

Türkiye Klinikleri

MEDITEST Dergisi

TÜRKİYE KLİNİKLERİ MEDITEST DERGISİ

Hekimler Birliği Vakfı Adına Sahibi

Prof.Dr.Hikmet AKGÜL

(Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cerrahi Onkoloji BD Başkanı)

Türkiye Klinikleri Tıp Dergileri

Editörler Kurulu

Prof.Dr.Adnan GÜVENER (Başkan)

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

Prof.Dr.Leyla ATMACA, Prof.Dr.F. Işık BÖKESÖY,

Prof.Dr.Selçuk BÖLÜKBAŞI, Prof.Dr.Nebil BÜYÜKPAMUKÇU,

Prof.Dr.Şali ÇAĞLAR, Prof.Dr.Abdülkadir ÇEVİK,

Prof.Dr.Ayşegül DEMİRHAN ERDEMİR, Prof.Dr.Pakize DOĞAN,

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

Prof.Dr.Selim EREKUL, Prof.Dr.Yücel ERK, Prof.Dr.Orhan GÖĞÜŞ,

Prof.Dr.Ayfer GÜNALP, Prof.Dr.Nimet Ünay GÜNDOĞAN,

Prof.Dr.Haldun GÜNER, Prof.Dr.Mehmet Ali GÜRER,

Prof.Dr.Orhan GÜVEN, Prof.Dr.Enver HASANOĞLU,

Prof.Dr.Erkan İBIŞ, Prof.Dr.Uğur KANDILCI,

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

Prof.Dr.Zeynep MISIRLIGIL, Prof.Dr.Nermin MUTLUER,

Prof.Dr.Numan NUMANOĞLU, Prof.Dr.Ilker ÖKTEN,

Prof.Dr.Ülken ÖRS, Prof.Dr.Yalçın ÖZKAPTAN,

Prof.Dr.Yücel PAK, Prof.Dr.Irfan SABAH, Prof.Dr.Cankat TULUNAY,

Prof.Dr.Arslan TUNÇBILEK, Prof.Dr.Ersöz TÜCCAR,

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

(İsimler Alfabetik Sıralanmıştır.)

Ortadoğu Reklam Tanıtım ve Yayıncılık A.Ş.*

Genel Müdür

Dr.Mehmet AKGÜL

Özel Kalem

Sema BILASA

Genel Yayın Koordinatörü

Dr.Sinan KORUKLUOĞLU

Müessese Müdürü

Recep ÇELEN

Reklam Koordinatörü

Dr.Deniz AKAGÜNDÜZ

Reklam Koordinatör Asistanı

Nuray SOYDEMİR

Kitabevleri Koordinatörü

Dr.Ibrahim ERSOY

Muhasebe

Murat ÇİFTER

Dizgi Operatörleri

Kader KAYABAŞ, Mehtap DAYI

Yazı Takip Sekreterliği

Ayfer USTAOĞLU

Abone ve Halkla İlişkiler Sekreteri

Habibe ATAY

Ankara Kitabevi

Kazım ERCAN, Hakkı KAHVECI

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

Yönetim Merkezi: Talatpaşa Bulvarı No:102

06230 Hamamönü/ANKARA

Tel : (0312) 309 36 66 pbx.

Faks : (0312) 312 67 41

e-mail: t.klinik@superonline.com

Kitabevi: Tuna Cad. 11/10 Kızılay/ANKARA

Tel: (0312) 435 43 50

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

Abone Ücretleri ve Koşulları: Bir yıllık abone ücreti
(2001 için) posta ücretleri ve KDV dahil:

Abone Fiyatı : 30.000.000 TL

Hekim Abone Fiyatı : 15.000.000 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 MEDITEST DERGISİ'nde yayınlanan
yazılar, resim, şekil, soru ve tablolar yayıncının yazılı izni ol-
madan kısmen veya tamamen herhangi bir vasıta ile basılamaz,
çoğaltılamaz. Kaynak göstermek kaydıyla dahi alıntı yapılamaz.

ISSN: 1300-0276

Baskı: Türkiye Klinikleri, ANKARA

Türkiye Klinikleri
MEDITEST Dergisi

Cilt 10

Sayı 4

Mayıs-Haziran 2001

Tıp eğitimi, tıp fakültelerinde bitmez; ancak başlar.

W.H.Welch

İÇİNDEKİLER

175	Hematoloji-Onkoloji
Pediyatri	
183	213
Kardiyoloji	Nefroloji
191	218
Göğüs Hastalıkları	Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları
198	224
Gastroenterohepatoloji	Immünoloji-Romatoloji
	227
	Enfeksiyon Hastalıkları

ISSN: 1300-0276

C i l t : 1 0 • S a y ı : 4 • M a y ı s - H a z i r a n 2 0 0 1

Türkiye Klinikleri

MEDİTEST Dergisi

EDITÖR

Prof.Dr.Hikmet AKGÜL (Ankara)

YAYIN SEKRETERİ

Dr.Ibrahim ERSOY (Ankara)

SORU HAZIRLAMA KOMİSYON ÜYELERİ

Yrd.Doç.Dr.Cem AÇIKBAŞ (Akdeniz)
Prof.Dr.Erdal AĞAR (Ondokuz Mayıs)
Prof.Dr.Hakkı AKALIN (Ankara)
Prof.Dr.Tülin AKAN (Hacettepe)
Dr.Harun AKAR (Adnan Menderes)
Doç.Dr.Sedat AKAR (Ondokuz Mayıs)
Doç.Dr.Eyüp S. AKARSU (Ankara)
Doç.Dr.Ayhan AKBULUT (Fırat)
Doç.Dr.Konca AKBULUT (Gazi)
Doç.Dr.Müfide Nuran AKÇAY (Atatürk)
Prof.Dr.Atıf AKDAŞ (Marmara)
Prof.Dr.Handan AKER (Cumhuriyet)
Op.Dr.Mehmet Akif AKGÜL (SSK Ankara Doğev.)
Prof.Dr.Yurdanur AKGÜN (Osmangazi)
Prof.Dr.Azem AKILLI (Ege)
Prof.Dr.Mustafa AKIN (Ege)
Doç.Dr.Mete AKISÜ (Ege)
Prof.Dr.Asım AKIN (Ankara)
Prof.Dr.M.A. AKKUŞ (Fırat)
Prof.Dr.Hasan AKMAN (Çukurova)
Prof.Dr.Murat AKOVA (Hacettepe)
Doç.Dr.Tayfun AKÖZ (Lütfi Kırdar Hst.)
Yrd.Doç.Dr.Yılmaz AKSOY (Atatürk)
Prof.Dr.Aslan AKSU (Akdeniz)
Doç.Dr.Sadık AKŞİT (Ege)
Prof.Dr.Filiz AKŞİT (Osmangazi)
Doç.Dr.Z. Aslı AKTAN (Ege)
Yrd.Doç.Dr.Zekeriya AKTÜRK (Trakya)
Prof.Dr.Serdar AKYAR (Ankara)
Yrd.Doç.Dr.İlknur AKYOL (Atatürk)
Prof.Dr.Şükrü AKYOL (Gazi)
Op.Dr.Mahmut AKYÜZ (Akdeniz)
Doç.Dr.Bülent ALAĞÖL (Trakya)
Yrd.Doç.Dr.Sait ALAN (Dicle)
Uzm.Dr.Taner ALIOĞLU (Haseki Hst.)
Uzm.Dr.Mehmet ALKAN (Ankara Numune Hst.)
Doç.Dr.Gülennaz ALPER (Ege)
Uzm.Dr.Gündüz ALTIAY (Trakya)
Prof.Dr.Nur ALTINÖRS (Başkent)
Doç.Dr.Levent ALTINTOP (Ondokuz Mayıs)
Yrd.Doç.Dr.Hasan ALTUNBAŞ (Akdeniz)
Prof.Dr.K. Cemil APAYDIN (Akdeniz)
Doç.Dr.Rebiay APAYDIN (Kocaeli)
Doç.Dr.Atilla ARAL (Ankara)
Doç.Dr.Erinç ARAL (Osmangazi)
Yrd.Doç.Dr.Cavidan ARAR (Trakya)
Prof.Dr.Gülseren ARAS (Ankara)
Doç.Dr.Bülent ARAS (Ege)
Yrd.Doç.Dr.Murat ARGON (Ege)
Doç.Dr.Sema ARICI (Cumhuriyet)
Prof.Dr.Aysel ARICIOĞLU (Gazi)
Prof.Dr.Zehra ARIKAN (Gazi)
Doç.Dr.Sevtap ARIKAN (Hacettepe)
Uzm.Dr.Zuhal ARIKAN (Lütfi Kırdar Hst.)
Prof.Dr.Emin Sami ARISOY (Kocaeli)
Prof.Dr.Suat ARTVINLI (Akdeniz)
Dr.Selçuk ASLAN (Gazi)
Yrd.Doç.Dr.Neslihan ASTAM (Atatürk)
Prof.Dr.Esin AŞAN (Hacettepe)
Prof.Dr.Kenan ATABAY (Gazi)
Prof.Dr.Yıldız ATALAY (Gazi)
Doç.Dr.Şebnem ATAMAN (Ankara)

Doç.Dr.M. Kemal ATIKELER (Fırat)
Doç.Dr.Ali AVANOĞLU (Ege)
Prof.Dr.Sevgen AYDAR (Ege)
Doç.Dr.Sabahattin AYDIN (Yüzüncü Yıl)
Doç.Dr.Yeşim AYDINOK (Ege)
Yrd.Doç.Dr.Barlas AYDOĞAN (Çukurova)
Yrd.Doç.Dr.Metin AYDOĞAN (Kocaeli)
Doç.Dr.Sinan AYDOĞDU (Ankara Numune Hst.)
Doç.Dr.Sema AYDOĞDU (Ege)
Prof.Dr.I. Hakkı AYHAN (Ankara)
Dr.Sühan AYHAN (Gazi)
Doç.Dr.Kudret AYTEMİR (Hacettepe)
Doç.Dr.Mustafa AYYILDIZ (Ondokuz Mayıs)
Prof.Dr.Gülseren BAĞCI (Akdeniz)
Prof.Dr.Hasan BAĞCI (Ondokuz Mayıs)
Yrd.Doç.Dr.Faruk BAĞIRICI (Ondokuz Mayıs)
Doç.Dr.Meral BAKA (Ege)
Uzm.Dr.Mehmet BAKAR (Haseki Hst.)
Dr.Sevcan BAKKALOĞLU (Gazi)
Prof.Dn.Z. Tbp.Kd. AlbayKunter BALKANLI (GATA)
Prof.Dr.Z. Nur BANOĞLU (Atatürk)
Yrd.Doç.Dr.Sibel BARIŞ (Ondokuz Mayıs)
Prof.Dr.Sevgi BARTU SARYAL (Ankara)
Prof.Dr.Sabri BARUTÇA (Adnan Menderes)
Prof.Dr.Can BAŞAKLAR (Gazi)
Dr.Mustafa Kemal BATUR (Hacettepe)
Prof.Dr.Cengiz BAYÇU (Osmangazi)
Doç.Dr.Mahmut BAYKAN (Selçuk)
Prof.Dr.Kemali BAYKANER (Gazi)
Prof.Dr.Mehmet BAYKARA (Akdeniz)
Yrd.Doç.Dr.Dilek BAYRAMGÜLLER (Kocaeli)
Prof.Dr.Bülent BAYSAL (Selçuk)
Prof.Dr.Sumru BEDER (Ankara)
Op.Dr.Gülşay BEDİLLİ (SSK Ankara Doğumevi)
Yrd.Doç.Dr.Mehmet BEKEREÇİOĞLU (Gaziantep)
Dr.Ahmet BEKTAŞ (Ondokuz Mayıs)
Yrd.Doç.Dr.Öcal BERKAN (Cumhuriyet)
Prof.Dr.Erdal BEŞER (Adnan Menderes)
Prof.Dr.Ufuk BEYAZOVA (Gazi)
Yrd.Doç.Dr.Ülkem BILBAY (Ege)
Doç.Dr.Nilgün BİLEN (Kocaeli)
Doç.Dr.Ayşe BILGEHAN (Gazi)
Prof.Dr.Altunay BILGIÇ (Ege)
Prof.Dr.Sait BILGIÇ (Ondokuz Mayıs)
Prof.Dr.Mehmet BITİRGEN (Selçuk)
Prof.Dr.Zahit BOLAMAN (Adnan Menderes)
Dr.Nurettin BORAN (SSK Ankara Doğumevi)
Dr.Haşim BOYACI (Kocaeli)
Prof.Dr.Nazif BOZDEMİR (Çukurova)
Doç.Dr.Gülhal BOZKIR (Çukurova)
Prof.Dr.Arda BÖKESÖY (Ankara)
Prof.Dr.İşık BÖKESÖY (Ankara)
Prof.Dr.Selçuk BÖLÜKBAŞI (Gazi)
Yrd.Doç.Dr.Serpil BULUT (Fırat)
Prof.Dr.Necla BUYAN (Gazi)
Yrd.Doç.Dr.Nurullah BÜLBÜLLER (Fırat)
Prof.Dr.Nebil BÜYÜKPAMUKÇU (Hacettepe)
Yrd.Doç.Dr.Cenk CAN (Ege)
Doç.Dr.Ercan CANBAY (Cumhuriyet)
Prof.Dr.Süleyman CANDAN (Kadir Hst.)
Yrd.Doç.Dr.Dilşad CEBECİ (Marmara)
Prof.Dr.A. Tervik CENGİZ (Ankara)

Prof.Dr.Peyami CİNAZ (Gazi)
Doç.Dr.Erdal COŞKUN (Pamukkale)
Prof.Dr.Meserret CUMHUR (Hacettepe)
Prof.Dr.Güven ÇAĞATAŞ (Ege)
Doç.Dr.Tuncay ÇAĞLAR (Trakya)
Yrd.Doç.Dr.Çağ ÇAL (Ege)
Yrd.Doç.Dr.Tanzer ÇALKAVUR (Ege)
Yrd.Doç.Dr.H. Kamil ÇAM (Düzce)
Prof.Dr.M. Cemalettin ÇELEBİ (Gazi)
Yrd.Doç.Dr.Gökhan ÇELİK (Ankara)
Doç.Dr.Pınar ÇELİK (Celal Bayar)
Prof.Dr.Cemil ÇELİK (Ondokuz Mayıs)
Yrd.Doç.Dr.Jale Bengi ÇELİK (Selçuk)
Yrd.Doç.Dr.Ali ÇELİKÖZ (Cumhuriyet)
Prof.Dr.Necla ÇETİN (SSK Ankara Doğumevi)
Yrd.Doç.Dr.Erdal ÇETİN (Sütçü İmam)
Prof.Dr.Erdal ÇETİNALP (Çukurova)
Prof.Dr.Nazan ÇETİNGÜL (Ege)
Yrd.Doç.Dr.Z. ÇETİNKAYA (Fırat)
Doç.Dr.Cemal ÇEVİK (Gazi)
Yrd.Doç.Dr.G. Mehtap ÇINAR (Ege)
Dr.Bayram ÇIRAK (Pamukkale)
Uzm.Dr.Hülya ÇİÇEKÇİOĞLU (Ankara Numune Hst.)
Prof.Dr.Nusret ÇİFTÇİ (Ondokuz Mayıs)
Doç.Dr.M. Akif ÇİFTÇİOĞLU (Akdeniz)
Doç.Dr.Ergün ÇİL (Uludağ)
Doç.Dr.Şirzat ÇOĞALGİL (Atatürk)
Yrd.Doç.Dr.Özgür ÇOĞULU (Ege)
Doç.Dr.Mahmut ÇOKER (Ege)
Yrd.Doç.Dr.Nezih DAĞDEVİREN (Trakya)
Prof.Dr.Şenol DANE (Ondokuz Mayıs)
Doç.Dr.Şükran DARCAN (Ege)
Op.Dr.Hülya DEDE (SSK Ankara Doğumevi)
Yrd.Doç.Dr.Ibrahim DEMİR (Akdeniz)
Dr.Sevgi DEMİR (Ege)
Doç.Dr.Esen DEMİR (Ege)
Yrd.Doç.Dr.Ayşe Nur DEMİRAL (Akdeniz)
Yrd.Doç.Dr.Sema DEMİRÇİN KARAGÖZ (Akdeniz)
Yrd.Doç.Dr.Kutbeddin DEMİRDAĞ (Fırat)
Op.Dr.A. Hakan DEMİREL (Ankara Hst.)
Doç.Dr.Azam DEMİREL (Atatürk)
Doç.Dr.Emine DEMİREL YILMAZ (Ankara)
Prof.Dr.Sadık DEMİRSOY (Gazi)
Prof.Dr.Fahri DERE (Çukurova)
Yrd.Doç.Dr.F. Sefa DEREKÖY (Afyon Kocatepe)
Doç.Dr.Berna DILBAZ (SSK Ankara Doğumevi)
Uzm.Dr.Elvin DİNÇ (SSK Okmeydanı Hst.)
Doç.Dr.Sibel DİNÇER (Gazi)
Doç.Dr.Hüseyin DINDAR (Ankara)
Yrd.Doç.Dr.Nihal DOĞAN (Osmangazi)
Yrd.Doç.Dr.Zahide DOĞANAY (Ondokuz Mayıs)
Doç.Dr.Osman DOĞRU (Fırat)
Yrd.Doç.Dr.Fikret DOĞULU (Gazi)
Prof.Dr.İsmet DÖKMECİ (Trakya)
Doç.Dr.İsmail DÖLEN (SSK Ankara Doğumevi)
Dr.Sunay DUMAN (Ankara Hst.)
Doç.Dr.Pınar DURAN (T.Y.H.)
Prof.Dr.Enver DURAN (Trakya)
Doç.Dr.Yaşar DURANOĞLU (Akdeniz)
Doç.Dr.Behice DURGUN YÜCEL (Çukurova)
Prof.Dr.Berrin DURMAZ (Ege)
Yrd.Doç.Dr.Gül DURMAZ (Osmangazi)

Doç.Dr.H. Ergin DÜLGER (*Gaziantep*)
Yrd.Doç.Dr.Mehmet DÜNDAR (*Adnan Menderes*)
Prof.Dr.Belgin EFE (*Osmangazi*)
Doç.Dr.Alev EKEN (*Ankara Hst.*)
Prof.Dr.Abdullah EKMEKÇİ (*Gazi*)
Doç.Dr.Meral EKŞİOĞLU (*Ankara Hst.*)
Yrd.Doç.Dr.Şahade ELAĞÖZ (*Cumhuriyet*)
Doç.Dr.Mehmet ELBİSTAN (*Ondokuz Mayıs*)
Prof.Dr.Murat ELEVLI (*Kocaeli*)
Doç.Dr.Imdat ELMAS (*Istanbul*)
Yrd.Doç.Dr.Özlem ELPEK (*Akdeniz*)
Yrd.Doç.Dr.Mehmet EMİRZEOĞLU (*Ondokuz Mayıs*)
Doç.Dr.Ayşe ENGİN ARISOY (*Kocaeli*)
Yrd.Doç.Dr.Memnune ERANDAÇ (*Cumhuriyet*)
Prof.Dr.Belkıs ERBAŞ (*Hacettepe*)
Prof.Dr.Güner ERBAY (*Ankara*)
Prof.Dr.Sena ERDAL (*Cumhuriyet*)
Doç.Dr.Özcan ERDEMLİ (*T.Y.I.H.*)
Prof.Dr.Ata ERDENER (*Ege*)
Yrd.Doç.Dr.Haydar ERDOĞAN (*Cumhuriyet*)
Yrd.Doç.Dr.Tibet ERDOĞDU (*Akdeniz*)
Doç.Dr.Selda ERENŞOY (*Ege*)
Dr.Ufuk ERGAN (*Ankara Hst.*)
Prof.Dr.Oktay ERGENE (*Süleyman Demirel*)
Prof.Dr.Süreyya ERGİN (*Ankara*)
Yrd.Doç.Dr.Okan ERGÜN (*Ege*)
Prof.Dr.Sibel ERGÜVEN (*Hacettepe*)
Doç.Dr.Ferhan ERİŞİM (*Cerrahpaşa*)
Doç.Dr.Esin Fatma ERKİN (*Celal Bayar*)
Prof.Dr.M. Hayri ERKOL (*Sitçü İmam*)
Yrd.Doç.Dr.Erkut ERKURT (*Çukurova*)
Yrd.Doç.Dr.Haluk EROL (*Adnan Menderes*)
PProf.Dr.Biltan ERŞÖZ (*Ege*)
Prof.Dr.Mine ERTEM YURTSEVEN (*Ege*)
Prof.Dr.Ümit ERTÜRK (*Ege*)
Yrd.Doç.Dr.Ertuğrul ŞEŞEL (*Selçuk*)
Prof.Dr.Akgün EVİNÇ (*Ege*)
Yrd.Doç.Dr.Talat EZMECİ (*Atatürk*)
Doç.Dr.Süleyman FELEK (*Fırat*)
Yrd.Doç.Dr.Serhat FINDIK (*Ondokuz Mayıs*)
Doç.Dr.Duygu FINDIK (*Selçuk*)
Doç.Dr.Muhteşem GEDİZLİOĞLU (*SSK İzmir Hst.*)
Doç.Dr.Tekinalp GELEN (*Akdeniz*)
Doç.Dr.Orhan GELİŞEN (*SSK Ankara Doğumevi*)
Yrd.Doç.Dr.Devran GERÇEKER (*Ankara*)
Doç.Dr.Fatma GÖÇER (*Atatürk*)
Prof.Dr.Ayşe Sevim GÖKALP (*Kocaeli*)
Prof.Dr.Ahmet GÖKÇEL (*Cerrahpaşa*)
Prof.Dr.I.Haluk GÖKÇORA (*Ankara*)
Yrd.Doç.Dr.Sıtkı GÖKSU (*Gaziantep*)
Dr.Bilge GÖNÜL (*Gazi*)
Dr.Ali Saffet GÖNÜL (*Selçuk*)
Prof.Dr.Adnan GÖRGÜLLÜ (*Trakya*)
Prof.Dr.Fahrettin GÖZE (*Cumhuriyet*)
Doç.Dr.Rabet GÖZİL (*Gazi*)
Doç.Dr.Fuat GÜLDOĞUŞ (*Ondokuz Mayıs*)
Prof.Dr.Şendoğan GÜLEN (*Trakya*)
Prof.Dr.Gülşay GÜLLÜ (*Atatürk*)
Doç.Dr.Meltem K. GÜLMEN (*Çukurova*)
Uzm.Dr.Eser GÜLTAN (*Ankara Numune Hst.*)
Prof.Dr.Yener GÜLTEKİN (*Cumhuriyet*)
Prof.Dr.Ayfer GÜNALP (*Hacettepe*)
Prof.Dr.Ilhan GÜNAY (*Cumhuriyet*)
PProf.Dr.Mehmet GÜNDOĞDU (*Atatürk*)
Yrd.Doç.Dr.Murat GÜNDÜZ (*Çukurova*)
Prof.Dr.Kemal GÜNDÜZ (*Selçuk*)
Yrd.Doç.Dr.Yasemin GÜNEŞ (*Çukurova*)
Prof.Dr.Erol GÜNTEKİN (*Akdeniz*)
Doç.Dr.Asuman GÜRRAKİN (*Atatürk*)
Doç.Dr.Ali GÜRBÜZ (*İzmir Atatürk Hst.*)
Uzm.Dr.Özlem GÜRBÜZ KÖZ (*Ankara Numune Hst.*)
Doç.Dr.Hakan GÜRDAL (*Ankara*)
Doç.Dr.E. İnanç GÜREN (*Akdeniz*)
Yrd.Doç.Dr.Cemil GÜRGÜN (*Ege*)
Dr.Koray GÜRSEL (*Ankara Numune Hst.*)
Prof.Dr.Türkiz GÜRSEL (*Gazi*)
Prof.Dr.Bülent GÜRSEL (*Hacettepe*)
Prof.Dr.Hülya GÜVEN (*Dokuz Eylül*)
Yrd.Doç.Dr.Hakan GÜVEN (*Ondokuz Mayıs*)
Doç.Dr.Ali HABERAL (*SSK Ankara Doğumevi*)
Prof.Dr.Yahya HAKGÜDENER (*Cumhuriyet*)
Prof.Dr.Alev HASANOĞLU (*Gazi*)

Prof.Dr.Enver HASANOĞLU (*Gazi*)
Prof.Dr.Gülşen HASÇELİK (*Hacettepe*)
Prof.Dr.Şükür HATUN (*Kocaeli*)
Doç.Dr.Ayşen HELVACI (*SSK Okmeydanı Hst.*)
Yrd.Doç.Dr.Süleyla HILMİOĞLU (*Ege*)
Doç.Dr.Celal ILGAZ (*Gazi*)
Doç.Dr.Ahmet ILGAZLI (*Kocaeli*)
Yrd.Doç.Dr.Hatice ILGIN (*Ankara*)
Prof.Dr.Geylan İŞİK (*Çukurova*)
Prof.Dr.Erdal İŞİK (*Gazi*)
Doç.Dr.Nihal İÇTEN (*Ondokuz Mayıs*)
Doç.Dr.Yavuz Selim İLHAN (*Fırat*)
Prof.Dr.Yalçın İLKER (*Marmara*)
Yrd.Doç.Dr.Kenan İLTÜMÜR (*Dicle*)
Doç.Dr.Levent E. İNAN (*Ankara Hst.*)
Yrd.Doç.Dr.Tacettin İNANDI (*Atatürk*)
Prof.Dr.Ramazan İNÇİ (*Ege*)
Prof.Dr.Murat İRKEÇ (*Hacettepe*)
Doç.Dr.Caner KABASAKAL (*Ege*)
Yrd.Doç.Dr.Gürhan KADIKÖYLÜ (*Adnan Menderes*)
Yrd.Doç.Dr.Sibel KALAÇA (*Marmara*)
Prof.Dr.Nuri KALE (*Gazi*)
Prof.Dr.Süleyman KAPLAN (*Ondokuz Mayıs*)
Dr.Melih KAPTANOĞLU (*Cumhuriyet*)
Yrd.Doç.Dr.Ismail KARA (*Atatürk*)
Dr.Halil G. KARABULUT (*Ankara*)
Yrd.Doç.Dr.Aziz KARABULUT (*Dicle*)
Dr.Ramazan KARABULUT (*Gazi*)
Yrd.Doç.Dr.Aziz KARADEDE (*Dicle*)
Prof.Dr.Yener KARADENİZ (*Gazi*)
Prof.Dr.Oktay Z. KARAKAŞ (*Kocaeli*)
Yrd.Doç.Dr.Deniz KARAKAYA (*Ondokuz Mayıs*)
Doç.Dr.Beyhan KARAMANLIOĞLU (*Trakya*)
Prof.Dr.Şeyda KARAVELİ (*Akdeniz*)
Doç.Dr.Melda KARAVUŞ (*Marmara*)
Prof.Dr.Ümit KARAYALÇIN (*Akdeniz*)
Uzm.Dr.Demet KARNAK (*Ankara*)
Yrd.Doç.Dr.Ibrahim KARNAK (*Hacettepe*)
Doç.Dr.Kaan KAVAKLI (*Ege*)
Uzm.Dr.Deniz KAYA (*Ankara Numune Hst.*)
Prof.Dr.Mehmet KAYA (*Çukurova*)
Dr.Fulya KAYIKÇIOĞLU (*SSK Ankara Doğumevi*)
Yrd.Doç.Dr.Memduh KAYMAZ (*Gazi*)
Dr.Telat KELEŞ (*Ankara Numune Hst.*)
Doç.Dr.Mehmet KENDİR (*Haseki Hst.*)
Prof.Dr.Sırrı KES (*Hacettepe*)
Yrd.Doç.Dr.Ibrahim KESER (*Akdeniz*)
Prof.Dr.Erbuğ KESKİN (*Çukurova*)
Doç.Dr.Göksal KESKİN (*SSK Ankara Hst.*)
Yrd.Doç.Dr.Deniz KESKİNLER (*Atatürk*)
Prof.Dr.Sırrı KILIÇ (*Fırat*)
Prof.Dr.Nedret KILIÇ (*Gazi*)
Prof.Dr.Metin KİR (*Ankara*)
Doç.Dr.Irfan KIRIŞTIOĞLU (*Uludağ*)
Doç.Dr.Mehmet KIYAN (*Ankara*)
Yrd.Doç.Dr.Emine KIZILKANAT (*Çukurova*)
Prof.Dr.Nuri KIRAZ (*Osmangazi*)
Prof.Dr.Kenan KOCABAY (*Düzce*)
Yrd.Doç.Dr.Ercan KOCAKOÇ (*Fırat*)
Doç.Dr.Esin KOÇ (*Gazi*)
Yrd.Doç.Dr.İzzet KOÇAK (*Adnan Menderes*)
O.Dr.Müberra KOÇAK (*SSK Ankara Doğumevi*)
Doç.Dr.Ayşe Gül KÖKÇAL (*Ankara Hst.*)
Yrd.Doç.Dr.Ibrahim KOÇER (*Atatürk*)
Yrd.Doç.Dr.Hasan KOÇOĞLU (*Gaziantep*)
Prof.Dr.Sezer Ş. KOMSUOĞLU (*Kocaeli*)
Prof.Dr.Emel KOPTAGEL (*Cumhuriyet*)
Doç.Dr.Cem KOPUZ (*Ondokuz Mayıs*)
Doç.Dr.Adnan KORKMAZ (*Ondokuz Mayıs*)
Prof.Dr.Şebnem KORUR FİNCANCI (*Istanbul*)
Prof.Dr.Sezen KOŞAY (*Ege*)
Yrd.Doç.Dr.Saim KOZAN (*Akdeniz*)
Prof.Dr.Atilla KÖKSAL (*İzmir Atatürk Hst.*)
Doç.Dr.Nilgün KÖKSAL (*Uludağ*)
Doç.Dr.M. Faruk KÖSE (*SSK Ankara Doğumevi*)
Yrd.Doç.Dr.Mustafa KÖSEM (*Yüzüncü Yıl*)
Yrd.Doç.Dr.Destan Nil KULAÇOĞLU (*Atatürk*)
Uzm.Dr.Gülcan KURAL (*Ankara Numune Hst.*)
Op.Dr.Necmi KURT (*Lütfi Kırdar Hst.*)
Op.Dr.Necmi KURT (*Lütfi Kırdar Hst.*)
Doç.Dr.Ömer KURU (*Ondokuz Mayıs*)
Doç.Dr.Zafer KURUGÖL (*Ege*)

Yrd.Doç.Dr.Aslı KURUOĞLU (*Gazi*)
Prof.Dr.Fatma KUTAY (*Ege*)
Doç.Dr.Şehim KUTLAY (*Ankara*)
Uzm.Dr.Sedef KUTLUK (*Ankara Numune Hst.*)
Uzm.Dr.Tamer KUZUCUOĞLU (*Lütfi Kırdar Hst.*)
Prof.Dr.Sevgi KÜLLÜ (*Marmara*)
Prof.Dr.Hakan KÜLTÜRSAY (*Ege*)
Prof.Dr.Necil KÜTÜKÇÜLER (*Ege*)
Doç.Dr.Osman LATİFOĞLU (*Gazi*)
Dr.Çiğdem LEVİ (*Adnan Menderes*)
Prof.Dr.Güven LÜLECI (*Akdeniz*)
Yrd.Doç.Dr.Şinasi MANDUZ (*Cumhuriyet*)
Prof.Dr.Cafer MARANGOZ (*Ondokuz Mayıs*)
Prof.Dr.Mehmet MELLİ (*Ankara*)
Dr.Asuman MEMİŞ (*İzmir Atatürk Hst.*)
Prof.Dr.Sevda MENEVŞE (*Gazi*)
Prof.Dr.Adnan MENEVŞE (*Gazi*)
Prof.Dr.Gülriş MENTEŞ (*Ege*)
Doç.Dr.Adalet MERAL (*Uludağ*)
Doç.Dr.Faruk MERİÇ (*Dicle*)
Doç.Dr.Ufuk Ö. METE (*Çukurova*)
Prof.Dr.Zeynep MISIRLIGİL (*Ankara*)
Prof.Dr.Erol MIR (*Celal Bayar*)
Prof.Dr.Sevgi MIR (*Ege*)
Doç.Dr.M. Uğur MÜNGAN (*Dokuz Eylül*)
Doç.Dr.Mehmet Hamdi MUZ (*Fırat*)
Prof.Dr.Yusufer NERGİZ (*Dicle*)
Prof.Dr.Necila NIŞLI (*Ege*)
Uzm.Dr.Mehmet NUMAN (*Ankara Numune Hst.*)
Prof.Dr.Numan NUMANOĞLU (*Ankara*)
Yrd.Doç.Dr.Ersan ODACI (*Ondokuz Mayıs*)
Prof.Dr.Nurettin OĞUZ (*Akdeniz*)
Doç.Dr.Özkan OĞUZ (*Çukurova*)
Prof.Dr.Aynur OĞUZ (*Gazi*)
Prof.Dr.Hasan OĞUZ (*Selçuk*)
Prof.Dr.Güray OKYAR (*Atatürk*)
Dr.Pınar OKYAY (*Adnan Menderes*)
Doç.Dr.Ongun ONARAN (*Ankara*)
Doç.Dr.M. Derya ONUK (*Atatürk*)
Prof.Dr.Ertan ONURSAL (*Istanbul*)
Yrd.Doç.Dr.Ismail ORAN (*Ege*)
Prof.Dr.Olcay ORAN (*Hacettepe*)
Yrd.Doç.Dr.Irfan ORHAN (*Fırat*)
Prof.Dr.Kemal ÖDEV (*Selçuk*)
Prof.Dr.Ihsan ÖGE (*Ondokuz Mayıs*)
Yrd.Doç.Dr.Murat ÖGETÜRK (*Fırat*)
Yrd.Doç.Dr.Candan ÖĞÜŞ (*Akdeniz*)
Doç.Dr.Suna ÖMEROĞLU (*Gazi*)
Yrd.Doç.Dr.Aytül ÖNAL (*Ege*)
Prof.Dr.Renzi ÖNDER (*Ege*)
Prof.Dr.Ünsan ÖNER (*Gaziantep*)
Op.Dr.Ali Ulvi ÖNGÖREN (*Ankara Hst.*)
Prof.Dr.Ahmet Rifat ÖRMECI (*Süleyman Demirel*)
Prof.Dr.Yaman ÖRS (*Ankara*)
Yrd.Doç.Dr.Eser ÖZ (*Gazi*)
Doç.Dr.Tijen ÖZACAR (*Ege*)
Yrd.Doç.Dr.İsa ÖZBEY (*Atatürk*)
Doç.Dr.Gülşay ÖZBİLİM (*Akdeniz*)
Doç.Dr.Dilek ÖZCENGİZ (*Çukurova*)
Prof.Dr.Semra ÖZÇELİK (*Cumhuriyet*)
Doç.Dr.Nurten ÖZÇELİK (*Süleyman Demirel*)
Doç.Dr.Tülay ÖZDEMİR (*Akdeniz*)
Prof.Dr.Turgut ÖZKE (*Uludağ*)
Uzm.Dr.Candan ÖZEN (*Ankara Numune Hst.*)
Yrd.Doç.Dr.Süleyman ÖZEN (*Yüzüncü Yıl*)
Uzm.Dr.Necila ÖZER (*Hacettepe*)
Doç.Dr.Önder M. ÖZERBİL (*Selçuk*)
Prof.Dr.M. Reşat ÖZERCAN (*Fırat*)
Doç.Dr.Filiz ÖZERKAN (*Ege*)
Yrd.Doç.Dr.Pınar ÖZGEN KIRATLI (*Hacettepe*)
Dr.Nejat ÖZGÜL (*SSK Ankara Doğumevi*)
Prof.Dr.Servet ÖZGÜR (*Gaziantep*)
Prof.Dr.Olcay ÖZKAN (*Akdeniz*)
Prof.Dr.Cemil ÖZKAN (*Celal Bayar*)
Doç.Dr.Feriha ÖZKAN (*Ege*)
Prof.Dr.Kayhan ÖZKAN (*Ondokuz Mayıs*)
Doç.Dr.Ishak ÖZKAN (*Selçuk*)
Prof.Dr.Oktay ÖZKARAKAŞ (*Kocaeli*)
Prof.Dr.Reha ÖZKEÇELİ (*Çukurova*)
Prof.Dr.Hayal ÖZKILIÇ (*Ege*)
Prof.Dr.Cihangir ÖZKINAY (*Ege*)
Prof.Dr.Ferda ÖZKINAY (*Ege*)

Prof.Dr.Cumhur ÖZKUYUMCU (*Hacettepe*)
Doç.Dr.Candan ÖZOĞUL (*Gazi*)
Yrd.Doç.Dr.Cemile ÖZTIN ÖĞÜN (*Selçuk*)
Öğr.Gör.Dr.Hafize ÖZTÜRK (*Akdeniz*)
Dr.Işın PAK (*Ankara Onkoloji Hst.*)
Prof.Dr.Özden PALAOĞLU (*Ankara*)
Prof.Dr.Zafer PAMUKÇU (*Trakya*)
Prof.Dr.Aytül PARLAR (*Ege*)
Prof.Dr.Hatice PAŞAOĞLU (*Ankara Hst.*)
Yrd.Doç.Dr.Murat PEKDEMİR (*Fırat*)
Prof.Dr.Yıldız PEKŞEN (*Ondokuz Mayıs*)
Yrd.Doç.Dr.Elif PEŞTERELİ (*Akdeniz*)
Yrd.Doç.Dr.Lütfiye PIRBUDAK (*Gaziantep*)
Doç.Dr.Özkan POLAT (*Atatürk*)
Prof.Dr.Sait POLAT (*Çukurova*)
Doç.Dr.Ömer POYRAZ (*Cumhuriyet*)
Prof.Dr.Şakire PÖĞÜN (*Ondokuz Mayıs*)
Yrd.Doç.Dr.Esra SAATÇI (*Çukurova*)
Prof.Dr.Murat SADE (*Dokuz Eylül*)
Prof.Dr.Ahmet SALTİK (*Trakya*)
Prof.Dr.A. Şefik SANAC (*Hacettepe*)
Yrd.Doç.Dr.Banu SANCAK (*Gazi*)
Prof.Dr.Nihat SAPAN (*Uludağ*)
Doç.Dr.Sarp SARAÇ (*Hacettepe*)
Doç.Dr.Binnur SARIHASAN (*Ondokuz Mayıs*)
Prof.Dr.Yusuf SARIOĞLU (*Cumhuriyet*)
Yrd.Doç.Dr.Nazan SARPER (*Kocaeli*)
Doç.Dr.Ismail SAVAŞ (*Ankara*)
Prof.Dr.Iskender SAYEK (*Hacettepe*)
Prof.Dr.Canan SAYLAM (*Ege*)
Prof.Dr.Bülent SEÇKİN (*Ankara*)
Doç.Dr.Atilla SEMERCİÖZ (*Fırat*)
Doç.Dr.Betül SEVINİR (*Uludağ*)
Prof.Dr.Fazıl SEZEN (*Istanbul*)
Uzm.Dr.Başar SIRMAGÜL (*Osmangazi*)
Doç.Dr.Muzaffer SINDEL (*Akdeniz*)
Prof.Dr.Bülent SIVRI (*Hacettepe*)
Prof.Dr.Seher SÖFUOĞLU (*Selçuk*)
Prof.Dr.Suna SOLMAZ (*Çukurova*)
Prof.Dr.Inan SOYDAN (*Ege*)
Prof.Dr.Cahide SOYDAŞ ÇINAR (*Ege*)
Prof.Dr.Necdet SOYKAN (*Ege*)
Doç.Dr.Bülent SOYUPAK (*Çukurova*)
Yrd.Doç.Dr.Kaan SÖNMEZ (*Gazi*)
Yrd.Doç.Dr.Osman SÖNMEZ (*Uludağ*)
Prof.Dr.Oğuz SÖYLEMEZOĞLU (*Gazi*)
Doç.Dr.Eser SÖZMEN (*Ege*)
Doç.Dr.Asuman SUNGUROĞLU (*Ankara*)
Doç.Dr.Nurben SÜLDÜR (*Ankara*)
Yrd.Doç.Dr.Halis SÜLEYMAN (*Atatürk*)

Yrd.Doç.Dr.Yüksel SÜLLÜ (*Ondokuz Mayıs*)
Doç.Dr.Tuncer SÜZER (*Pamukkale*)
Doç.Dr.Tunç ŞAFAK (*Hacettepe*)
Dr.Figen ŞAHİN (*Gazi*)
Yrd.Doç.Dr.Bünyamin ŞAHİN (*Ondokuz Mayıs*)
Doç.Dr.Varol ŞAHİNTÜRK (*Osmangazi*)
Doç.Dr.Ramazan ŞEKEROĞLU (*Yüzüncü Yıl*)
Doç.Dr.Burçin ŞENER (*Hacettepe*)
UzmDr.Elif Bengi ŞENER (*Ondokuz Mayıs*)
Doç.Dr.Taşkın ŞENTÜRK (*Adnan Menderes*)
Prof.Dr.Feruh ŞİMŞEK (*Marmara*)
Yrd.Doç.Dr.Israfil ŞİMŞEK (*Selçuk*)
Yrd.Doç.Dr.Erhan TABAKOĞLU (*Trakya*)
Prof.Dr.Atilla TAÇOY (*Akdeniz*)
Prof.Dr.Kadir TAHTA (*Pamukkale*)
Prof.Dr.Remziye TANAC (*Ege*)
Dr.H. Mete TANIR (*Osmangazi*)
Doç.Dr.Tufan TARCAN (*Marmara*)
Doç.Dr.Niyazi TAŞÇI (*Ondokuz Mayıs*)
Dr.Alper TEKELİ (*Ankara*)
Prof.Dr.Sedat TELLALOĞLU (*Istanbul*)
Prof.Dr.Mehmet Çetin TEREK (*Ege*)
Doç.Dr.Demet TOK (*Izmir Atatürk Hst.*)
Doç.Dr.Ufuk TOLU (*Istanbul*)
Doç.Dr.Özgül TOP (*Çukurova*)
Prof.Dr.Nizamettin TOPRAK (*Dicle*)
Yrd.Doç.Dr.Oya TOPUZ (*Pamukkale*)
Prof.Dr.Recai TUNCER (*Akdeniz*)
Prof.Dr.Safiye TUNCER (*Ankara*)
Doç.Dr.Inci TUNCER (*Selçuk*)
Yrd.Doç.Dr.Timur TUNÇALI (*Ankara*)
Prof.Dr.Arslan TUNÇBILEK (*Ankara*)
Doç.Dr.Ferda TUNÇKANAT (*Hacettepe*)
Doç.Dr.Uğur TURAÇLAR (*Cumhuriyet*)
Op.Dr.Hakan TURAN (*SSK Ankara Doğumevi*)
Yrd.Doç.Dr.Alparslan TURAN (*Trakya*)
Doç.Dr.Suat TURGUT (*Şişli Etfal Hst.*)
Doç.Dr.Ajlan TÜKÜN (*Ankara*)
Prof.Dr.Emel TÜMBAY (*Ege*)
Doç.Dr.Alper TÜNGER (*Ege*)
Prof.Dr.Aylâ TÜR (*Ondokuz Mayıs*)
Yrd.Doç.Dr.Gülcan TÜRKER (*Kocaeli*)
Prof.Dr.Levent TÜRKERİ (*Marmara*)
Prof.Dr.Cüneyt TÜRKÖĞLU (*Ege*)
Dr.Zafer TÜRKYILMAZ (*Gazi*)
Prof.Dr.Sarenur TÜTÜNCÜOĞLU (*Ege*)
Doç.Dr.Serdar UĞRAŞ (*Yüzüncü Yıl*)
Prof.Dr.Hatice UĞURLU (*Selçuk*)
Dr.Murat ULUSOY (*Haseki Hst.*)
Doç.Dr.Onur URAL (*Selçuk*)

Doç.Dr.Dürdal US (*Hacettepe*)
Doç.Dr.Tercan US (*Osmangazi*)
Prof.Dr.Sabahattin USLU (*Atatürk*)
Doç.Dr.S. Sabri USLU (*Gazi*)
Prof.Dr.Şemsettin USTAÇELEBİ (*Hacettepe*)
Doç.Dr.Ayşegül UYSAL (*Ege*)
Prof.Dr.Müjdat UYSAL (*Istanbul*)
Yrd.Doç.Dr.Ahmet UZUN (*Ondokuz Mayıs*)
Yrd.Doç.Dr.Harun ÜÇÜNCÜ (*Atatürk*)
Yrd.Doç.Dr.M. Sıddık ÜLGEN (*Dicle*)
Prof.Dr.Ahmet ÜNAL (*Cumhuriyet*)
Yrd.Doç.Dr.Gaye ÜNAL (*Kocaeli*)
Doç.Dr.Mustafa ÜNSAL (*SSK Okmeydanı Hst.*)
Yrd.Doç.Dr.Murat ÜZEL (*Sütçü Imam*)
Doç.Dr.Fadıl VARDAR (*Ege*)
Prof.Dr.Erkan VARDARELİ (*Osmangazi*)
Prof.Dr.Raşit Vural YAĞCI (*Ege*)
Prof.Dr.Peyman YALÇIN (*Ankara*)
Doç.Dr.Orhan YALÇIN (*Fırat*)
Şerafettin YALÇIN (*SSK Okmeydanı Hst.*)
Doç.Dr.Sümer YAMANER (*Istanbul*)
Uzm.Dr.Alper YARANGÜMELİ (*Ankara Numune Hst.*)
Doç.Dr.M. Hadi YAŞA (*Adnan Menderes*)
Yrd.Doç.Dr.Altuğ YAVAŞOĞLU (*Ege*)
Dr.Reha YAVUZER (*Gazi*)
Yrd.Doç.Dr.Oğuz YAVUZGİL (*Ege*)
Prof.Dr.Şahin YAZAR (*Akdeniz*)
Doç.Dr.Mustafa YENİGÜN (*Haseki Hst.*)
Yrd.Doç.Dr.Hanefi YILDIRIM (*Fırat*)
Yrd.Doç.Dr.Alpagon Mustafa YILDIRIM (*Fırat*)
Dr.Aylin YILDIRIM (*Hacettepe*)
Dr.Engin YILDIRIM (*Osmangazi*)
Yrd.Doç.Dr.Esin YILDIZ (*Cumhuriyet*)
Doç.Dr.Füsün YILDIZ (*Kocaeli*)
Prof.Dr.Arif YILMAZ (*Atatürk*)
Prof.Dr.Mustafa YILMAZ (*Fırat*)
Doç.Dr.Taner YILMAZ (*Hacettepe*)
Dr.Z. Rezan YORGANCIOĞLU (*Ankara Hst.*)
Doç.Dr.Arzu YORGANCIOĞLU (*Celal Bayar*)
Prof.Dr.Erdem YORMUK (*Ankara*)
Prof.Dr.Orhan YURTSEVEN (*Ege*)
Prof.Dr.Iclal YÜCEL (*Akdeniz*)
Prof.Dr.Ahmet H. YÜCEL (*Çukurova*)
Prof.Dr.Selçuk YÜCESAN (*Harran*)
Doç.Dr.Şahin YÜKSEK (*Gaziantep*)
Yrd.Doç.Dr.Hasan YÜKSEL (*Celal Bayar*)
Prof.Dr.Nevzat YÜKSEL (*Gazi*)
Yrd.Doç.Dr.Vahit YÜKSELEN (*Adnan Menderes*)
Prof.Dr.Rahmi ZEYBEK (*Celal Bayar*)
Yrd.Doç.Dr.Mehdi ZOGHI (*Ege*)

- *İsimler Soyadı sırasına göre alfabetik olarak sıralanmıştır.*

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

ENDOKRİNOLOJİ VE METABOLİZMA HASTALIKLARI

1. Propiltiourasil'in primer etki mekanizması nedir?

- a) Tiroid peroksidaz enzimini inhibe eder.
- b) Tiroid hormonlarının kana verilmesini inhibe eder.
- c) TSH'nun salınımını inhibe eder.
- d) T3'ün periferik etkisini engeller.
- e) T4'ün periferde rT3'e dönüşümünü engeller.

Cevap A (*Harrison's, Principles of Internal Medicine, s.1692*)

Propiltiourasil, tiroid peroksidazı inhibe eder, periferde T4-T3 dönüşümünü inhibe eder.

2. Hangisi adrenal yetmezlik nedeni değildir?

- a) İdiyopatik atrofi
- b) Adrenal nodüler hiperplazi
- c) Konjenital adrenal hiperplazi
- d) Tüberküloz
- e) Uzun süreli steroid tedavisinin hızla kesilmesi

Cevap B (*Harrison's, Principles of Internal Medicine, s.1713*)

Adrenal yetmezlik oluşabilmesi için adrenal bezlerde bilateral %90 harabiyetin olması gerekir. En sık etken gelişmiş ülkelerde otoimmün, gelişmemiş ülkelerde ise tüberkülozdur. Sekonder adrenal yetmezliğin en sık nedeni ise kronik steroid tedavisidir.

3. Serum vitamin D (1.25 (OH)₂) konsantrasyonunun en önemli düzenleyicisi nedir?

- a) Serum kalsiyum
- b) Serum magnezyum
- c) Serum 25 (OH) vitamin D
- d) Paratiroid hormon
- e) Prolaktin

Cevap D (*Harrison Principal of Internal Medicine, s.1609-1670*)

4. Vücuttaki Na⁺u düzenleyen hormon hangisidir?

- a) Kortizol
- b) T4
- c) DHEAs
- d) Progesteron
- e) Aldosteron

Cevap E (*Williams Textbook of Endocrinology, 9.baskı, 1999*)

Na⁺ dengesini sağlayan en önemli hormon aldosterondur. Toplayıcı kanallardan sodyum emilimini ve potasyum atılımını artırarak etki gösterir.

5. Aşağıdakilerden hangisi gastrointestinal sistemden salınmaz?

- a) Motilin
- b) Sekretin
- c) Kalsitonin
- d) Gastrin
- e) VIP

Cevap C (*Williams Textbook of Endocrinology, 9.baskı, 1999*)

Kalsitonin tiroid bezindeki parafoliküler hücrelerden salgılanır. Medüller tiroid karsinomunda tümör belirleyicisi olarak kullanılır.

6. İnsülinin inhibe ettiği enzim hangisidir?

- a) Pirüvat dehidrogenaz
- b) Glikojen fosforilaz
- c) Lipoprotein lipaz
- d) Asetil CoA karboksilaz
- e) Fosfodiesteron

Cevap B (*Williams Textbook of Endocrinology, 9.baskı, 1999*)

İnsülin, glikojen sentatazı aktive edip, glikojen fosforilazı inhibe ederek kandaki glukoz seviyesini artırır.

7. Aşağıdaki hormonlardan hangisinin reseptörü hücre içindedir?

- a) PTH
- b) Kortizol
- c) Glukojen
- d) İnsülin
- e) Somatostatin

Cevap B (*Williams Textbook of Endocrinology, 9.baskı, 1999*)

Kortizol adrenal korteksten salgılanır. Reseptörleri stoplazmadadır. Reseptöre bağlandıktan sonra nükleusa geçer ve nükleer kromatinle ilişki kurarak etki gösterir.

8. Epinefrin ve norepinefrinin sentezinde hangi aminoasit kullanılır?

- a) Histidin
- b) Lösin
- c) Glisin
- d) Triptofan
- e) Tirozin

Cevap E (*Williams Textbook of Endocrinology, 9.baskı, 1999*)

9. Vücuda alındığında karaciğer ve böbrekte aktif hale dönüşen ve bağırsakta iyon eksikliğinde rol oynayan vitamin hangisidir?

- a) E vitamini
- b) Riboflavin
- c) D vitamini
- d) K vitamini
- e) C vitamini

Cevap C (*Williams Textbook of Endocrinology, 9.baskı, 1999*)

10. Subtotal tiroidektomi operasyonundan 6 ay sonra konvülsiyon geçiren bir hastada aşağıdaki tedavilerden hangisi yapılmalıdır?

- a) IV potasyum
- b) IV magnezyum
- c) IV beta-bloker
- d) IV kalsiyum
- e) IV tiroksin

Cevap D (*Lawrence, Current Medical Diagnosis and Treatment, 38.baskı, 1999, s.1084*)

11. Aşağıdaki tirotoksikoz nedenlerinden hangisinde RAIU (radyoaktif iyot uptake) düşüktür?

- a) Basedow-Graves hastalığı
- b) Subakut tiroidit
- c) Toksik nodüler guatr
- d) Tiroid hormon kullanımına bağlı iyatrojenik tirotoksikoz
- e) b+d

Cevap E (*Lawrence, Current Medical Diagnosis and Treatment, 38.baskı, 1999, s.1075*)

RAIU'nin düşük olduğu durumlar;
Subakut tiroidit
Hashimatonun hipertiroidi dönemi
Stroma ovarii
Tirotoksikozis factitia
Fazla iyot alınımına bağlı tirotoksikozis
Ektopik fonksiyonel tiroid metastazı

12. Aşağıdakilerden hangisinde hem sekonder diabet hem de sekonder hipertansiyon birlikte bulunmaz?

- a) Cushing sendromu
- b) Feokromasitoma
- c) Kronik pankreatit
- d) Akromegali
- e) Uzun süreli glikokortikoid kullanımı

Cevap C (*Lawrence, Current Medical Diagnosis and Treatment, 38.baskı, 1999, s.1119*)

Kronik pankreatitte sekonder diabet görülebilmese

karşın, hipertansiyon görülmez. Diğer hastalıklarda her ikisi birlikte görülebilir.

13. Şuur kaybı ile başvuran 30 yaşındaki erkek hastada serum kalsiyumu 16 mg/dl, idrarda protein negatif, periferik yayma normal olup, bilateral nefrolitiyazis mevcuttur. Bu hastada olası tanın nedir?

- a) Multipl myelom
- b) Kemik metastazı yapan prostat kanseri
- c) Paratiroid adenomu
- d) Kronik böbrek yetmezliği
- e) Akut miyeloblastik lösemi

Cevap C (*Lawrence, Current Medical Diagnosis and Treatment, 38.baskı, 1999, s.1086*)

Primer hiperparatiroidi parathormon salgılayan bir adenom sebebiyle oluşur ve en sık görülen paratiroid bozukluğudur. Hastada şuur kaybı, kalsiyumunun yüksek olması ve bilateral nefrolitiyazis bulunması paratiroid adenomunu desteklerken diğer bulgular şikâyetlerdeki diğer hastalıkları ekarte ettirir. Paratiroid adenomunda asemptomatik hiperkalsemi en sık görülen bulgu iken hastaların %20-30'unda nefrolitiyazise rastlanır.

14. 24 saatlik idrar miktarı 6 litre ve dansitesi 1004 olan bir hastada, susuzluk testinde 18 saat sonrasında idrar dansitesi 1024 olmuştur. Bu hastada teşhisiniz nedir?

- a) Psikojen polidipsi
- b) Santral diabetes insipidus
- c) Nefrojenik diabetes insipidus
- d) Diabetes mellitus
- e) Panhipopituitarizm

Cevap A (*Lawrence, Current Medical Diagnosis and Treatment, 38.baskı, 1999, s.1056*)

15. Kronik sürrenal yetmezliğinde en yararlı tanı yöntemi aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Klorpromazin testi
- b) Dopa testi
- c) Eozinofili oranı
- d) ACTH uyarı testi
- e) Deksametazon supresyon testi

Cevap D (*Merck Manual, 14.baskı, s.771*)

Kronik sürrenal yetmezliği (Addison Hastalığı) tanısında en yararlı test ACTH uyarı testidir. ACTH verilmesine rağmen yanıt yoksa adrenal yetmezlik vardır. Primer ve sekonder ayırımında ise ACTH seviyeleri önemlidir. Primerde ACTH yüksek, sekonder yetmezliklerde ise düşüktür.

16.Kan basıncı yüksekliği, idrarla potasyum atılımının artması, serum sodyum ve bikarbonatının yüksekliği ve serum renin seviyesinin düşüklüğü hangi tür hipertansiyonun bulgularıdır?

- a) Aort koarktasyonu
- b) Cushing sendromu
- c) Primer hiperaldosteronizm
- d) Renovasküler hipertansiyon
- e) Renal parankimal hastalık

Cevap C (Merck Manual, 14.baskı, s.778)

17.Hiperparatiroidide hangi radyolojik görünüm olmaz?

- a) Kortekste kalınlaşma
- b) Kemik kisti
- c) Brown tümörü
- d) Subperiostal kemik rezorbsiyonu
- e) Eklem dejenerasyonu

Cevap A (Cecil, 1995, s.539)

Hiperparatiroidide kemiklerde periost kalınlaşması olur, ancak korteks kalınlaşmaz. En özgün bulgu subperiostal kemik rezorbsiyonudur. En iyi falankların radial tarafında görülür. Brown tümörü gibi kemik kistleri tüm kemiklerde görülür ve tedaviye yanıt vermez. Kafa kemiklerinde ekilmiş "tuz-biber" manzarası görülebilir. Eklemlerde dejenerasyonlara rastlanabilir.

18.Obesitede aşağıdaki endokrin değişikliklerden hangisi görülmez?

- a) İnsülin rezistansının artması
- b) Kortizol yapımının artması
- c) T4 reseptörlerinin artması
- d) Pankreatik polipeptidlerin azalması
- e) Total testesteronun azalması

Cevap C (Cecil, 1995, s.434)

19.Diabetes mellituslu yaşlı kadın hastada aniden bacaklarda uyuşma, karıncalanma, soğukluk ve solukluk gelişirse ne düşünülür?

- a) Diabetik polinöropati
- b) Buerger hastalığı
- c) Raynould sendromu
- d) Kimmel-Stiell-Wilson
- e) Alt ekstremitelerde arter tıkanması

Cevap E (Cecil, 1995, s.519)

20.Elli yaşında diabetes mellitus'lu bir hastanın tenar kaslarında atrofi, 1-2-3. parmaklarda hipoestezi ve oppozisyon hareketini yapamaması durumunda aşağıdakilerden hangisi düşünülür?

- a) Carpal tünel sendromu
- b) Cubitus tünel sendromu

- c) Ulnar nöropati
- d) Radial sinir tutulumu
- e) Torasik outlet sendromu

Cevap A (Cecil, 1995, s.519, Yenigün, Her yönüyle Diabetes Mellitus, s.621)

Karpal Tunel Sehdromu, median sinirin el bileğinde sıkışması ile özellikle geceleri artan uyuşma, karıncalanma ve ağrıya neden olan bir sendromdur. Bu karıncalanma ve ağrı, hastayı gece uykusundan uyandırır. 2., 3. Ve 4. parmaklarda oluşur. Gebelik ve miksödemde ödem, amiloidozda amiloid maddesi, akromegalide yumuşak doku, romatoid artritte ise tenosinovitler el bileği tüneline median sinire baskı yapabilir. Karpal tünel sendromlu hastalarda %16,6 oranında DM tesbit edilmiştir.Tedavide lokal glukokortikoid uygulanır.

21.Ön hipofiz hormonları rezervinin araştırılması için yapılan insülin hipoglisemisi testinde, aşağıdakilerden hangisinin kandaki miktarının tayinine gerek yoktur?

- a) Prolaktin (PRL)
- b) İnsülin
- c) Kan şekeri
- d) Kortizol
- e) Büyüme hormonu (GH)

Cevap A (Merck Manual, 14.baskı, s.750)

22.İki ay önce doğum yapmış 28 yaşında kadın T3, T4 yüksek, tiroid iyod uptake'i azalmış, antitiroglobulin antikorları pozitif, ateş ve taşikardi saptanmıştır. Tanı hangisidir?

- a) Mol hidatiform
- b) Hashimoto tiroiditi
- c) Postpartum tiroidit
- d) Tirotoksikozis factita
- e) Tod Basedow fenomeni

Cevap C (Merck Manual, 14.baskı, s.768)

23.Primer ve sekonder hipotiroidinin ayırıcı tanısında aşağıdakilerden hangisi kullanılır?

- a) Sella grafisi
- b) Tiroid sintigrafisi
- c) TSH ölçümü
- d) T3, T4
- e) Tiroid ultrasonografisi

Cevap C (Merck Manual, 14.baskı, s.705)

Primer hipotiroidiyi ayırdetmede en önemli test TSH ölçümüdür. Primer hipotiroidide sT4 düşük, TSH yüksek, T3 normal olabilir.

24. Hangi ilaç tiroid hormon sentezi veya T4-T3 dönüşümü üzerinde etkisizdir?

- a) Propranolol
- b) Lityum
- c) Lizinopril
- d) Amiodaron
- e) Metimazol

Cevap C (*Katzung, Pharmacology, 3.baskı, 1993, s.68*)

Lizinopril bir ACE inhibitörü olup tiroid hormonlarına etkisi yoktur.

25. Aşağıdakilerden hangisi akut adrenal kriz bulgusu değildir?

- a) Hipotansiyon ve şok
- b) Ateş
- c) Dehidratasyon
- d) Bulantı, kusma
- e) Hiperglisemi

Cevap E (*Greenspan, Basic&Clinical Endocrinology, 5.baskı, 1997, s.337*)

26. Aşağıdakilerden hangisi primer aldosteronizm tanısında kullanılan, postüre renin-aldosteron cevabının değerlendirildiği test için doğru değildir?

- a) Test 2-4 saat süren dik postür sonrası aldosteronun endojen uyarılara verdiği cevabın değişimini temel alır.
- b) Adenomlar anjiyotensinin dik postür ile artışına cevapsızdır.
- c) Adenomlar plazma ACTH'sındaki diüurnal düşmeye aşırı hassastır.
- d) Hiperplaziler anjiyotensinin hafif düzeydeki postüral değişikliklerine bile cevap verir.
- e) 4 saatlik ayakta durma sonrası adenomlarda günün erken saatlerinden itibaren artan ACTH'ya paralel olarak, plazma aldosteronunda anormal bir yükselme gözlenir.

Cevap E (*Kaplan, Clinical Hypertension, 7.baskı, 1998, s.377*)

27. Hangisi jinekomasti etiolojisinde yer almaz?

- a) Hiperprolaktinemi
- b) Hipotiroidi
- c) Hepatik siroz
- d) Üremi
- e) Testiküler germ hücreli tümör

Cevap B (*Greenspan, Basic&Clinical Endocrinology, 5.baskı, 1997, s.428*)

28. Hangisi osteomalazi nedeni değildir?

- a) Kronik tiyozid etkisi
- b) Etidronat disodyum tedavisi

- c) Antikonvülsan ilaç kullanımı
- d) Malabsorbsiyon
- e) Tümörler

Cevap A (*Harrison's Principles of Internal Medicine, 14.baskı, s.2253*)

29. Aşağıdakilerden hangisi beta bloker kullanan bir diabetik hastada gelişen hipoglisemi için söylenebilir?

- a) Beta blokerler serbest yağ asidi ve glukoneogenik substrat salınımını engellerler.
- b) Plazma glukagon düzeyini yükseltirler.
- c) Hipoglisemiye cevap olarak gelişen taşikardiye bloke eder.
- d) Taşikardinin bloke olmasına bağlı alfa reseptörlerin dengelenemeyen üstünlüğü sonucu kan basıncında tehlikeli yükselmeler olabilir.
- e) Terleme ve açlık hissi beta blokerler tarafından inhibe edilmez.

Cevap B (*Greenspan, Basic&Clinical Endocrinology, 5.baskı, 1997, s.671*)

30. Diabetik hastaların en sık ölüm nedeni nedir?

- a) Serebrovasküler hastalıklar
- b) Enfeksiyon hastalıkları
- c) Kronik böbrek yetmezliği
- d) Kardiyovasküler hastalıklar
- e) Hipo ve hiperglisemik komalar

Cevap D (*Fitzgerald, Handbook of Clinical Endocrinology, 1992, s.463*)

31. Cushing sendromunun en sık nedeni nedir?

- a) Sürrenal adenomu
- b) Hipofizer adenom
- c) Ektopik ACTH salınımı
- d) Bilateral mikronodüler hiperplazi
- e) Bilateral makronodüler hiperplazi

Cevap B (*Fitzgerald, Handbook of Clinical Endocrinology, 1992, s.249*)

Cushing Sendromu, glukokortikoid hormon fazlalığının oluşturduğu bir klinik tablodur. En sık sebebi (%75) hipofizer bezdeki bazofilik adenomlardır. Eksojen Cushing Sendromunun en sık sebebi ise steroid kullanımınıdır.

32. Tirotoksik kriz tedavisinde aşağıdakilerden hangisinin yeri yoktur?

- a) Radyoaktif iyod
- b) Propranolol
- c) Steroidler
- d) Metimazol
- e) Lugol solüsyonu

Cevap A (*Fitzgerald, Handbook of Clinical Endocrinology, 1992, s.200*)

33.Subakut tiroidit düşünülen bir hastada aşağıdakilerden hangisini beklemeyiz?

- a) Ateş yüksekliği
- b) Tiroid üzerinde ağrı
- c) Radyoaktif iyod uptake düşüklüğü
- d) Tiroglobulin düşüklüğü
- e) Eritrosit sedimentasyon hızı yüksekliği

Cevap D (*Fitzgerald, Handbook of Clinical Endocrinology, 1992, s.205*)

Hipertiroidi, hipotiroidi ve ötiroidi dönemleri görülür. Tiroglobulin düzeyi yüksektir. Tiroglobulin düzeyinin yüksek oluşu dışardan hormon alımıyla subakut tiroidit ayırımında önemlidir. Dışardan hormon alımında tiroglobulin miktarı düşüktür.

34.Diabetik ketoasidoz koması için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Yüksek anyon açıklı metabolik asidoz
- b) Serbest yağ asidlerinde artma
- c) Hiperglukagonemi
- d) Dehidratasyon
- e) Başlangıçta genellikle hipokalemi varlığı

Cevap E (*Fitzgerald, Handbook of Clinical Endocrinology, 1992, s.517*)

Diabetik ketoasidoz genellikle tip 1 DM 'da görülür. En sık sebebi hastanın tedaviye uyumsuzluğudur. Başlangıçta total vücut K düzeyi düşüktür ancak serum K miktarı normal veya yüksektir.

35.Diyabetik ketoasidoz ve non-ketotik hiperozmolar sendrom tedavisi için yanlış olan seçeneği işaretleyiniz.

- a) İzotonik sodyum klorür solusyonu başlangıçta 1 litre/saat olmak üzere sıvı eksiğini tamamlamak için 1-5 litre verilir.
- b) Arter kan gazı incelemesine bakılmaksızın tüm olgularda intravenöz sodyum bikarbonat tedavisi uygulanmalıdır.
- c) Kristalize insülin 0.1 Ü/kg bolus yapılır ve daha sonra 0.1 Ü/kg dozunda infüzyona başlanır.
- d) Kristalize tedavisi ile beklenen kan şekeri düşüşü, yaklaşık saatte 100 mg/dl olmalıdır.
- e) Kan şekeri 250 mg/dl'nin altına düştüğünde, intravenöz dekstroz infüzyonuna başlanır ve kristalize insülinin ciltaltı uygulamasına geçilir ve ciltaltı insülin uygulamasından 2 saat sonra intravenöz insülin kesilir.

Cevap B (*Cecil Textbook of Medicine, 21.baskı, 2000, s.1278*)

pH; 7,1'in altında ise HCO₃⁻ verilir.

36.Aşağıdakilerden hangisi growth hormon eksikliğini göstermede kullanılan bir test değildir?

- a) İnsülin hipoglisemi testi
- b) Levodopa testi
- c) Klorpromazin testi
- d) Arjinin infüzyon testi
- e) IGF-1/SM-C ölçümü

Cevap C (*Harrison's Principles of Internal Medicine, 14.baskı, s.1990*)

Diğer testler growth hormon eksikliğini saptamada kullanılırken, klorpromazin testi kullanılmaz.

37.Hangisi Cushing sendromu nedeni değildir?

- a) Uzun süreli eksojen glukokortikoid kullanımı
- b) Hipotalamo-hipofizer disfonksiyon
- c) Adrenal adenom
- d) ACTH salgılayan bronkojenik karsinom
- e) Kortizol salgılayan pankreas karsinomu

Cevap E (*Harrison's Principles of Internal Medicine, 14.baskı, s.2042*)

38.Hangisi Paget hastalığının komplikasyonu değildir?

- a) Yüksek out-put'lu kalp yetmezliği
- b) Patolojik fraktürler
- c) Böbrek taşı
- d) Sarkoma
- e) Hipertansiyon

Cevap E (*Harrison's Principles of Internal Medicine, 14.baskı, s.2266*)

Paget hastalığında hipertansiyon değil, yüksek debili kalp yetmezliği görülür.

39.Hangisi osteoporozu neden olmaz?

- a) Hipogonadizm
- b) Osteogenesis imperfekta
- c) Tip I diyabetes mellitus
- d) Sistemik mastesites
- e) Hipoparatiroidi

Cevap E (*Harrison's Principles of Internal Medicine, 14.baskı, s.2249*)

Osteoporoz total kemik kütlelerinin azalmasıdır. En sık görülen metabolik kemik hastalığıdır ve en sık postmenopozal kadınlarda görülür. Erkeklerde ise en önemli neden androjen eksikliğidir.

Paratiroid hormonu kemikte direkt yolla osteoblastları aktive ederken, indirekt yolla da osteoklastları aktive eder. Hem yapımı hem yıkımı artırır, ancak yüksek düzeylerde yıkım etkisi daha belirgindir. Bu nedenle hipoparatiroidi değil, hiperparatiroidi osteoporozu neden olur.

40. Hangisi Addison hastalığının bulgusu değildir?

- a) Anemi
- b) Nötropeni
- c) Eozinofili
- d) Lenfopeni
- e) Hiperkalsemi

Cevap D (*Harrison's Principles of Internal Medicine, 14. baskı, s.2052*)

Addison Hastalığında labaratuvar bulguları; Kortizol, Na, nötrofil, glukoz, HCO₃⁻ ve Hematokrit azalmıştır. ACTH, potasyum, lenfosit ve eozinofiller azalmıştır.

41. Primer hiperaldosteronizmde hangisi görülmez?

- a) Metabolik alkaloz
- b) Hipertansiyon
- c) Hipokalemi
- d) Renin artışı
- e) Total vücut sodyumunda artma

Cevap D (*Harrison's Principles of Internal Medicine, 14. baskı, s.2047*)

Primer hiperaldosteronizm, renin düzeyinin düşüklüğü ile seyreder. En önemli nedeni aldosteron üreten adenom veya karsinomlardır. Hiperaldosteronizmde aşırı Na ve tuz tutulumu ve aşırı K atılımına bağlı bulgular izlenir. Hipertansiyon ve hipokalemi en sık bulgudur. Metabolik alkaloz ve buna bağlı latent tetaniler görülür. Postural hipotansiyon vardır. Volüm artışı int-ravasküler olduğu için, hipervolemiye rağmen ödem görülmez.

42. Feokromasitoma için hangisi yanlıştır?

- a) MEN tip 2a'da görülür.
- b) Kromaffin dokunun bulunduğu her yerden köken olabilir.
- c) %99'dan fazlası abdomende yer alır.
- d) Malign tümörler fazla miktarda dopamin salgılayabilir.
- e) Ekstraadrenal yerleşimli tümörlere daha çok familyal olgularda rastlanır.

Cevap E (*Harrison's Principles of Internal Medicine, 14. baskı, s.2057*)

43. Pankreas adacık hücre tümörlerinden hangisi di-yareye neden olmaz?

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

Cevap A (*Cecil Textbook of Medicine, 19. baskı, s.1319*)

Diğerlerinde görülmesine karşın, İnsülinomada diyare görülmez.

44. Aşağıdakilerden hangisi pankreas Langerhans adacık hücre tümörlerinden değildir?

- a) Adenoma
- b) Glukagonoma
- c) İnsulinoma
- d) Somatostatinoma
- e) Gastrinoma

Cevap A (*Cecil Textbook of Medicine, 19. baskı, s.1318*)

Adenoma pankreasın ekzokrin tümörleri arasındadır ve en sık görülenidir. Pankreasın Langerhans adacıklarından gelişen endokrin tümörler ise;

İnsülinoma, Glukagonoma, Gastrinoma, Vipoma, Somatostatinoma, MEN sendromu, Karsinoid tümörlerdir.

45. Pankreas adacık hücre tümörlerinde ekto-pik hormon üretimi aşağıdaki hormonlardan hangisini kapsar?

- a) ACTH-growth hormon
- b) İnsülin-tiroksin
- c) Paratiroid hormon-estrogen
- d) Testosteron-insülin
- e) Hiçbiri

Cevap A (*Cecil Textbook of Medicine, 19. baskı, s.1320*)

ENFEKSİYON HASTALIKLARI

1. Sepsis sendromunda salgılanmaları artan sitokinenlerden en etkili olanı hangisidir?

- a) İnterlökin-1 (IL-1)
- b) IL-6
- c) IL-8
- d) TNF- α (Tümör nekroze edici faktör)
- e) Granülosit koloni stimüle edici faktör (G-CSF)

Cevap D (Schwartz, Principles of Surgery, 1998)

Sepsis sendromunda en etkin sitokin TNF- α 'dır. Bu yapılan deneysel çalışmalarda anti-TNF- α antikorlarının kullanılması sonucu bazı klinik bulguların önlenmesi ile gösterilmiştir.

2. Febril nötropenide hangi antibiyotiği mono terapötik olarak seçebilirsiniz?

- a) Aztreonam
- b) Sefriakson
- c) Sefoperazon
- d) İmipenem-cilastatin
- e) Mezlosilin

Cevap D (Mandell, Principles and Practice Infectious Diseases, 5.baskı, 2000)

Febril nötropenide hem Gram (-) hem de Gram (+) bakteriler için etkili olabilen bir antibiyotik tercih edilmelidir. Bunu da sağlayan en önemli ajan imipenem-cilastatin'dir.

3. Semptomatik erkeklerde üretral akıntıda hücre içi gram negatif diplokokların görülmesi;

- a) Tanı koydurucudur
- b) Kültür ile desteklenmesi ve doğrulanması mutlaka gerekir
- c) Gram negatif diplokokları üretmek için seçici besiyeri gerekir.
- d) a ve b doğrudur.
- e) a ve c doğrudur.

Cevap E (Pelczar, Chan, Krieg, Microbiology concepts and applications, 1993, s.615-638)

Semptomatik erkeklerde üretral akıntıda hücre içi gram negatif diplokokların görülmesi tanı koydurucudur, kültürle doğrulanması mutlaka gerekmez. Ancak kültür yapmak gerekirse N.gonorrhoe'yı üretmek için Tayer-Martin gibi seçici besiyerlerine ihtiyaç vardır.

4. Aşağıdakilerden hangisi akut faz reaktanlarından?

- a) İnterferon
- b) İnterlökin
- c) İnterlökin-6
- d) Reaktif protein
- e) Tümör nekrozis faktör

Cevap D (Mandell, Bennett, Dolin, Principles and practice of infectious diseases, 4.Baskı, 1995, s.534-535)

Diğer şıklarda yer alan cevaplar akut faz reaktanlarının sentezinde rol alan sitokinlerdir.

5. Aşağıdaki durumlardan hangisi influenza aşılması için bir kontrendikasyondur?

- a) Gebelik
- b) Hücresel bağışık yetmezlik
- c) Sıvısal bağışık yetmezlik
- d) Yumurta allerjisi
- e) Diyabet

Cevap D (Serter, Virüs, Riketsiya ve Klamidya Hastalıkları, 1.baskı, 1997, s.288-289)

İnfluenza aşısı bir altbirim aşısıdır. Canlı aşı olmadığı için gebelerde, bağışık yetmezliği olanlarda ve diyabetlilerde uygulanmasında bir sakınca yoktur. Ancak, embriyonlu yumurtada üretilmiş virüsten hazırlandığı için, yumurta proteinleri içerebilir ve yumurta allerjisi olanlara uygulanmamalıdır.

6. Çocukluğunda tetanus aşılama şemasını tamamlamış, son rapelini bir yıl önce yaptırmış 25 yaşında bir kişi, ağır bir trafik kazası geçirdiğinde, aşağıdaki seçeneklerden hangisi uygulanmalıdır?

- a) Profilaksiye gerek yoktur.
- b) Standart immünglobülin yapılır.
- c) Tetanus immün
- d) Tetanus immünglobülini ve bir doz aşı yapılır.
- e) Bir doz aşı yapılır.

Cevap A (Topçu, Söyletir, Doğanay, İnfeksiyon Hastalıkları, 1.baskı, 1996, s.907)

Çocukluğunda tam doz aşılanmış ve 10 yılda bir rapel yaptırmakta olan bir kişi, son rapelini yaptırdıktan 5-10 yıl sonrasına kadar koruyucu bağışıklığa sahiptir. Ancak ağır bir yaralanma halinde, son rapelden itibaren 5 yıldan uzun bir zaman geçmişse bir doz aşı ile anamnestic reaksiyon oluşturabilir.

7. Hangisi, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan en iyi korunma yoludur?

- a) Cinsel ilişkiye girmemek
- b) Risk grubundan kişilerle cinsel ilişkiye girmemek
- c) Toplumun cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından taranması
- d) Tek eşlilik
- e) Cinsel ilişki sırasında kondom kullanılması

ENFEKSİYON HASTALIKLARI

Cevap E (*Ağaçfidan, Arıç, Cinsel Temasla Bulaşan Hastalıklar, 1999, s.59*)

Cinsel ilişkiye girmemek pratik bir çözüm değildir. Risk grubundan olmayan kişilerde de cinsel yolla bulaşan hastalıklar bulunabilir. Toplumun taranması pratik değildir. Tek eşlilik güvenilir bir yöntemdir; ancak, eşin de tek eşli olup olmadığı kesin olarak bilinemez. Bu nedenle, çok güvenilir olmamakla birlikte, kondom kullanımı halen en etkili korunma yoludur.

8. Gebe bir kadına yapılmasında sakınca bulunmayan aşı hangisidir?

- a) Kızamık
- b) Kızamıkçık
- c) Tetanus
- d) BCG
- e) Kabakulak

Cevap C (*Mandell, Douglas and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, 4.baskı, 1995, s.2773,2781*)

Gebelikte, fetus üzerindeki istenmeyen olası yan etkileri nedeniyle canlı aşı uygulamaları genellikle kontrendikedir. Oysa tetanus aşısı toksoid bir aşıdır; gebelik sırasında uygulanmasında bir sakınca yoktur; hatta, neonatal tetanusu önlemek için, daha önce aşılanmamış kadınların gebelik sırasında aşılanmaları önerilmektedir.

9. Yanlış işaretleyiniz.

- a) SPE (eritrojen toksin) basit protein yapısında bir maddedir.
- b) SPE en az üç toksinden oluşmuştur (A,B,C).
- c) SPE süper antijen görevi yapar.
- d) SPE'nin miyokard üzerindeki toksik etkisi diğer pirojenik toksinlerden daha fazladır.
- e) SPE akut glomerulonefritin gelişmesinden sorumludur.

Cevap E (*Willke, Söyletir, Doğanay, İnfeksiyon Hastalıkları, 1.baskı, 1996, s.781*)

Akut glomerulonefrit immun kompleks hastalığıdır.

10. Hangisi virusların genel özelliklerinden değildir?

- a) Protein yapıda olup zorunlu hücre içi parazitlerdir.
- b) Nükleik asit yapıyı DNA veya RNA oluşturur.
- c) Bölünerek çoğalma gösterirler.
- d) Antibiyotiklere duyarlı değildirler.
- e) Üretilmesinde, deney hayvanları, embriyonlu yumurta ve hücre kültürü kullanılır.

Cevap C (*Brooks, Medical Microbiology, 20.baskı, s.303-325*)

Viruslar konak hücrenin gen yapısını değiştirip, kendi metabolizması için uygun hale getirerek çoğalırlar. Basitçe bölünerek çoğalmazlar; virus replikasyonu,

konak hücreye tutunma ve yapışma, viral komponentlerin sentezi, morfogenez ve salınma evrelerini içerir.

11. Aşağıdaki mekanizmalardan hangisi *Shigella* gastroenteritlerinin patogeneğinde sitotoksinin etkilerinden biridir?

- a) Adenil siklaz ve cAMP
- b) Guanil siklaz ve cGMP
- c) Ribozomla interferans ve protein sentezi inhibisyonu
- d) Pili yada fimbrialar ile bağlanma
- e) Ayaksı çıkıntılar ile yapışma

Cevap C (*İliçin, Temel İç Hastalıkları, s.2278*)

Shiga toksininin ishal oluşturmasında hücre içinde ribozom ile interferansa girerek protein sentezini inhibe etmesi rol oynamaktadır.

12. Cerrahi yara infeksiyonlarında en sık olarak saptanan etken hangisidir?

- a) *Staphylococcus aureus*
- b) *Escherichia coli*
- c) *Streptococcus pyogenes*
- d) *Bacteroides fragillis*
- e) *Pseudomonas aeruginosa*

Cevap A (*Schwartz, Principles of Surgery, 1998*)

Cerrahi yara infeksiyonlarında en sık etken olan *S. aureus*, olguların yaklaşık %50'sinde izole edilmektedir.

13. *Salmonella typhi* için hangi seçenek yanlıştır?

- a) Doğal konağı primatlardır.
- b) Fekal-oral yolla bulaşır.
- c) İnfektif doz arttıkça inkübasyon süresi kısalır.
- d) Kloramfenikol hala etkin bir tedavi aracıdır.
- e) İnfeksiyonların tanısında Gruber-Widal testinde yararlanır.

Cevap A (*Mandell, Principles and Practice Infectious Diseases, 5.baskı, 2000*)

Salmonella typhi'nin doğal konağı insandır ve insan dışında hiçbir primatta infeksiyon hastalığı oluşturmaz.

14. Brusellozise bağlı artritlerde en sık hangi eklemler tutulur?

- a) Diz eklemi
- b) İnterfalangial eklemler
- c) El bileği eklemi
- d) Temporo-mandibular eklem
- e) Akromio-mandibular eklem

Cevap A (*Mandell, Principles and Practice Infectious Diseases, 5.baskı, 2000*)

Bruselloziste her eklemden artrit görülebilir. Ancak sıklık gözönüne alındığında üzerine yük binen büyük eklemlerde görülme şansı artar. Seçenekler arasında bu özelliği taşıyan tek eklem diz eklemidir.

15.Damar içi kateter enfeksiyonuna en çok neden olan etken bakteri hangisidir?

- a) Streptococcus pneumoniae
- b) Staphylococcus epidermidis
- c) Enterococcus faecalis
- d) Streptococcus viridans
- e) Enterobacter cloacae

Cevap B (Mandell, Principles and Practice Infectious Diseases, 5.baskı, 2000)

S. epidermidis silme oluşturan ve plastik yüzeylere yapışma özelliği olan bir bakteridir. Bu nedenle damar içi kateter enfeksiyonlarında sık görülen bir bakteridir.

16.Klostridial enfeksiyonlar için yanlış olanı işaretleyiniz.

- a) Tetanus hastalığından Clostridium tetani'nin tetanolizin denen toksini sorumludur.
- b) Tetanus hastalığının toksini merkezi sinir sistemine alt motor nöronların presinaptik terminaleri yoluyla girer. Lokal nöromusküler transmisyonu engeller.
- c) Gazlı gangrene en sık neden olan etken Clostridium perfringens'tir.
- d) Clostridium perfringens tip C'nin b toksini nekrotizan enteritten sorumludur.
- e) Hiçbiri

Cevap A (Belck, 4.baskı, s.2173; Lorber, 4.baskı, s.2182)

Tetanus hastalığından tetanospazmin denen toksin sorumludur. Tetanospazmin tüm toksijenik suşlarda bulunur ve bir plazmid tarafından kodlanır. Tetanolizinin patogenezdaki rolü tartışmalıdır.

17.Beta laktam, kinolon ve aminoglikozitlere duyarlı bir E.coli ile ilk kez sistit geçiren bir kadının tedavisi için en uygun seçenek hangisidir?

- a) Bir hafta süreyle 3. kuşak sefalosporin
- b) Üç gün süreyle siprofloksasin
- c) Onbeş gün süreyle siprofloksasin
- d) Bir hafta süreyle aminoglikozit
- e) Bir hafta süreyle 3. kuşak sefalosporin ve aminoglikozit

Cevap B (Mandell, Douglas and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, 4.baskı, 1995, s.676-677)

Duyarlı bir köken ile oluşan basit sistitlerde, hastada predispozan bir faktör yok ise siprofloksasin, trimetoprim-sulfametoksazol veya amoksisilin ile üç günlük kısa süreli tedavi rejimleri tercih edilmektedir. Bu rejimlerle alınan sonuçlar, uzun süreli rejimler ile eşdeğer bulunmuştur. Ayrıca, yan etkilerin ve sağaltım maliyetinin azaltılması ve hastanın sağaltıma uyumunun sağlanması açısından, kısa süreli rejimler yeğlenmektedir.

18.Bruselozda en sık tutulan sistem hangisidir?

- a) Santral sinir sistemi
- b) Genitoüriner sistem
- c) Solunum sistemi
- d) İskelet sistemi
- e) Deri ve mukozalar

Cevap D (Mandell, Douglas and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, 1995, s.2056)

Bruseloz, tüm sistemleri tutabilen bir hastalıktır. Ancak bunlar arasında en sık tutulan iskelet sistemidir. İskelet sisteminde en sık ortaya çıkan tablo ise sakroileittir.

19.Aşağıdaki testlerden hangisi, sifilizde hastanın tedaviye yanıtını izlemek amacıyla kullanılabilir?

- a) Lezyonlardan alınan örneklerin karanlık alan mikroskopisinde incelenmesi
- b) VDRL
- c) Treponema pallidum hemagglütinasyon (TPHA) testi
- d) Floresanlanmış treponema absorpsiyon (FTA-ABS) testi
- e) ELISA

Cevap B (Jawetz, Medical Microbiology, 21.baskı, 1998, s.291)

VDRL ve RPR gibi nontreponemal testler, aktif hastalığı olan kişilerde pozitifdir; iyileşmeyle birlikte negatifleşirler. Hastanın tedaviye yanıtının izlenmesinde titrimetrik olarak çalışabilirler.

20.Öyküsünde kafa travması bulunan ve yineleyen menenjit atakları geçiren bir kişide en sık rastlanan etken hangisidir?

- a) Neisseria meningitidis
- b) Streptococcus pneumoniae
- c) Cryptococcus neoformans
- d) Mycobacterium tuberculosis
- e) Listeria monocytogenes

Cevap B (Mandell, Douglas and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, 4.baskı, 1995, s.1818)

S.pneumoniae, hem toplumda edinilmiş hem de yineleyen menenjit etkenleri arasında ilk sırada yer almaktadır.

21.Tetanospazmine ilişkin cümlelerden hangisi doğrudur?

- a) Lipopolisakkarit yapısında bir toksindir.
- b) Sitolitik bir toksindir.
- c) Omurilikteki inhibitör nöronlardan GABA ve glisin salınımını inhibe eder.
- d) Hücre içindeki siklik AMP düzeyini artırarak etki gösterir.
- e) Yapımı, bakterinin bir bakteriyofaj ve lizojen olmasına bağlıdır.

ENFEKSİYON HASTALIKLARI

Cevap C (*Mandell, Douglas and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, 4.baskı, 1995, s.2174*)

Tetanospazmin bir ekzotoksin olması nedeniyle protein yapısındadır; sitolitik etkisi yoktur. Yapımı plazmid aracılığıyla olmaktadır ve etki mekanizması, omurilikteki inhibitör nöronlardan, inhibitör nörotransmitterlerin (GABA ve glisin) salınımını bloke etmek suretiyledir.

22.HIV (+) bir kişide C.neoformans aşağıdaki hastalıklardan en sık hangisine neden olmaktadır?

- a) Pnömoni
- b) Beyin apsesi
- c) Menenjit
- d) Hepatit
- e) Endokardit

Cevap C (*Willke, Doğanay, Söyletir, İnfeksiyon Hastalıkları, 1.baskı, 1996, s.462*)

C.neoformansın en sık görülen klinik şekli santral sinir sistemi kriptokokkozudur.

23.Aşağıdakilerden hangisi akut menenjit etkeni değildir?

- a) Strep. pneumoniae
- b) H. influenzae
- c) Brucella abortus
- d) Listeria monocytogenes
- e) S. aureus

Cevap C (*Mandell, Bennet, Dolin, Principles and Practice of Infectious Diseases, 4.baskı, 1995, s.865*)

Brusella bakterileri kronik menenjit etkenidirler.

24.Tüberküloz menenjitin tedavisinde aşağıdaki antimikrobiklerden hangisi kullanılmaz?

- a) Rifampisin
- b) Doksisisiklin
- c) Etambutol
- d) Pirazinamid
- e) Streptomisin

Cevap B (*Mandell, Bennet, Dolin, Principles and Practice of Infectious Diseases, 4.baskı, 1995, s.396,2226*)

Doksisisiklin nontüberküloz mikobakterium infeksiyonlarının tedavisinde etkilidir.

25.Yumuşak doku infeksiyonlarından en sık izole edilen anaerob bakteriyel etken aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Bacteroides fragilis
- b) Fusobacterium nucleatum
- c) Clostridium septicum
- d) Peptostreptococcus anaerobicus
- e) Prevotella melaninogenica

Cevap A (*Bilgehan, Klinik Mikrobiyoloji, 9.baskı, s.209*)

Anaerobların izole edildiği klinik materyallerin yarısından fazlasında B. fragilis grubu bakteriler izole edildiği

gibi, yumuşak doku infeksiyonlarında da en sık izole edilen anaerob bakteridir.

26.“Erizipel” ile ilgili ifadelerden hangisi yanlıştır?

- a) En sık A grubu β hemolitik streptokoklar etkenidir.
- b) Derinin lenfanjitte karakterize bir infeksiyonudur.
- c) Deriden keskin sınırlarla ayrılan parlak kırmızı bir lezyon vardır.
- d) Üşüme, titreme, ateş gibi sistemik belirtiler de vardır.
- e) Yalnızca Streptokokların etken olduğu bir infeksiyondur.

Cevap E (*Topçu, İnfeksiyon Hastalıkları, s.641-701*)

“Erizipel”, en sık A-grubu β hemolitik streptokoklar tarafından meydana getirilir; ancak C ya da G grubu Streptokoklar, pönomokoklar ve bazı Stafilokoklar tarafından da oluşturulabilir.

27.Aşağıdaki bakterilerden hangisi besin zehirlenmesine yol açan etkenlerden değildir?

- a) Clostridium perfringens
- b) Clostridium difficile
- c) Clostridium botulinum
- d) Bacillus subtilis
- e) Bacillus cereus

Cevap B (*Bilgehan, Klinik Mikrobiyoloji, 9.baskı, s.326-363*)

Clostridium difficile enterotoksinleri aracılığı ile, besin zehirlenmesine değil, genellikle antibiyotik tedavisi gören kişilerde pseudomonas enterokolit hastalığına yol açar.

28.Tifo tedavisinde hangi antibiyotikler kullanılmamalıdır?

- a) Penisilin, eritromisin, kloramfenikol
- b) TMP-SMX, doksisisiklin, ampisilin
- c) Siprofloksasin, Sefazolin, kloramfenikol
- d) Siprofloksasin, Kloramfenikol, ampisilin
- e) Gentamisin, ampisilin, amoksisilin

Cevap D (*Douglas, Bennet's Principles and Practice of Infectious Diseases, 4.baskı, s.2026*)

Penisilin, eritromisin, doksisisiklin, sefazolin verilmez.

29.Neisseria meningitidis kemoprofilaksisinde hangi antibiyotik tercih edilir?

- a) Penisilin
- b) Ampisilin
- c) Kloramfenikol
- d) Rifampisin
- e) Streptomisin

Cevap D (*Douglas, Bennet's Principles and Practice of Infectious Diseases, 4.baskı, s.857*)

Penisilin, ampisilin, kloramfenikol tedavide verilebilir. Streptomisinin tedavi ve profilaksisinde yeri yoktur.

30.Bruselloz tedavisi için hangi tedavi şeması uygundur?

- Tetrasiklin+Streptomisin 2 hafta
- Doksisiklin+Rifampisin 6 hafta
- Penisilin+Streptomisin 3 hafta
- TMP-SMX+Kloramfenikol 5 hafta
- Gentamisin+ampisilin 4 hafta

Cevap B (*Douglas, Bennet's Principles and Practice of Infectious Diseases, 4.baskı, s.2057*)

a şıkkındaki antibiyotikler verilebilir fakat süresi uygun değil.

31.Yanlış işaretleyiniz.

- Leptospiralar spiroketlerin bir alt grubudur.
- Leptospiralar enfekte hayvan idrarı ile insanlara bulaşır.
- Leptospiralar Weil hastalığının etkenidir.
- Leptospiralar insandan insana damlacık enfeksiyonu yoluyla bulaşır.
- Leptospiralar akut irinsiz menenjitte neden olur.

Cevap D (*Mandell, Bennet, Dolin, Principles and Practice of Infectious Diseases, 4.baskı, 1995, s.2137*)

Leptospiroz bir zoonozdur, primer olarak vahşi ve evcil memeli hayvanların hastalığıdır.

32.Klamidyalar'ın genel özellikleri ile ilgili aşağıdaki cümlelerden hangisi doğru değildir?

- Gram negatif bakterilerinkine benzer hücre duvarı içerirler.
- İkiye bölünerek çoğalırlar.
- Bakterilerde olduğu gibi hem DNA, hem de RNA içerirler.
- Yapay besi yerlerinde üreyemezler.
- Esas enfeksiyöz cisimcik "inisiyal" cisimciklerdir.

Cevap E (*Bilgehan, Klinik Mikrobiyoloji, 9.baskı, s.534-535*)

Klamidyalar'ın hücre içindeki üreme dönemlerinde üç üreme şekli vardır: 1) Elementer cisimcik, 2) İnisiyal (Retikülat cisimcik), 3) İntermediat (ara) cisimcikler. Klamidyalar'ın esas enfeksiyöz şekli elementer cisimciklerdir.

33.Hangi hepatit etkeninde aşıyla korunmak mümkündür?

- Hepatitis B virusu (HBV)
- Hepatitis C virusu (HCV)
- Hepatitis E virusu (HEV)
- Epstein-Barr virusu (EBV)
- Sitomegalovirus (CMV)

Cevap A (*Mandell, Principles and Practice Infectious Diseases, 5.baskı, 2000*)

Bugün hepatit yapabilen çok sayıda virus vardır. Bunlardan sadece HBV ve HAV için aşı bulunmaktadır.

34.Hepatit B virüs genleri ve bu genler tarafından sentezlenen proteinler aşağıda verilmiştir. Yanlış olanı seçiniz.

- PreS1 geni → Large protein
- Pre-C/C geni → HBcAg
- P geni → DNA polimeraz
- X geni → HBxAg
- Pre-S2 geni → Middle Protein

Cevap B (*Kılıçturgay, Viral Hepatit'98 s.77*)

C geninde bir ORF bulunmasına rağmen, gen üzerinde okuma işleminin başlangıcında iki farklı kodon bulunmaktadır. Okuma işlemi Pre-C deki kodondan başlar ise HBeAg, C bölgesinden başlar ise HBcAg oluşur.

35.Hepatit B markerlarından hangisini serumda saptamamız mümkün olmamaktadır?

- HBsAg
- Anti-HBs
- HBcAg
- Anti-HBc
- HBeAg

Cevap C (*Kılıçturgay, Viral Hepatit'98. s.78*)

36.Aşağıdaki hastalıklardan hangisinde enanitem görülmez?

- Kızamık
- Kızamıkçık
- Suçiçeği
- Herpes simpleks virüsü enfeksiyonu
- Koksaki virüsü enfeksiyonu

Cevap B (*Serter, Virüs, Riketsiya ve Klamidya Hastalıkları, 1.baskı, 1997, s.130-133, 138, 234-235, 302, 311*)

Kızamığın prodrom döneminde ağız içinde bulunan Koplik lekeleri birer enanitemdir. Suçiçeğinde, döküntüler derinin yanısıra tüm mukozalarda (ağız içi, vajen, konjunktiva) da bulunabilir. HSV gözde, ürogenital sistemde ve ağız içinde, koksaki virüsleri yine ağız içinde ve konjunktivada lezyonlar oluşturabilirler. Kızamıkçık virüsü ise yalnız deride makülopapüler nitelikte döküntü yapar.

37.Aşağıdaki etkenlerden hangisi, konjenital rubella sendromunun ayırıcı tanısında göz önünde tutulması gereken etkenler arasında yer almaz?

- Brucella abortus
- Toxoplasma gondii
- Streptococcus agalactiae
- Herpes simpleks virüsü
- Treponema pallidum

Cevap A (*Serter, Virüs, Riketsiya ve Klamidya Hastalıkları, 1.baskı, 1997, s.312*)

T. gondii, S.agalactiae, HSV ve T.pallidum, anneden bebeğe transplasental ve/veya doğum sırasında bu-

ENFEKSİYON HASTALIKLARI

laşabilen ve yenidoğanda istenmeyen hastalıklara yol açabilen etkenlerdir. Brusellaların ise anneden bebeğe bulaştığına dair bir kanıt henüz bulunmamaktadır.

38. Hangisi Epstein-Barr virüsünün yaptığı hastalıklardan biri değildir?

- a) Enfeksiyöz mononükleoz
- b) Nazofaringiyal karsinom
- c) Laringiyal papillom
- d) Burkitt lenfoması
- e) Oral hairy lökoplaki

Cevap C (Serter, Virüs, Riketsiya ve Klamidya Hastalıkları, 1.baskı, 1997, s.148,214)

Laringiyal papillom, papillomavirüslerinin etken oldukları bir hastalıktır.

39. HbsAg (+) olan anneden doğan bebeğe aşağıdakilerden hangisi uygulanır?

- a) Hepatit B immünglobülini
- b) Bir doz hepatit B aşısı
- c) Standart immünglobülin+Hepatit B aşılması
- d) Standart immünglobülin
- e) Hepatit B immünglobülini+Hepatit B aşılması

Cevap E (Serter, Virüs, Riketsiya ve Klamidya Hastalıkları, 1.baskı, 1997, s.194)

HbsAg (+) bir anneden bebeğe bulaşma en sık doğum sırasında olmaktadır. Bu durumda, bebeği korumak için mutlaka immünglobülin yapılmalı ve hepatit B'ye karşı aşılama şemasına başlanmalıdır. Standart immünglobülinin hepatit B'ye karşı koruyuculuğu yeterli değildir; bu nedenle hepatit B için hazırlanmış immünglobülinler kullanılmalıdır.

40. Çocukluğunda suçiçeği geçirdiği bilinen, bağışıklığı baskılayıcı ilaç kullanan yaşlı bir hastanın sırtında ağrılı, veziküler döküntüler geliştiğinde, aşağıdakilerden hangisinin etken olduğu düşünülmelidir?

- a) Herpes simpleks virüsü
- b) Sitomegalovirüs
- c) Kızamık virüsü
- d) Varisella-Zoster virüsü
- e) Epstein-Barr virüsü

Cevap D (Serter, Virüs, Riketsiya ve Klamidya Hastalıkları, 1.baskı, 1997, s.138-139)

Varisella-Zoster virüsünün primer enfeksiyonu suçiçeği şeklinde geçirilir. Daha sonra virüs, omurilik

arka kök gangliyonlarında latent olarak kalır. Yaşamın ileri dönemlerinde, vücut direncinin düşmesi ile, virüsün latent olarak bulunduğu gangliyonun inerve ettiği dermatom plağında, ağrılı veziküler lezyonlar ile karakterize nöksler görülebilir; bu tabloya zona adı verilir.

41. Stevens-Johnson sendromu gibi yan etkileri nedeniyle, aşağıdakilerden hangisinin sıtma kemo-profilaksisinde kullanımı artık önerilmemektedir?

- a) Klorakin
- b) Meflokin
- c) Doksisiklin
- d) Primetamin-sülfadoksin
- e) Klorakin-sülfadoksin

Cevap D (İlçin, Temel İç Hastalıkları, s.2411)

Primetamin-sülfadoksin Stevens-Johnson sendromu gibi fatal hipersensitivite reaksiyonlarına yol açtığı için kullanımı önerilmemektedir.

42. Türkiye'de en sık rastlanılan sıtma etkeni Plasmodium hangisidir?

- a) Plasmodium malaria
- b) Plasmodium ovale
- c) Plasmodium vivax
- d) Klorokine duyarlı Plasmodium falciparum
- e) Klorokine dirençli Plasmodium falciparum

Cevap C (Willke, İnfeksiyon Hastalıkları)

Türkiye'de en önemli sıtma etkeni Plasmodium vivax'tır. Türkiye'deki sıtma olgularının %85'ten fazlasını bu etken oluşturmaktadır.

43. Serebral malarya komplikasyonu, aşağıdaki Plasmodium türlerinden hangisi/hangileri ile oluşan sıtmada görülebilir?

- a) P. vivax
- b) P. ovale
- c) P. vivax ve P. ovale
- d) P. malariae
- e) P. falciparum

Cevap E (Jawetz, Medical Microbiology, 21.baskı, 1998, s.634)

P. falciparum, eritrositlerin küçük kan damarlarına tutunmasına ve mikrotrombüslerin oluşmasına yol açmaktadır. Bu trombüsler, kanlanma bozukluğuna yol açmakta ve ağır komplikasyonlarla sonuçlanmaktadır. Diğer Plasmodium türlerinde bu tür komplikasyonlara rastlanmaz.

GASTROENTEROHEPATOLOJİ

1. Kaşıntı yakınması ve alkalin fosfataz yüksekliği saptanan 45 yaşında bayan hastada fizik muayenede ciltte kaşıntı izleri dışında olumlu bulgu saptanmamıştır. Bu hastada tanıya ulaşmak için aşağıdaki laboratuvar bulgularından hangisini öncelikle tercih edersiniz?

- GGT
- ALT
- Serum albümini
- Trombosit sayımı
- Serum kalsiyum tayini

Cevap A (*Tadakata, Textbook of Gastroenterology, 3.baskı, 1999*)

Alkalin fosfataz yüksekliğinin karaciğer kaynaklı (kolestazis) olduğunun belirlenmesinde GGT yüksekliğinin de olması gerektiğinden dolayı GGT ölçümü yapılmalıdır.

2. Aşağıdakilerden hangisi alkolik hepatite spesifik bulgudur?

- Alkalin fosfataz/GGT oranının >2
- AST/ALT oranının >2
- GGT'nin düşük düzeyde olması
- IgM'de belirgin artış olması
- PTZ'da uzama olması

Cevap B (*Tadakata, Textbook of Gastroenterology, 3.baskı, 1999*)

Alkolik hepatitte pridoksal fosfat eksikliğine bağlı ALT sentezi azaldığından AST/ALT oranının 2'nin üzerinde olması spesifik bir bulgudur.

3. Çocukluktan beri özellikle stress veya aşırı yorgunluk sırasında sarılığı olduğunu ifade eden bir hastada indirekt hiperbilirubinemi saptandı. Hemoglobin ve karaciğer fonksiyon testleri normal olan bu hastada muhtemel tanınız nedir?

- Hemoliz
- Dubin Johnson sendromu
- Rotor sendromu
- Gilbert hastalığı
- Akut viral hepatit

Cevap D (*Tadakata, Textbook of Gastroenterology, 3.baskı, 1999*)

Gilbert hastalığında glukronil transferaz enzim eksikliğine bağlı açlık, stress ve aşırı eforu takiben hafif orta derecede (Çoğu kez 6 mg/dl ve altında) indirekt hiperbilirubinemi görülür.

4. Kronik C hepatiti ile ilgili bilgilerden hangisi yanlıştır?

- Hastalıkta fluktuasyon gösteren transaminaz (özellikle ALT) yükseklikleri önemli bir bulgudur.
- Hastalık kriyoglobülinemi, glomerülo nefrit, vas-külit, diabet, tiroid anomalileri gibi ekstrahepatik bulgularla birlikte görülebilir.
- Kronik C hepatiti olan bir hastada ANA ve ASMA titresi $\geq 1/320$ 'dir.
- Antiviral tedavi için önemli endikasyonlar arasında ALT düzeyinin normalin 1.5-2 kat üzerinde olması, antiHCV ve/veya HCVRNA'nın pozitif olması ve karaciğer hastalığının kompanse olması esastır.
- İnterferon ve interferon+ribavirin kombinasyonu en güncel antiviral tedavi kombinasyonudur.

Cevap C (*Tadakata, Textbook of Gastroenterology, 3.baskı, 1999*)

ANA ve ASMA titresi $\geq 1/320$ ise öncelikle otoimmün karaciğer hastalığı akla gelmelidir.

5. HBV taşıyıcısı olan bir hasta ileri yaşta son bir aydır olan sarılık, sağ üst kadran ağrısı, kilo kaybı, sekonder polisitemi bulguları ve hepatomegali ile başvurduğunda muhtemel tanınız nedir?

- Kolelitiyazis
- Siroz
- Hepatosellüler Ca
- Kolanjiyosellüler Ca
- Metastatik karaciğer Ca

Cevap C (*Tadakata, Textbook of Gastroenterology, 3.baskı, 1999*)

HBV taşıyıcılarında normal popülasyona göre hepatocellüler Ca gelişim insidansı önemli derecede artmıştır.

6. Aktif gluten enteropatisi tanısında en spesifik antikor aşağıdakilerden hangisidir?

- ANA
- ASMA
- Endomyasial antikor
- AntiDNA
- IgG anti gliadin antikor

Cevap C (*Tadakata, Textbook of Gastroenterology, 3.baskı, 1999*)

Aktif hastalıkta antiendomyasial antikor pozitifliği olguların %90'ında saptanır ve hastalığın kontrol altına alınması ile titresinde önemli düzeyde düşme gözlenir.

IgG anti gliadin antikoruna ise aktif hastalık ve latent hastalık durumunda pozitif olduğundan aktif hastalık tanısında antiendomyosial antikor tayini daha spesifik bir bulgudur.

7. Steatoresi olan ve etyolojide kronik pankreatit düşündüğünüz bir hastada aşağıdaki testlerden hangisi bozulur?

- Serum amilazı
- Bentiromid testi
- D-Xylose absorpsiyon testi
- İnce bağırsak biyopsi örneklerinde histopatolojik bulgular
- Serum demir düzeyi

Cevap B (*Tadakata, Textbook of Gastroenterology, 3.baskı, 1999*)

Bentiromid testi pankreatik yetmezliği (maldigesyonu) gösterir.

8. Helikobakter pilori infeksiyonu ile ilgili aşağıdaki bilgilerden hangisi yanlıştır?

- Etken gram negatif, mikroaerofilik, spiral şekildedir.
- Etken yalnız gastrik kolumnar epitelde kolonize olup çoğalır.
- Etkenin tüm suşları peptik ülser oluşumuna neden olur.
- Etken hipergastrinemi ve hiperasiditeye neden olur.
- Etken gastrik Ca ve Maltoma gelişimine neden olabilir.

Cevap C (*Tadakata, Textbook of Gastroenterology, 3.baskı, 1999*)

H. Piloninin, Cag A ve Vac A geni taşıyan suşları infeksiiftir.

9. Hemakromatozis ile ilgili bilgilerden yanlış olan hangisidir?

- Hastalık patogenezinde hemolize bağlı serum demirinde yükselme rol oynar.
- Hastalıkta karaciğer, kalp, eklem tutulumu ile birlikte endokrin bozukluklar görülür.
- Hastalık tanısında serum demirinde ve ferritinde artış önemli bir bulgudur.
- Kesin tanı karaciğer doku örneklerinde kalitatif veya kantitatif demir tayini yapılması gerekir.
- Tedavide desferoksamin veya flebotomi uygulanır.

Cevap A (*Tadakata, Textbook of Gastroenterology, 3.baskı, 1999*)

Hastalık patogenezinde GİS'den demir absorpsiyonunun artışı sorumludur.

10.Özofagus adenokanseri için en önemli prekürsör hangisidir?

- Akalazya
- Barrett özofagus
- Plummer-Vinson sendromu
- Human papilloma virus
- Tylosis

Cevap B (*Tadakata, Textbook of Gastroenterology, 3.baskı, 1999, s.1286-1287*)

Barrett özofagus, özofagusun normal yassı hücreli epitelinin intestinal kolumnar epitele metaplazik değişimi ile karakterize olup, özofagus adenokanseri için en önemli prekürsördür.

11.Aşağıdakilerden hangisi non kardiyak göğüs ağrısı için yanlıştır?

- Diffüz özefageal spazmda emosyonel stresler önemlidir.
- Diffüz özefageal spazmda yüksek amplitudeli peristaltik dalgalar vardır.
- Artmış visseral ağrı yönünden amitriptiline faydalıdır.
- Provokatif testler tanıda faydalıdır.
- Tanıda öncelikle kardiyak sebepler ekarte edilmelidir.

Cevap B (*Feldman, Gastrointestinal and Liver Disease, 6.baskı, 1998, s.488*)

Diffüz özefageal spazm; yüksek amplitüdü, uzun süreli, tekrarlayıcı ve ilerleyici olmayan tersiyer kontraksiyonlarla karakterize, nörolojik bir hastalıktır.

12.Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- Özofagus varis kanaması tedavisinde skleroterapi veya band ligasyonu uygulanabilir.
- Somatostatin özofagus varis kanaması tedavisinde kullanılır.
- Hastada daha önceden varis olduğu biliniyorsa üst GİS kanamasının sebebi %90 özofagus varisleridir.
- Anjiyodisplazilerde endoskopik tedavi uygulanabilir.
- Treitz ligamentine kadar olan kanamalarda melena beklenir.

Cevap C (*Arroyo, Treatments in Hepatology, 1995, s.53*)

13.Bir hastada katı ve sıvı gıdalara karşı disfaji intermittant ise ve göğüs ağrısı ile birlikteyse tanınız nedir?

- Özofagus kanseri
- Peptik striktür
- Progresif sistemik sklerozis
- Diffüz özefageal spazm
- Akalazya

Cevap D (Feldman, *Gastrointestinal and Liver Disease*, 6.baskı, 1998, s.487)

Diffüz özefajial spazmda, hem katı hem sıvı gıdalara karşı disfaji ve retrosternal ağrı en önemli semptomdur.

14.Curling ülserine yol açan neden/risk faktörü hangisidir?

- a) Major travma
- b) Beyin ameliyatı
- c) Ciddi yanık
- d) Koagülopati
- e) Akut böbrek yetmezliği

Cevap C (Abaoğlu-Alexsanyan, *Semptomdan Teşhise*, 9.baskı, s.890)

15.Aşağıdakilerden hangisi absorpsiyon olayında midedin görevi değildir?

- a) Yenilen gıdaların karıştırılması
- b) Yağların emülsifikasyonu, oluşan kimusun düzenli olarak duodenuma iletilmesi
- c) Pepsin ile protein sindirimini başlatılması
- d) Potasyum ekskresyonunun gerçekleştirilmesi
- e) Vitamin B12 absorpsiyonu için intrinsek faktör salgılanması

Cevap D (Feldman, *Gastrointestinal and Liver Disease*, 6.baskı, 1998, s.1474)

Potasyum ekskresyonu böbrekler tarafından gerçekleştirilir.

16.Budd-Chiari sendromunda ne tip portal hipertansiyon söz konusudur?

- a) İntrahepatik presinüzoidal
- b) İntrahepatik postsinüzoidal
- c) Ekstrahepatik presinüzoidal
- d) Ekstrahepatik postsinüzoidal
- e) Primer hiperkinetik portal hipertansiyon

Cevap D (Feldman, *Gastrointestinal and Liver Disease*, 6.baskı, 1998, s.1188-1189)

Budd-Chiari sendromunda hepatik venlerin tıkanmasına bağlı, postsinüzoidal ekstrahepatik portal hipertansiyon görülür.

17.Hangisi pankreatik sekresyon inhibitörüdür?

- a) Somatostatin
- b) Sekretin
- c) Kolesistokinin
- d) Asetil kolin
- e) Gastrin

Cevap A (Fordran, *Gastrointestinal Disease*, 5.baskı, 1993, s.1594)

18.Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Barret özefajitinde özefagustaki yassı epitelin yerini kolumnar epitel almıştır.
- b) Barret özefagusu prekanserözdür.
- c) Zenker divertikülü pulsiyon (itme) divertiküllerine örnek bir divertiküldür.
- d) Akalazyada özefagusta motilite bozukluğu vardır.
- e) Zenker divertikülü özefagus alt ucunda, prefrenik bölgede görülen divertiküllere denir.

Cevap E (Fordran, *Gastrointestinal Disease*, 5.baskı, 1993, s.422)

Aslında farenkste olan Zenker divertikülü pulsiyon tipi bir divertiküldür. Ağız kokusu yapabilir.

19.Aşağıdaki işlemlerden hangisi "Terapötik endoskopi" değildir?

- a) Koledok taşlarının balon ve basketle çıkarılması
- b) Endoskopik sfinkterotomi
- c) Koledoka ve pankreas kanalına endoskopik stent konulması
- d) Endoskopik retrograt pankreatografi
- e) Mideden endoskopi ile yabancı cisim çıkarılması

Cevap D (Fordran, *Gastrointestinal Disease*, 5.baskı, 1993, s.959)

20.Duodenal ülser için hangisi yanlıştır?

- a) Duodenal ülser, gastrik ülserlerden 4 kat daha sık görülür.
- b) Gastrik ülserlerin yaklaşık %10-20'sinde duodenal ülser de vardır.
- c) Duodenal ülser; sık nüks etmesi ve ciddi komplikasyonları nedeniyle önemli bir toplum sorunudur.
- d) Duodenal ülserlilerde mide asidi düzeyi normal altındadır.
- e) Duodenal ülserin etyolojisinde en önemli faktörlerden biri *Helicobacter pylori*'dir.

Cevap D (Feldman, *Gastrointestinal and Liver Disease*, 6.baskı, 1998, s.623-630)

21.Duodenal ülser tedavisi ve *Helicobacter pylori* eradikasyonu için günümüzdeki en ideal tedavi şeması hangisidir?

- a) Proton pompa inhibitörü+Klaritromisin+Amoksisilin
- b) Antiasid+Bizmut sitrat+Famotidin
- c) Sukralfat+Klaritromisin+Nizatidin
- d) Metranidazol+Amoksisilin+H2 reseptör antagonisti
- e) Bizmut sitrat+Metronidazol

Cevap A (Feldman, *Gastrointestinal and Liver Disease*, 6.baskı, 1998, s.623-624)

22.Hangisi mide kanseri riskini arttıran etyolojik faktörlerden biri değildir?

- a) Aşırı tuzlu gıdaların tüketilmesi
- b) İntestinal metaplazi ve displazi
- c) Fazla meyve ve sebze tüketilmesi
- d) Mide polipleri
- e) A ve C vitamininden fakir beslenme

Cevap C (Feldman, *Gastrointestinal and Liver Disease*, 6.baskı, 1998, s.736)

23.Kanda direkt bilirubin yüksekliği, karaciğer biyopsisinde çikolata rengi görünümle karakterize hastalık hangisidir?

- a) Gilbert
- b) Crigler-Najjar Tip I
- c) Crigler-Najjar Tip II
- d) Roter
- e) Dubin-Johnson

Cevap E (Sherlock, *Diseases of the Liver and Biliary System*, 10.baskı, 1997, s.39)

24.Aşağıdaki pıhtılaşma faktörlerinden hangisi karaciğerde sentezlenmez?

- a) Faktör II
- b) Faktör VII
- c) Faktör IX
- d) Faktör XI
- e) Von Willebrand faktörü

Cevap E (Sherlock, *Diseases of the Liver and Biliary System*, 10.baskı, 1997, s.46)

Karaciğerde sentezlenen pıhtılaşma faktörleri; 2, 5, 7, 9, 10, 11, 12 ve 13. Faktör 8 karaciğerde sentezlenmez.

25.Lenfomalı hastalarda aşağıdaki faktörlerden hangisi sarılık nedeni değildir?

- a) Karaciğer infiltrasyonu
- b) Biliyer obstrüksiyon
- c) Kanama
- d) Hemoliz
- e) Karaciğere uygulanan radyoterapi

Cevap C (Sherlock, *Diseases of the Liver and Biliary System*, 10.baskı, 1997, s.56)

26.Aşağıdakilerden hangisi karaciğer sirozu fizik muayene bulgularından değildir?

- a) Spider angioma
- b) Palmar eritem
- c) Beyaz tırnak
- d) Dupuytren kontraktürü
- e) Koilonişia

Cevap E (Sherlock, *Diseases of the Liver and Biliary System*, 10.baskı, 1997, s.80)

27.Aşağıdakilerden hangisi hepatik ensefalopati tedavi prensiplerinden değildir?

- a) Presipitan faktörlerin düzeltilmesi
- b) Diyetle protein kısıtlama
- c) Laktuloz
- d) Düşük kalorili diyet
- e) Serum elektrolitlerinin tespiti

Cevap D (Sherlock, *Diseases of the Liver and Biliary System*, 10.baskı, 1997, s.98)

28.Aşağıdakilerden hangisi fulminant karaciğer yetmezliği yapan ilaçlardan değildir?

- a) Halotan
- b) İzoniazid
- c) Rifampisin
- d) Valproik asit
- e) Flumanenil

Cevap E (Sherlock, *Diseases of the Liver and Biliary System*, 10.baskı, 1997, s.103)

29.Sirozlu hastalarda hepatosellüler fonksiyonu gösteren Child sınıflamasında aşağıdaki parametrelere hangisi kullanılmaz?

- a) Serum bilirubin düzeyi
- b) Serum albumin düzeyi
- c) Asit
- d) Nörolojik bozukluk
- e) Protrombin zamanı

Cevap E (Sherlock, *Diseases of the Liver and Biliary System*, 10.baskı, 1997, s.162)

30.Aşağıdakilerden hangisi transjuguler intrahepatik portosistemik şant prosedürü komplikasyonlarından değildir?

- a) Şant stenozu
- b) Hemoliz
- c) İntraabdominal kanama
- d) Ensefalopati
- e) Hipersplenizm

GASTROENTEROHEPATOLOJİ

Cevap E (*Sherlock, Diseases of the Liver and Biliary System, 10.baskı, 1997, s.172*)

31. Budd-Chiari sendromunda aşağıdaki hastalıklardan hangisi en sık saptanabilir?

- a) Antifosfolipid sendromu
- b) Paroksizmal nokturnal hemoglobinüri
- c) Antitrombin III eksikliği
- d) Protein C eksikliği
- e) Polisitemia rubra vera

Cevap E (*Sherlock, Diseases of the Liver and Biliary System, 10.baskı, 1997, s.186*)

Budd-Chiari; oral kontraseptif kullanımı, hiperkoagülabilite, Behçet hastalığı, polisitemia veraya bağlı olabilir.

32. Aşağıdakilerden hangisi presinüzoidal ekstrahepatik portal hipertansiyon nedenidir?

- a) Siroz
- b) Vena-okluziv hastalık

- c) Budd-Chiari sendromu
- d) Alkolik hepatit
- e) Portal ven trombozu

Cevap E (*Sherlock, Diseases of the Liver and Biliary System, 10.baskı, 1997, s.154*)

33. Aşağıdakilerden hangisi safra kesesi taşı tespitinde kullanılan en iyi tanı yöntemidir?

- a) Sintigrafi
- b) Oral kolesistografi
- c) Bilgisayarlı tomografi
- d) Direkt grafi
- e) Ultrasonografi

Cevap E (*Sherlock, Diseases of the Liver and Biliary System, 10.baskı, 1997, s.599*)

GÖĞÜS HASTALIKLARI

1. Aşağıdakilerden hangisi KOAH (Kronik obstrüktif akciğer hastalığı) etiyopatogenezinde kesinliği kanıtlanmış risk faktörlerindendir?

- a) Adenovirüs enfeksiyonu
- b) Genetik predispozisyon
- c) A grubu kan
- d) Alfa-1 antitripsin yetmezliği
- e) Diyetle vit C eksikliği

Cevap D (Siafakas 1995, s.1398-1420; Murray, s. 1006-1020)

Diğer dört yanıt, KOAH etiyopatogenezinde rolü olduğu tahmin edilen, ancak henüz kanıtlanmamış faktörlerdir. Alfa-1 antitripsin eksikliği ise KOAH etiyopatogenezinde sigara ile kıyaslanabilir önemde diğer kesin risk faktörüdür. Ancak bu genetik patoloji ABD'de KOAH gelişme riskinin %10'unda daha azında etkindir.

2. 15 gündür nonproduktif öksürük yakınması olan 42 yaşında erkek hastada fizik muayenede sağ sırtta skapula altında öksürmekle kaybolmayan ronküsler duyduunuz. Akciğer grafisi olağan. Aşağıdaki tanılardan hangisini öncelikle düşünmezsiniz?

- a) Bronş karsinomu
- b) Yabancı adenomu
- c) Kronik bronşit
- d) Endobronşiyal tüberküloz
- e) Hiçbiri

Cevap D (Uçan, Özacar, Astma Kliniği ve Tanısı, İzmir Göğüs Hastalıkları Dergisi, 1995 (Özel Sayı), s.23)

Tanımlanan tablo lokalize ronküse uyuyor. Seçenekler arasında lokalize ronküs yapmayan tek hastalık kronik bronşittir.

3. Astımlı bir hastanın kendisi tarafından ölçülebilen ve hastalığın seyri hakkında fikir verdirebilecek solunum fonksiyon parametresini işaretleyiniz?

- a) TV (tidal volum)
- b) FRC (fonksiyonel rezidüel kapasite)
- c) PEF (zirve ekspiratuvar akımı)
- d) TLC (total akciğer kapasitesi)
- e) VC (vital kapasite)

Cevap C (Weiss, Stein, 3.Baskı, 1993, s.1031)

Havayolu obstrüksiyonunu saptamada kullanılan bir basit bir aletle evde de uygulanabilen solunum fonksiyon parametresidir.

4. Aşağıdakilerden hangisi Akciğer Kanserinde inoperabilite kriteri değildir?

- a) Suprakalviküler, servikal, aksiller ve toraks dışı lenf bezi biyopsisi ile metastaz saptanması
- b) Malign plevral effüzyon
- c) Ses kısıklığı
- d) Ana bronşta tümörün karınaya 2 cm'den daha yakın olması
- e) Hiler ve mediastinal lenf bezi metastazı olmayan, periferik lokalizasyonlu tümör ile birlikte göğüs duvarında infiltrate olduğunun saptanması

Cevap E (Solak, Bronş Karsinoması. Göğüs Cerrahisi. 1993, s.142)

Akciğer kanserinde inoperabilite kriterleri;

1. Suprakalvikuler servikal aksiller ve toraks dışı lenf bezi biyopsisi ile metastaz saptanması
2. Preskalen lenf bezi biyopsisinde metastaz tesbiti
3. Karaciğer beyin,böbrek, kemik, deri gibi uzak organ ve doku metastazları
4. Tümörün karşı akciğere veya bronşlarda metastaz yapmış olması
5. Tümörün plevraya atlayarak malign tabiatlı plöreziye neden olması, plevra biyopsisi veya sıvısında malign hücre tespit edilmesi
6. Ön üst mediastendeki lenf bezlerinde tümöral metastazların belirtisi olan VCSS'nun meydana gelmesi
7. Ses kısıklığı N. Recurrens paralizisi sinirin vagustan ayrıldıktan sonra tümörle infiltrate olması
8. Ana bronşta tümörün karınaya 2 cm den daha yakın olması

5. Sarkoidoz hastalığında mutlak steroid endikasyonu teşkil etmeyen durum aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Posterior uveit
- b) İridosiklit
- c) Santral sinir sistemi tutulumu
- d) Bilateral hiler LAP
- e) Hiperkalsemi

Cevap D (Cecil Essentials of Medicine, Türkçesi, 3.baskı, 1995, s.155; Barış, Solunum Hastalıkları Temel Yaklaşım, s.246)

Sarkoidoz hastalığının başlıca steroid kullanma endikasyonları; iridosiklit, posterior uveit, üst solunum yolu obstrüksiyonu, lupus pernio, hiperkalsemi, kalp ve beyin tutulumu, lakrimal ve tükürük bezi tutulumu, semptomatik kemik kistleri ve evre I hariç pulmoner tu-

GÖĞÜS HASTALIKLARI

tulum. Bilateral hiler adenopati evre I'i oluşturur ve çok nadiren steroid gerektirir.

6. Aşağıdakilerden hangisi arteriyel hipokseminin temel mekanizması değildir?

- a) Hipoventilasyon
- b) Diffüzyon bozukluğu
- c) Şantlar
- d) Hiperventilasyon
- e) Ventilasyon-perfüzyon dengesizliği

Cevap D (Fishman, Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders, 3.baskı, 1998, s.181)

a,b,c ve e şıkları hipokseminin fizyopatolojik temel mekanizmalarıdır. Hiperventilasyon hipokapni yapar.

7. Aşağıdakilerden hangisi mast hücrelerinden salınan bir mediatör değildir?

- a) Histamin
- b) Heparin
- c) Eozinofil Peroksidaz (EPO)
- d) Kondroitin Sülfat-E
- e) Tümör Nekrosis Faktör- α (TNF α)

Cevap C (Fishman, Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders, 3.baskı, 1998, s.292)

Adından da anlaşılacağı gibi EPO eozinofiller tarafından salınan bir mediatördür.

8. Aşağıdaki oskültasyon seslerinden hangisi interstisyel akciğer hastalıkları için patognomoniktir?

- a) Sibilan ronküsler
- b) Sonor ronküsler
- c) Kaba raller
- d) İspirasyon başı ince raller
- e) Bibasiller inspirasyon sonu ince raller

Cevap E (Fishman, Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders, 3.baskı, 1998, s.366)

a,b,c daha çok obstrüktif patolojilerde, "d" pnömonilerde duyulurken bibasiller inspirasyon sonu ince raller interstisyel akciğer hastalıklarında, fibrozislerde ve konjestif kalp yetmezliğinde duyulur.

9. Aşağıdakilerden hangisi bir restriktif akciğer hastalığı değildir?

- a) Asbestosis
- b) Fibrotoraks
- c) Bronşiyal astma
- d) Kifoskolyoz
- e) Aşırı obezite

Cevap C (Fishman, Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders, 3.baskı, 1998, s.372)

Bronşiyal astma bir obstrüktif akciğer hastalığıdır.

10. Ayakta dururken veya dik oturur pozisyonda dispnenin artması, yatar pozisyonda azalması durumuna ne denir?

- a) Ortopne
- b) Paroksizmal nokturnal dispne
- c) Platipne
- d) Akut dispne
- e) Kardiyak dispne

Cevap C (Fishman, Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders, 3.baskı, 1998, s.374)

İntrapulmoner arteriyovenöz malformasyonlar veya sekonder nedenlere bağlı olarak arteriyo-venöz şantlara bağlı olarak dik durumda iken pulmoner konjesyonun artması sonucu oluşan dispneye platipne denir.

11. Minimal plevral effüzyon şüphesinde aşağıdaki radyolojik yöntemlerden hangisi tanıda yardımcıdır?

- a) PA akciğer grafisi
- b) Lateral dekupitis grafisi
- c) Oblik grafi
- d) Apikolordotik grafi
- e) Ekspirasyon grafisi

Cevap B (Fishman, Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders, 3.baskı, 1998, s.435)

Minimal plevral effüzyon şüphesinde aynı tarafa yatarak çekilen lateral dekupitis grafisinde 1 cm'nin üzerinde homojen gölge koyuluğu artışı olması plevral aralıkta 75 cc'den fazla bir serbest plevral effüzyon olduğunu gösterir.

12. Bronşektazi şüphesinde aşağıdaki tanı yöntemlerinden hangisi non-invaziv olarak kesin tanı koydurur?

- a) PA akciğer grafisi
- b) Lateral grafi
- c) Manyetik Rezonans Görüntülemesi (MRG)
- d) Yüksek Rezolüsyonlu Bilgisayarlı Tomografi (YRBT)
- e) Angiografi

Cevap D (Fishman, Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders, 3.baskı, 1998, s.441)

YRBT Bronşektazi şüphesinde invaziv yöntem olan bronkografiye eşdeğer derecede kesin tanıyı koydurucudur.

13. Aşağıdakilerden hangisi atelettazinin radyolojik bulgusu değildir?

- a) Volüm kaybı olmadan hava bronkogramı
- b) Gölge koyuluğunda artış
- c) Volüm kaybı bulguları
- d) Mediasten o tarafa yer değiştirir.
- e) O taraf diyafragmada yükselme

Cevap A (Fishman, Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders, 3.baskı, 1998, s.454)

Volüm kaybı olmadan görülen bir gölge koyuluğunda ki artışın içinde hava bronkogramı bulunması konsolidasyonun radyolojik bulgusudur.

14.Soliter pulmoner nodülde aşağıdaki kalsifikasyon tiplerinden hangisi malignite lehinedir?

- a) Santral kalsifikasyon
- b) Konsantrik kalsifikasyon
- c) Diffüz kalsifikasyon
- d) Eksantrik kalsifikasyon
- e) Popcorn tipi kalsifikasyon

Cevap D (Fishman, Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders, 3.baskı, 1998, s.469)

Soliter pulmoner nodülün benign-malign ayrımındaki kriterlerden biri de eğer nodülde kalsifikasyon varsa bunun tipidir. Eksantrik tip kalsifikasyon nodülün malign natürü hakkında bilgi veren bir bulgudur.

15.Normal bir ekspirasyondan sonra akciğerde kalan havanın miktarını aşağıdakilerden hangisi ile ifade ediyoruz?

- a) Tidal volüm
- b) Ekspiratuvar rezerv volüm
- c) Rezidüel volüm
- d) Vital kapasite
- e) Fonksiyonel rezidüel kapasite

Cevap E (Fishman, Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders, 3.baskı, 1998, s.534)

Normal bir ekspirasyonla çıkan hava miktarı tidal volümdür. Tidal volümden sonra akciğerde kalan hava miktarı: Ekspiratuvar rezerv volüm + Rezidüel volümdür. Bu iki volümün toplamı da Fonksiyonel Rezidüel kapasitedir.

16.Basit portabl spirometre ile aşağıdaki ölçümlerden hangisi yapılamaz?

- a) FEV1
- b) FVC
- c) PEF
- d) FEF25-75
- e) RV

Cevap E (Fishman, Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders, 3.baskı, 1998, s.537)

Rezidüel volüm ancak helyum dilüsyon veya nitrojen yıkama tekniklerinin kullanıldığı komplike spirometrelerle tayin edilebilir.

17.Bronşiyal astma semptomları ile gelen bir hastada fizik muayene ve SFT normal ise tanıyı kesinleştirmek için aşağıdaki tetkilerden hangisini yapmalıyız?

- a) Total akciğer kapasitesi tayini
- b) Rezidüel volüm tayini

- c) Fonksiyonel rezidüel kapasite
- d) Bronş provokasyon testleri
- e) PA akciğer grafisi

Cevap D (Fishman, Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders, 3.baskı, 1998, s.550)

Bronşiyal astma semptomları olan ve SFT normal olan bir kişide hiperreaktivite olup olmadığını göstermek için bronş provokasyon testleri yapılmalıdır.

18.Arter kan gazlarında PaCO₂ yüksek (>47 mmHg), pH düşük (<7.35) olan bir hastada ilk akla gelmesi gereken hangisidir?

- a) Akut respiratuvar alkaloz
- b) Kronik respiratuvar alkaloz
- c) Akut respiratuvar asidoz
- d) Kronik respiratuvar asidoz
- e) Akut metabolik asidoz

Cevap C (Fishman, Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders, 3.baskı, 1998, s.561)

pH'in düşük olması bir asidoz tablosunu, PaCO₂'nin yüksek olması da bunun respiratuvar kökenli olduğunu gösterir. Metabolik komponentler verilmediği için bu bir akut respiratuvar asidoz olduğunu öncelikle düşündürmelidir.

19.Aşağıdakilerden hangisi tanısız bronkoskopi endikasyonu değildir?

- a) Malignite şüphesi
- b) Nedeni bilinmeyen hemoptizilerde
- c) Bronşiyal astma şüphesi
- d) Nedeni bilinmeyen öksürüklerde
- e) İnterstisyel akciğer hastalığı şüphesinde

Cevap C (Fishman, Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders, 3.baskı, 1998, s.592-3)

Bronşiyal astma tanısı uygun klinik ve fonksiyonel bulgularla konulur.

20.Batın operasyonuna alınan bir hastada aşağıdaki değişikliklerden hangisi olmaz?

- a) Akciğer volümleri artar.
- b) Diafragma fonksiyonu bozulur.
- c) Gaz değişimi bozulur.
- d) Kısmi solunum depresyonu olur.
- e) Öksürük refleksi deprese olur.

Cevap A (Fishman, Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders, 3.baskı, 1998, s.620)

b,c,d,e şıkları nedeniyle akciğer volümleri azalır.

21.Terminal bronşiyolün distalindeki hava yolları ve alveollerin destrüksiyonu ile oluşan amfizem tipi hangisidir?

- a) Kompansatris amfizem
- b) Panlobüler amfizem
- c) Panasiner amfizem
- d) Sentriasiner amfizem
- e) Skatrisiyel amfizem

GÖĞÜS HASTALIKLARI

Cevap D (Fishman, Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders, 3.baskı, 1998, s.648)

Terminal bronşiyolün distalindeki akciğer bölümüne asinus denir, buradaki amfizem şekline de sentriasi-ner amfizem denir.

22.Aşağıdakilerden hangisi KOAH tedavisindeki ilk seçenek ilaç grubudur?

- a) Antikolinerjikler
- b) Uzun etkili beta-2 agonistler
- c) Kısa etkili beta-2 agonistler
- d) Metilksantinler
- e) Kortikosteroidler

Cevap A (Fishman, Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders, 3.baskı, 1998, s.688)

Semptomatik hale gelmiş bir KOAH'da parasempatik tonus ileri derecede arttığı için medikal tedavideki ilk basamak ilaç grubu antikolinerjiklerdir.

23.Oda havası soluyan bir KOAH'lıda aşağıdaki parametrelerden hangisi evde uzun süre oksijen tedavisinin mutlak endikasyonudur?

- a) PaO₂ > 55 mmHg
- b) PaO₂ < 55 mmHg
- c) PaO₂ > 60 mmHg
- d) PaO₂ < 60 mmHg
- e) PaO₂ < 70 mmHg

Cevap B (Fishman, Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders, 3.baskı, 1998, s.691)

Uygun tedaviye rağmen hala PaO₂'nin 55 mmHg'nin altında olması durumunda kişinin günlük en az 15 saat daimi düşük konsantrasyonda oksijen tedavisi alma endikasyonunu doğurur.

24.Aşağıdakilerden hangisi eozinofillerin primer granüllerinde bulunur?

- a) Charcot-Leyden kristalleri (lisofosfolipaz)
- b) Major Basic Protein (MBP)
- c) Eosinofil Katyonik Protein (ECP)
- d) Eosinofil Derived Neurotoxin (EDN)
- e) Eosinofil Peroksidaz (EPO)

Cevap A (Fishman, Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders, 3.baskı, 1998, s.725)

Charcot-Leyden kristalleri eozinofillerin primer granüllerini oluşturur, diğerleri sekonder granüllerde bulunur.

25.Aşağıdakilerden hangisi bir pnömokonyoz değildir?

- a) Asbestosis
- b) Silikosis
- c) Siderosis
- d) Bissinosis
- e) Berilyosis

Cevap D (Fishman, Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders, 3.baskı, 1998, s.868)

Bissinosis daha çok pamuk-keten-kenevir tozlarına maruz kalan kişilerde pazartesi ateşi olarak da bilinen bronşiyal astma-kronik bronşit arası bir tablodur.

26.Masif pulmoner embolide aşağıdakilerden hangisi en sık gözlenen semptom ve bulgu üçlüsüdür?

- a) Öksürük, balgam, plöritik göğüs ağrısı
- b) Dispne, takipne, plöritik göğüs ağrısı
- c) Öksürük, hemoptizi, taşikardi
- d) Öksürük, senkop, taşikardi
- e) Öksürük, balgam, takipne

Cevap B (Fishman, Pulmonary Diseases and Disorders, 3.baskı, 1.cilt, 1998, s.1311)

Masif embolide takipne %95, dispne %85, plöritik göğüs ağrısı %64, öksürük %53, taşikardi %48, hemoptizi %23 sıklıkta bulunur.

27.Sigaranın sağlık üzerine olan zararlı etkileri hangi yılda bilimsel olarak bir raporla bildirilmiştir?

- a) 1800
- b) 1845
- c) 1914
- d) 1964
- e) 1992

Cevap D (Fishman, Pulmonary Diseases and Disorders, 3.baskı, 2.cilt, 1998, s.1719)

Sigaranın sağlık üzerine zararlı etkilerine dair ilk rapor 1964 yılında Amerika BD'e Surgeon General raporu şeklinde belirtilmiştir.

28.Aşağıdakilerden hangisi Horner Sendromu'nda bulunmaz?

- a) Anhidrozis
- b) Miyozis
- c) Fasiyal sinir felci
- d) Enoftalmus
- e) Pitozis

Cevap C (Harrison's Principles of Internal Medicine, 1998, s.555)

Fasiyal sinir felci bu sendromda yer almaz.

29.Aşağıdakilerden hangisinde teofilin dozajının artırılması gerekir?

- a) Sigara
- b) Karaciğer yetmezliği
- c) Kalp yetmezliği
- d) Kor pulmonale
- e) Viral pnömöni

Cevap A (ATS Statement. Standarts for the Diagnosis and Care of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 152.cilt, 1995, s.5)

Sigara teofilin dozajının artırılması gereken faktörlerdendir.

30.Kologen doku hastalıklarından hangisi akciğer kanseri ile birlikte olabilir?

- a) Skleroderma
- b) Romatoid artrit
- c) SLE
- d) Sjögren
- e) Ankilozan spondilit

Cevap A (*Pulmonary Diseases and Disorders, 1994, s.48*)

Skara bağlı bronkoalveolar CA görülür.

31.Aşağıdakilerden hangisi bronş düz kasında gevşemeye neden olur?

- a) Lökotrienler
- b) Histamin
- c) Platelet aktive edici faktör (PAF)
- d) Nörokinin A
- e) Vazoaktif intestinal peptid (VIP)

Cevap C (*Kay, Allergy and Allergic Diseases, 1.baskı, 1997*)

32.Aşağıdakilerden hangisi kistik fibrozis için yanlıştır?

- a) Otozomal dominant geçişlidir.
- b) Ekzokrin bezler etkilenmiştir.
- c) 7. kromozomun uzun kolunda yer alan bir gende bozukluk vardır.
- d) Klor kanalları etkilenmiştir.
- e) Transmembran regülatör gende bozukluk vardır.

Cevap A (*Murray, Textbook of Respiratory Medicine, 2.baskı, 1994, s.1251*)

33.Aşağıdakilerden hangisi bronş astmasının komplikasyonlarından değildir?

- a) Pnömotoraks
- b) Pnömomediastinum
- c) Aritmiler
- d) Hemoptizi
- e) Solunum kaslarında yorgunluk

Cevap D (*Murray, Textbook of Respiratory Medicine, 2.baskı, 1994, s.1317*)

34.Aşağıdakilerden hangisi bronşektazi nedeni değildir?

- a) Orta lob sendromu
- b) Allerjik bronkopulmoner asperjillozis
- c) Alfa 1 antitripsin eksikliği
- d) Protein C eksikliği
- e) Bronkopulmoner sekestrasyon

Cevap D (*Murray, Textbook of Respiratory Medicine, 2.baskı, 1994, s.1408*)

35.Hangisi bronşiolitis obliterans nedeni değildir?

- a) Kronik bronşit
- b) Kemik iliği transplantasyonu
- c) Romatoid artrit
- d) Toksik gaz inhalasyonu
- e) İnfeksiyonlar

Cevap A (*Murray, Textbook of Respiratory Medicine, 2.baskı, 1994, s.1473*)

36.Hiperkalsemi hangi bronş kanseri tipinde daha sıktır?

- a) Adenokarsinom
- b) Epidermoid karsinom
- c) Küçük hücreli akciğer kanseri
- d) Büyük hücreli akciğer kanseri
- e) Karsinoid tümör

Cevap B (*Murray, Textbook of Respiratory Medicine, 2.baskı, 1994, s.1552*)

37.Uygunsuz ADHsalınımı hangi bronş kanseri tipinde daha sıktır?

- a) Adenokanser
- b) Epidermoid karsinom
- c) Küçük hücreli akciğer kanseri
- d) Büyük hücreli akciğer kanseri
- e) Karsinoid tümör

Cevap C (*Murray, Textbook of Respiratory Medicine, 2.baskı, 1994, s.1552*)

38.Trousseau sendromu (migratuar tromboflebit) hangi bronş kanseri tipinde yaygındır?

- a) Adenokanser
- b) Epidermoid karsinom
- c) Küçük hücreli akciğer kanseri
- d) Büyük hücreli akciğer kanseri
- e) Karsinoid tümör

Cevap A (*Murray, Textbook of Respiratory Medicine, 2.baskı, 1994, s.1557*)

39.Kronik obstrüktif akciğer hastalığında uzun süreli oksijen tedavisi için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Sekonder olarak gelişen polistemi düzeltir.
- b) Vücut ağırlığını azaltır.
- c) Kalp fonksiyonunu güçlendirir.
- d) Nörofizyolojik fonksiyonu olumlu etkiler.
- e) Egzersiz performansını olumlu etkiler.

GÖĞÜS HASTALIKLARI

Cevap B (*ATS Statement. Standarts for the Diagnosis and Care of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 152.cilt, 1995, s.5*)

40.Sarkoidozise bağlı granülomda aşağıdakilerden hangisi bulunmaz?

- a) Apoptotik cisim
- b) Schaumann cisimciği
- c) Epiteloid hücreler
- d) Birbeck granülleri
- e) Asteroid cisimcikler

Cevap D (*Alper, Güncel Bilgiler Işığında Sarkoidoz, 1999, s.19-23*)

41.Aşağıdakilerden hangisi pulmoner tromboembolide oluşmuş pıhtıyı eritmek için kullanılmaz?

- a) Streptokinaz
- b) Streptodornaz
- c) Doku plazminojen aktivatör
- d) Ürokinaz
- e) Warfarin

Cevap E (*Lawrence, Current Medical Diagnosis and Treatment, 37.baskı, 1998, s.310-311*)

Warfarin oral antikoagülandır. Pıhtı oluşumunu önlemek için kullanılır.

42.Akciğerin embriyolojik gelişmesinde aşağıdaki bilgilerden hangisi yanlıştır?

- a) 25-27. günde laringotrakeal çıkıntıdan trakea uzar.
- b) 33. günde pulmoner lob gelişir.
- c) 41. günde bronkopulmoner segmentler ayrılır.
- d) Subsegment bronşlarının ilk ayrımı 48. günde tamamlanır.
- e) 16. haftada alveollerde sürfaktan oluşur.

Cevap E (*Numanoğlu, Klinik Solunum Sistemi ve Hastalıkları, 1997, s.1*)

43.Amfizem için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Terminal bronşiolerin distalinde destrüksiyon ve dilatasyon vardır.
- b) Diffüzyon kapasitesinde azalma bulunur.
- c) Akciğerin elastik recoil'i artmıştır.
- d) Akciğerde hiperinflasyon vardır.
- e) Havayolu direnci artmıştır.

Cevap C (*Fishman, Fishman' Pulmonary Diseases and Disorders, 1998, s.649-658*)

Amfizemde hastalık terminal hava yollarını ve alveollerini tuttuğu için akciğer elastikiyeti ve difüzyon azalır. Bu nedenle amfizem temelde obstrüktif bir hastalık olmasına rağmen restriktif özellikler de gösterir.

44.Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve astım karşılaştırılmasında aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Astımda balgamda Creola cisimcikleri bulunur.
- b) KOAH'da balgamda makrofaj ve nötrofiller hakimdir.
- c) KOAH'da IL-5 rol oynar.
- d) Astımda IL-4 rol oynar.
- e) Astımda CD4+ bulunur.

Cevap C (*Jeffery, Pathology of Asthma and COPD: A Synopsis, 1997, s.111-118*)

45.İntravenöz ilaç alışkanlığı olanlarda en sık bakteriel pnömoni etkeni hangisidir?

- a) Anaeroplara
- b) Staf. aureus
- c) Legionella
- d) Nokardia
- e) H. İnfluenza

Cevap B (*Numanoğlu, Klinik Solunum Sistemi ve Hastalıkları, 1997, s.237*)

46.Aşağıdaki etkenlere bağlı pnömonilerden hangisinde pnomatosele oluşur?

- a) Staf. aureus
- b) Chlamydia
- c) Legionella
- d) Viruslar
- e) Klebsiella

Cevap A (*Numanoğlu, Klinik Solunum Sistemi ve Hastalıkları, 1997, s.238*)

47.24 yaşında bir hasta 3 gündür titreme ile yükselen ateş, öksürük, pürülan balgam çıkartma ve hemoptizi yakınması ile başvurmuştur. Akciğer filminde sağ üst zonda pnömonik gölge vardır. Beyaz küre sayısı ise 16 200/mm³'tür. Hangi hastalık olabilir?

- a) Akciğer tüberkülozu
- b) Bakteriyel pnömoni
- c) Atipik pnömoni
- d) Akciğer tromboembolisi
- e) Loeffler's sendromu

Cevap B (*Seaton, Respiratory Medicine, 1989; Butler, Textbook of Respiratory Medicine, 1994; Crofton, Tüberküloz Kliniğine Genel Bakış, 1995; Barış, İlaça Bağlı Astma, 1991; Özdemir, Tüberküloz Tanısında Yenilikler, 1997*)

48. Akciğer tüberkülozunun kesin tanısında en önemli laboratuvar incelemesi hangisidir?

- a) Balgam yaymasının gram boyasıyla direkt incelenmesi
- b) Akciğer filmi
- c) Eritrosit sedimentasyon hızı
- d) Tüberkülin testi
- e) Balgamın tüberküloz kültürü

Cevap E (Seaton, *Respiratory Medicine*, 1989; Butler, *Textbook of Respiratory Medicine*, 1994; Crofton, *Tüberküloz Kliniğine Genel Bakış*, 1995; Barış, *İlaca Bağlı Astma*, 1991; Özdemir, *Tüberküloz Tanısında Yenilikler*, 1997)

49. En sık görülen benign pulmoner tümör hangisidir?

- a) Hamartom
- b) Bronşiyal karsinoid
- c) Trakeobronşiyal papiller tümör
- d) Teratom
- e) Hemanjiyom

Cevap A (Parsons, *Pulmonary/Respiratory Therapy Secrets*, 1997; Barış, *Solunum Hastalıkları Temel Yaklaşım*, 1995)

50. Lober pnömoni nedeniyle yatırılarak tedavi edilmekte olan bir hastada ani olarak plevral tipte göğüs ağrısı gelişir ise, pulmoner sintigrafi bulgularından hangisi akciğer tromboembolisini destekler?

- a) Pnömoni olan bölgede perfüzyon ve ventilasyon bozukluğu
- b) Pnömoni olan bölgede perfüzyon bozukluğu
- c) Akciğer filminde patoloji olmayan bir bölgede perfüzyon bozukluğu
- d) Akciğer filminin normal olduğu bir bölgede normal perfüzyon
- e) Akciğer filminin normal olduğu bir bölgede ventilasyon bozukluğu

Cevap C (Seaton, *Respiratory Medicine*, 1989; Murray, *Textbook of Respiratory Medicine*, 1994; Parson, *Pulmonary/Respiratory Therapy Secrets*, 1997; Pnömoniler Tanı ve Tedavi Rehberi, *Thoraks Bülteni*, 1998)

HEMATOLOJİ-ONKOLOJİ

1. Aşağıdaki faktörlerden hangisi kan koagülasyonunun ekstremsel yolunda rol oynar?

- a) FVII
- b) FVIII
- c) FIX
- d) FXI
- e) FXII

Cevap A (*Beutler, Williams Hematology, 15.baskı, 1995, s.1228*)

Bkz. Şekil 1.

2. Hangisi HELLP sendromunda görülmez?

- a) Hemoliz
- b) Hipotansiyon
- c) Karaciğer enzimlerinde yükselme
- d) Epigastrik ağrı
- e) Trombositopeni

Cevap B (*Beutler, Williams Hematology, 15.baskı, 1995, s.1509*)

HELLP sendromunda hipotansiyon değil, hipertansiyon görülür.

3. Aşağıdakilerden hangisi myeloproliferatif hastalık grubunda yer almaz?

- a) Akut myeloblastik lösemi
- b) Kronik myelositik lösemi
- c) Myelofibrozis
- d) Polisitemia rubra vera
- e) Esansiyel trombositoz

Cevap A (*Williams and Wilkins, Wintrobe's Clinical Hematology, 10.baskı, 1998, s.2342*)

AML dışındaki diğer tüm hastalıklar miyeloproliferatif hastalıklar grubunda yer alır.

4. Aşağıdakilerden hangisi hipokrom mikrositer anemi grubunda yer alır?

- a) Hemolitik anemi
- b) Karaciğer hastalıkları
- c) Talassemi
- d) B12 vitamin eksikliğine bağlı anemi
- e) Akut kan kaybına bağlı anemiler

Cevap C (*Williams and Wilkins, Wintrobe's Clinical Hematology, 10.baskı, 1998, s.897*)

Hipokrom-mikrositer anemiler;

-Demir eksikliği anemisi,

-Talessemiler

-Kurşun ve alüminyum zehirlenmesi

-Sideroblastik anemi

-Bakır eksikliği

-Pridoksin eksikliği

-Kronik hastalık anemisi hem hipokrom mikrositer hem de normokrom normositer anemi grubunda yer alır.

5. Yanlış işaretleyiniz.

- a) Trombositopenilerde başlıca kanama yeri deri ve mukozalardır.
- b) Trombositopenilerden en sık görülen belirti purpura'dır.
- c) Trombositopenilerde pıhtılaşma testleri anormal sonuçlar verir.
- d) Yapım bozukluğuna bağlı trombositopenilerde kemik iliği megakaryositten fakirdir.
- e) Aşırı yıkıma bağlı trombositopenilerde kemik iliğinde megakaryosit çoğalır.

Cevap C (*Harrison's, Principles of Internal Medicine, 12.baskı, s.1501*)

Pıhtılaşma testleri(APTT,PTZ) intrinsek ve ekstremsel yollardaki bozukluklarla ilgili, kanama zamanı ise trombositlerin sayısı ve fonksiyonları ile ilgilidir.

6. Hangisinde dalak daha büyük olur?

- a) Multipl myeloma
- b) KLL
- c) Esansiyel trombositemia
- d) Aku lösemiler
- e) KML

Cevap E (*Harrison's, Principles of Internal Medicine, 12.baskı, s.358-378*)

Splenomegali KML deki en sık fizik muayene bulgusudur ve belirgin bir splenomegali vardır. Diğerlerinin hiç birinde splenomegali bu kadar belirgin özellik taşımaz.

7. Akut lösemiler için hangisi yanlıştır?

- a) Hücre tipini belirlemenin tedavi ve prognoz açısından önemi yoktur.
- b) Genellikle löseminin hızlı ilerleyen formudur.
- c) ALL çocuklarda en yaygın malignensidir.
- d) AML erişkinlerde daha çok görülen akut lösemi şeklidir.
- e) Lösemik hücreler kemik iliğinde çoğalır, normal hücrelerin yerini alır.

Cevap A (*Harrison's, Principles of Internal Medicine, 12.baskı, s.1818*)

ALL ve AML de hücre tipinin belirlenmesi, prognoz açısından oldukça önemlidir.

9. KLL (kronik lenfositik lösemi) için aşağıdakilerden hangileri doğrudur?

- I. CD-5 ve CD-10 pozitifdir.
- II. %95-98'i B hücre kökenlidir.
- III. Absolut lenfosit sayısı 5.000/mm³ üzerindedir ve immatür hücrelerdir.
- IV. Anemi ve/veya trombositopenili bir KLL hastası Binet-C evresindedir.
- V. Lenfosit doubling time'in 12 aydan uzun oluşu kesin tedavi endikasyonudur.

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

Cevap B (Lee, Wintrobe's Clinical Hematology, 10.baskı, 1999, s.2405-2427)

10.KML (kronik myelositik lösemi) için aşağıdakilerden hangileri yanlıştır?

- I. Esansiyel trombositoz, polisitemia vera gibi bir myeloproliferatif hastalıktır.
- II. Philadelphia kromozomu 9. kromozom (c-sis) ile 22. kromozom (c-abl) arasında resiprokal bir translokasyon sonucu meydana gelir.
- III. Deri, plevra, akciğer, synovia, lenf nodlarındaki infiltrasyonlara intrameduller blastik infiltrasyon denir.
- IV. Bazofili, eozinofili, Pelger-Huet anomalisi, Pseudo-Gaucher hücreleri görülebilir.
- V. 50 yaşın altında kronik fazdaki bir hastanın en etkin tedavisi hematopoitik kök hücre transplantasyonudur.

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

Cevap C (Lee, Wintrobe's Clinical Hematology, 10.baskı, 1999, s.2342-2373)

11.Multiple myelom ve plazma hücre diskrazileri için aşağıdakilerden hangileri doğrudur?

- I. Plazma hücrelerinin proliferasyonuna en etkili sitokin IL-6'dır.
- II. Kemik ağrıları ve litik lezyonların nedeni osteoblast aktive edici faktördür.
- III.Hipokalsemi, sedimentasyon yüksekliği ve böbrek yetersizliği sıktır.
- IV. Diffüz hipogamaglobulinemi, antikor katabolizmasının hızlanması en sık enfeksiyonlara eğilimin artmasına neden olur.
- V. Lambda hafif zincir tubulopatiye, kappa ise nefropatiye yol açar.

MEDİTEST Cilt 10, Sayı 4, 2001

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

Cevap D (Lee, Wintrobe's Clinical Hematology, 10.baskı, 1999, s.2631-2680)

12.Aşağıdakilerden hangileri plazma hücre diskrazileri için yanlıştır?

- I. Hiperviskozite en sık IgM ve IgA tipinde izlenir.
- II. IgD tipinde plazma hücreli lösemi, IgG tipinde enfeksiyonlara eğilim sıktır.
- III. Durie Salmon tanı kriterlerine göre kemik iliğinde plazma hücre sayısı %40'ın üzerinde olmalıdır.
- IV. Beta-2 mikroglobulin artışı, labeling indeksinin 1'in üstünde oluşu, CD-38 ve CD-56 (+) oluşu kötü prognostiktir.
- V. Alfa ağır zincir hastalığı, malabsorbsiyon, Waldenström hiperviskozite, Gama ağır zincir hastalığı, Waldayer halkası tutuluşu ile karakterizedir.

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

Cevap D (Lee, Wintrobe's Clinical Hematology, 10.baskı, 1999, s.2631-2680)

13.Paroksizmal nokturnal hemoglobinopatilerde aşağıdakilerden hangileri yanlıştır?

- I. İntravasküler, ekstrakorpüsküler edinsel hemolitik anemi vardır.
 - II. Aplastik anemi, tromboza eğilim ve hemolitik anemi izlenebilir.
 - III. Patogeneğinde en sık CD-55 (DAF) ve CD-59 (MIRL) eksikliği suçlanır.
 - IV. Klonal bir hastalıktır ve kesin tedavisi hematopoitik kök hücre transplantasyonudur.
 - V. Aplastik anemili her hastada PNH aranmalı ve tanı için Asit-Ham testi, Flow sitometrisi yapılmalıdır.
- a) I
 - b) I+V
 - c) III+V
 - d) I+III+V
 - e) III

Cevap A (Lee, Wintrobe's Clinical Hematology, 10.baskı, 1999, s.1264-1288)

Paroksizmal Nokturnal Hemoglobinüri edinsel bir hastalıktır ve geceleri intravasküler hemoliz ve hemoglobinüri atakları ile karakterizedir. Ektrakorpüsküler değil intrakorpüsküler bir bozukluktur. CD55 ve

CD59 kompleman aktivasyonunu önleyen maddelerdir. Bu maddelerin kompleman aktivasyonunu inhibe ederek PNH patogeneğinde çok önemli rol oynadığı düşünülmektedir. Hastalıkta hemolitik ataklar gözlenebilir.

14.Yaygın peteşiler ile başvuran hastanın fizik muayenesinde hemorajik bül dışında patoloji saptanmıyor. Trombosit sayısı 15.000/mm³ PT ve APTT normal, periferik yaymasında trombositleri tekli ve kemik iliğinde megakaryositler ileri derecede azalmış olarak saptandı. Aşağıdaki tanılardan hangisi olabilir?

- Portal hipertansiyona bağlı nedenler
- İTP
- TTP
- Myelodisplastik sendrom
- Gaucher hastalığı

Cevap A (Fauci, Harrison's Principles of Internal Medicine, 14.baskı, 1998, s.730-732)

15.İdiyopatik trombositopenik purpura için hangileri doğrudur?

- Kronik İTP'de antikorlar en sık Glikoprotein-IV'e karşı ortaya çıkar.
- İntravenöz gama globulin, IgG'nin Fc reseptörüne bağlanarak makrofajların işlev görmesini engelleyerek etkili olur.
- Steroidler hem dalakta hem de kemik iliğinde otoantikor yapımını baskılar ve trombosit yıkımına engel olarak etki gösterir.
- Kronik İTP'de splenektomi ile komplet remisyon %70, kısmi remisyon %30'dur.
- Kronik İTP'li annelerin çocuklarında ortaya çıkan trombositopenilerde steroid ve gama globulin tedavisinin yeri yoktur.

- II+III
- II+IV
- IV+V
- I+II
- I+II+III

Cevap A (Lee, Wintrobe's Clinical Hematology, 10.baskı, 1999, s.1579-1611)

16.von Willebrand hastalığı için hangileri doğrudur?

- von Willebrand faktörü trombosit adezyon ve agregasyonunda rol oynar, Faktör 9 ile kompleks yapar.
- En sık görülen konjenital kanama bozukluğudur.
- Tip 2b ve 3 dışında otozomal kanamalar daha nadir izlenir.
- Hemartroz sık, mukozal kanamalar daha nadir izlenir.
- Tip 2b'de trombositopeni izlenir.

- I+V
- III+V
- II+V
- II+III
- II+IV

Cevap C (Lee, Wintrobe's Clinical Hematology, 10.baskı, 1999, s.1692-1700)

von Willebrand hastalığı primer hemostazın bozuk olduğu en sık rastlanan konjenital hastalıktır. Otozomal dominant geçer. von Willebrand faktör endotelde salınır ve FVIII ile kompleks yapar. Trombositlerin endotele yapışması için gerekli bir faktördür. Tip 2b'de kanama zamanı uzun ve kanamanın ciddiyeti tip 1 ve tip2a'dan daha fazladır. Tip3 ise seyrek görülen ama en ağır olan tiptir.

17.Yaygın damar içi pıhtılaşmasında aşağıdakilerden hangileri doğrudur?

- Ayırıcı tanısında karaciğer hastalıkları ve primer fibrinoliz yer alır.
 - Trombositoz ve %50 mikroanjiopatik hemolitik anemi izlenir.
 - Periferik yaymada şistozit (BURR hücreleri) görülür.
 - Akut lösemiler arasında AML-M2'de en sık ortaya çıkar.
 - İleri dönemde fibrinojen düşer, PT ve APTT uzar, ancak fibrin yıkım ürünleri negatiftir ve D-dimer azalmıştır.
- I+IV
 - III+IV
 - I+III
 - II+V
 - I+II+III

Cevap C (Lee, Wintrobe's Clinical Hematology, 10.baskı, 1999, s.1739-1753)

18.Otoimmün hemolitik anemilerde aşağıdakilerden hangileri doğrudur?

- Olguların %70'inde sıcak antikorlara karşı antikor gelişmektedir.
 - Sıcak tip otoantikorlara bağlı gelişen hemolitik anemilerde sekonder nedenler %70-75'tir.
 - Soğuk antikorlara bağlı gelişen hemolitik anemilerde antikor Paroksizmal soğuk hemoglobinüri dışında IgG yapısındadır.
 - Anti-I mycoplasma pnömonisinde, Anti-i infeksiyöz mononükleozda ve Anti-P paroksizmal soğuk hemoglobinürisinde saptanır.
 - Kristalize penisiline bağlı ortaya çıkan hemolitik anemilerde otoantikor oluşumu mevcut iken alfa metil dopa immun kompleks oluşturur.
- I+II
 - IV+V
 - II+V
 - III+IV
 - I+IV

Cevap E (Lee, *Wintrobe's Clinical Hematology*, 10.baskı, 1999, s.1232-1263)

19. Aşağıdakilerden hangileri doğrudur?

- I. Heparin; trombin, faktör-8,9,11,12 inhibisyonu ile etkide bulunur.
 - II. Heparin akut pulmoner tromboembolizm tedavisinde 5000-10.000 Ü bolus uygulamayı takiben saatte 1000 Ü infüzyon ile APTT 1.5-2.5 kat olacak şekilde uygulanmalıdır.
 - III. Düşük molekül ağırlıklı heparinlerin takibinde APTT kullanılmalıdır.
 - IV. Heparin aşırı dozajında Protamin sülfat ve rekombinant TF-4 kullanılır.
 - V. Düşük molekül ağırlıklı heparinlerin Faktör 10/ Faktör 2 inhibisyonu oranları daha düşüktür.
- a) I+II
 - b) III+IV
 - c) II+V
 - d) IV+V
 - e) II+IV

Cevap E (Lee, *Wintrobe's Clinical Hematology*, 10.baskı, 1999, s.1793-1798)

20. Aşağıdakilerden hangileri yanlıştır?

- I. Oral antikoagulan ilaçlar Faktör 2,7,9,10 inhibisyonu ile etkide bulunur.
 - II. Venöz tromboembolizm profilaksisinde oral antikoagulanların izleminde INR 2-3 arasında olmalıdır.
 - III. Metranidazol ve indometazin warfarinin etkinliğini arttırır iken barbitürat ve rifampisin azaltmaktadır.
 - IV. Warfarin kullanımı Protein C ve S eksikliği olan hastalarda deri nekrozuna neden olabilir.
 - V. t-PA (Doku Plasminojen Aktivatörleri) fibrin özgül olmayan trombolitik ilaçtır.
- a) I+V
 - b) II+III
 - c) V
 - d) IV
 - e) II+III+V

Cevap C (Lee, *Wintrobe's Clinical Hematology*, 10.baskı, 1999, s.1798-1804)

21. Akut lösemiler için aşağıdakilerden hangileri doğrudur?

- I. Akut lenfoblastik lösemide FAB sınıflamasına göre L1-2-3 ve immunolojik olarak preB, B ve T hücreli olmak üzere üç sınıflama vardır.
- II. ALL L2 ile AML MO-1 arasında ayırıcı tanı zor olabilmektedir.
- III. B hücreli ALL en az görülür ve CD-19,20,21,22, 23 pozitif iken CD-10 ve tdt negatiftir.

MEDİTEST Cilt 10, Sayı 4, 2001

IV. Mediastinal lenfadenopati ve yüksek SSS tutuluşu B hücreli ALL'de sıklıkla görülür.

V. Akut lösemilerde tedavi remisyona induksiyon ile başlar, eğer remisyona meydana gelmez ise idame tedavisine geçilir.

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

Cevap B (Lee, *Wintrobe's Clinical Hematology*, 10.baskı, 1999, s.2209-2267)

22. Demir eksikliği anemisi ile ilgili aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a) Demir yalnız hemosiderin şeklinde depolanır.
- b) Demir ileumdan emilir.
- c) Demir eksikliği anemisinde demir ve ferritin düşük, demir bağlama kapasitesi ise yüksektir.
- d) Kronik hastalık anemisinde ferritin ve demir düşüktür.
- e) Demirin IV uygulanması sırasında en korkulan komplikasyon akut böbrek yetersizliğidir.

Cevap C (Lee, *Wintrobe's Clinical Hematology*, 10.baskı, 1999, s.979-1004)

Demir duodenum ve jejunumdan emilerek, hemosiderin ve ferritin şeklinde depolanır. Kronik hastalık anemisinde RDW değeri demir eksikliği anemisinin aksine normaldir. Ferritin ise normal veya yüksektir. Serum demiri, transferrin saturasyonu her iki hastalıkta da düşük, serum demiri bağlama kapasitesi ise demir eksikliğinde artmış, kronik hastalık anemisinde azalmıştır. Parenteral demir tedavisi sonrası ateş, aralji, miyalji ve bölgesel LAP görülebilir.

23. Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Sekonder polisitemide eritropoetin yüksek bulunur.
- b) Malignitelerde sekonder polisitemi görülebilir.
- c) Splenomegali polisitemia vera tanısında major kriterdir.
- d) Eritrosit kitlesi polisitemia vera tanısında fazla önemli değildir.
- e) Polisitemia verada kanama ve koagulyona meyil artar.

Cevap D (Lee, *Wintrobe's Clinical Hematology*, 10.baskı, 1999, s.2374-2389)

Sekonder polisitemide eritropoetin artmıştır ve eritropoezi uyandır. Hipoksi ve bazı malignitelerde sekonder polisitemi görülür. Malignitelere bağlı sekonder polisitemilerde genellikle uygunsuz eritropoetin artışı vardır. Ayrıca androjen ve steroid kullanımlarında da sekonder polisitemi gözlenebilir.

Polisitemia vera esas olarak yaşlı kişilerin hastalığıdır. Vasküler trombotik komplikasyonlar sıklıkla ilk ortaya çıkan bulgulardır. Viskozitede artış, trombositoz ve

trombosit fonksiyonları hem arteriyel hem venöz sistemde tıkaçıcı hastalıklara neden olur. Trombositlerdeki fonksiyonel değişikliklere bağlı kanamalar, spontan olarak gelişmeye bile travma sonrası ortaya çıkan abartılı ekimozlar sıklıkla görülür.

Polisitemia vera tanı kriterleri:

A1: Artmış eritrosit kitlesi (kadınlarda 32 ml/kg, erkeklerde 36 ml/kg'ın üzeri)

A2: Normal arteriyel O₂ saturasyonu(%92'nin üzeri)

A3: Splenomegali

B1: Trombositoz(400 000'nin üzeri)

B2: İnfeksiyon yokken 12 000'nin üzerinde lökosit sayısı

B3: %100 ün üzerinde LAP skoru

B4: Serum vitamin B12 değerininin 900 pg/ml'nin üzerinde olması

Tanı için A1+A2+A3 veya A1+A2+B kategorisinden herhangi biri gereklidir.

24. Hodgkin lenfoma ile ilgili olarak hangileri doğrudur?

I. İlk çocuklarda ve tonsillektomi yapılanlarda daha sık izlenir.

II. Reed Sternberg hücrelerinin kökeni lenfositlerdir.

III. Dört tipi vardır ve lenfositten zengin tipinde mediastinal kitle ile ortaya çıkabilir.

IV. Evreleme hastalığın tedavisini belirlemede mutlaka yapılması gerekli değildir.

V. Tedavisinde radyoterapi ve kemoterapi kullanılır.

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

Cevap A (Lee, Wintrobe's Clinical Hematology, 10.baskı, 1999, s.2539-2571)

Hodgkin lenfoma, erkeklerde daha sık gözlenir, erkeklerdeki sıklık çocuklarda daha belirgindir. Tonsillektomi yapılanlarda, infeksiyöz mononükleozis geçirenlerde risk artmıştır. Reed Stenberg hücrelerinin kökeni tam olarak bilinmemektedir, monosit, T ve B lenfositten köken aldığını bildiren farklı araştırmalar vardır. En sık görülen tip nodüler sklerozan tip olup, mediastinal ve supraklaviküler yerleşir. Lenfositten zengin tip en iyi prognoza sahip olan tiptir. Tedavi yöntemi seçiminde evreleme önemlidir, mutlaka yapılması gerekir. Evrelemede Ann Arbor sınıflaması kullanılır. Tedavide radyoterapi ve kemoterapi kullanılır.

25. Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Tüylü hücreli lösemi genellikle B hücre hastalığı olarak kabul edilir.
- b) Massif splenomegali ve lenfadenopati tüylü hücreli lösemide olur.
- c) Tüylü hücreli lösemide pansitopeninin nedeni hipersplenizm ve kemik iliği yetersizliğidir.

- d) Tüylü hücreli lösemi tedavisinde splenektomi, interferon ve nükleozid analogları uygulanabilir.
- e) Tüylü hücreler Tartara dirençli alkalen fosfataz pozitifdir.

Cevap E (Lee, Wintrobe's Clinical Hematology, 10.baskı, 1999, s.2428-2441)

Hair Cell Lösemide tartara dirençli asit fosfataz pozitifliği patognomiktir.

26. Megaloblastik anemilerle ilgili olarak hangileri doğrudur?

- I. Myelodisplastik anemilerde de izlenebilir.
- II. RNA sentezi bozulmuştur.
- III. B12 vitamini emilimi terminal ileumda olmaktadır.
- IV. Pernisiyöz anemide antipariyetal, antifosfolipid ve antiintrensek faktör antikör pozitifdir.
- V. Pernisiyöz anemi tedavisi 2 yıl süre ile B12 vitamini uygulanmasıdır.
- a) I+III
- b) III+IV
- c) I+IV
- d) II+V
- e) III+IV

Cevap A (Lee, Wintrobe's Clinical Hematology, 10.baskı, 1999, s.941-961)

Megaloblastik anemiler RNA değil, DNA sentezinin bozulması sonucu ortaya çıkar. Genellikle B12 vitamini ve folat yetmezliğine bağlıdır. B12 vitamininin absorpsiyonu temel olarak ileumda olmaktadır. Pernisiyöz anemide pariyetal hücrelere ve intrinsek faktöre karşı antikörler mevcuttur. Pernisiyöz aneminin tedavisi hayat boyu paranteral B12 verilmesidir.

27. B12 vitamini eksikliğinde nörolojik komplikasyonların meydana gelmesinden aşağıdakilerden hangisi sorumludur?

- a) Homosisteinden metionin oluşmaması ve farklı sayıda karbon içeren lipidler (mallipidler)
- b) Metioninden homosistein oluşmaması
- c) N-5 metil tetrahidrofolattan metil transferrinin oluşmaması
- d) Sekonder folik asit eksikliği
- e) B12 vitamininin intrinsek faktörle birleşmemesi

Cevap A (Lee, Wintrobe's Clinical Hematology, 10.baskı, 1999, s.941-961)

28. Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Hemosideroziste dokularda demir birikimi olur, ancak organ işlevleri bozulmaz.
- b) Hemokromatoziste diabetes ve kalp yetmezliği izlenir.
- c) Hemokromatoziste demir yüksek ve ferritin ise düşüktür.
- d) Hepatik demir indeksi hemokromatoziste 2'nin üzerindedir.
- e) Karaciğer sirozu ve kanseri gelişimi hemokromatoziste ölüm nedenlerindedir.

Cevap C (Lee, *Wintrobe's Clinical Hematology*, 10.baskı, 1999, s.1056-1070)

Hemokromatozis, otozomal resesif geçer. İntestinal demir emilimi artmıştır. Hepatik demir depolanması sonucu hepatomegali görülür. Deride pigment artışı, glukoz intoleransı, kardiyak tutulum, hipogonadizm ve artropati diğer bulgulardır. 1/3 vakada hepatosellüler karsinoma gelişebilir. Transferrin saturasyonu artmıştır. Serum ferritin düzeyi genellikle doku demir depolarının iyi bir göstergesidir. Pek çok hastada 100 ngr/ml'nin üzerindedir.

29. Birinci remisyonda AML'nin remisyon süresini uzatmada aşağıdaki tedavilerden hangisinin etkili olduğu gösterilmiştir?

- a) Allojenik kemik iliği transplantasyonu
- b) G-CSF
- c) Düşük doz idame tedavisi
- d) İnterferon
- e) Fludarabin

Cevap A (De-Vita, *Principles and Practice of Oncology*, 1997)

30. Multiple myelomanın gelişiminde IL-6 ile ilişkili akut faz reaktanı hangisidir?

- a) Ferritin
- b) Amiloid A1
- c) CRP
- d) LDH
- e) Hiçbiri

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

31. Hangisi Burkitt lenfomada onkogen olarak rol oynar?

- a) bcl-2
- b) bcl-1
- c) myc
- d) ras
- e) fos

Cevap C (Devita, *Cancer Principle and Practice of Oncology*, 5.baskı, 1997, s.93)

32. Aşağıdakilerden hangisi mide Ca'da risk artışına yol açmaz?

- a) Tuzlanmış et veya balık tüketimi
- b) Gıdalarda bulunan yüksek nitrat içeriği
- c) Helikobakter pylori enfeksiyonu
- d) Sigara içimi
- e) Yüksek sosyal sınıfa mensup olma

Cevap E (Devita, *Cancer Principles and Practice of Oncology*, 5.baskı, 1997, s.1023)

Mide Ca'da düşük sosyoekonomik statüde olma, riski artırır.

33. Aşağıdaki metabolik hastalıklardan hangisinde Hepatosellüler Ca için risk artışı yoktur?

- a) Hemokromatozis
- b) Newmann-Pick hastalığı
- c) Wilson hastalığı
- d) Alfa-1 antitripsin eksikliği
- e) Porfiria cutanea tarda

Cevap B (Devita, *Cancer Principles and Practice of Oncology*, 5.baskı, 1997, s.1090)

34. Aşağıdakilerden hangisi Hepatosellüler Ca'da görülen paraneoplastik sendromlardandır?

- a) Hiperglisemi
- b) Eritrositozis
- c) Hipokalsemi
- d) Hipokolesterolemi
- e) Hipotermi

Cevap B (Devita, *Cancer Principles and Practice of Oncology*, 5.baskı, 1997, s.1093)

35. Aşağıdakilerden hangisinde kolorektal Ca için tarama önerilmez?

- a) Juvenil polipozis
- b) Ailede kolorektal Ca öyküsü olanlar
- c) Familial adenomatöz polipozis
- d) Multipl polipliler (özellikle villöz)
- e) Ülseratif kolit

Cevap A (Devita, *Cancer Principles and Practice of Oncology*, 5.baskı, 1997, s.1152)

Juvenil polipozis, kanser riskinin en düşük olduğu familial polipozis sendromudur.

36. Aşağıdaki mikroorganizmalardan hangisi lenfoma gelişimi için bir etyolojik faktör değildir?

- a) EBV
- b) HTLV-I
- c) Aspergillus flavus
- d) HIV
- e) Helicobacter pylori

Cevap C (Devita, *Cancer Principles and Practice of Oncology*, 5.baskı, 1997, s.2168)

37. Aşağıdakilerden hangisi indolent (yavaş seyirli) lenfomalardan değildir?

- a) Diffüz large cell lenfoma
- b) Küçük lenfositik lenfoma
- c) Lenfoplazmositik lenfoma
- d) Splenik marginal zon lenfoma
- e) Nodal marginal zon lenfoma

Cevap A (Devita, *Cancer Principles and Practice of Oncology*, 5.baskı, 1997, s.2179-2186)

Diffüz büyük hücreli lenfoma, erişkinde en sık görülen lenfoma olup, orta derecede hızlı seyredir.

38. Aşağıdakilerden hangisi Burkitt lenfomanın özelliklerinden biridir?

- Pan B - hücre antigenleri (CD19, CD20, CD22, CD79a) ve CD10 taşımazlar.
- Genellikle erişkin yaşlarda ortaya çıkarlar.
- Afrika formu genellikle sporadik olup abdominal tutulum ile ortaya çıkar.
- İndolent (yavaş seyirli) olup kürabl değildir.
- Afrika formu EBV genomu taşır ve %25-40 olguda AIDS ile birlikte bulunur.

Cevap E (*Devita, Cancer Principles and Practice of Oncology, 5.baskı, 1997, s.2193*)

Burkitt lenfoma, en hızlı büyüyen tümördür. Çocuklarda ve genç erişkinlerde sık görülür. Afrika'da görülen türü, endemik Burkitt lenfomadır ve en çok çene kemiklerinde görülür. Sporadik olanlar Afrika dışında görülen tiplerdir ve EBV ile ilişkilidirler.

39. Aşağıdakilerden hangisi nodüler sklerozan Hodgkin hastalığının özelliklerinden değildir?

- Hodgkin hastalığının en sık görülen subtipidir.
- Genellikle fibröz bantlarla ayrılmış nodüler bir yapı gösterir.
- Sıklıkla adolesan ve genç erişkinlerde ortaya çıkar.
- Erkek/kadın oranı eşittir veya kadınlarda biraz daha fazla gözlenir.
- Mediasten tutulumu seyrek, abdominal lenf nodu, dalak tutulumu ise siktir.

Cevap E (*Devita, Cancer Principles and Practice of Oncology, 5.baskı, 1997, s.2246-2247*)

Nodüler sklerozan tip, kadınlarda siktir ve mediastinal tutulum sık görülür.

40. Aşağıdaki genlerden hangisi apoptozisi baskılar?

- p53
- IRF-1
- Bcl-2
- Bax
- c-myc

Cevap C (*Harrison's, Principles of Internal Medicine, 1.cilt, s.493-627*)

41. Aşağıdaki karsinogen-kanser ilişkilerinden hangisi yanlıştır?

- Benzen-akut myelositer lösemi
- Helicobacter pylori-mide kanseri
- Şistozomiazis-nazofarenks kanseri
- Ultra violet ışınları-cilt kanseri
- Androjenler-prostat kanseri

Cevap C (*Harrison's, Principles of Internal Medicine, 1.cilt, s.493-627*)

Şistozomiaziste, squamoz hücreli mesane kanserinde artış olur.

42. Aşağıdaki ifadelerden hangisi doğrudur?

- Tamoksifen meme kanseri tedavisi görmüş hastalarda ikinci kez aynı kanserin gelişimi üzerinde etkili değildir.
- İzotretinoin baş ve boyun kanseri tedavisi görmüş olgularda ikinci primerleri arttırabileceği için kesinlikle kullanılmamalıdır.
- Hemorajik inme tedavisinde kullanılan alfa tokoferol prostat kanserini arttırır.
- Akciğer kanseri tedavisi gören hastalarda sigaranın kesilmesi ikinci kes primer akciğer tümörü gelişme olasılığını azaltmaz.
- Non steroidal anti-enflamatuvar ilaçlardan yalnız aspirin kolon adenomatöz poliplerinin gelişme olasılığını azaltmaktadır.

Cevap D (*Harrison's, Principles of Internal Medicine, 1.cilt, s.493-627*)

43. Kemoterapiye yanıtın değerlendirilmesinde ölçülebilir lezyon boyutlarının %50'den fazla küçülmesi nasıl adlandırılır?

- Tam yanıt
- Kısmi yanıt
- Stabil hastalık
- Progresyon
- Kür

Cevap B (*Harrison's, Principles of Internal Medicine, 1.cilt, s.493-627*)

44. Aşağıdakilerden hangisi kombinasyon kemoterapi oluştururken uygun bir özellik değildir?

- İlaçların anti-tümöral etkileri birbirinden bağımsız olmalıdır.
- İlaçların etki mekanizmaları birbirinden bağımsız olmalıdır.
- İlaçlar arasında çapraz dirençlilik olmamalıdır.
- İlaçların doz sınırlayıcı toksisiteleri farklı olmalıdır.
- Her iki ajan da ya siklusa spesifik veya non-spesifik olmalıdır.

Cevap E (*Harrison's, Principles of Internal Medicine, 1.cilt, s.493-627*)

45. Aşağıdaki onkolojik acil durumlardan hangisinde diğerlerinden farklı olarak mortalite sebebi daha ziyade altta yatan kanserdir?

- Şiddetli hiperkalsemi
- Uyumsuz ADH sendromu
- Vena kava superior sendromu
- Akut, tamponadla giden perikardit
- Agresif seyirli yaygın beyin metastazları

Cevap C (*Harrison's, Principles of Internal Medicine, 1.cilt, s.493-627*)

46. Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- En sık paraneoplastik hiperkalsemi sebebi squamöz hücreli akciğer kanseridir.
- Jinekomasti ile gelen genç bir erkekte öncelikle testis muayenesi yapılmalıdır.
- Visseral kanserlerle giden periferik gezici venöz tromboza "Trousseau Sendromu" denir.
- Uyumsuz ADH sendromunda özellikle derin hiponatremi mümkün olduğunca hızlı düzeltilmelidir.
- En sık paraneoplastik sendromlara sebep olan tümör küçük hücreli akciğer kanseridir.

Cevap D (Harrison's, Principles of Internal Medicine, 1.cilt, s.493-627)

47. Primeri bilinmeyen tümörle ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- Hastanın sigara içmemiş olması akciğer kanserini ekarte ettirir.
- S-100 proteininin pozitif olması lezyon amelanotik dahi olsa mutlak olarak malign melanom tanısı anlamındadır.
- Kadında peritoneal karsinomatozis ve biyopsi de psammom cismi görülmesi tiroid kanserini düşündürür.
- Bayanda izole aksiller metastaz var ve kötü diferansiye adenokarsinom histolojisi mevcut ise östrojen ve progesteron reseptör analizleri negatif de olsa başka primer bulunamadığında meme kanseri gibi tedavi planlanır.
- Servikal lenf nodu metastazı var ise kolay ulaşılabilir bir lezyon olduğu için direk biyopsi planlanmalıdır.

Cevap D (Harrison's, Principles of Internal Medicine, 1.cilt, s.493-627)

48. Kaposi sarkomu ile ilgili olarak hangisi yanlıştır?

- HIV (-) homoseksüel erkeklerde görülmez.
- Etyolojisinde HHV 8 (insan herpes virus 8) rol oynamaktadır.
- Lezyon gelişimi açısından Koebner fenomeni görülebilir.
- HIV (+) hastalar tümörden daha sık fırsatçı enfeksiyonlar sebebiyle kaybedilir.
- Biseksüel erkeklerle cinsel ilişkide bulunan kadınlarda görülme sıklığı artar.

Cevap A (Harrison's, Principles of Internal Medicine, 1.cilt, s.493-627)

49. HIV ve lenfoma konusunda hangisi yanlıştır?

- En sık immünoblastik lenfoma görülür.
- Burkitt Lenfoma'da %50 EBV (Epstein Barr Virusu) birlikteliği görülür.

- "Primer santral sinir sistemi lenfoması"nda EBV birlikteliği Burkitt Lenfoma'dan daha yüksektir.
- Sistemik lenfomada leptomeningeal tutulum yönünden lumbar ponksiyon yapılmalıdır.
- "Primer santral sinir sistemi lenfoması" özellikle kemoradyoterapiye çok iyi yanıt verir.

Cevap E (Harrison's, Principles of Internal Medicine, 1.cilt, s.493-627)

50. Tedaviye bağlı pulmoner toksisite hangi ajanla en az görülür?

- Bleomycin
- Metotreksat
- Busulfan
- Radyoterapi
- Metpamid

Cevap E (Harrison's, Principles of Internal Medicine, 1.cilt, s.493-627)

51. Kanser kemoterapisi sonrası nötropeni döneminde aşağıdakilerden hangisi yaygın pnömonik infiltrasyon yapabilir?

- P. carinii
- CMV (cytomegalovirus)
- Mycoplasma, leijonella gibi intrasellüler patojenler
- Fungal enfeksiyon
- Hepsi

Cevap E (Harrison's, Principles of Internal Medicine, 1.cilt, s.493-627)

52. Nötropenik kolitis ile ilgili hangisi yanlıştır?

- En sık çekumda görülür ve tiflitis de denir.
- Kliniği akut abdomen tablosuna benzer.
- Sulu diare ve bakteriyemi sık görülür.
- Kanama hemen hiç görülmez.
- Hastanede yatırılarak tedavi gereklidir.

Cevap D (Harrison's, Principles of Internal Medicine, 1.cilt, s.493-627)

53. Kemoterapiye bağlı bulantı ve kusma ile ilgili olarak hangisi doğrudur?

- En sık sisplatine bağlı görülür.
- Tedavide en etkin ilaç grubu antihistaminiklerdir.
- Önlem almak mümkün olmadığı için tedavi sonrası hasta iyi gözlenmelidir.
- En fazla psikojenik sebeple olur.
- Hormonoterapilerde, kemoterapiden daha sık rastlanır.

Cevap A (Harrison's, Principles of Internal Medicine, 1.cilt, s.493-627)

En sık bulantı-kusma sisplatinde görülür.

54. Kemoterapi ve radyoterapiye ikincil akut myelositik lösemiler (AML) ile ilgili olarak hangisi yanlıştır?

- a) Genellikle AML öncesinde myelodisplazi gelişir.
- b) Etoposid AML sebebi olabilir.
- c) Doksorubisin ve alkilleyici ajanların kombinasyonu ikincil AML riskini azaltabilir.
- d) Hodgkin hastalığı tedavisi sonrasında 5-7 yıl içinde pik yapar.
- e) Yüksek doz alkilleyici ajanlarla tedavi AML riskini artırır.

Cevap C (*Harrison's, Principles of Internal Medicine, 1.cilt, s.493-627*)

55. Kemoterapi ve radyoterapiye ikincil solid tümörlerle ilgili olarak hangisi yanlıştır?

- a) Siklofosamid mesane kanseri riskini artırır.
- b) Mantle tip radyoterapi sonrası meme kanseri riski artabilir.
- c) Radyoterapi sonrası sarkom tipi kanserler görülebilir.
- d) Kemoradyoterapi ikincil non-hodgkin lenfoma sıklığını artırır.
- e) Bu tip solid kanserlerin ortak özelliği kemoterapiye çok duyarlı olmalarıdır.

Cevap E (*Harrison's, Principles of Internal Medicine, 1.cilt, s.493-627*)

56. Aşağıdakilerden hangisi kanser olgusunda iştah arttırmak için kullanılmaz?

- a) Megestrol asetat
- b) Hidrazin sülfat

- c) Siproheptadin
- d) Supradin (polivitamin)
- e) Pendoksifilin

Cevap D (*Harrison's, Principles of Internal Medicine, 1.cilt, s.493-627*)

57. Aşağıdaki tümör-tümör belirleyicisi eşleştirmelerinden yanlış olanı işaretleyiniz.

- a) Meme kanseri-CA 15-3
- b) Kolorektal kanser-CEA
- c) Hepatosellüler kanser-AFP
- d) Karsinoid tümör-LDH
- e) Over kanseri-CA-125

Cevap D (*Harrison's, Principles of Internal Medicine, 1.cilt, s.493-627*)

LDH; lenfoma ve Ewing's sarkomunun belirleyicisidir. Karsinoid tümörlerde belirleyici olarak 5-HIAA kullanılır.

58. Tümör belirleyicileri ile ilgili olarak hangisi doğrudur?

- a) Her zaman ilgili tümörün varlığında serumda yükselirler.
- b) Tümör belirleyicisi artışı olmadan genelde nüks görülmez.
- c) Tanıda altın standart olarak kullanılırlar ve biyopsi kadar değerlidirler.
- d) Serum değerleri yüksek ise tümörün tedaviye yanıtını izlemek amacıyla kullanılabilirler.
- e) Erken tanı amacıyla check-up işleminin bir parçası olarak kullanılırlar.

Cevap D (*Harrison's, Principles of Internal Medicine, 1.cilt, s.493-627*)

İMMÜNOLOJİ-ROMATOLOJİ

1. Aşağıdakilerden hangisi negatif akut faz proteini-dir?

- a) C-reaktif protein
- b) Fibrinojen
- c) Prealbumin
- d) α 1-antikimotripsin
- e) α 1-asid glikoprotein

Cevap C (*Basic and Clinical Immunology, 8.baskı, 1994, s.111*)

2. Aktivasyon durumunda en yüksek ferritin değerlerinin beklendiği kollajen vasküler hastalık aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Still hastalığı
- b) SLE
- c) Sistemik skleroz
- d) Polimiyozit
- e) Henoch Schönlein purpurasi

Cevap A (*Gümüüşdiş, Klinik Romatoloji, 1999, s.283*)

3. Neonatal lupus eritematozusda önemli olan otoantikör aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Anti Ro/La antikörleri
- b) Anti-sentromer antikör
- c) Anti-ScI-70
- d) Anti-histon antikör
- e) Romatoid faktör

Cevap A (*Gümüüşdiş, Klinik Romatoloji, 1999, s.287*)

Anti Ro/La antikörleri neonatal SLE ile ilişkilidir.

4. Aşağıdaki romatizmal hastalıklardan en sık hangisi görülür?

- a) Sistemik Lupus Eritematozus
- b) Romatoid artrit
- c) Sistemik sklerozis
- d) Polimyaljia romatika
- e) Polimiyozit

Cevap B (*Kelley, Textbook of Rheumatology, 4.baskı, 1993, s.874*)

RA, tüm dünyada en sık görülen romatizmal hastalıktır.

5. Romatoid artritte aşağıdaki eklemlerden hangisi daha sıklıkla tutulur?

- a) Diz
- b) Dirsek
- c) Distal interfalangial eklemler

- d) Ayak bileği eklemleri
- e) Metakarpofalangial eklemler

Cevap E (*Kelley, Textbook of Rheumatology, 4.baskı, 1993, s.877*)

6. Romatoid artritli hastalarda en sık hangi tip anemi gözlenir?

- a) Megaloblastik anemi
- b) Hipokrom mikrositer anemi
- c) Hipokrom normositer anemi
- d) Otoimmün hemolitik anemi
- e) Aplastik anemi

Cevap C (*Kelley, Textbook of Rheumatology, 4.baskı, 1993, s.896*)

7. Aşağıdakilerden hangisi sülfasalazinin yan etkisi değildir?

- a) Aplastik anemi
- b) Kalici retina toksisitesi
- c) Fibrozan alveolit
- d) Hipersensitivite reaksiyonları
- e) Hepatik hasar

Cevap B (*Kelley, Textbook of Rheumatology, 4.baskı, 1993, s.695*)

8. Aşağıdakilerden hangisi Felty sendromunda beklenmez?

- a) Romatoid faktör pozitifliği
- b) Splenomegali
- c) Romatoid faktör negatifliği
- d) Granülositopeni
- e) Romatoid nodül

Cevap C (*Klippel, Rheumatology, 2.baskı, 1998, s.5.4.2*)

Felty sendromu; Romatoid artrit, splenomegali ve nötropeninin bulunduğu bir sendromdur. Genellikle trombositopeni, anemi, ateş, hepatomegali ve LAP'de vardır.

9. Aşağıdakilerden hangisi ankilozan spondilitin özelliklerinden değildir?

- a) Sakroiliak eklem tutulumu
- b) Entezopati
- c) Ailesel yatkınlık
- d) Ekstraartiküler tutulumlar
- e) Simetrik periferik artritler

Cevap E (*Kelley, Textbook of Rheumatology, 4.baskı, 1993, s.943*)

10. Aşağıdakilerden hangisi doğal immünitenin özelliğidir?

- a) Antijene spesifiktir.
- b) Antijen ile ikinci karşılaşmada daha hızlı cevap oluşması
- c) Antijen ile ikinci karşılaşmada daha fazla antikor oluşması
- d) Antijenin spesifik lenfositleri uyarması
- e) Hafıza özelliğinin olmaması

Cevap E (Roitt, Immunology, 4.baskı, 1996, s.1.1)

Doğal immünitede, antijen spesifikliğı bulunmaz. Hafıza özelliğı yoktur.

11. Aşağıdakilerden hangisi komplemanın özelliklerinden değildir?

- a) Bakteri lizisinde görev alır.
- b) Fagosit kemotaksisinde rol alır.
- c) Bakterileri opsonize eder.
- d) Antikor üretiminden sorumludur.
- e) İmmünitede soluble mediatör olarak görev alır.

Cevap D (Roitt, Immunology, 4.baskı, 1996, s.1.5)

12. Aşağıdakilerden hangisi primer lenfoid organdır?

- a) Peyer plakları
- b) Waldeyer halkası
- c) Dalak
- d) Kemik iliğı
- e) Mezenterik lenf nodları

Cevap D (Roitt, Immunology, 4.baskı, 1996, s.3.1)

13. Aşağıdakilerden hangisi Th1 hücrelerince üretilen sitokindir?

- a) IL-4
- b) IL-5
- c) IL-1
- d) IFN-γ
- e) IFN-α

Cevap D (Roitt, Immunology, 4.baskı, 1996, s.8.4)

14. Aşağıdaki hipersensitivite reaksiyonlarından hangisi antikor aracılıklı değildir?

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

Cevap A (Roitt, Immunology, 4.baskı, 1996, s.22.1)

15. Akciğer tutulumu düşünülen sklerodermali bir hastada en erken bulgu aşağıdakilerden hangisinde saptanır?

- a) Ön-arka akciğer grafisinde
- b) Karbonmonoksit difüzyon testinde
- c) Fizik muayenede
- d) Akciğer tomografisinde
- e) Solunum fonksiyon testinde

Cevap B (Stites, Basic and Clinical Immunology, 8.baskı, 1994, s.402)

Difüzyon kapasitesinin ölçümü tutulumu gösteren en duyarlı testtir.

16. Aşağıdakilerden hangisi ilaca bağılı lupuslu hastalara ait nadir bir özelliktir?

- a) Artralji-artrit
- b) Serozit olması
- c) Ateş
- d) Nefrit
- e) Anti-single-stranded DNA varlığı

Cevap D (Stites, Basic and Clinical Immunology, 8.baskı, 1994, s.389)

İlaca bağılı lupusta cilt ve böbrek tutulumu nadirdir.

17. Aşağıdakilerden hangisi antijen sunan hücre değildir?

- a) Makrofaj
- b) Mast hücresi
- c) Dentritik hücreler
- d) Derinin Langerhans hücreleri
- e) B lenfositler

Cevap B (Stites, Basic and Clinical Immunology, 8.baskı, 1994, s.63)

18. Hem alternatif hem de klasik kompleman aktivasyon yolunda anahtar rol oynayan kompleman aşağıdakilerden hangisidir?

- a) C2
- b) C3
- c) C4
- d) C1
- e) A ve D

Cevap B (Roitt, Immunology, 4.baskı, 1996, s.1.5)

19. Major organ tutulumlu lupuslu hastalarda en etkili tedavi aşağıdakilerden hangisi ile yapılır?

- a) Klorokin ve NSAİ ilaçlar
- b) Steroidler
- c) Metotrexat
- d) Steroid, siklofosfamid (özellikle IV)
- e) Azotioprin

Cevap C (Klippel, Rheumatology, 2.baskı, 1998, s.7,7,1)

20. Raynaud fenomeninin en sık görüldüğü hastalık aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Romatoid artrit
- b) Sistemik lupus eritematozus
- c) Polimiyozit
- d) Sistemik sklerozis
- e) Dermatomyozit

Cevap D (Klippel, *Rheumatology*, 2.baskı, 1998, s.7,9,1)

21. Aşağıdakilerden hangisinin polimiyozit tanısında önemi yoktur?

- a) Serum kreatin fosfokinaz düzeyinin yüksekliği
- b) Anti-Jo-1 yüksekliği
- c) LDH yüksekliği
- d) Serum glutamik oksaloasetik transaminaz yüksekliği
- e) Serum alkalin fosfataz yüksekliği

Cevap E (Klippel, *Rheumatology*, 2.baskı, 1998, s.7,15,4)

22. Aşağıdaki hastalıklardan hangilerinde sıklıkla birliktelik vardır?

- a) PAN ve SLE
- b) SLE ve Behçet hastalığı
- c) Polimiyalji romatika ve Takayusu arteriti
- d) Takayasu arteriti ve Behçet hastalığı
- e) Dev hücreli arterit ve polimiyalji romatika

Cevap E (Klippel, *Rheumatology*, 2.baskı, 1998, s.7,21,1)
Dev hücreli arterit ve polimiyalji romatika sıklıkla birliktedir.

23. Aşağıdakilerden hangisi Behçet hastalığının en nadir bulgularındandır?

- a) Göz tutulumu
- b) Oral ülserasyonlar
- c) Böbrek tutulumu
- d) Daha çok diz eklemine tutan artrit

Tablo 1. Behçet hastalığında görülen klinik bulgular

Klinik bulgu	Prevalans (%)
Oral ülser	97-99
Genital ülser	~80
Cilt lezyonları	
Folikülit	~80
Eritema nodozum	~50
Paterji	~60 (Akdeniz ülkeleri ve Japonya)
Göz lezyonları	50
Artrit	40-50
Derin ven trombozu	~5
Arteriyel oklüzyon, anevrizma	~4
Santral sinir sistemi tutulumu	~5
Epididimit	~5
Gastrointestinal tutulum	~30 (Japonya'da)

e) Genital üserler

Cevap C (Klippel, *Rheumatology*, 2.baskı, 1998, s.7,26,3; İliçin, *Temel İç Hastalıkları*, 2.cilt, s.1966)

Bkz. Tablo 1.

24. Aşağıdakilerden hangisi cilt testlerinde yanlış pozitifliğe neden olur?

- a) Dermografizm
- b) Refrakter period
- c) Antihistaminik kullanımı
- d) Antijenin uygun olmayan koşullarda saklanması
- e) Kişinin yaşı

Cevap A (Middleton, *Allergy, Principles and Practice*, 5.baskı, 1998)

KARDIYOLOJİ

1. Aşağıdakilerden hangisi fallot tetralojisinin komponenti değildir?

- a) Sağ ventrikül hipertrofisi
- b) Pulmoner darlık
- c) Aort darlığı
- d) Overriding (ata biner) aorta
- e) VSD

Cevap C (*Schlant, The Heart, 8.baskı, 1995, s.255*)

Fallot tetralojisinde 4 komponent vardır. Bunlar sağ ventrikül hipertrofisi, pulmoner darlık, Atabiner Arter ve VSD'dir.

2. Aşağıdakilerden hangisi kardiyak tamponad için yanlıştır?

- a) Pulsus-paradoksus vardır.
- b) Oskültasyonda küçük sessiz kalp vardır.
- c) Perikard tamponatında, klinik mai miktarı ile ilişkilidir.
- d) Hipotansiyon vardır.
- e) Viral perikarditte bağlı gelişebilir.

Cevap C (*Braunwald, Heart Disease, 1996, s.1478*)

Tamponad oluşumunda mai miktarından ziyade, mainin toplanma hızı önemlidir.

3. Hangisi triküspit darlığının fizyopatolojik bulgusu değildir?

- a) Sağ arteriyel basınç yüklenmesi vardır.
- b) Sağ ventrikül hipoaktifdir.
- c) Boyun venöz dalgasında derin "V" dalgası vardır.
- d) Sistemik debi düşüklüğü semptomları vardır.
- e) Önemli darlıkta hepatomegali, ödem, asit gelişir.

Cevap C (*Braunwald, Heart Disease, 1996*)

Boyun venöz dalgalarından, "a" dalgası belirginleşir, "v" dalgası triküspit yetmezliği bulgusudur.

4. Aşağıdaki medikal tedavilerden hangisi kronik konjestif kalp yetmezliğinde kullanılmaz?

- a) Profilaktik antiaritmik tedavi
- b) NHYA göre klas III ve IV'de dijital tedavisi
- c) ACE inhibitörü
- d) Diüretik
- e) Kardiyak transplantasyon

Cevap A (*Braunwald, Heart Disease, 1996*)

Kronik konjestif kalp yetmezliğinde anti aritmik tedavi endikasyon olmadıkça kullanılmaz.

5. Aşağıdaki bulgulardan hangisi kesin organik kalp hastalığını gösterir?

- a) AVL derivasyonunda QS paterni
- b) V1 derivasyonunda QS paterni
- c) T dalga inversiyonu
- d) V4-5-6 derivasyonlarında ST segment depresyonu
- e) Prekordiyal derivasyonlarda ST yükselmesi

Cevap D (*Fisch C. Abnormal ECG in clinically normal individuals. JAMA 250:1321*)

Normal kalpli hastalarda anormal EKG bulguları görülebilir, bunlar arasında bir çok QRS kompleksi ve DIII ve AVF'de QR veya QS kompleksi normal şahıslarda saptanabilir. Normal erken repolarizasyon birçok normal kalpli kişide prekordiyal ve/veya inferior derivasyonlarda ST segment yüksekliği olarak saptanabilir. Juvenil T dalgası simetrik T dalga inversiyonu olup genç kişilerde sıkça rastlanabilir. Gerçekten de T dalgasının değişkenliği oldukça siktir ve bundan dolayı nonspesifik olarak kabul edilebilir. Zıt olarak ST segment depresyonu çoğunlukla altta yatan bir patolojiyi gösterir ve en sık miyokardiyal iskemi veya fibroziste görülür.

6. Prekordiyumda uzun süreli batıcı ağrısı olan, öne eğilince ağrısı azalan ve dilaltı nitrata ağrısı geçmeyen hastada aşağıdakilerden hangisini düşünürsünüz?

- a) Akut miyokard infarktüsü
- b) Akut perikardit
- c) Stabil anjina pektoris
- d) Unstabil anjina pektoris
- e) Varyant anjina

Cevap B (*Braunwald, Heart Disease, A Textbook of Cardiovascular Medicine, 5.baskı, s.1482-1483*)

Akut miyokard infarktüsünde ağrı çok şiddetlidir, dilaltına cevap vermez ve hasta öne eğilmekle ağrısında hafifleme olmaz. Stabil anjina pektorisinde ağrı künt ve retrosternal olup eforla oluşur, istirahat halinde ve dilaltı nitrata geçer. Unstabil anjina pektorisinde ağrı künt ve şiddetli dilaltı nitrata cevap vermeyebilir ama öne eğilmekle ağrı şiddetinde değişiklik olmaz. Varyant anjinada ağrı zaman zaman belirli etkenlerle oluşur, dilaltı nitrata cevap verir, hastanın hareketi ağrıyı değiştirmez. Akut perikarditte ise soruda sorulduğu gibi ağrı prekordiyumda hissedilir, dilaltı nitrata geçmez, hasta öne eğilince ağrı hafifler.

7. Akut perikarditte erken dönemde aşağıdaki EKG bulgularından hangisi görülür?

- a) T dalgası silik, ST çöküktür.
- b) T dalgası negatif, ST çöküktür.
- c) T dalgası negatif, ST izoelektrik hattadır.
- d) T dalgası pozitif, ST yüksektir.
- e) T dalgası pozitif, ST izoelektrik hattadır.

Cevap D (*Braunwald, Heart Disease, A Textbook of Cardiovascular Medicine, 5.baskı, s.1482-1483*)

Akut perikarditte ilk dönemde ağrı ile beraber ST'de açıklığı yukarı bakan yükselme olur. T dalgası daha pozitifdir. Birkaç gün sonra ST izoelektrik hatta döner T dalgası daha pozitifdir, sonraları T dalgası negatifleşmeye başlar. Son dönemde de ST izoelektrik hatta T dalgası da tekrar pozitif olur.

8. Aşağıdakilerden hangisi perikardiyal tamponad için doğru değildir?

- a) Juguler venöz dolgunluk klinik olarak tanıyı destekleyen ve en sık görülen bulgulardan biridir.
- b) Ciddi perikardiyal tamponadta inspiriyumda brakıyal nabız tamamen kaybolabilir.
- c) Pulsus paradoksus perikardiyal tamponada spesifik bir bulgudur.
- d) Düşük basınçlı tamponadta sağ atriyum basıncı düşük olup juguler venöz dolgunluk izlenmeyebilir.
- e) Klinik olarak sağ ventrikül infarktüsü ile karışabilir.

Cevap C (*Braunwald, Heart Disease, A Textbook of Cardiovascular Medicine, 5.baskı, s.1487-1489*)

Juguler venöz dolgunluk perikardiyal tamponadı olan olgularda en sık görülen bulgulardan biridir. Diğer fizik bulgular arasında taşipne (%80), taşikardi (%77), pulsus paradoksus (%77), frotman (%29), azalmış kalp sesleri (%34) sayılabilir. Ciddi tamponad olgularında palpe edilebilen nabız tamamen kaybolabilir ki buna "Total paradoks" adı verilmektedir. Pulsus paradoksus perikardiyal tamponad bakımından nonspesifik olup ağır akciğer hastalıkları ya da pulmoner emboli'de de gözlenebilir. Hipovolemik hastalarda juguler venöz dolgunluk olmaksızın ve sağ atriyum basıncı fazla artmaksızın tamponad gelişebilir, buna "Düşük basınçlı tamponad" adı verilmektedir. Sağ ventrikül infarktüsü de juguler venöz dolgunluk ve temiz akciğerler ile ortaya çıkabileceğinden perikardiyal tamponadla karışabilir, ancak hemodinamik inceleme bulguları daha çok konstriktif perikardite benzemektedir.

9. Hem beta reseptör hem alfa reseptör bloker özelliği olan antihipertansif ilaç hangisidir?

- a) Metoprolol
- b) Bucindolol
- c) Propranolol
- d) Carvedilol
- e) Pindolol

Cevap D (*Messerli, The ABCs Antihypertensive Therapy, 2.baskı, 2000, s.78*)

Burada sadece Carvedilol hem beta hem alfa reseptör bloker özelliğiyle diğer ilaçlardan ayrılmaktadır.

10.IV ilaç bağımlılığı olanlarda görülen endokarditte en sık patojen ajan hangisidir?

- a) Streptokok viridans
- b) Stafilokokkus aureus
- c) Streptokokkus fekalis
- d) Streptokokkus pneumonia
- e) Neisseria gonorrhoea

Cevap B (*Braunwald, Heart Disease, A Textbook of Cardiovascular Medicine, 5.baskı, s.1079*)

Stafilokokkus aureus açık bir farkla en sık görülen patojendir.

11.Aşağıdaki işlemlerden hangisi riskli hastalarda infeksiyöz endokardit bakımından antibiyotik profilaksisi gerektirmez?

- a) Cerrahi dış tedavisi
- b) Sistoskopi
- c) Gastrointestinal cerrahi
- d) Kalp kateterizasyonu
- e) Kolesistektomi

Cevap D (*Braunwald, Heart Disease, A Textbook of Cardiovascular Medicine, 5.baskı, s.1097*)

Endokardit profilaksisi açısından çeşitli işlemler tablo halinde verilmiştir. Bu tabloda kalp kateterizasyonu profilaksi gerektirmeyen işlemler arasında yer almaktadır. Sorudaki diğer şıkların hepsi profilaksi gerektiren işlemler grubundan seçilmişlerdir.

12.Tek tip apoprotein (apo B-100) içeren lipoprotein hangisidir?

- a) Şilomikron
- b) LDL
- c) IDL
- d) VLDL
- e) HDL

Cevap B (*Grundy, Etiology and Treatment of Hyperlipidemia, 1998, s.9*)

Tüm lipoproteinler arasında tek tip apoprotein (apo B-100) içeren yegane örnek LDL partikülleridir. Bu konu tartışılmayacak niteliktedir.

13.Aşağıdaki lipid düşürücü ilaçlardan hangisi veya hangileri trigliseridleri düşürmede daha etkilidir?

- a) Safra asidi sekestranları
- b) Nikotinic asid ve gemfibrozil
- c) HMGCoA redüktaz inhibitörleri
- d) Probucol
- e) Fibratlar ve statinler

Cevap B (*Grundy, Etiology and Treatment of Hyperlipidemia, 1998, s.67*)

Trigliseritler üzerinde en etkili lipid düşürücü ajanların nikotik asid ve gemfibrozil (veya gemfibrozil'in dahil olduğu fibratlar grubu) olduğu konusunda tüm literatür görüş birliği içindedir.

14. Akut miyokard infarktüsünde bradikardi söz konusu olduğuna göre aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- Eğer sinus bradikardisi varsa ve hipotansiyon ve ventriküler erken vuru gibi komplikasyonlar saptanmıyorsa hastanın gözlenmesi ilaç verilmesine tercih edilmelidir.
- İlk 6 saatten sonra görülen sinus bradikardisi vagal hiperaktivite mekanizması ile oluşmaz.
- Akut miyokard infarktüsünde sinus bradikardisi en sık görülen aritmi türlerindedir.
- Semptomatik sinus bradikardisinde başlangıç tedavisi için atropin ilk seçilecek ilaçtır.
- Akut miyokard infarktüsü+sinus bradikardisi varsa atropin kalp atım sayısını arttırsa da iskeminin artmasına neden olmaz.

Cevap E (*Braunwald, Heart Disease, A Textbook of Cardiovascular Medicine, 5.baskı, s.1239-1241*)

Akut miyokard infarktüsünde bradikardi hemodinamik bozukluk meydana getirmemişse hastanın gözlenmesi ve ilerideki durumuna göre uygun ilaç verilmesi gerekir. İlk 2 saat içerisinde meydana gelen sinus bradikardisi vagal hiperaktivite ile gelişir. AMI de sinus bradikardisi sık görülen aritmi türüdür. Atropin enjeksiyonu kalp atım sayısını artırır ve iskeminin ağırlaşmasına neden olabilir.

15. Aritmilerin tedavisi bakımından "Vagal manevralar" hakkında hangisi doğrudur?

- Karotis masajı ventriküler taşikardiye etkisizdir.
- Vagal manevralar primer olarak vagal tonusu artırarak sinüs nodunun uyarı çıkarma oranını yavaşlatırlar ve AV nodun iletim zamanını ve refrakterliğini kısaltır.
- Atriyal flutter vagal manevralardan etkilenmez.
- Sinüzal taşikardi, vagal bir manevra sonrasında birden yavaşlar.
- Karotis masajı yapılmadan karotis arteri oskülte edilmelidir.

Cevap E (*Braunwald, Heart Disease, A Textbook of Cardiovascular Medicine, 5.baskı, s.641*)

Vagal manevralar primer olarak vagal tonusu artırarak sinüs nodunun uyarı çıkarma oranını yavaşlatırlar ve AV nodun iletim zamanını ve refrakterliğini uzatırlar. Sinüzal taşikardi, vagal bir manevra sonrasında genellikle yavaş yavaş hızını azaltır ve manevra sonlandıktan bir süre sonra eski hızına geri döner. Atriyal flutter'da AV blok derecesi artacağından ventrikül yanıtı azalır ve flutter dalgaları görülür hale

gelir. Karotis arterinde ciddi aterosklerotik darlıklar olan özellikle yaşlı olgularda serebral embolizm vb. komplikasyonlardan kaçınmak için masaj yapılmadan önce arterin üzeri mutlaka oskülte edilmelidir. Vagal manevralar nadiren de olsa ventriküler taşikardiye sonlandırılabilir.

16. Akut miyokard infarktüsünde aşağıdakilerden hangisinde arteriel basınç monitorizasyonu gerekmez?

- Sistolik kan basıncının 80 mmHg'dan az olması
- Vasopressör ilaç kullanılması
- Sık ventriküler erken vuruların saptanması
- Sodyum nitroprussid kullanılması
- Intravenöz inotropik ilaçların kullanılması

Cevap C (*Giulliani, Mayo Clinic Practice of Cardiology, 1997, s.1257-1295*)

Akut miyokard infarktüsünde sık ventriküler erken vurular hemodinamik değişiklik yapmıyor, VT atakları gelişmiyorsa invaziv monitorizasyonu nedeni değildir. Buna karşın ileri hipotansiyon ve kardiyojenik şok, vazopressör ilaç kullanımı, sodyum nitroprussid kullanımı ve intravenöz inotropik ilaçların verilmesi hastanın invaziv monitorizasyonunu gerektirmektedir.

17. Sülfidril grubu içeren ve bu nedenle nitrat toleransını engellediği ileri sürülen anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörü antihipertansif hangisidir?

- Lisinopril
- Kaptopril
- Enalapril
- Perindopril
- Fosinopril

Cevap B (*Messerli, The ABCs Antihypertensive Therapy, 2.baskı, 2000, s.113*)

Kaptopril sülfidril grubu içeren kısa etkili bir anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörüdür. Diğer ilaçlardan fosinopril fosforil grubu içerir. Lisinopril, enalapril ve perindopril ise karboksil grubu içerir. Sülfidril grubu içeren kaptopril'in nitrat toleransını önlediği ileri sürülmektedir.

18. Aşağıdaki şıklardan hangisi sınıf III antiaritmik ilaç olan amiodaron ile uyumlu değildir?

- Minor negatif inotropik etkiye sahiptir.
- Kardiyak otomotisiteyi azaltır.
- 7-8 haftalık bir plazma ömrüne sahiptir.
- Kardiyak iletimi azaltır.
- Yan etki insidansı azdır.

Cevap E (*Braunwald, Heart Disease Textbook of Cardiovascular Medicine, 5.baskı, 1997, s.614*)

Amiodaron uzun plazma yarı ömrüne sahip olması nedeniyle ile akciğer, kalp, deri, karaciğer, kornea gibi organlarda birikerek hemen organ-toksik etki oluşturur.

Böylece akciğer fibrozisi, karaciğer sirozu, ciltte mavimsi renk değişikliği, fotosensitivite, bulanık görme, periferik nöropati, sinuzal bradikardi, kalp bloğu, torsa de depointes'e neden olabilir. Ayrıca tiroid fonksiyon bozukluğuna yol açarak hipo veya hipertiroidiye neden olabilir. Yan etki insidansı fazla olan bir ilaçtır.

19. Aşağıdaki ilaçlardan hangisi AV düğümde iletimi yavaşlatmaz?

- a) Digoksin
- b) Lidokain
- c) Verapamil
- d) β -bloker
- e) Amiodaron

Cevap B (*Braunwald, Heart Disease Textbook of Cardiovascular Medicine, 5.baskı, 1997, s.601*)

Lidokain AV iletimi değiştirmez.

20. Kalp yetmezliği için aşağıdakilerden hangisi yanlışır?

- a) Adrenerjik aktivite artışı vardır.
- b) Kronik adrenerjik aktivasyon kalp yetmezliğinin daha da artmasına yol açar.
- c) Düşük kalp debisi durumlarında renin anjiyotensin aldosteron sistemi aktive olur ve kan basıncı korunmaya çalışılır.
- d) Anjiyotensin II kalp yetmezliğinin ilerlemesinden sorumlu faktörler arasında yer almaz.
- e) Anjiyotensin II hücre düzeyinde AT reseptörlerine bağlanarak etkili olur.

Cevap D (*Braunwald, Heart Disease Textbook of Cardiovascular Medicine, 5.baskı, 1997, s.407*)

Kalp yetmezliğinde Renin-Anjiyotensin-Aldosteron Sistemi aktive olur. Aktif madde ATII olup pre ve after load artışından sorumludur. Diğer etkileri de eklenince kalp yetmezliğini ağırlaştırır ve ilerlemesine yol açan en önemli hormon ATII'dir.

21. Kalp yetmezliğinde hangisi yanlışır?

- a) Volüm artışı olan olgularda diüretikler temel ilaçlardandır.
- b) ACE inhibitörleri sadece fonksiyonel sınıfı I ve II olan olgulara verilmelidir.
- c) ACE inhibitörleri hastanın tolere edebildiği en yüksek dozda verilmelidir.
- d) Digital özellikle hızlı ventriküler cevabı olan atriyal fibrilasyonlu olgularda önerilmelidir.
- e) Önceden emboli anamnezi olan olgularda oral antikoagulan PZ ve INR takibi ile verilmelidir.

Cevap B (*Braunwald, Heart Disease Textbook of Cardiovascular Medicine, 5.baskı, 1997, s.471*)

3 ve 4 olan olgularda genel kontrendikasyonlardan birisi yoksa hastanın tolere edebileceği en yüksek dozda ACE inhibitörü önerilir.

22. Egzersizle ilgisi olmayan, genelde istirahatte gelen, sirkadiyen değişim gösteren, ağrı sırasında EKG'de ST segment yüksekliği ile karakterize Prinzmetal's Variant Angina'da aşağıdaki tedavilerden hangisi anginal atakları önleyebilir?

- a) Dopamin infüzyonu
- b) Propranolol
- c) Hiperventilasyon
- d) Ergonovin infüzyonu
- e) Kalsiyum kanal blokerleri

Cevap E (*Topol, Textbook of Cardiovascular Medicine, 1998, s.340*)

Bilinildiği gibi 1959'da Prinzmetal ve arkadaşları tarafından tanımlanan Variant Angina Pektoris, eforla ilgisi olmayan, daha çok istirahat sırasında olan, ağrı sırasında ST segment yüksekliği gösteren vazospazm sonucu oluşan bir klinik tablodur. Hiperventilasyon, sigara içimi, kokain kullanımı ve ani bırakılması, alkolün bırakılması bu koroner spazmı uyurabilmektedir. Propranolol, dopamin ve ergonovin infüzyonları da yine koroner arter spazmını uyaran, anginaya sebep olan ilaçlar olarak bilinmektedir. Tedavide kalsiyum kanal blokerleri kullanılmaktadır.

23. Unstabil Angina Pektoris tanısı için aşağıdakilerden hangisi yapılmaz?

- a) Elektrokardiyografi
- b) Ekokardiyografi
- c) Kardiyak enzimlerin tayini
- d) Telekardiyografi
- e) Egzersiz testi

Cevap E (*Topol, Textbook of Cardiovascular Medicine, 1998, s.365-387*)

Akut koroner sendrom içinde değerlendirilen Unstabil (kararsız) anjina pektoris'te anjinal ağrının eforla ilgisi yoktur. Çoğunlukla istirahatte gelir, şiddeti fazla, süresi uzun, dil altı nitratlara cevap genelde azdır. Elektrokardiyografide ST-T değişiklikleri olabilir. Kardiyak enzimler hafifçe yükselebilir. Hastalar asemptomatik olmadan, başlangıçtan itibaren 48 saat geçmeden egzersiz testine alınmazlar. Ekokardiyografik tetkik kalbin fonksiyonel ve anatomik değerlendirilmesine imkan sağlar, telekardiyografi yine ayırıcı tanıda değer taşır. Kararsız anjina pektoris'te koroner anjiyografik tetkik klinik duruma göre değerlendirilir.

24. Elektrokardiyografi ile kalp hastalıklarında hangisi anlaşılır?

- a) Kalbin elektriksel eksenini
- b) Atriyumların büyüklüğü
- c) Ventriküllerin büyüklüğü
- d) Koroner sklerozu varlığı
- e) Aort çapı

Cevap E (*Soydan, Klinik Elektrokardiyoloji, 1992, s.23*)

Aort çapı anlaşılır, zira EKG elektriksel değişikliklere ışık tutar.

25.P-QRS-T ilişkisi normal olan bir hasta elektrokardiyogramında P dalgası DI, DII, aVL, V5-6'da pozitif, aVR'de negatif ise ritmin adı nedir?

- a) Normal sinüs ritmi
- b) Nodal ritmi
- c) Atriyal flutter
- d) Atriyal fibrilasyon
- e) Hepsisi doğrudur.

Cevap A (*Soydan, Klinik Elektrokardioloji, 1992, s.55*)

Çünkü normal sinüs ritminde atrial aktivite yönü adı geçen derivasyonları doğrudur.

26.Aşağıdakilerden hangisi diabetes mellitus'ta görülen kardiyovasküler patolojilerden değildir?

- a) Koroner arter hastalığı
- b) Miyokard infarktüsü
- c) Kardiyak otonomik disfonksiyon
- d) Konjestif kalp yetersizliği
- e) Aort disseksiyonu

Cevap E (*Braunwald, Heart Disease Textbook of Cardiovascular Medicine, 5.baskı, 1997, s.1901-1903*)

Diabetes Mellitus (DM) mikro ve makroanjyopatiye neden olmaktadır. DM, koroner arter hastalığı (KAH) için önemli bir risk faktörüdür. DM'lu hastalarda önde gelen ölüm nedeni KAH'dır. DM'lularda akut miyokard infarktüsü sıktır ve komplikasyonları diyabetik olmayanlara göre daha fazladır. Diabetiklerde, otonomik nöropati de gelişebilmektedir. Kardiyak otonomik disfonksiyon gelişen diabetik hastalarda nispeten sabit ve hızlı bir istirahat kalp hızı ve ortostatik hipotansiyon görülmektedir. Diabetik olgularda konjestif kalp yetersizliği gelişme riski olmayanlara oranla 4-5 kat daha fazladır.

27.Aşağıdakilerden hangisi Marfan sendromu için yanlıştır?

- a) Marfan sendromu otozomal dominant geçişlidir.
- b) Marfan sendromunda karakteristik iskelet sistemi anormallikleri vardır.
- c) Aort darlığı görülebilir.
- d) Aort disseksiyonu Marfan sendromunun komplikasyonlarından biridir.
- e) Marfan sendromunda gözde lens subluksasyonu vardır.

Cevap C (*Braunwald, Heart Disease Textbook of Cardiovascular Medicine, 5.baskı, 1997, s.1669-1672*)

Marfan sendromu, otozomal dominant geçişli konnektif doku hastalığıdır. Araknodaktili, eklemlerin gevşek olması, pektus excavatus-carinatus gibi göğüs deformiteleri, uzun ekstremiteler gibi karakteristik iskelet sistemi özellikleri vardır. Gözde lens subluksasyonu, yüksek dereceli miyopi, spontan retina dekolmanları görülebilmektedir. Pulmoner kistik oluşumlar ve bunlara bağlı spontan pnömotoraks olabilir. Aortik media zayıftır. Elastin'in yapısal komponentlerinden olan fibrillin'in yapımından sorumlu gende mutasyon söz

konusudur. Aort dilatasyonu-anevrizması, buna bağlı aort yetmezliği, aort disseksiyonu ve rüptürü önemli komplikasyonlarındandır. Ayrıca mitral valv prolapsusuna da sık rastlanmaktadır.

28.Patent Duktus Arteriosus'da, sol üst sternal kenarda duyulan oskültasyon bulgusu aşağıdaki cevaplardan hangisi ile tanımlanabilir?

- a) Devamlı makina tipi üfürüm
- b) Sistolik üfürüm
- c) Erken diastolik üfürüm
- d) Middiastolik üfürüm
- e) Midsistolik üfürüm

Cevap A (*Braunwald, Heart Disease Textbook of Cardiovascular Medicine, 5.baskı, 1997, s.905*)

Devamlı makina tipi üfürüm duyulmasıdır. Aort ve pulmoner arter arasındaki basınç farkının sistol ve diastolde devam etmesi ile açıklanır.

29.Fallot tetralojisinde, klinik bulguların derecesini aşağıdaki parametrelerden hangisi belirler?

- a) Pulmoner darlık derecesi
- b) Ventrikül septal defekt derecesi
- c) Sağ ventrikül hipertrofisi
- d) Aortun dekstrapozisyonu
- e) Atrial septal defektin miktarı

Cevap A (*Braunwald, Heart Disease Textbook of Cardiovascular Medicine, 5.baskı, 1997, s.929*)

Pulmoner darlıktır. Pulmoner darlık ile derecesi sağ ventrikül basıncını ve dolayısı ile şant miktarını ve klinik bulguların derecesini belirler.

30.Konjenital orta ve ciddi pulmoner darlıkta görülen EKG bulgusu, aşağıdakilerden hangisi ile açıklanabilir?

- a) Sağ axis+sağ ventrikül hipertrofisi
- b) Sol axis+sağ ventrikül hipertrofisi
- c) Sol axis+sol ventrikül hipertrofisi
- d) Sağ axis+sol ventrikül hipertrofisi
- e) Normal axis+sağ ventrikül hipertrofisi

Cevap A (*The New England Journal of Medicine, Review Article, Congenital Heart Disease of Adults, 2000, s.256-263*)

Sağ ventrikülde artan basınç nedeni ile EKG bulgusunda sağ axis+sağ ventrikül hipertrofisi görülür.

31.Atrial septal defektte ikinci kalp sesinin özelliği, aşağıdaki cevaplardan hangisidir?

- a) Sabit ikilenmiştir.
- b) Değişiklik göstermez.
- c) Inspiryumda ikilenir.
- d) Ekspiryumla ikilenir.
- e) Paradoks ikilenir.

Cevap A (*Braunwald, Heart Disease Textbook of Cardiovascular Medicine, 5.baskı, 1997, s.896*)

Artan volüm nedeni ile pulmoner kapağın kapanmasının gecikmesi nedeni ile sabit ve geniş ikilenme gösterir.

32.Akut miyokard infarktüsü sonrası 30 günlük mortalite aşağıdaki ileti bozukluklarından hangisinde en yüksektir?

- a) 1. derecede A-V blok
- b) Sağ dal bloğu
- c) Sol dal bloğu
- d) Sol ön fasikül bloğu
- e) Sol arka fasikül bloğu

Cevap C (*Enar, Akut Miyokard Infarktüsü Komplikasyonları 99, 1.baskı, s.30*)

Sol dal bloğunun varlığı, sol ventrikül kanlanma bozukluğunun ağır derecede olduğunu gösterir. Gusto I çalışmasıyla AMI sonrası mortalitenin en yüksek olduğu gösterilmiştir.

33.Aşağıdakilerden hangisi ciddi mitral darlığın bulgusu değildir?

- a) Düşük nabız basıncı
- b) 2. sesin çiftleşmesi
- c) Erken opening snap
- d) Kısa diyastolik rulman
- e) 1. sesin yumuşak olması

Cevap D (*Murphy, Mayo Clinic Cardiology, 2.baskı, 2000, s.12*)

Ciddi mitral darlığında azalmış kardiyak debi sebebiyle düşük nabız vardır. Pulmoner hipertansiyon nedeniyle 2. ses serttir. Sol atrium basıncının çok yükselmesi nedeniyle kapaklar daha erken açılır, opening snap erkendir, zamanla opening snap işitilmez. Sol atriumla, sol ventrikül arasındaki basınç farkı arttıkça diyastolik üfürüm uzar. Gittikçe daralan delikten kanın geçme süresi uzar.

34.Aşağıdaki bulgulardan hangisi kronik konstriktif perikarditte bulunmaz?

- a) Sarılık
- b) Pulsus paradoksus
- c) Kronik hipotansiyon
- d) Azalmış juguler ven basıncı
- e) Splenomegali

Cevap D (*Murphy, Mayo Clinic Cardiology, 2.baskı, 2000, s.10-11*)

Konstriktif perikarditte perikard yapraklarının kanlanmış olması sağ kalbe kanın dönüşünü engeller. Juguler ven basıncı artmıştır. Artmış venöz basınç hepatomegali, zamanla karaciğer fonksiyon bozukluğu, sarılık, splenomegaliye yol açabilir. Pulsus paradoksus; yani inspirasyonda arteriyel basınçtaki azalmanın 10 mmHg'dan fazla olması, konstriktif perikarditte ins-

piriumda sağ kalbe dönen kanın artmaması nedeniyle, akciğerlerden sol ventriküle dönen kanın dolayısıyla debinin azalması sebebiyle oluşur.

35.Aşağıdakilerden hangisi ciddi aort yetersizliğinin bulgusu değildir?

- a) Artmış nabız basıncı
- b) Austin Flint üfürümü
- c) Kısa dekresendo diyastolik üfürüm
- d) Sistolik ejeksiyon üfürümü
- e) 3. ses

Cevap C (*Murphy, Mayo Clinic Cardiology, 2.baskı, 2000, s.14*)

Artmış nabız basıncı aort yetersizliğinin karakteristik bulgusudur. Yüksek akıma bağlı sistolik ejeksiyon üfürümü olabilir. Aort yetersizliğinin sebep olduğu regürjitasyon jeti diyastolde mitral ön yaprakçığı iterek sol atriumdan sol ventriküle kanın geçişini güçleştirir ve Austin Flint rulmanı işitilir. Sol ventrikül yetersizlik bulgusu olarak 3. ses işitilebilir. Yetersizliğin şiddeti arttıkça uzun dekresendo diyastolik üfürüm duyulur.

36.Aşağıdakilerden hangisi Eisenmenger sendromunun bulgusudur?

- a) Anemi
- b) 2. sesin hafiflemesi
- c) Teleradyogramda pulmoner arter dallarında genişleme
- d) Sol ventrikül genişliğinin artması
- e) Elektrokardiyogramda sol eksen sapması

Cevap C (*Murphy, Mayo Clinic Cardiology, 2.baskı, 2000, s.16*)

Eisenmenger kompleksi gelişen hastalarda kanın oksijenlenmesinin az olması nedeniyle eritropoetin yapımı uyarılır, anemi değil polisitemi vardır. Pulmoner hipertansiyon geliştiği için 2. ses serttir. Soldan sağa geçiş nedeniyle sağ kalp boşluğu büyüktür, sağ eksen sapması vardır. Sağ ventrikül basınç artışı nedeniyle pulmoner arter dalları genişlemiştir. Sol ventrikül genişliği ise azalmıştır.

37.Kronik konjestif kalp yetersizliğinde aşağıdaki nörohumoral mekanizmalardan hangisi vasokonstriktif etki gösterir?

- a) Kallikrein
- b) Atrial natriüretik peptid
- c) Renin anjiyotensin aldosteron sistemi
- d) Dopamin
- e) Adrenomedüllin

Cevap C (*Murphy, Mayo Clinic Cardiology, 2.baskı, 2000, s.22-23*)

Konjestif kalp yetersizliğinde kompensasyon için nörohumoral mekanizmalar devreye girer. Burada doğru cevap "c"dir. Çünkü Anjiyotensin II çok kuvvetli vazokonstriktif maddedir. Renin anjiyotensin sisteminin

aktivasyonu ile meydana gelir. Diğer maddeler ise vazodilatatör etki gösterirler.

38. Anjiyotensin konverting enzim (ACE) inhibitörleri hakkında doğru olanı işaretleyiniz.

- a) Bütün hasta gruplarında eşit etkiye sahiptirler.
- b) Anjiyotensin II'nin etkisini tam olarak bloke ederler.
- c) Refleks taşikardiyi önlemek için beta blokerlerle kombine edilmeleri uygundur.
- d) Yalnızca sulfidril grubu içeren ACE inhibitörleri embriyopatik etki gösterirler.
- e) Normotensif ve normal ventrikül fonksiyonu olan hastalarda kardiyak debiye minimal etkileri vardır.

Cevap E (Murphy, Mayo Clinic Cardiology, 2.baskı, 2000, s.1203)

ACE inhibitörleri siyah ırkta daha az etkilidirler. Anjiyotensin II'nin tamamını bloke etmezler. Refleks taşikardi yapmazlar. Tüm ACE inhibitörleri embriyopatik etki gösterirler.

39. ACE inhibitörleri aşağıdakilerden hangisinde kullanılmaz?

- a) Miyokard infarktüsü
- b) Konjestif kalp yetersizliği
- c) Bilateral renal arter stenozu
- d) Düşük reninli hipertansif hastalar
- e) Esansiyel hipertansiyon

Cevap C (Murphy, Mayo Clinic Cardiology, 2.baskı, 2000, s.1203; Lionell, Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors, 1992, s.10-14,53)

ACE inhibitörlerinin miyokard infarktüsü ve konjestif kalp yetersizliğinde pozitif etkilerini gösteren çok sayıda çalışma vardır. Düşük reninli ve esansiyel hipertansiyonlu hastalarda da etkilidirler. Bilateral renal arter darlığında azalmış kan akımını daha da azaltmaları nedeniyle kontrendikedirler.

40. Aşağıdakilerden hangisi Anjiyotensin II'nin etkisi değildir?

- a) Renin salınımı
- b) Vazopressin salınımı
- c) Norepinefrin salınımı
- d) Negatif inotropizm
- e) Susama

Cevap D (Murphy, Mayo Clinic Cardiology, 2.baskı, 2000, s.2,23)

Anjiyotensin II kalpte pozitif inotropizm yapar. Böbreklerden renin salgılanmasına neden olur. Sempatik sinir sistemini uyarır. Norepinefrin salınımına yol açar. Vazopressin salınımını uyarır ve dolayısıyla susama hissine yol açar.

41. Aşağıdaki semptomlardan hangisi diyastolik sol ventrikül yetersizliğinde en siktir?

- a) Yorgunluk
- b) Öksürük
- c) Egzersiz dispnesi
- d) Ventriküler aritmiler
- e) Efor anginası

Cevap C (Murphy, Mayo Clinic Cardiology, 2.baskı, 2000, s.52)

Yorgunluk daha çok sistolik fonksiyon bozukluğunda vardır. Diyastolik kalp yetersizliğinde ejeksiyon fraksiyonu ve atım hacmi normaldir. Ventriküler aritmiler olabilir fakat sık değildir. Öksürük de sık değildir. Eforla göğüs ağrısı koroner yetersizliği birlikte değilse sık değildir. Egzersizle doluş basıncının artması nedeniyle pulmoner konjesyon olur ve dispne en sık semptomdur.

42. Aşağıdakilerden hangisi lipoprotein a düzeyini düşürmez?

- a) LDL aferezisi
- b) Nikotinik asit
- c) Fenofibrat
- d) Benzafibrat
- e) Statinler

Cevap E (Murphy, Mayo Clinic Cardiology, 2.baskı, 2000, s.136)

LDL aferezisi, nikotinik asit, fenofibrat ve benzofibratların lipoprotein a düzeyini düşürdüğü gösterilmiştir. Statinler ise Lp(a) düzeyini düşürmezler. Hatta statinlerle LDL düzeyi düşmezse Lp(a) düzeyine bakılması gerekir.

43. Aşağıdakilerden hangisi trigliseridlerden çok kolesterol düzeylerini yükseltir?

- a) Aşırı alkol alımı
- b) Obezite
- c) Kronik renal yetersizlik
- d) Progesteron ajanlar ve anabolik steroidler
- e) Diabetes mellitus

Cevap D (Murphy, Mayo Clinic Cardiology, 2.baskı, 2000, s.139)

Progesteron ajanlar ve anabolik steroidler daha çok kolesterol düzeylerini yükseltirler. Diğerleri ise kolesterole oranla trigliserid düzeyini daha fazla yükseltirler.

44. Aşağıdakilerden hangisinin unstable anjinayı provoke etme ihtimali en azdır?

- a) Anemi
- b) Ateş
- c) Hipotiroidizm
- d) Ciddi aort darlığı
- e) Ciddi hipertansiyon

Cevap C (*Murphy, Mayo Clinic Cardiology, 2.baskı, 2000, s.168*)

Hipotiroidi iskemik kalp hastalığına yol açabilir. Fakat bradikardi yapması sebebiyle instabil anjina yapmaz. Diğer durumlarda ise instabil anjina oluşması daha fazladır.

45.Egzersiz testi esnasında aşağıdakilerden hangisi kötü prognoz göstergesi değildir?

- a) Egzersiz testinin erken kademelerinde tipik göğüs ağrısı
- b) 2 mm'den fazla ST çökmesi
- c) ST çökmelerinin dinlenme döneminde 5 dakikadan fazla sürmesi
- d) Egzersiz sırasında iş yükü artarken nabız sayısının da artması
- e) Egzersiz sırasında arter basıncında 10 mmHg veya daha fazla düşme

Cevap D (*Braunwald, Heart Disease, 5.baskı, 2000, s.162*)

Egzersiz sırasında iş yükü artarken nabız sayısının da artması beklenen cevaptır. Düşmesi kötü prognoz göstergesidir. Diğer cevapların hepsi kötü prognoza işaret eder.

46.İskemik kalp hastalığını teşhis etmek için kullanılan aşağıdaki yöntemlerden hangisi koroner anatomiye gösterir?

- a) Egzersiz testi
- b) Dipridamollü talyum testi
- c) Stress anjiyografi
- d) Koroner anjiyografi
- e) Pozitron emisyon tomografisi

Cevap D (*Braunwald, Heart Disease, 5.baskı, 2000, s.321*)

Koroner anjiyografi koroner anatomiye gösterir. Diğer yöntemler ise anatomiye değil miyokardın iskemisini gösterirler.

47.Aşağıdakilerden hangisinde devamlı üfürüm saptanmaz?

- a) Koroner fistül
- b) PDA
- c) Sinüs valsalva anevrizma rüptürü
- d) VSD+pulmoner hipertansiyon
- e) Pulmoner arteriyovenöz fistül

Cevap D (*Mayo Clinic Cardiology Review, s.366*)

Ciddi pulmoner hipertansiyonla beraber olan VSD'lerde sağ ventrikül sol ventrikül basınçları birbirleriyle eşitleneceğinden üfürüm şiddeti azalır ya da işitilmez. Diğer durumlarda devamlı üfürüm saptanır.

48.Aşağıdaki antiaritmik ilaçlardan hangisi Class III aktiviteye sahiptir?

- a) Lidokain
- b) Prokainamid
- c) Sotalol
- d) Meksiletin
- e) Flekainid

Cevap C (*Lionel, Drugs for the Heart, 4.baskı, s.207*)

Lidokain Vaughan Williams Class IB antiaritmiktir. Prokainamid Class IA grubundadır. Sotalol hem Beta bloker (Class II), hem de Class III ajandır. Meksiletin Class IB ve flekainid Class IC antiaritmik ilaçlardır.

49.Aşağıdaki tedavi seçeneklerinden hangisi "Torsades de Pointes-polimorfik ventriküler taşikardi" için uygun değildir?

- a) Amiodaron
- b) İntravenöz magnezyum tedavisi
- c) Beta bloker
- d) Atrial veya ventriküler geçici kalp pili uygulaması
- e) Meksiletin

Cevap A (*Braunwald, Heart Disease, A Textbook of Cardiovascular Disease, 5.baskı, 1997, s.685*)

IV magnezyum, beta bloker, Meksiletin ve atrial veya ventriküler geçici kalp pili uygulaması tedavinin değişik aşamalarında kullanılabilecekken amiodaronun tam aksine yan etkilerinden biri "Torsades de Pointes"dir.

NEFROLOJİ

1. Diabetik nefropati için hangisi yanlıştır?

- a) Nefropati geliştiğinde insülin ihtiyacı artar.
- b) İlk bulgu glomerüler hiperfiltrasyondur.
- c) Mikroalbuminüri ve globinüri, glomerüler patolojinin klinik bulgusudur.
- d) Nefrotik sendrom son dönem böbrek yetmezliğinin yaklaştığının klinik göstergesidir.
- e) Hemodializ için endojen kreatinin klirensinin 10 ml/dk'nın altına inmesi beklenmeden fistül açılmalıdır.

Cevap D (İliçin, Temel İç Hastalıkları Eki, s.19)

Diabette böbrek tutulumu temel olarak glomerüler düzeydedir, tübüller daha az tutulur. 1. Evrede glomerüler hiperfiltrasyon ve glomerüllerde büyüme görülür. 2. Evre sessiz evredir, yavaş ilerleyen yapısal bozukluklar görülür. Mikroalbuminüri görülmesi, olayların kalıcı hale geldiğinin ve 3. Evrenin göstergesi olarak kabul edilir (İncipient diabetik nefropati). Bu dönemin tanısını doğrulayabilmek için 6 ay boyunca yapılmış en az 2-3 ölçümde mikroalbuminüriyi göstermek gereklidir. Bu dönemde GFR normalin hafif üzerindedir. 4. Evrede (aşikar diyabetik nefropati) albumin atılımı iyice artmıştır ve GFR 10-30 ml/dak civarına gerilemiştir. 5.evre ise son dönem böbrek yetmezliğidir.

2. Aşağıdakilerden hangisi böbrek yetmezliğinin ilerlemesini hızlandıran faktörlerden değildir?

- a) Hipertansiyon
- b) Düşük proteinli diyet
- c) Nefrotoksik ilaçlar
- d) Üriner obstrüksiyon
- e) Hipovolemi

Cevap B (İliçin, Temel İç Hastalıkları, s.779)

Düşük proteinli diyet böbrek yetmezliğinin tedavisinde kullanılır.

3. Aşağıdaki hastalıklardan hangisinde proteinüri belirgin olmasına karşılık dipstick testte negatif olarak rapor edilebilir?

- a) Renal tutulum gösteren AML
- b) Amiloidoz
- c) Renal tutulum gösteren Hodgkin lenfoma
- d) Multiple myeloma
- e) FSGS

Cevap D (Greenberg, Primer on Kidney Diseases, 2.baskı, 1998)

4. Üriner sistem enfeksiyonu gelişmesini kolaylaştıran konağa ait faktörlerden yanlış olanı işaretleyiniz.

- a) Nörojenik mesane varlığı
- b) Üriner sistemde yabancı cisim varlığı
- c) Kontrasepsiyon yöntemi
- d) Renal medullada düşük amonyak, üre ve osmolarite düzeyi
- e) Postmenapozal dönem

Cevap D (Greenberg, Primer on Kidney Diseases, 2.baskı, 1998)

5. Aterosklerotik renal arter darlığı için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Darlık, genellikle renal arterin proksimal 2-3 cm'sinde yerleşir.
- b) Çoğu olguda renal arter ostiumu da tutulmuştur.
- c) Lezyonlar yaygın olarak çift taraflıdır.
- d) Olguların %60'ında, tutulum renal arterin orta veya distal 1/3'ündedir.
- e) Darlığın derecesi arttıkça poststenotik dilatasyon ve kollateral dolaşım olguların çoğunda gelişir.

Cevap D (Oxford Textbook of Clinical Nephrology, 1988)

6. Serum kompleman seviyeleri ile ilişkili olarak yanlış olanı işaretleyiniz.

- a) IgA nefriti neredeyse daima, hipokomplementemi ile birliktedir.
- b) Akut poststreptokoksik glomerülonefritlerde neredeyse daima C3 seviyeleri azalmıştır. C4 genellikle normaldir.
- c) Tip I ve II membranoproliferatif glomerülonefritli (MPGN) olgularda esas olarak alternatif kompleman yolunun aktivasyonunun görülmesine bağlı olarak C3 seviyeleri düşük C4 seviyeleri normaldir (bazı olgularda C4 seviyeleri hafifçe düşüktür).
- d) Düşük C3, normal C4 seviyesi veya düşük C3 ve C4 seviyesi, hemolitik-üremik sendromda yaygındır.
- e) Hemolitik-üremik sendromdaki hipokomplementemi, olasılıkla hasarlı endotelium tarafından kompleman aktivasyonunun bir sonucudur.

Cevap A (Hebert, Diagnostic Significance of Hypocomplementemia, 1991, s.811-21)

Ig A nefritinde(Berger Hastalığı), C3 sıklıkla yüksek düzeyde bulunur.

Akut poststreptokoksik glomerülonefritte; büyük çoğunlukla C3 düzeyleri düşüktür. Genellikle renal bulguların ortaya çıkışından sonraki 8 hafta içinde normale döner. Bu hastalarda C1q ve C4 gibi diğer komplemanlar ise normal veya hafif düşük bulunabilir.

Tip II MPGN de immün kompleks veya antikora ait immünohistolojik bulgu yoktur. Serum C3 düzeyi düşüktür. C1q ve C4 düzeylerinin genellikle normal olması kompleman uyarılmasının alternatif yoldan olduğunu işaret eder. Ayrıca bu hastalarda C3 nefritik faktör adıyla bilinen IgG yapısında bir otoantikör yüksek titrede bulunur. C3 nefritik faktör, alternatif yoldan C3 yıkım hızı ve kapsamını artırarak alternatif kompleman aktivasyonunu sürekli kılar.

7. Siklosporin toksisitesi ile ilgili olarak hangisi yanlıştır?

- a) Hipertrikozis siklosporin kullanımı sırasında görülebilir.
- b) Diş eti hipertrofisine, siklosporin kullanımı sırasında rastlanabilir.
- c) Tremor, siklosporinin toksik etkilerindedir.
- d) Hepatotoksisite, yüksek dozlarda görülebilir.
- e) Nefrotoksik etki potansiyeli olmayan bir ilaçtır.

Cevap E (*Oxford Textbook of Clinical Nephrology, 1988, s.2205, İçin, Temel İç Hastalıkları, s.873*)

Siklosporin organ transplantasyonları ve otoimmün hastalıklarda kullanılan immün süpresif bir ilaçtır. Akut ve kronik nefrotoksik etkisi vardır.

Akut toksik etki genellikle renal transplantasyondan sonra yeterli diürez başlamadan ilaç verilenlerde akut renal yetmezlik şeklinde görülmektedir.

Kronik nefrotoksik hasar ise arteriollerde intimal kalınlaşma ve düzensiz protein birikimi sonucu lümen daralma ve proksimal tübüler hücrelerde vakuolizasyon, inklüzyon cisimcikleri, dev mitokondriiler ile kendini göstermekte, daha sonra, tübüler atrofi, interstisiyel fibrozis bazen de fokal glomerüler fibrozis eklenmektedir.

İlacın diğer renal etkileri; hiperpotasemi, hipertansiyon, hiperkloremik metabolik asidoz.

8. Bence Jones proteinürisi ve miyoglobulinüri; proteinüri tiplerinden hangisine ait örneklerdir?

- a) Hemodinamik (artmış filtrasyon ve olasılıkla azalmış geri emilimi)
- b) Tübüler (normal olarak filtre edilen plazma proteinlerinin bozulmuş geri emilimi)
- c) "Overflow", taşma (normal glomerülden geçen anormal proteinlerin artmış filtrasyonu)
- d) Glomerüler proteinüri (selektif)
- e) Glomerüler proteinüri (non-selektif)

Cevap C (*Goldman, Cecil Textbook of Medicine, 21.baskı, 2000, s.528*)

Overflow (taşma) proteinürisi multipl myelomadaki Bence-Jones proteinürisinde görülür.

9. Aşağıdakilerden hangisi böbrek biyopsinin kontrendike olduğu durumlardan biri değildir?

- a) Hasta ile yeterli kooperasyonun kurulamadığı durumlarda
- b) Trombosit sayısı 60.000'in altında ise
- c) Protrombin zamanı uzamış ise
- d) Diyastolik kan basıncı 85 mmHg ise
- e) Kanama zamanı uzamış ise

Cevap D (*Goldman, Cecil Textbook of Medicine, 21.baskı, 2000, s.532*)

10.Glomerüler filtrasyon hızına (GFR) ilişkin olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Endojen kreatinin klerensi, GFR ölçümünde oldukça sofistike ve klinik olarak uygulanması oldukça zor bir yöntemdir.
- b) Bir miktar kreatinin sekresyonu olduğu için, endojen kreatinin klerensi ile, daha sofistike tekniklere göre GFR, bir miktar yüksek ölçülmektedir.
- c) Simetidin, trimetoprim, triamteren, spironolaktone ve amilorid gibi ilaçlar, kreatininin tübüler sekresyonunu inhibe ettiklerinden GFR'nin yalancı düşük ölçümlerine neden olabilirler.
- d) GFR ölçümünde inülin klerensi ve radyoaktif "iothalamate" klerens testi gibi sofistike teknikler olmasına rağmen, çoğu klinik durumda endojen kreatinin klerensi kullanılmaktadır.
- e) Prerenal yetmezlik gibi tübüler akım hızının azaldığı durumlarda, ürenin tübüler geri emilimi artar, bu nedenle kreatinine göre BUN orantısız olarak artar ve bu olgularda yüksek BUN değeri, aktüel GFR'nin yalnızlıkla daha düşük ölçülmesine neden olabilir.

Cevap A (*Goldman, Cecil Textbook of Medicine, 21.baskı, 2000, s.529*)

Kreatinin klirensi, pratik olarak klinikte çok fazla kullanılan bir yöntemdir.

11.Aşağıdakilerden hangisi uygunsuz antidiüretik hormon salınım sendromu (SIADH) için karakteristik değildir?

- a) Hiponatremi
- b) Hipernatremi ve hiperürisemi
- c) Ödem olmaksızın volüm ekspansiyonu
- d) Normal veya azalmış serum kreatinin seviyesi
- e) Normal tiroid ve adrenal fonksiyonu

Cevap B (*Goldman, Cecil Textbook of Medicine, 21.baskı, 2000, s.550*)

Uygunsuz ADH sendromunda hiponatremi karakteristiktir.

12. Aşağıdakilerden hangisi hemodiyalizin komplikasyonlarından değildir?

- a) Hipotansiyon, baş ağrısı
- b) Hipoksi, bulantı, kusma
- c) Hava embolisi
- d) Eser metal intoksikasyonu
- e) Protein malnutrisyonu, hiperglisemi

Cevap E (Goldman, Cecil Textbook of Medicine, 21. baskı, 2000, s.582)

13. İdiyopatik nefrotik sendromu oluşturan patolojilere ilişkin hangisi yanlıştır?

- a) Minimal değişiklik nefropati pediatrik yaş grubunda %10-15 görülür.
- b) Fokal segmental glomerüloskleroz erişkinlerde %20-25 sıklıkta görülür.
- c) Membranöz nefropati, erişkinlerde %25-30 sıklıkta görülür.
- d) Membranoproliferatif glomerülo nefrit %5 sıklıkta görülür.
- e) Lipoid nefroz, erişkin yaş grubunda %10-15 sıklıkta görülür.

Cevap A (Goldman, Cecil Textbook of Medicine, 21. baskı, 2000, s.588)

Minimal değişiklik hastalığı çocuklukta nefrotik sendromun en sık sebebidir (%70-80). Selektif proteinüri görülür. Işık mikroskopisinde glomerüller normaldir. Steroid tedavisine iyi cevap verir.

Fokal segmental glomerüloskleroz, AIDS hastalarında en sık görülen glomerüler lezyondur.

14. Renal ven trombozu (RVT) için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Nefrotik sendrom, gebelik ve östrojen tedavisi ayrıca özellikle infantlarda olmak üzere volüm eksikliği, RVT nedenlerindedir.
- b) Renal ven invazyonu ile birlikte renal cell karsinoma, dıştan bası RVT nedenlerindedir.
- c) Doppler ultrasonografi segmental trombozda yeterince sensitif değildir, MR, anjiyografi gibi non-invazif tekniklerle destekleyici veriler elde edilebilir, RVT tanısı selektif renal venografi ile konulur.
- d) Antitrombin III seviyeleri tüm çalışmalarda artmış olarak saptanmıştır.
- e) Kronik renal ven trombozlu erişkin nefrotik hastalarda, proteinüride dramatik artışlar ve tübüler disfonksiyon görülebilir.

Cevap D (Goldman, Cecil Textbook of Medicine, 21. baskı, 2000, s.620)

15. Böbreğin kistik hastalıkları ile ilgili yanlış olanı işaretleyiniz.

- a) Dominant polikistik böbrek hastalığı sıklığı 1:500-1000'dir.
- b) Medüller sünger böbrek hastalığı sıklığı 1:1000-1:1500'dir.
- c) Medüller sünger böbrek hastalığında kraniyal anevrizma sıklığı %5-20'dir.
- d) Polikistik böbrek hastalığında, hipertansiyon, azotemi ve hematüri yaygındır.
- e) Medüller kistik böbrek hastalığı, kalıtsal ve nadir bir hastalıktır, aynı zamanda "nephronophthisis" olarak da adlandırılabilir, bazı ailelerde retinitis pigmentosa ile koinsidansı nedeniyle renal-retinal displazi olarak da isimlendirilebilir.

Cevap C (Goldman, Cecil Textbook of Medicine, 21. baskı, 2000, s.629)

16. Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Piyüri söz konusu olduğunda, her büyük büyütme (high power field) sahasında 3'den fazla lökosit sayısı anormaldir.
- b) İnterstisyel nefrit, antibiyotik hasarı ve ağır metal kullanımında; taşma (over flow) proteinüri görülür.
- c) Geçici proteinüri, konjestif kalp yetmezliği, ateş, egzersiz sırasında, fonksiyonel proteinüri görülür.
- d) Diyabetik bir hastada, 24 saatlik idrar örneğinde persistan mikroalbuminüri, prognostik öneme sahiptir, gelecekte diyabetik nefropatinin gelişeceğini düşündürür.
- e) 3.5 gr/24 saat/m² üzerindeki proteinüri nefrotik sınırdaki proteinüri olarak adlandırılır ve neredeyse daima primer glomerüler hastalığı yansıtır.

Cevap B (Goldman, Cecil Textbook of Medicine, 21. baskı, 2000, s.528)

17. Sistemik amiloidde, fibril öncülerinin (prekürsör) azaltılması ile ilgili yanlış seçeneği işaretleyiniz.

- a) Hemodiyaliz amiloidozunda, amaç plazma beta-2-mikroglobulin konsantrasyonunun azaltılmasıdır.
- b) AL amiloidde tedavinin amacı, kolşisin ile semptomların baskılanmasıdır.
- c) Romatoid artrit ve juvenil kronik artrit sekonder AA amiloidde immünosupresyon tedavisi ile akut faz yanıtlarını baskılanabilir.
- d) AL amiloidde tedavinin amacı monoklonal immunoglobulin hafif zincirlerinin üretimini baskılanmasıdır.
- e) Ailevi Akdeniz Ateşine sekonder amiloidozda, kolşisin tedavisi verilerek akut faz yanıtlarının baskılanması amaçlanmaktadır.

Cevap B (Oxford Textbook of Clinical Nephrology, 1988)

18. Radyokontrast nefrotoksisiteye ilişkin yanlış seçenek hangisidir?

- İntravenöz radyokontrast madde kullanımı, hastanede yatan hastalarda akut böbrek yetmezliğine bağlı olarak yaygın bir nedendir.
- Önceden olan renal yetmezlik, radyokontrast nefrotoksisitenin, en önemli ve en iyi belirlenmiş risk faktörüdür.
- İntravenöz radyokontrast maddeler, diyabetik, dehidrate, ciddi kalp yetmezliği, önceden böbrek fonksiyonlarında bozukluk olan ve yaşlı olgularda; büyük miktarlarda ve güvenle kullanılabilirler.
- İntravenöz radyokontrast madde kullanımı kaçınılmazsa, yüksek riskli olgularda intravenöz olarak işlemden 12 saat önce başlanacak ve işlemde 12 saat sonrasında kadar sürdürülecek şekilde 1 ml/kg/saat hızında %0.45'lik sodyum klorür solüsyonu kullanımı önerilmektedir.
- İntravenöz radyokontrast madde kullanımı kaçınılmazsa, yüksek riskli olgularda; diğer nefrotoksik ilaçlardan kaçınılması ve radyokontrast maddenin olabildiğince minimal dozda kullanımı önerilmektedir.

Cevap C (Sabatini, Primer on Kidney Diseases, 1998, s.264)

19-20. soruları aşağıdaki vakayı gözönüne alarak cevaplayınız.

45 yaşında erkek hasta sol bacakta selülit ile 10 gün gecikme sonrası hastaneye yatırıldı. Yatışta serum kreatinin 1.2 mg/dl bulundu. İki hafta boyunca nafsilin, klindamisin ve gentamisin içeren antibiyotik tedavisi aldı. Tedavinin 10. gününde kreatinin 3.5 mg/dl'ye yükseldi. Renal USG'de böbrekler normal boyutlarda bulundu, hidronefroz saptanmadı.

19. Bu hastanın böbrek yetmezliği neye bağlı olabilir?

- Akut tübüler nekroz
- Akut glomerülonefrit
- Allerjik interstisyel nefrit
- Hepsi
- Hiçbiri

Cevap D (Cooper, Cecil Review of General Internal Medicine, 6.baskı)

20. İleri incelemede kan basıncı 160/95 mmHg, idrar volümü 30 ml/saatte, idrar tetkikinde hemoglobin 2+, protein 2+, mikroskopide bol eritrosit ve eritrosit silendriği görüldü. En olası tanı nedir?

- Gentamisin nefrotoksisitesi
- Post-enfeksiyöz glomerülonefrit
- Beta laktam antibiyotiklere karşı gelişmiş hipersensitivite reaksiyonu
- Akut tübüler nekroz
- Hiçbiri

Cevap B (Cooper, Cecil Review of General Internal Medicine, 6.baskı)

21. En sık görülen primer glomerüler hastalık hangisidir?

- Anti glomerüler bazal membran hastalığı
- İdiopatik membranoproliferatif glomerülonefrit
- Amiloidoz
- İmmünglobulin A nefropatisi
- İdiopatik fokal segmenter glomerüloskleroz

Cevap D (Rosenberg, National Kidney Foundation Primer on Kidney Diseases)

22. Aşağıdaki kan gazı değerleri hangisi ile uyumludur?

- pH: 7.35 pO₂: 94 pCO₂: 28
HCO₃: 15 O₂ sat: %98
- Metabolik asidoz
 - Metabolik alkaloz
 - Respiratuar asidoz
 - Respiratuar alkaloz
 - Asit baz dengesizliği yok

Cevap A (Brenner and Rector's The Kidney)

23. Bir önceki sorudaki asit-baz tablosu hangisi ile uyumludur?

- Kronik obstrüktif akciğer hastalığı
- Pulmoner emboli
- Böbrek yetmezliği
- Kusma
- Hiçbiri

Cevap C (Brenner and Rector's The Kidney)

24. ve 25. sorular aşağıdaki vaka ile ilgilidir:

69 yaşında bayan hasta böbrek yetmezliği ile başvurdu:

Na: 138 mEq/L
Glc: 104 mg/dl
Albumin: 4.2 g/dl
K: 4.5 mEq/L
Ca: 12.3 mg/dl
Hct: %28
Cl: 107 mEq/L
P: 4.6 mg/dl

24 saatlik idrarda protein: 3.5 g/gün

24. Bu hastanın olası tanısı nedir?

- Akut glomerülonefrit
- Akut vaskülitik renal yetmezlik
- Reflü nefropatisi
- Akut tübüler nekroz
- Multipl myeloma bağlı olarak böbrek yetmezliği

Cevap E (Cooper, Cecil Review of General Internal Medicine, 6.baskı)

25. Bu aşamada hangi test yararlı olabilir?

- a) İdrar immünelektroforezi
- b) Serum immünelektroforezi
- c) Kemik grafileri
- d) Hepsi
- e) Hiçbiri

Cevap D (Cooper, Cecil Review of General Internal Medicine, 6.baskı)

26. Multipl myelomda böbrek yetmezliğinin nedeni nedir?

- a) Monoklonal Ig hafif zincirlerinin tübüllerde çökmesi
- b) Ürik asit nefropatisi
- c) Amiloidoz
- d) Hiperkalsemi
- e) Hepsi

Cevap E (Harrison's Principles of Internal Medicine)

27. Aşağıdakilerden hangisi akut glomerülonefritde görülmez?

- a) Hematüri
- b) Hipertansiyon

- c) Hafif derecede azotemi
- d) Ultrasonografide küçük böbrekler
- e) Ödem

Cevap D (Rosenberg, National Kidney Foundation Primer on Kidney Diseases)

28. Hangi böbrek taşı idrar yolu enfeksiyonu ile ilişkilidir?

- a) Kalsiyum oksalat
- b) Magnezyum amonyum fosfat (strüvit)
- c) Ürik asit
- d) Sistin
- e) Hiçbiri

Cevap B (Brenner and Rector's The Kidney)

Magnezyum-amonyum-fosfat taşı oluşturan hastalarda bir çok idrar yolu enfeksiyon nöbeti öyküsü yaygındır.

Üreaz oluşturan organizmalarla enfeksiyon, amonyuma metabolize olan ürenin birikmesine yol açar. Amonyum fosfatın çökmesine neden olur. Daha sonra amonyum fosfat kalsiyum ve magnezyumu yakalar ve sonuçta magnezyum amonyum-fosfat taşı oluşur.