

Türkiye Klinikleri

MEDİTEST Dergisi

EDİTÖR

Prof.Dr.Zeki KORKUSUZ

Ankara Üniv. Tıp Fakültesi

Ortopedi ve Travmatoloji AD Öğretim Üyesi

EDİTÖR YARDIMCISI

Prof.Dr.Arif ÖZDEMİR

Hacettepe Üniv. Tıp Fakültesi

Genel Cerrahi AD Öğretim Üyesi

YAYIN SEKRETERİ

İbrahim ERSOY (A.Ü.T.F.)

SAYI SORUMLUSU

Naim ATA (G.Ü.T.F.)

YAYIN KURULU

Gökhan COŞKUN (A.Ü.T.F.)

Ali Seydi ÖZGÜL (A.Ü.T.F.)

Selahattin GENÇ (A.Ü.T.F.)

Mustafa ÖZMAN (H.Ü.T.F.)

Şamil GEREK (A.Ü.T.F.)

Erdal SAK (A.Ü.T.F.)

Mustafa GÜLGÖNÜL (H.Ü.T.F.)

Şule SONTAY (A.Ü.T.F.)

Fatih GÜZELBULUT (H.Ü.T.F.)

Mehmet ŞEKER (H.Ü.T.F.)

S.Yaser KANDAL (H.Ü.T.F.)

Halit TALAS (A.Ü.T.F.)

Selçuk KARA (H.Ü.T.F.)

Mustafa YILDIZ (H.Ü.T.F.)

Kürşat KARATAŞ (A.Ü.T.F.)

Celâl KİLİT (A.Ü.T.F.)

BU SAYIYA KATKIDA BULUNANLAR

Mete ÇALIŞKAN

(H.Ü.E.F.)

Türkiye Klinikleri

MEDİTEST Dergisi

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

Türkiye Klinikleri Dergileri

Editörler Kurulu

Prof.Dr.Adnan Güvener (**Başkan**)
Prof.Dr.Hikmet Akgül, Prof.Dr.Fuat Aziz Göksel,
Prof.Dr.Haldun Güner, Prof.Dr.Mehmet Ali Gürer,
Prof.Dr.Orhan Güven, Prof.Dr.Enver Hasanoğlu,
Prof.Dr.A.Atilla Hıncal, Prof.Dr.Sedat Işık,
Prof.Dr.Zeki Korkusuz, Prof.Dr.İrfan Sabah,
Prof.Dr.M.Erol Turaçlı, Prof.Dr.Nurten Türközkan,
Prof.Dr.Abdülmuttalip Ünal
İsimler Alfabetik Sıralanmıştır.

Ortadoğu Reklam Tanıtım ve Yayıncılık A.Ş.*

Genel Müdür
Mehmet Akgül

Genel Yayın Koordinatörü

Dr.Sinan Korukluoğlu

Matbaa Koordinatörü

Muharrem Çapacioğlu

Kitabevi Koordinatörü

İbrahim Ersoy

Reklam Koordinatörü

Dr.Deniz Akagündüz

Reklam Koordinatörü Asistanı

Kerem Alparslan, Nuray Soydemir

Muhasebe

Murat Çifter

Dizgi Operatörleri

Kader Kayabaş, Mehtap Dayı, Fatma Eser

Yazı Takip Sekreteri

Gülbin Öztekin Türkmen, Ayfer Ustaoglu

Abone ve Halkla İlişkiler Sekreteri

Habibe Atay

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

Yönetim Merkezi: Talatpaşa Bulvarı No:102
06230 Hamamönü/ANKARA
Tel : (0312) 309 36 66 pbx.
Faks: (0312) 312 67 41

Merkez Kitabevi: Talatpaşa Bulvarı No:102/2
06230 Hamamönü/ANKARA
Tel : (0312) 309 36 66 pbx. Faks: (0312) 312 67 41

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

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

Abone Ücretleri ve Koşulları: Bir yıllık abone ücreti
(1998 için) posta ücretleri dahil:

Şahıs : 4.000.000 TL

Kurum : 8.000.000 TL

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

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

Reklam konusunda tüm görüşmeler;

Reklam Koordinatörü : Dr.Deniz Akagündüz

Tel : (0312) 309 36 66 pbx.

Faks: (0312) 312 67 41

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

ISSN: 1300-0276

Baskı: Şelale Matbaacılık, ANKARA

Türkiye Klinikleri
MEDİTEST Dergisi

Cilt 7

Sayı 5

Haziran-Temmuz 1998

Tıp eğitimi, tıp fakültelerinde bitmez; ancak başlar.

W.H.Welch

İÇİNDEKİLER

293

**Kadın Hastalıkları
ve Doğum Bilgisi**

319

Farmakoloji

349

Biyokimya

ISSN: 1300-0276

C i l t : 7 • S a y ı : 5 • H a z i r a n - T e m m u z 1 9 9 8

BİYOKİMYA

1. Aminoasitlerden sadece biri iminoasit içerir. Aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Tirozin
- b) Prolin
- c) Alanin
- d) Serin
- e) Histidin

Cevap B (NMS, Biyokimya, s.109)

20 aminoasitten sadece prolin, iminoasit içerir. Diğerleri ise α -aminoasit içerir.

2. Bazik yan zincirli aminoasit hangisidir?

- a) Histidin
- b) Serin
- c) Treonin
- d) Tirozin
- e) Prolin

Cevap A (Lippincott, Biyokimya, s.4)

Histidin, Lizin, Arginin bazik yan zincirli aminoasitlerdir.

3. Aşağıdakilerden hangisi kas-karaciğer arasında anahtar glukojenik aminoasit olarak iş görür?

- a) Glisin
- b) Prolin
- c) Alanin
- d) Serin
- e) Histidin

Cevap C (Harper, Biyokimya, s.392)

Alanin, bir anahtar protein türevi, glukoz prekürsörü yani bir anahtar glukojenik aminoasit olarak iş görür. Karaciğerde alanin ve serinden glukoz sentez hızı diğer aminoasitlerde olduğundan çok daha yüksektir. Karaciğerin, alaninden glukoneojenez kapasitesi çok büyüktür. Alanin, kuşkusuz glukozdan türemiş olan piruvatın transaminasyonu ile kasta sentez edildiği gösterilmiştir.

4. Tripsin hangi aminoasitin karbonil tarafındaki peptid bağını kıran enzimdir?

- a) Lizin
- b) Lösin
- c) İzolösin
- d) Alanin
- e) Triptofan

Cevap A (Lippincott, Biyokimya, s.16)

Tripsin; Lizin ve Arginin'in karbonil tarafındaki peptid bağını kırar. Pankreas tarafından üretilen bir sindirim enzimidir.

5. Doğru olan hangisidir?

- a) Met-Hb, Hb'in $Fe^{+3} \rightarrow Fe^{+2}$ redüksiyonuyla oluşur.

b) Met-Hb'in O_2 taşıma kapasitesi çok yüksektir.

c) Met-Hb yalnızca çevresel etkenler ile oluşur.

d) Met-Hb Redüktaz yenidoğanda en aktiftir.

e) Siyanür zehirlenmelerinde Metilen Mavisi ya da Amil Nitrat ile Met-Hb oluşturulur.

Cevap E (Lippincott, Biyokimya, s.26)

Met-Hb, Hb'nin $Fe^{+2} \rightarrow Fe^{+3}$ e oksidasyonu ile oluşur. O_2 taşıyamaz. Kalıtsal olarak α ve β -Globin zincirlerinin mutasyonu ile oluşabilir. Met-Hb redüktaz enzimi yenidoğanda, erişkindekinin yarısı kadar aktiftir. Siyanür zehirlenmelerinde Met-Hb kullanılır.

6. Myoglobin için yanlış olan hangisidir?

a) Kalp kası ve düz kaslarda bulunan bir hemoproteindir.

b) O_2 deposudur.

c) O_2 transport hızını arttıran bir O_2 taşıyıcısıdır.

d) Hb molekülünün polipeptid zincirlerine benzeyen tek bir zincirden oluşur.

e) Non-polar aminoasitler iç kısmında, polar aminoasitler dış kısmında yerleşiktir.

Cevap A (Lippincott, Biyokimya, s.27)

Myoglobin kalp kası ve iskelet kasında bulunan bir hemoproteindir.

7. Myoglobin'in hem molekülü, non-polar aminoasitlerle çevrili olmasına rağmen hangi polar aminoasit ile etkileşimi vardır?

a) Asparagin

b) Histidin

c) Lizin

d) Arginin

e) Serin

Cevap B (Lippincott, Biyokimya, s.27)

Proksimal Histidin, Hem'in Fe'sine bağlanır. Distal Histidin O_2 'nin Fe^{+2} 'ye bağlanmasını stabilize eder.

8. Yanlış olan hangisidir?

a) Hb'nin Myoglobine göre O_2 afinitesi fazladır.

b) P_{50} , O_2 bağlayan bölgelerin yarısının dolması için gereken PO_2 'dir.

c) P_{50} ne kadar düşükse, O_2 'ye afinite o kadar yüksektir.

d) Mb (myoglobin), O_2 disosiyasyon eğrisi hiperboliktir.

e) Hb, O_2 disosiyasyon eğrisi sigmoididir.

Cevap A (Lippincott, Biyokimya, s.28-29)

Hb'nin P_{50} 'si 26 mmHg, Mb'nin P_{50} 'si 1 mmHg'dir. Mb'nin Hb'ne göre O_2 afinitesi yüksektir. Myoglobin sadece bir hem grubu taşıdığı için sadece bir oksijen molekülü bağlayabilir. Buna karşılık hemoglobin her dört hem grubuna birer oksijen molekülü bağlayabilir.

9. Yanlış olan hangisidir?

- a) Hemoglobinin oksijene olan ilgisi, CO (karbon-monoksit)'ya olan ilgisinden 220 kat fazladır.
- b) Mb ve Hb'nin O₂ bağlama yeteneği, ortam pH'sı ve 2,3 DPG'den etkilenir.
- c) pH azalır veya PCO₂ artarsa O₂ disosiyasyon eğrisi sağa kayar.
- d) 2,3 DPG, O₂ disosiyasyon eğrisini sağa kaydırır.
- e) Bohr etkisi Hb'nin O₂'ye afinitesinin azalmasıdır.

Cevap A (*Lippincott, Biyokimya, s.28-32*)

Ortam pH'sı ve 2,3 DPG, Hb'nin O₂ bağlama yeteneğini azaltır. Çünkü Hb'de 4, Mb'de 1 O₂ bağlayan bölge vardır. Bu tür allosterik etkiler O₂ bağlamamış diğer bölgeleri etkiler. Hb'nin CO'ye ilgisi, O₂'ye olan ilgisinden 220 kat fazladır.

10. HbF ile ilgili olarak hangisi yanlıştır?

- a) Fetal Hb'dir.
- b) O₂'ye ilgisi HbA'dan daha fazladır.
- c) 2 α , 2 γ zincirinden oluşur.
- d) γ zincirleri β -Globin gen ailesi tarafından sentezlenir.
- e) 2,3 DPG, HbF'in O₂'ye afinitesini azaltır.

Cevap E (*Lippincott, Biyokimya, s.33*)

2,3 DPG β zincirlerinin (+) yüklü aminoasitlerine bağlanır. γ zincirleri β -Globin gen ailesi tarafından sentezlenir, ancak bu (+) yüklü aminoasitleri taşımazlar. HbF'in O₂'ye afinitesini etkilemez.

11. Diabetes Mellitus'ta hangi Hb miktarı artar?

- a) HbF
- b) HbA₂
- c) HbA_{1C}
- d) HbS
- e) HbL

Cevap C (*Lippincott, Biyokimya, s.34*)

HbA_{1C}, HbA'nın yavaş ve non-enzimatik glikozillenmiş formudur. Glikoz kalıntıları N-Terminal Valin'lerinin NH₂ grubuna bağlanır. DM'de daha çok glikozla Hb'ler temas ettikleri için sayıları artar.

12. Orak Hücre Anemisi ile ilgili olarak hangisi yanlıştır?

- a) Homozigot resesif geçen bir hastalıktır.
- b) β zincirinin 6. aminoasitinde glutamin yerine lizin kodlanır.
- c) PO₂ azalması oraklaşmayı artırır.
- d) HbS, Pl. falciparum enfeksiyonlarında heterozigot bireyler için bir avantajdır.
- e) Lokal anoksi'lere neden olur.

Cevap B (*Lippincott, Biyokimya, s.35*)

Glutamin yerine valin kodlanır. Lizin kodlanırsa HbC hastalığı oluşur.

13. Dokuya spesifik kollajen tipi eşleştirmelerinden hangisi doğrudur?

- a) Tip I → Kan damarı

- b) Tip II → Deri
- c) Tip III → Kemik
- d) Tip II → Tendon
- e) Tip IV → Bazal membran

Cevap E (*Lippincott, Biyokimya, s.39*)

Tip I → Deri, kemik, tendon

Tip II → Kan damarı, kornea, kıkırdak, discus vertebralis

Tip III → Kan damarı, Fetal cilt

Tip IV → Bazal membran

14. Yanlış olan hangisidir?

- a) Ehler Danlos sendromu, jeneralize bir bağ doku hastalığıdır.
- b) Ehler Danlos sendromu, herediter kollajen bozukluğu ile oluşur.
- c) Osteogenezis imperfekta gergin cilt ve eklem gevşekliliği ile karakterizedir.
- d) Kollajen hastalıklarında yaralar geç iyileşir.
- e) Kollajen sert ve esnemeye dirençli bir moleküldür.

Cevap E (*Lippincott, Biyokimya, s.39*)

Gergin cilt ve eklem gevşekliliği Ehler Danlos sendromuna ait bulgulardır. Osteogenezis imperfekta kırılğan kemik dokuyla karakterizedir.

15. Elastin ile ilgili olarak hangisi yanlıştır?

- a) Küçük ve non-polar aminoasit kalıntılarında oluşur.
- b) Çapraz bağları lizin içerir.
- c) α_1 -Antitripsin Elastaz inhibitörüdür.
- d) α_1 -Antitripsin, Amfizem hastalıklarının herediter nedenidir.
- e) Elastaz, alveoler makrofajlardan salınır.

Cevap E (*Lippincott, Biyokimya, s.43-44*)

Elastaz, nötrofillerin sekonder granüllerinden salınan bir enzimdir.

16. Proteinlerin yüzeyindeki polar gruplar ile sulu ortam arasında oluşan hangi bağlar proteinlerin çözünürlüğünü artırır?

- a) İyonik bağlar
- b) Hidrojen bağları
- c) Disülfid bağları
- d) Hidrofobik bağlar
- e) Hiçbiri

Cevap B (*Lippincott, Biyokimya, s.22*)

Hidrojen bağları; Serin ve treoninin alkol gruplarında olduğu gibi hidrojen bağlamış oksijen veya azot taşıyan yan zincirlere sahip aminoasitler, peptid bağlarındaki karboksil veya karbonil gruplarının oksijeni gibi elektronca zengin atomlarla hidrojen bağı oluşturabilirler. Proteinlerin yüzeyindeki polar gruplar ile sulu ortam arasındaki hidrojen bağları oluşumu proteinlerin çözünürlüğünü artırır.

17. Aşağıdakilerden hangisi proteinlerin denatürasyonuna neden olur?

- a) Organik çözücüler
- b) Mekanik karıştırma
- c) Deterjanlar
- d) Kurşun, civa gibi ağır metaller
- e) Yukarıdakilerin hepsi

Cevap E (*Lippincott, Biyokimya, s.23*)

Proteinlerin denatürasyonu, peptit bağları hidroliz olmadan proteinlerin yapısının çözülüp disorganize olması sonucu meydana gelir. Yukarıdaki maddelere ek olarak ısı, kuvvetli asit-bazları da denatüre edici ajanlar arasındadır.

Ender olarak denatüre edici ajan uzaklaştırıldığında protein eski orjinal yapısına dönerek katlanır ve denatürasyon geri dönüşümlü olarak bozulur. Bu, protein katlanmasının protein sentezi başladıktan hemen sonra yani katlanma işlemini bozacak uzun bir aminoasit zinciri oluşmadan başladığı kavramı gibi faktörlere bağlanabilir.

Denatüre proteinler genellikle çözünmezler ve bu yüzden çözeltide çökelirler.

18. İki sistein kalıntısının sülfidril (-SH) gruplarının sistin kalıntısı oluşturacak şekilde kovalent bağlanması ile oluşan bağ aşağıdakilerden hangisidir?

- a) α -Helix bağları
- b) Hidrofobik bağlar
- c) İyonik bağlar
- d) Disülfid bağları
- e) Hiçbiri

Cevap D (*Lippincott, Biyokimya, s.21*)

Primer yapıda iki sisteinin arasında bir çok aminoasit olabilir, hatta iki ayrı polipeptid zincirinde bile yer alabilirler; polipeptid zincirlerinin katlanması sistein kalıntılarını yaklaştırıp yan zincirleri arasında kovalent bağ oluşturmaya olanak sağlayabilir. Bir disülfid bağı protein molekülünün üç boyutlu yapısının stabilitesine katkıda bulunur. Böylece güçlü kovalent bağların proteinlerin yapısını stabilize ettiği ve ekstrasellüler ortamda denatüre olmalarını önlediği düşünülmektedir.

19. Aşağıdakilerden hangisi fibröz bir protein değildir?

- a) Kollajen
- b) Hemoglobin
- c) Elastin
- d) Keratin
- e) Yukarıdakilerin hepsi

Cevap B (*Lippincott, Biyokimya, s.38*)

Kollajen, elastin ve keratin genel, iyi bilinen fibröz proteinlere örnektir. Vücutta yapısal fonksiyonlara sahiptirler, örneğin, kollajen ve elastin bağ dokusu, gözün sklera ve korneası ve damar duvarlarının bileşeni olarak bulunurlar: öbür taraftan keratin deri ve saçta

bulunur. Fibröz proteinlerin her biri, belli aminoasitlerin düzenli sekonder yapısal elemanlar halinde birleşmesiyle oluşan, kendine özgü, fakat nispeten basit yapıları sayesinde belli mekanik özellik gösterirler.

Bu, şekilleri sekonder, tersiyer ve bazen de kuaterner yapısal elemanların karmaşık etkileşimi sonucu meydana gelen globüler proteinlerin (örneğin hemoglobin) tam tersidir.

20. Kollajen için verilenlerden hangisi yanlıştır?

- a) Esnemeye dirençli değildir.
- b) Vücutta en fazla bulunan proteindir.
- c) Ekstrasellüler matriks elemanıdır.
- d) Bazı durumlarda yapıyı güçlendirmek amacıyla bir jel gibi yayılmıştır.
- e) Kollajen molekülünün polipeptid öncülerini fibroblastlar oluşturur.

Cevap A (*Lippincott, Biyokimya, s.43*)

Sert ve esnemeye dirençli kollajenin aksine lastik benzeri özelliği olan protein elastin'dir. Bu da bir bağ dokusu proteindir. Akciğerlerde, geniş damarların duvarlarında ve elastik ligamanlarda bulunan elastin lifleri normal uzunluklarının bir kaç katına uzatılabilirler, fakat germe kuvveti ortadan kalkınca tekrar orjinal şekillerine dönerler.

21. Aşağıdakilerden hangisi bir monosakkarit değildir?

- a) Glukoz
- b) Maltoz
- c) Fruktoz
- d) Mannoz
- e) Galaktoz

Cevap B (*Lippincott, Biyokimya, s.120*)

Monosakkaridler; Galaktoz, Glukoz, Mannoz, Fruktoz
Disakkaridler; Laktoz, Maltoz, Sukroz
Oligosakkaridler; Glikoproteinler
Polisakkaridler; Glikojen, Glikozaminoglikanlar

22. Aşağıdakilerden hangisi şeker hastalığında bazı patolojik değişikliklere neden olur?

- a) Laktoz
- b) Fruktoz
- c) Mannoz
- d) Sorbitol
- e) Maltoz

Cevap D (*Lippincott, Biyokimya, s.131*)

Artmış glukoz konsantrasyonu ve yeterli NADPH varlığında, aldoz redüktaz fazla miktarda sorbitol sentezlenmesine neden olur. Sorbitol, glukoz gibi membranları kolayca geçemez ve hücre içinde hapsolür. Sorbitol dehidrogenazın yok olduğu veya az olduğu retina, böbrek ve sinir hücrelerinde bu artış çöktür.

Sonuçta, sorbitol bu hücrelerde birikir, su çekerek hücre şişmesine neden olur. Diabette görülen bazı patolojik değişikliklere örneğin katarakt oluşumu, periferik nöropati, nefropati, retinopatiye yol açan damarsal sorunlar bu fenomene bağlanır.

23. Aşağıdaki basit şekerlerden hangisinin ince bağırsakta emilimi sırasında enerji gerekmez?

- Glukoz
- Fruktoz
- Galaktoz
- Mannoz
- Hiçbiri

Cevap B (Lippincott, Biyokimya, s.127-135)

Fruktoz ince bağırsaktan emilimi sırasında enerji gerektirmez ve taşıyıcı madde olarak da Na'u kullanmaz. Ama diğer monosakkaritler taşıyıcı madde olarak Na'u kullanırlar. Yani Sodyum'un potansiyel gradiyentine bağlı olarak taşınırlar. Bundan dolayı taşınımları enerji gerektirir.

24. Aşağıdakilerden hangisi bir homopolisakkarit değildir?

- Heparin
- İnulin
- Kitin
- Nişasta
- Selüloz

Cevap A (Lippincott, Biyokimya, s.154-157)

Heparin bir mukopolisakkarittir. Sülfatlanmış üronik asit ile sülfatlanmış glikozamin içerir.

Kanın pıhtılaşma mekanizmasında çok önemli bir yapıdır. Ayrıca lipit metabolizmasında da önemlidir. Çünkü lipoprotein lipaz enziminin aktivatörüdür. Lipid metabolizmasını hızlandırır.

Diğerleri ise İnulin: Sadece Fruktoz'dan oluşur.

Kitin: β 1-4 N-asetil glikozaminden oluşur. β bağı olduğu için sert bir yapıdır.

Nişasta ve selüloz ise sadece glukozdan oluşmuşlardır.

25. Glukoz \rightarrow Glukoz 6-P basamağında iş gören Hekzokinaz enzimiyle ilişkili olarak hangisi yanlıştır?

- ATP ve Mg'a ihtiyaç duyarlar.
- Glukoza ilgisi Glukokinaz'a göre daha düşüktür.
- Glikolizdeki tek yönlü bir basamağın enzimidir.
- Kapasitesi Glukokinaz'a göre sınırlıdır.
- Glukozu aktifleştirir.

Cevap B (Lippincott, Biyokimya, s.87-97)

Hekzokinazın Glukoza ilgisi Glukokinaz'a göre daha yüksektir. Yani, Km değeri düşüktür. Ama kapasitesi sınırlıdır. Görevini yaptıktan sonra ortaya çıkan Glukoz 6-P tarafından etkisiz hale getirilir.

26. Aşağıdaki glikoliz basamaklarından hangisinde NADH üretimi olur?

- Pirüvat \rightarrow Laktat
- 2-Fosfogliserat \rightarrow Fosfoenolpirüvat
- Gliseraldehit 3-P \rightarrow 1,3-bi-Fosfogliserat
- Fruktoz 6-P \rightarrow Fruktoz 1,6 bi-P
- Glikolizde NADH'nin sadece tüketimi olur.

Cevap C (Lippincott, Biyokimya, s.94)

NADH üretimi;
Gliseraldehit 3-P \rightarrow 1,3-bi-Fosfogliserat
NADH tüketimi;
Pirüvat \rightarrow Laktat
ATP üretimi;
1,3-bi-Fosfogliserat \rightarrow 3-Fosfogliserat
Fosfoenolpirüvat \rightarrow Pirüvat
ATP tüketimi;
Glukoz \rightarrow Glukoz 6-P
Fruktoz 6-P \rightarrow Fruktoz 1,6-bi-P

27. Glikolizde ismi geçen aşağıdaki enzimlerden hangisi glikolizin kontrolü açısından önemlidir?

- Fosfogliserotomutaz
- Fosfofruktoizomeraz
- Enolaz
- Fosfofruktokinaz
- Aldolaz

Cevap D (Lippincott, Biyokimya, s.90)

Bu enzim Fruktoz 6-P $\xrightarrow{\text{ATP} \rightarrow \text{ADP}}$ Fruktoz 1-6 bi-P basamağında iş görür. Tek yönlü bir basamağı katalizlediği ve ATP gereksinimi olduğu için Glikolizdeki en önemli kontrol noktasıdır. Ayrıca bu enzimin Mg gereksinimi de vardır.

28. Fruktoz metabolizmasıyla ilgili olarak hangisi yanlıştır?

- Fruktoz heksokinaz enzimi yardımıyla Glikoliz yoluna girebilir.
- Fruktokinaz enzimi de heksokinaz ile aynı işi yapar.
- Fruktoz metabolizmasıyla Glukoz metabolizması arasında enerji farkı yoktur.
- Fruktoz'un glikolize girmesiyle net ATP kazancı 2ATP'dir.
- Glukozun aksine, fruktoz insülin salınması için zayıf bir uyarandır.

Cevap B (Lippincott, Biyokimya, s.128)

Fruktoz, Fruktokinaz enzimiyle 6.Karbon'dan değil 1'den fosfatlanır ve Fruktoz 1-Fosfat oluşur.

29. Aşağıdakilerden hangisi glikojende bulunan glikozid bağlarıdır?

- Yalnızca α -1,4 bağı
- Yalnızca β -1,4 bağı
- α -1,4 ve α -1,6 bağları
- β -1,6 ve β -1,4 bağları
- Yalnızca β -1,6 bağı

Cevap C (Lippincott, Biyokimya, s.136)

Glikojen α -D-glukoz birimlerinden oluşan dallı zincirli homopolisakkarittir. Primer glikozid bağı α -1,4'tür, her 8-10 glukozdan sonra α -1,6 bağıyla dallanmalar olur.

30. Aşağıdaki enzimlerden hangisinin eksikliği sonucu Tip I Glikojen depo hastalığı (von Gierke) oluşur?

- a) Glukoz 6-Fosfataz
- b) α 1-6 Glikozidaz
- c) Glikojen sentetaz
- d) Glikojen fosforilaz
- e) α 1-4 Glikozidaz

Cevap A (Lippincott, Biyokimya, s.141)

Tip I Glikojen depo hastalığı Glukoz 6P'nin Glukoz'a dönüşümünü sağlayan Glukoz 6-Fosfataz enzim yokluğu ya da eksikliği sonucu oluşur. Glukoz 6-Fosfat birikimi ve dolayısıyla Glukoz 1-Fosfatın da birikimine neden olur.

- Karaciğer, böbrek ve bağırsakları etkiler.
- Ciddi açlık hipoglisemisi
- Yağlı karaciğer, hepatomegali
- Hiperlaktik asidemi ve hiperürisemi
- Normal glikojen yapısı, depolanan glikojende artma.

31. Tip 5 Glikojen depo hastalığında eksik olan enzim aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Glikojen 6-Fosfataz
- b) α 1-6 Glikozidaz
- c) Glikojen Sentetaz
- d) Glikojen Fosforilaz
- e) α 1-4 Glikozidaz

Cevap D (Lippincott, Biyokimya, s.145-147)

İskelet kasındaki glikojen fosforilaz enzim azlığıyla ortaya çıkar. Glikojen normal olarak metabolize edilemez. Bu kişilerin ağır işlere tahammülü yoktur. Bu hastalığın diğer adı da Mc Ardle Sendromu'dur.

32. Aşağıdaki glikojen depo hastalıklarından hangisinde lizozomal α -glukozidaz eksikliği vardır?

- a) Mc Ardle Sendromu
- b) Von Gierke hastalığı
- c) Pompe hastalığı
- d) Forbes hastalığı
- e) Andersen hastalığı

Cevap C (Lippincott, Biyokimya, s.140)

Yenidoğanda lizozomal enzim bozukluğu ile karakterizedir. Yaygındır; karaciğer, kalp ve kaslarda etkilidir. Sitozolde anormal vakuollerde aşırı glikojen şeklinde bulunur. Kan glukoz düzeyi normaldir. Ciddi kardiyomegaliye neden olur. Genelde erken ölüm görülür. Glukojen yapısı normaldir.

33. Hekzos monofosfat yolu ile ilgili olarak yanlış olan aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Hekzos monofosfat yolunda çıkış maddesi Glukoz 6-Fosfat'tır.
- b) Bu yolda asıl amaç ATP üretmektir.
- c) Yolun bir defa işleyişinde, 3 CO₂ açığa çıkar.
- d) Giren 3 Glukoz 6-Fosfat'dan 2,5 tanesi geri çıkar.
- e) Geri kalan C atomları ise CO₂ olarak çıkar.

Cevap B (Lippincott, Biyokimya, s.111-115)

Bu yolda asıl amaç ATP üretmek değildir. Sentez basamaklarında gerekli olan NADPH'ı üretmektir. Bir döngüde toplam 6 tane NADPH üretilir. Yani amaç ATP üretmek değil NADPH üretmektir. Ayrıca bu yolda 5 karbonlu şekerler de açığa çıkar. Bu 5 karbonlu şekerler metabolizma açısından önemlidir.

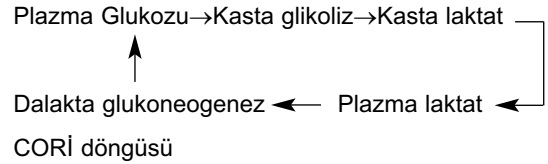
NADPH, hücrenin çeşitli oksidatif faktörlere karşı oluşturulan antioksidan sistemlerinin yürütülmesinde önemlidir.

34. Kas glikojeni direkt kan glukozu kaynağı olarak kullanılmaz. Nedeni aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Fosfogliserat 2,3 mutaz yokluğu
- b) Enolaz yokluğu
- c) Laktat dehidrogenaz eksikliği
- d) Glukoz 6-fosfataz yokluğu
- e) Aldolaz yokluğu

Cevap D (Lippincott, Biyokimya, s.102; NMS, s.225)

Kasdaki depo glikojen, direkt olarak kan glukozunu yükseltmez, glukoz 6-fosfataz eksikliği nedeniyle. Kanda glikolize uğrayan glikojen, laktat haline dönüştürülür ve kana diffüze edilir. Bu oluşan laktat karaciğer tarafından alınır ve glukozu dönüştürülerek tekrar dolaşıma bırakılır.



35. Aşağıdaki enzimlerden hangisi Glukoneogenezde kullanılmaz?

- a) Glukoz 6 Fosfataz
- b) Fruktoz 1,6 bifosfataz
- c) Pirüvat Karboksilaz
- d) Hekzokinaz
- e) Gliserokinaz

Cevap D (Lippincott, Biyokimya, s.99-105)

Hekzokinaz enzimi Glukoz → Glukoz-6 Fosfat dönüşümünü katalizler. Ama bunu tek yönlü olarak yapar. Glukoneogenezde ise fosfataz yani ters dönüşümü, (Glukoz 6-Fosfat → Glukoz) Glukoz 6-Fosfataz enzimi yapar. Bu enzim iskelet kasında ve karaciğerde bolca bulunur.

Aynı zamanda Fruktoz 2,6 bifosfataz enzimi de aynı şekildedir. Fruktoz 1-6 bifosfat → Fruktoz 6P dönüşümünü katalizler.

36. Hangi reaksiyon glukoneogeneze özgüdür?

- a) Fruktoz 6-P → Glukoz 6-P
- b) 2-Fosfogliserat → 3-Fosfogliserat
- c) Glukoz 6-P → Glukoz
- d) Fosfoenolpirüvat → Glukoz
- e) Hiçbiri

Cevap C (Lippincott, Biyokimya, s.99)

- Glukoneogeneze özgü reaksiyonlar;
 1-Glukoz 6-P→Glukoz
 2-Fruktoz 1,6-bi-P→Fruktoz 6-P
 3-Pirüvat→Okzaloasetat
 4-Okzaloasetat→Fosfoenolpirüvat

37.Karbonhidrattan zengin yemeği takiben fazla miktarda glukozun sistemik dolaşıma girmesini engelleyen enzim hangisidir?

- a) Hezokinaz
 b) Glukokinaz
 c) Fosfofruktokinaz
 d) Piruvat kinaz
 e) Fruktoz 2,6 bifosfat

Cevap B (Lippincott, Biyokimya, s.89)

Karaciğerde (ve pankreas β -hücrelerinde) glukoz fosforilasyonunda temel enzim glukokinazdır. Fosforillenmiş glukoz molekülleri hücre membranlarını geçemezler, çünkü bu bileşikler için spesifik taşıyıcılar yoktur. Bu glukozun hücre içinde metabolize olmasına neden olur.

Glukokinaz, karbonhidrattan zengin yemeği takiben yüksek düzeyde glukozun portal ven yoluyla karaciğere taşındığı zamanlarda olduğu gibi, hepatosit içinde intrasellüler glukoz konsantrasyonunun yükseldiğinde fonksiyon görür. Glukokinaz, karaciğerin portal kandan bu fazla glukozun ortadan kaldırılmasına olanak sağlayan yüksek V_m 'a sahiptir. Bu karbonhidrattan zengin yemeği takiben fazla miktarda glukozun sistemik dolaşıma girmelerini önler, böylece emilim döneminde hiperglisemi azalır.

38.Glukoneogenez enzimlerinden, Piruvatkarboksilaz enzimi ile ilgili olarak hangisi yanlıştır?

- a) Karbonhidratlı beslenme ile aktivitesi azalır.
 b) Açlıkta ve diabette aktivitesi artar.
 c) Glukokortikoidler, glukagon ve epinefrin enzimin inhibitörleridir.
 d) İnsülin enzimin depressörüdür.
 e) Kompleks bir enzimdir.

Cevap C (Lippincott, Biyokimya, s.99-105)

Glukokortikoidler, glukagon ve epinefrin enziminin aktifleyicileridir. Çünkü bu maddeler kan şekerini yükseltici yönde etki yapar. Glikojen depolarını yıkar. Fosfatazları inaktive edip, kinazları aktive eder. Yani Glukoneogenezele tamamen aynı bir işleve sahiptir. Bu maddeler glukoneogenezi hızlandırır.

39.Glukagon hakkında verilen bilgilerden hangisi yanlıştır?

- a) Karaciğerde adrenal benzeri etki gösterir.
 b) Glikojen yıkımını artırır.
 c) Glukoneogenezi hızlandırır.
 d) Pankreasta α hücrelerinden salgılanır.
 e) Kan şekerini düzenlemede primer role sahiptir.

Cevap E (Lippincott, Biyokimya, s.275-277)

Kan şekerini düzenlemede primer role sahip olan Glukagon değil insülinidir. İnsülin kan glukoz seviyesini düşürür. Birçok dokuya glukoz girişini kolaylaştırır. Glikolizi, siklik asit siklusunu, Hezomonofosfat yolunu hızlandırır. Glukagon sentezini artırır.

40.Aşağıdakilerden hangisi tükrük α -amilazının (pit-yalin) parçaladığı bağılardır?

- a) β -1,4 glukoz
 b) α -1,6 glukoz
 c) α -1,4 glukoz
 d) β -1,4 ve α -1,4 glukoz
 e) β -1,4 ve α -1,6 glukoz

Cevap C (Lippincott, Biyokimya, s.123)

α -amilaz α -1,4 bağlarına etkir, α -1,6 bağlarına etki yapmaz. α -amilazın etkisiyle nişasta dekstrinleri, izomaltoz, maltoz, laktoz, sukroz haline parçalanır.

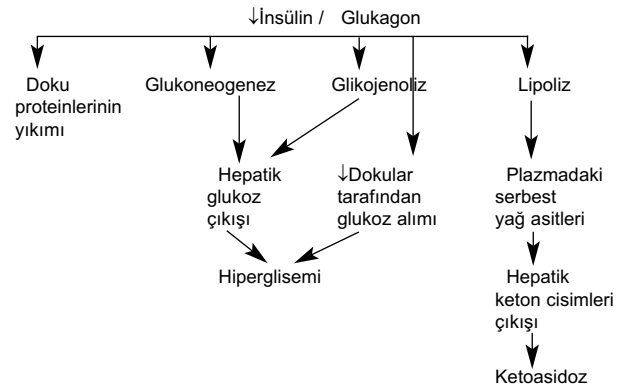
41.Aşağıdaki mekanizmalardan hangisi diabetes mellitusta oluşan hiperglisemi ve ketoasidoza neden olmaz?

- a) Artmış glukoneogenez
 b) Artmış glikolizis
 c) Artmış lipoliz
 d) Artmış dokular tarafından glukoz alımı
 e) Artmış hepatik keton cisimleri çıkışı

Cevap D (Lippincott, Biyokimya, s.298; şekil 26, 11)

Bkz. aşağıdaki şekil.

41. CEVABIN ŞEKLİ



42.Aşağıdaki glukoneogenez ile ilgili ifadelerden hangisi doğrudur?

- a) Kasta meydana gelir.
 b) Fruktoz 2,6-bifosfat ile stimüle olur.
 c) Yüksek asetil CoA düzeyleri ile inhibe olur.
 d) Normal gece açlığında kan glukozunun sabit tutulmasında önemlidir.
 e) Yağ asitlerinin yıkımı ile sağlanan karbon iskeletlerini kullanır.

BIYOKİMYA

Cevap D (Lippincott, Biyokimya, s.99-105)

Gece açlığı sırasında glikojen kısmen biter ve kan glukozunu glukoneogenez sağlar. Glukoneogenez fruktoz 2,6-bifosfat ile inhibe olur ve yüksek asetil CoA düzeyi ile uyarılır. Yağ asitlerinin yıkımı glukozu çeviremeyen asetil CoA açığa çıkarır. Ancak birçok amino asidin karbon iskeleti glukoneojeniktir.

43.Yağ asitleri ve türevleri hakkında verilen bilgilerden yanlış olanı işaretleyiniz.

- Lipitler yağ asitleriyle ilişkisi bulunan heterojen yapılardır.
- Karbon sayıları tek ya da çift olabilir.
- Son karbon atomuna daima W adını veririz.
- Uzun hidrokarbon zincirlerinin bir ucunda metil diğer ucunda karboksil grubu vardır.
- Linoleik ve Linolenik yağ asitleri esansiyeldirler.

Cevap B (Lippincott, Biyokimya, s.157-162)

Yağ asitleri 2 karbonlu ünitlerden oluştuğlarından C sayıları çifttir. Linolenik asit ve linoleik asit vücutta sentezlenemezler. Esansiyeldirler. Prostaglandinlerin sentezinde ara basamak olan Araşidonik asit sentezinde kullanılırlar. Ayrıca az miktarda araşidonik asit dışarıdan da alınabilir.

44.Araşidonik asit hakkında verilen bilgilerden hangisi yanlıştır?

- Eikosadienoik asit'tir.
- Lökotrien, tromboksan, prostoglandin sentezinde yer alır.
- Vücutta esansiyel yağ ciltlerinden sentezlenir.
- Az miktarda dışarıdan da alınabilir.
- Araşidonik asit kökenli maddeler enflamasyonda karşımıza çıkar.

Cevap A (Lippincott, Biyokimya, s.172)

Doğrusu eikosatetraenoik asittir.

45.Sfingolipidler hakkında verilen bilgilerden hangisi yanlıştır?

- Alkol olarak sfingosin bulunur.
- Seramid'de yağ asidi olarak Serebronik Asit bulunur.
- Uzun zincirli amino alkollerdir.
- Sfingomyelin→Seramid+Fosfat'dan oluşmuştur.
- Hiçbiri

Cevap D (Lippincott, Biyokimya, s.192)

Sfingozin + Serebronik Asit
↓
Seramid

Seramid+Fosfat+KOLİN ile Sfingomyelin oluşur.

Sfingomyelin→Myelinin aktif yapısını oluşturur. Ayrıca nörolojik sistemde membran yapısı içinde de bulunur.

46.Aşağıdakilerden hangisi kaynağını kolesterolden almaz?

- Seks hormonları
- Kalp glikozidleri
- Kortizol

d) Kardiyolipin
e) Adenokortikoidler

Cevap D (Lippincott, Biyokimya, s.205-206)

Yukarıdakilerine ilave olarak D vitamini ve safra asit ve tuzları da kaynağını kolesterolden alır. Çünkü bunlar steroid yapısındadırlar ve bütün steroidlerin yapı taşı kolesteroldür.

Ek bilgi: Kolesterolün 3.C'undaki OH grubu yağ asidi ile esterleşirse ester-kolesterol oluşur. Kolesterol'ün 2/3'ü bu şekildedir. Esterlenmiş kolesterol serbestine göre suda erimez. Çünkü iyonize grup yoktur.

47.Prostaglandinler hakkında verilen bilgilerden hangisi yanlıştır?

- Siklopentoz yapısındadır.
- Bütün dokularda sentezlenir.
- PGE grubu eterde eriyen gruptur.
- PGF_{2α} fosfatta eriyebilir.
- PGI₂ vazokonstriksiyon yapar.

Cevap E (Lippincott, Biyokimya, s.185-187)

8. ve 12. karbondaki kırılma meydana gelir.

Prostaglandinler özellikle vasküler endotel hücrelerinde sentezlenirler.

PGI₂=Prostosiklin→Vazodilatasyon yapar.

Trombosit agregasyonunu azaltır.

T hücre proliferasyonunu azaltır.

Lenfosit migrasyonunu azaltır.

Lökosit agregasyonunu azaltır.

48.Aşağıdakilerden hangisi Tromboksan A₂ (TXA₂)'nin özelliği değildir?

- Vazokonstriksiyon
- cAMP seviyesini artırır.
- Trombosit agregasyonunu artırır.
- Bronkokonstriksiyon yapar.
- Lenfosit proliferasyonunu artırır.

Cevap B (Lippincott, Biyokimya, s.187)

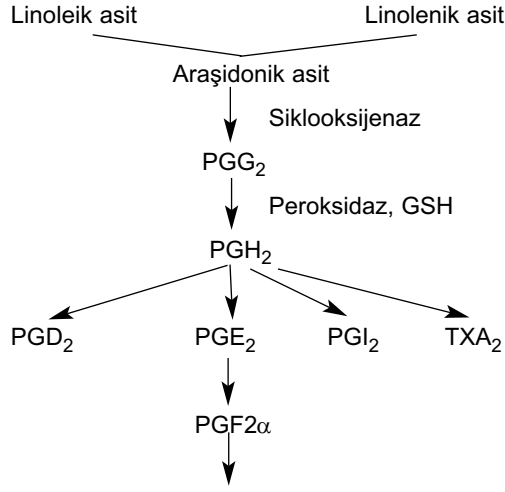
cAMP seviyesini artırarak vazodilatasyon yapan maddeler PGI₂ ve PGE₂'dir.

49.Aşağıdakilerden hangisi direkt olarak PGH₂'den sentezlenmez?

- PGF_{2α}
- TXA₂
- PGE₂
- PGI₂
- Hiçbiri

Cevap A (Lippincott, Biyokimya, s.185-187)

49. CEVABIN ŞEKLİ



50. Safra asitleri hakkında verilen bilgilerden hangisi yanlıştır?

- Karaciğerde kolesterolden sentezlenir.
- Safra asidi oluşması kolesterolün 7. C'da hidrokstile olmasıyla sağlanır.
- 12 α Hidroksilaz kolesterolden safra asidi sentezler.
- Safra asidi sentez aşamalarında sitokrom P450 denilen enzim de iş yapar.
- Kolesterolden safra sentezleyen enzim NADPH bağımlıdır.

Cevap C (Lippincott, Biyokimya, s.210-212)

Safra asidi sentezi 12 α Hidroksilaz ile değil 7 α Hidroksilaz ile sağlanır. Bunun için moleküler O₂'ye ve bir protona ihtiyacımız vardır. Bu enzim NADPH bağımlıdır. Bir H₂O çıkartır ve kolesterolün 7. karbonuna hidrokstile eder. Bir de elektron transferi vardır. Bunu sit. P450 denilen enzim yapar. Bu enzim monooksijenaz ve hidroksilazlar içindeki indükleyici bir enzimidir.

51. Aşağıdakilerden hangisi primer safra tuzlarından değildir?

- Glikolik asit
- Taurokolik asit
- Glikokenodeoksikolik asit
- Taurokenodeoksikolik asit
- Kenodeoksikolik asit

Cevap E (Lippincott, Biyokimya, s.210-211)

Kenodeoksikolik asit, bir safra asididir. Safra asitleri karaciğerden ayrılmadan önce bir molekül glisin ya da taurin ile konjuge edilir. Konjugasyon safra asidinin karboksil grubu ile eklenen bileşiğin amino grubu arasında oluşan amid bağı tarafından sağlanır. Oluşan bu yeni bileşikler safra tuzları olarak adlandırılırlar.

Bunlar glikolik asit, glikokenodeoksikolik asit, taurokolik asit ve taurokenodeoksikolik asittir.

52. Aşağıdaki maddelerden hangisi safranin yapısında bulunmaz?

- Kolesterol
- Lesitin
- Safra tuzu
- Serbest yağ asidi
- Bilirubin

Cevap D (Lippincott, Biyokimya, s.210-212)

Safra organik ve inorganik bileşiklerin sulu karışımından oluşur. Kolesterol safra içeriğinde yer alır ve kolelitiazis açısından önem taşır (Kolesterol taşı). Lesitin ve safra tuzları nicelik olarak safranin en önemli organik bileşenleridir. Bilirubin ise, karaciğerde bilirubin glukuronil transferaz ile bilirubin diglukuronit şeklinde safraya atılır. Konjuge olmamış bilirubin atılmaz.

53. Aşağıdakilerden hangisi ateroskleroz nedenidir?

- Dolaşımdaki lipid miktarının artması
- Hipertansiyon
- Diabet
- Genetik
- Yukarıdakilerin hepsi

Cevap E (Lippincott, Biyokimya, s.213,219-222)

Ayrıca stress, bedensel hareketsizlik, sigara içme gibi birçok neden ateroskleroz nedeni olabilir.

54. Kan plazmasını (serum) alıp santrifüj ettiğimizde aşağıdan yukarıya doğru 5 tane lipid fraksiyonu oluşur. Doğru sıralama hangisidir?

- Albumine bağlı serbest yağ asitler-LDL-HDL-VLDL-Şilomikronlar
- HDL-LDL-VLDL-Albumine bağlı serbest yağ asitleri-Şilomikronlar
- Albumine bağlı serbest yağ asitleri-HDL-LDL-VLDL-Şilomikronlar
- HDL-VLDL-LDL-Şilomikronlar-Albumine bağlı serbest yağ asitleri
- Hiçbiri

Cevap C (Lippincott, Biyokimya, s.213)

Bu ağırlıklar proteinden kaynaklanır. En alttan üste doğru protein miktarı azalır. Bazen VLDL ile LDL arasında intermediate dansiteli lipoprotein (IDL) tabakası bulunur.

55. Aşağıdaki bilgilerden hangisi yanlıştır?

- Aktif yağ asidine Açıl CoA denir.
- Bebeğin sindirim kolaylığı açısından anne sütünde kısa zincirli yağ asitleri bulunur.
- Kapiller endotel hücrelerinde Prostaglandinlere bağlı olarak Lipoprotein lipaz bulunur.
- Serbest yağ asitleri dolaşımında iken Albumine bağlı olabilirler.
- Yağ dokusunda trigliserid miktarı arttığında Lipoprotein lipaz aktive olur.

Cevap B (Lippincott, Biyokimya, s.181-185)

Anne sütünde uzun zincirli yağ asitleri bulunur (18-20 C'lu). Bunlar beyin ve sinir dokusunun gelişimi için önemlidir. Sindirimi zordur. Çünkü bebeklerde pankreatik lipaz azdır. Safra asit ve tuzları da azdır. Ama lingual lipaz+Gastrik lipaz yağ asitlerini kolaylıkla tolere edebilir.

56. Serbest yağ asitlerinin oksidasyonu ile ilgili olarak hangisi yanlıştır?

- Beyin hariç tüm dokular yağ asitlerini okside edebilirler.
- Karaciğerde yağ asitlerinin oksidasyonu sonucu Keton cisimcikleri oluşur.
- Oluşan keton cisimcikleri beyin hariç her yerde enerji kaynağı olarak kullanılabilir.
- Yağ asitlerinin oksidasyonu için Açıl CoA haline gelmesi lazımdır.
- Elde edilen enerji Glikolizden fazladır.

Cevap C (Lippincott, Biyokimya, s.181-185)

Karaciğerde yağ asitlerinin oksidasyonu sonucu Keton cisimcikleri oluşur. Bunlar Aseton, β hidroksibütirik asit, Asetoasetik asit'tir. Oluşan bu keton cisimcikleri ekstrahepatik tüm dokularda kullanılabilir. Bu dokulara beyin de dahildir. Karaciğerde kullanılmamasının nedeni enzim yoksulğudur.

57. Karnitin ve Karnitin sistemi hakkında verilen bilgilerden hangisi yanlıştır?

- Karnitin ya da dışarıdan alınır ya da lizin aminoasitinden sentezlenir.
- Açıl CoA'nın oksidasyonu için matrikse geçmesini sağlar.
- Açıl karnitin transferaz I enzimi açlıkta artar.
- Malonil CoA'nın artması açıl karnitin transferaz I enzimini inhibe eder.
- Karnitin açıl karnitin transferaz I enzimi eksikse hiperglisemi görülür.

Cevap E (Lippincott, Biyokimya, s.172-181)

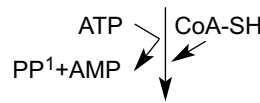
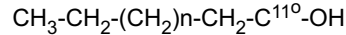
Karnitin Açıl Karnitin Transferaz I enzimi eksikliği sonucu karaciğer yağ asitlerini okside edemez. Glikozu okside eder. Böylelikle hiperglisemi değil hipoglisemi görülür. Halsizlik ve yağlanma da önemli belirtileridir.

Ek olarak Karnitin böbrekler üzerinden kaybedilir.

58. Yağ asitlerinin mitokondri içindeki β oksidasyonu ile ilgili olarak hangisi yanlıştır?

- Yağ asitlerinin β oksidasyonunda %40'lık enerji kazancı vardır.
- C başına düşen enerji yağ asitlerinde 8 ATP iken Glikozda 6 ATP'dir.
- Yağ asitlerinin β oksidasyona uğratılmaması sonucu hipoglisemi gelişir.
- Yağ asitlerini aktiflemek için 1 mol ATP kullanılır. Sonunda ADP oluşur.
- β oksidasyonda kullanılan enzimlerden dehidrogenazlar zincir uzunluğuna göre değişir.

Cevap D (Lippincott, Biyokimya, s.172-181)



Bu olayda 1 mol ATP kullanılır ama olay sonucu ortaya ADP değil AMP çıkar. Bu reaksiyon çok kuvvetli bir ATP sorumlusu reaksiyondur.

59. Sfingomyelinaz enzimi eksikliği sonucu hangi hastalık oluşur?

- Tay-Sachs hastalığı
- Fabry hastalığı
- Gaucher hastalığı
- Refsum hastalığı
- Niemann-Pick hastalığı

Cevap E (Lippincott, Biyokimya, s.198)

Sfingomyelin lizozomal bir enzim olan sfingomyelinaz tarafından yıkılır. Sfingomyelinaz fosforikolinu ayırır ve geriye seramid kalır. Niemann-Pick hastalığı, sfingomyelinin parçalanmaması sonucu oluşan genetik bir hastalıktır.

Niemann-Pick hastalığı;

- Otozomal dominant,
- Artmış sfingomyelin,
- Karaciğer ve dalak büyümesi (lipid birikimi),
- Mental gerilik,
- Erken ölüm.

60. Sfingolipidozlardan hangisi X'e bağlı resesif geçiş gösterir?

- Tay-Sachs hastalığı
- Sandhoff hastalığı
- Fabry hastalığı
- Gaucher hastalığı
- Farber hastalığı

Cevap C (Lippincott, Biyokimya, s.202)

Sfingolipidozlar otozomal resesif hastalıklardır. Bunun istisnası Fabry hastalığıdır. Bu hastalık X kromozomuna bağlıdır.

61.HDL hakkında verilen bilgilerden doğru olanı seçiniz.

- a) Karaciğer ve bağırsakta sentezlenir.
- b) Kanda ve dokulardaki kolesterolü kapmaya çalışır.
- c) Sigara içenlerde HDL miktarı düşer.
- d) Spor yapanlarda HDL miktarı yüksektir.
- e) Yukarıdakilerin hepsi doğrudur.

Cevap E (*Lippincott, Biyokimya, s.213,219-222*)

Ayrıca çok az miktarda alkol alanlarda da HDL miktarı artar. HDL damar sertliği yapan maddelerin aksine damar sertliğini önleyicidir. Östrojen de buna benzer etki yapar.

62.Aşağıdakilerden hangisi kolesterol ilaçlarındandır?

- a) Kolesterol etilamin
- b) Mevalonat analogları

- c) Sitosterol
- d) Clofibrate
- e) Yukarıdakilerin hepsi

Cevap E (*Lippincott, Biyokimya, s.205*)

Kolesterol İlaçları;

Kolesterol Etilamin: Safra asitlerini bağırsakta tutar. Karaciğere girişini engeller. Bundan dolayı karaciğer daha sık safra salgılayarak kolesterolü vücuttan uzaklaştırır.

Sitosterol: Kolesterol emilimini azaltır.

Probucol: LDL katabolizmasını hızlandırır. Antioksidan etkilidir. Lipit peroksidasyonunu inhibe eder.

Mevalonat Analogları: HMG-CoA redüktaz enzimini inhibe eder. Lovastatin, Provastatin, Silvastatin.

Clofibrate: Kandaki trigliserid miktarını azaltırlar. LPL'yi aktive ederler.

Nikotinik Asit: VLDL sentezini inhibe eder.

FARMAKOLOJİ

1. Aşağıdaki ilaç etkileşmelerinden hangisinde 1. ilaç 2. ilacın yarılanma ömrünü uzatır?
- Rifampisin-Kinidin
 - İndometazin-Fenilpropordamin
 - Fenilbutazon-Kumarin
 - Karbamazepin-Estrojen
 - Protaminsülfat-Heparin

Cevap C (*Lippincott Farmakoloji, s.25*)

İlacın yarılanma ömrünü uzatan olaylar:

- Renal plazma akımında azalma. örn: Kardiyojenik şok, kalp yetmezliği
 - İlacın albuminden ayrılmasına yol açarak dağılım hacminin genişlemesine neden olan ikinci bir ilaç
 - Ekskresyon oranında azalma. örn: Böbrek hastalıkları
 - Metabolizmanın azalması. örn: Biyotransformasyonu inhibe eden ikinci bir ilacın verilmesi veya karaciğer sirozunda olduğu gibi.
- Fenilbutazon kumarini almubinden ayırır ve serbest kumarin miktarını artırır.

2. Aşağıdaki ikililerden hangisi sinerjistik etki gösterir?
- Propranolol+Amilnitrit
 - Kokain+Noradrenalin
 - Aspirin+Asetaminofen
 - Sulbaktam+Ampisilin
 - Asetilkolin+Atropin

Cevap A (*Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 1.cilt, 1994, s.266-269*)

Sinerjistik etki İlaçların tek tek etkilerinin toplamından daha fazla bir etki oluşur.

Aditif etki Her iki ilacın tek başına etkilerinin toplamıdır.

Potensiasyon Tek başına etkisi olmayan ilaç, diğerinin etkisini artırır.

Aspirin+Asetaminofen Aditif etki gösterir.

Kokain+Noradrenalin Birbirlerinin etkilerini potansiyalize ederler.

Sulbaktam+Ampisilin Birbirlerinin etkilerini potansiyalize ederler.

Asetilkolin+Atropin Antagonist etki gösterirler.

β -blokerlerle nitritler, sinerjistik etki gösterirler.

Propranolol+Amilnitrit Sinerjistik etki.

3. Aşağıdaki ikililerden hangisinde 1. ilaç 2. ilacın metabolizmasını arttırmaz?
- Karbamazepin-Östrojen
 - Barbitürat-Kortikosteroid
 - Rifampin-Beta bloker
 - Fenitoin-Kinidin
 - Benzodiazepin-Teofilin

Cevap E (*Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 1.cilt, 1994, s.116*)

Karbamazepin, Barbitüratlar ve Rifampin, Fenitoin birçok ilacın metabolizmasını mikrozomal enzimleri indüklediklerinden dolayı arttırlar ve plazma konsantrasyonlarını azaltırlar. Örnek olarak: Kortikosteroidler, östrojen, doksisisiklin, kinidin, teofilin vs.

Benzodiazepinlerin diğer ilaçların metabolizmasını indükleyici etkisi yoktur.

4. Aşağıdakilerden hangisinde muskarinik reseptör bulunduğu halde parasempatik innervasyon bulunmaz?
- Parotis bezi
 - Ektrin ter bezi
 - Bronş düz kası
 - İrisin silier kası
 - Kalp SA nodül

Cevap B (*Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 3.cilt, 1989, s.2135-2137*)

Parasempatiklerin tüm etkisi muskarinik reseptörler aracılığıyla olur. Parasempatik innervasyonun bulunmadığı yerler:

- İrisin radial kasına (sirkülere gider)
- Kalp ventriküllere (SA ve AV'ye gider)
- Damar düz kasına direk gitmez Ancak kanda bulunan asetilkolin, muskarin agonistleri, EDRF aracılığı ile vazodilatasyon olur.
- Uterusa direkt parasempatik lifler gitmez.
- Deride, pilomotor kaslarda ve ter bezlerinde parasempatik innervasyon bulunmaz. Fakat termoregülatuar ter bezlerinde muskarinik reseptör vardır (Ektrin ter bezi).

5. Aşağıdakilerden hangisi α_1 adrenoreseptör uyarıldığında gözlenen olaylardan değildir?
- Periferik rezistans artar.
 - Midriazis
 - İnsülin salınımı inhibe olur.
 - Noradrenalin salınımı inhibe olur.
 - G.İ.S. ve mesane sfinkteri kasılır.

Cevap D (*Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 3.cilt, 1986, s.1988*)

Noradrenalin salınımını inhibe eden α_2 -adrenoreseptördür.

6. Aşağıdakilerden hangisi Noradrenalin reuptake'ini bloke etmez?
- Guanetidin
 - Fenoksibenzamin
 - Desimipramin
 - Amfetamin
 - Kokain

Cevap A (*Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 3.cilt, 1986, s.1966*)

Kokain ve fenoksibenzamin, diğer trisiklik antidepresanlar (imipramin, desimipramin) nöronal uptake (reuptake 1)'i selektif şekilde inhibe eder.

Amfetamin ise substrat kompetisyonu sonucu inhibe edebilir.

Ekstranöronal uptake (reuptake 2)'i ise fenoksibenzamin, metanefrin ve kortikosteroidler inhibe eder.

Guanetidin sinir ucundaki veziküllerde Noradrenalin depolanmasını engeller (Depoların boşalması).

7. Aşağıdakilerden hangisi α -adrenerjik uyarıya cevap vermez?

- a) Derideki damar düz kası
- b) İris radial kası
- c) Böbrek proksimal tübülüsü
- d) Apokrin ter bezi
- e) Göz yaşı bezi

Cevap E (*Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 3.cilt, 1986, s.1989*)

a, b, c, d şıklarındaki yapılarda α -reseptörler bulunur ve bu yüzden α -adrenerjik uyarıya cevap verirler. Gözyaşı bezinde α ve β reseptör bulunmaz. Bu yüzden α -adrenerjik uyarıya cevap vermez.

8. β -bloker kullanan bir hastada aşağıdaki yapılardan hangisi etkilenmez?

- a) İrisin silier kasları
- b) Kalpte SA ve AV nodüller
- c) Uterus kasları
- d) Glikojenoliz
- e) Glikoneogenesis

Cevap E (*Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 3.cilt, 1986, s.*)

a, b, c, d şıklarındaki yapılarda β -reseptörler bulunur. Bu yüzden β -blokerlerinden etkilenirler. Glukoneogenesis ise α -adrenoreseptörler tarafından sağlanır.

9. Aşağıdaki olaylardan hangisi parasempatik uyarı sonucu gelişmez?

- a) İrisin sfinkter kasının kasılması
- b) Trakea ve bronşiolerde daralma ve salgılarında artış
- c) Ereksiyon
- d) Ejakülasyon
- e) G.İ.S. kas tonusunda ve motilitesinde artma

Cevap D (*Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 3.cilt, 1986, s.1989*)

Erkeklerde genital organlarda ejakülasyon sempatik uyarı ile ereksiyon ise parasempatik uyarı ile sağlanır.

10. Noradrenalin sentezinde hız kısıtlayan basamak hangisidir?

- a) Dopa dekarboksilaz
- b) Dopamin β -hidroksilaz
- c) Tirozin hidroksilaz
- d) Monoamin oksidaz
- e) KOMT

Cevap C (*Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 3.cilt, 1986, s.1959*)

Noradrenalin sentezinde hız kısıtlayan basamak tirozin hidroksilazdır.

11. Aşağıdakilerden hangisi adrenerjik kavşakta NA salınımını inhibe etmez?

- a) Dopamin
- b) Anjiotensin II
- c) Serotonin
- d) Adenozin (P_1)
- e) Histamin

Cevap B (*Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 3.cilt, 1986, s.1964*)

Anjiotensin II NA salınımını kolaylaştırır (Bkz. aşağıdaki tablo).

11. SORUNUN TABLOSU

Kavşak (nörotransmitter)	Presinaptik otoreseptör	Diğer presinaptik reseptörler	
		Inhibitör	Fasilitatör
Adrenerjik (NA)	α_2 adrenerjik	Dopamin Asetilkolin (muskarinik M_2) Adenozin (P_1) Prostaglandin E_1, E_2 Histamin (H_3) Serotonin	Adrenalin (β_2) Asetilkolin (nikotinik) Anjiotensin II Prostaglandin $F_{2\alpha}$
Kolinerjik (Asetilkolin)	Muskarinik	α_2 -adrenerjik Enkefalinler Dopamin Adenozin (A_1)	Asetilkolin (nikotinik)

12. Otonom ganglionlardan salıverilen nörotransmitter hangisidir?

- a) Noradrenalin
- b) Adrenalin
- c) Asetilkolin
- d) Serotonin
- e) Dopa

Cevap C (Lippincott Farmakoloji, s.35)

Adrenal medullada sonlanan pregangliyonik sinir lifleri, otonom ganglionlar (parasempatik ve sempatik) ve parasempatik sistemin postgangliyonik sinir liflerinde nörotransmitter olarak asetilkolin bulunur.

13. Skopolamin entoksikasyonunda aşağıdakilerden hangisi tercih edilir?

- a) Fizostigmin
- b) Pridostigmin
- c) Neostigmin
- d) Edrofonyum
- e) Ambenonyum

Cevap A (Lippincott Farmakoloji, s.42)

Atropin ve skopolamin tersiyer amin yapısındadır ve SSS'e geçer. Asetilkolinesteraz inhibitörlerinden karbamat grubunun tek tersiyer amini fizostigmin ve SSS'e geçer. Pridostigmin, neostigmin ve Ambenonyum kuaterner amin yapısındadır ve SSS'e geçmez. Edrofonyum ise alkol yapısındadır ve tanı amaçlı kullanılır. Tedavide kullanılmaz.

14. Aşağıdaki hastalıkların hangisinde kolinerjik antagonistler kullanılmaz?

- a) Diyare
- b) Nörojenik mesane
- c) Preanestezi medikasyon
- d) Hiperhidroz
- e) Prostat hipertrofisi

Cevap E (Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 3.cilt, 1986, s.2206-2207)

a, b, c, d şıklarındaki yanıtlar kolinerjik antagonistlerin kullanıldığı olgulardır. Kolinerjik antagonistler dar açılı glokom (açık açılı da kontrendike değildir), prostat hipertrofisi, bağırsak ve mide atonisi, organik pilor

stenozu ve özofagus akalazyası olgularında, sıcak ortamda ve güneş altında çalışan kişilerde kullanılmamalıdır.

15. Aşağıdakilerden hangisi parasempatomimetik (kolinerjik agonist) ilaçların etkilerinden değildir?

- a) GİS motilite artışı
- b) Hiposalivasyon
- c) Miyosis
- d) Bronkospazm
- e) EEG'de desenkronizasyon

Cevap B (Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 3.cilt, 1986, s.2000)

Parasempatomimetik ilaçlar dış salgı bezlerinde hipersalivasyona neden olurlar. Ayrıca hipotansiyon ve bradikardi yaparlar.

16. Aşağıdakilerden hangisi sadece muskarinik etki yapar?

- a) Karbakol
- b) Betanekol
- c) Muskarin
- d) Tubokürarin
- e) Trimetafan

Cevap B (Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 3.cilt, 1986, s.2151)

Diğer şıklardaki cevapların aynı zamanda nikotinik etkileri de vardır. Muskarin düşük dozda muskarinik yüksek dozda nikotinik etkilidir. Tubokürarin ve trimetafan nikotinik antagonisttir.

17. Aşağıdakilerden hangisi direkt etkili kolinerjik agonist değildir?

- a) Metakolin
- b) Karbakol
- c) Labelin
- d) Nikotin
- e) Paratyon

Cevap E (Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 3.cilt, 1986, s.2010)

Bkz. aşağıdaki tablo.

17. SORUNUN TABLOSU

Direkt etkili kolinerjik agonistler _____

İndirekt etkili agonistler _____

Kolin Esterleri	Alkaloidler	Karbamat	Organofosfat	Alkol
→Asetilkolin	→Muskarin	Neostigmin	Ekotiyofat	Edrofonyum
→Metakolin	→Pilocarpin	Fizostigmin	Paratyon	
→Karbakol	→Nikotin	Pridostigmin	DFP	
→Betanekol	→Lobelin	Ambenonyum	Malatyon	
	→Oksotremorin			

18. Glukomun akut atağında ilk seçilecek ilaçtır. Asetilkolinesteraz tarafından parçalanmaz. SSS'ne geçebilir. Dış salgı bezlerinde hipersalivasyona neden olur. Gözde miyozis yapar. Yukarıda belirtilen özellikler aşağıdaki ilaçlardan daha çok hangisine uymaktadır?

- a) Betanekol
- b) Karbakol
- c) Pilocarpin
- d) Fizostigmin
- e) Neostigmin

Cevap C (Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 3.cilt, 1986, s.2004)

Pilocarpinin en spesifik özelliği glukomun akut atağında ilk seçilecek ilaç olmasıdır.

19. Aşağıdakilerden hangisi fizostigmin için doğru değildir?

- a) Miyozis'e neden olur.
- b) GİS motilitesinde azalmaya neden olur.
- c) Atropin entoksikasyonunun tedavisinde kullanılır.
- d) Göz içi basıncı düşürür.
- e) SSS'ne geçebilir.

Cevap B (Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 3.cilt, 1986, s.2014)

Fizostigmin tüm vücuttaki kolinerjik aktiviteyi artırır. Ve bundan dolayı GİS motilitesini artırır.

20. Aşağıdakilerden hangisi reversibl kolinesteraz inhibitörlerinden değildir?

- a) Neostigmin
- b) Edrofonyum
- c) Ambenonyum
- d) Sarin
- e) Demekoryum

Cevap D (Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 3.cilt, 1986, s.2010)

Bkz. aşağıdaki tablo.

20.SORUNUN TABLOSU

Reversibl kolinesteraz inhibitörleri

Karbamat
Neostigmin
Fizostigmin
Pridostigmin
Ambenonyum

Alkol
Edrofonyum

İrreversibl kolinesteraz inhibitörleri

Organofosfat yapısındakiler
Paratyon
Malatyon
DFP (izofluorofat)
Sarin (Sinir gazları)
Ekotiyofat

21. Aşağıdakilerden hangisi Myastenia Gravis tanısında tercih edilir?

- a) Edrofonyum
- b) Ambenonyum
- c) Neostigmin
- d) Pridostigmin
- e) Hiçbiri

Cevap A (Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 3.cilt, 1986, s.2020)

Edrofonyum Myastenia Gravis'in teşhisi için ve Myastenik kriz ile kolinerjik krizin ayırımında kullanılır. Kolinerjik krizde hastaya Myastenia Gravis tedavisine bağlı olarak gereğinden fazla asetilkolin esteraz inhibitörü verilmiş ve sinaps aralığında aşırı asetilkolin birikmiştir. Myastenik krizde ise sinaps aralığında bulunan asetilkolin zaten azalmış sayıdaki asetilkolin reseptörlerini uyaramamaktadır. Kısaca edrofonyum verilince eğer şikayet artarsa kolinerjik kriz, iyileşme gözlenirse myastenik krizdir. Neostigmin Myastenia Gravisin semptomatik tedavisinde kullanılır. Pridostigmin ve ambenonyum myastenia gravisin kronik tedavisinde kullanılır. Etki süreleri (3-6) saat Neostigminden (2-4 saat) daha uzundur.

22. Aşağıdakilerden hangisi organofosfatlı insektisit zehirlenmesinde görülmez?

- a) Tükrük, gözyaşı, burun ve bronş salgılarının aşırı derecede artması
- b) Konuşma güçlüğü
- c) Midriyazis
- d) Çizgili kas paralizisi
- e) Konfüzyon

Cevap C (Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 3.cilt, 1986, s.2023)

Organofosfatlı insektisitlerle akut zehirlenmenin klinik belirtileri pratik amaçlarla üç grupta toplanabilir.

a) Parasempatomimetik (muskarinik) belirtiler: Tükrük, gözyaşı, burun ve bronş mukoza salgılarının aşırı derecede artması, terleme, miyozis, akomodasyon spazmı dolayısıyla görme bozukluğu, konjonktivada

konjesyon, bulantı, kusma, şiddetli ishal, karın koliği, miksiyon gereksinimi, bronkospazm, nefes darlığı, akciğer ödemi, hipotansiyon, bradikardi.

b) Çizgili kas belirtileri: Göz kapakları, yüz, dil, ekstremiteler kasları ve diğer kaslarda seyirme, istem dışı hareketler, güçsüzlük, ileri dönemde çizgili kas felci.

c) SSS belirtileri: En önemlileri konfüzyon, ataksi, konuşma güçlüğü, reflekslerin bozulması, konvülsiyonlar ve koma. Organofosfatlı insektisit zehirlenmesinde primer ölüm nedeni solunum felcidir.

23.SSS etkili bir sinir gazı zehirlenmesinde ilk kullanılacak ilaç hangisidir?

- a) Pralidoksim
- b) Obidoksim
- c) Atropin
- d) Edrofonyum
- e) Hiçbiri

Cevap C (*Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 3.cilt, 1986, s.2025*)

Organofosfatlı insektisitlerin zehirlenmelerinde spesifik tedavi atropin ve enzim reaktivatörleri (pralidoksim ve obidoksim) ile yapılır. Bu ilaçlardan atropin periferik ve santral kavşaklarda biriken asetilkolin'in muskarinik etkilerini ortadan kaldırır. Fakat nikotinik etkilerine karşı etkisizdir. İkinci ilaçlar ise kolinesteraz enzimini reaktif ederler. Pralidoksim ve obidoksim SSS'ne giremediklerinden oradaki enzimi reaktif edemezler. Sözkonusu zehirlenmede atropin ilk kullanılacak ilaçtır. Hastaya atropin verildikten sonra pralidoksim veya obidoksim uygulamasına geçilir. Pralidoksim ve obidoksim esas olarak zehirlenmenin çizgili kas belirtilerini düzeltirler. Atropin erişkinlere ilk olarak 2-4 mg i.v. veya i.m. dozunda verilir. 3-10 dakikada bir 2 mg dozunda tekrar edilir.

24.Aşağıdakilerden hangisi antikolinesteraz ilaçlar için doğru değildir?

- a) Göz içi basıncını düşürürler.
- b) Mesanenin çeper (detrussor) kasını kasarlar.
- c) Damarlarda vazodilatasyon yaparlar.
- d) Bradikardiye neden olurlar.
- e) Hipersalivasyona neden olurlar.

Cevap C (*Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 3.cilt, 1986, s.2012*)

Antikolinesterazların farmakolojik etkileri kardiyovasküler sistem dışında parasempatomimetiklerle aynıdır. Vasküler sistemde antikolinesterazlar parasempatomimetiklerin tam tersi etki yapar. Sempatik gangliyonların uyarılması ve adrenal medulla'nın uyarılması nedeniyle kan basıncını doza bağımlı bir şekilde yükseltirler. Damarlarda vazokonstriksiyon ve kalpte taşikardi oluştururlar.

25.Aşağıdaki ilaç-hastalık eşleştirmelerinden hangisi yanlıştır?

- a) Mesane atonisi: Neostigmin
- b) Atropin entoksikasyonu: Fizostigmin salisilat
- c) Reflü özofajiti: Betanekol
- d) Myastenia Gravis: Pridostigmin
- e) Peptik ülser: Metakolin

Cevap E (*Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 3.cilt, 1986, s.2023*)

Metakolin bir parasempatomimetiktir (kolinerjik agonist). Parasempatomimetik ilaçlar ve antikolinesterazlar peptik ülser olgularında Gastrointestinal sistem motilitesini arttırmaları ve asit salgısını çoğaltmaları nedeniyle kontrendikedirler. Diğer kontrendikasyon durumları, hipertiroidizm, astma, koroner kalp hastalığı, Gastrointestinal kanal veya üretrada mekanik tıkanma bulunan olgulardır.

26.Taşikardi, midriyazis, siklopleji, cilt ve ağız kuruluğu, konstipasyon, konfüzyon, idrar retansiyonu. Yukarıda belirtilenler aşağıdaki farmakolojik gruplardan hangisinin etkilerine uymamaktadır?

- a) β-bloker
- b) Gangliyon blokerleri
- c) Nöromusküler blokerler
- d) Trimetafan
- e) Muskarinik reseptör blokerleri

Cevap A (*Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 3.cilt, 1986, s.2043*)

Yukarıda belirtilen özellikler parasempatolitik (kolinerjik antagonistlerin) genel özellikleridir. Antimuskarinikler, Gangliyon blokerleri ve nöromusküler blokerler kolinerjik antagonistlerin alt gruplarıdır. Trimetafan bir gangliyon blokeridir.

Antimuskarinik ilaçlar	Gangliyon blokerleri	Nöromusküler blokerler
Atropin	Mekamilamin	Tuboküarin
İpratropiyum	Nikotin	Atrakuryum
Skapolamin	Trimetafan	Doksakuryum
		Metokürin
		Mivakuryum
		Pankuronyum
		Piperkuronyum
		Süksinilkolin
		Nekuronyum

27.Aşağıdakilerden hangisinin entoksikasyonunda hipertermi ve glokom görülür?

- a) Betanekol
- b) Pilokarpin
- c) Karbakol
- d) Atropin
- e) Timolol

Cevap D (*Lippincott Farmakoloji, s.47*)

Verilen belirtiler atropin zehirlenmesinin belirtileridir. Atropin entoksikasyonunun diğer belirtileri: Terleme olmaz. Hipertermi vardır. Midriazis, glokom krizi, idrar retansiyonu, deride kızarıklık, ağız kuruluğudur. Atropinin doza bağımlı etkileri şu şekilde özetlenebilir:
0.5 mg → Ağız kuruluğu, terlemenin inhibisyonu
2.0 mg → Kalp hızının yavaşlaması
5.0 mg → Yüksek kalp hızı; çarpıntı; belirgin ağız kuruluğu; pupilde genişleme, yakını bulanık görme
>10.0 mg → Halusinasyonlar ve deliryum; koma

28.Aşağıdaki eşleştirmelerden hangisi yanlıştır?

- a) İpratropiyum = Astma
- b) Skopolamin = Parkinson
- c) Süksinilkolin = Genel anestezi
- d) Pirenzepin = Hipertansiyon
- e) Tubokürarin = Histamin salımı

Cevap D (*Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 3.cilt, 1986, s.2040-2052*)

Pirenzepin selektif M₁ reseptör antagonistidir ve peptik ülser tedavisinde kullanılır. Yukarıdakilere ek olarak parasempatolitik etkili ilaçların etkileri şöyle özetlenebilir:
Atropin→Organofosfat zehirlenmesinde, siklopleji, midriazis
Skopolamin→Deniz tutması, amnezi, sedasyon, Parkinson
Nikotin→Yok
Trimetofan→Hipertansiyonun kısa süreli tedavisi
Mekamilamin→Orta ve ağır hipertansiyon tedavisinde

29.Acil servise getirilen bir hastanın ağızından köpük- lü salyalar çıkardığı görülüyor. Ayrıca aşırı terleme myozisi, hipotansiyonu var ve nabız sayısı 40/dk. Aşağıdaki ilaçlardan hangisi uygulanmalıdır?

- a) Noradrenalin
- b) Mekamilamin
- c) Fizostigmin
- d) Atropin
- e) Betanekol

Cevap D (*Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 3.cilt, 1986, s.2023-2025*)

Hastada kolinerjik uyarının etkileri görülmektedir. Hasta muhtemelen bir insektisit tarafından zehirlenmiştir. İnsektisit zehirlenmesinde ilk uygulanacak ilaç atropindir. Noradrenalinin sağlayacağı adrenerjik uyarı kolinerjik uyarıyı dengeleyebilecek güçte değildir. Gangliyon blokeri olan mekamilamin uyarının artmasına neden olur. Fizostigmin ve betanekol kolinesteraz inhibitörüdürler ve olayın daha da kötüleşmesine neden olurlar.

30.Aşağıdakilerden hangisi nikotinik antagonist değildir?

- a) Skopolamin
- b) Tubokürarin
- c) Trimetofan
- d) Heksometonyum
- e) Nikotin

Cevap A (*Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 3.cilt, 1986, s.2035-2037*)

Nikotinik antagonistler gangliyon blokerleri ve nöromuskuler blokerlerdir. Tubokürarin bir nöromuskuler blokerdir. Trimetofan, heksametonyum (kullanımdan kalkmıştır) ve nikotin gangliyon blokerleridir. Nikotin doza bağımlı olarak tüm gangliyonları önce uyarır ardından paralize eder. Yüksek dozda gangliyon blokajı yapar. Atropin ve skopolamin muskarinik reseptörleri bloke ederler. Nikotinik reseptörleri bloke etmediklerinden nöromuskuler kavşak ve otonomik gangliyonlar üzerindeki etkileri yok denilecek kadar azdır.

31.Fizostigmin aşağıdaki mekanizmalardan hangisi ile mesane atonisinde kullanılır?

- a) Kolinomimetik
- b) Sempatomimetik
- c) Kolinesteraz inhibisyonu
- d) Gangliyon blokajı
- e) Parasempatolitik

Cevap C (*Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 3.cilt, 1986, s.2014*)

Fizostigmin bir kolinesteraz inhibitörüdür. Mesane atonisinde kolinesteraz enziminin inhibisyonu yoluyla etki eder.

32.Aşağıdaki dekonjestanlardan hangisinde kronik mukoza şişmesi daha az görülür?

- a) Fenilefrin
- b) Fenilpropolamin
- c) Efedrin
- d) Metilheksamin
- e) Ksalometazolin

Cevap B (*Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 3.cilt, 1986, s.2064-2092*)

Lokal dekonjestanların en önemli yan etkilerinden biri uzun süreli kullanımlarında kronik mukoza şişmesi neden olmalarıdır. Sistemik dekonjestanlarda bu etki daha az görülür.

Lokal dekonjestanlar
İmidazolin türevleri → Rafazolin, ksilometazolin, tetrahidrolazin, asiketezolin
Alifamit aminler → Tauaminoheptan, metilheksamin
Diğerleri → Fenilefrin, efedrin
Sistemik dekonjestanlar:
Fenilpropolamin, psödoefedrin
→Dekonjestanlar α-mimetik ilaçlardır.

33.SORUNUN TABLOSU

Katekolaminlerin kardiyovasküler etkilerinin karşılaştırılması:

	Adrenalin	Noradrenalin	İzoprenalin	Dopamin	
Reseptör	$\alpha_1\beta_1,\beta_2$	$\alpha_1\beta_1$	β_1,β_2	Dopaminerjik, α , β_1	
Kalp debisi		0,			
TPR	↓		↓↓	↓,0, ②	
Kalp atış hızı		↓		0, ①	
Kan akımı					
Koroner					
Renal	↓	↓	↓ ②		
Mezenterik		↓			
Ekstremiteler (kas)		↓↓		↓	
Cilt ve mukozalar	↓	↓			
Beyin		↓	0,		
Pulmoner ^③		0,			
	: Artma	: Belirgin artma	↓: azalma	↓↓: Belirgin azalma	0: Değişmez.

①Doza bağımlı ②Normal kimselerde düşüren şoklu hastalarda artırır.

③Pulmoner kan akımı kalp debisine eşittir; Adrenalin ve noradrenalin pulmoner damar yatağında belirgin vazokonstriksiyon yaptıkları için pulmoner basıncı yükseltirler.

Adrenalin cilt ve mukozalarda vazokonstriksiyon yaptığı için kan akımını azaltır.

33.Adrenalinin etkileri için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- Renal kan akımında azalma
- Kalp debisinde artma
- Total periferik rezistansta azalma
- Koroner kan akımında artma
- Cilt ve mukozalardaki kan akımında artma

Cevap E (Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 3.cilt, 1986, s.2071)

Bkz. yukarıdaki tablo.

Cevap B (Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 3.cilt, 1986, s.2077)

Epinefrinin yan etkileri:

- SSS bozuklukları: Kaygı, korku, baş ağrısı, titreme
- Kanama: Kan basıncındaki aşırı artış serebral hemorajiye neden olabilir.
- Kardiyak aritmiler: Özellikle dijital kullanan hastalarda kardiyak aritmilere neden olabilir.
- Pulmoner ödem

Epinefrin bronkospazmda ilk kullanılacak ilaçtır. Ayrıca anafilaktik şokta, glokomda ve anesteziyle birlikte kullanılır.

34.Aşağıdakilerden hangisi epinefrinin yan etkilerinden değildir?

- Pulmoner ödem
- Bronkospazm
- Kardiyak aritmi
- Kanama
- Ciltte solukluk

35.Aşağıdakilerden hangisi β -mimetik değildir?

- Klonidin
- Ritodrin
- Albuterol
- Dobutamin
- Terbutalin

Cevap A (Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 3.cilt, 1986, s.2064)

Bkz. aşağıdaki tablo.

35.SORUNUN TABLOSU

α -mimetikler	β -mimetikler	Karışık etkili olanlar
Fenilefrin, metoksamin $\rightarrow\alpha_1$	İzoproterenol $\rightarrow\beta_1-\beta_2$	Epinefrin $\rightarrow\alpha_1-\alpha_2$
Klonidin $\rightarrow\alpha_2$	Dobutamin $\rightarrow\beta_1$	$\beta_1-\beta_2$
	Dopamin \rightarrow Dopaminerjik, β_1	Norepinefrin $\rightarrow\alpha_1-\alpha_2$
	Metaproterenol $\rightarrow\beta_2>\beta_1$	β_1
	Terbutalin, Ritodrin, Albuterol $\rightarrow\beta_2$	Amfetamin $\rightarrow\alpha,\beta_1$,MSS Stimülanı
		Efedrin $\rightarrow\alpha,\beta$,SSS stimülanı

36.i.v. uygulandığında sistolik ve diyastolik kan basıncını artırır. Belirgin bronkodilatasyon yapar. COMT ve MAO tarafından yıkılmaz. Belirtilen özellikler hangi ilaca uymaktadır?

- a) Adrenalin
- b) Dopamin
- c) İzoproterenol
- d) Efedrin
- e) Klonidin

Cevap D (*Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 3.cilt, 1986, s.2086*)

Adrenalin, Dopamin ve İzoproterenol katekolamindir. Katekolaminler COMT ve MAO tarafından yıkılır.

Adrenalin → bronkodilatasyon yapar. Sistolik kan basıncını artırırken diyastolik basıncı azaltır.

Dopamin → Kalbin β_1 reseptörünü uyarmaz, (+) inotropik, (+) kronotropik etki yapar. Yüksek dozları damarların α reseptörlerini uyarak vazokonstriksiyon yapar.

Şok tedavisinde ilk seçilecek ilaçtır.

İzoproterenol → β_1 ve β_2 'ler güçlü bir şekilde uyarır. (+) inotrop ve (+) kronotrop etkilidir.

Sistolik kan basıncında hafif bir yükselmeye neden olabilir. Diyastolik kan basıncını ise belirgin derecede düşürür. Güçlü bronkodilatör klonidin → α_2 reseptör agonistidir. Hipertansiyon tedavisinde kullanılır. Katekolamin değildir.

Klonidin → SSS post sinaptik α_2 reseptörü uyarır → sempatik aktivite azalır → hipotansiyon.

37.Aşağıdakilerden hangisi dobutaminin oluşturduğu klinik tablo değildir?

- a) Bronkodilatasyon
- b) Sinüs taşikardisi
- c) Hipertansiyon
- d) Diürez
- e) (+) inotrop etki

Cevap A (*Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 3.cilt, 1986, s.2083*)

Dobutamin bir katekolamindir ve sadece β_1 agonistidir. Bronş düz kaslarındaki β_2 'ler üzerindeki etkisi yok denecek kadar azdır. Dobutamin özellikle konjestif kalp yetmezliğinin tedavisinde kardiyak debiyi arttırmak amacıyla kullanılır. Ayrıca böbrek damarlarını genişletir.

38.Aşağıdakilerden hangisi kardiyoselektif etkili değildir?

- a) Asebutolol
- b) Atenolol
- c) Metoprolol
- d) Esmolol
- e) Timolol

Cevap E (*Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 2.cilt, 1987, s.1269*)

a, b, c, d şıklarındaki yanıtlar selektif β_1 -blokerleridir.

Propranolol, timolol, nadolol ve pinodolol ise non-selektif β -blokerlerdir.

39.Aşağıdakilerden hangisinin hem α hem de β -bloker özelliği vardır?

- a) Propranolol
- b) Prazosin
- c) Atenolol
- d) Labetolol
- e) Rezerpin

Cevap D (*Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 2.cilt, 1987, s.1264*)

Labetalolün hem α hem de β -bloker özelliği vardır. Propranolol ve atenolol β -blokerlerdir. Prazosin α -bloker ve rezerpin adrenerjik nöron blokeridir.

40.Propranolol aşağıdaki klinik tablolardan hangisini oluşturmaz?

- a) Bronkokonstriksiyon
- b) Artmış Na tutulumu
- c) (-) inotrop etki
- d) İntrensek sempatomimetik etki
- e) Refleks periferik vazokonstriksiyon

Cevap D (*Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 2.cilt, 1987, s.1267*)

Propranololün İSA (parsiyel agonist etkisi) yoktur. Parsiyel agonist etkili antagonistler pindolol ve asebutolol'dür.

41.Aşağıdakilerden hangisi refleks taşikardiye neden olmaz?

- a) İzoproterenol
- b) Prazosin
- c) Propranolol
- d) Fenoksibenzamin
- e) Fentolamin

Cevap C (*Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 2.cilt, 1987, s.1085*)

Propranolol non-selektif β -blokerdir ve β_1 blokajına bağlı bradikardiye neden olur. Prazosin, fenoksibenzamin, fentolamin α blokerlerdir ve α -blokerlerin en önemli yan etkilerinden biri refleks taşikardidir. İzoproterenol taşikardiye neden olan güçlü bir β -agonisttir.

42.Aşağıdakilerden hangisi non-kompetitif blokaj yapar?

- a) Fenoksibenzamin
- b) Fentolamin
- c) Propranolol
- d) Pindolol
- e) Timolol

Cevap A (*Lippincott, Farmakoloji, s.71*)

α -blokerlerden fenoksibenzamin, prazosin, terazosin, doksazosin non-kompetitif blokaj yapar. Fentolamin kompetitif blokerdir. Klinikte kullanılan bütün β -bloker-

ler kompetitif antagonistlerdir.

43. Aşağıdaki β -blokerlerden hangisinin lokal anestezi etkisi vardır?

- a) Labetalol
- b) Timolol
- c) Atenolol
- d) Esmolol
- e) Nadolol

Cevap A (*Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 2.cilt, 1987, s.1268*)

Lokal anestezi etkisi olanlar:

- Asebutolol
- Metoprolol
- Labetalol
- Pindolol
- Propranolol

Lokal anestezi etkisi olmayanlar:

- Atenolol
- Esmolol
- Nadolol
- Timolol

44. Aşağıdakilerden hangisinde propranolol kullanılması sakıncalıdır?

- a) Tirotoksikoz
- b) Bronşial astma
- c) Taşiaritmi
- d) Migren
- e) Koroner yetmezlik

Cevap B (*Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 2.cilt, 1987, s.1279*)

Propranolol astmalı hastalarda ölüme neden olabilecek kadar ağır bronkokonstriksiyon yapabilir. Ayrıca konjestif kalp yetmezliğinde propranolol kontrendikedir.

45. İnsülin kullanan ve hipertansiyonu olan bir hastada aşağıdaki ilaçlardan hangisinin kullanılması sakıncalıdır?

- a) Prazosin
- b) Propranolol
- c) Hidralazin
- d) Fenoksibenzamin
- e) Rezerpin

Cevap B (*Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 2.cilt, 1987, s.1265*)

Propranolol hastada glikojenoliz ve glukagon salımını azaltır. Bu nedenle insüline bağımlı diyabeti olanlarda propranolol kullanılırken kan glukoz konsantrasyonu iyi izlenmelidir. Çünkü insülin enjeksiyonu sonrasında ağır hipoglisemiler ortaya çıkabilir. β -blokerler hipoglisemi sonucu ortaya çıkan sempatik deşarja ait değişiklikleri de maskeleyebilirler.

46. Karaciğer yetmezliği ve hipertansiyonu olan bir hastada aşağıdaki β -blokerlerden hangisi kullanılır?

- a) Nadolol
- b) Oksiprenolol
- c) Metoprolol
- d) Propranolol
- e) Timolol

Cevap A (*Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 2.cilt, 1987, s.1272*)

Nadolol'ün yaklaşık %100'ü böbreklerden itrah edilir. Diğerleri karaciğerde biyotransformasyona uğrar. β -blokerlerin farmakokinetik profili

İlaç	Karaciğer ilk geçişte inaktivasyon	Başlıca eliminasyon yolu
Propranolol	+	KB
Oksiprenolol	+	KB
Pindolol	-	1.Bi 2.KB
Metoprolol	+	KB
Atenolol	-	Bi
Asebutolol	+	1.Bi 2.KB
Satolol	-	Bi
Nadolol	-	Bi
Timolol	-	1.KB 2.Bi

KB=Karaciğerde biyotransformasyon

Bi=Böbreklerden itrah

47. Aşağıdakilerden hangisi selektif olarak α_2 adreno reseptörleri etkilemez?

- a) Terazosin
- b) Klomidin
- c) Yohimbin
- d) Guanfasin
- e) Metildopa

Cevap A (*Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 2.cilt, 1987, s.1087*)

Klomidin, Guanfasin, metildopa → santral etkili α_2 agonistlerdir. Yohimbin selektif α_2 blokerdir.

Doksazosin, Prazosin ve Terazosin selektif α_1 blokerdir.

48. Aşağıdakilerden hangisi β -blokerlerin kontrendike olduğu durumlardan değildir?

- a) Kardiyojenik şok
- b) Bronşial astma
- c) Raynaud sendromu
- d) Diabetes mellitus
- e) Hipertrofik obstrüktif kardiyomiopati

Cevap E (*Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 2.cilt, 1987, s.1282-1283*)

a, b, c, d şıklarındaki yanıtlar β -blokerlerin kontrendike olduğu durumlardır. Diğer kontrendikasyonları ağır majör depresyon, karaciğer ve böbrek yetmezliği 65

yaş üzeri ve gebeliktir. Hipertrofik obstrüktif kardiyomyopatinin standart tedavisi beta-blokerler ile yapılır.

49.Aşağıdakilerden hangisi selektif olarak lipolizi inhibe eder?

- a) Dopamin
- b) Asebutolol
- c) Klonidin
- d) Fentolamin
- e) Rezerpin

Cevap B (*Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 2.cilt, 1987, s.1260*)

Yağ dokusundaki lipoliz β_1 -reseptörleri üzerinden yürür. Asebutolol selektif β_1 -blokerdir. Dopamin β_1 -agonistidir. Klonidin α_2 -agonisttir. Fentolamin α -blokerdir. Rezerpin adrenerjik nöron blokeridir.

50.Aşağıdakilerden hangisi bradikardiye neden olur?

- a) Fentolamin
- b) Propranolol
- c) Prazosin
- d) Kaptopril
- e) Nifedipin

Cevap B (*Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 2.cilt, 1987, s.1279*)

Bradikardi β -blokerlerin sık görülen yan etkilerindedir. Diğer yan etkileri hipotansiyon, yorgunluk ve uyku halidir.

Fentolamin ve Prazosin α -blokerdir. α -blokerlerin yan etkileri ortostatik hipotansiyon, taşikardi, vertigo ve empotanstır.

Kaptopril ACE inhibitörüdür. ACE inhibitörlerinin bazı sık yan etkileri kuru öksürük, hiperkalemi, cilt döküntüsü, hipotansiyon ve ateştir. Nifedipin Ca kanal blokeridir. Bunların yan etkileri ise konstipasyon, baş dönmesi, baş ağrısı, yorgunluk ve hipotansiyondur.

51.Parkinson hastalığının tedavisinde hangi ilaç kullanılmaz?

- a) Amantadin
- b) Antimuskarinik ilaçlar
- c) Fenotiazinler
- d) Bromokriptin
- e) Deprenil

Cevap C (*Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.81-84*)

Parkinson hastalığının tedavisinde başlıca; amantadin, antimuskarinik ilaçlar, bromokriptin, karbidopa, deprenil ve levodopa kullanılır. Sekonder Parkinsonizm denen olguda; Parkinson hastalığı benzeri semptomlar, nadiren viral ensefalit veya çok sayıda küçük damar lezyonu nedeniyle oluşabilir. Fenotiazinler ve haloperidol gibi temel farmakolojik etkileri beyinde dopaminerjik reseptörlerin blokajı olan ilaçlar da Parkinson hastalığı benzeri semptomlar yapabilir. Parkinson hastalığı belirtileri olan hastalarda fenotiazinler ve haloperidol kullanılmamalıdır.

52.Parkinson hastalığında kullanılan levodopa ve

karbidopa ile ilgili hangisi yanlıştır?

- a) Levodopa SSS'ne kolaylıkla geçer.
- b) Karbidopa SSS'ne geçemez.
- c) Levodopa tok karına alınmalıdır.
- d) Karbidopa levodopanin oluşturduğu bulantıyı engeller.
- e) B₆ vitamini levodopanin etkisini azaltır.

Cevap C (*Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.85-88*)

Levodopa SSS'ne kolaylıkla geçer, fakat periferde dekarboksillenerek dopamine çevrildiğinden, yüksek dozlarda verilmesi gerekmektedir. Bu yüzden bir dekarboksilaz inhibitörü olan ve SSS'ne geçemeyen karbidopa ile levodopa kullanımı levodopanin dozunu 4-5 kat düşürür. Bu da haliyle levodopanin bir yan etkisi olan bulantıyı azaltır. B₆ vitamini levodopanin periferde dekarboksilasyonunu arttırdığından etkisini azaltır. Farklı bir şekilde; levodopa ve büyük moleküllü nötr aminoasitler SSS'ne aynı taşıyıcı sistem ile geçerler; bu nedenle proteinden zengin diyet, kan dolaşımında aminoasitlerin sayısını artırarak levodopanin SSS'ne taşınmasını azaltır. Büyük nötral aminoasitler SSS'ne geçişte olduğu gibi, bağırsaklardan emilimde de levodopa ile yarışır. Bu nedenle, levodopa aç karnına, yemeklerden 45 dakika önce alınmalıdır.

53.Hangi ilacın antiparkinsonizm etkisinin yanısıra antiviral etkisi de vardır?

- a) Amantadin
- b) Bromokriptin
- c) Deprenil
- d) Levodopa
- e) Karbidopa

Cevap A (*Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.87*)

İnfluenza tedavisinde kullanılan antiviral ilaç amantadinin antiparkinsonizm etkisi olduğu tesadüfen saptanmıştır. Sağlam kalan nöronlardaki dopamin sentez, salıverilme veya geri alımını arttırdığı düşünülmektedir.

54.Bromokriptinin yan etkilerinden hangisi levodopa'ya oranla daha az belirgindir?

- a) Halusinasyon
- b) Konfüzyon
- c) Bulantı
- d) Ortostatik hipotansiyon
- e) Diskinezi

Cevap E (*Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.87*)

Bromokriptinin etkileri levodopaninkilere benzer ancak halusinasyon, konfüzyon, delirium, bulantı ve ortostatik hipotansiyon daha sık görülür. Diskinezi ise levodopaya oranla daha az belirgindir.

55.Hangisi benzodiazepinlerin etkisi değildir?

- a) Anksiyetenin azaltılması
- b) Sedatif ve hipnotik etki

- c) Antikonvülsan etki
- d) Antipsikotik etki
- e) Kas gevşetici etki

Cevap D (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.90)

Benzodiazepinlerin; anksiyetenin azaltılması, sedatif ve hipnotik etkileri, antikonvülsan etkileri, kas gevşetici etkileri vardır. Ancak antipsikotik ve analjezik etkileri yoktur.

56.Hangisi daha ani ve daha şiddetli yoksunluk belirtilerine yol açar?

- a) Klorazepam
- b) Diazepam
- c) Flurazepam
- d) Kuazepam
- e) Triazolam

Cevap E (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.92)

Bazı benzodiazepinlerin yarılanma ömrü uzun olduğundan tedavi kesildikten birkaç gün sonrasına kadar yoksunluk belirtileri gelişmeyebilir. Triazolam gibi yarılanma ömrü kısa benzodiazepinler flurazepam gibi yavaş metabolize edilenlerden daha ani ve daha şiddetli yoksunluk belirtilerine yol açarlar. Benzodiazepinlerin etki süreleri;

- Uzun Etkili (1-3 gün)→Klorazepam
 - Klordiazepoksit
 - Diazepam
- Flurazepam
- Kuazepam
- Orta Etkili (10-20 saat)→Alprazolam
 - Estazolam
 - Lorazepam
 - Temazepam
- Kısa Etkili (3-8 saat)→Oksazepam
 - Triazolam

57.72 yaşında bir bayan hasta doktora geliyor. Ve doktora uyku probleminin olduğunu söylüyor. Geceleri sık sık uyandığından bahsediyor. Sizce doktor hangi ilacı vermeli?

- a) Temazepam
- b) Triazolam
- c) Diazepam
- d) Lorezepam
- e) Alprozolam

Cevap A (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.92)

Temazepam sık sık uyanan hastaların tedavisinde tercih edilirken, triazolam uykuya dalmakta güçlük çeken hastalarda kullanılır. Temazepamın maksimum sedatif etkisi oral dozdan 2-3 saat sonra gelişir ve bu nedenle yatmadan birkaç saat önce alınması gerekir.

58.Barbitüratlarla ilgili hangisi yanlıştır?

- a) Tiyopental anestezi indüksiyonu için kullanılabilir.
- b) Barbitüratların hücre zarlarından sodyum ve potasyumun taşınmasını bozarak etkili oldukları

düşünülmektedir.

- c) Barbitüratlar benzodiazepin reseptörlerine bağlanmadıkları halde GABA'nın nöron içine klor girişi üzerine olan etkisini artırırlar.
- d) Fenobarbitol uzun etkili bir barbitürattır.
- e) Barbitüratlar P-450 enzim sistemini indükleyerek porfirin sentezinin azalmasına yol açarlar.

Cevap E (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.94-95)

Barbitüratlar karaciğerdeki P-450 mikrozomal enzimlerini indüklerler. Uzun süreli barbitürat kullanımı sonrasında bu sistemin metabolize ettiği çok sayıda ilacın etkisi azalır. Barbitüratlar karaciğerde metabolize edilirler ve inaktif metabolitleri idrarla atılırlar. Barbitüratlar porfirin sentezini arttırdıklarından akut intermittan porfirisi olan hastalarda kontrendikedirler.

59.Hangisi metilksantinlerin etki mekanizmasıdır?

- a) Ekstrasellüler kalsiyumun translokasyonu
- b) Fosfodiesteraz inhibisyonu
- c) Siklik adenozin ve guanazin monofosfatın konsantrasyonlarının artırılması
- d) Adenozin reseptörlerinin bloke edilmesi
- e) Hepsi

Cevap E (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.99)

Metilksantinleri; çayda bulunan teofilin, kakaoda bulunan teobramin ve kafein oluşturur. Dünyada en fazla miktarda tüketilen stimülan olan kafein kahvede yüksek miktarda bulunur, ancak çayda, kolada, çikolatada ve kakaoda da vardır. Bir veya iki fincan kahvedeki kafein (100-200 mg) korteks ve beynin diğer bölgelerini stimüle ederek yorgunluğu azaltır ve zihinsel uyanıklığı artırır.

60.Hangisi amfetaminin yan etkisi değildir?

- a) Baş dönmesi
- b) Bulantı
- c) Uykusuzluk
- d) Ortostatik hipotansiyon
- e) Diyare

Cevap D (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.105)

Amfetaminin yan etkileri;

- Baş dönmesi
- Hipertansiyon
- Uykusuzluk
- Konfüzyon
- Bağımlılık potansiyeli
- Bulantı
- Diyare

61.Nikotinle ilgili hangisi yanlıştır?

- a) Nikotin yağda çözünürlüğü çok iyidir ve kan-beyin bariyerini kolaylıkla geçer.
- b) Sigara içilmesi ve düşük doz nikotin uygulanması hafif bir öfori ve uyanıklık hali ile beraber gevşeme oluşturur.
- c) Nikotin oluşturduğu vazokonstriksiyon koro-

- ner kan akımını azaltabilir.
 d) Sigara dumanındaki nikotinin %90'ı emilir.
 e) Nikotin plasentayı aşamadığından fetusu etkilemez.

Cevap E (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.100-101)

Nikotin plasentayı aşabilir ve de anne sütünde görülür. Ayrıca spot bilgi olarak nikotin kullanımında (sigara vs.) teofilin dozunu arttırmak gerekir. Çünkü teofilin karaciğerde mikrozomal enzimler tarafından metabolize olur ve nikotin de bu enzimleri indükler.

62.LSD (Liserjik Asit Dietilamid), santral sinir sisteminde çok sayıda bölgeyi etkiler. LSD, Serotonin (5-HT) agonisti aktivitesini, orta beyindeki hangi presinaptik reseptörlere bağlanarak gösterir?

- a) 5-HT₁
 b) 5-HT₂
 c) 5-HT₃
 d) 5-HT₁ ve 5-HT₂
 e) 5-HT₁ ve 5-HT₃

Cevap D (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.105)

LSD, Serotonin (5-HT) agonisti aktivitesini, orta beyindeki presinaptik 5-HT₁ ve 5-HT₂ reseptörlerine bağlanarak gösterir. Sempatik sinir sisteminin uyarılması sonucunda pupiller dilatasyon, kan basıncında artış, piloereksiyon ve vücut ısısında artış ortaya çıkar.

63.Anestezinin hangi evresinde hastada delirium tablosu gelişir ve şiddet içeren saldırgan davranışlar ortaya çıkar?

- a) Analjezi
 b) Uyarılma
 c) Cerrahi anestezi
 d) Medullar paralizi
 e) Hiçbiri

Cevap B (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.110)

Anestezinin Evreleri;

1. Evre I-Analjezi; Spinotalamik yollarda uyarı iletiminin bozulması sonucunda ağrı algısı kaybolur. Hastanın bilinci yerindedir.
2. Evre II-Uyarılma; Hastada delirium tablosu gelişir ve şiddet içeren saldırgan davranışlar ortaya çıkar. Kan basıncı yükselir ve düzensizlik gösterir.
3. Evre III-Cerrahi anestezi; Bu evrede solunum düzenlidir ve iskelet kaslarında gevşeme ortaya çıkar. Giderek göz refleksleri azalır ve sonunda göz hareketleri ortadan kaybolur.
4. Evre IV-Meduller paralizi; Bu bölümde solunum ve vazomotor merkezler baskılanır.

64.Aşağıdaki anesteziklerden hangisinin kandaki çözünürlüğü en fazladır?

- a) Halotan
 b) Enfluran
 c) İzofluran
 d) Nitroz oksit
 e) Eter

Cevap A (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.111)

Kandaki çözünürlüğü en fazla ve MAC'si en düşük olan Halotan'dır. MAC'si en yüksek olan ise Nitroz oksit'tir ve bunun da kandaki çözünürlüğü en düşüktür.

65.Hangi volatil anestezi aritmilerde artış yapar ve hepatik toksisite açısından yüksek risk taşır?

- a) Halotan
 b) Enfluran
 c) İzofluran
 d) Nitroz oksit
 e) Hiçbiri

Cevap A (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.114)

	Halotan	Enfluran	İzofluran	NO
Aritmiler	(artış)	-	-	-
Katekolaminlere aşırı duyarlılık	(artış)	(hafif artış)	-	-
Kardiyak output	↓	azalma ardından artış	↓	-
Kan basıncı	↓	azalma ardından artış	↓	-
Solunum refleksi	↓ (bas-kılanma)	↓ (başlangıçta uyarı)	-	-
Hepatik toksisite	(yüksek risk)	(düşük risk)	-	-

66.Anesteziklerle ilgili hangisi yanlıştır?

- a) Nitroz oksit; güçlü analjezik ve zayıf anestezi
 b) Tiopental; zayıf analjezik ve güçlü anestezi
 c) Halotan; karaciğer ve böbreklerin kan akımını azaltır.
 d) İzofluran; kardiyak debiyi azaltır.
 e) Tiopental; etkisi çabuk başlar.

Cevap D (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.116)

İzofluran; güçlü kas gevşeticidir. Fakat İzofluran, kardiyak debiyi etkilemez ve kafa içi basıncı arttırmaz.

67.Trisiklik antidepresanlardan İmipramin'in hangi reseptörlere karşı afinitesi vardır?

- I. Muskarinik
 II. Histaminik
 III. Adrenerjik

FARMAKOLOJİ

Cevap E (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.121)

Bkz. aşağıdaki tablo.

67. SORUNUN TABLOSU

İlaç	Hücreye alımın engellenmesi		Reseptör afinitesi		
	Norepinefrin	Serotonin	Muskarinik	Histaminik	Adrenerjik
Trisiklik antidepresan (imipramin)	++	+++	++	+	+
Serotoninin hücreye alınmasını selektif olarak engelleyen (fluoksetin)	0	++++	0	0	0

IV. GABA

- I-IV
- II-III
- III-IV
- I-II-III-IV
- I-II-III

- Titreme
- Postural hipotansiyon
- Konstipasyon
- İdrar retansiyonu
- Konfüzyon
- Empotans

68.Monoaminoksidaz (MAO) inhibitörleri ile ilgili hangisi yanlıştır?

- Oral alımdan sonra iyi emilirler.
- Böbreklerden hızla metabolize edilerek idrarla atılırlar.
- MAO inhibitörü alan hastalar diyetle aldıkları tiramini yıkamazlar.
- MAO sinir dokusu ve kalın bağırsak, karaciğer gibi diğer dokularda bulunan sitoplazmik bir enzimdir.
- MAO inhibitörü tedavisi kesildikten sonra başka bir antidepresanla tedaviye başlamak için en az 2 hafta beklenmelidir.

70.Doktora gelen hasta, taşıt tutmasına bağlı bulantısının olduğunu söylüyor. Sizce hangi antiemetik verilmelidir?

- Dimenhidrat
- Skopolamin
- Haloperidol
- Domperidon
- Metoklopramid

Cevap D (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.123-124)

MAO (monoaminoksidaz) sinir dokusu ve kalın bağırsak, karaciğer gibi diğer dokularda bulunan mitokondrial bir enzimdir. MAO'nun nöronlardaki görevi, "emniyet subabı" olarak istirahat halindeki nöronda sinaptik veziküllerden sızabilecek aşırı miktardaki nörotransmitterlerin (NE, dopamin ve serotonin) oksidatif deaminasyonu ve inaktivasyonudur.

69.Nöroleptik ilaçla tedavi edilen hastalarda hangisinin görülmesi beklenmez?

- Titreme
- Diyare
- Postural hipotansiyon
- Konfüzyon
- Empotans

Cevap B (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.129)

- Baş dönmesine bağlı bulantıda;
 - Meklizin
 - Dimenhidrat
- Taşıt tutmasına bağlı bulantıda;
 - Skopolamin
 - Prometazin
- Kanser kemoterapisine bağlı bulantıda;
 - Droperidol
 - Domperidon
 - Haloperidol
 - Metoklopramid
 - Prokloperazin
- Radyoterapiye bağlı bulantıda;
 - Tietilperazin
 - Domperidon

Cevap B (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.130)

Nöroleptik ilaçla tedavi edilen hastalarda sık görülen yan etkiler;

71.Opioidlerin analjezik etkileri primer olarak hangi reseptörler tarafından iletilir?

- μ (mü) reseptörleri
- κ (kappa) reseptörleri
- σ (sigma) reseptörleri
- δ (delta) reseptörleri
- Hiçbiri

Cevap A (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.133)

Genel olarak reseptöre bağlanma kapasitesi analjezik etkileriyle doğru orantılıdır. Opioidlerin analjezik etkileri primer olarak μ (mü) reseptörleri tarafından iletilir; ancak medulla spinalis arka boynuzundaki κ (kappa) reseptörleri de katkıda bulunurlar.

72.İyi lokalize edilemeyen ve hislerden etkilenen künt ağrının iletisini sağlayan opioid reseptörleri nerede bulunur?

- a) Beyin sapı
- b) Orta talamus
- c) Medulla spinalis
- d) Hipotalamus
- e) Limbik sistem

Cevap B (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.134-135)

Opioid reseptörleri;

Beyin sapındakiler; solunum, öksürük, bulantı ve kusma, kan basıncının sabit tutulması, pupillerin çapı ve mide sekresyonlarının kontrolü iletilir.

-Orta talamustakiler; iyi lokalize edilemeyen ve hislerden etkilenen künt ağrının iletisini sağlar.

Medulla spinalistekiler; duyuşsal uyarıların algılanması ve entegrasyonunu sağlarlar ve ağrılı uyarının algılanmasını engellerler.

-Hipotalamustakiler; nöroendokrin salgıları etkilerler.

-Limbik sistemdekiler; muhtemelen analjezik özellikleri yoktur, ancak duyguları değiştirebilirler.

73.Morfinle ilgili hangisi yanlıştır?

- a) Morfin genellikle oral yolla verilmez.
- b) Morfin fetus da dahil olmak üzere tüm vücut dokularına hızla dağılır.
- c) Morfin serebral ve spinal iskemiye arttırır.
- d) Prostat hipertrofinde morfin akut idrar retansiyonunu önler.
- e) Morfin öksürük refleksini baskılar.

Cevap D (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.137)

Morfin genellikle oral yolla verilmez. İntramusküler, subkutan veya intravenöz olarak verilir. Morfin; analjezik olarak ve diyare tedavisinde kullanılabilir. Öksürüğün tedavisinde de kullanılır, fakat kodein ve dekstrometorfan daha sık kullanılır. Prostat hipertrofinde morfin akut idrar retansiyonuna neden olabilir.

74.Tekrarlanan kullanım sonucu morfinin hangi etkilerine karşı tolerans gelişmez?

- a) Solunum depresyonu
- b) Analjezik
- c) Öforik
- d) Sedatif
- e) Konstipasyon

Cevap E (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.138)

Morfinin tekrarlanan kullanımı sonucunda solunum depresyonu, analjezik, öforik ve sedatif etkilerine karşı tolerans gelişir. Ancak morfinin pupil konstriksiyonu ve

konstipasyon etkilerine karşı tolerans gelişmez. Ayrıca, morfinin yoksunluk sendromlarını önlemek için metadon kullanılabilir.

75.Çocuklardaki febril konvülsiyonların tedavisinde hangisi tercih edilmelidir?

- a) Fenobarbital
- b) Diazepam
- c) Valproik asit
- d) Fenitoin
- e) Karbamazepin

Cevap A (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.144-145)

Febril nöbetler; küçük çocuklarda (3 aydan 5 yaşa kadar) ateşli hastalık dönemlerinde sık görülür. Febril nöbetler kısa süreli jeneralize tonik-klonik nöbetlerdir. Nadiren ilaç tedavisi uygulanması gerekir. İlaç tedavisinde tercih ise fenobarbital'dir.

76.Bu nöbetlerde kısa, ani ve kendini sınırlayan bir bilinç kaybı görülür. Hastalar bir noktaya bakarlar ve hızlı göz hareketleri görülür. Bu durum 3-5 saniye kadar sürer. Nöbetlerin başlangıç yaşı 3-5 yaşlarından puberteye kadarki dönemdir. Ve bunlarda özellikle etosüksimid tercih edilir. Yukarıda tarif edilen epilepsi tipi hangisidir?

- a) Tonik-klonik (grand-mal)
- b) Absans (petit-mal)
- c) Myoklonik
- d) Febril nöbetler
- e) Status epileptikus

Cevap B (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.144-145)

Soruda anlatılan epilepsi tipi absans (petit-mal) tiptir. Ve bir jeneralize tip epilepsidir.

77.Antiepileptiklerle ilgili hangisi yanlıştır?

- a) Fenitoin; basit ve kompleks parsiyel, tonik-klonik ve status epileptikusun tedavisinde etkilidir.
- b) Jeneralize myokloniklerde ilk tercih valproik asittir.
- c) Fenitoin; fetal hidantoin sendromuna yol açar.
- d) Karbamazepin lipofilik olduğundan beyine çabuk ulaşır.
- e) Fenobarbitalin tamamı karaciğerdeki mikrozomal enzimlerce metabolize edilir.

Cevap E (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.145-148)

Fenitoin; fetal hidantoin sendromuna yol açar. Yani teratojeniktir. Bu sendromda yarı dudak, yarı damak, konjenital kalp hastalığı, büyümede duraklama ve mental retardasyon görülür. Fenobarbital kan beyin bariyerini kolay geçer. İlacın yaklaşık %75'i karaciğerdeki mikrozomal enzimlerce metabolize edilir; geriye kalan ilaç böbreklerden değişikliğe uğramadan atılır.

78.Tiazid grubu diüretiklerin antihipertansif olarak

kronik kullanımlarında aşağıdakilerden hangisi gerçekleşmez?

- a) Plazma hacmi azalır veya değişmez.
- b) Total periferik rezistans düşer.
- c) Kalp debisi azalır.
- d) Periferik vazodilatasyon gelişir.
- e) Plazma renin aktivitesi artar.

Cevap C (*Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 2.cilt, 7.baskı, s.1127*)

Tiazid grubu diüretikler başlangıçta su ve tuz kaybı ile hipovolemi gelişmesine neden olur ve kalbin venöz dönüşü ile debisi azalır. Fakat kronik kullanımda (6-8 hafta) kalp debisindeki azalma ortadan kalkar ve yavaş olarak gelişen vazodilatasyon nedeniyle hipotansif etki sürdürülür.

79.Diüretiklerle ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Esansiyel hipertansiyon tedavisinde tiazidler tercih edilir.
- b) Kronik böbrek yetmezliği eşlik eden hipertansiyonlularda loop diüretikler tercih edilir.
- c) Tiazidler kronik kullanımda hipokalemiye neden olurlar.
- d) Loop diüretikler Ca^{++} atılımını azaltırlar.
- e) Tiazidler kronik kullanımda hiperlipidemiye neden olurlar.

Cevap D (*Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.183-184*)

Loop diüretikler idrarın Ca^{++} içeriğini artırırken, tiazidler Ca^{++} içeriğini azaltırlar. Böbrek fonksiyonları ileri derecede bozuk hastalarda (kreatinin klirensi 50 ml/dk'dan az) tiazid diüretikler etkisizdir. Bunlarda loop diüretikler kullanılabilir.

80.Kalsiyum kanal blokerleri hangi tip kalsiyum kanallarını bloke ederler?

- a) Bütün voltaj bağımlı Ca kanalları
- b) L tipi kanallar
- c) N tipi kanallar
- d) T tipi kanallar
- e) Ligand bağımlı Ca kanalları

Cevap B (*Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.188*)

Ca kanal blokerleri (antagonistleri) Ca^{++} 'un hücre içine girişini koroner arterler ve periferik damarların düz kaslarındaki ve kalpteki L tipi Ca kanallarına bağlanarak engellerler. Bunun sonucunda damar düz kası gevşer ve özellikle arterioller genişler. Voltaj bağımlı Ca kanallarının L, N, T, P olmak üzere 4 alt tipi vardır.

81.Aşağıdaki Ca kanal blokerlerinden hangisi diğerlerinden daha fazla vazoselektiftir?

- a) Verapamil
- b) Diltiazem
- c) Nifedipin
- d) Gallopamil
- e) Amlodipin

Cevap E (*Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 2.cilt, 7.baskı, s.1148*)

Dihidropiridin (DHP) türevi ilaçlar vazoselektiftirler. Vazodilatasyon yapan dozlarında kalp kası ve A-V iletim üzerine belirgin bir depressan etki yapmazlar. DHP türevleri içinde de amlodipin ve felodipin; nifedipin ve diğerlerine göre daha vazoselektiftir.

82.Aşağıdaki Ca kanal blokerlerinden hangisi serebral vazospazma bağlı nörolojik defisitleri önlemek amacıyla kullanılır?

- a) Nimodipin
- b) Verapamil
- c) Nifedipin
- d) Amlodipin
- e) Diltiazem

Cevap A (*Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 2.cilt, 7.baskı, s.1196*)

Nimodipin, subaraknoid kanamanın tedavisinde kullanılır. Bu durumda serebral arter spazmını önleme ve tedavi etmede etkinliği kısıtlı olmasına rağmen nörolojik bozukluğu yeterli derecede önleyebilir ve lokal nekrozu hafifletebilir. Amlodipin, yarılanma ömrü en uzun olan Ca kanal blokeridir.

83.Aşağıdakilerden hangisi diltiazem kullanımı için bir kontrendikasyondur?

- a) Hipertansiyon
- b) Efor anginası
- c) Takiaritmiler
- d) Konjestif kalp yetmezliği
- e) Doku hasarı

Cevap D (*Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 2.cilt, 7.baskı, s.1154*)

Diltiazem ve verapamil, A-V düğümün refrakter periyodunu uzatır ve A-V iletimini deprese eder. Negatif inotrop etkinliği vardır. Bu yüzden konjestif kalp yetmezliğinde kontrendikedir.

84.Aşağıdaki ilaçlardan hangisi acil hipertansiyon (hipertansif kriz) tedavisinde öncelikle tercih edilir?

- a) Propranolol
- b) Nifedipin
- c) Hidralazin
- d) Diltiazem
- e) Sodyum nitroprussid

Cevap E (*Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 2.cilt, 7.baskı, s.1165*)

Sodyum nitroprussid hipertansiyonun rutin tedavisinde kullanılmaz. Sadece i.v. infüzyon yoluyla, hipertansif krizin acil tedavisinde kan basıncını kısa zamanda kontrollü olarak düşürmek için kullanılır.

85.ACE inhibitörlerinin etkileri ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Hiperpotasemi yaparlar.
- b) Ürik asit itrahını artırırlar.
- c) Bradikinin düzeyini azaltırlar.

- d) Vasküler remodeling'i önlerler.
e) Hiperreninemi oluştururlar.

Cevap C (*Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 2.cilt, 7.baskı, s.1156*)

ACE, aynı zamanda kininaz II yani bradikinin'i parçalayan enzimdir. Bunun inhibisyonu bradikinin'in parçalanmasını azaltır ve bradikinin düzeyi artar.

86. Aşağıdaki ACE inhibitörlerinden hangisi ön ilaç (prodrug) formunda değildir?

- a) Fosinopril
b) Lizinopril
c) Silazapril
d) Perindopril
e) Spirapril

Cevap B (*Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 2.cilt, 7.baskı, s.1158*)

Lizinopril ve enalapril (Kaptopril'in sülfidril içermeyen türevi) hariç diğerleri ön ilaçlardır ve karaciğerden geçerken aktif şekilleri olan-prilat formuna dönüşürler.

87. Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Losartan, anjiotensin II reseptör antagonistidir.
b) Bilateral renal arter stenozunda ACE inhibitörlerinin kullanımı kontrendikedir.
c) ACE inhibitörlerinin en sık görülen yan etkisi kuru öksürüktür.
d) ACE inhibitörlerinin teratojenik etkileri yoktur.
e) Fosinopril hem karaciğer hem de böbrek yoluyla itrah olur.

Cevap D (*Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 2.cilt, 7.baskı, s.1159*)

ACE inhibitörleri teratojenik oldukları için gebeliğin ilk yarısında kontrendikedirler. Fosinopril ve spirapril hariç diğerleri sadece böbrek yoluyla itrah olur.

88. Aşağıdaki β bloker ilaçlardan hangisi kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hipertansiyonlu bir hastada kullanılabilir?

- a) Metoprolol
b) Propranolol
c) Nadolol
d) Pindolol
e) Timolol

Cevap A (*Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 2.cilt, 7.baskı, s.1345*)

KOAH'lı bir hastada nonselektif β bloker kullanımı kontrendikedir. Bu hastalarda hipertansiyon için metoprolol, atenolol, asebütolol, esmolol gibi kardiyoselektif bir β bloker (β_1 seçici), β_2 agonist bir bronkodilatatör ilaçla (salbutamol ve terbutalin gibi) birlikte kullanılabilir. Ağır bradikardiler, konjestif kalp yetmezliği, ağır bronşial astma, periferik obstrüktif damar hastalıkları non selektif β bloker kullanımı için diğer kontrendikasyonlardır.

89. β blokerler ile ilgili olarak aşağıdaki bilgilerden hangisi yanlıştır?

- a) Propranolol, intrinsek sempatomimetik etkinlik göstermez.
b) İntrensek sempatomimetik etkinliği en fazla olan pindolol'dur.
c) β bloker kullanımında periferik damar direncinde belirgin düşüş 1-2 günde ortaya çıkar.
d) Antihipertansif etkilerine psödotoolerans gelişmez.
e) Uzun süreli β bloker kullanımında ilacın birden kesilmesi rebound hipertansiyona neden olabilir.

Cevap C (*Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 2.cilt, 7.baskı, s.1136*)

β bloker kullanımında akut etki olarak kalp hızında, atım hacminde ve kalp debisinde hemen azalma olur. Sonra refleks sempatik aktivite sonucu total periferik direnç artar. İlacın 1-2 hafta sürekli kullanımından sonra total periferik direnç normalin altına düşer ve buna bağlı olarak arteriyel kan basıncı belirgin şekilde azalır.

90. Aşağıdaki ilaçlardan hangisi antihipertansif olarak tek başına kullanılamaz?

- a) Lizinopril
b) Propranolol
c) Verapamil
d) Hidralazin
e) Nifedipin

Cevap D (*Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 2.cilt, 7.baskı, s.1163*)

Hidralazin direkt etkili bir vazodilatatördür. Aşırı refleks sempatik stimülasyona ve renin salgısını arttırarak sultuz tutulumuna neden olur. Bu yüzden bir β bloker ve bir diüretikle kombine edilerek kullanılır.

91. Prazosin ile ilgili olarak aşağıda verilenlerden hangisi yanlıştır?

- a) Selektif α_1 blokerdir.
b) LDL kolesterol düzeyini artırır, HDL kolesterolü düşürür.
c) En önemli yan etkisi ilk doz senkopudur.
d) Hem arteriollerini hem venülleri genişletir.
e) Selim prostat hiperplazisinin semptomatik tedavisinde de kullanılır.

Cevap B (*Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 2.cilt, 7.baskı, s.1141*)

Prazosin'in serum lipid profilini iyileştirici etkisi vardır. LDL, VLDL ve trigliserid düzeyini düşürür. HDL kolesterol düzeyini artırır.

92. Organik nitratların antianjinal etkileri için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Ven düz kaslarına arterlerdekinden daha etkilidirler.
- b) Bütün düz kaslar üzerine gevşetici etkileri vardır.
- c) Etkilerini açığa çıkan NO ile yaparlar.
- d) Kalbin preload ve afterload'unu azaltırlar.
- e) Antianjinal etkilerinde koroner vazodilatasyon yapmaları birinci derecede önemlidir.

Cevap E (Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 2.cilt, 7.baskı, s.1214)

Nitratlar bütün arteriol ve venülleri gevşetirler. Venodilatasyon ile kanın periferde göllenmesini sağlarlar ve preload'ın (diastol sonu hacim) azaltırlar. Arterioller dilatasyonla da total periferik direnci azaltarak sistolde sol ventrikülün önündeki yükü (afterload) azaltırlar. Antianjinal olarak esas etkileri bu sebeple kalbin O₂ tüketimini azaltmalarıdır. Koroner vazodilatasyonla kalbin O₂'lenmesinin artışı ikincil olarak önemlidir.

93.Aşağıdakilerden hangisi nitratların kullanımı için bir kontrendikasyondur?

- a) Stabil angina pektoris
- b) Anstabil angina pektoris
- c) Glokom
- d) Akut miyokard infarktüsü
- e) Varyant angina (vazospastik angina)

Cevap C (Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 2.cilt, 7.baskı, s.1222)

Humor akuöz salgısını arttırarak göziçi basıncını yükseltebilirler. Bu yüzden glokomda kontrendikedirler. Ayrıca sistolik kan basıncı 90 mmHg'nın altındaki infarktüs geçiren hastalarda kullanılmamalıdır. Baş ağrısı, flushing (kızarma), refleks taşikardi ve methemoglobülinemi yapabilirler.

94.Organik nitratların kronik kullanımına karşı tolerans gelişimini önlemek için aşağıdaki uygulamalardan hangisi yapılmalıdır?

- a) İ.v. infüzyonla sürekli uygulama
- b) Nitrogliserin flasteri uygulanması
- c) Uzun etkili nitrat kullanımı
- d) İntermitan uygulama
- e) İzosorbit mononitratın retard şeklinin uygulanması

Cevap D (Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 2.cilt, 7.baskı, s.1217)

Nitratlar uzun süre yüksek dozda kullanıldıklarında vazodilatör etkilerine karşı tolerans gelişir. Bu yüzden intermitan uygulama (hergün 8-12 saatlik nitratsız dönem) yapmak gerekir.

95.Aşağıdaki ilaçlardan hangisi varyant angina'da kontrendikedir?

- a) İzosorbit mononitrat
- b) Verapamil
- c) Nitrogliserin

- d) Diltiazem
- e) Propranolol

Cevap E (Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 2.cilt, 7.baskı, s.1223)

Varyant angina'da (vazospastik angina, Prinzmetal angina) β blokerler, damarları α reseptör hakimiyetine sokarak spazmı arttırmaları nedeniyle kontrendikedirler.

96.β bloker ilaçlar, nitratların hangi yan etkilerini önlemek için nitratlarla kombine olarak kullanılırlar?

- a) Preload artışı
- b) Refleks taşikardi
- c) Kontraktilite azalması
- d) Ejeksiyon süresindeki uzama
- e) Negatif kronotrop etki

Cevap B (Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 2.cilt, 7.baskı, s.1220)

β blokerler nitratların sebep olduğu refleks taşikardiyi önlerler. Ayrıca nitratlar da β blokerlerin yan etkileri olan preload artışı, kontraktilite azalması ve ejeksiyon süresindeki uzamayı düzelttikleri için nitrat-β bloker kombinasyonu angina tedavisinde kullanılır.

97.Aşağıdaki antihiperlipidemik ilaçlardan hangisi plazma HDL düzeyini en fazla yükselten ilaçtır?

- a) Niasin
- b) Gemfibrozil
- c) Provastatin
- d) Kolestiramin
- e) Lovastatin

Cevap A (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.210)

Niasin plazma HDL düzeyini arttıran en güçlü antihiperlipidemiktir. Aynı zamanda VLDL sentezi için gerekli olan triaçilgliserol sentezini azaltır. Böylece LDL düzeyini de azaltır.

98.Lovastatin ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Bir HMG-CoA redüktaz inhibitörüdür.
- b) HDL kolesterolünü artırır.
- c) Karaciğerde LDL-reseptör ekspresyonunu azaltır.
- d) Ailevi hiperkolesterolemisi olan homozigot hastalarda çok az etkilidir.
- e) VLDL kolesterolünü azaltır.

Cevap C (Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 2.cilt, 7.baskı, s.1362)

Statin'ler, kolesterol biyosentezinde hız kısıtlayıcı basamak olan HMG-CoA redüktaz'ı inhibe ederek karaciğer hücrelerindeki kolesterol ve lipoprotein düzeyinin düşmesine neden olurlar. Böylece bu hücrelerin yüzeyindeki LDL reseptörlerinin sayısında artmaya (up-regülasyon) yol açarak hücreye girişini ve

yıkılımını arttırmalar.

99. Aşağıdaki ilaçlardan hangisi lipoprotein lipaz aktivatörüdür?

- a) Kolestiramin
- b) Nikotik asit (Niasin)
- c) Provastatin
- d) Probukol
- e) Gemfibrozil

Cevap E (*Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 2.cilt, 7.baskı, s.1364*)

Fabrik asit türevi olan klofibrat ve gemfibrozil lipoprotein lipazı aktive ederek trigliserid düzeyini ve VLDL düzeyini düşürürler.

100. Aşağıdaki ilaçlardan hangisi Tip II (özellikle IIa) hiperlipoproteinemilerde plazma kolesterolünü düşürmek için en çok tercih edilen ilaçtır?

- a) Probukol
- b) Kolestiramin
- c) Niasin
- d) Lovastatin
- e) Klofibrat

Cevap B (*Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 2.cilt, 7.baskı, s.1370*)

Safra asidi bağlayan reçineler olan kolestiramin ve kolestipol, bağırsaktan safra asitlerinin geri emilimini engelleyerek enterohepatik siklusu keserler. Başlıca etkileri LDL üzerindedir. Tip II hiperlipidemilerin (Ailevi hiperkolesterolemi) tedavisinde en çok kullanılan ilaçtır.

101. Konjestif kalp yetmezliğinin tedavisinde aşağıdakilerden hangisi ilk seçenek olmalıdır?

- a) Digoksin
- b) Hidralazin
- c) Verapamil
- d) Enalapril
- e) Propranolol

Cevap D (*Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.156*)

ACE inhibitörleri konjestif kalp yetmezliğinin tedavisinde ilk seçenektir ve diğer vazodilatörlerden daha etkilidirler. Hafif ve orta derecede kalp yetmezliği olan hastalar ACE inhibitörleri ve diüretiklerle tedaviden, digital tedavisi gerekmeden fayda görürler.

102. Konjestif kalp yetmezliğinin tedavisinde ACE inhibitörleri kullanımı ile aşağıdaki etkilerden hangisi oluşmaz?

- a) Kan basıncı düşer.
- b) Kalp hızı artar.
- c) Preload ve afterload azalır.
- d) Kardiyak debi artar.
- e) Anjiyotensin düzeyi ve aldosteron sekresyonu azalır.

Cevap B (*Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.156*)

ACE inhibitörü kullanımı ile kalp hızında artış olmaz.

Vazodilatasyon yaparak kan basıncını düşürürler. Böylece kardiyak debinin artmasını sağlarlar. Anjiyotensin II'nin neden olduğu adrenalin ve aldosteron artışını engellerler. Ejeksiyon fraksiyonu ne kadar düşükse hastalar ACE inhibitörü tedavisinden o kadar çok yarar görürler.

103. Digital glikozidlerinin etkileştikleri hedef molekül aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Na-Ca değişiricisi
- b) Asetilkolin reseptörleri
- c) Na-K ATPaz pompası
- d) Voltaj bağımlı Na kanalları
- e) Voltaj bağımlı Ca kanalları

Cevap C (*Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.158*)

Digital glikozidleri miyokard hücresi membranındaki Na-K ATPaz'ı reversibl olarak inhibe ederler. Böylece hücre içi Na konsantrasyonunda artış olur. Na-Ca exchanger'ı normalde Na'u hücre içine alırken Ca'u hücre dışına çıkarır. Na hücre içinde artınca bu değişirici mekanizma da inhibe olur ve hücre içi Ca artışı olur. Artan hücre içi Ca'u da hücrenin kasılma gücünü artırır.

104. Digital glikozidlerinin farmakolojik özellikleri ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) (+) inotrop etki
- b) Purkinje lifleri iletim hızında yavaşlama
- c) A-V düğüm iletim hızında yavaşlama
- d) Ventrikülde refrakter periyodu kısaltırlar.
- e) Purkinje lifleri otomatisitesini azaltırlar.

Cevap E (*Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 2.cilt, 7.baskı, s.1294*)

Digital glikozidleri kalp üzerinde (+) inotrop, (-) dromotrop (A-V iletim yavaşlaması) ve (-) kronotrop etkilidirler. Purkinje liflerinde otomatisiteyi arttırmalar. S-A düğüm otomatisitesini ise azaltırlar. A-V düğüm refrakter periyodunu uzatırlar, ventrikülün refrakter periyodunu ise kısaltırlar.

105. Digital glikozidlerinin farmakokinetik özellikleri ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Digitoksin yüksek oranda plazma proteinlerine bağlanır.
- b) Digitalerin toksik doz/terapötik doz oranı düşüktür.
- c) Oral biyoyararlanımları %60-100 arasındadır.
- d) Digoksin'in yarılanma ömrü digitoksin'den daha uzundur.
- e) Böbrek yetmezliği digitoksin'in eliminasyonunu etkilemez.

Cevap D (*Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 2.cilt, 7.baskı, s.1299*)

Digoksin'in %80'den fazlası böbreklerden değişmeden itrah edilir. Digitoksin'in ise esas eliminasyon yolu karaciğerde biyotransformasyondur. Ayrıca digitoksin'in bir kısmı enterohepatik sıklusa girer. Bu yüzden digitoksin'in eliminasyon yarı ömrü digoksin'den

çok daha uzundur (Digitoksin 7 gün, Digoksin 30 saat).

106. Aşağıdaki faktörlerden hangisi kalbin digitale duyarlılığını arttırmaz?

- a) Hipertiroidizm
- b) Hipokalemi
- c) Hipomagnezemi
- d) Hiperkalsemi
- e) İleri yaş

Cevap A (*Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 2.cilt, 7.baskı, s.1301-1303*)

Hipertiroidizm kalbin digitale duyarlılığını azaltır. Hipokalsemi ve hiperkalemi de azaltır. İleri yaş, kaşeksi, miksödem (eliminasyon yavaşlar), böbrek (digoksin için) ve karaciğer (digitoksin için) yetmezliği, hipokalemi, hiperkalsemi, hipomagnezemi, hiponatremi ve hipotiroidizm hallerinde ise kalbin digitale duyarlılığı artar.

107. Digital toksisitesinde görülen en sık ölüm nedeni aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Bulantı, kusma, iştahsızlık
- b) Nörolojik bozukluklar
- c) Paroksizmal atrial taşikardi
- d) Ventriküler fibrilasyon
- e) A-V iletim bloğu

Cevap D (*Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 2.cilt, 7.baskı, s.1305*)

Digital toksisitesinde en önemli kardiyak belirti taşiaritmiler ve iletim blokları şeklindeki ritim bozukluklarıdır. Ölüm nedeni genellikle ventriküler taşikardi veya ventriküler fibrilasyondur. Digitaller her dereceden A-V bloğa neden olurlar. Kalp dışı organlardaki etkileri ise; bulantı, kusma, iştahsızlık, görme netliğinin azalması, renkli görmeye bozulma, konfüzyon-deliryum gibi nöropsişik etkiler ve seyrek olarak ürtiker ve jinekoma gibi etkiler görülebilir. Letal dozun yarısında kalpte minör toksik belirtiler oluşur. Letal dozun %60-80'inde ise ventriküler taşikardi ve ventriküler fibrilasyon ortaya çıkar. Digitallerin terapötik pencereleri çok dardır.

108. Aşağıdakilerden hangisi digital kullanımı için mutlak veya nisbi bir kontrendikasyon değildir?

- a) Üçüncü derece A-V blok
- b) Hipertrofik obstrüktif kardiyomyopatinin eşlik ettiği atrial fibrilasyon
- c) Kor pulmonale
- d) Kardiyoversiyon
- e) Hasta sinus sendromu

Cevap C (*Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 2.cilt, 7.baskı, s.1302*)

Digital tedavisinin mutlak kontrendikasyonlarının başında kalp blokları gelir. 2. ve 3. derece A-V bloğu digital kolayca tam bloğa çevirebilir. Kardiyoversiyondan yeterli bir süre önce digital kesilmezse kardiyoversiyonu ciddi aritmiler izler. Ayrıca WPW sendromu,

hipoksi ve akut miyokarditin eşlik ettiği kronik akciğer hastalıkları ve hasta sinus sendromu digital kullanımı için nisbi kontrendikasyonlardır.

109. Aşağıdaki ilaçlardan hangisi digoksinin, iskelet kaslarındaki bağlanma yerlerinden ayrılarak, serbest hale geçmesine ve böylece digital toksisitesine sebep olabilir?

- a) Furosemid
- b) Kinidin
- c) Propranolol
- d) Penisilin
- e) K tutucu diüretikler

Cevap B (*Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 2.cilt, 7.baskı, s.1306*)

Kinidin digoksin'i iskelet kaslarındaki bağlanma yerlerinden kısmen ayırarak serbest hale getirir ve plazma digoksin seviyesinin yükselmesine sebep olarak digital zehirlenmesine yol açabilir.

110. Aşağıdaki ilaçlardan hangisi ventriküler aritmilerin tedavisinde ilk tercih edilecek ilaçtır?

- a) Propranolol
- b) Dizopiramid
- c) Verapamil
- d) Kinidin
- e) Lidokain

Cevap E (*Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.169*)

Lidokain, Na kanallarına çok hızlı bağlanıp ayrılabilen ($T_{rec} \ll 1$ sn) bir Na kanal blokeridir. Na kanallarının özellikle açık (inaktif) durumuna etkilidir. Spontan diyastolik depolarizasyon hızını yavaşlatır. Kalp cerrahisi, miyokard infarktüsü ve digital zehirlenmesine bağlı ventriküler aritmilerde ilk tercih edilen ilaçtır.

111. Aşağıdaki antiaritmiklerden hangisinin atrial flutter ve fibrilasyonun tedavisinde yeri yoktur?

- a) Propranolol
- b) Verapamil
- c) Lidokain
- d) Kinidin
- e) Digoksin

Cevap C (*Lippincott, Farmakoloji, s.164; Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 2.cilt, 7.baskı, s.1263*)

Lidokain dar spektrumlu bir antiaritmik ilaçtır. Atrial ve nodal kaynaklı aritmilere karşı etkisizdir. β blokerler atrial fibrilasyonda ilk seçilecek ilaçtır. Çünkü kalp hızını yavaşlatıp sinüs ritmine dönüşü sağlarlar. Lidokain büyük oranda karaciğerde ilk geçiş etkisine uğrar. Bu yüzden oral kullanılmaz.

112. K kanal blokerlerinin otomatisteyi azaltıcı etki mekanizmaları aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Maksimum diyastolik potansiyelin artışı
- b) Eşik potansiyelin yükselmesi
- c) Faz IV diyastolik depolarizasyon eğiminin azalması
- d) Aksiyon potansiyelinin süresinin uzaması

e) Repolarizasyonun hızlandırılması

Cevap D (*Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.171*)

K kanal blokerleri (Amiadoron, Sotalol, Bretilyum) K kanal blokajı sonucu repolarizasyonun gecikip refrakter periyodun uzamasına ve aksiyon potansiyelinin süresinin uzamasına yol açarlar. Faz 0 depolarizasyon veya istirahat potansiyelini değiştirmezler. Eşik potansiyelin yükselmesi Na ve Ca kanal blokajı ile, Faz IV diyastolik depolarizasyon eğiminin azalması ise β blokerlerin etkisi ile olur.

113.Aşağıdaki ilaçlardan hangisinin parasempatolitik etkisi vardır?

- a) Dizopiramid
- b) Lidokain
- c) Digoksin
- d) Verapamil
- e) Esmolol

Cevap A (*Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 2.cilt, 7.baskı, s.1262*)

Dizopiramid'in çok güçlü parasempatolitik (antikolinergik) etkisi vardır. Kinidin'in de böyle bir etkisi vardır. Dizopiramid bu yüzden hipotansiyon, kalp bloğu, taşiaritmilere yol açabilir. Atropin benzeri yan etkileri vardır.

114.Aşağıdakilerden hangisi kinidin'e ait yan etkilerden biri değildir?

- a) Çinkonizm
- b) Bulantı, kusma, diyare
- c) Torsades de pointes
- d) Konvülsiyon
- e) Allerjik trombositopenik purpura

Cevap D (*Kayaalp, Tıbbi Farmakoloji, 2.cilt, 7.baskı, s.1259*)

Kinidin'in yan tesirleri oldukça fazladır. Yüksek dozlarda çinkonizm yapar. Uzun süreli kinidin tedavisi allerjik trombositopenik purpura'ya neden olur. Repolarizasyonu uzatması sonucu meydana gelen polimorfik ventriküler taşikardiye torsades de pointes adı verilir. Bulantı, kusma, diyare ve karın krampı yapar.

115.Aşağıdakilerden hangisi aritmilerin en sık nedenidir?

- a) Anormal otomatisiteye sahip A-V düğüm
- b) Reentry mekanizması
- c) Aritmojen ilaçlar
- d) Ard depolarizasyona bağlı tetiklenmiş etkinlik
- e) Hipopotasemi

Cevap B (*Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.165*)

Reentry mekanizması, aritmilerin en sık nedenidir. Kalpteki iletim yollarının herhangi bir noktasında bir blok olursa sağlam olan yollardan iletilen uyarı geri döner ve kolların ayırım noktasında tekrar bir uyarı gibi iletilir.

116.Heparin için aşağıda verilenlerden hangisi yanlıştır?

- a) Antikoagülan etkisini antitrombin III'ü aktive ederek gösterir.
- b) İlaç dozu aktive edilmiş parsiyel tromboplastin zamanı ile takip edilir.
- c) Maksimum etkisi dakikalar içinde ortaya çıkar.
- d) En önemli yan etkisi kanamadır.
- e) i.v., s.c. ve i.m. olarak uygulanabilir.

Cevap E (*Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.198*)

Heparin membranlardan geçemediğinden parenteral olarak uygulanır. Fakat hematom oluşabileceğinden i.m. yolla uygulanması kontrendikedir. i.v. ve derin s.c. yolla uygulanmalıdır. Sürekli infüzyonda aktive edilmiş parsiyel tromboplastin zamanı normal değerinin (24-36 sn) 1.5-2.0 katı olacak şekilde doz ayarlanır.

117.Oral antikoagülanlar için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Epoksid redüktaz enzimini inhibe ederler.
- b) Varfarin dozu protrombin zamanı ile takip edilir.
- c) Hamilelerde rahatlıkla kullanılabilir.
- d) Toksisitesinde K₁ vitamini kullanılır.
- e) 8-12 saatten önce etkileri ortaya çıkmaz.

Cevap C (*Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.201*)

Varfarin, teratojenik etkisi ve düşüğe neden olabileceğinden hamilelerde kesinlikle kullanılmamalıdır. Oral antikoagülanlar; K vitamini epoksidinden epoksid redüktaz enzimi aracılığıyla Vit K oluşumu reaksiyonunu inhibe ederler.

118.Aşağıdaki ilaçlardan hangisi heparin'in antikoagülan etkilerini antagonize eder?

- a) Aminokaproik asit
- b) Protamin sülfat
- c) K₁ vitamini
- d) Folik asit
- e) Streptokinaz

Cevap B (*Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.204*)

Protamin sülfat heparinle bağlanarak antikoagülan etkisi olmayan bir kompleks oluşturur. Aminokaproik asit, plazminojen aktivasyonunu engeller ve streptokinaz gibi fibrinolizis yapan ilaçların yan etkisi olan kanamaların tedavisinde kullanılır. K1 vitamini ise oral antikoagülanların yol açtığı kanama bozukluklarında kullanılır.

119.Aşağıdaki durumlardan hangisi folik asit eksikliği sebeplerinden değildir?

- a) Hamilelik
- b) Bağırsaklarda emilim bozuklukları
- c) Alkolizm
- d) Demir eksikliği
- e) Dihidrofolat redüktaz inhibitörlerinin kullanımı

Cevap D (*Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.205*)

Demir eksikliğinde folik asit eksikliği oluşmaz. Hamilelik ve emzirme durumlarında artmış ihtiyaçtan dolayı, bağırsak emilimi bozukluklarında, alkolizmde ve metotreksat, trimetoprim gibi dihidrofolat redüktaz inhibitörü olan ilaçlarla tedavide folik asit eksikliği

ortaya çıkabilir. Bunun sonucu megaloblastik anemi ortaya çıkar.

120. Tiyazid grubu diüretiklerle ilgili olarak aşağıdaki bilgilerden hangisi yanlıştır?

- Diüretik etkileri asetazolamid'den daha güçlüdür.
- Tüm tiyazidler distal tübül etkilerler.
- Tiyazid grubu diüretiklerin maksimum diüretik etkileri birbirlerine eşittir.
- En sık kullanılan diüretiklerdir.
- Distal tübüllerde K^+ ve Cl^- geri emilimini engelleyerek su tutulumunu engellerler.

Cevap E (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.229)

Tiyazid grubu diüretikler distal tübül hücrelerinin lümen tarafındaki zarlarında bulunan Na^+/Cl^- taşıyıcı sistemini inhibe ederler. Böylece tübül sıvısında Na^+ ve Cl^- konsantrasyonunu arttırırlar.

121. Akut pulmoner ödem gibi acil durumlarda hızlı ve bol diürez sağlamak amacıyla aşağıdaki diüretiklerden hangisi diğerlerine göre öncelikle tercih edilir?

- Klortiyazid
- Spironolakton
- Amilorid
- Bumetanid
- Asetazolamid

Cevap D (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.228)

Bir yüksek tavanlı diüretik olan bumetanid, etkisi hızlı başladığı ve diğer diüretiklerle karşılaştırıldığında daha bol diürez sağladığı için akut pulmoner ödem gibi acil durumlarda öncelikle kullanılır.

122. Aşağıdakilerden hangisi klortiyazid için yanlıştır?

- Na^+ atılımını arttırır.
- Ca^{++} atılımını arttırır.
- Uzun süreli kullanımda K^+ kaybına neden olur.
- Cl^- atılımını arttırır.
- Periferik damar direncini azaltır.

Cevap B (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.229)

Tiyazid diüretikleri (örn. klortiyazid) kalsiyumun geri emilimini arttırarak idrarın kalsiyum içeriğini azaltırlar. Bu özellik idrarın Ca^{++} içeriğini arttıran loop diüretiklerden farklıdır.

123. Aşağıdakilerden hangisi, yüksek tavanlı diüretiklerin (Loop diüretikleri) yan etkilerinden biri değildir?

- Hiperkalsemi
- Hiperürisemi
- Akut hipovolemi
- Ototoksisite
- Hipopotasemi

Cevap A (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.228)

Hiperkalsemi, tiyazid grubu diüretiklerin yan etkisidir.

Tiyazidler idrarla Ca^{+2} atılımını azaltırlar ve bazen kan Ca^{+2} konsantrasyonunun artmasına neden olabilirler. Loop diüretikler ise idrarın Ca^{+2} konsantrasyonunu arttırırlar.

124. Aşağıdakilerden hangisi tiyazid grubu diüretiklerin tedavi endikasyonlarından biri değildir?

- Hipertansiyon
- Hiperkalsiüri
- Dağ hastalığı
- Diabetes insipidus
- Böbrek yetmezliği

Cevap C (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.230)

Dağ hastalığının tedavisinde bir karbonik anhidraz inhibitörü olan asetazolamid kullanılır. Sağlıklı, fiziksel olarak aktif kişilerde 3.000 metre yüksekliğin üstüne çıktığında görülen akut dağ hastalığının tedavisinde kullanılan asetazolamid, bu yüksekliğe çıkmadan 5 gün önce verilmeye başlandığında bu sendromun belirtileri olan güçsüzlük, nefes darlığı, baş dönmesi, serebral ve akciğer ödemi gibi belirtileri önler.

125. Aşağıdaki diüretiklerden hangisi etkisini aldosteron ile hücre içi sitoplazmik reseptörlere bağlanmak üzere yarışarak ve dolayısıyla aldosteronun etkisini antagonize ederek gösterir?

- Mannitol
- Amilorid
- Triamteren
- Spironolakton
- Klortiyazid

Cevap D (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.232)

Potasyum tutucu diüretik olan spironolakton, aldosteron ile hücre içi sitoplazmik reseptörlere bağlanmak üzere yarışan bir sentetik aldosteron antagonistidir. Spironolaktonun aldosteron reseptörüne bağlanması, aldosteron uyarısı sonucunda sentezlenen ve görevleri toplayıcı tübüllerde sodyum-potasyum değişimini sağlamak olan proteinlerin sentezini engeller. Böylece sodyumun geri emilimi ve hidrojen iyonlarının atılımı engellenir.

126. Mannitol hakkında aşağıda verilen bilgilerden yanlış olanı işaretleyiniz?

- Mannitol, glomerüllerden filtre edilir ve kendisi ile birlikte tübül sıvısına su taşır.
- Sodyumdan çok, su atılımına neden olduğu için sodyum tutulumunun bulunduğu durumlarda yararlı değildir.
- Kafa içi basıncında artış, şok, ilaç zehirlenmesi veya travmaya bağlı akut böbrek yetmezliği tedavisinde çok etkilidir.
- Hem oral hem de parenteral yolla uygulanabilir.
- Akut böbrek yetmezliği yapabilecek toksik maddelerin alınmış olduğu durumlarda idrar akımını korumak amacıyla kullanılır.

Cevap D (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.233)

Mannitol oral yolla alındığında emilmez, sadece intravenöz yolla uygulanır.

127.Aşağıdaki diüretiklerden hangisi böbrek yetmezliğinin ilerlemiş olduğu hastalarda dahi diürez amacı ile kullanılabilir?

- a) Metolazon
- b) Hidroklorotiyazid
- c) Klortalidon
- d) Klortiyazid
- e) İndapamid

Cevap A (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.231)

Bir tiazid analogu olan metolazon diğer tiazidlerden daha potenttir ve tiazidlerden farklı olarak böbrek yetmezliğinin ilerlemiş olduğu hastalarda dahi Na⁺ atılımını ve diürezini sağlayabilir.

128.Aşağıdaki antibiyotiklerden hangisi bakteri duvarına etkili değildir?

- a) Penisilin G
- b) Oksasilin
- c) Ampisilin
- d) Sefazolin
- e) Minosiklin

Cevap E (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.298,311)

Penisilin G, oksasilin, ampisilin penisilin; sefazolin ise sefalosporindir. Penisilin ve sefalosporinler, bakteri duvarına etkilidir. Minosiklin ise tetrasiklin olup protein sentezini inhibe eder. Ribozom'un 30S alt birimine bağlanır.

129.Aşağıdaki antibiyotiklerden hangisi β-laktamaz'a dirençlidir?

- a) Ampisilin
- b) Amoksisilin
- c) Nafsilin
- d) Penisilin G
- e) Karbenisilin

Cevap C (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.300)

Ampisilin, sulbaktam ile; amoksisilin, klavulonat ile birleşince β-laktamaz'a direnç kazanır. Tek başlarına dirençli değildir. Penisilin G ve karbenisilin de β-laktamaz'a dirençli değildir. Oysa metisilin, nafsilin, kloksasilin, dikloksasilin, floksasilin, oksasilin β-laktamaz'a dirençlidir.

130.Aşağıdaki penisilin türlerinden hangisi oral alınmaz?

- a) Penisilin G
- b) Penisilin V
- c) Metisilin
- d) Nafsilin
- e) Karbenisilin

Cevap E (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.300)

Karbenisilin, oral kullanılmaz. Penisilin G ise ancak doz ayarlamasından sonra oral kullanılır.

131.Stafilokokkal enfeksiyonlarda hangi antibiyotik kullanılır?

- a) Penisilin G
- b) Metisilin
- c) Amoksisilin
- d) Karbenisilin
- e) Penisilin V

Cevap B (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.300)

Stafilokoklar β laktamaz (penisilinaz) enzimi salgırlar. Dolayısı ile bunlarda kullanılacak olan antibiyotik β-laktamaza dirençli olmalıdır. Metisilin, nafsilin, oksasilin, kloksasilin, dikloksasilin β-laktamaz'a dirençlidir.

132.Probenesid, hangi ilaçların böbrek tübüllerinden sekresyonunu inhibe eder?

- a) Metisilin
- b) Amoksisilin
- c) Karbenisilin
- d) Nafsilin
- e) Hepsi

Cevap E (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.417)

Bu ilaçların hepsi de penisilin türevidir. Probenesid, bunların hepsinin tübüler sekresyonunu inhibe eder. Bazen bu yolla bu ilaçların plazma konsantrasyonunu yükseltmek amacı ile kullanılır.

133.β laktamaz'a dirençli olan, beyin-omurilik sıvısı dahil tüm vücut sıvılarına iyi dağılan ve silastatin ile birlikte kullanılan ve en geniş spektrumlu β laktam antibiyotik olarak kabul edilen ilaç hangisidir?

- a) Sultamisilin
- b) Ko-amoksislav
- c) İmipenem
- d) Aztreonam
- e) Karbenisilin

Cevap C (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.306-307)

Sultamisilin, sulbaktam ve ampisilin; ko-amoksislav, amoksisilin ve klavulonik asitin birleşmesi ile oluşmuş, β laktamaza dirençli ve geniş spektrumlu antibiyotiklerdir. Aztreonam da β-laktamaz'a dirençlidir. Karbenisilinde bu özellik yoktur. Ancak imipenem, mevcut olan en geniş spektrumlu ve β-laktamaz'a dirençli antibiyotiktir. Silastatin, imipenemin böbreklerde dihidropeptidaz ile parçalanmasını önler.

134.Aşağıdaki antibiyotiklerden hangisi kolestatik hepatit yapar?

- a) Vankomisin
- b) Eritromisin
- c) Klindamisin
- d) Linkomisin
- e) Nafsilin

Cevap B (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.319)

Eritromisin'in özellikle estolat formu buna neden olur.

135.Aşağıdaki antibiyotiklerin hangisi psödomem-

branöz enterokolit yapar?

- a) Klindamisin
- b) Eritromisin
- c) Klaritromisin
- d) Vankomisin
- e) Tobramisin

Cevap A (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.321)

Klindamisin'in cilt döküntüsü yanında en önemli yan etkisi, Clostridium difficile'ye bağlı olarak meydana gelen psödomembranöz enterokolittir. Bu yan etkiyi, tetrasiklinler de yapar.

136.Aşağıdaki antibiyotiklerden etki mekanizması farklı olanı işaretleyiniz.

- a) Minosiklin
- b) Klindamisin
- c) Eritromisin
- d) Linkomisin
- e) Klaritromisin

Cevap A (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.310)

Bunların hepsi protein sentezini inhibe eder. Minosiklin, 30S alt birimine bağlanırken, değerleri 60S alt birimine bağlanır.

137.En geniş spektrumlu antibiyotikler hangileridir?

- a) Penisilin
- b) Sefalosporin
- c) Tetrasiklin
- d) Kloramfenikol
- e) Makrolidler

Cevap C (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.736)

138.Fatal aplastik anemi yaparak yan etki gösteren antibiyotikler hangileridir?

- a) Kloramfenikol
- b) Tetrasiklin
- c) Penisilin
- d) Aminoglikozid
- e) Sefalosporin

Cevap A (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.321)

Bu yan etki doza bağlı değildir. Tedavi kesilse bile oluşabilir. Genellikle ölümle sonuçlanır. Ayrıca kloramfenikoller, gri bebek sendromu ve Herksheimer benzeri reaksiyona neden olur.

139.Dişlerde ve kemiklerde birikerek renk bozukluğu yapan antibiyotik hangisidir?

- a) Aminoglikozit
- b) Penisilin
- c) Tetrasiklin
- d) Makrolidler
- e) Linkozamidler

Cevap C (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.313)

140.Aşağıdaki antistafilokokkal ilaçlardan hangisi RNA polimerazı inhibe ederek etki gösterir?

- a) Fusidik asit
- b) Metisilin
- c) Teikoplanin
- d) Rifampin
- e) Vankomisin

Cevap D (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.333)

Fusidik asit, ribozomları; metisilin, teikoplanin ve vankomisin, hücre duvarını etkiler. Rifampin ise RNA polimeraz'ı inhibe eder.

141.Hangisi tüberküloz tedavisinde kullanılmaz?

- a) Rifampin
- b) İzoniazid
- c) Etambutol
- d) Prazinamid
- e) Vankomisin

Cevap E (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.331)

142.Crohn hastalığında (Rejyonel enteritis) kullanılan ilaç hangisidir?

- a) Sulfisoksazol
- b) Sulfadiazin
- c) Sulfasemid
- d) Sulfadoksin
- e) Sulfasalazin

Cevap E (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.291)

143.Hangisi kırmızı-yeşil renk körlüğü yapar?

- a) İzoniazid
- b) Rifampin
- c) Etambutol
- d) Streptomisin
- e) Pirazinamid

Cevap C (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.335)

Etambutol, optik nörit, retrobulber nörit, kırmızı-yeşil renk körlüğü yapar.

144.Hangi antibiyotik pridoksal fosfat ile yarışarak emilimini azaltır?

- a) İzoniazid
- b) Paraaminosalisilik asit (PAS)
- c) Rifampin
- d) Etambutol
- e) Streptomisin

Cevap A (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.333)

Pridoksal fosfat'ın (vitamin B₆) emilimini azaltarak periferik nörite neden olur. Bu yüzden beraberinde pridoksal fosfat da verilir.

145.Yanık tedavisinde bakteriyel kolonizasyonu önlemek için hangisi kullanılır?

- a) Sulfasalazin
- b) Sulfametoksazol
- c) Gümüş sülfadiyazın
- d) Sulfadoksin
- e) Sulfosemid

Cevap C (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.291)

Gümüş sülfadiyazın kullanılır. Ancak rezistan bakteri ya da mantar enfeksiyonuna engel olamazlar.

146.Penisilin hakkında verilen bilgilerden yanlış olanı işaretleyiniz.

- a) Benzathin penisilin, vücutta normal penisilin konsantrasyonuna ulaşmaz.
- b) Benzathin penisilin, intravenöz kullanılır.
- c) Penisilin preparatları Na ve K kristalleri şeklindedir.
- d) Penisilin topikal kullanılmaz.
- e) Benzathin penisilin ancak hafif enfeksiyonlarda kullanılır.

Cevap B (Kayaalp, 1.cilt, s.661,675)

Benzathin penisilin, prokain penisilin, depo formudur. Bunların suda çözünürlüğü az olduğu için intravenöz verilirse emboli yapabilir. Ayrıca topikal kullanım, oral kullanım, vücut boşluklarına verilme de uygulanmaz. Sadece intramüsküler kullanılır.

147.Aminoglikozidler hakkında hangisi yanlıştır?

- a) Anaerobik bakterilere etkisizdir.
- b) Tüberküloz menenjitte intratekal kullanılır.
- c) Gentamisin, en nefrotoksik aminoglikoziddir.
- d) Aminoglikozidler arası çapraz rezistans yoktur.
- e) Hücre duvarı sentezine etkilidir.

Cevap E (Kayaalp,1.cilt, s.761,763, 766,768)

Aminoglikozidler bakteri ribozomunun 30S ve 50S alt birimlerine bağlanarak etki gösterir.

Polar bir ilaç olduğu için hücreye aktif taşıma ile alınır. Anaeroblar bu enerjiyi sağlayamadıkları için aminoglikozidlerden etkilenmez. Yine polar olduğu için biyolojik membranları ve BOS'u geçemez. Bu yüzden tüberküloz menenjitte intratekal uygulanır. Gentamisin, nefrotoksiktir.

148.Hangi antifungal ilaç keratinize dokulara affinite göstererek etki yapar?

- a) Amfoterisin B
- b) Griseofulvin
- c) Nistatin
- d) Ketokonazol
- e) Flukonazol

Cevap B (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.343)

149.Hangi antifungal ilaç, kortikosteroid sentezini

inhibe eder?

- a) Griseofulvin
- b) Flukonazol
- c) Amfoterisin B
- d) Flusitozin
- e) Ketokonazol

Cevap E (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.340)

Ketokonazol, adrenal steroidlerin ve androjenlerin sentezini bozar. Jinekomasti, empotans, libido kaybı, menstruasyon kaybına neden olur.

150.Mantar hücresinin duvarında bulunan ergosterollere etki eden antifungal hangisidir?

- a) Amfoterisin B
- b) Mikonazol
- c) Ketokonazol
- d) Flukonazol
- e) Hepsi

Cevap E (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.337-342)

Amfoterisin, ergosterollere bağlanarak delikler ve kanallar açar. Böylece hücre içi önemli elektrolitler dışarı çıkar.

Diğerleri de imidazol türevidir. Bunlar da ergosterol'ün sentezini bozarak etki eder.

151.Enterik Kandidiazis'te hangisi kullanılır?

- a) Griseofulvin
- b) Mikonazol
- c) Nistatin
- d) Amfoterisin B
- e) Ketokonazol

Cevap C (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.342-343))

Nistatin, GİS'den emilemediği için bağırsak kandidiazisi'nde kullanılır. Oral alınır.

152.Aşağıdaki ilaçlardan hangisi Herpes Simpleks Virüsü'ne etkilidir?

- a) Didozin
- b) Asiklovir
- c) Amantadin
- d) Zidovudin
- e) Ribavirin

Cevap B (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.365)

Asiklovir, HSV enfeksiyonlarında en sık kullanılan ilaçtır. Guanozin analogudur. Viral DNA polimeraz'ın substratı olan deoksiguanozin trifosfat (dGTP) ile yarışır ve virüs DNA'sının yapısına katılarak DNA'nın daha erken sonlanmasına neden olur.

153.AIDS tedavisinde hangi ilaç kullanılır?

- a) Vidarabin
- b) Asiklovir
- c) Foskarnet
- d) Gansiklovir
- e) Zidovudin

Cevap E (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.368)

Amidin analogudur. Timidan kinaz enzimi ile nükleotid trifosfat formuna çevrilir. Böylece etki eder. Virüsün replikasyonu engellenmiş olur.

154. İnfluenza tedavisinde kullanılan antiviral ilaç hangisidir?

- a) Amantadin
- b) Asiklovir
- c) Vidarabin
- d) Zidavudin
- e) Gansiklovir

Cevap A (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.363)

Profilaksi amaçlıdır. Amantadin ve rimantadin, sadece influenza A tedavisinde kullanılır. Ayrıca L-DOPA ile benzerliği nedeni ile Parkinson tedavisinde yardımcıdır.

155. Hem revers transkriptaz'ı hem de viral DNA polimerazı inhibe ederek etki gösteren antiviral ilaç hangisidir?

- a) Zidavudin
- b) Rimantadin
- c) Ribavirin
- d) Foskarnet
- e) Vidarabin

Cevap D (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.367)

Pürin veya pirimidin analogu değildir. Hem revers transkriptaz, hem de viral DNA polimerazı inhibe eder.

156. Aşağıdaki antimalaryal ilaçlardan hangisi doku şizontosididir?

- a) Primakin
- b) Klorakin
- c) Kinin
- d) Meflokin
- e) Primetamin

Cevap A (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.349)

Primakin doku şizontlarına etkili iken diğerleri kan şizontlarına etkilidir. Primetamin aynı zamanda sporontosiddir.

157. Aşağıda verilen protozoa-antiprotozoal ilaç eşleştirmelerinden hangisi yanlıştır?

- a) Amibiazis → Metronidazol
- b) Malarya → Klorokin
- c) Tripanozomiazis → Primetamin
- d) Giardiazis → Kinakrin
- e) Leishmaniazis → Sodyum stiboglukonat

Cevap C (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.345)

Tripanozomiazis'te melarsoprol, nifurtimoks, pentamidin, suramin kullanılır. Primetamin ise bir antimalaryal ilaçtır.

158. Antianaerobik ilaçlar hakkında hangisi yanlıştır?

- a) Zorunlu anaeroblara karşı kullanılır.
- b) Lokal uygulanır.
- c) Amibiazis, giardiazis ve trikomoniazis'te kullanılır.

d) İntravenöz kullanılır.

e) En çok kullanılan metronidazol'dür.

Cevap D (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.347)

Metronidazol karma etkili bir ilaçtır. Hem zorunlu anaeroblara, hem de trikomonas, amip ve giardia'ya etkilidir. Bunlar çok lipofilik olduğu için lokal uygulamada %100 absorbe olur. İntravenöz kullanılmaz.

159. Antihelmintik ilaçlar hakkında yanlış olanı işaretleyiniz.

- a) Oral kullanılır.
- b) Bağırsaktan absorbe olmazlar.
- c) Gebelerde rahatlıkla kullanılırlar.
- d) Beraberinde purgatif ilaç kullanılır.
- e) Hepsi doğrudur.

Cevap C (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.359)

Bunlar oral alınınca bağırsaktan absorbe olmaz. Bu sayede lümendeki helminte bağırsak duvarından kopartıp, felç ederler. Atılımı kolaylaştırmak için beraberinde purgatif verilir. Bunlar teratojeniktir. Gebelerde kesinlikle kullanılmamalıdır.

160. Şistozomiyazis'te ilk verilecek ilaç hangisidir?

- a) Mebendazol
- b) İvermektin
- c) Prazikuantel
- d) Niklozamid
- e) Tiyobendazol

Cevap C (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.359)

Prazikuantel bir trematod olan şistozomiazis'te ilk tercihtir. Niklozamid, sestodlarla oluşan enfeksiyonlarda kullanılır. Mebendazol, ivermektin, tiyobendazol ise nematod'ların tedavisinde kullanılır.

161. Mikrotübülleri parçalayarak etki gösteren antine-matod ilaç hangisidir?

- a) Pirantel
- b) Mebendazol
- c) İvermektin
- d) Niklozamid
- e) Pirazikuantel

Cevap B (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.360)

Benzimidazol türevi olan albendazol, mebendazol, tiyobendazol nematodun mikrotübül fonksiyonlarını bozar.

Pirantel nematodu felç eder. İvermektin de bu şekildedir.

Niklozamid ise antisestodal iken; pirazikuantel, antitrematodal bir ilaçtır.

162. Aşağıdaki antibiyotik-etki mekanizması eşleştirmelerinden hangisi yanlıştır?

- a) Penisilin → Bakteri duvarı
- b) Tetrasiklin → Protein sentezi
- c) Kloramfenikol → Bakteri duvarı
- d) Fluorokinolonlar → Protein sentezi
- e) Vankomisin → Hücre duvarı

Cevap D (*Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.323*)

Fluorokinolonlar, DNA giraz enzimi'ni bloke ederler. Bu enzim DNA'nın sarmal hale gelmesini sağlar. Bu enzim inhibe edilince DNA yapısı bozulur ve hücre parçalanır.

163.Süt ve süt ürünleri ile alınmaması gereken antibiyotik hangisidir?

- a) Tetrasiklin
- b) Kloramfenikol
- c) Penisilin
- d) Vankomisin
- e) Eritromisin

Cevap A (*Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.313*)

Tetrasiklinler, Ca, Al, Mg,Fe, Zn ile şelasyon yaptığı için süt ve süt ürünleri ile alınınca emilimleri azalır. Bu yüzden bunlarla birlikte alınmamalıdır.

164.Aşağıdakilerden hangisi tetrasiklinlerin yan etkisi değildir?

- a) Vestibüler toksisite
- b) Psödötümör cerebri
- c) Dişlerde renk bozukluğu
- d) Aplastik anemi
- e) GİS şikayetleri

Cevap D (*Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.313-314*)

Aplastik anemi, kloramfenikole ait bir yan etkidir. Minosiklin, vestibüler toksisiteye neden olur. Çünkü iç kulakta birikir. Bu yüzden iç kulak enfeksiyonlarında kullanılır.

Tetrasiklinler, GİS bakteriyel florasını bozar. K vitamini sentezlenemez ve pıhtılaşma defektleri oluşur. Ayrıca fototoksiste, hepatotoksiste de yapar.

165.Aşağıdakilerden hangisi gri bebek sendromu'na neden olur?

- a) Eritromisin
- b) Vankomisin
- c) Penisilin
- d) Kloramfenikol
- e) Tetrasiklin

Cevap D (*Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.321*)

Yenidoğanlarda glukuronidasyon ve böbrek fonksiyonları tam gelişmemiştir. Bu yüzden doz ayarlaması yapılmazsa vücut sıvılarında birikerek mitokondrilerdeki ribozom fonksiyonunu bozar. Bu solunum yetersizliği ve siyanoza yol açar. Ölümcül bir tablodur.

166.Menenjit'te ilk tercih edilen antibiyotik hangisidir?

- a) Tetrasiklin
- b) Penisilin G
- c) Kloramfenikol
- d) Fusidik asit
- e) Vankomisin

Cevap C (*Kayaalp, 1.cilt, s.754*)

Kloramfenikol, kan-beyin bariyerini en iyi geçen antibiyotiktir. Bu yüzden menenjitte ilk tercihtir.

Ayrıca tifo'da, tifüs'de, göz hastalıklarında da sıklıkla kullanılır.

167.Hangisi folik asit sentezini inhibe eden antibiyotiklerdendir?

- a) Sülfadiazin
- b) Sefazolin
- c) Penisilin G
- d) Trimetoprim
- e) Tetrasiklin

Cevap A (*Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.289*)

Sülfonamidler grubundan olan sülfadiazin, folik asit sentezini inhibe eder. Sefazolin, penisilin G bakteri duvarına etkilidir. Trimetoprim ise folik asitin indirgenmesini inhibe eder. Tetrasiklin de protein sentezini inhibe eder.

168.Aşağıdaki antibiyotiklerden hangisi protein sentezini inhibe eder?

- a) Penisilin
- b) Aminoglikozit
- c) Ko-trimoksazol
- d) Vankomisin
- e) Metronidazol

Cevap B (*Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.314*)

Aminoglikozidler, 30S alt birimine bağlanarak protein sentezini inhibe ederler.

Penisilinler hücre duvarının sentezini; ko-trimoksazol, folik asit sentezini ve indirgenmesini; vankomisin, peptidoglikan sentezi'ni (bakteri duvarı) inhibe eder. Metronidazol ise redoks potansiyelini düşürerek ve sitotoksik bileşikler oluşturarak bakteriyi öldürür.

169.Aşağıdaki antibiyotiklerden hangisinin etki mekanizması farklıdır?

- a) Penisilin G
- b) Vankomisin
- c) Sefoperazon
- d) Ampisilin
- e) Sefaklor

Cevap B (*Kayaalp, 1.cilt, s.783*)

Bu antibiyotiklerin hepsi de bakteri duvarının sentezini inhibe eder. Ancak vankomisin, peptidoglikan zincirinin sentezini inhibe ederken, diğer şıklarda yer alan antibiyotikler β -laktam antibiyotiklerdir. Bunlar, hücre duvarını transpeptidasyon basamağında inhibe eder. Yani vankomisin, bakteri duvarını β -laktamlardan daha önceki basamaklarda inhibe eder.

Bunlar, β -laktamaz'a dirençli gram (-) bakterilere ve β -laktam antibiyotiklere allerjisi olan kişilerde kullanılır.

170.Aşağıdaki antibiyotiklerden hangisi bakteriyostatiktir?

- a) Penisilin
- b) Siprofloksasin
- c) Eritromisin
- d) Tetrasiklin
- e) Sefotazidim

Cevap D (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.311)

Penisilinler, florokinolonlar, makrolidler, sefalosporinler bakterisid iken tetrasiklinler, kloramfenikol, sulfonamidler bakteriyostatiktir.

171.Astım tedavisiyle ilgili hangisi yanlıştır?

- a) Tedavinin amacı semptomları hafifletmek ve astım ataklarının tekrarını önlemektir.
- b) İnhale glukokortikoidlerin yaklaşık %10'u akciğerlere ulaşır.
- c) Kromolin ve Nedokromil erken ve geç dönem astım reaksiyonlarının oluşumunu engeller.
- d) Ağır astım atağı olan hastalarda (status astmatikus) tedavisinde intravenöz metilprednizolon veya oral prednizolon kullanılması gerekebilir.
- e) Teofilinin gastrointestinal sistemden emilimi kötü olduğundan parenteral kullanımı tercih edilir.

Cevap E (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.217-220)

Teofilin kronik astımda hava yolu obstrüksiyonunu azaltan bir bronkodilatatördür ve kronik hastalığın semptomlarını ortadan kaldırır. Daha önceleri astım tedavisinin temel ilacı teofilinken bugün β -agonistler ve kortikosteroidler bu ilacın yerini almışlardır. Bu ilaçlar gastrointestinal sistemden çok iyi emildiğinden çok sayıda yavaş salınımlı preparatları bulunmaktadır. Terapötik aralığı dardır. Pek çok ilaçla etkileşimi vardır.

172.Epinefrinle ilgili hangisi doğrudur?

- a) Akut anafilaksinin tedavisinde kullanılacak alternatif bir ilaçtır.
- b) Mast hücrelerinden inflamatuvar medyatörlerin salınımını engeller.
- c) Havayolu düz kaslarının kontraksiyonunu sağlar.
- d) Hipoglisemiye sebep olabilir.
- e) Miyozis yapar.

Cevap B (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.218)

Epinefrin genellikle MSS'ne girmez çünkü polar yapı gösterir. Bronşial düz kasların relaksasyonunu sağlar. Hiperglisemiye yol açar. Midriazis yapar. Akut anafilaksinin tedavisinde alternatif bir ilaç değil, ilk ilaçtır. Etki mekanizması ise mast hücrelerinin inflamatuvar medyatörlerinin salınımını bloke ederek olur.

173.Hangisi hipotiroidizmin tedavisinde kullanılır?

- a) Levotiroksin
- b) Metimazol
- c) Propiltiourasil
- d) Tiyoamid
- e) İyot

Cevap A (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.253)

Propiltiourasil bir tiyoamid'dir. Ve propiltiourasil, metimazol ve iyot hipertiroidizmin tedavisinde kullanılır. Ancak levotiroksin (T_4) hipotiroidizmin tedavisinde kullanılır. Yarı ömrü uzun olduğundan günde tek doz olarak uygulanır.

174.Hangisi ya da hangileri T_4 (levotiroksin)'ün T_3 (triiodotironin)'e dönüşümünü inhibe eder?

- I. Propiltiourasil
- II. Peroksidaz
- III. Propranolol

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

Cevap D (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.253)

Propiltiourasil ve propranolol T_4 'ün T_3 'e dönüşümünü inhibe eder.

175.Hangisi en kısa etkili insülin preparatıdır?

- a) Regüler insülin
- b) NPH insülin
- c) Semilente insülin
- d) Lente insülin
- e) Ultralente insülin

Cevap A (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.258-259)

Regüler insülin kısa etkili, kristal yapısında çinko insülinidir. Genellikle subkutan yolla uygulanır (veya acil durumlarda intravenöz yolla uygulanmaktadır) ve kan şekerini dakikalar içinde düşürür. İntravenöz yolla uygulamaya uygun tek insülin preparatıdır. Orta etkili olanlar, semilente insülin, NPH insülin ve lente insülin preparatlarıdır. Uzun etkili olan ise ultralente insülinidir.

176.Hipoglisemiklerle ilgili hangisi yanlıştır?

	Sulfonilüre	Biguanidler
a) İnsülin sekresyonu uyarılması	+	-
b) Hipoglisemi riski	fazla	az
c) Lipidlere etki	lipolitik	antilipolitik
d) Laktat kullanımı	(artar)	↓ (azalır)
e) Örnek ilaç	Tolbutamid	Metformin

Cevap C (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.260-261)

Sulfonilüreler antilipolitik etki gösterirken, biguanidler lipolitik etki gösterir. Biguanidleri; Fenformin, metformin ve buformin oluşturur. Sulfonilüreler ise tolbutamid, klorpropamid, asetoheksamid, tolkaimid ve glipizid'ten oluşur.

177. Hangi sulfonilüre en uzun etki süresine sahiptir?

- a) Tolbutamid
- b) Klorpropamid
- c) Asetoheksamid
- d) Tolbutamid
- e) Glipizid

Cevap B (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.260-261)

Klorpropamid en uzun etkili sulfanilüredir. Ayrıca spot bilgi olarak; tolbutamid ve klorpropamid anti-diüretik etkiye sahipken, asetohexamid ve tolbutamid diüretik etkiye sahiptir.

178. Mestranol, kontraseptif etkisini primer olarak nasıl gösterir?

- a) FSH'ı inhibe ederek
- b) LH'ı inhibe ederek
- c) FSH'ı stimüle ederek
- d) LH'ı stimüle ederek
- e) Spermatozoanın ovuma transportunu inhibe ederek

Cevap A (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.265)

Mestranol, kontraseptif etkisini negatif feedback etkisi ile FSH'ı inhibe ederek yapar. Mestranol sentetik bir östrojen analogudur. Oral yolla alınabilir ve etki süresi ve etki güçleri doğal östrojenlerden daha yüksektir.

179. Aşağıdakilerden hangisinde östrojen kullanımının kontrendikasyon gösterdiği henüz kanıtlanmamıştır?

- a) Endometrial kanser
- b) Meme kanseri
- c) Karaciğer hastalığı
- d) Tromboembolik durum
- e) Böbrek hastalığı

Cevap E (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.265)

Östrojenler; endometrial kanser, meme kanseri, karaciğer hastalığı ve tromboembolik durumlarda kontrendikasyon gösterir. Fakat böbrek hastalığında henüz kontrendikasyon gösterdiği kanıtlanmamıştır. Östrojenler kanda serum albumini ve seks hormonu bağlayıcı globuline bağlanarak taşınırlar. Karaciğerde hidrosillenirler ve daha sonra glukuronil veya sulfat bileşikleri oluştururlar. Bu inaktif metabolitler idrarla atılır.

180. Hangisi progestin antagonistidir?

- a) Mifepriston
- b) Hidroksiprogesteron
- c) Noretindrol
- d) Klomifen
- e) Tamoksifen

Cevap A (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.263)

Mifepriston bir antiprogestindir. Klomifen ve tamoksifen ise birer östrojen antagonistidirler.

181. Anti-inflamatuar etkisi en fazla olan glukokortikoid hangisidir?

- a) Hidrokortizon
- b) Prednizon
- c) Betametazon
- d) Deksametazon
- e) Fludrakortizon

Cevap C (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.275)

Anti-inflamatuar etkisi en fazla olan glukokortikoid betametazon'dur. Bunu deksametazon ve parametazon takip eder. Tuz tutucu etkisi en fazla olan ise Fludrakortizondur. En kısa etkili glukokortikoidler; hidrokortizon ve kortizondur. Uzun etkiliyse; betametazon, deksametazon, parametazon ve fludrakortizondur.

182. Hangi antifungalın etki mekanizması duyarlı mantarların hücre zarındaki ergosterole bağlanarak membran fonksiyonunu bozması ile karakterizedir?

- a) Flukanazol
- b) Ketokonazol
- c) Amfoterisin B
- d) Flusitozin
- e) İtrakanzol

Cevap C (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.337-338)

Amfoterisin B polien makrolid yapıda doğal bir antibiyotiktir. Streptomyces nodosus tarafından üretilir. Toksik etkilerine rağmen amfoterisin B sistemik mikozların tedavisinde ilk tercih edilen ilaçtır. Etki mekanizması ise; duyarlı mantar hücresinin membranındaki ergosterollere bağlanan polyen molekülleri, polyen antibiyotiğin lipofilik segmentleri ile sterol arasında hidrofobik bağlar sağlayan delikler ve kanallara neden olur.

183. Nistatinle ilgili hangisi doğrudur?

- a) Sistemik mikotik enfeksiyonların tedavisinde kullanılır.
- b) Bir polyen antibiyotik değildir.
- c) Kimyasal özellikleri, etki mekanizması ve direnç özellikleri bakımından amfoterisin B'ye benzer.
- d) Çoğu zaman parenteral yolla uygulanır.
- e) Sistemik toksisitesi nedeniyle kullanım kandida enfeksiyonlarının topikal tedavisiyle sınırlıdır.

Cevap E (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.343)

Nistatin, yüzeysel mikotik enfeksiyonların tedavisinde kullanılır. Bir polyen antibiyotiktir. Ve kimyasal özellikleri, etki mekanizması ve direnç özellikleri bakımından amfoterisin B'ye benzer. Gastrointestinal sistemden emilimi ihmal edilebilir düzeydedir ve hiçbir zaman parenteral yolla uygulanmaz. Sistemik toksisitesi nedeniyle kullanım kandida enfeksiyonlarının topikal tedavisiyle sınırlıdır.

184. Metranidazolle ilgili hangisi yanlıştır?

- a) Amibiiazis tedavisinde metranidazol ve diloksamid furoat gibi bir kombinasyon %90'ın üzerinde başarıyla tedavi sağlar.

- b) Metranidazol, selektif olarak sadece amiplere değil anaerobik organizmalara da (bakterilere) ve anoksik (veya hipoksik) hücrelere de etkilidir.
- c) Metranidazol oral yolla uygulandıktan sonra tamamen ve hızla emilmektedir.
- d) Clostridia gibi organizmaların yol açtığı beyin absesini ağızla edebilir.
- e) Bulantı, kusma, epigastrik bölgede rahatsız ve karın krampları gibi yan etkileri görülebilir.

Cevap D (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.347)

Metranidazol pseudomembranöz kolite yol açan Clostridia gibi anaerobik gram pozitif basillere de etkilidir. Bu organizmaların yol açtığı beyin absesinin tedavisinde de faydalıdır.

185.Hangi eşleştirme uygun değildir?

- a) Amibiyazis tedavisi; metranidazol
- b) Tripanozomiyozis tedavisi; primakin
- c) Leişmanyazisin tedavisi; sodyum stiboglukonat
- d) Toksoplazmozis tedavisi; primetamin
- e) Giardiazis tedavisi; kinakrin

Cevap B (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.345)

Tripanozomiyazisin tedavisinde; melarsoprol, nifurtimoks, pentamidin ve suramin kullanılır. Primakin ise malarya tedavisinde kullanılır.

186.Malarya tedavisinde kullanılan ilaçlardan hangisi eritrositler içerisindeki şizontlara etkili değildir?

- a) Primakin
- b) Klorokin
- c) Kinin
- d) Meflokin
- e) Primetamin

Cevap A (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.349)

Kan şizontosidleri; Klorokin, kinin, meflokin ve primetamin. Doku şizontositi ise primakindir ve eritrositler içerisindeki şizontlara etkili olmadığından primakin genellikle bir şizontosid ile birlikte kullanılır.

187.Mebendazole ilgili hangisi yanlıştır?

- a) Nematodların büyük çoğunluğuna etkilidir.
- b) Parazitin mikrotübül sentezini ve glukoz alımını engeller.
- c) Hamilelikte kullanılabilir.
- d) Suda çok az çözünür.
- e) Hastalarda karın ağrısı ve diyare görülmesine rağmen toksik etkileri çok azdır.

Cevap C (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.359)

Mebendazol sentetik bir benzimidazol bileşiğidir ve nematodların çoğunda etkilidir. Trichuris trichura, kıl kurdu (Enterobius vermicularis), kancalı kurt (Necator americanus ve Ancylostoma duodenale) ve Ascaris lumbricoides enfeksiyonlarının tedavisinde ilk tercih edilecek ilaçtır. Fakat mebendazolün hamilelikte kullanımını kontrendikedir.

188.Hangi antiviral, virüse spesifik toksisite bakımından en etkilidir?

- a) Asiklovir
- b) Amantadin
- c) Gansiklovir
- d) İnterferon
- e) Foskarnet

Cevap A (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.365)

Herpes virüslere etkili olduğundan asiklovir en çok reçete edilen ilaçlardan birisidir. Asiklovir, bir şeker molekülü eksik olan guanozin analogudur. Herpes virüsün kodladığı timidin kinaz enzimi ile hücre içerisinde monofosforilasyona uğrar. Bu nedenle enfekte olan hücreler en duyarlı olan hücrelerdir. Spesifik toksisite açısından da etkisi çok fazladır.

189.Hangisi insan bağışıklık yetersizliği sendromunun tedavisinde kullanılmaz?

- a) Didanozin
- b) Stavudin
- c) Zalsitabin
- d) Zidovudin
- e) Vidarabin

Cevap E (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.363)

AIDS'te kullanılan ilaçlar;

- Didanozin (ddl)
- Stavudin (d4T)
- Zalsitabin (ddC)
- Zidovudin (AZT)

Fakat Vidarabin; HSV enfeksiyonlarının tedavisinde kullanılan bir adenosin analogudur.

190.Hangi eşleştirme yanlıştır?

- a) Faza spesifik toksisite gösteren; metotreksat
- b) Metaboliti sitotoksik bir ürün olan; 5-florourasil
- c) Sitotoksik etki DNA transkripsiyonu ile etkileşime bağlı; tamoksifen
- d) Kemik iliği toksisitesi; 6-merkaptopürin, 6-florourasil
- e) Myelosüpresyon nadir olan; bleomisin

Cevap C (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.378-393)

Tamoksifen östrojen antagonistidir. Östrojen reseptörlerine bağlanarak etkisini gösterir. Yani sitotoksik etkisinin DNA transkripsiyonu ile yakından uzaktan alakası yoktur.

191.Hangi antikanser ilacı MESNA ile birlikte kullanılırsa yan etkisi olan hemorajik sistit önlenemez?

- a) 5-florourasil
- b) Siklofosfamid
- c) Bleomisin
- d) Vinblastin
- e) 6-merkaptopürin

Cevap B (Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.389)

Siklofosfamid en sık kullanılan alkilleyici ajandır. Alopesi, bulantı, kusma ve diyare gibi yan etkiler neden olabilir. Fakat bir yan etkisi olan hemorajik sistit MESNA kullanımı ile önlenmektedir.

192. Gut ataklarının tedavisinde hangisi kontrendikedir?

- a) Aspirin
- b) Kolşisin
- c) Allopurinol
- d) Probenesid
- e) Sulfinperazon

Cevap A (*Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.415-417*)

Akut gut atağının tedavisinde kolşisin ve NSAİ'ler kullanılır. Fakat aspirin böbreklerin proksimal tübüllerinden ürik asidin atılımını engellediğinden kontrendikedir. Ayrıca kronik gutun tedavisinde allopurinol, probenesid ve sulfinperazon kullanılır.

193. Nonsteroidal antienflamatuarlarla ilgili hangisi yanlıştır?

- a) Aspirin dışındaki NSAİ'ler siklooksijenazı geriye dönüşümlü olarak inaktive eder.
- b) Salisilatların aşırı dozu belirgin hiperventilasyona yol açar.
- c) Asetaminofen çocuklarda viral enfeksiyonlara bağlı ateşin kontrolünde kullanılır.
- d) Aspirinin antienflamatuar etkisi asetaminofene göre daha azdır.
- e) Fenilbutazonun antienflamatuar etkisi çok güçlüdür, ancak antipiretik ve analjezik etkileri zayıftır.

Cevap D (*Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.403-410*)

Aspirinin antienflamatuar etkisi asetaminofene göre daha fazladır. Aspirin zayıf bir organik asittir ve siklooksijenazı geriye dönüşümsüz olarak asetillediği (ve inaktive ettiği) için diğer NSAİ'lerden farklıdır. Salisilat da dahil olmak üzere diğer NSAİ'ler siklooksijenazı geçici olarak asetiller.

194. H₁ reseptör blokerleri hangisinde kullanılmaz?

- a) Saman nezlesi
- b) İlaç allerjisi
- c) Uykusuzluk
- d) Taşıt tutması
- e) Peptik ülser

Cevap E (*Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.423-424*)

H₁ reseptör blokerleri; saman nezlesi, ilaç allerjisi, uykusuzluk ve taşıt tutmasında kullanılır. Fakat peptik ülser tedavisinde kullanılmaz.

195. Migren tedavisiyle ilgili hangisi yanlıştır?

- a) Ergot alkaloidleri akut migren ataklarının tedavisinde kullanılır.
- b) Sumatriptan akut migren ataklarında kullanılan bir serotonin agonistidir ve 5-HT_{1d} reseptörlerine etkilidir.
- c) Propranolol migren tedavisinde profilaktik olarak kullanılır.
- d) Metiserjid aktif migren atağının tedavisinde etkilidir.
- e) Migrende profilaksi uygulanması için ağır nörolojik semptomlar olması ya da ayda iki veya daha sık olarak görülüyor olması gerekir.

Cevap D (*Lippincott, Farmakoloji, 2.baskı, s.427*)

Akut migren ataklarında kullanılanlar;
 -Sumatriptan
 -Ergotamin
 -Analjezikler
 Migren profilaksisinde kullanılanlar;
 -β blokerler
 -Metiserjid

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM BİLGİSİ

OBSTETRİK

1. Hangi kadın genital organı, erkekte embriyolojik olarak skrotumun karşılığıdır?

- Himen
- Bulbus vestibüli
- Mons pubis
- Labium majus
- Klitoris

Cevap D (Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.2)

Labium majuslar, kadın dış genital organlarından. Mons pubisten aşağı ve geriye doğru uzanan yağ dokunun deri ile kaplı iki kıvrımına labium majus denir. Embriyolojik olarak erkekteki skrotumun karşılığıdır. Ligamentum rotundum labium majusun üst sınırlarında sona erer. Labium majuslar arası açıklığa, rima pudendi denir. Üstte mons pubis ile devamlı olan labium majuslar, arkada-alta posterior komissurayı oluşturup, perineye dahil olurlar.

2. Sol ovarian arter, hangisinin dalıdır?

- A.iliaka eksterna
- A.iliaka interna
- A.epigastrika inferior
- A.renalis
- A.femoralis

Cevap D (Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.12-13)

A.ovarika, L2 seviyesinde aortanın ön yüzünden çıkar. Aşağıya ve yana doğru seyrederek M.psoas ve ureterin önünden geçerek, ligamentum suspensorium ovarii ile beraber overe ulaşır. Sol a.ovarika ise a.renalisten çıkabilir.

3. Turner sendromunda hangisinin insidansı diğerlerine oranla çok çok düşüktür?

- Kısa yapı
- Otitis media
- İnfertilite
- Mikrognathili karakteristik yüz
- Alopesi

Cevap E (Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.28)

Turner sendromlularda klinik ve fizyolojik anormallikler:

Özellik	İnsidans
-Kısa yapı	100.0
-Kısa boyun	40.0
-Anormal üst/alt segment oranı	90.0
-Mikrognathili karakteristik yüz	60.0
-Otitis media	75.5
-Primer gonadal yetmezlik	94.0
-İnfertilite	98.0

-Alopesi	1.5
-Vitiligo	1.5
-Gastrointestinal bozukluklar	2.0

4. İnterseksüel anomalilerden hangisinin tanısı daha geç yaşta konur?

- Adrenogenital sendrom
- Turner sendromu
- Gerçek hermafroditizm
- Klinefelter sendromu
- Hiçbiri

Cevap D (Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.31)

	Tanı konduğunda
Adrenogenital sendrom	İnfant
Turner sendromu	Çocukluk
Gerçek hermafroditizm	İnfantil veya puberte
Klinefelter sendromu	Puberte veya daha geç

5. Hangisi komplet, gerçek puberte prekoksun sebepleri arasında yer almaz?

- Cushing sendromu
- Ensefalit
- Menenjit
- Mikrosefali
- İdiyopatik

Cevap A (Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.35)

Adrenal lezyonlar; konjenital adrenal hiperplazi, Cushing sendromu, tümörler, inkomplet psödopuberte prekoksun sebeplerindedir. Komplet, gerçek puberte prekoksun sebepleri ise; idiyopatik, nörojenik, serebral lezyonlar (ensefalit, menenjit, mikrosefali vs.), McCune Albright sendromu, juvenil primer hipotiroidizm ve Silver sendromudur.

6. Menstrüel siklus ile ilgili hangisi yanlıştır?

- Siklus uzaması en çok menarş sonrası ve menapoza yaklaşırken görülür.
- Foliküler faz uzunluğu fazla varyasyon göstermez, luteal faz ise çok değişkenlik gösterir.
- Ovulasyon, LH surge'ünün başlangıcından 35-44 saat sonra olur.
- LH surge'nü sağlayan, östrojenin (E2) 200-300 pg/m düzeyinde 50 saat kadar kalmasıdır.
- Progesteron (P4) salgısı, LH surge'den 6-8 gün sonra en yüksek noktasına ulaşır.

Cevap B (Kışnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.1119)

Luteal faz uzunluğu fazla varyasyon göstermez ve 14 gün sürer. Bunun aksine folliküler faz çok değişkenlik gösterir ve 7 gün ile 3 hafta arasında sürebilir.

7. Gebelik ile ilgili hormonlar için hangisi yanlıştır?

- HCG, progesteron sentezinin devamlılığını sağlar ve corpus luteumun gerilemesini engeller.
- HPL, gebeliğin 8-10. haftalarında pik yapar, geriye kalan sürede plato çizerek devam eder.
- Kan HPL seviyeleri direkt olarak bize plasental fonksiyon hakkında bilgi verir.
- Relaksin, gebelik Corpus luteumu tarafından üretilir.
- Progesteron büyük oranda, gebeliğin 10. haftasına kadar, corpus luteumdan salgılanır.

Cevap B (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.1155*)

HPL, glikoprotein yapıdadır. Villöz sinsityotroblastlardan salgılanır. HPL seviyesi plasenta ve fetal ağırlık ile doğru orantılı bir şekilde gebelik boyunca artmaktadır. Klinikte plasental fonksiyon hakkında bize bilgi verir.

8. GnRH (Gonadotropin releasing hormon)'nın yarı ömrü (t1/2) yaklaşık ne kadardır?

- 2-4 dk.
- 35-40 dk.
- 2-3 saat
- 18-20 saat
- 3-4 gün

Cevap A (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.39-42*)

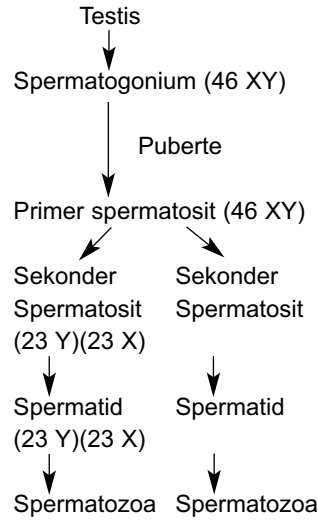
GnRH; yarı ömrü 2-4 dakika kadar olan, decapeptid yapısında bir hormondur. LH-RH, L-RH, Lubiberin adı ile de anılır. GnRH, salgılayan hücreler ön hipotalamustaki arkuat nükleus ve arka hipotalamustaki paraventriküler nükleus ile preoptik alanda yoğunlaşmıştır. GnRH, GAP (GnRH associated peptide) adı verilen 56 aminoasitli bir prekürsor polipeptidten sentezlenmektedir. GnRH etkileri, adenil siklaz ve cAMP üzerinden gerçekleştirir. Gonadotropinler (FSH-LH) glikoprotein yapıda olup 3000 Dalton ağırlığındadır. Plazmada hiçbir proteine bağlanmazlar.

9. Hangisi ya da hangileri 46XY karakter gösterir?

- Spermatid
 - Spermatozoa
 - Primer spermatosit
 - Sekonder spermatosit
 - Spermatogonium
- I-II-III
 - I-II-V
 - I-II
 - III-V
 - III-IV-V

Cevap D (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.56*)

46 XY karakter gösterenler; spermatogonium ve primer spermatositir.



10.HCG (human chorionic gonadotropin) ile ilgili hangisi yanlıştır?

- Glikoprotein yapıda olup, sinsityotroblastlardan salgılanır.
- Beta subünitleri FSH, LH ve TSH ile aynıdır.
- Salınımı ovulasyonun 10. gününde artmaya başlar.
- Normal gebeliklerde gūnaşırı iki kat artar.
- Hiçbiri

Cevap B (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.65*)

HCG, 36-40.000 MV ağırlığında bir glikoprotein olup, sinsityotroblastlardan salgılanır. Alfa subünitler FSH, LH ve TSH ile aynıdır, beta subüniti ise spesifiktir. HCG salınımı ovulasyonun 10.gününde artmaya başlar ve 60-65. günlerde en yüksek seviyelerine çıkar. Miaddan yaklaşık 2 hafta sonra normal seviyeye düşer. Normal gebeliklerde gūnaşırı iki kat artar.

11.Gebelikte hangisi artmaz?

- Tükrük miktarı ve asiditesi
- Gastrin üretimi
- Üreter kapasitesi
- Gastrointestinal sistem motilitesi
- Kardiyak atım

Cevap D (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.75-77*)

-Gebelikte tükrük miktarı ve asiditesi artar. Dişetleri hipertrofik, hiperemik olabilir. Kolayca kanar. Bu muhtemelen artan estrojene bağlıdır. Diş çürükleri de artar.
-Gastrointestinal sistem motilitesi azalır. Bunda artan progesteron miktarı rol oynar. Mide boşalması yavaşlar, konstipasyon da olabilir. Mide asit üretimi özellikle 1. trimesterde artabilir. Gastrin üretimi belirgin olarak artar.

-Plazma albumin azalabilir. Plazma globulini hafifçe azalabilir. Böylece albumin/globulin oranı azalmış olur.
-Her böbrek 1-1.5 cm uzar. Renal pelvis ve üreterler genişler. Üreterin normalde 20 ml olan kapasitesi 50 ml'ye yükselir.

-Kardiyak atım gebelikte %40 artar. Kalp hızı miada doğru dakikada 15 vuru veya fazla artar.

12. Gerçek labor (travay, eylem)'da dilatasyon ve kasılmalarla ilgili hangisi doğrudur?

- a) Dilatasyon en az 5 cm, kasılmalar 4 dakika ara ile gelmekte ve 2 sn'den fazla sürmektedir.
- b) Dilatasyon en az 2 cm, kasılmalar 2 dakika ara ile gelmekte ve 2 sn'den fazla sürmektedir.
- c) Dilatasyon en az 3 cm, kasılmalar 3 dakika ara ile gelmekte ve 3 sn'den fazla sürmektedir.
- d) Dilatasyon en az 4 cm, kasılmalar 4 dakika ara ile gelmekte ve 4 sn'den fazla sürmektedir.
- e) Dilatasyon en az 7 cm, kasılmalar 2 dakika ara ile gelmekte ve 4 sn'den fazla sürmektedir.

Cevap C (Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.89)

Labor (travay, eylem); serviksin efasman ve dilatasyonu ile sonuçlanan koordine efektif istemsiz uterus kasılmaları ve istemli ıkınmalardır. Gebelik ürünlerinin atılması ile sonuçlanır. İkiye ayrılır. Gerçek ve yalancı labor. Gerçek laborda dilatasyon en az 3 cm, kasılmalar 3 dakika ara ile gelmekte ve 3 sn'den fazla sürmektedir.

13. Hyalen membran hastalığı ile ilgili hangisi yanlıştır?

- a) Sebebi belirsizdir.
- b) İnterkostal ve sternal çekilme olup, kas azalmış ve siyanoz vardır.
- c) Hafif vakalarda solunum hızı artar.
- d) Spesifik tedavisi yoktur.
- e) Hiçbiri

Cevap E (Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.117)

Hyalen membran hastalığının sebebi belirsizdir. Ama prematürlerde daha sık görülür. Alveol iç yüzeyini döşeyen hyalen doku havalanma sahasını daraltır. Çocuk solunum distresine girer. Solunumun başlaması düzensizdir. İnterkostal çekilme olup kas azalmış ve siyanoz vardır. Hafif vakalarda solunum hızı artar. Siyanoz başlar ve derinleşir. İnterkostal ve sternal çekilme olur. Bu, bebekte akciğer atelektazisi olduğunu gösterir. Orta ve ciddi vakaların %50'si ilk 6 saatte ısı ve oksijen verilerek spontan olarak düzeltilir. Spesifik tedavisi yoktur. Destekleyici tedavi yapılır.

14. Laktasyon döneminde hangi ilacın kullanımı kontraendikedir?

- a) Barbitüratlar
- b) Laksatifler
- c) Parasetamol
- d) Rezerpin
- e) Digoksin

Cevap D (Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.124)

Barbitüratlar, laksatifler, parasetamol ve digoksin, laktasyon döneminde kullanılabilir, çünkü süte geçmediği

ispatlanmıştır. Ama Rezerpin (antihipertansif) süte geçtiği için kullanımı kontraendikedir.

15. Hangisi yenidoğanın özelliklerinden değildir?

- a) Gözler kurudur.
- b) Nabız dakikada 120-140 arasındadır.
- c) Toraks kafadan büyüktür.
- d) Karın gergindir.
- e) Solunum dakikada 30 kadar olup, başlangıçta yüzeyledir.

Cevap C (Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.114)

Yenidoğanın özellikleri:

-Kafa çevresi 33-35.5 cm kadardır.

-Boyu 51 cm, ağırlığı 3.5 kg civarındadır.

-Gözler kurudur.

-Solunum dakika 30 kadar olup başlangıçta yüzeyledir.

-Nabız dakikada 120-140 arasındadır.

-Karın gergindir. Karaciğer nisbi olarak büyüktür ve henüz tonusu zayıftır.

-Toraks kafadan hafifçe küçüktür.

-Bebek doğumda bağırmalıdır.

16. En sık görülen puerperal enfeksiyon hangisidir?

- a) Üriner enfeksiyonlar
- b) Puerperal mastit
- c) Vajinit
- d) Puerperal endometrit
- e) Puerperal salphingit

Cevap D (Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.128)

En sık görülen puerperal enfeksiyon puerperal endometrittir.

17. Memede görülen puerperal mastitin en yaygın etkeni hangisidir?

- a) Bakteroides türleri
- b) Staphylococcus aureus
- c) Streptococcus faecalis
- d) Staphylococcus epidermitis
- e) E.coli

Cevap B (Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.129)

Puerperal mastit, enfeksiyona bağlı olarak meydana gelir. En sık etken Staphylococcus aureustur. Meme başı çatlaklarından köken alan ağrı, kızarıklık, şişme, ısı artışı ile karakterize bir durumdur. Aksiller lenfadenopati vardır. 38°C üzerinde ateş meydana gelir. Genellikle tek memede gelişir. Tedavi edilmezse meme absesi gelişebilir. Mastit tedavisinde oksasilin, sefalosporin kullanılır. Memeler bol sütyen ile elevasyona alınır. Süt boşalımının iyi olması gerekir. Ancak emzirmenin durdurulması şart değildir. Mastit, meme absesine dönüşürse emzirme o memede kesilir. Antibiyotik, cerrahi drenaj ve laktasyon inhibisyonu gerekir.

18. Postpartum tromboflebit ile ilgili hangisi yanlıştır?

- a) %30-40 vakada akciğer embolisi gelişir.
- b) Postpartum herhangi bir dönemde başlayabilir.
- c) Tedavisinde ekstremite elevasyonu, bandaj, anti-biyotik ve heparin kullanılır.
- d) Tedaviye rağmen ateş düşmüyorsa mutlaka akla pelvik tromboflebit gelmelidir.
- e) Birçok klinik bulguyla dikkati çeker.

Cevap E (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.129*)

Postpartum tromboflebit; erken dönemde ambulasyon yapılmayan puerparalarda, sezaryan ve forseps gibi müdahaleli doğum geçirmiş olanlarda daha sık görülür. Tromboflebit olan ekstremite şiş, hassas, kırmızı renkli ve ağrılıdır. Postpartum herhangi bir dönemde başlayabilir ve %30-40 vakada akciğer embolisi gelişir. Tedaviye rağmen ateş düşmüyorsa akla pelvik tromboflebit gelmelidir. Klinik bulgusu yoktur. Sadece vajinal tuşede hafif hassasiyet gözlenebilir.

19. Erken membran rüptürü ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Fetüs prematüre iken membranlar açılmış ise, fetüs matürken membranlar rüptüre olduktan sonraki 12 saat içinde çocuk doğmuyorsa, fetüs matürken membranlar açıldıktan 1 saat içinde kasılmalar başlamıyorsa; erken membran rüptüründen bahsedilir.
- b) Gebeliklerin %10 kadarında erken membran rüptürü meydana gelir.
- c) Maternal ve intrauterin enfeksiyonlar, grand multiparite, servikal yetmezlik erken membran rüptürü için risk faktörleridir.
- d) Nitrazin testi ile membranların rüptüre olup olmadığını anlarız.
- e) Erken membran rüptüründe gebelerin %5'i matür, %95'i prematürdür.

Cevap E (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.227*)

Erken membran rüptüründe gebeliklerin %5'i prematür, %95'i matürdür. Nitrazin testi ile asidite ölçülebilir. Normalde vajina asidik, amniyotik sıvı ise alkalendir (pH; 7.2-7.5). Eğer asidik çıkarsa, membranlar intakttır veya membranlar rüptürü üzerinden 8 saat geçmiştir. Alkali izomembranlar rüptüredir. Tüm gebelikler ise %10 kadarında erken membran rüptürü meydana gelir.

20. Postterm gebeliklerle ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Etiyolojide herşeyden önce son adet tarihinin doğru bilinmesi önemlidir.
- b) Tanı; Naegle formülü, çocuk hareketlerinin değerlendirilmesi, Ultrasound değerlendirmeleri ile konur.
- c) Amnion sıvısı yeşil renkte ve flokülasyon varsa fetal hipoksi tanısı konur.

- d) Postterm gebelikte; doğurtulması gerekirse ilk seçenek sezaryendir.
- e) Tıbbi indüksiyonda oksitosin kullanılır ve cevap alınıp alınmaması Bishop skoruna göre değerlendirilir.

Cevap D (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.228-229*)

Fetüsün beklenen doğum tarihini geçmesine postterm gebelik denir. Diabetes mellitus, Rh uygunsuzluğu, preeklampsi varsa hemen gebelik sonlandırılmalıdır. Doğurtulması gerekiyorsa ilk seçenek vajinal yolun kullanılmasıdır. Bunun için indüksiyon yapılır. Tıbbi indüksiyonda oksitosin kullanılır.

21. Epizyotomi ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Doğum esnasında perinede meydana gelebilecek yırtıkları önlemek için perineye yapılan kesidir.
- b) Median epizyotominin onarımı daha güç olur, kusurlu iyileşme daha siktir.
- c) Perine yırtıklarını önlemek, fetüsü korumak, makat doğumlarında gelen baş ve bütün müdahaleli doğumlarla zararları önlemek için epizyotomi uygulanır.
- d) Epizyotomi yapılmazsa en önemli komplikasyon anal sfinkterin bozulmasıdır.
- e) Genellikle uygulanan median ve mediolateral kesilerdir.

Cevap B (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.230-231*)

Doğum esnasında perinede meydana gelebilecek yırtıkları önlemek için perineye yapılan kesidir. Median, lateral, mediolateral ve J harfi şeklinde yapılır. Genellikle uygulanan tipleri median ve mediolateral kesilerdir. Median epizyotominin onarımı kolay olup, kusurlu iyileşme ve disparanü gelişimi nadirdir. Puerperiumda daha az ağrı verir. Kan kaybı azdır.

22. Forseps uygulanımı ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) İki kaşıktan meydana gelir, sol kaşık sol elle anenin sol tarafına konur.
- b) Gribal enfeksiyonu olan gebelerde kullanılabilir.
- c) Forseps endikasyonu olarak doğumu hızlandırmak için kullanılabilir.
- d) Sefalopelvik uyumsuzluk olmamalı, servikal efasman ve dilatasyon tam olmalıdır.
- e) N.fasialis felci, pleksus brakialis felci, kafa kemiklerinde çökmeler ve kırıklar forsepsin komplikasyonlarıdır.

Cevap C (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.231-232*)

Forseps; iki kaşıkla yapılır. Endikasyonsuz ve acemi ellerde kullanımı çok zararlıdır. Atoni kanamaları, serviks vajina yırtıkları, rektovajinal fistül gelişimi olabilir. Uygulanırken; sefalopelvik uyumsuzluk olmamalı, dilatasyon tam olmalıdır (10 cm). Su kesesi açık

olmalıdır. Ayrıca tifo ve gripal enfeksiyonlar gibi doğum döneminde yüksek ateşli hastalık bulunması, kardio-vasküler hastalıkların olması forseps uygulanımı için endikasyondur.

23. Vakum Ekstraksiyo ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Uygulanabilmesi için servikal dilatasyon forseps uygulanımındaki gibi 10 cm olmalıdır.
- b) Forsepsden daha pratiktir ve (-) basınç etkisi ile baş traksiyone edilir.
- c) Doğum esnasında gebenin strese maruz kalmasına bağlı ve genel durum kötüleşmesinde kullanılır.
- d) Kullanılabilmesi için uterus kasılmaları olmalıdır.
- e) Eğer vakum ekstraksiyo yöntemi başarıyla sonuçlanmazsa sezaryen yapılmalıdır.

Cevap A (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.233*)

Forseps uygulanımı ile vakum ekstraksiyo arasındaki en önemli uygulama farkı; forsepsde servikal dilatasyon 10 cm olmalıdır, ama vakum ekstraksiyoda dilatasyon 4 cm ve üstü olmalıdır. Tam açılma olmadan da vakum ekstraksiyo kullanılabilir. Endikasyonları forseps uygulanımı ile aynıdır.

24. İç ve dış versiyon ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Fetüsün prezentasyon bozukluğu sebebi ile doğmasının imkansız olduğu durumlarda fetüsün döndürülmesine versiyon denir.
- b) Transvers geliş, oblik geliş, omuz geliş gibi mal prezentasyon durumlarında endikedir.
- c) Su kesesi açık, serviks dilate olmuş, birinci çocuğuna hamile kalmış kadınlarda denir.
- d) Geçirilmiş sezaryen, myomektomi, baş pelvis uyumsuzluğu kontrendikedir.
- e) Fötüs canlı iken versiyon yapılmaz.

Cevap E (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.234-235*)

İç versiyon için, pelvik darlık olmamalı, ihmal edilmiş yan geliş olmamalı, su kesesi açılmış olmalı, fetus mutlaka canlı ve mobil olmalıdır. İç versiyonda hasta anestezi almış olmalıdır. Dış versiyonda ise; dışarıdan Leopold manevraları ile çocuğa büyük ruleler konularak çocuk karında fikse edilir.

25. İndüksiyon (Provokasyon) ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Uterusun kendi gücüyle veya anne ıkmalarıyla doğumun zor ve uzun olduğu durumlarda doğum ağrılarını başlatmak için yapılan tıbbi veya cerrahi işlemlerdir.
- b) Oksitosin dozu 50 üniteden az olmamalıdır.
- c) Plasenta yetmezliğinde, şüphe edilen miadi geçmiş vakalarda endikedir.

d) Baş-pelvis uygunsuzluğunda, makadi gelişlerde, plasenta previa lateralis gibi durumlarda kontrendikedir.

e) Oksitosin infüzyonu en sık kullanılan, hemen hemen hiç yan etkisi olmayan metottur.

Cevap B (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.235-236*)

Amniyotomi; amniyon zarının yırtılarak su kesesinin açılmasıdır. Amniyotomi dilatasyon 3-5 cm iken yapılır. Amniyon zarı açılması ile amniyon zarı boşalacağından fetüs uterus içindeki serbest hareketlerini kaybeder, bu da servikal bölgede lokal reflekslerle kasılmaları başlatır. Böylece doğum eylemi başlamış olur. Oksitosin, %5 dextroz içinde 5 ünite olacak şekilde verilir. Yüksek doz (50-60Ü) oksitosin, postpartum kanama tedavisinde kullanılır.

26. Sezaryende kullanılan en sık cerrahi teknik aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Aşağı transvers kesi
- b) Klasik kesi
- c) Aşağı vertikal kesi
- d) T kesisi
- e) Ekstraperitoneal sezaryen

Cevap A (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.237-240*)

Aşağı transvers kesinin avantajları şunlardır; enfekte uterin sıvının peritona boşalma riski yoktur. Mesane duvarı ve periton hatları, skarı örteceğinden intraperitoneal drenaj ve peritonit nadirdir. Fundustan daha az vasküler ve daha ince olduğunda daha az kanama olur.

27. Forseps kullanımı için mutlaka baş gelişimi olmalıdır, ancak makadi gelişlerde arkadan gelen başı kurtarmak için forseps tiplerinden sadece bir tanesi kullanılmaktadır, bu aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Simpson forsepsi
- b) Eliot forsepsi
- c) Piper forsepsi
- d) Kielland forsepsi
- e) Tucher-McLane forsepsi

Cevap C (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.231-233*)

İki kaşıktan meydana gelen forsepsin iyi ellerde ve doğru forsepsin kullanımı çok iyi sonuçlar verir. Forseps kullanımı için de mutlaka baş gelişimi olmalıdır. Tek istisna olarak; piper forsepsi makadi gelişlerde kullanılabilen tek forsepstir.

28. Parçalayıcı operasyonlardan olan kraniyotomi aşağıdaki konjenital anomalilerden hangisinde uygulanır?

- a) Hidrosefali
- b) Gastroşizis
- c) Ektopia kordis
- d) Ensefalosel
- e) Omfalosel

Cevap A (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.236*)

Ölü veya canlı doğumlarda anneye daha az zarar vermek amacı ile yapılan girişimlere parçalayıcı operasyonlar denir. Kraniyotomi; hidrosefalik çocuklarda baş delinip, sıvı boşaltılarak, kemiklerin birbirlerine yaklaştırılıp çocuğun çıkarılmasıdır.

29.Aşağıdaki antepartum risk faktörlerinden hangisi polihidramniyosa yol açmaz?

- a) Diabetes mellitus
- b) Rh veya ABO izoimmünizasyon
- c) Renal agenezi
- d) Fetal konjenital anomali
- e) Nonimmün hidrops

Cevap C (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.131*)

Antepartum Risk Faktörleri;

- A. Polihidramniyos
 1. Diabetes mellitus
 2. Çoğul gebelik
 3. Rh veya ABO izoimmünizasyon
 4. Fetal konjenital anomali
 5. Nonimmün hidrops
 6. Anormal fetal prezentasyon

B. Oligohidramniyos

1. Renal agenezi (Potter sendromu)
2. Uzun süreli membran rüptürü
3. İntrauterin büyüme geriliği
4. İntrauterin ölüm

30.Postpartum risk faktörlerinden hangisi diğerlerine göre daha geç dönemde gerçekleşir?

- a) Atoni
- b) Obstetrik kanama
- c) Uterus inversiyonu
- d) Dekompanze kalp hastalığı
- e) Üriner retansiyon

Cevap E (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.134*)

Postpartum risk faktörleri; Erken dönemde atoni, obstetrik kanama, uterus inversiyonu ve dekompanze kalp hastalığıdır. Geç dönemde tromboemboli, üriner retansiyon, postpartum hemoraji ve postpartum psikoz risktir.

31.Amniyosentez ile fetüsteki alfa feta-protein (AFP) tayini yapılabilir. AFP ile ilgili hangisi yanlıştır?

- a) AFP bebeğin karaciğerinde yapılır.
- b) AFP 6. haftadan sonra yapılmaya başlanır.
- c) Merkezi sinir sisteminde AFP yüksek oranda bulunur.
- d) Nöral tüp defektlerinde AFP artar.
- e) Down sendromunda AFP artar.

Cevap E (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.132-135*)

Alfa fetoprotein (AFP) bebeğin karaciğerinde 6. haftadan sonra yapılan ve en yüksek düzeyde fetüs dolaşımında, sonra ise sırayla amniyon sıvısı ve anne dolaşımında bulunan bir sıvıdır. 14-34. haftalar arasında artar. 16-18. haftalarda annede artım gösterince tekrar ölçülür. Sonra ultrasound ile değerlendirme yapılır. Yine birşey tespit edilemez ise amniyosentez yapılır. Merkezi sinir sisteminde AFP yüksek oranda mevcuttur. Fetal merkezi sinir sisteminin amniyon sıvısına direkt olarak temas ettiği meningoel, meningomiyelosel, anensefali gibi nöral tüp defektlerinde AFP artar. Down sendromunda ise AFP azalır. AFP normal değerinin %50'sinin altında ise Down sendromu ihtimali yüksektir.

32.Amniyon sıvısındaki Lesitin/Sfingomyelin oranı hangi haftalar arasında maximum seviyeye ulaşır?

- a) 36-40. haftalar
- b) 32-36. haftalar
- c) 28-32. haftalar
- d) 24-28. haftalar
- e) 20-24. haftalar

Cevap A (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.136*)

Amniyon sıvısındaki Lesitin/Sfingomyelin (L/S) oranı 36-40. haftalarda maximum seviyeye ulaşır. Akciğer maturasyonunu L/S oranı gösterir. L/S oranı 36. haftadan sonra yaklaşık 2'nin üzerine çıkar. Bu bize akciğer maturasyonunun tam olduğunu gösterir. L/S eğer 1.5-2 arası ise bu muhtemel RDS (Respiratuar Distress sendromu)'nu gösterir. L/S, 1-1.5 arası ise immatür akciğer ve ciddi RDS'ünü gösterir. Eğer L/S oranı 1'in altında ise kesin ölüm beklenir.

33.En sık görülen dış gebelik tipi hangisidir?

- a) İstmik
- b) Fimbriyal
- c) Ovariyan dış gebelik
- d) Abdominal
- e) Ampuller

Cevap E (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.142*)

Ampuller	%55	}	Tübal dış gebelik %97
İstmik	%21		
Fimbriyal	%15		
İnterstisyel	%4		
İnfundübül	%2		

34.Hangisi dış gebeliğin majör belirtileri arasında yer almaz?

- a) Kolik ağrı
- b) Vajinal kanama
- c) Polimenore
- d) Hipovolemik şok
- e) Hiçbiri

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM BİLGİSİ

Cevap C (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.143*)

Dış gebeliklerin %97'si tübal dış gebeliklerdir. Bunların %55'si Aupulla'da görülür. Dış gebeliğin majör belirtileri endometriyumun kadük tarzında atılması, unilater, bıçak saplanır tarzında kolik ağrı, vaginal kanama, amenore ve hipovolemik şoktur. Halsizlik, anemi, gebelik hissinin azalması ve hafif ağrılar da minör belirtilerdir.

35.Dış gebelikte aşağıdakilerden hangisinin olması beklenmez?

- a) Uterus beklenenden ufaktır.
- b) Konservatif tedavi sonrası gebelik şansı %40-70 kadardır.
- c) Maternal mortalite %1-2 civarındadır.
- d) Tıbbi tedavi olarak ultrasound eşliğinde tüp içine metotroksat verilebilir.
- e) Nabızda azalma gözlenebilir.

Cevap E (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.144-145*)

Dış gebelikte uterus beklenenden ufaktır. Konservatif tedavi sonrası gebelik şansı %40-70 kadardır. Laboratuvar bulpası ise; kan kaybına bağlı olarak anemi, lökositoz (30.000/mm³ üzerinde), ateş, kan basıncında düşme, nabız artışı, idrarda ürobilinojen artışı, hematokritte azalma ve retikülositozda artış gözlenebilir. Maternal mortalite %1-2 için yenidoğan mortalitesi %100'dür. Tıbbi tedavi olarak ultrasound eşliğinde tüp içine metotroksat verilebilir.

36.Normal bir gebelik devam ederken ikinci bir ovulasyonla bir dış gebelik meydana gelirse buna ne denir?

- a) Süperfekondasyon
- b) Kombine tip dış gebelik
- c) Süperfetasyon
- d) Dikoriyonik diamniyotik gebelik
- e) Monokoriyonik diamniyotik gebelik

Cevap B (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.147*)

Süperfekondasyon; aynı intermenstrüel periyod sırasında atılan iki adet ovumun aynı zamanlarda döllenerek uterusu yerleşmeleri olayıdır. Bir kadının hem siyah hem de beyaz çocuğu bir batında doğurması buna örnektir. Süperfetasyon; iki ayrı menstrüel periyod sırasında atılan ovumların döllenip uterusu yerleşmeleridir. Dikoriyonik diamniyotik gebelikte ise Blastomer safhasında kutuplaşma ile iki plasenta ve iki amniyon kesesi meydana gelir. Monokoriyonik diamniyotik gebelikte blastola safhasında bölünme ile bir plasenta ve iki amniyon kesesi oluşur. Normal bir gebelik devam ederken ikinci bir ovulasyonla bir dış gebelik meydana gelirse buna çoğul gebelik denmez. Çünkü biri intrauterin diğeri extrauterindir. Buna kombine tip dış gebelik denir.

37.Hangisi çoğul gebeliğin komplikasyonlarından değildir?

- a) Maternal anemi
- b) Vasa previa polihidramniyos
- c) Hipotansiyon
- d) Prematür doğum
- e) Gelişme geriliği

Cevap C (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.151*)

Çoğul gebelikte; Abortus, düşük doğum ağırlığı, prematür doğum, gelişme geriliği, dismatürite, malformasyonlar, maternal anemi, kordon prolapsusu, kordon dolanması ve vasa previa polihidramniyos komplikasyon olarak gözlenebilir. Fakat gebeliğin neden olduğu hipertansiyon çoğul gebelikte fazladır.

38.Konjenital rubella sendromunda hangisi görülmez?

- a) Makrosefali
- b) Meningosefali
- c) Atriyal septal defekt
- d) Körlük
- e) Simetrik intrauterin büyüme geriliği

Cevap A (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.153*)

Konjenital Rubella Sendromunda;

- A. Nöropatik değişiklikler
 - 1. Mikrocefali
 - 2. Mental motor retardasyon
 - 3. Meningosefali
- B. Kardiyovasküler lezyonlar
 - 1. Patent duktus arteriyozus
 - 2. Pulmoner arter stenozu
 - 3. Atriyal septal defekt
- C. Göz defektleri
 - 1. Katarakt
 - 2. Mikroftalmi
 - 3. Retinal değişiklikler
 - 4. Körlük
- D. İç kulak problemleri (sensorinöral sağırılık)
- E. Simetrik intrauterin büyüme geriliği

39.Intrauterin hayatta hangileri mikrocefali yapar?

- I) Varisella zoster virüs
 - II) Toxoplazmosis
 - III) HSV -tip II
 - IV) CMV
 - V) Konjenital rubella sendromu
- a) I-III-V
 - b) I-II-III-IV
 - c) II-III-IV
 - d) I-II-III
 - e) I-II-III-IV-V

Cevap E (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.153-154*)

Varisella zoster virüsü, toxoplazmosis, HSV-tip II, CMV ve konjenital rubella sendromu hepsi mikrosefali yapabilir.

40.Teratojenik faktörlerle ilgili hangisi yanlıştır?

- a) Primer ve sekonder sifiliz tüm infantları enfekte ederse de bunların %50'si asemptomatiktir.
- b) Toxoplazmoziste şiddetli hastalıklarda koriyoretinit, hidrosefali veya mikrosefali, serebral kalsifikasyon triadı karakteristiktir.
- c) Gestasyonel varisellada yenidoğanda lösemi riski yüksektir.
- d) Konjenital rubella sendromunda konjenital anomaliler en fazla 3.-4. aylarda görülür.
- e) HSV-tip II'yi ilk trimesterde geçirenlerde abortus görülür.

Cevap D (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.153-154*)

Konjenital rubella sendromunda; 1. ay %50, 2. ay %22, 3-4. aylar %6-10 kadar konjenital anomaliler meydana gelebilir.

41.Hangisinin gebelikte kullanılması kesinlikle kontrendikedir?

- a) Asetaminofen grubu analjezikler
- b) Selosporinler
- c) Heparin
- d) Penisilinler
- e) Saç boyası

Cevap E (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.156-157*)

Asetaminofen grubu analjezikler terapötik dozda gebelikte kullanılabilir. Antibiyotiklerden penisilin ve sefalosporinlerde korkusuzca kullanılırlar. Terapötik dozda malformasyon yapmazlar. Antikoagülanlardan heparin kullanılır ama oral antikoagülanlar teratojeniktir. Son olarakta, gebelikte saç boyası kesinlikle kontrendikedir. Saç boyası anilin türevi içerir.

42.Gebelerde radyasyondan kaçınılır. Ama doğuma kadar karın bölgelerine maksimum kaç Rem radyasyon verilebilir?

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

Cevap A (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.157*)

Radyasyon fertil çağda kadının karın alt bölgesine üç ayda bir 1.5 Rem'den fazla verilmemelidir. Gebelerde doğuma kadar karın bölgelerine 1 Rem'den fazla verilmemelidir. Işın dozu 15-20 Rad ise gebelik sonlandırılmalıdır. Teşhis amacı ile radyoizotop kullanılabilir. 10. haftadan sonra fetüs tiroidi iyot tutmaya başlar. Bu yüzden radyoaktif iyot kullanılmamalıdır.

43.Aşağıdakilerden hangisinde bebek ölü ve etrafında pıhtılaşmış kan kapsül yapar?

- a) Karneöz mol
- b) Tüberoz mol
- c) Fetüs kompressus
- d) Fetüs papriseus
- e) Hiçbiri

Cevap A (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.160*)

Bazen bebek ölü ve etrafında pıhtılaşmış kan kapsül yaparsa buna karneöz mol denir. Eğer amniyon sıvısı ve koriyonik membranlar arasında hematoma meydana gelirse ve nodüler bir hal alırsa buna tüberoz mol denir. Bazen bebek içerde masere olur, fetüs kompressus denen yassılaştırmış fetüs olur. Bu parşömen kağıdı gibi bir hal almış ise buna fetüs papriseus denir.

44.Miadında bir plasenta, intrauterin kavitenin ne kadarını kaplar?

- a) 1/2
- b) 1/10
- c) 1/4
- d) 2/5
- e) 1/20

Cevap C (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.62*)

Miadında bir plasenta intrauterin kavitenin 1/4 alanını kapatırken 3/4'ü fetal dokulardan oluşur.

45.Hangi plasenta previa tipinde vaginal tuşede plasenta ve zarlardan hiçbiri hissedilmez?

- a) Plasenta previa baz insersiyö
- b) Plasenta previa marginalis
- c) Plasenta previa parsiyalis
- d) Plasenta previa totalis
- e) Hiçbiri

Cevap A (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.164*)

Baz insersiyö; aşağı segmente yapışma demektir. Plasenta normal yapışması gereken yerden daha aşağıya yapışmıştır. Servikal kanal ile ilişkisi yoktur. Vaginal tuşede plasenta ve zarlardan hiçbiri hissedilmez. En hafif formdur. Marginaliste; tuşede plasentanın bir kısmı ile temas vardır. Parsiyaliste; tuşede plasentanın bir kısmı ve zarları hissedilir. Totaliste ise; plasenta servikal kanalı tamamen kapamıştır.

46.Plasenta previa olgularında hangisi/hangileri kesinlikle kullanılmamalıdır?

- I) Vaginal doğum
- II) Versiyon
- III) Ekstraksiyon
- a) I-II-III
- b) II-III
- c) I-III
- d) II
- e) III

Cevap B (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.165*)

Vaginal doğum ve sezaryen plasenta previa olgularında kullanılabilir. Fakat hiçbir plasenta previa olgusunda versiyon ve ekstraksiyon gibi metotlar kullanılmamalıdır.

47.Dekolman Plasenter ile aynı manaya gelen hangisidir?

- Ablasiyo plasenta
- Abrupsiyo plasenta
- Plasenta previa repozisyonu
- Aksidental hemoraji
- Hepsi

Cevap E (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.165*)

Dekolman plasenter doğumdan önce plasentanın normal implantasyon yerinden kısmen veya tamamen ayrılmasıdır. %1-2 doğumda görülür.

Dekolman Plasenter; ablasiyo plasenta, abrupsiyo plasenta, plasenta previa repozisyonu ve aksidental hemoraji olarak da tanımlanır.

48.Plasenta previa ve dekolman plasenter farkları ile ilgili hangisi yanlıştır?

<u>Belirtiler</u>	<u>Plasenta previa</u>	<u>Dekolman plasentar</u>
a) Başlangıç	Yavaş	Ani, Şiddetli
b) Ağrı	Yok	Şiddetli
	(kasılma yoksa)	
c) Kanama şekli	Önce içe sonra dışa	Daima dışarı
d) Fetal hareket	Değişmez	Azalı
e) Toksemi belirtileri	Nadir	Sık

Cevap C (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.166*)

Plasenta previada kanama şekli daima dışarıdır. Dekolman plasentarda ise önce içe sonra dışa doğru bir kanama olur. Belirtiler ile dış kanama bağlantısı plasenta previada orantılı iken dekolman plasenter de orantısızdır.

49.Dekolman plasenterin en sık görülen tipi hangisidir?

- Aseptomatik vakalar (Derece 0)
- Hafif olgular (Derece 1)
- Orta şiddette olgular (Derece 2)
- Ağır olgular (Derece 3)
- Hiçbiri

Cevap B (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.166*)

Dekolman plasenterin dört tipi vardır. Aseptomatik vakalar derece 0 olarak tanımlanır, %30 görünürler. Hafif olgular (derece 1) %45 görülür. Orta şiddette olgular (derece 2) %15 görülür. Ağır olgular (derece 3) ise %10 sıklıkla görülür. Derece 0'da ayrılan kısım arkasında hematoma oluşur ve kanamayı durdurur.

Tam doğumda plasenta çıkarılınca konur. Derece 1'de 500 ml'ye kadar kanama vardır. Derece 2'de plasentanın 1/4 kadarı ayrılır. 500-1000 ml kanama meydana gelir. Derece 3'de ise plasentanın en az 2/3 kadarı ayrılmıştır. 2000 ml'ye dek kanama olur.

50.Rh izoimmünizasyonu ve ABO izoimmünizasyonu ile ilgili hangisi yanlıştır?

	<u>Rh izoimmü-</u>	<u>ABO izoimmü-</u>
	<u>nizasyonu</u>	<u>nizasyonu</u>
a) İlk çocukta görülme	%1-2	%40-50
b) İntrauterin ölüm, hidrops	Sık	Yok
c) Şiddetli anemi	Sık	Nadir
d) Şiddetli sarılık	+	+++
e) Direk Coombs testi	+	+/-

Cevap D (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.169*)

Şiddetli sarılık ve hepatomegali Rh izoimmünizasyonunda (+++) iken, ABO izoimmünizasyonunda (+) olarak gözlenir. İndirek Coombs testi Rh izoimmünizasyonunda daima (+) iken, ABO izoimmünizasyonunda ölçülemeyebilir. Yine antenatal önlem ihtiyacı Rh izoimmünizasyonunda varken, ABO izoimmünizasyonunda yoktur.

51.Hangisi preeklampsinin predispozan faktörleri arasında yer almaz?

- Nulliparite
- Anne yaşının 20'nin altı ve 35'in üzerinde olması
- Çoğul gebelik
- Beyaz ırk
- Sıcak iklim

Cevap D (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.175*)

Preeklampsi belirti triadı ödem, proteinüri ve hipertansiyondur (EPH sendromu). Predispozan faktörler ise nulliparite, siyah ırk, anne yaşının 20 altı ve 35 üzeri olması, düşük sosyoekonomik seviye, çoğul gebelik, mol hidatiform, polihidramniyoz, nonimmün fetal hidrops, diabetes mellitus, kronik hipertansiyon, sıcak iklim, gizli kalmış renal hipertansiyon ve vitamin eksikliği (özellikle B) olarak bilinir.

52.Vitamin eksikliği preeklampsinin predispozan faktörlerinden birisidir. Özellikle hangi vitamin eksikliği preeklampsiye yol açar?

- A vitamini
- B vitamini
- C vitamini
- D vitamini
- E vitamini

Cevap B (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.175*)

Preeklampsinin predispozan faktörlerinden özellikle B vitamini eksikliği dikkati çeker.

53. Preeklampside aşağıdakilerden hangisi artar?

- a) Kardiyovasküler sistemde plazma hacmi
- b) İntravasküler volüm
- c) GFR
- d) Pgl₂
- e) TxA₂

Cevap E (Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.176)

Preeklampside; kardiyovasküler sistemde plazma hacmi, intravasküler volüm, GFR ve Pgl₂ azalır. TxA₂'de ise artış gözlenir.

54. Gebelikte kan basıncı değişiklikleri nasıl olur?

I.trimester	II.trimester	III.trimester
a) Değişmez	Azalır	Artar
b) Azalır	Artar	Değişmez
c) Artar	Azalır	Artar
d) Değişmez	Artar	Azalır
e) Artar	Değişmez	Azalır

Cevap A (Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.178)

Gebelikte kan basıncı; ilk trimesterde değişmez, ikinci de azalır, üçüncüde biraz artar. İkinci trimesterde gelen hipertansiyonlu bir kadında bu azalmadan dolayı kan basıncı normal bulunabilir.

55. Eklampsi ile ilgili hangisi yanlıştır?

- a) Nörolojik hastalık olmaksızın konvülsiyon gözlenir.
- b) Postpartum 48 saatten sonra görülmez.
- c) Eklampsi krizi geçirenlerde hemen MgSO₄ vermek krizi geçirir.
- d) Hipertansiyonun kontrolü için hidralazin tercih edilir.
- e) Eklampsi krizi geçiren kadın doğuracak ise sessiz ve ışık stimülasyonu olmayan bir yerde doğurmalıdır.

Cevap C (Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.179-180)

Eklampsi; tüm doğumlarda %0.2-0.5 arasında görülür. Şiddetli preeklampsi zemininde nörolojik hastalık olmaksızın konvülsiyon geçirmesi eklampsi adını alır. Eklampsi krizi antepartum, intrapartum, postpartum dönemlerinde meydana gelebilir. Postpartum 48 saatten sonra eklampsi görülmez. Eklampsi krizi geçirenlerde hemen MgSO₄ vermek krizi geçirmez. Onun için diazepam verilmeli ve hasta uyutulmalı, fetüs monitörden takip edilmelidir.

56. Konjenital kalp hastalıkları ile ilgili hangisi yanlıştır?

- a) ASD; en sık görülenidir ve genellikle gebelikte çok iyi tolere edilir.
- b) VSD'nin küçük olanları hiçbir problem oluşturmaz.
- c) PDA'da gebelik seyri esnasında konjestif kalp yetmezliği gelişirse önce medikal tedavi ile dıgital ve diüretik verilir.

- d) Fallot tetralojisi bulunan gebelerde beyin absesi ve serebral tromboz insidansı fazladır.
- e) Eisenmenger sendromunda sezaryen endikasyonu vardır.

Cevap E (Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.180-182)

Eisenmenger sendromunda subakut bakteriyel endokardit profilaksisi uygulanır. Sezaryen endikasyonu yoktur. Hatta sezaryen ile mortalite %75'e çıkar. Obstetrik bir endikasyon varsa sezaryen yaptırılır.

57. Normal gebelikte hangisi artmaz?

- a) Bazal metabolizma hızı
- b) Total tiroksin
- c) TBG (tiroksin bağlayan globulin)
- d) Serbest tiroksin
- e) Radyoiyot uptake

Cevap D (Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.185)

Normal gebelikte; bazal metabolizma hızı, total tiroksin, TBG (tiroksin bağlayan globulin), total T₃, radyoiyot uptake ve serum kolesterol seviyesi artar. Serbest tiroksin, serbest T₃ ve mutlak iyot uptake değişmez. T₃ resin uptake'te ise azalma gözlenir.

58. Gestasyonel diabetes tanısındaki OGTT (oral glukoz tolerans testi) hangisinde doğru olarak verilmiştir?

Açlık	1.saat	2.saat	3.saat
a) 105mg/dl	180mg/dl	160mg/dl	140mg/dl
b) 105mg/dl	190mg/dl	165mg/dl	145mg/dl
c) 110mg/dl	185mg/dl	165mg/dl	140mg/dl
d) 115mg/dl	170mg/dl	160mg/dl	145mg/dl
e) 110mg/dl	190mg/dl	160mg/dl	140mg/dl

Cevap B (Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.190)

Diabetes Mellitus Tanısı;

İzleme testi	Tam kan (mg/dl)	Plazma (mg/dl)
*50 gr, 1 saat sonra →	130	140

*OGTT

Açlık →	90	105	
1. saat →	170	190	
2. saat →	145	165	
3. saat →	125	145	

59. Gestasyonel diabetes ile ilgili hangisi doğrudur?

- a) İnsülin ve glukoz plasentadan geçer ve böylece maternal bir hiperinsülinemi gözlenir.
- b) Sinsitiotrofoblastlardan salgılanan hPL maternal lipolizi artırır.
- c) Son trimesterde diabetojenik etki azalır.
- d) Diyetle 2000-2400 kalori alımı vardır ve bunun %45'i proteinlerden oluşur.
- e) Fetüs enerjisini yağlardan glikoneogenez ile sağlar.

Cevap B (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.187-190*)

Gebeliklerin %2-3 kadarı diabetes mellitus tarafından komplike edilir. Gebeliğin son dönemlerinde belirgin olmak üzere insülin direncine bağlı maternal hiperinsülinemi olur. Sinsitiotrofoblastlardan salgılanan hPL, insüline direnci sağlar ve maternal lipolizi artırır. Maternal ketozis eğilimi artmıştır. Bunun sonucu anne, enerjisini yağlardan glukoneogenez ile sağlarken fetüs depo maternal glukoz ile beslenir. İnsülin plasentadan geçemez, glukoz ise kolaylaştırılmış diffüzyon ile geçer. Son trimesterde diabetojenik etki artar. Gestasyonel diabetli hastalarda insülin alımı ve diyet ayarlanmalıdır. Günde 2000-2400 kalori alımı vardır. Bunun %20'si proteinlerden, %35'i yağlardan, %45'i karbonhidratlardan olmalıdır ve %25'ini kahvaltıda, %30'unu öğle, %30'unu akşam ve %15'ini yatarken almaktadır. Ortalama toplam kilo alımı ise 11 kg civarındadır.

60.Hangi anemi çeşidi gebelikte hemen hemen hiç görülmez?

- a) Demir eksikliği anemisi
- b) Megaloblastik anemi
- c) Pernisöz anemi
- d) İlaça bağlı hemolitik anemi
- e) Orak hücreli anemi

Cevap C (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.191-192*)

Gebelikte en önemli problem hemoglobinin düşük olmasıdır. Gebe kadın doğum ve puerperiumda da kan kaybına uğrar. Gebelikte oluşan anemi aslında gerçek bir anemi değildir. Bir dilüsyon anemisi. Gebelikte görülen anemilerin %95'i demir eksikliği anemisi. Gebelikte folik asit eksikliğine bağlı megaloblastik anemi daha çok ortaya çıkarken, B₁₂ vitamin eksikliğine bağlı pernisiöz anemi hemen hemen hiç görülmez.

61.Gebelikte üriner sistem değişiklikleri ile ilgili hangisi yanlıştır?

- a) Renal pelvis aynı kalır, üreterler genişler.
- b) Sağ üreterin genişlemesi soldan daha fazladır.
- c) Glikozüri görülebilir.
- d) 1. trimestirin erken devrelerinde renin seviyesi artar.
- e) Kreatininin endojen klirensi artar.

Cevap A (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.76*)

Renal pelvis ve üreterler genişler. Üriner staz meydana gelir. Uterus dekstrarotasyonu sağ üreterin genişlemesinin soldan daha fazla oluşunu açıklayabilir. Enfeksiyona yatkınlık gelişir. GFR, 2. trimestirden itibaren %50 kadar artar. 1. trimestirde BUN artışı GFR artışı ile telafi edilir. Renal plazma kan akımı erken ve orta dönemde %25-50 artar. Üre ve kreatininin kanda azalır. Alt ekstremitelerde ayaktaiken ödem meydana gelir. Gebelikte glukozüri normalde de olabilir. Pollaküri olur. Mesane hafif sağa yer değiştirir.

62.Hangisi gebelikte görülen toksoplazmozisin tedavisidir?

- a) Sülfadiazin ve primethadin
- b) Benzatin penisilin G veya III. kuşak sefalosporin
- c) Isoniasid ve streptomisin
- d) Nitrofurantoin veya ampisilin
- e) Aminoglikozidler

Cevap A (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.194-195*)

Toksoplazmozis TORCHS grubu enfeksiyonlardandır. Anne gebelik esnasında aktif hastalık geçirir ise fetüs %50 toksoplazmozis olur. Etken toksoplazma gondii'dir. İnkübasyon süresi genellikle 10 gündür. Etkilenmiş fetüslerde makrosefali, mikrocefali, hidrosefali, kardit, hepatit, splenomegali, koriyoretinit ve dermatit görülür. Tedavide sülfadiazin ve primethadin verilir. En az bir ay süre ile kullanılır. Aynı zamanda spiramisin de verilebilir. 20. haftadan önce tanı konursa terapötik abortus önerilir. Toksoplazma immünizasyonu kalıcıdır. Bir kere toksoplazma nedeni ile düşük yapanlar ikinci defa tokoplazma nedeni ile düşük yapmazlar.

63.Abortion terimini hangisi doğru açıklar?

- a) 28. haftadan önce doğan bebekler
- b) 20-28. haftalar arası doğan bebekler
- c) 20-28. haftalar arası doğmuş ve ağırlığı 500 gr'dan düşük olan bebekler
- d) 500 gr altında doğan tüm bebekler
- e) Hiçbiri

Cevap D (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.252*)

Abortion: 500 gramın altında doğan tüm bebekler.

İmmatür infant: 20-28. haftalar arasında doğan ve ağırlığı 500-1000 gram olan bebekler.

Preterm infant: 37. gebelik haftasına kadar doğan bebekler.

Prematür infant: 28-37. haftalar arası dünyaya gelip ağırlığı 1000-2500 gr arasında olan bebekler.

Matür infant: 38 gebelik haftasını doldurmuş ve genellikle 2500 gramın üzerindeki canlı doğan infantlar.

Postmatür infant: 42 hafta veya daha fazla süreli gebelik haftasını dolduran infantlardır.

64.En çok görülen makat gelişi hangisidir?

- a) Diz gelişi
- b) Tam ayak gelişi
- c) Tam makat gelişi
- d) Gayri tam makat gelişi
- e) Saf makat gelişi

Cevap E (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.199-200*)

Doğumların %3-4 kadarı makadi doğumlardır. Bu oran 5. ayda %40, 7. ayda %9-15, 8. ayda %6, 40. haftada %3 olarak gerçekleşir. En çok görülen ise saf makat gelişidir. Saf makat gelişi bir vaginal doğum endikasyonudur.

65. Hangisi makadi gelişte sezaryen endikasyonu değildir?

- a) Doğum ağırlığı 3500 gr'den fazla ise
- b) Saf makat gelişi
- c) Fetal başta defleksiyon varsa
- d) Primigravida age
- e) Kordon prezentasyonu

Cevap B (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4. baskı, s.202-208*)

Makadi gelişte sezaryen endikasyonları;

1. Doğum ağırlığı 3500 gr'den fazla ise
2. Dar pelvis
3. Fetal başta defleksiyon varsa
4. Kordon prezentasyonu
5. Erken membran rüptürü
6. Kıymetli bebek
7. Uzun süreli infertilite tedavisi
8. Fetal distress
9. İkiz kilitlenmesi
10. Primigravida age
11. Ağrı zaafı.

Makadi gelişte vaginal doğum endikasyonları;

1. Saf makat gelişi
2. Gestasyonel yaş 34 haftadan büyük
3. Bebek ağırlığı 2000-3500 gr
4. Fetal baş flexiyonda
5. Maternal pelvis yeterli
6. Dilatasyon tama yakın normal.

66. Hangi compound prezentasyon tipi en sık görülür?

- a) Makad + kol
- b) Yüz + kol
- c) Verteks + kol
- d) Verteks + bacak
- e) Verteks + iki ekstremitte

Cevap C (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4. baskı, s.214*)

Compound prezentasyon; multiparite, ufak bebek, iri bebek, pelvis darlığı, polihidramniyos ve obstetrik müdahaleler sonucu ortaya çıkar. %73 verteks + kol, %10 makad + kol, %8 verteks + bacak, %6 verteks + iki ekstremitte, %3 yüz + kol şeklinde olur.

67. Hangileri atonik distrosi yapabilir?

- I) Psikojenik faktörler
 - II) Spontan adrenalin deşarjı
 - III) Prezentasyon anomalileri
 - IV) Elektrolit-su denge bozuklukları
 - V) Oksitosin salınımı yetmezliği
 - VI) Aşırı oksitosin
- a) I-III-V
 - b) II-IV-VI
 - c) I-II-III-IV-V
 - d) II-III-V
 - e) I-II-III-IV-V-VI

Cevap E (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4. baskı, s.222*)

Atonik distosi; psikojenik faktörler (doğum korkuları), kronik hastalıklar (abdominal müküler yetmezlik, düşkünlük), oksitosin salınım yetmezliği, spontan adrenalin deşarjı, uterusu aşırı geren haller (çoğul gebelik, iri çocuk, polihidramniyos), prezentasyon anomalileri, baş-pelvis uyumsuzluğu, intrauterin çocuk ölümü, kesenin erken ve vakitsiz açılması, elektrolit-su denge bozuklukları, aşırı oksitosin, analjezik, anestezi verilmesi sonucu olabilir.

68. Hangisi prematür travayın sebepleri arasında yer almaz?

- a) Oligohidramniyos, polihidramniyos
- b) Psikojenik şok
- c) Sigara kullanımı
- d) Seyrek koitusta bulunma
- e) Adneks torsiyonları

Cevap D (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4. baskı, s.224*)

Prematür travayın sebepleri arasında şiddetli hipertansiyon, plasental yetersizlik, erken membran rüptürü, geçirilmiş abortus, çoğul gebelik, oligohidramniyos, polihidramniyos, psikojenik şok, sigara kullanımı, adneks torsiyonları, kalp hastalığı, konizasyon ve sık koitusta bulunma yer alır.

69. Preterm gebeliklerin uygulanabilen tokolizde bugün en çok tercih edilen hangisidir?

- a) Magnezyum sülfat
- b) Etil alkol
- c) Prostaglandin sentez inhibitörleri
- d) Beta adrenerjik agonistler
- e) Kalsiyum kanal blokerleri

Cevap D (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4. baskı, s.224-225*)

Prematür doğumun tedavisi travayın tedavisi ile gerçekleştirilebilir. Prematür doğumda sedasyon ve hidrasyondan sonra yapılabilecek ikinci aşama, tokolizdir. Tokolizin yapılması için çeşitli şartlar yerine gelmiş olmalıdır. Öncelikle fetüs sağlam olmalıdır. 36. haftadan büyük gebeliklerde tokolize gerek yoktur. Efasman %80'in, dilatasyon da 4 cm'in altında olmalıdır. Membranlar sağlam olmalıdır. Kortikosteroid verilerek sürfaktan yapımını indüklemek sureti ile 24 saat kazanılabilir. Tokolizde beta adrenerjik agonistler, magnezyum sülfat, etil alkol, prostoglandin sentez inhibitörleri ve kalsiyum kanal blokerleri gibi çeşitli maddeler kullanılmışsa da bugün daha çok tercih edilen beta adrenerjik agonistlerdir.

70. Hangisi tokseminin en yaygın olan ve olması gereken belirtisidir?

- a) Proteinüri
- b) Baş ağrısı
- c) Ödem
- d) Artmış kan basıncı
- e) Epigastrik ağrı

Cevap D (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.175-179*)

Sorudaki diğerleri toksemide vardır. Fakat en önemlisi ve yaygın olan kan basıncının artmasıdır.

71.Çok ciddi preeklampsi geçiren hastada hangisi azalır?

- a) Ürik asid
- b) Aminlere olan cevap
- c) Total vücut sodyumu
- d) Plasma volümü
- e) Hiçbiri

Cevap D (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.175-180*)

Çok ciddi preeklampsi geçiren hastada plasma volümü azalır.

72.Eklampsideki renal lezyonun aşağıdakilerden hangisi olması beklenir?

- a) Glomerüler endotelinde şişme
- b) Kortikal nekroz
- c) Hidroüreter
- d) Akut tübüler nekroz
- e) Pyelonefrit

Cevap A (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.175-177*)

Eklampside renal lezyonun, glomerüler endotelinde şişme şeklinde olması beklenir.

73.Hangisi en yaygın maternal mortalite sebeplerinden biridir?

- a) Anemi
- b) Kollajen hastalığı
- c) Pulmoner embolus
- d) Toksemi
- e) Astma

Cevap D (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.130-133*)

En yaygın maternal mortalite sebepleri;

- Kanama
- Toksemi
- Enfeksiyon
- Kalp hastalığı

74.Gravitesi 2, parası 0 ve abortusu 1 olan 24 yaşındaki bir bayan vajinal kanama ve karın ağrısı şikayetleriyle acile geliyor. Hikayesinde 2 yıl önce bir abortus geçirdiğini söylüyor. Fizik muayenede ise kan basıncı 110/70 ve ateş 38.5°C bulunuyor. Ayrıca pelvik muayenede kötü kokulu vajinal akıntı dikkati çekiyor. Sizce bu hastanın muhtemel tanısı nedir?

- a) Koriokarsinoma
- b) Hidatiform mol
- c) PID
- d) Septik abortus
- e) Ovaryan kist

Cevap D (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.162*)

Septik abortusta;

Kötü kokulu vajinal akıntı, karın ağrısı, ekstremite ağrıları, peritonit bulguları, ateş, anüri, oliguri, endotoksik şok gelişirse hipotermi meydana gelebilir. Ayrıca titreme ve sarılık da görülebilir.

75.Bir önceki sorudaki hastanın tedavisi nasıl olur?

- a) Antibiyotik kullanımından sonra küretaj
- b) Histerektomi
- c) Histerotomi
- d) Yatak istirahati ve antibiyotik
- e) Hiçbiri

Cevap A (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.162*)

Septik abortus olan hastaya kültür tayini sonucu ilk olarak antibiyotik verilir. Bunlar kloramfenikol veya penisilin olabilir. Sonraki aşama ise küretajdır.

76.Verteks prezentasyonunda fetüsün hangi parçasıyla annenin pelvisi arasındaki ilişki pozisyonu belirler?

- a) Oksiput
- b) Sakrum
- c) Akromion
- d) Mentum
- e) Sternum

Cevap A (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.199-205*)

Verteks prezentasyonunda annenin pelvisi ile fetüsün oksiputunun pozisyonu önemlidir.

JİNEKOLOJİ

77.Aşağıdakilerden hangisi hidatiform mol etiolojisinde rol oynamaz?

- a) Anne yaşının 35'in üzerinde olması
- b) Baba yaşının 45'in üzerinde olması
- c) Daha önce geçirilmiş mol hikayesi
- d) Multiparite
- e) RIA

Cevap D (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.1022-1023*)

Mol Hidatiform etiolojisinde;

- Anne yaşı >35
- Baba yaşı >45
- Daha önce geçirilmiş mol hikayesi
- ABO kan grupları→özellikle A kan grubu
- Abortus
- İlk doğum yaşı
- Menarş yaşı
- Menstrüel düzen ve infertilite hikayesi
- Nulliparite
- Tavim yöntemi ile korunma

- RIA
- OKS (Oral Kontraseptifler)
- Hayvansal proteinden fakir beslenme, faktörleri rol oynar.

78.Parsiyel molde en sık gözlenen karyotip aşağıdakilerden hangisidir?

- a) 69 XXY
- b) 69 XXX
- c) 46 XX
- d) 46 XY
- e) 45 XO

Cevap A (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.1024*)

Tipik parsiyel mol, triploidi karyotipindedir. Yani 69 XXY, 69 XXX, 69 XYY karşımıza çıkmaktadır. En sık ve %58 oranında 69 XXY, %40 oranında 69 XXX, %2 oranında 69 XYY, seks kromozomu bulunur.

79.Mol hidatiformda en sık rastlanan klinik bulgu aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Aşırı uterin büyüme
- b) Vajinal kanama
- c) Gebelik toksemisi
- d) Trofoblastik embolizasyon
- e) Teka lutein kisti

Cevap B (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.356-357*)

- Mol Hidatiformda klinik;
- Vajinal kanama→%97
- Aşırı uterin büyüme→%50
- Hiperemesiz gravidarum
- Hipertiroidizm→%7
- Trofoblastik embolizasyon→%2
- Tekalutein kisti
- Abortus, adet gecikmesi
- Gebelik toksemisi→%27

80.Akciğer metastazı olan koryokarsinomlu bir hasta FIGO evrelemesine göre hangi evrede yer alır?

- a) Evre I
- b) Evre II
- c) Evre III
- d) Evre IVa
- e) Evre IVb

Cevap C (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.1026*)

- Koryokarsinomun FIGO-anatomik klasifikasyonu;
- Evre I→Uterus korpusuna lokalize
- Evre II→Pelvis ve vajen metastazı
- Evre III→Akciğer metastazı
- Evre IV→Diğer uzak metastazlar

81.Gestasyonel trofoblastik hastalıklarda (GTH) kötü prognoz kriteri olmayan faktör, aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Daha önce kemoterapi alınmamış olması

- b) Tedavi öncesi yüksek HCG titresi
- c) Beyin ve karaciğer metastazı
- d) Son gebelik oluşalı 4 aydan uzun ise
- e) Hepsi

Cevap A (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.1025*)

- GTH'larda kötü prognoz kriterleri;
- 1. Uzun süreli (son gebelik oluşalı 4 aydan uzun ise)
- 2. Tedavi öncesi yüksek HCG titresi
- 3. Beyin ve karaciğer metastazı
- 4. Daha önce başarısız kemoterapi

82.GTH'larda tek ajan olarak, ilk seçilecek olan kemoterapik ajan aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Actinomycin-D
- b) Chlorambucil
- c) Cyclophosphamide
- d) Methotrexate
- e) Vincristine

Cevap D (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.1032-1033*)

- GTH'larda kemoterapi protokolü;
- Tek ajan;
- İlk seçilecek ajan→methotrexate
- İkincil seçilecek ajan→actinomycin-D
- Kombine;
- MAC protokolü→methotrexate
- actinomycin-D
- Cyclophosphamide
- EMA-CO protokolü→Etoposide
- Methotrexate
- Actinomycin-D
- Cyclophosphamide
- Oncovinn

83.Adenomyozis en sık hangi yaş grubunda gözlenir?

- a) 10-20
- b) 20-30
- c) 30-40
- d) 40-50
- e) 50 yaşın üzerinde

Cevap D (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.291*)

Adenomyozis en sık 40-50 yaşlarında görülür. Gebe kalmamış ve çocuk doğurmamış kadınlarda daha sıktır. Gebelik adeta profilaksidir.

84.Aşağıdakilerden hangisi endometriozis patogeneğinde yer almaz?

- a) Çöломik metaplazi
- b) Retrograd menstruasyon
- c) Endometrial hiperplazi
- d) İmmünolojik faktörler
- e) Müller kanal artıklarının aktivasyonu

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM BİLGİSİ

Cevap C (NMS Kadın Doğum, s.251; Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.291-292)

Endometriozis patogenezinde düşünülen teoriler;

- Retrograd menstruasyon
- Çöломik metaplazi
- Müller kanal artıklarının aktivasyonu
- İmmünolojik faktörler
- Çevresel faktörler
- Endometrial parçacıkların lenfatik yayılımı

85.Endometriozisde en sık rastlanan semptom veya bulgu aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Dismenore
- b) Disparoni
- c) İnfertilite
- d) Kronik pelvik ağrı
- e) Adet düzensizliği

Cevap A (NMS Kadın Doğum, s.252)

Endometriozis kliniği→sıklık sırasına göre;

- Dismenore→%60
- Disparoni→%26-50
- İnfertilite→%23-40
- Kronik pelvik ağrı
- Adet düzensizliği
- Sıklık rektal kanama

86.Endometriozisin en sık bulunduğu yer aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Pelvik periton
- b) Uterosakral ligament
- c) Overler
- d) Tuba
- e) Serviks

Cevap C (Sorularla Kadın Hastalıkları ve Doğum, s.47)

Endometriozis en sık (%65 oranında) bilateral ovarian yerleşimlidir. Ayrıca pelvik peritona anterior ve posterior cul-desac, uterosakral, raund, broad ligamanlar ve fallop tüplerine sıklıkla yerleşir.

87.Endometriozisin en iyi ve en kesin tanı yöntemi aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Pelvik muayene
- b) Laparoskopi
- c) Laparotomi
- d) Histeroskopi
- e) Histopatolojik inceleme

Cevap B (NMS Kadın Doğum, s.252)

Endometriozisin en kesin tanı yöntemi laparoskopidir. Çünkü cul-desac'daki nodülerite ve overlerin büyümesi, metastatik over Ca, bağırsak kanseri veya kalsifiye mezoteliomalarca da oluşturulabilir.

88.Endometriozis tedavisinde kullanılmayan ajan aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Siproteron asetat
- b) Medroksiprogesteron asetat

- c) GnRH analogları
- d) OKS (oral kontraseptif)
- e) 17 α etil testesteron

Cevap A (NMS Kadın Doğum, s.252-253)

Endometriozis tedavisinde kullanılan ilaçlar;

- Kombine OKS
- 17 α etinil testesteron→Danazol
- Progesterinler
- GnRH analogları

89.Aşağıdakilerden hangisi Danazol'un yan etkisi değildir?

- a) Akne
- b) Hirsutizm
- c) Kas kitlesinde artış
- d) Memelerde büyüme
- e) Flashing

Cevap D (NMS Kadın Doğum, s.253)

Danazolun yan etkileri;

- Akne
- Hirsutizm
- Kas kitlesinde artış
- Kas krampları
- Memelerde küçülme
- Flashing
- Kilo alma
- Ciltte yağlanma
- Ses kalınlaşması
- Yüzde kıllanma
- Atrofik vajinit

90.En sık görülen jinekolojik tümör hangisidir?

- a) Endometrium Ca
- b) Over tümörleri
- c) Myoma uteri
- d) Serviks tümörleri
- e) Uterus sarkomları

Cevap C (Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.282)

En sık rastlanan jinekolojik tümör uterus miyomlarıdır. Fertil çağıdaki kadınların %25 kadarında bulunur.

91.Tedavi edilmemiş endometrial hiperplazisi bulunan bir kadında endometrium kanseri gelişme riski % kaçtır?

- a) 10
- b) 25
- c) 33
- d) 40
- e) 55

Cevap A (Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.280)

Endometrial hiperplazinin endometriyal kansere dönüşme riski, tedavi edilmemişlerde %1-14'tür. Postmenapozal kadınlarda ve atipik adenomatöz hiperplazisi olan kadınlarda risk daha yüksektir.

92.Endometrial polip en sık uterusun hangi bölgesine yerleşir?

- a) Corpus
- b) Serviks
- c) Fundus
- d) Kornular
- e) İstmus

Cevap C (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.281*)

En sık fundusa yerleşir. 40-50 yaşlarında sık görülür. Genç kadınlarda adenokansere dönüşme riski %10'dur.

93.Myoma uteri'de en sık gözlenen dejenerasyon aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Kistik dejenerasyon
- b) Kalsifik dejenerasyon
- c) Karneöz dejenerasyon
- d) Hiyalen dejenerasyon
- e) Septik dejenerasyon

Cevap D (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.283*)

Hiyalen dejenerasyon en sık rastlanan dejenerasyon tipidir (%65). Genellikle asemptomatiktir. Myom büyüdükçe görüme olasılığı artar.

94.En sık görülen myom tipi hangisidir?

- a) Submuköz myom
- b) İntramural myom
- c) Subseröz myom
- d) İntraligamenter myom
- e) Servikal myom

Cevap B (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.283*)

En sık görülen tiptir. Uterus duvarı içine yerleşir. Uterusu simetrik olarak büyüten tek bir myom varsa, Kugel myomu denir.

95.En sık kanamaya neden olan myom tipi aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Subseroz
- b) İntramural
- c) Submuköz
- d) İnterligamenter
- e) Krugel myomu

Cevap C (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.283*)

Uterus kavitesine myom ne kadar yakınsa, kanama riski o kadar fazladır.

96.Bir myomda en sık gözlenen semptom hangisidir?

- a) Anormal uterin kanama
- b) Ağrı
- c) Bası belirtileri
- d) Spontan abortus
- e) İnfertilite

Cevap A (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.283*)

En sık gözlenen belirti anormal uterin kanamadır (%30). Özellikle submuköz myomlarda gözlenir.

97.Endometrium kanseri en sık hangi dönemlerde gelişir?

- a) Puberte dönemi
- b) Üreme çağı
- c) Perimenapozal dönemde
- d) Post menapozal dönemde
- e) Yaş önemli değildir.

Cevap D (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.285*)

Endometrium ca;

-Postmenapozal dönemde→%75

-Perimenapozal dönemde→%15

-Üreme çağıında→%10

-Puberte ve daha öncesi dönemlerde→%0-1 oranında gelişir.

98.Aşağıdakilerden hangisi, endometrium kanseri için risk faktörü değildir?

- a) Nulliparite
- b) Erken menapoz
- c) Hipertansiyon
- d) Obezite
- e) Anovulatuvar infertilite

Cevap B (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.963.*)

Endometrium kanseri için risk faktörleri;

Arttıranlar:

-Evlenmemişlerde

-Geç menapozda

-Unopoz östrojen

-(+ aile öyküsü

-Obezite

-Hayvansal yağ kullanımı

-Anovulatuvar infertilite

-Östrojen salgılayan tümörler

Azaltanlar:

-OKS

-Multiparite

-Sigara

99.Prognuzu en iyi olan histopatolojik endometrium kanseri hangisidir?

- a) Adenoakantoma
- b) Adenokarsinoma
- c) Seroz papiller karsinoma
- d) Musinöz adenokarsinoma
- e) Clear cell adeno karsinom

Cevap A (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.967-969*)

Prognuzu en iyi olan endometrium Ca, adenoakantomadır. 5 yıllık yaşam oranı %79.8'dir. Bu oran clear

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM BİLGİSİ

cell Ca için %44.2'dir (aynı zamanda en kötü prognozu olan Ca'dir).

Endometrium Ca'nın histopatolojik tipleri;

- Adenokarsinoma
- Adenoakantoma
- Adeno glumat Ca
- Seröz papiller Ca
- Müsinöz adeno Ca
- Skuamoz hücreli Ca
- Clear cell Ca
- İndiferansiye Ca

100.Endometrium kanseri için en iyi tanı yöntemi aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Pap smear
- b) Brush smear
- c) Endometrial biopsi
- d) Jet yıkama
- e) Brush+jet yıkama

Cevap C (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.967*)

En iyi tanı yöntemi endometrial biopsidir.

Pap smear → %67

Brush smear → %76

Endometrial biopsi → %90-95

Brush+jet yıkama → %91

101.En sık görülen endometrium Ca tipi aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Seroz papiller Ca
- b) Clear cell Ca
- c) Adenoskuamoz Ca
- d) Adeno Ca
- e) Skuamoz metaplazi

Cevap D (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.970*)

Sıklık sırasına göre;

Adeno Ca→%79.8

Skuamoz metaplazi→%67.5

Adeno skuamoz→%53.1

Clear cell→%44.2

Seroz papiller→%37.6

102.Aşağıdakilerden hangisi Endometrium Ca için prognostik faktör değildir?

- a) Yaş
- b) Vajinal kanama
- c) Histolojik tip
- d) Myometrial invazyon
- e) Tedavi tipi

Cevap B (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.969*)

Prognostik faktörler;

-Yaş

-Histolojik tip

-Histolojik grade

-Myometrial invazyon

-LVS1

-Lenf nodu tutulumu

-Tümör büyüklüğü

-Periton sitolojisi

-Hormon reseptör durumu

-DNA ploidi

-Tedavi tipi

103.Endometrium Ca'nın en sık görülen semptomu aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Kitle
- b) Ağrı
- c) Kanama
- d) Kilo kaybı
- e) Genel halsizlik

Cevap C (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.967-968*)

Kanama→%90 oranında gözlenen en önemli semptomdur. Ağrı %10 oranında gözlenir. Diğerlerine daha az sıklıkta rastlanır.

104.Tanı esnasında Endometrium Ca'nın % (yüzde) kaç Evre I'dedir?

- a) %90
- b) %75
- c) %50
- d) %25
- e) %5

Cevap B (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.969*)

Tanı esnasında hastaların;

%74.8'i→Evre I

%11.4'ü→Evre II

%10.7'si→Evre III

%2.9'u→Evre IV

Bilinmeyen→%0.2

105.Vajinal metastazı olan Endometrium Ca'i hangi evrededir?

- a) Ic
- b) Ila
- c) IIIa
- d) IIIb
- e) IVa

Cevap D (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.969*)

Ayrıntılı bilgi için 17. sorunun cevabına bakınız.

106.Endometrium Ca en çok hangi yolla yayılır?

- a) Komşuluk yolu ile
- b) Lenfatik yayılım
- c) Hematojen yayılım
- d) İatrojenik yayılım
- e) Transtubal hücre ekfoliasyonu

Cevap A (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.967*)

En sık yayılım şekli direkt (komşuluk) yayılımdır.

107.Uterus serozasında kanser bulunan ve peritoneal sitolojisi pozitif olan endometriyal kanserli bir hasta hangi evrededir?

- a) Evre Ib
- b) Evre Ic
- c) Evre IIa
- d) Evre IIIa
- e) Evre IIIb

Cevap D (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.969*)

Endometrium Ca'nin FIGO evrelemesi;
 Evre Ia→Tümör sadece endometriumda
 Evre Ib→Tümör <1/2 myometrial invazyon yapmış
 Evre Ic→Tümör >1/2 myometrial invazyon yapmış
 Evre IIa→Endoservikal glandüler invazyon
 Evre IIb→Endoservikal stromal invazyon
 Evre IIIa→Pozitif peritoneal sitoloji, adneksial metastaz
 Evre IIIb→Vajinal metastaz
 Evre IIIc→Retroperitoneal lenf nodu metastazi
 Evre IVa→Mesane ve/veya rektum mukozası tutulmuştur.
 Evre IVb→Uzak metastaz

108.Aşağıdakilerden hangisi serviks kanseri etiyolojisinde rol oynamaz?

- a) Yüksek sosyoekonomik düzey
- b) Erken yaşta koitus
- c) Multipartner
- d) HSV enfeksiyonları
- e) Sigara

Cevap A (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.942-943*)

Serviks kanseri etiyolojisinde;
 -Düşük sosyoekonomik düzey
 -Erken yaşta koitus
 -Kötü hijyen
 -Hayat kadınları
 -Multipartner
 -Seksüel geçişli hastalık öyküsü
 -HSV Tip 2
 -HPV
 -Sigara
 -Vitamin C, Beta karoten ve Folat eksikliği

109.Aşağıdakilerden hangisi serviks kanserlerinin öncü lezyonu olarak kabul edilir?

- a) Erozyon
- b) Eversiyon
- c) Ektropiyon
- d) Servikal intraepitelyal neoplazi (CİN)
- e) Erezyon

Cevap D (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.271-273*)

CİN, serviks yassı epitel tabakasında lokalize anormal dokudur. Patoloji sadece serviks epitelinin bazal tabakasında ise CIN-I, bazal ve intermedier tabakalarında ise CIN-II, her 3 tabakayı da (bazal, intermedier, süperfisiyal) tutmuşsa CIN-III olarak kabul edilir. Ortalama olarak her birinin arası 5 yıldır. Tedavi CIN-I' de de CIN-III'te de aynıdır.

110.Servikste bir lezyonu takiben yapılan pap smear'da class II sonucu gelmiştir. Olası tanınız nedir?

- a) Normal doku
- b) İnflamasyon
- c) CIN
- d) Şüpheli malignite
- e) Kesin malignite

Cevap B (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.276*)

Papa Nikola (Pap Smear)
 Clas I→Normal hücreler
 Class II→İnflamatuvar hücre varlığı (inflamasyon)
 Clas III→Sitoplazma ve nükleus yapı bozukluğu vardır.
 Clas IV→Muhtemel malignite
 Clas V→Kesin malignite

111.IVP'de hidronefroz, nonfonksiyone böbrek gözlenen ve vajinanın 1/3 alt kısmına yayılım gösteren serviks kanserinin evresi kaçır?

- a) Evre I
- b) Evre IIb
- c) Evre III
- d) Evre IVa
- e) Evre IVb

Cevap C (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.276*)

FIGO evrelemesi;
 Evre O→İn situ karsinom
 Evre I→Kanser servikste sınırlıdır.
 IA1→Mikroskopik tanı konabilen minimal stromal invazyon (<1 mm)
 IA2→Mikroskopik tanı konabilen ve ölçülebilen invazyon. Derinliği epitelyal tabakada 5 mm, horizontal yayılımda 7 mm'yi geçmemelidir.
 Ib→Klinik bulgu var veya yok, Evre IA2'den büyük boyutta lezyon. Lenfovasküler invazyon evrelemeyi değiştirmez. Tedavi planında göz önüne alınır.
 Evre II→Yayılım serviksi aşmıştır. Kemik pelvis, intaktır. Vajina 2/3 üst kısmına yayılmıştır.
 2A→Belirgin parametrial invazyon yok.
 2B→Belirgin parametrial invazyon mevcut.
 Evre III→Kemik pelvise kadar yayılmıştır. Rektal tuşede kemik pelvis duvarı ve tümör arasında kansersiz mesafe yok. Tümör vajina 1/3 alt kısmına yayılmıştır. Tüm olgularda hidronefroz, nonfonksiyone böbrek vardır.

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM BİLGİSİ

Evre IV→Kanser küçük pelvisten dışarıya yayılır. Klinik olarak mesane veya rektum mukozası tutulur. Büllöz, ödemli olgular, bu devreye sokulamaz.

4a→Kanser komşu organlara yayılır (Rektum, mesane).

4b→Uzak organ metastazı

112.Serviks kanserinin prognozu açısından en önemli yayılım şekli aşağıdakilerden hangisidir?

- Vajinal yayılım
- Endometrial yayılım
- Direkt yayılım
- Lenfatik yayılım
- Hematojen yayılım

Cevap D (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.945*)

Serviks kanserlerinde lenfatik yayılım, en önemli prognostik faktörlerden biridir. Kanser hücreleri lenfatik damarlara girer girmez yayılım başlar.

113.En sık görülen malign over tümörü aşağıdakilerden hangisidir?

- Sertoli leydig hücreli tümör
- Seröz tümör
- Müsinöz tümör
- Adenokarsinom
- Gonadoblastoma

Cevap B (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.307*)

Overin en sık görülen malign tümörleridir. %70 benign, %25 malign, %5 borderline tümörlerdir. Multiloküler veya uniloküler olabilirler. Seröz yüzde, papillomatöz yapılar mevcuttur. Psammoma cisimciklerini içerirler.

114.Aşağıdakilerden hangisi epitelyal over tümörü değildir?

- Seröz tümörler
- Endometriyoid karsinom
- Clear hücreli tümörler
- Brenner tümörleri
- Embriyonel karsinom

Cevap E (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.301*)

Epitelyal over tümörleri;

- Seröz (benign, borderline, malign) tümörler
- Müsinöz (benign, borderline, malign) tümörler
- Endometriyoid (benign, borderline, malign) tümörler
- Clear hücreli tümörler (mezonefroid)
- Brenner tümörler
- Miks epitelyal tümörler
- İndiferansiye kanserler
- Sınıflandırılmayanlar

115.Jinandroblastoma overin hangi sınıf tümürüdür?

- Epitelyal over tümörü
- Seks kord stromal tümör
- Lipid hücreli tümör
- Gonadoblastoma
- Germ hücreli tümör

Cevap B (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.301*)

Jinandroblastoma seks kord stromal tümördür. Ayrıca bu sınıfta;

-Granüloza stromal tümörler;→granüloza hücreli

-tekoma

-fibroma

-sınıflandırılmayan

-Andro blastomlar→a) İyi diferansiye (sertoli-leydig hücreli tümör, leydig hücreli tümör, Tübüler androblastoma, lipid depolayan sertoli hücreli tümör)

b) Orta derece diferansiye

c) Az diferansiye

-Jinandroblastoma

-Sınıflandırılmayan

116.Aşağıdaki over tümörlerinden hangisi psödo miksoma peritonei'ye yol açar?

- Seröz tümörler
- Müsinöz tümörler
- Embriyonel tümörler
- Granüloza hücreli tümör
- Brenner tümörü

Cevap B (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.307-308*)

Müsinöz tümörler: Epitelyal over tümörlerinin %8-10'unu oluştururlar. Malignite potansiyelleri düşüktür. Seröz tümörlere göre daha büyük çaplara ulaşırlar. Uni, multioküler olabilir. İntestinal hücre tipine farklılaşma vardır. %10 bilateraldir. Abdominal kaviteye musin birikimine pseudomiksoma peritonei denir. Peritonda, vejetasyonlar, adezyonlar meydana gelir.

117.En sık rastlanan germ hücreli tümör aşağıdakilerden hangisidir?

- İmmatür teratom
- Koriyokarsinom
- Endodermal sinüs tümörü
- Disgerminoma
- Embriyonel karsinom

Cevap D (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.309*)

En sık rastlanan germ hücreli tümördür (%50). %80'i, 10-30 yaş arası görülür. Profaz safhasında gelişimi durmuş tetraploid DNA içeren oositlerden gelişmektedir. Seks kromozom anomalisi olanlarda sıklıkla gözlenmektedir. Kendini pelvik ağrı ile belli eder. AFP ve hCG'nin negatif olduğu tümörlerdir. Prognozu en iyi olan germ hücreli tümördür.

118.Aşağıdakilerden hangisi over kanserleri için risk faktörü değildir?

- İnfertilite
- Endometrium Ca öyküsü
- Kombine OKS kullanımı
- Nulliparite
- İleri yaş

Cevap C (Kışnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.982)

Over kanseri riskleri;

Arttıranlar

-Yaş (ileri)

-İrk

-Nulliparite

-İnfertilite

-Genetik

-Meme ve endometrium kanser öyküsü

Azaltanlar

-Doğum

-Kombine OKS

-Emzirme

Şüpheli olan faktörler

-Talk aspestoz

-Fertilite ilaçları

-Postmenapozal östrojen kullanımı

-Menarş-menapoz yaşı

-Tubal ligasyon

-Histerektomi

-Kahve-alkol tüketimi

-Viral enfeksiyonlar

-Safra, tiroid hastalıkları

119.Malign epitelyal over tümörlerinde en sık gözlenen semptom hangisidir?

a) Karın ağrısı

b) Gastrointestinal semptomlar

c) Üriner semptomlar

d) Anormal vajinal kanama

e) Kilo kaybı

Cevap A (Kışnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.985)

Malign epitelyal over tümörlerinde semptomlar;

-Karında gerginlik/ağrı→%50

-Karında şişlik→%50

-Gastrointestinal belirtiler→%20

-Üriner semptomlar→%18

-Anormal vajinal kanama→%15

-Kilo kaybı→%15

120.Over tümörlerinin en sık ve en erken yayılım şekli aşağıdakilerden hangisidir?

a) Hematojen yayılım

b) Lenfatik yayılım

c) Komşuluk yolu ile yayılım (transkölomik)

d) İatrojenik

e) Hiçbiri

Cevap C (Kışnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.985)

Over tümörleri peritoneal kaviteye eksfolie olan hücrelerle transkölomik, lenfatik ve hematojen yolla yayılırlar. En erken ve en sık transkölomik yayılımdır. Dökülen hücreler peritoneal sıvının yayılım yollarını

izler ve bu yolla supdiyafragmatik alanlar ve intraperitoneal metastazlar olur.

121.Aşağıdakilerden hangisi erken evre over kanserleri için prognostik faktör değildir?

a) Evre

b) Histolojik tip

c) Tümörün büyüklüğü

d) Kapsül rüptürü

e) Pozitif peritoneal sitoloji

Cevap C (Kışnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.987)

Erken evre over kanserleri için prognostik faktörler;

-Evre

-Kapsül rüptürü

-Histolojik tip

-Histolojik grade

-Pozitif peritoneal sitoloji

-Asit

-Çevre ile yapışıklıklar

-Biyolojik markerler

122.Retroperitoneal lenf tutulumu olan over kanserinin evresi kaçtır?

a) Evre 2b

b) Evre 3a

c) Evre 3b

d) Evre 3c

e) Evre 4a

Cevap D (Kışnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.986)

Açıklama için bakınız 123. sorunun cevabı.

123.Uterus ve tüplere yayılım gösteren over kanserinin evresi kaçtır?

a) Evre 1c

b) Evre 2a

c) Evre 2b

d) Evre 2c

e) Evre 3a

Cevap B (Kışnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.986)

Over kanserlerinde FIGO evrelemesi;

Evre I Overlerde sınırlı tümör

Ia-Tek overde sınırlı tümör; Dış yüzeyde sınırlı tümör veya malign hücre içeren asit veya yıkama sıvısı yok; kapsül intakt.

Ib-Her 2 overle sınırlı tümör; Dış yüzeyde tümör veya malign hücre içeren asit veya yıkama sıvısı yok; kapsül intakt.

Ic-Tek veya her 2 overde sınırlı tümör; ancak malign hücre içeren asit veya yıkama sıvısı veya dış yüzeyde tümör mevcut veya kapsül yırtılmış.

Evre II-Pelvik yayılım gösteren tek veya her iki overle sınırlı tümör.

2a-Uterus ve/veya tüplere yayılım gösteren tümör

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM BİLGİSİ

2b-Diğer pelvik dokulara yayılım gösteren tümör
2c-Tümör evre 2a veya 2b; ancak malign hücre içeren asit veya yıkama sıvısı veya dış yüzeyde mevcut tümör veya kapsül yırtılmış.

Evre III-Pelvis dışında peritoneal implantlar ve/veya retroperitoneal ve/veya inguinal lenf nodu tutulumu mevcut (karaciğer yüzeyindeki implantlar evre III olarak kabul edilir).

3a-Abdominal peritoneal yüzeylerde histolojik olarak kanıtlanmış mikroskopik yayılım; lenf nodu tutulumu yok.

3b-Abdominal peritoneal yüzeylerde 2 cm'yi aşmayan makroskopik implantlar mevcut; lenf nodu tutulumu yok.

3c-Abdominal peritoneal yüzeylerde 2 cm'nin üzerinde implantlar mevcut ve/veya retroperitoneal veya inguinal lenf nodları tutulmuş

Evre IV-Uzak metastazlar

124.Evre I over kanserlerinde ortalama 5 yıllık yaşam % (yüzde) olarak kaçtır?

- a) %95
- b) %85
- c) %45
- d) %20
- e) %10

Cevap B (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.992*)

Over kanserlerinde ortalama 5 yıllık sağ kalım oranı %37'dir. Bu oran;

Evre I→%85

Evre II→%58

Evre III ve IV'te→%2'dir.

125.Radyoterapiye en iyi cevap veren over tümörü aşağıdakilerden hangisidir?

- a) İmmatür teratom
- b) Matür solid teratom
- c) Koriyokarsinoma
- d) Endodermal sinüs tümörü
- e) Disgerminoma

Cevap E (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.1004*)

Radyoterapiye en iyi yanıt veren over tümörü disgerminomadır. Ancak fertilitenin kaybı nedeniyle radyasyon, first-line tedavi olarak nadir kullanılmaktadır.

126.Over tümörlerinde görülen mikroskopik yapılar ve over tümörleri karşılaştırılmıştır. Uygun olmayan hangisidir?

- a) Schiller-Duvall cisimciği→Endodermal sinüs tümörü
- b) Psammoma cisimcikleri→Seröz tümörler
- c) Goblet→müsinöz tümörler
- d) Call-exner cisimciği→Sertoli-Leydig hücreli tümör
- e) Taşlı yüzük hücresi→Krukenberg tümörü

Cevap D (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.309*)

Diğer eşlemeler doğrudur. Call-exner cisimciği Granüloza hücreli tümörler için patognomiktir.

127.Akut pelvik inflamatuvar hastalık (PİD) en sık hangi lokalizasyonda görülür?

- a) Endometrium
- b) Myometrium
- c) Endoserviks
- d) Tuba
- e) Overler

Cevap D (*NMS Kadın Doğum, s.241*)

En çok tubaları tutar ve çoğunlukla tubanın yapı veya fonksiyonlarını bozan olayların arkasından ortaya çıkar.

128.PİD en sık hangi yaş grubunda görülür?

- a) 5-15 yaşları arasında
- b) 15-25 yaşları arasında
- c) 25-35 yaşları arasında
- d) 35-45 yaşları arasında
- e) 45-55 yaşları arasında

Cevap B (*NMS Kadın Doğum, s.241*)

Hastalık 14-15 yaşlarında ve özellikle 20 yaş civarında ortaya çıkmaktadır. Seksüel yönden aktif olan kadınların %1-2'sinde rastlanan hastalıkta en ciddi enfeksiyonlar 16-25 yaşları arasında gözlenmektedir.

129.Aşağıdaki kontrasepsiyon yöntemlerinden hangisinin PİD'e karşı koruyuculuğu en yüksektir?

- a) OKS
- b) RIA
- c) Coitus interruptus
- d) Kondom
- e) Spermisid jel

Cevap A (*NMS Kadın Doğum, s.241-242*)

OKS kullanan kadınların PİD'e karşı koruyuculuğu artmıştır. OKS kullanan kadınlar arasında PİD oranı 100 kadın yılında 0.91'dir. Bu oran RIA için 5.21, bariyer yöntemleri için (Kondom, spermisid jel) 1.39'dur. Coitus interruptus için böyle bir araştırma yapılmamıştır.

130.PİD'e en sık neden olan mikroorganizma aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Klamidya trachomatis
- b) Neisseria gonore
- c) E.Coli, proteus
- d) Mycoplasma hominis
- e) Aktinomyces israeli

Cevap B (*NMS Kadın Doğum, s.242*)

Yukarıda adı geçen mikroorganizmaların tamamı PİD etiyojisinde rol oynar. Ancak N.gonore, tüm PİD'li kadınların 1/3'ünde ajan patojen olarak saptanmıştır.

131. Aşağıdakilerden hangisi PID etiyolojisinde (hazırlayıcı faktör) yer almaz?

- a) Menstruasyon
- b) Cinsel ilişki
- c) Histerosalpingografi
- d) Elektif abortus
- e) Ektopik gebelik

Cevap E (NMS Kadın Doğum, s.242)

a, b, c, d şıklarına ek olarak RIA, dilatasyon küretaj, Radium uygulaması da hazırlayıcı faktörlerdir. Ektopik gebelik hazırlayıcı faktör değil sonuçtur.

132. Özellikle tek taraflı abse oluşturan ve RIA kullanan kadınların %15'inde PID'e yol açan mikroorganizma aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Neisseria gonore
- b) Klamidya trachomatis
- c) Aktinomyces israeli
- d) Mycoplasma hominis
- e) Bakterioides fragilis

Cevap C (NMS Kadın Doğum, s.242)

RIA kullanmayan kadınlarda gözlenmez. RIA kullanan kadınların %15'inde PID'e neden olur ve özellikle tek taraflı abse oluşturur.

133. Cinsel yolla bulaşabilen ve Granüloma inguinale etkeni olan mikroorganizma aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Chlamidya trachomatis
- b) Calymmatobacterium Granülomatis
- c) Corynebacterium vajinale
- d) Heamophilus ducreyi
- e) Treponema pallidum

Cevap B (NMS Kadın Doğum, s.288)

Pleomorfik Gr (-) basildir. Alt genital traktusta ülseratif ve granülatöz lezyonlar oluşturur. Cinsel yolla bulaşır. İnkübasyon dönemi 1 aydır. İlk lezyon ağrısız pembe veya koyu kırmızı kenarları düzensiz bir ülserdir. Hastalığın 2. döneminde koyu kırmızı granülasyon dokusu ve skar oluşumu vardır. İlerlemiş lezyonlar belli şekilde hipertroftiktir. Wrights ve Giemza ile boyanan doku biyopsilerinde donovan cisimcikleri gözlenir. Tedavide tetrasiklin kullanılır.

134.6 yaşındaki bir kız çocuğunda, vaginal akıntı ve vaginal kanamanın, en olası nedeni aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Granüloza hücreli tümör
- b) Follikül kisti
- c) Gerçek puberte prekoks
- d) Vajende yabancı cisim
- e) Sarkoma Batrioides

Cevap D (NMS Kadın Doğum, s.262)

Travmatik vajinit, bir yaralanma veya kimyasal irritasyon sonucu gelişir. Pediatrik hastalarda ise enfeksiyon veya travmanın kaynağı vajinadaki yabancı cisimlerdir.

135. Koyu kıvamlı, beyaz, yapışkan akıntıya ve şiddetli vulvar kaşıntıya yol açan, Nickerson besiyerinde üreyebilen mikroorganizma aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Kandidiyazis
- b) Trikomoniyazis
- c) Gardnerella vajinalis vajiniti
- d) Atrofik vajinit
- e) Granüloma inguinale

Cevap A (NMS Kadın Doğum, s.260)

Kandidiyazis vajinitinde koyu kıvamlı, beyaz bir akıntı ile aşırı vulvar kaşıntı tipiktir. Semptomlar tekrarlayabilir ve menslerden hemen önce ve sıklıkla gebelikte çok belirgindir. Akıntı %10 potasyum hidroksit veya SF ile incelendiğinde hifler ve psödohifler gözlenir. Nickerson besiyerinde kültür ve gram boyama, zor vakaların tanısında yardımcıdır. Tedavide klotrimazol veya mikonazol kullanılır.

136. Patogonomik Clue Cell (hücre) ve Whiff testi (kokmuş balık kokusu) hangi mikroorganizma için geçerlidir?

- a) C. albicans
- b) T. vajinalis
- c) G. vajinalis
- d) H. Ducreyi
- e) T. pallidum

Cevap C (NMS Kadın Doğum, s.261)

Sulu, kötü kokulu, düşük viskoziteli homojen bir akıntı oluşturur. SF ile yapılan preparatlarda gözlenen clue cell patogonomiktir. Alınan akıntıya %10'luk potasyum hidroksit uygulandığında kokmuş balık kokusuna benzer bir koku oluşur. Vulva ve vajinada irritasyona pek neden olmaz.

137. Günümüzde en yaygın veneral hastalık aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Granüloma inguinale
- b) Herpes genitalis
- c) Lenfogradüloza venerum
- d) Yumuşak şankr
- e) Gonore

Cevap B (NMS Kadın Doğum, s.262)

En yaygın veneral hastalık Herpes genitalistir. Çoğunun nedeni HSV-2'dir. HSV-1 ise vakaların %13'ünden sorumludur. En sık ergenlik çağındaki kızlarda ve bekar kadınlarda gözlenir.

138. Aşağıdaki viruslardan hangisi condyloma akuminatum'a yol açar?

- a) HSV
- b) HIV
- c) HPV
- d) Malloscum contagiozum
- e) Poks viruslar

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM BİLGİSİ

Cevap C (NMS Kadın Doğum, s.290)

HPV, büyük ana genital siğiller (Condyloma akumina-
tum) oluşturur. Alt genital traktusun değişik yerlerinde
olabilir. Tanı genelde inspeksiyonla konur.

**139.Evli bir çiftin yeterli ve düzenli cinsel ilişki ile bir
yıl sonunda çocuk sahibi olabilme olasılığı yüzde
(%) kaçtır?**

- a) %25
- b) %40
- c) %60
- d) %75
- e) %85

Cevap E (Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum
Bilgisi, 4.baskı, s.365)

Düzenli ve yeterli cinsel ilişki ile;
bir siklusta gebe kalma olasılığı %25
3. ayda→%57
6. ayda→%75
12. ayda→%85'tir.

**140.Postkoital test menstrüel siklusun kaçınıc gün-
lerinde yapılır?**

- a) 5-10
- b) 10-15
- c) 15-20
- d) 20-25
- e) 25-30

Cevap B (Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum
Bilgisi, 4.baskı, s.367)

Post koital test siklusun 10-15. günlerinde yapılmalı
(Servikal mukusun en uygun olduğu dönemdir).

**141.Histerosalpingografinin kontrendike olmadığı
durum hangisidir?**

- a) Konjenital uterus anomalisi
- b) Gebelik şüphesi
- c) Akut PID
- d) Alt üriner sistem enfeksiyonu
- e) Uterin kanama

Cevap A (Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum
Bilgisi, s.1251-1252)

HSG'nin kontrendike olduğu durumda;
-Gebelik şüphesi
-Uterin kanama
-Alt üriner sistem enfeksiyonu
-Akut PID atağı
-Kontrast madde allerjisi

**142.Aşağıdakilerden hangisi standart spermogram
için yanlıştır?**

- a) Semen pH'sı→4.7-5.7
- b) Semen volümü→2-6 ml
- c) Sperm morfolojisi≥%70 normal
- d) Sperm mobilitesi≥%25
- e) 1 ml'de 20 milyonun üstünde sperm

Cevap A (NMS Kadın Doğum, s.312; Türkiye Klinikleri,
Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.372)

Semen analizinde;
pH→7.2-7.8

**143.Aşağıdakilerden hangisi servikal mukusu değer-
lendirmede kullanılan bir tetkik değildir?**

- a) Bazal vücut ısısı
- b) Post koital test
- c) Spin barkeit testi
- d) Fern-like testi
- e) Antisperm antikor testi

Cevap A (Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum
Bilgisi, 4.baskı, s.366-367)

Servikal mukusu değerlendirmede;
-Sims hühner testi
-Fern-like testi
-Spin-barkeit testi
-Kurzrok miller testi
-Kramer çapraz testi
-Antisperm antikor testi kullanılır.

**144.Aşağıdakilerden hangisi infertilitenin kardinal
tetkiklerinden değildir?**

- a) Postkoital test
- b) Spermogram
- c) HSG
- d) USG
- e) Laparoskopi

Cevap D (Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum
Bilgisi, 4.baskı, s.365-373)

İnfertilitenin kardinal tetkikleri;
-Postkoital test
-Spermogram
-HSG
-Ovulasyon tetkikleri

**145.En iyi ve en güvenilir kontrasepsiyon yöntemi
aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Vajinal lavaj
- b) Ritm metodu
- c) OKS
- d) RIA
- e) Kondom

Cevap C (Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum
Bilgisi, 4.baskı, s.360-364)

Kontrasepsiyon Yöntemleri ve başarısızlık oranları;
Kondom→%9.6
Vajinal lavaj→%31
Vajinal diafragma→%12-20
Laktasyon→%20-40
Ritm metodu→%15-38
Koitus interruptus→%35
RIA→%4.6
OKS→%1-1.5
Tubal sterilizasyon ve vazektomi→%0

146. Aşağıdakilerden hangisinde OKS (oralkont-raseptifler) kontrendikedir?

- Tromboflebit
- Koroner arter hastalığı
- Konjenital hiperlipidemi
- Anemi
- Hipertansiyon

Cevap D (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.364*)

OKS'lerin kullanılmaması gereken durumlar;

Mutlak

- Tromboflebit
- CNS olaylar
- Koroner arter hastalığı
- Östrojen bağımlı neoplazmlar
- Anormal jinekolojik kanama
- Gebelik şüphesi
- Karaciğer fonksiyon testlerinde bozukluk
- Konjenital hiperlipidemi

Rölatif

- Migren
- Epilepsi
- Depresyon
- DM
- Laktasyon
- Safra kesesi hastalığı
- Oral hücreli anemi
- Hipertansiyon
- Aşırı sigara kullanımı

147. Aşağıdakilerden hangisi spermidin etki biçimlerinden değildir?

- Sperm motilitesinin azaltılması
- Spermilerin öldürülmesi
- Akrozomal enzim inaktivasyonu
- Lipoprotein yapılı dış yüzey tabakasının bozulması
- Vajinal asiditesinin nötralizasyonu

Cevap E (*NMS Kadın Doğum, s.226-227*)

Spermidinlerin 2 temel bileşimi vardır. Aktif ajan ve taşıyıcı madde. Aktif ajan spermatozoaların dış yüzeylerindeki lipoprotein tabakasının parçalanmasını sağlayarak sperm ölümüne neden olur. Spermidinler sperm motilitesini azaltırlar ve enzim inaktivasyonunu sağlarlar.

148. Aşağıdaki faktörlerden hangisi OKS'nin bir etkisi değildir?

- Fe eksikliği anemisi riskini azaltır.
- Dismenoreyi tedavi eder.
- Romatooid artrit riskini azaltır.
- Osteoporoz riskini azaltır.
- Klamidya enfeksiyon riskini düşürür.

Cevap E (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.147*)

- OKS'nin olumlu etkileri;
- Adet düzenini sağlar.
- Akne tedavisine iyi gelir.
- Benign meme hastalıklarını azaltır.
- Osteoporoz riskini azaltır.
- Romatooid artrit riskini azaltır.
- Pelvik enfeksiyon riskini azaltır.
- Over kanseri riskini azaltır.
- Ektopik gebeliği önler.
- Dismenoreyi tedavi eder.
- Klamidya enfeksiyon riskini artırır (olumsuz).
- Kan basıncını yükseltir (olumsuz).

149. Aşağıdakilerden hangisi kombine OKS'lerin yan etkilerinden değildir?

- Mide bulantısı
- Adet miktarının artması
- Baş ağrısı
- Kilo artışı
- Baş dönmesi

Cevap B (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.148*)

Kombine OKS'lerin yan etkileri:

- Mide bulantısı
- Baş ağrısı
- Baş dönmesi
- Adet miktarının azalması
- Kilo artışı
- Göğüslerde duyarlılık

150. RIA'nın kullanım kontrendikasyonu olmayan faktör aşağıdakilerden hangisidir?

- Gebelik şüphesi
- PID (Pelvik inflamatuvar hastalık)
- Laktasyon
- Jinekolojik kanserler
- Tanı konmamış vajinal kanama

Cevap C (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.155*)

Mutlak Kontrendikasyonlar

- Gebelik şüphesi
 - PID
 - Vajinal kanama
 - Konjenital anomali
 - Jinekolojik kanserler
- Rölatif Kontrendikasyonlar
- Aşırı dismenore
 - Cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü
 - Ektopik gebelik öyküsü
 - Anemi, Wilm's hastalığı
 - DM, Bakır allerjisi
 - İmmün sistem depresyonu
 - Pıhtılaşma bozukluğu

151. Primer amenorenin en sık nedeni aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Gonadal disgenезis
- b) Prematür over yetmezliği
- c) Hymen imperferatus
- d) İntrauterin sineşiler
- e) Anoreksiya nervoza

Cevap A (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.1178*)

Primer amenorenin %30-40'ını oluşturan Gonadal disgenезi en sık nedenidir. Gonadotropinlerin yüksek olduğu bu grupta dış görünüşler nasıl olursa olsun, mutlaka karyotip incelemesi yapılmalıdır. Gonadal disgenезi olguları karyotip sonuçlarına göre 3 grupta toplanır. 45X, 46XX ve mozoikler.

152. Aşağıdakilerden hangisi anovulasyonun en sık nedenidir?

- a) Hiperprolaktinemi
- b) Hipogonadotropik hipogonadizm
- c) Prematür over yetmezliği
- d) Uterus anomalileri
- e) Tiroid disfonksiyonu

Cevap A (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.1181*)

Anovulasyon nedenleri ve sıklık dereceleri:

- Hiperprolaktinemi→%35
- Hipogonadotropik hipogonadizm→%5
- Prematür over yetmezliği→%5
- Uterus patolojileri→%3
- Tiroid disfonksiyonu→%2

153. Aşağıdakilerden hangisi galaktoreye neden olmaz?

- a) Hipofiz sapı kesisi
- b) Meme başı uyarımı
- c) Dopamin agonistleri
- d) Kraniofarenjioma
- e) Herpes zoster enfeksiyonu

Cevap C (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.377*)

Galaktore nedenleri:

- Hipotiroidizm
- Prolaktinoma
- İdiyopatik hiperprolaktinemi
- Hipofiz sapı kesisi
- Periferik sinir uyarımı
- Meme başı uyarımı
- Ensefalit
- Herpes zoster
- Kraniofarenjiyoma
- Psödötümör serebri
- Hipotalamik tümörler
- Dopamin antagonistleri

154. Aşağıdakilerden hangisi testiküler feminizasyonun bir özelliği değildir?

- a) Karyotip 46 XY'dir.
- b) Gonadlar testistir.
- c) Dış genitaler dişidir.
- d) ST Redüktaz enzim aktivitesi düşüktür.
- e) Meme gelişimi vardır.

Cevap A (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.373*)

Testiküler feminizasyonun özellikleri:

- ST Redüktaz enzim aktivitesi düşüktür.
- Karyotip 46 XX'tir.
- Gonadlar testistir.
- Tüy gelişimi yoktur.
- Vagen ve uterus gelişimi tam değildir.
- Dış genitaler dişidir.
- X'e bağlı resesif geçer.
- Spermatogenez yoktur.
- Primer amenore vardır.

155. Primer amenoreye yol açan, orta hat defektlere neden olan ve koku alma duyu bozukluğu olan hastalık aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Anoreksiya nervoza
- b) Turner sendromu
- c) Post pil sendromu
- d) Kallman sendromu
- e) Reifenstein sendromu

Cevap D (*NMS Kadın Doğum, s.320*)

Kallman sendromu primer amenoreye yol açar. Koku alma duysuzdur. Yarık damak, yarık dudak gibi orta hat defektlerine neden olur.

156. Hirsutizmin en sık nedeni aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Konjenital adrenal hiperplazi
- b) Polikistik over sendromu (PCOS)
- c) Gebelik luteoması
- d) İdiyopatik hirsutizm
- e) İlaçlar

Cevap B (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.380*)

Hirsutizmin en sık nedeni PCOS'dur. Bu hastalıkta tipik olarak menstrüel düzensizlik, infertilite, obezite, hirsutizm ile karakterizedir. Fizyopatolojisi tam olarak bilinmemektedir.

157. Hirsutizm tedavisinde aşağıdaki ilaçlardan hangisi kullanılmaz?

- a) Progesterinler
- b) Simetidin
- c) Danazol
- d) Spiranolaktone
- e) Siproteronasetat

Cevap C (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.381*)

Hirsutizm tedavisinde kullanılan ilaçlar; OKS, progestinler, GnRH analogları, simetidin, spiranolaktone, siproteronasetat kullanılır. Danazol ise bir testosteron türevidir ve hirsutizme yol açar.

158.Ovulasyon indüksiyonunda ilk seçilmesi gereken ilaç aşağıdakilerden hangisidir?

- a) GnRH analogları
- b) Bromokriptin
- c) Klomifen sitrat
- d) Deksametazon
- e) Pür FSH

Cevap C (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.381*)

Ovulasyon indüksiyonunda ilk seçilmesi gereken ilaç klomifen sitrattır. Progestasyonel, androjenik, antiandrojenik etkileri yoktur. Çok zayıf östrojenik etkisi vardır. Östrojenik reseptörlere bağlanır ama yarışmaz. Hipotalamus ve hipofizdeki östrojen reseptör konsantrasyonunu azaltır. Reseptör replanishment mekanizmasını bozar. Dolaşımdaki östrojen düzeyi doğru algılanamaz. Lang loop negatif feedback bozulur. Granüloza hücrelerinde östrojen ve östrojen reseptör sentezi bozulur. Etkisini bir sonraki ovulasyonda gösterir. Servikal mukus üzerine çok zayıf etkilidir. %15 olguda servikal mukus patolojisi yapar.

159.Menapozda aşağıdakilerden hangisi gözlenmez?

- a) Beyin ağırlığı azalır.
- b) Kalp kapaklarında kalsifikasyon gözlenir.
- c) Glomerüler filtrasyon hızı azalır.
- d) Hipofizin hacmi azalır.
- e) Kan basıncı artar.

Cevap E (*Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 4.baskı, s.386*)

Beyin ağırlığı %5-10, beyin hücre sayısı %20-40 azalır. Beyin kan akımı %30-40 azalır.

Myokarda hipertrofi, kapaklarda kalsifikasyon gözlenir.

Alveoler septal membranlar zayıflar, alveoler dilatasyon gözlenir. Vital kapasite azalır, rezidüel volüm artar.

GFR azalır. İdrar konsantrasyonu azalır. Böbreklerde interstisyel fibrozis, tübüler atrofi, glomerüler dejenerasyon gözlenir.

İntestinal mukozada atrofi, gastrik sekresyonda artış olur. Safra taşı, kanser ve divertikülozis insidansı artar.

Deride subkutan yağ dokuda ve elastikiyette yaşla azalma olur. Deri kolay yaralanır ve rejenerasyonu geç olur. Hafif kırışıklıklar başlar.

Artrit gelişebilir.