullanılmaktadır. Tanı için, kültür öncesinde oluşan spontan kırıkların varlığı önem taşımamaktadır. (FA hastalarında spontan kırık olmayıp, yalnızca klastojenik stres ile de oluşabilir. Bloom sendromu ve ataksi telenjektazide de spontan kromozom kırığı vardır ancak klastojenik stres ile kırıklar artmaz).

Ancak DEB - olan fakat Fanconi aplastik anemisi özelliklerini gösteren olgular da vardır. Bunlara 'DEB -, non-Fanconi aplastik anemisi' denir. Bu hastalarda, otosomal resesif geçiş değil, sporadik mutasyon söz konusudur.

En önemli bulgu, eşlik eden morfolojik anomalilerin varlığıdır. Hastalığın en tipik özelliği, kısa boy, mikrosefali, mikroftalmi, kafe-o-la lekeleri, tipik yüz görünümü, başparmak ve radius anomalileridir.

Fetal (stres) eritropoiezis bulguları vardır (Makrositoz, hemoglobin F'de artma, eritrosit yüzeyinde i antijeni varlığı). Bu bulgular, FA'li hastada, anemi gelişmeden önce, anemi sırasında ve FA remisyona girdikten sonra da devam eder.

Tedavide kullanılan androjen alımına bağlı olarak karaciğer tümörleri yanısıra, obstrüktif sarılık, **peliozis hepatis (karaciğer parankimi içine kanama)** görülebilir.

Peliosis hepatis: Disse mesafeeri ve/veya sinüzoidal lümenlerin kistik genişlemesine neden olan ve içi eritrositlerle dolu olan, bazen etrafı endotelle çevrilmiş olan lezyonlara denir. Androjen kullanımından 2-27 ay sonra gelişebilir. İntraperitoneal kanama ve bazen ölüme neden olabilir.

Cevap B (*Oski Nathan and Oski's Hematology of Infancy and Childhood, 5.baskı, 1.Cilt, s.259-268*)

15.Aşağıdaki hangi durumlarda trombositopeni görülmez?

- Hipotermik anestezi
- Penisilin kullanımı
- Bernard Soulier sendromu
- İdiyopatik trombositopenik purpura
- Karaciğer hastalıkları

AÇIKLAMA: Hipotermik anestezi, trombositlerin anormal dağılımına neden olarak trombositopeniye neden olur. 'Bernard-Soulier Sendromu' ise değişken derecelerde trombositopeni ile seyreden bir trombosit fonksiyon

bozukluğu hastalığıdır (GP Ib/IX kompleksi yanında GP V de eksiktir. VWF ve ristosetin ile agregasyon yoktur. Trombositlerin büyük olması (yer yer dev trombositler vardır) tipiktir.

Antikor yapımını arttırarak trombositopeniye neden olan ilaçlar: Penisilin, Metisilin, Sefalotin, Gantrisin, PAS, Diazepam, Kinin, Kinidin, Heparin

İdiyopatik (veya immün) trombositopenik purpura ana trombosit hücrelerinin trombosit antikorları tarafından retikuloendotelial hücrelerce yıkılmasına oluşan bir trombositopeni türüdür.

Karaciğer hastalığında trombositopeniye rastlanmaz.

Cevap E (*Galenos Aylık Tıp Dergisi 2004; 91:70-71*)

16.Orak hücreli anemi için aşağıdaki ifadelerden yanlış olan hangisidir?

- Hb S molekülleri, belli koşullarda filamanlar şeklinde sitoplazmaya çöker ve daha sonra eritrosit, orak şeklini alır.
- Uzun ve yassı kemiklerde aseptik nekroz görülebilir.
- Orak hücreli anemide en sık osteomyelit nedeni salmonella'dır.
- On yaşına kadar splenomegali görülür.
- Beyinde vazooklüziv kriz geçiren hastalarda düzenli olarak kan değişimi (exchange transfusion) yapılmalıdır.

AÇIKLAMA: İnfantlarda ve küçük çocuklarda, splenik konjesyona bağlı olarak, splenomegali olur; ancak daha sonra dalak dolaşımındaki, eritrositlerin oraklaşmalarına bağlı bozulma nedeni ile dalak fonksiyonları bozulur; buna '**fonksiyonel aspleni**' denir. Normal eritrosit transfüzyonları yapılarak, bu, geçici olarak düzeltilebilir. Tekrarlayan infarklar sonucunda fibrozis gelişmesine bağlı olarak ise, 5-6 yaşlarında otosplenektomi olur; dalak ele gelmez.

7-8 yaşından sonra splenomegalinin devam etmesi, başka hemoglobinopatilerin varlığını düşündürmelidir.

Hb S, oksijenini kaybettiği, yani deoksihemoglobin olduğunda, eriyebilirliği, deoksi hale geçmiş HbA'ninkinden çok daha azdır. HbS molekülleri, belli koşullarda, filamanlar halinde sitoplazmaya çöker; daha sonra eritrosit orak şeklini alır.

Oraklaşmış eritrositler, bir taraftan kan viskozitesini arttırır, kan dolaşımını bozar ve trombüs oluşumuna neden olur. Diğer taraftan, oraklaşan hücrelerin, erkenden parçalanması sonucunda, hemolitik anemi belirti ve bulguları ortaya çıkar.

Krizler: Orak hücreli anemide, üç çeşit kriz görülebilir: Ağrılı kriz (vazooklüsiv kriz), sekestrasyon krizi, aplastik kriz, nadiren hiperhemolitik kriz

Vazooklüsiv kriz, başlıca kemik, akciğer, karaciğer, dalak, beyin ve peniste görülür.

*Kemikte vazooklüsiv kriz üç dört yaşlarında başlar. Humerus, radius, tibia, femur ve ulna tutulur. Osteomyelitle karışır. Bu hastalarda uzun dönemde, daktilitis (hayatın ilk yıllarında), femur başı ve humerus başında osteonekroz (aseptik nekroz), medüller boşlukta genişleme, kortekste incelleme (kafa grafilerinde kalvariumda genişleme ve diplo mesafesinde artma), anterior maksillada büyüme, vertebralarda tipik 'bikonkav' görünüm (balık ağzı görüntüsü) gibi sorunlar görülebilir.

*Ancak, orak hücreli anemi hastasında **osteomyelit** görülebilir. Ancak, normal bir hastada en sık rastlanan etken stafilocok iken, orak hücreli anemi hastasındaki etken '**salmonella**'dir.

*Santral sinir sisteminde vazooklüsiv kriz, konvülsiyon, meninks irritasyon bulguları, körlük, radikülopati, vertigo, serebral infarktüs, multipl anevrizma oluşumu, intrakranial hemoraji (en çok subaraknoid kanama) şeklindedir. Tedavi edilmeyen olgularda, mortalite ve morbidite yüksektir. Ayrıca, hastaların %70'inde, atak ilk üç yıl içinde tekrarladığından, bu hastalara düzenli aralıklarla exchange transfüzyon yapılır.

Cevap D (*Oski Nathan and Oski's Hematology of Infancy and Childhood, 5.baskı, 1.Cilt, s. 775-779, 783*)

17.Aşağıdakilerden hangisi heparin için doğrudur?

- a) K vitamini antagonistidir.
- b) Faktör V'i inaktive eder.
- c) Faktör VIII'i inaktive eder.
- d) Antitrombin III'ü aktive eder.
- e) Protein C'yi aktive eder.

AÇIKLAMA: Heparin, kendisi bir antikoagülan değildir. Antitrombin III (ATIII) ise serin proteaz inhibitör (SERPIN) ailesinden bir plazma proteini olup trombin ve faktör Xa gibi aktive olmuş koagülasyon proteazları (pıhtılaşma faktörleri)nı inaktive ederek koagülasyonu düzenler. **Heparin ATIII'e bağlanarak ATIII'ün bu pıhtılaşma faktörlerini inaktivasyonunu artırır. Oral antikoagulanlar K vitamini antagonistidir.** Faktör V ve VIII aktive olmuş protein C (PC) tarafından inaktive edilir. Protein C, K vitaminine bağımlı bir plazma proteini olup trombin-trombomodulin kompleksi ile aktive edilir.

Cevap D (*Lee GR, Foerster J, Lukens J, Paraskevas F, Greer JP, Rodgers GM. Wintrobe's Clinical Hematology, 10.baskı, 1999, s.1793*)

18.Hücresel kan komponentleri hangi amaçla ışınlanır?

- a) Akut hemolitik transfüzyon reaksiyonunu önlemek amacıyla
- b) Komponentteki lökosit sayısını azaltmak amacıyla
- c) Komponentteki mikroorganizmaları öldürmek amacıyla
- d) Eritrosit ve trombositlere karşı alloimmunizasyon gelişmesini önlemek amacıyla
- e) Transfüzyona bağlı Graft-versus-host hastalığı gelişmesini önlemek amacıyla

Cevap E (*Willams Hematology, 6. Baskı, 2001, s. 1888*)

19.Vitamin B12 eksikliğinde tedaviyle kemik iliği ne zaman normal morfolojik görünümünü kazanır?

- a) 1 ayda
- b) 6 haftada
- c) 2 haftada
- d) 1 haftada
- e) 24 saatte

Cevap E (*Hematology Basic Principles and Practice, 3. Baskı, 2000, s.475*)

20.Aşağıdaki ifadelerden hangisi doğrudur?

- a) Bir ünite tam kan 250 mg demir içerir
- b) Bir ünite eritrosit süspansiyonu 150 mg demir içerir
- c) Demir önce parankimde daha sonra da retikuloendotelial sistemde birikir
- d) Bir ünite eritrosit süspansiyonunun transfüzyonu başladıktan sonra en fazla 24 saatte tamamlanmalıdır.
- e) Tam kan veya eritrosit süspansiyonu transfüzyonunda kan torbasına veya sete dekstroz dışında hiçbir solüsyon verilemez

Cevap A (*Hematology Basic Principles and Practice, 3. Baskı, 2000, s.2308*)

21.Beta talassemi majorlu olgularda transfüzyon ihtiyacı ne zaman başlar?

- a) Doğum mümkün olmadığından görülmez
- b) Doğum esnasında vardır
- c) Doğum sonrası 3-6 ayda
- d) Puberte sonrası gözlenir
- e) Transfüzyon ihtiyacı görülmez

HEMATOLOJİ

Cevap C (*Sevgi Kalayoğlu-Beşişik, Demir Eksikliği Anemisi, Türkiye Klinikleri Hematoloji Dergisi, 2004; 2: 144-52*)

ONKOLOJİ

1. Allopürinol kullanılırken aşağıdaki hangi ilaçların dozunu azaltmak gerekir?

- a) Novalgin
- b) Parasetamol
- c) 6 merkaptopürin
- d) 5 florourasil
- e) Endoksan

AÇIKLAMA: Allopürinol 6 merkaptopürinin yıkımı önler ve dolayısıyla toksisitesini artırır.

Cevap C (*Hacettepe İç Hastalıkları Kitabı, 2003*)

2. Elli yaşında erkek hastada arka servikal bölgede lenfadenopati varlığında, ilk önce hangi organ veya bölgenin muayenesi yapılmalıdır?

- a) Nazofarenks
- b) Tiroid
- c) Testisler
- d) Pelvik bölge
- e) Karın içi

AÇIKLAMA: Nazofarenksin lenfi arka servikal bölgeye drene olur. Primer küçük olup metastazla kendini belli edebilir.

Cevap A (*Hacettepe İç Hastalıkları Kitabı, 2003*)

3. Hangi tip Hodgkin Hastalığı kadınlarda sık görülür ve mediasteni tutar?

- a) Mikst sellüler
- b) Lenfositten zengin
- c) Nodüler skleroz
- d) Lenfositten fakir
- e) Lenfositik prödominans

AÇIKLAMA: Hodgkin Hastalığı orta hattı sık tutar, mediasten tutulumu kadınlarda erkeklere göre daha sık olur.

Cevap C (*Hacettepe İç Hastalıkları Kitabı, 2003*)

4. Hodgkin Hastalığı tedavisinde kullanılan hangi ilaç zayıf bir monoamin oksidaz inhibitörüdür ve hipertansif krize neden olur?

- a) Prokarbazin
- b) Adriablastin
- c) Florourasil
- d) Kortizon
- e) Endoksan

AÇIKLAMA: Prokarbazin diğer monoamin oksidaz inhibitörü ilaçlar, küflü peynir, şarap gibi yiyeceklerle birlikte kullanılmamalıdır.

Cevap A (*Hacettepe İç Hastalıkları Kitabı, 2003*)

5. Aşağıdaki hangi ilaç uygunsuz ADH sendromuna neden olur?

- a) Vinkristin
- b) Kortizon
- c) H₂ reseptör blokörleri
- d) ACE inhibitörleri
- e) 5 florourasil

AÇIKLAMA: Vinca alkaloidleri, endoksan bu sendromu meydana getirirler.

Cevap A (*Hacettepe İç Hastalıkları Kitabı, 2003*)

6. Hangi hastalıkta kardiyak tamponad görülme olasılığı yüksektir?

- a) SLE
- b) Romatoid artrit
- c) Lenfoma
- d) Nazofarenks kanseri
- e) Tiroid kanseri

AÇIKLAMA: Lenfomalar mediasten lenf nodlarını tuttukları zaman komşuluk yoluyla kolayca kalp zarına infiltre olup, kalp tamponadına neden olurlar.

Cevap C (*Hacettepe İç Hastalıkları Kitabı, 2003*)

7. Yirmi yaşında erkek hastanın askerlik muayenesi sırasında dalağı büyük bulunuyor ve multipl mikrolenfadenopatiler saptanıyor. Beyaz küresi 20 000/ml, ürik asidi 10mg/dl olan bu hastada en büyük olasılık nedir?

- a) Herediter sferositoz
- b) Hepatit
- c) Agnojenik miyeloid metaplazi (AMM)
- d) KLL
- e) KML

AÇIKLAMA: Hasta gençtir ALL, AMM olamaz. Yakınması yoktur. Patoloji muayene sırasında saptanmıştır. Herediter sferositozda beyaz küre yükselmez.

Cevap E (*Hacettepe İç Hastalıkları Kitabı, 2003*)

8. Litik lezyonları olup, alkalen fosfatı 925 U/mL olan bir hastada hangi olasılık en yüksektir?

- a) Mide kanseri
- b) Multipl miyelom
- c) Safra yolları kanseri
- d) Prostat kanseri
- e) Akciğer kanseri

AÇIKLAMA: Akciğer kanseri kemiğe sık metastaz yapar. Burada kemik bir taraftan yıkılırken diğer

ONKOLOJİ

tarafından devam eder. Bu nedenle alkalen fosfataz yükselir. Multipl myelomada sadece yıkım olduğu için alkalen fosfataz yükselmez. Prostat kanserinde litik lezyon nadir görülür. Mide ve safra kesesi kanserlerinde kemik metastazları son derece seyrek olur.

Cevap E (*Hacettepe İç Hastalıkları Kitabı, 2003*)

9. Hiperkalsemi hastada serum fizyolojik ile birlikte loop diüretikleri verilmesinin nedeni nedir?

- a) Sodyum atılırken kalsiyumu da sürüklemesi için
- b) Potasyumu atmak için
- c) Hastaya sıvı yüklemek için
- d) Hastaya sodyum vermek için
- e) Hastanın kalp yetmezliğine girmesini önlemek için

AÇIKLAMA: Sodyum atılırken kalsiyumu da beraberinde götürür.

Cevap A (*Hacettepe İç Hastalıkları Kitabı, 2003*)

10. İmmünproliferatif ince bağırsak hastalığında etken olduğu düşünülen aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Giardia
- b) Ertenroagregatif E. coli
- c) Camplobacter jejuni
- d) Necator americanus
- e) Helicobacter pylori

AÇIKLAMA: Yapılan çalışmalarda bu bakteri gösterilmiştir.

Cevap C (*Hacettepe İç Hastalıkları Kitabı, 2003*)

11. Hangisinde trombositopeni görülür?

- a) Addison hastalığı
- b) SLE
- c) KML
- d) Mesane kanseri
- e) Henoch Schonlein purpurası

AÇIKLAMA: SLE'de bazan ilk belirti trombositopeni olabilir. KML'de trombositler artar. Diğerlerinde azalmaz.

Cevap B (*Hacettepe İç Hastalıkları Kitabı, 2003*)

12. Pansitopenisi olan ve kemik iliğinde eritroid hiperplazi görülen olguda aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a) Hipersplenizm
- b) Akciğer kanseri
- c) Orak hücreli anemi
- d) Herediter sferositoz
- e) Talassemi

AÇIKLAMA: Hipersplenizmde pansitopeni ve eritrosit yıkımına bağlı kemik iliğinde eritroid seri hücrelerinde

artış görülür. Akciğer kanseri kemik iliğine metastaz yapıp, pansitopeni yaparsa da bu nadirdir. Diğerlerinde anemi görülür.

Cevap A (*Hacettepe İç Hastalıkları Kitabı, 2003*)

13. Karında dev kitle ile gelen ve lenfoma tanısı alan bir hastada tedavi sonrası kitlede belirgin küçülme olmasına karşın idrar miktarı azalıyor ve tetani meydana geliyor. Aşağıdaki olasılıklardan hangisi meydana gelmiştir?

- a) Hiperürisemi
- b) Hipokalsemi
- c) Tümör lizis sendromu
- d) Hiperkloremik asidoz
- e) Hipokloremik alkaloz

AÇIKLAMA: Tümör lizis sendromunda hiperürisemi, hipokalsemi birlikte görülür.

Cevap C (*Hacettepe İç Hastalıkları Kitabı, 2003*)

14. Akciğer kanserinin hangi alt tipi daha yavaş seyirlidir?

- a) Küçük hücreli
- b) Adenokanser
- c) Büyük hücreli kanser
- d) Epidermoid
- e) Bronkoalveolar

AÇIKLAMA: Epidermoid kanserde özellikle lokalize hastalıkta radyoterapiye iyi yanıt alınacağı için prognoz en iyidir.

Küçük hücreli tip başlangıçta tedaviye iyi yanıt verse de, çabuk rezistans kazanır. Diğerlerinden kemoterapi cevabı iyi değildir.

Cevap D (*Hacettepe İç Hastalıkları Kitabı, 2003*)

15. Hangi hastalıklarda malignansı riski fazladır?

- a) Peutz Jeghers sendromu
- b) Nörofibromatozis
- c) Multipl osteomlar
- d) Lipomatozis
- e) Herediter telenjektazi

AÇIKLAMA: Nörofibromatoziste yaşla birlikte malignansı artar. Beyin, yumuşak doku, akciğer, kolon tümörleri siktir.

Cevap B (*Hacettepe İç Hastalıkları Kitabı, 2003*)

16. Hodgkin hastalığı etiolojisinde en çok suçlanan virus hangisidir?

- a) Hepatit B virüsü
- b) Epstein-Barr virüsü
- c) Sitomegalovirus
- d) Parvovirus B19
- e) Hepatit C virüsü

AÇIKLAMA: Hodgkin hastalığının etyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Genç erişkin yaşlarda geçirilen bir viral enfeksiyonun bazı kişilerde premalign lenfoid hücrelerin çoğalmasını tetikleyebileceği varsayımları güncelliğini korumaktadır. En çok tartışılan aday virüs Epstein-Bar virus'udur.

EBV beraberliği en sık, özellikle gelişmekte olan ülkelerdeki çocuklarda, yaşlı erişkinlerde ve edinsel immün yetmezlik sendromu hastalarında ortaya çıkan Hodgkin hastalığında ve karışık hücreli ve lenfositten fakir alt gruplarda görülmektedir.

Cevap B (Ahmet ÖZTUNALI, Vildan ÖZKOCAMAN. *Talassemi, Türkiye Klinikleri Hematoloji Dergisi, 2004; 2: 71-82*)

17. Aşağıdakilerden hangisi NHL'da prognostik faktörlerden değildir?

- Yaş
- Seks
- LDH
- Performans statusu
- Stage

AÇIKLAMA: NHL'da prognostik faktörler: Yaş, Serum LDH seviyesi, Performans statusu ve evre'dir.

Cevap B (Devita, *Cancer Principles and Practice of Oncology, 1997, 5.baskı, s.2194*)

18. Hodgkin hastalığının en sık görülen tipi aşağıdakilerden hangisidir?

- Nodüler lenfosit predominant tip
- Lenfositten zengin tip
- Nodüler sklerozan tip
- Miks sellüler tip
- Lenfositten fakir tip

AÇIKLAMA: Nodüler sklerozan tip en sık görülen tiptir. Genellikle genç kadınlarda görülür ve sıklıkla servikal lenfadenomegali veya büyük mediastinal kitle ile kendini belli eder.

Cevap C (Emmanouilides, *Manual of Oncology, 2000, s.405*)

19. KLL'de en sık görülen komplikasyon hangisidir?

- Enfeksiyonlar
- İmmün hemolitik anemi
- İmmün trombositopeni
- Large cell lenfomaya transformasyon
- Trombosis

AÇIKLAMA: Enfeksiyonlar KLL'de başlıca morbidite ve mortalite nedenidir.

Cevap A (Günçağ Dinçal, *Klinik Hematoloji, İ.Ü.İstanbul Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları, 2003, s.216*)

20. On sekiz yaşında bir lise öğrencisi futbol oynarken sol femurunu distalden kırdığında patolojik fraktürü olduğu saptanmıştır. Yüksek gradeli osteosarkomu için sol bacağı ampute edilen hastanın metastatik hastalık için yapılan tetkikleri tomografi ve sintigrafi dahil olmak üzere negatiftir. Aşağıdakilerden hangisi bu hasta için en iyi takip planıdır?

- Daha fazla tedaviye ihtiyaç yoktur, 3 ayda bir takibi yeterlidir.
- Sisplatin ve Doksorubisinden oluşan kemoterapi verilmelidir.
- Sisplatin ve Doksorubisin içeren kemoterapiye ek olarak kesilen bacağın uç kısmına radyoterapi uygulanmalıdır.
- Sisplatin ve Doksorubisin kemoterapisine ek olarak akciğerlere düşük doz radyoterapi verilmelidir.
- Yüksek doz kemoterapi ile otolog kemik iliği nakli yapılmalıdır.

Cevap B (Raymond, *Osteosarcoma, 1995, s.841-67*)

21. Elli sekiz yaşında bir erkek, sınırlı evre küçük hücreli akciğer kanseri için 4 kür sisplatin, 80 mg/m² Etoposid 100 mg/m² kemoterapisine ek olarak ilk kürden başlayarak toplam 4 500 cGy radyoterapiyi 30 gün içinde almıştır.

Bütün tedavilerin tamamlanmasından 3 hafta sonra hasta boynunu eğdiği zaman bacaklarının arka kısmından aşağı doğru yayılan bir elektrik hissi ile size başvurmuştur. Muayenede alt üst ekstremitelerdeki kas gücü 4/4'tür. Rektal sfinkter tonusu normaldir. Nörolojik muayenede oryantasyon ve dikkat seviyesi normal bir hastadır. Hafıza kaybı bulunmamıştır. Dizlerin ve dirseklerin altında hafif derecede azalmış pozisyon ve vibrasyon hissi not edilmiştir. Serebellar muayenede herhangi bir özellik yoktur.

Aşağıdakilerden hangisi bu hastanın şikayetinin en muhtemel sebebidir?

- Spinal kort basısı
- Subakut kombine serebellar dejenerasyon
- Beyin metastazları
- Sisplatin'e bağlı nöropati
- Radyasyon miyelopatisi

Cevap E (Feld, *Lung Cancer, 1994, s.307-17*)

22. Meme kanserinde hangi tümör belirteci yüksek olabilir?

- CEA ve CA-125
- CEA ve CA-19-9

ONKOLOJİ

- c) CEA ve CA 15-3
- d) LDH
- e) CA-72-4

AÇIKLAMA: A over, B ve E gastrointestinal kanserlerde, LDH lenfomalarda artar.

Cevap C (*Hacettepe İç Hastalıkları Kitabı, 2003*)

23.Kırk üç yaşında bir erkek son 2 aydır artan öksürük ve balgam şikayetleri ile size başvurmuştur. 1 ay önce sağlık ocağında 2 haftalık antibiyotik tedavisi verilmiş ve fakat hastanın şikayetlerinde bir değişiklik olmamıştır. Akciğer grafisi 1 hafta önce çekilmiş ve sağ orta lobda bir infiltrasyon gösteriyor. Fiberoptik bronkoskopi intermediate bronkusun daraldığını gösteriyor. Fırça ve yıkamalarla adenokarsinom tanısı konuluyor. Tomografide sağ orta lobda bir kitle saptanıyor, hiler bölgede dolgunluk var. Birkaç sağ paratrakeal subkarinal lenf nodu, boyutları 1.5 ila 2 cm çapında değişmek üzere not ediliyor. Üst abdomen tomografisinde adrenal veya karaciğer metastazları görülüyor.

Aşağıdakilerden hangisi bu hastanın bundan sonraki tedavisine en uygun yaklaşımdır?

- a) Radyoterapi
- b) Kombinasyon kemoterapisi
- c) Eş zamanlı kemoterapi ve radyoterapi
- d) Mediastinoskopi
- e) Torakotomi

Cevap D (*Nesbitt, Survival in Early-Stage Non-Small Lung Cancer. Ann Thorac Surg. 1995; 60:466-72*)

24.Multipl myelomanın gelişiminde IL-6 ile ilişkili akut faz reaktanı hangisidir?

- a) Ferritin
- b) Amiloid A,
- c) CRP

- d) LDH
- e) Hemosiderin

AÇIKLAMA: Serumda CRP düzeyi, IL-6 aktivitesini yansıtır. IL-6 miyelom hücreleri için büyüme ve yaşam faktörüdür. Hepatosit düzeyinde CRP sentezini stimüle eder, bu nedenle CRP değerleri kötü prognozu gösterir.

Cevap C (*Devita, 5. baskı, Cancer Principle and practice of Oncology 1997, s.2347*)

25.Kırk bir yaşında bir kadın rutin mamogramda sol memenin üst dış kadranda mikrokalsifikasyon kümesi görüldüğü için size başvuruyor. Fizik muayenede ele gelen bir kitle yok. 2 cm'lik meme dokusu rezeke ediliyor, radyografide kalsifikasyonların eksizye edildiğini doğruluyor. Patolojik muayenede komedo tipi duktal karsinoma insitu olduğu ve sınır pozitifliği olduğu not ediliyor. Tekrar eksizyon yapıldığında rezeke edilen dokuda da tekrar multifokal duktal karsinoma insitu odakları olduğu görülüyor.

Aşağıdakilerden hangisinin önerilmesi gerekir?

- a) Tamoksifen tedavisi ve rutin takip
- b) Meme ve aksillaya radyoterapi
- c) Aksiller lenf nodu ve ameliyat sonrası memeye radyoterapi
- d) Primer alanın tekrar eksizye edilmesi, aksiller lenf nodunun diseke edilmesi, memeye post-operatif radyoterapi verilmesi
- e) Total mastektomi

Cevap E (*Fisher B, Anderson S. Conservative Surgery For The Management Of Invasive And Noninvasive Carcinoma of The Breast: NSABP Trials. World J Surg 1994;18:63-9*)

İMMÜNOLOJİ-ROMATOLOJİ

1. Yirmi dört yaşındaki erkek hasta, 7 yıldır Behçet hastalığı tanısı ile izleniyor, 20 gündür süren hemoptizi şikayeti ile hastaneye başvuruyor. Hasta öncelikli hangi öntanı ile değerlendirilmelidir?

- a) Pnömoni
- b) Bronşiektazi
- c) Pulmoner tromboemboli
- d) Pulmoner arter anevrizması
- e) Tüberküloz

AÇIKLAMA: Pulmoner arter anevrizması rüptürü Behçet hastalarında önemli bir mortalite nedenidir. Derin ven trombozu Behçet hastalığında sık görülmekle beraber pulmoner tromboemboli gelişmesi trombüsün damar duvarına sıkıca yapışık olması nedeni ile sık değişir.

Cevap D (*Yazıcı, Behçet's Syndrome, 2003, 3. baskı, s. 1665-1671*)

2. Raynaud fenomeni aşağıdakilerden hangisinde kan alışkanlığındaki değişime sekonder gelişir?

- a) Skleroderma
- b) Burger hastalığı
- c) Ateroskleroz
- d) Kriyoglobulinemi
- e) Beta bloker kullanımı

AÇIKLAMA: Skleroderma, Burger hastalığı, aterosklerozda damarlarda yapısal bozukluğu bağlı olarak, beta blokör kullanımında vazospazma bağlı olarak Raynaud fenomeni görülmektedir. Kriyoglobulinemide ise kan akışkanlığında artış Raynaud fenomeni gelişmesi nedenidir.

Cevap D (*Allaf, Raynaud's phenomenon, 2003, 3. baskı, 136. bölüm, s. 1507-13*)

3. Aşağıdakilerden hangisi romatoid faktör için yanlıştır?

- a) Romatoid artrit tanı kriterlerinden biridir.
- b) Romatoid artritli hastaların %70'inde pozitif saptanır.
- c) Romatoid artrit için spesifik değildir.
- d) Yüksek titrede pozitif saptanması eroziv hastalık gelişimi ile ilişkilidir.
- e) Romatoid faktör titresi artışı hastalık aktivasyonu takibinde kullanılır.

AÇIKLAMA: Romatoid faktör romatoid artrit tanısında kullanılmaktadır ancak pozitifliği romatoid artrit için spesifik değildir birçok inflamatuvar, infeksiyöz ve malign hastalıkta pozitif saptanabilir. Romatoid faktör pozitifliği olan hastalarda romatoid artrit daha ağır

seyreder ve ekstra artiküler bulguların görülme olasılığı artmaktadır. Romatoid faktör titresi ile hastalık aktivasyonu arasında ilişki yoktur.

Cevap E (*Schur, Laboratory tests in rheumatic disorders, 2003, 3. baskı, 20. bölüm, s. 199-215*)

4. Bilateral parotis bezi şişliğinde ayırıcı tanıda aşağıdakilerden hangisi yer almaz?

- a) Sarkoidoz
- b) Siyalolitiazis
- c) Sjögren hastalığı
- d) HIV
- e) Kabakulak

AÇIKLAMA: Siyalolitiazis genellikle obstrüksiyonla tek taraflı şişliği yol açarken A, B; C, E şıklarındaki durumlarda genellikle bilateral parotis bezi şişliği olur.

Cevap B (*Tzioufas, Sjögren Syndrome, 2003, 3. baskı, 130. bölüm, s. 1436*)

5. Aşağıdakilerden hangisi eritema nodosum nedenlerinden değildir?

- a) Gebelik
- b) Sarkoidoz
- c) Skleroderma
- d) Tüberküloz
- e) Penisilin tedavisi

AÇIKLAMA: Skleroderma dışındaki A, B, D ve E şıklarındaki nedenler eritema nodosumun iyi bilinen nedenleridir. Stereptokok infeksiyonları ve Behçet hastalığı eritema nodosuma yol açan diğer önemli nedenlerdir.

Cevap C (*Callen, Panniculitis, 2003, 3. baskı, bölüm 154, s. 1684*)

6. Reiter's Sendromu için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Genellikle 20-40 yaş erkek popülasyonu etkiler
- b) Olguların çoğunda steril konjonktivit görülür.
- c) Klasik olarak stafilokok aureus enfeksiyonu ile tetiklenir.
- d) Üretrit, prostatit, sistit ve salfenjit gelişir.
- e) Hastaların %20'sinde keratoderma blen-orajikum görülür.

AÇIKLAMA: Reaktif artrite en sık yol açan enfeksiyonlar Salmonella, Shigella, Yersinia, Campylobacter, Chlamydia trochomatis, ya da C. Pneumoniae, Neisseria ve streptococcus'lardır. Staphylococcus aureus akut septik artrit nedenidir. Reiter's send-ro

munun klasik triadı “Konjonktivit, üretrit, artrit” olarak tanımlanır. Keratoderma blenorajikum, balanitis sirsinata, oral ülserler, eritema nodosum yersinia Reiter's sendromunda görülebilen mukakutanöz bulgulardır.

Cevap C (Toivanen, *Reactive arthritits: Clinical features and treatment*, 2003, 3. baskı, bölüm 109, s. 1233-1240)

7. Otuz yaşında bir kadın hasta artralji, baş dönmesi, sol kolda kladikasyo nedeni ile başvuruyor. Olası tanınız aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Santral sinir sistemi izole anjiiti
- b) Wegener granülomatozu
- c) Takayasu arteriti
- d) Lökositoklastik vaskülit
- e) PAN

AÇIKLAMA: Genç bir kadın hastada tanımlanan bu klinik bulgular klasik olarak Takayasu arteriti ile uyumludur. PAN orta çaplı damar, Wegener granülomatozu orta-küçük çaplı, lökositoklastik vaskülit küçük çaplı damar tutulumu ile karakterize vaskülitlerdir. Santral sinir sistemi izole anjitiinde diğer sistem bulgularına rastlanmaz.

Cevap C (Langford, *Takayasu arteritis*, 2003, 3. baskı, bölüm 150, s. 1657-1663)

8. Takayasu arteritinde ilk tercih edilecek tanısal test aşağıdakilerden hangisi olmalıdır?

- a) Kas biyopsisi
- b) Anjiyografi
- c) Temporal arter biyopsisi
- d) Anti-ds DNA
- e) Anti-Scl 70

AÇIKLAMA: Arteriyografi Takayasu arteritinde tutulan damarları göstermede halen altın standarttır.

Cevap B (Langford, *Takayasu arteritis*, 2003, 3. baskı, bölüm 150, s. 1657-1663)

9. Hangi insan doku uyuşum antijeni Behçet hastalığı ile birliktelik gösterir?

- a) HLA DR4
- b) HLA DR3
- c) HLA B51
- d) HLA B52
- e) HLA B27

AÇIKLAMA: HLA B27 hastaların %90'ından fazlasında pozitifdir. HLA B27 diğer spondiloartropatilerde değişen sıklıkla pozitifdir. HLA DR1-DR4 romatoid artrit, HLA DR3 SLE, Sjögren sendromu, HLA B52 Takayasu arteriti ile ilişkilidir. HLA B51 Behçet hastalığı ile birliktelik gösterir.

Cevap C (Ollier, *The genetic basis of rheumatic disease*, 2003, 3. baskı, bölüm 12, s. 99-113)

10. Aşağıdakilerden hangisi seronegatif artritlerin ortak özelliklerinden değildir?

- a) ANA pozitifliği
- b) Aile öyküsü
- c) Anterior üveyit
- d) HLA-B27 birlikteliği
- e) Mukokutanöz lezyonlar

AÇIKLAMA: ANA esas olarak kollajen doku hastalıklarında pozitifdir. B, C, D, E şıklarının tümü seronegatif artritlerin ortak özelliklerini oluşturur.

Cevap A (Khan, *Clinical features of ankylosing spondylitis*. 2003, 3. baskı, bölüm 103, s. 1174)

11. Aşağıdaki durumların hangisinde asemptomatik hiperürisemi tedavi edilmelidir?

- a) Ürik asit düzeyinin 9 mg/dl üzerinde olması
- b) Hipertansiyon
- c) Erkek cinsiyet
- d) Akut myeloid lösemi
- e) Asemptomatik hiperürisemide tedavi endikasyonu yoktur.

AÇIKLAMA: Asemptomatik hiperüriseminin ürat düzeyi 12 mgr/dl'nin üzerine çıkmadıkça tedavi endikasyonu yoktur. Ancak tümör lizis sendromuna yol açabilecek aşırı akut ürat üretimi beklenen akut myeloid lösemi gibi durumlarda tedavi verilmelidir.

Cevap D (Emmerson, *The management of gout*, 2003, 3. baskı, bölüm 178, s. 1935)

12. Aşağıdakilerden hangisi akut faz reaktanları için yanlıştır?

- a) Sedimentasyon hızı fibrinojen düzeyi ile ilişkilidir.
- b) IL-6 akut faz reaktanlarının karaciğerde sentezi için en önemli sitokindir.
- c) SLE'li hastalarda CRP yüksek bulunursa enfeksiyon açısından araştırılmalıdır.
- d) Skleroderma hastalarında CRP hastalık aktivitesinin takibinde kullanılır.
- e) Temporal arteritli hastalarda sedimentasyon ve CRP hastalık aktivitesini yansıtır.

AÇIKLAMA: IL-6 karaciğerden akut faz reaktanlarının sentezine neden olan en önemli sitokindir. Sedimentasyon hızı akut faz reaktanlarının kandaki düzeylerinin indirek bir göstergesidir ve büyük oranda serum fibrinojen düzeyi ile ilişkilidir. Romatoid artrit, temporal arterit gibi birçok inflamatuvar hastalıkla sedimentasyon hızı ve CRP hastalık aktivitesi göstergesi olarak kullanılmaktadır. SLE'li hastalarda serozit, mukokutanöz bulgular eşliğinde CRP düzeyinde artış görülebilir ancak bu hastalar CRP

yüksekliği durumunda enfeksiyon açısından mutlaka araştırılmalıdır. Skleroderma CRP yüksekliği hastalık aktivitesi takibinde kullanılmaz.

Cevap D (*Schur, Laboratory tests in rheumatic disorders, 2003, 3. baskı, bölüm 20, s. 199-215*)

13. Otuz dört yaşına bir kadın hasta ayak bileklerinde artrit, bacak ön yüzlerinde eritema nodosum, ateş ve üveit bulguları ile başvuruyor. Hastada olası tanınız nedir?

- a) Behçet hastalığı
- b) Seronegatif artrit
- c) Sarkoidoz
- d) Primer tükrük bezi malignitesi
- e) Sjögren sendromu

AÇIKLAMA: Üveit, konstitüsyonel semptomlar, eritema nodosum, ayak bileklerinde simetrik artrit eşliğinde hastada öncelikle düşünülmesi gereken tanı sarkoidozdur. Sarkoidozda %95 akciğer tutulumu görülmesi nedeni ile hastanın bu açıdan araştırılması uygun olacaktır.

Cevap C (*West, Sarkoidosis, 2003, 3. baskı, bölüm 159, s. 1735-47*)

14. Sistemik vaskülitler için aşağıdakilerden yanlış olanı işaretleyiniz?

- a) Wegeren granülomatozu, nekrotizan granülo-matöz bir vaskülitir.
- b) Myeloperoksidaz pANCA'nın hedef antijenidir.
- c) Poliarteritis nodosa Hepatit B enfeksiyonu ile ilişkili olabilir.
- d) Temporal arteritide küçük arter tutuluşu tipiktir.
- e) Atopi öyküsü Churg-Strauss sendromu için tipiktir.

AÇIKLAMA: Temporal arteritis klasik bir büyük damar vaskülitidir.

Cevap D (*Watts, Overview of the iflammatory vascular disease, 2003, 3. baskı, bölüm 143, s. 1584*)

15. Aşağıdakilerden otoantikör-hastalık eşleşmelerinden hangisi yanlıştır?

- a) Anti ds-DNA-Sistemik Lupus Eritematosus
- b) Anti-Jo 1-Difüz skleroderma
- c) Anti Ro Ab-Sjögren Sendromu
- d) Anti Kardiyolipin Ab-Anti Fosfolipid sendromu
- e) Anti-U1RNP-Mikst Konnektif doku hastalığı

AÇIKLAMA: Anti Jo-1 inflamatuvar miyopatiler ile ilişkili bir otoantikördür.

Cevap B (*Oddis, Inflammatory muscle disease: Clinical features, 2003, 3. baskı, bölüm 139, s. 1549*)

16. Aşağıdakilerden romatoid artrit için yanlış olanı

işaretleyiniz?

- a) Tedavide kullanılan temel ilaç metotreksattır.
- b) Otopsi vakalarında en sık saptanan kardiyak bulgu Liebman-Sacks endokarditidir.
- c) Romatoid artritte sekonder amiloidoz gelişebilir.
- d) Akciğerde bilateral baziler interstisiyel fibrozis gelişebilir.
- e) Romatoid artrit HLA DR4 alellerinin pozitifliği hastalık şiddeti ile ilişkilidir.

AÇIKLAMA: Liebman-Sacks endokarditi, sistemik lupus eritematosusda görülen kardiyak tutulum şeklidir.

Cevap C (*Salmon, Immunopathology, 2003, 3. baskı, bölüm 117, s. 1298*)

17. Aşağıdakilerden hangisi romatoid artrit sinoviyumunda bulunan başlıca hücrelerden değildir?

- a) Makrofajlar
- b) Plazma hücreleri
- c) B Lenfositler
- d) T lenfositler
- e) Nötrofiller

AÇIKLAMA: Sinovial sıvı ile karşılaştırıldığında sinoviyumda nötrofiller çok azdır. PMNL hücre yüzeyinde VLA-4 adezyon molekülü ekspresyonunun yapılamaması ile açıklanabilir.

Cevap E (*Friestatin, Rheumatoid synovitis and pannus, 2003, 3. baskı, bölüm 77, s. 862*)

18. Sistemik lupus eritematosus etiopatogenezinde yanlış olanı işaretleyiniz?

- a) Ultraviyole ışınları hastalığı tetikleyebilir.
- b) T hücre hiperaktivitesi vardır
- c) B hücre aktivitesi baskılanmıştır
- d) Anti-dsDNA antikörleri immün aracılı glomerüler zedelenme ile sonlanan lupus nefritinden sorumludur.
- e) İlaçlar suçlanan egzogen faktörlerindedir.

AÇIKLAMA: İmmün kompleksler SLE'de doku hasarının gelişmesinde ana etkidir. T ve B hücrelerinin hiperaktivitesi görülür. İlaçlar, ultraviyole ışınları hastalık aktivitesinde artışa neden olabilir. Anti-dsDNA antikörleri ile glomerüler zedelenme arası ilişki vardır.

Cevap C (*Crow, Cellular immunology, 2003, 3. baskı, bölüm 121, s. 1354*)

19. Aşağıdakilerden hangisi mikst konnektif doku hastalığının (MCTD) seyrinde görülen otoantikördür?

- a) Anti ds-DNA
- b) Anti Ro
- c) Anti SCL 70

- d) Anti-U1RNP
e) Anti centromer

AÇIKLAMA: Anti-U1RNP miks konnektif doku hastalığında görülen otoantikordur.

Cevap D (*Venables, Overlap syndromes, 2003, 3. baskı, bölüm 142, s. 1574*)

20.Sistemik sklerozis için aşağıdakilerden yanlış olanı işaretleyiniz?

- a) Hastalık seyrinde dijital gangren gelişebilir.
b) Pulmoner hipertansiyon mortalite için önemli bir risk faktörüdür.
c) Difüz formda iç organ tutulumu, cilt tutulumunun seyri ile paralellik gösterir.
d) Hastalığın difüz formunda sıklıkla glomerülonefrit gelişimi beklenir.
e) Hastalık seyrinde kalsinozis kutis gelişebilir.

AÇIKLAMA: Sklerodermada renal tutulum şekli "skleroderma renal kriz" olarak adlandırılır. Hastalarda hipertansiyon, mikroanjyopatik hemolitik anemi, proteinüri eşliğinde renal fonksiyonlarda hızla bozulma görülür. ACE inhibitörleri tedavide başarı ile kullanılmaktadır.

Cevap D (*Wigley, clinical features of systemi csclerosis., 2003, 3. baskı, bölüm 133, s. 1463*)

21.Sistemik skleroz için aşağıdakilerden doğru olanı işaretleyiniz?

- a) Morfea, limitli skleroderma ile eş anlamlı olarak kullanılır.
b) Limitli hastalık seyrinde anti Mi-2 antikor gelişimi tipiktir.
c) Raynaud fenomeni hastaların %10'unda gelişir.
d) Diffüz formu interstisiyel akciğer hastalığı gelişimi yönünden yüksek risk taşır.
e) Özofagus tutulumu üst özofajiyal alanın tutuluşu ile karakterlidir.

AÇIKLAMA: Anti Mi-2 inflamatuvar dermatomyozit ile ilişkili bir otoantikordur.

Cevap D (*Oddis, Inflammatory Muscle Disease: Clinical Features, 2003, 3. baskı, Bölüm 139, s. 1549; Wigley, Clinical Features of Systemic Sclerosis, 2003, 3. baskı, Bölüm 133, s. 1463*)

22.Poliarteritis nodosa (PAN) için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Visseral anjiyografilerde mikroanevrizma formasyonu görülür.
b) ANCA ile ilişkili hastalıklardan değildir
c) Küçük-orta çaplı damar vaskülitidir.
d) Seyrinde masif pulmoner hemorajiler gelişebilir.
e) Mononöritis multipleks sık görülen bir bulgudur.

AÇIKLAMA: PAN'da klasik olarak pulmoner tutulum beklenmez.

Cevap D (*Soto, Polyarteritis nodosa and microscopic polangiits, 2003, 3. baskı, bölüm 146, s. 1611*)

23.Wegener granülomatozu (WG) için aşağıdakilerden yanlış olanı işaretleyiniz?

- a) Standart olarak düşük-orta steroid ile tedavi edilir.
b) Hastalık seyrinde seröz otit sıkır.
c) Kronik inflamasyon subglottik stenoza yol açabilir.
d) Aktif sistemik hastalıkta ANCA pozitifliği artar.
e) Böbrek tutulumu "rapidly progressive" glomerülonefrit ile prezente olur.

AÇIKLAMA: WG mortalitesi yüksek bir hastalıktır, özellikle aktif sistemik hastalık mutlaka yüksek doz steroid ve siklofosamid ile tedavi edilmelidir.

Cevap A (*Watts, Overviev of the inflammatory vascular disease, 2003, 3. baskı, bölüm 143, s. 1584*)

24.Behçet hastalığı için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Uvea ve retinada tutulum olabilir.
b) Eklem tutulumu seyrinde marjinal erozyonlar gelişir.
c) Tipik pulmoner tutulum şekli anevrizma oluşumudur.
d) Gastrointestinal sistemde en sık ilioçekal bölge tutulur.
e) Oral ve genital ülserler sık görülen bulgulardır.

AÇIKLAMA: Behçet artriti non-eroziv ve non-deforming oligoartritle karakterlidir.

Cevap B (*Yazıcı, Behçet's Syndrome, 2003, 3. baskı, bölüm 151, s. 1665*)

25.Ailesel Akdeniz Ateşi (FMF) ile ilgili aşağıdakilerden yanlış olanı işaretleyiniz?

- a) Eklem tutulumu tipik olarak oligo-monoartrit şeklindedir.
b) Patogeneizde MEFV gen mutasyonları rol oynamaktadır.
c) Yahudi, Türk, Arap ve Ermenilerde sıkır.
d) Otozomal dominant geçişli bir hastalıktır.
e) Amiloidaz gelişebilir.

AÇIKLAMA: FMF otozomal resesif geçişli bir hastalıktır.

Cevap D (*Kastner, Hereditary Periodic Syndromes, 2003, 3. baskı, Bölüm 158, s. 1717*)

26.Ankilozan spondilit için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a) Entesopati klinik bulgularındandır.
- b) Tipik olarak el küçük eklem tutulumu görülür.
- c) Circine balanitis karakteristik bir deri bulgusudur
- d) Hemolitik anemi sık görülen bir bulgusudur
- e) Romatoid faktör pozitifliği karakteristiktir.

AÇIKLAMA: Ankilozan spondilit hastalarında tipik olarak aksiyel tutulum yanı sıra omuz, kalça artriti görülebilir. Romatoid faktör negatiftir, hemolitik anemi görülmez. Circine balanitis Reiter sendromunun bulgularındandır. Entesopati hastalığın karakteristik özelliklerindedir.

Cevap A (*Khan, Clinical features of ankylosing spondylitis, 2003, 3. baskı, bölüm 103, s. 1174*)

27. Akut gut atağının tedavisi için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Nonsteroidal antiinflamatuar ajanlara iyi yanıt verir.
- b) Kolşisin iyi bir tedavi seçeneğidir.
- c) Vakit geçirilmeden bir antihiperürisemik ajan başlanmalıdır.
- d) Eklem istirahati önerilmelidir.
- e) IV kolşisin uygulamasının ciddi yan etki potansiyeli vardır.

AÇIKLAMA: Akut atakta plazma ürat konsantrasyonunda dalgalanmaya yol açacak girişimlerden kaçınılmalıdır. Bu dönemde başlanacak antihiperürisemik tedavi atağı şiddetlendirir.

Cevap C (*Emmerson, The Management of Gout, 2003, 3. baskı, bölüm 178, s. 1935*)

28. Romatoid artrit için yanlış olanı işaretleyiniz?

- a) Kronik eroziv artritlerin prototipidir.
- b) Splenomegali ve lökopeni ile birlikte klasik Felty triadını oluşturur.
- c) Daktilit patognomonik bir klinik bulgusudur.
- d) Anemi nedenlerinin başında kronik hastalık anemisi gelir.
- e) Romatoid faktör pozitifliği ekstraartiküler bulgularla ilişkilidir.

AÇIKLAMA: Daktilit spondiloartropatilerin klinik bulgusudur.

Cevap C (*Duncan, Hastings, Clinical Features of Rheumatoid Arthritis, 2003, 3. baskı, bölüm 68, s. 765*)

29. Aşağıdakilerden hangisi doğal immünitenin özelliklerinden değildir?

- a) Hafıza özelliği vardır.
- b) Deri ve mukozal yüzeylerde etkisi vardır.

- c) Kompleman doğal immünitenin bir parçasıdır.
- d) T lenfositler olayda rol alır.
- e) Fagositler doğal immünitede rol alır.

Cevap D (*Abbas, Cellular and Molecular Immunology, 5. baskı, 2003, s.5*)

30. Özellikle hepatositlerden akut faz proteinlerinin sentezini uyaran sitokin hangisidir?

- a) IL-6
- b) TNF alfa
- c) IL-18
- d) IL-1
- e) IL-2

AÇIKLAMA: IL-6'nın en iyi tanımlanan etkileri hepatositler ve B lenfositleri üzerinedir.

IL-6, fibrinojen, hemopeksin, sistein proteinaz inhibitör, α 1-antikimotripsin, α 2-makroglobulin gibi akut faz yanıtına katkıda bulunan birçok plazma proteininin hepatositler tarafından sentezine neden olur.

IL-6, B lenfositlerinin immunglobulin salınımı için bir kofaktör olarak rol oynar. Yani B lenfositlerinin ayrışım sıralamasının geç dönemlerinde B lenfositleri için büyüme faktörü olarak rol oynar. Benzer şekilde malign plazma hücreleri için de (plasmositoma ya da myelom) büyüme hücresi rolü oynar ve kendi kendine büyüyen plazmasitom hücreleri otokrin büyüme faktörü olarak IL-6'yı salgılar. Bunlara ilaveten yapılan invitro çalışmalarda, IL-6'nın T hücreleri ve timositlerin kostimulatörü olarak görev yaptığı gösterilmiştir. IL-6 diğer sitokinlerle birlikte kemik iliği hemopoetik ana hücreleri için erken dönemde büyüme kofaktörü olarak etki gösterir.

Cevap A (*Güner İ, Türkiye Klinikleri J Med Sci, 17, s.65-74; Abbas, Cellular and Molecular Immunology, 5. baskı, 2003, s.262*)

31. Aktif makrofaj ve dentritik hücrelerin inhibitörü olan, hücre aracılı immünite ve doğal immünitenin kontrolünde rol oynayan sitokin hangisidir?

- a) IL-1
- b) TNF beta
- c) IL-6
- d) IL-10
- e) IL-18

AÇIKLAMA: IL-10'un iki önemli etkisi vardır. Birincisi; makrofajlar tarafından sitokinlerin (örn: TNF, IL-1, IL-12, kemokin) üretimini engellemek, ikincisi ise makrofajların T hücresi aktivasyonundaki işlevlerini engellemektir. Bu ikinci etkiyi; class II MHC moleküllerinin ve bazı kostimulatörlerin ekspresyonunu azatarak yapar. Bu etkilerin sonucunda, T hücresi aracılığı ile gelişen bağışıklık yanıtı inhibe edilir. Makrofajlar üzerine inhibitör

İMMÜNOLOJİ-ROMATOLOJİ

etkilerine ek olarak, IL-10'nun B lenfositleri üzerine uyarıcı etkileri vardır. İnsanlarda IgG4 üretimi için dönüştürücü faktör olabileceği düşünülmektedir.

Cevap D (Güner İ, *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 17, s.65-74; Abbas, *Cellular and Molecular Immunology*, 5.baskı, 2003, s.262)

32.Alerjik hastalıklarda rol alan ve başlıca IgE üretiminin artmasından sorumlu sitokin hangisidir?

- a) IL-8
- b) IL-4
- c) IL-6
- d) IL-10
- e) IL-7

AÇIKLAMA: IL-4'ün çeşitli hücre tipleri üzerine önemli etkileri vardır :

1) IL-4, **IgE üretimi için gereklidir**. B hücrelerinin bu ağır zincir izotipine değişimini uyaran temel sitokindir. IgE ani hipersensitivite (allerjik) reaksiyonlarının aracıdır ve IL-4 üretiminin artışına allerjilerin gelişiminin de merkezi bir rol oynadığı düşünülmektedir. IgE antikorları helmantik enfeksiyonlara karşı savunmada da rol oynar.

2) IL-4, **makrofaj aktivasyonunu inhibe eder** ve IL-1 gibi sitokinler ile nitrik oksit ve prostoglandinlerin üretimindeki artış dahil IFN γ 'nın birçok makrofaj aktive edici etkilerini bloke eder.

3) IL-4 özellikle TH₂ alt grubu olmak üzere T hücrelerinin, büyüme ve ayrışımında rol oynar.

4) IL-4, endotel hücreleri üzerine etki ederek, lenfosit, monosit ve özellikle eosinofillerin artmış bağlanması neden olan Damar Hücresi Adezyon Molekülü-1'in (VCAM) ekspresyonunu uyarır. IL-4'e maruz kalan endotel hücreleri bir kemokin olan Monosit Kemotaktik Protein-1 (MCP-1)'i ve özellikle eosinofillere etki eden henüz tanımlanmamış bir kemokini (Eotaksin) salgırlar. Yani yüksek lokal konsantrasyonlarda IL-4 monosit ve eosinofilden zengin inflamatuvar reaksiyonları başlatır.

5) IL-4 mast hücrelerinin büyüme faktörüdür ve interlökin-3 (IL-3) ile birlikte mast hücre proliferasyonunu artırır.

IL-4, IgE ve eosinofil aracılığıyla gelişen inflamatuvar reaksiyonlarda kritik rol oynar.

Cevap B (Güner İ, *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 17, s.65-74; Abbas, *Cellular and Molecular Immunology*, 5.baskı, 2003, s.266)

33.Aşağıdakilerden hangisi T hücrelerine bağlı immün yetmezliktir?

- a) X'e bağlı agammaglobulinemi

- b) ADA eksikliği
- c) Common variable immün yetmezlik
- d) Di George sendromu
- e) Kronik granülomatoz hastalık

AÇIKLAMA: Di George sendromu 3. ve 4. farengal keselerin dismorfogenezi, timus ve paratiroid bezlerde hipoplazi veya aplaziye neden olur. Sık görülen kraniyofasiyal bulgular mikrognafi, hipertelorizm, kısa filtrum ve düşük kulaktır. **Fallot tetralojisi, büyük damar transpozisyonu, kesintiye uğramış aortik ark sık görülen kardiyak anomalilerdir.** Di George sendromu'nda timus ya yoktur ya da sıklıkla hipoplaziktir. Komplet formunda T ve B hücre yetmezliği birlikte bulunur. T hücre fonksiyonları ağır derecede bozuktur. B hücre sayıları normal olmalarına karşın antijene özgü antikor yanıtı yoktur.

Cevap D (Abbas, *Cellular and Molecular Immunology*, 5.baskı, 2003, s.456)

34.Otoimmün hastalıklar için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a) İmmün sistemin self toleransında bozukluk yoktur.
- b) Birlikte immün yetmezlikler görülmez.
- c) Malignitelere artmış eğilim yoktur.
- d) Organa özgü otoimmün hastalıklar genellikle hedef olarak böbreği seçer.
- e) Sistemik otoimmün hastalıklarda genellikle Tip III aşırı duyarlılık reaksiyonu rol oynar.

Cevap D (Gümüşdiş, *Klinik Romatoloji*, 1999, s. 55)

35.Aşağıdakilerden hangisi yetişkin Still hastalığının karakteristik radyolojik bulgusudur?

- a) Eklem aralığında daralma
- b) Karpal ankiloz (el bileği ankilozu)
- c) Eklemde luksasyon ve subluksasyonlar
- d) Eklem kenarlarında erozyonlar
- e) Periostit

Cevap B (Gümüşdiş, *Klinik Romatoloji*, 1999, s. 281)

36.Akut eklem romatizması için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Artrit varlığında, tanı için en az 2 eklem tutulmalı
- b) Poliartrit gezici karakterdedir.
- c) Kardit varsa steroid tedavisi gerekebilir.
- d) Artraljiyle birlikte ASO yüksekliğinin olması tanı koydurucudur.
- e) Sydenham koresi genellikle geç bir belirtidir.

Cevap D (Gümüşdiş, *Klinik Romatoloji*, 1999, s. 349)

37.Aşağıdakilerden hangisi, inflamatuvar tipte bir bel

ağrısının özelliklerinden biri değildir?

- a) 40 yaşından önce başlaması
- b) Sinsi başlangıç
- c) 3 aydan uzun süredir devam etmesi
- d) Sabah katılığıının olması
- e) İstirahatle rahatlama, egzersizle ağrının artması

Cevap E (*Gümüşdiş, Klinik Romatoloji, 1999, s. 441*)

38.Aşağıdakilerden hangisi nöropsikiyatrik lupusta sorumlu olduğu düşünülen antikordur?

- a) Anti-dsDNA
- b) Anti-histon antikorları
- c) Anti-ribozomal-P
- d) Anti-kardiyolipin antikorları
- e) Anti-RNA

AÇIKLAMA: SLE'li hastalarda otoantikörler ile klinik bulguların asosiyasyonu

Anti-dsDNA (IgG)	Lupus nefriti ve aktivitesi
Anti-histon	İlaça bağlı lupus
Anti-Ro/SSA, -La/SSB	Sjögren send. fotosensitivite, neonatal lupus, yaşlı lupusu
Anti-Sm	-
Anti-RNP	-
Anti-ribozomal-P	Lupus psikozu
Anti-nöronal	Serebral lupus
Kardiyolipin	Antifosfolipid sendromu
Lupus antikoagülanı	Antifosfolipid sendromu
Anti-RA33	Eroziv artrit
Anti-eritrosit	Hemolitik anemi
Anti-trombosit	Trombositopeni
Anti-Lökosit	Lökopeni

Cevap C (*Gümüşdiş, Klinik Romatoloji, 1999, s.290, Çalgüneri, Hacettepe Ün. Romatoloji Ders Notları*)

39.Aşağıdakilerden hangisi kompleman sisteminin fonksiyonlarından değildir?

- a) Opsonizasyon
- b) Hücre lizisi
- c) Sitokin salınımı
- d) İmmün komplekslerin klirensi
- e) Antikor cevabının oluşmasına yardım etmek

Cevap C (*Roitt, Immunology: Complement, 4. baskı, 1996, s.13*)

40.Aşağıdakilerden hangisinde primer immün yetmezlik söz konusudur?

- a) Bruton Hastalığı (X'e bağlı hipogammaglobulinemi)
- b) Akkiz immün yetmezlik sendromu
- c) Hodgkin lenfoma
- d) Malnütrisyon
- e) Radyoterapi

AÇIKLAMA: Bruton Hastalığı (X'e bağlı hipogammaglobulinemi) primer immün yetmezlik

hastalığıdır. Hastalar kemik iliğinde pre-B hücrelerine sahip iken periferik kanda ve lenfoid dokularda B hücreleri çok azdır. Bekleneceği gibi plazma hücresi de normalde bulunacağı yerlerde (kemik iliği, lenf nodları, intestinal mukoza lamina propriasında) tespit edilemez. Lenf nodlarında plazma hücreleri, lenfoid follikül ve germinal merkez yoktur. Bu nedenle fizik muayenede adenoid, tonsil ve lenf bezleri tespit edilemez veya hipoplaziktir.

Cevap A (*Roitts Immunology: Immunodeficiency, 4.baskı, 1996, s. 21.1-21.10*)

41.Aşağıdakilerden hangisi immün yetmezliklerde sık görülmez?

- a) Maligniteye yatkınlık
- b) Otoimmüniteye eğilim
- c) Tekrarlayan infeksiyonlar
- d) Fırsatçı infeksiyonlar
- e) Aplastik anemi

Cevap E (*Parslow, Medical Immunology: 10. baskı, 2001, s.299-341*)

42.Aşağıdakilerden hangisi dermatomyozitin deri bulgularından değildir?

- a) Malar eritem
- b) Heliotrop eritem
- c) Gottron papülleri
- d) Periungual eritem
- e) Kalsinozis

AÇIKLAMA: Dermatomyozitin deri bulguları:

Heliotrop raş, periungual eritem / telenjektazi, Gottron papülleri, ektensör yüzeylerde eritem, kalsinozis kutis.

Cevap A (*Rose, Clinical Manifestations And Diagnosis of Adult Dermatomyositis And Polymyositis, 2004*)

43.Aşağıdakilerden hangisi Romatoid artritte görülmez?

- a) Simetrik poliartrit
- b) Eritema marginatum
- c) Subkutan nodüller
- d) Sabah tutukluğu
- e) Romatoid faktör pozitifliği

AÇIKLAMA: Eritema marginatumun dışındakilerin tamamı RA'nın özelliklerindedir.

Cevap B (*Rose, Diagnosis And Differential Diagnosis Of Rheumatoid Arthritis, 2004*)

44.Sjögren sendromu tanısı olan bir hastada aşağıdaki bulgulardan hangisinin görülmesi beklenmez?

- a) Artrit ve artraljiler

- b) Vaskülit
- c) Periferik ve kranial nöropatiler
- d) Tübüler fonksiyon bozukluğu
- e) Astım bronşiale

AÇIKLAMA: Sjögren Sendromu (SS) ; gözyaşı ve tükürük bezlerinin lenfositik infiltrasyonuna bağlı kuru göz (kserooftalmi) ve kuru ağız (kserostomi) ile karakterli otoimmün bir hastalıktır. Primer ve sekonder olmak üzere iki formu vardır. Sekonder Sjögren Sendromu sendromunda sikka semptomları; RA, SLE, skleroderma, polimyozi ve primer biliyer siroza eşlik eder. **SS'nin en sık birlikte görüldüğü hastalıklar SLE ve RA'dır.** Hastalıkta B hücre lenfoması gelişme ihtimali artmıştır. Özofagusta stenoz, atrofik gastrit, pankreatit, hastaların % 45'inde karaciğer fonksiyonlarında bozulma, antimitokondriyal antikor varlığı, primer biliyer siroz, kronik aktif hepatit, kriptojenik siroz görülebilir. Böbrekler hastaların 1/3'ünde etkilenirler. Tip-1(distal) renal tübüler asidoz, kronik tübülointerstisyel nefrit, immünkompleks glomerülo nefriti ve nefrojenik diabetes insipidus görülebilir. Alt ekstremiteleri ilgilendiren duyuşal tipte polinöropati daha fazla olmak üzere sensorimotor nöropati ve poliradikülönöropatiye de rastlanabilir. Allerjik cilt yakınmaları fazladır. Tiroid hastalıkları ile % 30'a varan birlikteligi vardır. Otoimmün tiroidit riski artmıştır. Antitiroglobulin ve antimitokondriyal antikorlar saptanabilir. Primer veya sekonder SS'lilerde non-Hodgkin lenfoma riski topluma göre 44 kat fazladır. Parotis büyümesi, splenomegali ve lenfadenopati öyküsü olanlar daha fazla riske sahiptirler.

Cevap E (*Rose, Clinical Manifestations Of Sjögren's Syndrome, 2004, Çalgüneri, Hacettepe Ün. Romatoloji Ders Notları*)

45.Aşağıdakilerden hangisi IgE aracılığı ile oluşan bir hastalık değildir?

- a) Allerjik rinit
- b) Atopik dermatit
- c) Kontakt dermatit
- d) Besin allerjisi
- e) Arı allerjisi

AÇIKLAMA: Kontakt dermatit T hücre aracılığıyla oluşan, antikorların rol oynamadığı bir hastalıktır.

Cevap C (*Gramer, Patterson's Allergic Diseases, 6. baskı, 2002, s.387-402*)

46.Anafilaktik şok tedavisinde ilk yapılması gereken hangisidir?

- a) Antihistaminikler
- b) Kortikosteroidler

- c) IV sıvı verilmesi
- d) Epinefrin
- e) Teofilin

AÇIKLAMA: Anafilaktik şokta ilk yapılması gereken epinefrin (adrenalin) enjeksiyonudur.

Cevap D (*McLean, Adrenaline in the treatment of anaphylaxis: what is the evidence?, 2003, s.1332-5*)

47.İlaç allerjileri için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Penisilin allerjisi öyküsü olan kişilere, penisilin tedavisine başlamadan önce deri testi yapılmalıdır.
- b) Penisilin allerjisi olanlarda rahatlıkla sefalosporinler verilebilir.
- c) İlaç allerjileri çocuklarda ve yaşlılarda daha seyrekir.
- d) Parenteral yoldan verilen ilaçlar daha ciddi reaksiyonlara yol açarlar.
- e) Topikal yoldan uygulanan ilaçlar daha kolay duyarlılaşmaya sebep olurlar.

AÇIKLAMA: Penisilin allerjisi olan kişilerin önemli bir kısmında diğer beta-laktam antibiyotiklere de çapraz reaksiyon görülür. Bu nedenle bu kişilere sefalosporin verirken test dozu ile başlanılmalı, reaksiyon görülürse ilaca son verilmelidir.

Cevap B (*Patterson, Allergic Disease:Diagnosis and Management, 1997, s.329-58*)

48.Aşağıdakilerden hangisi aspirine duyarlı astım için doğru bir özellik değildir?

- a) Astımın daha ağır seyretmesi
- b) Nazal poliplerin varlığı
- c) Diğer NSAİ'ler ile de tetiklenebilmesi
- d) Sıklıkla sinüzitin eşlik etmesi
- e) Çocuklarda prevalansın daha yüksek olması

AÇIKLAMA: Aspirine duyarlı astma yetişkinlerde çocuklara kıyasla çok daha sık görülür.

Cevap E (*Jenkins, Systematic review of prevalence of aspirin induced asthma and its implications for clinical practice, 2004, s.434*)

49.Anafilaksi riski olan kişilerin kullanmaması gereken ilaçlar hangileridir?

- a) Beta-2 mimetikler
- b) H₁-reseptör blokerleri
- c) Beta-blokerler
- d) H₂-reseptör blokerleri
- e) Kalsiyum kanal blokerleri

AÇIKLAMA: Anafilaksi riski taşıyan kişilerin beta-bloker ilaçlardan kaçınmaları gerekir. Hen anafilaksinin daha ağır seyretmesi hem de tedaviye yanıtız kalması tehlikesi vardır.

Cevap C (*The Diagnosis And Management Of*

Anaphylaxis. Joint Task Force on Practice Parameters, American Academy of Allergy, Asthma and Immunology, American College of Allergy,

Asthma and Immunology, and the Joint Council of Allergy, Asthma and Immunology. J Allergy Clin Immunol 1998;101 (6 Pt2) :S465-528)

ENDOKRİNOLOJİ VE METABOLİZMA HASTALIKLARI

1. Median eminensin beslenmesini sağlayan arter hangisidir?

- a) Ekternal karotis arter
- b) Inferior hipofiz arter
- c) Orta hipofiz arter
- d) Superior hipofiz arter
- e) Serebral media arter

AÇIKLAMA: Ön hipofiz bezi, özellikle hipotalamusun median eminens'i olmak üzere; hipotalamus-hipofiz portal dolaşımı yolu ile zengin bir kanlanmaya sahiptir. Bu bölge Superior hipofiz arteri tarafından kanlanır.

Cevap D (Goldman, Cecil Essentials of Medicine, 21. baskı, 2000, s. 1199)

2. Hangisi hiperprolaktinemi nedenlerinden değildir?

- a) Akromegali
- b) Hipertiroidi
- c) Empty sella
- d) Verapamil
- e) Kokain

AÇIKLAMA: Hipertiroidi değil, hipotiroidi hiperprolaktinemi nedenidir. Bunun dışındaki diğer nedenler; Kraniyofaringioma
Glioma
Granülomlar (histositozlar, sarkoid, tüberküloz)
Operasyonlar
İrrediyasyon
Prolaktinoma
Psödosiyezis
Cushing sendromu
Akromegali
GH, ACTH, PRL salgılayan mikst adenomlar
Hipotiroidizm
Renal yetmezlik
Ektopik sekresyon
Bronş karsinomu
Renal hücreli karsinom
Farmakolojik Etkenler

Cevap B (Goldman, Cecil Essentials of Medicine, 21. baskı, 2000, s. 1205)

3. Cushing sendromunun belirtilerinden olmayanı işaretleyiniz?

- a) Hiperkalemi
- b) Akne
- c) Granülositoz
- d) Osteoporoz
- e) Yara iyileşmesinde azalma

AÇIKLAMA: Cushing sendromu'nda hipokalemik alkaloz görülebilir.

Cevap A (Goldman, Cecil Essentials of Medicine, 21. baskı, 2000, s. 1221)

4. Nekrotik migratuvar eritem yapabilen endokrin tümör hangisidir?

- a) İnsülinoma
- b) Vipoma
- c) Gastrinoma
- d) Glukagonoma
- e) Somatostatinoma

AÇIKLAMA: Glukagonoma: Açlık ya da postprandial glukagon seviyelerinde paradoksik yükselmeler görülen diabetes mellituslu hastalarda diabetik durum bazen direkt olarak glukagonun bir alfa hücre adenoması ya da adenokarsinoması tarafından salgılanması olabilir. **Bu hastalarda migratuvar nekrotik eritem karakteristik bir dermatolojik bulgudur.** %80 malign olan tümörlerin **en çok metastaz yaptığı yer lenf düğümleridir.** Gövde, ekstremiteler ve intertrijöz bölgelerde görülebilir. Diğer bulgular glossit, anemi, hipoaminoasidemi ve tekrarlayan tromboflebit ataklarıdır. Deri biyopsisi ile karakteristik lezyonun saptanması ve normalin 3-5 katına yükselmiş glukagon seviyesi tanıyı kuvvetle düşündürmektedir. Genellikle ileri evrelerde tanının konulabilmesi mümkün olabildiğinden tanı konulduğunda lezyon metastatiktir. Tanı arjinin infüzyon testi ve perkutan transhepatik portal venöz örnekleme ile doğrulanır.

Cevap D (Goldman, Cecil Essentials of Medicine, 21. baskı, 2000, s. 1290-1291)

5. Gebelikte görülen en sık kanser aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Serviks uteri
- b) Meme
- c) Over
- d) Melanom
- e) Kolorektal

AÇIKLAMA: Gebelikte görülen en sık kanser serviks kanseri olup, 1000-2000 doğumda bir görülür.

Cevap A (Goldman, Cecil Essentials of Medicine, 21. baskı, 2000, s. 1345)

6. Tip 2 Diabetes Mellitus için yazılanlardan aşağıda doğru olmayanı işaretleyiniz.

- Açlık kan şekeri normal değeri 70 – 110 mg/dl dir.
- Açlık kan şekeri 126 mg/dl üzeri Aşık Diabetes Mellitus'tur.
- Açlık kan şekeri 110 – 126 mg/dl arası Bozulmuş Açlık Glukozu'dur.
- Oral Glukoz Tolerans Testinde (OGTT) 2. saat 200 üzeri ise Bozulmuş Glukoz Toleransı'dır. (+)
- Açlık kan şekeri 110 – 126 mg/dl arası olana OGTT yapılır.

AÇIKLAMA: Oral Glukoz Tolerans Testinde (OGTT) 2. saat 200 üzeri ise DM tanısı konur.

Cevap D (*Francis, Basic and Clinical Endocrinology Lange, 7. baskı, 2004, 17. bölüm, s.683-684*)

7. En uzun etkili sulfonilüre aşağıdakilerden hangisidir?

- Tolbutamid
- Klorpropamid
- Glipizid
- Glibenklamid
- Gliburid

AÇIKLAMA: Etki süresi en uzun olan oral antidiyabetik klorpropamiddir (48 saat).

Cevap B (*Becker, Principles and Practice of Endocrinology and Metabolism, 3. baskı, 2001, s.1345-tablo 142-1*)

8. Plazmada en fazla kolesterol taşıyan lipoprotein hangisidir?

- VLDL
- LDL (+)
- IDL
- HDL
- Şilomikron

AÇIKLAMA: LDL, esas olarak VLDL'den elde edilir. VLDL'den elde edilen LDL kolesterolden içeriği en yüksek olan lipoproteindir. Apolipoproteinlerden esas olarak apoB-100 ve az miktarda apoE içerir. LDL, plazmadaki en önemli kolesterol taşıyıcı moleküldür.

Cevap B (*Wilson, Williams Textbook of Endocrinology 9. baskı, s. 1116*)

9. Hangisi kemik rezorpsiyon belirteci değildir?

- Serum, plazma tartarat rezistan asit fosfataz
- İdrar hidroksiprolin
- İdrar ve serum deokspiridinolin
- Serum Tip 1 prokollagenin karboksiterminal

propeptidi

e) Serum ve idrar y karboksi glutamik asit

AÇIKLAMA: Kemik rezorpsiyon belirteçleri:

Tartarat rezistan asit fosfataz (serum / plazma)

Hidroksiprolin (idrar)

Hidroksilizin glikozidler (idrar)

Piridinolin ve deokspiridinolin (idrar)

N- terminal telopeptid (idrar)

C- terminal telopeptid (idrar)

Kemik formasyon belirteçleri:

Total alkale fosfataz (serum)

Kemik alkale fosfataz (serum)

Osteokalsin (serum)

Tip I prokollagenin C-terminal telopeptidleri (serum)

Cevap D (*Becker, Principles and Practice of Endocrinology and Metabolism, 3. baskı, 2001, s.549*)

10. Hangisinde T₄'ün T₃'e dönüşümü periferde azalmaz?

- Selenyum eksikliği
- Kalori kısıtlaması
- Metimazol
- Amiodaron
- Ciddi sistemik hastalıklar

AÇIKLAMA: T₄'ün T₃'e dönüşümünü baskılayan faktörler:

-Akut veya kronik sistemik hastalıklar

-Kalori yoksunluğu: açlık, anoreksi, protein-kalori malnutrisyonu

-Cerrahi

-Yenidoğan

-Yaşlılık

-Glukokortikoidler

-Propionalol

-Amiodaron

-Kolesistoğrafi ajanları: ipodat, iponaik asit vb.

-Propiltiourasil

Metimazol tiroid hormon sentez ve salınımını inhibe ederek etki gösterir.

Cevap C (*Greenspan, Basic & Clinical Endocrinology 7. baskı, 2004, s.231*)

11. Gebe Feokromositoma için hangi seçenek doğru değildir?

- Fenoksibenzamin gebelikte kullanılabilir.
- Kan basıncı kontrolü için kalsiyum kanal blokörü verilebilir.
- MRI tetkiki yapılabilir.
- Preeklampsi ile karışır.
- 20-24. gebelik haftası sonrası cerrahi yapılmalıdır.

AÇIKLAMA: Gebelik ve feokromasitoma: Gebelik sırasında görülen feokromasitomada fetüs ve anne mortalitesi %50'ye kadar ulaşmaktadır. Doğum öncesi tanı çok önemlidir. Belirtiler aynı diğer hastalar gibidir, ayrıca fetusun basısına bağlı supin pozisyonunda hipertansif atak olabilir. Tanı 24 saatlik idrarda katekolamin ve metanefrin düzeyleri ile konulur. Test öncesi metildopamutlaka kesilmelidir. Görüntüleme yöntemlerinden MRI tercih edilir, MIBG kontrendikedir. **Cerrahi girişim tipik olarak 20.-24. haftadan önce uygulanır,** daha sonrasında ilaç tedavisine başlanır ve izlenir, sezaryen tercih edilir. Gebelikte fenoksibenzamin kullanılabilirse de plasentadan geçebilir, bu nedenle kalsiyum kanal blokerleri tercih edilir.

Cevap E (*Larsen, Williams Textbook of Endocrinology 10. baskı, 2003, s.561, Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Endokrinoloji Dergisi, 2005, s.101*)

12.Aşağıdakilerden hangisi jinekomasti nedeni değildir?

- a) Böbrek yetmezliği
- b) Penisilin
- c) Açlık
- d) Kalsiyum kanal blokörleri
- e) Tirotoksikoz

AÇIKLAMA: Jinekomasti yapan antimikrobiyaller: izoniazid, ketokonazol, metranidazol

Cevap B (*Larsen, Disorders of the Testes and the Male Reproductive Tract, 10. baskı, 2003, s.742*)

13.Aşağıdakilerden hangisi diabetik mikrovasküler komplikasyonların oluşmasında rol oynayan mekanizmalardan değildir?

- a) Protein kinaz C azalması
- b) Sorbitol artışı
- c) Glutasyon metabolizması bozukluğu
- d) Hiperglisemi
- e) Bazal membran glikozillenmesinde artış

AÇIKLAMA: İkinci ve 5. madde arası hipergliseminin başlattığı mekanizmalardır, mikrovasküler komplikasyon oluşum mekanizmalarıdır. Gene bu mekanizmaların içinde yer alan protein kinaz C azalması değil, protein kinaz artışıdır. Bu nedenle doğru yanıt a şıkkıdır.

Cevap A (*Pick, Textbook of Diabetes, 1997*)

14.Aşağıdakilerden hangisi diabetik makrovasküler komplikasyonların oluşmasında rol oynamaz?

- a) Endotel nitrik oksit salınımında azalma
- b) TNF α artışı
- c) PAI-1 artışı

- d) Trombosit agregasyonunun azalması
- e) Hiperinsülinemi

AÇIKLAMA: Trombosit agregasyon artışı bu mekanizmaların içinde yer almaktadır.

Cevap D (*Pick, Textbook of Diabetes, 1997*)

15.Diabetik ayak gelişmesi için rol oynayan en önemli mekanizma hangisidir?

- a) Venöz dönüşüm bozukluğu
- b) Mikrodolaşım bozukluğu
- c) Hücresel bağışıklık azalması
- d) Lökosit kemotaksis azalması
- e) HbA1c artışı

AÇIKLAMA: Diabetik ayak gelişmesinde arteriyel dolaşım bozukluğu ve nöropati en önemli 2 mekanizmadır. Diğer faktörlerin de eklenmesi olayı artırır.

Cevap B (*Pick, Textbook of Diabetes, 1997*)

16.Yeni tanı almış, obez, özellikle tokluk kan şekeri yüksek seyreden diabetik bir hastada kan şekeri regülasyonu için ilk tercihiniz ne olur?

- a) Tiazolidinedionlar
- b) Sülfonilüreler
- c) Biguanidler
- d) Alfa glikozidaz inhibitörleri
- e) İnsülin

AÇIKLAMA: Biguanidler kilo kaybına neden olması nedeniyle obez hastalarda tercih edilir. Hiperlipidemiye önler (LDL'yi düşürür, HDL'yi yükseltir).

Cevap C (*Greenspan, Basic&Clinical Endocrinology, 7. baskı, 2004, s.689-704*)

17.Endokrin osteoporoz aşağıdaki hastalıklardan biri hariç hepsinde görülür. Görülmeyeni işaretleyiniz.

- a) Cushing Sendromu
- b) Hipertiroidizm
- c) Hiperparatiroidizm
- d) Hiperaldosteronizm
- e) Hiperprolaktinemi

Cevap D (*Becker, Becker Principles and Practice of Endocrinology and Metabolism 3. baskı, 2001, s.624*)

18.Hangisi Kortizol bağlayan globulini (CBG) azaltır?

- a) Östrojen
- b) Diyabetes Mellitus
- c) Tiroid hormon
- d) Mitotan
- e) Obezite

Cevap E (*Becker, Principles and Practice of*

ENDOKRİNOLOJİ VE METABOLİZMA HASTALIKLARI

Endocrinology and Metabolism, 3. baskı, 2001, s.711)

19. Diyabetiklerde malign eksternal otit etkeni en sıklıkla hangi ajan patojendir?

- a) Stafilokok aureus
- b) Streptokokkus pyogenes
- c) Clostridium difficile
- d) Pseudomonas aeruginosa
- e) Bacteroides fragilis

Cevap D (*Becker, Principles and Practice of Endocrinology and Metabolism, 3. baskı, 2001, s.1425*)

20. Diyabetiklerde görülebilen yüzeysel deri enfeksiyonu olan eritrazmanın etkeni aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Erisipelothriks insidiosa
- b) Agrobacterium radiobakter
- c) Clostridium minutissimum
- d) A grubu beta hemolitik streptokoklar
- e) Aspergillus fumigatus

Cevap C (*Becker, Principles and Practice of Endocrinology and Metabolism, 3. baskı, 2001, s.1432*)

21. Diyabetik böbrek hastalığının en erken laboratuvar bulgusu nedir?

- a) GFR azalması

- b) Kreatinin artması
- c) Potasyum retansiyonu
- d) Proteinüri gelişmesi
- e) Ürik asid yükselmesi

Cevap D (*Becker, Principles and Practice of Endocrinology and Metabolism, 3. baskı, 2001, s.1407*)

22. Obezite tedavisinde hangi ilaç kullanılmaz?

- a) Orlistat
- b) Sibutramin
- c) Metformin
- d) Antitiroidler
- e) Leptin

Cevap D (*Greenspan FS, Basic&Clinical Endocrinology, 5.baskı, 2000, s.757*)

23. Otoimmün poliglandüler sendrom tip I için doğru olmayanı seçiniz.

- a) En sık görülen tiptir.
- b) HLA ile ilişkilidir.
- c) Erişkin dönemde siktir.
- d) Addison hastalığı görülebilir.
- e) Hipoparatiroidi siktir.

Cevap E (*Schatz DA, Winter WE. Autoimmune polyglandular syndrome II: clinical syndrome and treatment. Endocrinol Metab Clin N Am 2002; 31:339-352*)

NEFROLOJİ

1. Mantar, barbitürat ve digital gibi ilaç entoksikasyonlarında ilk tercih edilecek yöntem hangisidir?

- a) Hemodiyaliz
- b) Hemoperfüzyon
- c) Periton diyalizi
- d) Plazmaferez
- e) Hemofiltrasyon

AÇIKLAMA: Digital, barbitürat ve mantar toksinleri yeterince diyalizabl olmayıp, tedavilerinde ilk tercih edilecek yöntem hemoperfüzyondur.

Cevap B (*Jacobson, The Principles and Practice of Nephrology, s.721-6*)

2. Tip I (distal) renal tübüler asidoz için yanlış işaretleyiniz.

- a) Normal anyon gap'lı hiperkloremik metabolik asidoz mevcuttur.
- b) Metabolik asidoza rağmen hipopotasemi vardır.
- c) Taş veya nefrokalsinozis sıktır.
- d) Hidrojen iyonu ekskresyonu bozulmuş olup idrar pH'sı genellikle 6'dan büyüktür.
- e) Bikarbonatın fraksiyonel ekskresyonu %15'in üzerindedir.

AÇIKLAMA: Distal renal tübüler asidozda hiperkloremi ve hipopotasemi mevcuttur. Taş veya nefrokalsinozis sıktır. Asidozun nedeni hidrojen iyonu ekskresyonunun bozulmasıdır. Fraksiyonel bikarbonat ekskresyonunun %15'in üzerinde olması ise proksimal tip RTA'da görülür.

Cevap E (*Johnson, Comprehensive Clinical Nephrology, 2000, s.12.1-12.13*)

3. Renal amiloidoz için yanlış işaretleyiniz.

- a) Ülkemizde en sık neden FMF'dir.
- b) Kolşisin yeni amiloid birikimini önlemektedir.
- c) AA-Amiloid tedavisinde kortikosteroidler kullanılır.
- d) Böbrekler sıklıkla büyük olup hipertansiyon nadirdir.
- e) Renal ven trombozu riski yükler.

AÇIKLAMA: AA-Amiloid (reaktif amiloidoz) tedavisinde steroidler kullanılmaz, durumu daha da kötüleştirir.

Cevap C (*Braunwald, Harrison's Principles of Internal Medicine, 15.baskı, 2002, s. 1857-60*)

4. Sıvı-elektrolit dengesi ile ilgili olarak yanlış işaretleyiniz.

- a) Hipertonik sıvıların hızlı infüzyonu intrasellüler (primer) dehidratasyona, hipotonik sıvıların hızlı infüzyonu ise beyin ödemeine yol açar.

b) Akut hiponatremide belirti ve bulgular beyin ödemeine bağlıdır. Kronik hiponatremilerde ise semptom olmayabilir.

c) Hipopotasemi ve hiperkalsemilerde poliüri görülebilir.

d) Ekstrarenal sıvı kayıplarında idrar sodyumu 20 mEq/L'den büyüktür.

e) Hipotonik sıvı kayıpları hipertonic (intrasellüler) dehidratasyona neden olur.

AÇIKLAMA: Renal sıvı kayıplarında idrar sodyumu > 20 mEq/L'dir. Ekstrarenal kayıplarda ise < 10 mEq/L'dir.

Cevap D (*Johnson, Comprehensive Clinical Nephrology, 2000, s.9.1-9.20*)

5. Aşağıdakilerden hangisi ANCA ile ilişkili vaskülitlerden değildir?

- a) Wegener granüloatozis
- b) Mikroskopik poliangitis
- c) Krioglobulinemik vaskülit
- d) Tip III idiyopatik kresentik glomerülonefrit
- e) Churg-Strauss sendromu

AÇIKLAMA: Wegener granüloatozis, mikroskopik poliarteritis, Churg-Strauss sendromu ve tip III idiyopatik kresentik GN'de ANCA pozitifdir. Krioglobulinemik vaskülitte ise kompleman düzeyi düşük olup ANCA negatiftir.

Cevap C (*Jacobson, The Principles and Practice of Nephrology, s.178-86*)

6. Akut böbrek yetmezliği için yanlış işaretleyiniz.

a) İskemiden en çok kortikomedüller bölgede yer alan proksimal tübülüsün pars rectası (S₃ segmenti) ve Henle'nin çıkan kalın kolu etkilenir.

b) Toksik maddeler genellikle proksimal tübülüste hasara yol açar.

c) Nonoligürik vakalarda prognoz daha iyi, katabolik hastalarda ise daha kötüdür.

d) Akut tübüler nekrozda idrar sodyumu 20 mEq/L'den az, idrar dansitesi ise 1020'nin üzerindedir.

e) Prerenal azotemi renal hipoperfüzyona bağlı olup, böbrekte yapısal hasar yoktur.

AÇIKLAMA: Akut tübüler nekrozda idrar sodyumu 20 mEq/L'den fazla, idrar dansitesi ise 1010 civarındadır.

Cevap D (*Braunwald, Harrison's Principles of Internal Medicine, 15.baskı, 2002, s.1504-1513*)

7. Esansiyel hipertansiyon için yanlış işaretleyiniz.

- a) Basınç-natriürezis eğrisi sağa kaymıştır ve basınç-natriürezis yanıtında azalma vardır.
- b) Na-K/ATP'az aktivitesi azalmış, intrasellüler sodyum ve kalsiyum konsantrasyonu artmıştır.
- c) Tuz duyarlılığı siyah ırkta, yaşlılarda ve kadınlarda fazladır.
- d) Patogeneizde; aşırı tuz tüketimi, genetik yatkınlık, sempatik aktivite artışı, renal tuz atılımında yetersizlik, insülin direnci/hiperinsülinemi ve endotel hasarı gibi faktörler sorumlu tutulmaktadır.
- e) Ciddi esansiyel hipertansiyonda renovasküler direnç ve renal kan akımı artmış, filtrasyon fraksiyonu ise azalmıştır.

AÇIKLAMA: Ciddi esansiyel hipertansiyonda renovasküler direnç ve filtrasyon fraksiyonu artmış, renal kan akımı ise azalmıştır.

Cevap E (*Jacobson, The Principles and Practice of Nephrology, s.354-61*)

8. Glomerüler filtrasyon oranı saptanmasında klinikte uygulanabilirliği en zor, kompleksliği en fazla olan test hangisidir?

- a) Radioizotop klirens
- b) İnülin klirens
- c) Kreatinin klirensi
- d) Radioizotop plazmadan temizlenme
- e) Serum kreatinin

AÇIKLAMA: İnfüzyon ile belirli bir plazma seviyesi sağlanırken, her iki üreterin de ayrı ayrı kataterize edilmesini gerektiren kompleks ancak en doğru sonucu veren testtir.

Cevap B (*Jacobson, The Principles and Practice of Nephrology, 2.baskı, s.9*)

9. Hangisi glomerüler proteinüriye ait özellik değildir?

- a) Dominant protein albumindir.
- b) Artmış glomerüler geçirgenlik sonucu glomerüler filtrata geçen aşırı albumin tübüler absorpsiyona uğrar. Çoğunluğu proksimal tübülsten absorbe edilir.
- c) Absorpsiyon kapasitesini aşan albumin idrara geçer.
- d) Tübülüsler bu durumdan etkilenmezler.
- e) Proteinüri 3.5 gr/gün üzerinde olan bir yetişkinde nefrotik düzeyde bir proteinüri vardır.

AÇIKLAMA: Aşırı iş yükü, ATP rejenerasyonunun olamaması, tübüler hasara yol açar.

Cevap D (*Jacobson, The Principles and Practice of Nephrology, 2.baskı, s.119*)

10. Aşağıdaki hangi hastalık böbrek ve akciğer tutulumu, granülomatöz lezyonlar ile küçük damar tutulumu vasküitle karakterizedir?

- a) Churg-Straus sendromu
- b) Mikroskopik polianjitis
- c) Wegener granülomatozu
- d) Good-pasture sendromu
- e) Henoch-Schönlein sendromu

AÇIKLAMA: Wegener Granülomatozu, birden çok sistemi tutabilen nadir bir hastalıktır. Hastalık üst ve alt solunum yolları, böbrekler ve çeşitli organların granülomatöz vaskülit ile karakterizedir.

Cevap C (*Davison, Oxford Textbook of Clinical Nephrology, 2.baskı, 1998, s.882*)

11. Aşağıdakilerden hangisi akut böbrek yetmezliğinde diyaliz endikasyonu değildir?

- a) Metabolik asidoz (pH<7.20)
- b) Parasetamol intoksikasyonu
- c) Hiperpotasemi
- d) Üremik ensefalopati
- e) Hipervolemi

AÇIKLAMA: ABY'de Diyaliz Endikasyonları: Konservatif tedavilerle düzeltilemeyen volüm yüklenmesi, hiperkalemi ve asidoz varlığında ve üremik belirti ve bulgular ortaya çıkmışsa (ansفالopati, perikardit, kanama diyatezi) diyaliz yapılmalıdır. BUN>10 mg/dl ve kreatinin>8-10 mg/dl olduğunda profilaktik diyaliz yapılması fikri tartışmalıdır.

Cevap B (*Nefroloji ek kitabı, s.150, www.medicine.ankara.edu.tr*)

12. Akut böbrek yetmezliğinde gelişen hiperkaleminin en etkin tedavisi hangisidir?

- a) %10 Ca glukonat
- b) Diüretik
- c) Hidrasyon
- d) Bikarbonat
- e) Diyaliz

AÇIKLAMA: Akut böbrek yetmezliğinde gelişen hiperkaleminin en etkin tedavisi diyalizdir.

Cevap E (*İlçin, İç Hastalıkları, 2.baskı, s.1297*)

13. Diabetik nefropatinin en erken bulgusu hangisidir?

- a) Hipertansiyon
- b) Nefrotik sendrom
- c) Böbrek atrofisi

d) Mikroalbuminüri**e) Papiller nekroz**

AÇIKLAMA: Klinik: Diyabetik glomerüloskleroz klinikte 3 safhada değerlendirilir.

1. Erken dönem: Glomerüllerin etkilendiği en erken dönemdir. Özelliği, belirlendiği zaman **geri dönüşlü** olmasıdır. İlk bulgusu **mikroalbuminüridir**. Hiperfiltrasyon, GFR artışı devam etmektedir. Mikroalbuminürinin nedeni; hiperfiltrasyon, artmış intraglomerüler basınç ve glikasyona uğramış proteinlerin son ürünlerinin glomerüler bazal membran proteinlerine bağlanarak, buradaki por geçirgenliğini bozmasıdır. **Mikroalbuminüri ile, renal patolojinin prog-resyonu, ateroskleroz (endotelial disfonksiyon), hipertansiyon, lipid metabolizma bozukluğu, hiperhomosisteinemi ve ACE gen polimorfizmi arasında yakın bir ilişki bulunmaktadır.** Bu nedenle mikroalbuminüri **kötü risk faktörü** olarak kabul edilmektedir. Mikroalbuminüri bir kez pozitif saptandığı zaman 3 ay içinde ikinci kontrol yapılmalı bu test sonucu da pozitif saptandığı zaman 'mikroalbuminüri vardır' diye kabul edilmelidir. Mikroalbuminüri, glomerüler patolojinin varlığının göstergesidir.

2. İleri dönem: Proteinüri kaba yöntemlerle saptanabilir duruma gelmiştir. **GFR progresif olarak azalmaya başlar** (yılda 5-10 ml/dak). Bu durum hipertansiyonun şiddeti ile bağlantılıdır. %80 Na retansiyonuna bağlı ödem ve hipertansiyon olur. Hipertansiyonun %20 nedeni ise uygunsuz RAS, sempatik aktivite artışı ve endotelial hücre bağımlı vazodilatasyonun bozulmasıdır. Bu safha **geri dönüşlü değildir**, ancak progresyonu yavaşlatılabilir.

3. Nefrotik sendrom ve son dönem böbrek yetmezliği: Hastaların en sık doktora başvurduğu safhadır. Proteinüri nefrotik düzeydedir ve klinik nefrotik sendrom tablosu vardır. GFR hızla azalır ve ortalama 2-3 yıl içinde son dönem böbrek yetmezliği gelişir. Kontrolü güç ve çok faktörlü hipertansiyon vardır. Diyabetik glomerüloskleroz ile birlikte, diyabetik retinopati, nöropati ve kardiyovasküler komplikasyonlar şeklinde ciddi ekstrarenal etkilenmeler vardır. Hastaların çoğunluğu, son dönem böbrek yetmezliğine ulaşmadan özellikle akut kardiyovasküler komplikasyonlarla (MI, sol kalp yetmezliği...) kaybedilmektedirler. **Hipertansiyon ve hipergliseminin birlikte olması, kardiyovasküler komplikasyon riskini dramatik ve sinerjistik olarak arttırmaktadır.** Hiperglisemi vasküler sistemi, hipertansiyon komplikasyonlarına karşı duyarlı hale getirmektedir.

Cevap D (*İlgin, İç Hastalıkları, 2.baskı, s.1385, www.medicine.ankara.edu.tr*)

14. Hangi tip lupus nefriti ile nefrotik sendrom birlikteliği en sıktır?

a) Fokal proliferatif**b) Difüz proliferatif****c) Mezenşiyal****d) Membranöz****e) Segmental glomerüloskleroz**

AÇIKLAMA: SLE tanısı almış bir hastada patolojik idrar bulguları da saptanırsa **Lupus Nefriti** tanısında konulmuş olur. Böbrek biyopsisi tanı koydurucu değildir. SLE hastalarının %10'unda başlangıçtan itibaren renal tutulum olmaktadır. Seyri sırasında hastaların 2/3 sinde renal patoloji gelişmektedir. Lupus nefriti, klinikte değişik ve karışık tablolarla ortaya çıktığı için, tedavi ve prognozda önemli olmak üzere, patolojik sınıflandırma, lupus nefriti tanısı almış her hastada mutlaka yapılması gereklidir. Işık mikroskopik incelemesi ile:

- **Klas I** : Minimal glomerüler lezyon
- **Klas II** : IIA veya IIB Mezenşiyal glomerulonefrit
- **Klas III** : Fokal proliferatif glomerulonefrit
- **Klas IV** : Difüz proliferatif glomerulonefrit
- **Klas V** : Membranöz glomerulonefrit

Bunların içerisinde nefrotik sendromun görülme sıklığı en fazla membranöz glomerulonefrittedir. Prognozu en iyi olan, minimal glomerüler lezyon, prognozu en kötü olan da difüz proliferatif glomerulonefrittir. Difüz proliferatif GN, klinikte bazen hızlı ilerleyen GN (RPGN) şeklinde seyredebilir, yaygın kresentik lezyonlarla birliktedir. **SLE'de 2 tip vasküler lezyon olmaktadır; birincisi; nekrotizan vaskülit, ikincisi; sıklıkla Anti-Kardiyolipin Antikor (ACA) pozitifliği olan ve Tip IV'de görülen trombofili patolojidir.**

Cevap D (*Jacobson, The Principles and Practice of Nephrology, 2.baskı, 1995, s.163, Erbay, Ankara Tip Ders Notları*)

15. Artmış anyon gap li metabolik asidoz yapmayan hangisidir?

a) Renal tübüler asidoz**b) Kronik böbrek yetmezliği****c) Diabetik ketoasidoz****d) Laktik asidoz****e) Etanol intoksikasyonu**

AÇIKLAMA: Renal tübüler asidoz, normal anyon açıklı (hiperkloremik) asidoz yapar.

Cevap A (*İlgin, İç Hastalıkları, 2.baskı, s.1275*)

16. Kronik böbrek yetmezliğinde eritropoetin direncinin en sık sebebi nedir?

a) Antikor oluşması**b) Düzensiz ilaç kullanımı****c) Hipokalsemi**

- d) Fe eksikliği
e) Etkif olmayan diyaliz

AÇIKLAMA: KBY'de eritropoetin tedavisinde önemli olan demir eksikliğinin giderilmesidir. Ülkemizde yaygın olan bu sorun giderilmezse oldukça pahalı olan eritropoetin tedavisi istenilen sonuçlara ulaşmaz. **Eritropoetin tedavisi başlanmadan önce depo demir eksiklikleri giderilmelidir. Eritropoetin tedavisinin en ciddi yan etkisi hipertansiyondur.**

Cevap D (İliçin, İç Hastalıkları, 2.baskı, s.1311)

17.Diabetes mellitus ve komplikasyon olarak proteinürisi olan hipertansif bir hastada ilk tercih edilecek antihipertansif grup hangisidir?

- a) ACE İnhibitörler
b) Diüretikler
c) Beta blokerler
d) Kalsiyum kanal blokerleri
e) Alfa blokerler

AÇIKLAMA: Antihipertansif ilaç tedavisinin bireyselleştirilmesinde dikkat edilecek hastaya ait özellikler.

Avantaj yaratabilecek durumlar	
Durum	İlaç
Angina	Beta-bloker, KKB
Atriyal taşikardi-fibrilasyon	Beta-bloker
Böbrek hastalığı	ACEi, AT1RA
DM-proteinüri	ACEi, KKB
DM (Tip II)	Diüretik
Dislipidemi	Alfa-bloker
Hipertiroidizm	Beta-bloker
Kalp yetmezliği	ACEi, AT1RA
Migren	Beta-bloker (nonselektif)
Osteoporoz	Tiyazid diüretik
Preoperatif HT	Beta-bloker
Prostat hipertrofisi	Alfa-bloker

KKB: Kalsiyum kanal blokerleri.

ACEi: Anjiyotensin converting enzim inhibitörleri.

AT1RA: Anjiyotensin Tip1 reseptör antagonistleri.

Cevap A (İliçin, İç Hastalıkları, 2.baskı, s.421, www.medicine.ankara.edu.tr)

18.Aşağıdakilerden hangisi sekonder hipertansiyon sebebi değildir?

- a) Fibromusküler displazi
b) Feokromasitoma
c) Cushing hastalığı
d) Gut
e) Hipoparatiroidi

Cevap E (İliçin, İç Hastalıkları, 2.baskı, s.411)

19.Kronik böbrek yetmezliğinde renal osteodistrofinin asıl nedeni nedir?

- a) 1-25 dihidroksi vitamin D3 azalması
b) 24-25 dihidroksi vitamin D3 azalması
c) Parathormon artışı
d) Hiperfosfatemi
e) Kalsiyum artışı

AÇIKLAMA: Parathormonun aşırı yapımı, D vitamini sentezinin azalması ve metabolik asidozun varlığı hastalarda kemik sorunlarının oluşmasına neden olur. Paratiroidlerin aşırı stimülasyonu sonucu paratiroid bezlerde hiperplazi olur ve daha ileri dönemlerde de diyaliz hastalarında, özellikle 5 yıldan sonra paratiroid bezlerde adenomlar oluşur. Böbrek yetmezliği ilerledikçe parathormona karşı rezistans olur. **En sık karşımıza çıkan sorun PTH'nın etkisine bağlı olarak fazla miktarda kemik oluşumu nedeni ile oluşan renal osteodistrofidir.** Hastalarda belli başlı kemik problemleri; osteitis fibroza sistika, osteomalazi, osteoskleroz ve özellikle çocuklarda görülen kemik büyümesinde bozulmadır.

Cevap D (İliçin, İç Hastalıkları, 2.baskı, s.1314)

20.Renal replasman tedavisi alan hastalarda kullanılan eritropoetin yan etkileri arasında hangisi yoktur?

- a) Hipertansiyon
b) Tromboembolik olaylar
c) Hipokalsemi
d) Hiperfosfatemi
e) Miyalji

AÇIKLAMA: Eritropoetin alan hastalarda bazen epileptik ataklar olabilir, hipertansiyonun kontrolü güçleşebilir, bazen fistülde tromboz olur. Hastalar kendilerini iyi hissederler ve daha fazla yemek yerler, bundan dolayı da hiperkalemi görülebilir.

Cevap C (İliçin, İç Hastalıkları, 2.baskı, s.1311)

21.Üremik hastalarda hangisi görülmez?

- a) Karbonhidrat intoleransı
b) Lipoprotein lipaz aktivitesinde artma
c) Kardiyomiyopati
d) Polinöropati
e) Hiperpotasemi

AÇIKLAMA: Üremide LDL ve IDL düzeyleri yüksek, HDL ise düşüktür. Aterogenetik partikül olan, yavaş hareket eden beta VLDL düzeyi yüksektir. **Üremideki esas defekt lipoprotein yıkımının yetersizliğidir.** Trigliserid klirensi ve paranteral olarak verilen lipidlerin yarı ömrü uzamıştır. **Lipoprotein lipaz ve hepatik trigliserid lipaz aktiviteleri GFR ile orantılı olarak azalmıştır.**

Cevap B (İliçin, İç Hastalıkları, 2.baskı, s.1305)

22.Bilinen böbrek hastalığı olan bir hastada arteriyel kan gazında pH:7.30 HCO₃: 14 mEq/l ise beklenen PCO₂ değeri kaçtır?

- a) 29 mmHg

- b) 35 mmHg
- c) 40 mmHg
- d) 42 mmHg
- e) 50 mmHg

Cevap A (İlçin, İç Hastalıkları, 2.baskı, s.1283)

23.Glomerüler filtrasyon hızını gösteren endojen madde hangisidir?

- a) İnülin
- b) Ürik asit
- c) Mannitol
- d) Kreatinin
- e) Sorbitol

Cevap D (İlçin, İç Hastalıkları, 2.baskı, s.1217)

24.Arteriyel kan gazında pH: 7.40 HCO₃: 16 mEq/l PCO₂: 26 mmHg olan hastanın asit-baz bozukluğu nasıldır?

- a) Metabolik asidoz + respiratuvar alkaloz
- b) Metabolik alkaloz
- c) Respiratuvar alkaloz
- d) Metabolik asidoz
- e) Respiratuvar asidoz

Cevap A (İlçin, İç Hastalıkları, 2.baskı, s.1283)

25.Aşağıdakilerden hangisi kronik böbrek yetmezliği kriterlerinden değildir?

- a) 3 aydan uzun süren azotemi
- b) Uzun süren üremik belirti ve bulgular
- c) Renal osteodistrofi
- d) Bilateral küçük böbrekler
- e) Poliüri

AÇIKLAMA: Böbrek yetmezliği olan bir olguda; üç aydan uzun süren azotemi, uzun süren üremik belirti ve bulgular, renal osteodistrofi belirti ve bulguları, anemi, hiperfosfatemi, hipokalsemi, idrar sedimentinde geniş silendirler ve radyolojik incelemelerde bilateral küçük böbrekler kronik hastalık göstergeleridir.

Cevap E (İlçin, İç Hastalıkları, 2.baskı, s.1298)

26.Aşağıdakilerden hangisinde böbrek biyopsisi yapılması kontrendikedir?

- a) Persistan proteinüri
- b) Amiloidoz
- c) Sistemik hastalıkların böbrek tutulumu
- d) Kontrolsüz hipertansiyon
- e) Nedeni açıklanamayan veya persistan akut böbrek yetmezliği

Cevap D (İlçin, İç Hastalıkları, 2.baskı, s.1251)

27.Aşağıdakilerden hangisi eritropoetinin kardiyovasküler etkilerinden değildir?

- a) Egzersiz toleransında azalma
- b) Periferik vasküler dirençte artma
- c) Miyokardiyal iskemide azalma
- d) Sol ventriküler hipertrofide azalma
- e) Hipertansiyon

Cevap A (İlçin, İç Hastalıkları, 2.baskı, s.1311)

28.Böbrek transplantasyonu için mutlak kontrendike olmayan durum hangisidir?

- a) Dissemine malignite
- b) HIV enfeksiyonu
- c) Diğer organ yetmezlikleri
- d) Kontrol edilemeyen psikoz
- e) Kronik viral hepatitler

Cevap E (İlçin, İç Hastalıkları, 2.baskı, s.1330)

29.Hangisi pulmoner-renal sendroma yol açan hastalıklardan değildir?

- a) Goodpasture hastalığı
- b) Wegener granülomatozu
- c) Behçet hastalığı
- d) Temporal arterit
- e) Penisilamin

Cevap D (İlçin, İç Hastalıkları, 2.baskı, s.1357)

30.Kontrast madde nefropatisinde rolü olan ana patofizyolojik olay hangisidir?

- a) Renal kortikal iskemi
- b) Renal medüller iskemi
- c) Toksik maddenin tübüllere direkt toksik etkisi
- d) Oksidatif stres
- e) Eritrositlerin presipitasyonu

Cevap B (Heyman Pathophysiology of radiocontrast nephropathy: A role for medullary hypoxia, 1999, s.685-691)

31.İskemiye en duyarlı olan nefron parçası hangisidir?

- a) Proksimal tübülüs
- b) Distal tübülüs
- c) Henle kulpu çıkan kolu
- d) Toplayıcı kanallar
- e) Glomerüller

Cevap A (Kidney, Acute Renal Failure, 11. bölüm, 1996, s. 1200-1212)

32.Kontrast madde nefropatisini önleyici tedavilerden hangisi güvenilirliği kanıtlanmış en yararlı tedavidir?

- a) Kalsiyum kanal blokleri kullanımı

NEFROLOJİ

- b) Kaptopril kullanımı**
- c) Fenoldopam infüzyonu**
- d) Salin infüzyonu**
- e) Endotelin reseptör antagonisti kullanımı**

Cevap D (*Toprak Ö, Cirit M, A review of prevention strategies for radiocontrast nephropathy, Nefroloji Dergisi 2004; 13: 111-116*)

NÖROLOJİ

1. Status epileptikus olgusuna tanısıl yaklaşım ve tedavide aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- Hasta yakınlarından süratle hikaye alınır, fizik muayene yapılır, bu esnada nöbetler izlenerek tanı konulur.
- Damar yolu açılır her türlü antiepileptik ilaç i.v. yolla glukoz solüsyonu içinde infüzyonla verilir.
- Nöbetleri durdurmak için önce 0.2 mg/kg diazepam 5 mg/dk hızla i.v. verilir.
- Diazepamdan sonra sırayla 15-20 mg/kg difenilhidantoin 50 mg/dk hızla, eğer nöbetler durmazsa daha sonra 15-20 mg/kg fenobarbital 50 mg/dk hızla infüze edilir.
- Tedaviye dirençli olgularda midazolam infüzyonuna geçilmesi tedavi seçeneklerindedir.

AÇIKLAMA: Status epileptikus tedavisinde kullanılan bütün antiepileptik ilaçlar serum içinde infüzyon şeklinde verilecek ise, serum fizyolojik (%0.9'luk NaCl solüsyonu) içinde verilir. Glukoz solüsyonunun antiepileptik ilaçların etkinliğini olumsuz etkilediği kabul edilmektedir.

Cevap B (*Trescher, Neurology in Clinical, 2.baskı, 1996, s.1625-1644*)

2. West sendromu için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- İnfanıl spazmlar, psikomotor gelişimde duraklama ve EEG'de hipsaritmi klasik triadı oluşturur.
- Doğum anoksisi, kafa travması intrauterin ineksiyonlar, metabolik bozukluklar bu sendromun önemli bazı nedenleridir.
- Başlangıç genellikle 1 yaş öncesidir.
- Prognoz çok iyidir.
- Tedavide ACTH kullanılır.

AÇIKLAMA: d şıkkı yanlıştır. Çünkü West sendromu olan hastalarda tedavi geciktiği zaman ağır nörolojik sekeller ortaya çıkmaktadır.

Cevap D (*Trescher, Neurology in Clinical, 2.baskı, 1996, s.1625-1644*)

3. Status epileptikus (SE) için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- SE sık tekrarlayan ve arada bilincin açılmadığı epileptik nöbetlerin oluşturduğu bir tablodur.
- Bir tek epileptik nöbet 30 dakikadan daha uzun

sürerse bu da SE olarak kabul edilir.

- Her türlü epileptik nöbet SE'a dönüşebilir.
- Nonkonvülf SE'da mortalite konvülf SE'dan daha ağırdır.
- SE'ye çocukluk çağında ve 60 yaş üzerinde daha sık rastlanır.

AÇIKLAMA: Nonkonvülf SE'da vital bulgularda bozulma olmadığı ve serebral nöronlarda ciddi hasarlar gelişmediği için mortalite çok düşüktür.

Cevap D (*Trescher, Neurology in Clinical, 2.baskı, 1996, s.1625-1644*)

4. Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- Antiepileptik ilaç kullanan epileptik annenin doğacak çocuğunda konjenital malformasyon ihtimali normal annelerin bebeklerinden 2-3 kat daha fazladır.
- Konjenital malformasyonların prenatal dönemde tanısı mümkün olabilmektedir.
- Antiepileptik kullanan gebe annelerin folat (folik asit) kullanması konjenital malformasyon gelişimine karşı kısmen koruyucudur.
- Epilepsili gebelerde politerapi (multipl ilaç kullanımı) monoterapiye tercih edilir.
- Antiepileptik ilaçların muhtemel yan etkileri, gebeliğin ilk trimestr'inde kullanılmaları halinde diğer trimestr'lere kıyasla daha büyük bir risk taşımaktadır.

AÇIKLAMA: Çok sayıda antiepileptik ilacın aynı anda kullanımı (politerapi), her zaman tek ilaç kullanımına göre daha çok yan etkiye yol açma riski taşır.

Cevap D (*Trescher, Neurology in Clinical, 2.baskı, 1996, s.1625-1644*)

5. Aşağıdakilerden hangisi febril konvülsiyonlar için yanlıştır?

- Genellikle 4 ay ile 6 yaş arasında görülür.
- Basit febril konvülsiyon; tek jeneralize ve kısa süren konvülsiyondur.
- Kompleks febril konvülsiyon geçirenlerde ileriki yaşlarında epilepsi gelişme riski vardır.
- 24 saat içinde birden fazla ortaya çıkan, uzun süren, unilateral olan febril konvülsiyonlar kompleks febril konvülsiyonlardır.
- Febril konvülsiyon geçiren tüm hastalara uzun süreli profilaktik antiepileptik tedavi başlanır.

AÇIKLAMA: Basit febril konvülsiyon geçiren hastalara

NÖROLOJİ

genellikle uzun süreli profilaktik ilaç tedavisi gerekmez. Komplike (kompleks) febril konvülsiyon geçiren hastalara profilaktik tedavi gerekir.

Cevap E (*Trescher, Neurology in Clinical, 2.baskı, 1996, s.1625-1644*)

6. Tipik absans nöbeti (petit mal epilepsi) için hangisi yanlıştır?

- 5-10 saniye süren dalma nöbetleri ile karakterizedir.
- Bazen tabloya otomatizmler eklenebilir.
- Hastalığın seyri ve prognozu iyidir.
- EEG'de 3Hz bilateral senkron diken-dalga proksizimleri tipiktir.
- Tedavide karbamazepin ilk seçilecek ilaçtır.

AÇIKLAMA: Tipik absans nöbeti primer jeneralize epilepsi nöbetlerinden biri olduğu için **valproik asit** (sodyum valproat) ilk tercih edilecek ilaç olmalıdır.

Cevap E (*Trescher, Neurology in Clinical, 2.baskı, 1996, s.1625-1644*)

7. Aşağıdakilerden hangisi epileptik hastalarda nöbetlerin ortaya çıkışını provoke eden bir etken değildir?

- Uykusuzluk
- Antiepileptik ilaçların ani kesilmesi
- Ateş yükselmesi
- Bazı ilaçlar (Antidepresanlar, bazı hormonlar gibi)
- Genel anestezi alma

AÇIKLAMA: Genel anestezi alma epileptik nöbetleri provoke etmez. Hatta status epileptikus tedavisinde bazen genel anestezi tedavi amacıyla kullanılabilir.

Cevap E (*Trescher, Neurology in Clinical, 2.baskı, 1996, s.1625-1644*)

8. Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- Kronik epilepsi hastalığı olan hastalarda status epileptikus sıkça görülebilen bir tablodur.
- Akut organik beyin hasarı yapan hastalıklar (SVH'lar, kafa travmaları gibi) önemli status epileptikus nedenidir.
- Dirençli epilepsiler veya kronik epilepsi hastalığı olan hastalarda status epileptikus tablolarının tekrarlaması söz konusu olabilir.
- Nonkonvülsif status epileptikusta konvülsif status epileptikus olgularına kıyasla daha fazla serebral nöronal hasar oluşur.

e) Epilepsia partialis continua tedaviye dirençli bir tablodur.

AÇIKLAMA: Konvülsif status epileptikusta özellikle statusun süresi uzadıkça ağır nöronal hasar gelişmektedir. Nonkonvülsif status epileptikusta ise hiç nöronal hasar gelişmediği klasik olarak kabul edilmekle birlikte son yıllardaki çalışmalarla bu tabloda hafif nöronal hasar gelişebildiği de saptanmıştır.

Cevap D (*Trescher, Neurology in Clinical, 2.baskı, 1996, s.1625-1644*)

9. Jeneralize myastenia gravisli hastanın akut bakteriyel konjonktivit nedeniyle ilaç kullanması gerekmektedir. Evinde daha önce eşinin kullandığı tetrasiklinli bir göz damlası mevcuttur. Hasta bu ilacı kullanmasında bir sakınca olup olmadığını sormaktadır. Cevabınız ne olur?

- Kullanabilir çünkü bu topikal bir uygulamadır, topikal uygulamalar jeneralize myasteni açısından sakıncı yaratmaz.
- Kullanamaz çünkü tetrasiklin göz damlası olarak topikal de uygulansa, jeneralize myastenik semptomları artırabilir.
- Kullanabilir çünkü tetrasiklin myastenia gravis-te güvenle kullanılabilen antibiyotiklerden biridir.
- Kullanamaz çünkü myastenik hastalarda hiçbir antibiyotik güvenle kullanılamaz.
- Kullanabilir çünkü hastanın myastenisi oküler değil jeneralize tiptedir.

AÇIKLAMA: b. Myastenia gravis nöromusküler kavşakta iletim problemleri nedeniyle ortaya çıkan bir hastalıktır. **Tetrasiklinler nöromusküler kavşakta iletimi daha da bozarak semptomları artırırlar.** Bu, göz damlası gibi topikal uygulamalar için de geçerli bir durumdur ve **uygulama lokal bile jeneralize semptomlar artabilir**, dolayısıyla hastanın bu ilacı kullanması sakıncalıdır.

a. Bu ilacın topikal uygulanması bile sakıncalıdır.

c. Tetrasiklinler myastenia graviste kontrendikedir, hastanın bu ilacı kullanması güvenli değil tersine sakıncalıdır.

d. Nöromusküler kavşakta iletiyi bozmayan antibiyotikler (tetrasiklinler, aminoglikozid grubu antibiyotikler dışındakiler) myastenide güvenle kullanılabilirler.

e. Bu ilacın etkileri myasteninin tipinden bağımsızdır ve göz damlası gibi topikal uygulamalarda bile jeneralize semptomlar artabilir, dolayısıyla hastanın

bu ilacı kullanması sakıncalıdır.

Cevap B (*Henry, Neurologic Emergencies, 2.baskı, 2003, s.133-134*)

10.Hemifasiyal spazm ile ilgili bilgilerden hangisi yanlıştır?

- a) Unilateraldir
- b) İstem dışıdır
- c) Ağrılıdır
- d) Aritmiktir
- e) Tonik veya klonik kasılmalardır.

AÇIKLAMA: Hemifasiyal spazm 7. kranial sinirin hiperaktif bir disfonksiyonu ile karakterizedir. Fasiyal sinir lifleri arasında proksimal efüntik iletim sonucu oluşur ve nörovasküler kompresyona bağılı olabilir. **Ağrısız oluşu önemli bir özelliğidir.**

Cevap C (*Brazis, Localization in Clinical Neurology, 4.baskı, s.302*)

11.“Top of the basilar” sendromunda aşağıdakilerden hangisi gözlenmez?

- a) Göz hareketlerinde bozukluklar
- b) Pupiller anormallikler
- c) Davranış bozuklukları
- d) İşitme bozuklukları
- e) Motor ve duyuşal defisitler

AÇIKLAMA: Rostral baziler arterin genellikle embolik tıkanmasıyla oluşan bu sendromda göz bulguları ve görsel bozukluklar dikkati çeker. Bunlar hemianopi, kortikal körlük ve Balint sendromu olabilir. Kortikal işitme merkezleri baziler arterden beslenmez.

Cevap D (*Brazis, Localization in Clinical Neurology, 4.baskı, s.367*)

12.Kore hakkında doğru olan madde hangisidir?

- a) En sık görülen tipi Sydenham koresidir.
- b) Sydenham koresinde hipotoni olur.
- c) Huntington hastalığı otozomal resesif geçişlidir.
- d) Beyin ameliyatlarından sonra görülebilen bir komplikasyondur.
- e) Nöroakantositozis epizodik kore atakları ile seyreden bir metabolik hastalıktır.

AÇIKLAMA: Son yıllarda Sydenham koresi giderek az görülmektedir. Kardiyak cerrahiden sonra (özellikle çocuklarda) görülen koreye “postpump” kore denmektedir. Bu durum özellikle pompada uzun süre

kalan hastalarda derin hipotermiden ve dolaşım durmasından sonra görülmektedir.

Cevap B (*Brazis, Localization in Clinical Neurology, 4.baskı, s.429-43*)

13.Ani gelişen unilateral, küçük fakat reaktif pupilla (Horner sendromu) durumunda aşağıdakilerden hangisi düşünülmemelidir?

- a) Travmatik kord diseksiyonu
- b) Brakiyal pleksopati
- c) İnternal juguler ven kateterizasyonu
- d) Geniş yaygın torasik cerrahi
- e) Katarakt cerrahisi

AÇIKLAMA: Gözle ilgili olarak akut kornea penetran travmalarında spastik miyozis gelişir.

Cevap E (*Brazis, Localization in Clinical Neurology, 4.baskı, s.207*)

14.Pür motor hemiparezi, aşağıdaki lezyon lokalizasyonlarından hangisinde görülmez?

- a) Basis pontis
- b) İnternal kapsülün arka uzantısı
- c) Serebral pedinkül
- d) Medüller piramid
- e) Motor korteks

AÇIKLAMA: Kortikal lezyonlar monopareziye yol açar, çünkü kol ve bacağı temsil eden bölgeler birbirinden ayrı ve uzaktadır.

Cevap E (*Brazis, Localization in Clinical Neurology, 4.baskı, s.362*)

15.Lewy cisim demansı ile ilgili bilgilerden hangisi yanlıştır?

- a) İlerleyici mental yıkım
- b) İniş çıkışlı seyreden bilişsel bozukluklar
- c) Görsel varsanılar
- d) Nöroleptiklere iyi yanıt
- e) Sık sık düşmeler, senkop, geçici bilinç kayıpları

AÇIKLAMA: Bu tip demansın en belirleyici özelliklerinden biri hastalardaki psikotik belirtilerin nöroleptiklerle daha da kötüleşmesidir.

Cevap D (*Brazis, Localization in Clinical Neurology, 4.baskı, s.455*)

16.“Esansiyel tremor” ile ilgili bilgilerden hangisi yanlıştır?

- a) Otozomal dominant geçişlidir.

- b) Emosyonla artar.
- c) Alkol alımı ile düzelir.
- d) Unilateral gözlenir.
- e) Alt ekstremiteler korunur.

AÇIKLAMA: Esansiyel tremor en sık görülen hareket bozukluğu olup otozomal dominant geçişlidir. El ve el parmaklarında bilateral, simetrik, postural tremor olup ekstrapiramidal bulgular gözlenmez.

Cevap D (Gilroy, Basic Neurology, 3.baskı, s.170)

17.Aşağıdakilerden hangisi "tromboembolik serebral enfarktta" major risk faktörlerinden değildir?

- a) Hipertansiyon
- b) Anormal serum lipidleri
- c) Diabetes mellitus
- d) Hiperürisemi
- e) Hipertiroidizm

AÇIKLAMA: Hipotiroidizm, major risk faktörlerindedir.

Cevap E (Gilroy, Basic Neurology, 3.baskı, s.243)

18.Aşağıdakilerden hangisi jeneralize nöbetlerdendir?

- a) Vertijinöz nöbet
- b) Otonomik nöbet
- c) Absans nöbet
- d) Disfazik nöbet
- e) Versif nöbet

AÇIKLAMA: Absans nöbet jeneralize nöbetlerdendir. Diğer nöbetler parsiyel nöbet sınıflamasında yer alırlar.

Cevap C (Gilroy, Basic Neurology, 3.baskı, s.85)

19.Aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a) Antikolinesteraz ilaçlar myastenia gravisı kötüleştirebilir.
- b) Lambert Eaton sendromu postsinaptik tipte bir nöromüsküler ileti bozukluğudur.
- c) Polimiyozitte CK enzim düzeyleri vakaların çok az bir kısmında yükselir.
- d) Myotonia konjenita sodyum kanal mutasyonları ile ilgilidir.
- e) Myastenia gravis ve tirotoksikoz birlikteliği ender değildir.

AÇIKLAMA: Antikolinesteraz ilaçlar myastenia gravis tedavisinde kullanılırlar. Lambert Eaton sendromu presinaptik tipte nöromüsküler ileti bozukluğudur. Polimiyozitte CK düzeyleri vakaların çoğunda yükselir. Myotonia konjenita Cl kanallarının genetik bozukluğu ile ilgilidir.

Cevap E (Gilroy, Basic Neurology, 3.baskı, s.645)

20.Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Epilepsili hastalarda gebelik döneminde nöbetler sıklaşabilir.
- b) Gebelik döneminde serum antiepileptik düzeyleri düşer.
- c) Epileptik hastaların gebelikleri esnasında çeşitli gebelik komplikasyonlarının ortaya çıkma ihtimali, epileptik olmayanların gebeliklerine göre daha yüksektir.
- d) Antiepileptik kullanan hastaların yenidoğan bebeklerinde kanama diyatezi oluşma riski vardır.
- e) Gebelik epilepsi üzerine olumlu etki yapar ve genellikle nöbetler seyrekleşir.

AÇIKLAMA: İlk dört şıkda belirtilen fizyopatolojik ve klinik değişimler gebelikte ortaya çıkmaktadır. Gebeliğin epilepsi üzerine olumlu etki yapması ve nöbetlerin seyrekleşmesi ise yanlıştır.

Cevap E (Trescher, Neurology in Clinical, 2.baskı, 1996, s.1625-1644)

21.Aşağıdakilerden hangisi Prion hastalığı değildir?

- a) Kuru
- b) Crutzfeldt-Jacob hastalığı
- c) Fatal familiyal İnsomnia
- d) Subakut Sklerozan Panensefalit
- e) Gerstmann-Straussler-Scheinker sendromu

AÇIKLAMA: Subakut Sklerozan Panensefalit kızamık virusunun neden olduğu santral sinir sisteminin kronik viral infeksiyonlarından.

Cevap D (Bradley, Neurology in clinical practice, 2. baskı, 1996, s.1296-1303)

22.Aşağıdakilerden hangisi Motor Nöron hastalığı değildir?

- a) Progresif Supranükleer Paralizi
- b) Amyotrofik Lateral Skleroz
- c) Primer Lateral skleroz
- d) Psödobulber paralizi
- e) Progresif Bulber Paralizi

AÇIKLAMA: Progresif supranükleer paralizi primer olarak subkortikal gri maddeyi etkileyen idiyopatik dejeneratif bir hastalıktır.

Cevap A (Aminoff, clinical neurology, 3. baskı, 1996, s.223-224)

23.Sydenham Koresi (Romatizmal Kore) için yanlış olanı işaretleyiniz?

- a) En sık 5-15 yaşları arası kız çocuklarında görülür.
- b) Patogenezden streptokoklar ve striatal nöronlar arasında çapraz reaksiyon gösteren antikorlar

sorumludur.

- c) Anormal gen 4. kromozomda lokalizedir.
- d) Koreik hareketleri azaltmak için Dopamin düzeyini azaltan ilaçlar kullanılır.
- e) Hastaların 1/5'inde iki yıl içinde rekürrens görülebilir.

AÇIKLAMA: Sydenham Koresi immün mekanizma ile ortaya çıkan bir hastalık olup genetik geçiş göstermez.

Cevap C (*Bradley, Neurology in clinical practice, 2. baskı, 1996, s.1756-1757*)

24.Aşağıdakilerden hangisi Persistan Vejetatif Durum (Bitkisel Yaşam) için yanlıştır?

- a) Komadan sonra ortaya çıkan kronik yanıtız bir durumdur
- b) Temelde bir beyinsapı sendromudur
- c) Uyku-uyanıklık ritmi vardır
- d) İstemi motor hareket yoktur
- e) Vejetatif refleksler alınır

AÇIKLAMA: Persistan Vejetatif Durum (Bitkisel Yaşam)'da beyin sapı kurtulmuş olup, yaygın kortikal ve subkortikal hasar vardır.

Cevap B (*Kumral, Santral Sinir Sisteminin Damarsal Hastalıkları, s.82*)

25. Aşağıdakilerden hangisi Duchenne Tipi Muskuler Distrofinin özelliklerine uymaz?

- a) Serum Kreatin Kinaz düzeyi 10.000mu/ml üzerine çıkar.
- b) Psödohipertrofi görülür.
- c) Kardiyomiyopati sık eşlik eder
- d) X kromozomuna bağlı resesif geçiş gösterir
- e) Distrofin normal düzeylerde bulunur.

AÇIKLAMA: Kas plazma membranında lokalize bir protein olan Distrofin, Duchenne Tipi Muskuler Distrofi de normal değerlerin %3'ünün altında bulunur.

Cevap E (*Bradley, Neurology in Clinical Practice, 2.baskı, s.2009-2010*)

26.Aşağıdakilerden hangisi derin duyu değildir?

- a) Pozisyon duygusu
- b) Duysal lokalizasyon
- c) Vibrasyon duygusu
- d) Derin basınç duygusu
- e) Hareket duygusu

AÇIKLAMA: Duysal lokalizasyon kortikal duyulardandır.

Cevap B (*Yaltkaya, Nöroloji Ders Kitabı, s.111*)

27.Aşağıdaki ilaçlardan hangisinin migren

profilaksisinde yeri yoktur?

- a) Propranolol
- b) Amitriptilin
- c) Ergotamin tartarat
- d) Flunarizin
- e) Sumatriptan

AÇIKLAMA: Sumatriptan migrende atak tedavisinde kullanılır.

Cevap E (*Yaltkaya, Nöroloji ders kitabı, 1994, s.263*)

28.Psödotümör serebri için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Beyin tomografisinde ventriküllerde genişleme görülür.
- b) BOS basıncı artmıştır
- c) Hastalar sıklıkla genç, obez kadınlardır
- d) En önemli komplikasyonu kalıcı görme kaybıdır
- e) Başağrısı en sık karşılaşılan semptomdur.

AÇIKLAMA: Psödotümör serebride beyin kompliyansında azalma ventriküler dilatasyona engel olarak hidrocefali gelişimini önler. Bu nedenle ventriküller normal ya da küçük görülür.

Cevap A (*Gilroy, Basic Neurology, 3. baskı, 2000, s.523*)

29.West sendromu için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) İnfanıl spazmalar, psikomotor gelişimde duraklama ve EEG'de hipsaritmi klasik triadı oluşturur.
- b) Doğum anoksisi, kafa travması, intrauterin infeksiyonlar, metabolik bozukluklar bu sendromun önemli bazı nedenleridir.
- c) Başlangıç genellikle 1 yaş öncesidir
- d) Prognoz çok iyidir
- e) Tedavide ACTH kullanılır.

AÇIKLAMA: West sendromunda prognoz özellikle erken tanı konup tedaviye başlanmayan hastalarda çok kötüdür.

Cevap D (*Bradley, Neurology in clinical practice, 2. baskı, 1996*)

30.Aşağıdakilerden hangisi febril konvülsiyonlar için yanlıştır?

- a) Genellikle 4 ay ile 6 yaş arasında görülür.
- b) Basit febril konvülsiyon; tek jeneralize ve kısa süren konvülsiyondur.
- c) Kompleks febril konvülsiyon geçirenlerde ileriki yaşlarda epilepsi gelişme riski vardır.
- d) 24 saat içinde birden fazla ortaya çıkan, uzun süren, unilateral olan febril konvülsiyonlar kompleks febril konvülsiyonlardır.

NÖROLOJİ

- e) Febril konvüziyon geçiren tüm hastalara uzun süreli profilaktik antiepileptik tedavi başlanır.

AÇIKLAMA: Basit febril konvüziyon tek veya az sayıda geçirilmişse ve başkaca bir risk faktörü de yoksa profilaktik antiepileptik tedavi gerekmez.

Cevap E (*Bradley, In Neurology in clinical park, 2. baskı, 1996*)

31. Aşağıdakilerden hangisi epileptik hastalarda nöbetlerin ortaya çıkışını provoke eden neden değildir?

- a) Uykusuzluk
b) Antiepileptik ilaçların ani kesilmesi
c) Ateş yükselmesi
d) Bazı ilaçlar (Antidepressanlar, bazı hormonlar gibi)
e) Genel anestezi alma

AÇIKLAMA: A, b, c ve d şıklarının epileptik nöbetleri provoke ettiği daha önceki çalışmalarla saptanmıştır ve klasik kitaplara da geçmiştir. Genel anestezi uygulamasının ise böyle bir etkisi olduğuna dair bilgi yoktur.

Cevap E (*Bradley, In Neurology in Clinical Practice, 2. baskı, 1996*)

32. Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Kronik epilepsi hastalığı olan hastalarda status epileptikus sıkça görülebilen bir tablodur.
b) Akut organik beyin hasarı yapan hastalıklar (SVH'lar, kafa travmaları gibi) önemli status epileptikus nedenidir.
c) Dirençli epilepsiler veya kronik epilepsi hastalığı olan hastalarda status epileptikus tablolarının tekrarlaması söz konusu olabilir.
d) Nonkonvülfik status epileptikusla konvülfik status epileptikus olgularına kıyasla daha fazla serebral nöronal hasar oluşur.
e) Epilepsia partialis continua tedaviye dirençli bir tablodur.

AÇIKLAMA: Konvülfik status epileptikus ciddi serebral nöronal hasar oluşturur. **Nonkonvülfik statusun serebral hasar oluşturmadığı kabul edilir.** Ancak son yıllarda çok olmasa da bir miktar hasara yol açabildiğine dair yeni bilgiler mevcuttur.

Cevap D (*Bradley, In Neurology in Clinical Practice, 2. baskı, 1996*)

33. Alzheimer hastalığı için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) En sık görülen demans tipidir
b) Beyinde amiloid plaklar ve nörofibriler yumaklar görülür

- c) Tedavide Asetilkolinesteraz enzim inhibitörleri kullanılır.

- d) Down sendromlu olgularda görülme sıklığı yüksektir.

- e) Frontal ve temporal loblarda belirgin atrofi görülür.

AÇIKLAMA: Frontal ve temporal atrofi Pick hastalığı'nda belirgindir.

Cevap E (*Gilroy, Basic Neurology, 3. baskı, 2000, s.344*)

34. Myastenia Gravis için hangisi yanlıştır?

- a) Presinaptik membranda lokalize asetilkolin reseptörlerine karşı otoantikolar oluşur

- b) Semptomlar egzersizle artar, istirahatle düzelir

- c) Antikolinesterazlar hem tanı hem tedavi amacıyla kullanılır.

- d) Ekstraoküler kaslar en sık tutulan kas grubudur.

- e) Temiktomi ve plazmaferez de tedavide kullanılabilir.

AÇIKLAMA: Myastenia Gravis de postsinaptik membranda lokalize asetilkolin reseptörlerine karşı otoantikolar oluşur. Otoantikolar timusta B lenfositler tarafından üretilir. Timus hiperplazisi veya timoma tabloya eşlik edebilir. Olgularda %90'ında ekstraoküler kas tutulumu görülür.

Cevap A (*Simon, Clinical Neurology, s.151-152*)

35. Aşağıdakilerden hangisine radial sinir innervasyonlu kaslar eşlik etmez?

- a) Dirsek fleksiyonu

- b) Bilek ekstansiyonu

- c) Bilek Fleksiyonu

- d) El parmakları ekstansiyonu

- e) Dirsek ekstansiyonu

AÇIKLAMA: Bilek fleksörü Flekso Carpi Radialis median sinir innervasyonludur.

Cevap C (*Simon, Clinical Neurology, s.112*)

36. Brocca afazisinde lezyon hangi bölgededir?

- a) Frontal supra sylvian

- b) Supramarginal gyrus

- c) Superior temporal gyrus

- d) Angular gyrus

- e) Perisylvian bölge

Cevap A (*Principles of Neurology, 7. baskı, s.506*)

37. Wernicke afazisinde lezyon hangi bölgededir?

- a) Frontal lob
- b) Temporal lob
- c) Anguler gyrus
- d) Primer motor bölge
- e) Perisylvian bölge

Cevap B (*Principle of neurology, 7. baskı, s.506*)

38.İletim tipi afazinde lezyon hangi bölgededir?

- a) Supramarginal gyrus
- b) Angular gyrus
- c) Perisylvian bölge
- d) Frontal lob
- e) Corpus colosum

Cevap A (*Principles of Neurology, 7. baskı, s.506*)

39.Gerstmann sendromunda hangisi bulunmaz?

- a) Finger agnozi
- b) Discalculi
- c) Disgrafi
- d) Aleksi
- e) Brocca afazisi

Cevap E (*Principles of Neurology, 7. baskı, s.485*)

40.Carpal tünel sendromunda hangi sinir etkilenir ?

- a) N. medianus
- b) N. ulnaris
- c) N. radialis
- d) M. medial cutoneus antebrachial
- e) N. aksillaris

Cevap A (*Principles of Neurology, 7. baskı, s.1433*)

41.Pronator sendromunda hangi sinir etkilenir?

- a) N. medianus
- b) N. ulnaris
- c) N. radialis
- d) N. medial cutoneus antebrachial
- e) N. aksillaris

Cevap A (*Principles of neurology, 7. baskı, s.1431*)

42.Tarsal tünel sendromunda hangi sinir etkilenir?

- a) N. posterior tibial
- b) N. femoralis
- c) N. suralis
- d) N. peronealis superficialis
- e) N. safeneus

Cevap A (*Principles of Neurology, 7. baskı, s.1435*)

43.Meralgia parestetikada hangi sinir etkilenir?

- a) N. lateral femoral cutoneus
- b) N. suralis
- c) N. femoralis
- d) N. posterior tibial

e) N. ulnaris

Cevap A (*Principles of neurology, 7. baskı, s.1432*)

44.Cubital tünel sendromunda hangi sinir etkilenmiştir?

- a) N. medianus
- b) N. ulnaris
- c) N. radialis
- d) N. aksillaris
- e) N. suralis

Cevap B (*Principles of neurology, 7. baskı, s.1433*)

45.N. fasialis motor çekirdeklerinin eksikliğine ne ad verilir?

- a) Böbius sendromu
- b) Crocodil sendromu
- c) Brown-sequerd sendromu
- d) Bourneuille hastalığı
- e) Rett sendromu

Cevap A (*Principles of neurology, 7. baskı, s.1079*)

46.Elli beş yaşında erkek hasta çalışırken aniden bayılıp düşer. Kendine geldiğinde başının döndüğünü ve çift gördüğünü söyler. Kendisine verilen suyu yutamadığı için içemez. Bu tablo size neyi düşündürür?

- a) Lakuner infarkt
- b) İntraserebral kanama
- c) Karotis sistemi tutan emboli
- d) Vertebrobasiller sistemi tutan emboli
- e) Anterior komunikan arter anevrizması ruptürüne bağlı subaraknoid kanama

Cevap D (*Merritt's neurology, 8. baskı, s.211*)

47.Aşağıdakilerden hangisi yüksek serebral fonksiyonlardan değildir?

- a) Cisimlerin isimlendirilmesi
- b) Sağ-sol oryantasyonu
- c) Gözler kapalıyken el ile cisimlerin tanınması
- d) İki nokta diskriminasyonu
- e) Koku alma

Cevap E (*Clinical neurology, 1993, s.5*)

48.Aşağıdakilerden hangisi serebellar sistemle ilgili değildir?

- a) Nistagmus
- b) Ataksi
- c) Sterognozi
- d) Hipotoni
- e) Dismetri

Cevap C (*Merritt's neurology, 8. baskı, s.380*)

NÖROLOJİ

49. Aşağıdakilerden hangisi myopatiye görülürken, nöropatiye görülmez?

- a) Proksimal güçsüzlük
- b) Belirgin atrofi
- c) Fasikülasyonlar
- d) Derin tendon reflekslerinin olmaması
- e) Kramplar

Cevap A (*Cecil Essentials of Medicine, s.503*)

50. Brachial pleksusun posterior kordunun yaralanması aşağıdaki sinirlerden hangisini etkilemez?

- a) N. aksillaris
- b) N. radialis
- c) N. torakodorsalis
- d) N. torasikus longus
- e) N. subskapularis

Cevap D (*Moore, Clinically Oriented Embriology, 4. baskı, s.516*)

51. Aşağıdaki yöntemlerden hangisi Multiple Skleroz (MS)'da yardımcı bir tanı yöntemi değildir?

- a) Magnetik rezonans
- b) Bilgisayarlı beyin tomografisi
- c) Uyarılmış potansiyeller
- d) Periferik sinir biyopsisi
- e) BOS'ta oligoklonal bantlar

Cevap D (*Merritt's Neurology, 8. baskı, s.606*)

52. Kontralateral hemiparezi, ipsilateral yüz felci aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Horner sendromu
- b) Collet-sicard sendromu
- c) Weber sendromu
- d) Millard-Gubler sendromu
- e) Wallenberg sendromu

Cevap D (*Merritt's Neurology, 7. baskı, s.248*)

53. Aşağıdakilerden hangisi ekstrapiramidal sistem ile ilgili değildir?

- a) Tremor
- b) Ataksi
- c) Koreatetoz
- d) Distoni
- e) Hemiballismus

Cevap B (*Merritt's neurology, 8. baskı, s.627*)

54. Aşağıdakilerden hangisi metabolik ensefalopati-lerin bir özelliği değildir?

- a) Bilateral asteriks ve miyokloni
- b) Bozulmuş pupilla ışık reaksiyonu

- c) Orta dereceli hipotermi
- d) Genellikle korunmuş duysal özellikler
- e) Konfüzyon laterji veya delirium

Cevap B (*Cecil Essentials of medicine, s.743*)

55. Bazal ganglionların hasar görmesi, aşağıdaki bulgulardan hangisine neden olmaz?

- a) Ballismus
- b) Parkinson hastalığı
- c) Ataksi
- d) Kore
- e) Tremor

Cevap C (*Carpenter Core Text of neuroanatom, 4. baskı, s.350-353*)

56. Bilateral düşük ayak nedeni hangisidir?

- a) Deep peroneal nöropati
- b) Siyanotik nöropati
- c) Common peroneal nöropati
- d) Bilateral L5 radikülopati
- e) Guillan Barre sendromu

Cevap D (*Neuromuscular Disorders in Clinical Practice, s.14-15*)

57. Hızlı progresif quadriparezi nedeni hangisidir?

- a) Rabdomiyoliz
- b) Distal myopati
- c) Miyotonik distrofi
- d) Hereditör sensorimotor polinöropati
- e) Siyatik nöropati

Cevap A (*Neuromuscular disorders in Clinical Practice, s.11*)

58. Primer Nöromusküler hastalık hangisidir?

- a) Myastenia Gravis
- b) Motor nöron hastalığı
- c) Steroid miyopatisi
- d) Sistemik lupus eritromatozis
- e) PAN (Poliarteritis nodosa)

Cevap A (*Neuromuscular Disorders in clinical practice, s.385*)

59. Elektrolit bozukluğunun sebep olduğu kas hastalığı hangisidir?

- a) Hipokalemik periyodik paralizisi
- b) Duchenne musküler distrofi
- c) Fasiyo-scapulo humoral musküler distrofi
- d) Nöromiyotoni
- e) Miyotonik distrofi

Cevap A (*Neuromuscular Disorders in clinical practice,*

s.1199)

60.En sık ağrılı nöropati nedeni hangisidir?

- a) Bilek kanalı sendromu
- b) Diabetes Mellitus
- c) Guillain Barre hastalığı
- d) Duchenne musküler distrofi
- e) Mitokondriyal miyopati

Cevap B (*Neuromuscular Disorders in Clinical Practice, s.1359*)

61.Nörofibromatozis'i hangisi tanımlamaz?

- a) Cafe-au-lait lekeleri
- b) Aksiller ve inguinalbölgede çillenmeler
- c) İki veya daha fazla nörofibromlar
- d) Aile hikayesi
- e) Tuberoz sklerozis

Cevap E (*Merritt's Textbook of Neurology, s.641*)

62.Çocukluk çağında en sık rastlanan kore nedeni hangisidir?

- a) Sydenham korsei
- b) Senil kore
- c) Esansiyal kore
- d) Ataksi-telenjiektazi
- e) Wilson hastalığı

Cevap A (*Merritt's Textbook of Neurology, s.699*)

63.Beyin ölümü kriteri hangisidir?

- a) Uyku-uyanıklık siklusu vardır.
- b) Solunumu yoktur, ventilatöre bağlıdır.
- c) Beyin sapı refleksleri mevcuttur.
- d) Okulosefalik refleks mevcuttur.
- e) Kornea refleksi alınır.

Cevap B (*Merritt's Textbook of Neurology, s.26*)

64.Vasküler intrakraniyal tümör hangisidir?

- a) Glioblastoma
- b) Hemanjiyoblastoma
- c) Menenjioma
- d) Astrojitoma
- e) Gliom

Cevap B (*Merritt's Textbook of Neurology, s.384*)

65.Hangisi Nörokutanöz hastalık değildir?

- a) Sturge-weber
- b) Nörofibromatozis
- c) Tuberosklerozis
- d) İncontinontia pigmenti

e) Hemanjiyom

Cevap E (*Merritt's Textbook of Neurology, s.639*)

66.Aşağıdakilerden hangisi papil ödemi nedenlerinden değildir?

- a) İntrakraniyal kitleler
- b) Benign İntrakraniyal Hipertansiyon
- c) Multipl Skleroz
- d) Santral Retinal Damar Trombozu
- e) Subaraknoid kanama

Cevap E (*Yalrkaya, Nöroloji Ders Kitabı, 1. baskı, 1994, s.40*)

67.Aşağıdakilerden hangisi Wallenberg Sendromu (Lateral Medüller Sendrom) semptomlarından değildir?

- a) Hemipleji
- b) Vertigo
- c) İpsilateral ataksi
- d) Disfaji
- e) İpsilateral Horner Sendromu

Cevap A (*Simon, Clinical Neurology, s.96*)

68.Aşağıdaki kafa çiftlerinden hangisi saf motor bir sinirdir?

- a) II. Kafa çifti
- b) III. kafa çifti
- c) VII. Kafa çifti
- d) IV. kafa çifti
- e) X. Kafa çifti

Cevap D (*Yalrkaya, Nöroloji Ders Kitabı, 1994, s.37*)

69.Demens nedenleri arasında en sık rastlanan 3 hastalık hangisidir?

- a) Alzheimer hastalığı (AH), multipl serebral infarkt (MI) ve mikst tip (AH+MI) demans'dır
- b) Alzheimer hastalığı, Huntington Hastalığı, Parkinson Hastalığı
- c) Diffüz Lewy cisimcikli Demans, Alzheimer hastalığı, Parkinson Hastalığı
- d) Frontotemporal demans, Diffüz Lewy cisimcikli Demans, Parkinson Hastalığı
- e) Creutzfeldt- Jakob hastalığı, Pick hastalığı, Huntington Hastalığı

Cevap A (*Rowland, Merrit's Neurology. 10. baskı. 2000, s. 4*)

NÖROLOJİ

70. Parkinson tedavisinde kullanılan dopamin agonistlerinden hangileri non-ergot'tur?

- a) Bromokriptin / Pergolid
- b) Bromokriptin / Lisurid
- c) Pergolid / Cabergolin
- d) Ropinirol / Pramipeksol
- e) Pramipeksol / Pergolid

Cevap D (Rowland, Merrit's Neurology, 10. baskı, 2000, s.689)

71. Multipl skleroz'un aşağıda yazılı olan klinik formlarından en sık rastlanılanı hangisidir?

- a) Benign formu
- b) Relapsing-remitting formu
- c) Primer progressif form
- d) Progresif-relapsing formu
- e) Marburg varyantı (Akut MS)

Cevap B (Cook, Handbook of Multiple Sclerosis, 3. baskı, 2001, s.222)

72. Multipl Skleroz ile gebelik arasındaki ilişki için aşağıda yazılı seçeneklerden hangisi yanlıştır?

- a) Gebelik esnasında relaps oranı azalır
- b) Post partum dönemde özellikle ilk 3 ay içerisinde relaps oranı artar
- c) İnterferon beta tedavisi gören hastalarda gebelik öncesi bu ilaç kesilmeli ve en az 3 aylık bir arındırma döneminden sonra gebeliğe izin verilmelidir.
- d) Eğer anestezi endikasyonu varsa epidural anestezi uygulanmalı, spinal anesteziden kaçınılmalıdır
- e) Akut kötüleşme dönemlerinde kullanılan Prednizolon tedavisi gebelik süresince atak gelişim riskini azaltma amaçlı olarak kullanılmalıdır.

Cevap E (Birk, Pregnancy and Multiple Sclerosis, 1986, s.719-26)

73. Aşağıdaki hastalıklardan hangisinde duyu bozukluğu yoktur?

- a) Diabetik nöropati
- b) Karpal tunel sendromu
- c) Amyotrofik lateral sklerosis (ALS)
- d) Spinal kord yarı kesisi
- e) Syringomyeli

Cevap C (Nicholas, Handbook of Differential Diagnosis in Neurology, 2001, s.5)

74. Spinal kord patolojilerinde aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) L3-4 lezyonlarında patella refleksi kaybolur
- b) S1 lezyonlarında Aşil refleksi kaybolur
- c) Disk protrüzyonları sıklıkla L1-2 radikülopatiye yol açar
- d) L2-4 kök kompresyonları genellikle neoplazmlardan kaynaklanır
- e) C5-6 lezyonlarında biceps refleksi kaybı olur

Cevap C (Nicholas, Handbook of Differential Diagnosis in Neurology, 2001, s.8-9)

75. Sekiz yaşında bir çocukta ailesi, günde pek çok kez tekrarlayan, 5-15 saniye süreli, bir noktaya sabit bakarak donup kalma, göz kapağında seçirme tarzı hareketler olması sonrasında hemen kendine geldiğini tanımlıyor. Bu tablo ile ilgili hangisi yanlıştır?

- a) Kompleks parsiyel nöbet
- b) Absans (Petit mal) nöbet
- c) EEG'de 3 cy/sn diken-dalga kompleksi varlığı
- d) %40'ında aile öyküsü vardır
- e) Hiperventilasyonla nöbetler tetiklenir

Cevap A (Kenneth, Neurology and Neurosurgery Illustrated, 1999, s.93)

76. Aşağıdakilerden hangisi akut monooküler görme kaybına yol açmaz?

- a) Santral retinal arter oklüzyonu
- b) Optik nörit
- c) Amorozis fugaks
- d) Sitomegalovirus enfeksiyonu
- e) Papil ödem

Cevap E (Nicholas, Handbook of Differential Diagnosis in Neurology, 2001, s.17)

77. Duchenne myopatisi hangi tip myopatidir?

- a) İnflamatuvar
- b) Herediter
- c) Endokrin
- d) İnfeksiyöz
- e) Toksik

Cevap B (Nicholas, Handbook of Differential Diagnosis in Neurology, 2001, s.156)

78. Aşağıdaki maddelerden hangisi esrarın santral sinir sistemi üzerindeki etkilerinden sorumlu en önemli bileşenlerinden birisi olan tetrahidrokanabinolün etkileştiği reseptörlerin endojen ligandı olarak tanımlanmıştır?

- a) Nitrik oksid
- b) Serotonin
- c) Anandamid
- d) GABA
- e) Frataksin

Cevap C (Hillard, Prostaglandins & other lipid mediators, 2000, s.3-18)

79. Aşağıdaki bilgilerden hangisinin bilinmesi, bir hasta üzerinde Uluslararası Başağrısı Derneğinin migren tanı kriterlerinin uygulanabilmesi için gerekliliği yoktur?

- a) Hastanın o güne kadar yaşadığı atak sayısı
- b) Atak sırasında ağrının egzersizle belirginleşip belirginleşmediği
- c) Atağın bazı besinlerin alınması ile tetiklenip tetiklenmediği
- d) Atak sırasında hastanın sesli uyaranlara karşı reaksiyonu
- e) Ağrının şiddeti

Cevap C (Ardıç, Vertigo 1. Baskı, s.309)

80. Vertebral arter tıkanıklıkları ile ilgili doğru cümleyi işaretleyiniz.

- a) Ekstrakraniyal ateromatöz tıkanıklıkları çok nadirdir.
- b) Tıkanıklığı genelde ağır klinik tablolar oluşturur.
- c) Ortaya çıkan klinik bulgular her hastada hemen hemen aynıdır.
- d) Tıkanıklık iki yanlı olabilir.
- e) Beşinci kraniyal sinire ait bulgular kural olarak gözlenmez.

Cevap D (Ardıç, Vertigo 1. Baskı, s.323)

81. Baş dönmesi ataklarının ne zaman epileptik bir fenomen olabileceği özellikle düşünülebilir?

- a) Arkasından kuadriparezi gelişirse
- b) İşitsel halüsinasyonlarla birlikte seyrederse
- c) Tansiyon arteriyal değeri düşük bulunursa
- d) Nörolojik muayeneden belirgin ve yaygın defisitler saptanırsa
- e) Kraniyal MRG normalse

Cevap B (Ardıç, Vertigo 1. Baskı, s.353)

82. Relaps ve remisyonlarla seyirli kesin multipl skleroz tanısı için hangisi yeterlidir?

- a) Kraniyal MRG'de tipik plakların gözlenmesi
- b) Beyin omurilik sıvısında IgG artışı
- c) Beyin omurilik sıvısında oligoklonal band varlığı
- d) Tipik bir klinik atağın uzman tarafından gözlenmesi
- e) İki klinik atak, iki lezyonun varlığına dair objektif klinik kanıt

Cevap E (Ardıç, Vertigo, 1. Baskı, s.336)

AİLE HEKİMLİĞİ

1. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) akut atak tanısı için aşağıdakilerden hangisi minör semptomlardan birisi değildir?

- a) Öksürük
- b) Nazal konjesyon
- c) Hırıltılı solunum
- d) Pürülan balgam
- e) Boğaz ağrısı

AÇIKLAMA: Akut atak tanısı için majör semptomlar ve minör semptomlar birlikte değerlendirilir. **Majör semptomlar;** dispne, balgam miktarında artış, pürülan balgam. **Minör semptomlar;** öksürük, hırıltılı solunum, boğaz ağrısı, sık soğuk algınlığı semptomları (nazal konjesyon, akıntı).

Cevap D (Bartu, KOAH Akut Atakta Klinik ve Laboratuvar Değerlendirme, 2002, s. 43)

2. Demans, psikomotor gerilik, yürümede dengesizlik ve idrar inkontinansı şikayeti ile başvuran 70 yaşında bir erkek hastanın istenen bilgisayarlı beyin tomografisinde 'ventriküllerde büyüme' olduğu saptanmıştır. Aşağıdakilerden hangisi bu hasta için en olası tanıdır?

- a) Pick hastalığı
- b) Normal basınçlı hidrosefali
- c) AIDS Ensefalopatisi
- d) Alzheimer Hastalığı
- e) Depresyon

AÇIKLAMA: Normal Basınçlı Hidrosefali (NBH) beyin omurilik sıvısının (BOS) yavaş bir şekilde birikmesi ve ventriküllerin büyümesi ile karakterize olan kronik bir hastalıktır. NBH etiolojisi ve klinik önemi henüz tam olarak açığa kavuşmuş değildir. Obstrüktif olmayan bu hidrosefali tipinin saptandığı hastalarda; demans, psikomotor gerilik, yürümede dengesizlik ve idrar inkontinansı belirtilerinin bulunduğu bir sendrom görülmektedir. 60 yaşın üzerindeki insanların neredeyse %5 gibi büyük bir kısmında, yapılmış olan bilgisayarlı tomografi (BT) tetkiklerinde hidrosefali ile uyumlu bulgular tespit edilmektedir. Ancak bu hastaların çoğu asemptomatiktir.

- a) **Pick Hastalığı:** Pick hastalığı genellikle daha sık görülen Alzheimer hastalığı ile çok karıştırılan bir tablodur. Bu hastalıkların her ikisinde de motor belirtilerin ağırlıklı olduğu benzer bir demans tipi oluşmaktadır. Pick Hastalığında görülen demans, temporal ve frontal lobların dejenerasyonu sonucu oluşmaktadır. Afazi bazen hastalığın çok çarpıcı bir belirtisi olabilmektedir. BT tetkiki yapıldığında, temporal boynuzların genişlediği ve frontal bölgede

atrofi olduğu gösterilebilir. Hastalığın bilinen hiçbir tedavisi yoktur ve seyri oldukça hızlıdır.

- c) **AİDS Ensefalopatisi:** algı, motor beceriler ve davranışlar bazında değişikliklerle seyreden bir tablodur. Beynin AİDS virüsü ile direkt bir biçimde enfekte olması sonucunda ortaya çıktığı düşünülmektedir. Demans, yavaş başlangıçlı olup; hastalığın seyrinde kollarda ve bacaklarda güçsüzlük, bunun yanı sıra idrar ve gaita inkontinansı meydana gelebilmektedir. Hastalık tam bir mutizm halini alabilmekte ve hastaya tamamen bağımlı hale getirebilmektedir. Bu demans türü, yine AİDS'in seyri sırasında görülen ancak enfeksiyonlarla, ilaçlarla ve depresyonla ilişkili biçimde ortaya çıkabilen ve tedavi edilebilen diğer demans tablolarından ayırt edilmelidir.

- d) **Alzheimer Hastalığı;** demans oluşturan hastalıklardan en sık görülenidir. Alzheimer Hastalığı sinsi bir başlangıç göstermektedir. **En çarpıcı erken belirtisi, yakın belleğin zayıflamasıdır.** Duyusal labilite ve nominal afazi, aşırı boyutlara varabilmektedir. Primer motor ve duyusal işlevler hastalığın erken evrelerinde etkilenmemektedir fakat apraksi ve inkontinans görülebilmektedir. Hastalığın etiolojisi bilinmemektedir; ancak etiolojide viral enfeksiyonların, genetik yatkınlığın ve nörokimyasal bozuklukların rolünün olabileceği savunulmaktadır. Beyin dokusunda izlenen patolojik değişiklikler; senil plaklar, granülovakuoler dejenerasyon ve nörofibriler yumaklardır. Hastalık ilerleyici olup; sonuçta bilişsel yetilerin çoğu kaybedilmektedir. Alzheimer hastalığının gerçek tanısını koyabilmenin tek yolu, beyin dokusunun otopsi sırasındaki tipik görüntüsünü belgelemektir. Bu nedenle, yaşayan bir insanda Alzheimer tanısı koymak, sadece diğer bütün olası hastalıkları elemek suretiyle mümkün olmaktadır.

- e) **Depresyon;** Depresyon, demanstan ayırt edilmesi zor bir sendrom şeklinde kendini gösterebilmektedir. Özellikle yaşlı insanlarda depresyon tanısı koymak oldukça güçtür; zira bu kişilerde üzüntü ve çaresizlik hissi, uykusuzluk ve kilo kaybı gibi yakınmalar yeterince belirgin olmayabilir. Başka hiçbir demans nedeni bulunamamışsa, tam ve detaylı bir psikiyatrik değerlendirme yapılması ihtiyacı doğmaktadır. Son derece derin depresyonda olan pek çok hasta başarıyla tedavi edilerek eski fonksiyonel durumlarına kavuşturulabilmektedir.

AİLE HEKİMLİĞİ

Cevap B (*Healey, Sık Görülen Hastalıklar: Tanıda Algoritmik Yaklaşım, 3. baskı, 2000, s.170-171*)

3. Aşağıdakilerden hangisi doktor-hasta işbirliğini etkileyen 12 iletişim engelinden birisi değildir?

- Güven vermek, duyguları paylaşmak
- Övmek, desteklemek, aynı düşüncede olmak
- Güler yüzle selamlamak
- Analiz etmek, yorumlamak
- Öğretmek, aynı düşüncede olmamak

AÇIKLAMA: Güler yüzle selamlamak, hastanın halini hatırlarını sormak iletişimi engelleyen bir davranış değildir; tersine iletişimi destekler.

Doktor-hasta işbirliğini engelleyen 12 iletişim engeli;

- Emir vermek, yönlendirmek
- Güven vermek, duyguları paylaşmak
- Ahlak dersi vermek
- Öğüt vermek, çözüm getirmek
- Soru sormak, sınamak
- Uyarmak, gözdağı vermek
- Ad takmak, alay etmek
- Yargılamak, suçlamak
- Öğretmek, aynı düşüncede olmamak
- Övmek, desteklemek, aynı düşüncede olmak
- Analiz etmek, yorumlamak
- Sözü kesmek, önemsememek, konuyu saptırmak

Cevap C (*Gordon, Doktor-Hasta İşbirliği, 1997*)

4. Aşağıdakilerden hangisi Aile Merkezli Bakımda ailenin katıldığı durumlardan birisidir?

- Küçük akut sorunlar
- Periyodik muayeneler
- Rutin koruyucu/eğitici ziyaretler
- Tedavinin yetersizliği veya semptomların sürekli tekrarı
- Kronik hastalıklar

AÇIKLAMA: Kronik hastalıklar Aile Merkezli Bakımda doğrudan ailenin katılımını gerektiren bir durumdur.

Aile Merkezli Bakım basamakları

- Sadece hastanın görüldüğü durumlar
 - Küçük akut sorunlar (enfeksiyon, laserasyon gibi)
 - Rutin kişiyi kısıtlayan sorunlar (influenza, lumbalji, kırık gibi)
 - Periyodik muayene (senelik açlık kan şekeri takibi gibi)
- Aileye hatırlatma yapılan durumlar

Tedavinin yetersizliği veya semptomların sürekli tekrarı

Rutin koruyucu/eğitici ziyaretler (evlilik öncesi muayene, gebe izlemi, sağlıklı bebek bakımı gibi)

- Ailenin katıldığı durumlar

Kronik hastalıklar (diabetes mellitus, obezite, kanser, hipertansiyon gibi)

Ciddi akut hastalıklar (major travma, myokard enfarktüsü gibi)

Psikososyal sorunlar (anksiyete, depresyon, yasal sorunlar gibi)

Tanı ve tedavi yanlışları, tanı konulamayan vakalar

Ölüm

Cevap E (*Rakel, Textbook of Family Practice, 6. baskı, 2000*)

5. Aşağıdakilerden hangisi aile hekimliği bakımının sürekliliğini tanımlayan bir boyut değildir?

- Kronolojik süreklilik
- Coğrafi süreklilik
- Geçici süreklilik
- Genelliğin sürekliliği
- Aile yönelimli süreklilik

AÇIKLAMA: Aile hekimliğinde hasta hekim ilişkisinin uzun süre devam etmesi ve güven duygusu üzerine kurulması beklenilir. Bu sürekli ilişkiyi, yani bakımda sürekliliği, dört alt boyut belirlemektedir. Kronolojik süreklilik boyutu, aile hekimi ile hastası arasındaki sürekli ilişkinin uzun süreceğini, coğrafi süreklilik aile hekiminin hastaya her yerde bakacağını (evde, ofiste, hastanede vb.), genelliğin sürekliliği aile hekiminin hastalık ve organ ayırımı yapmaksızın hastalarıyla ilgileneceğini bildirir ve aile yönelimli süreklilik ise aile hekiminin sadece bireylere değil, tüm aileyi bir bütün olarak ele acağını ifade eder.

Cevap C (*Saultz, Textbook of Family Medicine – Defining and Examining the Discipline, 2003, s.60*)

6. Ölümün şekli ve orijini ne olursa olsun bir ölüm olayı sonrasında cenazenin gömülebilmesi için defin ruhsatı düzenlenmesi şarttır. Defin ruhsatının düzenlenebilmesi için cesedin muayenesini yapmak öncelikle kimin görevidir?

- Sağlık Ocağı Hekimi
- Belediye hekimi
- Kurum doktoru
- Herhangi bir işyeri hekimi
- Adli Tıp Uzmanı

Cevap B (*Özdemir, Tıp Eğitimi Dünyası, 2004, s.2,3-8*)

7. Akne vulgaris tedavisinde kullanılan ilaçlardan hangisi sadece dermatologlar tarafından reçete

edilmelidir?

- a) Benzoil peroksit
- b) Salisilik asit
- c) Azelaik asit
- d) İzotretinoin
- e) Topikal retinoidler

Cevap D (*Mıstık Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*)

8. Ülkemizde erişkinde nedeni bilinmeyen ateşin en sık görülen nedeni aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Bruselloz
- b) Sinuzit
- c) Tüberküloz
- d) Pelvik abseler
- e) Dental abse

Cevap C (*Şahan, Erişkinde Nedeni Bilinmeyen Ateş, 2004, s.205-210*)

9. Dünya Sağlık Örgütü'nün influzanın epidemiyolojik tanısı için tanımladığı semptomlar aşağıdakilerden hangileridir?

- a) Burun tıkanıklığı, hapşırık, boğaz ağrısı, artralji
- b) 38°C ve üzerinde ateş, öksürük, kas ve baş ağrıları
- c) 38°C ve üzerinde ateş, öksürük, artralji, boğaz ağrısı
- d) 38°C ve üzerinde ateş, burun tıkanıklığı, hapşırık, boğaz ağrısı
- e) Baş ağrısı, öksürük, boğaz ağrısı, burun tıkanıklığı

Cevap B (*Mıstık, İnfluenza ve İnfluenza'dan Korunma*)

10. Aşağıdakilerden hangisi hipertansiyon hakkında yayınlanan JNC 7. Raporu'na göre doğrudur?

- a) Hipertansiyonda başlangıç tedavisi olarak herhangi bir ajan tercih edilebilir.
- b) ACE inhibitörleri ilk tercih edilecek ajan olmalıdır.
- c) Tedaviye biri tiazid tipi diüretik olmak üzere iki ajanlı başlanması göz önüne alınmalıdır.
- d) Hipertansiyon tanısı konulmadan önce en az 5 kez yüksek tansiyon değeri elde edilmelidir.
- e) Hiçbir ilacın mortalite ve morbidite açısından birbirine üstünlüğü yoktur.

Cevap C (*Mıstık, Evaluation of Patients with Hypertension in the Light of the JNC 7 Report, 2004, s.7(7)*)

11. Aşağıdakilerden hangisi 0-10 yaş sağlıklı çocukta görme taraması açısından aile hekimliği uygulamasında önerilen ilk yaş aralığıdır?

- a) 1-2 yaş
- b) 3-4 yaş
- c) 5-6 yaş
- d) 8-9 yaş
- e) 14-18 yaş

AÇIKLAMA: Daha önce de kabaca değerlendirilebilen görme testi 3 yaş altında güvenilir değildir. İlk ibaresi 3-4 yaş grubuna uymaktadır. (United States Preventive Services Task Force-USPSTF)

Cevap B (*Rakel, Rakel Textbook of Family Practice, 6.baskı, 2002, s.161*)