

Türkiye Klinikleri

MEDİTEST Dergisi

TÜRKİYE KLİNİKLERİ MEDİTEST DERGİSİ

Hekimler Birliği Vakfı Adına Sahibi

Prof.Dr.Hikmet AKGÜL

(Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cerrahi Onkoloji BD Başkanı)

Türkiye Klinikleri Tıp Dergileri

Editörler Kurulu

Prof.Dr.Adnan GÜVENER (Başkan)

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

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

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

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

Prof.Dr.Ayşegül DEMİRHAN ERDEMİR, Prof.Dr.Semra V. DÜNDAR,

Prof.Dr.Alaittin ELHAN, Prof.Dr.Selim EREKUL, Prof.Dr.Yücel ERK,

Prof.Dr.Orhan GÖĞÜŞ, Prof.Dr.İ. Hakkı GÖKHUN,

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 İBİŞ, Prof.Dr.Uğur KANDİLCİ,

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

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

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

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

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

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

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

(İsimler Alfabetik Sıralanmıştır.)

Ortadoğu Reklam Tanıtım ve Yayıncılık A.Ş.*

Genel Müdür

Dr.Mehmet AKGÜL

Özel Kalem

Sema BİLASA

Genel Yayın Koordinatörü

Dr.Sinan KORUKLUOĞLU

Müessese Müdürü

Recep ÇELEN

Reklam Koordinatörü

Dr.Deniz AKAGÜNDÜZ

Reklam Koordinatör Asistanı

Nuray SOYDEMİR

Kitabevleri Koordinatörü

Dr.İbrahim ERSOY

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 KAHVECİ

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

Yönetim Merkezi: Talatpaşa Bulvarı No:102

06230 Hamamönü/ANKARA

Tel : (0312) 309 36 66 pbx.

Faks : (0312) 312 67 41

e-mail: t.klinik@superonline.com

Kitabevi: Tuna Cad. 11/10 Kızılay/ANKARA

Tel: (0312) 435 43 50

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

Abone Ücretleri ve Koşulları: Bir yıllık abone ücreti
(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 bildirilme-
lidir. Zamanında yapılmayan bildirimlerden dolayı
derginin aboneye ulaşmamasından yayıncı sorumlu tu-
tulamaz.

Reklam konusunda tüm görüşmeler;

Reklam Koordinatörü : Dr.Deniz Akagündüz

Tel : (0312) 309 36 66 pbx.

Faks: (0312) 312 67 41

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

ISSN: 1300-0276

Baskı: Türkiye Klinikleri, ANKARA

Türkiye Klinikleri
MEDİTEST Dergisi

Cilt 10

Sayı 3

Mart-Nisan 2001

Tıp eğitimi, tıp fakültelerinde bitmez; ancak başlar.

W.H.Welch

İÇİNDEKİLER

117

Pediyatri

141

Kardiyoloji

151

Göğüs Hastalıkları

162

Gastroenterohepatoloji

170

Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları

ISSN: 1300-0276

C i l t : 1 0 • S a y ı : 3 • M a r t - N i s a n 2 0 0 1

Türkiye Klinikleri

MEDİTEST Dergisi

EDİTÖR

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 AKIŞI (Ege)
Prof.Dr.Asım AKİN (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 ALİOĞLU (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 ARTVINLİ (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 ATİKELER (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.İ. 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.Sunru BEDER (Ankara)
Op.Dr.Gülşay BEDİLLİ (SSK Ankara Doğumevi)
Yrd.Doç.Dr.Mehmet BEKERÇİOĞLU (Gaziantep)
Dr.Ahmet BEKTAŞ (Ondokuz Mayıs)
Yrd.Doç.Dr.Öcal BERKAN (Cumhuriyet)
Prof.Dr.Erdal BEŞER (Adnan Menderes)
Prof.Dr.Ufuk BÖKESÖY (Gazi)
Yrd.Doç.Dr.Ülkem BİLBAY (Ege)
Doç.Dr.Nilgün BİLEN (Kocaeli)
Doç.Dr.Ayşe BİLGEHAN (Gazi)
Prof.Dr.Altınay BİLGİÇ (Ege)
Prof.Dr.Sait BİLGİÇ (Ondokuz Mayıs)
Prof.Dr.Mehmet BİTİRGEN (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. Tevfik CENGİZ (Ankara)

Prof.Dr.Peyami CİNAZ (Gazi)
Doç.Dr.Erdal COŞKUN (Pamukkale)
Prof.Dr.Meseret CUMHUR (Hacettepe)
Prof.Dr.Güven ÇAĞATAY (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 ÇELİKSÖZ (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.Ergun 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 DİLBAZ (SSK Ankara Doğumevi)
Uzm.Dr.Elvin DİNÇ (SSK Okmeydanı Hst.)
Doç.Dr.Sibel DİNÇER (Gazi)
Doç.Dr.Hüseyin DİNDAR (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 ELEVLİ (*Kocaeli*)
Doç.Dr.İmdat ELMAS (*İstanbul*)
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.İ.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 (*Sütçü 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 EŞEL (*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 GEDİZLIOĞLU (*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.İ.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.İlhan 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 GÜRRAKIN (*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 GÜNER (*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 HİLMİOĞLU (*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 İNCİ (*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.İsmail 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 KARADENİZLİ (*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.İbrahim 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.İbrahim 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.İrfan 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.Ayşeğül KOÇAK ALTINTAŞ (*Ankara Hst.*)
Yrd.Doç.Dr.İbrahim 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 (*İstanbul*)
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 LÜLEÇİ (*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 MİR (*Celal Bayar*)
Prof.Dr.Sevgi MİR (*Ege*)
Doç.Dr.M. Uğur MÜNGAN (*Dokuz Eylül*)
Doç.Dr.Mehmet Hamdi MUZ (*Fırat*)
Prof.Dr.Yusuf NERGİZ (*Dicle*)
Prof.Dr.Necla NİŞLİ (*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 (*İstanbul*)
Yrd.Doç.Dr.İsmail ORAN (*Ege*)
Prof.Dr.Olcay ORAN (*Hacettepe*)
Yrd.Doç.Dr.İrfan ORHAN (*Fırat*)
Prof.Dr.Kemal ÖDEV (*Selçuk*)
Prof.Dr.İhsan 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 ÖRMEÇİ (*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 ÖZEKE (*Uludağ*)
Uzm.Dr.Candan ÖZEN (*Ankara Numune Hst.*)
Yrd.Doç.Dr.Süleyman ÖZEN (*Yüzüncü Yıl*)
Uzm.Dr.Necla 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.İshak 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 ÖZTİN ÖĞÜN (*Selçuk*)
Öğr.Gör.Dr.Hafize ÖZTÜRK (*Akdeniz*)
Dr.İşin 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 PİRBUĐAK (*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.İsmail SAVAŞ (*Ankara*)
Prof.Dr.İskender SAYEK (*Hacettepe*)
Prof.Dr.Canan SAYLAM (*Ege*)
Prof.Dr.Bülent SEÇKİN (*Ankara*)
Doç.Dr.Atilla SEMERCİÖZ (*Fırat*)
Doç.Dr.Betül SEVİNİR (*Uludağ*)
Prof.Dr.Fazıl SEZEN (*İstanbul*)
Uzm.Dr.Başar SIRMAGÜL (*Osmangazi*)
Doç.Dr.Muzaffer SİNDEL (*Akdeniz*)
Prof.Dr.Bülent SİVRİ (*Hacettepe*)
Prof.Dr.Seher SÖFUOĞLU (*Selçuk*)
Prof.Dr.Suna SOLMAZ (*Çukurova*)
Prof.Dr.İnan SOYDAN (*Ege*)
Prof.Dr.Cahide SOYDAŞ ÇINAR (*Ege*)
Prof.Dr.Necdet SOYPAN (*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.İsrafil 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 (*İstanbul*)
Prof.Dr.Mehmet Çetin TEREK (*Ege*)
Doç.Dr.Demet TOK (*İzmir Atatürk Hst.*)
Doç.Dr.Ufuk TOLU (*İstanbul*)
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.İnci TUNCER (*Selçuk*)
Yrd.Doç.Dr.Timur TUNÇALI (*Ankara*)
Prof.Dr.Arslan TUNÇBİLEK (*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.Sebahattin USLU (*Atatürk*)
Doç.Dr.S. Sabri USLU (*Gazi*)
Prof.Dr.Şemseddin USTAÇELEBİ (*Hacettepe*)
Doç.Dr.Ayşegül UYSAL (*Ege*)
Prof.Dr.Müjdat UYSAL (*İstanbul*)
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 İmam*)
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 (*İstanbul*)
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.İclal 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 oluşturulmuştur.

PEDİATRİ

1. Hangi gıda maddesine karşı olan allerji birkaç yıl sonra kaybolur?

- a) Çukolata
- b) Çerez
- c) Balık
- d) İnek sütü
- e) Yer fıstığı

Cevap D (Cura, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, 1999)

İyi bir eliminasyon ile infantil dönemde saptanan inek sütü allerjisi 1-3 yıl içinde %90 klinik olarak kaybolur. İnek sütü spesifik IgE pozitif olsa bile klinik tolerans vardır. Çerez, balık ve yer fıstığı allerjileri ömür boyu süren allerjilerdir.

2. Prematüre beslenmesinde hangisi yanlıştır?

- a) Karnitin her prematüre mamasına eklenmelidir.
- b) Prematüre mamalarının karbonhidratı en az %50 laktöz olmalıdır.
- c) Yeterli kilo alımı için günlük kalori gereksinimi 50 Kcal/kg olmalıdır.
- d) Bebeğin solunum sayısı 40-60/dk olduğunda o-rogastrik tüp ile beslenme uygundur.
- e) Günlük kalorisinin %10-15'i proteinden sağlanmalıdır.

Cevap C (Fanaroff, Neonatal-Perinatal Medicine: Diseases of the Fetus and Newborn, 1997, s.564)

Yağ asidi oksidasyonunda anahtar rolü oynayan karnitin prematüre bebeklerde son derece yetersizdir. Anne sütündeki miktarlarda prematüre mamaları içinde bulunmalıdır (bulunur). Prematürelere laktaz enzim aktivitesi yetersiz, alfa-glikozidaz aktivitesi yeterli olduğundan prematüre mamalarının şekeri %50 laktöz, %50 maltodekstrindir. Bazal metabolizma için 50 kcal/kg gerekir, yeterli kilo alımı için 120-130 kcal/kg gerekir. Bebeğin solunum sayısı 40/dk altı ise bebek emerek beslenebilir, şayet solunum sayısı 40-60 arası ise bebek o-rogastrik sonda ile beslenmeli, solunum sayısı 60/dk üzeri ise TPN uygulanmalıdır.

3. Aşağıdaki kriterlerden hangisi bir çocukta akut malnutrisyon tanısı koydurur?

- a) Yaşa göre ağırlığın standardın %90'ından düşük olması
- b) Boya göre ağırlığın standardın %90'ından düşük olması
- c) Yaşa göre boyun standardın %95'inden düşük olması
- d) Çocuğun vücut ağırlığının yaşa göre ağırlık eğrilerinde 10 persentil civarında olması
- e) Çocuğun baş çevresinin -2 SD (standart sapma)'dan daha küçük olması

Cevap B (Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.58)

Boya göre ağırlığın standardın %90'ından düşük olması akut malnutrisyonu gösterir.

Yaşa göre ağırlığın standardın %90'ından düşük olması hem akut hem de kronik malnutrisyonda olabilir. Yaşa göre boyun standardın %95'inden düşük olması kronik malnutrisyonu (stunting) gösterir. (d) seçeneğinde belirtilen tablo tek başına akut malnutrisyonu göstermeyebilir. Çünkü, çocuğun ağırlığı 10 persentil civarında iken boyu da 10 persentilde olabilir. (e) seçeneğinde verilen kriter ise akut malnutrisyonu değil mikrosefaliyi tanımlamaktadır.

4. Yaygın ödemli, gluteal bölgede mikotik ve ülsere deri lezyonları, karaciğeri büyük, ruhsal durgunluğu olan, beslenme öyküsü kötü, 2 yaşında bir çocukta, aşağıdaki tanılardan hangisi en olasıdır ve bu tanıyı doğrulamak amacıyla hangi testlerin yapılması uygundur?

- a) Nefrotik sendrom; kan elektrolitleri, kan protein düzeyi ve sedimentasyon
- b) Kwashiorkor; rutin idrar baskısı, 24 saatlik idrarda protein ve kan protein düzeyi
- c) Minimal lezyon hastalığı; rutin idrar baskısı, kan elektrolitleri, kanda üre
- d) Marasmus; kan elektrolitleri, rutin kan ve idrar baskısı, 24 saatlik idrarda protein
- e) Akut glomerülonefrit; rutin idrar bakısı, boğaz kültürü, kan elektrolitleri

Cevap B (Cura, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, 1999, s.201-208)

5. Aşağıdakilerden hangisi malnutrisyonlu bir çocuğu beslemede genel ilkelerden değildir?

- a) Beklenme şemasındaki besinler ailenin ekonomik koşullarına uygun olmalıdır.
- b) Besinlerin çocuğa verilmiş şekli ve gerekliliği aile tarafından kabullenilmiş olmalıdır.
- c) Çocuğun alması gereken günlük kalori ve protein miktarına yavaş yavaş çıkılır.
- d) Başlangıçta çocuğun genel durumu nasıl olursa olsun total parenteral beslenme uygulanır.
- e) Besinlere biraz uyum sağlandıktan sonra Demir, Çinko ve A vitamininin verilmesi önerilmelidir.

Cevap D (Cura, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, 1999, s.201-208)

6. Metabolik asidozla gelen bir bebekte idrar PH'sı düşük (<5.5), anyon açığı yüksek ise (>20 mmol/L) ise tanıda ağırlıklı olarak aşağıdakilerden hangisi düşünülmelidir?

- a) Böbrek yetersizliği
- b) Proksimal renal tubuler asidoz
- c) Distal renal tubuler asidoz
- d) Gastrointestinal kayıp
- e) Doğumsal metabolik hastalık

Cevap E (Neyzi, *Pediatrics*, 1.cilt, s.1227)

7. Tip I (orantılı) büyüme geriliği gösteren bebek için hangisi doğru değildir?

- a) Fetal hipoksi yoktur.
- b) Plasenta küçüktür.
- c) Genetik veya kromozomal nedenler söz konusudur.
- d) İnfeksiyöz nedenler olabilir.
- e) Plasental vasküler yetmezlik neden olabilir.

Cevap E (Kurjak, *Textbook of Perinatal Medicine*, 1998, s.1193)

8. Vitamin D eksikliğine bağlı raşitizm için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Büyümekte olan kemiklerde veya osteoid dokudaki mineralizasyon defektidir.
- b) Fatal bir hastalık olup, ölüm nedeni komplikasyonlarından çok primer hastalığa bağlıdır.
- c) Az gelişmiş ülkelerde daha sık görülür.
- d) Az gelişmiş toplumlarda neden büyük çoğunlukla vitamin D alımının yetersizliği veya yetersiz UV ışını alımı iken, gelişmiş ülkelerde hepatic ve renal hastalıklar gibi vitamin D'nin aktivasyon veya konversiyonunu engelleyen durumlar raşitizme neden olur.
- e) Kranioytabes raşitizmin erken bir osseöz bulgusu olup, kranial kemiklerin dış tabulasının incilmesi ile ortaya çıkar.

Cevap B (Nelson's *Textbook of Pediatrics*, 2000, s.184-187)

Rikets fatal bir hastalık değildir. Fakat komplikasyonları ve hastalık seyri sırasında ortaya çıkan enfeksiyonlar nedeniyle (örn: pnömoni, tüberküloz, enterit) ölüm olabilir.

Yeterli vitamin D verilmesiyle iyileşme günler içinde başlar ve yavaşça sürer.

9. Büyümede duraklama, ağırlık artışı, 1 aydır boyunda şişlik yakınması ile gelen ve boy 25 persantilde ağırlık 90 persantilde olan, guatr saptanan 12 yaşındaki bir kız çocuğunda yapılacak tetkikler ve yaklaşım açısından hangisi yanlıştır?

- a) Tiroid ultrasonografisi yapılır.
- b) Kemik yaşı çekilir.

c) AntiT-antiM bakılır.

d) Kortizol bakılır.

e) Tiroid fonksiyon testlerine bakılır.

Cevap D (Behrman, *Nelson Textbook of Pediatrics*, 15.baskı, 1992, s.1596,1620,1652)

Guatrı olan bir hastada kortizol bakılmasının yeri yoktur. Guatr ayırıcı tanısı için sayılan parametrelere bakılmalıdır.

10. On günlük bebek, 5 gündür günde 1 kez beslendikten sonra kusma ağırlık artışının olmaması nedeni ile getirildi. Anne sütü ile besleniyor. Fizik bakıda doğum ağırlığına göre ağırlık artışı yok, kardiyak nabız 120/dk, solunum sayısı 36/dk, fontanel çökük, deri ve mukozalar kuru. Testisler nonpalpal, hipospadias var. Diğer sistem bulguları normal. Laboratuvar incelemelerinde idrar normal, beyaz kan hücresi 11000/mm³, Hct %45, Hb 14 gm/dl, trombosit 300.000/mm³, periferik yayma yaş için normal. Serum sodyumu 130 mEq/L, potasyum 7 mEq/L, kan glukozu 85 mg/dl. Aşağıdaki tanılarda hangisi en olası tanıdır?

- a) Tuz kaybettiren tip konjenital adrenal hiperplazi
- b) Pilor stenozu
- c) Organik asidemi
- d) Otitis media
- e) Akut karın

Cevap A (Behrman, *Nelson Textbook of Pediatrics*, 15.baskı, 1992, s.1596,1620,1652)

Hipospadias inmemiş testis nedeni ile olgu belirsiz dış genital yapı ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Hipernatremi ve hipopotasemi bulguları ile tuz kaybı ile birlikte olan adrenal hiperplazi düşünülmür.

11-12. soruları aşağıdaki hastaya göre yanıtlayınız.

15 yaşında patolojik boy kısalığı olan kız hastada pubertenin başlamadığını gördünüz.

11. Aşağıdaki ön tanılardan hangisini düşünmezsiniz?

- a) Malnütrisyon
- b) Turner sendromu
- c) McCune Albright sendromu
- d) Büyüme hormon eksikliği
- e) Panhipopituitarizm

Cevap C (Nelson *Textbook of Pediatrics*, 15.baskı, 1996, s.58-63, 1628-1646)

Gecikmiş pubertenin ayırıcı tanısında sistemik hastalıklar (malnütrisyon), gonad fonksiyon bozuklukları (Turner sendromu), hipofiz hormon değerlendirmesi (büyüme hormon eksikliği, panhipopituitarizm) önemli yer tutar. Ancak McCune Albright sendromu yandaşlık eden bulguları ile birlikte erken puberteye yol açar.

12.Hastada büyüme hormon eksikliğini destekleyen bulguyu işaretleyiniz.

- Kemik yaşında gerilik
- Hipergonadotropik hipogonadizm
- Artmış IGF-1 ve IGFBP-3 düzeyleri
- Yüksek kalorili diyet sonrası düşük büyüme hormon değerleri
- Azalmış kan kortizol düzeyi

Cevap A (Nelson Textbook of Pediatrics, 15.baskı, 1996, s.1569-1573)

Büyüme hormon eksikliğinin en önemli göstergelelerinden birisi kemik yaşında geriliktir. Gonadotropinlerin artışı ve kan kortizol düzeylerinin azalması büyüme hormon üzerine doğrudan etkili değildir. Büyüme hormon değerlendirilmesinde IGF-1 ve IGFBP-3 azalması, hipoglisemiye yetersiz büyüme hormon yanıtları yol göstericidir.

13.Pubertenin başlamasında rol oynayan en önemli hormon hangisidir?

- Östrojen/testosteron
- GnRH
- FSH
- LH
- PRL

Cevap D (Nelson Textbook of Pediatrics, 15.baskı, 1996, s.1579)

14.Diabetik anne çocuğunda sık görülen laboratuvar bulguları aşağıda yazılmıştır. Yanlış olanı işaretleyiniz.

- Hipoglisemi
- Hipokalsemi
- Hipomagnezemi
- Anemi
- İndirekt hiperbilirubinemi

Cevap D (Rennie, Textbook of Neonatology, 3.baskı, 1999, s.401-407)

Diabetik anne çocuğunda polisitemi görülür.

15.Aşağıdakilerden hangisi prematüre bebeklerde sık karşılaşılan problemlerden değildir?

- Hipoglisemi
- Respiratuvar distress sendromu
- Mekonyum aspirasyon sendromu
- Nekrotizan enterokolit
- Enfeksiyon

Cevap C (Avery, Neonatology. Pathophysiology& Management of the Newborn, 5.baskı, 1999, s.411; Lippincott, Fundamental Immunology, 4.baskı, 1999, s.1427-1454)

16.Aşağıdakilerden hangisi indirekt hiperbilirubinemi nedeni değildir?

- Rh uyuşmazlığı
- Crigger-Najjar tip I
- Sefal hematoma
- Dubin-Johnson
- G-6P-D eksikliği

Cevap D (Avery, Neonatology. Pathophysiology& Management of the Newborn, 5.baskı, 1999, s.765)

17.Yenidoğan döneminde konvülsiyona en sık neden olan aşağıdakilerden hangisidir?

- Yüksek ateş
- Hipoglisemi
- Hipokalsemi
- Hipoksik-iskemik ensefalopati
- Sepsis

Cevap D (Avery, Neonatology. Pathophysiology& Management of the Newborn, 5.baskı, 1999, s.1232)

18.Bir toplumda yenidoğan ölüm hızı binde 25.8, yenidoğan sonrası ölüm hızı ise binde 16.9 ise o toplumda çocuk sağlığı düzeyi nasıldır?

- Yenidoğan ve yenidoğan sonrası dönem bebek ölüm hızlarının birbirine göre durumu çocuk sağlığı düzeyini gösteren bir ölçüt değildir.
- Yenidoğan ölüm hızı>yenidoğan sonrası ölüm hızı ise o toplumda çocuk sağlığı için iyiye gitmektedir.
- Yenidoğan ölüm hızı<yenidoğan sonrası ölüm hızı ise o toplumda çocuk sağlığı iyiye gitmektedir.
- Yenidoğan ölüm hızı=yenidoğan sonrası ölüm hızı ise toplumda çocuk sağlığı iyiye gitmektedir.
- Yenidoğan ve yenidoğan sonrası bebek ölüm hızı değil, kaba ölüm hızı çocuk sağlığı düzeyini gösterir.

Cevap B (Tezcan, Epidemiyoloji, 1.baskı, 1992, s.180)

19.Yenidoğan immünitesinde hangisi hatalıdır?

- Th2 tipi immün yanıtın baskın olduğu ileri sürülmektedir.
- IgG'nin anneden geçişi özellikle gebeliğin son üç ayında artmaktadır.
- Yenidoğanda kompleman aktivitesi erişkinin ancak yarısı kadardır.
- Yenidoğanda kemotaksik, opsonizasyon, fagozitoz, oksidatif patlama gibi nötrofil fonksiyonları etkilenmemiştir, yeterlidir.
- IgA ve IgM sentezi doğumdan hemen önce başlamaktadır ve yenidoğanda çok düşüktür.

Cevap D (*Marshall-Clarke, Neonatal Immunity, How well has it grow-up, 2000, s.35-42*)

Yenidoğanın bu fonksiyonları da bozuktur.

20. Aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- Prematüre doğumların ortaya çıkmasında en sık neden servikal yetmezliktir.
- Prematüre apnesinin tedavisinde ilk seçenek doksapramdır.
- Küçük prematüre bebekte en sık rastlanan beyin kanaması intraventriküler tip kanamadır.
- Prematüre retinopatisi araştırılması en erken post-konsepsiyonel 42. haftada yapılmalıdır.
- Nötral çevre ısı, bebeğin çıplak ya da giyinik olmasına bakmaksızın hep aynı kalmalıdır.

Cevap C (*Fanaroff, Neonatal-Perinatal Medicine: Diseases of the Fetus and Newborn, 1997, s.264,891, 952*)

Prematüre doğumlar sıklıkla ailevi ve idiopatik özellikte olmakla beraber, annenin ürogenital enfeksiyonları en önemli rolü oynamaktadır. Servikal yetmezlik ender bir nedendir. Prematüre apnesinin tedavisinde ilk seçenek metil ksantinler kafein ve aminofilindir. Prematüre bebekte yetersiz germinal matriks gelişiminden dolayı intraventriküler kanama en sık beyin kanaması tipidir. Prematüre retinopatisi taraması en erken postkonsepsiyonel 42. haftada yapılır. Nötral çevre ısı bebeğin çıplak ya da giyinik olmasına bağlı olarak artar ya da azalır.

21. Diabetik anne bebeğinde konjenital anomali sıklığı aşağıdakilerden hangisi ile orantılıdır?

- Bebeğin aseton düzeyi
- Annenin kan şekeri düzeyi
- Annenin hemogloblin A1C (HbA1C) düzeyi
- Annenin beta-hidroksi butirat düzeyi
- Bebeğin insülin düzeyi

Cevap C (*Fanaroff, Neonatal-Perinatal Medicine: Diseases of the Fetus and Newborn, 1997, s.262*)

Diabetik anne bebeğinde gözlenen konjenital anomaliler, annedeki diabetin kötü kontrollü olduğunda saptanır. Bu nedenle kötü kontrol göstergesi HbA1C düzeyi ile konjenital anomaliler paralellik gösterir.

22. Aşağıdakilerden hangisi perinatal asfiksidede saptanmaz?

5. dakika Apgar skoru <5
- Umbilikal arter kan gazında metabolik asidoz mevcuttur.
- Intranöral aşırı potasyum birikimi saptanır.
- Beyin hasarının ortaya çıkmasında serbest oksijen radikalleri çok önemli rol oynar.
- Hücre içi laktik asit birikimi nöronal hasarlanmada etkili bir faktördür.

Cevap C (*Shankaran, Clinic in Perinatology, 1993, s.287*)

Perinatal asfiksini tanımlayan 5. dakika Apgar skorunun %'in altında, umbilikal arter kan gazında pH'nin 7.15 al-

tında olması ile tanımlanır. Baz açığı -10 üzerinde bir metabolik asidoz olması tanımda gereklidir. Beyin hasarında membranda Na/K ATPaz enzimi hasarlanacağı için nöronda aşırı Na birikimi gerçekleşir, K düzeyi azalır. Nöronal hasarlanmada serbest oksijen radikalleri, hücre içi laktik asidoz, hücre içi aşırı Ca birikimi ve eksitator aminoasitlerin aşırı artışı önemli rol oynar.

23. İntraserebral kanama tarzında yenidoğanın hemorajik hastalığı olan 5 günlük kız bebek için uygun tedavi yaklaşımını seçiniz.

- I.M. K vitamini
- I.V. K vitamini+Taze kan transfüzyonu
- I.V. K vitamini+fibrin glue
- I.V. K vitamini+taze donmuş plazma
- I.M. K vitamini+trombosit suspansiyonu

Cevap B (*Fanaroff, Neonatal-Perinatal Medicine: Diseases of the Fetus and Newborn, 1997, s.1243*)

Yenidoğanın hemorajik hastalığının en ağır formu olan beyin kanamasında I.V. K vitamini yanında, pıhtılaşma faktörlerini barındıran taze donmuş plazma uygulaması da yapılmalıdır.

24. On günlük erkek bebekte fenilketonüri hastalığını nasıl ararsınız?

- Karyogram yaparım.
- Hasta başında idrarda demir-3-klorür testi yaparım.
- Topuk kanında fenilalanin hidroksilaz enzimi ölçerim.
- İdrarda tirozin metabolitleri ararım.
- Kan fenil alanin düzeyini ölçerim.

Cevap A (*Nelson Textbook of Pediatrics, 15.baskı, 1996, s.329-333*)

Fenilketonüri taramasında esas olan Guthrie testi ile enzim değerlendirmesi değil kan fenil alanin düzeyinin ölçümüdür. Karyogram ve tirozin metabolitlerinin aranması tanıda gerekli değildir. Demir-3 klorür testi ancak yenidoğan dönemi dışında yardımcıdır.

25. Down sendromunda yanlış işaretleyiniz.

- 21.kromozomda trizomi vardır.
- Sayısal aberasyon "meiotik nondisjunction" sonucudur.
- Anne yaşı 35 üzerinde ise kesin prenatal tanı endikasyonu vardır.
- Görülme sıklığı 600-700 doğumda birdir.
- En az kardiyak malformasyonlar görülür.

Cevap E (*Cura, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, 1999, s.33*)

Kardiyak malformasyon görülme oranı çok sıklıdır. Çeşitli araştırmalara göre: %25-70 oranında görülür.

26. Aşağıdaki hastalıklardan hangisi yenidoğanda direkt hiperbilirubinemi ile seyretmez?

- Galaktozemi
- Dubin-Johnson Sendromu
- Konjenital Toxoplazmosis
- Pilor stenozu
- Koledok kisti

Cevap D (*Taeusch, Ballard, Avery, Schaffer and Avery's Disease of the Newborn, 6.baskı, 1991, s.769*)

27. Aşağıdakilerden hangisi süt çocuklarında görülebilen kalp yetersizliği bulgusu değildir?

- Aşırı terleme
- Ortopne
- Takipne
- İnterkostal ve subkostal çekilmeler
- Hepatomegali

Cevap B (*Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, s.1360*)

Ortopne büyük çocukların ve erişkinlerin kalp yetersizliği bulgusudur. Süt çocuklarında görülmez.

28. Aşağıdakilerden hangisi masum üfürüm tanımına uymaz?

- Ateş, egzersiz ve heyecanla şiddeti azalır.
- Genellikle 3-7 yaş arasında sık duyulur.
- Çocukların en az %30'unda hayatlarının bir döneminde bu tip üfürüm duyulabilir.
- En sık sol orta ve alt parasternal bölgede duyulur.
- Kısa sistolik ejeksiyon veya müzikal niteliktedir.

Cevap A (*Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, s.1269*)

Masum üfürümün şiddeti ateş, egzersiz ve heyecanla artar.

29. Aşağıdakilerden hangisi atriyal septal defekt (ASD) için doğrudur?

- En sık, tip primum tip ASD görülür.
- ASD, en sık görülen siyanozsuz konjenital kalp hastalığıdır.
- Çocukluk çağına nadiren semptom verir.
- Genellikle hafif pansistolik bir üfürüm duyulur.
- Genellikle 10 yaşından önce pulmoner hipertansiyona yol açar.

Cevap C (*Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, s.1289*)

ASD çocukluk çağına nadiren semptom verir.

30. Yenidoğanlarda konjenital tam atriyoventriküler blok tanısı konulduğunda etyolojide öncelikle hangisi düşünülmelidir?

- Konjenital toksoplazmoz
- Konjenital rubella
- Konjenital myokardit
- Maternal sistemik lupus eritematozus
- Hipoksik doğum/doğum travması

Cevap D (*Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, s.1343*)

Yenidoğanlarda ilk düşünülecek AV blok nedeni anenin sistemik lupuslu olmasıdır.

31. Aşağıdakilerden hangisi Kawasaki hastalığının tanınan kriteri değildir?

- En az 5 gün süren ateş
- Bilateral nonpurulan konjonktivit
- Gövdede polimorfik veziküler döküntü
- Unilateral, 1.5 cm'den büyük lenfadenopati
- Periferel ekstremitte değişiklikleri

Cevap C (*Nelson's Textbook of Pediatrics, 2000, s.725-727*)

Kawasaki hastalığındaki döküntü polimorfiktir. Makülopapüler, eritema multiforme veya kızıl benzeri döküntü olabilir. Ancak karakteristik olarak non-vezikülerdir.

32. Akut romatizmal ateş, diğer kollagen doku hastalıklarından hangi özellikleriyle ayrılır?

- Otoimmün bir hastalıktır.
- Kollagen doku hastalığıdır.
- Kalp tutuluşu, inisiyal atakta %45'dir. Aschoff nodülü patognomiktir. Ancak önlenilebilir bir hastalıktır.
- Akut faz reaktantları pozitifdir.
- Diffüz vaskülitir.

Cevap C (*Gessner, Pediatric Cardiology, 1.baskı, 1993, s.147-165*)

33. Mitral valv prolapsusu (MVP) için ayırıcı olanı işaretleyiniz.

- Non ejeksiyon klik ve geç sistolik üfürüm ayakta pozisyonda en iyi duyulur.
- Akut romatizmal ateşin sık görüldüğü bölgelerde MVP insidansı artar.
- Marfan ve Ehlers-Danlos hastalarının %95'inde mevcuttur.
- Hipermobilite sendromunda görülmez.
- Mitral valv yetersizliği veya konjestif kalp yetersizliği gelişmez.

Cevap E (*Gessner, Pediatric Cardiology, 1.baskı, 1993, s.151-152*)

34. Konjestif kalp yetersizliği (KKY) tedavisinde aykırı olanı işaretleyiniz.

- a) Hasta sedasyonda tutulur ve fover pozisyonunda yatırılır.
- b) Yaşa ve ağırlığa göre dijitalizasyon yapılır.
- c) Nazal kateter veya maske ile oksijen verilir.
- d) Ağır KKY'de digoksine refrakter olgularda ACE inhibitörü tedaviye eklenir.
- e) Digoksin yanında diüretik tedavi gerekmez.

Cevap E (Gessner, *Pediatric Cardiology*, 1.baskı, 1993, s.117-129)

35. Miyokardit ve perikarditte aşağıdaki bulgulardan hangisi görülmez?

- a) Kalp seslerinin şiddeti azalmıştır.
- b) Belirgin bir üfürüm mevcuttur.
- c) Hasta sıkıntı içindedir, prekordiyal ağrısı olabilir.
- d) EKG'da QRS voltajları 5 mm'den daha az - T dalgası ve ST segment değişiklikleri mevcuttur.
- e) Miyokarditte gallop ritmi perikarditte frotman işitilir.

Cevap B (Schwartz, *The 5 minute Pediatric Cnsult*, 2.baskı, 2000, s.554-555, 604-605)

36. Aşağıdakilerden hangisi arteriosklerozun önlenmesinde geçerli değildir?

- a) Doğumdan itibaren enfeksiyonlardan korunma (aşılama), Yeterli anne sütü alımı
- b) Özellikle Herpes virüs-Citomegalovirüs-Chlamidia ve Streptokok enfeksiyonlarından korunma, yeterli tedavi
- c) Omega 3-ve 6 esansiyel yağ asitlerinin tüketimi
- d) Kollagen-vaskülitli hastalıkların düzenli izlenmesi
- e) Özellikle çocuklukta beslenme maddeleri arasından doymuş yağların tamamen çıkartılması

Cevap E (Pesonen, *Altered serum lipid profile after systemic infection in cpildren: risk factorfor CHD*, 1993, s.7-11)

37. Çocuklarda sekonder hipertansiyonun en sık nedeni aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Endokrin nedenler
- b) Renovasküler nedenler
- c) Kardiyak nedenler
- d) İlaç kullanımı
- e) Zehirlenmeler

Cevap B (Nelson *Textbook of Pediatrics*, 14.baskı, s.1223)

38. Akut romatizmal ateş profilaksisinde yeri olmayan antibiyotik aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Benzatin Penisilin G
- b) Penisilin V
- c) Sulfadiyazin
- d) Netilmisin
- e) Eritromisin

Cevap D (Nelson *Textbook of Pediatrics*, 14.baskı, s.645)

39. Siyanoz ile ilgili doğru olmayan hangisidir?

- a) "Fallot tetralojisi" en sık görülen siyanotik konjenital kalp hastalığıdır.
- b) Yenidoğan döneminde siyanozu yol açan en sık konjenital kalp hastalığı "Büyük Arterlerin Transpozisyonudur".
- c) Şok, bir periferik siyanoz nedenidir.
- d) Pnömoni santral siyanozu yol açabilir.
- e) Polisitemide anemiye göre daha düşük oksijen saturasyonlarında siyanoz ortaya çıkar.

Cevap E (Park, *Pediatric Cardiology for Practitioners*, 3.baskı, s.114)

40. Aşağıdakilerden hangisi soldan sağa şantlı, asiyanotik konjenital kalp hastalığı değildir?

- a) Ventriküler septal defekt
- b) Sekundum atriyal septal defekt
- c) Parsiyel anormal ven dönüşü
- d) Patent foramen ovale
- e) Atriyovenriküler septal defekt

Cevap D (Park, *Pediatric Cardiology for Practitioners*, 3.baskı, s.99)

41. Respiratuvar distres sendromu Tip I (hyalen membran hastalığı) görülme sıklığı aşağıdaki durumlarla birlikte olduğunda artar. Yanlış işaretleyiniz.

- a) 37 gestasyon haftasından önce doğum
- b) Asfiksi
- c) Soğuk stresi
- d) Sezaryenla doğum
- e) Kız bebek

Cevap E (Nelson *Textbook of Pediatrics*, 15.baskı, 1996, s.478)

Erkek bebeklerde daha fazla görülür. Aynı gestasyon haftasındaki kız bebeklerin akciğerleri aynı gestasyon haftasındaki erkek bebeklere göre bir hafta daha matürdür.

42. Astımlı olguların tedavisinde kullanılan antikolinerjik etkisi olan ajan hangisidir?

- a) Kromolin sodyum
- b) Nedokromil sodyum
- c) Teofilin
- d) Ipratropium bromid
- e) Kortikosteroid

Cevap D (*Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.658*)

43.Aşağıdaki ilaçlardan hangisinin egzersizle ortaya çıkan astımın önlenmesinde egzersiz öncesinde kullanılması önerilmez?

- a) Salbutamol inhalasyonu
- b) Oral kortikosteroid
- c) Oral lökotrien antagonistleri
- d) Oral teofilin
- e) Kromolin inhalasyonu

Cevap B (*Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.676*)

44.Aşağıdakilerden hangisine doğum odasında tanı koyabilirsiniz?

- a) Kistik adenomatoid malformasyon
- b) Konjenital lobar amfizem
- c) Bronkojenik kist
- d) Kistik fibrozis
- e) Trakeo-özefageal atrezi

Cevap E (*Neyzi, Pediatri, 1993*)

TÖF %87 özefagusun proksimal kısmının atrezisi ve distal olarak da trakea ile fistüle olan formunda görülür.

45.Hangisi yineleyen wheezing nedenidir?

- a) Stafilokoksik pnömoni
- b) Pnömotoraks
- c) Yabancı cisim aspirasyonu
- d) Koanal atrezi
- e) Boğmaca

Cevap C (*NMS Pediatri, 2000*)

Pnömoni, pnömotoraks ve boğmaca akut solunum zorluğu yapan tablolardır. Yabancı cisim aspirasyonları ise tanı almaz veya çıkarılmaz ise yineleyen hışıltı nedeni olur. Koanal atrezide inspiratuvar solunum zorluğu vardır.

46.İki yaşında yüksek ateş, respiratuvar distres, perioral siyanoz ve akciğer oskültasyonunda tek taraflı ince ralleri olan bir olguda, akciğer grafisinde ilk 24 saatte plevrada sıvı ve pnömatosel gelişmiştir. Olası tanınız aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Pnömokok pnömonisi
- b) Streptokok pnömonisi
- c) Stafilokok pnömonisi
- d) RSV pnömonisi
- e) Yabancı cisim aspirasyon pnömonisi

Cevap C (*Albert, Comprehensive Respiratory Medicine, 1999, s.1-10, 20*)

Pnömonilerin seyri sırasında plörezilerin gelişimi sık olmayan bir komplikasyondur. Ancak ilk 24 saatte pnö-

matosel ve plörezi oluşumu ve süratli ilerleme genellikle stafilokok pnömonilerinde gördüğümüz bir gelişimdir. Bunun nedeni stafilokokların hem akciğer parankimi hem de plevrayı aynı anda tutmalarından kaynaklanmaktadır.

47.Aşağıdakilerden hangisi pnömonilerin kronik komplikasyonudur?

- a) Ampiyem
- b) Akciğer apsesi
- c) Bronkoplevral fistül
- d) Organize pnömoni
- e) Bronşiektazi

Cevap E (*Albert, Comprehensive Respiratory Medicine, 1999, 1-10, 20*)

Pnömonilerde kronik komplikasyon bronşiektazidir. Bunun nedeni özellikle sol alt lob pnömonilerinde bu alanın tam boşaltılmaması ve yineleyen enfeksiyon kaynağı olmasıdır.

48.Astım tedavisinde aşağıdakilerden hangisi profilaksizde "gold standart"tır?

- a) β_2 agonistler
- b) Kromolin
- c) Nedokromil
- d) İn hale steroid
- e) Lökotrien antagonistleri

Cevap D (*Albert, Comprehensive Respiratory Medicine, 1999, 1-18, 41*)

Astım tedavisinde "gold standart" profilaktik tedavi bugün inhale steroidlerle yapılmaktadır. Bunun nedeni olayın bir kronik inflamasyon oluşudur.

49.Kaza ile gaz yağı içilmesinde pnömoni gelişme riski açısından aşağıdakilerden hangisi kesinlikle yapılmamalıdır?

- a) Hasta kusturulmalıdır.
- b) Antibiyotik verilebilir.
- c) Akciğer grafisi çekilmelidir.
- d) Hasta gözlem altına alınmalıdır.
- e) Gerekli ise bronkodilatatör verilebilir.

Cevap A (*Albert, Comprehensive Respiratory Medicine, 1999, s.1-4, 22*)

Gaz yağı için hasta kusturulmaz. Çünkü aspirasyon riskini artırır ve pnömoni oluşumuna neden olur.

50.Akut bronşiolit için yanlış işaretleyiniz.

- a) 0-2 yaşa özgündür.
- b) En sık etken RSV'dir.
- c) Bulgular her iki akciğerde yaygındır.
- d) Tedavide antibiyotik mutlak verilmelidir.
- e) Tedavide bronkodilatatörler uygulanabilir.

Cevap D (*Albert, Comprehensive Respiratory Medicine, 1999, s.1-4, 21*)

Akut bronşiolit viral etiolojili bir hastalıktır. Bu nedenle antibiyotikler tedavide kullanılmaz.

51. Üç yaşında aşırı terleme, kilo alamama, yineleyen akciğer enfeksiyonu ve günde 4 kez gaita çıkışı şikayeti olan olguda tanınız nedir?

- a) Bronşiektazi
- b) Tüberküloz
- c) Malabsorbsiyon
- d) Kistik fibrozis
- e) Obliteratif bronşiolit

Cevap D (*Albert, Comprehensive Respiratory Medicine, 1999, s.1-14, 42*)

Başlangıcı küçük yaş gruplarında yineleyen akciğer patolojileri, aşırı terleme, çok fazla sayıda yağlı gaita çıkarma ve kilo alamama ile karakterizedir.

52. Aşağıdakilerden hangisi perinatal asfiksi tanımlamasını destekleyici bulgu değildir?

- a) Düşük Apgar değerleri
- b) Mekonyumla boyalı doğma
- c) Kreatinin fosfokinaz (CPK) ve kan laktat düzeylerinde yükseklik
- d) Fetal bradikardi
- e) Umbilikal arterden alınan kanda solunumsal ve metabolik alkalozun saptanması

Cevap E (*Taesch, Ballard, Avery, Schaffer and Avery's Diseases of the Newborn, 6.baskı, 1991, s.406*)

53. Tüberkülozun tedavisinde aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Pulmoner tüberkülozlu vakaların %98'inden çoğunda Isoniazid (INH) ve Rifampisin (RIF) ile 9 aylık günlük tedavi başarılıdır.
- b) Pulmoner tüberkülozun tedavisinde ilk 2 ay INH+RIF+Pirazinamid veya streptomisin ile günlük tedavi, takiben 7 ay INH ve RIF ile haftada iki gün intermittan tedavi başarılıdır.
- c) Tüberküloz menenjitte antitüberküloz tedaviye ilaveten 4-6 hafta süreyle 1-2 mg/kg/gün dozda prednison kullanılması tedavinin başarısını artırır.
- d) Tüberkülin deri testi (+), ancak hastalığa ait klinik ve radyolojik bulgu olmayan çocuklar 9 ay süreyle INH ile günlük tedaviye alınmalıdır.
- e) BCG lenfadeniti kendi haline bırakılmamalı, antitüberküloz ilaçlar ile medikal ve eksizyonla cerrahi olarak tedavi edilmelidir.

Cevap E (*Nelson Textbook of Pediatrics, 15.baskı, 1996, s.834-847*)

54. Nekrotizan enterokolitte görülebilen radyolojik bulgular aşağıda yazılıdır. Yanlışı işaretleyiniz.

- a) Gazsız batın
- b) Pnömooperitoneum
- c) Batın üst kadranda double bubble olarak adlandırılan iki hava bölgesi olması

- d) Persiste eden büyük bağırsak segmenti
- e) Pnömatozis intestinalis

Cevap C (s.492)

Bu görünüm duodenal atrezi için tipiktir.

55. Son dönem karaciğer hastalığında aşağıda sıralanan testlerden en fazla prognostik öneme sahip 2 tanesi hangileridir?

- a) ALT-GGT
- b) T. bilirubin-ALP
- c) Protrombin zamanı-T. bilirubin
- d) S. kolesterol-T. bilirubin
- e) Albumin-ALT

Cevap C (*Maller, Liver Disease in Children, 1994, s.269*)

Son dönem karaciğer hastalığında karaciğer nakil kararı verilmesinde protrombin zamanı ve bilirubin düzeyleri prognostik öneme sahiptir. Bunların bozukluğu karaciğer sentez ve ekskresyon fonksiyonunun bozulduğunu gösterir. ALT hepatosit hasarını işaret eder. Son dönem hastalarda normal bile olabilir (hasarlanacak yeterli hepatosit kalmadığından). ALP ve GGT, total bilirubin ile birlikte ekskresyon fonksiyonu işaret eder. Akut hepatit, taş, kolanjit hallerinde de yükselebilir. Albümin ve kolesterol karaciğer sentez fonksiyonlarını işaret ederler. Ancak kolesterol kolestaz durumunda yükselirken, protrombin zamanı uzadıktan sonra sentez kusuru olarak düşük saptanabilir. Albümin yarı ömrü uzun bir proteindir ve fulminan tablolarda protrombin zamanı uzadığı halde normal olabilir. Bu testlerin kombinasyonlarını içeren diğer şıklar yetersizdir.

56. Dört aylık, kilo alımı iyi, motor gelişimi olağan olan erkek bebek her beslenme sonrası kusma yakınmaları ile getiriliyor. Fizik bakı ve rutin incelemelerinde patoloji saptanmayan bu bebeğe en uygun tedavi yaklaşımı aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Özefagus-mide-duodenum grafisi ile cerrahi endikasyon değerlendirilmeli
- b) Her beslenme sonrası 45° açı ile prone pozisyonunda yatırılması
- c) Derhal prokinetik ajan başlanması
- d) Derhal proton pompa inhibitörü başlanması
- e) Her beslenmeden sonra mide boşalmasını kolaylaştırmak için sağ yana yatırılması

Cevap B (*Orenstein, Pediatric Gastrointestinal Disease, 2.baskı, 1999, s.164*)

Hastada fonksiyonel gastroözofajiyal reflü (GÖR) tablosu vardır: Hastanın kusmaları motor ve fiziksel gelişimini etkilememiştir, patolojik reflü özeliğinde değildir ve reflünün bazı önlemlerle kontrol edilmesi olasıdır. Tıbbi, cerrahi tedavi ve grafi ile değerlendirme gereksizdir. Dört aylık dönem özellikle GÖR olası

lığının, aktivasyonun artması ile, fizyolojik ve fonksiyonel olarak arttığı bir dönemdir. E şıkkı pozisyon gereği gıdaların daha fazla reflü olmasına yol açar ve yanlıştır.

57. Aşağıdakilerden hangisi çocukluk çağı Helikobakter pilori infeksiyonunun özelliğidir?

- a) Histopatolojik olarak akut gastrit tablosu saptanır.
- b) Kronik yineleyici karın ağrısı spesifik bir semptomdur.
- c) 5 yaş altında görülme sıklığı yüksektir.
- d) Endoskopik olarak antral nodülerite %90 sıklıkta saptanır.
- e) Omeprazol+2 antibiyotik ile tedavi süresi 5 gündür.

Cevap D (Gold, *Pediatric Gastrointestinal Disease*, 2.baskı, 1999, s.221)

Helikobakter pilori infeksiyonu, çocukluk çağında kronik aktif antral gastrit tablosu yapar. Akut gastrit enderdir ve erişkinlerde görülme sıklığı daha fazladır. Hiçbir spesifik semptomu yoktur. Uzun yıllar kronik yineleyici karın ağrısı nedeni olarak araştırılmış ancak doğrudan ilişki saptanmamıştır. Görülme sıklığı beş yaş altında düşüktür (ülkemizde de) ve yaşla birlikte artar. Antral nodülerite, çocukluk çağında lenfoid sistemin aktivasyon nedeni, çeşitli çalışmalarda %90 sıklıkta saptanmıştır. Proton pompa inhibitörü ve 2'li antibiyotik kombinasyonu, günümüzde en kısa 15 gün süre ile kullanılmaktadır.

58. Altı aylık erkek bebek bir gün önce ani başlayan kusma ve izleyen bol sulu, ekşi kokulu, günde 7-8 kez olan ishal yakınmaları ile getirildi. Fizik bakıda dehidrate (%5-10), halsiz, intertrigo (+), diğer sistem bakıları olağan. Bu hastada ishal etkeni olarak öncelikle hangi ajan patojeni düşünürsünüz?

- a) *Salmonella typhi* murium
- b) *Shigella flexneri*
- c) Rotavirus
- d) *Candida albicans*
- e) *Kampilobakter jejuni*

Cevap C (Seideman, *Pediatric Clinical Gastroenterology*, 4.baskı, 1995, s.216; Cohen, *Infectious Diarrhea Pediatric Gastrointestinal Disease*, 2.baskı, 1999, s.221)

Tanımlanan akut diyare tablosu, ani başlangıcı, dehidratasyona yol açması, intertrigo oluşturması (asidik dışkıyı işaret etmektedir) ve fermentatif özelliği ile rotavirus enteritine uymaktadır. İnfantlarda, özellikle 6 ay-2 yaş arasında, akut diyarenin %90 sıklıkta nedeni rotavirustur. *Shigella* ve *kampilobakter kolit* tarzı diyareye neden olurken, dehidratasyon oluşturmazlar. *Candida* daha çok immünsüprese çocuklarda diyare

nedenidir. *Salmonella*lar gıda zehirlenmesi tarzında, infekte krema, mayonez, kümes hayvanlarının tüketimi ile karşımıza gelir ve enterokolit tablosuna yol açar. Bebeğin yaşı bu tür gıdaların tüketimine uygun değildir. Ayrıca klinik tablo rotavirus için çok tipik tanımlanmıştır.

59. Akut diyare patogenezi yönünden doğru bilgi hangisi cümlede dir?

- a) Enterit tipi diyareler bol sulu ve fermentatif özellik gösterir.
- b) Ozmotik diyarede ozmotik gap 290'ın üstündedir.
- c) Sekretuar diyarede ozmotik gap 290'ın üstündedir.
- d) Kolon kökenli diyareler bol sulu ve kanlıdır.
- e) Ozmotik diyarede dışkı pH'sı 7'nin üstündedir.

Cevap A (Seideman, *Pediatric Clinical Gastroenterology*, 4.baskı, 1995, s.216)

Diyare tablosunda ozmotik gap hiçbir zaman 290'ın üstünde olmaz. Ya eşittir ya da düşüktür. Kolon kökenli diyareler kanlıdır ve az miktarda sık sık dışkılamaya neden olurlar. Gastrointestinal traktusta sıvı emiliminin %90'ı incebağırsak düzeyinde olduğundan enterit tipi diyareler bol suludur, kolit tipi değildir. Ayrıca incebağırsak hasarlanmasında, öncelikle fırçamsı kenar laktaz enzimi etkilendiğinden enteritlerde karbonhidrat malabsorbsiyonu belirgindir. Ozmotik diyare, karbonhidrat malabsorbsiyonu nedeni ile oluşur. İncebağırsakta emilemeyen şekerler kayar, 7'nin altında, 4.5-5.5 düzeylerinde saptanır.

60. İrritabl barsak sendromu ve tirotoksikozda ishal mekanizması hangisidir?

- a) Sekretuar
- b) Ozmotik
- c) Motilite artışı
- d) Emilim yüzeyinde azalma
- e) Mukoza invazyonu

Cevap C (Silverman, Roy, Cozzetto, *Pediatric Clinical Gastroenterology*, 1995, s.216-86)

61. Kronik hepatitli bir olguda kaşıntı, ikter, akolik dışkı görülmesi hangi ek sorunu gösterir?

- a) Östrojen metabolizmasında patoloji
- b) Kolestaz
- c) Hepatosellüler kanser
- d) Hemoliz
- e) Hipersplenizm

Cevap B (Behrman, Kliegman, Arvin, *Textbook of Pediatrics*, 15.baskı, 1996, s.1128-30)

62. Hangisi karaciğerin sentez işlevinin göstergesidir?

- a) Protrombin zamanı
- b) ALT (SGPT)
- c) ALP (alkalen fosfataz)
- d) GGT (g glutamil transferaz)
- e) Total / direkt bilirubin

Cevap A (Behrman, Kliegman, Arvin, Textbook of Pediatrics, 15.baskı, 1996, s.1128-30)

63. Aşağıdaki hastalıklardan hangisinin çölyak hastalığı ile birlikteliği tanımlanmamıştır?

- a) Selektif IgA eksikliği
- b) Tip I diabetes mellitus
- c) Tiroiditis
- d) Helikobakter pilori gastriti
- e) IgA nefropatisi

Cevap D (Walker, Pediatric Gastrointestinal Disease, 1996, s.840-861)

64. Aşağıdakilerden hangisi konjenital hipotiroidi belirtisi ve bulgusu değildir?

- a) Uzamış sarılık
- b) Uykusuzluk ve huzursuzluk
- c) Arka fontanel açıklığının 1 cm²'den büyük olması
- d) Karında distansiyon
- e) Makroglossi

Cevap B (Brook, Clinical Pediatric Endocrinology, s.309-341; Lippincott, Fundamental Immunology, 4.baskı, 1999, s.1427-1454)

65. Tip I Diyabet Ketoasidoz tedavisinde yanlış işaretleyiniz.

- a) Hipotonik sıvı verilmemelidir.
- b) İnsülin infüzyonu 0.1 Ü/kg/saatte gidecek şekilde ayarlanmalıdır.
- c) Sıvıya potasyum ilk bir saatte eklenmemelidir.
- d) Kan şekeri 140-150 mg'a düşüncü insülin infüzyonu sonlandırılmalıdır.
- e) Kan şekeri saatte ortalama 50-75 mg düşürülmelidir.

Cevap D (Lifshitz, Pediatric Endocrinology, s.555-563)

66. Nonendemik bölgede akkiz hipotiroidinin en sık nedeni nedir?

- a) İyot eksikliği
- b) Nodüler guatr
- c) Dishormonezis

- d) Hashimoto tiroiditi
- e) Kolloid guatr

Cevap D (Brook, Clinical Pediatrics Endocrinology, s.309-341; Gorevic, Anaphylaxis, 1997, s.620)

67. Aşağıdakilerden hangisinde boy kısalığı olmaz?

- a) Turner sendromu
- b) Noonan sendromu
- c) Akondroplazi
- d) Celiac
- e) Klinefelter sendromu

Cevap E (Lifshitz, Pediatric Endocrinology, s.1-19; Lippincott, Fundamental Immunology, 4.baskı, 1999, s.1427-1454)

68. Büyüme geriliğinin ilk değerlendirilmesinde gereksiz olanı işaretleyiniz.

- a) Kemik yaşı
- b) Segment oranları
- c) Büyüme hızı
- d) Boy SDS'u
- e) Kromozom analizi

Cevap E (Brook, Clinical Pediatric Endocrinology, s.96,118; Lippincott, Fundamental Immunology, 4.baskı, 1999, s.1427-1454)

69. Diyabet ketoasidoz tedavisinde ilk uygulama aşağıdakilerden hangisidir?

- a) 0.1 U/kg insülin IV verilir.
- b) 20 cc/kg 0.9 NaCl intravenöz verilir.
- c) 2 cc/kg NaHCO₃ intravenöz verilir.
- d) 2000 cc/m² 0.9 NaCl 24 saat intravenöz infüze edilir.
- e) Antibiyotik başlanır.

Cevap B (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 15.baskı, 1992, s.1596,1620,1652)

Diyabet ketoasidozunda %10 yakın dehidratasyon olduğundan hastada kan glukoz değerleri elde edilene kadar 20 cc/kg %0.9 NaCl verilir.

70. Adrenogenital sendromun en sık sebebi hangi enzim eksikliğidir?

- a) 11 hidroksilaz
- b) 3 β hidroksi steroid dehidrogenaz
- c) 21 hidroksilaz
- d) 20-22 desmolaz
- e) 17 hidroksilaz

Cevap C (Nelson Textbook of Pediatrics, 15.baskı, 1996, s.1617)

71. Tiroid hormonuna cevapsızlık durumunda aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) T4 artar.
- b) T3 artar.
- c) TSH azalmıştır.
- d) Serbest T3 artar.
- e) Serbest T4 artar.

Cevap C (Nelson Textbook of Pediatrics, 15.baskı, 1996, s.1589-1594)

72. Glukagonun fonksiyonu ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Glikojenolizi artırır.
- b) Lipogenezi artırır.
- c) Ketogenezi artırır.
- d) Glikoneogenezi artırır.
- e) Kan glikoz düzeyini artırır.

Cevap B (Nelson Textbook of Pediatrics, 15.baskı, 1996, s.1650-1655; Nelson Essentials of Pediatrics, 2.baskı, s.591)

73. Aşağıdakilerden hangisi ADH salgılanmasını artırmaz?

- a) Plazma osmolalitesinin azalması
- b) Hipovolemi
- c) Hipotansiyon
- d) Hipoksi
- e) Ağrı, stres

Cevap A (Nelson Textbook of Pediatrics, 15.baskı, 1996, s.1576)

74. Aşağıdakilerden hangisi stres hormonu değildir?

- a) Glukagon
- b) Epinefrin
- c) Kortizol
- d) İnsülin
- e) Growth hormon

Cevap D (Nelson Textbook of Pediatrics, 15.baskı, 1996, s.1646-1664)

75. Aşağıdakilerden hangisi demir eksikliği anemisi için doğrudur?

- a) Demir düşük; normokrom normositer bir anemidir.
- b) Fitatlar, kalsiyum demirin bağırsaktan absorpsiyonunu artırır.
- c) Demir düşük, demir bağlama kapasitesi normaldir.
- d) Hematolojik parametrelerden önce RDW artar ve ferritin düşer.
- e) En sık 7-10 yaş arasında gelişir.

Cevap D (OSKİ)

Anemi gelişmeden önce hematolojik parametrelerden anizositozu gösteren RDW önce artar ve önce demir depoları eksilmeye başladığından ferritin düşer.

76. Aşağıdakilerden hangisi çocukluk çağındaki akut lenfoblastik lösemnin özelliği değildir?

- a) FAB klasifikasyonuna göre lenfoblastlar morfolojik olarak sınıflandırılır.
- b) Fizik bulgulardan en sık solukluk ve hepatosplenomegali saptanır.
- c) Lökosit $>20.000/mm^3$ üzerinde olan çocuklarda CNS tutulumu riski artar.
- d) ALL monoklonal bir hastalıktır.
- e) İnfant lösemilerin (1 yaşın altında) prognozu iyidir.

Cevap D (OSKİ)

Tek bir hücrenin malign özellikte proliferasyonu ile gelişir.

77. Tüm kanama diatezi testlerinin (PT, APTT, kanama zamanı, trombin zamanı) normal olduğu faktör eksikliği aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Faktör 8 eksikliği
- b) Faktör 2 eksikliği
- c) Faktör 12 eksikliği
- d) Fibrinojen eksikliği
- e) Faktör 13 eksikliği

Cevap E (OSKİ)

Faktör 13 eksikliğinde travmadan sonra geç kanama veya yara iyileşmesinde gecikme vardır. Tüm kanama diyatezi testleri normaldir.

78. Aplastik anemi için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a) Kemik iliği yetmezliği olup, hepatosplenomegali ve peteşi önemli fizik bulgularındandır.
- b) Ağır aplastik anemi tedavisinde ilk seçenek immunoterapidir.
- c) En sık nedeni idiyopatiktir.
- d) Fanconi aplastik anemili çocukların tümünde konjenital anomaliler vardır.
- e) Kesin tanı sadece kemik iliği aspirasyonu ile koyulabilir.

Cevap C (OSKİ)

En sık etyolojik neden %70 oranla idiyopatiktir. Hepatosplenomegali yoktur, ilk seçenek KIT'dir. Konjenital anomali olmadan da Fanconi olabilir. Kemik iliği biyopsisi sellülariteyi doğru değerlendirmek için gereklidir.

79. Eritropoietin ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- Endojen eritropoietin renal kortekste tübülüsler arasındaki interstisiyel aralıklarda yer alan fibroblast benzeri hücrelerce üretilir.
- Kronik böbrek yetmezliğinde aneminin asıl nedeni eritropoietin eksikliğidir.
- Üremik anemide rekombinant insan eritropoietinin başlangıç dozu 40-60 U/kg (haftada 3 defa)dır.
- Hipotansiyon eritropoietinin en önemli yan etkisidir.
- Demir eksikliği eritropoietin cevapsızlığının en önemli nedenidir.

Cevap D (*Nelson's Textbook of Pediatrics, 2000*)

Eritropoietinin en sık görülen yan etkisi hipertansiyondur. Buna neden olarak eritropoietin etkisiyle artmış hematokrit ve kan viskozitesi düşünülmektedir. Ayrıca eritropoietinin damar duvarını basınç uyarılara duyarlı hale getirmesi, damar düz kasına kalsiyum girişini artırması, endotelin salınımını uyarması gibi mekanizmaların da sorumlu olabileceği düşünülmektedir.

80. Demir eksikliği anemisi ile kronik hastalık anemisinin ayırıcı tanısında aşağıdaki laboratuvar incelemelerinden hangisi en yararlı testtir?

- Serum demiri
- Serum demir bağlama kapasitesi
- Ferritin
- Serum transferrin reseptör seviyesi
- Serbest eritrosit protoporfirin

Cevap D (*Nelson's Textbook of Pediatrics, 2000, s.1470-1471*)

Serum transferrin reseptör seviyesi inflamasyondan etkilenmez. Demir eksikliği anemisinde artar, kronik hastalık anemisinde normal sınırlardadır.

81. Aşağıdaki testlerden hangisi düşük molekül ağırlıklı heparinin etkisinin monitorizasyonu için kullanılmaktadır?

- Protrombin zamanı
- Parsiyel tromboplastin zamanı
- Trombin zamanı
- INR (International Normalized Ratio)
- Anti-faktör Xa

Cevap E (*Nelson's Textbook of Pediatrics, 2000, s.1517*)

Düşük molekül ağırlıklı heparinin etkisini değerlendirmek için PTZ uygun değildir, sadece anti-Xa ölçümü kullanılır.

82. Parsiyel tromboplastin zamanı uzamış (120 saniye) ve protrombin zamanı normal (14 saniye) olan bir çocukta kanama bulgusu yoksa aşağıdaki faktör eksikliklerinden hangisi ayırıcı tanıda düşünülmelidir?

- Faktör II, XI ya da XII eksikliği
- Faktör V, IX ya da XI eksikliği
- Faktör VIII, IX ya da XI eksikliği
- Faktör XI, XII ya da XIII eksikliği
- Faktör XII, prekallikrein ya da yüksek molekül ağırlıklı kininojen eksikliği

Cevap E (*Nelson's Textbook of Pediatrics, 2000, s.1511*)

Faktör XII, prekallikrein ve yüksek molekül ağırlıklı kininojen kontakt faktörlerdir ve PTT belirgin uzamasına karşın klinik kanama bulgusu görülmez.

83. Aşağıdaki hastalıklardan hangisinde APTZ testi uzun olduğu halde klinikte kanama görülmez?

- Faktör 8 eksikliği
- Faktör 9 eksikliği
- Faktör 10 eksikliği
- Faktör 11 eksikliği
- Faktör 12 eksikliği

Cevap E (*Williams, Hematology, 4.baskı, 1991, s.1469*)

Faktör 8 eksikliği (Hemofili A), faktör 9 eksikliği (Hemofili B), faktör 11 eksikliği (Hemofili C) olarak bilinen ve ciddi kanama diyatezi yaratan genetik hastalıklardır. Faktör X eksikliği de kanamaya neden olabilir.

Ancak hatalı olarak bilinenin aksine APTZ testi çok yüksek (80-100 saniye) olduğu halde, faktör XII eksikliklerinde ameliyata bile alınsa hasta kanamaz. Üstelik faktör XII eksikliğinde tam tersi tromboza eğilim vardır. Çünkü fibrinolitik sistemin en önemli aktivatörüdür.

84. On yaşındaki bir erkek çocuğunda uzun yıllardır sık kanama atakları tanımlanıyor. Deride ve ağız mukozasında kanamalar yanında deride ekimoz ve hematomlar tanımlanıyor. Yapılan testlerde trombosit sayısı 300.000/mm³ (N), protrombin zamanı 12 saniye (N) olan hastada kanama zamanı: 15 dakika (uzamış), APTZ: 87 saniye (uzun) ve faktör 8 aktivitesi: %1 bulunuyor. Tanınız nedir?

- Hemofili A
- Hemofili B
- Hemofili C
- İlimli von Willebrand hastalığı
- Ağır tip von Willebrand hastalığı

Cevap E (*Gürsel, Hemofili von Willebrand hastalığında tanı ve tedavi, 1999, s.2-5*)

Ağır tip von Willebrand hastalığı (vWH) erkeklerde rastlandığında sıklıkla hemofili A'nın ağır tipiyle karıştırılmaktadır. Bunun nedeni vWH'da da APTZ'nin uzun, faktör 8 aktivitesinin düşük (%1-2) bulunmasıdır. Halbuki kanama zamanı hemofili de normal iken, vWH'da mutlaka uzamıştır.

85. Tromboza eğilimi olan ve aile üyeleri arasında sık tromboz atağı tanımlanan 10 yaşındaki bir çocukta aşağıdaki testlerden hangisini ilk planda istemezsiniz?

- APC-rezistansı (aktive protein C'ye direnç) testi
- Protrombin zamanı ve APTZ testleri
- Faktör V Leiden mutasyonu tayini
- Protrombin mutasyonu testi
- Faktör 8 aktivitesi tayini

Cevap B (*Kennett, Update on Trombophilia, 1999, s.230-235*)

Protrombin zamanı ve aPTZ testleri hemorajik diyatez yaratan hastalıkların taramasında güvenle kullanılmalarına karşın tromboza eğilim durumunu iyi yansıtmazlar. A, C ve D şıkları sık rastlanan tromboz nedenlerini kapsamaktadır. Faktör 8 aktivitesinin >%150 olması da 1999 yılında trombofilia tetkik listesine dahil edilen yeni bir kriterdir.

86. Fanconi Aplastik Anemisi ile ilişkili olarak aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?

- Anormal fizik ve hamotolojik bulguların bir arada olduğu bir kemik iliği yetmezlik sendromudur.
- Kromozomal kırılma (frajilite) artışı tanı koydurucudur.
- X'e bağlı resesif olarak kalıtılır.
- Malignite gelişme olasılığı yüksektir.
- Kemik iliği nakli, tek küratif sağaltım seçeneğidir.

Cevap C (*lilleymann, Pediatric Hematology, 2.baskı, 1999; Freedman, Inherited Bone Marrow failure syndromes chap1, s.23*)

87. Aşağıdakilerden hangisi hemolitik anemi olgularında, kırmızı kan hücre yıkımında artış göstergesi değildir?

- Serum indirek bilirubin artışı
- İdrarda ürobilinojen artışı
- Serum haptoglobulin azalması
- Serum LDH artışı
- Retikülositöz

Cevap E (*Hoffbrand, Haematology, 3.baskı, 1993*)

88. Beta talasemi major için yanlışı olanı işaretleyiniz:

- Otozomal resesif geçiş gösterir.
- Ağrılı vazooklusiv krizler görülebilir.
- En önemli ölüm nedeni kardiyak komplikasyonlardır.
- Hemoglobinin önemli kısmını Hb F oluşturur.
- Prenatal tanı için koryon villus, amniyon mayi ve fetal kan kullanılabilir.

Cevap B (*Nathan, Oksi, Hematology of Infancy and Childhood, 1993, s.836-841*)

89. Ondört yaşındaki bir kız çocuğu pulmoner emboli tanısı ile hastaneye yatırılıyor. Aile öyküsünde erkek kardeşinde de derin ven trombozu atakları olduğu öğreniliyor. Hastada tanı için yapılması gereken ilk test hangisidir?

- Protein C düzeyinin ölçülmesi
- Protein S düzeyinin ölçülmesi
- Antitrombin düzeyinin ölçülmesi
- Aktive protein C rezistansı testinin yapılması
- Fibrinojen düzeyinin ölçülmesi

Cevap D (*Aytemiz, The Prevalance of Factor V Leiden Mutation in Turkey, 1997, s.313-315*)

90. Çocukta en sık konjenital tromboz sebebi hangisidir?

- Protein C eksikliği
- Protein S eksikliği
- Antitrombin III eksikliği
- Faktör V Leiden
- Homosistinüri

Cevap D (*Olçay, Katkı Pediatri Dergisi, 1995, s.891*)

91. Hangisi yanlıştır?

- Çocukluk çağında en sık görülen lösemi akut lenfoblastik lösemidir (ALL).
- ALL'de kemik tutulumuna bağlı radyolojik bulgulara sık rastlanır.
- ALL'de blastik hücrelerin %80'i B hücre kökenlidir.
- Hemoglobin <11 gr/dl kötü prognoz işaretidir.
- Trombositopeni kötü prognoz işaretidir.

Cevap D (*Cin, Çocuk Hastalıkları, 1997, s.463-468*)

92. Çocukluk çağı akut immün trombositopenik purpura hakkında yanlışı olanı seçiniz.

- Çoğu zaman akut başlar ve spontan düzelebilir.
- Trombosit antijenlerine karşı antikor yapım yeri dalaktır.
- Kemik iliğinde hiperaktif megakaryopoez vardır.
- Bariz splenomegali görülür.
- Tedavide steroidler ve/veya IVIG kullanılır.

Cevap D (*Lanzkowsky, Manual of Pediatric Hematology and Oncology, 2.baskı, 1995, s.193-194*)

93. Taze donmuş plazma hangi durumda kullanılmaz?

- DIC
- Hemofili
- vonWillebrand hastalığı
- Karaciğer yetmezliği
- ITP

Cevap E (*Cin, Çocuk Hastalıkları, 1997, s.426, 434-435*)

94.Çocukluk çağı AML'si için yanlış olanı seçiniz.

- a) M3'de t (15:17) iyi prognoz işaretidir.
- b) Sekonder lösemiler genellikle M4 ve M5'dir.
- c) Granülositik sarkom lösemi öncüsüdür.
- d) MDS'den dönme AML'de prognoz iyidir.
- e) Kemik iliği relapsı siktir ve tedaviye dirençlidir.

Cevap D (Cin, Çocuk Hastalıkları, 1997, s.473)

95.Aşağıdakilerden hangisinde makrosit görülmez?

- a) Aplastik anemi
- b) Otoimmün hemolitik anemi
- c) Sideroblastik anemi
- d) Pernisiyöz anemi
- e) Yenidoğan

Cevap C (Nelson Textbook of Pediatrics, 15.baskı, 1996, s.1379)

96.Yanlış olanı seçiniz.

- a) Herediter sferositozda eritrosit membran proteinlerinin kalitatif/kantitatif eksikliği sözkonusudur.
- b) G6PD eksikliği X'e bağlı resesif geçiş gösterir.
- c) Talassemi majorda en sık ölüm sebebi kalp ve karaciğer yetmezliğidir.
- d) Orak hücre anemisinde otosplenektomi görülür.
- e) Talassemi majorda splenektomi transfüzyon ihtiyacını artırır.

Cevap E (Lanzkowsky, Manual of Pediatric Hematology and Oncology, 2.baskı, 1995, s.141)

97.Çocukluk çağında nöroblastomaya eşlik edebilen bulgular aşağıda verilmiştir. Yanlış olanı işaretleyiniz.

- a) Kronik diyare
- b) Horner sendromu
- c) Periorbital ekimoz
- d) Lökokori
- e) Cilt altı nodüller

Cevap D (Pizzo, Principles and Practice of Pediatric Oncology, 1997, s.129-137)

Lökokori, intraoküler kitle nedeniyle retinoblastomada görülen bulgudur. Periorbital ekimoz ve cilt altı nodüller metastatik nöroblastomada görülür. Kronik diyare, vazoaktif intestinal peptid salgınımına bağlı olarak gelişebilir. Sempatik ganglionların tutulumu veya cerrahi girişimle zedelenmesi Horner sendromuna yol açar.

98.Epstein-Barr virusu (EBV) bazı kanserlerin patogeneğinde rol oynar. Aşağıdaki çocukluk çağı kanserlerinin hangisinde EBV'nin rolü vardır?

- a) Teratom
- b) Burkitt lenfoma
- c) Astroitom
- d) Ewing sarkomu
- e) Nöroblastoma

Cevap B (Pizzo, Principles and Practice of Pediatric Oncology, 1997, s.548-549)

Endemik ve sporadik Burkitt lenfoma etyopatogeneğinde EBV rol oynar. Ayrıca Hodgkin hastalığı nazofarenks karsinomu ve HIV (+) pozitif hastalarda leiomyosarkom gelişiminde EBV'nin rolü bildirilmiştir. Diğer kanser tiplerinde bu ilişki bildirilmemiştir.

99.Wilms tümöründe aşağıdaki konjenital anomalilerden hangisi en sık görülür?

- a) Ürogenital sistem anomalileri
- b) Konjenital hemihipertrofi
- c) Aniridi
- d) Distal fokomeli
- e) Konjenital katarakt

Cevap A (Pizzo, Principles and Practice of Pediatric Oncology, 1997, s.734)

Wilms tümürlü çocukların %3-4'ünde atnalı böbrek, displastik böbrek, kistik böbrek hastalığı, kriptorşidizm, çift toplayıcı sistem gibi ürogenital anomaliler görülmektedir.

100.İdrarda vanilmandelik asit (VMA) aşağıdaki tümörlerden hangisinde yüksektir?

- a) Osteosarkom
- b) Hodgkin dışı lenfoma
- c) Wilms tümörü
- d) Adrenokortikal karsinom
- e) Nöroblastoma

Cevap E (Pizzo, Principles and Practice of Pediatric Oncology, 1997, s.774-775)

Katekolamin metabolizmasının ürünü olan VMA nöroblastomalı hastalarda idrarda artmış miktarlarda bulunur. Standart yöntemlerle, hastaların %90-95'inde sonuç pozitifdir.

101.Çocukluk çağında Hodgkin dışı lenfomalar için hangisi yanlıştır?

- a) En sık abdominal yerleşimlidir.
- b) Akut tümör lizis sendromu görülebilir.
- c) Afrika tipi Burkitt lenfoma çenede kitle nedenidir.
- d) Kemoterapiye dirençlidir.
- e) Ekstranodal tutulum görülebilir.

Cevap D (Pizzo, *Principles and Practice of Pediatric Oncology*, 1997, s.545-586)

Hodgkin dışı lenfomalar kemoterapiye iyi yanıt veren tümörlerdir. Bu nedenle kemoterapi temel tedavi yaklaşımını oluşturur. Diğer klinik bilgilerin tümü doğrudur.

102.Çocukluk çağında en sık rastlanan Non Hodgkin Lenfoma tipi aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Büyük hücreli lenfoma
- b) Küçük çentiksiz hücreli lenfoma
- c) Lenfoblastik lenfoma
- d) İmmunoblastik lenfoma
- e) Lenfositten zengin tip

Cevap B (Gorevic, *Anaphylaxis*, 1997, s.620)

103.İki yaşında karında şişlik yakınmasıyla getirilen hastada, hipertansiyon, her iki gözünde ekimoz ve propitozis (panda görü) orta hatlı geçen lobüle yapıda intraabdominal kitlesi mevcut, idrarda VMA düzeyi yüksek bulunmuştur. Tanınız aşağıdakilerden hangi tümördür?

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

Cevap C (Gorevic, *Anaphylaxis*, 1997, s.620)

104.Bir yaş altında en sık rastlanan çocukluk çağı tümörü aşağıdakilerden hangisidir?

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

Cevap A (Lippincott, *Fundamental Immunology*, 4.baskı, 1999, s.1427-1454)

105.Aşağıdaki hangisi nöroblastom için kötü prognostik faktördür?

- a) Evre II
- b) Evre IVs
- c) Tümörde myc-n negatifliği
- d) Kromozom 1p delesyonu
- e) Düşük NSE düzeyi

Cevap D (Lanzkowsky, *Manual of Pediatric Hematology and Oncology*, s.427)

Nöroblastomda iyi prognostik öneme sahip faktörler arasında şunlar sayılabilir: Hastanın 2 yaş altında olması, evrenin I, II, IVs olması, serum LDH, ferritin ve NSE düşüklüğü, tümör dokusunda 1p delesyonu yokluğu ve myc-n amplifikasyonunun olmaması sayılabilir.

106.Ateş ve boyunda şişliklerle gelen 5 yaşındaki çocukta farenjit ve servikal bilateral anterior ve posterior bölgede çok sayıda 2x2 cm'i aşmayan lenfadenomegaliler saptanıyor. Dalak 2 cm olarak palpe ediliyor. Bu çocukta tanıya yönelmek için hangi test ilk olarak istenir?

- a) Serum LDH düzeyi
- b) Sedimentasyon
- c) Kemik iliği aspirasyonu
- d) Monospot testi
- e) Hemogram ve periferik yayma

Cevap E (Lanzkowsky, *Manual of Pediatric Hematology and Oncology*, s.178-180)

Lenfadenomegali ve splenomegalisi olan bir çocukta ilk olarak sitopeni varlığı aranmalıdır. Bu nedenle hemogram istenmelidir. Bu çocukta enfeksiyöz mononükleoz (EMN) ön planda düşünülmeyle beraber diğer hematopoetik malignitelerle ayırıcı tanısı için mutlaka periferik yaymasına bakılmalıdır. Atipik lenfoid hücreler varsa EMN, blastik hücreler varsa lösemi düşünülmelidir. Lösemi kuşkusu varsa kemik iliği aspirasyonu o zaman yapılmalıdır. Serum LDH düzeyi ve sedimentasyon ise non-spesifik malignite tarama testleridir. Monospot EMN'deki heterofil antikorları araştırır. Bu son 3 inceleme, hemogram ve periferik yayma görülmeden yapılmamalıdır.

107.Çocukta nefrotik sendrom tanısını koymak için idrarda kaybedilen proteinüriyi nasıl değerlendirirsiniz?

- a) İdrarda kaybedilen protein miktarının 100-150 mg/gün olmasıdır.
- b) İdrarda protein/kreatinin oranının <0.2 olmasıdır.
- c) Gece toplanan idrarda >40 mg/m²/saat protein olması
- d) İdrarda protein miktarının <1 mg/m²/gün
- e) İdrarda kaybedilen proteinin <200 mg/gün olmasıdır.

Cevap C (Barratt, *Pediatric Nephrology*, 4.baskı, 1999, s.658,732)

Nefrotik sendromda idrarda ağır protein kaybı vardır. Bu ağır proteinin tanımında en güvenilir kriter gece toplanan idrarda >40 mg/m²/saat protein saptanmasıdır.

108.Renal tübüler asidozlar (RTA) arasında Tip I'i diğerlerinden ayıran en belirgin özellik aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Büyüme gelişme geriliği
- b) Kemik hastalığı gelişimi
- c) Hiperkloremik metabolik asidoz
- d) İdrar asidifikasyon defekti
- e) Alkali idrar ve erken evrede poliüri

Cevap D (Barratt, *Pediatric Nephrology*, 4.baskı, 1999, s.573)

Distal tübülüs fonksiyonunun en başta gelen görevi vücuttan asid iyonlarının uzaklaştırılmasıdır. Tip I RTA'da kan ile tübülüs lümeni arasında hidrojen iyon atılımı yeterince yapılamamaktadır.

109.Çocukluk çağı idrar yolu enfeksiyonları için verilenlerden hangisi yanlıştır?

- a) Enfeksiyon her yaşta dişi sekte daha sıktır.
- b) Enfeksiyon bulguları yaş ile değişim gösterir.
- c) Enfeksiyon gizli kalma eğilimindedir.
- d) Enfeksiyonun gerekli önlemlere rağmen tekrarlama riski yüksektir.
- e) Tekrarlayan enfeksiyonların böbrekte skar oluşturma riski vardır.

Cevap A (Barratt, *Pediatric Nephrology*, 4.baskı, 1999, s.835)

Enfeksiyon yenidoğan döneminde ve 2 yaşına kadar, erkek çocuklarda daha sık görülmektedir.

110.Aşağıdaki verilenlerden hangisi poststreptokoksik akut glomerülonefrit (PSAGN) kesin tanısı için en uygun olanıdır?

- a) Anamnezde streptokoksik enfeksiyon öyküsü
- b) Deride impetigo lezyonuna ait bulgular
- c) ASO ve sedimentasyon yüksekliği
- d) Akut nefritik sendrom kliniği yanısıra ASO yüksekliği, C3 düşüklüğü
- e) Streptokok enfeksiyon kliniği, C3 düşüklüğü

Cevap D (Barratt, *Pediatric Nephrology*, 4.baskı, 1999, s.674)

ASO yüksekliği; streptokok enfeksiyonun geçirildiğini, C3 düşüklüğü; immun mekanizmanın çalıştığını, Akut nefritik sendrom ise çalışan mekanizma sonucunda ortaya çıkan semptomların varlığını belirler.

111.Aşağıdakilerden hangisinde hipokalsemi görülmez?

- a) Hiperparatiroidizm
- b) Psödohipoparatiroidizm
- c) Vitamin D eksikliği
- d) Primer hipoparatiroidizm
- e) Perinatal asfiksi

Cevap A (Nelson *Essentials of Pediatrics*, 2.baskı, 1994, s.643)

112.Alport sendromu ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Alport sendromu, familial progresif hematurik nefrit, glomerül bazal membranda ultrastrüktürel değişiklikler ve sensorinöral işitme kaybı ile seyreden kalıtsal bir hastalıktır.
- b) Olguların çoğunda genetik geçiş otozomal dominanttır.

c) Patogenezden glomerül bazal membranın önemli bir komponenti olan Tip IV kollajeni kodlayan genlerdeki mutasyonlar sorumludur.

d) Hastalık genotipik ve fenotipik heterojenite göstermektedir.

e) Erkeklerde hastalığın seyri progresif olup, genellikle 4. dekattan önce son dönem böbrek yetmezliği gelişirken, kadın hastalar normal bir yaşam sürebilir.

Cevap B (Barratt, *Pediatric Nephrology*, 1999, s.475-495)

Alport sendromunda genetik heterojenite olmakla birlikte, vakaların büyük çoğunluğunda geçiş şekli X'e bağlı dominanttır. Genetik defekt Xq22 lokusundadır. Ayrıca otozomal resesif ve otozomal dominant geçiş de bildirilmiştir.

113.Primer hiperoksalüri ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Primer hiperoksalüri Tip I, karaciğer spesifik bir peroksizomal enzim olan alanin: glioksilat aminotransferaz eksikliğinden kaynaklanır.
- b) Primer hiperoksalüri Tip I nefrokalsinozis, tekrarlayan ürolitiazis, progresif renal yetmezlik ve sistemik oksalozisle seyreder.
- c) Primer hiperoksalüri Tip II, Tip I'den daha hafif seyir gösterir. Ürolitiazis önde gelen bulgu olup, böbrek yetmezliği gelişmez.
- d) İnfantil oksalozis, Primer hiperoksalüri Tip I'in nadir bir alt grubu olup, böbrek yetmezliği ve ağır sistemik oksalozisle seyreder.
- e) Primer hiperoksalüri Tip I'e bağlı kronik böbrek yetmezliğinin tedavisinde renal transplantasyon yapılmalıdır.

Cevap E (Barratt, *Pediatric Nephrology*, 1999, s.609-19)

Primer sorun karaciğer kökenli bir peroksizomal enzim eksikliği olduğundan, primer hiperoksalüri Tip I'de böbrek yetmezliği geliştikten sonra kombine karaciğer-böbrek transplantasyonu gereklidir. Tek başına böbrek transplantasyonu yarar sağlamaz.

114.Aşağıdakilerden doğru olanı seçiniz.

- a) Distal renal tübüler asidozda (dRTA) asidoz yanısıra kanda Cl ve K yüksek bulunur.
- b) Tip II renal tübüler asidozda da ana unsur H⁺ atılımında bozukluktur.
- c) Tip I renal tübüler asidozda görülen rahitis asidoz düzeltilindiğinde D vitaminine iyi yanıt vermektedir.
- d) Klinikte görülen gelişme geriliği, rahitis ve böbrek taşı yardımı ile RTA'da tip ayırımı yapılmaktadır.
- e) Sistinoz esas olarak tübülopati değildir; görülen tübüloplasti oluşan sistin taşı ve taşın yarattığı İYE'na sekonder ortaya çıkmaktadır.

Cevap C (*Cura, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, s.481-483; Nelson Textbook of Pediatrics, 15.baskı, 1996, s.1504-1505*)

Distal renal tübüler asidozun (dRTA) kliniğe yansımaları hiperkloremik metabolik asidoz tablosunda olmaktadır. Genel klasik bulgu olarak hipopotasemi beklenmektedir.

Tip-II renal tübüler asidoz (pRTA) proksimal tübülsten HCO_3^- geri emilim bozukluğu ile karakterlidir. H^+ atılma bozukluğu Tip-I RTA (dRTA) özelliğidir. Tip-I RTA (dRTA) kliniğinde ortaya çıkan rahatsız Tip-II RTA'da (pRTA) ağır hipofosfatemi ile birlikte görülen rahatsız oranla daha iyi gidişli kabul edilmektedir. Özellikle asidozun düzeltilmesi ile D vitamini yanıtı çok iyi olabilmektedir.

Distal RTA ve proksimal RTA'da ortaya çıkan klinik tablo genellikle benzer olduğu için tip ayrımında NH_4Cl asit yüklemesi testi gibi yardımcı testlerden yararlanılabilmektedir.

Sistinoz metabolik karaciğer hastalığı olup hücrede oluşan sistinin hücre dışına atılmasında enzimatik kökenli bir bozukluk vardır. Kliniğe yansıyan tübülopati, tübülüs hücreleri içinde biriken sistin nedeni ile ortaya çıkmaktadır. Sistin taşı ve idrar yolu enfeksiyonu ancak olaya katkıda bulunabilir.

115.Aşağıdakilerden hangisi kronik tübülointertisiyel nefritin en sık görülen nedenidir?

- İmmunolojik nedenler
- Radyasyon
- Hereditör nedenler
- Üriner enfeksiyon ve veziküloüretal reflü (İYE+VUR)
- İdiyopatik tip

Cevap D (*Cura, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, s.491; Nelson Textbook of Pediatrics, 15.baskı, 1996, s.830-831*)

Seçeneklerde sunulanların tümü kronik tübülointertisiyel nefrit (TİN) nedenleri arasında yer almaktadır. Ancak en sık görülen nedenlerin enfeksiyon ve ilaca bağlı toksik nedenler olduğu kabul edilmektedir.

116.Çocukluk çağı idrar yolu enfeksiyonunun (İYE) en önemli epidemiyolojik özelliği hangisidir?

- Türkiye'deki kronik böbrek yetmezliklerinin %10-15'inden İYE sorumludur.
- Tanı konduktan sonra en fazla 6 ay izlenmelidir.
- Yenidoğan prematür bebeklerde semptomatik İYE enfeksiyonu şeklinde ortaya çıkar.
- Oyun çocuğu yaş grubunda İYE çoğu zaman asemptomatik bakteriyüri şeklinde seyreder.
- Okul-oyun çağı kız çocuklarında veziküloüretal reflü İYE oluşumunda en önemli hazırlayıcı faktördür.

Cevap E (*Smellie, Vesicoureteral Reflux and Renal Scarring. Kidney Int 1975; 8:65*)

İYE, VUR'un en sık belirtisidir. Bu nedenle okul çağı dönemindeki kız çocuklarının İYE'lerinin 2/3'ünde İYE tanısıyla beyaz kız çocuklarının %80'inde VUR rastlanır.

117.Kronik böbrek yetmezliğinde serum kalsiyum ve fosfat düzeylerindeki değişiklikler için doğruyu seçiniz.

- GFR normalin %50'si kadar azalınca değişiklikler görülür.
- GFR'deki azalmaya rağmen serum Ca^{++} ve P düzeylerinde değişiklik görülmemesi sağlam kalan nefron hipotezi ile açıklanır.
- GFR 10 ml/dk oluncaya kadar hiçbir değişiklik görülmez.
- Glomerülötübüler imbalansa bağlı Ca^{++} düşer, P yükselir.
- GFR 30 ml/dk'dan daha düşük düzeye ininceye kadar serum değerleri değişmez (değiş tokuş teorisine göre).

Cevap E (*Barratt, Pediatric Nephrology, 4.baskı, 1999, s.1155*)

GFR azalmaya başlayınca vücutta PO_4 oranı artar. Böbrekte 1,25 DHKK yapımı azalmıştır. Bu durum PTH sekresyonunun artışı (hiperparatiroidi) ile dengelenir. Ca^{++} , PO_4 kan düzeyleri normaldir. GFR 30/ml/dk/173 m^2 veya altına ininceye kadar bu denge korunabilir.

118.Minimal lezyon hastalığında en ağır komplikasyonu seçiniz.

- Obesite
- Konjestif kalp yetmezliği
- Hipertansiyon
- Ven trombozu
- Ansefalopati

Cevap D (*Hoyer PF, Gonda S. Tromboembolic Complications in Children with Nephrotic Syndrome. Acta Paediatr Scand 1986; 75:804-810; Barratt, Pediatric Nephrology, 4.baskı, 1999, s.731*)

Minimal lezyon hastalığının en önemli tedavi edilebilir komplikasyonu hipovolemi, tromboz ve enfeksiyonlardır. Bu soruda en önemli komplikasyon olarak yukarıda sayılanlardan ven trombozu vardır.

119.Aşağıdakilerden hangisi renal akut böbrek yetmezliği bulgusu değildir?

- Hiperpotasemi
- Hipernatremi
- Hipertansiyon
- Hipervolemi
- Hiperürisemi

Cevap B (*Nelson Textbook of Pediatrics, 15.baskı, 1996, s.1517*)

120. Juvenil İdiyopatik Artrit (JRA)'de: kortikosteroid endikasyonu aşağıdakilerden hangisi değildir?

- a) Sistemik septik form (supsepsis allerjika)
- b) Perikardite bağlı kardiyak tamponat
- c) 3-6 ay tedavi dozunda nonsteroidlere yeterli cevap
- d) Larinks inflamasyonu ve ödemi
- e) Lokal steroidlere cevap vermeyen üveit

Cevap C (Cassidy and Petty, Textbook of Pediatric Rheumatology, 3.baskı, 1995, s.133-223)

121. Ayak bileklerinde şişlik, kızarıklık, lokal ısı ve şiddetli ağrısı olan 10 yaşında bir çocuğun anamnezinde 2 hafta önce kızıl geçirdiği bildiriliyor. Bu hastada ARA tanısı için Jones kriterlerine göre aşağıdaki bulgulardan hangisi minör bulgu sayılabilir?

- a) Eritema marjinalum
- b) ASO titresinin yüksek oluşu
- c) Artralji
- d) CRP pozitifliği
- e) c + d

Cevap D (Nelson Textbook of Pediatrics, 1992: 640-646; World Health Organization, Heart Disease, Technical Report Series No. 764, 1988)

122. Aşağıdakilerden hangisi atopik dermatitte klinik tanıda önemli olan majör bulgular arasında değildir?

- a) Tipik morfoloji ve tipik dağılım
- b) Erken başlangıç
- c) Kronik ve relapslarla gidiş
- d) Kaşıntı
- e) Kişisel veya ailesel atopi öyküsü

Cevap B (Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.682)

123. Allerji tanısında uygulanan deri testlerinin özelliklerinden hangisi doğru değildir?

- a) Allerjik reaksiyon riski yoktur.
- b) Duyarlılığı yüksektir.
- c) Antihistaminik kullanımından etkilenir.
- d) Süratli sonuç verir.
- e) Kortikosteroid kullanımından genellikle etkilenmez.

Cevap A (Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.652)

124. Allerjik duyarlılık gelişmesi, IgE sentezinde ve eozinofil artışında rol oynayan en önemli mediatörler hangileridir?

- a) IL-2, IFN gama
- b) IL-4, IL-5, IL-13
- c) IL-1, GM-CSF
- d) PAF, Triptaz, Heparin
- e) IL-6, ECP

Cevap B (Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.646)

125. Aşağıdakilerden hangisi Hiper IgE ile giden immün yetmezliğin karakteristik tablosu değildir?

- a) Serum IgE düzeyinde anormal yükselme
- b) Tekrarlayan stafilokok enfeksiyonları
- c) Periferik eozinofili
- d) Kaba yüz hatları
- e) Sık osteomyelit

Cevap E (Lippincott, Fundamental Immunology, 4.baskı, 1999, s.1427-1454)

126. Th2 tipi immün yanıtta en güzel örnek hangisidir?

- a) Tip 1 diabet
- b) Atopik astma bronşiyale
- c) Tüberküloz
- d) Romatoid artrit
- e) Salmonellozis

Cevap B (Balasa, Is Pathogenic Humoral Immunity a Th1 Response, 2000, s.19-24; Shirakawa, Atopy and asthma: Genetic variants of IL-4 and IL-13 signalling, 2000, s.60-64)

127. Hangisi B hücrelerinin yüzey reseptörü değildir?

- a) CD19-CD21-CD22
- b) HLA-DR
- c) Epstein-Barr virüs reseptörü
- d) Fc reseptörü
- e) CD2 ve CD3

Cevap E (Stites, Basic and Clinical Immunology, 8.baskı, 1994, s.24)

128. Sitotoksik T hücrelerinin (CD8+) regülatör etkileri aşağıdakilerden hangisine bağlıdır?

- a) MHC klas I moleküllerine
- b) Fc reseptörüne
- c) Kompleman reseptörüne
- d) İmmunglobulinlere
- e) MHC klas II moleküllerine

Cevap A (Stites, Basic and Clinical Immunology, 8.baskı, 1994, s.30)

129. Acile yaralanma nedeni ile başvuran 8 yaşındaki bir çocuğun tetanoz profilaksisi için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- Daha önceki aşılanma durumuna bakılmaksızın 1 doz tetanoz aşısı yapılır.
- Daha önce en az 3 kez tetanoz aşısı yapılmışsa 1 doz tetanoz immünglobulini yapılır.
- Önceki aşıları eksik ya da bilinmiyorsa yaranın durumu ne olursa olsun 1 doz tetanoz aşısı yapılır.
- Daha önce en az 3 kez tetanoz aşısı yapılmış ve yara temiz ise aşı yapmaya gerek yoktur.
- Önceki aşıları eksik ya da bilinmiyor ve yara temizse tetanoz aşısı ve immünglobulini birlikte yapılır.

Cevap D (Neyzi, *Pediatric*, 2.baskı, s.520)

130. Aşağıdaki durumlardan hangisinde bebeğin difteri-boğmaca-tetanoz aşısı yapılmaz?

- İlk aşından sonra aşı yerinde kızarıklık ve şişlik gelişmişse
- İlk aşından sonra bebeğin vücut ısısı 38°C olmuşsa
- Bebeğin penisilin allerjisi varsa
- Bebeğin annesi hamile ise
- İlk aşından sonra bebekte ensefalopati gelişmişse

Cevap E (Hay, *Current Pediatric Diagnosis and Treatment*, 14.baskı, 1999, s.220)

131. On aylık bir bebek aşağıdaki hastalıklardan hangisini geçirse bile, iyileştikten 1-2 hafta sonra o hastalığa karşı aşılanmalıdır?

- Kızamık
- Boğmaca
- H.İnfluenza tip B menenjit
- Kabakulak
- Sarı humma

Cevap C (Redbook 1997)

İki yaş altındaki çocuklarda polisakkarit antijenlere karşı yeterli antikor yanıtı gelişmez. Bu nedenle invazif H.influenza B enfeksiyonu geçiren 2 yaş altındaki çocuklara iyileştikten 1-2 hafta sonra (daha önceki aşı durumuna bakılmaksızın) konjuge H.influenza B aşısı yapılmalıdır.

132. Boğmaca için doğruyu işaretleyiniz.

- Boğmacada transplasental pasif immünite yoktur.
- En son aşılanma 6 yaşında yapılır.
- Klinik bulgular bakterinin endotoksini ile gelişir.
- İnkubasyon periyodu ortalama 20 gündür.
- Paroksizmal evrede lökositöz ve polimorf hücreler egemendir.

Cevap A (Krugman, *Infections Diseases of Children*, 1996, s.299)

Boğmaca antikorları IgM özelliğinde olduğundan transplasental immünite yoktur.

133. İki aylık erkek çocuğunda aşı sonrası aşı yapılan yerde şişlik gelişmiş ve gittikleri hastanede kan alınan yerden sızıntı halinde kanaması devam etmiştir. Olası tanınız nedir?

- Lokal abse
- Aşı reaksiyonu
- Hemofili
- Sepsis ve yaygın damar içi pıhtılaşması
- Allerjik reaksiyon

Cevap C (OSKİ)

Aşı yerindeki şişliğin hematoma olduğunu düşündüren bulgusu, kan alınan yerde de sızıntı tarzında kanamanın devam etmesidir. Yukarıdaki seçenekler içinde hemofili kanama diyatezi yapan tek seçenektir.

134. Erken başlangıçlı sepsisin klinik özellikleri aşağıda verilmiştir. Yanlışı işaretleyiniz.

- Mikroorganizmanın kaynağı annenin genital florasıdır.
- Fulminan seyreder.
- Multisistemik tutulum vardır.
- Menenjit en sık eşlik eden bulgudur.
- Mortalite oranı %15-50'dir.

Cevap D (*Infectious Diseases of the Fetus&Newborn Infant*, 1995, s.836)

Erken sepsise en sık eşlik eden bulgu pnömonidir. Menenjit geç sepsise en sık eşlik eden bulgudur.

135. Periventriküler yerleşimli intrakraniyal kalsifikasyonlar, mikrosefali, peteşi, hepatosplenomegali, sarılık saptadığınız yenidoğan bebekte hangi konjenital enfeksiyonu düşünürsünüz?

- Sitomegalovirus
- Sifiliz
- Herpes
- Rubella
- Toksoplazma

Cevap A (*Infectious Diseases of the Fetus&Newborn Infant*, 1995, s.332-335)

136. Süt çocuğu döneminde en sık rastlanan bakteriyel pnömoni etkenleri aşağıdakilerden hangileridir?

- Hemofilus inf. Tip I, Strep. Pneumoniae
- E.coli, psödomonas
- Psödomonas, myeoplazma Pnem
- B grubu streptokok, listeria monositogenez
- Staf. Aureus, B hem. A grubu streptokok

Cevap A (Lippincott, *Fundamental Immunology*, 4.baskı, 1999, s.1427-1454)

137.A grubu B hemolitik Streptokok tonsillo faranjinin geç komplikasyonlarından biri aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Akut romatizmal ateş
- b) Pnömoni
- c) Menenjit
- d) Retrofaringeal apse
- e) Mezenter lenfadenit

Cevap A (Gorevic, *Anaphylaxis*, 1997, s.620)

138.Aşağıdakilerden hangisi çocukluk çağı menenjitleri için yanlıştır?

- a) Süt çocukları ve çocuklarda pnömokok, hemofilus influenza ve meningokoklar en sık menenjit etkenleri arasındadır.
- b) Kabakulak virusu viral menenjit etkenlerindedir.
- c) Bakteriyal menenjitte antibiyotik tedavisi sonrası steroid uygulaması komplikasyonları önler.
- d) Sağırılık menenjit komplikasyonlarından biridir.
- e) Tüberküloz menenjitte BOS'da klor ve şeker düşüktür.

Cevap C (Nelson *Textbook of Pediatrics*, s.707-720; Gorevic, *Anaphylaxis*, 1997, s.620)

139.Aşağıdakilerden hangisi kızıla ait özelliklerden değildir?

- a) Kırmızı, ince papüler egzantem
- b) Pastia çizgiler
- c) Çilek dili
- d) Ağız çevresinde solukluk
- e) Retrosirküler lenfadenopati

Cevap E (Nelson *Essentials of Pediatrics*, 2.baskı, 1994, s.351)

140.Human Parvovirus B19 aşağıdaki klinik tablolarından hangisine neden olmaz?

- a) Artropati
- b) Konjonktivit
- c) Transient aplastik kriz
- d) Hidrops fetalis
- e) Trombositopeni

Cevap B (Nelson's *Textbook of Pediatrics*, 2000, s.965)

Parvovirus B19 çocuklarda eritema infeksiyozumun etkenidir. Artrit, artralji, hidrops fetalis, anemi, trombositopeni, nötropeni ve kronik hemolitik anemili hastalarda transient aplastik kriz oluşturabilmektedir.

141.Aşağıdaki çocukluk çağı döküntülü hastalıklarından hangisinin tedavisinde antibiyotik kullanmak gerekir?

- a) Kızıl
- b) Kızamık
- c) Kızamıkçık
- d) Beşinci hastalık
- e) Altıncı hastalık

Cevap A (Nelson *Textbook of Pediatrics*, 15.baskı, 1996, s.751-752)

142.Çocuklarda HIV bulaşısı en çok hangi yolla olmaktadır?

- a) Seksüel temas
- b) Anne sütü ile
- c) İnsan kökenli serumlarla
- d) Anneden vertikal geçiş
- e) Evde yakın temas ile

Cevap D (Levinson, *Medical Microbiology Immunology*, 2.baskı, 1992, s.219-220)

Anne sütü ile geçiş, serumlarla ve seksüel temasla geçiş çocukta çok daha az düzeydedir.

143.Mortalitesi halen yüksek olan tetanoz hastalığı için aşağıdaki ifadelerden doğru olanı işaretleyiniz.

- a) C. tetani ekzotoksini olan tetanolizin klinik bulgulardan sorumludur.
- b) Prognozda tetanozun klinik formunun önemi yoktur.
- c) Tetanozda kalıcı bağışıklık olur. Tedavide anti-serum gerekli değildir.
- d) Tetanoz aşısı koruyuculuğu yaşam boyu devam eder.
- e) Tetanoz tanısı klinik bulgulara dayanır. Laboratuvar incelemelerinin tanıya katkısı yoktur.

Cevap E (Yurdakök, *Tetanoz in pediatriye yeni bilgiler yeni görüşler*, 1995, s.214)

Laboratuvar incelemeleri ayırıcı tanıda kullanılır. Gram boyama ve anaerob kültürler genellikle negatiftir. Organizma ürese bile, Clostridium türleri normal floranın bir parçasıdır.

144.Doğruyu işaretleyiniz.

- a) Bebeklerde en sık ampiyem nedeni streptokoklardır.
- b) Sinüzit ve otitlerde etken mikroorganizmalar benzerdir.
- c) Boğaz kültürü farinks bakteriyel enfeksiyon tanısında altın standarttır.
- d) Transüda vafındaki plevral ponksiyon sıvısı enfektif olduğunu gösterir.
- e) Stafilokoklar epiglottit etiolojisinde önemli rol oynar.

Cevap C (*NMS Pediatri, 2000*)

Bebeklerde en sık ampiyem nedeni stafilokoklardır. Etken mikroorganizmalar strep. pnömonia, H. influenza ve branhanella kataralis ile benzerdir. Eksüda enfektif orijini gösterir ve epiglottitis H. influenza tip B ile oluşur. Stafilokoklar epiglottitin ender nedenidir. Klinik olarak bakteriyel ve viral farenjit tanısı koymak zordur. Boğaz kültürü altın standart olarak kabul edilir.

145.Krup sendromlarında en sık etken hangisidir?

- a) Adenovirüsler
- b) RSV
- c) Parainfluenza
- d) Hemofilus influenza
- e) Enterovirüsler

Cevap C (*Cura, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, 1999*)

146.Akut otitis media için doğruyu işaretleyiniz.

- a) Östaki disfonksiyonu önemlidir.
- b) Boğaz kültürü yapmak iyi bir seçenek değildir.
- c) Tedavide aminoglikozidler birinci seçenektir.
- d) Yineleyen otitlerde tonsillektomi endikasyonu vardır.
- e) Anne sütü alma yineleyen otitler için risk oluşturur.

Cevap A (*Neyzi, Pediatri, 1993*)

147.Su çiçeği enfeksiyonunda yanlış işaretleyiniz.

- a) Kuluçka dönemi 14-16 gündür.
- b) Deri döküntüleri sekonder viremi sonucu gelişir.
- c) Deri döküntüleri makulopapüllerdir.
- d) Ateş düşürücü olarak aspirin kullanılmamalıdır.
- e) İmmunosupresif alanlarda prognoz ağırdır.

Cevap C (*Krugman, Infections Diseases of Children, 1996, s.587*)

Deri döküntüleri makül, papül, vesikül ve püstül şeklinde polimorfik döküntü olarak görülür.

148.Eritema infeksiyozumun (5. hastalık) etkeni hangisidir?

- a) HHV-6 (Human Herpes Virus Tip 6)
- b) EBV (Ebstain Barr Virus)
- c) Parvo virus B-19
- d) Paramyxo virus
- e) ECHO virus

Cevap C (*Krugman, 1992, s.294-297*)

149.İki ay-12 yaş arasında en sık menenjit etkeni aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Listeria monositogenez
- b) Hemofilus influenza tip B

- c) Streptokoksik pnömonia
- d) Neisseria menenjitis
- e) b,c,d

Cevap E (*Nelson Textbook of Pediatrics, 15.baskı, 1996, s.707-713*)

150.Hepatit B aşısı yapılanlarda aşağıdakilerden hangisi immüniteyi gösterir?

- a) Anti HBs
- b) Anti HBc
- c) Anti HBC IgM
- d) Anti HBe
- e) Anti HB DNA

Cevap A (*Nelson Textbook of Pediatrics, 15.baskı, 1996, s.909-914*)

151.Sekiz yaşında bir olguda gün içinde çok sayıda gözlerini bir noktaya dikme, sorulara cevap vermeme, yaptığı işe ara verme ve daha sonra olanları hatırlamama şeklinde bilinç bozukluğu tanımlanıyor. Tanınız nedir?

- a) Basit parsiyel nöbet
- b) Absans nöbeti
- c) Jenaralize atonik nöbet
- d) Myoklonik nöbet
- e) Jenaralize tonik nöbet

Cevap B (*Pellock, Seizures and epilepsy in infancy and childhood, cilt 11, 1993, s.762*)

Basit parsiyel ve myoklonik nöbetlerde bilinç kaybı olmaz. Jenaralize atonik nöbet, bilinç kaybı, ani tonus kaybı ve yere düşme şeklinde olur. Jenaralize tonik nöbette yine bilinç kaybı tüm vücutta kasılma ile karakterizedir.

152.Febril konvülsiyonlu hastalarda, tek nöbet görülme sıklığı nedir?

- a) %10
- b) %30
- c) %50
- d) %70
- e) %90

Cevap B (*Aicardi, Diseases innervous system in childhood, 2.baskı, 1998, s.606*)

153.Prematürelde en sık görülen serebral felç tipi hangisidir?

- a) Spastik tetraparezi
- b) Spastik diparezi
- c) Spastik hemiparezi
- d) Atetozik serebral felç
- e) Ataksik serebral felç

PEDIATRİ

Cevap B (*Aicardi, Diseases innervous system in childhood, 2.baskı, 1998, s.217*)

Prematürelere serebral otoregüasyon henüz tam gelişmediği için hipoperfüzyon özellikle parietookspital beyaz cevherde hasara ve spastik dipareziye yol açar.

154.Aşağıdakilerden hangisi febril konvülsiyonlu bir hastanın epilepsi geliştirmesi için risk faktörü değildir?

- a) Ailede epilepsi öyküsü bulunması
- b) Ailede febril konvülsiyon öyküsü bulunması
- c) Çocuğun nörolojik gelişiminin bozuk olması
- d) Nöbetin 15 dakikanın üzerinde sürmesi
- e) Nöbetin fokal olup ardında nörolojik bulgu bırakması

Cevap B (*Nelson Textbook of Pediatrics, s.1691*)

155.Duchenne musküler distrofide kasta eksik olan sarkolemmal protein hangisidir?

- a) Emerin
- b) Kalpain
- c) Distrofin
- d) Merozin
- e) Adhalin

Cevap C (*Neurosurgery and Psychiatry, Journal of Neurology, 1996; 60: 256-74*)

156.Aşağıdakilerden hangisi koma nedeni değildir?

- a) Ensefalit
- b) Hipo/hiperglisemi
- c) Hipertansiyon
- d) Üremi
- e) Hiperkalsüri

Cevap E (*Nelson Textbook of Pediatrics, 15.baskı, 1996, s.1716-1717*)

157.Hangisi D-vit. eksikliğine bağlı rahitiste kranial bulgulardan değildir?

- a) Oksipital düzleşme
- b) Caput kuadratum
- c) Olimpiyen alın
- d) Dişlerin gecikmesi
- e) Fantanelin erken kapanması

Cevap E (*Dworkin, Pediatri NMS, 1998, s.556*)

Çünkü Rahitisi çocuklarda fontanel geç kapanır.

158.Kızamıkçığın mortalite ve morbiditesini hangi vitamin azaltır?

- a) Vit. A
- b) Vit. B
- c) Vit. C

d) Vit. D

e) Vit. E

Cevap A (*Nelson, Pediatri, 1996*)

159.Salisilat intoksikasyonu için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Toksik dozda salisilat, organizmada oksidatif fosforilasyon, Krebs siklusu, aminoasit sentezi mekanizmalarını bozarak kompleks metabolik anormalliklere neden olur.
- b) Akut toksik doz genellikle 150 mg/kg'ın üstündedir.
- c) Evre I'deki respiratuvar alkalozu, Evre III'teki metabolik asidoz izler.
- d) Asidik idrarda salisilat atlamadığından Evre III'te plazma salisilat düzeyi başlangıçtakinden daha yüksek olur.
- e) Tedavi semptomatiktir. Diyaliz tedavisinin yararı yoktur.

Cevap E (*Nelson's Textbook of Pediatrics, 2000, s.2166-2167*)

Salisilat intoksikasyonu gelişen ciddi vakalarda (genellikle kronik intoksikasyon veya kan düzeyi 100 mg/dl'nin üzerinde olan akut intoksikasyon olgularında) salisilatı uzaklaştırmak ve ayrıca elektrolit ve asit-baz anormalliklerini gidermek için diyaliz tedavisi gereklidir. Hemodiyaliz, periton diyalizi ve hemoperfüzyona tercih edilir.

160.Asetaminofen intoksikasyonu için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Asetaminofen toksisitesi, metaboliti olan N-asetil-p-benzokinoneimin (NAPQI) aracılığıyla olmaktadır.
- b) 12 yaş altındaki çocuklarda 150 mg/kg'ın üstündeki dozlar akut toksik doz olarak kabul edilmektedir.
- c) İlaç alım öyküsü olan çocuklarda plazma düzey tayini en az 4 saat sonra yapılmalıdır.
- d) Hepatik toksisitenin olduğu olgularda karaciğer enzimleri, bilirubin düzeyleri, protrombin zamanı yakından izlenmelidir.
- e) Mortalitesi oldukça yüksektir.

Cevap E (*Nelson's Textbook of Pediatrics, 2000, s.2163-2164*)

Hepatotoksitenin geliştiği ciddi vakalarda dahi mortalite oranı %0.05'in altındadır. Genellikle sekelsiz düzeldir. Özellikle 6 yaş altındaki çocuklarda oldukça yüksek miktarlarda ilaç alınımına rağmen ciddi toksite gelişmeyebilir. Adolesanlarda toksik ilaç düzeylerinin saptanma olasılığı küçük çocuklara göre daha yüksektir (%23).

161. Gündüz bir köyde sokakta oynadığı belirtilen bir çocuk, akşam saatlerinde ishal ve kusma arkasından konvulziyon geçirmesi üzerine hastaneye getiriliyor. Fizik bakıda, bilinç kapalı, vücut ısısı 37°C, KN: 50/dk, TA: 90/60 mmHg, pupiller ileri derecede miyotik olup, ağızda bol sekresyon saptanıyor. Bu olguda olası tanınız nedir?

- a) Antihistaminik zehirlenmesi
- b) Organik fosfor zehirlenmesi
- c) Barbitürat zehirlenmesi
- d) Gıda zehirlenmesi (botulismus)
- e) Sıcak çarpması

Cevap B (*Rudolph's Pediatrics, 20.baskı, 1996, s.843*)

İshal ve kusma gibi gastrointestinal peristaltizmin arttığını gösteren belirtiler, bradikardi, miyozis, hipersalivasyon, konvulziyon ve bilinç değişiklikleri gibi semptom ve bulguların hepsi organik fosfor zehirlenmesini tanımlamaktadır.

Antihistaminik zehirlenmesinde, yukarıdaki klinik tablonun tersine antikolinerjik semptom ve bulgular mevcuttur. Barbitürat zehirlenmesinde ishal ve hipersalivasyon beklenmez ve genellikle hipotansiyon ve hipotermi gözlenir. Botulismusta özellikle kraniyal sinir felçleri tanı koydurucudur. Sıcak çarpmasında ise vücut ısısı 41°C üzerinde (hipotermi) olup hipotansiyon görülür.

162. Zehirlenmelerde toksik madde atılımının hızlandırılması için uygulanan zorlu diürez yöntemi ile ilgili olarak aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?

- a) Zorlu diürez, fazla miktarda intravenöz sıvı verilerek diürezin artırılmasıdır.
- b) Safra yolu ile atılan toksik maddeleri uzaklaştırır.
- c) Bu yöntemin uygulanabilmesi için böbrek fonksiyonları yeterli olmalıdır.
- d) Bu yöntemin uygulanabilmesi için kalp yetmezliği olmamalıdır.
- e) Zorlu diürezde amaç idrar miktarını 3-6 ml/kg/saat'e çıkarmaktır.

Cevap B (*Sarıkayalar, Çocukluk çağında zehirlenme, Katkı Pediatri Dergisi 1990; 11(3):201-214*)

163. Aşağıdaki fizik muayene bulgularından hangisi bir çocuğun fiziksel istismara uğradığını düşündürmez?

- a) İki taraflı periorbital ekimoz
- b) Kulak kepçesinde ekimoz
- c) Tibia ön yüzünde çok sayıda ekimoz
- d) Kalçalardaki iki taraflı ekimoz
- e) El ve ayaklarda eldiven-çorap tarzı yanıklar

Cevap C (*Nelson Textbook of Pediatrics, 15.baskı, 1996, s.114-119*)

164. Aşağıdakilerden hangisi bir ülkede çocuk sağlığı düzeyini değerlendirmede kullanılan göstergelerden değildir?

- a) Bebek ölüm hızı
- b) Kişi başına düşen hasta yatak sayısı
- c) Beş yaş altı ölüm hızı
- d) Neonatal ölüm hızı
- e) Toplum doğurganlık hızı

Cevap B (*Cura, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, 1999; Neyzi, Pediatri, 1993*)

Bebek ölüm hızı, beş yaş altı ölüm hızı, neonatal ölüm hızı ve toplam doğurganlık hızı bir ülkede çocuk sağlığını değerlendirmede kullanılan göstergelerden bazılarıdır. Ancak, bir ülkede yataklı tedavi kurumlarının ya da üniversite hastanelerinin sayısının artırılması o ülkenin çocuk sağlığı düzeyinin yükselmesine katkıda bulunmaz.

165. Aşağıdakilerden hangisi kistik fibrozisin klinik özelliklerinden değildir?

- a) Tekrarlayan akciğer infeksiyonları
- b) Büyüme-gelişme geriliği
- c) Siroz
- d) Mikrosefali
- e) Sterilite

Cevap D (*Nelson, Textbook of Pediatrics, 14.baskı, s.1109*)

166. Bir çiftin ilk bebekleri beta talasemi nedeniyle tedavi görmektedir. Bu çiftin bundan sonra sağlıklı çocuk sahibi olabilmeleri için izlemeleri gereken en uygun yol hangisidir?

- a) Bu çiftin sağlıklı çocuk sahibi olabilmeleri mümkün değildir.
- b) Anne gebe kaldığında kordosentez yapıp, kromozomlarda mutasyon araştırması
- c) Anne gebe kalmadan önce hasta çocuktaki mutasyonlara bakılıp, gebe kaldıktan sonra 18-20 haftalık gebelikte, koryonik villus biyopsisi ve karyotip analizi
- d) Anne gebe kalmadan önce hasta çocuktaki mutasyonlara bakılıp, gebe kaldıktan sonra 9-11 haftalık gebelikte, amniyosentezde karyotip analizi
- e) Anne gebe kalmadan önce hasta çocuktaki mutasyonlara bakılıp, gebe kaldıktan sonra 9-11 haftalık gebelikte, koryonik villus biyopsisiyle DNA analizi

Cevap E (*Cura, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, 1999, s.46-48*)

167. Genetik hastalıkların sınıflandırması dikkate alındığında, aşağıdaki hastalıklardan hangisi dünyada en yaygın görülen genetik hastalıklar grubuna girmez?

- a) Down sendromu
- b) Diabetes mellitus
- c) Nöral tüp defektleri
- d) Aterosklerozis
- e) Astım bronşiyale

Cevap A (Friedman, Genetik, s.27, 100-102)

168. Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Homolog kromozomlarda bir loküsdeki bir genin alternatif formlarına allel denir.
- b) 1/2500 sıklıkta görülen otozomal resesif bir hastalığın taşıyıcı sıklığı 1/50'dir.
- c) Otozomal dominant kalıtılan bir hastalık her yıl 100.000 çocuğun doğduğu toplumda 12 adet görülüyorsa ve bunlardan 2 tanesinin ailelerinde de aynı hastalık varsa, o toplumda mutasyon hızı 1/20.000'dir.
- d) Üçlü test gebeliğin ikinci trimesterinde Down sendromu taramasında kullanılan bir tarama testidir.
- e) Hafif zincir IgM, IgG, IgA, IgD, IgE'den oluşur.

Cevap E (Cura, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, 1999, s.21-54)

Ağır zincir IgM, IgG, IgA, IgD, IgE'den oluşur. İlk dört şık doğru ifadedir.

169. 1/1600 sıklıkta görülen bir otozomal resesif hastalıkta homozigot sağlıklıların sıklığı kaçtır?

- a) 1/40
- b) 39/40
- c) 1/20
- d) 19/20
- e) 1/1599

Cevap B (Cura, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, 1999, s.21-54)

1/1600 sıklık homozigot hastalık sıklığı ise $p^2+2pq+q^2$ den $\sqrt{q^2}=\sqrt{1/1600}$ $q=1-1/40$ $p=39/40$ yani sağlıklıların sıklığıdır.

170. Von Gierke hastalığında aşağıdakilerden hangisi görülmez?

- a) Hepatomegali
- b) Laktik asidoz
- c) Hipoglisemi
- d) Deride ksantomlar
- e) Splenomegali

Cevap E (Neyzi, Pediatri, 1.cilt, s.770)

ENDOKRİNOLOJİ VE METABOLİZMA HASTALIKLARI

1. Proopiomelanokortin aşağıdaki peptidlerden hangisinin ön maddesi değildir?

- a) β -lipotropin
- b) β -endorfin
- c) β -MSH
- d) Melatonin
- e) ACTH

Cevap D (*Koloğlu, Endokrinoloji Temel ve Klinik, s.5,42*)

ACTH, β -lipoprotein, β -endorfin, β -MSH, hipofizde, 241 aminoasitten oluşan proopiomelanokortinden (POMC) sentezlenir. Melatonin ise amin yapıda bir hormon olup, epifizde, triptofandan sentezlenir.

2. Aşağıdakilerden hangisi diabetik periferik duysal nöropati bulgusudur?

- a) Ortostatik hipotansiyon
- b) Aşil ve patella reflekslerinin zayıflaması
- c) İmpotans
- d) Nörojenik mesane
- e) Babinski pozitifliği

Cevap B (*Kabalak, Endokrinoloji El Kitabı, s.520*)

Ortostatik hipotansiyon, impotans ve nörojenik mesane diabetik nöropatinin sık rastlanan bulgularındandır, ancak periferik nöropatiye değil otonom nöropatiye bağlı gelişir. Babinski pozitifliği periferik nöropatide görülmez. Derin tendon reflekslerinin azalması ise diabetik periferik duysal nöropatinin bulgusudur.

3. Aşağıdakilerden hangisi polikistik over sendromu için yanlıştır?

- a) Hirsutismin en sık rastlanan nedenidir.
- b) Gonadotropinlerin siklik salınımı LH lehine bozulmuştur.
- c) Östrojene karşı periferik doku cevapsızlığı vardır.
- d) Stein-Leventhal sendromu olarak da bilinir.
- e) Ovarium kapsülü kalınlaşmış, stroma kalınlığı artmıştır.

Cevap C (*Kabalak, Endokrinoloji El Kitabı, 384*)

Polikistik over sendromunda overlerden androjenik hormon salınımı artmıştır. Bu androjenlerin bir kısmı periferde östrojene de çevrilir. Östrojene karşı bir duyarsızlık söz konusu değildir. Diğer seçenekler PCOS için doğrudur.

4. Aşağıdaki hastalıkların hangisinin tedavisinde glukokortikoidler kullanılmaz?

- a) Anafilaktik şok
- b) Akut pankreatit
- c) Ülseratif kolit

- d) Lupoid hepatit
- e) Sepsis

Cevap B (*Telatar, Gastroenteroloji, s.931*)

Glukokortikoidler, anafilaktik şok, ülseratif kolit, lupoid hepatit ve sepsiste antiinflamatuvar, antialerjik ve immünosupresif etkileri nedeni ile kullanılırlar. Steroid kullanımının ise akut pankreatite neden olabileceği bildirilmiştir.

5. Aşağıdakilerden hangisi tirotoksikozun kardiyovasküler sisteme ait klinik bulgularından biri değildir?

- a) Atriyal fibrilasyon
- b) Sinüzal taşikardi
- c) Sistolik kan basıncında artma
- d) Atriyoventriküler blok
- e) Diastolik kan basıncında azalma

Cevap D (*Koloğlu, Endokrinoloji Temel ve Klinik, s.253*)

Atriyoventriküler blok dışındaki tüm bulgular tirotoksikozla bağlı ortaya çıkabilir.

6. Erişkinlerde iyot eksikliği aşağıdaki durumlardan hangisine neden olmaz?

- a) Guatr
- b) Hipotiroidi
- c) Endemik mental retardasyon
- d) Fertilitede azalma
- e) Hipertiroidi

Cevap E (*Delange, The Thyroid s.295-316*)

7. Erişkinlerde dünya sağlık örgütünün önerdiği günlük iyot alımı ne kadar olmalıdır?

- a) 150 μ g
- b) 75 μ g
- c) 200 μ g
- d) 30 μ g
- e) 350 μ g

Cevap A (*Delange, The Thyroid s.295-316*)

8. Aşağıdaki durumlardan hangisi sekonder osteoporoz nedeni değildir?

- a) Cushing sendromu
- b) Addison hastalığı
- c) Hipertiroidi
- d) Hiperprolaktinemi
- e) Primer hiperparatiroidi

Cevap B (*Williams Textbook of Endocrinology, 1998, s.1211-1239*)

9. Aşağıdaki faktörlerden hangisi growth hormon sekresyonunu artırır?

- a) Obezite
- b) Hiperglisemi
- c) Egzersiz
- d) Somatostatin
- e) Glukokortikoidler

Cevap C (*Greenspan, Basic&Clinical Endocrinology, 1997, s.95-156*)

10. Sabah-akşam orta etkili insülin kullanan tip 1 diyabetli bir hastanın hangi kan şekeri değerleri somogy etkisini düşündürür?

- a) Kan şekeri akşam 20.00'de 140 mg/dL, gece 03.00'de 110 mg/dL, sabah 7.00'de 75 mg/dL
- b) Kan şekeri akşam 20.00'de 90 mg/dL, gece 03.00'de 40 mg/dL, sabah 7.00'de 200 mg/dL
- c) Kan şekeri akşam 20.00'de 200 mg/dL, gece 03.00'de 150 mg/dL, sabah 7.00'de 200 mg/dL
- d) Kan şekeri akşam 20.00'de 110 mg/dL, gece 03.00'de 190 mg/dL, sabah 7.00'de 220 mg/dL
- e) Kan şekeri akşam 20.00'de 110 mg/dL, gece 03.00'de 110 mg/dL, sabah 7.00'de 150 mg/dL

Cevap B (*Greenspan, Basic&Clinical Endocrinology, 1997, s.595-663*)

11. Propiltiourasil ile ilgili yanlış olanı işaretleyiniz.

- a) Hipertiroidi tedavisinde kullanılır.
- b) Periferik dokularda T4'den T3'e dönüşümü azaltır.
- c) Gebelikte kullanılmaz.
- d) Agranülositoz ciddi olabilecek bir yan etkisidir.
- e) Yarı ömrü metimazole göre daha kısadır.

Cevap C (*Greenspan, Basic&Clinical Endocrinology, 1997, s.238,565*)

Propiltiourasil gebelikte kullanılabilen bir antitiroid ilaçtır.

12. Obezitede aşağıdakilerden hangisi için risk artmıştır?

- a) Diabetes mellitus
- b) Hipertansiyon
- c) Hipertrigliseridemi
- d) Hipotiroidi
- e) Kanser

Cevap D (*Dursun, Klinik Obezite, 1.baskı, 1998, s.206*)

13. Diabetes mellitus tanısı aşağıdakilerden hangisi ile konabilir?

- a) Açlık kan glukozunun 140 mg/dl üzerinde olması
- b) Açlık kan glukozunun 126 mg/dl üzerinde olması

- c) Herhangi bir anda bakılan kan şekerinin 180 mg/dl olması
- d) İdrarda glukozüri varlığı
- e) İdrarda ketonüri varlığı

Cevap B (*American Diabetes Association, Clinical Practice Recommendations, 2000; 23:S4-S19*)

1997'de diabetes mellitus tanı kriterleri değiştirilmiştir. Yeni tanı kriterlerine göre açlık kan şekerinin ≥ 126 mg/dl olması diabetes mellitus tanısını koydurur.

14. Aşağıdaki hastalıklardan hangisi sekonder hiperlipidemiye neden olmaz?

- a) Diabetes mellitus
- b) Hipotiroidi
- c) Akromegali
- d) Anoreksia nervosa
- e) Prolaktinoma

Cevap E (*Greenspan, Basic&Clinical Endocrinology, 1997, s.692,698*)

15. Adrenal bezle ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Zona glomerulozadan aldosteron salgılanır.
- b) Zona fasikulatadan kortizol salgılanır.
- c) Zona retikularisten katekolaminler salgılanır.
- d) Zona fasikulata ve zona retikularis ACTH kontrolü altındadır.
- e) Adrenal bez kadınlarda DHEAS'ın ana kaynağıdır.

Cevap C (*Greenspan, Basic&Clinical Endocrinology, 1997, s.318*)

Zona retikularisten kortizol ve androjenler salgılanır.

16. Hangi tiroid kanseri I131 tedavisine cevap verir?

- a) Folliküler
- b) Medüller
- c) Anaplastik
- d) Primer tiroid lenfoması
- e) a+c

Cevap A (*Cecil Review of General Internal Medicine, 6.baskı*)

17. Aşağıdakilerden hangisi diabetes insipidus'a neden olmaz?

- a) Demeklosiklin
- b) Lityum
- c) Siklofosamid
- d) Metoksifluran
- e) Sarkoidoz

Cevap C (*Cecil Review of General Internal Medicine, 6.baskı*)

18. Hangisi glukogonmada görülür?

- a) Nekrolitik migratuvar eritem
- b) Diabetes mellitus
- c) Kilo kaybı
- d) Hepsi
- e) Hiçbiri

Cevap D (Cecil Review of General Internal Medicine, 6.baskı)

19. Hangisi subakut tiroiditin özelliğidir?

- a) Düşük radyoaktif iyot tutulumu
- b) Boyunda hassasiyet
- c) Artmış eritrosit sedimentasyon hızı
- d) Hepsi
- e) Hiçbiri

Cevap D (Harrison's Principles of Internal Medicine)

20. Sekiz haftalık gebe hastada tiroid glandı normalin üç katı büyüklükte, FT4 3.4 mikrogram/dl, TSH: <0.05 mIU/ml. Kilo kaybı, çarpıntı, tremor ve uykusuzluk mevcut. Doğru yaklaşım hangisidir?

- a) Propil tiourasil başlanması
- b) Metimazol başlanması
- c) Sadece propranolol ile tedavi
- d) 2. trimesterde subtotal tiroidektomi
- e) Hamilelik boyunca sadece izlem

Cevap B (Cecil Review of General Internal Medicine, 6.baskı)

21. Aşağıdakilerden hangisi primer olarak kortizol eksikliğine bağlı açlık hipoglisemisi ile birlikte olur?

- a) Cushing sendromu
- b) Akromegali
- c) Hipopitüitarizm
- d) Primer aldosteronizm
- e) Feokromasitoma

Cevap C (Mayo Internal Medicine Board Review 1996-97, 1994, s.226)

22. Aldosteronizm'de en önemli klinik ipuçları, aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Hiperpotasemi
- b) Hiperfosfatemi
- c) Hipokalemi ve hipertansiyon
- d) Hipoürisemi
- e) Hiperürisemi

Cevap C (Mayo Internal Medicine Board Review 1996-97, 1994, s.238)

23. Sekonder hiperaldosteronizmin bir nedeni olarak hipertansiyon olmaksızın artmış renin düzeyleri aşağıdakilerden hangisinde görülebilir?

- a) Renal arter daralması
- b) Malign hipertansiyon
- c) Primer reninizm (ektopik veya renal renin salgılayan tümör)
- d) Volüm eksikliğinde veya konjestif kalp yetmezliğinde görülen azalmış renal perfüzyon
- e) Östrojen

Cevap D (Mayo Internal Medicine Board Review 1996-97, 1994, s.238)

24. Aşağıdakilerden hangisi jinekomastinin fizyolojik nedenlerindedir?

- a) Tirotoksikoz
- b) Belirgin obezite
- c) Alkol kullanımı ve hepatoma
- d) Yaşlanma
- e) Hiperprolaktinematik durumlar

Cevap D (Mayo Internal Medicine Board Review 1996-97, 1994, s.250)

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

- a) İzotonik sodyum klorür solüsyonu başlangıçta 1 litre/saat olmak üzere sıvı eksikliğini 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) İnsülin 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 cilt altı uygulamasına geçilir ve ciltaltı insülin uygulamasından 2 saat sonra intravenöz insülin kesilir.

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

26. Bartter's sendromu ile ilgili olarak yanlış seçeneği işaretleyiniz.

- a) Böbreğin konjenital bir anomalisi olup, artmış plazma renin aktivitesi ve hiperaldosteronizm ile birlikte olur.
- b) Çok ciddi derecede hiperkalemi ile birlikte olur.
- c) Anjiyotensin II'nin vazokonstriktör etkilerine direnç söz konusudur.
- d) PGE₂'nin idrarla atılımı belirgin derecede artmıştır.
- e) İndometazin tedavisi, PGE₂ sentezini azaltır. Anjiyotensin II'ye olan duyarlılığı yeniden sağlar.

Cevap B (*Cecil Textbook of Medicine, 21.baskı, 2000, s.1194*)

27.Diyabetli olgulardaki yaşam şekli modifikasyonlarına ilişkin yanlış olanı işaretleyiniz.

- Diyet önerilerinde, karbonhidratların %45-60'ını oluşturması önerilir.
- Diyet önerilerinde, doymuş yağ asitlerin %50-60'ını oluşturması önerilir.
- Hipertansiyona duyarlı kişilerde sodyum kısıtlaması
- Haftada 3-4 gün aerobik egzersiz önerilmektedir.
- Hastanın yaşına ve kardiyovasküler durumuna bağlı olarak nabız sayısını en az 120-140'a arttıracak yoğunlukta olmalıdır.

Cevap B (*Cecil Textbook of Medicine, 21.baskı, 2000, s.1272*)

28.Diyabetik nefropatiye ilişkin yanlış olanı seçiniz.

- Hiperfiltrasyon kısmi olarak hiperglisemiye bağlıdır, çünkü yoğun tedavi ile azaltılır.
- Diyabetin erken aşamalarında henüz mikroalbuminüri yokken, özellikle yüksek riskli olgularda glisemik kontrolün optimum düzeylere odaklanması önerilmektedir.
- Mikroalbuminüri olgularda ACE inhibitörleri ile birlikte sıkı glisemik kontrol önerilmektedir.
- ACE inhibitörleri, kan basıncı düşürücü etkilerinden bağımsız olarak proteinüriyi geciktiriyor şeklinde özel bir etkiye sahip gibi görünmektedir.
- Diyabetik hastalar üremiyi çok iyi tolere etmektedirler.

Cevap E (*Cecil Textbook of Medicine, 21.baskı, 2000, s.1282*)

29.İndapamid için yanlış seçenek hangisidir?

- Sadece diüretik etkileri nedeniyle kan basıncını düşürürler.
- Diüretik etkilerinin ötesinde vasküler reaktiviteyi ve direnci azaltarak etki gösterirler.
- 2.5 mg dozlarında sol ventrikül hipertrofini gerilettikleri saptanmıştır.
- Kan basıncını düşürmede tiazidler kadar etkindirler.
- 1.25 mg/gün dozunda nadiren serum lipidlerini arttırmırlar.

Cevap A (*Kaplan, Clinical Hypertension, 7.baskı, 1998, s.191*)

30.Aşağıdakilerden hangisi proliferatif diyabetik retinopati başlığı altında incelenmektedir?

- Sert eksudalar
- Dilate venler
- Artmış kapiller permeabilite
- Arteriyovenöz şantlar ve mikroanevrizmalar
- Retinal dekolman, vitreal hemoraji, skar (retinitis proliferans)

Cevap E (*Harrison's Principles of Internal Medicine, 13.baskı, 1994, s.1994*)

31.Addison's hastalığında en sık rastlanan semptomlar sırasıyla hangileridir?

- Güçsüzlük, ciltte pigmentasyon, kilo kaybı
- İştahsızlık, bulantı
- Kusma, hipotansiyon, müköz membranlarda pigmentasyon
- Karın ağrısı, ishal, kabızlık
- Senkop, vitiligo

Cevap A (*Harrison's Principles of Internal Medicine, 13.baskı, 1994, s.1971*)

32.Oral kontraseptiflerle ilgili yanlış olanı işaretleyiniz.

- Derin ven trombozu ve pulmoner emboli kanıtlanmış komplikasyonlarından.
- Olasılıkla, östrojenlerin indüklediği anjiyotensinogen sentezindeki artışa bağlı önemli hipertansiyon; oral kontraseptif kullanan kadınların %5'inde görülmektedir.
- Peliozis hepatitis, oral kontraseptiflerin nadir komplikasyonlarından.
- Oral kontraseptif kullanımı, endometriyal kanser ve meme kanseri gelişim riskini arttırmaktadır.
- Hiperkoagülabilitate eğilimi artırırlar.

Cevap D (*Harrison's Principles of Internal Medicine, 13.baskı, 1994*)

33.Hipoglisemiye ilişkin yanlış olanı işaretleyiniz.

- Oral hipoglisemik ajanlarla yapılan tedavilerde insüline göre hipoglisemi çok daha sık ve çok daha hafiftir.
- Ciddi hipoglisemide, bolus olarak %50'lik İV glukoz solüsyonu sonrasında hasta öğünü alabilecek duruma gelinceye kadar sabit glukoz infüzyonuna devam edilmelidir.
- Oral glukoz alımı önemlidir, çünkü sadece İV glukoz karaciğer glikojenini tamamlayamaz.
- Sülfonilüre kullanımından kaynaklanan hipoglisemi, birkaç gün sürebilir.
- Ciddi hipoglisemide hospitalizasyon zorunludur.

Cevap A (*Harrison's Principles of Internal Medicine, 13.baskı, 1994*)

34. Hangisi familial hiperkolesteroleminin özelliği değildir?

- a) Otozomal dominant geçişlidir.
- b) Patogenezinden apoprotein E gen mutasyonu sorumludur.
- c) Tendon ksantomları karakteristik bulgusudur.
- d) Çocuklarda da kolesterol yüksekliği saptanır.
- e) Tedavisinde statinler kullanılabilir.

Cevap B (*Harrison's Principles of Internal Medicine, 14. baskı, s.2142*)

35. Aşağıdaki hormonlardan hangisinin reseptörü membran reseptörü değildir?

- a) İnsulin
- b) Östradiol
- c) Growth hormon
- d) TSH
- e) Paratiroid hormonu

Cevap B (*Harrison's Principles of Internal Medicine, 14. baskı, s.1968*)

Östradiol reseptörü intrasellülerdir.

36. TSH düşük, T3 ve T4 yüksek, tiroglobulin düşük, radyoaktif iyot uptake düşük olan hastada tirotoksikoz nedeni hangisidir?

- a) Toksik adenom
- b) Basedow-Graves hastalığı
- c) Mol hidatiform
- d) Eksojen tiroid hormon kullanımı
- e) Subakut granümatöz tiroidit

Cevap D (*Harrison's Principles of Internal Medicine, 14. baskı, s.2023*)

Tiroglobulinin düşük olduğu tek tirotoksikoz eksojen tiroid hormon kullanımımıdır.

37. Levotiroksinin stabil dozu ile replasman altında ötiroid halde giden bir hastada dozun yetersiz kalmaya başlaması haline hangisi etken olamaz?

- a) Gebelik
- b) Sukralfat
- c) Kolestiramin
- d) Rifampin
- e) Graves hastalığı reaktivasyonu

Cevap E (*Harrison's Principles of Internal Medicine, 14. baskı, s.2023*)

Graves hastalığı reaktivasyonunda Levotiroksin verilmesine gerek kalmadığı gibi antitiroid verilmesi gerekir.

38. Aşağıdakilerden hangisi Schmidt sendromunun komponentlerinden değildir?

- a) Addison hastalığı
- b) Tip I diabet
- c) De Quervain tiroiditi
- d) Pernisiyöz anemi
- e) Myastenia gravis

Cevap C (*Harrison's Principles of Internal Medicine, 14. baskı, s.2135*)

De Quervain tiroiditi viral enfeksiyonu izleyen bir tiroidittir.

39. Hangisi insülin kullanan diabetes mellituslu hastalarda hipoglisemi komasına götüren sebeplerden değildir?

- a) İnsülin antikorları
- b) Tip I diabetin akut remisyonu
- c) Renal yetmezlik
- d) Cushing sendromu
- e) Otoimmün hipofizitis

Cevap D (*Harrison's Principles of Internal Medicine, 14. baskı, s.2069*)

Cushing sendromu insüline direnç yaratan hipoglisemiyi tetikleyen bir koşuldur.

40. Pankreas adacık hücre tümörleri hakkında aşağıdaki bilgilerden hangisi yanlıştır?

- a) İnsulinoma en sık görülen adacık hücre tümörüdür.
- b) Gastrinoma ikinci en sık görülen adacık hücre tümörüdür.
- c) Metastaz yapan adacık hücre tümörü "malign"dir.
- d) Preoperatif tümör lokalizasyonunda yapılacak ilk tetkik selektif venöz kateterizasyondur.
- e) Soliter adacık hücre tümörlerinde primer tedavi cerrahidir.

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

Ultrasonografi ilk yapılacak tetkiktir.

GASTROENTEROHEPATOLOJİ

1. Hangisinde özofagus kanseri gelişme riski vardır?

- a) Chagas hastalığı
- b) Akalazya
- c) Nutcracker özofagus
- d) Diffüz özofagus spazmı
- e) Hipertansif alt özofagus sfinkteri

Cevap B (Yamada, *Textbook of Gastroenterology*, 3.baskı, 1999, s.1279)

Akalazya, özofagus yassı hücreli kanserine predispozan bir risk faktörü olarak ileri sürülmüştür.

2. Özofagus adenokanseri için en önemli prekürsör hangisidir?

- a) Akalazya
- b) Barrett özofagus
- c) Plummer-Vinson sendromu
- d) Human papilloma virus
- e) Tylozis

Cevap B (Yamada, *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.

3. Özofagusa asid reflüsü ile göğüs ağrısı oluşmasını araştıran test hangisidir?

- a) Tuttle testi
- b) Asid klirens testi
- c) Özofageal manometri
- d) Bernstein testi
- e) Özofagus 99Tc sintigrafisi

Cevap D (Yamada, *Textbook of Gastroenterology*, 3.baskı, 1999, s.1246)

Bernstein testi atipik göğüs ağrısının özofagus asidifikasyonu ile ilişkili olup olmadığının tayininde faydalı bir testtir.

4. Hangisi özofagus alt sfinkter basıncını azaltır?

- a) Protein
- b) Gastrin
- c) Metoklopramide
- d) Kolinerjikler
- e) Yağlı yiyecekler

Cevap E (Sleisenger&Fordran's *Gastrointestinal and Liver Disease*, 6.baskı, 1998, s.502)

5. Özofagus varis kanamasında balon tamponadının kanamayı durdurmadaki etkinliği ne orandadır?

- a) %25
- b) %10
- c) %90
- d) %70
- e) %3

Cevap C (Sleisenger&Fordran's *Gastrointestinal and Liver Disease*, 6.baskı, 1998, s.1300)

Balon tamponadı kanayan varislere baskı uygulayarak kanamayı kontrol altına almada yıllardır kullanılmakta olup, kanamayı kontrol başarısı %90'ın üzerindedir.

6. Aşağıdakilerden hangisi özofagusun mekanik obstrüksiyonlarından birisi değildir?

- a) Selim striktür
- b) Vebler ve ringler
- c) Akalazya
- d) Neoplazm
- e) Divertikül

Cevap C (Sleisenger&Fordran's *Gastrointestinal and Liver Disease*, 6.baskı, 1998, s.98)

Akalazya motilite hastalıklarındandır.

7. *Helicobacter pylori* tanısı için hangisi invaziv olmayan testtir?

- a) Kültür
- b) PCR
- c) Histoloji
- d) CLO testi
- e) Üre solunum testi

Cevap D (Yamada, *Textbook of Gastroenterology*, 3.baskı, 1999, s.1397-1400)

Üre solunum testi 14C atomu işaretli ürenin ağızdan verilip solunum havasında tespiti halinde *H. pylori* pozitifliğini gösteren, endoskopi gerektirmediğinden invaziv olmayan tanı testidir.

8. *Helicobacter pylori* pozitif duodenum ülserinin tedavisinde en etkili olan kombinasyon hangisidir?

- a) Omeprazol+Klaritromisin
- b) Omeprazol+Klaritromisin+Ampisilin
- c) Omeprazol+Eritromisin+Amoksisilin
- d) Omeprazol+Klaritromisin+Amoksisilin
- e) Omeprazol+Metronidazol

Cevap D (Yamada, *Textbook of Gastroenterology*, 3.baskı, 1999, s.1419)

İki antibiyotik ve proton pompa inhibitörü kombinasyonu anti-*H. pylori* rejimleri arasında en etkili (yaklaşık

%90) olanlardır. PPI ile birlikte Klaritromisin ve amoksisilin (veya metronidazol), amoksisilin artı metronidazol tedavisinden daha etkilidir.

9. Zollinger-Ellison sendromu tanısında tek başına sensitifliği ve spesifikliğı en yüksek olan test hangisidir?

- a) Kalsiyum infüzyon testi
- b) Pentagastrin stimülyasyon testi
- c) pH monitorizasyonu
- d) Sekretin stimülyasyon testi
- e) Bazal asid output

Cevap D (Yamada, *Textbook of Gastroenterology*, 3.baskı, 1999, s.1450)

Açlık gastrin düzeyinin 1000 pg/mL üzerinde olması, bazal asid output'unun 15 mEq/L üzerinde olması ve peptik ülser mevcudiyetinin birlikte olması ZE için kuvvetli tanı koydurucudur. Bu 3'lü bulgunun birlikte olmaması durumunda provokatif test gerekir. Bunlardan sekretin stimülyasyon testi en yüksek sensitiflik ve spesifikliğı sahiptir.

10. Aşağıdakilerden hangisi midenin premalign lezyonlarından değildir?

- a) Kronik atrofik gastrit
- b) İntestinal metaplazi
- c) Pernisiyöz anemi
- d) G hücre hiperplazisi
- e) Geçirilmiş antrektomi ameliyatı

Cevap D (Yamada, *Textbook of Gastroenterology*, 3.baskı, 1999, s.1509-1511)

Atrofik gastrit, mide kanserilerde %80-90 mevcuttur ve bu yakın birliktelik mide kanseri ile etyolojik ilişkisini düşündürür.

İntestinal tip mide kanserinin intestinal metaplazi ile birlikteliğı fazladır ve sıklıkla intestinal metaplazi içinden gelişir.

Yeni mide kanseri olgularının %2.2'sinin pernisiyöz anemili hastalarda oluştuğı gösterilmiştir.

11. Peptik ülser oluşumunda en sık rastlanan agresif faktör hangisidir?

- a) Asetil salisilik asid
- b) Alkol
- c) Prostaglandinler
- d) *Helicobacter pylori*
- e) Safra asitleri

Cevap D (Sleisenger&Fordran's *Gastrointestinal and Liver Disease*, 6.baskı, 1998, s.621-624)

Peptik ülser oluşumunda agresif faktörlerle defansif faktörler arasındaki dengenin bozulması rol oynar. Bu dengeyi bozacak en önemli ve en sık olarak sorumlu agresif faktör *Helicobacter pylori*'dir. Diğerleri daha

seyrek olarak görünen NSAID, hiperasidite durumları (Mesela Z-E sendromu) ve sigaradır.

12. Aşağıdakilerden hangi hematolojik hastalık akut karın ağrısına neden olmaz?

- a) Orak hücreli anemi
- b) Hemolitik anemi
- c) Demir eksikliğı anemisi
- d) Henoch-Schönlein purpurası
- e) Akut lösemi

Cevap C (Feldman, Sleisenger&Fordran's *Gastrointestinal and Liver Disease*, 6.baskı, s.87)

Demir eksikliğı anemisi disfajiye neden olur.

13. Aşağıdakilerden hangisi hızlanmış mide boşalımı semptomlarından biri değildir?

- a) Abdominal kramplar
- b) Erken doyma hissi
- c) Terleme
- d) Diyare
- e) Çarpıntı

Cevap B (İliçin, *Temel İç Hastalıkları*, 1.baskı, 1996, s.982)

Gecikmiş mide boşalımı semptomudur.

14. Aşağıdakilerden hangisi peptik ülserin intraktabilite nedenleri arasında değildir?

- a) Penetre ülser
- b) Pilor obstrüksiyonu
- c) Kronik hastalıklar
- d) Diyet
- e) Hipersekretuar haller

Cevap D (İliçin, *Temel İç Hastalıkları*, 1.baskı, 1996, s.970)

15. Hangisi konjuge hiperbilirubinemi nedenidir?

- a) Hemoliz
- b) Hematom rezorbsiyonu
- c) Yenidoğan sarılığı
- d) Gilbert sendromu
- e) Dubin-Johnson sendromu

Cevap E (Sleisenger&Fordran's *Gastrointestinal and Liver Disease*, 6.baskı, 1998, s.222)

Hemoliz, hematom rezorbsiyonu bilirubin üretiminde artışa, yenidoğan sarılığı konjugasyonda azalmaya, Gilbert sendromu hem hepatik alımda azalmaya hem de konjugasyonda azalmaya bağılı olarak indirek (ankonjuge) hiperbilirubinemiye neden olur. Dubin-Johnson ve Rotor sendromları ise bilirubin kanaliküle sekresyonunda bozukluğı bağılı olarak konjuge hiperbilirubinemiye yol açar.

16. Hangisi karaciğerde sentez edilmeyen koagülasyon faktörüdür?

- a) F VIII
- b) F IX
- c) F II
- d) F XII
- e) F V

Cevap A (*Sleisenger&Fordran's Gastrointestinal and Liver Disease, 6.baskı, 1998, s.1115*)

Karaciğer hemostazda önemli rol oynar. Major pıhtılaşma faktörlerinin hepsi, damar endoteli ve retiküloendotelial hücrelerde sentezlenen faktör VIII hariç, hepatositlerde sentezlenir.

17. Doğum sırasında taşıyıcı anneden Hepatit-B virusunu alan bebekte kronikleşme ihtimali ne kadardır?

- a) %5-10
- b) %25
- c) %1
- d) %50
- e) %90

Cevap E (*Sleisenger&Fordran's Gastrointestinal and Liver Disease, 6.baskı, 1998, s.1138*)

Yetişkinlerde %5 civarında olan kronikleşme ihtimali, hepatit-B virusu neonatal dönemde kazanıldığında oldukça yüksektir (%90). Bunun nedeni yenidoğanın immün sisteminin gelişmemiş olmasıdır. Kronikleşme oranı 6 yaş altındaki çocuklarda yaklaşık %30'dur.

18. Hangisi ilaca bağlı kolestatik hepatit tablosu oluşturur?

- a) Halotan
- b) Parasetamol
- c) İzoniazid
- d) Klorpromazin
- e) Diklofenak

Cevap D (*Sleisenger&Fordran's Gastrointestinal and Liver Disease, 6.baskı, 1998, s.1238*)

Klorpromazin 1950 yılından beri bilinmesine rağmen hala görülen ilaca bağlı kolestatik hepatit oluşturmada prototip ilaçtır. %0.2-2 oranında rastlanır. Doza ve alta karaciğer hastalığı bulunmasına bağlı değildir. Kadınlarda daha sık görülür.

19. Primer biliyer siroz hastalığında hangi otoantikör sıklıkla saptanır?

- a) Antimikrozomal Ab
- b) Antinükleer Ab
- c) Antidüzkas Ab
- d) Antitiroid Ab
- e) Antimitokondriyal Ab

Cevap E (*Sleisenger&Fordran's Gastrointestinal and Liver Disease, 6.baskı, 1998, s.1275-1276*)

Primer biliyer siroz patogeneğinde son zamanlarda hümmoral immünite üzerinde yoğunlaşmıştır. Antimitokondriyal antikörler tarafından tanınan antijenler esastır. Bunların başında piruvat dehidrogenaz kompleksinin E2 komponenti gelir. PDC E-2 ile reaksiyona giren antimitokondriyal antikörler PBS'luların %95'inde mevcuttur.

20. Hepatorenal sendrom tanısında yanlış olan hangisidir?

- a) Günlük idrar <500 mL
- b) Serum kreatinin >1.5
- c) Serum Na⁺>130 mEq/L
- d) İdrar ozmolalitesi>plazma ozmolalitesi
- e) İdrar Na⁺>10 mEq/L

Cevap E (*Sleisenger&Fordran's Gastrointestinal and Liver Disease, 6.baskı, 1998, s.1345-1346*)

Hepatorenal sendrom tanı kriterleri; 1.5 mg/dL üzerinde kreatinin değeri ile belirlenen düşük glomerüler filtrasyon hızı, günde 500 mL'den az idrar miktarı, idrar ozmolalitesinin plazma ozmolalitesinden yüksek olması, idrar sodyumunun 10 mEq/L'den düşük olması, serum sodyumunun 130 mEq/L'den yüksek olmasıdır.

21. Hangisi kolestatiz göstergesi değildir?

- a) Alkali fosfataz
- b) Gama glutamil transpeptidaz
- c) 5'nükleotidaz
- d) Lösin aminopeptidaz
- e) Aspartat aminotransferaz

Cevap E (*Sleisenger&Fordran's Gastrointestinal and Liver Disease, 6.baskı, 1998, s.1112-1115*)

Aspartat aminotransferaz (AST), hepatosellüler hasar göstergesi olup, alkali fosfataz, gama glutamil transpeptidaz, 5'nükleotidaz ve lösin aminopeptidaz ise kolestatiz göstergesidirler.

22. Aşağıdakilerden hangisi alkol alışkanlığının klasik markırlarından birisi değildir?

- a) Gamma glutamil transpeptidaz
- b) Ortalama eritrosit hacmi
- c) Aspartat amino transferaz
- d) Alanin amino transferaz
- e) Alkali fosfataz

Cevap E (*Sleisenger&Fordran's Gastrointestinal and Liver Disease, 6.baskı, 1998, s.1217*)

Alkali fosfataz genel patolojileri kapsar.

23. Hepatosellüler karsinomada aşağıdaki tedavi şekillerinde hangisi en iyi seçenektir?

- Cerrahi eksizyon
- Karaciğer transplantasyonu
- Alkol enjeksiyonu
- Kemoembolizasyon
- Kemoterapi

Cevap A (*Sleisenger&Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease, 6.baskı, 1998, s.1773*)

24. Aşağıdakilerden hangisi siklosporinin yan etkilerinden biri değildir?

- Renal yetmezlik
- Hipertansiyon
- Lenfoma
- Hipernatremi
- Hiperkalemi

Cevap D (*Sleisenger&Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease, 6.baskı, 1998, s.1412*)

25. Aşağıdaki ilaçlardan hangisi sitokrom p450 aktivitesi üzerinden siklosporin ile interreaksiyona girmez?

- Verapamil
- Eritromisin
- Simetidin
- Kortikosteroid
- Ampisilin

Cevap E (*Sleisenger&Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease, 6.baskı, 1998, s.1412*)

26. Aşağıdakilerden hangisi otoimmün hepatitin laboratuvar bulgusu değildir?

- Artmış gamma globulin seviyesi
- ANA
- SMA
- Anti LKM1
- RF

Cevap E (*Sleisenger&Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease, 6.baskı, 1998, s.1265*)

27. Aşağıdakilerden hangisi sirozda hepatik ensefalopatiyi presipite eden faktörlerden birisi değildir?

- Sedatifler
- Dehidratasyon
- Antibiyotikler
- Hipokalemi
- Gastrointestinal kanama

Cevap C (*Sleisenger&Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease, 6.baskı, 1998, s.1338*)

28. Aşağıdaki sistemik hastalıklardan hangisi karaciğer granülomunun nedeni değildir?

- Kolitit ülseroza
- Crohn hastalığı
- Wegener granülomatozisi
- Sarkoidoz
- Hodgkin hastalığı

Cevap A (*İliçin, Temel İç Hastalıkları, 1.baskı, 1996, s.1145*)

Kolitit ülseroza primer biliyer sirozda rol oynar.

29. Aşağıdakilerden hangisi patogenetik olarak siroza giden yollardan biri değildir?

- Kronik aktif hepatit
- Steatohepatit
- Portal fibrozis
- Zon 3 fibrozis (Santrilobuler)
- Akut viral hepatit

Cevap E (*İliçin, Temel İç Hastalıkları, 1.baskı, 1996, s.1145*)

30. Aşağıdakilerden hangisi siroz etyolojisinde metabolik nedenlerden biri değildir?

- Hemokromatozis
- Wilson hastalığı
- Sarkoidoz
- Alfa 1 antitripsin eksikliği
- Galaktozemi

Cevap C (*İliçin, Temel İç Hastalıkları, 1.baskı, 1996, s.1145*)

31. Aşağıdakilerden hangisi sirozda prognozu belirleyen Child-Pugh evrelendirmesine ait değildir?

- Ensefalopati
- Assit
- Bilirubin (mg/dl)
- ALT
- Protrombin zamanı (saniye uzama)

Cevap D (*İliçin, Temel İç Hastalıkları, 1.baskı, 1996, s.1146*)

32. Otoimmün hepatit ve primer biliyer sirozda oluşabilen serolojik marker aşağıdakilerden hangisidir?

- ANA
- Anti LKM1
- SMA
- SLA
- AMA

GASTROENTEROHEPATOLOJİ

Cevap E (İliçin, Temel İç Hastalıkları, 1.baskı, 1996, s.1130)

Otoimmün hepatit tip 3'te ve primer biliyer sirozda AMA pozitif olabilir.

33.Hangisi akut pankreatitli hastanın hastaneye kabulünde kötü prognozu gösteren Ranson kriterlerinden değildir?

- a) 55 üzeri yaş
- b) 250 IU'den fazla AST
- c) 200 mg/dL'den fazla kan glukozu
- d) Erkek cinsiyet
- e) 16.000'den fazla lökosit

Cevap D (Sleisenger&Fordran's Gastrointestinal and Liver Disease, 6.baskı, 1998, s.810)

Hastaneye ilk kabulde kötü prognozu gösteren Ranson kriterleri 55 üzeri yaş, 16.000/mm³ üzeri lökosit, 200 mg/dL üzeri kan glukozu, 250 IU/L üzeri AST, 350 IU/L üzeri LDH olup, cinsiyet bir kriter değildir.

34.Pankreas kanseri tanısında en ümit verici markır hangisidir?

- a) Alfa fetoprotein
- b) Karsinoembriyojenik antijen
- c) CA-125
- d) CA 19-9
- e) Gamaglutamiltranspeptidaz

Cevap D (Sleisenger&Fordran's Gastrointestinal and Liver Disease, 6.baskı, 1998, s.864)

CA 19-9 iyi diferansiye pankreas kanserinin tanısı için ümit verici bulunmuştur. Cutoff değeri 40 IU/mL alınır-sa pankreas kanserlilerin en az %74'ünde CA 19-9 yüksek çıkmaktadır.

35.Pankreas kanalından ampullaya kanama (hemosuccus pancreaticus) en çok hangi hastalıkta görülür?

- a) Kronik pankreatit
- b) Pankreas kanseri
- c) Meckel divertikülü
- d) Akut pankreatit
- e) Diabetes mellitus

Cevap A (Sleisenger&Fordran's Gastrointestinal and Liver Disease, 6.baskı, 1998, s.212)

Ampullaya kanama, hemobilia'nın dışında pankreas kanalından da olur. Buna hemosuccus pancreaticus denir. Hastaların çoğu kronik pankreatitlidir. Kronik pankreatitte %1'den daha az oranda görülür.

36.Aşağıdakilerden hangisi pankreatik koleranın bulgusu değildir?

- a) Hipokalemi
- b) Aklorhidri

- c) Flushing
- d) Hipotansiyon
- e) Wheezing

Cevap E (Sleisenger&Fordran's Gastrointestinal and Liver Disease, 6.baskı, 1998, s.143)

Wheezing karsinoid sendromun bulgusudur.

37.Aşağıdakilerden hangisi akut pankreatitte prognozu tayin eden Ranson kriterlerinden biri değildir?

- a) Yaş
- b) Ürik asit
- c) Lökositoz
- d) Glukoz
- e) LDH

Cevap B (İliçin, Temel İç Hastalıkları, 1.baskı, 1996, s.1036)

38.Aşağıdakilerden hangisi akut pankreatitte Ranson kriterleri yanında hastalığın prognozunu göstermede kullanılmaz?

- a) Alfa 1 antitripsin
- b) Alfa 2 makroglobulin
- c) CRP
- d) Fosfolipaz A
- e) Alkali fosfataz

Cevap E (İliçin, Temel İç Hastalıkları, 1.baskı, 1996, s.1036)

39.Pankreas kanseri tanısında kullanılan yöntemlerin en duyarlısı aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Ultrasonografi
- b) Bilgisayarlı tomografi
- c) ERCP
- d) Anjiyografi
- e) Endosonografi

Cevap C (İliçin, Temel İç Hastalıkları, 1.baskı, 1996, s.1040)

%95 oranında en duyarlıdır.

40.Vitamin B12 emiliminde hangisinin rolü yoktur?

- a) Pariyetal hücre
- b) Pankreas
- c) Terminal ileum
- d) Tükrük bezi
- e) Karaciğer

Cevap E (Sleisenger&Fordran's Gastrointestinal and Liver Disease, 6.baskı, 1998, s.1486-1488)

Serbest kobalamini bağlayan ilk spesifik protein tükrüğe salgılanan R proteindir. Pariyetal hücreden

salınan intrasek faktör 3'ün altındaki pH'da kobalamine bağlanmada R proteininden daha güçsüzdür. Ancak duodenumda pankreatik enzimler R proteinini hidrolize ettikten sonra kobalamine bağlanır ve terminal ileuma kadar gelirler. Terminal ileumda enterositlerdeki özel reseptörlere bağlanarak hücre içine girerler. Serbest kobalamin hücreyi bazal kısımdan terkeder etmez transkobalamin II'ye bağlanarak portal dolaşıma taşınır.

41. Proksimal ince bağırsağın absorpsiyon kapasitesini ölçen test hangisidir?

- a) Schilling testi
- b) D-Xylose testi
- c) Bentriomide testi
- d) Triolein solunum testi
- e) Laktöz tolerans testi

Cevap B (*Sleisenger&Fordran's Gastrointestinal and Liver Disease, 6.baskı, 1998, s.1504-1507*)

5 karbonlu monosakkarid olan D-Xylose diffüzyonla absorbe olur ve mukozanın permeabilitesini ve yüzey alanını yansıtır. Ağızdan verilen 25 g D-Xylose'un 4 g'dan (%16) azının 5 saatlik idrarda çıkması intestinal absorpsiyonun anormal olduğunu gösterir.

42. İmmünoproliferatif ince bağırsak hastalığı (İPSİD) tedavisinde lenfoma öncesi evrede hangisi kullanılır?

- a) Salazopirin
- b) Methotrexate
- c) Tetrasiklin
- d) Siklosporin
- e) Radyoterapi

Cevap C (*Sleisenger&Fordran's Gastrointestinal and Liver Disease, 6.baskı, 1998, s.1854-1855*)

Prelenfomatöz fazda İPSİD'de 6 ay veya daha fazla süreli antibiyotik tedavisi kalıcı klinik ve patolojik remisyon sağlayabilir. Birçok yazar tetrasiklin kullanmıştır. Ampisillinle ya da tek başına metronidazol da etkili bir alternatiftir.

43. AIDS'de en sık görülen gastrointestinal semptom hangisidir?

- a) Diyare
- b) Odinofaji
- c) Anorektal hastalık
- d) Sarılık
- e) Karın ağrısı

Cevap A (*Sleisenger&Fordran's Gastrointestinal and Liver Disease, 6.baskı, 1998, s.387*)

AIDS'de en sık görülen gastrointestinal semptom, genellikle kronik olan, kilo kaybı ve malnutrisyonla birlikte görülen diyaredir. Odinofaji, disfaji, sarılık, karın ağrısı, anorektal hastalık daha az görülür, ancak klinisyen için hem tanısı hem tedavisi zordur.

44. Hangisi inflamatuvar bağırsak hastalığının bağırsak dışı tutulumu değildir?

- a) Ankilozan spondilit
- b) Eritema nodozum
- c) Primer sklerozan kolanjit
- d) Amiloidoz
- e) Glomerülonefrit

Cevap E (*Sleisenger&Fordran's Gastrointestinal and Liver Disease, 6.baskı, 1998, s.1749-1750*)

Ülseratif kolitin bağırsak dışı tutulumları; ankilozan spondilit, eritema nodosum, primer sklerozan kolanjit ve amiloidozdur.

45. İnce bağırsakta bakteriyel aşırı gelişim hangi mekanizma ile yağ malabsorpsiyonuna yol açar?

- a) Bağırsak motilitesini arttırması
- b) Safra tuzlarını parçalaması
- c) Bağırsak mukozasında inflamasyona yol açması
- d) Fırçamsı kenar enzimlerini parçalaması
- e) Pankreas enzimlerini parçalaması

Cevap B (*Sleisenger&Fordran's Gastrointestinal and Liver Disease, 6.baskı, 1998, s.621-624*)

İncebağırsak bakteriyel aşırı gelişimi, bu bakterilerin safra tuzlarını dekonjuge etmelerine, miçel formasyonunda yer alarak yağ absorpsiyonunu sağlayan safra tuzlarının azalması da yağ malabsorpsiyonuna yol açar.

46. Aşağıdaki hastalıklardan hangisi sekreter diyarenin sebebi değildir?

- a) İnflamatuvar bağırsak hastalıkları
- b) Tümörler
- c) İnfeksiyon hastalıkları
- d) Hipertiroidi
- e) Karbonhidrat malabsorpsiyonu

Cevap E (*Sleisenger&Fordran's Gastrointestinal and Liver Disease, 6.baskı, 1998, s.128-130*)

Karbonhidrat malabsorpsiyonu ozmotik diyare nedenidir.

47. Akut diyareli hastalarda tanı için spot dışkı örneğinden acil olarak aşağıdakilerden hangisi bakılmayabilir?

- a) Lökositler
- b) Ova ve parazitler
- c) Kültür
- d) Elektrolitler
- e) Clostridium difficile toksini

Cevap D (*Sleisenger&Fordran's Gastrointestinal and Liver Disease, 6.baskı, 1998, s.133*)

Clostridium difficile toksini ishal kronikleşirse bakılabilir.

48. Aşağıdakilerden hangisi gastrointestinal sisteme özgü eozinofilik infiltrasyonların klasifikasyonuna girmez?

- a) Eozinofilik gastroenterit
- b) Parazitik infeksiyonlar
- c) Konnektif doku hastalıkları
- d) İlaçlar
- e) Spastik kolon hastalığı

Cevap E (*Sleisenger&Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease, 6.baskı, 1998, s.1682*)

Spastik kolon hastalığı allerjik etki ile hematolojik tablo oluşturmaz.

49. Aşağıdakilerden hangisi sulfosalazinin dozla ilişkisi olmayan yan etkilerinden biridir?

- a) Bulantı
- b) Kusma
- c) Baş ağrısı
- d) Hemolitik anemi (Heiz cisimciği)
- e) Alopesi

Cevap D (*Sleisenger&Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease, 6.baskı, 1998, s.1752*)

Alopesinin dozla ilişkisi yoktur.

50. Aşağıdaki yağda eriyen vitaminlerden hangisi pasif difüzyon mekanizması ile absorbe olmaz?

- a) Vitamin D
- b) Vitamin E
- c) Vitamin K1
- d) Vitamin K2
- e) Vitamin A

Cevap D (*Sleisenger&Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease, 6.baskı, 1998, s.1488*)

İnce bağırsaktan K1 vitamini absorpsiyonu luminal safra tuzlarına bağlıdır, pasif değildir.

51. Aşağıdakilerden hangisi malabsorbsiyon sendromlarının ayırıcı tanısında kullanılan testlerden birisi değildir?

- a) D-ksiloz testi
- b) Serum B12 vitamin düzeyi
- c) Oral glukoz tolerans testi
- d) Schilling testi
- e) Sekretin testi

Cevap C (*İlçin, Temel İç Hastalıkları, 1.baskı, 1996, s.1002*)

Diabet tanısında kullanılır.

52. Aşağıdakilerden hangisi gastrointestinal motilite bozukluklarından olan gecikmiş gastrik boşalma nedeni değildir?

- a) Vagotomi sonrası
- b) Diabetes mellitus

- c) Gastroözofajial reflü sendromu
- d) Skleroderma
- e) Zollinger Ellison sendromu

Cevap E (*İlçin, Temel İç Hastalıkları, 1.baskı, 1996, s.981*)

Hızlanmış gastrik boşalmaya örnektir.

53. Ülseratif kolitin karaciğerdeki ana komplikasyonu hangisidir?

- a) Primer sklerozan kolanjit
- b) Kronik hepatit
- c) Hepatosteatoz
- d) Karaciğer sirozu
- e) Hepatomegali

Cevap A (*Sleisenger&Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease, 6.baskı, 1998, s.1750*)

Ülseratif kolitin major karaciğer komplikasyonu primer sklerozan kolanjit olup, tüm hastaların yaklaşık %3'ünde görülür. Biliyer ağacın kronik inflamatuvar hastalığı olup endoskopik kolanjiografi ile tanı konur.

54. Ülseratif kolitte aşağıdaki diyetlerden hangisi uygundur?

- a) Yüksek lifli diyet
- b) Düşük yağ diyeti
- c) Düşük protein diyeti
- d) Düşük lifli diyet
- e) Düşük sodyumlu diyet

Cevap D (*Sleisenger&Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease, 6.baskı, 1998, s.255*)

Dışkılama sıklığını azalttığı için.

55. Aşağıdakilerden hangisi kolitis ülserozada cerrahi kolektomi endikasyonu değildir?

- a) Medikal tedaviye cevapsız ciddi ataklar
- b) Ciddi atak komplikasyonları (perforasyon, akut dilatasyon gibi)
- c) Lezyonun genişliği ve yaş
- d) Yaşam kalitesini bozan kronik devamlı hastalık
- e) Displazi veya karsinoma

Cevap C (*Sleisenger&Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease, 6.baskı, 1998, s.1757*)

56. Aşağıdakilerden hangisi kolitis ülserozanın fulminan tablosunun kriterlerinden biri değildir?

- a) Defekasyon >10/gün
- b) Transfüzyon gereksinimi
- c) Direk grafide dilate kolon ve ince bağırsak
- d) Subfebril ateş
- e) Nabız >90/dak

Cevap D (*İlçin, Temel İç Hastalıkları, 1.baskı, 1996, s.1004*)

Hafif derecesinde mevcuttur.

57.Transüda-eksuda assit ayırımında altın standart test hangisidir?

- a) Dansite
- b) Rivalta
- c) Serum-assit LDH farkı
- d) Serum-assit albumin farkı
- e) Protein konsantrasyonu

Cevap D (*Sleisenger&Fordran's Gastrointestinal and Liver Disease, 6.baskı, 1998, s.1316*)

Assit ayırıcı tanısında serum-assit albumin farkının, total protein konsantrasyonundan da diğer parametrelerden de daha iyi olduğu birçok çalışmada göste-

rilmiştir. Onkotik-hidrostatik dengeye dayanan bir testtir.

58.Spontan bakteriyel peritonit tedavisinde en uygun seçenek hangisidir?

- a) Oral norfloksasin
- b) İV sefotaksim
- c) İV somatostatin
- d) Oral ampicilin-sulbaktam
- e) İV metronidazol

Cevap B (*Sleisenger&Fordran's Gastrointestinal and Liver Disease, 6.baskı, 1998, s.1324*)

3. kuşak sefalosporin olan sefotaksim spontan bakteriyel peritonitte ilk seçenek tedavi olduğu gösterilmiştir. Floranın %98'ini etkilemekte ve süperenfeksiyona, nefrotoksisiteye yol açmamaktadır.

GÖĞÜS HASTALIKLARI

1. Aşağıdaki hastalıkların hangisinde muayene bulgusu olarak palpasyonla göğüs titreşimi artmıştır?

- a) Plörezi
- b) Atelektazi
- c) Pnömotoraks
- d) Lober pnömoni
- e) İntratorasik kitle

Cevap D (İlgin, *Temel İç Hastalıkları*, 1996, s.415)

Göğüs muayenesinde titreşimin arttığı haller; pnömoni, akciğer infarktüsü gibi konsolidasyon halleri ve parankim fibrozisi ile birlikte olan bronşiektazilerdir. Titreşimin azaldığı haller; plevral kalınlaşma, plörezi, atelektazi ve intratorasik kitle lezyonu gibi durumlardır.

2. Aşağıdaki hastalıkların hangisinde çomak parmak (clubbing) görülebilir?

- a) Kronik bronşit
- b) Bronşiektazi
- c) Amfizem
- d) Pnömoni
- e) Bronşiyal astma

Cevap B (Parsons, *Pulmonary/Respiratory Therapy Secrets*, 1996, s.7)

Clubbing yapan akciğer hastalıkları; bronşiektazi, akciğer absesi, akciğer kanseri, interstisyel fibrozis ve sarkoidozdur. Kronik bronşit, amfizem ve bronşiyal astmada clubbing görülmez.

3. Aşağıdakilerden hangisi posterior mediasten yerleşimlidir?

- a) Timoma
- b) Germ hücreli tümör
- c) Lenfoma
- d) Nörofibrom
- e) Bronkojenik kist

Cevap D (Parsons, *Pulmonary/Respiratory Therapy Secrets*, 1996, s.10)

Ön mediasten kitleri; lenfoma, timoma, retrosternal guvatr, germ hücreli tümörlerdir. Orta mediasten kitleleri; lenfadenopatiler (tüberküloz, sarkoidoz, vs...), trakeobronşiyal gelişim kistleri, trakeobronşiyal tümörler, vasküler lezyonlardır. Arka mediasten kitleleri; nörofibrom, vertebral tümörler (metastaz, myelom), desenden aort anevrizması, paraspinal abse ve özefagal tümörlerdir.

4. %100 oksijen solutulmasına rağmen parsiyel oksijen basıncının 60 mmHg'ya çıkamadığı hipoksemi tipi hangisidir?

- a) Hipoventilasyon
- b) Ventilasyon/Perfüzyon eşitsizliği
- c) Difüzyon bozukluğu
- d) Shunt
- e) Pickwick sendromu

Cevap D (Barış, *Solunum Hastalıkları-Temel Yaklaşım*, 1995, s.76-85)

Shunt sonucunda kalpten gelen kan akciğerden geçmeden ya da akciğer içinde ventile olmayan alandan geçerek sol kalbe döner. Pnömoni, ARDS, atelektazi bu mekanizma ile hipoksemiye sebep olur ve hipoksemisinin %100 oksijen solunmasına rağmen düzelmediği tek hipoksemi tipi budur.

5. Aşağıdaki hastalıklardan hangisinde hipoventilasyona bağlı hipoksemi gelişmez?

- a) Solunum merkezi depresyonu
- b) ARDS (akut solunum zorluğu sendromu)
- c) Kronik bronşit
- d) Obezite
- e) Uyku-apne sendromu

Cevap B (Barış, *Solunum Hastalıkları-Temel Yaklaşım*, 1995, s.76-85)

Hipoventilasyonda alveoler ventilasyon hastanın ihtiyacını karşılamaz. Solunum merkezi depresyonu, anterior boynuz myelitleri, ensefalitler, solunum yollarının obstrüktif bozuklukları, akciğer ve göğüs duvarı esnekliğini azaltan durumlar (obezite, pakiplörüt), Pickwick sendromu, abdominal veya torakal cerrahi sonrası ağırlı solunum hipoventilasyona yol açar. Alveol içinde PO₂ azalmış, PCO₂ artmıştır. Oksijen inhalasyonu hipoksemiye düzeltse de hiperkarbiye engellemez, hatta ağırlaştırır.

6. Antitüberküloz ilaçlardan hangisi hepatotoksik değildir?

- a) İzoniazid
- b) Pirazinamid
- c) Etambutol
- d) Etionamid
- e) Rifampisin

Cevap C (Murray-Nadel *Textbook of Respiratory Medicine*, 3.baskı, 2000)

İzoniazid, Rifampisin, Pirazinamid, Etionamid hepatit yan etkisine sebep olabilecek ilaçlardır. Etambutol optik nörit yapabilir, hepatotoksik değildir. Streptomisin ototoksik ve nefrotoksik yan etki potansiyeline sahiptir.

7. Aile bireyleri arasında yeni saptanan aktif akciğer tüberküloz bulunan, yakınması olmayan, 12 yaşında erkek çocukta PPD 6 mm, akciğer grafisi normal bulunmuştur. Bundan sonraki yaklaşımınız ne olmalıdır?

- Dörtlü antitüberküloz ilaç başlanır.
- Sadece takip önerilir.
- BCG aşısı yapılır.
- İzoniazid başlanır.
- Mide açlık suyunda basil aranır.

Cevap D (*Murray-Nadel Textbook of Respiratory Medicine, 3.baskı, 2000*)

Yeni saptanan aktif akciğer tüberkülozlu hastaların yakın temaslarında ilk iki yılda hastalık gelişme riski en yüksek düzeydedir. Çocuk ve adolesanlarda bu risk 2 kat daha fazladır. Bu nedenle yakın temaslılar PPD ve akciğer grafi ile incelenmelidirler. Ve akciğer grafisi normal, PPD pozitif bireyler hemen isoniazid ile koruma tedavisine alınır. Akciğer grafi normal PPD negatif olsa da koruma tedavisine alınır, 2-3 ay sonra PPD tekrarlanır ve negatifse tedavi kesilir, pozitif ise tedaviye devam edilir. Yakın temaslılarda PPD ≥ 5 mm ise pozitif kabul edilir.

8. Pott hastalığında en sık hangi vertebra bölgesi tutulur?

- Lomber
- Torakal
- Servikal
- Sakral
- Koksigeal

Cevap B (*Schlossberg, Tuberculosis, 1994, s.129-141*)

Omurga tüberkülozuna tüberküloz spondilit veya Pott hastalığı adı verilir. En sık torakal vertebra tutulur. İlk odak vertebra cisminin anterior superior veya inferior açısıdır.

9. Gastrointestinal sistem tüberkülozu en sık hangi bölgeyi tutar?

- İleum
- Apendiks
- Rektum
- Jejunum
- Duodenum

Cevap A (*Schlossberg, Tuberculosis, 1994, s.149-153*)

Gastrointestinal tüberküloz en sık ileum ve ileoçekal bölgede görülür.

10. Çok nadir olarak akut böbrek yetmezliği yan etkisi bulunan antitüberküloz ilaç hangisidir?

- İzoniazid
- Etambutol
- Rifampisin
- Pirazinamid
- Etionamid

Cevap C (*Schlossberg, Tuberculosis, 1994, s.53-69*)

Majör antitüberküloz ilaç olan rifampisin'in en sık ortaya çıkan yan etkileri: idrar ve diğer sekresyonları turuncu renge boyama, deri reaksiyonları, bulantı, kusma, hepatit, febril reaksiyonlardır. Seyrek olarak purpura, nefes darlığı, şok, hemolitik anemi ve akut böbrek yetmezliği yapabilir.

11. Yirmi yaşında erkek hasta 10 gündür öksürük şikayeti mevcut. Fizik muayenede ateş 38°C, sağ alt zonda solunum sesleri azalmış, akciğer grafisinde sağda diafragma konturunu kapatan Domoiseau hattı oluşturmuş opasite mevcut. İlk yaklaşım ne olmalıdır?

- Penisilin başlanır.
- Toraks ultrason istenir.
- Torasentez yapılır.
- Akciğer tomografi istenir.
3. kuşak sefalosporin başlanır.

Cevap C (*Light, Pleural Diseases, 3.baskı, 1995, s.1-345*)

Akciğer grafide diafragma konturunu silen ve Domoiseau hattı oluşturan görüntü plevral sıvı lehinedir ve en az 500 ml sıvı toplandığına işaret eder. Bu nedenle toraks ultrasonuna gerek kalmadan rahatlıkla torasentez yapılabilir. Torasentez sonucunda sıvının eksuda, transuda veya ampiyem olup olmadığına göre plevral biyopsi ve/veya ampirik tedavi planlanır.

12. Hangisi transuda vafında plevral efüzyon yapmaz?

- Plevral metastaz
- Konjestif kalp yetmezliği
- Nefrotik sendrom
- Hepatik siroz
- Vena cava superior sendromu

Cevap A (*Light, Pleural Diseases, 3.baskı, 1995, s.1-345*)

Transudatif efüzyon sebepleri; Konjestif kalp yetmezliği, siroz, nefrotik sendrom, Meig's sendromu, Vena cava superior sendromu, urinothorax, peritoneal diyaliz, glomerülonefrit, miksödem ve bazı pulmoner embolilerdir.

13. Aşağıdakilerden hangisi akciğer kanserinde inoperabilite kriteridir?

- Göğüs duvarı invazyonu
- Plevral sıvıda malign hücre görülmesi
- Aynı taraf peribronşiyal lenf nodu metastazı
- Tümörle aynı taraf hiler lenf bezi metastazı
- Diyafagma invazyonu

Cevap B (*Murray-Nadel Textbook of Respiratory Medicine, 3.baskı, 2000*)

Akciğer kanserinde inoperabilite kriterleri; herhangi büyüklükteki tümörün mediasten, kalp, büyük damarlar, trakea, özefagus, vertebra ve karinaya yayılması

veya malign plevra ve perikard sıvısı saptanması veya akciğerin aynı lobunda birden fazla neoplastik nodül saptanmasıdır. Ayrıca karşı taraf hiler ve mediastinal lenf nodu metastazı, tümörün karınayı tutması veya 2 cm'den yakın olması ve uzak organ metastazları da inoperabilite kriterleridir.

14. Akciğerde fibrotik skar zemininden en sık hangi hücre tipinde kanser gelişir?

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

Cevap A (*Murray-Nadel Textbook of Respiratory Medicine, 3.baskı, 2000*)

Akciğerde oluşan fibrotik skar dokusu kanser riskini artırır. Genellikle ortaya çıkan kanser tipi de adenokarsinomdur.

15. Kronik obstrüktif akciğer hastalığına (KOAH) bağlı solunum yetmezliği tablosu ile gelen hastada aşağıdakilerden hangisinin yapılmaması gerekir?

- a) 8-10 L/dk oksijen inhalasyonu
- b) İntravenöz steroid
- c) Beta 2 agonist inhalasyonu
- d) Aminofilin perfüzyonu
- e) Antikolinergik ajan inhalasyonu

Cevap A (*Fishman, Pulmonary Disease and Disorders, 3.baskı, 1998*)

KOAH'lı hastalarda hipoksemi ve hiperkarbi vardır ve solunum merkezi hipoksi ile uyarılmaktadır. Bu nedenle yüksek miktarda oksijen inhalasyonu ile hipoksemi hızla düzeltilirse solunum merkezi uyarısı ortadan kalkacak ve hiperkarbi daha da artarak hastanın durumu kötüleşecektir. Bu sebepten dolayı KOAH'lı hastalarda oksijen tedavisi 0.5-4 L/dk olacak şekilde başlanır ve kan oksijen basıncı 60 mmHg seviyesinde tutulmaya çalışılır.

16. Aşağıdaki amfizem tiplerinden hangisi sigara kullanıcılığı ile ilişkilidir?

- a) Sentrilobuler
- b) Panasiner
- c) Paraseptal
- d) Distal amfizem
- e) Total amfizem

Cevap A (*Fishman, Pulmonary Disease and Disorders, 3.baskı, 1998*)

Setrilobuler (proksimal) amfizem sıklıkla sigara içicilerinde görülür ve akciğer apeksi ile perifer alanları tutar, belirgin hiperinflasyon ve havayolu obstrüksiyonu vardır. Panasiner tip α 1-antitripsin eksikliğinde görülür ve sıklıkla alt zonları etkiler. Paraseptal amfizem (dis-

tal amfizem) genç erişkinlerde görülen spontan pnömotoraks'a sebep olur. Havayolu obstrüksiyonu belgin değildir.

17. AIDS'li hastalarda pneumocystis carinii pnömonisinde hangisi kullanılır?

- a) Amfoterisin B
- b) Pentamidin
- c) Penisilin
- d) Klaritromisin
- e) Seftriakson

Cevap B (*Fishman, Pulmonary Disease and Disorders, 3.baskı, 1998*)

P. carinii pnömonisinin tedavisinde kullanılan ilaçlar; trimetoprim/sulfometoksazol, klindamisin+primakin, dapson+trimetoprim, pentamidin, atavakuan (mep-ron)'dir.

18. Bronşiyal astma için hangisi doğrudur?

- a) Zorlu ekspiratuar 1. saniye <70 ve bunun zorlu vital kapasiteye oranı >80
- b) Karbonmonoksit difüzyon kapasitesi azalmıştır.
- c) Maksimal inspiratuar akım (MIF 50) azalmıştır.
- d) Reversibl hava yolu obstrüksiyonu vardır.
- e) Akut atakların tedavisinde inhale steroid ilk seçenektir.

Cevap D (*Türktaş, Asthma, 1.baskı, 1998, s.2*)

Bronşiyal astma'nın en önemli özellikleri; kronik hava yolu inflamasyonu, bronşiyal hiperreaktivite ve diffüz, reversibl hava yolu obstrüksiyonudur. Zorlu ekspiratuar 1. saniye <70 ve bunun zorlu vital kapasiteye oranı (FEV1/FVC) <80 olması obstrüktif hastalıkların solunum fonksiyon testi bulgusudur. FEV1/FVC >80 restriktif hastalıklarda görülür. Akut atakların tedavisinde inhale beta 2 agonist ve oral steroid ilk seçenektir. İnhaler steroidler astma'nın uzun süreli kontrolü için kullanılırlar.

19. Karbonmonoksit difüzyon kapasitesi hangisinde artar?

- a) Amfizem
- b) Diffüz alveolar hemoraji
- c) Anemi
- d) İnterstisyel akciğer hastalığı
- e) Kronik bronşit

Cevap B (*Fishman, Pulmonary Disease and Disorders, 3.baskı, 1998*)

Karbonmonoksit difüzyon kapasitesi alveolar-kapiller membran anormalliğinde bozulur. İnterstisyel akciğer hastalıkları ve amfizemde düşer. Kronik bronşit ve astmada normaldir. Polisitemi ve alveolar hemorajide artar.

20. Bronşiyal astma patogenezinde en önemli rol oynayan hücre grubu aşağıdakilerden hangisidir?

- a) B lenfositler
- b) Monositler
- c) Eozinofiller
- d) Naturel killer (NK)
- e) Makrofajlar

Cevap C (*Türktaş, Asthma, 1.baskı, 1998, s.2*)

Astma patogenezinde mast hücreleri, eozinofiller ve T lenfositler rol oynamaktadır.

21. Aşağıdaki ilaçlardan hangisi bronşiyal astmayı olumsuz etkileyebilir?

- a) Kalsiyum antagonistler
- b) H₂ reseptör blokerleri
- c) Potasyum tutucu diüretikler
- d) Antihistaminikler
- e) Nonsteroid antiinflatuvarlar

Cevap E (*Türktaş, Asthma, 1.baskı, 1998, s.183*)

Astmayı olumsuz etkileyen ilaçlar; beta blokerler, nonsteroid antiinflatuvarlar, potasyum kaybettiren diüretikler, kolinerjikler, ACE inhibitörleridir.

22. Akciğer kanserindeki paraneoplastik sendromlardan hiperkalsemi en sık hangi hücre tipi ile ilişkilidir?

- a) Epidermoid karsinom
- b) Adenokarsinom
- c) Küçük hücreli karsinom
- d) Büyük hücreli karsinom
- e) Bronkoalveoler karsinom

Cevap A (*Parsons, Pulmonary/Respiratory Therapy Secrets, 1996, s.341-342*)

Akciğer kansinomlarının %6-38'inde hiperkalsemi ortaya çıkar ve çok yaygın olarak (%72) epidermoid karsinom ile ilişkilidir. Büyük tümör kitlesine sahip hastalarda siktir ve kötü prognozun göstergesidir.

23. Vena cava superior sendromu'nun (VCSS) en sık sebebi hangisidir?

- a) Vena cava superior ven trombozu
- b) Akciğer adenokarsinom
- c) Lenfoma
- d) Primer mediastinal tümör
- e) Küçük hücreli akciğer karsinomu

Cevap E (*Parsons, Pulmonary/Respiratory Therapy Secrets, 1996, s.341*)

VCSS'da %90'ın üzerinde sebep malignitedir. Ve %70-80 akciğer malignitesi, en sık olarak da küçük hücreli karsinomda ortaya çıkar. Diğer nadir sebepler; lenfoma, primer mediastinal tümör, tüberküloz, metastatik tümör ve VCS'da tromboz.

24. Akciğer kanserindeki paraneoplastik sendromlardan Cushing sendromu en sık hangi hücre tipi ile ilişkilidir?

- a) Epidermoid karsinom
- b) Adenokarsinom
- c) Küçük hücreli karsinom
- d) Büyük hücreli karsinom
- e) Bronkoalveoler karsinom

Cevap C (*Parsons, Pulmonary/Respiratory Therapy Secrets, 1996, s.341*)

Küçük hücreli karsinomlu hastaların %50'sinden fazlasında kortizol yüksekliği, plazma ACTH ve propiomelanokortin fazlalığı görülür. Ancak hastaların %5'inde Cushing's sendromunun klinik belirtileri bulunur. Yine uygunsuz ADH sendromu da sıklıkla küçük hücreli karsinomla ilişkili bir paraneoplastik sendromdur.

25. Klinik ve radyolojik olarak pnömoni teşhis edilen hastada hiponatremi varsa hangi patojen düşünülür?

- a) S. pneumoniae
- b) Mycoplasma pneumoniae
- c) H. influenza
- d) S. aureus
- e) Legionella pneumophila

Cevap E (*Parsons, Pulmonary/Respiratory Therapy Secrets, 1996, s.133*)

Pnömonili hastalarda hiponatremi olması sıklıkla Legionella'yı çağırıştırır.

26. Legionella pnömonisinde tedavi süresi ne kadar olmalıdır?

- a) 7-10 gün
- b) 10-14 gün
- c) 2 ay
- d) 14-21 gün
- e) 1.5 ay

Cevap D (*Toplum Kökenli Pnömoni Tanı ve Tedavi Rehberi, 1998, s.10-11*)

Etken belli ise tedavi süresi pnömokok pnömonisinde 7 gün, mycoplasma ve chlamydia pnömonisinde 14 gün, legionellada 14-21 gün olmalıdır. Etkeni saptanmayan ağır pnömonilerde tedavi süresi 2-3 haftadan az olmamalıdır.

27. Akut solunum zorluğu sendromunda aşağıdakilerden hangisi görülmez?

- a) Pa O₂: FIO₂ ≤200
- b) Akciğer grafisinde bilateral infiltrasyon
- c) Pulmoner arter wedge basıncının >18 mmHg
- d) Yüksek oksijen tedavisine rağmen hipoksemi düzelmez.
- e) Pankreatit sonucu gelişebilir.

Cevap C (*Parsons, Pulmonary/Respiratory Therapy Secrets, 1996, s.360*)

ARDS tanısında aşağıdaki 4 temel faktör ele alınmaktadır.

Akut başlangıç, PaO₂: FIO₂ ≤200, pulmoner arter wedge basıncının <18 mmHg olması veya sol atriyal hipertansiyonun klinik olarak dışlanması ve akciğer grafide kardiyomegali olmaksızın bilateral infiltrasyon varlığı.

28.Aşağıdakilerden hangisi asbestozis ile ilişkili değildir?

- a) Mezotelyoma
- b) Akciğer kanseri
- c) Benign plevral efüzyon
- d) Tüberküloz
- e) Plevral kalsifikasyon

Cevap D (*Parsons, Pulmonary/Respiratory Therapy Secrets, 1996, s.415-416*)

Asbest işçilerinde akciğer kanseri riski 6-10 kat artmıştır. Yine asbestozis sonucunda mezotelyoma, benign plevral efüzyon, plevral kalsifiye plaklar, plevra ve akciğerde fibrozis gelişebilir.

29.Sarkoidoz aşağıdakilerden hangisi ile ilişkili değildir?

- a) Artralji
- b) Bilateral hiler lenfadenopati
- c) Eritema nodosum
- d) Granüloamatöz iltihap
- e) Hipokalsemi

Cevap E (*Parsons, Pulmonary/Respiratory Therapy Secrets, 1996, s.243-245*)

Sarkoidoz sebebi bilinmeyen başta akciğer ve mediasten olmak üzere pekçok sistemi tutan granüloamatöz bir hastalıktır. Sarkoidozun bir formu olan Lofgren's sendromu akut başlangıç, eritema nodosum, bilateral hiler lenfadenopati ve artralji ile karakterizedir. %10-15 oranında hiperkalsemi görülür.

30.Hastane kökenli pnömonilerde aşağıdaki etkenlerden hangisi en sık rol oynar?

- a) S. pneumonia
- b) H. influenza
- c) L. pneumophila
- d) Aerobik gram negatif basiller
- e) Respiratuar virüsler

Cevap D (*Parsons, Pulmonary/Respiratory Therapy Secrets, 1996, s.133-135*)

Hastane kökenli pnömonilerde en sık etkenler aerobik gram negatif basiller ve S. aureustur.

31.Aşağıdaki akciğer volüm ve kapasitelerinden hangisinin ölçümü, spirometre ile yapılmaz?

- a) Tidal-volüm
- b) İspirium yedek hacmi
- c) FEV1
- d) Vital kapasite
- e) Fonksiyonel rezidüel kapasite

Cevap E (*Özyardımcı, Nonspesifik Akciğer Hastalıkları, 1.baskı, 1999, s.163*)

Fonksiyonel rezidüel kapasiteyi ölçmek için pletisograf veya gaz dilüsyon tekniklerine ihtiyaç vardır.

32.Solunum fonksiyon testinde obstrüksiyonun en iyi göstergesi aşağıdakilerden hangisidir?

- a) FEV1'in artması
- b) Tidal volüm azalması
- c) Fonksiyonel rezidüel kapasitenin artışı
- d) FEV1/FVC'nin azalması
- e) Vital kapasitenin azalması

Cevap D (*Özyardımcı, Nonspesifik Akciğer Hastalıkları, 1.baskı, 1999, s.168*)

Zorlu ekspiratuvar akım azaldığı için, bu oran obstrüksiyonda daha da azalacaktır.

33.Bronkoalveolar lavaj en iyi akciğerin hangi bölgesinden yapılır?

- a) Üst lob posterior segment
- b) Üst lob anterior segment
- c) Orta lob veya lingula
- d) Alt lob apikal segment
- e) Alt lob bazal segmentler

Cevap C (*Özyardımcı, Nonspesifik Akciğer Hastalıkları, 1.baskı, 1999, s.197*)

Orta lob ve linguladan yapılan BAL'ın diğer segmentlerden yapılan BAL'a göre %20 daha fazla sıvı ve hücre içermesinden dolayıdır.

34.Büyük binalardaki sıcak su sistemlerinde duşlarda, suyla soğutulan havalandırma sistemlerinde, havuz ve göletlerde koloni oluşturarak enfekte su damlacıklarının inhalasyonu ile hastalık oluşturan pnömoni etkeni hangisidir?

- a) Coxiella burnetti
- b) Riketsiya riketsi
- c) Chlamidya psittaci
- d) Mycoplazma pnömonia
- e) Legionella pneumophila

Cevap E (*Özyardımcı, Nonspesifik Akciğer Hastalıkları, 1.baskı, 1999, s.529*)

Legionella pnömonisinin tipik özellikleri soruda tarif edilmiştir.

35.Sporları havada bulunan, inhalasyon yoluyla akciğerlere ulaşan ve daha çok vücut direnci kırılmış hastalarda özellikle üst loblarda kenarları belirsiz, içinde yarım ay şeklinde hava bulunduran kaviteler içeren lezyonlarla seyreden, başlıca klinik özelliği hemoptizi olan mantar hastalığı aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Blastomikozis
- b) Kriptokokkozis
- c) Sporotrikozis
- d) Candidiazis
- e) Aspergillozis

Cevap E (Özyardımcı, *Nonspesifik Akciğer Hastalıkları*, 1.baskı, 1999, s.570)

Aspergillozis'in tipik klinik bulguları soruda tarif edilmiştir.

36.Özellikle homoseksüellerde, IV ilaç alışkanlığı olanlarda, hemofililerde, AIDS'lilerde ve 4-16 haftalık debil bebeklerde oportunist pnömoneye neden olan protozon hangisidir?

- a) Strongloides stercoralis
- b) Ascaris lumbricoides
- c) Pneumocystis carinii
- d) Ixioncherea bananefti
- e) Paragonimus Westermani

Cevap C (Özyardımcı, *Nonspesifik Akciğer Hastalıkları*, 1.baskı, 1999, s.604-605)

İmmun suprese hastalarda pneumocystes carinii pnömoneisi sık görülür.

37.Glomerül ve alveolar bazal membranlarında antikorların saptandığı, pulmoner hemoraji ve demir eksikliği anemisinin birlikte görüldüğü otoimmün zeminli hastalık aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Poliarteritis nodosa
- b) Good-Pasteur sendromu
- c) SLE
- d) Romatoid artrit
- e) Sjögren sendromu

Cevap B (Özyardımcı, *Nonspesifik Akciğer Hastalıkları*, 1.baskı, 1999, s.640)

Good-Pasteur sendromunun tipik özellikleri soruda belirtilmiştir.

38.Sağ kalp kataterinin göğüs hastalıkları açısından endikasyonları aşağıdakilerden hangisi değildir?

- a) Kronik obstrüktif akciğer hastalığının takibinde, tedavinin etkinliğini değerlendirme
- b) Restriktif akciğer hastalıklarında özellikle pnömokonyozlarda pulmoner dolaşımdaki değişmelerin malüliyet (iş görmezlik) üzerine etkilerini değerlendirme

- c) Pulmoner arter kanındaki bazı medyatörlerin saptanmasıyla akciğer hastalıklarının tanı ve tedavisini yönlendirme
- d) Bronş karsinomlarının tanısında ve preoperatif değerlendirme
- e) Uyku-apne sendromlu hastalarda pulmoner hemodinamideki değişmeleri göstermede

Cevap D (Özyardımcı, *Nonspesifik Akciğer Hastalıkları*, 1.baskı, 1999, s.232)

Çünkü, bronş kanserinin tanısında sağ kalp kataterizasyonunun yeri yoktur.

39.Torakoskopi aşağıdakilerden hangisinde kullanılmaz?

- a) Plevra hastalıklarının tanısında
- b) İnterstisyel akciğer hastalığı ve akciğer biyopsisi
- c) Mediastinal tümör ve lenfadenopatilerin tanısında
- d) Şüpheli pulmoner nodüller
- e) Santral tip bronş karsinomlarının tanısında

Cevap E (Özyardımcı, *Nonspesifik Akciğer Hastalıkları*, 1.baskı, 1999, s.269-271)

Santral tip bronş karsinomlarında torakoskopik bulguların önemi yoktur.

40.Aşağıdakilerden hangisi akciğer rezeksiyonlarından sonra sık görülen komplikasyonlardan değildir?

- a) Solunum yetmezliği
- b) Miyokard infarktüsü ve aritmiler
- c) Bronkoplevral fistül ve ampiyem
- d) İntertisyel fibrozis
- e) Pulmoner emboli

Cevap D (Özyardımcı, *Nonspesifik Akciğer Hastalıkları*, 1.baskı, 1999, s.273)

Fibrozisin oluşması için uzun zamana ihtiyaç vardır ve rezeksiyonla ilgisi yoktur.

41.İntralober sekestrasyon için aşağıdakilerden hangisi doğru değildir?

- a) Plevra ile çevrili, trakeo-bronşiyal ağdan ayrı akciğer parçasıdır.
- b) Olguların %80'i konjenitaldir.
- c) Kanlanması sistemik arterlerden olur.
- d) Çoğunlukla tekrarlayan pnömone atakları sonucu edinse olarak oluşur.
- e) Olguların %98'i alt loblarda sınırlıdır.

Cevap B (Özyardımcı, *Nonspesifik Akciğer Hastalıkları*, 1.baskı, 1999, s.303)

İntralober sekestrasyon olgularının ancak %5'i konjenitaldir.

42. Akut bronşitte aşağıdakilerden hangisi bronşlarda görülen patolojik değişikliklerden değildir?

- a) Hiperemi
- b) Mukozal ödem
- c) Müköpürülan eksuda
- d) Lökosit göçü
- e) Bronş duvarlarında kalınlaşma

Cevap E (Özyardımcı, *Nonspesifik Akciğer Hastalıkları*, 1.baskı, 1999, s.348)

A. Bronşitte duvar kalınlaşması görülmez. Bu durum kronik bronşitte görülür.

43. Kronik bronşit patogeneğinde aşağıdakilerden hangisi doğru değildir?

- a) Bronş mukozasında ödem ve hipertrofi görülür.
- b) Bronş mukozasında atrofi görülür.
- c) Goblet hücre sayısında azalma olur.
- d) Mukus salgısında artma olur.
- e) Siliyer aktivitede azalma olur.

Cevap C (Özyardımcı, *Nonspesifik Akciğer Hastalıkları*, 1.baskı, 1999, s.364)

Dış irritanlara bağlı olarak goblet hücre sayısında artma olur.

44. Aşağıdakilerden hangisi bronşektazi ile ilgili değildir?

- a) Uzun süreli öksürük
- b) Balgam çıkarmada zorluk ve balgam miktarının azalması
- c) Hemoptizi
- d) Çomak parmak
- e) Sık alt solunum yolu enfeksiyonları

Cevap B (Özyardımcı, *Nonspesifik Akciğer Hastalıkları*, 1.baskı, 1999, s.379)

Balgam bol miktardadır ve kolayca çıkarılır.

45. Aşağıdaki ilaçlardan hangisinin bronkodilatatör etkisi yoktur?

- a) Adrenalin
- b) Metil ksantinler
- c) Antikolinergik ilaçlar
- d) Beta 2 reseptör stümulanları
- e) Nedokromil sodyum

Cevap E (Özyardımcı, *Nonspesifik Akciğer Hastalıkları*, 1.baskı, 1999, s.407-414)

Nedokromil sodyum, antiinflamatuvar etkili olup, mast hücre stabilizasyonu ile profilaksi amacıyla kullanılır.

46. Aşağıdakilerden meslek astması için yanlış olanı işaretleyiniz.

- a) Meslek astması en fazla izosiyanatlar ile oluşur.
- b) Meslek astması hem organik hem de inorganik maddelerle oluşabilir.

- c) Yüksek molekül ağırlıklı maddeler ve işyerinde üretilen proteinler meslek astmasını IgE ile bağlantılı klasik reaksiyonla yaparlar.
- d) Düşük molekül ağırlıklı maddeler genelde IgE yoluyla meslek astmasını oluştururlar.
- e) Meslek astmında en karakteristik semptom işyerinde başlayan hırıltılı solunum ve nefes darlığıdır.

Cevap D (Özyardımcı, *Nonspesifik Akciğer Hastalıkları*, 1.baskı, 1999, s.966)

Düşük molekül ağırlıklı maddeler, inflamasyonun ön planda olduğu astım oluştururlar.

47. Pulmoner tromboembolide aşağıdaki durumlardan hangisinde antikoagülan tedavi kontrendike değildir?

- a) Aktif kanama
- b) Hemofili
- c) Serebrovasküler hemoraji
- d) İntrakraniyal arteriovenöz malformasyon
- e) Pnömoni

Cevap E (Özyardımcı, *Nonspesifik Akciğer Hastalıkları*, 1.baskı, 1999, s.1023)

İntrakraniyal arteriovenöz malformasyonlarda antikoagülan tedavi kontrendike değildir.

48. Aşağıdakilerden hangisi eksudatif plevra sıvısı için yanlıştır?

- a) Protein %3 gr'dan fazla
- b) Dansite 1015'in üstünde
- c) Hücre fazla, lenfosit parçalı, epitel hücresi olması
- d) Rivalta müsbet
- e) Görünüm berrak, hafif sarı

Cevap E (Özyardımcı, *Nonspesifik Akciğer Hastalıkları*, 1.baskı, 1999, s.1048)

Görünüm berrak, hafif sarı olması transudatif plevral sıvının özelliğidir.

49. Good pasture sendromu ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Good pasture sendromunda diffüz alveolar hemoraji ile glomerülo nefrit birlikte görülür.
- b) Akciğer ve böbrek dokusundaki antikor birikimi nodüler tarzdadır.
- c) Hastanın serum, böbrek ve akciğer dokusunda antiglomerüler bazal membran antikorları saptanır.
- d) Diffüz alveolar hasar en sık izlenen ölüm nedenidir.
- e) Doku uygunluğu antijenlerinden HLA DRW₂ ve HLA B₇ sıklıkla pozitifdir.

Cevap B (Özyardımcı, *Nonspesifik Akciğer Hastalıkları*, 1.baskı, 1999, s.987)

Antikor birikimi lineer tarzdadır.

50. Aşağıdakilerden hangisi tümör marker'ı değildir?

- a) AFP
- b) HCG
- c) CALLA
- d) CA 19-9
- e) HLA-DR4

Cevap E (Özyardımcı, Nonspesifik Akciğer Hastalıkları, 1.baskı, 1999, s.725)

HLA, insan doku uygunluk Ag'dir.

51. Aşağıdakilerden hangisi küçük hücreli akciğer kanserinin özelliklerinden değildir?

- a) Santral lokalizasyon gösterir.
- b) Malignite tandansları keratinizasyon ile birlikte artar.
- c) Oluşumunda sigara ve hava kirliliği etkendir.
- d) Çok süratli metastaz yaparlar.
- e) Sitostatik tedaviye iyi cevap verirler.

Cevap B (Özyardımcı, Nonspesifik Akciğer Hastalıkları, 1.baskı, 1999, s.737)

Malignite tandansları keratinizasyonla artan, epidermoid kanserdir.

52. Aşağıdakilerden hangisi paraneoplastik sendrom değildir?

- a) Cushing sendromu
- b) Karsinoid sendrom
- c) Periferik nöropati
- d) Horner sendromu
- e) Geçici ve nöks edici tromboflebit

Cevap D (Özyardımcı, Nonspesifik Akciğer Hastalıkları, 1.baskı, 1999, s.739)

Horner sendromu, metastaza bağlı olarak ortaya çıkar.

53. Akciğere metastaz aşağıdakilerden en sık hangi yolla olur?

- a) Tümör embolizasyonu
- b) Lenfatik yolla
- c) Transbronşial yolla
- d) Komşuluk yoluyla
- e) Akciğere metastaz olmaz.

Cevap A (Özyardımcı, Nonspesifik Akciğer Hastalıkları, 1.baskı, 1999, s.791)

Akciğer kan dolaşımı açısından zengin bir yapıya sahip olduğu için en sık tümör embolizasyonu ile oluşur.

54. Kanser metastazının patogenezinde hangi sıralama doğrudur?

- 1) Hareket ve kopma
- 2) Embolizasyon
- 3) Tutunma ve durma
- 4) Damar dışına çıkma
- 5) Kümeleşerek yaşama
- 6) Anjiogenez ve progresif büyüme

- a) 1,2,3,4,5,6
- b) 1,2,5,3,4,6
- c) 1,5,2,3,6,4
- d) 5,2,3,4,1,6
- e) 6,1,2,5,3,4

Cevap E (Özyardımcı, Nonspesifik Akciğer Hastalıkları, 1.baskı, 1999, s.790)

Kanser metastazında önce tek kanser hücresinde anjiogenez ve progresif büyüme görülür. Daha sonra hareket ve kopmayı embolizasyon takip eder, kümeleşerek yaşamaya başlayan yeni oluşum bir organda tutunma ve durma olduktan sonra damar dışına çıkarak metastatik gelişimi tamamlar.

55. Pnömosistis carini pnömonisinde en etkili tedavi aşağıdakilerden hangisi ile yapılır?

- a) İmipenem-silastatin
- b) Amfoterisin-B
- c) Trimetopirim sülfametaksazol
- d) Piperasilin-tazobaktam
- e) Vankosilin

Cevap C (Özyardımcı, Nonspesifik Akciğer Hastalıkları, 1.baskı, 1999, s.669)

Pnömosistis carini pnömonisinde en etkili tedavi trimetoprim sülfametaksazol ile yapılır.

56. HIV(+) kişilerde en fazla görülen mikobakteri türü hangisidir?

- a) M. Tüberkülozis
- b) M. Bovis
- c) M. Avium intraselülare
- d) M. Hominis
- e) M. Cansasi

Cevap C (Özyardımcı, Nonspesifik Akciğer Hastalıkları, 1.baskı, 1999, s.680)

HIV(+) kişilerde en fazla görülen mikobakterium türü M. Avium intraselülare'dir.

57. Loeffler sendromu etkeni nedir?

- a) Trichuris trichura
- b) Ascaris lumbricoides
- c) Enterobius vermicularis
- d) Taenia saginata
- e) Taenia solium

Cevap B (Özyardımcı, Nonspesifik Akciğer Hastalıkları, 1.baskı, 1999, s.852)

Loeffler sendromu etkeni Ascaris Lumbrucoides'dir.

58. Tüberküloz ile birlikte en sık hangi çeşit pnömokonyoz görülür?

- a) Kömür işçisi pnömokonyozu
- b) Silikozis
- c) Asbestozis
- d) Kaplan sendromu
- e) Hiçbiri

Cevap B (Özyardımcı, *Nonspesifik Akciğer Hastalıkları*, 1.baskı, 1999, s.946)

Siliko ve tüberküloz arasında karşılıklı olumsuz etkileşme olmakta, biri diğerine predispozisyonu arttırmaktadır.

59.Sigara bırakımında kullanılan farmakolojik tedavide hangisi kullanılmaz?

- a) Lobeline sulfat
- b) Amfetamine
- c) Clonidin
- d) Bupropion
- e) Prazosin

Cevap E (Özyardımcı, *Nonspesifik Akciğer Hastalıkları*, 1.baskı, 1999, s.1280)

Sigara bırakımında kullanılan farmakolojik tedavide prazosinin yeri yoktur.

60.Nikotin yoksunluğuna bağlı semptomlar aşağıdakilerden hangisi değildir?

- a) İrritabilite
- b) Konsantrasyon güçlüğü
- c) Kalp hızında artma
- d) İştah artışı
- e) Anksiyete

Cevap C (Özyardımcı, *Nonspesifik Akciğer Hastalıkları*, 1.baskı, 1999, s.1282)

Nikotin yoksunluğuna bağlı kalp hızında azalma görülür.

61.Diyafagma paralizisi düşünülen bir hastada diyafagma hareketlerini değerlendirmede en duyarlı tetkik aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Solunum fonksiyon testleri
- b) Fizik muayene
- c) Floroskopi
- d) Bilgisayarlı tomografi
- e) Sintigrafi

Cevap C (Cecil Essentials of Medicine, Türkçesi, 3.baskı, 1995, s.176; Barış, *Solunum Hastalıkları Temel Yaklaşım*, s.345)

Diyafagma hareketlerini değerlendirmede floroskopi en duyarlı yöntemdir.

62.Aşağıdaki görüntüleme yöntemlerinden hangisi plevral effüzyonu en iyi gösterir?

- a) Oblik akciğer grafisi
- b) Apikolordotik grafi
- c) Floroskopi
- d) Bronkografi
- e) Lateral decubitus grafisi

Cevap E (Cecil Essentials of Medicine, Türkçesi, 3.baskı, 1995, s.173; Barış, *Solunum Hastalıkları Temel Yaklaşım*, s.38)

Plevral effüzyonlar en iyi lateral decubitus akciğer grafisinde görülebilir.

63.Ekspirasyonda çekilen akciğer grafisi aşağıdaki hastalıkların hangisinin tanısında kullanılır?

- a) Pnömoni
- b) Plörezi
- c) Pnömotoraks
- d) Tüberküloz
- e) İnterstisyel akciğer hastalığı

Cevap C (Parsons, *Pulmonary Respiratory Therapy Secrets*, 1997, s.9)

Pnömotoraks tanısında ekspirasyonda çekilen akciğer grafisi kullanılır.

64.Aşağıdaki tetkiklerden hangisi pulmoner embolinin tanısında altın standarttır?

- a) Ventilasyon sintigrafisi
- b) Perfüzyon sintigrafisi
- c) Pulmoner anjiyografi
- d) Toraks bilgisayarlı tomografi
- e) D-dimer

Cevap C (Barış, *Solunum Hastalıkları Temel Yaklaşım*, s.399)

Pulmoner emboli tanısında altın standart pulmoner anjiyografidir.

65.Sarkoidozis hastalığında kesin tanı aşağıdakilerden hangisi ile konur?

- a) Kweim deri testi
- b) Bronkoalveoler lavaj
- c) Serum ACE düzeyi
- d) Bilgisayarlı tomografi
- e) Transbronşiyal biyopsi

Cevap E (Cecil Essentials of Medicine, Türkçesi, 3.baskı, 1995, s.154; Barış, *Solunum Hastalıkları Temel Yaklaşım*, s.245)

Sarkoidozis hastalığında en kesin tanı transbronşiyal biyopsi ile konur.

66.Sarkoidoziste görülmeyen bulgu aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Bilateral hiler LAP
- b) Kazeifiye granülom
- c) Artrit
- d) Eritema nodozum
- e) İnterstisyel fibrozis

Cevap B (Cecil Essentials of Medicine, Türkçesi, 3.baskı, 1995, s.154; Barış, *Solunum Hastalıkları Temel Yaklaşım*, s.240)

Sarkoidoziste kazeifiye granülom görülmez. Sarkoidoziste görülen granülomun özelliği non-kazeifiye oluşudur.

67.Heerfordt sendromunun bulgularından olmayan hangisidir?

- a) Ateş
- b) Parotis iltihabı
- c) Fasiyal sinir felci
- d) Artralji
- e) Anterior uveit

Cevap D (*Cecil Essentials of Medicine, Türkçesi, 3.baskı, 1995, s.154; Barış, Solunum Hastalıkları Temel Yaklaşım, s.244*)

Heerfordt sendromu: Ateş+parotis iltihabı+fasiyal sinir felci+anterior uveit'dir. Artralji görülmez.

68.Löfgren sendromunun bulgularından olmayan hangisidir?

- a) Ateş
- b) İridosiklit
- c) Bilateral hiler adenopati
- d) Eritema nodozum
- e) Artralji

Cevap B (*Cecil Essentials of Medicine, Türkçesi, 3.baskı, 1995, s.154; Barış, Solunum Hastalıkları Temel Yaklaşım, s.245*)

Sarkoidozisin klinik görünülerinden biri olan Löfgren sendromu: Ateş+artralji+bilateral hiler adenopati+eritema nodozumdan oluşur. İridosiklit bu bulgulardan biri değildir.

69.Hastanede yatan hastalarda aşağıdakilerden hangisi ARDS'a en sık yol açar?

- a) Pnömoni
- b) Bronşiektazi
- c) Astma bronşiyale
- d) Sepsis sendromu
- e) Pulmoner hipertansiyon

Cevap D (*Fishman's Pulmoner Disease and Disorders, 3.baskı, 1998, s.2549*)

Seattle'da yapılan araştırmada sepsis sendromunun 10 kat daha fazla insidansla ARDS ile birlikte olduğu görülmüştür.

70.Aspirasyon pnömoninin tedavisinde aşağıdakilerden hangisi uygulanmaz?

- a) İntravenöz mayi
- b) Oksijen
- c) Trakeal aspirasyon
- d) Antibiyotik
- e) Sedasyon

Cevap E (*Fishman's Pulmoner Disease and Disorders, 3.baskı, 1998, s.2015*)

İnhale edilen solid materyalin obstrüktif ateletazisi ve hidroklorik asit tarafından akciğerlerde akut inflamasyon olduğu için solunum deprese edecek sedatifler kullanılmaz.

71.Primer pulmoner hipertansiyon nereden kaynaklanır?

- a) Küçük pulmoner arterlerden
- b) Büyük pulmoner arterlerden
- c) Pulmoner kapillerlerden
- d) Alveol duvarının fibrozisinden
- e) Diffüz alveolar hemoraji

Cevap A (*Fishman's Pulmoner Disease and Disorders, 3.baskı, 1998, s.1271*)

Primer pulmoner hipertansiyon 40-300 mikron arasındaki küçük pulmoner arterlerin musküler hipertrofisi ve intima hiperplazisi sonucunda gelişir.

72.ARDS'de en önemli patolojik bulgu hangisidir?

- a) Fibrin eksudasyonu
- b) Yaygın alveolo-kapiller hasar
- c) Konjesyon
- d) Hemoraji
- e) Ülserasyon

Cevap B (*Fishman's Pulmoner Disease and Disorders, 3.baskı, 1998, s.2538*)

ARDS'de sıvı birikimi, endotelial ya da epitel hücrelerinde oluşan hasar sonucu alveolo-kapiller membran geçirgenliğinde artışa bağlıdır.

73.Alveollerde hyalen membran oluşumu ile seyreden hastalık hangisidir?

- a) Pnömoni
- b) Bronşiektazi
- c) Alveolar proteinozis
- d) Silikozis
- e) ARDS

Cevap E (*Fishman's Pulmoner Disease and Disorders, 3.baskı, 1998, s.2545*)

ARDS'de en karakteristik bulgu alveoller ve genişleyen alveol duktusları döşeyen hyalen membranlardır. Bu membranların epitel hücreleri inflamatuvar hücreler ve proteinden zengin mayi ile karışmıştır.

74.Aşağıdakilerden hangisi bronşiyal duvarın destrüksiyonu ile büyük bronşların dilatasyonu hangi hastalıkta görülür?

- a) Amfizem
- b) Tüberküloz
- c) Bronşiektazi
- d) Astma bronşiyale
- e) Silikozis

Cevap C (*Fishman's Pulmoner Disease and Disorders, 3.baskı, 1998, s.2045*)

Bronşiektazi 2 mm'den büyük bronşların musküler ve elastik komponentlerinin harabiyeti ile olur.

75. Primer posterior mediastinal tümörlerden en yaygın olanı hangisidir?

- a) Özofageal kist
- b) Fibroma
- c) Bronkojenik kist
- d) Lipoma
- e) Nörojenik tümör

Cevap E (*Fishman's Pulmoner Disease and Disorders*, 3.baskı, 1998, s.1471)

En sık primer posterior tümör nörojenik tümörlerdir. Diğerleri kist, tratodermoid, timoma, lenfomadır.

76. Jeneralize obstrüktif hastalıkları hangi test azaltarak en iyi gösterir?

- a) Zamanlı vital kapasite
- b) Vital kapasite
- c) Arteriyel oksijen saturasyonu
- d) Tidal volüm
- e) Residüel volüm

Cevap A (*Fishman's Pulmoner Disease and Disorders*, 3.baskı, 1998, s.683)

İlave olarak birinci saniye ekspirasyon volümü erken dönemde obstrüksiyonu gösterir.

77. Akciğerde en sık görülen kanser türü hangisidir?

- a) Adenokarsinoma
- b) Small cell karsinoma
- c) Large cell karsinoma
- d) Squamoz cell karsinoma
- e) Miks karsinoma

Cevap D (*Fishman's Pulmoner Disease and Disorders*, 3.baskı, 1998, s.1741)

Squamoz cell karsinom Amerika'da tüm akciğer kanserlerinin %30'unu kaplamaktadır.

78. Aşağıdaki akciğer kanserlerinde hangisinde en sık ektopik endokrin sendromu gelişir?

- a) Adeno karsinoma
- b) Small cell karsinoma
- c) Large cell karsinoma
- d) Squamoz cell karsinoma
- e) Bronko-alveolar cell karsinoma

Cevap B (*Fishman's Pulmoner Disease and Disorders*, 3.baskı, 1998, s.1824)

En sık olarak ACTH, ADH seviyeleri yüksektir.

KARDİYOLOJİ

1. Peripartum kardiyomiyopati aşağıdaki durumların hangisinde sık değildir?

- a) İkiz gebelik
- b) Multipar kadınlar
- c) 30 yaşın üzerindeki maternal yaş
- d) Asyalı kadınlar
- e) Zenci kadınlar

Cevap D (*Mayo Clinic Cardiology Review*, s.412)

Peripartum kardiyomiyopati daha sık olarak ikiz gebelikler, multipar, 30 yaşın üzerinde ve zenci kadınlarda görülür. Ancak sebebi bilinmemektedir.

2. Peripartum kardiyomiyopatiye sıklıkla tanı konulduğu dönem hangisidir?

- a) Gebeliğin 1. trimestri
- b) Gebeliğin 2. trimestri
- c) Gebeliğin 3. trimestri
- d) Postpartum ilk ayda
- e) Gebeliğin herhangi bir döneminde

Cevap D (*Mayo Clinic Cardiology Review*, s.412)

Peripartum kardiyomiyopati konjestif kalp yetmezliğine neden olur. Gebeliğin geç döneminde veya erken postpartum dönemde ortaya çıkar. Bu nedenle çok sıklıkla postpartum ilk ayda saptanır.

3. Sağ ventrikül infarktüsünün klinik prezentasyonu aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Hipotansiyon
- b) Azalmış juguler venöz basınç
- c) Akciğerde raller
- d) Nabız basıncında artma
- e) Nefes darlığı

Cevap A (*Mayo Clinic Cardiology Review*, s.138)

Sağ ventrikül infarktüsü, inferior duvar infarktüsü ile birliktelik gösterir. Klinik olarak hipotansiyon, artmış juguler venöz basınç ve temiz akciğer alanlarıyla beraber şok tablosu gelişebilir.

4. Sol ventrikül diyastolik disfonksiyon bozukluğunda en sık görülen semptom aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Palpitasyon
- b) Efor dispnesi
- c) Ventriküler aritmiler
- d) Atriyal aritmiler
- e) Eforla göğüs ağrısı

Cevap B (*Postgraduate Medicine*, 1997; 101:63-73)

Diyastolik fonksiyon bozukluğu durumunda sol ventrikül ancak yüksek dolu basınçları varlığında normal

diyastol sonu basınçlara ulaşabilir. Yüksek dolu basınçları pulmoner kapiller basınçta artışa yol açar. Böylece diyastolik fonksiyon bozukluğunun en sık görülen semptomu olan efor dispnesinden sorumlu olur.

5. Aşağıdakilerden hangisi sistolik fonksiyon bozukluğuna bağlı kalp yetmezliğinin standart tedavisi içinde sayılmaz?

- a) Digoksin
- b) ACE inhibitörleri
- c) Diüretikler
- d) Beta blokerler
- e) Kalsiyum kanal blokerleri

Cevap E (*Topol, Textbook of Cardiovascular Medicine*, s.2247)

Kalsiyum kanal blokerleri sistolik fonksiyon bozukluğu olan hastalarda özellikle negatif inotropik etkilerinden dolayı tercih edilmeyen ilaçlardır.

6. Sistolik fonksiyon bozukluğu ve konjestif kalp yetmezliği olanlarda yaşam süresini uzattığı ispatlanmış ilaç grubu hangisidir?

- a) ACE inhibitörleri
- b) Digoksin
- c) Diüretikler
- d) Nitratlar
- e) Aspirin

Cevap A (*Topol, Textbook of Cardiovascular Medicine*, s.2247)

Bu hasta grubunda sadece ACE inhibitörlerinin yaşam süresini uzattığı gösterilmiştir. Digoksinin yaşam süresi üzerine olumlu bir etkisi gösterilememiştir. Diüretiklerin ise yaşam üzerine etkileri yeterince araştırılmamıştır.

7. Akut miyokard enfarktüsünde ventriküler ektopi ve mortaliteyi azalttığı gösterilmiş ilaç grubu aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Sınıf I antiaritmikler
- b) İntrensek sempatomimetik aktivitesi olmayan beta blokerler
- c) İntravenöz amiodaron
- d) Lidokain
- e) İntravenöz nitrat tedavisi

Cevap B (*Murphy, Mayo Clinic Cardiology Review*, s.185)

ISA (-) beta blokerler dışında diğer ilaçların akut miyokard enfarktüsünde mortalite üzerine olumlu etkileri yoktur.

8. Aşağıdaki fizik muayene bulgularından hangisi aort darlığında şiddetli aortik obstrüksiyona veya sol ventriküler dekompanzasyona işaret etmez?

- a) S2'de paradoks çiftleşme
- b) Erişkinde S3 duyulması
- c) Adolesan çağda S4 duyulması
- d) Geç sistolik pik yapan ejeksiyon üfürümü
- e) Ejeksiyon kliği

Cevap E (*Hurst's The Heart, 9.baskı, s.229*)

Ejeksiyon kliği tipik olarak biküspid aortik kapak varlığında duyulur. Kalsifik ve hareketsiz kapakların varlığında kaybolur. S2'de paradoks çiftleşme şiddetli aort darlığı bulgusudur ve özellikle genç hastalarda duyulur. Erişkin bir aort darlığı hastasında S3 duyulması sol ventriküler dekompanzasyon bulgusudur. Adolesan çağda işitilen S4 ise sol ventrikül hipertrofinin dolayısı ile şiddetli aort darlığının işaretidir. Yine uzamış ve geç pik yapan sistolik ejeksiyon üfürümü şiddetli aort darlığında görülür.

9. Mitral yetmezliği olan hastalarda aşağıdaki bulgulardan hangisi şiddetli mitral yetmezliğine işaret etmez?

- a) S3
- b) S1 şiddetinde artış
- c) Sistolik tiril
- d) Şiddetli sistolik üfürüm
- e) Diyastolik rulman

Cevap B (*Hurst's The Heart, 9.baskı, s.229*)

S1 şiddetinde artış mitral yetmezliğinin şiddeti ile ilişkili değildir, genellikle romatizmal mitral darlığında saptanan bir bulgudur.

10. Semptomatik ekstrasistolik atımları olan bir hastada çarpıntı hissi neye bağlıdır?

- a) Preekstrasistolik atım
- b) Ekstrasistolik atım
- c) Postekstrasistolik atım
- d) Prematür atriyal kontraksiyon
- e) Prematür ventriküler kontraksiyon

Cevap C (*Hurst's The Heart, 9.baskı*)

Çarpıntı, hastalar tarafından kalp atımının farkedilmesi olarak tanımlanan rahatsız edici bir semptomdur. Kalp ritmindeki birçok anormallikten kaynaklanabilir. Ekstrasistolik atım varlığında hastalar sıklıkla postekstrasistolik atımı farkedebilirler. Buna sebep, kompensatuar duraklamaya bağlı olarak postekstrasistolik atımın stroke volümünün artmış olmasıdır.

11. Aşağıdakilerden hangisi digoksin entoksikasyonuna zemin hazırlamaz?

- a) Hipokalemi
- b) Hiperkalsemi
- c) İleri yaş
- d) Karaciğer hastalığı
- e) Böbrek yetmezliği

Cevap D (*Braunwald, Heart Disease, A Textbook of Cardiovascular Medicine, 5.baskı, s.483*)

Hipokalemi ve hiperkalsemi ventriküler otomatiziteyi arttırarak aritmi eşliğini düşürür. İleri yaştaki hastalarda ve böbrek yetmezliği olanlarda digoksinin kan seviyeleri toksik düzeylere çıkabilir. Digoksin böbreklerden atılan bir ilaç olduğu için karaciğer disfonksiyonunda doz ayarlaması gerektirmez.

12. Acil servise başvuran ve hemodinamik olarak stabil, ventriküler taşikardili bir hastada ilk tedavi hangisi olmalıdır?

- a) I.V. beta bloker
- b) I.V. digoksin
- c) I.V. lidokain
- d) I.V. amiodaron
- e) I.V. verapamil

Cevap C (*Braunwald, Heart Disease, A Textbook of Cardiovascular Medicine, 5.baskı, s.680*)

Hemodinamik bozukluğa sebep olmayan ventriküler taşikardi, i.v. lidokain puşe ve idame infüzyonla tedavi edilebilir. Eğer aritmi medikal tedaviye cevap vermezse DC kardiyoversiyon uygulanabilir. Şok, anjina, hipotansiyon, kalp yetmezliği ve serebral hipoperfüzyon durumunda ise acilen kardiyoversiyon uygulanmalıdır.

13. Trigliseriti 550 mg/dl ve total kolesterolü 210 mg/dl olan bir hastada 3 aylık diyetle rağmen bu değerlerde önemli değişiklik olmuyorsa, hangi lipid düşürücü ilaç tercih edilmelidir?

- a) Fibrinolitik türevleri
- b) HMG CoA redüktaz inhibitörleri
- c) Niasin
- d) Safra asidi bağlayıcı reçineler
- e) Probukol

Cevap A (*Murphy, Mayo Clinic Cardiology Review, 1.baskı, 1997, s.96-97*)

Hiperlipidemili hastalar ilaç tedavisi başlamadan önce diyetle alınmalıdır. Buna rağmen lipid profili bozursa, tedaviye başlanmalıdır. HMG CoA redüktaz inhibitörleri total kolesterolün önemli kısmını oluşturan LDL kolesterol üzerinde etkilidir. Niasin, probukol ve safra asidi bağlayıcı reçineler de total kolesterol üzerinde etkilidir. Fibrinolitik türevleri ise periferde lipoprotein lipazı inhibe ederek trigliserit düzeylerini düşürür.

14. Birinci kalp sesiyle ilgili hangisi yanlıştır?

- a) Birinci kalp sesinin çiftleşmesi normal değildir.
- b) Fonokardiyografide birinci kalp sesinin dört komponenti görülebilir.
- c) Birinci kalp sesinin ikinci komponenti mitral kapağın kapanışını gösterir.
- d) Birinci kalp sesinin üçüncü komponenti triküspid kapağın kapanışını gösterir.
- e) Birinci kalp sesinin dördüncü komponenti kanın aort köküne ejeksiyonunu gösterir.

Cevap A (Hurst, 9.baskı, s.274-275)

Birinci kalp sesi sternum sol alt kenarı ile kalp apeksi arasında en iyi duyulur, genelde tektir fakat ikilenme olduğunda mitral ve triküspid kapakların kapanışlarını gösteren sesler arasında 20-30 ms bulunur. Fonokardiyografide gösterildiği gibi birinci sesin 4 komponenti vardır: birinci komponent sol ventrikül kontraksiyonunu gösterir ve işitilemez. İkinci komponent mitral, üçüncü komponent triküspid kapakların kapanmasını gösterir. Dördüncü komponent düşük frekanslı titreşimlerden oluşur ve aort köküne atılan kanın çıkardığı sestir.

15. Bir süre önce akut miyokard infarktüsü geçiren genç erkek hastanın durumu son 24 saat içerisinde perikard sürtünme sesi, narkotik ve steroidlere yanıt vermeyen plöretik tipte göğüs ağrısı ile komplike hale geliyor. Hastada ani olarak boyun venöz dolgunluğunun eşlik ettiği hipotansiyon gelişiyor. Üfürüm olmadığına göre en olası tanınız nedir?

- a) Papiller adele rüptürüne sekonder akut mitral yetmezlik
- b) Ventriküler septum rüptürü
- c) Ventrikül serbest duvar rüptürü
- d) Akut miyokard infarktüsünün genişlemesi
- e) Sağ ventrikül infarktüsü

Cevap C (Hurst, 9.baskı, s.1402)

Ventrikül serbest duvar rüptürü kardiyak tamponatla birlikte hemoperikardiyumla sonuçlanır. Hastada boyun venöz dolgunluğu ve kardiyojenik şok gelişir. Hastaların çoğunda transmural enfarktüs olduğundan narkotik ve steroidlere cevap vermeyen perikard ağrısı transmural nekrotik bölgeden sızan kan akımının yol açtığı miyokard rüptürünün delilidir. Myokard rüptürü olan hastada vagal stimülasyon nedeniyle sinüs bradikardisi gelişebilir. Ventrikül serbest duvar rüptürü nadir olarak 60 yaş altında görülür.

16. Miyokard hasarına sekonder gelişen kalp yetmezliğinde aşağıdaki fizik muayene bulgularından hangisinin görülmesi beklenmez?

- a) Sistolik üfürüm
- b) Düşük amplitüdü karotis nabzı
- c) Şiddetli apikal vuru
- d) Pulsatil karaciğer
- e) Ventriküler galo ritmi

Cevap C (Hurst, 9.baskı, s.687-749)

Konjestif kalp yetmezliği hastaları üç grupta toplanabilir. Miyokard hasarı olanlar, ventriküler basınç yüklenmesi olanlar ve volüm yüklenmesi olanlar. Myokard hasarı sonrasında gelişen konjestif kalp yetmezliğinde sistolik fonksiyon bozukluğu oluşur ve bu nedenle apikal vuru hafif, karotid nabzı düşük amplitüdüdür, karaciğer pulsatil olabilir, üçüncü kalp sesi duyulabilir ve ventriküldeki sistolik fonksiyon bozukluğunun en erken belirtisidir.

17. Aşağıdakilerden hangisi egzersize normal bir cevap değildir?

- a) Egzersiz uygulanan kaslarda vazodilatasyon
- b) Hafif egzersizde atım volümünde belirgin azalma
- c) Sistolik kan basıncında artma
- d) Venöz dönüşün artması
- e) Sinüs taşikardisi

Cevap B (Hurst, 9.baskı, s.519-521)

Maksimum treadmill egzersizi sırasında atım volümü iki katına kadar çıkabilir.

18. Austin-Flint üfürümü hangisinde duyulur?

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

Cevap C (Hurst, 9.baskı, s.299)

Austin-Flint üfürümü mitral darlığının apikal diastolik üfürümüne benzer. Fakat aort yetmezliğinde geri kaçan kanın mitral kapağa çarpmasıyla oluşur.

19. Aşağıdakilerden hangisi hipertrofik kardiyomyopatiye ani ölüm sebeplerinden değildir?

- a) Aile öyküsü
- b) Supraventriküler aritmiler
- c) Senkopal ataklar
- d) Anormal kan basıncı cevabı
- e) Ventriküler aritmiler

Cevap B (Cardiology, Mc Graw Hill, 1999, s.569)

HCMP hastalarında yapılan risk değerlendirmelerinde klinikte tekrarlayan senkopal atakların varlığı, çok sayıda ailesel erken ölüm öyküsü, non-sustained ventriküler taşikardi ve egzersizle oluşan anormal kan basıncı cevabının ani ölüm için yüksek riski belirttikleri gösterilmiştir. Supraventriküler aritmilerde böyle bir ilişki saptanmamıştır.

20. Aşağıdakilerden hangisi hipokalemide saptanan bir EKG bulgusu değildir?

- a) T dalgasında düzleşme
- b) PR mesafesinde kısalma
- c) P dalga amplitüdünde artma
- d) U dalgasında belirginleşme
- e) Prematür ventriküler aritmiler

Cevap B (Marriott, Practical Electrocardiography, s.180)

Hipokalemide izlenen tipik bulgu kardiyak aksiyon potansiyelinin iyileşme periyodunun uzamasına bağlı oluşan U dalgasındaki belirginleşmedir. Bunun dışında T dalgalarında düzleşme ve negatifleşme, ST segmentinde hafif depresyon, P dalga amplitüdünde ve genişliğinde artış, prematür atımlar ve sustained

taşiaritmiler oluşabilir. Hipokalemi PR mesafesi uzar.

21. Aşağıdakilerden hangisi atriyal fibrilasyonu olan bir hastada tromboemboli riskini arttıran faktörlerden değildir?

- a) Koroner arter hastalığı
- b) Hipertansiyon
- c) Diyabet
- d) İleri yaş
- e) Bozulmuş sol ventrikül fonksiyonları

Cevap A (*Braunwald, Heart Disease, A Textbook of Cardiovascular Medicine, 5.baskı, s.1831*)

Atriyal fibrilasyonu olan bir hastada eşlik eden kardiyovasküler hastalığın varlığı serebrovasküler hastalık riskini artırır. Yapılan çalışmalarda hipertansiyon öyküsü, diabetes mellitus, ileri yaş, geçirilmiş serebrovasküler olay öyküsü, kalp yetmezliğinin varlığının atriyal fibrilasyonda tromboembolinin bağımsız belirleyicileri olduğu gösterilmiştir. Koroner arter hastalığı ile ilgili böyle bir veri yoktur.

22. Aşağıdakilerden hangisi sağ ventrikül infarktüsünde dikkatli kullanılmalıdır?

- a) Trombolitik tedavi
- b) Aspirin
- c) IV nitrogliserin
- d) Sıvı tedavisi
- e) Dolantin

Cevap C (*Braunwald, Heart Disease, A Textbook of Cardiovascular Medicine, 5.baskı, s.1241*)

Sağ ventrikül infarktüsünde sağ ventrikül outputunun azalması sol ventrikül outputunu da düşürerek arteriyel kan basıncında belirgin düşmeye yol açabilir. Bu nedenle sağ ventrikül infarktüsü olan bir hastada IV nitrogliserin çok düşük dozlarda bile belirgin hipotansiyona yol açabilir. Özellikle inferior MI olan bir hastada nitrogliserin ile belirgin hipotansiyon gelişen hastalarda sağ ventrikül MI mutlaka akla gelmelidir.

23. Aşağıdakilerden hangisinde çömelme ile üfürüm şiddetinde artış olmaz?

- a) Trikuspit yetersizliği
- b) Aort stenozu
- c) Atriyal septal defekt
- d) Pulmoner stenoz
- e) Hipertrofik obstruktif kardiyomiopati

Cevap E (*Cardiology, Mc Graw Hill, s.107-108*)

Hipertrofik kardiyomiopati periferel vasküler rezistansın düşmesi obstruksiyonu artırır. Periferel rezistansı arttıran durumlar ise intrakaviter obstruksiyonu ve dolayısıyla üfürüm şiddetini azaltırlar. Çömelme periferel rezistansı arttıran bir manevra olduğundan HOCMP üfürümünü azaltır.

24. Hangisi masum üfürümlerin özelliklerinden değildir?

- a) Çocuklarda ve genç erişkinlerde duyulur.
- b) En iyi sol ikinci interkostal aralıkta alınır.
- c) Karakter olarak diyastoliktir.
- d) Ana pulmoner arter duvarının ya da pulmoner kapağın titreşiminden oluşur.
- e) Şiddeti genellikle 2/6'dır.

Cevap C (*Cardiology Secrets, 1995, s.1-2*)

Masum üfürümler midsistolik üfürümlerdir. Diyastolik üfürümler ise genellikle patolojiktir.

25. Hangisi S3'ün oluşum mekanizmasıdır?

- a) Atrioventriküler kapakların kapanması
- b) Semilunar kapakların kapanması
- c) Atriyumların kompliyansı azalmış ventriküle karşı kasılması
- d) Ventriküllerin hızlı dolum fazında, ventrikül duvarının ani gerilmesi
- e) S2'nin sabit çiftleşmesi

Cevap D (*Cardiology, WB Saunders Company, 1998, s.50-54*)

Atrioventriküler kapakların kapanması ile S1, semilunar kapakların kapanmasıyla S2 oluşur. S3 ventriküllerin hızlı dolum fazının sonunda; ventrikül duvarının ani gerilmesi ile oluşur. Genellikle sol ventrikül tarafından oluşturulur, apekte, steteskobun çan kısmıyla iyi duyulur. Gençlerde ve gebelikte duyulması normaldir. Ancak orta yaşlı/yaşlı hastalarda sol ventrikül yetmezliğinin göstergesidir. S4 atriyumların kompliyansı azalmış ventriküle karşı kasılması ile olur. S1'den hemen sonra duyulur. Aort stenozu, hipertansiyon, iskemik kalp hastalığında duyulabilir.

26. EKG'de atrioventriküler ileti zamanını hangisi gösterir?

- a) P dalgası
- b) PR aralığı
- c) QRS aralığı
- d) QT aralığı
- e) ST segmenti

Cevap B (*Chung, Pocket Guide to ECG Diagnosis, 1996, s.24*)

Atriyal depolarizasyonun başlamasından, ventrikül depolarizasyona dek geçen zaman PR aralığıdır. Erişkinlerde 0.12-0.2 sn kadardır.

27. EKG hangisi hakkında bilgi vermez?

- a) İskemik kalp hastalıkları
- b) Kalp yetmezliğinin şiddeti
- c) Ritm ve ileti bozuklukları
- d) Bazı elektrolit ve ilaç etkileri
- e) Kalp boşluklarında hipertrofi ve genişleme

Cevap B (*Cardiology Secrets, 1995, s.17-22*)

EKG'nin esas kullanım alanı miyokard iskemisi, infarktüsü ile ritm, ileti bozukluklarının tanınmasıdır. Bunun dışında bazı elektrolit bozukluklarında ve ilaçların kullanımı sonucunda EKG değişiklikleri olmaktadır: Örneğin hiperkalemide dar sivri T dalgaları, P dalga amplitüdünde azalma ve intraventriküler ileti bozuklukları olur. Hipokalemide belirgin U dalgaları ve ST segment değişiklikleri olabilir. Serum kalsiyum düzeyi QT intervalini etkiler ve hipokalsemide QT uzar. Dijital ST segment değişiklikleri yapar. Klas IA antiaritmikler QT'yi uzatır. EKG ventriküler hipertrofi ve atriyal genişleme hakkında bilgi verir.

28.Ekokardiyografi ile hangisi değerlendirilemez?

- a) Kalp kapak hastalıkları
- b) Kalp boşluklarının boyutları
- c) Koroner arter anatomisi
- d) Sol ventrikül sistolik fonksiyonu
- e) Perikardiyal sıvı

Cevap C (*Cardiology, WB Saunders Company, 1998, s.71-72*)

Koroner arter anatomisi ve darlığı koroner anjiyografi ile değerlendirilir. Ekokardiyografi iskemik kalp hastalıkları hakkında dolaylı bilgi verir.

29.Sinüs nod arteri genellikle hangisinin dalıdır?

- a) Sol ana koroner arter
- b) Sağ koroner arter
- c) Sirkumfleks arter
- d) Sol ön inen arter
- e) Arka inen arter

Cevap B (*Cardiology Secrets, 1995, s.53*)

Sinus nod arteri sağ koroner arterin dalıdır.

30.Yirmidört yaşında bayan hasta acile çarpıntı yakınması ile başvurdu. Hikayesinden daha önce de benzer çarpıntı atakları olduğu öğrenilen hasta, kullandığı ilaca 2 aydır ara verdiğini ifade etmektedir. EKG'sinde 180/dak. hızında, P dalgalarının görülmediği, dar QRS'li düzenli bir ritm ve ST segment depresyonu mevcuttur. Bu hastanın acildeki tedavisinde hangisinin yeri yoktur?

- a) β bloker
- b) Sublingual nitroglicerinin
- c) Adenozin
- d) Verapamil
- e) Diltiazem

Cevap B (*Cardiology Secrets, 1995, s.63*)

Hastada PSVT tanımlanmaktadır. Tedavide iv vera-

pamil, diltiazem, adenozin, metoprolol, esmolol gibi ajanların yeri vardır. ST depresyonu hızla ilgilidir.

31.Ventriküler taşikardinin akut tedavisinde kullanılan farmakolojik ajan hangisidir?

- a) Lidokain
- b) Verapamil
- c) Meksiletin
- d) Digoksin
- e) Propafenon

Cevap A (*Cardiology, WB Saunders Company, 1998, s.197*)

32.Aşağıdaki pacemaker modlarında hangisi çift odacıklı bir pacemakerdir?

- a) VVIR
- b) DDD
- c) VDD
- d) VVI
- e) VDI

Cevap B (*Braunwald, Heart Disease, A Textbook of Cardiovascular Medicine, 5.baskı, s.705-742*)

Pacemaker kodlama sisteminde birinci harf uyarı sağlayan yeri göstermektedir. Pace edilen yer sadece atriyum veya ventrikülde ise tek odacıklı hem atriyum hem de ventrikülde ise çift odacıklı olarak adlandırılmaktadır. Buna göre seçenekler arasında bu tanıma uyan DDD pacemaker görülmektedir. D harfi Dual kelimesinin baş harfi olup pacemakerin hem atriyum hem de ventrikülden uyarı yapma özelliği ve dolayısıyla çift odacıklı bir pacemakerin simgesidir.

33.Aşağıdakilerden hangisi hipertrofik kardiyomiopati için yanlıştır?

- a) Hastaların yaklaşık %25'inde sol ventrikül çıkış yolunda belirgin gradient vardır.
- b) Otozomal dominant geçişlidir.
- c) Sol ventrikülün diyastolik fonksiyonu ve kompliansı bozulmuştur.
- d) Tedavisinde digital glikozidleri kullanılır.
- e) İnterventriküler septum kalınlığı/arkada duvarın kalınlığı>1.3

Cevap D (*Braunwald, Heart Disease, A Textbook of Cardiovascular Medicine, 5.baskı, s.1404-1464*)

Hipertrofik kardiyomiopati için yanlış olan tanım "d" seçeneği olmaktadır. HCM'de ön planda olan fonksiyonel bozukluk, kalbin diyastolik fonksiyon bozukluğu olması ve ayrıca yaklaşık vakaların dörtte birinde çıkış yolundaki darlık nedeniyle tedavisinde digital glikozidlerin yeri yoktur.

34.Kırksekiz yaşında erkek hasta epizodik palpitasyon, paroksizmal nokturnal dispne, nokturnal enüresis ve anjina pektoris şikayetleriyle başvuruyor. Hastanın eşi ayrıca çok fazla horladığını ve yakın zamanda araba kazası geçirdiğini belirtiyor. Fizik muayenesinde TA: 190/100 mmHg ve hafif obez görünümde, laboratuvar incelemesinde Htc: %58 olarak saptanıyor. Bu hastada aşağıdaki kardiyak patolojilerden hangisini beklersiniz?

- a) Mitral stenosis
- b) Aort stenozu
- c) Sağ ventrikül hipertrofisi
- d) Pulmoner stenoz
- e) Atrial septal defekt

Cevap C (Burrek B. *The Hypersomnia-Sleep Apne Syndrome: It's Recognition in Clinical Cardiology. Am Heart J* 107:543)

Bu hasta uyku-apne sendromunun klasik bulgularını tanımlamaktadır. Bu hastalar gündüzleri uyuklarlar, gece horlaması ve apne episodları tanımlarlar, geceleri uykusuzdurlar, işlerini yapmakta güçlük çekerler ve araç üzerindeyken uyuklamaları nedeniyle sık sık kaza yaparlar. Uyku apne sendromunun etiyojisi bilinmemekle birlikte üç tipi tanımlanmıştır. Sentral apne, obstrüktif apne ve mikst apne. Sentral apnede solunum işlevini sürdürecekt düzeyde santral sinir sisteminden yeterli sempatik akışın olmamasına bağlıdır. Obstrüktif tipte üst solunum yollarının saatte 40-100 kez geçici obstrüksiyonu görülür. Apne periyodlarında PO₂ 20-25 mmHg ve PO₂ satürasyonu %50'nin altına düşer, oluşan hipoksemi nedeniyle polisitemi, kardiyak aritmiler, pulmoner kapiller kama basıncı artışına bağlı dispne, pulmoner hipertansiyon ve sağ ventrikül hipertrofisi görülür.

35.Hangi konjenital kalp defektinin hayatın ilk haftası içinde konjestif kalp yetmezliği yapma insidansı en azdır?

- a) Şiddetli valvüler yetmezlik
- b) Aort atrezisi
- c) VSD
- d) Ciddi aort stenozu
- e) Aort koarktasyonu

Cevap C (Lutz, *The Heart, 7.baskı, 1990, s.658-659*)

Hayatın ilk 18 saatindeki Konjestif Kalp Yetmezlikleri pulmoner akımlar ile ilişkisiz lezyonlara bağlıdır. Pulmoner sisteme gönderdiği kan miktarını arttırarak yetmezliğe yol açan VSD, pulmoner vasküler rezistansın belirgin olarak düştüğü, ikinci haftaya kadar gözlenmez.

36.Ani göğüs ağrısı ve erken diastolik aort yetmezliği üfürümü aşağıdakilerin hangisini düşündürür?

- a) Akut bakteriyel endokardit
- b) Aort disseksiyonu
- c) VSD

- d) Aort kapağının miksomatik prolapsusu
- e) Sinüs valsalva anevrizması rüptürü

Cevap B (Lutz, *The Heart, 7.baskı, 1990, s.809-812, 1416*)

Göğüs ağrısı ile birlikte aort odağında ani diastolik üfürüm, asendan aortanın disseksiyonunu düşündürür. Infektif endokarditte göğüs ağrısı nadiren bulunur. VSD'lerde aort yetmezliği olsa bile yeni başlamış değildir. Miksomatöz rüptür kronik regürjitasyona yol açar ve göğüs ağrısı ile birlikte değildir. Sinüs valsalva anevrizmaları sıklıkla sağ kalbe rüptüre olur ve sürekli üfürüm duyulur.

37.Koroner by pass operasyonlarından sonra hangi komplikasyon en sık görülür?

- a) Kalp tamponadı
- b) Aort disseksiyonu
- c) Atriyal fibrilasyon
- d) Postoperatif miyokard infarktüsü
- e) Stroke

Cevap C (Lutz, *The Heart, 7.baskı, 1990, s.1035*)

Atriyal fibrilasyon sıklıkla perikardit ve hipoksi ile birlikte ve vakaların %25'inde görülür. Aort disseksiyonu hipertansiyon veya cerrahi travma sebebiyle gelişebilir de çok nadirdir. Kalp tamponadı %2 oranında görülür. Postoperatif MI ve stroke %5 oranında görülürler.

38.Hangi durumda infektif endokardit riski en azdır?

- a) Protetik kalp kapağı varlığı
- b) Atriyal septal defekt
- c) Ventrikül septal defekt
- d) Patent ductus arteriosus
- e) Aort koarktasyonu

Cevap B (Lutz, *The Heart, 7.baskı, 1990, 1231-1232*)

Atriyal septal defekt, koroner arter hastalığı, sifilitik aortik pacemaker implantasyonu ve protez kullanmadan onarılmış kalp defekleri İnfektif Endokardit yönünden düşük risk grubunu oluştururlar.

39.Aşağıdakilerden hangisi stabil anjina pektorisin karakteristiği değildir?

- a) Soğuk ile temas ağrısı tetikleyebilir.
- b) Kısa etkili nitratlara yanıt vardır.
- c) İstirahat ağrısı vardır.
- d) Ağrı retrosternaldir.
- e) Heyecanlanma, hızlı yürüme ağrısı tetikler.

Cevap C (Braunwald, *Heart Disease, Chronic Coronary Artery Disease, 1996, s.1289*)

Stabil anjina 20 dakikadan kısa süreli, kısa etkili nitratlara cevap veren, dinlenme ile geçen, sıklıkla soğuk, heyecanlanma ve fizik aktivite ile oluşan retrosternal lokalizasyonda ağrıdır. İstirahat ağrısı instabil anjinayı düşündürür.

40. Akut miyokard infarktüsüne ait enzim değişikliklerinden hangisi yanlıştır?

- CPK 6 saat içinde yükselir 24 saatte pik yapar.
- CPK'nın MB fraksiyonu miyokarda spesifiktir.
- SGOT (AST) miyokard infarktüsünden 8-12 saat sonra yükselmeye başlar.
- LDH1/LDH2 oranı 1'in üzerinde ise miyokard nekrozu vardır.
- LDH miyokard infarktüsünden sonraki 2 saatte yükselmeye başlar.

Cevap E (*Braunwald, Heart Disease, Acute Myocardial Infarction, 1996, s.1184*)

LDH 24 saatte yükselmeye başlar 3-6 günde pik yapar, kan düzeyi 8-14 gün yüksek kalır.

41. Aşağıdakilerden hangisi akut miyokard infarktüsünün mekanik komplikasyonu değildir?

- Dressler sendromu
- Papiller adele rüptürü
- VSD
- Serbest duvar rüptürü
- Pseudo anevrizma

Cevap A (*Braunwald, Heart Disease, Acute Myocardial Infarction, 1996, s.1190*)

Dressler sendromu akut miyokard infarktüsünden sonra gelişen perikardit tablosudur. Diğer şıklar AMI'a bağlı mekanik komplikasyonlardır.

42. Pulmoner hipertansiyona bağlı oluşan pulmoner yetmezlik üfürümüne ne ad verilir?

- Ejeksiyon klifi
- Drozier ritmi
- Austin flint üfürümü
- Graham Stell üfürümü
- Hill belirtisi

Cevap D (*Gök, Klinik Kardiyoloji, Pulmoner Yetmezlik, s.356*)

Graham Stell üfürümü pulmoner hipertansiyona bağlı gelişen pulmoner yetmezliğin oluşturduğu diastolik çekiş bir üfürümdür. En iyi pulmoner odakta duyulur.

43. ASD'nin karakteristik fizik muayene bulgusu hangisidir?

- Mezokardiyak odakta halosistolik üfürüm
- S₂'de sabit çiftleşme
- Sol klavikula altında devamlı üfürüm
- S₁'de çiftleşme
- S₂'de paradoks çiftleşme

Cevap B (*Gök, Klinik Kardiyoloji, Konjenital Kalp Hastalıkları, s.302*)

ASD'de karakteristik fizik muayene bulgusu S₂'de sabit çiftleşme (inspiyum ve ekspiyumda S₂'nin çift) olarak duyulmasıdır.

44. ASD için hangisi yanlıştır?

- En sık rastlanan tipi sekundum tipi ASD'dir.
- Primum ASD'ye VSD eşlik eder.
- Semptomlar sıklıkla 30-40 yaşlarda başlar.
- Pulmoner/sistemik şant oranı 0.5'in üzerinde ise opere edilmelidir.
- Sinüs venozus tipine parsiyel anormal pulmoner venöz dönüş sıklıkla eşlik eder.

Cevap D (*Braunwald, Heart Disease, Congenital Heart Disease in Adults, 1996, s.963*)

ASD'de operasyon kriteri pulmoner akım/sistemik akım oranının 2'nin üzerinde olması gerekir.

45. Aşağıdakilerden hangisi aort koarktasyonunun tipik TELE bulgusudur?

- Pulmoner konjesyon
- Sağ ventrikül dilatasyon
- Ters 3 ya da E görüntüsü
- Kostaların alt yüzlerinde çentiklenme
- c+d

Cevap E (*Schlant, The Heart, 8.baskı, 1995, s.249*)

Obstrüksiyon distaline kan akımını sağlayacak kollateraller interkostal arterlerdir. Yüksek basınçta genişleyen interkostal arterler kostaların alt yüzünü çentikleştirir. Obstrüksiyonun proksimal ve distalindeki dilatasyon TELE'de ters 3, ya da E görüntüsü olarak adlandırılır.

46. Aşağıdaki şıklardan hangisi pulmoner emboli için yanlıştır?

- Akut kor pulmonaleye neden olabilir.
- Pulmoner hemoraji ve enfarktüs yapabilir.
- Akut anlaşılamayan dispne yapabilir.
- Tedavide trombolitikler kontrendikedir.
- Tedavide oral antikoagülan kullanılır.

Cevap D (*Schlant, The Heart, 8.baskı, 1995, s.271-274*)

Pulmoner emboli tedavisinde trombolitiklerin yeri vardır. 7-14 gün içinde trombolitik verilebilir. Akut kor pulmonale tablosunda ise cerrahi olarak embolektomi yapılmıyor ise trombolitik tedavi mutlak eşlik eder.

47. Akut miyokard infarktüsünde, olası gelişen ventriküler aritmiler için aşağıdaki antiaritmiklerden hangisi ilk tercihtir?

- Lidokain
- Amiadorane
- Propofenon
- Disophramid
- Kinidin

Cevap A (*Braunwald, Heart Disease, Specific Arrhythmias: Diagnosis and Treatment, 1996, s.640*)

Akut miyokard infarktüsünde (-) inotropik ve hipotansif etkisi olmayan Lidokain, olası ventriküler aritmiler için ilk seçenektir.

48. Akut perikarditin EKG bulgusu için hangisi doğrudur?

- Tüm derivasyonlarda ST yüksekliği vardır.
2. dönemde, V₁-aVR hariç ST yüksektir, T (-) dir.
2. dönemde, ST izoelektrik hattadır, T (-) dir.
1. dönemde, V₁-aVR hariç ST yükselir, T (-) dir.
- Mutlaka lokalizasyon gösterir.

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

Akut perikarditin ilk döneminde ST, V₁-aVR hariç yükselir, T (+) dir. Lokalizasyon vermez, 2. dönemde ST izoelektrik hattadır, T (-) leşir. Subakut MI'dan ayırıcı tanıda ST'nin izoelektrik hatta oluşu ve lokalizasyon vermemesi önemlidir.

49. Hipertrofik kardiyomiyopatide göğüs ağrısının nedenlerinden olmayan hangisidir?

- Koroner arterin media tabanında hipertrofi olması
- Artmış miyokard kütlesi
- Kalbin oksijen ihtiyacının artması
- Koroner flow rezerv de düşme
- Bozulmuş sistolik fonksiyon

Cevap E (Braunwald, Heart Disease, The Cardiomyopathies and Myocarditides, 1996, s.1404)

Hipertrofik kardiyomiyopatide kalbin sistolik fonksiyonları korunmuştur.

50. Mitral yetmezlikte hangisi yanlıştır?

- Kronik mitral yetmezlikte yetmezliğin derecesi ile korele olarak, sol atrium ve sol ventrikül dilate olmuştur.
- Kronik mitral yetmezlikte sol ventrikül kompliyansı artar.
- Akut mitral yetmezlikte sol atrium ve sol ventrikül çapı normaldir.
- Önemli akut mitral yetmezlikte pulmoner kapiller wedge basıncı normaldir.
- Kronik mitral yetmezliğin geç evresinde sağ ventrikül dilatasyonu gözlenebilir.

Cevap D (Schlant, The Heart, 8.baskı, 1995, s.166-167)

Şiddetli akut mitral yetmezliğinde pulmoner kapiller wedge basınç hızla yükselir, sıklıkla akciğer ödemi tablosu gelişir.

51. Aşağıdakilerden hangisi enfektif endokardit için major kriterdir?

- Streptokok viridansın, alınan 5 kan kültüründen birinde üretilmesi
- VSD'de, sol ventrikül içinde vejetasyon gözlenmesi
- Janeway lezyonu ve osler nodülünün saptanması
- Enfeksiyonun serolojik bulgularının saptanması
- Yüksek ateş

Cevap A (Schlant, The Heart, 8.baskı, 1995, s.187)

Enfektif endokarditte beklenen mikroorganizmanın kan kültüründe üretilmesi major kriterdir. EKO bulguları, jet akımın çarptığı yerde vejetasyon görülmesi major bulgudur. Jet akımın çarpmadığı yerde saptanan vejetasyon minör bulgudur ("b" seçeneği). Janeway lezyonları, ateş, serolojik bulgular minör kriter olarak değerlendirilmektedir.

52. Kardiyojenik şok için yanlıştır?

- Sistolik kan basıncı 90 mmHg'nin altındadır.
- İdrar çıkışı 20 ml/h'in altındadır.
- Organ hipoperfüzyon bulguları vardır.
- Ortalama arteriyel basınçta 60 mmHg'nin üzerinde düşme vardır.
- Deri soğuk-soluk ve nemlidir.

Cevap D (Schlant, The Heart, 8.baskı, 1995, s.133)

Ortalama arteriyel basınçta 30 mmHg ya da daha fazla düşme vardır.

53. Yetmiş yaşın üzerinde aort darlığının en sık nedeni nedir?

- Romatizmal valvütis
- Enfektif endokardit
- Asimetrik septal hipertrofi
- Biküspit aorta
- Üniküspit aorta

Cevap D (Braunwald, Heart Disease, Valvular Heart Disease, 1996, s.1007)

İleri yaşta aort darlığının en sık nedeni konjenital biküspit aortadır.

54. Aşağıdakilerden hangisi hipertansif kriz (acil)in olası bulgularından biri değildir?

- İntrakraniyal hemoraji
- Akut MI
- Kronik böbrek yetmezliği
- Serebral ensefalopati
- Aort disseksiyonu

Cevap C (Gök, Klinik Kardiyoloji, Hipertansif Kriz, 1995, s.103)

Hipertansif acilde oluşan böbrek disfonksiyonu reversibldir. Hipertansiyon ile beraber üre ve kreatin yükselir. Arteriyel basıncın düşmesi ile normale döner. Kronik böbrek yetmezliğinde olay irreversibldir. Hipertansiyonun kronik bir komplikasyonudur.

55. Restruktif kardiyomiyopati için yanlıştır?

- Kalp kataterizasyonunda karekök bulgusu vardır.
- Sol ventrikül diyastol sonu basıncı normaldir.
- Diyastolik fonksiyon bozulmuştur.
- Amiloid-Sarkoidoz olası sebeplerindedir.
- Ventrikülün doluşu erken diyastolde olmaktadır.

Cevap B (*Braunwald, Heart Disease, The Cardiomyopathies and Myocarditides, 1996, s.1404*)

Restrüktif kardiyomiyopatide sol ventrikülün diyastolik fonksiyonu bozulmuştur. Sertleşen ve kompliyansı bozulan miyokard erken diyastolde dolar, relaksasyon olmadığından geç diastolde doluş olmaz. Diyastolik disfonksiyona bağlı olarak sol ventrikül diyastol sonu basıncı, sıklıkla 30 mmHg'nin üzerindedir.

56.Atriyal fibrilasyonda tespit edilen nabız karakteri hangisidir?

- a) Pulse defisit
- b) Korrigan nabız
- c) Filiform nabız
- d) Pulsus-parvus et tardus
- e) Bisfriens nabız

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

Atriyal fibrilasyonda her kalp vuruşu, nabız olarak periferde yansımaz. Kalp oskültasyonu ile senkronize nabız alınırsa fark edilebilir. Bu duruma puls defisit denir.

57.Aşağıdakilerden hangisi yüksek debili kalp yetmezliği yapmaz?

- a) Anemi
- b) Hipertansiyon
- c) Tirotoksikoz
- d) A-V fistül
- e) Paget's hastalığı

Cevap B (*Braunwald, Heart Disease, Pathophysiology of Heart Failure, 1996, s.394*)

Hipertansiyon erken dönemde diyastolik kalp yetmezliği geç evrede sistolik kalp yetmezliğine neden olur.

58.Aşağıdakilerden hangisi mitral darlığı için yanlıştır?

- a) Kalp oskültasyonunda mitral açılma sesi duyulur.
- b) EKG'de P mitrale vardır.
- c) TELE'de çift kontur görüntüsü vardır.
- d) TELE'de sol ventrikül dilatedir.
- e) Oskültasyonda kalp apeksinde diastolik rulman duyulur.

Cevap D (*Schlant, The Heart, 8.baskı, s.164-165*)

Sol ventrikül, izole mitral darlığında hipoaktifdir.

59.Aort darlığında hangisi yanlıştır?

- a) Fizik muayenede aort odağında kreşento-dekreşento üfürüm vardır.
- b) TELE'de sol ventrikül hipertrofisi vardır.
- c) Klinik seyir esnasında anjina pectoris vardır.
- d) Senkop aort darlığının ilk klinik bulgusudur.
- e) Aort darlığının seyri esnasında ani ölüm oluşabilir.

Cevap D (*Braunwald, Heart Disease, Valvuler Heart Disease, 1996, s.1007*)

Senkop aort darlığının ileri evrelerinde karşımıza çıkan bir klinik bulgudur.

60.Aşağıdakilerden hangisi kalp yetmezliğinde oluşan kompensatuvar mekanizmalardan biri değildir?

- a) Frank Starling mekanizması
- b) Sempatik sinir sistemi aktivasyonu
- c) Hipertansiyon
- d) Ventrikül hipertrofisi
- e) Renin-anjiyotensin-aldosteron sisteminin aktivasyonu

Cevap C (*Erol, Kardiyovasküler Hastalıklar, 1996, s.172*)

Hipertansiyon dışındaki şıklar kalp yetmezliğinde gelişen kompensatuvar mekanizmalardır. Ventrikülün diyastolik volümünün artması Frank Starling kanununa göre güçlü kontraksiyona neden olur. Sempatik sinir sisteminin aktivasyonu, taşikardi ve pozitif inotropiden sorumludur. Renin-anjiyotensin-aldosteron sistemi vazopressör etki beraberinde Na tutulmasına neden olarak preloadı artırır ve güçlü kontraksiyon oluşumuna neden olur.

61.Aşağıdakilerden hangisi sağ kalp yetmezliğinin fizik muayene bulgusu değildir?

- a) Efor dispnesi
- b) Hepatomegali
- c) Ödem
- d) Juguler venlerde dolgunluk
- e) Ortopne

Cevap E (*Erol, Kardiyovasküler Hastalıklar, 1996, s.173*)

İzole sağ kalp yetmezliğinde akciğer konjesyonu olmadığından ortopne saptanılmaz. Sol kalp yetmezliğine sekonder gelişen, sağ kalp yetmezliklerinde de önceden var olan ortopne kaybolur.

62.Dijital intoksikasyonuna bağlı gelişen aritmilerde mekanizma hangisidir?

- a) Erken tip after depolarizasyon
- b) Geç tip after depolarizasyon
- c) Re entry
- d) Refleksiyon
- e) Blok

Cevap B (*Erol, Kardiyovasküler Hastalıklar, 1996, s.191*)

Dijital intoksikasyonunda hücre içi Ca konsantrasyonunun artması geç tip after depolarizasyon aritmilerine yol açar.

63.Aşağıdakilerden hangisi uzun QT sendromu için yanlıştır?

- a) Konjenital formlarından, sağırlığın eşlik etmediği tipe Romano-Ward sendromu denir.
- b) Tedavide beta blokerler kullanılır.
- c) Etiyolojisinde anti aritmik ilaçlar rol oynayabilir.
- d) Anti psikotik ilaçlara bağlı gelişebilir.
- e) Tedavisiz vakalar da atriyal fibrilasyon oluşabilir.

Cevap E (*Erol, Kardiyovasküler Hastalıklar, 1996, s.265*)
Uzun QT sendromları malign gidişlidir. Tedavisiz vakalarda ventriküler taşikardi ve ventriküler fibrilasyon gelişebilir.

64.Aşağıdakilerden hangisi sekonder pulmoner hipertansiyonun etiyolojik mekanizmalarından biri değildir?

- a) Kronik dağ hastalığı
- b) Mitral darlığı
- c) Multipl pulmoner emboli
- d) Aort koarktasyonu
- e) ASD

Cevap D (*Gök, Klinik Kardiyoloji, Pulmoner Hipertansiyon, 1995, s.356*)

Sekonder pulmoner hipertansiyon etiyolojik mekanizmasını 4 grup da toplayabiliriz. 1. Kronik hipoksi, 2. Pulmoner venöz konjesyon, 3. Pulmoner emboli, 4. Sağdan sola şantlı konjenital kalp hastalıkları.

65.Aşağıdakilerden hangisi 2. kalp sesinin aortik komponentinin pulmoner komponentinden sonra duyulmasına (paradoksal çiftleşme) neden olabilir?

- a) Sağ dal bloğu
- b) Akut masif pulmoner emboli
- c) Patent duktus arteriosus
- d) Atrial septal defekt
- e) Ventriküler septal defekt

Cevap C (*Braunwald, Heart Disease, A Textbook of Cardiovascular Disease, 5.baskı, 1997, s.32*)

Sağ dal bloğu sağ ventrikül geç aktivasyonu, pulmoner emboli sağ ventriküler afterload artışı, ASD sağ yüklenme ve volüm artışı nedeniyle, VSD ise erken aortik kapanmaya neden olarak pulmoner komponentin daha geç duyulmasına neden olur. Oysa PDA'da aortik geç kapanma nedeniyle paradoksall çiftleşme olabilir.

66.Aşağıdaki üfürümlerden hangisi diastolik üfürüm değildir?

- a) Carey-Coombs üfürümü
- b) Gallavardin disosiasyon üfürümü
- c) Graham Steel üfürümü
- d) Austin Flint üfürümü
- e) Aort yetmezliği üfürümü

Cevap B (*Braunwald, Heart Disease, A Textbook of Cardiovascular Disease, 5.baskı, 1997, s.36-43*)

Carey-Coombs üfürümü romatizmal ateşte mitral kapığın ödeminden dolayı duyulan diastolik rulman, Graham Steel üfürümü pulmoner hipertansiyonda pulmoner yetmezlik sonucu diastolde duyulan üfürümdür. Austin Flint üfürümü aort yetmezliği sırasında mitral kapakta duyulan diastolik rulman sesidir. Aort yetmezliği ise tipik diastolik üfürüm nedenidir. Oysa Gallavardin fenomeni aort darlığı sırasındaki sistolik ejeksiyonun ventrikül içindeki yapıların titreşmesine bağlı apeksde daha iyi duyulması ve sanki mitral yetmezliği üfürümü gibi duyulmasıdır.